

# МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ

Заверуха О. Я.

*Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького, м. Львів, Україна*

**Ключові слова:** ампутація кінцівки, медична психологія, психологічна адаптація, фізична реабілітація, протезування, психоемоційний стан, образ тіла, якість життя.

Ампутація кінцівки є не лише суттєвою зміною фізичного функціонування людини, а й складною життєвою подією, що потребує перебудови усталеного способу життя, уявлень про власне тіло, рівень автономності, соціальні та професійні ролі. Особливого значення ця проблематика набуває у процесі реабілітації осіб із травматичними ампутаціями, оскільки фізична травма може поєднуватися з психотравмувальними обставинами її отримання. Сучасні дослідження засвідчують, що психологічна адаптація після ампутації є багатокомпонентним процесом, пов'язаним із тривожними та депресивними проявами, ставленням до зміненого образу тіла, рівнем соціальної підтримки, прийняттям ампутації, мотивацією до реабілітації та якістю взаємодії з фахівцями реабілітаційної команди [1].

**Мета роботи** – теоретично обґрунтувати значення медико-психологічного супроводу пацієнтів після ампутації кінцівки та визначити його основні завдання на різних етапах фізичної реабілітації і протезування.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація результатів сучасних наукових досліджень і клінічних рекомендацій 2023–2026 років, присвячених психологічній адаптації, психічному здоров'ю, протезуванню та реабілітації осіб після ампутації кінцівок. Необхідність інтеграції психологічної складової у реабілітаційний процес підтверджується даними сучасних досліджень. За результатами систематичного огляду та метааналізу С.Сінгха та співавт., що охопив 61 дослідження і 9852 особи після ампутації, узагальнена поширеність депресії або клінічно значущих депресивних симптомів становила 33,85 %. Серед чинників, пов'язаних із вищою вираженістю депресивної симптоматики, автори визначають обмеження активності, порушення образу тіла, соціальний дискомфорт, відчуття вразливості та унікальні копінг-стратегії. Водночас соціальна підтримка й активні

способи подолання труднощів розглядаються як протективні чинники [2]. Отже, оцінювання результативності реабілітації лише за соматичними та функціональними показниками не дає змоги повною мірою охарактеризувати процес відновлення пацієнта.

Особливе місце в психологічній адаптації займає формування нового образу тіла. Втрата кінцівки змінює не лише зовнішність, а й тілесну схему, переживання власної цілісності, впевненість у соціальній взаємодії та сприйняття власних фізичних можливостей. У сучасному огляді К.Нугента та співавт. встановлено, що особи із втратою нижньої кінцівки загалом характеризуються більш негативним сприйняттям образу тіла порівняно з іншими групами, а його трансформація відбувається не лише безпосередньо після ампутації, але й під час протезної реабілітації та повернення людини до життя у громаді [3]. Це обґрунтовує необхідність не одноразової, а динамічної оцінки психологічного стану на різних етапах відновлення.

Не менш важливим чинником є суб'єктивне ставлення пацієнта до протеза. Протезування не можна розглядати виключно як технічне відновлення втраченої функції. Протез поступово інтегрується у систему рухової активності та водночас у психологічне сприйняття власного тіла. Результати досліджень демонструють взаємозв'язки між задоволеністю протезом, рівнем тривоги й депресивної симптоматики, особливостями образу тіла та якістю життя [4]. Відповідно, психологічна готовність до протезування має передбачати формування реалістичних очікувань щодо можливостей протеза, усвідомлення тривалості процесу адаптації, прийняття необхідності систематичних тренувань та активної участі самого пацієнта в реабілітаційному процесі.

Психологічний стан людини після ампутації доцільно розглядати в тісному взаємозв'язку з больовими переживаннями. Фантомний і резидуальний біль здатні впливати на активність, сон, емоційний стан, використання протеза та суб'єктивну якість життя. Водночас сучасний систематичний огляд реабілітаційних втручань при фантомному болю демонструє неоднорідність результатів і низьку визначеність доказів щодо їх впливу на функціонування та якість життя [5]. Це свідчить про доцільність комплексного підходу, за якого оцінюється не лише інтенсивність болю, а також його емоційний зміст, поведінкові реакції, рівень катастрофізації, способи подолання та вплив больового синдрому на повсякденне функціонування людини.

Особливу групу становлять військовослужбовці, які втратили кінцівку внаслідок бойової травми. На відміну від планової ампутації,

травматична втрата кінцівки може бути складовою ширшого психотравмувального досвіду. Систематичний огляд К.Д.Мюррея, Г.Гавліна і В.Молінью показав, що психологічний досвід військових після ампутації пов'язаний із необхідністю одночасної фізичної та психологічної перебудови, впливом військової культури, міжособистісних відносин, соціального сприйняття та переходу до цивільного життя. Автори наголошують на необхідності раннього виявлення осіб із ризиком несприятливої адаптації, психологічної підтримки та розвитку програм взаємодопомоги за принципом «рівний – рівному» [6].

Отже, медико-психологічний супровід доцільно здійснювати не як окремий епізод психологічної допомоги, а як наскрізний компонент реабілітаційного маршруту пацієнта. Такий підхід відповідає сучасним клінічним рекомендаціям VA/DoD щодо реабілітації осіб після ампутації нижньої кінцівки. У них наголошується на необхідності періодично оцінювати поведінкове здоров'я та психосоціальне функціонування на всіх етапах допомоги й інтегрувати відповідні втручання у звичайний процес реабілітації. Окремої уваги потребують ризики депресії, посттравматичного стресового розладу, суїцидальної поведінки та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [7].

З огляду на зазначене можна виділити кілька взаємопов'язаних завдань медико-психологічного супроводу. На ранньому післяампутаційному етапі пріоритетними є встановлення психологічного контакту, оцінювання актуального емоційного стану, виявлення чинників ризику дезадаптації, психоедукація та підтримка конструктивних способів подолання стресу. На допротезному етапі важливими стають робота з прийняттям тілесних змін, формування реалістичних очікувань від протезування, підтримка мотивації до фізичної терапії та узгодження особистісно значущих реабілітаційних цілей. Під час освоєння протеза психологічний супровід має сприяти підтриманню самоефективності, толерантності до тимчасових труднощів, конструктивному ставленню до невдач і поступовому відновленню автономності. На довготривалому етапі важливими є соціальна реінтеграція, повернення до сімейних, професійних та інших значущих ролей, підтримання соціальних контактів і формування нового життєвого досвіду з урахуванням змінених фізичних можливостей.

Водночас медико-психологічна компетентність має значення не лише для психолога, а й для інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Фізичний терапевт має тривалий і систематичний контакт із пацієнтом, спостерігає його реакцію на

навантаження, успіхи й невдачі та може одним із перших помітити зниження мотивації, уникнення активності, надмірну тривожність, емоційне виснаження чи інші зміни, які ускладнюють реабілітацію. Його завданням не є здійснення психологічної діагностики або психотерапії поза межами професійної компетентності, однак навички терапевтичної комунікації, мотиваційної підтримки, спільного формулювання цілей і своєчасного скерування до психолога або психіатра є важливими складовими пацієнт-центрованої реабілітації. Актуальні клінічні рекомендації також розглядають допомогу після ампутації як міждисциплінарний процес із включенням фахівців фізичної терапії та поведінкового/психічного здоров'я [7; 8].

Для систематизації психологічної оцінки можуть застосовуватися як загальноклінічні валідизовані методики скринінгу депресивних, тривожних та посттравматичних симптомів, так і спеціалізовані інструменти, орієнтовані на досвід ампутації та використання протеза. Зокрема, систематичний огляд Г.К.В.Піреса та співавт. серед найбільш уживаних спеціалізованих інструментів визначає *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scale* (TAPES) та *Prosthesis Evaluation Questionnaire* (PEQ) [9]. Використання стандартизованих методів дає змогу оцінювати не лише функціональні результати, а й психологічну адаптацію, задоволеність протезом та суб'єктивний досвід пацієнта.

Таким чином, оптимальна модель допомоги після ампутації повинна ґрунтуватися на біопсихосоціальному та пацієнт-центрованому підходах. Функціональний результат фізичної реабілітації залежить не тільки від стану кукси, м'язової сили, рівноваги, мобільності чи технічних характеристик протеза. Значущими є також готовність людини до активного відновлення, ставлення до власного тіла, переживання втрати, рівень соціальної підтримки, психічний стан, характер взаємодії з реабілітаційною командою та можливість повернення до значущих видів діяльності. Сучасні дані підтверджують необхідність розширення оцінювання результатів реабілітації за межі суто фізичного функціонування та включення показників психічного здоров'я, емоційного й соціального функціонування та якості життя.

**Висновки.** Медико-психологічний супровід пацієнтів після ампутації кінцівки доцільно розглядати як невід'ємну складову комплексної фізичної реабілітації, що має здійснюватися від раннього післяампутаційного періоду до етапу соціальної реінтеграції. Його основними напрямками є своєчасне виявлення ризиків психологічної дезадаптації, підтримка процесу прийняття тілесних змін, формування

реалістичних очікувань щодо протезування, підтримання мотивації та самоефективності, сприяння адаптивним копінг-стратегіям, робота з психологічними аспектами болю та залучення ресурсів сімейної і соціальної підтримки. Реалізація такого підходу потребує міждисциплінарної взаємодії психолога, лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, протезиста та інших фахівців реабілітаційної команди, а також дотримання меж професійної компетентності кожного з них.

## Література

1. Calabrese L., Maffoni M., Torlaschi V. What Is Hidden behind Amputation? Quanti-Qualitative Systematic Review on Psychological Adjustment and Quality of Life in Lower Limb Amputees for Non-Traumatic Reasons. *Healthcare*. 2023. Vol. 11, No. 11. Art. 1661. DOI: 10.3390/healthcare1111661.
2. Singh S., Saini R., Mathur R., Sarkar S., Sagar R. The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2024. Vol. 181. Art. 111677. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111677.
3. Nugent K., Joshi A., Viana R., Payne M. W., Unger J., Hunter S. W. How has body image been evaluated among people with lower limb loss? A scoping review. *Disability and Rehabilitation*. 2025. Vol. 47, No. 1. P. 33–46. DOI: 10.1080/09638288.2024.2335646.
4. Unal Z. K., Cankurtaran D., Akyuz E. U. Evaluation of Prosthesis Satisfaction, Psychological Status, and Quality of Life in Lower-Extremity Amputee Patients: A Pilot Study. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2024. Vol. 114, No. 2. Art. 22154. DOI: 10.7547/22-154.
5. Gane E., Petersen P., Killalea T., Glavinovic P., Nash I., Batten H. The effect of rehabilitation therapies on quality of life and function in individuals with phantom limb pain after lower-limb amputation: A systematic review. *Prosthetics and Orthotics International*. 2024. Vol. 48, No. 4. P. 431–440. DOI: 10.1097/PXR.0000000000000288.
6. Murray C. D., Havlin H., Molyneaux V. Considering the psychological experience of amputation and rehabilitation for military veterans: a systematic review and metanalysis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*. 2024. Vol. 46, No. 6. P. 1053–1072. DOI: 10.1080/09638288.2023.2182915.
7. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Individuals with Lower Limb Amputation*. Version 3.0. Washington, DC, 2024.
8. Speckman R. A. et al. Clinician's Guide to the 2024 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Individuals With Lower Limb Amputation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2026. Vol. 105, No. 7. P. 637–648. DOI: 10.1097/PHM.0000000000002995.
9. Pires G. K. W., Luza L. P., Rudolpho S. M. S., Rodrigues P. L., Silva R. Instruments for evaluation of psychosocial adjustment to amputation, use and satisfaction with the prosthesis: a systematic review of literature. *Acta Fisiátrica*. 2023. Vol. 30, No. 1. P. 47–54. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v30i1a170876.