



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

## **PREZGODNJA UMRLJIVOST OSEB Z OSEBNOSTNO MOTNJO**

## **PREMATURE MORTALITY OF PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDER**

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Mirela Samardžić

Jesenice, julij, 2022

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se svojemu mentorju, doc. dr. Branku Bregarju, za vso strokovno podporo, spodbudo in potrpežljivost pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Marjani Bernot, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Urošu Ferrariju Stojanoviću.

Posebna zahvala gre moji družini, prijateljem in sodelavcem, ki so me v času študija in pisanja diplomskega dela spodbujali in verjeli vame.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Osebnostne motnje so visokorizična skupina motenj, kjer se pogosto beležijo različne oblike samopoškodovalnega vedenja, poizkusov samomorov ter posledično prezgodnje umrljivosti oseb. Naloge medicinskih sester so ocenjevanje, opazovanje, predvidevanje in preprečevanje nevarnih situacij, ki jih osebe z osebnostno motnjo lahko storijo.

**Metoda:** Izveden je bil integrativni pregled strokovne literature. Uporabljene so bile naslednje podatkovne baze: Google Učenjak, ProQuest, PubMed in Wiley Online Library. Vire smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed: »Personality disorder and mortality«, »Personality disorder and nurs\*« oziroma »Osebnostne motnje in umrljivost«, »Osebnostne motnje in zdravstvena nega«. Vključitveni kriteriji pri iskanju vseh vrst znanstvenih člankov so bili objavljeni med letoma 2011 in 2021. Pridobljene vire smo analizirali s pomočjo tematske analize.

**Rezultati:** V končno analizo smo vključili 12 raziskovalnih člankov od 126125 pridobljenih zadetkov. Vsebinsko sta bili oblikovani dve temi, umrljivost oseb z osebnostno motnjo in značilnost dela medicinskih sester z osebami z osebnostno motnjo.

**Razprava:** Pri zdravstveni obravnavi oseb z osebnostno motnjo je zelo pomembna vzpostavitev komunikacije in medosebnega odnosa, s katerima ustvarimo zaupanje med medicinskimi sestrami in osebami z osebnostno motnjo, ki pomembno vpliva na nadaljnje zdravljenje le-teh. Medicinske sestre menijo, da je delo z osebami z osebnostno motnjo zelo zahtevno in naporno. Prav tako se znanje in izkušnje medicinskih sester med seboj razlikujejo, vendar si želijo dodatnih izobraževanj na področju zdravstvene nege oseb z osebnostno motnjo.

**Ključne besede:** duševne motnje, smrtnost, vloga medicinske sestre

## SUMMARY

**Background:** Personality disorders are a high-risk group of disorders, where various forms of self-harm, suicide and subsequent premature mortality are often reported. The nursing staff is tasked with assessing, observing, anticipating and preventing dangerous situations that people with a personality disorder may commit.

**Method:** An integrative review of the professional literature was conducted. The following databases were used: Google Scholar, PubMed, ProQuest and Wiley Online Library. We searched for sources using the following keywords: "Personality disorders and mortality" and "Personality disorders and nurs\*". The inclusion criterion in the search for all types of scientific articles as the publishing date between 2011 and 2021. The obtained resources were analysed using thematic analysis.

**Results:** In the final analysis, we included 12 research papers out of 126.125 obtained hits. In terms of content, two topics were formulated: "the mortality rate of people with personality disorders" and "the typical aspects of the work of nursing staff with people with personality disorders".

**Discussion:** When it comes to the treatment of people with personality disorders, it is very important to establish communication and interpersonal relationships to create trust between the nursing staff and people with personality disorders, which has a significant impact on further treatment. Nursing staff feel that working with people with personality disorders is very demanding and exhausting. Also, nurses have different levels of knowledge and experience. However, they would like to receive additional training in the field of nursing care for people with personality disorders.

**Key words:** mental disorders, mortality, role of nursing staff

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>7</b>
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	7
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	7
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	7
2.3.1	Metode pregleda literature .....	7
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov .....	8
2.3.3	Opis obdelave podatkov .....	9
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature .....	10
2.4	REZULTATI .....	11
2.4.1	PRIZMA-diagram .....	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah .....	12
2.5	RAZPRAVA .....	23
2.5.1	Omejitve pregleda literature .....	31
2.5.2	Priporočila za delo .....	31
<b>3</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>33</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu .....	10
Slika 2: PRIZMA diagram .....	12

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature .....	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov .....	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

## **SEZNAM KRAJŠAV**

MOM	mejna osebnostna motnja
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje

## 1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Brez duševnega zdravja ni splošnega zdravja, saj je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije zdravje stanje dobrega počutja, v katerem posameznik produktivno dela, pozitivno komunicira z drugimi, se sooča s stresnimi dejavniki življenja ter prispeva k skupnosti in družini. Zaradi uživanja substanc, stresnega življenja in družinske nagnjenosti je duševnih motenj vedno več (Svetovna zdravstvena organizacija, 2014). Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) opredeljuje duševne motnje kot začasne ali trajne motnje v delovanju možganov, ki se kažejo kot spremembe v čustvovanju, vedenju, zaznavanju, mišljenju, spoznavanju in dojemanju samega sebe ter okolice. Duševne motnje se lahko pojavijo v kateremkoli obdobju življenja. Večina bolezni se začne med 18. in 30. letom starosti. Oseba z duševnimi motnjami slabše funkcionira in manj kakovostno rešuje vsakdanje težave (Stanič Gruden, 2012). Vzroki so različni in pri nekaterih duševnih motnjah še neznani. Na splošno lahko duševne motnje razdelimo v tri skupine:

- Psihoreaktivne duševne motnje, ki nastanejo zaradi psihičnih reakcij posameznika na okolje; mednje štejemo obsesivno-kompulzivne motnje, anksiozne motnje, fobije itd.
- Organsko pogojene duševne motnje, pri katerih so za nastanek motenj odgovorne možganske poškodbe in bolezni; mednje sodijo različne vrste delirija, demence, amnestične motnje itd.
- Endogene duševne motnje, ki imajo neznano biološko osnovo; v to skupino štejemo depresijo, shizofrenijo, bipolarno motnjo itd. (Stanič Gruden, 2012).

Pregelj s sodelavci (2013) in NIJZ (2015) delijo duševne motnje nekoliko drugače:

- Organske duševne motnje: sem sodijo motnje na področju zaznavanja, mišljenja, čustvovanja ali osebnosti, ki so lahko posledica možganskih poškodb ali bolezni (npr. delirij, amnestične motnje, demenca ...).
- Vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi: motnje, ki so posledica uživanja psihoaktivnih snovi in zlorabe alkohola.



- Blodnjave motnje: različne motnje zaznav z različnimi vzroki, ki se lahko pojavijo enkrat ali večkrat v življenju. Posameznik izgubi stik z realnim življenjem, kar privede do nejasnih misli, halucinacij, blodenj, prisluhov, prividov ter depresivnih stanj. Najbolj znana motnja, ki sodi v to skupino, je shizofrenija.
- Razpoloženske motnje: spremembe v razpoloženju, ki se kažejo kot bipolarna motnja oziroma izmenjavanje epizod depresije in manije. Depresijo prepoznamo kot dalj časa trajajočo potrtost, žalost, brezvoljnost, zaspanost, neješčnost itd. Manijo prepoznamo kot pretirano privzdignjeno razpoloženje, ki se lahko stopnjuje. Posameznik je običajno pretirano zgovoren, energičen, ima manjšo potrebo po spanju itd.
- Nevrotske in stresne motnje: sklop motenj, ki imajo značilen čustveni, miselni, telesni in vedenjski odgovor na neko nevarnost. Sem sodijo fobije, panične motnje, anksioznosti ter obsesivno-kompulzivne motnje.
- Somatoformne motnje: motnje, pri katerih posameznik navaja telesno bolečino, srčno-žilne težave, motnje spanja itd., vendar, zdravniki s preiskavami ne morejo potrditi organskih težav.
- Motnje osebnosti in vedenja: trajne, nespremenljive motnje, ki se kažejo v vedenju, mišljenju in čustvovanju posameznika. Običajno se pojavijo že v otroštvu in se nadaljujejo v odraslo dobo.
- Vedenjski simptomi, povezani s telesnimi dejavniki in fiziološkimi motnjami: motnje, pri katerih so izpostavljene predvsem motnje hranjenja, ki se začnejo že v mladostniškem obdobju. Najbolj znane so anoreksija nervoza, bulimija ter pretirano prenašanje (Pregelj, et al., 2013; NIJZ, 2015).

Pojavnost duševnih motenj je vse večja. V različnih evropskih ter pridruženih državah je bilo ugotovljeno, da ima kar vsak drugi posameznik v življenju duševno motnjo, vsak tretji v zadnjem letu ter vsak četrti trenutno duševno motnjo. Najpogostejše so anksiozne motnje, sledijo afektivne in s psihoaktivnimi snovmi povezane motnje. V primerjavi s prejšnjimi raziskavami je v sodobnem času ugotovljena bistveno višja stopnja prevalence duševnih motenj (Andreas, et al., 2018).

Ena izmed najpogostejših duševnih motenj, za katero naj bi zbolel vsak šesti posameznik, je depresija. Pri tej bolezni gre za porušeno ravnovesje v predelu možganov, ki uravnava razpoloženje. Za postavitev diagnoze je potrebnih več simptomov hkrati, ki trajajo vsaj dva tedna in ovirajo posameznikov vsakdan. Depresijo prepoznamo po dalj trajajoči potrtosti, žalosti, brezvoljnosti do aktivnosti, ki jih je oseba v preteklem obdobju zelo rada počela. Bolezen spremljajo tudi nespečnost, neješčnost, zanemarjenost, utrujenost, občutek ničvrednosti, težave s koncentracijo ter misli o samomoru. Za depresijo je značilno, da imajo posamezniki zjutraj najbolj izražene simptome, ki pa se tekom dneva umirijo tako, da so zvečer normalno razpoloženi. Zelo je pomembno, da depresijo pravočasno prepoznamo, saj je zdravstvena obravnava tedaj zelo učinkovita (NIJZ, 2014; Karlović, 2017).

Pogosta težava v duševnem zdravju je generalizirana anksiozna motnja, za katero je značilna neobvladljiva, prekomerna zaskrbljenost posameznika glede vsakodnevnih življenjskih razmer. Osebe z anksiozno motnjo imajo težave s koncentracijo, spanjem in sprostitvijo. Od pojava prvih simptomov do postavitve diagnoze in zdravstvene obravnave naj bi v povprečju trajalo od 5 do 10 let. V primerjavi z moškimi je verjetnost remisije pri ženskah manjša (Avguštin Avčič & Konečnik, 2013). Pri afektivnih ali razpoloženskih motnjah so v ospredju motnje razpoloženja. Gre za moteno spremembo v razpoloženju oziroma afektu, ki se ji lahko pridruži tudi anksioznost, običajno pa nastopi zaradi stresnih dogodkov (Erič, 2012). Motnje razpoloženja delimo na unipolarne motnje, pri katerih so izražene oblike depresije, ter bipolarne motnje, pri katerih so izražene manične oblike samostojno ali v kombinaciji z depresijo (Kores Plesničar, 2011). Raziskava (Penninx, et al., 2013) kaže, da depresija vpliva na delovanje in kakovost življenja, kar se odraža tudi pri zdravju, saj depresija povečuje tveganje za nastanek nekaterih somatskih motenj, vključno s srčno-žilnimi obolenji, diabetesom, debelostjo ter možgansko kapjo. Te somatske posledice so lahko delno tudi biološke narave, prisotne pri depresivnih osebah, pri nekaterih, ki imajo melanholične lastnosti, pa je najbolj izražena hiperaktivnost.

Umrljivost oseb z duševno motnjo je večja kot v splošni populaciji (Filipčič & Šimunović Filipčič, 2017). Umrljivost (mortaliteta), ki se izrazi kot splošna umrljivost ali kot

standardizirana stopnja umrljivosti, je demografski kazalnik, ki opredeljuje število umrlih na določeno število prebivalcev (najpogosteje 1.000) v enem letu na določenem območju. Kazalnik je izražen v odstotkih. V osnovi je odvisen od starosti prebivalstva in razvitosti samega območja (Eučbeniki, n. d.). Standardizirana stopnja umrljivosti pa je izračun stopenj umrljivosti na 100.000 prebivalcev, razdeljen je po 5-letnih starostnih skupinah ter umerjen s preračunom na standardno populacijo, kar izniči razlike starosti prebivalstva v posameznih državah ali regijah. Stopnja umrljivosti nam omogoča primerjavo umrljivosti med državami ne glede na starostne razlike prebivalstva države (NIJZ, 2016).

Umrlijivost se lahko računa tudi v posameznih skupinah populacije, na primer za osebe z duševno motnjo. Številne posledice bolezni oseb z duševno in telesno soobolevnostjo vodijo do poslabšanja prognoze ter izida zdravstvene obravnave. Osebe z duševnimi motnjami so zaradi nezdravega načina življenja in zaradi posledic drugih bolezni izpostavljene večjemu tveganju za nastanek kroničnih telesnih bolezni in s tem tudi prezgodnji smrti (Druss & Reisinger Walker, 2011). Kar 60 % pozno diagnosticiranih bolezni, kot so kardiovaskularna obolenja, maligne in presnovne bolezni, pomeni vzrok za prezgodnjo smrt oseb z duševnimi motnjami. Rezultati raziskave (Filipčič & Šimunović Filipčič, 2017) kažejo na večjo obolevnost oseb z duševno motnjo in tudi do 30 let krajšo pričakovano življenjsko dobo glede na splošno populacijo (Filipčič & Šimunović Filipčič, 2017).

Podatki o umrljivosti oseb z duševno motnjo se med avtorji lahko razlikujejo. Rustja (2016) je navedla druge ugotovitve. Pričakovana življenjska doba oseb, ki imajo duševno motnjo, je v primerjavi z osebami brez motnje krajša do 17 let. Od 148 izvedenih raziskav je 135 raziskav potrdilo, da je umrljivost oseb z duševnimi motnjami veliko večja kot pri preostali populaciji. Kar 67,3 % smrti je bilo posledica naravnih vzrokov, 17,5 % nenaravnih vzrokov, preostanek smrti pa je nastopil zaradi drugih oziroma neznanih vzrokov. Avtorji (Reisinger Walker, et al., 2015) ocenjujejo, da je približno 14,3 % smrti po vsem svetu, oziroma 8 milijonov smrtnih žrtev letno, posledica pravduševnih motenj. V letu 2017 je bilo v Sloveniji 368 primerov smrti zaradi duševnih in vedenjskih motenj, od tega je bilo kar 298 moških, 70 pa žensk. Glede stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev je bilo skupaj zabeleženih 17,8 primerov smrti zaradi duševnih in vedenjskih

motenj (NIJZ, 2017). V primerjavi s splošno umrljivostjo je v istem letu v Sloveniji umrlo 20.509 prebivalcev, kar je 4,2 % več kot leto prej (Statistični urad Republike Slovenije, 2017). Ena izmed duševnih motenj, pri kateri prav tako zelo pogosto govorimo o visoki umrljivosti in krajši življenjski dobi, je osebnotna motnja (Bjorkenstam, et al., 2018).

Musek (2015) opredeljuje osebnost kot trajne, duševne, telesne in vedenjske značilnosti, ki so lahko specifične ali kompleksne. Osebnost integrira psihične procese, funkcije in značilnosti v celoto, ki se od posameznika do posameznika razlikujejo. Pregelj in sodelavci (2013) ter American Psychiatric Association (2018) definirajo osebnostne motnje kot način vedenja, razmišljanja in čustvovanja, ki povzroča težave ali stisko pri delovanju posameznika in ki bistveno odstopa od pričakovanj kulture. Na osebnost vplivajo različni dejavniki, kot so okolje, življenjske situacije, izkušnje in genetika. Osebnostne motnje diagnosticira zdravnik psihiater glede na simptome in dolgoročne vzorce delovanja, vendar običajno le starejšim od 18 let, saj se mlajšim osebnost še vedno razvija. Raziskave kažejo, da ima v ZDA približno 9 % odraslih vsaj eno osebnostno motnjo (American Psychiatric Association, 2018). Med najpogostejše osebnostne motnje štejemo mejno osebnostno motnjo (v nadaljevanju MOM), za katero je značilno nepredvidljivo impulzivno vedenje, nestabilno čustvovanje, izkrivljena samopodoba, motnje identitete, strah pred namišljeno oziroma nenamišljeno zapustitvijo, samomorilna nagnjenja itd. Obstajajo različne oblike pomoči skupinske psihoterapije, ki so namenjene obvladovanju vedenja čustvenih reakcij oseb z osebnostno motnjo, s čimer lahko izboljšujemo počutje oseb s to motnjo in preprečujemo samomorilno vedenje (Radež, 2015).

Zdravstvena nega oseb z osebnostno motnjo je zaradi zapletenosti ena najzahtevnejših in najbolj problematičnih obravnav, ki vpliva tako na odnos med osebami z osebnostno motnjo in medicinskimi sestrami kot tudi na proces zdravstvene obravnave in delo medicinskih sester. Velik delež medicinskih sester, ki delajo z osebami z osebnostno motnjo, meni, da ne znajo pravilno ravnati z njimi, kar pomeni, da je izobraževanje in usmerjanje medicinskih sester ključnega pomena za zmanjševanje težav pri zdravstveni negi oseb z osebnostno motnjo. Medicinske sestre morajo biti zmožne ocenjevanja stanja oseb z osebnostno motnjo ter temu primerno ukrepati. Zdravstvena nega temelji na

celostni obravnavi, v katero medicinske sestre vključujejo sorodnike, skrbnike ter vse preostale, ki so kakorkoli povezani s socialno-zdravstvenim stanjem oseb z osebnostno motnjo. Ključnega pomena je vzpostavitev profesionalnega in zaupnega odnosa z osebami z osebnostno motnjo, saj se posega v njihovo intimo, pri čemer se morajo upoštevati njihove etične in moralne pravice. Pri osebah z osebnostno motnjo velikokrat pride do različnih oblik samopoškodovanja, najpogosteje do samomorov oziroma poskusov samomora. Naloga medicinske sestre, ki je ves čas v stiku s takšno osebo, je predvidevanje nevarnih situacij in zagotavljanje varnega okolja (Blazinšek, 2016).

Ker je pojavnost duševnih motenj vse večja, se pri osebah, ki imajo težave z njimi, povečuje umrljivost, obenem pa zmanjšuje življenjska doba. Osebnostne motnje predstavljajo del duševnih motenj, pri katerem je umrljivost oseb še posebej visoka, največkrat zaradi samopoškodovalnega vedenja. Medicinske sestre menijo, da ne znajo pravilno ravnati z osebami z osebnostno motnjo. Na tem področju je bilo pri medicinskih sestrah ugotovljeno pomanjkljivo znanje, zato vlada prepad med nevarnostjo življenja oseb z osebnostno motnjo in v znanju medicinskih sester, ki bi jim z ustreznim izobraževanjem in tako tudi boljšim znanjem na tem področju lahko pomagale.

## **2 EMPIRIČNI DEL**

V diplomskem delu smo izvedli pregled literature na področju umrljivosti oseb z osebnostno motnjo.

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen našega pregleda literature je bil raziskati umrljivost oseb z osebnostno motnjo ter ugotoviti vlogo medicinskih sester na tem področju.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- Raziskati umrljivost oseb z osebnostno motnjo.
- Ugotoviti delo medicinskih sester z osebami z osebnostno motnjo.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

S pomočjo pregleda literature smo odgovorili na dve raziskovalni vprašanji:

1. Kakšna je umrljivost oseb z osebnostno motnjo?
2. Kakšna je značilnost dela medicinskih sester z osebami z osebnostno motnjo?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Diplomsko delo je temeljilo na integrativnem pregledu strokovne literature.

#### **2.3.1 Metode pregleda literature**

Iskanje virov je potekalo v različnih podatkovnih bazah, kot so CINAHL, COBISS, Google Učenjak, ProQuest in PubMed. Podatke smo iskali v slovenski in tuji strokovni literaturi, in sicer s pomočjo ključnih besed »Personality disorder and mortality« in »Personality disorder and nurs\*« oziroma »Osebnostne motnje in umrljivost« in »Osebnostne motnje in zdravstvena nega«. Vključitveni kriteriji, ki smo jih uporabili, so

bili (1) iskanje vseh vrst raziskovalnih člankov med letoma 2011 in 2021, (2) uporaba naveznikov z apostrofom, (3) iskanje literature v slovenskem in angleškem jeziku ter (4) prost dostop do podatkovnih baz. Pri iskanju literature smo med ključnimi besedami v podatkovnih bazah, kot sta CINAHL in ProQuest, uporabili Boolov operater "AND".

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V diplomskem delu smo s pomočjo podatkovnih baz, ključnih besed, s števili zadetkov ter izbranimi zadetki za pregled v polnem besedilu prikazali pregled literature tabelarično tako v slovenskem kot v tujem jeziku (tabela 1). Z omenjenimi omejitvenimi kriteriji smo pridobili 126.125 rezultatov. Najprej smo pregledali vse pridobljene vire le po naslovu in izvlečku. Več rezultatov glede na postavljene omejitvene kriterije smo dobili v podatkovnih bazah Google Učenjak in Wiley Online Library. Zaradi velike količine pridobljenih virov nam vseh ni uspelo pregledati po naslovu. V Google Učenjaku smo pri prvem iskalnem nizu pregledali približno prvih 90 pridobljenih virov, pri drugem približno prvih 30, pri tretjem 16 in pri zadnjem iskalnem nizu prvih 43 virov, saj se je relevantnost virov glede na naš namen pregleda literature pri naslednjih zadetkih že izgubljala. V podatkovni bazi Wiley Online Library smo se odločili na podoben način pregledati dobljene vire, pri prvem iskalnem nizu smo pregledali prvih 80 pridobljenih virov, pri zadnjem iskalnem nizu pa le prvih 10 virov, in sicer prav tako zaradi manjše ustreznosti nadaljnjih zadetkov. V polno branje smo kasneje vključili 68 rezultatov. Nato smo v natančno branje vključili 26 rezultatov, od katerih smo dokončno uporabili 12 ustreznih člankov. S PRIZMA-diagramom (slika 2) smo iskanje literature prikazali tudi shematsko (Welch, et al., 2016).

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	»personality disorder AND mortality«	2	0
	»personality disorder AND nurs*«	28	0

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
<b>Google Učenjak</b>	»personality disorder AND mortality«	78.500	1
	»personality disorder AND nurs*«	21.900	1
	»Osebnostne motnje in umrljivost«	428	0
	»Osebnostne motnje in zdravstvena nega«	1350	0
<b>PubMed</b>	»personality disorder AND mortality«	147	4
	»personality disorder AND nurs*«	289	3
<b>COBISS</b>	»Osebnostne motnje in umrljivost«	142	0
	»Osebnostne motnje in zdravstvena nega«	501	0
<b>ProQuest</b>	»personality disorder AND mortality«	2	1
	»personality disorder AND nurs*«	0	0
<b>Wiley Online Library</b>	»personality disorder AND mortality«	22.395	2
	»personality disorder AND nurs*«	441	0
<b>Drugi viri</b>	/	/	/
<b>SKUPAJ</b>		126.125	12

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov

Za analizo izbranih virov smo uporabili tematsko analizo – ta predstavlja podoben princip dela kot odprto kodiranje pri kvalitativni vsebinski analizi empiričnega gradiva po Vogrincu (2008). Najprej smo večkrat prebrali vse vire, ki smo jih dobili pri pregledu. Sledilo je odprto kodiranje rezultatov in razprave izbranih virov, s čimer smo iz besedila oblikovali kode. Nato smo kode ponovno pregledali in vsebinsko podobne kode združevali, na koncu pa oblikovali teme (Aveyard, 2018).



### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov, ki sta jo opredelila Polit & Beck (2018) in ki vsebuje osem nivojev. Pri pregledu ocene smo ocenili pet virov, ki spadajo v nivo 1 – sistematični pregled raziskav (Bachmann, 2018; Dickens, et al., 2016; Ekeberg, et al., 2019; Paris, 2019; & Selleck, 2015). Pri nivoju 4 – posamezne kohortne prospektivne raziskave – smo ocenili tri vire (Hoye, et al., 2013; Lei-Yee Fok, et al., 2012; & Tyrer, et al., 2019), pri nivoju 6 – posamezne presečne raziskave smo – en vir (Bodner, et al., 2015), pri nivoju 7 – posamezne kvalitativne raziskave – pa smo ocenili tri vire (Agnol, et al., 2019; Holm, et al., 2011; & McGrath & Dowling, 2012).



**Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu**

(Polit & Beck, 2018)

**Tabela 2: Hierarhija dokazov**

Nivo	Število vključenih strokovnih virov	Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2018)	Viri
Nivo 1	5	Sistematični pregled	Bachmann, 2018; Dickens, et al., 2016; Ekeberg, et al., 2019; Paris, 2019; Selleck, 2015.

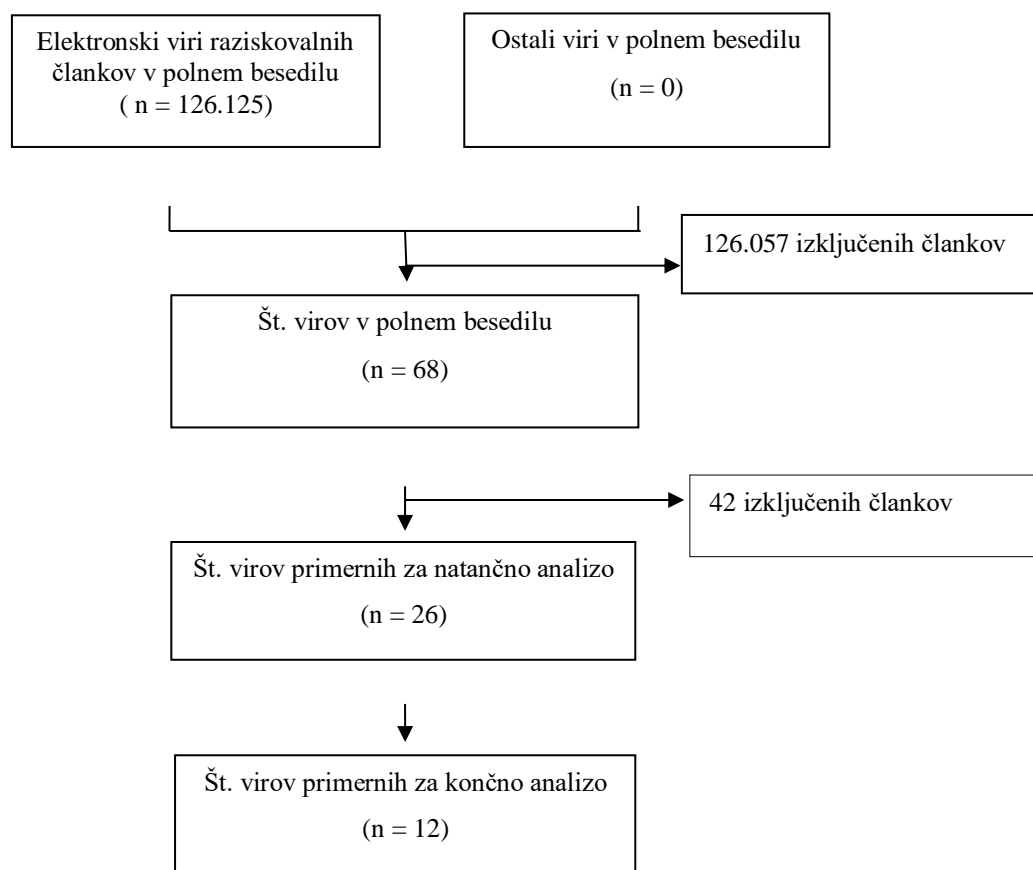
Nivo	Število vključenih strokovnih virov	Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2018)	Viri
Nivo 2	/	Posamezne randomizirane raziskave	/
Nivo 3	/	Posamezne nerandomizirane raziskave	/
Nivo 4	3	Posamezne kohortne raziskave	Hoye, et al., 2013; Lei-Yee Fok, et al., 2012; Tyrer, et al., 2019.
Nivo 5	/	Posamezne raziskave primera	/
Nivo 6	1	Posamezne presečne raziskave	Bodner, et al., 2015.
Nivo 7	3	Posamezne kvalitativne raziskave	Agnol, et al., 2019; Holm, et al., 2011; McGrath & Dowling, 2012.
Nivo 8	/	Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij	/

## 2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so rezultati prikazani vsebinsko in shematsko.

### 2.4.1 PRIZMA-diagram

Na sliki 2 smo s pomočjo PRIZMA-diagrama shematsko prikazali celoten postopek pridobivanja virov, ki smo jih uporabili v diplomskem delu. Prikazali smo potek končnega nabora pregledanih virov – izmed pridobljenih 126.125 rezultatov smo, potem ko smo upoštevali izključitvene kriterije, v pregled literature vključili 12 rezultatov.



Slika 2: PRISMA-diagram

(Welch, et al., 2016)

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje glavne ugotovitve raziskav, ki smo jih vključili v pregled literature. Navedli smo podatke o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu raziskave, vzorcu ter ključnih spoznanjih raziskave.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Agnol, et al., 2019	Ugotoviti izvedeno zdravstveno nego oseb z MOM.	Kvalitativna raziskava, polstrukturiran intervju.	Intervjuvanih je bilo sedem medicinskih sester ter osem	Za osebe z MOM je značilna impulzivnost, nestabilnost v medosebnih odnosih ter izkrivljena samopodoba. Za

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			tehnikov zdravstvene nege v starosti 21–65 let, in sicer od maja do junija 2016 v dveh psihiatričnih enotah, Brazilija.	osebe z MOM je značilno tudi samouničevalno vedenje, kot so praskanje, rezanje, sežiganje lastnega telesa ali celo izvedba samomora. Večina oseb z MOM si v resnici nima namena vzeti življenja, temveč si na ta način le izkazujejo doživeto čustveno trpljenje, ki pa se s popolnim samomorom konča v 10-% deležu. Pomembno je, da medicinske sestre izvajajo stalen nadzor oseb z MOM, da bi se zagotovila njihova varnost. Vendar pa izvajanje zdravstvene nege ni omejeno le na opazovanje oseb z MOM –izredno pomembna je tudi komunikacija in vzpostavitev medosebnega odnosa med medicinskimi sestrami in osebami z MOM, saj s tem omogočimo izmenjavo informacij, vzpostavimo empatijo in zgradimo zaupen odnos z njimi, ki je zelo pomemben za njihovo nadaljnje zdravljenje.
Bachmann, 2018	Ugotoviti umrljivost oseb pri osebnostnih motnjah,	Sistematičen pregled literature.	Vključenih 218 virov ter 194 držav.	Umrlijivost zaradi duševnih motenj je vsaj 10-krat višja v primerjavi s splošno populacijo. Zabeleženi delež vseh samomorov pri osebah z

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
	zabeleženih v procentih.			<p>duševnimi motnjami je povezan z medosebnimi odnosi, financami, diskriminacijo, nasiljem in terorjem, giblje se med 60 % in 98 %. Avtor navaja, da so pri umrljivosti oseb z duševnimi motnjami na začetku 21. stoletja najvišji delež prispevali nenaravni vzroki. Za posledicami depresije jih je življenje izgubilo okoli 30 % oseb, pri motnjah, povezanih z uživanjem snovi, 18 %, pri shizofreniji 14 % ter osebnostnih motnjah 13 %. Osebnostne motnje so konkretnije uvrščene v visoko rizično skupino, v kateri je zabeleženih 15 % bolnišničnih in skoraj 12 % samomorov zunaj bolnišnic. Pri osebah z MOM se stopnja samomorov giblje od 3 % do 9 %. Drugo največje samomorilno tveganje je povezano z narcistično osebnostno motnjo, pri kateri so zabeleženi številni poskusi samomorov, ki so bili dokončni v manj kot 5-% deležu.</p>
Bodner, et al., 2015	Ugotoviti odnos medicinskih	Kvantitativna raziskava, uporaba dveh	710 medicinskih sester v štirih psihiatričnih	Osebe z MOM za zdravstveni sistem predstavljajo izziv, saj z

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
	sester do oseb z MOM.	vprašalnikov z ocenjevalnima lestvicama.	bolnišnicah, Izrael.	osebjem negativno sodelujejo, ustvarjajo nezavedno sovražnost in nasilje, se samopoškodujejo, grozijo s samomorom, nasprotujejo osebjem, opustijo zdravstvene obravnave ali celo tožijo svoje terapevte. Naloga medicinskih sester je poznati in prepoznati težave oseb z duševno motnjo, ki so zelo pogoste, kot so na primer manipulacija z okolico, agresivnost, impulzivnost, prelaganje odgovornosti na druge ter projekcijska identifikacija, ki pomeni nezavedno projiciranje sebe, vključno z občutki, izkušnjami in funkcijami, na drugo osebo. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da imajo medicinske sestre pri zdravstveni negi težave pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa, to pa zaradi negativnega odziva do oseb z osebnostno motnjo.
Dickens, et al., 2016	Ugotoviti delo in odnos medicinskih sester do oseb z MOM.	Sistematičen pregled literature.	Vključenih 50 virov, država ni znana.	Avtorji navajajo, da se izkušnje ter znanje medicinskih sester na področju dela z osebami z MOM dokaj razlikujejo. Medicinske sestre menijo, da so osebe z MOM zelo

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>zahtevne za delo, za delo z njimi potrebujejo več izobraževanj in usposabljanj, prav tako avtorji navajajo slabši odnos medicinskih sester do oseb z MOM od preostalih zdravstvenih strokovnjakov. Odzivi medicinskih sester do oseb z MOM so včasih protiterapevtski, zato bi bilo koristno investirati v izobraževanje medicinskih sester, ki bi bile vodilne pri poučevanju, oblikovanju ter izvajanju terapevtskih okvirov, kar je bolj pomembno kot izobraževanje na podlagi dokazov o MOM.</p>
Ekeberg, et al., 2019	Ugotoviti umrljivost oseb z osebnostno motnjo in njihovo zdravstveno nego.	Sistematičen pregled literature.	Vključenih 14 virov, Švedska.	<p>Na Švedskem so osebe z osebnostno motnjo, ki so bile med letoma 1987 in 2013 hospitalizirane na psihiatričnih oddelkih, spremljali od odpusta iz psihiatričnih oddelkov do konca leta 2013. Ugotovljeno je bilo, da je samomor v tem času naredilo 7 % moških in 5 % žensk. Največje tveganje za samomor je bilo izraženo pri osebah z MOM. Ugotovljeno je bilo, da si je vsaj 75 % oseb z MOM skušalo vzeti življenje,</p>

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>približno 10 % jih je zaradi tega tudi umrlo. Medicinske sestre so odgovorne za preprečevanje samomora in resnejših oblik samopoškodovanja, zlasti pri osebah, ki zaradi duševnih motenj slabše funkcionirajo. Ocenjevanje duševnega stanja osebe v času čustvene razburjenosti je izjemno zahtevno delo, zato je ključni korak za uspešno sodelovanje osebe z duševno motnjo razumevanje in vrednotenje njenih subjektivnih izkušenj.</p>
Holm, et al., 2011	Ugotoviti, kako je proces okrevanja olajšal spremembe v samomorilnem vedenju pri osebah z diagnozo MOM.	Kvalitativna raziskava, nestrukturiran intervju.	13 žensk z diagnozo MOM, Norveška.	MOM je opisana kot duševna motnja z največjo stopnjo samomorov, ki se giblje od 3 % do 9,5 %, kar je skoraj 50-krat več v primerjavi s splošno populacijo. Večina udeleženk je v mladostniških časih preživljala težko obdobje, zlorabljele so tudi droge in alkohol. Nekatere so bile zaradi samomorilnega stanja tudi neprostoVOLjno hospitalizirane. Medicinske sestre samomorilnim osebam z duševno motnjo nudijo potrebno podporo za zagotovitev čustvene in fizične varnosti, s čimer jim pomagajo raziskati in



Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				prepoznati, kaj storiti na področju sprememb za olajšanje in krepitev upanja pri okrevanju.
Hoye, et al., 2013	Ugotoviti, umrljivost oseb z osebnostno motnjo v primerjavi s splošno populacijo in njihovo pričakovano življenjsko dobo.	Kvantitativno-kohortna raziskava.	V raziskavo je bilo skupno vključenih 573 oseb z diagnozo osebnostne motnje, Švedska, Danska, Norveška in Finska.	Ugotovitve kažejo, da je umrljivost zaradi nenaravnih vzrokov pri osebah z osebnostno motnjo 3–4-krat večja v primerjavi s splošno populacijo. Prav tako je pričakovana življenjska doba oseb z osebnostno motnjo krajša v primerjavi s splošno populacijo. Glavni razliki med spoloma sta višja standardizirana stopnja umrljivosti naravnih vzrokov pri moških kot pri ženskah ter zelo visoka umrljivost zaradi samomora pri ženskah.
Lei-Yee Fok, et al., 2012	Ugotoviti pričakovano življenjsko dobo oseb z osebnostno motnjo.	Kvantitativno-kohortna raziskava.	Vključenih 30 virov, Velika Britanija.	Osebnostna motnja je za zdravstveno obravnavo eno najtežjih psihiatričnih stanj. Znano je, da imajo osebe z osebnostno motnjo visoko tveganje za povečano umrljivost tako zaradi naravnih kot tudi nenaravnih vzrokov. Osebe z osebnostno motnjo lahko pričakujejo krajšo življenjsko dobo v primerjavi s svojimi vrstniki med splošno populacijo. Ugotovljeno je, da moški izgubijo v povprečju okoli

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				17,7 let, ženske pa okoli 18,7 let življenja. Njihova umrljivost je bila kar do 4-krat večja kot pri splošni populaciji, tveganje za umrljivost pa pri mlajših osebah z osebnostno motnjo do 10-krat večje.
McGrath & Dowling, 2012	Ugotoviti interakcije diplomiranih medicinskih sester in njihovo empatijo do oseb z MOM.	Kvalitativna raziskava, polstrukturiran intervju.	17 diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na psihiatriji, Irska.	Medicinske sestre na področju psihiatrije pogosto skrbijo za osebe z MOM. Ta je najpogostejša duševna motnja med osebnostno motnjo, za katero je, v primerjavi s preostalimi duševnimi motnjami, kot sta na primer shizofrenija in bipolarna motnja, značilna visoka incidenca. Samomorilno ali samopoškodovalno vedenje je eno od ključnih diagnostičnih meril za MOM, obvladovanje in okrevanje te motnje pa je lahko zahtevno in zapleteno. Mnogi strokovnjaki menijo, da je s takšnimi osebami težko komunicirati, jih obravnavati, saj lahko vedenje oseb z MOM negativno vpliva na medosebne odnose, vključno z medicinskimi sestrami. V raziskavi sta bila postavljena dva scenarija. Pri prvem so

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				osebe z MOM izrazile: »Želim si, da bi mi osebje kar pustilo, da se ubijem – to je najbolj koristna stvar, ki jo lahko storijo«, pri drugem scenariju pa »Nimate pojma, kako se počutim. Želim si umreti, kaj sploh lahko storite?«. Pri merjenju povprečne ravni empatije medicinskih sester 9 od 17 medicinskih sester, v primerjavi med scenarijema, ni spremenilo svoje splošne ravni empatije.
Paris, 2019	Raziskati samomorilnost pri osebah z MOM ter povprečno starost oseb ob izvedbi samomora.	Sistematičen pregled literature.	Vključenih 50 virov, Kanada.	Raziskava kaže, da se samomorilnost pri osebah z MOM pojavlja v deležu do 10 %. V prospektivnih spremljanih kohortah pa so zabeležili nižje stopnje, od 3 % do 6 %, vendar se umrljivost pogosteje pojavlja pri osebah z MOM po daljši neuspešni zdravstveni obravnavi. Ugotovljeno je bilo, da je samomorilnost pri mladostnikih z visoko stopnjo samomorilnega vedenja bolj zaskrbljujoča. Pri večini oseb z MOM se stanje sčasoma izboljša, tisti, ki si ne opomorejo, pa navadni prezgodaj umrejo zaradi samomora. Raziskava 15-letnega spremljanja je

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pokazala, da je povprečna starost oseb, ki so naredili samomor, 30 let, 27-letno spremljanje pa je pokazalo povprečno starost 37 let.
Selleck, 2015	Ugotoviti lastnosti dela medicinskih sester z osebami z MOM.	Sistematičen pregled literature.	82 vključenih virov, Kalifornija.	Medicinske sestre so pri delu z osebami z MOM previdne, saj lahko pride do komplikacij, kot so pojav psihoz, samomorov ali kombinacija obojega. Zagotavljanje varnosti oseb z MOM vključuje natančno oceno samopoškodovanja, samomorilnih misli, možnosti za impulzivno vedenje ter grozeče vedenje. Zdravstvena obravnava oseb z MOM je v bolnišnični enoti potrebna, kadar so osebe nevarne sebi ali drugim in kadar resnost njihovih simptomov privede do motenj v družini, službi in drugih življenjskih okoliščinah.
Tyrer, et al., 2019	Raziskati prežgodnjo umrljivost pri osebah z osebnostno motnjo.	Kvantitativno-kohortna raziskava.	31-letna kohortna raziskava anksioznih in depresivnih oseb, ki so jim na začetku ocenili tudi status osebnostne motnje, Anglija.	V raziskavi je od kohorte 201 umrlo 71 oseb. Starost ob smrti je bila pri pacientih z osebnostno motnjo, v primerjavi s tistimi, ki osebnostne motnje nimajo, okoli 5,1 let nižja pri moških ter 5,2 let nižja pri ženskah.. Avtor navaja, da samomorilno dejanje pri

Avtor, leto objave	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				osebah z osebnostno motnjo ni povezano s prezgodnjo umrljivostjo, z izjemo MOM, pri kateri je samomor 4- krat pogostejši kot pri preostalih oblikah osebnostnih motenj.

V tabeli 4 je predstavljena analiza virov. S postopkom odprtega kodiranja (Vogrinc, 2008) smo identificirali kode, ki smo jih razdelili na dve osrednji temi, *umrljivost oseb z osebnostno motnjo* ter *značilnost dela medicinskih sester z osebami z osebnostno motnjo*. Temo *umrljivost oseb z osebnostno motnjo* smo zaradi lažje razumljivosti razdelili v dve podtemi, in sicer *umrljivost oseb z MOM in narcistično osebnostno motnjo* in *splošna umrljivost oseb z osebnostno motnjo*. Kode so se najbolj gostile v temi *značilnost dela medicinskih sester z osebami z osebnostno motnjo*.

**Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah**

Teme	Pod teme	Kode	Avtorji
UMRLJIVOST OSEB Z OSEBNOSTNO MOTNJO	Umrljivost oseb z MOM in narcistično osebnostno motnjo.	Osebe z MOM so naredile samomor v 10 % deležu – stopnja samomorov pri osebah z MOM se giblje od 3 % do 9 % – 75 % oseb z MOM je skušalo narediti samomor, 10 % oseb je samomor dokončno naredilo – samomor je pri MOM 4-krat pogostejši – narcistična osebnostna motnja ima zabeleženih manj kot 5 % dokončno narejenih samomorov.  Kod = 5	Agnol, et al., 2019; Bachmann, 2018; Holm, et al., 2011; Ekeberg, et al., 2019; Paris, 2019; Tyrer, et al., 2019.
	Splošna umrljivost oseb z osebnostno motnjo.	Osebnostne motnje spadajo v visoko rizično skupino, v kateri je zabeleženih 15 % bolnišničnih ter skoraj 12 % samomorov zunaj bolnišnic – na Švedskem je 7 % moških in 5 % žensk z osebnostno motnjo po odpustu iz psihiatrične	Bachmann, 2018; Ekeberg, et al., 2019; Hoyer, et al., 2013; Lei- Yee Fok, et al., 2012.

Teme	Pod teme	Kode	Avtorji
		bolnišnice naredilo samomor – osebe z osebnostno motnjo imajo, v primerjavi s splošno populacijo, 3–4-krat večjo umrljivost zaradi nenaravnih vzrokov.  Kod = 3	
ZNAČILNOST DELA MEDICINSKIH SESTER Z OSEBAMI Z OSEBNOSTNO MOTNJO	/	Zdravstvena nega oseb z MOM– medosebni odnosi– stalen nadzor– ustrezna komunikacija– empatija– zaupanje– zahtevno delo medicinskih sester– izkušnje medicinskih sester– prepoznavanje težav oseb z duševno motnjo– izobraževanje medicinskih sester– slab odnos medicinskih sester– ocenjevanje duševnega stanja– sodelovanje oseb z duševno motnjo– podpora– varnost– previdnost pri delu– ocenjevanje tveganja– terapijski odnos– preprečevanje samomora  Kod = 19	Agnol, et al., 2019; Ekeberg, et al., 2019; Bodner, et al., 2015; Dickens, et al., 2016; Lei-Yee Fok, et al., 2012; McGrath & Dowling, 2012; Selleck, 2015.

## 2.5 RAZPRAVA

Znano je, da osebe z duševnimi motnjami umirajo prezgodaj – razlogi so navadno slabo fizično zdravje, nezdrav življenjski slog, škodljive fiziološke posledice dolgotrajnega uživanja psihotropnih zdravil, pa tudi zaradi povečane umrljivosti, kot so na primer samomori, nesreče in umori. Lei-Yee Fok in sodelavci (2012) navajajo, da so duševne motnje dokazane kot dejavnik tveganja za povečano umrljivost oseb in da se razlikujejo glede na vrsto duševnih motenj, pri čemer uživanje substanc predstavlja še posebej visoko tveganje za invalidnost in prezgodnjo umrljivost oseb. Osebnostne motnje so ene izmed duševnih motenj, pri katerih je tveganje za prezgodnjo smrt oseb posebno veliko, zato predstavljajo globalni zdravstveni problem (Tyrer, et al., 2019). Lei-Yee Fok in sodelavci (2012) navajajo, da lahko osebe z osebnostno motnjo pričakujejo tudi krajšo življenjsko dobo v primerjavi s svojimi vrstniki v splošni populaciji, pri čemer moški izgubijo okoli 17,7 let, ženske pa okoli 18,7 let življenja. Ugotovljeno je bilo tudi 10-krat večje tveganje umrljivosti pri mlajših osebah z osebnostno motnjo.

Za osebnostno motnjo je značilna izrazita impulzivnost in nestabilnost v medosebnih odnosih, samopodobi in afektu. Pri osebah z osebnostno motnjo je pogosto prisotno samopoškodovalno vedenje, na primer rezanje, praskanje, sežiganje lastnega telesa, obenem pa tudi ter visoki deleži poskusov samomora, ki so dejansko tudi izvedeni, zato za osebe z osebnostno motnjo velja visoka umrljivost in posledično krajša življenjska doba v primerjavi s preostalo splošno populacijo. McGrath in Dowling (2012) navajata, da je pojavnost osebnostnih motenj v klinični praksi zelo pogosta, najpogostejša oblika pa je MOM, za katero je poleg impulzivnega vedenja, izkrivljene samopodobe, nestabilnih medosebnih odnosov in samomorilnih nagnjenj značilno tudi nestabilno čustvovanje, motnja identitete, strah pred namišljeno oziroma nenamišljeno zapustitvijo itd. McGrath in Dowling (2012) navajata, da medicinske sestre za osebe z MOM pogosto skrbijo tako v bolnišnici kot tudi v skupnosti. MOM ima višjo incidenco pojavljanja od preostalih duševnih motenj, kot sta na primer shizofrenija ali bipolarna motnja. McGrath in Dowling (2012) navajata tudi, da 15–20 % oseb v psihiatričnih bolnišnicah ter 10 % oseb v ambulantnih obravnavah izpolnjuje diagnostična merila za diagnosticiranje MOM. V Angliji je bila izvedena 31-letna kohortna raziskava (Tyrer, et al., 2019) med anksioznimi in depresivnimi osebami z duševno motnjo, ki so jim na začetku ocenili tudi prisotnost osebnostne motnje. Tyrer in sodelavci (2019) navajajo, da je v raziskavi v obdobju 31 let od kohorte 201 umrlo 71 oseb z duševno motnjo. Starost ob smrti oseb z osebnostno motnjo v primerjavi z osebami, ki osebnostne motnje nimajo diagnosticirane, navajajo kot približno 5,1 let nižjo pri moških ter 5,2 let nižjo pri ženskah. Samomorilno vedenje pri osebah z osebnostno motnjo ni povezano s prezgodnjo umrljivostjo oseb, izjema pa je MOM, pri čemer je samomor 4-krat pogostejši kot pri preostalih duševnih motnjah. Ta raziskava (Tyrer, et al., 2019) ne potrjuje hipoteze, da je prezgodnja umrljivost oseb z osebnostno motnjo neodvisna od stanja duševnega zdravja.

Poskusi samomora so vključeni v širšo definicijo samopoškodovanja z namenom smrti ali brez (Hoye, et al., 2013). Hoye in sodelavci (2013) navajajo, da sta namerno samopoškodovanje in samomor pogosto zabeležena pri mlajših osebah z diagnozo MOM, pri čemer je njihova povprečna starost ob dokončanem samomoru od 30 do 37 let. Avtor Bachmann (2018) trdi, da so, v svetovnem merilu, samomori pri osebah, starih od 15 do

29 let, drugi vodilni vzrok prezgodnje umrljivosti, pri osebah, starih od 15 do 44 let, pa tretji. Leta 2015 je bilo 78 % samomorov zabeleženih v državah z nizkimi in srednje nizkimi dohodki. Delež vseh opravljenih samomorov pri osebah z duševno motnjo se giblje med 60 % in 98 % in v večini so povezani z medosebnimi odnosi, financami, diskriminacijo, nasiljem in terorjem. Bachmann (2018) trdi, da je umrljivost oseb z duševno motnjo v primerjavi s splošno populacijo vsaj 10-krat višja, prav tako navaja, da je bila na začetku 21. stoletja zabeležena najvišja umrljivost oseb z duševnimi motnjami zaradi nenaravnih vzrokov. Osebnostne motnje so uvrščene v visokorizično skupino, v kateri je zabeleženih 15 % bolnišničnih in skoraj 12 % samomorov zunaj bolnišnic. Za drugo največje samomorilno tveganje velja narcistična osebnostna motnja, pri kateri so ugotovljeni številni poskusi samomorov, ki so se nato dokončno izvedli v manj kot 5-% deležu (Bachmann, 2018). Avtor Coleman s sodelavci (2017) navaja, da je narcistična osebnostna motnja povezana z večjim tveganjem za samomor od preostalih osebnostnih motenj. Tudi Hoye in sodelavci (2013) navajajo, da so za osebe z osebnostno motnjo zaradi samomorov, nesreč in zlorabe substanc značilne visoke stopnje umrljivosti, najvišja umrljivost pa je bila ugotovljena pri osebah z diagnozo MOM, od katerih je približno 10 % oseb naredilo samomor. Avtorja Holm in Severinsson (2011) navajata, da je MOM ocenjena kot duševna motnja z največjim tveganjem za samomor, in sicer s stopnjo samomorov od 3 % do 9,5 %, kar je v primerjavi s splošno populacijo skoraj 50-krat več, medtem ko Bachmann (2018) navaja, da imajo osebe z MOM zabeleženo stopnjo samomorov od 3 % do 9 %. Glede na stopnjo samomorilnosti splošne populacije in krajše bivanje v bolnišnici avtor Bachmann (2018) trdi, da se je stopnja samomorov v bolnišnici v zadnjem času povečala, zato moramo posebno pozornost nameniti osebam, odpuščenim iz bolnišnične zdravstvene obravnave, največ pozornosti nameniti v času od 4 do 12 tednov zatem, saj se stopnja samomorov takrat poveča.

Na Švedskem je bila izvedena raziskava (Ekeberg, et al., 2019), v kateri so spremljali osebe z osebnostno motnjo, hospitalizirane na psihiatričnih oddelkih med letoma 1987 in 2013 – in sicer od odpusta iz psihiatrične bolnišnice do konca leta 2013. Ekeberg in sodelavci (2019) navajajo, da so se nekatere osebe z duševno motnjo v tem času hudo samopoškodovale ali celo poskušale izvesti samomor. Nekatere osebe, 5 % moških in 7 % žensk, so samomor tudi naredile. Osebam, ki imajo kronično samomorilno nagnjenje,



se pogosto diagnosticira MOM. Ugotovljeno je bilo največje samomorilno tveganje, saj je 75 % oseb z MOM poskusilo narediti samomor, približno 10 % oseb je zaradi samomora tudi umrlo (Ekeberg, et al., 2019). To potrjujejo tudi Hoyer in sodelavci (2013), ki navajajo, da so večkratni poskusi samomora in samopoškodovanja pri osebah z diagnozo MOM zelo pogosti, saj jih od 60–70 % poskusi narediti samomor v času zdravstvene obravnave. Akutna situacija, ki je potencialno življenjsko ogrožajoča, kot je na primer veliko tveganje za samomor osebe, lahko privede do hospitalizacije, vendar je smernice ne priporočajo. V praksi je podskupina pogosto hospitalizirana za daljše časovno obdobje.

Holm in Severinsson (2011) navajata pomembno ugotovitev, da so osebe z MOM nagnjene k samomorilnemu vedenju, ko izpolnjujejo merila za depresijo. Čeprav v tej raziskavi depresija ni trajala daljše časovno obdobje, so osebe kljub temu trpele zaradi nihanj razpoloženja, kar lahko razlagamo kot odziv na nekatere življenjske dogodke. To potrujeta avtorja Holm in Severinsson (2011), ki navajata, da je najpogostejši razlog za izvedbo samomora pobeg iz določenih situacij v stiski. Samopoškodovanje, kot sta na primer rezanje ali sežiganje, se ne sme nujno obravnavati kot samomorilno vedenje. V raziskavi Holm in Severinsson (2011) je bilo obravnavanih 13 udeleženk, diagnosticiranih z MOM – vse so opisale izkušnjo samomorilnega vedenja, 11 udeleženk pa je s samomorilnim vedenjem nadaljevalo v času krize. Večina udeleženk je imela v svojih mladostniških letih težko obdobje, prav tako so vse razen ene udeleženke zlorabliale alkohol in/ali droge. Izpostavljene so bile tudi različnim oblikam nasilja svojih skrbnikov, tri udeleženke so poročale o zlorabah, ki so jih utrpele od drugih moških. Nekatere so bile v mladosti tudi neprostovoljno hospitalizirane. Iz tega lahko zaključimo, da so imele udeleženke zelo težko obdobje in travmatično mladostništvo, povezano s samomori.

Na Danskem, Švedskem, Finskem in Norveškem je bila izvedena raziskava (Hoyer, et al., 2013), v katero je bilo vključenih 573 oseb z diagnozo osebnostne motnje. Več kot 40 % od vseh udeležencev je imelo v času raziskave mejno ali čustveno nestabilno osebnostno motnjo. Rezultati raziskave (Hoyer, et al., 2013) kažejo, da umrljivost zaradi naravnih vzrokov ni bila statistično višja pri ženskah v primerjavi s splošno žensko populacijo,

medtem ko je pri moških ugotovljeno trikratno povečano tveganje za smrt zaradi naravnih vzrokov. V norveški raziskavi (Hoye, et al., 2013), v kateri je bila analizirana umrljivost oseb po samozastrupitvi v bolnišnici, je bila ugotovljena standardizirana stopnja umrljivosti oseb zaradi samomora z vrednostmi 17,8 za moške ter 46,4 za ženske. Hoye in sodelavci (2013) navajajo, da imajo osebe z osebnostno motnjo 3–4-krat večjo umrljivost zaradi nenaravnih vzrokov v primerjavi s splošno populacijo, medtem ko Lei-Yee Fok in sodelavci (2012) navajajo, enako stopnjo umrljivosti, vendar zraven sodijo tudi naravni vzroki smrti. Ugotovljena je bila tudi krajša življenjska doba oseb z osebnostno motnjo v primerjavi s splošno populacijo. Glavni razliki med spoloma sta višja standardizirana stopnja umrljivosti naravnih vzrokov pri moških kot pri ženskah ter zelo visoka umrljivost zaradi samomora pri ženskah.

Paris (2019) navaja, da so za osebnostne motnje značilni abnormalni vzorci vedenja, ki vplivajo na čustva, kognicijo, medosebne odnose ter nadzor impulzov in lahko vodijo v dolgotrajne stiske ali okvare, ki se lahko pojavijo v adolescenci ali zgodnji odrasli dobi. Paris (2019) navaja, da imajo osebe z MOM v življenju povprečno tri poskuse samomora, večinoma zaradi predoziranja. Agnol s sodelavci (2019) in Paris (2019) navajajo, da osebe z MOM, ki se samopoškodujejo, v resnici nimajo namena in želje po smrti, vendar si na ta način izkazujejo in lajšajo čustveno trpljenje, ki se s popolnim samomorom konča v 10-% deležu. V prospektivnih kohortah (Paris, 2019) so zabeležili nižje stopnje umrljivosti, od 3 % do 6 %, ugotovljeno je bilo, da se umrljivost oseb pogosto pojavlja pri osebah po daljši neuspešni zdravstveni obravnavi (Paris, 2019). Samomorilnost je bolj zaskrbljujoča pri mladostnikih z visoko stopnjo samomorilnega vedenja. Večina oseb si sčasoma opomore, tisti, ki se jim stanje sčasoma ne izboljša, običajno umrejo zaradi samomora. Raziskava 15-letnega spremljanja je pokazala, da povprečna starost oseb ob izvedenem samomoru znaša 30 let, raziskava 27-letnega spremljanja pa je navedla povprečno starost 37 let. Veliko oseb z duševno motnjo je hospitaliziranih po poskusu ali grožnji s samomorom. Medicinske sestre se želijo temeljito prepričati o potrebi hospitalizacije, vendar pomanjkanje podatkov lahko preprečuje sklepanje, ali je hospitalizacija oseb z duševno motnjo res učinkovita metoda za preprečevanje samomorov. Paris (2019) navaja, da sprejem v bolnišnico samomorilnim osebam

zagotavlja le začasno olajšanje, večina oseb ima po odpustu iz bolnišnice še vedno samomorilne misli in ideje.

Lei-Yee Fok in sodelavci (2012) navajajo, da je zdravstvena nega oseb z osebnostno motnjo opredeljena kot ena najtežjih duševnih motenj, ki ima velik gospodarski vpliv na splošne zdravstvene storitve in specifične storitve na področju duševnega zdravja. Agnol in sodelavci (2019) navajajo, da je v času hospitalizacije pomemben že prvi stik z osebo z duševno motnjo ob sprejemu, pri čemer mora imeti medicinska sestra sposobnost poslušanja osebe, razumevanja, potrpežljivosti, naklonjenosti ter opazovanja pogostih sprememb v njihovem razpoloženju in vedenju. Osebe z MOM za zdravstveni sistem predstavljajo izziv, saj negativno sodelujejo z osebjem, jim nasprotujejo, grozijo s samomorom, ustvarjajo sovražnost in nasilje. Po drugi strani jih medicinske sestre doživljajo kot težke, manipulativne, slabe in celo ne kot bolne (Bodner, et al., 2015). Tudi v raziskavi Agnol in sodelavci (2019) so bili ugotovljeni predsodki in pomanjkljivo znanje medicinskih sester o osebah z MOM. Agnol in sodelavci (2019) navajajo, da so čustveno nestabilni, manipulativni, impulzivni ter da so lažnivci, ki le skušajo pritegniti njihovo pozornost.

Avtorji (McGrath & Dowling, 2012; Ekeberg, et al., 2019; Agnol, et al., 2019) navajajo, da je osebe z osebnostno motnjo in MOM težje obravnavati, saj so njihove reakcije lahko nepredvidljive in povzročijo nesporazume in konflikte. Prav tako je komunikacija s temi osebami izredno zahtevna, opisujejo jo celo kot »težavno«, medicinske sestre imajo težave pri izražanju empatije in ohranjanju zaupljivega medosebnega odnosa. Vedenje oseb z osebnostno motnjo lahko negativno vpliva na medosebne odnose. Medicinske sestre imajo pri zdravstveni negi oseb z osebnostno motnjo težave pri vzpostavljanju terapevtskega, medosebnega in zaupnega odnosa prav zaradi negativnega odziva do njih, zato je pomembno, da so pri situacijah med hospitalizacijo potrpežljivi in fleksibilni (Bodner, et al., 2015; Agnol, et al., 2019). Holm in Severinsson (2011) navajata, da se medicinskim sestram ni treba počutiti nemočne in pesimistične pri obravnavi oseb z MOM in s samomorilnim vedenjem, saj je raziskava odkrila številne skrite prednosti pri osebah, ki jih medicinske sestre negujejo.

Agnol in sodelavci (2019) navajajo, da sta pri izvajanju zdravstvene nege oseb z MOM vzpostavitev medosebnega odnosa in komunikacija zelo pomembni, saj s tem omogočimo razumevanje in izmenjavo informacij, prav tako pa vzpostavimo empatijo in zgradimo zaupen odnos, ki je ključen za nadaljnje zdravljenje oseb z MOM. Zdravstvena nega pri osebah z MOM ne igra več svoje vloge v celoti – zaradi nekritičnega pristopa do te populacije oseb z duševno motnjo – zato sprememba paradigme v oskrbi za ose z MOM za zdravstvene delavce predstavlja izziv.

V Izraelu osebe z MOM niso prepoznane kot osebe z duševno motnjo in zaradi problematičnosti te motnje jih vodstvo bolnišnic ne vidi kot primerne za nujno hospitalizacijo, še posebej ne dolgotrajno hospitalizacijo. Običajno jih sprejmejo zaradi akutne krize, vendar so zaradi hitre stabilizacije odpuščeni v nadaljnjo obravnavo in spremljanje v skupnosti (Bodner, et al., 2015). V Izraelu je sprejem na zaprti psihiatrični oddelek običajno prostovoljen, saj je nujna hospitalizacija rezervirana samo za osebe s psihozo in za tiste, ki so agresivni in imajo samomorilna nagnjenja. Naloge medicinskih sester pri osebah z MOM so prepoznavanje pogostih težav, kot so na primer manipulacija z okolico, projekтивna identifikacija, agresivnost, impulzivnost ter prelaganje odgovornosti (Bodner, et al., 2015).

Samopoškodovanje in samomorilno vedenje sta dve izmed pogostih težav pri osebah z MOM, obvladovanje in okrevanje pa je v tem primeru lahko zelo zahtevno in zapleteno (McGrath & Dowling, 2012). V raziskavi (McGrath & Dowling, 2012) je bila izvedena delavnica, katere namen je bil razviti praktične veščine medicinskih sester pri izvajanju načrta zdravstvene obravnave, obenem pa tudi, da bi postali bolj pozitivno naravnani pri delu z osebami z MOM. Po izvedeni delavnici sta se samozavest in pripravljenost za delo z osebami z omenjeno diagnozo statistično izboljšali. McGrath in Dowling (2012) navajata, da določene smernice priporočajo nadzor medicinskih sester pri delu, saj bi s tem pridobili možnosti za reševanje neprijetnih izkušenj, ki nastanejo pri oskrbi oseb z MOM, hkrati pa tudi možnost preprečiti izgorelost. Raziskave kažejo, da boljše razumevanje zapletenosti MOM lahko pomaga medicinskim sestram, da se odzovejo terapevtsko, brez jeze, strahu ali frustracije. Ugotovljeno je, da imajo medicinske sestre s pozitivnim odnosom do oseb z MOM tudi občutek moralne zavezanosti, so medsebojno

bolj spretne in med konfliktom so sposobne ostati v razumnem stanju, znajo pa tudi uporabiti znanje, ki ga imajo na področju osebnostnih motenj. Tudi Dickens in sodelavci (2016) ugotavljajo, da je delo z osebami z MOM za medicinske sestre izjemno zahtevno. Znanje in izkušnje medicinskih sester se med seboj zelo razlikujejo, prav tako poročajo, da se jim osebe z MOM zdijo zahtevne za delo, a imajo veliko potrebo po usposabljanju in izobraževanju. Navajajo tudi slabši odnos do oseb z MOM od preostalih strokovnjakov in diagnostičnih skupin. Dickens s sodelavci (2016) navaja tudi protiterapevtske odzive medicinskih sester do oseb z MOM, na primer antidepresive, ki naj ne bi bili učinkoviti pri osebah z MOM, zato bi bilo koristno več vlagati v izobraževanje medicinskih sester, ki bi bile vodilne pri poučevanju, oblikovanju in izvajanju terapevtskih okvirov.

Dickens s sodelavci (2016) poudarjajo, da bi medicinske sestre morale izvajati enakovredno ter spoštljivo zdravstveno nego, poleg tega pa Ekeberg s sodelavci (2019) navaja, da bi zdravstvena nega morala temeljiti na odgovornosti medicinskih sester pri preprečevanju resnejših oblik samopoškodovanja in izvedbe samomora, zlasti pri osebah z duševno motnjo, ki slabše funkcionirajo. Izjemno zahtevno delo je ocenjevanje oseb z motnjo duševnega stanja, posebej v času njihove čustvene razburjenosti. Za uspešno sodelovanje oseb z duševno motnjo je pomembno ugotavljanje situacije, vrednotenje njihovih subjektivnih izkušenj ter razumevanje osebe in njihovega duševnega stanja.

Zdravstvena obravnava oseb z duševno motnjo v bolnišnični enoti je potrebna, kadar so osebe nevarne sebi ali drugim oziroma ko resnost njihovih stanj privede do težav v družini, službi in drugih življenjskih okoliščinah. Medicinske sestre morajo biti pri delu z osebami z MOM previdne in izvajati nadzor, saj njihovo stanje lahko privede do psihoz, samomora ali kombinacije obojega (Selleck, 2015). Ena izmed nalog medicinskih sester je tudi zagotovitev fizične in čustvene varnosti samomorilnim osebam ter nudenje čustvene podpore, s čimer osebam z duševno motnjam pomagajo raziskati in prepoznati dejavnike na področju sprememb ter jim olajšati upanje pri okrevanju (Holm in Severinsson, 2011). Zagotavljanje varnosti oseb z MOM je ključnega pomena in zahteva natančno oceno tveganja samopoškodovanja, samomorilnih misli, možnosti za impulzivno in grozeče vedenje. Pri delu medicinskih sester z osebami z MOM je bistvenega pomena spremljanje njihovih kontratransfernih reakcij. Delo s takšnimi osebami zahteva večjo stopnjo samorefleksije, saj so lahko osebe z duševno motnjo v eni

minuti idealizirajoče, v naslednji pa neizprosne v lastni jezi in kritičnosti. Ugotovljeno je, da lahko medicinske sestre učinkovito sodelujejo le z ohranitvijo prilagodljivih metod do oseb z MOM (Selleck, 2015).

### 2.5.1 Omejitve pregleda literature

Pri omejitvah pregleda literature bi omenili, da gre pri obravnavi problematike za zelo zahtevno področje raziskovanja. Medicinskim sestram je vsakdanje fizično delo z osebami z osebnostno motnjo zelo zahtevno in tudi nerazumljivo. Na dodiplomski ravni nismo bili deležni veliko izobraževalnih vsebin s tega področja, zato je bilo tudi meni kot raziskovalki to področje težje razumljivo. Pri pregledu literature je tako lahko prišlo tudi do kakšnih pomanjkljivosti. Pri pregledu literature smo imeli zelo široke iskalne nize, kar je pomenilo velik obseg dela.

### 2.5.2 Priporočila za delo

Osebe z osebnostno motnjo so za medicinske sestre v zdravstveni negi zelo zahtevna populacija. Iz pregleda literature smo ugotovili, da so osebe z osebnostno motnjo stigmatizirane, medicinske sestre jih vidijo kot manipulatorje in lažnivce, ki le skušajo pritegniti njihovo pozornost. Zaradi težav pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa ugotavljamo tudi negativen odziv medicinskih sester do oseb z duševnimi motnjami. Izpostavljena je bila otežkočena komunikacija med medicinskimi sestrami in osebami z duševnimi motnjami ter neprimerno vedenje oseb z osebnostno motnjo, kar negativno vpliva tudi na medosebne odnose z medicinskimi sestrami.

Za medicinske sestre priporočamo večje vključevanje v obravnavo oseb z osebnostno motnjo, izobraževanje na področju zdravstvene nege, razširitev znanj na področju duševnih motenj in psihiatrije, razumevanje in potrpežljivost do oseb z osebnostno motnjo, izobraževanje na področju ustrezne komunikacije, vzpostavitve empatičnega in zaupnega odnosa ter izvajanje celostne, enakovredne in spoštljive zdravstvene nege do vseh oseb z osebnostno motnjo.

### 3 ZAKLJUČEK

Osebnostne motnje so opredeljene kot ene izmed najtežjih psihiatričnih stanj za zdravstveno obravnavo. Pri zdravstveni obravnavi oseb z osebnostno motnjo je ključnega pomena vzpostavitev profesionalnega in zaupnega odnosa, saj se pogosto posega v njihovo intimo. Zelo pomembna je tudi vzpostavitev ustrezne komunikacije in medosebnega odnosa, saj s tem omogočimo izmenjavo informacij in pridobimo zaupanje oseb z osebnostno motnjo, kar je ključni korak za njihovo nadaljnje zdravljenje.

Osebnostne motnje spadajo v visokorizično skupino, velikokrat pride do različnih oblik samopoškodovanja in samomorov, zato morajo medicinske sestre pravočasno oceniti stanje oseb, opazovati, predvideti in preprečiti nevarne situacije, do katerih lahko pride. Medicinskim sestram se delo z osebami z osebnostno motnjo zdi zelo zahtevno in naporno. Znanje in izkušnje medicinskih sester pri obravnavi oseb z osebnostno motnjo se med seboj zelo razlikujejo, želijo si dodatnih usposabljanj in izobraževanj na tem področju. Pri osebah z osebnostno motnjo je bila ugotovljena krajša življenjska doba v primerjavi s splošno populacijo, pri čemer osebe izgubijo okvirno približno 18 let življenja. Pri osebah z MOM je bila ugotovljena najvišja umrljivost zaradi samopoškodovanja. Ugotovljeno je bilo, da si večina oseb v resnici nima namena vzeti življenja, vendar si s samopoškodovalnim vedenjem izkazujejo čustveno trpljenje, ki pa se s samomorom vendarle konča v 10-% deležu. Ugotavljamo, da se v zadnjem času povečuje stopnja samomorov v bolnišnicah, zato je treba posebno pozornost nameniti osebam po odpustu iz bolnišnice, predvsem do 12 tednov zatem, saj se stopnja samomorov v tem času še dodatno poveča.

## 4 LITERATURA

Agnol, E.C.D., Meazza, S.G., Noeremberg Guimaraes, A., Vendruscolo, C. & Testoni, A.K., 2019. Nursing care for people with borderline personality disorder in the Freirean perspective. *Revista gaucha de enfermagem*, 40(1), pp. 1-8.

American Psychiatric Association, 2018. *What are personality disorders?* [online] Available at: <https://psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders> [Accessed 6 Marec 2021].

Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausin, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Roch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Munoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, AB., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider, K., Wittchen, H. & Harter, M., 2018. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis\_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), pp. 125-131.

Aveyard, H., 2018. *Doing a literature review in health and social care*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education: Open University Press.

Avguštin Avčin, B. & Konečnik, N., 2013. Generalizirana anksiozna motnja. *Zdravniški vestnik*, 82(9), pp. 580-588.

Bachmann, S., 2018. Epidemiology of suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), p. 1425.

Bjorkenstam, E., Bjorkenstam, C., Holm, H., Gerdin, B. & Ekselius, L., 2018. Excess cause-specific mortality in patient treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population based study. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), pp. 339-345.



Blazinšek, U., 2016. *Seznanjenost medicinskih sester z mejno osebnostno motnjo v psihiatričnih bolnišnicah in prehospitarnih enotah: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. & Iancu, I., 2015. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15(1), pp. 2-12.

Coleman, D., Lawrence, R., Parekh, A., Galfalvy, H., Blasco-Fontecilla, H., Brent, D.A., Mann, J.J., Baca-Garcia-E. & Oquendo, M.A., 2017. Narcissistic Personality Disorder and suicidal behaviour in mood disorders. *Journal of psychiatric research*, 85(1), pp. 24-28.

Dickens, G.L., Lamont, E. & Gray, S., 2016. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrativne literature review. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), pp. 1848-1875.

Druss G.B. & Reisinger Walker, E., 2011. Mental disorders and Medical Comorbidity. *The Synthesis project. Research synthesis report*, (21), pp. 1-26.

Ekeberg, Ø., Kvarstein, E.H., Urnes Ø., Eikenæs, I.U. & Hem, E., 2019. Suicidal patients with personality disorder. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 139(15), pp. 1-3.

Erič, L., 2012. Motnje razpoloženja- uvodna razmišljanja. In: N. Bačić, ed. *Psihodinamična psihiatrija. Del 5, somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje*. Ljubljana: Hermes, IPAL, pp. 276- 467.

Eučbeniki, n.d. *Geografija 1*. [online] Available at: <https://eucbeniki.sio.si/geo1/2529/index1.html> [Accessed 8 Februar 2021].

Filipčić, I. & Šimunović Filipčić, I., 2017. Psihički poremečaji i tjelesne bolesti. *Medicus*, 26(2), pp. 205-207.

Holm, A. L. & Severinsson, E., 2011. Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International journal of Mental Health Nursing*, 20(3), pp. 165-173.

Hoye, A., Nesvag, R., Reichborn-Kjennerud, T. & Hansen, V., 2013. Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway- a prospective register study. *BMC Psychiatry*, 13(13), pp. 2-6.

Karlović, D., 2017. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2), pp. 161-165.

Kores Plesničar, B., 2011. Motnje razpoloženja (afektivne motnje). In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 54-58.

Lei-Yee Fok, M., Hayes, R.D., Chang, C.K., Stewart, R., Callard, F.J. & Moran, P., 2012. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of psychosomatic research*, 73(2), pp. 104-107.

McGrath, B. & Dowling, M., 2012. Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Nursing research and practice*, 2012(2012), pp. 1-10.

Musek, J., 2015. *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. [pdf] Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete. Available at: [https://www.researchgate.net/profile/Janek-Musek-2/publication/283441465\\_Osebnost\\_vrednote\\_in\\_psihichno\\_blagostanje/links/56385ad208ae51ccb3cbf03e/Osebnost-vrednote-in-psiichno-blagostanje.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Janek-Musek-2/publication/283441465_Osebnost_vrednote_in_psihichno_blagostanje/links/56385ad208ae51ccb3cbf03e/Osebnost-vrednote-in-psiichno-blagostanje.pdf) [Accessed 25 Februar 2021].

NIJZ, 2014. *Depresija*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/depresija-0> [Accessed 8 Februar 2021].

NIJZ, 2015. *Duševno zdravje na delovnem mestu*. [pdf] NIJZ. Available at: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/dusevno-zdravje-na-delovnem-mestu> [Accessed 20 Februar 2021].

NIJZ, 2016. *Standardizirane stopnje umrljivosti*. [pdf] NIJZ. Available at: [https://podatki.nijz.si/docs/3\\_3a\\_Umrlj\\_SDR\\_2016.pdf](https://podatki.nijz.si/docs/3_3a_Umrlj_SDR_2016.pdf) [Accessed 5 Februar 2021].

NIJZ, 2017. *Zdravstveno stanje prebivalstva*. [pdf] NIJZ. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/2.1\\_umrljivost\\_za\\_2017.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/2.1_umrljivost_za_2017.pdf) [Accessed 7 Februar 2021].

Paris, J., 2019. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), pp. 223.

Penninx, B.W., Milaneschi, Y., Lamers, F. & Vogelzangs, N., 2013. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Med*, 11(129), pp. 2-14.

Polit, D.F. & Beck, T.C., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nurse Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. & Zihel, S., eds. 2013. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.

Radež, J. & Shawe Taylor, M., 2015. Program STEPPS kot možna oblika pomoči posameznikom z mejno osebnostno motnjo. *Psihološka obzorja*, 15(24), pp. 13-20.

Reisinger Walker, E., McGee, E.R. & Druss, G.B., 2015. Mortality in mental disorders and global disease burden implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), pp. 41- 334.

Rustja, K., 2016. *Vloga zdravstvene nege pri celostni obravnavi oseba z duševno motnjo z duševno motnjo: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Selleck, S., 2015. *Working with patients who have borderline personality disorder: Understanding clinicians' experiences and helping them enhance treatment success: doktorska disertacija*. Los Angeles: California School of Professional Psychology.

Stanič Gruden, M., 2012. *Stigmatizacija oseba z duševno motnjo z duševnimi motnjami med zaposlenimi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola.

Statistični urad Republike Slovenije, 2017. *Umrli Slovenija 2017*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/7465> [Accessed 9 November 2021].

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2014. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

Tyrer, P., Tyrer, H. & Yang, M., 2019. Premature mortality of people with personality disorder in the Nottingham Study of Neurotic Disorder. *Personality and mental health*, 15(1), pp. 32-39.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

*Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Welch, V., Petticrew, M., Petkovic, J., Moher, D., Waters, E., White, H. & Tugwell, P., 2016. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 70(1), pp. 68-89.