



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 BEGUNCEV

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS REFUGEES

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Sara Bašanović

Jesenice, september, 2022

ZAHVALA

Ob zaključku svojega študija bi se rada zahvalila mentorici, doc. dr. Katji Pesjak, za strokovno podporo, čas in nasvete, ki mi jih je nudila v času pisanja diplomskega dela. Prav tako gre zahvala recenzentu, doc. dr. Branku Bregar za strokovni pregled, dipl. var. Sari Kešpert za lektoriranje in Barbari Vintar, mag. prof. šol. knj. za tehnični pregled diplomskega dela.

Zahvalo posvečam tudi svoji družini, predvsem babici in mami, ki sta mi ves čas študija stali ob strani, me spodbujali, mi nudili pomoč in verjeli vame. Prav tako bi se rada zahvalila prijateljem za podporo v času in ob zaključevanju študija.

Zahvaljujem se vsem študentom zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, ki so sodelovali pri izpolnjevanju vprašalnika.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Smo del multikulturene družbe, kar se kaže v širokem razponu različnih dojemanj in razumevanj zdravja, bolezni, bolečine ter z različnim dojemanjem zdravstvene oskrbe in postopkov zdravljenja. Pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe je pomemben del le te kulturna občutljivost in z njo povezano ustrezno ravnanje.

Cilj: Osnovni cilj diplomskega dela je bil ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do beguncev.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava, ki je temeljila na ne eksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljen je bil vprašalnik, katerega smo oblikovali za namen raziskave. Razposlali smo ga s pomočjo spletne aplikacije 1KA. Nenaključni namenski vzorec, je zajemal 200 študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Vrnjenih in izpolnjenih je bilo 175 vprašalnikov, kar predstavlja 87,5 % realizacijo vzorca. Za statistično obdelavo podatkov je uporabljen program IBM SPSS 27.0, uporabljene so metode opisne ter bivariatne statistike. Meja statistične pomembnosti je določena z vrednostjo p : $p < 0,05$.

Rezultati: Stik s pacienti begunci v kliničnem okolju, kjer opravljajo prakso, je imelo le 31 (17,7 %) anketirancev. Spremembo v odnosu in obravnavi do pacientov beguncev po obravnavi teh pacientov, je začutilo 13 (7,4 %) anketirancev. Pri trditvi »*Jezikovna ovira je edina težava sedanjih tujcev v Sloveniji*«, ($PV = 2,98$; $SO = 1,1$; $p = 0,020$) so študenti prvega letnika imeli višjo povprečno oceno, ($PV = 3,28$; $SO = 1,04$) kot študenti drugega ($PV = 2,71$; $SO = 0,77$), tretjega letnika ($PV = 2,64$; $SO = 0,87$) ali absolventi ($PV = 2,80$; $SO = 1,17$). Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev se ni razlikoval glede na letnik, ki so ga obiskovali ($F = 0,495$; $p = 0,686$).

Razprava: Raznolikost današnje družbe poudarja nujno potrebo po kulturno kompetentnih izvajalcev zdravstvene nege. Anketiranci so svojo kulturno usposobljenost ocenili večinoma srednje ali slabo. Te ugotovitve podpirajo potrebo po dodatnem izobraževanju, povezano s kulturnimi kompetencami in dodajanju teme kulturne oskrbe v učni načrt zdravstvene nege.

Ključne besede: tujci, odnosi do tujcev, kulturne kompetence, interkulturne kompetence

SUMMARY

Background: We are part of a multicultural society, which is reflected in a variety of different perceptions and understandings of health, disease, pain, and with different perceptions of health care and treatment process. An important part of providing quality health care is cultural sensitivity and related appropriate management.

Aims: The main goal of the diploma work was to determine the attitude of nursing students towards refugees.

Methods: A quantitative, non-experimental research method was used. We used a non-standardized questionnaire, that was developed for the purposes of research and was sent to participants through online application 1.KA. The non-randomized sample included 200 nursing students of the Faculty of Health Angela Boškin, we received 175 completed questionnaires, which represents 87.5 % realization of the sample. Methods of descriptive and bivariate statistics were used with the program IBM SPSS 27.0. The level of statistical significance was set at $\alpha < 0.05$.

Results: Only 31 (17.7 %) participants had contact with refugee patients in the clinical environment. A change in attitudes and in treatment of refugee patients was felt by 13 (7.4 %) respondents. A statistically significant difference was reached in statement *Language barrier is the only problem of current foreigners in Slovenia* ($PV = 2,98$; $SO = 1,1$; $p = 0.020$) where first-year students with a higher mean value ($MV = 3.28$; $SD = 1.04$) than second-year students ($MV = 2.71$; $SD = 0.77$), third ($MV = 2.64$; $SD = 0.87$) or graduates ($MV = 2.80$; $SD = 1.17$) expressed their agreement with the statement. The attitude of nursing students towards refugee patients did not differ regardless of the year they attended ($F = 0,495$; $p = 0.686$).

Discussion: Multicultural society highlights the pressing need for culturally competent healthcare providers. Participants rated their level of cultural competence as in the low to -moderate range and self-perceived as being not culturally competent. These findings support the need to enhance cultural-competence related education and to address the topic of cultural care in the nursing curricula.

Key words: foreigners, attitude towards foreigners, cultural competence, intercultural competence

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	6
2.1 BEGUNCI.....	6
2.1.1 Stereotipi, diskriminacija ter jezikovne ovire	8
2.2 ETNOCENTRIZEM	10
2.3 MULTIKULTURNE KOMPETENCE	10
2.3.1 Pridobivanje kompetenc	10
2.4 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO BEGUNCEV	11
2.4.1 Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev	12
3 EMPIRIČNI DEL	13
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	14
3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta	14
3.3.3 Opis vzorca.....	16
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov	19
3.4 REZULTATI.....	20
3.5 RAZPRAVA	31
4 ZAKLJUČEK	38
5 LITERATURA	39
6 PRILOGE	48
6.1 INSTRUMENT.....	48

KAZALO SLIK

Slika 1: Dosedanje zaposlitve anketirancev	18
Slika 2: Jezik, katerega uporabljajo anketiranci v domačem okolju	19
Slika 3: Sprememba pri anketirancu v odnosu in obravnavi do pacientov tujcev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov.....	21
Slika 4: Sprememba pri anketirancu v odnosu in obravnavi do pacientov beguncev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov.....	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Koeficient Cronbach alfa za sklope trditvev	16
Tabela 2: Opis vzorca	17
Tabela 3: Kontakt anketirancev s pacienti tujci in begunci	20
Tabela 4: Kompetentnost pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur	22
Tabela 5: Mnenje anketirancev o kulturnih razlikah.....	23
Tabela 6: Kulturne kompetence anketirancev	24
Tabela 7: Multikulturne izkušnje v kliničnem okolju	25
Tabela 8: Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev	26
Tabela 9: Kulturne kompetence študentov zdravstvene nege.....	27
Tabela 10: Tedenski stik anketirancev s pacienti tujci in begunci	28
Tabela 11: Kulturno zavedanje študentov zdravstvene nege glede na letnik študija	29
Tabela 12: Samoocena kompetentnosti anketirancev glede na pogostost stika s pacienti begunci	31

SEZNAM KRAJŠAV

EU Evropska Unija

UNHCR Urad Visokega komisariata Združenih narodov za begunce

1 UVOD

Selitveni tokovi za seboj puščajo zelo dolgo in viharno zgodovino. Ljudje so se že od nekdaj, že od svojih prvih začetkov, premikali in selili iz enega konca sveta na drugega. Svoje premike so izvajali bodisi zaradi hrane, bodisi zaradi želje po osvojitvi novega ozemlja (Vezovnik, 2016). Skozi našo zgodovino se v času srednjega in novega veka beleži največ premikov beguncev, ki so bežali večinoma zaradi religioznih razlogov. Prav to nam pove, da točne letnice pričetka begunstev ne moremo določiti, pa vendar je bilo največje število zabeleženih begunskih pribežnikov po koncu prve in druge svetovne vojne. Takrat beležimo obdobje tako imenovane begunske krize (Fortuna & Porche, 2014).

Dandanes zgodba ni nič drugačna. Danes migracije pomenijo globalni izziv, saj so migracije prebivalstva v sodobnem času obsežnejše, kot kadarkoli prej v zgodovini (Justin, 2017). Jazbec (2012) izpostavi, da raznoliki in kompleksni vzorci migracijskih procesov, ter oblike, pravzaprav predstavljajo delovanje vsake posamezne družbe. Delovanje vseh teh držav sveta, pa so lahko bodisi države izvora, tranzita ali cilja beguncev. Jelenc in sodelavci navajajo, da sedanja družba predstavlja posameznike z raznolikimi pogledi, tradicijami, navadami in izkušnjami. Smo del multikulture družbe, ki pa bo v prihodnosti še bolj raznolika. Danes se to kaže v širokem razponu različnih dojemanj in razumevanj zdravja, bolezni, bolečine ter z različnim dojetanjem zdravstvene oskrbe in postopkom zdravljenja. Za zdravstvene delavce, študente zdravstvene nege in medicine kot tudi zdravstvene ustanove, predstavlja to velik izziv pri doseganju zastavljenih ciljev. Pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe, predstavljata pomemben del kulturna občutljivost in z njo povezano ustrezno ravnanje. Zaradi migracij prebivalstva, se potrebe po kulturni občutljivosti zdravstvenih delavcev, vedno bolj povečujejo (Jelenc, et al., 2016).

Kotnik (2015) navaja, da so se v zadnjih letih najobsežnejši premiki prebivalstva v Evropo dogajali po približno dveh migracijskih poteh. Prva t.i. sredozemska migracijska pot, po kateri ljudje iz severne in deloma osrednje Afrike preko sredozemskega morja prehajajo v Evropo. Druga, t.i. zahodno-balkanska migracijska pot, po kateri se

prebivalstvo iz osrednje Azije in Balkana premika v Evropo. Slednja je tudi trenutno najbolj obsežna pot. Evropa je pod izjemno močnim in obsežnim pritiskom imigrantov, predvsem iz prostora severne, deloma tudi osrednje Afrike ter še posebej Bližnjega vzhoda. V letih od 2013 do 2016, je Evropa kot kontinent doživela največje množične migracije takoj po drugi svetovni vojni (Evropska komisija, 2016). Tudi konec poletja in začetek jeseni leta 2015, je Evropsko Unijo (v nadaljevanju EU) stresla evropska begunska kriza. Izraz » begunska kriza« je opredelila politika EU (De Genova, 2013), kot begunce pa poimenujemo posameznike, ki so bili prisiljeni zapustiti kraj, kjer so prej živeli (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018). Že samo poimenovanje te »krize« kot take, je mehanizem za sprejetje izrednih oziroma nujnih vladnih ukrepov, ter njihovo normalizacijo z namenom, da bi lahko EU nadzorovala, zadrževala in obvladovala transnacionalna in medcelinska gibanja ljudi. Kot problematika pa se je izkazalo predvsem to, da izraz »kriza« izraža personifikacijo. Premesti jo v telo in osebo migranta/begunca, kot da bi ta bil nosilec nevarne bolezni, katero s svojim premikanjem nosi povsod s seboj (New Keywords Collective, 2016). V letu 2015, smo imeli priložnost biti priča množičnemu preseljevanju, večinoma beguncev iz Sirije, Afganistana in Iraka. Slednji so v Evropo bežali pred vojnim stanjem ter z željo za boljšim življenjem. Med begunci so bile tudi mladoletne osebe, ki so iz različnih razlogov potovale same, brez sorodnikov ali skrbnikov. Zaradi svoje specifičnosti in karakteristik, so to ena izmed najbolj ranljivih skupin v Evropi. Zaradi načina migracije pa so jih poimenovali mladoletni begunci brez spremstva (Justin, 2017).

Zaradi trenutnega stanja v Afganistanu, po prevzemu oblasti s strani Talibanov, bomo verjetno kmalu priča novim begunskim gibanjem. Ljudje bodo tako kot v preteklosti, tudi sedaj bežali pred vojno, preganjanjem in v upanju na boljše življenje. Obeta se nam ponovna » begunska kriza«, katero bi bilo potrebno sprejeti kot izziv in priložnost za nudenje pomoči ljudem, za katere smo edini izhod in upanje. Ne smemo jih obravnavati kot problem, katerega je potrebno ne glede na sredstva in ovire čimprej odpraviti. Vse večje število beguncev in njihova vse večja vključenost v vsakdanje življenje lokalnega prebivalstva na določenem področju, vsekakor vpliva na mnenje lokalnih prebivalcev o beguncih. V lokalni sredini se lahko pojavijo predsodki in negativen odnos do beguncev zlasti zaradi kulturnih razlik in pogleda na begunce, kot na gospodarsko breme (Tosun &

Sinan, 2020). Zaradi takšnega načina razmišljanja ljudje niso več videni kot ljudje, ki potrebujejo katerokoli obliko pomoči. Res, da zaradi situacije v katero so bili pahnjeni, preživljajo hude življenjsko ogrožajoče situacije, vendar so videni kot sovražniki, ki želijo s svojim gibanjem zavzeti Evropo. Žal je tudi v Sloveniji kmalu po prihodu beguncev zavladalo prepričanje, da so ti ljudje evropski problem, ki nas je prizadel in ga je potrebno čimprej odpraviti (Justin, 2017).

Madeleine Leininger je bila prva, ki se je osredotočila na kulturo v zdravstveni negi. Njena teorija kulturne oskrbe poskuša zagotoviti kulturno skladno zdravstveno nego skozi kognitivno temelječa, podporna, olajševalna dejanja ali odločitve, ki so večinoma prilagojeni, da ustrezajo individualnim, skupinskim ali institucionalnim kulturnim vrednotam, prepričanjem in življenjskim nazorom (Tosun & Sinan, 2020). Namen zdravstvene oskrbe je ustrezati in/ali imeti ugoden vpliv na zdravstvene izide ljudi različnega ali podobnega kulturnega ozadja (Broom, et al., 2019). Pristranskost in negativen pristop medicinskih sester, predvsem tistih, ki niso dovolj izobražene ali pripravljene na zdravljenje in zdravstveno oskrbo posameznika, družine ali skupnosti pripadnikov drugih kultur, lahko negativno vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe (Tosun & Sinan, 2020). Negativen pogled in stališča do beguncev otežujejo zdravljenje, zmanjšujejo uporabo zdravstvenega sistema in negativno vplivajo tako na fizično, kot na psihično zdravje beguncev (Önal & Keklik, 2016). Po pristopu t.i. transkulturne ali multikulturne zdravstvene nege, se pojem zdravja razlikuje v različnih kulturah. Cilj zdravstvene nege je zagotoviti multikulturno oskrbo glede na kulturne vrednote, prepričanja in življenjske nazore posameznikov. Med zagotavljanjem zdravstvene oskrbe medicinske sestre tega ne smejo zanemariti (Tosun & Sinan, 2020). Kulturne vrednote in prepričanja so ključni elementi za učinkovito izpolnjevanje potreb pacientov. Medicinska sestra, ki se ne zaveda različnih kultur, lahko napačno razume vedenje posameznika drugega kulturnega ozadja. Namreč, v obdobju globalnih migracij se v zdravstvu pokaže velika potreba po znanju medicinskih sester o raznolikosti kultur s katerimi sobivajo, da bi tako lahko zagotovile multikulturno kompetentno zdravstveno nego. Znati morajo prepoznati kulturne vrednote vsakega posameznega pacienta, ter dojeti njihov pomen za njih, njihovo družino ali pa tudi za širšo družbeno skupnost kateri pacient pripada. Na podlagi tega znanja naj bi se potem pri sami obravnavi znale usmerjeno odločati in na tak

način ohranjati kulturno integriteto pri izvajanju zdravstvene nege in samem procesu zdravljenja vsakega pacienta begunca. Prav tako je z uporabo znanja o njihovi kulturi tudi zdravstvena nega prilagojena njihovim potrebam (Loredan & Prosen, 2013).

Z vidika izobraževanja v zdravstveni negi je koncept multikulturne zdravstvene nege novejši. V razvitih državah se v nekaterih dodiplomskih programih zdravstvene nege tematika multikulturne zdravstvene nege teoretično poučuje v višjih letnikih dodiplomskega študija zdravstvene nege, vendar ne v zadostnem obsegu. Pri nekaterih študijskih programih je to le izbirni predmet, ki zaradi pomanjkanja ozaveščenosti ni priljubljen ali pa še sploh ni del študijskega učnega načrta (Barutcu & Zengin, 2018). Kljub temu pa je zelo pomembno, da so vsi člani zdravstvenega tima usposobljeni in imajo ustrezno znanje ter spretnosti, za zagotavljanje zdravstvene oskrbe posameznikom iz drugih kultur. Izobraževalni programi imajo ključno vlogo pri usposabljanju študentov zdravstvene nege, ki bodo brez predsodkov ali pristranskega vedenja pri oskrbi pacientov iz drugih kultur. Medicinske sestre lahko pomagajo oblikovati odnos študentov zdravstvene nege do beguncev tako, da spodbujajo pozitiven odnos do pacientov, ne glede na njihovo etnično pripadnost. Pomagati morajo najti način, s katerim bodo pri študentih dvignili zavest o težavah, povezanih s stereotipi, predsodki in diskriminatornimi praksami (Alici, 2021). Sicer pa je bazen raziskav o odnosu zdravstvenih delavcev do priseljencev in beguncev skromen. Nekateri študije kažejo na velike razlike med zdravstvenimi delavci, ki dajejo prednost humanitarnem vidiku, oz. vidiku človekovih pravic in na drugi strani tistimi, ki menijo, da so dolžni varovati svojo državo in državljane pred pomanjkanjem. Ugotavlja se tudi, da ima institucionalni rasizem pomembno vlogo pri neenakostih v zdravju, ter da sta vodstvo in upravljanje osrednja elementa zagotavljanja univerzalne pravice do zdravja (Rousseau, et al., 2017).

Ne glede na vse strategije, ki jih Slovenija in EU množično uporabljata, da bi se »zaščitile« pred »vdorom« beguncev, so le-ti že med nami. Prečkali so meje z željo po boljšem življenju in so z uspešno asimilacijo tudi postali delovno aktiven del tako slovenskega, kot tudi evropskega prebivalstva (Justin, 2017). Da bi izboljšali odnos študentov zdravstvene nege do beguncev je pomembno, da medicinske sestre obravnavajo dejavnike, za katere se je izkazalo, da vplivajo na stališča študentov do

beguncev. Slednje je zelo pomembno saj bodo študenti zdravstvene nege v prihodnosti zaposleni zdravstveni kader in naše bodoče medicinske sestre, katere bodo potrebovale znanje multikulturene zdravstvene nege, da bodo zagotavljale kompetentno zdravstveno oskrbo pacienta. Zaradi aktualnosti tematike smo se odločili, da v diplomskem delu raziščemo odnos študentov zdravstvene nege do beguncev.

2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu smo predstavili, definirali in opisali pojme in tematiko, ki se nanaša na naslov našega diplomskega dela. Osredotočili smo se na pojem begunci. Kdo so, kakšno je njihovo delovanje in s katerimi ovirami se srečujejo. S pomočjo avtorjev in pregleda domače ter tuje literature, nam je uspelo opisati stanje odnosa študentov zdravstvene nege drugih fakultet ter zaposlenih v zdravstvu, do beguncev in njihove kulturne kompetentnosti pri izvajanju zdravstvene nege pacienta begunca.

2.1 BEGUNCI

Ljudstvo je skozi celotno zgodovino, tudi že pred našim štetjem, bežalo iz svojih domačih držav v tuje, za njihove potrebe boljše države. Vse odkar so se ozemlja razdelila in preoblikovala v tako imenovane države, so posledično začeli nastajati konflikti in nesoglasja iz različnih razlogov. Prebivalce so prisilili, da za seboj pustijo svoje domove, imetje ter sorodnike in pobegnejo iz svoje domovine. Tako so prvi pribežniki v tuje države omenjeni že od začetka nastanka civilizacije. Starodavna legenda pravi, da je staro Sumersko ljudstvo bežalo že 3000 let pred našim štetjem. Takrat naj bi pobegnilo celotno prebivalstvo na drugi kraj, kjer so se nastanili in kasneje prevzeli vladavino nad celotnim območjem (Fortuna & Porche, 2014). Begunci so osebe, ki zaradi strahu bežijo pred oboroženimi napadi ali preganjanjem iz svoje matične države in se naselijo v drugih državah brez namena vrnitve v svojo domovino. Njihovo gibanje in delovanje temelji na preganjanju zaradi rase, narodnosti, religije ali pa zgolj določenega političnega mišljenja. Položaj, v katerem se znajdejo v svoji domovini je pogosto tako nevaren in nevzdržen, da prečkajo nacionalne meje in zatočišče in varnost iščejo v sosednjih državah. Država, kamor so »pobegnili«, jim potem določi status »begunec«, ki jim posledično omogoči pomoč s strani držav, Urada Visokega komisariata Združenih narodov za begunce (v nadaljevanju UNHCR) in drugih organizacij. Tak status jim je določen ravno zato, ker je preveč nevarno, da bi se vrnili v svojo domovino in jim je tako omogočeno zatočišče drugod. V primeru odrečene pravice do azila, bi lahko to za njih imelo smrtonosne posledice (Perry, 2020). Kajtazović (2015) navaja, da je bila begunska problematika takrat v samem ospredju medijske pozornosti in javnih razprav. Zaradi množičnih razprav

so bile informacije namerno ali ne, velikokrat podane napačno. Še dandanes se nemalokrat zatakne že pri osnovnih pojmih kot so pribežnik, rezident, migrant, ilegalec, prestopnik, begunec, itd. Velikokrat zasledimo pri ljudeh enačenje predvsem beguncev z ilegalnimi pribežniki ali prestopniki. Poznavanje razlik v poimenovanju posameznika je pomembno, saj ima lahko zamenjava pojmov resne posledice za življenje in varnost beguncev, saj le to lahko odvrne pozornost od njim nujno potrebne zaščite (Kajtažović, 2015).

Izraz »begunci« se je do leta 1948 najbolj uporabljal pri Judih, ki so svoje begunstvo pričeli že kmalu po uporih leta 66 in 132 našega štetja. Skozi celotno obdobje srednjega veka so Judovske begunce šteli monarhi ter jim nudili novo domovino v njihovih državah. Množično begunstvo Judov je bilo leta 1492, ko so bežali iz Španije malo po tem, ko je špansko oblast prevzela krščanska krona in pričela z izganjanjem Judov. Slednji so ob zapustitvi Pirenejskega polotoka svoje zatočišče nato našli v muslimanskih kalifatih, predvsem v Bosni. 500 let kasneje je potomce teh Judov v holokavstu, doletela tragična usoda (Fortuna & Porche, 2014).

Decembra, leta 1950, je bila s strani Diplomske konference Združenih narodov v Ženevi, sprejeta *Konvencija o statusu beguncev* (Združeni narodi, 1950). Tako imenovana Ženevska konvencija navaja natančno opredelitev izraza »begunec«. Za vsako osebo: »... ki se, zaradi dogodkov, ki so se zgodili pred 1. januarjem 1951 in zaradi utemeljenega strahu pred preganjanjem osnovanem na rasi, veri, narodni pripadnosti, pripadnosti določeni družbeni skupini ali določenem političnem prepričanju, nahaja izven države, katere državljan je, in ne more, ali zaradi takšnega strahu noče uživati varstva te države, ali osebo, ki nima državljanstva in se nahaja izven države, kjer je imela običajno prebivališče, pa se zaradi takšnih dogodkov ne more ali noče zaradi omenjena strahu vrniti v to državo. V primeru osebe, ki ima več kot eno državljanstvo, se izraz "država, katere državljan je", nanaša na vsako od držav, katerih državljanstvo ima. Ne velja pa neka oseba za nezaščiten s strani države svojega državljanstva, če brez veljavnega razloga, ki temelji na utemeljenem strahu, ni pripravljena sprejeti zaščite ene od držav, katere državljanstvo ima.« (Združeni narodi, 1950, p. 2).

Torej Ženevska konvencija (Združeni narodi, 1950) po zapisih določa, katera oseba je begunec ter katere so temeljne pravice, ki jih mora posamezniku beguncu vsaka država zagotoviti. Prioritetno načelo, ki ga določa mednarodno pravo je, da se priseljence, ki imajo begunski status, ne sme izgnati ali vrniti v razmere, kjer je ali pa bi bilo njihovo življenje in svoboda ogroženo. Obojestransko pa ima tudi zaščita beguncev več vidikov. Beguncem prepoveduje vrnitve v nevarne razmere pred katerimi so zbežali. Dovoljuje jim dostop do vseh azilnih postopkov (ki so pošteni ter učinkoviti), vključuje pa tudi številne ukrepe za zagotovitev njihovih temeljnih človekovih pravic. Taka oblika pomoči in zaščite jim omogoča, da je njihovo življenje in preživljanje dostojanstveno ter varno, istočasno pa se za njihovo nadaljnje življenje išče dolgoročno primerno rešitev (Edwards, et al., 2019). Posebna kategorija beguncev so tako imenovani »prisilni begunci«, ki so osebe brez državljanstva. Te osebe so zaradi različnih razlogov ostale brez državljanstva, zaradi česar posledično ne morejo uživati zaščite lastne države in jih kot take priznavajo države gostiteljice oziroma različne mednarodne organizacije. Prisilni begunci so največkrat spregledani oziroma nevidni, kršene so jim številne pravice in zanje ni sistemskih rešitev za nadaljnje življenje. Skrb vzbujajoče pa je dejstvo, da so pogosto tem osebam onemogočene temeljne pravice, kot so pravica do izobraževanja, pravica do zdravstvenega varstva ter pravica do zaposlitve (Justin, 2017).

2.1.1 Stereotipi, diskriminacija ter jezikovne ovire

Stereotipi nastanejo na podlagi določenih značilnosti skupine in so večinoma negativni, posplošeni ter lahko vodijo v diskriminatorno vedenje (Nelson, 2016). Neenakosti v zdravstvu zaradi starosti, spola, rase, narodnosti, vere, sposobnosti, socialno-ekonomskega položaja in spolne usmerjenosti, vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe in izidov bolnikov. Posamezniki v manjšinskih skupinah doživljajo nesorazmerno višje stopnje kroničnih bolezni in ne prejemajo enake kakovosti zdravstvene oskrbe, kot posamezniki v večinskih skupinah (Hart & Mareno, 2013). Zdravstveni delavci se med vsakodnevnim delom v kliničnem okolju pogosto srečujejo s izzivom, da morajo prepoznati številne manjšinske skupine, ki so morda bile žrtve odkritih ali prikritih stereotipov, predsodkov, diskriminacije in rasizma s strani prevladujoče skupine ljudi (Jeffreys, 2015). Rasna in etnična diskriminacija v zdravstvenem varstvu sta bili povezani

z neoptimalno uporabo zdravstvenega varstva in sta dva izmed temeljnih vzrokov za obstoječe zdravstvene neenakosti. Diskriminacija na ta način lahko neposredno vpliva na zdravje ljudi in kakovost življenja, saj doživljanje diskriminacije v zdravstvenem okolju negativno vpliva na uporabo različnih zdravstvenih storitev, vključno s presejalnimi programi za odkrivanje raka ter potrebno zdravstveno in duševno zdravstveno oskrbo. Poleg tega imajo osebe s predhodnimi negativnimi izkušnjami glede diskriminacije večji strah pri podajanju informacij o rasi in etnični pripadnosti bolnišničnemu osebju. To lahko spodkopava razumevanje rasnih in etničnih zdravstvenih razlik z oviranjem zbiranja potrebnih podatkov (Alcalá & Cook, 2018).

Zdravstvene neenakosti so posledica razlik v kulturi, pomanjkanja dostopa do zdravstvenega varstva, revščine in brezposelnosti. Poleg tega so pogosto predsodki, pristranskosti in stereotipi izvajalcev zdravstvene nege vzroki za zdravstvene razlike, ki pripeljejo do neželenih izidov v zdravstveni oskrbi (Hart & Mareno, 2013). Samo ozaveščanje o stereotipih in diskriminaciji ni zadostno. Poklic medicinske sestre je zelo cenjen in eden najbolj zaupanje vrednih in spoštovanih poklicev. Zato je potrebno sprejeti ustrezne ukrepe z dobro načrtovanimi pozitivnimi inovativnimi ukrepi, kateri zahtevajo razvoj kulturne kompetence in zavzetost s strani zdravstvenih delavcev (Jeffreys, 2015). Spodbudno je dejstvo, da so se v zadnjih 20-ih letih močno razširile raziskave o jezikovnih ovirah v zdravstvu. Številni raziskovalci so navedli jezikovne ovire kot izziv za zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe po vsem svetu (Tavallali, et al., 2013; Plaza Del Pino, et al., 2013; Mangione-Sith, et al., 2015). Slednje negativno vplivajo na komunikacijo med medicinskimi sestrami in pacientom ter njegovimi svojci. Posledično jezikovne ovire vplivajo na zadovoljstvo pacientov in njihovo varnost (Squires, 2018). V tujini imajo za premagovanje jezikovnih ovir zaposlene tolmače, ki pomagajo premostiti te razlike med zdravstvenim kadrom in pacienti. Prav tako izpostavljajo tri kritične čase, ko bi medicinske sestre morale uporabljati tolmače. To je pri sprejemu pacienta, med poučevanjem pacienta o bolezni in ob odpustu. Uporaba tolmačev v teh kritičnih časih naj bi skrajšala čas hospitalizacije ter zmanjšala tveganje za napake in ponovni sprejem v bolnišnico (Gerchow, et al., 2020; Squires, 2018).

2.2 ETNOCENTRIZEM

Slovar slovenskega knjižnega jezika definira *etnocentrizem* kot, *prepričanje o kulturni večvrednosti lastne etnične skupine oz. kot pojmovanje o presežni vrednosti lastnega naroda* (Černivec, 2020).

Torej, etnocentrizem lahko opredelimo kot razmišljanje posameznikov o superiornosti lastne kulture nad drugimi kulturami, do katerih imajo pogosto predsodke. Tako etnocentrizem posameznikom onemogoča komunikacijo s posamezniki iz različnih kultur, etničnih in verskih skupin in lahko pripelje do negativnega vedenja (Guner, et al., 2021). V večkulturnih družbah je pogosto različno dojemanje drugih kultur, kar temelji na kulturni raznolikosti. Izobraževanje v zdravstveni negi bi moralo sprejeti strategije za zmanjšanje etnocentrizma in tako študentom pomagati razviti kulturne kompetence in medkulturno občutljivost. Na ta način bodo lahko medicinske sestre v klinični praksi izvajale bolj kakovostno oskrbo pacientov različnih kulturnih ozadij (Kaya, et al., 2021). Zelo pomembno je, da pri srečevanju z drugimi kulturami uspemo delovati izven etnocentričnih prepričanj - pri svojem delu se zavedamo morebitnega vpliva naših lastnih vrednot in prepričanj (Urh, 2013).

2.3 MULTIKULTURNE KOMPETENCE

Multikulturalizem definirajo kot doktrino, ki omogoča življenje različnih kultur na določenem prostoru v sožitju in miru. Kulturno skladno zdravstveno varstvo in harmonijo na multikulturnem delovnem mestu je mogoče doseči le s pripravo zdravstvenih delavcev in njihovo aktivno vključenostjo v proces pridobivanja kulturnih kompetenc (Jeffreys, 2015).

2.3.1 Pridobivanje kompetenc

Multikulturalizem zahteva prilagoditve tudi na področju zdravstvene nege. V današnjem času se tudi v visokošolskem izobraževanju in zdravstveni negi povečuje število kulturno raznolikih študentov, kljub temu pa se vrednote in prepričanja, na katerih temeljijo izobraževanje zdravstvene nege počasi spreminjajo (Jeffreys, 2015). Multikulturna

zdravstvena nega in kompetence izvajalcev zdravstvene nege so izrednega pomena iz dveh razlogov. Z migracijami ljudi se zdravstvo srečuje s pacienti različnih kulturnih ozadij, drugi razlog pa je, ker medicinske sestre odhajajo v tujino. Glede na dejstvo, da so medicinske sestre pri svojem delu osredotočene na celostno obravnavo pacienta in s pacientom preživijo največ časa, je ta kulturna komponenta v zdravstveni negi izredno pomembna (Catherine & Sebean, 2017).

Lastnosti kulturne kompetence zajemajo kulturno zavedanje, kulturno znanje, kulturno razumevanje, kulturno občutljivost in kulturno spretnost. Kulturna kompetenca je opisana kot razvoj znanja in spretnosti, ki se manifestirajo s sintezo prej opisanih lastnosti in njihovih razsežnosti v človeški interakciji (Jeffreys, 2015). Kulturna kompetentnost pomeni spoštovati, upoštevati in sprejemati posameznike, katerih vsakdanje življenje se v socialnem in kulturnem kontekstu razlikuje od našega lastnega (Gonzales Castro, 2014). Brez kulturne kompetentnosti v sodobnih multikulturnih okoljih ne moremo učinkovito funkcionirati. Kulturno kompetentni zdravstveni delavci so zmožni uspešno sodelovati s pacienti iz različnih okolij (Catherine & Sebean, 2017).

2.4 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO BEGUNCEV

Drewniak in sodelavci (2017) navajajo potencialne ovire za prejemanje visokokakovostnih zdravstvenih storitev pri bolnikih iz etničnih manjšin - vključno z begunci, ki so povezane z odnosom zdravstvenih delavcev do njih (pristranskost, stereotipi in predsodki, jezikovne in komunikacijske ovire, kulturni nesporazumi, diskriminacija, posebni izzivi pri zagotavljanju oskrbe migrantom brez dokumentov).

V zadnjem desetletju je bila jasno prepoznana potreba po povečanju kulturne usposobljenosti zdravstvenega osebja. To je razvidno iz številnih izobraževalnih intervencij in programov usposabljanja, ki so bili razviti zaradi izboljšanja znanja in veščin, ki so bistvenega pomena za razumevanje in obvladovanje sociokulturnih vprašanj v zdravstvenem okolju (Kaihlanen, et al., 2019). Da bi lahko zdravstveni delavci nenehno izboljševali in ohranjali kulturno usposobljenost je potrebno, da se takšnih usposabljanj udeležujejo skozi celotno poklicno kariero. Na tak način bodo najbolj prispevali k

lastnemu profesionalnemu razvoju. Poleg tega tovrstna znanja prispevajo tudi k soočanju z lastnimi občutki in tudi k odpravi potencialnih lastnih predsodkov (Loredan & Prosen, 2013). Začeti pa je potrebno že med izobraževanjem študentov zdravstvene nege, da bi se prispevalo k ustvarjanju kulturno ozaveščenega zdravstvenega kadra z visoko stopnjo kulturne inteligence (Göl & Erkin, 2018).

Primarna odgovornost medicinskih sester v pedagoškem procesu je, da so kot vzornice študentom zdravstvene nege, pri oblikovanju sposobnosti študentov glede celovite oskrbe pacienta, ne glede na njihovo kulturno ozadje. Medicinske sestre v pedagoškem procesu imajo možnost, da pokažejo študentom zdravstvene nege, kaj pomenijo kulturne kompetence pri njihovi interakciji s pacienti, ki so iz drugih kultur (Kaihlanen, et al., 2019).

2.4.1 Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev

Raziskava Göl in Erkin (2018) je pokazala, da so študenti, ki so bili v kontaktu z ljudmi iz različnih kultur, so znali drugi jezik ter so želeli delati v tujini, bili bolj kulturno kompetentni in ozavešчени. Avtorja sta prav tako izpostavila potrebo po izboljšanju kulturne občutljivosti pri študentih zdravstvene nege. Več študij je pokazalo, da so študenti zdravstvene nege opisali svoje kulturne kompetence, dovezetnost in empatičnost za paciente iz drugih kultur kot srednje (Ceylantekin & Ocalan, 2016; Göl & Erkin, 2018). V literaturi opisane različne stopnje kulturne občutljivosti študentov, pa je mogoče razložiti s prisotnostjo medkulturnih izobraževalnih programov, izbirnih ali obveznih predmetov na dodiplomskem izobraževanju (Polat & Barka, 2012).

Long (2012) navaja, da je študentom zdravstvene nege učenje kulturnih kompetenc pomagalo pri premagovanju jezikovnih ovir in specifičnih kulturnih vedenj. S tem namenom univerze spodbujajo izmenjavo študentov v tujini in pridobivanje izkušenj. Na ta način se pri študentih zmanjša strah pred neznanjo kulturo in izboljša znanje tujega jezika (Long, 2012). Lahko povzamemo, da je ključnega pomena za študente zdravstvene nege, da imajo stike in komunicirajo z ljudmi z različnimi kulturnimi ozadji. Aktivnosti in izobraževalni programi, ki spodbujajo multikulturalizem omogočajo priložnosti za študente, da razvijejo občutek spoštovanja do drugih kultur (Sekerci & Bicer, 2019).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati odnos študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin do beguncev in ugotoviti morebitne spremembe v njihovem odnosu in oskrbi pred in po zdravstveni obravnavi pacienta begunca.

Cilji diplomskega dela so:

Cilj 1: Ugotoviti prisotnost kulturnega zavedanja med študenti zdravstvene nege.

Cilj 2: Ugotoviti pogostost stikov študentov zdravstvene nege s pacienti begunci v času izvajanja kliničnega usposabljanja v zdravstvenih in socialno – varstvenih zavodih.

Cilj 3: Raziskati odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev.

Cilj 4: Prepoznati razlike v samooceni kulturne kompetentnosti študentov zdravstvene nege glede na pogostost obravnav in medsebojnega sodelovanja med oskrbo s pacienti begunci.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev in pregleda domače in tuje strokovne literature ter že opravljenih raziskav, ki se nanašajo na odnos študentov do beguncev, smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja (RV):

RV 1: Kolikšna je prisotnost kulturnega zavedanja med študenti zdravstvene nege?

RV 2: Kako pogosto imajo študenti zdravstvene nege stik s pacienti begunci v času kliničnega usposabljanja v zdravstvenih in socialno - varstvenih zavodih?

RV 3: Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev?

RV 4: Kakšna je samoocena kulturne kompetentnosti študentov zdravstvene nege glede na pogostost zdravstvenih obravnav in sodelovanja med oskrbo s pacienti begunci?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na kvantitativni, opisni in ne eksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja z anketno metodologijo. Pri izdelavi teoretičnega dela smo se oprli na izbrano domačo in tujo literaturo.

3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom slovenske in tuje strokovne in znanstvene literature. V diplomsko delo smo vključili literaturo, ki je izšla v zadnjih desetih letih (med leti 2012 in 2022). Za iskanje slovenske strokovne literature smo uporabili slovenski knjižnični informacijski sistem COBISS, prav tako smo uporabili literaturo dostopno v različnih knjižnicah. Tujo literaturo smo iskali na sledečih podatkovnih bazah: PubMed, Cinahl in Medline. Vključili smo le vire v slovenskem in angleškem jeziku, do katerih smo lahko dostopali v celotnem besedilu.

Ključne iskalne besede v slovenskem jeziku so bile: begunec, odnosi do beguncev, študenti zdravstvene nege, medicinske sestre, kulturne kompetence in interkulture kompetence. Ključne besede, ki smo jih uporabili v tujih bazah podatkov so bile: refugees, attitude towards refugees, health care students, nurses, cultural competence in intercultural competence. Uporabili smo napredno iskanje in Boolove logične operatorje AND, OR, NOT.

Empirični del je temeljil na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja, podatke smo zbrali s pomočjo strukturirane spletne anonimne ankete, s katero smo raziskali odnos študentov zdravstvene nege do beguncev.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument je sestavljen iz vprašanj in trditev, ki smo jih oblikovali na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature in že narejenih raziskav s tega področja

(Doorenbos, et al., 2005; Dias, et al., 2012; Vovk, 2017). Vprašalnik smo sestavili in razposlali preko spletne aplikacije 1.KA.

Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov trditev in vprašanj zaprtega in odprtega tipa:

Sklop 1. *Splošni del in demografski podatki*. V tem sklopu vprašanj so anketiranci odgovarjali na vprašanja, ki se nanašajo na demografske značilnosti anketirancev kot so spol, starost, delovne izkušnje oz. zaposlitev, znanje tujih jezikov, država rojstva, itd.

Sklop 2. *Kulturne kompetence*. Drugi sklop vprašalnika je vseboval 11 trditev glede kulturnih kompetenc anketirancev. V tem sklopu so anketiranci označili svoje strinjanje s navedenimi trditvami na lestvici od 1 do 5, pri čemer je ocena 1 pomenila »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 (»se ne strinjam«, »niti se ne strinjam niti strinjam«, »se strinjam«) so bile vmesne ocene in ocena 5 je pomenila »popolnoma se strinjam«.

Sklop 3. *Multikulturne izkušnje v kliničnem okolju*. Slednji sklop vprašanj je vseboval 7 trditev glede multikulturnih izkušenj anketirancev v kliničnem okolju. Prav tako so anketiranci pri tem sklopu vprašanj označili svoje strinjanje s navedenimi trditvami, na lestvici od 1 do 5, pri čemer je ocena 1 pomenila »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 (»se ne strinjam«, »niti se ne strinjam niti strinjam«, »se strinjam«) so bile vmesne ocene in ocena 5 je pomenila »popolnoma se strinjam«.

Sklop 4. *Odnos študentov do pacientov beguncev*. V zadnjem sklopu vprašanj so anketiranci navedli svoje strinjanje z 12-imi trditvami glede njihovega odnosa do pacientov, ki so begunci na lestvici od 1 do 5, pri čemer je tako kot pri prejšnjih sklopih pomenila ocena 1 »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 (»se ne strinjam«, »niti se ne strinjam niti strinjam«, »se strinjam«) so bile vmesne ocene in ocena 5 je pomenila »popolnoma se strinjam«.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili z izračunom koeficienta Cronbach alfa. Naše izhodišče je bil avtor Cencič (2009). Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih trditev presegel vrednost 0,7, kar predstavlja vrednost za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (George & Mallery, 2019). Vrednosti koeficienta Cronbach alfa za posamezne sklope trditev so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1: Koefficient Cronbach alfa za sklope trditev

Sklop trditev	Cronbach α	Število trditev
Kulturne kompetence	0,868	11
Multikulturne izkušnje v kliničnem okolju	0,791	5
Odnos študentov do pacientov beguncev	0,766	12

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili redne in izredne študente prve stopnje programa zdravstvena nega vseh letnikov ter absolvente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Anketo smo poslali 200 študentom, prejeli pa izpolnjenih 175 vprašalnikov, kar predstavlja 87,5 % realizacijo vzorca. 138 (78,9 %) anketirancev je bilo ženskega spola in 37 (21,1 %) moškega spola (tabela 2).

Največji delež anketirancev ($n = 80$; 45,7 %) je živel v mestu, 45 (25,7 %) anketirancev v predmestju in 50 (28,6 %) anketirancev na podeželju.

Največ anketirancev je bilo iz prvega letnika ($n = 56$; 32,0 %), nekoliko manj iz tretjega letnika ($n = 49$; 28,0 %) in absolventov ($n = 38$; 21,7 %). Nadalje, 93 (53,1 %) anketirancev je obiskovalo redni študijski program in 82 (46,9 %) anketirancev izredni študijski program. Najmanj je sodelovalo študentov iz drugega letnika ($n = 32$; 18,3 %). Največji delež anketirancev je imel zaključeno srednjo šolo ($n = 117$; 66,9 %). 31 (17,7 %) anketirancev je imelo zaključeno poklicno šolo, 16 (9,1 %) anketirancev je imel zaključeno višjo ali visoko šolo in 8 (4,6 %) anketirancev je imelo dokončano univerzitetno stopnjo izobraževanja.

Anketiranci so večinoma bili rojeni v Sloveniji ($n = 155$; 88,6 %), 12 (6,9 %) anketirancev je bilo rojenih v Bosni in Hercegovini, dva (1,1 %) sta rojena v Srbiji. Šest anketirancev (3,4 %) je kot kraj rojstva navedel drugo, dva (1,14 %) sta rojena na Kosovu, dva (1,14 %) v Ukrajini in en (0,57 %) anketiranec v Makedoniji.

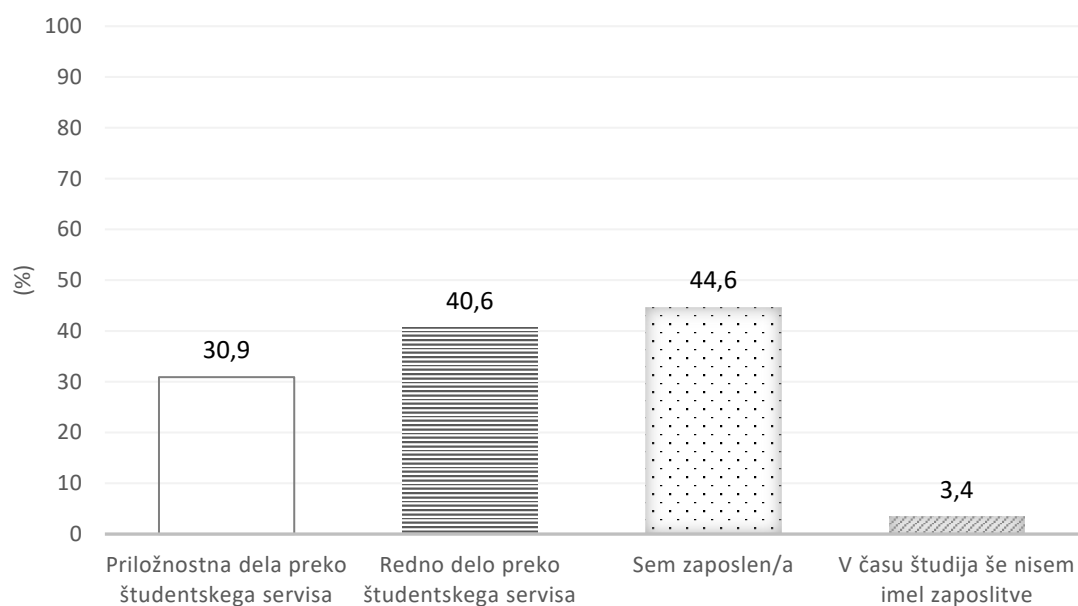
Tabela 2: Opis vzorca

Opis vzorca – lastnosti anketirancev	n = 175	%
Spol		
Ženski	138	78,9
Moški	37	21,1
Prebivališče		
Mestno	80	45,7
Predmestno	45	25,7
Opis vzorca – lastnosti anketirancev	n = 175	%
Podeželsko	50	28,6
Letnik		
1. letnik	56	32,0
2. letnik	32	18,3
3. letnik	49	28,0
Absolvent	38	21,7
Način študija		
Redni	93	53,1
Izredni	82	46,9
Izobrazba		
Poklicna šola	31	17,7
Srednja šola	117	66,9
Višja/visoka šola	16	9,1
Univerzitetno izobraževanje	8	4,6
Država rojstva		
Slovenija	155	88,6
Hrvaška	0	0,0
Avstrija	0	0,0
Italija	0	0,0
Srbija	2	1,1
Bosna in Hercegovina	12	6,9
Drugo	6	3,4

Legenda: n = število odgovorov, % = delež

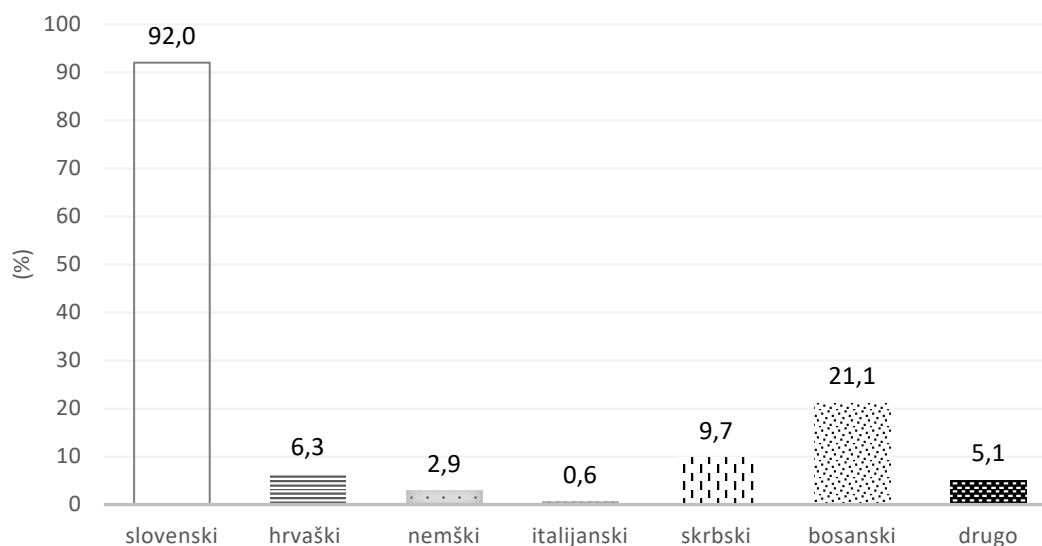
Anketiranci so bili stari od 15 do 50 let, njihova povprečna starost pa je bila 27 let (SO = 8,0).

Dosedanje delovne izkušnje oz. zaposlitveni status anketirancev smo prav tako preverili in prikazali v sliki 1. Iz slike 1 je razvidno, da je 54 (30,9 %) anketirancev do sedaj opravljalo priložnostna dela preko študentskega servisa, medtem, ko je 71 (40,6 %) anketirancev redno opravljalo delo preko študentskega servisa. Največji delež anketirancev (n = 78; 44,6 %) je zaposlenih. Najmanjši delež anketirancev v času študija še ni imel zaposlitve (n = 4; 3,4 %).



Slika 1: Dosedanje zaposlitve anketirancev

V nadaljevanju smo preverili kateri jezik govorijo anketiranci v domačem okolju. Kot je razvidno iz slike 2, največji delež anketirancev v domačem okolju govori slovenski jezik ($n = 161$; 92,0 %). Manj jih govori v domačem okolju bosanski jezik ($n = 37$; 21,1 %), srbski jezik ($n = 17$; 9,7 %), hrvaški ($n = 11$; 6,3 %) ali nemški jezik ($n = 5$; 2,9 %). Najmanj anketirancev v domačem okolju govori italijanski jezik ($n = 1$; 0,6 %). Devet anketirancev (5,1 %) je navedlo, da v domačem okolju govorijo angleško ($n = 2$; 1,1 %), albanski ($n = 2$; 1,1 %), ukrajinsko ($n = 2$; 1,1 %), makedonsko ($n = 1$; 0,6 %), arabsko ($n = 1$; 0,6 %) ali črnogorsko ($n = 1$; 0,6 %).



Slika 2: Jezik, katerega uporabljajo anketiranci v domačem okolju

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Vprašalnik smo po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin ter po odobritvi raziskave s strani Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost poslali vsem študentom in absolventom Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Po pridobitvi izpolnjenih vprašalnikov smo zbrane podatke analizirali.

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili programa Microsoft Excel 2013 in IBM SPSS 27.0 (IBM Corp. Armonk, NY). Uporabili smo opisno in bivariantno statistiko. Rezultate pridobljenih demografskih podatkov smo podali s frekvenčno (n) in odstotno (%) porazdelitveno vrednostjo. Uporabili smo tudi povprečne vrednosti (PV), najmanjšo (min) in največjo vrednost (maks) in standardni odklon (SO). Od bivariantnih statističnih metod smo uporabili enosmerno analizo variance (ANOVA). Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5 % tveganja ($p = 0,05$) - »Če je raven 5-odstotna ali manjša, takrat rečemo, da je razlika statistično pomembna« (Cencič, 2009, p. 96). V diplomskem delu smo rezultate prikazali tabelarično, grafično in opisno.

3.4 REZULTATI

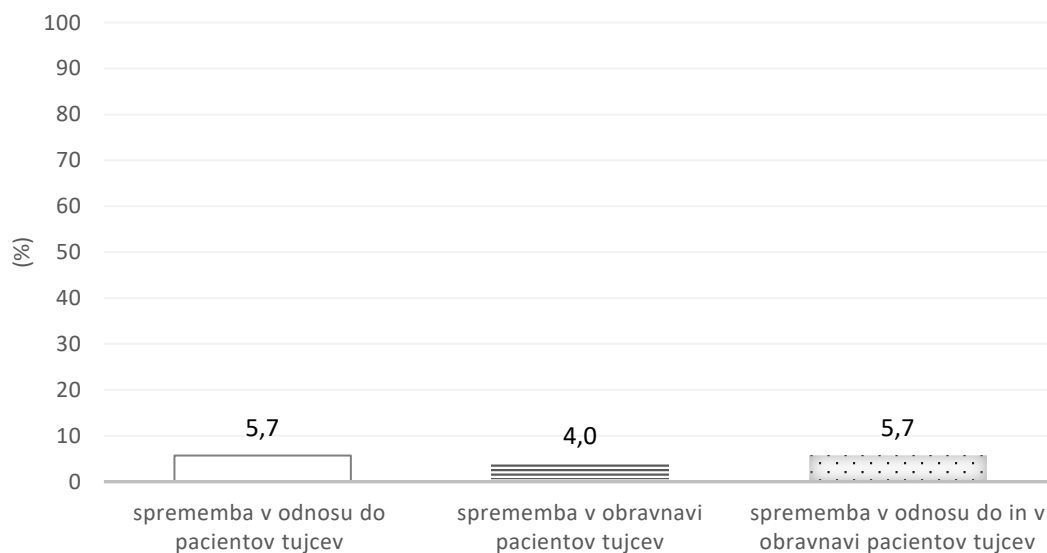
Najprej nas je zanimalo področje kontakta anketirancev s pacienti tujci in begunci v kliničnem okolju, kjer opravljajo klinično prakso. Rezultati so pokazali, da več kot polovica anketirancev (n = 111; 63,4 %) v kliničnem okolju kjer opravljajo prakso, ni imela stika s pacienti tujci. Stik s pacienti begunci v kliničnem okolju kjer opravljajo prakso je imelo le 31 (17,7 %) anketirancev (tabela 3). Večina anketirancev (n = 105; 80,8 %) je navedla, da so dnevno imeli stik s 3. ali manj pacienti tujci. S 4. do 7. pacienti tujci na dan je stik imelo 18 (13,8 %) anketirancev in stik z 8. ali več pacienti tujci v enem dnevu je imelo 7 (5,4 %) anketirancev. Pri stiku s pacienti begunci je bilo podobno, saj je večina anketirancev (n = 99; 97,1 %) navedla, da je dnevno imela stik s 3. ali manj pacienti begunci. S 4. do 7. pacienti begunci je na dnevni bazi imel stik le en anketiranec (1,0 %), dva anketiranca (1,9 %) sta imela stik z 8. ali več pacienti begunci na dan. Nadalje je 23 (13,1 %) anketirancev navedlo, da so po obravnavi pacienta tujca pri sebi zaznali spremembo v odnosu in obravnavi v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov. Spremembo v odnosu in obravnavi do pacientov beguncev po obravnavi je začutilo 13 (7,4 %) anketirancev (tabela 3).

Tabela 3: Kontakt anketirancev s pacienti tujci in begunci

Delo v kliničnem okolju s pacienti tujci/begunci	n = 175	%
Stik na delovišču s pacienti tujci		
Da	64	36,6
Ne	111	63,4
Število pacientov tujcev na dan		
3 ali manj	105	80,8
4 - 7	18	13,8
8 ali več	7	5,4
Stik na delovišču s pacienti begunci		
Da	31	17,7
Ne	144	82,3
Število pacientov beguncev na dan		
3 ali manj	99	97,1
4 - 7	1	1,0
8 ali več	2	1,9
Sprememba v odnosu in obravnavi pacientov tujcev		
Da	23	13,1
Ne	152	86,9
Sprememba v odnosu in obravnavi pacientov beguncev		
Da	13	7,4
Ne	162	92,6

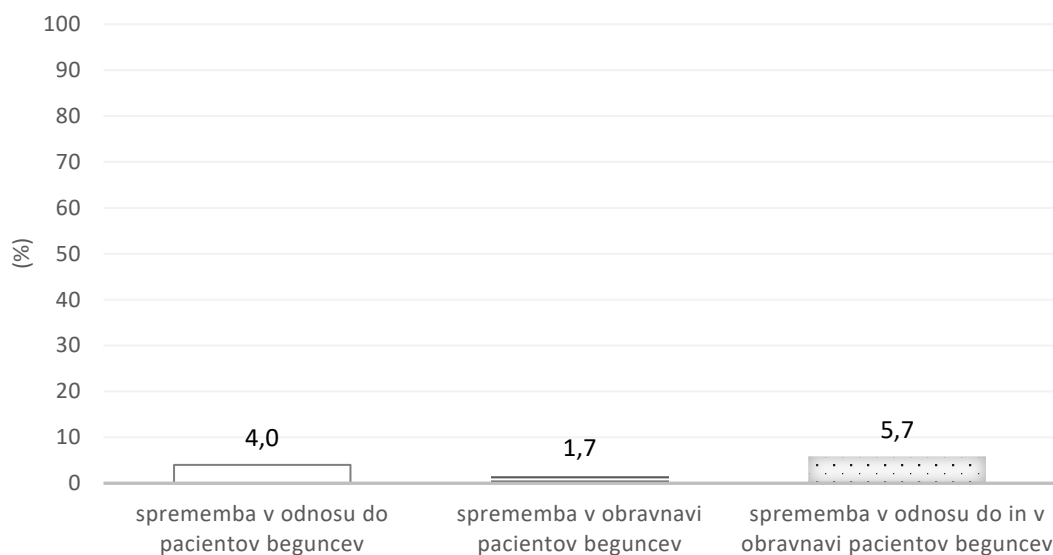
Legenda: n = število odgovorov, % = delež

Kot je razvidno spodaj iz slike 3, je 10 (5,7 %) anketirancev navedlo spremembo v odnosu do pacientov tujcev, 7 (4,0 %) anketirancev je navedlo spremembo v obravnavi pacientov tujcev in še 10 (5,7 %) anketirancev je navedlo spremembo v odnosu (do in v) obravnavi pacientov tujcev, v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov.



Slika 3: Sprememba pri anketirancu v odnosu in obravnavi do pacientov tujcev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov

Slika 4 spodaj kaže, da je 7 (4,0 %) anketirancev navedlo, da so začutili spremembo v odnosu do pacientov beguncev, 3 (1,7 %) anketiranci so začutili spremembo v obravnavi pacientov beguncev in 10 (5,7 %) anketirancev je začutilo spremembo v odnosu do in v obravnavi pacientov beguncev.



Slika 4. Sprememba pri anketirancu v odnosu in obravnavi do pacientov beguncev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnave teh pacientov

V nadaljevanju smo še preverili kako kompetentni se počutijo anketiranci pri delu v kliničnem okolju z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur kot je njihova in smo rezultate predstavili v tabeli 4.

Največji delež anketirancev ($n = 92$; 52,6 %) meni, da so niti kompetentni, niti nekompetentni pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur. Manj ($n = 54$; 30,9 %) anketirancev meni, da so do neke mere kompetentni in 24 (13,7 %) anketirancev meni, da so zelo kompetentni pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur. Iz tabele 4 je razvidno, da 4 (2,3 %) anketiranci menijo, da so do neke mere kompetentni in le en anketiranec (0,6 %) meni, da je zelo nekompetenten pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur.

Tabela 4: Kompetentnost pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur

Kompetentnost	n = 175	%
Zelo nekompetenten	1	0,6
Do neke mere kompetenten	4	2,3
Niti kompetenten niti nekompetenten	92	52,6
Do neke mere kompetenten	54	30,9
Zelo kompetenten	24	13,7

Legenda: n = število odgovorov, % = delež

V nadaljevanju smo preverili kako so anketiranci ocenili njihove kulturne kompetence in rezultate predstavili v tabeli 5.

V sklopu vprašanj glede kulturnih kompetenc anketirancev so ocene pomenile: 1 – *sploh se ne strinjam*, 2 – *ne strinjam se*, 3 – *niti se strinjam niti se ne strinjam*, 4 – *strinjam se*, 5 – *popolnoma se strinjam*.

Anketirani študenti so se v večini strinjali, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino (PV = 4,66; SO = 0,6) (tabela 5). Prav tako so se v večini strinjali, da jim poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu s posamezniki, skupinami in organizacijami (PV = 4,29; SO = 0,8). Z nekoliko slabšo oceno so opisali svoje strinjanje s trditvijo, da so duhovna in religiozna prepričanja pomemben element večine kulturnih skupin (PV = 3,70; SO = 0,9). Študenti so se najmanj strinjali s trditvijo »Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturo posameznika« (PV = 2,13; SO = 1,0).

Tabela 5: Mnenje anketirancev o kulturnih razlikah

Trditev	min	maks	PV	SO
Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturo posameznika.	1	5	2,13	1,0
Veliko vidikov kulture vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo	1	5	3,47	1,0
Za vsakega posameznika, skupino ter organizacijo je potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti.	1	5	3,24	0,9
Duhovna in religiozna prepričanja so pomemben element večine kulturnih skupin.	1	5	3,70	0,9
Jezikovne ovire so edina težava sedanjih tujcev v Sloveniji.	1	5	2,98	1,1
Menim, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino.	1	5	4,66	0,6
Menim, da mi poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu s posamezniki, skupinami in organizacijami.	1	5	4,29	0,8

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V naslednjem sklopu vprašanj glede kulturnih kompetenc anketirancev so ocene pomenile: 1 – *nikoli*, 2 – *včasih*, 3 – *pogosto*, 4 – *zelo pogosto*, 5 – *vedno*.

Najvišjo povprečno oceno pri tem sklopu trditev so anketiranci navedli pri trditvi »Rad/a imam povratne informacije pacientov o mojem delu z ljudmi različnih kultur« (PV = 3,79; SO = 1,14) (tabela 6). Nekoliko manjšo povprečno oceno so navedli pri trditvah

»Izogibam se posploševanju in stereo tipizaciji kulturnih skupin« (PV = 3,67; SO = 1,11) in »Odpravljam ovire, ki se pojavljajo pri pacientih različnih kultur, ko jih prepoznam« (PV = 3,35; SO = 1,14). Najnižjo povprečno oceno so študenti navedli pri trditvi »Za učenje o kulturni dediščini drugih ljudi uporabljam različne vire« (PV = 2,68; SO = 0,95).

Tabela 6: Kulturne kompetence anketirancev

Trditev	min	maks	PV	SO
Za učenje o kulturni dediščini drugih ljudi uporabljam različne vire.	1	5	2,68	0,95
Izogibam se posploševanju in stereotipizaciji kulturnih skupin.	1	5	3,67	1,11
Odpravljam ovire, ki se pojavljajo pri pacientih različnih kultur, ko jih prepoznam.	1	5	3,35	1,14
Rad/a imam povratne informacije pacientov o mojem delu z ljudmi različnih kultur.	1	5	3,79	1,14

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Preverili smo tudi v kolikšni meri se študenti zdravstvene nege strinjajo glede trditev o multikulturnih izkušnjah v kliničnem okolju. Rezultate smo prikazali v nadaljevanju, v tabeli 7. Pri tem sklopu vprašanj so ocene pomenile: 1 - *Sploš se ne strinjam*, 2 - *Ne strinjam se*, 3 - *Se niti strinjam, niti ne strinjam*, 4 - *Strinjam se*, 5 - *Popolnoma se strinjam*.

Vse povprečne ocene strinjanja študentov zdravstvene nege z izbranimi trditvami, so bile v tem sklopu pod oceno 4 – *strinjam se*. Iz tabele 7 je razvidno, da so študenti z najvišjo stopnjo strinjanja ocenili trditev »Na klinični praksi sodelujem z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih okolij« (PV = 3,96; SO = 0,92) in trditev, »Multikulturno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov« (PV = 3,94; SO = 0,84). Študenti zdravstvene nege so se najmanj strinjali s trditvijo »Na klinični praksi se pogosto srečujem z diskriminacijo pacientov, ki prihajajo iz drugačnih kulturnih okolij« (PV = 2,68; SO = 0,97).

Tabela 7: Multikulturene izkušnje v kliničnem okolju

Trditev	min	maks	PV	SO
Na klinični praksi sodelujem z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih okolij.	1	5	3,96	0,92
Na klinični praksi se pogosto srečujem z diskriminacijo pacientov, ki prihajajo iz drugačnih kulturnih okolij.	1	5	2,68	0,97
Multikultureno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov.	1	5	3,94	0,84
Kulturna kompetentnost študentov zdravstvene nege ima velik vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.	1	5	3,84	0,86
Študenti zdravstvene nege imajo dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti.	1	5	2,90	0,85

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Samooceno odnosa anketirancev do pacientov beguncev smo prikazali v tabeli 8.

Pri tem sklopu vprašanj so ocene pomenile: 1 - *Sploh se ne strinjam*, 2 - *Ne strinjam se*, 3 - *Se niti strinjam, niti ne strinjam*, 4 - *Strinjam se*, 5 - *Popolnoma se strinjam*.

Najvišjo oceno strinjanja so anketiranci navedli pri trditvi »*Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno spoštovanje*« (PV = 4,26; SO = 0,72) in trditvi »*Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno sprejemanje*« (PV = 4,09; SO = 0,72) (tabela 8). Nekoliko manj so se strinjali s trditvijo »*Odnos med medicinsko sestro in pacientom beguncem vpliva na kakovost nujenja zdravstvene nege*« (PV = 3,77; SO = 0,99) in trditvijo »*Odnos do pacientov beguncev temelji na naših lastnih prepričanjih, pogledih, stališčih*« (PV = 3,71; SO = 0,79). Najmanj so se strinjali s trditvijo »*Če bi lahko izbral /-a paciente, bi zaradi varnostnih razlogov raje izbral /-a sodržavljane*« (PV = 2,61; SO = 1,11).

Tabela 8: Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev

Trditev	min	maks	PV	SO
Odnos do pacientov beguncev temelji na naših lastnih prepričanjih, pogledih, stališčih.	1	5	3,71	0,79
Če bodo pacienti begunci živeli v Sloveniji in koristili zdravstvene storitve, potem naj sprejmejo slovensko kulturo.	1	5	3,32	1,02
V skladu z zagotavljanjem zdravstvene nege pacientom beguncem, bi morale biti v zdravstvenih ustanovah zaposlene tudi medicinske sestre z različnim kulturnim ozadjem.	1	5	3,22	0,94
Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno sprejemanje.	1	5	4,09	0,72
Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno spoštovanje.	1	5	4,26	0,72
S ciljem zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientom beguncem, bi morala država ustanoviti zdravstvene ustanove, namenjene le pacientom beguncem.	1	5	2,62	1,02
Glede na moja opažanja, pacienti begunci in njihovi sorodniki ne spoštujejo zdravstvenih delavcev in pravil zdravstvene ustanove.	1	5	2,88	0,91
Če bi lahko izbral /-a paciente, bi zaradi varnostnih razlogov raje izbral /-a sodržavljane.	1	5	2,61	1,11
Pacienti begunci se pogosto obnašajo kot žrtve.	1	5	2,85	0,98
Nekateri pacienti begunci so agresivni.	1	5	3,08	0,94
Nekateri pacienti begunci so nevarni.	1	5	2,97	0,96
Odnos med medicinsko sestro in pacientom beguncem vpliva na kakovost nudenja zdravstvene nege.	1	5	3,77	0,99

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se pojavljajo razlike v kulturnem zavedanju študentov zdravstvene nege.

Ko smo preverjali kako se kulturno zavedanje študentov zdravstvene nege razlikuje glede na letnik, smo ugotovili, da se je le pri eni trditvi pokazala statistično značilna razlika med študenti. Pri trditvi »Jezikovne ovire so edina težava sedanjih tujcev v Sloveniji« (p = 0,020) so študenti prvega letnika z višjo povprečno oceno (PV = 3,28; SO = 1,04) kot študenti drugega (PV = 2,71; SO = 0,77), tretjega letnika (PV = 2,64; SO = 0,87) ali absolventi (PV = 2,80; SO = 1,17) izrazili svoje strinjanje s trditvijo. Pri ostalih trditvah nismo uspeli dokazati statistično značilnih razlik (p > 0,05).

Tabela 9: Kulturne kompetence študentov zdravstvene nege

Letnik študija										
Trditev	1. letnik		2. letnik		3. letnik		Absolvent		Statistični test	Statistična značilnost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturo posameznika.	2,11	0,93	1,98	0,91	2,20	1,12	2,34	1,11	1,629	0,185
Veliko vidikov kulture vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo	3,45	0,99	3,68	0,86	3,40	1,01	3,40	0,97	0,572	0,634
Za vsakega posameznika, skupino ter organizacijo je potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti.	3,23	0,97	3,46	0,85	3,18	0,99	3,08	1,03	2,318	0,072
Duhovna in religiozna prepričanja so pomemben element večine kulturnih skupin.	3,62	0,78	3,75	0,93	3,67	0,74	3,77	,97	0,247	0,864
Jezikovne ovire so edina težava sedanjih tujcev v Sloveniji.	3,28	1,04	2,71	0,77	2,64	0,87	2,80	1,17	3,374	0,020
Menim, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino.	4,68	1,05	4,61	1,03	4,56	1,10	4,74	1,12	0,689	0,560
Menim, da mi poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu s posamezniki, skupinami in organizacijami.	4,30	0,69	4,29	0,89	4,31	0,63	4,26	0,87	0,037	0,990
Izpeljana spremenljivka – Kulturne kompetence študentov.	3,52	0,41	3,55	0,44	3,45	0,51	3,46	0,42	0,397	0,755

Legenda: PV = povprečna vrednost, F = Enofaktorska analiza varianc; p = statistična značilnost

Iz tabele 10 je razvidno, da so študenti (zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin) v času kliničnega usposabljanja v zdravstveno in socialno-varstvenih zavodih v enem tednu, v stiku z najmanj enim, do največ treh pacientov tujcev (PV = 1,25; SO = 0,5) in najmanj enim, do največ treh pacientov beguncev (PV = 1,05; SO = 0,3).

Tabela 10: Tedenski stik anketirancev s pacienti tujci in begunci

Stik anketirancev s pacienti tujci/ begunci	min	maks	PV	SO
Število pacientov tujcev na teden	1	3	1,25	0,5
Število pacientov beguncev na teden	1	3	1,05	0,3

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V nadaljevanju smo preverili kako se odnos anketirancev do pacientov beguncev razlikuje glede na letnik študija. Rezultate smo predstavili v tabeli 11.

Ko smo preverjali kako se odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev razlikuje glede na letnik, smo ugotovili, da se le ta ne razlikuje med študenti zdravstvene nege. Ne glede na letnik, ki ga obiskujejo študenti. Pri nobeni izmed trditev nismo uspeli dokazati statistično značilnih razlik ($p > 0,05$).

Tabela 11: Kulturno zavedanje študentov zdravstvene nege glede na letnik študija

Trditev	Letnik študija									
	1. letnik		2. letnik		3. letnik		Absolvent		Statistični test	Statistična značilnost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Odnos do pacientov beguncev temelji na naših prepričanjih, pogledih, stališčih.	3,68	0,84	3,92	0,68	3,53	0,75	3,82	0,82	1,628	0,185
Če bodo pacienti begunci živeli v Sloveniji in koristili zdravstvene storitve, potem naj sprejmejo slovensko kulturo.	3,20	1,02	3,15	1,32	3,42	0,74	3,50	1,08	0,953	0,417
V zdravstvenih ustanovah bi morale biti zaposlene tudi medicinske sestre z različnim kulturnim ozadjem.	3,18	1,02	3,12	0,71	3,33	0,92	3,21	1,04	0,347	0,791
Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno sprejemanje.	3,90	0,71	4,04	0,78	4,20	0,69	4,26	0,71	2,251	0,085
Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno spoštovanje.	4,10	0,74	4,31	0,68	4,27	0,69	4,44	0,61	1,736	0,162
S ciljem zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientom beguncem, bi morala država ustanoviti zdravstvene ustanove, namenjene le pacientom beguncem.	2,86	0,92	2,73	0,97	2,51	,092	2,32	1,19	2,228	0,087

Letnik študija										
Trditev	1. letnik		2. letnik		3. letnik		Absolvent		Statistični test	Statistična značilnost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Glede na moja opažanja, pacienti begunci in njihovi sorodniki ne spoštujejo zdravstvenih delavcev in pravil zdravstvene ustanove.	2,92	0,80	2,73	1,16	2,93	0,81	2,85	0,97	0,319	0,811
Če bi lahko izbral / -a paciente, bi zaradi varnostnih razlogov raje izbral / -a sodržavljane.	2,90	1,07	2,46	1,27	2,56	0,94	2,35	0,98	1,981	0,119
Pacienti begunci se pogosto obnašajo kot žrtve.	2,86	0,78	2,73	0,92	2,64	0,84	3,18	0,97	2,055	0,109
Nekateri pacienti begunci so agresivni.	3,20	0,88	2,88	0,73	2,93	0,65	3,26	0,87	1,463	0,227
Nekateri pacienti begunci so nevarni.	3,10	0,83	2,69	1,05	2,93	0,92	3,03	1,11	1,091	0,355
Odnos med medicinsko sestro in pacientom beguncem vpliva na kakovost nudenja zdravstvene nege.	3,60	1,01	3,77	1,10	3,87	0,93	3,88	1,04	0,773	0,511
Izpeljana spremenljivka – Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev	3,29	0,44	3,21	0,46	3,26	0,37	3,34	0,47	0,495	0,686

Legenda: PV = povprečna vrednost, F = Enofaktorska analiza varianc; p = statistična značilnost

V nadaljevanju smo preverili kako študenti zdravstvene nege ocenjujejo svojo kompetentnost pri delu v kliničnem okolju z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur. Rezultate smo prikazali v tabeli 12.

Tabela 12 prikazuje samooceno kompetentnosti študentov zdravstvene nege pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur glede na pogostost stika z njimi. Pokazala se je statistično značilna razlika v samooceni kompetenc študentov. Študenti zdravstvene nege, ki so bili bolj pogosto v stiku s pacienti tujci, so slabše ocenili svojo kompetentnost pri delu s pacienti begunci (PV = 2,50; SO = 0,71) ($p = 0,042$).

Tabela 12: Samoocena kompetentnosti anketirancev glede na pogostost stika s pacienti begunci

Trditev	Število pacientov beguncev v vsakodnevem kontaktu							Statistični test	Statistična značilnost
	3 ali manj		4 - 7		8 ali več				
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p	
Kompetentnost pri delu v kliničnem okolju z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur	3,55	0,76	4,0	0,0	2,5	0,71	3,053	0,042	

Legenda: PV = povprečna vrednost, F = Enofaktorska analiza varianc; p = statistična značilnost

3.5 RAZPRAVA

V zdravstvenem sistemu se ne glede na geografsko lokacijo vse pogosteje srečujemo s kulturno raznolikimi pacienti, pri čemer so sociokulturni dejavniki lahko vzrok za neenakopravno zdravstveno obravnavo in neenakost. Dejavniki, ki vplivajo na medkulturno zavedanje postajajo zaradi etnične raznolikosti družbe vse pomembnejši. V obdobju globalne migracije se kaže potreba, da imajo zaposleni v zdravstveni negi znanje o različnosti kultur s katerimi sobivajo, da bi lahko zagotovili kakovostno zdravstveno oskrbo. Govorimo o kulturnih kompetencah medicinskih sester (Loredan & Prosen, 2013). Model "Proces kulturnih kompetenc pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe" je bil zasnovan s strani dr. Josephe Campinha-Bacote. Model je usmerjen v razvoj kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev in je sestavljen iz petih postavk:

- »1. Kulturne kompetence so proces in ne enkratni dogodek,
2. Kulturne kompetence so sestavljene iz petih elementov: kulturno zavedanje, kulturno znanje, kulturne sposobnosti in veščine, srečanja s kulturo, želja po kulturi,
3. Obstaja več variacij znotraj etničnih skupin kot med njimi,
4. Obstaja neposredna povezava med nivojem kompetenc medicinskih sester in njihovo sposobnostjo zagotavljati kulturno kakovostno zdravstveno nego,
5. Kulturna kompetentnost je osnovna komponenta za nudenje učinkovite in kulturno kakovostne zdravstvene nege, kulturno in etnično raznolikim pacientom.« (Campinha-Bacote, 2002, p.181).

Zdravstveni delavci, ki so kulturno kompetentni imajo spoštljiv odnos do pacientov iz različnih okolij. Slovenija sledi migracijskim trendom. Tudi v Sloveniji se povečuje kulturna raznolikost in s tem potreba po kulturnih kompetencah v zdravstveni negi. Kulturne kompetence pri doseganju kakovostne oskrbe pacientov manjšinskih skupin, so med zdravstvenimi delavci že vrsto let pomembna tema na področju zdravstva (Ličen, et al., 2019). Težava oziroma izziv nudenja zdravstvene oskrbe pacientom z različnimi kulturnimi ozadji niso le jezikovne in socialno-ekonomske ovire. Vedno več zdravstvenih delavcev se zaveda razlik v zdravstveni negi in interakcijah medicinskih sester s pacienti različnih kulturnih ozadji. Skozi te potrebe sta Berlin in Fowkes (1983) oblikovala model kulturnih kompetenc LEARN. LEARN pomeni: L Listen, E Explain, A Acknowledge, R Recommend, N Negotiate. Model omogoča zdravstvenim delavcem boljšo komunikacijo in posledično večje razumevanje pacientov z različnimi kulturnimi ozadji in njihovih potreb (Berlin & Fowkes, 1983).

Z našo raziskavo smo ugotovili, da se tudi študenti zdravstvene nege zavedajo, da jim primanjkuje znanja o kulturni raznolikosti, saj so navedli, da so niti kompetentni niti nekompetentni pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur. V raziskavi Karakuş, et al. (2022) so študenti zdravstvene nege poudarili, da med študijem niso pridobili dovolj znanja o pacientih drugih kultur, kot so begunci ali priseljenci. Prav tako niso pridobili dovolj znanja o skrbi za te ljudi. Pedagoški trendi poudarjajo, da so bile strategije poučevanja, vključno s strategijami aktivnega učenja in refleksije, učinkovito uporabljene za razvoj kulturnih kompetenc (Young, et al., 2020). Markey in Okantey (2019)

poudarjata tudi pomen zavedanja študentov o vplivu osebnih vrednot na doseganje kulturnih kompetenc, pri skrbi za raznoliko populacijo. Izziv za medicinske sestre, ki učijo študente zdravstvene nege, je dvigniti zavest študentov o vplivu kulture na zdravstvene izide ter spodbujati pri njih občutek radovednosti in želje po učenju (Young, et al., 2020). Vsekakor pa je spodbudno, da so se študenti v naši raziskavi v večini strinjali, da bi morali z vsemi pacienti ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino. Prav tako se zavedajo, da jim poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu v kliničnem okolju.

Na doseganje kulturnih kompetenc na področju zdravstva je potrebno gledati celostno. Namreč, Lin in sodelavci (2014) z raziskavo ugotavljajo, da na Tajskem, ki je zelo kulturno in etnično pisana družba, poročajo o nizki do srednji kulturni kompetenci medicinskih sester (Lin, et al., 2014). Da nezadostno predhodno znanje o tujih kulturah predstavlja dodatno oviro, navajajo medicinske sestre iz raziskave Hart in Mareno (2013). Podobno je navedla v svoji raziskavi Vovk (2017), ki je ugotovila, da so anketirane medicinske sestre le do določene mere kulturno občutljive in se deloma zavedajo kulturne raznolikosti oz. so do neke mere kulturno kompetentne. Tudi v tujih raziskavah navajajo slabše poznavanje o boleznih, prepoznavanje bolezenskih simptomov in neustrezni obravnavi pacientov iz drugih kulturnih okolij (Kaihlänen, et al., 2019; Sekerci & Bicer, 2019; Tosun & Sinan, 2019). Selçuk in Yanikkerem (2022) sta v svoji raziskavi preučevala odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev in izpostavila pomen izobraževanja za večjo ozaveščenost in izogibanje oblikovanju predsodkov do beguncev. V njihovi raziskavi so namreč študenti navedli, da sta bila nepoznavanje jezika in otežena komunikacija, najtežji oviri pri oskrbi pacientov. Počutili so se nemočni, nezadostno kompetentni in imeli so strah pred napakami, pri izvajanju zdravstvene oskrbe zaradi komunikacijskih ovir (Selçuk & Yanikkerem, 2022).

Razvoj kulturnih kompetenc je torej pomemben za sodoben razvoj zdravstvene oskrbe. Zato je pomembno, kar ugotavljajo Ozaydin in sodelavci (2021) - tisti študenti zdravstvene nege, ki so večkrat stopili v stik z begunci, ki so imeli več priložnosti spoznati in delati z begunci v kliničnem okolju, so imeli manj predsodkov. Tudi Ross in sodelavci (2016) ugotavljajo, da ob pogostejšem stiku s pacienti begunci zdravstveno osebje razvije

odnos, ki je bolj funkcionalen in omogoča dobro zdravstveno oskrbo (Ross, et al., 2016). Od naših anketiranih študentov, jih je le malo manj kot 20 % imelo stik s pacienti begunci v času kliničnega usposabljanja. Tudi pri pregledu razlik v samooceni kulturne kompetentnosti študentov zdravstvene nege, glede na pogostost obravnav in medsebojnega sodelovanja med oskrbo s pacienti begunci, smo ugotovili značilne razlike v samooceni kulturnih kompetenc študentov zdravstvene nege. Študenti, ki so bili bolj pogosto v stiku s pacienti iz drugih kultur, so slabše ocenili svojo kompetentnost pri delu s pacienti begunci. Študenti, ki niso imeli zadosti stikov s pacienti begunci so navedli pomanjkanje kompetenc in samozavesti pri delu s pacienti, ki izhajajo iz drugih kultur. Evgin in Muz (2021) ugotavljata, da imajo študenti zdravstvene nege težave pri nudenju zdravstvene oskrbe pacientom beguncem, vendar izobraževalni programi zdravstvene nege poudarjajo kulturne kompetence in kulturno kompetentno zdravstveno nego. Tako izboljšajo znanje in dojemanje ter kakovost oskrbe, ki jo nudijo pacientom iz različnih kultur (Evgin & Muz, 2021).

Nasprotno so ugotovili v raziskavi Escallier, et al. (2019), v kateri so vsi anketirani študenti poročali o »močno pozitivni« samooceni kulturnih kompetenc. Vendar pa so nekateri študenti priznali manjšo stopnjo frustracije, ko so naleteli na paciente, pri katerih so morali upoštevati drugačne kulturne poglede, da bi njihove poglede prilagodili s priporočenimi zdravstvenimi posegi. Manj delovnih izkušenj, premalo izobraževanja o kulturno kompetentni zdravstveni oskrbi in pomanjkanje stikov s pacienti iz drugih kultur navajajo kot vzrok za pomanjkanje kulturne kompetence pri tajskih medicinskih sestrah (Lin, et al., 2015). Lahko bi učni načrt izboljšali z večjim poudarkom na razpravi o kulturnih raznolikostih in o ustrezni kulturno kompetentni zdravstveni negi. Številne raziskave so pokazale, da je vključitev takšnih predmetov v študijski kurikulum pomagala izboljšati kulturne kompetence študentov zdravstvene nege (Creech, et al., 2017; Krainovich-Miller, et al., 2008; Long, 2012). Evgin in Muz (2021) zaključujeta, da v multikulturni družbi morajo študenti zdravstvene nege prepoznati kulturne razlike in pomagati postaviti temelje za uspešno integracijo zdravstvene nege v nove kulture (Evgin & Muz, 2021).

V kontekstu postavljanja temeljev za uspešno integracijo in oblikovanja odnosa, Tosun in Sinan (2020) ugotavljata, da se z naraščanjem letnika študentov zdravstvene nege poveča njihovo znanje o trans kulturni zdravstveni negi in se izboljša odnos do pacientov beguncev. Ugotavljata tudi, da imajo študenti zdravstvene nege višjih letnikov manj predsodkov do beguncev (Tosun & Sinan, 2020). Zanimive so tudi ugotovitve raziskave, opravljene na Švedskem (Hjerm, et al., 2018). v njej so pokazali, da so imeli študenti zdravstvene nege, ki so se izobraževali o multikulturni zdravstveni negi in kritičnem razmišljanju bolj pozitiven odnos in manj predsodkov do priseljencev. V naši raziskavi se odnos študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev ni razlikoval med študenti zdravstvene nege, ne glede na letnik študija.

Podobno so ugotovili v raziskavi Krainovich-Miller, et al. (2008) v kateri so preverili kulturne kompetence in odnos do pacientov tujcev študentov zdravstvene nege, na dodiplomskem in podiplomskem študijskem programu. Ugotovili so, da se njihova stališča do pacientov tujcev niso statistično značilno razlikovala na dodiplomskem nivoju. Vendar so se statistično značilne razlike v stališčih do pacientov tujcev pokazale med študenti dodiplomskega in podiplomskega študijskega programa (Krainovich-Miller, et al., 2008). Čeprav študenti v naši raziskavi kažejo pozitiven odnos do pacientov beguncev in pomanjkanje znanja o drugih kulturah, slabše zavedanje o kulturni raznolikosti nakazuje potrebo po razvoju strategij za preprečevanje stereotipiziranja in negativnega odnosa do pacientov drugega kulturnega ozadja. Le kulturna kompetentnost zaposlenim v zdravstveni negi omogoča, da lahko delujejo v multikulturnem kliničnem okolju (Urh, 2013). Raziskave kažejo, da že študenti zdravstvene nege poudarjajo pomen enake oskrbe pacientov, ne glede na narodnost, spol, starost, vero, kulturo, etnično poreklo in ozadje (Dotevall, et al., 2018; Lavebrand, et al., 2018; Yıldırım, 2019).

Edino kulturno kompetentni zdravstveni delavci lahko zagotovijo zmanjševanje razlik v okviru obravnavanja pacientov v današnji multikulturni družbi (Urh, 2013). V raziskavi Lin, et al., (2015) so anketiranci navedli pomanjkanje časa, denarja in izobraževanja na temo kulturne inteligence in občutljivosti kot glavne ovire pri zagotavljanju kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe pacientov. Iz tega razloga je pomembno, da omenjene kompetence pridobijo študenti zdravstvene nege (kot bodoči izvajalci zdravstvene nege)

že med dodiplomskim izobraževanjem. Pomembno je, da se tudi visokošolski učitelji zavedajo pomembnosti pridobivanja kulturnih kompetenc pri študentih zdravstvene nege, ker slednje lahko pomembno izboljša raven zdravstvene nege. Študijski programi zdravstvene nege bi morali vključevati izobraževalno vsebino, ki se veže na kulturno kompetentno izvajanje zdravstvenih storitev. Vključevanje izobraževanj, ki se vežejo na aktualne družbene tendence v študijski proces povečuje odprtost študentov in sprejemanje raznolikosti. Namen izobraževanj o kulturnih kompetencah je povečati kulturno zavedanje in znanje med študenti ter omogočati priložnosti v praksi, da pridobljeno znanje uporabijo (Hart & Mareno, 2013). Študenti v naši raziskavi sicer niso navedli strinjanja s trditvijo, da se v kliničnem okolju srečujejo z diskriminacijo pacientov zaradi drugačnega kulturnega ozadja. To je pozitivno, saj v drugih raziskavah ugotavljajo, da prisotni socialni stereotipi in predsodki medicinskih sester močno vplivajo na komunikacijo med pacientom in njegovimi svojci ter posledično na kakovost zdravstvene oskrbe (Plaza del Pino, et al., 2013; Hart & Mareno, 2013). Gerchow in sodelavci (2021) navajajo tudi problem jezikovnih ovir. Globalne migracije in jezikovna raznolikost so v sodobnem času enormne, zaradi česar so jezikovne ovire tudi na področju izvajanja zdravstvene oskrbe veliko bolj pogoste kot v preteklosti. Medicinske sestre imajo najpogosteje prvi kontakt s pacienti in z dobrim premagovanjem jezikovnih ovir pomembno pripomorejo k varni in optimalni zdravstveni oskrbi (Gerchow, et al., 2021).

Nepoznavanje jezika kot komunikacijsko oviro pri kakovostni zdravstveni oskrbi opisujejo v številnih tujih raziskavah (Drewniak, et al., 2017; Plaza del Pino, 2013; Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022; Tavallali, et al., 2014). Ko smo preverjali kako se kulturno zavedanje študentov zdravstvene nege razlikuje glede na letnik, smo ugotovili, da so študenti prvega letnika bolj izpostavili jezikovne ovire pri delu v kliničnem okolju s pacienti begunci, kot študenti višjih letnikov. Študenti višjih letnikov jezikovne ovire niso prepoznali kot zelo težavne. Nasprotno so ugotovili v raziskavi Escallier, et al. (2019) v kateri so prepoznali jezik kot veliko prepreko pri uspešni komunikaciji s pacienti drugih kultur. V omenjeni raziskavi je pravzaprav najbolj prepričljiva ugotovitev, da pomanjkanje sposobnosti komuniciranja s strankami v njihovih jezikih predstavlja potencialno oviro za učinkovito izmenjavo zdravstvenih informacij (Escallier, et al., 2019). Tudi v raziskavi Karakuş Selçuk in Yanikkerem (2022) so študenti zdravstvene

nege navedli jezik, kot veliko prepreko pri komunikaciji s pacienti begunci in njihovimi svojci. V omenjeni raziskavi študenti zdravstvene nege omenjajo, da bi se begunci morali naučiti vsaj angleškega jezika, da bi se v kliničnem okolju lahko do določene mere sporazumeli. Jezikovno oviro kot dodatni izziv in prepreko pri zagotavljanju kulturno kompetentne oskrbe v klinični praksi, navajajo tudi v raziskavi Hart in Mareno (2013). V isti raziskavi navajajo, da medicinske sestre, ki govorijo več jezikov, izpostavljajo slednje kot način povezovanja s pacienti in njihovimi družinami. Jezik kot oviro pri izvajanju zdravstvene oskrbe navajajo v raziskavi tudi Ross in sodelavci (2016). Poleg jezika so z raziskavo prepoznali še druge ovire: kulturne specifikke pacientov tujcev, pomanjkanje znanja, pomanjkanje poznavanja ustreznih podpornih družbenih struktur (npr. obstoj prevajalcev), nezaupanje pacientov.

Vse navedeno je izjemnega pomena, saj imajo izvajalci zdravstvene oskrbe izjemno pomembno vlogo pri tujcih in beguncih, ki potrebujejo pomoč. Zato se medicinske sestre, študenti zdravstvene nege in drugi izvajalci zdravstvene oskrbe morajo spoznati s kontekstom pacientov beguncev in tujcev nasploh (Ross, et al., 2016).

3.5.1 Omejitve raziskave

Raziskav o odnosu študentov zdravstvene nege pacientov tujcev ali beguncev ni malo, vendar je še več raziskav v katerih preverjajo odnos medicinskih sester do tujcev. Iz tega lahko sklepamo na pomanjkljivosti pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi na dodiplomskem ali podiplomskem nivoju. Čeprav smo prišli do zanimivih rezultatov obstaja nekaj omejitev raziskave. Tako je na primer velikost vzorca, zadostna za približno oceno stanja, vendar bi bilo potrebno vzorec povečati za bolj konkretne zaključke. Še ena omejitev naše raziskave je dejstvo, da so bili v raziskavo vključeni le študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in ne tudi študenti drugih fakultet v Sloveniji. V prihodnosti se morda izvede tovrstna raziskava tudi med študenti še drugih slovenskih fakultet za zdravstvo. Lahko bomo primerjali odnos študentov zdravstvene nege do pacientov tujcev ali beguncev na nivoju celotne Slovenije. Zanimivo bi bilo tudi ponoviti raziskavo čez nekaj let, da se ugotovi ali se je odnos študentov do pacientov tujcev v tem času spremenil.

4 ZAKLJUČEK

Poznavanje in razumevanje drugih kultur bo pomagalo študentom zdravstvene nege pri pridobivanju samozavesti in kompetenc pri vsakdanjem delu v kliničnem okolju. Na splošno smo ugotovili, da so sodelujoči študenti zdravstvene nege do neke mere kulturno ozaveščeni in občutljivi, vendar jim primanjkuje znanja in veščin. Študenti navajajo pomanjkanje kulturnih kompetenc, pri zagotavljanju ustrezne skrbi za stranke iz različnih kulturnih in etničnih okolij. Slednje je najverjetneje posledica pomanjkanja stika in izkušenj s pacienti iz drugih kultur in pomanjkanja izobraževanja o kulturno kakovostni zdravstveni oskrbi. Le študenti prvega letnika so izpostavili neznanje jezika, kot komunikacijsko oviro pri zagotavljanju oskrbe ljudem iz različnih kultur. Čeprav so kulturne kompetence med udeleženci raziskave bile zmerne, so študenti zdravstvene nege izrazili pozitiven odnos in spoštovanje do kulturnega ozadja pacientov.

Na podlagi naših rezultatov bi lahko priporočili izvajanje izobraževalnih programov v zdravstveni negi za izboljšanje kulturne občutljivosti študentov zdravstvene nege in jim omogočiti, da zavestno razvijajo svoje kulturne kompetence za zagotavljanje kulturno primerne zdravstvenega varstva v kliničnem okolju. V današnjem času zaradi etnične raznolikosti populacije, je nujno potrebno spodbujati študente k razvijanju kulturnih kompetenc. Študente zdravstvene nege je treba spodbujati in podpirati pri učenju tujih jezikov in potovanjih v tujino med študijem ali na klinično prakso, da bi še izboljšali svojo kulturno občutljivost in razvili kulturne kompetence. Pedagoški delavci in medicinske sestre, ki so vključene v izobraževalni proces, so odgovorni za zagotavljanje učnih načrtov in učnega nabora predmetov za pripravo študentov zdravstvene nege, da postanejo kulturno kompetentni strokovnjaki oziroma kulturno kompetentne bodoče medicinske sestre.

5 LITERATURA

Alcalá, H.E. & Cook, D.M., 2018. Racial Discrimination in Health Care and Utilization of Health Care: a Cross-sectional Study of California Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), pp. 1760-1767.

Alici, N.K., 2021. Cultural sensitivity and attitudes towards refugees of Turkish nursing students: A cross sectional descriptive study. *International Journal of Intercultural Relations*, 80, pp. 1-6.

Ardahan, E., Ozgursoy Uran, B.N. & Top, E.D., 2016. Intercultural sensitivity of nursing students according to their empathy level. *Izmir Katip Celebi University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(1), pp. 27-32.

Barutcu, C.D. & Zengin, F., 2018. Investigation of perspective of the nursing students against refugees in Turkey. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 1(1), pp. 19-24.

Berlin, E. & Fowkes, W.A., 1983. A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139, pp. 934-938.

Broom, A., Parker, R.B., Kirby, E., Kokanović, R., Woodland, L., Lwin, Z. & Koh, E. 2019. *A qualitative study of cancer care professionals' experiences of working with migrant patients from diverse cultural backgrounds*. *BMJ Open*, 9: e025956, 10.1136/bmjopen-2018-025956.

Campinha-Bacote, J., 2011. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), pp. 29-39.

Catherine, A.M. & Sebean, M., 2017. Transcultural nursing: a challenge for the 21st century. *Annals of Nursing Research and Practice*, 2(2), pp. 1-4.

Ceylantekin, Y. & Ocalan, D., 2016. The cultural awareness of the nursing students and their ideas about transcultural nursing. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 5(4), pp. 45-53.

Creech, C., Filter, M., Wehbr-Alamah, H. & McFarland, M.R., 2017. An Intervention to Improve Cultural Competence in Graduate Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 38(6), pp. 333-336.

Černivec, M., 2020. *Slovar slovenskega knjižnega jezika 2019*. Ljubljana: ZRC SAZU, Založba ZRC.

De Genova, N., 2013. Spectacles of Migrant 'Illegality': The scene of Exclusion, the Obscene of Inclusion. *Ethnic and Racial studies*, 36(7), pp. 1180-1198.

Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H. & Martins, M.O., 2012. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10(1), pp. 10-14.

Doorenbos, A.Z., Myers Schim, S., Benkert, R. & Borse, N.N., 2005. Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Healthcare Providers. *Nursing Research*, 54(5), pp. 324-331.

Dotevall, C., Winberg, E. & Rosengren, K., 2018. Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: a qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 61, pp. 155-161.

Drewniak, D., Krones, T. & Wild, V., 2017. Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International journal of Nursing Studies*, 70, pp. 89-98.

Edwards, M.B., Blitz, B.K. & Crawley, H., 2019. The politics of evidence-based policy in Europe's migration crisis'. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(12), pp. 2139-2155.

Escallier, L.A., Fullerton, J.T. & Messina, B.A.M., 2019. Cultural competence outcomes assessment: A strategy and model. *African Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), pp. 1-8.

Evgin, D. & Muz, G., 2021. Nursing students learning to care for refugee patients: a qualitative study. *International Nursing Review*, 68, pp. 341-348.

Evropska komisija, 2016. *EU in begunska kriza*. [pdf] Publications Europa. Available at: http://publications.europa.eu/resource/cellar/1aa55791-3875-4612-9b40-a73a593065a3.0022.04/DOC_1 [Accessed 17 June 2022].

Fortuna, L.R. & Porche, M.V., 2014. Clinical issues and challenges in treating undocumented immigrants. *Psychiatric Times*, 31(1), pp. 24-31.

George, D. & Mallery, P., 2018. *IBM SPSS Statistics 25. Step by Step*. 15th ed. New York: Taylor & Francis.

Gerchow, L., Burka, L.R., Miner, S. & Squires, A., 2020. Language Barriers Between Nurses and Patients: A Scoping Review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), pp. 534-553.

Göl, I. & Erkin, Ö., 2018. Association between cultural intelligence and cultural sensitivity in nursing students: A cross-sectional descriptive study. *Collegian*, 4, pp. 485-491.

Gonzales Castro, F., 2014. *Improving cultural competence*. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Guner, S., Ocak Akturk, S., Oner Aydin, S. & Karaca Saydam, B., 2021. Investigation of Intercultural Sensitivity and Ethnocentrism Levels of Midwife Candidates in Turkey Sample: A Cross-Sectional Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(2), pp. 208-218.

Golar, T., 2019. *Odnos študentov zdravstvene nege do priseljencev in njihova kulturna kompetentnost: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Hart, P.L. & Mareno, N., 2013. Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 2223-2233.

Hjerm, M., Johansson Seva, I. & Werner, L., 2018. How critical thinking, multicultural education and teacher qualification affect anti-immigrant attitudes. *International Studies in Sociology of Education*, 27(1), pp. 42-59

Jazbec, F., 2012. *Upravno-sistemski vidiki migracijske politike v Sloveniji: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Čebren Lipovec, U., 2016. *Kultura*. In: U. Čebren Lipovec, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 31-40.

Jeffreys, M. R., 2015. *Teching cultural competence in Nursing and Health Care: Inquiry, Action, and Innovation*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company.

Justin, S., 2017. *Vloga strokovnega delavca pri delu z mladoletnimi begunci brez spremstva: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Kaihlanen, A.-M., Hietapakka, L. & Heponiemi, T., 2019. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38). 10.1186/s12912-019-0363-x.

Kajtazović, T., 2015. Begunci ali migranti. *Mladina*, 31(8), p. 2.

Karakuş, S. & Yanikkerem E., 2022. Nursing students' perspectives and care giving experiences with refugees: A qualitative analysis. *Nurse Education Today*, 109. 10.1016/j.nedt.2021.105240.

Kaya, Y., Arslan, S., Erbaş, A., Nisa Yaşar, B. & Küçükkelepçe G.E., 2021. The effect of ethnocentrism and moral sensitivity on intercultural sensitivity in nursing students, descriptive cross-sectional research study. *Nurse Education Today*, 100. 10.1016/j.nedt.2021.104867.

Kotnik, I., 2015. Prezrte, zamolčane in prikrite plati domnevne begunske krize: Zapah niso potrebni, ravno prav odprta vrata pa. *Dnevnik*, LXV(269).

Krainovich-Miller, B., Yost, J.M., Norman, R.G., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M. & Moffa, C., 2008. Measuring cultural awareness of nursing students: A first step toward cultural competency. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), pp. 250-258.

Lavebrand, M.C., Paulsson, E. & Rosengren, K., 2018. Equal Care for all: a qualitative content analysis of nursing Students' experiences caring for refugees in Jordan. *International Journal of Health Sciences*, 6(4), pp. 20-27.

Ličen, S., Karnjuš, I., Bogataj, U., Rebec, D. & Prosen, M., 2019. Kulturne kompetence v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost oskrbe pacientov iz kulturno raznolikih skupin: sistematičen pregled literature. In: S. Ličen, I. Karnjuš & M. Prosen, eds. *Ženske, migracije in zdravje*. Koper: Univerza na Primorskem, pp. 173-186.

Lin, C.-N., Mastel-Smith, B., Alfred, D. & Lin, Y.-H., 2015. Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. *The Journal of Nursing Research*, 5, pp. 1-9.

Long, T.B., 2012. Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *Journal of Cultural Diversity*, 19(3), pp. 102-108.

Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83-89.

Mangione-Sith, A. Zhou, M. & Brown, G., 2015. Impact of English Proficiency on Care Experiences in a Pediatric Emergency Department. *Academic Pediatrics*, 15, pp. 218-224.

Markey, K. & Okantey, C., 2019. Nurturing cultural competence in nurse education through a values based learning approach. *Nurse Education in Practice*, 38, pp. 153-156.

Nelson, T., 2016. *Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discriminations*. 2nd ed. New York: Psychology Press.

New Keywords Collective, 2016. Migrantska kriza/begunska kriza. In: M. Velikonja, ed: *Balkanska migracijska pot: od upora na mejah do strptiza humanizma*. Ljubljana: Inštitut Časopis za kritiko znanosti, pp. 227-235.

Önal, A. & Keklik, B., 2016. A study on the problems encountered by refugees and asylumseekers in their access to healthcare services in Isparta Province. *Suleyman Demirel University The Journal of Visionary*, 7(15), pp. 132-148.

Ozaydın, T., Kocoglu Tanyer, D. & Akin, B., 2021. Promoting the attitudes of nursing students towards refugees via interventions based on the contact hypothesis: A randomized controlled trial. *International Journal of Intercultural Relations*, 84, pp. 191-199.

Perry, M., Townson, M., Cottrell, S., Fagan, L., Edwards, J., Saunders, J., O'Hare, R. & Richardson, G., 2020. Inequalities in vaccination coverage and differences in follow-up procedures for asylum-seeking children arriving in Wales, UK. *European Journal of Pediatrics*, 179, pp. 171-175.

Plaza Del Pino, F.J., Soriano, E. & Higginbottom, G.M.A., 2013. Sociocultural and

linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in Southern Spain: a focused ethnography. *BioMed Council Nursing*, 12(14). 10.1186/1472-6955-12-14.

Polat, S. & Barka, T.O., 2012. Multiculturalism and intercultural education: A comparative study with a sample of Swiss and Turkish Candidate Teacher. *World Applied Sciences Journal*, 18(9), pp. 1180-1189.

Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J.M., Segura - Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M.I. & Toran-Monserrat, P. 2021. Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, pp. 28-51.

Ross, L., Harding, C., Seal, A. & Duncan, G., 2016. Improving the management and care of refugees in Australian hospitals: A descriptive study. *Australian Health Review*, 40, pp. 679–685.

Rousseau, C., Oulhote, Y., Ruiz-Casares, M., Cleveland, J. & Greenaway, C., 2017. Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PLoS ONE*, 12(2), e0170910. 10.1371/journal.pone.0170910.

Sánchez-Ojeda, M.A., Navarro-Prado, S., Martín-Salvador, A., Luque-Vara, T., Fernández-Gómez, E. & Jesús Plaza del Pino, F. 2020. Nursing Students' Attitudes towards Immigrants' Social Rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, pp. 88-75.

Sekerci, Y.G. & Bicer, E.K., 2019. Cultural Sensitivity in Immigrant Patients' Healthcare: How is it Perceived by Interning Medical and Nursing Students? *International Journal of Caring Sciences*, 12, pp. 49-57.

Selçuk, A.K. & Yanikkerem, E., 2022. Nursing students' perspectives and care giving experiences with refugees: A qualitative analysis. *Nurse Education Today*, 109(1), pp. 105-158.

Squires, A., 2018. Strategies for overcoming language barriers in health care. *Nursing Management*, 49(4), pp. 20-27.

Tavallali, A.G., Kabir, Z.N. & Jirwe M., 2014. Ethnic Swedish parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), pp. 255-263.

Tosun, B. & Sinan, Ö., 2020. Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse education Today*, 85, pp. 104-294.

United Nations High Commissioner for Refugees. 2018. *Global Trends, Forced Displacement in 2018*. UNHCR, pp. 76.

Urh, Š., 2013. *Etično občutljivo socialno delo z romi: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Vezovnik, B., 2016. Pomen medkulturne in medjezikovne komunikacije v zdravstveni negi: diplomsko delo. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Vovk, T., 2017. *Multikulturne kompetence medicinskih sester: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Yıldırım, J.G., 2019. Experiences of nursing students who care for Syrian refugees: phenomenology study. *STED*, 28(4), pp. 264-272.

Young, J., Jerolimov, D. & Ofner, S., 2021. Promoting nursing students' transcultural self-efficacy to care for Burmese refugees using a set of educational strategies. *Nursing Forum*, 56, pp. 460-466.

Združeni narodi, 1950. *Konvencija o statusu beguncev*. [pdf] The UN Refugee Agency. Available at: https://www.unhcr.org/si/wp-content/uploads/sites/25/2017/06/1951_Convention_status_refugees-svn.pdf [Accessed 16 June 2022].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK O ODNOSU ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE DO TUJIH PACIENTOV

Spoštovani!

Moje ime je Sara Bašanović in zaključujem dodiplomski študij zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin na Jesenicah. Za pripravo diplomskega dela z naslovom »Odnos študentov zdravstvene nege do beguncev« želim s pomočjo anonimne ankete izvesti raziskavo s katero bi pridobila mnenje študentov zdravstvene nege o njihovem delu v kliničnem okolju s pacienti tujci (pacienti, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika). Raziskavo pripravljam pod mentorstvom doc. dr. Katje Pesjak.

Z odgovori na vprašanja v vprašalniku, ki je pred vami, mi boste pri raziskavi zelo pomagali, zato vas vljudno prosim, da si vzamete nekaj minut časa za odgovore na zastavljena vprašanja. Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in anonimno. Vaši podatki bodo uporabljeni izključno v namen diplomskega dela.

V naprej se vam zahvaljujem za sodelovanje in vas lepo pozdravljam,

Sara Bašanović

1. DEL: SPLOŠNI DEL

1. Spol (obkrožite):
 - 1.1) Ženska
 - 2.1) Moški

2. Starost (v letih): _____.

3. Vaše prebivališče:
 - 3.1) mestno
 - 3.2) predmestno
 - 3.3) podeželsko

4. Letnik, ki ga obiskujete (obkrožite):
 - 4.1) 1. letnik
 - 4.2) 2. letnik
 - 4.3) 3. letnik
 - 4.4) Absolvent

5. Način študija (obkrožite):
 - 5.1) Redni
 - 5.2) Izredni

6. Obkroži najvišjo doseženo izobrazbo do sedaj:
 - 6.1) Poklicna šola
 - 6.2) Srednja šola
 - 6.3) Višja/visoka šola
 - 6.4) Univerzitetno izobraževanje

7. Dosedanje zaposlitve (obkrožite):
 - 7.1) Priložnostna dela preko študentskega servisa
 - 7.2) Redno delo preko študentskega servisa

7.3) Sem zaposlen/a

7.4) V času študija še nisem še imel zaposlitve

8. V kateri državi ste bili rojeni?

8.1) V Sloveniji

8.2) Na Hrvaškem

8.3) V Avstriji

8.4) V Italiji

8.5) V Srbiji

8.6) V Bosni in Hercegovini

8.7) Drugo (prosim napišite): _____

9. Kateri jezik govorite v svojem domačem okolju?

9.1) Slovenski

9.2) Hrvaški

9.3) Nemški

9.4) Italijanski

9.5) Srbski

9.6) Bosanski

9.7) Drugo (prosim napišite): _____

10. Katere tuje jezike govorite/pišete (prosimo ustrezno označite):

	Govorim	Pišem	Ne govorim in ne pišem
10.1) Hrvaško (ko to ni vaš materni jezik)			
10.2) Srbsko (ko to ni vaš materni jezik)			
10.3) Bosansko (ko to ni vaš materni jezik)			
10.4) Angleško			
10.5) Nemško			
10.6) Italijansko			
10.7) Francosko			
10.8) Špansko			
10.9) Drugo (prosimo napišite):			

11. Ali ste v kliničnem okolju, kjer opravljate prakso pogosto v stiku s pacienti tujci?

11.1) Da

11.2) Ne

12. Če ste odgovorili z DA, prosimo napišite, kolikokrat tedensko ste v stiku s pacienti tujci: _____ - krat tedensko

13. Število pacientov tujcev s katerimi ste v povprečju v kontaktu dnevno:

13.1) 3 ali manj

13.2) 4 do 7

13.3) 8 ali več

14. Ali ste bili v kliničnem okolju, kjer opravljate prakso že v stiku s pacienti begunci?

14.1) Da

14.2) Ne

15. Če ste odgovorili z DA, prosimo napišite, kolikokrat tedensko ste v stiku s pacienti begunci: _____ - krat tedensko

16. Število pacientov beguncev s katerimi ste v povprečju v kontaktu dnevno:

16.1) 3 ali manj

16.2) 4 do 7

16.3) 8 ali več

17. Ali ste po obravnavi pacienta tujca pri sebi zaznali kakšno spremembo v odnosu in obravnavi do pacientov tujcev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnavo teh pacientov?

17.1) Da

17.2) Ne

18. Če ste odgovorili z DA, prosimo napišite kje je bila sprememba:

18.1) sprememba v odnosu do pacientov tujcev

18.2) sprememba v obravnavi pacientov tujcev

18.3) sprememba v odnosu do in v obravnavi pacientov tujcev

19. Ali ste po obravnavi pacienta begunca pri sebi zaznali kakšno spremembo v odnosu in obravnavi do pacientov beguncev v primerjavi s stanjem pred izkušnjo obravnavo teh pacientov?

19.1) Da

19.2) Ne

20. Če ste odgovorili z DA, prosimo napišite kje je bila sprememba:

20.1) sprememba v odnosu do pacientov beguncev

20.2) sprememba v obravnavi pacientov beguncev

20.3) sprememba v odnosu do in v obravnavi pacientov beguncev

21. Prosimo ocenite na lestvici od 1 do 5, kako kompetentni se počutite pri delu v kliničnem okolju z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur, kot je Vaša? Obkrožite številko nad Vašim izbranim odgovorom.

Zelo nekompetenten	Do neke mere nekompetenten	Niti kompetenten – niti nekompetenten	Do neke mere kompetenten	Zelo kompetenten
1	2	3	4	5

2. DEL: KULTURNE KOMPETENCE

Do trditve se opredelite tako, da obkrožite odgovor, ki za Vas najbolj drži v kliničnem okolju izvajanja zdravstvene nege. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 so vmesne ocene in ocena 5 pomeni »popolnoma se strinjam«. Trditve ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

	sploh se ne strinjam (1)	ne strinjam se (2)	se niti strinjam, niti se ne strinjam (3)	strinjam se (4)	popolnoma se strinjam (5)
1. Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturo posameznika.					
2. Veliko vidikov kulture vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo.					
3. Za vsakega posameznika, skupino ter organizacijo je potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti.					
4. Duhovna in religiozna prepričanja so pomemben element večine kulturnih skupin.					
5. Jezikovne ovire so edina težava sedanjih tujcev v Sloveniji.					
6. Menim, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino.					
7. Menim, da mi poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu s posamezniki, skupinami in organizacijami.					

V naslednjem sklopu trditev prosimo odgovorite tako, da obkrožite odgovor, ki za Vas najbolj drži v kliničnem okolju. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »nikoli«, ocene 2 – 4 so vmesne ocene in ocena 5 pomeni »vedno«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

	Nikoli (1)	Včasih (2)	Pogosto (3)	Zelo pogosto (4)	Vedno (5)
1. Za učenje o kulturni dediščini drugih ljudi uporabljam različne vire.					
2. Izogibam se posploševanju in stereotipizaciji kulturnih skupin.					
3. Odpravljam ovire, ki se pojavljajo pri pacientih različnih kultur, ko jih prepoznam.					
4. Rad/a imam povratne informacije pacientov o mojem delu z ljudmi različnih kultur.					

3. DEL: MULTIKULTURNE IZKUŠNJE V KLINIČNEM OKOLJU
--

Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 so vmesne ocene in ocena 5 pomeni »popolnoma se strinjam«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

	Sploh se ne strinjam (1)	Ne strinjam se (2)	Se niti strinjam, niti ne strinjam (3)	Strinjam se (4)	Popolnoma se strinjam (5)
1. Na klinični praksi sodelujem z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih okolij.					
2. Na klinični praksi se pogosto srečujem z diskriminacijo pacientov, ki prihajajo iz drugačnih kulturnih okolij.					
3. Multikulturno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov.					
4. Kulturna kompetentnost študentov zdravstvene nege ima velik vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.					
5. Študenti zdravstvene nege imajo dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti.					

4. DEL: ODNOS ŠTUDENTOV DO PACIENTOV BEGUNCEV

25. Sklop 4 vsebuje trditve o odnosu študentov zdravstvene nege do pacientov beguncev in do nudenja kulturno kompetentne zdravstvene nege. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »sploh se ne strinjam«, ocene 2 – 4 so vmesne ocene, ocena 5 pa pomeni »popolnoma se strinjam«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Se niti strinjam, niti ne strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
1. Odnos do pacientov beguncev temelji na naših lastnih prepričanjih, pogledih, stališčih.					
2. Če bodo pacienti begunci živeli v Sloveniji in koristili zdravstvene storitve, potem naj sprejmejo slovensko kulturo.					
3. V skladu z zagotavljanjem zdravstvene nege pacientom beguncem, bi morale biti v zdravstvenih ustanovah zaposlene tudi medicinske sestre z različnim kulturnim ozadjem.					
4. Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno sprejemanje.					
5. Pri oblikovanju odnosa s pacienti begunci je pomembno vzajemno spoštovanje.					
6. S ciljem zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientom beguncem, bi morala država ustanoviti zdravstvene ustanove, namenjene le pacientom beguncem.					
7. Glede na moja opažanja, pacienti begunci in njihovi sorodniki ne spoštujejo zdravstvenih delavcev in pravil zdravstvene ustanove.					
8. Če bi lahko izbral /a paciente, bi zaradi varnostnih razlogov raje izbral /a sodržavljanke.					
9. Pacienti begunci se pogosto obnašajo kot žrtve.					
10. Nekateri pacienti begunci so agresivni.					
11. Nekateri pacienti begunci so nevarni.					
12. Odnos med medicinsko sestro in pacientom beguncem vpliva na kakovost nudenja zdravstvene nege					