

# UPORABNOST VPRAŠALNIKA ZA OCENO IZBOLJŠANJA ZDRAVJA (BHI2) ZA OCENJEVANJE NAPREDOVANJA V POKLICNI REHABILITACIJI

## USEFULNESS OF THE BATTERY FOR HEALTH IMPROVEMENT (BHI2) FOR ASSESSING PROGRESS IN VOCATIONAL REHABILITATION

asist. mag. Zlatka Jakopec, spec. klin. psih., Bojana Fulder, univ. dipl. psih., Liza Prajnc, univ. dipl. psih.,  
Kamila Temlin, spec. klin. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča

### Izvleček

#### Izhodišča:

V poklicni rehabilitaciji je poleg dejavnosti, ki so usmerjene v razvijanje delovnih zmožnosti, velik poudarek na psihosocialni rehabilitaciji z različnimi vsebinami in cilji, ki se nanašajo na izboljšanje kakovosti življenja, počutja, samopodobe ter učinkovitejšega spoprijemanja in obvladovanja težav in omejitev. V raziskavi smo želeli ugotoviti, ali se pri osebah, vključenih v poklicno rehabilitacijo, kaže napredovanje na področju različnih psiholoških in psihosocialnih dejavnikov, ali se na teh področjih pojavljajo razlike med osebami s pozitivnim izidom rehabilitacije in tistimi z negativnim izidom in med skupinama oseb s prevladujočimi telesnimi in duševnimi težavami.

#### Metode:

V raziskavi je sodelovalo 34 oseb, vključenih v programe poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v Centru za poklicno rehabilitacijo Maribor. Udeleženci so Vprašalnik za oceno izboljšanja zdravja (BHI2) izpolnili dvakrat, ob začetku in ob zaključku rehabilitacije. BHI2 predstavlja novo metodo ocenjevanja in v Sloveniji še ni bil uporabljen. Je standardiziran psihodiagnostični instrument, ki so ga avtorji razvili za psihološko ocenjevanje bolnikov in spremljanje sprememb med rehabilitacijo.

### Abstract

#### Background:

*Along with activities aimed at the development of working abilities, vocational rehabilitation focuses on psychosocial rehabilitation, whose goals include the improving the quality of life, well-being, self-image and more effective coping with problems and limitations. The aim of our study was to determine whether persons undertaking vocational rehabilitation show signs of progress in various psychological and psychosocial factors, and if there are differences between people with positive and negative outcomes as well as between groups of people with mainly physical or mainly mental health problems.*

#### Methods:

*The study was conducted on a sample of 34 people who are undertaking vocational rehabilitation programs at the Centre for Vocational Rehabilitation Maribor. The participants were asked to complete the Battery for Health Improvement (BHI2) at the start and at the end of their rehabilitation. BHI2 has previously not been used in Slovenia. It is a standardised psychodiagnostic instrument, which was developed with the purpose of psychological evaluation of patients with physical health problems and the monitoring of changes during rehabilitation.*

#### Results:

*Rehabilitation with positive outcome (employment) was completed by 77% of the participants, while 23% of them were evaluated as unemployable at the end of rehabilitation. When compared*

**Rezultati:**

Rehabilitacijo je s pozitivnim izidom, to je z zaposlitvijo, zaključilo 77 % udeležencev raziskave; 23 % smo jih ob zaključku ocenili kot nezaposljive. V primerjavi z začetno oceno smo ob zaključku rehabilitacije ugotovili številne spremembe na področjih, ki smo jih ocenjevali z BHI2. Največji napredek ( $p < 0,01$ ) so pokazali rezultati na lestvicah za oceno depresije, anksioznosti, neprilagojenosti, nasilja, nezadovoljstva z delom in ocenjene stopnje maksimalne bolečine. Zmerno izboljšanje ( $p < 0,05$ ) so našli pri lestvicah za oceno pritožb v zvezi z bolečinami, sovražne nastrojenosti, mejne osebnostne motnje (angl. borderline), zlorabe substanc, družinskega nesoglasja in ocenjene stopnje minimalne bolečine, medtem ko smo pri rezultatih ostalih lestvic sicer našli trend izboljšanja, vendar razlike niso bile statistično značilne.

Večje izboljšanje ocen z BHI2 je povezano s pozitivnim rehabilitacijskim izidom. V skupini oseb, ki so se ob zaključku zaposlile, smo ugotovili statistično značilne razlike, pri udeležencih, ki so bili ob koncu rehabilitacije ocenjeni kot nezaposljivi, pa jih ni bilo.

**Zaključek:**

Rezultati kažejo na pozitiven vpliv rehabilitacije, tako v smislu deleža oseb, ki se zaposlijo, kot tudi pozitivnih sprememb na področju psiholoških in psihosocialnih dejavnikov ter zadovoljstva z delom. Ugotavljamo, da je vprašalnik BHI2 koristen pripomoček pri ocenjevanju rehabilitacijskih potreb in načrtovanju rehabilitacije, saj pokriva širok spekter telesnih, čustvenih, osebnostnih in psihosocialnih dejavnikov, s čimer omogoča celovit vpogled v posameznikovo stanje ter z zaporednimi ocenjevanji omogoča oceno napredovanja v programih rehabilitacije.

**Ključne besede:**

psihološki dejavniki; telesni dejavniki; bolečina; poklicna rehabilitacija; psihosocialna podpora

*to the results achieved at the start of the study, participants showed signs of progress in the areas measured by the BHI2 questionnaire at the end of rehabilitation. The most statistically significant progress ( $p < 0.01$ ) was achieved on the scales of Depression, Anxiety, Chronic Maladjustment, Survivor of Violence, Job Dissatisfaction and the reported level of maximum pain. We observed moderate progress ( $p < 0.05$ ) on the scales of Pain Complaints, Hostility, Borderline, Substance Abuse, Family Dysfunction and the reported level of minimum pain. Other scales showed trends of improvement, but the results were not statistically significant. Improved performance on the BHI2 questionnaire was linked to positive results in rehabilitation: the participants who were employed at the end of rehabilitation showed marked progress on the BHI2 scales, whereas those who were evaluated as unemployable did not.*

**Conclusion:**

*Our results indicate that rehabilitation has a positive influence in terms of the proportion of persons who manage to find employment as well as in terms of changes regarding the psychological and psychosocial factors and job satisfaction. We believe that the BHI2 is a useful tool for assessment of participants' needs and in the planning of rehabilitation, as it covers a wide spectrum of medical, psychological and psychosocial factors. It thus provides a comprehensive insight into an individual's condition, and repeated measurements allow us to monitor progress during rehabilitation.*

**Keywords:**

*psychological factors; physical factors; pain; vocational rehabilitation; psychosocial support*

**UVOD**

Psihološki dejavniki imajo pomemben vpliv na izid zdravljenja in rehabilitacije, pri čemer avtorji številnih študij ugotavljajo, da imajo psihosocialni dejavniki celo večjo napovedno vrednost za izid rehabilitacije kot pa sama diagnoza in zdravstveni dejavniki (1, 2). Raziskave kažejo, da so psihološki problemi pri bolnikih v rehabilitaciji zelo pogosti, pri čemer neprepoznane psihološke težave pogosto znižujejo bolnikovo sodelovanje in napredovanje v rehabilitaciji, podaljšujejo trajanje simptomov ter zvišujejo stroške zdravljenja (3).

Da bi lahko ocenjevali odnos med telesnimi in psihološkimi dejavniki, so avtorji razvili Vprašalnik za oceno izboljšanja zdravja (angl. Battery for Health Improvement 2, v nadaljevanju BHI2) (4). Vprašalnik je bil normiran na vzorcu bolnikov, ki so bili vključeni v rehabilitacijske programe, in omogoča ugotavljanje različnih težav, ki lahko ogrozijo uspešnost rehabilitacije. Z zaporednimi ocenami BHI2 omogoča ugotavljanje sprememb v času in je namenjen tudi oceni odziva na zdravljenje oziroma spremljanju napredovanja med zdravljenjem ali rehabilitacijo. Uporaben je lahko tudi kot mera za oceno izida, saj pokriva področja z najpogostejšimi cilji zdravljenja: zmanjševanje bolečine in izboljšanje funkcioniranja pri zdravljenju bolnikov s telesnimi okvarami oziroma zmanjšanje anksioznosti in depresije, kar so najpogostejši cilji na področju zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami.

## Teoretični okvir Vprašalnika za oceno izboljšanja zdravja

Bruns in Disorbio, avtorja vprašalnika BHI2, skušata s teorijo "psihomedicinskih bolezni" pojasniti, kako telesna bolezen ali poškodba vodi v psihološke težave in obratno, kako lahko psihološka težava vodi v težave v funkcioniranju telesa. Avtorja interakcije med psihološkimi in telesnimi boleznimi razlikujeta s pomočjo dveh meril. Prvo merilo opredeljuje, ali se je motnja pričela s telesnimi (fiziogenimi) ali duševnimi (psihogenimi) dogodki, drugo merilo pa se nanaša na povezavo med duševnimi in telesnimi simptomi. Na osnovi teh dveh meril sta oblikovala definicije fiziogenih in psihogenih motenj (4):

1) **Fiziogene motnje** so motnje, ki jih sproži telesna poškodba ali bolezen, katere posledica so psihološke motnje:

**Organske psihološke motnje:** So motnje, ki se pričenejo z organskim stanjem, ki neposredno vpliva na centralni živčni sistem in se odraža v kognitivnih, čustvenih, vedenjskih oziroma osebnostnih spremembah, kot so na primer motnje spomina in povečana čustvena odzivnost pri možganskih poškodbah.

**Reaktivne psihološke motnje:** So motnje, za katere je značilna čustvena reakcija na organsko bolezen ali poškodbo, pri čemer čustvena reakcija nima neposredne fizične povezave z organsko težavo. Psihološki simptomi nastanejo zaradi čustvene reakcije na zaznane stresne ali ogrožajoče telesne simptome. Študije kažejo, da obstaja splošna povečana nagnjenost k reagiranju na bolezen s stopnjevano depresijo, anksioznostjo in prezaposlenostjo s telesnimi težavami, kar se v raziskavah potrjuje z višjimi rezultati ocen s psihodiagnostičnimi lestvicami čustvenih in razpoloženjskih težav pri bolnikih s telesnimi motnjami (3, 5).

2) **Psihogene motnje** so tiste, pri katerih psihološki procesi sprožijo izbruh motnje. Avtorja jih delita v dve skupini:

**Psihofiziološke motnje** imajo osnovo v duševnih procesih, vendar skozi telesne povezave objektivno učinkujejo na telesne funkcije. Začnejo se s čustvenimi motnjami, ki povzročijo fiziološko vzbujenje, dolgoročne posledice le-tega pa so telesne spremembe/simptomi. Splošno znano je, da čustvene reakcije sprožajo množico fizioloških sprememb, podobno pa tudi študije s področja psihonevroimunologije kažejo, da lahko psihološki stres zavre delovanje imunskega sistema (6, 7).

**Somatizacijske motnje** imajo podobno kot psihofiziološke motnje osnovo v psiholoških procesih. Od prvih se razlikujejo po tem, da na področju telesnega delovanja ni moč zaznati nobenih objektivnih sprememb, kljub temu pa ima posameznik občutek, da doživlja telesne težave. Pri somatizacijskih motnjah gre v osnovi za psihološke probleme, v katere posameznik nima uvida, zanika psihodinamiko, svoje težave napačno pripisuje telesni bolezni oziroma premešča psihološke težave na raven telesnega delovanja. V to skupino poleg somatizacijskih motenj avtorja uvrščata tudi motnje v smislu zavestnega potvarjanja bolezenskih simptomov zaradi različnih bolezenskih koristi, kot so zadovoljevanje

psiholoških potreb skozi vlogo bolnika ali pridobivanja drugih sekundarnih bolezenskih koristi.

## Opis Vprašalnika za oceno izboljšanja zdravja

BHI2 je psihodiagnostični instrument, ki so ga izdelali za psihološko oceno bolnikov s telesnimi motnjami. Vprašalnik so normirali v ZDA na vzorcu zdravih oseb in na vzorcu oseb, ki so bile vključene v rehabilitacijske programe. BHI2 tako omogoča primerjavo posameznikovih rezultatov s splošno populacijo kot tudi primerjavo s skupino oseb z zdravstvenimi težavami. To je pomembno zato, ker je porast depresije in anksioznosti med bolniki s telesnimi težavami pričakovan in na nek način normalen odziv na izgubo zdravja in objektivno ogrožajočo življenjsko situacijo (3). Za zanesljivo oceno posameznikovega čustvenega stanja in »normalnosti« njegovega psihološkega odziva je zato potrebno njegove rezultate primerjati ne le z »normalno« populacijo, temveč tudi s skupino oseb s podobnimi težavami, česar ostali psihodiagnostični instrumenti ne omogočajo (8).

BHI2 sestavlja 18 lestvic, ki so organizirane v pet področij – Lestvice veljavnosti, Lestvice telesnih simptomov, Čustvene lestvice, Osebnostne lestvice in Psihosocialne lestvice. V Tabeli 1 so opisane vsebinske lestvice in pomen njihovih rezultatov. BHI2 poleg vsebinskih lestvic vključuje tudi oceno doživljanja bolečin po različnih delih telesa, najmanjše, največje in trenutne bolečine ter oceno tolerance za bolečino, vse na 10-stopenjski lestvici (0 pomeni odsotnost bolečine, 10 pomeni najhujšo bolečino).

Avtorji vprašalnika navajajo dobre psihometrične lastnosti (notranja konsistentnost se giblje od 0,75 do 0,97, zanesljivost ob ponovnem ocenjevanju pa od 0,88 do 0,97) ter visoko skladnost rezultatov BHI2 s primerljivimi lestvicami uveljavljenih, teoretično in raziskovalno najbolj proučenih psihodiagnostičnih instrumentov, kot sta Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 in Millon Clinical Multiaxial Inventory (4, 9, 10).

V raziskavi smo želeli ugotoviti, ali se pri osebah, vključenih v programe poklicne rehabilitacije ob zaključku le-te, kažejo spremembe na področju čustveno razpoloženjskega delovanja, samoocene težav, doživljanja bolečin in zadovoljstva z delom. Zanimalo nas je tudi, ali se na teh področjih pojavljajo razlike med osebami s pozitivnim izidom rehabilitacije (zaposlitev) in tistimi z negativnim izidom (ocena nezmožnosti za delo) in med skupinama oseb s prevladujočimi telesnimi oziroma duševnimi težavami.

## METODE

### Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 34 uporabnikov programov poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v letih 2013 in 2014 v URI-Soča, Center za poklicno rehabilitacijo Maribor in Murska Sobota. Deset oseb je bilo vključenih v podaljšano rehabilitacijo v okviru zdravstvenih

**Tabela 1:** Vsebinske lestvice Vprašalnika za oceno izboljšanja zdravja in pomen njihovih rezultatov.

Vsebinske lestvice	Pomen rezultatov
<b>Telesne pritožbe</b>	Nanaša se na različne pritožbe, pritožbe o razpršenih telesnih težavah, ki so pogoste pri somatoformnih motnjah, disociativnih motnjah, depresiji in anksioznosti. Če bolnikove pritožbe o telesnem zdravju niso skladne z objektivnimi ugotovitvami zdravniškega pregleda, je verjetnost, da gre za psihološko naravo težav, velika.
<b>Bolečinske pritožbe</b>	10-stopenjska lestvica ocenjuje stopnjo doživljanja bolečin na desetih telesnih področjih. Omogoča določanje skladnosti bolečinskih pritožb s povprečnimi vrednostmi, o katerih so poročali bolniki s podobnimi zdravstvenimi težavami. Omogoča tudi oceno, ali se doživljanje bolečin stopnjuje.
<b>Funkcionalne pritožbe</b>	Lestvica ocenjuje posameznikovo zaznavanje zmanjšanih zmognosti na področju različnih socialnih vlog. Če ni objektivne razlage za pritožbe, te nakazujejo verjetnost težav na področju identitete, nagnjenost k identifikaciji z vlogo bolnika in sekundarne bolezenske koristi.
<b>Mišične napetosti</b>	Visoki rezultati kažejo na verjetnost reakcije na stres, bolezen ali bolečino s povišano mišično napetostjo. Pri osebah z visokim rezultatom je večja verjetnost, da gre za stopnjevano doživljanje telesnih težav.
<b>Depresija</b>	Lestvica ocenjuje kognitivne in čustvene znake depresije, vključno z občutki izgube, žalovanja, nemoči in pesimizma. Telesni znaki depresije niso vključeni, zato da bi preprečili lažno pozitivne rezultate.
<b>Anksioznost</b>	Se nanaša na bojzani, vznemirjenost, zoženost v življenjskih dejavnostih zaradi zaskrbljenosti v zvezi s telesnimi simptomi. Telesni znaki anksioznosti niso vključeni, da bi preprečili lažno pozitivne rezultate.
<b>Sovražnost</b>	Lestvica se nanaša na sovražne poteze, vključno s sistemom ciničnih prepričanj, občutji jeze in agresivnim vedenjem.
<b>Mejna osebnost (borderline)</b>	Ocenjuje prisotnost mejnih osebnostnih lastnosti oziroma težjih osebnostnih motenj. Lestvica se nanaša na prisotnost trajnih potez in vzorcev vedenja, kot so ekstremna nihanja razpoloženja, konfliktni medosebni odnosi, nagnjenost k samodestruktivnosti in nestabilna, slabo izgrajena identiteta.
<b>Odvisnost od simptomov</b>	Nanaša se na bolnikovo prepričanje, da je zaradi svojih zdravstvenih težav upravičen do posebne obravnave v svojem okolju. Povišani rezultati ocene kažejo na nagnjenost k uporabi pritožb o telesnih težavah, da bi zato bolnik pridobil pozornost in podporo s strani drugih oziroma da bi posameznik opravičil svojo odvisnost od drugih oseb.
<b>Nepriлагоjenost</b>	Odkriva vzorec težav z izpolnjevanjem socialnih vlog in doseganjem pričakovanih življenjskih nalog. Vključuje težave, kot so pogosto menjavanje zaposlitve, nestabilni odnosi, šolska neuspešnost, impulzivno vedenje, zapletanje v finančne težave ali težave z zakonom.
<b>Zloraba substanc</b>	Povišani rezultati pomenijo, da bolnik poroča o trenutnem ali preteklem zlorabljanju alkohola in drugih psihoaktivnih substanc.
<b>Psihološka trdnost</b>	Lestvica ocenjuje bolnikov optimizem, čustveno stabilnost in usmerjenost v dejavno spopadanje s problemi. Zelo visoki rezultati lahko nakazujejo trmo, rigidnost ali neprikladljivost, nizki rezultati pa nakazujejo psihološko resignacijo ali kapitulacijo.
<b>Družinsko nesoglasje</b>	Visoki rezultati kažejo na pomanjkanje podpore s strani družine in konfliktno domače okolje. V primeru stopnjevanega doživljanja težav visok občutek podpore s strani bližnjih lahko pomeni negativen dejavnik, ki skozi koristi zaradi bolezni vzdržuje simptomatiko.
<b>Žrtev nasilja</b>	Lestvica se nanaša na izkušnje zlorabe in nasilja v preteklosti, ki lahko povečujejo občutek ogroženosti in ranljivosti, stopnjevano odzivnost na stres in nagnjenost k večji previdnosti, nezaupljivosti in zaščitnemu vedenju.
<b>Nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo</b>	Lestvica ocenjuje odpor ali nezaupanje do zdravnikov. Visoki rezultati kažejo na izrazito nezadovoljstvo in frustriranost v odnosu z zdravniki, kar zmanjšuje sodelovanje v zdravljenju. V primeru stopnjevanega doživljanja težav lahko visoka stopnja občutka podpore s strani zdravnikov pomeni negativen dejavnik, ki vzdržuje bolezensko simptomatiko.
<b>Nezadovoljstvo z delom</b>	Visoki rezultati kažejo na nezadovoljstvo in negativen odnos do podjetja, nadrejenih, sodelavcev in samega delovnega mesta. Kadar je prisotna visoka stopnja nezadovoljstva z delom, lahko to negativno vpliva na motivacijo za sodelovanje v zdravljenju, saj »ozdravitev« pomeni vrnitev v okoliščine na delovnem mestu, ki za bolnika niso zadovoljujoče. Če je bilo nezadovoljstvo prisotno že pred pojavom bolezni, lahko to nakazuje vpliv psiholoških dejavnikov na izražanje zdravstvenih težav.

programov in so bili ob vključitvi v program zaposleni, 24 oseb pa nezaposlenih in napotnih v programe zaposlitvene rehabilitacije po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov z Zavoda za zaposlovanje (11).

## Protokol dela

Vsi udeleženci so bili vključeni v programe zaposlitvene in psihosocialne rehabilitacije, ki jih skupaj z uporabnikom načrtuje in izvaja tim, ki ga sestavlja zdravnik specialist medicine dela, psiholog, socialni delavec, delovni terapevt in tehnolog. Programi so individualno načrtovani glede na posameznikove zmožnosti, interese, težave in rehabilitacijske potrebe ter vključujejo različne dejavnosti, usmerjene v krepitev delovnih sposobnosti (razvijanje splošnih ali specifičnih delovnih veščin, vzdržljivosti, produktivnosti, usposabljanje za konkretna dela v različnih simuliranih in učnih situacijah ter v realnem delovnem okolju) in programe psihosocialne rehabilitacije (obravnavna težav na področju čustveno-razpoloženskega delovanja, motivacije, medosebnih odnosov, vedenja, sprejemanja lastne invalidnosti, oblikovanje realističnih in dosegljivih osebnih in zaposlitvenih ciljev, razvijanje socialnih veščin ipd).

Programi psihosocialne rehabilitacije potekajo v kombinaciji individualne in skupinske obravnave, pristopi, metode in tehnike so prilagojeni posameznikovim potrebam in zmožnostim (12). Cilj programov je pomoč posamezniku z zdravstvenimi težavami, da razvije osebne in delovne zmožnosti ter se vključi v primerno obliko zaposlitve oziroma delovne in socialne vključenosti. V začetnem obdobju potekajo dejavnosti znotraj kabinetov URI-Soča, v skladu z napredovanjem pa se usposabljanje premešča v običajna delovna okolja ob zagotovljenem mentorstvu v delovnem okolju ter spremljanju in psihosocialni podpori, ki jo zagotavlja strokovni tim (12, 13).

## Merski instrumenti

Uporabili smo slovenski prevod vprašalnika BHI2, ki so ga udeleženci izpolnili ob začetku in ob zaključku programa rehabilitacije. Ker BHI2 v Sloveniji še ni bil uporabljen, smo ga prevedli v slovenski jezik in ustreznost prevoda preverili s postopkom dvojnega slepega prevoda. Vprašalnik zahteva ustrezno raven bralnega razumevanja, zato smo v vzorec vključili osebe z najmanj osnovnošolsko izobrazbo. Vprašalnik BHI2 sestavlja 217 vprašanj, na katera posameznik odgovarja na štiristopenjski lestvici. Končni rezultati vsebinskih lestvic so izraženi v t-vrednostih. Rezultat v razponu od 40 do 60 točk pomeni, da posameznik v merjeni lastnosti ne odstopa od povprečja normativne skupine. Rezultati nad 60 ali pod 40 točk pomenijo, da je merjena lastnost pri posamezniku močnejše ali šibkeje izražena kot v skupini oseb, s katero ga primerjamo. Vrednotenje poteka s pomočjo računalniškega programa, ki omogoča primerjavo rezultatov z normami za običajno populacijo in za osebe z zdravstvenimi težavami. V raziskavi smo za analizo uporabili norme za osebe z zdravstvenimi težavami.

## Statistična analiza

Podatke smo statistično analizirali s programom SPSS, različica 12.0 za okolje Windows. Izračunali smo opisne statistike za prvo in drugo merjenje rezultatov BHI2. Ker se rezultati BHI2 po podatkih, pridobljenih na normativnih vzorcih (4) in na veliki večini lestvic tudi v našem vzorcu, porazdeljujejo približno normalno, smo za primerjavo povprečnih vrednosti obeh merjenj uporabili test t. Za primerjavo rezultatov med prvim in drugim merjenjem BHI2 smo uporabili parni test t, za primerjavo razlik med skupino oseb s telesnimi težavami in skupino oseb z duševnimi težavami pa test t za neodvisna vzorca. Za oceno vpliva različnih demografskih spremenljivk na zaposlitveni izid smo uporabili eksaktni Pearsonov hi-kvadrat test. Mejo statistične značilnosti smo postavili pri  $p < 0,05$ .

## REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 34 oseb, od tega je bilo 13 moških in 21 žensk, povprečna starost je bila 40 let (od 23 do 56 let), povprečna izobrazba 12 let (od 8 do 17 let) šolanja. Njihove zdravstvene težave so bile različne: osem oseb (24 %) je imelo povsem telesne težave (poškodbe, okvare mišično-skeletnega sistema ...), sedem (20 %) jih je imelo pridobljene možganske poškodbe (nezgodne možganske poškodbe, možganska kap, možganske krvavitve ...), pri osmih vključenih oseb (24 %) je šlo za kombinacijo težav s področja telesnega in duševnega delovanja (prva diagnoza s področja telesnih bolezni in pridružene psihične težave), pri 11 (32 %) oseb pa je bila nosilna diagnoza iz kroga duševnih bolezni (psihoze, težje čustveno razpoloženske motnje, osebnostne motnje in drugo).

Za nadaljnje primerjave smo udeležence razvrstili v dve skupini, v skupino oseb s prvo diagnozo s področja telesnih bolezni (23 oseb) in skupino oseb z izključno duševnimi motnjami (11 oseb). Udeleženci so bili v rehabilitacijski program vključeni povprečno 10 mesecev (od treh do 23 mesecev). Rehabilitacija se je za 26 oseb (77 %) zaključila z zaposlitvijo oziroma vrnitvijo na delo, za osem oseb (23 %) pa je bilo ob zaključku podano mnenje o nezmožnosti za delo in, kjer je bilo to smiselno, vključitvijo v ustrezne oblike nepridobitnega dela.

Iz Tabele 2 je razvidno, da se delež pozitivnih rehabilitacijskih izidov ne razlikuje glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni položaj ob pričetku rehabilitacije in naravo zdravstvenih težav. Kljub temu, da razlike ne dosega ravnih statističnih značilnosti, se kažejo nekoliko boljši izidi v skupini oseb s prevladujočimi telesnimi težavami, kjer je 83 % oseb rehabilitacijo zaključilo z zaposlitvijo, kot v skupini oseb z duševnimi boleznimi, kjer je bilo pozitivnih izidov 64 %. Prav tako se z višanjem starosti nakazuje trend upadanja števila pozitivnih izidov (83 % v skupini do 30 let, 78 % v skupini od 31 do 40 let in 71 % med starejšimi od 41 let), ki prav tako ne dosega ravnih statističnih značilnosti.

Povprečni rezultati BHI2 so se ob vključitvi v rehabilitacijo gibali v razponu povprečnih vrednosti referenčne skupine oseb z

**Tabela 2:** Primerjava deležev pozitivnih in negativnih rehabilitacijskih izidov glede na demografske spremenljivke, nosilno diagnozo in zaposlitveni položaj ob vključitvi v rehabilitacijo.

		Rehabilitacijski izid		Skupaj	p (eksaktni hi kvadrat)
		Zaposlitev	Nezmožnost		
Spol	Moški	10	3	13	0,648
	Ženski	16	5	21	
Zaposlitveni status	Zaposlen	8	2	10	0,564
	Nezaposlen	18	6	24	
Starost	21 - 30 let	5	1	6	0,823
	31 - 40 let	11	3	14	
	več kot 41 let	10	4	14	
Izobrazba	8 - 10 let	5	0	5	0,368
	11 - 15 let	17	7	24	
	14 in več	4	1	5	
Prva diagnoza	Telesne težave	19	4	23	0,213
	Duševne težave	7	4	11	
<b>Skupaj</b>		<b>26</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	

**Tabela 3:** Primerjava rezultatov (parni test t) prvega in drugega merjenja BHI2 za celotno skupino in ločeni skupini oseb s pozitivnim (zaposlitev) in negativnim izidom (nezmožnost za delo).

Lestvice BHI2		Rehabilitacijski izid				Skupaj (N=34)	
		Zaposlitev (N=26)		Nezmožnost (N=8)			
		povprečje (SD)	p	povprečje (SD)	p	povprečje (SD)	p
Telesne pritožbe	S	57,12 (12,31)	0,019	52,75 (10,62)	0,408	56,09 (11,93)	0,076
	O	53,04 (12,92)		54,88 (12,25)		53,47 (12,61)	
Pritožbe o bolečinah	S	55,42 (13,04)	0,005	50,88 (10,55)	0,703	54,35 (12,50)	0,023
	O	51,04 (12,89)		51,88 (9,73)		51,24 (12,09)	
Funkcionalne pritožbe	S	49,46 (11,29)	0,008	47,13 (12,84)	0,109	48,91 (11,51)	0,100
	O	44,23 (8,93)		52,00 (8,23)		46,06 (9,27)	
Mišične napetosti	S	43,15 (9,87)	0,034	39,13 (13,63)	0,363	42,21 (10,78)	0,158
	O	39,58 (10,64)		41,88 (13,57)		40,12 (11,22)	
Depresija	S	51,85 (10,30)	0,000	49,50 (13,30)	1,000	51,29 (10,91)	0,001
	O	45,85 (10,24)		49,50 (9,07)		46,71 (9,97)	
Anksioznost	S	46,85 (16,39)	0,001	41,00 (19,30)	0,897	45,47 (17,00)	0,004
	O	39,81 (14,47)		40,50 (12,66)		39,97 (13,88)	
Sovražnost	S	43,65 (9,22)	0,021	36,38 (8,40)	0,296	41,94 (9,44)	0,011
	O	40,08 (8,93)		34,75 (6,88)		38,82 (8,70)	
Mejna osebnost	S	41,88 (8,20)	0,046	39,38 (7,61)	0,634	41,29 (8,02)	0,041
	O	38,85 (6,66)		39,00 (7,29)		38,88 (6,70)	
Odvisnost od simptomov	S	47,27 (14,06)	0,006	40,63 (14,14)	0,450	45,71 (14,15)	0,053
	O	41,04 (10,98)		44,00 (9,65)		41,74 (10,62)	

Lestvice BHI2	Rehabilitacijski izid				Skupaj (N=34)		
	Zaposlitev (N=26)		Nezmožnost (N=8)				
	povprečje (SD)	p	povprečje (SD)	p	povprečje (SD)	p	
Nepripravljenost	S	43,42 (7,89)	0,009	42,50 (10,09)	0,235	43,21 (8,30)	0,004
	O	40,08 (8,35)		40,63 (9,23)		40,21 (8,42)	
Zloraba substanc	S	48,96 (10,90)	0,097	47,88 (5,82)	0,204	48,71 (9,87)	0,046
	O	46,31 (9,84)		45,75 (6,80)		46,18 (9,12)	
Psihološka trdnost	S	49,04 (13,17)	0,023	50,38 (11,12)	0,476	49,35 (12,57)	0,085
	O	54,00 (12,12)		47,88 (11,80)		52,56 (12,16)	
Družinsko nesoglasje	S	42,46 (10,19)	0,022	39,88 (8,94)	0,510	41,85 (9,84)	0,017
	O	38,73 (7,74)		38,75 (9,84)		38,74 (8,12)	
Žrtev nasilja	S	43,36 (9,16)	0,044	43,00 (7,86)	0,049	43,27 (8,75)	0,007
	O	41,68 (6,94)		40,50 (6,99)		41,39 (6,86)	
Nezadovoljstvo z zdravstvom	S	43,27 (9,95)	0,155	33,75 (2,76)	0,064	41,03 (9,66)	0,382
	O	41,00 (9,24)		36,38 (4,03)		39,91 (8,49)	
Nezadovoljstvo z delom	S	49,21 (9,96)	0,002	45,83 (15,30)	0,200	48,40 (11,20)	0,000
	O	40,84 (8,78)		39,67 (6,12)		40,56 (8,11)	
Maksimalna bolečina	S	6,38 (2,17)	0,001	5,88 (3,31)	0,285	6,26 (2,44)	0,002
	O	4,46 (2,94)		6,25 (3,20)		4,88 (3,05)	
Minimalna bolečina	S	3,19 (2,50)	0,019	2,63 (2,00)	0,749	3,06 (2,37)	0,025
	O	2,19 (2,17)		2,38 (2,13)		2,24 (2,13)	
Trenutna bolečina	S	2,88 (2,98)	0,010	3,63 (3,34)	0,470	3,06 (3,03)	0,052
	O	1,81 (2,28)		4,13 (3,23)		2,35 (2,67)	
Toleranca za bolečino	S	5,31 (2,17)	0,868	6,38 (2,45)	0,551	5,56 (2,25)	0,623
	O	5,23 (2,03)		5,75 (2,43)		5,35 (2,10)	

Legenda: S - sprejem, O - odpust

zdravstvenimi težavami. Primerjava rezultatov BHI2 ob sprejemu in zaključku rehabilitacije za celo skupino (Tabela 3) kaže na izboljšanje na številnih lestvicah, pri čemer smo največji napredek našli na lestvicah depresije, anksioznosti, nepripravljenosti, nasilja, nezadovoljstva z delom in ocenjene stopnje maksimalne bolečine ( $p < 0,01$ ). Zmerno, vendar statistično značilno napredovanje ( $p < 0,05$ ) smo našli na lestvicah bolečinskih pritožb, sovražnosti, mejne osebnosti, zlorabe substanc, družinskega nesoglasja in ocenjene stopnje minimalne bolečine, medtem ko so na ostalih lestvicah rezultati ob drugem merjenju sicer izboljšani, vendar razlike ne dosegajo ravni statistične značilnosti.

Ločene primerjave začetnih in končnih rezultatov BHI2 za skupino udeležencev s pozitivnim izidom in skupino z negativnim izidom (Tabela 3) kažejo na velike razlike v stopnji napredovanja, saj so se v prvi skupini pokazale statistično značilne razlike med prvim in drugim merjenjem na veliki večini lestvic, v skupini oseb z negativnim izidom pa praktično na nobeni lestvici ni bilo sprememb. Iz povprečnih vrednosti začetnih ocen BHI2 obeh skupin je razvidno, da ob sprejemu med skupinama ni bilo

bistvenih razlik v izraženosti težav oziroma da so udeleženci, ki so rehabilitacijo zaključili z oceno o nezmožnosti za delo, svoje težave ob sprejemu ocenjevali celo kot manj izražene kot tisti, ki so rehabilitacijo zaključili z zaposlitvijo.

Skupina udeležencev s pozitivnim izidom rehabilitacije se v primerjavi s celotno skupino razlikuje v izboljšanju na lestvicah funkcionalnih pritožb, odvisnosti od simptomov, telesnih pritožb, mišičnih napetosti in psihološke trdnosti. Nasprotno so udeleženci z negativnim izidom ob zaključku rehabilitacije svoje težave na teh lestvicah ocenjevali celo bolj negativno kot ob sprejemu (Tabela 3).

Ker nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v izraženosti težav med skupino oseb s telesnimi in skupino z duševnimi težavami, smo s testom t za neodvisne vzorce primerjali povprečne vrednosti rezultatov BHI2 med skupinama ob sprejemu in zaključku rehabilitacije. Iz Tabele 4, v kateri navajamo le rezultate lestvic, po katerih sta se skupini statistično značilno razlikovali, je razvidno, da so med osebami z duševnimi motnjami močnejše izražene težave, ki jih pokrivajo lestvice za oceno mejne osebnosti, zlorabe substanc,

**Tabela 4:** Rezultati lestvic BHI2, na katerih se kažejo statistično značilne razlike (test t za neodvisna vzorca) med skupino oseb z nosilno diagnozo iz kroga telesnih bolezni (N=23) in osebami z duševnimi boleznimi (N=11).

Lestvice BHI2 povprečje		Sprejem			Odpust		
		povprečje	SD	p	povprečje	SD	p
<b>Mejna osebnost</b>	Telesne težave	39,26	6,877	0,030	36,78	5,665	0,006
	Duševne težave	45,55	8,892		43,27	6,784	
<b>Zloraba substanc</b>	Telesne težave	45,57	5,892	0,005	43,39	5,766	0,008
	Duševne težave	55,27	13,222		52,00	12,091	
<b>Psihološka trdnost</b>	Telesne težave	52,61	10,071	0,027	55,52	10,808	0,038
	Duševne težave	42,55	14,936		46,36	12,971	
<b>Družinsko nesoglasje</b>	Telesne težave	39,96	7,613	0,105	36,78	6,331	0,041
	Duševne težave	45,82	12,906		42,82	10,117	

psihološke trdnost in družinskega nesoglasja in da te razlike, kljub napredovanju obeh skupin, ostajajo statistično značilne tudi ob zaključku rehabilitacije.

## RAZPRAVA

Upoštevač zelo različno populacijo, s katero se srečujemo v programih poklicne rehabilitacije (kjer prevladujejo osebe z različnimi kombinacijami telesnih in duševnih težav, težjimi duševnimi motnjami, pridobljenimi možganskimi poškodbami, motnjami v razvoju...), so tudi njihove težave takšne, da posegajo na številna področja funkcioniranja in na različne načine ovirajo njihove možnosti za uspešno zaposlitev in vključitev v okolje. Zato je v poklicni rehabilitaciji psihosocialna rehabilitacija zelo pomembna in vključuje različne vsebine in cilje, kot so izboljšana samopodoba, realnejša ocena lastnih možnosti, obvladovanje čustvenih težav, sprejemanje lastne zmanjšane zmožnosti, uspešnejše reševanje težav, povezanih z zdravstvenim stanjem, težav, povezanih z delovnim okoljem, krepitev psihosocialnih spretnosti, občutka notranje moči in prevzemanje dejavne vloge pri oblikovanju in doseganju osebnih in zaposlitvenih ciljev (12, 14).

Za uresničevanje teh ciljev je nujen celostni pristop, ki poleg usposabljanja za delo vključuje tudi individualizirano obravnavo dejavnikov na področju osebnostnega, čustvenega in psihosocialnega delovanja, za katere velja, da pogosto celo v večji meri vplivajo na rehabilitacijski izid kot pa sama bolezen ali poškodba (1, 2, 15, 16). Želeli smo uvesti primeren merski instrument za ocenjevanje napredovanja na teh področjih, zato smo prevedli vprašalnik BHI2, ki so ga avtorji razvili za psihološko ocenjevanje bolnikov s telesnimi težavami (4).

Rezultati kažejo na relativno visok delež bolnikov, ki so rehabilitacijo zaključili uspešno. Kar 77 % udeležencev je rehabilitacijo zaključilo z vrnitvijo na delo oziroma novo zaposlitvijo. Delež uspešnih izidov se ne razlikuje glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni položaj ob sprejemu in naravo zdravstvenih težav posameznika, kar je rezultat individualiziranega programa, ki je oblikovan glede na potrebe posameznika ter vključuje različne dejavnosti, usmerjene v obvladovanje ugotovljenih težav ter

krepitev delovnih sposobnosti, ki vsem vključenim omogoča enake možnosti pozitivnega izida. (12).

Ob zaključku rehabilitacije ugotavljamo napredovanje na večini področij, ki smo jih ocenjevali z BHI2, pri čemer udeleženci poročajo o najizrazitejših spremembah na področju čustvenega in razpoloženskega delovanja oziroma zmanjšanju simptomov depresije, anksioznosti, neprilagojenosti, nezadovoljstva z delom in ocene stopnje maksimalne bolečine. Rezultati kažejo, da udeleženci ob zaključku rehabilitacije doživljajo manj občutkov izgube, žalovanja, nemoči in pesimizma, poročajo o zmanjševanju varovalnega in izogibalnega vedenja, občutka strahu, nelagodja in zaskrbljenosti glede zdravstvenih težav. Ocenjujejo se kot uspešnejši na področju izpolnjevanja različnih socialnih vlog, navajajo manjšo mero občutkov ogroženosti in ranljivosti ter poročajo o bistveno večjem zadovoljstvu s svojim zaposlitvenim položajem, delom in odnosi v delovnem okolju. Zmerno napredovanje ugotavljamo na lestvicah bolečinskih pritožb, sovražnosti, mejne osebnosti, zlorabe substanc, družinskega nesoglasja in ocenjene stopnje minimalne bolečine, medtem ko se na ostalih lestvicah BHI2 sicer kaže trend izboljšanja, vendar razlike ne dosegajo ravni statistične značilnosti.

Primerjava udeležencev glede na rehabilitacijski izid ne kaže, da bi se skupina oseb s pozitivnim in z negativnim izidom med seboj znatno razlikovali glede na sociodemografske dejavnike, zaposlitveni položaj ob vključitvi v rehabilitacijo in naravo zdravstvenih težav, se pa kaže povezava med napredovanjem na BHI2 in rehabilitacijskim izidom. V skupini oseb, ki so se ob zaključku zaposlile, namreč ugotavljamo izrazito napredovanje na veliki večini področij, ki smo jih ocenjevali z BHI2, ne pa tudi pri osebah, ki so bile ob koncu rehabilitacije ocenjene kot nezaposljive. Subjektivno doživljanje težav se v tej skupini celo poveča, pri čemer je presenetljivo, da so v začetku rehabilitacije ti udeleženci na večini lestvic BHI2 navajali manj težav ter svoje počutje in delovanje ocenjevali bolj pozitivno kot skupina, ki je med rehabilitacijo napredovala in se zaposlila. Čeprav razlike ne dosegajo ravni statistične značilnosti, se v skupini z negativnim izidom kaže trend stopnjevanja difuznih telesnih in funkcionalnih pritožb ter mišičnih napetosti, ki se pogosto povezujejo z



somatoformnimi motnjami ter posameznikovim zaznavanjem in razumevanjem zmanjšanih zmožnosti na področju različnih socialnih vlog, med njimi tudi delovne vloge. Raziskave potrjujejo pomemben vpliv lastnega videnja in razumevanja zdravstvenih težav in strahu pred vrnitvijo na delo na ponovno zaposlitev (16) ter vpliv različnih vedenjsko-kognitivnih in socialnih dejavnikov, kot so neustrezne tehnike spoprijemanja s stresom in negativna miselna prepričanja glede bolečine na to, kako se posameznik sooča z bolečino in somatskimi simptomi (15, 17). Podoben negativni trend se v tej skupini kaže tudi na lestvicah odvisnosti od simptomov in psihološke trdnosti, kar kaže na stopnjevanje potreb po naslanjanju na druge, pri čemer so lahko telesne pritožbe v funkciji opravičevanja posameznikove odvisnosti, znižane učinkovitosti in razbremenitve občutka odgovornosti (18). V primerjavi s skupino oseb z negativnim izidom se v skupini s pozitivnim rehabilitacijskim izidom na teh lestvicah kaže izrazito napredovanje, posamezniki iz te skupine ob zaključku rehabilitacije ocenjujejo, da so bolj optimistični, čustveno stabilni, notranje trdni in višje ocenjujejo svoje zmožnosti dejavnega reševanja problemov. Čeprav rezultati raziskave ne omogočajo zanesljive razlage opisanih trendov, lahko domnevamo, da gre v skupini s slabšim napredovanjem in negativnim izidom rehabilitacije za večjo verjetnost somatizacijskih motenj, pri katerih gre v osnovi za psihološke probleme, v katere posameznik nima uvida, svoje težave napačno pripisuje telesni bolezni oziroma premešča psihološke težave na raven telesnega delovanja (18). Tovrstne težave so terapevtsko slabše dostopne, s čimer se sklada tudi odsotnost napredovanja v tej skupini. Druga možna razlaga za slabše napredovanje v tej skupini bi bila lahko v pomanjkanju bolezenskega pritiska in zato slabši motivaciji za spremembe. Prav tako bi lahko pri skupini oseb z negativnim izidom rehabilitacije sklepali na prisotnost intenzivnejših zdravstvenih težav, do katerih pa so bili ob sprejemu v rehabilitacijo manj kritični. Vsekakor pa je za zanesljivo razlago ugotovljenih razlik med skupinama nujna poglobljena študija na bistveno večjem vzorcu, usmerjena v natančnejše ugotavljanje dejavnikov, ki vplivajo na rehabilitacijski izid.

Primerjava oseb s prevladujočimi telesnimi težavami in oseb z nosilno diagnozo iz kroga duševnih motenj kaže, da med skupinama obstajajo pomembne razlike ob vstopu v rehabilitacijo in da te razlike, kljub trendu napredovanja v obeh skupinah, vztrajajo tudi ob zaključku rehabilitacije. Skupini se statistično značilno razlikujeta po rezultatih, ki jih dosežeta na BHI2 lestvicah osebnostnih potez, ki so značilne za mejne osebnosti, lestvicah zlorabe substanc, psihološke trdnosti in družinskega nesoglasja. Ti rezultati se skladajo s pričakovanji, saj je med osebami z duševnimi motnjami zagotovo moč pričakovati večja odstopanja na področju osebnosti ter identitete in večjo verjetnost trajnih disfunkcionalnih potez in vzorcev vedenja, na katere kažejo višji rezultati na lestvici za oceno mejnih osebnosti BHI2. Zaradi manj učinkovitih strategij spoprijemanja s problemi in čustvene nestabilnosti (lestvica psihološke trdnosti) je v tej skupini tudi več problemov z zlorabami psihoaktivnih substanc in konfliktov v družini, po drugi strani pa so disfunkcionalni družinski odnosi že sami po sebi dejavnik, ki sovpliva na razvoj duševnih motenj, kar pojasnjuje višje rezultate na lestvici družinskega nesoglasja v tej skupini.

Kljub temu, da med skupinama ne ugotavljamo statistično značilne razlike v zaposljivosti, pa je delež uspešnih izidov v skupini oseb z duševnimi motnjami vseeno nekoliko nižji (64 %) kot v skupini oseb s prevladujočimi telesnimi težavami, v kateri je bilo pozitivnih rehabilitacijskih izidov 83 %.

Glavna pomanjkljivost raziskave je zagotovo velikost vzorca, še zlasti pri primerjavah podskupin s prevladujočimi telesnimi in duševnimi težavami. Glede na razlike, ki se nakazujejo, bi bila smiselna študija na večjem vzorcu vključenih oseb, ki bi omogočila bolj diferencirane primerjave med skupinami s telesnimi težavami, duševnimi motnjami in skupino oseb, pri katerih gre za izrazito prepletanje telesnih in duševnih težav. Prav ti namreč predstavljajo zelo pomembno skupino uporabnikov programov poklicne rehabilitacije.

Ob pregledu literature ugotavljamo, da z vprašalnikom BHI2 ni bilo narejenih veliko raziskav. Redke, ki so, so pretežno vezane na medicinsko rehabilitacijo, tako da primerjave rezultatov s tujimi študijami niso mogoče. Ne glede na omejen obseg raziskave pa začetne izkušnje ocenjujemo kot pozitivne in ugotavljamo, da je uporaba vprašalnika BHI2 v programih poklicne rehabilitacije smiselna in strokovno utemeljena, saj gre za merski instrument, ki je dejansko prilagojen potrebam ocenjevanja v rehabilitaciji. Prav tako ocenjujemo, da je vprašalnik lahko koristen na širšem področju psihološkega ocenjevanja telesnih bolnikov, za kar so obstoječi psihodiagnostični instrumenti, ki posameznika primerjajo z "zdravo" populacijo, pogosto manj primerni. Zato bi bilo potrebno pred širšo vpeljavo v prakso sistematično preveriti psihometrične lastnosti (zlasti latentno strukturo in zanesljivost) slovenskega prevoda vprašalnika BHI2. Ključna pomanjkljivost vprašalnika so razmeroma visoki stroški uporabe, vendar pa so skupni stroški zdravstvene oskrbe, ki se povezujejo z neprepoznanimi psihološkimi težavami pri bolnikih, ki imajo telesne težave, običajno še veliko višji.

## ZAKLJUČKI

Iz rezultatov lahko sklepamo, da dejavnosti, ki jih v poklicni rehabilitaciji posvečamo področju psiholoških in psihosocialnih dejavnikov, prinašajo dejanski napredek, ki se kaže tako na subjektivni ravni v smislu večjega zadovoljstva s svojim zaposlitvenim položajem, izboljšane ocene lastnega počutja, razpoloženja in funkcioniranja, o čemer poročajo vključeni posamezniki, kot tudi z objektivno pozitivnimi rehabilitacijskimi izidi v smislu vračanja na delo.

Vprašalnik BHI2 se kaže kot uporaben merski instrument, ki omogoča celovito oceno posameznikovih rehabilitacijskih potreb, kar je osnova za učinkovito načrtovanje, spremljanje in evalvacijo doseganja ciljev pri posamezniku kot tudi za ocenjevanje učinkovitosti programov rehabilitacije. Zaradi majhnega vzorca je potrebno rezultate vrednotiti zelo previdno, vendar pa ugotovitve kažejo na ustrezno občutljivost BHI2 za različne psihološke in psihosocialne dejavnike ter skladnost rezultatov z objektivnimi rehabilitacijskimi izidi.

## Literatura:

1. Bruns D, Disorbio JM. Assessment of biopsychosocial risk factors for medical treatment: a collaborative approach. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16 (2): 127-47.
2. Bruns D, Disorbio JM. The psychological evaluation of patients with chronic pain: a review of BHI 2 clinical and forensic interpretive considerations. *Psychol Psychol Inj Law*. 2014; 7 (4): 335-61.
3. Vogrin Hudopisk K. Depresija pri bolnikih po možganski kapi: ocenjevalne lestvice in vpliv na izid rehabilitacije. *Rehabilitacija*. 2010; 9 (2): 53-9.
4. Bruns D, Disorbio JM. *Battery for Health Improvement 2 (BHI-2)*. Minneapolis: Pearson; 2003.
5. Molton IR, Stoelb BL, Jensen MP, Ehde DM, Raichle KA, Cardenas DD. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: replication and cross-validation. *J Rehabil Res Dev*. 2009; 46 (1): 31-42.
6. Priyadarshini S, Aich P. Effects of psychological stress on innate immunity and metabolism in humans: a systematic analysis. *PLoS One*. 2012;7(9): e43232.
7. Dhabhar FS. Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: implications for immunoprotection versus immunopathology. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2008; 4 (1): 2-11.
8. Babin PR. Diagnosing depression in persons with brain injuries: a look at theories, the DSM-IV and depression measures. *Brain Inj*. 2003; 17 (10): 889-900.
9. Butcher JN, Williams CL. *Bitne odrednice interpretacija MMPI - 2 i MMPI - A inventara*. Jastrebarsko: Slap; 2000.
10. Craig RJ. *Psychological assessment with the Millon clinical multi-axial inventory (II): an interpretive guide*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1993.
11. Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. Ur l 100/2005. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/content?id=58643&part=&highlight=zzrzi#!/Zakon-o-zaposlitveni-rehabilitaciji-in-zaposlovanju-invalidov-%28uradno-precisceno-besedilo%29-%28ZZRZI-UPB1%29> (citirano 2. 11. 2015).
12. Pastirk S, Knuplež V. Uporaba vedenjsko-kognitivne psihoterapije v skupinskih programih psihosocialne rehabilitacije. *Rehabilitacija* 2008; 7 (1): 18-24.
13. Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije. Dostopno na [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/standardi\\_storitev\\_zr.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/standardi_storitev_zr.pdf) (citirano 2. 11. 2015).
14. Švajger A, Denša A, Bandel T. Uporabnost vprašalnika o notranji moči Vrij Baan v programu zaposlitvene rehabilitacije. *Rehabilitacija* 2013; 12 (2): 29-38.
15. Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil*. 2005; 15 (4): 475-89.
16. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2008; 40 (7): 548-54.
17. Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92 (1): 146-60.
18. Erič L, ur. *Psihodinamična psihiatrija. Del 5, Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje*. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012.