

ZNAČILNOSTI DOŽIVLJANJA SEBE PRI OSEBAH PO AMPUTACIJI ROKE *CHARACTERISTICS OF SELF- EXPERIENCE IN PEOPLE AFTER UPPER-LIMB AMPUTATION*

Barbara Horvat, univ. dipl. psih., prof. dr. Helena Burger, dr. med.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Samopodoba je uporaben pojasnjevalni konstrukt, saj obsega posameznikovo predstavo o samem sebi. Na zmožnost doživljanja sebe vplivajo številni dejavniki in spremembe, ki se zgodijo v življenju. Med te prav gotovo spada življenje z zmanjšano zmožnostjo delovanja, v okviru katere smo se osredotočili na osebe po amputaciji roke. Namen naše študije je bil raziskati, ali so v skupini oseb po amputaciji splošna samopodoba in njene komponente, posebno telesna, nižje kot pri osebah s popolno telesno shemo, hkrati pa smo pričakovali obrambno varovalno vedenje.

Metode:

V raziskavo je bilo vključenih 28 oseb, 14 v skupini oseb po amputaciji roke in 14 v kontrolni skupini. Skupini smo poskušali glede na osnovne demografske spremenljivke čim bolj izenačiti. Raziskava je temeljila na dveh vprašalnikih: na tennesseejski lestvici koncepta sebe za merjenje samopodobe in na lestvici za ugotavljanje stopnje sprejemanja proteze – moja podoba zdaj. Z vsakim udeležencem smo opravili krajši pogovor. Zbiranje podatkov je potekalo od junija 2012 do konca januarja 2013 v sodelovanju z ambulanto ročne ortotike in protetike na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča. Za primerjavo skupin smo uporabili test *t* za parne vzorce.

Rezultati:

Ugotovili smo statistično značilno tendenco k dajanju ekstremnih odgovorov v skupini oseb po amputaciji roke. V tej skupini ustrezajo rezultati skoraj polovice udeležencev standardiziranim vrednostim (T), ki kažejo prisotnost obrambnega varovalnega vedenja in zvišano verjetnost neveljavnih rezultatov, kar onemogoča

Abstract

Background:

Self-concept is a useful explanatory construct because it includes the individual's perception of him/herself. Numerous factors affect the way of experiencing ourselves and change the quality of our lives. Reduced capacity of functioning is one of these factors. We focused on individuals after amputation of the upper limb. The aim of our study was to investigate whether their self-concept (specifically the body self-concept) differs from persons without amputation. We also expected the presence of defence mechanisms.

Methods:

*The study included 28 individuals – 14 in each group. We tried to match the basic demographic variables in both groups. We applied two questionnaires: the Tennessee self-concept scale for measuring the self-concept, and the Amputee Body-Image Scale for assessing satisfaction with the prosthesis. An interview was held also with each of the participants. The data were collected from June 2012 to January 2013 in cooperation with the orthotics and prosthetics outpatient clinic at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana. Paired-samples *t*-test was used for comparing the groups.*

Results:

A statistically significant tendency toward making extreme responses was observed in the group of persons after amputation. The standardized (T) values of the row scores of almost one half of the participants in this group indicate the presence of defensive behaviour and increase the likelihood of invalid results, which prevents further interpretations.

nadaljnjo interpretacijo in posredovanje oprijemljivih ugotovitev. Oba uporabljena vprašalnika sta se izkazala kot zanesljiva z vidika notranje skladnosti.

Zaključek:

Vprašljiva veljavnost rezultatov na vprašalnikih nakazuje pomembne težave v procesu spoprijemanja s stanjem po amputaciji zgornjega uda, ki so še zlasti povezane s spremenjeno telesno shemo. Za učinkovitejše spoprijemanje (predvsem v obdobju prvih petih let) s spremenjeno telesno shemo in načinom življenja bi bila dobrodošla in zaželena strokovna podpora.

Ključne besede:

samopodoba, proces spoprijemanja, žalovanje, obrambni varovalni mehanizmi, psihološke posledice

Conclusions:

The questionable validity of the questionnaire scores indicates significant problems in the process of coping with the situation after amputation of the upper limb, linked to the altered physical schema. Professional support would be welcome to facilitate the strategies of coping with a modified body schema and lifestyle (especially during the first five years after amputation).

Key words:

self-concept, coping, mourning, defence mechanisms, psychological consequences

UVOD

Po mnenju številnih raziskovalcev človeške zavesti je doživljanje samega sebe kot subjekta, ki je sposoben misliti, čustvovati, čutiti in se tega tudi zavedati, lastnost, ki je živali in računalniki (umetna inteligenca) nikoli ne morejo doseči (1). Doživljanje sebe na različnih življenjskih področjih tvori koncept samopodobe, ki je sinonim za besedno zvezo »kdo sem«, prek katerega vsak izmed nas izraža svojo skladnost s socialnimi normami in družbenim okoljem (2). Samopodoba obsega posameznikovo predstavo o tem, kaj spada k njemu in kaj ne, kaj pričakuje o samem sebi, kaj je del njega kot posameznika, zato je uporaben pojasnjevalni konstrukt (3). Samopodoba vsak dan in zelo različno usmerja in oblikuje naš odnos do sveta. Ta proces je pogosto nezaveden. Omogoča nam povezavo med našimi mislimi in občutki ter dogodki iz zunanjega sveta. Brez strukture, ki vodi in interpretira naš »jaz«, bi prišlo do kaosa in dezintegracije našega samozavedanja. V tej luči postane pozitivna samopodoba življenjski cilj, ki si ga prizadevamo doseči (4).

Iz zapisanega lahko ugotovimo, da je posameznikova samopodoba pod močnim vplivom socialnega okolja, kar so v svoji opredelitvi tega koncepta omenili Shavelson, Hubner in Stanton (5). Podali so prvi teoretični model samopodobe, prek katerega so jo opisali kot posameznikovo percepcijo sebe, ki se oblikuje na podlagi izkušenj in z interpretacijo njegovega socialnega okolja. Te interpretacije bi naj bile še posebno pod vplivom ocen pomembnih drugih. Samopodoba je lahko usklajena s tem, kako osebo vidijo drugi (realna samopodoba), lahko pa od teh predstav pomembno odstopa (idealna samopodoba) (4). Na posameznikovo zmožnost doživljanja sebe vplivajo številni dejavniki in spremembe, ki se zgodijo v posameznikovem življenju.

Eden tistih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na spremembe v življenjskem slogu pri posameznikih različnih kultur po svetu, je prav gotovo življenje z zmanjšano zmožnostjo delovanja (6).

Kot enega tovrstnih vzrokov dojemamo tudi amputacijo. Amputacija je opredeljena kot izguba oziroma odstranitev uda, njegovega dela ali drugega telesnega organa, ki je bodisi prirojena bodisi posledica bolezni ali poškodbe (7, 8). V literaturi je opisana kot dogodek, ki sproži v posameznikovem življenju prenekatero spremembo, povezano predvsem z zadovoljstvom z njegovim življenjem, s kakovostjo življenja in z avtonomijo (9, 10). Vsekakor so posledice amputacije širšega obsega, saj predstavljajo trojno grožnjo: izgubo zmožnosti za delo, izgubo sposobnosti zaznavanja in tveganje za porušeno telesno samopodobo (11), kar se pomembno povezuje z njegovim psihološkim delovanjem in blagostanjem. V nadaljevanju bomo poskušali podati strjen vpogled v to.

Amputacije so oblika zmanjšanih zmožnosti delovanja, ki jim z vidika psihološkega raziskovanja do zdaj še nismo namenili dovolj pozornosti (9–12). Največ raziskav psiholoških posledic amputacije se nanaša na amputacije spodnjega uda, saj tovrstne amputacije prevladujejo. Nedavne študije (9, 11) pa opozarjajo na dejstvo, da bo treba v prihodnje več pozornosti nameniti delu z osebami po amputaciji zgornjega uda. Kvalitativni izid amputacij zgornjega uda se v psihološkem smislu precej razlikuje od izida amputacij spodnjega uda (8). Vzrok za to naj bi bila tri izhodišča: (a) normalno delovanje roke je pomembno pri večini najpomembnejših vsakdanjih opravil, (b) aktivna uporaba roke ima pomembno funkcijo pri neverbalni komunikaciji, (c) proteza roke je bolj opazna in jo je v primerjavi s protezo noge tudi težje nadeti, kar naj bi zniževalo posameznikovo stopnjo samozavesti (11, 12).

Amputacije zgornjega uda se od amputacij spodnjega pomembno razlikujejo tudi po vzroku nastanka, saj so pretežno posledice nesreč in poškodb, medtem ko je amputacija spodnjega uda posledica dlje trajajočih, predvsem kardiovaskularnih obolenj (11, 12). Največ študij s področja amputacij roke izpostavlja te posledice: anksioznost, depresivnost, porušen koncept samopodobe in nelagodje v socialnih stikih (10). Čustveni odziv, ki sledi izgubi uda, naj bi bil podoben odzivu, ki se pojavi ob izgubi partnerja, hkrati pa tudi faze žalovanja sovpadajo z žalovanjem ob izgubi njemu drage osebe. Parkes piše, da se ta proces žalovanja začne s fazo šoka, nadaljuje pa se z zanikanjem. Sledilo naj bi doživljanje anksioznosti in depresivnega razpoloženja, šele nato pa naj bi se začelo postopno sprejemanje stanja (11). Pridružen je proces rehabilitacije, ki se začne z odstranitvijo uda in konča s ponovno vrnitvijo posameznika v družbo (12–14). Rezultati študij (9, 11) so pokazali, da je ta proces sestavljen iz dveh delov: iz sprejemanja posledic in prilagajanja na izgubo uda. Odvisna sta od posameznikovega lastnega doživljanja amputacije in od njegovih zaznav ter tega, kako njegovo novo podobo zaznavajo drugi. Od tega je odvisna stopnja socialne podpore, ki jo dobi. Večina študij (11, 15–17) se izvaja, da bi razumeli proces izgube uda. Osredotočajo se na telesno podobo, odnos do umetnega uda, zaznavanje fantomskega uda in bolečine, strategije spoprijemanja ter zaznane stopnje zadovoljstva. Rezultati študij kažejo, da doživljanje bolečin krna in zaznavanje odstranjenega uda, torej fantomska doživljanja, v posameznikovi telesni izkušnji v večini primerov povzročata resne omejitve oziroma ovire. To lahko ogrozi pomembne psihološke vloge telesa, ki posamezniku omogočajo potrjevanje in vzdrževanje njegove samopodobe, osebnostne »identitete« ter vzdrževanje socialnih vezi. Vsak tak upad ali izguba sposobnosti namreč poseže v zavest oziroma predstavo o lastnem telesu, oblikovano s sprotnimi notranjimi in zunanji čutnimi izkušnjami, ter povezavo s spominskimi predstavami iz prejšnjih izkušenj in vednosti o telesu. V večini študij, s katerimi so raziskovali proces prilagajanja na izgubo uda, sta bila zaznana dva temeljna procesa spreminjanja posameznikove identitete med rehabilitacijo: sprememba posameznikove samopodobe in utelešenje proteze, kar pomeni sprejemanje proteze kot funkcionalnega dela telesa (16, 17).

Amputacija močno vpliva na spremembe v posameznikovem doživljanju njegove telesne podobe in posledično celotne samopodobe, kar se je odražalo tudi v stopnji njegovega zadovoljstva z življenjem (7, 9, 11, 18). Vlogo telesa je mogoče še posebej izpostaviti pri oblikovanju pozitivne samopodobe, saj naj bi imelo telo osrednji vrednostni in čustveni pomen pri splošni samopodobi (7, 11). Ob ugotovitvi, da je bil faktor telesne samopodobe nasičen s pozitivno samopodobo, je mogoče sklepati, da mora telo kot dražljaj »jaz« tako samopodobo tudi potrjevati, sicer se posameznik znajde v položaju, ko je ogroženo njegovo pozitivno stališče do sebe oziroma zadovoljstvo s samim seboj. Zato

ima telo kot dražljaj »jaz« nujno tudi vrednostni in čustveni pomen, ta pa je pod stalnim vplivom neposrednih izkušenj ob njegovem delovanju in uporabi (7).

Vsaka sprememba v telesnem delovanju, ki je pomembna za osebnostno identiteto in samopodobo, ima vedno velik vrednostni pomen. Tako se lahko nekdo s prizadetostjo, ne glede na to, da lahko še marsikaj stori in v marsičem uživa, hitro in površno oceni, kot da je postal popolnoma nemočen »invalid«. Tovrstno miselnost naj bi sprožala predvsem pesimizem in negativna samopodoba (6). Po drugi strani pa lahko tovrstna sprememba funkcionalnih zmožnosti posameznika spodbudi, da se začne potegovati za cilje, ki jih je do tedaj zapostavljal, in razvije tako imenovano prilagoditveno vedenje. Vrednote, povezane s telesom, pa so precej odvisne tudi od odziva drugih ljudi na telesno podobo in zmogljivosti posameznika, zato ima telesni jaz močan socialni izvor in vsebino, posledica tega pa je, da se vlogi telesa kot dražljaja »jaz« in dražljaja drugim precej pokrivata. Že na začetku proučevanja odnosa med telesom in (družbenim) vedenjem so ugotovili, da imajo ta pričakovanja značaj socialnega pritiska k podrejanju in uskladitvi (konformiranju) s prevladujočimi socialnimi normami (16). Konformiranje s temi normami naj bi bilo še posebno očitno v primeru, ko se posledice bolezni ali poškodbe pokažejo kot trajna telesna prizadetost: kadar drugi ljudje gledajo na osebo s prizadetostjo kot na nemočno »pokveko«, »kriplja« ali »invalida«, je velika verjetnost, da se bo začela tako ocenjevati tudi oseba sama. Socialno neudobje, zaznane socialno negativno označevanje (stigma) in javno samozavedanje bi naj bili pomembni napovedniki depresivnega razpoloženja. Nadalje pa lahko uporaba proteze močno spremeni posameznikovo socialno življenje in naravo njegovih socialnih interakcij (7, 9, 11, 18, 19).

Med proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na psihosocialni vidik sprejemanja amputacije, so vključeni številni demografski dejavniki (11, 12, 16), kot so starost, spol in stopnja izobrazbe, prav tako pa so upoštevali tudi z amputacijo povezane spremenljivke: vrsto amputacije, njen vzrok in čas, ki je pretekel od posega. Posledice, ki jih prinaša amputacija, so podvržene večplastnemu procesu spoprijemanja in žalovanja, ki je odvisen od posameznikovih značilnosti in je zato izrazito individualen proces, zato so mnenja glede vpliva demografskih dejavnikov deljena (11).

V raziskavi smo se osredotočili na doživljanje sebe pri osebah z amputacijo roke. V uvodu povzemamo ugotovitve študij, ki primerjajo intenzivnost psiholoških posledic po amputaciji zgornjega in spodnjega uda ter navajajo težje posledice in dolgotrajnejše prilagajanje pri osebah po amputaciji zgornjega uda. Izpostavljajo, da doživljanje spremenjene telesne sheme pomembno preoblikuje posameznikovo samopodobo. Na podlagi posredovane teorije predpostavljamo, da je v skupini oseb po amputaciji splošna samopodoba nižja kot pri osebah s popolno telesno shemo, pri čemer je pomembno nižja zlasti njihova telesna samopodoba. Ker o drugih

pomembnih področjih samopodobe neposredno ne poročajo, smo njihovo doživljanje želeli preveriti z našo študijo. Hkrati pričakujemo obrambno varovalno vedenje.

METODE

Preiskovanci

V raziskavo smo vključili skupino udeležencev z enostransko amputacijo zgornjega uda in kontrolno skupino udeležencev brez spremenjene telesne sheme. Pri sestavi vzorca smo upoštevali tudi nekatera izključitvena merila. Iz obeh skupin smo izključili udeležence s pridruženo zmanjšano zmožnostjo delovanja na telesnem ali psihičnem področju in posameznike z obliko telesne ali duševne bolezni, ki je pomembno vplivala na kakovost njihovega delovanja. Iz nadaljnje analize podatkov smo izključili tudi šest posameznikov, ki so imeli prirojeno okvaro zgornjega uda. Obe skupini smo poskušali glede na osnovne demografske spremenljivke čim bolj izenačiti, in sicer tako, da so bile mogoče parne primerjave.

Ocenjevalni instrumenti

Tennesseejska lestvica koncepta sebe (Tennessee Self-Concept Scale, TSCS-2; Fits in Warren, 1996)

Tennesseejska lestvica koncepta sebe predstavlja široko uporaben in večrazsežnosten opis sebe (20). V raziskavi smo uporabili prenovljeno različico vprašalnika, ki vsebuje 82 postavk, ter z njim ugotavljali posameznikovo doživljanje samega sebe s fizičnega, moralnega, socialnega, družinskega, akademskega in osebnostnega vidika ter sprejemljivost sebe in lastnega vedenja. Lestvica je bila predhodno že prevedena in prirejena za slovenski prostor (21). Glavne dimenzije lestvice, ki hkrati predstavljajo odvisne spremenljivke v tej raziskavi, so:

- nekonsistentnost – predstavlja rezultat variabilnosti od enega področja zaznavanja sebe do drugega. Visok rezultat pomeni udeležencevo spremenljivost oziroma neintegriranost posameznih delov sebe;
- socialna zaželenost – posredovanje odgovorov, katerih vsebina je zaželena v širšem družbenem okolju;
- samokritičnost – postavke predstavljajo nekoliko neugodne trditve, na katere večina ljudi odgovori pritrdilno (ocenijo, da postavka zanje drži). Posamezniki, ki večino trditev zanikajo, so nagnjeni k obrambnemu varovalnemu vedenju in si prizadevajo, da bi o sebi dali dobro mnenje. Visoki rezultati navadno označujejo zdravo odprtost in sposobnost samokritike. Skrajno visoki rezultati pa utegnejo nakazovati preveliko stopnjo samokritičnosti;
- distribucija odgovorov – predstavlja gotovost glede načina, kako posameznik vidi sebe. Visok rezultat odraža odločenost in gotovost glede stališč o samem sebi, nasprotno pa je v primeru nizkih rezultatov;

- identiteta – posameznik opisuje, kako vidi samega sebe. Visok rezultat pomeni zadovoljstvo s samim seboj;
- zadovoljstvo – usmerjeno je na raven sprejemanja samega sebe. Visok rezultat predstavlja sprejemanje;
- vedenje – lestvica meri posameznikovo zaznavanje svojega vedenja in način delovanja. Visoki rezultati pomenijo sovpadanje med želenimi in dejanskimi dejanji;
- telesna samopodoba – obsega posameznikovo telo, zdravstveno stanje, telesni videz, sposobnosti in spolnost;
- moralna samopodoba – vključuje moralno-etični referenčni okvir, oceno sebe kot dobre oziroma slabe osebe in posameznikov odnos do vere;
- osebnostna samopodoba – je splošna mera osebnostne integracije in prilagojenosti, saj odraža posameznikov občutek osebne vrednosti, primernosti in njegovo oceno lastne vrednosti zunaj njegovih odnosov z drugimi in zunaj njegovega telesa;
- družinska samopodoba – nanaša se na posameznikovo dožemanje sebe v odnosu do njegovih družinskih članov ter odraža občutke primernosti, vrednosti in veljave v vlogi družinskega člana;
- socialna samopodoba – prek te lestvice posameznik posreduje ocene svojih odnosov z drugimi v širšem družbenem okolju;
- akademska samopodoba – ocena posameznikovih splošnih umskih sposobnosti in delovne učinkovitosti v primerjavi z drugimi;
- celotna samopodoba – nanaša se na stopnjo samospoštovanja in način vrednotenja samega sebe;
- konfliktnost odgovorov – rezultat odraža zmedenost, nasprotja in splošen konflikt v doživljanju sebe.

Naloga udeležencev je bila odgovoriti na posamezno postavko s pomočjo petstopenjske lestvice, pri čemer 1 pomeni *sploh ne drži* in 5 *povsem drži*.

Moja podoba zdaj (The Amputee Body-Image Scale, Breackey, 1995) [15]

Lestvica omogoča merjenje posameznikove stopnje sprejemanja proteze. Vsebuje 20 postavk, na katere udeleženci odgovorijo s pomočjo petstopenjske Lickertove lestvice. Ker lestvica v Sloveniji še ni bila uporabljena, smo opravili analizo postavk. Lestvico smo za to študijo prevedli sami, preverjanje veljavnosti pa še ni bilo opravljeno.

Postopek

Zbiranje podatkov je potekalo od junija 2012 do konca januarja 2013. Udeležence iz primerjalne skupine smo pridobili skozi sodelovanje z ambulanto ročne ortotike in protetike, ki poteka na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS – Soča. K sodelovanju sva jih prek osebnega stika med pregledom povabili avtorici članka. Posamezniki iz primerjalne skupine so bili naključno izbrani, pri čemer

smo jih glede na demografske značilnosti poskušali čim bolj izenačiti s člani eksperimentalne skupine, kar pomeni, da smo za vsakega udeleženca iz primerjalne skupine poskušali najti posameznika brez amputacije ali kakšne druge poškodbe oziroma kronične bolezni, ki je bil enakega spola ter s podobno starostjo in izobrazbo. Z vsakim udeležencem smo najprej opravili psihološki razgovor, v katerem smo pridobili osnovne podatke o vzroku in vrsti amputacije ter spoprijemanju s tovrstno spremembo. Hkrati smo povprašali tudi o demografskih spremenljivkah. V nadaljevanju je sledil kvalitativni del, v katerem so udeleženci odgovorili na vprašalnika.

Analiza podatkov

Podatke smo analizirali s statističnim programom PASW Statistics 18. Ustrezno predpostavke o normalni porazdelitvi smo preverili s testom Kolmogorova in Smirnova za obe skupini udeležencev za vse skupne dosežke. Izračunali smo parne teste t na surovih vrednostih. Med lestvicami vprašalnika TSCS-2 smo izračunali Spearmanove koeficiente korelacije (ρ). Pri nobenem od teh testov upoštevali popravka vrednosti p za multipla testiranja. S Cronbachovim koeficientom α smo ocenili zanesljivost obeh vprašalnikov, izvedli smo tudi analizo postavk.

REZULTATI

V vsaki skupini je bilo 14 udeležencev, skupaj 28. Skupini sta bili izenačeni glede na spol udeležencev – v vsaki sta bili 2 ženski in 12 moških. Povprečna starost udeležencev z amputacijo zgornjega uda je bila 51,5 leta, v kontrolni skupini pa 49,8 leta.

Tabela 2: Porazdelitev dosežkov na posameznih lestvicah.

Lestvica	povprečje	SD	Kolmogorov-Smirnov z	p
nekonsistentno odgovarjanje	5,71	1,84	0,987	0,284
samokritičnost	25,89	4,01	0,748	0,631
socialna zaželenost	12,61	3,68	0,787	0,566
distribucija odgovarjanja	28,61	19,23	0,580	0,889
splošna samopodoba	289,68	31,85	0,600	0,865
konfliktnost	-1,61	11,73	0,827	0,501
telesna samopodoba	51,82	7,90	0,500	0,965
moralna samopodoba	48,25	4,80	0,572	0,899
osebna samopodoba	48,93	5,77	0,618	0,839
družinska samopodoba	48,68	7,85	0,653	0,787
socialna samopodoba	48,00	6,30	0,659	0,778
akademska samopodoba	44,00	6,54	0,447	0,988
identiteta	88,54	10,30	0,675	0,752
zadovoljstvo	79,46	10,04	0,528	0,943
vedenje	77,82	9,21	0,530	0,941
moja podoba zdaj*	47,85	10,81	0,673	0,756

*Opomba: $N = 14$; $N = 28$ za vse ostale lestvice.

Tri četrtine udeležencev vsake skupine je bilo v razmerju, 25 odstotkov pa je bilo samskih. Struktura skupin je bila zelo podobna tudi glede na stopnjo izobrazbe. Povprečni čas izobraževanja udeležencev z amputacijo roke je znašal 11,6 leta, pri osebah z nespremenjeno telesno shemo pa 12,4 leta.

Pri vseh udeležencih z amputacijo roke je bila le-ta posledica nesreče, v večini primerov na delovnem mestu. V tabeli 1 so zbrani podatki o vrsti amputacije oziroma proteze.

Tabela 1: Vrste protez.

Proteza	leva	desna	skupaj
estetska	3	7	10
funkcionalno-mehanska	2	2	4
skupaj	5	9	14

Povprečni čas od amputacije je znašal 21,5 leta. Štirje udeleženci se s stanjem po amputaciji spoprijemajo manj kot pet let, eden je bil amputiran med 6. in 15. letom, dva med 16. in 25. letom, dva med 26. in 35. letom, eden med 50. in 60. letom in eden nad 60 leti.

Rezultati testa Kolmogorova in Smirnova kažejo, da pri nobenem skupnem dosežku porazdelitev ne odstopa statistično značilno od normalne (tabela 2). Zato smo v nadaljnji analizi uporabili parametrične statistične metode.

V nadaljevanju smo 15 skupnih dosežkov primerjali pri štirinajstih parih udeležencev s parnim testom t (tabela 3). Rezultati kažejo na statistično značilne razlike med skupinama na lestvici distribucije odgovarjanja, ki predstavlja število ekstremnih odgovorov, torej število odgovorov z 1

Tabela 3: Opisne statistike in statistični testi za primerjavo povprečij med skupinama.

Lestvica	Skupina po amputaciji roke		Kontrolna skupina		t	p
	povprečje	SD	povprečje	SD		
nekonsistentno odgovarjanje	6,00	1,66	5,21	1,63	1,299	0,241
samokritičnost	27,71	3,60	24,00	3,64	2,815	0,015
socialna zaželenost	12,63	3,37	12,93	4,07	-0,238	0,816
distribucija odgovarjanja	34,86	22,15	23,00	15,26	2,076	0,048
splošna samopodoba	294,71	32,05	285,86	32,47	0,770	0,455
konfliktnost	-1,07	14,06	-2,86	8,11	0,449	0,661
telesna samopodoba	51,64	7,44	52,93	8,73	-0,509	0,620
moralna samopodoba	49,71	4,92	46,71	4,30	1,847	0,088
osebna samopodoba	49,93	5,69	48,07	5,99	0,897	0,386
družinska samopodoba	48,00	9,00	49,00	6,34	-0,322	0,752
socialna samopodoba	49,71	6,88	46,07	5,36	1,717	0,110
akademska samopodoba	45,71	4,91	43,07	7,40	1,156	0,268
identiteta	88,57	10,67	89,00	10,67	-0,114	0,911
zadovoljstvo	81,29	10,77	77,64	9,28	0,987	0,342
vedenje	79,14	9,14	76,43	9,44	0,827	0,423

Opomba: N = 24; df = 13 za vse parne teste t.

(sploh ne drži) ali 5 (povsem drži), ter na lestvici samokritičnosti. Iz opisne statistike lahko razberemo, da je tovrsten trend odgovarjanja statistično značilno višji v skupini oseb po amputaciji roke. Osebe z izkušnjo amputacije roke so v splošnem odgovarjale z višjim številom ekstremnih odgovorov.

Podrobneje smo pogledali rezultate lestvice »distribucija odgovorov«. Povprečna vrednost na tej lestvici je sicer v mejah normale, a zanimiva je tudi analiza, usmerjena na posameznike oziroma primerljive pare. Če surove dosežke posameznikov iz obeh skupin povežemo s pripadajočimi standardiziranimi T-vrednostmi, opazimo razlike v pogostosti ekstremnih odgovorov med skupinama. Kot ekstremni so obravnavani surovi dosežki s pripadajočo T-vrednostjo, ki je manjša ali enaka 40 oziroma večja ali enaka 60. Iz tabele 4 je razvidno, da je v skupini oseb po amputaciji roke takih posameznikov polovica, medtem ko v kontrolni skupini tem merilom ustrezajo le trije udeleženci.

Nato smo med lestvicami vprašalnika TSCS-2 izračunali Spearmanove koeficiente korelacije (tabela 5). Rezultati lestvic "nekonsistentno odgovarjanje" in "samokritičnost" ne kažejo statistično značilnih povezav z drugimi lestvicami, ki so se izkazale kot medsebojno povezane.

Preverili smo tudi zanesljivost obeh uporabljenih vprašalnikov. V ta namen smo izračunali Cronbachov koeficient α za posamezen skupni dosežek in za obe skupini udeležencev. Vrednost koeficienta je povsod presegla 0,88, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti. Vrednost koeficienta α za celotno testno baterijo znaša 0,90. Nekoliko nižjo zanesljivost dosega del, ki je namenjen le osebam po amputaciji, in sicer znaša koeficient α 0,73.

Tabela 4: Standardizirane vrednosti na lestvici »distribucija odgovorov«.

Par	Skupina po amputaciji roke		Kontrolna skupina	
	surovi dosežek	vrednost T	surovi dosežek	vrednost T
1	49	59	16	41
2	5	30	21	45
3	59	61	49	59
4	9	35	3	29
5	35	52	17	42
6	72	74	37	53
7	45	57	15	41
8	50	60	46	58
9	46	58	35	52
10	1	26	22	46
11	26	48	7	32
12	32	51	0	20
13	58	64	12	45
14	8	37	34	52
Število	T ≤ 40	4		3
	T ≥ 60	3		0

RAZPRAVA

V raziskavi smo poskušali ugotoviti značilnosti samopodobe oseb po amputaciji roke. Predpostavljali smo, da je v skupini oseb po amputaciji zgornjega uda splošna samopodoba nižja kot pri osebah s popolno telesno shemo. Razlike smo pričakovali predvsem na področju doživljanja telesne samopodobe ter prisotnost obrambnega varovalnega vedenja v tej skupini udeležencev.

Tabela 5: Spearmanovi koeficienti korelacije med dosežki na lestvicah.

Lestvica	SC	FG	RD	PHY	MDR	PER	FAM	SOC	ACA	TOT	NEG	IDN	SAT	BHV	CON
INC	-0,069	-0,003	0,187	-0,035	-0,016	0,071	-0,037	0,12	-0,066	-0,008	-0,060	0,028	0,078	-0,043	0,18
SC		-0,322	0,17	-0,301	0,09	-0,010	-0,057	0,192	-0,046	-0,039	-0,079	-0,081	0,052	0,006	-0,086
FG			0,486**	0,817**	0,298	0,595**	0,391*	0,440*	0,458*	0,643**	0,502**	0,641**	0,484**	0,603**	0,248
RD				0,657**	0,762**	0,882**	0,706**	0,893**	0,474*	0,886**	0,761**	0,839**	0,852**	0,857**	-0,088
PHY					0,616**	0,841**	0,484**	0,628**	0,530**	0,856**	0,797**	0,845**	0,722**	0,810**	-0,090
MDR						0,847**	0,620**	0,785**	0,421*	0,845**	0,805**	0,759**	0,846**	0,821**	-0,281
PER							0,612**	0,832**	0,573**	0,948**	0,904**	0,881**	0,916**	0,881**	-0,216
FAM								0,597**	0,239	0,730**	0,673**	0,726**	0,738**	0,701**	-0,176
SOC									0,500**	0,861**	0,800**	0,765**	0,851**	0,877**	-0,220
ACA										0,656**	0,608**	0,497**	0,388*	0,605**	-0,113
TOT											0,923**	0,918**	0,898**	0,957**	-0,196
NEG												0,865**	0,870**	0,862**	-0,502**
IDN													0,807**	0,874**	-0,210
SAT														0,818**	-0,251
BHV															-0,173

Opombe: INC – nekonsistentno odgovarjanje, SC – samokritičnost, FG – socialna zaželenost, RD – distribucija odgovarjanja, PHY – splošna samopodoba, CON – moralna samopodoba, PER – osebna samopodoba, FAM – družinska samopodoba, SOC – socialna samopodoba, ACA – akademska samopodoba, IDN – identiteta, SAT – zadovoljstvo, BHV – vedenje, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Če se navežemo najprej na rezultate, zbrane v tabeli 4, vidimo, da je med udeleženci po amputaciji roke na lestvici distribucija odgovorov nakazan trend po dajanju ekstremnih vrednosti. Ob tem omenimo značilnosti ekstremnih vrednosti, ki jih podajata Fitts in Warren (20): T-vrednosti, ki so manjše ali enake 40, naj bi bile značilne za posameznike z zelo nejasno in razpršeno predstavo o samem sebi, hkrati pa bi naj bilo pri njih pomembno zvišano obrambno varovalno vedenje. Po drugi strani naj bi posamezniki, katerih surovi rezultati pripadajo T-vrednostim, ki so enake ali višje od 60, točno vedeli, kako doživljajo svojo samopodoba, pri čemer ne smemo zanemariti pogoste težnje k dajanju ekstremnih odgovorov. Prav tako gre lahko za impulziven način odgovarjanja. Tako kot pri nizkih rezultatih je tudi tukaj pogosto odgovarjanje pod vplivom delovanja obrambnih varovalnih mehanizmov, ki bi naj bili z veliko gotovostjo prisotni pri posameznikih, katerih T-vrednosti so enake ali pa presegajo vrednost 70.

Avtorja tennesseejske lestvice koncepta sebe (20) navajata prav lestvico distribucije odgovorov kot najpomembnejšo mero veljavnosti. Pojasnjujeta, da je omenjena lestvica vpeta v vse druge lestvice. Spearmanovi ρ -koeficienti korelacije, prikazani v tabeli 5, to teorijo potrjujejo. Nadalje pišeta, da ekstremne vrednosti na tej lestvici močno izkrivljajo rezultate na preostalih. Svetujeta, da je treba v tovrstnih primerih rezultate vprašalnika interpretirati zelo previdno, saj se v kombinaciji z intervjujem ali kakim drugim osebnim pristopom k posamezniku v večini primerov izkažejo kot neveljavni. Kombinacija različnih pristopov zviša objektivnost (20).

Tudi mi smo med zbiranjem podatkov z vsakim udeležencem navezali osebni stik in opravili krajši pogovor, ki je bil usmerjen predvsem na doživljanje trenutnega počutja in sprejemanje telesnega stanja ter načina življenja po amputaciji roke (15–19). Pri večini oseb po amputaciji roke smo med pogovorom zaznali delovanje predvsem dveh obrambnih mehanizmov – mehanizma zanikanja, ko se oseba ne zmore spoprijeti s preveč bolečim dejstvom in ga kljub jasnim dokazom ne priznava, ter mehanizma kompenzacije, pri katerem poskuša posameznik pomanjkljivosti, ki se kažejo na nekem področju, popraviti oziroma nadomestiti z dokazovanjem na drugem področju, na katerem dosega uspehe in se počuti močnega. Udeleženci so skladno s tem poročali o ekstremnih športnih udejstvovanjih, pogosto pa so izpostavili nemoteno opravljanje fizičnih aktivnosti, ki jih zmorejo kljub zmanjšani zmožnosti delovanja, ki je nastala kot posledica amputacije zgornjega uda. Slednje lahko povežemo s statistično značilno višjimi rezultati na lestvici samokritičnosti. Višji rezultati na tej lestvici namreč nakazujejo nezadovoljstvo z običajnim vedenjem in posledično strogost do samega sebe, ki se velikokrat izraža skozi ekstremna odstopanja. Fitts in Warren (20) omenjata to kot obliko obrambnega vedenja. Slednje se povezuje in podpira dejstvo, da mora posameznik v položaju, ko je ogroženo njegovo pozitivno stališče do sebe oziroma

zadovoljstva s seboj, svojo samopodobo potrjevati prek obrambnega varovalnega vedenja. Eden izmed udeležencev je tovrstno spoprijemanje s položajem jasno nakazal z mislijo: »Kaj pa, če na vprašalnik odgovarjam tako, kot vem, da bi bilo prav, in ne v skladu s tem, kar res čutim in mislim?« Vprašljivi so tudi rezultati na lestvici moja podoba zdaj, na kateri je razpršenost rezultatov velika, kar ponovno nakazuje ekstreme. Rezultati so pokazali, da bi bilo ob vnovični uporabi vprašalnika morda smiselno razmisliti o preoblikovanju tretje, dvanajste in šestnajste postavke. Zaradi majhnega vzorca pa o tem ne moremo dokončno sklepati.

Telesni »jaz« ima hkrati tudi močan socialni izvor in vsebino. Tako se vlogi telesa kot dražljaja jazu in dražljaja drugim v veliki meri pokrivata (7, 9, 11). Slednje podpirajo tudi rezultati v tabeli 3, kjer je parna primerjava socialne samopodobe na meji statistične značilnosti in so bili dosežki v skupini oseb po amputaciji roke v povprečju višji. Doživljanje svojega telesa vpliva na socialno vedenje. Odnos med njima ima značaj socialnega pritiska k podrejanju in k uskladitvi (konformiranju) s prevladujočimi socialnimi normami (4). Pri posameznikih iz eksperimentalne skupine so višje ocene lahko prav posledica tega, da je treba primanjkljaj, ki je nastal zaradi amputacije, nadomestiti, kompenzirati s socialnimi odnosi, ki vsaj navidezno zvišajo občutke zadovoljstva in pomembnosti.

Vprašljivo veljavnost rezultatov potrjujejo tudi ugotovitve o povezanosti časovnega intervala, ki je pretekel od amputacije, in posameznih skupnih dosežkov (16, 17). Omenjene povezave se niso pokazale kot statistično značilne na nobeni lestvici, smo pa med pogovorom z udeleženci opazili čustven način spoprijemanja z nastalim položajem predvsem pri osebah z razmeroma svežo amputacijo (do 5 let). To je po večini izmed teorij (17–19), ki opisujejo proces žalovanja, normalen pojav, ki poleg intenzivnejšega čustvovanja vključuje tudi prilagajanje na nastali položaj z zanikanjem in delovanjem drugih obrambnih varovalnih mehanizmov.

Ob morebitnih ponovitvah študije priporočamo vključitev večjega vzorca. Vsekakor bi bila zanimiva primerjava doživljanja sebe med skupinami oseb z različnimi vrstami amputacij (roka, noga, epiteze itn.). Kot temeljni prispevek študije dojemamo odsotnost veljavnosti rezultatov, do katere je prišlo kljub visoki zanesljivosti vprašalnika. To kaže na velike težave v procesu spoprijemanja s položajem po amputaciji zgornjega uda, ki so še posebno povezane z novo, spremenjeno telesno shemo. Med pogovori z udeleženci smo zaznali prisotnost delovanja obrambnih varovalnih mehanizmov, ki posledično vplivajo na njihovo vedenje, mišljenje in čustvovanje. Za učinkovitejše spoprijemanje s spremenjeno telesno shemo in načinom življenja, predvsem v obdobju prvih petih let, bi bila vsekakor dobrodošla in zaželeno strokovna podpora, kar so predlagali tudi nekateri udeleženci.

Literatura:

1. Benedik E. Doživljanje samega sebe in pomembnih drugih oseb psihiatričnih bolnikov [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2000.
2. Sheldon AP, Renwick R, Yoshida KK. Exploring body image and self-concept of men with acquired spinal cord injuries. *Am J Mens Health* 2011; 5: 306–17.
3. Epstein S. The self-concept revisited: or a theory of a theory. *Am Psychol* 1973; 28: 401–16.
4. Rakovec-Felser, Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. 1. natis. Maribor: Založba Pivec; 2009.
5. Avsec, A, et al. Psihodiagnostika osebnosti. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2007.
6. Ajala MA. Psycho-social correlates of adjustment in adult amputees. *Ife Psychol* 2011; 19: 191–8.
7. Saradjian A, Thompson AR, Datta D. The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: positive coping and minimizing feeling different. *Disabil Rehabil* 2008; 30: 871–83.
8. Demet K, Martinet N, Guillemin F, Paysant J, Andre JM. Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 480–6.
9. Rybarczyk B, Behel J, Szymanski L. Limb amputation. V: Frank RG, Rosenthal M, Caplan B, eds. *Handbook of rehabilitation psychology*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2010. p. 29–42.
10. Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil* 2011; 26: 180–91.
11. Racy JC. Psychological adaptation to amputation. V: Browker JH, Mishael JW, eds. *Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic and rehabilitation principles*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 707–17.
12. Gallagher P, MacLachan M. Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthet Orthot Int* 2000; 24: 196–204.
13. Burger H. Prihodnost rehabilitacije ljudi po amputaciji uda ter protetike in ortotike. *Rehabilitacija* 2009; 8: 42–7.
14. Burger H. Rehabilitacija ljudi po amputaciji. *Rehabilitacija* 2010; 9: 114–20.

15. Breackey JW. Body image: the lower-limb amputee. *J Prosthet Orthot* 1997; 9: 58–66.
16. Sousa AI, Corredeira R, Pereira AL. The body in persons with an amputation. *Adapt Phys Activ Q* 2009; 26: 236–58.
17. Bosmans J, Suurmeijer TP, Hulsink M, van der Schans CP, Geertzen JH, Dijkstra PU. Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *Int J Rehabil Res* 2007; 30: 1–8.
18. Murray C. Being like everybody else: the personal meanings of being a prosthesis user. *Disabil Rehabil* 2009; 31: 573–81.
19. Kejlaa GH. The social and economic outcome after upper limb amputation. *Prosthet Orthot Int* 1992; 16: 25–31.
20. Fitts WH, Warren WL. Tennessee self-concept scale: TSCS-2. 2nd ed. Los Angeles: Western Psychological Services; 1996.
21. Brejc T, Štante M. Tennesseejska lestvica koncepta jaza: predstavitev in nekaj prvih izkušenj. V: Gregorač J, ur. *Posvetovanje psihologov Slovenije*, Portorož, november 1983. Ljubljana: Društvo psihologov SR Slovenije, 1984: 291–7.