



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA NEGA IN BREZDOMCI –  
KVALITATIVNA RAZISKAVA**

**NURSING CARE AND HOMELESS PEOPLE:  
A QUALITATIVE STUDY**

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Marta Omejc Gulič

Jesenice, december 2023

## **ZAHVALA**

Ob zaključku študija se zahvaljujem mentorici doc. dr. Katji Pesjak za vso podporo in strokovno pomoč pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se doc. dr. Branku Bregarju za recenzijo diplomskega dela.

Posebno zahvalo namenjam svojim najbližjim: Jeri, Petri in Katarini, Kajetanu, mami Urški, atu Lojzetu, Leonu, Juretu, Jaši in Borjanu, Andreji in Špeli, ki ste mi v času študija stali ob strani.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Brezdomstvo je ena od ekstremnih oblik pomanjkanja in revščine. Zdravstveno stanje oseb brez doma je slabše, prav tako umirajo prej kot ostala populacija. V strategiji zdravstvene nege in oskrbe je zapisano, da bodo njeni izvajalci ob strokovnih usmeritvah sledili tudi sodobnim etičnim in moralnim težnjam v družbi, ki skrbi za posameznika, še posebej za tiste v ranljivih skupinah.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je spoznati zdravstvene težave oseb brez doma, ugotoviti njihovo samooceno dostopnosti in kakovosti zdravstvene nege ter spoznati njihovo motiviranost za izboljšanje lastnega zdravstvenega stanja.

**Metoda:** Raziskava temelji na kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za izvedbo raziskave smo uporabili polstrukturirani intervju. V raziskavo smo vključili 8 oseb brez doma, uporabnikov Dnevnega centra za brezdomce Ljubljana. Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Zbrano gradivo smo analizirali po postopku kvalitativne analize z iskanjem kod in procesom kodiranja, pri katerem smo uporabili induktivno metodo. Kode smo združevali v kategorije.

**Rezultati:** Pri analizi empiričnih podatkov smo oblikovali 3 kategorije: 1. Zdravstveno stanje oseb brez doma, 2. Zdravstvena nega in osebe brez doma, 3. Motiviranost za spremembo življenjskega sloga. Osebe brez doma pestijo zdravstvene težave vseh organskih sistemov. Svoje zdravstveno stanje ocenjujejo s celotno paleto možnih odgovorov – ocena je tesno povezana s splošnim zadovoljstvom in sprejetostjo v času in ne toliko s težo medicinske diagnoze. Skoraj vsi intervjuvanci imajo z zdravstvenim osebjem pozitivne izkušnje, obravnavani so bili korektno in z naklonjenostjo. Osebe brez doma so ozaveščene o pomenu zdravega življenjskega sloga.

**Razprava:** Izsledki raziskave kažejo, da so osebe brez doma v veliki meri zadovoljne z odnosom in kakovostjo zdravstvenih storitev. Pomembno vlogo pri podpori predstavlja vključenost v dnevni center oziroma odločitev za bivanje v zavetišču. Sistemsko neurejena je pohospitalna nastanitev oseb, ki nimajo svojega doma in razvite socialne mreže.

**Ključne besede:** depriviligirane osebe, zdravstvene potrebe, dostopnost, zdravstvena politika

## SUMMARY

**Background:** Homelessness is one of the extreme forms of deprivation and poverty. The health condition of homeless people is worse than the rest of the population, and they also die earlier than the rest of the population. In the nursing and care strategy, it is written that, in addition to professional trends, nursing and care providers will also follow modern ethical and moral trends in society, in terms of caring for the individual, especially for vulnerable groups.

**Goals:** The aim of the thesis is to learn about the health problems of homeless people, to determine their self-assessment of the availability and quality of nursing care, and to learn about their motivation to improve their own health condition.

**Methods:** The research is based on the qualitative method of empirical research. We used a semi-structured interview to conduct the research. We included 8 homeless people in the research, users of the Ljubljana Day Center for the Homeless. We used a non-random, purposive sample. The collected material was analyzed according to the procedure of qualitative analysis by searching for codes with the coding process, in which we used the inductive method. We grouped the codes into categories.

**Results:** In the analysis of empirical data, we created 3 categories. Category 1: Homeless health status, Category 2: Health Care and the Homeless, Category 3: Motivation to change lifestyle. People without a home are plagued by health problems of all organ systems. They evaluate their health status with the entire range of possible answers, we estimate that the evaluation is conditioned by general satisfaction and acceptance at the time and not so much by the weight of the medical diagnosis. Almost all interviewees have positive experiences with the medical staff, they were treated fairly and with kindness. Homeless people are made aware of the importance of a healthy lifestyle.

**Discussion:** The results of the survey show that homeless people are largely satisfied with the attitude and quality of health services. An important role in support is represented by involvement in a day care center or the decision to stay in a shelter. The post-hospital accommodation of persons who do not have their own home and a developed social network is systemically disordered.

**Key words:** disadvantage people, health needs, accessibility, health policy

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1 OPREDELITEV BREZDOMSTVA.....	2
2.2 BREZDOMSTVO V SLOVENIJI IN PO SVETU .....	3
2.3 (NE)ENAKOSTI V ZDRAVJU .....	4
2.4 DOSTOPNOST IN ETIČNA NAČELA ZDRAVSTVENIH STORITEV .....	6
2.5 STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE OSEB BREZ DOMA.....	7
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>9</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	9
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	9
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	9
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	9
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	10
3.3.3 Opis vzorca .....	11
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	11
3.4 REZULTATI .....	12
3.4.1 Kategorija 1: Zdravstveno stanje oseb brez doma .....	14
3.4.2 Kategorija 2: Zdravstvena nega in osebe brez doma.....	19
3.4.3 Kategorija 3: Motiviranost za spremembo življenjskega sloga.....	28
3.5 RAZPRAVA .....	34
3.5.1 Omejitve diplomskega dela.....	39
3.5.2 Doprinos k praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	40
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>41</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>42</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	
6.2 MATRIKA PODATKOV	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Evropska tipologija brezdomstva in stanovanjske izključenosti.....	2
Tabela 2: Opis vzorca.....	11
Tabela 3: Prikaz kategorij, podkategorij in kod.....	13
Tabela 4: Samoocena zdravstvenega stanja.....	15
Tabela 5: Zdravstvene težave.....	17
Tabela 6: Medikamentozna terapija.....	19
Tabela 7: Odnos zdravstvenih delavcev/ izkušnje z zdravstvenimi delavci.....	23
Tabela 8: Vloga medicinske sestre.....	24
Tabela 9: Dostopnost medicinske pomoči.....	26
Tabela 10: Moteči dejavniki zdravstvene oskrbe.....	27
Tabela 11: Pohospitalna zdravstvena oskrba.....	28
Tabela 12: Sprememba življenjskega sloga.....	31
Tabela 13: Vzgibi za spremembo življenjskega sloga.....	32
Tabela 14: Počutje po spremembi življenjskega sloga.....	33
Tabela 15: Pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja...34	

## SEZNAM KRAJŠAV

ESSP	Evropski steber socialnih pravic
ETHOS	European Typology of Homelessness and housing exclusion
FEANTSA	European Federation of National Organisations working with the Homeless
IRSSV	Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo
NMP	Nujna medicinska pomoč
SSKJ	Slovar slovenskega knjižnega jezika
WHO	World health organization
ZSV	Zakon o socialnem varstvu
ZSVarPre	Zakon o socialno varstvenih prejemkih
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZUPJS	Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev

## 1 UVOD

Brezdomstvo je ena od ekstremnih oblik revščine in pomanjkanja. Največkrat gre za posledico kopičenja socialne izključenosti na različnih področjih posameznikovega življenja. Ker je pojav brezdomstva večplasten, zahteva celostno in poglobljeno razpravo ter obravnavo. Tudi merjenje brezdomstva ni enostavno, saj je povezano z drugimi sorodnimi pojavi, kot so revščina, težave v duševnem zdravju, neredko tudi zasvojenost (Dekleva, et al., 2010; Evropski parlament, 2020). O tem, da je zdravstveno stanje oseb brez doma slabše od ostale populacije, poročajo številne raziskave, tudi umirajo prej kot osebe z urejenim življenjem. Najpogostejše diagnoze oseb brez doma so duševne in vedenjske motnje, infekcijske bolezni in paraziti, endokrine in metabolne bolezni ter bolezni srca in ožilja. Kot najpogostejše dejavnike tveganja zanje navajajo sinergijo kajenja, uživanja alkohola ter nezdrave prehrane. Glavni vzroki prezgodnje smrti so samomori, nenamerne poškodbe, nenalezljive bolezni, duševne motnje ter zlorabe psihoaktivnih snovi (Fazel, et al., 2014; Alagna, et al., 2019; Mejia-Lancheros, et al., 2020; Goetzens, 2021).

Evropski parlament, Svet Evropske unije in Evropska komisija so leta 2017 na socialnem vrhu v Göteborgu razglasili evropski steber socialnih pravic (ESSP). Za večjo blaginjo Evropejcev naj bi posodobili sisteme socialne zaščite, politiko trga dela in vsem omogočili enake možnosti (Bratuž Ferk, et al., 2021). Evropski parlament je novembra 2020 sprejel tudi resolucijo o odpravi brezdomstva do leta 2030, junija 2021 pa je bila na ministrski konferenci v Lizboni podpisana še deklaracija in uvedena evropska platforma za boj proti brezdomstvu (Evropski parlament, 2020; Evropska komisija, 2021).



## 2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu diplomskega dela opisujemo pojme za lažje razumevanje obravnavane tematike.

### 2.1 OPREDELITEV BREZDOMSTVA

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) označuje brezdomca kot človeka brez doma, dom pa prostor, družinsko skupnost, v kateri kdo stalno živi in od koder izhaja (Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), 2014a; 2014b). Najširšo definicijo brezdomstva ETHOS (European Typology of Homelessness and housing exclusion), ki vsebuje najgloblje pojmovanje doma kot takšnega, je izoblikovala leta 1989 ustanovljena evropska nevladna organizacija, ki združuje nevladne organizacije za brezdomstvo FEANTSA (European Federation of National Organisations working with the Homeless) (European Federation of National Organisations working with the Homeless (FEANTSA), n.d.a). Definicija je diferencirana, saj obsega štiri široke kategorije brezdomstva, znotraj njih pa še 13 ožjih kategorij in vrsto podkategorij ter je v precejšnji meri medkulturno uporabna (Dekleva, 2014).

**Tabela 1: Evropska tipologija brezdomstva in stanovanjske izključenosti**

Konceptualna kategorija	Operacionalna kategorija
Brez strehe	Ljudje, ki živijo na prostem javnem prostoru; ljudje, ki živijo v nočnih zavetiščih in so prisiljeni nekaj ur na dan preživeti na javnih prostorih
Brez stanovanja	Ljudje, ki živijo v zavetiščih za brezdomce/kratkoročne namestitve; ženske, ki živijo v zavetiščih/zatočiščih/varnih hišah za ženske; ljudje, ki živijo v začasnih namestitvah za migrante; ljudje, ki so pred odpustom iz institucij; ljudje s specializirano podporo v zvezi z namestitvijo (zaradi brezdomstva)
Negotovo bivališče	Ljudje, ki bivajo v negotovih bivališčih (brez pravice najema); ljudje, ki živijo v grožnji pred izselitvijo; ljudje, ki živijo pod grožnjo nasilja
Nepriumno bivališče	Zčasne strukture (mobilno domovanje, začasna zasedba stavbe); ljudje, ki živijo v neprimernih bivališčih glede na nacionalno zakonodajo; ljudje, ki živijo v ekstremni prenaseljenosti

(FEANTSA, n.d.b)

Tabela prikazuje številne oblike brezdomstva in obenem tudi družbeno-kulturno konstrukcijo pojma »brezdomstvo«. V različnih družbah in kulturah so prisotne različne oblike brezdomstva. Glede na tabelo 1 je jasno, da enoznačne opredelitve brezdomstva ni mogoče oblikovati (Dekleva & Razpotnik, 2007, cited in Vogrin, 2018). Dekleva s sodelavci (Dekleva, et al., 2010, cited in Vogrin, 2018) za slovenski prostor izpostavlja še dve dodatni obliki brezdomstva: 1. gradnja na črno, ki lahko vodi do rušitve bivanjskih objektov in 2. kategorija izbrisanih.

## 2.2 BREZDOMSTVO V SLOVENIJI IN PO SVETU

V posameznih državah je natančno število oseb brez doma težko določljivo, nesporno pa ostaja dejstvo, da je njihova pričakovana življenjska doba krajša od povprečnega državljana. Življenje na ulici dandanes še vedno ubija. V nekaterih državah članicah EU obstajajo uradni podatki o številu oseb brez doma, v drugih ne. V teh primerih se poslužujemo različnih metodologij za ocenjevanje števila oseb brez doma, kot so štetje vidnih oseb v urbanem okolju, uporaba evidenc nastanitvenih in dnevnih centrov zanje ter različnih raziskav o razširjenosti brezdomstva (Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, 2020).

Evropska nevladna organizacija FEANTSA in Fundacija Abbé Pierre v poročilu za leto 2020 ocenjujeta, da v Evropi v eno izmed zgoraj omenjenih kategorij brezdomstva sodi 700.000 ljudi. Število se je v zadnjih desetih letih povečalo za 70 % (Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, 2020). V Sloveniji je bilo v letu 2021 v programe na področju brezdomstva, financirane s strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), vključenih 3.672 oseb. Uporabnikom je bilo na voljo 325 ležišč za začasno nastanitev. Čeprav so programi za osebe brez doma primarno namenjeni starejšim od 18 let, so v letu 2021 zabeležili tudi 164 mladoletnih uporabnikov. Izvajalci programov izpostavljajo potrebo po povečanju namestitvenih kapacitet, preoblikovanje zavetišč po principu »Housing first« (najprej nastanitev) in številnih drugih oblik podpore, kot so terenska zdravstvena oskrba, izvajanje zdravstvenih storitev znotraj socialnovarstvenih programov z zagotovitvijo primernih prostorov in kadra za izvajanje (Černič, et al., 2021).

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV) in Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani sta septembra 2020 pričela izvajati triletno raziskavo z naslovom »Brezdomstvo v Sloveniji: obseg, značilnosti in stališča«. Raziskovanje poteka na temelju široke definicije brezdomstva in stanovanjske izključenosti ETHOS, ki jo je sprejela tudi Evropska komisija. V sklopu omenjenega projekta je bila izvedena prva nacionalna raziskava brezdomstva. Rezultati kažejo, da se je od 1001 anketirancev 6,5 % vprašanih vsaj enkrat v življenju srečalo z eno od štirih kategorij brezdomstva po FEANTS-i, dodatnih 3,9 % vprašanih je izjavilo, da je imel takšno izkušnjo vsaj še en družinski član. V obdobju zadnjih petih let je imel 1 % anketiranih stanovanjske težave, 0,7 % vprašanih je poročalo o podobni izkušnji njihovih družinskih članov (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), n.d.).

### 2.3 (NE)ENAKOSTI V ZDRAVJU

Enakost v zdravju je ideal, katerega korenine segajo v sredino 19. stoletja, ko so prepoznali, da družbena in razredna neenakost vodita do neenakosti v zdravju. Po drugi svetovni vojni je uresničitev vizije o enaki dostopnosti, varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev vodila snovalce najpomembnejših mednarodnih dokumentov Organizacije združenih narodov in Svetovne zdravstvene organizacije (Fee & Gonzalez, 2017). Koncept enakosti v zdravju je po mnenju nekaterih prenos socialne pravičnosti na področje zdravja (Ingleby, 2019, cited in Škraban, et al., 2020). Enakost v zdravju je dosežena, ko lahko vsakdo v celoti uresniči svoje danosti za zdravje in dobro počutje (World health organization (WHO) 2023a).

Angleška strokovnjakinja Margareth Whitehead, soavtorica socialno-ekonomskega modela Determinante zdravja, koncept (ne)enakosti v zdravju definira kot tiste razlike, ki vplivajo na zdravje, a so nepotrebne, nepoštene in nepravične. Kriterij, kaj je nepošteno ali nepravično in kaj ni, je vpliv oziroma možnost izbire. Ekonomsko šibkejše, neizobražene osebe pogosteje opravljajo nevarna in zdravju škodljiva dela – na svojo odločitev o izbiri dela imajo zelo majhen vpliv (Whitehead, 1992, cited in Škraban, et al., 2020). Zagotavljati enakost po Margaret Whitehead pomeni zagotavljati enake možnosti za zdravje, kar pomeni, da imajo ljudje z enakimi potrebami enak dostop do zdravstvenih

storitev, možnost enakega koriščenja storitev in enako kakovost storitev (Whitehead 1992, cited in Škraban, et al., 2020, p. 13).

Po WHO so neenakosti v zdravju razlike v zdravstvenem stanju ali v porazdelitvi zdravstvenih virov med različnimi skupinami prebivalstva, ki izhajajo iz družbenih razmer, v katerih se ljudje rodijo, rastejo, živijo, delajo in se starajo. Neenakosti v zdravju so nepravilne in bi jih lahko zmanjšali s pravim pristopom vladnih politik (WHO, 2023a). Iz 6. odstavka 49. člena Zakona o socialnem varstvu (ZSV) izhaja, da se centri za socialno delo, ki izvajajo socialnovarstvene storitve, povezujejo s pristojnimi organi, organizacijami in nevladnimi organizacijami. Centri za socialno delo so torej ključni akterji zmanjševanja neenakosti v zdravju, saj učinkovito identificirajo ranljive skupine in jih vključujejo v preventivne programe zdravstvenega varstva. Povezovanje poteka na podlagi skupnostnega pristopa in protokolov sodelovanja, ki jih pripravijo pristojna ministrstva (Zakon o socialnem varstvu (ZSV), 2007). Kljub temu da so neenakosti nepravilne in jih je mogoče preprečiti, pa le-te ostajajo pereč problem zdravstvenih in drugih politik držav. Neenakosti ne zmorejo preprečevati, odpravljati ali zmanjševati zgolj zaposleni v zdravstveni negi, potrebni so ozaveščanje, vsedružbeni in vsevladni pristop po načelu 'zdravje v vseh politikah' (ReNPZV16–25, 2016; Radić & Hvalič Touzery, 2018). Podoben poziv k medsektorskemu povezovanju v politiki zdravja predstavlja tudi Ljubljanska listina, zaključni dokument konference Svetovne zdravstvene organizacije o neenakostih v zdravju, ki se je odvijala leta 2019 v Ljubljani (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Za slovenski prostor velja, da se neenakosti najpogosteje opazujejo in raziskujejo v kategorijah spola, starosti in geografskega območja. Premalo pozornosti se namenja razlikam v zdravju, ki nastanejo kot posledica družbenoekonomskega statusa posameznika in življenjskega okolja. V Sloveniji imamo v kontekstu socialnoekonomskih neenakosti na eni strani zadovoljive podatke (razširjenost kroničnih bolezni, debelost pri moških, kajenje med ženskami, neizpolnjene potrebe po zdravljenju zaradi čakalnih vrst), na drugi strani pa relativno slabe (debelost med ženskami, samoocena zdravja, obiski pri specialistih in zobozdravnikih, neizpolnjene potrebe po zdravljenju na račun geografske oddaljenosti). Poročilo ob upoštevanju vseh prednosti in slabosti ugotavlja, da vzhodna polovica Slovenije ostaja v slabšem zdravju kot preostali del države (Turšič, et al., 2021).

## 2.4 DOSTOPNOST IN ETIČNA NAČELA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Obstoječi model slovenskega zdravstvenega sistema je osnovan po načelih Bismarckovega modela. Po spremembi zakonodaje leta 1992 je obdržal socialistične pridobitve, kot so univerzalni dostop do zdravstvenega varstva in močno organizacijo zdravstvene infrastrukture na lokalni ravni s pomembnim poudarkom na preventivnem delovanju (Pistotnik, 2020).

V Sloveniji je pravica do zdravstvenega varstva ustavna pravica. 51. člen Ustave Republike Slovenije določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) v 21. alineji 15. člena beremo, da so zavarovanci po tem zakonu državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, saj jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje (Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 2006). Po 30. členu Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev pripada plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje državljanom Republike Slovenije in tujcem, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje v primeru, da so upravičeni do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev le-te. Poleg tega zakon zahteva stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter pogoj, da osebe niso zavarovane iz drugega naslova, določenega z zakonom, ki ureja zdravstveno zavarovanje (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), 2010). Upravičenci denarne pomoči pa so po Zakonu o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre) osebe, ki si same ne morejo zagotoviti preživetja z delom, s pravicami iz dela ali zavarovanja, z dohodki iz premoženja in iz drugih virov oziroma z nadomestili ali prejemki po drugih predpisih ali s pomočjo tistih, ki so jih dolžni preživljati (Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre), 2010).

Kljub široki pokritosti prebivalstva z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa vendarle ne moremo trditi, da je v Sloveniji dostop do zdravstva univerzalen. Zaradi različnih družbenih procesov (razvoj različnih državljskih statusov, povečevanje prekarne zaposlitve, naraščanje revščine in podobno), ki se odvijajo od leta 1992, lahko celo

trdimo, da se pravica do zdravstva v določenih primerih krha. Tako obstoječi sistem že ob svoji vzpostavitvi določenim skupinam prebivalstva (denimo nekaterim kategorijam oseb brez državljanstva) ni omogočil pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obenem pa se v zdravstvu zaradi različnih družbenih in ekonomskih sprememb v zadnjih desetletjih ves čas pojavljajo nezavarovane osebe. Med ključnimi vzvodi za tako situacijo so zakonsko določene kategorije, na podlagi katerih so posamezniki zdravstveno zavarovani (Pistotnik, 2020). Da gre pri osebah brez doma za skrajno depriviligirano družbeno skupino in večplastno ranljivost kaže dejstvo, da je med njimi veliko uporabnikov nedovoljenih drog s sočasnimi težavami v duševnem zdravju (Huber, 2020). V društvu Kralji ulice opozarjajo, da se populacija oseb, ki so odvisne od heroina stara in da bo ljudi s potrebami po zdravstveni oskrbi vedno več (Lukič, 2018).

Tukaj je potrebno izpostaviti dimenzijo etike. Vsak posameznik je nosilec etike, ali kot bi dejal Kant, »nosi v sebi kategorični imperativ«, vest, vrhovni moralni zakon, ki krmari njegove odločitve in ravnanja v različnih situacijah (Berkopec, 2018). Etične vrednote so ključnega pomena za vsakega izvajalca zdravstvenih storitev (Haddad & Geiger, 2022). Pri etičnem odločanju v zdravstveni negi so temeljna načela o dobronamernosti, neškodovanju, spoštovanju avtonomije, pravičnosti in dostojanstvu (Jug, 2015). Etična načela in pravila Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije so zavezujoča za vse, ki poklicno delujejo ali so v procesu izobraževanja na področju zdravstvene nege in oskrbe. Predstavljajo temeljno načelo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot, so osnova za odločanje, argumentiranje in refleksijo strokovnega dela. Sestavljena so iz desetih načel, ki narekujejo delovanje zdravstvenih delavcev. Dostopnejša mreža psihosocialne in terapevtske pomoči je v sklopu reševanja problematike novodobnega brezdomstva nujno potrebna (Stegne, 2015).

## **2.5 STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE OSEB BREZ DOMA**

Evropski parlament je 24. novembra 2020 sprejel resolucijo o odpravi brezdomstva do leta 2030. V izjavi, ki so jo podpisali visoki predstavniki EU in ministri za socialne zadeve posameznih držav članic, so se zavzeli za uresničitev naslednjih petih ciljev, ki naj bi do leta 2030 odpravili brezdomstvo: 1) nihče ne bi smel spati na prostem zaradi pomanjkanja

dostopne, varne in primerne zasilne nastanitve; 2) nihče ne bi smel živeti v zasilni ali prehodni nastanitvi dlje, kot je potrebno za uspešno stalno nastanitev; 3) nihče ne bi smel biti odpuščen iz ustanove (npr. zapora, bolnišnice, ustanove za oskrbo), ne da bi dobil ponudbo za ustrezno nastanitev; 4) izselitve bi bilo treba preprečiti, kadar je to mogoče, in nihče ne bi smel biti izseljen, ne da bi prejel pomoč pri iskanju ustrezne stanovanjske rešitve, kadar je to potrebno; 5) nihče ne bi smel biti diskriminiran zaradi svojega brezdomskega statusa (Evropska komisija, 2021). Da je v Sloveniji pri delu z osebami brez doma še veliko nezapolnjenih vrzeli, beremo v Letnem poročilu Varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2021 (Svetina, et al., 2022). V njem je naglašena nujnost po krepitvi civilnega dialoga na vseh družbenih ravneh, saj predstavlja opolnomočena civilna družba cilj Agende za trajnostni razvoj do leta 2030. V sklopu uresničitve tega cilja so predstavniki Varuha človekovih pravic Republike Slovenije februarja 2021 povabili na srečanje predstavnike društev in nevladnih organizacij, ki delujejo med osebami brez doma. Ti so izpostavili, da strategija ravnanja z osebami brez doma ne obstaja in da bi jo bilo potrebno sprejeti. Za osebe brez doma bi bilo potrebno urediti pohospitalne namestitve in ustanoviti domove s koncesijami. Pri delu z osebami brez doma se pojavljajo še težave v povezavi z zdravstvenim zavarovanjem in pro bono ambulantami. V širši družbeni skupnosti bi bilo potrebno preobraziti miselnost, da je brezdomstvo svobodna odločitev in ustvariti pogoje za zmanjšanje druge generacije oseb brez doma (Svetina, et al., 2022). V strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v Republiki Sloveniji za leta 2011–2020 so med ranljivimi skupinami prebivalstva omenjene tudi osebe brez doma. Avtorji (Kadivec, et al., 2013) so zapisali, da bodo izvajalci ob strokovnih sledili tudi sodobnim etičnim in moralnim trendom v družbi. Skrbeli bodo za ranljive skupine, za otroke, ženske, starostnike, osebe brez doma, ljudi različnih verskih, spolnih, političnih in drugih identitet. Posebne pozornosti bodo deležni tudi tisti, ki doživljajo različne oblike nasilja, begunci, priseljenci, uživalci opojnih substanc, ljudje z duševnimi obolenji in drugi, ki v družbi predstavljajo zaznamovanost.

Glede na dinamiko sodobne družbe smo se odločili za pogled v problematiko, ki je čedalje bolj aktualna. Naše diplomsko delo skuša prikazati kontekst, ki je širši javnosti včasih manj poznan.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

V empiričnem delu predstavljamo namen, cilje in raziskovalna vprašanja.

#### **3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA**

Namen diplomskega dela je bil raziskati zdravstveno nego oseb brez doma.

Cilji diplomskega dela so bili:

- spoznati doživljanje zdravstvenih težav oseb brez doma,
- ugotoviti samooceno dostopnosti in kakovosti zdravstvene nege oseb brez doma,
- spoznati motiviranost oseb brez doma za izboljšanje svojega zdravstvenega stanja.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi opredeljenih ciljev smo si postavili tri raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Kako osebe brez doma doživljajo svoje zdravstvene težave?
- RV 2: Kakšne so izkušnje oseb brez doma, prejemnikov zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah?
- RV 3: Kakšna je motiviranost oseb brez doma za izboljšanje svojega zdravstvenega stanja?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja, na intervjuju. »Kvalitativno raziskovanje uporabljamo kot metodo, pri kateri je sestavljeno temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, in v kateri je to gradivo obdelano in analizirano brez uporabe merskih postopkov.« (Vogrinc, 2008, p. 47).

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Empirični podatki so bili zbrani s polstrukturiranim intervjujem. V teoretičnem delu smo



uporabili deskriptivno metodo s pregledom slovenske in tuje strokovne ter znanstvene literature, ki je dostopna v različnih knjižnicah in podatkovnih bazah: Obzornik zdravstvene nege, PubMed, Google Učenjak, Cinahl in Medline. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: »zdravje in brezdomci«, »zdravstvena nega in brezdomci«, »zdravstvene težave brezdomcev«, »dostopnost zdravstvene oskrbe brezdomcev«, »brezdomci in izboljšanje zdravja«. Pri raziskavi smo svoje vire večinoma omejili na strokovne in znanstvene članke, ki niso starejši od 10 let in so prosto dostopni. Izjema je raziskava Dekleve s sodelavci, ki je nekoliko starejša. Glede na pomanjkanje literature v slovenskem jeziku smo starejšo literaturo vključili z namenom, da bi bolje prikazali slovensko problematiko brezdomstva. Omejili smo se na vire, objavljene v slovenskem in angleškem jeziku. Uporabili smo napredno iskanje in Boolove logične operatorje AND, OR, NOT.

Empirični del je temeljil na metodi kvalitativnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo individualnih polstrukturiranih intervjujev, spraševali pa smo osebe brez doma, uporabnike Dnevnega centra za brezdomce Ljubljana. Z intervjuji smo poskušali ugotoviti njihovo stanje v okviru zdravstvene nege. Zbrane podatke smo kvalitativno obdelali.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašanja polstrukturiranega intervjuja smo sestavili na osnovi pregleda literature različnih avtorjev s področja zdravstvene nege oseb brez doma (Dekleva, 2014; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016; Currie, et al., 2022). V prvem sklopu polstrukturiranih intervjujev smo z uporabo zaprtih vprašanj spoznali intervjuvance in pridobili demografske podatke: starost, spol, čas izpostavljenosti brezdomstvu, kraj prenočevanja, vključenost v obvezno zdravstveno zavarovanje, državljanstvo in prisotnost morebitnih prihodkov. V drugem sklopu smo uporabili odprta vprašanja, ki so jim sledila podvprašanja. Z njimi smo se usmerjali v osrednji problem, ki smo ga hoteli raziskati. Raziskovalnim vprašanjem, ki smo jih zastavili udeležencem, so sledila še podvprašanja: Kako bi ocenili svoje zdravstveno stanje? Kakšne so vaše izkušnje z zdravstvenimi delavci, ko ste potrebovali pomoč? Ste razmišljali, da bi za izboljšanje vaših zdravstvenih

težav lahko kaj spremenili v svojem življenju? Podvprašanja so nam omogočila podrobnejše raziskovanje mnenj, izkušenj ter občutkov udeležencev.

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Ugotovitve, ki se pokažejo na namenskem vzorcu sicer niso posplošljive na širšo populacijo, v raziskavi gre za globlje razumevanje tematike, ki jo želimo proučiti (Vogrinc, 2008). V raziskavo smo vključili 8 oseb brez doma, uporabnikov Dnevnega centra za brezdomce Ljubljana, in sicer 7 moških in eno žensko, starih od 31 do 72 let, z različno dolgim trajanjem brezdomnega življenja (tabela 2).

**Tabela 2: Opis vzorca**

UD/št._1	54	M	20	stanovanje	da	da	da
UD/št._2	62	M	10	zavetišče	da	da	da
UD/št._3	72	M	0,5	zavetišče	ne	ne	ne
UD/št._4	65	M	33	ulica	ne	ne	ne
UD/št._5	32	Ž	5	zavetišče	da	da	da
UD/št._6	35	M	1	azilni dom	ne / stroške krije proračun RS	ne	da
UD/št._7	31	M	5,5	zavetišče	da	da	da
UD/št._8	66	M	1,5	zavetišče	da	da	da

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Ko je komisija za diplomska in podiplomska dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin odobrila raziskavo in njen merski instrument, smo jo predstavili še vodstvu Dnevnega centra za brezdomce Ljubljana, ki jo je dovolilo. Tudi Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije je obravnavala vlogo o izvedbi raziskave in ugotovila, da je vloga popolna in raziskava etično sprejemljiva ter podala soglasje za izvedbo raziskave (številka dopisa: 0120-466/2023/3). Raziskava je temeljila na uporabi individualnega polstrukturiranega intervjuja z odprtimi vprašanji, s katerimi so bili udeleženci seznanjeni

pred njegovo izvedbo. Med potekom intervjuja so vprašanjem po potrebi sledila še podvprašanja za pridobitev dodatnih podatkov o raziskovani tematiki. Pred vsakim intervjujem smo s pisnim zaprosilom pridobili soglasje za sodelovanje v raziskavi. Udeleženci so podpisali tudi soglasja za prostovoljno sodelovanje. Povedali smo jim, da se brez obrazložitve lahko kadarkoli umaknejo iz raziskave in da niso prisiljeni odgovarjati na vprašanja, na katera ne želijo odgovarjati. Dopuščali smo fleksibilnost in odprti tip komuniciranja. Pazili smo na varovanje zasebnosti. Upoštevali smo etični kodeks ter zagotovili varovanje identitete. Uporabili smo pristop, ki zagotavlja anonimnost na način, da se imena udeležencev nikoli ne prikažejo. Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije in Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Po pridobitvi izpoljenih vprašalnikov smo izvedli transkript posnetih odgovorov in v nadaljevanju obdelali podatke s pomočjo vsebinske analize besedila. Uporabili smo tehniko odprtega kodiranja; oblikovali smo kode, podkategorije in kategorije (Vogrinc, 2008). Za lažjo interpretacijo kod (izjav) smo uporabili označbe za posamezne izjave: Udeleženec -> UD; zaporedna številka udeleženca intervjuja -> št.\_1, št.\_2, ...št.\_3, št.\_4, št.\_5, št.\_6, št.\_7, št.\_8.

### **3.4 REZULTATI**

Z analizo empiričnega gradiva smo oblikovali 12 podkategorij in tri kategorije. Na prvo raziskovalno vprašanje »Kako osebe brez doma doživljajo svoje zdravstvene težave?«, odgovorimo s tremi podkategorijami; na drugo raziskovalno vprašanje »Kakšne so izkušnje oseb brez doma, prejemnikov zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah?«, odgovorimo s petimi podkategorijami; na tretje raziskovalno vprašanje »Kakšna je motiviranost oseb brez doma za izboljšanje svojega zdravstvenega stanja?«, odgovorimo s štirimi podkategorijami.

V nadaljevanju našega diplomskega dela predstavljamo odgovore na raziskovalna vprašanja in njihovo interpretacijo na podlagi kategorij in pripadajočih kod (tabela 3).

**Tabela 3: Prikaz kategorij, podkategorij in kod**

Kode	Podkategorije	Kategorije
slabo zdravstveno stanje, dobro počutje, zadovoljstvo s potekom zdravljenja, omejuje možnost zaposlitve, invalidnost, dokaj dobro telesno zdravstveno stanje, omejuje gibanje	samoocena zdravstvenega stanja	zdravstveno stanje oseb brez doma
osteoporozna, slabokrvnost, hernija diska, okužba sečil, rak sečnega mehurja, sladkorna bolezen, nevrogeni mehur, poškodbe možganov kot posledica jemanja prepovedanih drog, golenja razjeda, kronična ledvična odpoved, odvisnost od prepovedanih drog, rak požiralnika, hepatitis	zdravstvene težave	
jemanje protibolečinskih tablet ob močni bolečini, jemanje v skladu z zdravniškim predpisom, odklanjanje zdravil, nekompatibilnost uporabe zdravil z življenjem na cesti, strah pred stranskimi učinki, substitucijsko zdravljenje z metadonom, pomoč zavetišča pri predpisanem jemanju zdravil	medikamentozna terapija	
porazne, slabšanje odnosa, NMP korektna oskrba, stigma v preteklosti, zadovoljen, prijaznost osebja, lep sprejem, idealno, pohvala, pomanjkljiva komunikacija, pozitivni učinki zdravilnega pogovora, enaka zdravstvena oskrba vseh pacientov, zdravstveno osebje brez predsodkov, preobremenjenost medicinskih sester	odnos zdravstvenih delavcev/izkušnje z zdravstvenimi delavci	zdravstvena nega in osebe brez doma
delo po navodilu zdravnika, telo in duša bolnišnice, nepogrešljiv dejavnik zdravstvenega sistema	vloga medicinske sestre	
neuspešnost pri naročanju na specialistični pregled, urejena dostopnost, pro bono ambulantna, urgentna operacija, nedostopnost fizioterapije, zdravstveno zavarovanje, zavrnitev zdravstvene obravnave, hvaležnost za brezplačno zdravstveno oskrbo, ambulantna za neopredeljene, obisk NMP, dostopno patronažno varstvo, pomoč zaposlenih zavetišča	dostopnost medicinske pomoči	
dolgotrajno čakanje, slaba bolnišnična prehrana, gneča, neprimerni prostori	moteči dejavniki zdravstvene oskrbe	
zavetišče, ureditev namestitve, patronažno varstvo	pohospitalna zdravstvena oskrba	
samoodločitev, alkohol, cigarete, popolna abstinenca, delovna terapija, gibanje, hoja, nesmiselnost sprememb, enaka usoda, zadovoljiva samokontrola zdravja, nezadovoljiva samokontrola zdravja, brez želje po spremembi, izguba svobode, neuspešni poskusi, želja po dodatnem znanju, zmanjševanje doze metadona, odtegnitveni sindrom, vera vase	sprememba življenjskega sloga	motiviranost za spremembo življenjskega sloga
samoiniciativna odločitev, delo na sebi, individualna terapija, ustrezen pristop, pogovor, zdravstvena vzgoja, podpora,	vzgibi za spremembo življenjskega sloga	
boljša kakovost spanja, apetit, komunikacija, lepše življenje, povrnitev človekovega dostojanstva, spoznanje o pomenu mentalnega zdravja	počutje po spremembi življenjskega sloga	
odklanjanje nadzora, samostojno odločanje, poznavanje programov, neodločnost, pripisovanje manjšega pomena	pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja	

### 3.4.1 Kategorija 1: Zdravstveno stanje oseb brez doma

V kategorijo Zdravstveno stanje oseb brez doma smo združili podkategorije samoocena zdravstvenega stanja, zdravstvene težave oseb brez doma in morebitno medikamentozno terapijo.

#### *Samoocena zdravstvenega stanja*

Podkategorijo Samoocena zdravstvenega stanja lahko pojasnimo s kodami: slabo zdravstveno stanje, dobro počutje, zadovoljstvo s potekom zdravljenja, omejuje možnost zaposlitve in drugimi (tabela 4).

Slabo zdravstveno stanje: Udeleženec raziskave pojasnjuje, da mu je težko govoriti o svojem zdravstvenem stanju, kar kaže, da se sooča s težavami (UD/št.\_1: *»To je težko zdej govort, ker sem, mislm, slabo je – no.«*).

Invalidnost, omejuje možnost zaposlitve: Težave z zdravjem ima tudi intervjuvanec, ki se sooča s priznano invalidnostjo. Udeleženka zaradi slabšega zdravstvenega stanja čuti omejitve pri zaposlitvi (UD/št.\_6: *»Sem invalid druge kategorije že iz Ukrajine.«* UD/št.\_5: *»Drugač tud glede šihta jih je skoz motlo, k sem se hodla katetrizirat, zato so mi dal tud status invalida, drugač pa socialno vključujem se pa lahko, ne ... Ful jih je motlo na delovnem mestu. Zdej sem nezaposliva, razen če mi bojo šli kej na roko, da se bom lahko socialno vključevala, edin to.«*).

Dobro počutje, zadovoljstvo s potekom zdravljenja: Po izjavah nekaterih udeležencev sklepamo, da je njihovo počutje dobro in da so s svojim zdravstvenim stanjem zadovoljni (UD/št.\_2: *»Dobro, prej sem pil, alkohol pa droga, zdej nula nula, pol leta.«* UD/št.\_3: *»V UKC-ju so me hotel še celo predčasno odpustit, ker je blo celjenje zelo zelo uspešno ... Jaz sem bil že na prvi kontroli. Pro bono ma organiziran to, prva kontrola, da pogledajo, kako se celi, so bili izredno zadovoljni.«* UD/št.\_4: *»Neč mi ne manjka, nije prst, ni ruka ni noga.«*).

Omejuje gibanje, dokaj dobro telesno zdravstveno stanje: Eden izmed udeležencev raziskave navaja ovirano gibanje zaradi težav z nogami in bolečine, istočasno pa izjavi, da je telesno dokaj v redu. Iz tega lahko sklepamo, da so dojemanje fizične oviranosti in bolečine zanj lažje kot duševne težave, ki jih prinaša zasvojenost s prepovedanimi drogami (UD/št.\_7: »... Najprej si morm pa zdej to nogo zrihtat, k je trenutno največja ovira. Tud pr hoji sami me ovira, tko da trenutno kšno delo ne pride glih u poštev. Že tko motorično nism glih tok sposoben, pol so pa zraven še bolečine. ... Telesno dokaj v redu.«).

**Tabela 4: Samoocena zdravstvenega stanja**

Podkategorija	Kode
samoocena zdravstvenega stanja	slabo zdravstveno stanje, dobro počutje, zadovoljstvo s potekom zdravljenja, omejuje možnost zaposlitve, invalidnost, dokaj dobro telesno zdravstveno stanje, omejuje gibanje

#### Zdravstvene težave

Podkategorijo Zdravstvene težave zajemajo kode, kot so osteoporoza, slabokrvnost, hernija diska, okužba sečil, rak sečnega mehurja, sladkorna bolezen, nevrogeni mehur, poškodbe možganov kot posledica jemanja prepovedanih drog, golenja razjeda, kronična ledvična odpoved, odvisnost od prepovedanih drog, rak požiralnika, hepatitis (tabela 5).

Osteoporoza, slabokrvnost: Udeleženec raziskave navaja težave s sklepi in slabokrvnost (UD/št.\_1: »Topijo se mi hrustanci. To je kao osteoporoza, to mam edini, to ni dedno ... Poškodoval sem si nogo, ko sem s kolesom padu in se mi je zdravl pol leta. Sem hodu previjat vsak drugi dan. Ni se mi zacelil nikakor, zato k sem slabokrven.«).

Okužba sečil, rak sečnega mehurja, golenja razjeda: Intervjuvanec je imel zaradi okužbe na sečilih več posegov. Ostala sta mu dva katetra. Drugi intervjuvanec je zaradi odpovedi ledvic postal odvisen od dialize, pestijo ga tudi kronične rane (UD/št.\_3: »Hudo vnetje ledvic in problemi z mehurjem. In je bla ena operacija najprej na levi ledvici, pa desni, pol so ugotovil, da morajo skrajšat poti do mehurja, pol so na mehurju najdl mini tumorček, k se je rodil in ga je bilo treba odstrant. In k so ga odstranl, sem dobu dva katetra za to, to je to.« UD/št.\_6: »Že osem let imam kronične rane na nogah, težave z ledvicami, pred pol leta sem dobil kateter za dializo.«).

Golenja razjeda, hepatitis: Intervjuvanec navaja kronično rano, posledico jemanja prepovedanih drog. V času zdravljenja so mu diagnosticirali hepatitis (UD/št. 7: »Sicer mam na levi goleni odprto rano, na desni se mi je že pozdraula, zdej sem u bistvi en mesec bil v bolnici na infekcijski kliniki. So me tja prpeljal zarad septičnega šoka. Pritisk sm mel ful nizek, krvno sliko zelo slabo. Hemoglobina sem imel namesto okol 120 samo 35. Dobil sem tud precej transfuzij krvi. Nogo so mi pa začel zdraviti z antibiotiki, čeprav so najprej hotel kar amputacijo narditi nad kolenom, ampak sem rekel, če je karkol družga možnost da ne. In so se pol odločil za antibiotike. So rekl, da je treba fejst sodelvat, pa priden bit. Tko da ... Glede na to, da sem pač odvisnik od drog, so zdravniki rekl, da majo slabe izkušnje s podobnimi ljudmi, ker so dobivali obiske in so prnašal razne stvari, kar pa upočasnjuje zdravljenje takih ran. Jst sm imel okužbo že tok globoko, da je do kosti pršlo, so bli sam dnevi vprašanje, tud neko bakterijo sem zraven dubu, k se baje rada prime na srčno zaklopko in so bli ful zaskrbljeni, d ne bi pršlo, ampak se je pol vse rešil. ... še tko so me na splošno pregledal, so vidl, da sem pozitiven na hepatitis.«).

Nevrogeni mehur, poškodbe možganov kot posledica jemanja prepovedanih drog: Intervjuvanka navaja težave z mehurjem, ki izhajajo že iz otroštva. Dodatno trpi za posledicami jemanja prepovedanih drog (UD/št. 5: »Mam nevrogeni prizadet mehur, trikrat na dan se samokatetriziram. In pol mam lahko raznorazna vnetja, uroinfekt, ampak jst sem se že navadla, jst drugač ne morem it na wc ... Jst mam edin poškodbe, k sem si jih sama nardila na možganih. Včasih sem mela odvisnost od prepovedanih teh ... substanc. Dons pa nimam nobene druge odvisnosti razn kave pa cigaret.«).

Sladkorna bolezen: Intervjuvanec navaja sladkorno bolezen kot svojo zdravstveno težavo (UD/št. 4: »Ja, sladkorno, ugotovili so že nazaj enih sedam godina, osam, v okviru pro bono ambulante.«).

Rak požiralnika: Udeleženec raziskave navaja, da je bil rak požiralnika pred tremi leti razlog za operativni poseg (UD/št. 7: »Rak. Operiran sem bil na požiralniku in sapniku tri leta nazaj.«).

**Tabela 5: Zdravstvene težave**

Podkategorija	Kode
zdravstvene težave	osteoporoza, slabokrvnost, hernija diska, okužba sečil, rak sečnega mehurja, sladkorna bolezen, nevrogeni mehur, poškodbe možganov kot posledica jemanja prepovedanih drog, golenja razjeda, kronična ledvična odpoved, odvisnost od prepovedanih drog, rak požiralnika, hepatitis

### *Medikamentozna terapija*

V sklopu prvega raziskovalnega vprašanja smo oblikovali podkategorijo Medikamentozna terapija. Razložimo jo lahko s sledečimi kodami: jemanje protibolečinskih tablet ob močni bolečini, jemanje v skladu z zdravniškim predpisom, odklanjanje zdravil, nekompatibilnost uporabe zdravil z življenjem na cesti, strah pred stranskimi učinki, substitucijsko zdravljenje z metadonom, pomoč uslužbencev zavetišča pri predpisanem jemanju zdravil (tabela 6).

Jemanje protibolečinskih tablet: Ko ga bolijo kolena, udeleženec raziskave vzame ketonal ali lekadol, drugih zdravil ne jemlje. Drugi intervjuvanec jemlje analgin po predpisu. Opioidnih analgetikov zaradi izkušnje odvisnosti od prepovedanih drog ne želi konzumirati (UD/št.\_1: *»Tablete jst vzamem sam zarad kolena, če me fajn boli. Zmerom mam ketonal pa lekadol, to je vse.«* UD/št.\_2: *»Ja, zdej v enem mesecu, ko čakam na operacijo, imam pa te analgine, najmočnejše 500 mg, samo to je zame bombon, ne pomaga. Tko da sem pršu že na eno tablo na dan, to je pa velik, velik preveč ...«* Ste zdravnici povedali koliko jemljete? *»Ja, in zdej je rekla, če hočem tramale. Jaz tega ne maram, ker vem, kaj je to. Vem, kaj je tramal in ne maram. Raje zdržim in tud te analgine ne jem več tolik. Zdravnica mi je povedala, da lahko največ 3 na dan, zjutraj, pol po kosilu in zvečer, po enga. Tolk zdej vzamem.«*).

Odklanjanje zdravil, nekompatibilnost uporabe zdravil z življenjem na cesti: Intervjuvana oseba brez doma odklanja zdravila v prepričanju, da povzročajo večjo škodo kot korist. Prav tako opozarja na nekompatibilnost življenja na cesti in uporabo zdravil, ki zahtevajo posebne pogoje hrambe, kot je hladilnik. Ker mu sladkorna bolezen v tem trenutku ne predstavlja ovire, se mu kakršnakoli sprememba zdi nesmiselna. Za iskanje ustrezne rešitve v sklopu zavetišča ni zainteresiran.



Navaja tudi, da bi se v primeru rešenega stanovanjskega problema odločil za zdravljenje (UD/št.\_4: »Dobivam ja zdravila, ja mogu zdravila uzet sad, samo sem si rekao, dok moram zdržati ovako, neču zdravila. Jer jesti nenormalno i piti tablete nenormalno, da bi se ponašao normalno, ne morem. Eno i drugo ne more. Skupno ne more. Ja mogu, da uspem, samo nočem imati jedno i drugo i tretje. Ako pijem, ne smem tablet, ako jedem, treba mi tablet, ako se prejedem ili prebašem opet ni u redu. Kamo got krenem, nima šanse za mene, ne, nego sam sebe vem, kaj. Imam šečer 30, 35, jaz nikakvih problema nemam ... Zdravstvo je zdravstvo. Zdravstvo lječi eno, a drugo uničava. To se pravi, jaz se nočem tabletama filati, da uničavam nešto drugo. Meni paše što mi paše, se koristim. Če mi ne paše, neču se koristit ... Trebao sam biti na inzulinu, zdravnik je povedao, ne moreš imati inzulina, ko nimaš stanovanja, nimaš frižiderja, nemaš zamrzovalnika, kje bi pustio inzulin. Ne more na zunanji temperaturi bit. Eno, dva, tri puta sam se piknio sam ... mislim prvu dozu 120 komada tableta enih, 60 drugih. In to sam pio. Še eno dozo sam izpio in rekao sam, ne ide mi to ... Piti pivo ili vino i tablete i jesti, najesti se ... pač sam poču. Da počem ko dinamit, to ne ide. Sem rekao, ruke dižem ... in to je to.)

Niste pomislili, da bi si toliko omejili svojo svobodo, da bi prišli v zavetišče? Tu bi lahko imeli inzulin v hladilniku (»Ne, jer življenje, ako omejiš, onda se moraš držat neke meje. To je tista zadeva. Da imam kakšno stanovanje, da imam kakšno bivanje, ja bi sebi nabavio i aparat i kontrolirao i sve ... ovako, svejedno mi je, umro danas, bolje danas nego sutra.«).

Substitucijsko zdravljenje z metadonom, pomoč uslužbencev zavetišča pri predpisanem jemanju zdravil: Več udeležencev raziskave je vključenih v substitucijsko terapijo. Pri tem jim je v pomoč osebje zavetišča, ki jim je na voljo tudi pri jemanju zdravil po predpisu zdravnika (UD/št.\_6: »V preteklosti sem uživao narkotike, sedaj hodim na Metelkovo po metadon, sem zmanjšal na 70 mg.« UD/št.\_7: »Zdej za domov sem dobio dve vrsti antibiotika, jest moram še tablete za želodec, ker so ti antibiotiki tok močni, pa to je to. Mam še pač tablete za spanje, pa zraven pijem še metadon zarad odvisnosti. Do zdej so me vsako jutro peljali na Metelkovo v ambulanto. Najprej so mi pa dal še, k je bil glih petek popoldne, so mi pa dal za vikend pol še za sabo, d nisem meu problemov, so bli še tok korektni, so še to poskrbel. Antibiotike sem dal njim tukej v zavetišču v shrambo, pač

na uro pridem, pa mi dajo. Ker en antibiotik mam na 8, en pa na 12 ur. Vse tablete jemljem po navodilih.« UD/št. 8: »To morm. Vsako jutro vprašajo, če sm zdravila vzela ... Sm.«).

**Tabela 6: Medikamentozna terapija**

Podkategorija	Kode
medikamentozna terapija	jemanje protibolečinskih tablet ob močni bolečini, jemanje v skladu z zdravniškim predpisom, odklanjanje zdravil, nekompatibilnost uporabe zdravil z življenjem na cesti, strah pred stranskimi učinki, substitucijsko zdravljenje z metadonom, pomoč uslužbencev zavetišča pri predpisanem jemanju zdravil

### 3.4.2 Kategorija 2: Zdravstvena nega in osebe brez doma

V kategorijo Zdravstvena nega in osebe brez doma smo združili podkategorije odnos zdravstvenih delavcev do oseb brez doma/izkušnje z zdravstvenimi delavci, vloga medicinske sestre, dostopnost medicinske pomoči, moteči dejavniki zdravstvene oskrbe in pohospitalna zdravstvena oskrba (tabela 3).

#### *Odnos zdravstvenih delavcev/izkušnje z zdravstvenimi delavci*

Podkategorijo Odnos zdravstvenih delavcev/izkušnje z zdravstvenimi delavci lahko pojasnimo s kodami: porazne, slabšanje odnosa, NMP korektna oskrba, NMP slaba izkušnja v preteklosti, zadovoljen, prijaznost osebja, lep sprejem, idealno, pohvala, pomanjkljiva komunikacija, pozitivni učinki zdravnega pogovora, enaka zdravstvena oskrba vseh pacientov, zdravstveno osebje brez predsodkov, preobremenjenost medicinskih sester (tabela 7).

Porazne, slabšanje odnosa: Intervjuvana oseba brez doma z odnosom zdravstvenih delavcev ni zadovoljna, občutek ima, da je le-ta odraz slabe družbene klime (UD/št. 1: »Porazne. Čist porazne. Prej, ko sem bil na cesti, je bilo velik boljše, sedaj so ljudje čedalje bolj živčni, tud dohtarji. Ne dajo tist, kar bi mogl ... V bistvu, porazno je. Pa tud moja dohtarca se je začela obnašat čist drugač, kot se je prej, mislm, čedalje slabš je. V začetku je blo v redu, ko sem k njej hodil, ni blo nubene gužve, ni blo nič, lahk si pršu, kadar si hotu, zdej pa mi je rekla, če nism zadovoljen, lahk grem drugam. Lahk zamudiš sam pet

*minut, pa morš potem čist do konca čakati ... Ma ja, pa tud obnašanje. Vsi so bolj arogantni, sestre, dohtarca, pa me ma že 20 let. Dobr me pozna, mislm da se je vse spremenil, obnašanje, ta odnos do pacientov. Mislm, da so tud oni na trnih, živčni, nervozni. Kamorkoli greš, je treba na kolenih skoraj prositi al pa ti sploh ne ustrežejo. Čedalje manj so prjazni za moje pojme, pa nisem nekaj gobezdal, da bi ne vem kaj velik govoru. Mislm, da se jim fučka za nas, navadne smrtnike. Nimajo tistga dostopa, kot so ga imeli včasih«).*

*Kaj pa na nujni medicinski pomoči, ko ste padli s kolesom? (»Ja nč, čaku sem, dokler me niso notr u kirurško vzeli. Pa to je blo šter, pet ur. Oskrbel so me, dobr saj to je njihov poklic.«).*

Zadovoljen, prijaznost osebja, lep sprejem, idealno, pohvala, preobremenjenost medicinskih sester: Intervjuvane osebe brez doma navajajo izraze zadovoljstva, opisujejo prijaznost osebja, lep sprejem, idealno počutje, izraze pohvale, kar v veliki meri kaže na pozitiven odnos zdravstvenih delavcev do njih. Eden izmed intervjuvancev poleg pohvale opozarja na preobremenjenost medicinskih sester (UD/št. 2: *»Jst morm rečt, da imam kar srečo, kokr poslušam od drugih, da mam svojo zdravnico, sem z njo zelo zadovoljen. In ortoped je tud prijazen, tko da če bi rekel kar kol proti, bi lagal. Tudi medicinske sestre, sem bil lepo sprejet ... Nikoli nisem imel težav, nikol, d bi bil kšn problem, tudi še prej, k sem bil na metadonu, mogoče zato, ker sem bil zmerej miren.«* UD/št. 3: *»Idealno, nimaš kaj, edino se moraš privadit na dietno hrano. Jst osebno nisem smel nobenih maščob, nobenga cukra in tko naprej. To je bilo idealno, vse skupej bi pohvalu, vse sestre in zdravnike. Jst nisem nč pričakoval in sem bil presenečen, kok se trudjo, kok so prjazne, odziv njihov do mene je bil še lepši, ker jst ne znam drugač. Seveda, tudi s tem sm izredno zadovoljen. (patronažno varstvo) Mogoče ne kažem ...«* UD/št. 5: *»So prjazne. Zmeri so prjazni z mano. Zmeri me lepo sprejmejo in vse. Nimam slabih izkušenj.«* UD/št. 6: *»Že prvič, ko sem bil v bolnišnici, so se zdravnica in medicinske sestre veliko pogovarjale z menoj. Že zaradi teh pogovorov sem se bolje počutil. Tudi na urgenci so bili prijazni. Naredili so mi vse preiskave, ki jih v Ukrajini nisem nikoli dobil. Hvala Slovenija, hvala Evropa! Prijazni so do mene. V Ukrajini bi že umrl. Moja žena je tam umrla. Prvič sem bil v bolnici dva meseca, nato sem prišel julija lani živet v zavetišče. Trikrat na teden mi*

*je patronažni zdravstvenik hodil previjati noge. Zadovoljen sem bil z njegovim delom, ker so se mi rane dobro celile.« UD/št.\_8: »Nimam nič slabga proti njim (ORL), odnos do pacienta majno čist drugačen kakor bilo kje po operaciji, tud na intenzivni negi, edin obiski so mi manjkali. Sem bil priklopljen in tko ... Sej pravm, tok lepega obnašanja, tolk lepega odnosa nisem še v življenju doživel. Pol, zatem sem šou še na obsevanje, tud enkratno. Izredno hitr so pršli, začuda. (NMP) Povedou sem, kaj mi je, takoj kisik. Izredno vljudni. (druga klinika) To je letanje. To je tok pacientov, premal placa ... Medicinske sestre so obremenjene ..., vsaj na tem oddelku. To je samo letanje, pa vse. Komej enga postreže, mora letet h drugmu. Dobil sem use, kar sem rabu.«).*

Pomanjkljiva komunikacija, pohvala: Intervjuvana oseba brez doma navaja neprijetno dolgo čakanje po odvzetem vzorcu krvi. To verjetno kaže na gnečo in pomanjkanje osebja v urgentnem centru, čeprav se trudijo, da bi vsem obiskovalcem zagotovili optimalno obveščenoost o poteku njihovega zdravljenja. Ista oseba v nadaljevanju intervjuja pohvali odnos medicinskega osebja (UD/št.\_4: *»Ja na urgencu. Izvade mi kri, treba bo počakati eno uro, eno uro pa pou, pa vam povem ... Od pol desetih do dve ure popodne nisu mi hotli ni povedati, kva se gre, zakva se gre. U dva sata popodne pravi, vi imate sladkornu. Pravi, prvo vam moramo skiniti sladkor, pa onda na operacijo. Tamo (UKC) je bilo super. Sestre medicinske, zdravnik, prijazni. Uvijek se dešavalo, da je u redu ...«).*

NMP korektna oskrba, prijaznost osebja, stigma v preteklosti: Udeleženec raziskave je opisal nasprotno izkušnjo, ko je zdravstveno obravnavo pred dvema letoma v primerjavi z zadnjo, pred dvema mesecema, označil kot noč in dan. Slaba izkušnja izpred dveh let je poleg njegove lastnosti, da v življenju odlašala do zadnjega, po njegovih besedah botrovala temu, da se ni prej odločil za obisk zdravnika. Zaradi odlašanja bi zaradi sepse skoraj izgubil življenje (UD/št.\_7: *»Tist dan, ko so me prpeljali, pač sm bil ceu dan ful slab, slabo sem se počutu. Bil sem tukej v okolici, nisem mogu velik hoditi. Potem sem pa zvečer okol enajste ure nekje dobesečno obležal, nism mogu nič. Prišel je varnostnik, ki pač varuje tisto območje, sem ga prosu, če me vsaj do zjutrej pusti. Ker je tud dež padou, sm bil premočen in itak me ni smel pustiti, je rekel, da bo polcijo poklicou, pol so pa polcaji poklical rešilca in so me odpeljali. So pa tud rekl, da če ne bi takrat pršu zvečer, do zjutrej ne bi preživu ... Men se je zdelo s strani reševalcev glih tok, aha, poklical so nas, zdej ga*

pa naložmo, pa ga bojo že drugi naprej. Ni važno ... to je pač njihovo delo in morjo ... so bli ... ne morem reč, da so bli nesramni al pa karkol, tud ne morem jim zamert, noga ni glih dišala, pač okužba, pa gnoj pa vse to skupi, ampak so nardil svoje delo tko, kot je treba. Korektno. Čist u redu, nimam nč za rečt ... Ampak, če se že sam zavoham, d zaudarjam, nism bil stuširan redno, tist čas sem se precej zapustu, kako bi reku, zgubu sem voljo do življenja, lih tok, d sem iz dneva v dan, ampak nisem sam nč, ampak bi mogu. Najprej na urgenco, pol pa ... Moram rečt, da sem enkrat že 2018, ne, pardon, 2021 sem sam poklical rešilca. Zarad istega problema sem imel v nogi take bolečine, da nisem mogel hodt. In isto, rešilec je pršu, odnos je bil isti, ampak če pa primerjam odnos na urgenci takrat pa zdej – kot noč pa dan. Ko sem povedal, da sem brezdomec pa odvisnik, je ku bi ... Najprej je blo vse v redu, pol pa ku da bi obrnu list v knjigi, ku da sm ta zadnji tam. Na hitr so, ko so videl nogo, so rekl, lej, sej to je stara zadeva, zakaj zdej hodš. In na koncu noga sploh ni bila problem, čeprav je bila rana prbližno 30 x 15 cm velka. Jih to sploh ni več zanimal, ampak so mi po krvni sliki videl, da mam premal železa. So mi to porihtal in me poslal nazaj na cesto. So rekl, rano previjej in adijo. Zdej, ko sem pa pršu, se prau dober mesec pa pou nazaj, je bla pa čist druga zgodba; takoj preiskave nardil, ni da ni, nimam kej rečt, ful prjazni, k so vidli, kakšne mam probleme s tem pritiskom pa krvjo, so me takoj sprejel v bolnco. Poleg rane so mi vse, komplet so me porihtal in ta prtisk so mi zrihtal. Še tko so me na splošno pregledal, so vidl, da sem pozitiven na hepatitis, so mi še to določil za zdravljenje. Na ultrazvoku so videl, da mam na želodcu neko tvorbo. So mi še to zrihtal. Poskrbel so, ko so me odpustl, da mam kje za spat. So oni kontaktiral zavetišče, so mi oni zrihtal vse. Tud poskrbel so, recimo, k sem brez osebne izkaznce, da sem tud zdravila dobil za naprej, za zdravljenje, antibiotike, nimam kej rečt. Tako sestre kot zdravniki ... so me prpeljal sem, so poskrbel ... Še obleko so mi zrihtal, ko nism mel svojega nč. Res so nardil čist vse, kar so lahko. Tud k sem ležal v bolnici, so sestre ful lepo z mano delale. Tud so vedl vsi, da sem odvisnik, brezdomec, niso nobenih razlik delal. Imel sem sobo za dva. Kokr sm vidu, so bli starejši ljudje s precej hudimi boleznimi, ampak so me isto tretiral, kot da sem normalen človk.).

Je to kaj vplivalo na vas, da ste dobili nazaj voljo do življenja? (Ja, zelo. Ker takrat, recimo, ne bom pozabu. Prvič ko sem šou, k je zdravnik najprej, k je pršu notr, je pogledu pa je reku, kaj ste se pa vi spomu, da vas boli. In mi je že ta vprašanje, mi je blo jasno,

da kej velik ne bojo nardil.).

Ste vmes še kdaj iskali zdravniško pomoč? (*Ne nisem, čeprou bi včasih mogu. K sem se včasih že tok slabo počutu, d nism nč mogu, ampak ta moja trma, da do zadnjga čakati, ampak zdej je blo res že skor prepozn ... Ampak zarad tiste prve izkušnje sem tok slab vtis dobu, da tud zarad tega nism. Mogoče me bojo nazaj poslal, kaj čem, previjam si lahko tud sam tako rekoč ...«*).

**Tabela 7: Odnos zdravstvenih delavcev/izkušnje z zdravstvenimi delavci**

Podkategorija	Kode
odnos zdravstvenih delavcev/izkušnje z zdravstvenimi delavci	porazne, slabšanje odnosa, NMP korektna oskrba, stigma v preteklosti, zadovoljen, prijaznost osebja, lep sprejem, idealno, pohvala, pomanjkljiva komunikacija, pozitivni učinki zdravilnega pogovora, enaka zdravstvena oskrba vseh pacientov, zdravstveno osebje brez predsodkov, preobremenjenost medicinskih sester

#### *Vloga medicinske sestre*

Vlogo medicinske sestre opišemo s kodami: delo po navodilu zdravnika, telo in duša bolnišnice, nepogrešljiv dejavnik zdravstvenega sistema (tabela 8).

Delo po navodilu zdravnika: Intervjuvana oseba brez doma vidi medicinsko sestro v senci zdravnika, ki je glavni odločevalec (UD/št. \_1: *»Ona nima nobene besede. Odvije, pokliče dohtarco, da pogleda in odloč. Nardi, kar ji naroči dohtarca. Pač nardi svoj del.«*).

Telo in duša bolnišnice, nepogrešljiv dejavnik zdravstvenega sistema: Udeleženec raziskave oceni medicinsko sestro kot nepogrešljiv dejavnik zdravstvenega sistema, kot tistega, ki s svojim stikom, časovno prisotnostjo ob pacientu predstavlja telo in dušo neke bolnišnice (UD/št. \_7: *»Medicinska sestra je, hm, ku bi se izrazu, duša in telo vsake bolnice. Brez njih bi blo delo nemogoče, njihovo delo je ful težko, sem zdej opazu, kaj morjo vse prenašat, kaj morjo vse delat. Tud včasih je bil primer, lih za vikend enkrat, so mogle delat ud šestih ali sedmih zjutrej pa du večera, in namest pet so ble tri. In so vse nas mogle preoblečt, cel nadstropje preoblečt, umit, zajtrk za raztalat, zdravila, ni da ni. Je njihovo delo ful težko, sej pravm, če bi rekl, d so zdravniki možgani, so one telo in duša tega.«*).

**Tabela 8: Vloga medicinske sestre**

Podkategorija	Kode
vloga medicinske sestre	delo po navodilu zdravnika, telo in duša bolnišnice, nepogrešljiv dejavnik zdravstvenega sistema

*Dostopnost medicinske pomoči*

Podkategorijo Dostopnost medicinske pomoči pojasnimo s kodami: neuspešnost pri naročanju na specialistični pregled, urejena dostopnost, pro bono ambulanta, urgentna operacija, nedostopnost fizioterapije, zdravstveno zavarovanje, zavrnitev zdravstvene obravnave, hvaležnost za brezplačno zdravstveno oskrbo, ambulanta za neopredeljene, obisk NMP, dostopno patronažno varstvo, pomoč zaposlenih zavetišča (tabela 9).

Neuspešnost pri naročanju na specialistični pregled: Udeleženec raziskave po pridobljeni napotitvi na specialistični pregled s strani svoje osebne zdravnice ni uspel realizirati obiska. Prepreko mu je predstavljalo naročilo na pregled (UD/št. \_1: *»Jst bi mogu dobit še psihiatra pa ortopeda.«*).

Ste prosili za napotnico? (*»Ja, sej sem mel že napotnice, pa ne dobim nikjer. Sem jst naprej ... sam ne dobiš nikjer. Enkrat so na dopustu, enkrat je to, enkrat je to. Pokličte čez en teden, pokličte ...«*).

Urejena dostopnost, hvaležnost za brezplačno zdravstveno oskrbo, ambulanta za neopredeljene, pomoč zaposlenih zavetišča: Intervjuvane brezdomne osebe navajajo urejeno dostopnost do zdravstvenih storitev. V zavetišču spremljajo nastanjene brezdomne osebe in jih, ko presodijo, da je potrebno, spodbudijo k obisku zdravnika (UD/št. \_2: *»Ja, kar redno hodm zdej k svoji zdravnici in h ortopedu, tok da rešim to, čakam operacijo.«* UD/št. \_5: *»Moja zdravnica je šla v pokoj, zato mam ambulanto za neopredeljene. To dobim na recept, sem upravičena, ne rabm plačvat. To ni problem, dobim recept. Zdej k sem mela uroinfekt, sem antibiotike dobila koj ... To zdej moja mami rihta, ampak jst morm pa poklicat en dan, takrat ko oni delajo, da bom dobila to, kar rabim. Urgenco sem rabila samo takrat, k mam vnetje sečil, zato da mi predpiše ..., d ne pride do sepse, ker lahko pride do sepse, ker najprej ti grejo bakterije, k so u urinu, te bakterije ti lahko grejo u kri. Iz urina ti grejo lahko u kri, po telesu se lahko razširjo. Pol*

pa je lahko nevarno. Samo morm prej ukrepat. Jst svoje telo že tok dobr poznam, da vem, da je neki narobe. Takrat ko začutm, da je neki narobe, grem takoj na urgenco.« UD/št.\_6: »Imam začasno zaščito, jaz v bolnici nič ne plačam. Tudi na Metelkovi sem v stiku z zdravnikom. Če potrebujem zdravila, prevoze, grem do zdravnice na Metelkovo in jih dobim brez doplačila.« UD/št.\_7: »S pomočjo zavetišča sem dobil svojo osebno zdravnico, se dogovarjamo tudi za patronažo, previjanje.« UD/št.\_8: »Nimam osebnega zdravnika, pa so mi pri Humano zrihtal. Če rabm, pokličem jst al pa uni. (zavetišče) Ampak jst rajš vidm, da uni pokličejo. Ker je X. zdej odgovorna za to, če kaj rabm, ji povem, una naroči in hitrejš pridem na vrsto, kt če bi sam klicou ... Tud je prišla patronažna, pa kanal sm imel in mi je morala spucat enkrat na teden najmanj, istočasno mi je zdravila prnesla, tok da men ni blo treba nikamor. U redu, tud k vidjo (zaposleni zavetišča), da je nujn zdravnika, ti zrihtajo. Če bi bil sam na cest, še pomislu ne bi na zdravnika.«).

Pro bono ambulanta, urgentna operacija, nedostopnost fizioterapije, zdravstveno zavarovanje, zavrnitev zdravstvene obravnave: Intervjuvane osebe brez doma in brez zdravstvenega zavarovanja dostopajo do medicinske pomoči preko pro bono ambulante in ambulant nujne medicinske pomoči. V sklopu javnega zdravstvenega sistema so ob prisotnosti bolečine že doživeli zavrnitev zaradi plačilne nesposobnosti. Svetovali so jim ponoven obisk naslednji dan, ko so bili brezplačno obravnavani v sklopu nujne medicinske pomoči. Rehabilitacijski programi, kot npr. fizioterapija, jim zaradi nezavarovanosti niso dosegljivi (UD/št.\_3: »Prvič k sm šou, k je blo že zelo nevarno, smo šli h urologu in urolog je dal mnenje. Najprej je predlagal hišni tretma z močnimi antibiotiki, 10 tablet 10 dni oziroma, ja, 20 tablet 10 dni, 2 tableti na dan. Kasnej slabši antibiotik, ne, ampak jst sm že pr devetem, je že blo hudo, sm mel že kontrareakcijo antibiotika, k so bli premočni in tist moment so me odpeljal v UKC na operacijo in bil takrat urgentno operiran. To je to ... Jst fizioterapeuta nism vidu, ker fizioterapija pa UKC majo pogodbo, fizioterapija izredn zaračuna UKC-ju, UKC je pa reku jst nimam dnarja, ne ... nimam interesa. Fizioterapije nism bil deležen, ker nimam zavarovanja, to pa itak. Prek pro bono, tuki so tri stranke, k se niso mogle dogovorit: UKC, recimo fizioterapija kot zunanji kooperant sodelavca UKC-ja pa moj delodajalec. Z njim mam 100 procentno podporo finančno, karkoli. Že ta patronaža, k jo imamo prek pro bonota,



*oziroma zavetišče ma patronažo, vsak petek pride fant pa mi zamena obliže pa vse to ... ne.« UD/št.\_4: »Skoz sem ja tam, jer trenutno nemam pravice do lječnika. Ja se samo oglasim tamo al pa pokliče X. ali Y. (iz zavetišča) ... Tone (psevdonim), jaz vem broj kartona, sem zapamtio prvi dan ... Imala je ena sestra, ena sestra je bila tolko huda prema meni, ali pokojni doktor X. je bio, mi je povedao, Tone, vse boš dobio, jest ti garancijo dajem, jer doktor je doktor, pusti ti sestre, je rekao ... Štagod sam trebao i sam tražio, sve sam dobio. ... In u nedelju me zbolelo in sam mislio, to bo nehalo, drugi dan še hujše, treći dan še hujše, četrti dan idem na pro bono, zdravnika nema, na dopustu, odsoten. Peti dan boli me, šesti dan ... Bolelo me je, ali je kila al ... In grem na Metelkovu, pravi, morate plaćat. Od kje plaćat ... nimam zdravstvenoga, nemam neč, nemam ... Pravi, jutro pridte, pa bova brezplačno pogledala, pa bova ... naprej bomo dali. Ja, drugi dan pridem k zdravnici, pravi, urgencia takoj.«).*

**Tabela 9: Dostopnost medicinske pomoči**

Podkategorija	Kode
dostopnost medicinske pomoči	neuspešnost pri naročanju na specialistični pregled, urejena dostopnost, pro bono ambulanta, urgentna operacija, nedostopnost fizioterapije, zdravstveno zavarovanje, zavrnitev zdravstvene obravnave, hvaležnost za brezplačno zdravstveno oskrbo, ambulanta za neopredeljene, obisk NMP, dostopno patronažno varstvo, pomoč zaposlenih zavetišča

#### *Moteči dejavniki zdravstvene oskrbe*

Podkategorijo Moteči dejavniki zdravstvene oskrbe razložimo z naslednjimi kodami: dolgotrajno čakanje, slaba bolnišnična prehrana, gneča, neprimerni prostori (tabela 10).

Dolgotrajno čakanje: Udeleženca raziskave moti dolgotrajno čakanje na zdravstveno obravnavo, kar kaže na dejstvo, da tudi če ima dovolj časa, mu ta še vedno predstavlja vrednoto. Čakanje v negotovosti je neprijetno, ob poznavanju zakonitosti triažnega sistema lahko postane znosnejše (UD/št.\_1: *»Čakalne vrste so, saj sami veste, se čaka po šter, pet ur, če nis naročen.«*).

Dolgotrajno čakanje, slaba bolnišnična prehrana, gneča, neprimerni prostori: Naslednji udeleženec raziskave poleg čakanja kot moteče dejavnike zdravstvene oskrbe navaja še gnečo, neprimerne prostore in slabo bolnišnično prehrano (UD/št.\_8: *»Edin, edina pripomba je v tem, da je hrana slaba. Čakaš na urgenci, pol te dajo not u uno sobico, pol*

na zdravnika čakaš, pride v dveh minutah, ja na rentgen takoj, greš na rentgen, uro pa pou čakaš. Ne od kisika odklopt, spau sm zraven stene s priklopom. In to na hodniku, šest nas je blo na hodniku. In tam so hodl, k je urgenca. In z vozički in reševalci z unimi, pa z električnimi vozički, ne moreš spat, ne ... Za X (bolnišnico) nimam nobene pohvale, to je res. Vem, da je zdravstvo tam, kjer je, ampak taka gneča, pa taki prostori, pa takšni pogoji, je lohk sram slovenskemu zdravstvu. Klinični center, najhujša čakalna doba, v bistvu v vsaki bolnišnici, punce na X so preobremenjene, čeprav so pridne, vljudne. Ampak včasih tud njim pride do sem.«).

**Tabela 10: Moteči dejavniki zdravstvene oskrbe**

Podkategorija	Kode
moteči dejavniki zdravstvene oskrbe	dolgotrajno čakanje, slaba bolnišnična prehrana, gneča, neprimerni prostori

#### *Pohospitalna zdravstvena oskrba*

Podkategorijo Pohospitalna zdravstvena oskrba lahko pojasnimo z naslednjimi kodami: zavetišče, ureditev namestitve, patronažno varstvo (tabela 11).

Zavetišče, ureditev namestitve, patronažno varstvo: Trije udeleženci raziskave so po zaključeni hospitalizaciji na podlagi dogovora med bolnišnico in zavetiščem prišli živeti v zavetišče, kjer so jim poleg ustreznega bivanja uredili tudi patronažno varstvo (UD/št.\_6: »Prvič sem bil v bolnici dva meseca, nato sem prišel julija lani živeti v zavetišče. Trikrat na teden mi je patronažni zdravstvenik hodil previjati noge.« UD/št.\_7: »Poskrbel so (UKC), ko so me odpustili, da mam kje za spat. So oni kontaktirali zavetišče, so mi oni zrihtali vse.« UD/št.\_3: »In jst sem v bistvu zelo uspešno zdravljenje mel po operaciji. Tako d so lahko oni iskali, kam bi me dali, ker njim je v interesu, da majo paciente. Na koncu je vizita povedala, da sm 98 %, da sm začel že normalno hoditi, edino noge so ble zelo oslabele, da sm zaležan bil. Potrebna je bila fizioterapija, hoja in tako naprej. Pol smo se zmenili, so se z njimi, z zavetiščem, ker je to najcenejša varianta. Mene ni niti motilo, se prilagodiš, men je sam blo važn, da mam te pavze, ker sm v tem programu zavetišča, da jst lahko grem vsaj dvakrat na dan na hojo. Jst moram velik hoditi, hoditi, hoditi, da dobim moč, ker to je blo oslabele vse. Že ta patronaža, k jo imamo prek pro bono, oziroma zavetišče ma patronažo, vsak petek pride fant, pa mi zamena obliže

pa vse to ... Prihaja enkrat na teden pa zamenja vrečke, tako da je higiensko urejeno, d ni teh težav.«).

**Tabela 11: Pohospitalna zdravstvena oskrba**

Podkategorija	Kode
pohospitalna zdravstvena oskrba	zavetišče, ureditev namestitve, patronažno varstvo

### 3.4.3 Kategorija 3: Motiviranost za spremembo življenjskega sloga

V kategorijo Motiviranost za spremembo življenjskega sloga smo združili podkategorije: sprememba življenjskega sloga, vzgibi za spremembo življenjskega sloga, počutje po spremembi življenjskega sloga in pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja (tabela 3).

#### *Sprememba življenjskega sloga*

Podkategorijo Sprememba življenjskega sloga lahko pojasnimo s kodami: samoodločitev, alkohol, cigarete, popolna abstinenca, delovna terapija, gibanje, hoja, nesmiselnost sprememb, enaka usoda, zadovoljiva samokontrola zdravja, nezadovoljiva samokontrola zdravja brez želje po spremembi, izguba svobode, neuspešni poskusi, želja po dodatnem znanju, zmanjševanje doze metadona, odtegnitveni sindrom, vera vase, osebna higiena in uravnotežena prehrana (tabela 12).

Samoodločitev, alkohol, cigarete: Intervjuvana oseba brez doma izjavlja, da je on kot posameznik tisti, ki lahko nekaj spremeni, kar kaže na to, da se zaveda osebne odgovornosti za svoje zdravje (UD/št.\_1: *»Ja, kva pa naj spremenim? Če sem enkrat bolan, jaz ne morem dejansko nič spremenit. Svojega zdravstvenega stanje ne morem nič spremenit glede mojga hrustanca, za kar sem v penziji, ampak kar se pa ostalga tiče, pa jst lahk spremenim, kar se tiče alkohola, cigaret. To lahk vsak človek spremeni, saj to je tvoj da, tvoj ne je tvoje ne ... Ja, moraš se mau spremenit, ker če hočeš še kak dan ... Ne bom rekel, da je življenje lih lahek, ampak ne bom pa tud jamral.«).*

Popolna abstinenca, delovna terapija: Udeleženec raziskave opisuje, da se je trdno v sebi odločil za spremembo življenjskega sloga. Kot pozitivno dejstvo navaja obveznost, ki jo ima do zavetišča, delovno terapijo, ki jih družijo v skupnih prostorih zavetišča vsako dopoldne in popoldne (UD/št. 2: *»Ja, popolnoma abstiniram dobre pol leta ... Nočem v roke prijet, pa bi lahko, verjemte. Izogibam se sploh. Sem hodim, da mam neko obveznost, pa zamotm se mal.«*).

Gibanje, hoja: Intervjuvana oseba brez doma vsak dan poskrbi za zadostno gibanje, kar kaže na to, da se zaveda pomena lastne aktivnosti pri rehabilitaciji in ohranjanju zdravja (UD/št. 3: *»Skrbim za moje zdravstveno stanje, tukej ni minusov zaenkrat, ja, so mjčken minusi, en drug bi reku, ja, kva bi rad. Hodm ven ogromn, dopoldne vsaj en krog, popoldne pa po deset kilometrov ... Dobil sem navodila od zdravnika, da se gibam, oziroma jst sm si reku, ne morem u zavetišče prit in pričakvat, d me bojo dve krasne lepe sestrce pelale na sprehod, pa me držale pod roko, d ne padem. Sm bil že prej navajen poskrbet zase, zdrava pamet ..., ne, kmečka bi reku, ne ...«*).

Nesmiselnost sprememb, enaka usoda, zadovoljiva samokontrola zdravja, nezadovoljiva samokontrola zdravja, brez želje po spremembi, izguba svobode: Udeleženec raziskave v spremembi življenjskega sloga ne vidi smisla, saj naj bi vsakega slehernika doletela enaka usoda. Zaveda se, da ni na najboljši poti, vendar čuti, da bi bila s spremembo kratena njegova osebna svoboda, edino bogastvo, ki ga ima. Njegovo izpoved lahko razumemo kot pričevanje globoke razočaranosti nad življenjem, ki mu kljub trdemu delu v preteklosti ni bilo naklonjeno (UD/št. 4: *»Zakaj bi razmišljjal ... Bi se moral šečer dvignit na 35, 40, da bi nekaj ukrepao. Ne, ovako gre. Če gre, gre, če ne gre ... Jer doktori ... Kolko vem od prej, stari ljudi su mi govorili ... Sem imao enga rodžaka ... Doktori se učiju na neznaju. Ko saznaju, ko vse veju, doktori isto idu u zemlju ko i ja. A ni tko? Aha ...«*).

Niste pomislili, da bi si toliko omejili svojo svobodo, da bi prišli v zavetišče? Tu bi pa lahko imeli inzulin v hladilniku (*»Ne, jer življenje, ako omejiš, onda se moraš držat neke meje. To je tista zadeva.«*).

Niste pa razmišljali, da bi prenehali piti? (*»Ne, jaz umerjeno pijem. Ja sam kronik davno*

*bio. A zakaj? Ko sem se ločilo, ja sam 6 meseci živi kronik bio. Dnevno sem znal popiti po 2 litra štoka, viskija, ni to bilo dnevno ista pijača ali različna. To se pravi, 6 meseci sam skoz bio kronik. U firmi delao, privatno delao in bio sam kronik. In to sem zdržao, pa sem sam sebi povedao da ne. Ja danes umirjeno popijem eno pivo, dva, tri vrh glave ... Mogu i pet, če mi paše, če mi ne paše, ne smem ... Zato pravim ... Jst kontrolu zdravja ne kontroliram kako treba ali nekako jo držim, da je u redu ... Mogu ja karkoli drugač, ali ne paše mi ... Zakaj bi?«).*

Neuspešni poskusi, želja po dodatnem znanju: Udeleženka raziskave opisuje neuspešne poskuse spremembe življenjskega sloga v preteklosti in nakazuje željo po osvajanju novih kompetenc, kar kaže, da si spremembe na bolje želi (UD/št.\_5: *»Sem, sem že prenehala, mi je neki časa zneslo, pol sem pa spet enga pržgala. Pa spet ... Ma sploh ne vem no, sej, mogla bi se še kej dodatnega naučit u življenju ... Bla sem pa že po večih programih, sem mela tud lastno stanovanje, ampak škoda, da sm, neki sm pač nardila, pač, d sem preveč zablužla in mi je, skor so mi odvzel stanovanje ... Pol sm ga pa sama na konc vrnila.«).*

Zmanjševanje doze metadona, odtegnitveni sindrom, vera vase, osebna higiena, uravnotežena prehrana: Intervjuvani osebi brez doma spreminjata življenjski slog po korakih. Verjameta, da lahko uspeata. Že odločitev za bivanje v organizirani ustanovi je korak na pravi poti. Skrb za osebno higieno in uravnotežena prehrana sta pomembna dejavnika spremembe življenjskega sloga (UD/št.\_6: *»Lahko bi zmanjšal metadon. Trikrat sem že poskušal končat z metadonom, vendar sem imel vsakič psihične težave. Zdravnica mi je rekla, da moram zmanjšati metadon na 40, nato bi lahko zamenjal za buprenorfin. Bi bilo boljše.«* UD/št.\_7: *»Ja, čas bi že bil, da spremenim, nism še star, mam 31 let, lahko še vse nazaj dobim, kar sem mel. Sem mel že službo, stanovanje, izpit za avto, vse to ... lahko še nazaj dobim, kar sem zgubu u letih. Sem enkrat že probavu, v tistem času sem bil v zavetišču v Šentu. Je pač prou za odvisnike. Sem se takrat dogovarju, d bi šou tja na klinično zdravljenje. Hodu sem tud že na sestanke, ampak pol, tam je vsakič, k se pride tja, se nardi urinski test in je priporočljivo, da je človek negativen na vse. Je pa to mal težko, če živiš še s 14 drugimi odvisniki v hiši skupi ... Verjamem, da se da. Jst zgleda nimam tok močne volje, da bi mi to uspelo ... Takrat mi ni uspelo ... Vse se še da. Sedaj bom že s tem, že sama osebna higiena, čistoča, že to se mi zdi skor bl*

*pomembn kot vsa prehrana. Pa redno previjanje, tuširanje ... Že s tem, da sem v zavetišču, da zaspim kot človek. Sej pravm, zdej skor 3, 4 leta nism na pojstli spal. Zdej kar mau čudn ...«).*

**Tabela 12: Sprememba življenjskega sloga**

Podkategorija	Kode
sprememba življenjskega sloga	samoodločitev, alkohol, cigarete, popolna abstinenca, delovna terapija, gibanje, hoja, nesmiselnost sprememb, enaka usoda, zadovoljiva samokontrola zdravja, nezadovoljiva samokontrola zdravja, brez želje po spremembi, izguba svobode, neuspešni poskusi, želja po dodatnem znanju, zmanjševanje doze metadona, odtegnitveni sindrom, vera vase, osebna higiena, uravnotežena prehrana

#### *Vzgibi za spremembo življenjskega sloga*

Podkategorijo Vzgibi za spremembo življenjskega sloga razložimo s kodami: samoiniciativna odločitev, delo na sebi, individualna terapija, ustrezen pristop, pogovor, zdravstvena vzgoja, podpora, zavetišče (tabela 13).

Največ udeležencev raziskave je med vzgibi za spremembo življenjskega sloga navedlo osebni pogovor zdravstvenega osebja ali zaposlenih ter prostovoljcev v zavetišču, pristop posameznika, ki jim je odgovarjal. Pri tem poudarjajo pomen strukturiranega časa in razpoložljivost osebja. Intervjuvani udeleženci so kot vzgib navedli tudi lastno iniciativo, samoodločitev za spremembo in delo na sebi.

Samoiniciativna odločitev: Udeleženec raziskave vzgib za spremembo življenjskega sloga vidi v lastni iniciativi, samoodločitvi za spremembo in delo na sebi (UD/št. \_1: *»Ja, pač nehaš. Ne piješ in čao zdravo. Nehaš kadit in to je to ... Ja, jaz sem to naredil in to je to ... Ne, sam pr seb sem si reku, da je treba mal na seb delat. Kr sam od sebe sm reku, zaradi mene samega, sem se odločil, da je treba mau prenehat, ker to ni nikamor pelal.«*).

Individualna terapija, odgovarjujoč pristop, pogovor, zdravstvena vzgoja, podpora, zavetišče: Intervjuvane osebe brez doma opisujejo vzgibe za spremembo življenjskega sloga v individualnem pristopu, usmerjenem pogovoru, ki so ga bile deležne, kar kaže na to, da osebna bližina, čas, namenjen določeni osebi, in dobronamernost obrodijo sadove (UD/št. \_2: *»Glejte, tle so vse punce že par let, pa dej nehi, pa ne, pa na lep način. Pa mal*

*bolj tko, pa ni šlo, pa ne, sploh če so vzdigovale glas, pa sploh ven padem čist. Zdej je bla pa tle ena prostovoljka. Ona psihologijo končuje, magisterij, in z njo sva mela te razgovore vsak teden dvakrat in čist ne vem, tak pristop je imela, mi je bil všeč. Sej pravm, od decembra pol sem čist prekinu. Zdej sem ne hodi več, sem pa imel še razgovore, enkrat na 10 dni, 14 dni, kokr ima čas.« UD/št.\_7: »V bolnišnici so se pogovarjal z menoj, so rekli, kaj vse vpliva na celjenje. Že tud če kadim cigarete, upočasnjuje zdravljenje, sploh če bi uporabljou kakšne droge. Prehrana, vse to vpliva.« UD/št.\_8: »Se zahvalm X., ženskam tukej, no. Pogovarjajo se. To mi koristi. Najbolj. Če bi jst bil še zmerj sam, ne vem, če bi bil živ. Izredno dobro podporo imam. To moram rečt. Čeprav včasih mau glas vzdignejo, jst pa tud, ampak to je del življenja. Všeč mi je tole, ta deu. Če bi jst zjutri prišel na zajtrk pa na večerjo, vmes bi med njih padu ... To delo kar mamu, dopoldansko in popoldansko, to je izredno dobra terapija, še posebej za nas takele. Če kaj pozabm, me opomnejo. Vsako jutro vprašajo, če sm zdravila vzela ... Sm. To je res. Še dobr, da obstaja ta center. Resno ... Men je vseen, jst vem, da ne bom dolg. Vsi moji, k so bli z mano na onkologij, sam eden je še živ ... Sj uni me spodbuja ... Men je blo vseen, jst sm zadnjič hotu že pod vlak it ... To je blo še prej ... Ma sam sebi sm se zdel odveč. Padeš u tako stanje ...«).*

**Tabela 13: Vzgibi za spremembo življenjskega sloga**

Podkategorija	Kode
vzgibi za spremembo življenjskega sloga	samoinicativna odločitev, delo na sebi, individualna terapija, ustrezen pristop, pogovor, zdravstvena vzgoja, podpora, zavetišče

#### *Počutje po spremembi življenjskega sloga*

Podkategorijo Počutje po spremembi življenjskega sloga opišemo z naslednjimi kodami: boljša kakovost spanja, apetit, komunikacija, lepše življenje, povrnitev človekovega dostojanstva, spoznanje o pomenu mentalnega zdravja (tabela 14).

Boljša kakovost spanja, povrnitev človekovega dostojanstva: Udeleženec raziskave utemeljuje svoje počutje po spremembi življenjskega sloga z boljšo kakovostjo spanja, kar dokazuje, da sprememba deluje pomirjujoče na človeka. Drugi udeleženec raziskave navaja kot pomembno dejstvo spanje v postelji, kar lahko razumemo kot enega izmed konkretnih znakov povrnitve človekovega dostojanstva (UD/št.\_1: »Ah, sigurn. Boljše

spiš.« UD/št.\_7: »Že s tem, da sem v zavetišču ..., da zaspim kot človek. Sej pravm, zdej skor 3, 4 leta nism na pojstli spal. Zdej kar mau čudn ...«).

Apetit, komunikacija, lepše življenje: Intervjuvana brezdonna oseba po spremembi navaja bolj kakovostno, bolj prijetno življenje. Razumemo lahko, da ponovno oživijo določena čustva, smisel bivanja (UD/št.\_2: »Sigurno, apetit imam, komuniciram z ljudmi, tud drugi me drugač sprejemajo, življenje je velik lepše.«).

Spoznanje o pomenu mentalnega zdravja: Udeleženec raziskave je zadovoljen, da se je odločil za spremembo življenjskega sloga. Spoznal je, da s slabimi mislimi škoduje sam sebi (UD/št.\_8: »Sem, ja ... Človek potem ugotovi, da sam sebi škoduje. Tud s temi mislimi že. Da bi se fizično poškodoval, to, začasna poškodba, to eni počnejo, da se smiljo drugim ... Ja ali pa ne. To je pri meni.«).

**Tabela 14: Počutje po spremembi življenjskega sloga**

Podkategorija	Kode
počutje po spremembi	boljša kakovost spanja, apetit, komunikacija, lepše življenje, povrnitev človekovega dostojanstva, spoznanje o pomenu mentalnega zdravja

#### *Pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja*

Podkategorijo Pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja opisujemo s kodami: odklanjanje nadzora, samostojno odločanje, poznavanje programov, neodločnost, pripisovanje manjšega pomena (tabela 15).

Udeleženci raziskave poznajo brezplačne telefonske številke in delavnice za krepitev zdravja, vendar ne kažejo zanimanja zanje. Ne želijo si nadzora nad svojim življenjem. Kajenja ne razumejo kot problematičnega.

Odklanjanje nadzora, samostojno odločanje: Udeležencu raziskave delavnice za krepitev zdravja predstavljajo obliko nadzora, ki ga že vnaprej ne sprejema. Prepričan je o pomenu samostojnih odločitev v življenju (UD/št.\_1: » To vem, to jst že vse vem. Veste, kako je tam, pa si spet pod enim nadzorom. Jaz nisem bil nikoli rad pod nadzorom. Jaz če se sam odločam, se sam odločam. Ker vsak človek je gospodar svojega telesa. To pomen, dela z



*njim, kar češ. Dejstvo je pa to, da jst že v vojski nisem mogel bit pod tisto komando. Jst samoiniciativno. Jst sem samouk, sam se moraš naučit, jst sem v življenju toliko videl, sem na kmetih gor zrastu, mi nič tujega. OK, sej tko al tko se človek celo življenje uči, mislm pa, da mi ni nč tujga, kar se tiče življenja.«).*

Poznavanje programov, neodločnost, pripisovanje manjšega pomena: Udeleženca raziskave pojasnita, da poznata delavnice v sklopu preventivnih programov zdravstvenih domov, vendar ne razmišljata o tovrstnem sodelovanju (UD/št.\_5: *»Pa ne vem ... Majo neko številko brezplačno za poklicat.«* UD/št.\_7: *»Ja, sem že slišou. To vem. Kajenje je pa neka stvar, ku vem, da ni zdrava, ampak je še tok drugih stvari v življenju, k niso zdrave, pa jih vseen počnemo. To mi je sicer mau manjkalo, tam cel mesec nisem kadil, se je dalo vzdržat. So mi pač rekl, da to upočasnjuje zdravljenje, da mi odsvetujejo. Tud nism mogu, da bi pršu do zraka zunej, d bi ... Kajenje čutm kot nek užitek, kadim že od 14. leta. Zaenkrat s tem še nism meu problemou glede zdravja, edino strošek je. Če bi to zračunou na mesec pa na leto, bi si lahko vsako leto nov avto kupu, ampak, sej pravm ...«).*

**Tabela 15: Pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja**

Podkategorija	Kode
pripravljenost za udeležbo na brezplačnih delavnicah za krepitev zdravja	odklanjanje nadzora, samostojno odločanje, poznavanje programov, neodločnost, pripisovanje manjšega pomena

### 3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli odkriti zdravstveno oskrbo ljudi brez doma, kot jo doživljajo sami. Ugotovili smo, da je njeno doumevanje izjemno raznoliko – nekateri npr. medicinske sestre v ambulanti družinske medicine vidijo v povsem pasivni luči, za druge so pomemben dejavnik zdravstvenega sistema in osebe, ki s svojim stikom in časovno prisotnostjo ob pacientu predstavljajo telo in dušo bolnišnične oskrbe.

V raziskavi občinskega zavetišča v Padovi (Levorato, et al., 2017) je sodelovalo 73 oseb brez doma. Udeleženci so v primerjavi s splošno populacijo poročali o slabšem duševnem

zdravju, poleg tega so bili bolj podvrženi zdravju škodljivim navadam, kot sta odvisnost od tobaka in alkohola, trpeli so za kroničnimi boleznimi in pogosteje obiskovali ambulante nujne medicinske pomoči. Svoje zdravstveno stanje bi po njihovem mnenju lahko izboljšali z ukrepi, ki preprečujejo vzroke za brezdomstvo.

Da med osebami brez doma obstaja visoka stopnja razširjenosti duševnih in somatskih bolezni, ugotavlja tudi nemška raziskava, utemeljena na zbranih podatkih o zdravju 651 oseb v mestnih regijah Hamburga, Frankfurta, Leipziga in Münchna. Osebe brez doma in brez nemškega državljanstva so pogosteje živele zunaj zatočišča in bile v večji meri brez zdravstvenega zavarovanja (Bertram, et al., 2022). Na podobno stanje kaže tudi naša raziskava, saj dve intervjuvani osebi brez doma in brez slovenskega državljanstva, t. i. izbrisani, nista imeli zdravstvenega zavarovanja. Tretji intervjuvanec, tudi tuji državljan, je imel mednarodno zaščito in status begunca, s tem pa krite stroške zdravstvene oskrbe.

V naši raziskavi nas je zanimalo tudi jemanje zdravil po predpisani terapiji. Rezultati so pokazali, da osebe brez doma zdravila shranjujejo v zavetišču in jih jemljejo po zdravnikovem predpisu, večkrat tudi s pomočjo zaposlenih. Eden izmed intervjuvancev, ki prenočuje na ulici in se zavetišča poslužuje le čez dan, je izjavil, da zdravil ne jemlje, ker niso združljiva z njegovim načinom življenja.

O izkušnjah zdravljenja tuberkuloze so leta 2015 v Padovi izvedli kvalitativno raziskavo (Craig & Zumla, 2015). Sodelovalo je 17 oseb po večini brez doma z zapletenimi zdravstvenimi in socialnimi potrebami. Raziskava je pokazala, da predpisanih zdravil niso jemali le redki. Raziskovalci so odkrili številne družbene in institucionalne ovire pri upoštevanju predpisa in potrebo po praktični podpori. Udeleženci, ki so prejeli neposredno opazovano terapijo, so poročali tako o pozitivnih kot negativnih izkušnjah le-te. V pilotni raziskavi ameriških mest Seattle in Boston (Tsui, et al., 2021) so preučevali izvedljivost neposrednega video opazovanja bolnikov, ki so jim uvajali buprenorfin. Oceniti so hoteli, ali je takšne vrste nadzor povezan z boljšimi izidi zdravljenja odvisnosti od opioidov v primerjavi z obstoječim. Ugotovili so, da izboljšav ni bilo.

Rezultati leta 2013 izvedene raziskave na kliniki za osebe brez doma v Virginiji, ZDA (Moczygemba, et al., 2017), med 290 udeleženci, od katerih jih je 89 % imelo mobilni

telefon, kažejo, da se jih je 66 % zanimalo za prejemanje telefonskih opomnikov za obnovitev recepta, 60 % za jemanje zdravil in 54 % za informacije o zdravilih. Sklepajo, da so osebe, ki so telefonska sporočila za jemanje označile kot koristna, zdravila tudi zaužile. Raziskavo so zaključili s prepričanjem, da lahko sodobna tehnologija pripomore k boljšemu sodelovanju oseb brez doma pri zdravljenju z zdravili. Da gre v tem kontekstu za zelo kompleksno tematiko, opozarja kvalitativna raziskava angleških znanstvenikov (Paudyal, et al., 2017). Na osnovi 25 intervjujev z obiskovalci centra za primarno zdravstveno varstvo oseb brez doma v Aberdeenu (Združeno kraljestvo) so ugotovili, da družbeno-ekonomski dejavniki, kot so negotovo stanovanje, družinska nesoglasja in osamljenost, močno vplivajo na dojemanje pomena in udejanjanje predpisane terapije z zdravili. Pomanjkanje varnega shranjevanja zdravil se je izkazalo za zelo veliko oviro. S tem namenom so nekatere lokalne oblasti v Združenem kraljestvu omogočile, da lahko osebe brez doma, ki živijo v začasnih nastanitvah, tam shranjujejo zdravila. Raziskovalci predlagajo razširitev hrambe predpisanih zdravil tudi za tiste, ki prenočujejo na ulici. Priporočajo uvedbo možnosti, da bi lahko socialni delavec v njihovem imenu prevzemal recepte. Angleški raziskovalci zaključujejo, da sta bila pridobitev hrane in zatočišča v času brezdomstva višja prioriteta kot dostop in upoštevanje jemanja predpisanih zdravil.

V raziskavi nas je zanimal tudi odnos zdravstvenih delavcev do oseb brez doma oziroma njihove izkušnje z njimi. Intervjuvanci so imeli v večini pozitivno izkušnjo. Poročali so o korektni oskrbi, zadovoljstvu, prijaznosti osebja, lepem sprejemu, o tem, da je bilo zdravstveno osebje brez predsodkov, čeprav so vedeli, da gre za osebe brez doma, ki so odvisne od prepovedanih drog. Intervjuvanci so se že zaradi prijaznega pogovora z osebjem boljše počutili. Angleški raziskovalci (Gunner, et al., 2019) navajajo, da se o ljudeh brez doma pogosto pojavljajo anekdotična poročila z negativnimi izkušnjami na primarni zdravstveni ravni. Nadaljujejo, da obstaja premalo raziskav, ki bi preučevale poglede in izkušnje te populacije s takimi storitvami. Rezultati njihove kvalitativne raziskave na osnovi dvaindvajsetih intervjujev potrjujejo, da so izkušnje oseb brez doma raznolike – od takih, ki se z ovirami niso soočali, do tistih, ki navajajo, da jih v ambulantni družinske medicine niso želeli sprejeti, da so bili odpuščeni iz bolnišnice na ulico brez dostopa ali napotitve na nadaljnjo obravnavo. Poudarjajo, da so najmanj podpore deležni tisti, ki bi jo najbolj potrebovali: osebe brez doma, odvisne od prepovedanih drog, in s

težavami v duševnem zdravju. Udeleženec raziskave je opisal storitve kaznivih dejanj z namenom, da bi šel v zapor in bil deležen dostopa do zdravstvene oskrbe. Udeleženci so nadalje izrazili veliko zadovoljstvo nad odnosom v specializirani zdravstveni ustanovi za osebe brez doma. Avtorji te raziskave (Gunner, et al., 2019) predlagajo posebno usposabljanje in izobraževanje zdravstvenega osebja, ki kot prvo prihaja v stik z brezdomnimi iskalci zdravstvenih storitev. V nadaljevanju predlagajo razširitev londonske kartice 'Moja pravica do dostopa zdravstvene oskrbe' na celotno državo. Kartica se uporablja za registracijo bolnikov, ki nimajo stalnega naslova ali osebne izkaznice, saj takim osebam omogoča zdravljenje v ordinacijah družinske medicine. Po njihovem mnenju bi morali tem osebam znižati kriterije za vstop v primarne storitve duševnega zdravja, saj se le-te srečujejo z dodatnimi dejavniki tveganja v primerjavi z nastanjenim prebivalstvom. Predlagajo načrtovanje orodja za ugotavljanje ocene njihovih zdravstvenih potreb, dodatno usposabljanje zaposlenih za izvajanje specializirane oskrbe ter vključitev le-te v učne načrte študija zdravstvene nege. Zaradi lažje dostopnosti priporočajo združevanje najpogosteje uporabljenih storitev pod isto streho.

V naši raziskavi so imele intervjuvane osebe brez doma različne izkušnje z dostopom do zdravstvenih storitev. Tisti z državljanstvom Republike Slovenije in z zdravstvenim zavarovanjem imajo svojega osebnega zdravnika, do katerega so večkrat prišli s pomočjo zaposlenih v zavetišču.

Kanadska raziskava iz leta 2019 (Purkey & MacKenzie, 2019) ugotavlja, da imajo osebe brez doma, zlasti tiste, ki so dodatno obremenjene z uživanjem prepovedanih substanc, težave z dostopom do zdravstvene obravnave zaradi rigidnosti zdravstvenega sistema. Tega so oblikovali ljudje srednjega družbenega sloja za ljudi, ki spoštujejo pravila in se prilagajajo sistemu, nasprotno pa povzroča težave posameznikom, ki se od povprečja razlikujejo, imajo drugačne potrebe, želje in možnosti. Predlagajo pristop pravičnostno naravnane zdravstvene oskrbe, ki bi temeljila na treh stebrih: razumevanju travme, ki jo osebe brez doma nosijo v sebi; zmanjševanju škode uživanja substanc, kjer je pogled na njihovo uporabo vprašanje zdravja in ne moralnega neuspeha; odpravljanju neenakopravnega razmerja moči, diskriminacije, rasizma ter zgodovinsko in trenutno pogojene kulturne neenakosti. V raziskavi poudarjajo velik pomen stigme, ki je lahko v

nekaterih primerih tako boleča, da nadomešča morebitne zdravstvene težave in prejšnje travme. Daleč najbolj izrazita je v primeru trenutne ali dokumentirane zgodovine uživanja substanc – tudi če ta sega v oddaljeno preteklost, še vedno vsebuje občutke sramu in stereotipe (Purkey & MacKenzie, 2019). Da ima stigma ali pričakovana stigma lahko pomembne posledice za zdravje, smo v raziskavi ugotovili tudi sami. Oseba, ki smo jo intervjuvali, je imela pred dvema letoma slabo izkušnjo z zdravstvenimi delavci. Intervjuvanec v tokratni stiski ni iskal pomoči. Pravi, da je ni iskal zaradi svoje trme in neugodne izkušnje v preteklosti. Onemogel je obležal. Po klicu je prispela policija, nato reševalci. V bolnišnico so ga sprejeli zaradi sepse in mu povedali, da noči zunaj ne bi preživel.

Kanadski raziskovalci (Purkey & MacKenzie, 2019) podajajo dve ključni sporočili. Prvo je, da zdravstvena nega pogosto peša zaradi pomanjkljivega izpolnjevanja standardov dostopnosti, univerzalnosti in osredotočenosti na bolnika. Njihove ugotovitve kažejo, da pogosto citiranega stavka dr. Edwarda Trudeauja iz leta 1800, ki pravi, da je vloga zdravnika 'včasih ozdraviti, pogosto olajšati, vedno potolažiti', velikokrat ni mogoče udejaniti niti v eni predlagani točki. V drugem sporočilu pa verjamejo, da obstaja pot izboljšanja zdravstvenega sistema, ki se bo oddaljil od standardizirane oskrbe. Morda bo na bolj vsestranski in ustvarjalni način zagotavljal oskrbo, ki se bo približala drugačnim. Za to bo potreben kulturni premik znotraj poklica samega, timsko delo, nadgradnja učnih načrtov ter stalno strokovno izobraževanje. Zdravstveni delavci bodo morali paciente ne le poslušati, ampak tudi slišati in videti v vsej njihovi nemoči, kompleksnosti in občasnem obupu, razmišljati o poti in pomenu njihovih življenj v naši družbi, pa tudi o svojem lastnem privilegiranem mestu v njej (Purkey & MacKenzie, 2019).

Čeprav naj bi Republika Slovenija sledila skupnim smernicah evropske politike (Evropska komisija, 2021), zdravstvena oskrba oseb brez doma po odpustu iz bolnišnice ni sistemsko urejena (Svetina, et al., 2022). V raziskavi so nam tri intervjuvane osebe odgovorile, da so se po preteku bolnišničnega zdravljenja v dogovoru med bolnišnico in zavetiščem nastanile v zavetišču. Zaposleni v zavetišču so v nadaljevanju poskrbeli za ustrezno patronažno oskrbo. Danska raziskava (Bring et al., 2020), namenjena oceni stroškovne učinkovitosti dvotedenskega bivanja v poboljšani zdravstveni oskrbi, ki

prinaša priložnost za okrevanje, ima pozitiven učinek na ponovne sprejeme in ugodno vpliva na kakovost življenja, ugotavlja bistveno nižje stroške opazovane skupine. V trimesečnem obdobju so stroški intervencijske skupine ( $n = 53$ ) znašali 8.448 € oziroma 13.553 € za kontrolno skupino. Ugotovitve angleške kohortne raziskave (Lewer, et al., 2021), izvedene na 2.772 pacientih brez doma, so podobne – bolnišnični pacienti, ki se po odpustu soočajo z brezdomstvom, imajo visoko stopnjo nujnega ponovnega sprejema. To poudarja potrebo po ureditvi poboljšanih oskrbe, ki vključuje njihove zdravstvene, stanovanjske in socialne potrebe.

V tretjem delu raziskave nas je zanimalo, kako razmišljajo osebe brez doma o spremembi življenjskega sloga za izboljšanje svojih zdravstvenih težav. Spoznali smo, da se večina zaveda pomena življenjskega sloga za kvaliteto in dolžino življenja. Nekateri so spremembo že udeležili, sem sodi tudi odločitev za življenje v zavetišču. Raziskave (Barker & Maguire, 2017; Miler, et al, 2020) o spremembi življenjskega sloga brezdomnih oseb kažejo, da obstajajo dokazi o pozitivnih učinkih vrstniške podpore osebam brez doma, ki jih pestijo večplastne težave. Te se nanašajo predvsem na dvig splošne kakovosti življenja udeležencev, zmanjševanje škode na področju uporabe drog in alkohola, zmanjšano uporabo cigaret, prenehanje kajenja, izboljšanje statusa, telesnega in duševnega zdravja ter boljšo vpetost v družbo.

### 3.5.1 Omejitve diplomskega dela

Omejitev kvalitativnega dela raziskave predstavljajo udeleženci, ki so vsi uporabniki istega dnevnega centra za brezdomce v enem kraju. Prav tako je omejitev majhen vzorec, saj prevladujejo moški, le ena oseba je ženskega spola. Izvedene raziskave ni bilo možno primerjati s podobno raziskavo v Sloveniji. Njene izsledke smo zato primerjali oziroma potrjevali z rezultati tujih raziskav. Omejitev raziskave je tudi subjektivnost komentarjev oziroma odgovorov. Odgovori izpraševancev so v sklopu izbrane metodologije podani na čustveno ne-nevtralen način.

### 3.5.2 Doprinos k praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Možnosti za nadaljnje raziskovanje se kažejo v izvedbi raziskave – vključevala bi večje število oseb brez doma, ki se poslužujejo različnih dnevnih centrov v različnih slovenskih krajih ter tudi večje število tistih, ki prenočujejo na prostem. S tem bi bila možna primerjava mnenj in stališč.

Z novimi spoznanji bi lahko vplivali na posodobitev učnega programa zdravstvenih fakultet tako, da bi vnešene vsebine o zdravstveni negi brezdomnih oseb obravnavali s stališča njihovih telesnih, duševnih in duhovnih potreb. Prav tako bi bila nova spoznanja lahko podlaga odločevalcem, da uvidijo pomen vzpostavitve strategije zdravstvene nege pacientov, ki po odpustu iz bolnišnice nimajo primerne nastanitve in podpore.

## 4 ZAKLJUČEK

Naša raziskava je prispevek k ugotavljanju stanja zdravstvene nege oseb, ki nimajo svojega doma, njihovih zdravstvenih težav in motiviranosti za spremembo življenjskega sloga. Odkrili smo, da intervjuvane osebe pestijo raznolike zdravstvene težave, več kot polovica jih nosi posledice jemanja prepovedanih drog.

Nadalje ocenjujemo, da je odnos zdravstvenih delavcev in dostop do zdravstvenih storitev oseb, ki nimajo svojega doma, v primerjavi z njihovimi sovrstniki v drugih državah boljši. Večina intervjuvancev je opisala pozitivne izkušnje in naklonjeno zdravstveno osebje. Kdor ima voljo in moč, da pride do enega izmed slovenskih dnevnih centrov ali zavetišč, mu zaposleni nudijo pomoč. Ob sistemski odsotnosti negovalnih ustanov za iz bolnišnice odpuščenih pokretnih pacientov brez svojcev in lastnega doma, se ti v dogovoru z bolnišnico in patronažno službo večkrat nastanijo v zavetišču.

Menimo, da so medicinske sestre oziroma zdravstveno osebje širše družbeno poklicani k podiranju tabujev in gradnji boljšega sveta. Takega, ki bo, kot je zapisal dr. Trontelj (Trontelj, 2014, p. 83), »znal in hotel poskrbeti za soseda in neznanca v stiski.« Takega, ki bo spoznal, da osebe brez doma z njihovimi specifičnimi zdravstvenimi težavami v svojem bistvu niso čisto nič drugačne od nas.



## 5 LITERATURA

Alagna, E., Santangelo, O.E., Raia, D.D., Gianfredi, V., Provenzano, S. & Firenze, A., 2019. Health status, diseases and vaccinations of the homeless in the city of Palermo, Italy. *Annali di igiene*, 31(1), p. 2134. 10.7416/ai.2019.2255.

Barker, S.L. & Maguire, N., 2017. Experts by Experience: Peer Support and its Use with the Homeless. *Community Mental Health Journal*, 53(5), pp. 598-612. 10.1007/s10597-017-0102-2.

Berkopec, M., 2018. Profesionalni etični kodeks. *Utrip*, 26(5), pp. 32-35.

Bertram, F., Hajek, A., Dost, K., Graf, W., Brennecke, A., Kowalski, V., R uth, V.V., K nig, H.H., Wulff, B., Ondruschka, B., P uschel, K. & Heinrich, F., 2022. The Mental and Physical Health of the Homeless. *Deutsches Aerzteblatt International*, 119(50), pp. 861-868. 10.3238/arztebl.m2022.0357.

Bratuš Ferk, B., Čelebič, T., Gregorčič, M., Kajzer, A., Kokalj, A., Koprivnikar Šušteršič, M., Mervic, H., Pečar, J., Perko, M., Denis Rogan, D., Sodja, U. & Zver, E., 2021. *Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000–2020*. [pdf] Republika Slovenija Urad za makroekonomske analize in razvoj. Available at: [https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/ESSP/2021/ESSP\\_splet.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/ESSP/2021/ESSP_splet.pdf) [Accessed 18 April 2023].

Bring, C., Kruse, M., Ankarfeldt, M.Z., Br n s, N., Pedersen, M., Petersen, J. & Andersen, O., 2020. Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 508. 10.1186/s12913-020-05358-4.

Craig, G.M., Zumla, A., 2015. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. *International Journal of Infectious Diseases*, 32, pp. 105-110. 10.1016/j.ijid.2015.01.007.

Currie, J., Grech, E., Yee, J., Aitkenhead, A. & Jones, L., 2022. Multistage psychometric testing of the homeless health access to care tool. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), p. 15928. 10.3390/ijerph192315928.

Černič, M., Smolej Jež, S., Petrič, M. & Kobal Tomc, B., 2021. Mreža programov za brezdomce. In: S. Smolej Jež, ed. *Spremljanje izvajanja socialnovarstvenih programov v letu 2021*. Ljubljana, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Direktorat za socialne zadeve, pp. 120-144.

Dekleva, B., 2014. O brezdomstvu v izobraževanju. In: T. Devjak, ed. *Partnerstvo Pedagoške fakultete Univerze v Ljubljani in vzgojno-izobraževalnih inštitucij. Ljubljana, januar 2014*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 15-20.

Dekleva, B., Filipovič Hrast, M., Nagode, M., Razpotnik Š. & Smolej S., eds. 2010. *Ocena obsega odkritega in skritega brezdomstva v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani, Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.

Evropska komisija, 2021. *Uvedba evropske platforme za boj proti brezdomstvu*. [pdf] Evropska komisija. Available at: [file:///C:/Users/marta/Downloads/Uvedba\\_evropske\\_platforme\\_za\\_boj\\_proti\\_brezdomstvu.pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/Uvedba_evropske_platforme_za_boj_proti_brezdomstvu.pdf) [Accessed 17 April 2023].

Evropski parlament, 2020. *Kako hoče Evropski parlament odpraviti brezdomstvo v EU*. [online] Available at: <https://www.europarl.europa.eu/news/sl/headlines/society/20201119STO92006/kako-hoce-evropski-parlament-odpraviti-brezdomstvo-v-eu> [Accessed 17 April 2023].

Fazel, S., Geddes, J.R. & Kushel, M., 2014. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations., *Lancet*, 384(9953), pp. 1529-1540. 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.

FEANTSA, n.d.a *What is FEANTSA*. [online] Available at: <https://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa> [Accessed 29 January 2023].

FEANTSA, n.d.b *ETHOS Evropska tipologija brezdomstva in stanovanjske izključenosti*. [pdf] FEANTSA. Available at: [https://www.feantsa.org/download/ethos\\_slovenian\\_final6950802924614645317.pdf](https://www.feantsa.org/download/ethos_slovenian_final6950802924614645317.pdf) [Accessed 30 January 2023].

Fee, E. & Gonzalez, A.R., 2017. The history of health equity: Concept and vision. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(3), pp. 148-152.

Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, 2020. *Fifth overview od housing exclusion in Europe 2020*. [pdf] Fondation Abbé Pierre – FEANTSA. Available at: [https://www.feantsa.org/public/user/Resources/OHEE/2020/Fifth\\_Overview\\_of\\_Housing\\_Exclusion\\_in\\_Europe.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/OHEE/2020/Fifth_Overview_of_Housing_Exclusion_in_Europe.pdf) [Accessed 30 January 2023].

Goetzens, M., Speck, C. & Shah, P.M., 2021. Health status of the homeless in Frankfurt. *Deutsches Aerzteblatt International*, 118(43), pp. 737-738. 10.3238/arztebl.m2021.0272.

Gunner, E., Chandan, S.K., Marwick, S., Saunders, K., Burwood, S., Yahyouche, A. & Paudyal, V., 2019. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), pp. 526-536. 10.3399/bjgp19X704633.

Haddad, L.M. & Geiger, R.A., 2022. Nursing ethical considerations. *StatPearls* [online]. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/#\\_article-92\\_s2\\_](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/#_article-92_s2_) [Accessed 20 April 2023].

Huber, I., 2020. Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih. : I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik, eds. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: NIJZ, pp. 41-70.

Inštitut RS za socialno varstvo, n.d. *Kratka predstavitev projekta BrezDOMstvo v Sloveniji: Obseg, značilnosti in Stališča (DOM\_SOS)*. [pdf] Inštitut RS za socialno varstvo. Available at: [https://irssv.si/wp-content/uploads/2022/12/Brezdomstvo-v-Sloveniji\\_obseg-znacilnosti-stalisca\\_povzetek.pdf](https://irssv.si/wp-content/uploads/2022/12/Brezdomstvo-v-Sloveniji_obseg-znacilnosti-stalisca_povzetek.pdf)

Jug, D., 2015. Etičnost razmišljanja in etika skrbi v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(2), pp. 47-55.

Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(1), pp. 97-112.

Lewer, D., Menezes, D., Cornes, M., Blackburn, R.M., Byng, R., Clark, M., Denaxas, S., Evans, H., Fuller, J., Hewett, N., Kilmister, A., Luchenski, S.A., Manthorpe, J., McKee, M., Neale, J., Story, A., Tinelli, M., Whiteford, M., Wurie, F., Yavlinsky, A., Hayward A. & Aldridge, R., 2021. Hospital readmission among people experiencing homelessness in England: a cohort study of 2772 matched homeless and housed inpatients. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(7), pp. 681-688. 10.1136/jech-2020-215204.

Levorato, S., Bocci, G., Troiano, G., Messina, G., & Nante, N., 2017. Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm. *Annali di Igiene*, 29(1), pp. 54-62. 10.7416/ai.2017.2132.

Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S., 2016. Družbeno-ekonomski dejavniki, kultura in zdravje. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. [pdf] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-SW3EI6RS/187cb723-e170-4c8f-966f-cbf2f4efb26c/PDF> [Accessed 1 February 2023].

Lukič, L., 2018. Ko človek obleži v lastnih izločkih in čaka na pomoč sosedov ali nevladnikov. [online] Available at: <https://www.rtv slo.si/slovenija/ko-clovek-oblezi-v-lastnih-izlockih-in-caka-na-pomoc-sosedov-ali-nevladnikov/473335> [Accessed 16 April 2023].

Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., Nisenbaum, R., Wang, A., Stergiopoulos, V., Hwang, S. W. & O'Campo, P., 2020. Dental problems and chronic diseases in mentally ill homeless adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), p. 419. 10.1186/s12889-020-08499-7.

Miler, J.A., Carver, H., Foster, R. & Parkes, T., 2020. Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic 'state of the art' review. *BMC Public Health*, 20(1), p. 641. 10.1186/s12889-020-8407-4.

Moczygema, L.R., Cox, L.S., Marks, S.A., Robinson, M.A., Goode, J.R. & Jafari, N., 2017. Homeless patients' perceptions about using cell phones to manage medications and attend appointments. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 25(3), pp. 220-230. 10.1111/ijpp.12321.

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), 2019. Health for everyone?: Social inequalities in health and health systems. [pdf] OECD. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/3c8385d0-en.pdf?expires=1680255148&id=id&accname=guest&checksum=4DE59B8DDB4683037B1A88EA8B1B1BA2> [Accessed 31 March 2023].

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2020. Better data and policies to fight homelessness in the OECD”, Policy Brief on Affordable Housing. [pdf] OECD Paris. Available at: <https://www.oecd.org/social/soc/homelessness-policy-brief-2020.pdf> [Accessed 18 April 2023].

Paudyal, V., MacLure, K., Buchanan, C., Wilson, L., Macleod, J. & Stewart, D., 2017. 'When you are homeless, you are not thinking about your medication, but your food,

shelter or heat for the night': behavioural determinants of homeless patients' adherence to prescribed medicines. *Public Health*, 148, pp. 1-8. 10.1016/j.puhe.2017.03.002.

Pistotnik, S., 2020. Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje. In: I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik, eds. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: NIJZ, pp. 71-99.

Purkey, E.m& MacKenzie, M., 2019. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). 10.1186/s12939-019-1004-4.

Radić, S. & Hvalič Touzery, S., 2018. Socialne determinante neenakosti v zdravju: izziv za zdravstveno nego. In: A. Kvas & K. Kacjan Žgajnar, eds. *10. študentska konferenca zdravstvenih ved z mednarodno udeležbo "Javno zdravje". Ljubljana, 18. maj 2018*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 415-425.

Republika Slovenija gov.si, 2019. *S sprejemom Ljubljanske izjave se je zaključila WHO Konferenca o neenakostih v zdravju: zdravo in uspešno življenje za vse*. [online] Available at: <https://www.gov.si/novice/2019-06-13-s-sprejemom-ljubljanske-izjave-se-je-zakljucila-who-konferenca-o-neenakostih-v-zdravju-zdravo-in-uspesno-zivljenje-za-vsenev-novica/> [Accessed 13 April 2023].

*Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25)*, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 25.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), 2014a. *Brezdomec*. [online] Available at: <https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika/3531506/brezdomec?View=1&Query=usoda&hs=76&AllNoHeadword=usoda&FilteredDictionaryIds=130> [Accessed 1 February 2023].

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), 2014b. *Dom*. [online] Available at: <https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika/3537859/dom?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=dom> [Accessed 1 February 2023].

Svetina, P., Horvat, M., Šelih, I., Cotman, M., Ruparčič, J., Nardoni, U. & Ocepek, M., 2022. Sodelovanje varuha s civilno družbo v letu 2021. In: S. Drenik Bavdek & N. Mazovec, eds. *27. letno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2021*, Ljubljana, junij 2022. Ljubljana: Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, p. 107.

Stegne, S., 2015. Novodobno brezdomstvo. Pojavne oblike, izzivi ter rešitve. *Drugi brezdomski kongres, Piran, 12. 3. 2015*. Društvo Vincencijeve zveze dobrote, pp. 1-22.

Škraban, J., Pistotnik, S. & Lipovec Čebren, U., 2020. Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo. In: I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik, eds. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: NIJZ, pp. 11-23.

Trontelj, J., 2014. *Živeti z etiko*. Ljubljana: Inštitut za etiko in vrednote Jože Trontelj.

Turšič, J., Dominko, M., Majcen, B., Srakar, A., Urban Boljka, U., Nagode, M., Narat, T., Škafar, M., Trbanc, M., Boškič, R., Rajšp, S., Mavrič, M., Erklavec, U., Kerstin Petrič V., Belščak Čolaković, A., Blaznik, U., Carli, T., Eržen, I., Fajdiga Turk, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., Hočevar Grom, A., Hočevar, T., Hovnik Keršmanc, M., Huber, I., Jeriček Klanšček, H., Kasapinov, B., Kofol Bric, T., Koprivnikar, H., Korošec, A., Kralj, M., Kukec, A., Lavtar, D., Lukavečki Družovec, B., Meziniec, A., Mlakar, K., Otorepec, P., Poličnik, R., Mihevc Ponikvar, B., Prijon, T., Radoš-Krnel, S., Rehberger, M., Robnik Levart, M., Rok Simon, M., Roškar, M., Rudolf, A., Stanojević Jerković, O., Sučić Vukovič, M., Vinko, M., Zaletel, M., Zgaga, A., Tina Zupanič, T., Lokar, K., Mihor, A., Tomšič, S., Zadnik, V., Tina Žagar, T., Tatjana Buzeti, T., Yang, L., Fajjić, L., Pečar, J. & Zver, E., 2021. Neenakosti v zdravju v Sloveniji – razvoj od poročanja o neenakostih

v zdravju do raziskovanja politik na neenakosti v zdravju. In: M. Gabrijelčič Blenkuš, T. Kofol Bric, M. Zaletel, A. Hočevnar Grom & T. Lesnik, eds. *Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju (povzetek)*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 8-16.

Tsui, J.I., Leroux, B.G., Radick, A.C., Schramm, Z.A., Blalock, K., Labelle, C., Heerema, M., Klein, J.W., Merrill, J.O., Saxon, A.J., Samet, J.H. & Kim, T.W., 2021. Video directly observed therapy for patients receiving office-based buprenorphine – A pilot randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 227, p. 108917. 10.1016/j.drugalcdep.2021.108917.

Vijayaraghavan, M., Elser, H., Frazer, K., Lindson, N. & Apollonio, D., 2020. Interventions to reduce tobacco use in people experiencing homelessness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), p. CD013413. 10.1002/14651858.CD013413.pub2.

Vogrin, N., 2018. *Mreža služb na področju brezdomstva v Mariboru: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Vogrinc, J., 2008. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. [pdf] Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/35123064.pdf> [Accessed 1 February 2023].

World Health Organization (WHO), 2023a. *Health equity*. [online] Available at: [https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1) [Accessed 30 March 2023].

World Health Organization (WHO), 2023b. *Health inequities and their causes*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> [Accessed 30 March 2023].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in*



*oskrbi Slovenije*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at : <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/12/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije.pdf> [Accessed 30 March 2023].

*Zakon o socialnem varstvu (ZSV)*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 3.

*Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre)*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 61.

*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 72.

*Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS)*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 62.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Vabilo za sodelovanje v kvalitativni raziskavi

Spoštovani!

Sem Marta Omejc Gulič, študentka 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti Angele Boškin. V okviru diplomskega dela opravljam raziskavo s področja zdravstvene nege brezdomcev z naslovom Zdravstvena nega in brezdomci pod vodstvom mentorice doc. dr. Katje Pesjak.

Vabim vas, da sodelujete v moji raziskavi, v kateri bom kot tehniko dela uporabila polstrukturirani intervju z odprtimi vprašanji, ki jim bodo med pogovorom sledila še podvprašanja. Celoten intervju bo sneman in kasneje dobesedno pretipkan.

Glavna raziskovalna vprašanja so:

1. Kako bi ocenili svoje zdravstveno stanje?
2. Kakšne so vaše izkušnje z zdravstvenimi delavci, ko ste potrebovali pomoč?
3. Ste razmišljali, da bi za izboljšanje vaših zdravstvenih težav lahko kaj spremenili v svojem življenju?

Podatki, pridobljeni med intervjujem, bodo zaupni in uporabljeni izključno za namene te raziskave. Zagotovljena je anonimnost, vaša identiteta ne bo razkrita v nobenem dokumentu, tonskem zapisu ali prepisu. Po dobesednem prepisu vašega posnetka intervjuja vam bomo prepisan transkript izročili, če ga boste želeli.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, iz nje lahko kadarkoli izstopite.

Za vsa nadaljnja vprašanja sem vam na voljo preko telefona 040 856 783 ali elektronske pošte [martaomejc@yahoo.com](mailto:martaomejc@yahoo.com).

V primeru, da ste se odločili za sodelovanje v raziskavi, vas prosim, da me kontaktirate in oddate podpisano soglasje. Nato se lahko, glede na vaše želje, dogovoriva za kraj in čas najinega intervjuja.

Lep pozdrav,

Marta Omejc Gulič

Datum:

## **1. DEMOGRAFSKI PODATKI**

1. Koliko ste stari?
2. Katerega spola ste?
3. Koliko časa ste izpostavljeni brezdomstvu?
4. Kje prenočujete?
5. Ste vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje?
  - 5.1 Če ne, lahko poveste zakaj ne?
6. Ste vključeni v prostovoljno zdravstveno zavarovanje?
  - 6.1. Če ne, lahko poveste zakaj ne?
7. Ste državljan/-ka Republike Slovenije?
8. Imate kakšne prihodke?

## **2. KONTEKST ZDRAVSTVENE NEGE**

1. Kako bi ocenili svoje zdravstveno stanje?
  - 1.1 Kolikokrat ste bili bolni v zadnjih šestih mesecih?
  - 1.2 Kakšne težave ste imeli?

- 1.3 Ste poklicali nujno medicinsko pomoč, obiskali ambulanto nujne medicinske pomoči, obiskali izbranega osebnega zdravnika?
- 1.4 Ali ste ta trenutek zdravi?
- 1.5 Imate predpisano kakšno terapijo, tablete?
- 1.5.1 Če ja, jih jemljete po prejetih navodilih?
2. Kakšne so vaše izkušnje z zdravstvenimi delavci, ko ste potrebovali pomoč?
- 2.2 Kaj ste najbolj pogrešali /kaj vam je bilo najbolj všeč (odnos, strokovna obravnava)?
- 2.3 Kako bi opisali možnost dostopa do ambulante in zdravnika?
3. Ste razmišljali, da bi za izboljšanje vaših zdravstvenih težav lahko kaj spremenili v svojem življenju?
- 3.1 Ali ste zadovoljni z načinom, kako skrbite za svoje zdravje?
- 3.2 Na katerih točkah v vsakdanjem življenju bi lahko naredili več zase?
- 3.3. Bi se bili pripravljene udeležiti brezplačne delavnice za krepitev zdravja?

## 6.2 MATRIKA PODATKOV

Priloga 2: Soglasje za sodelovanje v raziskavi

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_potrjujem,

da sem se prostovoljno odločil/-a za sodelovanje v raziskavi z naslovom Zdravstvena nega in brezdomci. Prebral/-a in razumel/-a sem vsebino vabila za sodelovanje v raziskavi. Seznanjen/-a sem s tematiko, na katero se raziskava nanaša, z njeno vsebino ter načrtovanim potekom intervjuja. Pred potekom raziskave so mi bile predstavljene moje pravice in možnost, da lahko iz nje kadarkoli izstopim.

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_