

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ

Βασιλική Τσούλου, Ειρήνη Καραμολέγκου

Νοσηλεύτριες, Ms(c) Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

DOI: 10.5281/zenodo.3491435

Cite as: Tsoulou, Vasiliki, & Karamolegou, Eirini. (2019). Psychosocial Needs After Traumatic Amputation. *Perioperative Nursing (Gorna)*, E-ISSN:2241-3634, 8(2), 93-102. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3491435>

Περίληψη

Οι τραυματικοί ακρωτηριασμοί άκρου/ων αποτελούν αιφνίδιο ψυχοπαιστικό γεγονός στη ζωή των ατόμων καθώς επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία. **Σκοπός** της μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες ατόμων ύστερα από τραυματικό ακρωτηριασμό. Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση μελετών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που αφορούσαν τις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες ατόμων που υπέστησαν τραυματικό ακρωτηριασμό. **Αποτελέσματα:** Η προσαρμογή στην αιφνίδια απώλεια άκρου/ων αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία όπου τα άτομα καλούνται να αποδεχθούν τη φυσική απώλεια όπως επίσης να υπερνικήσουν κάθε επιβάρυνση που συνεπάγεται αυτή η απώλεια. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα βιώνουν πολλές και ποικίλες ανάγκες οι οποίες εξαρτώνται κυρίως από την ηλικία, το αίτιο της απώλειας, το βαθμό αναπηρίας, την αλλαγή στην εικόνα σώματος, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις ψυχολογικές επιπτώσεις, τις οικονομικές δυσκολίες, τη στήριξη από τη οικογένεια, τις επιβαλλόμενες αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες ή δραστηριότητες, τη μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης σε προηγούμενους ρόλους και την απώλεια του βαθμού αυτονομίας. **Συμπεράσματα:** Η γνώση των ψυχοκοινωνικών αναγκών θα βοηθήσει σημαντικά στο σχεδιασμό εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Απαιτείται στενή συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας με κοινό στόχο την καλύτερη αποκατάσταση και τη γρηγορότερη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: Τραυματικός ακρωτηριασμός άκρων, προσαρμογή, κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:** Τσούλου Βασιλική, Ασκληπιείο Βούλας, e-mail: tsoulou@hotmail.com

REVIEW ARTICLE

PSYCHOSOCIAL NEEDS AFTER TRAUMATIC AMPUTATION

Vasiliki Tsoulou, Eirini Karamolegou

RN, Ms(c) , General Hospital Asklepieio Voulas, Athens, Greece

Abstract

Extremity/ies amputation is a sudden stressful event in people's lives since is associated with negative effects on their mental and physical health. The **purpose** of the study was to review the literature about patients' psychosocial needs after traumatic amputation. The **methodology** followed included a review of published studies in electronic databases regarding patients' psychosocial needs after traumatic amputation. **Results:** Adjustment to limb loss is a complex process where individuals are asked to accept the physical loss of the body and overcome every burden that this loss entails. According to literature, these individuals experience many and various needs which mainly depend on age, cause of the loss, degree of disability, change in body image, personality traits, psychological effects, economic burden, family support, changes in daily habits or activities, reduced ability to respond to previous roles, and loss of autonomy. **Conclusions:** Knowledge of patients' psychosocial needs will help significantly in the design of individualized nursing care. Likewise, is required close co-operation with health professionals with the common goal of better recovery and prompt reintegration into society.

Keywords: Traumatic limb mutilation, adaptation, social and psychological needs

Corresponding author: *Tsoulou Vasiliki, Asklepieio Voulas e-mail: tsoulou@hotmail.com*

Εισαγωγή

Ο τραυματισμός ακρωτηριασμός άκρου αποτελεί ψυχοτραυματική εμπειρία τόσο για το ίδιο το άτομο που υπέστη τον ακρωτηριασμό όσο και για την οικογένεια του. Παράλληλα αποτελεί σημαντικό κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα καθώς σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, πολλαπλές επεμβάσεις, παρατεταμένους χρόνους νοσηλείας και αυξημένα ποσοστά αναπηρίας.¹⁻⁵

Ως τραυματικός ακρωτηριασμός ορίζεται η αποκοπή ενός μέλους ή τμήματος του μέλους του σώματος κυρίως κατά τη διάρκεια ατυχημάτων, τραυματισμών στην εργασία, πτώσεων και ηλεκτρικών εγκαυμάτων υψηλής τάσης. Η συχνότητα εμφάνισης των τραυματικών ακρωτηριασμών παρουσιάζει διακυμάνσεις σε παγκόσμια κλίμακα κυρίως λόγω της ανεπαρκούς τεκμηρίωσης με τον τραυματικό ακρωτηριασμό ως αποτέλεσμα πολέμου ή τρομοκρατικών επιθέσεων να αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό.¹⁻⁵

Πρόσφατη μελέτη στη Γαλλία των Romares και συν.,¹ έδειξε 1715 τραυματικούς ακρωτηριασμούς άνω άκρου κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας με τους άνδρες μέσης ηλικίας να υπερτερούν. Η επανασυγκόληση επιχειρήθηκε στο ένα τρίτο των περιπτώσεων και ήταν επιτυχής στο 70% αυτών των περιπτώσεων.¹ Το ποσοστό επιτυχίας της μικροχειρουργικής σχετίζεται με την ηλικία, το βαθμό ακρωτηριασμού και το μηχανισμό πρόκλησης.¹ Οι Kobayashi και συν.,² που μελέτησαν 117 ασθενείς, μέσης ηλικίας 38,1±16,4 έτη με τους άνδρες να αποτελούν το 77,8% του δείγματος έδειξαν ότι, ο κυρίαρχος μηχανισμός τραυματικού ακρωτηριασμού

ήταν τα ατυχήματα αυτοκινήτων με πεζούς (27,4%), ακολουθούμενος από εργατικά ατυχήματα (23,9%). Οι ασθενείς που επλήγησαν από οχήματα είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν ακρωτηριασμό κάτω άκρου (93,8%) ενώ οι ασθενείς με εργατικά ατυχήματα ήταν πιθανότερο να υποστούν ακρωτηριασμό άνω άκρου (81,5%). Παρά τις προόδους σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με τη διάσωση του άκρου όπως για παράδειγμα στον τομέα των αντιβιοτικών, στη φροντίδα του τραύματος και στην αγγειοχειρουργική, δυστυχώς παρατηρούνται πλήθος δυσκολιών που αφορούν κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης.⁵⁻⁹

Η πρώτη επέμβαση ακρωτηριασμού μέλους περιγράφηκε από τον Ιπποκράτη (460-377π.Χ.) στο βιβλίο του "Περί Αρθρώσεων" τον 5^ο αιώνα π.Χ. όπου αναγνωρίζει την γάγγραινα ως μόνη ένδειξη χειρουργικού ακρωτηριασμού και προτείνει την αποκοπή του πάσχοντος μέλους μέσω των ήδη νεκρωμένων ιστών. Η εννοιολογική προσέγγιση της λέξης ακρωτηριασμός χαρακτηρίζεται από μία ιδιαίτερα αρνητική χροιά, όταν χρησιμοποιείται εκτός της ιατρικής επιστήμης στον καθημερινό λόγο και στη λογοτεχνία, προκειμένου να ορίσει "δύσκολες" καταστάσεις ψυχής και συναισθήματα. Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη "ακρωτηριασμός", μεταφορικά αποδίδει την αποκοπή του ατόμου από κάτι τόσο σημαντικό όσο και το μέλος του ανθρώπινου σώματος.^{6,7}

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ιστορικά ο ακρωτηριασμός ως τιμωρία καταγράφεται με τα πιο μελανά χρώματα της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους. Η ευρεία χρήση της λέξης σε νομοθετικά κείμενα χαρακτηρίζει την ποινή ή την τιμωρία που

επιβαλλόταν σε δράστες εγκληματικών ενεργειών. Με αυτόν τον τρόπο η πολιτεία αφενός εξέφραζε την κοινωνική και την ηθική αποδοκιμασία της προς τον δράστη μιας αξιόποινης πράξης αφετέρου επιδίωκε τη συμμόρφωση των πολιτών προς ορισμένες θεσμικές επιταγές, πρότυπα συμπεριφοράς και αξιολογικά κοινωνικά σχήματα.^{6,7}

Σκοπός της μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες ατόμων που υπέστησαν τραυματικό ακρωτηριασμό.

Ψυχο-κοινωνικές ανάγκες ατόμων ύστερα από τραυματικό ακρωτηριασμό

Δεδομένου, ότι ο ακρωτηριασμός ως αιφνίδιο γεγονός επιβάλλει σημαντικούς μετασχηματισμούς στη ζωή των ατόμων, η εκτίμηση των αναγκών τους θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας καθώς είναι δυνατόν να επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στον τρόπο διαχείρισης της επώδυνης αυτής εμπειρίας. Για παράδειγμα, τα άτομα μεταπίπτουν αιφνιδίως από την υγιή κατάσταση σε αυτήν όπου απαιτείται αποδοχή του γεγονότος και υιοθέτηση ενός μοντέλου ζωής βασισμένου στην "νέα τάξη πραγμάτων".¹⁰⁻¹⁴

Πράγματι, τα άτομα που υπέστησαν τραυματικό ακρωτηριασμό βιώνουν πολλές ανάγκες οι οποίες δεν αφορούν μόνο τη σωματική διάσταση αλλά περιλαμβάνουν επίσης ψυχολογικές, οικονομικές και γενικότερες αλλαγές στο φάσμα της ζωής ενός ατόμου.^{8,9} Ο Goldberg³ επισημαίνει ότι, η αναγνώριση των συναισθηματικών αναγκών των ατόμων που βίωσαν την οδυνηρή εμπειρία ενός τραυματικού ακρωτηριασμού, επιβάλλει την άμεση έναρξη

αποκατάστασης.

Οι ανάγκες ενός ατόμου που υπέστη τραυματικό ακρωτηριασμό είναι δυνατόν να εκπληρωθούν στους κόλπους της κοινωνίας στην οποία ανήκουν. Η παιδεία, η κουλτούρα, οι δομές και η τεχνολογική εξέλιξη μιας κοινωνίας όπως επίσης και η γεωπολιτική της θέση, διαμορφώνουν ένα πλαίσιο συμπεριφοράς προς το μοντέλο του ατόμου που είναι διαφορετικό από εκείνο που η συγκεκριμένη κοινωνία χαρακτηρίζει ως ιδανικό ή ως φυσιολογικό. Επιπλέον, η σημασία του ακρωτηριασμού ποικίλλει μεταξύ ατόμων από διάφορους πολιτισμούς. Για παράδειγμα, ένα άτομο που υπέστη απώλεια τραυματικό ακρωτηριασμό κάτω άκρου σε πόλεμο απολαμβάνει τιμές ήρωα ή αξιώνει χρηματικές παροχές για την επανόρθωση της βλάβης που υπέστη. Αντιθέτως, ένα άτομο που υπέστη ακρωτηριασμό ως συνέπεια ενός ατυχήματος ή ως συνέπεια ανεύθυνης συμπεριφοράς άλλου προσώπου εις βάρος του, βιώνει συναισθήματα διαφορετικής φύσης και έντασης.^{6,7}

Εξίσου σημαντική ανάγκη η οποία αναδύεται αμέσως μετά το αιφνίδιο γεγονός είναι η λεπτομερή ενημέρωση για το τελικό λειτουργικό και κοσμητικό αποτέλεσμα, για τις τυχόν επιπλοκές ή ενδεχόμενες επανεπεμβάσεις. Δεδομένου ότι, η "ανάγκη" δεν αποτελεί στατική έννοια αλλά αντιθέτως μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου, η ανάγκη της ενημέρωσης είναι καθοριστικής σημασίας από τη φάση της διάγνωσης έως την αποκατάσταση. Η αποτελεσματική πληροφόρηση συμβάλει στη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, στην εξασφάλιση της συνεργασίας, στη μείωση του άγχους και στην ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων των ασθενών, στην αύξηση του

βαθμού εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας, κ.ά.¹⁰⁻¹³ Οι Burger και συν.,¹⁴ υποστηρίζουν ότι, η παροχή συμβουλών πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι ψυχο-κοινωνικές ανάγκες ενός ατόμου ύστερα από τραυματικό ακρωτηριασμό εξαρτώνται από πολλούς άλλους παράγοντες, όπως από τον τύπο της προσωπικότητας, την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, το ύψος του ακρωτηριασμού, το αίτιο που προκάλεσε τον ακρωτηριασμό, το είδος της παραμόρφωσης, την ταχύτητα μετάβασης από την αρτιμέλεια στην αναπηρία, τις προηγούμενες εμπειρίες και τους μηχανισμούς άμυνας που κινητοποιεί προκειμένου να αποκαταστήσει, κατά το δυνατό τη ψυχική του ισορροπία. Ο μοναδικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο σκέφτεται, συμπεριφέρεται και προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, αλλάζει δραματικά μετά από ακρωτηριασμό καθώς διαφοροποιούνται οι ανάγκες του ενώ ταυτόχρονα αναδύονται άλλες καινούργιες ανάγκες τις οποίες συχνά δυσκολεύεται να καλύψει. Αργότερα, το άτομο υιοθετεί μια ωριμότερη στάση, διαπραγματεύεται τον ακρωτηριασμό ή ακόμα αναζητά τρόπους αντιμετώπισης. Ωστόσο, η αποδοχή του ακρωτηριασμού είναι πιο εύκολη όταν ο ακρωτηριασμός συμβάλει στη διάσωση της ζωής. Σε κάθε περίπτωση τραυματικού ακρωτηριασμού είναι χρήσιμο να διερευνάται το ποσοστό συμμετοχής του ατόμου μέσω της συμπεριφοράς του στο γεγονός. Η συνειδητοποίηση της συμμετοχής του ιδίου στην απροσδόκητη απώλεια του μέλους του ενδεχομένως να πυροδοτήσει συναισθήματα ενοχής.⁵⁻⁸

Η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με την αντίδραση του ατόμου στο τραυματικό ακρωτηριασμό και

διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες του. Αναλυτικότερα, άτομα νεαρής ηλικίας, παιδιά ή έφηβοι αδυνατούν να αποδεχθούν τις συνέπειες του ακρωτηριασμού ή να συμβιβαστούν με την ανικανότητά τους να καλύψουν απλές καθημερινές ανάγκες. Συνήθως πενθούν για την απώλεια της ξηγνοιασιάς και της ελευθερίας τους καθώς υποχρεώνονται να τροποποιήσουν τις δραστηριότητές τους σύμφωνα με τα νέα δεδομένα της ζωής. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου ο έφηβος ή το παιδί μετά τον ακρωτηριασμό βιώνει χαμηλό βαθμό αποδοχής από τους συνομηλικούς του στο σχολείο ή στο κοινωνικό περιβάλλον.⁸ Στον αντίποδα όσον αφορά την ηλικία, οι Madsen και συν.,¹⁵ υποστηρίζουν ότι, σημαντικότερες ανάγκες έχουν τα άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών καθότι παρουσιάζουν σημαντικό βαθμό σωματική και γνωστική εξασθένηση.

Η οικογένεια ως μικρογραφία της ευρύτερης κοινωνίας συμβάλλει σημαντικά στην κάλυψη των αναγκών του ατόμου που υπέστη τραυματικό ακρωτηριασμό και γενικότερα καλείται να διευκολύνει τη μετάβασή του προς την ανεξαρτησία.⁸

Οι Ogilvie και συν.,¹⁶ που μελέτησαν 273 άτομα ύστερα από τραυματικό ακρωτηριασμό έδειξαν τρεις σημαντικές χρονικούς περιόδους : του χάους, της διαπραγμάτευσης και του συμβιβασμού. Τα μέλη της οικογένειας αποτελούσαν βασικές πηγές επιβεβαίωσης και στήριξης για την ανασυγκρότηση του ατόμου και την αντιμετώπιση των επιπτώσεων του τραυματισμού. Οι Murray και συν.,¹⁷ υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερο εμπλέκεται η οικογένεια στη φροντίδα του ατόμου τόσο μικρότερη είναι η συναισθηματική επιβάρυνση.

Όσον αφορά τη ζωή με το σύντροφο, ο

τραυματικός ακρωτηριασμός μπορεί να αλλάξει δραματικά τη δυναμική του ζευγαριού διότι τα δύο μέρη δεν έχουν προετοιμαστεί να διαχειριστούν αυτό το ξαφνικό γεγονός. Η καθημερινότητα μεταβάλλεται καθώς ο υγιής σύζυγος αναλαμβάνει το ρόλο του φροντιστή. Επιπλέον, η μεταβολή στην εικόνα σώματος προκαλεί αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία του ζευγαριού.^{6,7}

Δεδομένου ότι, η εικόνα του σώματος αποτελεί μια δυναμική έννοια που υπόκειται σε διαρκή αναθεώρηση και ανασυγκρότηση θεωρείται απαραίτητο το άτομο να κατορθώσει να συμφιλιωθεί με τη νέα εικόνα σώματος, να διαχειριστεί τη φροντίδα του ακρωτηριασμένου μέλους και να αποδεχθεί την αλλαγή. Σύμφωνα με τους Kashif και συν.,¹⁸ το άτομο που υπέστη τραυματικό ακρωτηριασμό πιστεύει ότι δεν είναι πλέον ένας πλήρης άνθρωπος καθώς χάθηκαν οι πρακτικές και εκφραστικές λειτουργίες, που πραγματοποιούνταν με το απολεσθέν μέλος ή άκρο. Εκτός από την απώλεια φυσικών λειτουργιών, χάνονται οι ελπίδες και οι προσδοκίες για το μέλλον. Οι Srivastava και συν.,¹⁹ υποστηρίζουν ότι, ο ακρωτηριασμός προκαλεί τριπλή απώλεια δηλ., απώλεια στη λειτουργικότητα, στην αίσθηση και στην εικόνα σώματος. Ο δρόμος μέχρι την αποδοχή της νέας εικόνας σώματος είναι πολύπλοκος. Αναλυτικότερα, το άτομο θα κληθεί να περάσει τέσσερα ή πέντε στάδια ως μέρος της διαδικασίας του πένθους και της απώλειας του μέλους: άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή. Όλα αυτά τα συναισθήματα τον βοηθούν να ξεπεράσει την αναταραχή για ότι έχει συμβεί και τελικά να αποδεχτεί την νέα εικόνα σώματος, να κατανοήσει την απώλεια του μέλους και να ανακτήσει τον έλεγχο της

κατάστασής του. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι, εάν απαιτείται χρήση πρόθεσης, ο επαναπροσδιορισμός της εικόνας του σώματος απαιτεί την ενσωμάτωση της απώλειας του άκρου και της πρόσθεσης όπως επίσης την εστίαση στο μέλλον αντί στο μέλος που "χάθηκε".

Οι Wetterhan και συν.,²⁰ έδειξαν θετική σχέση μεταξύ της εικόνας σώματος και του επιπέδου συμμετοχής στη σωματική δραστηριότητα και τον αθλητισμό. Οι Hannah και συν.,²¹ τονίζουν ότι, η έγκαιρη συμμετοχή σε πρωτότερες δραστηριότητες διασφαλίζει τη διατήρηση προηγούμενων ρόλων, γεγονός, που επηρεάζει θετικά την αυτοεκτίμησή του.

Η ανάγκη της επανένταξης στην επαγγελματική δραστηριότητα αποτελεί στρεσογόνο γεγονός για το άτομο που υπέστη ακρωτηριασμό καθώς οι αλλαγές που καλείται να αντιμετωπίσει στο χώρο εργασίας δυσχεραίνουν την προσαρμογή.

Η επαγγελματική επανένταξη επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο), κλινικούς (ύψος ακρωτηριασμού, περιορισμούς κινητικότητας) και διάφορους άλλους (μισθός, οικογενειακή και κοινωνική στήριξη).⁵

Δύσκολα συνδυάζονται με ακρωτηριασμό μέλους, τα επαγγέλματα που απαιτούν ιδιαίτερη μυϊκή δύναμη ή πολύ καλή κινητικότητα ή πολύ καλή εξωτερική εμφάνιση ή σχετίζονται με "πρωταθλητισμό" στον αθλητικό, καλλιτεχνικό ή επιστημονικό στίβο. Τα άτομα που αυτοκαθορίζονται από την επαγγελματική τους καριέρα νοιώθουν τις φιλοδοξίες τους να καταρρέουν από την αναπηρία. Παρότι, η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει φέρει στο προσκήνιο λειτουργικές προθέσεις, εντούτοις, η

αντίληψη της μόνιμης βλάβης σε συνδυασμό με την ανησυχία της διακοπής της σταδιοδρομίας αυξάνουν την αγωνία για την επαγγελματική αποκατάσταση.^{6,7,8}

Αξίζει να σημειωθεί ότι, το ύψος του ακρωτηριασμού καθορίζει σημαντικά τις ανάγκες του ατόμου ή το βαθμό εξάρτησης από τους άλλους. Σύμφωνα με τους Hebert και συν.,²² το επίπεδο ακρωτηριασμού δακτύλων σχετίζεται σημαντικά με το βαθμό ανικανότητας ο οποίος εν συνεχεία μπορεί να έχει δυνητικό οικονομικό αντίκτυπο και επιπτώσεις στον εργασιακό χώρο. Οι Kuret και συν.,²³ έδειξαν σημαντική μείωση της λειτουργικότητας του άνω άκρου και ειδικότερα της δύναμης του πιασίματος σε 69 ασθενείς που είχαν υποστεί μερικό ή πλήρη τραυματικό ακρωτηριασμό ενός ή περισσότερων δακτύλων. Επιπλέον, παρατηρούνται διαφορές μεταξύ ακρωτηριασμού στον αντίχειρα και ακρωτηριασμού στον δείκτη και στα δάχτυλα III-V. Οι Burger και συν.,²⁴ επισημαίνουν ότι, τα άτομα που είχαν ακρωτηριασμό μόνο ενός ή δύο δάχτυλων και δεν είχαν χειρωνακτική εργασία ήταν σε θέση να διατηρήσουν την ίδια εργασία. Επίσης, σύμφωνα με τους Burger και συν.,²⁴ τα άτομα μετά από ακρωτηριασμό κάτω άκρων αντιμετωπίζουν προβλήματα επιστροφής στην εργασία ή πρέπει να την αλλάξουν ή να εργαστούν μόνο με μερική απασχόληση. Στην εργασία των Schorpen και συν.,²⁵ τα άτομα μετά τον ακρωτηριασμό, ανέφεραν καθυστέρηση επιστροφής στην εργασία, δυσκολία εξεύρεσης κατάλληλων θέσεων εργασίας, λιγότερες δυνατότητες ανάπτυξης και προβλήματα στην απόκτηση απαιτούμενων τροποποιήσεων στο χώρο εργασίας. Ωστόσο, οι χώροι εργασίας, όταν παρέχουν τις απαραίτητες τροποποιήσεις αυξάνουν την

αυτοπεποίθηση και την ανεξαρτησία αυτών των ατόμων. Πολλοί εργοδότες, κατά την προσπάθειά τους να ενθαρρύνουν τα άτομα να συνεχίσουν την εργασία τους, είναι πρόθυμοι να προβούν σε κατάλληλες αλλαγές στο περιβάλλον της εργασίας τους, όπως τοποθέτηση ράμπας και χειρολαβών για ευκολότερη πρόσβαση ή μεταφορά του γραφείου πλησίον του ανελκυστήρα, κ.ά..^{7,8}

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τις ανάγκες των ασθενών και την ομαλή ψυχική τους προσαρμογή είναι το άγχος και η κατάθλιψη.^{4,5,26-31}

Οι κυριότεροι παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη συνοψίζονται ως εξής: α)αλλαγή εμφάνισης και μείωση της κινητικότητας, β)ικανότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες και εξάρτηση από το περιβάλλον και γ) ικανότητα ανταπόκρισης σε προηγούμενους κοινωνικούς, οικογενειακούς και επαγγελματικούς ρόλους.⁵

Οι Kashif και συν.,¹⁸ υποστηρίζουν ότι, ο ακρωτηριασμός σημαίνει απώλεια που οδηγεί σε πένθος, το οποίο είναι ανάλογο με τη θλίψη που βιώνει ένα άτομο όταν χάνει τους αγαπημένους του. Οι Ali και συν.,²⁷ επισημαίνουν ότι, τα άτομα που υπέστησαν ακρωτηριασμό εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα ψυχολογικής δυσλειτουργίας με τους άνδρες και τους νεαρούς ενήλικες να βιώνουν εντονότερη ψυχολογική επιβάρυνση. Επίσης, οι Ali και συν.,²⁷ αποδίδουν τη ψυχολογική επιβάρυνση ενός τραυματικού ακρωτηριασμού στο γεγονός ότι, το άτομο δεν είναι προετοιμασμένο να δεχτεί αυτή την απώλεια.

Πρόσφατη έρευνα των Τσούλου και συν.,⁵ σε

Ελληνικό πληθυσμό έδειξε μέτρια έως υψηλά επίπεδα παροδικού και μόνιμου άγχους σε νοσηλευόμενους ασθενείς λόγω τραυματικού ακρωτηριασμού όπως και στους φροντιστές τους. Επίσης, έδειξε ότι, όσο αυξάνονταν το άγχος των ασθενών τόσο αυξάνονταν το άγχος των φροντιστών και αντιστρόφως. Οι Bellon και συν.,²⁹ καταδεικνύουν τη θλίψη ως την πλέον συχνή συναισθηματική αντίδραση και τονίζουν ότι, η αποκατάσταση θα πρέπει να ξεκινά με την επίλυση αυτής.

Η επιτυχής αποκατάσταση των ατόμων ύστερα από τραυματικό ακρωτηριασμό προϋποθέτει διεπιστημονική προσέγγιση σε εργονομικά κατάλληλα δομημένους χώρους, όπου θα ενθαρρύνονται να συζητούν για τις ανησυχίες τους μέσα από συμβουλευτική προσέγγιση που συμπεριλαμβάνει και τη θρησκευτικότητα τους, ώστε να λαμβάνουν ουσιαστική πληροφόρηση σε σχετικά ζητήματα. Παράλληλα, θα υποστηρίζονται ψυχολογικά προκειμένου να ανακτήσουν σταδιακά τη κοινωνική και επαγγελματική τους λειτουργικότητα με

ασφάλεια.²⁹⁻³⁴

Συμπεράσματα

Η εκτίμηση των αναγκών είναι σημαντική, διότι, αφενός επιτρέπει την αναγνώριση του μεγέθους τους, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, αφετέρου επιβάλλει την ιεράρχηση αυτών με βάση τη σημαντικότητά τους, συμβάλλοντας έτσι στην κατάλληλη παρέμβαση και στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Αντιθέτως, η αποτυχία αξιολόγησης των αναγκών μπορεί να οδηγήσει σε μη αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση και αδυναμία ολιστικής εκτίμησης των ατόμων.

Η διαμόρφωση μιας σταθερής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και κάθε ατόμου που υπέστη τραυματικό ακρωτηριασμό συνθέτει τη βάση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συζητούν ανοικτά τους προβληματισμούς και προτείνοντας τρόπους που αφορούν την επίλυση των πρακτικών τους αναγκών, ενσωματώνοντας την οικογένεια στο γενικότερο σχέδιο φροντίδας..

Βιβλιογραφία

1. Pomares G, Coudane H, Dap F, Dautel G. Epidemiology of traumatic upper limb amputations. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2018;104(2):273-276.
2. Kobayashi L, Inaba K, Barmparas G, Criscuoli M, Lustenberger T, Talving P, et al. Traumatic limb amputations at a level I trauma center. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2011;37(1):67-72.
3. Goldberg T. Postoperative management of lower extremity amputations. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2006 ;17(1):173-180.
4. Mckechnie PS, John A. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. *Injury.* 2014;45(12):1859-1866.
5. Tsoulou V, Karamolegou E, Kourakos M, Vasilopoulos G, Polikandrioti M. Association of State and Trait Anxiety Between Patients Who Had Undergone Traumatic Amputation and Their Family Caregivers. *Int J Low Extrem Wounds.* 2019:1534734619848580.
6. Μαυροφόρου Av. Η ιστορική εξέλιξη του ακρωτηριασμού των κάτω μελών. Διδακτορική

- διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα, 2015.
7. Mavroforou A, Koutsias S, Fafoulakis F, Balogiannis I, Stamatiou G, Giannoukas AD. The evolution of lower limb amputation through the ages: historical note. *Int Angiol.* 2007;26:385– 389.
 8. McCloughen A, Curtis K, Foster K. The experience of surviving life-threatening injury: a qualitative synthesis. *International Nursing Review.* 2012;59:312-320.
 9. Unwin J, Kacperek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2009;23(11):1044-1050.
 10. Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal.* 2011;5(1):15-22. (In Greek)
 11. Polikandrioti M. Need for patient's information. *Rostrum of Asclepius.* 2011;10(4):439-440. (In Greek)
 12. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patient's needs. *Perioperative Nursing.* 2013;2(2): 73-83. (In Greek)
 13. Koutelekos I. The need for communication between healthcare professionals and patients. *Perioperative Nursing .* 2015,4(1): 1-2. (In Greek)
 14. Burger H, Maver T, Marincek C. Partial hand amputation and work. *Disabil Rehabil.* 2007;29(17):1317-1321
 15. Madsen UR, Baath C, Berthelsen CB, Hommel A. Age and health-related quality of life, general self-efficacy, and functional level 12 months following dysvascular major lower limb amputation: a prospective longitudinal study. *Disabil Rehabil.* 2018:1-10
 16. Ogilvie R, Foster K, McCloughen A, Curtis K. Family members' experience of providing support for young people with traumatic physical injury during the acute hospital phase of care: A qualitative study. *Injury.* 2015;46(9):1834-1840.
 17. Murray CD, Simpson J, Eccles F, Forshaw MJ. Involvement in rehabilitative care and well being for partners of people with an amputation. *Psychol Health Med.* 2015;20 :71-76.
 18. Kashif AW, Walia TS, Salujha SK, Chaudhury S, Sudarsanan S, Raju MSVK, Srivastava Dr. Effect of Short-term Psychiatric Intervention in Amputees. *Med J Armed Forces India.* 2004;60: 231–234.
 19. Srivastava K, Chaudhury S. Rehabilitation after Amputation: Psychotherapeutic Intervention Module in Indian Scenario *ScientificWorldJournal.* 2014; 2014:469385.
 20. Wetterhahn KA, Hanson C, Levy C. Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002;81: 194–201.
 21. Hannah SD. Psychosocial issues after a traumatic hand injury: facilitating adjustment. *J Hand Ther.* 2011;24:95-102; quiz 103.
 22. Hebert JS, Ashworth NL. Predictors of return to work following traumatic work-related lower extremity amputation. *Disabil Rehabil.* 2006;28(10):613-618.
 23. Kuret Z, Burger H, Vidmar G. Influence of finger amputation on grip strength and objectively measured hand function: a descriptive cross-sectional study. *Int J Rehabil Res.* 2015;38(2):181-188.
 24. Burger H, Marincek C. Return to work after lower limb amputation. *Disabil Rehabil.* 2007;29(17):1323-1329.
 25. Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, de Vries J, Göeken LN, Eisma WH. Employment status, job characteristics, and work-related health experience of people with a lower limb amputation in The Netherlands. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001 ;82(2):239-245.

26. Mckechnie PS, John A. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. *Injury*. 2014;45(12):1859-1866.
27. Ali S, Fatima Haider SK. Psychological Adjustment To Amputation: Variations On the bases of sex, age and cause of limb loss. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(2):303-307.
28. Pezzin LE, Dillingham TR, MacKenzie EJ. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(3):292-300.
29. Belon HP, Vigoda DF. Emotional adaptation to limb loss. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014;25(1):53-74
30. Perkins ZB, De'Ath HD, Sharp G, Tai NR. Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *Br J Surg*. 2012;99 Suppl 1:75-86.
31. Heszlein-Lossius HE, Al-Borno Y, Shaqqoura S, Skaik N, Giil LM, Gilbert M. Life after conflict-related amputation trauma: a clinical study from the Gaza Strip. *BMC International Health and Human Rights*. 2018;18:34.
32. Koutelekos I. Counseling in the field of health. *Perioperative Nursing* 2015, 4(2):47-49. (In Greek)
33. Koutelekos I, Gerogianni G. Religious at the hospital. *Rostrum of Asclepius*. 2011, 10(4):480-486. (In Greek)
34. Koutelekos I. Patient's safety. *Perioperative nursing*, 2013, 1(1):1-2. (In Greek)