

# Osobine ličnosti, strategije suočavanja sa stresom i psihosocijalna prilagodba kod osoba s amputacijom ekstremiteta

---

Grgurinović, Vana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:955768>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom](#).

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
University of Zagreb  
Faculty of Humanities  
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb  
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**OSOBINE LIČNOSTI, STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM I  
PSIHOSOCIJALNA PRILAGODBA KOD OSOBA S AMPUTACIJOM  
EKSTREMITETA**

Diplomski rad

Vana Grgurinović

Mentor: dr.sc. Ana Butković

Zagreb, 2019.

## SADRŽAJ

UVOD .....	1
<i>Psihosocijalna prilagodba na amputaciju</i> .....	2
<i>Strategije suočavanja sa stresom</i> .....	4
<i>Osobine ličnosti i Velikih pet</i> .....	7
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE .....	11
METODOLOGIJA.....	12
<i>Sudionici</i> .....	12
<i>Postupak</i> .....	13
<i>Instrumenti</i> .....	14
REZULTATI.....	17
<i>Preliminarne analize</i> .....	17
<i>Analiza podataka</i> .....	18
<i>Demografske varijable i varijable povezane s amputacijom</i> .....	19
<i>Strategije suočavanja sa stresom</i> .....	20
<i>Osobine ličnosti</i> .....	22
RASPRAVA .....	23
<i>Demografske varijable i varijable povezane s amputacijom</i> .....	23
<i>Strategije suočavanja sa stresom</i> .....	24
<i>Osobine ličnosti</i> .....	26
<i>Metodološka ograničenja i preporuke za buduća istraživanja</i> .....	27
ZAKLJUČAK .....	29
REFERENCE.....	30

## **Osobine ličnosti, strategije suočavanja sa stresom i psihosocijalna prilagodba kod osoba s amputacijom ekstremiteta**

### **Personality traits, coping with stress and psychosocial adjustment in patients with limb amputation**

Vana Grgurinović

#### **SAŽETAK**

Amputacija je često šokantno iskustvo za pojedinca, koje može rezultirati brojnim psihološkim posljedicama, ako se osoba s tim ne nauči adekvatno nositi. Relativno je malo istraživanja koja se bave psihosocijalnom prilagodbom i varijablama koje na prilagodbu utječu kod pojedinaca s amputacijom. Cilj našeg istraživanja bio je ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe s nekim sociodemografskim čimbenicima i čimbenicima usko povezanim s amputacijom. Osim toga, htjeli smo ispitati odnos osobina ličnosti i strategija suočavanja sa stresom sa psihosocijalnom prilagodbom nakon amputacije. U istraživanju su sudjelovale 63 osobe, od čega 51 muškarac i 12 žena u dobi od 27 do 86 godina. Za ispitivanje osobina ličnosti korišten je The Next Big Five Inventory (BFI 2), za ispitivanje strategija suočavanja sa stresom COPE 60, a za psihosocijalnu prilagodbu te demografske i varijable povezane s amputacijom upitnik TAPES-R. Rezultati istraživanja su pokazali da su mlađa dob, više vremena proteklo od amputacije te veće zadovoljstvo estetikom i funkcijom proteze povezani s boljom psihosocijalnom prilagodbom. Ekstraverzija, ugodnost i otvorenost povezane su s boljom psihosocijalnom prilagodbom, dok je negativna emocionalnost povezana s lošijom psihosocijalnom prilagodbom. Za strategije suočavanja sa stresom nisu dobivene značajne povezanosti s psihosocijalnom prilagodbom.

Ključne riječi: psihosocijalna prilagodba, amputacija, osobine ličnosti, strategije suočavanja sa stresom

#### **ABSTRACT**

Amputation is often shocking experience for an individual, which can result in various psychological consequences, if a person doesn't learn how to deal with it adequately. There is relatively little research regarding psychosocial adjustment and variables that influence adjustment in patients with limb amputation. The aim of this study was to examine the relationship between psychosocial adjustment and some sociodemographic factors and amputation-related factors. Also, we wanted to examine the relationship of personality traits, coping strategies and psychosocial adjustment in patients with limb amputation. There were 63 participants in this study. The sample consisted of 51 men and 12 women between the age of 27 and 86. The Next Big Five Inventory (BFI 2) was used to assess personality traits, COPE 60 was used to assess coping strategies and TAPES-R was used to measure psychosocial adjustment, demographic and amputation-related variables. The results show that younger age, more time elapsed since amputation and greater aesthetic and functional satisfaction with prosthesis correlate with better psychosocial adjustment. Extraversion, agreeableness and open-mindedness correlate with better psychosocial adjustment and negative emotionality correlates with poorer psychosocial adjustment. There were no significant correlations found between coping strategies and psychosocial adjustment.

Key words: psychosocial adjustment, amputation, personality traits, coping strategies

## UVOD

Gubitak ekstremiteta pojedincu donosi brojne fizičke i psihosocijalne izazove, uključujući promjene u tjelesnoj slici i načinu života, promjene u samopoimanju, teškoće u fizičkom funkcioniranju, uporabu proteze i različite vrste boli (Desmond i MacLachlan, 2006). Osim toga, moguće su i neke ekonomske promjene (gubitak zaposlenja, promjena profesije) i promjene u stilu života. Mnogi pojedinci funkcioniraju dobro, no jedan dio osoba koji su proživjeli amputaciju doživljava klinički značajne psihološke i socijalne probleme. Prema Bennett (2016), gubitak uda je usporediv s gubitkom voljene osobe. Neki autori tvrde da pacijent s amputiranim udom prolazi kroz nekoliko faza tugovanja nakon amputacije, slično kao i kod ostalih gubitaka. Prvo proživljava poricanje, zatim ljutnju, odgađanje, depresiju i konačno, prihvatanje. Međutim, mnogi ostanu u fazi depresije te je iz tog razloga bitno da pacijenti imaju omogućenu psihološku pomoć da ih stručnjaci pripreme na sve što ih čeka te da im pomognu proći kroz proces tugovanja (Spiess, McLemore, Zinyemba, Ortiz i Meyr, 2014).

Pod pojmom amputacija podrazumijeva se djelomično ili potpuno kirurško odstranjivanje dijela tijela, najčešće zbog spašavanja života pacijenta. U većini slučajeva radi se o amputacijama gornjih ili donjih ekstremiteta. Nakon amputacije slijedi rehabilitacija, koja se definira kao „kompleksan proces u kojem se osobi koja je doživjela gubitak uda, uz stručnu podršku, pomaže da se adaptira na protezu, kao artifičijelni nadomjestak izgubljenog dijela tijela te da uz primjenu proteze postigne maksimalno moguću neovisnost u svim područjima života, sa što boljom kvalitetom življenja“ (Kovač i sur., 2015; str. 183).

Razlozi za amputaciju najčešće se dijele u tri skupine. Amputacije su u najvećoj mjeri rezultat vaskularnih problema, odnosno kroničnih bolesti te pogađaju većinom stariju populaciju. Bolesti kod kojih najčešće dolazi do potrebe za amputacijom su dijabetes, periferna vaskularna bolest i karcinom. Zatim, u drugu skupinu spada većinom mlađa, aktivna populacija ljudi kod kojih je amputacija posljedica nesreće, odnosno traume i njih je značajno manje. U posljednju skupinu, čija je incidencija

najmanja od sve tri skupine spadaju osobe kod kojih je do amputacije došlo zbog kongenitalnih (prirođenih) anomalija. Prema kvantitativnim podacima iz SAD-a, uzroci amputacije su dominantno vaskularne etiologije, prisutni u 82% slučajeva. Nadalje, na drugom mjestu su ozljede sa 16% slučajeva, dok su amputacije kao posljedica tumora zastupljene u 0,9%, a kao posljedica kongenitalnih anomalija u 0,8% slučajeva (Kovač i sur., 2015). Osoba koja je doživjela amputaciju se tijekom kompleksnog procesa protetičke rehabilitacije adaptira na protezu, koja je umjetni nadomjestak izgubljenoga dijela ekstremiteta te postiže restituciju hoda i ostalih lokomotornih aktivnosti. Cilj proteze je vratiti staru sliku o sebi i popraviti funkcioniranje na kozmetički prihvatljiv način. Nakon amputacije, kada pacijenti vraćaju snagu i razvijaju sigurnost što se fizičkog aspekta amputacije tiče, njihov fokus se prebacuje na to kako se emocionalno, odnosno psihički nositi s gubitkom ekstremiteta (Gallagher i MacLachlan, 2000). Po biopsihosocijalnom modelu, medicinsku rehabilitaciju pacijenata bi trebala pratiti i adekvatna psihološka i socijalna rehabilitacija, kako bi se ostvario konačni cilj rehabilitacije, a to je uspješna reintegracija osobe u život sa stilom koji je što sličniji onom koji je prethodio amputaciji (Kovač i sur, 2015).

### *Psihosocijalna prilagodba na amputaciju*

Horgan i MacLachlan (2004) svrstali su čimbenike koji utječu na psihosocijalnu prilagodbu u tri skupine. Prva se odnosi na čimbenike usko vezane uz amputaciju kao što su razina i uzrok amputacije, vrijeme proteklo od amputacije, zadovoljstvo protezom te rezidualna i fantomska bol. U drugu skupinu spadaju neki sociodemografski čimbenici poput spola, dobi, bračnog statusa, ekonomske situacije i socijalne podrške. Treća skupina uključuje strategije suočavanja i osobine ličnosti. Od navedenih čimbenika, važnim za predviđanje uspješnije prilagodbe na amputaciju i život s protezom, pokazalo se vrijeme proteklo od amputacije, razina amputacije, socijalna podrška, zadovoljstvo protezom te strategije suočavanja usmjerene na rješavanje problema. Osim toga, odlučnost, upornost, pozitivno razmišljanje, silazna socijalna usporedba i gledanje na amputaciju kao na izazov i vrijedno iskustvo koje pomaže u izgradnji karaktera su također osobine koje su povezane s boljom prilagodbom (Gallagher, Desmond i MacLachlan, 2008).

Neke od varijabli, koje su najviše istraživane kao mogući prediktori uspješnosti psihosocijalne prilagodbe kod osoba s proživljenom amputacijom, svakako su čimbenici usko povezani s amputacijom. Razina amputacije se u nekim istraživanjima povezuje s lošijim rezultatima rehabilitacije i višim razinama ograničenja aktivnosti, u smislu da su osobe s natkoljениčnom amputacijom pokazivale lošije rezultate (Horgan i MacLachlan, 2004). Međutim, unatoč tome, oni pojedinci koji su imali natkoljениčne amputacije većinom nisu pokazivali lošiju psihosocijalnu prilagodbu (Shukla, Sahu, Tripathi i Gupta, 1982; Behel, Rybarczyk, Elliott, Nicholas i Nyenhuis, 2002). Zanimljivo je da je jedno istraživanje, koje je pronašlo povezanost između razine amputacije i prilagodbe, pokazalo da su pojedinci s podkoljениčnom amputacijom pokazivali lošiju prilagodbu, odnosno, više razine depresije nego oni s natkoljениčnom amputacijom. U objašnjenju ovog nalaza je predložena mogućnost da su pojedinci s podkoljениčnom amputacijom manje ozbiljno onesposobljeni u funkcioniranju od onih s natkoljениčnom amputacijom, pa više uspoređuju svoje sposobnosti funkcioniranja sa svojim premorbidnim stanjem te su osjetljiviji na razlike između sebe i fizički sposobnih pojedinaca (O'Toole, Goldberg i Ryan, 1985).

Sljedeći čimbenik koji se dovodi u vezu s psihosocijalnom prilagodbom jest uzrok amputacije. U istraživanju Gerhardsa, Florina i Knappa (1984) se pokazalo da su oni, kod kojih je amputacija posljedica bolesti i koji su bili uvjereni u nužnost obavljanja amputacije, pokazivali bolju prilagodbu nego oni kod kojih je do amputacije došlo iznenada, radi proživljene traume. Osim ovoga, većina istraživanja ne pokazuje povezanost uzroka amputacije sa psihosocijalnom prilagodbom (Shukla i sur., 1982; Rybarczyk i sur., 1992).

Što se tiče vremena proteklog od amputacije, rezultati nisu jednoznačni. U nekim istraživanjima nije pronađena veza između vremena proteklog od amputacije i psihosocijalne prilagodbe (Behel i sur., 2002; Rybarczyk i sur., 1992), a u nekima je dobiveno da je prilagodba sudionika bolja, što je više vremena proteklo od amputacije (Rybarczyk, Nyenhuis, Nicholas, Cash i Kaiser, 1995; Livneh, Antonak i Gerhardt, 1999). Što se tiče povezanosti slike o tijelu i vremena proteklog od amputacije, neka kvalitativna istraživanja o amputaciji, ali i o fizičkom invaliditetu općenito, pokazuju da prihvaćanje promijenjene slike tijela raste s vremenom (Horgan i MacLachlan, 2004).

Nadalje, veće zadovoljstvo protezom se pokazalo kao prediktor bolje prilagodbe, a Wittkower (1947; prema Horgan i MacLachlan, 2004) je predložio da proteza, osim u funkcionalne svrhe, služi i kao alat za prikrivanje amputacije i vraćanje „normalne“ ili „netaknute“ tjelesne slike. Prema Horgan i MacLachlan (2004), povezanost između fantomske boli i pojavljivanja stresa zabilježena je u nekim istraživanjima, međutim, istraživači fantomske boli podržavaju ideju da kronična bol dovodi do povećane depresije i anksioznosti, a ne fantomska bol sama po sebi. Slična je situacija i kod rezidualne boli (boli u batrljku), s tim da rezidualna bol može imati veći utjecaj na razinu aktivnosti pa time dovesti do slabije prilagodbe na ograničenja.

Sljedeća skupina čimbenika za koju se pretpostavilo da bi mogla imati utjecaja na psihosocijalnu prilagodbu kod osoba s amputacijom su sociodemografski čimbenici. U postojećim istraživanjima u području, uglavnom nisu dobivene povezanosti varijabli dobi i spola s prilagodbom (Shukla i sur., 1982; Rybarczyk i sur., 1992; Behel i sur., 2002). Međutim, u nekim istraživanjima su ipak dobivene neke razlike s obzirom na navedene varijable. Primjerice, Dunn (1996) je u svom istraživanju predložio da ograničenje aktivnosti može biti medijator veze između dobi i depresije, a Williamson i Schulz (1995) su pokazali da su mlađi pacijenti oboljeli od raka bili više pod stresom zbog ograničenja aktivnosti od onih starijih. Taj bi se nalaz mogao odnositi i na pacijente koji su proživjeli amputaciju. Ali i Haider (2017) zaključili su da se mlađi sudionici u istraživanju lošije nose s posljedicama amputacije budući da gubitak uda ograničava njihovu produktivnost i sposobnost za rad, što rezultira time da se osjećaju bezvrijedno i kao teret svojoj obitelji. Što se tiče spola, neka istraživanja su pokazala da se muškarci bolje nose s gubitkom ekstremiteta te da su žene depresivnije i imaju lošije rezultate na skali emocionalne prilagodbe (Kashani, Frank, Kashani, Wonderlich i Reid, 1983; O'Toole i sur., 1985). S druge strane, Ali i Haider (2017) pokazali su da su muškarci više psihološki uznemireni zbog amputacije nego žene.

### *Strategije suočavanja sa stresom*

U suvremenoj psihologiji malo tema dobiva toliko pažnje istraživača koliko dobiva stres. Istraživači vjeruju da je stres jedan od bitnijih faktora koji utječu na živote ljudi, da je usko povezan s mentalnim zdravljem te da je vjerojatno povezan i s brojnim



problemima fizičke naravi. Pojam stresa u značenju sličnom današnjem su među prvima koristili Cannon (1932, prema Hobfoll, 1989) i Selye (1950, prema Hobfoll, 1989). Međutim, oni su stres tumačili isključivo kroz tjelesne reakcije organizma. Među najpoznatijim suvremenim teorijama stresa je ona Lazarusa i Folkman (1984) koja kaže da je stres rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Razlog proučavanju strategija suočavanja sa stresom leži u pokušaju da razumijemo zašto se ljudi toliko razlikuju u svojim reakcijama na naočigled iste važne životne događaje te kako su različite reakcije povezane s općenitom dobrobiti (Gallagher i MacLachlan, 1999)

Gubitak ekstremiteta i nošenje proteze donose brojne izazove i stresove koji zahtijevaju adekvatnu prilagodbu. suočeni sa stresnom situacijom, pojedinci se razlikuju u reakcijama koje u konačnici mogu pridonijeti više ili manje poželjnim ishodima. Lazarus i Folkman (1984) definirali su suočavanje sa stresom kao stalno mijenjanje kognitivnih i ponašajnih nastojanja kako bi se svladali specifični vanjski ili unutarnji zahtjevi koji su procijenjeni kao opterećujući ili da nadilaze mogućnosti osobe. Njihov model suočavanja sa stresom pretpostavlja da, uz ličnost osobe i obilježja bolesti, stilovi suočavanja i psihosocijalni resursi osobe potrebni za suočavanje imaju važnu ulogu u ishodu bolesti.

U istraživanjima Lazarusa i Folkmana spominju se dva osnovna načina suočavanja sa stresom, podijeljena na taj način zbog funkcije koju imaju (Carver, Scheier i Weintraub, 1989). Prvi je suočavanje usmjereno na problem u kojem osoba pokušava konstruktivno riješiti problem, aktivnim i izravnim mjerama te prevenirati pojavljivanje problema u budućnosti. U suočavanje usmjereno na problem spadaju isticanje pozitivnog odnosno reinterpretacija, traženje informacija, potiskivanje kompeticijskih aktivnosti i promišljeno rješavanje problema. Drugi način je suočavanje usmjereno na emocije u kojem osoba pokušava promijeniti emocije koje stres izaziva, dok sam izvor stresa i stresna situacija ne trebaju biti promijenjeni. U ovaj način suočavanja ubrajamo izražavanje emocija i socijalnu emocionalnu podršku. Međutim, iako ova dva načina imaju različitu funkciju nisu međusobno isključiva. Dobivena je snažna empirijska potvrda za ideju da se oba načina obično javljaju zajedno pri suočavanju sa stresnim situacijama. Oba načina suočavanja pojavljivala su se u 98%

stresnih događaja kod muškaraca i žena srednje dobi (Folkman i Lazarus, 1980) te u 94% samoiskaza studenata u stresnim ispitnim situacijama (Folkman i Lazarus, 1985).

Endler i Parker (1990) smatraju da osim ta dva načina suočavanja postoji i treći, a to je izbjegavanje, koje se odnosi na kognitivne, emocionalne i ponašajne pokušaje udaljevanja od izvora stresa ili od psihičkih ili tjelesnih reakcija na stresor. Neke od strategija koje se ubrajaju u stil izbjegavanja su negiranje, potiskivanje emocija, korištenje humora i pretjerano konzumiranje supstanci.

Literatura koja povezuje strategije suočavanja sa stresom i psihosocijalnu prilagodbu na amputaciju je relativno oskudna i karakterizira ju nekoliko metodoloških problema, koji ograničavaju generabilnost tih istraživanja i dovode njihove zaključke u pitanje. Desmond i MacLachlan (2006) navode prvo da su uzorci u takvim istraživanjima većinom mali, zbog specifičnosti populacije o kojoj se radi. Drugo, istraživanja koja i postoje uglavnom se bave fantomskom boli koja se, iako je čest fenomen, pokazala da nije jakog intenziteta, uznemirujuća niti ometa pojedince u svakodnevnom životu. Treće, postojeća istraživanja se u procjenama koriste mjerama suočavanja validiranim na općoj populaciji te stoga nema podataka o psihometrijskim svojstvima tih mjera na populaciji pojedinaca s amputacijom.

Ne postoji konsenzus oko toga koje su strategije najučinkovitije u rješavanju poteškoća, međutim, podaci većinom ukazuju na to da, dugoročno, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje se pokazuju manje adaptivnim od strategija suočavanja usmjerenih na problem, koje su povezane s poželjnijim ishodima (Lazarus i Folkman, 1984).

Livneh i sur. (1999) su na uzorku od 61 osobe s amputacijom pokazali da je aktivno rješavanje problema negativno povezano s depresijom i internaliziranom ljutnjom, a pozitivno sa prilagodbom i prihvaćanjem invaliditeta. Nasuprot tome, suočavanje usmjereno na emocije i mentalno izbjegavanje je pozitivno povezano sa simptomima depresije, eksternaliziranom hostilnošću i nedostatkom prihvaćanja invaliditeta.

Jedno od najopsežnijih istraživanja na temu odnosa strategija suočavanja sa stresom i psihosocijalne prilagodbe kod osoba s amputacijom je ono Desmonda i MacLachlana (2006). U tom istraživanju sudjelovalo je 796 osoba. Rezultati istraživanja su pokazali da su strategije izbjegavanja imale snažnu povezanost s lošijom prilagodbom i psihološkim stresom, dok su strategije suočavanja usmjerene na rješavanje problema imale negativnu povezanost s depresivnom i anksioznom simptomatikom. Nadalje, strategije traženja socijalne podrške imale su negativnu povezanost sa simptomima depresije i pozitivnu povezanost sa socijalnom adaptacijom. Također, strategije izbjegavanja su bile povezane sa slabijom prilagodbom na ograničenje, a traženje socijalne podrške i niži rezultati na izbjegavanju bili su povezani s boljom socijalnom prilagodbom.

Osim negativnih psiholoških i socijalnih promjena i posljedica amputacije koje izazivaju stres, zadnjih godina se naglasak stavlja i na istraživanje faktora otpornosti koji kod pojedinaca olakšavaju prilagodbu nakon amputacije te se sve češće proučavaju karakteristike pojedinaca kod kojih je amputacija dovela do poželjnijih ishoda. Primjer takvog istraživanja je istraživanje Tuncaya i Musabaka (2015) koji su na populaciji od 106 ratnih veterana s amputacijom donjih udova istraživali posttraumatski rast i strategije suočavanja. Pokazali su da su strategije suočavanja usmjerene na problem značajan prediktor posttraumatskog rasta. Pozitivni efekti određenih strategija suočavanja poput prihvaćanja, planiranja i aktivnog suočavanja i negativni efekti drugih, poput negiranja i ponašajnog izbjegavanja sugeriraju poželjnost češćeg korištenja strategija suočavanja usmjerenih na emocije i smanjenje korištenja strategija usmjerenih na emocije i izbjegavanje.

### *Osobine ličnosti i Velikih pet*

Ličnost je skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni, te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu (Larsen i Buss, 2008). Osobine ličnosti utječu na brojne aspekte našeg života. Budući da su relativno trajne i stabilne, mogli bi reći kako osobine ličnosti, uz situacijske faktore, kroje našu sudbinu. Utječu na to kako se

ponašamo, kako doživljavamo svijet oko sebe te kako reagiramo na okolnosti s kojima se susrećemo.

Kroz povijest je korišteno nekoliko pristupa istraživanju osobina ličnosti: leksički, statistički i teorijski. Leksički pristup zasnovan je na leksičkoj hipotezi, koju je vjerojatno među prvima prepoznao Sir Francis Galton, a ona kaže da će najvažnije individualne razlike u ljudskom ponašanju zasigurno biti kodirane kao izrazi u nekim ili svim svjetskim jezicima (Goldberg, 1990).

Nekoliko istraživača bilo je uključeno u inicijalno otkriće „Velikih pet“ dimenzija, međutim Goldberg je 1981. godine aktualizirao stare nalaze i predložio naziv Big five želeći naglasiti širinu svakog faktora. Pet faktora u modelu Velikih pet su: ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost i intelekt. Ovaj petofaktorski model potvrđen je na raznim uzorcima i jezicima, međutim postoje određena neslaganja oko petog faktora. Razlog tomu su kulturalne i jezične razlike, a najčešće je operacionaliziran kao kultura, intelekt, maštovitost, otvorenost prema iskustvima i slično (Larsen i Buss, 2008).

Nakon otkrića Velikih pet, proučavanjem postojećih upitničkih mjera ličnosti, utvrđeno je da većina pokriva faktore ekstraverzije i neuroticizma. Prvi upitnik koji je uključivao svih pet dimenzija ličnosti iz koncepta Velikih pet bio je NEO-PI-R, koji su razvili Costa i McCrae (1992). Upitnik se sastojao od 240 čestica i za razliku od većine upitnika, koji su razvijeni na studentskoj populaciji, ovaj upitnik bio je razvijen na populaciji srednje i starije dobi. The Big Five Inventory (BFI, Benet-Martínez i John, 1998) nastao je iz potrebe za kratkim instrumentom koji mjeri prototipske komponente Velikih pet. Sastojao se od 44 čestice i 5 skala koje predstavljaju faktore koji bi trebali zahvatiti sržne elemente ličnosti dobivene iz prethodnih studija, uzoraka i instrumenata (John, Naumann i Soto, 2008). Soto i John su 2017. razvili upitnik The Next Big Five Inventory (BFI-2), koji također mjeri prototipske komponente Velikih pet, s tim da je skala neuroticizma zamijenjena skalom negativne emocionalnosti.

Za razliku od strategija suočavanja sa stresom, za koje ipak možemo pronaći određeni broj istraživanja koja ispituju njihovu povezanost sa psihosocijalnom prilagodbom, još je manje istraživanja u području koja se bave odnosom osobina

ličnosti i psihosocijalne prilagodbe kod osoba s amputacijom. Na općenitoj razini, postoje istraživanja koja ispituju povezanost Big Five modela i psihosocijalne prilagodbe na općoj populaciji. Primjerice, Cox, Wilt, Olson i McAdams (2010) su na uzorku od 128 sudionika pokazali da su ekstraverzija, savjesnost, ugodnost i niži neuroticizam povezani s uspješnijom psihosocijalnom prilagodbom (kao mjere psihosocijalne prilagodbe istraživači su uzeli individualno blagostanje i pozitivnu društvenu angažiranost).

Prema našim saznanjima, nema ili ima jako malo istraživanja koja se bave osobinama Velikih pet u predikciji ili ispitivanju povezanosti s prilagodbom kod osoba s amputacijom. Osobine ličnosti koje se najčešće javljaju u istraživanjima na ovu temu su percipirana kontrola, optimizam, depresivnost i anksioznost (Horgan i MacLachlan, 2004). Zanimljiv je nalaz Gerhardsa i sur., (1984) koji su otkrili da ekstraverti i oni koji su skloni preuzimanju rizika prije amputacije, imaju niže razine depresije i tendenciju pokazivati bolje razine socijalne integracije nakon amputacije. Dunn (1996) je istaknuo da su dispozicija optimizma i više razine percipirane kontrole nad invaliditetom povezane s nižim razinama depresije i višim razinama samopouzdanja.

McDonald, Sharpe i Blaszczynski (2014) proveli su istraživanje u kojem su usporedili razinu anksioznosti i depresije te koncepcije slike tijela kod 50 pacijenata oboljelih od dijabetesa koji su prošli kroz amputaciju i 240 pacijenata oboljelih od dijabetesa koji nisu prošli kroz amputaciju. Nakon preliminarnih analiza, dobili su statistički značajnu razliku u razini depresivnosti kod dvije grupe pacijenata, s tim da su oni koji su doživjeli amputaciju izvještavali o većoj depresivnosti. Također, pokazivali su slabiju fizičku kvalitetu života i veće smetnje u vlastitoj slici tijela. Međutim, nakon što su kontrolirali demografske i medicinske varijable, sama amputacija se nije pokazala značajnim prediktorom depresivnosti ni fizičke kvalitete života, ali se pokazala značajnom u predikciji poremećaja u slici tijela. Autori su, kao moguće objašnjenje, više razine depresivnosti i slabiju iskazanu fizičku kvalitetu života pripisali općenito lošijem zdravstvenom statusu pacijenata s amputacijom.

Falgares, Lo Gioco, Verrocchio i Marchetti (2019) su na uzorku od 62 sudionika pokazali da su anksiozna privrženost i izbjegavajuća privrženost povezani sa suočavanjem usmjerenim na emocije, koje je nadalje povezano s depresijom,

anksioznošću kao stanjem i kao osobinom. Dakle, njihovi rezultati pokazali su da je suočavanje usmjereno na emocije medijator veze između anksiozne i izbjegavajuće privrženosti sa depresijom, anksioznošću kao stanjem i anksioznošću kao osobinom.

Woods, Hevey, Ryall i O'Keeffe (2018) bavili su se povezanosti seksualnog funkcioniranja, slike o tijelu, raspoloženja i anksioznosti kod 65 pacijenata s amputacijom donjeg ekstremiteta. Polovica ispitanika nije bila seksualno aktivna u trenutku provedbe istraživanja, a 60% seksualno aktivnih su pokazali klinički značajnu razinu opće seksualne disfunkcije. Nadalje, opća seksualna disfunkcija bila je povezana sa značajno višim razinama anksioznosti, depresivnosti i zabrinutosti zbog izlaganja tijela tijekom seksualnih aktivnosti.

Ne postoji mnogo istraživanja, pogotovo hrvatskih, koja se bave psihosocijalnim aspektom amputacije i psihološkom prilagodbom na život s protezom. Iako je poznato da su osobe s fizičkim oblikom invaliditeta pod većim rizikom od problema sa psihološkom i socijalnom adaptacijom (Wallander, Varni, Babani, Banis i Wilcox, 1988), malo pažnje je posvećeno osobama s amputacijom kao specifičnoj subgrupi na način da se ispita njihova prilagodba na invaliditet i da se otkriju specifični faktori koji mogu otežati prilagodbu (Gallagher i MacLachlan, 1999). Postojeća istraživanja se u većoj mjeri odnose na medicinske aspekte amputacije i njegu pacijenata te na fantomsku i rezidualnu bol nakon amputacije.

U Hrvatskoj je objavljeno jako malo znanstvenih radova na temu amputacije. Radovi koji jesu objavljeni su većinom pregledni radovi te se uglavnom tiču fizičkog i medicinskog aspekta rehabilitacije nakon amputacije. Uzimajući u obzir relevantnost ove teme i nedostatak bavljenja istom, u ovom istraživanju odlučili smo ispitati neke aspekte koji bi mogli utjecati na psihosocijalnu prilagodbu osoba koje su proživjele amputaciju. Baviti ćemo se povezanosti psihosocijalne prilagodbe s demografskim varijablama dobi i spola, varijablama uskom vezanim uz amputaciju, strategijama suočavanja sa stresom i osobinama ličnosti kod osoba s amputacijom ekstremiteta.

## **CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE**

Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe kod osoba s amputiranim ekstremitetom s nekim sociodemografskim čimbenicima, čimbenicima usko povezanim s amputacijom te sa strategijama suočavanja sa stresom i osobinama ličnosti.

**Problem 1:** Ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe i varijabli spola, dobi, vremena proteklog od amputacije, razine amputacije, uzroka amputacije, zadovoljstva estetikom i funkcijom proteze te rezidualne i fantomske boli.

**Problem 2:** Ispitati postoji li povezanost strategija suočavanja sa stresom sa psihosocijalnom prilagodbom kod osoba s amputiranim ekstremitetom.

**Problem 3:** Ispitati postoji li povezanost Velikih pet osobina ličnosti sa psihosocijalnom prilagodbom kod osoba s amputiranim ekstremitetom.

U skladu s postojećom literaturom, formirane su i sljedeće hipoteze:

**Hipoteza 1.a:** Očekujemo da pojedinci, kod kojih je prošlo više vremena od amputacije, imaju više rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 1.b:** Očekujemo da pojedinci, koji pokazuju više razine zadovoljstva estetikom i funkcijom proteze, imaju više rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 1.c:** Ne očekujemo postojanje razlike u psihosocijalnoj prilagodbi s obzirom na varijable dobi, spola, razine amputacije, uzroka amputacije, rezidualne i fantomske boli kod osoba s amputiranim ekstremitetom.

**Hipoteza 2.a:** Očekujemo da će pojedinci, koji u većoj mjeri koriste strategije suočavanja usmjerene na problem, imati više rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 2.b:** Očekujemo da će pojedinci, koji u većoj mjeri koriste strategije izbjegavanja, imati niže rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 2.c:** Ne očekujemo postojanje povezanosti strategija suočavanja usmjerenih na emocije sa skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 3.a:** Očekujemo da će pojedinci, koji imaju više rezultate na skalama ekstraverzije, ugodnosti i otvorenosti, imati više rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 3.b:** Očekujemo da će pojedinci, koji imaju više rezultate na skali negativne emocionalnosti, imati niže rezultate na skalama psihosocijalne prilagodbe.

**Hipoteza 3.c:** Ne očekujemo postojanje povezanosti skale savjesnosti sa skalama psihosocijalne prilagodbe.

## METODOLOGIJA

### *Sudionici*

U istraživanju su sudjelovale osobe s amputiranim gornjim i/ili donjim udom. Jedini uvjet da mogu sudjelovati u istraživanju, osim doživljene amputacije, bio je da redovito koriste protezu. Istraživanje se provodilo u Zagrebu, Splitu i Varaždinskim Toplicama. Sudjelovale su ukupno 63 osobe, 51 muškarac (81 %) i 12 žena (19 %). Dobni raspon u ovom istraživanju kreće se od 27 do 86 godina, s prosjekom od  $M=56.63$  godine ( $SD=13.35$ ). Što se tiče razine amputacije i vrste proteze, najviše je onih koji koriste potkoljenu protezu, točnije, njih 35 (55.6%), 23 onih koji koriste natkoljenu protezu (36.5%), 3 onih koji koriste podlaktičnu (4.8%) te 2 onih koji koriste protezu preko koljena (3.2%). Zbog malog uzorka, iz analize smo isključili osobe s amputacijama preko koljena i osobe s amputacijom gornjih udova. Za varijablu *uzroka amputacije* rezultate smo također podijelili u dvije skupine. U prvu skupinu smo uvrstili sve sudionike kod kojih je do amputacije došlo zbog zdravstvenih razloga, odnosno kroničnih bolesti, bilo da je riječ o dijabetesu, perifernoj vaskularnoj bolesti, karcinomu ili nekoj drugoj vrsti bolesti. Drugu skupinu su činili sudionici kod kojih je do amputacije došlo zbog traume, odnosno nesreće. U tu skupinu smjestili smo i sudionike koji su izgubili ekstremitet u ratu. Dvojicu sudionika, kod kojih je amputacija posljedica problema pri rođenju, nismo mogli uvrstiti ni u jednu od ove dvije skupine, pa su oni isključeni iz analize. Vrijeme koje je proteklo od amputacije se kreće od 2 mjeseca pa sve do 42 godine, s prosjekom od  $M=11.87$  godine ( $SD=11.66$ ). Slična je



situacija s vremenom proteklom od kad su počeli koristiti prvu protezu, s nešto nižim vrijednostima, jer pacijenti obično dobiju prvu protezu nekoliko mjeseci nakon amputacije. Raspon ove varijable se kreće od 1 mjeseca do 41 godine, s prosjekom od  $M=11.33$  godine ( $SD=11.73$ ). Kao razlog zbog kojeg je došlo do amputacije 17 sudionika navodi dijabetes (27%), 14 sudionika navodi perifernu vaskularnu bolest (22.2%), njih dvoje navodi rak (3.2%), dvojici je ekstremitet amputiran pri rođenju zbog komplikacija (3.2%), a najviše sudionika kaže da njihova amputacija posljedica nesreće, njih 28 (44.4%). Protezu sudionici nose u prosjeku 9 sati dnevno ( $SD=5.37$ ). Rezidualnu bol osjeća 21 sudionik (33.3%), a fantomsku njih 36 (57.1%). Većina sudionika je sama ispunila upitnike, njih 41 (65.1%), a njih 22 (34.9%) uz nečiju pomoć.

### *Postupak*

Do sudionika smo došli putem dogovora s poslovođama i zaposlenicima firmi Protetika d.o.o u Splitu i Ottobock u Zagrebu, koje se bave proizvodnjom i distribucijom proteza i ostalih medicinskih pomagala. Također, stupili smo u kontakt s Ustanovom za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom (URIHO) i Udrugom osoba s amputacijom udova grada Zagreba i Zagrebačke županije (UAZ). Istraživačica je osobno išla u firme u vrijeme dogovorenih pregleda s pacijentima te im je ponuđeno da sudjeluju u istraživanju, ako su zainteresirani. Ukoliko bi pristali, riješili bi upitnike na licu mjesta, sami ili bi im istraživačica čitala pitanje po pitanje, ako su bili stariji, slabovidni ili ako iz nekog drugog razloga nisu mogli ili željeli sami ispuniti upitnike. Članovima UAZ-a je poslan mail od strane članice udruge i upitnici u Microsoft Word formatu, te su članovi koji su željeli sudjelovati ili isprintali upitnike i riješene fotografirali i poslali natrag istraživačici, ili ispunili u Word formatu pa poslali ispunjeno na taj način. Prikupljanje podataka trajalo je od ožujka do lipnja 2019. godine.

## *Instrumenti*

*Upitnik strategija suočavanja sa stresnim situacijama* je prevedena i adaptirana verzija upitnika COPE (Coping Orientation to Problems Experienced, COPE; Carver i sur., 1989), a korišten je hrvatski prijevod (Nezirević, 2015). Upitnik se sastoji od 60 čestica koje su grupirane u 15 subskala. Svaka subskala sastoji se od 4 čestice. U istraživanju Hudek Knežević i Kardum (1993) skale su podvrgnute faktorskoj analizi drugog reda na uzorku od 403 sudionika u sklopu prve adaptacije skale u našim kulturalnim uvjetima. Dobivena su tri faktora: stilovi *suočavanja usmjereni na problem* (*pozitivna interpretacija i rast, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja i potiskivanje kompeticijskih aktivnosti*), stilovi *suočavanja usmjereni na emocije* (*traženje instrumentalne socijalne podrške, traženje emocionalne socijalne podrške i fokus na emocije*) i stilovi *suočavanja izbjegavanjem* (*negiranje, ponašajno i mentalno izbjegavanje, humor, religija, konzumiranje supstanci*). Odlučili smo se koristiti ovako formirane skale i u ovom istraživanju. Zadatak sudionika je da procijene koliko često se ponašaju na određeni način u stresnim situacijama na Likertovoj skali od 4 stupnja (pri čemu vrijedi: 1=obično to uopće ne činim, 2=obično to činim u maloj mjeri, 3=obično to činim umjereno, 4=obično to činim puno). Primjeri čestica za skalu strategija suočavanja usmjerenih na problem su: „Privikavam se na ideju da se dogodilo.“ i „Pokušavam smisliti strategiju o tome što učiniti.“. Primjeri čestica za skalu strategija suočavanja usmjerenih na emocije su: „Pitam ljude sa sličnim iskustvima što su oni učinili.“ i „Osjećam puno negativnih emocija i primjećujem da ih puno izražavam.“. Primjeri čestica za skalu strategija izbjegavanja su: „Okrećem se poslu ili drugim aktivnostima kako bih skrenuo/la misli.“ i „Jednostavno odustajem od postizanja svog cilja.“. U istraživanju Carvera i sur. (1989), pouzdanost tipa unutarnje konzistencije izračunata Cronbachovim alpha koeficijentom za svih 15 skala COPE upitnika kretala se u rasponu od .37 do .93. Osim skale *mentalnog izbjegavanja*, svi koeficijenti su bili iznad .59, s većinom skala iznad .70 i s prosječnom alptom od .79. Na našem uzorku, dobivena je slična situacija. Cronbachov alpha kretao se u raspon od .23 (za skalu *mentalno izbjegavanje*) do .94 (za skalu *konzumiranje supstanci*). Osim skale *mentalnog izbjegavanja*, svi koeficijenti su bili iznad .58, s većinom skala iznad .70 i s prosječnom alptom od .71. Pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije na glavnim

skalama upitnika, izračunate Cronbachovim alpha koeficijentom, iznosile su .85 za stilove *suočavanja usmjerene na problem*, .85 za stilove *suočavanja usmjerene na emocije* i .75 za stilove *suočavanja izbjegavanjem*.

*Petofaktorski upitnik ličnosti 2* je prevedena i adaptirana verzija upitnika *The Next Big Five Inventory (BFI-2)* (Soto i John, 2017). Preveden je u okviru nastave na kolegiju Procjena i mjerenje ličnosti na Hrvatskim studijima u Zagrebu. Upitnik se sastoji od 60 čestica koje su grupirane u 15 faceta i 5 skala. Skale su, kao i u prethodnoj verziji upitnika, *ekstravezija*, *ugodnost*, *savjesnost*, *negativna emocionalnost* i *otvorenost*, a njihove facete su *socijalnost*, *asertivnost*, *razina energije (ekstravezija)*, *suosjećajnost*, *poštovanje*, *povjerenje (ugodnost)*, *organiziranost*, *produktivnost*, *odgovornost (savjesnost)*, *anksioznost*, *depresija*, *emocionalna nestabilnost (negativna emocionalnost)*, *intelektualna znatiželja*, *estetska osjetljivost i kreativna imaginacija (otvorenost)*. Zadatak sudionika je procijeniti u kojoj se mjeri svaka tvrdnja odnosi na njih i upisati broj, na skali od 1 do 5, koliko se slažu ili ne slažu s tom tvrdnjom (pri čemu je 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-neutralan/a; nemam mišljenje, 4-uglavnom se slažem, 5-u potpunosti se slažem). Primjer čestice iz upitnika za skalu ekstravezije jest: “*Sebe vidim kao osobu koja je društvena, voli izlaziti.*”; za skalu ugodnosti: “*Sebe vidim kao osobu koja pomaže drugima i nesebična je.*”; za skalu savjesnosti: “*Sebe vidim kao osobu koja je sklona lijenosti.*”; za skalu negativne emocionalnosti: “*Sebe vidim kao osobu koja je promjenjivog raspoloženja.*”; te za skalu otvorenosti: “*Sebe vidim kao osobu koja je inventivna, pronalazi vješte načine za obavljanje stvari.*”. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, odnosno Cronbach alpha koeficijenti, za glavne skale u istraživanju Soto i John (2017) iznosili su .86 za *ekstraveziju*, .82 za *ugodnost*, .83 za *savjesnost*, .85 za *negativnu emocionalnost* i .84 za *otvorenost*. Na našem uzorku alpha koeficijenti bili su nešto niži, a iznosili su .73 za *ekstraveziju*, .64 za *ugodnost*, .71 za *savjesnost*, .64 za *negativnu emocionalnost* i .71 za *otvorenost*.

*The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales–Revised* (TAPES-R: Gallagher i MacLachlan, 2000) je multidimenzionalni upitnik koji ispituje psihosocijalne procese u prilagodbi na amputaciju i život s protezom. Za potrebe ovog istraživanja korištena je verzija prevedena metodom dvostrukog prijevoda. Upitnik je

prvotno bio namijenjen samo osobama s amputacijom donjih ekstremiteta. Međutim, u istraživanju Desmond i MacLachlan (2005) pokazana je opravdanost korištenja upitnika i na uzorku osoba s amputacijom gornjih ekstremiteta. Upitnik se sastoji od četiri dijela: psihosocijalna prilagodba (subskale su *opća prilagodba*, *socijalna prilagodba i prilagodba na ograničenja*), ograničenje aktivnosti, zadovoljstvo protezom (*estetsko i funkcionalno zadovoljstvo*) i ispitivanje fantomske boli, rezidualne boli i ostalih zdravstvenih problema nevezanih za amputaciju. Subskale psihosocijalne prilagodbe sastoje se od po 5 pitanja, a zadatak sudionika je na Likertovoj skali od 5 stupnjeva procijeniti u kojoj se mjeri tvrdnja odnosi na njih (pri čemu je 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-neutralan/a; nemam mišljenje, 4-uglavnom se slažem, 5-u potpunosti se slažem). Ograničenje aktivnosti sastoji se od 10 pitanja, a zadatak sudionika je na Likertovoj skali od 3 stupnja procijeniti u kojoj mjeri ih proteza ograničava u određenim aktivnostima (pri čemu je 1-uopće me ne ograničava, 2-malo me ograničava, 3-jako me ograničava). Zadovoljstvo estetikom sastoji se od 3 pitanja, zadovoljstvo funkcijom od 5 pitanja, a zadatak sudionika je na Likertovoj skali od 3 stupnja procijeniti u kojoj mjeri su zadovoljni određenim aspektom proteze (pri čemu je 1-nisam zadovoljan/a, 2-zadovoljan/a sam, 3-jako sam zadovoljan/a). U upitnik je također uključen i set demografskih pitanja (dob, spol) i pitanja u vezi amputacije: vrijeme koje je prošlo od amputacije, prvog nošenja proteze, nošenja trenutne proteze, razina amputacije (ispod/ iznad koljena, ispod/iznad lakta), razlog amputacije (nesreća, bolest...). Primjer čestice opće prilagodbe je: „*Prilagodio/la sam se na to da imam protezu.*“. Primjer čestice socijalne prilagodbe je: „*Ne smeta mi kad me ljudi pitaju o mojoj protezi.*“. Primjer čestice prilagodbe na ograničenje je: „*Nošenje proteze me čini ovisnijim/om o drugima nego što bih htio/htjela biti.*“ U istraživanju Gallagher, Franchignoni, Giordano i MacLachlan (2010) pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, izražena Cronbach alpha koeficijentom, iznosila je .90 za *opću prilagodbu*, .89 za *socijalnu prilagodbu*, .86 za *prilagodbu na ograničenja*, .89 za *ograničenje aktivnosti*, .85 za *zadovoljstvo estetikom*, .86 za *zadovoljstvo funkcijom*. Na našem uzorku Cronbach alpha koeficijenti iznosili su .82 za *opću prilagodbu*, .92 za *socijalnu prilagodbu*, .83 za *prilagodbu na ograničenja*, .88 za *ograničenje aktivnosti*, .93 za *zadovoljstvo estetikom* i .80 za *zadovoljstvo funkcijom*.

## REZULTATI

### *Preliminarne analize*

Prije obrade podataka i odgovaranja na postavljene probleme, izračunali smo deskriptivnu statistiku za sve skale i provjerili normalitet distribucija. U Tablici 1 prikazani su osnovni deskriptivni podaci za varijable korištene u istraživanju: broj sudionika, medijan, apsolutna devijacija od medijana, asimetričnost i spljoštenost distribucija te rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa.

Kako bi se opravdalo korištenje parametrijskih postupaka, Kolmogorov-Smirnovljevim testom provjerene su distribucije rezultata. Rezultati testa su pokazali da na nekoliko skala distribucije značajno odstupaju od normalne. Nadalje, napravljena je analiza indikatora asimetričnosti (skewness) i spljoštenosti (kurtosis), koja je pokazala da većina skala ne odstupa značajno od normalne. Međutim, na skalama *negativne emocionalnosti*, *opće prilagodbe* i *socijalne prilagodbe* smo uočili značajna odstupanja od normalne distribucije. Prema Kim (2013), kod srednje velikih uzoraka (od 50 do 300 sudionika), ako z-vrijednost asimetričnosti i spljoštenosti distribucija prelazi 3.29, treba odbaciti nul hipotezu i zaključiti da distribucija nije normalna. George i Mallery (2010) kažu da su, pri dokazivanju normalnosti distribucije, z-vrijednosti asimetričnosti i spljoštenosti prihvatljive između -2 i +2. Budući da su na našim skalama z-vrijednosti veće od navedenih kriterija, zaključili smo da na skalama *negativne emocionalnosti*, *opće prilagodbe* i *socijalne prilagodbe* distribucije nisu normalne. Da se uvjerimo u naš zaključak, pogledali smo i izgled samih distribucija i potvrdili da distribucije odstupaju od normalne. Time je narušen jedan od uvjeta korištenja parametrijske statistike, te smo se stoga odlučili koristiti neparametrijske statističke postupke.

Tablica 1

Deskriptivni podaci za skale osobina ličnosti, strategija suočavanja sa stresom, zadovoljstva protezom i psihosocijalne prilagodbe za cijeli uzorak ( $N=63$ ), asimetričnost i spljoštenost distribucija te rezultati Kolmogorov-Smirnov testa

<i>Upitnik</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>C</i>	<i>MAD</i>	<i>A<sub>z</sub></i>	<i>S<sub>z</sub></i>	<i>K-S</i>
TAPES-R	Opća	63	22.29	24	1	-4.23	1.49	1.82**
	Socijalna	63	22.43	24	1	-7.04	8.86	2.06**
	Ograničenje	63	12.32	12	3	2.47	0.12	1.02*
	Zad. Estetikom	63	6.81	6	1	0.74	-1.51	2.48**
	Zad. Funkcijom	63	11.46	11	1	0.81	-1.59	1.41**
COPE 60	Problem	63	65.83	66	6	0.84	0.10	0.65
	Emocije	63	28.62	28	6	1.08	-0.24	0.71
	Izbjegavanje	63	47.97	48	6	-0.75	-0.01	0.45
BFI 2	Ekstraverzija	63	43.00	42	4	-1.13	-0.12	0.64
	Ugodnost	63	47.49	48	4	-0.49	-0.97	0.72
	Savjesnost	63	47.89	48	4	0.39	-0.99	0.95*
	Neg. emocionalnost	63	32.08	32	4	3.46	3.07	1.19**
	Otvorenost	63	41.81	41	4	-0.21	0.70	0.54

*Legenda:* *N* – broj sudionika; *M* = aritmetička sredina; *C* = medijan; *MAD* = apsolutna devijacija od medijana; *A<sub>z</sub>* = z vrijednost asimetričnosti; *S<sub>z</sub>* = z vrijednost spljoštenosti; *K-S* = Kolmogorov-Smirnov test; \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$

### Analiza podataka

S ciljem odgovaranja na postavljene probleme, izračunali smo povezanosti varijabli osobina ličnosti, strategija suočavanja sa stresom, dobi i varijabli povezanih s amputacijom sa psihosocijalnom prilagodbom. Korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Razlike u psihosocijalnoj prilagodbi s obzirom na spol, razinu i uzrok amputacije te rezidualnu i fantomsku bol, ispitali smo Mann-Whitney U testom. U Tablici 2 prikazani su rezultati Mann-Whitney U testa, a u Tablici 3 interkorelacije varijabli.

## *Demografske varijable i varijable povezane s amputacijom*

Kako bi odgovorili na prvi postavljeni problem, napravljena je analiza korelacija dobi i nekih varijabli povezanih s amputacijom sa skalama prilagodbe. Suprotno očekivanom, rezultati su pokazali da starija *dob* ima srednje visoku negativnu povezanost s *prilagodbom na ograničenje* ( $r_s = -.37, p = .003$ ), a *vrijeme* proteklo od amputacije ima blagu pozitivnu povezanost s *općom prilagodbom* ( $r_s = .25, p = .045$ ). Nadalje, za *zadovoljstvo estetikom* dobivena je značajna srednje visoka pozitivna povezanost s varijablom *opće prilagodbe* ( $r_s = .34, p = .007$ ) i blaga pozitivna povezanost s varijablom *socijalne prilagodbe* ( $r_s = .28, p = .027$ ). Također, za *zadovoljstvo funkcijom* dobivena je značajna srednje visoka pozitivna povezanost s varijablama *opće prilagodbe* ( $r_s = .42, p = .001$ ) i *socijalne prilagodbe* ( $r_s = .31, p = .014$ ).

Osim toga, rezultati Mann-Whitney U testa su pokazali da nema razlike u *psihosocijalnoj prilagodbi* između muškaraca i žena. Što se tiče *razine amputacije* i tipa proteze, zbog malog uzorka, nije bilo opravdano provjeravati razliku u prilagodbi između osoba s amputacijom donjih udova i osoba s amputacijom gornjih udova. Provjerili smo razliku u *psihosocijalnoj prilagodbi* između onih koji imaju protezu, odnosno amputaciju ispod i iznad koljena te nismo dobili statistički značajnu razliku. Mann-Whitneyev U test se nije pokazao značajnim ni za varijablu *uzroka amputacije*. Dakle, nije dobivena razlika u *psihosocijalnoj prilagodbi* između pojedinaca kod kojih je amputacija posljedica bolesti i onih kod kojih je amputacija posljedica traume, odnosno nesreće. Konačno, izračunali smo razliku u *psihosocijalnoj prilagodbi* između onih koji doživljavaju *rezidualnu* i *fantomsku bol* i onih koji ih ne doživljavaju. Mann-Whitneyev U test se nije pokazao značajnim ni za ove varijable. S obzirom na sve navedeno, možemo zaključiti da je prva hipoteza potvrđena djelomično.

Tablica 2

Rezultati Mann-Whitney U testa za varijable spola, razine i uzroka amputacije, rezidualne i fantomske boli

	SPOL			RAZINA			UZROK			REZ			FAN		
	OP	SP	PO	OP	SP	PO	OP	SP	PO	OP	SP	PO	OP	SP	PO
$C_1$	24	24	12	24	24	12	23	25	10	23	24	11	24	24	12
$C_2$	22.5	24	12	24	24	10	24	24	12.5	25	24	13	23.5	25	11
$U$	297	280.5	287	398	402	332	410.5	431.5	338	326	416	343	424.5	429.5	410.5
$p$	.87	.64	.74	.94	.99	.26	.45	.64	.07	.09	.70	.15	.38	.41	.29

Legenda:  $C_1$  = medijan za grupu 1 (muškarci, potkoljenična proteza, bolest, ne, ne);  $C_2$  = medijan za grupu 2 (žene, natkoljenična proteza, nesreća, da, da);  $U$  = vrijednost U-testa;  $p$  = razina značajnost; OP = opća prilagodba; SP = socijalna prilagodba; PO = prilagodba na ograničenje; REZ = rezidualna bol; FAN = fantomska bol

#### Strategije suočavanja sa stresom

Iz prikaza korelacija u Tablici 3 možemo vidjeti kako niti jedna skala strategija suočavanja sa stresom nije statistički značajno povezana sa skalama psihosocijalne prilagodbe. Dakle, rezultati nisu bili u skladu s očekivanjima te stoga možemo zaključiti kako je druga hipoteza djelomično potvrđena. Također, pogledali smo i rezultate na facetama, odnosno, izračunali smo korelacije s psihosocijalnom prilagodbom izračunate na facetama upitnika suočavanja. Korelacije faceta upitnika COPE 60 i skala psihosocijalne prilagodbe prikazane su u Tablici 4. Jedini značajni rezultat koji smo dobili jest da je *humor* statistički značajno blago pozitivno povezan sa *socijalnom prilagodbom* ( $r_s=.29$ ,  $p=.022$ ). Na moguća objašnjenja ovih nalaza osvrnut ćemo se u raspravi.



Tablica 3

Matrica Spearmanovih korelacija među ispitivanim varijablama ( $N=63$ )

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1.OP	1														
2.SP	.37**	1													
3.PO	.35**	.10	1												
4.Dob	-.10	.18	-.37**	1											
5.Vri	.25*	.01	.23	-.32*	1										
6.Est	.34**	.28*	.00	.14	.10	1									
7.Fun	.42**	.31*	.19	.09	.11	.69**	1								
8.SUP	.17	-.02	.00	-.14	.05	.02	.03	1							
9.SUE	-.10	-.10	.02	-.14	.04	.05	.08	.53**	1						
10.SI	-.02	-.01	.03	.13	.08	.15	.14	.47**	.28*	1					
11.E	.29*	.08	.39**	-.21	.07	-.02	.06	.17	.06	-.01	1				
12.U	.00	.13	.25*	.18	-.05	.11	.09	-.22	-.07	.01	.17	1			
13.S	.23	-.03	.21	-.20	.08	.10	.15	.07	.14	-.11	.47**	.30*	1		
14.NE	-.26*	-.10	-.19	-.03	-.09	-.05	-.04	.06	.30*	-.06	-.38**	-.27*	.24	1	
15.O	.21	-.05	.33**	-.23	.12	-.07	-.01	.11	-.07	.02	.50**	.21	.31	-.23	1

*Legenda:* OP = opća prilagodba; SP = socijalna prilagodba; PO = prilagodba na ograničenja; Vri = vrijeme proteklo od amputacije; Est = zadovoljstvo estetikom; Fun = zadovoljstvo funkcijom; SUP = strategije usmjerene na problem; SUE = strategije usmjerene na emocije; SI = strategije izbjegavanja; E = ekstravezija; U = ugodnost; S = savjesnost; NE = negativna emocionalnost; O = otvorenost;

\*\*= vrijednosti značajne na razini  $p < .01$ ; \* = vrijednosti značajne na razini  $p < .05$

## Osobine ličnosti

Korelacije između osobina ličnosti i skala psihosocijalne prilagodbe bile su u skladu s očekivanjima. Tako iz Tablice 3 vidimo da je *ekstraverzija* statistički značajno blago pozitivno povezana s varijablom *opće prilagodbe* ( $r_s=.29$ ,  $p=.020$ ) i srednje visoko pozitivno povezana s varijablom *prilagodbe na ograničenje* ( $r_s=.39$ ,  $p=.002$ ). Nadalje, *ugodnost* je statistički značajno blago pozitivno povezana s *prilagodbom na ograničenje* ( $r_s=.25$ ,  $p=.047$ ). Varijabla *negativne emocionalnosti* bila je statistički značajno blago negativno povezana s *općom prilagodbom* ( $r_s=-.26$ ,  $p=.038$ ). Konačno, varijabla *otvorenosti* statistički je značajno srednje visoko pozitivno povezana s varijablom *prilagodbe na ograničenje* ( $r_s=.33$ ,  $p=.008$ ). Ovim rezultatima u djelomično smo potvrdili treću hipotezu.

Tablica 4

Tablica korelacija između faceta strategija suočavanja sa stresom i skala psihosocijalne prilagodbe

	<i>OP</i>	<i>SP</i>	<i>PO</i>
POZ	.16	-.05	.10
MENT	.02	-.18	-.08
EMOC	-.23	-.17	-.12
INSTSOC	.02	-.01	.09
AKT	.13	-.13	.10
NEG	-.02	-.12	-.12
REL	.04	.03	.20
HUM	.20	.29*	.08
PON	-.12	-.07	-.23
OBUZ	-.02	.02	-.14
EMOSOC	-.04	-.08	.02
SUPS	-.12	-.11	.04
PRIH	.05	.13	.05
POTIS	.15	-.06	-.07
PLAN	.16	.06	.06

*Legenda:* OP – opća prilagodba; SP – socijalna prilagodba; PO – prilagodba na ograničenja; POZ – pozitivna reinterpretacija i rast; MENT – mentalno izbjegavanje; EMOC – fokus na emocije; INSTSOC – instrumentalna socijalna podrška; AKT – aktivno suočavanje; NEG – negiranje; REL – religija; HUM – humor; PON – ponašajno izbjegavanje; OBUZ – obuzdavanje suočavanja; EMOSOC – emocionalna socijalna podrška; SUPS – korištenje supstanci; PRIH – prihvatanje; POTIS – potiskivanje kompeticijskih aktivnosti; PLAN – planiranje; \* = vrijednosti značajne na razini  $p < .05$

## RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe i deskriptivnih varijabli spola i dobi te varijabli usko povezanih s amputacijom. Također, htjeli smo provjeriti kakav je odnos između osobina ličnosti, strategija suočavanja sa stresom i psihosocijalne prilagodbe kod osoba s amputiranim ekstremitetom.

### *Demografske varijable i varijable povezane s amputacijom*

Prvu pretpostavku ovog istraživanja postavili smo u skladu s nekim prethodnim istraživanjima te smo ju djelomično potvrdili. Pregledom postojećih istraživanja utvrdili smo da *dob* i *spol* većinom nisu povezani sa *psihosocijalnom prilagodbom* na amputaciju i život s protezom, te smo tako i mi pretpostavili (Shukla i sur., 1982; Rybarczyk i sur., 1992; Behel i sur., 2002). Rezultati u našem istraživanju su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u *psihosocijalnoj prilagodbi* s obzirom na *spol* ispitanika. Potrebno je naglasiti da je uzorak žena ( $n=12$ ) u ovom istraživanju vrlo oskudan pa se ovaj rezultat svakako ne može generalizirati. Što se tiče *dobi*, rezultati su pokazali da oni koji su stariji izvještavaju o lošijoj *prilagodbi na ograničenja* zbog proteze. Ovaj rezultat nismo očekivali, čak je u istraživanjima u kojima je efekt dobi bio pronađen, razlika češće išla u suprotnom smjeru, odnosno, oni koji su mlađi izvještavali su o lošijoj prilagodbi (Horgan i MacLachlan, 2004). Međutim, rezultat je moguće objasniti time da je stariji dio uzorka većinom u mirovini, pa su vjerojatnije na pitanje u vezi toga koliko im korištenje proteze ograničava sposobnost da rade svoj posao, kao i pitanja o tome ograničava li nošenje proteze vrstu i količinu posla koju mogu obaviti, odgovarali potvrdno, što je posljedično dovelo do rezultata koji ukazuju na lošiju *prilagodbu na ograničenja*.

Nadalje, ni kod *razine amputacije* nije dobivena statistički značajna razlika u *psihosocijalnoj prilagodbi*. To bi značilo da nismo pronašli razliku između onih koji koriste potkoljeničnu ( $n=35$ ) i onih koji koriste natkoljeničnu protezu ( $n=23$ ). Ovaj je nalaz također bio u skladu s našim očekivanjima, a takve su rezultate dobili i strani istraživači (Shukla i sur., 1982; Behel i sur., 2002). Osim toga, kod *uzroka amputacije* također nije dobivena statistički značajna razlika u *psihosocijalnoj prilagodbi*. Dakle, nema razlike u prilagodbi između onih kod kojih je amputacija posljedica kronične

bolesti ( $n=33$ ) i onih kod kojih je amputacija rezultat traume, odnosno nesreće ( $n=28$ ). Ovakav rezultat također je bio u skladu s našim očekivanjima (Shukla i sur., 1982; Rybarczyk i sur., 1992). Sljedeći nalaz u ovom postavljenom problemu tiče se *vremena proteklog od amputacije*. Oni sudionici kod kojih je više *vremena proteklo od amputacije*, imaju bolju *opću prilagodbu*. Tako smo i očekivali, jer su slični nalazi dobiveni u nekim već postojećim istraživanjima (Rybarczyk i sur., 1995; Livneh i sur., 1999). Nadalje, pretpostavili smo da će *zadovoljstvo estetikom* i *zadovoljstvo funkcijom* proteze biti pozitivno povezano s *psihosocijalnom prilagodbom*. Ovu pretpostavku smo također djelomično potvrdili. Oni koji su zadovoljniji estetičkim i funkcionalnim aspektom svoje proteze pokazuju više razine *opće prilagodbe* i *socijalne prilagodbe*. Posljednje varijable koju smo proučavali u prvom problemu su rezidualna i fantomska bol. Očekivali smo da neće biti razlike u psihosocijalnoj prilagodbi između pojedinaca koji doživljavaju *rezidualnu* i *fantomsku bol* i pojedinaca koji ih ne doživljavaju. Ovu hipotezu smo također potvrdili. Dakle, sve hipoteze iz prvog problema su djelomično potvrđene. Varijable *vremena proteklog od amputacije* i *zadovoljstva estetikom* i *funkcijom* proteze su povezane s nekim skalama *psihosocijalne prilagodbe*, ali ne sa svima.

### *Strategije suočavanja sa stresom*

Sukladno dosadašnjim istraživanjima pretpostavljeno je da će strategije suočavanja sa stresom također imati statistički značajnu povezanost sa *psihosocijalnom prilagodbom*. U većini istraživanja pronađenih u literaturi, nalazi pokazuju da su strategije *suočavanja usmjerene na problem* ipak nešto adaptivnije od ostalih strategija i da su povezane s boljom *psihosocijalnom prilagodbom* kod osoba koje su doživjele amputaciju te smo takav rezultat očekivali i na našem uzorku (Dunn, 1996; Livneh i sur., 1999). Također, istraživanja pokazuju da su *strategije izbjegavanja* češće povezane s lošijom *psihosocijalnom prilagodbom*, pa smo takve rezultate pretpostavili i u ovom istraživanju (Lazarus i Folkman, 1984; Desmond i MacLachlan, 2006). Što se tiče *strategija usmjerenih na emocije* nalazi nisu jednoznačni, iako se u nekim istraživanjima ipak pokazalo da, ako gledamo dugoročno, ni strategije *suočavanja usmjerene na emocije* ne vode uspješnijoj prilagodbi. Međutim, za skalu *strategija usmjerenih na emocije* nismo predviđali nikakvu povezanost s *psihosocijalnom*

*prilagodбом*. Niti jedna od glavnih skala formiranih za strategije suočavanja sa stresom nije se pokazala statistički značajno povezanom sa skalama *psihosocijalne prilagodbe* te time nismo potvrdili hipoteze 2.a i 2.b, ali smo potvrdili hipotezu 2.c.

Kad pogledamo povezanost faceta upitnika COPE 60 s *psihosocijalnom prilagodбом*, uočavamo da *humor*, koji je faceta *strategija izbjegavanja*, pozitivno korelira sa *socijalnom prilagodбом*. Ovaj nalaz bi značio da oni pojedinci, koji izvještavaju o boljoj *socijalnoj prilagodbi* na amputaciju i život s protezom, češće koriste *humor* kako bi se nosili sa stresnom situacijom, odnosno zbijaju šale na račun situacije i ismijavaju je. Humor bi prema našim pretpostavkama trebao negativno korelirati s prilagodбом. Međutim, postoji mogućnost da su osobe koji češće koriste humor veselije i pozitivnije, a pozitivno razmišljanje se pokazalo povezanim s boljom psihosocijalnom prilagodбом (Gallagher, Desmond i MacLachlan, 2008).

Jedan od mogućih razloga zašto se nije pokazalo da su strategije suočavanja sa stresom povezane sa psihosocijalnom prilagodбом je način formiranja skalnih rezultata u upitniku suočavanja sa stresom COPE 60. Ovaj način formiranja skala preuzet je iz istraživanja Hudek-Knežević i Kardum (1993) koji su na uzorku od 403 sudionika faktorskom analizom potvrdili postojanje tri faktora: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje izbjegavanjem. U mnogim drugim istraživanjima korišten je ovaj način formiranja skalnih rezultata, a u našem istraživanju omjer čestica i ispitanika je bio malen, pa nije bilo opravdano provjeravati faktorsku strukturu upitnika. Međutim, čak ni kada pogledamo rezultate na razini faceta ne dobijemo mnogo statistički značajnih korelacija koje bi upućivale na to da bi se možda drugačije formirane skale pokazale statistički značajnima. Još jedan mogući razlog zašto druga hipoteza nije potvrđena je svakako mali uzorak (63 osobe) sudionika u ovom istraživanju. Populacija je specifična i upitnici su bili tipa papir-olovka, pa je iz tih razloga bilo teže doći do sudionika. Međutim, bitno je napomenuti da su unatoč tome vidljivi neki trendovi koji bi možda bili značajni kad bi se povećao uzorak.

Možemo primijetiti iz Tablice 2 kako tri skale strategija suočavanja sa stresom međusobno visoko koreliraju što pokazuje da strategije suočavanja sa stresom nisu međusobno isključive i da sudionici često koriste nekoliko strategija istovremeno, što je potvrđeno i u postojećim istraživanjima. U jednom istraživanju Folkman i Lazarus

(1980) su pokazali da su se strategije suočavanja usmjerene na problem i strategije suočavanja usmjerene na emocije pojavljivale zajedno u 98% stresnih događaja kod muškaraca i žena srednje dobi. U drugom njihovom istraživanju (1985), oba načina suočavanja pojavljivala su se zajedno u 94% samoiskaza studenata o suočavanju sa stresnim ispitnim situacijama.

U mnogim značajnim istraživanjima na ovu temu (Desmond i MacLachlan, 2006; Gallagher i MacLachlan, 1999) za ispitivanje strategija suočavanja sa stresom korišten je Amirkhanov CSI upitnik (1990) koji uključuje strategije problemskog suočavanja i strategije izbjegavanja, međutim ne uključuje strategije suočavanja usmjerene na emocije, već mu je treća skala traženje socijalne podrške. Ta skala također ne dobiva jednoznačne rezultate što se tiče povezanosti i predikcije psihosocijalne prilagodbe kod osoba s amputacijom. U COPE 60 upitniku postoje dvije skale povezane sa socijalnom podrškom, a to su traženje instrumentalne socijalne podrške i traženje emocionalne socijalne podrške. Za te dvije skale nismo dobili nikakvu statistički značajnu korelaciju.

### *Osobine ličnosti*

Treća hipoteza odnosila se na osobine ličnosti. Pretpostavljeno je da će osobine ličnosti iz Big five modela biti povezane sa psihosocijalnom prilagodbom na način da će osobine *ekstraverzije*, *ugodnosti* i *otvorenosti* biti statistički značajno pozitivno povezane sa *psihosocijalnom prilagodbom*, dok će *negativna emocionalnost* biti statistički značajno negativno povezana sa *psihosocijalnom prilagodbom*. Za *savjesnost* nismo predviđali povezanost s *psihosocijalnom prilagodbom*. Ova hipoteza potvrđena je djelomično. Ekstraverzija, ugodnost, otvorenost i negativna emocionalnost povezane su s nekim skalama psihosocijalne prilagodbe, međutim nisu sa svima. Time možemo zaključiti da su hipoteze 3.a i 3.b potvrđene djelomično. Hipoteza 3.c je potvrđena jer za savjesnost nije dobivena nikakva povezanost sa skalama psihosocijalne prilagodbe.

Stoga, glavni nalaz ovog istraživanja sugerira da postoji značajna povezanost osobina ličnosti iz modela Big Five i psihosocijalnog funkcioniranja kod osoba s doživljenom amputacijom. To je vrlo zanimljiv rezultat, iz razloga što među rijetkima dovodi u vezu ovaj model ličnosti i prilagodbu kod osoba s amputacijom. Na općenitij razini, postoje istraživanja koja ispituju povezanost Big Five modela i psihosocijalne

adaptacije na općoj populaciji. Rezultati u tim istraživanjima su slični našima. Ekstraverzija, savjesnost, ugodnost, otvorenost i niži neuroticizam su povezani s uspješnijom prilagodbom (Cox i sur., 2010). S obzirom na takve podatke, za očekivati je da će se konstrukti slično ponašati i na populaciji osoba s amputacijom.

#### *Metodološka ograničenja i preporuke za buduća istraživanja*

Prvi i najbitniji nedostatak ovog istraživanja je veličina uzorka. Iako je uzorak od 63 ispitanika za ovako specifičnu populaciju i kratak period prikupljanja podataka zapravo sasvim korektan, u istraživačkom smislu i dalje može biti problematičan. Iz tog razloga ne možemo generalizirati i donositi zaključke sa sigurnošću. Samo nekoliko istraživanja koja se bave ovom temom ima relativno velik uzorak, tako da je svakako preporuka za buduća istraživanja da se pokuša zahvatiti veći dio populacije osoba s amputacijom ekstremiteta.

Još jedan nedostatak ovog istraživanja je način prikupljanja podataka i činjenica da nisu svi imali jednake, standardizirane uvjete pri ispunjavanju upitnika, što je također moglo imati utjecaj na rezultate. Neki sudionici su ispunjavali upitnike sami, bez prisutstva istraživačice, neki su ih ispunjavali sami dok je istraživačica bila prisutna, a neki su ih ispunjavali zajedno s istraživačicom na način da im je ona čitala pitanje po pitanje, a oni su naglas odgovarali. Potrudili smo se da barem nađemo neko tiho, osamljeno mjesto, gdje možemo biti za vrijeme dok provodimo istraživanje, čime bi se osigurala povjerljivost i neometanost. Međutim, to nije uvijek bilo moguće. Također, neki sudionici upitnike su ispunili u elektroničkom obliku, a neki na papiru.

Zatim, još jedan moguć problem je i nerazumijevanje upute od strane sudionika. Kod većine sudionika istraživačica je bila prisutna pri ispunjavanju upitnika, pa su je mogli upitati da im objasni eventualne nejasnoće. Međutim, ni to ne garantira da su sudionici shvatili uputu i što ih se zapravo pita u upitniku. Velik dio uzorka činila je starija populacija te im je ponekad trebalo više puta objašnjavati i ponavljati pitanja, te oni i nakon što im je nekoliko puta objašnjeno ponekad ne bi shvatili što se od njih traži.

Još jedan problem leži u tome što postoji i mogućnost da su za sudjelovanje u istraživanju veću motivaciju imali pojedinci koji smatraju da im psihosocijalna

prilagodba nije bila prevelik izazov te koji osjećaju da su tu traumu u svom životu uspješno prebrodili. Vjerojatnije je da na sudjelovanje u istraživanju neće pristati pojedinci koji primjerice koriste strategije izbjegavanja i oni koji ne vole pričati o gubitku svog ekstremiteta.

Ne postoji mnogo istraživanja koja se bave temom psihosocijalne prilagodbe na amputaciju, pogotovo u Hrvatskoj, a ova koja postoje uglavnom se bave povezanošću prilagodbe sa strategijama suočavanja ili fantomskom boli i zadovoljstvom protezom. Rijetko koje istraživanje se bavi povezanošću osobina ličnosti sa psihosocijalnom prilagodbom, pa bi ovo mogao biti zanimljiv nalaz i poticaj za nastavak istraživanja u tom smjeru i pokušaja pronalaska još nekih čimbenika koji utječu na psihosocijalnu prilagobu kod osoba s amputiranim ekstremitetom. Bilo bi zanimljivo replicirati ovo istraživanje na većem uzorku i vidjeti bi li se dobili slični nalazi te bi li više rezultata bilo značajno. Također, bilo bi dobro ispitati mogućnost predviđanja psihosocijalne prilagodbe na temelju strategija suočavanja i osobina ličnosti. Općenito, neupitno je da bi bilo dobro povećati broj studija koje se bave mentalnim zdravljem osoba s amputacijom i incidencije pojave klinički značajne simptomatike psihičkih problema te faktora koji predstavljaju rizik za lošije ishode. Većina istraživanja u području se koristi transverzalnim nacrtima i koriste različite mjere istih konstrukata, pa je rezultate teško uspoređivati. Bilo bi dobro povećati broj longitudinalnih i kvalitativnih istraživanja na ovu temu, budući da su ispitivani faktori promjenjive prirode. Gubitak uda je traumatsko iskustvo te je stoga snažna reakcija koja ga slijedi sasvim razumljiva. Međutim, bilo bi korisno ispitati mijenja li se ta reakcija s vremenom.

Ovo istraživanje može biti dobra podloga za buduća istraživanja iz razloga što se bavi temom koja je slabo istražena, a veoma važna. Ovo i slična istraživanja bi mogla biti svojevrsni apel sustavu zdravstvene skrbi o važnosti psihološke pomoći kod specifičnih skupina osoba s fizičkim invaliditetom, kao što su to osobe s amputacijom. Podizanjem svijesti o važnosti psiholoških i socijalnih aspekata prilagodbe na traumatične životne događaje, može doći do pokušaja da se uvedu pozitivne promjene u zdravstvenom sustavu te da se tim aspektima prida više pažnje kako bi se postigla uspješnija tranzicija pojedinaca na novi stil života.



## ZAKLJUČAK

U ovom istraživanju zanimao nas je odnos spola, dobi, razine amputacije, uzroka amputacije, vremena proteklog od amputacije, zadovoljstva estetikom i funkcijom proteze te fantomske i rezidualne boli sa psihosocijalnom prilagodbom na amputaciju. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna povezanost dobi i psihosocijalne prilagodbe, odnosno da osobe starije dobi imaju slabiju prilagodbu na ograničenje. Također, pronašli smo da su pojedinci bolje prilagođeni, što je više vremena proteklo od amputacije. Konačno, pojedinci koji su pokazali veće zadovoljstvo estetikom i funkcijom proteze, pokazali su i bolju opću i socijalnu prilagodbu.

Osim toga, provjeravali smo povezanost osobina ličnosti iz modela Velikih pet i strategija suočavanja sa stresom sa psihosocijalnom prilagodbom kod osoba s amputacijom ekstremiteta. Ekstraverzija, ugodnost i otvorenost povezane su s boljom psihosocijalnom prilagodbom, a negativna emocionalnost povezana je s lošijom psihosocijalnom prilagodbom. Strategije suočavanja sa stresom nisu pokazale statistički značajnu povezanost sa psihosocijalnom prilagodbom na amputaciju.

## REFERENCE

- Ali, S., & Haider, S. K. F. (2017). Psychological adjustment to amputation: variations on the bases of sex, age and cause of limb loss. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(2), 303-307.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 1066.
- Behel, J. M., Rybarczyk, B., Elliott, T. R., Nicholas, J. J., & Nyenhuis, D. (2002). The role of perceived vulnerability in adjustment to lower extremity amputation: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 47(1), 92.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 729.
- Bennett, J. (2016). Limb loss: The unspoken psychological aspect. *Journal of vascular nursing*, 34(4), 128-130.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, K. S., Wilt, J., Olson, B., & McAdams, D. P. (2010). Generativity, the Big Five, and psychosocial adaptation in midlife adults. *Journal of personality*, 78(4), 1185-1208.
- Desmond, D.M. & MacLachlan, M. (2005). Factor Structure of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES) with Individuals with Acquired Upper

Limb Amputations. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 84. 506-13.

Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social science & medicine*, 62(1), 208-216.

Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41(4), 285.

Endler, N. S. i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M. C., & Marchetti, D. (2019). Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, health & medicine*, 24(3), 281-293.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.

Gallagher, P., & MacLachlan, M. (1999). Psychological adjustment and coping in adults with prosthetic limbs. *Behavioral Medicine*, 25(3), 117-124.

Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). *Rehabilitation Psychology*, 45(2), 130.

Gallagher, P., Desmond, D., & MacLachlan, M. (2008). Psychoprosthetics: an introduction. In *Psychoprosthetics* (pp. 1-10). Springer, London.

Gallagher, P., Franchignoni, F., Giordano, A., & MacLachlan, M. (2010). Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales: A psychometric assessment using

Classical Test Theory and Rasch Analysis (TAPES). *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(6): 487-496.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step : a simple guide and reference, 17.0 update*. 10th ed. Boston: Allyn & Bacon.

Gerhards, F., Florin, I., & Knapp, T. (1984). The impact of medical, reeducational, and psychological variables on rehabilitation outcome in amputees. *International Journal of Rehabilitation Research*.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.

Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and rehabilitation*, 26(14-15), 837-850.

Hudek-Knežević, J., & Kardum, I. (1993). Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njegove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 2, 43-63.

John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy. *Handbook of personality: Theory and research*, 3(2), 114-158.

Kashani, J. H., Frank, R. G., Kashani, S. R., Wonderlich, S. A., & Reid, J. C. (1983). Depression among amputees. *The Journal of clinical psychiatry*, 44(7), 256-258.

Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54.

Kovač, I., Mužić, V., Abramović, M., Vuletić, Z., Vukić, T., Ištvanović, N., ... Livaković, B. (2015). Rehabilitacija osoba s amputacijom donjih udova –

smjernice za klinički rad u Hrvatskoj. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 27 (3-4), 183-211.

Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. Boston: McGraw Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325.). New York: Guilford.

Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping strategies. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 22(1), 21-31.

McDonald, S., Sharpe, L., & Blaszczynski, A. (2014). The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation. *Diabetic Medicine*, 31(11), 1424-1430.

Nezirević, E. (2015). *Work stress: Coping, recovery and affective well-being* (Doctoral dissertation, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu).

O'Toole, D. M., Goldberg, R. T., & Ryan, B. (1985). Functional changes in vascular amputee patients: evaluation by Barthel Index, PULSES profile and ESCROW scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 66(8), 508-511.

Rybarczyk, B. D., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Schulz, R., Alioto, R. J., & Blair, C. (1992). Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 73(12), 1169-1173.

Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation psychology*, 40(2), 95.

- Shukla, G. D., Sahu, S. C., Tripathi, R. P., & Gupta, D. K. (1982). A psychiatric study of amputees. *The British Journal of Psychiatry*, *141*(1), 50-53.
- Soto, C. J., & John, O. P. (2017). The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *Journal of Personality and Social Psychology*, *113*, 117-143.
- Spiess, K. E., McLemore, A., Zinyemba, P., Ortiz, N., & Meyr, A. J. (2014). Application of the five stages of grief to diabetic limb loss and amputation. *The journal of foot and ankle surgery*, *53*(6), 735-739.
- Tuncay, T., & Musabak, I. (2015). Problem-focused coping strategies predict posttraumatic growth in veterans with lower-limb amputations. *Journal of Social Service Research*, *41*(4), 466-483.
- Wallander, J. L., Varni, J. W., Babani, L., Banis, H. T., & Wilcox, K. T. (1988). Children with chronic physical disorders: Maternal reports of their psychological adjustment. *Journal of pediatric psychology*, *13*(2), 197-212.
- Williamson, G. M., & Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology and aging*, *10*(3), 369.
- Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O’Keeffe, F. (2018). Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and rehabilitation*, *40*(14), 1663-1670.