



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ODNOS ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE DO OSEB Z INVALIDNOSTJO

ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TOWARDS PERSONS WITH DISABILITIES

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Nina Kramar

Jesenice, februar, 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Katji Pesjak, za hitro odzivnost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentu, mag. Branku Bregarju, viš. pred., za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela. Hvala tudi Maji Femc, dipl. bibl. in inf. ter Nini Rustja, univ. dipl. bibl. za vso pomoč pri pregledu in urejenosti diplomskega dela.

Najlepša hvala lektorici Anji Kotnik za hitro in natančno lektoriranje dela in vso ostalo pomoč pri diplomskem delu.

Zahvala pa gre tudi moji družini, prijateljem in fantu za podporo pri študiju in moralno podporo pri nastajanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Število oseb z invalidnostjo zaradi porasta kroničnih bolezni in staranja prebivalstva ter medicinskega napredka z leti narašča. Osebe z invalidnostjo pogosto potrebujejo zdravstveno oskrbo, zato je odnos zdravstvenih delavcev do njih zelo pomemben. Za razumevanje oseb z invalidnostjo in znanje o njih je treba poskrbeti že v času študija in študentom zagotoviti teoretično znanje in praktično usposabljanje za lažje delo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je na podlagi dobljenih rezultatov ugotoviti, kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo ter kako predsodki ter strokovno znanje vplivajo na delo z osebami z invalidnostjo.

Metoda: Raziskava je zasnovana po deskriptivni neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. V diplomskem delu je merski instrument predstavljal strukturirani vprašalnik. Podatki so bili zbrani na začetku leta 2018 na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V raziskavo je bilo vključenih 116 študentov. Zbrani podatki so bili obdelani s programom SPSS 22.0. Uporabljene so bile metode opisne in bivariatne statistike ter ANOVA.

Rezultati: Vprašani v povprečju želijo pomagati ($PV = 5,16$) in se ne strinjajo, da strnijo v osebe s posebnimi potrebami ($PV = 1,54$). Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in občutkom ranljivosti vprašanih. Povezava je pozitivna in šibka ($r = 0,147$, $p = 0,015$), kar pokaže, da so mlajši vprašanci ranljivejši. Večina študentov ($n = 86$) ni pridobila znanja in izkušenj o invalidnosti. Le 20,7 % ($n = 24$) študentov meni, da imajo zadostno znanje za delo z osebami z invalidnostjo.

Razprava: Z vprašalnikom je bilo ugotovljeno, da imajo študentje FZAB pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo in nimajo težav pri stiku z njimi. Vprašani dobijo premalo znanja pri predmetih in klinični praksi. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave in vključitev teme invalidnosti v študijski program zdravstvene nege.

Ključne besede: marginalne skupine, predsodki, stereotipi, zakonodaja, invalidnost

SUMMARY

Background: The number of people with disabilities has been increasing over the years, mainly due to a higher percentage of the elderly, an increase in chronic diseases, and due to medical advances. People with disabilities often need health care, which is why the attitudes of healthcare workers towards them are very important. Healthcare students must receive knowledge about people with disabilities already during their studies so that they can understand them better, they must obtain all the necessary theoretical knowledge and receive practical training.

Goals: The aim of this thesis is to present the importance of nursing students' attitude towards people with disabilities. The research was designed to examine how stereotypes and professional knowledge influence those working with people with disabilities.

Methods: A descriptive, non-experimental, empirical design of quantitative research was employed. The data were collected with the use of a structured questionnaire at the beginning of 2018 among the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care (ABFHC). A total of 116 students participated in the study. The collected data were processed using SPSS 22.0 program. Descriptive and bivariate statistics and ANOVA were used.

Results: On average, respondents assess that they want to help ($M = 5.16$) and disagree with the statement that they stare at people with special needs ($M = 1.54$). A statistically significant correlation was established between respondents' age and their sense of vulnerability. The correlation was positive and weak ($r = 0.147$, $p = 0.015$), which shows that younger respondents are more vulnerable. Most students ($n = 86$) did not gain special knowledge on disability or experience with disabled people. Only 20.7% ($n = 24$) of student respondents believe that they have sufficient knowledge to work with people with disabilities.

Discussion: The study found that ABFHC students have a positive attitude towards people with disabilities and have no problems in interacting with them. Most students, however, do not acquire enough knowledge on disability from their courses and clinical practice. That is why further research is needed. Knowledge about disability should also be incorporated into the nursing care curriculum.

Keywords: marginalised groups, prejudice, stereotypes, legislation, disability

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	MARGINALNE DRUŽBENE SKUPINE IN DEFINICIJA INVALIDNOSTI	3
2.1.1	Marginalne družbene skupine	4
2.1.2	Definicija invalidnosti.....	5
2.2	DRUŽBENO RAZUMEVANJE INVALIDNOSTI IN ODNOS DO NJE	8
2.2.1	Stereotipi in predsodki	9
2.3	FORMALNO-PРАВNA UREJENOST INVALIDNOSTI V SLOVENIJI ...	11
2.3.1	Konvencija o pravicah invalidov	13
2.3.2	Temeljni dokumenti v Evropski uniji (EU)	14
2.3.3	Akcijski program za invalide 2014–2021	16
2.4	ZDRAVSTVENA DEJAVNOST Z OSEBAMI Z INVALIDNOSTJO	16
2.5	ODNOS DO OSEB Z INVALIDNOSTJO MED ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE.....	20
3	EMPIRIČNI DEL	23
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	23
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	23
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	24
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	24
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	24
3.3.3	Opis vzorca	25
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	26
3.4	REZULTATI	26
3.5	RAZPRAVA	35
3.5.1	Omejitve raziskave.....	39
4	ZAKLJUČEK	40
5	LITERATURA	41
6	PRILOGE	48
6.1	INSTRUMENT.....	48

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih	26
Tabela 2: Občutenja anketiranih	27
Tabela 3: Občutja anketiranih glede na spol.....	28
Tabela 4: Povezanost med občutenji anketiranih pri osebah z invalidnostjo in starostjo.....	29
Tabela 5: Občutenja anketiranih glede na letnik študija.....	29
Tabela 6: Občutenja anketiranih glede na način študija	30
Tabela 7: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo.....	30
Tabela 8: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na spol..	31
Tabela 9: Povezanost med odnosom študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo in starostjo.....	32
Tabela 10: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na letnik študija.....	32
Tabela 11: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na način študija	33
Tabela 12: Znanje in delovne izkušnje študentov zdravstvene nege o invalidnosti.....	34
Tabela 13: Razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na znanje o zdravstveni negi oseb z invalidnostjo	34
Tabela 14: Razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na delovne izkušnje z osebami z invalidnostjo	35

SEZNAM KRAJŠAV

1KA	En klik anketa
ANOVA	Analiza variance
ATDP	Attitudes Toward Disabled Persons Scale
COBISS	Kooperativni online bibliografski sistem in servisi
EU	Evropska unija
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
IDP	Interaction with Disabled Persons Scale
IRSSV	Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
NMC	Nursing and Midwifery Council
OZN	Organizacija združenih narodov
RS	Republika Slovenija
SSKJ	Slovar slovenskega knjižnega jezika
WHO	World health organization
YHD	Društvo za teorijo in kulturo hendikepa
ZDIS	Zveza delovnih invalidov Slovenije
ZPIZ	Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
ZRC SAZU	Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti

1 UVOD

Živimo v družbi, v kateri bivamo posamezniki z različnimi pogledi, navadami, tradicijo in izkušnjami. Smo del večkulturne družbe, ki skozi čas postaja še bolj raznolika. Zato se moramo zavedati, da obstajajo različne skupine prebivalcev in da so znotraj teh skupin lahko celo večje razlike kot med različnimi skupinami. Raznolikost se kaže tudi v širokem razponu razumevanja zdravja, bolezni, bolečine ter različnem dojetanju zdravljenja in zdravstvene oskrbe. Vse to predstavlja velik izziv za zdravstveno nego (Jelenc, et al., 2016).

Invalidnost je postala sestavni del človeškega življenja zaradi naraščanja deleža starejših oseb porasta kroničnih bolezni in medicinskega napredka, ki ohranja in podaljšuje življenje (Zheng, et al., 2016). Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) invalidnost opredeli kot »lastnost, stanje invalidnega človeka« (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, n. d.). Po SSKJ (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, n. d.) je invalid nekdo, ki je »zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni, poškodbe nesposoben ali le delno sposoben za delo«. Mnogi ljudje, ki preživijo otroške bolezni, ki jih morda ne bi preživeli pred leti, pa tudi drugi odrasli s kroničnimi zdravstvenimi obolenji in preživeli po hudih travmah živijo kakovostno življenje z invalidnostjo (Smeltzer, et al., 2012).

Poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization – WHO) pravi, da je na svetu več kot 1 milijarda ljudi, ki se soočajo z invalidnostjo (Zheng, et al., 2016). Med njimi je od 110 do 190 milijonov odraslih in 93 milijonov otrok, ki se soočajo s hudimi težavami v vsakodnevnem življenju (WHO, 2015).

Oseb z invalidnostjo je v Evropski uniji več kot 15 %. V Sloveniji se delež oseb z invalidnostjo bistveno ne razlikuje in predstavlja 12–13 % vsega prebivalstva. Od tega je 8 % oseb, ki imajo odločbo invalidnosti glede na zakon, 5 % pa je oseb z večjo telesno okvaro. Za razvoj družbe je pomembna enakovrednost oseb z invalidnostjo z drugim prebivalstvom, vendar imajo osebe z invalidnostjo še vedno omejene možnosti v vsakdanjem življenju, predvsem zaradi ovir, s katerimi se srečujejo zaradi manjše

dostopnosti do različnih javnih prostorov (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ, 2014).

Invalidnost je sicer pogostejša pri starejših kot pri mlajših osebah. Nacionalni podatki kažejo, da se invalidnost pojavlja v različnih življenjskih obdobjih: 11 % ljudi, starih od 18 do 44 let, je invalidnih, tako kot je invalidnih 24 % ljudi, starih od 45 do 64 let, in 52 % tistih, ki so stari 65 let in več. Podatki za obdobje 2005–2006 za Združene države Amerike kažejo, da imajo tudi otroci posebne zdravstvene potrebe (Smeltzer, et al., 2012).

WHO je leta 2011 izdal *Svetovno poročilo o invalidnosti* (ang. *The World Report on Disability*), v katerem se osredotoča na izboljšanje dostopnosti dobrin in enakost priložnosti. Poročilo spodbuja sodelovanje in vključevanje, krepi spoštovanje in zavest oseb z invalidnostjo (WHO, 2011). V tem kontekstu naj omenimo, da od leta 1990 deluje pod okriljem WHO mednarodna mreža za promocijo zdravja, katere namen je vzpodbuditi sistematično vključevanje aktivnosti, krepitev zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju. Leta 2015 se je v mrežo vključilo približno 900 zdravstvenih ustanov iz 40 držav sveta (od tega 6 slovenskih) (Bofulin, et al., 2016).

Osebe z invalidnostjo spadajo v ranljivo skupino prebivalstva predvsem zaradi zaposlitvene, stanovanjske, finančne in socialne izključenosti od večinske družbe ter zato, ker so prikrajšane za številne dostopnosti (Rupert & Vilič Klenovšek, 2010). Pomemben element predstavlja tudi odnos, ki ga ima družba do oseb z invalidnostjo. Še vedno srečujemo ljudi, ki so nestrpni do drugačnih, v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah se še dogaja, da so osebe z invalidnostjo drugače obravnavane med hospitalizacijo kot drugi pacienti, ki drugega kot akutnih težav nimajo. Za osebe z invalidnostjo je potrebna posebna skrb ter dodatna pomoč in vzpodbuda glede na njihove potrebe. Zaradi teh razlogov in zaradi naraščajočega števila oseb z invalidnostjo je treba to temo raziskati, prepoznati težave in jih predstaviti, da se jih bo zavedal čim širši krog ljudi in bo tako omogočeno boljše in lažje življenje osebam z invalidnostjo.

2 TEORETIČNI DEL

Osebe z invalidnostjo sodijo v ranljivo skupino ljudi, s katero se vsakodnevno srečujemo. Zato je še toliko pomembneje, da poznamo in razumemo definicijo invalidnosti, poznamo zakonodajo, vezano na invalidnost, ter da osebe z invalidnostjo vidimo in upoštevamo kot enakovredne člene naše družbe. Osebe, ki živijo z invalidnostjo, se pogosto srečujejo s težavami glede fizične dostopnosti do želenih dobrin, soočajo se s stereotipnim obravnavanjem, pogostimi hospitalizacijami, z obiskovanjem različnih ambulant itd.

Ob pregledu literature in izvedbi raziskave smo spoznali pomembnost medosebnega odnosa v zdravstveni obravnavi oseb z invalidnostjo. V nadaljevanju tako predstavljamo ugotovitve, ki bodo v pomoč pri oblikovanju funkcionalnega odnosa v procesu izvajanja zdravstvene nege oseb z invalidnostjo.

2.1 MARGINALNE DRUŽBENE SKUPINE IN DEFINICIJA INVALIDNOSTI

Vsak posameznik je vpet v vse razsežnosti življenja. Kulturni in družbeni dejavniki močno vplivajo na dejanja in ravnanja posameznika pri ohranjanju zdravja in zdravljenju. Na vsakega posameznika tako vplivajo različne skupine, ki jim pripada – družina, krog prijateljev, delovni kolektiv in širša skupnost. Vendar pa kulturni dejavniki niso edini, ki vplivajo nanj. Vsak človek je edinstven in tako ga je treba tudi obravnavati. Na eni strani ravna na samosvoji način, na drugi pa kot pripadnik skupin, ki jim pripada. Prepoznavanje te dvojnosti je zelo pomembno, kajti ne obstaja le en pravi pristop do vseh pripadnikov neke skupnosti. Pri zdravstveni obravnavi zato nikakor ne bi smeli dopustiti, da nas vodijo stereotipi ali splošna določila. Obravnava vsakega posameznika zato zahteva poznavanje kulturnih in družbenih dejavnikov, ki nanj vplivajo, obenem pa ukrepanje v skladu z individualnimi potrebami določenega uporabnika (Jelenc, et al., 2016).

2.1.1 Marginalne družbene skupine

Marginalne družbene skupine so skupine ljudi, ki so zaradi različnih razlogov izločene iz večinske skupine. Pogosto uporabljen izraz namesto *marginalna skupina* je *ranljiva skupina* (Šilc, 2009). Izraz označuje tiste skupine posameznikov, ki so drugačne od večinske skupine v družbi v kontekstu osebnostnih, intelektualnih, socialnih, čustvenih, kulturnih, ekonomskih, statusnih, religioznih lastnosti, zaradi načina in pogojev življenja ali zaradi fizičnega, duhovnega in duševnega značaja. Zato so posamezniki iz marginalnih družbenih skupin pogosto odrinjeni na rob družbe, iz nje izključeni ali pa za večinsko skupnost nepomembni (Žgavc, 2011).

Posameznik, ki je del marginalne skupine, skozi svoje vedenje pokaže, da je njegova znana posebnost nepomembna in se z njo ni treba ukvarjati ali pa jo namenoma pretirano izpostavlja in s tem vnaša napetost v družbene stike. Poznamo različne marginalne družbene skupine: narkomansko, deviantno, skupino s posebnimi potrebami, skupino starostnikov, revnih, etnično in raso skupino, skupino brezposelnih in skupine različnih veroizpovedi (Žgavc, 2011). Ena od marginalnih skupin je tudi skupina oseb z invalidnostjo (Potočnik Seško, 2011).

Del prebivalstva, kamor spadajo tudi osebe z invalidnostjo, ne zmore v celoti zagotoviti obstoječih okvirov vsakokratne družbe. Razlog je v njihovih lastnostih, po katerih se razlikujejo od drugih posameznikov družbe (Žgavc, 2011).

V odnosu družbe do marginalnih skupin se zdi, da socialni vplivi potekajo enosmerno, od večine k manjšini, večina ima vedno možnost, da stigmatizira obnašanje manjšine kot odklonilno. V družbi delujejo neka splošna pravila ali norme, ki so značilne, pričakovane in zahtevane (način mišljenja, tradicija, moda, običaji, rituali ipd.). Prilagodljivost ali konformnost običajno pomaga zmanjševati spoznavne in čustvene napetosti ter razlike. V sodobnih množičnih kulturah je že sama skladnost posameznika z večinskimi mnenji neke vrste nagrada za njega samega, neskladnost pa kazen oziroma frustracija. Nad članom, ki ni skladen oz. kaže odklonilno vedenje, se izvaja neposreden

pritisk, kajti cilj vsake družbe je enotnost. Enotnost je nujna za doseganje skupnih ciljev (Žgavc, 2011).

Marginalne skupine zastopajo drugačno mnenje kot večina, vendar so negotove in lasten vpliv v socialnem okolju dojemajo kot majhen. En sam član marginalne skupine ne more vplivati na družbo. Z večanjem števila članov marginalne skupine se povečuje vtis njene poklicnosti, obratno pa se zmanjša vtis prepričanosti in predanosti. Če marginalna

skupina trdno zagovarja svoje poglede in se v vsakdanjem življenju vede v skladu z njimi, lahko predstavlja resen problem večini. Lahko pride do nekih splošnih spoznanj o napačnih stališčih in ocenah večinske družbe – marginalna skupina nadvlada večinsko družbo (Žgavc, 2011).

2.1.2 Definicija invalidnosti

Oseba z invalidnostjo je oseba, ki je zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni ali poškodbe nesposobna ali le delno sposobna za delo (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, n. d.). Tradicionalno je bila invalidnost razumljena kot funkcionalna omejitev, kar pomeni, da je človek invaliden zaradi okvare. Funkcionalisti opisujejo invalidnost kot odmik od družbenih norm, ko ljudje ne zmorejo več izpolnjevati svojih spolnih in poklicnih vlog (McMillan Boyles, et al., 2008). Beseda *invalid* prihaja iz lat. *invalidus* (nasprotje od *validus*, kar sicer pomeni močan, krepak, čvrst) (Tavzes, 2002). V slovenskem besednjaku obstaja več različnih poimenovanj oviranih ljudi. Govorimo lahko o invalidnosti, ljudeh s posebnimi potrebami, ljudeh z ovirami, ljudeh z motnjami v razvoju ipd. V zvezi s temi pojmovanji se pojavljajo dileme glede ustreznosti terminov zaradi diskriminacije, zato je težko najti skupni termin za ljudi z ovirami (Virant, 2013).

Osebe z invalidnostjo so heterogena družbena skupina, ki je ovirana pri aktivnostih vsakdanjega življenja (Bremec, 2008). Nekatere osebe imajo invalidnost od rojstva, zgodnjih let, spet druge so se srečale z invalidnostjo v odrasli dobi, osebe so lahko telesno ali duševno prizadete (Pilih, 2009). Nekatere gibalno ovirane osebe se z okvaro rodijo, druge pa jo pridobijo pozneje v življenju. Razlogi za to so številni in različni.

Lahko gre za težave s kostmi (krhkost), težave z mišicami (distrofija), težave s sklepi (artritis), težave z živčnim sistemom (multipla skleroza), težave zaradi poškodb hrbtenjače (tetraplegija), težave zaradi poškodb možganov (kap, tumor, poškodbe glave) ali pa zaradi težav ob sami rasti. Najpogostejši vzroki za paraplegijo (ohromelost spodnjih udov) in tetraplegijo (ohromelost vseh udov) so prometne nesreče, padci z višine (z dreves, z zmajem, s stavb, s padalom), skoki v vodo, operacije hrbtenjače zaradi tumorjev, okvare hrbtenjače in onkološka obolenja ter še drugi, manj pogosti vzroki okvar. Večinoma so ta stanja nespremenljiva, nekatera pa so napredujoča (distrofija, multipla skleroza), pri katerih se stanje slabša, lahko pa se faze izboljšanja in poslabšanja menjavajo (Rupert & Vilič Klenovšek, 2010).

Zaviršek (2014, p. 134) piše, da so osebe z invalidnostjo »skupaj z redkimi akademiki sredi devetdesetih let 20. stoletja razvile koncept hendikepa«. Koncept hendikepa (ang. *disability*) poudarja telesne, senzorne in intelektualne ovire, ki osebe omejujejo pri vsakodnevnem življenju, kar pa ni bistvena ovira. Resnična ovira, ki je posledica zgodovinskih procesov, se kaže v družbeni neenakosti in nastane šele pri stiku posameznika oz. posameznice z izključitvijo iz okolja. Torej družbena prepričanja o normalnem in nenormalnem ustvarjajo družbeno izključenost. Zato hendikep uvrščamo v socialno kategorijo, katere bistvo je prepletanje materialnega, čustvenega in socialnega, kot odziv družbe na telesne posebnosti, kot so telesna oviranost (mišična distrofija, paraplegija, tetraplegija ...), senzorna oviranost (težave s sluhom in vidom), intelektualna ovira (težave pri učenju, posebnosti odziva na določene dražljaje itd.) in težave z duševnim zdravjem. Vsaka od navedenih posebnosti pa povzroča družbeno prikrajšanost ter diskriminacijo na izobraževalni, ekonomski, socialni in simbolni ravni (Zaviršek, 2014).

Hendikep torej ni nikoli naraven ali prirojen, ampak vedno družbeno proizveden in se kaže s strukturno neenakostjo. Neenakost pa se v očeh ljudi in strokovnjakov pogosto vidi kot individualna stiska in težava. V Sloveniji še vedno ne glede na vse spremembe in razvoj koncepta hendikepa v zakonodaji pišejo o »invalidih«, ki jih jemljejo za šibke, slabotne in dela nezmožne ljudi z izjemo nekaterih strokovnjakov (Zaviršek, 2014).

Osebe s posebnimi potrebami in različnimi oblikami hendikepa imajo zato pogosto večje potrebe po zdravstvenem varstvu. Se pa v zdravstvenih ustanovah pogosto srečujejo s predsodki in pomanjkanjem znanja s področja hendikepa in veščin, kako odstranjevati ovire, da bi bili deležni ustrezne podpore pri uveljavljanju svojih pravic do zdravstva (Gosenica, et al., 2016).

Ker je področje hendikepa zelo široko in težko pregledno, je poleg priznanih kategorij še več telesnih, intelektualnih in duševnih stanj, ki niso priznana kot invalidnost.

Razlika je

med osebami z invalidnostjo, ki so zakonsko opredeljene, in tistimi, ki za neodvisno življenje potrebujejo dolgotrajno asistenco, oskrbo in podporo. Skrb na področju hendikepa delimo na institucionalno oskrbo, skupnostne oblike skrbi in individualne oblike skrbi. V zadnjih letih se vse bolj podpira opuščanje institucij in vračanje v domače okolje, Evropska unija pa podpira razvoj zakonodaje o dolgotrajni oskrbi (Leskošek, 2016).

Trenutno se uporablja biopsihosocialni model za invalidnost, ki temelji na mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, invalidnosti in zdravja. Invalidnost je povezana s fizičnim, duševnim in psihološkim stanjem posameznika in družbenimi vzroki ter se nanaša na vrednote, kot so človekove pravice, spoštovanje človekovega dostojanstva, enakost, osebna svoboda, neodvisno življenje, nediskriminacija, univerzalna dostopnost itd. Kot taka je invalidnost običajno opredeljena kot fizično, duševno, psihološko ali socialno stanje, ki omejuje običajne dejavnosti v vsakdanu vsakega posameznika (Messeguer-Santamaria, et al., 2013). Sicer pa se invalidnost uvršča v 3 kategorije (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ), 2012):

- kategorija invalidnosti je, če zavarovanec ni več zmožen izvajati pridobitnega dela ali je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa preostale delovne zmožnosti,
- kategorija invalidnosti je, če je zavarovančeva delovna zmožnost za lasten poklic zmanjšana za 50 odstotkov ali več,
- kategorija invalidnosti je, če zavarovanec s poklicno rehabilitacijo ali brez nje ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo

vsaj s polovičnim delovnim časom, če je zavarovančeva delovna zmožnost za lasten poklic zmanjšana za manj kot 50 odstotkov ali če še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar ni za delo na delovnem mestu, na katerega je razporejen.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ), 2012 v 63. in 65. členu definira invalidnost kot »spremembe v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene skladno s tem zakonom, zaradi katerih se zavarovancu zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma poklicno napredovanje« (ZPIZ, 2012).

V Konvenciji Združenih narodov o pravicah invalidov (MDDSZ, 2007) so osebe z invalidnostjo v 1. členu opisane kot ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi drugimi ovirami lahko omejujejo, da bi lahko kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi. V tej konvenciji so v 4. členu oblikovane tudi splošne obveznosti, ki jih mora izpolnjevati vsaka država zaveznica (MDDSZ, 2007).

V kontekstu zgoraj predstavljenega je pomembno, da se sprejme ustrezna zakonodaja in da se spremenijo zakoni in pravilniki, ki niso v skladu s pogoji za osebe z invalidnostjo. Upoštewane morajo biti človekove pravice oseb z invalidnostjo, sprejeti je treba vse ukrepe za odpravo njihove diskriminacije, prilagoditve za njihov dostop do zelenih lokacij, potrebno je raziskovanje na tem področju, zagotovitev ustreznih pripomočkov ter drugih tehnoloških novosti, ki jim omogočajo boljše vključevanje v družbo, in druge zahteve, ki bi jim omogočile lažjo pot pri premagovanju lastne oviranosti (MDDSZ, 2007).

2.2 DRUŽBENO RAZUMEVANJE INVALIDNOSTI IN ODNOS DO NJE

Oktobra leta 1992 so Združeni narodi z resolucijo 3. december razglasili za mednarodni dan invalidov, da bi širšo družbo seznanili z boljšim razumevanjem problematike, povezane z invalidnostjo, s temeljnimi pravicami invalidov in z vključevanjem

invalidov v družbo. Pomembno je, da se zavedamo, da je oseba z invalidnostjo enakopravni in enakovredni člen družbe, ki lahko prispeva najboljše in bogati politično, družbeno, gospodarsko in kulturno življenje. Po podatkih WHO (Evropski parlament, Svet Evrope in Evropska komisija, 2010) se število oseb z invalidnostjo povečuje. To je posledica staranja prebivalstva in pogostejšega pojavljanja kroničnih bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni, rakava obolenja in duševne motnje. Ljudi, ki živijo z eno izmed oblik invalidnosti, je sedaj že več kot milijarda, od tega skoraj 200 milijonov ljudi doživlja precejšnje težave pri svojem delovanju. Več kot 45 milijonov ljudi v Evropi, starih od 15 do 64 let, ima dolgotrajne težave ali status invalida (Čuk, 2014).

Leta 2011 je raziskava World Health Survey pokazala, da osebe z invalidnostjo trpijo zaradi slabih standardov zdravstvene nege. Zagotoviti enake pogoje vsem je glavna naloga zdravstvene nege, ki bo vsem zagotovila boljše življenje. V zdravstvenih sistemih je pomembno, da je problem invalidnosti opažen na pravem mestu – ne v posamezniku, ampak v družbenih sistemih, ki imajo vpliv na življenje in zdravstveno nego oseb z invalidnostjo (Ledger, et al., 2016).

2.2.1 Stereotipi in predsodki

V vsakdanjem življenju se zgodi, da nam že nepomembna informacija zadošča, da nekemu pripišemo vrsto lastnosti, in že z enkratnim opazovanjem te osebe lastnosti posplošimo na druge osebe iste skupine. Tako posameznike lahko označimo za skopuške, agresivne, čustvene itd., ne da bi jih prej поблиžje spoznali. Govorimo o stereotipiziranju oz. stereotipih. Stereotipi so posploševanje delno točnih, vendar večinoma nepreverjenih in površnih sodb o človeku, skupini ali skupnosti, proces opisovanja ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti in nespremenljive, toge, izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo družbenih sprememb in individualnih razlik ter spodbujajo družbene predsodke (Ule, 2009). Stereotipe delimo na (Ule, 2009):

- Etnične – so poenostavljene in neutemeljene sodbe o narodih in nacionalnih skupinah. Takšni stereotipi so najpogostejši (heterostereotipi in avtostereotipi). Heterostereotip je pripisovanje negativnih lastnosti drugemu narodu, bolj se

razlikujejo lastnosti drugega naroda, več negativnih lastnosti jim pripišemo. Avtostereotip pa opisuje preveč pozitivno predstavo o lastnem narodu. Drugemu narodu pripisujemo samo negativne lastnosti, medtem ko svojemu samo pozitivne.

- Spolne – so posplošene značilnosti spolov, razlik in vlog posameznikov v družbi.

Skupine ljudi, kot so osebe z invalidnostjo, ne glede na vrsto ali vzrok, so izpostavljene diskriminaciji predvsem zaradi omejenosti na različnih področjih. Za diskriminacijo (zapostavljanje, priznavanje manjših pravic ali ugodnosti komu v primerjavi z drugimi) sta odgovorni predvsem družba in država, ki jim ne omogočita prilagajanja na različnih področjih v vsakdanjem življenju. Zato je pomembno ozaveščanje mlajše populacije o odnosu do oseb z invalidnostjo. V tej luči je še posebno pomembno odpravljanje predsodkov do marginalnih skupin (Šilc, 2009), saj poleg delovanja na podlagi stereotipnih predstav posamezniki delujemo tudi na osnovi predsodkov (Ule, 2009).

Predsodki so nepreverjena stališča do druge skupine ljudi, ki temeljijo na t. i. predsodbah – površnih sodbah na osnovi pomanjkljivih informacij. Predsodek poleg kognitivne dimenzije vsebuje še močno čustveno in aktivnostno dimenzijo. Predsodki segajo v življenje ljudi, v vsakodnevne interakcije z drugimi in drugačnimi, kot smo sami, izražamo pa jih z govorom, frazami, šalami, dvoumnostmi. Kažejo se predvsem z nesramnim, ponižujočim, nestrpnim vedenjem do drugih. Predsodki so stališča, ki niso upravičena, argumentirana in preverjena, spremljajo jih močna čustva in so odporna na spremembe. Predsodki oblikujejo osebno in socialno identiteto ljudi in njihovo delovanje, in sicer vseh, ne le tistih proti katerim so predsodki usmerjeni in ki so deležni poniževanja, odpiranja, diskriminacije in zatiranja (Ule, 2009).

Predsodke delimo na tri komponente: kognitivno (govorice, nepreverjena dejstva, posamične izkušnje), čustveno (pozitivna in negativna čustva) ter konativno ali dinamično (pripravljenost za določeno vrsto obnašanja do kategorije objektov). Predsodkov je več vrst: etnični, rasni, spolni, verski, predsodki do starejših ter predsodki do marginalnih skupin. Večinoma gre za prikrite predsodke, ki se kažejo kot izogibanje določenim ljudem in skupinam (Šilc, 2009).

Znotraj ene skupine predsodki in stereotipi poenostavljajo komuniciranje, okrepijo občutek pripadnosti in opisujejo zunanje skupine oz. ljudi, ki se razlikujejo od nje (Ule, 2009). Stereotipi in predsodki se uporabljajo kot sredstvo pozicioniranja skupin in posameznih oseb. Osebi podelijo ugodnejši položaj glede na druge osebe in skupine in s tem izboljšujejo samopodobo (Šilc, 2009).

Ljudje z invalidnostjo so izpostavljeni visokim stopnjam zdravstvenih tveganj, vključno s telesno neaktivnostjo, debelostjo, kajenjem in neustrezno čustveno podporo. Prav tako imajo pogosto kronična obolenja, vključno s sladkorno boleznijo, visokim krvnim tlakom, artritisom, kroničnimi bolečinami in srčnimi boleznimi. Poleg tega je ta populacija občutljiva na zdravstvene razmere, povezane z invalidnostjo, ki lahko močno škodijo delovanju in kakovosti življenja (Havercamp & Scott, 2015).

Slovenske nevladne organizacije so vzpostavile 24 dnevnih centrov, ki lahko skupaj sprejmejo več kot 2000 ljudi. Poleg tega invalidske, humanitarne in druge organizacije ponujajo še različne programe in projekte, ki dopolnjujejo programe skrbstvenega dela, npr. organizirajo počitniško varstvo, taborne, dnevne aktivnosti, zagovorništvo, spremljanje, prevoze in drugo (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), 2015). Društvo za teorijo in kulturo hendikepa (YHD) je v Sloveniji razvilo koncept osebne asistencije, ki je po njihovem mnenju ključen pogoj za neodvisno življenje hendikepiranih ljudi, ki pa zakonsko še ni reguliran (Leskošek, 2016).

2.3 FORMALNO-PРАВNA UREJENOST INVALIDNOSTI V SLOVENIJI

Invalidnost je večdimenzionalna, saj zajema zelo široko skupino posameznikov z zelo različnimi značilnostmi, stališči, potrebami in situacijami. Je spremenljiva, ker so vloge posameznikov v vsaki družbi različne, njihove potrebe, njihove možnosti za razvoj in njihovi odnosi z družbenim okoljem prav tako. Poleg tega je invalidnost odvisna od konceptualnega okvira vsake družbe, ker kodeksi, etika, morala, tradicija, religije in filozofije, ki vsebujejo koncepte, močno določajo stereotipe *normalnih* posameznikov, posameznih *prirojelih sposobnosti* in odziv vsake družbe na kakršnokoli *anomalijo*. Te

težave ovirajo razvoj enotnega pojmovanja o tem, kaj razumemo z izrazom invalidnost, notranjo strukturo tega pojava in kako obravnavati njeno zdravljenje (Messeguer-Santamaria, et al., 2013).

Mnoge osebe z invalidnostjo nimajo enakega dostopa do zdravstvenega varstva, izobraževanja in zaposlitvenih možnosti, niso deležne storitev, ki jih potrebujejo, in so velikokrat izključene iz vsakodnevnih dejavnosti. V Sloveniji se osebam z invalidnostjo prizna status invalida s pravnomočno odločbo pristojnega organa, in sicer na osnovi ustreznega zakona (Čuk, 2014).

Človekove pravice, kot jih razumemo danes, so plod dolgoletnega razvoja, razvite in oblikovane zaradi grozot, ki so se dogajale med drugo svetovno vojno in po njej. S Splošno deklaracijo človekovih pravic, ki je bila prvi dokument Organizacije Združenih narodov (OZN), je bilo izrecno izpostavljeno, da imajo vsi ljudje enake pravice in dostojanstvo (Uršič & Tabaj, 2015). Združeni narodi namenjajo pri svojem delovanju posebno pozornost vprašanjem, ki so povezana z invalidnostjo. Temeljno načelo pri tem je koncept človekovih pravic, povezan z načelom nediskriminacije. Priporočila so prisotna v obliki nezavezujočih dokumentov, kot so programi, usmeritve in deklaracije.

Za začetek lahko začnemo s Splošno deklaracijo o človekovih pravicah (Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, n.d.), ki jo je 10. decembra 1948 sprejela in razglasila Generalna skupščina Organizacije združenih narodov. Deklaracija vsebuje 30 členov, v katerih se poudarja spoštovanje človekovih pravic in predstavlja ključni mejnik v razvoju mednarodnopravno zavezujočih instrumentov na področju človekovih pravic. Sledi Deklaracija o pravicah invalidov (OZN, 1975) z dne 9. decembra 1975. To je prav gotovo prvi dokument, ki posebej opredeljuje invalide. Deklaracija o pravicah invalidov govori, da je invalid oseba, »ki zaradi prirojene ali pridobljene pomanjkljivosti v svojih telesnih ali duševnih sposobnostih ni sposobna sama delno ali v celoti zadovoljevati potreb normalnega individualnega in/ali družbenega življenja« (Potočnik Seško, 2011, p. 25).

Standardna pravila za izenačevanje invalidov pa je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov leta 1993. Ta pravila so temeljila na procesu izenačevanja možnosti,

s katerimi postanejo različne sestavine družbe in okolja dostopne invalidom. Namenjena so temu, da se postavijo temelji za programe, politike in predpise s področja invalidskega varstva. Pravila poudarjajo: dostojanstven in neodvisen način življenja, spremljanje oseb z invalidnostjo na vseh področjih življenja, omogočanje izobraževanja, medicinske nege, pravnega sistema, ki zagotavlja in varuje pravice oseb z invalidnostjo (Potočnik Seško, 2011).

Sodobni evropski pristop k človekovim pravicam poudarjata osebe z invalidnostjo kot nosilce pravic, ki uživajo človekove pravice brez diskriminacije. S stališča človekovih pravic pri osebah z invalidnostjo velja omeniti nekaj dokumentov, ki jih je sprejela Generalna skupščina OZN (Uršič & Tabaj, 2015):

- Deklaracija o pravicah invalidov (1975),
- Svetovni program delovanja v korist invalidov (1990),
- Talinske usmeritve za razvoj človeških virov invalidov (1990),
- Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov (1993),
- Konvencija mednarodne organizacije dela št. 159 o poklicni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (1983),
- Unesco – Salamanška izjava (1994) itd.

Med vsemi naštetimi so bila zagotovo največ pozornosti deležna Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov (ZDIS, n. d.), ki so predhodnica Konvencije o pravicah invalidov (ZDIS, n. d.). Standardna pravila v uvodnih poglavjih jasno zapišejo, da so »potrebe slehernega posameznika enako pomembne in da moramo te potrebe postaviti za osnovo načrtovanja družb« (Uršič & Tabaj, 2015, p. 7).

2.3.1 Konvencija o pravicah invalidov

Konvencija združenih narodov o pravicah invalidov je prvi pravno zavezujoč pravni instrument o človekovih pravicah. EU in države članice so pogodbenice oz. podpisnice te konvencije. Konvencija združenih narodov od držav pogodbenic zahteva, da varujejo in ščitijo vse človekove pravice in temeljne svoboščine invalidov (Evropska komisija, 2010).

Ker je invalidnost pomembno družbeno vprašanje, ne nazadnje podatki statističnega urada kažejo na stalno povečevanje števila ljudi z invalidnostjo, je konvencija prava rešitev. Za osebe z invalidnostjo konvencija pomeni neko novo obdobje, ko niso več podvržene diskriminatornim praksam in pristopom. Konvencija temelji na načelu, da so osebe z invalidnostjo upravičene do enake zaščite človekovih pravic kot vse druge osebe. V vsaki državi pogodbenici je pravica do nediskriminacije izvedljiva takoj v zvezi s socialnimi, ekonomskimi in kulturnimi pravicami pa mora vsaka država sprejeti vse mogoče ukrepe v okviru razpoložljivih virov (Uršič & Tabaj, 2015).

V uvodnem delu konvencije so navedeni osnovni principi – dostojanstvo, enakost, pravice in svoboščine, ki izhajajo iz temeljnih dokumentov o človekovih pravicah. Ta konvencija izraža skrb za osebe z invalidnostjo, ki živijo v težkih pogojih, pozornost pa je usmerjena tudi na negativni vpliv revščine in na pogoje življenja invalidov. Definicija invalidnosti, navedena v Konvenciji o pravicah invalidov, se glasi: »Invalidnost je razvijajoči se koncept in posledica medsebojnega učinkovanja oviranosti, ki jih ima oseba, ter vedenjskih in okoljskih ovir, ki invalidom preprečuje polno in učinkovito sodelovanje v družbi, izpostavlja poleg osebe kot nosilca invalidnosti tudi družbene ovire, ki preprečujejo invalidom njihovo sodelovanje v družbi.« (Uršič & Tabaj, 2015, p. 10) V konvenciji so navedene splošne obveznosti držav zaveznic glede ustreznih zakonov, ukrepov in spodbujanj, ki so jih dolžne izpolnjevati. Po uvodnem delu konvencija prehaja na 14 konkretnih področij z določili (Evropska komisija, 2010).

S konvencijo združenih narodov se bo torej začel proces okrepitve oseb z invalidnostjo, da bodo lahko kot drugi v celoti sodelovale v družbi. S staranjem prebivalstva pa bodo ti ukrepi občutno vplivali na kakovost življenja vedno večjega deleža Evropejcev (Evropska komisija, 2010).

2.3.2 Temeljni dokumenti v Evropski uniji (EU)

Naloga vsake države je, da osebam z invalidnostjo zagotovi enake možnosti na področju šolanja, usposabljanja, zaposlovanja, rehabilitacije, dostopnosti zdravstvenih storitev itd. Dokumenti, ki to urejajo, morajo upoštevati, da imajo osebe z invalidnostjo

specifične potrebe. Več kot šestdeset zakonov oz. pravnih aktov ureja področje oseb z invalidnostjo in zagotavljanje enakih možnosti v vsakdanjem življenju (Potočnik Seško, 2011).

Zakonodaja EU se lahko razdeli na primarno in sekundarno. Primarna zakonodaja so ustanovitvene in pristopne pogodbe, ki so temelj katerekoli aktivnosti EU. Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (Evropski parlament, Svet Evrope in Evropska komisija, 2010) v 21. členu prepoveduje kakršnokoli diskriminacijo, ki temelji na invalidnosti, v 26. členu pa določa, da »Unija priznava in spoštuje pravico invalidov do ukrepov za zagotavljanje njihove samostojnosti, socialne in poklicne vključenosti ter sodelovanja v življenju skupnosti«. V 10. členu (2012/C326/47) določa, naj se Evropska unija bojuje proti diskriminaciji na podlagi invalidnosti, v 19. členu pa se potrди pristojnost, da se sprejme zakonodaja, s katero se ta diskriminacija obravnava. Sekundarna zakonodaja dopolnjuje osnovni pravni red EU, ki je vzpostavljen s primarno zakonodajo, torej z uredbo, direktivo, odločbo in priporočili. Tretja raven so priporočila, resolucije in mnenja, ki za države niso pravno zavezujoči. Resolucija poziva Evropsko unijo in države članice, naj ratificirajo Konvencijo o pravicah invalidov, zagotavljajo protidiskriminacijske ukrepe, se posvetijo problematiki invalidnih žensk, sprejmejo ukrepe za omogočanje čim samostojnejšega življenja in podpore zaposlovanju in enakim pravicam invalidom (Uršič & Tabaj, 2015).

Zelo pomembni so tudi drugi strateški oziroma razvojni dokumenti. Najpomembnejša je trenutno Evropska strategija o invalidnosti za obdobje 2010–2020 (Evropska komisija, 2010), ki je temeljni politični dokument Evropske unije na področju invalidnosti. Evropska komisija je v tej strategiji določila osem glavnih področij za ukrepanje: dostopnost, sodelovanje, enakost, zaposlovanje, izobraževanje in usposabljanje, socialna zaščita, zdravje in zunanji ukrepi (Evropska komisija, 2010).

Pomembna organizacija na tem področju je Svet Evrope, ki je bil ustanovljen že leta 1949. Je najstarejša evropska mednarodna organizacija, šteje 47 držav članic. Ukvarja se z vsemi najpomembnejšimi vprašanji evropske družbe: človekove in manjšinske pravice, mediji, pravno sodelovanje, socialna vprašanja, zdravstvo, okolje,

izobraževanje, kultura, šport, mladina, lokalna in regionalna samouprava ter čezmejno sodelovanje. Ključni dokument je Akcijski načrt Sveta Evrope za spodbujanje pravic in polnega sodelovanja invalidov v družbi. Za spremljanje in izvajanje akcijskega načrta je bil ustanovljen odbor strokovnjakov za pravice invalidov, ki ga sestavlja 48 predstavnikov držav članic, ki se praviloma srečajo enkrat na leto (Uršič & Tabaj, 2015).

2.3.3 Akcijski program za invalide 2014–2021

Da bi bilo razlik med osebami z invalidnostjo in drugim prebivalstvom čim manj, je pomembno, da imajo invalidi zagotovljene človekove pravice za invalide, ki zagotavljajo enakopravnost v državi (MDDSZ, 2014). Zato je vlada Republike Slovenije 9. 1. 2014 sprejela Akcijski program za invalide 2014–2021 (MDDSZ, 2014), ki je nadgradnja prejšnjega. Kot je že zapisano v ustavi, si tudi akcijski program prizadeva za enakopravnost oseb z invalidnostjo z drugimi državljani in za dodatno vrednost invalidnih oseb ter človekovih pravic invalidov. Načela akcijskega programa so: nediskriminacija, dostopnost na vseh področjih življenja, uporaba informacijske tehnologije, učinkovito sodelovanje v družbi, informiranje in izobraževanje, spoštovanje različnosti in sprejemanje invalidnosti ter izvajanje storitev in programov za invalide. V tem programu je bilo zastavljenih tudi 13 ciljev, ki zajemajo predvsem izboljšanje vključenosti oseb z invalidnostjo v družbo brez diskriminacije ter boljše socialno stanje. Ta program za uresničevanje ciljev in ukrepov pa ima tudi komisijo, ki vse to spremlja in jo je določila vlada RS (MDDSZ, 2014).

Osebe z invalidnostjo potrebujejo vrsto pomoči pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, tako v domačem okolju kot v institucionalnem varstvu. Pomoč jim lahko nudijo svojci, prijatelji, širša družba in zdravstveno osebje (Skralovnik, 2012).

2.4 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST Z OSEBAMI Z INVALIDNOSTJO

Zdravstveni delavci po vsem svetu se pri stikih z uporabniki srečujejo z zmeraj večjo časovno stisko in z vse kompleksnejšimi nalogami. Zdravstveni delavci morajo tako v

zelo kratkem času spoznati uporabnika, vzpostaviti dober odnos sodelovanja in medsebojnega spoštovanja. Pridobiti je treba vse podatke, ugotoviti uporabnikove poglede in predstave o položaju, narediti načrt ukrepanja, ga razložiti ter preveriti razumevanje in strinjanje z načrtom. Ne glede na to je zelo pomembno, da prisluhnejo zgodbam o tem, kaj doživljajo uporabniki, pa čeprav včasih menijo, da bodo za to porabili preveč časa (Bofulin, et al., 2016).

Vloga medicinske sestre namreč ni samo zagotoviti ustrezno zdravstveno nego, ampak tudi omogočiti čim višjo kakovost življenja, ki je pri osebah z invalidnostjo še mogoča. Osebe z invalidnostjo poleg fizične pomoči potrebujejo še psihično pomoč v smislu pogovora za pozitivno samopodobo (Mlakar, 2010).

Zato je pomembno, da se ljudi obravnava individualno, saj ima vsak človek, predvsem pa oseba z invalidnostjo, drugačne potrebe. Pomembnost individualizirane nege pomeni, da poskušamo odpraviti ovire, ki osebam z invalidnostjo preprečujejo normalno delovanje, npr.: invalidni moški ne more uporabiti zvonca, da pokliče medicinsko sestro. Glavna naloga zdravstvene nege je, da to težavo odpravi, npr. tako, da v njegov načrt nege vključi redne preglede ali pa mu zagotovi drugačen način, s katerim bo priklical medicinsko sestro. Medicinske sestre morajo tudi redno samoocenjevati svoje vedenje in delovanje, ne le sklepati, da je problem v invalidnosti (Ledger, et al., 2016).

Znano je, da imajo ljudje z invalidnostjo slabšo zdravstveno stanje in slabši dostop do zdravstvenega varstva. Zdravstvena neenakost so razlike, ki niso le nepotrebne in se jim je mogoče izogniti, ampak se prav tako štejejo med nepošteno in nepravične. Osebe z invalidnostjo doživljajo neenakost v številnih vidikih zdravja in zdravstvenega varstva. Vključitev točk invalidnosti v večje protokole zdravstvenega nadzora, kot je anketa v spremljanju faktorjev tveganja zaradi vedenja, je odprla vse področje invalidnosti in zdravstva, pri čemer se obravnavajo razlike v rezultatih zdravja in dostopu do zdravstvenega varstva (Havercamp & Scott, 2015).

Raziskave so pokazale, da so osebe z invalidnostjo deležne slabše kakovosti zdravstvenega varstva, predvsem so manj vključene v izvajanje presejalnih in preventivnih storitev kot ljudje brez invalidnosti, ter da so deležne manj učinkovite in manj agresivne obravnave. Osebe z invalidnostjo v bolnišnicah se pogosto ne počutijo varne in so slabo obveščene. Testiranj in napotitev za ginekološke preiskave, mamografijo in pregled mineralne gostote kosti so ženske z invalidnostjo deležne manj pogosto kot ženske brez invalidnosti in manj pogosto, kot je priporočeno. Poleg tega so raziskave pokazale, da so osebe z invalidnostjo manj zadovoljne s kakovostjo oskrbe, ki jo prejemajo, in z dostopom do nje (Smeltzer, et al., 2012).

Na drugi strani osebe z invalidnostjo kažejo visoko stopnjo zadovoljstva s storitvami zdravstvenega varstva v okviru svoje posebne potrebe po oskrbi. Subjektivni vidiki oskrbe imajo pomemben vpliv, povezan s percepcijo o lastnem zdravstvenem stanju in čustvenem položaju osebe, na ta pozitivna vrednotenja; pacientovo lastno dožemanje lahko zmanjša potrebe po oskrbi in poskrbi za boljše zadovoljstvo s storitvami (Messeguer-Santamaria, et al., 2013).

Rezultati kažejo, da ženske z invalidnostjo kažejo manjše zadovoljstvo kot moški, ker imajo različne potrebe in pogosteje uporabljajo nekatere storitve, za katere menijo, da niso popolnoma prilagojene njihovem položaju. Če je zadovoljstvo pokazatelj kakovosti zdravstvenih storitev, potem je to eden od vidikov, ki ga je treba izboljšati (Messeguer-Santamaria, et al., 2013).

Smeltzer in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je za ustrezno ukrepanje potrebno sodelovanje z osebami z invalidnostjo in njihovimi neformalnimi skrbniki ter sodelovanje z drugimi skrbniki in agencijami, specializiranimi za oskrbo teh oseb. Komunikacija pacientov in izmenjava informacij o zdravstveni oskrbi med zdravstvenimi delavci je ključnega pomena. Za lažjo komunikacijo z osebami z invalidnostjo je na voljo več orodij, npr. znakovni jezik Telus in vizualizacija Picto. Izvajalci zdravstvene nege teh orodij pogosto ne poznajo, zato je pomembno informiranje o njih. Pomembno je tudi informiranje o obstoju in kakovosti specializiranih storitev in agencij za organizacijo oskrbe invalidnih oseb. Avtorji

zaključujejo, da če izvajalci zdravstvene nege ne poznajo orodij za podporo osebam z invalidnostjo in ne poznajo specializiranih agencij za organizacijo oskrbe za te osebe ali kadar je komunikacija z drugimi skrbniki ovira, je upravljanje z oskrbo pogosto preusmerjeno na neformalne negovalce (Smeltzer, et al., 2015).

V zdravstveni dejavnosti so osebe z invalidnostjo s strani zdravstvenih delavcev obravnavane kot pasivni prejemniki, ki jim manjka samozavesti in so se nezmožni soočiti s svojimi čustvenimi potrebami ter niso sposobni skrbeti sami zase. Osebe z invalidnostjo so na neki način celo življenje odvisne od zdravstvenih delavcev, zato so jim zdravstveni delavci pogosto bližje kot družinski člani. Dober odnos med zdravstvenimi delavci in osebami z invalidnostjo je zelo pomemben, ker lahko slab odnos ovira uspešno diagnosticiranje in obravnavo bolnika (Hatice & Asye, 2010).

Čeprav je bilo izvedenih precej raziskav o neskladjih med primarnim zdravstvenim varstvom in preventivnim zdravstvenim pregledom med pacienti z ali brez invalidnosti, je manj znanega o oskrbi bolnikov z invalidnostjo s strani medicinskih sester med hospitalizacijo in o njihovem zaznavanju srečanj z medicinskimi sestrami. Smeltzer, et al. (2012) so se proučevanja tega problema lotili s fokusnimi skupinami – polstrukturiranimi intervjuji s primerljivim vzorcem oseb z invalidnostjo. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da imajo ponudniki zdravstvenih storitev ponižujoč pristop do oseb z invalidnostjo ter da se nagibajo k negativnim stereotipom o osebah z invalidnostjo in jih pogosto obravnavajo kot otroke (Smeltzer, et al., 2012).

Negativni odnosi in stereotipizacija s strani zdravstvenega osebja lahko privede do njihovega neuspeha pri ocenjevanju in vsej obravnavi zdravstvenih potreb oseb z invalidnostjo zaradi prepričanj, da imajo npr. slabo kakovost življenja, kratko življenjsko dobo in ne morejo imeti veliko koristi od nege (Smeltzer, et al., 2012).

2.5 ODNOS DO OSEB Z INVALIDNOSTJO MED ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE

V današnjem času so osebe z invalidnostjo obravnavane kot enakopravni člani sodobne družbe. Socialna vključenost in vključevanje oseb z invalidnostjo med ljudi je osrednji koncept, ki usmerja trenutne politike za invalide po vsem svetu. Opredelitev in razumevanje negativnega odnosa do invalidnosti lahko pripomore k nadaljnji opredelitvi dejavnikov, ki ovirajo ali spodbujajo zdravje in socialno integracijo osebe z omejenimi možnostmi ter razvoj in učinkovitost potrebnih spremljajočih storitev (Zheng, et al., 2016).

V Turčiji je bila izvedena raziskava o odnosu študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo, ki je pokazala, da imajo negativen odnos do oseb z invalidnostjo ne glede na kulturno ozadje. Izvedene bi morale biti nadaljnje raziskave, treba pa bi bilo tudi izboljšati odnos študentov, saj število oseb z invalidnostjo ves čas narašča (Awoyera, 2011).

V tradicionalni kitajski kulturi se je npr. invalidnost obravnavala kot kazen za grehe oseb z invalidnostjo v preteklem življenju ali grehe staršev osebe. Z družbenim razvojem se stališča najbrž spreminjajo, vendar raziskava tega ni proučevala. Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da je v trenutnih nacionalnih razmerah pomanjkanje podpore osebam z invalidnostjo in da so te osebe bolj odvisne od svojih negovalcev kot pa od države (Zheng, et al., 2016).

Podaljšana življenjska doba bo pomenila povečanje števila ljudi s kognitivnimi in fizičnimi problemi, kot so izguba vida ali demenca. Zakon o pacientovih pravicah (Škotska) iz leta 2011 navaja, da mora biti zdravstveno varstvo osredotočeno na pacienta, pri čemer je treba upoštevati njegove potrebe. To bo zahtevalo programe zdravstvene nege, ki bodo odražali potrebe ljudi, ki imajo invalidnost, in opremili prihodnjo delovno silo z znanjem in veščinami, da zagotovijo ustrezno nego. Ta raziskava ugotavlja prednosti in slabosti študentov zdravstvene nege pri delu z osebami z invalidnostjo ter

opozarja na priložnosti in grožnje za razvoj njihovega znanja in spretnosti, da bi zadovoljili potrebe teh ljudi (Willis & Thurstan, 2015).

Številne raziskave so pokazale, da je negovalno osebje, vključno s študenti s področja nege, imelo bolj negativen odnos ali je bilo manj pripravljeno skrbeti za paciente s cerebralno paralizo in tiste, za katere je bilo ugotovljeno, da imajo motnje v razvoju. Poleg tega so Walsh, et al. (2000 cited in Smeltzer, et al., 2012, p. 35) poročali, da je 60 % vzorca 500 medicinskih sester pokazalo, da so bile skoraj brez izobrazbe ali z malo izkušnjami z oskrbo ljudi z motnjami v razvoju. Opozoriti je treba, da je 24 % medicinskih sester poročalo, da niso imele nobenega stika z osebami z invalidnostjo med študijem. Ugotovitve kažejo, da imajo osebe z invalidnostjo strah pred zdravstveno nego med hospitalizacijo – strah pred prejemanjem neustrezne oskrbe, odvzemom njihovih pomožnih pripomočkov, neizobraženostjo izvajalcev zdravstvene nege in podobno (Smeltzer, et al., 2012).

Uysal, et al. (2014) ugotavljajo, da so starostna skupina, tip šole, predhodno znanje o invalidnosti ter skrb za osebe z invalidnostjo pomembni dejavniki, ki vplivajo na odnos študentov do oseb z invalidnostjo. Uysal, et al. (2014) menijo, da bi bilo pričakovati, da s starostjo bolje sprejemamo osebe z invalidnostjo, pa temu ni tako. Pomembna razlika je v izkušnjah; osebe, ki so okolju z invalidnimi osebami izpostavljene dlje časa (sorodniki, prijatelji, sodelavci), saj imajo pozitivnejši odnos od tistih, ki tega stika nimajo (Uysal, et al., 2014).

Razviti je mogoče usposabljanje, ki se lahko uporablja v različnih okoljih in za različne zdravstvene poklice, pri čemer se bodo medicinske sestre ukvarjale z osebami z invalidnostjo tako, da jih bodo vključile v izobraževanje o zdravstveni negi. To se je izkazalo za koristno, saj so študentje izboljšali svoje znanje o invalidnosti, pa tudi razumevanje potrebe po različnih načinih komuniciranja z osebami z invalidnostjo. Alternativni pristop je poučevanje študentov z vidika uporabnikov storitev in njihovih izkušenj, da bi poskušali dobiti dostop do potrebnega zdravstvenega varstva, kar bi lahko bilo tudi inovativen in zanimiv način za izobraževanje zdravstvenih delavcev. Ti izobraževalni programi bodo morali vključiti znanje, spretnosti in stališča, da bi študenti

postali strokovnjaki za primarno nego. Pomembno je vključiti tudi teme o duševnem zdravju, ne le teme o vplivu invalidnosti na fizično stanje osebe. Poleg razširjanja znanja morajo zdravstveni delavci imeti tudi priložnost za prakso. Pomembne veščine, ki jih je treba pridobiti, so tiste, ki se nanašajo na medsebojno komunikacijo, s posebnim in obsežnim poudarkom na komunikaciji med zdravnikom in pacientom ter z vzpostavljanjem odnosa (zaupanja) z osebami z invalidnostjo (Smeltzer, et al., 2015).

Klooster, et al. (2009) menijo, da bi bile za spreminjanje odnosov do oseb z invalidnostjo potrebne spremembe v učnem načrtu zdravstvene nege. Ugotavljajo, da najnovejše raziskave kažejo, da bi se odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo lahko izboljšal z različnimi izobraževalnimi programi: z neposrednim stikom in delom z osebami z invalidnostjo, eksperimentalnimi kampi, simulacijskimi vajami in kombinacijami strategij. Študentje imajo sicer po raziskavah statistično gledano veliko bolj negativen odnos do invalidnosti kot invalidne osebe same. Načeloma pa imajo ženske in starejši pozitivnejši odnos do oseb z invalidnostjo kot moški in mlajši.

Izkušnje v okviru šolanja so pomembne za promoviranje pozitivnejšega odnosa. Klinične in zunajklinične izkušnje z osebami z invalidnostjo, še posebno s tistimi, ki so svojo invalidnost sprejele, in aktivno učenje z igro vlog pomembno vplivajo na izboljšanje odnosa. Za študente so najtežji: neuvideven odnos kolektiva, neprimerna povabila in agresivno vedenje s strani pacientov (Tervo, 2004).

Ob pregledu literature ugotavljamo, da odnos zdravstvenih delavcev do oseb z invalidnostjo pomembno določa kakovost zdravstvene oskrbe. Avtorji raziskav med drugim predlagajo tudi izboljšave v okviru študijskih programov prihodnjih zdravstvenih delavcev, ki bi izboljšale odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo in do dela z njimi. Kljub pomembnosti tematike pa v Sloveniji nismo zasledili raziskave, ki bi proučevala odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo. Zato smo se odločili, da raziščemo to problematiko na primeru študentov zdravstvene nege na eni od zdravstvenih fakultet – na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

3 EMPIRIČNI DEL

Glede na povečanje števila oseb z invalidnostjo je raziskovanje te teme zelo pomembno. S povečanjem števila oseb se poveča tudi potreba po znanju, možnostih vključevanja v družbo, izboljšanju dostopnosti, načinu izražanja ter iskanja novih možnosti za izboljšanje vsakdanjega življenja oseb z invalidnostjo. Ker je slovenskih raziskav na to temo, predvsem s področja zdravstvene nege, zelo malo, smo na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin izvedli raziskavo in ugotovili, kakšen odnos imajo študentje o osebah z invalidnostjo ter kakšne so razlike med študenti.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo.

V diplomskem delu smo si postavili naslednje cilje:

- **C 1:** Ugotoviti občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo.
- **C 2:** Ugotoviti občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo glede na demografske značilnosti (spol, starost, letnik in način študija).
- **C 3:** Ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo.
- **C 4:** Ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na demografske značilnosti (spol, starost, letnik in način študija).
- **C 5:** Ugotoviti oceno lastnega znanja študentov zdravstvene nege za delo z osebami z invalidnostjo in njihove delovne izkušnje z osebami z invalidnostjo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- **RV 1:** Kakšna so občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo?

- **RV 2:** Kakšna so občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo glede na spol, starost, letnik in način študija študentov?
- **RV 3:** Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo?
- **RV 4:** Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na spol, starost, letnik in način študija študentov?
- **RV 5:** V kolikšni meri so med študenti zdravstvene nege prisotne razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na znanje o zdravstveni negi oseb z invalidnostjo ter delovne izkušnje z osebami z invalidnostjo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov za diplomsko delo je potekalo na podlagi izvedene anketne raziskave. Za oblikovanje teoretičnega dela je bila izbrana metoda pregled literature. Podatke smo iskali v brskalniku biografsko-kataložne zbirke podatkov COBISS, Digitalni knjižnici Univerze v Mariboru, v Obzorniku zdravstvene nege, Digitalni knjižnici Slovenije ter v podatkovnih bazah CINAHL in Springerlink. Omejitev, ki smo si jo postavili pri iskanju literature, je bila starost (2007–2018). Ključne besede, uporabljene pri iskanju literature v slovenskem jeziku: marginalne skupine, predsodki, stereotipi, zakonodaja, invalidnost. V angleškem jeziku smo iskali po ključnih besedah: marginalised groups, prejudice, stereotypes, legislation, disablement.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V diplomskem delu je bil za merski instrument uporabljen strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov.

Prvi sklop zajema sociodemografske značilnosti: spol, starost, letnik in način študija ter vprašanja o znanju za delo z osebami z invalidnostjo. Prvi sklop je sestavljen iz šestih

zaprtih vprašanj in enega odprtega vprašanja, tj. vprašanje o starosti, kjer respondenti vpišejo starost v letih.

Drugi sklop je namenjen ugotavljanju občutenj študentov, ki so v stiku z osebami z invalidnostjo. Za merjenje občutenj smo uporabili vprašalnik *Interakcija z osebami z invalidnostjo* (*Interaction with Disabled Persons Scale IDP*) (Awoyera, 2011). Vprašalnik vsebuje 20 trditev, do katerih se študentje opredelijo na 6-stopenjski lestvici od 1 do 6: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Tretji sklop v vprašalniku meri odnos študentov do oseb z invalidnostjo. Za merjenje odnosa je uporabljen vprašalnik *Odnos do osebe z invalidnostjo* (*Attitudes Toward Disabled Persons Scale (ATDP)*) (Yuker, et al., 1970). Vprašalnik vsebuje 20 trditev, do katerih se študentje opredelijo na 6-stopenjski lestvici od 1 do 6: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (bolj se ne strinjam, kot strinjam), 4 (bolj se strinjam, kot ne strinjam), 5 (strinjam se) in 6 (zelo se strinjam).

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s koeficientom Cronbach alfa. Koeficient Cronbach alfa ima pri vprašalniku *Interaction with Disabled Persons Scale* vrednost 0,813, pri vprašalniku *Attitudes Toward Disabled Persons Scale* pa 0,807. Za obe vrednosti velja, da kažeta na zanesljivost vprašalnika (Cencič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili namenski vzorec. Vprašalnike smo razdelili med študente študijskega programa Zdravstvena nega, prva stopnja, od 1. do 3. letnika rednega in izrednega izobraževanja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V raziskavo smo skušali vključiti najmanj 226 študentov. Na vprašalnike so odgovarjali anonimno, sodelovanje v anketi pa je bilo prostovoljno. Raziskavo je v celoti izpolnilo 116 anketirancev, kar predstavlja 51,3-odstotno realizacijo vzorca.

Tabela 1 prikazuje demografske podatke anketiranih. Kot je razvidno, je bilo anketiranih 17 (14,7 %) moških in 99 (85,3 %) žensk. Skoraj polovica anketiranih ($n =$

57, 49,1 %) hodi v 1. letnik. Rednih študentov je bilo anketiranih 89 (76,7 %) in izrednih 27 (23,3 %). V povprečju so anketirani stari 22,6 leta (SO = 6,402).

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

Demografski podatki anketiranih		n	%
Spol	Moški	17	14,7
	Ženski	99	85,3
	Skupaj	116	100,0
Letnik študija	1. letnik	57	49,1
	2. letnik	25	21,6
	3. letnik	22	19,0
	Absolvent	12	10,3
	Skupaj	116	100,0
Način študija	Redni	89	76,7
	Izredni	27	23,3
	Skupaj	116	100,0
Starost	PV	22,6	
	SO	6,402	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo decembra 2017 in januarja 2018 na FZAB. Pripravili smo vprašalnik in ga po predhodnem soglasju komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost na FZAB razdelili vsem rednim in izrednim študentom prve stopnje Zdravstvene nege. Uporabljena je bila digitalna oblika vprašalnika oziroma spletna anketa 1KA (<https://www.1ka.si/>).

Za obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili statistični program SPSS, različico 22.0. Uporabili smo naslednje statistične metode: opisno statistiko (frekvence, povprečne vrednosti, standardne odklone, minimum in maksimum), t-test za neodvisne spremenljivke, Pearsonov koeficient in ANOVO. Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti $p < 0,05$.

3.4 REZULTATI

Rezultati so predstavljeni po raziskovalnih vprašanjih.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna so občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo?

Tabela 2 prikazuje občutenja anketiranih. V povprečju se anketirani delno strinjajo, da jih navdušuje, ko pomagajo osebam z invalidnostjo (PV = 5,16, SO = 0,956), da jih boli, ko osebe z invalidnostjo želijo nekaj narediti in tega ne morejo (PV = 4,80, SO = 1,333), da so hvaležni, da ne nosijo takšnega bremena (PV = 4,65, SO = 1,347), da občudujejo njihovo sposobnost spoprijemanja z boleznijo (PV = 4,45, SO = 2,404) in da s pogostimi stiki sčasoma opazijo samo osebo, ne več invalidnosti (PV = 4,61, SO = 1,249). Anketirani se v povprečju popolnoma ne strinjajo le z eno trditvijo, in sicer da si ne morejo pomagati, da ne bi strmeli v osebe z invalidnostjo (PV = 1,54, SO = 1,606). Drugi rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Občutenja anketiranih

Trditve povezane z občutenji anketiranih	n	PV	SO	MIN	MAX
Navdušuje me, ko lahko pomagam.	116	5,16	0,956	1	6
Boli me, ko želijo nekaj narediti in tega ne morejo.	116	4,80	1,333	1	6
Počutim se nemočnega, ker ne vem, kako pomagati.	116	4,04	1,379	1	6
Stik z osebo z invalidnostjo me spomni na lastno ranljivost.	116	3,59	1,626	1	6
Sprašujem se, kako bi se počutil/a, če bi sam/a bil/a invalidna oseba.	116	4,28	1,430	1	6
Počutim se nevednega glede oseb z invalidnostjo.	116	3,40	1,413	1	6
Hvaležen/na sem, da ne nosim takšnega bremena.	116	4,65	1,347	1	6
Trudim se obnašati normalno in ignorirati invalidnost.	116	3,56	1,595	1	6
Neprijetno mi je in težko se sprostim.	116	2,25	2,021	1	6
Zavedam se problemov, s katerimi se soočajo osebe z invalidnostjo.	116	3,82	2,290	1	6
Ne morem si pomagati, da ne bi strmeli vanje.	116	1,54	1,606	1	6
Počutim se negotovo, ker ne vem, kako naj se obnašam.	116	2,16	2,003	1	6
Občudujem njihovo sposobnost spoprijemanja.	116	4,45	2,404	1	6
Ne pomilujem jih.	116	3,40	2,206	1	6
S pogostimi stiki sčasoma opazim samo osebo, ne več invalidnosti.	116	4,61	1,249	1	6
Počutim se zelo neprijetno, ker nisem invalid.	116	1,78	1,022	1	6
Strah me je pogledati osebi naravnost v obraz.	116	1,86	1,079	1	6
Nagibam se, da so moji stiki z osebami z invalidnostjo kratki in da jih končam čim hitreje.	116	2,00	1,022	1	6
Bolje se počutim v družbi ljudi z invalidnostjo, potem ko se pogovorim z njimi o njihovi invalidnosti.	116	3,48	1,380	1	6
Bojim se misli, da lahko končam kot oni.	116	3,80	1,578	1	6

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja vrednost odgovora; MAX = najvišja vrednost odgovora; Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna so občutenja študentov zdravstvene nege, ko so v stiku z osebami z invalidnostjo glede na spol, starost, letnik in način študija?

Tabela 3 prikazuje občutja anketiranih pri osebah z invalidnostjo glede na spol. Do statistično pomembnih sprememb prihaja pri naslednjih trditvah: »Sprašujem se, kako bi se počutil/a, če bi sam/a bil/a invalidna oseba« ($t = 11,991$, $p = 0,001$), »Počutim se nevednega glede oseb z invalidnostjo« ($t = 3,346$, $p = 0,040$) in »Bolje se počutim v družbi ljudi z invalidnostjo, potem ko se pogovorim z njimi o njihovi invalidnosti« ($t = 1,663$, $p = 0,020$). Ugotovili smo, da med moškimi in ženskami prihaja do statistično pomembnih razlik pri omenjenih trditvah, kjer se moški bolj strinjajo z navedenim kot ženske.

Tabela 3: Občutja anketiranih glede na spol

Trditve povezane z občutenji anketiranih	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Sprašujem se, kako bi se počutil/a, če bi sam/a bil/a invalidna oseba.	Moški	17	4,35	2,038	11,991	0,001
	Ženski	99	3,82	1,296		
Počutim se nevednega glede oseb z invalidnostjo.	Moški	17	3,41	1,805	3,346	0,040
	Ženski	99	3,39	1,346		
Bolje se počutim v družbi ljudi z invalidnostjo, potem ko se pogovorim z njimi o njihovi invalidnosti.	Moški	17	3,53	1,625	1,663	0,020
	Ženski	99	3,47	1,343		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Tabela 4 prikazuje povezanost med občutenji anketiranih pri osebah z invalidnostjo in starostjo. Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in občutkom ranljivosti anketiranih. Povezava je pozitivna in šibka ($r = 0,147$, $p = 0,015$), zato lahko trdimo, da mlajše anketirance stik z osebo z invalidnostjo manj spomni na njihovo ranljivost kot starejše anketirance. Do negativne šibke povezave ($r = -0,129$, $p = 0,027$) prihaja med starostjo in pogostimi stiki anketiranih z invalidno osebo, kjer se starejši anketirani manj strinjajo kot mlajši, da s pogostimi stiki sčasoma opazijo samo osebo, ne več invalidnosti.

Tabela 4: Povezanost med občutenji anketiranih pri osebah z invalidnostjo in starostjo

Trditve povezane z občutenji anketiranih	Pearsonov koeficient	Starost
Stik z osebo z invalidnostjo me spomni na lastno ranljivost.	Pearsonova korelacija	0,147*
	p-vrednost	0,015
	N	116
S pogostimi stiki sčasoma opazim samo osebo, ne več invalidnosti.	Pearsonova korelacija	-0,129*
	p-vrednost	0,027
	N	116

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca.

V tabeli 5 so prikazani rezultati ANOVE. Primerjali smo aritmetične sredine anketiranih glede na letnik študija. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri trditvah: »Navdušuje me, ko lahko pomagam« ($F = 3,674$, $p = 0,014$), »Boli me, ko želijo nekaj narediti in ne morejo« ($F = 3,269$, $p = 0,024$). Pri navedenih trditvah prihaja do statistično pomembnih razlik glede na letnik študija, pri čemer se anketirani iz nižjih letnikov bolj strinjajo z navedeno trditvijo kot anketirani iz višjih letnikov.

Tabela 5: Občutenja anketiranih glede na letnik študija

Trditve povezane z občutenji anketiranih		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Navdušuje me, ko lahko pomagam.	Med skupinami	9,426	4	3,142	3,674	0,014
	Znotraj skupin	95,781	112	0,855		
	Skupaj	105,207	116			
Boli me, ko želijo nekaj narediti in ne morejo.	Med skupinami	16,458	4	5,486	3,269	0,024
	Znotraj skupin	187,982	112	1,678		
	Skupaj	204,440	116			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost.

Tabela 6 prikazuje občutenja anketiranih pri osebah z invalidnostjo glede na način študija. Do statistično pomembnih razlik med rednimi in izrednimi študenti prihaja pri naslednjih dveh trditvah: »Počutim se nemočnega, ker ne vem, kako pomagati« ($t = 0,812$, $p = 0,039$) in »Zavedam se problemov, s katerimi se soočajo osebe z invalidnostjo« ($t = 3,151$, $p = 0,049$). Pri navedenih trditvah se redni študentje počutijo bolj nemočne kot izredni študentje in izredni študenti se bolj zavedajo problemov kot pa redni študenti.

Tabela 6: Občutenja anketiranih glede na način študija

Trditve povezane z občutenji anketiranih	Način študija	N	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Počutim se nemočnega, ker ne vem, kako pomagati.	Redni	89	4,07	1,355	0,812	0,039
	Izredni	27	3,96	1,480		
Zavedam se problemov, s katerimi se soočajo osebe z invalidnostjo.	Redni	89	3,67	2,425	3,151	0,049
	Izredni	27	4,30	1,728		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo?

V tabeli 7 je prikazan odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo. Anketirani se v povprečju delno strinjajo, da so gibalno ovirane osebe enako inteligentne kot gibalno neovirane (PV = 4,80, SO = 1,273) in da mora vlada poskrbeti za osebe z invalidnostjo (PV = 4,80, SO = 1,217). Anketirani se v povprečju ne strinjajo z naslednjimi trditvami: »Večina oseb z invalidnostjo se smili sama sebi« (PV = 2,53, SO = 1,017), »Ne bi smele obstajati posebne šole za otroke z invalidnostjo« (PV = 2,53, SO = 1,247), »Osebe z invalidnostjo se hitreje razburijo kot osebe, ki niso invalidne« (PV = 2,47, SO = 0,955), »Osebe z invalidnostjo ne morejo imeti normalnega družabnega življenja« (PV = 2,20, SO = 0,935) in »Osebe z invalidnostjo so pogosto tečne« (PV = 2,23, SO = 0,888). Drugi rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo	N	PV	SO	MIN	MAX
Starši otrok z invalidnostjo bi morali biti manj strogi kot drugi starši.	116	2,72	1,003	1	6
Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe.	116	4,80	1,273	2	6
Z osebami z invalidnostjo se je lažje razumeti kot z drugimi osebami.	116	2,97	1,183	1	6
Večina oseb z invalidnostjo se smili sama sebi.	116	2,53	1,017	1	6
Osebe z invalidnostjo so običajno enake kot drugi.	116	3,95	1,200	1	6
Ne bi smele obstajati posebne šole za otroke z invalidnostjo.	116	2,53	1,247	1	6
Za osebe z invalidnostjo bi bilo najbolje, da bi živele in delale v posebnih skupnostih.	116	2,66	1,179	1	6
Vlada mora poskrbeti za osebe z invalidnostjo.	116	4,80	1,217	2	6
Večina oseb z invalidnostjo je zelo zaskrbljena.	116	3,54	1,122	1	6

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo	N	PV	SO	MIN	MAX
Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli pričakovati enakih stvari kot od oseb, ki niso invalidne.	116	3,68	1,234	1	6
Osebe z invalidnostjo so enako srečne kot osebe, ki niso invalidne.	116	4,14	1,201	1	6
Z osebami s hudo invalidnostjo ni nič težje shajati kot s tistimi z manjšo invalidnostjo.	116	2,94	1,167	1	6
Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živela normalno življenje.	116	2,81	1,087	1	6
Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli preveč pričakovati.	116	2,63	0,928	1	5
Osebe z invalidnostjo se večinoma držijo zase.	116	2,69	1,008	1	5
Osebe z invalidnostjo se hitreje razburijo kot drugi.	116	2,47	0,955	1	5
Osebe z invalidnostjo ne morejo imeti normalnega družabnega življenja.	116	2,20	0,935	1	4
Večina ljudi z invalidnostjo misli, da niso tako dobri kot drugi.	116	2,89	1,070	1	6
Pozoren moraš biti na to, kaj rečeš, ko si v družbi oseb z invalidnostjo.	116	3,53	1,233	1	6
Osebe z invalidnostjo so pogosto tečne.	116	2,23	0,888	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja vrednost odgovora; MAX = najvišja vrednost odgovora; Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na spol, starost, letnik in način študija?

Tabela 8 prikazuje odnos anketiranih do oseb z invalidnostjo glede na spol. Do statistično pomembnih sprememb prihaja pri naslednjih dveh trditvah: »Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe« ($t = 9,553$, $p = 0,003$) in »Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli pričakovati enakih stvari kot od oseb brez invalidnosti« ($t = 4,544$, $p = 0,035$). Med moškimi in ženskami prihaja do statistično pomembnih razlik pri omenjenih trditvah, moški se bolj strinjajo z navedenim kot ženske.

Tabela 8: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na spol

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe.	Moški	17	4,85	1,618	9,553	0,003
	Ženski	99	4,81	1,198		
Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli pričakovati enakih stvari kot od oseb, ki niso invalidne.	Moški	17	4,35	1,498	4,544	0,035
	Ženski	99	3,57	1,153		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Tabela 9 prikazuje povezanost med odnosom študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo in starostjo. Do statistično pomembne povezave prihaja pri trditvi »Ne bi smele obstajati posebne šole za otroke z invalidnostjo«. Povezava je pozitivna in še vedno šibka ($r = 0,242$, $p = 0,009$), zato lahko sklepamo, da se mlajši anketirani manj strinjajo z navedenim kot starejši anketirani. Do statistično pomembne povezave prihaja tudi med starostjo anketiranih in trditvijo »Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živela normalno življenje«. Povezava je zelo šibka in zopet pozitivna ($r = 0,084$, $p = 0,030$), zato lahko trdimo, da mlajši anketirani manj pogosto kot starejši menijo, da je skoraj nemogoče, da bi oseba z invalidnostjo živela normalno življenje.

Tabela 9: Povezanost med odnosom študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo in starostjo

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo	Pearsonov koeficient	Starost
Ne bi smele obstajati posebne šole za otroke z invalidnostjo.	Pearsonova korelacija	0,242*
	p-vrednost	0,009
	N	116
Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živela normalno življenje.	Pearsonova korelacija	0,084*
	p-vrednost	0,030
	N	116

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

V tabeli 10 so prikazani rezultati ANOVE. Primerjali smo aritmetične sredine anketiranih glede na letnik študija. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri trditvi »Osebe z invalidnostjo so enako srečne kot osebe brez invalidnosti« ($F = 3,925$, $p = 0,010$). Glede na rezultat t-testa lahko trdimo, da se anketirani iz nižjih letnikov bolj strinjajo z navedeno trditvijo kot anketirani iz višjih letnikov.

Tabela 10: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na letnik študija

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Osebe z invalidnostjo so enako srečne kot osebe, ki niso invalidne.	Med skupinami	15,808	4	5,269	3,935	0,010
	Znotraj skupin	149,985	112	1,339		
	Skupaj	165,793	116			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost.

Tabela 11 prikazuje odnos anketiranih do oseb z invalidnostjo glede na način študija. Do statistično pomembnih razlik med rednimi in izrednimi študenti prihaja pri naslednjih treh trditvah: »Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe« ($t = 10,616$, $p = 0,001$), »Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živel normalno življenje« ($t = 3,176$, $p = 0,047$) in »Osebe z invalidnostjo so pogosto tečne« ($t = 3,170$, $p = 0,038$). Pri navedenih trditvah imajo redni študentje izrazitejše mnenje kot izredni študentje.

Tabela 11: Odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo glede na način študija

Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z invalidnostjo	Način študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe.	Redni	89	4,85	1,173	10,616	0,001
	Izredni	27	4,63	1,573		
Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živel normalno življenje.	Redni	89	2,81	1,010	3,176	0,047
	Izredni	27	2,81	1,331		
Osebe z invalidnostjo so pogosto tečne.	Redni	89	2,27	0,926	3,170	0,038
	Izredni	27	2,11	0,751		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Koganova lestvica: 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (delno se ne strinjam), 4 (malo se strinjam), 5 (delno se strinjam) in 6 (popolnoma se strinjam).

Raziskovalno vprašanje 5: V kolikšni meri so med študenti zdravstvene nege prisotne razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na znanje o zdravstveni negi oseb z invalidnostjo ter delovne izkušnje z osebami z invalidnostjo?

Večina študentov ($n = 86$, 74,1 %) na fakulteti še ni poslušala predmeta, ki zajema tudi temo zdravstvene nege oseb z invalidnostjo. V okviru ur predavanj je imelo 22 (18,9 %) študentov klinično prakso. Le 20,7 % ($n = 24$) študentov meni, da imajo zadostno znanje za delo z osebami z invalidnostjo, samo 5,2 % ($n = 6$) pa jih meni, da imajo odlično znanje za delo z osebami z invalidnostjo. Večina študentov meni, da na fakulteti ne pridobijo dovolj znanja o osebah z invalidnostjo ($n = 94$, 81 %). Tabela 12 zajema še druge rezultate.

Tabela 12: Znanje in delovne izkušnje študentov zdravstvene nege o invalidnosti

Znanje in delovne izkušnje anketiranih zdravstvene nege o invalidnosti		n	%
Ali ste na fakulteti že poslušali predmet, ki zajema tudi temo zdravstvene nege oseb z invalidnostjo?	Da	30	25,9
	Ne	86	74,1
	Skupaj	116	100,0
Ali ste imeli v okviru teh ur tudi klinično prakso?	Da	22	18,9
	Ne	8	6,9
	Skupaj	30	25,9
Prosim, da na lestvici od 1 (nezadostno) do 5 (odlično) označite, kolikšno je po vaši oceni vaše znanje za delo z osebami z invalidnostjo.	Nezadostno	6	5,2
	Zadostno	24	20,7
	Dobro	55	47,4
	Prav dobro	25	21,6
	Odlično	6	5,2
	Skupaj	116	100,0
Ali menite, da ste na fakulteti pridobili dovolj znanja o osebah z invalidnostjo?	Da	22	19,0
	Ne	94	81,0
	Skupaj	116	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Tabela 13 prikazuje statistično pomembne razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na znanje o zdravstveni negi oseb z invalidnostjo ($p = 0,031$). Rezultat hi-kvadrata nam pokaže, da imajo anketirani z manj znanja drugačen odnos do oseb z invalidnostjo kot anketirani z več znanja (Tavzes, 2002).

Tabela 13: Razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na znanje o zdravstveni negi oseb z invalidnostjo

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	P
Odnos do oseb z invalidnostjo	hi-kvadrat test (a)	12,187	12	0,031
Znanje				

Legenda: p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

V tabeli 14 je prikazana povezanost med odnosom do oseb z invalidnostjo in delovnimi izkušnjami. Prihaja do statistično pomembne povezanosti med spremenljivkama ($p = 0,041$). Torej imajo anketirani z delovnimi izkušnjami drugačen odnos do oseb z invalidnostjo kot anketirani brez delovnih izkušenj.

Tabela 14: Razlike v odnosu do oseb z invalidnostjo glede na delovne izkušnje z osebami z invalidnostjo

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Odnos do oseb z invalidnostjo	hi-kvadrat test (a)	20,042	17	0,041
Delovne izkušnje				

Legenda: p = statistična značilnost ($p < 0,05$).

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo med študenti zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin smo ugotavljali odnos študentov do oseb z invalidnostjo, njihovo znanje o teh osebah in kako se spoprijemajo s stikom z njimi. Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet nam omogoča nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci (Jelenc, et al., 2016).

Zheng, et al. (2016) ugotavljajo, da je negativni odnos do oseb z invalidnostjo ena največjih ovir za doseganje družbene enakovrednosti teh oseb. Osebe z invalidnostjo so prikrajšane zaradi družbenega zavračanja, izključevanja in diskriminacije. Zato mora izobraževanje zdravstvenih delavcev vključevati tudi kritično razmišljanje v kontekstu oseb z invalidnostjo (Hatice & Asye, 2010).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da imajo študentje pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo, na fakulteti pridobijo premalo znanja in v času klinične prakse nimajo veliko stika z osebami z invalidnostjo. Odnos zdravstvenega osebja do oseb z invalidnostjo pomembno vpliva na njihovo rehabilitacijo in samosprejemanje, zato je pomembno, da študentje zdravstvene nege oblikujejo in vzpostavijo pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo. Starost, vrsta izobrazbe, že obstoječe znanje o osebah z invalidnostjo in klinična praksa so dejavniki, ki pomembno vplivajo na oblikovanje odnosa študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo (Uysal, et al., 2014).

Anketiranci se na vprašanja glede občutkov ob stiku z osebo z invalidnostjo večinoma strinjajo, da si želijo osebam priskočiti za pomoč, ne vedo pa, kako bi to naredili. Menijo tudi, da ob stiku z osebami z invalidnostjo postanejo ranljivi. Na tem področju raziskave kažejo (Klooster, et al., 2009; Vilchinsky, et al., 2010; Huskin, et al., 2017), da se ob daljšem stiku z osebami z invalidnostjo študentje počutijo bolje. Klooster, et al. (2009) ugotavljajo, da z izkušnjami in s stikom z osebo z invalidnostjo študentje zdravstvene nege oblikujejo pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo. Podobno ugotavljajo Vilchinsky, et al. (2010) – znanje in stiki z osebami z invalidnostjo rezultirajo v pozitivnem odnosu do teh oseb. Neprijetni občutki ali strah postopoma izginejo. Tudi naša raziskava ugotavlja, da so mlajši študentje bolj ranljivi pri stiku z osebo z invalidnostjo kot starejši. Starejši anketiranci se bolj strinjajo, da sčasoma opazijo le osebe in ne več invalidnosti.

Coban, et al. (2017) so ugotovili, da glede odnosa do invalidnih oseb obstaja razlika med študenti različnih študijskih smeri (fizioterapija, rehabilitacija, zdravstvena nega, nutricionistika, zdravstveni management, socialno delo in šport). V povprečju študenti vseh smeri kažejo pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo, še posebno pozitiven odnos pa imajo študenti fizioterapije, rehabilitacije in socialnega dela. Smo pa z našo raziskavo ugotovili, da med študenti prihaja do razlik v odgovorih glede na spol, starost, letnik in način študija. Ženske se manj strinjajo s trditvami, da naj bi bile gibalno ovirane osebe enako inteligentne od drugih neoviranih ter da se od oseb z invalidnostjo ne bi smelo pričakovati enakih stvari kot od oseb brez invalidnosti. Tudi tuje raziskave ugotavljajo, da obstajajo razlike v odnosu glede na spol in starost (Seo & Chen, 2009; Barr & Bracchitta, 2012). Ugotavljajo, da imajo ženske pozitivnejši odnos do oseb z invalidnostjo ter da se pri mlajših anketirancih s količino stikov odnos pogosteje spremeni v pozitivnega. Pri starejših anketirancih temu ni tako (Seo & Chen, 2009; Barr & Bracchitta, 2012).

Ne glede na vse zgoraj zapisano je treba zdravstveno varstvo osredotočiti na bolnika, pri čemer je treba upoštevati njegove potrebe. To bo zahtevalo programe zdravstvene nege, ki bodo vključevali potrebe ljudi, ki imajo invalidnost, in bodo prihodnjo delovno silo

opremili z znanjem in veščinami, da zagotovijo ustrezno nego (Willis & Thurstan, 2015).

Vključevanje tematike invalidnosti v učne načrte o zdravstveni negi je potrebno, da se študentom zagotovi zavedanje in zaupanje za učinkovito delo z ljudmi, ki imajo vrsto kognitivnih in telesnih motenj. Izboljšanje ozaveščenosti o zdravstvenih potrebah oseb, kot so osebe z invalidnostjo, se je npr. v Veliki Britaniji že premaknilo v zdravstvene agende (Bollard, et al., 2012). V naši raziskavi se v okviru znanja o zdravstveni negi z invalidnimi osebami večina anketiranih strinja, da predmeta, ki bi zajemal to področje, ni poslušala, ravno tako je tudi malo anketirancev, ki so v okviru tega področja že imeli klinično prakso. Pri tem le manjši delež študentov meni, da imajo odlično znanje, večina jih meni, da znanja o osebah z invalidnostjo niso pridobili. Ugotovitve kažejo na potrebne spremembe, saj standardi Sveta za medicinske sestre in zdravstvene nege (NMC) za vzgojo medicinske sestre, izdani leta 2010, poudarjajo, da morajo šole zdravstvene nege zagotoviti učni načrt, ki študente zdravstvene nege izpostavlja različnim bolnikom. V Veliki Britaniji je bilo to podprto z uvedbo zakona o enakosti, sprejetega leta 2010, ki je pomenil, da morajo vsi državljani imeti večjo ozaveščenost o ljudeh, kot so osebe z invalidnostjo, in zagotoviti, da organizacije, kot je NMC, opravijo ustrezne prilagoditve v okviru storitev, ki jih zagotavljajo (Bollard, et al., 2012). Zahtevna naloga učiteljev je to politiko in zakonodajo prenesti v konkretne učne načrte, ki zagotavljajo znanje in izkušnje tako za študente kot tudi za osebe z invalidnostjo (Willis & Thurstan, 2015).

V raziskavi na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin je bilo ugotovljeno tudi, da imajo študentje z manj znanja drugačen odnos do oseb z invalidnostjo, kot tisti študentje, ki imajo tega znanja več. Podobno imajo zaradi več izkušenj študentje drugačen odnos do oseb z invalidnostjo kot tisti brez izkušenj. Z našo raziskavo smo ugotovili, da zdravstveno osebje in študentje največkrat nimajo dovolj znanja in izkušenj za delo z osebami z invalidnostjo in da bi bilo treba tematiko vključiti v izobraževalni program kot tudi nadalje v izobraževalne seminarje v delovnem okolju. Seccombe (2007) meni, da je glede na dinamiko sodobnega življenja in družbe nujno potrebno spremeniti oz. prilagoditi izvajanje zdravstvene nege. Osebe z invalidnostjo predstavljajo velik del

družbe in zdravstvena nega mora biti na to pripravljena. Medicinske sestre potrebujejo znanje, da bodo osebam z invalidnostjo lahko nudile ustrezno oskrbo in do njih oblikovale ustrezen odnos. Avtorica poudari, da se veliko pozornosti namenja multikulturalnosti, pozornost na področju ranljivih skupin v družbi pa še ni na zadovoljivi ravni.

Osebe z invalidnostjo imajo slabše zdravje in slabši dostop do zdravstvene oskrbe v primerjavi z ljudmi brez invalidnosti. Ugotovljene so bile velike razlike pri uporabi zdravstva in zdravstvene oskrbe za odrasle invalidne in razvojne invalidnosti glede na odrasle brez invalidnosti. Potrebno je usposabljanje oseb z invalidnostjo za ponudnike zdravstvenih storitev in raziskave zdravja, ki invalidnost opredeljujejo kot demografsko skupino (Havercamp & Scott, 2015). Zdravstvene službe so pogosto nepripravljene, da bi se odzvale na ta premik v smeri primarne oskrbe. Od izvajalcev zdravstvenega varstva se pričakuje, da bodo obravnavali posebne potrebe oseb z invalidnostjo, čeprav morda nimajo zadostnega (kliničnega) znanja ali morda nimajo sposobnosti za interakcijo s tem prebivalstvom. Prejšnje raziskave so predstavile (primarne) delavce, ki se počutijo nezadostno izobražene glede razširjenosti bolezni pri osebah z invalidnostjo. Dvomijo o tem, kako se odzvati na vedenjske probleme, ne vedo, kako komunicirati z osebami z invalidnostjo itd. Zato se zdravstveni delavci težje lotijo oskrbe teh pacientov. Če se zdravstveni delavci ne prilagajajo potrebam oseb z invalidnostjo, je ogrožen dostop do potrebne oskrbe, kar lahko vodi do velikih problemov v obliki sprejema v bolnišnico in povečanih stroškov zdravstvenega varstva (Smeltzer, et al., 2015).

Prizadevanja za boljše razumevanje in odnos do oseb z invalidnostjo vodi k izboljšanju samopodobe invalidov. Slednje pomaga zmanjšati potrebe po oskrbi, povečati osebno neodvisnost in izboljšati kakovost življenja te skupine (Messeguer-Santamaria, et al., 2013). Znanje in izkušnje na področju dela z osebami z invalidnostjo pomembno vplivajo na kakovost nudenja oskrbe in pomoči. Na tak način izvajalci zdravstvene nege svojega dela ne opravljajo v okviru diskriminacije oz. v okviru stereotipnih predstav in predsodkov. Na tak način se oblikuje tudi njihov pozitiven odnos do oseb z invalidnostjo (Olaoye, et al., 2017). Kajti »pomembno je zavedanje, da je invalidna oseba enakopravni in enakovredni člen družbe, ki lahko prispeva svoje najboljše moči

in bogati politično, družbeno, gospodarsko in kulturno življenje» (Statistični urad Republike Slovenije, 2018).

Glede na slovensko družbeno dogajanje se kaže, da smo družba, ki gre v smeri pozitivnih sprememb, ki so bile izpostavljene skozi vso razpravo. Februarju 2018 je vlada RS sprejela predlog zakona o socialnem vključevanju invalidov. Novi zakon bo invalidnim osebam omogočil boljše pogoje za življenje v skupnosti.

3.5.1 Omejitve raziskave

Ena pomembnejših omejitev naše raziskave je pomanjkanje raziskav na področju odnosa do invalidnih oseb v Sloveniji, zato nismo uspeli izvesti primerjave z našimi podatki. Anketiranci so lahko v odgovorih izrazili svoje lažno mnenje. Če bi bil za namen raziskave lahko zajet večji reprezentativni vzorec, bi na njegovi podlagi dobili natančnejše rezultate. Statistična primerjava rezultatov bi lahko bila narejena tudi s podatki iz drugih izobraževalnih ustanov po državi in v tujini, lahko pa tudi v kombinaciji z vprašalnikom pri zdravstvenih delavcih po bolnišnicah in drugih zdravstvenih zavodih. S pomočjo pridobljenih rezultatov bi lahko oblikovali izobraževanja zdravstvenih delavcev v sklopu službe in oblikovali učni načrt na vseh šolah za zdravstveno nego po Sloveniji, ki bi vključeval učenje o zdravstveni negi in odnosu do invalidnih oseb in drugih ranljivih skupin.

4 ZAKLJUČEK

Tema invalidnosti je pomembna za raziskovanje. S prebiranjem in študijem literature in raziskav se seznanimo s težavami invalidnih oseb, pridobimo znanje o tem, kaj vse je pomembno za njihovo vsakdanje življenje, in vsaj delen uvid v družbeno percepcijo invalidnosti. Ob pisanju diplomskega dela smo našli kar nekaj raziskav, ostaja pa še veliko neraziskanega. Želimo si, da bi bilo v prihodnosti še več raziskav usmerjenih v raziskovanje področja invalidnosti. Nekateri se z invalidnostjo srečujejo že od rojstva ali pa od zelo mladih let, zato si verjetno tako oni sami kot njihovi straši, sorodniki, prijatelji želijo, da bi imeli enake možnosti kot vsi drugi, da bi jih družba sprejemala kot polnovredne in enakovredne člane. Zato je pomembnost ozaveščanja o invalidnosti v širši družbi ključna. Ko pa osebe z invalidnostjo zaradi svojih težav vstopijo v zdravstveni sistem, si še toliko bolj želijo, da bi bili sprejeti, in prav to jim moramo zagotoviti. Zato je znanje dobrodošlo.

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti občutke ter odnos študentov zdravstvene nege do oseb z invalidnostjo. Ker se število oseb z invalidnostjo povečuje, temu pripisujemo veliko pomembnost. Odnos med zdravstvenim osebjem in pacienti je pomembna dimenzija zdravljenja, to predvsem velja za paciente, ki sodijo v marginalne skupine (starostniki, revni, alkoholiki, osebe s psihičnimi težavami, osebe z invalidnostjo itd.). Odnos lahko spremeni miselnost pacientov in s tem pripomore k lažjemu zdravljenju, življenju. Osebe z invalidnostjo imajo tudi veliko fizičnih omejitev, zato je pomembno, da že kot študentje spoznamo te omejitve in jih lahko kasneje upoštevamo v praksi. V učni program zdravstvene nege bi bilo treba vključiti modul(e) z vsebinami, ki obravnavajo delo z osebami iz marginalnih skupin.

Ugotovili smo, da je težav v kontekstu oseb z invalidnostjo kar precej. Slovenija, kot tudi vsa Evropa, je začela obravnavati in razvijati področje oseb z invalidnostjo. Želeli pa bi si, da bi bilo tega še več in bi se rešitve izvajale hitreje. Bodimo strpni, iščimo rešitve, raziskujmo in bodimo razumni, to je bistvo, ki nas lahko pripelje do cilja.

5 LITERATURA

Awoyera, O., 2011. *Attitude of students nurses' toward people with disabilities: bachelor's thesis*. Turku: Turku University of applied sciences.

Barr, J.J. & Bracchitta, K., 2012. Attitudes toward individuals with disabilities: the effects of age, gender and relationship. *Journal of relationships research*, 3, pp. 10-17.

Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, V. & Škraban, J., 2016. Komuniciranje. In: M. Bofulin, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 197-217.

Bollard, M., Lahiff, J. & Parkes, N., 2012. Involving people with learning disabilities in nurse education: towards an inclusive approach. *Nurse education today*, 32(2), pp. 173-177.

Bremec, A., 2008. *Invalidi na trgu dela v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

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

Coban, A.I., Ozden, S.A., Tekindal, M.A. & Polat, G., 2017. Assessing health science students' attitudes towards persons with disabilities in Turkey. 2017. *Biomedical Research*, 28(12), pp. 5370-5377.

Čuk, J., 2014. *Mednarodni dan invalidov*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/4916> [Accessed 9 August 2018].

Evropska komisija, 2010. *Evropska strategija o invalidnosti za obdobje 2010-2020: obnovljena zveza za Evropo brez ovir*. Bruselj: Evropska komisija.

Evropski parlament, Svet Evrope in Evropska komisija, 2010. *Listina Evropske unije o temeljnih pravicah*. Nica: Uradni list EU.

Gosenica, K., Lipovec Čebren, U. & Zaviršek, D., 2016. Telo. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 59-62.

Hatice, S. & Asye, D., 2010. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), pp. 2271-2279.

Havercamp, S.M. & Scott, H.M., 2015. National health surveillance of adults with disabilities adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. *Disability and health journal*, 8(2), pp. 165-172.

Huskin, P.R., Reiser-Robbins, C. & Kwon, S., 2017. Attitudes of undergraduate students toward persons with disabilities: exploring effects of contact experience on social distance across ten disabilitytypes. *Rehabilitation counseling bulletin*, 6(1), pp. 1-11.

IRSSV, 2015. *Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: poročilo o izvajanju programov v letu 2014. Končno poročilo*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, n.d. *Invalidnost*. [online] Available at: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=invalidnost&hs=1 [Accessed 9 August 2018].

Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 12-15.

Klooster, T.P., Dannenberg, J. & Taal, E. 2009. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), pp. 2562-73.

Ledger, S., Shufflebotham, L. & Walmsley, J., 2016. Disability. In: E. Denny, S. Earle & A. Hewison, eds. *Sociology for nurses*. Cambridge: Polity Press, pp. 203-226.

Leskošek, V., 2016. Skrb na področju hendikepa med institucijami in skupnostjo. *Socialno delo*, 54(6), pp. 319-328.

McMillan Boyles, C.H., Bailey, P. & Mossey, S., 2008. Representations of disability in nursing and healthcare literature: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 62(4), 428-437.

Messeguer-Santamaria, M.L., Vargas-Vargas, M., Mondejar-Jimenez, J. & Quesada-Rubio, J. M., 2013. Satisfaction with healthcare services among Spanish people with disabilities. *Disability and health journal*, 6(1), pp. 18-25.

MDDSZ, 2007. *Konvencija o pravicah invalidov*. [pdf] Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/konvencija_o_pravicah_invalidov.pdf [Accessed 23 December 2018].

MDDSZ, 2014. *Akcijski program za invalide 2014–2021*. [pdf] Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/invalidi_vzv/API_2014-2021.pdf [Accessed 23 December 2018].

Mlakar, M., 2010. *Življenje invalidov z mišično distrofijo v institucionalnem varstvu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Olaoye, O.A., Oduola, B.A., Alonge, T.J. & Emechete, A.I., 2017. Attitude toward contact with people with disabilities and knowledge of disability among health science undergraduates in a Nigerian University. *Journal of behavioral health*, 6(3), pp. 129-135.

OZN, 1975. *Deklaracija o pravicah invalidov*. New York: Organizacija združenih narodov.

Pilih, J., 2009. *Ekonomski položaj in socialna varnost invalidnih oseb v Sloveniji in Evropski uniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Potočnik Seško, R., 2011. *Invalidi in izvajanje zaposlitvene rehabilitacije: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.

Rupert, T. & Vilič Klenovšek, T., 2010. *Značilnosti izbranih ranljivih skupin odraslih in svetovalno delo za izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.

Seccombe, J., 2007. *Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: the effects of a curriculum change*. [pdf] School of Nursing. Available at: https://repository.digitalnz.org/system/uploads/record/attachment/237/attitudes_towards_disability_in_an_undergraduate_nursing_curriculum__the_effects_of_a_curriculum_change.pdf [Accessed 23 December 2018].

Seo, W. & Chen, R.K., 2009. Attitudes of college students toward people with disabilities. *Journal of applied rehabilitation counseling*, 40(4), pp. 3-7.

Skralovnik, M., 2012. *Odnos družbe do invalidov: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Smeltzer, C., Avery, C. & Haynor, P., 2012. Interaction of people with disability and nursing staff during hospitalization. *American journal of nursing*, 112(4), pp. 30-37.

Smeltzer, C.S., Mariani, B., Gungerg Ross, J., Petit de Mange, E.H., Meakim, C., Brunderle, E. & Nthenge, S., 2015. Persons with disability: their experiences as standardized patients in an undergraduate nursing program. *Nursing education perspectives*, 36(6), pp. 398-400.

Statistični urad Republike Slovenije, 2018. *Mednarodni dan invalidov*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/4916> [Accessed 22 December 2018].

Šilc, M., 2009. *Predsodki, marginalne skupine in etika socialnega dela: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Tavzes, M., ed., 2002. *Veliki slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Tervo, R., 2004. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical rehabilitation*, 18(8), 908-915.

Ule, M., 2009. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Uršič, C. & Tabaj, A., 2015. Človekove pravice invalidov v mednarodnih dokumentih. In: C. Uršič, ed. *Vodnik po pravicah invalidov*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, pp. 7-19.

Uysal, A., Albayrak, B., Koculu, B., Kan, F. & Aydin, T., 2014. Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse education today*, 34(5), pp. 878-884.

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, n.d. *Splošna deklaracija človekovih pravic*. [online] Available at: www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/?L=#c66 [Accessed 10 December 2018].

Vilchinsky, N., Findler, L. & Werner, S., 2010. Attitudes toward people with disabilities: the perspective of attachment theory. *Rehabilitation psychology*, 55(3), pp. 298-306.

Virant, T., 2013. *Samostojno življenje gibalno oviranih ljudi: diplomska naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Willis, S.D. & Thurstan, M., 2015. Working with the disabled patient: Exploring student nurses views for curriculum development using a swot analysis. *Nursing education today*, 35(2), pp. 383-387.

WHO, 2011. *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.

WHO, 2015. *WHO global disability action plan 2014-2021: better health for all people with disability*. Geneva: World health organization.

Yuker, H.E., Block, J.R. & Youngg, J.H., 1970. *The measurement of attitudes toward disabled persons*. Washington: Human Resources Center.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ), 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 96.

Zaviršek, D., 2014. Opredelitev hendikepa in razvoj študija hendikepa v socialnem delu: mednarodna perspektiva. *Socialno delo*, 53(3/5), pp. 133-145.

Zheng, Q., Tian, Q., Hao, C., Gu, J., Tao, J. & Liang, Z., 2016. Comparison of attitudes toward disability and people with disability among caregivers, the public, and people with disability: findings from a cross-sectional survey. *BMC public health*, 16(1), p. 1024.

ZDIS, n.d. *Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov*. [online] Available at: <https://www.zdis.si/content/standardna-pravila-za-izenacevanje-moznosti-invalidov> [Accessed 10 December 2018].

Žgavc, D., 2011. *Marginalne družbene skupine*. Ljubljana: Zavod IRC.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Nina Kramar, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom *Odnos študentov zdravstvene nege do dela z gibalno oviranimi osebami* pod mentorstvom doc. dr. Katje Pesjak. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila podatke, ki jih potrebujem za raziskavo problematike svojega diplomskega dela. Vljudno vas prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja. Sodelovanje v raziskavi je anonimno in prostovoljno, podatki pa bodo uporabljeni izključno in samo za namen izdelave diplomskega dela. Že vnaprej najlepša hvala za vaš čas in pomoč pri izvedbi raziskave.

Nina Kramar

A. DEMOGRAFSKI PODATKI

Prosim, da izpolnite nekaj osnovnih vprašanj tako, da označite ali dopišete pravilni podatek. Odgovorite z enim odgovorom.

1. Spol:

- a) Moški
- b) Ženski

2. Starost (vpišite v letih)

3. Leto študija:

- a) 1. letnik
- b) 2. letnik
- c) 3. letnik
- d) Absolvent

4. Način študija:

- a) Redni
- b) Izredni

5. Ali ste na fakulteti že poslušali predmet, ki zajema tudi temo zdravstvene nege oseb z invalidnostjo?

- a) Da.
- b) Ne.

5.1 Ali ste imeli v okviru teh ur tudi klinično prakso?

- a) Da.
- b) Ne.

6. Prosim, da na lestvici od 1 (nezadostno) do 5 (odlično) označite, kolikšno je po vaši oceni vaše znanje za delo z osebami z invalidnostjo:

- a) 1 (Nezadostno)
- b) 2 (Zadostno)
- c) 3 (Dobro)
- d) 4 (Prav dobro)
- e) 5 (Odlično)

7. Ali menite, da ste na fakulteti pridobili dovolj znanja o osebah z invalidnostjo?

- a) Da.
- b) Ne.

B. OBČUTENJA ŠTUDENTOV

8. Naslednje trditve se navezujejo na vaše občutke do oseb z invalidnostjo in na občutenja ob stiku z njimi. Prosim, da v spodnji tabeli pri vsaki trditvi označite, kakšno je vaše mnenje o trditvah (Koganova lestvica). Označite trditev z 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (bolj se ne strinjam, kot strinjam), 4 (bolj se strinjam, kot ne strinjam), 5 (strinjam se) ali 6 (zelo se strinjam).

TRDITVE	1. Sploh se ne strinjam.	2. Ne strinjam se.	3. Delno se ne strinjam.	4. Malo se strinjam.	5. Strinjam se.	6. Zelo se strinjam.
1. Navdušuje me, ko lahko pomagam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Boli me, ko želijo nekaj narediti in ne morejo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Počutim se nemočnega, ker ne vem, kako pomagati.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Stik z osebo z invalidnostjo me spomni na lastno ranljivost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sprašujem se, kako bi se počutil/a, če bi sam/a bil/a invalidna oseba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Počutim se nevednega glede oseb z invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hvaležen/na sem, da ne nosim takšnega bremena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trudim se obnašati normalno in ignorirati invalidnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Neprijetno mi je in težko se sprostim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zavedam se problemov, s katerimi se soočajo osebe z invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ne morem si pomagati, da ne bi strmel vanje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Počutim se negotovo, ker ne vem, kako naj se obnašam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Občudujem njihovo sposobnost spoprijemanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ne pomilujem jih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. S pogostimi stiki sčasoma opazim samo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

osebo, ne več invalidnosti.						
16. Počutim se zelo neprijetno, ker nisem invalid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Strah me je pogledati osebi naravnost v obraz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Nagibam se, da so moji stiki z osebami z invalidnostjo kratki in da jih končam čim hitreje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bolje se počutim v družbi ljudi z invalidnostjo, potem ko se pogovorim z njimi o njihovi invalidnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Bojim se misli, da lahko končam kot oni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. ODNOS ŠTUDENTOV

9. Naslednja vprašanja se navezujejo na vaš odnos do oseb z invalidnostjo. Prosim, da v spodnji tabeli pri vsaki trditvi označite trditev, s katero se najbolj strinjate (Koganova lestvica). Označite trditev z 1 (sploh se ne strinjam), 2 (ne strinjam se), 3 (bolj se ne strinjam, kot strinjam), 4 (bolj se strinjam, kot ne strinjam), 5 (strinjam se) ali 6 (zelo se strinjam).

TRDITVE	1. Sploh se ne strinjam	2. Ne strinjam se	3. Bolj se ne strinjam, kot	4. Bolj se strinjam, kot ne	5. Strinjam se	6. Zelo se strinjam
1. Starši otrok z invalidnostjo bi morali biti manj strogi kot drugi starši.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gibalno ovirane osebe so enako inteligentne kot gibalno neovirane osebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Z osebami z invalidnostjo se je lažje razumeti kot z drugimi osebami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Večina oseb z invalidnostjo se smili sama sebi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Osebe z invalidnostjo so običajno enake kot drugi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ne bi smele obstajati posebne šole za otroke z invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Za osebe z invalidnostjo bi bilo najbolje, da bi živele in delale v posebnih skupnostih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vlada mora poskrbeti za osebe z invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Večina oseb z invalidnostjo je zelo zaskrbljena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli pričakovati enakih stvari kot od oseb, ki niso invalidne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Osebe z invalidnostjo so enako srečne kot osebe, ki niso invalidne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Z osebami s hudo invalidnostjo ni nič težje shajati kot s tistimi z manjšo invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Skoraj nemogoče je, da bi oseba z invalidnostjo živel normalno življenje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Od oseb z invalidnostjo ne bi smeli preveč pričakovati.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Osebe z invalidnostjo se večinoma držijo zase.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Osebe z invalidnostjo se hitreje razburijo kot osebe, ki niso invalidne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Osebe z invalidnostjo ne morejo imeti normalnega družabnega življenja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Večina ljudi z invalidnostjo misli, da niso tako dobri kot druge osebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Pozoren moraš biti na to, kaj rečeš, ko si v družbi oseb z invalidnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Osebe z invalidnostjo so pogosto tečne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvala za vaše sodelovanje!