

AMPUTASYONUN PSİKOSOSYAL BOYUTU

Öğr. Gör. Mine OĞUL*

Doç. Dr. Gülsen ERDEN**

ÖZET

Kişinin fiziksel sağlığı psikolojik durumu üzerinde ne derece etkiliyse, amputasyona olan psikolojik uyum da amputasyon sonrası rehabilitasyon programına katılım, bu programdaki performans ve uzun süreli uyum üzerinde o derece etkili olmaktadır. İşlev kaybı, duyu kaybı ve beden imgesi kaybı içermesi nedeniyle amputasyon, üçlü bir tehdit olmakla birlikte pek çok ampute edilmiş birey yeni durumlarına uyum sağlayabilmektedir. Yeni durumlara uyum sağlamada kişisel sağlamlıkları ve onlara bakım veren kişilerin yoğun çaba ve etkili yaklaşımlarının payının büyük olduğunu söylemek mümkündür. Amputasyona uyum, pek çok psikososyal etkenin birbiriyle etkileşim içinde, bireyin sahip olduğu kaynaklara ve bu süreçteki kaybına/kazancına yüklediği anlamlarla şekillenmektedir. Bu yazıda, amputasyona bağlı olarak ortaya çıkabilecek travma ve yas tepkilerine değinilmesinin ardından bireyin amputasyona verdiği tepkileri belirleyen psikososyal etkenler ve bunların bireyin uzun vadedeki uyumu üzerindeki etkileri incelenecektir. Amputasyon sonrası rehabilitasyonun başarıya ulaşmasında farklı meslek elemanlarının katkısı ile programın başarısındaki temel ilkeler ele alınacaktır. Ampute edilmiş bireylerin, ne zaman psikolojik yardım almaya yönlendirilmeleri gerektiğine ve psikoterapinin uyum sürecindeki yerine değinilen son bölümle birlikte bu derleme yazısının, bireylerin amputasyona verdikleri tepkileri anlama ve uyumlarını kolaylaştırma yönünde amputasyon ekibi ve ampute edilmiş/edilecek bireylerin ailelerine yol gösterici olması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amputasyon, psikososyal etkenler, uyum, amputasyon ekibi

ABSTRACT

Adjustment to amputation has a significant influence on participation to rehabilitation program after amputation, performance in this program and long-term adjustment to amputation. Although amputation poses a triple threat due to the losses in function, sensation, and body-image, many individuals can cope with the challenges of amputation effectively. Their resiliency, the great effort and effective support provided by those who care for them contribute to their well-being and adaptation significantly. Adaptation to amputation is shaped by the interplay of many psychosocial factors as well as the individual's resources and the meanings attached to the gains and losses by the individual in this process. In this paper, reactions to trauma, loss and stages of bereavement will be briefly summarized first. Then, psychosocial determinants of reactions to amputation and their influence on the long-term adjustment of individuals will be highlighted. After the roles of different professionals in the amputation team and the general principles for a successful rehabilitation program will be discussed, the reasons for referral of amputated individuals to a clinical psychologist and the role of psychological intervention in the adjustment process will be emphasized. The purpose of this review article is to help the amputation team and amputated individuals' families to understand the psychological reactions given

* Atılım Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 06836, İncek, Gölbaşı, Ankara. E-posta: mogul@atilim.edu.tr

** Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Sıhhiye, Ankara.

to amputation by individuals and to facilitate their adjustment process.

Key Words: Amputation, psychosocial factors, adaptation, amputation team.

AMPUTASYONUN PSİKOSOSYAL BOYUTU

Amputasyonu travmatik bir yaşantı olarak nitelendirmek mümkündür. Bireylerin yaşadıkları travmayı anlamlandırma biçimleri ve bununla başa çıkmak için kullandıkları kaynaklar bireyler arasında farklılık göstermektedir. Bu nedenle bireylerin amputasyona verdikleri duygusal tepkiler de çok çeşitli olmaktadır. Öfke, yas, inkar, anksiyete, pişmanlık, belirsizlik, umut ve iyimserlik bunlardan bazılarıdır. Bu duygusal tepkilerin çoğu geçici, bazıları ise yapıcı ve yararlıdır. Bazıları ise psikolojik değerlendirme gerektirecek düzeydedir. Bu nedenle amputasyona verilen tepkilerin ampute edilmiş kişi, ailesi, yakın çevresi ile amputasyon ekibi tarafından bilinmesi ve bunlara hazırlıklı olunması önemlidir. Amputasyona verilen duygusal tepkilerin çeşitliliği yanında amputasyonun, onu engel yaratan diğer hastalıklardan ayıran önemli bir özelliği bulunmaktadır: Amputasyon yalnızca organ kaybıyla sınırlı kalmayarak beden imgesi, işlev, iş ve ilişkilerde de kayıp anlamına gelmektedir (1). Bu yazıda kayba verilen yas tepkisi başta olmak üzere amputasyona verilen diğer psikolojik tepkiler ile amputasyona uyumda etkili olan psikososyal faktörler incelenecektir.

Travma, Kayıp ve Yas Tepkileri

Bireyin farklı alanlarda yaşadığı kayıp düşünüldüğünde amputasyonu, psikolojik bir travma olarak nitelendirmek kaçınılmazdır. Travma, çocukların ve yetişkinlerin yaşamlarını alt üst ederek onları belirsizlik, tehlike, sevdiklerini kaybetme ve çaresizlik duygusu ile karşı karşıya bırakır. Kişinin kendine ve çevresine olan güvenini sarsarak onun psikolojik ve sosyal bütünlüğünü bozan bir durumdur. Travmanın etkisi sadece yaşandığı zaman dilimiyle sınırlı kalmaz. Gelecekte de hem çocukların hem de yetişkinlerin ruh sağlığını ciddi biçimde etkiler. Yaşadığı travma sonucunda kişinin inanç sistemlerinin sarsıldığı, korku ve endişelerin olduğu, öz saygının azaldığı, suçluluk ve güçsüzlük hissinin arttığı ve

kişinin yaşamı üzerindeki kontrol duygusunun azaldığı görülür.

Sevilen bir kişinin kaybının yaşanması ya da ölümcül bir hastalığa sahip olunması durumlarında kişiler yas süreci olarak adlandırılan bir dizi evreden geçer. Bu aşamalar şöyle özetlenebilir:²

1. Evre - Yadsıma ve Yalıtılma: Kayba verilen ilk tepki geçici bir şok durumudur ve kısa süre sonra kaybolur. İlk uyuşukluk hissi geçip kendini toparlamaya başlayan kişinin tepkisi çoğu zaman "Hayır, bu bana olamaz, bu doğru değil" şeklinde olmaktadır. Yadsıma evresi kişiye şok edici, beklenmedik bir olayın ardından kendini toplama ve kabullenme, uyum için gerekli davranışları geliştirmeye başlamasına izin veren bir dönemdir. Yine bu evrede bireyin sosyal ilişkilerini sınırladığı görülür. Gerçekle yüzleşmekten kaçınan birey, sosyal ilişkilerden de kaçınabilir.

2. Evre - Öfke: Olayın yadsınması artık varlığını koruyamaz hale gelir ve kişi "evet, bu benim başıma geldi" gerçeğini kavrar; ancak bu kez "neden ben?" sorusunu sorar. Bu noktada bireyin yaşadığı, çevresindekilere ve Tanrıya yönelttiği öfke, nefret, içerleme gibi duygulardır.

3. Evre - Pazarlık: Üzücü gerçekle ilk anda yüzleşemeyen ve daha sonra insanlara ve Tanrıya öfke duyan birey, olayı ertelemek için bir tür anlaşma yapmaya çalışabilir.

4. Evre - Depresyon: Bu evreye gelen kişi artık yaşadığı durumu yadsıyamaz hale gelmiştir. Öfke ve erteleme çabalarının da ardından kişi bir çökkünlük durumuna girer.

5. Evre - Kabullenme: Bu evrede yeni durumun artık kabullenildiği ve gerekli uyumun gerçekleştiği söylenebilir.

Bireyin Amputasyona Verdiği Tepkiyi Belirleyen Etkenler

Amputasyon öncesi ve sonrasında yaşanan farklılıklar ile kayıp ve kazançlar, yaş, kişilik özellikleri, tıbbi öykü, amputasyonun nedeni, travma sonrası stres bozukluğu, rehabilitasyondan beklentiler, geçmişte yaşanan kayıp, aile öyküsü, ailenin tutum ve davranışları, başa çıkma yöntemleri, sosyal destek, kültürel etkenler, değişen roller, iş durumu ve ekonomik koşullar gibi birbiriyle ilişkili pek çok etken, bireyin amputasyona verdiği tepkiler üzerinde etkili olmaktadır (1, 3). Bu etkenler birbiriyle etkileşim içinde,

bireyin tepkilerinin biçimini ve şiddetini etkilemektedir. Verilen tepkilerin bireyden bireye farklılık gösterdiği ve bu etkenler arasındaki karmaşık ilişki göz önüne alındığında tüm bu etkenlerin 'farklılıklar' ve 'kayıplar ve kazançlar' çerçevesi içinde ele alınması, ampute edilmiş/edilecek bireylerin yaşantılarının anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.

Amputasyon Öncesi ve Sonrasında Yaşanan Farklılıklar ile Kayıp ve Kazançlar

Sevilen bir kişinin kaybı ile bir organın kaybı arasında paralellik kurmak olası olduğundan yas tepkilerini açıklamaya çalışan modeller, amputasyon sonucu bir organını kaybetmiş bireylerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olur; ancak herhangi bir modeli tek başına, ampute edilmiş tüm bireylere uygulayamayız. Bu durum, amputasyonun her zaman olumsuz sonuçlara yol açmaması ve bu tür farklı durumların yas modellerinde yer almayışı ile açıklanabilir. Uzun süren bir hastalık ve işlev kaybı sonunda ampute edilmiş kişi düşünüldüğünde bu konu açıklık kazanacaktır. Uzun süren bir hastalık ve işlev kaybı sonunda ampute edilmiş birey, amputasyon öncesindeki uzun dönemde yas tepkilerini yaşamış olduğundan amputasyon sonrasında yeni bir yas sürecine girmeyebilir. Bu nedenle, beklenen yas tepkileri amputasyon sonrasında tüm bireyler için aynı seyri göstermez. Amputasyona verilen tepkileri açıklayabilmek için 'farklılık ve uyum modeli' geliştirilmiştir. Fiziksel, sosyal, ekonomik boyutlar düşünüldüğünde amputasyon, bireyin yaşamında çeşitli düzeylerde farklılıklar yaratır. Amputasyona uyum sağlanması ve yaşanan zorluklarla başa çıkar hale gelip sağlanan uyumun kalıcı kılınması aşamalarına gelmeden önce olarak, yaşanan çeşitli boyutlardaki bu farklılıkların birey tarafından kabul edilmesi gerekir (1).

Bireylerin amputasyona uyumunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacak bir başka model de 'kayıplar ve kazançlar' görüşüdür. Bu görüşe göre, bazı bireylerin amputasyona daha kolay uyum sağlarken diğerlerinin olumsuz duyguları daha yoğun yaşamaları, amputasyonun kişiye getirdiği kazanç ve kayıpların farklılığıyla açıklanabilir. Kayıp işlevsel, mesleki ya da kişiler arası ilişkilerde gözlenebilen özellikte olabileceği gibi kimlik ve beden imgesinde meydana gelen kayıptaki gibi içsel boyutta da olabilir. Kayıplar kazançlardan fazla olduğunda birey, olumsuz

duyguları daha fazla yaşar. Örneğin, amputasyonla bir organını kaybetmeden önce uzun yıllar bu organıyla ilgili büyük sorunlar ve engel yaşayan birey için, amputasyon bir kazanç ve rahatlama duygusu yaratabilir; böylece şiddetli kayıp tepkisi göstermeyebilir. Benzer bir durumda ancak farklı kişilik özelliklerine sahip başka bir birey için ise bu kayıp-kazanç ilişkisi farklı olabilir. Bu birey için, başkalarının kendi hakkında ne düşündüğü önemli ise, beden imgesindeki kayıp işlevsel boyuttaki kazancına göre daha fazla olacak ve bu durum olumsuz duygularda artışa neden olacaktır (1).

Yaşanan farklılıklar, kayıplar ve kazançlar açısından düşünüldüğünde amputasyona verilen tepkilere etki eden pek çok faktörün, doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi içinde değil, bireyin yaşadıklarına yüklediği anlamlarla ilişki içinde etkili olduğu görülür. Bu bağlamda ele alındığında "yaş ve amputasyonun nedeni" amputasyona uyum sürecinde farklı sonuçlara yol açabilir. Örneğin; travmaya bağlı ani bir kayıp yaşayan genç bir birey, fiziksel olarak daha güçlü olmasının avantajlarını ve sosyal destek ağını kullanarak yaşamına yön verebildiğini hissedebilir ve uyum sürecinden psikososyal yönden güçlenmiş olarak çıkabilir. Uzun yıllar işlev kaybı yaşayan yaşlı bir birey ise fiziksel yönden güçsüzlüğünü daha yoğun hissedebilir. Çevresinde zayıf bir sosyal destek ağı varsa bu durum, yaşamının sonuna yaklaştığı düşüncesi ile birleşerek bireyin uyum sürecini güçleştirebilir. Sözü edilen erken ve ileri yaştaki bu iki bireyin, amputasyon yaşantılarıyla ilgili algı ve değerlendirmeleri farklı olduğunda ise uyum süreçlerinin tam tersi yönde gelişebileceğini söylemek de mümkündür. Amputasyona verilen tepkileri etkileyen diğer faktörler ise şöyle sıralanabilir (1):

- Tıbbi öyküde amputasyonun gerçekleştiği koşullar, kişinin bunları kavrama düzeyi ile karar sürecindeki rolü ve kontrol derecesi, amputasyon öncesindeki tıbbi deneyimler, hasta rolüne uyum düzeyi ve hastalığın gidişi önemli olmaktadır.
- Amputasyonun nedeni travma, hastalık, savaş ya da terör gibi farklı durumlar olabilir. Travma sonucu ampute edilen bireylerde travma sonrası stres bozukluğu görülebilir.

- Rehabilitasyondan beklentilerin mümkün olduğunca gerçekçi olması sağlanmalıdır.

- Amputasyonda yaşanan kaybın öncesinde başka bir kayıp yaşanmışsa (eş, sevilen bir kişinin kaybı gibi), amputasyonun yarattığı kayıp ile önceki kaybın yas tepkileri tetiklenebilir. Bu durumda bireyin başa çıkması gereken kaybın miktarı artacaktır.
- Bireyin içinde bulunduğu zaman diliminde ailesinin verdiği tepkiler ile çocukluğunda ailesinin hastalık ve engelli olma ile ilgili tutumları onun uyumu üzerinde hatırı sayılır bir etkiye sahiptir.
- Çocuklukta öğrenilen ya da yetişkinlikte edinilmiş farklı başa çıkma yöntemleri de uyum sürecinde etkili bir role sahiptir.
- İçinde yaşanılan kültürün dili, dini, aile dinamikleri, hastalık ve tıbbi bakım konusundaki algısı, rol ve statü tanımları da bireyin amputasyonla ilişkili yaşantısında etkilidir.
- Amputasyon sonucu bir organını kaybetmiş/kaybedecek olan bireye verilen sosyal desteğin niceliğinden çok niteliği önemlidir (1). Sosyal destek her zaman yararlı ve uyumu kolaylaştırıcı bir etkiye sahip olmayabilir. Bireye ağrısı olduğunda verilen yardım ve onun görevlerini üstlenerek kaygı içinde verilen destek, bireyin ağrılarını ve yetersizlik duygusunu pekiştirmektedir. İyi niyetli çabaların sonucu da olsa bu tür bir yardım bireyin kontrolünü azaltmaktadır. Etkili bir sosyal destek bireye, yalnızca ağrısı olduğunda değil koşulsuz olarak sunulmalıdır (4). Bireye gereksinim duyduğunda yardımcı olacak, ancak yapabildiği işleri de onun yapmasına olanak sağlayacak esnekliği gösteren bir sosyal destek bireyin uyumunu kolaylaştırıcaktır (3). Bireyin algıladığı olumlu sosyal desteğin, uzun vadede fantom ağrılarını ve ağrının yaşam akışına olumsuz etkilerini azalttığı, etkili olmayan diğer tür desteğin ise arttırdığı görülmüştür (4).

Ampute edilen bireylerin karşılaştıkları psikolojik ve sosyal zorlukları inceleyen araştırmaların derlendiği bir çalışmada

anksiyete ve depresyon belirtilerinin amputasyon sonrasındaki ilk iki yılda arttığı ancak iki yıldan sonra genel popülasyonda görülen sıklığa indiği görülmüştür. Sosyal olarak kendini rahatsız hisseden, beden imgesiyle ilgili kaygı yaşayan bireylerin uyumlarının zorlaştığı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı ve yaşam aktivitelerinde azalma olduğu bildirilmektedir. Amputasyondan sonra geçen sürenin artması, yüksek düzeyde sosyal destek, protezden duyulan memnuniyetin artması, aktif başa çıkma yöntemlerinin daha fazla kullanılması, iyimser bir kişilik yapısı, fantom ve güdük ağrısının az olması uyumu kolaylaştırıcı etkenler arasındadır (5). Amputasyondan sonraki ilk bir yıl ile ikinci yıl uyum düzeylerini çeşitli psikososyal etkenler açısından karşılaştıran boylamsal bir çalışmada bu etkenlerin, ikinci yıldaki uyum düzeyini ilk yıldakine göre daha iyi yordadığı bulunmuştur. Amputasyona uyum ve işlevselliğin kalıcı bir düzeye ulaşması için bir yıllık bir sürenin geçmesi gerektiği düşünülmektedir (4). Farklı alanlarda travmaya maruz kalmış bireylerin de etkili bir uyum yapabilmeleri için bir yıllık bir süreye gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Ampute edilmiş bireylerin yardımcı teknolojiye yükledikleri anlamlar, günlük yaşam aktivitelerini bu araçlarla bütünlendirmeleri bakımından önemlidir. Bu konuda yapılan araştırmaların derlendiği bir çalışmada, yardımcı teknoloji kullanılmaya başlanmadan önce bireylerin şu dört konudaki düşüncelerinin yapılan açık uçlu bir görüşmeyle ortaya çıkarılması gerektiği ve bunun, bireyin yardımcı teknolojiyi kabulünde önemli olduğu vurgulanmıştır: 1. Bireyin yardımcı teknolojiye yüklediği anlamlar, 2. Bireyin yardımcı teknolojiden beklentileri, 3. Karşılaşacağını düşündüğü sosyal zorluklar, 4. Engelli oluşunu kişisel varlığının belirleyici bir özelliği olarak değil sadece bir yönü olarak görmesi (6).

Görüldüğü gibi amputasyona verilen tepkilere etki eden pek çok psikososyal faktör birbiriyle etkileşim içindedir ve bireyin algı ve değerlendirme süzgecinden geçmektedir. Amputasyon sonucu organ kaybına verilen tepkilerin bireysel farklılık göstermesinin altında bu etkileşim, sahip olunan psikososyal kaynaklar ve bunlara kişisel olarak yüklenen anlamlar yatmaktadır. Ampute edilmiş bireyleri anlamak ve yardımcı olabilmek tüm bu etkenleri ve aralarındaki ilişkiyi kavrayabilmekle mümkün olacaktır.

Amputasyon Ekibi ve Rehabilitasyonun Başarısı

Cerrah, protez-ortez uzmanı, fizyoterapist ve ampute edilen kişi tedavi ekibinin, rehabilitasyon sürecinde eşit öneme sahip dört temel üyesidir. Ekibin başındaki cerrahın ilgi ve motivasyonunun yüksek olması tedavi ekibindeki diğer kişiler üzerinde son derece etkili olmakta ve karmaşık ve zor rehabilitasyon süreçlerinin başarıya dönüşmesine büyük katkıda bulunmaktadır. Protez-ortez uzmanı, operasyonun ardından cerrah ile doğrudan ilişkisi azalan birey için tedavi ekibinin önemli bir üyesi olmaktadır. Uzun vadede bireyle daha çok ilişkide bulunan protez-ortez uzmanının, bireyin ekte yer alan diğer meslek elemanlarına gereksinimi olduğunda gerekli yönlendirmeyi yapması önemlidir. En başarılı cerrahi operasyon, en iyi protez, fizyoterapistin katkısı olmazsa başarısızlığa dönüşebilir. Fizyoterapist, protezde yapacağı ufak ayarlamalarla, güdük ve yaralarla ilgili sorunları gidermede gerekli yönlendirmeleri yaparak rehabilitasyon sürecini başarıya dönüştürme potansiyeline sahiptir. Uzun süreli izlemde bireyin yeni protezine uyumuna yardımcı olacak kısa süreli bir eğitimi yeniden verebilir. Böylelikle fizyoterapist, daha büyük sorunları ortadan kaldırabilecek önemli ayrıntıları fark edip gerekli müdahaleyi yaparak rehabilitasyon sürecine büyük katkı sağlar. Ancak en nitelikli tedavi ekibinin, en gelişmiş yöntem ve donanımla bile motivasyonu düşük bir bireyin rehabilitasyonunda başarı sağlaması mümkün değildir. Rehabilitasyon sürecinin başarısızlığa dönüşmemesi için bireye, etkin bir role sahip olduğu ve kontrolü sağlamada birincil derecede sorumluluk alması gerektiği bilinci kazandırılmalıdır (7). Ampute edilmiş bireyin motivasyonunu artırılması, tedavi ekibinin çabalarına katılmasını, önerilere uymasını, ve kendi yaşamı üzerindeki kontrolü ele almasını sağlayacaktır. Benzer durum amputasyon öncesi bireyin amputasyona hazırlanması evresinde de söz konusudur. Bireyin başına gelenler ve gelecekte karşılaşacağı durumlar hakkında bilgilendirilmesi, bu durumla baş edebilmesi için yeni uyum becerileri geliştirebilmesi, yaşanacaklara hazırlıklı olması ve motivasyonu amputasyon sonrası yaşanacak olası olumsuz tepkilerin şiddetini ve süresini azaltma etkisine sahiptir. Bu nokta da ekibe bir klinik psikoloğun katılımı gerekli görülmektedir.

Operasyon şefi ve ekibinin cerrahi işleme yönelik tutumları da yas tepkilerinin boyutunu ve biçimini etkileyen faktörler arasındadır. Operasyonu daha "iyi"/"olumlu" olarak nitelendirmek, bunun bir başarısızlık ve kesme işlemi olarak görülmesinden çok farklıdır. Ayrıca, cerrahi işlem ve iyileştirici girişimin tüm yönlerinin ayrıntılı olarak anlatılması, umutlu bir tavrın sürdürülmesi ve tüm soruların yanıtlanması (özellikle önemsiz görünenlerin) kaygı, öfke ve umutsuzluğu azalttığı gözlenmektedir (3). Ampute edilecek birey bir çocuk ya da ergense operasyon ve protezle ilgili açıklama yaparken onun gelişimsel özellikleri dikkate alınmalıdır. Yapılacak müdahale ve uygulanacak protez, çocuğun ya da gencin içinde bulunduğu fiziksel gelişiminin yanında psikososyal ve bilişsel gelişim düzeyi, bu döneme özgü uyum davranışları ve başa çıkma yöntemleri bilinerek uygulanmalıdır (8). Ekte bir klinik psikoloğun bulunması ekibin gerek ön aşamalarda gerekse amputasyon sonrasında, proteze hazırlık ve proteze uyum evrelerinde karşılaşılabilecekleri olası sorunların aşılmasında veya ekip içinde yaşanabilecek olumsuz duyguların (ampute edilen bireyin ağır tepkiler göstermesi, bir dizi olumsuzluk yaşanması, planların aksaması ve benzeri durumlarda ekip içinde sıkıntı yaşanması, tükenmişlik ve çaresizlik hissedilmesi gibi) çözümlenmesinde yardımcı olacaktır.

Başarılı bir amputasyon sonrası rehabilitasyonun dört temel ilkesini şu şekilde özetlemek mümkündür: 1. Amputasyon bir yeniden yapılandırma sürecidir, 2. Amputasyon ameliyatı bir "başarısızlık" olarak nitelenemez, 3. Amputasyon sonucu bir organını kaybetmiş bireyin rehabilitasyonu, onun ailesi ve toplumla yeniden bütünleşmesi demektir, 4. Rehabilitasyon sürecinde başarı ve başarısızlık arasındaki farkı yaratan, bireyle çalışırken yoğun çaba içindeki, motivasyonu yüksek meslek elemanlarıdır (7).

Rehabilitasyon ekibinin eşit ve birincil öneme sahip yukarıda sözünü ettiğimiz dört ana üyesinin yanında, rehabilitasyonun başarıya ulaşabilmesinde klinik psikoloğun rolü yadsınamaz. Ampute edilen kişinin yaşantılarını paylaşabileceği ve ekip tarafından anlaşılacağı uygun ortamın yaratılmasına, fantom yakınmalarının şiddetinin azalması ve kısa süreli olmasına, ailenin amputasyona hazırlanması ve bireye yararlı olacak sosyal

desteği sağlamaları yönünde eğitilmesi gibi konularda katkısı büyük olacaktır.

Amputasyona Uyum Sürecinde Psikolojik Destek ve Klinik Psikoloğun Rolü

Amputasyon sonucu bir organını kaybetmiş birçok birey ve aileleri, yeni durumu farklılık olarak kabul edip sahip olduğu kişisel ve sosyal kaynaklarını etkili bir şekilde kullanarak bu durumlarıyla başa çıkmaya çalışırlar; ancak bu uyum sürecinde değişik evrelerde zorlanabilir ve profesyonel yardıma gereksinim duyabilirler. Fizyoterapist, protez-ortez uzmanı, hemşire gibi amputasyon ekibinde yer alan farklı meslek elemanları da bireyin fiziksel gereksinimleriyle olduğu kadar duygusal sorunlarıyla da ilgilenmektedir; fakat psikolojik açıdan daha karmaşık durumlarla karşılaşırken, uzmanlık alanlarının farklı olması nedeniyle zorlanabilir ve bireye yardımcı olamamanın rahatsızlığını yaşayabilirler. Ayrıca tedavi ekibindeki bu meslek elemanlarının bireyle psikoterapi ve psikolojik danışma ilişkisine benzer bir ilişki içine girmesi, rehabilitasyon programında farklı görevleri bulunması sebebiyle rol karmaşasına yol açabilir (1). Bu nedenlerden dolayı, amputasyona karar verilmiş ya da ampute edilmiş bir bireyle bu tür bir görüşmeyi bir klinik psikoloğun yapması daha uygundur.

Neden ve ne zaman bir psikologa yönlendirmek gerekir?

- Konuşmaya gereksinimi olduğunun ifade edilmesi
- Uykusuzluk, iştah kaybı, umutsuzluk gibi depresif belirtiler
- İçe çekilme
- Öfke
- Gerçekçi olmayan beklentiler
- Yadsıma
- Kişisel temizlik, diyabete ilişkin tedavi gibi konularda ihmal
- Çok fazla şeyi çok çabuk yapmaya çalışmak gibi riskli davranışlar
- Rehabilitasyonu engelleyecek derecede kaygı (hareket etmeme/edememe gibi)
- Regresyon (küçük yaş davranışlarına gerileme) ya da aşırı bağımlılık

- Rehabilitasyon ya da hastaneden çıkış planlarını sabote edici tutum ve davranışlar(1).

Psikoterapi sürecinde ne olur?

Psikoterapi sürecinde klinik psikologla ampute edilecek ya da edilmiş birey arasında kurulan ilişki, bireyin yakınlarını üzme korkusuyla onlarla paylaşmadığı konuları konuşabilir hale gelmesine olanak sağlar. Korku ve endişelerini, beklentilerini, hayal kırıklığını ve benzer duygularını konuşabilmesi ve paylaşması rahatlamasına, duruma tüm açıklığı ile bakabilmesine ve uyum yapabilmesine yardımcı olur. Travma sonucu amputasyon geçiren bireyin yakınları onun, çok daha kötü bir durumdan kurtulmuş ve bu nedenle ne kadar şanslı olduğunu sıklıkla vurgularlar. Ancak ampute edilmiş birey, travma sonrasındaki bu akut dönemin çoğu zaman farkında olmaması ve bir organını kaybetmiş olması nedeniyle yakınlarının duygu ve düşüncelerini paylaşamaz. Dahası yalıtılmışlık, öfke, engellenme gibi duygular yaşamaktadır. Diğer yandan da tedavi ekibini hayal kırıklığına uğratmamak, onların kendiyile ilgili görüşlerini etkilememek için duygularını onlara belli etmek istemeyebilir. Bu noktada klinik psikolog ampute edilmiş bireye, duygularını açığa vurabileceği bir ortam sağlayabilir. Stresin yoğun olduğu amputasyonun hemen öncesi ve sonrasındaki akut dönemde bireyin bu tür bir ilişki içinde kendini ifade edebilmesi, çoğu birey için yeterli olabilmektedir. Eğer ileriki dönemlerde birey, çoğu geçici olan bu duygulara saplanıp kronik depresyon ve anksiyeteye sürükleniyorsa daha yapılandırılmış psikoterapi yöntemlerine gerek olacaktır (1).

Ampute edilmesine karar verilen bir bireyin ve ailesinin, karar verme aşamasında, amputasyondan hemen sonra ve uzun vadede izlenmesi ve onlara gerekli psikososyal destek ve eğitimin verilmesi son derece önemlidir. Ampute edilecek/edilmiş bir bireyin ve ailesinin karmaşık duygularıyla başa çıkma ve uyum için gerekli olan uygun başa çıkma yöntemlerini geliştirmeleri sürecinde klinik psikolog önemli bir role sahiptir. Ampute edilecek/edilmiş bireyin bir çocuk ya da ergen olması durumunda kaygılarının yatıştırılması, gelecekle ilgili planlarına yön verilmesi; yetişkin bir birey olduğunda aile içinde

uğradığı rol kaybının ele alınarak yeni durumuna hem kendi hem de ailesinin uyum sağlamasına yardımcı olunması klinik psikoloğun başlıca görevlerindedir. Uzun vadede bireyin ve ailesinin izlenmesi, zamanın ve değişen gelişim özelliklerinin getireceği yeni gereksinimlerle, ortaya çıkabilecek yeni

krizlerle başa çıkmayı gerektirecektir. Bireyin psikososyal durumunu, yaşadığı ortam, içinde bulunduğu aile sistemi ve zamanın getirdiği değişim içinde değerlendirerek gerekli müdahaleleri yapmakla görevli klinik psikoloğun rehabilitasyonun başarısına katkısı büyük olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Waites B, Zigmond A. Psychological impact of amputation. In: Engstrom B, Van de Ven C, eds. *Therapy for Amputees*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999: 27-39.
2. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölme Üzerine. İstanbul: Boyner Holding, 1997: 61-189.
3. Racy JC. Psychological aspects of amputation. In Bowker JH, Micheal JW, eds. *Atlas of Limb Prosthetics: Surgical, Prosthetic and Rehabilitation Principles*. St. Louis: Mosby Company, 1992: 330-340.
4. Hanley MA, Jensen MP, Ehde DM ve ark. Psychosocial predictors of long-term adjustment to lower-limb amputation and phantom limb pain, *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26 (14/15): 882-893.
5. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation, *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26 (14/15): 837-850.
6. Louise-Bender Pape T, Kim J, Weiner B. The shaping of individual meanings assigned to assistive technology: A review of personal factors, *Disability and Rehabilitation*. 2002; 24 (1/2/3): 5-20.
7. Malone JM. The amputation team. In Murdoch G, Wilson AB. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996: 246-249.
8. Micheal JW. Prosthetic considerations during the growth period. In: Murdoch G, Wilson AB. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996: 232-240.