

APATINIŲ GALŪNIŲ AMPUTACIJĄ PATYRUSIŲ VYRŲ TAIMOMŲ ĮVEIKOS STRATEGIJŲ SĄSAJA SU PATIRIAMAIS POTRAUMINIO STRESO SUTRIKIMO SIMPTOMAIS

Kristina Vildžiūnaitė

Sveikatos psichologijos magistrantė
Vytauto Didžiojo universitetas
K. Donelaičio g. 52–315, LT-224822 Kaunas
El. paštas: vildziunaite.kristina@gmail.com

Liuda Šinkariova

Biomedicinos mokslų daktarė profesorė
Vytauto Didžiojo universitetas
K. Donelaičio g. 52–315, LT-224822 Kaunas
El. paštas: l.sinkariova@smf.vdu.lt

Apatinių galūnių amputacija yra trauminis įvykis, dėl kurio neretai patiriamas potrauminio streso sutrikimas ir jo simptomai. Vienas veiksnys, kuris gali padėti sumažinti patiriamą sutrikimą ir jo simptomus, yra adekvatus streso valdymas. Tyrimo tikslas buvo ištirti vyrų įveikos strategijų (socialinės paramos, problemų sprendimo, vengimo, emocinės iškvovos) sąsajas su jų patiriamais potrauminio streso sutrikimo simptomais. Tyrime dalyvavo 92 vyrai, nuo 32 iki 82 metų amžiaus, patyrę apatinių galūnių amputaciją. Respondentai pildė klausimyną, kuriame buvo pateikiami klausimai apie patiriamus potrauminio streso sutrikimo simptomus (Weis & Marmar, 1997, lietuviška versija Kazlauskas ir Gailienė, 2005) ir taikomas streso įveikos strategijas (Valickas, Želvienė ir Grakauskas, 2010). Tyrimo rezultatai parodė, kad vyrų dažniau taikoma emocinės iškvovos įveikos strategija ir vyresnis amžius susiję su didesniu bendru potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu.

Pagrindiniai žodžiai: apatinių galūnių amputacija, potrauminio streso sutrikimo simptomai, streso įveikos strategijos.

Įvadas

Apžvelgus procentinį visų atliekamų amputacijų pasiskirstymą matyti, kad apatinių galūnių amputacijos sudaro gana didelę dalį (84 proc.) visų atliekamų amputacijų. Dažniausiai tokio tipo amputacija atliekama blauzdikaulio (47 proc.) arba šlaunikaulio (31 proc.) srityje (WHO, 2004). Taigi šiame straipsnyje bus nagrinėjami asmenų, patyrusių apatinių galūnių amputaciją (amputuota visa (-os) koja (-os) ar dalis jų), psichologinių sunkumų ypatumai.

Po amputacijos iškyla ne tik įvairių somatinių sunkumų (judėjimo problemos, amputuotos galūnės priežiūros ypatumai), bet dažnai šis patyrimas veikia ir kaip psichologiškai traumuojantis įvykis (Cavanagh, Shin, Karamouz, & Rauch, 2006). Neretai po amputacijos žmonės patiria psichologinių sunkumų. Vienas jų yra potrauminio streso sutrikimas (PTS) ar jo simptomai. Pagal TLK-10 (1997), potrauminio streso sutrikimas „pasireiškia kaip pavėluota ar užsitęsusi reakcija į pavojingą ar ilgai trunkantį stresogeninį įvykį ar

situaciją, kuris sukeltų stiprų distresą beveik kiekvienam“. Šiame straipsnyje nagrinėjami trys potrauminio streso sutrikimo simptomai: invazija, padidėjęs dirglumas ir vengimas. *Invazijos* (lot. *invasio* – įsiveržimas) simptomą asmuo gali išgyventi įvairiais būdais, pavyzdžiui, pasikartojantis ir nepageidaujamas įvykio prisiminimas arba pasikartojantys kankinantys sapnai, kai sapnuojamas traumuojantis įvykis. Retesniais atvejais asmuo gali patirti būsenas, kurių metu vėl išgyvenamas įvykis ir asmuo elgiasi taip, lyg tai vyktų iš naujo. Būdingi potrauminio streso sutrikimui simptomai taip pat yra visų su trauma susijusių stimulų *vengimas* ir *reakcijų išblėsimas*. Žmogus po traumos gali patirti *padidėjusio dirglumo* simptomą, kuris pasireiškia nuolatiniais nerimo simptomais ar padidėjusiu vegetacinės (autonominės) nervų sistemos sujaudinimu, kuris nebuvo būdingas iki traumos (American Psychiatric Association, 1994).

Martz ir Cook (2001) ištyrė, kad asmenims, kurie patyrė galūnių amputaciją, reliatyvi rizika susirgti potrauminio streso sutrikimu yra 1,64 karto didesnė nei tiems, kuriems tokia operacija nebuvo daryta. Kiti autoriai (Phelps, Williams, Raichle, Turner, & Ehde, 2008) nustatė, kad nuo 15 proc. iki 25 proc. visų jų tirtų asmenų, kuriems buvo atlikta galūnių amputacija, patyrė ryškius potrauminio streso sutrikimo simptomus. Kiek didesnius skaičius aptiko Abeyasinghea, de Zoysab, Bandarac, Bartholameuzd ir Bandarae (2011). Jie nustatė, kad 42,5 proc. asmenų, kuriems buvo atlikta apatinių galūnių amputacija, ir 33,3 proc. asmenų, patyrusių viršutinių galūnių amputaciją, pasireiškė ryškūs potrauminio streso sutrikimo simptomai. Apžvelgtų tyrimų rezultatai patvirtina potrauminio streso sutrikimo ir jo simptomų

aktualumą amputaciją patyrusiems asmenims.

Tiek PTS, tiek pavieniai jo simptomai neigiamai veikia gyvenimo kokybę (Mallik et al., 1999; Haagsma et al., 2012; Johansen, Wahl, Eilertsen, Weisaeth, & Hønestad, 2007), todėl svarbu ieškoti priemonių, kurios padėtų kovoti su šiuo sutrikimu ir jo simptomais. Kaip minėta, galūnių amputacija yra trauminis įvykis, kuris susijęs su dažnesniu PTS ar jo simptomų patyrimu (Martz & Cook, 2001; Phelps et al., 2008; Copuroglu et al., 2010). Vis dėlto ne visi žmonės, kuriems buvo atlikta apatinių galūnių amputacija, susergera PTS ar patiria jo simptomus. Tai priklauso nuo daugelio dalykų, pavyzdžiui, asmenybės bruožų, socialinio palaikymo, psichologinio atsparumo ir pan. Iš dalies tai gali priklausyti ir nuo asmens taikomų įveikos strategijų.

Lazarus (1993) apibrėžia įveikos strategijas kaip procesą, kai asmuo, siekdamas suvaldyti jam nepalankų aplinkos poveikį, pasitelkia kognityvias ir fizines pastangas. Asmuo keičia aplinkybes ar jų interpretaciją taip, kad jos jam atrodytų palankesnės. Įveikos strategijų yra įvairių, tačiau pagal būdingas charakteristikas jas galima suskirstyti į tam tikras kategorijas. Pavyzdžiui, R. S. Lazarusas pagal jų atliekamas funkcijas skiria dviejų tipų įveikos strategijas: į problemą orientuota strategija ir į emocijas orientuota strategija (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2006). Dauguma autorių sutinka su R. S. Lazaruso pasiūlyta įveikos strategijų klasifikacija (Folkman & Moskowitz, 2004, cituojama pagal Grakauskas ir Valickas, 2006), tačiau kai kurie tyrėjai siekia dar detaliau aprašyti ir suskirstyti šias strategijas. Šio straipsnio tiriamojame dalyje bus remiamasi Lietuvos autorių Grakausko ir Valicko skiriamomis

streso įveikos strategijomis. Šie autoriai skiria keturias tokias strategijas. Viena jų yra *socialinės paramos* įveikos strategija. Ji apima emocinę ir instrumentinę socialinę paramą. Kita strategija yra *problemų sprendimo* įveikos, ji apima problemos analizę, sprendimo paiešką, žinių, kurios galėtų padėti spręsti atsiradusią problemą, kaupimą, sprendimo įgyvendinimo planavimą. Dar viena įveikos strategija yra *emocinė iškrova*, kuri atspindi bandymą susidoroti su stresine situacija ieškant stresogeninės situacijos kaltininkų ir išreiškiant atsiradusias neigiamas emocijas. Ir paskutinė įveikos strategija yra *vengimas*, kuriam priskiriamas žmogaus siekis įveikti stresinę situaciją naudojant įvairius dėmesio nukreipimo būdus arba teigiamą situacijos interpretavimą (Grakauskas ir Valickas, 2006).

Literatūros, kuri nagrinėtų įveikos strategijų poveikį PTS sutrikimo simptomų įveikai apatinių galūnių amputaciją patyrusių asmenų grupėje, yra nedaug (atlikus mokslinių straipsnių paiešką paaiškėjo, kad tokio pobūdžio tyrimų Lietuvoje nebuvo atlikta), todėl daromos prielaidos, kokios yra šių veiksnių tarpusavio sąsajos, remiamasi ir literatūra, kurioje aprašomi tiriami fiziškai sveiki, sergantys ar traumą patyrę asmenys. Taigi, toliau aprašomi ryšiai tarp potrauminio streso sutrikimo simptomų ir įveikos strategijų remsis duomenimis, gautais tiriant įvairių grupių asmenis.

Pirmoji įveikos strategija, susijusi su potrauminio streso sutrikimo simptomais, yra vengimo įveikos strategija. Anot Desmond ir MacLachlan (2006), būtent daugiau vengimo strategiją taikantiems asmenims dažniau kyla nepageidaujama pasikartojančių trauminių įvykių prisimi-

nimų (vienas potrauminio streso sutrikimo simptomų) ir apskritai šie asmenys patiria daugiau potrauminio streso sutrikimo simptomų nei tie, kurie šią strategiją taiko mažiau (Benotsch et al., 2000; Pietrzak, Harpaz-Rotem, & Southwick, 2011). Kai kada kognityvi vengimo įveikos strategija išskiriama kaip viena vengimo įveikos strategijų. Ji atspindi įvairių priminimų apie įvykį vengimą ir emocinį sustingimą (nejautrumą). Tiet ir kiti (2006) nustatė, kad kuo dažniau žmogus taiko kognityvią vengimo įveikos strategiją, tuo daugiau potrauminio streso sutrikimo simptomų jis patiria. Taip yra dėl to, kad, neigiant problemos sunkumą ir bandant apie tai negalvoti, kaip tik dažniau kyla pasikartojančių įvykių prisiminimų apie traumą (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998, cituojama pagal Tiet et al., 2006). Priešingas ryšys nustatytas tarp patiriamų potrauminio streso sutrikimo simptomų ir problemų sprendimo įveikos strategijos. Pasak autorių (Martz, Bodner, & Livneh, 2010; Zhang, Liu, Jiang, Wu, & Tian, 2014), kuo dažniau asmuo taiko problemų sprendimo įveikos strategiją, tuo mažiau potrauminio streso sutrikimo simptomų jis patiria. Panašiai yra su socialinės paramos įveikos strategija. Nustatyta, kad tie asmenys, kurie siekia ir gauna daugiau socialinės paramos, patiria mažiau potrauminio streso sutrikimo simptomų (King L. A., King D. W., Keane, Fairbank, & Adams, 1998). Tiek instrumentinė, tiek emocinė socialinė parama mažina potrauminio streso sutrikimo simptomatiką (Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2003). Na, ir dar viena įveikos strategija, susijusi su potrauminio streso sutrikimo simptomais, yra į emocijas orientuota įveikos strategija. Daugelio autorių (O'Connor & Elklit, 2008; Agaibi

& Wilson, 2005; Mikulincer & Solomon, 2006) atliktų tyrimų duomenys patvirtina, kad į emocijas orientuota įveikos strategija yra vienas veiksnių, nulemiančių dažnesnius potrauminio streso sutrikimo simptomus. Apžvelgus pateiktų tyrimų duomenis, galima daryti prielaidą, kad asmenys, kurie dažniau renkasi problemų sprendimo, socialinės paramos įveikos strategijas ir rečiau taiko į emocijas orientuotas, vengimo įveikos strategijas, patiria mažiau potrauminio streso sutrikimo simptomų. Ši prielaida tikrinama ištyrus vyrus, patyrusius apatinių galūnių amputaciją. Taigi, tyrimo *tikslas* yra nustatyti, kaip taikomos streso įveikos strategijos susijusios su potrauminio streso sutrikimo simptomais. Tikrinama ši *hipotezė*:

- Apatinių galūnių amputaciją patyrusių vyrų dažnesnis vengimo, emocinės iškvovos įveikos strategijų taikymas susijęs su didesniu potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu, o dažnesnis socialinės paramos, problemų sprendimo įveikos strategijų taikymas – su mažesniu potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu.

Metodika

Dalyviai. Tyrimas buvo atliekamas keliuose Lietuvos reabilitacijos centruose. Iš viso jame dalyvavo 92 vyrai, patyrę apatinių galūnių amputaciją.

Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 32 iki 82 metų ($M = 62,44$, $SD = 11,728$). Dėl lėtinės ligos buvo atliktos 76 amputacijos, dėl traumos – 15 amputacijų. Dažniausiai pasitaikiusi amputacijos vieta buvo virš kelio ($n = 58$), kiek mažiau buvo atlikta žemiau kelio ($n = 24$) ir abiejų kojų amputacijų ($n = 10$). Dauguma tyrimo dalyvių buvo išėję į pensiją ($n = 45$), dirbančių

buvo 11, o nedirbančių – 36. Mažiausias laiko tarpas, praėjęs po amputacijos, buvo viena savaitė, o didžiausias – 24 metai ($M = 53,58$ savaitės, $SD = 147,745$). Dauguma asmenų turėjo profesinį ($n = 26$) arba vidurinį ($n = 28$) išsimokslinimą, kiek mažiau dalyvių turėjo aukštąjį ($n = 12$), aukštesnįjį ($n = 11$) arba žemesnį nei vidurinis išsimokslinimą ($n = 15$). Vedusių vyrų buvo 52, išsiskyrusių – 20, našlių – 10, vienišų – 9, o turinčių draugę – 1.

Tyrimo metodai. Empiriniam tyrimui atlikti buvo pasirinktas kiekybinis apklausos metodas.

1. Streso įveikos klausimynas. Šis klausimynas yra sukurtas Grakausko ir Valicko (2006), vėliau buvo patobulintas Valicko, Želvienės ir Grakausko (2010). Leidimas naudoti šį klausimyną buvo gautas iš G. Valicko. Klausimyną sudaro 24 teiginiai, o atsakymai į klausimus vertinami pagal penkių balų ranginę skalę: 1 – niekada, 2 – retai, 3 – vidutiniškai, 4 – dažnai, 5 – visada. Didesnis suminis įvertis rodo dažnesnį įveikos strategijos taikymą. Šį klausimyną sudaro keturios skalės: socialinės paramos, problemų sprendimo, emocinės iškvovos ir vengimo. Klausimyno autoriai (Valickas, Želvienė ir Grakauskas, 2010) pateikia tokius streso įveikos klausimyno vidinio suderintumo (Cronbacho alfa) rodiklius: socialinės paramos $\alpha = 0,864$, problemų sprendimo $\alpha = 0,760$, emocinės iškvovos $\alpha = 0,692$, vengimo $\alpha = 0,661$. O šiame tyrime gauti tokie rodikliai: socialinės paramos $\alpha = 0,738$, problemų sprendimo $\alpha = 0,799$, emocinės iškvovos $\alpha = 0,675$, vengimo $\alpha = 0,493$. Matyti, jog trijų iš keturių subskalių vidinis suderintumas geras. Vengimo subskalės vidinio suderintumo rezultatai yra maži, todėl ši skalė iš statistinės duomenų analizės pašalinama.

2. Kitas naudotas klausimynas buvo įvykio poveikio skalė – revizuota IES-R (angl. *The Impact of Events Scale – Revised*), jis skirtas potrauminio streso sutrikimo simptomatikos intensyvumui įvertinti. Šis klausimynas buvo sukurtas Weis ir Marmar (1997), o Lietuvoje adaptuotas Kazlauskio ir kitų (2006). Leidimas naudotis šia metodika gautas iš E. Kazlauskio. Metodikoje yra 22 teiginiai, kurie sudaro 3 subskales (invazijos, padidėjusio dirglumo, vengimo). Atitinkamos subskalės atspindi tam tikrus PTS simptomus. *Invazijos* (lot. *invasio* – įsiveržimas) *simptomas* – pasikartojantis nepageidaujamas įvykio prisiminimas arba pasikartojantys kankinantys sapnai. *Padidėjęs dirglumas* – patiriami nuolatiniai nerimo simptomai ar jaučiamas padidėjęs vegetacinės (autonominės) nervų sistemos sujaudinimas, kuris nebuvo būdingas iki traumos. *Vengimas* – bet kokių su trauma susijusių stimulų vengimas (American Psychiatric Association, 1994). Klausimyną sudarančių teiginių atsakymai vertinami pagal penkių balų ranginę skalę: 0 – visai ne, 1 – šiek tiek, 2 – vidutiniškai, 3 – gana daug, 4 – labai stipriai. IES-R matuojamų subskalių (invazijos, padidėjusio dirglumo, vengimo) įvertinimas yra skalę sudarančių teiginių aritmetinis vidurkis, o IES-R bendro įverčio įvertinimas yra visų metodiką sudarančių teiginių įverčių aritmetinis vidurkis. Didesnis įvertinimas rodo labiau išreikštą simptomą. Kazlauskas, Gailienė, Domanskaitė-Gota ir Trofimova (2006) pateikia, kad viso klausimyno vidinis suderintumas matuojant Cronbacho alpha yra geras ($\alpha = 0,93$), o subskalių Cronbacho alpha = 0,82–0,88. Atliekant šį tyrimą, taip pat buvo gauta, kad tiek bendras klausimyno ($\alpha = 0,911$), tiek atskirų skalių (invazijos $\alpha = 0,831$,

vengimo $\alpha = 0,705$, padidėjusio dirglumo $\alpha = 0,831$) vidinis suderintumas yra geras.

Tyrimo dalyviai taip pat turėjo nurodyti socialinius demografinius duomenis: lytį, amžių, išsimokslinimą, šeiminių padėtį, ir atsakyti į klausimus, susijusius su jų kliniškine situacija: amputacijos atlikimo vieta, priežastis, prieš kiek laiko amputacija atlikta.

Tyrimo eiga. Tyrimas buvo atliekamas apklausos būdu. Klausimynai buvo išdalijami asmeniškai kiekvienam dalyviui: 50 jų klausimynus pildė savarankiškai, o 42 dalyviams (dėl regos sunkumų) tyrėjas skaitė teiginius ir pagal atsakymus į juos pildė klausimyną. Pats tyrimas buvo atliekamas įstaigose, kuriose tyrimo dalyviai tuo metu gydėsi (Valakupių reabilitacijos centre, „Baldžio šilė“, Ortopedijos technikoje). Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas. Klausimynus užpildyti trukdavo 15–20 minučių.

Statistiniai duomenų analizės metodai. Sąsajoms tarp kintamųjų nustatyti buvo naudota tiesinė regresinė analizė.

Rezultatai

Prieš atliekant statistinius skaičiavimus, 1-oje lentelėje pateikiama aprašomoji statistika, apibūdinanti imties potrauminio streso sutrikimo simptomų ir įveikos strategijų išreikštumą bei atitinkamas jų charakteristikas.

Rezultatai (žr. 1-ą lentelę) rodo, kad tiriamų reiškinių skirstiniai pagal eksceso ir asimetrijos koeficientus yra artimi normaliesiems.

Tyrimo metu buvo kelta hipotezė, kad bendras PTS ir atskiri jo simptomai siejasi su įveikos strategijomis. Analizės metu buvo atlikti skaičiavimai, kuriais siekta nustatyti, ar nagrinėjami kintamieji tarpu-

1 lentelė. PTS simptomų ir įveikos strategijų aprašomoji statistika

Skalės	n	M	SD	Asimetrijos koeficientas	Eksceso koeficientas	Min	Max
Emocinė iškrova	92	12,152	4,5620	0,800	0,447	6,00	26,00
Problemų sprendimas	92	18,380	5,416	0,132	-0,791	7,00	30,00
Socialinė parama	92	19,011	4,976	-0,150	-0,030	6,00	30,00
Bendras PTS	91	1,362	0,726	0,569	-0,170	0,23	3,32
Invazijos simptomo išreikštumas	92	1,471	0,852	0,232	-0,841	0,00	3,63
Dirglumo simptomo išreikštumas	91	1,240	0,908	0,749	-0,168	0,00	3,67
Vengimo simptomo išreikštumas	92	1,342	0,679	0,601	0,113	0,00	3,13

2 lentelė. Bendro PTS ir jo simptomų sąsajos su įveikos strategijomis

	Emocinė iškrova	Problemų sprendimas	Socialinė parama	Bendras PTS	Invazijos simptomo išreikštumas	Dirglumo simptomo išreikštumas	Vengimo simptomo išreikštumas
Emocinė iškrova	1,000						
Problemų sprendimas	0,301**	1,000					
Socialinė parama	0,367**	0,415**	1,000				
Bendras PTS	0,320**	0,158	0,243*	1,000			
Invazijos simptomo išreikštumas	0,344**	0,210*	0,311**	0,947**	1,000		
Dirglumo simptomo išreikštumas	0,332**	0,067	0,198	0,910**	0,854**	1,000	
Vengimo simptomo išreikštumas	0,123	0,141	0,085	0,791**	0,622**	0,575**	1,000

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

savyje susiję. Ryšiui nustatyti pasirinktas Spearmano koreliacijos koeficientas (žr. 2-ą lentelę).

Rezultatai rodo, kad bendras PTS ir atskirų jo simptomų išreikštumas statistiškai reikšmingai susiję su tam tikromis įveikos strategijomis (bendras PTS ir invazijos simptomo išreikštumas siejasi su emocine iškrova, dirglumo simptomo išreikštumas – su emocine iškrova). Koreliacijos koefi-

cientas taip pat rodo, kad bendro PTS ir atskirų jo simptomų išreikštumas tarpusavyje statistiškai reikšmingai susiję, o ryšys tarp jų yra ypač stiprus ($> 0,9$ ir $> 0,7$). Tai rodo, kad šie kintamieji gali atspindėti tą patį reiškinių. Todėl tolesnei analizei būtų tikslinga pasirinkti ne visus kintamuosius, o tik bendrą PTS kintamąjį, nes jį sudaro visi trys simptomai (padidėjęs dirglumas, vengimas, invazija).

Toliau analizuojant buvo siekiama nustatyti, ar bendras PTS išreikštumas susijęs su kitais kintamaisiais: demografiniais, klinicine situacija (praėjęs laikas po amputacijos, jos vieta, priežastis) ir klausimyno pildymo būdu (tyrimo dalyvis savarankiškai pildė klausimyną ar jam teiginius skaitė tyrėjas). Ryšiui tarp bendro PTS išreikštumo bei amžiaus ir amputacijos laiko tirti pasirinktas Pearsono koreliacijos koeficientas, nes PTS skirstinys artimas normaliajam pagal Kolmogorovo ir Smirnovo kriterijų ($p > \alpha$) ir eksceso bei asimetrijos koeficientus (žr. 1-ą lentelę). PTS sąsajoms su likusiais demografiniais rodikliais, klinicine situacija ir klausimyno pildymo būdu nustatyti naudotas T testas. Atlikus skaičiavimus paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai susijęs tik amžiaus kintamasis su bendru PTS išreikštumu ($t = 0,245$, $p < \alpha$, kai $\alpha = 0,05$). Amžiui didėjant bendras PTS išreikštumas didėja. Todėl į tolesnę analizę yra įtraukiamas tik amžiaus kintamasis.

Siekiant nustatyti sąsajas tarp bendro PTS ir įveikos strategijų bei amžiaus, buvo atlikta tiesinė regresinė analizė. Priklauso-

mu kintamuoju pasirinktas bendras PTS, o nepriklausomais kintamaisiais – amžius bei įveikos strategijos.

Atlikus skaičiavimus matyti, kad determinacijos koeficientas R^2 lygus 0,252. Regresijos modelis yra statistiškai reikšmingas, nes F kriterijaus $p < 0,001$. Bendro PTS regresijos modelį sudaro amžius ir emocinė iškrova (žr. 3-ią lentelę). Šių kintamųjų regresijos koeficientai $p < \alpha$. Iš kintamųjų didžiausią įtaką turi emocinė iškrova. Standartizuotos koeficientų reikšmės atitinkamai lygios 0,371 ir 0,223. Kintamieji nėra multikolinearūs, nes visų kintamųjų dispersijos mažėjimo daugiklis yra mažesnis už 4. Standartizuotų liekanų pasiskirstymas yra artimas normaliajam skirstiniui. Taigi, bendrą potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumą prognozuoja dažnesnis emocinės iškrovos įveikos strategijos taikymas ir vyresnis amžius.

Rezultatų aptarimas

Tyrimo tikslas buvo ištirti, ar vyrų, patyrusių apatinių galūnių amputaciją, taikomos

3 lentelė. *Emocinės iškrovos, problemų sprendimo, socialinės paramos įveikos strategijų ir amžiaus poveikis bendram potrauminio streso sutrikimo išreikštumui*

Kintamieji	B	SE B	β	t	p	95 proc. pasikliautinis intervalas B	Kolinearumo statistika (VIF)
Bendras PTS* ($F = 7,059$, $p < 0,001$; koreg. $R^2 = 0,252$)							
Konstanta	-0,638	0,473	–	-1,348	0,181	[-1,579, 0,303]	–
Emocinė iškrova	0,060	0,016	0,371	3,647	0,001	[0,027, 0,092]	1,164
Problemų sprendimas	0,021	0,014	0,158	1,514	0,134	[-0,007, 0,048]	1,229
Socialinė parama	0,003	0,016	0,020	0,185	0,854	[-0,028, 0,034]	1,342
Amžius	0,013	0,006	0,223	2,342	0,022	[0,002, 0,025]	1,015

* Priklausomas kintamasis – bendras potrauminio streso sutrikimo išreikštumas.

įveikos strategijos yra susijusios su patiriamais potrauminio streso sutrikimo simptomais. Atliekant tyrimą buvo tikimasi, kad dažnesnis problemų sprendimo, socialinės paramos įveikos strategijų taikymas bus susijęs su mažesniu patiriamu potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu, o dažnesnis vengimo ir emocinės iškvos įveikos strategijų taikymas – su didesniu patiriamų simptomų išreikštumu. Vis dėlto paaiškėjo, kad tik emocinės iškvos įveikos strategija ir amžius susiję su patiriamu bendru potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu. Gauti rezultatai prieštarauja Martz ir kitų (2010), King ir kitų (1998), Dirkzwager ir kitų (2003) atliktų tyrimų, kuriais nustatytas socialinės paramos siekimo, problemų sprendimo įveikos strategijų poveikis potrauminio streso sutrikimo simptomų atsiradimui, rezultatams. Ir, kadangi emocinės iškvos įveikos strategija priskiriama prie į emocijas orientuotų įveikos strategijų, duomenys sutampa su O'Connor ir Elklit (2008), Agaibi ir Wilson (2005), Mikulincer ir Solomon (2006) tyrimų rezultatais. Anot šitų autorių, į emocijas orientuota įveikos strategija siejasi su potrauminiu streso sutrikimu ir gali būti vienas veiksnių, dėl kurių patiriama daugiau potrauminio streso sutrikimo simptomų. Taigi, šiame tyrime vyrų dažniau taikoma emocinės iškvos įveikos strategija susijusi su didesniu patiriamu bendru potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumu. Emocinės iškvos įveikos strategijos sąsajas su potrauminio streso sutrikimo simptomais galima aiškinti tuo, kad ieškojimas kaltų dėl problemos asmenų, neigiamų emocijų reiškimas nepadedą tiesiogiai spręsti problemą ar tuo labiau gerinti esamą situaciją. Be to, toks asmens elgesys gali neigiamai veikti

aplinkinius žmones ir sukelti konfliktines situacijas, kurios atitolina kitus asmenis ir apriboja gaunamą socialinę paramą. Tokia parama yra ypač reikalinga laikotarpiu po amputacijos, nes kuo daugiau socialinės paramos gauna asmuo, tuo mažiau patiria potrauminio streso sutrikimo simptomų (King et al., 1998).

Bendras potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumas susijęs ir su asmens amžiumi. Vyresnis amžius susijęs su didesniu patiriamų simptomų išreikštumu. Teigiamą ryšį tarp amžiaus ir potrauminio streso sutrikimo savo tyrimais aptiko Brodaty, Joffe, Luscombe ir Thompson (2004), Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes ir Nelson (1995). Amžiaus sąsajas su patiriamu bendru PTS išreikštumu galima aiškinti tuo, kad senstant fizinė sveikata blogėja, darosi sunku savarankiškai atlikti kasdienes veiklas (valgio ruošimas, maudymasis, apsipirkimas ir t. t.) (Ruskin & Talbot, 1996), todėl asmeniui būna vis sunkiau kovoti su naujai kylančiais sunkumais (pvz., amputacija). Dėl to vyresnių žmonių grupėje PTS išreikštumas gali būti didesnis nei jaunesnių.

Nepaisant visų gautų rezultatų, tyrimas turi keletą apribojimų. Tyrimo metu buvo aptikta, kad vengimo įveikos skalės patikimumas yra mažas. Toks jis galėjo būti dėl vyrų noro pasirodyti socialiai patrauklesniu būdu ir galbūt dažniausiai tada, kai dėl respondento prastos regos ir sunkumų skaityti tyrėjas jam padėjo užpildyti anketą (garsiai skaitė klausimus ir užrašydavo respondento atsakymus). Dar vienas tyrimo apribojimų yra tai, kad vyrų, kurie būtų patyrę amputaciją dėl traumos, dalis buvo maža. Tikėtina, jei jų būtų buvę daugiau, rezultatai būtų galėję būti kitokie, nes užsienio mokslininkų tyrimai dažnai atsklei-

džia, kad dėl traumos atlikta amputacija sukelia sunkesnių psichologinių padarinių nei dėl ligos atlikta amputacija (Cavanagh et al., 2006). Atsižvelgus į tyrimo ribotumus, reikėtų atkreipti dėmesį, kad tyrimo rezultatai turi būti interpretuojami su tam tikru atsargumu.

Aptarus tyrimą, norėtusi pabrėžti, kad tirti potrauminio streso sutrikimo simptomų ir įveikos strategijų sąsajas apatinių galūnių amputaciją patyrusių žmonių grupėje yra iš tiesų svarbu, nes visų pirma Lietuvoje trūksta duomenų, ypač mokslinių tyrimų, kurie nagrinėtų šį ryšį būtent tokioje

asmenų grupėje. Be to, tokio tipo tyrimai galėtų būti naudingi kuriant psichosocialinės reabilitacijos programas, kurių metu apatinių galūnių amputaciją patyrę asmenys būtų mokomi veiksmingiau kovoti su potrauminio streso sutrikimu ir jo simptomais – mokomi atitinkamų įveikos strategijų.

Išvados

Didesnis bendras potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumas susijęs su dažnesniu emocinės išprovokacijos įveikos strategijos taikymu ir vyresniu amžiumi.

LITERATŪRA

Abeyasinghea, N. L., de Zoysab, P., Bandarac, K. M. K. C., Bartholameuzd, N. A., & Bandarae, J. M. U. J. (2011). The prevalence of symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder among soldiers with amputation of a limb or spinal injury: A report from a rehabilitation centre in Sri Lanka. *Psychology, Health & Medicine, 17* (3), 376–381. doi: 10.1080/13548506.2011.608805.

Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 6* (3), 195–216. doi: 10.1177/1524838005277438.

American Psychiatric Association (1994). Posttraumatic Stress Disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (pp. 424–429). Washington: American Psychiatric Association.

Benotsch, E. G., Brailey, K., Vasterling, J. J., Uddo, M., Constans, J. I., & Sutker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in Gulf War veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (2), 205–213. doi: 10.1037/0021-1843X.1109.1032.1205.

Brodsky, H., Joffe, C., Luscombe, G., & Thompson, C. (2004). Vulnerability to Post-Traumatic Stress Disorder and psychological morbidity in aged

Holocaust survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19* (10), 968–979. doi: 10.1002/gps.1195.

Cavanagh, S. R., Shin, L. M., Karamouz, N., & Rauch, S. L. (2006). Psychiatric and emotional sequela of surgical amputation. *Psychosomatics, 47*, 459–464. doi: 10.1176/appi.psy.47.6.459.

Copuroglu, C., Ozcan, M., Yilmaz, B., Gorgulu, Y., Abay, E., & Yalniz, E. (2010). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthopædica Belgica, 76*, 90–93.

Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science and Medicine, 62*, 208–216. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.011.

Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545–1559. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00198-8.

Grakauskas, Ž. ir Valickas, G. (2006). Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas. *Psichologija, 33*, 64–75.

Haagsma, J. A., Polinder, S., Olf, M., Toet, H., Bonsel, G. J., & van Beeck, E. F. (2012). Posttrau-

- matic stress symptoms and health-related quality of life: A two year follow up study of injury treated at the emergency department. *Psychiatry*, *12* (1), 1–8. doi: 10.1186 / 1471-244X-12-1.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., Weisaeth, L., & Hanestad, B. R. (2007). The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: A longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5* (26), 1–11. doi: 10.1186/1477-7525-5-26.
- Kazlauskas, E., Gailienė, D., Domanskaitė-Gota, V. ir Trofimova, J. (2006). Įvykio poveikio skalės – revizuotos (IES-R) lietuviškos versijos psichometrinės savybės. *Psichologija*, *33*, 22–30.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.
- King, L. A., King, D. W., Keane, T. M., Fairbank, J. A., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74* (2), 420–434.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*, 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion – a New Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Malik, M. L., Connor, K. M., Sutherland, S. M., Smith, R. D., Davison, R. M., & Davidson, J. R. T. (1999). Quality of life and posttraumatic stress disorder: A pilot study assessing changes in SF-36 scores before and after treatment in a placebo-controlled trial of fluoxetine. *Journal of Traumatic Stress*, *12* (2), 387–393. doi: 10.1023 /: 1024745030140.
- Martz, E., Bodner, T., & Livneh, H. (2010). Coping as a moderator of disability and psychosocial adaptation among Vietnam Theater veterans. *Journal of Clinical Psychology*, *65* (1), 94–112. doi: 10.1002/jclp.20541.
- Martz, E., & Cook, D. W. (2001). Physical impairments as risk factors for the development of posttraumatic stress disorder. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *44* (4), 217–221. doi: 10.1177/003435520104400404.
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (2006). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, *3* (4), 269–284. doi: 10.1002 / per.2410030404.
- O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment & Human Development*, *10* (1), 59–71. doi: 10.1080/14616730701868597.
- Phelps, L. F., Williams, R. M., Raichle, K. A., Turner, A. P., & Ehde, D. M. (2008). The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following amputation. *Rehabilitation Psychology*, *53* (1), 28–38. doi: 10.1037/0090-5550.53.1.28.
- Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF–OIF veterans. *Psychiatry Research*, *189*, 251–258. doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.019.
- Ruskin, P. E., & Talbott, J. A. (1996). *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *19* (6), 799–811. doi: 10.1002 / jts.20185.
- TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika* (1997). Kaunas: Medicina.
- Valickas, G., Želvienė, P. ir Grakauskas, Ž. (2010). Patobulinto keturių faktorių streso įveikos klausimyno psichometriniai rodikliai. *Psichologija*, *41*, 96–110.
- Weis, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. *Assessing Psychological Trauma and PTS* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- WHO (2004). A manual for the rehabilitation of people with amputations. Paimta iš http://www.einsteiner.edu/rx_files/mossrehab/amputee-manual.pdf
- Zhang, W., Liu, H., Jiang, X., Wu, D., & Tian, Y. (2014). A longitudinal study of Posttraumatic Stress Disorder symptoms and its relationship with coping skill and locus of control in adolescents after an earthquake in China. *PLoS ONE*, *9* (2), 1–7. doi: 10.1371/journal.pone.0088263.

ASSOCIATIONS BETWEEN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS AND COPING STRATEGIES AMONG MEN WITH LOWER LIMB AMPUTATIONS

Kristina Vildžiūnaitė, Liuda Šinkariova

S u m m a r y

Lower limb amputation is a traumatic event that often leads to a post-traumatic stress disorder (PTSD) and the experience of its symptoms. One of the factors that may help to reduce exposure of the disorder and its symptoms is adequate stress management.

The aim of the study was to examine associations between posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and coping strategies (social support, problem solving, avoidance, emotional discharge) among men with lower limb amputation.

In this research, 92 men who suffered a lower limb amputation were examined. Two questionnaires were used in the study: 1. Coping with stress questionnaire, which is used to measure coping strategies (Valickas, Želvienė ir Grakauskas, 2010). This questionnaire measures emotional discharge, problem solving, social support and avoidance coping strategies. 2. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R) is used to measure PTSD symptoms (Weis & Marmar, 1997, Lithuanian version Kazlauskas

et al., 2006). PTSD symptoms are invasion, increased arousal and avoidance. Also, demographic questions were included in the research instrument. All respondents were interviewed in rehabilitation centres where they were getting medical care at that moment.

In the beginning of the research, it was expected that the problem solving and social support coping strategies will predict lower amount of PTSD symptoms and avoidance, emotional discharge coping strategies will predict higher amount of PTSD symptoms. The results showed that emotional discharge coping strategy predict higher overall PTSD. Also, it was revealed that PTSD were predicted not only by a more frequent use of emotional discharge coping strategy, but also by older age. Other statistically significant relationships were not found.

Key words: posttraumatic stress disorder symptoms, coping strategies, lower limb amputation.

Įteikta 2015 07 18