

PSIHOLOŠKE ZNAČILNOSTI BOLNIKOV PO AMPUTACIJI PRSTOV OB PRVI AMBULANTNI OBRAVNAVI NA UNIVERZITETNEM REHABILITACIJSKEM INŠTITUT REPUBLIKE SLOVENIJE - SOČA

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER FINGER AMPUTATION DURING THEIR FIRST TREATMENT AT THE UNIVERSITY REHABILITATION INSTITUTE IN LJUBLJANA

asist. dr. Barbara Horvat, univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča

Izvleček

Izhodišča:

Amputacija je opredeljena kot izguba oziroma odstranitev uda, njegovega dela ali drugega telesnega organa, ki ni samo telesna, ampak poseže tudi v posameznikovo psihološko in socialno področje. Večina bolnikov po amputaciji prstov je v ambulanto za ortotiko in protetiko napotenih v obdobju prvega pol leta po amputaciji. Po napotitvi se tudi prvič srečajo s psihologom. V študiji smo želeli analizirati psihološko stanje teh bolnikov ob prvem obisku v ambulanti.

Metode:

V raziskavo smo vključili 34 oseb po amputaciji prstov, ki so bile v času od septembra leta 2013 do junija leta 2015 prvič obravnavane v ambulanti za ortotiko in protetiko ter vključene tudi v uvodno psihološko obravnavo. Upoštevali smo vključitvena in izključitvena merila. Analizirali smo njihovo dokumentacijo. Pogovor s posameznim udeležencem je trajal približno eno uro. Triažni psihološki razgovor je potekal v obliki polstrukturiranega intervjuja. Slednjega smo oblikovali sami na podlagi ugotovitev meta študije Desmonda in MacLachana.

Rezultati:

Pri udeležencih smo ugotovili statistično značilno nižje doživljanje sebe po amputaciji. Korelacija med številom

Abstract

Background:

Amputation is defined as the loss or removal of a limb or its part. This loss is not just physical - it also impacts the individual's psychological and social life. The majority of patients after finger amputation have their first examination at the outpatient clinic for orthotics and prosthetics during the first six months after amputation. Their first meeting with a psychologist therefore also happens in this time-period. The aim of our study was to survey the psychological status of the patients after finger amputation upon their first psychological examination.

Methods:

34 patients after finger amputation who had their first psychological examination between September 2013 and June 2015, were included in the survey. We analysed their patient histories. Inclusion and exclusion criteria were taken into consideration. The first psychological assessment was a semi-structured interview. We designed it based on the findings of the Desmond and MacLachlan's review. All participants were treated at the Outpatient Clinic for Orthotics and Prosthetics and were referred to the psychologists. The conversation with each participant lasted approximately one hour.

amputiranih prstov ter oceno doživljanja sebe se ni izkazala kot statistično značilna. Več udeležencev si je želelo oskrbo s protezo bolj zaradi izboljšanja videza kot zaradi spremembe v funkciji roke.

Zaključki:

Udeleženci so ob prvi obravnavi na URI – Soča v različnih stopnjah žalovanja. Psiholog mora biti fleksibilen, prepoznati stopnjo in se ustrezno uglasiti. Rezultati študije so skladni s pričakovanimi rezultati po teoriji procesa sprejemanja amputacije, po kateri ljudje po izgubi uda prej in učinkoviteje sprejmejo zmanjšano zmožnost delovanja kot spremembo videza.

Ključne besede:

amputacija prstov; doživljanje sebe; žalovanje; sprejemanje

Results:

The results show statistically significantly lower evaluation of self-experience after finger amputation in comparison to the evaluation before the loss. The correlation between the number of amputated fingers and the evaluation of self-experience was not statistically significant. The majority of the participants wanted prosthetic care in order to fix their appearance rather than to improve the function of their hands.

Conclusions:

Patients after finger amputation are at various stages of mourning during their first visit to the prosthetics and orthotics outpatient clinic. This is why the psychologist must be flexible in order to identify the phase and get attuned to the patient. The results support the theory of acceptance process after experiencing amputation. People after limb loss accept the reduced ability of the limb more efficiently in comparison to the changes of their appearance.

Key words:

finger amputation; self-experience; mourning; acceptance

UVOD

Amputacija je opredeljena kot izguba oziroma odstranitev uda, njegovega dela ali drugega telesnega organa in ima lahko tri izvore: prirojena, posledica bolezni ali poškodbe (1, 2). Razlikujemo jih tudi glede na lokacijo. Poleg amputacije spodnjih udov sodijo v sam vrh pojavnosti tudi delne ali popolne amputacije prstov, ki so v večini primerov (80-90 %) posledica poškodbe (1-4). V našem prispevku smo se osredinili prav na to vrsto amputacije. Letna pojavnost poškodbenih amputacij prstov je 1,9 na 100.000 oseb v starostni skupini od 25 let do 65 let (4, 5).

Ko želimo opredeliti posledice amputacije in njihov pomen, je pomembno, da se vrnemo v stanje pred izgubo – ko je telo še bilo "celo" in skušamo odgovoriti na vprašanje: Kaj vse mi prsti omogočajo? Literatura glede na potek in razvoj evolucije pripisuje dlani in prstom poseben pomen. Človeka namreč obravnava kot prvo živo bitje, pri katerem je prišlo do drugačnega sprejemanja signalov, ki je izzvalo novo potrebo – pokončno držo. Šele človek je dvignil roke s tal. Ne služijo nam za hojo, ampak so pridobile novo, širšo funkcijo. Iz zgolj funkcije gibanja in spretnosti so prešle v »službo inteligence« oz. v socialno funkcijo (6). Skozi pregled literature lahko izgubo ob amputaciji prstov doživljamo na treh ključnih področjih:

- Področje gibanja in zaznavanja – prsti pomembno pomagajo pri večini vsakdanjih fizičnih opravil (1, 7 - 9).
- Socialno področje – prsti so pomemben element neverbalne komunikacije, so del navezovanja stikov (rokovanje) ter vzpostavljanja bližine (dotik, božanje) in prav zato nosijo

pomembno odnosno komponento. Prsti so zelo pomembni pri vzpostavljanju navezanosti (1, 8, 9).

- Področje videza oz. svoje telesne podobe – izguba dela telesa ne pomeni le spremenjene telesne podobe o sebi, ampak tudi izgubo dela sebe, dela jaza, pri mnogih posameznikih pomembno spremembo samopodobe ter v povezavi s tem spremenjeno podobo za druge (1, 7-9).

Prepoznamo, da izguba ni samo telesna, ampak poseže tudi v posameznikovo psihološko in socialno področje (1 - 3, 6, 9). V nadaljevanju bomo skušali prikazati tiste ključne psihološke posledice, ki spremljajo amputacijo prstov.

Potrebno je izpostaviti, da je vsak posameznik osebnost, ki predstavlja razmeroma trajno in edinstveno celoto vedenjskih, telesnih in duševnih značilnosti, po katerih se razlikuje od drugih (10). Zaradi te različnosti je soočanje s stanjem po amputaciji zelo individualno pogojeno ter variira od globokega do zmernega ali povsem nizkega psihološkega distresa (11, 12). Kako posameznik doživlja amputacijo, je odvisno od več dejavnikov: okoliščin in vzrokov amputacije, starosti, osebnostne čvrstosti, konstruktivnosti načinov soočanja z amputacijo, čustvene stabilnosti, vrednostnega sistema, morebitnih bolečin, zapletov, splošnega zdravstvenega stanja, podpore bližnjih, poklica, socialno ekonomskega stanja, atribucije odgovornosti za nesrečo, prisotnosti predhodnih travmatičnih izkušenj, prejetanja psihoterapevtske podpore itd. (1, 13, 14). Ob soočanju z amputacijo prstov avtorji študij ugotavljajo, da so intenzivnejše psihološke posledice prisotne pri osebah, ki so izgubile palec, saj je to prst, ki omogoča fini prijem in ima s tem posebno funkcijo. Pri večini so v različni obliki, jakosti

in trajanju prisotne vsaj nekatere izmed univerzalnih psiholoških posledic, ki se odražajo predvsem na področju razpoloženskih motenj ter načina doživljanja sebe in drugih. Gustafsson in Ahlstrom ugotavljata, da naj bi psihološke posledice po treh mesecih po amputaciji začele postopoma izzvenevati, a so pri večini v spremenjeni obliki prisotne še 18 mesecev po amputaciji (15).

Omenjene komponente pomembno spremljajo in dopolnjujejo proces žalovanja, ki se pojavi ob soočanju z amputacijo (1). Žalovanje predstavlja proces prilagajanja in soočanja z izgubo. Med najbolj znanimi modeli je model petih stopenj doživljanja terminalne bolezni Kuebler-Rossove, ki vključuje pet faz: zanihanje, jezo, pogajanje, potrnost in sprejetje (16). Znano je, da se stopnje lahko prekrivajo, prepletajo in izmenjujejo. Možno je, da posameznik določeno stopnjo preskoči ali se vrne nazaj na nižjo stopnjo žalovanja, ki naj bi jo že prešel. Časovni in vsebinski potek žalovanja sta individualna ter zapletena. V večini primerov pri amputaciji prstov gre za poškodbo, ki je privedla do amputacije in ki sama po sebi sproži žalovanje; v redkih primerih, ko poškodba še dopušča možnost, da ude rešijo in je amputacija še hipotetična, pa se prične žalovanje že prej in ga sproži soočanje z mislijo, da zaradi trenutnega stanja lahko pride do amputacije.

Vzporedno s procesom žalovanja poteka tudi proces sprejemanja, ki se odraža v treh stopnjah. Prva predstavlja sprejemanje funkcije in pomeni, da se bolnik privadi na zmanjšano zmožnost delovanja. Do tovrstnega sprejema naj bi prišlo razmeroma hitro, če ne gre za dominantno roko; odvisna je tudi od števila prizadetih prstov. Sledi sprejetje spremenjenega videza, ki se nanaša na to, da se posameznik privadi na to, da je roka videti drugače in da ponotranji tudi predstave o mnenju drugih ter v njem ne vzbujajo več pomembnega čustvenega distresa. Ta faza je pogojena z osebnostnimi značilnostmi, starostjo in spolom (1, 6, 7, 12, 13, 17, 18). Zadnjo stopnjo predstavlja čustveno sprejetje, do katerega pride šele ob zaključenem procesu žalovanja. Na tej stopnji pridobi posameznik vpogled, da je »invalidnost v veliki meri stanje uma in ni dejstvo« (7).

Posamezni elementi in stopnje žalovanja ter sprejemanja se odražajo tako v posameznikovem načinu razmišljanja, čustvovanja in vedenja. Za amputacije prstov je značilno, da jih je velika večina posledica poškodbe, predvsem na delovnem mestu. Izguba ob nezgodi je velikokrat travmatična. Cheung s sodelavci (19) ter Fukunishi (20) navajata, da so pri posameznikih po amputaciji delov zgornjih udov pogostejši elementi posttravmatske stresne motnje (PTSD) kot pri bolnikih po amputaciji spodnjih udov. V prvih dveh letih po amputaciji naj bi bili prisotni pri približno 19 % bolnikov (20). Z vidika čustvovanja je v začetnem obdobju po amputaciji prisotna žalost (v 60 % do 90 %); pri manjšem deležu posameznikov (od 7 % do 30 %) se zaradi težav s soočanjem stanja po amputaciji razvije tudi depresivna simptomatika (1). Pogosto so opazni znaki anksioznosti pa tudi jeze, ki je lahko usmerjena na posameznika samega ali na zunanje okolje. Čustveno stanje se zrcali tudi v mišljenju, ki lahko postane negativno z večjo stopnjo samokritike kot pred poškodbo. Večina oseb po amputaciji prstov se sooča tudi s spremembami, motnjami telesne samopodobe kot tudi telesne integritete (1-3, 6, 12-14). K temu v začetni fazi dodatno prispevajo

tudi fantomske bolečine in/ali občutki, ki še dodatno spominjajo na del telesa, ki ga ni več in opominjajo, da telo ni več celota (14).

Zanimalo nas je torej, kakšno je psihološko stanje oseb po amputaciji prstov ob prvem obisku ambulante. Večina bolnikov je v ambulanto za ortotiko in protetiko napotenih v obdobju prvega pol leta po amputaciji, zato smo želeli stanje oceniti v tem času.

METODE

Udeleženci

V raziskavo smo vključili 34 bolnikov po amputaciji prstov, ki so bili v času od septembra leta 2013 do junija leta 2015 prvič obravnavani v ambulanti za ortotiko in protetiko ter vključeni tudi v uvodno psihološko obravnavo. Pregledali smo njihovo dokumentacijo. Skupno je bilo obravnavanih 41 bolnikov po amputaciji prstov, a smo jih sedem izključili iz vzorca. Izključitvena merila, ki smo jih upoštevali, so bila: (a) pridružena amputacijo drugih udov, (b) prirojena amputacijo, (c) predhodni obisk v ambulanti za ortotiko in protetiko.

Pripomočki

Triažni psihološki razgovor je potekal v obliki polstrukturiranega intervjuja. Oblikovali smo ga sami na podlagi ugotovitev Desmondona in MacLachana (21), ki sta izvajala meta študijo, skozi katero sta skušala ugotoviti, katere psihološke teme obravnavajo stanja po amputacijah. Rezultati te študije so pokazali, da se večina psiholoških raziskav usmerja v:

- telesno podobo ter doživljanje sebe in estetiko krna po amputaciji,
- soočanje z amputacijo ter njeno sprejemanje,
- razvojno-psihološke dejavnike (pri otrocih),
- psihološko blagostanje in
- kakovost življenja.

Ker so bili vsi vključeni udeleženci že odrasli, razvojnih dejavnikov nismo ocenjevali in smo se skušali z vprašanji usmeriti na preostale.

Vsi udeleženci so odgovorili na naslednja vprašanja:

- Kako je prišlo do amputacije prstov? Kaj se vam je zgodilo?
- Kako ste se soočali z izgubo od amputacije in vse do sedaj?
- Kakšna čustva so prisotna?
- Kako se doživljate?
- Kako ste se doživljali pred amputacijo?
- V čem prepoznate ključne spremembe v doživljanju sebe in kje prepoznate svoje vire moči?
- Kako doživljate roko, na kateri so amputirani prsti (je amputirani prst)?
- Zaznavate fantomske bolečine, občutke?
- Kako amputacija vpliva na vaše vsakdanje življenje, izvajanje dejavnosti?

- Opažate spremembe svojega vedenja med znanci, prijatelji, v družbi?
- Kaj pričakujete od proteze?

Postopek

Vsi udeleženci so bili obravnavani v ambulanti za ortotiko in protetiko ter usmerjeni na triažni pogovor s psihologom, ki poteka v skladu z načeli kodeksa psihološke etike. Pogovor s posameznim udeležencem je trajal približno eno uro. Med pogovorom smo si zapisali odgovore udeležencev in ključna opažanja psihologa. Ocenili doživljanja sebe (vprašani: Kako se doživljate? Kako ste se doživljali pred amputacijo?) so udeleženci poleg kvalitativnega opisa dodali tudi številčno oceno od 1-5 (1-popolnoma nezadovoljen, 2-nezadovoljen, 3-neopredeljen, 4-zadovoljen, 5-zelo zadovoljen). Udeležence smo povprašali tudi po osnovnih demografskih podatkih.

Uporabili smo kvalitativni pristop k analizi podatkov. Odgovore udeležencev smo analizirali s pomočjo elektronske preglednice Excel in s statističnega programskega paketa SPSS 16.

REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 14 žensk (41 %) in 20 moških (59 %). Povprečna starost udeležencev je bila 37 let (razpon od 16 do 72 let, mediana 33 let). Povprečni čas od amputacije do prvega obiska v ambulanti je bil 215 dni. V Tabeli 1 prikazujemo vzroke amputacije.

Tabela 1: Vzroki amputacije.

Poškodba na delovnem mestu N=16 (47 %)	Poškodba doma N=14 (41 %)	Prometna nesreča N=2 (6 %)	Bolezen N=2 (6 %)
stiskalnica (5)	krožna žaga (6)	poškodba z motorjem,	kostni rak,
motorna žaga (4)	cepilec za drva (3)	nesreča z avtom	kožni rak
stroj (2)	vrv (2)		
sekač (2)	sekač (1)		
poškodba s pnevmatskim kladivom (1)	padec težjega predmeta (1)		
jermen na stroju (1)	stroj (1)		
na prst pade zalogovnik (težji predmet) (1)			

Opomba: V oklepajih so navedene frekvence, to je število udeležencev, ki so poročali o enakem vzroku amputacije.

Dva udeleženca sta bila levična, ostali pa desnični. Osemnajst udeležencev (53 %) je imelo amputacijo enega prsta, petim (15 %) so amputirali dva prsta, sedmim udeležencem (20 %) so amputirali tri prste in štirim udeležencem (12 %) so amputirali štiri prste.

V nadaljevanju sledijo rezultati ocene doživljanja sebe. Udeleženci so na vprašani, kako se doživljajo in kako so se doživljali pred amputacijo, odgovorili tudi s številčno oceno od 1 do 5. Ker ocene ne ustrezajo normalni porazdelitvi in ker je vzorec majhen,

smo uporabili neparametrični parni Wilcoxonov test. Rezultati testa ($z=-4,1$; $p<0,0001$) kažejo na statistično značilne razlike v ocenah doživljanja sebe pred amputacijo ter doživljanjem sebe po amputaciji. Tabela 2 prikazuje opisno statistiko, ki jo prikazujemo tudi ločeno glede na spol.

Tabela 2: Opisna statistika ocene doživljanja sebe pred amputacijo in po njej za vse udeležence in ločeno glede na spol.

Spol	Doživljanje sebe pred amputacijo		Doživljanje sebe po amputaciji	
	M	SD	M	SD
moški	3,75	0,64	3,00	1,03
ženske	3,86	0,53	2,79	0,89
skupaj	3,79	0,59	2,91	0,97

Iz tabele razberemo, da so si ženske pred amputacijo pripisovale nekoliko višje ocene kot moški, po amputaciji pa so njihove ocene doživljanja sebe nižje od ocen moških. Razlike glede na spol niso statistično značilne.

Z Wilcoxonovim testom smo preverili tudi razlike med doživljanjem sebe pred in po amputaciji glede na spol. Rezultati kažejo, da so ocene doživljanja sebe po amputaciji tako pri moških kot pri ženskah statistično značilno nižje v primerjavi z ocenami doživljanja pred amputacijo (ženske: $z=-2,72$, $p=0,007$; moški: $z=-3,07$, $p=0,002$). Prav tako smo preverili korelacijo med številom amputiranih prstov ter doživljanjem sebe po amputaciji, a se ni izkazala kot statistično značilna (Spearmanov $\rho=0,16$; $p=0,36$).

V Tabeli 3 prikazujemo ključne značilnosti soočanja z amputacijo, ki so jih navedli udeleženci v različnih obdobjih. Navajamo najpogostejše misli, značilnosti čustvovanja in vedenjske odzive. Večina udeležencev ($N = 32$; 94 %) je doživela travmatsko amputacijo (nenadna nesreča). Poročajo, da so prvih nekaj dni doživljali šok, v obdobju prvih treh mesecev pa je bilo prisotno podoživljanje nezgode ($N = 25$; 74 %). Izpostavljajo težave s spanjem, zbujanje ponoči in nočne more (sanjajo nesrečo). V prvem trimesečju v večji meri poročajo o žalosti, joku (predvsem na samem), notranjem nemiru, razdražljivosti in anksioznosti, v

Tabela 3: Prevladujoči odzivi udeležencev po

	Razmišljanje	Čustvovanje	Vedenje
0 – 3 mesecev (N=7)	<ul style="list-style-type: none"> - Nisem enako dober kot prej. - Drugi me gledajo. Kaj si mislijo o meni. - Drugim se smilim. - Zakaj se je to zgodilo meni? - Če bi bil bolj pazljiv, bi bilo drugače. - Ali bom še lahko živel normalno? - Revež sem. - Nikoli več ne bo kot prej. - Nič ni drugače. - Čustva, ki jih doživljam, niso pomembna, saj bi me samo ovirala. - Rabim čas, da vidim, kako bo šlo. - Nočem biti breme drugim. - Pred drugimi skrivam duševno in telesno bolečino. - Ne zmorem dejavnosti, sem nesposoben. - Amputacija je rešitev. - Je rak s tem premagan? 	<ul style="list-style-type: none"> - šok - žalost - anksioznost - nemir - razdražljivost - nemoč - negotovost - razvrednotenje - obrambno-varovalni mehanizmi (zanikanje) - bolečine 	<ul style="list-style-type: none"> - težave s spanjem (predvsem prva dva meseca po amputaciji – zbujanje, sanje) - jok - podoživljanje nesreče - odmik od socialne mreže, zapiranje vase - ponovno vzbudili razvade (kajenje) - skrivanje roke - obupavanje
3 – 6 mesecev (N=14)	<ul style="list-style-type: none"> - Sem manjvreden od drugih. - Kako me bodo drugi sprejeli? - Roka ni moja! - Ne maram pogledov drugih. - Čeprav brez prstov, grem lažje med ljudi kot prej, ko je bil prisoten rak. 	<ul style="list-style-type: none"> - jeza (nase, na situacijo, ki je povzročila nesrečo, na šefa) - strah (pred prihodnostjo, pred vračanjem na delovno mesto) - obrambno-varovalni mehanizmi (premeščanje, kompenzacija) - potlačevanje - nemoč - sram 	<ul style="list-style-type: none"> - težave z vračanjem na delovno mesto - podaljševanje bolniškega staleža - zaprtost vase, odmik od problema - preusmerjanje pozornosti od amputacije
6 – 9 mesecev (N=5)	<ul style="list-style-type: none"> - Kaj če si poškodujem še zdravo roko? - V družbi mi je težko. - Svoje doživljanje skrivam pred drugimi. 	<ul style="list-style-type: none"> - jeza - sram - obrambno-varovalni mehanizmi - strah, da bi poškodovali »zdravo« roko 	<ul style="list-style-type: none"> - čuvanje poškodovane roke, pa tudi zdrave - navajanje na socialne stike
9 – 12 mesecev (N=8)	<ul style="list-style-type: none"> - Nikoli ne bo, kot je bilo nekoč. 	<ul style="list-style-type: none"> - posttravmatska stresna motnja 	<ul style="list-style-type: none"> - ponovna vzpostavitev vsakdanje rutine - odmik

Opomba: poševni tisk – Misli tistih udeležencev, pri katerih je vzrok amputacije bolezen.

drugem trimesečju pa je v čustvovanju intenzivnejša jeza in pri zaposlenih strah pred vrnitvijo na delovno mesto. Jeza je usmerjena tako nase kot tudi na pogoje delovnega mesta, ki so sooblikovali nesrečo in na nadrejene, ki niso poskrbeli za ustrezno varnost. Prisoten je umik od družbe in številne ruminacije (ponavljajoče se misli), vezane na poškodbo in na prihodnost. Soočanje s spremenjeno telesno podobo je intenzivnejše - usmerjeno v skrb zaradi sprejemanja s strani drugih, soočanja z lastno nezmožnostjo pri izvajanju vsakdanjih dejavnosti. Pojavlja se sram. Udeleženci, ki so bili na prvem pregledu pol leta ali več po nezgodi, so prav tako še poročali o jezi, ki je bila nekoliko manj intenzivna, še vedno je bilo aktualno soočanje s sprejemanjem spremenjene telesne podobe, kar so spremljali tudi številni obrambno-varovalni mehanizmi. Pet udeležencev (15 %) je izkazovalo znake posttravmatske stresne motnje, 14 (41 %) pa jih je poročalo o tem, da so v prvem

trimesečju lahko zaspali zgolj s pomočjo tablet. Udeleženca, katerih amputacija prstov je posledica bolezni, sta amputacijo doživljala nekoliko bolj pozitivno – pripisujeta ji vlogo rešitve zdravstvenega problema.

Ker so udeleženci prišli na ambulantno obravnavo, da bi pridobili protetično oskrbo, smo jih vprašali o motivaciji za protezo. 12 udeležencev (35 %) je kot glavni razlog za izdelavo proteze navedlo željo po morebitnem izboljšanju funkcije, 22 (65 %) pa izboljšanje videza. Med pričakovanji, ki jih imajo do proteze, so navajali naslednje: željo po izboljšani funkciji, ki bo lajšala izvajanje vsakdanjih dejavnosti (N=12; 35 %), lepši videz roke (N=22; 65 %), želja, da se bodo spet počutili cele, proteza jim bo pomagala skriti krn. Čustvi, ki so ju omenjali ob pogledu na krne, sta bili gnus in sram.

RAZPRAVA

Namen študije je bil analizirati psihološke značilnosti bolnikov ob prvem pregledu v ambulanti za ortotiko in protetiko. Rezultati podpirajo ugotovitve tujih avtorjev (1, 2, 4), ki poročajo, da prevladujejo poškodbene amputacije prstov. V našem vzorcu je namreč večina udeležencev z izkušnjo amputacije po nezgodi (Tabela 1), prevladujejo nezgode na delovnem mestu (delo z žagami, stroji in stiskalnicami), takoj za tem pa so amputacije kot posledice dela doma, prevladuje poškodba pri pripravljanju drv. Dela so pretežno moška, zato je več udeležencev moškega spola, kar prav tako podpira podatke iz tujine (1, 2).

Podatke smo zbirali s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki smo ga vsebinsko oblikovali po izsledkih meta študije (21), skozi katero so ugotovili ključna psihološka področja, s katerimi se ukvarjajo raziskave, ki so usmerjene v stanje po amputaciji (9, 11-13). Udeležence smo spraševali o soočanju s stanjem po amputaciji, o doživljanju sebe, kakovosti življenja ter željah, povezanih s protezo. Doživljanje sebe pred amputacijo ter po njej so ocenili tudi s številčno oceno, sicer so odgovarjali opisno. Rezultati (Tabela 2) kažejo, da so se udeleženci po amputaciji ocenjevali s približno eno povprečno oceno nižje. Razlika se je izkazala kot statistično značilna tako pri moških kot pri ženskah. Posledično jih je večina (65 %) kot ključni razlog za izdelavo proteze navedla željo po izboljššanem videzu. Povedali so tudi, da skušajo roko z amputiranimi prsti skrivati pred drugimi (13, 14). Ob pogledu na krne doživljajo gnus in sram. Spremenjene roke še ne zmorejo sprejemati kot svoje (Tabela 3 – Roka ni moja!). Omenjeno spremembo lahko povežemo z zmanjšanjem avtonomije, s katero se osebe po amputaciji v procesu sprijemanja s spremenjenim stanjem prav gotovo soočajo. Avtonomijo zagotavljajo ključne funkcije roke, ki jih omenjamo v uvodu (področje gibanja in zaznavanja, neverbalna komunikacija v socialnih stikih, doživljanje sebe (1, 7-9)) in so po amputaciji oškodovane.

Vloga telesa je pri oblikovanju pozitivne samopodobe ključna, saj predstavlja osrednji vrednostni in čustveni pomen pri splošni samopodobi (12). Ob ugotovitvi, da je bil faktor telesne samopodobe nasičen s pozitivno samopodobo, je mogoče sklepati, da mora telo kot dražljaj »jaz« tako samopodobo tudi potrjevati, sicer se posameznik znajde v položaju, ko je ogroženo njegovo pozitivno stališče do sebe oziroma zadovoljstvo s samim seboj (12, 22). Po amputaciji se to zruši, zaradi česar je znižano doživljanje sebe pričakovana posledica. Gustafsson in Ahlstrom (15) da najprej sprejmejo zmanjšano stopnjo delovanja roke, kot psihološki pomen amputacije, kar podpirajo tudi naši rezultati, v katerih večina udeležencev izpostavlja željo izboljšati videz pred spremembo funkcije. Omejeno delovanje roke torej lažje sprejemajo kot spremenjen videz.

Udeležence smo spraševali tudi po soočanju s stanjem po amputaciji. Njihove odgovore smo zbrali v Tabeli 3. Jasno so nakazani elementi procesa žalovanja (16), ki je sicer individualno zaznamovan, a izstopajo nekatere podobnosti, zakonitosti. Iz Tabele 3 lahko razberemo, da je v začetnem obdobju (pri večini

udeležencev je bil to čas prvih treh mesecev po amputaciji) prisoten šok z obrambno-varovalnim delovanjem. Udeleženci poročajo tudi o podoživljanju nesreče, kar podpira izsledke študij, ki se ukvarjajo z analizo amputacij travmatičnega izvora. Izstopajo težave s spanjem in podoživljanje nesreče v sanjah, o čemer so poročali tudi naši udeleženci. Šele v drugi fazi se začnejo intenzivneje soočati z jezo, ki je usmerjena nase, na delovno okolje, v nekaterih primerih tudi na nadrejene, ki niso ustrezno poskrbeli za zaščito. Izpostavljajo težave z vrnitvijo na delovno mesto, ki pomeni kraj izgube, zato pogosto izražajo potrebo po podaljševanju bolniškega staleža. Medtem ko je posameznik v prvi fazi usmerjen v ugotavljanje, kaj izguba zanj pomeni, v drugi fazi to že ve in se v večji meri prične ukvarjati s tem, kako ga doživljajo drugi in kako bo sprejet. To je tudi eden vidikov, ki otežuje vračanje na delovno mesto. Tudi proces žalovanja nakazuje, da osebe po amputaciji prej sprejmejo spremenjeno delazmožnost kot spremembo videza. Omenjeno sovпада s teorijo, da sočasno s procesom žalovanja poteka proces sprejemanja (15). Po pol leta od amputacije je soočanje s spremenjeno podobo že zelo prisotno. Proteza pomeni upanje, da bo njihova podoba vsaj delno takšna kot prej. Desmond in MacLachlan (21) pišeta, da je pri ljudeh med prvo svetovno vojno, ki so izgubili ud in niso imeli možnosti protetične oskrbe, ostal občutek praznine in znižana samopodoba tudi več let po izgubi. Proces žalovanja po amputaciji torej upravičeno primerjamo s procesom žalovanja za bližnjo osebo. Literatura navaja, da so pogosti čustveni odzivi po amputaciji anksioznost, depresija, pri približno 5 % oseb tudi znaki posttravmatske stresne motnje (1). Slednje je prisotno tudi v vzorcu naših udeležencev. Pri petih posameznikih je bila diagnosticirana posttravmatska stresna motnja, poročali so o znižani razpoloženski legi in anksioznosti (1, 6, 9).

Nasprotno je nekoliko drugačen proces sprejemanja amputacije in žalovanja pri osebah po travmatični izgubi, ko je prišlo do amputacije nenadoma in pri tistih, pri katerih je amputacija posledica bolezenskega stanja, kjer posameznik že prej izve, da je amputacija rešitev in pomoč v procesu zdravljenja (7). V raziskavi smo imeli dva taka posameznika. Njuno število je prav gotovo premajhno za splošno opazanje, a podpira izsledke študij, po kateri se procesa žalovanja in sprejemanja pričneta že pred amputacijo, zaradi česar je po amputaciji soočanje usmerjeno drugače – udeleženca sta amputacijo prepoznavala kot rešitev. Mišljenje glede amputacije je bilo bolj pozitivno naravnano, v čustvovanju je bila prisotna zaskrbljenost in znižana razpoloženska lega zaradi osnovne diagnoze (rak).

Pomembno je, da opozorimo tako na pomanjkljivosti kot prednosti naše študije. Pomanjkljivost prepoznavamo v majhnem številu udeležencev in v kvalitativnem pristopu, ki nas omejuje pri uporabi statističnih postopkov. Po drugi strani je tovrstni pristop tudi prednost. Tako mi kot tudi literatura (23) izpostavljamo prisotnost obrambno-varovalnega delovanja, ki bi ga testni pristop v smislu papir-svinčnik lahko še dodatno okrepil. Pogovor omogoča nežnejši pristop, navezavo stika in čas, da se posameznik odpre. Menimo, da predstavlja temeljni prispevek pričujoče študije predstavitev psihološkega stanja bolnikov po amputaciji prstov ob prvem obisku ambulante na URI – Soča, saj še do izpred dveh let

niso imeli neposredne možnosti psihološke obravnave in s tem biopsihosocialnega pristopa. Prepoznavamo, da pridejo posamezniki na obravnavo v različnih fazah spoprijemanja z nastalo situacijo, zato mora biti psiholog v svojem pristopu fleksibilen. Ključna je podpora na vseh področjih psihološkega procesiranja, sprejemanje posameznikovega stanja in razlaga procesa, v katerem je.

ZAKLJUČKI

Rezultati raziskave nakazujejo, da je pri vzorcu posameznikov po amputaciji prstov prisotno pomembno nižje doživljanje sebe tako pri moških kot pri ženskah. Po amputaciji se prične proces žalovanja, ki je individualen, in proces sprejemanja. Prisoten je trend sprejemanja spremenjene, oškodovane funkcije pred sprejemanjem spremenjenega videza.

Literatura:

- Rybarczyk B, Behel J, Szymanski L. Limb amputation. In: Frank RG, Rosenthal M, Caplan B, eds. *Handbook of rehabilitation psychology*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2010. p. 29–42.
- Grob M, Papadopulos NA, Zimmermann A, Biemer E, Kovacs L. The psychological impact of severe hand injury. *J Hand Surg Eur Vol*. 2008; 33 (3): 358–62.
- Ragher M, Chatterjee A, Patil S, Chatterjee D, Bhat V, Dandekeri S, et al. Finger prosthesis made easy: a case report. *Scholars Acad J Biosci*. 2014; 2 (11): 841–4.
- Kuret Z, Burger H, Maver T. Vpliv amputacije prstov na funkcijo roke. *Rehabilitacija*. 2011; 10 (1): 14–8.
- National Amputee Statistical Database (NASDAB). *National Amputee Statistical Database annual report 2004/2005*. Manchester: NASDAB; 2005. Dostopno na <http://limbless-statistics.org/>
- Racy JC. Psychological aspects of amputation. In: Moore WS, Malone JM, eds. *Lower extremity amputation*. Philadelphia: Saunders; 1989.
- Brown PW. Detachment about reattachment. In: Neviasser RJ, ed. *Controversies in hand surgery*. New York: Churchill Livingstone; 1990. p. 9–20.
- Baumgartner R, Botta P, eds. *Amputationen und Prothesenversorgung der oberen Extremitat*. Stuttgart: Enke, 1997.
- Meyer TM. Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clin*. 2003; 19 (1): 41–9.
- Avsec A, Benedik E, Bucik V, Kobal Grum D, Musek J, Sočan G, et al. *Psihodiagnostika osebnosti*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2007.
- Ajala MA. Psycho-social correlates of adjustment in adult amputees. *Ife Psychol*. 2011; 19 (2): 191–8.
- Racy JC. Psychological adaptation to amputation. In: Bowker JH, Michael JW, eds. *Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic and rehabilitation principles*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 707–17.
- Gallagher P, MacLachlan M. Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthet Orthot Int*. 2000; 24 (3): 196–204.
- Sousa AI, Corredeira R, Pereira AL. The body in persons with an amputation. *Adapt Phys Activ Q*. 2009; 26 (3): 236–58.
- Gustafsson M, Ahlstrom G. Problems experienced during the first year of an acute traumatic hand injury – a prospective study. *J Clin Nurs*. 2004; 13 (8): 986–95.
- Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Touchstone; 1969.
- Beasley RW. General considerations in managing upper limb amputations. *Orthop Clin North Am*. 1981; 12 (4): 743–9.
- Grob M. *Quality of life assessment after severe hand injury [doktorska disertacija]*. München: Fakultät für Medizin; 2007: 75.
- Cheung E, Rosemarie A, Colotla VA. Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabil Psychol*. 2003; 48 (2): 109–12.
- Fukunishi I. Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychother Psychosom*. 1999; 68 (2): 82–6.
- Desmond D, MacLachlan M. Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in Prosthetic and Orthotics International. *Prosthet Orthot Int*. 2002; 26 (3): 182–8.