

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

PSIHIČKE REAKCIJE NA GUBITAK DIJELA TIJELA

Završni magistarski rad

Student: Amina Ganić

Mentor: doc.dr. Amela Dautbegović

Sarajevo, 2020. godina

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 4 |
| 2. Reakcije na gubitak dijela tijela..... | 7 |
| 2.1 Emocionalne reakcije | 8 |
| 2.2 Misaone reakcije | 9 |
| 2.3 Tjelesne reakcije..... | 10 |
| 2.4 Ponašajne reakcije | 10 |
| 3. Faze i proces prilagodbe osoba suočenih sa gubitkom dijela tijela | 12 |
| 4. Uloga psihologa i psihološke pomoći u procesu prilagodbe osoba suočenih sa gubitkom dijela tijela | 14 |
| 4.1 Dijagnostička, savjetodavna i terapijska uloga | 15 |
| 4.2 Konsultativne usluge | 16 |
| 4.3 Istraživačka funkcija | 16 |
| 5. Rizični i zaštitni faktori u procesu prilagodbe..... | 19 |
| 5.1 Psihosocijalni faktori | 20 |
| 5.2 Kulturološki i faktori okoline..... | 21 |
| 5.3 Demografski faktori..... | 23 |
| 6. Programi psihosocijalne podrške..... | 26 |
| 7. Zaključak..... | 32 |
| 8. Literatura | 33 |

PSIHIČKE REAKCIJE NA GUBITAK DIJELA TIJELA

Amina Ganić

Sažetak

U okviru ovog rada prikazane su reakcije osoba nakon gubitka dijela tijela. Kroz rad su opisane 4 skupine reakcija: emocionalne, misaone, ponašajne i tjelesne. Naglasak je na reakcijama koje opisuju psihološko funkcionisanje, s tim da je vrlo važno opisati i druge reakcije koje se mogu pojaviti s obzirom na različite vrste gubitka. Takođe, kroz rad su prikazane i faze kroz koje prolaze osobe prije i nakon gubitka. U svakoj od faza opisane su brojne reakcije koje se mogu javiti ali nije pravilo, s obzirom da je njihovo javljanje individualno. Važnost uloge psihologa i psihološke pomoći ogleda se u procesu suočavanja osobe sa gubitkom, kao i u svim fazama rehabilitacije. Pored navedenog, uloga psihologa je značajna i u procesu istraživanja pojave psihičkih reakcija. U okviru rada opisani su rizični i zaštitni faktori koji najviše utiču na tok oporavka osobe. Efikasni programi psihosocijalne podrške nastoje osobe što više osposobiti za najviši stepen samostalnosti i što bolju kvalitetu života nakon gubitka. Važnost rada se ogleda u što boljem razumijevanju nastanka i pojave različitih reakcija, te uticaja mnogobrojnih faktora na njihovo javljanje, kako bi se osobe uspjele prilagoditi uticaju, te se kroz život mogle nositi sa njim.

Ključne riječi: psihičke reakcije, gubitak, psihološka pomoć, rehabilitacija, psihosocijalni programi

1. Uvod

Somatopsihologija je područje koje se bavi utjecajem tjelesnih bolesti na psihička stanja. U literaturi ovo se područje ponekad spominje pod nazivom rehabilitacijska psihologija jer se prvenstveno počela razvijati zbog potrebe za pružanjem stručne, psihološke i socijalne rehabilitacije osoba sa fizičkim nedostacima nakon 2. svjetskog rata (Havelka, 1998). Razvoj ovog područja je počeo aktivizmom Nacionalnog vijeća za psihološke aspekte 1949.godine. Područje somatopsihologije se bavi utvrđivanjem psiholoških posljedica izazvanih tjelesnim bolestima i oštećenjima, razvijanjem metoda i tehnika pružanja psihološke, stručne i socijalne pomoći tokom procesa rehabilitacije i proučavanjem utjecaja socijalne sredine na proces prilagodbe bolesnika na tjelesno oštećenje (Havelka, 1998). Jedan od bitnih koncepata somatopsihologije je koncept percepcije vlastitog tijela koji se odnosi na cjelokupne psihofiziološke osobine koje pridajemo našem tijelu (Havelka, 1998).

S obzirom na mnogobrojne funkcije tijela, poremećaj tjelesnih funkcija može se doživjeti kao višestruki gubitak, zbog toga i izaziva brojne psihološke teškoće i napore u prilagodbi (Havelka, 1998). Gubitak je stanje lišenosti ili stanje potpunog nedostatka nečega što je pojedinac ranije imao. Gubici mogu biti različiti, npr. gubitak bliske osobe, gubitak zdravlja, gubitak posjeda a možemo ih klasificirati na slijedeći način (Engel, 1962):

- gubitak zdravlja - dijela tijela ili tjelesnih funkcija (amputacije, paraliza, sljepoća);
- gubitak statusa u socijalnim, političkim, profesionalnim i religijskim skupinama;
- gubici vezani uz šire socijalne promjene (promjena političkog sistema);
- gubici vezani za neispunjenje planova (poslovnih, obiteljskih i dr.);
- gubici vezani uz promjene u načinu života;
- gubitak doma i privatne svojine;
- gubitak posla, profesije i zanimanja.

Jedan od najtežih gubitaka predstavlja gubitak dijela tijela koji dovodi do fizičke onesposobljenosti i gubitka mogućnosti svakodnevnog funkcionisanja. Prema medicinskoj terminologiji, amputacija predstavlja hiruršku opciju koja se koristi u okolnostima u kojima se spašavaju zdravi dijelovi tijela tako što se uklone nezdravi. Ova hirurška opcija može biti hitan ili izborni postupak. Tipične indikacije za amputaciju uključuju traumu, infekciju i neoplazme (Sahu, Sagar, Sarkar, Sagar, 2016). Trauma može biti uzrokovana nesrećom te rezultirati djelomičnom amputacijom koja bi trebala biti hirurški završena da bi se izbjegle komplikacije. Drugi uslov za amputaciju predstavlja diabetes-melitus (kada dijabetično stopalo zahtjeva amputaciju), a osim toga još jedan od uslova za amputaciju predstavlja i pojava kancerogene mase u određenom dijelu tijela (najčešće na dojci kod žena). Amputacija predstavlja nepovratnu hiruršku opciju koja može dovesti do fizičkog osporavanja i tjelesnih poremećaja (Sahu i sur., 2016). Mnoga istraživanja iz ovog područja navode da je traumatski gubitak dijela tijela izjednačen sa gubitkom supružnika i smrću (Sahu i sur., 2016). Ovakva stanja mogu dovesti do toga da pacijent bude ozbiljno emocionalno pogođen što utiče na kvalitet života. Gubici određenog dijela tijela mogu uzrokovati uznemirenost ne samo zbog gubitka dijela tijela već i zbog ograničenja uloga i potrebu prilagođavanja promjenjenom načinu života. Pod rizikom od razvijanja različitih psiholoških stanja najčešće su osobe suočene sa gubitkom. Prema Arambašić (2005), dijelimo ih na:

1. EMOCIONALNE,

2. MISAONE,

3. TJELESNE i

4. PONAŠAJNE REAKCIJE.

Najčešće emocionalne reakcije su: tuga, ljutnja, osjećaj krivnje, samooptuživanja, tjeskoba i strah, osjećaj usamljenosti, osjećaj praznine, bespomoćnost. Misaone reakcije koje se mogu pojaviti su: šok i nevjerica, zbunjenost, doživljaj gubitka kontrole nad životom, teškoće u koncentraciji, proganjajuće misli koje se osobi nameću o gubitku koji je doživio. Tjelesne reakcije kao što su "praznina" u želudcu, "stezanje" u grudima, bol, glavobolja, umor, pospanost. Ponašajne reakcije su: teškoće sa spavanjem, promjene u apetitu, povlačenje od ljudi, plakanje, nemogućnost uspostavljanja komunikacije sa drugima, šutnja.

Reakcije na gubitak su najizraženije i česte u fazi odbijanja priznavanja gubitka. Kod gubitka zdravlja odbijanje se očituje u neprihvatanju dijagnoze, traženju potvrde dijagnoze od drugih ljekara, što sve omogućuje pojedincu da postepeno prihvati gubitak i tako se prilagodi

novonastalom stanju. Ovakav način prihvaćanja gubitka je normalna posljedica stresa, koji se javlja uz gubitak i nije potrebno nasilno nastojati da pojedinac prebrodi ovu fazu, osim ako se zbog odbijanja ne pridržava nužnog liječenja i uputa dobivenih od ljekara. Poslije faze odbijanja, dolazi faza priznavanja gubitka kada u svijest pojedinca počinje prodirati saznanje o gubitku, a najčešće emocionalne reakcije su gnjev prema sebi i drugima, ili stanje potištenosti. U ovoj fazi česte su idealizacije izgubljenog, koje stvaraju mišljenje da je izgubljeno nemoguće nadoknaditi. Konačna faza je faza mirenja s gubitkom u kojoj pojedinac postaje manje zaokupljen s izgubljenim, a povećava se njegovo zanimanje za stvari kojima se gubitak može nadomjestiti. Pri tome su, naravno, prisutne i mnoge specifične reakcije, s obzirom na različite vrste gubitka (Havelka, 1995).

Pored navedenih faza autori Bradway, Malone, Racy, Leal, Poole, (1984) ih dijele na predoperativnu i 3 postoperativne faze, što predstavlja više medicinsku podjelu. Tokom ovih faza prilagodbe određene psihološke reakcije i mehanizmi odbrane ličnosti pojedinca mogu biti univerzalno identifikovani. To znači da su ove psihološke pojave uobičajne i mogu pomoći osobi tokom prihvatanja nove slike o sebi, međutim prekomjerna upotreba odbrambenih mehanizama može rezultirati sa više negativnih posljedica nego što je to prouzrokovao sam gubitak dijela tijela (Arambašić, 2005). U svakoj od ovih faza prilagođavanja na gubitak javljaju se određene psihološke reakcije, koje smo ranije naveli. U nekim fazama se može javiti i kombinacija sve četiri grupe reakcija. Važno je naglasiti da su one normalna pojava ukoliko se pojavljuju u fazama prilagodbe kada se to očekuje i u stepenu koji se ne odražava negativno na proces oporavka i prihvatanja drugačijeg stila života.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Psihičke reakcije pojedinca na gubitak dijela tijela?
2. Koje su faze u procesu prilagodbe osoba suočenih sa gubitkom dijela tijela?
3. Značaj i uloga psihologa i psihološke podrške u procesu prilagodbe?
4. Rizični i zaštitni faktori u procesu prilagodbe osoba sa invaliditetom?
5. Programi psihosocijalne podrške namjenjeni osobama suočenim sa gubitkom dijela tijela?

2. Reakcije na gubitak dijela tijela

Može se reći da svi ljudi na određen način i uz određene reakcije proživljavaju svoje gubitke. Među pripadnicima različitih kultura i društava postoje velike sličnosti u doživljaju gubitka. Pojedina društva imaju i svoje specifičnosti u odnosu na to kako članovi određene zajednice doživljavaju gubitak i s obzirom na to što se u zajednici smatra prikladnim pokazivanjem ožalošćenosti (Catlin 1993; Miller i Omarzu, 1998). Osim u kontekstu šire društvene kulture, važno je voditi računa i o činjenici da porodica kao društvena jedinka takođe ima svoju specifičnu kulturu, zbog čega se pojedinci od jedne do druge porodice, a koje pripadaju istoj kulturalnoj zajednici, takođe mogu razlikovati po tome koje reakcije "smiju", a koje "ne smiju" pokazati jedni pred drugima i u javnosti. Veoma je važno poznavati pravila koja u određenom društvu, obitelji ili pojedincu postoje kod manifestacije određenih reakcija na gubitak (emocionalnih, fizičkih, misaonih i tjelesnih). Prema tim pravilima se određuje unutrašnji sistem koji nam omogućuje da razumijemo šta se u ljudima događa, zašto reaguju kao što reaguju i kako im nakon traumatskog i stresnog događaja najbolje možemo pružiti podršku. S druge strane, ni u jednom trenutku ne smijemo zaboraviti da je svaki pojedinac jedinstveno biće i da opća pravila koja posjedujemo u obliku znanja o gubitku i tugovanju, katkada nisu doslovno primjenjiva na odedenog pojedinca (Arambašić, 2005).

Najčešće i uobičajene reakcije na gubitak mogu se svrstati u četiri skupine. Uobičajene reakcije na gubitak detaljno ćemo opisati u daljem tekstu s obzirom na važnost ljudske raznolikosti u doživljajima i postupcima koji se vežu za životno iskustvo. Pored toga, samo ukoliko dobro poznajemo različite načine reagiranja na gubitak izbjegli bismo patologiziranje reakcija koje se smatraju normalnim. Poznavajući što više takvih reakcija, u kontaktu sa osobama koje su doživjele određeni gubitak, postoje veće šanse za pružanje adekvatne pomoći takvim osobama u ublažavanju uznemirenosti i drugih emocija koje prate gubitak.

2.1 Emocionalne reakcije

Oatley i Jenkins, (2003) opisuju emocije kao procese koji uspostavljaju, održavaju, mijenjaju ili okončavaju vezu između pojedinca i okoline u stvarima koje su za pojedinca značajne. Iz predloženog funkcionalističkog opisa konstrukta emocija, očigledna je važnost emocija u svakodnevnom životu čovjeka te u svim segmentima života. Mnoga ljudska ponašanja su pretežno motivisana, odnosno podstaknuta i usmjerena ka cilju pa tako i ljutnja koja se vrlo često pojavljuje nakon gubitka i obično je izražena neposredno nakon njega (Čekić, 2015). Dugotrajna ljutnja prema sebi može potaknuti depresiju, pomisao na samoubistvo, pa čak i pokušaj samoubistva, a može biti povezano i s pojavom različitih psihosomatskih teškoća (npr. čir na želucu, poremećaj u funkcioniranju štitne žlijezde i sl.).

Tjeskoba i strah mogu biti različitog intenziteta – od blagog osjećaja nesigurnosti pa sve do vrlo jakog napada panike. Tjeskoba se obično pojavljuje zbog dva razloga. Prvi je strah osobe koja je doživjela gubitak da se neće moći brinuti o sebi. Drugi izvor tjeskobe jest povećana svijest o doživljenom gubitku (Arambašić, 2005). Pored tjeskobe, jako čest osjećaj koji se javlja je stanje bespomoćnosti. Posebno je izražena kod roditelja koji osjećaju kako nemaju snage brinuti za svoju djecu, premda osjećaju da bi to morali. Kada se ovaj osjećaj javlja kod roditelja obično se uz njega javljaju i osjećaj krivnje i samooptuživanja. Osjećaj krivnje često je iracionalan, tj. za njega nema objektivnog razloga, iako ponekad može biti utemeljen na stvarnosti.

Osjećaj krivnje ne mora uvijek biti izravno vezan uz gubitak već može proizaći iz njegovih posljedica. Može se reći kako prepisivanje krivnje sebi i drugima na određen način služi traženju smisla gubitka. Naime, jedna od osobina ljudi jeste da nastoje pronaći smisao u onome što im se događa, pa im je u skladu s tim, važno pronaći smisao i u gubitku koji su doživjeli.

Tuga je osjećaj koji svi očekujemo kod osoba koje su doživjele gubitak i možda se čini kako ga ne treba pretjerano (ili uopće) objašnjavati. Međutim, neki se plaše svoje tuge – osobito njezina intenziteta, a čini se da je to najčešće prisutno kod pojedinaca koji potječu iz porodica gdje se na određen način “prednost“ davala ljutnji (ili drugim osjećajima/reakcijama), dok se tuga smatrala gotovo zabranjenom emocijom. Iako je tuga najnormalniji osjećaj koji prati gubitak, dugotrajno njeno prisustvo “izvlači energiju” pojedincu, zbog čega se osjeća slabim, bespomoćnim i nesposobnim. To je još jedan razlog

zbog kojeg neki ljudi vrlo nerado pokazuju svoju tugu. Činjenica je i da nam tuga snižava razinu kognitivnih aktivnosti jer nas jako usmjerava na sam gubitak. Time je otežano primanje novih informacija koje bi u takvom stanju mogle biti pogrešno obrađene. I konačno, valja istaknuti kako umor koji nas prati kad smo jako tužni, ima važnu biološku funkciju. On nas čuva od pretjeranog naprezanja organizma koji je gubitkom ionako iscrpljen (Havelka, 1998).

2.2 Misaone reakcije

Šok i nevjerica redoviti su pratitelji trenutka kada saznajemo da smo neočekivano izgubili dio tijela. Nevjerica je obično prva misaona reakcija nakon što osoba sazna za gubitak, osobito ako se to desilo iznenada. Riječ je o mehanizmu kojim se osobe brane od bolne spoznaje i kojim nastoje što duže sačuvati svijet onakvim kakav je bio prije gubitka. U početku nije moguće one koji su suočeni sa gubitkom "osloboditi" ovog osjećaja, ali nije ni dobro jer pomoću njega sebi i nesvjesno pomažu u prikupljanju energije koja će im biti potrebna za suočavanje sa stvarnošću (Arambašić, 2005). Kako osoba postaje svjesnija činjenice da je došlo do amputacije i gubitka određenog dijela tijela prestaju osjećaji nevjerice.

Pored navedenih, misaone reakcije do kojih može doći usljed gubitka su zbunjenost te teškoće sa koncentracijom, pamćenjem i prisjećanjem. Osim što spomenute reakcije otežavaju svakodnevno funkcionisanje, one su velika prepreka u obavljanju poslova na radnom mjestu (ili u školi, kad je riječ o djeci) i okolina ih katkada pogrešno tumači kao nezainteresovane, lijene ili imaju nedostatak motivacije.

Doživljaj gubitka kontrole nad životom je još jedna od reakcija koje se mogu desiti nakon gubitka, javlja se kao posljedica velike količine različitih i često vrlo intenzivnih reakcija na gubitak koje se katkada "ponašaju" vrlo nesistemske: čas jačaju, a čas slabe, često se neočekivano izmjenjuju po svom "sadržaju" (npr. u kratkom razdoblju izmjenjuju se tuga, ljutnja, bespomoćnost, krivnja, itd.) a njihovo trajanje također je nepredvidivo. Zbog svega toga osobe koje su suočene sa gubitkom imaju osjećaj gubitka kontrole, tj. osjećaju da život upravlja njima, a ne oni životom.

2.3 Tjelesne reakcije

Među tjelesnim reakcijama na gubitak najčešće se pojavljuju: umor, mišićna napetost, pretjerano znojenje, glavobolja, probavne smetnje, gubitak apetita ili pretjerano uzimanje hranje, mučnina, vrtoglavica, bol u leđima, želudcu, plućima, itd. Spomenute reakcije osobe suočene sa gubitkom katkada zanemaruju, zbog čega može doći do različitih tjelesnih poremećaja i/ili bolesti. Tjelesnim reakcijama na gubitak ne posvećuje se dovoljna pažnja barem iz dva razloga. Jedan je što ih osobe koje su suočene sa gubitkom ne povezuju izravno sa gubitkom, a drugi je što ih već osjećaju od ranije pa su na njih navikli (npr. glavobolja, nesаница) te nakon gubitka one su samo učestalije i intenzivnije (Arambašić, 2005). "Dobra strana" tjelesnih reakcija jeste što tek nakon njihove pojave osobe posjete doktora opće prakse. On je tada u prilici da sazna za stanje pacijenta bilo to od njega ili njemu bliske osobe i da ga, po potrebi, uputi stručnjaku koji mu može pružiti adekvatnu podršku (psihologu ili psihijatru). Osim toga, tjelesne reakcije na gubitak (npr. umor, nedostatak zraka i sl.) "čuvaju" pojedinca od pretjerane aktivnosti, čime, s jedne strane, štede iscrpljeno tijelo, a s druge, dobija vrijeme i energiju za proradu i integriranje gubitka (Arambašić, 2005).

2.4 Ponašajne reakcije

"Pretjerana" aktivnost (svrhovita ili nesvrhovita) posljedica je nemogućnosti osoba sa fizičkim nedostatkom "da ostanu na jednom mjestu", odnosno da "budu mirni". Takva je aktivnost način privremenog "zaborava" gubitka odnosno izbjegavanja suočavanja sa životom koji slijedi. Ova reakcija na gubitak je obično najjača neposredno nakon gubitka dok poslije slabi ili potpuno nestaje. Osim toga javljaju se i jako su česte teškoće sa spavanjem, naročito neposredno nakon gubitka. Mogu se očitovati kao rano buđenje, često buđenje u toku noći kao i teškoće s uspavlivanjem. Spomenute promjene u spavanju uzrokovane su povećanim uzbuđenjem centralnog nervnog sistema, zbog čega je onemogućena uspostava normalne strukture sna. Teškoće sa spavanjem s vremenom slabe i nestaju, a ako traju duže vrijeme dobro je potražiti savjet doktora budući da nedovoljno ili "loše" spavanje tjelesno iscrpljuje, pa to otežava i psihički oporavak od gubitka. Teškoće sa spavanjem mogu biti povezane s različitim strahovima: od ružnih snova, od toga da se nećemo probuditi (strah od smrti). Promjene u apetitu mogu biti u obliku pretjeranog jedenja (u odnosu na razdoblje prije gubitka) ili odbijanja hrane. Druga vrsta promjena u apetitu mnogo je češća od prve i ako

potraje, može izazvati gubitak tjelesne težine koji može postati opasnim po zdravlje. Osobe sa gubitkom obično kažu kako su "siti svega", kako im hrana nema okus. Povlačenje od ljudi također je vrlo česta reakcija na gubitak (Arambašić, 2005).

Kao što se vidi iz dosadašnjeg prikaza nakon gubitka mogu se pojaviti vrlo različite reakcije i važno je zapamtiti da ni jedna od njih sama po sebi nije ni bolja ni lošija, više ili manje svrsishodna, poželjnija ili manje poželjna i sl. Sve to su uobičajne i očekivane (tj. normalne) reakcije u takvoj situaciji. Određene skupine ljudi međusobno se razlikuju po količini i vrsti reakcija na gubitak pa tako, npr. postoje određene razlike u načinu reagiranja na gubitak kod djece i mladih u usporedbi s odraslima (James, Friedman i Matthews, 2001), između starijih i mlađih ljudi (Manor i Eisenbach, 2003), između više ili manje obrazovanih (Manor i Eisenbach, 2003.), između muškaraca i žena (Manor i Eisenbach, 2003) te među pripadnicima različitih kultura (Catlin, 1993). Pored svih ovih razlika postoje i one razlike koje zavise i od gubitka dijela tijela, pa tako najteže simptome nalazimo kod žena prilikom amputacije dojke (masektomije) zbog toga što je to organ koji označava ženstvenost i razlikuje ženu od muškarca (Polivy, 1977). Međutim, razlike u načinu reagiranja na gubitak među spomenutim skupinama mogu biti dosta ozbiljnije i ne trebamo ih tumačiti na pojednostavljen način u smislu da svi pripadnici određene skupine uvijek moraju reagirati na određen način odnosno da nikada ne smiju reagirati drugačije jer će im tada biti lošije. Konkretno govoreći, to bi značilo očekivati da za muškarce nije dobro/normalno da puno plaču nakon gubitka, da se odrasli ne smiju ponašati "djetinjasto" pa ove reakcije zovemo i povoljne (ugodne) reakcije nakon gubitka. Prema tome, ne može se reći da je i jedna od nabrojanih reakcija na gubitak isključivo "rezervirana", na primjer za određenu skupinu ili određenu dobnu skupinu. O tome govore i mnogi autori kao što su Harvey (1998) i Worden (2002), koji se slažu u tome da postoji veliki broj univerzalnih reakcija na gubitak - onih koje se vrlo često pojavljuju kod velikog broja ljudi, neovisno o njihovim demografskim karakteristikama - iako se kod konkretnih pojedinaca i u konkretnim situacijama gubitka mogu pojaviti i određene razlike. Kod nekih ljudi prevladat će reakcije iz jedne ili dviju od 4 nabrojanih skupina (npr. emocionalne i tjelesne reakcije), dok će kod drugih podjednako biti zastupljene sve 4 vrste reakcija.

3. Faze i proces prilagodbe osoba suočenih sa gubitkom dijela tijela

Proces prilagodbe osobe suočene su gubitkom dijela tijela je kompleksan s obzirom da se pojedinac ne mora prilagoditi samo fizičkom gubitku dijela tijela nego i nadvladavanju psihološkog tereta koji amputacija nosi sa sobom. Sam proces adaptacije može da zavisi od mnogo faktora kao što su nečije osobine ličnosti, psihološki resursi, dostupnost pomoći, podrške kao i društveni kontekst. Prema Lai (2000) sposobnost prilagodbe gubitku dijela tijela zavisi od raznih faktora koji uključuju jačinu bola, uzrok gubitka dijela tijela, težine invalidnosti, demografskih karakteristika, dostupnosti adekvatne podrške. Ovi faktori mogu ili pospješiti ili ometati napredak pojedinaca prema uspješnoj prilagobi. Pored navedenih faktora autori Uzun i sur. (2003) stavljaju naglasak na različite socio-demografske karakteristike poput spola, starosti, nivoa obrazovanja, vrijeme amputacije itd. Važno je znati da ne postoji direktna korelacija obima fizičkog gubitka i pacijentovih psiholoških teškoća. Ove teškoće više zavise od ličnih osobina pojedinca nego samog tipa amputacije. Prema tome, pojedinac sa "ograničenim" fizičkim oštećenjem može predstavljati daleko teži problem adaptacije, nego drugi s "većim" oštećenjem (Fishman, 1950).

Emocionalne reakcije su najviše izražene i najteže za ublažiti prilikom pružanja podrške osobi kojoj se desio gubitak određenog dijela tijela. S toga psihološka priprema potencijalnih pacijenata za amputaciju bi trebala da počne što je moguće prije, ukoliko je izvodivo da to bude prije operacije. Kada amputacija postane jedini izbor, a ne mogućnost pacijenta treba informisati i objasniti cjelokupan proces od operacije do rehabilitacije. Otvorena komunikacija između ljekara i pacijenta je neophodna prilikom koje se posebno treba obratiti pažnja na detaljno objašnjenje zbog čega je potrebno izvršiti amputaciju te faze kroz koje bi svaki pacijent nakon amputacije trebao proći. Ovakav način pripreme pacijenta prema John (1984) predstavlja prvu ili predoperativnu fazu adaptacije kada pacijent shvata da je otklanjanje dijela tijela nužno. Prva ili predoperativna faza nije uvijek moguća zbog toga što su mnoge amputacije hitne (nastale usljed traumatskih povreda). Bez obzira što kod ovakvih pacijenata ne postoji više izbora već samo mogućnost amputacije tuga i druge psihičke reakcije su iste kao i kod osoba koje imaju i druge opcije.

Predoperativna faza obično uključuje zabrinutost oko:

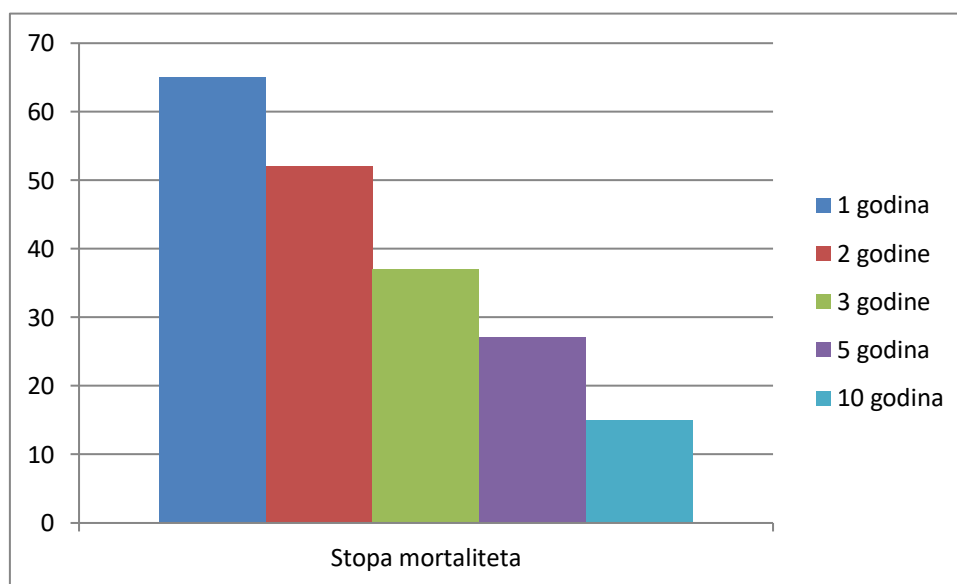
- boli;
- financijskih poteškoća;
- opšteg zdravlja;
- budućeg funkcionisanja na poslu ili kod kuće;

Druga ili postoperativna faza uključuje kraći period koji počinje sa buđenjem pacijenta nakon operacije i završava se tokom rane faze postraumatske rehabilitacije ili treće faze. Studije koje su proveli Randall i sur. (1945) pokazuju da pacijenti koji su imali mnogo više šansi da izgube život nakon shvatanja da je došlo do amputacije imali su optimističniji pogled na situaciju za razliku od pacijenata kod kojih život nije bio u opasnosti. Međutim, rano prihvatanje amputacije ne čini se kao značajan faktor u kasnijoj rehabilitaciji i prihvaćanju invalidnosti. Prelaskom u treću fazu tzv. fazu inhospitalne rehabilitacije pacijenti obično zamjenjuju osjećaj poricanja sa osjećajem žaljenja. U ovoj fazi pacijenti kao mehanizme odbrane koriste euforično raspoloženje, regresiju i povlačenje kako bi se prilagodili stvarnosti. Pacijenti obično poriču povredu sa izjavama i demonstracijama fizičke sposobnosti kao što su to trke u invalidskim kolicima po hodnicima, bučno ponašanje na odjelu, šale o svojoj povredi i gubitku. Dolaskom u interakciju sa osobama iz okoline kao što su prijatelji, porodica pacijenti se osjećaju nesigurno, depresivno, apatično, preokupirano vlastitim gubitkom. Ovi simptomi i osjećaji se kod osoba javljaju zbog zabrinutosti oko reakcije voljenih osoba i suosjećanja sa njima. Do povlačenja ovih osjećaja i simptoma dolazi onda kada pojedinac postaje svjestan da voljeni ostaju pored njih bez obzira na njihov novi izgled tijela. Nakon povratka kući počinje četvrta faza adaptacije, obično nekoliko sedmica nakon operacija (Randall 1945). U ovoj fazi se značajno smanjuju podrška i pomoć (ranije pružana od strane bolničkog osoblja) te se povećavaju zahtjevi koji manifestuju invalidnost bilo fizičku ili psihičku, zbog toga kažemo da je ovo presudna faza procesa adaptacije na amputaciju.

Određeni demografski faktori poput kulture, zajedice i porodice utiču na proces prilagođavanja pojedinca novonastaloj situaciji te mogu uz adekvatnu podršku pomoći mu u ranijem prihvatanju gubitka te bržoj rehabilitaciji.

4. Uloga psihologa i psihološke pomoći u procesu prilagodbe osoba suočenih sa gubitkom dijela tijela

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 (Gudelja-Velaga, 2018). Visoke stope mortaliteta uzrokovane su čestom pojavom depresije koja utječe na bolesnika da odbiju daljnje terapijske metode liječenja. Međutim, postoje razlike u broju, vrsti i uzroku amputacija između modernih zemalja i onih u razvoju. 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 faktori boljeg oporavka (Gudelja-Velaga, 2018). Savremeni pristup zdravlju istovjetan stepen značajnosti pridaje biološkim, 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 drugih srodnih znanosti (Lučani, 1993). Znanja iz ovih oblasti možemo upotrijebiti kako bi imali što uspješnije preventivne, dijagnostičke, terapijske i rehabilitacijske sisteme podrške osobama nakon amputacije.



Slika 1. Prikaz stope mortaliteta nakon amputacije (Lučani, 1993)

Uloga psihologa u toku procesa pružanja psihološke podrške je mnogostruka, međutim najvažnije funkcije koje psiholog ima u odnosu sa osobom kojoj je potrebna psihološka podrška su :

1. DIJAGNOSTIČKA, SAVJETODAVNA I TERAPEUTSKA
2. KONSULTATIVNE USLUGE
3. ISTRAŽIVAČKA FUNKCIJA

4.1 Dijagnostička, savjetodavna i terapeutska uloga

Shvatanje psihodinamskih procesa koji upravljaju reakcijama osobe nakon amputacije, s obzirom da njenu invalidnost, neophodno je pri izradi racionalnog plana vođenja pacijenta i kod analiziranja teškoća koje pacijenti doživljavaju. Psiholog je u jedinstvenom položaju kako bi dao važan doprinos vršeći ovu dijagnostičku procjenu kada je potrebna. Ovakva analiza ličnosti naročito je korisna kad može konkretno protumačiti reakcije osobe nakon amputacije na probleme njegovog realnog života kroz njegove karakteristike ličnosti (Levine i Garet, 1962). Većina osoba nakon amputacije ne prikazuje ozbiljnije psihopatološke probleme koje indiciraju intenzivni oblik psihoterapije. Obzirom da su najčešći problemi kod osoba nakon amputacije manjak motivacije za učešćem u rehabilitaciji ili ukoliko aktivnosti koje osoba obavlja nisu dovoljne i ne pokazuju napredak tek tada je potreban psihološki tretman. Pored toga očekuje se uključenost psihologa i kod pacijenata koji pokazuju nesposobnost da pozitivno reaguju na sugestije i stimulaciju drugih medicinski radnika kod pružanja podrške. Većina pacijenata prihvata i koristi usluge savjetovanja i pomoći koja je dostupna. Kod savjetodavnih odnosa bitne su sugestije psihologa koje će ohrabriti i motivisati pacijente kako bi se izborili sa problemima realnog života sa kojima se suočavaju nakon amputacije. Često je veoma korisno dublje istraživanje pacijentovih percepcija i stavova u pogledu ličnih protetičkih i profesionalnih problema (Levine i Garet 1962). Kod pojedinaca često može doći do osjećaja izoliranosti što ih inhibira u traženju ne medicinske pomoći (Poljičanin i Metelko, 2009). Međutim, mnogi pacijenti se mogu adaptirati bez stručne pomoći, a za takve pacijente je potrebna samo rehabilitacija.

4.2 Konsultativne usluge

Kroz konsultativne ili savjetodavne usluge psiholog bi trebao da, ne samo pacijenta, nego i drugo medicinsko osoblje osvijesti o važnim socijalnim i psihološkim problemima sa kojima se suočavaju pacijenti nakon amputacije. Savjetodavne usluge prema pacijentu odnose se na podršku u realizaciji rehabilitacionog plana s obzirom na njegova znanja o pacijentu i njegovim sposobnostima. Kod medicinskog osoblja su to prvenstveno okupacioni terapeuti i protetičari, te drugi stručnjaci koji imaju najbliži kontakt sa pacijentom. Psiholog bi trebao da osvijesti i podigne interese svih stručnjaka vezane za psihološke aspekte prilagođavanja amputaciji i pojača osjetljivost za što profesionalnije aspekte procesa rehabilitacije (Poljičanin i Metelko, 2009).

4.3 Istraživačka funkcija

Važno područje u kojem psiholog može da pruži doprinos jeste istraživanje. Na ovaj način psiholog produbljuje znanja o psihičkim reakcijama, načinu prilagođavanja te vrsti i načinu psihološke pomoći koja je potrebna određenim pacijentima. Problem sa kojim se psiholozi suočavaju, kako u drugim oblastima tako i u ovoj, je problem uzorka. S obzirom da su potrebne dovoljno velike grupe pacijenata sa sličnim karakteristikama, ovaj problem je dodatno teži kod istraživanja iz ovog područja. Jedino rješenje tog problema bila bi saradnja u istraživačkim naporima između više institucija, koje tretiraju slične tipove pacijenata nakon gubitka dijela tijela. Takve grupe mogu se spojiti prilikom postavljanja studija kod kojih je korisno da eksperimentalni uzorci budu veći, a planiranje zajedničko (Fishman i Peizer, 1958). S obzirom da je ovakvo rješenje teško izvodivo a sva druga vezana uz manje uzorke ili heterogene skupine ispitanika dala bi nepouzdan rezultate, jako je mali broj psihologa koji se usudi raditi istraživanja ovog tipa. Pored ovih teškoća bitno je naglasiti to da većina pacijenata nakon amputacije se ponaša u granicama psihološke normalnosti, te bi bilo potrebno proučavati razlike u ličnosti i emocionalnom funkcionisanju koja čine ljudska bića različitim kada su suočeni sa većim stresovima. Uprkos ovim teškoćama psiholozi moraju da izoluju, definišu i mjere one aspekte ličnosti i dinamiku ponašanja koja utiču na proces i uspješnost rehabilitacije. Iako je bez sumnje teško izdvojiti ove varijable, postignut je znatan napredak ranijih istraživača. Većina ovih nalaza treba da bude revidirana i pojednostavljena za upotrebu

osobama koje nemaju stručnog znanja za upotrebu i korištenje, a vode brigu o osobama koje su prošle proces amputacije (Levine i Garet, 1962).

Pored ovih uloga koje psiholog ima u pružanju podrške i unapređenju psihološkog zdravlja osobama nakon amputacije, kao i savjetovanja osoba koje su u direktnom kontaktu sa takvim pojedincima važno je spomenuti psihološke instrumente koje koriste psiholozi u pružanju ovakvog vida pomoći te kratko objasniti svrhu i način korištenja.

Psihološke metode, koje se najčešće upotrebljavaju u obavljanju kliničke, konsultativne i istraživačke aktivnosti psihologa su:

- *Historija slučaja*-ponašanja i reakcije osoba koje su doživjele amputaciju najbolje možemo shvatiti iz adekvatnog pregleda historije porodične, socijalne, obrazovne i profesionane anamneze. Psihosocijalna osnova i ličnost pojedinca prije amputacije su svakako jedni od najvažniji determinirajućih faktora za razumjevanje kako će pojedinac reagovati na amputaciju, proces prilagođavanja te rehabilitaciju.
- *Intervju*-onda kada ne možemo dobiti detaljnu historiju slučaja potrebno je da se putem ličnog intervjuja dobiju podaci koji su potrebni za shvatanje ličnosti i sposobnosti osobe. Dobro vođeni razgovori ili više takvih razgovora vjerovatno predstavlja najkorisniji instrument za psihologa. Ukoliko sam pacijent nije u mogućnosti da vodi intervju (hitna amputacija te postoperativne komplikacije) potrebno je da se što više podataka dobije od njemu bliskih osoba.
- *Opservacija*- kod opažanja pacijenta često sam psiholog nije u mogućnosti da posmatra i bilježi ponašanja pa je s toga važno da tim stručnjaka koji je u stalnom kontaktu sa pacijentom bude dovoljno upoznat sa načinom opservacije kako bi njihovi opisi bili verifikacija rezultat psiholoških intervjuja i testiranja.
- *Psihološki testovi*- standardni psihološki testovi kao što su Rorschachov test, test tematske percepcije, testovi inteligencije nisu pružili dovoljno informacija u pogledu

adaptacije amputaciji i rehabilitaciji, zbog toga se i koriste brojni specijalni mjerni instrumenti konstruisani u sklopu istraživačkih programa, koji su se bavili tematikom amputacije. Ovi testovi mogu pružiti kvalitativne mjere u pogledu adaptacije ili ponašanja pojedinca nakon amputacije, s obzirom da se bave stavovima i mišljenjem. Najčešća upotreba ovakvih testova je kod ispitivanja depresije, PTSP-a pojedinaca nakon amputacije (Blagojevič-Damašek 2002; Cansever 2003).

5. Rizični i zaštitni faktori u procesu prilagodbe

Faktori rizika su karakteristike pojedinca ili uslovi u porodici, školi i zajednici koje povećavaju vjerovatnoću da će se neko upustiti u nezdravo ponašanje poput: upotrebe alkohola, duhana i drugih opojnih sredstava, nasilje, samoubistvo ili rana seksualna aktivnost. Zaštitni faktori su karakteristike pojedinca i uslovi u porodici, školi i zajednici koje pomažu pojedincima da se uspješno nose sa životnim izazovima. Istražujući i informišući se o postojećim faktorima rizika, te vođenje kvalitetnih razgovora o svojim problemima osobe se rjeđe uključuju u nezdrava ponašanja. Zaštitni faktori su važni za zdrav razvoj, oni grade otpornost, vještine i povezanosti. Masten, Best i Garmezy (1990) definiraju otpornost kao „proces sposobnosti ili rezultata uspješne adaptacije uprkos izazovima ili prijetnjama okolnosti ” (Garry, Walz, Jeanne, 2014). Jedan od načina razumijevanja rezilijencije je u odnosu na klasični model: model-dijateza stresa, gdje „stres aktivira dijatezu, transformirajući potencijal predispozicija za prisustvo psihopatologije “(Monroe i Simons, 1991). Međutim, iz perspektive otpornosti, model dijateze stresa ne uspijeva uzeti u obzir zaštitne faktore. Otpornost predstavlja interakciju između pojedinca i njegovog okruženja, gdje pojedinac utiče na uspješnost ishoda, korištenjem unutrašnjih i vanjskih zaštitnih faktora, koji predviđaju pozitivne ishode u uslovima visokog rizika. Najvažniji faktori u jačanju rezilijencije su lokus kontrole, emocionalna samoregulacija, duhovnost, posvećenost te faktori kao što su društvena i porodična podrška. Svi ovi faktori djeluju zajedno i imaju kumulativan efekat, dovode do uspjeha u ispunjavanju izazova, čime se stvara veća rezilijencija. Iz tog razloga rezilijencija je jako bitna i koristi osobama, koji se nakon amputacije pokušavaju prilagoditi novoj slici tijela i novom načinu života. Kod gubitka udova, bilo da su na nivou nožnih prstiju ili uključuju djelomični ili potpuni gubitak udova, nameću kliničke i socijalne izazove pacijentima u različitom stepenu. Procjenom kliničkih karakteristika i faktora rizika svake grupe pacijenata od suštinskog je značaja za razumijevanje procesa koji djeluju zajedno gubitkom udova (Glauber de Jesus-Silva, 2017). Kliničke karakteristike pacijenata koje mogu utjecati na proces prilagodbe pojedinca, nakon amputacije, su najčešće i komplikacije zbog koji je došlo do amputacije. Osim toga na proces prilagodbe može utjecati i postoperativni oporavak te fizičke posljedice nakon operacije poput oštećenje organa, visokog krvnog pritiska i velike količine šećera u krvi. Pored navedenih faktora bitno je razumjevanje i istraživanje psihosocijalnih faktora koji igraju bitnu ulogu u procesu prilagodbe pojedinca.

5.1 Psihosocijalni faktori

Zavisno od toga kako će pojedinac procijeniti važnost pojedinog dijela tijela u svom životu, obavljanju zanimanja i drugih aktivnosti, zavisit će i njegov način prilagodbe amputaciji. S obzirom da je sama amputacija vezana uz mnoge druge gubitke psihološke posljedice će biti izraženije ukoliko je tih gubitaka više (Kiecolt-Glaser, 2002). Pretpostavlja se da psihološki i socijalni faktori utječu na procese bolesti preko dva glavna mehanizma: psihosocijalnih procesa i zdravstvenih ponašanja. Psihosocijalni procesi uključuju faktore koji utječu na interpretaciju i odgovore na životne događaje i stresore, kao što su mentalno zdravlje i raspoloženje, obilježja ličnosti i resursi dok su zdravstvena ponašanja npr. vježbanje, prehrana i pušenje koji služe kao neizravni putevi preko kojih psihosocijalni procesi mogu utjecati na zdravlje (Kiecolt-Glaser, 2002). Među psihosocijalne procese i zdravstvena ponašanja ubrajaju se faktori za koje se smatra da služe kao resursi koji povećavaju otpornost (npr. socijalna podrška, vježbanje) i faktori za koje se smatra da povećavaju osjetljivost (npr. depresivnost, pušenje cigareta). Ti faktori mogu biti akutni (npr. trenutni nedostatak spavanja zbog nekog poslovnog roka) ili hronični (npr. njegovanje hronično bolesnog roditelja). Prema biopsihosocijalnom modelu ovi faktori u interakciji s biološkim karakteristikama (npr. genetskom konstitucijom) mogu stvoriti veću podložnost prema bolestima. Štoviše, prema ovom modelu, genetska predispozicija za razvijanje bolesti (dijateza) može ostati latentna dok se ne pojavi neki stresni događaj koji će omogućiti da se bolest manifestira. Interakcija između psihosocijalnih procesa, bioloških faktora i zdravstvenih ponašanja vodi podložnosti prema bolesti, početku bolesti i simptomima, napredovanju, pogoršanju, oporavku s pratećom kvalitetom življenja preko procesa koji uključuju neuroendokrine i imunološke mehanizme. Psihosocijalni procesi uključuju psihološke i socijalne faktore, pogotovo one koji uključuju interpretaciju i odgovore na životne stresore. To mogu biti varijable ličnosti kao što su optimizam i hostilnost, duhovitost i osjećaj smisla, mehanizme suočavanja, socijalna podrška, mentalno zdravlje i raspoloženje koje uključuje depresivnost i anksioznost. Veoma važan faktor u procesu prilagodbe je tip ličnosti osobe, ukoliko je osoba vedrog duha, pozitivna, optimistična, na život gleda iz drugog ugla to će svakako pridonijeti lakšoj prilagodbi procesu rehabilitacije i važit će za jedan od zaštitnih faktora u procesu prilagodbe. Nasuprot tome, osobe koje su negativnije, pesimističnije, više zaokupljene fizičkim izgledom će imati više poteškoća u prilagodbi nakon amputacije što predstavlja jedan od rizičnih faktora. Pored toga, rizično seksualno ponašanje,

pridržavanje medicinskih tretmana, vježbanje, spavanje, prehrana, pušenje, konzumiranje alkohola i droga su zdravstvena ponašanja koja utiču na tok bolesti i procese prilagodbe. Intervencije zdravstvene psihologije mogu se koristiti da bi se promijenili psihosocijalni procesi (npr. smanjila depresivnost, povećalo suočavanje) ili poboljšala zdravstvena ponašanja (npr. prestalo pušenje) kako bi se omogućio pozitivniji utjecaj na tok bolesti kao i procese prilagodbe osobe.

Neke od intervencija koje se mogu koristiti kod upravljanja stresom i kao odgovore na navedene faktore su vježbanje, relaksacija, meditacija, psihoterapija, yoga, masaže, tehnike upravljanja stresom, emocionalno otvaranje, itd. Rana intervencija kroz provođenje programa jačanja rezilijencije jedan je od načina da se pomogne pojedincima koji se bore da se prilagode invalidnosti. Iako postoji mnoštvo istraživanja koje podržavaju rezilijenciju kao put ka promovisanju zdravih odgovora na invalidnost (Miller 2003; Williams 2003; White 2008; Edhe 2010; Hartley 2010; McGeary 2011), specifične tehnike za jačanje rezilijencije, treba tek istražiti prema specifičnim potrebama i brigama pojedinaca sa invaliditetom.

Rizični i zaštitni faktori kao i sve druge reakcije, poremećaji i bolesti su mnogostruke, s obzirom da se razlikuju i utječu na osobe individualno, generalno ih možemo podijeliti na veće skupine faktora. Pored psihosocijalnih postoje:

1. KULTUROLOŠKI I FAKTORI OKOLINE
2. DEMOGRAFSKI FAKTORI

5.2 Kulturološki i faktori okoline

Socijalna podrška ima učinke na rizik od obolijevanja, napredovanje i na oporavak od tjelesnih bolesti. Ona je povezana sa pozitivnim afektivnim stanjima kao što su: povećani osjećaj pripadnosti, intimnost, povećan osjećaj vlastite vrijednosti i povećan osjećaj kontrole. Socijalna podrška može biti i izvor korisnih informacija koje povećavaju suočavanje. Ona je mehanizam koji može smanjiti funkcionalnu nesposobnost (Fiksenbaum, 2005), depresivne simptome (Holahan, 1987), povezana je s manjim mortalitetom (Hudek-Knežević, 2006) i jedan je od značajnih prediktora zadovoljstva životom (Abu-Bader, 2002). Manjak socijalnih aktivnosti prediktor je osjećaja usamljenosti (Lampinen, 2006). Među svim faktorima koji utiču na proces prilagodbe osobe nakon amputacije i produktivan život osobe jeste poštovanje

i status koji kolege i okolina daju. Osim fizičkih ugodnosti egzistencije važna su zadovoljstva poštovanja i ljubavi bližnjih (prijatelji, porodica, kolege na poslu). Kod osobe nakon amputacije taj status je ugrožen i dolazi do težeg prihvatanja od okoline. Ovakvi osjećaji ne trebaju da redovno pogađaju osobe nakon amputacije jer on može da se sjeti svoga osjećaja i stava prema osobama sa invaliditetom prije nego se to njemu desilo te da vidi realnu sliku u kojoj se nalazi. Vjerovatno će kroz uviđanje tuđih stavova ali i onih koje je sam imao o osobama sa invaliditetom smatrati sebe objektom smanjenog samopoštovanja i reagovat će na taj promijenjeni status na odgovarajući način. Budući da ovakvi stavovi neće podići mišljenje koje on ima o sebi, već će ga vjerovatno devalvirati očekuje se da će osobe koristiti mehanizme odbrane kako bi sačuvali svoj integritet. Društvene predrasude u pogledu invalidnosti postoje od davnina i danas bez obzira na sve veću informiranost osoba te dostupnih izvora za informisanje susrećemo veliki broj predrasuda. O tome svjedoči literature gdje se nerijetko opisuje prisustvo predrasuda te djeluju u pravcu održavanja negativnih stavova kod djece. Gubitak ekstremiteta ne znači da se smanjuje vrijednost čovjeka i to je ono što se aktivnostima osvještavanja javnosti nastoji postići, kao i promjena društvenih stavova prema osobama sa invaliditetom. Međutim mišljenje i stavovi koje postoje prema osobama sa invaliditetom, koje se stvaralo stoljećima, ne može se promijeniti u kratkom periodu. Danas se suočavamo da realnošću da osoba gubitkom dijela tijela gubi i socijalni status i da se time ugrožava čovjekova potreba da zadrži samopoštovanje i poštovanje okoline.

Utjecaj kulture i drugih faktora okoline poput društva, zajednice, porodice i porodičnih odnosa veoma je važno spomenuti s obzirom da oni zavisno od konteksta i situacije mogu biti i rizični i zaštitni faktori u procesu prilagodbe osobe nakon amputacije. Kada je utjecaj ovih faktora u disbalansu odnosno ne doprinosi održanju i razvoju čovjekove ličnosti i očuvanju integriteta tada oni predstavljaju rizične faktore u procesu prilagodbe. Onda kada navedeni faktori pružaju pojedincu osjećaj pripadnosti, pomažu u očuvanju samopoštovanja, integriteta te jačaju osobu oni služe kao faktori zaštite. Ukoliko bilo koji od ovih faktora dovodi do toga da se pojedinac osjeća loše sa novom slikom o sebi (nakon što je izgubio dio tijela) dovest će do usporavanja u procesu prilagođavanja osobe na novonastali invaliditet. Među svim faktorima koje smo nabrojali najbitniji i najviše na pojedinca utječu porodične veze te odnosi

sa kolegama na poslu. Svaki od utjecaja je individualan i na osobu utječe na različit način i različitom jačinom tako npr. nekome je bitno kako njegova porodica doživljava njegov invaliditet, dok drugi kako će kolege na poslu reagovati na njegov gubitak dijela tijela te kako će to utjecati na odnose nakon oporavka i povratka osobe na radno mjesto. Zbog toga bi se kod daljeg ispitivanja rizičnih i zaštitnih faktora koji utječu na proces prilagodbe osobe nakon amputacije, trebala obratiti pažnja na faktore koji najviše utječu na osobu, u skladu sa tim pružiti psihološku podršku osobi koja se navikava na invaliditet. Pored toga potrebno je informisati osobe o tome koliko je njihovo mišljenje i stav prema invaliditetu važan u proces oporavka i prilagodbe pojedinca nakon amputacije.

5.3 Demografski faktori

U procesu prilagodbe pojedinca nakon amputacije demografski faktori koji mogu biti rizični ili zaštitni zavisno od situacije i načina djelovanja su:

1. Dob
2. Spol
3. Obrazovni faktor
4. Ekonomski i profesionalni faktori

Problemi osoba nakon gubitka dijela tijela zavise u znatnoj mjeri od hronološke dobi pojedinca i na specifičan su način povezani s psihološkim i fizičkim atributima, karakterističnim za grupu određenog doba (Fishman, 1958). Velika prevalencija u mlađoj dobi je amputacija gornjih ekstremiteta koji su rezultat povreda ili trauma, dok u starijoj dobi velika je učestalost amputacija donjih ekstremiteta s obzirom na njihovu povezanost sa bolestima. S obzirom na ovu pojavu dob ispitanika je veoma važna u njihovoj prilagodbi s obzirom da je u periodu adolescencije jako bitan izgled zbog toga je i proces prilagodbe na amputaciju i najteži ukoliko se javi u ovom periodu. Pojedinci obično ukoliko u periodu adolescencije dođe do amputacije doživljavaju neprihvatanje od grupe, s obzirom da je potreba za prihvatanjem velika dolazi do razvoja i intra i interpersonalnih problema zbog čega ovaj period možemo smatrati faktorom rizika u procesu prilagodbe. Za odrasle osobe i sasvim malu djecu, čije stanje psihoseksualnog razvoja djeluje u pravcu manje brige za lični izgled, dob ne predstavlja faktor rizika u procesu prilagodbe. Dob i spol kao demografski faktori su nerazdvojivi pa ćemo ih u okviru rizičnih i zaštitnih faktora objašnjavati zajedno. Problemi spoljašnjeg izgleda koji se javljaju nakon amputacije u većoj mjeri djeluju na ženski spol bilo

da se radi o amputaciji gornjih ili donjih ekstremiteta dok je kod muškaraca taj problem izraženiji kada se radi o amputaciji gornjih ekstremiteta. S obzirom na vrstu amputacije i generalno do procesa gubitka dijela tijela muškarci se razlikuju od žena. Kod muškog spola generalno češće dolazi do amputacije nego kod ženskog spola, kada gubitke dijela tijela podijelimo na velike i male muškarci imaju veću prevalenciju pojave i jednog tipa i drugog tipa gubitka (Jesus-Silva 2017, Maclean 2017).

Iako izloženost rizičnim faktorima može povećati vjerovatnost da će doći do negativnog ishoda, to ne mora biti tako. Mnoge mlade osobe s invaliditetom koji su imali veliki broj faktora rizika u svom procesu prilagodbe imaju pozitivne rezultate u školama (Murray, 2003). Obično je osoblje u školama educirano i dobro informisano u radu sa djecom ali i odraslima sa invaliditetom tako da se pojedinci osjećaju prijatnije i ne doživljavaju neugodne situacije. Kako sama škola ili obrazovna ustanova može biti zaštitni faktor ukoliko je klima unutar takve ustanove zdrava, tako i sam obrazovni status osobe može biti zaštitni faktor ukoliko do amputacije dođe u odrasloj dobi. Pojedinci u toku visokog obrazovanja, obično su se susretali sa osobama koje su doživjele gubitak dijela tijela, te su njihovi negativni stavovi i predrasude u toku samog obrazovanja i susretanja sa takvim osobama bili promijenjeni, tako da bi pojedinci i na svoj invaliditet gledati sa mnogo manje negativnim stavom.

Kako smo već ranije naveli osobe koje su imale negativnije stavove i predrasude prema osobama sa invaliditetom prije gubitka dijela tijela imat će smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, sa promijenjenim mišljenjem i bez predrasuda pojedinci će na svoj invaliditet gledati na drugačiji način. Ukoliko pojedinac radi fizičke poslove te nema drugih načina za zaradu proces prilagodbe nakon gubitka dijela tijela je dodatno otežan. Kod osoba sa višim socijalnim i ekonomskim statusom neće doći do značajne ugroženosti bar na ekonomskom nivou, s druge strane osobe koje zarađuju za svoj život primarno vršenjem fizičkih aktivnosti upotrebom ruku i nogu pretrpe veoma teški ekonomski hendikep, kao rezultat amputacije. Empirijska je činjenica da većina nezaposlenih i onih s marginalnim mogućnostima zapošljavanja dolaze iz nižih socioekonomskih grupa. Ukoliko se ne uvodi selektivno plasiranje, ili specijalni angažmani na radnom mjestu, ovi ljudi ostaju trajno bez mogućnosti zapošljavanja. Prema tome, za ovaj značajni segment populacije osoba koje su izgubili dio tijela, dolazi do ugrožavanja socijalnih potreba da budu ekonomski nezavisni. Onda kada osoba nakon amputacije ne mora da brine, u procesu prilagodbe na invaliditet, o ekonomskim pitanjima tada ovi faktori ne predstavljaju faktore rizika dok u svim drugim

situacijama mogu da budu rizični i da negativno utječu na proces prilagodbe i prihvatanja amputacije.

Većina istraživanje se fokusira na definiciju i pojašnjenje otpornosti i zaštitnih faktora, potencijalnih prepreka i rizičnih faktora koji mogu spriječiti razvoj i istraživanje povezanih faktora za koje se vjeruje da razvijaju ili povećavaju otpornost. Iako su ova istraživanje važna i opravdana, postoji praznina u istraživanju povezana s razvojem i provedbom intervencija otpornosti na pomoći osobama s invaliditetom da razviju više vještina, da se efikasnije nose i da imaju bolju kvalitetu života (Stuntzner i Harley, 2014).

6. Programi psihosocijalne podrške

Psihosocijalne reakcije koje doživi osoba nakon suočavanja sa invaliditetom u različitim fazama zahtijeva različitu intervenciju i strategije posebno prilagođene pojedincima i njegovim potrebama (Livneh i Sherwood, 1991). Amputacija je događaj koji za bolesnika ima profesionalne, obiteljske, društvene, fizičke i psihičke posljedice. Zbog toga je važna sveobuhvatna rehabilitacija, kojom se bolesnik osposobljava nakon bolesti ili ozljede na najvišu moguću profesionalnu, socijalnu, mentalnu, fizičku i psihičku aktivnost. U skladu sa njegovim sposobnostima pokušava se osoba što više osposobiti za najviši stepen samostalnosti i što bolju kvalitetu života. Važno je da u rehabilitaciji sudjeluju članovi interdisciplinarnog tima:

- doktori opće prakse kao i doktori drugih profesija (ortoped, hirurg, fizioterapeut, radni terapeut),
- medicinske sestre i drugo medicinsko osoblje,
- psiholozi,
- protetičari,
- socijalni radnici,
- vokacijski savjetnici,
- drugi bolesnici,
- obitelj.

U tim se također mogu uključiti predstavnika vjerske zajednice, okupacijski terapeut, psihijatar, internista i arhitekt. Cilj pružanja psihosocijalne podrške je da bolesnik postigne što veću samostalnost u aktivnostima svakodnevnog života – u povratku na posao, bavljenju hobijima, rekreaciji i da postigne poboljšanje izgleda. Proces rehabilitacije počinje dijagnostičkom obradom i holističkim pristupom bolesniku.

Svi članovi rehabilitacijskog tima na redovitim sastancima sastavljaju realan plan rehabilitacije s kratkoročnim i dugoročnim ciljevima, provjeravaju napredak i dogovaraju nove kratkoročne ciljeve. Bitno je da članovi tima imaju iste informacije, kontinuirano međusobno komuniciraju i usklađuju zajedničke aktivnosti. Ishod rehabilitacije moguće je mjeriti raznim testovima, no najvažniji je onaj koji nam pokazuje stepen reintegracije u

prijašnji život. Rehabilitacija osoba nakon amputacije ima četiri faze: predoperativnu, postoperativnu, pretprotetičku i protetičku koje su ustvari i faze prilagodbe osobe na gubitak dijela tijela. U svim ovim fazama je bitna uključenost svih članova tima kako bi prilagodba i potpuna integracija u socijalno okruženje bila uspješna. Zavisno od toga da li je do amputacije došlo uslijed bolesti ili ozlijeda možemo razlikovati i procese te faze u toku oporavka pacijenata. Obično kod pacijenata kod kojih je do amputacije došlo uslijed bolesti, trauma i ozljeda kod kojih nakon amputacije nema dodatnih procesa u oporavku (kao što je su hemoterapije) onda se psihološka podrška obično sastoji od četiri navedene faze i petom fazom koja podrazumjeva kliničko praćenje osoba nakon rehabilitacije. Opisat ćemo zadatke u navedenim fazama u sklopu rehabilitacije koji su uključeni u svim programima pružanja psihosocijalne podrške (Kovač, 2016):

I. Zadaci u predoperacijskoj fazi rehabilitacije

- Bolesnici koji očekuju amputaciju hirurrg treba informisati o njihovom stanju i pomoći im da prihvate činjenicu da je amputacija klinički indicirana kao nužna, primjeren način liječenja. Pacijenta, njegovu obitelj ili skrbnika se u razgovoru sa hirurrgom informiše o planiranom zahvatu amputacije s aspekta razine amputacije i rizika operacijskog zahvata, o postoperacijskom programu njege i o osnovnim načelima protetičke opskrbe i rehabilitacije, nakon čega bolesnik daje informirani pristanak za zahvat.

-Interdisciplinarnom procjenom stanja bolesnika, koja uključuje i fizijatra, pacijenta treba pripremiti za amputaciju, vodeći brigu o svim njegovim zdravstvenim problemima. Evaluira se stanje noge ili drugog dijela tijela gdje se planira amputacija, detaljni status kontralateralne noge odnosno drugog dijela tijela (stanje kože, senzibiliteta, vaskularnog statusa, eventualnih deformiteta) te opće zdravstveno stanje pacijenta (kardiovaskularni, respiratorni, endokrini, neuropsihijatrijski i muskuloskeletni status).

-U fazi očekivanja amputacije započinje se s kineziterapijskim programom, koji obuhvaća postupke održavanja postojećeg funkcionalnog stanja, kao i prevenciju nastanka sekundarnih komplikacija. Program vježbi provodi fizioterapeut i to dozirano, primjereno općem stanju pacijenta.

-Uz pomoć fizioterapeuta, pacijent bi trebao da savlada hod s pomagalom za kretanje (štaka ili hodalice), ali bez opterećenja noge ili drugog dijela tijela za koje je planirana amputacija.

-Pacijentu, a po mogućnosti i obitelji, poželjno je pružiti stručnu psihološku podršku, također se preporučuje upoznati s osobom koja je uspješno prošla proces rehabilitacije nakon amputacije uda ili dijela tijela (Kovač, 2016).

II. *Zadaci u postoperacijskoj fazi rehabilitacije*

- Prvi je zadatak u ovoj fazi postoperacijska njega i briga o pacijentu s lokalnim nadzorom zarastanja rane i eventualnih komplikacija hirurškog zahvata, kao i tretman ostalih, aktualnih medicinskih problema (dijabetes, kardiovaskularni problem, itd.). Nastavlja se liječiti infekcija, ako je ona dovela do predoperacijskog septičkog stanja.

-Drugi je zadatak tretman boli, i to ne samo postoperacijske boli nego i neuropatske, fantomske boli, koja je neuralgična bol amputiranog dijela ekstremiteta. Koristi se farmakološko liječenje (analgeticima, antikonvulzivima, antidepressivima) te nefarmakološka terapija (elektroanalgezija- TENS, akupunktura).

- Treći zadatak je prevencija nastanka sekundarnih komplikacija kod bolesnika koji su nepokretni, i to opadanja opće kondicije kao i prevencije kontraktura zglobova. To se odnosi posebno za dio tijela s amputacijom, ali i rezidualni, „zdravi“ dio tijela, što se realizira održavanjem pravilnog položaja bolesnika u krevetu, kao i provođenjem kineziterapije.

-Četvrti je cilj tretman edema bataljka radi ubrzavanja zarastanja rane, smanjenja boli i pomoći kod formiranja bataljka, a proces se ubrzava elevacijom amputiranog dijela tijela i doziranim pritiskom kod povijanja bataljka.

- Psihološku podršku je potrebno pružati bolesniku tokom ove faze i to ne samo kroz kontakte sa zdravstvenim radnicima, članovima tima, nego i kroz stručnu pomoć psihologa ili po potrebi psihijatra, koja je nužna kod simptoma depresije, posttraumatskog

stresnog sindroma (PTSP) ili psihičkih poremećaja te eventualnih ovisnosti (o alkoholu, opojnim sredstvima).

- Bolesnika se kontinuirano informira i educira o svim provedenim postupcima, aktivno ga se uključuje u realizaciju planiranih zadataka radi održavanja pravilnog položaja tijela.

-Na kraju ove faze ocjenjuje se postignuto funkcionalno stanje bolesnika, koje uključuje aktuelni nivo mobilnosti bolesnika (mogućnost ili nemogućnost hoda s pomagalom za kretanje, transfera s kreveta), samostalnost ili ovisnost o pomoći druge osobe kod realizacije osnovnih aktivnosti svakodnevnog života i zbrinjavanja tj. toalete, hranjenja, oblačenja itd. (Kovač, 2016).

III. Zadaci u predprotetičkoj fazi

-Priprema bataljka za protetičku brigu i oblikovanje bataljka se, na temelju dobre kliničke prakse u našim uslovima, najčešće provodi povijanjem elastičnim zavojem, postupkom kojim se ubrzava redukcija edema te pomaže uoblikovanju bataljka.

-Podizanje kondicije bolesnika i priprema za fizičke napore protetičke rehabilitacije provodi se kineziterapijom, uz fizioterapeuta. Na početku se provodi kineziterapija po programu iz postoperacijske faze, općim kondicijskim vježbama za zdrave udove i trup te ciljanim vježbama bataljka – izometričkim i aktivnim vježbama (otvorenog i zatvorenog kinetičkog lanca).

-Tokom predprotetičke faze rehabilitacije treba obaviti pregled kod specijalista fizijatra ili ortopeda koji se bave primarnom protetičkom rehabilitacijom, ako već nije učinjen kao konzilijarni pregled tokom boravka u bolnici.

IV. Zadaci u protetičkoj fazi rehabilitacije

-pravilno postavljanje i skidanje proteze;

-vježbe stajanja i ravnoteže s protezom, a potom hodanje s protezom u razboju, sa što pravilnijom biomehanikom hoda;

-hod s protezom na ravnoj podlozi izvan razboja, često uz primjenu pomoćnih pomagala za kretanje (štake, hodalica);

-sjedenje i ustajanje sa stolice te transferi s protezom;

-hod s protezom preko manjih prepreka;

-hodanje po stepenicama;

- padanje i ustajanje s protezom (uglavnom za mlađe osobe);

- hod u prirodnoj sredini s protezom;

- ulazak i izlazak iz automobila;

- sportske aktivnosti kod mlađih osoba, sa ili bez proteze (Kovač, 2016).

V. U toku faze kliničkog praćenja osoba nakon rehabilitacije ostaje pod nadzorom stručnjaka za protetičku rehabilitaciju sa povremenim kontrolama, barem jednom godišnje. Nakon primarne opskrbe protezom uz rehabilitaciju, prvi kontrolni pregled slijedi za jedan-dva mjeseca (Kovač, 2016).

Psihosocijalna podrška se, kako i sam pojam kaže, zasniva na psihološkoj i socijalnoj podršci. Psihološka podrška se naziva još i emotivna podrška i predstavlja posebnu vrstu kontakta koji se uspostavlja s pacijentom i koji podrazumjeva: vještinu slušanja, pokazivanje razumijevanja, pokazivanje suosjećanja, emitovanje emocionalne topline i безусловnog prihvatanja, tj. prihvatanja bez osuđivanja (Vlajković, 2009). Suština psihosocijalne podrške jeste u podržavajućoj komunikaciji i atmosferi koju kreiraju „svi članovi tima kao pomagači u nevolji” na odjelu ili u centru. Psihološka podrška se realizuje kroz verbalni i neverbalni kontakt s pacijentima. Socijalna podrška se odnosi na strukturu, kvalitet i funkciju socijalne mreže kojoj osoba pripada. Kvalitet pružene psiho-socijalne pomoći zavisi od načina na koji

se podrška pruža i kreira prema potrebama pacijenata i od osobina ličnosti onog koji podršku pruža (Vlajković, 2009).

Kod drugog vida amputacija (masektomija kod onkoloških pacijenata) programi psihosocijalne pomoći su nešto drugačiji i sastoje se u sljedećim intervencijama (Klikovac, 2014):

- omogućuje se oboljelim maksimalan stepen nezavisnosti i kvaliteta života od postavljanja dijagnoze bolesti i tokom liječenja (izbjegava se etiketiranje u ulogu bolesnika);
- podstaći kod pacijenta funkcionalne mehanizme prevladavanja i suočavanja sa svim negativnim efektima onkološkog liječenja;
- ohrabriti i podstaći kod pacijenata tzv. posttraumatski rast i razvoj;
- podstaći kod pacijenata razvoj vještina samopomoći kao sastavnog dijela mehanizama prevladavanja;
- pomoći pacijentima da u naizgled besmislu bolesti i nevolje pronađu smisao.

Ciljevi psiho-socijalne podrške usmjereni su na human pristup oboljeloj osobi i stvaranje povjerenja koje je neophodno za liječenje; pružanje neophodnih informacija; pokazivanje uvažavanja, ljubaznosti i poštovanja; ublažavanje neprijatnog psihičkog stanja; ohrabrivanje i podsticanje pozitivnog i aktivnog stava prema liječenju.

7. Zaključak

Gubici mogu biti različiti, ali jedan od najtežih se smatra gubitak dijela tijela. S obzirom na njihovu različitost i psihičke reakcije koje se javljaju nakon gubitka su mnogobrojne. Možemo ih pronaći u svim kulturama, društvima i religijama pa zbog toga kažemo da su univerzalne, međutim javljaju se i individualno u kombinaciji više njih ili zasebno. U radu su prikazane kao 4 velike grupe: emocionalne, misaone, ponašajne i tjelesne. U svakoj od ove četiri velike grupe, postoje brojne reakcije, koje se mogu javiti, ali nije pravilo. Obično se pojavljuju u svim fazama prilagodbe i rehabilitacije, međutim njihovo javljanje je individualno i zavisi od mnogobrojnih faktora. Proces prilagobe pojedinca na gubitak dijela tijela podijeljen je u nekoliko faza kroz koje prolazi svaki pojedinac, ali i nakon završene posljednje faze sve osobe se u potpunosti ne prilagode novoj slici tijela pa je zbog toga i potrebna psihosocijalna pomoć cijelog tima stručnjaka. U procesu rehabilitacije i prilagodbe najveću ulogu igra psiholog kroz pružanje psihološke pomoći savjetovanjem, konsultacijama i psihoterapijom. Pored te uloge psihologa još jedna jako važna uloga je istraživanje područja psihičkih reakcija na gubitak dijela tijela, procese koji slijede nakon gubitka dijela tijela te djelovanje rizičnih i zaštitnih faktora na proces oporavka. S obzirom na veliki broj faktora koji mogu djelovati na pojedinca prije i nakon gubitka, podijeljeni su u tri grupe i to: psihosocijalne faktore, faktore okoline i kulture i demografske faktore. Među brojnim faktorima u većini istraživanja kao najvažniji se izdvajaju važnost izgubljenog dijela tijela za pojedinca te podrška obitelji. Zbog toga se velika važnost pridaje razvijanju psihosocijalnih programa pomoći kako pojedincu tako i njegovoj obitelji nakon gubitka dijela tijela. Programi podrške se sastoje od 5 faza koji imaju slične zadatke u procesu oporavka. Vrijeme trajanja rehabilitacije je individualno, zavisno od faktora osobe i okoline koji mogu ubrzati ili usporavati oporavak pojedinca. Veliki broj osoba se nakon gubitka dijela tijela uspjeva prilagoditi novoj slici o tijelu i vratiti svakodnevnom funkcionisanju, dok ona nekolicina koja se uspješno ne prilagodi, amputaciju doživljava kao traumatsko iskustvo koje ga sprečava vraćanju u realnost. Takvi pojedinci mogu razviti različite psihičke poremećaje ili čak ozbiljnije bolesti pa je iz tog razloga veoma važno istraživati ovaj proces sa područja medicine i psihologije.

8. Literatura

- Abu-Bader, S.H., Rogers, A., Barusch, A.S. (2002). Predictors of life satisfaction in frail elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 38(3), 3-17.
- Anamika, S., Rajesh, S., Siddharth, S., Sushma, S. (2016). Psychological effects of amputation: A review of studies from India. *Ind Psychiatry J.*, 25(1), 4–10.
- Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška*. Naklada slap. Zagreb.
- Blagojević-Damašek, N. i sur. (2002). *Posttraumatski stresni poremećaj u veterana s amputacijom ekstremiteta*. Psihijatrijska klinika, klinička bolnica Osijek. Osijek.
- Bradway, J., Malone, J., Racy, J., Leal, J., Poole, J. (1984). Psychological Adaptation to Amputation: An Overview. *The American Orthotic and Prosthetic Association*, (38), 46-50.
- Catlin, G. (1993). The role of culture in grief. *The Journal of Social Psychology*, 133 (2), 173-184.
- Canserver, A. (2003). Depression in men with traumatic lower part amputation: A comparison to men with surgical lower part amputation. *Military medicine*, 168(2), 106.
- Chaya, G.B., Epstein, A.L., Stern, A.T. (2007). Reactions to Amputation: Recognition and Treatment, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9(4), 303–308.
- Čekić, E. (2015). *Normalno i devijantno u ponašanju ljudi*. Sarajevo: Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Univerzitetskog kliničkog centra Sarajevo.
- Garrett, F.J. i Levine, S.E. (1970). *Psihološka praksa sa fizičkim invalidima*. Beograd: "Kosmos".
- Fiksenbaum, L.M., Greenglass, E.R., Marques, S.R., Eaton, J. (2005). A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*, 30(3), 278-295.
- Fishman, S. (1950). Some facts and opinions concerning amputees: a questionnaire survey. *New York Research Division*, (1), 88.
- Fishman, S. i Peizer, E. (1958). *The clinical treatment of juvenile amputees 1953-1956*. Research Division, College of Engineering, New York University
- Garry R., Walz, Jeanne, C. (2014). Resilience, coping and disability: The development of a resilience intervention. *International Review of Research in Mental Retardation*, (36), 281-315.
- Gudelj-Velaga, I. (2018). *Psihosocijalna prilagodba bolesnika poslije amputacije donjeg ekstremiteta*. Opća bolnica Dubrovnik; Sveučilište u Dubrovniku.
- Havelka, M. (1995). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb.
- Harvey, J.H. (1998). *Perspectives on loss*. Brunner/Mazel; Philadelphia.

- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Holahan, C.K. i Holahan, C.J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42(1), 65-68.
- James, J. W., Friedman, R., Landon, Matthews, L. (2001). *When children grieve*. New York: Harper Collins.
- Jesus-Silva, S.G., Moraes-Silva, M.A., Riera B.S., Nasser F., Cardos R.S. (2017). Analysis of risk factors related to minor and major lower limb amputations at a tertiary hospital. *J Vasc Surg Cases Innov Tech*, 4(4), 315–318.
- Jesus-Silva, S.G., Oliveira, J.P., Brienezi, M.H.C., Mores-Silva, M.A., Krupa, A.E., Cardos, R.S. (2017). Analysis of risk factors related to minor and major lower limb amputations at a tertiary hospital. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(1), 16-22.
- Kimberly, V., Vu, K., Payne, M.W.C., Hunter, S.W., Viana, R. (2018). Risk factors for falls in individuals with lower extremity amputations during the pre-prosthetic phase: A retrospective cohort study, *Pub Med*, 11(8), 828-833.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. i Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83-107.
- Kovač, I., Mužić, V., Abramović, M., Vuletić, Z., Vukić, T., Ištvanović, N., Živković, O., Kauzlarić, N., Livaković, B. (2016). Rehabilitacija osoba s amputacijom donjih udova - smjernice za klinički rad u Hrvatskoj. *Klinički centar za rehabilitaciju i ortopedsku pomagala*, 27(3-4), 138-211.
- Klikovac, T. (2014). Psihološka podrška i psihosocijalna pomoć ženama oboljelim od karcinoma dojke, Sekcije za onkologiju Srpskog ljekarskog društva. *Narodna biblioteka*, 12(1), 77-95.
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M., Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-466.
- Lai, AM., Stanish, WD., Stanish, HI. (2000). The young athlete with physical challenges. *Clin Sports Med*, 19(4), 793–819.
- Levine, E. i Garet, J. (1962). *Psychological practices with the physically disabled*. Columbia University, New York and London.
- Livneh, H., i Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Jurnal of counseling and development*, (69), 37-50.
- Lučanin, J. (1993). *Uvod u razvojnu psihologiju*. Zagreb: Katedra za zdravstvenu psihologiju medicinskog fakulteta u Zagrebu.
- Maclean, J.M., S. Sims, C., Bower, H., Leonard, (2017). Maltreatment risk among children with disabilities. *Pediatrics*, 139(4).

- Manor, O., Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: Are there socio-demographic differences. *Social science and medicine*, (56), 405.
- Miller, W.C., Speechley, M., Deathe, B. (2001). Prevalence and risk factors offalling and fear of falling among lower extremity amputees. *Arch Phys medRehabil*, (82), 37.
- Mille, E.D., Omarzu, J. (1998). New directions in loss research, u: J.H. Harey (ur.) Perspectives on loss. *American Behavioral Scientist*, (44), 3-20.
- Monroe, S. M., Simons, A.D. (1991). *Diathesis-stress theories in the context of lifestress research: Implications for the depressive disorders*. Psychological Bulletin.
- Oatley, K., Jenkins, J.M. (2003). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Poljičanin, T., Metelko, Ž. (2009). *Epidemiologija šećerne bolesti u Hrvatskoj i svijetu*. Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, Zagreb.
- Polivy, J. (1977). Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *The Journal of Nervous and mental Disease*, (164), 2.
- Randall, G.C., Ewalt J.R., Blair H. (1945). "Psychiatric reaction to amputation". *Jam Med Assn*, (128), 645-652.
- Sahu, A., Sagar, R., Sarkar, S., Sagar, S. (2016). Psychological effects of amputation: A review of studies from India, *Ind Psychiatry J.*, 25(1), 4–10.
- Stuntzne, S., Harlley, T.M. (2014). Resilience, coping and disability the development of a resilience intervention. *American Counseling Association*, (44), 52.
- Uzun, O., Yildiz, C., Ates, A. (2003). Depression in Men with Traumatic Lower part Amputation: A comparison to Men with Surgical Lower Part Apmutation. *Mililitary Medicine*, (162), 106.
- William, B., Haber. (1958). *Reactions to loss of limb: Physiological and psychological aspects*. Psychophysiological Laboratory, New York University-Bellevue Medical Center.
- Worden, J.W. (2005). *Grief counseling and grie therapy: A handbook for mental health practitioner*. Springer Publishing company, New York.
- Wright, B. A. (1993). Division of Rehabilitation Psychology: Roots, guiding principle, and a persistent concern. *Rehabilitation Psychology*, 38(1), 63–65.
- Žubkobi, G. (1994). *Psihologija tjelesno invalidnih lica*. Beograd: "Sip".