

Vpliv zaznav zdravja in zloma kolka na strategije obvladovalnega vedenja starih rehabilitandov

*Tone Brejc**

Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

Povzetek: Pilotska raziskava je v skladu z Leventhalovim samouravnavajočim modelom bolezenskih kognicij preverjala, kakšen je bil na začetku rehabilitacijske obravnave vpliv subjektivnih predstav v zvezi z zdravjem in zlomom kolka na strategije obvladovanja pri skupini 52, več kot 65 in poprečno 79 let starih oseb. Rezultati raziskave so pokazali, da je bila negativna reprezentacija zloma kolka povezana le z zaznavo začasnega upada sposobnosti za telesno delovanje, ne pa z zaznavo drugih osebnih, družbenih in gmotnih posledic poškodbe, a tudi ne z zaznavo njihove obvladljivosti. Rehabilitandi so ohranili dober občutek splošnega in duševnega zdravja ter zaupanje v lastno učinkovitost in vitalnost. Zato je nizka ocena telesne zmožnosti vplivala le na večjo uporabo sicer manj preferiranih strategij vedenjskega in duševnega dezangažiranja, zanikanja in dezangažiranja s pomočjo substanc. Po drugi strani pa so se rehabilitandi pri strategijah, ki so jih sicer le zmerno ali malo uporabljali, bolj opirali na tiste kognitivno-vedenjske in emocionalne strategije, ki so potrjevale upravičenost njihovih pričakovanj v lastno rehabilitacijsko učinkovitost in zaupanje v terapevtsko pomoč. Izbor strategij je tako pokazal na aktivno, načrtovano in na osnovi sprejemanja zloma, opore v veri, čustvenega sproščanja ter iskanja instrumentalne in socialne opore temelječe prizadevanje za obvladovanje njegovih posledic. Raziskava je potrdila domnevo, da je uporaba strategij obvladovanja pri starih ljudeh omejena z negativno reprezentacijo zloma kolka in nizkim občutkom telesne zmogljivosti, ne pa tudi domnevo, da se te strategije oblikujejo v poseben vzorec, ki je odvisen od zaznave posledic in ocene možnosti za obnovo nadzora nad zdravjem. Veljavnost teh ugotovitev omejuje majhen in nenaključen, le na kognitivno neprizadete in motivirane stare rehabilitande omejen vzorec, nespecifični in nestandardizirani pripomočki ter presečni pristop.

Ključne besede: kolki, zlomi, spoprijemanje, Leventhalov samouravnavajoči model bolezenskih kognicij, zdravstvena psihologija, geriatrija, rehabilitacija

Effects of illness and hip fracture perceptions on coping strategies of elderly rehabilitation clients

Tone Brejc

Institute for Rehabilitation, Republic of Slovenia, Ljubljana

Abstract: The objective of this pilot study was to evaluate, using Leventhal's self-regulatory model of illness perceptions, the effects of subjective representations of health and hip fracture on coping strategies in a sample of 52 clients more than 65 years old at the beginning of intensive hospital rehabilitation programme. The results revealed that rehabilitation clients suffering from hip fracture preserved their

* Naslov / Address: dr. Tone Brejc, univ. dipl. psiholog, Inštitut Republike Slovenija za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana, e-mail: tone.brejc@ir-rs.si

sense of good general and mental health. Negative representation of hip fracture was related only to perception of temporary decline in physical activity and not to perception of other personal, social and economic consequences neither to perception of their controllability. Perception of poor physical competence influenced the use of less preferred coping strategies of behavioural, mental and alcohol/drug based disengagement, and denial. Rehabilitation clients preferred those cognitive-behavioural and emotional strategies which confirmed their perception of self-efficiency and confidence in therapeutic assistance. Strategies were thus selected according to active and planned endeavour to cope, and were based on acceptance, turning to religion, focusing and venting emotions, and seeking instrumental and social support. The study confirmed the hypothesis that negative representation of hip fracture and poor sense of physical competence had a restraining effect on the use of coping strategies. There was no evidence that coping strategies of hip fracture in elderly rehabilitation clients created a specific pattern, depending on the perception of its consequences and the appraisal of possibility to regain health control. The validity of the findings is limited by a relatively small and selected sample of cognitive intact and motivated older rehabilitation clients, use of specific, non-standardised instruments, and a cross-sectional approach.

Key words: hips, fractures, coping behaviour, Leventhal's self-regulatory model of illness cognitions, health care psychology, geriatrics, rehabilitation

CC = 3360

Pri starih ljudeh je zlom kolka eden izmed najpogostejših in še vedno najbolj ogrožujočih zdravstvenih stanj, saj ga lahko spremljajo ne samo resne telesne, pač pa tudi psihološke in socialne posledice (Houldin in Hagen-Quingley, 1995; Fox in Hawkes, 1996; Norton, Butler, Robinson, Lee-Joe in Campbell, 2000; Osnes idr., 2004; Van Balen, Essink-Bot, Steyerberg, Cools in Habbema, 2003). To stanje zahteva najprej intenzivno, pogosto z operativnim posegom povezano akutno obravnavo, ki ji praviloma sledi določeno obdobje institucionalne rehabilitacije, marsikdaj pa tudi urejanje pogojev za kakovostno življenje po njenem zaključku. Zato je razumljivo, da je v geriatrično usmerjenih rehabilitacijskih programih prav skupina starih rehabilitandov po zlomu kolka praviloma najbolj številna in terapevtsko zahtevna. Rehabilitandom iz te skupine je zaradi tega potrebno posvetiti dovolj terapevtskega časa, spoznati in upoštevati njihove sposobnosti obvladovanja ter jih s kratkoročnimi in dosegljivimi cilji motivirati za aktivno sodelovanje pri rehabilitacijski vadbi (učenju). Hkrati pa je tudi potrebno prepoznati in uporabiti tiste vire socialne podpore, ki omogočajo doseči končni rehabilitacijski cilj, to je obnovo in utrditev predpoškodbnega življenjskega položaja starega človeka. Vse te naloge se izrazito navezujejo tudi na psihološke vidike rehabilitacijske obravnave, zlasti na terapevtsko pomoč pri obvladovanju stresa, povezanega z zlomom in z namestitvijo v rehabilitacijsko okolje, ter na pomoč pri načrtovanju in doseganju individualnih rehabilitacijskih ciljev.

Opisane okoliščine, seveda, narekujejo tudi stalno preučevanje vseh tistih dejavnikov, ki po zlomu kolka vplivajo na uspešnost rehabilitacijskega programa. S fenomenološkega in tudi za terapevtsko prakso pomembnega vidika je mogoče oceniti, da se ti dejavniki nanašajo najprej na naslednje štiri ključne oblike osebne izkušnje z

zlomom kolka kot značilne zgodbe oz. pripovedi: *na izkušnjo poškodbe*, ki jo sestavlja pripovedovanje in obujanje izkušnje s samo poškodbo, *na izkušnjo bolečine*, ki jo sestavlja obvladovanje bolečine, *na izkušnjo zdravljenja*, ki vključuje operacijo in začetek prizadevanja za ozdravitev ter obnovo samostojnosti, in *na izkušnjo prizadetosti*, ki jo tvori (začasna) omejitev v sposobnostih ter odvisnost od drugih in okolja (Archibald, 2003). Vendar je značilno, da se dosedanje preučevanje obvladovanja zloma kolka ni veliko posvečalo individualni izkušnji starih ljudi, saj se je predvsem omejilo na ocenjevanje učinkovitosti institucionalne obravnave, na razumevanje odnosov med rezultatom pri obnovi sposobnosti oz. »funkcijskim statusom« in kakovostjo življenja po zaključku programa, ali pa na oceno dejavnikov okolja, ki po zlomu kolka vplivajo na uspešno življenjsko prilagoditev. Tako je primerjava postoperativnega interdisciplinarnega (rehabilitacijskega) programa z običajno zdravstveno pomočjo po poškodbi kolka pokazala, da prinaša glede transferja s postelje, sposobnosti gibanja in uporabe invalidskega vozička več koristi le tistim starim rehabilitandom, ki trpijo zaradi blage ali zmerne kognitivne okvare, sicer pa ne (Naglie idr., 2002). Po drugi strani pa se je pokazalo, da je prav funkcijski status ob zaključku rehabilitacijske obravnave po zlomu kolka pri starih ženskah najmočnejši napovedovalec njihovega statusa čez eno leto, pri čemer so, kljub pomembni obnovi sposobnosti, še vedno trpele zaradi bistvenega funkcijskega upada in izgube kakovosti življenja (Boonen, Autier, Barette, Vanderschulere, Lips in Haetjens, 2004). Pomembno vlogo dejavnikov okolja, zlasti socialne mreže, na katero se lahko po zlomu kolka oprejo stari ljudje, pa potrjuje ugotovitev, da se tedaj okrepi pomoč zakoncev, otrok in prijateljev (Roberto in Bartmann, 1993).

O vlogi psiholoških dejavnikov pri obnovi sposobnosti po zlomu kolka pa še vedno bolj malo vemo (Fortinsky, Bohannon in Litt, 2002). Ugotovljeno je bilo, da so bile po zlomu kolka bolj dejavne tiste stare ženske, ki so imele notranjo umestitev nadzora in so bile že pred zlomom bolj aktivne pri vsakdanjih opravilih in so manj uporabljale formalne oblike pomoči (Roberto in Bartmann, 1993). Zato je smotno pričakovanje, da prispevajo rehabilitacijski postopki, ki izboljšujejo zaznavo notranjega nadzora, ne samo k boljši obnovi telesnih sposobnosti (Shaw, McColl in Bond, 2003), pač pa tudi k izboljšani kakovosti življenja (Johansson, Larsson in Hamrin, 1998). Raziskave so tudi potrdile vpliv predhodnih izkušenj rehabilitandov z boleznijo ali poškodbo in začetnih pričakovanj v zvezi z obnovo zdravja na spremembe v sposobnosti gibanja: tisti z več predhodnimi izkušnjami in s pozitivnimi pričakovanji namreč dosežejo boljšo obnovo sposobnosti. Ali drugače: pričakovanja rehabilitandov glede ozdravitve vplivajo na potek rehabilitacije po zlomu kolka in na dejansko obnovo sposobnosti gibanja (Borkan in Quirk, 1992). Podoben vpliv je bil ugotovljen tudi v zvezi s pričakovanji glede lastne (samo)učinkovitosti: tisti stari rehabilitandi, ki med rehabilitacijsko terapijo poročajo o večji (samo)učinkovitosti, so tudi uspešnejši pri doseganju predpoškodbene gibalne sposobnosti (Fortinsky idr., 2002). Podrobnejše preučevanje odnosa med vedenjskim samournavanjem in funkcijskim stanjem pri starih rehabilitandih s poškodbo kolka je tudi pokazalo, da je prav njihova sposobnost

uporabiti vedenjske namere tisti dejavnik, ki daje pomemben prispevek k obnovi njihove sposobnosti delovanja (Grigsby, Kaye, Kowalsky in Kramer, 2002). V vedenjskih namerah se seveda odražajo tudi osebne strategije obvladovanja poškodbe kolka. Ugotovljeno je bilo, da je med različnimi strategijami, ki jih po zlomu kolka uporabljajo stare ženske, najpogostejša *iskanje socialne podpore*, pri čemer vpliva na izbor te strategije močno prepričanje glede potrebe po *zunanjem nadzoru* nad položajem. Pokazalo se je tudi, da so k čustvom usmerjene »pasivne« strategije povezane s slabšo funkcijsko obnovo (Roberto, 1992), vendar to ne velja za vse takšne strategije: *emocionalno sproščanje* npr. znižuje občutji bolečine in depresivnosti (Smith, Lumley in Longo, 2002).

Vprašanje strategij obvladovanja zloma kolka se povezuje tudi z nekaterimi konceptualnimi vidiki. Obvladovanje je namreč mogoče v skladu z razlago Lazarusa in Folkmana (1984) razumeti kot izvedbo načrta oz. »strategije« za obvladovanje stresne grožnje. Ta načrt je lahko usmerjen k reševanju težav oz. v odpravljanje vira stresa ali pa k zmanjševanju ali odpravljanju čustvenega odziva na stres. Čeprav se pri večini stresorjev pojavita tako k težavam kot k čustvom usmerjeni strategiji, se bo prva strategija verjetneje uveljavila ob oceni, da se je mogoče težave konstruktivno lotiti, druga pa ob oceni, da je potrebno ob težavi potrpeti (Folkman in Lazarus, 1980). Prav tako je dejstvo, da vključujeta obe strategiji različne posamezne miselne, čustvene in vedenjske pristope, ki so odvisni od osebnostnih dispozicij in izkušenj s stresnimi položaji. Posledica tega je individualni slog obvladovanja stresa, ki ga je mogoče razumeti kot odraz kombinacije lastnosti osebnosti in utrjenih preferenc pri izbiri načinov obvladovanja (Carver in Scheier, 1989; Scheier, Weintraub in Carver, 1986). Tako sta npr. aktivno obvladovanje in načrtovanje pozitivno povezana z optimističnostjo, samospoštovanjem in »osebnostno čvrstostjo«, negativno pa z anksioznostjo (Carver in Scheier, 1989). Zato se pri obvladovanju stresa vedno zastavlja vprašanje razmerja med konsistentnostjo strategije in njeno situacijsko odvisnostjo oz. pogojenostjo.

Individualno strategijo oziroma slog obvladovanja bolezenske/poškodbene izkušnje poskuša pojasniti tudi *samouravnavajoči model bolezenskih kognicij* (Leventhal, Benjamini in Brownlee, 1997; Leventhal, Brissette in Leventhal, 2003). V skladu z njim je mogoče domnevati, da vplivajo na izbor strategije za obnovo zdravja po zlomu kolka »zdravorazumska implicitna prepričanja« o tem, kako je mogoče to doseči (Cameron in Leventhal, 2003). Ta prepričanja pa temeljijo na petih kognitivnih sestavinah neke bolezenske oz. poškodbene predstave (reprezentacije) in sicer na prepričanjih o: identiteti bolezni/poškodbe, njenem vzroku, časovnem poteku zdravljenja, posledicah in obvladljivosti. Pri zlomu kolka naj bi to pomenilo, da spodbudi subjektivna zaznava z njim povezanih težav (npr. bolečine, začasne nesposobnosti za hojo, odvisnosti od pomoči), skupaj z informacijami o zdravstvenem stanju in zdravljenju oz. rehabilitaciji, spominsko aktivizacijo bolezenskih reprezentacij, pridobljenih z osebno izkušnjo in/ali socialnim učenjem, in njihovo povezovanje z aktualnim (rehabilitacijskim) položajem. Tako naj bi se oblikovala posebna predstava (reprezentacija) o poškodbi, ki usmerja izbor strategije njenega obvladovanja, določa pričakovane cilje in postavlja merilo za

oceno njene uspešnosti. Seveda pa sprožijo simptomi težav, ki spremljajo zlom kolka, poleg kognitivnega tudi emocionalni in vedenjski odgovor. Kognitivni odgovor se odraža v strategijah, kot so načrtovanje poti do ozdravitve, pozitivno pričakovanje (»optimizem«), sprejemanje stanja, znižanje pričakovanj ali zmanjševanje pomena posledic. Emocionalni odgovor (najpogosteje ima obliko negotovosti, strahu, zaskrbljenosti in depresivnosti) ter vedenjski odgovor pa je mogoče prepoznati v strategijah čustvenega sproščanja, duševnega in vedenjskega dezangažiranja ali pa aktivnega delovanja za odpravo posledic poškodbe, iskanja terapevtske pomoči in vzdrževanja doseženega stanja. Zavedanje oz. reprezentacija tega odgovora pa vzpodbudi tudi izbor in uporabo primerne strategije za njegovo obvladovanje. Pričakovati je torej, da bodo strategije obvladovanja zloma kolka vedno odražale kognitiven, emocionalen in vedenjski pristop. Izbor specifičnih strategij in razmerje med njimi pa sta odvisna od individualnih, z obsegom pozornosti na »notranje dražljaje« povezanih razlik v zaznavanju simptomov (Pennebaker, 1983), od »plastičnosti« (Dixon, 1995) pri odzivu na stresni položaj, od socialnega pomena posledic, ki jih prinaša zlom kolka v posameznikovo življenje in od predhodnih izkušenj z obvladovanjem bolezenskega/poškodbenega stresa oziroma z izgubljanjem osebne avtonomije. Izkušnje z izgubljanjem osebne avtonomije lahko vplivajo na dva načina: prispevajo k zmanjšanju opravljanja vsakdanjih opravil in socialnih stikov, ne spreminjajo pa nujno načina njihove izvedbe, ali pa ta način spremenijo tako, da se uveljavijo nove strategije za obvladovanje prizadetosti (Fried, Heerdman in Kuhn, 1991). Na izbor strategij za obvladovanje stresa starost nima neposrednega vpliva: pri starih ljudeh so aktivne, k težavam usmerjene strategije prav tako pogoste kot pasivne strategije, usmerjene v blaženje ali obvladovanje čustev (Folkman, Lazarus in Pimley, 1987; Koenig, George in Siegler, 1988). Pač pa vpliva starost na njihovo uporabo: stari ljudje uporabljajo manj strategij, vendar to ne pomeni, da je zato kakovost obvladovanja težav slabša (Meeks in Carstensen, 1989).

Namen raziskave

V skladu z Leventhalovim samouravnavajočim kognitivnim modelom razlage subjektivnega »zdravilnega vedenja« (Leventhal in dr., 1997) sem želel pilotsko preučiti povezanost subjektivnih predstav oziroma reprezentacij zloma kolka pri starih rehabilitandih z njihovimi strategijami obvladovalnega vedenja. Dosedanje raziskovanje namreč še ni prineslo jasnega, bolj zanesljivega in podrobnejšega vpogleda v te strategije in v njihovo povezavo z bolezenskimi prepričanji. Tak vpogled bi rehabilitacijskim terapevtom omogočil bolj učinkovito podporo tistih strategij, ki so pri starih ljudeh ob pričetku rehabilitacijskega programa prevladujoče in odražajo njihov značilen subjektivni odziv na stresni položaj oz. poskus psihološke, to je kognitivne in čustveno-vedenjske prilagoditve. Pri raziskavi sem zato preverjal naslednje hipoteze:

1. Negativna reprezentacija zloma kolka je na začetku rehabilitacije povezana z upadom občutka telesne zmožnosti in z negativnimi ocenami splošnega zdravja,

telesnega in socialnega delovanja ter z njimi povezanimi omejitvami pri opravljanju vlog, vitalnosti (»energije«), čustvene dobrobiti in z navzočnostjo bolečine.

2. Negativna reprezentacija zloma kolka in nizek občutek telesne zmožnosti na začetku rehabilitacije znižujeta uporabo strategij obvladovanja.
3. Strategije obvladovanja zloma kolka se oblikujejo pri starih ljudeh na začetku rehabilitacije v značilen vzorec, ki je odvisen od ocene njegove obvladljivosti, povezane z zaznavo posledic zloma in možnosti obnove nadzora nad zdravjem.
4. Pričakovanje obvladljivosti zloma kolka je v pozitivni povezavi s kognitivno-vedenjskimi (»k težavam usmerjenimi«) strategijami in v negativni povezavi s čustvenimi (»k čustvom usmerjenimi«) strategijami.

Metoda

Vzorec

V vzorec je bila vključena skupina 52 več kot 65 let starih rehabilitandov, ki so bili po predhodni obravnavi akutne poškodbe kolka vključeni v rehabilitacijski program Inštituta RS za rehabilitacijo. V skupini je bilo 38 žensk (75 %) in 14 (25 %) moških. Povprečna starost skupine je bila 78,7 let, mediana 80 let. Največ oseb je bilo v intervalu med 75 in 85 let (27 oseb oz. 52 %), najstarejši rehabilitand pa je štel 94 let. Po izobrazbi jih je bilo med njimi 26 (50 %) z osnovnošolsko izobrazbo, 12 (23 %) s poklicno, 12 (23 %) s srednjo, z višjo in visoko pa 2 (4 %).

Instrumenti

Neodvisne spremenljivke so bile ocenjene s *Kratko obliko pregleda nad zdravjem – KOPZ* (MOS 36-item Short-Form Health Survey – SF-36; Ware in Sherbourne, 1992), *Vprašalnikom o zaznavanju bolezni – VZB/P* (The Illness Perception Questionnaire – IPQ; Weinman, Petrie, Moss-Morris in Horn, 1996), 1996), *Lestvico telesne zmožnosti – LTZ* (Physical Self-Efficiency Scale – PSE; Ryckman, Robins, Thornton in Cantrell, 1982), odvisne spremenljivke, tj. strategije obvladovanja zloma kolka, pa z *Lestvico obvladovalnega vedenja – LOV* (COPE Inventory; Carver in Scheier, 1989).

Lestvico telesne zmožnosti – LTZ sem povzel po dostopnem slovenskem prevodu (Lamovec, 1994), instrument SF-36 pa sem najprej prevedel (nastala je KOPZ) in potem uskladil s standardizirano slovensko verzijo 1.0, ki jo je leta 2002 pripravil Health Assessment Lab. Medical Outcomes Trust and QualityMetric Inc. Prevesti sem moral tudi ostali dve lestvici, ki v slovenščini še nista bili standardizirani. Aplikacija teh lestvic je tako pomenila tudi pilotski preskus njihove veljavnosti.

Kratka oblika pregleda nad zdravjem – KOPZ vključuje 36 postavk, s

katerimi se s 5-stopenjskimi lestvicami in eno 3-stopenjsko Likertovega tipa ter dvema dihotomnima lestvicama ocenjuje osem subjektivnih konceptov oz. predstav v zvezi z zdravjem: 1. z zdravstvenimi težavami povezane omejitve v telesni dejavnosti; 2. s telesnim zdravjem povezane omejitve v običajnih vlogah; 3. telesno bolečino; 4. zaznavanje (oceno) splošnega zdravja; 5. vitalnost (energijo in utrujanje); 6. s telesnimi ali čustvenimi težavami povezane omejitve v socialnih dejavnostih; 7. s čustvenimi težavami povezane omejitve v običajnih vlogah in 8. splošno duševno zdravje (psihološki distress in dobrobit). Lestvice vključujejo različno število postavk, ocene pa izraža njihova povprečna vrednost, ali pa (pri verziji 1.0 RAND 36-item Health Survey) odstotek možnega rezultata na lestvici od 0 do 100, pri čemer pomeni ocena 100 najboljše možno zdravje. Ocene prvih štirih konceptov oz. lestvic se sumarno odražajo v oceni »telesnega zdravja«, drugih štirih pa v oceni »duševnega zdravja«. Avtorji poročajo, da je lestvica primerna za uporabo pri starih ljudeh, saj sta bili, kolikor se uporablja v okviru diagnostičnega razgovora, potrjeni visoka notranja konsistentnost in konstruktna veljavnost (Lyons, Perry in Littlepage, 1994). Tudi sicer je v dosedanjih raziskavah ocena zanesljivosti presegala $\alpha = 0,90$ (Ware, 2000). Na zanesljivost slovenskega prevoda lestvice je pokazala raziskava na vzorcu 40 in povprečno 39 let starih rehabilitandov s poškodbo kolena, saj je bil izračunani koeficient α enak 0,93 (Marn-Vukadinović, 2006).

Vprašalnik o zaznavanju bolezni – VZB/P sestavlja pet lestvic, temelječih na kognitivnem in z raziskavami (Skelton in Croyle, 1991) potrjenem modelu bolezenskih pričanj:

- lestvica »identitete bolezni/poškodbe« zajema 12 ključnih simptomov, katerih pogostost je mogoče oceniti s štirimi stopnjami pogostosti pojavljanja (»nikoli«, »občasno«, »pogosto«, »stalno«), rezultat pa se izrazi v seštevku vseh vsaj občasno ponavljajočih se simptomov;
- lestvica »vzroka« vključuje 10 možnih vzrokov bolezni/poškodbe, pri čemer se ocenjuje posamezni vzrok;
- lestvica »časovnega poteka« vključuje tri postavke, ki se nanašajo za pričakovanje trajanja bolezni;
- lestvica »posledic« zajema sedem možnih posledic bolezni/poškodbe in
- lestvica »obvladljivosti/nadzora«, ki vključuje šest možnih pričakovanj glede dosegljivega obvladovanja bolezenskega oziroma poškodbenega stanja.

Postavke teh lestvic je potrebno oceniti na 5-stopenjski Likertovi lestvici (od 5 »se zelo strinjam« do 1 »se zelo ne strinjam«), njihov rezultat pa se prikaže s povprečno oceno, ki jo izraža količnik med seštevkom ocen pri posameznih postavkah in številom postavk. Višje ocene torej pomenijo močnejšo zaznavo identitete bolezni/poškodbe, jasnejšo predstavo o vzroku, pričakovanje dolgotrajnejšega zdravljenja oz. rehabilitacije in izrazitejše pričakovanje obvladovanja bolezni/poškodbe. Notranja konsistentnost posameznih lestvic, opredeljena z α , je dobra, saj se giblje od 0,73 za »časovni potek«

in nadzor« do 0,82 za »identiteto« in »posledice« (Weinman idr., 1996).

Lestvica telesne zmogljivosti – LTZ temelji na 22 trditvah, pri katerih je potrebno s 6-stopenjsko lestvico Likertovega tipa oceniti stopnjo strinjanja ali zavračanja. Trditve odražajo dva faktorja: 1. »zaznavo telesne sposobnosti« in 2. »zaupanje v telesno samopredstavitev«, ki sta v rahli medsebojni korelaciji (0,26). Visoka ocena na tej lestvici pomeni zaznavo oz. oceno visoke telesne zmožnosti. Uporaba lestvice, ki je v pozitivni korelaciji s samospoštovanjem in iskanjem stimulacije, v negativni pa s socialno in manifestno anksioznostjo ter pozornostjo na sebe, je primerna pri telesno usmerjenih terapijah, torej tudi v rehabilitaciji. Avtorji navajajo, da je notranja konsistentnost celotne lestvice dobra ($\alpha = 0,81$), medtem ko je bila v pričujoči raziskavi komaj še zadovoljiva ($\alpha = 0,63$).

Lestvico obvladovalnega vedenja – LOV sestavlja 14 lestvic, ki se nanašajo na enako število v izključujočo dihotomijo med sprejemanjem in zanikanjem ujetih faktorjev, in sicer: aktivno obvladovanje, načrtovanje, potlačevanje tekmujočih dejavnosti, omejevanje, instrumentalno iskanje socialne podpore, emocionalno iskanje socialne podpore, pozitivno reinterpretacijo in osebnostno rast, sprejetje, zatekanje k veri, osredotočenje in čustveno sproščanje, zanikanje, vedenjski umik, čustveni umik in umik s pomočjo alkohola oziroma drog. Vsaka od lestvic vključuje štiri trditve glede uporabe posamezne strategije, ki jih mora respondent z eno od štirih stopenj pristanka (1 – običajno tega sploh ne počnem, 2 – običajno počnem to le malo, 3 – običajno počnem to zmerno in 4 – običajno počnem to veliko) oceniti, ali in kako pogosto jih uporablja. Na vsaki lestvici je tako mogoče doseči najmanj 4 in največ 16 točk. Avtorji poročajo, da presega notranja konsistentnost posameznih lestvic (z izjemo lestvice »čustvenega umika«, za katero velja $\alpha = 0,45$) mejo pri α , enaki 0,60, in je najvišja pri »načrtovanju« ($\alpha = 0,80$), »iskanju čustvene socialne podpore« ($\alpha = 0,85$) in »zatekanju v vero« ($\alpha = 0,92$) (Carver in Scheier, 1989). V pričujoči raziskavi je bila notranja konsistentnost vseh 14 lestvic $\alpha = 0,65$, pri prvih sedmih pa $\alpha = 0,78$.

Postopek

Na osnovi orientacijskih razgovorov, vsaj enotedenskega kliničnega opazovanja in poročanja članov rehabilitacijskega tima so bili k prostovoljnemu sodelovanju v raziskavi povabljeni tisti rehabilitandi, pri katerih je bilo mogoče ugotoviti primerno ohranjeno raven kognitivnih sposobnosti, predvsem (avditivne) pozornosti in razumevanja, izražanja in mišljenja o sebi (metakognicije), ne pa tudi odsotnost depresije. Čeprav so lahko izbirali med izpolnjevanjem (samooценjevanjem) vprašalnikov in odgovarjanjem na vprašanja, so se vsi odločili za slednje. Pokazalo se je, da je bila prednost ustnega zastavljanja vprašanj in odgovarjanja v tem, da je bilo mogoče pri posameznih vprašanjih zagotoviti dodatna pojasnila, prilagajati hitrost odgovarjanja individualnim razlikam in vzdrževati motivacijo, še posebej pri daljših vprašalnikih (npr. LOV). Ob zaključku so bili vsi rehabilitandi na kratko seznanjeni s

prvim vtisom glede odnosa med njihovo zaznavo poškodbenega stanja in strategijami, ki jih uporabljajo. Po opravljenem vrednotenju pa so bili odgovori v oporo bolj usmerjenemu zagotavljanju svetovalne podpore med rehabilitacijo.

Pri obdelavi podatkov so bili poleg deskriptivne analize podatkov opravljeni tudi izračuni povezav med neodvisnimi (LTP, KOPZ, VZP/B) in odvisnimi spremenljivkami (Lestvico obvladovalnega vedenja – LOV).

Rezultati

Iz subjektivne ocene zdravstvenega stanja po zlomu kolka, ki jo prikazuje Tabela 1, sledi, da je ta poškodba osebe iz preučevanega vzorca zelo omejila ne samo pri vseh telesno napornih ali zmernih dejavnostih, povezanih s hojo in telesno močjo, pač pa tudi pri vsakdanjih opravilih (kopianju in oblačenju). Ta omejitev se je odrazila v skrajšanem času za delo in za druga opravila ter v težavah pri njihovem izvajanju, v slabših dosežkih in v zoženem izboru opravil, ki so jih še zmogli. Občutenje in poseg (vpliv) bolečine v vsakdanje življenje v času od zloma sta bila zmerna ($M = 3,35$), pri čemer so bile ocene manj homogene. Podobno so se rehabilitandi dokaj razlikovali glede sicer dobre ocene (zaznave) splošnega zdravstvenega stanja. Pri tem je bilo očitno, da se niso želeli zatekati v negativno primerjavo z drugimi ljudmi – menili so namreč, da je njihovo zdravje približno enako kot zdravje drugih ljudi njihove starosti in so razumeli telesno zdravje kot posebno in bolj ogroženo entiteto, kar je pokazala tudi zgolj zadovoljiva ocena telesnega zdravja (glej sumarno oceno prvih štirih lestvic). Ocena vitalnosti v zadnjem mesecu rehabilitacije kaže, da so se precejkrat počutili polni energije, ne pa izrabljeni in utrujeni. K temu je prispevala tudi njihova ocena

Tabela 1. Ocena zdravstvenega stanja (KOPZ/SF – 36).

| Lestvice | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|------------------------------|----------|-----------|
| telesno delovanje | 1,06 | 0,24 |
| telesna omejitev dejavnosti | 1,04 | 0,19 |
| bolečina | 3,35 | 0,85 |
| splošno zdravje | 3,06 | 0,91 |
| telesno zdravje* | 2,13 | 0,55 |
| vitalnost | 3,03 | 1,03 |
| družbeno delovanje | 3,52 | 1,00 |
| čustvena omejitev dejavnosti | 1,94 | 0,54 |
| duševno zdravje | 3,45 | 0,96 |
| splošna duševna dobrobit** | 2,98 | 0,88 |

Opombe:

Uporabljena je bila lestvica od 1 (slabo, nikoli, povsem napačno) do 5 (odlično, stalno, povsem prav).

* sumarna ocena prvih štirih lestvic

** sumarna ocena zadnjih štirih lestvic

Tabela 2. Korelacije med lestvicami KOPZ.

| Lestvice | TD | OV | TB | SZ | VI | DD | OČ | DZ |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|------|
| telesno delovanje –TD | 1,00 | | | | | | | |
| telesna omejitev dejavnosti - OV | -0,05 | 1,00 | | | | | | |
| bolečina – TB | -0,15 | 0,15 | 1,00 | | | | | |
| splošno zdravje – SZ | 0,22 | 0,05 | -0,08 | 1,00 | | | | |
| vitalnost – VI | 0,13 | 0,16 | -0,29* | 0,54* | 1,00 | | | |
| družbeno delovanje – DD | -0,13 | -0,05 | 0,43* | -0,13 | -0,33* | 1,00 | | |
| čustvena omejitev dejavnosti - OČ | 0,03 | 0,02 | -0,03 | -0,04 | -0,04 | 0,05 | 1,00 | |
| duševno zdravje – DZ | 0,02 | 0,17 | -0,08 | 0,50* | 0,46* | -0,13 | -0,04 | 1,00 |

* $p < 0,05$

(zaznava), da v tem času niso imeli čustvenih težav, ki bi jih ovirale v vsakdanjem življenju, ali pa so bile te le občasne ($M = 1,94$), pa čeprav so se precejkrat počutili nervozno, potrto, žalostno in nesrečno. V celoti so svoje duševno zdravje ocenili za več kot dobro (M je bila višja od 3), medtem ko je bila njihova ocena splošna duševne dobrobiti manj kot dobra (M malenkost nižja od 3). Primerjava z zdravjem pred enim letom pa je pokazala, da so ga ocenjevali kot približno enakega, pri čemer pa je bila variabilnost odgovorov zelo velika in pomembna.

Kot sledi iz Tabele 2, je bila ocena splošnega zdravja po zlomu kolka pri starih rehabilitandih najbolj povezana z oceno lastne vitalnosti in duševnega zdravja s tem, da sta bila ta dva vidika zaznave zdravja tudi v medsebojni korelaciji. Potrdilo se je tudi pričakovanje, da je bila vitalnost negativno povezana z zaznavanjem bolečine in posegom (spremembami) v socialnem delovanju, pozitivno pa z omejevanjem dejavnosti zaradi čustvenega vpliva.

Odgovori na *Vprašalnik o zaznavanju bolezni-poškodbe VZB/P* (Tabela 3) kažejo, da je k identiteti zloma kolka v poprečju prispevalo šest spremljajočih simptomov oz. težav, sicer pa najmanj 2 in največ 12. Med zaznanimi vzroki je bilo daleč pred

Tabela 3. Ocena kognitivnih sestavin zaznave poškodbe (VZB/P).

| Lestvice | M | minimum | maksimum | SD |
|------------------------|-------|---------|----------|------|
| identiteta | 6,17* | 2,0 | 11,0 | 2,13 |
| vzrok: naključje | 4,62 | 0,0 | 0,0 | 1,06 |
| stres | 0,63 | 0,0 | 5,0 | 1,54 |
| lastno vedenje | 2,35 | 0,0 | 5,0 | 2,12 |
| vedenje drugih | 0,10 | 0,0 | 5,0 | 0,69 |
| neprimerno zdravljenje | 0,48 | 0,0 | 5,0 | 1,21 |
| duševno stanje | 0,27 | 0,0 | 4,0 | 0,97 |
| časovni potek | 4,92 | 1,0 | 13,0 | 3,00 |
| posledice | 2,78 | 1,7 | 4,2 | 0,51 |
| obvladljivost/nadzor | 3,44 | 1,5 | 4,8 | 0,53 |

Opombe:

Uporabljena je bila lestvica od 1 (se zelo ne strinjam) do 5 (se zelo strinjam).

* povprečno število simptomov zdravstvenih težav

Tabela 4. Korelacije med ocenami kognitivnih sestavin zaznave poškodbe (VZB/P).

| Lestvice | identiteta | vzrok | | | | | | časovni potek | posledice | obvlad./ nadzor |
|----------------------|------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|---------------|-----------|-----------------|
| | | nak. | str. | l.ve. | ved. | n.ds. | d.st. | | | |
| identiteta | 1,00 | | | | | | | | | |
| vzrok: | | | | | | | | | | |
| naključje | -0,18 | 1,00 | | | | | | | | |
| stres | 0,10 | -0,25 | 1,00 | | | | | | | |
| lastno vedenje | 0,08 | 0,09 | -0,37* | 1,00 | | | | | | |
| vedenje drugih | 0,25 | -0,61* | 0,31 | -0,16 | 1,00 | | | | | |
| neprim. zdravlj. | 0,15 | -0,14 | 0,06 | -0,25 | -0,06 | 1,00 | | | | |
| duševno stanje | 0,17 | -0,39* | 0,35 | -0,08 | 0,54* | -0,11 | 1,00 | | | |
| časovni potek | 0,06 | -0,21 | 0,17 | -0,02 | 0,14 | 0,12 | 0,02 | 1,00 | | |
| posledice | 0,30* | -0,29* | 0,13 | -0,15 | 0,23 | 0,25 | 0,47* | 0,10 | 1,00 | |
| obvladljivost/nadzor | -0,05 | -0,02 | -0,03 | -0,09 | 0,02 | 0,03 | -0,08 | 0,16 | 0,08 | 1,00 |

* $p < 0,05$

Tabela 5. Razporeditev preferiranih strategij na »Vprašalniku obvladovanja težav« (VOT).

| rang | Strategija | <i>M</i> | minimum | maksimum | <i>SD</i> |
|------|--|----------|---------|----------|-----------|
| 1 | sprejetje (SP) | 9,79 | 4 | 14 | 2,09 |
| 2 | opora v veri (RO) | 9,56 | 4 | 16 | 4,35 |
| 3 | osredotočenje / čustveno sproščanje (SE) | 9,13 | 4 | 16 | 3,81 |
| 4 | aktivno obvladovanje (AO) | 9,04 | 4 | 14 | 2,36 |
| 5 | načrtovanje (NA) | 8,96 | 4 | 14 | 2,54 |
| 6 | iskanje čustvene socialne podpore (ES) | 8,33 | 4 | 16 | 2,90 |
| 7 | iskanje instrumentalne socialne podpore (IS) | 7,94 | 4 | 14 | 2,95 |
| 8 | potlačevanje tekmujočihdejavnosti (PA) | 7,87 | 4 | 16 | 2,19 |
| 9 | pozitivna reinterpretacija (PR) | 7,52 | 4 | 15 | 2,63 |
| 10 | omejevanje (OM) | 6,96 | 4 | 12 | 2,30 |
| 11 | duševno dezangaziranje (MD) | 6,13 | 4 | 14 | 2,18 |
| 12 | vedenjsko dezangaziranje (VD) | 5,62 | 4 | 11 | 1,47 |
| 13 | zanikanje (ZA) | 4,85 | 4 | 11 | 1,41 |
| 14 | dezangaziranje s pomočjo substanc (SD) | 4,23 | 4 | 9 | 0,89 |

Opombe: Uporabljena je bila lestvica od 4 (sploh ne uporabljam) do 16 (zelo pogosto uporabljam).

vsemi *naključje*, temu pa so sledili *stres*, *neprimerno zdravljenje*, *lastno vedenje*, *duševno stanje* in *vedenje drugih ljudi*. Ocena pričakovanja glede časovnega poteka (trajanja) obvladovanja poškodbe je zelo pritrčila stališču, da bo potrebno dolgotrajno zdravljenje oz. rehabilitacija, pri čemer je bila variabilnost odgovorov sorazmerno velika. Iz ocene posledic, ki jih je prinesla poškodba v vsakdanje življenje rehabilitandov, v način, kako se vidijo sami in kako jih vidijo drugi ter v gmotno stanje, pa sledi, da se glede tega niso mogli jasno opredeliti. Kar zadeva oceno nadzora oz. obvladljivosti poškodbe, pa je prevladalo pritrjujoče stališče, da se bo stanje sčasoma izboljšalo, da bo zdravljenje učinkovito in da lahko pri tem veliko storijo in že delajo sami, ne pa, da so predvsem odvisni od sreče ali usode.

Izračun korelacij med ocenami VZB/P (glej tabelo 4) je pokazal, da so zaznane spremljajoče težave pri zlomu kolka vplivale na pričakovanje oz. oceno njegovih posledic. Na to oceno sta vplivali tudi zaznavi vzroka za zlom: pozitivno in najbolj je vplivalo *duševno stanje*, negativno pa *naključje*. Zaznava *stresa* kot vzroka za zlom je bila negativno povezana z *lastnim vedenjem*, pozitivno pa z *duševnim stanjem* in *vedenjem drugih*. Ocena, da je do zloma kolka prišlo zaradi *naključja*, je izrazito izključila *vpliv drugih*, v manjši meri pa tudi vpliv *duševnega stanja* in *posledic*.

Rezultati na *Lestvici telesne zmogljivosti* so prinesli značilno nižjo oceno zaznane telesne sposobnosti ($M = 28$) od ocene zaupanja v telesno samopredstavitev ($M = 51$), pri čemer so bile ocene pomembno različne, $t(51) = -16,12$; $p < 0,05$. Ocena zaznane telesne zmogljivosti je bila tudi bolj povezana s splošno oceno telesne zmogljivosti ($r = 0,85$) kot pa ocena zaupanja v telesno samopredstavitev ($r = 0,67$).

Strategije obvladovanja zloma kolka, ocenjene s pomočjo VOT, so se razporedile tako, kot prikazuje Tabela 5. Kot je razvidno, ni po pogostosti uporabe med štirinajstimi

izstopala nobena, saj se je večina strategij, z izjemo zadnjih treh, razporedila v intervalu ocen med 10 in 6, kar pomeni, da so te strategije zmerno ali malo uporabljali. Med prvimi petimi zmerno uporabljanimi strategijami se je na prvo mesto uvrstilo *sprejetje*, ki so mu sledili *opora v veri*, *osredotočenje in čustveno sproščanje*, *aktivno obvladovanje* in *načrtovanje*. Značilno je torej, da se je na prvo mesto uvrstila tista kognitivna strategija, ki je pogoj za stvaren, torej k dejanskim težavam po zlomu kolka usmerjen pristop. Dve k »čustvom usmerjeni« strategiji, pri čemer je kar na drugem mestu *opora v veri*¹, pa sta prehiteli najbolj značilni strategiji »k problemom usmerjenega delovanja«. V naslednjih petih strategijah, ki so jih rehabilitandi še manj uporabljali, sta se v zaporedju, ki potrjuje prednost »čustvenega« nad »stvarnim« pristopom k obvladovanju težav, najprej razvrstili obe strategiji *iskanja terapevtske podpore*, to je *socialna* in *instrumentalna*. Temu so sledile: *potlačevanje tekmujočih dejavnosti*, *pozitivna reinterpretacija/osebna rast* in *omejevanje*. Najmanj pa so se osebe iz vzorca pri obvladovanju težav posluževale *duševnega dezangažiranja*, *vedenjskega dezangažiranja* in *zanikanja*, praktično pa prav nič *dezangažiranja s pomočjo substanc*, se pravi strategij dekompenzatorne obrambe pred stresom.

Razporeditev strategij obvladovanja zloma kolka kaže tudi na to, da se je *sprejetje* stanja po zlomu, skupaj z *oporo v veri* in *čustveno sprostitvijo*, navezovalo na *aktivno obvladovanje* in *načrtovanje* ter *iskanje instrumentalne in čustvene socialne (terapevtske) podpore*. Tem najbolj preferiranim strategijam sprejemanja in aktivnega obvladovanja nasprotno pa so bile malo uporabljene in pretežno pasivne strategije *potlačevanja tekmujočih dejavnosti*, *pozitivne reinterpretacije*, *omejevanja*, *duševnega in vedenjskega dezangažiranja*, *zanikanja* in *dezangažiranja s pomočjo substanc*, pri čemer se je *zanikanje* praktično uvrstilo na nasprotni pol strategije *sprejetja*.

Kot je razvidno iz Tabele 6, je izrazito izstopala povezanost obeh strategij iskanja socialne podpore, ki ju potrjuje njuna visoka medsebojna korelacija ($r = 0,83$). Sicer pa se je šest strategij povezalo v značilne zveze, ki vključujejo od 6. do 1. strategijo: najštevilčnejše, čeprav ne posebej močne, so bile povezave med *zanikanjem* in *sprejemanjem*, *potlačevanjem tekmujočih dejavnosti*, *pozitivno reinterpretacijo*, *omejevanjem* in *duševnim dezangažiranjem*. *Duševno dezangažiranje* je bilo povezano tudi z *aktivnim obvladovanjem*, ta strategija pa z *načrtovanjem*. Z izjemo *sprejemanja* in *aktivnega obvladovanja* so se torej povezale najmanj preferirane strategije obvladovanja.

Izračunane povezave med neodvisnimi spremenljivkami in strategijami obvladovanja zloma kolka ter analiza pomembnosti teh povezav so pokazale na naslednje: *zaznava telesne zmogljivosti* je bila v negativni povezavi z *zaznavo*

¹ *Opora v veri* ima tudi kognitivne dimenzije, vendar sem se pri njeni interpretaciji ravnal po avtorjih vprašalnika (glej Carver in Scheier, 1989).

Tabela 6. Korelacije med lestvicami obvladovalnega vedenja (VOT)

| Lestvice | SP | RO | SE | AO | NA | ES | IS | PA | PR | OM | MD | VD | ZA | SD |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| sprejetje | | | | | | | | | | | | | | |
| - SP | 1,00 | | | | | | | | | | | | | |
| opora v veri | | | | | | | | | | | | | | |
| - RO | -0,13 | 1,00 | | | | | | | | | | | | |
| čustveno sproščanje | | | | | | | | | | | | | | |
| - SE | -0,17 | -0,01 | 1,00 | | | | | | | | | | | |
| aktivno obvladovanje | | | | | | | | | | | | | | |
| - AO | -0,02 | -0,06 | -0,07 | 1,00 | | | | | | | | | | |
| načrtovanje | | | | | | | | | | | | | | |
| - NA | 0,06 | 0,04 | -0,22 | 0,53* | 1,00 | | | | | | | | | |
| iskanje čustvene socialne | | | | | | | | | | | | | | |
| podpore - ES | -0,19 | 0,09 | 0,41 | 0,04 | 0,04 | 1,00 | | | | | | | | |
| iskanje instrumentalne | | | | | | | | | | | | | | |
| socialne podpore - IS | -0,22 | 0,11 | 0,20 | 0,17 | 0,17 | 0,83* | 1,00 | | | | | | | |
| potlačevanje tekmujočih | | | | | | | | | | | | | | |
| dejavnosti - PA | 0,26 | 0,14 | 0,11 | 0,49* | 0,44* | 0,19 | 0,15 | 1,00 | | | | | | |
| pozitivna reinterpretacija | | | | | | | | | | | | | | |
| - PR | 0,26 | 0,02 | 0,10 | 0,62* | 0,26 | 0,20 | 0,25 | 0,43* | 1,00 | | | | | |
| omejevanje | | | | | | | | | | | | | | |
| - OM | 0,16 | -0,01 | 0,19 | 0,26 | 0,23 | 0,27 | 0,21 | 0,46* | 0,45* | 1,00 | | | | |
| duševno dezangažiranje | | | | | | | | | | | | | | |
| - MD | 0,13 | -0,03 | 0,17 | 0,34* | 0,17 | 0,18 | 0,04 | 0,39* | 0,54* | 0,54* | 1,00 | | | |
| Vedenjsko dezangažiranje | | | | | | | | | | | | | | |
| - VD | 0,12 | -0,16 | 0,11 | -0,14 | -0,03 | 0,24 | -0,04 | -0,17 | 0,09 | 0,01 | 0,01 | 1,00 | | |
| zanikanje | | | | | | | | | | | | | | |
| - ZA | 0,30* | -0,15 | 0,03 | 0,19 | -0,08 | 0,13 | -0,04 | 0,38* | 0,29* | 0,32* | 0,32* | 0,19 | 1,00 | |
| dezangažiranje s | | | | | | | | | | | | | | |
| substancami - SD | 0,15 | 0,17 | 0,17 | -0,19 | -0,07 | -0,07 | -0,05 | 0,15 | -0,19 | -0,10 | 0,17 | 0,08 | 0,17 | 1,00 |

posledic zloma kolka ob tem, da je bilo zaupanje v telesno samopredstavitev v pozitivni korelaciji z zaznavanjem nadzora nad njim. Zaznava telesne zmožnosti je bila tudi v negativni korelaciji z iskanjem čustvene socialne podpore, čustvenim sproščanjem in vedenjskim dezangažiranjem, vendar pa je bil njen vpliv pomemben le pri iskanju instrumentalne socialne podpore ($p = 0,020$). Pozitivne povezave so se pokazale tudi med zaznavo težav, stresom in duševnim stanjem (kot vzrokoma za zlom) in zaznavo posledic ter iskanjem instrumentalne socialne podpore, iskanjem čustvene socialne podpore, potlačevanjem tekmujočih dejavnosti, oporo v veri in čustvenim sproščanjem, negativne pa med naključjem in čustvenim sproščanjem, lastnim vedenjem in vedenjskim ter duševnim dezangažiranjem in zaznavo nadzora ter čustvenim sproščanjem. Pomembne povezave med zaznavo zloma kolka in izborom strategij obvladovanja pa so se pokazale v naslednjem: število zaznanih težav (simptomov) je bilo povezano s potlačevanjem aktivnosti ($p = 0,018$) in sprejetjem ($p = 0,020$). Naključje ali stres kot vzroka za zlom sta bila povezana z iskanjem socialne podpore ($p = 0,004$), stresom ($p = 0,018$), a tudi s čustvenim sproščanjem ($p = 0,007$) in vedenjskim dezangažiranjem ($p = 0,047$). Pri uporabi vedenjskega dezangažiranja se je pokazala njegova povezava z lastnim vedenjem kot vzrokom za zlom ($p = 0,040$), duševno stanje pa je bilo povezano s strategijo sprejetja ($p = 0,001$). Zaznava trajanja poškodbe je bila pomembno povezana z izborom aktivnega obvladovanja ($p = 0,040$) in iskanjem instrumentalne socialne podpore ($p = 0,038$). Povezava med zaznavo posledic zloma in strategijami obvladovanja pa se je odrazila v zatekanju v emocionalno sproščanje ($p = 0,000$) in v vedenjsko dezangažiranje ($p = 0,027$).

Analiza povezave osmih subjektivnih konceptov zdravja, ki jih vključuje »Kratka oblika pregleda nad zdravjem« – KOPZ (SF-36), s strategijami obvladovanja je pokazala, da je ocena telesnega delovanja pomembno vplivala na izbor petih, od osmega ranga navzdol uvrščenih, torej manj preferiranih strategij, in sicer na: potlačevanje tekmujočih dejavnosti ($p = 0,040$), omejevanje ($p = 0,030$), pozitivno reinterpretacijo ($p = 0,017$), zanikanje ($p = 0,001$) in duševno dezangažiranje ($p = 0,000$). Pomen ocene duševnega zdravja se je pokazal pri štirih strategijah, in sicer ponovno pri omejevanju ($p = 0,020$) in pozitivni reinterpretaciji ($p = 0,026$), pri vedenjskem dezangažiranju ($p = 0,040$), najbolj pa pri emocionalnem sproščanju ($p = 0,000$), se pravi pri strategiji, ki se je uvrstila na četrto mesto uporabe. S to strategijo je bila povezana tudi ocena sposobnosti za družbeno delovanje ($p = 0,006$), še bolj pa oceni vitalnosti ($p = 0,000$) in splošnega zdravja ($p = 0,000$). Ocena splošnega zdravja je bila tudi v pomembni povezavi z uporabo načrtovanja ($p = 0,010$), medtem ko se je ocena telesne bolečine pomembno povezovala z dezangažiranjem s pomočjo substanc ($p = 0,000$).

Med demografskimi spremenljivkami se je pokazalo, da je bila starost rehabilitandov povezana le z uporabo vedenjskega dezangažiranja ($p = 0,046$), spol in izobrazba pa z oporo v veri ($p = 0,005$; $p = 0,002$), izobrazba pa tudi z dezangažiranjem s pomočjo substanc ($p = 0,020$).

Tabela 7. Korelacije med neodvisnimi spremenljivkami in strategijami obvladovanja.

| Strategije obvladovanja | LTZ | VZB/P | | | | | KOPZ (SF – 36) | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-----|------|-------|----------------|----|------|------|-------|-------|-------|----|
| | | PBI | VZR | PER | POS | NAD | TD | OV | DD | TB | DZ | VI | OČ | SZ |
| aktivno obvladovanje - AO | | | | | | | | | 0,31 | 0,30 | | | | |
| načrtovanje - NA | | | | | | | | | | | | | | |
| potlačevanje tekmujočih dejavnosti - PA | | 0,34 | | | | | 0,28 | | | | | | | |
| omejevanje - OM | | | | | | | 0,29 | | | | | | | |
| iskanje instrumentalne socialne podpore - IS | | | 0,27 | | | | | | | | | | | |
| iskanje emocionalne socialne podpore - ES | -0,29 | | 0,32 | | | -0,28 | | | | | | | -0,33 | |
| pozitivna reinterpretacija - PR | | | | | | | 0,33 | | | | | | | |
| sprejetje - SP | | | -0,47 | | | | | | | | | | | |
| opora v veri - RO | | 0,35 | 0,28 | | | | | | | | | | | |
| čustevno sproščanje - SE | -0,29 | | -0,45 | | 0,54 | | | | 0,43 | | -0,39 | | | |
| zanikanje - ZA | | | | | | | 0,44 | | | | | | | |
| vedenjsko dezangažiranje - VD | -0,28 | | -0,34 | | | | | | | | -0,29 | -0,39 | | |
| duševno dezangažiranje - MD | | | -0,28 | | | | 0,48 | | | 0,29 | | | | |
| dezangažiranje s pomočjo substanc - SD | | | | | | | | | | | | | | |

Opombe:

LTZ – Lestvica telesne zmogljivosti; PBI – lestvica identitete bolezn/poškodbe; VZR – lestvica vzroka bolezn/poškodbe (sumarni prikaz); PER – lestvica pričakovanega trajanja bolezn/poškodbe; POS – lestvica posledic bolezn/poškodbe; NAD – lestvica obvladljivosti/nadzora bolezn/poškodbe; TD – lestvica telesnega delovanja; OV – lestvica z zdravstvenimi težavami povezanih omejitev v telesni dejavnosti; DD – lestvica s telesnim zdravjem povezanih omejitev v običajnih družbenih vlogah; TB – lestvica telesne bolečine; DZ – lestvica duševnega zdravja; VI – lestvica vitalnosti (energije in utrujanja); OČ – lestvica s čustvenimi težavami povezanih omejitev v običajnih vlogah; SZ – lestvica splošnega zdravja.

Razprava

Iz odgovorov na oba vprašalnika, ki sta ocenjevala subjektivno reprezentacijo zloma kolka, to je *Kratkega pregleda zdravstvenega stanja* in *Vprašalnika o zaznavanju bolezni/poškodbe*, je mogoče ugotoviti, da so ga rehabilitandi iz vzorca sprejeli kot posebno in na sposobnosti za delovanje omejeno obliko poslabšanja zdravstvenega stanja, ne pa kot sestavino splošnega in s staranjem povezanega upadanja zdravja. Omejevanje vpliva zloma predvsem na telesni vidik zdravja, ki so ga potrdili tudi z nizkimi ocenami svoje telesne zmožnosti, jim je omogočilo, da so večinoma počutili dovolj vitalne oz. polne energije in čustveno trdne. Kljub temu, da vseh posledic zloma, posebej socialnih in denarnih, niso mogli zanesljivo oceniti, so bili tudi prepričani v njegovo obvladljivost. Negativna reprezentacija zloma kolka je bila torej izrazito povezana le z izkušnjo prizadetosti in oviranosti zaradi omejitev v telesnem delovanju in pri opravljanju s telesnim delovanjem povezanih vlog, ne pa s številom spremljajočih težav – te so zgolj prispevale k sprejetju poškodbe – in tudi ne s pričakovanim trajanjem rehabilitacije ter prepričanjem o ozdravljivosti te poškodbe. Stari rehabilitandi so zato lahko ohranili dober občutek splošnega zdravja in zaupanje v učinkovitost sicer pričakovane dolge rehabilitacije. Pokazalo se je torej, da je mogoče prvo hipotezo našega proučevanja le delno sprejeti: reprezentacija zloma kolka je bila na začetku rehabilitacije povezana le z zaznavami upada občutka telesne zmožnosti ter z omejitvami pri delovanju in pri izvajanju vlog, ne pa z negativnimi ocenami splošnega zdravja, čustvenega stanja in vitalnosti. To tudi pomeni, da se je v raziskavi eksploratorna moč Leventhalove razlage bolezenskih prepričanj (Leventhal idr., 1997) navezala le na dve kognitivni dimenziji: na zaznavo telesnih posledic in na prepričanje o možnosti ozdravitve.

Naslednji raziskovalni domnevi, da je znižana uporaba strategij obvladovanja na začetku rehabilitacije povezana z negativno reprezentacijo zloma kolka in nizko oceno oz. občutkom telesne zmožnosti, je mogoče pritrčiti. Pokazalo se je namreč, da je imela nizka ocena sposobnosti za delovanje, povezana tudi z nizkim občutkom telesne zmožnosti, še posebej pomembno vlogo pri uporabi manj preferiranih strategij. Po drugi strani pa je bilo število zaznanih simptomov težav, ki so spremljali zlom kolka in so prispevali k identiteti te poškodbe, pripisovanje pretežno eksternalnih vzrokov zanjo (*naključje*) in pričakovanje dolgotrajne, a uspešne rehabilitacije, povezano predvsem z nekaterimi najbolj preferiranimi kognitivno-vedenjskimi strategijami, kot so sprejetje, iskanje instrumentalne socialne podpore in aktivno obvladovanje, manj pa z zmerno preferiranimi strategijami, kot sta potlačevanje tekmujočih aktivnosti in vedenjsko dezangažiranje. To kaže na to, da so stari rehabilitandi bolj uporabljali tiste strategije, ki so potrjevale upravičenost njihovih pričakovanj v obnovo sposobnosti oz., kot so ugotovili že Gringsby idr. (2002), ki so potrjevale sposobnost uveljaviti njihove vedenjske namere. V tem smislu se je tudi potrdil Leventhalov samouravnavaoči model bolezenskih kognicij (Leventhal idr., 1997): izbrane strategije so odražale dinamičen odnos med interpretacijo zloma kolka, to je med zaznavanjem težav, ki jih je zlom

prinesel, njihovim osebnim in družbenim pomenom ter med prepričanjem v njegovo obvladljivost, podprtim tudi z zaupanjem v lastno delovanje oz. v samoučinkovitost. Prav to prepričanje je bilo skupaj s pozitivnimi pričakovanji glede rehabilitacijskega rezultata tudi ključna motivacijska osnova za izbor strategij. V skladu s Schwarzerjevo teorijo procesa zdravstvenega delovanja (Schwarzer, 1992) pa je ta izbor mogoče razumeti tudi kot kognitivni načrt za (rehabilitacijsko) delovanje in nadzor nad njim. Naše ugotovitve se torej ujemajo s spoznanjem, da je pri starih rehabilitandih pričakovanje lastne učinkovitosti povezano s pričakovanjem uspeha rehabilitacijske terapije (Fortinsky idr., 2002), to pa se nujno odraži tudi v izboru tistih strategij, ki to pričakovanje potrjujejo.

Domneva, da se pod vplivom zaznave posledic in pričakovanj glede obnove nadzora nad zdravjem pri starih ljudeh z zlomom kolka oblikuje značilen vzorec strategij njegovega obvladovanja, se ni potrdila. Zaznava posledic je bila pomembno povezana le z dvema strategijama, usmerjenima proč od reševanja težav, to je z emocionalnim sproščanjem in vedenjskim dezangaziranjem, s katerima so se odzvali na čustvene sestavine njihove zdravstvene ogroženosti. Pokazalo se je tudi, da se pozitivno pričakovanje starih rehabilitandov glede obnove nadzora nad zdravjem na splošno ni povezovalo z izbranimi strategijami, saj je bilo nekoliko povezano le z zavračanjem čustvene socialne podpore. Zato je mogoče zaključiti, da je bilo pri izboru strategij prepričanje o dosegljivosti končnega cilja (poleg pričakovanja lastne učinkovitosti), oprto na dobro subjektivno oceno splošnega zdravja, tako močno, da je rehabilitande razbremenjevalo uporabe posebnih, to prepričanje potrjujočih strategij. Izbor strategij je bil torej izrazito v prid pozitivnemu, aktivnemu samostojnemu delovanju, temelječemu na stvarnem sprejemanju zloma kolka in njegovih posledic, na čustvenem sproščanju in na upanju, ki ga vsebuje religiozno čustvovanje, a tudi na prepričanju v lastno učinkovitost, ne pa toliko na iskanju (terapevtske) instrumentalne in socialne podpore. Seveda pa je potrebno pri ocenjevanju ugotovitve, da se pod vplivom »zdravilnih prepričanj« strategije obvladovanja zloma kolka niso oblikovale v poseben vzorec, upoštevati tudi to, da so rehabilitandi tudi sicer te strategije le zmerno ali malo uporabljali: ta ugotovitev se tudi ujema z opažanjem Meeksa in Carstensa (1989) glede vpliva starosti na znižanje uporabe strategij. Ker jih na začetku rehabilitacije tudi niso mogli dovolj intenzivno izkustveno preverjati in utrjevati, zlasti pa (še) ne povezati s končnim rezultatom rehabilitacije, tudi niso mogli odkriti, katere strategije obvladovanja bi bile lahko najbolj uspešne. Tako se je lahko v izboru strategij in njihovi uporabi odrazil predvsem splošen pristop starih ljudi k stresnim dogodkom v življenju, pri čemer je potrebno upoštevati, da je to meril tudi uporabljeni instrument – VOT. V tem pristopu bi bilo mogoče prepoznati uspešen premik v njihovem osebnostnem razvoju k stvarnemu razumevanju sebe in sveta, poudarjeno usmeritev k apoloničnim vrednotam in razrešitev »konflikta med integriteto 'jaza' in obupom« (Wolf, 1997) oz. »konflikta med preokupacijo s telesnostjo (»telesnim jazom«) in njenim transcendiranjem« (Peck, 1968). Razrešitev teh konfliktov pomeni ohraniti občutek osebnostne integracije in sprejeti življenje takšno, kot je. Utemeljenost takšnega zaključevanja o s staranjem povezanem osebnostnem vplivu na izbor strategij najbolj potrjuje prav ugotovitev, da

se je na prvo mesto uvrstila strategija sprejetja, na drugo in tretje pa opora v veri in čustveno sproščanje. Sprejetje pa bi bilo mogoče razumeti tudi v smislu Kellermanove (1980) »intelektualizacije« čustva »pričakovanja«, izboljšanja oz. odprave posledic zloma kolka ter uveljavitve potrebe po obnovi nadzora nad življenjem, kar se je pokazalo v poudarku na strategijah osebnega delovanja. Razumska ocena dejstev, ki jih je prinesel zlom kolka, je bila tako tudi osnova za predvidevanje želenega poteka rehabilitacije in zato so se stari rehabilitandi oprli na predvsem kognitivno- vedenjske strategije. Vernost kot odraz povečanega, s starostjo in s prevladujočo nižjo izobrazbo starih rehabilitandov povezanega pomena izpolnitvenih vrednot (Musek, 2000) in odsotnost ovirajoče zaskrbljenosti pa sta prispevali, da so se v sicer manjši meri oprli tudi na emocionalne strategije.

Tudi zadnje hipoteze, da naj bi bilo pričakovanje obvladljivosti zloma kolka v pozitivni povezavi s kognitivno-vedenjskimi (»k težavam usmerjenimi«) strategijami in v negativni z emocionalnimi (»k čustvom usmerjenimi«) strategijami, ni bilo mogoče potrditi. Kot sem že ugotovil, se je pokazalo, z izjemo iskanja čustvene socialne podpore (terapevtov), da ni bilo to pričakovanje v nobeni pomembni povezavi z izbranimi strategijami. Glede na to, da je bilo v vzorcu tri četrtine žensk, bi bilo to mogoče razumeti tudi kot potrditev ugotovitve, da je to pri njih najpogosteje uporabljena strategija (Roberto, 1992) – seveda, v kolikor bi bile hkrati tudi glede osebnega nadzora »eksternalno usmerjene«. Omejeno povezavo je bilo mogoče prepoznati le pri zaznavi vzroka za zlom, ko sta rehabilitande stres in duševno stanje navedla k pretežno emocionalnim strategijam obvladovanja spremljajočega čustvenega stanja. Zavrnitev te hipoteze si je mogoče razložiti z ugotovitvijo, da je bilo stresno doživljanje ob zlomu kolka, kar se je pokazalo v dobri subjektivni oceni duševnega zdravja, primernem zaupanju v lastno učinkovitost in v odsotnosti čustveno pogojenih omejitev dejavnosti, umirjeno in rehabilitandi niso izgubili občutka nadzora nad svojim življenjem. Ker pa naj bi bili stari ljudje bolj sposobni točne ocene stresorjev, hkrati pa tudi bolj eksternalno usmerjeni (Blanchard-Fields in Robinson, 1987), so se pri izboru strategij bolj ravnali po pričakovani dolgotrajnosti rehabilitacije ter na temelju zaupanja vase in v učinkovitost »zunanje« terapevtske pomoči, ne pa glede na končni cilj. Zato so se potem, ko so svoj položaj po zlomu kolka sprejeli in se z upanjem, ki ga prinaša vera ter z osredotočenjem na rehabilitacijsko nalogo, čustveno sprostili oz. umirili, lahko lotili njegovega aktivnega, načrtovanega in terapevtsko podprtega obvladovanja.

Zaključek

Z omejitvami, ki jih narekuje pilotska narava raziskave in majhen vzorec, je mogoče zaključiti, da je vendarle prinesla bolj razviden in podroben vpogled v kognitivno-vedenjske in emocionalne strategije, ki jih na začetku rehabilitacijskega programa uporabljajo stari ljudje z zlomom kolka. Pri tem se je potrdila primernost Leventhalove kognitivne razlage zdravnega vedenja (Leventhal idr., 1997) s tem, da se je pokazalo, da so bili stari ljudje pri izboru strategij bolj kot od pričakovanja obvladljivosti te poškodbe

odvisni od zaznave njenih posledic, pričakovanega trajanja rehabilitacije in zaupanja v lastno učinkovitost. Čeprav ni bilo mogoče potrditi domneve, da se stari ljudje lotevajo zloma kolka z značilnim vzorcem strategij, je očitno, da je bila bistvena kognitivna osnova za vse strategije sprejetje te poškodbe, ki sta ga podprli opora v veri in čustveno sproščanje, torej odprtost tudi za duhovno in čustveno sprejemanje položaja. Takšen miselni in čustveni pristop jim je omogočil, da so se oprli predvsem na aktivne, »k težavam« usmerjene strategije, pa čeprav se je pokazalo, da so jih uporabljali manj in tudi ne pogosto. Za geriatrično rehabilitacijsko prakso pomenijo te ugotovitve potrditev utemeljenosti njenega »kolaborativnega empiricizma« (Colledge, 2002), v okviru katerega mora kognitivno-vedenjski pristop k starim rehabilitandom z zlomom kolka temeljiti na ukrepih, ki krepijo njihovo prepričanje v lastno učinkovitost in v smiselnost prizadevanj za doseg pričakovanih ciljev. To pomeni, da jim mora rehabilitacijska terapija omogočiti aktivno sodelovanje in odločanje pri izboru rehabilitacijskih ciljev, okrepjevati izkustveno učenje veščin obvladovanja vseh posledic zloma, suportivno pomagati pri njihovi miselni in čustveni predelavi ter jim omogočiti oceno lastne učinkovitosti ob zaključku rehabilitacije na način, ki odraža »presojo sposobnosti doseči določeno raven delovanja« (Bandura, 1982).

Pomanjkljivosti raziskave je mogoče videti zlasti v naslednjem: sorazmerno majhen vzorec zmanjšuje veljavnost ugotovitev. Vzorec je bil izbran nenaključno, saj je bilo sodelovanje v raziskavi prostovoljno, vnaprej pa so bili izključeni vsi tisti stari rehabilitandi, ki zaradi upada pozornosti in neposrednega pomnjenja ter miselne upočasnjenosti niso zmogli zahtev ocenjevalnega intervjuja, pa čeprav so lahko sicer sodelovali pri neverbalnem oz. proceduralnem rehabilitacijskem učenju in so bili v njem verjetno tudi zaradi lastnih vedenjskih strategij uspešni. Kot je pri tovrstnih pilotskih raziskavah skoraj običajno, so se uporabljeni instrumenti, še posebej *Vprašalnik o obvladovanju težav – VOT* in *Lestvica telesne zmožnosti – LTZ*, pokazali kot preobsežni ali premalo oz. sploh ne prilagojeni potrebam, pričakovanjem in sposobnostim starih ljudi. Ker je bila zato potrebna njihova aplikacija v okviru diagnostičnega intervjuja, ki je omogočal dodatno pojasnjevanje postavk, je lahko prišlo do nesistematičnega vpliva raziskovalca.

V nadaljnjem preučevanju bi kazalo poleg odprave teh pomanjkljivosti preučiti odnos med strategijami in objektivno oceno uspeha rehabilitacijske obravnave po zlomu kolka, vpliv vrednot, čustvenega stanja in zaznavanja prihodnosti na izbor strategij ter spremljati uporabo strategij v nadaljnjem življenju starih ljudi, ki so tak zlom utrpeli.

Literatura

- Archibald, G. (2003). Patient's experience of hip fracture, *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 385–392.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Blanchard-Fields, F. in Robinson, S. L. (1987). Age differences in the relation between controllability and coping, *Journal of Gerontology*, 42, 497–501.
- Boonen, S., Autier, P., Barette, M., Vanderschulere, D., Lips, P. in Haetjens, P. (2004). Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled

- study. *Osteoporosis International*, 15 (2), 87–94.
- Borkan, J. M. in Quirk, M. (1992). Expectations and outcomes after hip fracture among elderly. *International Journal of Ageing and Human Development*, 34 (4), 339–350.
- Cameron, L. D. in Leventhal, H. (ur.) (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.
- Carver, C. S. in Scheier, M. F. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267–283.
- Colledge, R. (2002). *Mastering Counseling Theory*. Houndmills, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Dixon, R. A. (1995). Promotion of competence through compensation. V L. A. Bond, S. J. Cutler in A. Grams (ur.), *Promoting Successful and Productive Aging* (str. 220-238). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Folkman, S. in Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Personal and Social Psychology*, 48, 219–239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. in Pimley, S. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171–184.
- Fortinsky, R. H., Bohannon, R. W. in Litt, M. D. (2002). Rehabilitation therapy self-efficacy and functional recovery after hip fracture. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25 (3), 241–246.
- Fox, K. M. in Hawkes, W. G. (1996). Markers of failure to thrive among older hip fracture patients. *Journal of American Geriatric Society*, 44 (84), 371–376.
- Fried, L. P., Heerdman, S. J. in Kuhn, K. E. (1991). Preclinical disability (hypothesis about the bottom of the iceberg). *Journal of the Aging Health*, 3, 285–300.
- Grigsby, J., Kaye, K., Kowalsky, J. in Kramer, A. M. (2002). Relationship between functional status and the capacity to regulate behavior among elderly persons following hip fracture. *Rehabilitation Psychology*, 47 (3), 291–307.
- Houldin, A. D. in Hagen-Quingley, B. (1995). Psychological intervention for older hip fracture patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (12), 20–26.
- Johansson, I., Larsson, G. in Hamrin, E. (1998). Sense of coherence, quality of life, and functioning among elderly hip fracture patients. *Aging*, 10 (5), 377–384.
- Kellerman, H. (1980). A structural model of emotion and personality: Psychoanalytic and sociobiological implications. V R. Plutchik, in H. Kellerman (ur.), *Emotion: Theory, research and experience*, Vol. 1. New York: Academic Press.
- Koenig, H. G., George, L. K. in Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulation coping strategies among older adults, *The Gerontologist*, 28, 303–310.
- Lamovec, T. (1994). *Psihodiagnostika osebnosti 2 [Psychodiagnosics of personality 2]*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Lazarus, R. in Folkman, S. A. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Benjamini, Y. in Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. V K. J. Petrie in J. A. Weinman (ur.), *Perceptions of Health and Illness* (str. 1–18). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, H., Brissette, I. in Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self regulation of health and illness. V L. D. Cammeron in H. Leventhal (ur.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* (str. 42–65). London: Routledge.
- Lyons, R. A., Perry, H. M. in Littlepage, B. N. (1994). Evidence for validity of the Short-form Questionnaire (SF-36) in elderly population. *Age and Aging*, 23, 182–184.
- Marn-Vukadinović, D. (2006). *Zanesljivost in veljavnost slovenskega prevoda kratkega testa zdravja (SF-36) [Validity and reliability of 36-item Short-Form Health Survey]*. Prispevek, predstavljen na III. kongresu fizikalne in rehabilitacijske medicine, Kranjska Gora, Slovenija.
- Meeks, S. in Carstensen, L. L. (1989). Age differences in coping: dose less men worse. *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (2), 127–140.

- Musek, J. (2000). *Nova psihološka teorija vrednot*. Ljubljana: Educy.
- Naglie, G., Tansey, C., Kirkland, J. L., Ogilvie-Harris, D. J., Detsky, A. S., Etchells, E., Tomilson, G., O'Rourke, K. in Goldlist, B. (2002). Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized control trial. *Canadian Medical Association Journal*, 167 (8), 845–846.
- Norton, R., Butler, M., Robinson, E., Lee-Joe, T. in Campbell, A. J. (2000). Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case control participants. *Disability Rehabilitation*, 22 (8), 345–351.
- Osnes, E. K., Lofthus, C. M., Meyer, H. E., Falch, J. A., Nordsletten, L., Cappelen, I. in Kristiansen, I. S. (2004). Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis International*, 15 (7), 567–574.
- Peck, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. V B. L. Neugarten (ur.), *Middle Age and Aging* (str. 88–92). Chicago: Chicago University Press.
- Pennebaker, J. W. (1983). Accuracy of symptom perception. V A. Baum, S. E. Taylor in J. Singer (ur.), *Handbook of Psychology and Health, Vol. 4* (str. 189–218). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Roberto, K. A. (1992). Coping strategies of older women with hip fractures: resources and outcomes. *Journal of Gerontology*, 47 (1), 21–26.
- Roberto, K. A. in Bartmann, J. (1993). Factors related to older women's recovery from hip fractures: physical ability, locus of control, and social support. *Health Care Women International*, 14 (5), 457–468.
- Ryckman, R M., Robins, M. A., Thornton, B. in Cantrell, P. (1982). Development and validation of Physical self-efficacy scale. *Journal of Personal and Social Psychology*, 42 (5), 891–900.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. in Carver, R. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257–1264.
- Schwarzer, R. (1992). Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. V R. Schwarzer (ur.), *Self Efficacy: Thought Control of Action* (str. 217–243). Washington DC: Hemisphere.
- Shaw, C., Mc Coll, E. in Bond, S. (2003). The relationship of perceived control to outcome in older women undergoing surgery for fractured neck of femur. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (1), 117–123.
- Skelton, J. A. in Croyle, R. T. (1991). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag.
- Smith, J. A., Lumley, M. A. in Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavior Medicine*, 24 (4), 326–335.
- Van Balen, R., Essink-Bot, M. L., Steyerberg, E., Cools, H. in Habbema, D. F. (2003). Quality of life after hip fracture: a comparison of four health status measured in 208 patients. *Disability Rehabilitation*, 25 (10), 507–519.
- Ware, J. E. in Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short Health Survey (SF-36) I, Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30, 373–483.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 2 (24), 3130–3139.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. in Horn, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11, 431–445.
- Wolf, E. S. (1997). Self psychology and the aging self through the life curve, *Annual of Psychoanalysis*, 25, 201–215.

Prispelo/Received: 18.05.2006

Sprejeto/Accepted: 27.11.2006