

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ  
ХВОРОБИ У ПОРАНЕНИХ З АМПУТАЦІЄЮ ВНАСЛІДОК МІННО-  
ВИБУХОВИХ ТРАВМ**

Виконав: студент II курсу, групи 8.0532  
спеціальності: 053 Психологі  
Месенін Ігор Володимирович  
Керівник: к.психол.н, доцент кафедри  
психології Малина О.Г.  
Рецензент: д.психол.н., професор кафедри  
психології Ткалич М.Г.

Запоріжжя

2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти магістр  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма 053 Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р

**З А В Д А Н Н Я**  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТОВІ

\_\_\_\_\_ Месеніну Ігору Володимировичу

1 Тема роботи «Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм»

керівник роботи Малина О.Г., к.психол.н, доцент, \_\_\_\_\_

затверджені наказом ЗНУ від « 26 » 09 2023 року № 1505с

2 Термін подання студентом роботи листопад 2023

3 Вихідні дані до роботи аналіз медично-психологічної літератури

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки: встановити психологічні особливості особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм різною тривалістю стаціонарного лікування, у 120 поранених в умовах лікування МЛ№8 ЗМР визначити показання та розробити психокорекційну програму для хворих й оцінити її ефективність.

5 Перелік графічного матеріалу 6 таблиць, 2 рисунка

6 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцент		
Розділ I	Малина О.Г., доцент		
Розділ II	Малина О.Г., доцент		
Розділ III	Малина О.Г., доцент		
Висновки	Малина О.Г., доцент		

7 Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	квітень 2023	Виконано
2	Робота над вступом	травень 2023	Виконано
3	Робота над першим розділом	червень 2023	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-вересень 2023	Виконано
5	Робота над третім розділом	жовтень 2023	Виконано
6	Написання висновків	листопад 2023	Виконано
7	Передзахист	грудень 2023	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ І.В.Месенін \_\_\_\_\_

Керівник роботи \_\_\_\_\_ О.Г.Малина \_\_\_\_\_

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_

(підпис)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 49 сторінок, 6 таблиць, 2 рисунка, 41 джерела, 1 додаток.

Об'єкт дослідження – внутрішня картини захворювання у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм

Предмет дослідження – психологічні особливості особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм.

Мета дослідження – встановити психологічні особливості особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм різною тривалістю стаціонарного лікування, визначити показання та розробити психокорекційну програму для хворих й оцінити її ефективність.

Гіпотеза – у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм із різною тривалістю стаціонарного лікування визначаються психологічні особливості внутрішньої картини захворювання, що сприяють погіршенню прогнозу основного захворювання та потребують програми психокорекції, яка сприятиме підвищенню адаптації таких пацієнтів.

Наукова новизна полягає у встановленні психологічних особливостей особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм із різною тривалістю стаціонарного лікування.

Галузь використання: хірургічні, травматологічні відділення, військові шпиталі .

ТРАВМАТИЧНІ АМПУТАЦІЯ, ВНУТРІШНЯ КАРТИНА  
ЗАХВОРЮВАННЯ, ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

## SUMMARY

Mesenin I.V. Psychological Features of the Internal Picture of Disease in Wounded with Amputations Caused by Mine Blast Injuries.

Master's qualification work: 49 pages, 6 tables, 2 drawings, 41 source, 1 supplements.

The object of investigation is the internal picture of illness in patients with amputation as a result of myo-vibuchal injuries

The subject of investigation is the psychological peculiarities of the special, emotional and motivational-volitional warehouse internal picture in patients with amputation as a result of myo-vibian injuries.

Meta-investigation - to establish the psychological characteristics of the special, emotional and motivational-volitional warehouse internal picture of sickness in patients with amputation following various types of menstrual injuries the importance of inpatient treatment, which means it is indicated to develop a psychocorrection program for patients and evaluate its effectiveness.

Hypothesis – in patients with amputation as a result of menstrual-vibuchal injuries due to the varying severity of inpatient treatment, psychological features of the internal picture of illness are identified, which correspond to a worse prognosis basic illness will require psychocorrection programs in order to accommodate the advanced adaptation of such patients.

Scientific novelty lies in the established psychological features of the special, emotional and motivational-volitional warehouse internal picture of illness in patients with amputation as a result of myo-vibian injuries from the the heat of the triviality of hospital treatment.

Vikoristanya: surgical, traumatological departments, military hospitals

**Key words:** internal disease picture, amputation, psychological features.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ В НАСЛІДОК МИНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ТА ПІДХОДИ ДО ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	10
1.1. Огляд стану дослідження питання у науковій літературі.....	10
1.2. Проблеми до яких призводить ампутація кінцівок.....	11
1.3. Фізіологічні аспекти взаємозв'язку психоемоційних станів і ампутація кінцівки.....	15
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ В НАСЛІДОК МИНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ТА ПІДХОДИ ДО ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	20
2.1. Організація і методика дослідження внутрішньої картини хвороби пацієнтів із ампутацією внаслідок мино-вибухових травм.....	20
2.2. Результати дослідження внутрішньої картини хвороби пацієнтів із ампутацією внаслідок мино-вибухових травм.....	21
2.3. Аналіз результатів дослідження внутрішньої картини хвороби пацієнтів із ампутацією внаслідок мино-вибухових травм.....	32
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ В НАСЛІДОК МИНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ТА ЇЇ ОЦІНКА.....	33
3.1. Розроблення програми психокорекції.....	33
3.2. Програма психокорекції.....	34
3.3. Оцінка програми психокорекції.....	38
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТКИ.....	50

## ВСТУП

Психічне здоров'я є однією з найважливіших складових загального здоров'я людини, і від нього залежить ефективність і якість життя. Однак, багато судинних захворювань та травми можуть спричиняти як саму ампутацію кінцівки так і абсолютні показання для цієї травмуючої операцію.

Метою даної роботи є дослідження картини внутрішньої хвороби у хворих які перенесли цю травмуючу не тільки фізично, а й психологічно подію. Для досягнення цієї мети будуть використані різноманітні методи дослідження, включаючи аналіз статистичних даних, опитування та спостереження за пацієнтами та їх оточенням. Результати дослідження можуть бути корисними для покращення якості для цієї категорії людей.

Під час війни актуальним є питання психологічної допомоги Українцям.

Виробнича практика відбувалась в КНП «Міська лікарня №8» ЗМР в хірургічному відділенні.

Оскільки в сучасній реальності, і особливо під час війни, не вистачає часу на виконання окремих задач, то мета і завдання практиці були скомбіновані таким чином, щоб практика вирішувала цілий спектр задач.

З одного боку проблемою постало усвідомлення необхідності психологічної підтримки Українців, з іншою необхідність закріплення на практиці теоретичних знань за допомогою практикуючих психологів, з третього боку дослідження психологів, як вони працюють, знайомство з їх навичками роботи.

Мінно-вибухові травми (МВТ) продовжують залишати серйозну загрозу для безпеки людей у зоні збройного конфлікту. Поранення, що призводять до ампутації, не тільки фізично, а й психологічно впливають на постраждалих. Цьому присвячено дослідження психологічних особливостей

внутрішньої картини хвороби у поранених з ампутацією внаслідок МВТ з метою виявлення факторів, що впливають на їх психологічну адаптацію та реабілітацію.

#### Актуальність

Дослідження психологічних особливостей внутрішньої картини хвороби у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм є вкрай актуальним і важливим у сучасному соціальному та медичному контексті з кількох причин.

Вивчення внутрішнього світу хвороби в поранених з ампутацією дає змогу краще зрозуміти та управляти психологічними ефектами травматичних подій, що є надзвичайно важливим для покращення їх психологічного благополуччя.

Поглиблене дослідження внутрішньої картини хвороби допомагає у розробці більш ефективних психологічних стратегій та програм реабілітації, спрямованих на полегшення процесу адаптації поранених до нових умов життя.

Розуміння психологічних викликів, з якими стикаються люди, що зазнали ампутації через мінно-вибухові травми, може допомогти у вдосконаленні підходів до психологічної підтримки та забезпеченні кращої якості життя.

Дослідження психологічних аспектів реабілітації поранених сприяє сталому розвитку суспільства, оскільки воно сприяє включенню цієї групи осіб у різні сфери життя, у тому числі на робочому місці та у суспільних процесах.

Враховуючи ці фактори, дослідження психологічних особливостей у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм є критично важливим для вдосконалення психологічної підтримки та підвищення якості життя цих людей.

Об'єкт дослідження: Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм



Предмет дослідження: Психологічні механізми, особливості стану та процесу адаптації поранених осіб, які зазнали ампутації в результаті мінно-вибухових травм.

Мета дослідження: Аналіз психологічних аспектів та внутрішньої картини хвороби у поранених осіб з ампутацією, що стали жертвами мінно-вибухових травм, з метою визначення специфічних особливостей та вдосконалення психологічної підтримки та реабілітаційних програм для цієї категорії постраждалих.

Для виконання дослідження можливі наступні завдання:

1. Проведення анкетування та спостереження. Збір психологічних даних через анкетування та спостереження пацієнтів для вивчення їхніх емоційних реакцій, внутрішніх станів та стратегій копіngu.

2. Глибинні інтерв'ю з пацієнтами. Проведення інтерв'ю для отримання детального розуміння їхнього внутрішнього світу, емоційних переживань та процесу психологічної адаптації після ампутації.

3. Аналіз літератури та попередніх досліджень. Огляд наукових публікацій та попередніх досліджень з подібної тематики для уточнення контексту та виявлення нових напрямків дослідження.

4. Вивчення впливу соціального оточення. Дослідження впливу ролі сім'ї, друзів та спільноти на психологічний стан та адаптацію поранених з ампутацією.

5. Встановлення зв'язку між фізичним і психологічним станом. Аналіз взаємозв'язку між фізичним здоров'ям, станом реабілітації та психологічним благополуччям пацієнтів.

6. Розробка програми психологічної підтримки. Розробка конкретних рекомендацій та стратегій психологічної підтримки для покращення якості життя та психологічного благополуччя поранених з ампутацією.

Ці завдання допоможуть не лише збільшити розуміння психологічних аспектів, пов'язаних з ампутацією через мінно-вибухові травми, але й

визначити конкретні шляхи покращення якості життя та психологічного благополуччя цих пацієнтів.

Методи дослідження базувалися на комплексному аналізі літературних джерел, а також на зборі емпіричних даних шляхом проведення спеціальних опитувань, інтерв'ю та спостережень. Вибірка включала поранених з ампутацією внаслідок МВТ, які перебували на різних етапах процесу реабілітації.

Внутрішня картини хвороби у цієї категорії постраждалих характеризується складністю емоційних реакцій, таких як почуття втрати, відчуття неповноцінності та низька самооцінка. Деякі постраждалі також мають тенденцію до відчуття соціальної відчуженості та депресії. Однак, були виявлені також приклади успішної психологічної адаптації та позитивного переосмислення життя.

## РОЗДІЛ 1

### ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ ВНАСЛІДОК МІНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ

#### 1.1. Огляд стану дослідження питання у науковій літературі

Ампутація призводить до постійної втрати працездатності та значних змін у житті та продуктивності людини. Ампутації верхніх і нижніх кінцівок пов'язані з психологічними проблемами та різним рівнем фізичної вади [1]. Ампутація нижньої кінцівки впливає на соціальне та психологічне самопочуття людини, а також викликає тривалі фізичні зміни. Як результат, це може впливати на різні елементи, які впливають на якість життя людини, пов'язану зі здоров'ям. На ампутації кінцівок припадало 73,5% усіх втрат кінцівок, причому більшість випадків становили травматичні ушкодження та судинні захворювання. Ампутація є переважно неминучою процедурою на пізніх стадіях кількох захворювань, включаючи оклюзійне захворювання периферичних артерій, цукровий діабет, онкологічні захворювання, інфекцію або травму, і має драматичний вплив на життя пацієнта. Захворюваність на ампутацію в різних країнах коливається від 1,2 до 4,4 на 10 000 осіб. У 2014 році медичні реабілітаційні установи та відділення України зафіксували 3745 випадків ампутації. Цукровий діабет був основною причиною більш ніж половини цих випадків, тоді як інші фактори включали злоякісні пухлини, дорожньо-транспортні пригоди та інші нещасні випадки. З невідомих причин дві третини ампутуваних не отримують реабілітаційної допомоги. Судинні проблеми є основною причиною ампутацій кінцівок в розвинених країнах, тоді як травматичні нещасні випадки або внаслідок міно-вибухових уражень є основною причиною ампутації в країнах, що розвиваються або знаходяться у стані війни. Після ампутації змінюється структура тіла та функції людини, що

впливає на рівень її активності та участі в суспільстві. На результати ампутації та тривале функціонування ампутованих також впливають екологічні та особисті фактори. Важливим фактором відновлення після ампутації є психосоціальна підтримка, яка, як було показано, позитивно впливає на відновлення. Протези можуть мати серйозний вплив на участь пацієнтів, рух і психологічне функціонування після ампутації, таким чином змінюючи якість їхнього життя. Було показано, що якість життя покращується за рахунок відсутності фантомного болю, залишкового болю в кінцівках і здатності ходити на більші відстані. Депресія є одним із найбільш широко використовуваних показників психосоціальної реакції після ампутації. Деякі пацієнти стверджують, що депресія змусила їх рідше носити протези в період після ампутації. Пацієнти з тривалими ампутаціями частіше страждають від депресії, пов'язаної з більшими обмеженнями активності, і відчуттям слабкості. Дослідження неодноразово помічали, що люди з ампутаціями мають вищий рівень тривоги та депресії, ніж загальна популяція.

## **1.2 Проблеми до яких призводить ампутація кінцівок**

Ампутація кінцівок призводить до емоційних, психологічних, фізичних і фізичних проблем, які потребують допомоги опікунів у реабілітації та загальному лікуванні. Наслідки ампутації для сімей пацієнтів можуть бути краще зрозумілі медичному співтовариству, якщо висвітлити величезний тягар осіб, які доглядають, і висвітлити їхні вимоги, які часто не задовольняються. Вплив ампутації на сім'ю пацієнта можна краще зрозуміти, якщо підкреслити важкий тягар, який несуть опікуни, і звернути увагу на їхні часто незадоволені потреби. Оскільки ця тема менш часто обговорюється в Україні, ми продовжили проведення цього дослідження з метою оцінити, як ампутація впливає на психосоціальне життя та якість життя людей з

ампутованими кінцівками, психосоціальні процеси, пов'язані з адаптацією до ампутації та протеза, а також тягар ампутованих кінцівок.

В.М. Мельник із співавторами визначають, що основними завданнями психологічної реабілітації хворих на ампутацію кінцівок на першому етапі терапії у фазі інтенсивного лікування є:

- діагностика особливостей соціально-психологічного статусу захворілої людини;
- допомога пацієнтам у виробці моделей конструктивної поведінки на етапі адаптації до стаціонарних умов;
- корекція неадекватних типів відношення до хвороби;
- укріплення співпраці із лікуючим лікарем, формування оптимістичного ставлення до процесу лікування;
- зменшення страху, тривоги, невизначеності та інших негативних емоційних реакцій, підтримка у пацієнта відчуття контролю за тим, що відбувається;
- профілактика нозогенних розладів;
- навчання пацієнтів прийомам психологічної самодопомоги;
- формування адекватного ставлення до реакцій організму на прийом препаратів;

Тобто, можемо зробити висновок про актуальність обраної тематики, про необхідність дослідження особистісної складової, більш поглибленого вивчення емоційної складової (зокрема, дослідити страхи та агресію хворих), продовження вивчення мотиваційно-вольової складової у пацієнтів із різною тривалістю стаціонарного лікування внаслідок ампутацій кінцівок та встановлення психологічних особливостей внутрішньої картини захворювання пацієнтів. Психологічні реакції у пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок вивчають за допомогою психометричних тестів. У групі з 20 досліджуваних, які проходили лікування в Клініці медичної реабілітації, були проаналізовані Міннесотський багатофазний опитувальник особистості та Опис депресії Бека. Результати показали, що 55% пацієнтів мали

дезадаптивні відповіді. Зареєстрована психопатологічна симптоматика включала реакцію на стресові події та розлад адаптації (переважно з іншими емоціями; змішаний розлад поведінки та емоцій; тривала депресивна реакція) та дистимію [4, 5, 6]. Ретельна оцінка психіатричних та емоційних наслідків ампутації допомагає покращити психологічне втручання після ампутації. Дослідження, проведене в реабілітаційному відділенні щодо поширеності посттравматичних стресових розладів та інших психічних розладів після хірургічної, терапевтичної ампутації, виявило досвід множинних травм, пов'язаних із більшою посттравматичною симптоматикою, ніж одиничні травми [7]. Кілька досліджень оцінювали психосоціальні фактори в осіб з ампутуваними кінцівками, крім того, ці дослідження не оцінювали кореляти особистості. Особистісні кореляти відіграють важливу роль у адаптації. Були вивчені певні параметри особистості, і автори виявили, що люди, які нарцисично інвестують у свій зовнішній вигляд і владу, схильні негативно реагувати на втрату кінцівки. Вони сприймають це як великий напад на свою гідність і самооцінку. І навпаки, залежні особи можуть дорожити роллю хворого і знаходити в ній бажане полегшення від тиску та відповідальності [8]. Боязкі та самосвідомі люди, які надмірно стурбовані своїм соціальним становищем, частіше психологічно страждають від втрати кінцівок, ніж самовпевнені особи [9, 10].

Хоча Kolb і Brodie повідомляють, що жорсткий стиль особистості може спричиняти більшу кількість післяопераційних ускладнень, включаючи фантомний біль, останній огляд літератури Sherman та ін. [11] вказує на відсутність зв'язку між такою особистістю та фантомним болем. Ті, хто схильний до песимістичного або параноїдального погляду, швидше за все, знайдуть підтвердження своїх найгірших очікувань, і їхня реабілітація може бути забарвлена великою гіркотою та образою [12].

Психологічне втручання показане особам, які зазнають труднощів на будь-якому з етапів, описаних раніше, і які не можуть відновити нормальне існування, яке інакше було б для них можливим. Є люди, які можуть довго оплакувати втрату кінцівки. Повідомлялося, що яскраві спогади є однією з найпоширеніших ранніх реакцій на ампутацію [13]. Іноді може бути показана сімейна терапія, щоб допомогти досягти належного балансу між законною підтримкою, якої потребують люди з ампутуваними кінцівками, і незалежністю, яку вони повинні відновити. Ці психіатричні проблеми можна вирішувати терапевтично самостійно, без необхідності визначення ступеня їхнього відношення до ампутації.

Існує дефіцит інформації в області психологічних корелятивів та оцінки травми у випадках після ампутації, особливо пов'язаної зі стилями параметрів особистості в індійському середовищі. Дослідження спрямоване на оцінку стилів особистості, психологічного наслідку травматичних подій і дистресу після ампутації та результатів психологічного лікування в цих випадках. Це додатково допоможе зрозуміти вплив цих факторів на лікування після ампутації.

Ампутація кінцівки може мати значний вплив на психоемоційний стан людини. Це є складною ситуацією, що вимагає адаптації до фізичних змін та впливає на психічне здоров'я. Фізіологічні аспекти такої ампутації включають фізичні зміни в організмі, відчуття фантомного болю, можливість зміни рухових можливостей та інші проблеми, які виникають у результаті втрати кінцівки.

На емоційному рівні ампутація може викликати стрес, депресію, тривогу, відчуття втрати та вплинути на самооцінку. Підтримка психолога або психотерапевта, спрямована на допомогу у подоланні стресу, адаптації до нових умов і відновлення психічного благополуччя, може бути важливою частиною реабілітаційного процесу для людей, які пережили ампутацію [14].

Ампутація впливає на нервову систему, фізіологію болю та реакції організму на втрату кінцівки.

Після ампутації в організмі відбуваються ряд фізіологічних змін, які можуть включати.

Ампутація може призвести до стресової реакції в організмі, що активує нейроендокринну систему та змінює роботу нервово-гуморального апарату. Втрата кінцівки є серйозним стресовим фактором для організму. Це може викликати реакцію активізації стресової системи, включно з високим рівнем стресогормонів, таких як кортизол. Організм реагує на стрес різними шляхами.

Активізація нейроендокринної системи. Стимуляція гіпофіза та надниркових залоз для виділення гормонів стресу, таких як адреналін і кортизол. Це може спричинити зміни в серцево-судинній системі, підвищення артеріального тиску та пульсу. Вплив на імунну систему. Стрес може призвести до погіршення функціонування імунної системи, зниження рівня захисних клітин і збільшення схильності до інфекцій. Психологічні зміни. Втрата кінцівки може призвести до розвитку психологічних станів стресу, депресії, тривоги та відчуття втрати, які можуть також впливати на фізіологічний стан організму[15].

### **1.3 Фізіологічні аспекти взаємозв'язку психоемоційних станів і ампутація кінцівки**

Втрата кінцівки може викликати значні психологічні зміни.

Стрес і травма. Втрата кінцівки може бути серйозною травмою як фізично, так і психологічно. Людина може переживати стрес, шок, почуття втрати і відчуття психологічної травми.

Депресія і тривога. Це може призвести до розвитку депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливо у перший період після втрати кінцівки.

Самооцінка і самоповага. Людина може відчувати втрату самооцінки і самоповаги через зміни в зовнішності та функціональній здатності.



Соціальна ізоляція. Іноді це може спричинити відчуття відчуження або ізоляції від інших людей через стигматизацію або складність у взаємодії з навколишнім середовищем.

Психологічний адаптація. Однак багато людей проходять через процес адаптації і з часом знаходять способи впоратися з втратою кінечності. Це може включати психологічну підтримку, реабілітацію, навчання використанню протезів, а також підвищення самооцінки і здатності до самостійного функціонування[16].

Важливо отримати підтримку від фахівців у цьому процесі, таких як психологи, психотерапевти та фахівці з реабілітації, для того щоб допомогти впоратися з психологічними викликами, що виникають після втрати кінцівки.

Важливо враховувати, що реакція на стрес може бути індивідуальною для кожної людини. Щоб краще розуміти і впоратися з біологічною реакцією на стрес після втрати кінцівки, важливо отримати підтримку від фахівців і провести післяопераційну реабілітацію під контролем лікаря і психолога.

Фантомні болі — це відчуття болю або дискомфорту в відсутності конкретної кінечності, яка була втрачена. Це може бути дуже реальним і важким для тих, хто пережив втрату кінцівки. Вони можуть виникати від нервової системи, яка продовжує відправляти сигнали про біль до мозку, не зважаючи на те, що кінечності вже немає.

Механізм фантомних болів ще не повністю зрозумілий, але вони часто пов'язані зі змінами у мозковій карті, де раніше були сигнали від втраченої кінечності. Деякі методи лікування можуть включати фізичну терапію, медикаментозні засоби для зменшення болю, а також психологічну терапію для допомоги управляти цими відчуттями. Також використовуються методи, що базуються на нейростимуляції, які можуть допомогти знизити фантомні болі[17].

Консультація з лікарем, який спеціалізується на цьому питанні, може бути корисною для обговорення та обрання найбільш ефективних методів лікування. Багато пацієнтів після ампутації відчувають фантомні болі — біль,

який відчувається у відсутній кінечності. Це пов'язано з нервовими сигналами, які продовжують надходити від втраченої частини тіла.

Нервова реорганізація. Мозок здатен перебудувати свою карту тіла, пристосовуючись до втрати кінечності. Це феномен називається нейропластичністю. Нервова реорганізація — це процес, коли нервова система переструктурується або переорганізовується після певних змін чи травм. Наприклад, після ампутації кінечності, нервова система може переорганізуватися, адаптуючись до втрати. Це може призвести до феномену фантомних відчуттів, коли людина відчуває втрачену кінечність, хоча вона фізично відсутня.

Нервова реорганізація може також відбуватися в інших ситуаціях, наприклад, після травми головного мозку чи при навчанні нових навичок. Це процес, за допомогою якого нервова система перебудовується, переструктурується або компенсує деякі порушення чи зміни для підтримки оптимальної функціональності.

Дослідження в цій області допомагають краще розуміти, як нервова система адаптується до змін і втрат, і можуть мати значення для розвитку методів реабілітації, включаючи підходи до лікування фантомних болей після ампутації чи інших методів відновлення після травм[18].

Зміни в фізичному навантаженні. Після ампутації змінюється розподіл ваги тіла та фізичне навантаження на інші частини тіла, що може викликати додаткові напруги на м'язах та суглобах. Фізичне навантаження може зазнати змін після ампутації кінечності через ряд факторів. Втрата кінечності може змінити центр тяжіння, що потребує адаптації для збереження стійкості та координації при рухах. Зміни у способі руху та перенесення ваги на інші кінечності можуть викликати додаткове навантаження на них. Людина може потребувати часу для адаптації до нового способу руху та функціонування.

Фізичні терапії та вправи спрямовані на зміцнення інших частин тіла, підтримку балансу і стійкості, а також адаптацію до нових способів руху.

Іноді використання протезів може змінити спосіб, яким людина рухається та взаємодіє з навколишнім середовищем.

Всі ці аспекти можуть вимагати змін у фізичній активності, способі виконання фізичних вправ та рухів, щоб забезпечити оптимальну функціональність та здоров'я. Реабілітаційні програми і фізична терапія спрямовані на допомогу людині у відновленні функцій та адаптації до нових умов, враховуючи ці зміни.

Можливість виникнення ускладнень. Після ампутації можуть розвиватися ускладнення, такі як венозні тромбози, розлади кровообігу, а також проблеми зі шкірою навколо рубця або деформації сусідніх тканин.

Для детальнішого розуміння цих змін і підходів до їх управління можна звернутися до наукових статей та публікацій, присвячених фізіологічним аспектам післяампутаційного періоду та реабілітації пацієнтів[19].

Взаємозв'язок між психоемоційними станами та ампутацією кінцівки - це складна і багатогранна проблема, що включає як фізіологічні, так і психологічні аспекти.

Фізіологічні аспекти можуть включати в себе:

Біль і обробка болю. Після ампутації відчуття болю і його переробка відіграють важливу роль. Фізичний біль може впливати на психологічний стан людини.

Реабілітація та фізична підготовка. Процес відновлення після ампутації вимагає фізичної реабілітації та підготовки. Це може викликати стрес і тривогу, особливо на початковій стадії.

Зміни в циркуляції та нервовій системі. Після втрати кінцівки може змінитися циркуляція крові та нервова іннервація, що може вплинути на загальний фізичний та емоційний стан[20].

Протезування. Використання протеза може бути фізично та емоційно важким процесом через адаптацію до нового способу руху та відчуття.

Психоемоційні аспекти також мають велике значення:

- Психологічна реакція. Люди можуть відчувати шок, заперечення, горе або депресію після втрати кінцівки. Це може впливати на їхню самооцінку та якість життя.

- Прийняття та адаптація. Процес прийняття змін та адаптації до нової реальності може бути довгим і складним.

- Соціальна підтримка. Важливу роль відіграє підтримка оточуючих. Вона може значно допомогти в адаптації до змін після ампутації.

Дослідження показують, що психоемоційний стан може впливати на фізіологічні процеси, такі як сприйняття болю, імунну систему і швидкість одужання. Підтримка з боку психологів, психотерапевтів і медичних фахівців важлива для допомоги людям, які зіткнулися з ампутацією, у справлянні з цими складними фізіологічними та емоційними аспектами.

## РОЗДІЛ 2

# МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ В НАСЛІДОК МИНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ТА ПІДХОДИ ДО ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ

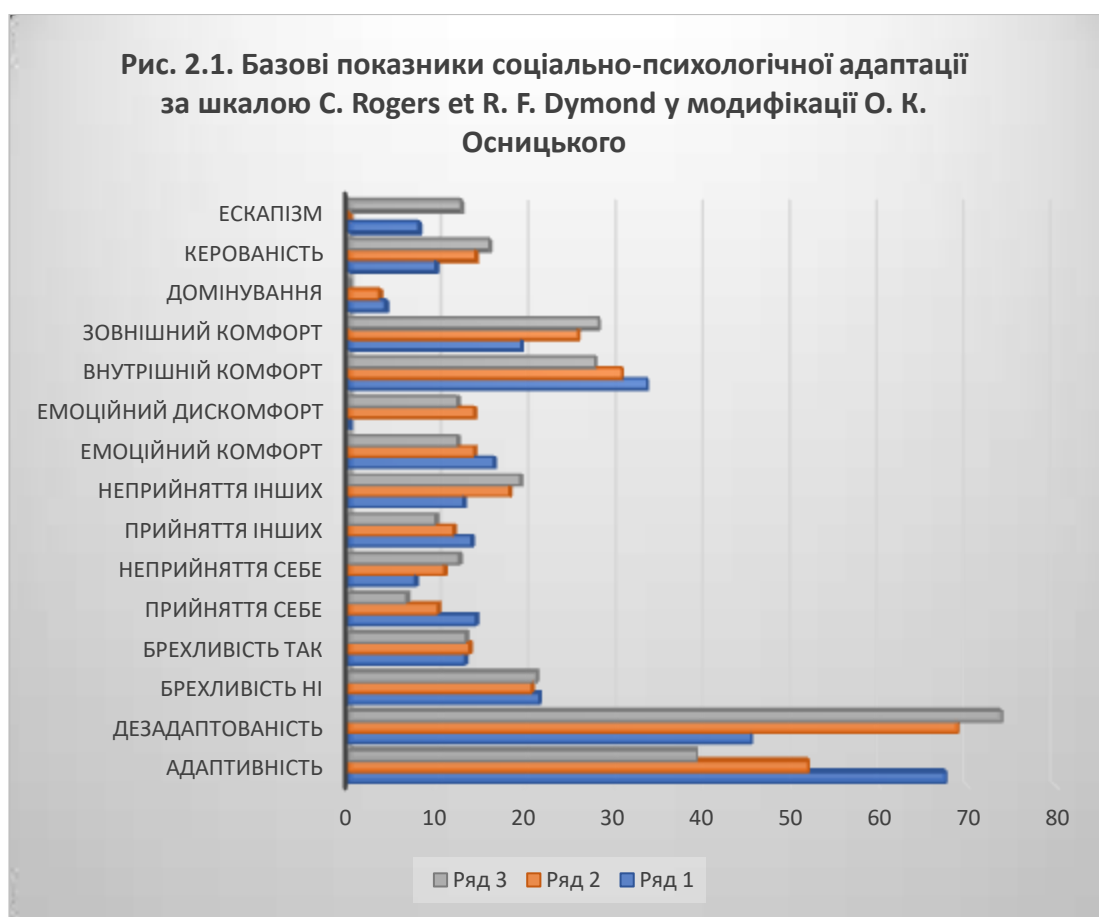
### 2.1 Методологія вивчення внутрішньої картини хвороби

Після збору та аналізу анкетних даних проводилася наступна зустріч з пацієнтами, які цікавилися результатами анкетування. Згідно отриманих відповідей, а також з урахуванням індивідуальних побажань, розроблялася програма психологічної підтримки, яку запропонували окремим пацієнтам. Для досягнення поставленої мети протягом 2022-2023 рр. на базі хірургічного відділення МЛН№8 ЗМР м. Запоріжжя було комплексно обстежено 150 комбатантів, які перебували там на лікуванні після участі у бойових діях. Основну групу (ОГ) склали 120 осіб, які мали травматичні ушкодження магістральних судин кінцівок, групу порівняння (ГП) – 30 бійців без соматичних бойових ушкоджень. За критерієм об'єму оперативного втручання пацієнти ОГ були поділені на дві підгрупи – ОГ1 – 60 по ранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку; ОГ2 – 60 поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок. Дослідження мало двоетапну структуру. Спочатку оцінювали вираженість і структуру показників соціально-психологічної адаптації обстежених, на другому етапі ретельно вивчали рівень успішності реалізації в різних сферах якості життя (ЯЖ) та аналізували його інтегративні параметри, на основі чого вже робили узагальнення щодо особливостей психосоціального функціонування та його розбіжностей у респондентів різних груп. У дослідженні використовували клініко-психологічний, психодіагностичний і

статистичний методи. Аналіз психосоціального функціонування здійснювали з використанням таких психодіагностичних інструментів, як «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького» [18] та «Шкала оцінки якості життя» Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, I. Lin, G. Yoon в адаптації Н. О. Марути [19]. Оцінку характеру розподілу кількісних ознак проводили за допомогою тесту Шапіро–Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні. Обробку результатів проводили за допомогою програм MS Office Excel 2013 і SPSS-23.0.

## **2.2 Результати дослідження внутрішньої картини хвороби пацієнтів із ампутацією внаслідок міно-вибухових травм**

Результати аналізу базових показників шкали соціальнопсихологічної адаптації наведено у таблиці 1 та на рисунку 1. Як видно з таблиці 1, показник адаптивності був найнижчим у обстежених ОГ2 ( $39,35 \pm 12,71$  балів), вищим – у обстежених ОГ1 ( $51,98 \pm 16,53$  балів) і найвищим – у обстежених ГП ( $67,57 \pm 15,86$  балів); розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ) Для обстежених хворих був характерним невисокий рівень брехливості, показники за шкалами брехливості «ні» і брехливості «так» у ГП, ОГ1 і ОГ2 значуще не відрізнялися: відповідно  $21,57 \pm 3,16$  балів,  $20,75 \pm 3,21$  балів і  $21,28 \pm 3,01$  балів, та  $13,17 \pm 2,15$  балів,  $13,68 \pm 2,94$  балів і  $13,28 \pm 3,00$  балів. Невисокий рівень брехливості дозволив вважати дані обстеження за методикою достовірними. Вельми показовими були результати за шкалами прийняття себе, неприйняття себе, прийняття інших та неприйняття інших.



**Рис. 2.1. Базові показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького**

Таблиця 2.1.

**Базові показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького (у балах)**

показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Адаптивність	67,57±15,8	51,98±16,53	39,35±12,71	<0,01	<0,01	<0,01
Деадаптивність	45,53±30,11	68,92±20,12	73,85±20,17	<0,01	<0,01	<0,01
Брехливість ні	21,57±3,16	20,75±3,21	21,28±3,01	>0,05	>0,05	>0,05
Брехливість так	13,17±2,15	13,68±2,94	13,28±3,00	>0,05	>0,05	>0,05
Прийняття себе	14,43±7,13	10,12±4,94	6,58±3,99	<0,01	<0,01	<0,01
Неприйняття себе	7,57±5,15	10,85±4,19	12,53±4,73	<0,01	<0,01	<0,05
Прийняття інших	13,90±3,13	11,88±3,66	9,88±3,33	<0,05	<0,01	<0,01

## Продовження таблиця 2.1

Неприйняття інших	13,03±7,79	18,18±4,83	19,42±5,45	<0,01	<0,01	<0,05
Емоційний комфорт	16,43±4,72	14,23±4,02	12,33±3,96	<0,05	<0,01	<0,05
Емоційний дискомфорт	11,50±6,24	16,08±4,69	17,78±5,26	<0,01	<0,01	<0,05
Внутрішній контроль	33,73±9,51	30,90±7,46	27,88±5,70	>0,05	<0,01	>0,05
Зовнішній контроль	19,53±10,12	25,95±6,25	28,25±5,59	<0,01	<0,01	<0,05
Домінування	4,17±3,13	3,53±2,65	2,47±2,47	>0,05	<0,05	<0,05
Керованість	9,87±6,27	14,38±4,08	15,93±3,25	<0,01	<0,01	<0,05
Ескапізм	7,93±5,09	11,83±3,31	12,72±2,82	<0,01	<0,01	>0,05

Найнижчі рівні прийняття себе були виявлені у обстежених ОГ2: 6,58±3,99 балів, дещо вищі – у обстежених ОГ1: 10,12±4,94 балів, і найвищі – у ГП: 14,43±7,13 балів; розбіжності виявились статистично значущими при порівнянні між собою усіх груп ( $p<0,05$ ) Натомість показник неприйняття себе у обстежених

ОГ2 був найвищим серед усіх досліджених груп: 12,53±4,73 балів. У обстежених ОГ1 цей показник був меншим: 10,85±4,19 балів, а у ГП – найменшим: 7,57±5,15 балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p<0,01$ ), ГП і ОГ2 ( $p<0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p<0,05$ ). Для обстежених ОГ2 був характерним також найнижчий рівень прийняття інших (9,88±3,33 балів), у обстежених ОГ1 показник прийняття інших був дещо вищим (11,88±3,66 балів), а у обстежених ГП – найвищим серед усіх груп (13,90±3,13 балів). Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p<0,05$ ), ГП і ОГ2 ( $p<0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p<0,01$ ). Очікувано, що у обстежених ОГ2 був виявлений найвищий рівень неприйняття інших: 19,42±5,45 балів, у обстежених ОГ1 рівень неприйняття інших був незначуще ( $p>0,05$ ) нижчим: 18,18±4,83 балів, а у обстежених ГП – значуще ( $p<0,01$ ) нижчим: 13,03±7,79 балів. Комбатанти з найтяжчими ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації, характеризувалися найнижчими рівнями емоційного комфорту і найвищими рівнями емоційного дискомфорту; у поранених, яким вдалося



зберегти кінцівку, показники емоційного комфорту були також низькими, а емоційного дискомфорту – високими, хоча й кращими, ніж у поранених із ампутацією. У обстежених ГП показники емоційного комфорту були найвищими, а емоційного дискомфорту – найнижчими. Середнє значення показника емоційного комфорту в обстежених ОГ2 склало  $12,33 \pm 3,96$  балів, у обстежених ОГ1 –  $14,23 \pm 4,02$  балів, у обстежених ГП –  $16,43 \pm 4,72$  балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,05$ ), ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ ). Середнє значення показника емоційного дискомфорту в обстежених ОГ2 склало  $17,78 \pm 5,26$  балів, у обстежених ОГ1 –  $16,08 \pm 4,69$  балів, у обстежених ГП –  $11,50 \pm 6,24$  балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ ). Для поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин характерними низькі рівні внутрішнього контролю і високі – зовнішнього контролю. При цьому показник внутрішнього контролю у поранених без ампутації виявився ближчим до показника здорових комбатантів, а показник поранених з ампутацією суттєво відрізнявся від показників обох цих груп. Середнє значення показника внутрішнього контролю у обстежених ОГ2 склало  $27,88 \pm 5,70$  балів, у обстежених ОГ1 –  $30,90 \pm 7,46$  балів, у обстежених

ГП –  $33,73 \pm 9,51$  балів (розбіжності були значущі при порівнянні ГП і ОГ2 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ )). Середнє значення показника зовнішнього контролю у обстежених ОГ2 склало  $28,25 \pm 5,59$  балів, у обстежених ОГ1 –  $25,95 \pm 6,25$  балів, у обстежених ГП –  $19,53 \pm 10,12$  балів (розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ )). Показник домінування у обстежених комбатантів зменшувався пропорційно тяжкості травми: у обстежених ГП він склав  $4,17 \pm 3,13$  балів, у обстежених ОГ1 –  $3,53 \pm 2,65$  балів, у обстежених ОГ2 –  $2,47 \pm 2,47$  балів. Слід зазначити, що у поранених ОГ1 показник домінування хоча й виявився меншим, ніж у ГП, але ці відмінності були статистично не значущі ( $p > 0,05$ ), тоді як у обстежених ОГ2 вираженість цієї характеристики була значуще

меншою, ніж у ГП ( $p < 0,05$ ) та ОГ1 ( $p < 0,05$ ). Натомість, показник керованості у обстежених ОГ2 був найвищим серед усіх груп:  $15,93 \pm 3,25$  балів, у обстежених ОГ1 дещо нижчим:  $14,38 \pm 4,08$  балів, і у обстежених ГП – значно нижчим:  $9,87 \pm 6,27$  балів; розбіжності виявились значущими при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ ). Також для поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації, були характерні найвищі рівні ескапізму:  $12,72 \pm 2,82$  балів; у поранених, яким вдалося зберегти кінцівку, показник був близьким і значуще не відрізнявся:  $11,83 \pm 3,31$  балів, а у обстежених ГП – суттєво нижчим:  $7,93 \pm 5,09$  балів, і значуще відрізнявся від показників ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,01$ ).

Аналіз інтегральних показників соціально-психологічної адаптації дозволив виявити чітку тенденцію до погіршення усіх показників адаптації по мірі зростання тяжкості травматичного ушкодження (табл. 2, рис. 2)

*Таблиця 2.2.*

**Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького (у балах)**

Показник	Групи			p		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Адаптація	64,65 ±16,32	43,56 ±14,06	35,75 ±14,00	<0,01	<0,01	<0,01
Самоприйняття	59,11 ±17,62	37,76 ±17,68	27,01 ±18,25	<0,01	<0,01	<0,01
Прийняття інших	61,20 ±16,95	43,82 ±10,73	38,77 ±14,20	<0,01	<0,01	<0,01
Емоційний комфорт	61,10 ±12,72	47,36 ±12,17	41,62 ±14,29	<0,01	<0,01	<0,05
Інтернальність	59,57 ±13,61	46,28 ±9,15	41,63 ±6,81	<0,01	<0,01	<0,01
Прагнення до домінування	44,21 ±27,49	31,00 ±18,63	20,97 ±18,67	<0,05	<0,01	<0,01

Інтегральний показник адаптації у обстежених ОГ2 був найнижчим, і склав  $35,75 \pm 14,00$  балів, у обстежених ОГ1 – дещо вищим:  $43,56 \pm 14,06$  балів, тоді як у ГП він був значно вищим –  $64,65 \pm 16,32$  балів. Розбіжності у показниках між усіма групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Показник самоприйняття у обстежених ОГ2 склав  $27,01 \pm 18,25$  балів, у обстежених ОГ1 –  $37,76 \pm 17,68$  балів, у ГП –  $59,11 \pm 17,62$  балів; розбіжності у показниках між усіма групами були статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Середнє значення показника прийняття інших у обстежених ОГ2 виявилось найнижчим і склало  $38,77 \pm 14,20$  балів, у обстежених ОГ1 – дещо вищим:  $43,82 \pm 10,73$  балів, і у обстежених ГП – значно вищим:  $61,20 \pm 16,95$  балів; розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Обстежені ОГ2 характеризувалися найнижчим рівнем емоційного комфорту: середній показник у них склав  $41,62 \pm 14,29$  балів, у обстежених ОГ1 він був вищим майже на 6 балів:  $47,36 \pm 12,17$  балів, тоді як у обстежених ГП – вищим майже на 20 балів:  $61,10 \pm 12,72$  балів; розбіжності були значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ ). Для поранених, у яких травматичне ушкодження магістральних судин призвело до ампутації кінцівки, була характерна низька інтернальність: показник у ОГ2 склав  $41,63 \pm 6,81$  балів; показник у обстежених ОГ1 був вищим:  $46,28 \pm 9,15$  балів, а у обстежених ГП – суттєво вищим ( $59,57 \pm 13,61$  балів); розбіжності показників між усіма групами були статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Прагнення до домінування не було характерним для комбатантів з ушкодженнями магістральних судин; особливо низьким показник виявився у обстежених ОГ2:  $20,97 \pm 18,67$  балів. У обстежених ОГ1 середній показник прагнення до домінування склав  $31,00 \pm 18,63$  балів, а у обстежених ГП –  $44,21 \pm 27,49$  балів. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Для поранених, у яких травматичне ушкодження магістральних судин призвело до ампутації кінцівки, була характерна низька інтернальність: показник у ОГ2 склав  $41,63 \pm 6,81$  балів; показник у обстежених ОГ1 був вищим:

46,28±9,15 балів, а у обстежених ГП – суттєво вищим (59,57±13,61 балів); розбіжності показників між усіма групами були статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Прагнення до домінування не було характерним для комбатантів з

ушкодженнями магістральних судин; особливо низьким показник виявився у обстежених ОГ2: 20,97±18,67 балів. У обстежених ОГ1 середній показник прагнення до домінування склав 31,00±18,63 балів, а у обстежених ГП –

44,21±27,49 балів. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ).

Аналіз ЯЖ має надзвичайно важливе значення для комплексної оцінки стану біопсихосоціального функціонування індивіда. Результати аналізу показників ЯЖ за основними сферами у обстежених різних груп наведено у таблиці 3 та на рисунку 3. Загальною закономірністю, виявленою у нашому дослідженні, стало погіршення показників ЯЖ за основними сферами по мірі зростання тяжкості травми. Найгірші показники ЯЖ мали комбатанти з травматичними ушкодженнями магістральних судин, які призвели до ампутації кінцівки (ОГ2); у комбатантів з травматичними ушкодженнями магістральних судин, у яких вдалося зберегти кінцівку, показники ЯЖ за основними сферами були кращими; у комбатантів, які не мали травматичних ушкоджень магістральних судин, показники ЯЖ були найкращими за всіма основними сферами.

*Таблиця 2.3.*

**Показники якості життя в основних сферах за даними опитувальника Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon в адаптації Н. О. Марути**

Показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Фізичне благополуччя	6,87 ±1,46	4,05 ±2,20	2,70 ±2,13	<0,01	<0,01	<0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	4,20 ±2,01	2,00 ±1,31	1,53 ±1,07	<0,01	<0,01	<0,01

## Продовження таблиці 2.3

Самообслуговування і незалежність дій	8,80 ±1,16	6,52 ±2,17	5,50 ±2,03	<0,01	<0,01	<0,01
Працевдатність	6,70 ±1,49	4,02 ±1,91	2,87 ±2,14	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна взаємодія	4,17 ±2,42	1,93 ±1,53	1,53± 1,28	<0,01	<0,01	>0,05
Соціоемоційна підтримка	8,40 ±1,35	6,12 ±1,92	4,82 ±2,12	<0,01	<0,01	<0,01
Громадська і службова підтримка	8,77 ±1,19	6,85 ±1,78	5,45 ±2,03	<0,01	<0,01	<0,01
Особистісна реалізація	4,60 ±1,96	2,07 ±1,55	1,68 ±1,38	<0,01	<0,01	>0,05
Духовна реалізація	7,03 ±1,16	5,33 ±1,51	4,03 ±1,86	<0,01	<0,01	<0,01
Загальне сприйняття життя	3,60 ±1,79	1,73 ±1,09	1,45 ±0,91	<0,01	<0,01	>0,05

Так, показник ЯЖ за сферою фізичного благополуччя у обстежених ОГ2 був закономірно низьким і склав  $2,70 \pm 2,13$  балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим:  $4,05 \pm 2,20$  балів, і у обстежених ГП – найвищим:  $6,87 \pm 1,46$  балів. Розбіжності виявилися статистично значущими при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Показник за сферою психологічного (емоційного)

Благополуччя у обстежених ОГ2 був найнижчим і склав  $1,53 \pm 1,07$  балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим:  $2,00 \pm 1,31$  балів, і у обстежених ГП – найвищим:  $4,20 \pm 2,01$  балів. Розбіжності статистично значущі при

Порівнянні між собою груп ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ2 ( $p < 0,01$ ), ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,05$ ). Середнє значення показника самообслуговування і незалежності дій у обстежених ОГ2 склало  $5,50 \pm 2,03$  балів, у обстежених ОГ1 –  $6,52 \pm 2,17$  балів, у обстежених ГП –  $8,80 \pm 1,16$  балів. Розбіжності статистично значущі

При порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Аналогічно, у обстежених ОГ2 виявлено найнижчий показник за сферою працевдатності:  $2,87 \pm 2,14$  балів, у обстежених ОГ1 він був значуще вищим –  $4,02 \pm 1,91$  балів,

а у обстежених ГП – найвищим:  $6,70 \pm 1,49$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Показник міжособистісної взаємодії у комбатантів із травматичними ушкодженнями магістральних судин значуще не відрізнявся, хоча у обстежених ОГ2 він був нижчим, ніж в ОГ1:  $1,53 \pm 1,28$  балів проти  $1,93 \pm 1,53$  балів ( $p > 0,05$ ), а в обстежених ГП – значно вищим:  $4,17 \pm 2,42$  балів. Розбіжності значущі при порівнянні ГП і ОГ1 ( $p < 0,01$ ), ГП і ОГ2 ( $p < 0,01$ ). Середнє значення показника соціоемоційної підтримки у обстежених ОГ2 було найнижчим:  $4,82 \pm 2,12$  балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим:  $6,12 \pm 1,92$  балів, а у обстежених ГП – найвищим серед усіх груп:  $8,40 \pm 1,35$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Показники громадської та службової підтримки також виявилися найвищими у обстежених ГП, а найнижчими – у обстежених ОГ2, хоча кількісні показники у різних групах відрізнялися меншою мірою, ніж у сферах фізичного і психологічного благополуччя: середній показник у обстежених ОГ2 склав  $5,45 \pm 2,03$  балів, у обстежених ОГ1 –  $6,85 \pm 1,78$  балів, у обстежених ГП –  $8,77 \pm 1,19$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). У сфері особистісної реалізації показники у обстежених ОГ2 були нижчими, ніж у ОГ1:  $1,68 \pm 1,38$  балів проти  $2,07 \pm 1,55$  балів, хоча ці відмінності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Показник за сферою особистісної реалізації у обстежених ГП склав  $4,60 \pm 1,96$  балів, це значуще ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у обстежених ОГ1 і ОГ2. Показник за сферою духовної реалізації у обстежених ОГ2 склав  $4,03 \pm 1,86$  балів – це найнижче значення з усіх груп; у обстежених ОГ1 він був значуще вищим:  $5,33 \pm 1,51$  балів, і у обстежених ГП – найвищим:  $7,03 \pm 1,16$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Показник за сферою загального сприйняття життя у обстежених ОГ2 ( $1,45 \pm 0,91$  балів) був нижчим, ніж у обстежених ОГ1 ( $1,73 \pm 1,09$  балів), проте ці відмінності

Статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Показник у обстежених ГП ( $3,60 \pm 1,79$  балів) був значуще вищим, ніж у обстежених ОГ1 і ОГ2 ( $p < 0,01$ )

Аналіз інтегральних показників ЯЖ також засвідчив тенденцію до погіршення показників ЯЖ по мірі зростання тяжкості травматичного ушкодження судин (табл. 4, рис. 4)

Таблиця 2.4.

**Показники якості життя у інтегральних сферах за даними  
опитувальника Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon в адаптації Н. О.  
Марути**

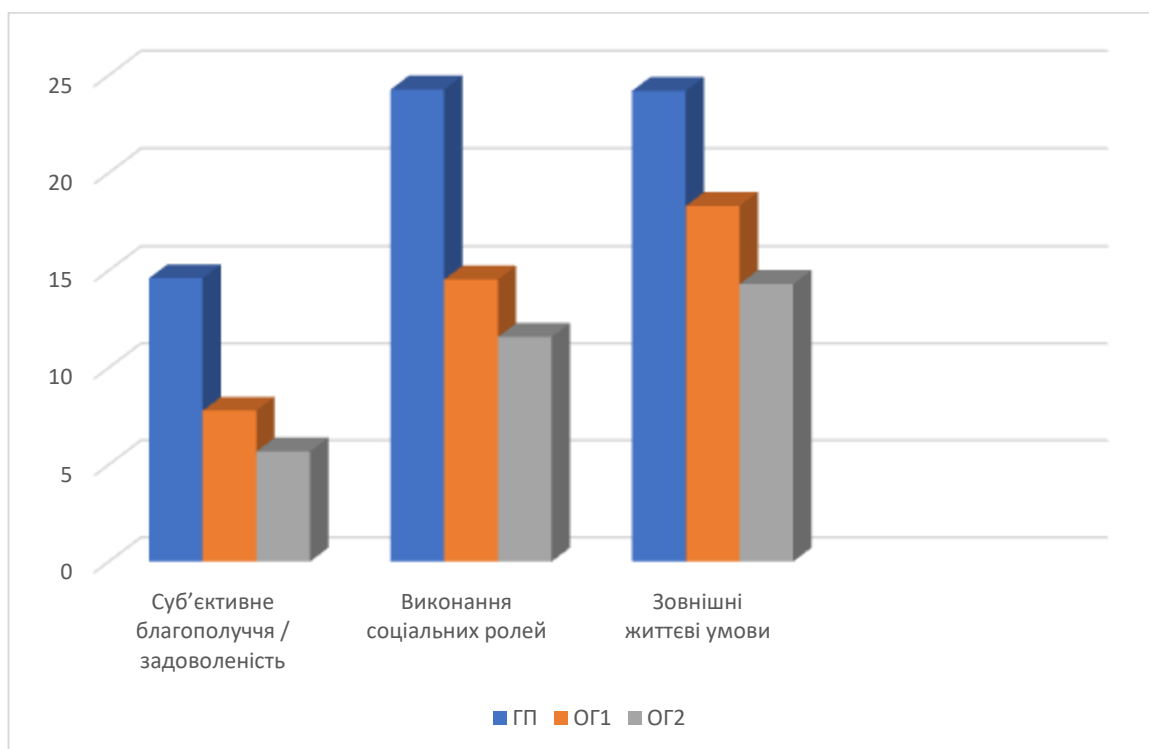
Показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Суб'єктивне благополуччя/ задоволеність	14,6 ±5,03	7,78 ±4,40	5,68 ±3,89	<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	24,27 ±6,76	14,53 ±6,55	11,58 ±6,25	<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	24,20 ±3,51	18,30 ±5,08	14,30 ±5,84	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник якості життя	63,13 ±15,13	40,62 ±15,67	31,57 ±15,48	<0,01	<0,01	<0,01
Показник якості життя	6,31 ±1,51	4,06 ±1,57	3,16 ±1,55	<0,01	<0,01	<0,01

Так, середній показник за інтегральною сферою суб'єктивного благополуччя / задоволеності у обстежених ОГ2 виявився найнижчим і склав  $5,68 \pm 3,89$  балів,

у обстежених ОГ1 він був значуще вищим –  $7,78 \pm 4,40$  балів, а у обстежених ГП – найвищим:  $14,67 \pm 5,03$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Показник за інтегральною сферою виконання соціальних ролей у обстежених ОГ2 склав  $11,58 \pm 6,25$  балів, у обстежених ОГ1 –  $14,53 \pm 6,55$  балів, у обстежених ГП –  $24,27 \pm 6,76$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Аналогічно, у обстежених ОГ2 був виявлений найнижчий

показник за інтегральною сферою зовнішніх життєвих умов:  $14,30 \pm 5,84$  балів, у обстежених ОГ1 показник був вищим:  $18,30 \pm 5,08$  балів, а у обстежених ГП

– найвищим:  $24,20 \pm 3,51$  балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ( $p < 0,01$ ). Сумарний показник ЯЖ та середній показник ЯЖ виявилися найгіршими у обстежених ОГ2:  $31,57 \pm 15,48$  балів і  $3,16 \pm 1,55$  балів відповідно. У обстежених ОГ1 ці показники були значуще кращими:  $40,62 \pm 15,67$  балів і  $4,06 \pm 1,57$  балів відповідно, а у обстежених ГП – найкращими серед усіх груп:  $63,13 \pm 15,13$  балів і  $6,31 \pm 1,51$  балів відповідно. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою показників усіх груп ( $p < 0,01$ ).



**Рис. 2.2. Показники якості життя у інтегральних сферах за даними опитувальника якості життя Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon в адаптації Н. О. Марути**



### **2.3 Аналіз результатів дослідження внутрішньої картини хвороби пацієнтів із ампутацією внаслідок міно-вибухових травм**

Психосоціальне функціонування учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок характеризується значно нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації та якості життя,

порівняно з комбатантами без соматичної бойової травми. Об'єм оперативного втручання є чинником, що визначає ступінь погіршення як загального рівня психосоціального функціонування, так і його окремих параметрів: комбатанти, які через поранення пережили ампутацію кінцівки, мають значуще вираженіші проблеми, ніж бійці, яким у результаті операції вдалося зберегти кінцівку. У комбатантів з травматичними ушкодженнями магістральних судин, незалежно від об'єму оперативного втручання, рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя є низькими як за окремими складовими, так і за інтегральними показниками. При цьому найгірший рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя за всіма ключовими показниками мають комбатанти з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок. У комбатантів, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку, основні показники соціально-психологічної адаптації та якості життя є значуще кращими, ніж у поранених із ампутацією, але суттєво гіршими, ніж у комбатантів без травматичного ушкодження магістральних судин кінцівок. Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів для поранених із ушкодженнями магістральних судин кінцівок

### РОЗДІЛ 3

## РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВИХ

### 3.1. Розроблення програми психокорекції для пацієнтів із ампутаціями внаслідок міно-вибухових травм

Урахування особистісної складової внутрішньої картини хвороби може впливати на сприйняття лікування пацієнтами. Ті, хто мають схильність до гіпертимної та афективно-екзальтованої акцентуації характеру, можуть виявляти різні реакції на лікування, включаючи конфліктність, відмову від стаціонарного лікування або негативні емоційні реакції на медичний персонал або динаміку стану. Для пацієнтів із ампутаціями внаслідок міно-вибухових травм характерно помірно виражена тривога, ауто-агресія та загальний страх, що може виявити вплив на перебіг хвороби. Негативний емоційний стан пацієнтів, спричинений ампутацією кінцівок або особистісними рисами, також може впливати на прогноз захворювання.

Не дивлячись на те, що рівні саморегуляції були середніми у більшості пацієнтів, у хворих другої групи відмічається погіршення всіх показників якості життя.

Багато пацієнтів виявили змішаний або різноманітний тип ставлення до свого захворювання, додатково поєднаний з дезадаптивними типами особистості, такими як сенситивний, тривожний, меланхолічний тощо. Це може вплинути на їх бажання дотримуватися лікування та на прогноз щодо подальшого відновлення. Отже, для успішної програми психокорекції важливо врахувати особливості особистості кожного пацієнта, їх рівень самоконтролю, психічний стан (тривога, депресія, агресія, страх) та їхнє ставлення до власного захворювання. Також важливо врахувати, наскільки пацієнти зацікавлені змінити своє ставлення до хвороби..

### **3.2. Програма психокорекції для пацієнтів із ампутаціями кінцівок внаслідок міно-вибухових травм**

#### **Назва**

**“Програма психологічної адаптації хворих із ампутаціями кінцівок внаслідок міно-вибухових травм, які лікуються в умовах стаціонару”**

Програма психологічної адаптації для пацієнтів із ампутаціями кінцівок, які перебувають на стаціонарному лікуванні, має велике значення з кількох причин. В першу чергу, ампутація є важливим фізичним та емоційним викликом, і пацієнти часто відчують стрес, депресію та почуття втрати. Психологічна підтримка є необхідною для допомоги їм у цьому процесі. Крім того, позитивний емоційний стан сприяє кращому відновленню та прискорює процес реабілітації. Ця програма також допомагає пацієнтам зосередитися на позитивних аспектах їхнього життя, розвивати нові стратегії та готуватися до повернення до суспільства після лікування. Вона допомагає пацієнтам знову знайти своє місце в суспільстві та забезпечити успішну адаптацію до нових умов життя.

#### **Діагностичний блок**

В процесі оцінки внутрішньої картини захворювання розглядатимуться особистісна, емоційна та вольова складові. Для цього використовуватимуться наступні методики:

- Тест Леонгарда у модифікації Шмішека для оцінки особистісної складової.
- Методика ТОБОЛ для визначення ставлення до захворювання.
- Шкала HADS для оцінки рівня депресії, тривоги та емоційної складової.
- Шкала Спілбергера-Ханіна для вимірювання особистісної та реактивної тривоги, емоційної складової.

- Тест страхів Леві для оцінки рівня та структури страху, емоційної складової.

- Тест Ільїна для виявлення агресивних та аутоагресивних проявів, емоційної складової.

- Тест саморегуляції Моросанової для оцінки рівня саморегуляції та її структури, вольової складової.

### **Проведення сесій**

Індивідуальні зустрічі. Буде проведено 6-7 сесій, частота — 1 сесія на тиждень, тривалість 40-50 хвилин.

#### **Зміст і структура сесій**

##### *1 сесія*

Знайомство.

Матеріали — анкети, ручки, олівці.

Мета — знайомство та анкетування хворих.

Пацієнту за згодою пропонується заповнити анкети та пояснюється, як це зробити.

**Міжсесійний період** — аналізуються анкети, виявляються пацієнти, які мають акцентуації особистості, які сприятимуть зниженню комплаєнтності; дезадаптивні варіанти ставлення до захворювання; із вираженими тривогою, страхами, проявами агресії (ауто- чи гетеро), депресією (згідно шкали HADS), або пацієнти, які мали бажання працювати з психологом.

##### *2-3 сесії*

#### **“Що я відчуваю та що я почуваю через ампутацію кінцівки”**

**Мета** — оцінка та робота з почуттями та емоціями пацієнта, як складовими внутрішньої картини захворювання.

**Матеріали** — папір, олівці та фломастери, ручки.

#### **Хід сесій**

Під час спілкування з пацієнтом акцент робиться на його особистому відчутті хвороби: як він почувався під час захворювання, які саме симптоми він відчував. Пацієнту пропонується висловити свої почуття, навіть через

малюнок, який він може намалювати, щоб усвідомити свої емоції та думки. Після цього обговорюється малюнок, допомагаючи пацієнту краще зрозуміти свої почуття. Також розглядаються симптоми, які можуть бути пов'язані з хворобою, та як вони можуть впливати на якість життя та самопочуття пацієнта. Пацієнт спонукається відстежувати та аналізувати неприємні для нього емоції, спробувати зрозуміти їх походження. Якщо виникають індивідуальні ситуації, підхід до роботи може коригуватися залежно від конкретної ситуації. *4-5 сесії*

### **“Що я знаю про травматичні ампутації та як я відношусь до свого захворювання”**

**Мета** — оцінка та робота з інтелектуальною та вольовою складовими внутрішньої картини захворювання.

**Матеріали** — папір, олівці та фломастери, ручки.

#### **Хід сесій**

Під час спілкування з пацієнтом звертається увага на те, що він вже знає про ампутацію (інформацію з читань, розповідей лікарів, родичів чи інших пацієнтів). Пацієнту пропонується поділитися своїм ставленням до хвороби та зображенням ампутації через малюнок. Після цього обговорюється малюнок, допомагаючи пацієнту краще зрозуміти свої емоції та внутрішній світ. Важливо наголосити, що це не кінець світу, а скоріше етап у лікуванні, та зазначити про те, що після стабілізації стану пацієнт продовжить лікування вдома та після повного одужання зможе повернутися до звичного життя та роботи. Також слід запропонувати пацієнту звернутися до лікаря для отримання більш детальної інформації про хворобу. Якщо виникають індивідуальні ситуації, підхід до роботи може коригуватися залежно від конкретних обставин.

#### *6-7 сесії*

### **“Що мені робити далі, як з цим жити”**

**Мета** — оцінка та робота з усіма складовими внутрішньої картини захворювання.

**Матеріали** — папір, олівці та фломастери, ручки.

### **Хід сесій**

Пацієнтові пропонується задуматися, чи змінилося його сприйняття захворювання протягом останнього місяця. Важливо з'ясувати, чому саме ця зміна настала, які емоції та почуття переважають зараз, і з чим це пов'язано. Також варто поспілкуватися про те, як пацієнт уявляє своє майбутнє та чи може він виявити щось позитивне чи цінне у цій ситуації. Заохочується пацієнт намалювати свої емоції, думки та своє уявлення про майбутнє, після чого обговорити малюнок та з'ясувати, чи може він щось змінити для поліпшення ситуації та прискорення процесу одужання.

Якщо пацієнт вже здатний розуміти та адаптуватися до хвороби, важливо підкреслити важливість його внеску у лікування та надію на великий крок до одужання. Якщо пацієнт тільки починає усвідомлювати тяжкість хвороби, акцент робиться на усвідомленні власних почуттів та їх відділенні від хвороби, а також на індивідуальному підході до тривалості термінів лікування.

Важливо звернути увагу пацієнта на те, що зараз може покращити його якість життя (читання, музика, малювання, поезія тощо). І якщо виникають сумніви щодо депресії, суїцидальних думок або психотичної поведінки, слід запропонувати консультацію лікаря-психіатра (після узгодження з лікарем). Якщо ситуація змінюється, робота буде адаптована відповідно до поточних потреб пацієнта.

### **Аналіз ефективності програми**

Критерії оцінки:

- висока прихильність до лікування (пацієнт не пропускає прийом лікарських засобів, обговорює з лікарем важливі питання);
- зменшення вираженості реактивної тривоги, депресії (повторне анкетування за анкетами Спілбергера-Ханіна, HADS);
- зміна відношення до захворювання на більш адаптивне (повторне анкетування ТОБОЛ).

## Результати

Адаптація до змінених умов життя, зумовлених наявністю захворювання та тривалим перебуванням у стаціонарі;

Покращення комплаєнсу із лікарем та медперсоналом;

Підвищення ефективності лікування в післяопераційному періоді.

### 3.3. Оцінка програми психокорекції для пацієнтів із ампутаціями кінцівок внаслідок мінно-вибухових травм

Серед пацієнтів, які згодилися працювати за програмою психокорекції було 8 хворих, які тільки розпочали лікування та 6 пацієнта, котрі знаходяться в стаціонарі понад 7 діб після операції.

4 пацієнти виписалися з лікарні до завершення програми психокорекції, на подальший етап евакзації тому напередодні виписки було проведено «завершальні сеанси» з подальшими рекомендаціями;

Середній вік хворих складав  $32,4 \pm 4,8$  років.

**Особистісна складова.** У 4 пацієнтів визначалися акцентуації – гіпертимний та афективно-екзальтований, у 6 – змішаний тип акцентуацій (тенденції до акцентуацій мали гіпертимний, емотивний, афективно-екзальтований, тривожно-боязкий, застрягаючий неврівноважений типи).

**Емоційна складова.** Високі рівні реактивної тривоги мали 5 пацієнтів, особистісної – 4, виразна тривога за шкалою HADS визначалася у 10 пацієнтів, депресія – у 5. Високі значення рівнів агресії були у 3 пацієнтів, переважання ауто-агресії – у 5 хворих. Рівні страху тета-тривожний були у 2 хворих, у 2 – омега-боязкий. У структурі переважали (з високим значенням): танатофобія – 5 пацієнтів, страх долі, майбутнього – 3, містичний страх – 2, екзистенційний страх – 2.

**Мотиваційно-вольова складова.** Переважна кількість хворих мала середні значення ступеню саморегуляції (9 пацієнтів), у 1 хворої він був високим. Низькі рівні саморегуляції визначалися за шкалами: «оцінка

результатів» - 3 пацієнтів, «гнучкість» – 2 хворих, «самостійність» - 2 пацієнтів.

У 2 пацієнтів визначався сенситивний тип ставлення до захворювання, у 7 змішаний (переважали сенситивний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, меланхолічний, неврастенічний, іпохондричний). У 1 пацієнта був дифузний тип ставлення.

Динаміка показників тривоги та депресії представлена у табл. 3.5.

*Таблиця 3.5*

**Рівні тривоги та депресії у пацієнтів із ампутаціями внаслідок мінно-вибухових травм в динаміці**

Показники із вираженими значеннями	На початку	По завершенні програми	p
Реактивна тривога	41,2 ± 3,6	34,6 ± 3,1	<0,05
Тривога за HADS	10,8 ± 2,5	3,5 ± 2,3	<0,05
Депресія	8,7 ± 1,9	5,4 ± 1,3	>0,05

У пацієнтів в динаміці визначалося достовірне зниження рівнів реактивної тривоги на 83 %,  $p < 0,05$  та тривоги за шкалою HADS на 32 %,  $p < 0,05$ , відзначалося зменшення рівнів депресії за шкалою HADS, проте динаміка була не достовірною,  $p > 0,05$ .

Типи ставлення до захворювання в динаміці представлені в табл. 3.2.

Отже, спостереження за пацієнтами показало зміни у їхньому сприйнятті захворювання. На початку були виявлені тривожний, іпохондричний та сенситивний типи реакції на захворювання, що вказувало на негативний вплив ампутації на їхню адаптацію. Однак у процесі участі у програмі психокорекції відбулися позитивні зміни: ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний типи зростали, що свідчило про покращення адаптації пацієнтів.

Також варто зазначити, що показники тривожного, іпохондричного та сенситивного типів зменшилися у 2,1, 2,2 та 1,4 рази відповідно. Це свідчить



про статистично значуще зменшення цих негативних реакцій на захворювання під час участі у програмі психокорекції.

Додатково, зазначено, що ніхто з 10 пацієнтів не припинив участь у лікуванні, а 2 пацієнти, які лікувалися понад 3 місяці, погодилися на хірургічне втручання та були переведені до хірургічного відділення для подальшого лікування.

Таблиця 3.6

**Типи ставлення до захворювання у пацієнтів із ампутаціями  
внаслідок мінно-вибухових травм**

Типи ставлення до захворювання	На початку	По завершенні програми	p
Гармонічний (Г)	23,2 ± 3,7	22,1 ± 2,9	>0,05
Ергопатичний (Р)	24,4 ± 2,8	28,4 ± 2,1	>0,05
Анозогнозичний (З)	26,4 ± 3,6	25,9 ± 2,7	>0,05
Тривожний (Т)	37,3 ± 4,8	17,4 ± 1,8	<0,05
Іпохондричний (І)	29,6 ± 4,1	13,6 ± 2,9	<0,05
Неврастенічний (Н)	17,5 ± 3,2	13,4 ± 2,3	>0,05
Меланхолічний (М)	14,3 ± 3,8	10,2 ± 1,9	>0,05
Апатичний (А)	10,1 ± 2,9	11,3 ± 2,6	>0,05
Сенситивний (С)	32,5 ± 5,4	23,7 ± 3,2	<0,05
Егоцентричний (Е)	14,1 ± 2,2	11,1 ± 2,3	>0,05
Паранояльний (П)	9,7 ± 1,3	9,7 ± 1,8	>0,05
Дисфоричний (Д)	2,9 ± 2,4	6,2 ± 1,2	>0,05

Таким чином, застосування програми психокорекції сприяло зниженню рівнів реактивної тривоги на 31,9 %,  $p < 0,05$  та тривоги за шкалою HADS на 41,5 %,  $p < 0,05$ , відзначалося зменшення рівнів депресії за шкалою HADS, проте динаміка була не достовірною,  $p > 0,05$ . У пацієнтів на початку лікування визначалися тривожний, іпохондричний та сенситивний типи ставлення до захворювання, що відображало дезадапційний варіант

ставлення до хвороби. В динаміці переважали ергопатичний, анозогностичний та сенситивний, що свідчило про зростання адаптації у пацієнтів протягом участі у програмі психокорекції. Також в динаміці зменшилися значення тривожного типу у 2,1 рази,  $p < 0,05$ ; іпохондричного у 2,2 рази,  $p < 0,05$ ; сенситивного у 1,4 рази,  $p < 0,05$ . Серед 10 пацієнтів жоден не припинив лікування, серед хворих, які лікувалися понад 3 місяці 2 пацієнти визнали необхідність та згодилися на хірургічне втручання.

## ВИСНОВКИ

1. Протягом останніх років причини ампутацій кінцівок зазнали змін, що призвело до формування нової внутрішньої картини захворювання. До цього моменту автори зосереджувалися переважно на окремих аспектах цієї картини, таких як тривога, депресія та ставлення до хвороби, не розглядаючи вплив тривалості лікування на цю картину.

Як зарубіжні, так і вітчизняні психологи акцентують на доцільності застосування психокорекції за допомогою різноманітних методів та вправ, спрямованих на різні компоненти внутрішньої картини захворювання при ампутаціях, спричинених травмами.

2. Отримані дані вказують на різницю в рівні прийняття себе та інших серед різних груп осіб з травмами, спричиненими ампутацією кінцівок. Обстежені групи відзначаються різними рівнями самоприйняття та прийняття інших. Найнижчі показники самоприйняття були виявлені у тих, хто мав важкі ушкодження судин, що призвели до ампутації. Загалом, групи з ампутуваними кінцівками мали менш високі рівні самоприйняття та більш виражені емоційні труднощі порівняно з тими, хто зберіг кінцівку.

У той же час, особи з важкими ушкодженнями та ампутацією також виявили вищий рівень зовнішнього контролю та нижчий рівень внутрішнього контролю порівняно з тими, хто зберіг кінцівку. Ці результати свідчать про важкість пристосування та внутрішню боротьбу зі стресом у цих групах.

Загалом, отримані дані вказують на важливість психологічної підтримки та психокорекції для людей, які пережили ампутацію кінцівок, сприяючи покращенню їхнього самопочуття та емоційного стану.

3. Отримані результати показують відмінності у рівнях адаптації між різними групами обстежених осіб. Група ОГ2 мала найнижчий інтегральний показник адаптації порівняно з групами ОГ1 та ГП. Також спостерігалися

відмінності у показниках самоприйняття та прийняття інших між усіма групами, де обстежені з глибшими травмами мали нижчі показники у порівнянні з тими, хто зазнав менших травм.

Емоційний комфорт також відрізнявся серед груп, де особи зі складнішими ушкодженнями мали менший рівень комфорту порівняно з тими, хто зазнав менших травм. Низька інтернальність, тобто низький внутрішній контроль, була характерною особливістю групи ОГ2.

Підсумкові дані вказують на те, що глибина травми може впливати на рівень адаптації, самоприйняття та емоційний стан осіб. Ті, хто пережили більш серйозні травми, можуть мати складнощі у власному сприйнятті себе, стосунках з іншими та емоційному комфорті.

4. Отримані показники свідчать про важкості в різних аспектах життя осіб, що зазнали травм та ампутацій. Наприклад, у сферах фізичного благополуччя та самообслуговування показники були нижчими у групі ОГ2, які зазнали ампутацій, порівняно з групою ОГ1, де були менші травми, та ГП, де таких травм не було. Також, у сферах психологічного благополуччя та міжособистісної взаємодії виявлено подібні тенденції. Група ГП, яка не зазнала ампутацій, мала вищі показники у багатьох аспектах, ніж група ОГ1 і особливо ОГ2, які мають більш серйозні травми. Ці результати можуть свідчити про вплив травматичних ушкоджень на різні аспекти життя та підкреслюють необхідність психологічної підтримки та реабілітаційних заходів для поліпшення якості життя таких осіб.

5. Уразливим пацієнтам із урахуванням акцентуацій особистості; з вираженими рівнями тривоги, депресії, агресії, страху та із дезадаптивним типом ставлення до захворювання пропонується програма психокорекції.

6. Отже, використання програми психокорекції призвело до помітного зменшення рівнів тривоги та позначилося на типах ставлення до захворювання у пацієнтів з ампутаціями внаслідок МВТ. У період участі у програмі спостерігався значний спад тривожного, іпохондричного та сенситивного типів реакції на хворобу, що свідчить про позитивні зміни в

адаптації пацієнтів. Крім того, серед тих, хто лікувався понад три місяці, декілька пацієнтів згодилися на хірургічне втручання, що підтверджує ефективність програми в покращенні розуміння та прийняття хвороби, а також позитивний вплив на прийняття рішень про подальше лікування.

Це дослідження підкреслює важливість розуміння психологічних аспектів ампутації та її впливу на пацієнтів. Виявлено, що особистісні риси та стиль мислення грають ключову роль у тому, як люди адаптуються після втрати кінцівки. Особистісний патерн пристосування є поширеним серед цих пацієнтів, а здатність до активної модифікації та пристосування сприяє подоланню емоційних труднощів.

Зважаючи на високий рівень тривоги та депресії у цій групі, висловлено пропозицію включити психологічну оцінку та підтримку до загального лікування ампутуваних осіб. Дослідження також підкреслює важливість співпраці з фахівцями з психічного здоров'я, такими як клінічні психологи та психіатри, для успішного управління цими випадками. Можна спробувати провести подальші дослідження з пацієнтами, які перебувають під тривалим спостереженням, щоб краще зрозуміти їхню динаміку адаптації та потреби..

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Психосоціальна адаптація до ампутації нижньої кінцівки: огляд. Horgan O, MacLachlan M. *Disabil Rehabil.* 2004; 26 :837–850.
2. Якість життя осіб з ампутацією нижньої кінцівки під час реабілітації та через 3 місяці спостереження. Зідаров Д., Суейн Б., Готьє-Ганьон Київ. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009 рік; 90. Р. 634–645. URL: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003> .
3. Психосоціальні предиктори тривалої адаптації до ампутації нижньої кінцівки та фантомного болю в кінцівках. Ханлі М.А., Дженсен М.П., Еде Д.М., Хоффман А.Й., Паттерсон Д.Р., Робінсон Л.Р. *Инвалид Реабіліт.* 2004; 26 . Р. 882–893.
4. . Амбулаторні та стаціонарні процедури в Сполучених Штатах, 1996. Owings MF, Kozak LJ. *Vital Health Stat 13.* 1998. Р. 1–119. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9866429/>
5. . Епідеміологія ампутації нижніх кінцівок у центрах Європи, Північної Америки та Східної Азії. Анвін Н. *Br J Surg.* 2000; 87 :328–337. URL: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01344.x> .
6. . Епідеміологія втрати кінцівок і вродженої недостатності кінцівок: огляд літератури. Ephraim PL, Dillingham TR, Sector M, et al. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 рік; 84. Р. 747–761. URL: [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(02\)04932-8](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(02)04932-8) .
7. Статистичний щорічник. *Саудівська Аравія.* Вер; 2020. 2018. URL: <https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Pages/default.aspx>
8. Вплив реабілітаційних програм на залежність і функціональну працездатність пацієнтів з великими ампутаціями нижніх кінцівок. Ретроспективний огляд діаграми в західній Саудівській Аравії. AlSofyani MA, AlHarthi AS, Farahat FM, Abuznadah WT. *Saudi Med J.* 2016; 37 :1109–1113.

9. Епідеміологія пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок на півночі Нідерландів: етіологія, місце виписки та використання протезів. Роммерс Г.М., Вос Л.Д., Грутхофф Дж.В., Шуйлінг Ч.Х., Ейсма В.Х. *Prosthet Orthot Int.* 1997 рік; 21 . Р. 92–99. URL: <https://doi.org/10.3109/03093649709164536> .
10. . Ампутаційна реабілітація та протезування. Від операції до реінтеграції в громаду. Ескеназі А. *Інвалід Реабіліт.* 2004; 26 . Р. 831–836. URL: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708850> .
11. Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я: новий інструмент для розуміння інвалідності та здоров'я. Ustün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. *Інвалід Реабіліт.* 2003 рік; 25 . Р. 565–571. URL: <https://doi.org/10.1080/0963828031000137063> .
12. Подолання інвалідності. Гірцен Дж. *Prosthet Orthot Int.* 2008 рік; 32 . Р. 276–281. URL: <https://doi.org/10.1080/03093640802067061> .
13. Дезмонд Д, Галлахер П. *Психопротезування*. Лондон: Springer; 2008. Подолання та психосоціальна адаптація до ампутації; С. 11–21.
14. Якість життя після ампутації нижньої кінцівки з приводу захворювання периферичних артерій. Pell JP, Donnan PT, Fowkes FG та ін. *Eur J Vasc Surg.* 1993 рік; 7 : Р. 448–451.
15. Кирильчук І.В. Особливості роботи над професійно-орієнтованим завданням з курсу “Психологія управління” / І.В. Кирильчук, В.В. Кириченко. 2012. С. 211-242.
16. Nikolajsen, L., & Jensen, T. S. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), P. 107–116.
17. Ephraim, P. L., Wegener, S. T., MacKenzie, E. J., & Dillingham, T. R. (2005). Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: Results of a national survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(10), 1910–1919.

18. Sherman, R. A., & Sherman, C. J. (1983). Prevalence and characteristics of chronic phantom limb pain among American veterans. *The American Journal of Physical Medicine*, 62(5), 227–238.
19. Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs. The D. O. *Hebb lecture*. *Brain*, 121(9), 1603–1630.
20. Gallagher, P., MacLachlan, M., & Twomey, S. (2009). Reflections on “psychological aspects of loss and rehabilitation” from the perspective of a cognitive behavioural therapist. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1176–1183.
21. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer / J. Tim Hartung et al. *Cancer*. 2017. Vol. 123.21. P. 4236-4243.
22. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer / J. Tim Hartung et al. *Cancer*. 2017. Vol. 123.21. P. 4236-4243.
23. Мусаелян О.М. Психологічні особливості запобігання аутоагресивній поведінці студентської молоді / *Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України*. Київ, 2018. 242 с.
24. Шуть І.Ю. Саморегуляція як фактор ефективності навчання студентів в умовах дистанційної освіти. - дипломна робота на здобуття ступеня магістра спеціальності "Психологія". Національний авіаційний університет. Київ, 2021. 98 с.
25. Бондаревич С.М. Аналіз ролі психологічних особливостей та відношення до хвороби особистості у психогенезі ампутація кінцівок / С.М. Бондаревич, О.А. Діколь-Кобріна, З.А. Крохмаль. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т.33972), № 3. С. 1-9.
26. Лінська К.І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера-Ханіна. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, Вып 1 (98). С. 46-56.



27. Ластік Ю.К. Особливості моделювання дослідження диференційованих форм страху у хворих на ендокринні захворювання. *Моделювання та інформаційні технології*. 2010. С. 64-67.
28. Фрідман Л.В. Придбана ампутація та протезування до шістнадцятого століття. *Журнал судинних захворювань*. 1987 рік; 10 :350–357.
29. Пластик Н., Девечерські Г. Типи психологічних реакцій у пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок. *Med Preql*. 2006 рік; 59 :149–154.
30. Шукла Г.Д., Саху С.К., Тріпаті Р.П., Гупта Д.К. Психіатричне дослідження людей з ампутуваними кінцівками. *Британський журнал психіатрії*. 1982 рік; 141. Р. 50–53.
31. Ліліана Е.П., Тімоті Р.Д., Еллен Дж.М. Реабілітація та віддалені результати осіб з ампутаціями, пов'язаними з травмою. *Архів фізичної медичної реабілітації*. 2000; 81. Р. 292–300.
32. Freieron S, Lippmann SB. Психіатрична консультація для гострих ампутацій. *Психосоматика*. 1987 рік; 28 . Р. 183–189.
33. Фрідман Л.В. Психологічна реабілітація ампутуваних. Видавництво Charles C Thomas; Springfield III: 1978. С. 17–67.
34. Паркес СМ. Детермінанти інвалідності після втрати кінцівки. У: Krueger DW, редактор. Емоційна реабілітація після фізичної травми та інвалідності. СП Медичні та наукові книги; Нью-Йорк: 1984. С. 105–111.
35. Шерман Р.А., Шерман К.Дж., Бруно Г.М. Психологічні фактори, що впливають на хронічний фантомний біль у кінцівках: аналіз літератури. *Біль*. 1987 рік; 28 . Р. 285–295.
36. Шерман Р.А. Кукса і фантомний біль у кінцівках. *Neurol Clin*. 1989 рік; 7 . Р. 249–262.
37. Desmond DM, Mac Lachlan M. Копінг-стратегії як предиктори психосоціальної адаптації у вибірці літніх ветеранів із придбаними ампутаціями нижніх кінцівок. *Soc Sci Med*. 2006 рік; 62 . Р. 208–216.

38. Брієр Джон. Перелік симптомів травми (TSI). Професійний посібник. 1995. Ресурси психологічної оцінки (PAR)
39. Міллон Теодор. Посібник індексу особистості Міллона. переглянуто. оцінки Пірсона; 2004.
40. Снайт Р.П., Зігмонд А.С. Посібник лікарняної шкали тривожності. 1994
41. Паркес СМ. Перший рік після ампутації. Сучасні погляди на психіатричні аспекти хірургії. Бреннер/Мазель; Нью-Йорк: 1976. Психологічна реакція на втрату кінцівки; С. 515–553.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Список опублікованих праць Месеніна І.В.

1. Месенін І.В. Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби у поранених з ампутацією внаслідок мінно-вибухових травм. VII Всеукраїнської науково-практичної конференції ІНТЕГРАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ШЛЯХИ ЇЇ РОЗВИТКУ 27 - 28 жовтня 2023 р. м. Запоріжжя. С. 100-101