

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему:

**«ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З
АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ В УМОВАХ
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ»**

Виконав студент 2 курсу, групи Мгз - 21
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
СТОЛЯР Юрій Миколайович

Керівник – кандидат психологічних наук,
доцент

ГІЛЬМАН Анна Юріївна

Рецензент – кандидат медичних наук

ХАРИТОНЮК Раїса Олександрівна

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання

(підпис)

(професор, д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2026р.

Острог, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ	10
1.1 Поняття психічного здоров'я у психологічній науці та теоретичні засади реабілітації	10
1.2 Психологічні наслідки ампутації: емоційні, когнітивні та поведінкові прояви	15
1.3 Чинники психічного благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками	21
1.4 Психологічні умови реабілітаційного процесу осіб з ампутованими кінцівками	26
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ	32
2.1 Організація, етапи та методи емпіричного дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу	32
2.2 Особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками за результатами емпіричного дослідження	38
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ	55
3.1 Психологічні інтервенції, що сприяють відновленню психічного здоров'я (КПТ, EMDR, мотиваційне інтерв'ю, арт-терапія)	55
3.2 Мультидисциплінарний підхід у реабілітації осіб з ампутаціями: роль психолога, фізичного терапевта, ерготерапевта та соціального працівника ..	57

3.3 Програма психопідтримки та адаптації пацієнтів у реабілітаційному закладі.....	59
3.4 Практичні рекомендації щодо покращення психологічної підтримки пацієнтів з ампутованими кінцівками.....	63
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Реабілітація осіб з ампутованими кінцівками є одним із найскладніших напрямів сучасної медицини та психології, оскільки поєднує фізичне відновлення з глибокими психологічними та соціальними трансформаціями. Втрата кінцівки не є ізольованою медичною подією, вона супроводжується сильними емоційними переживаннями, зміною звичного способу життя, порушенням самоідентичності, а також значним рівнем стресу. Особливо актуальною ця проблема є в умовах сьогодення, коли значну частину ампутацій в Україні спричиняють бойові дії, що часто поєднує фізичну травму з бойовою психологічною травматизацією. У таких умовах психічне здоров'я пацієнтів стає критичним фактором, який визначає ефективність реабілітаційного процесу, прогноз відновлення та якість життя після травми.

Пацієнти з ампутованими кінцівками стикаються не лише з фізичними труднощами, такими як біль, необхідність адаптації до протезів чи обмеження рухливості, а й з емоційними проявами, такими як тривога, депресивність, розгубленість, страхом майбутнього, відчуттям втрати контролю. Часто виникають фантомні болі, переживання безпорадності, соціальна ізоляція, зміни у взаєминах з родиною та суспільством. Важливим є й те, що реабілітація відбувається у складних психологічних умовах: пацієнт змушений прийняти нове тіло, перебудувати уявлення про власні можливості, а також взаємодіяти з великою кількістю фахівців - лікарями, фізичними терапевтами, психологами, соціальними працівниками.

Психічний стан людини суттєво впливає на темп реабілітації: пацієнти з вираженим емоційним напруженням, ПТСР або депресивними симптомами демонструють нижчу мотивацію, гірше виконують реабілітаційні вправи, частіше відмовляються від протезування або припиняють лікування. Саме тому дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного закладу має важливе практичне значення. Розуміння

ключових психологічних труднощів, факторів ризику та ресурсів дозволяє покращити якість допомоги, адаптувати реабілітаційні програми та впровадити психологічні інтервенції, які реально впливають на процес відновлення.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблематика психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками є предметом активного наукового осмислення як у вітчизняній, так і в зарубіжній науковій літературі. Сучасні дослідження охоплюють широкий спектр питань - від психологічних наслідків травматичних подій і втрати кінцівки до механізмів адаптації, відновлення життєвої активності та ефективності психореабілітаційних втручань.

У працях українських науковців - Л. Гридковець, Н. Журавльової, О. Климишина, О. Б. Єгорової, О. Чабана, Л. Климченко, С. Левкова, О. Нагорної - простежується зосередження на психологічних аспектах переживання тяжких травм і кризових станів, що виникають унаслідок втрати частини тіла. Дослідження Л. Гридковець і Н. Журавльової розкривають трансформацію особистості в умовах екстремальних життєвих обставин, акцентуючи увагу на кризових переживаннях, які супроводжують втрату фізичної цілісності, а також на необхідності психологічної підтримки як ресурсу стабілізації.

О. Климишин у своїх роботах детально аналізує процес адаптації до нових життєвих умов після травматичних подій, підкреслюючи роль активізації внутрішніх ресурсів особистості та формування нових поведінкових стратегій. У дослідженнях О. Б. Єгорової психологічна реабілітація розглядається як цілісний багаторівневий процес, що охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери функціонування особистості та спрямований на відновлення її психічного благополуччя.

Вагомий внесок у вивчення психічного здоров'я та психосоматичних проявів належить О. Чабану та О. Хаустовій, які розглядають психічний стан людини як інтегральний показник взаємодії психічних і соматичних процесів. У їхніх працях особлива увага приділяється діагностиці тривожних, депресивних та соматоформних розладів, що є надзвичайно актуальним у

контексті реабілітації осіб з ампутованими кінцівками. Підкреслюється, що психоемоційні порушення можуть суттєво ускладнювати перебіг відновлення та потребують своєчасного виявлення і корекції. [22]

У зарубіжній науковій традиції значний інтерес приділяється дослідженню механізмів психологічної адаптації до втрати кінцівки, копінг-стратегій та якості життя пацієнтів. Зокрема, у працях Р. Лазаруса та С. Фолкмана представлено трансакційну модель стресу і копіngu, відповідно до якої психічний стан особистості визначається не лише самим стресором, але й когнітивною оцінкою ситуації та наявними ресурсами подолання. Ця модель є важливою для розуміння індивідуальних відмінностей у реакціях на травму та подальшій адаптації.

А. Антоновський у межах концепції салютогенезу обґрунтовує значення почуття узгодженості як ключового чинника збереження психічного здоров'я в умовах стресу. Його підхід дозволяє розглядати процес реабілітації не лише як подолання наслідків травми, але і як активізацію внутрішніх ресурсів особистості.

У дослідженнях Т. Вебера, П. Дезмонда, М. Галлахера та Дж. Хефферана висвітлюються питання впливу ампутації на психічне благополуччя, зміну образу тіла, соціальну інтеграцію та ефективність реабілітаційних програм. Автори наголошують, що успішність адаптації значною мірою залежить від комплексного підходу до реабілітації, який включає як фізичне, так і психологічне відновлення.

Разом із тим, незважаючи на значний обсяг наукових досліджень, низка аспектів залишається недостатньо висвітленою. Зокрема, потребує подальшого вивчення вплив реабілітаційного середовища на психічне здоров'я пацієнтів, особливості адаптації до протезування, а також роль психологічної підтримки в умовах сучасної української системи реабілітації, яка функціонує в умовах воєнного стану та значного зростання кількості осіб з травматичними ушкодженнями.

Актуальність дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками зумовлена необхідністю поглиблення наукового розуміння процесів психологічної адаптації, виявлення чинників, що впливають на психоемоційний стан, а також розроблення ефективних підходів до організації психологічної допомоги у системі реабілітації.

Мета дослідження - емпірично дослідити особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукові підходи до вивчення психічного здоров'я осіб з ампутаціями;
- 2) визначити особистісні, соціальні та медико-психологічні чинники, що впливають на психічне здоров'я пацієнтів у реабілітації;
- 3) емпірично дослідити особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу;
- 4) розробити програму для покращення психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками.
- 5) запропонувати практичні рекомендації щодо покращення психологічної підтримки пацієнтів з ампутованими кінцівками.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я осіб з ампутованими кінцівками.

Предмет дослідження: особливості психічного здоров'я пацієнтів з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу.

Методи дослідження:

теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками;

емпіричні методи: опитування, спостереження, психодіагностика із застосуванням валідних психометричних методик, а саме: шкала генералізованої тривоги GAD-7 (Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W.); опитувальник депресії PHQ-9 (Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W.); методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д.

Спілбергера , Ю. Л. Ханіна (STAI); шкала соматичних симптомів SSS-8 (адаптація О. Чабана, О. Хаустової);

методи математико-статистичної обробки даних: методи описової статистики обчислення середніх значень, стандартних відхилень, частотного та відсоткового розподілу, а також методи аналізу взаємозв'язків між показниками, кореляційний аналіз. Обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням статистичного пакету SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше здійснено комплексне дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу з урахуванням впливу реабілітаційного середовища та міждисциплінарної взаємодії. Уточнено та доповнено уявлення про чинники психічного благополуччя цієї категорії пацієнтів, зокрема визначено роль когнітивних установок, рівня прийняття травми та соціальної підтримки як ключових складових адаптації.

Емпірично вивчено особливості психоемоційного стану осіб з ампутованими кінцівками із застосуванням валідних психодіагностичних методик (GAD-7, PHQ-9, методики Спілбергера–Ханіна, SSS-8), що дозволило виявити підвищені рівні тривожності, депресивних проявів та соматичних симптомів на початкових етапах реабілітації, а також їх статистично значуще зниження у процесі відновлення. Поглиблено розуміння впливу реабілітаційного середовища як чинника стабілізації психічного стану та формування адаптаційних механізмів.

Розроблено програму психологічної підтримки та відновлення психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками, що має поетапну структуру та інтегрована у діяльність мультидисциплінарної команди, а також сформульовано практичні рекомендації щодо оптимізації психологічного супроводу у реабілітаційних закладах.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що результати емпіричного дослідження особливостей психічного здоров'я осіб з

ампутованими кінцівками можуть бути використані у медичній, психологічній та освітній практиці. Отримані дані можуть застосовуватися лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, психологами та психотерапевтами з метою підвищення ефективності реабілітаційного процесу, зокрема для своєчасного виявлення порушень психоемоційного стану, індивідуалізації реабілітаційних заходів та розробки програм психологічної підтримки пацієнтів. Запропоновані у роботі підходи та рекомендації можуть бути використані при створенні та впровадженні тренінгових програм, спрямованих на зниження рівня тривожності, депресивних проявів, покращення адаптації та підвищення якості життя осіб з ампутованими кінцівками.

Крім того, результати дослідження можуть бути використані у діяльності закладів охорони здоров'я для удосконалення організації психологічного супроводу пацієнтів у реабілітаційному процесі, а також у роботі мультидисциплінарних команд. Матеріали дослідження можуть бути впроваджені в освітній процес закладів вищої освіти під час викладання навчальних дисциплін «Громадське здоров'я», «Психологічна реабілітація», «Психічне здоров'я», «Психологія здоров'я», «Кризові стани» та інших, пов'язаних із проблематикою психічного здоров'я та реабілітації.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст роботи викладений з 4 по 72 сторінку.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

1.1 Поняття психічного здоров'я у психологічній науці та теоретичні засади реабілітації

Психічне здоров'я є однією з фундаментальних категорій сучасної психологічної науки, проте його розуміння залишається предметом наукової дискусії. У загальному вигляді психічне здоров'я доцільно трактувати як динамічну систему, що забезпечує здатність людини жити, діяти і відновлюватися в умовах змін. У сучасному розумінні це не лише відсутність психічних розладів, а здатність реалізовувати власний потенціал, справлятися зі стресами, навчатися й працювати та підтримувати зв'язок зі спільнотою. Саме таке функціональне визначення задає орієнтир для того, що реально має відновлюватися в процесі допомоги: не абстрактний стан, а здатність людини повноцінно функціонувати у власному житті. [58]

Із метою систематизації сучасних наукових підходів до розуміння психічного здоров'я різними дослідниками та організаціями подаємо узагальнену таблицю, у якій відображено основні трактування поняття та їх ключові акценти (табл. 1.1)

Таблиця 1.1

Аналіз підходів до розуміння поняття психічного здоров'я у сучасній науці

Дослідник / організація	Розуміння психічного здоров'я	Ключова ознака поняття
ВООЗ (2001, 2022)	Стан благополуччя, у якому людина реалізує власний потенціал, долає звичайні життєві стреси, продуктивно працює та робить внесок у суспільство. Не лише відсутність хвороби, а	Позитивне функціонування та соціальна участь

	позитивна здатність до функціонування	
Р. Лазарус, С. Фолкман (1984)	Психічне здоров'я як результат успішного копіngu - когнітивної оцінки стресора та мобілізації ресурсів. Здорова особистість здатна гнучко адаптуватися до вимог середовища	Копінг-ресурси та когнітивна оцінка ситуації
А. Антоновський (1979)	Салютогенна модель: психічне здоров'я визначається «почуттям узгодженості» - відчуттям осмисленості, керованості та зрозумілості власного життя. Акцент на ресурсах, а не на патології	Почуття узгодженості як ресурс здоров'я
О. Чабан, О. Хаустова (2019)	Психічне здоров'я у взаємозв'язку з соматичним станом; психотравма як чинник, що порушує систему самосприйняття, безпеки й контролю над життям	Психосоматична єдність; вплив травми на здоров'я
О. Б. Єгорова (2019)	Психологічна реабілітація як багаторівневий процес відновлення психічних функцій, особистісних властивостей, діяльності та системи відносин людини в суспільстві	Відновлення функціонування і соціальних ролей
Л. М. Гридковець (2015)	Психічне здоров'я крізь призму особистісної кризи: здатність людини трансформувати травматичний досвід і зберігати цілісність	Особистісна цілісність і трансформація досвіду

	ідентичності в умовах екстремальних обставин	
А. Ю. Гільман (2023, 2024)	Психічне здоров'я постраждалих внаслідок війни - багатовимірний феномен, що поєднує емоційну, когнітивну та поведінкову складові; відновлення потребує системного психологічного супроводу	Системний психологічний супровід в умовах війни
ICF / ВООЗ (2001)	Функціональна модель: психічне здоров'я розглядається через взаємодію стану організму з контекстом (бар'єри, підтримка, соціальні ролі); прогрес визначається участю в житті, а не лише симптомами	Взаємодія стану людини з середовищем та бар'єрами

Узагальнюючи наведені підходи, можна зазначити, що більшість дослідників розглядають психічне здоров'я не як статичний стан або відсутність симптомів, а як динамічний ресурс особистості, що проявляється у здатності адаптуватися, функціонувати та підтримувати соціальні зв'язки. Спільною ознакою більшості підходів є акцент на активній ролі особистості у збереженні власного психічного здоров'я та на значущості зовнішнього середовища і підтримки як ресурсів відновлення. [58; 26]

Якщо розглядати психічне здоров'я як систему, а не як формальну «етикетку» - здоровий або нездоровий, - тоді реабілітація стає ключовою категорією, яка описує механізм повернення цієї системи до працездатності. Важливо розрізнити: реабілітація - це не один метод і не один фахівець, а процес, у якому людина поступово відновлює або перебудовує способи саморегуляції, відносин, діяльності й життєвих смислів. У реабілітаційній психології

підкреслюється, що вона є частиною ширшого реабілітаційного комплексу, який включає медичну, професійну, психосоціальну та психологічну складові. [9]

Психологічна реабілітація в наукових джерелах визначається як система заходів і впливів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і станів, а також на відновлення діяльності та системи відносин людини, що забезпечують її успішне функціонування в суспільстві. Це визначення принципове, бо воно переносить фокус із суб'єктивних переживань на те, що є вирішальним для психічного здоров'я: здатність людини бути включеною в життя, виконувати рольові функції та підтримувати соціальну взаємодію. [9]

З аналітичного погляду реабілітацію можна розуміти як процес переходу від дезорганізації, коли ресурси та спосіб життя людини перестають відповідати новій реальності, до нової організованості, коли формується стабільний спосіб жити в нових умовах. Принципова різниця між «повернути як було» і «зробити так, щоб працювало тепер» особливо виразно проявляється в ситуаціях різкої зміни життя: тяжке соматичне захворювання, ампутація, бойова травма. У таких випадках психічне здоров'я виявляється не у відсутності переживань, а у здатності зберігати керованість власним життям: планувати, відновлювати зв'язки, адаптувати поведінку, формувати нові навички, приймати підтримку і поступово виходити з хаосу. У цьому сенсі реабілітація - це організований шлях до відновлення керованості, а не просто полегшення симптомів.

В навчально-методичних матеріалах з реабілітаційної психології підкреслюється значення співпраці всіх учасників реабілітаційного процесу, прозорості цілей, пояснення суті й послідовності заходів для самої людини, а також роль груп підтримки та взаємодопомоги як чинника залучення і мотивування. Це свідчить про те, що реабілітація - це не «кабінетна психологія», а соціально-організаційний процес, де психічне здоров'я підтримується через включення людини в структуру допомоги і поступове відновлення активності. [8]

Реабілітаційний процес майже завжди охоплює мінімум три послідовні рівні. Перший - стабілізаційний, ключова мета полягає в тому, щоб людина знову отримала базову опору у повсякденності, таку як нормалізація сну, відновлення

контролю над напругою, елементарні навички самопомоги. Другий - відновлювальний, розширюється поведінковий репертуар і повертається здатність діяти - комунікація, участь у реабілітаційних активностях, поступове відновлення соціальних ролей. Третій - інтеграційний, досвід втрати або травми перестає «керувати життям», а стає частиною життєвої історії без руйнування ідентичності - з'являються довгострокові цілі й відчуття майбутнього. [18]

Окремо слід зазначити, що реабілітація в сучасних міжнародних рамках не зводиться до лікування наслідків, а мислиться як стратегія відновлення функціонування. Саме тому в практиці реабілітації широко застосовується логіка ICF (Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я), де увага переноситься на взаємодію стану людини з контекстом і середовищем: бар'єрами, підтримкою, доступністю, соціальними ролями. Для психічного здоров'я це означає конкретну практичну річ: психологічний прогрес людини нерідко блокується не внутрішніми проблемами, а зовнішніми бар'єрами - стигматизацією, соціальною ізоляцією, неадаптованими ролями в сім'ї, - і тоді реабілітація має включати роботу із самим середовищем. [59]

Ще один важливий аспект - зв'язок реабілітації з психологічною травмою як подією, що порушує психічне здоров'я і запускає довготривалу дезадаптацію. У працях О. С. Чабана психотравма описується як вплив особистісно значущих інтенсивних несприятливих чинників, що завдають шкоди психічному здоров'ю та можуть спричиняти психічні розлади. Для осіб з ампутованими кінцівками, особливо внаслідок бойових дій, це вкрай актуально: водночас змінюється тіло, руйнується звичний спосіб життя і порушується базова система самосприйняття, безпеки й контролю - тобто саме ті складові, що є ядром психічного здоров'я. [22]

Важливо підкреслити, що в умовах повномасштабної війни в Україні питання психічного здоров'я постраждалих набуває особливої актуальності. А. Ю. Гільман у своїх дослідженнях підкреслює, що психічне здоров'я осіб, постраждалих внаслідок війни, є багатовимірним феноменом, що поєднує емоційну, когнітивну та поведінкову складові, а його відновлення потребує

системного та індивідуалізованого психологічного супроводу. Схожу позицію обстоює і Н. П. Кулеша, наголошуючи на необхідності врахування когнітивного виміру реабілітації - відновлення не лише емоційного стану, а й здатності людини осмислювати свій досвід і будувати нові життєві стратегії. [40; 46; 17]

Таким чином, реабілітація є не додатком до лікування, а рамкою, в якій відновлюється психічне здоров'я. Вона має бути комплексною, інтегративною та зрозумілою для самої людини. Результат реабілітації оцінюється не лише за рівнем симптомів, а передусім за поверненням функціонування, соціальних ролей, активності й участі у житті. Саме такий підхід відповідає сучасному розумінню психічного здоров'я як здатності жити і діяти, а не як формальної норми.

1.2 Психологічні наслідки ампутації: емоційні, когнітивні та поведінкові прояви

Ампутація кінцівки є не лише тяжкою соматичною подією, а й глибоким психологічним потрясінням, яке істотно впливає на психічне здоров'я особистості. У психологічній науці ампутація розглядається як комплексна травматична подія, що поєднує фізичну втрату, різку зміну способу життя та руйнування звичних уявлень людини про власне тіло, можливості й майбутнє. Саме тому психологічні наслідки ампутації не можуть бути зведені лише до окремих емоційних реакцій, а потребують аналізу в ширшому контексті психічного здоров'я та реабілітаційного процесу. За даними Руденко Є. та Асонова Д., у 66% осіб з ампутуваними кінцівками клінічно діагностуються психічні розлади відповідно до МКХ-10, а депресивна симптоматика спостерігається у 60% пацієнтів. [17]

У працях з реабілітаційної психології підкреслюється, що ампутація виступає подією, яка порушує базове відчуття тілесної цілісності та контролю над власним життям. О. Б. Єгорова зазначає, що втрата кінцівки часто супроводжується глибокою кризою ідентичності, оскільки тіло є важливим

компонентом образу «Я», а його раптова зміна потребує тривалого психологічного переосмислення. Важливо враховувати, що психологічні наслідки суттєво різняться залежно від причини ампутації: особи, які втратили кінцівку внаслідок бойових дій, стикаються з подвійною психотравматизацією - поєднанням фізичної втрати з бойовим стресом, що значно ускладнює процес адаптації. [8; 19;13]

Для систематизації психологічних наслідків ампутації доцільно розглядати їх у трьох взаємопов'язаних сферах: емоційний, когнітивний та поведінковий (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Психологічні наслідки ампутації у трьох сферах функціонування особистості

Сфера	Основні прояви	Можливі наслідки за відсутності підтримки
Емоційна	Шок, страх, гнів, сором, провина, тривога, переживання втрати, депресивні реакції, фантомний біль як психосоматичний прояв	Стійкі тривожні та депресивні розлади, ПТСР, соціальна стигматизація, зниження якості життя
Когнітивна	Негативна схема тіла, катастрофізація майбутнього, відчуття неповноцінності та втрати автономії, песимістичні очікування, знижена самоефективність	Порушення мотивації до реабілітації, відмова від протезування, соціальна пасивність, труднощі з прийняттям рішень
Поведінкова	Соціальна ізоляція, уникнення контактів, відмова від реабілітаційних програм; або гіперкомпенсація - надмірне доведення власної спроможності	Поглиблення дезадаптації, виснаження ресурсів, погіршення фізичного та психічного стану

Емоційні прояви після ампутації є одними з найбільш очевидних і водночас складних для психологічної корекції. У наукових джерелах описується широкий спектр емоційних реакцій: шок, страх, гнів, почуття втрати, сором, провина та тривога. За спостереженнями О. С. Чабана, емоційні реакції на травму ампутації можуть змінюватися хвилеподібно, що ускладнює процес стабілізації психічного стану. При цьому важливо зазначити, що такі емоційні переживання не є патологічними самі по собі, однак за відсутності належної психологічної підтримки можуть призводити до стійких порушень психічного здоров'я, зокрема до генералізованої тривожності, депресії та ПТСР. [23]

Особливе місце серед емоційних наслідків ампутації займає переживання втрати, яке за своєю психологічною природою близьке до процесу горювання. У навчально-методичних матеріалах з теорії та практики психологічної допомоги наголошується, що втрата кінцівки часто переживається як втрата частини себе, що запускає послідовні фази психологічного реагування. Кравченко К. та Жаленко Л. у своєму теоретичному огляді зазначають, що Коаліція людей з ампутованими кінцівками (США) виділяє шість етапів відновлення: від витривалості й страждання - через примирення та нормалізацію - до процвітання, яке досягається через усвідомлення власних ресурсів. [18; 13]

Перебіг процесу горювання є глибоко індивідуальним і значною мірою залежить від ресурсів особистості, умов реабілітації та наявності соціальної підтримки. Для розуміння динаміки психологічних реакцій і планування реабілітаційного супроводу доцільно розглянути основні фази переживання втрати при ампутації (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Фази переживання втрати при ампутації та завдання психологічного супроводу

Фаза	Психологічний зміст	Типові прояви у пацієнтів з ампутацією	Завдання реабілітаційного супроводу
1. Заперечення	Психологічний захист від усвідомлення повноти втрати; відчуття нереальності	«Все буде як раніше», нереалістичні очікування щодо відновлення, заперечення обмежень	Встановлення безпечного контакту, нормалізація реакцій
2. Гнів	Пошук «винних», протест проти ситуації, емоційна нестабільність	Роздратування, агресія на медперсонал, близьких; відчуття несправедливості	Підтримка безпечного вираження емоцій, психоедукація
3. Торг	Спроби «домовитися» зі ситуацією; пошук альтернативних рішень	«Якщо я буду старатися - все повернеться»; нереалістичні надії на повне відновлення	Реалістичне цілепокладання, мотиваційна робота
4. Депресія	Усвідомлення незворотності втрати; зниження активності, апатія	Зниження мотивації до реабілітації, відмова від вправ, соціальна ізоляція	Психотерапевтична підтримка, залучення до групової роботи
5. Прийняття	Інтеграція досвіду втрати в нову ідентичність; формування нових цілей	Активна участь у реабілітації, прийняття протезу, відновлення соціальних зв'язків	Ресурсна робота, підтримка нових цілей і ролей

Наведена схема фаз горювання є орієнтовною, адже реальний перебіг процесу переживання втрати рідко є лінійним. Пацієнти можуть повертатися до попередніх фаз, переживати кілька фаз одночасно або «застрягати» на певному етапі. Саме тому завдання психологічного супроводу полягає не в тому, щоб «прискорити» проходження фаз, а в тому, щоб підтримати особистість у кожній із них, не залишаючи її наодинці з переживаннями. [18; 17]

Поряд з емоційними змінами суттєвих трансформацій зазнає когнітивна сфера. Когнітивні наслідки ампутації проявляються передусім у зміні уявлень людини про себе, своє тіло та власні можливості. У посібниках з роботи з травмами війни підкреслюється, що після ампутації у багатьох осіб формується негативна когнітивна схема, пов'язана з відчуттям неповноцінності, втрати автономії та зниженням контролю над власним життям. Такі переконання суттєво знижують рівень психічного здоров'я, оскільки негативно впливають на мотивацію до реабілітації та соціальної активності. [11]

Когнітивні спотворення після ампутації часто стосуються прогнозування майбутнього. Особи з ампутованими кінцівками можуть демонструвати тенденцію до катастрофізації, узагальнення негативного досвіду та формування песимістичних очікувань щодо якості життя. Руденко Є. та Асонов Д. вказують на те, що два когнітивних переконання - катастрофічне мислення та когнітивне злиття - можуть суттєво вплинути на довгострокове психічне здоров'я після травматичної події, оскільки особи з такими особливостями демонструють найвищий рівень інтенсивності болю та інвалідизації. За даними матеріалів з психологічної реабілітації військовослужбовців, такі когнітивні зміни значно ускладнюють процес відновлення психічного здоров'я. [17; 10]

Важливим когнітивним аспектом є також зміна схеми тіла. Порушення сприйняття тілесної цілісності та самоідентифікації є закономірним явищем після ампутації. Люди з негативним уявленням про своє тіло частіше демонструють симптоми депресії та тривожності, а також схильні до соціальної ізоляції внаслідок соціальної стигматизації. Дослідження показують, що більшість осіб з ампутованими кінцівками бачать свої тіла у снах як інтактні навіть через

десятиліття після ампутації, що відображає глибинний психологічний конфлікт між новою тілесною реальністю та внутрішнім образом себе. [17]

Поведінкові прояви психологічних наслідків ампутації є логічним продовженням емоційних і когнітивних змін. У реабілітаційній психології наголошується, що після ампутації у поведінці людини можуть спостерігатися як пасивні (соціальна ізоляція, уникнення контактів, зниження активності, відмова від участі у реабілітаційних програмах), так і надмірно компенсаторні стратегії. До останніх належать гіперкомпенсація - надмірне прагнення довести власну спроможність або заперечення реальних обмежень. Хоча такі реакції на перший погляд виглядають адаптивними, у довготривалій перспективі вони призводять до виснаження ресурсів і зростання внутрішньої напруги. [9]

Особливо важливим є вплив поведінкових стратегій на перебіг реабілітації. Беспаленко А.А. зі співавторами, аналізуючи 51 пацієнта з ампутацією серед учасників АТО/ООС, встановили, що порушення адаптації та депресивні розлади спостерігалися у 56,8% досліджуваних, що безпосередньо ускладнювало реабілітаційний процес. Ці дані підтверджують: поведінкові прояви дезадаптації не є ізольованими симптомами, а відображають системну реакцію психіки на травматичний досвід. [3]

Фантомний біль як особлива форма психосоматичного реагування заслуговує окремої уваги. Він спостерігається у 57% пацієнтів з ампутаціями і є не лише фізичним відчуттям, а й психологічним феноменом, пов'язаним із реорганізацією нервової системи та порушенням схеми тіла. Дослідження підтверджують двонаправлену кореляцію між стресом і фантомним болем: стрес посилює біль, а біль, своєю чергою, посилює психологічне напруження, замикаючи патологічне коло. Саме тому психологічна робота з фантомним болем є обов'язковим компонентом реабілітаційного супроводу. [17; 3]

Слід підкреслити, що характер і тяжкість психологічних наслідків ампутації визначаються рядом чинників: причиною ампутації (бойова травма чи захворювання), рівнем і типом ампутації (одно- чи двобічна, верхня чи нижня кінцівка), віком пацієнта, рисами особистості, наявністю соціальної підтримки та доступністю психологічної допомоги. За даними досліджень, ампутація верхньої

кінцівки частіше асоціюється з ПТСР та депресією, ніж нижньої, оскільки верхня кінцівка відіграє ключову роль у самовираженні, самообслуговуванні та спілкуванні.

Аналіз психологічних наслідків ампутації дозволяє зробити висновок, що емоційні, когнітивні та поведінкові прояви тісно взаємопов'язані та формують єдину систему впливу на психічне здоров'я особистості. Саме тому у працях з реабілітаційної психології підкреслюється необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги особам з ампутованими кінцівками, який передбачає одночасну роботу з емоційними переживаннями, когнітивними переконаннями та поведінковими стратегіями. Розуміння психологічних наслідків ампутації є необхідною теоретичною основою для подальшого аналізу реабілітаційного процесу та розробки ефективних програм психологічної підтримки.

1.3 Чинники психічного благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками

Психічне благополуччя осіб з ампутованими кінцівками формується під впливом сукупності взаємопов'язаних чинників, які визначають здатність людини адаптуватися до змінених життєвих умов, зберігати психологічну рівновагу та підтримувати прийнятний рівень функціонування у повсякденному житті. У контексті реабілітаційного процесу психічне благополуччя доцільно розглядати як динамічний показник психічного здоров'я, що відображає результат взаємодії особистісних ресурсів пацієнта, умов реабілітації та соціального середовища. Саме тому аналіз чинників психічного благополуччя є важливим теоретичним підґрунтям для розуміння ефективності реабілітаційних втручань. [8]

У наукових джерелах з реабілітаційної психології підкреслюється, що психічне благополуччя після ампутації не є автоматичним наслідком фізичного відновлення або протезування. О. Б. Єгорова зазначає, що навіть за умови задовільного соматичного стану психічне благополуччя може залишатися порушеним, якщо особистість не інтегрувала досвід втрати у власну життєву історію та не відновила відчуття контролю над власним життям. Це свідчить про

те, що ключову роль у збереженні психічного благополуччя відіграють не лише медичні, а й психологічні та соціальні чинники. [8]

"Для системного аналізу чинники психічного благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками доцільно класифікувати за чотирма групами: особистісні, соціальні, медичні та організаційні (табл. 1.4). Запропонована класифікація розроблена на основі узагальнення наукових підходів О. Б. Єгорової до структури реабілітаційного процесу, даних огляду Руденко Є. та Асонова Д. щодо чинників психологічних наслідків ампутації, а також досліджень А. Ю. Гільман у сфері психологічного супроводу постраждалих внаслідок війни. Кожна група охоплює як чинники ризику, що погіршують психічне благополуччя, так і захисні чинники, що сприяють його збереженню та відновленню." [8; 40; 17]

Таблиця 1.4

Класифікація чинників психічного благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками

Група чинників	Чинники ризику (негативний вплив)	Захисні чинники (позитивний вплив)	Приклади у пацієнтів з ампутацією
Особистісні	Негативна схема тіла, катастрофізація, дезадаптивні копінг-стратегії, попередня схильність до тривоги/депресії	Психологічна гнучкість, саморегуляція, оптимізм, адаптивний копінг, резилієнтність	Здатність переформулювати досвід втрати, готовність освоювати протез, активна участь у реабілітації
Соціальні	Соціальна ізоляція, стигматизація, відсутність підтримки, зміна соціальних ролей	Підтримка сім'ї та близьких, реабілітаційна команда, групи взаємопідтримки, соціальне включення	Участь ветеранів у групах підтримки, залучення родини до реабілітації, відновлення трудової діяльності

Медичні та фізичні	Фантомний біль, ускладнення загоєння, обмежена рухливість, відмова від протезування	Ефективне знеболення, рання протезна реабілітація, фізична терапія, нутритивна підтримка	Своєчасне залучення фізичного терапевта, компресійна терапія кукси, навчання ходьбі на протезі
Організаційні	Відсутність чіткої структури реабілітації, нестача психологів, низька доступність послуг	Мультидисциплінарна команда, індивідуальна програма реабілітації (ІПР), безперервність супроводу	МДК у госпіталі: лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог - узгоджена робота

Наведена класифікація засвідчує, що психічне благополуччя є багаторівневим феноменом, на який одночасно впливають чинники різних рівнів - від внутрішньоособистісних до організаційно-системних. Розуміння цього дозволяє формувати реабілітаційні стратегії, спрямовані не лише на усунення ризиків, а й на цілеспрямоване посилення захисних чинників.

До чинників, які найбільш суттєво негативно впливають на психічне благополуччя, належать передусім індивідуально-психологічні особливості переживання травми. У працях О. С. Чабана наголошується, що непропрацьований травматичний досвід, пов'язаний з ампутацією, може призводити до хронічної психічної напруги, порушення почуття безпеки та стійкого зниження якості психічного життя. Особливо вразливими є особи, у яких ампутація поєднується з бойовою психотравмою або тривалим перебуванням у стресових умовах, що підвищує ризик формування стійких порушень психічного здоров'я. [23]

Важливим чинником, що впливає на психічне благополуччя, є стан когнітивної сфери. Руденко Є. та Асонов Д. виокремлюють низку

особистісних характеристик, що визначають тип психологічних реакцій після ампутації:

- *риса особистості* - нарцисичні особистості сприймають ампутацію як удар по самооцінці, особи із залежними рисами можуть «вітати» роль пацієнта;
- *копінг-стратегії* - адаптивні пов'язані з оптимізмом і активністю, дезадаптивні з невротизмом і пасивністю;
- *наявність соціальної підтримки.*

Дезадаптивні когнітивні установки - зокрема відчуття власної неспроможності, соціальної непотрібності або втрати життєвих перспектив - суттєво знижують рівень психічного благополуччя та ускладнюють реабілітаційний процес. [10]

Поведінкові прояви також відіграють значну роль у формуванні психічного благополуччя. У реабілітаційній психології звертається увага на те, що уникання соціальних контактів, зниження активності та відмова від участі в реабілітаційних заходах можуть призводити до поглиблення психологічної дезадаптації. У цьому випадку поведінкові реакції стають не лише наслідком зниженого психічного благополуччя, а й чинником його подальшого погіршення, формуючи замкнене коло психологічних труднощів.

Водночас у наукових джерелах виокремлюється низка чинників, які сприяють збереженню та підвищенню психічного благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками. Одним із ключових захисних чинників є наявність особистісних ресурсів: здатність до саморегуляції, психологічна гнучкість, оптимізм і готовність до прийняття змін. Як зазначає О. Б. Єгорова, розвиток цих ресурсів у процесі психологічної реабілітації дозволяє пацієнтам поступово відновлювати відчуття внутрішньої опори та суб'єктивного контролю над власним життям. Дослідження підтверджують, що активні,

проблемно-орієнтовані копінг-стратегії є предикторами посттравматичного зростання навіть після таких важких подій, як ампутація кінцівки. [8; 13]

Значущим захисним чинником психічного благополуччя є соціальна підтримка - з боку сім'ї, близького оточення та реабілітаційної команди. Руденко Є. та Асонов Д. підкреслюють, що соціальні фактори та середовище в контексті інвалідності є більш вагомими у процесі адаптації, ніж вплив безпосередньо фізичної вади. Батьки та діти зазвичай є основним джерелом підтримки для осіб, що перенесли ампутацію, а їхня залученість до реабілітаційного процесу суттєво покращує як фізичну, так і емоційну адаптацію пацієнта. Гільман А.Ю. наголошує, що психологічний супровід постраждалих внаслідок війни має враховувати ресурс сімейної підтримки як один із ключових компонентів відновлення. [40; 17]

Важливу роль у формуванні психічного благополуччя відіграє організація реабілітаційного процесу. Беспаленко А.А. зі співавторами обґрунтовують, що алгоритм реабілітації пацієнтів з ампутацією повинен передбачати мультипрофесійний підхід, ранній початок реабілітації та індивідуальну програму відновлення (ІПР), яка враховує не лише фізичний стан, а й психологічні особливості та потреби пацієнта. Чітка структура реабілітації, зрозумілі цілі та послідовність етапів сприяють зниженню тривожності та підвищенню довіри пацієнта до процесу допомоги, а відтак - реабілітаційний процес сам по собі може виступати захисним чинником психічного благополуччя. [3]

Суттєвим медичним чинником психічного благополуччя є управління фантомним болем. Бражанюк А. та Серман С. зазначають, що психологічна підтримка є невід'ємним компонентом допротезної реабілітації, а методи дзеркалотерапії та психологічної саморегуляції довели свою ефективність у зниженні фантомного болю і тим самим - у поліпшенні психоемоційного стану пацієнтів. Нутритивна підтримка, яка забезпечує відновлення м'язової маси та

загального функціонального стану, також опосередковано впливає на психічне благополуччя, оскільки фізичний прогрес стає джерелом мотивації та впевненості. [5;2]

Окремо слід відзначити значення *прийняття ампутації як життєвого факту* - важливого психологічного процесу, що лежить в основі формування нової ідентичності. У працях О. С. Чабана наголошується, що психічне благополуччя значною мірою залежить від того, чи здатна особистість інтегрувати досвід втрати у власну ідентичність без руйнування образу «Я». Прийняття не означає відмову від емоційних переживань, а передбачає формування нового ставлення до себе та власного життя. Кравченко К. та Жаленко Л. зауважують, що рівень депресії та тривоги у пацієнтів з ампутацією залишається відносно високим до двох років після травми, проте згодом може знижуватися до загально популяційних норм за умови ефективного психологічного супроводу. [13; 2]

Психічне благополуччя пацієнтів з ампутованими кінцівками є результатом складної взаємодії чинників різних рівнів - особистісних, соціальних, медичних та організаційних. Усвідомлення ролі цих чинників дозволяє розглядати психічне благополуччя не як випадковий результат реабілітації, а як цілеспрямовано сформований показник ефективності психологічної допомоги. Саме комплексне врахування як чинників ризику, так і захисних чинників є основою побудови ефективних реабілітаційних програм та психологічного супроводу осіб з ампутованими кінцівками.

1.4 Психологічні умови реабілітаційного процесу осіб з ампутованими кінцівками

Реабілітаційний процес осіб з ампутованими кінцівками має виразну психологічну специфіку, що зумовлює необхідність його аналізу не лише з позицій етапності чи змісту допомоги, а й через призму умов, у яких

відбувається відновлення психічного здоров'я. У науковій психологічній та реабілітаційній літературі поняття «умови» розглядається як сукупність внутрішніх і зовнішніх обставин, за яких певний процес може реалізовуватися, розвиватися або, навпаки, зазнавати ускладнень. У цьому контексті умови реабілітаційного процесу не є фоновими або другорядними, а виступають одним із визначальних чинників ефективності відновлення психічного здоров'я. Загалом ці умови можна згрупувати у чотири взаємопов'язані блоки:

- ❖ внутрішні психологічні,
- ❖ соціально-психологічні,
- ❖ організаційно-психологічні,
- ❖ середовищні.

Внутрішні психологічні умови є базовими, оскільки визначають саму можливість участі пацієнта у реабілітаційному процесі. До них належать готовність до змін, рівень прийняття втрати, наявність мотивації до відновлення, сформованість копінг-стратегій та відчуття суб'єктивного контролю над ситуацією. У реабілітаційній психології зафіксовано закономірність: без внутрішньої готовності пацієнта навіть добре організована реабілітація залишається малоефективною, оскільки психічне здоров'я в такому разі не має внутрішньої опори для відновлення. Дослідження підтверджують, що оцінка мотивації є критично важливим діагностичним кроком - пацієнти з її низьким рівнем потребують цілеспрямованої психологічної роботи перш ніж зможуть повноцінно включитися у фізичний та соціальний аспекти відновлення.

Особливе місце серед внутрішніх умов посідає *прийняття ампутації як факту власного життя*. Неприйняття втрати підтримує хронічну внутрішню напругу, фіксує особистість на травматичному досвіді та блокує здатність до адаптації. Натомість прийняття - це не відмова від переживань і не байдужість, а інтеграція досвіду втрати в структуру особистості без руйнування образу

«Я». Саме цей психологічний процес є ключовою внутрішньою умовою стабілізації психічного здоров'я. Дослідження у сфері психологічної реабілітації постраждалих внаслідок війни свідчать, що робота з прийняттям нової тілесної та соціальної реальності має бути окремим і цілеспрямованим компонентом відновлення, а не залишатися на периферії реабілітаційного процесу. [23; 40]

Соціально-психологічні умови охоплюють характер взаємодії пацієнта з реабілітаційною командою, стиль комунікації, рівень довіри та емоційну безпеку у стосунках. Підтримувальний, некатегоричний стиль взаємодії створює передумови для зниження тривожності та підвищення залученості до реабілітації, що безпосередньо впливає на відновлення психічного здоров'я. Водночас соціальна підтримка з боку сім'ї та близького оточення є самостійною і вкрай значущою умовою: вона знижує ризик соціальної ізоляції, допомагає зберегти соціальні ролі та підтримує відчуття включеності у спільноту. Дослідні дані фіксують, що 67% пацієнтів з ампутацією зацікавлені в отриманні психологічних послуг під час реабілітації, однак реально психолог залучений лише у кожному третьому закладі - що є серйозним дефіцитом саме соціально-психологічних умов. Вивчення великої когорти пацієнтів після ампутації кінцівок також показало, що втрата кінцівки запускає каскад соціальних змін: більш сидячий спосіб життя, зниження здатності до самообслуговування та зростання ризику соматичних ускладнень - що підтверджує нерозривний зв'язок між соціальним середовищем і загальним станом здоров'я. [29; 33]

Організаційно-психологічні умови визначають структурованість і передбачуваність реабілітаційного процесу. Чітка послідовність етапів, зрозумілі цілі та реалістичні очікування відіграють роль, що виходить далеко за межі адміністративного планування: вони відновлюють у пацієнта відчуття контролю та передбачуваності - базові психологічні потреби, порушені

внаслідок травматичної ампутації. Аналіз практики реабілітації учасників бойових дій з ампутаціями засвідчує, що алгоритм відновлення повинен включати диференційований індивідуальний підхід, ранній початок реабілітації та мультипрофесійну взаємодію команди на основі індивідуальної програми реабілітації. Хаотичність або відсутність чіткої логіки реабілітаційних заходів, навпаки, підвищує рівень тривоги та сприяє формуванню відчуття безпорадності. В умовах України, де за 2022-2024 роки проведено понад 93 тисячі ампутацій, стандартизація реабілітаційних маршрутів у рамках Програми медичних гарантій стала важливим кроком до вирівнювання організаційно-психологічних умов відновлення [8; 3;2].

Середовищні умови реабілітаційного процесу охоплюють фізичну доступність реабілітаційних закладів, відсутність соціальної стигматизації, наявність адаптованого середовища та допоміжних технологій, а також можливість відновлення трудової та соціальної активності. Відповідно до логіки ICF, зовнішні бар'єри - стигма, недоступне середовище, обмежені можливості для повернення до праці - здатні блокувати психологічний прогрес навіть за умови успішної фізичної реабілітації. Усунення середовищних бар'єрів є тому не другорядним технічним завданням, а повноцінною психологічною умовою відновлення: людина, яка відчуває себе виключеною з суспільства через недоступність середовища чи стигму, не може повноцінно інтегрувати новий досвід і збудувати нову ідентичність.

Усі чотири групи умов взаємопов'язані та діють у комплексі. Дефіцит будь-якої з них здатен суттєво знизити ефективність реабілітаційного процесу навіть за умови добре організованих решти складових. Зокрема, процедурна впорядкованість і ритмічність кроків у реабілітації самі по собі мають терапевтичний ефект, оскільки повертають людині відчуття керованості власним відновленням - і цей аспект набуває особливого значення у роботі з

особами, психічне здоров'я яких підірване подвійною травматизацією: бойовим досвідом та втратою кінцівки [40].

Таким чином, психологічні умови реабілітаційного процесу осіб з ампутованими кінцівками є багаторівневим феноменом, що охоплює внутрішні, соціальні, організаційні та середовищні виміри. Їх наукове осмислення дозволяє розглядати реабілітацію не лише як набір заходів, а як цілісний, системно організований процес, центральною мет назвию якого є відновлення психічного здоров'я, здатності особистості планувати майбутнє та зберігати відчуття суб'єктивної значущості власного життя.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз проблеми психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу.

Встановлено, що психічне здоров'я розуміється у сучасній науці як динамічний ресурс адаптації - здатність особистості зберігати керованість власним життям в умовах серйозних потрясінь, а не лише відсутність симптомів. Ампутація кінцівки чинить комплексний вплив на психічне здоров'я на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях: у 66% осіб клінічно діагностуються психічні розлади, у 60% - депресивна симптоматика, у 57% - фантомний біль.

Аналіз чинників психічного благополуччя показав, що воно формується під впливом чотирьох груп: особистісних, соціальних, медичних та організаційних. Ключовими захисними чинниками є активні копінг-стратегії, соціальна підтримка та здатність до прийняття нової тілесної реальності. Психологічні умови реабілітаційного процесу - внутрішні, соціально-психологічні, організаційно-психологічні та середовищні - визначають

можливості відновлення психічного здоров'я і є системоутворювальним елементом реабілітації.

Отримані теоретичні узагальнення створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та обґрунтування практичних підходів до психологічної допомоги в умовах реабілітаційного процесу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

2.1 Організація, етапи та методи емпіричного дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу

Емпіричне дослідження психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками було організовано з урахуванням сучасних підходів до вивчення психоемоційного стану пацієнтів у процесі медичної та психологічної реабілітації. Його проведення спрямовувалося на виявлення особливостей психічного стану досліджуваних та оцінку змін, що відбуваються під впливом реабілітаційних заходів.

Дослідження проводилося на базі Комунального підприємства «Рівненський обласний клінічний госпіталь» Рівненської обласної ради - спеціалізованого закладу охорони здоров'я, що забезпечує лікування та реабілітацію військовослужбовців і ветеранів. Вибір саме цієї бази обумовлений тим, що в умовах госпіталю зосереджена значна кількість пацієнтів з наслідками бойових травм, зокрема ампутацій кінцівок, що дозволяє здійснювати комплексне вивчення психічного здоров'я в реальних умовах реабілітаційного процесу. Реабілітаційний процес у закладі організований на засадах мультидисциплінарного підходу та включає роботу лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта та клінічного психолога.

У дослідженні взяли участь 43 особи - ветерани та діючі військовослужбовці, які проходили реабілітацію після перенесених травматичних ампутацій. Усі учасники - чоловіки, що відповідає реальній структурі контингенту пацієнтів із бойовими травмами. Учасники представляли різні регіони України, а також включали окремих громадян інших держав, що брали участь у бойових діях на боці України. Така

різноманітність вибірки дозволила врахувати різні соціальні та життєві контексти, у яких формувався психоемоційний стан пацієнтів.

Соціально-демографічна характеристика вибірки та розподіл за типом ампутації наведені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки дослідження

Показник / Категорія	Кількість осіб (n)	Частка (%)	Примітка
Вік: 18–24 роки	5	11,6	
Вік: 25–34 роки	18	41,9	Найчисленніша група
Вік: 35–44 роки	13	30,2	
Вік: 45–54 роки	5	11,6	
Вік: 55–64 роки	2	4,7	
Стать: чоловіки	43	100,0	Відповідає вибірці дослідження
Тип ампутації: нижня кінцівка (одностороння)	31	72,1	Переважаючий тип
Тип ампутації: верхня кінцівка (одностороння)	5	11,6	
Тип ампутації: обидві нижні кінцівки	5	11,6	

Тип ампутації: множинна (3+ кінцівки / сегменти)	2	4,7	
Причина: бойова травма (мінно- вибухова, вогнепальна)	43	100,0	Уся вибірка
Загалом	43	100,0	

Як свідчать дані таблиці 2.1, за віковою структурою у вибірці переважають особи 25–34 років (41,9%) та 35-44 років (30,2%), що разом становить понад 72% учасників. Це відповідає загальній картині бойових втрат в Україні, де переважна більшість осіб з ампутованими кінцівками - чоловіки активного віку. За типом ампутації домінуючою є одностороння ампутація нижньої кінцівки (72,1%), що узгоджується з даними досліджень, за якими транстибіальні та трансфемуральні ампутації є найпоширенішими наслідками мінно-вибухових поранень. Двобічна ампутація нижніх кінцівок зафіксована у 11,6% учасників, а множинна - у 4,7%, що свідчить про тяжкість травм у досліджуваній групі. Усі учасники отримали ампутацію внаслідок бойової травми, що дозволяє розглядати вибірку як однорідну за причиною ушкодження.

Перед проведенням дослідження було отримано інформовану згоду кожного учасника на участь у дослідженні та обробку персональних даних. Дотримання етичних принципів дослідження - добровільності участі, конфіденційності та анонімності отриманих даних - забезпечувалося на всіх його етапах. Пацієнти були проінформовані про мету дослідження та мали право відмовитися від участі або зупинити її в будь-який момент без жодних наслідків для якості отриманої ними медичної допомоги.

Організація дослідження передбачала три послідовних етапи. *Підготовчий етап* включав аналіз наукових джерел з проблематики психічного здоров'я осіб з ампутаціями, визначення мети та завдань, обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію. *Емпіричний етап* полягав у безпосередньому зборі даних шляхом психодіагностичного обстеження учасників двічі: на початку реабілітаційного процесу та після його завершення. Такий дизайн дослідження («до - після») дозволив не лише зафіксувати вихідний рівень психоемоційного стану, а й простежити динаміку змін під впливом реабілітаційних заходів. *Аналітичний етап* передбачав статистичну обробку отриманих результатів та їх інтерпретацію.

Для дослідження було обрано комплекс психодіагностичних методик, що взаємодоповнюють одна одну та дають можливість всебічно оцінити психічне здоров'я пацієнтів. Характеристика методик наведена у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Психодіагностичні методики дослідження

Методика	Що вимірює	Шкали / показники	Інтерпретація результатів
GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams)	Рівень генералізованої тривоги	Загальний бал 0-21	0–4 - норма; 5-9 - легка; 10–14 - помірна; 15–21 - виражена тривога.
PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, Williams)	Виявлення та оцінка депресивних проявів	Загальний бал 0-27	0–4 - норма; 5-9 - легка; 10-14 - помірна; 15-19 - середньотяжка;

			20-27 - тяжка депресія.
SSS-8 (адаптація Чабана, Хаустової)	Інтенсивність соматичних симптомів	Загальний бал 0-32	0-3 - мінімальний; 4-7 - низький; 8-11 - середній; 12-15 - високий; 16-32 - дуже високий рівень.
Методика Спілбергера–Ханіна (STAI)	Реактивна (ситуативна) та особистісна тривожність	РТ та ОТ, бали 20-80 кожна	До 30 - низька; 31-44 - помірна; 45 і вище - висока тривожність

Шкала генералізованої тривоги GAD-7 (Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W.) є одним із найбільш валідизованих інструментів скринінгу тривожних розладів у клінічній практиці. Вона охоплює 7 пунктів, які відображають частоту тривожних симптомів за останні два тижні, та дозволяє виявити наявність тривожного розладу, так і його ступінь тяжкості. Чутливість та специфічність шкали підтверджені численними дослідженнями у різних клінічних популяціях [22].

Опитувальник депресії PHQ-9 (Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W.) є стандартизованим інструментом для виявлення і кількісної оцінки депресивних проявів, заснованим на критеріях DSM-IV. Він охоплює 9 ключових ознак депресивного епізоду, що дає змогу не лише виявити депресію, а й визначити її ступінь - від легкого до важкого. Методика широко

застосовується у роботі з пацієнтами реабілітаційного профілю та військовими [9].

Шкала соматичних симптомів SSS-8 в адаптації О. Чабана та О. Хаустової дозволяє оцінити суб'єктивну вираженість соматичних скарг, що є важливою складовою психічного здоров'я при роботі з пацієнтами, які перенесли важкі фізичні травми. Соматичні симптоми у цій категорії пацієнтів нерідко мають психосоматичну природу і є непрямим індикатором рівня психологічного напруження [22].

Методика визначення реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) дає змогу диференціювати два принципово різних рівні тривожності: ситуативний (реактивна тривожність як реакція на конкретну ситуацію) та стабільний (особистісна тривожність як стійка риса). Така диференціація є особливо важливою при роботі з пацієнтами реабілітаційного профілю, оскільки дозволяє розрізнити тривожні реакції, зумовлені поточним станом, і більш глибокі особистісні особливості, що потребують окремої психологічної роботи [22].

Аналітичний етап дослідження передбачав обробку отриманих результатів із використанням методів описової та математико-статистичної статистики. Зокрема, розраховувалися середні значення показників та стандартні відхилення, проводився порівняльний аналіз результатів до і після реабілітації за допомогою парного t-критерію Стьюдента, оцінювалася практична значущість виявлених змін через розрахунок розміру ефекту (Cohen's d та Hedges' correction), а також аналізувалися кореляційні зв'язки між показниками. Обробка даних здійснювалася з використанням статистичного пакету SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), що забезпечує точність і об'єктивність статистичного аналізу.

Таким чином, організація емпіричного дослідження ґрунтувалася на поєднанні теоретично обґрунтованого дизайну, валідних психодіагностичних інструментів та сучасних методів статистичної обробки даних. Це дозволило забезпечити комплексне вивчення психічного здоров'я осіб з ампутованими

кінцівками в умовах реабілітаційного процесу та отримати науково обґрунтовані результати, придатні для теоретичних узагальнень і практичних рекомендацій.

2.2 Особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками за результатами емпіричного дослідження

Перед викладом результатів необхідно уточнити дизайн дослідження. Психологічний стан учасників фіксувався двічі - на початку та в кінці реабілітаційного курсу, що відповідає *проспективному спостережному дослідженню з повторними вимірюваннями*. При дослідженні не здійснювалося жодне цілеспрямоване втручання у реабілітаційний процес учасники проходили стандартний курс відновлення, організований закладом. Мета двох вимірювань полягала не в оцінці ефективності конкретної терапевтичної програми, а в *описі природної динаміки психічного здоров'я* пацієнтів в умовах реабілітаційного процесу. Такий підхід є коректним у межах описового та кореляційного дослідницького дизайну і дозволяє отримати реалістичну картину психоемоційного стану осіб з ампутованими кінцівками на різних точках відновлення.

У межах дослідження було здійснено комплексну оцінку психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками з використанням валідних психодіагностичних методик, що дозволило охарактеризувати основні показники психоемоційного стану досліджуваних та простежити їх динаміку в процесі реабілітації. Аналіз результатів проводився поетапно відповідно до застосованих методик.

На першому етапі проаналізовано рівень тривожності досліджуваних за шкалою GAD-7 на початку та в кінці реабілітаційного курсу. Описова статистика наведена у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Описова статистика показників генералізованої тривоги за шкалою
GAD-7**

Показник	N	Мін.	Макс.	Середнє	Стандартне відхилення
GAD-7 до реабілітації	43	0	13	5,44	3,142
GAD-7 після реабілітації	43	0	9	4,05	2,171

Середній показник тривожності на початку реабілітаційного курсу становив 5,44 бала, що відповідає легкому рівню тривожних проявів. Наприкінці курсу цей показник знизився до 4,05 бала - тобто вже знаходиться в межах норми. Слід також відзначити зменшення максимальних значень (з 13 до 9 балів), що вказує на суттєве зниження вираженості тривожних симптомів у пацієнтів із більш високим вихідним рівнем тривоги. Зниження стандартного відхилення з 3,142 до 2,171 свідчить про певну стабілізацію та вирівнювання психоемоційного стану в групі.

Для глибшого розуміння отриманих результатів здійснено розподіл учасників за рівнями тривоги відповідно до діагностичних критеріїв GAD-7 (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл учасників за рівнями генералізованої тривоги (GAD-7)

Рівень тривоги (GAD-7)	До реаб. (n)	До реаб. (%)	Після реаб. (n)	Після реаб. (%)
Відсутня (0-4 бали)	20	46,5	28	65,1

Легка (5-9 балів)	18	41,9	15	34,9
Помірна (10-14 балів)	5	11,6	0	0,0
Виражена (15-21 бал)	0	0,0	0	0,0

Розподіл за рівнями засвідчує виражену позитивну динаміку: частка учасників без клінічно значущих проявів тривоги зросла з 46,5% до 65,1%, тоді як кількість осіб з легкою тривожністю дещо скоротилася (з 41,9% до 34,9%). Найважливішим є повне зникнення групи з помірним рівнем тривоги (11,6% на початку - 0% наприкінці). Ці дані свідчать про те, що реабілітаційний процес супроводжується реальними змінами у психоемоційному стані пацієнтів, хоча частина з них зберігає легкий рівень тривожності, що є закономірним з огляду на тяжкість пережитої травми.

Наступним кроком проаналізовано рівень депресивних проявів за опитувальником PHQ-9. Описова статистика наведена у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

**Описова статистика показників депресивних проявів за
опитувальником PHQ-9**

Показник	N	Мін.	Макс.	Середнє	Стандартн е відхилення
PHQ-9 до реабілітації	43	1	18	7,60	4,583
PHQ-9 після реабілітації	43	2	12	5,60	2,953

Опитувальник PHQ-9 охоплює 9 діагностичних критеріїв депресивного епізоду, що відповідають критеріям DSM-IV: знижений настрій; ангедонія

(втрата інтересу або задоволення); порушення сну; втомлюваність та втрата енергії; зміна апетиту або ваги; відчуття власної нікчемності або провини; труднощі з концентрацією уваги; психомоторне збудження або загальмованість; думки про смерть або самоушкодження. Кожен пункт оцінюється за частотою прояву від 0 («жодного разу») до 3 («майже щодня»). Загальний бал є сумою всіх 9 пунктів і варіює від 0 до 27 [22].

Середній показник депресивних проявів на початку курсу становив 7,60 бала (легкий рівень депресії), а наприкінці знизився до 5,60 бала, що також залишається у межах легкого ступеня, однак відображає позитивну тенденцію. Максимальні значення зменшилися з 18 до 12 балів, що вказує на суттєве покращення стану пацієнтів із вищими вихідними показниками. Зниження стандартного відхилення з 4,583 до 2,953 свідчить про зменшення варіативності в групі - результати стали більш однорідними.

Розподіл учасників за рівнями депресії наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл учасників за рівнями депресивних проявів (PHQ-9)

Рівень депресії (PHQ-9)	До реаб. (n)	До реаб. (%)	Після реаб. (n)	Після реаб. (%)
Відсутня (0-4 бали)	10	23,3	17	39,5
Легка (5-9 балів)	22	51,2	24	55,8
Помірна (10-14 балів)	7	16,3	2	4,7
Середньотяжка (15-19 балів)	4	9,3	0	0,0
Тяжка (20-27 балів)	0	0,0	0	0,0

Дані таблиці 2.6 наочно ілюструють позитивну динаміку: частка осіб без депресивних проявів зросла з 23,3% до 39,5%. Найбільш суттєвою є зміна у

групах з вищими рівнями: кількість учасників з помірною депресією скоротилася з 16,3% до 4,7%, а група з середньотяжкою депресією (9,3% на початку) повністю зникла наприкінці реабілітації. Разом з тим переважна більшість учасників залишилася у групі легкої депресії (51,2% та 55,8% відповідно), що вказує на те, що реабілітаційний процес суттєво знижує тяжкість симптомів, хоча повне подолання депресивних проявів потребує більш тривалого часу і цілеспрямованої психологічної роботи.

Окрему увагу було приділено соматичним проявам, які є важливим індикатором психосоматичного стану пацієнтів, тож було проведено опитування за шкалою соматичних симптомів SSS-8. Описова статистика наведена у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Описова статистика показників соматичних симптомів за шкалою SSS-8

Показник	N	Мін.	Макс.	Середнє	Стандартне відхилення
SSS-8 до реабілітації	43	2	14	8,09	2,926
SSS-8 після реабілітації	43	2	12	6,51	2,374

Середній показник інтенсивності соматичних симптомів на початку реабілітаційного курсу становив 8,09 бала, що відповідає середньому рівню вираженості. Наприкінці курсу показник знизився до 6,51 бала - нижньої межі середнього рівня. Максимальні значення також зменшилися (з 14 до 12 балів). Зниження стандартного відхилення з 2,926 до 2,374 свідчить про більш однорідний розподіл соматичних проявів у групі після реабілітації. Соматичні симптоми у пацієнтів з ампутаціями мають виражену психосоматичну

складову: вони відображають не лише фізичний стан, а й рівень психологічної напруги, тривоги та адаптованості до нових умов.

Розподіл учасників за рівнями соматизації представлено у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Розподіл учасників за рівнями соматичних симптомів (SSS-8)

Рівень соматизації (SSS-8)	До реаб. (n)	До реаб. (%)	Після реаб. (n)	Після реаб. (%)
Мінімальний (0–3 бали)	0	0,0	3	7,0
Низький (4–7 балів)	15	34,9	22	51,2
Середній (8–11 балів)	22	51,2	17	39,5
Високий (12–15 балів)	6	14,0	1	2,3
Дуже високий (16–32 бали)	0	0,0	0	0,0

Розподіл за рівнями свідчить про суттєве покращення: частка учасників із низьким рівнем соматичних симптомів зросла з 34,9% до 51,2%, з'явилася група з мінімальним рівнем (7,0%), якої не було на початку. Водночас частка осіб із середнім рівнем зменшилася з 51,2% до 39,5%, а кількість учасників із високим рівнем скоротилася з 14,0% до 2,3%. Відсутність групи з дуже високим рівнем соматизації на обох точках вимірювання підтверджує, що вибірка характеризувалася помірною вираженістю соматичних симптомів загалом.

В процесі дослідження чимало уваги було приділено аналізу реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності - двох принципово різних компонентів тривожності особистості. Описова статистика представлена у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Описова статистика показників тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна

Показник	N	Мін.	Макс.	Середнє	Стандартне відхилення
РТ (реактивна тривожність) до реаб.	43	23	52	39,28	5,901
РТ (реактивна тривожність) після реаб.	43	27	47	36,60	5,015
ОТ (особистісна тривожність) до реаб.	43	27	48	39,60	4,811
ОТ (особистісна тривожність) після реаб.	43	29	53	37,67	4,539

Середній рівень реактивної тривожності на початку курсу становив 39,28 бала (помірний рівень) і знизився до 36,60 бала наприкінці - також у межах помірною рівня, проте ближче до нижньої межі. Звертає увагу зміщення діапазону: мінімальні значення РТ зросли (від 23 до 27), тоді як максимальні - зменшилися (від 52 до 47), що відображає вирівнювання крайніх проявів ситуативної тривожності у групі. Щодо особистісної тривожності: середній

показник ОТ знизився з 39,60 до 37,67 бала. Важливо, що максимальні значення ОТ дещо зросли (від 48 до 53), що може свідчити про індивідуальні відмінності в адаптаційному процесі окремих учасників. Особистісна тривожність є більш стійкою характеристикою, тому її зміни закономірно менш виражені порівняно з реактивною. Розподіл учасників за рівнями тривожності (РТ та ОТ) наведено у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Розподіл учасників за рівнями реактивної та особистісної тривожності (STAI)

Рівень тривожності (STAI)	РТ до (n)	РТ до (%)	РТ після (n)	РТ після (%)	ОТ до (%)	ОТ після (%)
Низька (до 30 балів)	4	9,3	8	18,6	4,7	9,3
Помірна (31–44 бали)	33	76,7	33	76,7	83,7	83,7
Висока (45 і вище)	6	14,0	2	4,7	11,6	7,0

Дані таблиці 2.10 підтверджують позитивну тенденцію: частка учасників із низьким рівнем реактивної тривожності зросла вдвічі (з 9,3% до 18,6%), а кількість осіб із високим рівнем РТ скоротилася з 14,0% до 4,7%. Помірний рівень залишається домінуючим в обох точках вимірювання (76,7%), що є закономірним для цього контингенту. Показники особистісної тривожності змінилися менш суттєво, що узгоджується з її природою як стійкої особистісної риси.

Результати динаміки середніх показників психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками до та після реабілітаційного курсу подано у рис. 2.1.

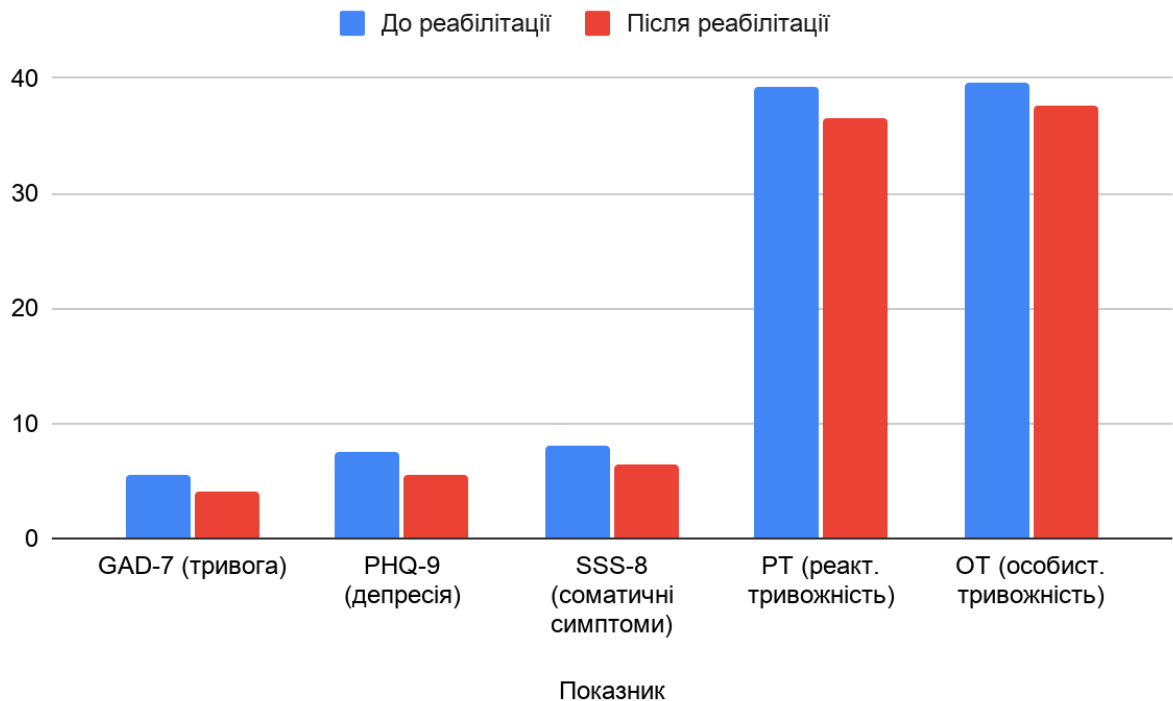


Рис. 2.1. Динаміка середніх показників психічного здоров'я до та після реабілітації

Узагальнення результатів емпіричного дослідження за всіма застосованими методиками демонструє узгоджену позитивну динаміку психічного здоров'я учасників упродовж реабілітаційного курсу. Зафіксовано зниження середніх показників за шкалами GAD-7 (від 5,44 до 4,05), PHQ-9 (від 7,60 до 5,60) та SSS-8 (від 8,09 до 6,51), а також зменшення рівнів реактивної (від 39,28 до 36,60) та особистісної (від 39,60 до 37,67) тривожності. Особливо показовими є зміни у розподілі за рівнями: повне зникнення групи з помірною тривогою за GAD-7, суттєве скорочення груп з помірною та депресією середньої тяжкості за PHQ-9, зменшення частки учасників із середнім і високим рівнями соматизації за SSS-8. Ці дані відображають реальні зміни психоемоційного стану пацієнтів, що відбуваються в умовах природного реабілітаційного процесу.

Разом з тим слід підкреслити, що отримані результати мають описовий характер і відображають природну динаміку психічного здоров'я в умовах

реабілітації, а не ефект конкретного психологічного втручання. Частина учасників зберігає легкі прояви тривожності та депресії наприкінці курсу, що свідчить про необхідність тривалого та індивідуалізованого психологічного супроводу. Отримані дані створюють підґрунтя для подальшого статистичного аналізу значущості виявлених змін та аналізу взаємозв'язків між показниками.

Узагальнюючи результати психодіагностичного обстеження, можна охарактеризувати особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками, виявлені у ході дослідження. На початку реабілітаційного курсу психічне здоров'я учасників характеризувалося помірним рівнем тривожних проявів за GAD-7 та легким рівнем депресії за PHQ-9, при цьому 11,6% учасників мали клінічно значущу помірну тривогу, а 25,6% - помірну або середньотяжку депресію. Домінуючими були соматичні скарги середнього рівня вираженості SSS-8 М дорівнював 8,09, що відображає психосоматичний характер реагування на травму. Реактивна та особистісна тривожність перебували переважно на помірному рівні 76,7% учасників. Наприкінці реабілітаційного курсу психічне здоров'я покращилося за всіма досліджуваними показниками: знизилася інтенсивність тривожних і депресивних проявів, зменшилися соматичні скарги, стабілізувався рівень ситуативної тривожності - що свідчить про позитивний вплив реабілітаційного процесу на психоемоційний стан пацієнтів

2.3 Інтерпретація результатів емпіричного дослідження та аналіз взаємозв'язків показників психічного здоров'я

З метою визначення характеру змін психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками у процесі реабілітації було проведено порівняльний статистичний аналіз показників на двох точках вимірювання - на початку та в кінці реабілітаційного курсу. Важливо підкреслити, що статистичний аналіз у цьому підрозділі спрямований на виявлення того, чи є зафіксовані зміни у психоемоційному стані учасників статистично значущими та практично вагомими, а не на встановлення причинно-наслідкового зв'язку між конкретним втручанням і результатом. Для порівняльного аналізу застосовувався парний t-критерій Стюдента як метод, що дозволяє коректно порівнювати залежні вибірки (одні й ті самі особи в двох точках вимірювання).

Результати порівняльного аналізу наведено у табл. 2.11.

Таблиця 2.11.

Порівняльний статистичний аналіз показників психічного здоров'я із застосуванням парного t-критерію Стьюдента

Пара показників	Різниця середніх (M)	Ст. відх. (SD)	Ст. пох. середнього	95% ДІ (нижня межа)	95% ДІ (верхня межа)	t	df	p (двостор.)
Шкала генералізованої тривоги GAD-7: до - після	1,395	1,116	0,170	1,052	1,739	8,201	42	< 0,001
Опитувальник депресії PHQ-9: до - після	2,000	1,852	0,282	1,430	2,570	7,083	42	< 0,001
Шкала соматичних симптомів SSS-8: до - після	1,581	1,180	0,180	1,218	1,944	8,789	42	< 0,001
методика діагностики рівня РТ Спілбергера–Ханіна (STAI): до - після	2,674	2,809	0,428	1,810	3,539	6,243	42	< 0,001
методика діагностики рівня ОТ Спілбергера–Ханіна (STAI): до - після	1,930	2,789	0,425	1,072	2,789	4,538	42	< 0,001

Примітка. M - різниця середніх значень; SD - стандартне відхилення різниць; ДІ - довірчий інтервал; df - ступені свободи; p - рівень статистичної значущості.

Як свідчать отримані результати (табл. 2.11), за всіма досліджуваними показниками виявлено статистично значущі відмінності між значеннями на початку та в кінці реабілітаційного курсу ($p < 0,001$). Це вказує на те, що зміни, зафіксовані у психоемоційному стані учасників, не є випадковими і відображають реальні процеси, що відбуваються в умовах реабілітації.

Середній рівень генералізованої тривоги за шкалою GAD-7 знизився на 1,395 бала ($t = 8,201$; $p < 0,001$; 95% ДІ: 1,052–1,739). Вузкий довірчий інтервал підтверджує стабільність зафіксованого ефекту. Зменшення рівня тривожності є одним із ключових індикаторів психологічної адаптації пацієнтів до змінених умов після травматичної ампутації. Дослідження у цій галузі підтверджують, що зниження тривожності в умовах реабілітації пов'язане насамперед із відновленням відчуття передбачуваності та контролю над власним станом. [28; 29]

За шкалою PHQ-9 зафіксовано зниження середнього показника депресивних проявів на 2,000 бала ($t = 7,083$; $p < 0,001$; 95% ДІ: 1,430–2,570). Це свідчить про зменшення емоційного пригнічення, що може бути пов'язано з поступовим відновленням психологічної рівноваги та активною включеністю пацієнтів у реабілітаційний процес. Варто зазначити, що найбільші зміни за PHQ-9 відзначаються саме у пацієнтів із вищими вихідними показниками (помірна та середньотяжка депресія), що підтверджується даними розподілу за рівнями, наведеними у підрозділі 2.2.

Зниження інтенсивності соматичних симптомів за шкалою SSS-8 на 1,581 бала ($t = 8,789$; $p < 0,001$; 95% ДІ: 1,218–1,944) є особливо значущим з огляду на психосоматичну природу частини цих симптомів. Соматичні прояви у пацієнтів з ампутаціями нерідко є непрямим індикатором рівня психологічного напруження, тому їх зниження відображає загальну стабілізацію психічного стану. [9; 27]

Рівень реактивної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна знизився на 2,674 бала ($t = 6,243$; $p < 0,001$; 95% ДІ: 1,810–3,539), що відображає зменшення ситуативної емоційної напруженості. Особистісна тривожність зменшилася на 1,930 бала ($t = 4,538$; $p < 0,001$; 95% ДІ: 1,072–2,789). Меншу величину змін за ОТ

порівняно з РТ слід розглядати як закономірність: особистісна тривожність є стійкою рисою особистості, і суттєві її зміни за відносно короткий реабілітаційний курс є скоріше свідченням глибинних адаптаційних процесів, ніж очікуваною нормою. [9]

Таким чином, результати статистичного аналізу свідчать про комплексне покращення психічного здоров'я учасників, що охоплює як емоційні (тривожність, депресія), так і соматичні компоненти.

Додатково нами було проведено аналіз кореляційних зв'язків згідно *t*-критерію *Стьюдента* між показниками на початку та в кінці реабілітаційного курсу (табл. 2.12). Цей аналіз дозволяє зрозуміти не лише факт зміни показників, а й характер індивідуальної стабільності в динаміці.

Таблиця 2.12

Кореляції між показниками психічного здоров'я на початку та в кінці реабілітаційного курсу

Пара показників	N	r (коефіцієнт кореляції)	p (двосторонній)
GAD-7 до та GAD-7 після	43	0,978	< 0,001
PHQ-9 до та PHQ-9 після	43	0,972	< 0,001
SSS-8 до та SSS-8 після	43	0,922	< 0,001
РТ до та РТ після	43	0,880	< 0,001
ОТ до та ОТ після	43	0,824	< 0,001

Примітка. r - коефіцієнт кореляції Пірсона; p - рівень статистичної значущості.

Встановлено високі коефіцієнти кореляції між показниками на початку та в кінці курсу за всіма шкалами: GAD-7 ($r = 0,978$), PHQ-9 ($r = 0,972$), SSS-8 ($r = 0,922$), РТ ($r = 0,880$), ОТ ($r = 0,824$) - усі значущі на рівні $p < 0,001$. Такі

значення вказують на відносну стабільність індивідуальних відмінностей між учасниками: пацієнти з вищими вихідними показниками тривожності або депресії зберігали відносно вищі значення і наприкінці реабілітаційного курсу, попри загальну позитивну динаміку групи.

Найвищі кореляції зафіксовано за шкалами GAD-7 та PHQ-9 ($r > 0,97$), що може свідчити про особливу стійкість індивідуального профілю тривоги та депресії. Дещо нижча кореляція за ОТ ($r = 0,824$) є прогнозованою: особистісна тривожність як стійка риса менш чутлива до ситуативних змін, тому між двома точками вимірювання вона дещо більше варіює. Зазначені закономірності підтверджують необхідність диференційованого, індивідуалізованого підходу до психологічного супроводу: загальна позитивна динаміка групи не означає рівномірного покращення для кожного учасника. [8; 13]

В процесі обробки результатів дослідження було проведено оцінку практичної значущості. Статистична значущість ($p < 0,001$) сама по собі ще не дає відповіді на питання: наскільки суттєвими є виявлені зміни на практиці? Для відповіді на це питання було розраховано розмір ефекту за показниками Cohen's d та Hedges' correction (табл. 2.13). Відповідно до загальноприйнятих критеріїв, $d < 0,5$ - малий ефект, $0,5-0,8$ - середній, $> 0,8$ - великий.

Таблиця 2.13

Розмір ефекту для зафіксованих змін показників психічного здоров'я

Пара показників	Міра ефекту	Значення	95% ДІ (нижня)	95% ДІ (верхня)	Рівень ефекту
Шкала генералізованої тривоги GAD-7: до - після	Cohen's d	1,251	0,846	1,647	Високий
Опитувальник депресії PHQ-9: до - після	Cohen's d	1,080	0,699	1,453	Високий

Шкала соматичних симптомів SSS- 8: до - після	Cohen's d	1,340	0,923	1,750	Високий
методика діагностики рівня РТ Спілбергера– Ханіна (STAI): до - після	Cohen's d	0,952	0,587	1,309	Вище середнього
методика діагностики рівня ОТ Спілбергера– Ханіна (STAI): до - після	Cohen's d	0,692	0,355	1,022	Середній

Примітка. Cohen's d та Hedges' correction - стандартизовані показники розміру ефекту; 95% ДІ - довірчий інтервал для точкової оцінки. Критерії: $d < 0,5$ - малий ефект; $0,5-0,8$ - середній; $> 0,8$ - великий.

Отримані дані свідчать про виражену практичну значущість зафіксованих змін. Для трьох показників - GAD-7 ($d = 1,251$), PHQ-9 ($d = 1,080$) та SSS-8 ($d = 1,340$) - розмір ефекту відповідає високому рівню, що означає суттєві, клінічно помітні зміни у психоемоційному стані учасників. Для реактивної тривожності ($d = 0,952$) ефект також наближається до великого, тоді як для особистісної тривожності ($d = 0,692$) зафіксовано середній рівень ефекту - що є цілком очікуваним з огляду на стабільну природу цієї характеристики.

Значення Hedges' correction у всіх парах незначно відрізняються від Cohen's d, що підтверджує надійність отриманих оцінок на малих вибірках. Широкі довірчі інтервали для деяких показників (зокрема, ОТ: 95% ДІ $0,355-1,022$) відображають природну варіативність індивідуальних реакцій на реабілітаційний процес і вказують на необхідність обережної інтерпретації

результатів: загальні тенденції є стійкими, однак індивідуальні траєкторії можуть суттєво відрізнятися.

У цілому проведений аналіз дозволяє стверджувати, що психічне здоров'я осіб з ампутованими кінцівками зазнає статистично значущих і практично вагомих позитивних змін упродовж реабілітаційного курсу. Зафіксовані ефекти є комплексними: вони охоплюють емоційний (тривожність, депресія), соматичний та особистісний рівні психічного здоров'я. Це узгоджується з сучасними науковими уявленнями про роль реабілітаційного середовища у відновленні психічного стану пацієнтів із тяжкими травмами.

Разом з тим високі кореляції між вимірюваннями та різний розмір ефекту за різними шкалами підтверджують: реабілітаційний процес позитивно впливає на психічний стан усіх учасників, проте інтенсивність і характер змін є індивідуальними. Це обґрунтовує необхідність не лише стандартизованих реабілітаційних програм, а й цілеспрямованого індивідуалізованого психологічного супроводу кожного пацієнта з урахуванням його вихідного психологічного профілю та особливостей реагування на реабілітаційні заходи.

Висновки до розділу 2

Результати емпіричного дослідження підтвердили, що у осіб з ампутованими кінцівками спостерігається характерний психоемоційний профіль: поєднання тривожності, депресивних проявів та соматичних симптомів на початку реабілітаційного процесу. Найбільш вираженими виявилися соматичний та тривожний компоненти, що відображає специфіку переживання бойової травми з фізичною втратою.

Упродовж реабілітаційного курсу зафіксовано статистично значущу та практично вагому позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками. Водночас високі кореляції між вимірюваннями свідчать: попри загальне покращення, індивідуальний психологічний профіль кожного пацієнта залишається відносно стабільним - а отже, потребує не лише стандартного курсу реабілітації, а й цілеспрямованої індивідуальної психологічної роботи.

Ці висновки стали основою для розроблення практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу, представлених у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ

3.1 Психологічні інтервенції, що сприяють відновленню психічного здоров'я (КПТ, EMDR, мотиваційне інтерв'ю, арт-терапія)

Реабілітація осіб з ампутованими кінцівками є складним і багатовимірним процесом, який виходить далеко за межі фізичного відновлення та передбачає обов'язкове врахування психічного здоров'я пацієнтів. Втрата кінцівки, особливо внаслідок бойових дій, супроводжується не лише фізичними обмеженнями, але й глибокими психоемоційними переживаннями, що включають тривожність, депресивні стани, посттравматичні реакції та труднощі соціальної адаптації. У зв'язку з цим психологічні інтервенції займають ключове місце у структурі реабілітаційного процесу.

Сучасні підходи до реабілітації передбачають використання доказових психотерапевтичних методів, спрямованих на відновлення психічного здоров'я, формування адаптаційних механізмів та підвищення якості життя пацієнтів. Серед найбільш ефективних психологічних інтервенцій, що застосовуються у роботі з особами з ампутованими кінцівками, виділяють когнітивно-поведінкову терапію, метод десенсибілізації та репроцесингу травми рухами очей (EMDR), мотиваційне інтерв'ю та арт-терапію.

Однією з найбільш досліджених і широко застосовуваних є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на виявлення та корекцію дисфункціональних мисленнєвих патернів і поведінкових реакцій. У пацієнтів з ампутаціями часто формуються негативні переконання щодо власного тіла, майбутнього та соціальної ролі, що може підтримувати депресивні та тривожні стани. Застосування КПТ дозволяє змінити ці когнітивні установки, зменшити рівень емоційного напруження та сприяти формуванню більш адаптивних

стратегій поведінки. Ефективність даного підходу підтверджується численними дослідженнями у сфері клінічної психології та реабілітації.

Важливе місце у роботі з травматичним досвідом займає метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), який використовується для обробки психотравматичних спогадів. Для осіб, що зазнали ампутацій унаслідок бойових дій, характерною є наявність посттравматичних симптомів, включаючи нав'язливі спогади, підвищену тривожність та емоційну напруженість. Метод EMDR дозволяє знизити інтенсивність цих проявів шляхом повторної переробки травматичного досвіду, що сприяє інтеграції пережитого досвіду та зменшенню його емоційного навантаження.

Не менш важливим є використання мотиваційного інтерв'ю, яке спрямоване на підвищення внутрішньої мотивації пацієнта до участі у реабілітаційному процесі. У багатьох випадках після ампутації пацієнти можуть демонструвати зниження мотивації, відчуття безнадійності або уникання активної участі у відновленні. Застосування мотиваційного інтерв'ю дозволяє активізувати внутрішні ресурси особистості, сформувати готовність до змін та підвищити залученість у реабілітаційні заходи.

Окрему роль у відновленні психічного здоров'я відіграють методи арт-терапії, які базуються на використанні творчої діяльності як засобу вираження емоцій та внутрішніх переживань. Для осіб з ампутованими кінцівками арт-терапія може стати безпечним способом опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня тривоги та покращення емоційного стану. Використання творчих технік дозволяє обійти когнітивні бар'єри та сприяє більш глибокому усвідомленню власних переживань.

Слід зазначити, що ефективність психологічних інтервенцій значною мірою залежить від їх інтеграції у загальну систему реабілітації. Ізольоване застосування окремих методів не забезпечує достатнього результату, тоді як їх поєднання у межах комплексного підходу дозволяє досягти більш

вираженого позитивного ефекту. Особливої уваги потребує індивідуалізація психологічної допомоги з урахуванням рівня психічного здоров'я пацієнта, його особистісних особливостей та етапу реабілітації.

Важливість застосування зазначених інтервенцій підтверджується і результатами проведеного емпіричного дослідження, у якому було зафіксовано зниження рівня тривожності, депресивних проявів та соматичних симптомів у процесі реабілітації. Це свідчить про доцільність включення психологічного компонента як невід'ємної складової реабілітаційного процесу осіб з ампутованими кінцівками.

Таким чином, використання сучасних психологічних інтервенцій у системі реабілітації сприяє не лише покращенню психічного здоров'я пацієнтів, але й підвищує ефективність загального відновлення, забезпечуючи більш повну адаптацію до нових умов життя.

3.2 Мультидисциплінарний підхід у реабілітації осіб з ампутаціями: роль психолога, фізичного терапевта, ерготерапевта та соціального працівника

Сучасна система реабілітації осіб з ампутованими кінцівками ґрунтується на принципах мультидисциплінарного підходу, який передбачає узгоджену взаємодію фахівців різного профілю з метою досягнення максимально ефективного відновлення пацієнта. Такий підхід дозволяє комплексно впливати на фізичні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я, що є особливо важливим у випадку тяжких травм, пов'язаних з ампутацією.

У Комунальному підприємстві «Рівненський обласний клінічний госпіталь» Рівненської обласної ради реабілітаційний процес організований на основі чітко структурованої роботи мультидисциплінарної команди, до складу якої входять лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт та його асистент, ерготерапевт та його асистент, клінічний психолог (за потреби

- лікар-психолог або лікар-психіатр), а також логопед. Така командна модель забезпечує системність, послідовність та індивідуалізацію реабілітаційних заходів, що значно підвищує їх ефективність.

Координаційну роль у роботі команди виконує лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який здійснює загальне керівництво процесом реабілітації, визначає індивідуальний план лікування та відновлення, контролює динаміку стану пацієнта та забезпечує узгодженість дій усіх членів команди. Саме на цьому рівні формується стратегія реабілітації з урахуванням медичних показань, функціональних обмежень та загального стану пацієнта.

Фізичний терапевт та його асистент відповідають за відновлення рухових функцій, розвиток фізичної витривалості, формування нових моторних навичок та підготовку пацієнта до використання протезів. Їхня робота спрямована не лише на фізичне відновлення, але й на підвищення впевненості пацієнта у власних можливостях, що має безпосередній вплив на психічне здоров'я.

Ерготерапевт разом із асистентом зосереджується на відновленні повсякденної активності пацієнта, включаючи самообслуговування, виконання побутових дій та повернення до соціального функціонування. У контексті ампутацій це має особливе значення, оскільки саме здатність до самостійного виконання щоденних завдань значною мірою визначає рівень психологічної адаптації та якість життя.

Важливу роль у структурі мультидисциплінарної допомоги відіграє клінічний психолог, діяльність якого спрямована на оцінку психічного здоров'я пацієнта, виявлення тривожних і депресивних проявів, а також надання психологічної підтримки. У разі необхідності до роботи залучається лікар-психолог або лікар-психіатр, що дозволяє забезпечити більш глибоку діагностику та корекцію психічних порушень. Психологічний супровід є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу, оскільки саме

психоемоційний стан значною мірою визначає мотивацію пацієнта, його залученість до відновлення та загальний результат реабілітації.

Окреме місце у команді займає логопед, який залучається у випадках наявності супутніх порушень мовлення або когнітивних функцій, що можуть виникати внаслідок травм або пов'язаних із ними уражень нервової системи. Його участь дозволяє забезпечити комплексність підходу до відновлення пацієнта.

Важливо підкреслити, що ефективність мультидисциплінарного підходу визначається не лише наявністю різних спеціалістів, а й рівнем їхньої взаємодії. У досліджуваному закладі така взаємодія реалізується через регулярні командні обговорення, спільне планування реабілітаційних заходів та постійний обмін інформацією щодо стану пацієнта. Це дозволяє своєчасно коригувати індивідуальні програми реабілітації та досягати більш узгоджених результатів.

Отримані у другому розділі результати емпіричного дослідження, що засвідчили зниження рівня тривожності, депресивних проявів та соматичних симптомів, підтверджують ефективність такого підходу. Вони вказують на те, що комплексна робота мультидисциплінарної команди сприяє не лише фізичному відновленню, але й покращенню психічного здоров'я пацієнтів.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід у реабілітації осіб з ампутованими кінцівками є ключовим фактором успішного відновлення, оскільки забезпечує цілісний вплив на всі аспекти функціонування пацієнта та створює умови для його ефективної адаптації до нових життєвих обставин.

3.3 Програма психопідтримки та адаптації пацієнтів у реабілітаційному закладі

Узагальнення результатів емпіричного дослідження засвідчило наявність у пацієнтів з ампутованими кінцівками підвищеного рівня тривожності,

депресивних проявів та соматичних симптомів на початкових етапах реабілітації, що обґрунтовує необхідність розробки цілеспрямованої програми психологічної підтримки. З урахуванням виявлених особливостей психічного здоров'я було розроблено комплексну програму психологічної підтримки та відновлення, орієнтовану на покращення психоемоційного стану та адаптацію пацієнтів до нових умов життя.

Запропонована програма має інтегративний характер і поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки роботи з травматичним досвідом, мотиваційного консультування та методи арт-терапії. Вона побудована з урахуванням специфіки реабілітаційного середовища та можливостей мультидисциплінарної команди.

Метою програми є покращення психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками шляхом зниження рівня тривожності, депресивних проявів, соматичних симптомів та формування ефективних адаптаційних механізмів у процесі реабілітації.

При розробці програми враховувався ряд ключових чинників. По-перше, результати власного емпіричного дослідження: виявлений психоемоційний профіль учасників - поєднання тривожності, депресивних і соматичних проявів - визначив зміст і послідовність етапів програми. По-друге, теоретичні засади реабілітаційної психології, зокрема трирівнева модель реабілітаційного процесу (стабілізаційний, відновлювальний та інтеграційний рівні), описана у першому розділі. По-третє, принципи доказової психотерапії: вибір конкретних інтервенцій (КПТ, EMDR, мотиваційне інтерв'ю, арт-терапія) обґрунтований їхньою підтвердженою ефективністю у роботі з особами, які перенесли травматичну ампутацію. По-четверте, специфіка контингенту: усі учасники дослідження - чоловіки-військовослужбовці, які отримали ампутацію внаслідок бойових дій, тобто мають досвід подвійної травматизації, що вимагає особливої уваги до роботи з бойовим стресом паралельно з

наслідками фізичної втрати. Нарешті, враховувалися організаційні умови конкретного закладу - наявний склад мультидисциплінарної команди та тривалість стандартного реабілітаційного курсу.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання програми:

- зниження рівня емоційної напруженості та тривожності;
- зменшення проявів депресивних станів;
- формування прийняття змін у власному тілі та життєвій ситуації;
- підвищення мотивації до участі у реабілітаційному процесі;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції;
- зниження інтенсивності психосоматичних проявів;
- сприяння соціальній адаптації та відновленню життєвої

активності.

Програма реалізується поетапно та охоплює кілька взаємопов'язаних блоків, кожен з яких відповідає певному етапу психологічного відновлення.

Перший етап - стабілізаційний. Його основним завданням є зниження гострої емоційної напруженості та формування відчуття психологічної безпеки. Потреба у цьому етапі прямо підтверджується даними дослідження: на початку реабілітаційного курсу середній рівень тривожності за GAD-7 становив 5,44 бала, а 11,6% учасників мали помірний рівень тривоги, що свідчить про гостру потребу у стабілізаційних заходах. Використовуються техніки дихальної релаксації, елементи майндфулнес-практик, короткі стабілізаційні вправи, а також підтримувальні бесіди. Особлива увага приділяється встановленню довірливого контакту між пацієнтом і фахівцем як основи подальшої роботи.

Другий етап - психоедукаційний та мотиваційний. Пацієнтам надається інформація про особливості психоемоційних реакцій після травми та ампутації, нормалізуються їхні переживання, формується розуміння власного стану. Паралельно застосовуються елементи мотиваційного інтерв'ю,

спрямовані на підвищення готовності до активної участі у реабілітації. Актуальність цього етапу підтверджується виявленою у дослідженні закономірністю: пацієнти із вищими вихідними показниками депресії (PHQ-9 $M = 7,60$) демонструють нижчу залученість до реабілітаційних активностей, що обґрунтовує необхідність цілеспрямованої мотиваційної роботи.

Третій етап - корекційний (психотерапевтичний). Цей етап є ключовим і передбачає глибшу роботу з психоемоційними станами. Використовуються елементи когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на виявлення та зміну деструктивних переконань - почуття безпорадності, негативного образу тіла, песимістичних очікувань щодо майбутнього. Паралельно застосовуються техніки роботи з травматичним досвідом (елементи EMDR або їх адаптовані варіанти), що дозволяє знизити інтенсивність травматичних спогадів та емоційних реакцій. Для опрацювання емоцій використовуються також арт-терапевтичні методи, які сприяють більш м'якому вираженню внутрішніх переживань

Четвертий етап - адаптаційно-ресурсний. Основна увага приділяється формуванню нових життєвих стратегій, відновленню соціальної активності та розвитку особистісних ресурсів. Проводиться робота над прийняттям змін у власному тілі та формуванням нової ідентичності. Пацієнти залучаються до групових форм роботи, що сприяє обміну досвідом та формуванню підтримуючого соціального середовища. Необхідність цього етапу підтверджується кореляційним аналізом: висока стабільність індивідуального психологічного профілю ($r = 0,824-0,978$) свідчить про те, що разового курсу недостатньо - потрібна тривала підтримка для закріплення позитивних змін.

Програма передбачає різні форми роботи: індивідуальні консультації, групові заняття, психоедукаційні сесії, а також короткі щоденні психологічні інтервенції у процесі реабілітації. Це забезпечує її гнучкість та адаптивність до індивідуальних потреб пацієнтів.

Тривалість програми визначається індивідуально та залежить від етапу реабілітації, загального стану пацієнта та його психологічних потреб. У середньому вона становить від 2 до 4 тижнів активної роботи з подальшою підтримкою за потреби, що відповідає тривалості стандартного реабілітаційного курсу у досліджуваному закладі.

Особливістю запропонованої програми є її інтеграція у загальний реабілітаційний процес та тісна взаємодія з іншими членами мультидисциплінарної команди. Це дозволяє забезпечити узгодженість психологічних і фізичних інтервенцій та підвищити загальну ефективність відновлення. Результати дослідження підтверджують доцільність такого підходу: найбільші розміри ефекту зафіксовано саме для тих показників - соматичних симптомів ($d = 1,340$) і тривожності ($d = 1,251$), - на які одночасно впливають і фізична реабілітація, і психологічна підтримка.

Таким чином, запропонована програма психологічної підтримки спрямована на комплексне відновлення психічного здоров'я пацієнтів і може бути використана у практиці реабілітаційних закладів як ефективний інструмент покращення їх психоемоційного стану та адаптації до нових умов життя.

3.4 Практичні рекомендації щодо покращення психологічної підтримки пацієнтів з ампутованими кінцівками

Практичні рекомендації ґрунтуються на результатах емпіричного дослідження, теоретичному аналізі проблеми та спостереженнях на базі Рівненського обласного клінічного госпіталю. Вони адресовані клінічним психологам, фахівцям мультидисциплінарних реабілітаційних команд та керівникам реабілітаційних закладів.

Першочерговою умовою ефективної психологічної допомоги є раннє залучення клінічного психолога до реабілітаційного процесу. Дані

дослідження засвідчили, що вже на початку реабілітаційного курсу значна частина пацієнтів демонструє клінічно значущі рівні тривожності та депресії. Це означає, що психологічна підтримка потрібна не після фізичної стабілізації, а паралельно з нею - з першого дня перебування у закладі.

Обов'язковим компонентом організації психологічного супроводу має бути стандартизована психодіагностика при надходженні. Застосування методик GAD-7, PHQ-9, SSS-8 та методики Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна дозволяє швидко і об'єктивно оцінити стан пацієнта та визначити пріоритети втручання. Повторна діагностика наприкінці курсу дає змогу відстежити динаміку та скоригувати подальший план роботи.

У безпосередній роботі з пацієнтами психологу рекомендується дотримуватися таких підходів:

- використовувати індивідуалізований план психологічних втручань з урахуванням вихідного профілю тривожності, депресії та соматичних симптомів кожного пацієнта, оскільки виявлена у дослідженні висока варіативність показників унеможливорює уніфікований підхід;
- на першому тижні зосереджуватись на стабілізаційних техніках - дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес, - оскільки саме тривожність та соматичні симптоми продемонстрували найбільшу чутливість до психологічного впливу ($d = 1,251$ та $d = 1,340$ відповідно);
- проводити психоедукаційні бесіди щодо нормалізації психологічних реакцій: пояснення природи тривоги, депресії та соматичного дискомфорту як закономірних реакцій на травму суттєво знижує вторинний стрес і підвищує залученість до реабілітації;
- включати у роботу техніки КПТ та арт-терапевтичні методи для опрацювання порушення схеми тіла - одного з центральних психологічних наслідків ампутації;

- при виявленні ПТСР-симптоматики застосовувати метод EMDR або його адаптовані варіанти - але лише після досягнення достатнього рівня психологічної стабільності пацієнта.

На рівні мультидисциплінарної команди необхідно забезпечити регулярну міжпрофесійну комунікацію щодо психологічного стану пацієнта. Клінічний психолог має брати активну участь у командних нарадах, а фізичні терапевти та ерготерапевти - отримувати базові знання щодо розпізнавання тривожних ознак і тактичного реагування на емоційні реакції пацієнтів. Важливо також залучати родину пацієнта до реабілітаційного процесу через психоедукаційні зустрічі та навчання конструктивним способам підтримки.

Кореляційний аналіз засвідчив, що одного стаціонарного курсу недостатньо для повноцінного відновлення психологічного стану: пацієнти з вищими вихідними показниками зберігали відносно вищі значення тривожності і депресії навіть наприкінці реабілітаційного курсу ($r = 0,824-0,978$). Тому рекомендується передбачати план амбулаторного психологічного супроводу або передавання пацієнта з відповідними рекомендаціями до фахівця за місцем проживання.

На організаційному рівні керівництву реабілітаційних закладів рекомендується забезпечити наявність клінічного психолога у штаті реабілітаційного відділення як обов'язкову умову, впровадити стандартизований протокол психологічного скринінгу при надходженні, а також сприяти створенню груп взаємопідтримки для пацієнтів з ампутаціями - як одного з найефективніших ресурсів відновлення соціальних зв'язків і подолання ізоляції.

Загалом запропоновані рекомендації охоплюють клінічний, міжпрофесійний та організаційний рівні психологічної підтримки і можуть бути використані як орієнтир для вдосконалення системи реабілітаційної допомоги особам з ампутованими кінцівками.

Висновки до розділу 3

Емпіричні дані, отримані у другому розділі, стали відправною точкою для побудови практичної частини роботи. Виявлені особливості психоемоційного стану пацієнтів - насамперед поєднання тривожності, депресивних і соматичних проявів на тлі стійкості індивідуального психологічного профілю - визначили логіку та зміст розроблених підходів до психологічної підтримки.

Аналіз інтервенцій і мультидисциплінарного підходу показав: не метод сам по собі, а його вбудованість у систему командної реабілітаційної роботи визначає реальний вплив на психічне здоров'я. Психолог у цій системі - не консультант «за потреби», а рівноправний учасник процесу відновлення з чітко визначеними функціями на кожному етапі.

Розроблена програма та практичні рекомендації орієнтовані передусім на те, що дослідження виявило як найбільш уразливе: ранній період реабілітації, коли рівень тривожності та соматичних симптомів найвищий, а мотивація до відновлення ще не сформована. Саме тут зосереджений основний ресурс для психологічного втручання.

ВИСНОВКИ

У ході виконання першого завдання - проаналізувати наукові підходи до вивчення психічного здоров'я осіб з ампутаціями - встановлено, що у сучасній психологічній науці психічне здоров'я розглядається не як відсутність симптомів, а як динамічний ресурс адаптації, що виявляється у здатності особистості зберігати керованість власним життям за умов серйозних потрясінь. Систематизація підходів ВООЗ, Р. Лазаруса, А. Антоновського, О. Чабана, О. Єгорової та А. Гільман засвідчила спільну тенденцію: дослідники переходять від симптомоцентрованого до функціонально-ресурсного розуміння психічного здоров'я, де ключовим критерієм виступає здатність людини діяти, відновлюватися та підтримувати соціальні зв'язки.

Ампутація кінцівки розглядається у науковій літературі як комплексна травматична подія, що одночасно впливає на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Емоційні реакції - переживання втрати, тривога, страх, сором - мають хвилеподібний характер і за відсутності підтримки можуть переходити у стійкі психічні розлади. За даними наукових досліджень, у 66% осіб з ампутуваними кінцівками клінічно діагностуються психічні розлади, у 60% - депресивна симптоматика, у 57% - фантомний біль, що перебуває у двонаправленому зв'язку з рівнем психологічного стресу. Когнітивні наслідки ампутації пов'язані з формуванням негативної схеми тіла, катастрофізацією майбутнього та зниженням самоефективності. Поведінкові прояви можуть виражатися як у соціальній ізоляції та уникненні, так і у гіперкомпенсаторних стратегіях, що виснажують ресурси особистості. Усі ці прояви є взаємопов'язаними та формують єдину систему впливу на психічне здоров'я, яка потребує комплексного психологічного супроводу.

Реабілітація у сучасному розумінні розглядається не як набір лікувальних заходів, а як організований процес відновлення функціонування особистості на трьох послідовних рівнях: стабілізаційному, відновлювальному та інтеграційному. Принципи ICF (Міжнародної класифікації функціонування)

акцентують на тому, що психологічний прогрес пацієнта нерідко блокується не внутрішніми проблемами, а зовнішніми бар'єрами - стигматизацією, соціальною ізоляцією, недоступним середовищем, - що вимагає роботи з самим реабілітаційним контекстом, а не лише з пацієнтом.

Виконання другого завдання - визначити особистісні, соціальні та медико-психологічні чинники, що впливають на психічне здоров'я пацієнтів у реабілітації - дозволило систематизувати чинники психічного благополуччя у чотири групи: особистісні, соціальні, медичні та організаційні.

До особистісних чинників належать: система копінг-стратегій (адаптивні - оптимізм, активність, проблемна орієнтація - сприяють відновленню, дезадаптивні - невротизм, пасивність - його ускладнюють), риси особистості (нарцисичні особистості переживають ампутацію як удар по самооцінці; залежні - можуть вітати роль пацієнта), а також вік і готовність до прийняття нової тілесної реальності. Прийняття ампутації як факту власного життя є ключовою внутрішньою умовою стабілізації психічного здоров'я: воно не означає відмови від переживань, а передбачає інтеграцію досвіду втрати в структуру особистості без руйнування ідентичності.

Соціальні чинники відіграють не меншу, а часом і більшу роль, ніж внутрішньоособистісні. Підтримка з боку сім'ї та близького оточення є фактором психологічної стійкості; дослідження підтверджують, що соціальне середовище більш вагоме у процесі адаптації, ніж безпосередні наслідки фізичної вади. Стигматизація та соціальна ізоляція, навпаки, суттєво погіршують психічне благополуччя навіть за умови фізично успішної реабілітації.

Серед медичних чинників особливе місце займають управління фантомним болем, своєчасне протезування та нутритивна підтримка. Дослідження засвідчують, що у 75% військовослужбовців з ампутацією нижньої кінцівки на етапі стаціонарної реабілітації виявляється саркопенічний фенотип, який безпосередньо знижує функціональний статус і опосередковано погіршує психічне здоров'я через обмеження фізичних можливостей.

Організаційні чинники - наявність мультидисциплінарної команди, індивідуальна програма реабілітації, безперервність супроводу - формують структуроване реабілітаційне середовище, яке саме по собі є захисним чинником психічного благополуччя.

Третє завдання - емпірично дослідити особливості психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками в умовах реабілітаційного процесу реалізовано у проспективному спостережному дослідженні за участю 43 пацієнтів Рівненського обласного клінічного госпіталю виключно чоловіків, ветеранів та діючих військовослужбовців, які отримали ампутацію внаслідок бойових дій. Використано комплекс валідних психодіагностичних методик: GAD-7, PHQ-9, SSS-8 та методику Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна. Вимірювання проводилося двічі - на початку та в кінці реабілітаційного курсу.

На початку реабілітаційного курсу психоемоційний профіль учасників характеризувався: легким рівнем тривоги (GAD-7 $M = 5,44$ бала), причому 11,6% мали помірний рівень; легким рівнем депресії (PHQ-9 $M = 7,60$ бала), при цьому 25,6% - помірну або середньотяжку депресію; середнім рівнем соматичних симптомів (SSS-8 $M = 8,09$ бала); помірним рівнем реактивної (РТ $M = 39,28$) та особистісної (ОТ $M = 39,60$) тривожності у переважної більшості учасників. Такий профіль відповідає специфіці подвійної травматизації - поєднання бойового стресу та фізичної втрати кінцівки.

Наприкінці реабілітаційного курсу зафіксовано позитивну динаміку за всіма показниками: GAD-7 знизився до 4,05 бала, PHQ-9 - до 5,60, SSS-8 - до 6,51, РТ - до 36,60, ОТ - до 37,67. Аналіз розподілу за рівнями підтвердив якісний характер змін: повністю зникла група з помірною тривогою за GAD-7; кількість учасників з помірною та середньотяжкою депресією за PHQ-9 скоротилася до мінімуму; частка осіб із низьким рівнем соматизації зросла з 34,9% до 51,2%.

Статистичний аналіз із застосуванням парного t-критерію підтвердив значущість виявлених змін ($p < 0,001$ за всіма шкалами). Найбільших змін зазнали соматичний (SSS-8, $d = 1,340$) та тривожний (GAD-7, $d = 1,251$)

компоненти, що свідчить про їх найвищу чутливість до реабілітаційного середовища. Розмір ефекту Cohen's d відповідав великому рівню для GAD-7, PHQ-9 та SSS-8, рівню вище середнього - для реактивної тривожності та середньому - для особистісної тривожності як стійкої риси особистості.

Кореляційний аналіз виявив високу стабільність індивідуального психологічного профілю: коефіцієнти кореляції між показниками на початку та в кінці курсу становили від $r = 0,824$ (OT) до $r = 0,978$ (GAD-7) при $p < 0,001$. Це означає, що загальна позитивна динаміка групи не виключає суттєвих індивідуальних відмінностей у характері та темпі відновлення: пацієнти з вищими вихідними показниками тривожності і депресії зберігали відносно вищі значення і наприкінці курсу. Ця закономірність обґрунтовує необхідність індивідуалізованого психологічного супроводу як обов'язкового доповнення до стандартизованих реабілітаційних заходів.

На виконання четвертого завдання - розробити програму для покращення психічного здоров'я осіб з ампутованими кінцівками - створено комплексну програму психологічної підтримки та адаптації пацієнтів, що ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, принципах доказової психотерапії та специфіці контингенту учасників.

Програма має інтегративний характер і поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, методу EMDR, мотиваційного інтерв'ю та арт-терапії. Вона побудована поетапно відповідно до логіки психологічного відновлення і охоплює чотири взаємопов'язані блоки. Перший - стабілізаційний - спрямований на зниження гострої емоційної напруженості через дихальні техніки, майндфулнес та підтримувальні бесіди. Другий - психоедукаційний та мотиваційний - передбачає нормалізацію переживань пацієнта, формування розуміння власного стану та підвищення готовності до активної участі у реабілітації засобами мотиваційного інтерв'ю. Третій - корекційний - є ключовим: тут відбувається глибша робота з деструктивними переконаннями (КПТ), травматичними спогадами (EMDR) та емоційними переживаннями (арт-терапія). Четвертий - адаптаційно-ресурсний - зосереджений на

формуванні нової ідентичності, відновленні соціальної активності та залученні до групових форм роботи.

Програма розрахована на 2-4 тижні активної роботи з наступним амбулаторним супроводом і може бути інтегрована у діяльність мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Її зміст безпосередньо відповідає виявленій у дослідженні структурі психологічних труднощів: найбільш інтенсивні інтервенції на тривожний та соматичний компоненти - ті, що продемонстрували найвищу динаміку та чутливість до психологічного впливу.

У ході виконання п'ятого завдання - запропонувати практичні рекомендації щодо покращення психологічної підтримки пацієнтів з ампутованими кінцівками - сформульовано рекомендації трьох рівнів: для клінічного психолога, для мультидисциплінарної команди та для керівництва реабілітаційних закладів.

На рівні безпосередньої роботи з пацієнтом рекомендується: забезпечити раннє психодіагностичне обстеження при надходженні із застосуванням GAD-7, PHQ-9, SSS-8 та STAI; у першому тижні зосередитись на стабілізаційних техніках, оскільки тривожність і соматичні симптоми є найбільш чутливими до психологічного втручання; використовувати індивідуалізований план втручань з урахуванням вихідного психологічного профілю пацієнта; проводити психоедукаційну роботу щодо нормалізації психологічних реакцій; включати у роботу техніки КПТ та арт-терапії для опрацювання порушення схеми тіла; при виявленні ПТСР-симптоматики застосовувати EMDR після попередньої стабілізації стану.

На рівні мультидисциплінарної команди рекомендується забезпечити регулярну міжпрофесійну комунікацію щодо психологічного стану пацієнтів, навчити фізичних терапевтів та ерготерапевтів базовим навичкам розпізнавання психологічного неблагополуччя, а також системно залучати родину пацієнта до реабілітаційного процесу через психоедукаційні зустрічі. На організаційному рівні - забезпечити штатну посаду клінічного психолога у

реабілітаційному відділенні, впровадити стандартизований протокол психологічного скринінгу при надходженні та сприяти створенню груп взаємопідтримки для пацієнтів з ампутаціями як ресурсу відновлення соціальних зв'язків.

Особливо актуальними ці рекомендації є в умовах сучасної України, де за 2022-2024 роки проведено понад 93 тисячі ампутацій внаслідок бойових дій. Масштаб проблеми вимагає не лише індивідуальних психологічних інтервенцій, а й системних змін у організації реабілітаційної допомоги - стандартизації психологічного супроводу, підготовки фахівців та формування підтримувального середовища для постраждалих.

Загалом результати кваліфікаційної роботи підтверджують: психологічний супровід є не допоміжним, а центральним компонентом реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками. Психічне здоров'я цих пацієнтів є динамічним і піддається позитивним змінам в умовах цілеспрямованого реабілітаційного впливу - однак характер і темп цих змін є глибоко індивідуальними, що потребує відходу від уніфікованих підходів до посправжньому персоналізованого психологічного супроводу кожного пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д., Руденко Є. Психологічні наслідки перенесеної ампутації кінцівок: огляд літератури. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8. № 3. DOI: 10.26766/pmgrp.v8i3.443.
2. Бабова І. К., Бабов К. Д., Федяєва С. І., Макар О. Р., Рогуля А. В., Ганусич О. М. Ефективність нутритивної терапії на етапі довготривалої реабілітації після транстібіальної ампутації нижньої кінцівки у військовослужбовців. Біль, анестезія та інтенсивна терапія. 2025. № 4(113). С. 35–41. DOI: 10.25284/2519-2078.4(113).2025.346691.
3. Беспаленко А. А., Щеглюк О. І., Кіх А. Ю., Бур'янов О. А., Волянський О. М., Корченко В. В. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. Український журнал військової медицини. 2020. Т. 1. № 1. С. 64–71. DOI: 10.46847/ujmm.2020.1(1)-064.
4. Борисов М. О., Яровий Є. А., Кузін В. О., Зачепа А. С. Сучасні підходи до реабілітації пацієнтів з ампутаційними дефектами верхніх кінцівок. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2011. № 1. С. 96–99.
5. Бражанюк А. О., Серман С. В. Вплив і компоненти допротезної реабілітації пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок. Фізична культура і спорт: науковий погляд. 2025. № 1(1). С. 176–182. DOI: 10.31891/pcs.2025.1(1).23.
6. Волошин О. І., Роголя Ю. Л. Фізична терапія осіб з ампутаціями кінцівок : навч.-метод. посіб. Дрогобич : Видавничий відділ ДДПУ, 2024. 148 с.
7. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 1462 від 16.12.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF> (дата звернення: 10.03.2025).

8. Єгорова О. Б. Реабілітаційна психологія : навч. посіб. Київ, 2019. 256 с.
9. Єгорова О. Б. (ред.). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. : у 3 т. Київ, 2018–2020.
10. Карамушка Т. В., Полівко Л. Ю., Вісіч О. Ю. та ін. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій. Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 124 с.
11. Коkun О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами. Київ : 7БЦ, 2023. 176 с.
12. Козик Н. В., Гільман А. Ю. Психологічні особливості осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту. Психологія: реальність і перспективи. 2025. № 24. С. 112–119.
13. Кравченко К., Жаленко Л. Теоретичний огляд проблематики відновлення військовослужбовців з ампутацією кінцівок: психологічний аспект. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Військово-спеціальні науки. 2025. № 1(61). С. 26–32. DOI: 10.17721/1728-2217.2025.61.26-32.
14. Мілютіна К. Огляд закордонного досвіду в роботі з набутою інвалідністю (ампутантами). Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни / ред. І. Маслянікова. Університет «Україна», 2023. С. 40–56.
15. Національний інститут стратегічних досліджень. Проблеми та перспективи медичної реабілітації інвалідів війни та інших вразливих груп населення в Україні. Київ, 2024. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/problemy-ta->

perspektyvy-medychnoyi-reabilitatsii-invalidiv-viyny (дата звернення: 15.03.2025).

16. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2083. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 10.03.2025).
17. Руденко Є., Асонов Д. Психологічні наслідки перенесеної ампутації кінцівок: огляд літератури. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8. № 3. DOI: 10.26766/pmgrp.v8i3.443.
18. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник. Київ : НУОУ, 2020. 384 с.
19. Ткачук А. В., Данильченко С. І., Бабкіна О. П., Головченко І. В., Корсунський О. Ю. Інтеграція психологічної реабілітації в систему фізичної терапії військовослужбовців після ампутації. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2025. Т. 25. № 2. С. 287–291.
20. Ткачук А. В. та ін. Маршрут пацієнта з ампутацією: реабілітаційний супровід. URL: <https://moz.gov.ua/uk/marshrut-pacyenta-z-amputaciyeyu> (дата звернення: 15.04.2025).
21. Фармага М. Л., Віленський А. Б., Алейнік В. А. Комплексний підхід до реабілітації пацієнтів з ампутованими кінцівками та метаболічними розладами у мультидисциплінарній команді. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2024. Т. 20. № 5. С. 389–393. DOI: 10.22141/2224-0721.20.5.2024.1425.
22. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. Київ : Медкнига, 2019. 112 с.
23. Чабан О. С. Психотравма: від теорії до практики. Neuronews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2019. № 5(106). С. 14–21.
24. Abouammoh N., Aldebeyan W., Abuzaid R. Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study.

- Eastern Mediterranean Health Journal. 2021. Vol. 27. № 4. P. 407–413. DOI: 10.26719/emhj.20.124.
25. Amputee Coalition. Emotional Recovery Fact Sheet. 2021. URL: <https://amputee-coalition.org/resources/emotional-recovery-2/> (дата звернення: 20.03.2025).
 26. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. San Francisco : Jossey-Bass, 1979. 255 p.
 27. Bhatnagar V., Richard E., Melcer T., Walker J., Galarneau M. Retrospective study of cardiovascular disease risk factors among a cohort of combat veterans with lower limb amputation. Vascular Health and Risk Management. 2019. Vol. 15. P. 409–418. DOI: 10.2147/VHRM.S212729.
 28. Boos C. J., Schofield S., Cullinan P. та ін. Association between combat-related traumatic injury and cardiovascular risk. Heart. 2022. Vol. 108. № 5. P. 367–374. DOI: 10.1136/heartjnl-2021-320296.
 29. Bowker J. H., Michael J. W. (eds.). Atlas of Limb Prosthetics: Surgical, Prosthetic, and Rehabilitation Principles. 2nd ed. Rosemont : American Academy of Orthopedic Surgeons, 1992. 950 p.
 30. Brunelli S., Morone G., Iosa M. та ін. Efficacy of progressive muscle relaxation, mental imagery, and phantom exercise training on phantom limb: a randomized controlled trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2015. Vol. 96. № 2. P. 181–187.
 31. Castillo R. C., Carlini A. R., Doukas W. C. та ін. Pain, depression, and PTSD following major extremity trauma among United States military. Journal of Orthopaedic Trauma. 2021. Vol. 35. № 3. P. e96–e102. DOI: 10.1097/BOT.0000000000001921.
 32. Coffey L., O'Keeffe F., Gallagher P., Desmond D., Lombard-Vance R. Cognitive functioning in persons with lower limb amputations: a review. Disability and Rehabilitation. 2012. Vol. 34. № 23. P. 1950–1964.

33. Desmond D., MacLachlan M. Psychosocial perspectives on post-amputation rehabilitation: a review of disease, trauma, and war related literature. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*. 2004. Vol. 16. № 2. P. 1–37. DOI: 10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v16.i2.10.
34. Eckard C. S., Pruziner A. L., Sanchez A. D., Andrews A. M. Metabolic and body composition changes in first year following traumatic amputation. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2015. Vol. 52. № 5. P. 553–562. DOI: 10.1682/JRRD.2014.02.0044.
35. Fara I. M., Mutavi T. N., Gitau C. W. Prevalence of anxiety, depression, and PTSD among amputees attending Jaipur Foot Trust Artificial Limb Centre in Kenya. *East African Journal of Health Sciences*. 2022. Vol. 5. № 1. P. 49–64. DOI: 10.37284/eajhs.5.1.572.
36. Fuchs X., Flor H., Bekrater-Bodmann R. Psychological factors associated with phantom limb pain: a review of recent findings. *Pain Research and Management*. 2018. Vol. 2018. DOI: 10.1155/2018/5080123.
37. Gailey R. S., Roach K. E., Applegate E. B. та ін. The Amputee Mobility Predictor: an instrument to assess determinants of the lower-limb amputee's ability to ambulate. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002. Vol. 83. № 5. P. 613–627.
38. Gierk B., Kohlmann S., Kroenke K. та ін. The somatic symptom scale–8 (SSS-8). *JAMA Internal Medicine*. 2014. Vol. 174. № 3. P. 399–407.
39. Hilman A. Yu. The mental health of the population in the war conditions. *Psychological aspects of the war in Ukraine : monograph*. Riga : Baltija Publishing, 2023. P. 310–336. DOI: 10.30525/978-9934-26-347-1-16.
40. Hilman A. Yu. The practical aspects of psychological rehabilitation of those affected by the war. *Innovations in psychology and psychiatry : collective monograph*. Riga : Baltija Publishing, 2024. P. 393–398. DOI: 10.30525/978-9934-26-434-8-45.

41. Hilman A. Yu., Kulesha N. P. Psychological support for war victims: modern approaches. *Public Health Journal*. 2025. Vol. 3. № 1. P. 44–51.
42. Holzer L. A., Sevelde F., Fraberger G., Bluder O., Kicking W., Holzer G. Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS One*. 2014. Vol. 9. № 3. P. e92943. DOI: 10.1371/journal.pone.0092943.
43. Horgan O., MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*. 2004. Vol. 26. № 14–15. P. 837–850.
44. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16. № 9. P. 606–613.
45. Kozjek N. R., Tonin G., Gleeson M. Nutrition for optimising immune function and recovery from injury in sports. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2025. Vol. 66. P. 101–114. DOI: 10.1016/j.clnesp.2025.01.031.
46. Kulesha N., Hilman A. The psychological rehabilitation of youth in war conditions: cognitive dimension. *Youth Voice Journal*. 2024. Vol. 14. № 3. P. 107–119. DOI: 10.59159/yvj.v14i3.316.
47. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984. 445 p.
48. Sinha R., van den Heuvel W. J., Arokiasamy P. Adjustments to amputation and an artificial limb in lower limb amputees. *Prosthetics and Orthotics International*. 2014. Vol. 38. № 2. P. 115–121.
49. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1970. 76 p.
50. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166. № 10. P. 1092–1097.

51. Talbot L. A., Brede E., Metter E. J. Psychological and physical health in military amputees during rehabilitation. *Military Medicine*. 2017. Vol. 182. № 5–6. P. e1619–e1624. DOI: 10.7205/MILMED-D-16-00328.
52. Tkachuk A. V., Danylchenko S. I., Babkina O. P., Golovchenko I. V., Korsunsky O. Yu. Integration of psychological rehabilitation into the physical therapy system for military personnel after amputation. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2025. Vol. 25. № 2. P. 287–291.
53. Tropf J. G., Hoyt B. W., Walsh S. A. та ін. Long-term health outcomes of limb salvage compared with amputation for combat-related trauma. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2023. Vol. 105. № 23. P. 1867–1874. DOI: 10.2106/JBJS.22.01284.
54. Tsema I. E., Besspalenko A. Analysis of limb amputations during armed conflict at the East of Ukraine. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2016. № 1. P. 79–80.
55. Tuncay T., Musabak I. Problem-focused coping strategies predict posttraumatic growth in veterans with lower-limb amputations. *Journal of Social Service Research*. 2015. Vol. 41. № 4. P. 466–483. DOI: 10.1080/01488376.2015.1033584.
56. Walia T., Baby S., Chaudhury S. Evaluation of treatment of psychiatric morbidity among limb amputees. *Industrial Psychiatry Journal*. 2018. Vol. 27. № 2. P. 240–246.
57. Wegener S. T., Mackenzie E. J., Ephraim P., Ehde D., Williams R. Self-management improves outcomes in persons with limb loss. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009. Vol. 90. № 3. P. 373–380.
58. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva : WHO, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (дата звернення: 10.03.2025).

59. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva : WHO, 2001. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (дата звернення: 10.03.2025).
60. World Health Organization. Package of interventions for rehabilitation. Geneva : WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-healthsystems/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation> (дата звернення: 12.03.2025).ч

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для діагностики депресії PHQ-9

Як часто за останні 2 тижні вас турбували такі проблеми?	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більшу половини часу	Майже кожного дня
Відсутність інтересу до подій.	0	1	2	3
Байдужість, пригніченість.	0	1	2	3
Проблеми із засинанням, безсоння, навпаки спали занадто багато.	0	1	2	3
Почуття втоми або занепад сил.	0	1	2	3
Відсутність апетиту або переїдання.	0	1	2	3
Відчуваєте себе невдахою, звинувачуєте себе за те, що обтяжуєте свою сім'ю.	0	1	2	3
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні книги чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Рухаєтесь або говорите незвичайно повільно (загальмованість), або навпаки, збуджені, рухаєтесь більше, ніж зазвичай?	0	1	2	3
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі якусь шкоду.	0	1	2	3

Додаток Б

Опитувальник на наявність генералізованого тривожного розладу GAD-7

Як часто за останні 2 тижні вас турбували такі проблеми?	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більшу половину часу	Майже кожного дня
Відчуття тривоги, нервозності або відчуття «на грані зриву»	0	1	2	3
Неможливість зупинити або контролювати тривогу.	0	1	2	3
Сильне занепокоєння з різноманітних приводів.	0	1	2	3
Складно розслабитися.	0	1	2	3
Непосидючість.	0	1	2	3
Роздратованість та нестриманість.	0	1	2	3
Тривожне передчуття жахливих (лякаючих) подій.	0	1	2	3

Додаток В

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Опитувальник «А»

Твердження	Зовсім ні	Мабуть так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник соматичних симптомів SSS-8

Як часто протягом останніх 7 днів Вас турбувало наступне:	Зовсім не турбувало	Трохи	Дещо	Достатньо	Дуже
Кількість балів	0	1	2	3	4
Біль у ділянці шлунку або кишківника?					
Біль у спині?					
Біль у руках, ногах чи суглобах?					
Головний біль?					
Грудний біль чи задишка?					
Запаморочення?					
Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»?					
Порушення сну?					

Додаток Е

Підсумкова таблиця відповідей учасників опитування

1	Пацієнт 1 38р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 1 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 23 (низький рівень реактивної тривоги) ОТ=33 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=30 (низький рівень реактивної тривоги) ОТ=35 (помірний рівень особистісної тривоги)
2	Пацієнт 2 24р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 6 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 8 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 36 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=34(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)
3	Пацієнт 3 36р. Стан після ампутації верхньої кінцівки	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 2 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 41 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=44 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 2 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)

					особистіс ної тривоги)				
4	Пацієнт 4 29р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 1 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 4 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ= 32 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 1 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 3 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=30(низький рівень реактивної тривоги) ОТ=31(помірний рівень особистісної тривоги)
5	Пацієнт 5 25р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 14 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ= 36 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=27 (низький рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 3 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 12 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=43 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37 (помірний рівень особистісної тривоги)
6	Пацієнт 6 42р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 0 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ= 37 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37 (помірний рівень особистіс	GAD – 7 0 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 3 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=40 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35 (помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
7	Пацієнт 7 23р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 0 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 1 Депресія відсутня	SSS – 8 2 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 31 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=29 (низький рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 0 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 2 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=30 (низький рівень реактивної тривоги) ОТ=29 (низький рівень особистісної тривоги)
8	Пацієнт 8 36р. Стан після ампутації	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 18 Депресія вираженого ступеню	SSS – 8 14 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 50 (високий рівень реактивної тривоги) ОТ=47 (високий рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=44 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=53 (високий рівень особистісної тривоги)
9	Пацієнт 9 36р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ= 46 (високий рівень реактивної тривоги) ОТ=48 (високий рівень особистіс	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=42(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=45(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
10	Пацієнт 10 33р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 11 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=39 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=44 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)
11	Пацієнт 11 31р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 10 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 13 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 4 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=48 (високий рівень реактивної тривоги) ОТ=46 (високий рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 4 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=44(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=43(помірний рівень особистісної тривоги)
12	Пацієнт 12 29р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 13 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 17 Депресія середньої тяжкості	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=52 (високий рівень реактивної тривоги) ОТ=47 (високий рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 9 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 12 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=46(високий рівень реактивної тривоги) ОТ=45(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
1 3	Пацієнт 13 27 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=40 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=45 (високий рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=37(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=43(помірний рівень особистісної тривоги)
1 4	Пацієнт 14 42р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=31 (помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=32 (помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=30(низький рівень реактивної тривоги) ОТ=31(помірний рівень особистісної тривоги)
1 5	Пацієнт 15 38 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
1 6	Пацієнт 16 24 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 10 Депресія помірно ї тяжкості	SSS – 8 10 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=42(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=39(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(помірний рівень особистісної тривоги)
1 7	Пацієнт 17 36 р. Стан після ампутації верхньої кінцівки	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=34(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 3 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=30(низький рівень реактивної тривоги) ОТ=35(помірний рівень особистісної тривоги)
1 8	Пацієнт 18 43 р. Стан після ампутації верхньої кінцівки	GAD – 7 9 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 14 Депресія помірно ї тяжкості	SSS – 8 12 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=45(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=43(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 10 Депресія помірно ї тяжкості	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=41(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
1 9	Пацієнт 19 26 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=37(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(п омірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=34(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(п омірний рівень особистісної тривоги)
2 0	Пацієнт 20 61 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=35(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(п омірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=32(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35(п омірний рівень особистісної тривоги)
2 1	Пацієнт 21 39 р. Стан після ампутації обох нижніх кінцівок	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 12 Депресія помірно ї тяжкість	SSS – 8 11 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=44(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(п омірний рівень особистіс	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=40(п омірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(п омірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
2 2	Пацієнт 22 30 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(помірний рівень особистісної тривоги)
2 3	Пацієнт 23 22 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 3 Відсутніс ть симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=33(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=34(помірний рівень особистісної тривоги)
2 4	Пацієнт 24 21 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 11 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 15 Депресія середньої тяжкості	SSS – 8 13 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=50(високий рівень реактивної тривоги) ОТ=45(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 11 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 12 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=47(високий рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
25	Пацієнт 25 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 8 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=39(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)
26	Пацієнт 26 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=41(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 10 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(помірний рівень особистісної тривоги)
27	Пацієнт 27 р. Стан після множинних травматичних ампутацій	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=33(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=34(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 4 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=27(низький рівень реактивної тривоги) ОТ=29(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
28	Пацієнт 28 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 10 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 14 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 12 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=46(високий рівень реактивної тривоги) ОТ=44(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 10 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=42(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)
29	Пацієнт 29 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=30(низький рівень реактивної тривоги) ОТ=34(помірний рівень особистісної тривоги)
30	Пацієнт 30 р. Стан після ампутації обох нижніх кінцівок	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
3 1	Пацієнт 31 34 р. Стан після ампутації обох нижніх кінцівок	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 11 Депресія помірно ї тяжкості	SSS – 8 10 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=42(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 8 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=39(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(помірний рівень особистісної тривоги)
3 2	Пацієнт 32 28 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=33(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35(помірний рівень особистісної тривоги)
3 3	Пацієнт 33 43 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=39(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
34	Пацієнт 34 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 10 Депресія помірно тяжкої	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=41(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(помірний рівень особистісної тривоги)
35	Пацієнт 35 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=37(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=32(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35(помірний рівень особистісної тривоги)
36	Пацієнт 36 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 9 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 13 Депресія помірно тяжкої	SSS – 8 11 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=45(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=43(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=41(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
37	Пацієнт 37 р. 44 Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 3 Депресія відсутня	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=33(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=34(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 2 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 2 Депресія відсутня	SSS – 8 3 Мінімальний ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=28 (низький рівень реактивної тривоги) ОТ=32(помірний рівень особистісної тривоги)
38	Пацієнт 38 р. 53 Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 11 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 15 Депресія середньої тяжкості	SSS – 8 13 Високий ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=49(високий рівень реактивної тривоги) ОТ=45(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 11 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 10 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=43(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=42(помірний рівень особистісної тривоги)
39	Пацієнт 39 р. 37 Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 8 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=39(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
40	Пацієнт 40 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=38(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=40(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 6 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 5 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=34(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=39(помірний рівень особистісної тривоги)
41	Пацієнт 41 р. Стан після ампутації обох нижніх кінцівок	GAD – 7 8 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 12 Депресія помірної тяжкості	SSS – 8 10 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=42(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=41(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 6 Наявність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 9 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 8 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=37(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=35(помірний рівень особистісної тривоги)
42	Пацієнт 42 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 4 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 5 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=36(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 3 Відсутність симптомів в тривожного розладу	PHQ – 9 4 Депресія відсутня	SSS – 8 6 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера-Ханіна РТ=35(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)

					ної тривоги)				
4 3	Пацієнт 43 23 р. Стан після ампутації нижньої кінцівки	GAD – 7 7 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 10 Депресія помірно ї тяжкість	SSS – 8 9 Середній ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=41(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=38(помірний рівень особистісної тривоги)	GAD – 7 5 Наявність симптомів в тривожно го розладу	PHQ – 9 7 Депресія легкого ступеню	SSS – 8 7 Низький ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів	Оцінка рівня РТ та ОТ Спілбергера- Ханіна РТ=40(помірний рівень реактивної тривоги) ОТ=36(помірний рівень особистісної тривоги)