

ALMA MATER
EUROPAEA
— ECM —

Študijski program
SOCIALNA GERONTOLOGIJA

DOKTORSKA DISERTACIJA

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**MODEL VKLJUČEVANJA SOCIALNEGA
GERONTOLOGA V CELOSTNO OBRAVNAVO
STAREJŠE OSEBE Z ZLONOM KOLKA**

Kandidatka: Bernarda Hostnik

Mentorica: prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik

Maribor, 2017

ZAHVALA

Prof. dr. (Republika Finska) Danici Železnik, ker me je znala voditi z dušo, me razumela, me opogumila in me potisnila naprej, ko sem obstala. Uspelo mi je zaradi njene strokovnosti, izjemnega znanja, modrosti in vizije!

Prof. dr. Radku Komadini za izjemno strokovno pomoč in neskončno potrpežljivost.

Prof. ddr. Mariji Ovsenik za njene strokovne napotke, za navdušenje nad socialno gerontologijo in za izjemen občutek sprejetosti.

Sošolcem: Mateji, Barbari, Petru, Nikolaju, Janezu, Amadeusu in Marjanu. Hvala, rada vas imam!

Travmatološkemu oddelku Splošne bolnišnice Celje, sodelavkam, sodelavcem in predstojniku dr. Dragu Brileju. Z vso hvaležnostjo se vas spominjam in se zahvaljujem za pomoč in možnost nastajanja doktorata.

Moji družini – Janezu in najinim otrokom: Martinu, Manici in Metodu!

POVZETEK

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva poteka oskrba starejših oseb z zlomom kolka brez koordinatorja procesa njihove obravnave, zato se starejše osebe v neznanem okolju med množico informacij pogosto počutijo izgubljene, nemočne in prepuščene predvsem lastni iznajdljivosti. Namen doktorske disertacije je prikazati potrebo po vključevanju socialnega gerontologa v celostno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju ter oblikovati in predstaviti model njegovega vključevanja v obravnavo. Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu in je potekala v dveh delih. Prvi del raziskave, izveden s standardiziranim vprašalnikom, je temeljil na analizi obstoječega sistema obravnave 353 starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje in ugotavljanju razlik v obravnavi starejših oseb z zlomom kolka v drugih bolnišnicah v Evropi, vključenih v mednarodno spletno bazo podatkov »Fragility Fracture Network Hip Fracture« (FFN HF). Pridobivanje primarnih podatkov se je nanašalo na ugotavljanje kognitivnih sposobnosti in ohranjanje dojemanja starejših oseb, njihovo mobilnost, ugotavljanje potrebe po pomoči pred zlomom kolka, izvajanje preventivnega zdravljenja za zaščito kostnine, uporabo splošne anestezije pri operativnem posegu, pogostost vnitve po operaciji kolka v domače okolje in njihovo mobilnost po operaciji kolka. V drugem delu raziskave smo na vzorcu 67 starejših oseb z zlomom kolka s pomočjo nestandardiziranega anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe raziskave, ugotavljali njihova stališča o potrebi vključevanja socialnega gerontologa v obravnavo. Rezultati prvega dela raziskave so pokazali slabše kognitivne sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka ob sprejemu v Splošno bolnišnico Celje kot pri starejših osebah v bolnišnicah, vključenih v mednarodno bazo podatkov FFN HF. Starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje čakajo na operativni poseg dlje časa kot starejše osebe v bolnišnicah, vključenih v mednarodno bazo podatkov, daljše so čakalne dobe v Splošni bolnišnici Celje, manjše je izvajanje preventivnega zdravljenja kosti, večja je mobilnost brez pomoči pred zlomom kolka, enako koriščenje splošne anestezije pri operativnem posegu v vseh starostnih skupinah in pogostejše vračanje starejših oseb po operativnem posegu v domače okolje. Rezultati drugega dela raziskave so pokazali, da starejše osebe, hospitalizirane v Splošni bolnišnici Celje, pri njihovi obravnavi pogrešajo strokovno kompetentno osebo za kontinuirano vodenje njihove obravnave v bolnišnici in pri odpustu iz bolnišnice. Na podlagi izsledkov raziskave smo izdelali model vključevanja socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v

bolnišničnem okolju, kar je predstavljeno v doktorski disertaciji. Model služi kot izhodišče protokola obravnave starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju, ki temelji na procesnem pristopu, s katerim dosežemo manj zapletov, višjo kakovost obravnave ter optimizacijo stroškov obravnave.

Ključne besede: starejša oseba, zlom kolka, celostna obravnava, socialni gerontolog, model.

SUMMARY

At the secondary healthcare level, the care for elderly people with a hip fracture takes place without a coordinator of the process for their treatment, so elderly people often feel lost, helpless, and fully left to their own devices in an unknown environment with a multitude of information. The purpose of the dissertation is to show the need for including a social gerontologist into the comprehensive treatment of an elderly person with a hip fracture in a hospital setting, and to develop and introduce a model for their inclusion into treatment. The study was based on a quantitative approach and it took place in two stages. The first stage of the study, carried out by means of a standardised survey, was based on the analysis of the existing system for the treatment of 353 elderly persons with a hip fracture at the Celje General Hospital and on determining the differences in the treatment of elderly persons with a hip fracture compared to other hospitals in Europe which are included in the Fragility Fracture Network Hip Fracture Audit Database (FFN HFAD). The acquiring of primary data referred to the determination of the cognitive abilities and the maintaining of perception abilities of elderly people, their mobility, determining the need for assistance prior to a hip fracture, carrying out preventive treatment to protect ossein, using general anaesthesia during surgery, the frequency of returning to their home environment following hip surgery, and their mobility following hip surgery. In the second stage of the study, a sample of 67 elderly people with a hip fracture was surveyed by means of a non-standardised questionnaire developed for the purposes of our study in order to discover their views on the need to include a social gerontologist into treatment. The results of the first stage of the study showed poorer cognitive abilities of elderly people with a hip fracture upon being admitted to the Celje General Hospital compared to elderly people included in the international FFN HF database. The results also showed that the elderly people with a hip fracture at the Celje General Hospital wait longer for their surgery compared to the elderly people included in the international database; the waiting periods at the Celje General hospital are also longer, preventive bone treatment is carried out less, the elderly people have greater mobility without assistance prior to hip fracture, the use of general anaesthesia during surgery is equal in all age groups, and the elderly people return to their home environments following surgery more frequently. The results of the second stage of the study showed that the elderly people hospitalised at the Celje General Hospital miss an expert competent to continually manage their treatment at the hospital and following their release. Based on the findings of the study, a model of including a social

gerontologist into the comprehensive and multidisciplinary treatment of an elderly person with a hip fracture in the hospital environment has been developed, and this model is presented in this dissertation. The model serves as the groundwork for the protocol for treating elderly people with a hip fracture in a hospital environment, which is based on a process approach, by means of which fewer complications occur, a higher quality of treatment is achieved, and treatment costs are optimised.

Key words: elderly person, hip fracture, comprehensive treatment, social gerontologist, model.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	Opre delitev raziskovalnega problema.....	4
1.2	Namen in cilji doktorske disertacije.....	6
1.3	Opre delitev temeljnih raziskovalnih vprašanj in hipotez.....	8
1.4	Opre delitev metod raziskovanja.....	9
1.4.1	Opis instrumentarija.....	10
1.4.2	Opis vzorca.....	11
1.4.3	Postopek zbiranja in obdelave podatkov.....	12
1.4.4	Etični vidik raziskovanja.....	14
1.5	Opre delitev omejitev raziskovanja.....	14
2	STAROST IN STARANJE	15
2.1	Demografske spremembe.....	15
2.2	Proces staranja.....	16
2.3	Socialna vključenost starejših oseb.....	19
2.4	Izzivi socialne gerontologije.....	20
2.5	Posledice demografskih sprememb v bolnišnični dejavnosti.....	23
2.6	Krhkost kosti in osteoporoza pri starejših osebah.....	26
2.7	Zlomi kolka pri starejših osebah.....	33
2.8	Kognitivne lastnosti starejših oseb.....	36
2.9	Raziskave s področja kognitivnih lastnosti starejših oseb.....	39
3	OBRAVNAVA STAREJŠE OSEBE Z ZLOMOM KOLKA	41
3.1	Sodobna teorija sistemov v zdravstvenem sistemu.....	42
3.2	Celostni pristop obravnave pacienta.....	44
3.3	Tradicionalna obravnava starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje.....	45
3.4	Sodobni pristopi pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka.....	47

3.4.1	Multidisciplinarni management v geriatrični travmatologiji.....	48
3.4.2	Multidisciplinarni pristop obravnave.....	50
3.4.3	Procesni pristop organiziranosti obravnave.....	53
3.4.4	Pristop organiziranosti »fast track«.....	53
3.4.5	Ortogeriatrski model obravnave.....	55
3.4.6	Multidisciplinarni tim v geriatrični travmatologiji.....	56
3.5	Raziskave s področja multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka	57
4	REZULTATI	64
4.1	Rezultati prvega dela raziskave obravnave starejših oseb z zlomom kolka.....	64
4.1.1	Opisna statistika obravnave starejših oseb z zlomom kolka.....	64
4.1.2	Analiza rezultatov postopka obravnave pregleda anketirancev po 30 dneh po operativnem posegu	70
4.1.3	Ocena kognitivnih sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka	73
4.1.4	Rezultati obravnave starejših oseb glede na starost, anestezijo, kraj napotitve ter mobilnost	74
4.2	Rezultati drugega dela raziskave o potrebi po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka.....	78
4.2.1	Opisna statistika raziskave o potrebi po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka.....	78
4.2.2	Primerjava demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave anketirancev	87
4.2.3	Razvrščanje anketirancev v skupine.....	89
4.2.4	Povezanost med spremenljivkami obravnave anketirancev	92
4.2.5	Primerjava demografskih spremenljivk pri skupini, ki izraža močnejšo potrebo po socialnem gerontologu.....	102
4.3	Preverjanje hipotez	105
4.4	Umestitev socialnega gerontologa v bolnišnično okolje.....	113
4.4.1	Socialni gerontolog kot poznavalec gerontološke problematike.....	114

4.4.2	Socialni gerontolog kot raziskovalec.....	115
4.4.3	Socialni gerontolog kot svetovalec.....	115
4.4.4	Socialni gerontolog kot strateg.....	116
4.4.5	Socialni gerontolog kot vezni člen	116
5	RAZPRAVA	119
5.1	Vključitev socialnega področja v koncept sodobnega zdravljenja starejše osebe z zlomom kolka	130
5.2	Kompetence socialnega gerontologa pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka	130
5.3	Prispevek znanosti.....	132
6	ZAKLJUČEK.....	134
7	SEZNAM LITERATURE IN VIROV.....	137
	PRILOGE	156

KAZALO SLIK

Slika 1: Izzivi socialne gerontologije	21
Slika 2: Algoritem priporočil za preprečevanje osteoporoznih zlomov	30
Slika 3: Model socialno kognitivne teorije.....	37
Slika 4: Kibernetski krog stvarnosti	43
Slika 5: Ključni elementi multidisciplinarne oskrbe	51
Slika 6: Primerjava mediane kognitivnih sposobnosti z AMTS testom.....	74
Slika 7: Dendrogram.....	90
Slika 8: Vloga socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju	114
Slika 9: Pet kategorij dela socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju	118
Slika 10: Nadgradnja sistema zdravstvenega varstva z umestitvijo socialnega gerontologa v bolnišnično okolje	122
Slika 11: Šest standardov pri obravnavi pacienta z zlomom kolka.....	124
Slika 12: Model vključevanja socialnega gerontologa v celotno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju	132

KAZALO TABEL

Tabela 1: Bivanje in mobilnost anketirancev pred poškodbo.....	65
Tabela 2: Rezultati ASA testa	66
Tabela 3: Stran frakture in patološka fraktura	66
Tabela 4: Vrsta frakture in preventiva zaščite kosti	67
Tabela 5: Vrsta operativnega posega in anestezije.....	68
Tabela 6: Razjede pri anketirancih in sodelovanje fiziatra oziroma geriatra	68
Tabela 7: Smrtnost anketirancev in mobilizacija prvega dne.....	69
Tabela 8: Napotitev ob odpustu in preventiva kosti	70
Tabela 9: Ponovni sprejem ter ponovni operativni poseg po 30 dneh	71
Tabela 10: Smrtnost in mobilnost anketirancev pri pregledu po 30 dneh.....	72
Tabela 11: Bivanje in preventiva zaščite kosti	72
Tabela 12: Anestezija glede na starost	75
Tabela 13: Napotitev anketirancev ob odpustitvi glede na starost	76
Tabela 14: Mobilnost anketirancev po 30 dneh glede na starost.....	77

Tabela 15: Izobrazba anketirancev	79
Tabela 16: Zakonski stan anketirancev	79
Tabela 17: Kraj bivanja anketirancev	80
Tabela 18: Opisna statistika spremenljivk o splošnih občutkih anketirancev v času bolnišnične obravnave	81
Tabela 19: Opisna statistika spremenljivk o zadovoljstvu anketirancev s strokovnim osebjem v času obravnave	82
Tabela 20: Opisna statistika spremenljivk o prisotnosti strahu pri anketirancih v času obravnave.....	83
Tabela 21: Opisna statistika spremenljivke o trdnosti družinske mreže anketirancev v času obravnave.....	84
Tabela 22: Opisna statistika spremenljivk o prisotnosti potrebe po strokovni osebi v času obravnave anketirancev	85
Tabela 23: Frekvenčna porazdelitev odstotkov strinjanja anketirancev s posameznimi trditvami	86
Tabela 24: Statistično značilna razlika med spolom in spremenljivkami obravnave anketirancev.....	88
Tabela 25: Statistično značilna razlika med krajem bivanja in spremenljivkami obravnave anketirancev.....	89
Tabela 26: Razlike skupin v aritmetičnih sredinah pri strinjanju s trditvami obravnave anketirancev.....	91
Tabela 27: Korelacijska matrika med spremenljivko »Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev.....	93
Tabela 28: Korelacijska matrika med spremenljivko »Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev.....	95
Tabela 29: Korelacijska matrika med spremenljivko »Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	97
Tabela 30: Korelacijska matrika med spremenljivko »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	98
Tabela 31: Korelacijska matrika med spremenljivko »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev...	99

Tabela 32: Korelacijska matrika med spremenljivko »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	100
Tabela 33: Korelacijska matrika med spremenljivko »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	101
Tabela 34: Korelacijska matrika med spremenljivko »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	101
Tabela 35: Korelacijska matrika med spremenljivko »Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev	102
Tabela 36: Potreba po socialnem gerontologu glede na spol anketirancev	102
Tabela 37: Potreba po socialnem gerontologu glede na izobrazbo anketirancev	103
Tabela 38: Potreba po socialnem gerontologu glede na stan anketirancev	103
Tabela 39: Potreba po socialnem gerontologu glede na kraj bivanja anketirancev.....	104
Tabela 40: Primerjava vrednosti AMTS testa za preverjanje H1	106
Tabela 41: Primerjava časa operacije za preverjanje H2.....	107
Tabela 42: Mobilnost anketirancev za preverjanje H3	107
Tabela 43: Primerjava preventivnega zdravljenja za preverjanje H4.....	108
Tabela 44: Povezanost med starostjo in anestezijo za preverjanje H5	109
Tabela 45: Primerjava vrnitve v domače okolje za preverjanje H6	110
Tabela 46: Povezanost med starostjo in mobilnostjo za preverjanje H7	111
Tabela 47: Odstotek strinjanja s trditvami za preverjanje H8	112

1 UVOD

Slovenska populacija se stara podobno kot drugod po Evropi. Soočamo se s povečanim številom starejših oseb, na kar se družba še ni ustrezno odzvala. Demografske napovedi staranja prebivalstva so po statističnih podatkih SURS-a in EUROSTAT-a (Statistični urad Republike Slovenije 2015) v prihodnjih letih za Slovenijo razmeroma neugodne. Leta 2015 je bila skoraj petina prebivalstva Slovenije starih 65 let ali več. Napovedi kažejo, da se bo število starejših oseb od 65 let v Sloveniji od leta 2008 s 325.000 do leta 2060 povečalo na 589.900, kar bo takrat predstavljalo 33,4 % vseh prebivalcev.

Demografske spremembe prinašajo vse večje potrebe po zagotavljanju kakovostne oskrbe starejših oseb. Z višanjem starosti se veča tudi možnost za obolevnost in večina starejših oseb bo imela eno ali več kroničnih bolezni, s katero bodo živeli več let pred smrtjo (Morrison in Meier 2004, 350). Poredoš (2004, 753–756) opozarja, da je smiselno več aktivnosti usmeriti v preprečevanje kroničnih bolezni. Potrebno je izboljšati telesno in duševno rehabilitacijo¹ starejših oseb, kar pomeni ohranitev samostojnosti, mobilnosti in s tem neodvisnosti slehernega posameznika v starosti, s čimer se približamo zagotavljanju kakovostnega staranja.

Po mnenju Schoenmaeckersa in Vanderleydena (2006, 25) staranje prebivalstva predstavlja izziv, zato se pojavlja zahteva po drugačnem, sistemskem pristopu reševanja nastajajoče problematike. Staranje pomeni priložnost za oblikovanje novih programov, vsebin, metod izobraževanja in prilagajanja nastali situaciji. Upoštevanje razvojnih zakonitosti staranja je pogojeno z iskanjem novih znanj, s spremembami v načinu vzgoje, izobraževanja in z vključevanjem novih strokovnjakov na področju medicine, zdravstvene nege, sociologije, psihologije, andragogike, ekonomije in pravne smeri (Črnčec in Lahe 2001, 51).

V Resoluciji (Ministrstvo za zdravje RS 2015, 54) je na sekundarnem nivoju opisan premik specialistične obravnave starejše osebe iz bolnišničnega v ambulantno okolje in domačo oskrbo. To predstavlja nadgradnjo zdravstvenega sistema tako z vidika geriatrije kot dolgotrajne oskrbe. Z umestitvijo socialnega gerontologa pa zdravstveni sistem

¹ Rehabilitacija latinsko pomeni *Rehabilitare* – obnoviti (Cameron 2000, 1).

spremenimo do te mere, da ga naredimo prožnejšega in učinkovitejšega, predvsem v smeri zadovoljevanja potreb starejših oseb po kakovostnih in zanesljivih zdravstvenih storitvah (Marušič 2011, 7).

S staranjem prihaja tudi obdobje, ko pri starejših osebah lahko pričakujemo določene poškodbe in zlom kolka pri starejših osebah je ena izmed njih. Po mnenju Strniše (2012, 11) je zlom kolka pogosta poškodba, ki pri starejših osebah še posebej poslabša njihovo kakovost življenja, saj postanejo odvisne od pomoči drugih ljudi. Zmanjšata se tako njihova sposobnost za hojo kot tudi sposobnost za opravljanje dnevnih aktivnosti. Prav zato je pomembno, da so starejše osebe po zlomu in operaciji kolka vključene v celostno rehabilitacijsko obravnavo. Zaradi izgube kostne mineralne mase ter porušene mikrostrukturne kostnine starejše osebe pogosto prizadene osteoporozni zlom kolka, ki sodi med težke poškodbe. Po mnenju Paksime in drugih (2008, 111) je zlom kolka resen zaplet osteoporoze, zgodi se nepričakovano in je izjemno neprijeten dogodek, ki ima za starejše osebe resne posledice za življenje. Poleg bolečine lahko zlom kolka povzroča čustvene, socialne in eksistenčne težave. Poleg tega Vodopivec (2005, 11) navaja, da je smrtnost pri starejših osebah v prvem letu po zlomu kolka 30-odstotna. Smrt nastopi predvsem zaradi posledic spremljajočih bolezni, ki jih ima starejša oseba. Z daljšanjem življenjske dobe so tako dane večje možnosti, da osebe razvijejo več sočasnih bolezni, bodisi akutnih bodisi kroničnih.

Okrevanje po zlomu in operaciji kolka je odvisno od stanja starejše osebe pred poškodbo, od vrste operacije in od številnih drugih dejavnikov. Na splošno velja, da se zlom zaceli po šestih do osmih tednih, vendar je čas okrevanja pogosto daljši. Stopnja sposobnosti za gibanje, ki jo bodo starejše osebe dosegle, je odvisna predvsem od njihovih zmogljivosti, strokovno osebje v procesu obravnave pa jim mora pomagati, da jih kar najboljše izkoristijo (Gomboc 2010, 4).

Cilj tako starejših oseb z zlomom kolka kot strokovnjakov v procesu obravnave je čimprejšnja vzpostavitev kakovosti življenja starejših oseb na stanje pred zlomom kolka. Ta cilj je uresničljiv s pristopom celostne obravnave in multidisciplinarnim pristopom v procesu obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Pri tem je v zdravstvenem sistemu ključna vloga socialnega gerontologa. Kot izpostavlja Železnik (2010, 38), se v zdravstvenem sistemu kažejo nove potrebe ter novi pogledi na socialno-medicinsko in

sociološko področje, na zdravje ter na kakovost življenja. Raziskovalni problem doktorske disertacije izhaja iz spoznanja, da potrebe po spremembah izhajajo iz raznolikosti potreb starejših oseb z zlomom kolka. Obstoječi sistem obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Sloveniji je pomanjkljiv in neučinkovit, ker obravnava ne temelji na celostnem pristopu in multidisciplinarni obravnavi.

Pri celostni obravnavi starejših oseb je potrebno, kot pojasnjuje Kliche (2008, 715), krepiti opolnomočenje teh oseb, da aktivno participirajo v procesu obravnave ter da se spremeni organiziranost obravnave tako, da bo osredotočena na učinkovito zdravljenje in čim hitrejšo rehabilitacijo starejših oseb. V dobro delujočem timu, ki obravnava starejšo osebo z zlomom kolka, bi po mnenju Komadine (2015, 150), morali poleg strokovnjakov iz medicine in zdravstvene nege sodelovati še fizioterapevti, socialni delavci in socialni gerontologi.

Celostna in multidisciplinarna obravnava starejše osebe z zlomom kolka predstavlja v našem zdravstvenem sistemu ne samo spremembo v razmišljanju, temveč tudi spremembo v uspešnem delovanju organizacije. Kot namreč ugotavlja Skela Savič (2006, 188), je pomembno zavedanje zdravnikov, da niso oni edini odgovorni za starejše osebe z zlomom kolka, temveč je za njihovo uspešno zdravljenje in rehabilitacijo potrebno timsko delovanje, v katerem sodelujejo različni strokovnjaki in pacient sam. Menimo, da je vključitev socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obrnavo starejših oseb z zlomom kolka pomembna za vizijo, ki prinaša spremembe v zdravstveni sistem. Hkrati predstavlja inovativen model, ki omogoča uspešen odziv na spremembe v zdravstvu, ki spodbuja aktivno sodelovanje strokovnjakov socialne gerontologije na področju načrtovanja ter oblikovanja strategij v zdravstvenem sistemu. Spremljanje in primerjanje rezultatov multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka in učinkov novih ukrepov so izhodišča za zagotavljanje kakovostne obravnave.

Pioli in drugi (2008, 113) multidisciplinarni pristop pri zdravljenju in rehabilitaciji starejših oseb z zlomom kolka predstavljajo kot radikalno alternativo. Le-ta temelji na strategijah, ki pomembno izboljšajo učinkovitost zdravljenja in rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka. Pedersen in drugi (2008, 1831) ugotavljajo, da optimizirana obravnava starejših oseb z zlomom kolka zmanjšuje stopnjo pooperativnih zapletov in umrljivosti v bolnišnicah. Komadina in drugi (2012, 184) pa kot ključne dejavnike uspešnega

zdravljenja in rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka izpostavljajo zgodnjo operacijo, takojšnjo mobilizacijo, preprečevanje in obravnavo delirija, bolečine in podhranjenosti.

Z raziskavo smo ugotavljali pomen in vlogo socialnega gerontologa v bolnišnični dejavnosti, katerega pomembno vlogo izpostavljamo predvsem kot člana v multidisciplinarnem timu. V njem socialni gerontolog koordinira aktivnosti, komunicira s preostalimi strokovnjaki v procesu obravnave in skrbi za proaktivno vključevanje starejših oseb z zlomom kolka v proces odločanja. Socialni gerontolog s koordinacijo aktivnosti optimizira predoperativno pripravo starejše osebe z zlomom kolka, operativni poseg, zgodnjo mobilizacijo, skrbi za zmanjševanje zapletov in za pravočasen pričetek aktivne rehabilitacije (Hostnik 2015, 334). Socialni gerontolog spremlja starejšo osebo z zlomom kolka od njenega sprejema v bolnišnično okolje do odpusta.

1.1 Opredelitev raziskovalnega problema

Hiter tempo in sodoben način življenja sta razloga za nastanek in razvoj bolezni pri starejših osebah, zmanjšanje telesnih in kognitivnih sposobnosti pa pogosta razloga za incidenco padcev in s tem povezanimi zlomi kolka. Statistični podatki kažejo na porast padcev in s tem na porast zloma kolka pri starejših osebah, s staranjem prebivalstva pa bo ta problem še poglobljen. Zato je pomembno, da se znotraj zdravstvenega sistema poveča zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših osebah, kjer najbolj izstopa osteoporoza in z njo povezana krhkost kosti. Pomembno je tudi osveščanje starejših oseb o tveganjih za padce in s tem tveganju za zlom kolka. Poleg tega je potrebno v zdravstvenem sistemu upoštevati tudi ekonomski vidik in stroške zdravljenja ter rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka, ki sploh niso zanemarljivo nizki.

Starejšim osebam predstavlja zlom kolka pomemben preobrat v njihovem življenju, saj jim zlom kosti povzroča bolečine, pa tudi čustvene, socialne in eksistenčne probleme. Starejše osebe ob zlomu kolka trpijo, posledica tega pa so lahko slabša kakovost življenja, invalidnost ali celo smrt. Pri starejših osebah z zlomom kolka predstavlja dodatno težavo tudi operativni poseg, katerega obravnavo je odvisna od zloma, njihove starosti ter njihovega psihofizičnega stanja.

Kako starejše osebe dojamajo zlom kolka, je v veliki meri odvisno od njihove osebnosti ter njihovih kognitivnih sposobnosti, saj na njihovo vedenje vplivajo okoljski, vedenjski in osebni dejavniki. Starejše osebe, ki močnejše zaznavajo svojo samoučinkovitost, vidijo probleme kot izzive, ki jih lažje presežejo in sta zato tudi v primeru zloma kolka zdravljenje in rehabilitacija učinkovitejši.

Prepričanje starejših oseb v uspešno zdravljenje in rehabilitacijo namreč vpliva tudi na njihovo spremembo vedenja v času zdravljenja in rehabilitacije, pa tudi na njihove kasnejše življenjske in zdravstvene navade. Starejše osebe morajo v času zdravljenja in rehabilitacije prejemati prave informacije, kar bistveno zmanjšuje njihovo negotovost in strah. Čeprav v času zdravljenja in rehabilitacije starejše osebe nimajo tolikšne fizične moči, je zanje pomembno, da ohranjajo umsko sposobnost in da zaznavajo samoučinkovitost, ki bo pomembno prispevala k doseganju cilja, to je hitri rehabilitaciji po zlomu kolka.

Staranje populacije predstavlja epidemiološko realnost v napovedani incidenci zlomov, predvsem zlomov kolka. Zato je tako v razvijajočih kot sodobnih družbah do omenjene problematike potreben sistemski pristop. Multidisciplinarni koncept in iz njega izhajajoč multidisciplinarni tim strokovnjakov, ki starejšo osebo postavlja v središče obravnave in zdravljenja, prinaša nov in sodobni pristop obravnavanja starejše osebe z zlomom kolka (Friedman idr. 2008, 1352). Ta pristop je eden izmed uspešnih rešitev izziva procesa staranja in z njim povezanih problemov. Za celostno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka je potrebno sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov in pogosto tudi socialne službe. Kot novost in zelena sprememba se v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka vključuje socialni gerontolog z vsemi svojimi kompetencami. Obravnava starejše osebe z zlomom kolka s strani socialnega gerontologa se prične že pri samem sprejemu v bolnišnično okolje.

Raziskovalni problem doktorske disertacije izhaja iz spoznanja, da raznolikost potreb starejših oseb z zlomom kolka v bolnišnični dejavnosti izraža potrebo po spremembah. Vodilo za spremembo obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Sloveniji so lahko primeri dobrih praks iz tujine, ki v ospredje postavljajo multidisciplinarni koncept. Obstoječi sistem obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Sloveniji je pomanjkljiv in

neučinkovit, starejše osebe pa so zaradi nepravočasne obravnave in pomanjkljive komunikacije pogosto neinformirane in nezadovoljne.

Kognitivne sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka pomembno vplivajo na uspešnost procesa rehabilitacije, zato smo v doktorski disertaciji izhajali iz socialno kognitivne teorije (Bandura 1986). Opirali smo se tudi na teorijo sistemov (von Bertalanffy 1968, Mulej in Potočan 2006), ki predstavlja izhodišče za multidisciplinarni management koncept, slednji izhaja iz celostne obravnave določenega sistema. Obravnava starejših oseb z zlomom kolka zahteva prav tak celostni pristop, saj je njihova uspešnost rehabilitacije v največji meri odvisna od sodelovanja strokovnjakov z različnih strokovnih področij. Pri oblikovanju modela celostne in multidisciplinarne obravnave starejše osebe z zlomom kolka smo tako upoštevali njene kognitivne sposobnosti ter multidisciplinarni pristop do te osebe.

V doktorski disertaciji smo ugotavljali tudi pomen in vlogo socialnega gerontologa v bolnišnični dejavnosti. Socialnega gerontologa vidimo kot člana multidisciplinarnega tima, v katerem koordinira in skrbi za prenos informacij. Z vzpostavitvijo takšnega tima postane starejša oseba z zlomom kolka partner v procesu odločanja v obravnavi. Koordinacija socialnega gerontologa znotraj tima temelji na optimizaciji predoperativne priprave (anestezijske in kirurške), na pripravi operacije, na zgodnji mobilizaciji, na zmanjševanju zapletov ter na aktivni rehabilitaciji starejše osebe. Socialni gerontolog spremlja starejšo osebo z zlomom kolka od sprejema v bolnišnično okolje in do odpusta v varno socialno okolje.

1.2 Namen in cilji doktorske disertacije

Namen doktorske disertacije je prikazati potrebo po vključevanju socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju in oblikovati ter predstaviti model njegovega vključevanja v obravnavo.

Cilji doktorske disertacije so bili:

- proučiti relevantno domačo in tujo literaturo in vire na področju bolnišnične obravnave starejših oseb z zlomom kolka,

- proučiti obstoječi sistem obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje in izpostaviti njegove pomanjkljivosti,
- primerjati rezultate obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje z rezultati, pridobljenimi iz mednarodne podatkovne zbirke zlomov kolka pri starejših osebah (Fragility Fracture Network Hip Fracture Audit Database², v nadaljevanju FFN HF),
- ugotoviti kognitivne sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje in jih primerjati s kognitivnimi sposobnostmi starejših oseb z zlomom kolka iz bolnišnic, vključenih v mednarodno bazo podatkov FFN HF,
- predstaviti mobilnost starejših oseb in potrebo po pomoči pred zlomom kolka pri starejših osebah z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje,
- primerjati izvajanje preventivnega zdravljenja za zaščito kostnine med starejšimi osebami z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje in starejšimi osebami z zlomom kolka iz bolnišnic, vključenih v mednarodno bazo podatkov FFN HF,
- primerjati uporabo splošne anestezije pri operativnem posegu med starostnimi skupinami starejših oseb z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje,
- ugotoviti pogostost vrnitve starejših oseb iz Splošne bolnišnice Celje po operaciji kolka v domače okolje in jo primerjati s starejšimi osebami z zlomom kolka iz bolnišnic, vključenih v mednarodno bazo podatkov FFN HF,
- ugotoviti mobilnost starejših oseb po operaciji kolka med različnimi starostnimi skupinami na prvem kontrolnem pregledu v Splošni bolnišnici Celje,
- pri starejših osebah z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje ugotoviti potrebo po vključevanju socialnega gerontologa v obravnavo,
- oblikovati model celostne in multidisciplinarne obravnave starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju.

Zaradi neustreznosti obstoječega sistema obravnave starejših oseb z zlomom kolka predstavlja model celostne in multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka strokovno podlago za pripravo protokola obravnave. V modelu celostne in

² Fragility Fracture Network Hip Fracture Audit Database je register, v katerega pilotno fazo raziskave je bilo vključenih pet evropskih centrov, med njimi tudi Travmatološki oddelek SB Celje. Danes so v mednarodno bazo vključene bolnišnice iz Danske, Velike Britanije, Italije, Nemčije, Švedske, Nizozemske, Irske, Španije in Nove Zelandije (Murko idr. 2016, 6).

multidisciplinarnе obravnave predstavlja socialni gerontolog pomembno vlogo koordinatorja, ki pomembno prispeva k izboljšanju rezultatov zdravljenja in rehabilitacije v obravnavi starejših oseb z zlomom kolka v bolnišničnem okolju.

1.3 Opredelitev temeljnih raziskovalnih vprašanj in hipotez

Glede na raziskovalni problem smo v doktorski disertaciji izpostavili naslednje raziskovalno vprašanje:

RV1: Kakšen je model vključevanja socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka?

Skladno z raziskovalnim problemom in raziskovalnim vprašanjem smo oblikovali osem hipotez.

H1: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje imajo slabše kognitivne sposobnosti kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

H2: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje so operirane kasneje kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

H3: Najmanj 80 % starejših oseb z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje je bilo pred poškodbo mobilnih brez pomoči.

H4: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje imajo slabše preventivno zdravljenje za zaščito kostnine kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

H5: Za starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje v starostni skupini od 60 do 75 let so pri operativnem posegu pogosteje uporabili splošno anestezijo kot pri osebah v starostni skupini nad 75 let.

H6: Starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, se po operativnem posegu pogosteje vrnejo v svoje domače okolje kot starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje.

H7: Pri obravnavi v Splošni bolnišnici Celje se starejše osebe z zlomom kolka v starostni skupini od 60 do 75 let ob pregledu po 30 dneh gibljejo bolj samostojno in z manj težavami pri hoji kot starejše osebe z zlomom kolka v starostni skupini nad 75 let.

H8: Pri obravnavi v Splošni bolnišnici Celje več kot 50 % starejših oseb z zlomom kolka pogreša osebo, ki bi ji zaupali svoje strahove glede operativnega posega in strahov glede življenja po odpustu iz bolnišnice.

Hipoteze smo razvili iz teoretičnega konstrukta in oblikovali empirični model raziskave, ki je ob uporabi ustreznih metod raziskovanja s področja opisne in referenčne statistike, izhodišče za preverjanje hipotez. Na Sliki 1 predstavljamo raziskovalni model z osmimi hipotezami.

1.4 Opredelitev metod raziskovanja

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu in je potekala v dveh delih. Prvi del raziskave smo izvedli s pomočjo standardiziranega anketnega vprašalnika, uporabljenega za pridobivanje podatkov v mednarodno spletno bazo FFN HF, kamor je vključena tudi Splošna bolnišnica Celje. Raziskava je temeljila na analizi obstoječega sistema obravnave 353 starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje in ugotavljanju razlik v njihovi obravnavi s starejšimi osebami iz bolnišnic v Evropi, vključenih v mednarodno bazo podatkov FFN HF.

Pridobivanje primarnih podatkov se je nanašalo na ugotavljanje kognitivnih sposobnosti in ohranjanju dojemanja starejših oseb, mobilnosti starejših oseb in potrebo po pomoči pred zlomom kolka, na ugotavljanju izvajanja preventivnega zdravljenja za zaščito kostnine, uporabe splošne anestezije pri operativnem posegu, pogostosti vrnitve starejših oseb po operaciji kolka v domače okolje in mobilnosti starejših oseb po operaciji kolka.

Pridobljene podatke obeh delov raziskave smo analizirali s pomočjo programa SPSS v22 (Statistical Package for the Social Sciences). Opisno statistiko podatkov obeh raziskav smo predstavili v obliki tabel. Za ugotavljanje razlik med rezultati obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje s skupnimi rezultati FFN HF smo uporabili t-test, analizo variance in Hi-kvadrat test (v nadaljevanju χ^2 test). Moč povezanosti med posameznimi spremenljivkami smo ugotavljali s pomočjo korelacijskega koeficienta. Pri preizkušanju hipotez smo za statistično značilno vrednost upoštevali vrednost $p < 0,05$.

Pri podatkih drugega dela raziskave smo za primerjavo demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave uporabili Mann-Whitneyjev test, Kruskal-Wallisov test ter ugotavljali Spearmanov korelacijski koeficient. Neparometrične teste smo uporabili, ker večina spremenljivk ni bila normalno porazdeljenih. S pomočjo Wardove metode in z uporabo kvadrata evklidske razlike smo podatke razdelili v dve skupini. V prvi skupini so bili podatki anketirancev, ki močnejše izražajo potrebo po vključitvi socialnega gerontologa, v drugi skupini so bili podatki anketirancev, ki šibkeje izražajo potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje. Vpliv spola, starosti, izobrazbe in kraja bivanja na potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje smo preverjali s pomočjo χ^2 testa oziroma Kullbackov 2¹ preizkusom v primerih, ko pogoji za izvedbo χ^2 testa niso bili izpolnjeni. Povezanost med spremenljivkami smo ugotavljali s pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta.

Na podlagi dobljenih rezultatov smo razvili model vključevanja socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka.

1.4.1 Opis instrumentarija

Kot instrument raziskave smo uporabili tri vprašalnike: dva standardizirana iz registra mednarodne baze podatkov FFN HF, za katera smo pridobili soglasje za uporabo v naši raziskavi, in anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali za potrebe raziskave.

Prvi vprašalnik z naslovom »Ocena kognitivnih sposobnosti starejše osebe« (Abbreviated Mental Test – AMTS) (Priloga A) je sestavljen iz desetih vprašanj, na podlagi katerih smo ugotavljali duševno stanje starejših oseb, torej kognitivne sposobnosti anketirancev³.

Drugi standardizirani vprašalnik je obširnejši, saj poleg demografskih podatkov starejše osebe z zlomom kolka, vsebuje tudi štiri vsebinske sklope vprašanj (Priloga A). Prvi sklop vprašanj zajema podatke starejše osebe pred poškodbo, ki vključuje vprašanja o demografskih podatkih starejše osebe, preventivi zlomov kosti, mobilnosti pred poškodbo, duševnem stanju, test ASA⁴, vrsti zloma in strani zloma. Drugi sklop vprašanj zajema podatke o sprejemu starejše osebe v bolnišnico, ki vključujejo datum in uro sprejema, datum in uro izvedene operacije ter sodelovanje z internistom. Tretji sklop vprašanj zajemajo podatke o odpustu, ki vključujejo datum in uro odpusta starejše osebe, napotitev ob odpustu in preventivo za kosti. Četrty sklop zajemajo podatke o pregledu starejše osebe po 30 in 120 dneh ter vključujejo mobilnost, zmožnost izvajanja osebne higiene, aktivnost, prisotnost bolečine, ponoven sprejem, ponovno operacijo in smrt.

Tretji anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali za potrebe raziskave, je sestavljen iz sklopa demografskih podatkov in vprašanj zaprtega tipa (Priloga B). K vprašanju zaprtega tipa sodi tudi 17 vsebinsko ločenih sklopov trditvev, ki vsebujejo različno število navedb o občutkih starejše osebe v času bivanja v bolnišnici, prisotnosti strahu, pomanjkanju informacij, prisotnosti bolečine, pogrešanju osebe v procesu obravnave, ki bi ji lahko zaupali in o trdnosti družinske mreže. Pri teh trditvah so anketiranci stopnjo strinjali izražali s številkami od 1 do 5.

1.4.2 Opis vzorca

Raziskovalni vzorec je zajemal dve skupini udeležencev, in sicer smo v prvi del raziskave vključili 353 starejših oseb z zlomom kolka, hospitaliziranih v Splošni bolnišnici Celje med januarjem 2012 in julijem 2015. Vzorec je bil namenski, kriterij za sodelovanje v raziskavi pa je bil starost 60 let in več.

³ Kognitivne sposobnosti starejše osebe se merijo z AMTS testom (ang. Abbreviated Mental Test), kjer se sprašuje po osnovnih in enostavnih podatkih (Jitapunkul idr. 1991, 332).

⁴ ASA test je vrednotenje, ki zajema točkovanje, ki ga anesteziist uporablja pri pripravi pacienta na operativni poseg (Leslie in Bellil 2014, 177).

V vzorec drugega dela raziskave smo vključili 67 starejših oseb z zlomom kolka, ki so zdravljenje izvajale med januarjem 2012 in julijem 2015 v Splošni bolnišnici Celje. Vzorec je namenski, saj sta bila kriterija za izbiro starost oseb nad 60 let in poškodba zloma kolka.

V raziskovalni vzorec smo vključili izključno starejše osebe z zlomom kolka, ki so se po pojasnilu o poteku in namenu raziskave strinjale z vključitvijo v raziskavo in so dovolile zbiranje njihovih osebnih in zdravstvenih podatkov v raziskovalne namene. Starejše osebe z zlomom kolka iz prvega in drugega dela raziskave niso bile iste.

1.4.3 Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Po pridobitvi vseh potrebnih soglasij za izvajanje raziskave smo s slednjo začeli. Za prvi del raziskave smo za obravnavo in analizo uporabili podatke, ki so jih zdravstveni delavci vnesli v mednarodno bazo podatkov FFN HF. Pri tem smo uporabili podatke starejših oseb z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje ter podatke starejših oseb z zlomom kolka iz bolnišnic iz drugih vključenih držav v mednarodno bazo podatkov FFN HF, ki pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka uporabljajo multidisciplinarni pristop.

Podatke smo opisno predstavili v tabelah. Oceno kognitivnih sposobnosti anketirancev smo ugotavljali s pomočjo AMTS testa, kjer smo njegovo statistično značilno razliko preverjali z neparametričnim Wilcoxonovim testom. Za ugotavljanje povezanosti spremenljivk obravnave smo uporabili χ^2 test. Izvedli smo tudi primerjavo parametrov skupin in ugotavljali statistično pomembne razlike med obravnavo v Splošni bolnišnici Celje in med obravnavami v drugih bolnišnicah v Evropi. Analizo smo izvedli s pomočjo programa SPSS. Na začetku smo predstavili opisno statistiko v obliki tabel in grafikonov. Oceno kognitivnih sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka smo preverjali s pomočjo Wilcoxonovega testa.

Za ugotavljanje razlik med rezultati obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje s skupnimi rezultati FFN HF smo uporabili t-test, analizo variance in χ^2 test. S pomočjo t-testa preverjamo značilnost razlik med povprečji, pri čemer izhajamo iz pogoja enakosti varianc v skupinah (Kropivnik idr. 2006, 53). Analiza variance je metoda, ki jo uporabimo za pojasnjevanje variabilnosti med vzorci. Variabilnost je navadno pojasnjena z eno ali več spremenljivkami (Žiberna 2011, 2). χ^2 test je univariatna

statistična analiza, ki jo uporabimo za ugotavljanje statistično značilne povezanosti med dvema nominalnima spremenljivkama (Bastič 2006, 12). Povezanost med posameznimi spremenljivkami smo ugotavljali tudi s pomočjo korelacijskih koeficientov. Košmelj (2007, 161) navaja, da s korelacijskim koeficientom ugotavljamo moč povezanosti dveh spremenljivk. Pri preizkušanju hipotez smo za statistično značilno vrednost upoštevali vrednost $p < 0,05$.

Pri drugem delu raziskave smo podatke iz anketnega vprašalnika uredili s pomočjo Excela in jih prenesli v program SPSS, s pomočjo katerega smo izvedli statistično analizo. Opisno statistiko smo predstavili v obliki tabel. Pri posameznih spremenljivkah smo ugotavljali aritmetično sredino, standardni odklon, najmanjšo in največjo vrednost ter koeficienta asimetrije in sploščenosti. Za analizo primerjav med spremenljivkami smo zaradi njihove nenormalne porazdelitve uporabili Mann-Whitneyjev U test, Kruskal-Wallisov test ter izračunali Spearmanov korelacijski koeficient rangov. Fay in Proschan (2010, 17) Mann-Whitneyjev U test priporočata namesto t-testa takrat, ko spremenljivke niso normalno porazdeljene in ko želimo med spremenljivkami ugotoviti statistično značilno povezanost. Pri tem testu se izvede primerjava razlik pri mediani (Ferligoj idr. 2011, 13). Kruskal-Wallisov test je različica Mann-Whitneyjevega testa, ki ga uporabimo za ugotavljanje statistično značilne razlike pri več vzorcih (Žiberna 2011, 3). Spearmanov korelacijski koeficient rangov se uvršča med neparametrične teste. Uporabljamo ga za izračun korelacije, ko spremenljivke niso normalno porazdeljene. Lehman in drugi (2005, 123) pravijo, da vrednost koeficienta lahko zavzame vrednost med -1 in 1 . Če je vrednost koeficienta -1 , potem je med rangi negativna povezanost, če je vrednost koeficienta 0 , povezanosti med rangi ni. Če pa je vrednost koeficienta 1 , obstaja med rangi pozitivna povezanost.

Statistično značilno povezanost med spremenljivkami smo sprejemali s 5% tveganjem ($p < 0,05$). Podatke o strinjanju anketirancev s trditvami smo s pomočjo Wardove metode in z uporabo kvadrata evklidske razlike razdelili v dve skupini. V prvi skupini so bili podatki anketirancev, ki močneje izražajo potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave, v drugi skupini so bili podatki anketirancev, ki šibkeje izražajo potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje. Vpliv spola, starosti, izobrazbe in kraja bivanja na potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v

Splošni bolnišnici Celje smo preverjali s pomočjo χ^2 testa oziroma Kullbackov 2 \hat{I} preizkusa. Kot navaja Field (2009, 690), namreč v primerih, ko niso izpolnjeni pogoji za izvedbo χ^2 , uporabimo Kullbackov 2 \hat{I} preizkus. Povezanost med spremenljivkami smo ugotavljali s pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta. Pri preizkušanju hipotez smo za statistično značilno vrednost upoštevali vrednost $p < 0,05$.

1.4.4 Etični vidik raziskovanja

Vse starejše osebe vključene v raziskavo so bile informirane o namenu, načinu in vsebini raziskave ter osebno zaprosene za sodelovanje. Pred izvedbo raziskave smo upoštevali vse etične vidike raziskovanja. Sodelovanje anketirancev v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

1.5 Opredelitev omejitev raziskovanja

V prvem delu raziskave smo se omejili na raziskovanje procesa obravnave starejših oseb z zlomom kolka zgolj v Splošni bolnišnici Celje, ki je vključena v mednarodno podatkovno zbirko zlomov kolka FFN HF. V tem delu raziskave smo zato uporabili standardiziran vprašalnik FFN HF, ki zajema le določeni vidik obravnave. Tudi pri drugem delu raziskave smo vključili le tiste starejše osebe, ki so zdravljenje po poškodbi kolka izvajale v Splošni bolnišnici Celje.

Določeno omejitev prvega dela raziskave je predstavljala tudi visoka obremenjenost medicinskih delavcev v Splošni bolnišnici Celje, kar je deloma vplivalo na njihovo pripravljenost za sodelovanje.

Anketiranci v drugem delu raziskave so bili le tiste starejše osebe z zlomom kolka, ki so zdravljenje in rehabilitacijo izvajale v Splošni bolnišnici Celje. Tako nismo zajeli vseh starejših oseb z zlomom kolka v drugem bolnišničnem okolju v Sloveniji in dobljenih rezultatov ne moremo posploševati.

2 STAROST IN STARANJE

2.1 Demografske spremembe

Demografske spremembe so posledica določenih pojavov in imajo vpliv tudi na staranje prebivalstva in z njim povezane sisteme v družbi. Trenutno najaktualnejši socialno-ekonomski demografski izzivi so na področjih zaposlovanja, upokojevanja, zdravstvenega varstva ter dolgotrajne oskrbe starejših oseb (Malačič 2008, 793), pa tudi na področju socialne in stanovanjske politike (Globovnik idr. 2011, 36).

Najhitreje rastoča skupina je skupina starejših oseb. Prav tako se prebivalstvo celotne Evropske unije stara (Lah idr. 2013, 8). S tem se v družbi, kot ugotavlja Skela Savič (2010, 22), približamo kakovostnemu staranju. Zdravstvena stroka izpostavlja, da se negativne posledice procesa staranja večinoma začnejo pojavljati pri starosti 65 let. Globovnik in drugi (2011, 36) izpostavljajo problem zagotavljanja kakovostnega staranja in uvedbo učinkovite reforme na področju dolgotrajne oskrbe predvsem zaradi specifičnih potreb starejših oseb na področju socialne politike in zdravstvenega sistema.

Povečanje deleža starejših oseb je izziv za vse evropske države in narekuje potrebo po izboljšanju izmenjave znanja ter izkušenj na področju zdravega staranja. Zdravje ljudi je pomemben dejavnik gospodarske rasti in konkurenčnosti. Staranje prebivalstva povzroča korenite spremembe v družbi na vseh področjih njenega delovanja (Buzeti in Gobec 2012, 76). Naraščajoče število starejših oseb narekuje družbi razvoj promocije zdravja in z njimi povezane aktivnosti. Opažamo vse večji porast programov in organizacij za popolno oskrbo v starosti: domove za starejše osebe, katerih koncept temelji na nadomeščanju in dopolnjevanju funkcije doma ali lastne družine, zlasti bivanja, organizirane oblike prehrane, socialne ter zdravstvene oskrbe, hišne skupnosti⁵, oskrbniške družine⁶, dnevno varstvo ipd. Ramovš (2003, 310) potrjuje pomembnost poslanstva različnih programov na

⁵ Hišne skupnosti predstavljajo skupnosti za starejše osebe, ki potrebujejo oskrbo oziroma nego (Miladinovič 2001, 49).

⁶ Princip oskrbniških družin je podoben rejniškim družinam, le da oskrbniške družine sprejmejo enega oziroma manjše število starejših oseb v oskrbo (Ramovš 2003, 316).

področju dela s starejšimi osebami, skupen pa jim je tudi cilj doprinosa k zdravemu staranju in zagotavljanju kakovostne starosti.

2.2 Proces staranja

Proces staranja opredeljujemo s časovno dolžino življenja človeka od njegovega rojstva do smrti in se odraža preko bioloških, psiholoških in socialnih sprememb človeka (Schpolarich 2016, 22). Starajo se vse generacije in se gibljejo proti starosti, pa vendar se bolj osredotočamo na staranje v tretjem življenjskem obdobju (Ramovš 2003, 43).

Na proces staranja lahko gledamo iz dveh vidikov, na proces pridobivanja in proces izgubljanja. Človeku s staranjem upadajo fizične zmogljivosti, senzorične in intelektualne sposobnosti, spreminja se tudi fizično. Po drugi strani pa človek s starostjo pridobiva na racionalnosti in modrosti (Pečjak 2008, 63). Starejše osebe zaradi manjših pritiskov starševstva lažje razvijejo notranje življenje intelekta, čustveno zrelost in občutek duhovne identitete (Kristančič 2005, 26).

Starost sama po sebi predstavlja vrednoto, ki je pomembna za družbeno okolje, saj ga plemeniti in množi oblike življenja. Dolga življenjska doba ne sme predstavljati zmanjšane kakovosti življenja (Železnik idr. 2011, 95). Starejše osebe se morajo osredotočati na ohranjanje fizične kondicije in psihične stabilnosti v celotnem tretjem življenjskem obdobju.

Skela Savič in drugi (2010, 90) ugotavljajo, da staranje ni enoznačen pojav in da starejše osebe niso enoznačna skupina. Soočanje starejših oseb s starostjo in njihovo prilagajanje na starost je zelo spremenljivo. Malačič (2008, 793) razlikuje dožemanje staranja pri osebah oziroma družbi. Pogosto starejše osebe označujejo druge za stare, čeprav so le-ti njihovi vrstniki. Spremenljiv je tudi odnos družbe do procesa staranja, ki je odvisen od podaljševanja življenjske dobe in spreminjanja starostne strukture prebivalstva. Tudi Imperl (2012, 28) ugotavlja, da je starost je življenjsko obdobje, ki ga vsak človek doživlja drugače.

Drenik (2006, 38) pri starejših osebah opaža možnost upada interesov za izvajanje ustaljenih navad in življenjskega ritma. Starejše osebe se spopadajo z različnimi problemi,

od materialnih problemov do težav v medsebojnih odnosih (Victor 2005, 9). Glede starosti Pečjak (2008, 63) opozarja na zastarelo razmišljanje, da se starost definira kot prihod obdobja z značilnimi in neizogibnimi resnimi duševnimi in telesnimi težavami, ki zmanjšujejo ustvarjalno življenje starejših oseb. Vendar starost ni bolezensko stanje, čeprav se na področju staranja srečujemo z mnogimi stereotipi in ageizmom. Družba prepogosto starost dojema kot bolezen, kar kaže na razširjenost ageizma. Problematika procesa staranja zahteva poglobljeno raziskovanje ter obravnavo na različnih področjih, kot so medicina, sociala in ekonomija.

Pri procesu staranja je potrebno izpostaviti tri skupine teorij staranja: biološke, psihološke in socialne teorije staranja (Evans Madison 2000, 29). S teorijami staranja prepoznavamo problematiko procesa staranja in lažje razumevanje in dojetje starejših oseb (Jin 2010, 72). Proučevanje različnih teorij staranja privede do različnega razumevanja in dojetja procesa staranja ter do raznolikih izhodišč za razmišljanje o tem procesu.

Biološke teorije staranja se delijo na dve glavni kategoriji, in sicer programirano teorijo in teorijo poškodb in napak. Programirana teorija temelji na dejstvu, da staranje sledi biološkemu in časovnemu razporedu. Teorija o napakah in poškodbah pa izhaja iz vplivov okolja na človeka, kar na njem povzroča pojav poškodb in napak (Jin 2010, 72). Osnovna predpostavka psiholoških teorij staranja izhaja iz dejstva, da se razvoj človeka ne preneha z vstopom v tretje življenjsko obdobje. Razvoj človeka je dinamičen proces, ki je intenziven tudi v starosti. Starejše osebe se tudi v tem obdobju srečujejo z vedenjskimi spremembami in osebno rastjo. Socialnim teorijam staranja pa so osrednjega pomena vloge in odnosi starejših oseb, njihovi interakciji z drugimi osebami ter vzajemnem odnosu med starejšimi osebami in družbo (Evans Madison 2000, 29).

Na proces staranja pomembno prispevajo potrebe starejših oseb, ki se razlikujejo od potreb drugih generacij. Fischer (1998, 10–20) razvršča potrebe starejših oseb v pet glavnih kategorij: potrebe po obvladovanju lastnega življenja, potrebe po ekspresiji, potrebe po prispevanju, potrebe po vplivanju ter potrebe po višji ravni zavedanja. Potrebe po izgrajevanju lastnega življenja temeljijo na samozadostnosti starejšega človeka. Če starejše osebe teh potreb nimajo zadovoljenih, nimajo moči za zadovoljevanje drugih potreb. V primerih zadovoljevanja potreb po obvladovanju, pa se starejše osebe lažje prilagajajo in imajo vpliv na svoje fizično in psihično zdravje. Potrebe po ekspresiji starejše osebe

izražajo kot ustvarjalnost in aktivnost in jih zadovoljujejo same po sebi. Starejše osebe, ki so aktivne v različnih dejavnostih, doživljajo osebno zadovoljstvo in s tem gradijo kakovostno starost. S potrebami po prispevanju starejše osebe izražajo željo po sodelovanju in interakciji z drugimi ljudmi. Starejši ljudje preko teh potreb vzdržujejo socialno mrežo in s tem preprečujejo osamljenost. Potrebe po vplivanju so pomembne za izgrajevanje osebnosti starejših oseb, saj oblikujejo njihovo smer in kakovost življenja. Te potrebe so pomembne tudi za čustveno življenje starejših oseb. S potrebami po izgrajevanju starejše osebe vplivajo na ustvarjanje svojega lastnega življenja, s čimer čutijo, da sami pomembno prispevajo h kakovosti življenja. Potrebe po višji ravni zavedanja so pomembne za uravnoteženje moči in premagovanje bremen in ovir, s katerimi se soočajo starejše osebe. Za starejše osebe je pomembno, da občutijo smisel lastnega življenja in usposobljenost za soočanje z različnimi življenjskimi izzivi.

Starejše osebe izražajo tudi potrebe po opolnomočenju, integriteti in dostojanstvu. Graves in Larkin (2006, 67) med pomembne potrebe starejših oseb uvrščata avtonomijo in njihovo moralno neodvisnost. Za starejše osebe je pomemben tudi občutek opolnomočenosti. Glendenning (2000, 61–76) namreč ugotavlja, da imajo opolnomočene starejše osebe občutek zadovoljstva z lastnim življenjem, so bolj aktivni tako v zasebnem kot družbenem življenju, sprejemajo odgovornosti za lastno življenje, pomagajo vrstnikom, širijo svojo avtoriteto in odgovornost tudi na druge ljudi, podpirajo druge ljudi in jih v primeru potrebe po podpori tudi spodbujajo. Opolnomočene starejše osebe so tudi vitalnejše in bolj energične. Kump in Jelenc Krašovec (2010, 16) integriteto in dostojanstvo starejših oseb povezuje z njihovo naklonjenostjo življenju ter prevzemanju odgovornosti za svoje življenje. Za razvoj integritete in opolnomočenja starejših oseb so pomembni prepoznavanje lastne sposobnosti ustvarjanja zgodbe svojega življenja, prepoznavanje lastnega vpliva na kakovost življenja ter zavzemanje za aktivno vlogo lastnega življenja.

V družbi je prisoten stereotip, da družba šteje generacijo starejših oseb za manj ustvarjalno in pasivno in ter z mnogimi problemi. Takšen pogled na starejše osebe povzroči nastanek drugih negativnih vplivov, kot so upad fizične, intelektualne in spolne moči pri starejših osebah, slabši spomin, duševno odsotnost, konservativnost, rigidnost, prepirljivost, trmoglavost, sitnost, egocentričnost, egoizem, cinizem in podobno (Pečjak 2008, 63). Potrebno je poudariti, da sodobna družba na starejše ljudi in proces staranja gleda preveč z ekonomskega bremena in skozi stroške.

Problematika starajočega se prebivalstva zahteva ustrezen odziv družbe. Predvsem so tu pomembni odzivi sodobne medicine, sociale in družbenega resorja, ki imajo največji vpliv na odpravljanje socialnih stisk starejših oseb. Ko bomo v družbi osvojili miselnost, da staranje ni bolezen, ampak gre za programirani fiziološki proces zapisan v dedni zasnovi (Poredoš 2004, 753), bo razumevanje in priprava ustreznih strategij za starajočo se družbo ustrežnejša in učinkovitejša. Malačič (2008, 795) izzive demografskih sprememb in staranja prebivalstva primerja z gibanjem prekoceanske ladje, ki je počasna in dolgotrajna. Ko družba zazna staranje prebivalstva, na kratek rok ne more veliko spremeniti, temveč se mora znati temu procesu prilagoditi. Zanemarjanje staranja prebivalstva je zaznati tako v Sloveniji kot širše v Evropi, posledice demografskih sprememb in staranje prebivalstva pa postaja čedalje bolj očitno.

2.3 Socialna vključenost starejših oseb

Starost je pojav, ki za družbo predstavlja vzpostavljanje drugačnih oblik vključevanja v aktivnosti družbe. Starejše osebe z močno razvito socialno mrežo, so osebe sodobnega življenja. Pahor in Domanjko (2011, 28) izhajata iz osrednjega koncepta kakovosti življenja, ki naj povezuje starejše osebe, njihove družine in druge deležnike iz okolja. Pri tem je pomembna integracija psihične, fizične in socialne ravni doživljanja starejših oseb.

Socialna vključenost starejših oseb pozitivno vpliva na aktivno staranje, saj socialno vključeni starejši ljudje živijo polnejše življenje, zdravje povezujejo s kakovostjo življenja in razumejo proces staranja. Pečjak (2008, 63) namreč ugotavlja, da se starejši ljudje preko svojih socialnih mrež povezujejo z drugimi ljudmi in skozi te povezave zadovoljujejo svoje potrebe po sprejetosti, varnosti in razumljenosti.

Pomembno je zavedanje, da ima socialna vključenost starejših oseb pozitiven vpliv na aktivno staranje, predvsem zato, ker jim to predstavlja možnost udejanjanja kakovostnega življenja. Za starejše osebe je pomembno njihovo zdravje, ki ga povezujejo s kakovostjo življenja, hkrati pa je pomembno, da prepoznajo in razumejo svoj proces staranja (Ramovš 2003, 66). Kobentar (2008, 153) ugotavlja, da je socialna vključenost pogojena s socialno mrežo starejših oseb, ki jim omogoča povezanost z drugimi ljudmi. Starejše osebe preko socialne mreže zadovoljujejo svoje potrebe po sprejetosti, razumljenosti, varnosti ter

potrebe, da osmišljajo njihovo življenje. Socialne mreže, izoblikovane zunaj domačega gospodinjstva, predstavljajo starejšim osebam pomemben vir podpore.

Poredoš (2004, 753) pravi, da socialno vključene starejše osebe svoje bogato znanje in izkušnje usmerjajo v prostovoljna dela v organizacijah in različnih družbenih mrežah, v sodelovanje v skupnosti in političnih organizacijah ter drugih interesnih skupinah. Socialna vključenost starejših oseb pogloblja njihove socialne stike z drugimi in samimi seboj, vse to pa vodi k aktivnemu in kakovostnemu staranju.

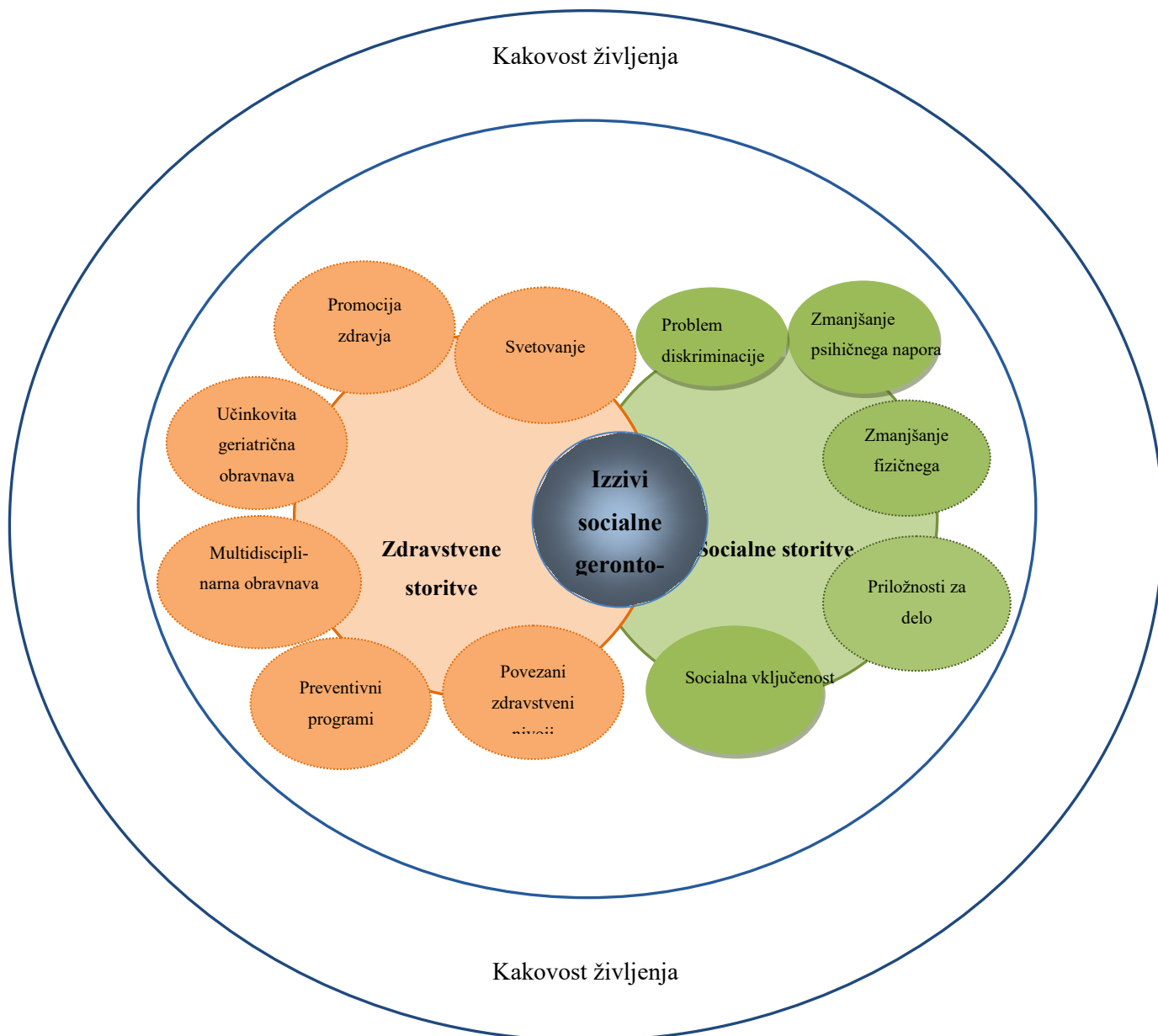
Kontinuirano izobraževanje starejših oseb predstavlja pomemben element pri zmanjševanju družbene in socialne izključenosti. Pridobivanje novega znanja je za starejše osebe pomembno kakovostno preživljanje starosti. Izobraževanje, predvsem poznavanje delovanja računalniških programov, prinaša po Adlerju (2002, 10), starejšim osebam več možnosti za vseživljenjsko učenje in delo, hkrati pa jim to lahko predstavlja nov način za preživljanje njihovega prostega časa. Potreba po odkrivanju novega znanja starejše osebe ohranja v dobri psihofizični kondiciji. Za starejše osebe je pomembno, da pridobijo čim več pravih informacij o zdravju, bolezni in prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek določenih bolezni (Victor 2005, 9). V zadnjem času je postal tudi med starejšimi osebami pomemben kazalnik socialne vključenosti znanje uporabe informacijsko- komunikacijske tehnologije. Ramovš (2003, 67) prikazuje računalniško opismenjevanje kot enega od načinov sodelovanja med mladino in starejšimi osebami. Medgeneracijska povezanost pa ustvarja kakovostnejšo družbo.

Bogato znanje, modrost in izkušnje starejših oseb so pomemben vir družbenega bogastva. Starejše osebe se aktivno vključujejo v prostovoljstvo, v različne družbene mreže, v dejavnosti različnih skupnosti ter sodelujejo v političnih strankah in interesnih skupinah. Starejšim osebam predstavlja takšna socialna vključenost izpolnjevanje ciljev, občutek koristnosti, poglobljenost s seboj ter možnost aktivnega življenja in kakovostnega staranja.

2.4 Izzivi socialne gerontologije

Kot izpostavlja Arokiasamy (1997, 236), se v procesu staranja soočamo tako s socialnimi kot z zdravstvenimi problemi. Omenjene probleme je v družbi nemogoče zanemariti, saj so vir in razlog mnogih drugih problemov starajoče družbe.

Slika 1: Izzivi socialne gerontologije



Vir: Lastni vir 2017.

Zato morajo družbe v luči ustreznega odziva na spremembe, probleme staranja dolgoročno in sistematično obravnavati v okviru razpoložljivih sredstev in zmožnosti. Pri tem ne gre zanemariti tudi dejstva, ki ga omenja Arokiasamy (1997, 236), da so v nekaterih družbah starejše osebe člani močnih političnih skupin, ki imajo vpliv na spremembo zakonodaje in na ta način lahko participirajo k reševanju družbenih izzivov.

Izziv, ki ga predstavlja starajoča se družba in z njo tesno povezano področje socialne gerontologije, se kaže v zagotovitvi enakega dostopa do zdravstvenih in socialnih storitev

ter kot pravi Arokiasamy (1997, 237), v koordinaciji na vseh ravneh in razvoju ter spreminjanju političnega sistema. Martinson in Berridge (2015, 67) namreč ugotavljata, da se človek zaradi starosti ne sme soočati niti z zdravstvenimi niti z družbenimi razlikami. Tako socialna gerontologija predstavlja izziv za preoblikovanje družbenega modela, ki bo upošteval posledice demografskih sprememb.

Socialna gerontologija je novo področje, zato se sooča s pomanjkanjem teoretičnih spoznanj in raziskav. Raziskave so preusmerjene k večji in interdisciplinarni uporabi raziskovanih teorij, saj kot ugotavljajo Alley in drugi (2010, 589), prav večje število raziskav na omenjenem področju pomembno prispevajo k razvoju socialne gerontologije kot samostojne discipline.

Potreba po raziskovanju potreb starejših oseb prinaša prednost za starajočo se družbo, saj se s premagovanjem težav starejših oseb izboljša njihova kakovost življenja in s tem zmanjša njihova odvisnost od drugih (Arokiasamy 1997, 237). Socialna gerontologija se bo morala soočiti z dejstvom, kot navaja Sixsmith (2013, 21–22), da se ljudje čedalje bolj zavedajo potrebe po kakovostnem življenju in da pričakujejo kakovostno življenje tudi v starostnem obdobju. Pomemben segment kakovostnega življenja predstavljata neodvisnost in zdravje. Poleg tega Cotter in Cotter (2012, 8) poudarjata, da mora starejša oseba prevzeti odgovornost zase, še naprej dobro upravljati s svojim življenjem in predvsem tudi poskrbeti za lastno zdravje. Znano je, da se socialna mreža starejših oseb z leti zmanjšuje, zato igra pomembno vlogo pri reševanju tega problema prav družba sama, ki starejšim osebam nudi potrebno podporo. S tem starejšim osebam pomaga ostati močne, da ohranijo občutek varnosti ter samostojnosti.

Izzivi socialne gerontologije kažejo potrebo po ureditvi tudi na področju ustvarjanja nacionalnih podatkovnih baz, v katero so vključene potrebe in storitve starejših oseb ter omogočajo možen dostop do podatkov tudi raziskovalcem.

Posebna potreba na področju socialne gerontologije se kaže tudi v spodbujanju vrednot družbe, kamor sodijo odnosi mladih do starejših oseb. Raziskovalci so glede odnosa mladih do starejših oseb prišli do različnih ugotovitev. Na eni strani kažejo mladi negativen odnos do starosti in starejših ljudi (Palmore 1982; Humert 1990; Edwards in Harwood 2003; Allan in Johnson 2009). Vendar na drugi strani raziskovalci ugotavljajo

nasprotno, da imajo mladi o starejših osebah pozitivno mnenje (Harris 1990; Tan idr. 2004; Narayan 2008; Randler idr. 2014). Ugotovitve raziskav kažejo, da mladi v Sloveniji slabo poznajo in razumejo proces staranja, staranje zaznavajo kot problem, odnose mladih do starejših oseb pa ocenjujejo kot napete (Lavrič idr. 2011, 78). Podobne ugotovitve ugotavljajo tudi Zupančič in drugi (2010, 50), da mladi slabo poznajo proces staranja ter lastnosti starejših oseb in njihovega načina življenja. Izsledki nekoliko novejše raziskave pa kažejo, da med slovensko mladino ni ageističnih stališč in da ima izobraževanje pomembno vlogo na oblikovanje odnosov med mladimi in starejšimi osebami (Lahe 2016, 134). Nove ugotovitve raziskav na področju socialne gerontologije prinašajo pomembna spoznanja, ki v družbi izboljšujejo razumevanje procesa staranja ter predstavljajo izhodišča za oblikovanje različnih modelov.

2.5 Posledice demografskih sprememb v bolnišnični dejavnosti

Staranje je svetovni trend. Čeprav se leta dodajajo življenju in je starejša oseba v dobrem zdravstvenem stanju, bo staranje kljub vsemu močno vplivalo na zdravstveni sistem ter na stroške socialne varnosti (Koelen idr. 2016, 15–16). Zdravje po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (ang. *World Health Organization*, 2015) ne pomeni le odsotnosti bolezni, temveč tudi duševno, telesno, čustveno in socialno ugodje oziroma blagostanje (ang. *well-being*).

Zdravo staranje, predvsem v domačem okolju in skupnosti, spodbuja namenjanje posebne pozornosti tako v zdravstvenem sistemu in pri oblikovanju politike kot pri raziskovalcih (Koelen idr. 2016, 16). Svetovna zdravstvena organizacija (2015, 12) opredeljuje aktivno staranje kot proces optimizacije možnosti za zdravje, sodelovanje in prispevanje starejših oseb v družbeno okolje, da bi si s tem povečali kakovost življenja v starosti. Zdravo staranje je torej vseživljenjski proces, od predzasnove do pozne starosti (Westendorp in Kirkwood 2007, 15).

Staehelin (2005, 165) poudarja, da koncept zdravega staranja, brez prisotnosti bolezni, izhaja iz izboljšanja življenjskega standarda, napredka v medicini, predvsem pa dobrega nadzora bolezni. Bolezen in z njo povezane težave namreč pri starejših osebah negativno vplivajo na njihove socialne odnose (Ule Nastran 2003, 53). Ker starajoče se prebivalstvo

napoveduje novo obdobje, v katerem se starejše osebe nahajajo med zdravjem in boleznijo, kar pomembno vpliva na njihovo kakovost življenja.

Sodobni način življenja predstavlja vzrok za številna tveganja za nastanek in razvoj bolezni pri starejših osebah. Tveganje samo po sebi še ne predstavlja bolezni, vendar se z zniževanjem meje med zdravimi in bolnimi osebami krog obolelih širi (Zelko in Kocjančič 2009, 8).

Incidenca zloma kolka se s starostjo povečuje (Koglot idr. 2001, 661), kar se pripisuje povečanju incidence padcev in zniževanju mineralne gostote kosti starejših oseb. Kot opisuje Rok Simon (2006, 10), so padci tisti, ki imajo med zunanjimi dejavniki za zlom kolka pri starejših osebah najpomembnejšo vlogo. Rok Simon in Šelb Šemerl (2004, 3) ocenjujeta, da približno tretjina starejših oseb pade vsaj enkrat letno. Več kot polovica padcev pri starejših osebah je povezana z organskimi motnjami (motnje ravnotežja, težave pri hoji, oslabeledost mišic, oslabljeni refleksi, oslabljen vid, zmedenost in demenca⁷). Salobir (2015, 207) pa dodaja še, da se s staranjem pojavljajo različne okvare organizma, ki vodijo do okrnjenosti in nezmožnosti ter posledično zmanjšajo odpornost na zunanje dejavnike.

Poškodbe, kamor sodijo tudi padci starejših oseb, so pomemben javnozdravstveni problem. Padci predstavljajo starejšim osebam trpljenje, družbi pa veliko ekonomsko breme. Po mnenju ekonomskih in finančnih strokovnjakov lahko do leta 2020 pričakujemo velik porast padcev in s tem povezanih poškodb ter posledično višjo porabo sredstev za reševanje tega problema. Sodobna medicina namenja skrb za ohranjanje zdravja starejših oseb, zato je njena strategija usmerjena v preventivne ukrepe za odkrivanje, analiziranje in odstranjevanje vzrokov padcev v vseh okoljih, kjer se pojavljajo za padce ogrožajoči dejavniki. Zmanjšanje števila padcev v družbi in ustanovah lahko dosežemo le z usmerjenimi in vsestransko razvejanimi projekti za zagotavljanje kakovosti. Padce prištevamo med splošne in pogosto kritične probleme starejših oseb, ki povečujejo obseg obolevnosti, smrtnosti in uporabe zdravstvenih storitev, vključno s predčasnimi sprejemi v domove za starejše (Frieden 2015, 25).

⁷ Demenca prizadene možganske celice in jo uvrščamo med kronične napredujoče bolezni. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva bolezen (Burns in Iliffe 2009, 158).

Pri mnogih pacientih zasledimo več kroničnih bolezni hkrati oziroma multimorbidnost⁸, pri starejših osebah z zlomom kolka v povprečju zasledimo tri ali več bolezni hkrati (Löfgren idr. 2010, 420). Narašča tudi število odvisnih od tuje pomoči, s potrebo po dolgotrajni oskrbi. To povzroča porast stroškov psihosocialne obravnave in zdravljenja, saj le-ti neposredno narastejo zaradi povečanega števila stikov z zdravstveno službo kot posledico prepleta simptomov, krhkosti, kompleksnejšega zdravljenja, rabe več različnih zdravil v istem času pri isti osebi oziroma polifarmacije⁹ ter psihosocialnih potreb pacientov. Na področju osnovne zdravstvene dejavnosti je bilo izvedenih le nekaj aktivnosti z namenom izboljšanja dostopa in kakovosti zdravstvene oskrbe starejših oseb. Z letom 2011 se je na področju družinske medicine uvedla tako imenovana Referenčna ambulanta družinske medicine (v nadaljevanju RADM). RADM¹⁰, kot je navedeno v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2015, 3428), predstavlja organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo načina delovanja ambulante osebnega zdravnika. V njej diplomirana medicinska sestra prispeva k celoviti obravnavi starejših oseb z osteoporozo in zagotavlja aktivni pristop k poznavanju bolezni ter preprečevanju padcev. Na področju obravnave kroničnih bolezni pri starejših osebah so oblikovani protokoli, ki predstavljajo dogovorno pot med primarno in sekundarno ravni.

Pojav medikalizacije lahko opredelimo kot situacijo, v kateri medicina prevzame normativno vrednotenje določenih področij v družbi in življenju posameznikov. Zelko in Kocjančič (2009, 8) izpostavljata, da k pacientu usmerjena obravnava, kjer je pacient partner v obravnavi, vodi k uspešni rehabilitaciji in lahko omili negativne učinke medikalizacije. Vendar se je potrebno pri celostni obravnavi pacientu posvetiti bistveno več časa, kot ga je po trenutnih izračunih na razpolago.

Sodobna medicina s svojim nenehnim napredkom ter tehničnimi izboljšavami utrjuje znanje, merila in sooblikuje družbene norme zaželenega, zdravega načina življenja.

⁸ Multimorbidnost pomeni prisotnost dveh ali več kroničnih obolenj pri določeni osebi (Mercer idr. 2014, 12).

⁹ O polifarmaciji govorimo, ko oseba uporablja več zdravil. Polifarmacija dandanes predstavlja resen problem v zdravstvenem sistemu (Bushardt idr. 2008, 384).

¹⁰ RADM – Referenčna ambulanta družinske medicine predstavlja okrepljen tim v ambulanti osebnega zdravnika z diplomirano medicinsko sestro (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2015, 3428).

Priporočila za ohranjanje zdravja pogosto povezujemo z različnimi oblikami širjenja informacije o zdravem načinu življenja, o doseganju in ohranitvi kakovostnega življenja, o povrnitvi in vrnitvi h kakovostnemu ter zdravemu življenjskemu slogu, predvsem pa poznavanju in prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek poškodb ali bolezni.

2.6 Krhkost kosti in osteoporoza pri starejših osebah

V starosti se osebe srečajo s problemom krhkosti kosti, ki je pogost razlog za zlom kolka. Rockwood in drugi (2000, 295) poudarjajo, da je za pojem krhkost (ang. *fragility*) težko postaviti splošno opredelitev ter da je pojem potrebno obravnavati kot samostojen problem in kot kompleksen problem pri starejši osebi, ki je posledica več bolezenskih stanj te osebe. Hogan in drugi (2003, 21) pa poudarjajo, da je potrebno krhkost pri starejših osebah opredeliti kot okvaro, ki zahteva biološko, klinično, psihološko, socialno in okoljsko komponento. Salobir (2015, 207) ugotavlja, da je krhkost dinamičen proces, ko zaradi vpliva številnih dejavnikov starejša oseba utrpi izgubo sposobnosti na enem ali več področjih delovanja, kot so fizično, psihično in socialno področje.

Xue (2011, 3) opredeli krhkost kot pogost klinični sindrom pri starejših osebah, ki povečuje tveganje za padce in vodi v slabše zdravstveno stanje, kot je nezmožnost opravljanja življenjskih funkcij. Rezultat slabšega zdravstvenega stanja starejših oseb je hospitalizacija, pogosto tudi smrt. Gašperlin Dovnik (2015, 127) izpostavlja tudi, da se krhkost kaže kot geriatrični sindrom, za katerega je značilen splošni upad vseh funkcij, kateremu se pridruži vsaj eno kronično obolenje. Fried in drugi (2001, 149) izpostavljajo, da o krhkosti pri starejših osebah govorimo, ko se pri njih pojavijo vsaj trije izmed kriterijev, kot so izguba telesne teže, počasnost pri hoji ter znižana telesna aktivnost.

Pri starejših osebah se zaradi krhkosti povečuje njihova ranljivost, ki je posledica upada fizioloških rezerv in opravljanja funkcij do mere, ki zmanjšuje sposobnost spopadanja z vsakodnevnimi ali akutnimi stresorji (Xue 2011, 3). Rockwood in drugi (2000, 298) ugotavljajo, da se pri alternativni krhkosti izmeri kazalnik tveganja (ang. *fragility index*¹¹),

¹¹ Kazalnik tveganja se izračuna kot razmerje med številom primanjkljajev pri osebi in med celotnim obravnavanim številom primanjkljajev (Feinstein 1990, 201). Če se obravnava skupno 50 zdravstvenih primanjkljajev, oseba pa izraža 10 primanjkljajev, je njen kazalnik tveganja 0,20 (Rockwood idr. 2000, 298).

v katerem se seštejejo težave, ki se sčasoma množijo. Pri tem so težave opisane kot nezmožnost, bolezen, fizični ter kognitivni upad, psihosocialni dejavniki tveganja in geriatrični sindromi, kot so padci, delirij ter urinska inkontinenca.

Kot navajajo Gobbens in drugi (2012, 83), je starejša oseba zaradi krhkosti kosti izpostavljena povečanemu tveganju za hitrejši funkcionalni upad, povišano tveganje za padeč, oteženo in zmanjšano mobilnost, okrnjeno samostojnost, pogostejšo hospitalizacijo, prav tako pa tudi hitrejšo institutualizacijo v domove za starejše. Krhkost kosti se ocenjuje v različnih modelih, ki so objavljeni, najpogosteje uporabljen in citiran pa je biološki model, ki ga Friedova in drugi (2001, 147) opredeljujejo kot sindrom s prisotnostjo treh ali več od petih značilnosti (nenamerna izguba teže, izčrpanost, manjša moč stiska roke, majhna poraba energije za telesno aktivnost in znižana hitrost hoje).

Krhkost kosti v starosti je povezana z osteoporozo¹², ki predstavlja bolezen z zmanjšanjem kakovosti in količine kostnine, kar oslabi kosti, te pa se zlomijo že pri majhnih poškodbah in obremenitvah (Kocjančič 2002, 571). Osteoporozna je pogosto opisana kot tiha bolezen, ki je brez bolečin, bolezenskih znamenj, pri kateri kost postaja postopoma porozna, krhka in izgublja moč (Zavratnik 2015, 78). Matt (2016, 1) osteoporozo opisuje kot metabolično motnjo v kosteh, pri kateri se resorpcija kosti pospešuje, medtem ko je na drugi strani stopnja nastanka kostnine upočasnjena. Posledično tako prihaja do izgube kostne mase. Metabolična motna prizadene formacijo kosti, ki izgubljajo kalijeve in fosfatne soli in tako postopoma postanejo porozne in krhke, s čimer se povečuje verjetnost za zlome. Pri tem Movrin (2011, 4) poudarja, da je diagnosticiranje osteoporoze pomemben ukrep za zmanjševanje zlomov v prihodnosti, saj se z zdravljenjem osteoporoze zmanjšuje izgubljanje kostne mase in mineralov.

Liberman in Cheung (2015, 2) ugotavljata, da je osteoporozna bolezen, ki se običajno kaže pri starejših osebah in je povezana z velikim bremenom obolevnosti in umrljivosti. Zlomi

¹² Bethel (2016, 1–2) navaja, da so leta 1940 prvič opredelili postmenopavzalno osteoporozo in jo pri ženskah revolucionarno začeli zdraviti z estrogenom. Stride in drugi (2013, 254) navajajo, da so leta 1960 raziskovalci na področju osteoporoze s pomočjo denzitometra odkrili izgubo kostne mase. Ta tehnika je predstavljala pomembno novost v dojetanju osteoporoze, saj omogoča odkrivanje osteoporoze še v začetnem stadiju in še preden pride do zlomov.

zaradi osteoporoze po mnenju Wattsa in Mansona (2017, 254) predstavljajo velike in resne probleme ter ekonomsko breme javnega zdravstva. Vodijo lahko do invalidnosti in povečanega števila smrtnosti. Kot navajajo Curtis in drugi (2017, 2), osteoporoza namreč vpliva na pogost pojav zlomov pri starejših osebah, zato bi morala biti prednostna naloga med zdravstvenimi ukrepi in pri oblikovanju zdravstvene strategije in politike ravno preprečevanje in preventiva osteoporoze.

Tudi Movrin (2011, 4) ugotavlja, da osteoporoza predstavlja najpogostejšo metabolno bolezen kosti in predstavlja eden glavnih zdravstvenih problemov razvitih družb. Poleg tega pa trdi, da zlom kolka sodi med tipične osteoporotične zlome in je gledano v celoti nekajkrat bolj pogost pri starejših ženskah kot pri moških.

Načrt obravnave starejših oseb z osteoporozo je kvalificiran s štirimi kategorijami: slabo fizično mobilnostjo, neuravnoteženo prehrano, količino uživanja zdravil ter pomanjkljivim znanjem starejših oseb o osteoporozi. Slaba fizična mobilnost in s tem omejena fizična aktivnost ter gibanje telesa vodita k omejitvi neodvisnosti (Matt 2016, 2). Izguba mobilnosti in s tem povezana izguba neodvisnosti, kot navajajo Gheno in drugi (2012, 39), narekujejo potrebo po vključevanju multidisciplinarnega tima. Ta potreba je še posebej izrazita pri obravnavi bolezni, kot so osteoporoza, osteoartritis, okužbe in tumorji.

Neodvisnost in sposobnost opravljanja, ohranjanja ali pridobivanja novih vlog je v veliki meri odvisna od percepcije zdravja starejših oseb (Pahor in Domanjko 2011, 22). Gabrijelčič Blenkuš in Stojanević Jenković (2010, 20) ugotavljata, da na prehranjevalne navade starejših oseb pomembno vpliva zmanjševanje potrebe telesa po energiji, predvsem zaradi zmanjšanja telesnih funkcij, znižanja mišične mase, slabše presnove ter tudi zaradi zmanjšanja telesne aktivnosti. Uživanje zdravil pri starejših osebah je pogojeno z boleznimi, ki so povezane s prehrano ter drugimi za starejše obdobje značilnimi boleznimi, kot so povišan krvni tlak, povišana raven holesterola, sladkorna bolezen, rak in drugo. Pomankljivo znanje starejših oseb o osteoporozi zmanjšuje preventivne ukrepe, zato je področje ozaveščanja starejših oseb o osteoporozi in njenih posledicah bistvenega pomena tudi za zmanjševanje zlomov kosti, kjer izpostavljamo vlogo socialnega gerontologa.

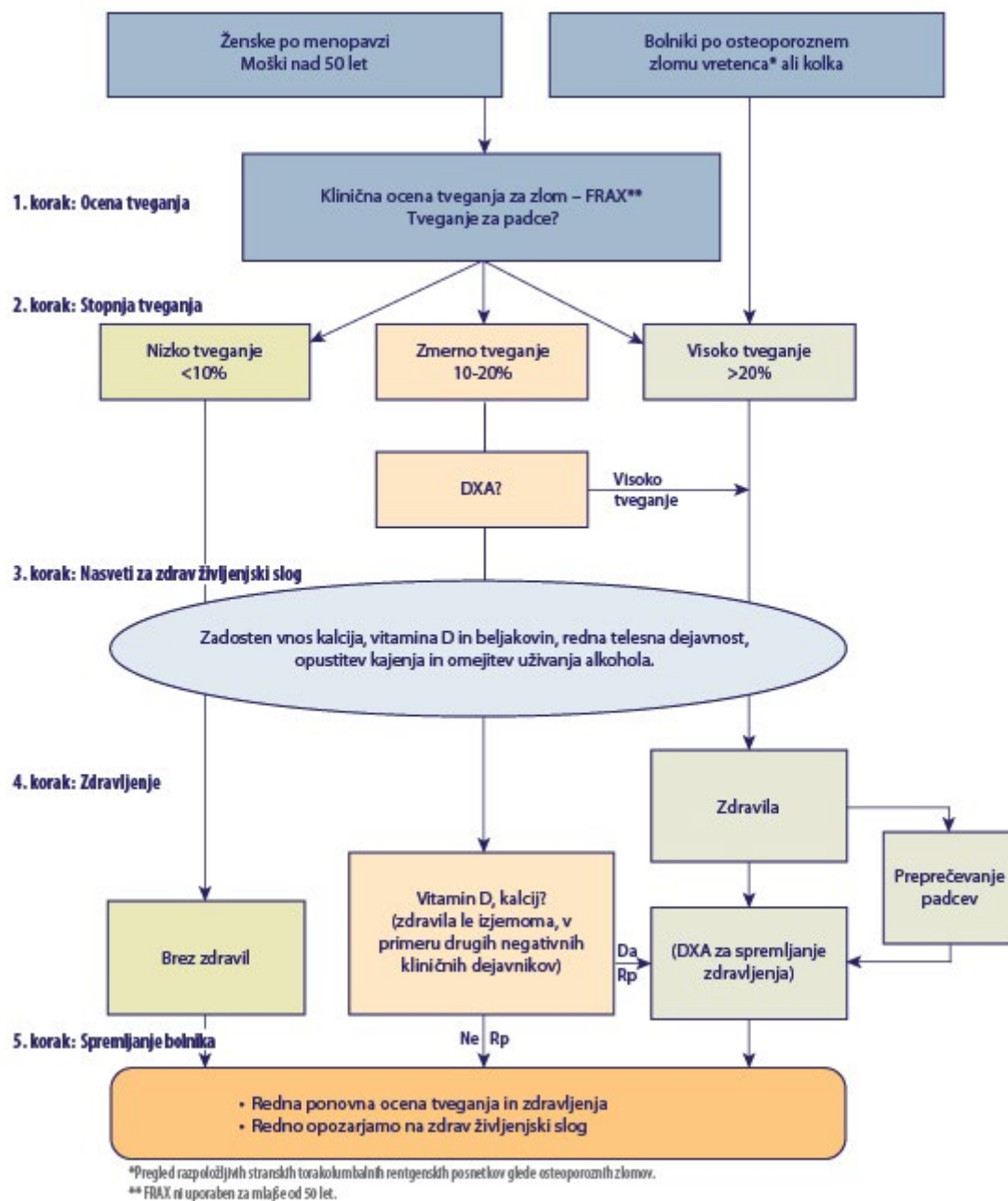
V Sloveniji se v zdravstvenem sistemu zaradi osteoporoze in z njo povezanimi zlomi kolka pri starejših osebah srečujejo s problemi kot so visoki stroški zdravljenja omenjene bolezni

in njenih posledic, pristop obravnave starejših oseb z zlomom kolka ni celosten, premalo se upošteva pomen socialne rehabilitacije teh oseb, premalo ali pa sploh ni povratnih informacij o procesu obravnave in njeni uspešnosti.

Da bi čim bolj učinkovito in celovito zajeli rizično skupino populacije z velikim tveganjem za zlome, so že na primarnem nivoju zelo pomembne referenčne ambulante v sodelovanju z družinskimi zdravniki. Ti opravijo presejevalne teste starejših oseb na prisotnost osteoporoze. V ta namen lahko referenčne ambulante uporabijo računalniški model FRAX (ang. *Fracture Risk Assessment Tool*) (Zavratnik 2015, 77).

Na Sliki 2 prikazujemo protokol vodenja pacientov z osteoporozo. Strokovna osnova protokola vodenja pacientov z osteoporozo so Slovenske smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze.

Slika 2: Algoritem priporočil za preprečevanje osteoporoznih zlomov



Vir: Govc Eržen 2014.

Pri preprečevanju osteoporoznih zlomov je vloga socialnega gerontologa predvsem v informiranju starejših oseb glede osteoporoze in njenih posledic, v svetovanju starejšim osebam in njihovim svojcem ter sodelovanje v samem procesu obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Socialni gerontolog starejše osebe in njihove svojce osvešča glede zdravega in aktivnega načina življenja, kamor sodita zdravo prehranjevanje ter redna telesna aktivnost.

Pomemben dejavnik pri zlomih kolka predstavlja tudi prekomerna telesna teža oziroma debelost starejših oseb. Villareal in drugi (2011, 1218–1229) ugotavljajo, da debelost povzroča upad telesnih funkcij, kar starejšim ljudem povzroča težave in pojav različnih bolezni. Zato predstavlja debelost resen problem javnega zdravstva, saj se število prekomerno težkih starejših oseb povečuje, kar predstavlja tudi večjo verjetnost za pojav krhkosti kosti in s tem povečanje zlomov kosti.

Padci so običajen in resen problem starejših oseb. Dejavniki tveganja imajo močan vpliv za nastanek padcev, njihov razvoj pa je v veliki meri odvisen od načina življenja in okolja v katerem živijo. Padec in z njo povezana osteoporoza sta dominantna dejavnika za zlom kolka.

Skrb javnega zdravstva pri padcih in posledično zloma kolka starejših oseb, je zaradi zmanjšane kakovosti življenja, stroškov in smrtnosti, velika. Slovenija se prizadeva z različnimi preventivnimi programi in strateškim usmeritvam zmanjševati število padcev starejših oseb. Preventivni programi zajemajo programe telesne vadbe za moč in ravnotežje, ugotavljanje dejavnikov tveganja za padec, načrtovanje varovalnih dejavnikov in uvajanje modela za preprečevanje padcev starejših oseb.

Strah pred ponovnim padcem povzroči opuščanje aktivnosti, družabnega življenja in posledično vodi v socialno izključenost in izolacijo. Sindrom strahu pred ponovnim padcem je komplikacija, ki tako prispeva še k slabši kondiciji, večji šibkosti ter dolgoročno poveča tveganje za padec (Bilban 2004,

315).

2.7 Zlomi kolka pri starejših osebah

Demografske spremembe s problematiko starajočega prebivalstva se posledično odražajo tudi v naraščanju števila starejših oseb, ki si zlomijo kolka (Komadina 2011, 13). To narekuje posebno skrb obravnavi starejših oseb z zlomom kolka. Pomembno je izpostaviti tudi ugotovitev Vodopivčeve (2005, 11), da se z daljšanjem življenjske dobe pri starejših osebah povečuje tudi verjetnost za razvoj več sočasnih bolezni oziroma več akutnih ali kroničnih bolezni.

Demografske spremembe in s tem porast števila starejših oseb, višji življenjski standard in kakovostnejša zdravstvena oskrba omogočajo, da veliko starejših oseb ohranja aktivnost tudi v tretjem življenjskem obdobju. V določenih primerih ta aktivnost starejših oseb pomeni izpostavljenost in tveganje za poškodbe, med njimi tudi za zlome kolka.

Sach in drugi (2007, 1675) so pri starejših osebah opredelili več kot štiristo različnih vzrokov za padce in obolenj povezanih s padci. Posamezne vzroke so razvrstili v več skupin, med katerimi so najpomembnejše motne zaznavanja in motorične oslabeledosti (sem sodijo motnje vida in sluha, omotica, upočasnjenost telesnih funkcij), akutna obolenja, ki privedejo do padcev, različna kronična obolenja (kamor uvrščajo osteoporozo), učinke zdravil ter poškodbe, ki niso povezane s starostjo. Za učinkovito zmanjševanje števila padcev predlagajo uporabo multidisciplinarnega preventivnega programa, ki temelji na izobraževanju medicinskega osebja, urejenosti bivanjskega prostora, spodbujanju telesne aktivnosti, uporabi tehničnih in tehnoloških pripomočkov ter nadzoru nad uživanjem zdravil.

Paksima in drugi (2008, 111) ugotavljajo, da je zlom kolka resen zaplet osteoporoze, ki se zgodi nepričakovano. Zlom kolka pri starejših osebah zanje predstavlja izjemno neprijeten dogodek, ki ima resne posledice za njihovo življenje. Starejše osebe poleg bolečine pri zlomu kolka občutijo tudi čustvene, socialne in eksistenčne težave. Kos in drugi (2014, 163) izpostavljajo, da predstavlja zlom kolka pri starejših osebah glavni vzrok trpljenja, invalidnosti ter slabe kakovosti življenja in prezgodnje smrti.

Bolečine ter nezmožnost za normalno opravljanje življenjskih funkcij, ki so posledica zloma kolka, predstavljajo starejšim osebam pomemben zdravstveni problem. Zlomi kolka so lahko tudi vzrok umrljivosti pri starejših osebah (Zavratnik 2015, 77). Glede tega Komadina (2015, 149) izpostavlja, da je smrtnost starejših oseb z zlomom kolka v prvem letu po zlomu kolka 30 % in da le-ta nastopi predvsem zaradi posledic spremljajočih bolezni. Compston (2015, 2051) ugotavlja tudi, da kar 15 do 20 % starejših oseb z zlomom kolka umre v šestih mesecih po poškodbi.

Razvoj geriatrije v slovenskem zdravstvenem sistemu in posledice naraščajočega števila starejših oseb narekujejo potrebo po presejalni metodi, s pomočjo katere bi se ugotavljalo tveganje za zlom kolka pri starejših osebah. Kot navaja Compston (2015, 2051) predstavlja osteoporotični zlom kolka veliko verjetnost za ponoven zlom in to kar za trikrat večjo verjetnost, kot pri zlomu, ki ni posledica osteoporoze.

Komadina (2015, 149) pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka poudarja pomen ustrezne protibolečinske terapije, ustrezne prehrane, preprečevanja razjed, infektov, kognitivnega poslabšanja ter nastanka delirija. Starejše osebe, pri katerih so diagnosticirali osteoporozo, ustrezajo za zdravljenje z anaboličnimi medikamenti. Starejše osebe, katere se vključijo v omenjeno zdravljenje, morajo biti tudi mentalno sposobne, biti visoko motivirane za vključitev v zdravljenje, biti sposobne sprejemati odgovornost ter ne smejo imeti določenih drugih bolezni.

Potek zdravljenja zlomov kolka pri starejših osebah je operativen. Obravnava starejših oseb z zlomom kolka pa je odvisna od zloma, starosti in psihofizičnega stanja starejših oseb (Kos idr. 2014, 163). Pri starejših osebah se zlom kolka zaceli po šestih do osmih tednih, celoten čas rehabilitacije pa je pogosto daljši. Hitrost in dolžina zdravljenja in rehabilitacije starejše osebe z zlomom kolka je odvisna od vrste operativnega posega, od stanja starejše osebe pred poškodbo in še od številnih drugih dejavnikov. Mobilnost starejših oseb po zlomu kolka je odvisna od njihovih zmogljivosti, pri čemer jim je v veliko podporo strokovno osebje v procesu obravnave (Gomboc 2010, 4).

Sekundarno se po operativnem posegu sproži sekundarna preventiva zloma kolka (Komadina 2015, 150). Svetovna zdravstvena organizacija (2007, 51) je v skrbi za preprečevanje padcev starejših oseb predstavila akcijski načrt, ki temelji na treh postavkah:

ozaveščanju starejših oseb, izboljšanju okoljskih in družbenih dejavnikov ter intervencijah, ki temeljijo na zmanjševanju številu padcev starejših oseb. Prav tako Svetovna zdravstvena organizacija (2011, v Komadina 2015, 150) pri starejših osebah z izkazanim povečanim rizikom padca in zloma svetuje meritve kostne gostote ter uvedbo ustreznega zdravljenja.

Posledice zloma kolka pri starejših osebah so tudi ekonomske, ki predstavljajo pomemben delež v zdravstvenem sistemu. Glede tega Zavratnik (2015, 77) ugotavlja, da smo v Sloveniji v zadnjem obdobju porabili približno 56 milijonov evrov za zdravljenje zlomov kolka. Trendi kažejo, da bodo stroški zdravljenja in rehabilitacije po zlomu kolka do leta 2025 narasli na 77 milijonov evrov, kar predstavlja kar 37 % porast stroškov. Omenjeni porast bi lahko nekoliko zmanjšali z identifikacijo oseb z visokim tveganjem za zlom kolka in učinkovito obravnavo starejših oseb z zlomom kolka. Kos in drugi (2014, 163) izpostavljajo, da je v obstoječem sistemu relativno majhen delež pravočasno diagnosticiranih in ustrezno obravnavanih starejših oseb, pri katerih obstaja visoko tveganje za osteoporotični zlom kolka. Larson in Holgers (2011, 1257) poudarjata tudi, da večja ozaveščenost starejših oseb o dejavnih tveganja za zlom kolka pomembno prispeva k izboljšanju obravnave v procesu zdravljenja in rehabilitacije.

Za preprečevanje osteoporoze, zmanjševanje tveganja zloma kosti in s tem povezanih padcev so pomembni multidisciplinarni programi, pri katerih se starejše osebe vključuje v telesno aktivnost, spremlja njihov vid, spremlja njihovo uživanje zdravil in se jih prilagaja spremembam okolja. Vse to vodi k učinkovitejši preventivni dejavnosti. Uspešnost preventivne dejavnosti je še posebej pomembna v času, ko se povečuje število padcev in se zaradi tega pričakuje večja zavzetost zdravstvenega sistema na tem področju (Krishnaswamy in Usha 2015, 12–15).

Splošno normiranje pragu za zdravljenje osteoporoze z zdravili se prične pri vsaj 20 % tveganju za glavne osteoporozne zlome in/ali pri vsaj 5 % tveganju za zlom kolka (Kocjan in Govc Eržen 2016, 4).

Preživelim starejšim osebam po zlomu kolka se lahko kakovost življenja trajno poslabša. Kot namreč ugotavljajo Goll in drugi (2015, 2), se starejše osebe boleče soočajo z izgubo samostojnosti in upadom njihove socialne mreže. Starejšim osebam z zlomom kolka grozi

funkcionalni upad med in po hospitalizaciji. Obstaja tudi velika verjetnost ponovne hospitalizacije oziroma potreba po institucionalizaciji ali celo smrt starejše osebe.

Kljub napredni diagnostiki, tehnologiji in učinkovitim terapijah menimo, da je obravnava starejših oseb z zlomom kolka neustrezna. Predvsem bi bilo potrebno izboljšati preventivo, kot sta diagnosticiranje in zdravljenje osteoporoze, v primerih zloma kolka pa izboljšati postopek obravnave starejših oseb.

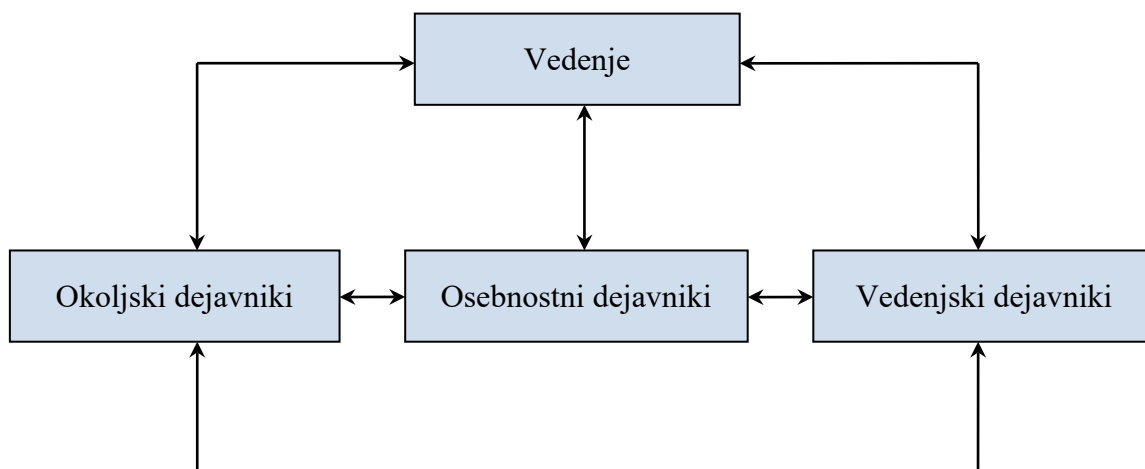
2.8 Kognitivne lastnosti starejših oseb

Starejše osebe se različno odzivajo na življenjske situacije. Nekatere starejše osebe zlom kolka doživijo kot absolutni padeč njihove kakovosti življenja in postanejo pasivne, medtem ko se druge starejše osebe želijo čim hitreje vrniti v prejšnji ritem življenja. Dojemanje zloma kolka in predvsem rehabilitacija starejših oseb po zlomu kolka je v veliki meri odvisna od njihovih kognitivnih sposobnosti.

Utemeljitelj socialno kognitivne teorije Bandura (1986, 25) izpostavlja, da na posameznikovo vedenje vplivajo opazovanje vedenja drugih, posameznikove izkušnje in vpliv medijev. Socialno kognitivna teorija predstavlja okvir, znotraj katerega se razčlenjujejo psihosocialni mehanizmi, preko katerih komunikacija vpliva na misli in motivacijo posameznika. To, kar posameznik misli in o čemer je prepričan, da čuti, vpliva na njegovo vedenje. Cot (2004, 173) ugotavlja, da socialno kognitivna teorija vključuje pozornost, spomin in motivacijo posameznika.

Na Sliki 3 predstavljamo socialno kognitivni model posameznikovega vedenja. Na vedenje posameznika vplivajo okoljski, osebni in vedenjski dejavniki. Med okoljskimi, osebnimi in vedenjskimi dejavniki obstaja medsebojni vpliv, vsi trije pa imajo pomemben vpliv na vedenje posameznika. Bandura (1986, 92) poudarja, da posameznik sam organizira, reflektira in regulira svoje vedenje, da je torej proaktivni organizem in ne samo reflektivni organizem, ko reagira na okoljske dejavnike in notranje impulze. V socialno kognitivnem modelu posameznika poleg notranjih impulzov k vedenju vodijo tudi okoljski in vedenjski dejavniki. Rotter (1993, 273) v modelu socialno kognitivne teorije izpostavlja teorijo učenja, saj da je osebnost posameznika naučena, da je njegova motivacija ciljno usmerjena in da je posameznik sposoben predvidevati.

Slika 3: Model socialno kognitivne teorije



Vir: Bandura 1986, 25.

Bandura (2012, 20) ugotavlja, da okolje vpliva na posameznikovo vedenje, če le-ta to želi ali ne. V določenih primerih je od posameznika odvisno, kako okolje razume in kakšne so njegove reakcije. Pogosto je okolje potencial, ki ga posameznik izbere in uporablja. Na posameznikovo življenje vpliva le tisto okolje, ki ga posameznik izbere in mu omogoča boljšo kontrolo nad življenjem. McLeod (2016, 2) pravi še, da se posameznik uči od drugih preko opazovanja, posnemanja in modeliranja.

Poleg tega Bandura (2012, 38) izpostavlja pomen posameznikove samoučinkovitosti, ki povečuje prepričanje v lastne sposobnosti, s tem pa vpliva na posameznikovo doseganje rezultatov. Posameznik z močnim občutkom samoučinkovitosti težave zaznava kot izziv, ki jih zmore preseči. Razvije tudi globlje zanimanje za aktivnosti, zavzetost do lastnih interesov ter si hitreje opomore v primeru razočaranja in neuspeha. Subjektivna prepričanja, kot ugotavlja Bandura (1997, 2), pomembneje vplivajo na posameznikovo čustveno stanje, raven motivacije in vedenja kot objektivne resničnosti. Zaznavna učinkovitost, kot ugotavlja Cot (2004, 173), se nanaša na posameznika za katerega se pričakuje, da ima sposobnost organiziranja in izvedbe vedenja. Ti pa so pomembni za doseganje ciljev in določenih rezultatov. Model socialno kognitivne teorije temelji na pozornosti, spominu in motivaciji.

Glede samoučinkovitosti Gomboc (2011, 84–85) izpostavlja Pigmeonov učinek, ki predstavlja samouresničujoče prerokbe. Če si posameznik postavi visoka pričakovanja, to

vodi k izboljšanju učinkovitosti. Vendar pri samoučinkovitosti velja tudi učinek Golema, in sicer da nizka pričakovanja znižajo samoučinkovitost posameznika.

Ugotavljamo, da je model socialno kognitivne teorije pomembno izhodišče tudi pri vedenju starejših oseb z zlomom kolka, saj proučuje spodbujanje zdravega načina življenja in preprečevanja bolezni. Prepoznavanje takšnega vedenja pri starejših osebah predstavlja večplastno vzorčno strukturo. McLeod (2016, 2) v večplastni vzorčni strukturi zaznavanja vedenja predstavi pomen samoučinkovitosti, ki vpliva na prepričanje starejših oseb in vpliva na cilje ter pričakovane rezultate. Prepričanje starejših oseb predstavlja jedro vplivanja na spremembe vedenja, tako na življenjske kot na zdravstvene navade.

Bandura izpostavlja (2009, 100–113), da je starejša oseba v primeru neinformiranja bolj izpostavljena negotovosti in strahu. Socialno kognitivni model vedenja izpostavlja pomen stalnosti povezav med osebnostnimi in okoljskimi dejavniki. Pri tem je pomembno, da starejša oseba prejema iz okolja dovolj in prave informacije. Poleg tega Bandura (2004, 2) poudarja, da informacije, ki izhajajo iz preteklih izkušenj, prispevajo h kognitivni rasti starejše osebe. Bandura (2009, 114–115) trdi, da tudi učenje pomembno prispeva k ohranjanju kognitivnih sposobnosti, saj starejša oseba preko učenja dosega zastavljene rezultate in napredovanje. Ustrezno vodenje starejše osebe prispeva k njeni socializaciji. Čeprav starejša oseba izgublja svojo fizično moč, je zanjo pomembno, da ohranja umsko sposobnost. Starejša oseba preko svojih intelektualnih sposobnosti izboljšuje svoje kognitivne sposobnosti.

Izključevanje starejših oseb iz aktivnega družbenega dogajanja povečuje njihovo ranljivost, stres in depresijo. Bandura (2009, 96) namreč ugotavlja, da stres in depresija omejujeta razvoj socialnih veščin starejših oseb in njihovo sposobnost socialnega vključevanja. Starejše osebe, ki se soočajo z negotovostjo glede osebne učinkovitosti, omejujejo obseg svojega delovanja in progresivno izgubljajo zanimanje za dogajanje v družbi. S tem pa povečujejo možnost za socialno izključenost.

2.9 Raziskave s področja kognitivnih lastnosti starejših oseb

Raziskovalci so v obravnavi starejših oseb proučevali različen vpliv njihovih kognitivnih lastnosti na proces zdravljenja.

Pišot (2012, 41) poudarja, da sodoben življenjski slog tudi od starejših oseb zahteva nenehne prilagoditve in spremembe zaradi upada njihovih kognitivnih funkcij. Pri tem je gibalna funkcija ena pomembnejših funkcij in osnova za gibalni kapital, ki v celostnem delovanju starejših oseb in v procesu ohranjanja in zagotavljanja njihovega zdravja pomembno prispeva k njihovi kakovosti življenja in razvoja.

Marcantonio in drugi (2001, 519) so v svoji raziskavi proučevali učinkovitost multidisciplinarne obravnave in geriatričnega svetovanja pri osebah z zlomom kolka. Ugotovili so, da multidisciplinarna obravnava in geriatrično svetovanje zmanjšata nastanek oziroma intenziteto delirija. Učinkovito sodelovanje kirurškega tima z geriatrično skupino, ki se skupaj povežejo v multidisciplinarni tim, s svojim sodelovalnim konceptom vključuje tudi osebo z zlomom kolka. Oseba z zlomom kolka kot član multidisciplinarnega tima dobi pomembne informacije, kar zmanjšuje možnost za pojav delirija¹³ oziroma znižuje intenziteto delirija po operativnem posegu. Protokol multidisciplinarne obravnave je usmerjen na zaznavanje kognitivnih sprememb pri starejših osebah z zlomom kolka, upad njihovih kognitivnih sposobnosti, možnosti spanja in počitka, mobilnost, vid, okvaro sluha in dehidracijo. Osredotočenost na pojav delirija je pomembna, saj je pri starejših osebah z zlomom kolka verjetnost za pojav delirija po operativnem posegu kar 50 %.

Raziskovalci Roche in drugi (2005, 1374) so ugotavljali pojavnost demence pri starejših osebah z zlomom kolka. Ugotovili so, da obstaja verjetnost za pojav demence, če starejše osebe z zlomom kolka niso ustrezno obravnavane. Pomembna je tudi ustrezna obravnava starejših oseb z zlomom kolka, pri katerih je demenca že prisotna. Takšne osebe z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi zahtevajo posebno skrb in obravnavo znotraj geriatrične bolnišnice v okviru posebej prirejenega rehabilitacijskega programa.

¹³ Delirij je kognitivna motnja, ki poslabša glavne funkcije osebe in sicer pozornost, spomin in sproži spremembe v načinu izražanja (Kravos 2011, 44).

Pri starejših osebah z zlomom kolka, ki so v bolnišnično oskrbo sprejete zaradi operativnega posega, je potrebno oceniti njihove kognitivne funkcije. Upad kognitivnih funkcij namreč povečuje zaplete po operativnem posegu. Pri starejših osebah z nižjimi kognitivnimi funkcijami je verjetnost ponovnega zloma kolka trikrat večja, verjetnost za pojav infekcije rane pa štirikrat večja. Zato je pomembno, da je prilagojen program obravnave starejših oseb z zlomom kolka osredotočen na začetno meritev kognitivnih funkcij in preprečevanje postoperativnih kognitivnih motenj oziroma nastanka delirija. Vse to pa vodi v zmanjšanje zapletov po operativnem posegu (Strömberg idr. 2013, 167–175).

3 OBRAVNAVA STAREJŠE OSEBE Z ZLOMOM KOLKA

V Sloveniji že od leta 2011 obstajajo priporočila za zdravljenje zloma kolka pri starejših osebah, ki so rezultat sodelovanja Slovenskega osteološkega društva¹⁴, Društva travmatologov Slovenije¹⁵ ter Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino¹⁶, ki delujeta pod okriljem Slovenskega zdravniškega društva. Tematsko strukturirano združenje definira korake pri akutnem kirurškem zdravljenju, pri hkratnem zdravljenju osnovne bolezni, osteoporoze in pri kontinuirani medicinski rehabilitaciji starejših oseb z akutnim zlomom kolka od sprejema v bolnišnico do zaključka medicinske rehabilitacije. Priporočila so bila potrjena tudi s strani Republiškega strokovnega kolegija za kirurgijo pri Ministrstvu za zdravje RS v juniju in septembru 2011 (Komadina idr. 2012, 183). Priporočila za zdravljenje kolka pri starejših osebah v Sloveniji temeljijo tudi na dobrih praksah iz drugih držav ter na njihovih smernicah in priporočilih za učinkovito obravnavo, tako z strokovnega kot s stroškovnega vidika (Gardner idr. 2005, 3).

Ker predstavlja rehabilitacija starejših oseb z zlomom kolka pomemben korak v celostni obravnavi, je izbira pravega načina obravnave osrednjega pomena (Kammerlander idr. 2010, 638). Odločitev za določen način obravnave starejših oseb z zlomom kolka se med državami razlikuje in je odvisna od gospodarskih, kulturnih, družbenih in osebnih dejavnikov.

¹⁴ Slovensko osteološko društvo je vključeno v Zvezo društev bolnikov z osteoporozo Slovenije, ki je bilo ustanovljena 22. novembra 2000. Sedež ima v Ljubljani, deluje na področju cele Slovenije. Združuje 17 lokalnih društev, ki pokrivajo vse slovenske regije, vanje je vključeno približno 6000 članic in članov (Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije 2017).

¹⁵ Društvo travmatologov Slovenije kot ključni cilj svojega delovanja izpostavlja vez v prenosu strokovnih ugotovitev in sodobne medicinske doktrine slovenskim zdravnikom, kakor tudi povezavo med slovensko medicinsko znanostjo in svetom (Slovensko zdravniško društvo 2015a).

¹⁶ Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino združuje slovenske zdravnike z namenom poglobljenega strokovnega sodelovanja (Slovensko zdravniško društvo 2015b).

3.1 Sodobna teorija sistemov v zdravstvenem sistemu

Teorija sistemov predstavlja izhodišče za multidisciplinarni koncept, ki je osnova za obravnavo, osredotočeno na starejšo osebo z zlomom kolka in obravnavo, v kateri sodelujejo strokovnjaki skupaj z obravnavano starejšo osebo z zlomom kolka.

Teorijo sistemov je kot prvi izpostavil biolog von Bertalanffy, ki se je leta 1954 povezal še s tremi znanstveniki: ekonomistom Bouldingom, biomatematikom Rapoportom in filozofom Gerardom. Skupaj so raziskovali izomorfno¹⁷ konceptov in modelov na različnih področjih, spodbujali razvoj modelov na področjih, kjer so le-ti še manjkali, preprečili podvajanje prizadevanj na različnih področjih ter pospeševali enakost v znanosti (Kokole 1976, 161).

Von Bertalanffy (1968, 4) izpostavlja, da je sistemski vidik v današnji družbi neizogiben. Predvsem je pomembno, da se vsak sistem proučuje z vidika kompleksnosti. Mulej in Potočan (2006, 47) pravita, da teorija sistemov izhaja iz kompleksnosti pojavov in nas uči, da je potrebno pri pojavih upoštevati njihovo kompleksnost, namesto da jih poenostavljamo. Poenostavitev namreč ne vodi do uspešnih rezultatov sistema. Z necelovito obravnavo stvarnosti se spregleda kompleksnost stvarnosti, ki je nujno potrebna za doseganje učinkovitih rezultatov.

Luhmann (2000, 273) se je v svojih začetkih oprl na vprašanja, zakaj se sistemi ustvarjajo in kakšen pomen ima okolje na ustvarjanje in razvijanje socialnih sistemov. Pri tem je poudaril opazovanje okolja oziroma sistema z vidika kompleksnosti, vendar je to kompleksnost izpostavil v odnosih med okoljem in sistemom.

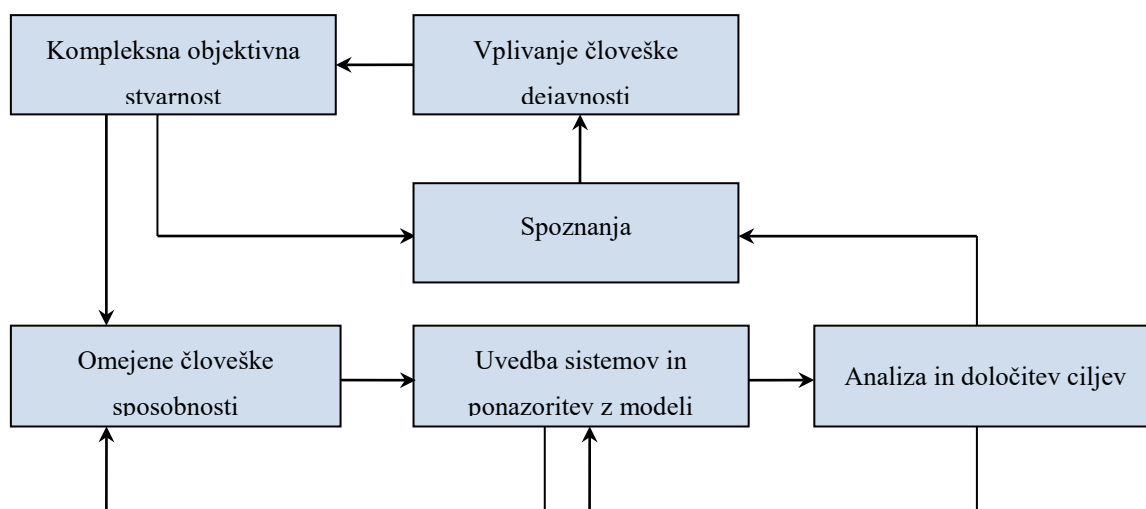
Mulej in Potočan (2006, 45) sistem opredelita kot kompleksno tvorbo, ki ga sestavljajo deli, vendar je sistem razpoznaven kot celota. V sistemu obstaja soodvisnost med posameznimi deli. Sistemsko razmišljanje postavlja v prvi okvir odnose, ki so med seboj lahko nasprotni oziroma vplivajo drug na drugega, s tem pa tvorijo lastnosti celote.

¹⁷ Dva sistema sta med seboj izomorfna, če je njuna zgradba iste oblike ali imata enak način obnašanja. Izomorfno je lastnost, kjer se pri določeni spremembi sistema ohranja njegova struktura (Mulej in Ženko 2004, 111–112).

Sistemsko razmišljanje uporabimo tudi pri našem pojasnjevanju delovanja multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka.

Mulej in drugi (2008, 109–110) izpostavljajo kibernetiki¹⁸ krog stvarnosti kot izhodišče, ki ga je potrebno upoštevati pri vzpostavitvi katerega koli modela v praksi. Pri tem je potrebno izhajati iz opazovanja in posplošitve opazovanj. Kibernetiki krog stvarnosti predstavljamo na Sliki 4.

Slika 4: Kibernetiki krog stvarnosti



Vir: Mulej idr. 2008, 110.

Kibernetiki krog stvarnosti je izhodišče pri vzpostavitvi multidisciplinarnega pristopa. Kot navajajo Mulej in drugi (2008, 110), se pri modelu upoštevajo teoretična spoznanja in izkušnje iz prakse. V kateri koli postopek dela je potrebno vključiti znanja, čustva in vrednote vključenih oseb. Pri tem izpostavljamo, da je potrebno pri procesu obravnave starejših oseb z zlomom kolka upoštevati tako njihovo znanje, čustva in vrednote, kot tudi znanje, talente, vednosti, čustva in vrednote strokovnjakov iz bolnišničnega okolja.

¹⁸ Kibernetika je znanost, ki se ukvarja z delovanjem tehničnih, sociotehničnih in družbenih sistemov (Sladič 2016, 1).

3.2 Celostni pristop obravnave pacienta

Celostni pristop izpostavljam, ker je potrebno pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka le-to postaviti v središče obravnave. Pri obravnavi pacienta z zlomom kolka je pomembno, da se skozi celoten proces obravnave upošteva celostni pristop.

Capra (1975, 14; 1986, 145) je izpostavil potrebo po novi paradigmi videnja stvarnosti, to je po celostnem oziroma holističnem pristopu. Pri celostnem pristopu se upošteva sistemsko mišljenje, saj se predpostavlja, da bodo določeni deli sistema delovali drugače, če se jih iz sistema odvzame in njihovo delovanje opazuje v izolaciji. Capra (1996, 30) nadalje kot edini način razumevanja problema izpostavlja razumevanje posameznega dela v odnosu do celote in upoštevanje odnosov med delom in celoto, saj so odnosi soodvisni in neločljivi.

O'Connor (2007, 34) poudarja celostni pristop obravnave pacienta, saj ga je potrebno obravnavati kot celoto in pri tem upoštevati, kako pacient zaznava samega sebe ter da je vsak pacient edinstvena celota. Laird in Schleger (1985, 121) namreč menita, da je za učinkovito celostno obravnavo pacienta potrebno upoštevati pacientovo osebnost, ki jo sestavljajo razum, čustva, telesni impulzi, intuicija in domišljija, pri čemer je pomembno, da se vsi deli aktivirajo. S celostnim pristopom je, kot ugotavljata Zelko in Kocjančič (2009, 8), obravnavo usmerjena k pacientu in pacient postane partner v obravnavi. S takšnim pristopom se doseže višja uspešnost obravnave, vendar takšna obravnavo zahteva več časa kot tradicionalni način obravnave.

Capra (2002, 37) pri celostnem pristopu poudarja pomen izbire ustreznega načina komuniciranja, ki mora temeljiti na koordinaciji in povezovanju vseh ključnih deležnikov. Tako je potrebno pri procesu obravnave starejših oseb z zlomom kolka upoštevati ta izhodišča in poskrbeti za sproten ter učinkovit prenos informacij med vsemi vključenimi osebami v proces obravnave zdravljenja in rehabilitacije.

3.3 Tradicionalna obravnava starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje

V Splošni bolnišnici Celje imenujejo obravnavo starejše osebe z zlomom kolka Klinična pot za zdravljenje zlomov v predelu kolka pri starostnikih. Vključitveni kriteriji v obravnavo zajemajo vse poškodovance, starejše od 65 let, z zlomom v predelu proksimalne tretjine stegnenice, in poškodovance, starejše od 18 let, s pridruženimi težjimi obolenji. Izključitveni kriteriji so namenjeni hudo akutno bolnim osebam, ki potrebujejo zdravljenje na intenzivni terapiji, z akutnim miokardnim infarktom, s sepsa, osebe pod šokom, z respiratorno odpovedjo in s hudo motnjo zavesti. Klinična pot za zdravljenje zlomov v predelu kolka pri starostnikih se deli v štiri faze. Za napoved umrljivosti ob prisotnosti drugih tipičnih spremljajočih bolezni starejših oseb, ki so sprejete v bolnišnico, se uporablja Charlsonov index komorbidnosti¹⁹. Starejše osebe z zlomom kolka imajo povprečen Charlsonov indeks komorbidnosti višji od 3,4 (Komadina 2015, 149). Pri tem je pomembno izpostaviti, da zgodnja operacija in zgodnja rehabilitacija dokazano zmanjšujeta umrljivost v prvem letu po doživetem zlomu (Komadina 2008, 8). Zato je takojšnja obravnava in zdravljenje zloma kolka pri starejših osebah bistvenega pomena za uspešno rehabilitacijo.

Prva faza obravnave pacienta z zlomom kolka zajema njegov sprejem v urgentno enoto bolnišnice. Sledi pridobivanje anamneze²⁰, splošni klinični pregled, s katerim se izključi hujše akutno obolenje. Nadaljuje se z radiogramom medenice in prizadetega kolka ter radiogramom pljuč. Po naročilu zdravnika se opravi odvzem krvi in urina za osnovne laboratorijske preiskave in ugotavljanje krvne skupine. Sledi vpis vseh zdravil, ki jih je

¹⁹ Komorbidnost pomeni prisotnost ene ali več bolezni poleg osnovne bolezni pri osebi ter učinek drugih sočasnih bolezni. Učinkovito je le sočasno zdravljenje obeh bolezni. Charlsonov indeks komorbidnosti napoveduje umrljivost, kjer se vrednotijo vse bolezni osebe in verjetnost za umrljivost (Valderas idr. 2009, 183).

²⁰ Anamneza predstavlja spominjanje osebe. Predstavlja podatke o pacientu, ki jih zdravnik pridobi s postavljanjem specifičnih vprašanj pacientu ali osebam, ki pacienta poznajo. Z anamnezo zdravnik ugotovi simptome, ki se pojavljajo pri pacientu in bi lahko kazali na določeno bolezen (Fishman idr. 2014, 19).

pacient užival doma. Pacientu se uvede antikoagulacijska zaščita²¹, prav tako ustrezna analgezija²², dodajo se intravenske infuzije kristaloidov²³ pri pertrohanterem²⁴ in subtrohanterem zlomu²⁵ (Komadina 2015, 149).

Druga faza je predoperativna faza, v kateri dežurni ali oddelčni travmatolog opravi pregled. Sledi konziliarni pregled anesteziologa²⁶, ki poda oceno o sposobnostih pacienta za operativni poseg, dopolni naročilo glede krvnih preiskav in morebitnih konziliarnih pregledih ter naroči dodatno terapijo za optimizacijo zdravstvenega stanja pacienta. Sledi analgetična terapija, ocenita se tudi možnost ponovnega padca pri pacientu in stopnja ogroženosti za preležanine. V tej fazi je pomembno spremljanje tekočinskega²⁷ in elektrolitskega ravnovesja²⁸, profilaksa²⁹ pred nastankom delirija in priprava krvnih komponent za potrebe operativnega posega (Komadina 2015, 149).

V tretji predoperativni fazi pacient izpolni vprašalnik in poda pisno soglasje za anesteziologijo ter soglasje za operativni poseg. Po pridobitvi izpolnjene dokumentacije sledi aplikacija antibiotika pol ure pred operativnim posegom in premedikacija³⁰ po navodilu anesteziologa. Glede na oddelčni algoritem zdravljenja zlomov proksimalne stegenice se izvede kirurški poseg, na temperaturno listo se vpišejo značilnosti posega in navodila za fizioterapijo. Po posegu se izvede rentgensko slikanje (Komadina 2015, 149).

²¹ Antikoagulacijska zaščita pomeni uvedbo zdravil, ki so ključna za zdravljenje in preprečevanje različnih tromboemboličnih bolezni, kot so venska tromboza, pljučna embolija in možganska kap (Toplišek idr. 2007, 9).

²² Analgezija oziroma analgetična terapija pomeni protibolečinsko terapijo (Siebenhuener idr. 2017, 1).

²³ Intravenska infuzija pomeni vnos zdravila v veno (Carev 2011, 2).

²⁴ Pertrohanterni zlom je zlom zgornjega dela stegenice, kjer poteka lomna črta ob obeh trohanterjih (Amebis 2017).

²⁵ Subtrohanterni zlom je zlom stegenice pod trohanterjema (Amebis 2017).

²⁶ Anesteziolog je zdravnik specialist za anesteziologijo (Wikipedija 2017).

²⁷ Tekočinsko ravnovesje predstavlja vnos in balans venske tekočine, ki jo pacient ali poškodovanec dobi zaradi nadomeščanja izgube krvi ali drugih tekočin ter za zagotavljanje dnevnih potreb po tekočinah, kadar jih ne more zaužiti sam (Vlahović 2009, 1).

²⁸ Elektrolitsko ravnovesje predstavlja balans elektrolitov v telesu (Rozell idr. 2016, 8).

²⁹ Profilaksa pomeni uporabo antibiotikov za preprečevanje nastanka določenih okužb (Lejko-Zupanc 2017).

³⁰ Premedikacija je medikamentozna priprava pacienta na anestezijo (Kos 2008, 6).

Četrta faza pomeni pooperativno fazo, v kateri se po naročilu zdravnika glede na stopnjo bolečine aplicira analgetik³¹. Na dan po operativnem posegu se aplicira antibiotik, kontrolira hemogram, po potrebi se aplicirajo koncentrirani eritrociti³² in se izvaja preventiva razjed zaradi pritiska. Sledi skrb za odvajanja blata in urina, preventiva in zdravljenje delirija, globoke venske tromboze³³ ter terapija pridruženih obolenj. Tretji dan se opravi prevez operativne rane ter se glede na količino drenaže odstrani dren. Izvede se zgodnja mobilizacija s posedanjem z nogami navzdol. Rehabilitacijo nadaljujejo fizioterapevti po protokolu, ki predpišejo ustrezne tehnične pripomočke. Sledi odpust pacienta, ki se mu vroči začasna odpustnica, katero svojci odnesejo osebnemu zdravniku. Pred odhodom pacienta iz bolnišnice zdravstveno osebje pacientu in svojcem poda ustna ter pisna navodila glede nadaljnje nege in oskrbe (Komadina 2015, 149).

Splošna bolnišnica Celje se je leta 2012 vključila v mednarodno mrežo spremljanja zlomov kolka (ang. *Fragility Fracture Network of the Bone and Joint Decade – FFN*). Države, ki so vključene v mednarodno mrežo, vnašajo podatke o zlomih kolka preko spletne ankete. Poleg Slovenije so v mrežo vključene tudi Danska, Velika Britanija, Italija, Nemčija, Švedska, Nizozemska, Irska, Nova Zelandija in Španija. Zbrani podatki so namenjeni analizi obravnave starejših oseb z zlomom kolka in primerjavi podatkov med posameznimi vključenimi državami.

3.4 Sodobni pristopi pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka

Evropsko združenje za travmatologijo in urgentno kirurgijo (2015, 2) navaja priporočila glede novega načina obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Kot enega pglavitnih ciljev za optimizacijo obravnave starejših oseb z zlomom kolka izpostavljajo multidisciplinarni pristop. Pri tem pristopu je pomembno sodelovanje med kirurgom, anesteziologom, geriatrom in urgentnim zdravnikom.

³¹ Analgetična terapija pomeni protibolečinsko terapijo kot oskrbo pacienta z akutno bolečino v predbolnišničnem okolju (Krčevski-Škvarč 2007, 195).

³² Koncentrirani eritrociti pomenijo, da se pacientu običajno dodeli transfuzija pri znatni perioperativni izgubi krvi (Gregersen idr. 2015, 363).

³³ Pojem venska tromboza se uporabi pri delni ali popolni zamašitvi ene ali več ven s strdkom (Šabovič idr. 2005, 137).

Komadina (2015, 149) izpostavlja sprejete smernice in priporočila za področje travmatologije in urgentne kirurgije, ki so sestavljene na osnovi nacionalnih priporočil. Ena od sprejetih smernic je, da naj se vse starejše osebe z zlomom kolka zdravi na istem bolnišničnem oddelku. S tem se doseže strokovna specializacija osebja, izboljša se kakovost zdravstvene nege, poveča se strokovna varnost, obravnava starejših oseb z zlomom kolka pa je usmerjena v kompleksnost starejše osebe s polimorbidnimi in geriatričnimi sindromi.

Glede organiziranosti zdravstvenega sistema je potrebno upoštevati dejstvo, ki ga navajata Ovsenik in Ambrož (2010, 71), da se v družbi dogajajo nenehne spremembe, poslovno okolje se spreminja vse hitreje in postaja čedalje bolj tekmovalno, zato je klasična organizacijska paradigma postala neučinkovita in ne zagotavlja več preživetja organizacije. Tradicionalni sistem obravnave oseb z zlomom kolka ni več učinkovit in ga je potrebno nadomestiti s sodobnimi pristopi.

3.4.1 Multidisciplinarni management v geriatrični travmatologiji

Wetenkamp (2002, 175) multidisciplinarni management opiše kot upravljanje različnih oddelkov z enim ali več oddelki znotraj ali zunaj določene organizacije. Plsek in Greenhalgh (2001, 625) izpostavljata multidisciplinarni management kot pogost pristop v zdravstvu, kjer se v reševanje problema in iskanje rešitev vključi več različnih strokovnjakov z različnih področij, kar omogoča razumevanje kompleksnih situacij v obravnavi pacienta. Van Dijk (1998, 5) pri ideologiji multidisciplinarnega managementa poudarja pomen vključevanja vseh deležnikov obravnave.

Multidisciplinarni management v geriatrični travmatologiji pri oblikovanju obravnave upošteva splošno zdravstveno stanje starejše osebe z zlomom kolka, status invalidnosti in okoliščine, v katerih živi. V proces obravnave starejše osebe z zlomom kolka so zato vključeni različni strokovnjaki, kot so ortoped, fizioterapevt, anesteziolog, delovni terapevt, socialni delavec ter zdravstveni delavec (Handoll idr. 2009, 3). Pieters in Liebmann (2015, 2) glede multidisciplinarnega managementa izpostavljata, da so v tem modelu zastopani strokovnjaki različnih strokovnih področij, pri čemer je pomembno, da pri odločitvah glede zdravljenja strokovnjaki tesno sodelujejo in se odločajo skupno.

Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (ang. *National Institute for Health and Care Excellence* 2011, 9) k multidisciplinarnemu managementu uvršča postopek od obravnave pacienta ob sprejemu do operativnega posega in postopka rehabilitacije. Z multidisciplinarnim pristopom se zagotovi optimizacija celotnega postopka obravnave starejše osebe, izbira najustreznejše rehabilitacije, ki bo starejši osebi omogočila mobilnost in neodvisnost, kot jo je imela pred poškodbo. Multidisciplinarni pristop zajema tudi sodelovanje in povezovanje bolnišnice s sorodnimi institucijami, s katerimi bodo starejši osebi z zlomom kolka omogočili ustrezno duševno zdravje, preventivo za zlom kosti in druge ustrezne zdravstvene storitve. Handoll in drugi (2009, 3) ugotavljajo, da se multidisciplinarni pristopi v geriatrični travmatologiji razlikujejo po vsem svetu in da je njihova izbira odvisna od gospodarskih in družbenih dejavnikov.

Smith in drugi (2015, 15) učinkovitost multidisciplinarnega managementa pri geriatrični obravnavi vidijo v skrajšanju bivanja pacientov v bolnišnici, zmanjšanju tveganja zapletov pri bolnišnični obravnavi ter izboljšanju kognitivnih sposobnosti starejših oseb.

Koordinator primera (ang. *case manager*) deluje le na nivoju zdravstvene nege, kar mu v primerjavi z drugimi strokovnjaki ne omogoča enakovrednega hierarhičnega položaja v obravnavi starejših oseb z zlomom kolka. Cohen in Cesta (2004, 640) opredelita vlogo koordinatorja primera v skrbi za uspešno izvajanje programa za vodenje določenih primerov, načrtovanju ter izvajanju programov za upravljanje sistemov. Koordinator primera ima v zdravstveni negi nalogo upravljanja, koordiniranja ter vodenja starejših oseb z zlomom kolka s ciljem izboljšanja kakovosti zdravstvene nege in oskrbe.

Med že vpeljanim sistemom dela koordinatorja primera in vključevanjem socialnega gerontologa v strokovni tim multidisciplinarne obravnave starejše osebe z zlomom kolka obstaja velika razlika. Koordinator primera deluje na nivoju zdravstvene nege in zaradi še vedno hierarhičnega odnosa v našem zdravstvenem sistemu v obravnavi ne deluje kot enakovreden strokovni član tima.

V slovenskem zdravstvenem sistemu ima koordinator primera tudi specifično funkcijo, ki izhaja iz zdravstvene nege, in sicer nalogo odpusta starejših oseb z zlomom kolka. Glede tega je koordinator primera odgovoren za učinkovito komunikacijo in sodelovanje z

drugimi strokovnjaki, kar predstavlja izhodišče za oblikovanje ocene stanja starejših oseb z zlomom kolka in odločitev za njihov odpust iz bolnišnice.

3.4.2 Multidisciplinarni pristop obravnave

Tradicionalna obravnava starejših oseb z zlomom kolka v kirurških travmatoloških oddelkih, kjer specialist anesteziist in internist sodelujeta konziliarno³⁴ pri pripravi starejše osebe na operativni poseg, ne zadostuje več kriterijem hitre, predvsem pa celostne obravnave starejše osebe z zlomom kolka. Multidisciplinarnega pristopa k zdravljenju in rehabilitaciji starejše osebe z zlomom kolka ne bi smeli dojemati kot dejavnost, temveč kot poudarjajo Pioli in drugi (2008, 113), radikalno alternativo.

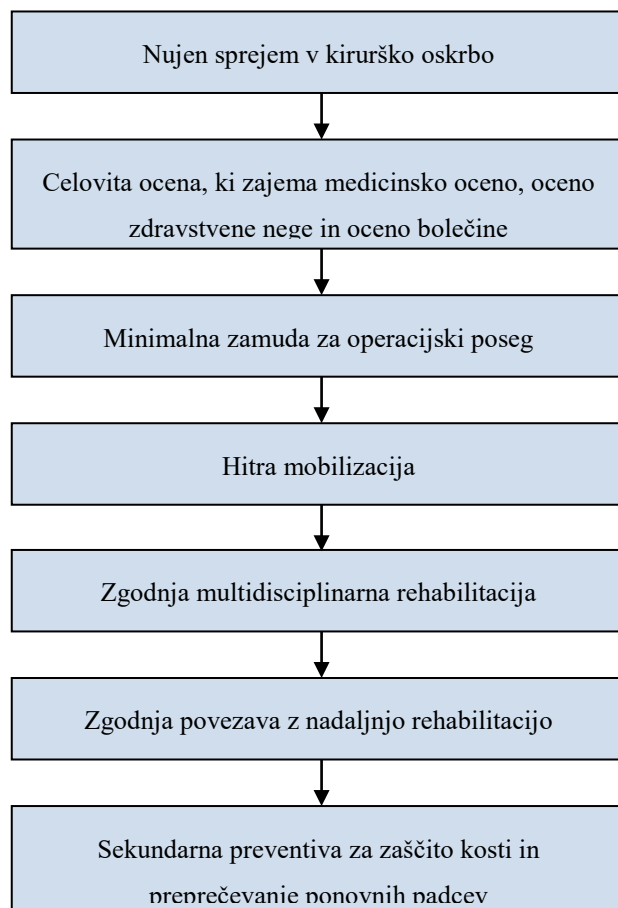
Multidisciplinarni pristop obravnave starejše osebe z zlomom kolka je tisti, ki v sodelovanju strokovnjakov z različnih področij vključuje to starejšo osebo, njegovo družino in pri tem zdravje pojmuje kot integracijo psihične, fizične in socialne ravni doživljanja. Po Lahovi in drugih (2008, 89) ta pristop predstavlja kakovost življenja starejših oseb kot osrednji koncept obravnave. Hickey in drugi (2005, 971) opredeljujejo kakovost življenja kot dimenzijo, tesno povezano z zdravjem, ki se pri starejših osebah z zlomom kolka lahko bistveno spremeni.

Khasraghi in drugi (2005, 27) ugotavljajo, da multidisciplinarni pristop pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka skrajšuje njihovo rehabilitacijo. Zato Kammerlander in drugi (2011, 367) izpostavljajo multidisciplinarni pristop kot enega izmed bolj učinkovitih pristopov obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Rezultati rehabilitacije pri tem pristopu so učinkovitejši kot pri tradicionalni obravnavi, nižja je stopnja umrljivosti, zmanjša se možnost zapletov, skrajša se čas hospitalizacije, starejšim osebam z zlomom kolka pa omogoča pridobiti približno enako raven kakovosti življenja kot pred zlomom. Pri multidisciplinarnem pristopu se obravnava izvaja na kirurškem oddelku, v katerem sodelujejo tudi geriater in strokovnjaki anesteziologi. Geriater prispeva k razvoju smernic kliničnega zdravljenja, vodi sestanke med različnimi strokovnjaki in sodeluje pri razvoju ambulante.

³⁴ Konziliarno sodelovanje izhaja iz organizacijskega pravila, da se strokovnjaki med seboj posvetujejo, pri čemer so pozorni tako na diagnostiko kot postopek zdravljenja (Mazzi 2013, 4).

Na Sliki 5 prikazujemo ključne elemente multidisciplinarne obravnave, ki so potrebni pri starejših osebah z zmanjšano stopnjo fizične ali kognitivne funkcionalne zmožnosti in so v daljšem časovnem obdobju odvisni od tuje pomoči pri izvajanju temeljnih in podpornih opravil.

Slika 5: Ključni elementi multidisciplinarne oskrbe



Vir: Britansko ortopedsko združenje (ang. *British Orthopaedic Association*) 2007.

Pri multidisciplinarnem pristopu prihaja pri starejših osebah z zlomom kolka do manjšega števila zapletov pri rehabilitaciji (Khasraghi idr. 2005, 27). Friedman in drugi (2008, 1355) so v tej organiziranosti obravnave zaznali prednost v hitrejši obravnavi starejših oseb z zlomom kolka, skrajšanju časa hospitalizacije, manjšem številu zapletov, nižji umrljivosti, pa tudi v zniževanju stroškov obravnave. Tudi Dy in drugi (2011, 1924) z uporabo tega pristopa ugotavljajo zmanjšanje pooperativnih zapletov pri starejših osebah z zlomom kolka. Youde (2012, 48) pripisuje uspeh pristopa predvsem sodelovanju strokovnjakov z različnih področij in dobri komunikaciji med njimi. Poudarja tudi, da je za učinkovitost tega pristopa pomembna sprejetost in podpora programa vodilnih v instituciji.

V Veliki Britaniji so številni rehabilitacijski centri z multidisciplinarno obravnavo namenjeni le geriatričnim ortopedskim pacientom (ang. *Geriatric Orthopedic Rehabilitation Units – GORU*). Drugi model, ki prav tako deluje v okviru multidisciplinarnega pristopa, je skupek ocen in rehabilitacijske enote (ang. *Mixed Assessment and Rehabilitation Unit – MARU*). Model MARU se osredotoča na učinkovito diagnosticiranje pri starejših osebah z zlomom kolka. V ZDA so starejše osebe po operaciji kolka pogosto premeščene iz bolnišnice³⁵ v strokovne negovalne rehabilitacijske centre oziroma druge rehabilitacijske programe, ki se ne izvajajo v bolnišnicah. Eden izmed takšnih programov je Geriatrični program za rehabilitacijo po zlomu (ang. *Geriatric Hip Fracture Rehabilitation Programme*) (Cameron 2000, 1).

Zaradi hitro rastoče populacije starejših oseb bo imela geriatrija vedno bolj pomembno vlogo in, kot pravi Stenvall (2006, 17), geriatrija vključuje poznavanje interakcije med boleznijo ter psihosocialne in okoljske dejavnike, ki so potrebni pri delu s starejšimi osebami.

Kates in drugi (2010, 625) so z uporabo multidisciplinarnega pristopa oblikovali model nizkih stroškov (ang. *Low Cost Model*), s pomočjo katerega se pomembno poveča klinična učinkovitost in stabilizira stroškovna učinkovitost. Pomembno je omeniti, da je uporaba tega modela nekoliko zastala zaradi potrebe po opravljanju raziskav pred uvedbo modela in v razmišljanju institucij, katerim je pomembna predvsem ekonomska upravičenost določene obravnave.

Pri primerjavi in ugotavljanju učinkovitosti tradicionalne obravnave in multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka so Halbert in drugi (2007, 508) ugotovili, da multidisciplinarni pristop zagotavlja celostno oskrbo starejše osebe in da pomembno skrajšuje celotni čas obravnave. Čas obravnave in hospitalizacije starejših oseb z zlomom kolka, kot poudarjajo Kennie in drugi (1988, 1083), pomembno vpliva na učinkovitost celotne rehabilitacije in na hitrejšo samostojnost starejših oseb v domačem okolju. Na

³⁵ Bolnišnično okolje je okolje za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima posteljne zmogljivosti in vanj prištevamo vsaj področja, kot je interna medicina, kirurgija, pediatrija in ginekologija ali porodništvo (Cameron 2000, 1).

drugi strani pa Glichrist in drugi (1988, 116) ter Khan in drugi (2002, 123) ne ugotavljajo povezanosti med časom hospitalizacije in samostojnostjo starejših oseb v domačem okolju.

3.4.3 Procesni pristop organiziranosti obravnave

Eden od uspešnih sodobnih pristopov obravnave starejših oseb z zlomom kolka je procesni pristop, s pomočjo katerega je obravnava učinkovitejša (Wendt idr. 2015, 1). Procesni pristop vključuje zgodnje planiranje aktivnosti obravnave starejših oseb z zlomom kolka in vključevanje specialistov, kar vpliva na skrajševanje klinične poti obravnave (Komadina 2015, 150). Mazzocato in drugi (2015, 1) namreč izpostavljajo, da se s pravočasno načrtovano operacijo starejših oseb z zlomom kolka pomembno izboljša njihova rehabilitacija.

Procesni pristop obravnave starejših oseb z zlomom kolka izpostavlja tudi pomen sodelovanja različnih zdravnikov, zdravstvenih delavcev ter ostalih strokovnjakov, ki se vključujejo v ortogeriatrično upravljanje (Komadina 2015, 147).

3.4.4 Pristop organiziranosti »fast track«

Pomembnost pristopa »fast track³⁶« v bolnišničnem okolju so že leta 1996 izpostavili Ryan in drugi (1996, 108). Friedman in drugi (2008, 1355) so v tej organiziranosti obravnave zaznali prednost v hitrejši obravnavi starejših oseb z zlomom kolka in tudi v zniževanju stroškov obravnave.

Optimiziran pristop omogoča bolj sistematičen pristop do starejših oseb z zlomom kolka (Pedersen idr. 2008, 1831). Strategije v pristopu »fast track« izboljšajo rezultate rehabilitacije pri starejših osebah z zlomom kolka, saj pomembno znižujejo čakalno dobo (Dinah 2003, 839). Pristop »fast track« pri starejših osebah z zlomom kolka izboljšuje sam postopek operativnega posega, znižuje zaplete med in po operativnem posegu ter skrajšuje čas hospitalizacije (Larson in Holgers 2011, 1257).

Čas med zlomom kolka in med operativnim posegom je pomembno merilo za kakovost obravnave starejše osebe z zlomom kolka. Komadina in drugi (2012, 184) ugotavljajo, da

³⁶ »Fast track« sodi med primere dobrih praks in temelji na procesnem pristopu v geriatričnem travmatološkem okolju (Friedman idr. 2008, 355).

je za učinkovito obravnavo starejših oseb z zlomom kolka ključnega pomena zgodnja operacija, takojšnja mobilizacija, preprečevanje in obravnavo delirija ter preprečevanje bolečine in podhranjenosti. Operacija kot kirurško zdravljenje zloma kolka je strokovno upravičena znotraj 48 ur. Glede optimizacije časa Moja in drugi (2012, 3) omenjajo pristop zmanjševanja povprečnega časa (ang. *time to surgery trend*³⁷) od zloma kolka do operativnega posega. Optimalni povprečni čas med zlomom kolka in operativnim posegom je med 24 do 48 ur. Sirclar in drugi (2007, 513) namreč ugotavljajo, da so bili pri operativnih posegih pri starejših osebah z zlomom kolka, opravljenih v roku 48 ur po poškodbi, rezultati zdravljenja uspešnejši kot v primerih, ko je bil operativni poseg opravljen kasneje.

Optimiziran program za obravnavo zloma kolka, kot je »*fast track*«, zmanjšuje stopnjo pooperativnih zapletov in umrljivosti starejših oseb v bolnišnicah (Pedersen in drugi, 2008, 1835). Sirclar in drugi (2007, 513) ugotavljajo, da zgodnja operacija starejših oseb z zlomom kolka zmanjša tveganje umrljivosti. Tudi Kates (2016, 25) poudarja, da se z dobro vodenim programom obravnave starejših oseb z zlomom kolka, kot je »*fast track*«, zmanjša smrtnost, skrajša pa tudi čas njihovega bivanja v bolnišnici ter zniža stopnjo ponovnih sprejemov oseb v obravnavo.

Organizirani programi obravnave starejših oseb z zlomom kolka temeljijo na dobri koordinaciji in izboljšujejo proces rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka ter povečujejo učinkovitost zdravstvenega sistema. Glede tega Hommel in drugi (2008, 1164) izpostavljajo, da »*fast track*« v kombinaciji z multidisciplinarnim pristopom zmanjša čas hospitalizacije starejših oseb z zlomom kolka in njihovo umrljivost. Podobno ugotavljajo tudi Ollivere in drugi (2012, 268), ki izpostavljajo, da se učinkovitost pristopa »*fast track*« še izboljša s kombiniranjem multidisciplinarnega pristopa, torej z vključevanjem različnih strokovnjakov v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka.

S tradicionalno organiziranostjo travmatoloških kirurških oddelkov se poveča možnost za pojav sočasnih bolezni, ki lahko povzročijo resnejše zaplete v procesu zdravljenja in rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka. Zato izpostavljamo, da se z uvedbo modela

³⁷ *Time to surgery trend* je obravnavo, pri kateri so pacienti operirani v okviru 48 ur po poškodbi. Rezultati zdravljenja te obravnave so dobri (Moja idr. 2012, 10).

»fast track« v geriatrični travmatologiji proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka skrajša. Še posebno je pomembno, da model »fast track« postavlja starejše osebe z zlomom kolka v središče obravnave.

3.4.5 Ortogeriatrichni model obravnave

Ortogeriatrichni model obravnave starejših oseb z zlomom kolka sodi med učinkovite pristope obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Martinez Reig in drugi (2012, 770) pri ortogeriatrichnem modelu poudarjajo njegovo učinkovitost, saj model temelji na celostni oceni starejših oseb z zlomom kolka. S sistematičnim pregledom se analizira proces obravnave in morebitni postopek namestitve v negovalno ustanovo.

Ortogeriatrichni model obravnave temelji na sodelovanju kirurga ortopeda in geriatra, ki sta odgovorna za obravnavo starejših oseb z zlomom kolka (Lau idr. 2013, 4). S takšnim pristopom obravnave se doseže nižja umrljivost vključenih oseb (Grigoryan idr. 2014, 52). Gusti in drugi (2011, 284) poudarjajo pozitivne rezultate ortogeriatrichnega modela obravnave, ki vodi v hitro in skladno obravnavo starejših oseb z zlomom kolka. Vendar avtorji izpostavljajo, da ta model ni najboljši organizacijski model za to ciljno skupino oseb, saj ne upošteva večplastnosti problema obravnave ter je preveč omejen pri izbiri metod dela. Pri izbiri metod dela pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka je, kot izpostavlja de Luc (2000, 84), pomembno upoštevati več različnih področij, ki vplivajo na učinkovitost obravnave.

V slovenskem zdravstvenem sistemu je nadalni razvoj geriatrije in področja socialne gerontologije nujno potreben, pri čemer se mora razvoj prilagajati staranju prebivalstva in spremenjenim potrebam starejših ljudi. Staranje prebivalstva vodi k povečanju različnih bolezni, pri katerih so najpogostejše bolezni obročil, novotvorb, demence, depresije, pri starejših ženskah pa tudi porast osteoporoze (Rok Simon 2006, 6).

Vpeljava ortogeriatrichnega modela v slovenski zdravstveni prostor predstavlja eno od učinkovitih obravnav starejših oseb z zlomom kolka. Omenjena obravnava se osredotoča predvsem na predoperativno pripravo, izdelavo ocene tveganja starejše osebe ter pripravo terapevtskega načrta zdravljenja.

Ortogeriatrski model zagotavlja celostno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka, prav tako se pri obravnavi upošteva socialna rehabilitacija. Že ob sprejemu starejše osebe z zlomom kolka v obravnavo, se prične načrtovati odpust, pri katerem se skrbno upošteva ocena gibljivosti in zmožnosti starejše osebe.

V slovenskem prostoru se pri vpeljavi ortogeriatrškega modela na slovenski prostor pogosto predstavlja celjski model obravnave starejših oseb z osteoporotičnimi zlomi kolka. Za ta model je pokazalo zanimanje tudi Ministrstvo za zdravje, saj omenjeni model temelji tudi na procesnem pristopu, kar vodi k stroškovni učinkovitosti obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Prav tako naj ortogeriatrski model obravnave vključuje socialno rehabilitacijo starejših oseb, kjer bo posebna pozornost namenjena spoznavanju socialne mreže teh oseb, socialnemu vključevanju teh oseb in s tem k višji kakovosti življenja.

3.4.6 Multidisciplinarni tim v geriatrski travmatologiji

Osrednja prednost multidisciplinarnega tima je, da se proces obravnave izboljša z vključevanjem strokovnjakov z različnih področij. Strömberg (1998, 64) ugotavlja, da zahteva rehabilitacija starejših oseb z zlomom kolka usklajeno delovanje več oddelkov oziroma več strokovnjakov. V primeru neusklajenosti prihaja do zamud pri obravnavi, kar vodi v povečanje trpljenja starejših oseb z zlomom kolka. Tudi SIGN (2009, 1) poudarjajo pomen multidisciplinarnega tima pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka, ki zagotavlja učinkovito obravnavo pri ranljivi skupini ljudi.

Glede pomena timskega dela v obravnavi starejših oseb z zlomom kolka tudi Komadina (2015, 147–149) poudarja, da je potrebno pri obravnavi uporabiti timski pristop. Tim strokovnjakov, ki obravnava starejše osebe z zlomom kolka, soupravlja v celotni obravnavi. S timskim načinom dela strokovnjaki spremljajo in primerjajo rezultate obravnave in sprejemajo ustrezne ukrepe za izboljšanje zdravljenja starejših oseb. V timu je socialni gerontolog pomemben član, katerega najpomembnejše vloge so koordinacija dela, planiranje in komuniciranje s strokovnjaki. Halbert in drugi (2007, 508) kot pomembnega člana multidisciplinarnega tima izpostavljajo zdravstvenega delavca s področja geriatrije.

Multidisciplinarni tim določi kritično pot obravnave starejših oseb z zlomom kolka, pri katerem se strokovnjaki odločajo za takšen način obravnave, s katerim se bo dosegel največji napredek v procesu obravnave (Campbell idr. 1998, 135). Tudi Handoll in drugi (2009, 2) izpostavljajo vlogo multidisciplinarnega tima pri rehabilitaciji starejših oseb z zlomom kolka, kjer se člani tima soočajo o tehniki zdravljenja s ciljem hitrejšega okrevanja teh oseb. Multidisciplinarni tim izbere takšen način rehabilitacije, ki bo pri starejših osebah z zlomom kolka čim hitreje vzpostavil mobilnost in samostojnost za opravljanje osnovnih življenjskih funkcij. Friedman in drugi (2009, 1712) izpostavljajo, da soupravljanje kirurga in gerontologa vodi do izboljšave procesa oskrbe in boljših rezultatov rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka. V multidisciplinarnem timu si strokovnjaki prizadevajo za izboljšanje rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka (Mazzocato idr. 2015, 1).

Člani multidisciplinarnega tima sodelujejo pri odločitvah, ki so povezane z obravnavo starejših oseb z zlomom kolka, njihovem odpustu in nadaljnji rehabilitaciji (Pioli idr. 2008, 113). Skupni izziv in odgovornost strokovnjakov v multidisciplinarnem timu je v usklajevanju in v skladnosti odločitev pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka, katerih cilj je doseči zmanjšanje zapletov in nižjo umrljivost teh oseb (Giusti idr. 2011, 283).

3.5 Raziskave s področja multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka

V literaturi zasledimo številne raziskave tujih avtorjev (Halbert idr. 2007, 508; Pioli idr. 2008, 113; Handoll idr. 2009, 2; Khan idr. 2002, 4; Kammerlander idr. 2011, 7), ki so raziskavo usmerili v multidisciplinarni pristop starejših oseb z zlomom kolka in ugotovili, da zlom kolka za starejšo osebo predstavlja resno poškodbo, ki povzroča izgubo samostojnosti.

Ryan in drugi (1996, 108) so raziskovali retrospektivno revizijo sprejemov pri 30 pacientih s proksimalnim zlomom stegenice, ki so bili napoteni na urgenco. Ugotovili so, da utečeni protokol sprejema vodi v nesprejemljivo dolgo čakalno vrsto na urgenci. Na osnovi tega je bil zasnovan nov sistem »*fast track*« *obravnave pacientov. Z implementacijo »fast track«* obravnave, se je pacienta hitreje vključilo v obravnavo, in sicer v dveh urah in pol namesto štirih do petih urah, kot je bilo to pred uvedbo novega sistema.

Dinah (2003, 839) je v raziskavi ugotavljal sistematični pregled dejavnikov, ki so povezani z zlomom kolka. Uporabil je randomizirana konkretna preizkušanja in uporabil enostavne lestvice po merilih Moosea³⁸. V raziskavi je ugotavljal povezanost posredovanih informacij in morebitne kasnejše zlome kolka. Njegova ugotovitev je bila, da pri posamezniku že preprosto opazovanje dejavnikov tveganja prispeva k identifikaciji višjega tveganja za njegov kasnejši zlom kolka.

Khasraghi in drugi (2005, 27) so ugotavljali učinkovitost uporabe multidisciplinarnega pristopa pri zdravljenju zloma kolka v bolnišničnem okolju na vzorcu 510 starejših oseb. Ugotovili so, da je pri starejših osebah z zlomom kolka, zdravljenih v okviru multidisciplinarne obravnave, manj medicinskih zapletov kot pri tradicionalni obravnavi, in sicer med 36 in 51 % manj. Padec zapletov je tudi posledica krajše hospitalizacije, ki se je pri multidisciplinarnem pristopu znižala z 8,1 dneva na 5,7 dneva. Z uporabo multidisciplinarnega pristopa se je skrajšal tudi čas čakanja na operativni poseg, saj so 63 % starejših oseb z zlomom kolka operirali v roku 24 ur po poškodbi, medtem ko je bilo pri tradicionalni obravnavi le 36 % starejših oseb z zlomom kolka operiranih v roku 24 ur po poškodbi.

Halbert in drugi (2007, 508) so opravili sistematični pregled pri 2177 starejših osebah z zlomom kolka in primerjali rezultate izida zdravljenja in rehabilitacije z usklajenim multidisciplinarnim timom in na drugi strani obravnavo s tradicionalno ortopedsko oskrbo. Vključitveni kriteriji v raziskavo so bili odstotek smrtnosti, vrnitev v domače okolje, dolžina bivanja v bolnišnici in ponovni sprejem starejših oseb. Ugotovili so, da se je pri multidisciplinarni obravnavi glede na tradicionalno obravnavo višji odstotek starejših oseb z zlomom kolka vrnil v domače okolje.

Pioli in drugi (2008, 113) so v raziskavi ugotavljali pomen multidisciplinarne ekipe pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka med njihovim bivanjem v bolnišnici, ob odpustu in v procesu nadaljnje rehabilitacije. Raziskavo so izvedli v Veliki Britaniji, kjer so številni rehabilitacijski centri z multidisciplinarno obravnavo namenjeni le geriatričnim ortopedskim pacientom (GORU). Model, ki je pogostejši na mednarodni ravni, je tako

³⁸ Smernice po merilih Moosea se priporočajo pri meta analizi in temeljijo na uporabi široke lestvice, s katero se v raziskavo vključi večje število enot (Stroup idr. 2000, 2008).

imenovani skupek ocen in rehabilitacijskih enot (MARU), ki so namenjene starejšim osebam iz različnih diagnostičnih skupin. Ugotovili so, da bi vsaka bolnišnica morala razpolagati s takšnim timom, ki bi prispeval k odličnosti obravnave in zdravljenja starejših oseb z zlomom kolka, ter izpostavili potrebo po revizijskem postopku obravnave starejših oseb z zlomom kolka.

Pedersen in drugi (2008, 1831) so v retrospektivno raziskavo zajeli 530 starejših oseb z zlomom kolka. Izvedli so jo med januarjem 2003 in marcem 2004. Proučevali so obravnavo starejših oseb z zlomom kolka in predstavili optimalen model obravnave. Pri optimalni obravnavi starejših oseb z zlomom kolka so zaznali znižanje pooperativnih posegov s 33 % na 20 %. Pri optimalni obravnavi so zaznali višje zaupanje starejših oseb z zlomom kolka v proces obravnave, znižala se je tudi stopnja delirija po opravljenem posegu. Raziskovalci so zaključili z ugotovitvijo, da se z optimizacijo programa obravnave starejših oseb z zlomom kolka zmanjša stopnja pooperativnih zapletov.

Friedman in drugi (2008, 1356) so v raziskavi ugotavljali učinkovitost povezovanja strokovnjakov, kot so kirurgi in gerontologi ter pacientov v multidisciplinaren tim. V raziskavi so izvedli primerjavo med tradicionalno in multidisciplinarno obravnavo, ki so jo izvedli med majem 2005 in aprilom 2006. Pri primerjavi so obravnavali povezanost geriatra, ortopeda kirurga in pacienta ter vpliv na učinke obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Želeli so predvsem predstaviti vlogo gerontologov v multidisciplinarnem timu in njihov vpliv na učinkovitost multidisciplinarne obravnave. Z raziskavo so ugotovili, da ima gerontolog pomembno vlogo v multidisciplinarnem timu, saj pripomore h krajši hospitalizaciji, manjšemu številu ponovnih sprejemov starejših oseb, k izvedbi operativnih posegov znotraj 48 ur, k znižanju zapletov in nižji umrljivosti pri starejših osebah z zlomom kolka.

Friedman in drugi (2009, 1217) so nadaljevali z raziskavo učinkovitosti obravnave pri starejših osebah z zlomom kolka. Ugotovili so, da kirurg skupaj s soupravljanjem z gerontologom ustvarja standardiziran način obravnave, ki kaže boljše rezultate v procesu oskrbe starejših oseb z zlomom kolka. Raziskovalci so postavili izhodišča za kakovostno obravnavo starejših oseb z zlomom kolka.

Kates in drugi (2010, 625) so na podlagi rezultatov raziskave razvili model nizkih stroškov (ang. *Low Cost Model*). Z omenjenim modelom in multidisciplinarno obravnavo v kirurgiji se dokazano zvišujeta klinična učinkovitost in stroškovna učinkovitost. Vendar se model nizkih stroškov v praksi ni pogosto uporabil oziroma je njegova uporaba zastala, ker je potrebno za uvedbo takšnega modela v proces obravnave spremeniti dojemanje in razmišljanje v bolnišničnem okolju, ki je sedaj usmerjeno predvsem v ekonomsko upravičenost obravnave.

Kammerlander in drugi (2010, 638) so v Avstriji raziskovali učinkovitost uporabe multidisciplinarnega pristopa pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka in ta pristop primerjali z drugimi pristopi obravnave. Rezultati raziskave so pokazali, da je bila pri starejših osebah z zlomom kolka obravnavanih z multidisciplinarnim pristopom umrljivost nižja za 1,14 %, čas hospitalizacije se je znižal za 8,39 dneva, čakalna doba na operativni poseg pa se je znižala za 1,43 dneva. Tako so raziskovalci ugotovili, da je multidisciplinarni pristop eden od učinkovitejših modelov obravnave, saj so rezultati rehabilitacije pri tem pristopu boljši kot pri tradicionalnih pristopih obravnave.

Kammerlander in drugi (2011, 367) so raziskovali uvedbo modela multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka, ki je usmerjen predvsem v kakovost izvedene obravnave. Model se je uporabil na kirurškem oddelku, kjer so sodelovali geriater in ostali strokovnjaki na oddelku za anesteziologijo. Pri uvedbi modela so pričeli razvijati lastne smernice kliničnega zdravljenja, redne interdisciplinarne sestanke in ambulante za starejše osebe z zlomom kolka. V zaključku raziskave so potrdili, da predstavlja multidisciplinarni način obravnave potencial na področju zmanjšanja operativnih zapletov, skrajšanja bivanja v bolnišničnem okolju in ohranjanju mobilnosti in samostojnosti, kot so jih starejše osebe imele pred zlomom kolka.

Dy in drugi (2011, 1924) so raziskovali vpliv multidisciplinarnega modela obravnave na zmanjšanje pooperativnih zapletov pri starejših osebah z zlomom kolka. Z raziskavo so ugotovili, da multidisciplinarni model obravnave zmanjša incidenco zapletov, ki nastanejo po operativnem posegu pri starejših osebah z zlomom kolka.

Larson in Holgers (2011, 1257) sta v svoji raziskavi ugotavljala, kako v predhospitalnem delu vodena oskrba starejših oseb z zlomom kolka vpliva na rezultat zdravljenja, predvsem

na pojavnost pooperativnih zapletov in dolžino bivanja v bolnišničnem okolju. Kontrolno skupino so obravnavali po običajnem (rutinskem) postopku obravnave. Rezultate so primerjali z usklajeno in protokolarno obravnavo. Rezultati raziskave so pokazali, da usklajeno in protokolizirano delo v predhospitalnem nivoju zmanjša pojavnost pooperativnih zapletov in dolžino bivanja v bolnišničnem okolju.

Lee (2012, 48) je na vzorcu 696 starejših oseb z zlomom kolka v letih od 2009 do 2010 raziskovala učinkovitost obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Z rezultati raziskave je potrdila, da zgodnje zdravljenje spremljajočih bolezni, pravočasno opravljen operativni poseg, zgodnja rehabilitacija ter prilagojenost zdravstveni negi pripomorejo k opolnomočenju starejših oseb z zlomom kolka, zmanjšanju ponavljajočih se padcev in posledično ponovnih zlomov kolka ter zmanjšanju oziroma stabilizaciji finančnega vidika obravnave.

Ollivere in drugi (2012, 268) so v štirih centrih na vzorcu 156 starejših oseb z zlomom kolka raziskovali klinične poti in protokole obravnave. Ugotovili so, da pretočnost informacij in povezovanje timov pri sami obravnavi vodijo do boljših rezultatov obravnave pri starejših osebah z zlomom kolka.

Moja in drugi (2012, 3) so želeli z raziskavo oceniti povezanost med časovno enoto do kirurškega posega in statusom umrljivosti starejših oseb z zlomom kolka. Izvedli so sistematičen pregled in metaanalizo retrospektivnih in prospektivnih študij, objavljenih v časovnem obdobju od 1948 do leta 2011. V raziskavo so zajeli 35 neodvisnih študij. Na podlagi analize so ugotovili povezanost časovne enote do operativnega posega in tveganjem za umrljivost pri starejših osebah z zlomom kolka. Daljši je čas do operativnega posega po zlomu kolka, višje je tveganje za umrljivost starejših oseb z zlomom kolka.

Martinez Reig in drugi (2012, 770) so izpostavili zlom kolka kot pogosto in resno komplikacijo osteoporoze in raziskovali ortogeriatrični model oskrbe starejših oseb z zlomom kolka. Sistematični pregled je temeljil na celoviti negovalni oceni, kjer so analizirali proces obravnave starejših oseb med zlomom kolka in namestitvijo v negovalno ustanovo. V raziskavo so vključili vse posege pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka, ki vplivajo na kasnejše zaplete v procesu obravnave. Ugotovili so, da je osteoporoza zelo pogost razlog za zlom kolka pri starejših osebah.

Grigoryan in drugi (2014, 52) so želeli z raziskavo ugotoviti, ali zlom kolka vpliva na neodvisnost in samostojnost ter na večji delež smrtnosti pri starejših osebah. Izvedli so sistematični pregled in metaanalizo. Ugotovili so, da ortogeriatrični oddelek s svojim načinom dela izboljšuje rezultate obravnave in zmanjšuje delež umrljivosti starejših oseb z zlomom kolka.

Elanti in drugi (2014, 7) so raziskovali zagotavljanje celostne oskrbe starejših oseb z zlomom kolka. Ugotovili so, da celostna oskrba teh oseb vodi v zmanjšanje umrljivosti, krajšo hospitalizacijo, zmanjšanje števila nadaljnjih padcev in zmanjšanje potrebe po nadaljnji dolgotrajni negi.

Mazzocato in drugi (2015, 1) so v svoji raziskavi ugotavljali vpliv hitrega operativnega posega pri starejših osebah z zlomom kolka na uspešnost celotne obravnave. Ugotovili so, da izvedba operativnega posega v času 24 ur po poškodbi starejših oseb z zlomom kolka pomembno prispeva na hitrejšo rehabilitacijo teh oseb. Pri obravnavi so izpostavili pomen izkušnje ortopeda kirurga ter predoperativne priprave starejših oseb z zlomom kolka.

Svetovna zdravstvena organizacija (2015, 145–161) predstavlja različne oblike podpore starejšim osebam, ki jih izvajajo v različnih državah v evropskem prostoru. V Turčiji so okrepili zdravstveno oskrbo starejših oseb na njihovem domu, s ciljem podaljševanja bivanja teh oseb v domačem okolju. Strokovnjaki obiskujejo starejše osebe na njihovem domu in jim nudijo socialno podporo, psihično pomoč in osnovno zdravstveno varstvo v domačem okolju. Na Norveškem se primer dobre prakse kaže v njihovem sistemu zdravstvenega varstva, ki v okviru zdravstvene nege zaznava potrebe starejših oseb, ki bivajo v domačem okolju in jim glede na ugotovljene potrebe nudi določeno oskrbo. Na Škotskem se v celostni obravnavi starejših oseb povezuje zdravstveni in socialni sistem. Ta model vodi v učinkovito obravnavo starejših oseb v domačem okolju. Če vse omenjene primere dobrih praks primerjamo s stanjem v Sloveniji, lahko ugotovimo, da ima kar nekaj držav vpeljane dobre modele obravnave starejših oseb, medtem ko je uvedba sodobnih modelov v Sloveniji šele v začetni fazi.

V Sloveniji raziskava, ki bi ugotavljala potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v multidisciplinarni tim, ki obravnava starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju,

še ni bila izvedena, zato z našo raziskavo pomembno prispevamo k proučevanju obravnave starejših oseb z zlomom kolka.

4 REZULTATI

4.1 Rezultati prvega dela raziskave obravnave starejših oseb z zlomom kolka

V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko spremenljivk, s katerimi smo proučevali obravnavo starejših oseb z zlomom kolka ter oceno kognitivnih sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka. Preverili in analizirali smo tudi rezultate povezanosti starosti in uporabe anestezije, starosti in napotitve v različne ustanove po odpustu iz bolnišničnega okolja ter starosti in mobilnosti po 30 dneh od odpusta iz bolnišničnega okolja.

4.1.1 Opisna statistika obravnave starejših oseb z zlomom kolka

V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko anketirancev, med katerimi smo proučevali obstoječi sistem obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje.

V raziskavi je sodelovalo 353 anketirancev v starosti med 60 in 99 let. Povprečna starost anketirancev je bila 80,8 leta, s standardnim odklonom 7,6 leta. Med anketiranci je bilo 28,0 % moških in 72,0 % žensk.

V tabelah od 1 do 4 predstavljamo oceno stanja starejših oseb pred operacijo s pomočjo ASA lestvice, ki jo je izdelalo Ameriško združenje anesteziologov (ang. *American Society of Anesthesiologists*).

Iz podatkov v Tabeli 1 je razvidno, da je 61,5 % anketirancev pred poškodbo živelo doma in da za kar 19,3 % anketirancev ni podatka o mestu bivanja. Več kot polovica anketirancev (57,4 %) je bila pred poškodbo mobilnih brez pomoči. 20,7 % anketirancev je bilo izven doma mobilnih s pripomočkom.

Tabela 1: Bivanje in mobilnost anketirancev pred poškodbo

Bivanje pred poškodbo			Mobilnost pred poškodbo		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Doma	217	61,5 %	Mobilen brez pomoči	203	57,4 %
Ustanova	64	18,1 %	Zunanja mob. s pripomočkom	73	20,7 %
Bolnišnica	4	1,1 %	Zunanja mob. z dvema pripomočkoma	24	6,8 %
Neznano	68	19,3 %	Notranja mob., zunaj nikoli brez pomoči	31	8,8 %
Skupaj	353	100,0 %	Brez funkcionalne mobilnosti	23	6,4 %
			Skupaj	354	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

AMTS testa, ki je skrajšan mentalni test, kar 79,9 % anketirancev ni opravljalo oziroma so reševanje odklonili. Tisti, ki so test opravljali ($n = 71$), so zbrali med 2 in 10 točkami (aritmetična sredina³⁹ = 8,6, standardni odklon⁴⁰ = 2,0). Ob upoštevanju ocene, da rezultati AMTS testa pod oceno 7 kažejo na kognitivne motnje, ocenjujemo, da anketiranci v času testiranja niso imeli zmanjšanih kognitivnih sposobnosti.

Oceno anketirancev po ASA lestvici prikazujemo v Tabeli 2. Največ anketirancev (60,9 %) je dobilo oceno 3, kar pomeni, da je pri večini anketirancev obstajalo zmerno tveganje za operativni poseg. Aritmetična sredina ASA ocene je 3, standardni odklon je 0,6. Anketiranci so dobili ocene med 2 in 5, torej nihče od anketirancev ni bil ocenjen z najboljšo oceno 1, kar bi pomenilo, da bi pri njih obstajalo minimalno tveganje za operativni poseg. Rezultati ASA lestvice pomagajo pri prepoznavi pacientov, pri katerih je potrebno biti še posebej pozoren glede izbire anestetika in pri nadzoru anestezije (Zdovc

³⁹ Aritmetična sredina je najpogosteje uporabljena srednja vrednost, ki izraža povprečje proučevanih podatkov (Košmelj 2007, 56).

⁴⁰ Standardni odklon je pomembna mera variabilnosti, ki pove, da za neko spremenljivko, ki ima simetrično frekvenčno porazdelitev, pričakujemo v intervalu $\bar{x} \pm s$ približno 2/3 vrednosti spremenljivke (Košmelj 2007, 65).

2011, 18). Točka 1 tako pomeni minimalno tveganje za operativni poseg, točka 3 pomeni zmerno tveganje, točka 5 pa izraža resno tveganje za operativni poseg.

Tabela 2: Rezultati ASA testa

Razred	Frekvenca	Odstotek
1	0	0,0 %
2	63	17,8 %
3	215	60,9 %
4	71	20,1 %
5	1	0,3 %
Neznano	4	1,1 %
Skupaj	354	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Podatki v Tabeli 3 kažejo, da je imela več kot polovica anketirancev (51,6 %) zlom kolka na levi strani. Nihče izmed anketirancev si ni zlomil kolka na obeh straneh. Pri večini anketirancev ni bilo obravnavane patološke frakture.

Tabela 3: Stran frakture in patološka fraktura

Stran frakture			Patološka fraktura		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Leva stran	182	51,6 %	Ne	350	99,2 %
Desna stran	171	48,4 %	Maligno	2	0,6 %
Skupaj	353	100,0 %	Neznano	1	0,3 %
			Skupaj	353	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

V Tabeli 4 predstavljamo podatke o vrstah zloma in preventivi zaščite kosti pri anketirancih pred zlomom kolka. Ugotavljamo, da je več kot polovica anketirancev (52,4 %) utrpela intertrohanterni zlom. Velika večina anketirancev (98,0 %) pred zlomom kolka ni imela preventive kosti, kar pomeni, da večina starejših oseb pred sprejemom v bolnišnico ni imela predpisane terapije proti osteoporozi.

Tabela 4: Vrsta frakture in preventiva zaščite kosti

Vrsta frakture			Preventiva kosti		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Intrakapsularno Stabilno	6	1,7 %	Da	7	2,0 %
Intrakapsularno Premaknjeno	125	35,4 %	Ne	346	98,0 %
Intertrohanterni zlom	185	52,4 %	Skupaj	353	100,0 %
Subtrohanterni zlom	37	10,5 %			
Skupaj	353	100,0 %			

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

V tabelah od 5 do 7 predstavljamo podatke o postopku sprejema anketirancev v bolnišnično oskrbo. Predstavljamo vrsto operativnega posega in anestezije, pojav razjed, sodelovanje fiziatra oziroma geriatra, smrtnost ter mobilizacijo anketirancev v prvem dnevu sprejema.

Iz podatkov v Tabeli 5 ugotavljamo, da je imelo največ anketirancev (40,1 %) pri operaciji izveden poseg z osteosintetnim materialom. 29,4 % anketirancev so izvedli vstavitve dela sklepa. Pri 7,8 % anketirancev operacija ni bila izvedena. Pri več kot polovici anketirancev (57,1 %) so pri operativnem posegu uporabili spinalno anestezijo.

Tabela 5: Vrsta operativnega posega in anestezije

Vrsta operativnega posega			Vrsta anestezije		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Z vijaki	142	40,1 %	Splošna anestezija	151	42,9 %
Intramedularni žebelj	78	22,1 %	Spinalna anestezija	202	57,1 %
Delna menjava sklepa	104	29,4 %	Skupaj	353	100,0 %
Totalna zamenjava kolka	2	0,6 %			
Operacija ni izvedena	28	7,8 %			
Skupaj	354	100,0 %			

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Iz podatkov v Tabeli 6 je razvidno, da večina anketirancev (99,4 %) ni imela razjed. Pri večini anketirancev (78,5 %) ni podatka o sodelovanju strokovnjaka, torej bodisi fiziatra bodisi geriatra. V 21 % primerih je pri obravnavi sodeloval fiziater. Sodelovanje geriatra je bilo v minimalnem številu primerov obravnave (0,6 %).

Tabela 6: Razjede pri anketirancih in sodelovanje fiziatra oziroma geriatra

Razjede			Sodelovanje fiziatra/geriatra		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Da	2	0,6 %	Fiziater	74	21,0 %
Ne	351	99,4 %	Geriatra	2	0,6 %
Skupaj	353	100,0 %	Ni podatka	277	78,5 %
			Skupaj	353	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Iz podatkov v Tabeli 7 ugotavljamo, da je večina anketirancev (94,1 %) operativni poseg preživela, 3,4 % anketirancev pa je umrlo po operativnem posegu. Prvi dan obravnave je

bilo mobiliziranih 74,8 % anketirancev. Pri 10,2 % anketirancev operativni poseg ni bil izveden. Od operiranih oseb je bilo mobiliziranih 83,3 % anketirancev.

Tabela 7: Smrtnost anketirancev in mobilizacija prvega dne

Smrt pacienta			Mobilizacija prvi dan		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Pred operacijo	9	2,5 %	Da	264	74,8 %
Po operaciji	12	3,4 %	Ne	53	15,0 %
Ne	332	94,1 %	Operacija neizvedena	36	10,2 %
Skupaj	353	100,0 %	Skupaj	353	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

V Tabeli 8 predstavljamo postopek odpusta anketirancev iz bolnišničnega okolja. V ta postopek sodita kraj napotitve anketirancev po odpustu ter preventiva kosti po odpustu. Podatki kažejo, da je bilo le nekaj več kot polovica (52,4 %) anketirancev ob odpustu napotena v ustanovo, 37,7 % anketirancev je bilo napotenih domov. Le trije (0,8 %) anketiranci so bili napoteni v rehabilitacijski center. Večina anketirancev (98,5 %) je po odpustu nadaljevala s preventivo kosti. Le 1,5 % anketirancev je imelo predpisano terapijo proti osteoporozi že pred obravnavo in bodo terapijo samo nadaljevali.

Tabela 8: Napotitev ob odpustu in preventiva kosti

Napotitev ob dopustu			Preventiva kosti		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Domov	133	37,7 %	Pričeta	5	1,5 %
Ustanova	185	52,4 %	Nadaljevanje	348	98,5 %
Bolnišnica	10	2,8 %	Skupaj	353	100,0 %
Rehabilitacijski center	3	0,8 %			
Smrt	22	6,2 %			
Skupaj	353	100,0 %			

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Iz rezultatov raziskave postopka obravnave anketirancev z zlomom kolka lahko povzamemo, da je večina anketirancev pred zlomom kolka živela doma in so bili mobilni brez pomoči. Anketiranci so na testu kognitivnih sposobnosti v povprečju zbrali 8,6 točk, kar je dobra ocena. Anketiranci so na ASA lestvici dosegli povprečno oceno 3, kar pomeni, da je bilo prisotno zmerno tveganje za operativni poseg. Dobra polovica anketirancev je imela zlom kolka na levi strani, večinoma zlomi niso bili patološki. Več kot polovica anketirancev je imela intertrohanterični zlom. Skoraj nihče od anketirancev pred zlomom kolka ni izvajal terapije proti osteoporozi. Nekaj več kot polovica anketirancev je pri operativnem posegu prejela spinalno anestezijo. Skoraj nihče od anketirancev po operativnem posegu ni imel razjed. Prvi dan po operaciji so mobilizirali skoraj tri četrtine anketirancev. Po odpustu iz bolnišničnega okolja je nekaj več kot polovica anketirancev odšla v ustanovo. Skoraj vsi anketiranci so po odpustu pričeli s terapijo proti osteoporozi.

4.1.2 Analiza rezultatov postopka obravnave pregleda anketirancev po 30 dneh po operativnem posegu

V tabelah od 9 do 11 predstavljamo postopek obravnave pregleda anketirancev po 30 dneh po operativnem posegu. V ta postopek sodijo ponovni sprejem, ponovni operativni poseg, smrtnost, mobilnost, bivanje ter preventiva kosti.

V Tabeli 9 predstavljamo podatke o ponovnem sprejemu anketirancev in ponovnem operativnem posegu pri anketirancih v 30 dneh po operativnem posegu. Iz podatkov

ugotavljamo, da večina anketirancev (98,4 %) pri pregledu po 30 dneh ni bila ponovno sprejeta. Prav tako pri večini anketirancev (97,4 %) ni bil potreben ponovni operativni poseg.

Tabela 9: Ponovni sprejem ter ponovni operativni poseg po 30 dneh

Ponovni sprejem			Ponovni operativni poseg		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Da	6	1,6 %	Redukcija- premaknitev proteze	1	0,3 %
Ne	347	98,4 %	Izpiranje- perfuzija	4	1,0 %
Skupaj	359	100,0 %	Revizija notranje fiksacije	4	1,0 %
			Ponovna arthoplastika	1	0,3 %
			Ni operativnega posega	344	97,4 %
			Skupaj	354	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Podatki v Tabeli 10 kažejo, da je bila smrtnost anketirancev v obdobju tridesetih dni po operaciji 10,6 %. Po 30 dneh je bilo največ anketirancev brez funkcionalne mobilnosti (32,4 %). 26,4 % anketirancev je bilo zunanje mobilnih s pripomočkom in le 3,4 % anketirancev je bilo po 30 dneh po poškodbi kolka mobilnih brez pomoči.

Tabela 10: Smrtnost in mobilnost anketirancev pri pregledu po 30 dneh

Smrt pacienta			Mobilnost		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Da	37	10,6 %	Mobilen brez pomoči	12	3,4 %
Ne	316	89,4 %	Zunanja mob. s pripomočkom	93	26,4 %
Skupaj	353	100,0 %	Zunanja mob. z dvema pripomočkoma	59	16,6 %
			Notranja mob., zunaj nikoli brez pomoči	75	21,3 %
			Brez funkcionalne mobilnosti	114	32,4 %
			Skupaj	353	100,0 %

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Iz podatkov, prikazanih v Tabeli 11, ugotavljamo, da je po 30 dneh po poškodbi kolka več kot polovica anketirancev živela v ustanovi (52,4 %), doma jih je živelo 45,6 %. Večina anketirancev (96,3 %) 30 dni po poškodbi ni izvajala terapije proti osteoporozi.

Tabela 11: Bivanje in preventiva zaščite kosti

Bivanje			Preventiva kosti		
Razred	Frekvenca	Odstotek	Razred	Frekvenca	Odstotek
Doma	161	45,6 %	Da	13	3,7 %
Rehabilitacija	7	2,0 %	Ne	340	96,3 %
Ustanova	185	52,4 %	Skupaj	353	100,0 %
Skupaj	353	100,0 %			

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Iz rezultatov raziskave postopka obravnave pregleda anketirancev po 30 dneh po operativnem posegu anketirancev z zlomom kolka lahko povzamemo, da so anketiranci po

30 dneh po operativnem posegu prišli na kontrolo in skoraj nihče od njih ni bil ponovno hospitaliziran oziroma ni potreboval ponovnega operativnega posega. Po 30 dneh po poškodbi je bilo tretjina anketirancev funkcionalno nemobilnih, nekaj več kot četrtnina anketirancev je bila po 30 dneh mobilnih s pripomočkom. Na kontrolnem pregledu po 30 dneh je več kot polovica anketirancev bivala v ustanovi in le minimalen delež anketirancev je še izvajal terapijo proti osteoporozi.

4.1.3 Ocena kognitivnih sposobnosti starejših oseb z zlomom kolka

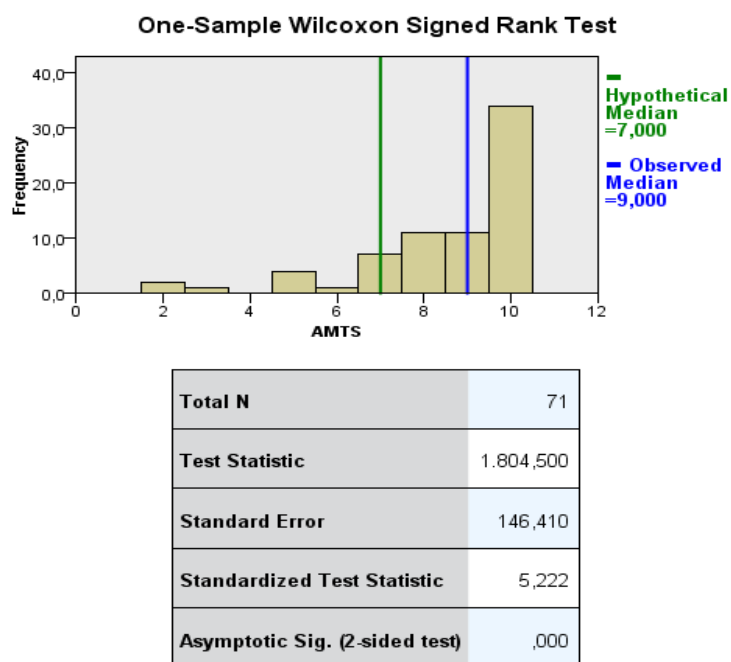
Oceno kognitivnih sposobnosti anketirancev smo preverjali s pomočjo AMTS testa. Vrednosti AMTS testa enake ali večje od 7 se štejejo kot normalne vrednosti.

Trditev smo preverjali z neparametričnim testom za en vzorec (Wilcoxonov test⁴¹), pri čemer nas je zanimalo, ali je vrednost mediane na našem vzorcu različna od hipotetične vrednosti mediane, za katero smo, kot že omenjeno, določili vrednost 7.

Na Sliki 6 predstavljamo rezultate primerjave mediane med anketiranci in hipotetične mediane. Rezultati kažejo, da je srednja vrednost – mediana med anketiranci za AMTS test 9,0 (hipotetična povprečna vrednost – mediana = 8,6). Razlike s primerjano hipotetično mediano so statistično značilne ($\alpha < 0,05$).

⁴¹ Wilcoxonov test sodi med neparametrične statistične metode, ki se uporablja za primerjanje dveh povezanih vzorcev. Pogosto se uporablja kot alternativa t-testu, ko spremenljivke niso normalno porazdeljene (Kerby 2014, 1–2).

Slika 6: Primerjava mediane kognitivnih sposobnosti z AMTS testom



Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Ugotavljamo, da kognitivne sposobnosti anketirancev ob sprejemu v bolnišnico v povprečju niso bile nižje od normalne vrednosti kognitivnih sposobnosti.

4.1.4 Rezultati obravnave starejših oseb glede na starost, anestezijo, kraj napotitve ter mobilnost

V nadaljevanju predstavljamo rezultate povezanosti starosti in uporabe anestezije, starosti in napotitve v različne ustanove po odpustu iz bolnišničnega okolja ter starosti in mobilnosti po 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja. Povezanost spremenljivk smo testirali s χ^2 testom.

Za nadaljnjo analizo smo spremenljivko starost preoblikovali v dve skupini, in sicer starostno skupino med 60 in 75 let ter starostno skupino nad 75 let.

Iz podatkov v Tabeli 12 je razvidno, da je bilo v prvo starostno skupino (od 60 do 75 let) uvrščenih 23,8 %, v drugo (75+ let) pa 76,2 % anketirancev. Pri osebah v starosti od 60 do 75 let se je v obravnavi v večji meri koristila splošna anestezija, in sicer pri 44,0 % anketirancev, pri anketirancih, starejših od 75 let, pa v 42,6 % primerih.

Tabela 12: Anestezija glede na starost

		Starost		Skupaj
		od 60 do 75 let	75+ let	
Vrsta anestezije	Splošna	33	103	136
	Anestezija			
	Spinalna	42	139	181
	Anestezija			
Skupaj		75	242	317

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

S χ^2 testom smo želeli ugotoviti povezanost med starostjo in anestezijo. Rezultati χ^2 testa kažejo ($\chi^2 = 0,048$, $\alpha = 0,826$), da povezanost med spremenljivkama starost in anestezija ni statistično značilna. Glede na to lahko ugotovimo, da se pri anketirancih mlajše starostne skupine (od 60 do 75 let) anestezija ni uporabljala pogosteje kot pri anketirancih iz starejše starostne skupine (75+ let).

Spremenljivko napotitev ob odpustu smo rekodirali, in sicer smo odgovore »ustanova«, »bolnišnica« in »rehabilitacijski center« združili v kategorijo »ustanova«. Poleg te možnosti napotitve anketirancev sta bila možna odgovora še napotitev domov oziroma smrt anketiranca. Podatke o napotitvah anketirancev ob odpustu iz bolnišničnega okolja glede na starost prikazujemo v Tabeli 13. Iz podatkov ugotavljamo, da je bilo po odpustu iz bolnišničnega okolja domov napotnih 37,7 % anketirancev, v ustanovo pa 56,1 %. 6,2 % anketirancev je umrlo. Anketiranci v starosti med 60 in 75 let so bili ob odpustu večinoma napoteni domov (59,5 %), 35,7 % pa jih je po odpustu odšlo v ustanovo. Razmerje pri anketirancih, starejših od 75 let, je ravno obratno, 62,5 % anketirancev je bilo napotnih v ustanovo, domov pa 30,9 %.

Tabela 13: Napotitev anketirancev ob odpustitvi glede na starost

		Starost		Skupaj
		od 60 do 75 let	75+ let	
Napotitev ob odpustu	Smrt	4	18	22
	Ustanova	30	168	198
	Domov	50	83	133
	Skupaj	84	269	353

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Rezultat χ^2 testa, s katerim smo ugotavljali povezanost med spremenljivkama napotitev ob odpustu in starost, kaže, da je povezanost statistično značilna ($\chi^2 = 22,506$, $\alpha = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci mlajše starostne skupine (od 60 do 75 let) ob odpustu iz bolnišničnega okolja pogosteje napoteni domov, anketiranci starejše starostne skupine (75+ let) pa so ob odpustu iz bolnišničnega okolja pogosteje napoteni v ustanovo.

Rekodirali smo tudi spremenljivko o mobilnosti po 30 dneh. V kategorijo »mobilni z največ enim pripomočkom« smo uvrstili anketirance, ki so bili po 30 dneh mobilni brez pomoči oziroma zunanje mobilni s pripomočkom, v kategorijo »mobilni z več kot enim pripomočkom do nemobilni« pa smo združili vse ostale: zunanje mobilni z dvema pripomočkoma, notranje mobilni, vendar zunaj nikoli brez pomoči, ter funkcionalno nemobilni.

Podatki, ki jih predstavljamo v Tabeli 14, kažejo, da je bilo 29,7 % anketirancev v 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja mobilnih z enim pripomočkom, 70,3 % anketirancev pa nemobilnih do mobilnih z več kot enim pripomočkom. 34,7 % anketirancev v starosti med 60 in 75 let je bilo po 30 dneh v večji meri mobilnih, medtem ko je bil delež mobilnih v starostni skupini nad 75 let nekoliko nižji (28,1 %).

Tabela 14: Mobilnost anketirancev po 30 dneh glede na starost

	Starost		Skupaj	
	od 60 do 75 let	75+ let		
Vrsta mobilnosti	Mobilni z največ enim pripomočkom	25	63	88
	Nemobilni do mobilni z več kot enim pripomočkom	47	161	208
	Skupaj	72	224	296

Vir: Fragility Fracture Network 2016.

Povezanost med spremenljivkama mobilnost po 30 dneh in starost smo ugotavljali s χ^2 testom. Rezultati kažejo, da povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna ($\chi^2 = 1,135$, $\alpha = 0,287$). Tako ugotavljamo, da anketiranci mlajše starostne skupine (od 60 do 75 let) po 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja niso bolj mobilni od starejše starostne skupine (75+ let).

V raziskavi obravnave starejših oseb z zlomom kolka smo ugotovili, da so anketiranci pred poškodbo živeli doma (61,5 %), so bili mobilni brez pomoči (57,4 %), na testu kognitivnih sposobnosti so v povprečju zbrali 8,6 točk, na ASA lestvici pa dosegli oceno 3 (60,6 %).

Nekaj več kot polovica anketirancev (51,6 %) je imela frakturo leve strani in zlomi niso bili patološki (99,2 %). Fraktura je bila intertrohanterična (52,4 %) in pri 98,0 % anketirancih niso izvajali preventive kosti pred zlomom. Več kot polovica anketirancev (57,1 %) je imela spinalno anestezijo in večina anketirancev (99,4 %) ni imela razjed. Prvi dan po operaciji je bilo mobiliziranih 74,8 % anketirancev, ob odpustu so jih napotili v ustanovo 52,4 %. Preventivo kosti so pričeli pri 98,5 % anketirancev. Pri kontroli po 30 dneh večine anketirancev (98,4 %) niso ponovno sprejeli, prav tako ni bila potrebna ponovna operacija (pri 97,4 % anketirancih). Po 30 dneh je bilo največ anketirancev brez funkcionalne mobilnosti (32,4 %) oziroma zunanje mobilnih s pripomočkom (26,4 % anketirancev). Na pregledu so ugotovili, da je več kot polovica anketirancev (52,4 %) prebivala v ustanovi in da se je preventiva kosti izvajala le pri 3,7 % anketirancev.

4.2 Rezultati drugega dela raziskave o potrebi po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka

V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko spremenljivk, s katerimi smo ugotavljali potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejših oseb z zlomom kolka ter primerjavo demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Podatke anketirancev smo s pomočjo dendograma razvrstili v dve skupini in ugotovili razliko v povprečnih vrednostih strinjanja s trditvami obravnave glede na obe razvrščeni skupini ter s pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta preverili moč povezanosti med spremenljivkami.

4.2.1 Opisna statistika raziskave o potrebi po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka

V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko anketirancev, pri katerih smo ugotavljali potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave zdravljenja in rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka.

V raziskavo smo vključili 67 anketirancev, od katerih je bilo 74,2 % žensk in 25,8 % moških. Anketiranci so bili stari med 32 in 94 let, njihova povprečna starost je bila 75,7 let (standardni odklon = 12,7 let).

V Tabeli 15 predstavljamo podatke o izobrazbi anketirancev. Ugotavljamo, da je imelo nekaj manj kot polovica anketirancev dokončano osnovno šolo (48,5 %). Sledijo jim anketiranci s srednješolsko izobrazbo (24,2 %). Najmanj anketirancev je bilo univerzitetno izobraženih (1,5 %).

Tabela 15: Izobrazba anketirancev

Razred	Frekvenca	Odstotek (%)
Osnovna šola	32	48,5
Poklicna šola	14	21,2
Srednja šola	16	24,2
Višja šola	3	4,5
Univerzitetna stopnja	1	1,5
Skupaj	66	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 16 predstavljamo podatke o zakonskem stanu anketirancev, ki kažejo, da je približno enak delež anketirancev poročenih (45,5 %) oziroma ovdovelih (43,9 %). Anketiranci imajo od nič do osem otrok, v povprečju po 2,2 otroka (aritmetična sredina = 2,2, standardni odklon = 1,4).

Tabela 16: Zakonski stan anketirancev

Razred	Frekvenca	Odstotek (%)
Samski	4	6,1
Poročen	30	45,5
Ločen	1	1,5
Izven zveze	2	3,0
Vdovec/vdova	29	43,9
Skupaj	66	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 17 predstavljamo podatke o kraju bivanja anketirancev, na podlagi katerih ugotavljamo, da večina anketirancev (69,2 %) živi v lastnem domu.

Tabela 17: Kraj bivanja anketirancev

Razred	Frekvenca	Odstotek (%)
Dom za starejše občane	20	30,8
Lasten dom	45	69,2
Skupaj	65	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko spremenljivk, s katerimi smo ugotavljali občutke anketirancev z zlomom kolka ob sprejemu in bivanju v bolnišničnem okolju, o zadovoljstvu s strokovnim osebjem, o potrebi vključevanja strokovne osebe v proces zdravljenja, o prisotnosti strahu ter o trdnosti družinske mreže. 17 trditev smo razvrstili v pet sklopov, kjer v prvem sklopu predstavljamo opisno statistiko spremenljivk, ki se nanašajo na splošne občutke anketirancev v času bivanja v bolnišnici. Sledijo sklopi opisne statistike spremenljivk o zadovoljstvu s strokovnim osebjem, o prisotnosti strahu, o trdnosti družinske mreže ter o potrebi po strokovni osebi v procesu obravnave. Pri posameznih spremenljivkah predstavljamo število enot (N), aritmetično sredino, standardni odklon, najmanjšo in največjo vrednost ter koeficienta asimetrije⁴² (ang. *skewness*) in sploščenosti⁴³ (ang. *kurtosis*).

Iz podatkov v Tabeli 18 ugotavljamo, da so anketiranci različno izražali strinjanje s trditvami o njihovih splošnih občutkih v času bolnišnične obravnave. Anketiranci so v večini komaj čakali, da so lahko vstali iz postelje (aritmetična sredina = 1,371, standardni odklon = 0,683). Nekoliko manj so se anketiranci strinjali s trditvijo, da bi se o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah želeli pogovarjati pred odhodom iz bolnišnice (aritmetična sredina = 2,509, standardni odklon = 1,303). Anketiranci se niso strinjali s tem, da so v času zdravljenja samostojno skrbeli za svojo higieno (aritmetična sredina =

⁴² Koeficient asimetrije kaže porazdelitev spremenljivke, ki je lahko asimetrična v desno ali levo. Če je vrednost koeficienta pozitivna, pomeni, da je spremenljivka asimetrična v desno, če je vrednost koeficienta negativna, je spremenljivka asimetrična v levo. Vrednost koeficienta v intervalu $[-2, 2]$ kaže na normalno porazdelitev spremenljivke (Ferligoj idr. 2010, 27).

⁴³ Koeficient sploščenosti kaže na koničasto ali sploščeno porazdelitev spremenljivke. Vrednost koeficienta blizu nič kaže na podobnost porazdelitve spremenljivke normalni porazdelitvi. Vrednost koeficienta, manjša od nič, kaže na sploščeno porazdelitev spremenljivke, vrednost večja od nič pa na koničasto porazdelitev spremenljivke (Ferligoj idr. 2010, 28).

2,859, standardni odklon = 1,572). Spremenljivki »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« in »V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a« sta normalno porazdeljeni, medtem ko koeficienta asimetrije in sploščenosti pri spremenljivki »Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje« presegata vrednost intervala $[-2, 2]$, kar kaže na nenormalno porazdelitev spremenljivke.

Tabela 18: Opisna statistika spremenljivk o splošnih občutkih anketirancev v času bolnišnične obravnave

Spremenljivka	N	Aritm. sredina	Stand. odklon	Min	Max	Skew.	Kurt.
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	62	1,3710	,68314	1,00	4,00	2,240	5,631
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	55	2,5091	1,30345	1,00	5,00	,630	-,738
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	64	2,8594	1,57225	1,00	5,00	,240	-1,495

Vir: Lastna raziskava 2016.

Podatki v Tabeli 19 kažejo, da so se anketiranci najbolj strinjali s trditvijo, da so jim zdravniki vedno odgovorili na njihova vprašanja (aritmetična sredina = 1,800, standardni odklon = 1,162). Nekoliko manj so se strinjali s trditvami, da so jim fizioterapevti nudili veliko podpore (aritmetična sredina = 2,000, standardni odklon = 1,280), da so bili z obravnavo medicinskih sester zadovoljni, a so želeli, da bi se jim posvetile več časa (aritmetična sredina = 2,143, standardni odklon = 1,197) ter da so zdravstvenim delavcem med obravnavo zaupali, da jim bodo le-ti pomagali (aritmetična sredina = 2,164, standardni odklon = 1,244). Najmanj so se anketiranci strinjali s trditvijo, da so se jim zdravstveni delavci posvetili, a da so pogrešali osebo, ki bi jim ves čas obravnave stala ob strani (aritmetična sredina = 2,3684, standardni odklon = 1,234). Vrednosti koeficientov

asimetrije in sploščenosti nikjer ne presegajo vrednost intervala $[-2, 2]$, s čimer ugotavljamo normalno porazdelitev vseh petih spremenljivk.

Tabela 19: Opisna statistika spremenljivk o zadovoljstvu anketirancev s strokovnim osebjem v času obravnave

Spremenljivka	N	Aritm. sredina	Stand. odklon	Min	Max	Skew.	Kurt.
Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	57	2,3684	1,23392	1,00	5,00	,905	-,020
Tekom zdravljenja sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	55	2,1636	1,24370	1,00	5,00	1,116	,341
Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	56	2,1429	1,19740	1,00	5,00	,835	-,420
Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	65	1,8000	1,16190	1,00	5,00	1,515	1,318
Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	62	2,0000	1,28037	1,00	5,00	1,211	,347

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz podatkov v Tabeli 20 ugotavljamo, da so se anketiranci najbolj strinjali s trditvama, da jih je bilo po operativnem posegu strah glede njihove hoje in vožnje z avtomobilom (aritmetična sredina = 1,527, standardni odklon = 0,766) ter da jih je bilo strah bolečine (aritmetična sredina = 1,694, standardni odklon = 1,045). Nekoliko manj jih je skrbelo

njihovo zdravstveno stanje v času hospitalizacije (aritmetična sredina = 1,906, standardni odklon = 1,137). Anketiranci so se bolj nagibali k nestrinjanju s trditvijo, da jih je bilo operativnega posega strah in da bi te občutke nekemu zaupali (aritmetična sredina = 2,571, standardni odklon = 1,475). Vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti presegajo vrednost intervala $[-2, 2]$ pri spremenljivki »Po operaciji me je skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila«, kar kaže na nenormalno porazdelitev spremenljivke. Pri ostalih treh spremenljivkah pa ugotavljamo normalno porazdelitev.

Tabela 20: Opisna statistika spremenljivk o prisotnosti strahu pri anketirancih v času obravnave

	Spremenljivka	N	Aritm. sredina	Stand. odklon	Min	Max	Skew.	Kurt.
V2	Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	64	1,9063	1,13695	1,00	5,00	1,460	1,562
V4	Strah me je bilo bolečine.	49	1,6939	1,04491	1,00	5,00	1,914	3,342
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	56	2,5714	1,47534	1,00	5,00	683	-,947
V10	Po operaciji me je skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	55	1,5273	,76629	1,00	5,00	2,083	6,608

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz podatkov v Tabeli 21 ugotavljamo, da so se anketiranci nekoliko bolj nagibali strinjanju z občutkom, da njihova družina skrbi zanje, vendar da so pogrešali osebo, ki bi svojem svetovala glede obravnave v domačem okolju (aritmetična sredina = 2,345, standardni odklon = 1,417). Koeficient asimetrije in sploščenosti kažeta na normalno porazdelitev spremenljivke.

Tabela 21: Opisna statistika spremenljivke o trdnosti družinske mreže anketirancev v času obravnave

Spremenljivka	N	Aritm. sredina	Stand. odklon	Min	Max	Skew.	Kurt.
Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	55	2,3455	1,41707	1,00	5,00	,934	-,457

Vir: Lastna raziskava 2016.

Glede potrebe po strokovni osebi v času obravnave so se anketiranci najbolj strinjali s trditvijo, da bi ob sebi želeli imeti osebo, ki bi jih usmerjala in svetovala (aritmetična sredina = 1,906, standardni odklon = 2,54). Anketiranci so se bolj nagibali k nestrinjanju s trditvama, da so pogrešali osebo, ki bi jim svetovala glede njihove celostne obravnave od sprejema do odpusta iz bolnišnice (aritmetična sredina = 2,589, standardni odklon = 1,398) ter da so v času zdravljenja pogrešali strokovno osebo, s katero bi delili svoje strahove o nadaljnjem življenju (aritmetična sredina = 2,672, standardni odklon = 1,437). Anketiranci so se najmanj strinjali s trditvijo, da so imeli v času zdravljenja občutek, da se je pri njih izmenjavalo preveč ljudi in da so pogrešali osebo, ki bi bila ob njih ves čas (aritmetična sredina = 2,855, standardni odklon = 1,353). Vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti pri nobeni od štirih spremenljivk ne presegajo vrednost intervala $[-2, 2]$, kar kaže na normalno porazdelitev spremenljivk.

Tabela 22: Opisna statistika spremenljivk o prisotnosti potrebe po strokovni osebi v času obravnave anketirancev

	Spremenljivka	N	Aritm. sredina	Stand. odklon	Min	Max	Skew.	Kurt.
V3	Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	55	1,9063	2,0545	1,06141	5,00	1,045	,702
V11	Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	56	2,5893	1,39840	1,00	5,00	,451	-1,039
V13	V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	55	2,8545	1,35289	1,00	5,00	-,005	-1,302
V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	64	2,6719	1,43709	1,00	5,00	,339	-1,328

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 23 predstavljamo frekvenčno porazdelitev odstotkov strinjanja s trditvami pri posameznih spremenljivkah. V več kot 90 % so se anketiranci strinjali s trditvama, da so po operativnem posegu komaj čakali, da lahko vstanejo iz postelje ter da jih je po operativnem posegu skrbelo glede njihove hoje in zmožnosti vožnje z avtomobilom. V polovici oziroma manj kot polovici primerov so se anketiranci strinjali s trditvama, da so v času zdravljenja sami izvajali osebno higieno ter da so imeli v času zdravljenja občutek, da se je pri njih izmenjavalo preveč ljudi in da so pogrešali osebo, ki bi bila ves čas zdravljenja ob njih.

Tabela 23: Frekvenčna porazdelitev odstotkov strinjanja anketirancev s posameznimi trditvami

Sprem.	Trditev	Odstotek strinjanja (%)
V5	Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	95,2
V10	Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	92,7
V4	Strah me je bilo bolečine.	89,8
V16	Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	83,1
V2	Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	81,3
V17	Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	75,8
V3	Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	74,5
V7	Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	74,5
V8	Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	71,4
V6	Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	70,1
V1	Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	66,7
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	62,5
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	61,8
V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	56,3
V11	Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	53,6
V15	V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmogel/-a.	50,0
V13	V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	43,6

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz opisne statistike spremenljivk povzemamo, da so se anketiranci najbolj strinjali s trditvami, da so po operaciji komaj čakali, da vstanejo iz postelje, da jih je skrbelo glede njihove zmožnosti hoje in vožnje avtomobila ter da jih je bilo strah bolečine. Anketiranci so se najmanj strinjali s trditvami, da so bili sposobni samostojno izvajati higieno, da so imeli občutek, da se je v času obravnave pri njih izmenjavalo preveč ljudi, da so pogrešali osebo, ki bi bila ves čas ob njih, da so pogrešali osebo, ki bi jim svetovala glede celostne obravnave po zaključku hospitalizacije ter osebo, s katero bi delili svoje strahove glede nadaljnega življenja. Ugotavljamo, da več kot polovica anketirancev izraža potrebo po strokovni osebi v njihovem času obravnave, kateri bi zaupali svoje strahove glede obravnave in ki bi jih informirala glede obravnave in rehabilitacije po odpustu iz bolnišničnega okolja.

4.2.2 Primerjava demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave anketirancev

Večina spremenljivk, s katerimi smo proučevali obravnavo anketirancev z zlomom kolka, ni bila normalno porazdeljena. Zato smo za analizo primerjav med spremenljivkami uporabili neparametrične teste, kot so Mann-Whitneyjev test⁴⁴, Kruskal-Wallis test⁴⁵ ter Spearmanov korelacijski koeficient.

V nadaljevanju navajamo samo razlike, ki so statistično značilne ($\alpha < 0,05$), celotni rezultati so prikazani v Prilogi D.

Rezultate statistično značilne razlike med spolom in spremenljivkami obravnave predstavljamo v Tabeli 24. Statistično značilno povezanost smo ugotovili pri spremenljivki »Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje« (U test = 240,000, $\alpha = 0,027$). Povprečni rang je pri anketirankah nižji (povprečni rang = 28,7) kot pri anketirancih (povprečni rang = 38,0), kar pomeni, da so anketiranke izražale večno željo, da po operaciji čim hitreje vstale iz postelje.

⁴⁴ Mann-Whitneyjev test je alternativa t-testu, ko spremenljivke niso normalno porazdeljene. Pri Mann-Whitneyjevem testu se statistično značilna povezanost med spremenljivkami ugotavlja v razlikah pri mediani (Fay in Proschan 2010, 17).

⁴⁵ Kruskal-Wallis test vsote rangov sodi med neparametrične metode, ki se ga porabi za analizo variance pri več vzorcih (Žiberna 2011, 3).

Tabela 24: Statistično značilna razlika med spolom in spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka	Mann-Whitney U	Z-statistika	Sig. (2-stranski)	Povpr. rang ženske	Povprečni rang moški
Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	240,000	-2,207	,027	28,72	38,00

Vir: Lastna raziskava 2016.

Pri spremenljivkah Starost, Izobrazba, Stan in Število otrok nismo ugotovili statistično značilne povezanosti z nobeno od spremenljivk obravnave.

Rezultate statistično značilne razlike med krajem bivanja in spremenljivkami obravnave predstavljamo v Tabeli 25. Statistično značilno povezanost smo ugotovili pri spremenljivki »Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju« (U test= 206,500, $\alpha = 0,026$). Povprečni rang je nižji pri anketirancih, ki živijo v lastnem domu (povprečni rang = 24,9) kot pa anketirancih, ki živijo v domu starejših občanov (povprečni rang = 34,9). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki živijo v lastnem domu močnejše občutili, da njihovo družino skrbi zanje, a so pogrešali osebo, ki bi njihovim svojem svetovala glede njihove obravnave v domačem okolju.

Tabela 25: Statistično značilna razlika med krajem bivanja in spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka	Mann-Whitney U test	Z-statistika	Sig. (2-stranski)	Povpr. rang Dom za starejše	Povprečni rang Lasten dom
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	206,500	-2,231	,026	34,85	24,93

Vir: Lastna raziskava 2016.

4.2.3 Razvrščanje anketirancev v skupine

V analizo razvrščanja v skupine je bilo vključenih 38 anketirancev. Anketirance smo v skupine razdelili na osnovi strinjanja s trditvami. Uporabili smo hierarhično razvrščanje po Wardovi metodi⁴⁶ s kvadratom evklidske razdalje⁴⁷. Košmelj in Breskvar Žaucer (2006, 303) pravita, da se z Wardovo metodo anketirance razvršča na podlagi primerjave variabilnosti, kjer se meri vsota kvadriranih odklonov znotraj skupin.

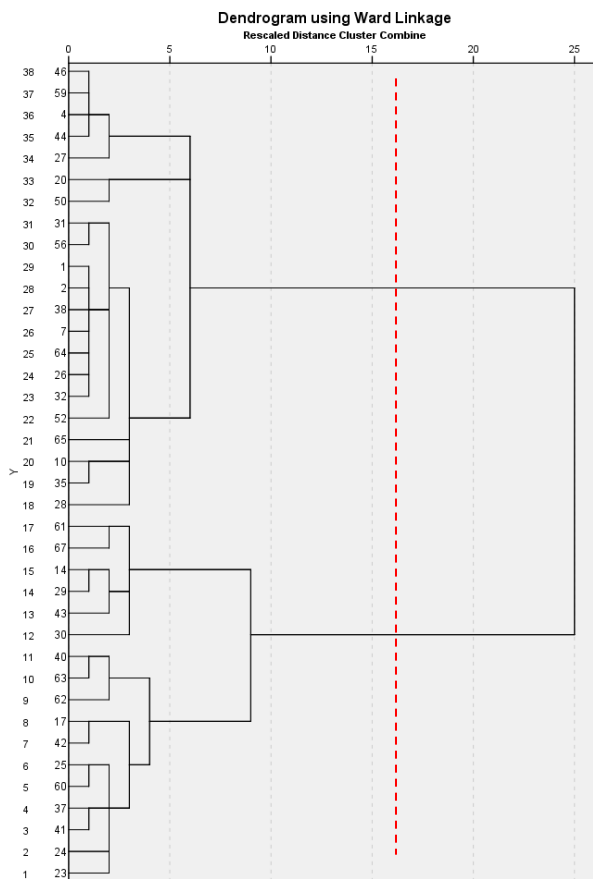
Pri rezultatih smo najprej pogledali grafični prikaz razvrščanja. Košmelj in Breskvar Žaucer (2006, 301–302) izpostavljata, da nam je dendrogram⁴⁸ v veliko pomoč pri analizi rezultatov, saj z njim ugotavljamo hierarhično strukturo in na podlagi grafičnega prikaza določimo smiselno število skupin. Na mestu, kjer je »skok« največji, se naredi prerez drevesa in tako iz grafa odčitamo število dobljenih skupin. Iz dendrograma na Sliki 7 je razvidno, da so se anketiranci razporedili v dve skupini.

⁴⁶ Metoda Ward je statistična metoda, s katero se enote razvrsti v skupino glede na hierarhijo. Pri metodi se enote združujejo glede na odklone srednjih vrednosti (Everitt idr. 2001, 74).

⁴⁷ Evklidske razdalje prikazujejo razdalje, na podlagi katerih merimo izgubo informacije, ki jo povzroča združevanje dveh skupin v novo skupino (Košmelj in Breskvar Žaucer 2006, 303).

⁴⁸ Dendrogram je grafični prikaz drevesa razvrščanja (Košmelj in Breskvar Žaucer 2006, 301).

Slika 7: Dendrogram



Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 26 prikazujemo razliko v aritmetičnih sredinah glede strinjanja s trditvami obravnave na dve razvrščeni skupini. V prvi skupini so imeli anketiranci nižje aritmetične sredine pri večini trditev, torej so se z njimi bolj strinjali kot anketiranci v drugi skupini. Zato smo prvo skupino poimenovali »bolj potrebujejo socialnega gerontologa«, drugo pa »manj potrebujejo socialnega gerontologa«.

Tabela 26: Razlike skupin v aritmetičnih sredinah pri strinjanju s trditvami obravnave anketirancev

Spremenljivka	Skupina 1 – bolj potrebujejo socialnega gerontologa (n = 21)	Skupina 2 – manj potrebujejo socialnega gerontologa (n = 17)
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	2,0	3,5
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	1,7	2,4
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	1,5	2,8
V4 Strah me je bilo bolečine.	1,7	1,9
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	1,5	1,5
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	1,8	3,6
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	2,0	2,8
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	1,7	3,1
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	2,1	3,6
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	1,4	1,6
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	1,7	4,1
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	1,8	3,6
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	2,2	3,6

V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	1,7	4,1
V15	V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmogel/-a.	2,3	3,9
V16	Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	2,4	1,5
V17	Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	2,6	1,5

Vir: Lastna raziskava 2016.

4.2.4 Povezanost med spremenljivkami obravnave anketirancev

Zanimalo nas je, ali se razvrščeni skupini razlikujeta pri demografskih spremenljivkah. Za preverjanje povezanosti smo uporabili χ^2 test⁴⁹. Če pogoji za izvedbo χ^2 testa niso bili izpolnjeni, smo za preverjanje povezanosti uporabili Kullbackov 2Î preizkus⁵⁰.

Med omenjenimi spremenljivkami lahko preverimo tudi stopnjo povezanosti. S pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta (r_s) preverjamo moč povezanosti med dvema spremenljivkama⁵¹. V nadaljevanju predstavljamo rezultate, kjer je bila vrednost koeficienta višja od 0,5 in je bila povezanost med spremenljivkami obravnave statistično značilna ($p < 0,05$).

V Tabeli 27 predstavljamo povezanost spremenljivke »Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani« in drugimi spremenljivkami obravnave. Na podlagi Spearmanovih korelacijskih koeficientov ugotavljamo, da so s to spremenljivko statistično značilno povezane spremenljivke »Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala« ($r_s = 0,517$, $p = 0,000$), »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« ($r_s = 0,516$, $p = 0,000$), »Operacije me je

⁴⁹ Pogoja za uporabo χ^2 testa sta, da ima lahko le 20 % vrednosti teoretično frekvenco nižjo od 5, podatki pa morajo biti neodvisni (Field 2009, 690).

⁵⁰ Kullbackov 2Î preizkus je nadomestek χ^2 testa in ga uporabimo v primerih, ko ni izpolnjen pogoj teoretičnih frekvenc pri χ^2 testu (Field 2009, 690).

⁵¹ Povezanosti med spremenljivkami ni, ko je vrednost koeficienta 0, z naraščanjem te vrednosti proti 1 se moč povezanosti povečuje. Vrednost Spearmanovega koeficienta 0,3 kaže šibko povezanost med spremenljivkama. Vrednost od 0,3 do 0,5 kaže na zmerno povezanost, vrednosti nad 0,5 pa na močno povezanost (Košmelj 2007, 171).

bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a« ($r_s = 0,592$, $p = 0,000$) in »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« ($r_s = 0,500$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki so mnenja, da so se jim zdravstveni delavci pri procesu obravnave sicer dovolj posvetili, a so kljub temu pogrešali osebo, ki bi jim bila v celotnem procesu obravnave ob strani, hkrati tudi izrazili potrebo po osebi, ki bi jih v času obravnave usmerjala, svetovala, ki bi se jim posvetila dovolj časa, s katero bi delili svoje občutke in strahove ter se z njo tudi pogovorili o bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.

Tabela 27: Korelacijska matrika med spremenljivko »Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

		V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	
Spremenljivka obravnave		Spear. korel. koef. (r_s)	p
	Želel/-a bi imeti ob sebi		
V3	osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	0,517	0,000
V8	Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	0,516	0,000
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	0,592	0,000
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	0,500	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 28 predstavljamo povezanost spremenljivke »Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala« in drugimi spremenljivkami obravnave. Na podlagi

Spearmanovega korelacijskega koeficienta ugotavljamo, da sta s to spremenljivko najmočnejše povezani spremenljivki »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« ($r_s = 0,731$, $p = 0,000$) in »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,714$, $p = 0,000$). Poleg tega so s spremenljivko »Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala« statistično značilno povezane še spremenljivke »Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju« ($r_s = 0,526$, $p = 0,000$), »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« ($r_s = 0,571$, $p = 0,000$), »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« ($r_s = 0,531$, $p = 0,000$), »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« ($r_s = 0,571$, $p = 0,000$) ter »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« ($r_s = 0,565$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da bi se anketiranci, ki so izrazili potrebo po osebi, ki bi jih v času obravnave usmerjala in svetovala, želeli z njo pogovoriti o bivalnem okolju in prilagoditvah po dohodu iz bolnišnice in da bi določeni strokovni osebi zaupali svoje strahove o nadaljnjem življenju. Prav tako ugotavljamo, da so anketiranci z željo po strokovni osebi, ki bi jih usmerjala in svetovala, imeli podporo družine, a so pogrešali osebo, ki bi svetovala svojem. Želeli so, da bi se jim medicinske sestre posvetile več časa, da bi svoje občutke strahu nekomu zaupali, da bi imeli osebo, ki bi jim svetovala glede celostne obravnave in da so pogrešali osebo, ki bi bila ves čas ob njih, čeprav se je v času obravnave pri njih izmenjalo veliko ljudi.

Tabela 28: Korelacijska matrika med spremenljivko »Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave	V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	
	Spear. korel. koef. (r_s)	p
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	0,526	0,000
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	0,571	0,000
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	0,531	0,000
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	0,571	0,000
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	0,731	0,000
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	0,565	0,000
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem	0,714	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 29 predstavljamo povezanost spremenljivke »Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju« in drugimi spremenljivkami obravnave. Spearmanov korelacijski koeficient kaže na statistično značilno povezanost s spremenljivkami »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« ($r_s = 0,592$, $p = 0,000$), »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« ($r_s = 0,504$, $p = 0,000$) in »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,565$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki zaznavajo podporo družine, pogrešali strokovno osebo, ki bi jim svetovala glede celostne obravnave, da bi se z njo pogovorili o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah po odhodu iz bolnišnice in da bi tej osebi zaupali tudi svoje strahove o nadaljnjem življenju.

Tabela 29: Korelacijska matrika med spremenljivko »Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave		V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	
		Spear. korel. koef. (r_s)	p
V11	Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	0,592	0,000
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	0,504	0,000
V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	0,565	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 30 predstavljamo povezanost spremenljivke »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« in drugimi spremenljivkami obravnave. Spearmanov korelacijski koeficient kaže na statistično značilno povezanost spremenljivke »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« s spremenljivkami »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« ($r_s = 0,545$, $p = 0,000$), »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« ($r_s = 0,506$, $p = 0,000$) in »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« ($r_s = 0,575$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da bi anketiranci, ki so bili z obravnavo medicinskih sester zadovoljni, a so pogrešali, da bi jim namenile več časa, želeli svoje strahove glede operacije zaupati določeni osebi, se s to osebo pogovoriti o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah, preden zapustijo bolnišnico, in da bi želeli imeti to osebo pri sebi tudi ves čas obravnave.

Tabela 30: Korelacijska matrika med spremenljivko »Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

		V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	
Spremenljivka obravnave		Spear. korel. koef. (r_s)	p
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	0,545	0,000
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	0,506	0,000
V13	V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	0,575	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 31 predstavljamo povezanost spremenljivke »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« in drugimi spremenljivkami obravnave. Na podlagi Spearmanovega korelacijskega koeficienta ugotavljamo povezanost med spremenljivko »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« in spremenljivkama »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,615$, $p = 0,000$) in »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« ($r_s = 0,543$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki jih je bilo operacije strah, pogrešali osebo, ki bi ji te strahove zaupali, in osebo, ki bi bila ves čas obravnave ob njih.

Tabela 31: Korelacijska matrika med spremenljivko »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave	V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	
	Spear. korel. coef. (r_s)	p
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	0,543	0,000
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	0,615	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 32 predstavljamo povezanost med spremenljivko »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« in drugimi spremenljivkami obravnave. Spearmanov korelacijski koeficient kaže na močno povezanost med spremenljivko »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« in spremenljivkama »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,810$, $p = 0,000$), »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« ($r_s = 0,748$, $p = 0,000$) in »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« ($r_s = 0,588$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da anketiranci, ki so pogrešali osebo, ki bi jim svetovala glede celostne obravnave, izražajo tudi močno željo, da tej osebi zaupajo svoje strahove o nadaljnjem življenju, bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice ter da bi bila ta oseba ves čas obravnave ob njih.

Tabela 32: Korelacijska matrika med spremenljivko »Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave		V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	
		Spear. korel. koef. (r_s)	p
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	0,748	0,000
V13	V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	0,588	0,000
V14	V času zdravljenja sem pogrešala strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	0,810	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 33 predstavljamo močno povezanost med spremenljivko »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« in »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,684$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da anketiranci, ki so se želeli pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice, želijo strokovno osebo, ki bi jim zaupali svoje strahove o nadaljnjem življenju.

Tabela 33: Korelacijska matrika med spremenljivko »Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave	V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	
	Spear. korel. koef. (r_s)	p
V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	0,684	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz Tabele 34 ugotavljamo močno povezanost med spremenljivko »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« in spremenljivko »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju« ($r_s = 0,738$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki so v času obravnave pogrešali osebo, ki bi bila ves čas ob njih, hkrati želeli tej osebi zaupati svoje strahove o nadaljnjem življenju.

Tabela 34: Korelacijska matrika med spremenljivko »V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave	V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	
	Spear. korel. koef. (r_s)	p
V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	0,738	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 35 predstavljamo močno povezanost med spremenljivko »Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja« in »Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore« ($r_s = 0,705$, $p = 0,000$). Ugotavljamo, da so anketiranci, ki so jim zdravniki v času obravnave odgovorili na vprašanja, hkrati mnenja, da so jim tudi fizioterapevti v času obravnave nudili veliko podpore.

Tabela 35: Korelacijska matrika med spremenljivko »Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja« in drugimi spremenljivkami obravnave anketirancev

Spremenljivka obravnave		V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	
		Spear. korel. coef. (r_s)	p
V17	Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	0,705	0,000

Vir: Lastna raziskava 2016.

4.2.5 Primerjava demografskih spremenljivk pri skupini, ki izraža močnejšo potrebo po socialnem gerontologu

V nadaljevanju predstavljamo primerjavo med spolom, izobrazbo, stanom in krajem bivanja pri skupini, ki je izrazila močnejšo potrebo po socialnem gerontologu v času obravnave.

Podatki v Tabeli 36 kažejo, da anketiranke izražajo močnejšo potrebo po socialnem gerontologu kot anketiranci.

Tabela 36: Potreba po socialnem gerontologu glede na spol anketirancev

		Potreba po socialnem gerontologu		Skupaj
		Manj	Bolj	
Spol	Moški	6	5	11
	Ženski	10	16	26
	Skupaj	16	21	37

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz podatkov v Tabeli 37 razberemo, da so anketiranci z osnovnošolsko izobrazbo najmočneje izražali potrebo po socialnem gerontologu. Sledijo anketiranci s srednješolsko izobrazbo.

Tabela 37: Potreba po socialnem gerontologu glede na izobrazbo anketirancev

	Potreba po socialnem gerontologu			Skupaj
	Manj	Bolj		
	Izobrazba			
Osnovnošolska	10	11	21	
Poklicna	3	3	6	
Srednješolska	3	5	8	
Višješolska	1	1	2	
Univerzitetna	0	1	1	
Skupaj	17	21	38	

Vir: Lastna raziskava 2016.

V Tabeli 38 prikazujemo potrebe po socialnem gerontologu glede na stan anketirancev. Ločen je samo en anketiranec, prav tako tudi v izvenzakonski zvezi, samska sta dva anketiranca. Poročeni in ovdoveli izražajo približno enako potrebo po socialnem gerontologu.

Tabela 38: Potreba po socialnem gerontologu glede na stan anketirancev

	Potreba po socialnem gerontologu			Skupaj
	Manj	Bolj		
	Stan			
Samski/a	1	1	2	
Poročen/a	7	9	16	
Ločen/a	1	0	0	
Izven zveze	0	1	2	
Vdovec/a	8	10	18	
Skupaj	17	21	38	

Vir: Lastna raziskava 2016.

Iz Tabele 39 razberemo, da anketiranci, ki živijo v lastnem domu, izražajo večjo potrebo po socialnem gerontologu kot anketiranci, ki živijo v domu za starejše občane.

Tabela 39: Potreba po socialnem gerontologu glede na kraj bivanja anketirancev

		Potreba po socialnem gerontologu		Skupaj
		Manj	Bolj	
		Kraj bivanja	Dom za starejše občane	
	Lasten dom	9	16	25
	Skupaj	17	22	39

Vir: Lastna raziskava 2016.

Anketiranci, ki izražajo močnejšo potrebo po socialnem gerontologu, so v povprečju nekoliko mlajši (aritmetična sredina = 75,3) kot anketiranci, katerih potreba po socialnem gerontologu je šibkeje izražena (aritmetična sredina = 76,4). Anketiranci, ki izražajo močnejšo potrebo po socialnem gerontologu, imajo v povprečju manj otrok (aritmetična sredina = 2,0) kot anketiranci, katerih potreba po socialnem gerontologu je šibkeje izražena (aritmetična sredina = 2,4).

V raziskavi o potrebi po socialnem gerontologu v procesu obravnave v Sloveniji so sodelovali anketiranci med 60 in 94 let, v povprečju stari 75,7 leta. Imeli so dokončano osnovno šolo (48,5 %), bili so poročeni (45,5 %) oziroma ovdovedli (43,9 %), v povprečju so imeli 2,2 otroka in živeli v lastnem domu (69,2 %). V povprečju so se najbolj strinjali, da so po operaciji komaj čakali, da bodo lahko vstali iz postelje, skrbelo jih je, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila ter jih je bilo strah bolečine. Zdravniki so jim vedno odgovorili na vprašanja, vendar jih je ves čas obravnave skrbelo za njihovo zdravstveno stanje. Anketiranke so močnejše kot anketiranci komaj čakale, da bodo po operaciji lahko vstale iz postelje. Tisti, ki živijo v lastnem domu v primerjavi s tistimi, ki živijo v domu starejših občanov, so močnejše čutili skrb svoje družine, a so kljub temu pogrešali osebo, ki bi svojcem svetovala glede njihove obravnave v domačem okolju.

4.3 Preverjanje hipotez

V nadaljevanju predstavljamo preverjanje osmih hipotez. Prvo, drugo, četrto, peto, šesto in sedmo hipotezo smo preverjali s χ^2 testom – Wilcoxonovim testom, tretjo in osmo hipotezo pa na podlagi opisne statistike.

Z neparametričnim χ^2 testom – Wilcoxonovim testom določamo povezanost nominalnih in ordinalnih spremenljivk, ki vsebujejo dve ali več kategorij, na način, da preverjamo, v kolikšni meri dejanske vrednosti odstopajo od pričakovanih vrednosti (Kropivnik idr. 2006, 53). Pri tem ničelna hipoteza omenjenega testa predpostavlja, da je frekvenčna porazdelitev opazovanj v vzorcu porazdeljena v skladu s pričakovano teoretično porazdelitvijo. Omenjene razlike so lahko prikazane v kontingenčni tabeli. Pri tem je za največ petino celic dopustna teoretična oziroma pričakovana frekvenca manjša od 5, obenem pa ne sme biti prazna nobena celica. Prav tako morajo biti podatki med seboj neodvisni (Field 2009, 692).

H1: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje imajo slabše kognitivne sposobnosti kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

Prvo hipotezo smo preverjali s pomočjo neparametričnega χ^2 testa – Wilcoxonovega testa, s katerim smo ugotavljali razliko med kognitivnimi sposobnostmi pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje in kognitivnimi sposobnostmi anketirancev iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Kognitivne sposobnosti pri anketirancih smo merili z AMTS testom. 1,9 % anketirancev iz Splošne bolnišnice Celje je imelo rezultat AMTS testa pod vrednostjo 7, 15,6 % pa nad vrednostjo 7. 27,2 % anketirancev iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, je imelo rezultat AMTS testa pod vrednostjo 7, 42,8 % pa nad vrednostjo 7. Razlika med kognitivnimi sposobnostmi pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje in anketiranci iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, je statistično značilna ($\chi^2 = 63,629$, $p = 0,000$).

Tabela 40: Primerjava vrednosti AMTS testa za preverjanje H1

	Anketiranci v Splošni bolnišnici Celje (v %)	Anketiranci v državah, vključenih v FFN HF (%)
Vrednost AMTS testa pod 7	1,9	27,2
Vrednost AMTS testa nad 7	15,6	42,8
χ^2	63,629	
p	0,000	

Vir: Lastna raziskava 2016.

Prvo hipotezo, da imajo starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje slabše kognitivne sposobnosti kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, lahko potrdimo.

H2: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje so operirane kasneje kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

Tudi drugo hipotezo smo preverjali s pomočjo neparametričnega χ^2 testa – Wilcoxonovega testa, s katerim smo ugotavljali razliko med časom operacije, izvedene v 48 urah po poškodbi zloma kolka, pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje in časom operacije, izvedene v 48 urah po poškodbi zloma kolka, pri anketirancih iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

V Tabeli 41 predstavljamo rezultate opisne statistike in χ^2 testa – Wilcoxonovega testa primerjave časa operacije, izvedene v roku 48 ur po poškodbi – zlomu kolka. V Splošni bolnišnici Celje je bil bistveno nižji delež anketirancev, pri katerih so operacijo izvedli v 48 urah po poškodbi zloma kolka (24,6 %) kot pri anketirancih iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF (37,4 %). Razlika v času operacije v 48 urah po poškodbi zloma kolka je statistično značilna na stopnji tveganja pod 0,05 ($\chi^2 = 3,934$, $p = 0,047$). Izvedba operacije v 48 urah po zlomu kolka je povezana tudi s prisotnostjo geriatra, ki je zdravnik specialist. Pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje je bil geriater prisoten v 0,4 % primerih, pri anketirancih iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, pa kar v 63,9 % primerih.

Tabela 41: Primerjava časa operacije za preverjanje H2

	Anketiranci v Splošni bolnišnici Celje (v %)	Anketiranci v državah, vključenih v FFN HF (%)
Operacija v 48 urah	24,6	37,4
χ^2		3,934
p		0,047
Prisotnost geriatra	0,4	63,9

Vir: Lastna raziskava 2016.

Drugo hipotezo, da so starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje operirane kasneje kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, lahko potrdimo. Pri tem izhajamo tudi iz dejstva, da je pri izvedbi operacije v roku 48 ur po poškodbi zloma kolka pomembna prisotnost geriatra.

H3: Najmanj 80 % starejših oseb z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje je bilo pred poškodbo mobilnih brez pomoči.

Tretjo hipotezo smo preverjali s pomočjo opisne statistične analize podatkov anketirancev. V Tabeli 42 predstavljamo podatke o mobilnosti anketirancev pred poškodbo. 57,4 % anketirancev je bilo pred poškodbo mobilnih brez pomoči. 20,7 % anketirancev je bilo zunanje mobilnih s pripomočkom, 8,8 % pa notranje mobilnih, zunaj pa nikoli brez pomoči.

Tabela 42: Mobilnost anketirancev za preverjanje H3

Stanje mobilnosti	Odstotek (%)
Mobilni brez pomoči	57,4
Zunanje mobilni s pripomočkom	20,7
Zunanje mobilni z dvema pripomočkoma	6,8
Notranje mobilni, zunaj nikoli brez pomoči	8,8
Brez funkcionalne mobilnosti	6,4

Vir: Lastna raziskava 2016.

Podatki kažejo, da je bilo mobilnih s pomočjo kar 42,6 % anketirancev, zato tretje hipoteze, da je bilo najmanj 80 % starejših oseb z zlomom kolka pred poškodbo mobilnih brez pomoči, ne moremo potrditi.

H4: Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje imajo slabše preventivno zdravljenje za zaščito kostnine kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

Četrto hipotezo smo preverjali s pomočjo neparametričnega χ^2 testa – Wilcoxonovega testa, s katerim smo ugotavljali razliko v preventivnem zdravljenju za zaščito kostnine pred zlomom pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje in preventivnim zdravljenjem za zaščito kostnine pred zlomom pri anketirancih iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Pri anketirancih v Splošni bolnišnici Celje je samo 1,9 % anketirancev izvajalo preventivno zdravljenje za zaščito kostnine pred zlomom, pri anketirancih v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, pa pri 9,2 %. Razlika v preventivnem zdravljenju je statistično značilna na stopnji tveganja pod 0,05 ($\chi^2 = 5,029$, $p = 0,025$), kar je razvidno iz Tabele 43.

Tabela 43: Primerjava preventivnega zdravljenja za preverjanje H4

	Anketiranci v Splošni bolnišnici Celje (v %)	Anketiranci v državah, vključenih v FFN HF (%)
Preventivno zdravljenje za zaščito kostnine	1,9	9,2
χ^2		5,029
p		0,025

Vir: Lastna raziskava 2016.

Četrto hipotezo, da imajo starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje slabše preventivno zdravljenje za zaščito kostnine kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, lahko potrdimo. Anketiranci v Splošni bolnišnici Celje manj pogosto izvajajo preventivno zdravljenje za zaščito kostnine kot anketiranci iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF.

H5: Za starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje v starostni skupini od 60 do 75 let so pri operativnem posegu pogosteje uporabili splošno anestezijo kot pri osebah v starostni skupini nad 75 let.

Za analizo pete hipoteze smo spremenljivko starost najprej preoblikovali v dve skupini: od 60 do 75 let in nad 75 let. V prvo skupino je bilo uvrščenih 23,8 %, v drugo pa 76,2 % anketirancev.

Z χ^2 testom – Wilcoxonovim testom smo preverjali povezanost med starostjo in anestezijo. Rezultate opisne statistike in χ^2 testa – Wilcoxonovega testa prikazujemo v Tabeli 44. Pri anketirancih med 60. in 75. letom starosti se je pogosteje uporabila splošna anestezija (44,0 % anketirancev) kot pri anketirancih, starejših od 75 let (42,6 %). Vendar na podlagi predstavljenih analiz ugotavljamo, da povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna ($\chi^2 = 0,048$, $p = 0,826$), kar je razvidno iz Tabele 44.

Tabela 44: Povezanost med starostjo in anestezijo za preverjanje H5

	Od 60 do 75 let	Več kot 75 let
Splošna anestezija	44,0 %	42,6 %
Spinalna anestezija	56,0 %	57,4 %
χ^2	0,048	
p	0,826	

Vir: Lastna raziskava 2016.

Pete hipoteze, da se je za starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje v starostni skupini od 60 do 75 let pri operativnem posegu pogosteje uporabila splošna anestezija kot pri osebah v starostni skupini nad 75 let, ne moremo potrditi. Pri osebah, starih od 65 do 75 let, se v Splošni bolnišnici Celje splošna anestezija ne uporablja pogosteje kot pri osebah, starejših od 75 let.

H6: Starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, se po operativnem posegu pogosteje vrnejo v svoje domače okolje kot starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje.

Tudi šesto hipotezo smo preučili s pomočjo χ^2 testa – Wilcoxonovega testa. Primerjali smo pogostost vrnitve v domače okolje pri anketirancih iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF in pogostost vrnitve v domače okolje pri anketirancih iz Splošne bolnišnice Celje. Podatki v Tabeli 45 kažejo, da se anketiranci iz Splošne bolnišnice Celje v domače okolje vrnejo v 38,2 % primerih, v institucijo pa je napotenih 52,4 % primerov. Pri anketirancih iz držav, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, pa je pogostost vrnitev v domače okolje v 18,8 % primerih, v institucijo pa v 28,4 % primerih. Razlika med pogostostjo vrnitve v domače okolje v državah, vključenih v mednarodno bazo FFN FHAD, in v primerih Splošne bolnišnice Celje je statistično značilna ($\chi^2 = 53,620$, $p = 0,000$).

Tabela 45: Primerjava vrnitve v domače okolje za preverjanje H6

	Anketiranci v državah, vključenih v FFN HF (v %)	Anketiranci v Splošni bolnišnici Celje (v %)
Vrnitev v domače okolje	18,8	38,2
χ^2		0,048
p		0,826
Vrnitev v institucionalno okolje	28,4	52,4

Vir: Lastna raziskava 2016.

Podatki v Tabeli 45 kažejo, da je pogostost vrnitve v domače okolje višja pri anketirancih iz Splošne bolnišnice Celje. Zato šeste hipoteze, da se starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF, po operativnem posegu pogosteje vrnejo v svoje domače okolje kot starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje, ne moremo potrditi. Ugotavljamo namreč, da so anketiranci iz Splošne bolnišnice Celje pogosteje napoteni v domače okolje kot anketiranci iz držav, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Deloma gre takšen rezultat pripisati dejstvu, da je v tujini uveljavljena praksa, da se osebe takoj po odpustu iz bolnišnice obvezno vključi v proces rehabilitacije v institucijo.

H7: Pri obravnavi v Splošni bolnišnici Celje se starejše osebe z zlomom kolka v starostni skupini od 60 do 75 let ob pregledu po 30 dneh gibljejo bolj samostojno in z

manj težavami pri hoji kot starejše osebe z zlomom kolka v starostni skupini nad 75 let.

S pomočjo χ^2 testa smo preverili sedmo hipotezo. Anketirance na pregledu po 30 dneh smo glede mobilnosti razvrstili v dve skupini. V prvo skupino smo združili anketirance, ki so bili mobilni brez pomoči oz. zunanje mobilni s pripomočkom ter na anketirance, ki so bili zunanje mobilni z dvema pripomočkoma, notranje mobilni, a zunaj nikoli brez pomoči in brez funkcionalno nemobilni. Prvo skupino anketirancev smo poimenovali mobilni z največ enim pripomočkom, drugo skupino pa mobilni z več kot enim pripomočkom do nemobilni.

V Tabeli 46 predstavljamo rezultate opisne statistike in χ^2 testa. Anketiranci v starosti od 60 do 75 let so bili na pregledu po 30 dneh bolj mobilni (34,7 %) kot anketiranci, starejši od 75 let (28,1 %). Vendar rezultati χ^2 testa kažejo, da povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna ($\chi^2 = 1,135$, $\alpha = 0,287$).

Tabela 46: Povezanost med starostjo in mobilnostjo za preverjanje H7

	Od 60 do 75 let	Več kot 75 let
Mobilni z največ enim pripomočkom	34,7 %	28,1 %
Mobilni z več kot enim pripomočkom do nemobilni	65,3 %	71,9 %
χ^2	1,135	
p	0,287	

Vir: Lastna raziskava 2016.

Sedme hipoteze, da se večina starejših oseb po operaciji kolka v starostni skupini od 65 do 75 let na pregledu po 30 dneh giblje samostojno, nima težav pri hoji, v starostni skupini nad 75 let pa uporabljajo pripomoček, imajo nekaj težav pri hoji in umivanju ter oblačenju, ne moremo potrditi. Osebe v starostni skupini od 65 do 75 let po 30 dneh od operativnega posega niso bolj mobilne kot osebe, starejše od 75 let.

H8: Pri obravnavi v Splošni bolnišnici Celje več kot 50 % starejših oseb z zlomom kolka pogreša osebo, ki bi ji zaupali svoje strahove glede operativnega posega in strahove glede življenja po odpustu iz bolnišnice.

Osmo hipotezo smo preučili na podlagi opisne statistične analize podatkov pri spremenljivkah »Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a« in »V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju«. V Tabeli 47 predstavljamo odstotke strinjanja anketirancev, da jih je bilo operacije strah in da bi se o tem radi nekemu zaupali ter da so pogrešali osebo, ki bi ji zaupali o svojih strahovih glede nadaljnjega življenja. 62,5 % anketirancev izpostavlja, da jih je bilo operacije strah in da bi želeli te občutke zaupati strokovni osebi. 56,3 % anketirancev je v času zdravljenja pogrešalo strokovno osebo, ki bi ji zaupali svoje strahove o življenju po odpustu iz bolnišnice.

Tabela 47: Odstotek strinjanja s trditvami za preverjanje H8

	Spremenljivka	Odstotek strinjanja (%)
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	62,5
V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	56,3

Vir: Lastna raziskava 2016.

Na podlagi podatkov ugotavljamo, da se je več kot 50 % anketirancev strinjalo, da jih je bilo operacije strah in da bi se o tem radi nekemu zaupali ter da so pogrešali osebo, ki bi ji zaupali svoje strahove glede nadaljnjega življenja. Tako lahko osmo hipotezo, da več kot 50 % anketiranih starejših oseb v času hospitalizacije in njihove obravnave pogreša osebo, kateri bi lahko zaupali svoje strahove in stiske v času zdravljenja, rehabilitacije ter življenja po odpustu iz bolnišnice, potrdimo.

Z rezultati raziskave, v kateri smo proučevali obstoječi sistem in proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje in raziskave, s katero smo ugotavljali potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v proces obravnave starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje, smo preverili osem hipotez in ugotovili, da

imajo starejše osebe iz Splošne bolnišnice Celje v primerjavi s starejšimi osebami iz drugih bolnišnic v Evropi, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF slabše kognitivne sposobnosti in da pred zlomom kolka niso imele zadostnega preventivnega zdravljenja kosti. Starejše osebe iz Splošne bolnišnice Celje po zlomu kolka čakajo dlje na operativni poseg, se pa pogosteje vrnejo v domače okolje kot starejše osebe iz drugih bolnišnic v Evropi, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje so bile pred zlomom kolka v večini mobilne brez pomoči, pri njihovem operativnem posegu se je ne glede na starostno skupino v enakem obsegu uporabila splošna anestezija. Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje so po 30 dneh od operativnega posega enako mobilne v vseh starostnih skupinah. Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje izpostavljajo potrebo po strokovni osebi, t. j. socialnemu gerontologu, ki bi mu zaupale svoje strahove med obravnavo in o življenju po odpustu iz bolnišnice.

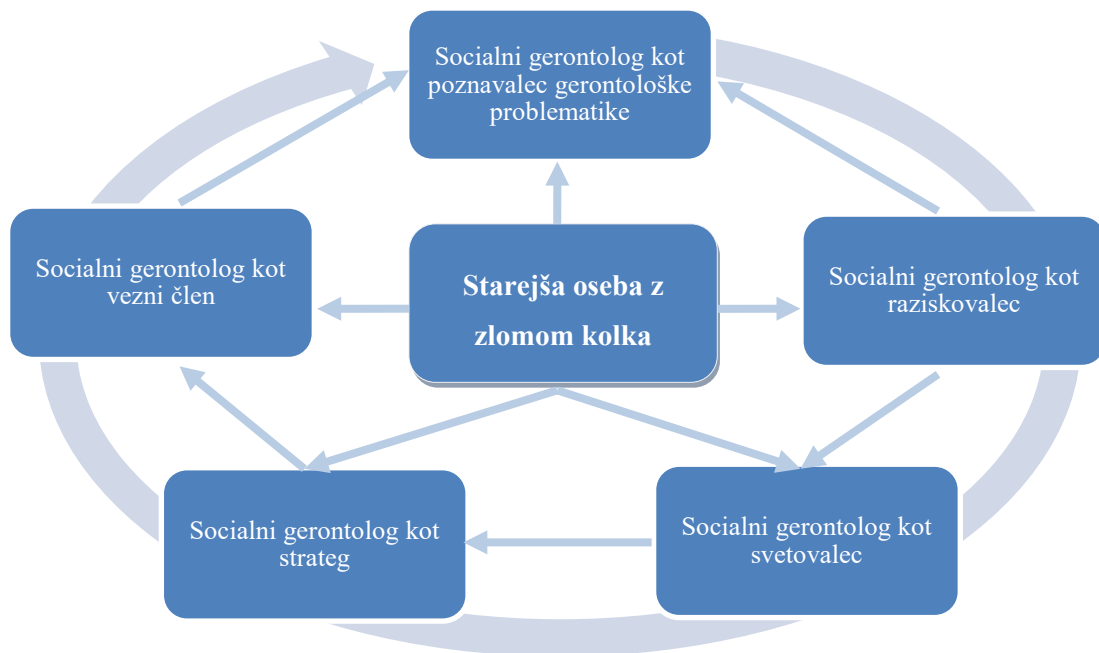
4.4 Umestitev socialnega gerontologa v bolnišnično okolje

Zdravstveni sistem nudi na sekundarni ravni razdrobljene storitve. Posamezni izvajalec poskuša v zdravstvenem sistemu zagotoviti kakovostno storitev neodvisno od drugih izvajalcev. V tem okolju se čuti ločena entiteta, ki ne tvori dovolj povezav. Starejša oseba se v zdravstvenem sistemu sooča z nepregledno množico izvajalcev ter z različnimi obrazci in zahtevami. Nepovezan proces zdravljenja lahko brez koordinacije prinese izgubo stika tej starejši osebi.

Namen sodobnega modela obravnave starejše osebe z zlomom kolka je koncept, ki starejšo osebo postavlja v središče zdravstvene oskrbe. Vloga socialnega gerontologa v multidisciplinarnem timu je koordinacija znotraj tima različnih strokovnjakov in prenos informacij, s čimer postane starejša oseba z zlomom kolka partner v procesu odločanja v obravnavi. Socialni gerontolog prevzame koordinacijo, ki temelji na optimizaciji predoperativne priprave (anestezijske, kirurške) in operacije, zgodnji mobilizaciji, zmanjševanju zapletov ter začetku aktivne rehabilitacije. Socialni gerontolog spremlja starejšo osebo z zlomom kolka od sprejema v bolnišnično okolje in odpusta v varno socialno okolje.

Umestitev socialnega gerontologa v bolnišnično okolje predstavlja edinstven ukrep, ki ga je težko prenesti iz primerov drugih dobrih praks, saj smo narod z lastno kulturo, drugačnim okoljem, drugačnimi stališči, potrebami, vrednotami in razmišljanji. V bolnišničnem okolju zaznavamo potrebo socialnega gerontologa kot poznavalca gerontološke problematike, vezni člen v timu, raziskovalca, svetovalca in stratega. Na Sliki 8 prikazujemo pet vlog socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju.

Slika 8: Vloga socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju



Vir: Lastni vir.

4.4.1 Socialni gerontolog kot poznavalec gerontološke problematike

Socialni gerontolog kot poznavalec gerontološke problematike pri starejši osebi z zlomom kolka prepoznava vpliv teorije življenjskega ciklusa, katere vpliv se izraža tudi v zdravstvenem stanju starejše osebe. Starejši osebi z zlomom kolka predstavlja izrazit strah pred ponovnim padcem problem širše dimenzije. Giusti in drugi (2008, 253) namreč izpostavljajo, da pri starejši osebi, ki enkrat pade, obstaja dva- do trikrat večja verjetnost za ponovni padec. Pri tem Bandura (2009, 100–113) velik del strahu starejših oseb pripisuje njihovemu neinformiranju.

Teorija umika se pri starejši osebi kaže v opuščanju socialnih stikov in njenem počasnem drsenju v socialno izključenost ter osamljenost. Determinante, povezane s socialnim

okoljem in socialno vključenostjo so ključnega pomena za zdravje starejše osebe. Izolacija in osamljenost, ki sta posledica manjšega družabnega udejstvovanja, namreč povečujeta nevarnost za padce (Skela Savič idr. 2010, 95). Po mnenju Šabovič (2004, 38) težave pri socialnih odnosih zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starejše osebe in vplivajo na njeno samostojnost in s tem na kakovost življenja.

4.4.2 Socialni gerontolog kot raziskovalec

Socialni gerontolog kot raziskovalec pridobiva informacije, osvetljuje področje raziskovanja in daje splošno oceno o kakovosti življenja starejše osebe. Pomembno področje raziskovanja socialnega gerontologa temelji na podatkih o socialnih odnosih in socialni vključenosti starejše osebe v družbeno okolje. Prav tako zajema področje raziskovanja informacije o zdravju starejše osebe, oceno njenega splošnega zadovoljstva ter finančnega stanja oziroma možnost dostojnega življenja.

4.4.3 Socialni gerontolog kot svetovalec

Socialni gerontolog kot svetovalec se aktivno vključuje na vseh področjih, kjer se srečuje s starejšo osebo. Na področju zdravstva tako vstopa v središče javnozdravstvenih težav, kjer daje na primarni ravni velik poudarek preventivi, na sekundarni ravni pa nastopi kot koordinator v multidisciplinarni obravnavi starejše osebe z zlomom kolka.

Padec starejše osebe predstavlja pomemben vidik kakovosti v zdravstvu. Z aktivnim delom, izobraževanjem, poznavanjem dejavnikov tveganja, ki ga starejša oseba usvoji in razume, se lahko pomembno zmanjša število padcev. Gardner in drugi (2005, 3) so ugotovili, da že 15-minutni pogovor s starejšo osebo z zlomom kolka, kjer jo seznanijo z nevarnostjo osteoporoze, pomenom ustreznega zdravljenja in preprečevanjem ponovnega padca, pomembno prispeva k učinkoviti obravnavi. Poznavanje zdravstvenega stanja starejše osebe, pogovor o zdravstveni tematiki in seznanjanje z izkušnjami drugih oseb pomembno znižujejo strah ter nezadovoljstvo starejše osebe zaradi pomanjkanja znanja.

Socialni gerontolog se s starejšo osebo srečuje na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema. Socialni gerontolog se s starejšo osebo, kot opisuje Železnik (2007, 29), sreča že na ravni, ko starejša oseba presoja o svojih simptomih in pri tem ne upošteva strokovnega mnenja zdravstvenega osebja, najpogosteje zaradi preteklih slabih izkušenj z zdravstveno stroko.

Socialni gerontolog kot svetovalec se aktivno vključuje tudi v socialno okolje starejše osebe in spremlja njen socialni razvoj (Hostnik 2014, 4). Pomembne informacije za načrt delovanja predstavljajo ocena vključenosti starejše osebe v družbo, ocena prisotnosti in trdnosti njene socialne mreže ter njihove razvejanosti. Socialni gerontolog kot svetovalec se aktivno vključuje z namenom psihološkega vpliva na starejšo osebo, pri čemer se rezultat odraža v dostopnosti starejše osebe do drugih oseb, v pogostosti socialnih stikov z drugimi osebami ter čustveni opori, ki starejša oseba prejme od drugih oseb. Starejša oseba se z ohranjanjem stikov vključuje v okolje in je zato redkeje osamljena. Socialna mreža starejši osebi omogoča pristne človeške stike in pozitivno psihološko podporo.

4.4.4 Socialni gerontolog kot strateg

Socialni gerontolog kot strateg načrtuje in sestavlja klinične poti, ki naj bi celovito obravnavale in vključevale starejšo osebo. Načrt temelji na tem, da bi morala starejša oseba čim dlje ostati v okolju, ki ji je znano, v katerem se počuti varno, kar pozitivno vpliva na njeno kakovost življenja. Socialni gerontolog kot enakovreden strokovni član multidisciplinarnega tima razvija avtonomno stroko s svojim specifičnim znanjem in delovanjem v zdravstvenem sistemu.

4.4.5 Socialni gerontolog kot vezni člen

Socialni gerontolog kot vezni člen omogoča vzpostavitev prezrtega koncepta celovite oskrbe starejše osebe. S tem v bolnišničnem okolju zapolnjuje vrzel med medicino, zdravstveno nego in medicinsko rehabilitacijo pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka.

Socialni gerontolog vstopa v zdravstveni sistem kot član multidisciplinarnega tima pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka, kar v bolnišničnem okolju predstavlja izziv za učinkovito koordinacijo znotraj tima strokovnjakov. Ustvariti je potrebno inovativen model v slovenskem prostoru, ki predstavlja primer dobre prakse koordiniranja ter povezovanja zdravstvenih in socialnih vsebin. Prav na tem področju je potrebno poglobljeno raziskovanje v smislu potreb starejše osebe z zlomom kolka ter potreb izvajalcev na zdravstvenem in socialnem področju. Dolžnost socialnega gerontologa je, da s pridobljenim znanjem in izobrazbo prispeva k razvoju stroke socialne gerontologije na področju zdravstva. V zdravstvenem sistemu se lahko socialna gerontologija umesti kot

samostojna stroka z nalogo povezovanja in sodelovanja v multidisciplinarnem timu obravnave starejše osebe z zlomom kolka oziroma obravnavo starejše osebe pri drugih vrstah poškodb ali obolenj.

Socialni gerontolog kot povezovalec med medicino in zdravstveno nego predstavlja vez med skupino strokovnjakov, ki si med seboj enakopravno razdelijo svoje vloge (Hostnik 2014, 2). Socialni gerontolog prevzame tudi funkcijo koordinatorja na sekundarni ravni in raziskovalca na demografskem področju. Na sekundarni ravni socialni gerontolog pridobiva pomembne informacije o trdnosti socialnih povezav starejše osebe in vzpostavlja povezavo z zunanjimi ustanovami, ki starejši osebi z zlomom kolka nudijo pomoč. Sekundarna raven zdravstva se dopolnjuje z ambulantami družinske medicine s pripadajočimi referenčnimi ambulantami, negovalnimi oddelki znotraj ustanove, podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem, patronažnim varstvom, zdravstveno nego na domu, socialno pomočjo na domu, družinskimi pomočniki, oskrbovanimi stanovanji, dnevnimi centri, medgeneracijskimi centri, paliativno oskrbo, prostovoljstvom in pomočjo laičnih oseb.

Na Sliki 9 predstavljamo pet glavnih kategorij dela socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju, kot so podpora starejši osebi o sprejemu, kot povezava med strokovnjaki in institucijami, ki se srečujejo s starejšo osebo ter kot prizadevanje za kompetentno obravnavo, preprečevanje zapletov in promocijo na različnih področjih dela s starejšo osebo.

Slika 9: Pet kategorij dela socialnega gerontologa v bolnišničnem okolju



Vir: Lastni vir.

5 RAZPRAVA

Pri starejših osebah je pomembno razumevanje procesa staranja, zavedanje o pomenu zdravja ter socialne vključenosti, kar pomembno vpliva na njihovo kakovost življenja. S starostjo se zaradi zniževanja mineralne gostote kosti, motenj ravnotežja, oslabelosti mišic in drugih vplivnih dejavnikov povečuje verjetnost incidence padcev (Koglot idr. 2001, 661) in s tem incidence zloma kolka pri starejši osebi (Rok Simon 2006, 10). Yazdanshenas in drugi (2016, 19–25) ugotavljajo, da zlom kolka starejši osebi predstavlja prelomen dogodek v njihovem življenju, saj zmanjšuje njeno kakovost življenja ali povzroči celo njeno smrt.

V sodobnih družbah je pomembna uporaba systemskega pristopa pri reševanju problema incidence zlomov, predvsem zlomov kolka pri starejših osebah. Obstoječi sistem obravnave starejših oseb z zlomom kolka je neustrezen in neučinkovit. V okviru systemskega pristopa kot primer dobre prakse izstopa celosten in multidisciplinaren pristop, ki vključuje tudi socialnega gerontologa.

Na učinkovitost zdravljenja in rehabilitacije pri starejših osebah z zlomom kolka pomembno prispeva tudi njihova socialna vključenost, ki vpliva na njihovo ranljivost, stres in depresijo. Starejše osebe, ki ne zaznavajo dovolj samoučinkovitosti, omejujejo svojo aktivnost in izgubljajo zanimanje za družbeno dogajanje, s čimer povečujejo verjetnost za socialno izključenost.

V Sloveniji obstajajo priporočila za zdravljenje starejših oseb z zlomom kolka, kjer so natančno določeni koraki akutnega kirurškega zdravljenja, zdravljenje njihovih osnovnih bolezni, osteoporoze in ustrezno obravnavo od njihovega sprejema v bolnišnično okolje do zaključka medicinske rehabilitacije. Ta priporočila izhajajo iz dobrih praks iz drugih držav. Čeprav v Sloveniji po navedbah v Resoluciji (Ministrstvo za zdravje RS 2015, 52) obstaja vrsta primerov dobrih praks, kljub temu v prakso še vedno nismo vpeljali protokola, ki bi temeljil na načrtovanju in izvajanju celostne in multidisciplinarne obravnave, kjer izpostavljam predvsem klinične smernice, klinične poti, koordinatorja obravnave in protokole sodelovanja med različnimi ravnmi zdravstvenega sistema.

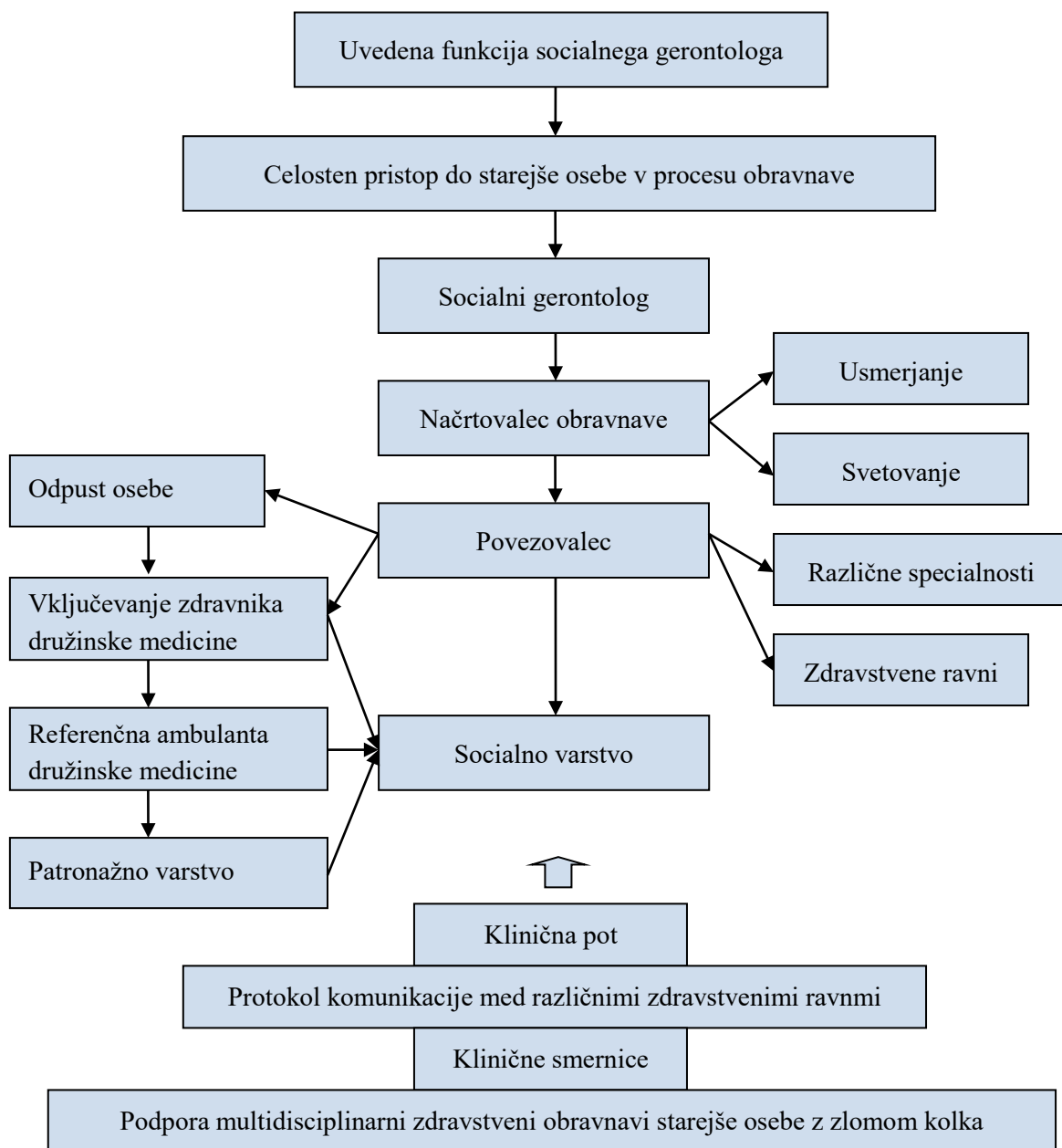
Obstoječi slovenski zdravstveni sistem s tradicionalno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka je razdrobljen in slabo koordiniran, kar kaže na potrebo po njegovi optimizaciji. Rubenstein (2006, 39) namreč ugotavlja, da slabo koordinirana obravnava starejše osebe z zlomom kolka zavira njen povratak v domače okolje. Tudi v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 (Ministrstvo za zdravje RS 2015, 52) je izpostavljen problem, da v slovenskem zdravstvenem sistemu ni ustrezne horizontalne in vertikalne povezanosti obravnave. Horizontalna povezanost obravnave vključuje specialiste na isti ravni, pri vertikalni povezanosti pa se v obravnavo vključijo strokovnjaki različnih ravni zdravstvene dejavnosti. Rezultati raziskave v doktorski disertaciji kažejo na neučinkovito tradicionalno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v slovenskem zdravstvenem sistemu ter potrebo po uvedbi celostne in multidisciplinarne obravnave, s katero bi pomembno prispevali h kakovostni obravnavi, optimizirali obravnavo in izboljšali njeno stroškovno učinkovitost. Kates in drugi (2010, 621–625) namreč izpostavljajo, da številne mednarodne študije pri multidisciplinarnem pristopu obravnave kažejo pomembno zmanjšanje zapletov, skrajšanje časa bivanja v bolnišničnem okolju in vrnitev starejše osebe z zlomom kolka v domače okolje.

Kompleksnost obravnave starejše osebe z zlomom kolka zahteva uporabo multidisciplinarnega pristopa. Colon-Emeric (2012, 241) namreč poudarja, da multidisciplinarni model obravnave, vključno s kliničnimi potmi, gerontološkimi svetovanji in specializiranimi oddelki, izboljša potek zdravljenja starejše osebe, skrajša celotni čas obravnave in prispeva h kakovostnejši obravnavi. Učinkovito koordiniran zdravstveni sistem je, kot ugotavljajo Marsh in drugi (2011, 2058), pogoj za obvladovanje sistema tudi s stroškovnega vidika, saj kot ugotavlja Frieden (2015, 25), predstavlja ekonomsko breme zdravljenja starejših oseb z zlomom kolka javno zdravstveni problem, ki zahteva preventivne ukrepe za padce pri starejših osebah. Zavrtnik (2015, 77) v slovenskem zdravstvenem sistemu do leta 2025 nakazuje na 37 % porast stroškov zdravljenja in rehabilitacije oseb po zlomu kolka, ki bi jih lahko zmanjšali z identifikacijo oseb z visokim tveganjem za zlom kolka in z učinkovito obravnavo starejših oseb z zlomom kolka. Z rezultati naše raziskave poudarjamo potrebo po spremembi obstoječega sistema obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Stroškovni vidik obravnave starejših oseb z zlomom kolka narekuje potrebo po učinkovitih preventivnih ukrepih, s katerimi bi izpostavili in analizirali tveganja za padce, o njih informirali starejše osebe in njihove svojce ter v največji možni meri tudi minimalizirali omenjena tveganja.

Dojemanje zloma kolka starejše osebe in uspešnost njene rehabilitacije po zlomu kolka je v veliki meri odvisna od njenih kognitivnih sposobnosti, pri čemer Bandura (2012, 38) poudarja zaznavanje samoučinkovitosti, ki pri starejši osebi povečuje prepričanje v lastne sposobnosti. Na samoučinkovitost starejše osebe, kot ugotavlja Bandura (2009, 113), pomembno vplivajo informacije, ki jih starejša oseba prejme iz okolja. McLeod (2016, 2) namreč pravi, da je za samoučinkovitost starejše osebe pomembno, da jo družba spodbuja pri zdravem načinu življenja, preprečevanju bolezni ter ozaveščanju o tveganjih za padce. Z rezultati raziskave izpostavljam potrebo po začetni meritvi kognitivnih funkcij starejše osebe z zlomom kolka, na podlagi katerih se izbere obravnava prilagojena starejši osebi, saj Strömberg in drugi (2013, 167–175) ugotavljajo, da je verjetnost zapletov v obravnavi višja pri starejši osebi z ocenjenimi nižjimi kognitivnimi funkcijami. Z rezultati raziskave ugotavljamo, da imajo starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje slabše kognitivne sposobnosti kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. Zato je pomembno, da se starejšim osebam z zlomom kolka, ki pri začetnem merjenju kognitivnih funkcij izkazujejo slabše ocene kognitivnih funkcij, pri obravnavi nameni posebna skrb. Potrebno jih je spodbujati h gibanju, jih informirati o poteku obravnave in jih vključiti v reševanje morebitnih problemov pri obravnavi. S tem bodo te starejše osebe pridobile občutek samoučinkovitosti in zaznale težave pri obravnavi kot izziv, ki so ga sposobne preseči. Starejše osebe z močnim občutkom samoučinkovitosti hitreje razvijejo zanimanje za gibanje in aktivnosti v procesu obravnave ter si hitreje opomorejo v primeru razočaranja in neuspeha, ki se jim pripeti v procesu obravnave.

Optimizacijo obstoječe tradicionalne obravnave starejših oseb z zlomom kolka bi izvedli z nadgradnjo zdravstvenega in socialnega sistema, v katerem bi uporabili celostni in multidisciplinarni pristop in v omenjeno obravnavo umestili socialnega gerontologa. Na Sliki 10 prikazujemo nadgradnjo sistema zdravstvenega varstva, kjer izpostavljam vlogo socialnega gerontologa predvsem kot načrtovalca obravnave in kot povezovalca med starejšo osebo z zlomom kolka in različnimi specialisti. Socialni gerontolog starejšo osebo usmerja in ji svetuje skozi celoten proces obravnave. Prav tako ima socialni gerontolog ključno vlogo povezovalca tako pri vertikalni kot pri horizontalni povezanosti v zdravstveni dejavnosti. S tem bi se zagotovili boljši rezultati pri diagnostiki, zdravljenju, preprečevanju zapletov in rehabilitaciji starejše osebe z zlomom kolka.

Slika 10: Nadgradnja sistema zdravstvenega varstva z umestitvijo socialnega gerontologa v bolnišnično okolje



Vir: Lastni vir.

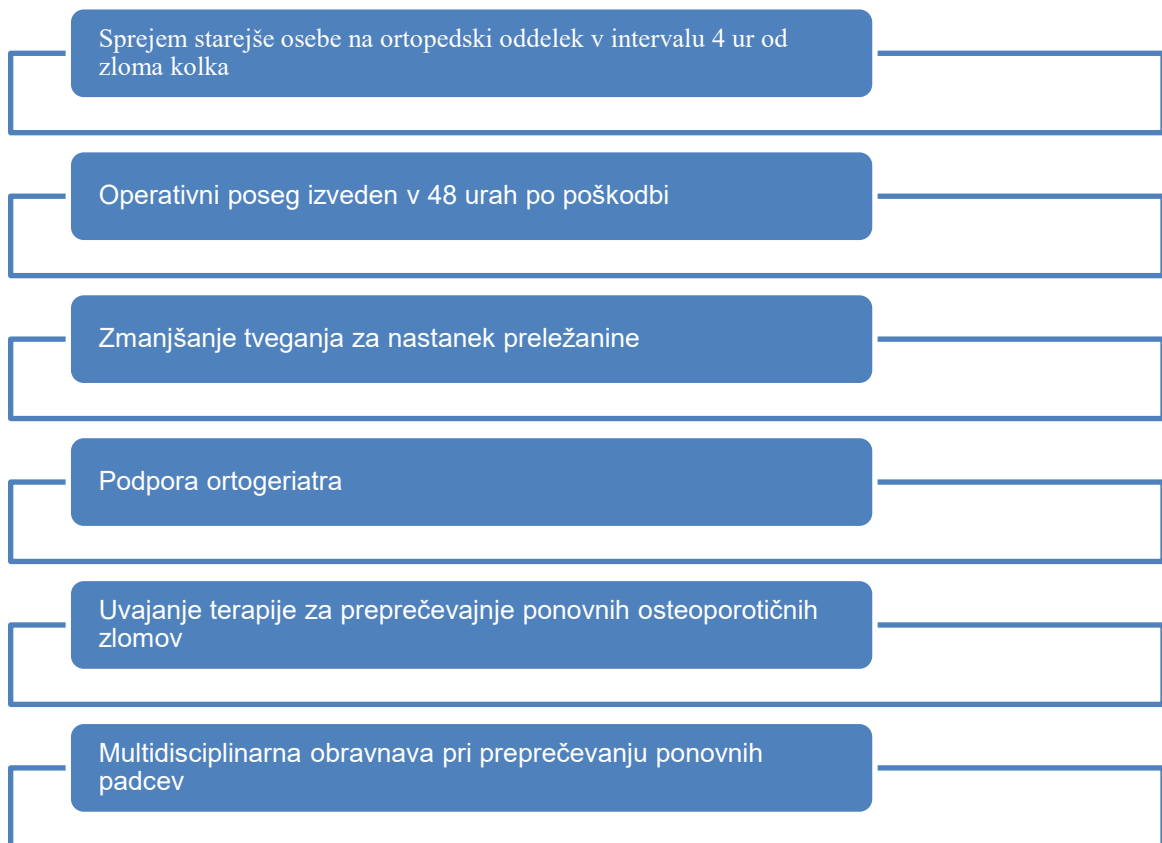
Učinkovitost obravnave starejše osebe z zlomom kolka je odvisna od pravočasno izvedenega operativnega posega, ki ga lahko dosežemo s celostnim in multidisciplinarnim pristopom obravnave. Pravočasen operativni poseg pri zlomu kolka, kot ugotavljajo Orosz in drugi (2004, 1738), vodi do stabilnejšega stanja starejše osebe. Moja in drugi (2012, 4–5) namreč poudarjajo, da pravočasno izveden operativni poseg pri poškodbi zloma kolka zagotavlja zmanjšanje preležanin pri starejši osebi in višji odstotek preživetosti. Sircar in drugi (2007, 508) ter Simunovic in drugi (2010, 1609) so glede pravočasnosti operativnega

posega natančnejši in določajo, da je potrebno operativni poseg pri starejši osebi z zlomom kolka izvesti v roku 48 ur po poškodbi zloma kolka. S tem se pomembno zmanjšajo zapleti v procesu nadaljnje obravnave. V naši raziskavi smo glede pravočasnosti operativnega posega ugotovili, da so starejše osebe iz Splošne bolnišnice Celje operirane kasneje kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. S tem se pri starejših osebah z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje poveča verjetnost za nastanek zapletov pri obravnavi, kar vodi do zmanjšanja učinkovitosti obravnave, pa tudi do višjih stroškov obravnave in več zahtevanega časa zdravstvenega in negovalnega osebja. Celostna in multidisciplinarna obravnava zagotavlja pogoje, v katerih je operativni poseg izveden v roku 48 ur po poškodbi zloma kolka oziroma celo v krajšem času, kar pomembno prispeva k učinkovitosti obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Moja in drugi (2012, 5) glede pravočasnosti operativnega posega v 48 urah poudarjajo, da to ne sme predstavljati »dirke s časom«, ampak je potrebno starejšo osebo z zlomom kolka ustrezno pripraviti na operativni poseg. Pri ustrezni pripravi na operativni poseg vidimo pomembno vlogo socialnega gerontologa, ki starejšo osebo z zlomom kolka informira o samem operativnem posegu, ji svetuje in ji nudi ustrezno podporo ter s tem zmanjša njen strah in negotovost pred operativnim posegom.

Na demografske spremembe in potrebam starajočega se prebivalstva se je s svojimi priporočili odzvala tudi Svetovna zdravstvena organizacija (2015) v okviru mednarodne mreže za spremljanje oseb z zlomi kolka (ang. *Bone and Joint Decade*). Ustanovili so strokovno združenje za hitro obravnavo starejših oseb z osteoporotičnim zlomom in organizirali ortogeriatrski oddelek, v katerem strokovnjaki ocenijo tveganje operativnega posega za starejšo osebo z zlomom kolka, jo pripravijo na operativni poseg ter pripravijo ustrezen terapevtski način zdravljenja. Geriatrski oddelek uporablja celosten in multidisciplinaren pristop obravnave, ki starejši osebi omogoča čimprejšnjo vzpostavitev stanja, kot ga je imela pred poškodbo zloma kolka. Že takoj ob sprejemu starejše osebe z zlomom kolka v ortogeriatrski oddelek se prične načrtovanje odpusta, ki temelji na oceni gibljivosti in zmožnosti aktivnosti starejše osebe ter na oceni njene socialne mreže. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je izkazalo interes za organizacijo ortogeriatrskoga oddelka, v katerem bi se uporabil celosten in multidisciplinaren pristop, saj bi s tem izboljšali učinkovitost obravnave starejše osebe z zlomom kolka in zmanjšali stroške omenjene obravnave.

Britansko ortopedsko združenje (2007, 40) je septembra 2007 izdalo priporočila obravnave starejše osebe z zlomom kolka v šestih korakih (ang. *Six standards for hip fracture care*), ki prinašajo pomembne izboljšave zdravstvene obravnave starejše osebe z zlomom kolka. Korake predstavljamo na Sliki 11, ki zajemajo pravočasen sprejem in operativni poseg, zmanjšanje tveganja za zaplete, vključenost in podporo geriatra, preprečevanje ponovnih zlomov ter multidisciplinarno obravnavo, osredotočeno na preventivno dejavnost.

Slika 11: Šest standardov pri obravnavi pacienta z zlomom kolka



Vir: Britansko ortopedsko združenje 2007.

Na podlagi rezultatov raziskave ugotavljamo, da starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje pred poškodbo zloma kolka večinoma niso bile mobilne brez pomoči, kar bi lahko vplivalo na uspešnost obravnave. Pri starejših osebah, ki so imele že pred poškodbo zloma kolka slabšo mobilnost, Kammerlander in drugi (2011, 367) namreč ugotavljajo daljši čas rehabilitacije. Za slabše mobilne starejše osebe z zlomom kolka lahko pomembno prispevamo h krajšemu času obravnave z uvedbo celostne in multidisciplinarne obravnave, saj Handoll in drugi (2009, 2) ugotavljajo, da tak pristop,

kjer člani multidisciplinarnega tima soodločajo o tehniki zdravljenja, omogoča hitrejše okrevanje tudi slabše mobilnih starejših oseb z zlomom kolka. Celostna in multidisciplinarna obravnava je osredotočena na starejšo osebo, za katero strokovnjaki predpišejo takšen načrt rehabilitacije, s katerim bo lahko starejša oseba povrnila mobilnost in zmožnost samostojnega opravljanja funkcij na raven pred poškodbo. Ling in drugi (2008, 96–97) izpostavljajo učinke multidisciplinarnega pristopa obravnave starejše osebe z zlomom kolka predvsem v njeni boljši učinkovitosti na sposobnost hoje starejše osebe, njeni samostojnosti in v manjšem številu pojava depresije. Tudi Kammerlander in drugi (2011, 367) izpostavljajo multidisciplinarno obravnavo kot najučinkovitejšo za povrnitev mobilnosti in samostojnosti starejšim osebam z zlomom kolka in kot obravnavo, ki starejšim osebam z zlomom kolka omogoča krajši čas bivanja v bolnišničnem okolju.

V disertaciji na podlagi rezultatov raziskave ugotavljamo, da je področje preventive in zdravljenja osteoporoze v slovenskem zdravstvenem sistemu slabo pokrito. Frieden (2015, 25) poudarja, da so med cilji sodobne medicine za zmanjšanje padcev med starejšimi osebami tudi preventivni ukrepi. Pri tem je pomembno preventivno zdravljenje osteoporoze, ki po ugotovitvah Komadine in drugih (2012, 184) predstavlja največje tveganje za zlom kolka in tudi za smrtnost med starejšimi osebami. Curtis in drugi (2017, 2) kot prednostno nalogo med preventivnimi ukrepi izpostavljajo prav preprečevanje in preventivo pri pojavu osteoporoze. Makević Đurić in Đurić (2012, 52) pri tem poudarjata pomen ocene tveganja za osteoporozo že na primarni ravni. Britansko ortopedsko združenje (2007, 45) pa izpostavlja, da se tudi na sekundarni ravni preventiva premalo uporablja. Ugotavljajo namreč, da če se starejša oseba tri leta zdravi za krhkost kostnine, se verjetnost za pojav zloma zmanjša za 50 %. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (2007, 51) je v skrbi za preprečevanje padcev med starejšimi osebami predstavila akcijski načrt za ozaveščanje starejših oseb o tveganjih za padce in pripravila izboljšanje okoljskih in družbenih dejavnikov za zmanjšanje padcev med starejšimi osebami. Rezultati naše raziskave glede preventivnega zdravljenja krhkosti kostnine kažejo, da so imele starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje manj pogosto preventivno zdravljenje za zaščito kostnine kot starejše osebe z zlomom kolka iz bolnišnic, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. Slovenski zdravstveni sistem premalo učinkovito izvaja preventivne ukrepe tako za preprečevanje padcev kot za zmanjšanje krhkosti kostnine pri starejših osebah. S preventivnim zdravljenjem krhkosti kostnine pri starejših osebah in z osveščanjem starejših oseb o pomenu aktivnega in zdravega načina življenja lahko pomembno zmanjšamo število

padcev pri starejših osebah, s tem zlome kolka pri starejših osebah in z njimi povezane stroške zdravljenja in rehabilitacije.

Na kakovost izvedene obravnave starejše osebe z zlomom kolka vpliva tudi ustrezna izbira vrste anestezije. Kammerlander in drugi (2011, 367) namreč ugotavljajo, da izbira ustrezne anestezije pri starejših osebah zmanjša verjetnost zapletov pri operativnem posegu. Medtem ko Dy in drugi (2011, 1924) dopolnjujejo, da ustrezna izbira anestezije zmanjšuje verjetnost zapletov tudi po opravljenem operativnem posegu pri starejši osebi z zlomom kolka. Parker in drugi (2004, 4) s primerjavo spinalne in splošne anestezije pri spinalni anesteziji izpostavljajo prednosti, kot so manj zapletov z dihalnimi potmi, manjša izguba krvi, nižje tveganje za vensko trombozo in boljšo pooperativno analgezijo, medtem ko ima splošna anestezija boljše rezultate hemodinamičnega stanja pri pacientih. Paterno in drugi (2014, 5) pri starejši osebi z zlomom kolka priporočajo lokalno anestezijo, pri kateri je manjša verjetnost pooperativne smrtnosti. Rezultati naše raziskave kažejo, da se v Splošni bolnišnici Celje pri starejših osebah z zlomom kolka pogosteje uporablja spinalna anestezija kot splošna anestezija, s čimer se dosežejo boljši rezultati obravnave in zmanjša verjetnost za smrtnost starejših oseb z zlomom kolka. Splošna anestezija se v Splošni bolnišnici Celje pri vseh starostnih skupinah uporablja enako. Glede ustrezne izbire vrste anestezije je pomembno, da strokovnjaki v multidisciplinarnem timu natančno proučijo stanje starejše osebe z zlomom kolka in se glede na rezultate skupno odločijo za ustreznjšo vrsto anestezije.

Pomemben vidik celostne in multidisciplinarne obravnave starejše osebe z zlomom kolka je, da le-ta čim hitreje vzpostavi stanje, kot ga je starejša oseba imela pred poškodbo zloma kolka in da se čim hitreje vrne v svoje domače okolje. Z rezultati raziskave ugotavljamo, da se starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje po odpustu iz bolnišnice vrnejo v svoje domače okolje pogosteje kot starejše osebe z zlomom kolka iz bolnišnic, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. V tujini je praksa, da se pacienta po zaključenem bolnišničnem zdravljenju napoti v rehabilitacijski center, kjer nadaljuje s procesom rehabilitacije. Omenjena praksa je rezultat celostne in multidisciplinarne obravnave, ki izhaja iz dejstva, da je za proces rehabilitacije pomembno, da starejša oseba takoj po odpustu iz bolnišničnega okolja nadaljuje z rehabilitacijo v ustrezni instituciji in pod nadzorom strokovnjakov. Čeprav se starejša oseba po odpustu iz bolnišničnega okolja rada

vrača v domače okolje, se pogosto zgodi, da je doma sama in nima ustrezne nadaljevalne rehabilitacije.

Halbert in drugi (2007, 512) namreč poudarjajo, da se obravnava starejše osebe z zlomom kolka ne sme zaključiti z odpustom iz bolnišničnega okolja, saj kot ugotavljajo Kos in drugi (2016, 67) zaradi krajšanja ležalne dobe v bolnišničnem okolju starejša oseba ne dosega zadovoljive mobilnosti in samostojnosti za opravljanje osnovnih življenjskih funkcij. Zato je pomembno, kot izpostavljajo Huusko in drugi (2000, 31), da starejša oseba po odpustu iz bolnišničnega okolja nadaljuje rehabilitacijo, ki se jo prenese na ambulantno raven. S kontinuirano rehabilitacijo se po odpustu iz bolnišničnega okolja, kot ugotavljajo Roche in drugi (2005, 4), zagotavlja optimalna obravnava za čim hitrejšo rehabilitacijo, ki vodi do fizične, psihične in socialne rehabilitacije starejše osebe z zlomom kolka. Glede napotitve starejše osebe z zlomom kolka po odpustu iz bolnišničnega okolja vidimo potrebo po usklajenem odločanju v multidisciplinarnem timu, ki izbere najustreznejšo rehabilitacijo za to osebo. Pri napotitvi v nadaljnjo rehabilitacijo vidimo pomembno vlogo socialnega gerontologa, ki starejšo osebo z zlomom kolka informira in pripravi na nadaljnjo rehabilitacijo. V primeru, da starejša oseba po zaključenem zdravljenju v bolnišničnem okolju odhaja v domače okolje, je vloga socialnega gerontologa v tem, da preveri ustreznost bivanja v domačem okolju in stanje socialne mreže te starejše osebe. Pomembno je, da se socialni gerontolog že v procesu obravnave poveže s svojci starejše osebe z zlomom kolka, jih informira o stanju in prouči bivalno okolje te starejše osebe. Socialni gerontolog mora oceniti, ali bo starejša oseba z zlomom kolka v svojem domačem okolju deležna ustrezne podpore in nege, ki sta pomembni za mobilnost in samostojnost te starejše osebe. Colon-Emeric (2012, 241) namreč ugotavlja, da sta informiranje in vključevanje svojcev oziroma družin starejše osebe z zlomom kolka pomembni za načrtovanje celostne obravnave te osebe in njenega odpusta v domače okolje.

Med rezultati raziskave je pomembno izpostaviti to, da pri starejših osebah z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje na pregledu po 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja nismo zaznali razlike glede mobilnosti pri različnih starostnih skupinah. Ugotavljamo, da si večina starejših oseb z zlomom kolka po 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja pri hoji še vedno pomaga s pripomočkom. Slabša mobilnost je pri starejših osebah, kot navajajo Gobbens in drugi (2012, 83), lahko posledica krhkosti kosti in zmanjšuje njihovo samostojnost pri vsakdanjih opravilih. Gomboc (2010, 4) mobilnost

starejše osebe po odpustu iz bolnišničnega okolja pogojuje z zmogljivostjo starejše osebe, pri čemer je pomembna tudi podpora strokovnega osebja v procesu obravnave. Z multidisciplinarno obravnavo se v primerjavi s tradicionalno obravnavo pri starejši osebi z zlomom kolka poveča mobilnost (Naglie idr. 2002, 12), saj je multidisciplinarna obravnava usmerjena v zaznavanje zmogljivosti starejše osebe z zlomom kolka in glede na te rezultate izbran najboljši načrt za izboljšanje njene mobilnosti (Marcantonio idr. 2001, 519).

Glede na rezultate drugega dela raziskave ugotavljamo, da starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje pogrešajo osebo, ki bi njim in njihovim svojcem svetovala glede obravnave in bivanja v domačem okolju. Starejše osebe z zlomom kolka so izrazile vrsto negotovosti in jih je njihovo zdravstveno stanje skrbelo ves čas obravnave. Prav tako so komaj čakali, da vstanejo iz postelje. Negotovost starejše osebe z zlomom kolka, kot ugotavlja Ule Nastran (2003, 53), negativno vpliva na njene socialne odnose. Starejša oseba z zlomom kolka se namreč zaradi omenjene poškodbe boleče sooča z izgubo samostojnosti in upadom njene socialne mreže (Goll idr. 2015, 2). Na učinkovitost obravnave starejše osebe z zlomom kolka tako pomembno vplivajo njeni strahovi, razmišljanje, njene izkušnje in tudi vedenje drugih ljudi (Bandura, 1986, 25). Rešitev vidimo v socialnem gerontologu kot članu multidisciplinarnega tima, ki bi bil starejši osebi z zlomom kolka v pomembno oporo od sprejema v bolnišnično okolje, pri odpustu in vse do zaključka rehabilitacije. Pri motivaciji starejše osebe z zlomom kolka je, kot ugotavlja Gomboc (2011, 84–85), potrebno upoštevati Pigmenov učinek, ki pravi, da je starejša oseba z visokimi pričakovanji pri doseganju rezultatov učinkovitejša. Pri tem vidimo pomembno vlogo socialnega gerontologa, ki bi starejšo osebo z zlomom kolka motiviral skozi celotno obravnavo.

Bandura (2009, 110–113) ugotavlja, da je starejša oseba, ki je slabo informirana, bolj izpostavljena strahu in negotovosti. V naši raziskavi so starejše osebe z zlomom kolka izpostavile strahove glede operativnega posega in življenja po odpustu iz bolnišnice, predvsem glede hoje in vožnje avtomobila, ko bodo zaključile z zdravljenjem in rehabilitacijo. Vsakršen strah starejše osebe v procesu obravnave zmanjšuje učinek obravnave. Nadalje Bandura (2009, 96) izpostavlja negativen učinek strahu in stresa na socialne veščine starejše osebe in njenega socialnega vključevanja. Če starejša oseba ne čuti dovolj visoke samoučinkovitosti, izgubi zanimanje za obravnavo in zmanjša obseg svojih aktivnosti, s tem pa povečuje verjetnost za socialno izključenost. Pedersen in drugi

(2008, 1831) trdijo, da optimalna obravnava starejše osebe z zlomom kolka vodi do višjega zaupanja starejše osebe v proces obravnave. Upoštevati je potrebno tudi dejstvo, kot ugotavljajo Mulej in drugi (2008, 100), da je potrebno pri načrtovanju obravnave starejše osebe z zlomom kolka upoštevati tudi njena čustva, vrednote in razmišljanje. Pri tem se mora svojega znanja, čustev, vrednot in vednosti zavedati tudi socialni gerontolog kot pomemben član multidisciplinarnega tima. S takšnim pristopom socialni gerontolog ugotovi, kot izpostavlja O'Connor (2007, 34), kako starejša oseba z zlomom kolka zaznava samo sebe, hkrati pa upošteva tudi, da je vsaka starejša oseba z zlomom kolka edinstvena celota. Ker predpostavljamo starejšo osebo z zlomom kolka v multidisciplinarnem timu kot enakovrednega člana, mora od socialnega gerontologa in drugih strokovnjakov prejemati potrebne informacije, ki zmanjšujejo njen strah in negotovost glede obravnave. Kot trdi Capra (2002, 37), celostna in multidisciplinarna obravnava starejše osebe z zlomom kolka zagotavlja sprotno in učinkovito komuniciranje med strokovnjaki ter med strokovnjaki in starejšo osebo z zlomom kolka. Greenhalgh (2001, 625) vidi učinkovitost celostnega in multidisciplinarnega tima v sposobnosti reševanja problemov in iskanju rešitev z vsemi vključenimi strokovnjaki. Tudi Komadina (2015, 147–149) v celostni in multidisciplinarni obravnavi poudarja timski pristop in vlogo socialnega gerontologa. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po celostni in multidisciplinarni obravnavi ter po vključevanju socialnega gerontologa v multidisciplinarni tim. Z uvedbo celostne in multidisciplinarne obravnave ter multidisciplinarnega tima v slovenski zdravstveni prostor bi pomembno izboljšali rezultate zdravljenja in rehabilitacije starejše osebe z zlomom kolka. Z uvedbo omenjene obravnave bi pomembno prispevali k osveščanju in ozaveščanju starejših oseb in drugih deležnikov o tveganjih za padce in s tem za zlome kolka. Z uvedbo socialnega gerontologa bi naredili pomemben korak na področju socialne gerontologije, saj bi posebno pozornost namenili tudi socialni rehabilitaciji starejših oseb z zlomom kolka, njihovi socialni vključenosti in s tem njihovi kakovosti življenja.

Skladno z rezultati raziskave celostna obravnava starejše osebe z zlomom kolka v bolnišnični oskrbi temelji na ugotavljanju preventive za zaščito kosti, na ugotavljanju kognitivnih sposobnosti starejše osebe, mobilnosti, uporabi splošne anestezije, vrnitvi starejše osebe v domače okolje in kontroli po 30 dneh po odpustu iz bolnišničnega okolja. Pomemben vidik kakovosti obravnave zagotavlja operativni poseg, izveden v roku 48 ur po poškodbi zloma kolka. V procesu obravnave je pomembno vključevanje in sodelovanje socialnega gerontologa.

5.1 Vključitev socialnega področja v koncept sodobnega zdravljenja starejše osebe z zlomom kolka

Koncept sodobnega zdravljenja kot temelje postavlja preventivo in nenehno skrb za zdravje starejših oseb. Vloga socialnega gerontologa je v funkciji koordinacije v multidisciplinarnem timu, znotraj katerega se vključuje tudi na socialno področje življenja starejše osebe. Za starejšo osebo je poleg njenega zdravstvenega stanja pomembno tudi kakovostno preživljanje prostega časa, njena socialna vključenost, sposobnost tvorjenja socialne mreže in prejemanja socialne opore ter njen odnos do drugih ljudi. Socialni gerontolog vstopa v odnos s starejšo osebo že v njenem okolju in na primarnem zdravstvenem nivoju. Na primarni ravni zdravstvenega varstva socialni gerontolog deluje v povezavi z referenčnimi ambulantami in zdravniki družinske medicine, kjer predstavlja strokovni člen. Na primarni ravni socialni gerontolog presoja možnosti za padec in zlom kolka pri starejših osebah.

Zdravstvena obravnava in zdravljenje meri svojo uspešnost predvsem s stopnjo preživetja oziroma umrljivostjo, s številom zapletov, z izraženimi bolezenskimi simptomi, z uspešnostjo rehabilitacije in stroškovno učinkovitostjo. Pri tem pa pozablja na kakovost življenja starejših oseb. V ta doslej prezrti vidik obravnave starejše osebe vstopa socialni gerontolog kot vez v multidisciplinarnem timu. Vloga socialnega gerontologa je v podpori starejši osebi po čimprejšnji ponovni vzpostavitvi njenega kakovostnega življenja ter po zagotavljanju celostne in kakovostne obravnave zdravljenja in rehabilitacije.

5.2 Kompetence socialnega gerontologa pri obravnavi starejše osebe z zlomom kolka

Socialni gerontolog se v obravnavo vključi z ostalimi strokovnjaki takoj ob prihodu starejše osebe z zlomom kolka v bolnišnico. Je vsestransko oblikovan strokovnjak, ki se povezuje tako s svojci, zaposlenimi in s starejšo osebo z zlomom kolka. Deluje celostno, saj njegovo delovanje posega tudi na primarni nivo zdravstva, zdraviliške dejavnosti, institucije, lokalne skupnosti in družine kot osnovne celice.

Inovativni model vključevanja socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolniško okolje vsekakor prinaša spremembe v

celotnem sistemu zdravljenja. Socialni gerontolog bo kot vezni člen in koordinator med različnimi strokovnjaki uvajal nov, sodoben pogled na timsko delo v bolniškem okolju. S tem sodelovanjem bodo ustvarjeni novi odnosi in nov protokol dela, ki bo temeljil na enakosti in spoštovanju ter ne na hierarhiji ter poziciji moči (Priloga E).

Na Sliki 12 predstavljamo inovativni model vključevanja socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju, v katerem smo za kakovostno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka izpostavili celostno in multidisciplinarno obravnavo ter vlogo socialnega gerontologa. Ugotavljanje potreb starejše osebe z zlomom kolka in zbiranje podatkov ter izdelava individualnega načrta, so izjemnega pomena za ugotavljanje njegovih kognitivnih sposobnosti. Starejša oseba z dobrimi kognitivnimi sposobnostmi hitreje sprejema informacije, jih razume in je bolj pripravljena na sodelovanje v procesu obravnave. Socialni gerontolog v okviru načrtovanja obravnave starejše osebe z zlomom kolka poskrbi za posredovanje informacij kompetentnim osebam v multidisciplinarnem timu ter skrbi za socialne stike in socialno varnost starejše osebe v času hospitalizacije. Je pomemben člen in vir informacij med starejšo osebo in njegovimi svojci, kar je posebej pomembno za vrnitev starejše osebe v domače okolje. Socialni gerontolog starejši osebi zagotavlja najboljšo možno duševno podporo in predstavlja strokovnjaka, ki ji starejša oseba z zlomom kolka v procesu obravnave najbolj zaupa. Pomembna vloga socialnega gerontologa je koordinacija v multidisciplinarnem timu, kjer skrbi za kontinuiran prenos informacij o kognitivnih sposobnostih starejše osebe z zlomom kolka, o stanju njene mobilnosti pred poškodbo, o možnostih operativnega posega znotraj 48 ur, o optimalni izbiri anestezije ter o mobilnosti in možnosti vrnitve v domače okolje po zaključeni hospitalizaciji. Socialni gerontolog na primarni in sekundarni zdravstveni ravni koordinira preventivno in nadaljevalno zdravljenje za zaščito kostnine pri starejši osebi z zlomom kolka. Vloga socialnega gerontologa je pomembna tudi za socialno oskrbo in skrb za duševno zdravje starejše osebe z zlomom kolka, kjer socialni gerontolog ohranja kognitivne sposobnosti starejše osebe, jo spodbuja in oblikuje okolje, v katerem se starejša oseba dobro počuti. Socialni gerontolog omogoča starejši osebi podporo pri realizaciji odpusta v domače okolje, ki temelji na ugotavljanju stanja domačega socialnega okolja starejše osebe, nudi podporo pri morebitni namestitvi starejše osebe v institucionalno varstvo ter starejši osebi predstavlja vir informacij glede nadaljevalne rehabilitacije. Vloga socialnega gerontologa je povezovanje s patronažno službo in skrb za kontinuirano izvajanje navodil pri nadaljnji

bolnišnični obravnavi, kjer izpostavljamo pomen povezave s primarnim zdravstvenim varstvom, osebnim zdravnikom, patronažnim varstvom, referenčnimi ambulantami in različnimi društvi, ki delujejo na področju skrbi starejših oseb. Socialni gerontolog predstavlja vir podpore starejši osebi z zlomom kolka tudi po zaključeni hospitalizaciji.

Slika 12: Model vključevanja socialnega gerontologa v celostno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju



Vir: Lastni vir.

5.3 Prispevek znanosti

Zlom kolka starejših oseb je čedalje večja težava, ki je prerasla okvirje zdravstvenih in socialnih sistemov. Usklajen multidisciplinarni tim bi svoje delovanje okrepil z vključitvijo socialnega gerontologa, ki bi starejšo osebo z zlomom kolka spremljal od sprejema v bolnišnico do odpusta ter uredil njeno nadaljnjo socialno rehabilitacijo. Sodobni model celostne in multidisciplinarne obravnave starejše osebe z zlomom kolka bo predstavljal radikalno alternativno dejavnost običajni, tradicionalni obravnavi starejše osebe z zlomom

kolka in kakovostnejše življenje starejše osebe v času obravnave. Podatki, ki so med obravnavo zabeleženi in interpretirani, se lahko primerjajo s podatki in rezultati nacionalne baze podatkov za zlome kolka. Zaradi aktivnega sodelovanja z nacionalno bazo podatkov za zlome kolka lahko pridobivamo povratne informacije in podatke, ki bodo pomembno prispevali k izboljšavi kakovostne obravnave starejših oseb z zlomom kolka. Nacionalno sprejeta obravnava starejše osebe z zlomom kolka z vključitvijo socialnega gerontologa bo pripomogla k standardizirani klinični praksi, ki kliče po nadaljnjem raziskovalnem razvoju.

Z modelom, ki temelji na sodobnih metodah obravnave starejše osebe z zlomom kolka, pričakujemo standardizirane postopke obravnave starejše osebe z zlomom kolka v sistemu zdravljenja in njihovo krajše bivanje v bolnišnici. Pričakujemo delno obnovo prefraktorne rezidence že v času hospitalizacije starejših oseb z zlomom kolka. Predvidevamo oblikovanje smernic obravnave starejših oseb z zlomom kolka z vključitvijo socialnega gerontologa v multidisciplinarni tim. Na podlagi znanstvenih dognanj prinaša vključitev socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka novost v slovenski zdravstveni sistem.

6 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva in z njim povezani izzivi zahtevajo prilagajanje tudi na zdravstvenem področju. Pri zdravljenju in rehabilitaciji starejših oseb z zlomom kolka je potrebno skozi celoten proces upoštevati celostni pristop, kjer je starejša oseba z zlomom kolka v središču obravnave in se pri tem upoštevajo njegova osebnost, razum, čustva in telesni znaki. Pri celostnem pristopu se upošteva, kako starejša oseba z zlomom kolka zaznava sebe in to, da je vsaka starejša oseba z zlomom kolka edinstvena celota.

Poleg celostne obravnave je v zdravstvu pomemben tudi multidisciplinarni pristop, kjer se v reševanje določenega problema vključi več različnih strokovnjakov z različnih področij. S tem se doseže kompleksnost določene situacije in upošteva več različnih vidikov. Multidisciplinarni pristop je pri obravnavi starejših oseb z zlomom kolka pomemben, saj imajo starejše osebe različne bolezni, različne kognitivne sposobnosti, so osebnostno različne in imajo tudi različne socialne mreže. Pri multidisciplinarni obravnavi starejših oseb z zlomom kolka so zato vključeni ortoped, geriater, fizioterapevt, anesteziolog, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec ter zdravstveni delavec. Z našim modelom pa k multidisciplinarni obravnavi dodajamo še socialnega gerontologa. Multidisciplinarni pristop obravnave starejših oseb z zlomom kolka zahteva tesno sodelovanje strokovnjakov in njihovo skupno odločanje glede zdravljenja in rehabilitacije starejših oseb z zlomom kolka.

S kvantitativno raziskavo smo ugotovili, da imajo starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje nižje kognitivne sposobnosti od starejših oseb, ki so bile obravnavane v državah, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. Prav tako so starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje v povprečju operirane kasneje kot starejše osebe z zlomom kolka iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Pri tem moramo poudariti, da je za izvedbo operativnega posega v roku 48 ur po poškodbi zloma kolka pomembna prisotnost geriatra. Pravočasno izveden operativni poseg pomembno izboljšuje učinkovitost zdravljenja in rehabilitacije, saj znižuje verjetnost zapletov.

Iz rezultatov raziskave ugotavljamo, da je bil sorazmerno visok delež starejših oseb z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje pred zlomom kolka mobilnih s pomočjo

pripomočkov. Starejše osebe z zlomom kolka, ki so se zdravile v Splošni bolnišnici Celje, niso imele tako dobrega preventivnega zdravljenja za zaščito kostnine, kot so ga imele starejše osebe, ki so se zdravile v bolnišnicah v državah, vključenih v mednarodno bazo FFN HF. Pri tem moramo izpostaviti velik pomen preventivnega zdravljenja za zaščito kostnine, s katerim lahko bistveno zmanjšamo pojavnost zloma kolka pri starejših osebah. Kot kažejo rezultati raziskave v Splošni bolnišnici Celje pri operativnem posegu pri vseh starostnih skupinah enako uporabljajo splošno anestezijo. Ugotavljamo tudi, da se nekoliko pogosteje od splošne anestezije uporablja spinalna anestezija.

Starejše osebe z zlomom kolka iz Splošne bolnišnice Celje se po odpustu iz bolnišnice pogosteje vrnejo v domače okolje kot starejše osebe iz drugih bolnišnic v državah, ki so vključene v mednarodno bazo FFN HF. Pri tem velja omeniti, da je v tujin uveljavljena praksa obvezne rehabilitacije takoj po odpustu iz bolnišnice. Vrnitev v domače okolje je za starejše osebe z zlomom kolka psihološko manj obremenjujoča, kot če bi odšli v institucionalno oskrbo. Njihova vrnitev v domače okolje je pogosto povezana z njihovo socialno mrežo, saj je v primerih podpore družine vrnitev v domače okolje pogostejša. Z rezultati raziskave smo prišli tudi ugotovitve, da so osebe v starostni skupini od 65 do 75 in osebe, starejše od 75 let, po 30 dneh po poškodbi enako mobilne, čeprav bi bilo pričakovati, da so starejše osebe v starostni skupini od 65 do 75 mobilno zmogljivejše.

Kot pomembno ugotovitev v naši raziskavi izpostavljamo to, da so starejše osebe z zlomom kolka v Splošni bolnišnici Celje izpostavile potrebo po strokovni osebi, ki bi ji zaupali svoje strahove glede operativnega posega in strahove glede njihovega nadaljnjega življenja. V tej strokovni osebi prepoznavamo socialnega gerontologa, ki predstavlja pomemben člen v multidisciplinarni obravnavi starejših oseb z zlomom kolka.

Z rezultati raziskave smo postavili gradnike modela celostne in multidisciplinarne oskrbe na sekundarni ravni. Bolnišnice, vključene v mednarodno bazo FFN HF, ki že uporabljajo celosten in multidisciplinaren pristop obravnave starejših oseb z zlomom kolka, kažejo na učinkovitost zdravljenja in rehabilitacije teh oseb. Z modelom predpostavljamo standardiziran postopek obravnave starejših oseb z zlomom kolka, ki bo pomembno prispeval h krajšemu času hospitalizacije ter daljši rehabilitaciji v zdraviliščih in na primarnem nivoju. Model celostne in multidisciplinarne obravnave starejših oseb z zlomom kolka umešča socialnega gerontologa kot pomembnega člana. S tem se

vzpostavlja sodobni model, ki narekuje novo klinično pot obravnave. Ta novi protokol prinaša v slovenski zdravstveni prostor pomembne spremembe, kjer se bo znotraj obravnave starejših oseb z zlomom kolka spremljalo od vstopa v bolnišnično okolje do njihovega odpusta v domače okolje ali institucijo. S tem se bo pomembno izboljšalo njihovo fizično, psihično in socialno stanje.

Protokol obravnave starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju ob prisotnosti socialnega gerontologa temelji na kakovostni in celostni obravnavi, ki izhaja iz ocenjevanja kognitivnih sposobnosti, ki preprečujejo nadaljnje zaplete, iz koordinacije, prisotnosti internista, anesteziologa, geriatra, iz spremljanja časovne komponente izvedene operacije znotraj 48 ur, iz koordinacije s primarnim nivojem za večjo pokritost preventive kosti in zdravljenja osteoporoze, iz ugotavljanja mobilnosti ter s koordinacijo odpusta in vrnitve v domače okolje.

Umestitev socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka omogoča povezovanje več ravni zdravstvenega sistema. Pri obravnavi izpostavljammo njegovo vlogo z vključevanjem in sodelovanjem z lokalno skupnostjo ter z nevladnimi organizacijami. Umestitev socialnega gerontologa v celostno in multidisciplinarno obravnavo starejše osebe z zlomom kolka prinaša sistematično, zahtevno, koordinirano in usklajeno delo, ki bo usmerjeno h kakovostni storitvi in optimizaciji stroškov obravnave.

7 SEZNAM LITERATURE IN VIROV

1. Adler, Rene. 2002. *The age wave meets the technology wave: broadband and older Americans*. Dostopno na: <http://www.seniornet.org/downloads/broadband.pdf> (13. maj 2016).
2. Allan, Linda J. in James A. Johnson. 2009. Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educational Gerontology* 35 (1): 1–14.
3. Alley, Dawn E., Norella M. Putney, Melissa Rice in Vern L. Bengtson. 2010. The Increasing Use of Theory in Social Gerontology: 1990–2004. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 65 (5): 583–590.
4. Amebis. 2017. *Termania*. Dostopno na: <http://www.termania.net/slovarji/slovenski-medicinski-slovar/5545025/zlom> (18. marec 2017).
5. Arokiasamy, John T. 1997. Social Problems and Care of the Elderly. Global Theme Issue. *Medical Journal of Malaysia* 52 (3): 236–237.
6. Bandura, Albert. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
7. Bandura, Albert. 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
8. Bandura, Albert. 2004. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 31 (2): 1–3.
9. Bandura, Albert. 2009. Social Cognitive Theory of Mass Communication. V *Media effects: Advances in theory and research*, ur. Jennings Bryant in Dolf Zillman, 94–124. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
10. Bandura, Albert. 2012. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management* 38 (1): 9–44.
11. Bastič, Majda. 2006. *Metode raziskovanja*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
12. Bethel, Monique. 2016. *Osteoporosis Clinical Presentation*. *Medscape*. Dostopno na: <http://emedicine.medscape.com/article/330598-clinical> (15. marec 2017).
13. Bilban, Marjan. 2004. Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja in preprečevanje poškodb. V *Gerontološka travmatologija*, ur. Radko Komadina in Vladimir Smerkolj, 315. Celje: Založba Grafika Gracer.

14. Britansko ortopedsko združenje (British Orthopaedic Association). 2007. *The care of patients with fragility fracture*. Dostopno na: <http://www.fractures.com/pdf/BOA-BGS-Blue-Book.pdf> (20. maj 2016).
15. Burns, Alistair in Steve Iliffe. 2009. Dementia. *British Medical Journal* 5 (338): 158.
16. Bushardt, Reamer L., Emily B. Massey, Temple W. Simpson, Jane C. Ariail in Kit N. Simpson. 2008. Polypharmacy: misleading but manageable. *Clinical Interventions in Aging* 3 (2): 383–389.
17. Buzeti, Tatjana in Mojca Gobec. 2012. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo* 51 (1): 75–79.
18. Cameron, Ian. 2000. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technology Assessment* 4 (2): 1–111.
19. Campbell, Harry, Rona Hotchkiss, Nicola Bradshaw in Mary Porteous. 1998. Integrated care pathways. *British Medical Journal* 316 (7125): 133–137.
20. Capra, Fritjof. 1975. *The Tao of Physics*. Boston: Shambhala Publications.
21. Capra, Fritjof. 1986. Wholeness and Health. *Holistic Medicine* 1 (2): 145–159.
22. Capra, Fritjof. 1996. *The Web of Life: A New Scientific Understanding of Living Systems*. New York: Anchor Books.
23. Capra, Fritjof. 2002. *The Hidden Connections: A Science for Sustainable Living*. New York: Anchor Books.
24. Carev, Mladen. 2011. *Ljekovi i otopine. Kliničke Vještine*. Medicinski fakultet Split.
25. Cohen, Elaine L. in Toni G. Cesta. 2004. *Nursing Case Management. Fourth Edition*. St. Louis: Elsevier Mosby.
26. Colon-Emeric, Cathleen S. 2012. Postoperative Management of Hip Fractures: Intervention Associated With Improved Outcomes. *BoneKEy Reports* 1 (241): 1–6.
27. Compston, Juliet. 2015. Overdiagnosis of osteoporosis: fact or fallacy? *Osteoporosis international* 26 (8): 2051–2054.
28. Cot, Darja. 2004. Bandurin koncept zaznane samoučinkovitosti kot pomemben dejavnik posameznikovega delovanja. *Socialna pedagogika* 8 (2): 173–196.
29. Cotter, James J. in Evans J. Cotter. 2012. *40 Issues for an Aging Society. A Guide for Students*. Richmond: J. James Cotter.
30. Coupland, Carol, David Wood in Cyrus Cooper. 1993. Epidemiology and Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 47 (4): 441–443.
31. Curtis, Elizabeth M., Rebecca J. Moon, Nicholas C. Harvey in Cyrus Cooper. 2017. The Impact of Fragility Fracture and Approaches to Osteoporosis Risk Assessment

- Worldwide. *Bone* 2–4. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28119181> (15. marec 2017).
32. Črnčec, Mateja in Milica Lahe. 2001. Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji. *Obzornik Zdravstvene Nege* 35 (1/2): 51–5.
 33. De Luc, Kathryn. 2000. Are different models of pathways being developed? *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13 (2): 80–86.
 34. Dinah, Feroz A. 2003. Reduction of waiting times in A&E following introduction of »fast-track« scheme for elderly patients with hip fractures. *Injury* 34 (11): 839–841.
 35. Drenik, Irena. 2006. Pristopi k starejšim. V *Starejši za starejše: za boljše zdravje in višjo kakovost življenja doma*, ur. Darja Cibic in drugi, 38–50. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Zveza društev upokojencev Slovenije.
 36. Dy, Christopher J., Paul M. Dossous, Quang V. Ton, James P. Hollenberg, Dean G. Lorich in Joseph M. Lane. 2011. Does a Multidisciplinary Team Decrease Complications in Male Patients With Hip Fractures? *Clinical Orthopaedics and Related Research* 469 (7): 1919–1924.
 37. Edwards, Chad in Jake Harwood. 2004. Social identity in classroom: An Examination of Age Identification Between Students and Instructors. *Communication Education* 52 (1): 60–65.
 38. Elanti, Prasad, Breda Cushen, Adam Galbraith, Louise Brent, Conor Hurson in Emer Ahern. 2014. Research Article Improving Hip Fracture Care in Ireland: A Preliminary Report of the Irish Hip Fracture Database. *Journal of Osteoporosis* 7 (2014): 1–8.
 39. Evans Madison, Holly. 2000. Theories of Ageing. V *Gerontologic Nursing*, ur. Annette G. Lueckenotte, 20–33. St. Louis: Mosby.
 40. Everitt, Brian S., Sabine Landau in Morven Leese. 2001. *Cluster Analysis. 4th Edition*. New York: Oxford University Press.
 41. Evropsko združenje za travmatologijo in urgentno kirurgijo (European Society of Trauma and Emergency Surgery, ESTES). 2015. *Recommendations on hip fractures*. Dostopno na: <http://www.estesonline.org/wordpress/wp-content/uploads/ESTES-recommendations-hip-fractures-EDITEDdefinitive.pdf> (28. maj 2016).
 42. Fay, Michael P. in Michael A. Proschan. 2010. Wilcoxon–Mann–Whitney or *t*-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules. *Statistics Surveys* 4 (2010): 1–39.

43. Feinstein, Alvan R. 1990. The unit fragility index: an additional appraisal of »statistical significance« for a contrast of two proportions. *Journal of Clinical Epidemiology* 43 (2): 201–209.
44. Ferligoj, Anuška, Katja Lozar Manfreda in Aleš Žiberna. 2010. *Osnove statistike na prosojnicah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
45. Field, Andy. 2009. *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.
46. Fischer, Mary Alice. 1998. New Approaches to the Education of Older Adults. *New Directions for Adult and Continuing Education* 77: 15–25.
47. Fishman, Jonathan M., Laura M. Cullen in Ashley Grossman. 2014. *History Taking in Medicine and Surgery. Third Edition*. Knutsford: PasTest Ltd.
48. *Fragility Fracture Network*. 2016. Dostopno na: [http:// fragilityfracturenetwork.org/](http://fragilityfracturenetwork.org/) (10. maj 2016).
49. Fried, Linda P., Caterine M. Tangen, Jeremy Walston, Anne B. Newman, Calvin Hirsch, John Gottdiener, Teresa Seeman, Russell Tracy, Willem J. Kop, Gregory Burke in Mary Ann McBurnie. 2001. Fragility in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 56 (3): 146–156.
50. Frieden, Tom. 2015. *Fall Protection in Construction*. Boston, New York: Occupational Safety and Health Administration.
51. Friedman, Susan M., Daniel A. Mendelson, Karilee W. Bingham in Stephen L. Kates. 2009. Impact of a commanaged Geriatric Fracture Center on short-term hip fracture outcomes. *Archives of Internal Medicine* 169 (18): 1712–1217.
52. Friedman, Susan M., Daniel A. Mendelson, Stephen L. Kates in Robert McCann. 2008. Geriatric Co-Managament of Proximal Femur Fractures: Total Quality Management and Protocol-Driven Care Result in Better Outcomes for a Fail Patient Population. *Journal of the American Geriatrics Society* 56 (7): 1352–1356.
53. Gabrijelčič Blenkuš, Mojca in Olivera Stanojević Jerković. 2010. *Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
54. Gardner, Michael, Robert H. Brophy, Demetris Demetrakopoulos, Jason Koob, Richard Hong, Adam Rana in Joseph Lane. 2005. Interventions to improve osteoporosis treatment following hip fracture. *The Journal of Bone and Joint Surgery, American volume* 87 (1): 3–7.

55. Gašperlin Dovnik, Darja. 2015. Osteosarkopenija. Ortogeriatrično soupravljanje v priporočilih ESTES 2015 za zdravljenje zloma kolka. V *V. osteološki dnevi, Monografija 5. osteoloških dnevov z mednarodno udeležbo*, ur. Miro Čokolič in Radko Komadina, 125–133. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
56. Gheno, Ramon, Juan M. Cepparo, Christina E. Rosca in Anne Cotten. 2012. Musculoskeletal Disorders in the Elderly. *Journal of Clinical Imaging Science* 2: 39.
57. Giusti, Andrea, Antonella Barone, Monica Razzano, Monica Pizzonia, Mauro Oliveri in Giulio Pioli. 2008. Predictors of hospital readmission in a cohort of 236 elderly discharged after surgical repair of hip fracture: One - year follow – up. *Aging Clinical and Experimental Research* 20 (3): 253–259.
58. Giusti, Andrea, Antonella Barone, Monica Razzano, Monica Pizzonia in Giulio Pioli. 2011. Optimal setting and care organisation in the management of older adults with hip fracture. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 47 (2): 284–96.
59. Glendenning, Frank. 2000. *Teaching and Learning in Later Life: Theoretical Implications*. Brookfield: Ashgate Publishing Company.
60. Glichrist, William, Raymond Newman, David Hamblen in Brian Williams. 1988. Prosspective randomized study of an ortopaedic geriatric in patient service. *British Medical Journal* 297: 116–118.
61. Globovnik, Nina, Mojca Kokot, Jerneja Križan, Ana Vovk Korže in Miha Pavšek. 2011. Staranje prebivalstva in izzivi dolgotrajne oskrbe. *Geografski obzornik* 58 (3): 26–36.
62. Gobbens, Robbert J., Marcus A. van Assen, Katrien G. Luijkx in Job M. Schols. 2012. The Predictive Validity of the Tilburg Frailty Indicator: Distability, Health Care Utilization, and Quality of the Life in a Population at Risk. *The Gerontologist* 52 (5): 619–631.
63. Goll, Johanna C., Georgina Charlesworth, Katrina Scior in Joshua Stott. 2015. Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. *Journal list PloS One* 10 (2): 1–17.
64. Gomboc, Marjeta. 2010. Rehabilitacija bolnika z demenco po poškodbi kolka. *Spominčica: glasilo Slovenskega združenja za pomoč pri demenci* 8 (2): 4.
65. Gomboc, Simona. 2011. Samouresničujoča se prerokba: pojav in implikacije. *Psihološka obzorja* 20 (2): 83–105.

66. Govc Eržen, Jana. 2014. *Obravnava osteoporoze septembra tudi v referenčnih ambulantah*. *Medicina danes*, 16. 4. 2014. Dostopno na: <https://www.medicina-danes.si/8800778?cctest&> (26. maj 2016).
67. Graves, Stephen B. in Elizabeth Larkin. 2006. Lessons from Erikson. *Journal of Intergenerational Relationships* 4 (2): 61–71.
68. Gregersen, Merete, Lord C. Boris in Else Marie Damsgaard. 2015. Postoperative blood transfusion strategy in frail, anemic elderly patients with hip fracture. *Acta Orthopaedica* 86 (3): 363–372.
69. Grigoryan, Konstantin V., Houman Javedan in James L. Rudolph. 2014. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopedic Trauma* 28 (3): 49–55.
70. Halbert, Julie, Maria Crotty, Craig Whitehead, Ian Cameron, Susan Kurrle, Helen Handoll, Terry Finnegan, Tim Jones, Amanda Foley in Michael Shanahan. 2007. Multi-disciplinary rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39 (7): 508–512.
71. Handoll, Helen, Ian D. Cameron, Jenson C. S. Mak in Terence P. Finnegan. 2009. *Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures (Review)*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
72. Harris, Diane K. 1990. *Social gerontology*. New York: Harper & Row.
73. Hickey, Anne, Mary Baker, Hannah McGee in Ciaran O' Boyle. 2005. Measuring health-related quality of life in older patient populations. A review of current approaches. *Pharmacoeconomics* 23 (10): 971–93.
74. Hodkinson, H M. 1972. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing* 1 (4): 233–238.
75. Hogan, David B., Christopher MacKnight in Howard Bergman. 2003. Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clinical and Experimental Research* 15 (3): 3–29.
76. Hommel, Ami, Kerstin Ulander, Karin B. Bjorkelund, Per-Ola Norrman, Hans Wingstrand in Karl-Göran Thorngren. 2008. Influence of optimised treatment of people with hip fracture on time to operation, length of hospital stay, reoperations and mortality within 1 year. *Injury* 39 (10): 1164–1174.
77. Hostnik, Bernarda. 2014. Socialni gerontolog, člen v interdisciplinarnem timu. V *Pomen kompetentne obravnave uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev v času*

- krize, ur. Danica Železnik, Uroš Železnik in Saša Gmajner, 1–11. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
78. Hostnik, Bernarda. 2015. The Inclusion Criteria for Anabolic Treatment of Osteoporosis of Elderly with Fragility Hip Fracture. V *Quo Vadis Ageing?*, ur. Marija Ovsenik in Rok Ovsenik, 333–344. Maribor: Alma Mater Europaea.
 79. Hummert, Mary Lee. 1990. Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging* 5 (2): 182–193.
 80. Huusko, Tiina M., Pertti Karppi, Veikko Avikainen, Hannu Kautiainen in Raimo Sulkava. 2000. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *British Medical Journal* 321 (7269): 1107–1111.
 81. Imperl, Franc. 2012. *Kakovost oskrbe starejših: izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co.
 82. Jin, Kunlin. 2010. Modern Biological Theories of Ageing. *Aging and Disease* 1 (2): 72–74.
 83. Jitapunkul, Sutthichai, Isweri Pillay in Shah Ebrahim. 1991. The abbreviated mental test: its use and validity. *Age Ageing* 20 (5): 332–336.
 84. Kalavar, Jyotsna M. 2001. Examining ageism: Do male and female college student differ? *Educational Gerontology* 27 (6): 507–513.
 85. Kammerlander, Christian, Markus Gosch, Michael Blauth, Thomas J. Lurge in Tobias Roth. 2011. The Tyrolen Geriatric Fracture Center: An ortogeriatric co-management model. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* 44 (6): 363–367.
 86. Kammerlander, Christian, Tobias Roth, Susan M. Friedman, Thomas J. Lurge, Dietmar Krappinger in Michael Blauth. 2010. Orto-geriatric service – a literature review comparing different models. *Osteoporosis International* 21 (4): 638–646.
 87. Kates, Stephen L. 2016. Hip fracture programs: are they effective? *Injury* 47 (1): 25–27.
 88. Kates, Stephen L., Daniel A. Mendelson in Susan M. Friedman. 2010. Co-Managed Care for Fragility Hip Fractures (Rochester model). *Osteoporosis International* 21 (4): 621–625.
 89. Kennie, David C., John Reid, Ian R. Richardson, A. A. Kiamari in Christine Kelt. 1988. Effectiveness of geriatrics rehabilitative care after fractures of proximal femur in elderly women. A randomized clinical trial. *British Medical Journal* 297 (6656): 1083–1086.

90. Kerby, Dave S. 2014. The simple difference formula: an approach to teaching nonparametric correlation. *Innovative Teaching* 3 (1): 1–9.
91. Khan, Rizwani, Christopher Fernandez, Farooqui Kashif in Philbrow Diggory. 2002. Combined orthogeriatric care in the management of hip fractures: a prospective study. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 84 (2): 123–124.
92. Khasraghi, Fardin A., Colleen Christmas, Simon C. Mears in Frassica Wenz. 2005. Effectiveness of a multidisciplinary team approach to hip fracture management. *Journal of Surgical Orthopaedic Advances* 14 (1): 27–31.
93. Kliche, Thomas. 2008. Empowerment in Prävention and Gesundheitsförderung – Eine konzeptkutive Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen* 70 (12): 715–720.
94. Kobentar, Radojka. 2008. Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika* 12 (2): 145–160.
95. Kocjan, Tomaž in Jana Govc Eržen. 2016. *Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo*. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
96. Kocjančič, Andreja. 2002. Smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze. *Zdravniški vestnik* 71 (9): 571–573.
97. Koelen, Maria, Monica Eriksson in Mima Cattan. 2016. Older People, Sense of Coherence and Community. V *The Handbook of Salutogenesis*, ur. Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bent Lindström in Geir Arild Espenes, 15–16. Bern: Springer.
98. Koglot, Franci, Marija Štrbenc Mozetič in Matej Beltram. 2001. Zlom kolka pri starostniku. *Zdravniški vestnik* 70 (11): 661–663.
99. Kokole, Vera. 1976. Sistemi, sistemska teorija in modeli. *Geografski vestnik XLVIII*: 159–168.
100. Komadina, Radko, Vladimir Senekovič, Igor Dolenc, Matej Andoljšek, Klemen Grabljevec, Gregor Veninšek, Janez Preželj in Tomaž Kocjan. 2012. Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. *Zdravniški vestnik* 81 (3): 183–192.
101. Komadina, Radko. 2008. Zlom kolka je poškodba in bolezen hkrati. *Zdravniški vestnik IV* (2008): IV-3-IV-10.
102. Komadina, Radko. 2011. *Zlom kolka v Sloveniji 2000–2010*. V *Novosti v osteologiji: monografija III. osteoloških dnevov z mednarodno udeležbo, 21. in 22. oktober 2011*, ur. Miro Čokolič in Radko Komadina, 13–14. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.

103. Komadina, Radko. 2015. Ortogeriatrično soupravljanje v priporočilih ESTES 2015 za zdravljenje zloma kolka. V *V. Osteološki Dnevi. Monografija V. osteoloških dnevov z mednarodno udeležbo*, ur. Miro Čokolič in Radko Komadina, 125–150. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
104. Kos, Josip. 2008. *Uvod u anesteziologiju. Premedikacija i sedacija. Podjela . anesteziije. Lokalna i regionalna anestezija. Intravenska anestezija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Veterinarski Fakultet.
105. Kos, Nataša, Bogdana Sedej in Boris Kos. 2014. Klinične smernice za rehabilitacijo poškodovancev po zlomu kolka. *Rehabilitacija* 13 (1): 163–167.
106. Kos, Nataša, Bogdana Sedej in Zala Kuret. 2016. Ocenjevanje funkcioniranja oseb po zlomu kolka. *Rehabilitacija* 15 (1): 66–70.
107. Košmelj, Katarina in Lidija Breskvar Žaucer. 2006. Metode razvrščanja enot v skupine; osnove in primer. *Acta agriculturae Slovenica* 87 (2): 299–310.
108. Košmelj, Katarina. 2007. *Uporabna statistika [Elektronski vir]*. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.
109. Kravos, Matej. 2011. Psihijatrija na podcelini. *Presnovnik* 3 (1): 44–45.
110. Krčevski-Škvarč, Nevenka. 2007. Oskrba bolnika z akutno bolečino v predbolnišničnem okolju. *Zdravniški Vestnik* 76: 192–197.
111. Krishnaswamy, B. in Gnanasambandam Usha. 2015. *Falls in older people: National/regional review, India*. Dostopno na: <http://www.who.int/ageing/projects/SEARO.pdf> (19. september 2017).
112. Kristančič, Azra. 2005. *Nova podoba staranja – siva revolucija*. Ljubljana: Združenje svetovalnih delavcev Slovenije, AA Inserco.
113. Kropivnik, Samo, Tina Kogovšek in Meta Gnidovec. 2006. *Analize podatkov z SPSS-om 12.0*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
114. Kump, Sonja in Sabina Jelenc Krašovec. 2010. *Prestari za učenje?* Ljubljana: Pedagoški inštitut.
115. Lah, Ida, Majda Pahor in Vera Hlebec. 2008. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzornik Zdravstvene Nege* 42 (2): 87–97.
116. Lah, Lenart Milan, Irena Svetin in Barica Razpotnik. 2013. *Starejši na trgu dela*. Ljubljana: Statistični Urad Republike Slovenije.
117. Lahe, Danijela. 2016. *Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi*. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

118. Laird, Dugan in Peter R. Schleger. 1985. *Approaches to training and development*. Addison-Wesley: Reading Mass.
119. Larson, Glenn in Kajsja-Mia Holgers. 2011. Fast-track care for patients with suspected hip fracture. *Injury* 42 (11): 1257–1261.
120. Lau, Tak-Wing, Christian Fang in Frankie Leung. 2013. The Effectiveness of a Geriatric Hip Fracture Clinical Pathway in Reducing Hospital Length of Stay and Improving Short-Term Mortality Rates. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation* 4 (1): 3–9.
121. Lavrič, Milan, Sergej Flere, Marina Tavčar Krajnc, Rudi Klanjšek, Bojan Musil, Andrej Naterer, Andrej Kirbiš, Marko Divjak in Petra Lešek. 2011. *Mladina 2010: Družbeni profil mladih v Sloveniji*. Ljubljana, Maribor: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino, Aristej.
122. Lee, Chong N. 2012. Reviewing Evidences on the Management of the Patients with Motor Neuron Disease. *Hong Kong Medical Journal* 18 (1): 48–55.
123. Lehman, Ann, Norm O'Rourke, Larry Hatcher in Edward J. Stepanski. 2005. *JMP For Basic Univariate And Multivariate Statistics: A Step-by-step Guide*. Cary, NC: SAS Press.
124. Lejko-Zupanc, Tatjana. 2017. *Antibiotična proliferacija pri imunsko oslabljenih, pa tudi pri zdravih*. Dostopno na: <http://www.nephro-slovenia.si/images/PDF/portoroz/6.pdf> (19. marec 2017).
125. Leslie, Victor in Lisa Bellil. 2014. ASA Preoperative Testing Guidelines. V *Anesthesiology Core Review: Part One: Basic Exam*, ur. Brian S. Freeman in Jeffrey S. Berger, 177–179. New York: McGraw Hill.
126. Liberman, Dan in Angela Cheung. 2015. A Practical Approach to Osteoporosis Management in the Geriatric Population. *Canadian Geriatrics Journal* 18 (1): 1–41.
127. Ling, Yea Liang, Chuan Jersey, Chi Wu in Juin Yih Su. 2008. Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in Older Taiwanese: Benefits Last for 1 Year. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 63 (1): 92–93.
128. Löfgren, Susanne, Gunnar Ljunggren in Mats Brommels. 2010. No ticking time bomb: Hospital utilisation of 28,528 hip fracture patients in Stockholm during 1998–2007. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (4): 418–425.
129. Luhmann, Niklas. 2000. Theory of Communication. *System Research and Behavioral Science* 17 (3): 273–288.

130. Makević Đurić, Mirjana in Milivoje Đurić. 2012. Procena rizika od nastanka velikih osteoporotičnih preloma na nivou primarne zdravstvene zaštite. *Komora zdravstvenih ustanova Beograd* 41 (6): 52–57.
131. Malačić, Janez. 2008. Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. *Zdravniški vestnik* 77 (12): 793-798.
132. Marcantonio, R. Edvard, Jonathan M. Flacker in Neil M. Resnick. 2001. Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatric Society* 49 (5): 516–522.
133. Marsh, David, Kristina Akesson, Dorcas E. Beaton, Earl R. Bogoch, Steven Boonen, Maria Luisa Brandi, Alastair R. McLellan, Paul J. Mitchell, Joanna E. Sale in Denys A. Wahl, 2011. Coordinator-based system for secondary prevention in fragility fracture patients. *Osteoporosis International* 22 (7): 2051–2065.
134. Martinez Reig, Marta, Laura Ahmad in Gustavo Dugue. 2012. The ortogeriatrics model of care: systematic review of predictors of institutionalization and mortality in post hip fracture patients and evidence for interventions. *Journal of the American Medical Directors Association* 13 (9): 770–777.
135. Martinson, Marty in Clara Berridge. 2015. Successful Aging. A Systematic Review of the Social Gerontology Literature. *The Gerontologist* 55 (1): 58–69.
136. Marušič, Dorijan. 2011. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
137. Matt, Vera. 2016. *4 Osteoporosis Nurse Care Plans*. Dostopno na: <https://nurseslabs.com/osteoporosis-nursing-care-plans/> (17. september 2017).
138. Mazzi, Bruno. 2013. V *Gastrointestinalne bolezni u obiteljskoj medicini. Naša iskustva i problemi s konzilijarnim pregledima*, ur. Bruno Mazzi, 4–14. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora.
139. Mazzocato, Pamela, Maria Unbeck, Mattias Elg, Olof Gustaf Sköldenberg in Johan Thor. 2015. Unpacking the key components of a programme to improve the timeliness of hip-fracture care: a mixed-methods case study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 23 (93): 1–12.
140. McLeod, Saul. 2016. Bandura – Social Learning Theory. *Simply Psychology* 66 (1): 1–3.
141. Mercer, Stewart W., Chris Salisbury in Martin Fortin. 2014. *The ABC of Multimorbidity*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
142. Miladinović, Marija. 2001. Eno leto hišnih skupnosti v Diesnu. *Firis* 9 (12): 49–56.

143. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2015. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6_ResolResol/ResNPZV.pdf (13. maj 2016).
144. Moja, Lorenzo, Alessandra Piatti, Valentina Pecoraro, Cristian Ricci, Gianni Virgili, Georgia Salanti, Luca Germagnoli, Alessandro Liberati in Giuseppe Banfi. 2012. Timing Matters in Hip Fracture Surgery: Patients Operated within 48 Hours Have Better Outcomes. A Meta-Analysis and Meta-Regression of over 190.000 Patients. *Plos One* 7 (10): 1–13.
145. Morrison, Sean R. in Diane Meier. 2004. Palliative Care. *The New England Journal of Medicine* 350 (25): 2582–2590.
146. Movrin, Igor. 2011. *Zlomi sosednjih vretenc po perkutani avgmentaciji osteoporotičnega zloma vretenca*. Doktorska disertacija. Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
147. Mulej, Matjaž in Vojko Potočan. 2006. Teorija kompleksnosti spada v več tokov teorije sistemov. *Organizacija* 39 (1): 44–53.
148. Mulej, Matjaž in Zdenka Ženko. 2004. *Introduction to System Thinking with Application to Invention and Innovation Management*. Maribor: Management Forum.
149. Mulej, Matjaž, Peter Fatur, Jožica Knez-Riedl, Andrej Kokol, Nastja Mulej, Vojko Potočan, Damijan Prosenak, Branko Škafar in Zdenka Ženko. 2008. *Invencijsko-inovacijski management z uporabo dialektične teorije sistemov: (podlaga za uresničitev ciljev Evropske unije glede inoviranja)*. Ljubljana: Korona plus.
150. Murko, Ana, Drago Brilej, Dejan Krušič in Lidija Plaskan. 2016. Dejavniki, povezani z izidom zdravljenja starostnika z nizkoenergetskim zlomom kolka po končanem bolnišničnem zdravljenju v Splošni bolnišnici Celje. *Rehabilitacija XV* (3): 4–11.
151. Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (National Institute for Health and Care Excellence). 2011. *Hip fracture: Management. Clinical guedeline*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
152. O'Connor, Joseph. 2007. *How Coaching Works*. London: A & C Black.
153. Ollivere, Ben, Katie Rollins in James Wimhurst. 2012. Optimising fast track care for proximal femoral fracture patients using modified early warning score. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 94 (4): 267–271.

154. Orosz, Gretchen M., Jay Magaziner, Edvard L. Hannan, Sean R. Morrison, Kenneth Koval, Marvin Gilbert, Maryann McLaughlin, Ethan A. Halm, Jason J. Wang, Ann Litke, Stacey B. Silberzweig in Albert L. Siu. 2004. Association of Timing of Surgery for Hip Fracture and Patient Outcomes. *Journal of the American Medical Association* 291 (14): 1738–1743.
155. Ovsenik, Marija in Milan Ambrož. 2010. *Celovitost in neznatnost organizacije*. Ljubljana: Inštitut za management.
156. Pahor, Majda in Barbara Domanjko. 2011. *Aktivni starejši ljudje o sprejemanju staranja*. Dostopno na: <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/4.pdf> (17. september 2017).
157. Paksima, Nader, Kenneth J. Koval, Gina Aharanoff, Michael Walsh, Erik N. Kubiak, in Joseph D. Zucekman, 2008. Predictors of mortality after hip fracture: a 10-year prospective study. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 66 (2): 111–117.
158. Palmore, Erdman B. 1982. Attitudes toward the aged: What we know and need to know. *Research on Aging* 4 (3): 333–348.
159. Parker, Martyn J. in Antony Johansen. 2006. Hip Fracture. *British Medical Journal* 333 (7557): 27–30.
160. Parker, Martyn J., Helen H. G. Handoll in Richard Griffiths. 2004. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 18 (4): 1–15.
161. Patorno, Elisabetta, Mark D. Neuman, Sebastian Schneeweiss, Helen Mogun in Brian T. Bateman. 2014. Comparative safety of anesthetic type for hip fracture surgery in adults: retrospective cohort study. *British Medical Journal* 348: 1–11.
162. Pečjak, Vid. 2008. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
163. Pedersen, Susanne J., Finn M. Borgbjerg, Brigitte Schausboe, Benn R. Duurs in Jes B. Lauritzen. 2008. A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *Journal of the American Geriatric Society* 56 (10): 1831–1838.
164. Pieters, Richard S. in James Liebmann. 2015. Principles of Multidisciplinary Management. V *A Guidebook for the Non-Oncologist*, ur. Richard S. Pieters in James Liebmann, 1–6. Worcester: University of Massachusetts Medical School.
165. Pioli, Giulio, Andrea Giusti in Antonella Barone. 2008. Orthogeriatric care for the elderly with hip fractures: Where are we? *Aging Clinical and Experimental Research* 20 (2): 113–122.

166. Pišot, Rado. 2012. Lifelong competency: model of motor development. *Kinesiologia Slovenica* 18 (3): 35–46.
167. Plsek, Paul E. in Trisha Greenhalgh. 2001. Complexity Science: The Challenge of Complexity in Health Care. *British Medical Journal* 323 (7313): 625–628.
168. Poredoš, Pavel. 2004. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdravniški vestnik* 73 (10): 753-756.
169. Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
170. Randler, Christoph, Christian Vollmer, David Wilhelm, Melanie Flessner in Eberhard Hummel. 2014. Attitudes towards the elderly among German adolescents. *Educational Gerontology* 40 (3): 230–238.
171. Roche, John J. W., Russel T. Wenn, Opinder Sahota in Gordon Christopher Moran. 2005. Effect of Comorbidities and Postoperative Complication on Mortality after Hip Fracture in Elderly People. Prospective Observation Cohort Study. *British Medical Journal* 331 (7529): 1374–1374.
172. Rockwood, Kenneth, David B. Hogan in Christopher MacKnight. 2000. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & Ageing* 17 (4): 295–302.
173. Rok Simon, Mateja in Jožica Šelb Šemerl. 2004. Epidemiologija poškodb pri starejših. V *Gerontološka travmatologija*, ur. Vladimir Smrkolj in Radko Komadina, 3–17. Celje: Grafika Gracer.
174. Rok Simon, Mateja. 2006. *Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
175. Rotter, Julian B. 1993. Expectancies. V *The history of clinical psychology in autobiography*, ur. C. Eugene Walker, 273-284. New York: Brooks/Cole.
176. Rozell, Joshua C., Mark Hasenauer, Derek J. Donegan in Mark Neuman. 2016. Recent advances in the treatment of hip fractures in elderly. *F 1000 Research* 5 (2016): 8–11.
177. Rubenstein, Laurence. 2006. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* 35 (2): 37–41.
178. Ryan, John, Mahboud Ghani, Paul Staniforth in Sue Edwards. 1996. "Fast tracking" patients with a proximal femoral fracture. *Journal of Accident & Emergency Medicine* 13 (2): 108–110.

179. Sach, Tracey H., Alexander J. E. Foss, Richard M. Gregsonm, Anwar Zaman, Francis Osborn, Tahir Masud in Rowan H. Harwood. 2007. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: an economic evaluation conducted alongside a randomised controlled trial. *The British Journal of Ophthalmology* 91 (12): 1675–1679.
180. Salobir, Boštjan. 2015. Krhkost in Osteoporoza. Ortogeriatrično soupravljanje v priporočilih ESTES 2015 za zdravljenje zloma kolka. V *V. Osteološki dnevi. Monografija V. osteoloških dnevov z mednarodno udeležbo*, ur. Miro Čokolič in Radko Komadina, 205–209. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
181. Schoenmaeckers, Ronald C. in Lieve Vanderleyden. 2006. Integeneration Solidary, the Elderly and Ageing: Main Results. *Studia Demograficzne* 2 (148): 25–113.
182. Schpolarich, Dascha. 2016. *Nega bolnika na domu: v objemu alzheimerjeve bolezni*. Kranj: Narava.
183. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2009. *Management of hip fracture in older people: A national clinical guideline*. Edinburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
184. Siebenhuener, Klarissa, Emmanuel Eschmann, Alexander Kienast, Dominik Schneider, Cristoph E. Minder, Reinhard Saller, Lukas Zimmerli, Jürg Blaser, Edouard Battegay in Barbara M. Holzer. 2017. Chronic Pain: How Challenging are DDIs in the Analgesic Treatment of Inpatients with Multiple Chronic Conditions? *Plos One* 12 (1): 1–18.
185. Simunovic, Nicole, Sheila Sprague, Gordon Guyatt, Emil Schemitsch, Justin Debeer in Mohit Bhandari. 2010. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications. *CMAJ* 182 (15): 1609–1616.
186. Sircar, Padmini, Darshan Godkar, Shmuel Margerefteh, Karinn Chambers, Niranjan Selva in Robert Cucco. 2007. Morbidity and Mortality Among Patients With Hip Fractures Surgically Repaired Within and After 48 Hours. *American Journal of Therapeutics* 14 (6): 508–513.
187. Sixsmith, Andrew. 2013. Tehnology and the Challenge of Aging. V *Technologies for Active Ageing*, ur. Andrew Sixsmith in Gloria Gutman, 7–25. New York: Springer.
188. Skela Savič, Brigita, Joca Zurc in Simona Hvalič Touzery. 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene Nege* 44 (2): 89–100.

189. Skela Savič, Brigita. 2006. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzornik Zdravstvene Nege* 40 (4): 187–196.
190. Skela Savič, Brigita. 2010. Staranje in zdravje – izzivi za zdravstveno nego. V *Priložnost za izboljšave Klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika, Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo*, 21.-22. junij, Ljubljana, Slovenija, ur. Hvalič, Tauzery, Simona, Boris, Miha, Kocijančič, Marjetka in Rustja, Nina, 17-26. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
191. Sladič, Gašper. 2016. Kibernetški pogled na IT svet, BA in PM. *IIBA* 9: 1–2.
192. Slovensko zdravniško društvo. 2015a. *Društvo travmatologov*. Dostopno na: <http://www.szd.si/sekcije/kirurgija/drustvo-travmatologov> (19. maj 2016).
193. Slovensko zdravniško društvo. 2015b. Dostopno na: <http://www.szd.si/sekcije/fizikalna-medicina-in-rehabilitacija/zdruzenje-za-fizikalno-in-rehabilitacijsko-medicino> (19. maj 2016).
194. Smith, Toby O., Yasir A. Hameed, Jane L. Cross, Catherine Henderson, Opinder Sahota in Chris Fox. 2015. Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery. *LSE Research Online* 6 (2015): 1–46.
195. Staehelin, Hannes B. 2005. Promoting Health and Welbeing in Later Life. V *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*, ur. Malcom L. Johnson, 165-177. Cambridge: Cambridge University Press.
196. Statistični urad Republike Slovenije. 2010. *Statistični letopis 2010*. Dostopno na: <http://stat.si/letopis/> (14. april 2014).
197. Statistični urad Republike Slovenije. 2015. *Statistični letopis 2015*. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis/> (16. maj 2016).
198. Stenvall, Michael. 2006. *Hip fractures among people*. Umea: UMEA University Medical Dissertations.
199. Stride, Peter Jo, Nilkanth Patel in Diehl Kingston. 2013. The History of Osteoporosis: why do Egiptian Mummies Have Porotic Bone? *The Journal of the Royal College Physicians of Edinburg* 43 (3): 254–261.
200. Strniša, Neža. 2012. Izid rehabilitacije pri poškodovancih po zlomu kolka, premeščenih iz Splošne bolnišnice Celje in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na negovalni oddelek Thermane Laško. *Rehabilitacija* 11 (2): 11–18.
201. Strömberg, Lars, Conny Lindgren, Gunnar Ohlen in Olle Svensson. 2013. The Appearance and Disappearance of Cognitive Impairment in Elderly Patients During

- Treatment for Hip Fracture. *The Journal of Bone and Joint Surgery, American* volume 11 (7): 167–175.
202. Strömberg, Lars. 1998. *Hip fractures in the elderly: social, economic, and psychological aspects of rehabilitation*, in *Department of Surgery, Anaesthesiology, Radiology, and Orthopaedics*. Karolinska Institutet: Stockholm.
 203. Stroup, Donna F., Jesse A. Berlin, Sally C. Morton, Ingram Olkin, David G. Williamson, Drummond Rennie, David Moher, Betsy J. Becker, Theresa Ann Sipe in Stephen B. Thacker. 2000. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A Proposal for Reporting. *Journal of the American Medical Association* 283 (15): 2008–2012.
 204. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). 2015. *World report on ageing and health*. Dostopno na: <http://www.who.int/publications/en/> (21. maj 2016).
 205. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). 2011. *FRAX. Calculation Tool*. Dostopno na: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=en> (15. maj 2016).
 206. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). 2007. *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization.
 207. Šabovič, Mišo, Matija Kozak, Ivan Žuran, Pavel Berden, Alenka Mavri, Nina Vene, Aleš Blinc in Polona Peternel. 2005. Smernice za odkrivanje in zdravljenje venske tromboze. *Zdravniški Vestnik* 74: 137–142.
 208. Šabovič, Mišo. 2004. Sodobna načela internistične geriatrije. *ISIS XIII* (8–9): 37–41.
 209. Tan, Philip P., Naihua Zhang in Lian Fan. 2004. Students attitudes toward the elderly in the Peoples Republic of China. *Educational Gerontology* 30 (4): 305–314.
 210. Toplišek, Janez, Alenka Mavri in Nina Vene. 2007. *Priročnik za obravnavo bolnika v antikoagulacijski ambulanti. Interni oddelek SB Novo mesto v sodelovanju s Sekcijo za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje trombotičnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo*. Ljubljana: Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmacevtske dejavnosti.
 211. Ule Nastran, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej, zbirka Dialogi.
 212. Valderas, Jose M., Barbara Starfield, Bonnie Sibbald, Chris Salisbury in Martin Roland. 2009. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Family Medicine* 7 (4): 357–63.

213. Van Dijk, Teun A. 1998. *Ideology: A Multidisciplinary Approach*. London: SAGE Publications.
214. Victor, Christina R. 2005. *The social context of ageing (a textbook of gerontology)*. London, New York: Routledge.
215. Villareal, Dennis T. in drugi. 2011. A model for increasing palliative care in the intensive care unit: enhancing interprofessional consultation rates and communication. *Journal of pain and symptom management* 42 (5): 676–679.
216. Vlahović, Dušan. 2009. Nadomeščanje tekočin – sodobni pogledi in dileme. V *Sodoben pristop k nadomeščanju tekočin: predavanja s Strokovnega sestanka Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD, 11 november 2009*, 1-44. Ljubljana: Medias International.
217. Vodopivec, Vlasta J. 2005. Vloga sporazumevanja pri sočasnih boleznih in stanjih. V *Sočasne bolezni in stanja*, ur. Janko Kersnik in Rade Iljaž, 11–18. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD Ljubljana.
218. Von Bertalanffy, Ludwig. 1968. *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
219. Watts, Nelson B. in JoAnn E. Manson. 2017. Osteoporosis and Fracture Risk Evaluation and Management. Shared Decision Making in Clinical Practice. *Journal of the American Medical Association* 317 (3): 253–254.
220. Wendt, Klaus, Dominik Heim, Christoph Josten, Richard Kdolsky, Hans-Jörg Oestern, Henrik Jan Palm, Bernard Sintenie, Radko Komadina in Cem Comuroglu. 2015. European Society of Trauma and Emergency Surgery. Recommendations in hip fractures. Groningen: University Medical Center Groningen, Trauma Surgery.
221. Westendorp, Rudi in Thomas Kirkwood. 2007. *The Biology of Ageing. Ageing in Society. European Perspectives on Gerontology*. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446278918.n2> (18. marec 2017).
222. Wetenkamp, Vicki. 2002. Multidisciplinary management: why me? *Clinical Leadership & Management Review: The Journal of CLMA* 16 (3): 175–180.
223. Wikipedija. 2017. *Anestezija*. Dostopno na: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Anestezija> (18. marec 2017).
224. Xue, Qian-Li. 2011. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine* 27 (1): 1–15.

225. Yazdanshenas, Hamed R. Washington, Nick Eleby, Arya Shamie in Firoz Madadi. 2016. Senior Managed Care System for Hip Fracture in the United States. *Clinics in Orthopedic Surgery* 8 (1): 19–28.
226. Zavratnik, Andrej. 2015. Vpliv bariatrične kirurgije na kost. V *V. Osteološki dnevi, Monografija V. osteoloških dnevov z mednarodno udeležbo*, ur. Miro Čokolič in Radko Komadina, 77–87. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
227. Zdovc, Bogdan. 2011. *Anesteziologija za veterinarske tehnike*. Ljubljana: Biotehniški izobraževalni center.
228. Zelko, Erika in Staša Kocjančič. 2009. Načela medikalizacije. *Družinska medicina* 8: 7–12.
229. Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije. 2017. *Predstavitev ZDBO Slovenije*. Dostopno na: http://osteoporoz.si/zdbo_slovenije/ (3. marec 2017).
230. Železnik, Danica, Uroš Železnik in Karmen Panikvar-Žlahtič. 2011. Pomen etike za kakovostno obravnavo starejše osebe. V *Celostna obravnava starostnika z demenco: zbornik predavanj*, ur. Danica Železnik in Uroš Železnik, 94–98. Laško: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
231. Železnik, Danica. 2007. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia: dissertation*. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis, D Medica.
232. Železnik, Danica. 2010. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika. V *Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo*, 36–45. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
233. Žiberna, Aleš. 2011. *Analiza variance in linearna regresija*. Dostopno na: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/media/gradiva/delavnice2011/Analiza%20variance%20in%20linearna%20regresija.pdf> (28. februar 2017).

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga A: Vprašalnik FFN HF

Priloga B: Anketni vprašalnik

Priloga C: Korelacijska matrika potreb po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka – Spearmanov korelacijski koeficient

Priloga D: Primerjava demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave

Priloga E: Protokol obravnave starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju ob prisotnosti socialnega gerontologa

PRILOGA A: Vprašalnik FFN HF

I. del vprašalnika FFN HF

Ocena kognitivnih sposobnosti starejše osebe (Abbreviated Mental Test – AMTS).

VPRAŠANJA		TOČKE 0 ALI 1
1.	Koliko ste stari?	
2.	Koliko je ura?	
3.	Vaš naslov?	
4.	Katero leto je?	
5.	Kje se nahajate?	
6.	Ali lahko prepoznate ti dve osebi?	
7.	Kdaj ste rojeni?	
8.	Kdaj se je pričela 2. svetovna vojna?	
9.	Kdo je sedanji predsednik vlade?	
10.	Štejte od 20 do 1.	
ZBRANE TOČKE		

II. del vprašalnika FFN HF

Podatki pacienta

Ime	Priimek	Datum rojstva	Spol
		___/___/____	<input type="checkbox"/> Moški <input type="checkbox"/> Ženska
Bivanje pred poškodbo		Mobilnost pred poškodbo	
Doma Ustanova Bolnišnica Neznano		Mobilen brez pomoči Zunanja mobilnost s pripomočkom Zunanja mobilnost z dvema pripomočkoma Notranja mobilnost, zunaj nikoli brez pomoči Brez funkcionalne mobilnosti Neznano	
Rezultat skrajšanega mentalnega testa (AMTS) pred operacijo		ASA lestvica	
AMTS ___/10	Ni opravljen Pacient odklonil	1 2 3 4 5	neznano
Stran frakture		Patološko	

Leva stran Desna stran Obe strani	Ne Maligno Atipično Neznano
Vrsta frakture – določi zdravnik	Preventiva kosti pred zlomom
Intrascapular undisplaced Intrascapular displaced Intertrochanteric Subtrochanteric Drugo	Da Ne

Podatki o sprejemu v bolnišnico

Datum in ura sprejema	Pacientov ID / Bolnišnična številka	
__/__/____ : __		
Datum in ura prve operacija	Ni operacije	
__/__/____ : __	Operativni poseg ni bil izveden	
Vrsta operativnega posega – izpolni zdravnik	Vrsta anestezije	Razjede
Cannulated screws Sliding hip screw Intra-medullary nail Hemi-arthoplasty Total hip replacement Drugo	Splošna anestezija Spinalna anestezija Regionalna anestezija	Da Ne
Sodelovanje fiziatra/geriatra	Smrt	Mobilizacija prvi dan
Fiziater Geriatra Ni podatka	Pred operacijo Po operaciji	Da Ne

Odpust

Datum in ura odpusta	Napotitev ob odpustu	Preventiva kosti
__/__/____ : __	Domov Ustanova Bolnišnica Rehabilitacijski center Smrt Neznano	Pričeta Nadaljevanje Prenehanje

Pregled po 30 dneh (kontrola)

Ponoven sprejem	Ponovna operacija	Smrt	Gibanje	Prebivališče	Zaščita kosti
Da Ne	Da Ne	Da Ne	Samostojen Pripomoček	Doma Rehabilitacija Ustanova	Da Ne

Pregled po 120 dneh (kontrola)

Mobilnost	Osebna nega
Brez težav pri hoji Nekaj težav pri hoji Prikovan na posteljo	Nima težav z osebno nego Ima težava pri umivanju in oblačenju Je nezmožen umivanja in oblačenja
Običajne aktivnosti	Bolečina
Nimam težav pri vsakdanjih aktivnostih Imam nekaj težav pri vsakodnevnih aktivnostih Nezmožen opravljati vsakodnevne aktivnosti	Nima bolečin Čuti zmerne bolečine Čuti hude bolečine
Živčnost/Depresija	
Ni živčen ali depresiven Je zmerno živčen ali depresiven Je zelo živčen ali depresiven	

Po operaciji

Mobilnost	Osebna nega
Brez težav pri hoji Nekaj težav pri hoji Prikovan na posteljo	Nima težav z osebno nego Ima težave pri umivanju in oblačenju Je nezmožen umivanja in oblačenja
Običajne aktivnosti	Bolečina
Nima težav pri vsakdanjih aktivnostih Ima nekaj težav pri vsakodnevnih aktivnostih Nezmožen opravljati vsakodnevne aktivnosti	Nima bolečin Čuti zmerne bolečine Čuti hude bolečine
Živčnost/Depresija	
Ni živčen ali depresiven Je zmerno živčen ali depresiven Je zelo živčen ali depresiven	

Ponovna operacija v 30 dneh

Ponovna operacija v 30 dneh – označi zdravnik
Reduction of dislocated prosthesis washout of debris Implant removal Revision of internal fixation Conversion to Hemiarthroplasty Conversion to total hip replacement Girdlestone / excision arthroplasty Periprosthetic fracture None

Vir: Fragility Fracture Network, 2016

PRILOGA B: Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani, sem Bernarda Hostnik, mag. zdrav. nege, študentka doktorskega študijskega programa Socialne gerontologije Evropskega centra Maribor. V okviru doktorata želim izvesti kvantitativno raziskavo, zato Vas vljudno prosim za sodelovanje. V raziskavi je anonimnost zagotovljena, vsi dobljeni podatki raziskave bodo uporabljeni izključno v znanstveno-raziskovalne namene. Sodelovanje v raziskavi lahko brez obrazložitve kadarkoli prekinete.

Iskrena hvala za Vaše sodelovanje!

Bernarda Hostnik, mag. zdrav. nege

SKLOP A: demografski podatki

1. Spol (obkrožite odgovor):

- a) ženski
- b) moški

2. Starost (prosim, da vpišete svojo starost): _____ let

3. Izobrazba (prosim, da obkrožite končano stopnjo šolanja):

- a) osnovna šola
- b) poklicna šola
- c) srednja šola
- d) višja šola
- e) univerzitetna stopnja
- f) magisterij
- g) doktorat

4. Stan (obkrožite odgovor):

- a) samski/-a
- b) poročen/-a
- c) ločen/-a
- d) izven partnerska zveza

e) vdovec/vdova

5. Število otrok (napišite s številko): _____

6. Kraj bivanja (obkrožite odgovor):

a) dom za starejše občane

b) lasten dom

SKLOP B

V tabeli so navedene trditve, ki so povezane z namenom ugotoviti potrebo po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka. Vsako trditev ocenite po Likertovi lestvici od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se strinjam, 5 – sploh se ne strinjam.

Trditve	Popolnoma se strinjam	Strinjam se	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Ne strinjam se	Sploh se ne strinjam
1. Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	1	2	3	4	5
2. Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	1	2	3	4	5
3. Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	1	2	3	4	5
4. Strah me je bilo bolečine.					
5. Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	1	2	3	4	5
6. Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju	1	2	3	4	5
7. Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	1	2	3	4	5
8. Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več	1	2	3	4	5

časa, ki bi mi ga naj posvetile					
9. Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	1	2	3	4	5
10. Po operaciji me je skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	1	2	3	4	5
11. Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	1	2	3	4	5
12. Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	1	2	3	4	5
13. V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni, bil/-a obveščena o društvih proti osteoporozi.	1	2	3	4	5
14. V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	1	2	3	4	5
15. V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmogel/-a.	1	2	3	4	5
16. Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	1	2	3	4	5
17. Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	1	2	3	4	5

Priloga C: Korelacijska matrika potreb po vključitvi socialnega gerontologa v obravnavo starejše osebe z zlomom kolka - Spearmanov korelacijski koeficient

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16
V1 r_s	1,000															
p	.															
n	57															
V2 r_s	,301*	1,000														
p	,024	.														
n	56	64														
V3 r_s	,517**	,302*	1,000													
p	,000	,025	.													
n	55	55	55													
V4 r_s	,295	,252	,361*	1,000												
p	,061	,081	,022	.												
n	41	49	40	49												
V5 r_s	,038	-,008	,192	,247	1,000											
p	,784	,950	,168	,091	.											
n	54	62	53	48	62											
V6 r_s	,360**	,196	,526**	,333*	,082	1,000										
p	,007	,151	,000	,033	,561	.										
n	55	55	54	41	53	55										
V7 r_s	,417**	,354**	,330*	,385*	-,068	,288*	1,000									
p	,002	,008	,015	,013	,629	,035	.									
n	55	55	54	41	53	54	55									
V8 r_s	,516**	,183	,571**	,395*	-,097	,457**	,332*	1,000								
p	,000	,176	,000	,011	,486	,000	,013	.								
n	56	56	55	41	54	55	55	56								
V9 r_s	,592**	,381**	,531**	,171	-,016	,296*	,360**	,545**	1,000							
p	,000	,004	,000	,285	,911	,030	,007	,000	.							
n	56	55	54	41	53	54	55	55	56							
V10 r_s	,277*	,301*	,465**	,162	,395**	,141	,172	,126	,180	1,000						
p	,041	,026	,000	,312	,003	,305	,213	,359	,194	.						
n	55	55	54	41	53	55	54	55	54	55						
V11 r_s	,488**	,192	,671**	,234	,048	,557**	,134	,413**	,460**	,137	1,000					
p	,000	,160	,000	,140	,735	,000	,329	,002	,000	,325	.					
n	56	55	54	41	53	54	55	55	56	54	56					
V12 r_s	,500**	,399**	,731**	,400**	,045	,504**	,334*	,506**	,435**	,281*	,748**	1,000				

p	,000	,003	,000	,009	,747	,000	,014	,000	,001	,040	,000	.				
n	55	55	54	41	53	54	54	55	54	54	54	55				
V13 r _S	,466**	,264	,565**	,012	-,035	,424**	,080	,575**	,543**	,203	,588**	,460**	1,000			
p	,000	,051	,000	,944	,801	,001	,566	,000	,000	,141	,000	,000	.			
n	55	55	54	40	53	54	54	55	54	54	54	54	55			
V14 r _S	,491**	,321**	,714**	,179	,044	,565**	,166	,456**	,615**	,301*	,810**	,684**	,738**	1,000		
p	,000	,010	,000	,218	,735	,000	,225	,000	,000	,026	,000	,000	,000	.		
n	56	64	55	49	62	55	55	56	55	55	55	55	55	64		
V15 r _S	,272*	,191	,220	-,006	-,121	,195	-,062	,299*	,106	-,014	,428**	,315*	,460**	,363**	1,000	
p	,042	,130	,106	,969	,350	,153	,652	,025	,443	,917	,001	,019	,000	,003	.	
n	56	64	55	49	62	55	55	56	55	55	55	55	55	64	64	
V16 r _S	,004	,084	,013	,124	,405**	,028	,039	-,002	,008	,310*	-,091	,002	,120	,033	,018	1,000
p	,975	,512	,925	,395	,001	,837	,779	,987	,954	,021	,503	,990	,383	,796	,886	.
n	57	64	55	49	62	55	55	56	56	55	56	55	55	64	64	65
V17 r _S	,021	-,020	-,094	,181	,352**	-,029	,136	-,022	-,130	,213	-,178	,035	-,017	,000	-,045	,705**
p	,881	,879	,505	,219	,006	,835	,333	,872	,355	,126	,203	,802	,905	,999	,726	,000
n	54	62	53	48	60	53	53	54	53	53	53	53	54	62	62	62

Priloga D: Primerjava demografskih spremenljivk s spremenljivkami obravnave

Korelacija Q1 Spol	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer ženski	40	28,28	1131,00
posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala moški	16	29,06	465,00
ob strani. Total	56		
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas ženski	47	31,09	1461,00
hospitalizacije. moški	16	34,69	555,00
Total	63		
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi ženski	38	25,74	978,00
svetovala. moški	16	31,69	507,00
Total	54		
V4 Strah me je bilo bolečine. ženski	37	22,78	843,00
moški	11	30,27	333,00
Total	48		
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz ženski	46	28,72	1321,00
postelje. moški	15	38,00	570,00
Total	61		
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/- ženski	39	27,35	1066,50
a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v moški	15	27,90	418,50
domačem okolju. Total	54		
V7 Tekom zdravljenja sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, ženski	38	27,58	1048,00
da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a. moški	16	27,31	437,00
Total	54		
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, ženski	39	27,47	1071,50
vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile. moški	16	29,28	468,50
Total	55		
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu ženski	39	26,65	1039,50
zaupal/-a. moški	16	31,28	500,50
Total	55		
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo ženski	39	26,23	1023,00
avtomobila. moški	15	30,80	462,00
Total	54		
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje ženski	39	26,29	1025,50
celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta. moški	16	32,16	514,50
Total	55		
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in ženski	39	25,67	1001,00
prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice. moški	15	32,27	484,00
Total	54		
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni ženski	38	27,59	1048,50
izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves moški	16	27,28	436,50
čas ob meni. Total	54		

V14 V času zdravljenja sem pogrešala strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	ženski	47	30,27	1422,50
	moški	16	37,09	593,50
	Total	63		
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	ženski	47	32,11	1509,00
	moški	16	31,69	507,00
	Total	63		
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	ženski	48	31,40	1507,00
	moški	16	35,81	573,00
	Total	64		
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	ženski	45	30,29	1363,00
	moški	16	33,00	528,00
	Total	61		

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Test Statistika Spol

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	311,000	1131,000	-,171	,864
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	333,000	1461,000	-,732	,464
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	237,000	978,000	-1,342	,180
V4 Strah me je bilo bolečine.	140,000	843,000	-1,758	,079
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	240,000	1321,000	-2,207	,027
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	286,500	1066,500	-,122	,903
V7 Tekom zdravljenja sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	301,000	437,000	-,060	,952
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	291,500	1071,500	-,399	,690
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	259,500	1039,500	-1,013	,311
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	243,000	1023,000	-1,091	,275
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	245,500	1025,500	-1,266	,205

V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	221,000	1001,000	-1,439	,150
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	300,500	436,500	-,068	,946
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	294,500	1422,500	-1,325	,185
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	371,000	507,000	-,081	,935
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	331,000	1507,000	-,911	,362
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	328,000	1363,000	-,563	,574

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Korelacija Q2 Starost			
Spearman's rho	Q2 Starost	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	
		N	66
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.		Correlation Coefficient	-,049
		Sig. (2-tailed)	,715
		N	57
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.		Correlation Coefficient	,068
		Sig. (2-tailed)	,594
		N	64
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.		Correlation Coefficient	,025
		Sig. (2-tailed)	,855
		N	55
V4 Strah me je bilo bolečine.		Correlation Coefficient	-,188
		Sig. (2-tailed)	,197
		N	49
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.		Correlation Coefficient	-,056
		Sig. (2-tailed)	,667
		N	62
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.		Correlation Coefficient	,151
		Sig. (2-tailed)	,272
		N	55
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.		Correlation Coefficient	-,139
		Sig. (2-tailed)	,311
		N	55

V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,143 ,294 56
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,009 ,945 56
V10 Po operaciji me je skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,014 ,918 55
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,067 ,622 56
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,026 ,852 55
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,211 ,121 55
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,186 ,140 64
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmožel/-a.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,245 ,051 64
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,060 ,632 65
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,103 ,426 62

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Korelacija Q3 Izobrazba	N	Mean Rank
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi osnovna šola	27	31,09
zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar poklicna šola	11	27,68
sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala srednja šola	16	25,09
ob strani. višja šola	2	40,50
univerzitetna stopnja	1	26,50
Total	57	

V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	osnovna šola	32	30,66
	poklicna šola	13	41,58
	srednja šola	15	28,33
	višja šola	3	39,50
	univerzitetna stopnja	1	15,00
	Total	64	
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	osnovna šola	26	28,92
	poklicna šola	11	29,00
	srednja šola	15	24,93
	višja šola	2	32,25
	univerzitetna stopnja	1	30,50
	Total	55	
V4 Strah me je bilo bolečine.	osnovna šola	27	23,33
	poklicna šola	9	33,89
	srednja šola	9	23,56
	višja šola	3	21,33
	univerzitetna stopnja	1	14,00
	Total	49	
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	osnovna šola	32	30,17
	poklicna šola	12	36,25
	srednja šola	14	33,04
	višja šola	3	22,50
	univerzitetna stopnja	1	22,50
	Total	62	
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	osnovna šola	26	27,83
	poklicna šola	11	25,36
	srednja šola	15	29,87
	višja šola	2	40,00
	univerzitetna stopnja	1	9,50
	Total	55	
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	osnovna šola	26	27,98
	poklicna šola	11	29,00
	srednja šola	15	25,90
	višja šola	2	30,50
	univerzitetna stopnja	1	44,00
	Total	55	
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	osnovna šola	27	29,61
	poklicna šola	11	30,09
	srednja šola	15	22,40
	višja šola	2	43,25
	univerzitetna stopnja	1	43,00
	Total	56	
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	osnovna šola	26	27,17
	poklicna šola	11	30,41

	srednja šola	16	26,78
	višja šola	2	38,00
	univerzitetna stopnja	1	50,50
	Total	56	
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	osnovna šola	26	26,17
	poklicna šola	11	29,09
	srednja šola	15	28,40
	višja šola	2	48,50
	univerzitetna stopnja	1	16,50
	Total	55	
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	osnovna šola	26	32,33
	poklicna šola	11	26,55
	srednja šola	16	24,63
	višja šola	2	30,50
	univerzitetna stopnja	1	8,50
	Total	56	
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	osnovna šola	26	30,58
	poklicna šola	11	28,32
	srednja šola	15	23,33
	višja šola	2	38,25
	univerzitetna stopnja	1	7,00
	Total	55	
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	osnovna šola	27	28,44
	poklicna šola	11	26,59
	srednja šola	14	24,68
	višja šola	2	40,75
	univerzitetna stopnja	1	52,50
	Total	55	
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	osnovna šola	32	32,42
	poklicna šola	13	33,54
	srednja šola	15	32,63
	višja šola	3	36,00
	univerzitetna stopnja	1	9,00
	Total	64	
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmožel/-a.	osnovna šola	32	36,20
	poklicna šola	13	29,65
	srednja šola	15	27,27
	višja šola	3	30,00
	univerzitetna stopnja	1	37,00
	Total	64	
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	osnovna šola	32	30,80
	poklicna šola	13	28,96
	srednja šola	16	37,22
	višja šola	3	41,17

	univerzitetna stopnja	1	64,00
	Total	65	
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	osnovna šola	32	29,98
	poklicna šola	13	33,46
	srednja šola	13	31,08
	višja šola	3	34,83
	univerzitetna stopnja	1	50,00
	Total	62	

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Test Statistika Izobrazba

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	2,615	4	,624
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	6,352	4	,174
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	,947	4	,918
V4 Strah me je bilo bolečine.	5,983	4	,200
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	3,344	4	,502
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	3,272	4	,513
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	1,508	4	,825
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	5,262	4	,261
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	3,246	4	,517
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	5,497	4	,240
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	4,243	4	,374
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	4,850	4	,303
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	4,544	4	,337
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	1,849	4	,764

V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	3,030	4	,553
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	6,276	4	,179
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	1,781	4	,776

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Korelacija Q4 Stan	N	Mean Rank	
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	samski/-a	4	34,75
	poročen/-a	26	26,77
	ločen/-a	1	54,50
	izven partnerska zveza	2	26,50
	vdovec/vdova	24	29,60
	Total	57	
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	samski/-a	4	48,00
	poročen/-a	30	33,10
	ločen/-a	1	15,00
	izven partnerska zveza	2	28,00
	vdovec/vdova	27	30,52
	Total	64	
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	samski/-a	4	29,13
	poročen/-a	25	26,36
	ločen/-a	1	51,50
	izven partnerska zveza	2	20,25
	vdovec/vdova	23	29,24
	Total	55	
V4 Strah me je bilo bolečine.	samski/-a	2	25,00
	poročen/-a	22	24,36
	ločen/-a	1	36,00
	izven partnerska zveza	1	36,00
	vdovec/vdova	23	24,65
	Total	49	
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	samski/-a	4	37,25
	poročen/-a	30	30,37
	ločen/-a	1	22,50
	izven partnerska zveza	1	52,00
	vdovec/vdova	26	31,48
	Total	62	
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	samski/-a	4	19,25
	poročen/-a	25	25,38
	ločen/-a	1	51,00
	izven partnerska zveza	2	19,25
	vdovec/vdova	23	32,13
	Total	55	

V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	samski/-a	3	28,17
	poročen/-a	26	26,60
	ločen/-a	1	53,00
	izven partnerska zveza	2	30,50
	vdovec/vdova	23	28,26
	Total	55	
V8 Z obravnavo medicinskih sester bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	samski/-a	4	25,75
	poročen/-a	26	28,40
	ločen/-a	1	50,00
	izven partnerska zveza	2	21,00
	vdovec/vdova	23	28,80
	Total	56	
V9 Operacije me je bilo strah, svoje občutke nekomu zaupal/-a.	samski/-a	3	38,33
	poročen/-a	26	25,25
	ločen/-a	1	50,50
	izven partnerska zveza	2	25,50
	vdovec/vdova	24	30,13
	Total	56	
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo hojo in vožnjo avtomobila.	samski/-a	4	29,25
	poročen/-a	25	30,06
	ločen/-a	1	16,50
	izven partnerska zveza	2	29,25
	vdovec/vdova	23	25,93
	Total	55	
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	samski/-a	3	30,67
	poročen/-a	26	27,88
	ločen/-a	1	52,50
	izven partnerska zveza	2	29,75
	vdovec/vdova	24	27,79
	Total	56	
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	samski/-a	4	29,38
	poročen/-a	25	28,56
	ločen/-a	1	52,50
	izven partnerska zveza	2	38,25
	vdovec/vdova	23	25,20
	Total	55	
V13 V času zdravljenja občutek, da se je pri meni preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bila ves čas ob meni.	samski/-a	4	29,50
	poročen/-a	25	28,36
	ločen/-a	1	52,50
	izven partnerska zveza	2	12,50
	vdovec/vdova	23	27,63
	Total	55	
V14 V času zdravljenja strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a	samski/-a	4	32,38
	poročen/-a	30	34,07

svoje strahove o nadaljnem življenju.	ločen/-a	1	60,00
	izven partnerska zveza	2	18,00
	vdovec/vdova	27	30,83
	Total	64	
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	samski/-a	4	46,50
	poročen/-a	30	32,05
	ločen/-a	1	56,00
	izven partnerska zveza	2	17,00
	vdovec/vdova	27	31,20
	Total	64	
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	samski/-a	4	42,25
	poročen/-a	30	34,17
	ločen/-a	1	18,50
	izven partnerska zveza	2	32,00
	vdovec/vdova	28	31,02
	Total	65	
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	samski/-a	4	31,25
	poročen/-a	29	32,12
	ločen/-a	1	15,50
	izven partnerska zveza	2	49,50
	vdovec/vdova	26	30,08
	Total	62	

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Test statistika Stan

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	3,741	4	,442
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	4,779	4	,311
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	3,409	4	,492
V4 Strah me je bilo bolečine.	1,571	4	,814
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	3,285	4	,511
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	6,686	4	,153
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	3,012	4	,556

V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	2,527	4	,640
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	4,599	4	,331
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	1,768	4	,778
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	2,437	4	,656
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	4,240	4	,374
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	4,499	4	,343
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	4,061	4	,398
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmožel/-a.	5,695	4	,223
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	2,441	4	,655
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	3,439	4	,487

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Korelacija Q5 Število otrok			
Spearman's rho	V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,180 ,180 57
	V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,205 ,103 64
	V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,025 ,856 55
	V4 Strah me je bilo bolečine.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,045 ,758 49
	V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,026 ,843 62
	V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojcem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,250 ,066 55

V7	Tekom zdravljenja sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,056 ,682 55
V8	Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljna, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,146 ,282 56
V9	Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,044 ,747 56
V10	Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,050 ,717 55
V11	Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,169 ,214 56
V12	Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,131 ,339 55
V13	V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,056 ,685 55
V14	V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,023 ,858 64
V15	V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmoget/-a.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,159 ,209 64
V16	Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,208 ,097 65
V17	Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,029 ,826 62
Q5	Število otrok	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 66

Vir: Lastna raziskava

Korelacija Q6 Kraj bivanja	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	dom za starejše občane	17	31,24	531,00
	lasten dom	40	28,05	1122,00
	Total	57		
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	dom za starejše občane	19	32,08	609,50
	lasten dom	44	31,97	1406,50
	Total	63		
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	dom za starejše občane	17	28,56	485,50
	lasten dom	38	27,75	1054,50
	Total	55		
V4 Strah me je bilo bolečine.	dom za starejše občane	17	21,68	368,50
	lasten dom	31	26,05	807,50
	Total	48		
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	dom za starejše občane	18	31,67	570,00
	lasten dom	43	30,72	1321,00
	Total	61		
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem glede moje obravnave v domačem okolju.	dom za starejše občane	17	34,85	592,50
	lasten dom	38	24,93	947,50
	Total	55		
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	dom za starejše občane	16	26,47	423,50
	lasten dom	39	28,63	1116,50
	Total	55		
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	dom za starejše občane	17	24,09	409,50
	lasten dom	39	30,42	1186,50
	Total	56		
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekomu zaupal/-a.	dom za starejše občane	16	26,69	427,00
	lasten dom	40	29,23	1169,00
	Total	56		
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	dom za starejše občane	17	29,26	497,50
	lasten dom	38	27,43	1042,50
	Total	55		
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	dom za starejše občane	16	31,00	496,00
	lasten dom	40	27,50	1100,00
	Total	56		
V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	dom za starejše občane	17	28,62	486,50
	lasten dom	38	27,72	1053,50
	Total	55		
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	dom za starejše občane	17	28,29	481,00
	lasten dom	38	27,87	1059,00
	Total	55		
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a	dom za starejše občane	19	34,63	658,00

strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnem življenju.	lasten dom	44	30,86	1358,00
	Total	63		
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmogel/-a.	dom za starejše občane	19	32,39	615,50
	lasten dom	44	31,83	1400,50
	Total	63		
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	dom za starejše občane	19	32,26	613,00
	lasten dom	45	32,60	1467,00
	Total	64		
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	dom za starejše občane	19	29,26	556,00
	lasten dom	42	31,79	1335,00
	Total	61		

Vir: Lastna raziskava, 2016.

Test statistika

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
V1 Ob sprejemu v bolnišnico so se mi zdravstveni delavci sicer posvetili, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi mi ves čas stala ob strani.	302,000	1122,000	-,697	,486
V2 Skrbelo me je moje zdravstveno stanje ves čas hospitalizacije.	416,500	1406,500	-,024	,981
V3 Želel/-a bi imeti ob sebi osebo, ki bi me usmerjala, mi svetovala.	313,500	1054,500	-,183	,855
V4 Strah me je bilo bolečine.	215,500	368,500	-1,159	,246
V5 Po operaciji sem komaj čakal/-a, da lahko vstanem iz postelje.	375,000	1321,000	-,238	,812
V6 Čutil/-a sem, da družino skrbi zame, vendar sem pogrešal/-a osebo, ki bi svojem svetovala glede moje obravnave v domačem okolju.	206,500	947,500	-2,231	,026
V7 Med zdravljenjem sem zaupal/-a zdravstvenim delavcem, da mi bodo pomagali, vendar sem se vseeno bal/-a.	287,500	423,500	-,480	,631
V8 Z obravnavo medicinskih sester sem bil/-a zadovoljen/-a, vendar sem pogrešal/-a več časa, ki bi mi ga naj posvetile.	256,500	409,500	-1,406	,160
V9 Operacije me je bilo strah, rad/-a bi svoje občutke nekemu zaupal/-a.	291,000	427,000	-,547	,584
V10 Po operaciji me skrbelo, kako bo s hojo in vožnjo avtomobila.	301,500	1042,500	-,449	,654
V11 Pogrešal/-a sem osebo, ki bi mi svetovala glede moje celostne obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta.	280,000	1100,000	-,745	,456

V12 Želel/-a bi se pogovarjati o svojem bivalnem okolju in prilagoditvah pred odhodom iz bolnišnice.	312,500	1053,500	-,199	,842
V13 V času zdravljenja sem imel/-a občutek, da se je pri meni izmenjavalo preveč ljudi, pogrešal/-a sem osebo, ki bi bila ves čas ob meni.	318,000	1059,000	-,093	,926
V14 V času zdravljenja sem pogrešal/-a strokovno osebo, kateri bi lahko povedal/-a svoje strahove o nadaljnjem življenju.	368,000	1358,000	-,771	,440
V15 V času zdravljenja sem sam/-a izvajal/-a osebno higieno, kolikor sem zmožel/-a.	410,500	1400,500	-,115	,908
V16 Zdravniki so mi vedno odgovorili na moja vprašanja.	423,000	613,000	-,073	,942
V17 Fizioterapevti so mi nudili veliko podpore.	366,000	556,000	-,551	,582

Priloga E: Protokol obravnave starejše osebe z zlomom kolka v bolnišničnem okolju ob prisotnosti socialnega gerontologa

Ime	Priimek	Datum rojstva	Spol
		__/__/____	<input type="checkbox"/> Moški <input type="checkbox"/> Ženska
Datum in ura sprejema v bolnišnico		Ura sprejema na bolniški oddelek	
__/__/____		__.*__	
Bivanje pred poškodbo		Mobilnost pred poškodbo	
<input type="checkbox"/> Doma <input type="checkbox"/> Ustanova(DSO ...) <input type="checkbox"/> Bolnišnica <input type="checkbox"/> Drugo		<input type="checkbox"/> Samostojen <input type="checkbox"/> S pripomočkom (berгла, palica, hodulja ...) <input type="checkbox"/> Nepokreten	
Biva s		Kakovost mobilnosti	
<input type="checkbox"/> Sam <input type="checkbox"/> Možem / ženo <input type="checkbox"/> Družino <input type="checkbox"/> Drugo		<input type="checkbox"/> Mobilen samo po stanovanju <input type="checkbox"/> Mobilen zunaj (okoli hiše) <input type="checkbox"/> Mobilen zunaj (širše) <input type="checkbox"/> Drugo	
Preležanine ob sprejemu:		Koordinator odpusta	
<input type="checkbox"/> Da / lokacija <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
Mentalni test (AMTS) pred operacijo		Prehranska obravnava	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne AMTS __/10		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
Priprava na operacijo		Operacija	
<input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Anestezist <input type="checkbox"/> Gerontolog <input type="checkbox"/> Drugo		Datum in ura __/__/____ __.*__	
Zapleti po operaciji		Mentalni test (AMTS) po operaciji	
<input type="checkbox"/> Da (kaj?) <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne AMTS __/10	
Mobilizacija prvi dan po operaciji		Odstranitev drenaže tretji dan po operaciji	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
Odstranitev urinskega katetra		Uporaba pripomočkov za hojo	

Datum in ura __/__/____	<input type="checkbox"/> Da (kaj?) <input type="checkbox"/> Ne
Odpust	Napotitev ob odpustu
Datum in ura __/__/____	<input type="checkbox"/> Domov <input type="checkbox"/> Ustanova (DSO, PBZ) <input type="checkbox"/> Bolnišnica <input type="checkbox"/> Zdravilišče (rehabilitacija) <input type="checkbox"/> Smrt
Obvestilo na primarni nivo	Preventiva kosti (osteoporoza)
<input type="checkbox"/> Osebni zdravnik <input type="checkbox"/> Patronažna služba <input type="checkbox"/> Referenčna ambulanta <input type="checkbox"/> Društva	<input type="checkbox"/> Da (kaj?) <input type="checkbox"/> Ne
Kontrolni pregled po 30 dneh	Ponovni sprejem
<input type="checkbox"/> Od doma <input type="checkbox"/> Iz bolnišnice <input type="checkbox"/> Iz ustanove (DSO, PBZ) <input type="checkbox"/> Iz zdravilišča (rehabilitacija)	<input type="checkbox"/> Da (zakaj?) <input type="checkbox"/> Ne
Mobilnost (ob kontroli)	Dnevne aktivnosti
<input type="checkbox"/> Samostojen <input type="checkbox"/> S tehničnim pripomočkom <input type="checkbox"/> Nepokreten	<input type="checkbox"/> Nima težav <input type="checkbox"/> Ima težave <input type="checkbox"/> Nezmožen
Osebna higiena	Bolečina
<input type="checkbox"/> Samostojen <input type="checkbox"/> Potrebuje pomoč <input type="checkbox"/> Popolnoma odvisen od pomoči	<input type="checkbox"/> Brez bolečin <input type="checkbox"/> Zmerna bolečina <input type="checkbox"/> Huda bolečina

Priloga F: Izjava o avtorskem delu in istovetnosti tiskane in elektronske verzije zaključnega dela

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Bernarda Hostnik
Vpisna številka	31133016
Študijski program	SOCIALNA GERONTOLOGIJA – doktorski študij
Naslov zaključnega dela:	MODEL VKLJUČEVANJA SOCIALNEGA GERONTOLOGA V CELOSTNO OBRAVNAVO STAREJŠE OSEBE Z ZLOMOM KOLKA
Naslov v angleščini:	THE MODEL FOR THE INCLUSION OF A SOCIAL GERONTOLOGIST INTO THE INTEGRATED TREATMENT OF AN ELDERY PERSON WITH A HIP FRACTURE
Mentor:	red. prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik
Somentor:	/
Mentor iz podjetja:	/

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom MODEL VKLJUČEVANJA SOCIALNEGA GERONTOLOGA V CELOSTNO OBRAVNAVO STAREJŠE OSEBE Z ZLOMOM KOLKA.

izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,

- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,

- Se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),

- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a Bernarda Hostnik izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči

mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

Celje, 19.11.2017

Podpis študent/ke:

Bernarda Hostnik

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

—/

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

—/

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

—/

z naslovom:

Kraj: _____

Datum: _____

Podpis: _____