

Psihosocijalna prilagodba bolesnika poslije amputacije donjeg ekstremiteta

Psychosocial adaptation of patients after amputation of the lower extremities

Ivana Gudelj-Velaga

Opća bolnica Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2, i Sveučilište u Dubrovniku, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Republika Hrvatska
General Hospital Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2, and University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Croatia 20000 Dubrovnik, Croatia

Sažetak

Amputacija donjih ekstremiteta događaj je koji ima značajan psihološki i traumatski učinak na bolesnika. Amputacija ekstremiteta može inducirati niz različitih emocija i stanja. Česta stanja koja su povezana s gubitkom ekstremiteta jesu osjećaj žalovanja, ljutnje, anksioznosti i depresije. Bolesnici se suočavaju s činjenicom da im je tijelo promijenjeno i da druge osobe to primjećuju, da su suočeni s objektivnim funkcionalnim ograničenjima, s promjenom načina života, povećanjem ovisnosti o drugim osobama. Uloga medicinske sestre/tehničara u inicijalnoj i kasnijoj skrbi bolesnika je značajna. Uzrok značajnog broja amputacija u Republici Hrvatskoj su kronične bolesti, stoga je važna psihološka priprema bolesnika u preoperativnom i poslijeoperacijskom razdoblju. Bolesnici s traumatskim amputacijama osjetljiva su skupina bolesnika, i to zato što su nepripremljena na drastične promjene koje im se događaju u kratkom vremenskom razdoblju, a posebice u skupini mlade populacije. Opisujemo epidemiologiju i patofiziologiju bolesti i stanja koja uzrokuju potrebu izvršenja amputacije ekstremiteta. Opisuju se procesi zdravstvene skrbi, psihološke potpore i resocijalizacije osoba s amputiranim ekstremitetima. Uspoređuju se rezultati psihološke potpore i resocijalizacije u Republici Hrvatskoj i svijetu. Naime, u razvijenim zemljama visok dio invaliditeta uzrokovanog amputacijama s posljedičnim invaliditetom ima ekonomsko značenje.

Ključne riječi: prilagodba • amputacija • donji ekstremitet • Dubrovnik

Kratki naslov: Psihosocijalna prilagodba i amputacije donjeg ekstremiteta

Abstract

Amputations of lower limbs are an event that has a significant psychological and traumatic effect on patients. Amputation of limbs may be induced by a variety of emotions and conditions. Frequent conditions associated with loss of limbs are feeling grief, anger, anxiety and depression. Patients are faced with the fact that their body has changed and that other people notice it, that they are confronted with objective functional limitations, change of a lifestyle and increasing dependence on others. The role of nurses / technicians in the initial and subsequent patients care is significant. The causes of a significant number of amputations in Croatia are chronic diseases, therefore the significance of the psychological preparation of patients in the preoperative and postoperative period. Patients with traumatic amputations are a sensitive group of patients, and therefore, because they are unprepared for the drastic changes that happen in a short period of time and especially in the group of young population. We describe the epidemiology and pathophysiology of diseases and conditions which cause the necessity of execution of limb amputation. Also, it is described the process of health care, psychological support and social reintegration of people with amputated limbs. They compare the results of psychological support and resettlement in the Republic of Croatia and in the world. In fact, in developed countries the high part of the disability caused by amputations, with consequent disability has economic significance.

Keywords: adaptation • amputation • lower extremities • Dubrovnik

Running head: Psychosocial adaptation and amputation of the lower extremities

Received February 2nd 2016;

Accepted March 5th 2016;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Ivana Gudelj-Velaga, *bacc. med. techn., General Hospital Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2, University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Croatia* • E-mail: ivana.guve@gmail.com

Uvod/Introduction

Statistički, nakon amputacije jednu godinu preživi 65%, dvije godine njih 52%, tri godine 37%, pet godina 27% i 10 godina 15% bolesnika s amputiranim ekstremitetom. Visoke stope mortaliteta uzrokovane su čestom pojavom depresije koja utječe na bolesnika da odbiju daljnje terapijske metode liječenja. Epidemiološki podatci o učestalosti amputacija donjih ekstremiteta približno su istovjetni u jednako razvijenim zemljama. Međutim, postoje razlike u broju, vrsti, i uzroku amputacija između modernih zemalja i onih u razvoju. Problematika osoba s amputiranim ekstremiteti-

ma znatnije je izražena u nerazvijenim zemljama. Jelić i Kovač (prema Sharp, 2000) navode da u navedenim zemljama živi 80% od ukupno svih osoba s amputacijama ekstremiteta. Ovo se posebno odnosi na zemlje s ratnim sukobima. Naime, u zemljama zemlje u kojima se odvijaju ratni sukobi bilježi se visoki postotak traumatskih amputacija.

Etiologija amputacija donjih ekstremiteta znatno se promijenila tijekom šezdesetih godina prošlog stoljeća, a u vezi je s rastom standarda stanovništva. Diabetes mellitus i cirkulatorna insuficijencija donjih ekstremiteta, glavni su uzroci

amputacija donjih ekstremiteta, a slijede ih traume raznih etiologija (promet, rad, rat, sport), kao i prirodene anomalije, tumori i infekcije [1, 2]. Bolesnicima s ulceracijama stopala kvaliteta života mnogo je lošija, a troškovi njihova liječenja dosta opterećuju zdravstveni sustav, stoga su prevencija i liječenje ulceracija uzrokovanih šećernom bolešću vrlo važni.

Osobe treće životne dobi čine 80-90% bolesnika s amputiranim ekstremitetom, što predstavlja znatan javno zdravstveni problem. Najčešći uzroci amputacija kod tih bolesnika su dijabetes (54%), VB-ateroskleroza (29%), ozljede (10,7%), tumori (5%) i kongenitalne mane (2%) [2, 3, 4].

Amputacija, i to neovisno o razini, ograničava bolesnika u fizičkom, psihičkom, socijalnom i profesionalnom životu. Mlađa životna dob i niža razina amputacije, prema do danas publiciranim rezultatima, važni su čimbenici boljeg oporavka. Rezultati istraživanja učinjenih u posljednjih deset godina pokazuju da u ukupnom broju učinjenih amputacija donjih ekstremiteta raste broj natkoljениčnih amputacija. U ovoj skupini amputiranih operativni mortalitet je visok [1,3]. U toj skupini bolesnika prevladavaju osobe starije životne dobi, stoga je naglašena problematika gubitka pokretljivosti. Kod bolesnika raste osjećaj izoliranosti i inhibira ih u traženju nemedicinske pomoći [5].

Suvremen pristup zdravlju istovjetan stupanj značajnosti pridaje biološkim i psihološkim i socijalnim vidovima zdravlja. Zbog toga je za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite, uz dobro poznavanje biomedicinskih znanja i vještina, nužno i dobro poznavanje teorija, metode i tehnika iz znanosti psihologije i srodnih znanosti [1,6]. Navedena znanja služe za unapređenje kvalitete preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih postupaka. Kvaliteta života bolesnika kod kojih je učinjena amputacija donjeg ekstremiteta, a poslije provedenog operacijskog zahvata nikada nije istovjetna kao u predoperacijskom tijeku, i to usprkos uporabi rehabilitacijskih metoda liječenja [7].

Indikacije i učestalost

Indikacije i učestalost za amputaciju donjih ekstremiteta prema etiologiji osnovne bolesti: komplikacije diabetesa mellitusa [60 do 80%], nedijabetička infekcija s arterijskom ishemijom ekstremiteta [15 do 25%], ishemija bez infekcije [5 do 10%], kronični osteomijelitis [3 do 5%], trauma [2 do 5 %], druge bolesti (neurom, smrztotine, tumor, bol, cijeljenja) [5 do 10%] [1,3,8].

Amputacija kod akutne ishemije: amputacija je indicirana kod ireverzibilne ishemije i nemogućnosti angiokirurškog liječenja. Stope morbiditeta i smrtnosti su kod hitnih amputacija zbog akutne ishemije znatno veće nego kod bolesnika u kojih je učinjen elektivni operacijski zahvat.

Amputacija kod progresivne kronične ishemije: U ovih bolesnika, prisutna je ishemička bol u mirovanju, česte su kronične ulceracije koje ne cijele ili gangrena. U slučajevima kada nema mogućnosti za izvršenje angiokirurškog zahvata, indicirana je amputacija.

Amputacija kod gangrene s infekcijom: Gangrena uz koju se javlja infekcija, posebice u oboljelih od šećerne bolesti, hitno je kirurško stanje u kojem je ugrožen ekstremitet

ili život. U liječenju infekcije primjenjuju se antibiotici, uz ograničeni debridement ili drenažnu operaciju [2,4]. Nepravodobno ili neodgovarajuće kirurško liječenje, posebice u bolesnika sa šećernom bolesti, može imati kao posljedicu pogoršanje infekcije te posljedično gubitak ekstremiteta. Stopa smrtnosti u takvih bolesnika izrazito je visoka. Liniju amputacije određuje stupanj arterijske insuficijencije.

Cijeljenje rane i stopa mortaliteta

Bataljak ekstremiteta poslije amputacija potkoljenice uspješno zacjeljuje u 80-85% bolesnika, a natkoljenice u 85-90%. Stopa smrtnosti ne smije biti veća od 6% poslije amputacije potkoljenice, tj. 10 do 12% poslije amputacija natkoljenice. Bez obzira na indikaciju za amputacijski zahvat, potrebno je nastojati učiniti amputaciju u potkoljениčnoj (ili distalnoj razini), jer je mogućnost rehabilitacije uz očuvani koljenski zglobov znatno veća. Razlog je manji utrošak energije pri hodu s potkoljениčnom nego pri hodu s natkoljениčnom protezom [7,8].

Osposobljavanje bolesnika za samostalno funkcioniranje poslije amputacije donjeg ekstremiteta postiže se multidisciplinarnim pristupom, tj. suradnjom kirurga, kardiologa, protetičara, fizioterapeuta, psihologa i medicinske sestre/tehničara. Cilj rekonstrukcije donjih ekstremiteta funkcionalan je ekstremitet, osposobljen za hod, stoga i analiza hoda služi za objektivnu evaluaciju funkcije donjih ekstremiteta. Za procjenu kvalitete hoda koriste se pokazatelji, i to: brzina hoda, dužina koraka i iskoraka, broj koraka u minuti te vrijeme opterećenja jedne noge. Osposobljavanje bataljka poslije amputacije tj. rekonstrukcija istoga za prihvat protetskih materijala i zadovoljavajuću vertikalizaciju postiže se uporabom rekonstruktivnih operacijskih procedura [6]. Danas se iste dijele, i to na: primarne rekonstrukcije [do 72 sata poslije ozljede], primarne odgođene rekonstrukcije [do 7 dana poslije ozljede], sekundarne rekonstrukcije [nakon 7 dana od ozljede].

Sestrinska skrb za bolesnike s amputiranim donjim ekstremitetom

Medicinska sestra/tehničar važan je član zdravstvenog tima u rehabilitaciji bolesnika. Prijeoperacijska priprema provodi se samo kod elektivnih operacijskih zahvata, jer kod bolesnike kojima je amputacija izazvana traumom hitnost ne dopušta nužnu fizičku pripremu i stoga je vrijeme prilagodbe u poslijeoperacijskom tijeku znatno dulje.

Prijeoperacijska priprema bolesnika

U kirurških bolesnika postoji znatno veći stupanj tjeskobe, straha i potištenosti nego u bolesnika kod kojih nije indicirano kirurško liječenje, i to zato što se suočavaju sa strahom od boli, anestezije, sakaćenja i smrti.

Oni su češće izloženi boli, neugodnim pretragama i teškoćama prilagodbe nakon opsežnih operacija koje završavaju gubitkom dijela tijela. Rezultati psiholoških istraživanja upućuju da se stupanj stresa prije operacije može ublažiti adekvatnom psihičkom pripremom, tj. davanjem savjeta i uputa o prevladavanju teškoća kojima će boles-

nik biti izvrnut poslije provedenog operacijskog liječenja te poticanjem bolesnika da verbalizira sve svoje strahove i nejasnoće.

Kirurški zahvat kod bolesnika uzrokuje nekoliko tipova emocionalnih reakcija. Psihička stanja uzrokovana hospitalizacijom pripadaju grupi psihičkih poremećaja koji se nazivaju institucionalnim neurozama. Kod bolesnika se javljaju frustracije na koje reagiraju na tri načina: povlačenjem - očituje se u šutljivosti, nekomunikativnosti i nezainteresiranosti bolesnika; regresijom - bolesnik misli i postupa na način primjeren nižem stupnju razvoja (u potpunosti se prepušta brizi medicinskih djelatnika i članova obitelji i ponaša se kao dijete); hiperaktivnošću - motorička aktivnost, pretjerana razgovorljivost, nesanica, tremor ruku, glavobolje, noćne more i sl. Prijeoperacijska psihološka priprema opisuje se kao „tehnika inokulacije stresom“ i spada u tehniku racionalno-emozivne terapije. Medicinska sestra/tehničar upoznaje bolesnika s procedurom operativnog zahvata, dopušta mu da postavlja pitanja vezana uz operativni zahvat te odgovara u skladu sa svojim kompetencijama. Za pacijente sa traumatskom amputacijom psihička priprema je kratka i radi se o periodu do kirurškog zbrinjavanja već postojeće traumatske amputacije. Pacijentima koji imaju vremena da budu preoperativno pripremljeni mnogo je lakše jer će amputaciju shvatiti kao sastavni dio liječenja i olakšavanje patnje te će se lakše prilagoditi od onih kod kojih je nastala traumatska amputacija. Strepnja i strah postoje kod svakoga pacijenta, a one se odnose na praktične aspekte kao što su gubitak funkcije, bol, teškoće prilagodbe na protezu i materijalne troškove, koji kod većine bolesnika predstavljaju najveći problem [1, 2, 5]. Druga vrsta straha odnosi se na simboličke aspekte kao što su seksualnost, promjena tjelesnog izgleda, slika u očima drugih itd. Nakon što pacijent sazna da će mu ekstremitet biti amputiran, razvija depresiju i poremećaj osobnog identiteta. Osnovna zadaća u psihičkoj preoperativnoj pripremi razvijanje je pozitivnih ishoda kod pacijenta i članova obitelji u vezi s kratkoročnim i dugoročnim zahtjevima koji se postavljaju u poslijeoperativnom periodu. Amputacija pritom mora biti definirana kao nužna da se popravi stupanj kvalitete života, a ne kao promašaj, stigma ili gubitak. Pacijent koji se priprema za amputaciju mora biti detaljno upućen o svim mogućim ishodima i metodama rehabilitacije [4, 8].

Fizička priprema bolesnika važna je radi smanjenja učestalosti pojave komplikacija i da bi oporavak bio brži. U fizičku pripremu ubrajaju se: uzimanje sestrinske anamneze, kupanje u antiseptičkom sredstvu, odijevanje bolničke pidžame skidanje zubne proteze, nakita, ukosnica, uzimanje uzoraka krvi, PV, APTV, KKS, biokemijski parametri, EKG, RTG pluća i srca, postavljanje venskog puta, mjerenje vitalnih funkcija, promatranje bolesnika, stanje svijesti [9].

Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Nakon operacijskog zahvata bolesnik se smješta u sobu za buđenje (engl. *recovery room*) te se zatim vraća na odjel (zahvat se izvodi najčešće u spinalnoj ili lokalnoj anesteziji; ne zahtijeva intenzivno liječenje). Potrebno je osigurati potpuno mirovanje 48 sati nakon operacijskog zahvata, uz obveznu kontrolu vitalnih funkcija i parametara krvarenja

uz nadzor izlučevina. Bataljak je potrebno staviti u povišeni položaj.

Primjenjuje se ordinirana terapija po napatku liječnika, a na temelju skale o procjeni boli primjenjuju se analgetici. Rana se previja svaki dan, a prvi poslijeoperacijski dan vadi se drenaža. Šesti poslijeoperacijski dan nakon potkoljenične amputacije postavljamo čarapu za korekciju bataljka – pripremu za ortopedsku pomagala. Prije otpusta iz bolnice potrebno je bolesniku osigurati pomagala, uputiti ga na daljnje rehabilitacijske tretmane (škole hodanja...), te u specijalne bolnice za rehabilitaciju i uputiti na provođenje fizikalne terapije u kući.

Zadaća je medicinske sestre/tehničara jest da omogući bolesniku ugodu u bolničkom okruženju, što brži oporavak te da prilikom otpusta iz bolnice bolesnik ima pozitivne dojmove o boravku u bolnici. Cilj je svake amputacije da se bolesniku spasi već ugroženi život, a poslije toga da se educira i osposobi za daljnji život, da se bolesnik ne osjeća izoliranim i da ima potporu članova obitelji, kao i medicinskih djelatnika.

Postoperativni period može biti različite dužine, ovisno o komorbiditetu [1]. Akutna psihološka reakcija koja može nastati u ovom periodu liječenja sadržava konfuziju, smetnost i emocionalnu tupost koja je praćena osjećajem obamrlosti i parastezija. Dolazi do patnje zbog fizičke boli i sazrijevanja svijesti o gubitku ekstremiteta te strepnje o daljnjem tijeku oporavka zbog mogućih komplikacija.

Sestrinske dijagnoze kod osoba s amputiranim donjim ekstremitetom

Sestrinske dijagnoze možemo definirati kao kliničku prosudbu onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme/životne procese [2, 3]. One osiguravaju osnovu za izbor intervencija čije će provođenje u konačnici dovesti do postignuća cilja koji smo si zadali. Sestrinske dijagnoze osnova su za budućnost; tj. uspješnu, na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu, kojoj je cilj što učinkovitije zadovoljiti sve bolesnikove potrebe.

Pri uzimanju anamneze i tijekom postoperacijskog perioda medicinska sestra/tehničar verificira znatan broj sestrinskih dijagnoza, od kojih su najčešće: smanjeno podnošenje napore, poremećaj osobnog identiteta, neadekvatna prilagodba, promijenjeni obiteljski odnosi, umor, anksioznost, socijalna izolacija, visok rizik ozljeđivanja, visok rizik za oštećenje integriteta kože, visok rizik za poremećaj periferne cirkulacije, bol, poremećaj seksualne funkcije, smanjena pokretljivost, teškoće pri uporabi invalidskih kolica, nisko samopoštovanje, potištenost, anksioznost, visok rizik za osamljenost, poremećaj socijalne interakcije [1, 2, 4].

Tjelesne promjene, nedostaci i bolesti koje djeluju na psihičko stanje bolesnika poslije amputacije

Somatopsihologija je područje koje se bavi utjecajem tjelesnih bolesti na psihička stanja. Ova grana počela se razvijati nakon 2. svjetskog rata zbog potreba za pružanjem pomoći u smislu sveobuhvatne psihološke, stručne i socijalne rehabilitacije ratnih invalida. U literaturi se ovo područje može naći pod nazivom psihologija rehabilitacije. Bolest

kao dinamičan proces ima svoj početak, razvoj i završava ili ponovnim zdravljem, trajnim oštećenjem ili smrću. Između ponovne uspostave prijašnjeg zdravlja i smrti jesu ona stanja kod kojih je bolest, ozljeda ili prirođena mana bitno oštetila neku funkciju ili organ i zbog toga je čovjeku otežano svakodnevno funkcioniranje [2, 3, 4]. Takvo stanje nazivamo invalidnost. Prema ovome, invalidnost je zapravo posljedica nečega što je prošlo, ona je trajna, ali je možemo ublažiti ako primijenimo fizikalnu terapiju, radnu terapiju, pomagala itd. Mnoge psihičke teškoće invalida proizlaze iz društvenog odnosa prema njima. Ako je odnos socijalne sredine negativan i podcjenjivački, to dovodi do znatnih teškoća u prilagodbi na tjelesnu bolest i otežava proces cjelovite medicinske, stručne i socijalne rehabilitacije.

Psihološko značenje percepcije vlastitog tijela

Izraz percepcija vlastitog tijela odnosi se na predodžbu o vlastitog tjelesnosti. Percepcija vlastitog tijela razlikuje nas od ostalih pojedinaca i postavlja granice među nama i drugim osobama. Slika o samome sebi razvija se tijekom procesa socijalizacije te se tada mogu razviti i teškoće, ako ta slika o vlastitom izgledu znatno odudara od onoga što pojedinac kod ostalih percipira kao normalno [1, 7]. Autori koji opisuju probleme povezanosti, percepcije vlastitog tijela i osobnih obilježja smatraju da postoje dva bitna psihološka procesa koji djeluju na razlike u iskustvu o vlastitom tijelu:

Ad 1] Izoštavanje percepcije vlastitog tijela, koje se očituje u prevelikoj svjesnosti pojedinih dijelova tijela te i najmanji podražaj dovodi do snažno doživljenih percepcija, što može stvoriti hipohondrijske osobine ličnosti.

Ad 2] Smanjivanje senzacija iz vlastitog tijela, što može izazvati izostanak primjerenog osjeta čak i kod jakih bolnih podražaja.

Tjelesnost u razvoju ličnosti ima važnu ulogu za uspostavljanje granica između pojedinca i okoline, tj. između onoga što mi shvaćamo kao "ja" i „ne-ja“.

Psihološke promjene i percepcija vlastitog tijela kod osoba s amputiranim donjim ekstremitetom

Tjelesna privlačnost ima veliko značenje u uspostavljanju međuljudskih odnosa. Privlačne osobe imaju veću mogućnost uspostavljanja kontakata, a poslije i kontrole nad drugima jer su naučile da ljudi reagiraju prema njima češće pozitivno nego negativno. Percepcija vlastitog tijela potkrijepljena je percepcijom drugih o nama. Kod tjelesno privlačnijih osoba lakše se stvara samopouzdanje i povjerenje u vlastite sposobnosti, jer su češće prihvaćene nego osobe s tjelesnim nedostacima ili izrazito ružne osobe. Ovakvo ponašanje okoline prema pojedincima različitog tjelesnog izgleda proizlazi i iz česte predrasude da je nakaznost lica ili tijela povezana s „nakaznošću“ karaktera. Ova predrasuda potkrijepljena je činjenicom da među ljudima s amputiranim dijelom tijela nailazimo na više osoba s asocijalnim oblicima ponašanja, što, međutim, nije izravna posljedica njihova izgleda, nego odnosa socijalne sredine prema njima. Česta je socijalna izolacija i odbačenost takvih osoba i stoga su često prisutne frustracije te se bolesnici agresivno ponašaju.

Gubitak je stanje lišenosti ili stanje potpunog nedostatka nečega što je pojedinac prije imao. Gubitak donjeg ekstremiteta može donijeti gubitak socijalnog statusa, prijašnjeg načina života, gubitak posla, zanimanja i slično. Ako je zdravlje nepovratno oštećeno, kao kod amputacije, to izaziva mnogobrojne psihološke teškoće i napore u prilagodbi [8, 9, 10].

Način na koji pojedinac prihvaća gubitak dijela tijela ovisi o prijašnjim iskustvima, subjektivnoj vrijednosti izgubljenog, mogućnostima socijalne potpore. Reakcije na gubitak mogu se podijeliti na nekoliko osnovnih reakcija. Prva je reakcija odbijanja gubitka. Ovakav način prihvaćanja gubitka normalna je posljedica stresa koji se javlja uz gubitak ekstremiteta i nije potrebno nasilno nastojati prebroditi ovo razdoblje, osim ako se zbog odbijanja pojedinac ne pridržava nužnog liječenja i uputa dobivenih od liječnika i ostalih članova tima koji sudjeluju u rehabilitaciji [3, 4]. Poslije razdoblja odbijanja dolazi do razdoblja priznavanja gubitka, kada u svijest pojedinca počinje prodirati spoznaja o gubitku, a najčešće su emotivne reakcije gnjev prema sebi i drugima ili stanje potištenosti. Krajnje je razdoblje period mirenja s gubitkom u kojem pojedinac postaje manje zaočupljen izgubljenim, a povećava se njegovo zanimanje za stvari kojima se gubitak može nadomjestiti.

Psihološke reakcije koje uzrokuju trajno smanjenu sposobnost dijele se na: opću zbunjenost i nesigurnost, paniku ili neodređenu tjeskobu, noćne more, strah da ne postane tjelesni, emotivni ili novčani teret, osjećaj da se bitno razlikuje od drugih: srami se nazočnosti pred zdravima, povećana mu je osjetljivost, strah od odbacivanja ili emotivnog napada drugih te strah od vlastitih emotivnih stanja, razmišljanje o samoubojstvu ili želja za smrću, nekontrolirano neprijateljstvo prema sebi ili drugima, osjećaj odbačenosti od obitelji, prijatelja, društva, poistovjećivanje nesposobnosti s okrutnom sudbinom, zabrinutost zbog dostupnosti potrebne fizičke pomoći, povlačenje od emotivnog reagiranja, što stvara apatiju, tupost i pasivnost, euforična preobrazba osjećaja neugode, shvaćanje situacije kao olakšanja glede odgovornosti i napetosti normalnog života, poistovjećivanje nesposobnosti s plaćenim dugom za prijašnje grijehe, iskorištavanje drugih kao nadomjestak za pretrpljeni gubitak, percepcija nesposobnosti kao "nove prigode" da se isprave pogreške prijašnjeg života [4, 5, 7].

Neke od ovih reakcija mogu biti pozitivne jer omogućuju prilagodbu na gubitak, a druge su negativne jer otežavaju prilagodbu. Osim ovih općih reakcija postoje i posebne reakcije, vezane uz obilježja pojedinih vrsta gubitaka zdravlja, što se u ovom slučaju odnosi na gubitak donjeg ekstremiteta. Ljudi koji su izgubili donji ekstremitet često su prisiljeni znatno promijeniti način života jer više ne mogu obavljati prijašnji posao i ponašati se kao prije. To dovodi do znatnijih psihičkih teškoća vezanih uz prihvaćanje gubitka dijela tijela i prilagodbe na nastali gubitak. Psihološki problemi najjači su kod onih bolesnika koji su iznenada, bez prethodne bolesti, bili izloženi amputaciji, najčešće zbog trauma, što je češći slučaj kod mladih nego kod starijih bolesnika. Mladi bolesnici i samci imaju većih teškoća u prihvaćanju amputacije nego oženjeni bolesnici i stariji ljudi [11]. U vojnika koji su doživjeli amputaciju zbog ratnih ozljeda veće teškoće izazivaju razmišljanja o prihvaćanju oko-

line nego teškoće vezane uz funkcionalnu nesposobnost i stvaranje novih oblika ponašanja. Čini se da amputacije donjih ekstremiteta dovode do većih psihičkih trauma nego amputacije gornjih ekstremiteta, tj. izazivaju veće osjećaje bespomoćnosti. Potreba za fizičkom aktivnošću jedna je od izraženijih ljudskih potreba, a ona se kod amputiranih osoba, posebice onih s amputiranim donjim ekstremitetom, više ne može zadovoljavati jednakokvalitetno kao prije gubitka ekstremiteta.

Kod znatnog broja bolesnika početni neuspjesi u korištenju proteze izazivaju osjećaj tjeskobe, što katkad dovodi do odbacivanja proteze. Stoga ne treba prenaplašavati mogućnost da se protezom nadomjesti ranije funkcije jer mnogi bolesnici dožive razočaranje kad postanu svjesni nedostataka proteze.

Problemi vanjskog izgleda doprinose stvaranju psihičkih teškoća, osobito u razdoblju kada je vanjski izgled vrlo važan za pojedinca, npr. u doba adolescencije. Često je percepcija vlastitog tijela kod ovih bolesnika iskrivljena te oni mogu imati iskrivljenu sliku o sebi i svojim sposobnostima, pridajući veliku pozornost invalidnosti, a ne uviđajući mogućnosti nadomjeska za izgubljene sposobnosti [6, 8]. Zadatak zdravstvenih djelatnika u rehabilitaciji je upućivanje bolesnika na nove mogućnosti, ohrabrivanje za svladavanje određenih motoričkih vještina na nov način, ali uz nužan oprez kako se ne bi idealizirale mogućnosti obavljanja pokreta protezom.

Psihološke reakcije bolesnika nakon amputacije nisu razmjerne veličini amputacije. U nekim slučajevima amputacije manjih dijelova tijela mogu imati jednake, čak i veće psihološke posljedice, nego amputacije većih dijelova tijela. Sve to ovisi o tome kako pojedinac sam procjenjuje važnost pojedinog dijela tijela u svom životu, u obavljanju zanimanja i u okviru socijalnih prilika u kojima se nalazi. Amputacija kod bolesnika koji obavlja fizičke poslove ili je nekog drugog zanimanja u kojem je motorička spretnost za obavljanje poslova iznimno važna, bit će vezana uz više sekundarnih gubitaka, kao što su gubitak socijalnog statusa, gubitak mogućnosti zarade i slično, nego kada bolesnik nije toliko usmjeren na motoričke aktivnosti. Nakon amputacije kod mnogih se bolesnika, osobito ako je amputacija nastala naglo, primjećuje teška potištenost, tjeskoba i sumnja u tvrdnje zdravstvenih djelatnika da je nedostatak amputiranog dijela moguće umanjiti. Tijekom provođenja rehabilitacije bolesnika s amputiranim ekstremitetom potrebno je pružiti pomoć u prilagodbi na novo stanje postupcima, i to: omogućiti vježbe za korištenje proteze kako bi što manje osjećali vlastiti nedostatak, otkrili nove mogućnosti, aktivnosti i vrijednosti koje se mogu ostvariti uz postojeći nedostatak, umanjiti negativne emotivne reakcije na amputaciju, pojačati motivaciju za prihvaćanje novog načina života [10, 11].

Procesi rehabilitacije kod osoba s amputiranim donjim ekstremitetom znatno utječu na pojavnost emotivnih stanja kao što su bijes i osjećaj krivnje. Kada tijekom rehabilitacije prevladavaju dvije spomenute emocije, preporučuje se zdravstvenim djelatnicima da pokušaju umanjiti jačinu emotivnih stanja u iscrpnom razgovoru s bolesnikom, pružajući mu potporu u njegovim rehabilitacijskim naporima.

Uključivanje članova obitelji u rehabilitacijski program iznimno je važno da bi se i oni što bolje upoznali s bolesnikovim mogućnostima i pomogli mu da ih ostvari [4, 5, 11].

Psihosocijalni faktori prilagodbe poslije amputacije donjeg ekstremiteta

Životna dob

Psihološki problemi koji su povezani s amputacijom povećavaju se sa starosnom dobi. Djeca s kongenitalnim nedostatkom ekstremiteta adekvatno se adaptiraju učeći da kompenzatorno koriste ostale potencijale. U periodu adolescencije amputacija je povezana s teškoćama sazrijevanja seksualnog identiteta. Mlađe osobe reagiraju na gubitak ovisno o stupnju onesposobljenosti i invalidnosti, a olakšavajući čimbenici su formiran identitet, intelektualna zrelost, fizička kondicija i socijalna kompetentnost. Kod starijih osoba problem je narušeno zdravlje, socijalna ili obiteljska izolacija i sklonost depresivnim poremećajima. Kada je amputacija napravljena u ranoj životnoj dobi, ne traži se od djece odvikavanje od već stečenih navika ili opet stjecanje nekih vještina, što se događa ako je do amputacije došlo u kasnijoj životnoj dobi. Osobe koje su u kasnijoj životnoj dobi postale invalidi, moraju na neki način svoj život započeti ispočetka, tj. opet stjecati vještine koje su nekad posjedovale, mijenjati životne ciljeve i planove, sliku vlastitog tijela, a česti i zanimanje, kolege i prijatelje. Takva prilagodba zahtijeva više vremena i više energije od prilagodbe na amputaciju u djetinjstvu [1, 2].

Osobnost

Narcisoidne osobe na gubitak ekstremiteta reagiraju gubitkom samopoštovanja, dok zavisne osobe mogu prihvatiti ulogu bolesnika kao dobrodošlu mogućnost da izbjegnju osobnu odgovornost i socijalnu kompeticiju. Za one osobe koje su sklonije depresivnijem raspoloženju amputacija je dodatna stavka u mozaiku osobne neadekvatnosti. Za paranoide osobe trauma je još jedna karika u paranoidnom sistemu s mogućom eskalacijom psihopatologije i okrivljavanjem drugih za osobne probleme [3]. Socijalno anksiozne osobe imat će znatno veće probleme nego sigurne i samopouzdanе osobe.

Zanimanja i dohodak

Osobe čija profesija ovisi o motornim vještinama bit će emocionalno osjetljivije poslije amputacije. Kod bolesnika kod kojih je materijalna naknada za boravak u bolnici veća nego primanja koje pacijenti imaju nakon otpusta, smanjuje se motivacija da se završi bolnička rehabilitacija. Takav pacijent izbjegavat će otpust iz bolnice uz mnogobrojne zamjerke na račun proteze i loše suradnje tijekom rehabilitacije [1, 6].

Psihocijalna podrška

Vrlo je važno da je pristup holistički tj. da potpora bude fleksibilna i usmjerena na sve faktore za rehabilitaciju i nastavak normalnog života. Za emocionalno zdravlje svake osobe nužan je sustav potpore tijekom cijeloga života.

Usamljene osobe više pate zbog amputacije, nego one koje imaju dobru i kvalitetnu društvenu okolinu. Potpora bračnog partnera, djeteta ili prijatelja vrlo je važna za samopoštovanje onesposobljene osobe, pri čemu su mlađe osobe posebno osjetljive na prihvaćanje u široj socijalnoj sredini.

Invaliditet otežava prilagodbu na svakodnevni rad i život. Osim što su te osobe suočene sa svojim psihičkim stanjem, velik problem im također stvaraju prepreke kao što su: arhitektonske barijere; problemi u prometu i pristup drugim objektima, što otežava nesmetano obavljanje aktivnosti; edukativne barijere; mobilnost i ograničenja vezana za prijevoz, udaljenost obrazovnih ustanova, neprilagođenost programa individualnim potrebama, kompetencije nastavnika, otežane mogućnosti edukacije u kućnim uvjetima; zapreke na poslu; zaposlenje i rad ne predstavljaju samo materijalnu i egzistencijalnu sigurnost nego su i izvor zadovoljstva i samopoštovanja. Iako dio osoba s invaliditetom zahtijeva posebne uvjete rada, velik dio njih mnoge poslove može obavljati bez posebnih pomagala [5, 6]. Državne institucije brinu se za socijalnu, materijalnu i pravnu sigurnost invalida. Ostvarivanje prava za osobe s invaliditetom dio je djelovanja udruga, organizacija i institucije civilnoga društva, a njihovu radu postoje i teškoće poput pravnih zapreka. Iako postoje pozitivni propisi koji štite osobe s invaliditetom i jamče im određena prava, u svakodnevnoj praksi je nažalost drugačije. Interesne udruge i ovdje imaju važnu ulogu; kulturološke zapreke, stereotipi, predrasude, stigmatizacija nazočni su u mnogim društvenim zajednicama što dodatno otežava život osoba s invaliditetom [10]. Sve to dovodi do diskriminacije i socijalne izolacije osoba s invaliditetom i njihovih obitelji. Treba navesti i osobne zapreke; osobe sa stečenim ili urođenim invaliditetom suočene su sa mnogim izazovima i otežavajućim okolnostima. Ovo stanje svaka osoba različito prihvaća i snalazi se u okolini. Važno je prepoznati načine prihvaćanja i reagiranja, što otežava, a što potiče osobu u pozitivnim nastojanjima.

Biomedicinski faktori prilagodbe poslije amputacije donjeg ekstremiteta

Opće zdravstveno stanje

Osobe s dobrim općim zdravstvenim stanjem u prednosti su u odnosu na osobe koje imaju bilo kakav tjelesni nedostatak. Mlada i zdrava osoba lakše se vraća svakodnevnom životu.

Priprema za amputaciju

Aдекватna preoperativna priprema, kad za nju postoji mogućnost, podrazumijeva; jasno i detaljno objašnjenje razloga za amputaciju; prikazivanje amputacije kao intervencije nužne da bi se sačuvao i poboljšao život; jasne informacije o kirurškoj proceduri; pozitivan pogled na daljnji tijek rehabilitacije i rješavanje egzistencijalnih problema, davanje informacija o životu s protezom, mogućnostima korekcije onesposobljenosti, značenju invaliditeta, radnoj sposobnosti, seksualnim problemima, pravima i mogućnostima u okviru zajednice. Važno je da svaki član zdravstvenog tima, uz pružanje njege, bude spreman na davanje informacija i psihološke podrške. Glavni autoritet i oslonac u odnosu sa

pacijentom o preoperativnom i postoperativnom razdoblju jest kirurg (Bradway, J. K. et al. 1984) [1, 2, 4, 10, 11].

Kirurški tretman

Loše izvedena amputacija predznak je lošeg ishoda protetičke rehabilitacije, iako kirurški dobro izvedena amputacija ne jamči potpun uspjeh rehabilitacije. Osobe čija je protetička rehabilitacija povezana s bolom, potrebom revizije bataljka ili infekcijom, pod utjecajem je stresa, sklonija negativnim mislima i depresiji, s vidljivo manjom motivacijom za suradnju s članovima zdravstvenog tima [6].

Razina amputacije

Nije jasno utvrđeno kakva je veza intenziteta psihopatskih reakcija i razine amputacije. Moguće su neočekivano teške reakcije na manji fizički gubitak ili blaže reakcije na višestruki gubitak ekstremiteta. Prognoza prilagodbe može se dovesti u vezu sa socijalnim, psihološkim, biološkim faktorima. Važno je koliko se osoba spremna preusmjeriti na druge zdrave osobne potencijale [8].

Protetička rehabilitacija

Za osobu kojoj amputiran ekstremitet bolje je da što prije dobije protezu jer će biti kraće pod stresom u vremenu protetičke rehabilitacije. Taj period označava vrijeme od kirurške intervencije do dobivanja proteze. Nužan preduvjet pozitivne motivacije za rehabilitaciju i upotrebu proteze udobnost je i funkcionalnost proteze, a veoma dobro će doći i potpora osobe koja je već prošla takav zahvat i ima iskustva s protezom. Do danas publicirani rezultati pokazuju da osobe s potkoljeničnom amputacijom lakše prihvaćaju protezu od osoba s natkoljeničnom amputacijom [2, 6, 10].

U idealnim uvjetima pacijenti ne bi trebali biti otpušteni iz bolnice dok ne postanu samostalni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Tada se pacijenta može uključiti u program ambulantne rehabilitacije. Edukacija članova obitelji o metodama zdravstvene njege važna je.

Napredak biotehnologije ubrzao je proces tj. zadovoljavanja primarnog cilja kod bolesnika s amputiranim ekstremitetom tj. bezbolnog opterećenja bataljka. Ležište mora osigurati dobru prokrvljenost usprkos opterećenju [6, 10]. Stoga je moderno ležište isključivo u punom kontaktu, oblika potpuno prilagođenog anatomiji. Natkoljenično ležište uzdužno je ovalnog oblika s tuberom sjedne kosti uglavljenom u ležište. Ostali su oblici ležišta zastarjeli i tehnika ih napušta zbog štetnih nuspojava i slabijih funkcionalnih rezultata. Nakon izrade ležište se mora prostorno odrediti, tj. uravnotežiti i povezati s funkcionalnim i strukturnim komponentama [9]. Funkcionalne komponente su stopala i zglobovi, a strukturni dijelovi međusobno ih povezuju. Već mala pogreška u prostornoj orijentaciji može negativno utjecati na funkciju proteze [10]. To je i pretpostavka za proces rehabilitacije, kojoj je krajnji cilj postizanje rutine kretanja, dakle, hod bez razmišljanja o pokretu.

Timski pristup

Tim profesionalaca koji provodi rehabilitaciju pacijenta s amputiranim ekstremitetom sastoji se od: kirurga, medicin-

ske sestre, fizijatra, fizioterapeuta, protetičara, radnog terapeuta, psihologa i psihijatra. Iznimno je korisno uključivanje članova obitelji, duhovna potpora, grupni oblici psihoterapije, internetske grupe i grupe samopomoći [11].

Profesionalna rehabilitacija

Obnavljanje radnih sposobnosti i vraćanje na posao važan su dio oporavka pacijenta. Korisno je imati na umu Kohlovu teoriju da je bitno voditi računa o tome što pacijent (a ne samo članovi zdravstvenog tima) smatraju uspješnom rehabilitacijom. Za nekoga uspješna rehabilitacija ultimativno znači ultimativno na posao, a za nekoga mogućnost za što kvalitetniji život u mirovini [1, 4, 8, 10, 11].

Faze rehabilitacije

Faze prilagodbe poslije amputacije donjeg ekstremiteta potrebno je podijeliti na psihijatrijsku i biomedicinsku problematiku [1, 4, 10, 11].

Proces prilagodbe na amputaciju iz perspektive konzultativne liezon psihijatrije

Razlikujemo tri globalne faze individualnog odgovora na amputaciju: akutnu, subakutnu i kasnu fazu. Ovakva kategorizacija izuzetno je korisna u domeni konzultativne - liezon psihijatrije jer vremenske odrednice ovako koncipiranih faza odgovaraju psihijatrijskim poremećajima koji se mogu očekivati u relevantnim vremenskim okvirima.

Akutna faza: karakterizira je stanje šoka, pojačana afektivnost i hiper ili hipokinetsko reagiranje. Bolesnici opisuju prva 3 do 4 tjedna nakon amputacije kao kritičan period konfuzije i dezorganizacije, a priličan broj njih spominje suicidalne misli, pa i pokušaje suicida (17%). Taj je period karakteriziran povremenim psihomotornim nemirom, nesanicom i *flashbackova*. Može doći do neprepoznavanja članova obitelji, intelektualne konfuzije i nerazumijevanja sasvim normalne komunikacije. Radikalne promjene stanja tijela koje prate odjednom nastala velika onesposobljenja, kao što je amputacija, same po sebi dovode do drastičnih promjena koje uzrokuju dezorganizaciju ponašanja. Slučaj kada je veliki dio tijela naglo ostao bez osjeta predstavlja prototip Hobbova koncepta, jer nervni sustav osobe naglo dobiva sasvim različitu konfiguraciju kinetičkih, taktilnih i proprioceptivnih inputa. Osim ovih neurofizioloških promjena, i sam dolazak u bolesnički krevet, kao i promjena sredine, promjene u pokretljivosti, stres, prihvaćanje činjenice ozbiljnog oštećenja, koje je veće nego što osoba može kontrolirati, nužno dovodi do dramatičnih promjena u smislu različitog stupnja dezorganizacije ponašanja.

Subakutna faza: sadržava elemente posttraumatskog stresnog poremećaja i ostalih posttraumatskih stresnih sindroma. Prilagođavanje je olakšano susretom s velikim brojem ljudi koji imaju isti problem u bolnici i rehabilitacijskim centrima. Svi pacijenti sa amputiranim donjim ekstremitetom ističu značenje potpore i pomoći obitelji. Međutim, psihoterapijska potpora i potpora osoblja i ostalih pacijenata također predstavlja važan faktor za uspješno prevladavanje stresa i ishod stresne reakcije [8, 11]. Obitelj i prijatelji često su daleko, a pacijenti provode većinu vremena

okruženi ostalim pacijentima, zaokupljeni razmišljanjima o budućoj egzistenciji, poslu, prekvalifikaciji.

Kasna faza: Treća faza je tzv. kasna faza koju karakteriziraju dva tipa reagiranja: kompenzirani i dekompenzirani. Kompenzirani tip odlikuje se dobrom psihosocijalnom prilagodbom s uspostavljanjem osobne i socijalne homeostaze uz maksimalno angažiranje osobnih i socijalnih resursa. Dekompenzirani tip odlikuje se psihosocijalnom maladaptacijom i obuhvaća: autističnost, hipersenzitivnost, depresivnost, konverzivne tendencije ili agresivnost. U ovom periodu već se može govoriti o trajnim poremećajima ličnosti zbog katastrofalnog i naglog životnog iskustva (ratna amputacija). Poseban problem nakon dugotrajne rehabilitacije u bolničkim uvjetima predstavlja suočavanje s realnošću koju čine raslojene obitelji, neimaština, socijalne barijere i stigma [3, 6, 10, 11].

Proces prilagodbe na amputaciju iz perspektive biomedicinskog tretmana

Proces prilagodbe na amputaciju, s aspekta biomedicinskog tretmana, dijeli se na četiri faze medicinske rehabilitacijske amputacije:

Preoperativna faza

Kod traumatskih operacija ova je faza kratka i odnosi se na period do kirurškog zbrinjavanja već postojeće traumatske amputacije. To što pacijenti nemaju dovoljno vremena za psihološku pripremu predstavlja i najveći problem kod traumatskih amputacija. Oni ostaju naglo bez ekstremiteta, što dovodi do dodatnog šoka, ljutnje i depresije. Za razliku od njih, pacijenti koji imaju dovoljno vremena da budu preoperativno psihološki pripremljeni, shvatit će ovo kao sastavni dio liječenja i lakše će ući u novu fazu prilagođavanja. Ključna uloga u preoperativnoj fazi razvijanje je realističkih očekivanja kod pacijenta i članova njegove obitelji. Iznimno je važno da pristanak pacijenta na amputaciju bude praćen detaljnim i razumljivim informacijama o kirurškim i rehabilitacijskim aspektima amputacije, s otvorenim odgovorima na sva pitanja [10].

Neposredni postoperativni period

Ovaj period može biti različite dužine i akutna psihološka reakcija koja se može očekivati u ovom periodu, sadržava (prvih nekoliko sati) početnu konfuziju izazvanu stanjem šoka i emocionalno tupilo praćenu osjećajima obamrlosti i parastezijama. Prvih tjedan dana do dva teže prolaze ovu fazu zbog fizičke boli, ali zbog toga što postaju svjesni definitivnog gubitka ekstremiteta i strepnje za daljnji tijek oporavka. Također, prisutan je i veliki strah od mogućih komplikacija. U ovoj fazi iznimno je važna potpora obitelji, stručnog tima i okoliša jer upravo ova faza predstavlja prekretnicu u egzistencijalnom životu pacijenta [10, 11].

Bolnička rehabilitacija [protetika]

Dijeli se na 3 faze: faza bez adekvatne proteze, faza s adekvatnom protezom, faza u kojoj pacijent zna koristiti protezu. Ne smije se zaboraviti da depresivna faza može imati kroničan tijek i nastaviti se nakon otpuštanja iz bolnice, što zahtijeva dug, a katkad i bolnički psihijatrijski tretman [3, 6,

11]. U ovoj se fazi mogu očekivati mnogobrojne psihopatoške reakcije, kao što su depresivne reakcije, problemi kontrole agresije i sl. Često dolazi do suicidalnih misli, pa i pokušaja suicida. Povratak u zajednicu, prihvaćanje obitelji, partnera i prijatelja ključni su u ovoj fazi.

Posthospitalna rehabilitacija

U ovoj fazi pacijent napušta bolnički sustav u kojem se osjećao sigurno i zaštićeno, suočava se s realnošću i svim posljedicama gubitka. Ovo suočavanje često rezultira depresijom, odbijanjem da napusti ulogu bolesnika i naglašenim zahtjevima za njegovom koji su neopravdani u odnosu na onesposobljenost. Ključni zadaci u ovom periodu jesu obiteljska homeostaza, radno osposobljavanje, medicinsko praćenje, socijalno prihvaćanje i seksualno prilagođavanje.

Fantomska bol

Prvi opis fantomske boli potječe još iz 16. stoljeća, u kojem francuski kirurg Ambroise Pare spominje ovaj oblik boli, a naziv „fantomska bol“ kasnije uvodi S. W. Mitchel 1872. godine. Fantomska bol javlja se kod ljudi kojima je amputiran dio tijela (noga, ruka, dojka i dr.). Bolesnici osjećaju bol u dijelu tijela koji je amputiran, dakle, koji više ne postoji i toliko jasno je doživljavaju da im se čini kako još imaju taj dio tijela. Fantomska bol javlja se kod većine bolesnika odmah nakon amputacije i nestaje godinu dana nakon operacije, a kod 5-10% bolesnika traje duže. Bolesnici navode osjećaj stezanja, grčenja prstiju i bol u amputiranom dijelu tijela. Bol se često povećava kod emotivnog uzbuđenja, kao i kod različitih senzacija iz unutrašnjih dijelova tijela. Analgetici ma se ova bol može vrlo rijetko ublažiti. Fantomska bol ima neke osobine koje je razlikuju od svih ostalih vrsta boli. Može se javiti ako se podražuje suprotni ili neki drugi dio tijela. Podražaji kao pritisak, ubod iglom i slično služe kao „okidač“ za izazivanje boli u fantomskom dijelu tijela [3, 4, 10, 11]. Bolni podražaji koji se zadaju i relativno daleko od mjesta amputacije mogu izazvati fantomsku bol. Kod nekih je bolesnika primijećeno da se fantomska bol javlja i nekoliko godina nakon amputacije, bez obzira na prijašnje nepostojanje. Veća je vjerojatnost da se fantomska bol pojavi u onih bolesnika koji su i prije amputacije osjećali bol u tom dijelu tijela. Bol se rjeđe javlja kod bolesnika koji su izgubili nogu u ratu, prometnoj nesreći i slično. Ako je bolesnik i prije amputacije osjećao bol u amputiranom dijelu tijela, fantomska će bol po kakvoći i mjestu biti slična ranijoj boli. Fantomska bol u nekim slučajevima može biti ublažena smanjivanjem ili povećavanjem broja senzornih podražaja u području amputacije. Zbog toga se u terapiji fantomske boli koriste katkada električna stimulacija na mjestu amputacije. Postoje dvije hipoteze koje pokušavaju, svaka sa svoga gledišta objasniti nastajanje fantomske boli [1, 2, 3, 4, 9, 11].

Neurološka hipoteza [Fantomska bol]

Neurološka hipoteza zasniva se na perifernim i centralnim objašnjenjima neurološke uvjetovanosti fantomske boli. Periferna objašnjenja fantomske boli tumače je s pomoću povećane osjetljivosti živčanih vlakana na mjestu amputacije, tj. ožiljka, koji izaziva stalnu iritaciju živčanih završetaka na mjestu amputacije. Objašnjenja ne tumače zašto u nekim primjerima fantomska bol postoji i nakon presijecanja kral-

ježnične moždine. Pretpostavlja se da bolni impulsi iz perifernih dijelova tijela vjerojatno tada šire simpatičkim ganglijima, kao još jednim mogućim prolazom živčanih impulsa nakon presijecanja kralježnične moždine. Međutim, i nakon blokade simpatičkih ganglija fantomska bol je kod nekih bolesnika i dalje postojala. To je dovelo do pretpostavke da je uzrok fantomske boli gubitak senzorne stimulacije, što dovodi do abnormalne fiziološke aktivnosti u živčanim stanicama kraljeznične moždine i mozga, tj. do spontanog aktiviranja impulsa jer više nema inhibitornog djelovanja dotad postojećih perifernih senzornih podražavanja [3, 4, 9].

Centralna objašnjenja fantomske boli pretpostavljaju da somatosenzorna kortikalna reprezentacija tijela predstavlja glavni uzrok pojave fantomske boli. Naime, svako aferentno živčano vlakno ima svoju ulogu u ukupnoj reprezentaciji tijela u mozgu, koja ostaje i poslije uklanjanja nekog dijela tijela, pa može izazvati i pojavu fantomske boli. Klinička istraživanja donekle potvrđuju ove pretpostavke u primjerima o izostanku fantomske boli nakon ozljede određenih dijelova korteksa [1, 2, 9, 11].

Psihološka hipoteza [Fantomska bol]

Psihološka hipoteza smatra kako su uzroci fantomske boli psihičke naravi. U mnogim je primjerima fantomske boli primijećeno da se javlja poslije emotivnog uzbuđenja, a isto tako može nastati pod utjecajem hipnotske sugestije. Neki pretpostavljaju da bolesnici koji boluju od fantomske boli imaju određene patopsihološke osobine. Međutim, ispitivanja opće neurotičnosti bolesnika s fantomskom boli pokazuju da nema značajno više neurotskih crta među njima nego u općoj populaciji. U krajnjim konzekvencama ova hipoteza predstavlja da je uzrok fantomske boli „halucinatorno odbijanje postojanja tjelesnog gubitka“. Bolesnici ne žele sebi priznati postojanje tjelesnog gubitka i snažna potreba i želja da gubitka nema dovode do haluciniranja raznih, pa i bolnih senzacija iz izgubljenog dijela tijela, koje bolesnika „uvjeravaju“ da taj dio tijela još postoji. Kada bi to bilo potpuno točno, postojala bi povezanost između jačine fantomske boli i subjektivne važnosti izgubljenog dijela tijela. Ispitivanja pokazuju da takve povezanosti nema. Iz navedenog proizlazi da kod pojave fantomske boli određenu ulogu imaju i periferni i središnji neurološki mehanizmi, simpatički dio autonomnog živčanog sustava, a i određena psihička stanja, međutim, još smo daleko od potpuna razumijevanja njezinih složenih uzroka [10, 11].

Izvori negativnih stavova prema osobama s amputacijom donjeg ekstremiteta

Osobe kojima je amputiran donji ekstremitet pripadaju skupini ljudi sa stupnjem invaliditeta. Oni se u svakodnevnom životu, kao i druge osobe koje imaju određeni invaliditet, susreću s negativnim stavovima i predrasudama okoline. U posljednjih 25 godina bilo je nekoliko pokušaja da se utvrde i razvrstaju različiti izvori negativnih stavova prema takvim osobama, kako bi se eventualno moglo utjecati i na njihovo mijenjanje. Kao glavni izvori negativnih stavova navode se:

Sociokulturalno kondicioniranje: Naziv podrazumijeva socijalne norme, standarde i očekivanja članova određene kulture ili društvene zajednice. Čimbenici koji pridonose

nastanku i održavanju određenih standarda jesu: naglašavanje ljepote i cjelovitosti tijela, mladosti, zdravlja, atletskih sposobnosti i općenito privlačnog vanjskog izgleda. Takvo naglašavanje važnosti tjelesnog izgleda gotovo je stalno vidljivo u medijima i različitim reklamama, a djeci ga često prenose i roditelji, koji izričito naglašavaju važnost zdravlja i normalnosti. Tako se postupno stvaraju negativni stavovi prema svakom tko odstupa od usvojenih standarda ljepote i zdravog izgleda. Naglašavanje osobne produktivnosti i uspješnosti; isticanje socijalne i ekonomske kompetitivnosti dio je statusne degradacija koja se veže uz invaliditet, što se često prikazuje kao neki oblik socijalne devijacije [10, 11].

Ovu je pojavu opisao Wright 1983. godine, kao oblik generalizacije čija je posljedica vjerovanje da, ako je netko inferioran u nekom području, to znači da je takav i u drugim područjima. Često se vidljivi tjelesni invaliditet izjednačava s emotivnom nestabilnošću, pa tako i s intelektualnim ograničenjima, jer se tjelesni nedostatak primjenjuje na cijelu osobu. Utvrđeno je da ta pojava poopćavanja vidljivog nedostatka na ostala svojstva osobe dovodi do paradoksalnih percepcija invalida, pa se vidljivo invalidne osobe, kao što su osobe s amputiranim donjim ekstremitetom, doživljavaju kao emotivno neprilagođene (bez obzira na to jesu li), a da se osobe s ozbiljnim neizlječivim bolestima (primjerice, dijabetes, srčane mane) doživljavaju kao emotivno stabilne i prilagođene [9, 10, 11].

Weineberg i Santana 1978. godine opisuju da se stereotipije i predrasude prema invalidima odražavaju u medijima, koji često invalide prikazuju kao neuravnotežene, psihički bolesne ili zle osobe. Isti autori utvrdili su, procjenom 290 likova iz stripova, kako su 63 lika prikazana s nekim tjelesnim anomalijama, a 57% tih likova bilo je prikazano kao "zlo", dok je postotak „zločestih“ likova među onima bez deformiteta iznosio samo 20% [1, 2, 3, 4, 9, 11].

Psihodinamski mehanizmi

Psihodinamski mehanizmi koji se spominju u literaturi jesu: očekivanje da su ljudi s amputiranim ekstremitetom nesretni i tužni, jer ako to nisu, vlastita tjelesna cjelovitost gubi na vrijednosti, što znači da se prema invalidima koji ne pokazuju svoju patnju i nevolju pojačavaju negativni stavovi; invalidima se pripisuje odgovornost za njihovo stanje (sami su krivi za ono što im se dogodilo); ljudi se ne vole družiti s invalidima jer se boje socijalne izolacije; pritom je osnovna pretpostavka da će se i njima - zato što se družu s invalidima - pripisati neki nedostaci; kod nekih se zdravih osoba javlja osjećaj krivnje zbog vlastite normalnosti [2, 3, 4, 9, 10, 11].

Estetska averzija

Opća populacija osobe bez donjeg ekstremiteta doživljava kao bespomoćne, ovisne o tuđoj pomoći, teške bolesnike, iako je spomenuta skupina bolesnika zdrava unatoč fizičkom nedostatku. Osobe koje se na drukčiji način kreću, drukčije govore, nemaju neki dio tijela ili izgledaju neprikladno, sa stajališta općeprihvaćenih standarda izazivaju kod znatnog broja osoba odbojnost. Psiholozi tu odbojnost tumače strahom zdravih osoba da bi se nešto slično moglo i njima dogoditi, ali i estetskom averzijom, zbog koje se javlja snažna odbojnost prema vidljivim tjelesnim nedostacima [10, 11].

Doživljaj invaliditeta kao kazne za grijeh

Znatno broj osoba nije pripremljen za susrete s invalidima, ne znaju kako bi s njima razgovarali, pa takve susrete doživljavaju kao nejasne situacije. Nedorečene ili nejasne situacije izazivaju tjeskobu, pa ih ljudi nastoje izbjegavati, pronalazeći različita opravdanja. Jedan je od njih i pretpostavka da je nečiji invaliditet kazna za grijeh (bilo samo pogođene osobe ili njezinih predaka), što opravdava izbjegavanje takvih osoba.

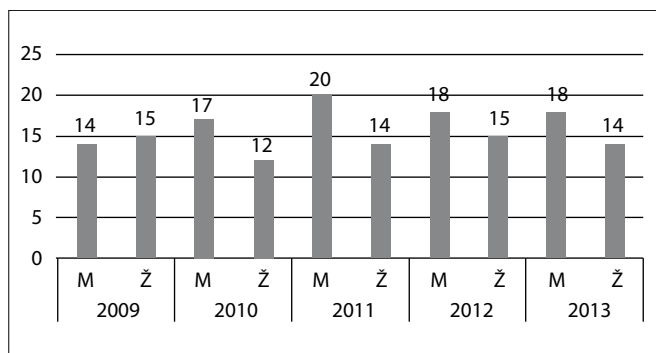
Percepcija invalida kao pripadnika nepoželjne manjine [Livneh, 1991. godina]

Mišljenje da mišljenja o invalidima slična onima o manjinskim skupinama ističu Baker [1953. godine] i Wright [1960. godine]. Prema tome stajalištu invalidi kao manjinska skupina izazivaju negativne reakcije kod normalne većine. Činjenica da ih se najčešće percipira kao "rubne" skupine ili članove manjine, uključuje stereotipiju o nižem statusu, koji potiče segregaciju i izolaciju invalida. Između invalida i pripadnika odbačenih ili nepoželjnih skupina zaista postoje mnoge sličnosti, primjerice, barijere pri zapošljavanju i općenito u društvenome životu, suočavanje s činjenicom da im ljudi pripisuju neka svojstva ili osobine, jer su „svi invalidi takvi“ pa ih i ne percipiraju kao pojedince, nego samo kao članove neprihvaćene manjine. Većina ljudi sklona je prihvatiti tvrdnju da se etničke ili vjerske skupine ne razlikuju od ostalih ljudi, ali takva bi tvrdnja za invalide bila netočna jer oni zaista imaju neke nedostatke ili gubitak funkcije. Zbog tih nedostataka za invalide postoje područja života u kojima ne mogu funkcionirati kao ostali ljudi. Druga važna razlika proizlazi iz posebne socijalne izolacije u kojoj se invalidi nalaze. Identifikacija s drugim invalidima ne donosi iste prednosti kao identifikacija zdravih ljudi s grupom kojoj pripadaju [10, 11]. Međutim, često i sami invalidi svojim ponašanjem potiču odbijanje s kojim se susreću, pa se tako zatvara krug u kojem invalidi postaju rubna skupina ljudi. Utvrđeno je da neka specifična ponašanja invalida potiču i održavaju predrasude i stereotipije o njima. Takva su ponašanja: ovisnost o pomoći drugih ljudi, trajna uloga bolesnika, nesigurnost i strašljivost te traženje neke dobiti, što kod većine ljudi izaziva negativne stavove ili podupire predrasude. U društvu prema svim invalidima postoje stereotipije i predrasude, ipak, intenzitet tih negativnih stavova nije jednak prema svim vrstama invaliditeta [1, 2, 3, 4, 9, 11].

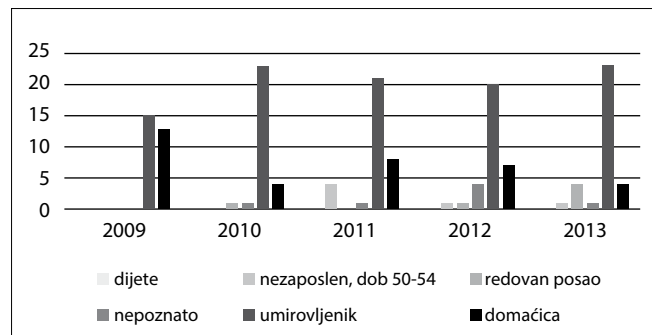
Rezultati istraživanja pokazuju da prema duševno zaostalima i emotivno neprilagođenima postoje intenzivnije predrasude nego prema tjelesnim invalidima. Osim toga, što je veći nedostatak ili gubitak funkcije, to su stavovi prema takvoj osobi negativniji, kao što su izraženije i predrasude prema vidljivim tjelesnim nedostacima [Lindemann, 1988 godina] [1, 2].

Ukupan broj učinjenih amputacija u Općoj bolnici u Dubrovniku u periodu od 2009. godine do 2013. godine.

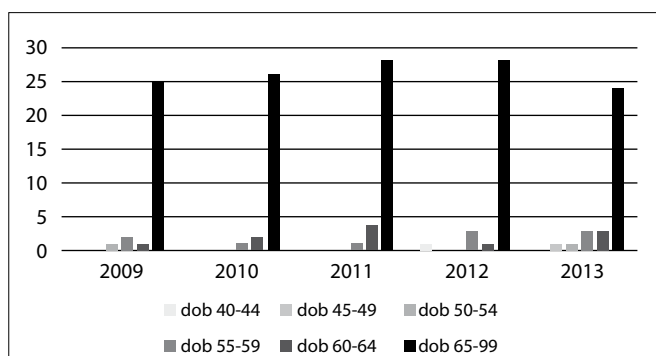
U petogodišnjem razdoblju (2009.-2013.) opisujemo broj učinjenih amputacija na donjim ekstremitetima. Prikazani



SLIKA [1] Prikaz razdiobe amputacija pacijenata po spolu za petogodišnje razdoblje.



SLIKA [3] Razdiobe amputacija prema radnom statusu.



SLIKA [2] Razdioba amputacija prema starosnoj dobi.

su čimbenici: spol, starosna dob i radni status bolesnika. Podatci su dobiveni iz bolničkog informatičkog sustava.

Zahvala/Acknowledgement

We want to thank Narcis Hudorovic, MD.PhD for assistance with IMRaD technique, methodology, and comments which greatly improved the manuscript.

Literatura/References

- [1] Despot Lučanin J. (1993.) Uvod u razvojnu psihologiju, Zagreb: Katedra za zdravstvenu psihologiju medicinskog fakulteta u Zagrebu.
- [2] Grgurek R. (1998), Suradna (liaison) psihijatrija, Psihijatrija u Slavoniji
- [3] Havelka M. (1998) Zdravstvena psihologija, 1st edition, Zagreb: „Naklada slap“ Jastrebarsko.
- [4] Platiša N. and Devečerski G. (2006) Tipovi psihičkog reagovanja kod pacijenata sa amputacijom donjih ekstremiteta, Medicinski pregled, ožujak, pp. 149-154.
- [5] Epidemiologija šećerne bolesti u Hrvatskoj i svijetu, Tamara Poljičanin, Željko Metelko Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac, Zagreb
- [6] Available at: <http://amputirac.blogger.ba/>; retrieved at 10th February 2016.
- [7] Available at: <http://www.belupo.hr/Default.aspx?sid=5234>, retrieved at 10th February 2016.
- [8] Available at: <http://www.plivamed.net/?section=home&cat=p&id=13756&show=1>, retrieved at 10th February 2016.
- [9] Available at: <http://sites.google.com/site/amputirci/>, retrieved at 10th February 2016.
- [10] Available at: <http://www.magicus.info/hr/magicus/tekst.php?id=12299>, retrieved at 10th February 2016.
- [11] Available at: <http://www.jutarnji.hr/amputacija/716355>, retrieved at 10th February 2016.