



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**TRAJNE OSEBNOSTNE SPREMEMBE PRI
OSEBAH V PATRONAŽNEM VARSTVU, KI
JIM NI MOGOČE PRIPISATI MOŽGANSKE
POŠKODBE ALI BOLEZNI**

**PERMANENT PERSONALITY CHANGE IN
PERSONS RECEIVING COMMUNITY
NURSING CARE UNRELATED TO BRAIN
INJURY OR ILLNESS**

Mentorica: izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek
Somentorica: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidatka: Bernardka Maček

Jesenice, september, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Mojci Zvezdani Dernovšek in somentorici dr. Radojki Kobentar, viš. pred. za strokovno podporo in usmeritve.

Za pomoč se zahvaljujem tudi recenzentkama, izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in doc. dr. Saški Roškar.

Zahvaljujem se vsem kolegicam v patronažnem varstvu, ki so sodelovale pri anketiranju ter vsem pacientom na domu, ki so sodelovali pri izpolnjevanju anketnih vprašalnikov. Hvala gospe Urški Žagar za lektoriranje dela in Jani Suklan za statistične nasvete.

Hvala tudi mojim najbližjim Andreju, Simonu, Vanesi in Maksu za podporo in potrpežljivost v času študija in pisanja tega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Med motnje osebnosti in vedenja odraslih uvrščamo skupino trajnih osebnostnih sprememb (TOS), ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni. Katastrofične in/ali travmatične izkušnje lahko povzročijo osebnostno ranljivost s kognitivnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami. TOS lahko zapletejo proces zdravstvene nege, rehabilitacijo in socialno integracijo.

Cilj: Poleg pogostosti in značilnosti TOS smo ugotavljali vpliv na kakovost življenja povezanega z zdravjem, s socialnimi odnosi ter integracijo v socialni mreži.

Metoda: Terenska raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Vzorec je zajemal 18,56 % (n=606) celotne populacije pacientov obravnavanih v patronažnem varstvu na območju osrednjeslovenske regije, starih med 20 in 92 leti v domačem okolju. Uporabili smo strukturirani vprašalnik, ki je vseboval 20 vprašanj. Podatke so zbrale patronažne medicinske sestre ob kurativnih in preventivnih obiskih med 10. 9. in 14. 12. 2012. Podatki so bili obdelani s pomočjo opisne statistike, χ^2 preizkusa, razvrščanja v skupine in diskriminantne analize.

Rezultati: TOS so prisotne pri 9 % (n=53) pacientov, ki so starejši in manj izobraženi. Le četrtnina pacientov (n=10) s TOS se zdravi pri psihiatru. Pacienti, pri katerih so prisotne TOS, se statistično značilno razlikujejo od pacientov, pri katerih ni prisotnih TOS, glede izkušenj s travmatičnim dogodkom ($p = 0,000$), stopnje samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti ($p = 0,000$), incidence kronične bolečine ($p = 0,002$), socialnega vključevanja ($p = 0,016$), samomorilnih misli ($p = 0,000$) in incidence zdravstvenih težav ($p = 0,000$).

Razprava: Rezultati opozarjajo na delež pacientov s TOS, pri katerih so TOS večinoma neprepoznane, nezdravljene in skrite v ozadju duševnih in telesnih zdravstvenih težav ter preko tega na potrebo po pravočasnem prepoznavanju, odkrivanju, napotitvi, podpori, destigmatizaciji in multidisciplinarnem pristopu. Nadaljnji raziskovalni izziv bi bil nacionalni projekt ter raziskovanje TOS s strani patronažnih medicinskih sester.

Ključne besede: osebnostne spremembe, osebnost, katastrofične/travmatične izkušnje, duševno zdravje, patronažna zdravstvena nega.

SUMMARY

Background: Personality and behaviour disorders include Enduring Personality Changes (EPC), which cannot be attributed to brain injury or disease. Catastrophic and/or traumatic experiences can cause personality vulnerability with cognitive, emotional and behavioural difficulties. EPC can complicate the process of health care, the rehabilitation and the social integration.

Aims: We were trying to establish the frequency and the characteristics of the EPC and the influence on the quality of life in connection to health, social relations and integration into the social network.

Methods: The field research is based on the quantitative work method. The data have been gathered through a questionnaire. The sample consisted of 18,56 % (n=606) of the total population of patients in community nursing care in the central Slovenia, aged between 20 and 92 years, in their domestic environment. We used structured questionnaire, which included 20 questions. The data have been collected by community nurses during their curative and preventive visits between 10.9. and 14.12.2012. The data have been treated with the help of descriptive statistics, the χ^2 test, group classification and discriminant analysis.

Results: The EPC are present with 9 % (n=53) of the patients, which tend to be older and less educated. Only a quarter of patients with TOS (n=10), is being treated by a psychiatrist. The patients with the presence of EPC are statistically distinctly different from the patients with no presence of EPC in terms of experiences with a traumatic event ($p = 0,000$), level of independence in the performance of life activities ($p = 0,000$), incidence of chronic pain ($p = 0,002$), social integration ($p = 0,016$), suicide thoughts ($p = 0,000$) and medical difficulties incidence ($p = 0,000$).

Discussion: The results are warning us about the share of patients with EPC in which EPC largely unrecognized, untreated and hidden in the background of normal mental and physical health problems, and through that a need for timely recognition and detection of the changes and reference to treatment, support, destigmatization and multidisciplinary approach. The following research challenge could be a national project and a research TOS by community nurses.

Key words: personality changes, personality, catastrophic/traumatic experiences, mental health, community nursing.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2. 1	POMEN DUŠEVNEGA ZDRAVJA	4
2. 2	OSEBNOST IN ZDRAVJE	5
2. 2. 1	Osebnost in zdravje pri starejših odraslih.....	6
2. 3	MOTNJE OSEBNOSTI	8
2. 3. 1	Trajne osebnostne spremembe, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni	10
2. 4	TRAJNA OSEBNOSTNA SPREMENJENOST PO KATASTROFIČNI IZKUŠNJI.....	11
2. 4. 1	Katastrofične izkušnje z nasiljem, zlorabo, mučenjem, preganjanjem in vojnimi travmami	13
2. 4. 2	Vpliv in posledice katastrofičnih in/ali travmatičnih izkušenj	15
2. 4. 3	Osebnostna ranljivost	17
2. 5	TRAJNA OSEBNOSTNA SPREMENJENOST PO DUŠEVNI BOLEZNI.....	20
2. 5. 1	Vpliv duševne bolezni na družino	20
2. 6	DRUGE TRAJNE OSEBNOSTNE SPREMENJENOSTI – SINDROM KRONIČNE BOLEČINE.....	22
2. 7	NA DOKAZIH PODPRTA PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA	23
2. 7. 1	Timsko delo	26
2. 7. 2	Model zdravstvene nege po McAllister.....	28
2. 7. 3	Zdravstvena nega oseb s katastrofično in/ali travmatično izkušnjo	29
2. 7. 4	Model zdravstvene nege po Maddern.....	31
3	EMPIRIČNI DEL.....	33
3.1	OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA	33
3. 2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	34
3. 3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	34
3. 3. 1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	34
3. 3. 2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	36
3. 3. 3	Opis vzorca	38
3. 3. 4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	42
3. 4	REZULTATI	44
3. 4. 1	Opisna statistika.....	44

3. 4. 2 Razvrščanje v skupine	60
3. 4. 3 Diskriminantna analiza	62
3. 5 RAZPRAVA.....	69
4 ZAKLJUČEK	80
5 LITERATURA	82
6 PRILOGE	
6.1 Instrument	
6.1.1 Anketni vprašalnik	
6.1.2 Seznanitev in privolitev osebe v raziskavo	
6.1.3 Uvodno pismo patronažnim medicinskim sestram k sodelovanju	
6.2 Prikaz obdelave podatkov	
6.2.1 Histogrami	
6.2.2 Deskriptivna statistika	
6.2.3 Dendrogram	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Šest načel rešitev osredotočenih na zdravstveno nego	28
Tabela 2: Tri fazni model zdravstvene nege posredovanja pomoči okrevanju žrtvam katastrofičnih izkušenj	31
Tabela 3: Zanesljivost vprašalnika v pilotni raziskavi (n=30)	37
Tabela 4: Povprečje socialnih stikov glede na spol	46
Tabela 5: Odstotek zdravstvenih težav glede na spol	49
Tabela 6: Povprečje osebnostne ranljivosti glede na spol	52
Tabela 7: Odstotki in povprečje vpliva osebnostne ranljivosti na dom, odnose in delo (1 = ne preveč, 4 = izredno močno) (n=606)	54
Tabela 8: Odstotek in povprečje za težave pri izvajanju dnevnih aktivnosti (min = 1, max = 4) (n=606)	56
Tabela 9: Odstotek preiskovancev, ki obiskujejo psihiatra, glede na prisotnost/odsotnost TOS (nimajo TOS n=521, imajo TOS n=53)	58
Tabela 10: Preiskovanci glede na prisotnost/odsotnost TOS	60
Tabela 11: Odstotek preiskovancev, ki imajo in nimajo TOS glede na starost in izobrazbo(n = 574, TOS n = 53, nimajo TOS n = 521)	61
Tabela 12: Razlika med povprečji dveh vzorcev za skupini preiskovancev, ki imajo (n=52) oziroma nimajo TOS (n=507)	67
Tabela 13: Strukturne vrednosti uteži modela za skupini preiskovancev, ki imajo (n=52) oziroma nimajo TOS (n=507)	68
Tabela 14: Klasifikacijska tabela	69

KAZALO SLIK

Slika 1: Vpliv katastrofičnih/travmatičnih izkušenj v otroštvu na zdravstvene izide (diagram)	16
Slika 2: Odstotki preiskovancev po spolu (n = 605)	39
Slika 3: Odstotki preiskovancev po starostnih skupinah (n=606)	40
Slika 4: Odstotki preiskovancev po izobrazbi (n=606)	40
Slika 5: Odstotek preiskovancev po zakonskem stanu (n=606)	41
Slika 6: Odstotek spremenljivke »S kom živite v gospodinjstvu?« (n=605)	41
Slika 7: Povprečna ocena trditev o socialnih stikih (1 = nikoli, 5 = vedno) (n=606).....	45
Slika 8: Odstotek zdravstvenih težav (n=606).....	47
Slika 9: Odstotek preiskovancev, ki imajo posamezno število zdravstvenih težav (n=606)	50
Slika 10: Povprečje trditev o osebnostni ranljivosti (1 = nikoli, 5 = vedno) (n=605)....	51
Slika 11: Odstotek trajanja osebnostne ranljivosti/sprememb (n=606).....	54
Slika 12: Odstotek izpostavljenosti katastrofičnim/travmatičnim izkušnjam (n=605) ..	55
Slika 13: Odstotek izpostavljenosti travmatičnim dogodkom glede na spol (n=596)....	56
Slika 14: Odstotek oblik zdravstvene pomoči, ki jo imajo običajno	57
Slika 15: Odstotek zdravnikov, pri katerih se zdravijo (n=602)	58
Slika 16: Odstotek zdravil, ki jih ni predpisal zdravnik (n=378)	59
Slika 17: Povprečna ocena trenutnega zdravstvenega stanja (0 = najslabše možno, 10 = najboljše možno) (n=606).....	60
Slika 18: Odstotek prisotnosti TOS glede na izkušnjo travmatičnega dogodka (n = 574, TOS n = 53, nimajo TOS n = 521)	62
Slika 19: Povprečje socialnih stikov in samomorilnih misli glede na prisotnost/odsotnost TOS (n = 559, TOS n = 52, nimajo TOS n = 507).....	63
Slika 20: Povprečno opravljanje dnevnih aktivnosti glede na prisotnost/odsotnost TOS (n = 559, TOS n = 52, nimajo TOS n = 507)	65

1 UVOD

Ni zdravja brez duševnega zdravja je stališče, ki ga promovira Svetovna zdravstvena organizacija (Promoting Mental Health, 2005). Duševno zdravje omogoča posamezniku udeležanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju (Jeriček Klanšček et al., 2010; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Duševne motnje spadajo med deset poglavitnih vzrokov oviranosti v svetu s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami za posameznike, družine in skupnosti (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Približno 450 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jo bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju (Dernovšek, Šprah, 2008). Evropsko unijo duševne bolezni stanejo od 3 do 4 % bruto družbenega proizvoda, v največji meri zaradi izgubljene produktivnosti (Prevention of Depression and Suicide, 2008). Ker je prevalenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih bolezni iz sedanjih 10 % do leta 2020 dvignilo na 15 %, kar bo preseglo ekonomsko breme koronarne bolezni (Dernovšek, Šprah, 2008). Najpogostejši vzroki za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji, so bolezni, ki so tudi v Evropi najpogostejše, in sicer depresija in anksiozne motnje ter odzivi na hud stres in prilagoditvene motnje (Jeriček Klanšček et al., 2010). Duševno zdravje v otroštvu predstavlja temelj duševnega zdravja v odrasli dobi. Izpostavljenost travmi v zgodnjem otroštvu ali dolgotrajna katastrofična izkušnja, lahko poslabša oblikovanje osebnosti s kognitivnimi, afektivnimi in vedenjskimi težavami (Daud, Klinteberg, Rydelius, 2008). Otroci so še posebej občutljivi na zgodnji stres, hudo nasilje in zlorabo, ki povzroča vrsto nevrobioloških reakcij, te pa lahko vodijo v trajne spremembe v razvoju možganov in različne duševne ter vedenjske motnje (Teicher et al., 2002; Teicher, Tomoda, Andersen, 2006).

Osebnostne spremembe se lahko pojavijo po katastrofični izkušnji koncentracijskega taborišča, grozotah, dolgotrajnem ujetništvu z neposredno izpostavljenostjo smrtno nevarnim okoliščinam, kot so žrtve terorizma in mučenja (Maddern, 2004; Beltran,

Silove, Llewellyn, 2009; Te Brake et al., 2009) ter po naravnih ali umetnih nesrečah (Cook, O'Donnell, 2005 povz. po Karner, 2008). Katastrofične in/ali travmatične izkušnje imajo lahko mnoge, tudi dolgoročne posledice za posameznika. Raziskovanje in poznavanje značilnosti le teh je še posebej pomembno, ker se ocenjuje, da kar 60% moških in 50% žensk v svojem življenju izkusi travmatični dogodek (Schore, 2002). Čeprav večina oseb, preživelih grozot, terorizma ali drugih pretresljivih katastrofičnih/travmatičnih dogodkov okreva spontano, precejšnje število teh oseb razvije dolgoročne težave (Maddern, 2004; Te Brake et al., 2009). Žrtve katastrofičnih in/ali travmatičnih izkušenj pogosto trpijo zaradi visoke stopnje zdravstvene obolevnosti (zlasti na račun duševnih motenj), invalidnosti in povečane ravni umrljivosti vključno s povečanim tveganjem za samomorilne misli, poskuse in samomore (Krysinska, Lester, Martin, 2009).

Osebnostne motnje so zelo razširjene in predstavljajo enega večjih izzivov na področju zdravstvene oskrbe (Židanik, 2003) ter eno najbolj nejasnih kategorij v psihiatriji (Benedik, 2004). Prepogosto ostanejo skrite v ozadju siceršnjih psihičnih težav (Židanik, 2003). Za medicinske sestre je ocenjevanje prisotnosti osebnostnih motenj pri pacientih med najtežjimi med duševnimi motnjami, zlasti pri starejših odraslih (Magoteaux, Bonnivier, 2009). Trajne osebnostne spremembe (TOS) so (pre)malo poznane in predstavljajo večji izziv tudi na področju patronažne zdravstvene nege, saj lahko zapletejo proces zdravstvene nege, rehabilitacijo in socialno integracijo. Patronažne medicinske sestre prevzamejo večino nepretrganega spremljanja oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami in imajo nenadomestljivo vlogo pri zgodnjem prepoznavanju in odkrivanju poslabšanja bolezni in drugih kriznih stanj (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Vloga patronažnega varstva je zelo aktualna, saj se razsežnosti vesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer najpogosteje opazijo za zaprtimi vrati domov, kamor vstopa patronažna medicinska sestra (Saucier Lunday, Janes, 2009). Zdravstveno nego pacientov s težavami v duševnem zdravju lahko izboljšamo s pravočasnim prepoznavanjem težav, ustrezno psihosocialno oceno stanja, zgodnjimi napotitvami po pomoč, promocijo zdravja in nudenjem podpore (Annells et al., 2011). Ugotovitve raziskav poudarjajo kompleksnost in pomen podpore multidisciplinarnega pristopa tima pri ocenjevanju in zdravljenju

TOS (Lew et al., 2009; Mulvihill, 2005). Osebe z duševnimi motnjami in njihovi bližnji so pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in nespoštovanja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost oziroma potek zdravstvene obravnave (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011), kar kaže na potrebo po spodbujanju duševnega zdravja, presejanju, promociji zdravja in zagotavljanju podpore za to populacijo.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 POMEN DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Svetovna zdravstvena organizacija je duševno zdravje opredelila kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (Mental Health Atlas, 2005). Duševno zdravje omogoča posamezniku udeleževanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju (Jeriček Klanšček et al., 2010; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Za družbo je dobro duševno zdravje podlaga za družbeno kohezijo ter za (boljšo) socialno in ekonomsko blaginjo. Duševne motnje spadajo med deset poglavitnih vzrokov oviranosti v svetu s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami za posameznike, družine in skupnosti. Dokazana je povezava med duševnim zdravjem in revščino, ki povečuje tveganje za duševne motnje (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011).

Duševno zdravje sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine in mu zdravstvene in socialne politike namenjajo veliko pozornosti (prav tam, 2011). Podatki o pozitivnem duševnem zdravju kažejo, da imamo prebivalci Slovenije v splošnem visoko samopodobo in močan občutek, da obvladujemo svoje življenje, a po drugi strani nizko stopnjo vitalnosti in energije, kar lahko povezujemo s pogostimi občutji depresivnosti (Jeriček Klanšček et al., 2010).

Incidenca duševnih bolezni pri odraslih prebivalcih ZDA je ocenjena, da enega od štirih oseb (Kessler et al., 2005) in eno od petih družin prizadane duševna bolezen (Mental Health, 2009). Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno dobro razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je trenutno mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih obolenj in približno 100.000 depresivnih ter anksioznih stanj (Dernovšek, Šprah, 2008). Verjetnost, da kdorkoli enkrat v življenju zbolijo za depresijo v Sloveniji je 15 do 20 odstotna (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Po podatkih

Inštituta za varovanje zdravja je bilo v letu 2006 prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj 91.450, kar je 1,8 % vseh prvih obiskov na primarni ravni (Jeriček Klanšček et al., 2010). Posledice slabega duševnega zdravja za skupnost so številne, saj motnje vplivajo na kakovost življenja pacientov, njihovih družin in družbe širše (Dernovšek, Šprah, 2008).

Nevropsihiatrične motnje predstavljajo tudi v otroškem obdobju, podobno kot v odrasli dobi, največje breme merjeno v dnevih onesposobljenosti na leto zaradi bolezni (Mental Health Atlas, 2005; Mental Health in the EU, 2008). Zaradi staranja prebivalstva v državah evropske unije ugotavljamo čedalje več duševnih motenj, povezanih s starostjo, kot so različne demence, depresije in samomorilnost (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Retrospektivne študije ugotavljajo, da ima 90 % ljudi, ki napravi samomor vsaj eno od duševnih motenj, ena tretjina ljudi pa eno od osebnostnih motenj (Bronisch, 1996 povz. po Židanik, 2003).

Težave v duševnem zdravju se pogosto pojavljajo pri ljudeh, ki so deležni pomoči zdravstvene nege. V raziskavi Brown s sodelavci (2003) jih je skoraj tretjina poročala o simptomih depresije in desetina je doživljala posttravmatsko stresno motnjo (Hawthorne et al., 2004). Več raziskovalcev je ugotovilo škodljive učinke slabega duševnega zdravstvenega stanja na kronične bolezni, vključno s počasnejšim zdravstvenim okrevanjem in večjo uporabo zdravstvenih storitev (Katon, 2003 povz. po Annells et al., 2010). Strokovnjaki opažajo, da se duševnim boleznim pogosto pridružijo še telesne bolezni in tudi obratno; kroničnim telesnim boleznim se rade pridružijo različne duševne bolezni, najpogosteje depresija. Tveganje za razvoj depresije ima med 23 in 33 % bolnikov s kroničnimi telesnimi boleznimi (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

2. 2 OSEBNOST IN ZDRAVJE

»Osebnost je celostni vzorec relativno trajnih značilnosti, po katerih se posamezne osebe razlikujejo med seboj« je zapisal Musek (2005). Daud in sodelavci (2008) trdijo, da so osebnostne lastnosti zamišljene predvsem kot dosledni vzorci mišljenja,

čustvovanja in vedenja. Osebnost lahko definiramo tudi kot celoto čustvenih in vedenjskih potez, ki označujejo osebo v vsakodnevem življenju ob normalnih okoliščinah (Kaplan, 1994 cit. po Židanik, 2003, str. 8).

Raziskave kažejo, da so štirje od petih velikih faktorjev osebnosti: nevroticizem, ekstravertiranost, odprtost za izkušnje/doživetja, ustreznost in vestnost povezani s kakovostjo življenja in življenjskim zadovoljstvom (McCrae, Costa, 1991 povz. po Musek, Avsec, 2006). Temeljne dimenzije osebnosti so močno povezane s subjektivnim blagostanjem (pozitivna in negativna čustvena naravnost, zadovoljstvo z življenjem) in duševnim zdravjem, kar dokazuje njihov velik življenjski pomen (Musek, Avsec, 2006). Yua, Chamorro-Premuzic in Tania (2008) navajajo, da je osebnost močnejši napovedovalec zdravja kot demografske spremenljivke. Klinteberg, Schalling in Magnusson so že leta 1990 ugotovili, da je vedenje v otroštvu dober označevalec osebnostnih lastnosti v odrasli dobi. Ugotovili so, da napovedujeta hiperaktivnost v otroštvu in agresivno vedenje v odrasli dobi psihopatologijo glede osebnostnih lastnosti (Daud et al., 2008).

2. 2. 1 Osebnost in zdravje pri starejših odraslih

Po projekcijah EuroPop 2008, naj bi se do leta 2060 delež starejših povzpел na 35 odstotkov (Vertot, 2008). S tem se bo povečalo tudi število starejših oseb, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo pomoč (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011). Starostniki predstavljajo posebej ogroženo skupino, saj se poleg zdravstvenih težav soočajo tudi s slabšo socialno integracijo, socialno izolacijo in osamljenostjo (Maček, Skela Savič, Zorc, 2011). Zaradi družbenih sprememb se opazno povečuje potreba po kurativni zdravstveni negi na domu (Zavrl Džananović, 2010). V patronažnem varstvu narašča število prvih kurativnih obiskov na 1000 prebivalcev, pri katerih predstavljajo 85,3 % obiski pri pacientih, starih nad 60 let (Horvat, 2010; Zavrl Džananović, 2010).

Ali je osebnost povezana s starostjo v odraslih letih in kako, je bila sporna tema v zadnjih dveh desetletjih. Empirično so uveljavljali in zagovarjali različne poglede. Costa in McCrae (1980 povz. po Yua et al., 2008) sta trdila, da se osebnost ne spreminja, Helson in Stewart (1994 povz. po Yua et al., 2008) pa sta trdila, da skoraj vsi vidiki osebnosti s starostjo podležejo spremembam. McCrae je s sodelavci (1999 povz. po Yua et al., 2008) v petih študijah ugotovil, da so se starejši odrasli razlikovali od poznih mladostnikov in mlajših odraslih predvsem po tem, da so bolj nadzorovali impulze, so bili manj razburljivi in radostni, so bili bolj moralno odgovorni in na splošno manj odprti za nove izkušnje. Osebnostne dimenzije, dimenzije samopodobe in dimenzije psihičnega blagostanja/zdravja se teoretsko in empirično prepletajo (Musek, Avsec, 2006). Sprejemanje sprememb in zadovoljstvo z življenjem v starosti je odvisno predvsem od kakovosti socialne mreže, ki vpliva na socialno integracijo posameznika v njegovem okolju prek bolj ali manj pogostih in kakovostnih socialnih stikov, kar preprečuje osamljenost in socialno izolacijo (Dragoš, 2000 povz. po Kobentar, 2003).

Katastrofična izkušnja kot "skrita spremenljivka" v življenju starejših odraslih vpliva na psihično, socialno, fiziološko in vedenjsko delovanje (Karner, 2008). Pietrzak je s sodelavci (2012) na nacionalnem reprezentativnem vzorcu 9463 ameriških starejših odraslih, starih 60 let in več, ugotavljal povezave zdravstvenih težav z izpostavljenostjo življenjski travmi ter s popolno in delno posttravmatsko stresno motnjo. Raziskava je pokazala, da so imeli starejši odrasli s travmatično izkušnjo višjo stopnjo tveganja za pojav telesnih zdravstvenih težav kot so kronične bolezni (gastritis, angina pectoris in artritis) ter slabše telesno delovanje (prav tam).

Dolgo je veljalo mišljenje, da so osebnostne motnje "odsotne v starosti," vendar pa nove raziskave kažejo, da se osebnostne motnje lahko nadaljujejo skozi življenjsko dobo (Magoteaux, Bonnavier, 2009). Osebnostne spremembe v pozni odrasli dobi se ponavadi pojavljajo v okolju na osnovi osebnostnih potez, postopne socialne nenavezanosti in notranje duhovne rasti (Musek, Avsec, 2006; Yua et al., 2008). Ko primarne in sekundarne spremembe staranja dodatno zapletajo osebnostne motnje, so terapevtske večine medicinskih sester izzvane (Magoteaux, Bonnavier, 2009). Oceno osebnostnih motenj pri starejših odraslih, lahko izkrivljajo stereotipi in pomanjkanje razumevanja

kulturnih kontekstov. Medicinske sestre morajo biti previdne pri napačnemu razumevanju "ekscentričnega" vedenja starejših odraslih kot osebnostne motnje (prav tam). Lahko rečemo, da je nemogoče razpravljati o osebnostnih motnjah pri starejših odraslih brez poznavanja družbenega pogleda. Zato je pravi izziv spodbujanje pozitivnega pogleda na staranje, brez stereotipov ali zavračanja duševnih motenj (prav tam).

2.3 MOTNJE OSEBNOSTI

Osebnostna motnja je varianta osebnostnih potez, ki so rigidne in neprilagodljive na spremembe v okolju in s tem privedejo do težav v vsakodnevnem delovanju in subjektivnih stisk posameznika (Kaplan, 1994 cit. po Židanik, 2003, str. 8). Motnje osebnosti po definiciji predstavljajo trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja in se manifestira na naslednjih (vsaj dveh) področjih: kogniciji, čustvovanju in medosebnih odnosih ali kontroli impulzov (American Psychiatric Association, 2000). Niso rezultat fizioloških ali morfoloških sprememb ali substanc oziroma splošnega somatskega stanja ali drugih duševnih motenj. Ti vzorci so prodorni, nefleksibilni, togi in stabilni, pojavljajo se v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi (prav tam, 2000), vendar pa pojavnost teh motenj v pozni starosti ni v celoti znan (Magoteaux, Bonnavier, 2009). Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali oškodovanostim na socialnih, zaposlitvenih in drugih področjih posameznikovega delovanja (American Psychiatric Association, 2000; Magoteaux, Bonnavier, 2009). Osebnostne motnje so določene z Ameriškim psihiatričnim združenjem (2000) kot "trajen vzorec notranje izkušnje in vedenja, ki bistveno odstopa od pričakovanja posameznikove kulture".

Raziskave navajajo različne podatke o pogostosti osebnostnih motenj. Kaplan (1994 povz. po Židanik, 2003) ocenjuje med 15,5 in 32 %, Marlowe in Sugeran (1997 povz. po Židanik, 2003) pa med 2 in 13 % osebnostnih motenj v splošni populaciji. V zvezi z diagnosticiranjem osebnostnih motenj slednja avtorja navajata več problemov, kot so: različna terminologija, odsotnost standardizacije normalne osebnosti in normalnega

vedenja, v ospredju so unitarne diagnoze, ugotavljanje osebnostnih motenj ostaja v ozadju ter uporaba termina osebnostna motnja lahko osebo negativno označi, zato so kliniki previdni pri opredeljevanju te diagnoze. Židanik (2003) z raziskavo ugotovi visok delež depresije (32 %) in potencialno osebnostno motenih ljudi (41,2 %) pri 28,5 % deležu naključno vzorčnega dela splošne populacije v mariborski regiji, kar kaže, da lahko pričakujemo med Slovenci več psihičnih motenj kot v drugih državah in na visoko ranljivost te populacije ter preko tega na potrebo po pravočasnem prepoznavanju te patologije.

Strokovnjaki, ki delajo na področju spolnega nasilja, trdijo, da lahko nekatere travme povzročijo spremembo osebnosti (Herman, 1992 povz. po Daud et al., 2008; Beltran, Llewellyn, Silove, 2009). Tudi drugi raziskovalci (Van Der Kolk, McFarlane, 1996 povz. po Read et al., 2005) trdijo, da so lahko zgodnje travme dober temelj nepravilnosti pri razvoju zdravih osebnostnih lastnosti. Dolgotrajna travmatizacija in travma v zgodnjem otroštvu oblikujeta osebnost na patološki način (Lundgren, Gerdner, Lundqvist, 2002). Izpostavljenost travmi v zgodnjem otroštvu kot je zloraba otroka, je dejavnik tveganja za razvoj duševne motnje, kot je psihoza ali shizofrenija (Read et al., 2005). Zgodnje travme lahko preko povezovanja nevropsihiatričnih posledic in osebnostne ranljivosti povečujejo tveganja razvoja posttravmatske stresne motnje, depresije, mejne osebnostne motnje, disociativne osebnostne motnje in zlorabe substanc (Rick, Douglas, 2007). Fizična ter čustvena bližina v odnosu, v katerem pride do travme in intenzivnost travmatičnih dogodkov predstavljata dva izmed temeljnih dejavnikov tveganja za razvoj resne psihopatologije, vključno z osebnostno motnjo in posttravmatsko stresno motnjo (Pfefferbaum, 1997 povz. po Daud et al., 2008).

Motnje osebnosti predstavljajo v psihiatriji eno najbolj nejasnih kategorij (Benedik, 2004). Za medicinske sestre je ocenjevanje prisotnosti osebnostnih motenj med najtežjimi okoliščinami, ko gre za paciente z duševnimi motnjami, zlasti pri starejših odraslih (Magoteaux, Bonnivier, 2009).

2. 3. 1 Trajne osebnostne spremembe, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni

Med motnje osebnosti in vedenja odraslih, uvrščamo skupino TOS, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Skupina vključuje motnje odrasle osebnosti in vedenja, ki se razvijejo po katastrofičnem ali prekomernem dolgotrajnem stresu ali po hudi duševni bolezni, pri osebah brez predhodne motnje osebnosti. Osebnostna sprememba je povezana z neprilagodljivim in nefleksibilnim vedenjem in ni bila navzoča pred patogeno izkušnjo. Takšna trajna osebnostna sprememba je najbolj pogosto vidna po uničujoči katastrofični in/ali travmatični izkušnji. Trajna osebnostna sprememba predstavlja stalen in drugačen način bivanja, kar lahko etiološko vodi do globoke, eksistencialne skrajne izkušnje. Osebnostne spremembe morajo biti trajne in vidne kot neprilagodljive značilnosti, ki vodijo do oslabitve v medosebnem, družbenem in poklicnem delovanju. Treba je izključiti prisotnost možganske poškodbe ali bolezni, ki lahko povzročijo podobne klinične značilnosti (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1993).

Med skupino trajnih osebnostnih sprememb, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni štejemo: (1) trajno osebnostno spremenjenost po katastrofični izkušnji, (2) trajno osebnostno spremenjenost po duševni bolezni, (3) druge trajne osebnostne spremenjenosti – sindrom kronične bolečine in (4) trajno osebnostno spremenjenost, ki je neopredeljena (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992; 1993).

Pred osebnostnimi spremembami se lahko pojavijo posttravmatske stresne motnje, ki so lahko videti kot nadaljevanje kroničnih in nepovratnih stresnih motenj (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Literatura se v opisovanju posledic največkrat nanaša na posttravmatsko stresno motnjo, ki jo v življenju doživi približno 10 % populacije (American Psychiatric Association, 2000). Daud je s sodelavci (2008) ugotovil, da je kronična posttravmatska stresna motnja povezana z osebnostnimi motnjami, ki so vključene v psihopatologijo.

2. 4 TRAJNA OSEBNOSTNA SPREMENJENOST PO KATASTROFIČNI IZKUŠNJI

"TOS po katastrofični izkušnji" je diagnostična kategorija, vključena prvič leta 1992, v Mednarodni statistični klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov, 10. revizija (MKB-10) poglavje duševnih in vedenjskih motenj kot eno od odraslih osebnostnih motenj (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). MKB-10 je v dveh oblikah: za klinično delo in za raziskovanje. To sta diagnostični kriterij za raziskave (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1993) ter opisi kliničnih in diagnostičnih smernic (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Obe opisujeta kriterije za TOS. TOS po katastrofični izkušnji, je opredeljena kot TOS, ki je navzoča vsaj dve leti po izpostavljenosti katastrofičnemu stresu (prav tam). Stres mora biti tako ekstremen, da ima močen vpliv na osebnost. Za motnjo je značilen sovražen ali nezaupljiv odnos do sveta, socialni umik, občutek praznine in brezup, odtujenost in kronični občutek "biti na robu", kot biti nenehno ogrožen (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1993). Beltran in sodelavci (2009) so s kvalitativno študijo v Avstraliji raziskali simptome kot so telesni znaki, samodestruktivno vedenje, spolne motnje ter trajen občutek krivde in jih predlagali kot dodatne lastnosti diagnostičnim kriterijem TOS po katastrofični izkušnji, ki niso vključene v sedanjih kriterijih in s katerimi bi lahko izboljšali diagnostične kriterije.

TOS po katastrofični izkušnji se lahko pojavijo po katastrofičnih in/ali travmatičnih izkušnjah kot so: izkušnje koncentracijskega taborišča, grozote, dolgotrajno ujetništvo z neposredno možnostjo izpostavljenosti smrtno nevarnim okoliščinam: žrtve terorizma in mučenja (Beltran et al., 2008), travme, ki ogrožajo življenje ali varnost (Seides, 2010), osebno nasilje, zloraba s strani intimnega partnerja v domačih okoliščinah, spolni napad, fizična ter spolna zloraba otrok, nasilne smrti otrok in ljubljenih (Raphael, Taylor, McAndrew, 2008; Cook, O'Donnell, 2005 povz. po Karner, 2008). V odločilnih katastrofah, kot sta bili Hirošima in holokavst, je bilo prepoznanih veliko število žensk, ki so doživljale katastrofo na različne načine, nekatere tudi tiho in neprepoznano

(Raphael et al., 2008). Vključitev TOS po katastrofični izkušnji kot diagnostični kategoriji v MKB-10, predstavlja prelomnico v razvoju travmatskih sindromov stresa, vendar številni vidiki diagnoze ostajajo nerešeni (Beltran et al., 2008).

Travma je opredeljena kot stres, ki vključuje neposredno osebno izkušnjo dogodka, ki vključuje dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali drugo nevarnost za svojo telesno integriteto ali pričo dogodka, ki vključuje smrt, poškodbo ali nevarnost za telesno integriteto druge osebe; ali lastno izkušnjo o pričakovani ali nasilni smrti, resno škodo ali nevarnost smrti ali poškodbe, ki jih doživlja družinski član ali drug tesni sodelavec (American Psychiatric Association, 2000). Scignar je opisal "travmatična načela", kot so dražljaji iz okolja, ki predstavljajo realno grožnjo ali tveganje za življenje in vplivajo na eno ter večer na vseh pet senzoričnih poti v možganih. Baer (2007) definira travmo kot resno grožnjo posameznikovega življenja ali telesne integritete, ki lahko povzroča telesne poškodbe in lahko sproža stresne motnje v ranljivem posamezniku (prav tam). »V vsakem primeru,« piše psihologinja Judit Herman, »je glavna lastnost travmatičnega dogodka ta, da zbuja občutek nemoči in popolne groze« (1994 povz. po Starman, 2006). Množičen travmatičen dogodek povzroči individualno travmo, ki se prenaša med generacijami ter tvori skupnost preživelih in njihovih družin (Starman, 2006). Mikrotravme se razlikujejo od enega dogodka travme v smislu njihove pogostosti in resnosti ter se kopičijo v daljšem časovnem obdobju (Seides, 2010).

Številne neživljenjsko nevarne čustvene travme se pojavljajo pogosteje in so pogosto bolj psihološko škodljive kot en katastrofalen dogodek (prav tam). Raphael je s sodelavci (2008) raziskoval koncept katastrofične izkušnje, njen odnos do različnih akutnih in dolgotrajnih stresorjev, katerim so lahko ženske izpostavljene in vplivajo na njihovo duševno zdravje in dobro počutje. Ugotovili so, da katastrofične izkušnje vojn, žrtve terorizma, genocid, spolno izkoriščanje in status begunca, različno vplivajo na številne ženske neposredno in preko njihove skrbi za njihove otroke in ljubljene. Rateau (2010) v svoji štiri letni avtobiografski zgodbi raziskuje transpersonalni pogled na preoblikovanje po katastrofični izgubi, zaradi eksplozije in požara v hiši. Tudi ta je ugotovil, da je emocionalni učinek po katastrofični izgubi zelo individualiziran in

predstavlja osebno izkušnjo. Takšna izkušnja lahko življenje spreminja in vpliva na potek lastnega čustvenega okrevanja (Rateau, 2010).

2.4.1 Katastrofične izkušnje z nasiljem, zlorabo, mučenjem, preganjanjem in vojnimi travmami

Nasilje in zloraba sta svetovni problem in predstavljata veliko nevarnost za družbo in zdravje posameznikov (Teicher et al., 2006). Pojav nasilja v Evropi, ki vključuje nasilje med ljudmi, etnično nasilje in nacionalne konflikte (Elliott, 1992 povz. po Rick, Douglas, 2007), vpliva na pojav prezgodnje stopnje umrljivosti po vsem svetu. Nasilje predstavlja velik javno zdravstveni problem, saj ima svoj davek na družbo. Poročali so približno o enem milijonu primerov zlorab otrok letno, nešteto pa je nepotrjenih poročil (U. S. Department of Health in Human Services, 2001 povz. po Rick, Douglas, 2007). Pomanjkljivo je poročanje o fizičnih in spolnih zlorabah v otroštvu (Rick, Douglas, 2007). Gelles je že leta 1976 ugotavljal, da dečki, ki so žrtve nasilja v svoji primarni družini, kasneje večkrat postanejo storilci nasilnih dejanj, medtem ko deklice pogosteje postanejo žrtve tudi v svojem partnerskem odnosu (Mlakar, 2010). Otroci z izkušnjami nasilja v družini so do sovrstnikov pogosteje sami nasilni ali pa so tudi v šoli sami žrtve nasilja (Adams, 2006). V raziskovanju travmatičnih dogodkov v družini se je izkazala kot statistično precej potrjena enaka ugotovitev, da so v večji meri tisti starši, ki so bili spolno, fizično ali emocionalno nasilni, tudi sami doživeli take dogodke v svojem otroštvu (Adams, 2006; Cvetek, 2007; Daud et al., 2008). Odnos z odzivnim, podpirajočim, skrbnim in pozitivnim odraslim (najpogosteje starši) je pomemben zaščitni vir za otroka, da se lažje spoprime s težavnimi situacijami in lahko zmanjša negativne vplive otroške zlorabe (Kaufman, Henrich, 2000 povz. po Rick, Douglas, 2007; Osofsky, 2003 povz. po Overlien, 2010). Res pa je tudi, da je travmatiziran roditelj v preveliki stiski, da bi lahko ustrezno poskrbel za otroka (Osofsky, 2003 povz. po Overlien, 2010).

Policija, stroka in nevladne ter volonterske organizacije soglasno izpostavljajo, da je družina za ženske in otroke v Sloveniji potencialno najnevarnejši kraj in partner za

žensko potencialno najnevarnejša oseba (Sedmak et al., 2006). Velika večina poškodb s smrtnim izidom se namreč zgodi v okrilju družine, vsaka peta slovenska ženska je žrtev svojega partnerja oziroma soproga, spolne, fizične in psihične zlorabe otrok v družinah so mnogo pogostejše kot se nam dozdeva, visok družbeni in ekonomski status ter višja izobrazba ne izključujejo nasilnega vedenja (prav tam). Sedmak in sodelavci (2006) so pod okriljem Univerze na Primorskem, izvedli javnomnenjsko raziskavo v okviru projekta »Nasilje v družinah« na reprezentativnem vzorcu 1006 polnoletnih prebivalcev Republike Slovenije. Ugotovili so, da je 23,7 % anketiranih že osebno doživelo nasilje v družini, od tega kar 73 % v otroštvu. Največkrat je šlo za psihično (66,5 %) in fizično nasilje (63 %), v 7,7 % za ekonomsko ter v 3,7 % za spolno nasilje (Sedmak et al., 2006). Nasilje bolj ali manj vpliva na zdravje, počutje in sposobnost za učinkovito iskanje pomoči v zdravstvenem sistemu (Kimberg, 2005). Večina primerov nasilja v družini ostane v zdravstvenem okolju neprepoznanih. Poročajo, da spontano o nedavnem nasilju v družini poroča le 4 % žensk (Sitterding et al., 2003 povz. po Selič et al., 2008). Selič je s sodelavci (2008) leta 2006 raziskovala stanje pripravljenosti pacientov za razkrivanje morebitnih izkušenj telesnega in/ali psihičnega nasilja v slovenskih družinah. V raziskavi je sodelovalo 27 zdravnikov družinske medicine na vzorcu 509 pacientov. Ugotovili so, da je 30 % obravnavanih oseb potrdilo izkušnjo telesnega in/ali duševnega nasilja. Dobra desetina obravnavanih oseb se je zaradi nasilja po pomoč obrnila na zdravnika. Tretjina teh oseb je bila deležna podpore in pogovora, slaba desetina je prejela oskrbo, stalež ali hospitalizacijo, petina je bila napotena k psihiatru, dvajsetina oseb je prejela recept za antidepresive, v vsakem devetem primeru je zdravnik obvestil policijo in center za socialno delo ter v petini primerov zdravnik ni storil ničesar (prav tam).

Mučenje, preganjanje in z vojno povezane travme, ki imajo za posledico psihofiziološke odzive, so bile predmet raziskav več desetletij (Baer, 2007). Telesni učinki mučenja preživelih oseb so dobro znani, medtem ko so psihološke rane manj znane in raziskane. Nov vidik, ki ima precejšen vpliv je pojem sramu, ponižanje in posledično problemi degradacije (prav tam). Mučenje je svetovni fenomen, ki vpliva na ljudi skoraj v vseh kulturah in državah, od fizikalnih metod mučenja do psihološkega preganjanja. Baer (2007) navaja, da je eden najpomembnejših vidikov mučenja globok vpliv, ki ga ima

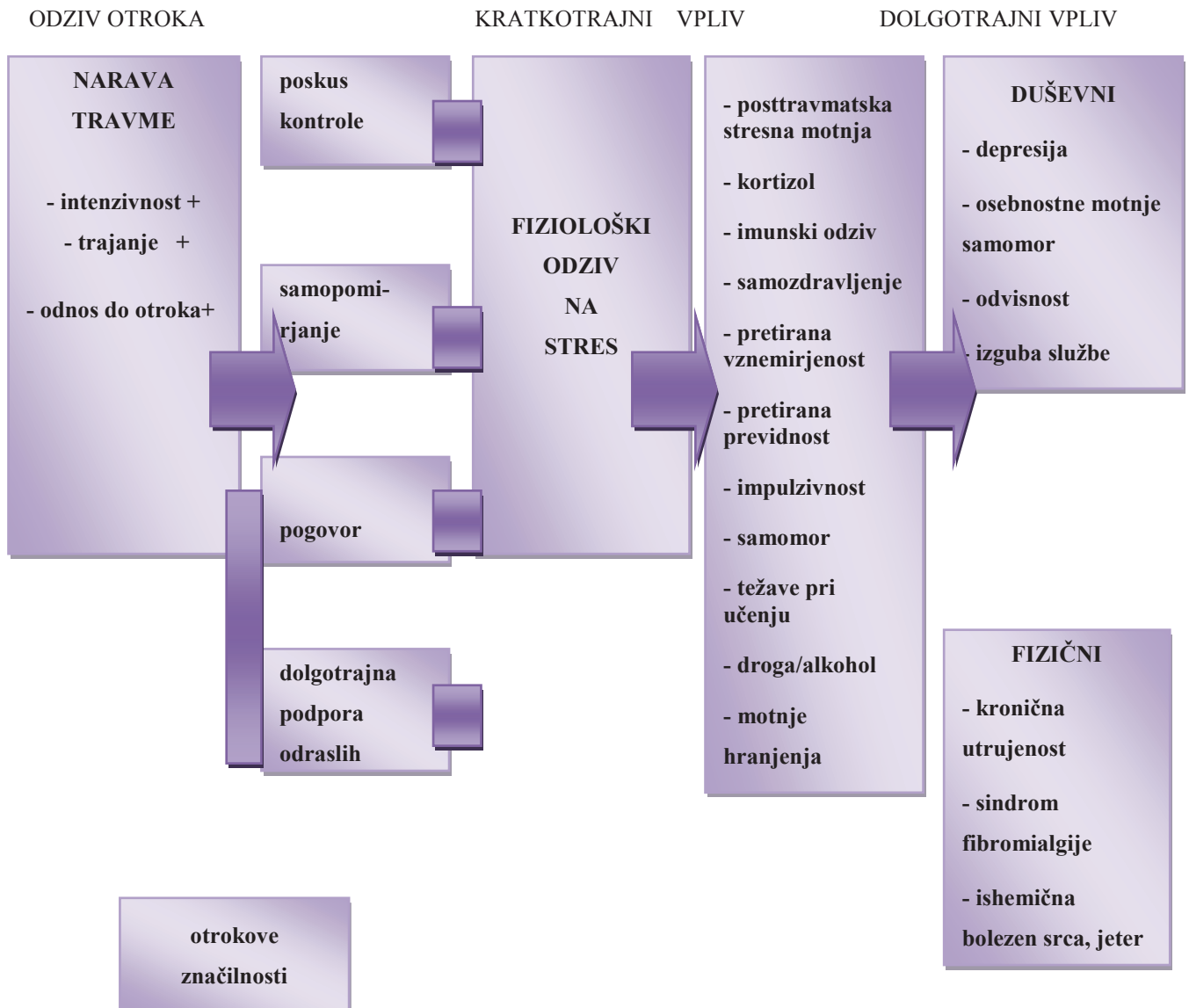
poniževanje kasneje v življenju mučenih ljudi in je pomembnejši dejavnik kot fizično mučenje. Poniževanje ustvarja globoke občutke sramu in manjvrednosti. Ponižanje, ki je posledica mučenja, lahko vpliva na posameznike, lahko pa vključuje tudi široke družbene ali posebne etnične skupine (Baer, 2007). Daud je s sodelavci (2008) na Švedskem raziskoval povezavo med osebnostnimi lastnostmi in simptomi posttravmatske stresne motnje, ki so bile posledica dolgotrajne izkušnje mučenja ali travme v zgodnjem otroštvu med 161 moškimi. Ugotovili so, da je kronična posttravmatska stresna motnja povezana z osebnostnimi motnjami, ki so vključene v psihopatologijo (prav tam). Vedno več je dokazov, da tudi mučenje ustvari vseživljensko travmo, ki nikoli ne zapusti spominov tistih, ki ga preživijo (Baer, 2007).

2. 4. 2 Vpliv in posledice katastrofičnih in/ali travmatičnih izkušenj

Vpliv katastrofičnih izkušenj so raziskovali z različnih zornih kotov. Otroci so še posebej občutljivi na zgodnji stres ter hudo nasilje in zlorabo, ki povzročajo vrsto nevrobioloških reakcij, te pa lahko vodijo v trajne spremembe v razvoju možganov ter različne duševne in vedenjske motnje (Adams, 2006; Rick, Douglas 2007; Teicher et al., 2002; Teicher et al., 2006). Posledice nasilja in zloraba otrok so uničujoče, trajno in potencialno nepopravljive (Teicher et al., 2002). Zgodnje nasilje v otroštvu in zloraba "izzoveta kaskado stresnih odzivov, ki organizirajo možganom razvoj po posebni poti" (prav tam). Izpostavljenost ekstremni travmi v zgodnjem otroštvu in/ali dolgotrajni travmatizaciji v odrasli dobi, je osnovni vzročni dejavnik pri razvoju posttravmatske stresne motnje in drugih motenj osebnosti, povezanih z osebnostno ranljivostjo kot so nagnjenost k nasilju, izogibanju in nenavezanosti (Daud et al., 2008; Rick, Douglas, 2007). Teicher in sodelavci (2002) so na Harvard Medical School izdelali empirični model, ki opisuje kaskado sprememb, ki bi lahko sledile izpostavljenosti hudemu stresu pred začetkom pubertete. Model Cascade (Teicher et al., 2002) je zgrajen na naslednjih temeljnih področjih:

- Izpostavljenost stresu v zgodnjem otroštvu aktivira stresni odzivni sistem, spreminja njegovo občutljivost in odzivnost.

- Stresni hormoni vplivajo na mielinizacijo, živčno morfologijo, neurogenezo in sinaptogenezo.
- Genetika, spol, čas, stopnja razvoja in gostota glukokortikoidov vplivajo na različne možganske regije različno, odvisno od njihove občutljivosti.



Razvojna starost (mlajši/močnejši vpliv), prilagodljivost in kognitivne sposobnosti

Slika 1: Vpliv katastrofičnih izkušenj v otroštvu na zdravstvene izide (diagram)

Vir: Mulvihill (2005)

Trajne funkcionalne posledice vključujejo razvoj hemisfere in povzročijo povečano vzdražljivost v limbičnem sistemu in zmanjšajo aktivnost vermisa malih možganov (Teicher et al., 2002). Sprožanje telesnih stresnih reakcij, ki povzročajo telesne občutke in delujejo kot opozorilni sistem, zaradi travmatskih izkušenj postane disfunkcionalen in s tem izgubi učinkovitost pri signalizaciji negativnih čustvenih stanj in s tem telesni opozorilni sistem ne more več delovati (Daud et al., 2008).

2. 4. 3 Osebnostna ranljivost

Izpostavljenost katastrofičnim/travmatičnim izkušnjam v otroštvu in mladosti, ima poleg duševno-zdravstvenega tudi gospodarski vpliv v odrasli dobi (Cardenas, Brackley, 2010). V študiji (Pelcovitz et al., 1994 pov. po Daud et al., 2008) so žrtve fizičnih zlorab izražale socialne, čustvene in vedenjske posebnosti zaradi njihove osebnostne ranljivosti. Dokazano je bilo (Klinterberg et al., 2004), da obstajajo povezave med trpinčenjem v otroštvu, fizičnimi in duševnimi zdravstvenimi simptomi ter kakovostjo življenja. Kaufman in Henrich (2000 povz. po Rick, Douglas, 2007) sta razpravljala o pomenu pozitivnih vzgojnih izkušnjah otrok glede omiljenja škodljivih učinkov postnatalnega stresa.

Katastrofične in/ali travmatične izkušnje imajo lahko mnoge, tudi dolgoročne posledice za posameznika. Raziskovanje in poznavanje značilnosti le teh je še posebej pomembno, ker se ocenjuje, da kar 60 % moških in 50 % žensk v svojem življenju izkusi travmatični dogodek (Schore, 2002). Čeprav večina oseb, preživelih grozot, terorizma ali drugih pretresljivih katastrofalnih dogodkov okreva spontano, precejšnje število teh oseb razvije dolgoročne težave (Maddern, 2004; Te Brake et al., 2009). Kot pri odraslih, se tudi pri vseh otrocih izpostavljenih travmatičnim izkušnjam ne razvijejo težave in motnje. Odziv posameznika je odvisen od tveganja, ki mu je izpostavljen, njegove individualne osebnostne ranljivosti, razvojne stopnje in reakcije okolice (Hocking, 1970 povz. po Daud et al., 2008). Negativni stres je pomemben dejavnik nastanka telesnih in duševnih bolezni (Inštitut za varovanje zdravja, 2012). V raziskavi (Helzer et al., 1987 povz. po Daud et al., 2008) je bilo ugotovljeno, da so psihološke

težave dejavnik tveganja za povečanje ranljivosti posameznika. Raziskave so pokazale, da komorbidnost lahko poveča osebnostno ranljivost in/ali razširi simptome (Seides, 2010). Travme v otroštvu so povezane s psihološkimi težavami v kasnejšem življenju, novejša raziskava pa navajajo, da imajo dolgoročni učinki še večji vpliv na pojav telesnih bolezni (Mulvihill, 2005).

Osebnostna ranljivost predstavlja posebne značilne domene, kot so izogibanje, umik, nezmožnost nadzorovanja jeze, frustracije ter somatske bolezni in anksioznost (Daud et al., 2008). Travmatizirano posameznikovo življenje zaznamujejo simptomi čustvene otopenosti kot so nezainteresiranost, nenavezanost in omejen obseg vpliva (prav tam). Nekateri avtorji navajajo tudi druge težave. Pojavijo se lahko zloraba drog in alkohola (Mulvihill, 2005; Daud et al., 2008), motnje hranjenja, fobije, številne osebnostne motnje, posttravmatske stresne motnje, mejne osebnostne motnje in antisocialne osebnostne motnje, sindrom razdražljivega črevesa, revmatoidni artritis, avtoimune bolezni, somatski simptomi z mišično napetostjo in utrujenostjo (Mulvihill, 2005).

Katastrofični in/ali travmatični dogodki, so že dolgo prepoznani kot dejavniki tveganja za pojav samomorilnega razmišljanja in vedenja (Arensman, Kerkhof, 2004; Kotier, 2001 povz. po Maddern, 2004; Krysinska et al., 2009). Upad kognitivnih sposobnosti pri nekaterih starejših preživelih z izkušnjo travmatičnih dogodkov lahko prispeva k višji stopnji samomorilnosti (Barak et al., 2005 povz. po Karner, 2008). Vsako leto v Sloveniji zaradi samomora umre med 500 in 600 ljudi (Statistični urad Republike Slovenije, 2012), poskusov samomora pa je še veliko več. Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomora. Število umrlih zaradi samomora v Sloveniji vsako leto pomeni približno 3 odstotke vseh smrti (Statistični urad Republike Slovenije, 2012). Leta 2011 je bilo v Sloveniji 436 samomorov, osebe so bile v povprečju stare 57 let (prav tam). Čeprav se njihovo število v zadnjih letih zmanjšuje, se mora delo na področju preventive samomorilne ogroženosti nadaljevati (Inštitut za varovanje zdravja, 2012).

Raziskave kažejo, da pogosti kasnejši življenjski dogodki, kot so upokojitev, smrt zakonca ali zdravstvene težave, lahko služijo kot sprožilci, ki ponovno reaktivirajo

odzive na prejšnje travmatične dogodke (Landau, Litwin, 2000 povz. po Karner, 2008) in povzročajo zapoznelo reakcijo ali ponovni pojav s stresom povezanih simptomov.

Iz pregleda literature (Janssen et al., 2004; Maddern, 2004; Seides, 2010; Beltran et al., 2009; Daud et al., 2008; Adams, 2006; Mulvihill, 2005; Karner, 2008) lahko strnemo, da katastrofične in/ali travmatične izkušnje lahko pri posamezniku povzročijo osebno ranljivost, ki se kaže na naslednjih treh področjih:

1. Čustvene težave, ki so izražene kot ponotranjeno vedenje z značilnimi simptomi kot so tesnoba stanja, strah, nemoč, groza, intenzivna psihološka stiska ob izpostavljenosti, ki spominja na travmo, izogibanje in umik ljudem, krajem ter dejavnostim, ki spominjajo na travmo, izrazito zmanjšanje interesov in sodelovanje v dejavnostih, občutki nenavezanosti in odtujitve (nezdruževanje/nesodelovanje), omejen obseg čustvovanja (npr. nezmožnost pokazati veselje in srečo), čustvena otopelost, anksioznost, kronična depresija, telesne bolečine: glavoboli, bolečine v hrbtenici, somatske bolezni, zmanjšana toleranca za bolečino, težave s spanjem, pretiran odziv na dražljaj ali pa pozunanjena vedenja, ki se izražajo kot prerivanje, pretepanje, razdražljivost, izbruhi jeze, nezmožnost obvladovanja jeze in nasilnih dejanj proti sebi in drugim.
2. Kognitivne težave se z vznemirjenjem in razdražljivostjo izražajo kot motnje pozornosti, koncentracije in spomina, izogibanje ljudem, krajem in dražljajem, ki spominjajo na travmo, ker jo s tem ponovno doživljajo, spominski prebliski, nočne more, občutenje, kot da se travmatični dogodek ponavlja, intenzivna psihološka stiska ob izpostavljenosti, ki spominja na vidik travme, izolacija in socialni umik, ekstremna apatija, nazadovanje, pretirana previdnost in opreznost. Katastrofična izkušnja je lahko dejavnik tveganja za spominske motnje, kognitivni upad in demenco (Grossman et al., 2004 povz. po Karner, 2008), saj lahko ogrozi dele možganov, ki pomagajo prilagoditvi (Golier et al., 2006 povz. po Karner, 2008).

3. Vedenjske težave; neprilagodljivo vedenje obsega hiperaktivnost in impulzivnost. Impulzivnost vključuje razdražljivost, agresivno vedenje in pretirano opreznost na znane dražljaje strahu, hiperaktivnost, vključno z obnašanjem ali občutenjem, kot da se travmatični dogodek ponavlja, intenzivna psihološka stiska ob izpostavljenosti, ki spominja na vidik travme in pretirana pazljivost na znane dražljaje strahu in slabše sposobnosti za opravljanje običajnih dejavnosti v vsakdanjem življenju. Posamezniki kažejo znake družbenih odklonov in obupavanja namesto obvladovanja vsakdnevni življenjskih okoliščin.

2. 5 TRAJNA OSEBNOSTNA SPREMENJENOST PO DUŠEVNI BOLEZNI

Trajna osebnostna spremenjenost po duševni bolezni lahko nastopi po hudi travmatični izkušnji trpljenja po okrevanju duševne bolezni (American Psychiatric Association, 2000), zlasti pri kroničnih stanjih. Čustveno zelo stresna izkušnja prebolevanja duševne bolezni, lahko ruši pacientovo samopodobo in vodi do trajnih sprememb v osebnostem razvoju. Osebnostne spremembe so vidne kot pretirana odvisnost in zahteven odnos do drugih, prepričanje, da so zaznamovani s prejšnjo boleznijo, kar vodi v nezaupljivost in družbeno izolacijo, zmanjšani interesi in zmanjšano vključevanje v dejavnosti, stalne pritožbe, da so bolni - hipohondrijska oblika vedenja ter nestabilno razpoloženje (American Psychiatric Association, 2000). Iz pregleda literature ugotovimo, da je ta kategorija nekoliko slabše opredeljena in raziskana.

2. 5. 1 Vpliv duševne bolezni na družino

Družina je prostor, kjer se razvija otrokova osebnost, prostor, kjer se gradijo temelji duševnega zdravja. Zato je vloga družine tako pomembna, da skozi harmonične netravnatične odnose dvigne otrokovo samopodobo do takšne stopnje, da se bo lahko v življenju konstruktivno spoprijemal s težavami, s stresom sposoben soočiti in ga premagati. Samopodoba namreč vpliva na samoučinkovitost, samospoštovanje, na

zdravje, produktivnost ter kakovostne medosebne odnose (Sedlar, 2002). Primerno družinsko okolje je tisto, v katerem pacient z duševno motnjo najlažje ohranja in razvija od bolezni načete bolezenske potenciale (Škrbinek, 2011). Čeprav travmo doživi le en član družine, lahko celotna družina trpi za posledicami travme, saj travma pomembno zmoti predvsem medosebne odnose, zagotavljanje občutka varnosti, zaščite, ljubezni in pomembna prepričanja o svetu, sebi in drugih (Miller, 1999 povz. po Cvetek, 2007). Pogosto ni družinski član z boleznijo tisti, ki edini in najbolj trpi, ampak so to drugi družinski člani. Duševna bolezen je družinska izkušnja, ki se deli skupaj, vendar trpi ločeno (Marshall et al., 2010). Obstaja vzajemni vpliv med družinami in duševno boleznijo. Huda in kronična duševna bolezen pogosto spremeni družinsko življenje in odnose za vedno, saj globoko spremeni vsakdanje življenje in vpliva na prihodnost. Zdravstvena literatura kaže, da se družine, ki doživljajo duševno bolezen, srečujejo z vse večjim številom izzivov kot so stigmatizacija, strah pred agresijo, možnost negativnega vpliva duševne bolezni enega posameznega družinskega člana na telesno in duševno zdravje drugih družinskih članov, žalost in žalovanje po samomoru, sram ter krivda, breme negovalcev in težave pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci (Wright, Bell, 2009). Ti izzivi so kompleksni in vključujejo interakcije med več sistemi: posameznikov, družin, zdravstvenih delavcev, zdravstvenega sistema in večjih družbenih ter kulturnih sistemov (prav tam).

Družina kot sistem razmeroma zavzeto varuje svojo zasebnost in najpogosteje ne želi razgrinjati svojih problemov pred javnostjo ter ne išče pomoči zunaj svojega kroga. Družinski člani varujejo skrivnosti in velikokrat težijo k temu, da bi okolica čim manj vedela o njihovih težavah. Če se nasilje dogaja med štirimi stenami, brez očividcev, družinski člani pa molčijo in s tem prikrivajo resnico, kaže, da pomenita žrtvam diskretnost in zasebnost v razmerjih z bližnjimi več kot pa sama viktimizacija (Pečar, 1984 povz. po Selič, Kopčavar-Guček, 2009).

Družine doživljajo izkušnjo duševne bolezni kot globoko edinstveno trpljenje. Kot medicinske sestre smo tako dolžne in privilegirane oceniti, posredovati in vrednotiti naše delo s temi družinami. Obstaja veliko načinov, s katerimi se lahko medicinske sestre vključujejo v terapevtske pogovore z družinami, ki izkušajo duševno bolezen

svojega člana. Patronažne medicinske sestre lahko pomagajo družini z izobraževanjem o bolezni in njenem obvladovanju (Zai, 2011). Kompleksnost "relacij trpljenja" so izzivi duševnega zdravja medicinskih sester, da pridobijo znanja in spretnosti za delo z družinami, z namenom, da se v družini ublaži fizično, čustveno, odnosno in duhovno trpljenje (Marshall et al., 2010). Patronažna zdravstvena nega je pomembna disciplina v duševnem zdravstvenem varstvu, saj medicinske sestre zagotavljajo podporo in olajšajo zdravljenje v družinah, ki doživljajo duševne bolezni (Boyd, Limacher, 2008 povz. po Marshall et al., 2010). Patronažna medicinska sestra mora poznati značilnosti posameznih razvojnih obdobij družine, najpogostejše zdravstvene težave, socialna in eksistenčna vprašanja ter Maslovovo hierarhično lestvico potreb, prirejeno za družino. Na osnovi teh podatkov ugotavlja, skupaj z družinskimi člani, stanje in razmere v družini, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. To je pomembno za vzdrževanje dinamičnega ravnotežja v družini in zagotavljanje kakovosti družinskega življenja (Allender, Walton Spradley, 2005).

2. 6 DRUGE TRAJNE OSEBNOSTNE SPREMENJENOSTI – SINDROM KRONIČNE BOLEČINE

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja, ki vpliva na posameznikovo počutje in kakovost življenja (Ščavničar, 2004). Bolečina je z International Assotiation for the Study of Pain in American Pain Society opredeljena kot neprijetna čutna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali možno poškodbo tkiva, ki je posledica aktualne ali potencialne poškodbe tkiva (Reinders, Geertzen, Dijkstra, 2002). Že Cassel (1982) je trdil, da bolečino spremlja trpljenje, ki je povezano z vsakim vidikom osebnosti (Ščavničar, 2004). Bolečina vstopa v človekovo eksistenco in vpliva na njegovo osebnostno integriteto (prav tam).

Leeuw, Schmidt in Carlson (2005) so pri 80 bolnikih z migreno ali tenzijskim tipom glavobolov ugotavljali vpliv travmatičnih stresorjev. Ugotovili so, da so bili travmatični stresorji najpogosteje povezani z izgubo ali hudo boleznijo ljubljene osebe. Lew in sodelavci (2009) so preučevali zdravstvene kartoteke 340 veteranov, ki so se vrnili z

Operacije iraške svobode. Analiza je pokazala razširjenost kronične bolečine, postravmatske stresne motnje in stalne popretresne simptome v tej populaciji. Najpogostejša kronična bolečina je bila locirana na hrbtenici in glavi. Le 12 veteranov ni imelo teh simptomov (Lew et al., 2009). Iz pregleda literature ugotovimo, da je tudi ta kategorija nekoliko slabše opredeljena in raziskana.

2.7 NA DOKAZIH PODPRTA PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Prenos raziskav v prakso, je temelj z dokazi podprta zdravstvena nega, ki vključuje pregled, ocenjevanje in uporabo najnovejšega znanja za reševanje specifičnih problemov pacientov (Rick, Douglas, 2007).

Kontinuirana zdravstvena obravnava postaja vse bolj pomembna v zadnjem desetletju (Skela Savič, 2009), tako znotraj bolnišnice kot tudi kontinuirana obravnava izven nje (Švab, 2004). Zdravstveni sistem se srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj. Sistem obravnave pacientov se podaljšuje na primarno raven, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah in večjim obsegom dela na terciarni, sekundarni in primarni ravni (Skela Savič, 2009). Demografske spremembe s povečevanjem deleža starostnikov in z njimi povezana spremenjena patologija prebivalstva, hiter razvoj medicine in spremembe v bolnišnični obravnavi bolnikov s hitrejšim odpuščanjem ter socioekonomske spremembe družbe posredno vplivajo na obseg in vsebino patronažne zdravstvene nege (Zavrl Džananović, 2010). Zaradi povečevanja obsega kurativne zdravstvene nege se zmanjšuje delež preventivne dejavnosti v patronažnem varstvu (Zavrl Džananović, 2010; Horvat, 2010). Dokument Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom (Šušteršič et al., 2006) je nastal kot nadgradnja obstoječega sistema patronažnega varstva, s katerim bo omogočeno lažje prilagajanje novonastalim potrebam prebivalstva v patronažnem varstvu in izvajanju zdravstvene nege ter dolgotrajne oskrbe na domu (Horvat, 2010).

Nepretrgana ali vsaj začasna podpora v skupnosti, namenjena bolnikom s ponavljajočo duševno motnjo, je v današnjem času nujnost v zdravstvenem in socialnem sistemu skrbi (Švab, 2004). Ker je zdravljenje v bolnišnici najdražja oblika zdravljenja, je trend v svetu in tudi pri nas, da bi paciente zdravili zunaj bolnišnic. Zato bo zelo smiselno, da se bodo tudi patronažne medicinske sestre vključevale v time skupnostne oskrbe pacienta na lokalni ravni (Zai, 2011). Vloga patronažnega varstva je zelo aktualna, saj se razsežnosti vsesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer najpogosteje opazijo za zaprtimi vrati domov, kamor vstopa patronažna medicinska sestra (Saucier et al., 2009). Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti, tako v času zdravja in blagostanja kot v primerih bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj; ker koordinira delo, načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego (Šušteršič et al., 2006). Ogrodje za zagotavljanje kakovostnega preventivnega zdravstvenega varstva tudi za varovance obravnavane v patronažni dejavnosti, nam daje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2005). Zdravstvena nega pacienta na domu je načrtovana in izvajana na osnovi naročila, praviloma naročila izbranega zdravnika (Zai, 2011).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora na osnovi ugotovljenega zdravstvenega stanja pacienta ter stanj in razmer v družini pripraviti načrt zdravstvene nege pacienta in družine, sodeluje v diagnostično-terapevtskem programu, zdravstveni vzgoji, po potrebi koordinira delo z drugimi službami v zdravstvenem domu in izven njega ter organizira in nadzira oskrbo na domu (Šušteršič et al., 2006). Pri svojem delu patronažna medicinska sestra uporablja individualen in celosten pristop, ki vključuje fizični, psihični, duhovni in socialni vidik. Skupaj s posameznikom (zdravim ali bolnim) ugotavlja, kaj lahko posameznik in pomembni drugi zanj storijo sami. Danes je na vseh področjih zadovoljevanja potreb posameznika velik poudarek na individualizaciji storitev in vzpostavljanju možnosti, ki bi posameznikom čim dlje omogočale življenje v domačem okolju (Kobal Straus, Vidmar, 2011) kljub starosti, bolezni ali onemoglosti (Šušteršič et al., 2006). Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu so usmerjene v preučevanje in iskanje poti, kako uveljaviti

sodobna spoznanja o zdravju v okviru prizadevanj za zdravo življenje, krepitev zdravja in izboljšanje zdravja (prav tam). Zdravstvena nega uporablja vse možnosti, da aktivira paciente, da naredijo potrebne spremembe, ki bi jim pomagale voditi bolj zdravo in povezano življenje (Annells et al., 2011). Pacient aktivno sodeluje pri procesu zdravljenja in rehabilitacije (Marušič, Temnik, 2009).

Med nami so ljudje, ki kažejo simptome za razvoj duševne motnje. Zgodnje odkrivanje simptomov je pomembno zaradi zgodnjega začetka zdravljenja (Zai, 2011). Zaradi tega je nujno pravočasno prepoznavanje osebnostnih motenj, ki prepogosto ostanejo skrite v ozadju siceršnjih psihičnih težav (Židanik, 2003). Nепrepoznane in nezdravljene težave v duševnem zdravju, lahko povečajo obremenitev službe zdravstvene nege in zdravstvene stroške (Annells et al., 2011). To kaže na potrebo po spodbujanju duševnega zdravja, presajanju, promociji zdravja in zagotavljanju podpore za to populacijo. Patronažne medicinske sestre so usposobljene za prepoznavanje duševnih motenj in njihovih poslabšanj ter za ustrezno triažo (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011; Annells et al., 2011). Ob zadostnem poznavanju zdravstvenih preventivnih in kurativnih posegov, z dodatnim izobraževanjem na področju skupnostne obravnave, prevzamejo patronažne medicinske sestre večino nepretrganega spremljanja oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami (McAllister, 2010; Annells et al., 2011). Če smo dovolj pozorni, lahko zaznamo zdravstveno težavo kot mešanico telesnih, duševnih, socialnih in družinskih težav (Tušek Bunc, Kersnik, 2003). Potrebno je vzpostaviti zaupanje in odnos s pacienti. Moramo biti pozoren poslušalec in opazovalec, da iz množice pacientovih pritožb odkrijemo možno duševno motnjo. Pacienti se pogosto ne zavedajo, da gre pri njih za duševno motnjo. Prepričujejo nas, da je za njihovo poslabšanje zdravstvenega stanja kriv telesni vzrok. Tako pacient kot tudi svojci odrivajo misel na to, da bi lahko šlo za duševno motnjo (prav tam, 2003). Če pacient ogroža sebe, je samomorilen, je sprejem v bolnišnico nujen. V tem trenutku so lahko patronažne medicinske sestre vez med pacientom, njegovo okolico in ustreznimi institucijami (Zai, 2011). O zdravstvenem stanju pacienta poročamo zdravniku, ki se odloča za nadaljnje intervencije, sodelovanje z drugimi strokovnjaki ali napotitev pacienta v bolnišnico (prav tam).

Sistematičnega celostnega pristopa k pacientom s kroničnim potekom duševne bolezni pri nas v zdravstveni negi nimamo. Takšna situacija pa bo ohranjena, dokler ne bomo v zdravstveni negi s kliničnimi dokazi potrdili, da kljub kroničnemu poteku bolezni pacienti le posedujejo pozitivne resurse, ki jih lahko uspešno vključimo v individualni načrt s ciljem usklajenega socialnega delovanja in samostojnega upravljanja z življenjem ter tako prispevamo h kakovosti njihovega vsakdana (Kobentar, 2010). Boljša pokritost terena s službami za duševno zdravje, sodelovanje različnih strok in služb, namesto izključevanja ali obvladovanja, ustrezna porazdelitev vlog in moči med akterji v zdravstvenem sistemu, namesto prevelike vloge države, so pogoj za ravnovesje med hospitalno in skupnostno psihiatrijo, ki lahko skupno (ne ena proti drugi, ali ena namesto druge) omogočata osebi s težavami v duševnem zdravju osrednjo vlogo v procesih zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije (Gorjup, 2007).

2. 7. 1 Timsko delo

Timsko delo v patronažnem varstvu je nepogrešljivo. V zdravstveni negi pacienta s kronično boleznijo je pomemben interdisciplinarni in multidisciplinarni timski pristop. Patronažna medicinska sestra vzpostavlja komunikacijo med zdravstvenim timom, pacientom in družino (Horvat, 2010). V raziskavi Annells in sodelavci (2011), so splošni zdravniki poročali o težavah glede učinkovite komunikacije z medicinskimi sestrami, ki so napotile paciente z duševnimi težavami. Ugotovitve raziskav poudarjajo kompleksnost in pomen podpore multidisciplinarnega tima pri ocenjevanju in zdravljenju TOS (Lew et al., 2009; Mulvihill, 2005). Multidisciplinarni tim omogoča celovito individualno obravnavo pacienta, saj zdravstvene time sestavljajo psihiater, patronažna medicinska sestra, predstavniki centra za socialno delo in nevladnih organizacij, najbližja oseba in drugi, ki lahko vplivajo na potek obravnave v skupnosti (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2010). Kronično bolnim osebam je treba zagotoviti pomoč za njihove individualne potrebe. To lahko zagotovi boljše sodelovanje in povezovanje različnih formalnih in neformalnih mrež. Cilj multidisciplinarnega tima pri koordinaciji je ustvariti podporno mrežo, ki bo zagotavljala zadostno stopnjo podpore po zaključku psihiatrične obravnave v skupnosti

(Švab et al., 2008 povz. po Skoliber et al., 2011). Koordinator obravnave v skupnosti je oseba, ki s privolitvijo pacienta krepi njegovo moč na ključnih točkah, ki omogočajo opolnomočenje posameznika (Kobal Straus, Vidmar, 2011). Medicinska sestra v patronažnem varstvu koordinira delo:

- s službami v zdravstvenem domu;
- z drugimi zdravstvenimi timi glede na specifiko pacienta (novorojenček, dojenček, predšolski otrok, šolar in mladostnik, odrasli zdrav ali bolan posameznik, invalidi, starostnik itn.);
- s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti;
- z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki kakorkoli lahko pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini: Zavod za oskrbo na domu, Rdeči križ, Center za socialno delo, lokalna skupnost, Dom starejših občanov itd. (Šušteršič et al., 2006).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati teren in vedeti, katere dejavnosti so organizirane, da lahko načrtuje zdravstveno nego in usmerja ljudi oz. jim pomaga urejati pomoč na domu oz. t.i. servisno dejavnost (prav tam).

Vloga medicinskih sester in njihovih interdisciplinarnih zdravstvenih sodelavcev je prepoznavanje in posredovanje pri otrocih, mladostnikih in odraslih, ki so doživeli katastrofične izkušnje, vključno z nasiljem v družini; izgubo staršev, zanemarjanjem s strani negovalcev in izpostavljenostjo kulturi, ki spodbuja nasilje (Cardenas Wei, Brackley, 2010). Zdravstveno nego za ljudi s težavami v duševnem zdravju, lahko izboljšamo s prepoznavanjem, psihosocialno oceno, po potrebi napotitvijo, promocijo zdravja in podporo (Annells et al., 2011).

2.5.2 Model zdravstvene nege po McAllister

Model zdravstvene nege, ki izhaja iz prakse duševnega zdravja, ponuja okvir za pomoč medicinskim sestram, ki skrbijo za duševno zdravje, pomaga artikulirati prakso, da je zdravstvena nega "cenjena" in medicinske sestre "vidne" (McAllister, 2010).

Tabela 1: Šest načel rešitev osredotočenih na zdravstveno nego

1. Oseba je v središču obravnave, ne problem.
2. Težave in prednosti so lahko prisotne ves čas. Potrebno je iskati in nato razvijati notranje prednosti, vire ter pomoč pri soočanju in prilagajanju. Delovanje »kaj bo prav« lahko izboljša posameznikovo upanje, optimizem in samozavest.
3. Prožnost je tako pomembna kot ranljivost.
4. Vloga medicinske sestre se giblje od vloge zdravstvene nege v bolezni do prilagoditve in okrevanja.
5. Cilji vsebujejo tri dele: oseba, zdravstvena nega in družba. Medicinske sestre morajo preseči individualno usmerjeno skrb za vrednotenje vloge družbe in kulture. Praksa, ki bi lahko bila nekoristna ali nepravilna se spremeni, tako da se krepi in aktivira. Takšno strategijo se doseže z aktivnostjo, sodelovanjem in storilnostjo.
6. Biti z ljudmi pomeni proaktivno in ne reaktivno. Zdravstvena nega vključuje tri faze: faza spoznavanja osebe ne diagnoze, faza gradnje in razvoja veščin in virov, ki jih lahko oseba uporablja, da si opomore in se prilagodi ter faza razširitve možnosti za osebo, ki opravlja te nove veščine in povezovanje z bodočo socialno podporo.

Vir: McAllister (2010)

Raziskava, ki je raziskovala ta načela, je ugotovila, da so medicinske sestre poročale o boljšem sodelovanju s pacienti, ki so imeli duševne zdravstvene težave. Medicinske sestre so lažje ocenile pacientove psihosocialne potrebe, začetek spreminjanja procesa s posredovanjem natančnih informacij in odločale o nadaljnji podpori in potrebah napotitve (McAllister et al., 2008 povz. po McAllister, 2010). Ta praksa podpira paradigmo javnega zdravja.

2. 7. 3 Zdravstvena nega oseb s katastrofično in/ali travmatično izkušnjo

Načini skupinskega zdravljenja so pokazali mešane rezultate, zato so medicinske sestre v privilegiranem položaju, da zagotovijo individualne ukrepe za pospeševanje zdravljenja katastrofičnih izkušenj (Cardenas Wei, Brackley, 2010). Pomembno je, da zdravstveni delavci prepoznajo in razumejo katastrofične izkušnje, vedoč, da se pogosto tiho prenašajo, zaradi preživetja otrok, družine, sramu, stigme, zatiranja, nemoči, izgube zaupanja v ljudi, v varni svet ali ker ni izbire (Raphael et al., 2008). Ni enostavne terapevtske rešitve za vpliv katastrofičnih izkušenj na duševno zdravje. Samo farmakološke, kognitivno - vedenjske ali psihoanalitične tehnike ne privedejo do rešitve, čeprav lahko vsaka nekaj prispeva. Globalno, klinično in posamezno je potrebno vzpostaviti varna okolja, zagotoviti podporo, prednosti, identiteto, vrednost in priznanje pričevanja in pripovedovanja oseb o travmatičnih izkušnjah (Raphael et al., 2008). Katastrofične/travmatične izkušnje v otroštvu morajo biti interdisciplinarno področje raziskav, ki skrbi za otroke, ne le v disciplinah zdravstvenega varstva, ampak tudi v izobraževalnih, socialnih in pravnih službah ter v javnosti nasploh (Mulvihill, 2005). Po mnenju nekaterih avtorjev naj bi bilo zaznavanje in prepoznavanje nasilja najbolj izvedljivo in uspešno na osnovnem nivoju zdravstvenega varstva, v nadaljnji obravnavi pa je nujna multidisciplinarnost, ustrezno razširjena v podporo žrtvi, vključno z obravnavo na višjih nivojih zdravstvenega varstva in vključitev lokalnih nevladnih organizacij (Kimberg, 2001 povz. po Selič, 2010).

Možno je, da se strokovnjaki ne odločajo za odkrivanje nasilja oziroma intervencijo, ker spoštujejo intimnost družine in vanjo ne želijo posegati, bojijo se, da bi družinskim članom s tem škodili, imajo slabe izkušnje iz preteklosti, oziroma ne vedo, kako naj se najbolj ustrezno odzovejo (Selič, 2010). Ugotovitve raziskave Selič in sodelavcev (2008) se ujemajo z rezultati raziskav iz tujine, kjer avtorji poročajo, da izvajalci zdravstvenega varstva ne presejajo dovolj na nasilje in da znake nasilja (pre)slabo prepoznavajo. Predvsem pa jim manjkajo usmeritve/protokoli za ukrepanje, če prosi za pomoč oseba z izkušnjo nasilja (Selič et al., 2008).

Pri reševanju posledic katastrofičnih izkušenj so uspešne intervencije, ki vključujejo oceno psihopatologije, delovanje družine, spodbujanje varne pozitivne podpore, promocijo pozitivnega obvladovanja, terapijo, farmakoterapijo in preprečevanje (Rick, Douglas, 2007). Literatura potrjuje, da kognitivno razumevanje, samoučinkovitost in socialna podpora služijo kot zaščitni dejavniki, ki pomagajo posameznikom, tako odraslim kot tudi mladostnikom obvladovati katastrofične dogodke (Weinrich et al., 1997 povz. po Hardin et al., 2002). Škodljivi učinki nasilja morajo biti obravnavani doma, v šoli in v skupnosti. Prenos raziskav, ki temeljijo na intervencijah zdravstvene nege v prakso za ranljivo populacijo, je bistvenega pomena (Rick, Douglas, 2007). Glass, Perrin, Campbell in Soeken (2007) so raziskovali socialno podporo mestnih žensk, kot zaščitni dejavnik v odnosu med doživljenjsko izpostavljenostjo travmatičnim dogodkom in simptomatike posttravmatske stresne motnje. S 76 ženskami, ki so imele izkušnje s fizičnim ali spolnim nasiljem, je bil opravljen razgovor. Ugotovili so, da je dejanska podpora umirjala odnos med življenjsko dobo travme in posttravmatsko stresno motnjo. Povdarili so, da je glede na kompleksno etiologijo življenjske dobe travme, tveganje za prihodnje travme in zdravstvene potrebe posameznikov, ki so doživeli travmo, potrebno razviti in oceniti širši razpon intervencijskih strategij, ki vključujejo konkretno podporo (Glass et al., 2007).

Medicinske sestre so vodile tri letno raziskavo v zvezi z intervencijo katastrofičnega stresa pri mladostnikih, na dveh srednjih šolah Južne Karoline, po hurikanu Hugo (Hardin et al., 2002). Namen dolgoročne psihosocialne intervencije zdravstvene nege pri katastrofičnem stresu mladostnikov je bil zmanjšati njihovo duševno stisko s povečanjem njihovega razumevanja stresa, njihove lastne učinkovitosti ter s socialno podporo. 1030 mladostnikov je bilo randomiziranih v intervencijsko ali kontrolno skupino. Hardin in sodelavci (2002) so ugotovili, da so imeli mladostniki s psihosocialno intervencijo zdravstvene nege manj duševnih stisk kot kontrolni mladostniki brez psihosocialne intervencije.

Katastrofične izkušnje v otroštvu morajo biti interdisciplinarno področje raziskav, ki skrbi za otroke, ne le v disciplinah zdravstvenega varstva, ampak tudi v izobraževalnih, socialnih in pravnih službah in v javnosti nasploh (Mulvihill, 2005). Ena izmed najbolj

pomembnih nalog medicinske skupnosti je, da skrbijo za žrtve in se uprejo proti vsem oblikam mučenja, bodisi telesnega ali duševnega. Samo to zagotavlja, da se zloraba človeških bitij z drugimi človeškimi bitji prekine danes (Baer, 2007).

2. 7. 4 Model zdravstvene nege po Maddern

Maddern (2004) predstavlja model zdravstvene nege posredovanja pomoči okrevanja žrtvam katastrofičnih izkušenj, ki se uporablja na Travmatološki kliniki za begunce v Cardiffu. Tri fazni model se vključuje v Maslowo hierarhijo in daje osnovo za zagotavljanje pomoči žrtvam, ugotavlja njihove potrebe in stopnjo napredka (Maddern, 2004). Model obravnava biološke, psihološke in socialne potrebe posameznika. Posameznika lahko kriza potisne iz ene faze nazaj v prejšnjo fazo (tabela 2).

Tabela 2: Tri fazni model zdravstvene nege posredovanja pomoči okrevanju žrtvam katastrofičnih izkušenj

1. faza: Vzpostavitev varnosti in zaupanja (biološke, fiziološke potrebe in potrebe po varnosti)
Posamezniki lahko doživljajo hude simptome depresije, anksioznosti in včasih samomorilne misli. Terapevtski odnos zajema psihoedukacijo in podporo, sprostitvene tehnike in obvladovanje stresa, zdravila, napotitev in dostop do ustreznih storitev.
Faza 2: K travmi usmerjeno zdravljenje (samospoštovanje)
Ta faza vključuje delo preko travmatičnih dogodkov in gradnjo natančne pripovedi. Pripovedovanje zgodbe pacienta pomaga, da preoblikuje travmatične dogodke tako, da jih integrira v svojo življenjsko zgodbo, kar naj bi zmanjšalo število simptomov. Pacienta se vzpodbuja, da razvija smisel, ki se veže na te dogodke v zgodovinskem in družbenem kontekstu. V tej fazi se raziščejo občutki krivde in sramu. Cilj zdravljenja je pomagati pacientu 'nazaj' v njegovo zgodovino, tako da lahko on vidi prihodnost z novim upanjem. Ta faza vključuje tudi proces žalovanja izgubljenih, povezanih z izkušnjo travme.
3. faza: Reintegracija (samoaktualizacija)
Tretja faza se osredotoča na pomoč pacientu za vzpostavitev občutka povezave z družbo in premik s svojega življenja. Pacientove travmatične izkušnje se integrirajo v njegovo življenjsko zgodbo. Intervencije so usmerjene v pomoč pacientu za obnovo njegovega življenja in odnosov v sedanosti, ki imajo smisel za prihodnje cilje in želje. Cilj te faze je pomagati pacientom, jih opolnomočiti, da se vidijo sami kot preživeli, ki so zmožni nadaljevati vsakodnevne aktivnosti, vzpostavljati odnose in družinske vezi.

Vir: Maddern (2004)

Pacient ima aktivno vlogo v procesu pri določanju cilja zdravljenja. Model prepozna, da morajo biti izpolnjene osnovne biološke potrebe in potrebe po varnosti, preden se lahko posameznik osredotoči na psihološke in socialne potrebe, ki odražajo model hierarhije razvitih potreb po Maslowu (Maddern, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA

Pri pregledu literature smo ugotovili, da TOS pri osebah v Sloveniji niso bile neposredno predmet raziskovanja. TOS predstavljajo večji izziv na področju patronažne zdravstvene nege, saj lahko zapletejo proces zdravstvene nege, rehabilitacijo in socialno integracijo. Raziskovati TOS pacientov v domačem okolju pomeni tudi ugotavljati, kako vplivajo na kakovost njihovega življenja, socialne odnose in integracijo v družbi. Rezultati so pomembna izhodiščna točka pri načrtovanju patronažne zdravstvene nege in socialne integracije oseb s TOS v domačem okolju.

Namen magistrske naloge je ugotoviti pogostost in značilnost TOS, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni, raziskati dejavnike tveganja ter kakovost življenja povezanega z zdravjem pri osebah v odrasli dobi, ki so obravnavani v patronažnem varstvu in na podlagi analize pridobljenih podatkov, oblikovati na dokazih strokovno podprt predlog za oskrbo in obravnavo oseb s trajnimi osebnostnimi spremembami, ki bi temeljil na integriranem in multidisciplinarnem pristopu.

Cilji:

- C1: Ugotoviti pogostost TOS pri osebah v odrasli dobi, ki so obravnavani v patronažnem varstvu.
- C2: Ugotoviti povezave med demografskimi dejavniki in TOS.
- C3: Ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na TOS.
- C4: Ugotoviti povezave med zdravstvenimi težavami in TOS.
- C5: Ugotoviti povezave med kronično bolečino in TOS.
- C6: Ugotoviti povezave med življenjskimi aktivnostmi in TOS.
- C7: Ugotoviti povezave med samomorilnimi mislimi in TOS.

C8: Oblikovati predlog integriranega modela obravnave na osnovi sinteze teorije in empiričnih rezultatov, ki bo temeljil na potrebah, virih, opolnomočenju in socialni vključenosti oseb s TOS z multidisciplinarno obravnavo.

3. 2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Na podlagi teoretičnih izhodišč smo oblikovali sedem raziskovalnih hipotez:

H1: Pri odraslih pacientih, ki so obravnavani v patronažnem varstvu, so vsaj pri četrtini prisotne značilnosti za TOS.

H2: Pri pacientih, ki so bili izpostavljeni travmatičnemu dogodku, je prisotna statistično pomembno višja prevalenca TOS kot pri pacientih, ki niso imeli izkušnje s travmatičnim dogodkom.

H3: Med pacienti s prisotnimi TOS in pacienti, ki TOS nimajo, obstajajo statistično pomembne razlike glede stopnje samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti.

H4: Pri pacientih s prisotnostjo kronične bolečine, je incidenca TOS statistično pomembno višja, kot pri pacientih, pri katerih ni prisotna kronična bolečina.

H5: Med pacienti s prisotnimi TOS in tistimi, ki jih nimajo, obstajajo statistično pomembne razlike v socialnem vključevanju (socialni stiki in vključenost v združenja).

H6: Pri pacientih s prisotnimi TOS, je statistično pomembno višja incidenca samomorilnih misli, kot pri pacientih, pri katerih ni prisotnih TOS.

H7: Pri pacientih s prisotnimi TOS, je statistično pomembno višja incidenca drugih duševnih in telesnih težav, kot pri pacientih, pri katerih ni prisotnih TOS.

3. 3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3. 3. 1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi. Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na empirični

kvantitativni raziskavi. Pregled literature smo naredili na podatkovni bazi, Cumulative Index and Allied Health – Cinahl, Education Resources Information Center – Eric, bazo podatkov Medline, Pub-Med. Do domače literature smo dostopali s pomočjo baz podatkov vzajemno bibliografsko-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in spletni dostop do člankov iz revije Obzornik Zdravstvene nege za literaturo v slovenskem jeziku. Pri iskanju literature smo se omejili na obdobje od januarja 2002 do junija 2013. Pri iskanju smo uporabili napredno iskanje. Ključne besede smo povezali z Booleanovim operaterjem »and«. Postavljena je bila zahteva, da morajo biti članki umeščeni kot raziskovalni članki z recenzijo. Rezultate smo omejili s pogoji: izvleček je na voljo, angleški jezik. Uporabljene so bile naslednje kombinacije ključnih besed: »osebnostne motnje, osebnostne spremembe, katastrofične/travmatične izkušnje, posledice travm, travme iz otroštva, osebnost, patronažna zdravstvena nega, duševno zdravje« in v angleškem jeziku: »personality disorders, personality changes, catastrophic/traumatic experience, consequences of trauma, childhood trauma, personality, community nursing in mental health«. Uporabljene so bile naslednje kombinacije angleških ključnih besed:

- »enduring personality changes, catastrophic experience« in dobili 8 zadetkov, uporabili smo tri relevantne članke
- »personality changes, traumatic or catastrophic experience« in dobili 16 zadetkov, uporabili smo dva relevantna članka
- »community nursing, mental health, traumatic or catastrophic experience« in dobili 73 zadetkov, uporabili smo štiri relevantne članke
- »childhood trauma, long term consequences in dobili 19 zadetkov«, uporabili smo tri relevantne članke
- »personality disorder, life change events, nursing« in dobili 5 zadetkov, uporabili en relevanten članek
- »post traumatic stress disorders, personality changes« in dobili 19 zadetkov, uporabili smo štiri relevantne članke

V bazi COBIB.SI smo uporabili osnovno iskanje, kjer smo poizvedovali s ključnimi besedami in dobili štiri relevantne članke ter na spletnem dostopu do člankov iz revije Obzornik Zdravstvene nege za literaturo v slovenskem jeziku smo dobili sedem

relevantnih člankov. Za dokončni nabor uporabljenih zadetkov smo se odločili na podlagi pregleda besedil izvlečkov. Tako smo uporabili 28 člankov, od tega 17 tujih in 11 slovenskih. Zaradi majhnega števila zadetkov slovenskih in tujih člankov na preučevano temo, smo si pomagali še z brskalnikom Google učenjak in na podlagi vpisanih ključnih besed dobili še 8 slovenskih in 12 tujih člankov. Uporabili smo tudi dve strokovni in znanstveni magistrski deli.

3. 3. 2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo empirične kvantitativne raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Merski kvantitativni instrument anketni vprašalnik je bil namenjen pacientom, ki so bili obravnavani v patronažnem varstvu. Anketni vprašalnik smo razvili na podlagi značilnostnih kriterijev za trajne osebnostne spremembe, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992; 1993), literature o motnjah osebnosti (Benedik, 2004), o trajnih osebnostnih spremembah (Leeuw et al., 2005; Daud et al., 2008), o socialnih odnosih (Kobentar, 2003) in na osnovi standardiziranega vprašalnika o oceni izpostavljenosti travmatičnim dogodkom in simptomov posttravmatičnega stresa (Briere, 2001).

Anketni vprašalnik, ki smo ga uporabili v raziskavi, je bil sestavljen iz 20 vprašanj. Vprašanja so bila večinoma zaprtega tipa, nekaj vprašanj je bilo pol-odprtega tipa (npr. možnost »drugo«, pri kateri so preiskovanci dopisali svoj odgovor), dve vprašanji pa odprtega tipa (starost in uživanje zdravil). Vprašalnik je vseboval dihotomna vprašanja in vprašanja izbirnega tipa s ponujenimi možnimi odgovori. Pri nekaterih vprašanjih so se lahko preiskovanci opredelili po Likertovi lestvici, kjer je število 1 pomenilo odsotnost določenega mnenja/vedenja, število 5 pa njegovo stalno prisotnost oz. izredno močno izraženo.

Prvi vsebinski sklop anketnega vprašalnika je vseboval šest vprašanj o socialno-demografskih značilnostih proučevanega vzorca. Drugi vsebinski sklop je vseboval

trditve o socialnih stikih in vključenosti. Tretji vsebinski sklop se je nanašal na zdravstvene težave pacientov. Četrty vsebinski sklop je bil sestavljen iz postavk, ki so namenjene ugotavljanju osebnostne ranljivosti. Peti sklop so sestavljala vprašanja o vplivu zdravstvenega stanja na delo, dom in odnose ter čas trajanja teh stanj. Šesti tematski sklop se je nanašal na izpostavljenost travmatičnim dogodkom. Sedmi tematski sklop se je navezoval na izvajanje življenjskih aktivnosti, oblike pomoči, zdravila in zdravljenje. V zadnjem, osmem delu anketnega vprašalnika, pa je bilo vprašanje o samooceni trenutnega zdravstvenega stanja.

Anketni vprašalnik, ki smo ga uporabili v raziskavi je vseboval neodvisne spremenljivke (spol, starost, izobrazba, zakonski stan, vrsta kraja bivanja, življenje (z osebo v gospodinjstvu) in odvisne spremenljivke, ki jih uvrščamo v dva podsistema; prvi je podsistem zdravja z elementi: zdravstvene težave, življenjske aktivnosti, oblike pomoči, jemanje zdravil, socialni odnosi in vključenost (vzdrževanje stikov s svojci, prijatelji in drugimi, članstvo v združenjih, udeleževanje družbenih dogajanj), subjektivna ocena zdravja in drugi podsistem trajna osebnostna spremenjenost, ki jo določajo osebnostna ranljivost (izogibanje ljudem, krajem, dejavnostim, izrazito zmanjšanje interesov, občutki nenavezanosti, odtujitev, manjvrednost, pretirana odvisnost od bližnjih, napad jeze, motnje spanja, občutek kot, da se travmatični dogodek ponavlja, težave s koncentracijo, pretirana opreznost, izogibanje dražljajem povezanih s travmo, samomorilne misli), izpostavljenost travmatičnim dogodkom, prisotnost kronične bolečine in čas trajanja zdravstvenih težav.

Pred izvedbo raziskave smo vprašalnik pilotno testirali. V pilotni raziskavi je bilo zajetih trideset preiskovancev. Vsebinsko veljavnost smo preverili s pilotnim preizkusom vprašalnika glede vsebine, razumljivosti vprašanj in ustreznosti navodil. Zanesljivost vprašalnika v pilotni raziskavi smo preverili z izračunom Cronbachovega koeficienta alfa, ki temelji na povprečju notranjih med-korelacij (Cencič, 2009), pri čemer velja, da o zanesljivosti lahko govorimo, ko je $\alpha = 0,7$ ali več (Field, 2006). Za posamezne trditve znotraj vsebinskih sklopov smo naredili teste zanesljivosti. Analizo zanesljivosti vprašalnika smo izračunali za sklope socialni stiki, osebnostne značilnosti/ranljivosti, vpliv zdravstvenega stanja na delo/dom/odnose in dnevne

aktivnosti. Glede na pilotno raziskavo, ki je pokazala slabšo zanesljivost glede postavk pri socialnih stikih in dnevnih aktivnostih, smo le te izključili. Vsi preverjeni sklopi vprašalnika imajo vrednost Cronbachovega koeficienta večjo od $\alpha = 0,7$, torej so vsi sklopi dovolj zanesljivi (tabela 3).

Tabela 3: Zanesljivost vprašalnika v pilotni raziskavi (n=30)

spremenljivke	število trditev	Cronbachov koeficient α
socialni stiki	12	0,782
osebna ranljivost	25	0,908
vpliv na delo, dom, odnose	3	0,846
dnevne aktivnosti	4	0,910

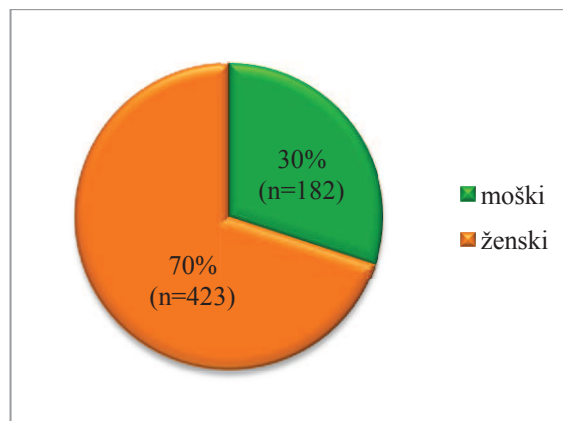
3. 3. 3 Opis vzorca

Populacijo predstavljajo osebe v odrasli dobi, ki so uporabniki storitev patronažnih varstev Zdravstvenih domov v Ljubljani, na območju osrednjeslovenske regije, kamor je vključenih pet javnih primarnih Zdravstvenih domov v Ljubljani. To so Zdravstveni dom Ljubljana Bežigrad, Zdravstveni dom Ljubljana Center, Zdravstveni dom Ljubljana Moste - Polje, Zdravstveni dom Ljubljana Šentvid, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška in Zdravstveni dom Ljubljana Vič - Rudnik. Patronažno varstvo Zdravstvenega doma Ljubljana pokriva področje mestne občine Ljubljana, v kateri živi 280.607 ljudi, področje pa predstavlja 275 km² (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

V raziskavo so bili vključeni preiskovanci po kvotnem vzorcu, ki so na anketni vprašalnik odgovarjali anonimno. Vzorec je zajemal 18,56 % oseb obravnavanih v patronažnem varstvu v posameznem Zdravstvenem domu Ljubljana, glede na statistiko gibanja pacientov ob koncu obdobja leta 2011, ko je bilo obravnavanih 3265 pacientov v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012). V vzorec preiskovancev so bile vključene osebe v domačem okolju, ki so bile stare 18 let in več ter so bile na dan izvedbe raziskave obravnavane na patronažnem obisku in so prosovoljno pristale za sodelovanje v raziskavi. V raziskavo niso zajete osebe s hujšimi duševnimi in kognitivnimi težavami,

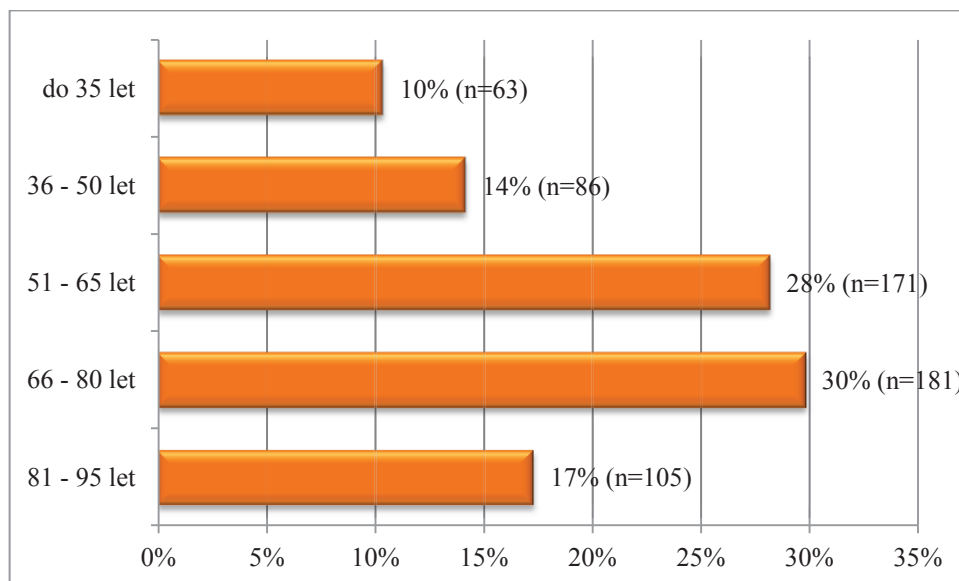
ki niso razumele določenih postavk v anketnem vprašalniku in samoocenjevanje pri njih ni bilo možno ali pa so bile do anketnih vprašalnikov odklonilni, predvsem do postavk o osebni ranljivosti, o čemer so poročale vodje patronažnih služb. Razdelili smo 820 anketnih vprašalnikov. Iz raziskave smo izločili 38 neveljavnih vprašalnikov, zaradi večjega števila neodgovorjenih vprašanj. Končno število vključenih anketnih vprašalnikov je bilo 606.

V raziskavi je sodelovalo 606 preiskovancev, od tega 182 moških (30 %) in 423 žensk (70 %) (slika 2).



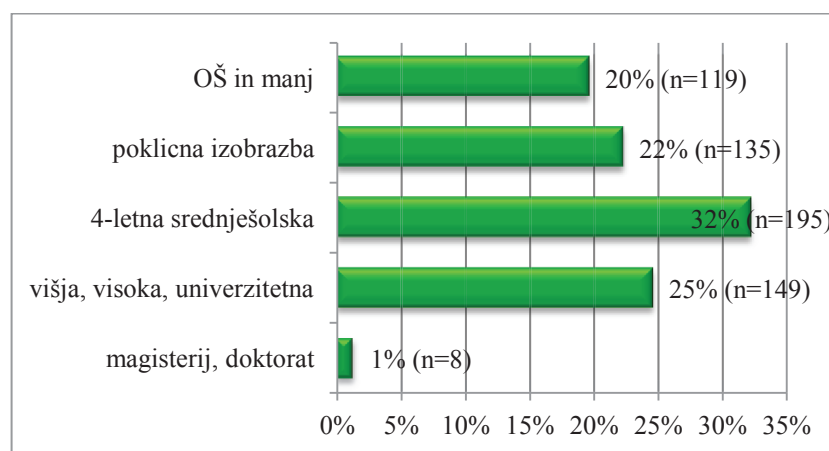
Slika 2: Odstotki preiskovancev po spolu (n = 605)

Preiskovanci so bili v starosti od 20 do 92 let, povprečna starost pa je bila 62 let (SO = 17,8). Odgovore smo združili v pet starostnih razredov in sicer: do 35 let, 36 – 50 let, 51 – 65 let, 66 – 80 let in 81 – 95 let. Največ 181 preiskovancev (30 %) je bilo v starostni skupini od 66 do 80 let, sledi pa 171 preiskovancev (28 %) v starosti od 51 do 65 let. Najmanj 63 preiskovancev (10 %) je bilo iz najmlajše starostne skupine, do 35 let (slika 3).



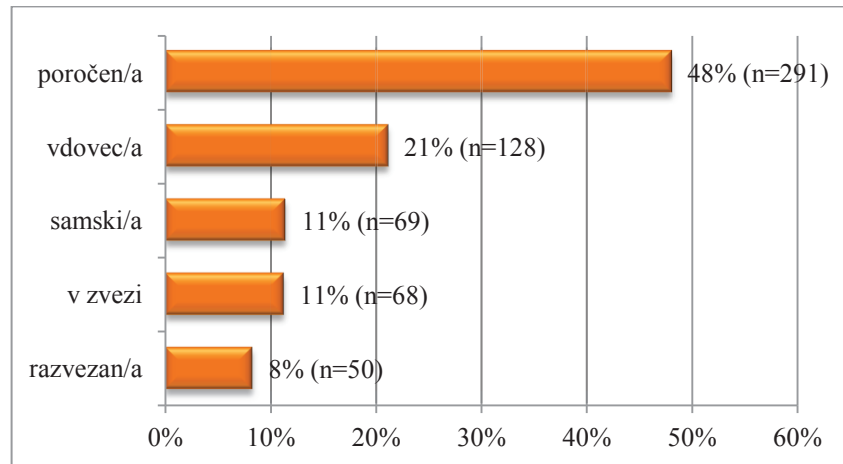
Slika 3: Odstotki preiskovancev po starostnih skupinah (n=606)

Največ preiskovancev 195 (32 %) ima dokončano 4-letno srednjo šolo, sledi pa 149 preiskovancev (25 %) z višjo, visoko ali univerzitetno izobrazbo (slika 4).



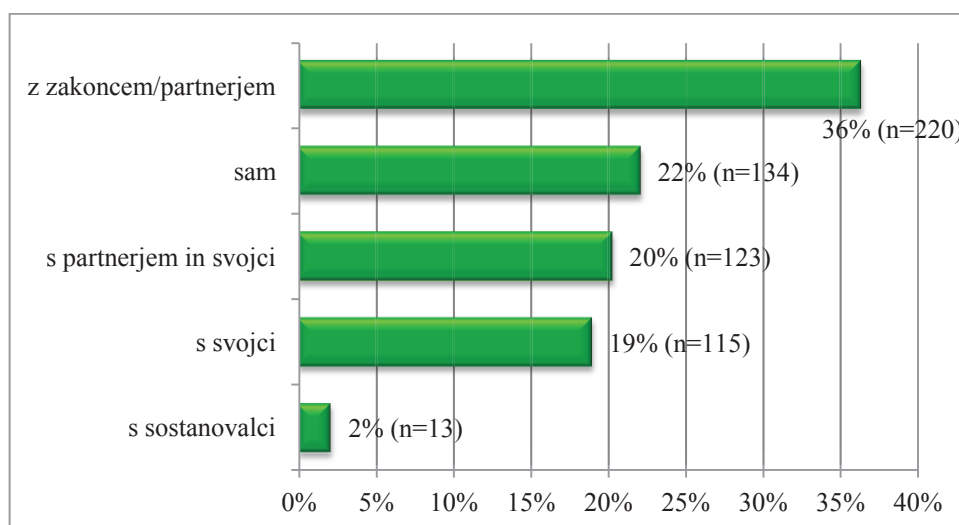
Slika 4: Odstotki preiskovancev po izobrazbi (n=606)

Polovica preiskovancev (n = 302) živi v mestu, 195 preiskovancev (32 %) v predmestju, 108 preiskovancev (18 %) pa na vasi. Rezultati kažejo, da je 291 preiskovancev (48 %) poročenih, sledijo ovdoveli 128 (21 %) (slika 5).



Slika 5: Odstotek preiskovancev po zakonskem stanu (n=606)

Preiskovanci so odgovarjali na vprašanje, ali živijo sami, z zakoncem/partnerjem, s svojci (sinom, hčerko) ali z drugimi. Ker so nekateri preiskovanci obkrožili več odgovorov oz. so pod »z drugimi« vpisali odgovor, ki je vključeval več možnosti, smo oblikovali dodatno kategorijo »s partnerjem in svojci« (kot svojci so bili omenjeni otroci, starši, partnerjevi starši, tete...) namesto kategorije »drugo« pa smo oblikovali kategorijo »s sostanovalci«. Odgovore smo nato razporedili v ustrezne skupine. Največ 220 preiskovancev (36 %) živi z zakoncem oz. partnerjem 134 preiskovancev (22 %) jih živi samih, 123 preiskovancev (20 %) s partnerjem in svojci, 115 preiskovancev (19 %) pa s svojci. Najmanj 13 preiskovancev (2 %) živi s sostanovalci (slika 6).



Slika 6: Odstotek spremenljivke »S kom živite v gospodinjstvu?« (n=605)

3. 3. 4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred razdelitvijo anketnega vprašalnika med paciente na domu, smo pridobili Soglasje o etični sprejemljivosti raziskave pri Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko (št. 92, 24. 08. 2012) ter Soglasje zavoda Zdravstvenega doma Ljubljana za izvedbo anketiranja pacientov v okviru magistrskega dela (št. 511, 10. 08. 2012).

Preiskovanci so bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi s pojasnitvijo glede možnosti odklonitve, seznanitvijo glede anonimnosti ter predvidenim namenom dobljenih rezultatov. S podpisom so potrdili pripravljenost sodelovanja v raziskavi. Anketnemu vprašalniku so bila priložena pisna navodila za izpolnjevanje. Anketni vprašalniki so bili preiskovancem skupaj s pisemsko ovojnico razdeljeni na domovih po opravljenih preventivnih in kurativnih patronažnih obiskih. Preiskovanci so izpolnjene in zaprte anketne vprašalnike v pisemski ovojnici vrnili patronažnim medicinskim sestram v zbirno mapo v dogovorjenem roku. Patronažne medicinske sestre so vprašalnike v zbirnih mapah zbrale v dogovorjenem roku na sedežu patronažnih služb. Izvedba anketiranja je potekala od 10. 09. 2012 do 14. 12. 2012.

Pri analizi zbranih podatkov smo uporabili statistično programsko orodje SPSS 18.0 za Windows. Za posamezne spremenljivke smo izračunali osnovne statistične parametre, kot so aritmetična sredina, napaka aritmetične sredine, standardni odklon, mere sploščenosti in asimetričnosti, minimalna in maksimalna vrednost, frekvence in odstotkovne deleže. Grafične prikaze smo izdelali z Excelom. Uporabljena je deskriptivna statistika za opis številskih spremenljivk, za opis opisnih spremenljivk so uporabljene frekvenčne porazdelitve. Za uporabo konkretne analitične metode smo se odločili na osnovi značilnosti merske lestvice spremenljivk in namena.

Pri opazovanju prisotnosti TOS smo obravnavali postavke o osebni ranljivosti, izpostavljenosti travmatičnemu dogodku, prisotnosti kronične bolečine glede na trajanje osebnostnih sprememb dve leti oz. več. Zanimalo nas je ali so pri preiskovancih prisotne TOS, kjer smo s pomočjo χ^2 statistike ugotavljali stopnjo povezanosti med

dvema spremenljivkama, merjenima na nominalni merski lestvici. Pri tem smo številsko spremenljivko razdelili na nekaj optimalnih časovnih razredov. Pri združevanju preiskovancev v skupine glede na TOS, smo uporabili multivariatno metodo hierarhičnega združevanja v skupine. V vsakem koraku združevanja smo poiskali najbližji skupini in ju združili v novo skupino, dokler niso bile vse enote združene v eno skupino (Košmelj, 2006, str. 300). Za izračun razdalje med skupinama smo uporabili Wardovo metodo, ki se je med različnimi metodami izkazala kot najboljša. Kot mero različnosti smo uporabili kvadrat evklidske razdalje, spremenljivke pa smo pred razvrščanjem standardizirali. Na podlagi grafičnega prikaza rezultatov združevanja (dendrogram) smo se odločili za dve skupini preiskovancev. Razvrščanje v skupine smo izvedli na podlagi spremenljivk o osebnosti ranljivosti, izpostavljenosti travmatičnemu dogodku in prisotnosti kroničnih bolečin. Kakovost združevanja smo precejevali glede na vsebinsko smiselnost pridobljenih skupin. Odločili smo se za dve skupini – »nimajo TOS« in »možne TOS«. V nadaljevanju smo iz druge skupine izločili še preiskovance, pri katerih so težave trajale manj kot dve leti in jih priključili prvi skupini »nimajo TOS«, nato pa še tiste, ki so potrdili možgansko poškodbo in/ali možgansko kap. Preiskovance, ki so ostali v drugi skupini smo preimenovali v »imajo TOS«.

S pomočjo multivariatne metode diskriminante analize smo pridobili elemente samostojnosti izvajanja življenjskih aktivnosti, socialne stike, samomorilne misli in število zdravstvenih težav, ki diskriminirajo med obema skupinama. Z diskriminantno analizo smo proučevali odvisnost med opisno (odvisno) spremenljivko in neodvisnimi številskimi spremenljivkami. Ugotoviti smo želeli, ali obstajajo statistično značilne razlike med skupinami glede na izbrane neodvisne spremenljivke, določiti smo želeli vpliv neodvisnih spremenljivk na razlikovanje med skupinami, razvrstiti enote v eno izmed skupin ter oblikovati diskriminantno funkcijo tako, da v največji možni meri omogoča razlikovanje med skupinami na podlagi neodvisnih spremenljivk (Bastič, 2006).

S χ^2 statistiko smo ugotavljali ali je pri preiskovancih, ki so doživeli travmatični dogodek, incidenca TOS višja kot pri tistih, ki niso doživeli travmatičnega dogodka. Ali

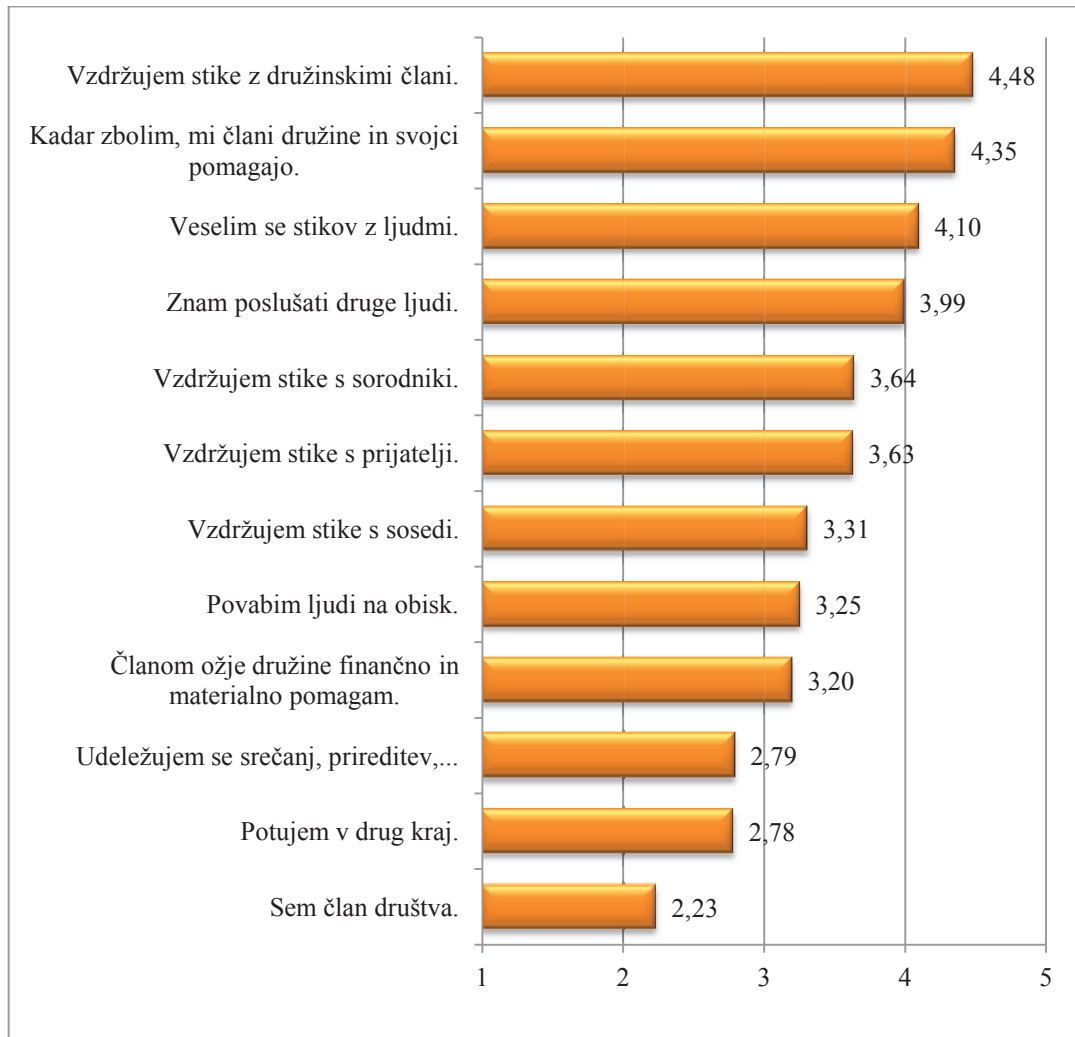
je med preiskovanci, pri katerih je prisotna kronična bolečina, incidenca TOS višja, kot pri preiskovancih, ki nimajo kronične bolečine. Za statistično pomembne smo upoštevali razlike na ravni 5 % in manjšega tveganja ($p \leq 0,05$). Dobljeni rezultati so predstavljeni v obliki tabel in grafov.

Za preverjanje razlik med preiskovanci, ki imajo oz. nimajo prisotne TOS, glede obiskovanja psihiatra, smo uporabili Kullbackov $2\hat{I}$ preizkus (»likelihood ratio«), zaradi neizpoljenih pogojev za izvedbo χ^2 preizkusa, ki predstavlja alternativo χ^2 preizkusu (Field, 2009).

3. 4 REZULTATI

3. 4. 1 Opisna statistika

Preiskovance smo spraševali o pogostosti socialnih stikov. Posamezne trditve so ocenjevali na pet-stopenjski lestvici, kjer sta bili skrajni vrednosti 1 = nikoli in 5 = vedno. V povprečju najpogosteje vzdržujejo stike z družinskimi člani (slika 7).



Slika 7: Povprečna ocena trditvev o socialnih stikih (1 = nikoli, 2 = zelo redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = vedno) (n=606)

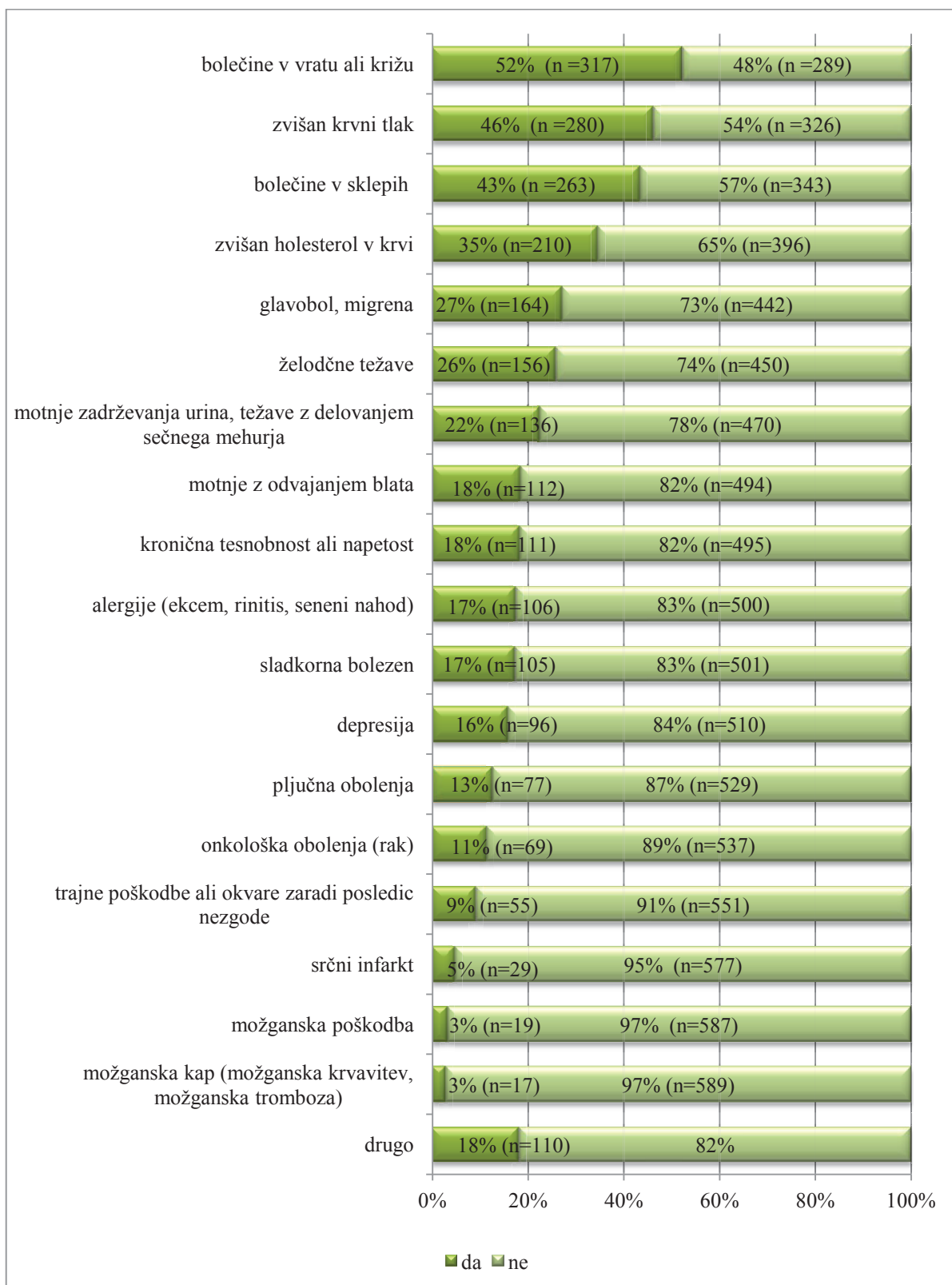
Razlike glede na spol smo preverjali s t-testom za neodvisna vzorca. Statistično značilne razlike se pojavljajo pri štirih trditvah. Ženske pogosteje vzdržujejo stike z družinskimi člani ($t = 2,509$, $p = 0,013$) kot moški, prav tako pa tudi ženske pogosteje vzdržujejo stike s sorodniki ($t = 3,638$, $p = 0,000$) kot moški, s prijatelji ($t = 2,080$, $p = 0,038$) bolj kot moški in znajo bolj poslušati druge ljudi ($p = 0,000$) kot pa moški. Rezultati t-testa in statistične značilnosti so prikazane v tabeli 4.

Tabela 4: Povprečje socialnih stikov glede na spol

		N	PV	SO	t	p
Vzdržujem stike z družinskimi člani.	moški	182	4,35	0,902	-2,509	0,013
	ženski	423	4,54	0,781		
Vzdržujem stike s sorodniki.	moški	181	3,42	0,972	-3,638	0,000
	ženski	423	3,73	0,967		
Vzdržujem stike s prijatelji.	moški	182	3,50	0,968	-2,080	0,038
	ženski	422	3,68	0,998		
Vzdržujem stike s sosedi.	moški	182	3,25	1,057	-0,779	0,436
	ženski	423	3,33	1,116		
Veselim se stikov z ljudmi.	moški	182	4,01	0,961	-1,511	0,131
	ženski	421	4,14	0,973		
Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev...).	moški	180	2,28	1,572	0,515	0,607
	ženski	421	2,21	1,500		
Povabim ljudi na obisk.	moški	180	3,14	1,040	-1,697	0,091
	ženski	423	3,30	1,082		
Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.	moški	181	3,22	1,306	0,336	0,737
	ženski	423	3,18	1,305		
Potujem v drug kraj.	moški	182	2,82	1,033	0,617	0,538
	ženski	422	2,76	1,253		
Znam poslušati druge ljudi.	moški	182	3,75	1,047	-3,802	0,000
	ženski	423	4,09	0,942		
Udeležujem se srečanj, prireditev...	moški	182	2,80	1,154	0,187	0,851
	ženski	423	2,78	1,198		
Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.	moški	181	4,30	1,100	-0,796	0,426
	ženski	418	4,38	1,086		

N = število enot, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa, p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Slika 8 prikazuje zdravstvene težave, ki so jih navedli preiskovanci. Nekateri preiskovanci (18 %) so med naštetimi zdravstvenimi težavami izbrali tudi možnost »drugo«. Med vsemi, ki so navedli svoje zdravstvene težave, jih je največ omenilo druge duševne težave oz. bolezni (16 %), bolezni ščitnice (12 %), težave z očmi (9 %) in srčno popuščanje (9 %). Poleg tega so omenjali še: druge bolezni srca in ožilja (angino pectoris), ginekološke težave, rane, bolezni zaradi klopov, epilepsijo, gluhoto in naglušnost, osteoporozo, dermatološke bolezni, Parkinsonovo bolezen, psorazio, bolezni mišic, cerebralno paralizo, artritis, motnje ravnotežja, otroško paralizo, revmatizem, slepič, tifus, trajno zdravljenje s kisikom na domu, žolčne kamne in nizek krvni tlak.



Slika 8: Odstotek zdravstvenih težav (n=606)

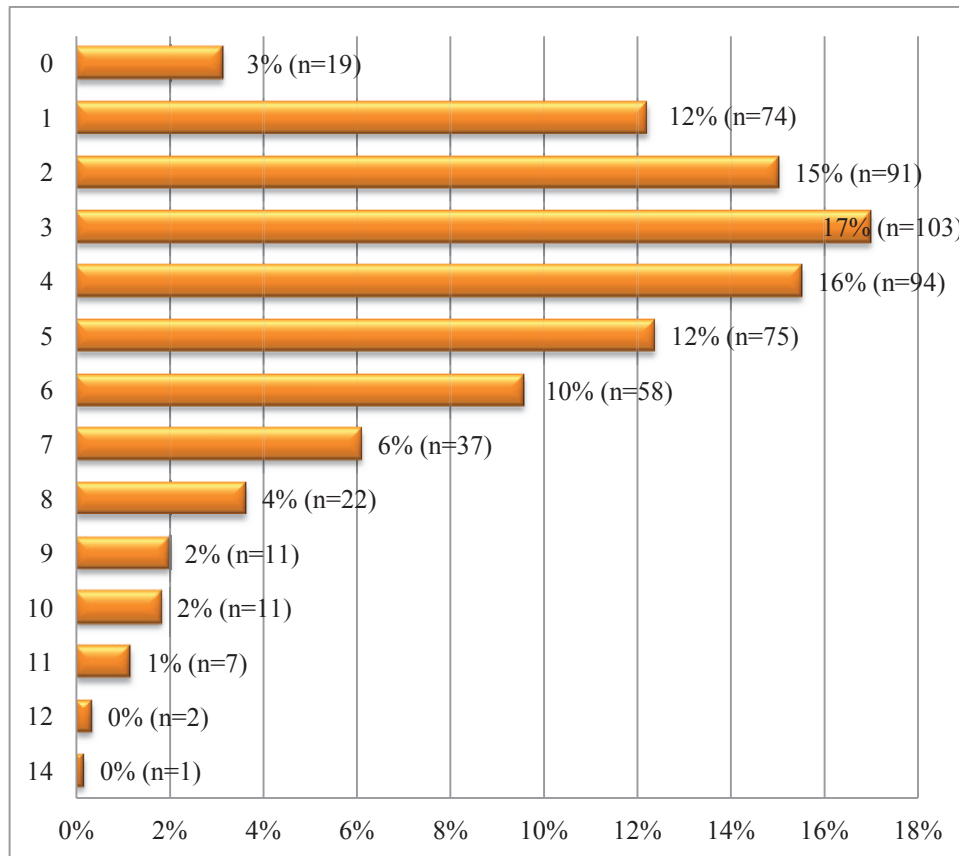
Statistično značilne razlike glede na spol so pokazale pri ženskah pogostejše bolečine v vratu ali križu ($\chi^2 = 9,168$, $p = 0,002$), glavobole in migrene ($\chi^2 = 19,841$, $p = 0,000$), alergije ($\chi^2 = 7,685$, $p = 0,006$), želodčne težave ($\chi^2 = 4,905$, $p = 0,027$), depresije ($\chi^2 = 6,967$, $p = 0,008$), kronične tesnobe ali napetosti ($\chi^2 = 10,865$, $p = 0,001$) ter motnje zadrževanja urina oz. težave z delovanjem sečnega mehurja ($\chi^2 = 4,431$, $p = 0,035$). Le sladkorna bolezen ($\chi^2 = 8,442$, $p = 0,004$) in onkološka obolenja ($\chi^2 = 9,831$, $p = 0,002$) so pogostejša pri moških, ostala omenjena bolezenska stanja (bolečine v vratu ali križu, glavobol in migrena, alergije, želodčne težave, depresija, kronična tesnoba ali napetost, motnje zadrževanja urina) pa so v večji meri prisotna med ženskami (tabela 5).

Tabela 5: Odstotek zdravstvenih težav glede na spol

Zdravstvene težave	Spol	Ne	Da	Skupaj	χ^2	p
bolečine v vratu ali križu	M	57%	43%	100%	9,168	0,002
	Ž	44%	56%	100%		
zvišan krvni tlak	M	48%	52%	100%	3,016	0,091
	Ž	56%	44%	100%		
bolečine v sklepih	M	57%	43%	100%	0,040	0,858
	Ž	56%	44%	100%		
zvišan holesterol v krvi	M	64%	36%	100%	0,277	0,642
	Ž	66%	34%	100%		
glavobol, migrena	M	85%	15%	100%	19,841	0,000
	Ž	68%	32%	100%		
želodčne težave	M	80%	20%	100%	4,905	0,027
	Ž	72%	28%	100%		
motnje zadrževanja urina, težave z delovanjem sečnega mehurja	M	83%	17%	100%	4,431	0,035
	Ž	75%	25%	100%		
motnje z odvajanjem blata	M	82%	18%	100%	0,149	0,733
	Ž	81%	19%	100%		
kronična tesnoba ali napetost	M	90%	10%	100%	10,865	0,001
	Ž	78%	22%	100%		
alergije (ekcem, rinitis, seneni nahod)	M	89%	11%	100%	7,685	0,006
	Ž	80%	20%	100%		
sladkorna bolezen	M	76%	24%	100%	8,442	0,004
	Ž	86%	14%	100%		
depresija	M	90%	10%	100%	6,967	0,008
	Ž	82%	18%	100%		
pljučna obolenja	M	85%	15%	100%	1,655	0,231
	Ž	88%	12%	100%		
onkološka obolenja	M	82%	18%	100%	9,831	0,002
	Ž	91%	9%	100%		
trajne poškodbe ali okvare zaradi posledic nezgode	M	92%	8%	100%	0,227	0,758
	Ž	91%	9%	100%		
srčni infarkt	M	93%	7%	100%	1,848	0,212
	Ž	96%	4%	100%		
možganska poškodba	M	95%	5%	100%	2,787	0,125
	Ž	98%	2%	100%		
možganska kap (možganska krvavitev, možganska tromboza)	M	97%	3%	100%	0,226	0,602
	Ž	97%	3%	100%		
drugo	M	85%	15%	100%	1,960	0,170
	Ž	80%	20%	100%		

χ^2 = hi-kvadrat preizkus, p = statistično značilna razlika pri 0,05ali manj

Na podlagi spremenljivk o prisotnosti različnih zdravstvenih težav smo ustvarili novo spremenljivko »število zdravstvenih težav« (slika 9).



Slika 9: Odstotek preiskovancev, ki imajo posamezno število zdravstvenih težav (n=606)

V povprečju imajo preiskovanci štiri zdravstvene težave (PV = 4,01, SO = 2,472). Razlike glede na spol smo preverjali s t-testom za neodvisna vzorca in ugotovili, da so statistično značilne ($t = -2,134$, $p = 0,033$) in sicer imajo ženske v povprečju več zdravstvenih težav (PV = 4,16, SO = 2,471) kot moški (PV = 3,69, SO = 2,446).

Preiskovancem smo postavili različne trditve o njihovi osebni ranljivosti. Odgovarjali so na lestvici od 1 (nikoli) do 5 (vedno). V povprečju so preiskovanci za vse trditve odgovorili, da to drži občasno, zelo redko ali nikoli (slika 10).



Slika 10: Povprečje trditev o osebnosti ranljivosti (1 = nikoli, 2 = zelo redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = vedno) (n=606)

Tabela 6: Povprečje osebnostne ranljivosti glede na spol

	Spol	N	PV	SO	t	p
Sem raztresen in pozabljiv.	moški	181	2,64	0,972	-1,429	0,154
	ženski	422	2,76	0,896		
Težko zaupam ljudem.	moški	182	2,90	1,011	1,549	0,122
	ženski	420	2,76	0,980		
Raje delam sam kot z drugimi ljudmi.	moški	182	3,11	1,151	1,424	0,155
	ženski	421	2,97	1,098		
Imam občutek, da so ljudje možni sovražniki.	moški	181	2,08	0,957	0,328	0,743
	ženski	418	2,05	1,033		
Ob nenadnih zvokih ali gibih se zdrznem in prestrašim.	moški	182	2,13	1,069	-4,948	0,000
	ženski	421	2,61	1,138		
Imam občutek manjvrednosti in nemoči.	moški	182	1,92	0,931	-1,771	0,077
	ženski	421	2,07	0,969		
Imam probleme v medosebnih odnosih.	moški	182	1,98	0,986	0,558	0,577
	ženski	420	1,93	0,936		
Določenih stvari ne počnem, ker me spominja na zelo hud dogodek iz preteklosti.	moški	182	1,79	1,005	-0,838	0,402
	ženski	421	1,86	0,994		
Moje razpoloženje niha veliko.	moški	181	2,36	0,948	-1,575	0,116
	ženski	420	2,49	0,959		
Močno me je strah, da bi se ločil od tistih, ki jih imam rad.	moški	182	2,73	1,296	-1,708	0,088
	ženski	420	2,93	1,332		
Ljudje govorijo negativne stvari za mojim hrbtom.	moški	181	2,12	0,927	0,612	0,541
	ženski	415	2,07	0,939		
Imam občutek, kot da se mi zelo hud dogodek iz preteklosti ponavlja (ga podoživljam).	moški	182	1,68	0,957	-1,324	0,186
	ženski	420	1,79	1,012		
Moje vedenje vidijo drugi kot "čudaško".	moški	180	1,86	0,946	2,069	0,039
	ženski	415	1,69	0,900		
Zdi se mi, da so moja čustva neprimerna za določeno situacijo.	moški	182	1,96	0,936	1,733	0,084
	ženski	422	1,83	0,847		
Nagnjen sem k razdražljivosti in napadu jeze.	moški	182	2,26	1,011	2,419	0,016
	ženski	421	2,05	0,954		
Ko razmišljam o hudem dogodku iz preteklosti, mi srce začne razbijati, postanem poten ali težko diham.	moški	181	1,76	1,056	-1,467	0,143
	ženski	421	1,90	1,083		
Imam hude sanje ali pa me tlači nočna mora.	moški	182	1,93	1,019	-0,513	0,608
	ženski	419	1,97	0,979		
Vztrajno se izogibam mislim, občutkom in ljudem, ki so povezani s stresnim dogodkom iz preteklosti.	moški	182	1,93	1,106	-1,901	0,058
	ženski	421	2,13	1,151		
Sem na preži, kdaj se bo zgodilo kaj nevarnega.	moški	182	1,84	0,983	-0,217	0,829
	ženski	421	1,86	1,060		

	Spol	N	PV	SO	t	p
Težje zaspim ali pa se prebujam.	moški	182	2,47	1,238	-1,747	0,081
	ženski	422	2,66	1,238		
Imam slab apetit ali pa se prenaždam.	moški	182	1,99	1,033	-1,401	0,162
	ženski	421	2,13	1,094		
Hitro se vznemirim oz. postanem paničen.	moški	182	2,05	1,129	-1,047	0,295
	ženski	422	2,15	1,088		
Zaradi pitja sem zašel v težave.	moški	182	2,09	0,982	4,487	0,000
	ženski	422	2,15	1,063		
Imam težave s koncentracijo in pozornostjo.	moški	182	1,31	0,700	-0,666	0,506
	ženski	420	1,33	0,693		
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	moški	182	1,31	0,700	-0,377	0,706
	ženski	420	1,33	0,693		

N = število enot, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa, p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Razlike med moškimi in ženskami so statistično značilne pri štirih trditvah. Ženske se pogosteje ob nenadnih zvokih ali gibih prestrašijo kot moški ($t = -4,948$, $p = 0,000$), moški pogosteje menijo, da drugi vidijo njihovo vedenje kot »čudaško« ($t = 2,069$, $p = 0,039$), kot pa to menijo ženske. Moški so pogosteje kot ženske ($t = 2,419$, $p = 0,016$) nagnjeni k razdražljivosti in napadu jeze, prav tako pa tudi moški pogosteje kot ženske ($t = 4,487$, $p = 0,000$) menijo, da so zaradi pitja zašli v težave (tabela 6).

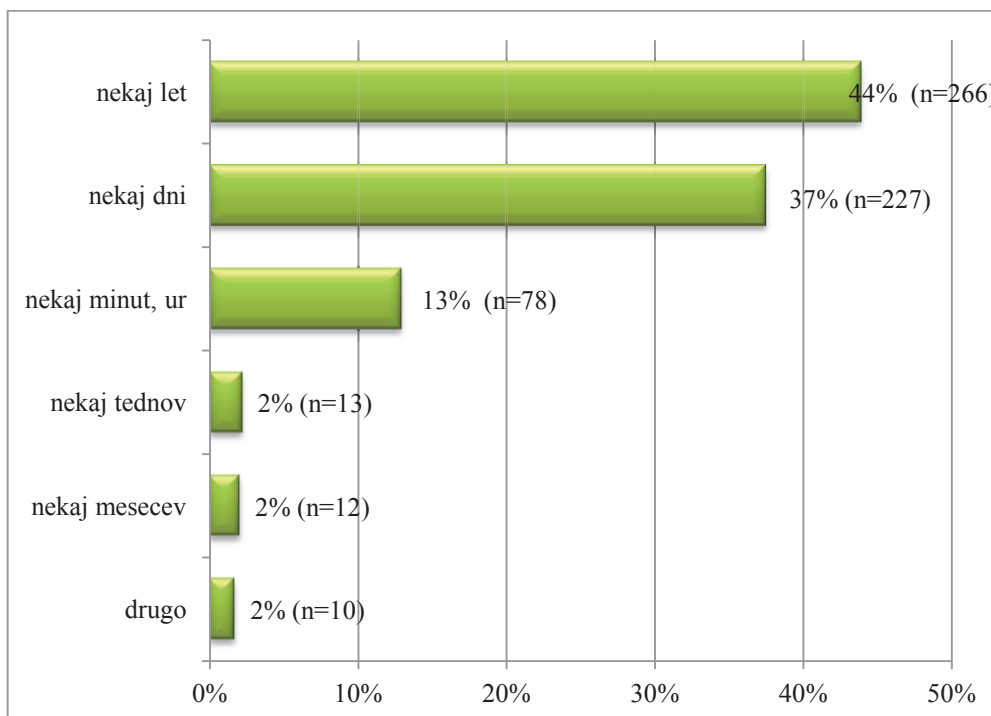
Osebnostne ranljivosti v povprečju niso preveč vplivale na dom, odnose in delo. Povprečna ocena vpliva na skrb za stvari doma je $PV = 1,46$ ($SO = 0,688$), na odnose z ljudmi $PV = 1,41$ ($SO = 0,712$), na delo pa $PV = 1,34$ ($SO = 0,631$) (tabela 7). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli (stvari doma: $t = 0,682$, $p = 0,495$; odnosi z ljudmi: $t = 0,182$, $p = 0,856$; delo: $t = -0,460$, $p = 0,646$).

Tabela 7: Odstotki in povprečje vpliva osebnostne ranljivosti na dom, odnose in delo (1 = ne preveč, 4 = izredno močno) (n=606)

	ne preveč	precej močno	zelo močno	izredno močno	PV	SO
Vpliv na skrb za stvari doma	65%	26%	9%	1%	1,46	0,688
Vpliv na odnose z ljudmi	71%	20%	8%	2%	1,41	0,712
Vpliv na delo	73%	21%	5%	1%	1,34	0,631

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

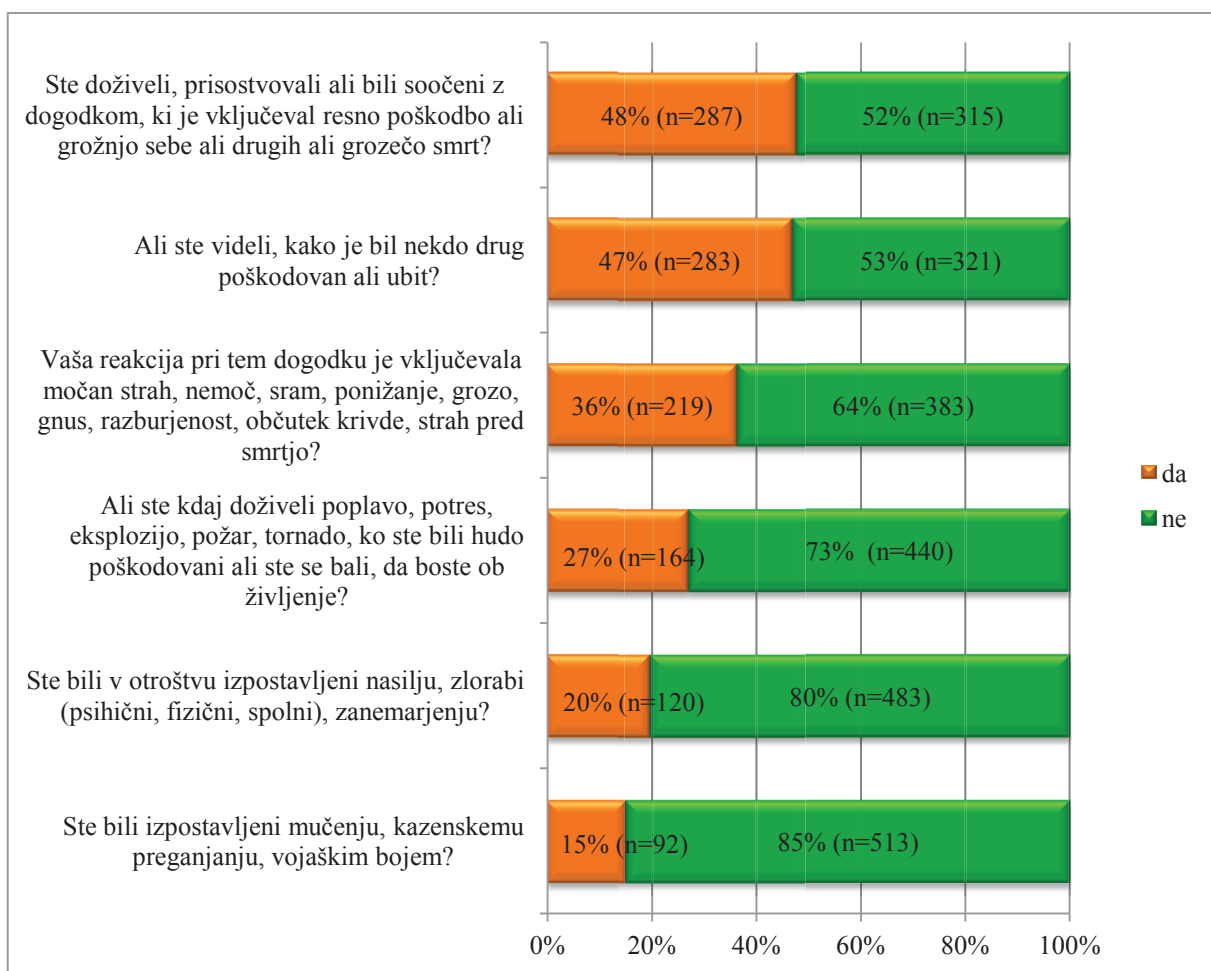
Preiskovanci so odgovarjali na vprašanje, koliko časa trajajo osebnostne ranljivosti/spremembe (slika 11). Na izbiro so imeli odgovore nekaj dni, tednov, mesecev, 2 leti in več ter drugo. Ker je pod »drugo« kar nekaj preiskovancev navedlo, da osebnostne ranljivosti/spremembe pri njih trajajo nekaj minut oz. ur, smo oblikovali dodatno kategorijo »nekaj minut, ur«, v kategoriji »drugo« pa so ostali odgovori, pri katerih preiskovanci niso dopisali odgovora – te preiskovance smo iz nadaljnje analize izločili. Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli ($\chi^2 = 2,601$, $p = 0,627$).



Slika 11: Odstotek trajanja osebnostnih ranljivosti/sprememb (n=606)

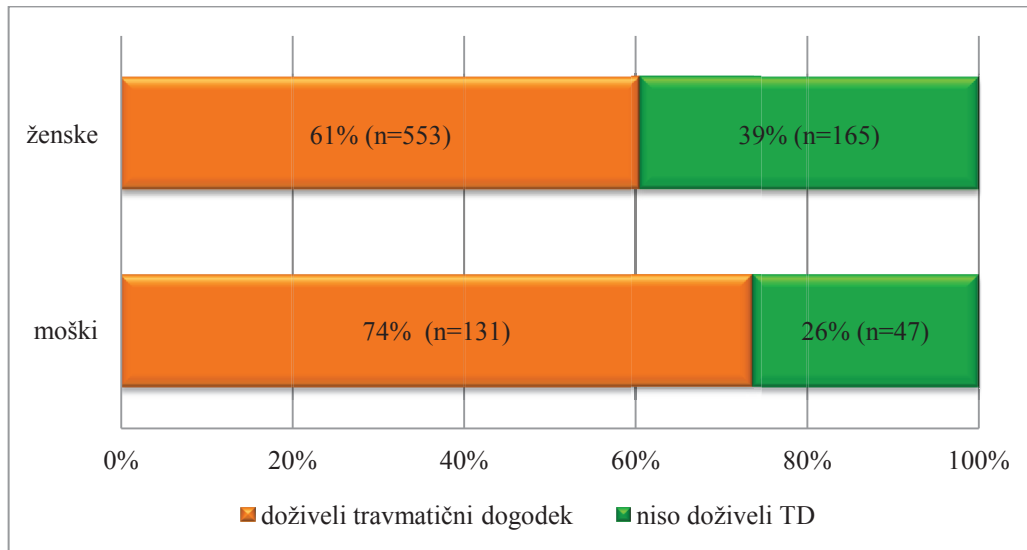
Tisti, ki so odgovorili, da osebne spremembe pri njih trajajo nekaj let, so v povprečju odgovorili, da trajajo 8,91 let (SO = 12,000). Pri preiskovancih, ki trajajo nekaj mesecev, le-ta v povprečju trajajo 5,92 mesecev (SO = 4,358), pri preiskovancih, kjer osebne spremembe običajno trajajo nekaj tednov, pa je trajanje v povprečju 1,77 tednov (SO = 1,013). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli (tedni: $t = 1,413$, $p = 0,183$; meseci: $t = -0,190$, $p = 0,852$; leta: $t = -1,330$, $p = 0,185$).

Izpostavljenost katastrofični/travmatični izkušnji prikazuje slika 12.



Slika 12: Odstotek izpostavljenosti katastrofičnim/travmatičnim izkušnjam (n=605)

Travmatični dogodek je doživelo več moških (74 %) kot žensk (61 %), razlike so statistično značilne ($\chi^2 = 9,304$, $p = 0,002$) (slika 13).



Slika 13: Odstotek izpostavljenosti travmatičnim dogodkom glede na spol (n=596)

Preiskovanci večinoma nimajo težav pri izvajanju dnevnih aktivnosti (hoja, pomičnost, kopanje, tuširanje, leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali stola, oblačenje, slačenje) (tabela 8). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli (oblačenje, slačenje: $t = -0,121$, $p = 0,904$; leganje/sedanje in vstajanje: $t = 0,964$, $p = 0,336$; kopanje, tuširanje: $t = 0,858$, $p = 0,391$; hoja, pomičnost: $t = 0,721$, $p = 0,471$).

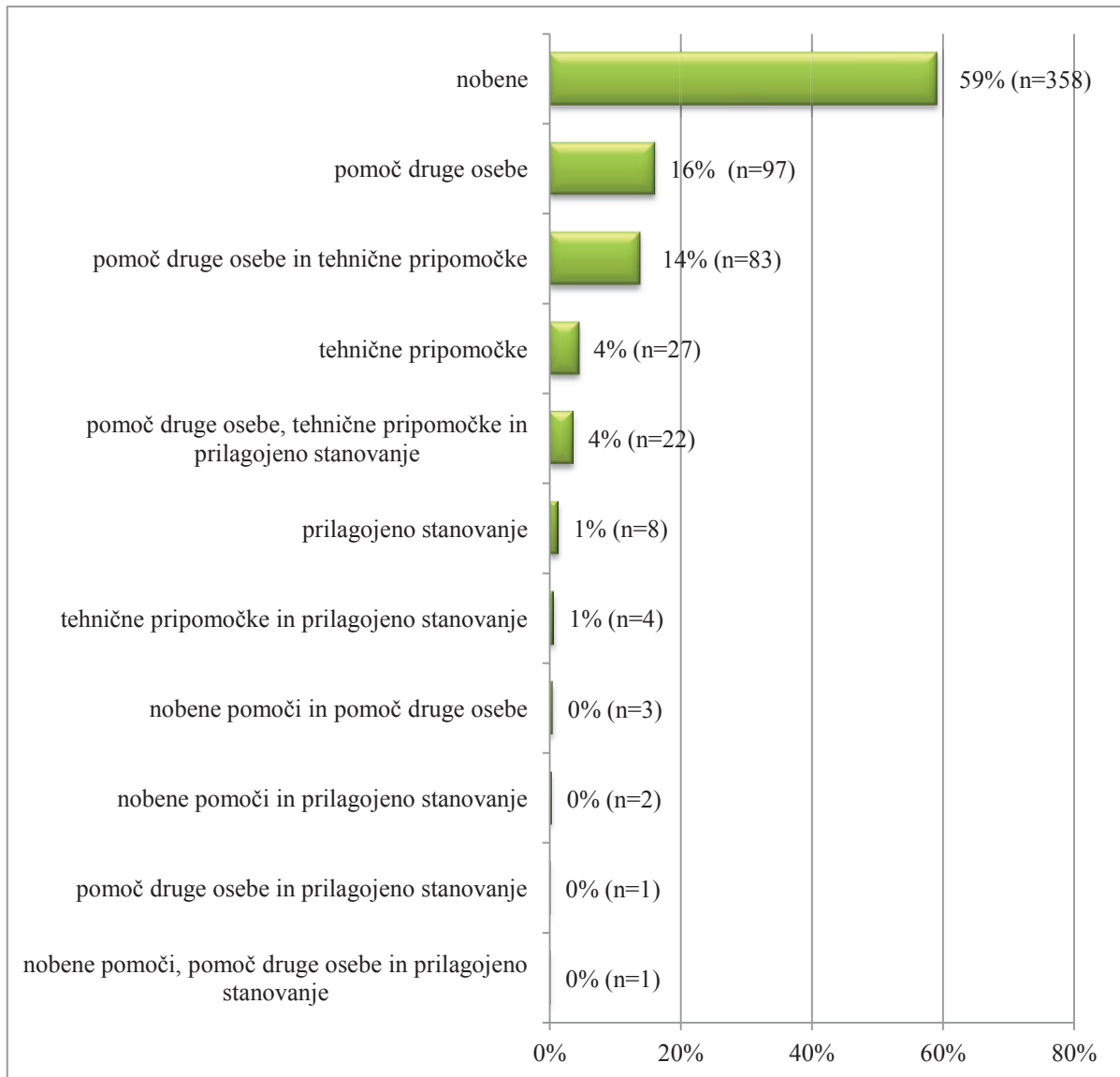
Tabela 8: Odstotek in povprečje za težave pri izvajanju dnevnih aktivnosti (min = 1, max = 4) (n=606)

	ne, nimam težav	da, imam manjše težave	da, imam večje težave	sam tega ne morem opraviti	PV	SO
hoja, pomičnost	62%	22%	13%	3%	1,56	0,821
leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali s stola	68%	23%	7%	2%	1,41	0,689
kopanje, tuširanje	77%	11%	8%	5%	1,41	0,825
oblačenje, slačenje	78%	16%	4%	1%	1,30	0,622

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

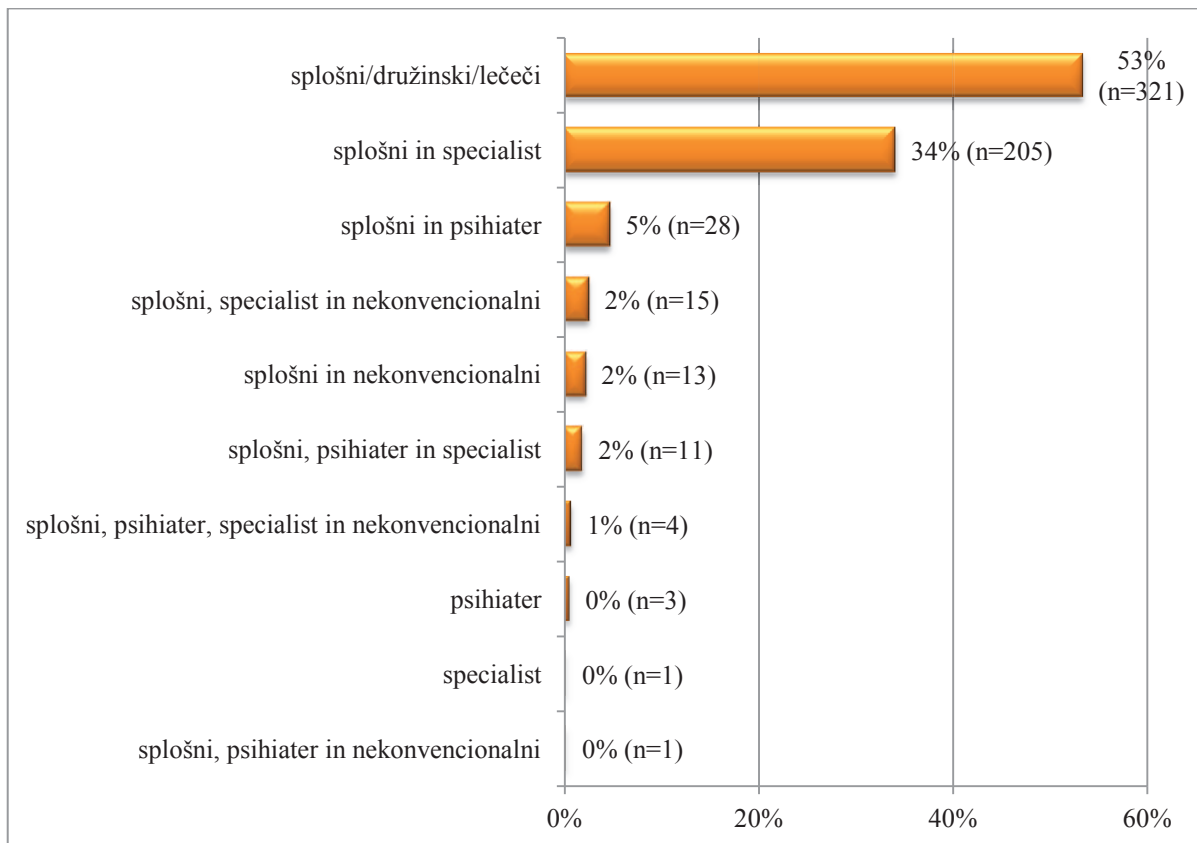
Preiskovancem smo postavili vprašanje o oblikah pomoči, ki jih imajo običajno. Na voljo so imeli odgovore »nobene«, »pomoč druge osebe«, »tehnične pripomočke« in »prilagojeno stanovanje«. Ker je bilo možnih več odgovorov, smo za nadaljnjo analizo

odgovore razvrstili v ustrezno skupino glede na število oz. vrsto izbranih odgovorov (slika 14). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli ($\chi^2 = 9,404$, $p = 0,494$).



Slika 14: Odstotek oblik zdravstvene pomoči, ki jo imajo običajno

Tudi pri vprašanju "pri kom se zdravijo" so preiskovanci lahko izbrali več možnih odgovorov, zato smo oblikovali skupine glede na odgovore, ki so jih izbrali. Nekaj preiskovancev je izbralo tudi možnost »drugo«, kjer so navedli jogo, fizioterapijo in zelišča (slika 15). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli ($\chi^2 = 14,558$, $p = 0,104$).



Slika15: Odstotek zdravnikov in nekonvencionalnih zdravilcev, pri katerih se preiskovanci zdravijo (n=602)

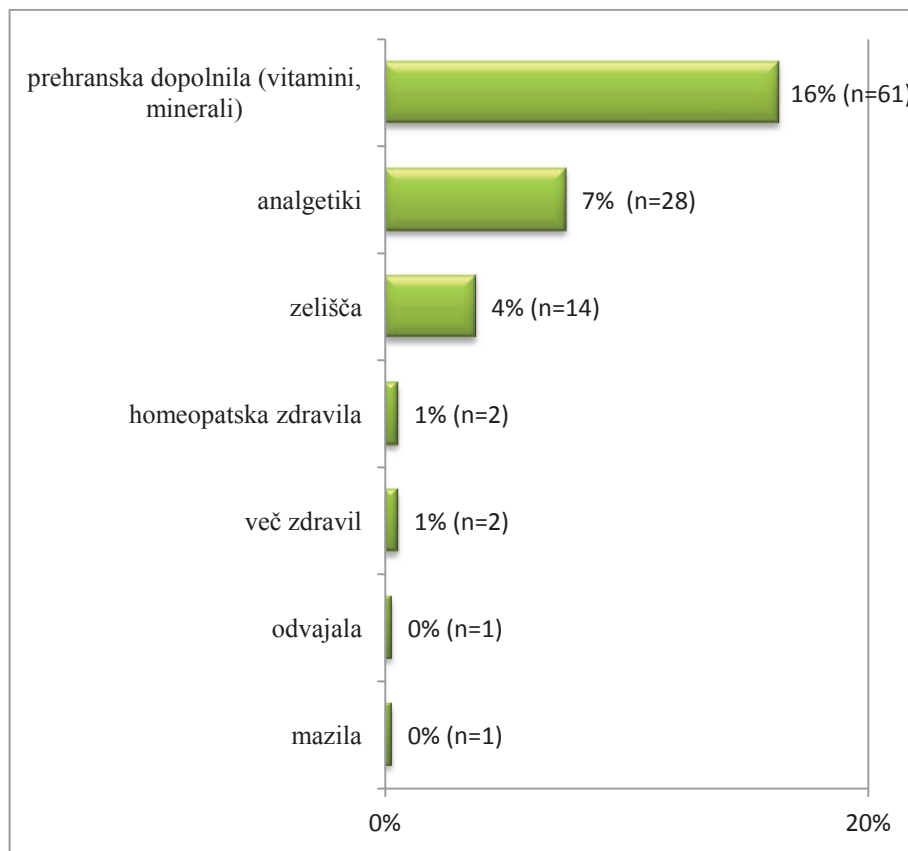
Ugotavljali smo tudi, koliko preiskovancev, ki imajo in nimajo prisotne TOS, obiskuje oz. se zdravi pri psihiatru (tabela 9).

Tabela 9: Odstotek preiskovancev, ki obiskujejo psihiatra, glede na prisotnost/odsotnost TOS (nimajo TOS n=521, imajo TOS n=53)

psihiater	ne	da	skupaj
nimajo TOS	93%	7%	100%
imajo TOS	81%	19%	100%

Od 93 % (n = 487) preiskovancev, ki nimajo prisotnih TOS, se jih 7 % (n = 34) zdravi pri psihiatru. Od 81 % (n = 43) preiskovancev, ki imajo prisotne TOS, se jih 19 % (n = 10) zdravi pri psihiatru (tabela 9). Razlike med preiskovanci, ki imajo in nimajo TOS glede obiskovanja psihiatra so statistično značilne ($\chi^2 = 7,894$, $p = 0,005$).

79 % (n = 481) vprašanih jemlje zdravila, ki jim jih je predpisal zdravnik. Zanimalo nas je tudi, ali jemljejo še kakšna druga zdravila, poleg tistih, ki jih je predpisal zdravnik. Vprašanje je bilo odprtega tipa, odgovore pa smo razvrstili v 10 kategorij. 70 % (n = 266) preiskovancev je odgovorilo, da drugih zdravil ne jemljejo, sledijo pa tisti, ki jemljejo prehranska dopolnila (16 %), analgetike (lekadol, aspirin, naprosyn, itd) (7 %) in zelišča (4 %) (slika 16). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli ($\chi^2 = 8,848$, $p = 0,451$).



Slika 16: Odstotek zdravil, ki jih ni predpisal zdravnik (n=378)

Preiskovance smo prosili tudi, da ocenijo svoje trenutno zdravstveno stanje, pri čemer je 0 = najslabše možno zdravje, 10 = najboljše možno zdravje. Povprečna ocena trenutnega zdravstvenega stanja je bila $M = 6,8$ ($SD = 2,110$) (slika 17). Statistično značilnih razlik med spoloma nismo našli ($t = -0,970$, $p = 0,333$).



Slika 17: Povprečna ocena trenutnega zdravstvenega stanja (0 = najslabše možno, 10 = najboljše možno) (n=606)

3. 4. 2 Razvrščanje v skupine

Preiskovance smo s pomočjo hierarhičnega združevanja v skupine glede na izbrane spremenljivke (osebna ranljivost, izpostavljenost travmatičnemu dogodku, prisotnost kronične bolečine) uvrstili v dve skupini – tiste, ki nimajo TOS in tiste, ki mogoče imajo TOS. Med preiskovanci, za katere je obstajala možnost TOS smo izločili tiste, pri katerih težave trajajo manj kot dve leti ter tiste, pri katerih je bila prisotna možganska kap in/ali možganska poškodba. Izločene preiskovance smo priključili skupini tistih, ki nimajo TOS. Med preiskovanci je bilo tako v skupino tistih, ki nimajo TOS uvrščenih 91 % preiskovancev, v skupino s prisotnostjo TOS pa 9 % (tabela 10).

Tabela 10: Preiskovanci glede na prisotnost/odsotnost TOS

	N	%
nimajo TOS	521	91 %
imajo TOS	53	9 %
skupaj	574	100 %

N = število enot, % = odstotek

Med preiskovanci je bilo v skupino tistih, ki nimajo TOS uvrščenih 91 % preiskovancev, v skupino s prisotnostjo TOS pa 9 %. Ker smo predvideli, da so TOS prisotne pri vsaj četrtini pacientov, hipoteze 1 ne moremo potrditi.

Skupini preiskovancev se statistično značilno razlikujeta glede na starost ($\chi^2 = 12,504$; $p = 0,014$) in izobrazbo ($\chi^2 = 23,950$; $p = 0,000$). Preiskovanci, ki imajo TOS so starejši in manj izobraženi. TOS so prisotne pri 62 % preiskovancev, ki so starejši od 65 let in

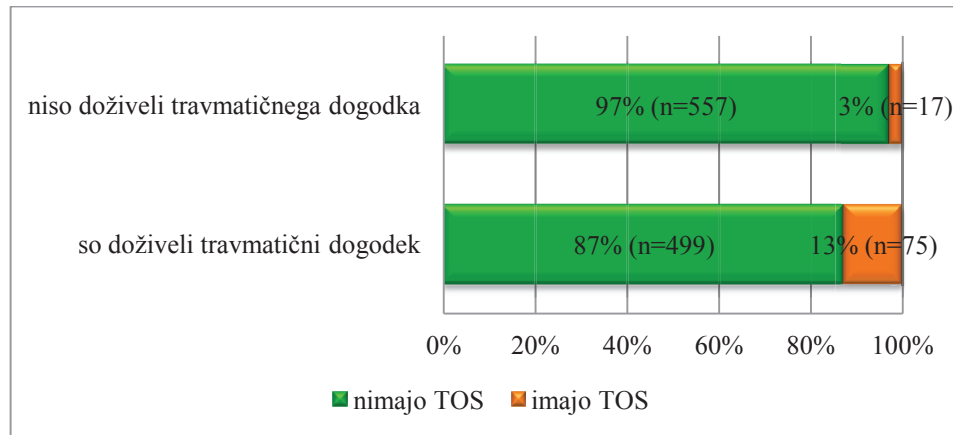
imajo OŠ-izobrazbo ali manj (43 %) (tabela 11). Glede na ostale demografske spremenljivke ni statistično značilnih razlik med skupinama.

Tabela 11: Odstotek preiskovancev, ki imajo in nimajo TOS glede na starost in izobrazbo (n = 574, TOS n = 53, nimajo TOS n = 521)

Starost	do 35 let	36 - 50 let	51 - 65 let	66 - 80 let	81 - 95 let	skupaj
nimajo TOS	11 %	16 %	28 %	29 %	16 %	100 %
imajo TOS	6 %	8 %	25 %	28 %	34 %	100 %
$\chi^2 = 12,504; p = 0,014$						
Izobrazba	OŠ in manj	poklicna izobrazba	4-letna SŠ	višja, visoka, univerzitetna	magisterij, doktorat	skupaj
nimajo TOS	17 %	22 %	34 %	26 %	1 %	100 %
imajo TOS	43 %	23 %	19 %	13 %	2 %	100 %
$\chi^2 = 23,950; p = 0,000$						

χ^2 = hi-kvadrat preizkus, p = statistično značilna razlika pri 0,05ali manj

Oblikovali smo novo spremenljivko »travmatični dogodek« in sicer tako, da smo paciente, ki so doživeli vsaj en travmatični dogodek uvrstili v eno skupino, paciente, ki takega dogodka niso doživeli, pa v drugo skupino. Vsaj en travmatični dogodek je doživelo 64 % preiskovancev. Druga uporabljena spremenljivka je TOS. Med preiskovanci, ki niso doživeli travmatičnega dogodka, je 3 % takih, ki imajo TOS. Med preiskovanci, ki so doživeli vsaj en travmatični dogodek pa ima 13 % izražene TOS (slika 18).



Slika18: Odstotek prisotnosti TOS glede na izkušnjo travmatičnega dogodka (n = 574, TOS n = 53, nimajo TOS n = 521)

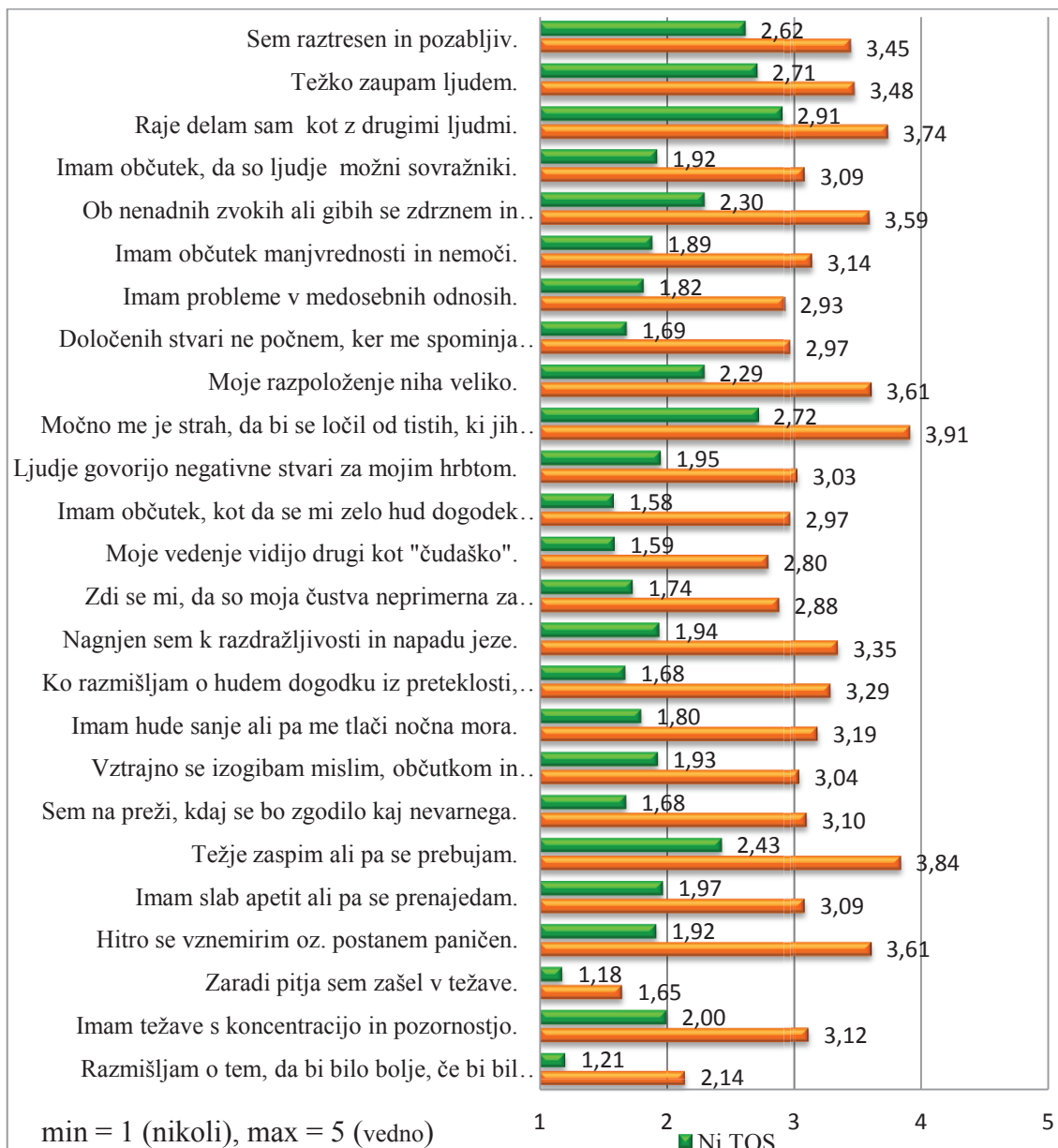
Vrednost χ^2 testa je 14,589 in je statistično značilen ($p = 0,000$), torej obstajajo razlike v prisotnosti TOS glede na izkušnjo travmatičnega dogodka. Hipotezo 2 potrdimo.

3. 4. 3 Diskriminantna analiza

Z diskriminantno analizo smo proučevali ali se preiskovanci, ki imajo TOS, statistično značilno razlikujejo od preiskovancev, ki nimajo TOS, glede naslednjih lastnosti: socialni stiki, opravljanje dnevnih aktivnosti, samomorilne misli in število zdravstvenih težav.

Glede na socialne stike (1 = nikoli, 5 = vedno) imajo preiskovanci, ki nimajo TOS, višje povprečne ocene pri vseh trditvah, razen pri trditvi »Sem član društva.«. Torej imajo preiskovanci, ki nimajo TOS, pogostejše socialne stike. Pri trditvi o samomorilnih mislih (1 = nikoli, 5 = vedno) pa imajo višje povprečne ocene tisti preiskovanci, ki imajo TOS (slika 19). Razlike med skupinama so statistično značilne (vzdržujem stike z družinskimi člani: Wilksova lambda = 0,992, $p = 0,040$; vzdržujem stike s sorodniki: Wilksova lambda = 0,992, $p = 0,035$; vzdrževanje stikov s prijatelji: Wilksova lambda = 0,987, $p = 0,007$; veselim se stikov z ljudmi: Wilksova lambda = 0,985, $p = 0,004$; vabim ljudi na obisk: Wilksova lambda = 0,991, $p = 0,024$; finančna in materiana pomoč ožjim družinskim članom: Wilksova lambda = 0,992, $p = 0,040$; potovanje v

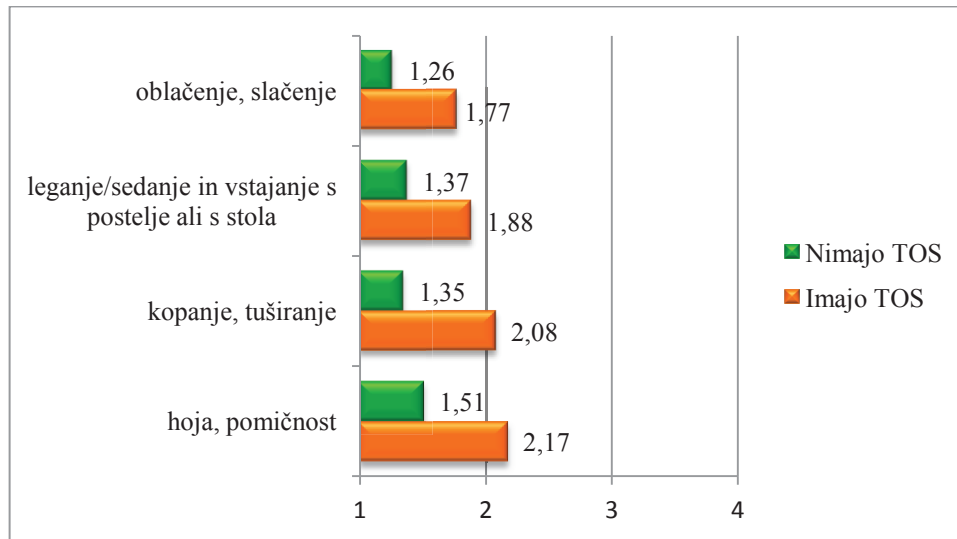
drug kraj: Wilksova lambda = 0,955, p = 0,000; poslušanje drugih ljudi: Wilksova lambda = 0,963, p = 0,000; udeleževanje srečanj in prireditvev: Wilksova lambda = 0,984, p = 0,002), razen pri vzdrževanju stikov s sosedi (Wilksova lambda = 0,997, p = 0,171), članstvu v društvih (Wilksova lambda = 1,000, p = 0,867) in pomoči družine in svojcev v primeru bolezni (Wilksova lambda = 0,995, p = 0,108) (tabela 12).



Slika19: Povprečje socialnih stikov in samomorilnih misli glede na prisotnost/odsotnost TOS (n = 559, TOS n = 52, nimajo TOS n = 507)

Hipotezo smo preverjali z diskriminantno analizo in spremenljivkami TOS in »Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.« Na trditev o samomorilnih mislih so preiskovanci odgovarjali na lestvici od 1 = nikoli do 5 = vedno. Pacienti, ki nimajo TOS so v povprečju odgovorili, da takih misli nimajo nikoli (PV = 1,23, SO = 0,575), pacienti, ki imajo TOS pa, da jih imajo zelo redko (PV = 2,10, SO = 1,015). Z diskriminantno analizo smo ugotovili, da spremenljivka statistično značilno (Wilksova lambda = 0,861, p = 0,000) vpliva na razlikovanje med skupinama pacientov, strukturna utež pa je 0,775. Hipotezo 6 potrdimo.

Pacienti, ki imajo prisotne TOS, težje izvajajo dnevne aktivnosti samostojno, razlike med skupinama so statistično značilne (oblačenje, slačenje: Wilksova lambda = 0,945, p = 0,000; leganje/sedanje in vstajanje: Wilksova lambda = 0,955, p = 0,000; kopanje, tuširanje: Wilksova lambda = 0,934, p = 0,000; hoja, pomičnost: Wilksova lambda = 0,944, p = 0,000) (tabela 12). Največja razlika med skupinama je pri aktivnosti »kopanje, tuširanje«, kjer so preiskovanci, ki nimajo TOS v povprečju odgovorili, da s tem nimajo težav (PV = 1,35, SO = 0,753), preiskovanci, ki imajo TOS pa, da imajo s tem manjše težave (PV = 2,08, SO = 1,202 (Wilksova lambda = 0,934, p = 0,000) (slika 20). Med vsemi aktivnostmi ima največji vpliv oz. strukturno utež na razlikovanje med skupinama aktivnost »kopanje, tuširanje« (strukturna utež = 0,511), sledi »hoja, pomičnost« (strukturna utež = 0,470), »oblačenje, slačenje« (strukturna utež = 0,466), najmanjšo strukturno utež pa ima spremenljivka »leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali s stola« (strukturna utež = 0,420). Med pacienti s prisotnimi TOS in tistimi, pri katerih te spremembe niso prisotne, torej obstajajo statistično značilne razlike glede samostojnosti opravljanja dnevnih aktivnosti. Hipotezo 3 potrdimo.



Slika 20: Povprečno opravljanje dnevnih aktivnosti glede na prisotnost/odsotnost TOS (n = 559, TOS n = 52, nimajo TOS n = 507)

Hipotezo 7 smo preverjali z diskriminantno analizo in spremenljivkama TOS in spremenljivko o številu zdravstvenih težav. Preiskovanci so o zdravstvenih težavah poročali preko 19 spremenljivk (18 naštetih težav ter možnost »drugo«), pri katerih so odgovarjali z »da« ali »ne«. Glede na število zdravstvenih težav se je izkazalo, da imajo preiskovanci, ki imajo TOS v povprečju več zdravstvenih težav (PV = 6,13, SO = 2,650) kot tisti, ki nimajo TOS (PV = 3,81, SO = 2,353). Razlika med skupinama je statistično značilna (Wilksova lambda = 0,925, p = 0,000), vrednost strukturne uteži pa znaša 0,548 (tabela 5). Hipotezo 7 potrdimo.

Oblikovali smo novo spremenljivko in sicer tako, da smo združili paciente, ki nimajo nobene kronične bolečine (bolečine v vratu ali križu; glavobol, migrena; bolečine v sklepih) in tiste, ki imajo vsaj eno. Največ (74 %) preiskovancev ima vsaj eno kronično bolečino. Za preverjanje hipoteze smo uporabili novo spremenljivko ter spremenljivko TOS, preverjanje pa smo izvedli s pomočjo χ^2 preizkusa. Med tistimi, ki nimajo kroničnih bolečin, ima TOS 3 % preiskovancev, med tistimi, ki imajo kronične bolečine, pa ima TOS 11 % preiskovancev. Vrednost χ^2 preizkusa je 10,000 in je statistično značilen (p = 0,002), torej med skupinama preiskovancev obstajajo razlike glede pojavnosti TOS. Hipotezo 4 potrdimo.

Med obema skupinama preiskovancev, ki imajo oziroma nimajo TOS, ni statistično značilnih razlik pri treh trditvah o socialnih stikih in sicer »Vzdržujem stike s sosedi.« (Wilksova lambda = 0,997, p = 0,171), »Sem član društva.« (Wilksova lambda = 1,000, p = 0,867) in »Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.« (Wilksova lambda = 0,995, p = 0,108). Glede na vse ostale spremenljivke pa med skupinama obstajajo statistično značilne razlike. Za spremenljivko vzdržujem stike z družinskimi člani je Wilksova lambda 0,992, p = 0,040, za vzdržujem stike s sorodniki je Wilksova lambda 0,992, p = 0,035, za vzdrževanje stikov s prijatelji je Wilksova lambda 0,987, p = 0,007. Za spremenljivko veselim se stikov z ljudmi je Wilksova lambda = 0,985, p = 0,004, pri vabljenju ljudi na obisk je Wilksova lambda = 0,991, p = 0,024, finančna in materiana pomoč ožjim družinskim članom ima Wilksovo lambda = 0,992, p = 0,040, potovanje v drug kraj ima Wilksovo lambda = 0,955, p = 0,000, poslušanje drugih ljudi pa ima Wilksovo lambda = 0,963, p = 0,000. Spremenljivka o udeleževanju srečanj in prireditvev pa ima Wilksovo lambda = 0,984, p = 0,002) (tabela 12).

Koeficient kanonične korelacije znaša 0,460 in lahko govorimo o srednje močni povezanosti. Vrednost Wilksove Lambde je 0,788 in model je statistično značilen (p = 0,000).

Tabela 12: Razlika med povprečji dveh vzorcev za skupini preiskovancev, ki imajo (n=52) oziroma nimajo TOS (n=507)

Trditve	Wilks λ	F	df1	df2	p
Vzdržujem stike z družinskimi člani.	0,992	4,226	1	557	0,040
Vzdržujem stike s sorodniki.	0,992	4,487	1	557	0,035
Vzdržujem stike s prijatelji.	0,987	7,407	1	557	0,007
Vzdržujem stike s sosedi.	0,997	1,879	1	557	0,171
Veselim se stikov z ljudmi.	0,985	8,226	1	557	0,004
Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev,...).	1,000	0,028	1	557	0,867
Povabim ljudi na obisk.	0,991	5,130	1	557	0,024
Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.	0,992	4,258	1	557	0,040
Potujem v drug kraj.	0,955	26,546	1	557	0,000
Znam poslušati druge ljudi.	0,963	21,551	1	557	0,000
Udeležujem se srečanj, prireditvev,...	0,984	9,282	1	557	0,002
Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.	0,995	2,591	1	557	0,108
Oblačenje, slačenje	0,945	32,570	1	557	0,000
Leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali s stola	0,955	26,458	1	557	0,000
Kopanje, tuširanje	0,934	39,042	1	557	0,000
Hoja, pomičnost	0,944	33,104	1	557	0,000
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0,861	89,840	1	557	0,000
Število zdravstvenih težav	0,925	44,900	1	557	0,000

Wilks λ = vrednost Wilksove Lambde, F = vrednost testa, df1 = prva diskriminantna funkcija, df2 = druga diskriminantna funkcija, p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Največja strukturna vrednost uteži je pri spremenljivki »Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.«, torej ta spremenljivka najbolj vpliva na oblikovanje diskriminantne funkcije, sledi spremenljivka o številu zdravstvenih težav ter spremenljivke o samostojnem opravljanju dnevnih aktivnosti. Med spremenljivkami, ki so statistično značilne, ima najmanjši vpliv »Vzdržujem stike z družinskimi člani.« (tabela 13).

Tabela 13: Strukturne vrednosti uteži modela za skupini preiskovancev, ki imajo (n=52) oziroma nimajo TOS (n=507)

Spremenljivke	Strukturne uteži
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0,775
število zdravstvenih težav	0,548
Kopanje, tuširanje	0,511
Hoja, pomičnost	0,470
Oblačenje, slačenje	0,466
Potujem v drug kraj.	- 0,421
Leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali s stola	0,420
Znam poslušati druge ljudi.	- 0,379
Udeležujem se srečanj, prireditev,...	- 0,249
Veselim se stikov z ljudmi.	- 0,234
Vzdržujem stike s prijatelji.	- 0,222
Povabim ljudi na obisk.	- 0,185
Vzdržujem stike s sorodniki.	- 0,173
Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.	- 0,169
Vzdržujem stike z družinskimi člani.	- 0,168
Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.	- 0,132
Vzdržujem stike s sosedi.	- 0,112
Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev...).	0,014

Hipotezo 5 smo preverjali z diskriminantno analizo in uporabo spremenljivk o socialnem vključevanju ter TOS. Ugotovili smo, da imajo pacienti, pri katerih niso prisotne TOS pogostejše socialne stike kot pacienti, ki imajo TOS, le člani kakšnega društva so pogosteje tisti, ki imajo TOS. Med 12 spremenljivkami le tri nimajo statistično značilnega vpliva (»Vzdržujem stike s sosedi.« - Wilksova Lambda = 0,997, $p = 0,171$; »Sem član društva.« - Wilksova Lambda = 1,000, $p = 0,867$; »Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.« - Wilksova Lambda = 0,995, $p = 0,108$) na razlikovanje med skupinama – vzdrževanje stikov s sosedi, včlanjenost v društva in pomoč družine in svojcev v primeru bolezni. Med statistično značilnimi spremenljivkami (vzdržujem stike z družinskimi člani: Wilksova Lambda = 0,992, $p = 0,040$; vzdržujem stike s sorodniki: Wilksova Lambda = 0,992, $p = 0,035$; vzdrževanje stikov s prijatelji: Wilksova Lambda = 0,987, $p = 0,007$; veselim se stikov z ljudmi: Wilksova Lambda = 0,985, $p = 0,004$; vabim ljudi na obisk: Wilksova Lambda = 0,991, $p = 0,024$; finančna in materiana pomoč ožjim družinskim članom: Wilksova Lambda =

0,992, $p = 0,040$; potovanje v drug kraj: Wilksova Lambda = 0,955, $p = 0,000$; poslušanje drugih ljudi: Wilksova Lambda = 0,963, $p = 0,000$; udeleževanje srečanj in prireditvev: Wilksova Lambda = 0,984, $p = 0,002$) ima najvišjo strukturno utež (in vpliv) spremenljivka »Potujem v drug kraj.« (strukturna utež = -0,421), najmanjšo pa »Vzdržujem stike z družinskimi člani.« (strukturna utež = -0,168). Devet spremenljivk od dvanajstih (75 %) o socialnih stikih torej ima statistično značilen vpliv na razlikovanje med pacienti, ki imajo TOS in tistimi, ki TOS nimajo, zato hipotezo 5 potrdimo.

Z upoštevanjem danih spremenljivk je bilo pravilno razvrščenih 91,8 % vseh preiskovancev. Med preiskovanci, ki nimajo TOS, je bilo pravilno razvrščenih 97,0 % enot, med preiskovanci, ki imajo TOS pa 40,4 % enot. Ker bi s slučajnim razvrščanjem pravilno razvrstili 50 % enot, torej razvrščanje pri preiskovancih, ki imajo TOS ne deluje dobro, v skupnem pa smo z rezultatom zadovoljni (tabela 14).

Tabela 14: Klasifikacijska tabela

	nimajo TOS	imajo TOS	skupaj
nimajo TOS	97,0 % (n=492)	3,0 % (n=15)	100,0 %
imajo TOS	59,6 % (n=31)	40,4 % (n=21)	100,0 %
Pravilno uvrščenih je 91,8 %.			

3. 5 RAZPRAVA

Osebnostne motnje so zelo razširjene in predstavljajo enega večjih izzivov na področju zdravstvene oskrbe (Židanik, 2003) ter eno najbolj nejasnih kategorij v psihiatriji (Benedik, 2004). Za medicinske sestre je ocenjevanje prisotnosti in vpliva simptomov osebnostnih motenj med najtežjimi izzivi pri zdravstveni negi oseb z duševnimi motnjami, zlasti pri starejših odraslih (Magoteaux, Bonnivier, 2009). Prav tako smo s pregledom literature ugotovili, da TOS pri osebah v Sloveniji niso do sedaj bile neposredno predmet raziskovanja, pa tudi v tujini se temu vprašanju posveča bolj malo raziskav. TOS predstavljajo večji izziv na področju patronažne zdravstvene nege, saj

lahko zapletejo in otežijo proces zdravstvene nege, rehabilitacijo in socialno integracijo pacientov (Annells et al., 2011). Z raziskovanjem TOS pri pacientih v odrasli dobi, obravnavanih v patronažnem varstvu, smo poleg pogostosti in značilnosti ugotavljali tudi vpliv TOS na kakovost življenja povezanega z zdravjem, s socialnimi odnosi in integracijo v družbi.

Med motnje osebnosti in vedenja odraslih uvrščamo skupino TOS, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni in se razvijejo po katastrofičnem ali prekomernem dolgotrajnem stresu (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Iz pregleda literature (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992; 1993; Maddern, 2004; Seides, 2010; Beltran et al., 2009; Daud et al., 2008; Adams, 2006; Mulvihill, 2005; Karner, 2008 in drugi) lahko povzamemo, da katastrofične in/ali travmatične izkušnje lahko pri posamezniku povzročijo osebnostno ranljivost s kognitivnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami, ki se kažejo s sovražnim ali nezaupljivim odnosom do sveta, socialnim umikom, občutkom praznine in brezupom, odtujenostjo ter kroničnim občutkom "biti na robu", kot biti nenehno ogrožen.

V naši raziskavi je sodelovalo 606 preiskovancev, v starosti od 20 do 92 let, največ iz starostne skupine od 66 do 80 let (več kot tretjina). Visoka zastopanost starejših pacientov v raziskavi je pričakovana, saj iz leta v leto narašča delež starostnikov (Vertot, 2008), z njimi pa tudi število starejših pacientov s kroničnimi boleznimi, ki potrebujejo zdravstveno nego na domu (Zavrl Džananović, 2010). Starostniki predstavljajo ogroženo skupino, saj se poleg zdravstvenih težav soočajo tudi s slabšo socialno integracijo, ki poleg katastrofičnih/travmatičnih izkušenj v otroštvu, povečuje njihovo osebnostno ranljivost, socialno izolacijo in osamljenost (Maček et al., 2011). Zaradi staranja prebivalstva ugotavljamo tudi čedalje več duševnih motenj, povezanih s starostjo, kot so demence, depresije in samomorilnost (Karner, 2008). Pri vseh raziskavah o omenjenih diagnozah, pa nikjer ne najdemo TOS. Dobri dve tretjini preiskovancev v raziskavi je bilo žensk ter tretjina moških. Največ preiskovancev ima dokončano 4-letno srednjo šolo, polovica jih živi v mestu, nekaj manj kot polovica je

poročenih in nekaj več kot petina je ovdovelih, kjer velik delež predstavljajo starejše ženske. Največ (nekaj manj kot tretjina) jih živi z zakoncem ali partnerjem.

Preiskovance v raziskavi smo združili v dve skupini glede vrednost na spremenljivke o osebnostni ranljivosti, izpostavljenosti travmatičnemu dogodku in prisotnosti kronične bolečine. Tako smo dobili skupino ena – nimajo TOS (osebnostne ranljivosti, izpostavljenosti travmatični izkušnji in kronične bolečine nismo našli) in skupino dve (našli smo podatke o osebnostni ranljivosti, izpostavljenosti travmatični izkušnji in kronični bolečini) – obstaja možnost za TOS. Ker med značilnostne kriterije TOS vključujemo prisotnost TOS vsaj 2 leti in odsotnost možganske poškodbe ali bolezni, smo iz skupine dve izločili preiskovance, ki tem pogojem niso ustrezali in jih priključili skupini ena – nimajo TOS. V nadaljevanju smo z diskriminantno analizo proučevali pogostost in vrsto socialnih stikov, izvajanje življenjskih aktivnosti, prisotnost samomorilnih misli in števila zdravstvenih težav na razlikovanje med skupinama glede na TOS.

Pri prvi hipotezi smo predvidevali, da so vsaj pri četrtini preiskovancev prisotne TOS, a hipoteze nismo potrdili. Ugotovili smo, da so TOS, ki spadajo med osebnostne motnje v odrasli dobi, prisotne pri desetini preiskovancev. Prišli smo do podobnih ugotovitev kot Marlowe in Sugeran (1997, povz. po Židanik, 2003), ki navaja pojavnost osebnostnih motenj v splošni populaciji med 2 in 13 %, višji odstotek osebnostnih motenj med 15,5 in 32 %, pa navaja Kaplan (1994, povz. po Židanik, 2003). Židanik (2003) z raziskavo ugotovi zelo visok delež potencialno osebnostno motenih ljudi (41,2 %) v mariborski regiji. Incidenca duševnih bolezni pri odraslih prebivalcih ZDA je ocenjena, da enega od štirih oseb (Kessler et al., 2005) in eno od petih družin prizadane duševna bolezen (Medline Plus, 2009). Naša raziskava je pokazala, da so preiskovanci, pri katerih so prisotne TOS starejši, kar lahko verjetno pripišemo tudi visokemu deležu zajetih starostnikov v vzorcu. Doseženo imajo nižjo stopnjo izobrazbe. Nižja izobrazba, visoka starost in prisotnost TOS lahko otežijo proces zdravstvene nege in ovirajo socialne interakcije, učenje socialnih veščin in vedenjsko kognitivnih tehnik (Magoteaux, Bonnivier, 2009).

Osebe s težavami v duševnem zdravju imajo velikokrat omejene socialne stike le na najnujnejšo komunikacijo. Na tak način vse bolj živijo v svojem svetu, ob tem zanemarjajo ne le zdravje, temveč tudi svoje potrebe. Vse bolj postajajo odvisne od tuje pomoči (Skoliber et al., 2011). Posamezniki kažejo znake družbenih odklonov in izkušnje medosebnih nesoglasij namesto medosebnega obvladovanja (Daud et al., 2008). Drageset (2004) poimenuje socialno integracijo kot mrežo odnosov, v katerih oseba deli skupne interese in skrbi. Socialna integracija je povezana z boljšim zdravjem (Sherman et al., 2006). Preiskovanci so o svojih socialnih stikih v raziskavi povedali, da najpogosteje vzdržujejo stike z družinskimi člani; kadar pa zbolijo, jim člani družine in svojci pomagajo, veselijo pa se tudi stikov z drugimi ljudmi. Najredkeje so člani društev. Raziskava je pokazala, da imajo preiskovanci, pri katerih ni prisotne TOS, pogostejše socialne stike. Potrdili smo hipotezo 5, saj drži, da obstajajo razlike v socialnem vključevanju med pacienti, ki imajo TOS in tistimi, ki je nimajo. Ta rezultat je razumljiv glede na to, da so pacienti s TOS osebno ranljivi, kar se kaže s težjim prilagajanjem in težavami pri vzpostavljanju in vzdrževanju medosebnih odnosov (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992), kar lahko vodi do socialne izključenosti, stigmatizacije in diskriminacije (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011).

Strokovnjaki opažajo, da se duševnim boleznim pogosto pridružijo še telesne bolezni in tudi obratno; kroničnim telesnim boleznim se rade pridružijo različne duševne bolezni, najpogosteje depresija (Annells et al., 2011; Inštitut za varovanje zdravja, 2010). Pri starejših odraslih s travmatično izkušnjo se pojavlja višja stopnja tveganja za pojav številnejših telesnih zdravstvenih težav kot so kronične bolezni, slabše telesno delovanje, gastritis, angina pectoris in artritis (Pietrzak et al., 2012). Med različnimi zdravstvenimi težavami je največ preiskovancev v naši raziskavi omenjalo bolečine v hrbtenici ali vratu (nekaj več kot polovica), nekaj manj (dobra četrtina), pa je omenjala glavobole in migrene. Naše ugotovitve lahko primerjamo z ugotovitvami študije Lew in sodelavci (2009), kjer je bila najpogostejša kronična bolečina locirana tudi na hrbtenici in glavi. Sledijo druge zdravstvene težave preiskovancev kot so zvišan krvni tlak in bolečine v sklepih pri malo manj kot polovici preiskovancev ter želodčne težave. Potrdili smo hipotezo 4, saj je med pacienti s kroničnimi bolečinami večji delež tistih, ki

imajo prisotne TOS, kot pa je takih preiskovancev brez kroničnih bolečin. Rezultat je pričakovan, saj predstavlja kronična bolečina trpečo izkušnjo posameznika in povečuje njegovo osebnostno ranljivost (Ščavničar, 2004). Nekateri preiskovanci so med naštetimi zdravstvenimi težavami navedli še bolezni ščitnice, težave z očmi, srčno popuščanje, ginekološke težave, rane, bolezni zaradi klopov, epilepsijo, težave s sluhom, osteoporozo, dermatološke bolezni, Parkinsonovo bolezen, psoriazo, bolezni mišic, cerebralno paralizo, artritis, motnje ravnotežja, otroško paralizo, revmatizem, slepič, tifus, trajno zdravljenje s kisikom na domu in drugo. Več raziskovalcev v pregledu literature je ugotovilo škodljive učinke slabšega duševnega zdravstvenega stanja na kronične bolezni, vključno s počasnejšim zdravstvenim okrevanjem in večjo uporabo zdravstvenih storitev (Katon 2003, povz. po Annells et al., 2011). S hipotezo 7 smo preverjali, ali je incidenca zdravstvenih težav višja pri pacientih, ki imajo TOS kot pa pri tistih, ki nimajo TOS. Preiskovanci, ki nimajo TOS imajo v povprečju manj zdravstvenih težav kot pacienti, ki imajo TOS, zato smo tudi to hipotezo potrdili. V povprečju imajo preiskovanci štiri zdravstvene težave. Razlike glede na spol so statistično značilne in sicer imajo ženske v povprečju več zdravstvenih težav kot moški.

Težave v duševnem zdravju se dokaj pogosto pojavljajo pri pacientih, ki so obravnavani v patronažnem varstvu, lahko razberemo iz naše raziskave, saj je petina preiskovancev izrazila občutja kronične tesnobe, napetosti in depresivnosti ter pod rubriko »drugo« jih je tudi petina navedla druge duševne težave oz. bolezni. V raziskavah Brown s sodelavci (2003) (Hawthorne et al., 2004) in Židanik (2003), jih je skoraj tretjina poročala o simptomih depresije, kar ne moremo trditi za našo raziskavo. Inštitut za varovanje zdravja (2010) navaja, da ima med 23 in 33 % pacientov s kroničnimi telesnimi boleznimi tveganje za razvoj depresije. Depresija in anksiozne motnje ter odzivi na hud stres in prilagoditvene motnje pa so tudi najpogostejši vzroki za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji in v Evropi (Jeriček Klanšček et al., 2010).

Osebnostna ranljivost predstavlja posebne značilne domene, kot so izogibanje, umik, nezmožnost nadzorovanja jeze, frustracije ter telesne bolezni in anksioznost (Daud et al., 2008). Travmatizirano posameznikovo življenje zaznamujejo simptomi čustvene

otopelosti kot so nezainteresiranost, nenavezanost in omejen obseg vpliva (prav tam). Med postavkami glede osebnostne ranljivosti so se preiskovanci najbolj strinjali, da raje delajo sami kot pa z drugimi ljudmi, najmanj pa, da so zaradi pitja zašli v težave. Pri pregledu literature smo zasledili, da nekateri avtorji, pri osebah z osebnostno ranljivostjo, navajajo težave glede zlorabe alkohola (Mulvihill, 2005; Daud et al., 2008). Te trditve z našo raziskavo ne moremo potrditi. Nekaj preiskovancev je navedlo razmišljanje o samomoru oz. samomorilne misli, za katerimi lahko trpijo osebe, ki so žrtve katastrofičnih izkušenj (Krysinska et al., 2009). S hipotezo 6 smo preverjali ali pacienti s TOS v večji meri razmišljajo o samomoru kot pacienti, ki nimajo TOS in tudi to hipotezo smo potrdili. Ta podatek je zelo pomemben, saj retrospektivne študije ugotavljajo, da je ena tretjina ljudi, ki je napravila samomor, imela eno od osebnostnih motenj (Bronisch, 1996; povz. po Židanik, 2003).

Tudi Krysinska in sodelavci (2009) navajajo, da žrtve katastrofičnih izkušenj pogosto trpijo zaradi visoke stopnje telesne in duševne obolevnosti, invalidnosti in povečane ravni umrljivosti. Skoraj polovica preiskovancev je odgovorila, da osebnostne spremembe pri njih trajajo dve leti in več (nekaj let), kar predstavlja enega od značilnostnih kriterijev za TOS po katastrofični izkušnji, ki mora biti navzoča vsaj dve leti po izpostavljenosti katastrofičnemu stresu (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Katastrofične in/ali travmatične izkušnje imajo lahko mnoge, tudi dolgoročne posledice za posameznika. Kot pri odraslih, se tudi pri vseh otrocih izpostavljenih travmatičnim izkušnjam ne razvijejo težave in motnje. Odziv posameznika je odvisen od tveganja, ki mu je izpostavljen, njegove individualne osebnostne ranljivosti, razvojne stopnje in reakcije okolice (Hocking, 1970, povz. po Daud et al., 2008). Čeprav večina oseb, preživelih katastrofičnih dogodkov okreva spontano, precejšnje število teh oseb razvije dolgoročne težave (Maddern, 2004; Te Brake et al., 2009). Izkušnje s travmatičnim dogodkom je v raziskavi izrazila več kot polovica preiskovancev, od tega tri četrtine moških in več kot polovica žensk. Naše ugotovitve lahko primerjamo z ugotovitvami študije Schore (2002), ki navaja, da kar 60 % moških in 50 % žensk v svojem življenju izkusi travmatični dogodek. Nekaj manj kot polovica preiskovancev je doživela katastrofično/travmatično izkušnjo, ki je vključevala resno poškodbo ali grožnjo sebe ali drugih ali grozečo smrt oz. so videli, kako je bil

nekdo drug poškodovan ali ubit. Močan strah, nemoč, sram, ponižanje, grozo, gnus, razburjenost, občutek krivde in strah pred smrtjo je ob katastrofični izkušnji doživljala tretjina preiskovancev. Naravne katastrofe ob poškodbi ali strahu za življenje je navedla dobra četrtina preiskovancev. Izkušnjo z mučenjem, kazenskim preganjanjem in z vojaškim bojem, ki ima za posledico psihofiziološke odzive (Baer, 2007), je navedla nekaj več kot šestina preiskovancev. Nasilju, zlorabi (psihični, fizični, spolni) in zanemarjenju je bila izpostavljena petina preiskovancev. Do podobnih ugotovitev, glede nasilja v družinah, so prišli Sedmak in sodelavci (2006) z javnomnenjsko raziskavo na reprezentativnem vzorcu 1006 polnoletnih prebivalcev Slovenije. V raziskavi Selič s sodelavci (2008), je dobra tretjina obravnavanih oseb potrdila izkušnjo nasilja (telesnega/duševnega), kar je malo višji delež. Zaskrbljujoče je dejstvo, da večina primerov nasilja v družini ostane v zdravstvenem okolju neprepoznanih. Poročajo, da spontano o nedavnem nasilju v družini poroča le 4 % žensk (Sitterding et al., 2003; povz. po Selič et al., 2008). Nasilje pa bolj ali manj vpliva na zdravje, počutje in sposobnost za učinkovito iskanje pomoči v zdravstvenem sistemu (Kimberg, 2005). Potrdili smo hipotezo 2, saj se je izkazalo, da je med pacienti, ki so doživeli travmatični dogodek več tistih, pri katerih so prisotne TOS. Rezultat je razumljiv, zaradi definiranja značilnosti za TOS (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992). Izpostavljenost ekstremni travmi v zgodnjem otroštvu in/ali dolgotrajni travmatizaciji v odrasli dobi je primarni dejavnik pri razvoju motenj osebnosti, povezanih z osebnostno ranljivostjo kot so nasilje, izogibanje in nenavezanost (Daud et al., 2008; Rick, Douglas, 2007). Mulvihill (2005) trdi, da so travmatične/katastrofične izkušnje v otroštvu povezane tudi z duševnimi in telesnimi težavami v kasnejšem življenju. Enaka spoznanja smo dokazali tudi z našo raziskavo.

V povprečju imajo preiskovanci v raziskavi največ težav pri izvajanju življenjskih aktivnosti kot je hoja oz. pomičnost, najmanj pa z oblačenjem in slačenjem. Manj kot petina jih potrebuje pomoč druge osebe in tehnične pripomočke, nekaj jih ima prilagojeno stanovanje. Preiskovanci, pri katerih so prisotne TOS, so pri opravljanju življenjskih aktivnosti manj samostojni in potrebujejo več pomoči, kar je razumljivo tudi zaradi značilnosti visokega deleža starostnikov v vzorcu. Potrdili smo hipotezo 3.

Nekaj več kot polovica preiskovancev se zdravi pri družinskem zdravniku, nekaj več kot tretjina pa pri družinskem zdravniku in specialistu, nekaj se jih zdravi pri psihiatru. Presenetil nas je nizek delež preiskovancev s TOS (četrtnina), ki se zdravi pri psihiatru. Ta podatek nam dokazuje, da so TOS pri preiskovancih neprepoznane, nezdravljene in ostajajo skrite v ozadju duševnih in telesnih zdravstvenih težav, kar potrjujejo tudi ugotovitve iz pregleda literature (Marlowe, Sugerman, 1997; povz. po Židanik, 2003; Benedik, 2004, Magoteaux, Bonnivier, 2009). Vzrok lahko iščemo tudi v tem, da pacienti s TOS, niso sposobni samoobvladovanja lastnega položaja z uvidom, da bi si poiskali ustrezno strokovno pomoč. Tukaj je vloga patronažnih medicinskih sester izrednega pomena, da prepoznajo osebnostno motnjo in skozi terapevtski odnos, ki temelji na zaupanju, podpori, psihoedukaciji pacienta in svojcev, zagotovijo ustrezne oblike pomoči (Maddern, 2004; McAllister, 2010; Annells et al., 2011). Preiskovanci najpogosteje jemljejo prehranska dopolnila, analgetike, zeliščne pripravke, homeopatska zdravila, odvajala in mazila. Presenetil nas je majhen delež pacientov, ki se zdravi z alternativno oz. nekonvencionalno medicino, saj bi glede na izkušnje patronažnih obiskov, pričakovali dosti večji delež. Morda lahko vzrok pripišemo tudi nepojasneni vsebini nekonvencionalne medicine v instrumentariju.

Preiskovanci so na lestvici ocenili svoje trenutno zdravstveno stanje s povprečno oceno 6,8, kar lahko povežemo z dokaj dobro socialno mrežo, ki je ključnega pomena za čustveno in fizično zdravje ter dobro počutje (Maček et al., 2011). Rezultate lahko primerjamo z ugotovitvami iz raziskave glede mnenja o pozitivnem duševnem zdravju med prebivalci Slovenije, ki imajo v splošnem visoko samopodobo in močan občutek, da obvladujejo svoje življenje, a po drugi strani nizko stopnjo vitalnosti in energije, kar lahko povezujemo s pogostimi občutji depresivnosti (Jeriček Klanšček et al., 2010).

Ugotovitve rezultatov raziskave in ugotovitve iz pregleda literature o TOS, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni, pri pacientih v patronažnem varstvu, kažejo na nekatere skupne značilnosti oz. dejavnike tveganja:

- pacienti, pri katerih so prisotne TOS, so starejši in manj izobraženi

- skoraj večina (štiri petine) pacientov, pri katerih so prisotne TOS, ima izkušnje s travmatičnim dogodkom
- pacienti, pri katerih so prisotne TOS, imajo prisotnih več zdravstvenih težav (duševnih in telesnih)
- pacienti, pri katerih so prisotne TOS, imajo več izkušenj s kroničnimi bolečinami
- pri pacientih, pri katerih so prisotne TOS, je izraženih več samomorilnih misli
- pacienti, pri katerih so prisotne TOS, imajo več težav pri izvajanju življenjskih aktivnostih
- pacienti, pri katerih so prisotne TOS, imajo redkejšo socialno stike, so slabše socialno integrirani in imajo slabšo socialno mrežo
- le četrtina pacientov, pri katerih so prisotne TOS, se zdravi pri psihiatru
- večina TOS pri pacientih so neprepoznane, nezdravljene in skrite v ozadju duševnih in telesnih zdravstvenih težav.

Kljub kroničnemu poteku duševne bolezni pacienti posedujejo pozitivne resurse, ki jih lahko vključimo v individualni načrt s ciljem usklajenega socialnega delovanja in samostojnega upravljanja z življenjem ter tako prispevamo h kakovosti njihovega vsakdana (Kobentar, 2010). Patronažna zdravstvena nega si mora prizadevati za zdravje pacientov na telesnem, duševnem, duhovnem in socialnem področju ter upoštevati človekov potencial oz. resurse za samopomoč in sosedsko pomoč (Maček et al., 2011).

Strinjamo se z Gorjupom (2007), ki pravi, da boljša pokritost terena s službami za duševno zdravje, sodelovanje različnih strok in služb, namesto izključevanja ali obvladovanja, ustrezna porazdelitev vlog in moči med akterji v zdravstvenem sistemu, lahko skupno (ne ena proti drugi, ali ena namesto druge) omogočata osebi s težavami v duševnem zdravju osrednjo vlogo v procesih zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije. Na osnovi pregleda literature in ugotovitev rezultatov raziskave zaključujemo, da je pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami, kamor spadajo TOS, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi ali bolezni, pri profesionalnem delovanju patronažnih medicinskih sester ključnega pomena:

- Povečanje vloge pri promociji duševnega zdravja (dejavnikov tveganja in krepitev varovalnih dejavnikov)
- Zdravstvena vzgoja pacientov, družine, svojcev in lokalne skupnosti
- Povečanje preventivnih patronažnih obiskov in s tem povečanje preventive duševnih motenj
- Pravočasno odkrivanje in prepoznavanje duševnih bolezni
- Prepoznavanje in odkrivanje nasilja v družini ter samomorilnega vedenja
- Ustrezna napotitev
- Skrb in podpora za obolele z duševnimi boleznimi in njihovih družin (vključevanje pacientov in njihovih svojcev v proces zdravstvene nege in rehabilitacije, nudenje izbire, opolnomočenje, vključevanje resursov, zagotavljanje storitev)
- Interdisciplinarno in multidisciplinarno timsko sodelovanje in povezovanje različnih strok in služb
- Okrepitev vloge koordinacije glede integracije pacientov z duševno motnjo v družbo (formalna in neformalna mreža)
- Odpravljanje stigme, diskriminacije in socialne izključenosti
- Kontinuirano sodelovanje na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju
- Kontinuirano izobraževanje patronažnih medicinskih sester
- Okrepitev raziskovanja v patronažnem varstvu
- Prenos in uporaba najnovejšega znanja, ki temelji na dokazih podprte zdravstvene nege v patronažno okolje
- Statistika, ki bi služila v raziskovalne namene

Rezultati magistrskega dela ne odražajo nujno tudi realnega stanja populacije v patronažnem varstvu v osrednjeslovenski regiji. Tako ne moremo zagotovo trditi, da imajo vsi pacienti, ki jih je instrument z analizo rezultatov v raziskavi prepoznal kot osebe s TOS, tudi dejansko TOS, vendar pa dobimo vpogled v stanje. Rezultate raziskave ne moremo posploševati na celotno populacijo v Sloveniji.

Rezultati raziskave magistrskega dela opozarjajo na delež pacientov s TOS, pri katerih so TOS večinoma neprepoznane, nezdravljene in skrite v ozadju duševnih in telesnih

zdravstvenih težav in preko tega na potrebo po usmerjanju pozornosti na pravočasno prepoznavanje osebne patologije v vsakdanji profesionalni praksi patronažne zdravstvene nege v domačem okolju ter potrebo po multidisciplinarnem pristopu obravnave pacientov za doseganje čimvišje kakovosti njihovega življenja. Zlasti so zakrbljujoči odgovori glede samomorilnega vedenja in socialne izkjučenosti. Rezultati raziskave so lahko tudi podlaga za izboljševanje zdravstvene nege pacientov z duševnimi motnjami na domu.

Nadaljni raziskovalni izziv na področju raziskovanja TOS bi bil nacionalni projekt ter raziskovanje glede razumevanja, prepoznavanja, ukrepanja in zdravstvene nege oseb s TOS, ki jim ni mogoče pripisati možganske poškodbi ali bolezni, s strani patronažnih medicinskih sester.

4 ZAKLJUČEK

Ne moremo mimo dejstva, da ni zdravja brez duševnega zdravja. Vloga patronažnega varstva je zelo aktualna, saj se razsežnosti vsesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer najpogosteje opazijo za zaprtimi vrati domov, kamor vstopa patronažna medicinska sestra. Zaradi tega lahko trdimo, da imajo patronažne medicinske sestre poseben privilegij, ker svoje profesionalno delo opravljajo neposredno med ljudmi, na njihovih domovih. Na tak način odkrivajo marsikaj, kar je drugim službam skrito. Zato morajo patronažne medicinske sestre posvetiti posebej veliko pozornost prepoznavanju nasilja, samomorilnosti in drugih zdravstveno-socialnih problemov v družini ter intervenirati, kljub strahu pred ogrožanjem odnosa med pacientom in patronažno medicinsko sestro.

Zaradi kontinuirane prisotnosti na terenu, so patronažne medicinske sestre pogosto prve, ki izvedo za stisko pacientov. Izkušnje kažejo, da je uspeh profesionalnega dela patronažnih medicinskih sester odvisen od kakovosti vzpostavitve prvega stika s pacientom in družino. Pacienti s TOS, niso sposobni samoobvladovanja lastnega položaja z uvidom, kar predstavlja težje izhodišče za obravnavo. To dejanje zahteva mnogo vztrajnosti, potrpljenja, pogajanja, predvsem pa spretnosti komunikacije skozi terapevtski odnos. Pomembno je tudi, da medicinska sestra v patronažnem varstvu na svojem terenu pozna rizične skupine prebivalstva in ve, katere dejavnosti so organizirane, da lahko načrtuje zdravstveno nego, usmerja paciente in njihove svojce ter jim pomaga urejati mreže služb in servisne storitve na domu. Ukrepi proti izvorom diskriminacije, stigmatizacije in s tem socialne izključenosti lahko zelo pripomorejo k vsem pobudam za izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev.

Patronažne medicinske sestre so na patronažnih obiskih pri pacientih s težavami v duševnem zdravju še posebej izpostavljene in večkrat v stiski. Stiske bi lahko zmanjšali z učinkovitejšim timskim delom različnih strokovnjakov, kjer bi s skupno močjo poiskali rešitev, ki bo za pacienta najbolj ugodna. Tudi strokovno vodena supervizija, bi omogočala kakovostnejše opravljanje patronažne dejavnosti ter spodbudila poklicni in

osebni razvoj patronažnih medicinskih sester. Nova znanstvena spoznanja, globalizacija in spreminjajoče se družbene potrebe vodijo k oblikovanju nadgrajevanja in razširitve znanj v obliki specializacij v zdravstveni negi, z namenom po zagotavljanju kakovostne in varne obravnave pacientov in ranljivih skupin.

Desetina v raziskavo vključenih pacientov je izkazovala težave, ki bi jih lahko opredelili kot TOS. Zdravstveno nego pacientov s težavami v duševnem zdravju, kot so TOS lahko izboljšamo s promocijo zdravja, pravočasnim prepoznavanjem, psihosocialno oceno, napotitvijo, podporo in multidisciplinarnim pristopom pri zdravljenju, rehabilitaciji in integraciji oseb v socialno mrežo.

Bilo bi lepo, če bi čas zacelil vse rane, ker pa ne, možnost za zdravljenje ostaja pri skrbi zadolženih strokovnjakov in izvajalcev, da še naprej obravnavajo simptome, ki so posledica izpostavljenosti travmatičnih dogodkov (Karner, 2008).

5 LITERATURA

Adams C. The consequences of witnessing family violence on children and for couples for implications family counselors. *Fam J. Counseling and therapy and families* 2006;14(4):334–41.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Annells M, Allen J, Nunn R, Lang L, Petrie E, Clark E, et al. An evaluation of a mental health screening and referral pathway for community nursing care: nurses' and general practitioners' perspectives. *J Clin Nurs.* 2011; 20(1-2):214-26.

Allender JA, Walton Spradley B. *Community Health Nursing. Promoting and protecting the Public's Health.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.

Arensman E, Kerkhof A. Negative life events and non-fatal suicidal behaviour. In: de Leo DjBille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, eds. *Suicidal Behaviour: Theories and Research findings.* Cambridge, MA: Högreffe and Huber; 2004:93-109.

Baer HU. Humiliation: The Lasting Effect of Torture. *Milit Med.* 2007;172:12-29.

Bastič M. *Metode raziskovanja.* Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta; 2006. Dostopno na: <http://shrani.si/f/2J/WJ/1HkYy8qF/file.pdf> (15.01.2013).

Benedik E. Vprašalnik motenj osebnosti: razvoj in preliminarna raziskava. *Psihološka obzorja.* 2004;13(3):119-38.

Beltran RO, Llewellyn GM, Silove D. Clinicians' understanding of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

diagnostic criteria: F62.0 enduring personality change after catastrophic experience. *Compr Psychiatry*. 2008;49:593-602.

Beltran RO, Silove D, Llewellyn GM. Comparison of ICD-10 Diagnostic Guidelines and Research Criteria for Enduring Personality Change after Catastrophic Experience. *Psychopathol*. 2009;42:113-8.

Briere J. Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS). Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 2001.

Brown EL, McAvay G, Raue PJ, Moses S, Bruce ML. Recognition of Depression among elderly recipients of home care services. *Psychiatric Services*. 2003;54:208–13.

Cardenas WC, Brackley M. Men Who Experienced Violence or Trauma as Children or Adolescents and Who Used Violence in Their Intimate Relationships. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(8):498–506.

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

Cvetek R. Stres in travma v družini: pojavnost in nekateri mehanizmi. In: Malačič J, Gams M, eds. Slovenija pred demografskimi izzivi 21. stoletja: zbornik 10. mednarodne multikonference Informacijska družba IS 2007, Ljubljana, 8. - 9. oktober 2007. Ljubljana: Institut "Jožef Stefan"; 2007: 13-7.

Daud A, Klinteberg B, Rydelius P. Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scand J Caring Sci*. 2008; 22(3):331-40.

Dernovšek MZ, Šprah L. Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru Ciljnega

raziskovalnega programa "Konkurenčnost Slovenije 2006-2013. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, 2008.

Drageset J. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(1):65-71.

Evidenca patronažne zdravstvene nege. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012. Dostopno na: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&id=75&PageIndex=0&groupId=185&newsCategory=&action=ShowNewsFull&pl=46-5.0>. (28.01.2013).

Field A. *Discovering statistics using SPSS.* London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE; 2006

Glass N, Perrin N, Campbell JC, Soeken K. The protective role of tangible support on post-traumatic stress disorder symptoms in urban women survivors of violence. *Res Nurs Health.* 2007;30(5):558-68.

Gorjup V. Na poti iz azila v skupnostno psihiatrijo. In: Čuk V, ed. *Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji*, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2007: 11–9.

Hardin SB, Weinrich S, Weinrich M, Garrison C, Addy C, Hardin TL. Effects of a long-term psychosocial nursing intervention on adolescents exposed to catastrophic stress. *Issues Ment Health Nurs.* 2002;23(6):537-51.

Hawthorne G, Hayes L, Kelly C, Creamer M. Pathways to Care in Veterans Recently Compensated for a Mental Health Condition. Melbourne Australia: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, The University of Melbourne; 2004.

Horvat M. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo – obravnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo/ 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010. Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010:45-54.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Duševno zdravje v Sloveniji 2010, 2011, 2012. Dostopno na: http://www.ivz.si/dusevno_zdravje (15.01.2013).

International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, vol. 1. Geneva: World Health Organization; 1992.

Yua Y, Chamorro-Premuzicb T, Tania I. Personality and health in Japanese older adults. Aging Ment Health. 2008;12(3):382–8.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. Acta Psychiatr Scand. 2004; 109(1):38-45.

Jeriček Klanšček H, Zorko M, Roškar S, Bajt M, Kamin T. Nekatere značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. Zdrav Vestn. 2010;79:523–30.

Karner TX. Post-traumatic stress disorder and older men: if only time healed all wounds. Generations. 2008;32(1):82-7.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.

Klinterberg B, Lang S, Freidenfelt J, Alm PO. Risk indicators and stress situations as related to pursuant disinhibitory psychosocial disturbances. In: *Personality and extreme stress*. Warsaw: Gdansk Psychology Publishing; 2004:83-99.

Kobal Straus K, Vidmar T. Koordinirana obravnava v skupnosti. *Obz Zdr N*. 2011;45 (4): 287-95.

Kobentar R. Socialni odnosi v starosti: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2003.

Kobentar R. Ocena dejavnikov zdravja pri pacientih s kroničnim potekom duševne motnje. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo/ 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010*. Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010:102-7.

Košmelj K. Metode za razvrščanje enot v skupine; osnove in primer. *Acta agriculturae Slovenica*. 87(2):299–310. Dostopno na: <http://aas.bf.uni-lj.si/september2006/11kosmelj.pdf> (15.01.2013).

Kimberg L. Addressing intimate partner violence in primary care practice. *Medscape General Medicine*. 2005; 3 (1):E1.

Krysinska K, Lester D, Martin G. Suicidal Behavior After a Traumatic Event. *J Trauma Nurs*. 2009;16(2):103-10.

Leeuw R, Schmidt JE, Carlson CR. Traumatic Stressors and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Headache Patients Objective. *Headache*. 2005;45:1365-74.

Lew HL, Otis JD, Tun C, Kerns RD, Clark ME, Cifu DX. Prevalence of chronic pain, posttraumatic stress disorder, and persistent postconcussive symptoms in OIF/OEF veterans: Polytrauma clinical triad. *JRRD*. 2009;46(6):697-702.

Lundgren K, Gerdner A, Lundqvist LO. Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International J of Soc Welfare*. 2002;11(3):219-27.

Maček B, Skela Savič B, Zorc J. Socialna integracija starostnika v domačem okolju. *Obzor Zdrav Neg*. 2011;45(3):1-7.

Magoteaux AL, Bonnivier JF. Distinguishing between personality disorder stereotypes, and eccentricities in older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009;47(7):19-24.

Maddern S. Post traumatic stress disorder in asylum seekers. *Nurs Stand*. 2004;18(18):36-9.

Marshall A, Bell J, Moules N. Beliefs, suffering, and healing: a clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46(3):197-208.

Marušič A, Temnik S. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba; 2009: 82-5.

McAllister M. Solution focused nursing: a fitting model for mental health nurses working in a public health paradigm. *Contemp Nurse*. 2010;34(2):149-57.

Medline Plus. Mental health, 2009. Dostopno na: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/mentalhealth.html> (10. 02.2013).

Mental Health in the EU. Key Facts, Figures and Activities. A Background Paper. Brussels: European Commission; 2008.

Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organization; 2005.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Koordinatorji in zastopniki za pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, 2010. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/12106/6471/ (10. 03. 2013).

Mlakar J. Psihološke raziskave nasilja med intimnimi partnerji in v družinah. Klip – revija za teorijo in prakso klinične psihologije 2010; 6: 14-9.

Mulvihill D. The health impact of childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997-2003. Issues Compr Pediatr Nurs. 2005;28:115–36.

Musek J. Psihološke in kognitivne študije osebnosti. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofke fakultete; 2005.

Musek J, Avsec A. Osebnost, samopodoba in psihično zdravje. Anthropos. 2006;1(2): 51-75.

Overlien C. Children exposed to domestic violence. J of social work. 2010;10(1):80-97.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije-št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005.

Pietrzak, RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Physical Health Conditions Associated with Posttraumatic Stress Disorder in U.S. Older Adults: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Am Geriatr Soc. 2012;60(2):296-303.

Prevention of Depression and Suicide: consensus paper. Brussels: European Commission; 2008.

Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2005.

Raphael B, Taylor M, McAndrew V. Women, catastrophe and mental health. Aust Nz J Psychiatry. 2008;42(1):13-23.

Rateau MR. A story of transformation following catastrophic loss. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24(4):260-5.

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand. 2005;112(5):330-50.

Reinders MF, Geertzen JH, Dijkstra PU. Complex Regional Pain Syndrome Type I: Use of the International Association for the Study of Pain Diagnostic Criteria Defined in 1994. Clinic J of Pain. 2002;18(4):207-15.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (25. 3. 2012)

Rick S, Douglas DH. Neurobiological effects of childhood abuse. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007;45(4):47-54.

Rintamaki LS, Weaver FM, Elbaum PL, Klama EN, Miskevics SA. Persistence of Traumatic Memories in World War II Prisoners of War. JAGS. 2009;57:2257-62.

Saucier Lundy K, Janes S. Caring for the public' s health. *Community Health Nurs.* 2009;1:17-20.

Schore AN. Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiatry.* 2002;36:9-30.

Sedlar T. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzor Zdr N.* 2002;36:143–51.

Sedmak M, Zavratnik Zimic S, Kralj A, Medarič Z. Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper; 2006.

Seides R. Should the current DSM-IV-TR definition for PTSD be expanded to include serial and multiple microtraumas as aetiologies? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010; 17:725–31.

Selič P, Kopčavar-Guček N. Dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini – družinska medicina kot medinstitucionalno stičišče? Projekt: Presejanje za nasilje kot varovalni dejavnik zdravja otrok in mladostnikov v MOL. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana; 2009.

Selič P, Pesjak K, Kopčavar-Guček N, Kersnik J. Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja v družini in iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine. Pilotna študija o nasilju v družini. *Zdrav Vestn.* 2008;77:505–10.

Selič P. Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini : podatki in osnova za sodelovanje med strokami. In: Dvoršek A, Selinšek L, eds. *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi.* Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta; 2010:31-44.

Sherman A, Shumaker S, Rejeski J, Morgan T, William B, Ettinger W. Social support, social integration, and health-related Quality of life over time: *Psychology and Health*. 2006;21(4):463-80.

Skela-Savič B. Staranje, zdravje in turizem - dejstva in priložnosti. In: Brezovec A, Mekinc J, eds. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo Management, izobraževanje in turizem, Portorož, 22.-23. oktober 2009. Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije; 2009:18-26.

Skoliber T, Novak M, Oravec J. Skupnostna psihiatrična obravnava pacienta v luči nove zakonodaje. In: Bregar B, Peterka N, eds. Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011:26-32.

Starman H. Travma, ideologije pripadnosti, nacija nastavki za teoretski model kulturotvornega prenosa posledic množičnega nasilja. *Razprave in gradivo: revija za narodnostna vprašanja*. 2006;50:132-59.

Statistični urad Republike Slovenije, 2011, 2012. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4953 (16.01.2013).

Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2004;38:101–11.

Škrbinek L. Družinska oskrba. In: Bregar B, Peterka N, eds. Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011:17-20.

Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzvom. *Obzor Zdr N*. 2006;40(4):247-52.

Švab V. Načrtovanje skrbi v psihosocialni rehabilitaciji. In: Švab V, ed. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004:24-5.

Te Brake H, Dückers M, De Vries M, Van Duin D, Rooze M, Spreuwenberg C. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: guideline development. Nurs Health Sci. 2009;11(4):336-43.

Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. Psychiatr Clin North Am. 2002;25(2):397-426.

Teicher MH, Tomoda A, Andersen SL. Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? Ann N Y Acad Sci. 2006;1071:313-23.

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

Tušek Bunc K, Kersnik J. Meje med psihiatrijo in družinsko medicino. In: Romih J, Žmitek A, eds. Meje psihiatrije: zbornik, Begunje, 25.-26. oktober 2002. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2003:85–93.

Vertot N. Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2008.

Wright LM, Bell JM. Beliefs and illness: A model for healing. 4th ed. Canada: Calgary, Alberta; 2009.

Zai P. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z duševno motnjo. In: Bregar B, Peterka N, eds. Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011:44-8.

Zavrl Džananović D. Patronažno varstvo včeraj, danes, jutri: analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do leta 2008. Obzor Zdr N. 2010;44(2):117-25.

Zdravstveni statistični letopis Republike Slovenije, 2010, 2011. Dostopno na: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?nn=Print&pi=5&id=1863&PageIndex=0&groupId=-2&newsCategory=IVZ%20kategorija&action=ShowNewsFull> (16.02.2013).

Židanik M. Osebnostne motnje v splošni populaciji: pogostnost in ranljivost: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2003.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik

A. **Spol:** 1. moški 2. ženski

B. **Starost:** _____ let

C. Dosežena šolska izobrazba ?

1. OŠ in manj
2. poklicna izobrazba
3. 4-letna srednješolska
4. višja, visoka, univerzitetna
5. magisterij, doktorat

Č. V kakšnem kraju živite ?

1. vas 2. predmestje 3. mesto

D. Zakonski stan:

1. samski/a
2. poročen/a
3. v zvezi
4. razvezan/a
5. vdovec/a

E. V gospodinjstvu živite s/z:

1. sam
2. z zakoncem / partnerjem
3. s svojci (sinom, hčerko,...)
4. z drugimi, vpišite s kom : _____

V1. Pri vsaki trditvi označite vaš odgovor v okenček s križcem ali s kljukico.

		1 nikoli	2 zelo redko	3 občasno	4 pogosto	5 vedno
	SOCIALNI STIKI					
1.	Vzdržujem stike z družinskimi člani.					
2.	Vzdržujem stike s sorodniki.					
3.	Vzdržujem stike s prijatelji.					
4.	Vzdržujem stike s sosedi.					
5.	Veselim se stikov z ljudmi.					
6.	Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev,..).					
7.	Povabim ljudi na obisk.					
8.	Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.					
9.	Potujem v drug kraj.					
10.	Znam poslušati druge ljudi.					
11.	Udeležujem se srečanj, prireditev,...					
12.	Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.					

V2. Ali imate katero od naštetih zdravstvenih težav? Obkrožite številko, možnih je več odgovorov.

1. zvišan krvni tlak
2. zvišan holesterol v krvi
3. bolečine v vratu ali križu
4. glavobol, migrena
5. bolečine v sklepih (artroza, artritis,..)
6. alergije (ekcem, rinitis, seneni nahod)
7. želodčne težave
8. sladkorna bolezen
9. depresija
10. kronična tesnoba ali napetost
11. možganska kap (možganska krvavitev, možganska tromboza)
12. možganska poškodba
13. pljučna obolenja (astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen,...)
14. srčni infarkt
15. onkološka obolenja (rak)
16. motnje zadrževanja urina, težave z delovanjem sečnega mehurja
17. motnje z odvajanjem blata (zaprtje, tekoče blato)

18. trajne poškodbe ali okvare zaradi posledic nezgode
19. drugo:

V3. Kako pogosto naštete osebnostne značilnosti veljajo za vas?

Pri vsaki trditvi označite vaš odgovor v okenček s križcem ali s kljukico.

	OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI	1 nikoli	2 zelo redko	3 občasno	4 pogosto	5 vedno
1.	Sem raztresen in pozabljiv.					
2.	Težko zaupam ljudem.					
3.	Raje delam sam kot z drugimi ljudmi.					
4.	Imam občutek, da so ljudje možni sovražniki.					
5.	Ob nenadnih zvokih ali gibih se zdrznem in prestrašim.					
6.	Imam občutek manjvrednosti in nemoči.					
7.	Imam probleme v medosebnih odnosih.					
8.	Določenih stvari ne počnem, ker me spominja na zelo hud dogodek iz preteklosti.					
9.	Moje razpoloženje niha veliko.					
10.	Močno me je strah, da bi se ločil od tistih, ki jih imam rad.					
11.	Ljudje govorijo negativne stvari za mojim hrbtom.					
12.	Imam občutek, kot da se mi zelo hud dogodek iz preteklosti ponavlja (ga podoživljam).					
13.	Moje vedenje vidijo drugi kot "čudaško".					
14.	Zdi se mi, da so moja čustva neprimerna za določeno situacijo.					
15.	Nagnjen sem k razdražljivosti in napadu jeze.					
16.	Ko razmišljam o hudem dogodku iz preteklosti, mi srce začne razbijati, postanem poten ali težko diham.					
17.	Imam hude sanje ali pa me tlači nočna mora.					
18.	Vztrajno se izogibam mislim, občutkom in ljudem, ki so povezani s stresnim dogodkom iz preteklosti.					
19.	Sem na preži, kdaj se bo zgodilo kaj nevarnega.					
20.	Težje zaspim ali pa se prebujam.					
21.	Imam slab apetit ali pa se prenajedam.					
22.	Hitro se vznemirim oz. postanem paničen.					
23.	Zaradi pitja sem zašel v težave.					

24.	Imam težave s koncentracijo in pozornostjo.					
25.	Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.					

VPLIV NA DELO, DOM, ODNOSE		ne preveč 1	precej močno 2	zelo močno 3	izredno močno 4
V4	Če ste navedli katerokoli od trditev navedenih zgoraj, kako močno so ta stanja <u>vplivala na vaše delo</u> :				
V5	Če ste navedli katerokoli od trditev navedenih zgoraj, kako močno so ta stanja <u>vplivala na skrb za stvari doma</u> :				
V6	Če ste navedli katerokoli od trditev navedenih zgoraj, kako močno so ta stanja <u>vplivala na odnose z ljudmi</u> :				

V7. Koliko časa trajajo ta stanja:

1. nekaj dni
2. nekaj tednov; koliko: _____ tednov
3. nekaj mesecev; koliko: _____ mesecev
4. 2 leti in več; koliko: _____ let
5. drugo: _____

V8. Ste bili kadarkoli izpostavljeni travmatičnemu dogodku, vključno z otroštvom:

TRAVMATIČNI DOGODEK		DA	NE
1.	Ste doživeli, prisostvovali ali bili soočeni z dogodkom, ki je vključeval resno poškodbo ali grožnjo sebe ali drugih ali grozečo smrt?		
2.	Ali ste kdaj doživeli poplavo, potres, eksplozijo, požar, tornado, ko ste bili hudo poškodovani ali ste se bali, da boste ob življenje?		
3.	Ste bili v otroštvu izpostavljeni nasilju, zlorabi (psihični, fizični, spolni), zanemarjenju?		
4.	Ste bili izpostavljeni mučenju, kazenskemu preganjanju, vojaškemu boju?		
5.	Vaša reakcija pri tem dogodku je vključevala močan strah, nemoč, sram, ponižanje, grozo, gnus, razburjenost, občutek krivde, strah pred smrtjo?		
6.	Ali ste videli, kako je bil <u>nekdo drug</u> poškodovan ali ubit?		

V9. Ali imate običajno težave pri izvajanju katere izmed spodaj navedenih aktivnosti?

	DNEVNE AKTIVNOSTI	ne, nimam težav	da, imam manjše težave	da, imam večje težave	sam tega ne morem opraviti
1.	oblačenje, slačenje				
2.	leganje/sedanje in vstajanje s postelje ali s stola				
3.	kopanje, tuširanje				
4.	hoja, pomičnost				

V10. Katere oblike pomoči imate običajno? (možnih več odgovorov)

1. nobene
2. pomoč druge osebe
3. tehnične pripomočke (bergle, nastavek za wc, hoduljo, negovalno posteljo, trapez,...)
4. prilagojeno stanovanje

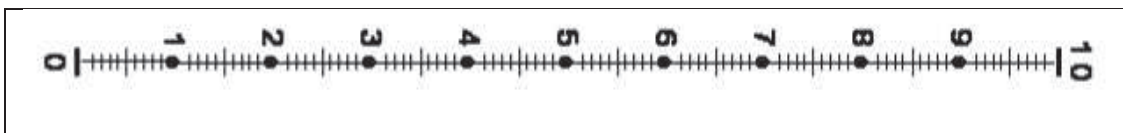
V11. Pri kom se zdravite? (možnih več odgovorov)

1. pri splošnem/družinskem/lečečem zdravniku
2. pri psihiatru
3. pri drugem specialistu
4. pri kiropraktiku, homeopatu ali drugem nekonvencionalnem zdravilcu
5. drugo: _____

V12. Ali jemljete zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik: 1. Da 2. Ne

V13. Ali jemljete kakšna druga zdravila, katera: _____

V14. To je barometer (slika spodaj) vašega trenutnega zdravja. 10 označuje najboljše možno zdravje, 0 pa najslabše možno zdravje. Na barometru označite vrednost s križcem ali s črtico, ki predstavlja vaše stanje.



6.1.2 Seznanitev in privolitev osebe v raziskavo

SEZKANITEV IN PRIVOLITEV OSEBE V RAZISKAVO

Spoštovana gospa, spoštovani gospod!

Sem Bernarda Maček, zaposlena v Patronažni službi ZD LJ-Vič-Rudnik in študentka magistrskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Zaradi priprave magistrske naloge, Vas vljudno prosim za sodelovanje pri izpolnjevanju anketnih vprašalnikov. Anketa je **anonimna** in **izdelana izključno v študijske namene** za pripravo magistrske naloge z namenom ugotoviti značilnost trajnih osebnostnih sprememb ter oblikovati strokovno podprt predlog integrirane obravnave. Prosim Vas, da anketni vprašalnik **izpolnete v celoti**, da bom lahko opravila natančno analizo odgovorov. Za vključitev v raziskavo potrebujem Vaše privoljenje.

Za sodelovanje se Vam zahvaljujem in Vas prosim, da s podpisom potrdite pripravljenost, da sodelujete v raziskavi.

Z raziskavo sem seznanjen/a in se strinjam z vključitvijo v raziskavo.

PODPIS: _____

S spoštovanjem !

Datum:

Bernarda Maček

6.1.3 Uvodno pismo patronažnim medicinskim sestram k sodelovanju

Spoštovane kolegice !

Sem Bernarda Maček, zaposlena v Patronažni službi ZD LJ-Vič-Rudnik in študentka magistrskega študija na VŠZN Jesenice. Pripravljam magistrsko nalogo z naslovom: TRAJNE OSEBNOSTNE SPREMEMBE PRI OSEBAH V PATRONAŽNEM VARSTVU, KI JIM NI MOGOČE PRIPISATI MOŽGANSKE POŠKODBE ALI BOLEZNI. Raziskava poteka na področju, ki ga pokrivajo Patronažne službe Zdravstvenih domov Ljubljana. Za Izvedbo raziskave sem pridobila Soglasje zavoda Zdravstvenega doma Ljubljana ter Soglasje o etični sprejemljivosti raziskave pri Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko.

Vljudno vas prosim za sodelovanje pri razdeljevanju anonimnih vprašalnikov na patronažnih obiskih, na vašem terenu, ki ga pokrivate. Vprašalniki so namenjeni osebam v odrasli dobi (starim 18 let in več), ki živijo v domačem okolju in so sposobni izpolnjevati vprašalnike ter so obravnavani v patronažnem varstvu.

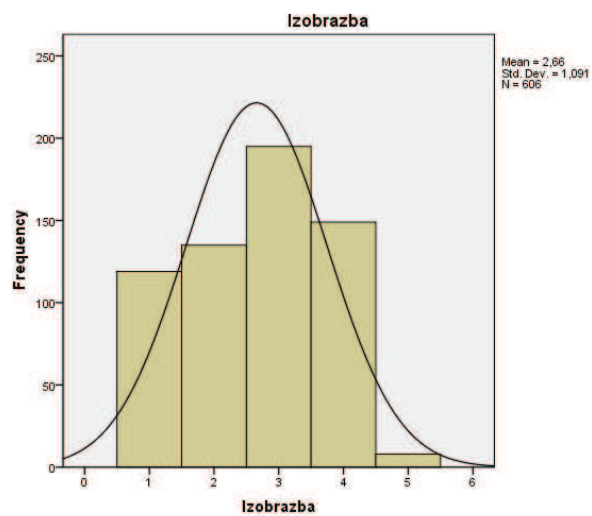
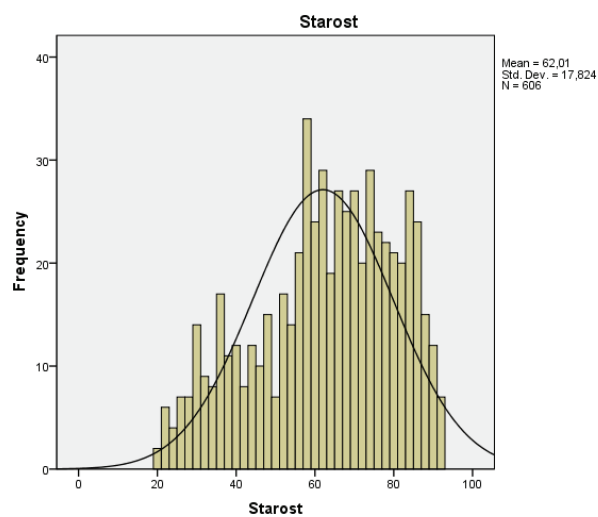
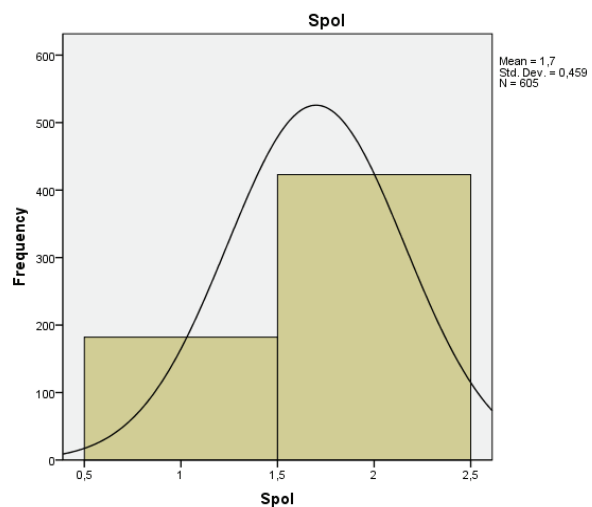
Prosim, če lahko izpolnjene vprašalnike in privolitve za pristanek, zberete v priloženih pisemskih ovojnica na sedežu vaše patronažne službe v ZD v 15 dneh.

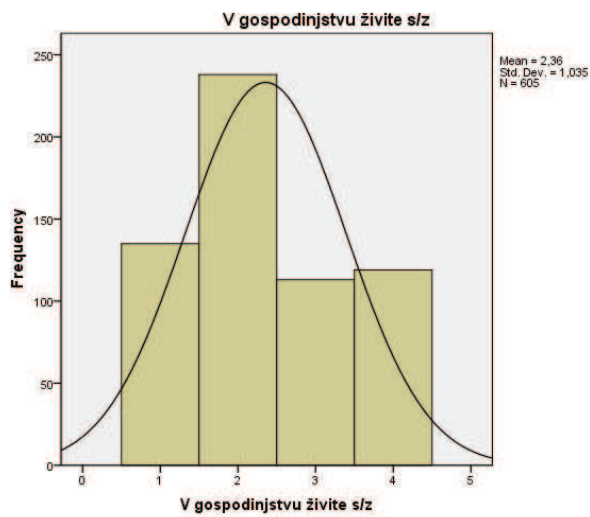
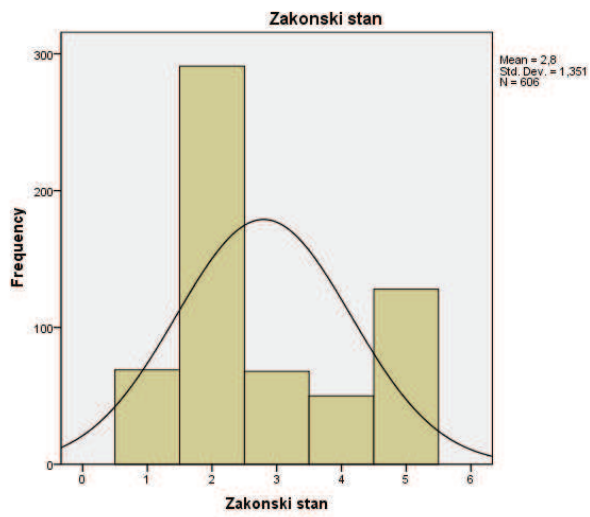
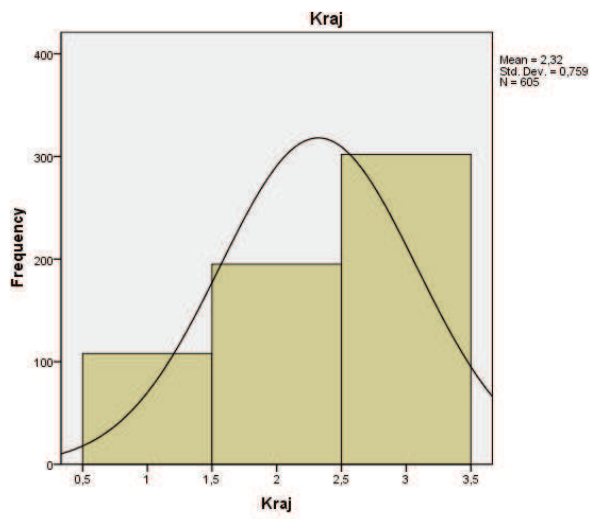
Najlepša hvala za vaše sodelovanje.

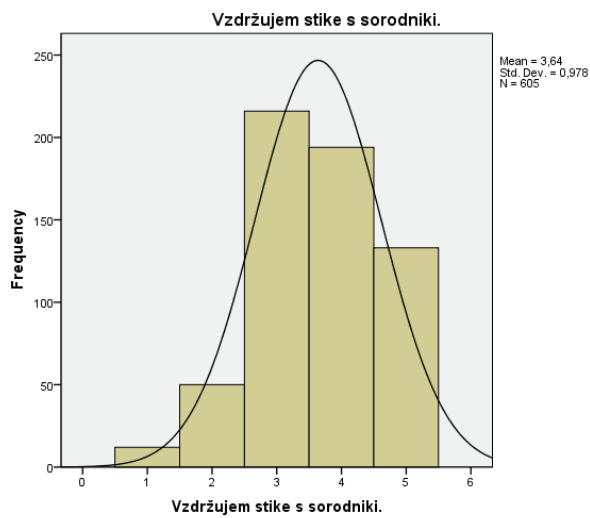
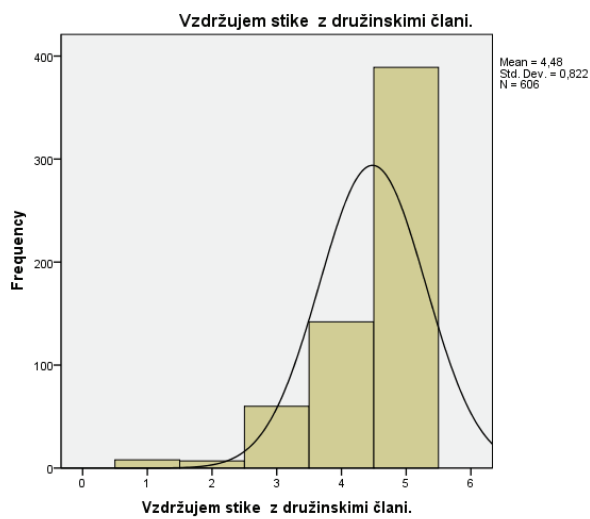
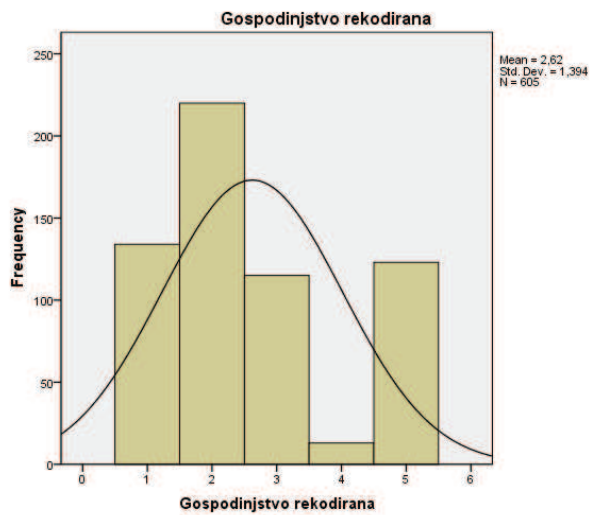
Bernarda Maček

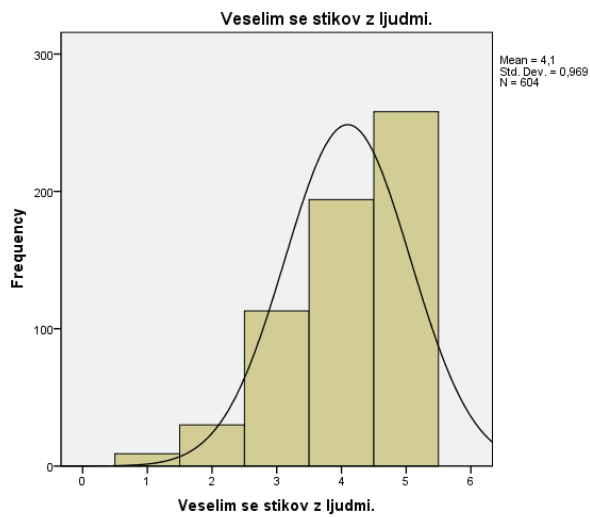
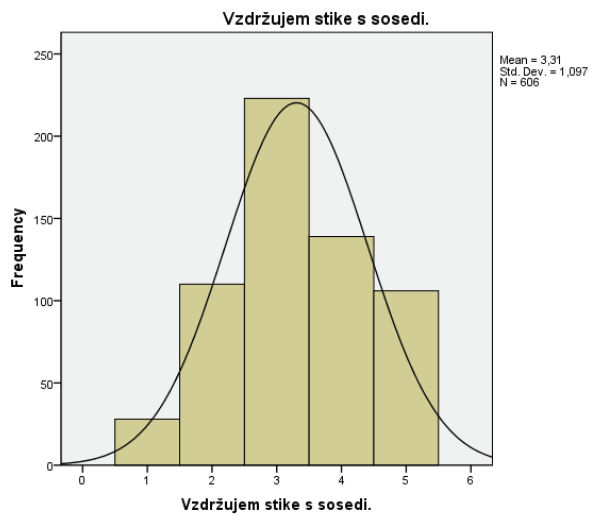
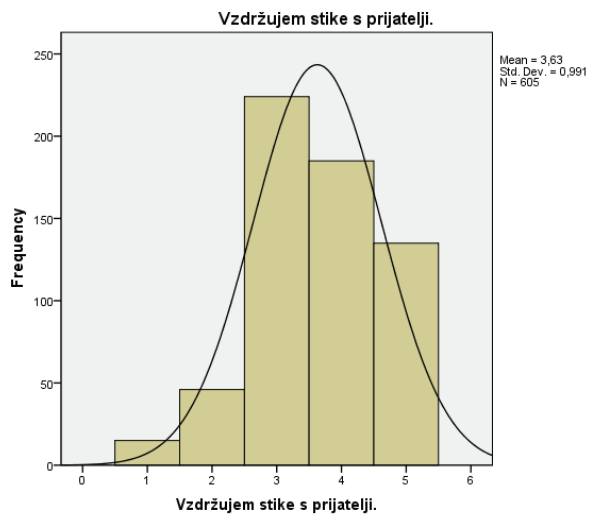
6.2 PRIKAZ OBDELAVE PODATKOV

6.2.1 Histogrami

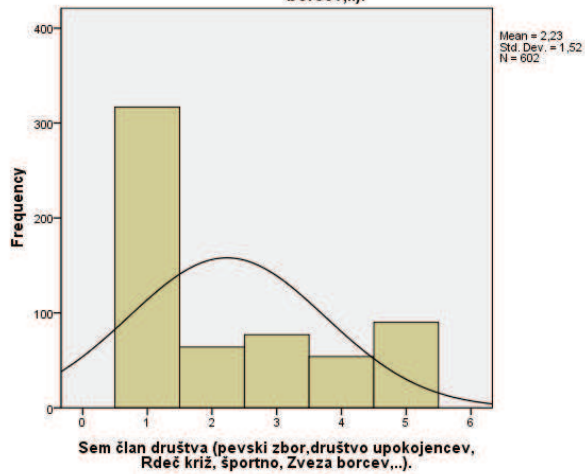




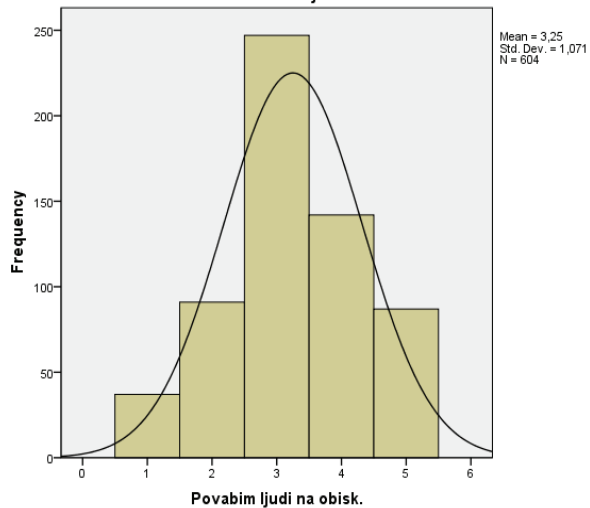




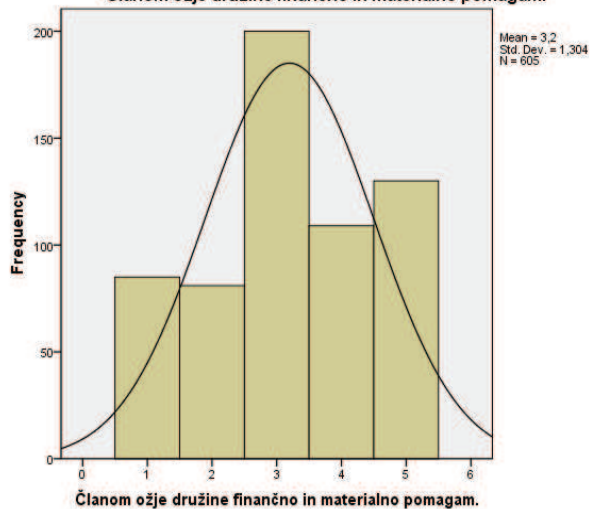
Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev,..).

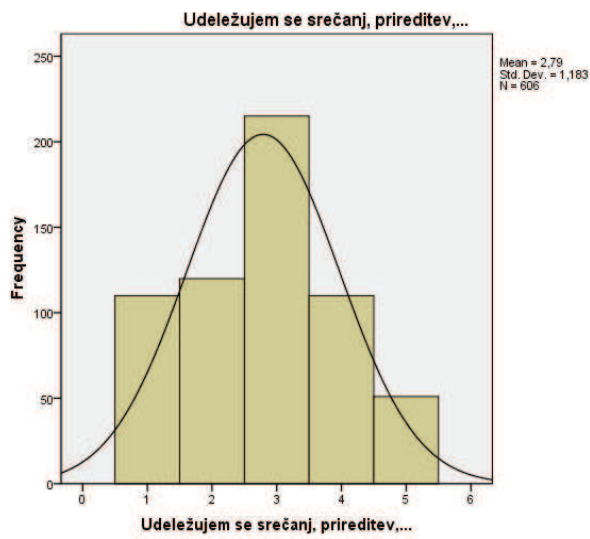
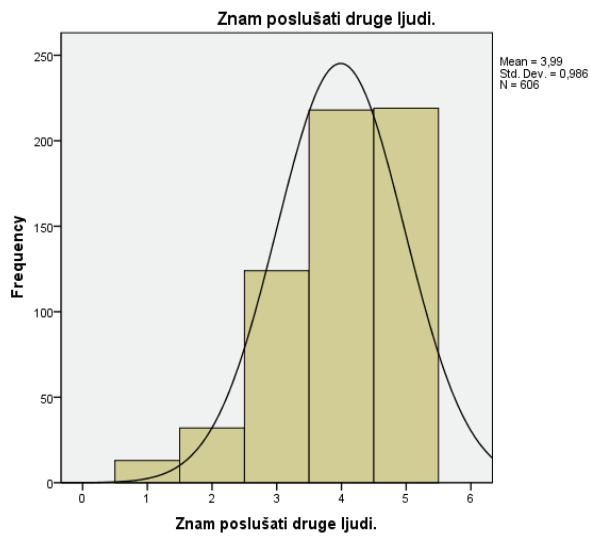
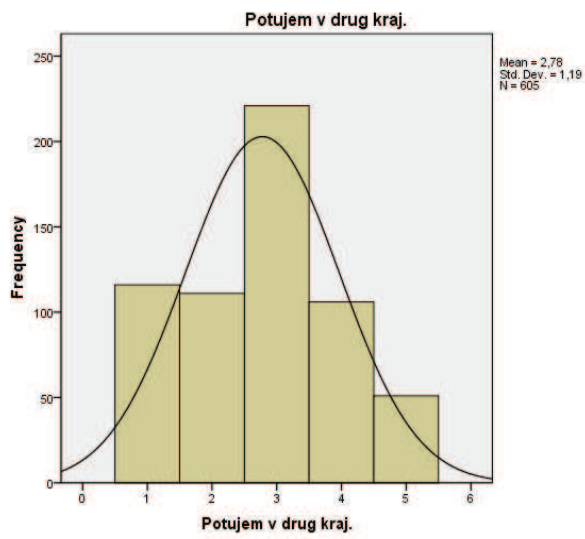


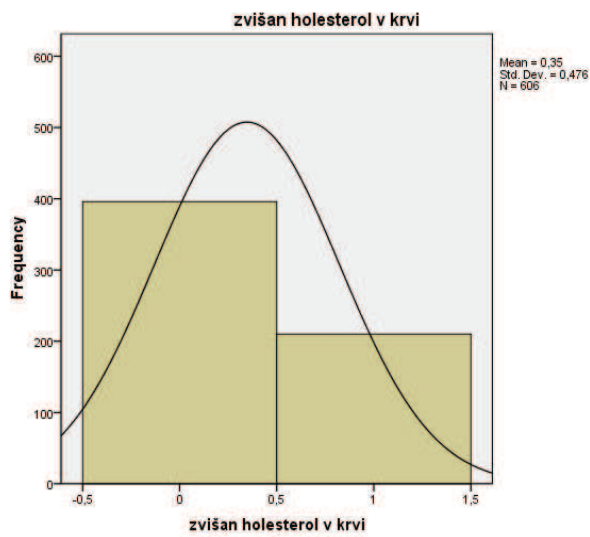
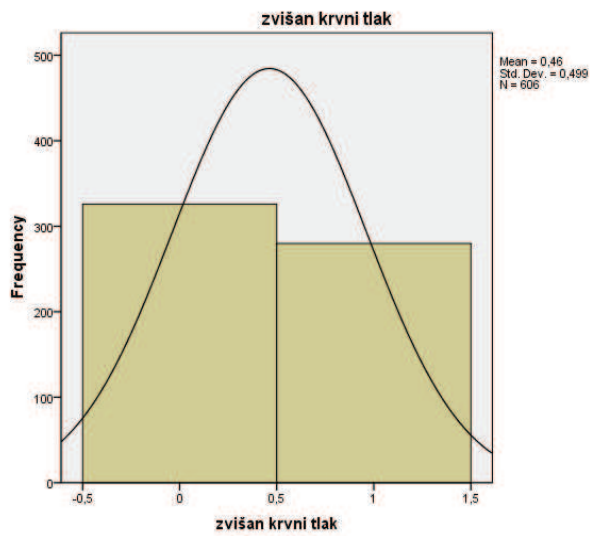
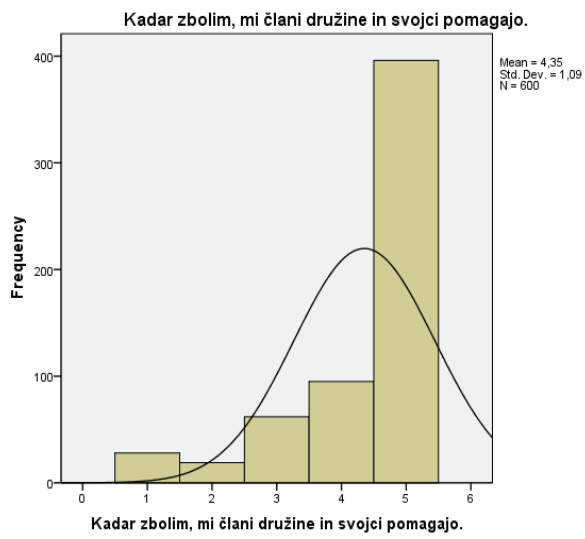
Povabim ljudi na obisk.

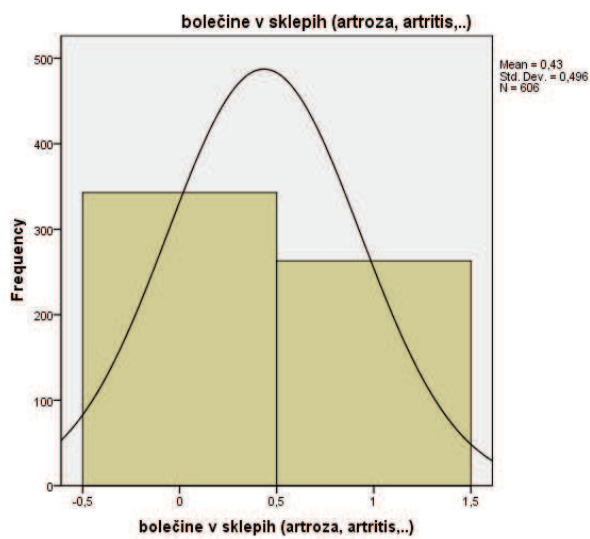
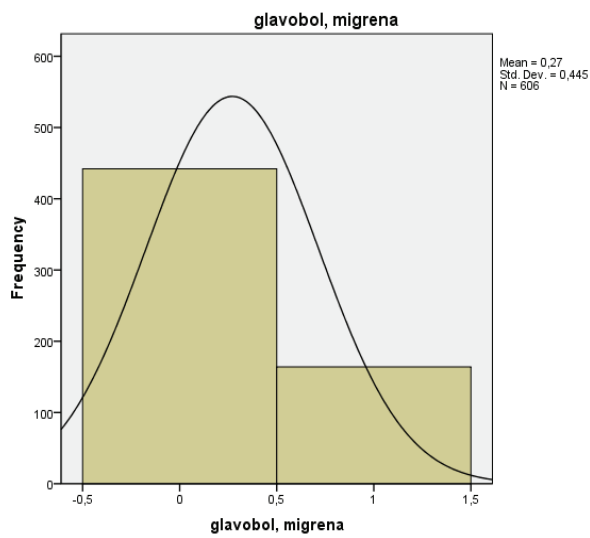
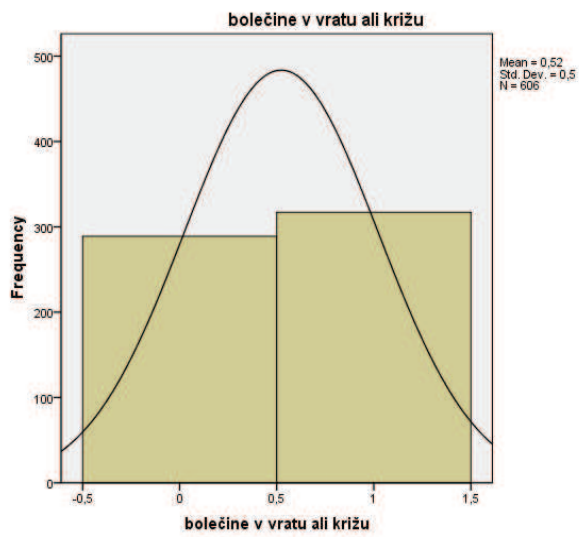


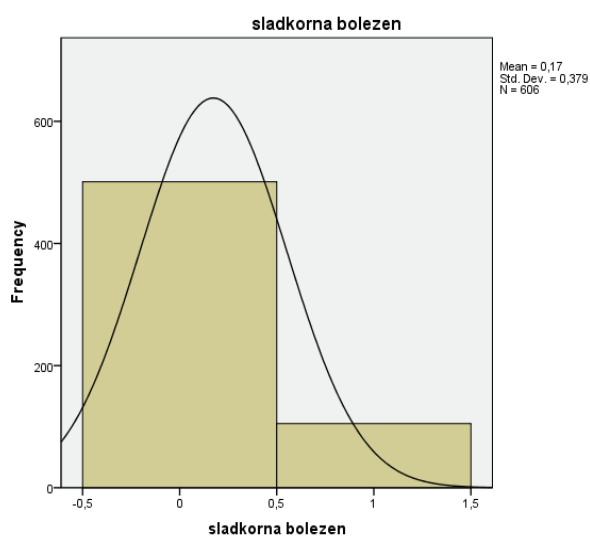
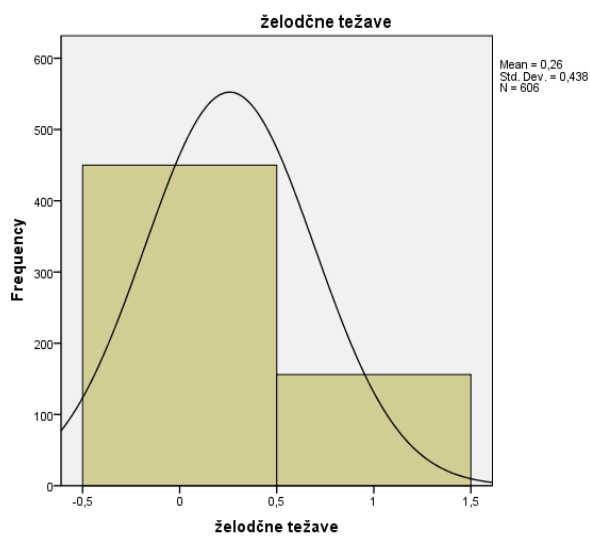
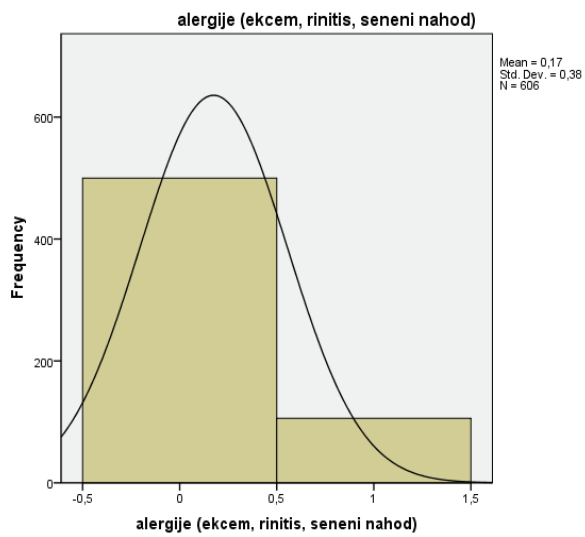
Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.

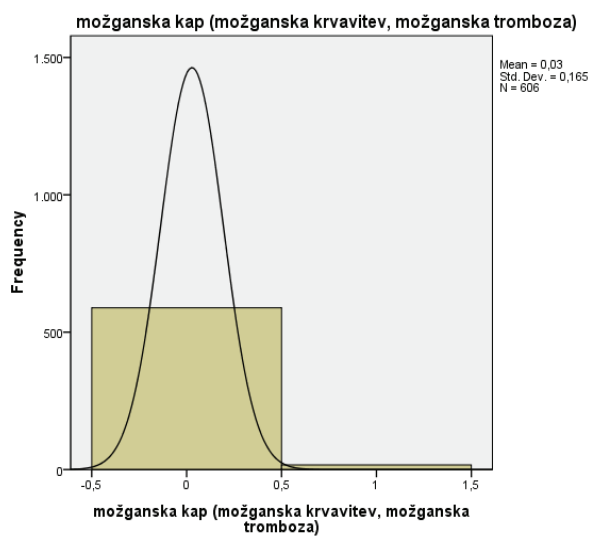
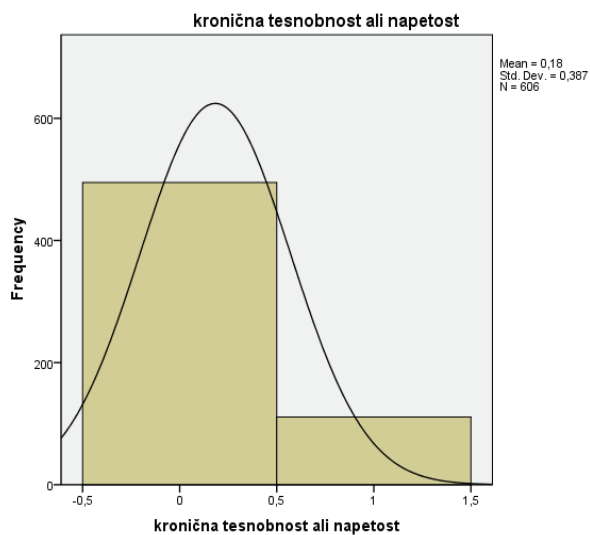
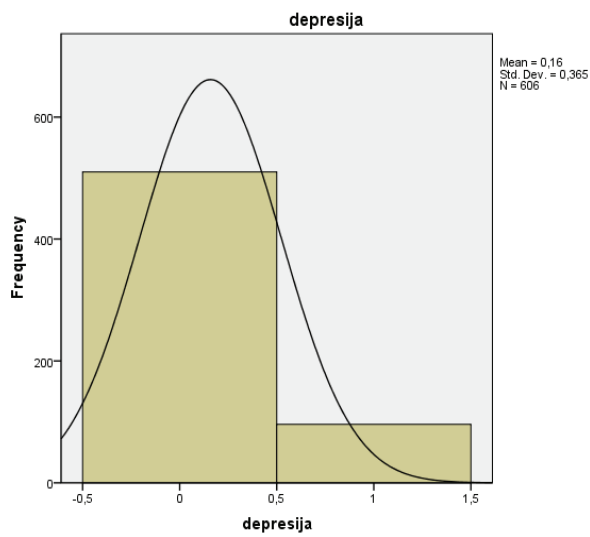


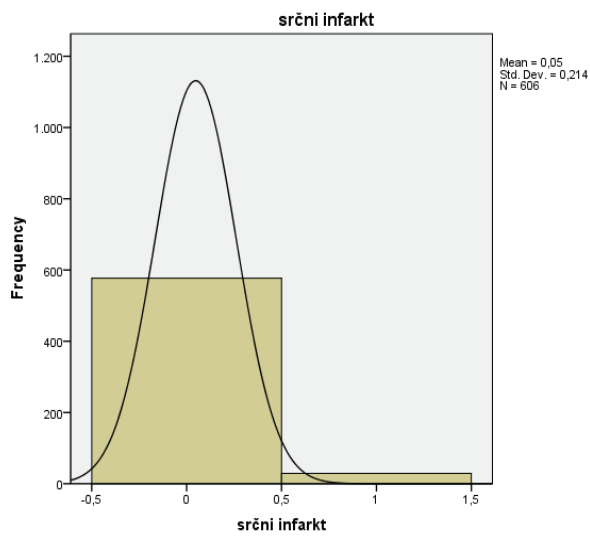
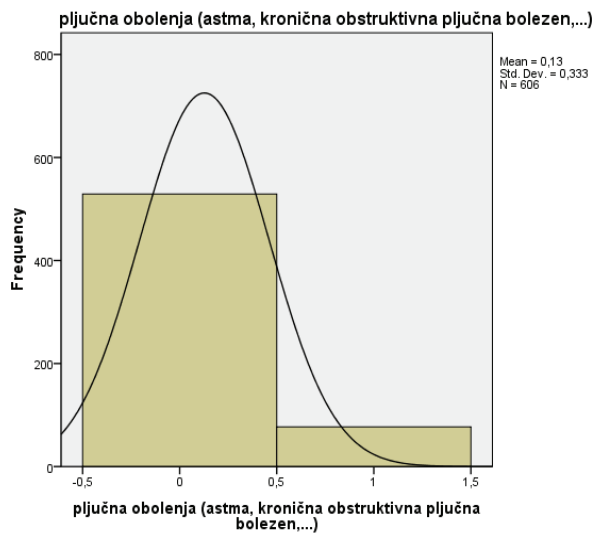
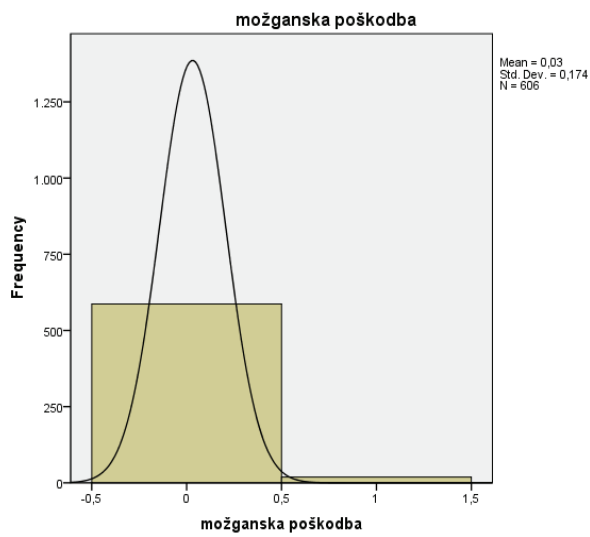


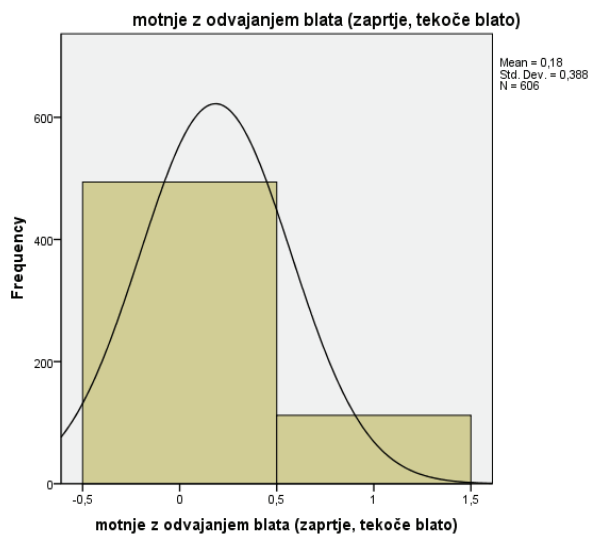
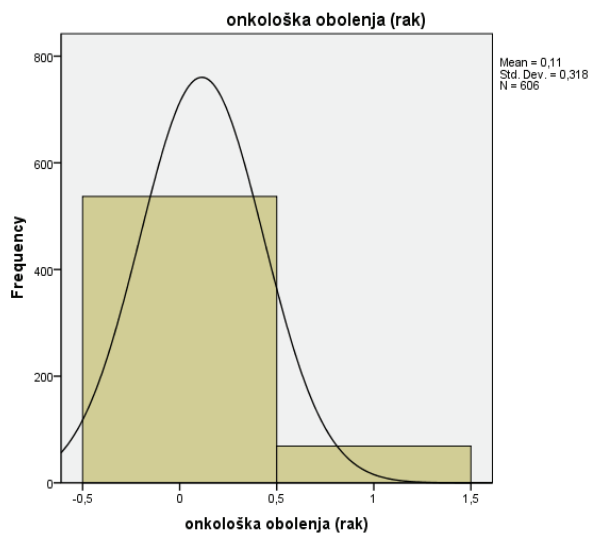


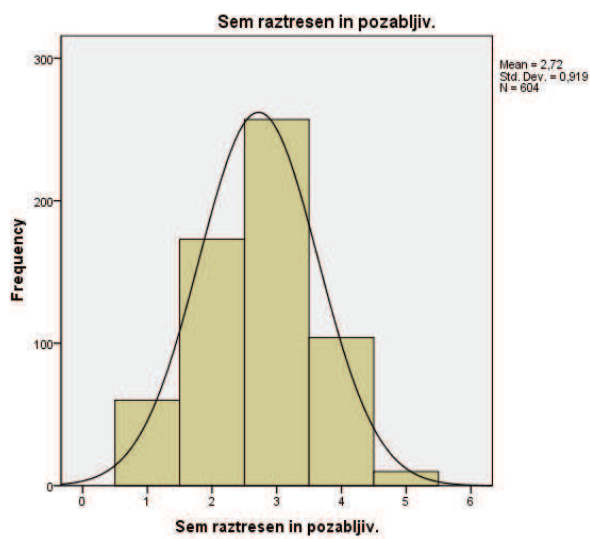
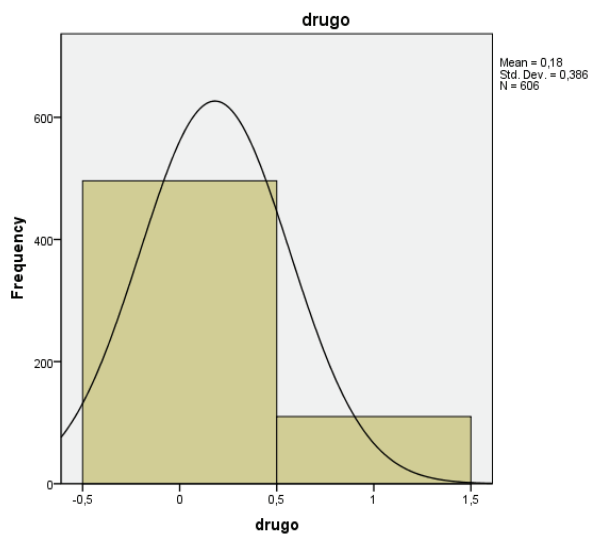
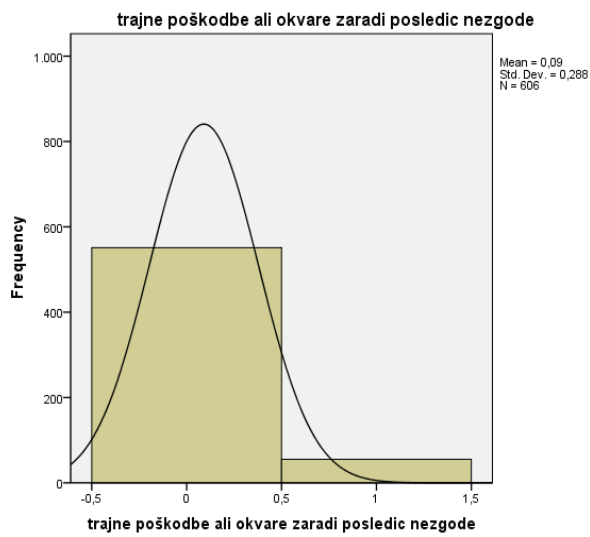


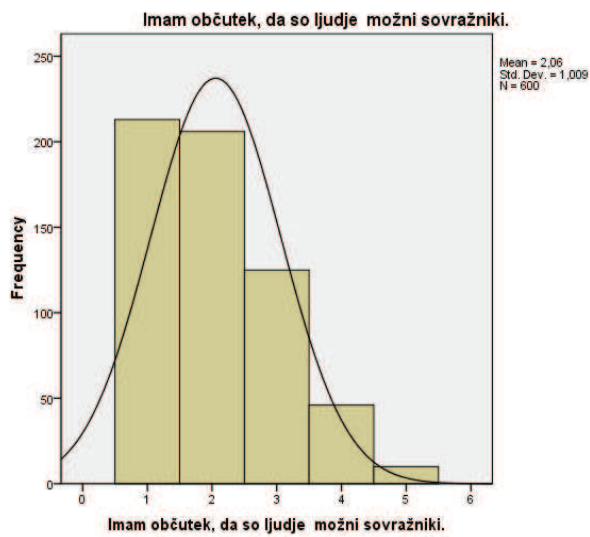
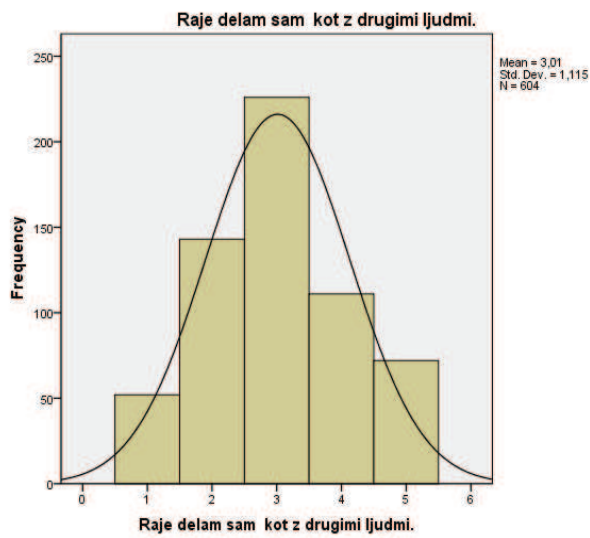
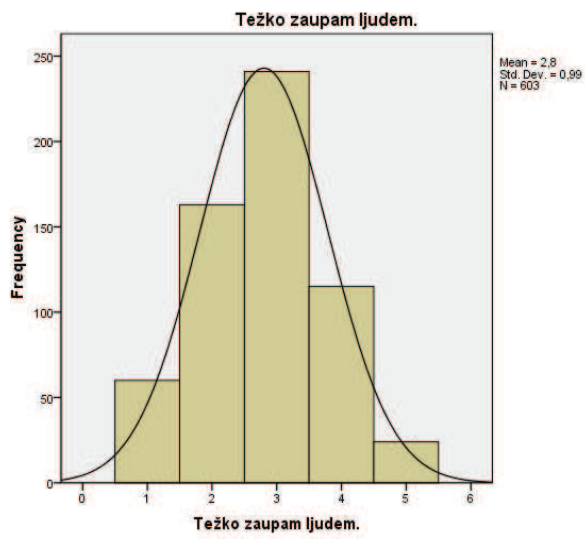




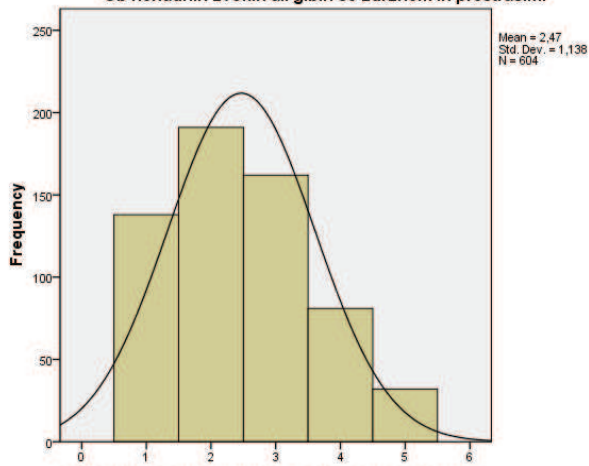






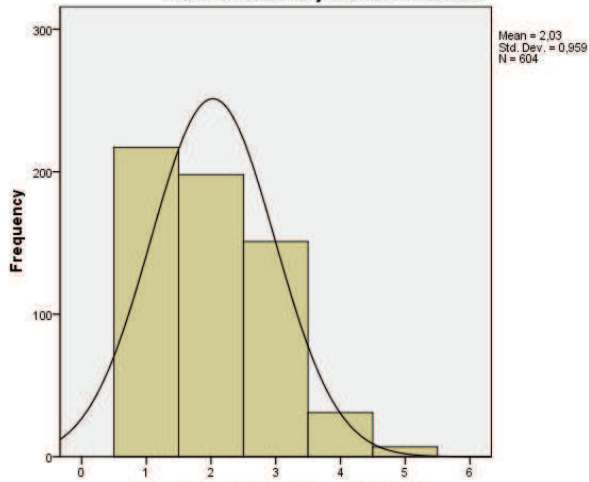


Ob nenadnih zvokih ali gibih se zdrznem in prestrašim.



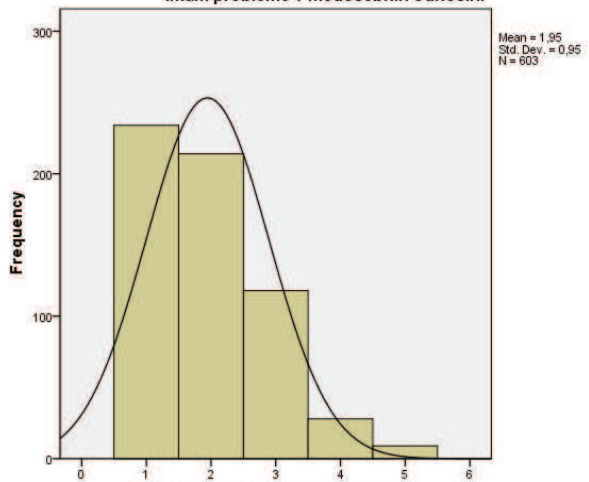
Ob nenadnih zvokih ali gibih se zdrznem in prestrašim.

Imam občutek manjvrednosti in nemoči.



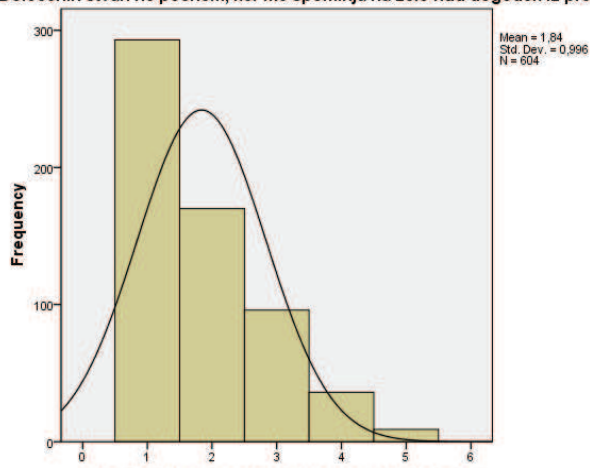
Imam občutek manjvrednosti in nemoči.

Imam probleme v medosebnih odnosih.



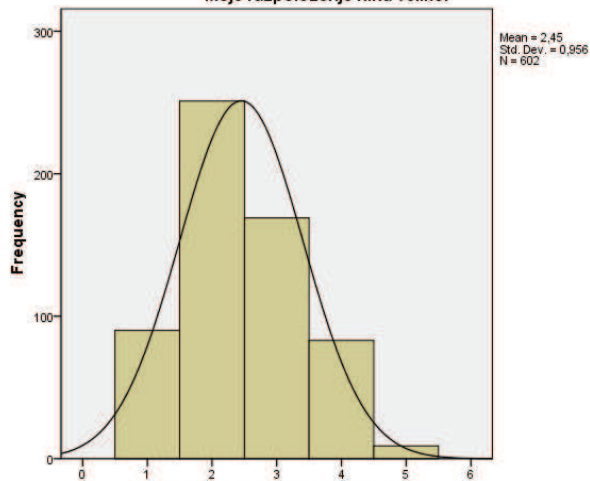
Imam probleme v medosebnih odnosih.

Določenih stvari ne počnem, ker me spominja na zelo hud dogodek iz preteklosti.



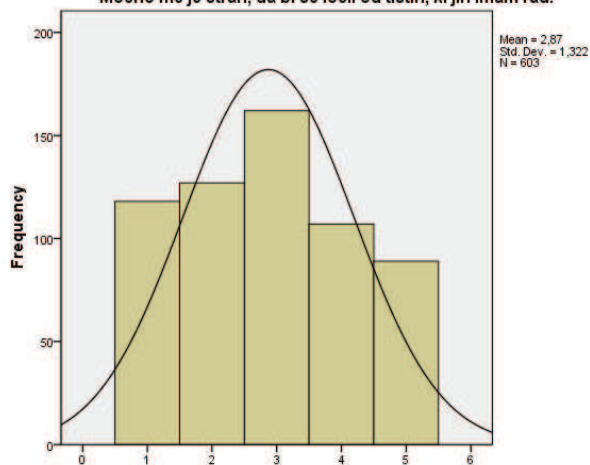
Določenih stvari ne počnem, ker me spominja na zelo hud dogodek iz preteklosti.

Moje razpoloženje niha veliko.

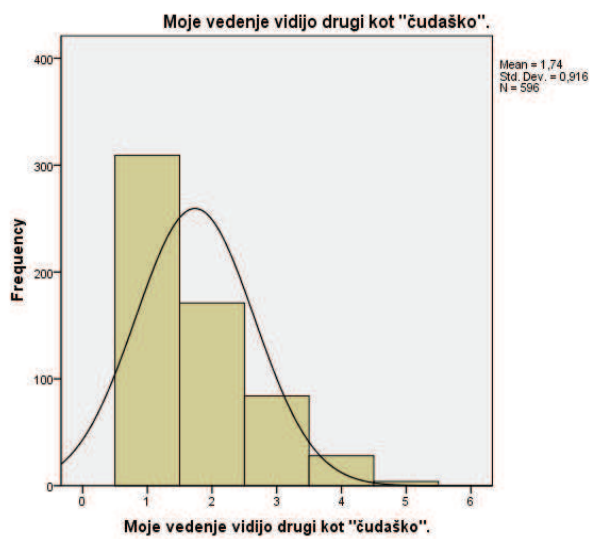
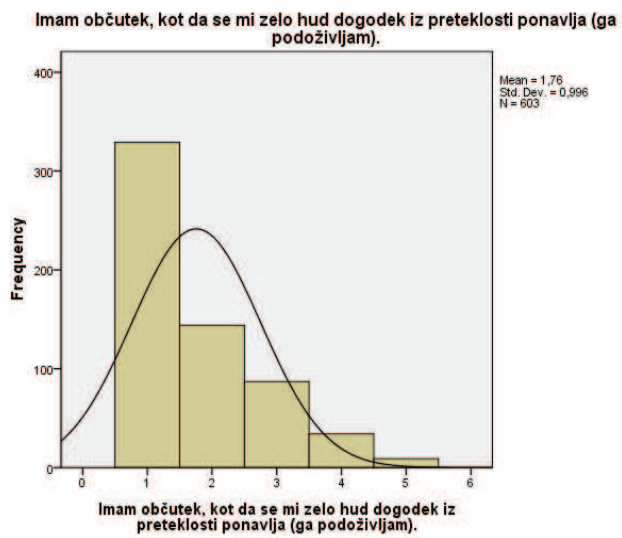
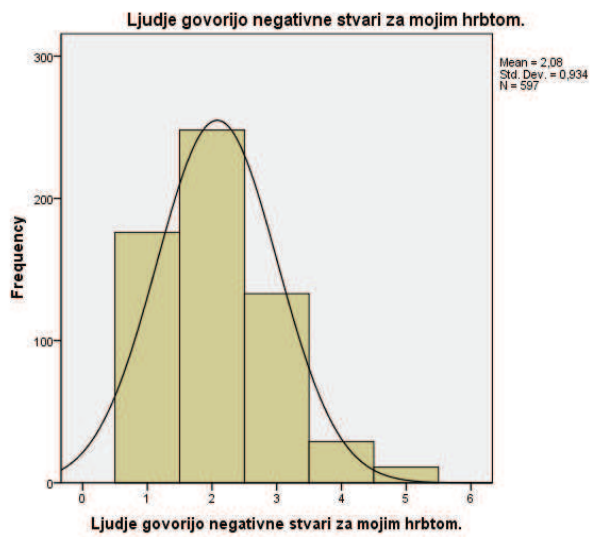


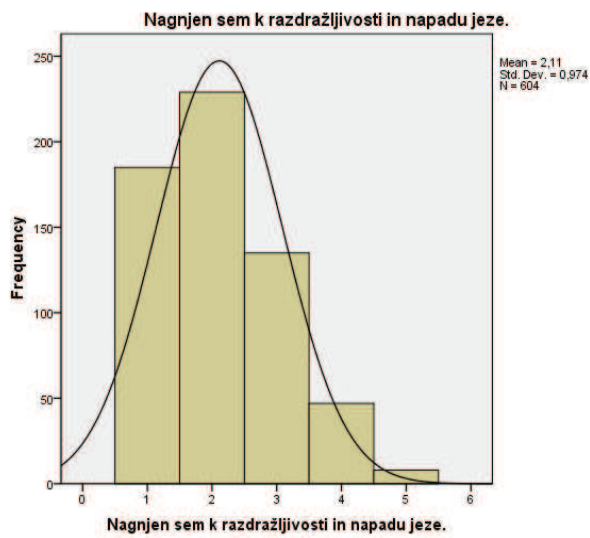
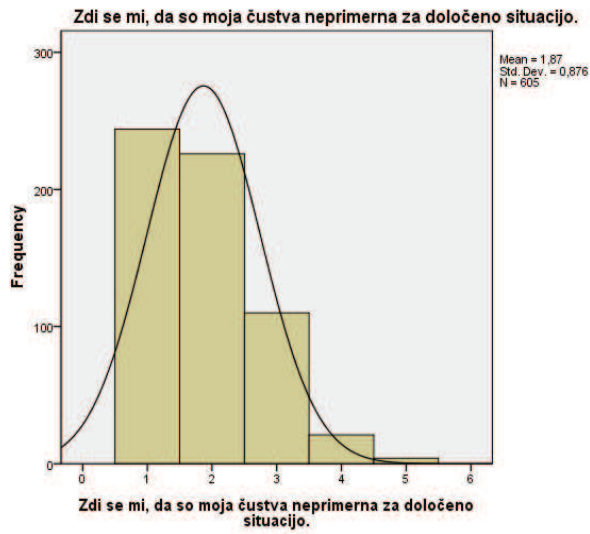
Moje razpoloženje niha veliko.

Močno me je strah, da bi se ločil od tistih, ki jih imam rad.

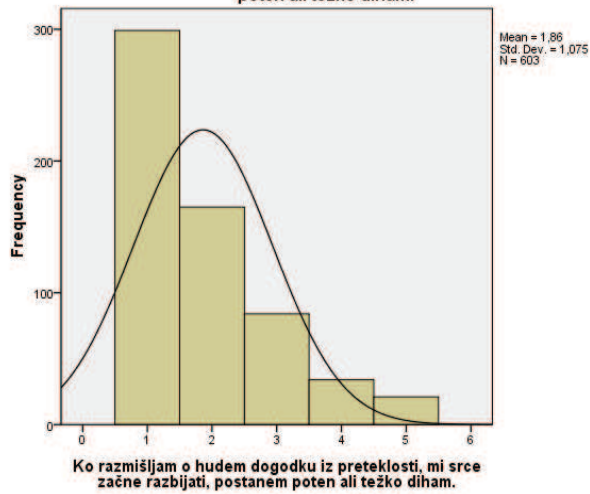


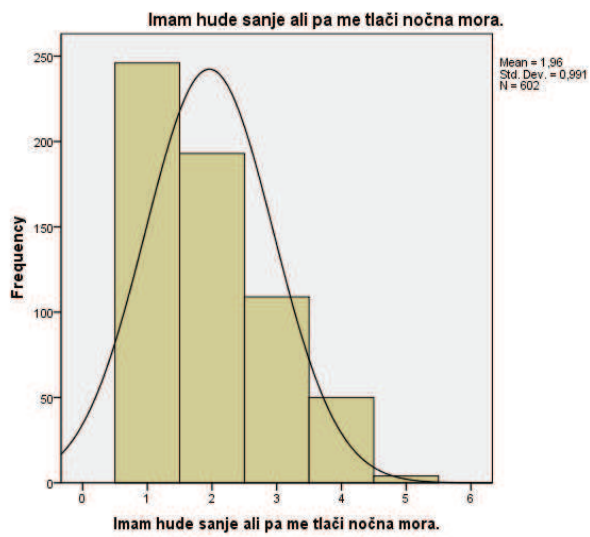
Močno me je strah, da bi se ločil od tistih, ki jih imam rad.



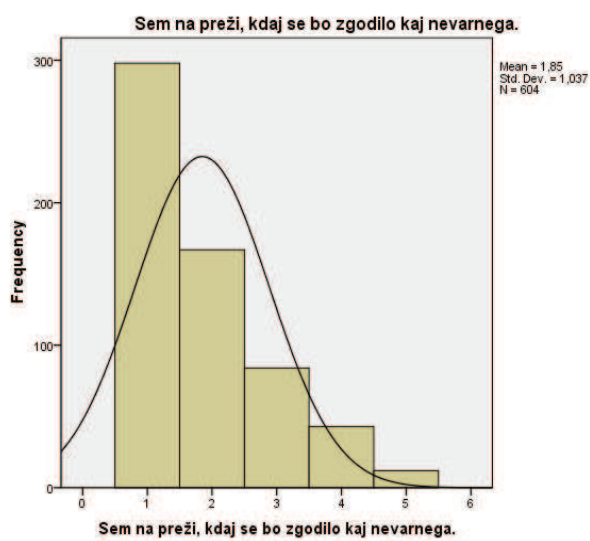
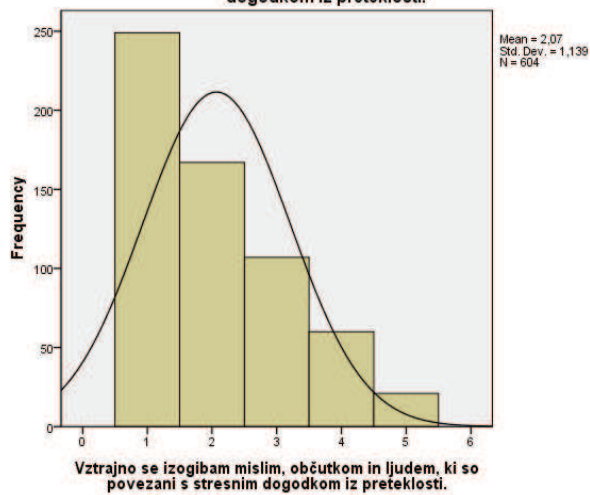


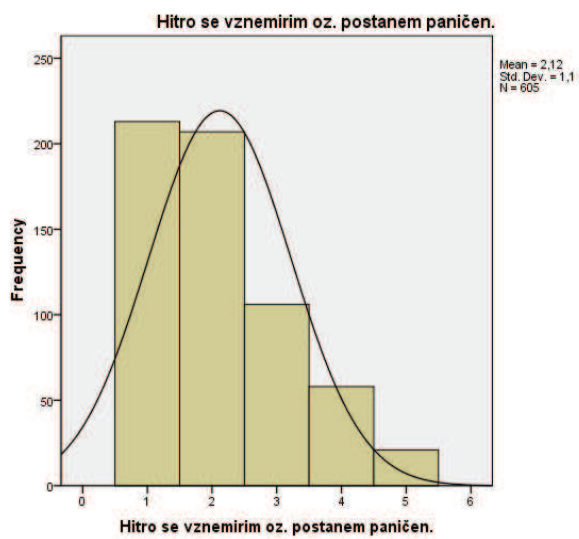
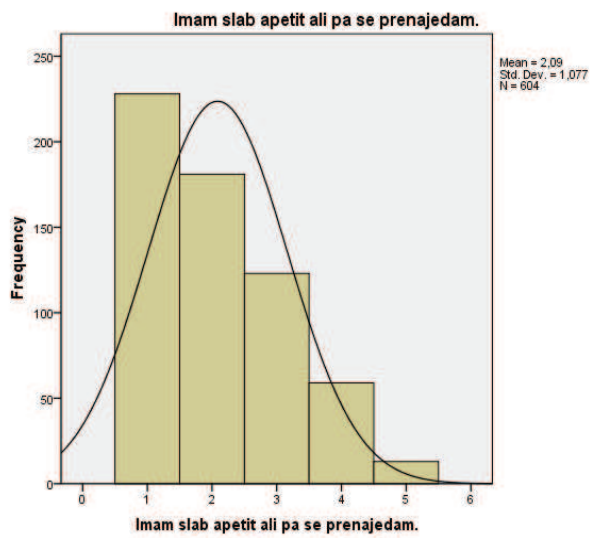
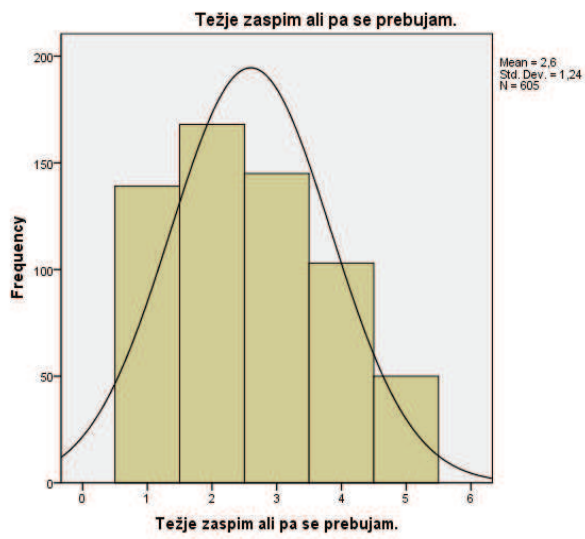
Ko razmišljam o hudem dogodku iz preteklosti, mi srce začne razbijati, postanem poten ali težko diham.



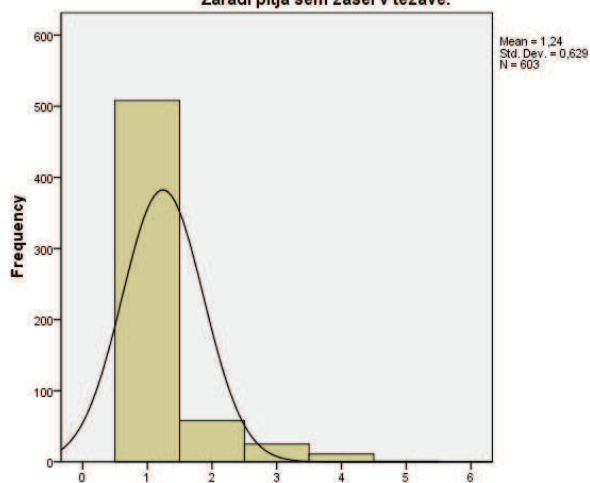


Vztrajno se izogibam mislim, občutkom in ljudem, ki so povezani s stresnim dogodkom iz preteklosti.



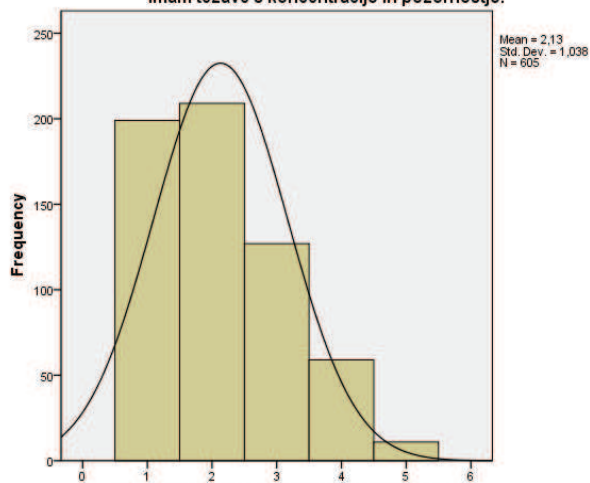


Zaradi pitja sem zašel v težave.



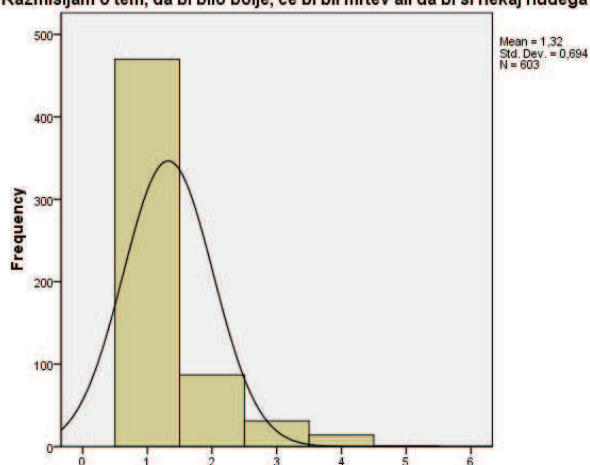
Zaradi pitja sem zašel v težave.

Imam težave s koncentracijo in pozornostjo.

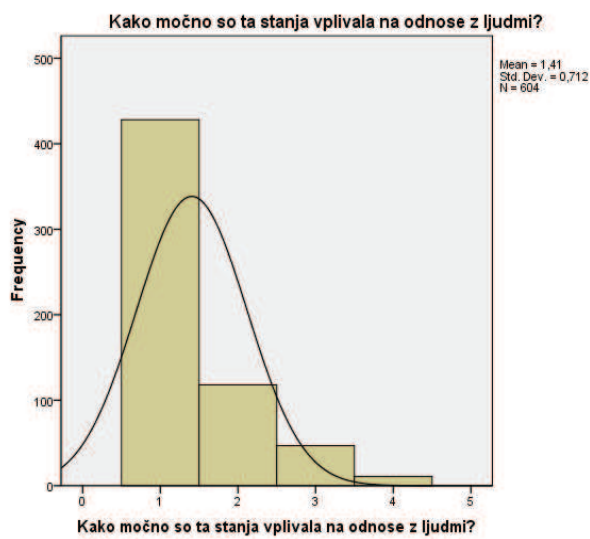
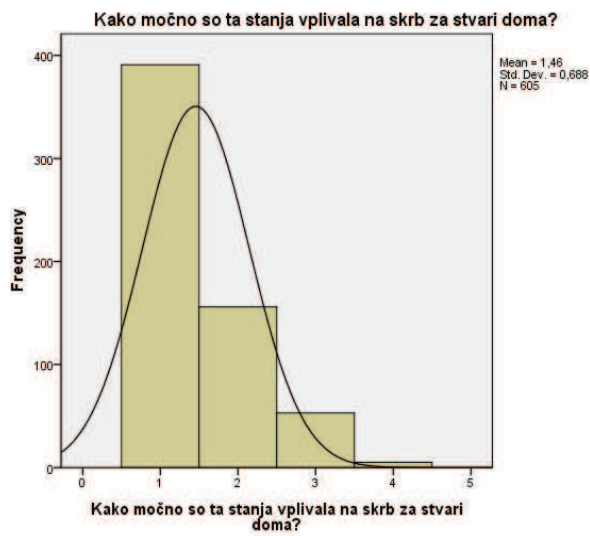
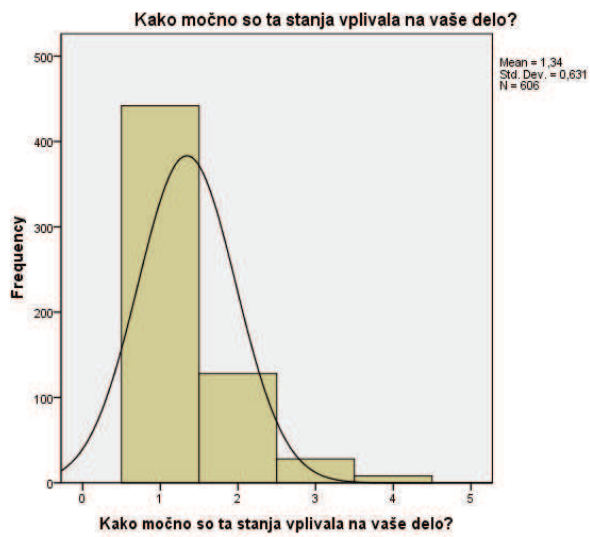


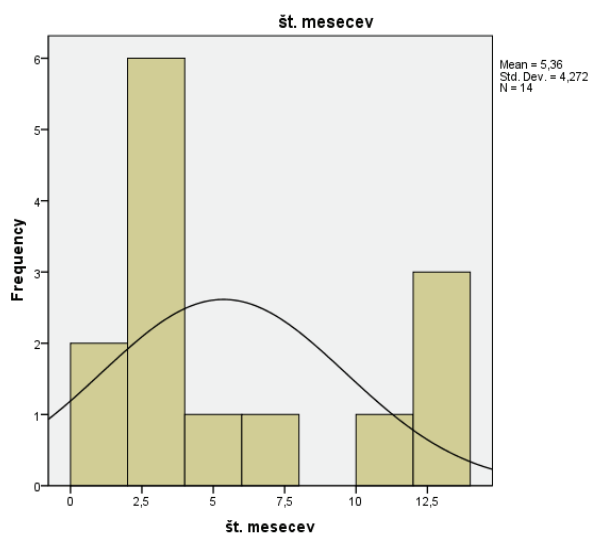
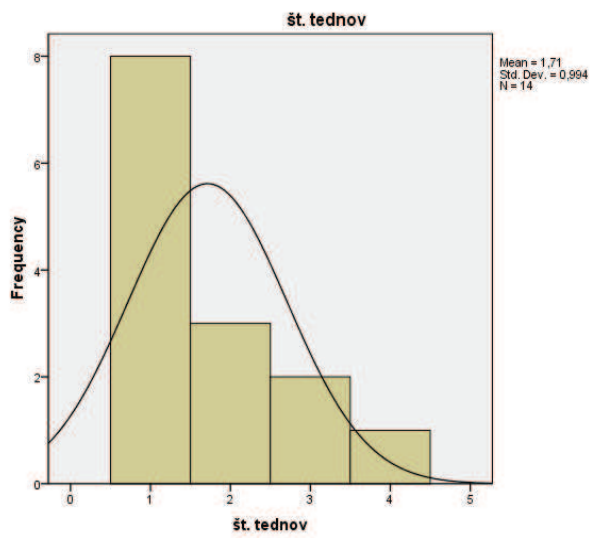
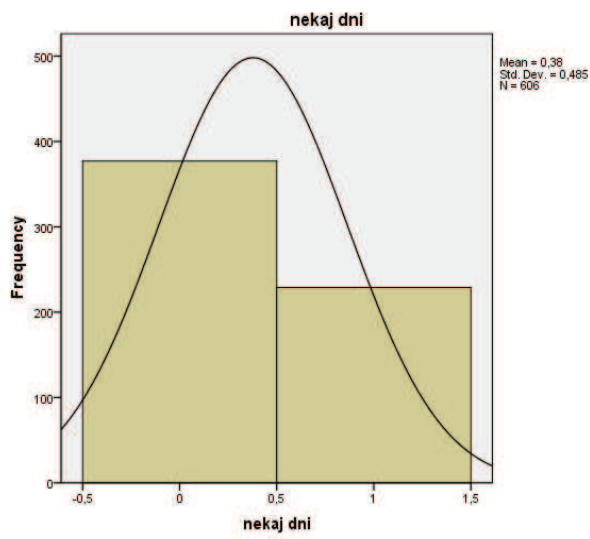
Imam težave s koncentracijo in pozornostjo.

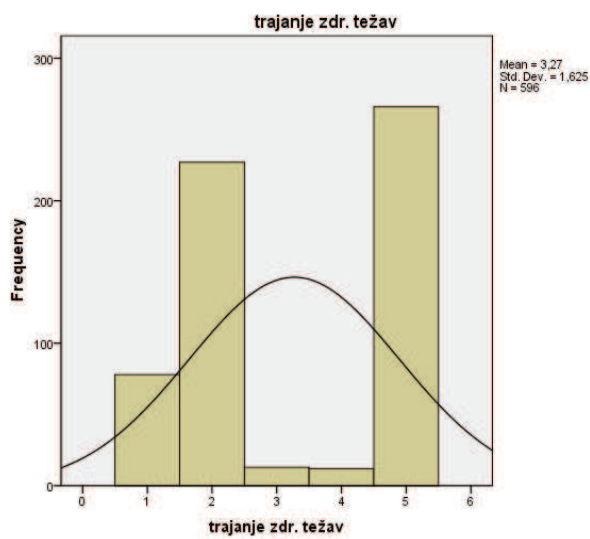
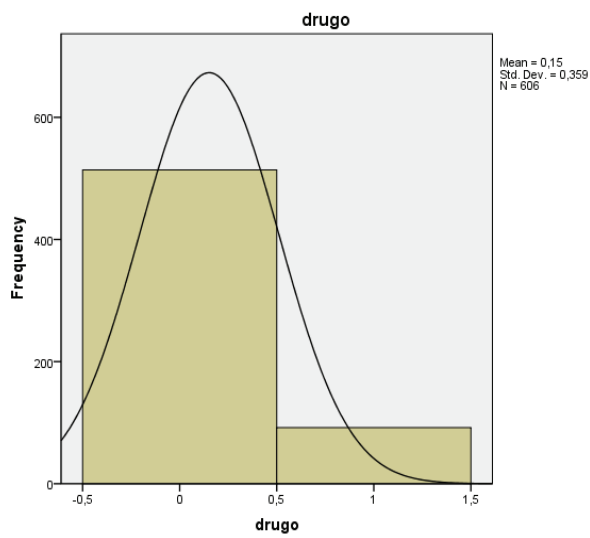
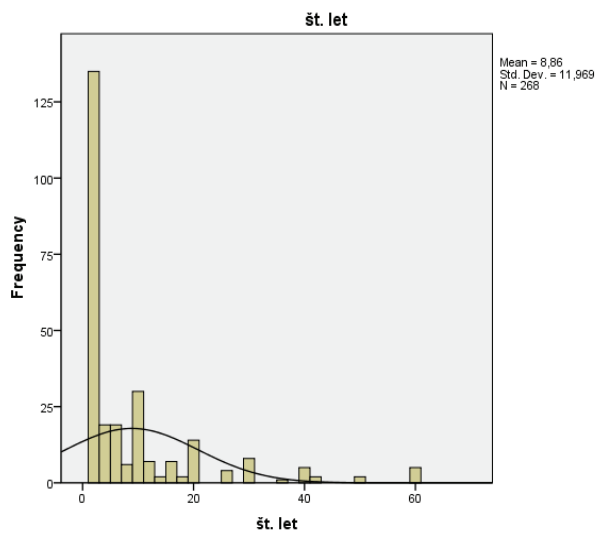
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.



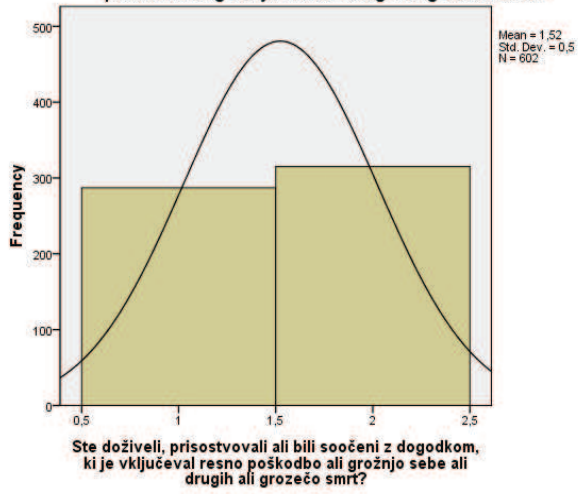
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.



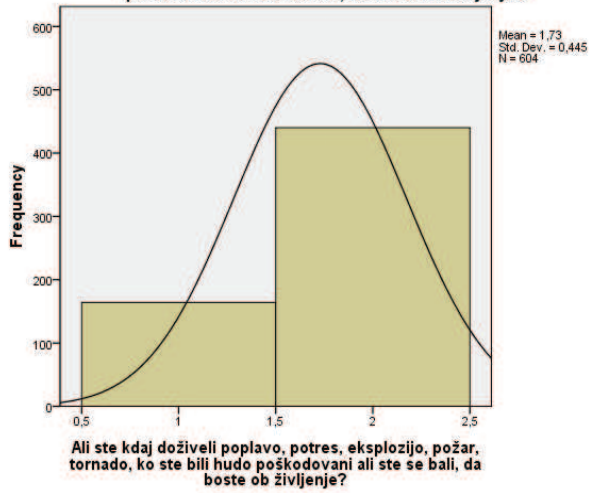




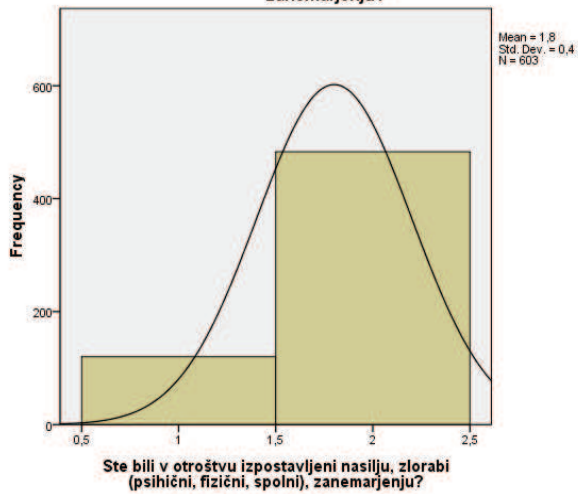
Ste doživeli, prisostvovali ali bili soočeni z dogodkom, ki je vključeval resno poškodbo ali grožnjo sebe ali drugih ali grozečo smrt?



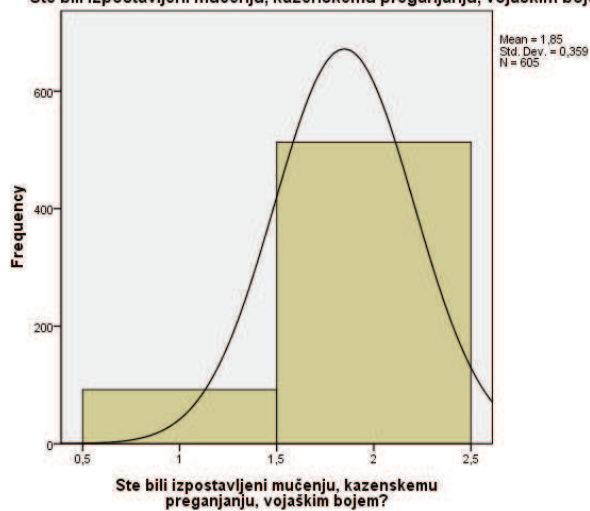
Ali ste kdaj doživeli poplavo, potres, eksplozijo, požar, tornado, ko ste bili hudo poškodovani ali ste se bali, da boste ob življenje?



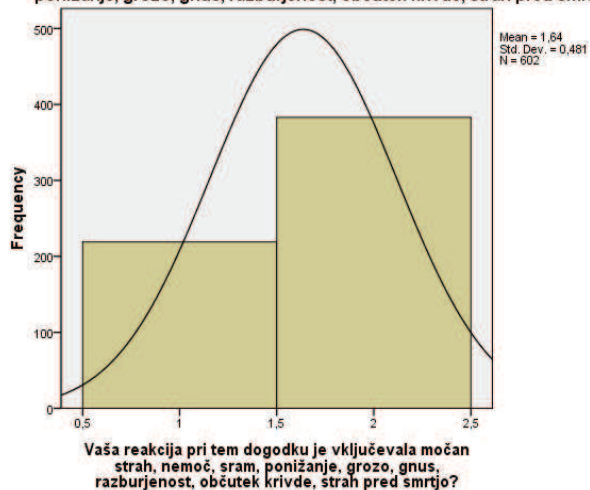
Ste bili v otroštvu izpostavljeni nasilju, zlorabi (psihični, fizični, spolni), zanemarjenju?



Ste bili izpostavljeni mučenju, kazenskemu preganjanju, vojaškim bojem?

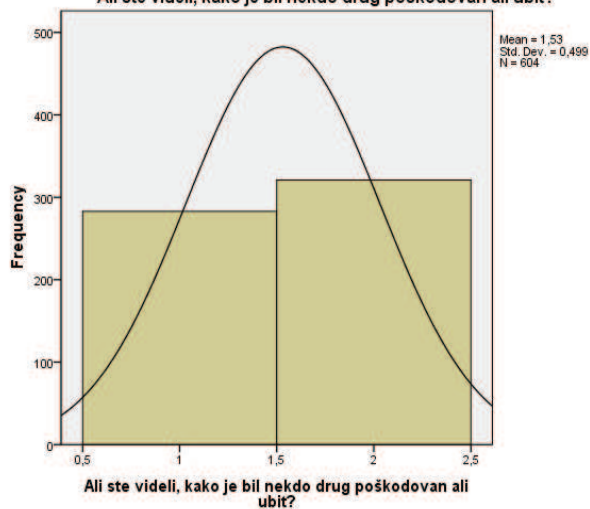


Vaša reakcija pri tem dogodku je vključevala močan strah, nemoč, sram, ponižanje, grozo, gnus, razburjenost, občutek krivde, strah pred smrtjo?

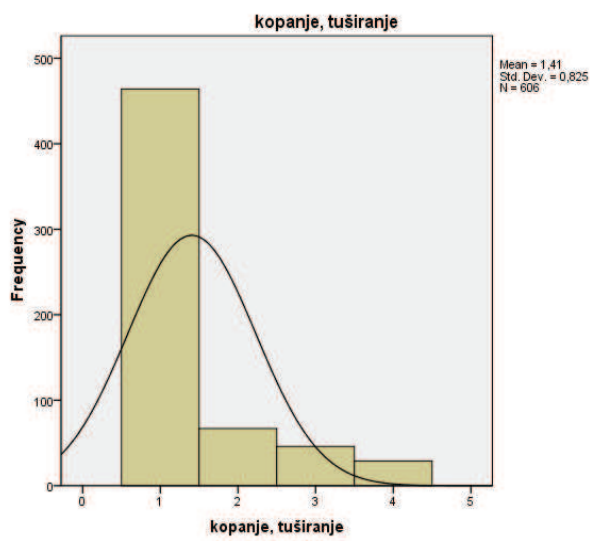
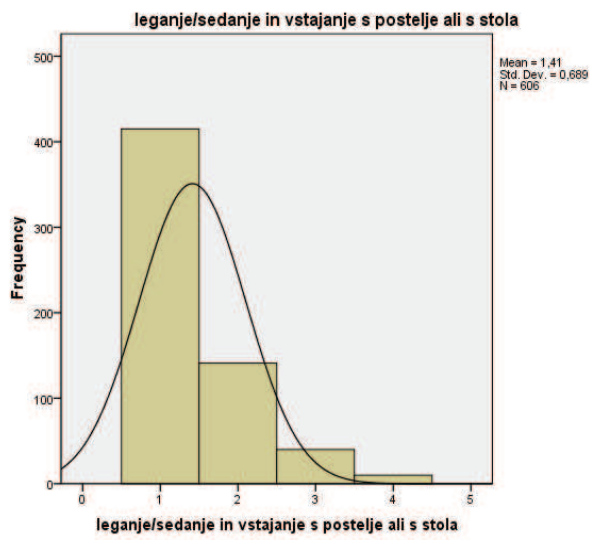
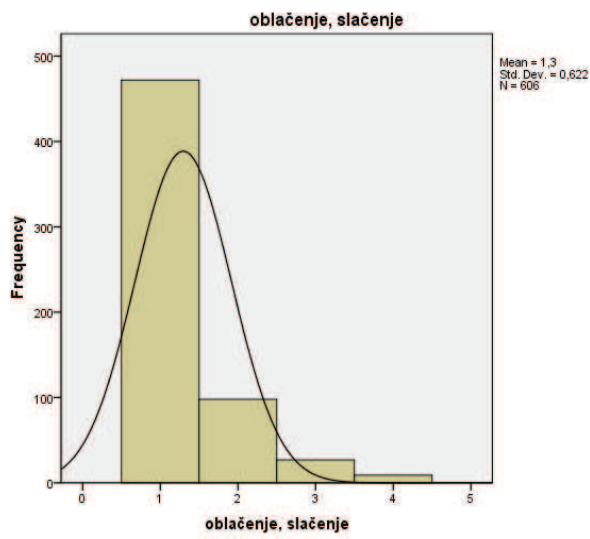


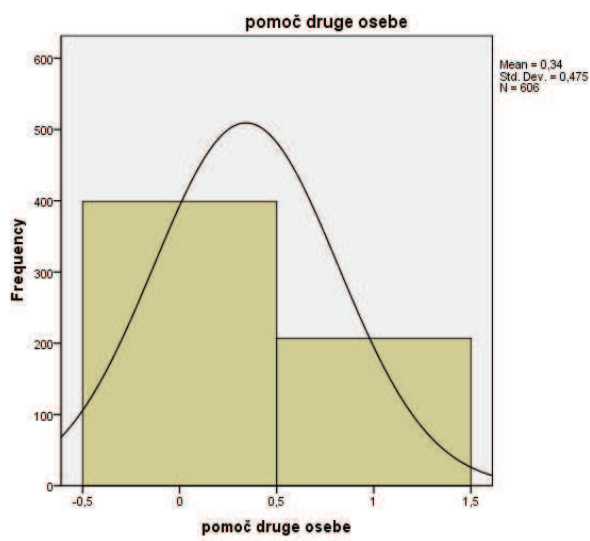
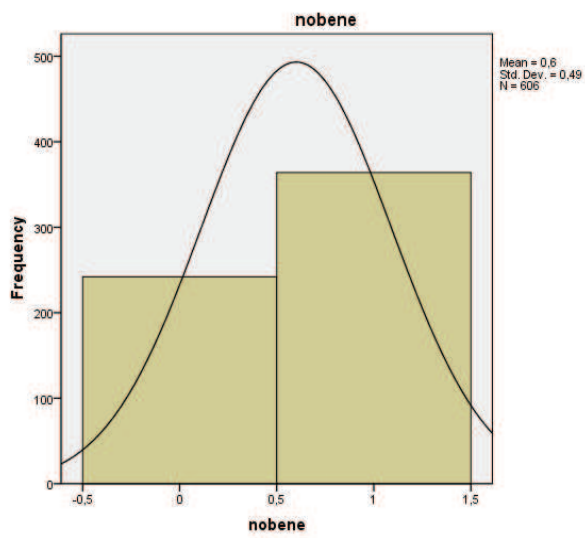
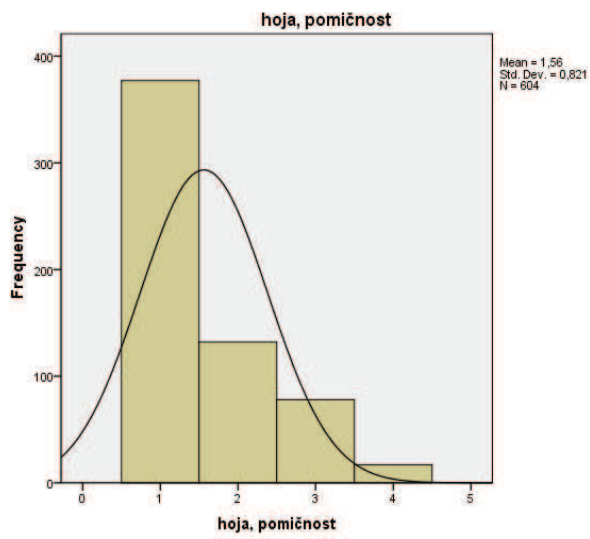
Vaša reakcija pri tem dogodku je vključevala močan strah, nemoč, sram, ponižanje, grozo, gnus, razburjenost, občutek krivde, strah pred smrtjo?

Ali ste videli, kako je bil nekdo drug poškodovan ali ubit?



Ali ste videli, kako je bil nekdo drug poškodovan ali ubit?



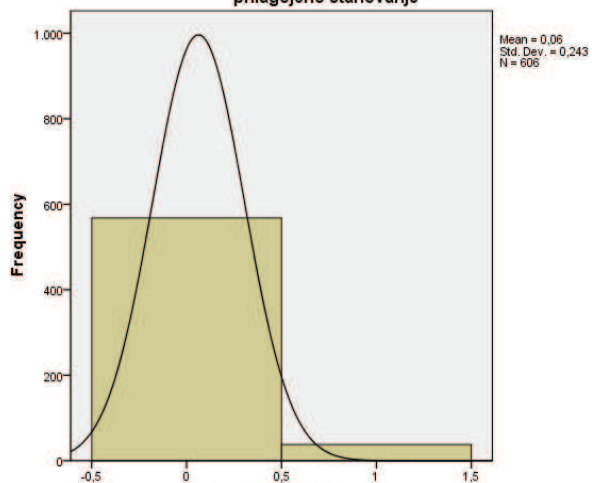


tehnične pripomočke (bergle, nastavek za wc, hoduljo, negovalno posteljo, trapez)



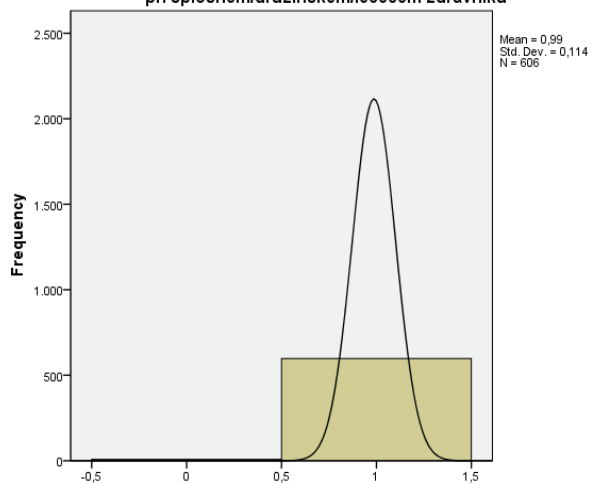
tehnične pripomočke (bergle, nastavek za wc, hoduljo, negovalno posteljo, trapez)

prilagojeno stanovanje

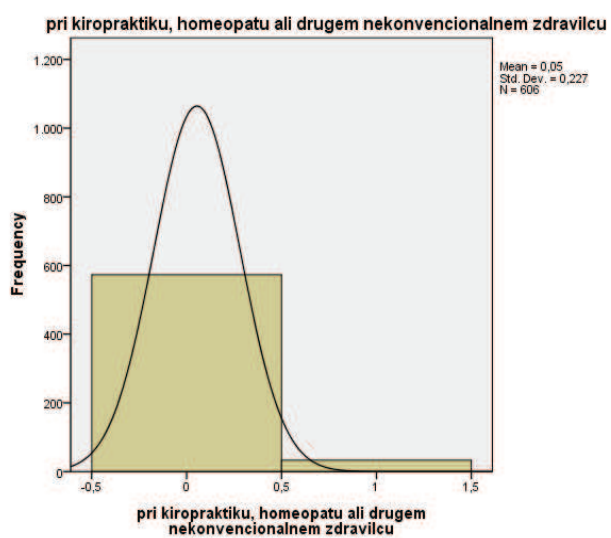
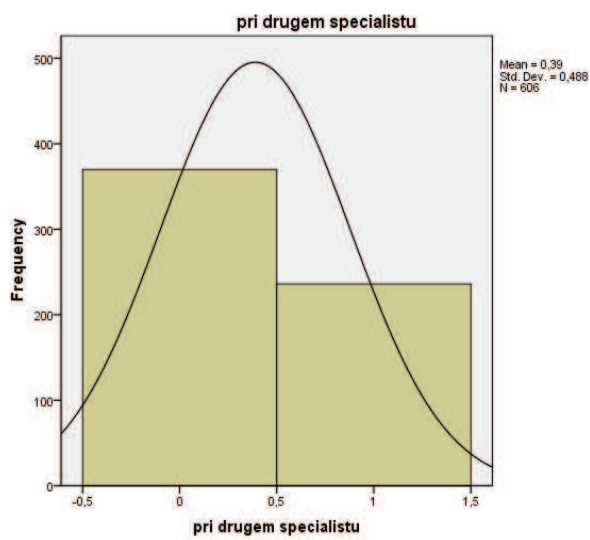
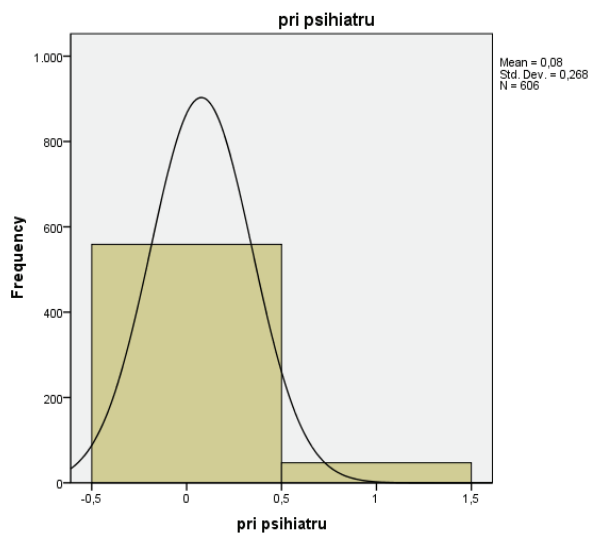


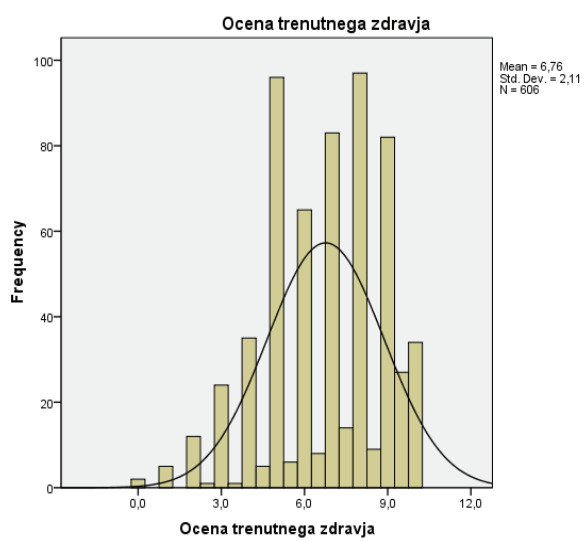
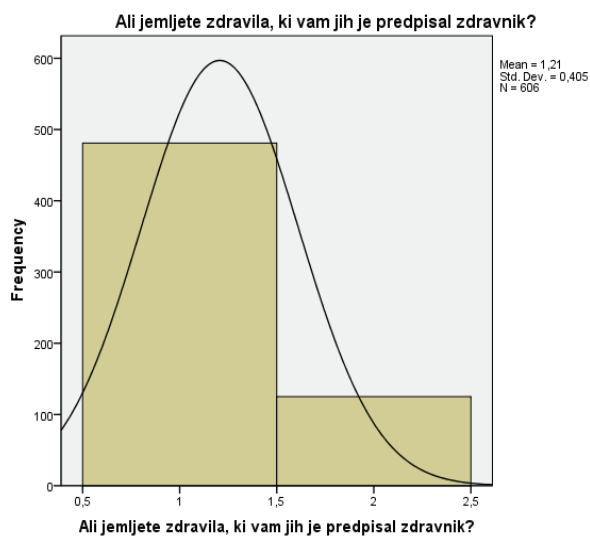
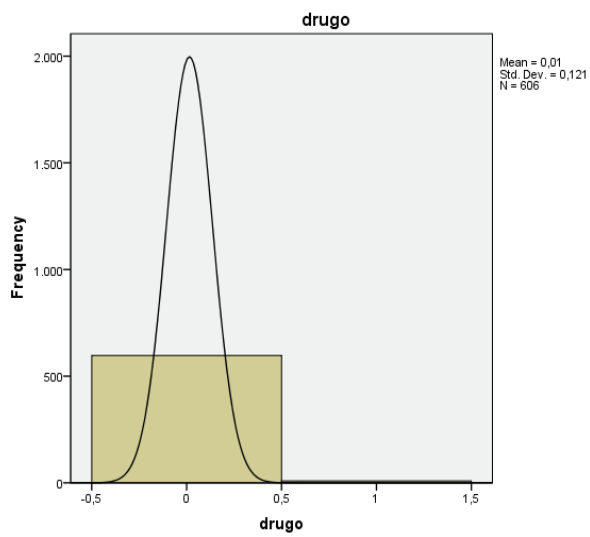
prilagojeno stanovanje

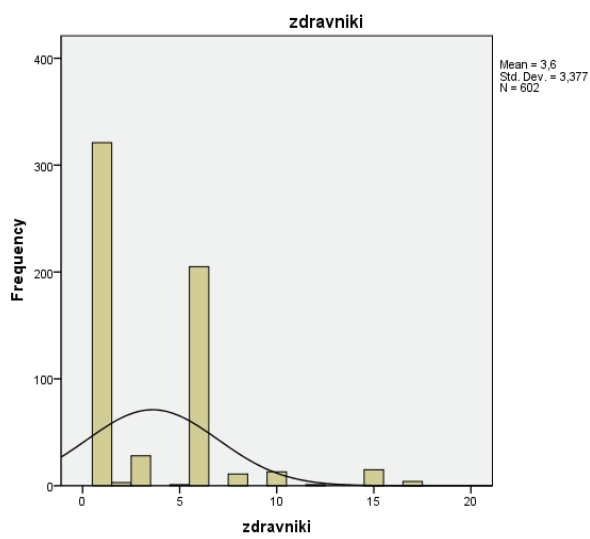
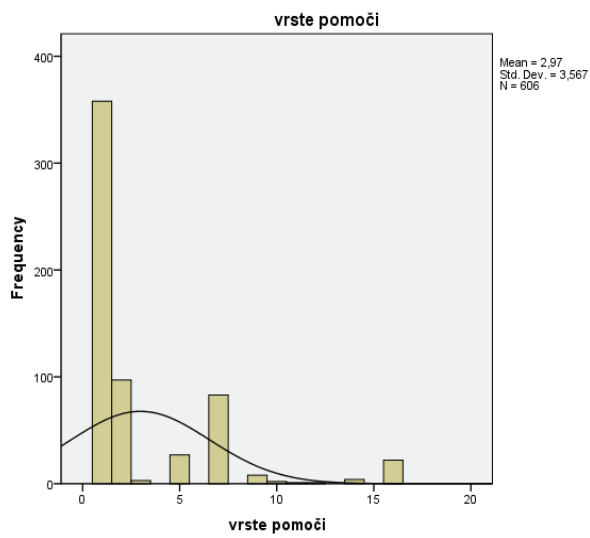
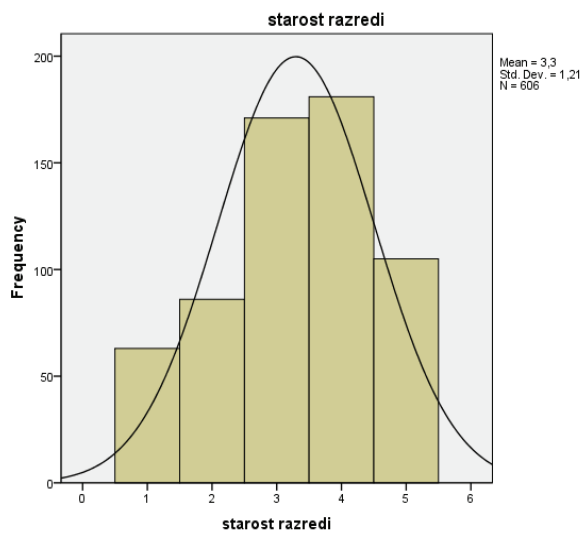
pri splošnem/družinskem/lečečem zdravniku



pri splošnem/družinskem/lečečem zdravniku







6.2.2 Deskriptivna statistika

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
v1_1 Vzdržujem stike z družinskimi člani.	606	1	5	4,48	,033	,822	-1,787	,099	3,414	,198
v1_2 Vzdržujem stike s sorodniki.	605	1	5	3,64	,040	,978	-,268	,099	-,387	,198
v1_3 Vzdržujem stike s prijatelji.	605	1	5	3,63	,040	,991	-,282	,099	-,324	,198
v1_4 Vzdržujem stike s sosedi.	606	1	5	3,31	,045	1,097	-,039	,099	-,691	,198
v1_5 Veselim se stikov z ljudmi.	604	1	5	4,10	,039	,969	-,917	,099	,290	,199
v1_6 Sem član društva (pevski zbor, društvo upokojencev, Rdeč križ, športno, Zveza borcev...).	602	1	5	2,23	,062	1,520	,789	,100	-,941	,199
v1_7 Povabim ljudina obisk.	604	1	5	3,25	,044	1,071	-,104	,099	-,425	,199
v1_8 Članom ožje družine finančno in materialno pomagam.	605	1	5	3,20	,063	1,304	-,163	,099	-,953	,198
v1_9 Potujem v drug kraj.	605	1	5	2,78	,048	1,190	,053	,099	-,778	,198
v1_10 Znam poslušati druge ljudi.	606	1	5	3,99	,040	,986	-,846	,099	,312	,198
v1_11 Udeležujem se srečanj, prireditev,...	606	1	5	2,79	,048	1,183	,060	,099	-,775	,198
v1_12 Kadar zbolim, mi člani družine in svojci pomagajo.	600	1	5	4,35	,044	1,090	-1,754	,100	2,252	,199
v3_1 Sem raztresen in pozabljiv.	604	1	5	2,72	,037	,919	-,060	,099	-,383	,199
v3_2 Težko zaupam ljudem.	603	1	5	2,80	,040	,990	,036	,100	-,400	,199
v3_3 Raje delam sam kot z drugimi ljudmi.	604	1	5	3,01	,045	1,115	,118	,099	-,598	,199
v3_4 Imam občutek, da so ljudje možni sovražniki.	600	1	5	2,06	,041	1,009	,727	,100	-,136	,199
v3_5 Ob nenadnih zvokih ali gibih se zdrznem in prestrašim.	604	1	5	2,47	,046	1,138	,431	,099	-,588	,199
v3_6 Imam občutek manjvrednosti in nemoči.	604	1	5	2,03	,039	,969	,612	,099	-,258	,199
v3_7 Imam probleme v medosebnih odnosih.	603	1	5	1,95	,039	,960	,856	,100	,314	,199
v3_8 Določenih stvari ne počnem, ker me spominja na zelo hud dogodek iz preteklosti.	604	1	5	1,84	,041	,996	1,057	,099	,401	,199
v3_9 Moje razpoloženje niha veliko.	602	1	5	2,45	,039	,966	,356	,100	-,434	,199
v3_10 Močno me je strah, da bi se ločil od tistih, kijih imam rad.	603	1	5	2,87	,054	1,322	,114	,100	-1,080	,199
v3_11 Ljudje govorijo negativne stvari za mojim hrbtom.	597	1	5	2,08	,038	,934	,744	,100	,385	,200
v3_12 Imam občutek, kot da se mi zelo hud dogodek iz preteklosti ponavlja (ga podoživljam).	603	1	5	1,76	,041	,996	1,212	,100	,693	,199
v3_13 Moje vedenje vidijo drugi kot "čudaško".	596	1	5	1,74	,038	,916	1,124	,100	,583	,200

6.2.3 Dendrogram

