

SUOČAVANJE, OTPORNOST I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S AMPUTACIJOM EKSTREMITETA

Milolović, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:938902>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO
PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Marija Milolović

**SUOČAVANJE, OTPORNOST I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S AMPUTACIJOM
EKSTREMITETA**

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF
PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Marija Milolović

**CONFRONTATION, RESISTANCE AND QUALITY OF LIFE OF PERSONS WITH
LIMB AMPUTATION**

Final thesis

Rijeka, 2021.

Mentor diplomskog rada: Radoslav Kosić, prof.rehab.

Komentor diplomskog rada: doc. dr. sc. Sandra Bošković, prof. reh., bacc. med. techn.

Rad obranjen dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1 _____

2 _____

3 _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI
Studij	DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	MARIJA MILOLOVIĆ
JMBAG	0275048237

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	SUOČAVANJE, OTPORNOST I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S AMPUTACIJOM EKSTREMITETA
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić, prof./komentor: Prof.dr.sc. Daniela Malnar, dr.med.
Datum predaje rada	12.9.2021.
Identifikacijski br. podneska	1648908897
Datum provjere rada	15.rujna.2021.
Ime datoteke	Milolovi_Marija_diplomski.docx
Veličina datoteke	2.34M
Broj znakova	53081
Broj riječi	8794
Broj stranica	42

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	19%
Internet Source	13%
Student Paper	6%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	15.rujna 2021. god.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

Potpis mentora

15. rujna 2021. god.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Amputacije.....	2
1.2. Anatomija donjih ekstremiteta	3
1.3. Vrste amputacija donjih ekstremiteta	4
1.4. Socijalna podrška i stres	5
1.5. Izvori, vrste i definicije socijalne podrške.....	5
1.6. Kvaliteta života.....	8
2. CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	9
2.1. Hipoteze istraživanja	9
3. SUDIONICI I METODE ISTRAŽIVANJA	10
3.1. Instrument istraživanja	10
3.2. Obrada podataka	11
3.3. Etičnost ispitivanja	11
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	12
4.1. Socio-demografski podaci	12
4.2. Kvaliteta života sudionika	15
4.3. Hipoteze istraživanja	18
5. RASPRAVA.....	26
6. ZAKLJUČAK	29
7. SAŽETAK.....	30
8. ABSTRACT	31
9. LITERATURA.....	32
10. ŽIVOTOPIS	34
11. POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA	35
12. PRILOZI.....	36

1. UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji dio kvalitete života je i percepcija vlastitog tijela u odnosu na kulturu i sustav vrijednosti svakog pojedinca. Amputacija ekstremiteta djeluje na kvalitetu života kroz više multidimenzionalnih aspekata: psihičke, fizičke, socijalne, obitelj, stanovanje, osjećaj sigurnosti. Ukoliko se promatra statistika nakon amputacije prvu godinu preživi svega 65%, prve dvije godine 52%, tri godine 37%, a pet i više godina svega do 15% bolesnika sa amputiranim ekstremitetima. Toj visokoj stopi mortaliteta kod bolesnika sa amputacijom pretpostavlja se da je glavni uzrok prije svega depresija koja toliko utječe na bolesnike da oni onda odbiju daljnje terapijske metode liječenja. Epidemiološki podaci o frekvenciji amputacije donjih ekstremiteta prilično su jednaki kao i onima u razvijenim zemljama uz razlike u broju amputacija, vrsti i uzroku. Osobe sa amputiranim donjim ekstremitetima znatnije teže prolaze prilagodbu na novonastalo zdravstveno stanje u nerazvijenim zemljama nego u uređenim državama. Prema nekim autorima u nerazvijenim zemljama trenutno ima od sveukupnog broja osoba s invaliditetom oko 80% osoba s amputacijama ekstremiteta, a ovo se osobito odnosi na zemlje u ratnim sukobima. Naime te zemlje bilježe dramatično veliki postotak traumatskih amputacija, dok je u razvijenim zemljama diabetes mellitus i cirkulatorna insuficijencija glavni uzrok amputacija donjih ekstremiteta, nakon čega slijede: traume raznih uzroka kao što su promet, rad, sport; prirođene anomalije, tumor i razne infekcije (1). Ipak pokazalo se kako je kvaliteta života bolesnika sa amputacijama donjih ekstremiteta mnogo niža, a troškovi liječenja tih bolesnika opterećuju zdravstveni sustav. Stoga je prevencija ulceracija bolesnika sa šećernom bolešću primarni cilj u sprečavanju amputacija donjih ekstremiteta. Kako se šećerna bolest u većoj tendenciji pojavljuje kod osoba treće životne dobi takvi bolesnici čine u Republici Hrvatskoj skoro 80-90 % sveukupnog broja amputiranih, a šećerna bolest postaje sve veći javnozdravstveni problem sa širom problematikom.

Svaka amputacija, neovisno o razini zahvaćenog ekstremiteta, ostavlja fizičku, psihičku, socijalnu i profesionalnu „štetu“ u životu bolesnika; s obzirom da što je mlađa životna dob i niža razina amputacije to osoba ima više šanse oporavka i ponovnog uključivanja u sve prijašnje životne sfere. U posljednjem desetljeću broj amputacija iznad koljena „visokih“ u porastu, što je zapravo razmjern alarm jer u toj skupini amputacija je i smrtnost dvostruko veća od onih ispod koljena (2). U tu skupinu pripadaju i bolesnici starije životne dobi pa gubitkom donjih ekstremiteta često dolazi i do gubitka djela ili potpunog gubitka pokretljivosti, a sukladno sa time bolesnici se stavljaju u stanje socijalne izoliranosti, postaju ovisni o tuđoj pomoći, a sa

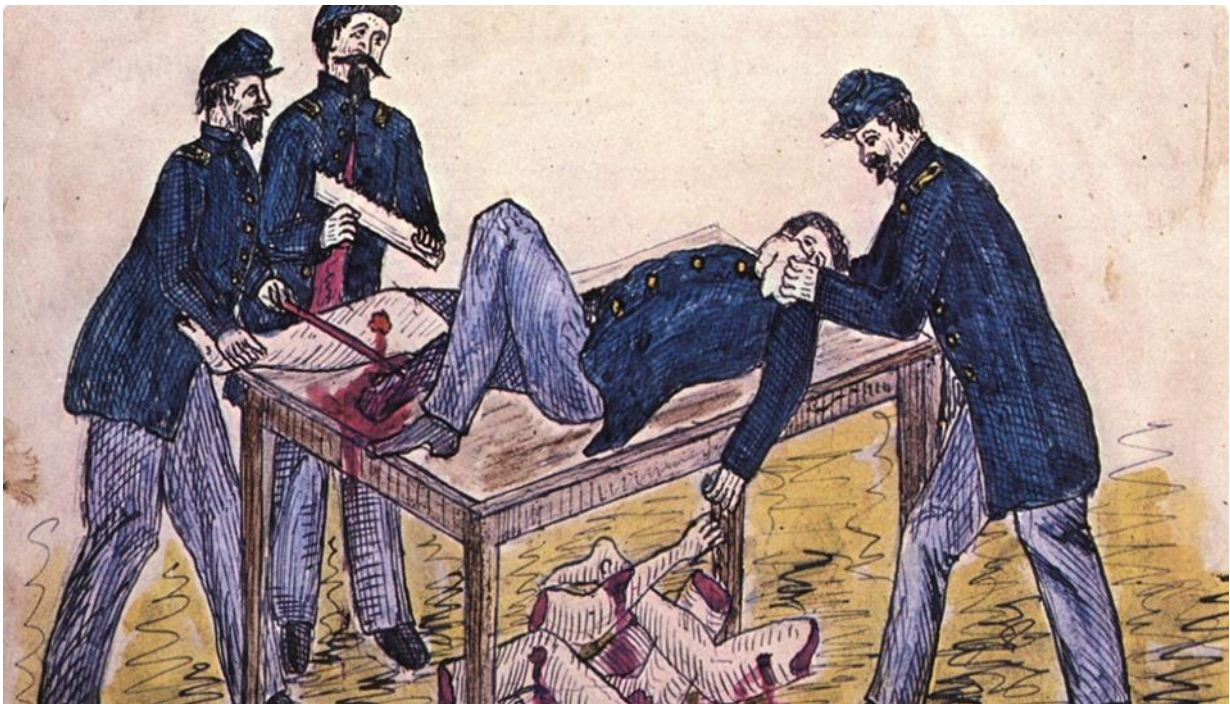
druge strane ponašaju se nemoćno u traženju nemedicinske pomoći (3). Holistički pristup zdravlju daje isto bitan značaj kako biološkim tako i psihološkim i socijalnim aspektima zdravlja i zahtjeva od medicinskih sestara veliku prilagodbu uz pružanje biomedicinskih znanja, dobro poznavanje teorije, te poznavanje metoda i tehnika i iz psihologije i srodnih znanosti. Vaskularna kirurgija koja se bavi amputacijom donjih ekstremiteta zahtjeva od zdravstvenog tima sve te spoznaje jer oni pomažu kod preventive, dijagnostike, terapije i rehabilitacije bolesnika (4). Usprkos svoj pripremi bolesnika, educiranju, uvijek se treba imati na umu da će se kvaliteta života nakon operacije koja uključuje amputaciju, bilo visoku ili nisku tj. natkoljenu ili potkoljenu, promijeniti i imati će utjecaja na bolesnika i njegov dosadašnji stil života.

1.1. Amputacije

Prva amputacija pojavljuje se u spisima još prije 2000 godina i u ono doba ukoliko bi liječenje završilo amputacijom smatralo se da je liječnik neuspješan pa je ishod njegovog neuspjeha gubitak bolesnikovog ekstremiteta. Retrospektivno gledajući može se pretpostaviti da su liječnici primorani raznim traumama, tumorima bili primorani upravo na taj dramatični korak u liječenju jer nije zanemarivo ni da protetika u to doba nije bila razvijena. Amputacija koja je izvedenica latinske riječi amputare doslovno se može definirati kao potpuno ili djelomično uklanjanje određenog dijela tijela (5). Liječnici se nerijetko nađu u dilemi da li sačuvati što veći dio ekstremiteta od same opasnosti „bolesnog“ ekstremiteta. Svakako je poželjno sačuvati što veći dio ekstremiteta jer on omogućava lakšu rehabilitaciju i ležište proteze, međutim koji put odluka da se ide „na ruku“ bolesnicima koji imaju istu želju da sačuvaju što više ekstremiteta može direktno ugroziti njihov život. Međutim ne smije se nikada smetnuti sa uma da je amputacija kao medicinska intervencija konačna ireverzibilna i opravdana samo u onim slučajevima kad direktno ugrožava bolesnikov život i tim postupkom mu se život spašava/produžuje.

Amputacijama je ispisana cijela ljudska povijest od prvih spisa, pogotovo jer je cijela povijest čovječanstva prožeta ratovanjima i traumama. No isto tako bolesnici/vojnici koji bi preživjeli amputaciju poticali su da skrivaju svoj nedostatak i ostatak života proveli bi na rubu siromaštva proseći za hranu. Prema drevnim zapisima prva uspješna amputacija izvedena je na kraljici Vishpli između 3500. i 1800. godine prije Krista koja je svoju nogu izgubila u borbi, a nakon uspješnog cijeljenja rane dobila čak i zamjensku željeznu nogu koja joj je omogućila nastavak ratovanja i hodanje. Davne 385. godine prije Krista Platon spominje amputaciju nogu i drugih ekstremiteta kao terapijsku metodu, dok u prvom stoljeću poslije Krista De Medicina smatra da

je uklanjanje gangrenoznog djela tijela sa pripadajućim kostima nužno da se osigura nastavak bolesnikovog života. Amputacija prije pojava antiseptičke i aseptičke dovedena je do savršenstva pa se za vrijeme Napoleonskih ratova primarna amputacija izvodila odmah po ozljedi, a sekundarna do tri tjedna po nastanku ozljede. Razvijanjem anestezije i prihvaćanjem pravila aseptičke i antiseptičke omogućilo je liječnicima da amputacije izvedu bez žurbi što je dovelo da neke nisu uopće ni izvedene jer se ekstremitet uspio oporaviti, također je dovelo do razvoja kirurgije te samog razvoja proteza tj. ortopedije (6). U današnjem suvremenom svijetu ratne amputacije nažalost i dalje su česta pojava, ali ipak vaskularne promjene na donjim ekstremitetima su preuzele vodeće mjesto.



Slika 1. Prikaz prvih ratnih amputacija

Izvor: <http://www.civilwarmed.org/prosthetics/> (preuzeto 17.07.2021)

1.2. Anatomija donjih ekstremiteta

Da bi amputacija bila uspješna, poznavanje anatomije donjih ekstremiteta je neophodno. Anatomiju donjih ekstremiteta možemo podijeliti na:

- lokomotorni sustav koji čine sljedeće kost i zglobovi: „zdjelično natkoljениčni zglob- articulatіo coxae, bedrena kost- femur, iver-patella, koljeni zglob- articulatіo genus, goljениčna kost- tibia, lisna kost- fibula, skočni zglob- articulatіo talocruralis, kosti nožja- ossa tarsi, kosti donožnja- ossa metatarsi, bliži članak- phalanx proximalis, sredni članak- phalanx media, udaljeni članak- phalanx distalis“

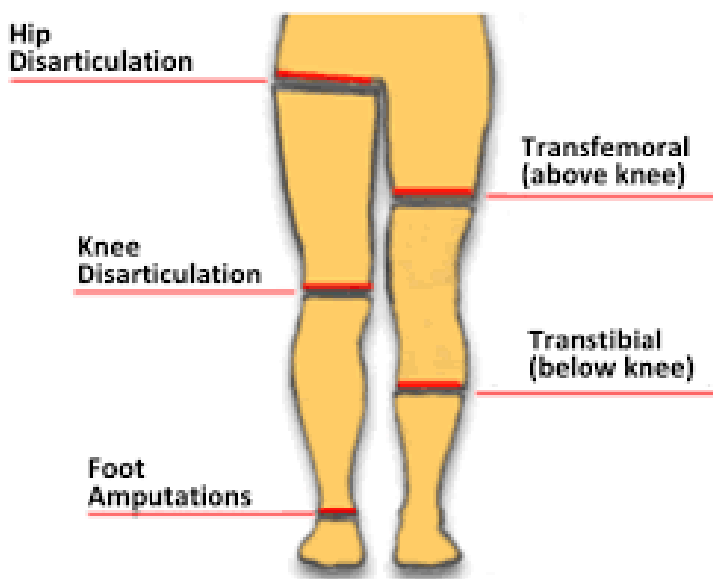
- mišićni sustav koji čine: mišić zatezač široke facije- „m.tensor fasciae latae, bočno slabinski mišić- m. iliopsoas, grebenski mišić- m. pectineus, lateralni veliki mišić- m. vastus lateralis, vitki mišić-m. gracilis, mišić listova- m. gastrocnemius, krojački mišić- m. sartorius, ravni mišić bedra- m. rectus femoris“

- živčani sustav koji se sastoji od sedlanoga živca- „nervus ischiadicus, živac bedra- nervus femoralis, zajednički živac lista- nervus peroneus communis, stražnji živac goljenice- nervus tibialis posterior, površinski živac lista- nervus peroneus superficialis, duboki živac lista- nervus peroneus profundus“ (7).

1.3. Vrste amputacija donjih ekstremiteta

Pojednostavljena podjela amputacija može biti jednostavno na otvorene i zatvorene amputacije. Otvorene ili giljotinske predstavljaju amputaciju donjih ekstremiteta kružnim rezom svih dijelova noge: kože, potkožnog tkiva i mišića iznad bolesnog dijela. Rez se izvodi tako da rana ostane otvorena, a krvarenje se izvodi i rješava ligiranjem krvnih žila. Ova vrsta amputacije je iznimno rijetka i indikacije za nju su ekstremne ozljede sa gubitkom koštanih i meko tkivnih struktura, velike infekcije, ireverzibilna neurovaskularna oštećenja (8).

Druga vrsta amputacija je zatvorena i mnogo se češće izvodi. U pristupu ovoj amputaciji vrši se incizija kože i potkožnog tkiva, a rana se prekriva kožom. Uspješnost ove amputacije ovisi o dobroj vaskularizaciji te se može podijeliti na natkoljениčne-12 do 15 cm iznad koljena, potkoljениčne i amputacije stopala (8).



Slika 2. Vrste amputacija donjih ekstremiteta

Izvor:

https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/33575/6/Wyss_Dominik_201211_MASc_the_sis.pdf (preuzeto 18.07.2021.)

1.4. Socijalna podrška i stres

Socijalna podrška je važna funkcija osobnih odnosa te je poznato da utječe na zdravlje i prilagodbu pojedinca, pokazalo se da osobe koje žive u skladnom braku imaju veći krug prijatelja i članove obitelji od kojih dobivaju psihološku i materijalnu podršku vrednuju svoje zdravlje većim od osoba koje imaju manje socijalne podrške (9). Veza između stresnih životnih događaja i psihičkih i zdravstvenih posljedica za osobu koja je tome izložena i kako utječe na nju i njeno zdravlje uvijek je bila segment istraživanja. Veoma se brzo utvrdilo kako je socijalna podrška obitelji jedan od ključnih činitelja u procesima stresnih događaja. Ta podrška i interpersonalni odnosi unutar obitelji mogu zaštititi pojedinca od posljedica stresa, posebice kad osoba u užoj i široj zajednici dobiva socijalnu podršku koja joj pomaže da se ublaži stresna reakcija na nemili događaj (10).

Kada se desi stresna situacija ona može aktivirati cijelu socijalnu mrežu koja potom pruža podražavajuće ponašanje, ili se pak može dogoditi da socijalna mreža pruži neadekvatan odgovor što će dovesti do narušavanja odnosa ili pogoršanja već narušenih odnosa. Koliko će stres imati utjecaj na pojedinca ovisi o njegovoj jačini, trajanju, ali i snazi izvora podrške. Dosadašnja istraživanja su pokazala da kada se radi o učincima socijalne podrške „na adaptacijske rezultate operacionalizirane kao fizičko i/ili psihičko zdravlje, tada su ti ishodi u većoj mjeri funkcija kvalitete, a ne kvantitete socijalne podrške“ (11). Neke mjere psihofizičkog zdravlja su i u funkciji opažanja socijalne podrške- kako osoba doživljava primljeno poštovanje, osjeća li se prihvaćeno i zbrinuto i zadovoljavanja socijalnih potreba od strane važnih ljudi, nego od veličine socijalne mreže koju imaju.

1.5. Izvori, vrste i definicije socijalne podrške

Izvori socijalne podrške su različiti, no obitelj je uglavnom primarni pružatelj osjećaja emocionalne podrške, pripadanja, topline, materijalne i instrumentalne podrške. Skladan brak

jedan je od glavnih i trajnih izvora socijalne podrške u odrasloj dobi. Obitelj je specifična po tome što najčešće sama prepoznaje da član obitelji treba pomoć jer se nalazi u nekakvoj krizi bez da osoba to mora striktno tražiti. Ostali izvori socijalne podrške mogu biti prijatelji, susjedi, rođaci, kolege na poslu, grupe potpore. Razlikuju se nekoliko osnovnih vrsta socijalne podrške:

- Samopoštovanje koje se razvija i povećava komuniciranjem s osobama koje prihvaćaju vrijednosti osobe i iskazuju poštovanje bez obzira na uspjehe ili neuspjehe, ovo je emocionalna, ekspresivna, ventilacijska odnosno bliska podrška
- Informacijska podrška je podrška koju pojedinac dobiva u definiranju, razumijevanju i suočavanju s problemom, može biti i oblik savjetovanja, kognitivno vođenje osobe ili druženje; korisna je jer zadovoljava potrebu za pripadanjem i kontaktima, a pojedincu često odvlači pozornost od briga i problema te može biti izvor pozitivnih raspoloženja
- „Druženje i instrumentalna podrška“ je vid financijske pomoći, materijalnih izvora i pružanja usluga, ovo je opipljiva vrsta podrške- primjerice osoba nakon amputacije koja se može osloniti na prijevoz od socijalnih kontakata (12).

Socijalna podrška uključuje sve aspekte pomoći koju za pojedinca vrše njemu značajni ljudi kao što su članovi obitelji, rođaci, prijatelji. Osobi koja se suočava sa stresnom situacijom i promjenom načina života kao što se obično suočavaju osobe s amputacijom ekstremiteta socioemocionalna pomoć se odnosi i na potvrđivanje i istraživanje ljubavi, brige, poštovanja, naklonosti, simpatije, u informacijskoj vrsti pomoći osoba razmjenjuje relevantne činjenice sa svojom socijalnom mrežom, a u instrumentalnoj ima opipljive dokaze svoje socijalne potpore (13). Prema Batteri (1986.) socijalna podrška ima tri odvojena elementa koji se odnose na percipiranu podršku, socijalnu uklopljenost te stvarnu podršku. Percipirana podrška odnosi se na funkcije socijalnih odnosa, socijalna uklopljenost se odnosi na strukturu postojećih odnosa i stvarna podrška se odnosi na primanje ponašanja kojima članovi socijalne mreže izražavaju podršku pojedincu (14).

Funkcije socijalne podrške se mogu pojmovno razdvojiti, one u realnom svijetu i nisu nezavisne- što osoba ima više obitelji, poznanika, prijatelja to ima veći pristup svim vrstama socijalnih podrški i postoje visoke korelacije različitih funkcija socijalne podrške (15).

Stres mogu izazvati svi događaji koje osoba procjenjuje kao emocijom i osjećajem bespomoćnosti i prijetnjom u samopoštovanju. Emocionalna-socijalna podrška protuteža je tim prijetnjama koje se javljaju kao odgovor na percipirani stres. Informacijska podrška primjerice pomaže osobama da nađu odgovarajuće načine suočavanja, dok je kod amputacija

instrumentalna podrška specifično učinkovita jer može ublažiti konkretne posljedice koje ostavlja amputacija. Što osoba bolje percipira postojeću socijalnu podršku više vjeruje da je ljudima stalo do nje i dobiva samopouzdanje i samopoštovanje da se nosi sa sadašnjim i budućim stresnim događajima (10). „Suočavanje usmjereno na emocije i emocionalna podrška su pokušaji poboljšavanja negativnih osjećaja, a sastoje se od pokušaja mijenjanja značenja situaciji, povezano je s informacijskom podrškom koja predstavlja pokušaje mijenjanja značenja stresne situacije“ (13).

Dosadašnja istraživanja koja su se bavila proučavanjem učinka amputacija na osobu bila su usredotočena upravo na socijalnu podršku i koje negativne ishode ostavlja nedostatak iste (16). Sve se više pokušava usmjeriti na adaptivne psihološke procese i s njima povezane faktore opasnosti kako bi se dobio kvalitetan uvid u karakteristike osoba kod kojih je amputacija dovela do povoljnijeg adaptacijskog ishoda. Amputacija ostavlja svojevrsni posttraumatski stres iz kojeg može proizaći posttraumatski rast koji podrazumijeva“ pozitivne psihološke promjene u odnosu s drugima, životnoj filozofiji i samopoimanju, nastale kao posljedica suočavanja s izrazito stresnim životnim događajem“ (17).

Traumatski događaji su pak definirani „kao događaji koji ugrožavaju vlastiti i/ili tuđi tjelesni integritet, dovode do iznimnog osjećaja straha i bespomoćnosti, to je događaj kod kojeg osoba gubi kontrolu nad vlastitim životom“ (18). Posttraumatski rast može i ne mora nastati kao posljedica traumatskog iskustva, no bez njega može doći do ozbiljnog narušavanja pojedinčevog shvaćanja svijeta, uključujući i vjerovanje u pravedan svijet, koju kontrolu ima osoba nad svojim životom, predvidljivost životnog tijeka, sve to može ozbiljno ugroziti osobni identitet pojedinca. Postoji pet glavnih područja unutar kojih može doći do pozitivnih promjena, a to su: „kvalitetniji odnosi s drugim ljudima (snažniji osjećaj povezanosti, suosjećanje s drugima, slobodnije izražavanje emocija), otkrivanje novih mogućnosti (razvoj novih interesa i životne perspektive), jačanju osobne snage (veće samopouzdanje i efikasnije suočavanje sa životnim stresorima), duhovna promjena (snažniji osjećaj povezanosti sa svijetom, jasnije poimanje smisla života), pridavanje veće važnosti životu (promjena životnih prioriteta)“ (19).

Amputacija je izrazito stresno i traumatično razdoblje u životu za osobe, bez obzira radi li se o planiranoj ili hitnoj vrsti zahvata stoga istraživanja koja su se bavila posttraumatskim rastom u tim situacijama govore u prilog povoljnim psihološkim promjenama. Kako je cilj tih istraživanja bio da se osoba fokusira na pozitivne aspekte amputacije mnogi su naglasili prestanak boli kao jedan od pozitivnijih čimbenika. Paralelno s nestankom boli stjecali su više neovisnosti upotrebom proteze što je utjecalo na pozitivniji pogled na svijet, porastom kvalitete

života te zauzimanje stava da je trauma bila iskustvo koje im je ojačalo karakter i stekli su svojevrstu otpornost. Pojedinci koji iz trauma izvlače posttraumatski rast imaju manje simptoma kao što je depresija, anksioznost, više samopouzdanja, skloniji su pomaganju, imaju više strpljenja te veću razinu samopoštovanja (16).

1.6. Kvaliteta života

Kvaliteta života postaje pojam koji unazad tri desetljeća u medicini zauzima sve više prostora i sve se više istražuje i primjenjuje. Dapače njome se bave i druge grane poput sociologije i ekonomije jer se uglavnom poistovjećivala sa životnim standardom osobe, vjerovalo se da je visoki standard proporcionalan s kvalitetom života. Danas se više okreće duhovnim sferama kvalitete života, odnosno subjektivnim pokazateljima koji prikazuju koliko je osoba zadovoljna svojim životom i samom sobom (20).

Kvaliteta života se danas promatra kroz sfere multidimenzionalnog pristupa koju uključuje sve čimbenike kao što su fizički, psihički, funkcionalni, psihološki i socijalni. Na kvalitetu života utječe nebrojeno mnogo faktora od zdravlja, zaposlenosti i visini prihoda, obrazovanju, obitelji, mjesto življenja, osjećaj sigurnosti, kvaliteta slobodnog vremena. Kvaliteta života subjektivna je procjena i pravu ocjenu nje mogu donijeti isključivo same osobe, a ne obitelj, bliske osobe ili vanjski promatrači jer svaki pojedinac ocjenjuje svoj život u cjelini i ovisno o tome što on smatra blagostanjem.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi:

1. Odnos psihosocijalne prilagodbe, percepcije vlastita tijela i društvene interakcije u odnosu na dob bolesnika
2. Postoji li razlika u strategijama suočavanja kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol bolesnika
3. Utjecaj komunikacije unutar obitelji na sposobnosti rješavanja problema kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta

2.1. Hipoteze istraživanja

Da bi se pobliže odredilo jesu li ciljevi istraživanja postignuti, definirane su tri hipoteze:

- **H1:** Kod bolesnika mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta doći će do negativne promjene u percepciji vlastitog tijela i društvene interakcije. Kako se u ovoj hipotezi pojavljuju dvije varijable koje je potrebno ispitati i testirati, ovu će se hipotezu podijeliti na dvije:
- **H11:** Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela
- **H12:** Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu društvenu interakciju.
- **H2:** Pojaviti će se statistički značajna razlika u strategijama suočavanja sa stresnim situacijama kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol
- **H3:** Čimbenik '*Obiteljska komunikacija i sposobnost rješavanja problema*' će kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta biti negativan

3. SUDIONICI I METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanjem je obuhvaćeno 100 sudionika, od kojih je bilo 53 osobe ženskog i 47 osoba muškog spola. Sudionici su bili bolesnici Opće Bolnice *Zadar* hospitalizirani na Odjelu za vaskularnu kirurgiju.

Istraživanje je provedeno od svibnja do lipnja 2021. godine. Sudjelovanje svih sudionika bilo je dobrovoljno i anonimno uz mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku. Tijekom istraživanja poštivali su se etički principi te je osigurana privatnost i zaštita tajnosti podataka sudionika.

3.1. Instrument istraživanja

Kao instrument istraživanja koristio se anonimni anketni upitnik, uz presječno ispitivanje (*cross-sectional*), sastavljen od četiri upitnika. Prvi se upitnik sastojao od općih pitanja koja su se odnosila na dob, spol, bračni status i druge komorbiditete koje ispitanik eventualno ima.

Drugi je upitnik bio „Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije¹ (engl. WHOQOL BREF) je pouzdani i validan instrument, koji je napravljen u svrhu procjene kvalitete života. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno: fizičko stanje, psihološko stanje, društvenu interakciju i okolinu pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Upitnik se sastoji od 27 pitanja zatvorenog tipa. Prvo pitanje se odnosi na zdravstveno stanje ispitanika (Jeste li sada zdravi – s mogućnošću izbora Da ili Ne. Preostalih 26 pitanja su podijeljena u pet skupina a svako se pitanje boduje od 1- najlošije do 5-najbolje (Likertova skala)“.

Treći upitnik je bio FRAS (engl. Family Resilience Assessment Scale) upitnik – „Upitnik za procjenu otpornosti obitelji. Upitnik se sastoji od 41 pitanja a svako se pitanje boduje razinom slaganja s pojedinom tvrdnjom od 1 - *izrazito se ne slažem* do 5 - *izrazito se slažem* s tvrdnjom (Likertova skala)“.

Četvrti upitnik - U ispitivanju stilova sučeljavanja sa stresnim situacijama primijenjena je adaptirana verzija upitnika COPE (engl. Coping Orientation to Problems Experienced). Adaptirani upitnik COPE sastoji se od 71 čestice koje čine 17 empirijski deriviranih skala, od kojih je 15 preuzeto iz izvornog (COPE) upitnika, dok specifični odgovori sudionika našeg područja sačinjavaju dvije dodatne skale – skalu osamljivanja i skalu potiskivanja emocija.

¹ The World Health Organization Quality of Life Group The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: 1996; Programme on mental health.

Upotrebljavao se dispozicijski oblik upitnika COPE. Odgovori su bodovani na skali Likertova tipa od pet stupnjeva (0 – 4), a glasili su „nikada se tako ne ponašam“, „katkad se tako ponašam“, „obično se tako ponašam“, „često se tako ponašam“ i „uvijek se tako ponašam“. Konačni rezultat svakog sudionika oblikuje se kao kompozit zbrajanja čestica koje tvore pojedinu skalu.²

3.2. Obrada podataka

U statističkoj obradi podataka koristila se deskriptivna i inferencijalna statistika. Od testova u prihvaćanju ili odbacivanju hipoteza koristio se hi-kvadrat test, na razini značajnosti $p < 0,05$. Prikaz podataka je tekstualni, tablični i slikovni (grafikoni).

Za obradu podataka se koristio program MS Word 2019 za obradu teksta, MS Excel 2019 i online znanstveni kalkulator za društvene znanosti dostupan na <https://www.socscistatistics.com/>.

3.3. Etičnost ispitivanja

Nacrt rada dostavljen je Etičkom povjerenstvu Opće bolnice Zadar. Etičko povjerenstvo u suradnji s mentorom odobrili su provedbu ankete. Poštivali su se Zakoni o zaštiti osobnih podataka. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i anonimno te je za prikupljene podatke osigurana povjerljivost (podaci su dostupni samo autoru rada i mentoru), a koristili su se isključivo u svrhu izrade diplomskog rada. Sudionici su upoznati s ciljevima istraživanja, imali su pravo odbiti, odgovoriti na bilo koje pitanje i odustati u bilo kojem trenutku istraživanja. Dobiveni rezultati pohranjeni su u elektronskom obliku i biti će čuvani koliko nalaže akademska praksa na sigurnom mjestu dostupno samo autorici i mentoru rada.

² Pjević Z, Štrkalj Ivezić S i Melada A. Stilovi sučeljavanja sa stresom u odnosu na različite dijagnoze psihičkih poremećaja. JAHS.2015;1(1):57-70.

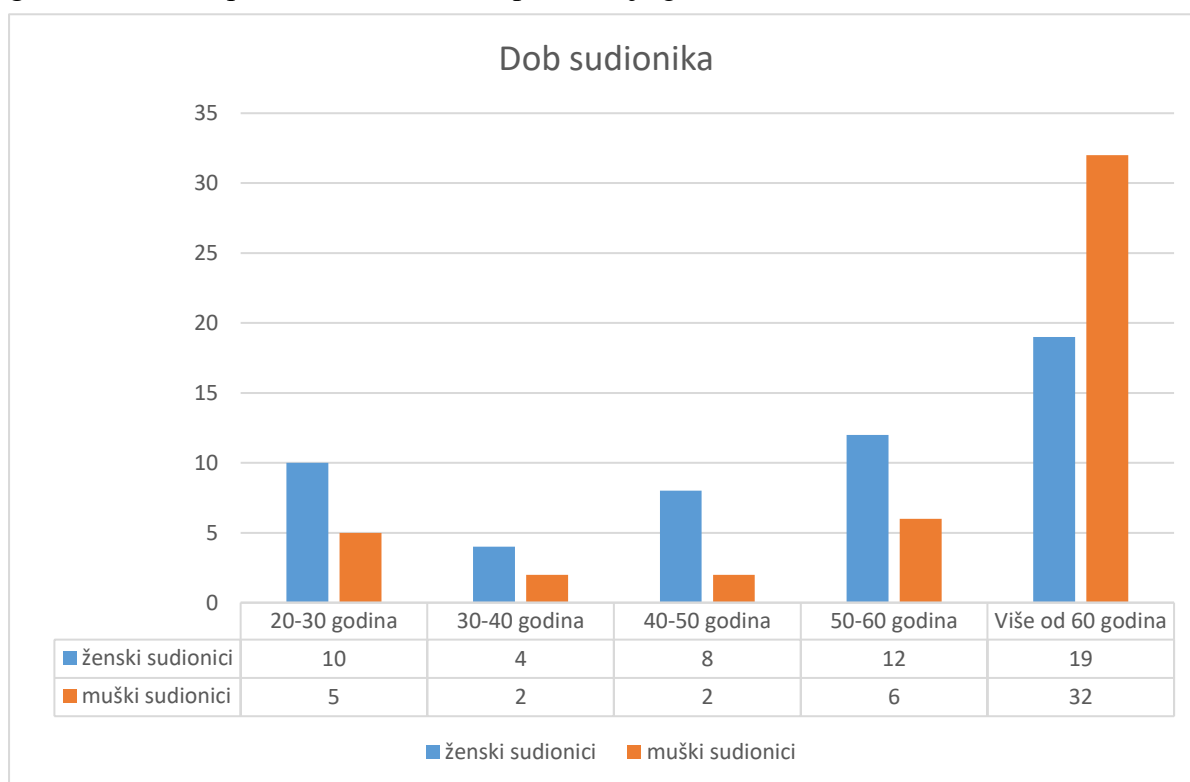
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1. Socio-demografski podaci

Bolesnici su trebali odgovoriti na socio-demografske podatke koji se odnose na dob, spol, bračni status te druge komorbiditete koje bolesnik eventualno ima.

Dob sudionika

Istraživanjem je obuhvaćeno 100 sudionika, od kojih je bilo 53 (53%) osobe ženskog i 47 (47%) osoba muškog spola u dobi od 20 godina naviše. Bolesnici su bili liječeni u Općoj Bolnici Zadar i hospitalizirani na Odjelu za vaskularnu kirurgiju. Sudionici su podijeljeni u pet dobnih skupina: a) 20-30 godina; b) 30-40 godina; c) 40-50 godina; d) 50-60 godina i e) više od 60 godina. Grafički prikaz dobi sudionika prikazan je grafikonom 1.



Grafikon 1. Prikaz sudionika po dobi

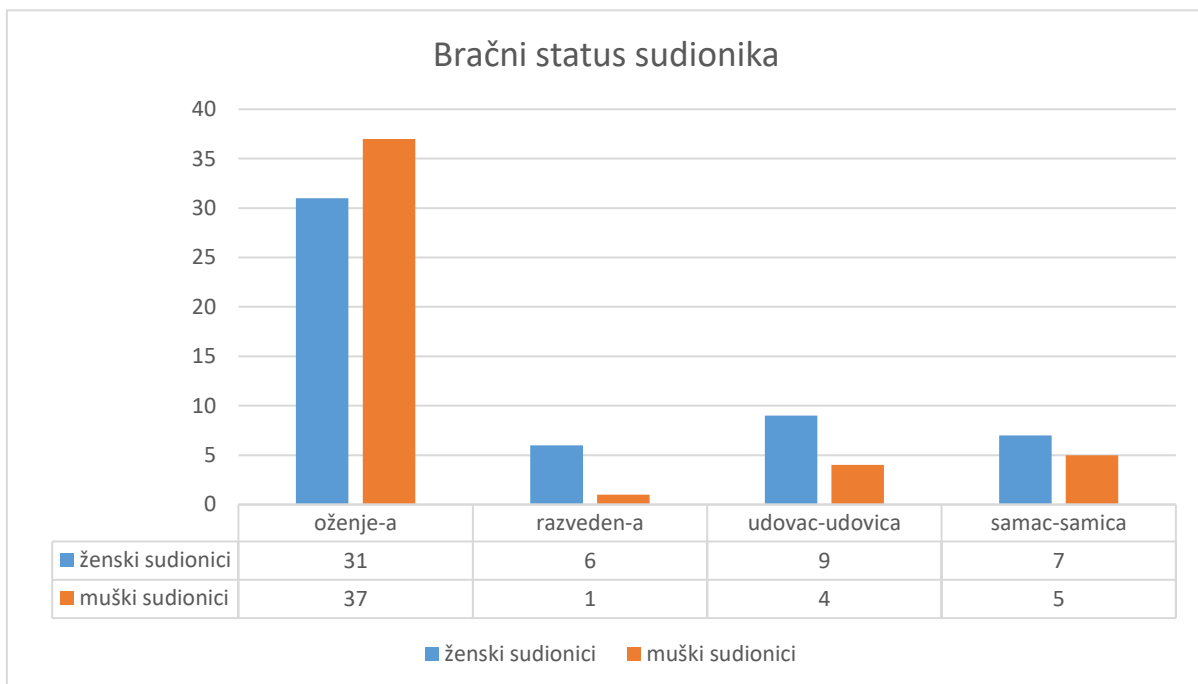
Najviše sudionika, i kod žena i kod muškaraca, bilo je u dobi od preko 60 godina (51%), a najmanje u dobi od 30-40 godina (6%). Ne postoji statistički značajna razlika po dobi između ženskih i muških sudionika, na razini značajnosti $p < 0,05$ (hi-kvadrat iznosi 10,926, a granična vrijednost hi-kvadrata iznosi 9,488 za četiri stupnja slobode, $df=4$). Međutim, kako je za tri vrijednosti frekvencija manja od 5, potrebno je koristiti Yatesovu korekciju pa vrijednosti hi-

kvadrata iznosi 7,974. Navedena vrijednost niža je od granične vrijednosti pa se prihvaća nul-hipoteza da nema statistički značajne razlike među grupama).

Bračni status sudionika

Sudionici su mogli izabrati jednu od četiri ponuđene opcije: oženjen/udata, razveden/razvedena, udovac/udovica i samac-samica.

Najviše sudionika je oženjeno-udano, njih 66 (66 %), razvedenih je 7 (7%), udovaca-udovica 13 (13%), a samaca-samica 12 (12%). Prikaz sudionika po bračnom statusu prikazana je grafikonom 2.



Grafikon 2. Prikaz sudionika po bračnom statusu

Ne postoji statistički značajne razlika po dobi između ženskih i muških sudionika, na razini značajnosti $p < 0,05$ (hi-kvadrat iznosi 10,463, a granična vrijednost hi-kvadrata iznosi 7,815 za tri stupnja slobode, $df=3$, Međutim, kako je za 20% podataka, vrijednost frekvencija manja od 5, potrebno je koristiti Yatesovu korekciju pa vrijednosti hi-kvadrata iznosi 7,804. Navedena vrijednost niža je od granične vrijednosti pa se prihvaća nul-hipoteza da nema statistički značajne razlike među grupama).

Eventualni drugi komorbiditeti sudionika

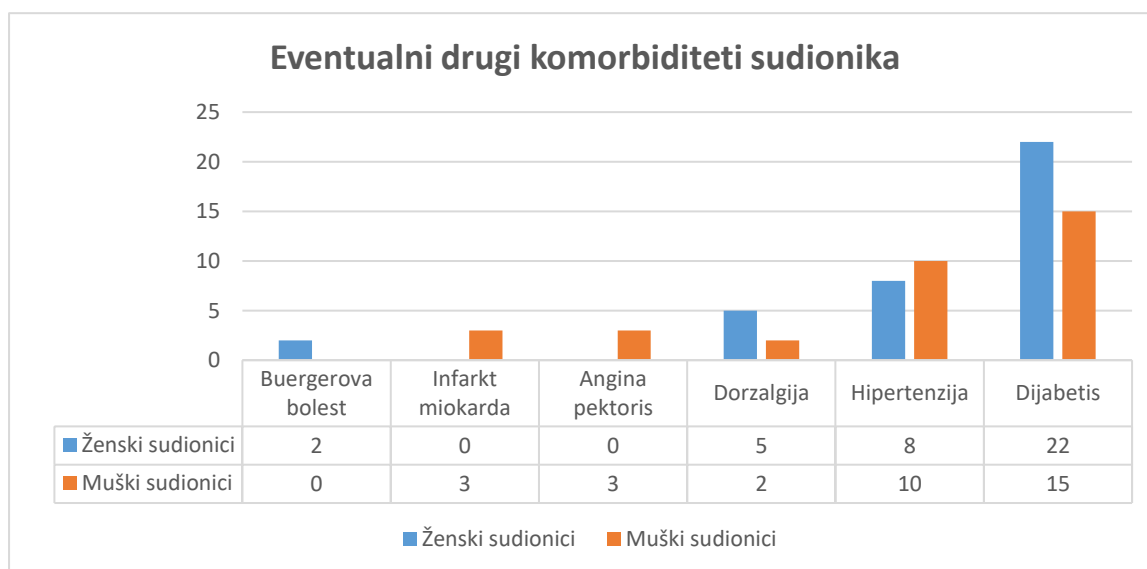
Osim glavnog razloga hospitalizacije, sudionici su odgovorili na pitanje postoji li kod njih i neka druga ozbiljnija medicinska dijagnoza (komorbiditet). U tablici 1. prikazan je broj komorbiditeta po spolu sudionika, u tablici 2. i grafikonu 3. po vrsti komorbiditeta i spolu sudionika.

Tablica 1. Broj drugih komorbiditeta sudionika

Broj drugih komorbiditeta	Ženski spol	Muški spol
0	25	17
1	28	30
2	4	3
3	3	1

Tablica 2. Broj drugih komorbiditeta po vrsti u ovisnosti o spolu sudionika

Vrsta komorbiditeta	Drugi komorbiditeti	
	Ženski spol	Muški spol
Buergerova bolest	2	0
Infarkt miokarda	0	3
Angina pectoris	0	3
Dorzalgija	5	2
Hipertenzija	8	10
Dijabetes	22	15



Grafikon 3. Prikaz broja drugih komorbiditeta po vrsti u ovisnosti o spolu sudionika

Ne postoji statistički značajne razlika po broju drugih komorbiditeta u ovisnosti o spolu sudionika (hi-kvadrat iznosi 2,019, a granična vrijednost hi-kvadrata iznosi 7,815 za tri stupnja slobode, $df=3$), na razini značajnosti $p<0,05$.

Ne postoji statistički značajne razlika po vrstama drugih komorbiditeta u ovisnosti o spolu sudionika (hi-kvadrat iznosi 4,619, a granična vrijednost hi-kvadrata iznosi 7,815 za tri stupnja slobode, $df=3$), na razini značajnosti $p<0,05$.

4.2. Kvaliteta života sudionika

Zdravstveno stanje sudionika - „Jeste li sada zdravi“

Na pitanje „*Jeste li sada zdravi*“ 13 (13%) sudionika odgovorilo je potvrdno, 86 (86%) negativno, a jedan (1%) se nije izjasnio-la.

Fizičko zdravlje sudionika

Prva domena upitnika odnosi se na fizičko zdravlje sudionika te se sastoji od šest pitanja: „*Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obveza?, Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?, Koliko se možete kretati uokolo?, Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?, Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti? i Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?*“ Na svako se pitanje može dobiti od 1 do 5 bodova. Tablicom 3. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo 6 pitanja, za 53 (53%) ženskih sudionika bilo je 318 odgovora, a za 47 (47%) muških sudionika 282 odgovora. Treba napomenuti da se prvo pitanje iz ove domene trebalo kodirati (u ovom je slučaju manja brojka, znači bolju situaciju).

Tablica 3. Fizičko zdravlje sudionika

	Ženski spol	Muški spol
Broj odgovora 1	12	12
Broj odgovora 2	57	84
Broj odgovora 3	131	105
Broj odgovora 4	98	60
Broj odgovora 5	20	21
Ukupno	318	282
Prosječna vrijednost	3,18	2,98

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost χ^2 iznosi 15,093. Kako granična vrijednost za $df=4$, četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju fizičkog zdravlja između ženskih i muških sudionika, na razini značajnosti $p<0,05$. Fizičko zdravlje ženskih sudionika je bolje od fizičkog zdravlja muških sudionika.

Psihološko stanje sudionika

Druga domena upitnika se odnosila na psihičko stanje sudionika, a sastoji se od sedam pitanja: „Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?, Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?, Koliko uživate u životu?, Koliko osjećate da vaš život ima smisla?, Koliko ste zadovoljni sobom?, Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? i Koliko se dobro možete koncentrirati? Odgovore na pitanje Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? je trebalo kodirati kako bi se dobile ispravne vrijednosti u rezultatu.“ Tablicom 4. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Treba napomenuti da se drugo pitanje iz ove domene trebalo kodirati (u ovom je slučaju manja brojka, znači bolju situaciju)

Tablica 4. Psihološko stanje sudionika

	Ženski spol	Muški spol
Broj odgovora 1	15	22
Broj odgovora 2	53	46
Broj odgovora 3	138	150
Broj odgovora 4	136	86
Broj odgovora 5	29	25
Ukupno	371	329
Prosječna vrijednost	3,30	3,14

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost χ^2 iznosi 11,398. Kako granična vrijednost za $df=4$, četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju psihičkog stanja između ženskih i muških sudionika, na razini značajnosti $p<0,05$. Psihičko stanje ženskih sudionika je bolje od psihičkog stanje muških sudionika.

Društvena interakcija sudionika

Treća domena upitnika se odnosi na društvenu interakciju sudionika, sastoji od tri pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima prema bliskim osobama?, Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom? i Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam daju Vaši prijatelji?“. Tablicom 5. prikazani su dobivene frekvencije sudionika.

Tablica 5. Društvena interakcija sudionika

	Ženski spol	Muški spol
Broj odgovora 1	24	26
Broj odgovora 2	24	16
Broj odgovora 3	32	56
Broj odgovora 4	45	31
Broj odgovora 5	34	12
Ukupno	159	141
Prosječna vrijednost	3,26	2,91

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost χ^2 iznosi 20,319. Kako granična vrijednost za $df=4$, četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju društvene interakcije i spola sudionika, na razini značajnosti $p<0,05$. Društvena interakcija ženskih sudionika je bolja od društvena interakcija muških sudionika.

Okolina sudionika

Četvrta domena upitnika se odnosi na okolinu sudionika, sastoji od deset pitanja: „Imate li dovoljno novca za zadovoljenje svojih potreba?, Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?, Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?, Koliko vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman? (odgovore na ovo pitanje je potrebno kodirati), Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?, Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?, Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?, Imate li prilike za rekreaciju?, Koliko je zdrav Vaš okoliš?, Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?“. Tablicom 6. prikazane su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo deset pitanja, za 40 (40%) sudionika je ukupno 400 odgovora po skupini.

Tablica 6. Okolina sudionika

	Ženski spol	Muški spol
Broj odgovora 1	14	21
Broj odgovora 2	95	92
Broj odgovora 3	173	208
Broj odgovora 4	184	114
Broj odgovora 5	64	35
Ukupno	530	470
Prosječna vrijednost	3,36	3,11

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost $\chi^2=27,150$. Kako granična vrijednost za $df=4$, četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju okoline između ženskih i muških sudionika, na razini značajnosti $p<0,05$. Okolina ženskih sudionika je bolja od okoline muških sudionika.

4.3. Hipoteze istraživanja

Kako bi mogli donijeti kvalitetne zaključke istraživanja uz primjenu adekvatnih statističkih alata postavljene su 3 hipoteze:

- H1: Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela i društvenu interakciju. Kako se u ovoj hipotezi pojavljuju dvije varijable koje je potrebno ispitati i testirati, ovu će se hipotezu podijeliti na dvije:

H₁₁: Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela

H₁₂: Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu društvenu interakciju.

- H2: Pojaviti će se statistički značajna razlika u strategijama suočavanje sa stresnim situacijama kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol (kod ženskih bolesnika očekuje se na emocijama usmjereno suočavanje)
- H3: Postoji povezanost obiteljske komunikacije i sposobnosti rješavanja problema kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta

H₁₁: Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela

Nul-hipoteza se postavlja na način da se testira je li dobivena prosječna vrijednost ista ili prilično ista unaprijed zadanoj vrijednosti. Ukoliko je dobivena prosječna vrijednost dovoljno daleko postavljenoj vrijednosti odbacuje se nul-hipoteza i zaključuje se da su uzorci različiti, pod vjerojatnošću P, odnosno značajnošću p.

U ranijoj analizi, kroz *Upitnik o kvaliteti života* dobiveni su rezultati za domene pitanja: *Fizičko zdravlje, Psihičko stanje, Društvena interakcija* te *Okolina sudionika*. Za testiranje prve hipoteze, uzeti će se u obzir dobiveni rezultati o *Fizičkom i Psihičkom zdravlju* sudionika. Također će se uzeti u obzir podaci samo o mlađim sudionicima (20-40 godine života), te se zbog relativno malog (21) uzorka neće vršiti analiza posebno za ženske, a posebno za muške sudionike. Također, treba napomenuti da će se negativna percepcija podrazumijevati za prosjek manji od 2,5³ (na skali od 1 do 5). Kako postoji 21 (21% ukupnog broja) sudionika, uz 13 pitanja, ukupno će biti 273 odgovora. Tablicom 7. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

Tablica 7. Podatci za prikaz percepcije vlastitog tijela sudionika

	Ženski i muški sudionici (ukupno 21)
Broj odgovora 1	5
Broj odgovora 2	26
Broj odgovora 3	73
Broj odgovora 4	105
Broj odgovora 5	64
Ukupno	273
Prosječna vrijednost	3,75
Standardna devijacija	0,986

Dobivena prosječna vrijednost je daleko veća od definirane početne vrijednosti (2,5). Međutim, postoji li statistički značajna razlika među dobivene prosječne vrijednosti i unaprijed definirane vrijednosti (2,5)? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je t-test. Vrijednost t iznosi 355,935. Kako granična vrijednost za $df=272$, iznosi $t_{gr}=1,97$ i manja je od dobivene vrijednosti, odbacuje se nul hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje da sudionici mlađe životne

³ Ova vrijednost je proizvodna. Moglo bi biti i 3 (što na upitniku odgovara s stanjem „umjereno“, „ni dobro ni loše“, „ni zadovoljan ni nezadovoljan“), ali riječ „negativno“ ima značenje da se ide prema pojmovima „pomalo“, „prilično nezadovoljan“ i „prilično lošim“)

dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu percepciju vlastitog tijela, na razini značajnosti $p < 0,05$.

Ovakav zaključak može zbunjivati jer se očekuje da će sudionici nakon traume i amputacije imati lošu percepciju o vlastitom tijelu. Međutim ovdje treba istaknuti nekoliko bitnih čimbenika koja podupiru dobivene rezultate. Prvi je da su to mladi ljudi koji inače imaju bolju kvalitetu života i sliku o sebi nego opća populacija. Druga je ta da su podaci dobiveni neposredno nakon amputacije te da sudionici nisu u dovoljnoj mjeri procesirali podatke da će im se kvaliteta života malo promijeniti na lošije. Treći čimbenik, koji također ide u prilog dobivenih rezultata, jest da im se amputacija dogodila zbog nekog iznenadnog događaja, a ne kao posljedica dugotrajne bolesti. Sljedeći čimbenik je neutralan, a treba ga istaknuti da uzorak od 21 sudionika ipak nije reprezentativan te bi trebalo uključiti više osoba ove dobi da bi se moglo donositi relevantne zaključke.

H₁₂: Bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu društvenu interakciju.

U ranijoj analizi, kroz upitnik o kvaliteta života dobiveni su rezultati za domene pitanja: *Fizičko zdravlje*, *Psihičko stanje*, *Društvena interakcija* te *Okolina sudionika*. Za testiranje H₁₂ hipoteze, uzeti će se u obzir dobiveni rezultati o Društvenoj interakciji sudionika. Također će se uzeti u obzir podaci samo o mlađim sudionicima (20-40 godine života), te se zbog relativno malog (21) uzorka neće vršiti analiza posebno za ženske, a posebno za muške sudionike. Također, treba napomenuti da će se negativna percepcija podrazumijevati za prosjek manji od 2,5⁴ (na skali od 1 do 5). Uz 21 (21% ukupnog broja) sudionika i 3 pitanja, ukupno će biti 63 odgovora. Tablicom 8. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

⁴ Ova vrijednost je proizvodna. Moglo bi biti i 3 (što na upitniku odgovara s stanjem „umjereno“, „ni dobro ni loše“, „ni zadovoljan ni nezadovoljan“), ali riječ „negativno“ ima značenje da se ide prema pojmovima „pomalo“, „prilično nezadovoljan“ i „prilično lošim“)

Tablica 8. Podatci za prikaz društvene interakcije sudionika

	Ženski i muški sudionici (ukupno 21)
Broj odgovora 1	3
Broj odgovora 2	7
Broj odgovora 3	11
Broj odgovora 4	14
Broj odgovora 5	28
Ukupno	63
Prosječna vrijednost	3,90
Standardna devijacija	1,228

Dobivena vrijednost je daleko veća od definirane početne vrijednosti (2,5). Međutim, postoji li statistički značajna razlika među dobivene prosječne vrijednosti i unaprijed definirane vrijednosti (2,5)? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je t-test. Vrijednost t iznosi 136,399. Kako granična vrijednost za $df=62$, iznosi $t_{gr}=2,00$ i manja je od dobivene vrijednosti, odbacuje se nul hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu društvenu interakciju, na razini značajnosti $p<0,05$.

Ovakav zaključak može zbunjivati jer se očekuje da će sudionici nakon traume i amputacije imati lošu društvenu interakciju. Međutim ovdje treba istaknuti nekoliko bitnih čimbenika koja podupiru dobivene rezultate. Prvi je da su to mladi ljudi koji inače imaju dobru društvenu interakciju nego opća populacija. Druga je ta da su podaci dobiveni neposredno nakon amputacije te da sudionici nisu u dovoljnoj mjeri „procesirali“ podatke o tome da će im se možda malo promijeniti na lošije. Sljedeći čimbenik je neutralan, a treba ga istaknuti da uzorak od 21 osobe ipak nije reprezentativan te bi trebalo uključiti više osoba ove dobi da bi se moglo donositi relevantne zaključke.

H₂: Pojaviti će se statistički značajna razlika u strategijama suočavanja sa stresnim situacijama kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol

Kako bi se moglo testirati ovu hipotezu koristiti će se *Upitnik suočavanja s doživljenim problemom* (engl. Coping Orientation to Problems Experienced – COPE).

Upitnik se sastoji od 71 tvrdnje te se također može koristiti kao upitnik dispozicijskog ili kao upitnik situacijskog suočavanja. Faktorske analize pokazale su 17 subskala zasićenih sa četiri generalna faktora suočavanja:

1. problemu usmjereno suočavanje,
2. emocijama usmjereno suočavanje,
3. izbjegavanje i
4. četvrti faktor - osamljivanje i potiskivanje emocija.

17 subskala su:

AKTIVNO SUOČAVANJE

1. Planiranje
2. Aktivno suočavanje
3. Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti
4. Obuzdavanje suočavanja
5. Potiskivanje drugih aktivnosti
6. Prihvatanje
7. Humor

EMOCIJAMA USMJERENO SUOČAVANJE

8. Traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga
9. Traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga
10. Ventiliranje emocija

11. Religioznost

IZBJEGAVANJE

12. Mentalno izbjegavanje

13. Ponašajno izbjegavanje

14. Negiranje

15. Alkohol

OSAMLJIVANJE I POTISKIVANJE EMOCIJA

16. osamljivanje

17. potiskivanje emocija

Upitnik te skale i mjerni instrumenti nalaze se u prilogu.

Sudionici su mogli na svako pitanje (situaciju) odgovoriti jednim od sljedećih odgovora:

0 - NIKADA se tako ne ponašam;

1 - RIJETKO se tako ponašam;

2 - POVREMENO se tako ponašam;

3 - ČESTO se tako ponašam;

4 - UVIJEK se tako ponašam.

Dobiveni rezultati po faktorima prikazani su tablicom 9.

Tablica 9. Dobiveni rezultati na COPE upitniku

Strategija suočavanje	Spol Ž (N=53), M (N=47)		Broj odgovo ra	M	hi kvadrat df=4, $\chi^2_{gr}=9,488$	značajnost
Aktivno suočavanje (planiranje, aktivno suočavanje, pozitivna reinterpetacija i rast ličnosti, obuzdavanje suočavanja, potiskivanje drugih aktivnosti, prihvaćanje i humor) N=26 čestica	Ž	0	138	2,63	8,507	0,0747
		1	127			
		2	300			
		3	412			
		4	400			
	M	0	115	2,69		
		1	93			
		2	228			

		3	406			
		4	380			
Emocijama usmjereno suočavanje (traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga, traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga, ventiliranje emocija i religioznost) N=11 čestica	Ž	0	42	2,81	3,367	0,4984
		1	51			
		2	97			
		3	178			
		4	215			
	M	0	47	2,69		
		1	55			
		2	91			
		3	144			
		4	180			
Suočavanje izbjegavanjem (mentalno izbjegavanje, ponašajno izbjegavanje, negiranje i alkohol) N=27 čestica	Ž	0	418	1,84	21,786	0,0002
		1	200			
		2	283			
		3	251			
		4	278			
	M	0	424	1,77		
		1	195			
		2	176			
		3	198			
		4	276			
Osamljivanje i potiskivanje emocija (osamljivanje i potiskivanje emocija) N=7 čestica	Ž	0	211	0,93	20,627	0,0004
		1	34			
		2	78			
		3	38			
		4	10			
	M	0	191	0,99		
		1	37			
		2	34			
		3	46			
		4	21			

Bolesnici ženskog spola imaju najviši rezultat na faktoru *Emocijama usmjereno suočavanje sa stresom*. Prosječan rezultat je visokih 2,81 (skala 0-4). Muški sudionici imaju podjednake rezultate na *Problemu usmjereno suočavanje (Aktivno suočavanje)* i *Emocijama usmjereno suočavanje sa stresom* (2,69). Sudionici ženskog spola imaju na *Problemu usmjereno suočavanje (Aktivno suočavanje)* također relativno visokih 2,63. Pritom nema statistički značajne razlike između ženskih i muških sudionika ni po jednom od ova dva faktora na razini značajnosti $p < 0,05$. Testiranje je provedeno hi-kvadrat testom.

Kod sljedeća dva faktora *Suočavanje izbjegavanjem* i *Osamljivanje i potiskivanje emocija* postoji statistički značajna razlika između ženskih i muških sudionika. Kod ženskih sudionika nešto češće od muških sudionika primjenjuju *Suočavanje izbjegavanjem (mentalno izbjegavanje)* dok muški sudionici nešto češće od ženskih sudionika primjenjuju strategiju

Osamljivanje i potiskivanje emocija (osamljivanje i potiskivanje emocija) u suočavanju a stresom.

Kod svih ovih testiranja koristio se hi-kvadrat test, uz $df=4$, četiri stupnja slobode, na razini značajnosti od $p<0,05$.

Kao zaključak za ovu hipotezu može se navesti da postoji statistički značajna razlika među ženskim i muškim sudionicima kod *Suočavanje izbjegavanjem* i *Osamljivanje i potiskivanje emocija* stila suočavanja sa stresom, dok ne postoji statistički značajna razlika kod *Problemu usmjereno suočavanje (Aktivno suočavanje)* i *Emocijama usmjereno suočavanje sa stresom*, sve na razini značajnosti od $p<0,05$.

H3: Čimbenik 'Obiteljska komunikacija i sposobnosti rješavanja' problema kod bolesnika s amputacijom donjih ekstremiteta je pozitivan

Sudionici su za testiranje ove hipoteze ispunjavali Upitnik za procjenu otpornosti obitelji - Family Resilience Adaptation Scale (FRAS).

Tablica 10. Podatci za prikaz obiteljske komunikacije i sposobnosti rješavanja problema

	Ženski i muški sudionici (N=100)
Broj odgovora 1	27
Broj odgovora 2	120
Broj odgovora 3	364
Broj odgovora 4	1514
Broj odgovora 5	675
Ukupno	2700
Prosječna vrijednost	4,00
Standardna devijacija	0,81

Dobivena vrijednost je veća od definirane početne vrijednosti (3,5). t-vrijednost je mnogostruko veća od $t_{gr}=1,96$ (uz $df=2699$), te se stoga odbacuje nul-hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje da je čimbenik 'Obiteljske komunikacije i sposobnosti rješavanja problema' kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta pozitivan, na razini značajnosti $p<0,05$.

5. RASPRAVA

U ovom radu pokušao se utvrditi odnos psihosocijalne prilagodbe, percepcije vlastita tijela i društvene interakcije u odnosu na dob sudionika, postoji li razlika u strategijama suočavanja kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol te utjecaj komunikacije unutar obitelji na sposobnosti rješavanja problema kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta. Sukladno s ciljevima postavljene su odgovarajuće hipoteze. U istraživanju je sudjelovalo 100 sudionika od kojih je bilo više pripadnika ženskog spola $N = 53$ (53%) iako nije pronađena statistički značajna razlika, a najviše sudionika se nalazilo u dobnoj skupini od iznad 60 godina. Ovaj podatak nije iznenađujući jer dob predstavlja rizičan faktor za amputaciju i stariji bolesnici imaju dvostruku veći rizik za amputaciju (21). Također treba uzeti u obzir da osobe koje u starijoj životnoj dobi dožive amputaciju ekstremiteta moraju na neki način nanovo učiti živjeti, odnosno zahtjeva se od njih prilagodba na sasvim druge uvijete kretanja, mijenjanje životnih ciljeva, planova, a često znači i odlazak u prijevremenu mirovinu. Nije dobivena statistički značajna razlika po pitanju bračnog statusa, većina sudionika je oženjena, odnosno udana što je pozitivan rezultat s obzirom da mlađe osobe ili samci imaju većih poteškoća u prihvaćanju svojih amputiranih ekstremiteta nasuprot osoba koje su u braku (22). Glavni uzrok amputacijama je u ovom istraživanju bio dijabetes slično kako i u prijašnjim istraživanjima gdje je pokazano da je dijabetes uz to što povećava i rizik za amputaciju isto tako i vodeći uzrok amputacija (23).

Na pitanju o fizičkom zdravlju sudionika njih 13 (13%) je odgovorilo potvrdno, 86 (86%) negativno, a jedan (1%) se nije izjasnio-la i pokazalo se da postoji statistički značajna razlika među spolovima jer su sudionici ženskog spola procijenile svoje zdravlje boljim od sudionika muškog spola. Na pitanje o psihičkom stanju sudionika također je dobivena statistički značajna razlika i na temelju obrade podataka dobiveni su podaci da bolesnici ženskog spola procjenu svoje psihičko zdravlje boljim u odnosu na muške sudionike. Isti rezultati su dobiveni i na procjeni društvena interakcije kao i okolini sudionika gdje su osobe ženskog spola u većini davale odgovore da se osjećaju sigurnima, zadovoljne su svojim prijevoznim sredstvima, imaju mogućnost rekreacije i dostupne su im sve informacije (Tablica 6). Muškarci i žene imaju različite afinitete u komuniciranju, osobe ženskog spola općenito lakše izražavaju svoje osjećaje, grade društveno potpurnu mrežu oko sebe, nisu opterećene slikom „jake“ osobe u društvu za razliku od muškaraca. Stoga se ovi podaci mogu svrstati u svojevrsne rodne stereotipe jer će sudionici ženskog spola prije se povjeriti o svojem fizičkom stanju i na taj način „rasteretiti“ psihičko stanje i ostvariti bolju društvenu interakciju naspram sudionika

muškog spola (24). Kvaliteta života i njena procjena uvelike ovise i o fizičkoj sposobnosti, prisustvu drugih komorbiditeta koji mogu utjecati na bolesnikove sposobnosti nakon amputacije. Većina sudionika u istraživanju je starije životne dobi s najčešćom bolesti dijabetesa. Da bi osoba nakon amputacije mogla adekvatno funkcionirati i iskoristiti sav svoj potencijal potrebno je da ima uz očuvane psihofizičke sposobnosti i potporu okoline. Zanimljiv je podatak iz istraživanja kojeg je proveo Zidarov i sur. (2009.) u Kanadi gdje se pokazalo da su osobe s amputacijom noge procijenili svoju kvalitetu života većom u odnosu na osobe bez amputacije, no dobiveni su niži rezultate na dimenzijama fizičko funkcioniranje i neovisnost (25).

Kako bi se testirala prva hipoteza da bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela i društvenu interakciju bilo je potrebno razdvojiti je na dvije od kojih je prva glasila da bolesnici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu percepciju vlastitog tijela i prema dobivenim rezultatima zaključuje da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu percepciju vlastitog tijela, na razini značajnosti $p < 0,05$ (Tablica 7). Ovakav zaključak nije u skladu s postavljenom hipotezom jer se očekivalo da će sudionici mlađe životne dobi nakon traume i amputacije imati lošu percepciju o vlastitom tijelu. Međutim treba istaknuti nekoliko bitnih čimbenika koja podupiru dobivene rezultate. Prvi je mladi ljudi inače imaju bolju kvalitetu života i sliku o sebi nego opća populacija (22). Druga je ta da su podaci dobiveni neposredno nakon amputacije te da sudionici nisu u dovoljnoj mjeri procesuirali koliki utjecaj će amputacija imati na njihovu kvalitetu života. Treći čimbenik, koji također ide u prilog dobivenih rezultata, jest da se amputacija sudionika mlađe životne dobi dogodila kao posljedica traumatološke ozljede, a ne kao posljedica dugotrajne bolesti. Sljedeći čimbenik je neutralan, ali treba istaknuti da uzorak od 21 osobe ipak nije reprezentativan te bi trebalo uključiti više osoba ove dobi da bi se moglo donositi relevantne zaključke. Ovi navedeni čimbenici mogu predstavljati svojevrsne nedostatke u istraživanju kao i varijable za buduća istraživanja. U drugom dijelu prve hipoteze polazilo se od pretpostavke da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta imaju negativnu društvenu interakciju i zaključeno je na temelju dobivenih podataka da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu društvenu interakciju, na razini značajnosti $p < 0,05$ (Tablica 8). Kao i u prvom dijelu hipoteze treba opet uzeti u razmatranje čimbenike koji čine nedostatke u istraživanju naspram mlađe populacije: mali broj uzorka, nedovoljno vrijeme procesiranja „što se dogodilo“ odnosno amputacije.

Za testiranje druge hipoteze korišten je COPE upitnik i rezultati su prikazani u Tablici 9. Pokazalo se da sudionici ženskog spola imaju najviši rezultat na faktoru „Emocijama usmjereno suočavanje sa stresom“ te na „ Problemu usmjereno suočavanje (Aktivno suočavanje)“ iako nema statistički značajne razlike među spolovima. Dok na faktorima „Suočavanje izbjegavanjem i Osamljivanje i potiskivanje emocija“ postoji statistički značajna razlika između ženskih i muških sudionika. Žene nešto češće od muških sudionika primjenjuju „Suočavanje izbjegavanjem (mentalno izbjegavanje)“ dok muški sudionici nešto češće od ženskih primjenjuju strategiju „Osamljivanje i potiskivanje emocija (osamljivanje i potiskivanje emocija)“ u suočavanju a stresom. S obzirom na stariju populaciju koja je obuhvaćena u istraživanju za očekivati je da će se bolesnici osjećati usamljenije jer starije osobe, posebice muškarci, s vremenom smanje održavanje socijalnih kontakata te teže verbalno izražavaju svoje osjećaje (26). Rezultati istraživanja (Tablica 10) potvrdili su treću hipotezu da je obiteljska komunikacija i sposobnost rješavanja problema kod sudionika s amputacijom pozitivna na razini značajnosti $p < 0,05$.

Nedostaci provedenog istraživanja su: mali uzorak mlade populacije, nedovoljno vremena između amputacije i provođenja ankete. Predlaže se da daljnja istraživanja budu longitudinalna s varijablama kao što su: socijalni status, radni odnos, utjecaj amputacije na aktivnosti, dostupnost prijevoznim sredstvima, opskrbljenost mjesta boravišta s prilazima za osobe s invaliditetom, zadovoljstvo rehabilitacijskim programom i povećanje fizičke sposobnosti nakon provedene rehabilitacije.

6. ZAKLJUČAK

Nakon provedenog istraživanja može se zaključiti da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu percepciju vlastitog tijela. Također da sudionici mlađe životne dobi s amputacijom donjeg ekstremiteta nemaju negativnu društvenu interakciju. Postoji statistički značajna razlika među ženskim i muškim sudionicima kod *Suočavanje izbjegavanjem* i *Osamljivanje i potiskivanje emocija* stila suočavanja sa stresom, dok ne postoji statistički značajna razlika kod *Problemu usmjereno suočavanje (Aktivno suočavanje)* i *Emocijama usmjereno suočavanje sa stresom*.

Čimbenik 'Obiteljska komunikacija i sposobnosti rješavanja problema' kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta je pozitivan, odnosno sudionici se oslanjaju na obitelj.

7. SAŽETAK

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji dio kvalitete života je i percepcija vlastitog tijela u odnosu na kulturu i sustav vrijednosti svakog pojedinca. Amputacija ekstremiteta djeluje na kvalitetu života kroz više multidimenzionalnih aspekata: psihičke, fizičke, socijalne, obitelj, stanovanje, osjećaj sigurnosti.

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe, percepcije vlastita tijela i društvene interakcije u odnosu na dob sudionika, ispitati postoji li razlika u strategijama suočavanja kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta u odnosu na spol te ispitati utjecaj komunikacije unutar obitelji na sposobnosti rješavanja problema kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta.

Rezultati: u istraživanju je sudjelovalo 100 sudionika. Sudionici mlađe životne dobi s amputacijom nemaju negativnu percepciju vlastitog tijela, niti smanjenu društvenu interakciju. Žene s amputacijom donjih ekstremiteta češće koriste Suočavanje izbjegavanjem, za razliku od muškaraca koji koriste strategiju Osamljivanje i potiskivanje emocija.

Zaključak: sudionici mlađe životne dobi nemaju negativnu percepciju vlastitog tijela te nemaju negativnu društvenu interakciju. Sudionici imaju pozitivan odnos s obitelji odnosno čimbenik Obiteljska komunikacija i sposobnosti rješavanja problema kod sudionika s amputacijom donjih ekstremiteta je pozitivan.

Ključne riječi: amputacija, kvaliteta života, otpornost, suočavanje

8. ABSTRACT

According to the World Health Organization, part of the quality of life is the perception of one's own body in relation to the culture and value system of each individual. Limb amputation affects quality of life through multiple multidimensional aspects: mental, physical, social, family, housing, feelings of security.

The aim of this study was to examine the relationship between psychosocial adjustment, body perception and social interaction in relation to the age of participants, to examine whether there is a difference in coping strategies in participants with lower limb amputation in relation to gender and to examine the impact of communication within the family participants with lower limb amputation..

Results: 100 participants participated in the research. Participants of younger age with amputation do not have a negative perception of their own body, nor a reduced social interaction. Women with lower limb amputation are more likely to use Coping with Avoidance, as opposed to men who use the strategy of Loneliness and Suppression of Emotions.

Conclusion: Younger participants do not have a negative perception of their own body and do not have a negative social interaction. Participants have a positive relationship with the family, ie the factor of family communication and problem-solving ability in participants with lower limb amputation is positive.

Key words: amputation, quality of life, resilience, coping

9. LITERATURA

1. Monaro S, West S, Gullick J. Patient outcomes following lower leg major amputations for peripheral arterial disease: A series review. *J Vasc Nurs.* 2017;35(2):49–56.
2. Mezzetti R. Which in surgery of lower limb amputation. *G Ital Med Lav Erg.* 2015;37.
3. Platiša N, Devečerski G. Tipovi psihičkog reagiranja kod pacijenata sa amputacijom donjih ekstremiteta. *Med Pregl.* 2006; 59(3-4):149–54.
4. Despot Lučin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
5. Kvesić A i sur. Kirurgija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
6. Bilić W. Povjest kirurgije. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
7. Krmpotić-Nemanič J, Marušić A. Anatomija čovjeka. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
8. Prlić I. Kirurgija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
9. Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *J Youth Adolesc.* 2000;29:45–9.
10. Heller K, Swindle, RW, Jr Dusenbury L. Component social support processes: Comments and integration. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(4):466–71.
11. Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR, Sarason IR. Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *J Personal Soc Psychol.* 1987;54(2):813–32.
12. Cobb S. Social support as a moderator of lifestress. *Psychosom Med.* 1976;38:300–14.
13. Thoits PA. Social support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(4):416–24.
14. Barrera MJ. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol.* 1986;14(4):413–45.
15. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;82(2):310–58.
16. Oosterhoff B, Kaplow JB, Wray-Lake L, Gallagher K. Activity-specific pathways among duration of organized activity involvement, social support, and adolescent well-

- being: Findings from a nationally representative sample. *J Adolesc.* 2017;60:83–95.
17. Taylor SE, Seeman ET. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:210–25.
 18. Lazarus RS, Folkman S. *Stres, procjena i suočavanje*. 1. izd. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2004. 324 str.
 19. Cooper CL, Cartwright S. Healthy Mind; Healthy Organization— A Proactive Approach to Occupational Stress. *Hum Relations* [Internet]. 1994;47(4):455–71. Dostupno na: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872679404700405>
 20. Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status. *Migr i etničke teme.* 2008;24(1–2):67–89.
 21. Fletcher D, Andrews K, Hallett JJ, Butters M, Rowland C, Jacobsen S. Trends in rehabilitation after amputation for geriatric patients with vascular disease: implications for future health resource allocation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(10):1389–93.
 22. Gudelj-Velaga I. Psihosocijalna prilagodba bolesnika poslije amputacije donjeg ekstremiteta. *Javno Zdr* [Internet]. 2018;23:36–45. Dostupno na: file:///C:/Users/Korisnik/AppData/Local/Temp/9_clanak.pdf
 23. Resnick H, Valsania P, Phillips C. Diabetes mellitus and nontraumatic lower limb amputation in black and white Americans; the National Health and Nutrition Examination Survey epidemiologic follow-up study, 1971-1991. *Arch Intern Med.* 1999;159(20):2470–5.
 24. Heffer H. Biološka i društvena kategorija roda u rodnoj teoriji i rodna teorija stereotipa. *Raspr Instituta za Hrvat Jez i jezikoslovlje.* 2007;33:165–175.
 25. Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;(90):634–45.
 26. Laklija M, Rusac S, Žganec N. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Rev Soc Polit.* 2008;2(15):171–88.

10. ŽIVOTOPIS

Marija Milolović rođena je 17.08.1994. godine u Zadru gdje je pohađala Osnovnu školu Stanovi u Zadru. Srednjoškolsko obrazovanje pohađala je u Medicinskoj školi Ante Kuzmanića Zadra u razdoblju od 2009. do 2013. godine. Po završetku srednje škole odrađuje pripravnički staž u trajanju od godinu dana u Općoj bolnici Zadar od 2013. do 2014. godine. Od 2015. godine do 2019. godine radi u ordinaciji opće medicine, a nadalje radi u Općoj bolnici Zadar

Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo upisuje 2016. godine. Nakon položenih ispita postiže pravo na obranu završnog rada i 2019. godine stječe stručni naziv prvostupnice sestrinstva. Odmah po završetku preddiplomskog studija nastavlja svoje obrazovanje u Rijeci na Fakultetu zdravstvenih studija na diplomskom studiju Sestrinstvo- promicanje i zaštita mentalnog zdravlja, nakon uspješno završenih akademskih godina brani svoj diplomski rad na temu: „Suočavanje, otpornost i kvaliteta života osoba s amputacijom ekstremiteta”.

11. POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA

Slika 1. Prikaz prvih ratnih amputacija	3
Slika 2. Vrste amputacija donjih ekstremiteta.....	5
Tablica 1. Broj drugih komorbiditeta sudionika	14
Tablica 2. Broj drugih komorbiditeta po vrsti u ovisnosti o spolu sudionika	14
Tablica 3. Fizičko zdravlje sudionika	15
Tablica 4. Psihološko stanje sudionika	16
Tablica 5. Društvena interakcija sudionika	17
Tablica 6. Okolina sudionika	18
Tablica 7. Podatci za prikaz percepcije vlastitog tijela sudionika.....	19
Tablica 8. Podatci za prikaz društvene interakcije sudionika	21
Tablica 9. Dobiveni rezultati na COPE upitniku.....	23
Tablica 10. Podatci za prikaz obiteljske komunikacije i sposobnosti rješavanja problema.....	25
Grafikon 1. Prikaz sudionika po dobi.....	12
Grafikon 2. Prikaz sudionika po bračnom statusu.....	13
Grafikon 3. Prikaz broja drugih komorbiditeta po vrsti u ovisnosti o spolu sudionika	14

12. PRILOZI



OPĆA BOLNICA ZADAR
Etičko povjerenstvo

Bože Peričića 5, 23000 Zadar, HR
Tel: +385 23 505 500;
Fax: +385 23 312 724
Web: www.bolnica-zadar.hr
E-mail: ravnatelj@bolnica-zadar.hr

Ur.broj: 02-5901/21-4/21
Zadar, 15. rujna 2021. godine

Marija Milolović, bacc. med. techn.
Odjel za ortopediju i traumatologiju
Služba za kirurgiju

PREDMET: Suglasnost

Etičko povjerenstvo Opće bolnice Zadar na 34. sjednici održanoj 15. rujna 2021. godine odobrilo je Mariji Milolović, bacc. med. techn., provođenje istraživanja pod naslovom:

„Suočavanje, otpornost i kvaliteta života osoba s amputacijom ekstremiteta“

Navedeno istraživanje provoditi će se unutar Odjela za vaskularnu kirurgiju Službe za kirurgiju Opće bolnice Zadar, a u svrhu izrade diplomskog rada.

Predsjednica Povjerenstva:
izv. prof. prim. dr. sc. Tatjana Šimurina, dr. med.



Dostaviti:

1. Naslovu
2. Pismohrana

Dokument izradio: **Anita Grbić, mag. iur.**

Opća bolnica Zadar ■ Bože Peričića 5 ■ 23000 Zadar ■ Tel: +385 23 505 505 ■ Fax: +385 23 312 724
mail: pisarnica@bolnica-zadar.hr ■ IBAN: HR5924020061100879223 ■ MB: 00712990 ■ OIB: 11854878552