



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS
ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO
PACIENTOV, KI SO BREZDOMCI**

**ATTITUDES
OF HEALTH CARE WORKERS
TOWARDS HOMELESS PATIENTS**

Mentor:

doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidat:

Tomaž Skušek

Ljubljana, oktober 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, za vztrajno in strokovno vodenje do zaključka diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentoma, doc. dr. Ireni Grmek Košnik in mag. Branku Bregarju, statistikom, lektorju, prevajalcem in drugim, ki so mi pomagali pri nastajanju tega dela.

Posebej se zahvaljujem zavodom, vodjem in zaposlenim za sodelovanje v raziskavi.

Na koncu pa se želim zahvaliti tudi družini, predvsem partnerici Tadeji, staršema, prijateljem in sodelavcem za vso podporo in spodbudne besede pri izpolnjevanju mojih ciljev.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstveno stanje brezdomcev je slabše kot pri splošni populaciji. Negativni odnos zdravstvenih delavcev vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in predstavlja enega od poglavitnih razlogov za slabše zdravstveno stanje brezdomcev.

Cilj: Namen diplomskega dela je proučiti odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev in ugotoviti prisotnost predsodkov in stereotipov ter željo po strokovnem izpopolnjevanju za delo z marginalnimi pacienti.

Metoda: Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni neeksperimentalni metodi s strukturirano anonimno anketo. V vprašalnik je bil vključen mednarodni inštrument HPATHI. Vključili smo 90 zdravstvenih delavcev. Rezultate smo obdelali s statističnim programom SPSS 20,0. Uporabljena je bila opisna in bivariantna statistika. Statistična značilnost je bila preverjena na ravni 5 % tveganja.

Rezultati: Kar 30 % udeleženih zdravstvenih delavcev ima enkrat tedensko v obravnavi pacienta, ki je brezdomec. Rezultati kažejo, da je 83,3 % anketirancev mnenja, da imajo brezdomci pravico do osnovne zdravstvene oskrbe. Hkrati pa ugotavljamo precej nevtralen odnos do pacientov, ki so brezdomci, saj se je več kot 40 % anketirancev pri polovici trditev in nad 33 % anketirancev pri 15-ih od 18-ih trditev opredelilo za nevtralen odgovor. Ugotavljamo statistično pomembne razlike ($p = 0,032$) v stopnji strinjanja med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v kraju A ($PV = 3,86$; $SO = 0,990$) in kraju B ($PV = 3,43$; $SO = 0,958$), glede trditve o nevarnosti in agresivnosti brezdomcev. Statistično značilna razlika se je pokazala tudi v odnosu reševalcev, zaposlenih v Zavodu 1 ($PV = 3,45$; $SO = 0,45$) in 2 ($PV = 3,23$; $SO = 0,35$), do pacientov, ki so brezdomci ($p = 0,013$). Socialna znanja in socialna medicina (32 %) so na vrhu lestvice zelenih znanj s področja brezdomstva pri v raziskavi udeleženih zdravstvenih delavcih.

Razprava: Odnos udeleženih zdravstvenih delavcev je nevtralen odnos, kar pomeni, da je za izboljšanje odnosa še precej rezerv. Stereotipno sprejemanje pacientov, ki so brezdomci, je osrednja težava za boljši odnos. Rešitev za boljši odnos vidimo skozi

spoznavanje samega sebe. Priporočamo izobraževanja in raziskave v smeri, kako spoznati samega sebe, ter v smeri socialnih področij in socialne medicine.

Ključne besede: dober odnos, stereotipi, zdravstvo, marginalni pacienti, brezdomstvo

ABSTRACT

Background: The health status of homeless people is worse compared to the general population. The negative attitude of health care workers towards the homeless affects the quality of health care provision and represents one of the main reasons for their poor health status.

Aims: The purpose of this study was to establish the attitude of health care workers towards the homeless, to identify possible prejudices and stereotypes and the desire for education and training on working with marginalized patients.

Methods: A quantitative non-experimental study design of empirical research was employed and a structured anonymous questionnaire was used. The international instrument HPATHI was included in the questionnaire, which was administered to 90 healthcare workers. The results were analysed with statistical program SPSS 20.0. Descriptive and bivariate statistics were used. The level of significance was set at 5% risk.

Results: A total of 30% of the participating healthcare workers are in contact with a homeless patient once a week. According to the results, 83.3% of respondents believe that the homeless have the right to basic health care. However, we also established a rather neutral attitude towards homeless patients, as more than 40% of respondents opted for a neutral answer in half of the items, and 33% of respondents opted for a neutral answer in 15 out of 18 items. A statistically significant difference ($p=0.032$) was established in the level of agreement between healthcare workers employed in town A ($M= 3.86$; $SD=0.990$) and town B ($M=3.43$; $SD=0.958$) for the item about the danger and aggression of homeless people. Moreover, a significant difference was established between the attitude of paramedics working in Organization 1 ($M=3.45$; $SD=0.45$) and Organization 2 ($M=3.23$; $SD=0.35$) regarding homeless patients ($p=0.013$). Social skills and social medicine (32%) top the desired knowledge in the field of homelessness in participating healthcare professionals.

Discussion: The attitude of participating healthcare workers was neutral, which means that there is still sufficient room for improving the relationship. The stereotypical attitude towards homeless patients represents a major problem. A solution for a better

relationship could lie in self-discovery. We recommend education and research on how to get to know oneself and how to learn more about social fields and social medicine.

Keywords: good relationships, stereotypes, health care system, marginal patients, homelessness

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	RAZLAGA KONCEPTA BREZDOMSTVO, BREZDOMECEC.....	3
2.2	RAZLAGA KONCEPTA ODNOS V POVEZAVI Z ZDRAVSTVOM	5
2.3	ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PACIENTOV, KI SO BREZDOMCI	6
2.4	STEREOTIPI IN PREDSDOKI DO BREZDOMCEV	8
2.4.1	Stereotipi in predsodki do brezdomcev v splošnem okolju.....	9
2.4.2	Stereotipi in predsodki zdravstvenega osebja do brezdomcev	11
2.5	IZKUŠNJE BREZDOMCEV Z ZDRAVSTVOM	16
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	20
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis instrumenta	21
3.3.3	Opis vzorca.....	23
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	24
3.4	REZULTATI.....	27
3.5	RAZPRAVA	38
4	ZAKLJUČEK	44
5	LITERATURA	47
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	
6.1.1	Pisna oblika vprašalnika	
6.1.2	Elektronska oblika vprašalnika	
6.2	MATRIKA PODATKOV	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Teme in podteme nastale iz opisa izkušenj pri delu z brezdomci	15
Tabela 2: Opis vzorca	23
Tabela 3: Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci	28
Tabela 4: Pearsonova koleracijska matrika	31
Tabela 5: Povezanost med izobrazbo na področju zdravstvene nege in odnosom do pacientov, ki so brezdomci	31
Tabela 6: Primerjava odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, glede na izobrazbo	32
Tabela 7: Razlike med vprašanimi zaposlenimi v reševalnih službah v odnosu do pacientov, ki so brezdomci	33
Tabela 8: Primerjava stereotipov med udeleženci raziskave zaposlenimi v dveh različnih krajih (n = 90)	34
Tabela 9: Znanja za delo s pacienti, ki so brezdomci	36
Tabela 10: Primerjava zavodov s povprečnimi rangi HPATHI-ja	
Tabela 11: Primerjava median glede na kraj izvedene raziskave	

KAZALO SLIK

Slika 1: Obravnava pacienta, ki je brezdomec	30
Slika 2: Prepoznavanje pacienta, ki je brezdomec (možnih je več odgovorov)	35
Slika 3: Želena dodatna znanja s področja brezdomstva (več možnih odgovorov)	37
Slika 4: Nakup časopisa Kralji ulice in povprečna vrednost HAPTHI	
Slika 5: Razlike v stereotipnem odnosu med anketiranci iz treh različnih zavodov	
Slika 6: Primerjava pogostosti srečanja s pacienti, ki so brezdomci	

SEZNAM KRAJŠAV

UKC	Univerzitetni klinični center
ZD	Zdravstveni dom
Cobiss	Virtualna knjižnica Slovenije
HPATHI	Health Professional Attitudes Toward the Homeless Inventory
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

1 UVOD

V naslov so vključeni trije pojmi: odnos, zdravstveni delavec in brezdomec oz. pacient, ki je brezdomec. Ko govorimo o odnosu, *od-nosú* naprej v prostor, v čas, v dogajanje, v drugo osebo in hkrati z drugo osebo, *od-nas* nekaj pride ... Bolj ko skušamo ugotoviti, kaj je, kakšen je in kakšen naj bi bil odnos, bolj se poglobljamo v globine (tudi lastne) – naj bodo te znane ali neznane. Globlje ko gremo, bolj skrivnosten in nerazumljiv postane odnos.

V ozadju tega odnosa se skrivajo pojmi, ki lahko nastopijo kot vzroki, ki vplivajo na sam odnos in ga oblikujejo. Ti pojmi so interes oziroma zanimanje, samozaupanje (Buck, et al., 2005; Fine, et al., 2013) ter predsodki oziroma stereotipi in želja po izobraževanju, ki je nekako povezana z zanimanjem.

Sociološke raziskave ugotavljajo, da »imajo medicinske sestre drugače postavljene etične dileme in se tudi drugače odzivajo na etične probleme medicinske oskrbe kot zdravniki« (Ule, 2003, p. 262). Za njih je najpomembnejša »etika skrbi«, ki »predstavlja danes drugo možnost prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov« (Ule, 2003, p. 262). Tehnični odnos je značilen predvsem za zdravnike (Ule, 2003). »Zdravniki se ukvarjajo z medicinsko tehničnimi vprašanji zdravljenja in zastopajo etiko privolitve« (Ule, 2005a, p. 357). Medicinske sestre pa poudarjajo, kako pomembno je sodelovanje z bolniki, zlasti če si želimo bolj trajnih in kontinuiranih odnosov (Ule, 2003). Posredovanje informacij in sprejemanje odločitev so usmeritvene točke pri komunikaciji zdravnika, spodbujajoče razumevanje pa je ključno pri komunikaciji medicinskih sester (Ule, 2005a). Za počutje bolnikov in za lajšanje njihovih telesnih in duševnih bolečin skrbijo medicinske sestre (Ule, 2003). Ko se zdravstveni delavec (oziroma medicinska sestra) prvič sreča z brezdomnim pacientom, se pri njemu začne nova vloga. Spozna, da brezdomstvo obstaja, da je tukaj in zdaj prisotno v njegovem delu (Crowe, 2013). Brezdomstvo v povezavi z zdravstvom je v Sloveniji slabo raziskana problematika (Dekleva & Razpotnik, 2009). Možno je, da problema brezdomcev v povezavi z zdravstvom v Sloveniji ni ali pa ta ni opažen. Tako laična

javnost kot medicinske sestre brezdomstvo obravnavajo kot resen problem in oboji do njih izražajo sočutje (Tompsett, et al., 2006 cited in Crowe, 2012, p. 5). Kot pravita Betancourt in Ananeh-Firemong (2003 cited in Crowe, 2012, p. 1) se delavci zdravstvene nege pri svojem delu ne zavedajo in ne razumejo, kako stereotipi vplivajo na njihov odnos. »Obstajajo dokazi, da na odločitve zdravstvenih delavcev vplivajo negativna stališča, stereotipi in predsodki« (Aberegg & Terry, 2004; Fincher, et al., 2004 cited in Crowe, 2012, p. 1). Pri delu z ranljivi skupinami prebivalstva ti odnosi in stereotipi prispevajo k razlikam v kakovosti opravljenega dela (Institute of Medicine, 2003, Nyamathi, et al., 2007, Van Ryn & Burke, 2000 cited in Crowe, 2012, p. 1).

Zdravniki in medicinske sestre imajo različna etična ozadja in različno skrbijo za pacienta. Vendar oboji predstavljajo del celote in s svojim odnosom vplivajo na končno zadovoljstvo in zdravje pacienta. Vemo, da v Sloveniji brezdomstvo obstaja in da je zdravje brezdomcev slabše od zdravja splošne populacije (Dekleva & Razpotnik, 2009), ne vemo pa, kakšen je odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev in s tem vpliv na njihovo zdravje. V nadaljevanju si bomo tako pogledali ravno ta odnos in skušali ugotoviti prisotnost predsodkov in stereotipov ter željo po strokovnem izpopolnjevanju za delo z marginalnimi pacienti.

2 TEORETIČNI DEL

Da bi lažje razumeli celotno sliko našega problema, so v nadaljevanju predstavljeni koncepti oziroma ideje posameznih pojmov, ki so povezani z našo raziskavo.

2.1 RAZLAGA KONCEPTA BREZDOMSTVO, BREZDOMEČ

Povšnar (2012) razume brezdomstvo kot določeno potovanje, ki nas lahko doleti v zelo različnih življenjskih obdobjih in nam lahko popolnoma spremeni življenje. Prehod med domstvom in brezdomstvom opisuje kot tanko linijo, ki lahko človeka loči od »normalnega« življenja in »življenja«, ko se znajde na cesti, izgubi dom, postane brezdomec. Večina ljudi ni nikoli doživela brezdomstva in ga po vsej verjetnosti tudi ne bo. Za tiste, ki so ga, je to lahko travmatična izkušnja, ki ji je težko uiti. Vpliva na fizično in čustveno dobro počutje posameznika. Kot zapiše Povšnar (2012, p. 37): »Biti brez strehe nad glavo je grozno in ponižujoče.«

Razpotnik (2009) opisuje brezdomstvo kot pojav, ki je povezan s socialno izključenostjo in najpogosteje predstavlja ekstremno obliko kopičenja izključenosti na različnih področjih. Izključenost iz nastanitvenih možnosti, brezposelnost, izključenost iz izobraževanja, iz zdravstvene oskrbe in pomanjkanje informacij vidi kot posledice brezdomstva. Omenja individualne značilnosti, kot so invalidnost, duševne in ostale bolezni in zdravstvene težave, ki so vzročno ali posledično povezane z lastnim načinom življenja.

Po ocenah Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) iz leta 2015 je brezdomstvo kompleksen in strukturiran družben pojav, ki raste in se spreminja. Ocenjujejo, da so brezdomci v Sloveniji tako kot drugje po svetu ena najbolj marginalnih družbenih skupin. Natančnih podatkov o številu brezdomcev v Sloveniji ni. Približna ocena je okoli 2100 oseb, ko govorimo o vidnih brezdomcih (MDDSZ, 2015). Zasedimo lahko še druge podatke, na primer v medijih, da je leta 2014 zabeleženih 4015 vidnih brezdomcev (Slovenska tiskovna agencija, 2015). Po oceni Höfler (2012)

Slovenija v nadaljnjih desetih letih ne bo mogla odpraviti ali pa zmanjšati brezdomstva. Vsekakor pa je brezdomstvo naraščajoča zdravstvena in socialna skrb v sodobnih družbah (Seiler & Moss, 2012).

Letnar (2014) kot primer dobre (in tudi inovativne) prakse delovanja na področju brezdomstva v slovenskem prostoru prepozna društvo Kralji ulice. Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice deluje z namenom in ciljem zmanjševanja osebne, socialne, ekonomske, pravne škode ter opolnomočenja brezdomnim, hkrati pa preko cestnega časopisa osvešča širšo javnost in promovira lokalno in družbeno delovanje na področju brezdomstva. V časopisu najdemo teme o brezdomstvu, življenju na ulici in socialni izključenosti. Vsebinsko ponuja širok nabor najrazličnejših besedil in slikovnega gradiva, ki z različnih zornih kotov in iz prve roke osvetljujejo brezdomstvo pri nas. Članke pišejo brezdomni, ostalo pa drugi avtorji, ki se zanimajo za omenjeno problematiko ali se z njo strokovno srečujejo. »Tako časopis vzpostavlja odprt dialog v širši javnosti« (Kralji ulice, n.d., n.p.).

Med vzroki za brezdomstvo lahko najdemo tudi take, ki so povezani z zdravjem. Höfler (2012; 2013) med drugimi navaja razne bolezni, psihološke težave, kronične zdravstvene probleme, veliko je dvojnih diagnoz (torej težave z duševnim zdravjem v kombinaciji še s čim) ... Höfler (2013) vidi kot ključno ugotovitev to, da se osebi, ki je brez doma, ni uspelo spoprijeti s težavami v življenju. Različne družbene okoliščine posameznika pripeljejo do točke, da se odloči živeti na cesti (Vivir en la calle, 2006 cited in Dovžan, 2011, p. 22). Za večino brezdomcev življenje na cesti ni najbolj zaželeno stanje, temveč predvsem rezultat iskanja optimalnega življenjskega položaja v kontekstu lastnih aktualnih osebnih in socialnih resursov (Dekleva, 2008). Brezdomstvo ima uničujoče posledice za fizično in duševno zdravje brezdomnih (mladih) ljudi (Letnar, 2014). Potreba po zdravstveni oskrbi brezdomcev je kompleksna glede na izpostavljenost okolju, zlorabe snovi (droge, alkohol, zdravila, ...) in nasilje. Zdravstveno stanje brezdomcev je slabše kot pri splošni populaciji (Zlotnick & Zerger, 2008). Dekleva in Razpotnik (2009) ugotavljata, da tudi v Sloveniji svoje zdravstveno stanje skupina brezdomcev ocenjuje slabše kot ostala populacija. Pri slovenskih

brezdomcih je večja prevalenca nekaterih bolezni, na primer bolezni sklepov, kronične depresije, čirov na prebavilih, jetrne ciroze, kronične obstruktivne pljučne bolezni in drugih. Izrazito pogoste so težave z duševnim zdravjem ter zasvojenostjo z dovoljenimi in nedovoljenimi drogami. Zelo slabo je tudi zobozdravstveno stanje (Dekleva & Razpotnik, 2009). Brezdomcem pa ni vedno na prvem mestu zdravje, ampak zagotavljanje osnovnih potreb, kot so zatočišče, zrak, voda in hrana (Seiler & Moss, 2012, Nickash & Marnocha, 2009 cited in Seiler & Moss, 2012, p. 310). Brezdomci opisujejo, kako odlašajo z zdravstveno oskrbo, kako čakajo na izrazite simptome, da lahko gredo na urgenco, in kako so od nje odvisni (Cocozza Martins, 2008).

2.2 RAZLAGA KONCEPTA ODNOS V POVEZAVI Z ZDRAVSTVOM

Odnos je osebni pristop, ki kaže na določeno vrednoto, odraža občutke o nečem in vpliva na vedenje (Crowe, 2013).

Ker smo ljudje socialna bitja, potrebujemo medsebojne stike. Želimo vzpostavljati odnose. Radi spoznavamo nove ljudi, se družimo in zabavamo. S tem se med nami vzpostavljajo odnosi. Bistveno za medsebojni odnos je, kako znamo poslušati drugega in kako se nanj odzivamo. Dobra besedna in nebesedna komunikacija je osnova za dobre medosebne odnose (Zamolo, 2014). Odnosi so lahko različni. Na odnos, ki ga ljudje dejansko imajo drug do drugega, vpliva predvsem to, ali druge dojemajo kot predstavnike iste skupine (Campbell, 1956 cited in Brown, 2010, p. 36 cited in Rebolj, 2014, p. 79).

Medosebni odnosi in komunikacija sta v zdravstveni negi vedno bolj pomembni, ker ravno to vpliva na oceno pacientov. Pacientova želja je biti razumljen in uslišan tudi, če je tih (Zamolo, 2014). Človek je posebej občutljiv ravno takrat, ko zboli. Razumevajoča beseda, prijazen pogled in pomirjajoč dotik so velikokrat ključni ravno v času bolezni. Pomembno za zdravstveno osebo je, da upošteva, da mora pacient v času bolezni obvladati čustveno bolečino, strahove in negotovost. Da pa to lahko obvlada,

potrebuje dober odnos z zdravnikom in drugim osebjem. Vzajemna izmenjava informacij, izražena skrb in sočustvovanje sta pri tem v veliko pomoč (Dermol Hvala, 2001).

Červ in Kolenc (2009) v članku predstavita koncept k pacientu usmerjene zdravstvene nege in zaključita z ugotovitvijo, da je vključenost pacienta kot enakovrednega partnerja v proces zdravstvene nege kompleksen in prefinjen koncept, ki je izjemnega pomena za zdravstveno nego. Je pomemben kazalec kakovostne in varne zdravstvene nege in eden od temeljnih pogojev za zadovoljstvo pacientov.

Motnje oziroma nesporazumi pri odnosu med zdravnikom in bolnikom lahko nastanejo v katerikoli fazi komuniciranja. Lahko nastanejo pri poslušanju bolnika, pri interpretaciji sporočil, pri odločanju, v fazi svetovanja. Ker pa se lahko komunikacija med zdravnikom in bolnikom dotika tudi vprašanj, kot so vprašanja življenja in smrti, lahko nesporazumi ali motnje v katerikoli od teh faz vodijo do napak z usodnimi posledicami (Ule, 2003).

2.3 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PACIENTOV, KI SO BREZDOMCI

Raziskave o odnosu med medicinsko sestro in brezdomnimi pacienti so opisne in prvenstveno kvalitativne. Gre za raziskave z majhnim številom udeležencev (Crowe, 2013). Crowe (2013) je izdelala doktorsko disertacijo in v kvalitativno raziskavo vključila enajst kirurških medicinskih sester, ki skrbijo za paciente, ki so brezdomci. Namen ameriške fenomenološke raziskave je bil raziskati klinične izkušnje kirurških medicinskih sester, da bi odkrili, kako se odnos do nege pacientov, ki so brezdomci, preoblikuje in razvija. Z analizo pridobljenih podatkov je določila naslednje teme:

1. Odkrivanje brezdomstva
2. Iskanje stičnih točk
3. Grajenje/povezovanje
4. Dnevni boj

5. Odnos, ki temelji na nezaupanju

Pri področju »odkrivanje brezdomstva« gre za začetke dela z brezdomci, za združitev osebnega odnosa do brezdomcev in srečanja z novo vlogo za paciente, ki so brezdomci. Nova medicinska sestra začne interakcijo s pacientom, ki je brezdomec, in naučiti se mora, kako skrbeti zanj. Medicinska sestra prvič osebno (od blizu) sreča pacienta, ki je brezdomec. Spozna, da brezdomstvo obstaja in je tukaj in zdaj prisotno pri njihovem delu. S tem se njihov odnos začne preoblikovati. Poišče podobne izkušnje (iskanje stičnih točk) s pacienti, ki so brezdomci, da ustvarijo oz. zgradijo odnos pacient – medicinska sestra. Medicinske sestre so opisovale vsakodnevni boj za ohranitev pozitivnega neobtožujočega odnosa. Slabe izkušnje na začetku dela s pacienti, ki so brezdomci, pa pripeljejo do nezaupanja pri nadaljnjem delu s pacienti.

Crowe, et al. (2009 cited in Crowe 2012, p. 5) so v podobni ameriški raziskavi (n = 12) opisali izkušnje kirurških medicinskih sester pri delu s pacienti, ki so brezdomci, ki so bili »kot ostali pacienti« in »so bili enako obravnavani«. Vsi sodelujoči v raziskavi opisujejo razlike, ki so jih medicinske sestre delale pri obravnavi pacientov. Opisujejo primer (Crowe, et al., 2009 cited in Crowe 2012, p. 5), ko je medicinska sestra povedala, da nima negativnih občutkov do pacientov, ki so brezdomci. »Ko pa je negovala pacienta, ki je brezdomec, ki je bil ponovno sprejet v bolnišnico zaradi okužene rane, mu je rekla, da je on sam izbral, da živi na cesti in jemlje drogo, namesto da bi ostal doma.« V tej raziskavi podajo sliko, kako medicinska sestra ni vedela, da njena komunikacija s tem kaže pacientu negativen odnos. »Krivila je njega, da je izbral, da bo brezdomec, to pa je povzročilo okužbo rane« (Crowe, et al., 2009 cited in Crowe 2012, p. 5), ki je bila vzrok za vrnitev v bolnišnico. Pauly (2005) ugotavlja, da etiketiranje in stereotipno mišljenje lahko vplivata na kakovost oskrbe.

Ule (2003, p. 252) v razpravi o etičnih dilemah sodobne medicine ugotavlja, da je sodelovanje med sociologijo in medicinsko etiko »šibko«. Govori o komunikaciji kot o dvosmernem procesu, kjer oba udeleženca komuniciranja vsak po svoje interpretirata sprejete informacije. Na eni strani bolnik ne sprejema dejstev tako, kot so podana, temveč jih tolmači v skladu s svojim razumevanjem, predsodki in čustvi. Gre za dejstva,

ki se ga živo tičejo in so nabita s čustvi. Na drugi strani se zdravnik kljub umirjenosti v svojem govoru ne more izogniti sporočanju svojih vrednot, stališč, prepričanj v neverbalni komunikaciji. Pove, da je vstop medicinske etike v odnos zdravnik – bolnik pripomogel, da se zdravnik in bolnik srečujeta v okviru omejene množice zadolžitvev, kot je bilo nekoč. Gre za tako imenovani pogodbeni model (Ule, 2003, p. 261).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2015, p. 2) že v prvem načelu poziva medicinske sestre, da naj pri opravljanju zdravstvene nege in oskrbe »skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015, p. 2). »Pri pacientu je potrebno upoštevati ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja; to pomeni, da ga upoštevamo individualno ter celostno« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015, p. 2).

K diskriminaciji v interakcijah zdravstvene oskrbe prispevajo morebitni negativni odnos, etiketiranje in stereotipi (Pauly, 2005). Ne smemo pozabiti, da je brezdomstvo situacija, ki je največkrat le prehodno stanje (Filipović, 2007; Razpotnik in Dekleva, 2013). Gre za izkušnjo brezdomstva, ne pa za identiteto posameznika (Farrugia, 2010 cited in Dovžan, 2011, p. 106). Čeprav je kakovost oskrbe rezultat različnih dejavnikov, pa diskriminacija v interakcijah zdravstvene oskrbe vpliva na dostop do kakovostne zdravstvene nege za mnoge, vključujoč tiste, ki živijo na ulici. »Etiketiranje in stereotipi lahko resno vplivajo na kakovost nege« (Pauly, 2005, p. 198).

2.4 STEREOTIPI IN PREDSDOKI DO BREZDOMCEV

Stereotipi so tipizirane sodbe in pomenijo posploševanje delno točnih, vendar večinoma nepreverjenih, površnih sodb o človeku, skupini ali skupnosti. Zaradi svoje ohlapnosti in splošnosti pa običajno ne ustrezajo stvarnosti. So sodbe o vseh, ki ne veljajo za

nikogar. Stereotipi so toge, rigidne, nespremenljive in izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo individualnih razlik in družbenih sprememb. Spodbujajo pa družbene predsodke (Ule, 2005b). Pri predsodkih gre za izrazite in preproste komunikacijske forme, ki pomenijo eno najtežjih ovir za razumno (medkulturno) komunikacijo. Predsodki so lahko kulturni, etični, medskupinski in se kažejo predvsem v nespoštljivem, netolerantnem ali prezirljivem odnosu do drugačnih, do oseb z drugačnim načinom življenja. Postanejo nevprašljivo ozadje in opravičilo za vsakdanja diskriminacijska dejanja in prepričanja ljudi (Ule, 2005a). Devine (1998 cited in Crowe, 2012, p. 7) je odkril, da se stereotipiziranje aktivira avtomatično in da je enako prisotno pri ljudeh z malo predsodki. Predsodki pa lahko postanejo podlaga osebni in socialni identiteti posameznikov in kolektivni praksi skupin, njihova vsebina pa postane vsebina posameznikove samopodobe (Ule, 2005a). Lahko rečemo, da se nek skupek predsodkov kaže v stereotipih in negativnih odnosih, ki so globoko usidrani v naučenih izkušnjah, to pa vpliva na človekovo vedenje (Allport, 1935, 1965, Ajzen & Fishbein, 2000, Palmore, 1990 cited in Crowe, 2012, p. 7).

2.4.1 Stereotipi in predsodki do brezdomcev v splošnem okolju

Negativne stereotipe lahko opazimo na različnih področjih, kot na primer pri študiju starizma. Palmore (1990 cited in Crowe, 2012, p. 7) trdi, da »negativni stereotipi ustvarjajo negativen odnos, medtem ko ta negativen odnos krepi negativne stereotipe«. Hvalič Touzery in Skela Savič (2010) sta v slovenski raziskavi, ko sta raziskovali stališča pri delu s starejšimi, ugotovili, da imajo lahko stereotipne predstave o starih ljudeh pri delu z njimi negativne posledice.

Letnar (2014) pravi, da naše percepcije o brezdomni mladini običajno izhajajo iz stereotipnih prepričanj, ki jih nekje nekritično prevzamemo, iz medijev ali iz komunikacije z drugimi, zato ne temeljijo na pravih dejstvih. V slovenski raziskavi (n = 200), v kateri odkriva javno mnenje oziroma predstave o brezdomnih mladih, izlušči tri stereotipna prepričanja:

1. brezdomni mladi zlorablajo drogo in/ali alkohol,

2. pridobijo denar na ilegalen način,
3. ne sledijo pravilom.

Med anketiranci zasledi tudi upanje, da si bodo brezdomni mladi zagotovili boljše prihodnost. Ugotovi, da so anketiranci v njeni raziskavi zelo strpni in tolerantni do brezdomcev v primerjavi z drugimi tujimi raziskavami. Nekaj let prej je Novak (2011) v Sloveniji raziskoval medijsko poročanje o brezdomcih in ugotovil, da je stereotipno poročanje del vsakdana. V slovenskih dnevnikih se brezdomstvo opisuje predvsem v tragičnih življenjskih zgodbah, kjer se brezdomce prikazuje stereotipno. Prispevki so skromni, nepoglobljeni, neanalitični in pristransko kritični. Mediji brezdomce prikazujejo kot nediferencirane posameznike, ki so slabši in drugačni od ostalih – so tujek (Razpotnik & Dekleva, 2013).

Podobno je Dovžan (2011) v Sloveniji analizirala (n = 321) spletne forume z željo odkriti, kako njihovi uporabniki dojemajo in gledajo na brezdomstvo. Prišla je do naslednjih tem: ocena stanja, značilnosti in »vrste« brezdomcev, vzroki za brezdomstvo, beračenje, delo, rešitve in čustva. Ugotavlja, da se v vseh omenjenih temah prepletajo številna, pogosto nasprotujoča si mnenja, ki velikokrat temeljijo na stereotipnem mišljenju. Pri uporabnikih opaža tako pozitivna kot negativna čustva. Pozitivna so ljubezen do bližnjega, sočutje, usmiljenje, empatija, spoštovanje in hvaležnost. Negativna pa so jeza, bes, zaskrbljenost, strah, prezir, gnus, zavist, ravnodušnost, frustracija, krivda in sram. Poudarja, da lahko ustvarjamo ugodne razmere za »razmnoževanje« predsodkov z nekritičnim sprejemanjem objavljenih vsebin. Ne smemo pa pozabiti, da je socialno dejanje, vsaka ubesedena misel, ki doseže drugo osebo, pa naj bo izrečena ali zapisana (Dragoš & Leskošek, 2003). Tako lahko postanejo predsodki nevarni le, če jih pri svojih dejanjih uporabljamo. Kar preberemo o brezdomcih, se avtomatično shrani v našo vednost in brez da bi se tega zavedali, vpliva na naše prihodnje zaznavanje dogodkov oz. situacij, povezanih z brezdomci. Tudi če je neka oseba prej gojila pozitivna stališča, pa ob konstantnem poslušanju ali branju negativnih izrazov ali čustev o določeni stvari (npr. slabše oznake za neko skupino ljudi) tudi sama prične sprejemati in tvoriti negativna stališča o tej stvari (skupini) (Dovžan, 2011).

Nukić (2013) je v svojem diplomskem delu raziskovala stališča do brezdomcev v Sloveniji. V analizo je bilo uspešno vključenih 70 anketirancev, v večini starih od 20 do 40 let, predvsem ženskega spola (71,43 %). Na vprašanje »na tleh leži premražen brezdomec, kaj bi storili?« je 71,14 % odgovorilo, da bi poklicali reševalce, čeprav je bila ponujena tudi možnost »slečem bundo, pokličem reševalce«, kar bi storilo 20 % vprašanih, 2,86 % pa bi situacijo ignoriralo. Če bi na tleh »ležal pretepen brezdomec«, bi jih 94,29 % poklicalo reševalce. Na vprašanje »ali so brezdomci vsiljivi in nevarni« jih je 74,28 % menja, da niso, 4,25 % anketirancev pa je menja, da samo nekateri. 57,14 % je imelo pozitivno »izkušnjo z brezdomci«. »Razlog za brezdomstvo« vidijo v izgubi službe 71,44 %, razpadu družine 14,25 %, lenobi 11,44 %, 2,86 % pa jih je navedlo drugo. »Brezdomci so v večini« moški 95,71 %, mladostniki 4,29 %, vendar pa ženske ne vidi nobeden kot brezdomke.

2.4.2 Stereotipi in predsodki zdravstvenega osebja do brezdomcev

Klub temu da so medicinske sestre v mnogih državah številčnejše od zdravnikov in imajo običajno prvi stik s pacientom, ki je brezdomec (O'Brein – Pallas, 1997, cited in Zrinyi & Balogh, 2004, p. 335), pa lahko zasledimo več literature o odnosu zdravnik ali študent s pacientom, ki je brezdomec, kot pa o odnosu medicinska sestra – pacient, ki je brezdomec. Osebna izkušnja s pacientom, ki je brezdomec, in pozitivni odnos medicinskih sester pomembno prispevata k večji kakovosti oskrbe in enake obravnave pacientov, ki so brezdomci (Zrinyi & Balogh, 2004).

Temeljna sociološka raziskava »Jeffery's 'Normal rubbish' study« (1979 cited in Earle & Green, 2010, pp. 36–37), ki je s svojim sporočilom aktualna še danes, nudi vpogled proučevanega zdravstvenega osebja v odnos do pacientov. Kot pravita Earle in Green (2010, p. 36), raziskava v najboljšem primeru pokaže na primer slabe oskrbe, v najslabšem pa na zanemarjanje in povzročitev dodatne škode določenim skupinam pacientov. Ob proučevanju odnosa zdravnikov in delovanja treh urgentnih oddelkov v Angliji so raziskovalci namreč prišli do ugotovitve, da so zdravniki in osebje nekatere

paciente sami kategorizirali kot t. i. »običajne smeti«. V to skupino so bili vključeni pacienti, ki so bili definirani kot pacienti z nepomembnimi trivialnimi stanji, alkoholiki, potepuhi, osebe, ki so vzele prevelik odmerek drog ali zdravil, smrdeči, umazani, debeli ljudje, »norci«. Raziskava kaže, da so bili glede na prej omenjeno kategorizacijo nekateri pacienti razumljeni kot »zakonito bolni«, drugi pa ne, zato so bili na podlagi tega tudi deležni različne oskrbe. Različne vrste diskriminacije, sociološke in kulturne stereotipe pogosto nezavedno zdravniki prevzamejo iz okolja, v katerem delujejo (Iljaž, et al., 2006). Zdravniki družinske medicine se med zdravniki najpogosteje srečajo z osebami marginalnih skupin in se pri tem srečajo s številnimi težavami. Te težave izhajajo iz zdravnikovih lastnih strahov, predsodkov in preteklih izkušenj. S tem obravnava pripadnikov marginalnih skupin zahteva tudi aktivnost v reševanju lastnih konfliktov (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2008).

Doran, et al. (2013) so na urgentnem oddelku v Ameriki opravili raziskavo, katere cilj je bil ugotoviti pogled zdravstvenih delavcev na urgenci na zdravstveno oskrbo brezdomcev. Uporabili so polstrukturirane intervjuje s specializanti urgentne medicine. Pojavile so se tri poenotene teme:

1. Vzorec zaznave pri identifikaciji in oskrbi pacientov brezdomcev.
2. Odstopanje od standardne urgentne oskrbe pri pacientih brezdomcih.
3. Pritiski glede izvajanja socialnega skrbstva na urgentnem oddelku.

Vzorčna zaznava, hevristična strategija, ki jo običajno uporabljajo zdravniki urgentne medicine z namenom hitre reakcije z omejenimi informacijami, temelji na stereotipih in predsodkih pred določenimi skupinami pacientov, ki se oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj. En specializant je razložil, da vsakega pacienta profilira. Bil je prepričan, da to počnejo vsi zdravniki, če pa tega ne priznajo, najverjetneje lažejo ali pa so neučinkoviti. Priznali so težave z identifikacijo brezdomcev, da vsakega pacienta direktno ne vprašajo, če je brezdomec, temveč se zanesejo na svoje vzorčne zaznave, ko določeni stereotipi sovpadajo s pacientom. Ko so specializanti izvedeli, da je bil pacient, ki ni kazal tipičnih znakov brezdomstva, v resnici brezdomec, so bili nekateri presenečeni, ker je stereotip brezdomca velikokrat slaba higiena, umazani nohti, večplasten način oblačenja. Specializantom se je zdela identifikacija brezdomstva zahtevna, saj pogosto

vzorci sovpadajo z osebami z različnimi zasvojenostmi in osebami z duševno boleznijo. Večina se je tudi strinjala, da je najbolj običajen brezdomec oseba zasvojena z alkoholom, saj besedo brezdomec večina specializantov povezuje z besedo alkohol. Prav tako so povedali, da se vsakodnevno srečujejo s številnimi brezdomci, ki so pod vplivom drog, lačni ali preprosto iščejo le zatočišče. Zaradi takšnih izkušenj pogosto dvomijo o akutnih boleznih brezdomcev. Najbolj pereče odločitve pri urgentni oskrbi brezdomcev so povezane z vprašanjem, ali sprejeti pacienta brezdomca v bolnišnico ali ne. Vsi udeleženci so priznali, da v večini primerov bolj pogosto v bolnišnico sprejemajo paciente brezdomce kot pa paciente s podobnimi zdravstvenimi težavami, ki niso brezdomci. Na učinkovitost zdravstvene oskrbe vplivajo nekatere značilnosti obravnave pacientov brezdomcev. Ena od teh je otežena komunikacija, še posebej pri tistih brezdomcih, ki so pod vplivom drog ali trpijo za različnimi oblikami psihoze. Nekateri specializanti so tudi pripomnili, da pri zdravstvenem pregledu pacientom pomagajo pri slačenju oblačil, medtem ko je manj običajno, da slečejo brezdomca zaradi slabe higijene. Specializanti, ki so bili udeleženi v raziskavi, opisujejo tudi, v kakšni nemoči se znajdejo pri pacientih, ki so kronični brezdomci in imajo hkrati težavo s prekomernim uživanjem alkohola.

Ule (2003) opisuje kot enega od dejavnikov, ki resno ogrožajo komuniciranje med zdravniki in bolniki, stereotipe o dobrih in težavnih bolnikih. Dobri bolniki so tisti, ki brez da bi spraševali, naredijo, kar jim je naročeno. Težavni bolniki pa so tisti, ki zahtevajo informacije na način, ki se zdi, da spodjeda spoštovanje in zaupanje v medicino. Mnogi posamezniki pa nimajo (enakopravne) kakovostne zdravstvene oskrbe, ker se obravnavajo kot »težki« in celo »nezaželeni« bolniki (Jecker, 1996, Malone, 1996, Gelberg, et al., 1997, Simon, Dwyer & Goldfrank, 1999, Lewis, Andersen & Gelberg, 2003, Les & Valdez, 1991 cited in Pauly, 2005, p. 345).

Chung-Park in kolegi (2006) so intervjuvali deset študentov zdravstvene nege južnokalifornijske univerze in ugotavljali, kako se spreminjajo stereotipi in s tem odnos in vedenje do brezdomnih mater, ki živijo v prehodnih zatočiščih skupaj s svojimi otroki. Opisuje, kako so študentje na začetku, pred klinično prakso na urgenci, gledali

na brezdomke. Videli so jih kot »(disgusting) ogabne« posameznice, kot »neposlušne«, ker niso jemale zdravil. Vendar pa niso vsi študenti poročali o negativnih stereotipih. Eden od študentov (Chung-Park, et al., 2006) je opisal, da ni vedel, da je brezdomka, ker ima neko predstavo, kako naj bi brezdomec zgledal ali se vedel, ona pa je bila prijetna mlada gospa, ki je imela raka. Njena dva otroka so dali v posvojitev, ko sta bila še dojenčka. S to družino si je bila zelo blizu, a živi na ulici že od osem do devet let. Omenjena raziskava kaže na spremembe stereotipov in predstav po zaključeni 15-dnevni klinični praksi. Na začetku so bile predstave o brezdomcih podobne kot v literaturi, seveda pa tudi pogojene s preteklimi izkušnjami, osebnimi ali profesionalnimi. Bile so naslednje: brezdomci so osebe, ki žive v kartonasti škatli na ulici ali parku, ki gredo z nakupovalnimi vozički po ulici, ali pa so to raztrgane neurejene osebe z otroki, mladoletni, ki živijo pod mostom ... V času klinične prakse pa so študenti spoznali vzroke brezdomstva in dobili vpogled v to, da je mnogo posameznikov v nevarnosti, da postanejo brezdomci. Za večino študentov je postalo pomembno, da se potrudijo, da nimajo stereotipov. Svojo izkušnjo opisujejo kot novo zavedanje.

O'Brein – Pallas (1997, cited in Zrinyi & Balogh, 2004, p. 335) poudarja, da imajo v mnogih zdravstvenih sistemih medicinske sestre močno administrativno vlogo. Poleg nje nastopajo še stigma, nejasnosti socialnega statusa in predsodki, zaradi česar so lahko uporabniki zdravstvenih storitev izredno ranljivi za zlorabo in neopravičeno ravnanje. Tudi druge raziskave (Zrinyi & Balogh, 2004) so pokazale različne stopnje nenaklonjenosti medicinskih sester do marginalnih oseb, na primer brezdomcev. Poročila so razkrila, da je odnos zdravstvenega delavca eden od dejavnikov, ki določa, kako se brezdomci obnašajo, ko iščejo zdravstveno pomoč.

Seiler in Moss (2012) sta v Ameriki izvedla kvalitativni raziskavi z uporabo fenomenološkega načela. Intervjuvala sta devet »nurse practitioners« (to so medicinske sestre-zdravnice, ki lahko pregledajo bolnika, testirajo, diagnosticirajo bolezen in predpišejo zdravila) na kliniki, ki nudi zdravstveno oskrbo brezdomcem. Namen raziskave je bil opisati izkušnje »nurse practitioners«, pridobiti vpogled v njihovo

edinstveno izkušnjo in določiti, kaj je potrebno, da bi bili uspešni v njihovi vlogi. Ugotavljata, da zahteva zadovoljevanje zdravstvenih potreb brezdomcev drugačen pristop od tega, ki se uporablja za splošno populacijo. Poudarjata, da se morajo zdravstveni delavci zavedati potreb brezdomcev in se naučiti, kako omogočiti in izboljšati njihovo oskrbo. Avtorja raziskave sta prepoznala pet ključnih tem pri delu z brezdomci (tabela 1).

Tabela 1: Teme in podteme nastale iz opisa izkušenj pri delu z brezdomci

TEME	PODTEME
Tema 1: Zakaj delajo to, kar delajo.	1A: delajmo najboljše 1B: naredimo spremembo 1C: občuti poslanstvo / izpolnitev notranjega klica
Tema 2: Edinstvena populacija z edinstvenimi potrebami.	2A: različni izzivi 2B: napačno postavljene prioritete
Tema 3: Značilnosti »nurse practitioners«.	3A: vrednote / prepričanja 3B: komunikacijske spretnosti 3C: osebne lastnosti
Tema 4: Kako se odnos razvija.	4A: vzpostavljanje zaupanja 4B: poslušanje njihovih zgodb
Tema 5: Spoznanja: odnos vzajemnosti.	5A: notranja moč in trdnost 5B: ključ do uspeha 5C: priložnost samorefleksije

Vir: (Seiler in Moss, 2012, p. 307)

Zdravstveni delavci pogosto gledajo na brezdomne osebe kot na osebe, ki napačno uporabljajo zdravstveni sistem (Cocoza Martins, 2008). Nepravilna in pogosta uporaba zdravstvenih storitev lahko povzroča stereotipno mišljenje, da vsi ljudje, ki živijo na ulici, pogosto uporabljajo storitve zdravstvenih ustanov. Bolj verjetno pa gre za posameznike, ki bolj pogosto obiskujejo urgentne oddelke (Malone, 1996, 1998, Olsson & Hansagi, 2001 cited in Pauly, 2005, p. 345). Neka intervjuvana medicinska sestra je opazila, kako negativni odnos lahko vpliva na kakovost oskrbe, če nega temelji na stereotipnem mišljenju (Pauly, 2005). Občutek, da te stigmatizirajo in diskriminirajo, pri posameznikih, ki potrebujejo zdravstveno nego, lahko prispeva k zamudam pri

iskanju pomoči in tako negativno vpliva na njihovo dobro stanje (Stevens, 1992, Kreiger, 1999, Browne, et al., 2002, Zickmund, et al., 2003, Crockett & Gifford, 2004, Dinos, et al., 2004, Gelberg, et al., 2004, Varcoe, 2004 cited in Pauly, 2005, p. 323). Potencialno resna stanja lahko spregledamo, če je zdravstvena oskrba osnovana na osnovi stereotipov (Pauly, 2005).

2.5 IZKUŠNJE BREZDOMCEV Z ZDRAVSTVOM

»Že biti brezdomec je izjemno težko, dobiti zdravstveno oskrbo, ko si brezdomec, pa je še težje oziroma strašljivo.« (Cocozza Martins, 2008, p. 428).

»Pacienti, ki so brezdomci, so negativno zaznavanje opisali z izrazi, kot so nezaupanje, stereotipi, pomanjkanje komunikacije, pomanjkanje nadzora nad zdravjem in nespoštljivost« (Bhui, et al., 2006, Hudson, et al. 2008 Nickasch & Marnocha, 2009 cited in Crowe, 2012, p. 3).

Brezdomci se pogosto neradi obračajo na zdravstveno službo zaradi kompleksnih in raznolikih vzrokov, ki so vplivali na njihovo pomanjkanje zaupanja v sistem. Pauly (2005) je v svojem doktorskem delu, ko je deset mesecev opazoval in intervjuval udeležence na urgentnem oddelku v Kanadi, prišel do ugotovitve, da je osrednja vloga pri izboljšanju dostopa do zdravstvene oskrbe za brezdomce oblikovanje verige zaupanja znotraj nezaupljivega ozračja. Če so posamezni člani v tej verigi zlomljeni ali manjkajoči in če pride do zlorabe zaupanja, potem je dostop omejen. Z raziskavo je želel prispevati k večji pravičnosti pri obravnavi brezdomcev v »luči razumevanja etične prakse in interakcij med medicinsko sestro in brezdomcem« (Pauly, 2005, p. 49). Do podobne ugotovitve sta prišla Dekleva in Razpotnik (2009) v slovenski raziskavi. Navajata, da je v obdobju brezdomstva neobiskovanje zdravnika velik problem. Kot vzroke zanj navajata:

- »domnevno dobro počutje,
- zakrivanje oči pred resnico,
- alkoholizem ali zasvojenost s katero drugo drogo,

-
- problematiko stigme, ki jo alkoholizem prinese, ta pa domnevno vpliva na percepcijo zdravstvenega osebja in njihov odnos do posameznika/pacienta,
 - domnevno slab odnos zdravstvenega osebja do brezdomcev,
 - nezadostna informiranost brezdomcev glede zdravstvenih pravic, storitev, možnosti,
 - strah pred tem, da bi jih drugi obsojali in krivili za bolezen (na primer zaradi njihovega načina življenja, nezadostne skrbi za zdravje ipd.),
 - slaba dostopnost zdravstvenih storitev brezdomcem,
 - negotovost glede statusa zavarovanja« (Dekleva & Razpotnik, 2009, p. 52).

Cocozza Martins (2008) je naredila raziskavo v Kanadi, katere namen je bil razumeti izkušnje brezdomcev z zdravstvenim sistemom. Intervjuvala je petnajst odraslih brezdomnih oseb. Prišla je do štirih glavnih tem:

1. Življenje s pomanjkanjem osnovnih potreb prinese sklepanje kompromisov glede zdravja.
2. Odlaganje zdravstvene oskrbe, dokler se ne pojavi neka kriza.
3. Premagovanje ovir, da bi dobili zdravstveno oskrbo:
 - a) socialna triaža (ugotavljanje, kaj lahko plačaš),
 - b) občutek zaznamovanja in stigmatizacije,
 - c) ni zdravstvenega sistema za brezdomne osebe,
 - d) obravnava z nespoštovanjem,
 - e) občutek, da so nevidni za izvajalce zdravstvene oskrbe.
4. Razvijanje »posebnih« iznajdljivosti.

Cocozza Martins (2008) ugotavlja, da brezdomce obremenjuje lastna stigma in občutek zaznamovanja, da so brezdomci, ko gredo v bolnišnico. Brezdomci v intervjujih opisujejo, da jih obravnavajo drugače, ker so brezdomci, in da jih medicinske sestre ne jemljejo resno. Če si brezdomec, ne smeš imeti denarja. Povejo, kako so se nekateri brezdomci distancirali od ostalih brezdomcev, da so dobili boljšo oskrbo ... Opisujejo tudi občutek nevidnosti za izvajalce zdravstvene oskrbe. Nekdo opisuje, kako je čakal pred oknom od petnajst do dvajset minut, preden so ga opazili; brezdomce so

popolnoma ignorirali, medtem ko so vse ostale paciente v tem času že nekam napotili. Brezdomstvo opisujejo kot črno luknjo, ki te posrka vase. Kot še ugotavljajo, brezdomci pridejo in izgubijo vse zanimanje, ti stojiš tam in te ne opazijo.

Cocoza Martins (2008) ugotavlja, kako pomembne so naslednje prepreke: neurejenost zdravstvenega zavarovanja in pomanjkanje plačilne zmožnosti, ki jim onemogočajo dostop do osnovne zdravstvene oskrbe. Eden od intervjuvancev opisuje, kako ne more pridobiti recepta za zdravilo, če nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, ko pa ima recept, zdravila ne dobi, ker nima denarja za doplačilo.

Brezdomci se močno zanašajo na nujno pomoč, da bi zadovoljili osnovne zdravstvene potrebe. Pri tem pa imajo medicinske sestre ključno vlogo pri zdravstvenem izidu. Usmerjenost in stereotipi izvajalcev zdravstvene nege prispevajo k neenakosti. Ker so odnosi povezani s kliničnimi odločitvami in vedenjem, je razkrivanje, kakšen je odnos do pacientov, ki so brezdomci, ključen za zdravstveno enakost (Crowe, 2012).

Dekleva in Razpotnik (2009) sta izvedla raziskavo, katere namen je bil raziskati problematiko zdravja in dostopnosti zdravstva slovenskim brezdomcem. Njuna raziskava je bila plod sodelovanja med Ministrstvom za zdravje, strokovnimi delavci ter prostovoljci društva Kralji ulice, nevladnimi organizacijami in zavetišči po vsej Sloveniji, ljudmi, ki brezdomstvo izkušajo, ter raziskovalci z Inštituta za varovanje zdravja in s Pedagoške fakultete v Ljubljani. Empirična raziskava je obsegala dva dela: fokusno skupino z brezdomnimi osebami in anketiranje vzorca brezdomnih oseb (122 anketiranih, od tega 64 % iz Ljubljane). Ugotovila sta, da je odnos zdravstvenega osebja do brezdomcev eden poglavitnih razlogov za slabše zdravstveno stanje brezdomcev. Odklonilni odnos sprejemnega osebja (zdravstvenih delavcev) je lahko vzrok občutka diskriminacije in posledice predsodkov. Posledica pa je, da pacient, ki je brezdomec, prihodnjič ne bo več obiskal zdravnika, tudi če bi ga potreboval. (Dekleva & Razpotnik, 2009).

Kot zaključek Dekleva in Razpotnik (2009) podata poročilo »Vizija za prihodnost«. Govorita o konkretnih predlogih za področje zdravstvenega sistema in navajata potrebo po celostni obravnavi ali vsaj celostnem sprejetju posameznika znotraj posamezne organizacije (nestigmatizirajoče in nediskriminirajoče obravnavanje), razvoj mobilnih enot, ki zdravstveno oskrbujejo brezdomce, in potrebo po bolj individualizirani pomoči (posamezniku prilagojeni). Pri tem velja izpostaviti specifične skupine brezdomcev (mlade brezdomce, uporabnike nedovoljenih drog, posameznike z dvojnimi diagnozami, ostarele brezdomce, onemogle in invalidne brezdomce).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je proučiti odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, in s tem pripomoči k izboljšanju odnosa med zdravstvenimi delavci in brezdomci.

Cilji diplomskega dela so:

- Proučiti odnos med zdravstvenimi delavci in brezdomci in pregled dosedanjih raziskav na tem področju.
- Ugotoviti povezanost odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, z delovnimi izkušnjami, starostjo ter izobrazbo.
- Ugotoviti razlike v odnosu zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, glede na izobrazbo in spol.
- Ugotoviti razlike v odnosu do pacientov, ki so brezdomci, med zdravstvenimi delavci v reševalni službi in v drugih zavodih.
- Ugotoviti prisotnost stereotipov o brezdomcih med zdravstvenimi delavci.
- Ugotoviti samooceno znanj zdravstvenih delavcev s področja obravnave marginalnih skupin (npr. brezdomcev).
- Ugotoviti željo zdravstvenih delavcev po strokovnem izpopolnjevanju za delo z marginalnimi pacienti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšen je odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci?
2. Kako pogosto imajo zdravstveni delavci v obravnavi pacienta, ki je brezdomec?
3. V kolikšni meri se kaže povezava med odnosom zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, in delovnimi izkušnjami, starostjo in izobrazbo?
4. V kolikšni meri se kaže razlika v odnosu zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, glede na stopnjo izobrazbe in spol?

5. Kakšne so razlike med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v reševalnih službah, v njihovem odnosu do pacientov, ki so brezdomci?
6. Kolikšna je prisotnost stereotipov o brezdomcih med zdravstvenimi delavci glede na kraj, kjer deluje zavod?
7. Kakšna je ocena udeležencev raziskave glede lastnih znanj za delo s pacienti, ki so brezdomci, in želja po dodatnem izpopolnjevanju s tega področja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Empirični del raziskave je temeljil na neeksperimentalni, kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom domače in tuje strokovne literature, strokovnih člankov in internetnih virov z obravnavanega področja. Pregled strokovne in znanstvene literature je potekal oktobra 2014, aprila in decembra 2015 ter marca in aprila 2016 v bazah podatkov: Cobiss, Cinahl, PubMed, Springer Link, Proquest, Obzornik zdravstvene nege, Google učenjak. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili ključne besede: brezdomci, odnos, odnos do brezdomcev, odnos zdravstvenih delavcev, stereotipi, predsodki. Za angleške članke pa: homeless, nurse, relationship, attitudes, stereotypes. Pri zbiranju literature smo bili pozorni na leto objave in na verodostojnost podatkov.

V empiričnem delu smo podatke pridobili s pomočjo merskega instrumenta v obliki vprašalnika.

3.3.2 Opis instrumenta

Prvi del merskega instrumenta je sestavljen iz socio-demografskih vprašanj. V drugem delu smo uporabili preverjeni vprašalnik za merjenje odnosa izvajalcev nege do

brezdomcev (HPATHI – Health Professional Attitudes Toward the Homeless Inventory) (Buck, et al., 2005; Fine, et al., 2013). V izvirniku je sestavljen iz 19-ih trditev. Iz naše raziskave smo, podobno kot v kanadski raziskavi (Fine, et al., 2013), izključili eno trditev (»I believe caring for the homeless is not financially viable for my career«), saj imamo v Sloveniji univerzalni zdravstveni sistem in zdravstveno osebje prejme plačilo ne glede na finančni ali bivanjski položaj pacienta. Končna lestvica je sestavljena iz 18-ih trditev, ki za oceno uporabljajo Likertovo lestvico stališč od 1–5, pri čemer 1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 popolnoma se strinjam. Lestvica stališč zajema tri vsebinske sklope: odnosi, zanimanje, samozaupanje, ki so jih prepoznali Fine, et al. (2013). Poleg omenjenih trditev smo oblikovali še sedem lastnih trditev. Nekatere zajemajo lastno oceno znanj in željo po novih znanjih s področja brezdomstva. Te pomenijo naše preverjanje oziroma odgovor na Dekleva & Razpotnikovo (2009, p 98) trditev, da »zaposleni (zdravstveni delavci) nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci«. Vključili smo tudi druge trditve nekaterih stereotipov do brezdomcev, ki jih HPATHI ni zajemal, pa so nas vseno zanimale, ker jih je zaslediti tako v slovenskih raziskavah (na primer Dovžan, 2011) kot v tujih (na primer Berman, et al., 2005; Buck, et al., 2005).

Tretji sklop vprašalnika je sestavljen iz petih vprašanj, med katerimi sta dve odprtega tipa. S prvim vprašanjem smo želeli pridobiti informacijo o pogostosti obravnave pacientov, ki so brezdomci. Z drugim in tretjim vprašanjem smo dodatno ugotavljali morebitno prisotnost stereotipov o brezdomcih. S petim vprašanjem smo pridobili informacije o želenih znanjih s področja brezdomstva.

Instrument skupno sestavlja 8 neodvisnih in 31 odvisnih spremenljivk, pri katerih so udeleženci raziskave imeli eno možnost odgovora, ter 2 odprti vprašanji.

Cronbah koeficient alfa, ki ponazarja zanesljivost merskega instrumenta HPATHI, znaša 0,826. Po Cencič (2009), ki pravi, da bliže, kot je koeficient številu 1, tem večja je zanesljivost, tako lahko sklepamo, da je merski instrument zanesljiv.

3.3.3 Opis vzorca

Iz hipotetično statistične množice smo izbrali namensko neslučajnostni (nerandomizirani) vzorec (Frankel & Wallen, 1990 cited in Cencič, 2009, p. 37) z namenom, da bi zajeli zdravstvene delavce, ki se pri svojem delu v čim večji meri srečujejo z brezdomci, vendar niso vključeni v delo ambulante za osebe brez zavarovanja ali druge podobne ambulante.

Razdeljenih je bilo 141 vprašalnikov v pisni obliki in 95 vabil na računalniško reševanje anket. Odzivnost je bila 38,1 % (90). Pridobili smo 90 izpolnjenih vprašalnikov, kar pomeni manjši vzorec (Sagadin, 2003 cited in Cencič, 2009, p. 39). V vzorec smo vključili 84 % (74) moških. Vprašani so bili v povprečju stari 36,21 let (SO = 9,41). Zaradi tajnosti podatkov ne navajamo točnega deleža vprašanih glede na ustanovo. Največji delež vprašanih pa izhaja iz Zdravstvenega doma Maribor (ZD Maribor), takoj za njim iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana). Delež vprašanih iz Zdravstvenega doma Ljubljana (Splošna nujna medicinska pomoč – urgentni oddelek) je bil najnižji. Z namenom, da rezultati ne bi bili prepoznani po zavodih, smo zavode združili glede na kraj, jih naključno oštevilčili in jih tako primerjali v rezultatih. V vzorcu je tako 55,6 % zdravstvenih delavcev iz kraja A in 44,4 % iz kraja B. Med vprašanci prevladujejo zdravstveni tehniki (n = 40; 44 %). Vprašani so imeli v povprečju 14,46 let (SO = 9,97) delovnih izkušenj ter 10,89 let delovnih izkušenj na trenutnem delovnem mestu v reševalni službi ali urgentnem oddelku (SO = 8,60).

Tabela 2: Opis vzorca

	n	%
<i>Spol</i>		
Moški	76	84,4
Ženski	14	15,6
<i>Starost</i>		
20 do 30 let	31	34,4
31 do 40 let	32	35,6

	n	%
41 do 57 let	26	28,9
b. o.	1	1,1
<i>Izobrazba</i>		
Dr. med.	9	10,0
Zdravstveni tehnik	40	44,4
	n	%
Viš. med.ses. / viš. med. teh.	3	3,30
Dipl. m. s. / dipl. zn.	32	35,6
Mag. zdr. neg.	4	4,40
Drugo	2	2,20
<i>Skupna delovna doba</i>		
Pod 10 let	35	38,9
11 do 20 let	30	33,3
21 do 40 let	24	26,7
b. o.	1	1,1
<i>Delovna doba na delovnem mestu</i>		
Pod 5 let	31	34,4
5 do 15 let	34	37,8
16 do 35 let	24	26,7
b.o.	1	1,1
<i>Kraj, kjer deluje zavod</i>		
Kraj A	50	55,6
Kraj B	40	44,4
<i>Enota</i>		
Reševalna služba	76	84,4
Urgentni oddelek	14	15,6

n = število udeležencev, % = delež anketirancev, b. o. = brez odgovora

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo izbrali dve večji mesti, Ljubljano in Maribor. Kraja smo izbrali zato, ker se po zadnjih pridobljenih sklepanjih (Höfler, 2013), saj uradnih podatkov ni, v teh dveh mestih zadržuje največ brezdomcev. Sklepamo, da je tudi srečanj med zdravstvenimi delavci in brezdomci tam največ.

K sodelovanju smo povabili štiri zavode in se pri tem obrnili na pristojne organe posameznih institucij. Organi, ki so nam dali soglasje oziroma dovoljenja, so nam dali tudi navodila oziroma določili odgovorno osebo, na katero se obrnemo z vzorci raziskave. Pri vključitvi v raziskavo smo želeli zajeti zdravstvene delavce (medicinske sestre in zdravstvenike, tehnike zdravstvene nege, zdravnike, zdravnike specialiste, specializante, administratorje z osebnim stikom s pacienti, reševalce, radiologe, ...), ki so zaposleni na Reševalni postaji UKC Ljubljana (v Reševalni službi), na »urgenci« v Ljubljani (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska prva pomoč, Urgentni kirurški blok) in v Centru za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze Maribor, na »urgenci« v Mariboru (Internistična prva pomoč, Urgentni center) ter zaposlene v Centru za zastrupitve. Soglasje za izvedbo raziskave smo pridobili le v naslednjih zavodih:

- v Zdravstvenem domu Ljubljana, v enoti Splošne nujne medicinske prve pomoči,
- v Zdravstvenem domu Maribor, v Centru za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze Maribor,
- v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, v enoti Reševalne službe.

Vzorčenje je potekalo v mesecu juliju, avgustu, septembru, oktobru in decembru 2015.

Reševanje vprašalnikov je potekalo na dva načina (elektronsko in klasično). Elektronsko (preko interneta) je sestavljalo povabilo za obisk strani (<https://www.1ka.si>), na kateri se je lahko izpolnilo vprašalnik, ki smo ga predhodno oblikovali. Povabilo k reševanju vprašalnika je bilo razdeljeno posredno preko vodij enot oziroma kontaktnih oseb. Klasično reševanje vprašalnikov je predstavljalo vprašalnik v tiskani obliki. O obliki vprašalnika smo se predhodno dogovorili z odgovorno osebo. V enem zavodu smo se dogovorili za klasični način, v drugih dveh zavodih pa za elektronski način reševanja vprašalnikov. Ker se v večini primerov na elektronska povabila niso odzvali (največji je bil 20 % odziv), smo tistim udeležencem raziskave, ki se na vabila niso odzvali, naknadno posredovali še klasično obliko vprašalnika in odgovorno osebo zadolžili, da ne bo prišlo do podvajanja rešenih vprašalnikov.

Lestvica HPATHI – Health Professional Attitudes Toward the Homeless Inventory (Buck, et al., 2005) je bila, kolikor smo seznanjeni, prvič uporabljena v slovenskem prostoru, zato smo pri prevodu upoštevali usmeritve za pripravo strokovnega prevoda in uporabo vprašalnika v slovenskem jeziku. Opravljen je bil strokovni prevod v obe smeri. Izvirni instrument HPATHI je bil večkrat testiran in preoblikovan, a angleška verzija, ki smo jo uporabili v naši raziskavi, dosega visoko stopnjo veljavnosti, zanesljivosti in notranje konsistentnosti (Buck, et al., 2005; Fine, et al., 2013). Prevedenega instrumenta v slovenščino nismo validirali, smo pa ugotovili visoko stopnjo zanesljivosti. Razumljivost slovenske verzije smo preverjali na manjši skupini priložnostno izbranih šestih oseb. Trditve smo primerjali vsako posebej in glede na tri vsebinske sklope, pri čemer smo se opirali na Fine, et al. (2013). V skladu z usmeritvami Fine, et al. (2013) smo negativne trditve rekodirali, tako da višje povprečje pomeni bolj pozitiven odnos.

Vsi sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni, da je reševanje vprašalnikov prostovoljno in anonimno. Pri računalniškem reševanju je bila zagotovljena anonimnost v tolikšni stopnji, kot ga je zagotavljalo podjetje Ika, preko katerega smo izvedli računalniško oziroma internetno reševanje vprašalnika. Anonimnost pa je bila zagotovljena tudi pri izpolnjevanju pisnih vprašalnikov.

Podatke, pridobljene z raziskavo, smo obdelali s statističnim programom SPSS verzija 20,0. Z vidika opisne statistike (univariantne metode) grafov in tabel smo uporabili frekvence, odstotke, povprečno vrednost (v nadaljevanju: PV), ki nam je dal podatke srednji vrednosti, prikazali smo tudi standardni odklon (v nadaljevanju: SO), ki nam pove razpršenost odgovorov udeležencev, vendar nam ta ne omogoča medsebojnih primerjav, za primerjavo je potrebna relativna mera razpršenosti (Kožuh, 2011), zato smo izračunali koeficient variacije (V) in na osnovi te določili največjo in najmanjšo razpršenost. Bivariantne metode smo uporabili glede na to, ali smo iskali povezanosti ali razlike in glede na vrsto spremenljivk in število spremenljivk naslednje analitične metode: t-test za neodvisne vzorce, Mann-Whitney-ev U-test, Kruskal Waliss H-Test ter

Spearmanov in Pearsonov koeficient korelacije. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5 % tveganja ($p = 0,05$). »Če je raven 5-odstotna ali manjša, tedaj rečemo, da je razlika statistično pomembna« (Cencič, 2009, p. 96). Odprta vprašanja smo vsebinsko grupirali v več kategorij. Nato smo jih podali v obliki grafa in po odstotkih primerjali med seboj.

3.4 REZULTATI

V vprašalniku so bili oblikovani trije sklopi. Prvi je socio-demografski, ki smo ga v večini interpretirali že pri opisu vzorca. Drugi del obravnava odnos, s tretjim pa smo pridobili podatke o stereotipih in želenih znanjih. V nadaljevanju predstavljamo rezultate skozi raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci?

V inštrumentu HPATHI, ki meri odnos do brezdomcev, so trditve zložene v tri tematske sklope in s tem v tri skupine oziroma podskupine (odnos, zanimanje in samozaupanje). Iz tabele 3 ugotavljamo, da imajo udeleženci raziskave precej nevtralen odnos do pacientov, ki so brezdomci, saj se je več kot 40 % anketirancev pri polovici trditev in nad 33 % anketirancev pri 15-ih od 18-ih trditev opredelilo za nevtralen odgovor. To se opazi tudi v povprečni oceni 3,34 (SO = 0,39). Po tematskih sklopih inštrumenta je najvišje strinjanje dosegla tema odnos (PV = 3,42; SO = 0,49), sledi samozaupanje (PV = 3,27; SO = 0,53), najslabšo povprečno oceno pa ima tema zanimanje za brezdomce (PV = 3,25; SO = 0,49). Če primerjamo med seboj posamezne trditve celotnega HPATHI inštrumenta, se trditev: »Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.« v strinjanju uvršča zelo visoko. Udeleženci raziskave so se najbolj strinjali oziroma zelo strinjali ($n = 79$; 87,8%) s to trditvijo. Slednja trditev in trditev: »Brezdomci imajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe.« ($n = 75$; 83,3%) zelo izstopa po strinjanju udeležencev raziskave od ostalih trditev. Povprečna vrednost prej omenjene trditev: »Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati

pomoči potrebnim.« je najvišja (PV = 4,26; SO = 0,758). Ta trditev se nobenemu udeležencu raziskave ni zdela zelo napačna, saj lahko enako kot pri trditvi: »Menim, da je socialna pravica pomemben del zdravstvene oskrbe.« opazimo, da se ni nihče opredelil za odgovor »sploh se ne strinjam«. Vendar slednja ni dosegla visokega povprečja, ker je bilo še zmeraj veliko neopredeljenih (n = 25; 27,8%), ki so potrdili »sem nevtralen«. Največ neodločenih (n = 52; 57,8%) je bilo pri trditvi: »Prioritete mojih pacientov so lahko zanje bolj pomembne kot upoštevanje mojih zdravstvenih priporočil.«

Tabela 3: Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci

	Trditev	Sploh se ne strinjam n (%)	Se ne strinjam n (%)	Sem nevtralen n (%)	Se strinjam n (%)	Zelo se strinjam n (%)	PV** (SO)
ODNOS	Brezdomci so žrtve okoliščin.	3 (3,3)	20 (22,2)	46 (51,1)	17 (18,9)	4 (4,4)	2,99 (0,86)
	Brezdomci imajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe.	1 (1,1)	3 (3,3)	11 (12,2)	38 (42,2)	37 (41,1)	4,19 (0,86)
	Brezdomstvo je velik problem naše družbe.	3 (3,3)	6 (6,7)	23 (25,6)	36 (40,0)	22 (24,4)	3,76 (1,00)
	Prioritete mojih pacientov so lahko zanje bolj pomembne kot upoštevanje mojih zdravstvenih priporočil.	2 (2,2)	8 (8,9)	52 (57,8)	26 (28,9)	2 (2,2)	3,20 (0,72)
	Finančna sredstva za zdravstveno oskrbo bi morala biti namenjena ubogim in brezdomcem.	7 (7,8)	12 (13,3)	35 (38,9)	29 (32,2)	7 (7,8)	3,19 (1,03)
	Zdravniki bi morali upoštevati tako fizične kot socialne probleme brezdomcev.	2 (2,2)	10 (11,1)	31 (34,4)	32 (35,6)	15 (16,7)	3,53 (0,97)
	Menim, da je socialna pravica pomemben del zdravstvene oskrbe.	0 (0,0)	4 (4,4)	25 (27,8)	40 (44,4)	21 (23,3)	3,87 (0,82)
	Brezdomci so leni.	6 (6,7)	19 (21,1)	42 (46,7)	19 (21,1)	4 (4,4)	3,04* (0,94)
	Brezdomci se sami odločijo za brezdomstvo.	8 (8,9)	15 (16,7)	42 (46,7)	18 (20,0)	7 (7,8)	2,99* (1,02)
	SKUPAJ PV (SO)	3,42** (0,49)					
ZANIMANJE	Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.	0 (0,0)	3 (3,3)	8 (8,9)	42 (46,7)	37 (41,1)	4,26 (0,76)
	Zanimam se za delo s socialno izključenimi.	9 (10,0)	21 (23,3)	39 (43,3)	17 (18,9)	4 (4,4)	2,84 (0,99)
	S pacienti se rad pogovarjam o psihosocialnih problemih.	3 (3,3)	19 (21,1)	32 (35,6)	31 (34,4)	5 (5,6)	3,18 (0,94)

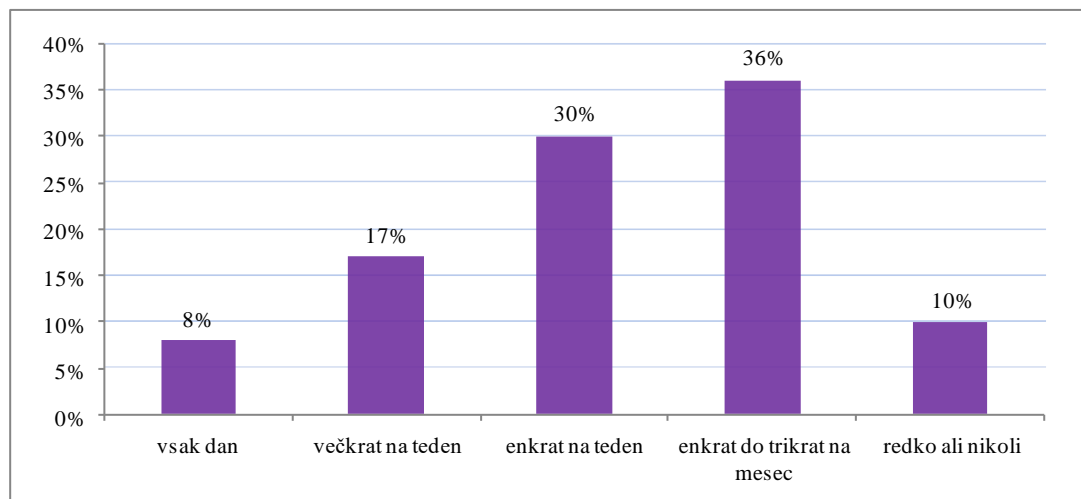
ZANIMANJE	Trditev	Sploh se	Se ne	Sem	Se	Zelo se	PV** (SO)
		ne	strinjam	nevturalen	strinjam	strinjam	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ZANIMANJE	Rad spoznavam življenje brezdomcev.	9 (10,0)	28 (31,1)	33 (36,7%)	17 (18,9%)	3 (3,3%)	2,74 (0,99)
	Nezadovoljen sem s količino časa, ki je odmerjen za pregled pacientov, ki so brezdomci.	7 (7,8%)	24 (26,7)	43 (47,8)	13 (14,4)	3 (3,3)	3,21* (0,91)
	SKUPAJ PV (SO)	3,25** (0,49)					
SAMOZAUPANJE	Zadovoljen sem z dejstvom, da sem prva oseba, ki nudi osnovno zdravstveno oskrbo brezdomni osebi s hudo duševno boleznijo.	4 (4,4)	14 (15,6)	47 (52,2)	21 (23,3)	4 (4,4)	3,08 (0,86)
	Dobro se počutim kot del ekipe, ki nudi zdravstveno oskrbo brezdomcem.	5 (5,6)	12 (13,3)	33 (36,7)	30 (33,3)	10 (11,1)	3,33 (1,02)
	Zadovoljen sem s tem, da nudim zdravstveno oskrbo različnim manjšinam in kulturnim skupinam.	1 (1,1)	6 (6,7)	36 (40,0)	37 (41,1)	10 (11,1)	3,54 (0,82)
	Počutim se prevzet s kompleksnostjo problemov, s katerimi se soočajo brezdomci.	3 (3,3)	26 (28,9)	43 (47,8)	17 (18,9)	1 (1,1)	3,14* (0,80)
	SKUPAJ PV (SO)	3,27** (0,53)					
HPATHI SKUPAJ PV (SO)		3,34** (0,39)					
DODATNA TRDITEV: Odnos mojih sodelavcev do pacientov, ki so brezdomci, je dober.		1 (1,1)	7 (7,8)	31 (34,4)	44 (48,9)	7 (7,8)	3,54 (0,80)

(n = 90) Legenda: PV = povprečna vrednost (**Višja povprečna vrednost pomeni bolj pozitiven odnos); SO = standardni odklon; *=obrnjena povprečna vrednost (več pomeni boljši odnos).

Razpršenost oz. enotnost odgovorov znotraj posamezne trditve smo ugotavljali s koeficientom variacije (Kožuh, 2011). Najbolj razpršeni ($V = 0,342$) odgovori so pri trditvi »Rad spoznavam življenje brezdomcev.« in najbolj enotni ($V = 0,117$) pri že prej omenjeni trditvi z najboljšo oceno »Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.«. Udeleženci tudi za svoje sodelavce lahko rečejo, da imajo pozitiven (dober) odnos do brezdomcev (PV = 3,54; SO = 0,80) (tabela 3).

Raziskovalno vprašanje 2: Kako pogosto imajo zdravstveni delavci v obravnavi pacienta, ki je brezdomec?

Iz slike 1 lahko razberemo, da je večina ($n = 90$) udeleženih zdravstvenih delavcev imela pacienta, ki je brezdomec v obravnavi enkrat do trikrat na mesec ($n = 32$). Najmanj ($n = 7$) je bilo takih, ki so v zadnje pol leta vsakodnevno obravnavali pacienta, ki je brezdomec.



Slika 1: Obravnava pacienta, ki je brezdomec

Raziskovalno vprašanje 3: V kolikšni meri se kaže povezava med odnosom zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, in delovnimi izkušnjami, starostjo in izobrazbo?

Odgovore na tretje raziskovalno vprašanje smo dobili s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije in t-testa za dva neodvisna vzorca. Povezavo smo preverjali s povprečjem prvih sedmih trditev HAPATHI, ki obravnava samo odnosna vprašanja. V nadaljevanju prikazujemo korelacijsko matriko številskih spremenljivk, vključenih v analizo.

Iz tabele 4 na naslednji strani lahko vidimo, da je povezanost med delovno dobo na delovnem mestu in povprečjem odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, šibka (Šuster Erjavec & Južnik Rotar, 2013) in statistično neznačilna ($r = 0,032$; $p = 0,764$). Nekoliko višja, a še vedno statistično neznačilna je povezanost med skupno delovno dobo in povprečjem odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so

brezdomci ($r = 0,187$; $p = 0,080$). Podobno velja tudi za povezanost med starostjo udeležencev in njihovim odnosom do pacientov, ki so brezdomci, saj je tudi ta povezanost pozitivna, a šibka in statistično neznačilna ($r = 0,159$; $p = 0,137$).

Tabela 4: Pearsonova koleracijska matrika

		Odnos (1 sklop)	Delovne izkušnje na trenutnem delovnem mestu	Skupne delovne izkušnje	Starost
Odnos (1 sklop)	r	1			
	n	90			
Delovne izkušnje na trenutnem delovnem mestu	r	0,032	1		
	p	0,764	-		
	n	89	89		
Skupne delovne izkušnje	r	0,187	0,853	1	
	p	0,080	0,000	-	
	n	89	88	89	
Starost	r	0,159	0,821	0,950	1
	p	0,137	0,000	0,000	-
	n	89	88	88	89

Legenda: n = velikost vzorca; p = statistično značilna razlika pri 0,01 ali manj; r = Pearsonov koeficient korelacije

Vse anketirance, ki imajo izobrazbo na področju zdravstvene nege, smo razdelili v dve skupini, ki sta dovolj veliki, da lahko pogledamo Pearsonov koeficient korelacije.

Tabela 5: Povezanost med izobrazbo na področju zdravstvene nege in odnosom do pacientov, ki so brezdomci

Izobrazba zdravstvene nege	n	PV	SO	r	p
Tehniki zdravstvene nege	40	3,43	0,48	0,035	0,761
Izobrazba zdravstvene nege več kot zdravstveni tehnik*	39	3,39	0,53		

*(Diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra, magister zdravstvene nege) Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; Lestvica: 1 - sploh se ne strinjam, 5 - popolnoma se strinjam; SO = standardni odklon; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; r = Pearsonov koeficient korelacije.

Zanimala nas je namreč povezanost med izobrazbo na področju zdravstvene nege in odnosom do pacientov, ki so brezdomci. Ugotovimo, da je povezanost izobrazbe in povprečjem odnosa (1. sklop) zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, negativna in šibka (Šuster Erjavec & Južnik Rotar, 2013) in statistično neznačilna ($r = 0,035$; $p = 0,76$) (tabela 5).

Raziskovalno vprašanje 4: V kolikšni meri se kaže razlika v odnosu zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, glede na stopnjo izobrazbe in spol?

Da bi preverili, kako se različno izobraženi udeleženci razlikujejo v odnosu do brezdomcev, smo izvedli Kruskal-Walis H-test. Za izbiro tega testa smo se odločili, ker je bila odvisna spremenljivka (odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci) številska, neodvisna (stopnja izobrazbe) pa opisna – imenska (zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra, magister zdravstvene nege, zdravnik, in »drugo«). Za uporabo neparametričnega testa smo se odločili, ker smo operirali z majhnim vzorcem udeležencev oziroma ker so bile podskupine udeležencev zelo majhne.

V nadaljevanju prikazujemo tabelo z opisnimi statistikami za posamezne skupine udeležencev glede na odnos.

Tabela 6: Primerjava odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, glede na izobrazbo

Izobrazba	n	HPATHI – 1. sklop: Odnos	
		PV**	SO
Tehniki zdravstvene nege	40	3,43	0,48
Izobrazba zdravstvene nege več kot zdravstveni tehnik*	39	3,39	0,53
Dr. med.	9	3,42	0,36

(n = 88) *(Diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra, magister zdravstvene nege) Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost (**Višja povprečna vrednost pomeni bolj pozitiven odnos); SO = standardni odklon.

Iz tabele 6 na prejšnji strani lahko vidimo, da so razlike v povprečni stopnji izraženosti odvisne spremenljivke majhne. Nekoliko bolj pozitiven odnos imajo udeleženci, ki so tehniki zdravstvene nege (PV = 3,43; SO = 0,48), vendar pa rezultat Kruskal-Walisovega H-testa kaže, da razlike glede na izobrazbo niso statistično pomembne ($H = 0,390$; $p = 0,823$).

V nadaljevanju smo pogledali razlike v odnosu zdravstvenih delavcev glede na spol. Ugotovili smo, da imajo udeleženci raziskave ženskega spola v povprečju boljši odnos (PV = 3,50; SO = 0,36) kot moški udeleženci (PV = 3,40; SO = 0,51). Kljub temu pa je rezultat t-testa v nadaljevanju pokazal, da te razlike niso statistično pomembne ($t(88) = 0,752$; $p = 0,454$).

Raziskovalno vprašanje 5: Kakšne so razlike med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v reševalnih službah, v njihovem odnosu do pacientov, ki so brezdomci?

Tabela 7: Razlike med vprašanimi zaposlenimi v reševalnih službah v odnosu do pacientov, ki so brezdomci

Spremenljivke	Skupina	n	PV**	SO	t	p
ODNOS (povprečje 1. sklopa HPATHI)	Zavod 1	36	3,53	0,55	2,107	0,039
	Zavod 2	40	3,28	0,46		
INTERES (povprečje 2. sklopa HPATHI)	Zavod 1	36	3,35	0,53	1,657	0,102
	Zavod 2	40	3,17	0,41		
SAMOZAUPANJE (povprečje 3. sklopa HPATHI)	Zavod 1	36	3,40	0,51	1,954	0,054
	Zavod 2	40	3,17	0,55		
HPATHI (vsi sklopi skupaj)	Zavod 1	36	3,45	0,42	2,537	0,013
	Zavod 2	40	3,23	0,35		

(n = 76) Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost (**Višja povprečna vrednost pomeni bolj pozitiven odnos); SO = standardni odklon, t = rezultat t-testa za 2 neodvisna vzorca, p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 7 lahko vidimo, da so razlike v povprečnih vrednostih med v raziskavi udeleženi zaposlenimi v reševalnih službah majhne. Najvišjo povprečno oceno doseže Zavod 1 (PV = 3,53; SO = 0,55) pri spremenljivki (»odnos«). In pri prav tej

spremenljivki (»odnos«) lahko opazimo največjo razliko v povprečni vrednosti v primerjavi Zavoda 1 z Zavodom 2 (PV = 3,28; SO = 0,46). Ugotovimo, da so te razlike statistično značilne ($t(76) = 2,107$; $p = 0,039$). Največjo statistično razliko pa lahko opazimo med Zavodom 1 in Zavodom 2 pri primerjavi celotnega HPATHI inštrumenta ($t(76) = 2,537$; $p = 0,013$).

Raziskovalno vprašanje 6: Kolikšna je prisotnost stereotipov o brezdomcih med zdravstvenimi delavci glede na kraj, kjer deluje zavod?

Stereotipe smo raziskovali z dvema sklopoma vprašalnika. Prvi del je sestavljen iz štirih trditvev. Trditve predstavljajo določena stereotipna razmišljanja. Drugi predstavlja odprto vprašanje, pri katerem lahko opazimo stereotipno prepoznavanje pacientov, ki so brezdomci. Ker nas je zanimalo, kako se v stopnji strinjanja s posameznimi trditvami (opisne-ordinalne spremenljivke) razlikujejo udeleženci iz kraja A in kraja B, smo uporabili Mann – Whitney-ev U-test. Ko govorimo o stereotipih, nas je zanimala stopnja nestrinjanja. Vrednosti so zato obrnjene. Pomenijo pa, da pri povprečni vrednosti višje število pomeni boljši odnos. V nadaljevanju prikazujemo tabelo z opisnimi statistikami za stopnje strinjanja s posameznimi trditvami glede na kraj zaposlitve udeležencev.

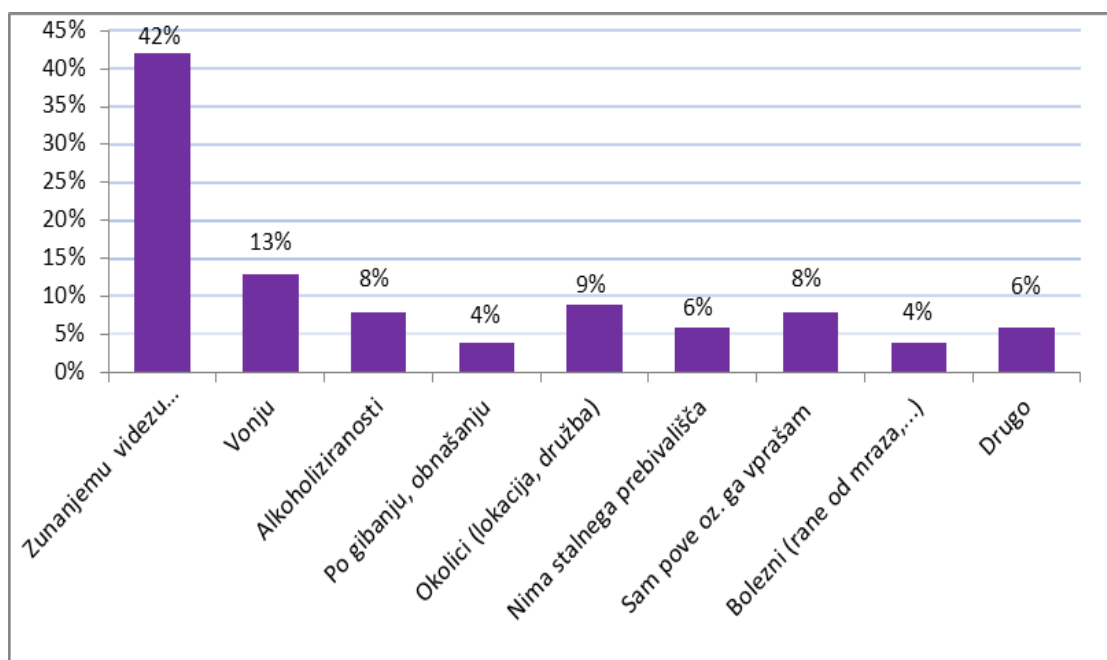
Tabela 8: Primerjava stereotipov med udeleženci raziskave zaposlenimi v dveh različnih krajih

Trditev	Kraj	n	PV**	SO	U	p
Večina brezdomcev je duševno bolnih.	A	50	3,84	1,037	839,0	0,171
	B	40	3,55	0,932		
Večina brezdomcev je zasvojenec ali alkoholikov.	A	50	2,72	1,089	883,0	0,323
	B	40	2,95	1,061		
Brezdomci so nevarni, agresivni ali fizično ogrožajoči.	A	50	3,86	0,990	747,0	0,032
	B	40	3,43	0,958		
Brezdomci so leni.	A	50	3,18	1,004	808,5	0,970
	B	40	2,88	0,822		

(n = 90) Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost (**Višja povprečna vrednost pomeni bolj pozitiven) odnos; SO = standardni odklon, U = Mann-Whitney-ev U test, p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj.

V kraju A se udeleženci nekoliko manj strinjajo, da so brezdomci nevarni in agresivni, tako da kažejo na boljši odnos (PV = 3,86, SO = 0,990) kot pa zdravstveni delavci, ki so zaposleni v kraju B (PV = 3,43, SO = 0,958). Razlike so statistično pomembne (U = 747,0, p = 0,032). Pri ostalih trditvah statistično pomembnih razlik test ni pokazal (tabela 8).

Kot je zapisano zgoraj, smo odgovore na šesto raziskovalno vprašanje dobili tudi preko odprtega vprašanja, kjer nas je zanimalo, po čem udeleženci prepoznajo pacienta, ki je brezdomec. Tukaj smo ponovno vsebinsko grupirali odgovore udeležencev (n = 54) v več kategorij. Najbolj izstopa kategorija oziroma prepričanje, da so brezdomci umazani, v strgani obleki in neurejeni (n = 36), sledi vonj (n = 11), naslednje kategorije so okolica (n = 8), alkoholiziranost (n = 7), ... (glej sliko 2).



Slika 2: Prepoznavanje pacienta, ki je brezdomec (možnih je več odgovorov)

Raziskovalno vprašanje 7: Kakšna je ocena udeležencev raziskave glede lastnih znanj za delo s pacienti, ki so brezdomci, in želja po dodatnem izpopolnjevanju s tega področja?

Prvi del odgovora na to raziskovalno vprašanje smo dobili s tremi trditvami. Prva trditev govori o samooceni znanja pri problematiki brezdomstva. Pri tej trditvi se je največ udeležencev raziskave opredelilo za nevtralni odgovor ($n = 38$; 42,2 %), kar kaže tudi povprečna vrednost 3,08 ($SO = 0,974$). Hkrati ugotavljamo, da je pri isti trditvi več kot četrtina ($n = 24$; 26,7 %) udeležencev raziskave ocenila, da njihovo znanje o problematiki ni ustrezno. Enako število udeležencev raziskave je izrazilo mnenje, da se želijo izobraževati na področju brezdomstva ($PV = 2,81$; $SO = 1,121$). Med udeleženci raziskave prevladuje mnenje, da dobro ($n = 46$; 51,1 %) oziroma zelo dobro ($N = 20$; 22,2 %) zagotavljajo zdravstveno oskrbo pacientom, ki so brezdomci (tabela 9).

Tabela 9: Znanja za delo s pacienti, ki so brezdomci

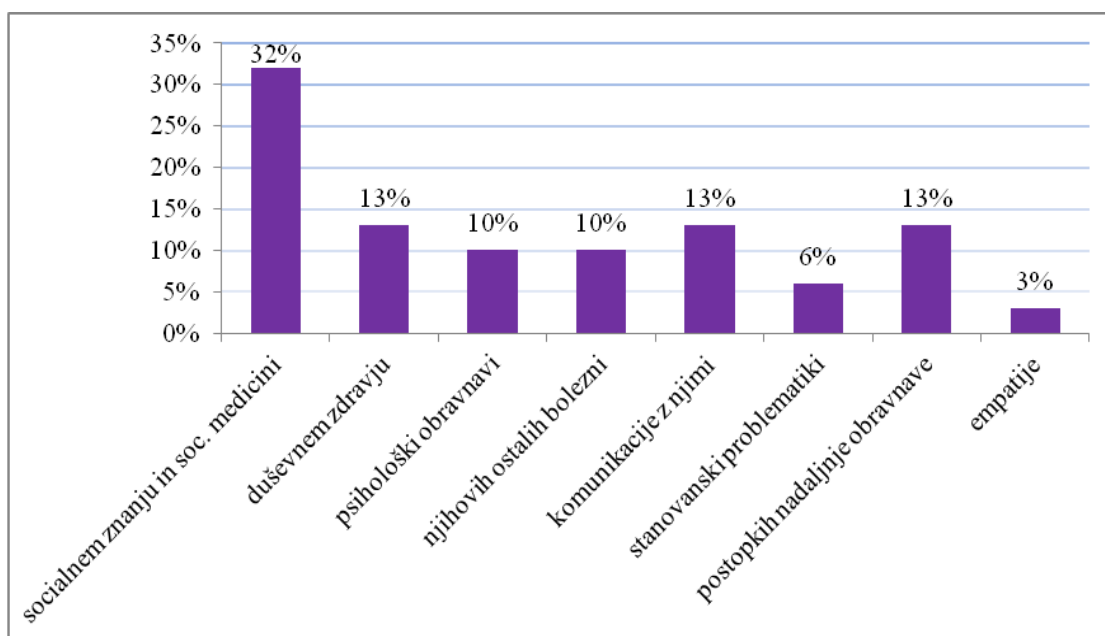
Trditev	Sploh se ne strinjam n (%)	Se ne strinjam n (%)	Sem nevtralen n (%)	Se strinjam n (%)	Zelo se strinjam n (%)	PV** (SO)
Moje znanje o problematiki brezdomstva je ustrezno.	3 (3,3)	22 (24,4)	38 (42,2)	19 (21,1)	8 (8,9)	3,08 (0,974)
Želim si izobraževanja s področja brezdomstva.	12 (13,3%)	24 (26,7)	29 (32,2)	19 (21,1)	6 (6,7)	2,81 (1,121)
Pacientom, ki so brezdomci, zagotavljamo dobro zdravstveno oskrbo.	2 (2,2)	2 (2,2)	20 (22,2)	46 (51,1)	20 (22,2)	3,89 (0,854)

($n = 90$) Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost (**Višja povprečna vrednost pomeni bolj pozitiven odnos); SO = standardni odklon.

Drugi del odgovora na raziskovalno vprašanje smo dobili z dvema ocenama. Na oceno znanja je odgovorilo 87 udeležencev raziskave. Prva povprečna vrednost ($PV = 3,06$; $SO = 1,004$) poda rezultat samoocene znanja na področju dela z marginalnimi skupinami in druga povprečna vrednost ($PV = 3,29$; $SO = 0,861$), ki je bila višja, poda samooceno znanj pri delu z brezdomci. Pridemo do sklepa, da imajo naši udeleženci raziskave več znanja na področja dela s pacienti, ki so brezdomci, kot s področja dela z

marginalnimi skupinami. S Spearmanovim koeficientom korelacije smo pogledali povezanost med samoocenami znanj. Vrednost koeficienta korelacije je bila pozitivna, zelo močno povezana (Šuster Erjavec & Južnik Rotar, 2013, p. 88) in statistično značilna ($r = 0,812$; $p < 0,01$). To pomeni, da sta znanje na področju dela z marginalnimi skupinami in znanje na področju dela s pacienti, ki so brezdomci, pri naših udeležencih raziskave pozitivno in pomembno povezana.

Tretji del odgovora na sedmo raziskovalno vprašanje smo dobili tudi s pomočjo odgovorov na odprto vprašanje, s katerim smo udeležence povprašali, katera znanja si pri svojem delu še želijo s področja brezdomstva. Pri tem smo odgovore ($n = 27$ udeležencev) vsebinsko grupirali v več kategorij, ki so prikazane na sliki 3. Vidimo lahko, da so socialna znanja in socialna medicina ($n = 10$) na vrhu lestvice zelenih znanj s področja brezdomstva zdravstvenega osebja oziroma bolj natančno udeleženih zdravstvenih delavcev. Sledijo jim tri želje z istim rezultatom ($n = 4$): želja po dodatnih znanjih iz duševnega zdravja, po znanjih iz komunikacije s pacienti, ki so brezdomci, ter znanje o postopkih nadaljnje obravnave. Najmanj so izrazili potrebo po dodatnih znanjih o empatiji ($n = 1$).



Slika 3: Zelena dodatna znanja s področja brezdomstva (več možnih odgovorov)

3.5 RAZPRAVA

Več kot polovica zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v raziskavi, se sreča pri svojem delu s pacientom, ki je brezdomec, enkrat do štirikrat na mesec. Ugotovili smo, da je odnos zdravstvenih delavcev z njimi nevtralen. Rezultate smo primerjali s kanadsko raziskavo Fine, et al. (2013), ki je prav tako uporabljala HAPTHI instrument. Raziskava je sicer vključila študente medicine ($n = 371$), a z vidika odnosov zdravstvenih delavcev tudi ta daje pomemben vpogled. Primerjali smo vrednosti mediane, ki je pri več kot pol trditvah udeležencev v naši raziskavi nižja glede na vrednosti v Kanadi izvedene raziskave (glej tabelo 11 v prilogi). S to primerjavo smo prišli do sklepa, da je odnos zdravstvenih delavcev v naši raziskavi bolj negativen, kot kažejo rezultati kanadske raziskave.

Ugotovili smo, da so se udeleženci naše raziskave najbolj strinjali s trditvijo, ki govori o želji pomagati pomoči potrebnim. To lahko na eni strani pomeni pozitivno željo pri zaposlenem v zdravstvu. Tako lahko sklepamo na osnovi sestavljenega inštrumenta HAPTHI. Pri tem inštrumentu so trditev »Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.« označili kot pozitivno trditev, kar smo v naši raziskavi tudi storili. Lahko pa trditev nakazuje na religiozni model delovanja oziroma model ukrepanj, ki sta jih podala Dekleva in Razpotnik (2009 cited in Liddiard & Hutson, 1998; cited in Dekleva & Razpotnik, 2009, p. 17) v poročilu raziskave Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Pri tem modelu gre za delovanje, ki je utemeljeno s konceptom dobrih del in »naj bi po svoji logiki – ob tem, da pomagajo brezdomcem – pomenilo (moralno, religiozno) povzdigovanje tistega, ki daje (kot izvajalca dobrih del), in poniževanje prejemnika (ki ni subjekt dobrega dela, ampak njegov objekt)« (Dekleva & Razpotnik, 2009, p. 18). Torej lahko z ene strani potrjujemo to trditev kot pozitivno ali pa jo sprejmemo kot tako imenovano religiozno gesto, ki pomeni predsodek oziroma neko omejitev, še posebno za dober odnos. »*Dober odnos vključuje skupno zadovoljevanje potreb, kar pomeni, da niti eden ali drugi ne moreta zadovoljevati svoje potrebe na račun drugega*« (Kelhar, 1995, p. 8). Kelhar

(1995), ki je v sodelovanju s svetovno zdravstveno organizacijo pripravila program Korak več k večji uspešnosti, je postavila pet točk dobrega odnosa (skozi razpravo v ležeči pisavi). Govorila je sicer o vodjih, a smo vseeno skozi razpravo vzeli te točke kot cilje za postavitev dobrega oziroma v našem primeru hotenega odličnega odnosa.

Nekako naj bi bil za urgentne zdravstvene delavce (o teh namreč govorimo) najprimernejši nekoč samoumeven paternalistični odnos. Ta odnos, ki temelji na moči zdravnikov, pa je »v zadnjih petdesetih letih postal močno načet, resnicoljubnost pa je, skupaj z novodobnim poudarkom na avtonomiji in soodločanju pri postopkih zdravljenja, postala eno pomembnejših etičnih načel, ki veljajo za sodobni partnerski odnos med pacientom in zdravnikom« (Lukman, 2010, p. 23). Partnerski odnos je v zadnjem času značilen tako za odnos pacient – zdravnik kot tudi pacient – medicinska sestra. Gre za »sodoben« odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem. Tako naj bi bila/bil »diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik sposobna/sposoben delovati po načelih sodobne zdravstvene nege, ki poudarja individualnost, partnerski odnos in holistični pristop k posamezniku, družini ali skupini« (Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, 2014; Visoka zdravstvena šola v Celju, 2014; Fakulteta za zdravstvo Jesenice, 2015). Prav tako pacientove pravice kažejo težnje po vzpostavljanju partnerskega odnosa med pacientom in zdravnikom oziroma drugim zdravstvenim delavcem, pri čemer temeljijo na načelih, kot so: »spoštovanje vsakogar kot človeka /.../, njegove osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan ...« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, p. 1046). Ta partnerski odnos daje pacientu aktivno vlogo pri lastnem zdravljenju, pri čemer se vzpostavi možnost hitrejše ozdravitve oziroma boljšega počutja (Pavličević & Simi, 2014). Partnerski odnos lahko enačimo z Tschudinijevim (2004 cited in Zamolo, 2014, p. 13) kolegialnim modelom, v katerem imata pacient in medicinska sestra isti cilj in sodelujeta kot partnerja. Odločitve sprejemata soglasno. Čeprav Tschudin (2004 cited in Zamolo, 2014) pravi, da je ta model visoko idealističen in precej težko izvedljiv, pa bi moral biti to, glede na prej povedano, cilj za dober oziroma odličen odnos, saj brezdomci v kar velikem odstotku (26,9) doživljajo, da v zdravstvenih ustanovah niso obravnavani z dostojanstvom in spoštljivostjo (Dekleva & Razpotnik, 2009). Za obvladovanje

medosebnih odnosov so potrebna »leta in leta izkušenj«, zaključí Zamolo (2014, p. 41). Ugotovi, da zgolj teoretično znanje ni dovolj. V naši raziskavi, ki je bila izvedena med zdravstvenimi delavci, se sicer zazna šibka povezava vpliva delovnih izkušenj in starosti pri oblikovanju odnosa zdravstvenih delavcev s pacientom, ki je brezdomec, vendar povezava ni bila statistično pomembna.

Prav tako ni videti statistično pomembnih razlik oziroma podobnosti v povezavi med odnosom do pacientov, ki so brezdomci, in izobrazbo. Med različnimi poklici oziroma izobrazbo so razlike, vendar majhne. Naša raziskava kaže v smer, da imajo udeleženci raziskave z nižjo izobrazbo iz zdravstvene nege nekoliko boljši odnos kot delavci z višjo izobrazbo. Če pogledamo brezdomce, ki so bili udeleženi v Dekleva in Razpotnik raziskavi (2009), pa povedo podobno, da so z odnosi z ostalimi zdravstvenimi delavci bolj zadovoljni kot z odnosi z zdravniki. Čeprav zdravniki v naši raziskavi nimajo najslabšega rezultata, pa obstaja raziskava v Veliki Britaniji (Masson & Lester, 2003), ki ugotavlja, da so odnosi do brezdomnih pacientov slabši po petletnem šolanju na medicinski fakulteti. Mogoče se tovrstno stanje kaže tudi pri nas na področju izobraževanj zdravstvene nege. Vendar se v naši raziskavi kažejo tako majhna odstopanja, da lahko vse skupine uvrstimo na začetek poti k odličnemu odnosu s pacienti, ki so brezdomci.

Ne smemo pozabiti, da so naši udeleženci raziskave zaposleni v urgentni in reševalni službi in ne v bolnišnici, kjer pacienti ležijo več dni. Mogoče je pri teh v bolnišnici zaposlenih več časa za graditev in razvijanje odnosa. Lahko bi rekli, da pri naših udeležencih traja odnos kratek čas in zato obstaja večja nevarnost, da odnos temelji na izkušnjah, predsodkih in stereotipih. Pogosti stereotipi zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci, in jih zasledimo v tujih raziskavah, so: brezposelni, duševno bolni, nepriljubljeni pacienti, pacienti, ki zlorabljajo različne substance, umazanci, neustrežljivi (Chung-Park, et al., 2006; Ugarriza & Fallon, 1994, Kee, Minick, & Conner, 1999 cited in Crowe, 2013, p. 4). Brown (2010 cited in Rebolj, 2014, p. 78). To opisuje stereotipe kot predstopnjo predsodkov. Na podlagi skupinske lastnosti, kateri pripada kakšna oseba, določimo, kakšna je ta osebnost in ne upoštevamo individualnih

značilnosti in posebnosti (Rebolj, 2014). Dekleva in Razpotnik (2009) in tudi tuje (Stevens, 1992, Kreiger, 1999, Browne, et al., 2002, Zickmund, et al., 2003, Crockett & Gifford, 2004, Dinos, et al., 2004, Gelberg, et al., 2004, Varcoe, 2004 cited in Pauly, 2005, p. 323; Coccozza Martins, 2008) raziskave poročajo, da brezdomci nočejo zdravstvene oskrbe oziroma nočejo obiskati zdravnika zaradi stigmatiziranja. Deklevovi vprašanci opisujejo, kako jih zdravstveni delavci obsojajo ali enačijo s stereotipno podobo brezdomca. To je slab odnos, saj *»dober odnos vključuje prepričanje, da ga drugi ceni«* (Kelhar, 1995, p. 8). Naša raziskava je merila stereotipe, ki zelo vplivajo na sam odnos in ugotovila, da ti obstajajo. Pri udeležencih izstopajo stereotipi oziroma predstave, ki prepoznajo brezdomca kot neurejenega, zasvojenega, alkoholika in kot osebo neprijetnega vonja. V naši raziskavi so najvišje postavili trditev, da je brezdomec alkoholik – podobno kot v Doran, et al. (2013), kjer se je večina zdravstvenih delavcev strinjala, da je najbolj običajen brezdomec oseba, ki je zasvojena z alkoholom. Ugotovitve kažejo, da so pri večini stereotipov večji pri v raziskavi udeleženi zdravstvenih delavci zaposlenih v kraju B. V večini primerov od vseh, ki so opredelili, kako prepoznavajo brezdomnega pacienta, je prepoznavanje stereotipno. Doran, et al. (2013) ugotavlja, da se specializanti medicine pri delu s pacienti zanašajo na lastno vzorčno prepoznavanje. Tudi naša raziskava ugotavlja, da v redkih primerih prepoznavanje pacienta, ki je brezdomec, temelji na realnih podatkih, na primer da nima stalnega prebivališča ali pa da pacienta neposredno vprašajo. Po drugi strani pa obstaja nevarnost, da je to (nima stalnega prebivališča) izhodišče za stereotipno označevanje (Dekleva & Razpotnik, 2009).

Medicinske sestre opisujejo vsakodnevni boj s predsodki za nadaljnji dober odnos (Crowe, 2012). *»Dober odnos pomeni tudi vzajemno odvisnost, kar pomeni, da vsak zase raste in razvija svojo kreativnost in individualnost«* (Kelhar, 1995, p. 8). Treba se je spreminjati, rasti in se razvijati, čeprav – kot zaključuje (Rebolj, 2014) – bolj so stališča zasnovana na predsodkih, tem težje je spreminjanje takšnih stališč. Za spreminjanje stališč potrebujemo troje: spodbujajoče okolje, ki je naklonjeno spremembi, vključitev tistih, ki se jih predsodki tičejo, ter samorefleksija posameznika (Rebolj, 2014). Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

(2015) nam zapove, da dejavniki, kot so rasa, socialni položaj, invalidnost, ..., nikoli ne smejo vplivati na odnos do pacienta. V nadaljevanju govori, da je treba pacienta obravnavati individualno ter celostno. »S poenostavitvijo spregledamo, da je vsak posameznik edinstven, poseben, originalen in neponovljiv« (Rebolj, 2014, p. 79). Poenostavitev lahko gre do te mere, da vzamejo človeka kot robota in s tem predsodkom »ne vidijo možnosti preseganja samega sebe in namesto samopoglobitve, iskanja rešitve svoje uganke v sebi samem, iščejo rešitev tam, kjer se zdi lažje, torej izven sebe, celo v svetu mrtve mehanike« (Demšar, 2015, p. 103). Mnoge raziskave (Dobnik, 2007; Skrbinšek 1992, Filipič, 1998, Brumec, 2004, cited in Mušič, 2012, p. 33) govorijo, kako mora biti medicinskim sestram za njihovo »profesionalno« delo poseben izziv spoznanje (samega) sebe, ki pomaga k boljšemu odnosu z bolnikom (in tudi s timom). »Naš pogled o popolnosti celote je ta, ki temelji na posebni popolnosti vsakega posameznega individuuma« (Steiner, 1894, p. 3). Torej če hočemo, da neka organizacija deluje popolno, potem je treba graditi na popolnosti vsakega posameznega individuuma.

Vidimo lahko, kako zdravstveni delavci spoznavajo sebe in druge, ocenjujejo svoje znanje in izražajo željo po znanju. 68 % anketiranih brezdomcev (N = 122) se strinja, da v zdravstvenih ustanovah »Zaposleni nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci.« (Dekleva & Razpotnik, 2009, p. 98) in približno četrtno udeleženih zdravstvenih delavcev v naši raziskavi to nekako potrjuje, saj pravijo, da nimajo ustreznega znanja o problemu brezdomstva. Vsekakor pa so bili naši udeleženci mnenja, da zagotavljajo dobro zdravstveno oskrbo pacientu, ki je brezdomec. Povedali so, da potrebujejo znanje na socialnem področju. Navajajo željo po socialnih znanjih in socialni medicini, po tem, kako komunicirati s pacienti, ki so brezdomci, čutijo potrebo po duševnem znanju, nadaljnjih postopkih in obravnavi, ..., kar nakazuje na potrebo po celostnem pogledu oziroma obravnavi. Potreba po nekakšni verigi oskrbe pacienta, ki je brezdomec, da se ve, od kod prihaja in kam gre. Zaznava se, kot povzemata Dekleva in Razpotnik (2009), pomanjkanje sodelovanja med zdravstvenim in socialnimi resorji in v nadaljevanju to opredelita kot možno oviro pri uporabi zdravstvenih storitev za paciente, ki so brezdomci. Dekleva in Razpotnik (2009) v intervjujih z brezdomci prideta do zaključka,

da v zdravstvenih ustanovah osnovne socialne potrebe ostajajo nezadovoljene. Oboje kaže na neko luknjo, ki jo bo v prihodnje potrebno zapolniti, saj definicija zdravja socialno blaginjo opisuje kot eno od osnovnih principov za srečen in harmoničen odnos in varnost vseh ljudi (World Health Organization (WHO), 2006). Uživanje najvišjega dosegljivega standarda zdravja je ena izmed temeljnih pravic vsakega človeka ne glede na raso, vero, politično prepričanje, ekonomski ali socialni položaj (WHO, 2006). *»Dober odnos je zaznamovan z odprtostjo, kar pomeni, da vsak partner v tem odnosu lahko tvega, da je direkten in pošten«* (Kelhar, 1995, p. 8). Ž

Omejitev raziskave

Naša raziskava je bila izvedena na manjšem številu zdravstvenih delavcev. Da bi lahko ustrezno primerjali med seboj po različnih poklicnih oziroma skupinah po različnih zavodih in dosegli bolj verodostojne podatke in mogoče statistično značilne, bi potrebovali reprezentativni in večji vzorec udeležencev. Slabša odzivnost in posledično manjše število udeležencev raziskave sta delno posledica omejevanja s strani zavodov, kjer je bila vložena prošnja za izvedbo raziskave. Zavodi so nas omejili s tem, da nam raziskave niso dovolili opravljati v njihovem zavodu ali pa so dovolili raziskavo zgolj na eni enoti.

Vprašalniki so bili izpolnjeni na delovnih mestih, kjer je obremenjenost delavcev velika. To pa lahko vpliva na kakovost izpolnjevanja vprašalnikov.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi obravnavamo odnos zdravstvenih delavcev do posebne marginalne skupine – do pacientov, ki so brezdomci. V raziskavi ugotavljamo precej nevtralen odnos in tudi skozi raziskavo opazimo, kako se sodelovanja v raziskavi tako zavodi kot zdravstveni delavci izogibajo. To lahko vidimo tudi po slabši odzivnosti in številnih odgovorih »sem neopredeljen«. Iz tega lahko sklepamo, da so morda zaposleni ravnodušni do ljudi te skupine, da so premalo samokritični. Zelo malo jih je odgovorilo na odprto vprašanje o želenih dodatnih znanj s področja brezdomstva, zato obstaja možnost, da mnogi ne vidijo pomanjkanja znanja. Glede na to, da ima tretjina udeleženih zdravstvenih delavcev enkrat na teden obravnavo s pacientom, ki je brezdomec, in da večji delež brezdomcev pravi, da zdravstveni delavci nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci, se zdi smiselno, da se ukvarjamo s tem problemom. V mnogih raziskavah trdijo, da stereotipno in s predsodki obravnavani pacienti dosegajo slabše rezultate pri zdravljenju. Ugotovili smo, da stereotipi obstajajo in ti lahko povzročajo zdravstvenim delavcem težave pri obravnavi pacientov, ki so brezdomci, brezdomcem pa težave pri uporabi zdravstvenih storitev. Uživanje najvišjega dosegljivega standarda zdravja je ena izmed temeljnih pravic vsakega človeka. Vedno moramo imeti v mislih, da je vsak brezdomec rojen kot človek, prav tako kot zdravstveni delavec. Brezdomci si že zato, ker so ljudje, zaslužijo spoštovanje, ko iščejo zdravstveno oskrbo. Izboljšanje odnosa pomeni spoznavanje samega sebe oziroma izboljšanje odnosa je možno zgolj s spoznavanjem samega sebe. »Spoznaj samega sebe! In spoznal boš svet! Spoznaj svet in spoznal boš samega sebe!« (Peršič, 2014, p. 9). Partnerski odnos nakazuje na spoznavanje tako sebe kot osebe zunaj sebe. Zdravstvena nega, ki poudarja partnerski odnos in holistični pristop ter upoštevanje individualnih značilnosti in posebnosti posameznika, omogoča dober odnos, saj daje drugemu možnost občutka, da ga drugi ceni. Vsekakor ne smemo spregledati, da je vsak posameznik edinstven, poseben, originalen in da je treba, čeprav pacienta, ki je brezdomec, obravnavati individualno ter celostno. Legitimna vloga stroke je, da »pogleda prek svojih meja in vidi širši prispevek, kot ga lahko poda« (Cibic, 1998, p. 23). V zaključku stremimo k odličnemu odnosu zdravstvenega delavca do brezdomnega pacienta in skušamo slab odnos

spremeniti. To naj bo naš izziv: »Spoznanje, da posameznik ni osamljen in da je potrebno v njem videti celoto, od katere je odvisen in ki ga tudi dopolnjuje« (Cibic, 1998, p. 21).

Pot za odpravo stereotipov je skozi spoznavanje sebe in drugih, torej ozaveščanje svojih misli in dejanj in s tem možnost graditve boljšega odnosa. Zato predlagamo dejavnosti s področja spoznavanja samega sebe. Priporočamo nadaljnje raziskave in po možnosti izobraževanja v tej smeri.

Dve slovenski raziskavi sta prišli do nepričakovanih rezultatov. Raziskavi kažeta, da imajo zdravstveni delavci v zdravstveni negi z nižjo izobrazbo boljši odnos kot delavci z višjo izobrazbo. Zato bi bilo vsekakor treba to raziskati na večjem številu zdravstvenih delavcev in ob potrditvi tovrstne situacije raziskati vzroke za to. Kajti pričakovati je, da imajo ljudje z višjo izobrazbo znanje, kako zgraditi dober odnos.

Potrebna bodo izobraževanja s področja socialnih smeri in socialne medicine, če upoštevamo zaželeno znanja, ki jih predlagajo naši udeleženci, vključeni v raziskavo. Seveda pa je o tem predhodno potrebna raziskava s poglobljenimi vprašanji oziroma trditvami in na večjem in reprezentativnem številu zdravstvenih delavcev.

Poleg tega za prihodnost priporočamo, da na vseh področjih, kjer lahko vplivamo na zdravstvene delavce, le tem podamo spodbude k spoznavanju samega sebe in sprejemanju izzivov, kot je sprejemanje etičnih vrednot in s tem enakopravno obravnavanje pacientov. Ker pa je lahko delo z brezdomnimi pacienti izziv za spoznanje samega sebe, predlagamo podobno kot Buck, et al. (2005) v svoji raziskavi povečanje števila priložnosti, ki zagotavljajo stik in nego brezdomnih pacientov, saj bi to lahko izboljšalo odnos izvajalcev zdravstvene nege do te skupine.

Za konec še misel, ki pomaga graditi dober odnos:

»Če ljudi jemljemo samo take, kakršni so, jih delamo slabše, kakor so. Če pa jih imamo za tisto, kar naj bi bili, jih premikamo tja, kamor jih je treba premakniti.«

(Goethe, 1998)

5 LITERATURA

Berman, H., Forchuk, C. & Reid, S., 2005. Living on the streets in Canada: a feminist narrative study of girls and young women. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(4), pp. 237–56.

Brumec, M., 2004. Stiske strokovnih delavcev v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih. In: M. Lahe & B.M. Kaučič, eds. *Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi – Zbornik predavanja s strokovnega srečanja. Maribor, 6.–7. oktober 2004*. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 11–6.

Buck, D.S., Monteiro, F.M., Kneuper, S., Rochon, D., Clark, D.L., Melillo, A. & Volk, R.J., 2005. Design and validation of the Health Professionals' Attitudes Toward the Homeless Inventory (HPATHI). *BMC Medical Education*, 5(1), p. 2.

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

Chung-Park, M., Hatton, D., Robinson, L. & Kleffel, D., 2006. RN-to-MSN students' attitudes toward women experiencing homelessness: A focus group study. *The Journal Of Nursing Education*, 45(8), pp. 317–322.

Cibic, A., 1998. Ljudje za človeka: filozofija zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(1-2), pp. 21–24.

Cocozza Martins, D., 2008. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study. *Public Health Nursing*, 25(5), pp. 420–430.

Crowe, L.E., 2012. *Medical-surgical nurses' attitudes toward patients who are homeless: How attitudes develop and transform: doktorska disertacija*. Atlanta: Georgia

State University, Byrdine F. Lewis School of Nursing, College of Health and Human Sciences.

Červ, B. & Kolenc, K., 2009. *Pacient – enakovreden partner v procesu zdravstvene nege*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/142D.pdf [Accessed 14 Januar 2015].

Dekleva, B. & Razpotnik, Š. 2009. *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Dekleva, B., 2008. Posebno ogrožene skupine brezdomcev. *Socialna pedagogika*, 12(1), pp. 1–17.

Dermol Hvala, H., 2001. Pomen govornjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(1/2), pp. 45–49.

Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik Zdravstvene nege*, 41, pp. 153–8.

Doran, K.M., Vashi, A A., Platis S., Curry, L.A., Rowe, M., Gang, M. & Vaca, F.E., 2013. Navigating the Boundaries of Emergency Department Care: Addressing the Medical and Social Needs of Patients Who Are Homeless. *American Journal of Public Health*, 103 (S2), pp. S355–60.

Dovžan, Š., 2011. *Kaj pa ti o tem misliš? Dojemanje brezdomstva med uporabniki spletnih forumov: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Dragoš, S. & Leskošek, V., 2003. *Družbena neenakost in socialni kapital*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 10-11.

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (FZV MU), 2014. *Z znanjem do zdravja in razvoja*. [pdf] Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru Available at: <http://www.fzv.uni-mb.si/page/images/stories/File/studenti/2014/brosura%20FZV%20UM%202015%20slo.pdf> [Accessed 29 Maj 2016].

Fakulteta za zdravstvo Jesenice (FZJ), 2015. *Izberite poklic prihodnosti*. [pdf]. Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at: http://www.fzj.si/uploads/file/FZJ_Izberite%20poklic%20prihodnosti_predstavitev_2015_net.pdf [Accessed 29 Maj 2016].

Filipović, M., 2007. Stanovanjska ranljivost v Sloveniji: analiza na podlagi razširjene definicije brezdomstva. *Socialno delo*, 46(4–5), pp. 187–197.

Fine, A.G., Zhang, T. & Hwang, S.W., 2013. Attitudes towards homeless people among emergency department teachers and learners: a cross-sectional study of medical students and emergency physicians. *BMC Medical Education*, 13, p. 112.

Goethe, J.W., 1998. *Učna leta Wilhelma Meistra*. 2. Del. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, p. 251.

Earle, S. & Green, B., 2010. Why should nurses study sociology? In: E. Denny & S. Earle, eds. *Sociology for Nurses*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press. p. 28–49.

Höfler, K., 2012. *Vzroki in posledice brezdomstva: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Höfler, K., 2013. Kvalitativna analiza vzrokov in posledic brezdomstva. *Socialno delo*, 52(4), pp. 261–271, 288, 290.

Iljaž, R., Kersnik, J. & Turk, H., 2006. *Družinska medicina v skupnosti: učno gradivo 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Supplement 4. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.

Kelhar, A., 1995. *Korak več k uspešnosti - ustvarjalno komuniciranje*. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo Maribor.

Klemenc Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2008. Marginalne in ranljive skupine v družinski medicini. In: E. Zelko & Z. Klemenc Ketiš, eds. *Posebej ogrožene skupine v sistemu zdravstvene dejavnosti – Romi: zbornik predavanj . I. Zdravčevi dnevi, Beltinci, 6. in 7. 6. 2008*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 5–8.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf [Accessed 21 Maj 2015].

Kožuh, B., 2011. *Statistične metode v pedagoškem raziskovanju*. 4. Ponatis. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Kralji ulice, n.d. *O časopisu*. [online] Available at: <http://www.kraljiulice.org/casopis/o-casopisu> [Accessed 26 Marec 2015].

Letnar, S., 2014. *Brezdomstvo med mladimi: predstave o brezdomnih mladih: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Lukman, H., 2010. Resnicoljubnost na področju medicinske etike. *Revus* (13), pp. 11–24.

Masson, N. & Lester, H., 2003. The attitudes of medical students towards homeless people: Does medical school make a difference? *Medical Education*, 37(10), pp. 869–872.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), 2015. *Ob svetovnem dnevu brezdomcev*. [online] Available at: http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/1966/7753 [Accessed 12 April 2016].

Mušič, A., 2012. Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In: A. Ježovnik, ed. *9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa: zbornik. 29.–31. marec 2012*. Koper – Celje – Škofja Loka: Fakulteta za management Koper, pp. 31–7.

Novak, Ž., 2011. *Medijske reprezentacije tujih delavcev na začasnem delu v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Nukić, M., 2013. *Stereotipi, predsodki do brezdomcev in življenja na ulici: diplomsko delo*. Izobraževalni center Geoss, OE Višja strokovna šola.

Pauly, B.M., 2005. *Close to the street: the ethics of access to health care: doktorska disertacija*. Viktorija: University of Victoria.

Pavličević, I. & Simi, S., 2014. Mišljenje pacienta je važno: pacienti trebaju odlučivati o svojem liječenju zajedno s liječnicima. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 20 (109-110), pp. 35–38.

Povšnar, M., 2012. *Zgodbe z ulice – izkušnja brezdomstva: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Razpotnik, Š. & Dekleva, B., 2013. *Na cesti – brezdomci o sebi in drugi o njih*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Razpotnik, Š., 2009. Inovacije pri delu z brezdomnimi. *Socialni izzivi*, 15(30), pp. 16–19.

Rebolj, A.B., 2014. Stališča in predsodki o študentih s posebnimi potrebam. *Andragoška spoznanja*, 20(1), pp. 75–86.

Seiler, A.J. & Moss, V.A., 2012. The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless, *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(5), pp. 303–312.

Slovenska tiskovna agencija (STA), 2015. *Letošnji dan brezdomcev v Sloveniji nagovarja cele družine*. [online] Available at: <https://www.sta.si/2183599/letosnji-dan-brezdomcev-v-sloveniji-nagovarja-celedruzine-ozadje>. [Accessed 13 April 2016].

Steiner, R., 1894. *Philosophie der Freiheit*. Berlin: Verlag von Emil Felber.

Šuster Erjavec, H. & Južnik Rotar, L., 2013. *Analiza podatkov s SPSS*. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede, p. 88.

Ule, M., 2003. *Sprejeda razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, pp. 179–180, 252, 261–232.

Ule, M., 2005a. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p. 357, 389.

Ule, M., 2005b. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p. 159.

Visoka zdravstvena šola v Celju (VZSCE), 2014. *Predstavitvena brošura*. [pdf]. Visoka zdravstvena šola v Celju Available at: http://www.vzsce.si/en/files/default/pdf/VZSCE_Predstavitvena_brosura_2014_s.pdf [Accessed 29 Maj 2014].

World Health Organization (WHO), 2006. *Constitution of the world health organization*. [pdf] WHO. Available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Accessed 29 Maj 2016].

Zakon o pacientovih pravica, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 15, p. 1046.acp.

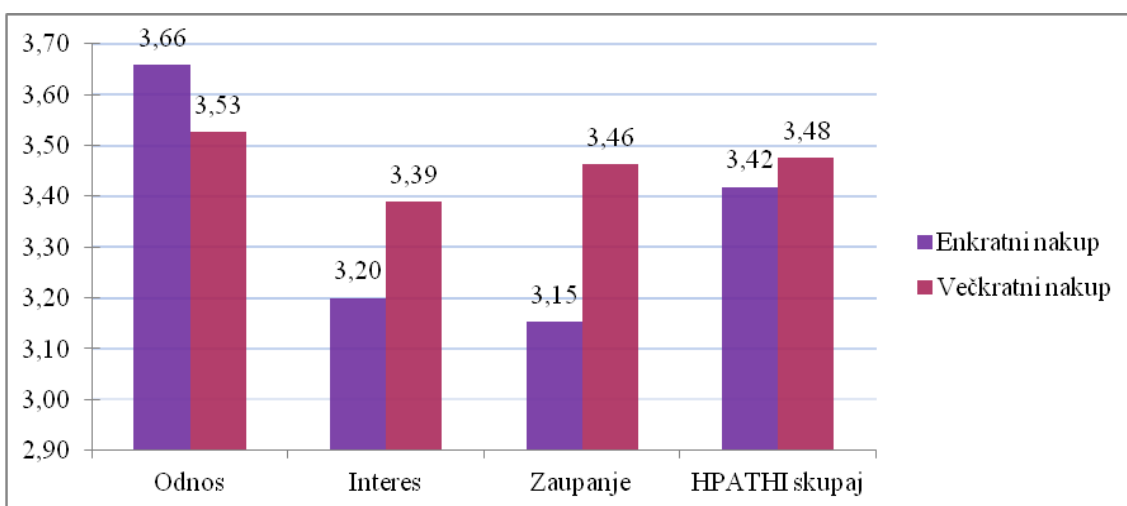
Zamolo, B., 2014. *Odnos in komunikacija med medicinsko sestro in pacientom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Zlotnick, C. & Zerger, S., 2008. Survey findings on characteristics and health status of clients treated by the federally funded (US) health care for the homeless programs. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), pp. 18–26.

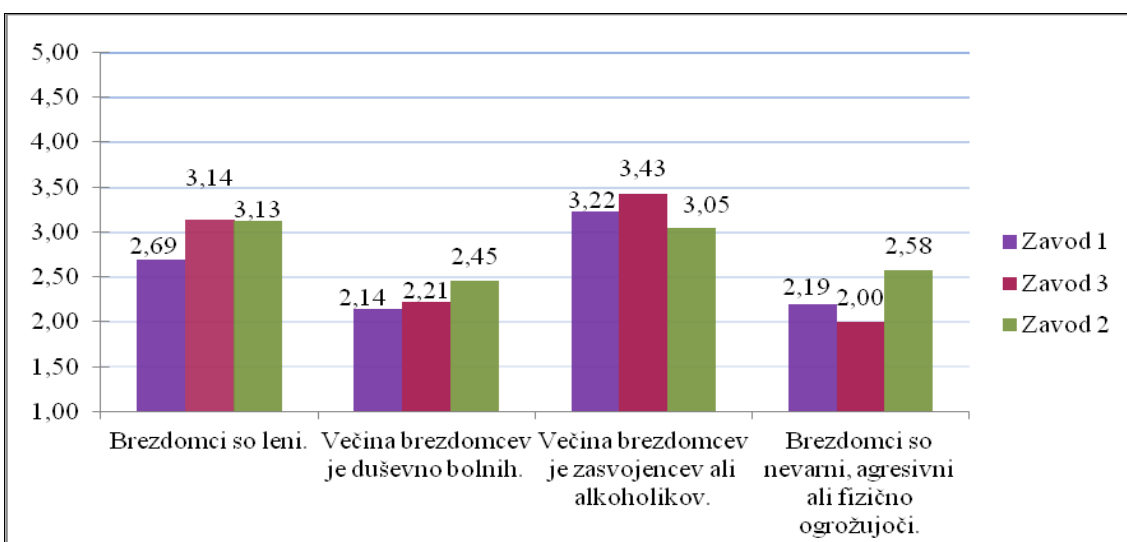
Zrinyi, M. & Balogh, Z., 2004. Student nurse attitudes towards homeless clients: a challenge for education and practice. *Nursing Ethics*, 11(4), pp. 334–348.

6 PRILOGE

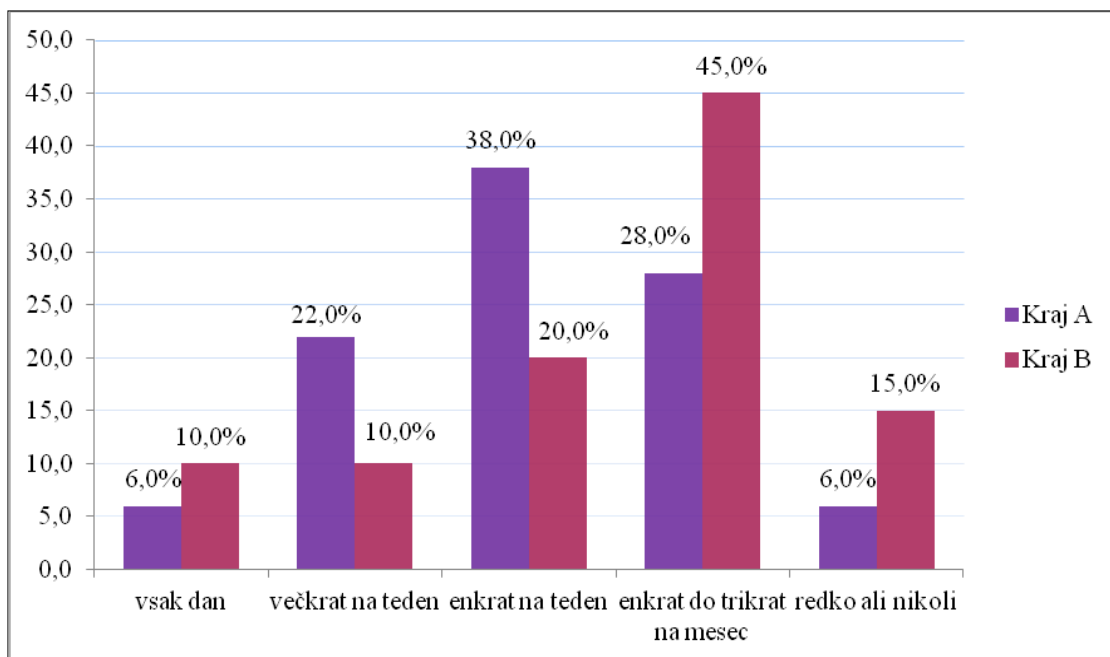
Med udeleženci raziskave je 94 % (n = 83) takih, ki poznajo slovenski časopis o brezdomstvu in 36 % (n = 33) jih je v zadnje pol leta tudi enkrat (n = 13) ali večkrat (n = 20) kupilo časopis. Na spodnjem grafu (slika 4) vidimo kar precejšno razliko v povprečnih vrednostih pri samooceni znanja s področja poznavanja problema brezdomstva. Tako je asimetrična sredina pri tistih, ki so vsaj enkrat v zadnje pol leta kupili časopis Kralji ulice, 2,85 (SO = 0,899, max –min 1-4), in tistih, ki so časopis kupili večkrat, 3,30 (SO = 0,733, max –min 2-5).



Slika 4: Nakup časopisa Kralji ulice in povprečna vrednost HAPTHI



Slika 5: Razlike v stereotipnem odnosu med anketiranci iz treh različnih zavodov



Slika 6: Primerjava pogostosti srečanja s pacienti, ki so brezdomci

Tabela 10: Primerjava zavodov s povprečnimi rangi HPATHI-ja

Spremenljivke		n	Povprečje R	x ²	p
ODNOS (Povprečje 1. Sklopa HPATHI)	ZAVOD 1	36	50,93	4,565	0,102
	ZAVOD 2	40	38,95		
	ZAVOD 3	14	50,25		
INTERES (Povprečje 2. Sklopa HPATHI)	ZAVOD 1	36	49,92	1,769	0,413
	ZAVOD 2	40	42,21		
	ZAVOD 3	14	43,54		
SAMOZAUPANJE (Povprečje 3. Sklopa HPATHI)	ZAVOD 1	36	53,35	5,588	0,061
	ZAVOD 2	40	39,76		
	ZAVOD 3	14	41,71		
HPATHI	ZAVOD 1	36	51,94	4,290	0,117
	ZAVOD 2	40	39,54		
	ZAVOD 3	14	45,96		

Legenda: n = velikost vzorca; R = povprečje ranga; p = statistična značilnost.

Tabela 11: Primerjava median glede na kraj izvedene raziskave

Trditev	Slovenska raziskava - Skupaj (n = 90)	Kanadska raziskava (n = 371)	Kraja A (n = 50)	Kraja B (n = 40)
Brezdomci so žrtve okoliščin.	3,00	4,00	3,00	3,00
Brezdomci imajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe.	4,00	5,00	5,00	4,00
Brezdomstvo je velik problem naše družbe.	4,00	4,00	4,00	4,00
Prioritete mojih pacientov so lahko zanje bolj pomembne kot upoštevanje mojih	3,00	4,00	3,00	3,00
Finančna sredstva za zdravstveno oskrbo bi morala biti namenjena ubogim in	3,00	4,00	4,00	3,00
Zdravniki bi morali upoštevati tako fizične kot socialne probleme brezdomcev.	4,00	4,00	4,00	3,00
Menim, da je socialna pravica pomemben del zdravstvene oskrbe.	4,00	4,00	4,00	4,00
Brezdomci so leni.	3,00	4,00	3,00	3,00
Brezdomci se sami odločijo za brezdomstvo.	3,00	4,00	3,00	3,00
Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.	4,00	4,00	4,00	4,00
Zanimam se za delo s socialno izključenimi.	3,00	4,00	3,00	3,00
S pacienti se rad pogovarjam o psihosocialnih problemih.	3,00	4,00	3,50	3,00
Rad spoznavam življenje brezdomcev.	3,00	3,00	3,00	3,00
Nezadovoljen sem s količino časa, ki je odmerjen za pregled pacientov brezdomcev.	3,00	4,00	3,00	3,00
Zadovoljen sem z dejstvom, da sem prva oseba, ki nudi osnovno zdravstveno oskrbo	3,00	3,00	3,00	3,00
Dobro se počutim kot del ekipe, ki nudi zdravstveno oskrbo brezdomcem.	3,00	4,00	3,50	3,00
Zadovoljen sem s tem, da nudim zdravstveno oskrbo različnim manjšinam in	4,00	4,00	4,00	3,00
Počutim se prevzet s kompleksnostjo problemov, s katerimi se soočajo brezdomci.	3,00	3,00	3,00	3,00

Trditev	Slovenska raziskava - Skupaj (n = 90)	Kanadska raziskava (n = 371)	Kraja A (n = 50)	Kraja B (n = 40)
Moje znanje o problematiki brezdomstva je ustrezno.	3,00		3,00	3,00
Želim si izobraževanja s področja brezdomstva.	3,00		3,00	2,50
Brezdomnim pacientom zagotavljamo dobro zdravstveno oskrbo.	4,00		4,00	4,00
Odnos mojih sodelavcev do brezdomnih pacientov je dober.	4,00		4,00	4,00
Večina brezdomcev je duševno bolnih.	2,00		2,00	2,00
Večina brezdomcev je zasvojenec ali alkoholikov.	3,00		3,00	3,00
Brezdomci so nevarni, agresivni ali fizično ogrožajoči.	2,00		2,00	3,00

Legenda: n = velikost vzorca

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Pisna oblika vprašalnika

Spoštovani!

Sem Tomaž Skušek, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom »Odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev« pod mentorstvom doc. dr. Simone Hvalič Touzery, zato Vas prosim, da si vzamete nekaj časa in izpolnite spodnji anketni vprašalnik. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vprašalnik je anonimen, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

Že v naprej se Vam zahvaljujem za vaš čas in sodelovanje, ki mi bo v veliko pomoč!

Tomaž Skušek

I. SOCIO - DEMOGRAFSKI PODATKI

1. **Spol** (obkrožite 1 odgovor):

- a.) moški
- b.) ženska

2. **Starost:** _____(let).

3. **Katero stopnjo izobrazbe ste dosegli na področju zdravstvene nege?**

1. zdravstveni tehnik
2. viš. med. ses./viš. med. teh.
3. dipl. m. s./dipl. zn.
4. mag. zdr. neg.
5. drugo: _____
6. imam izobrazbo z drugega področja

4. **Delam kot:**

- a.) zdravnik
- b.) medicinska sestra / zdravstvenik
- c.) bolničar
- d.) administrator
- e.) drugo:_____

6. **Ustanova, kjer trenutno delate:**

1. Univerzitetni klinični center Ljubljana
2. Univerzitetni klinični center Maribor
3. Zdravstveni dom Ljubljana
4. Zdravstveni dom Maribor

7. **Na tem oddelku delam** _____ let.

8. **Skupne delovne dobe imam** _____let.

II. OCENA ODNOSA DO BREZDOMCEV (HPATHI - Health Professional Attitudes
Toward the Homeless Inventory, Buck, et al., 2005)

Spodnjih 18 trditev izraža stališča, ki jih imajo različni ljudje o brezdomcih. Prosimo, ocenite stopnjo strinjanja s trditvami glede na to, v kolikšni meri trditev odraža vaše stališče, na lestvici od 0 do 4, pri čemer vrednosti pomenijo: 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam se, 3 = sem nevtralen, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam. Prosimo, da pri vsaki trditvi označite enega od odgovorov.

TRDITVE (Buck, et al., 2005)	OCENA				
	1	2	3	4	5
1. Brezdomci so žrtve okoliščin.	1	2	3	4	5
2. Brezdomci imajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe.	1	2	3	4	5
3. Brezdomstvo je velik problem naše družbe.	1	2	3	4	5
4. Prioritete mojih pacientov so lahko zanje bolj pomembne kot upoštevanje mojih zdravstvenih priporočil.	1	2	3	4	5
5. Finančna sredstva za zdravstveno oskrbo bi morala biti namenjena ubogim in brezdomcem.	1	2	3	4	5
6. Zdravniki bi morali upoštevati tako fizične kot socialne probleme brezdomcev.	1	2	3	4	5
7. Menim, da je socialna pravica pomemben del zdravstvene oskrbe.	1	2	3	4	5
8. Brezdomci so leni.	1	2	3	4	5
9. Brezdomci se sami odločijo za brezdomstvo.	1	2	3	4	5
10. Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.	1	2	3	4	5
11. Zanimam se za delo s socialno izključenimi.	1	2	3	4	5
12. S pacienti se rad pogovarjam o psihosocialnih problemih.	1	2	3	4	5
13. Rad spoznavam življenje brezdomcev.	1	2	3	4	5
14. Nezadovoljen sem s količino časa, ki je odmerjena za pregled pacientov brezdomcev.	1	2	3	4	5
15. Zadovoljen sem z dejstvom, da sem prva oseba, ki nudi osnovno zdravstveno oskrbo brezdomni osebi s hudo duševno boleznijo.	1	2	3	4	5
16. Dobro se počutim kot del ekipe, ki nudi zdravstveno oskrbo brezdomcem.	1	2	3	4	5
17. Zadovoljen sem s tem, da nudim zdravstveno oskrbo različnim manjšinam in kulturnim skupinam.	1	2	3	4	5
18. Počutim se prevzet s kompleksnostjo problemov, s katerimi se soočajo	1	2	3	4	5

TRDITVE (Buck, et al., 2005)	OCENA				
brezdomci.					
DODATNE TRDITVE					
1. Moje znanje o problematiki brezdomstva je ustrezno.	1	2	3	4	5
2. Želim si izobraževanja s področja brezdomstva.	1	2	3	4	5
3. Brezdomnim pacientom zagotavljam dobro zdravstveno oskrbo.	1	2	3	4	5
4. Odnos mojih sodelavcev do brezdomnih pacientov je dober.	1	2	3	4	5
5. Večina brezdomcev je duševno bolnih.	1	2	3	4	5
6. Večina brezdomcev je zasvojenec ali alkoholikov.	1	2	3	4	5
7. Brezdomci so nevarni, agresivni ali fizično ogrožajoči.	1	2	3	4	5

III. IZKUŠNJE S PACIENTI, KI SO BREZDOMCI

1. Prosimo, obkrožite, kako pogosto ste imeli v zadnje pol leta v zdravstveni obravnavi brezdomnega pacienta?

- a) Vsak dan
- b) Večkrat na teden
- c) Enkrat na teden
- d) Enkrat do trikrat na mesec
- e) Redko ali nikoli

2. Prosimo, zapišite, po čem prepoznate brezdomnega pacienta?

3. Brezdomca, ko potrebuje zdravstveno oskrbo, obravnavam kot (obkrožite en odgovor):

- a. brezdomca
- b. pacienta

4. Ali poznate časopis z naslovom »Kralji ulice«?

- a. Da
- b. Ne

4.1 Če da, kako pogosto v zadnje pol leta ste ga kupili? _____ krat

5. **Prosimo, ocenite svoje znanje na področju dela z marginalnimi skupinami**
(alkoholiki, brezdomci, Romi, duševnimi bolniki, ...)

1 – nezadostno

2 – zadostno

3 – dobro

4 – prav dobro

5 – odlično

6. **Prosimo, ocenite od 1 do 5 svoje znanje na področju dela s pacienti, ki so brezdomci.**

1 – nezadostno

2 – zadostno

3 – dobro

4 – prav dobro

5 – odlično

7. **Prosimo, naštejte, katerih znanj s področja brezdomstva, ki bi bila potrebna pri vašem delu z brezdomci, si želite:**

Hvala za sodelovanje!

6.1.2 Elektronska oblika vprašalnika

Elektronska oblika je bila sestavljena iz vabila, ki je bilo poslano na elektronski naslov in samega vprašalnika.

Vabilo preko spleta z navodili:

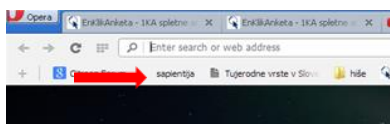
Spoštovani!

Sem Tomaž Skušek, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom »ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PACIENTOV, KI SO BREZDOMCI« pod mentorstvom doc. dr. Simone Hvalič Touzery. Namen diplomskega dela je proučiti odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev in s tem pripomoči k izboljšanju odnosa med zdravstvenimi delavci in brezdomci.

Z reševanjem ankete lahko prispevate glas in nam pomagate pri izvedbi raziskave, zato Vas prosim, da si vzamete 5–7 minut časa, obiščite internetno stran <https://www.1ka.si/a/70834> in izpolnite anketo. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vprašalnik je anonimen (kljub elektronskemu reševanju – lahko si preberete na www.1ka.si), pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

NASLOV ANKETE: <https://www.1ka.si/a/70834>

Če se vam ne odpre anketni vprašalnik, ko kliknete na zgornjo povezavo, ga PROSIM prekopirajte v naslovno vrstico (glej sliko spodaj).



Že v naprej se Vam zahvaljujem za vaš čas in sodelovanje, ki nam bo v veliko pomoč!

Lep dan!

S spoštovanjem Tomaž Skušek.

Elektronska oblika vprašalnika:

SPOŠTOVANI!

Prosimo, če si vzamete nekaj minut (5–7) in S KLIKOM na NASLEDNJA STRAN pričnete z izpolnjevanjem ankete. Če nimate toliko časa, potem si vzemite vsaj 3 minute in odgovorite na za raziskavo pomembnejša 4 vprašanja in s tem pomagate pri izvedbi raziskave.

HVALA!

XSPOL - Spol:

- Moški
- Ženski
- Imam samo 3 minute časa

Q1 - Starost (let):

Q2 - Katero stopnjo izobrazbe ste dosegli na področju zdravstvene nege?

- zdravstveni tehnik
- viš. med. ses. / viš. med. teh.
- dipl. m. s. / dipl. zn.
- Drugo:

Q4 - Delam kot:

- zdravnik
- medicinska sestra / zdravstvenik
- bolničar
- Drugo:

Q3 – Ustanova, kjer trenutno delate:

- Univerzitetni klinični center Ljubljana
- Univerzitetni klinični center Maribor
- Zdravstveni dom Ljubljana
- Zdravstveni dom Maribor

Q5 - Na tem oddelku delam (let):

Q6 - Skupne delovne dobe imam (let):

Q7 – Prosimo, obkrožite, kako pogosto ste imeli v zadnje pol leta v zdravstveni obravnavi brezdomnega pacienta?

- vsak dan
- večkrat na teden
- enkrat na teden
- enkrat do trikrat na mesec
- redko ali nikoli

Q9 – Prosimo, zapišite, po čem prepoznate brezdomnega pacienta?

Možnih je več odgovorov

Q8 - Brezdomca, ko potrebuje zdravstveno oskrbo, obravnavam kot:

- brezdomca
- pacienta

Q10 - OCENA ODNOSA DO BREZDOMCEV (HPATHI, Buck, et al., 2005) Naslednjih 18 trditev izraža stališča, ki jih imajo različni ljudje o brezdomcih.

Prosimo, ocenite stopnjo strinjanja s trditvami glede na to, v kolikšni meri trditev odraža vaše stališče.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	Zelo se strinjam
Brezdomci so žrtve okoliščin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomci imajo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomstvo je velik problem naše družbe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prioritete mojih pacientov so lahko zanje bolj pomembne kot upoštevanje mojih zdravstvenih priporočil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finančna sredstva za zdravstveno oskrbo bi morala biti namenjena ubogim in brezdomcem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdravniki bi morali upoštevati tako fizične kot socialne probleme brezdomcev.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menim, da je socialna pravica pomemben del zdravstvene oskrbe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomci so leni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomci se sami odločijo za brezdomstvo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za delo v zdravstvu sem se odločil-a zato, ker želim pomagati pomoči potrebnim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROSIM, da odgovorite še na naslednja vprašanja, saj so za raziskavo zelo pomembna.

Q12 - OCENA ODNOSA DO BREZDOMCEV (HPATHI, Buck, et al., 2005)

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	Zelo se strinjam
Zanimam se za delo s socialno izključenimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S pacienti se rad pogovarjam o psihosocialnih problemih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rad spoznavam življenje brezdomcev.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	Zelo se strinjam
Nezadovoljen sem s količino časa, ki je odmerjen za pregled pacientov brezdomcev.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zadovoljen sem z dejstvom, da sem prva oseba, ki nudi osnovno zdravstveno oskrbo brezdomni osebi s hudo duševno boleznijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dobro se počutim kot del ekipe, ki nudi zdravstveno oskrbo brezdomcem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zadovoljen sem s tem, da nudim zdravstveno oskrbo različnim manjšinam in kulturnim skupinam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Počutim se prevzet s kompleksnostjo problemov, s katerimi se soočajo brezdomci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13 - DODATNE TRDITVE

Prosimo, ocenite stopnjo strinjanja s trditvami glede na to, v kolikšni meri trditev odraža vaše stališče. Pri vsaki trditvi označite enega od odgovorov.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	Zelo se strinjam
Moje znanje o problematiki brezdomstva je ustrezno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Želim si izobraževanja s področja brezdomstva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomnim pacientom zagotavljamo dobro zdravstveno oskrbo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odnos mojih sodelavcev do brezdomnih pacientov je dober.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Večina brezdomcev je duševno bolnih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Večina brezdomcev je zasvojenec ali alkoholikov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brezdomci so nevarni, agresivni ali fizično ogrožajoči.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q14 – Ali poznate časopis z naslovom »Kralji ulice«?

da

ne

Q15 - Kolikokrat ste ga v zadnje pol leta kupili?

Q16 – Ocenite svoje znanje na področju dela z marginalnimi skupinami

(alkoholiki, brezdomci, Romi, duševnimi bolniki, ...).

1 - nezadosno

2 - zadostno

3 - dobro

4 - prav dobro

5 - odlično

Q17 - Ocenite od 1 do 5 svoje znanje na področju dela s pacienti, ki so brezdomci.

1 - nezadosno

2 - zadostno

3 - dobro

4 - prav dobro

5 - odlično

Q18 – Prosimo, naštejte, katerih znanj s področja brezdomstva, ki bi bila potrebna pri vašem delu z brezdomci, si želite:

Vpišite besedilo

6.2 MATRIKA PODATKOV