

ЯНЧИНСЬКИЙ Олег

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

<https://orcid.org/0009-0005-8998-5284>e-mail: oleg_yanchynskyi@gmail.com**ВПЛИВ АДАПТИВНОГО СПОРТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

В статті здійснюється загальний огляд досліджень здійснених у період 2019-2024 років, які стосуються впливу адаптивного спорту на якість життя осіб після ампутації нижніх кінцівок. Проводиться комплексна аналітика основних структурно-змістовних переваг та прогалин наукових розвідок з тематики ресоціалізації індивідів після ампутації нижніх кінцівок. Розкриваються ключові аспекти, які ускладнюють соціальну реінтеграцію та негативно впливають на якість життя осіб після ампутації нижніх кінцівок. Встановлюються тематичні виміри якості життя та ресоціалізації осіб після ампутації нижніх кінцівок, які потребують подальшого наукового вивчення в перспективі.

У межах дослідження аналізується 23 наукові публікації, які оприлюднені у фахових медичних акредитованих журналах категорії «А» і «Б». В процесі аналітики наукових досліджень використовувалися такі методи та підходи: системний; критично-аналітичний; описовий; історіографічний.

В науковій розвідці розкрито, що в індивідів після ампутації нижньої кінцівки найчастіше спостерігаються депресивно-тривожні розлади. Це зумовлено такими складовими або компонентами: візуальна адаптація до нової тілесності; сум через біль та втрату кінцівки; неможливість повною мірою задовольнити власні потреби; відчуття незахищеності. Визначено, що центральними викликами у соціальному вимірі для осіб після ампутації нижніх кінцівок постають такі: недостатній рівень адаптованості навколишнього середовища до потреб людини; погодно-кліматичні обмеження; недостатній рівень фінансового забезпечення. З'ясовано, що ключовим компонентом комплексного відновлення індивіда вважається його залученість до адаптивних видів спорту (баскетбол на візках, пара-гольф, бочча). Виявлено, що різноманітні види адаптивного спорту сприяють покращенню фізичного стану особи та допомагають розвинути соціальні навички комунікації. Визначено, що інтегрованість людини до будь-якого адаптивного спорту сприяє зменшенню проявів ментально-психологічних проблем, зокрема тривожності або депресії. Продемонстровано, що спортивно-змагальний процес ефективно впливає на конструювання соціальної ідентичності особи після ампутації нижніх кінцівок.

Ключові слова: реабілітація, фізична терапія, ресоціалізація, адаптивний спорт, ампутація нижніх кінцівок, якість життя, ерготерапія, ампуфутбол.

<https://doi.org/10.31891/pcs.2025.4.14>

1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

В Україні щоденно відбувається втрата особами однієї або обох нижніх кінцівок [17]. З початком повномасштабної російсько-української війни спостерігається зростання інтенсивності вказаної динаміки [2]. До прикладу, за перші два роки повномасштабної російсько-української війни понад 100 тисяч осіб втратили верхню або нижню кінцівку. На противагу цьому, в світі близько 200 мільйонів осіб втрачають нижню кінцівку щорічно [19]. Це демонструє значну важливість обраної проблематики дослідження. У цьому контексті потрібно розуміти, що важливим постає не лише якісне проведення хірургічного втручання, а й комплексний процес реабілітації та ресоціалізації пацієнта.

Важливість дослідження адаптивного спорту та реабілітації зумовлена недостатньою увагою науково-академічної спільноти до процесу ресоціалізації індивідів після ампутації нижніх кінцівок. Це зумовлено тим, що більшість досліджень розкривають лише проблематику фізичної терапії. В свою чергу, проблема психологічно-ментального відновлення та повернення особи до соціального середовища потребує подальшої розробленості в науково-академічному знанні. Вивчення запропонованої тематики дослідження полягає у недостатньому рівні усвідомленості світоглядних й соціально-інфраструктурних викликів соціального середовища, які постають перед людьми з ампутованою нижньою кінцівкою. Загальна важливість дослідження полягає у недостатній кількості теоретично-спрямованих наукових публікацій, які систематизують та

структурують емпіричні результати попередніх досліджень.

2. АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

В цьому науково-академічному дослідженні здійснюється аналітичний огляд акредитованих та фахових 23 наукових публікацій. певного наукового досліджень відбувалося на основі індексу Гірша (показник впливовості науковця) та імпаکت-фактору. Перший критерій являє собою показник впливовості дослідника чи науковця. В свою чергу, другий індикатор демонструє рівень цитування журналу в порівнянні з іншими виданнями у певній науковій сфері знань. Пошук вищевказаних наукових матеріалів відбувалися на основі використання наукометричних баз даних: PubMed; Web of Science; Web of Knowledge; Scopus. У межах дослідження використовувалися такі загальнонаукові **методи дослідження**: критично-аналітичний; історіографічний; системний; дескрептивний.

Тематика якості життя та ресоціалізації індивідів після ампутації кінцівок ґрунтовно розроблена у медичній науці. До основних наукових досліджень з цієї проблематики можна зарахувати такі: «Застосування адаптивного спорту в системі реабілітації ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок» [23] автори О. Юшковська, А. Кіціс; «Бар'єри навколишнього середовища, обмеження активності та участі, з якими стикаються люди з ампутацією нижніх кінцівок» [9] автори П. Галлагер, М. О'Донован, Е. Дойл, Д. Десмонд; «Якість життя в осіб з ампутаціями нижніх кінцівок» [16] автори К. Моді, Л. Муккамала, Д. Пармар; «Якість життя людей з ампутацією нижніх кінцівок: порівняльне дослідження між реабілітованими та нереабілітованими групами» [18], автори С. Наз, С. Сакіна, М. Сарфраз, І. Газанфар; «Фізична реабілітація військових з ампутацією кінцівок» [15] автор П. Ладлі.

У вищевказаних наукових розвідках дослідницький фокус здійснюється на вивченні впливу адаптивного спорту на фізичне та ментальне самопочуття пацієнтів після ампутації кінцівок. Визначаються центральні виклики, які перешкоджають ефективній соціальній реінтеграції осіб після ампутації нижніх кінцівок. З'ясовується

рівень якості та задоволення життя осіб, які здійснили ресоціалізацію після ампутації кінцівок. Розкриваються особливості реабілітації військових осіб після ампутації нижніх кінцівок та демонструються основні перешкоди в процесах соціальної реінтеграції.

Враховуючи структурно-змістовні особливості досліджень реабілітації, ресоціалізації та якості життя осіб після ампутації нижніх кінцівок варто зазначити, що до центральних сильних сторін цих наукових розвідок можна зарахувати такі: комплексна теоретична характеристика та емпірична оцінка програм реабілітації; релевантна аналітика основних психофізіологічних факторів, які негативно впливають на реабілітацію осіб після ампутації нижніх кінцівок; науково-академічна аргументація важливості формування індивідуальної реабілітаційної програми відповідно до особливостей пацієнта; багатогранна характеристика зовнішніх та внутрішніх соціально-ментальних факторів, які впливають на якість життя індивіда після ампутації нижніх кінцівок. Незважаючи на сильні сторони цих досліджень до основних їх прогалин можна віднести такі: недостатній рівень використання кількісного науково-методологічного інструментарію в наукових розвідках; відсутність визначення кореляції між різними видами адаптивного спорту та ресоціалізацією осіб після ампутації нижніх кінцівок; недостатній рівень розробленості реабілітаційних програм для індивідів з ампутацією нижніх кінцівок вище коліна; невисокий ступінь вивчення та створення практик або механізмів оптимізації ресоціалізації людини після ампутації кінцівок.

3. ВИДІЛЕННЯ НЕВИРШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ, КОТРИМ ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ СТАТТЯ

У межах запропонованого наукового дослідження вперше здійснено комплексний та систематизований опис наукових досліджень опублікованих в період 2019-2024 років, які стосуються тематики впливу адаптивного спорту на ресоціалізацію осіб після ампутації нижніх кінцівок. Зважаючи на це, науковою новизною цієї розвідки постає

релевантна концептуально-теоретична характеристика і аналітика попередніх досліджень з вищевказаної проблематики. В нашому дослідженні відбувається розширення специфіки основних проблем у процесах соціальної ресоціалізації людей після ампутації кінцівок. Додатково, доповнюються результати наукових досліджень, які стосуються впливу реабілітації на якість життя індивідів після ампутації нижніх кінцівок.

4. ФОРМУВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Мета дослідження полягає у визначенні ступеню розробленості проблематики впливу адаптивного спорту та реабілітації на процес ресоціалізації осіб після ампутації нижніх кінцівок в наукових дослідженнях здійснених у період 2019-2024 років. Відповідно до мети перед нами наявні такі цілі або завдання: загальна характеристика особливостей реабілітації осіб після ампутації нижніх кінцівок; з'ясування місця та ролі адаптивного спорту в процесах ресоціалізації індивідів після ампутації нижніх кінцівок; розкриття основних перешкод та проблем наявних в осіб після ампутації нижніх кінцівок у процесах інтеграції до соціального життя; виявлення тематичних аспектів, які потребують подальшого наукового вивчення та розроблення. Досягнення вищевказаної мети та завдань відбувається на основі огляду й аналітики наукових джерел.

5. ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБҐРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ресоціалізація постає важливим аспектом повноцінної та комплексної реабілітації пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок. Зважаючи на значну цінність тематики реінтеграції осіб після ампутації, пропонуємо звернути увагу на підходи та рівень розробленості цієї проблематики у науково-академічному знанні. В наукових працях «Застосування адаптивного спорту в системі реабілітації ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок» [23] авторів О. Юшковська, А. Кіціс і «Ставлення та переконання щодо участі у фізичній активності в осіб з ампутацією нижче коліна» [11] авторства П. Джаякаран, М. Перрі, М. Кондов, Т. Макферсон, Л. Сазерленд, А. Випич, дослідницький фокус

спрямований на визначення місця та ролі різноманітних видів спорту в процесі адаптації індивідів після ампутації нижніх кінцівок в соціальний вимір.

У вищевказаних дослідженнях здійснюється аналітика впливу адаптивного спорту на фізичний та ментально-емоційний стан пацієнтів [23]. Дослідники звертають увагу на специфіку різних етапів фізичної реабілітації та їх значення у процесі успішної ресоціалізації. Фокус група становить 30 пацієнтів чоловічої статі, середній вік яких складає 32 роки. До аналізованої групи входять особи з такими типами ампутації: білатеральна – 5 осіб; екзартикуляція кульшового суглоба – 9 осіб; екзартикуляція колінного суглоба – 6 осіб; транстибіальна – 4 осіб; трансфеморальна ампутація – 6 осіб [23].

Зважаючи на тип та особливості здійснюваної ампутації, особам було запропоновано різні види адаптивного спорту [23]. У цьому контексті варто зазначити, що майже половина осіб (14 чоловік) відмовилася від включення у їх реабілітаційну програму спортивних занять. Це дало змогу диференціювати пацієнтів на дві групи. До першої групи увійшли 16 осіб, які погодилися на включення спорту в їх індивідуальну реабілітаційну програму. Натомість, друга група складалася з 14 осіб, які відмовилися від занять спортом в межах реабілітації. Додатково, звертаємо увагу, що до обох груп увійшли особи з усіма вищевказаними типами ампутацій [23].

В дослідженні О. Юшковської і А. Кіціс реабілітація пацієнта охоплювала період від завершення гострого етапу після проведення операції до моменту протезування [23]. Одним з центральних завдань у цей часовий проміжок постає створення сприятливих умов для загоєння рубця. Це дає змогу забезпечити якісну реабілітацію пацієнта в межах стаціонару на основі виконання фізичних вправ та знать спортом впродовж 3 год на добу. В цій ситуації звертаємо увагу, що створення комплексної реабілітаційної програми передбачає врахування індивідуальних фізіологічно-психологічних особливостей пацієнта. У процесі формування програми важливо враховувати обмеження та можливості наявні у пацієнта, зважаючи на тип ампутації нижньої кінцівки. Основними завданнями реабілітаційної

програми вважається підготовка кукси до протезування (заходи спрямовані на подолання набряку, зміцнення м'язів, запобігання виникненню контрактур) та продуктивне психологічно-ментальне відновлення пацієнта [23].

Післяопераційний період реабілітації передбачає синтез ізометричних та статичних вправ [11]. Вони спрямовані на підвищення фізичної витривалості й адаптації м'язів до нових умов функціонування. Виконання комплексу вищевказаних типів вправ оптимізує функціонування м'язів-розгиначів колінного та кульшового суглобів. Після їх виконання пацієнти повинні навчитися вставати з поверхні та сідати на неї. Зважаючи на це, програма фізичної реабілітації повинна включати фізіотерапію. Остання повинна забезпечити коректне формування кукси і стимулювати необхідне скорочення м'язової тканини [11].

Незалежно від періоду реабілітації та типу ампутації нижньої кінцівки на всіх етапах потрібно здійснювати психологічну реабілітацію пацієнта [23]. Це зумовлено можливим виникненням депресивного розладу в пацієнта після здійснення операції. В цей період пацієнт може не приймати свій новий образ тіла та відчувати внутрішню ціннісно-світоглядну кризу стосовно мети свого життя. У цьому контексті важливим постає комунікація з терапевтом задля прийняття змін у власній тілесності та віднайденні екзистенції власного буття. Наслідком успішної психологічної реабілітації пацієнта після ампутації нижніх кінцівок постає його високий рівень мотивації та бажання адаптуватися до нових умов життя [23].

У вищевказаних дослідженнях в реабілітаційні програми включаються такі види спорту: бочча, баскетбол на візках та пара-гольф [23]. Перші два види спорту – бочча та баскетбол на візках були включені в індивідуальну програму пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату. На противагу цьому, пара-гольф включався у індивідуальну реабілітаційну програму індивідів після ампутації нижньої кінцівки на етапі протезування або відновлення після протезування. Особливістю пара-гольфу є його загальнодоступність і універсальність для пацієнтів. В цьому виді спорту можуть приймати участь всі особи, незалежно від

фізичних кондицій, обмежень, віку чи статі [11]. Участь в зазначених видах спорту слугує покращенню емоційного самопочуття особи та підвищує шанси на успішне повернення до соціального життя. Це зумовлено високим рівнем міжособистісної взаємодії індивідів у процесі спортивної гри.

Підсумовуючи результати вищевказаних досліджень, варто зазначити, що загоєння рани та формування кукси являють собою основні завдання успішного завершення гострого етапу реабілітації. Після цього відбувається перехід до етапу протезування та психологічна робота з особою задля здійснення успішної ресоціалізації. На думку дослідників, успішна соціалізація і реабілітація передбачають зміцнення витривалості різних типів м'язів нижніх кінцівок. Це зумовлено можливістю особи витримувати фізичні навантаження у процесі життєдіяльності. Важливим елементом реабілітації постає допомога в ментальній адаптації особи до нових тілесних викликів і адаптації задоволення власних потреб. У процесі відновлення індивіда потрібно забезпечити високий рівень бажання та мотивації до адаптації в соціальне середовище. Значну роль в процесі соціалізації відіграє участь в різних видах спорту, зокрема: баскетболі на візках; боччі; пара-гольфі. Всі вищевказані види спорту сприяють фізичному розвитку особи та допомагають ресоціалізуватися після ампутації нижньої кінцівки.

В статті «Бар'єри навколишнього середовища, обмеження активності та участі, з якими стикаються люди з ампутацією нижніх кінцівок» [9] авторства П. Галлагер, М. О'Донован, Е. Дойл, Д. Десмонд здійснюється визначення основних фізичних викликів у соціальному середовищі для осіб після ампутації нижніх кінцівок. У зазначеній роботі відбувається визначення якості життя осіб після ампутації нижніх кінцівок. Вищевказані дослідники зазначають, що в результаті участі пацієнтів у різних видах адаптивного спорту зросла їх якість життя. Це проявляється в можливості подолання низьких бар'єрів в навколишньому середовищі та можливості обмежено пересуватися у соціальному середовищі. На противагу цьому було встановлено, що в багатьох пацієнтів другої групи наявний рівень фізіологічного розвитку, який дає

змогу особі пересуватися лише на рівній поверхні [9].

У вищезазначеному дослідженні демонструється, що в пацієнтів першої групи набагато нижчий рівень тривоги та депресії в порівнянні з другою групою [9]. На думку дослідників це пов'язано з вищим рівнем фізичної активності першої групи учасників. Зважаючи на це, можна констатувати, що включення адаптивного спорту до індивідуальної програми фізичної реабілітації пацієнта після ампутації нижньої кінцівки позитивно впливає на його фізіологічно-психологічний стан і самопочуття. Участь пацієнта у спортивній діяльності допомагає йому набути навиків комунікації або взаємодії з учасниками та підвищує шанси на успішну ресоціалізацію [9].

В науковій роботі «Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами» [14], авторів О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонов, М. Сириця відбувається розкриття важливості ментальної та емоційної реабілітації пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок. Дослідники зазначають, що у багатьох дослідженнях основний акцент здійснюється лише на фізичній реабілітації пацієнтів. Це призводить до одномірності та редукції реабілітаційного підходу до пацієнтів. Неврахування ментальних і ресоціальних компонентів у процесі реабілітації може негативно впливати на загальний перебіг відновлення та успішне повернення пацієнта до звичного способу життя [14].

У вищевказаному дослідженні автори зазначають, що в осіб з ампутацією нижніх кінцівок найпоширенішим типом ментальних розладів вважаються тривожність або депресія [19]. Вони репрезентуються у таких випадках: порушення сну; виникнення фобій; психосоматичному впливі на фізіологічний стан організму; відчуття загальної напруги. Центральним каталізатором депресії у пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок постає зневіра у можливість повернення до звичного способу життя. Важливою складовою депресивного розладу постає страх стосовно неприйняття себе оточуючими. У цьому контексті наявність соціальної підтримки зі сторони близьких постає фундаментальною основою

ресоціалізації пацієнта. До основних ментальних проблем соціалізації особи зараховують такі: страх безпеки; неможливість повноцінного прийняття власного тіла; сум за втратою кінцівки. Вони долаються лише завдяки мужності, підтримці та вірі пацієнта у можливість відновлення й ресоціалізації. В цій ситуації звертаємо увагу, що високий рівень депресії або тривожності у післяопераційні етапи трансформується і стабілізується впродовж наступних 2-3 років [19].

У процесі реабілітації індивіда важливо запобігати його дискримінації з боку інших осіб [14]. В цьому контексті важливо, щоб відвідувачі пацієнта і медичний персонал не використовували стигми та стереотипне мислення у процесі характеристики постраждалого. Оцінювання тіла повинно відбуватися не крізь призму його відповідності узагальненим соціально-конвенційним уявленням, а базуватися на позиції альтернативності та нейтральності. Поширення нормативних уявлень про тіло у пацієнтів продукує проблеми з самооцінкою та психічним самопочуттям [14].

В праці «Якість життя в осіб з ампутаціями нижніх кінцівок» [16] авторства К. Моді, Л. Муккамала, Д. Пармар здійснюється визначення рівня якості життя та з'ясовуються центральні виклики, які наявні перед індивідами після ампутації нижніх кінцівок. Автори дослідження виокремлюють такі основні проблеми у процесі ресоціалізації осіб після ампутації нижніх кінцівок: відмінність тілесності; досвід переживання; емоційний стан; світогляд (передсуди, маргіналізація) [16].

У пацієнта після ампутації нижніх кінцівок може виникати культурний шок, який характеризується відчуттям кризи у прийнятті себе та соціалізації з іншими [16]. Забезпечення процесу прийняття самого себе відбувається на основі створення нової моделі поведінки та сприйняття. Вона повинна враховувати поточні можливості пацієнта та дозволяти йому частково інтегруватися до цивільного або соціально-звичного способу життя. Одним з прикладів культурного шоку вважається повернення ветеранів після ампутації нижніх кінцівок до цивільного життя. В своїх дослідженнях Д. Хоган виокремлює чотири етапи культурного шоку [5]: відкидання; розчарування; відчуття

можливостей; ресоціалізація; дистанціювання чи маргіналізація [5].

В межах цього дослідження встановлюється, що ключовими труднощами у процесі соціальної інтеграції постають такі: відсутність соціальної підтримки близьких; нерозуміння та несприйняття індивіда іншими учасниками соціальної спільноти; розчарування особою з ампутованою кінцівкою в собі через неможливість повноцінного задоволення власних потреб [16]. Дослідники вважають, що найважливішим елементом успішного психологічного відновлення постає внутрішня мотивація та бажання особи здійснити ресоціалізацію після ампутації нижніх кінцівок. З'ясовується, що психологічна реабілітація займає одне з провідних місць у процесі загального відновлення індивіда після ампутації нижніх кінцівок. Розкривається, що за умови негативного досвіду на одному з етапів соціалізації відбувається зворотна реакція культурного шоку, наслідком якої постає тривожність та депресія [16].

В статті «Соціальна та громадська участь після травматичної ампутації нижніх кінцівок: експериментальне якісне дослідження» [13] авторства Дж. Ківз, Е. Хатчисон, К. Дакруз, С. Андерсон відбувається вивчення впливу спортивної діяльності на процес реабілітації і набуття пацієнтом навиків комунікації. У дослідженні зазначається, що різні фази процесу реабілітації досягаються завдяки діяльності медичних фахівців або працівників міждисциплінарного спрямування. Вони створюють комплексну програму реабілітації пацієнта з урахуванням його індивідуальних особливостей з метою максимізації шансів на досягнення функціональної незалежності. Це сприятиме успішній соціальній реінтеграції пацієнта з ампутацією нижніх кінцівок після реабілітації. Основними суб'єктами реабілітації постають такі особи: пацієнт, його близькі та команда лікарів [13].

Одним з найважливіших компонентів продуктивної реабілітації пацієнта постає коректно складений план фізично-психологічного відновлення [13]. Він забезпечує ефективне досягнення особою поставлених цілей та забезпечує повернення до звичного способу життя. У перспективі це сприяє відновленню гідності пацієнта і

віднайденню нової ідентичності у процесах ресоціалізації. До основних ризиків або проблем, які виникають внаслідок неоптимальної фізичної реабілітації можна зарахувати такі: атрофія; проблеми з куксою; несамостійність задоволення індивідуальних проблем (годування, купання, одягання). Вищевказані проблеми унеможливають комплексне та повноцінне фізично-емоційне відновлення пацієнтів, наслідком чого постає відсутність успішної соціальної інтеграції особи [13].

У межах дослідження зазначається, що в ранні періоди фізичної реабілітації протези та допоміжні засоби пересування (милиці, ходунки, тростини, інвалідні візки) сприяють зниженню тривоги, болю, сприяючи відновленню мобільності у пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок [13]. На цьому етапі потрібно запобігти виникненню таких проблем і ускладнень: пролежнів; тромбозів; остеопенії; контрактур; атрофії; дисфункції кишечника. Успішне здійснення стаціонарного лікування та реабілітації передбачає переведення пацієнта на амбулаторне. В цей період пацієнт продовжує взаємодіяти з медичними спеціалістами задля покращення свого функціонального або фізичного самопочуття. В цей період фізична реабілітація спрямована на розвиток гнучкості, спритності, покращення когнітивних і комунікативних навичок. Домашня реабілітація передбачає модифікацію квартири відповідно до потреб пацієнта, зокрема: розширення дверних прорізів; встановлення пандусів; поручнів; підняття унітазів [13].

В процесі реабілітації участь пацієнта у різних видах спорту виконує подвійну функцію [13]. З однієї сторони, це покращує фізичний тонус м'язів, розвиває рухливість особи. З іншого боку, вказана залученість у спортивний процес дає змогу встановити соціальну взаємодію з іншими, підвищити рівень сприйняття себе. Спортивна активність дає змогу зменшити рівень стресу пацієнта і покращити його власне фізичне самопочуття [13].

Активна участь у різноманітних заходах дозволяла продукувати зменшення стресових розладів і підвищеного тривожного збудження в індивідів з ампутацією нижньої кінцівки [13]. Це позитивно впливало на якість життя особи та сприяло набуттю

впевненості у власних силах. Розкрито, що значну роль у процесі фізіологічно-ментального відновлення відіграє адекватно створений реабілітаційний план відповідно до індивідуальної природи пацієнта. Він повинен включати різноманітні типи діяльності спрямовані на відновлення тону м'язів, вироблення навиків соціальної комунікації та сприйнятті себе індивідом. Продемонстровано, що заняття спортом і участь в змаганнях слугує якісним каталізатором соціалізації особи й підтримки м'язового тону тіла [13].

У науковій статті «Реабілітація та реінтеграція» [10], авторства О. Гбаде-Алабі, П. Паскіна здійснюється аналітика основних викликів наявних перед особами після ампутації нижніх кінцівок у процесах ресоціалізації чи реінтеграції. В дослідженні демонструється, що до основних проблем у процесах соціалізації з якими стикаються індивіди після ампутації нижніх кінцівок є такі: клімат (55,4%); фізичне середовище (54,7%); дохід (51,4%). Люди з ампутацією нижньої кінцівки більшою мірою відчувають проблеми з фізичним середовищем і адаптацією до нього у порівнянні з особами, що втратили верхні кінцівки. Це зумовлено тим, що перша група осіб більшою мірою залежна від ландшафту та рельєфу в процесах пересування містом. В процесі вивчення осіб з ампутацією нижніх кінцівок було з'ясовано, що до центральних аспектів життєдіяльності, де відбувається найбільше обмеження їх участі зарахувати такі: відвідування роботи (53,5%); проведення дозвілля (54,1%); заняття спортом або фізичний відпочинок (78,6%) [10].

В процесі опитування респондентів було з'ясовано, що кожен третій з опитаних осіб відчуває проблеми з наявністю гідного життя [10]. Троє з чотирьох осіб відчувають труднощі ресоціалізації після ампутації кінцівки через негативний емоційний вплив навколишнього середовища. Останній проявляється у таких аспектах: клімат, інфраструктура, дискурс суспільства. В цьому контексті варто зазначити, що особи з протезуванням нижніх кінцівок відчувають обмеження у можливостях участі в громадських заходах. Кожна друга особа констатує неадаптованість навколишнього середовища та кліматичних умов до виконання особами з протезами соціально-

суспільної діяльності. В цій ситуації важливо розуміти, що наявні різноманітні кліматичні виклики стосовно ефективного функціонування нижньої кінцівки, зокрема: надмірна спека; значний рівень вологості; сніг [10].

В межах цього дослідження постулюється, що в процесі ресоціалізації особи після ампутації нижніх кінцівок, значну роль відіграє емоційний стан та самопочуття. Демонструється, що близько 75% опитаних респондентів відчувають проблеми гідного життя, що негативно впливає на їх абілітацію. До центральних викликів ресоціалізації, які постають перед індивідами, можна зарахувати такі: ціннісно-світоглядні стигми; відсутність соціальної інфраструктури адаптованої до потреб осіб після ампутації; труднощі тривалої ходьби; працевлаштування; обслуговування себе або забезпечення індивідуальної життєдіяльності [10].

У наукових роботах «Якість життя людей з ампутацією нижніх кінцівок: порівняльне дослідження між реабілітованими та нереоабілітованими групами» [18], авторства С. Наз, С. Сакіна, М. Сарфраз, І. Газанфар та «Взаємозв'язок між самооцінкою фізичного функціонування, психічного здоров'я та якості життя військовослужбовців після бойової ампутації нижніх кінцівок» [8] авторства С. Ескрідж, Дж. Ватроус, К. Маккейб, Мері Клузер, М. Галарно відбувається визначення основних проблем задовільної якості життя осіб з ампутуваними нижніми кінцівками. В дослідженні розробляються та пропонуються різноманітні алгоритми подолання фізіологічних і ментальних викликів наявних у пацієнтів. На думку дослідників, особи з ампутацією кінцівок повинні подолати такі фізично-психологічні проблеми: прийняття образу власного тіла, забезпечення самостійного обслуговування самого себе, адаптування до середовища перебування для здійснення мобільності, відновлення професійної діяльності після успішної реабілітації [18].

У вищевказаному дослідженні «Взаємозв'язок між самооцінкою фізичного функціонування, психічного здоров'я та якості життя військовослужбовців після бойової ампутації нижніх кінцівок» [8], для визначення якості життя осіб з ампутуваною кінцівкою респондентів було поділено на дві

групи, в залежності від кількості втрачених нижніх кінцівок. В цьому контексті звертаємо увагу, що всі пацієнти у межах дослідження успішно завершили первинне загоєння рани та програму реабілітації, яка тривала до 1 року [18]. Для оцінки якості життя та стану життя використовувався опитувальник SF-36 [21]. Шкала Хаутона (HS) [20] використовувалася для оцінки ефективності застосування протезів та допоміжних засобів для підтримки рівноваги на різній місцевості. Функціональність обох груп осіб оцінювалася завдяки тесту шестихвилинної ходьби (6MWT) [4] та тесту на десятиметрову ходьбу (10MWT) [1].

Оцінка діяльності осіб з ампутацією однієї або двох нижніх кінцівок відповідно відбувається за такими індикаторами: «фізична функція»; «рольова поведінка»; «біль»; «загальне самопочуття»; «життєздатність»; «соціальна функція»; «емоційна роль»; «психічне здоров'я» [18]. У процесі компаративного аналізу було з'ясовано, що за критеріями «загальне самопочуття», «життєздатність», «психічне здоров'я» в обох групах наявні майже ідентичні результати. До прикладу, за індикатором «загальне самопочуття» перша група має 51 бал, а друга група отримала 45 балів відповідно, за умови, що допустимий або нормативний діапазон становить 29-63 бали. Натомість, за маркерами «фізична функція», «рольова поведінка», «біль», «соціальна функція», «емоційна роль», представники першої групи, тобто особи з ампутацією однієї нижньої кінцівки, мають кращі показники у порівнянні з другою групою [18].

У процесі порівняльного аналізу отриманих значень від респондентів обох груп було з'ясовано, що всі показники знаходяться у нормативному діапазоні [18]. В середньому допустимі межі за кожним з вищевказаних індикаторів охоплюють діапазон від 20 до 58 балів. Найкраще значення в респондентів першої групи були репрезентовано у індикаторі «рольова функція» - 56 балів. Натомість, найнижчий показник у цієї групи наявний за маркером «психічне здоров'я» - 43 бали. Найкращий показник у другої групи наявний за критерієм «життєздатність» - 49 балів. На противагу цьому, найнижче значення зафіксовано за

індикатором «рольова функція» - 28 балів [18].

Зважаючи на вищевказану інформацію дослідники роблять умовивід, що після успішного проходження реабілітаційного і подальшого відновлювального періодів показники якості життя, які пов'язані з визначенням емоційного, фізичного та соціального самопочуття особи, знаходяться у межах норми [18]. Однак, потрібно розуміти, що процеси реабілітації та відновлення, а також ступінь їх успішності в пацієнтів з ампутацією однієї нижньої кінцівки є вищою у порівнянні з особами, які втратили обидві нижні кінцівки [18].

В науковій статті «Доцільність самоуправління для реабілітації осіб з використанням технологій та підтримки однолітків для покращення ходьби та впевненості в собі у людей з втратою нижніх кінцівок» [7] авторства Е. Есфандіарі, М. Вільям, Б. Мортенсон, Ш. Кінг, Х. Андервуд, Е. Морін здійснюється вивчення основних аспектів, які впливають на впевненість координації в осіб з різними типами ампутації нижніх кінцівок. У дослідженнях з'ясовуються основні методи фізичної реабілітації осіб та вплив навиків балансування власного тіла на соціальну якість життя пацієнтів.

Вимірювання впевненості особи здійснюється для визначення основних психологічних мотивів та перешкод наявних перед індивідом у процесі ходьби [12]. У межах дослідження дослідники фокусують увагу на завуальованих аспектах або психологічних перешкодах у процесі пересування, маркуючи їх поняттям «рівновага».

За отриманими результатами у процесі дослідження було визначено, що близько 63,8% осіб демонструють хороший рівень рівноваги [12]. У цьому контексті, звертаємо увагу, що в дослідженні відсутня різниця між впевненістю у ходьбі працюючих та безробітних осіб. В пацієнтів, незалежно від типу ампутації, віку та статі, спостерігалися ідентичні результати за індикаторами «соціальна підтримка», «амбулаторне лікування», «біль в суглобах», «наявність падінь». На противагу цьому, за іншими показниками спостерігається значна диференціація результатів, отриманих від

осіб після ампутації та проходження процесів реабілітації [12].

Індивіди, які перенесли ампутацію нижніх кінцівок через проблему з судинами, продемонстрували нижчий рівень впевненості у рівновазі, ніж особи з ампутуваними нижніми кінцівками не на основі викликів або ризиків пов'язаних з судинами [7]. Значні відмінності у показниках спостерігалися між групами на основі пунктів «ходьба серед інших людей», «підмітання», «дотягування до кінцівок». В дослідженні, особи, які перенесли ампутацію через проблеми з судинами, здебільшого належать до людей літнього віку, як наслідок вони вживають більше ліків та важче досягають рівноваги та впевненості. Продemonстровано, що діяльність, у межах якої особа має чи володіє певним досвідом, викликає у неї менший страх та більшу впевненість в успішності її здійснення. Прикладом може слугувати сидання в машину, ходіння у межах квартири, вставання або сидання [7].

Психологічні фактори та поведінкові установки є найсуттєвішими елементами, які перешкоджають соціальній активності особи [12]. Зважаючи на це, створення комплексної та багатогранної програми фізично-психологічної реабілітації є центральною метою медичних фахівців, оскільки вона забезпечує успішне відновлення особи, підвищує якість життя та ефективність ресоціалізації в перспективі [12].

В наукових дослідженнях «Технологічні аспекти психологічної реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців – учасників бойових дій із травматичною ампутацією в умовах діяльності Збройних сил України» [6], авторства Д. Дубровського, О. Хайруліна та «Фізична реабілітація військових з ампутацією кінцівок» [15] авторства П. Ладлі відбувається визначення невід'ємних елементів та алгоритмів емоційно-ментальної реабілітації осіб після ампутації нижніх кінцівок. З'ясовуються перспективи ресоціалізації та визначаються основні виклики наявні на шляху до реінтеграції особи до соціального виміру [15].

На думку П. Ладлі, реабілітація передбачає врахування таких аспектів: дослідження різноманітних процесів відновлення; моделювання наслідків створення певної програми повернення особи до звичної життєдіяльності відповідно до її

особливостей; визначення та превентування помилок завдяки профілактиці та корекції [15]. Однією з цілей реабілітації постає повернення особи до соціалізованого способу життя з урахуванням її потреб та запитів. Ресоціалізація являє собою забезпечення у відновленні можливості особи приймати участь в соціальних процесах та життєдіяльності суспільства. До ключових компонентів ресоціалізації індивіда можна зарахувати такі: соціальний; психологічний; мобільність або рухова активність [15].

У дослідженні «Технологічні аспекти психологічної реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців – учасників бойових дій із травматичною ампутацією в умовах діяльності Збройних сил України» постулюється наявність взаємозв'язку між ментально-емоційною та фізичною складовими організму людини [6]. Це зумовлено впливом самопочуття людини на її функціональний стан і активність в цілому. Комплекс фізичної реабілітації передбачає використання таких методів лікування: масаж, фізкультура, фізіотерапія, участь в спорті, рефлексотерапія, мануальна терапія. Вплив фізичної терапії на самопочуття пацієнта спрямований на такі аспекти: оптимізацію лікування, запобігання виникнення ускладнень, оперативне відновлення функціонування органів, високий рівень загартованості або сприйняття дискомфорту (болю), швидке набуття навиків необхідних пацієнтам для догляду за собою та якісна адаптація до нових умов життєдіяльності [6].

Важливе місце у процесах реабілітації посідає адаптивний спорт [6]. Він дає змогу забезпечити емоційні, комунікативні, соціалізаційні, фізичні потреби або запити пацієнта після ампутації нижніх кінцівок та успішного проходження первинного реабілітаційного періоду. Цей тип спорту надає комплексне ментально-фізіологічне відновлення пацієнту в умовах стаціонарної чи амбулаторної реабілітації. Інтеграція у будь-який вид фізичних змагань сприяє формуванню у пацієнта спортивної культури. Вона забезпечує успішну ресоціалізацію особи після ампутації нижніх кінцівок та віднайдення нею нової соціальної ідентичності [6].

Центральними елементами адаптивного спорту постає підготовка до змагань та

безпосередня участь в них [22]. Вказані компоненти слугують каталізатором інтенсивних тренувань і набуття професійних чи соціальних навиків індивідом. Зважаючи на це, розвиток адаптивного спорту серед осіб, які втратили нижню кінцівку, постає невід'ємним елементом ефективної психологічно-фізіологічної реабілітації. Додатково, варто зазначити, що у процесі фізичної діяльності особи або заняття спортом, до неї потрібно ставитися як до здорової людини, а не пацієнта [22].

В статті зазначається, що у кожної особи наявний індивідуальний спосіб подолання стресу, як наслідок будь-який індивід потребує створення особистого або унікального плану реабілітації [6]. Конструювання останнього може відбуватися на основі концепції подолання стресу «BASIC Ph» створеної М. Лахадом [3]. В зазначеній теорії постулюється ідея подолання стресу пацієнтом у таких різних вимірах: переконання, цінності, віра; висловлення почуттів або емоційності; соціальна взаємодія, підтримка та комунікація; спогади, бажання, уява; розуміння, когнітивне сприйняття; тілесна чи фізична активність [3].

За цієї методикою отримання якнайвищої кількості балів слугує індикатором продуктивності обраної реабілітаційної стратегії командою медичних фахівців [6]. Фізична активність, яка передбачає участь в змаганнях або заняття спортом осіб після ампутації, сприяє покращенню фізіологічного та ментального стану індивіда. Наприклад, у процесі поетапного здійснення спортивної культури, психологічна готовність до фізичних навантажень у аналізованій вибірці зросла від 18% до 62%. Фізична культура чи заняття спортом допомогли зміцнити м'язову тканину організму, покращити настрій та самопочуття осіб. Однак, в процесі здійснення фізичних навантажень важливо враховувати такі аспекти: помірність навантажень (з урахуванням індивідуальних можливостей пацієнта), врахування потенціалу або ресурсних можливостей організму людини [6].

У дослідженні демонструється, що постійне заняття спортом призвело до розвитку фізичних якостей у 69% респондентів [6]. До прикладу, на початку проведення цього опитування та дослідження цей показник серед опитаних був на позначці

18%. В свою чергу, серед індивідів, які лише частково дотримувалися фізичної культури у процесах реабілітації, фізіологічний стан організму покращився лише у 18% осіб. На початку здійснення дослідження цей показник сягав позначки у 8%. Зважаючи на представлені результати, варто зазначити, що постійна участь в змаганнях та підготовка до них позитивно впливає не лише на фізіологічний стан організму, а й допомагає розвивати навички ресоціалізації або реінтеграції особи. Це проявляється в ході взаємодії з іншими учасниками змагань чи публікою, яка підтримує спортсменів. Додатково, особа отримує змогу здійснювати інтеракцію з колективом, що займається її підготовкою до змагань, зокрема тренером і помічниками [6].

6. ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ

Отже, в цьому дослідженні було з'ясовано, що в осіб з ампутацією нижніх кінцівок найчастіше спостерігаються депресивні та тривожні стани. Вони пов'язані з такими аспектами життєдіяльності індивіда: проблема позитивного сприйняття власної тілесності; сум через втрату тілесної цілісності; відчуття небезпеки або незахищеності; стереотипне бінарне мислення «нормальне-ненормальне»; несприйняття іншими (маргіналізація, стигми); недостатній рівень реалізації власних запитів чи потреб. Визначено, що до основних проблем соціального середовища, які негативно впливають на ресоціалізацію осіб після ампутації нижніх кінцівок можна зарахувати такі: відсутність належного інфраструктурного забезпечення; кліматичні та погодні умови; матеріально-фінансове забезпечення або достаток (проблеми з працевлаштуванням); неможливості повноцінного активного відпочинку.

В здійсненому дослідженні було розкрито, що важливими компонентами успішної реабілітації особи постає своєчасне загоєння рани та формування кукси. Визначено, що важливими елементами активної життєдіяльності особи постає не лише психологічно-ментальний стан, а й фізіологічні кондиції. З'ясовано, що одним з центральних елементів ментально-

фізіологічного розвитку особи постає участь в різноманітних адаптивних видах спорту, зокрема: пара-гольф, баскетбол на візках та боччі. Продемонстровано, що адаптивний спорт допомагає покращенню фізіологічного стану осіб з ампутацією кінцівки. Встановлено, що участь в спортивних змаганнях підвищує рівень комунікабельності, впевненості в собі, соціалізації та сприяє підвищенню самооцінки особи. Визначено, що залученість індивідів до спортивної діяльності позитивно впливає на різні виміри якості їх життя. Ідентифіковано, що фізична активність та участь в різноманітних типах адаптивного спорту сприяє зниженню інтенсивності й тривалості тривожних або депресивних станів.

Враховуючи результати проведеного дослідження можна констатувати важливість подальшого вивчення тематики у таких змістовних аспектах: визначення основних конструктивних та деструктивних факторів, які впливають на якість життя військових після ампутації нижніх кінцівок; з'ясування впливу адаптивного спорту на соціальну реінтеграцію осіб після ампутації нижніх кінцівок; визначення специфіки реабілітаційних програм для дітей, осіб літнього віку або інших вразливих соціальних груп після ампутації нижніх кінцівок; демонстрація взаємозв'язку між залученням людини, після ампутації нижніх кінцівок, до адаптивного спорту та ефективністю її ресоціалізації.

References

1. Agarwala P., Salzman S. H. Six-minute walk test. *Chest*. 2020. Vol. 157, no. 3. P. 603–611. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.10.014>
2. Allen N. Wounded by War, Ukrainians Living with Amputations Find New Purpose as Prosthetists, Advocates. URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/wounded-war-ukrainians-living-amputations-find-new-purpose-prosthetists-advocates>
3. Ashkenazy H. H., Dahan A., Pendzik S. The use of the BASIC Ph Model as an additional listening tool for Playback Theater performers and conductors: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*. 2023. P. 102019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102019>
4. Cheng D. K., others. Validation of stroke-specific protocols for the 10-meter walk test and 6-minute walk test conducted using 15-meter and 30-meter walkways. *Top Stroke Rehabil*. 2019. Vol. 27, no. 4. P. 251–261. URL: <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1691815>
5. Culture shock – how to recognise it and what to do about it. URL: <http://www.projectabroad.eu/culture-shock-how-to-recognise-it-and-what-to-do-about-it/>
6. Dubrovskiy D., Khairulin O. Technological aspects of psychological rehabilitation and resocialization of military personnel – combatants with traumatic amputation in the context of the Armed Forces of Ukraine. *Habitus*. 2024. No. 58. P. 132–139. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.58.21>
7. Esfandiari E., others. Feasibility of self-management for amputee rehabilitation using technology and peer support for improving walking and confidence in individuals with lower limb loss. *Prosthet Orthot Int*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1097/pxr.0000000000000368>
8. Eskridge S., others. The relationship between self-reported physical functioning, mental health, and quality of life in service members after combat-related lower extremity amputation. *Disabil Rehabil*. 2020. P. 1–7. URL: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1863481>
9. Gallagher P., others. Environmental barriers, activity limitations and participation restrictions experienced by people with major limb amputation. *Prosthet Orthot Int*. 2011. Vol. 35, no. 3. P. 278–284. URL: <https://doi.org/10.1177/0309364611407108>
10. Gbade-Alabi O., Pasquina P. Rehabilitation and reintegration. *Fundamentals of Military Medicine*. 2022. P. 443–454.
11. Jayakaran P., others. Attitudes and beliefs towards physical activity participation in individuals with below-knee amputation. *N Z J Physiother*. 2019. Vol. 47, no. 2. URL: <https://doi.org/10.15619/nzip/47.2.06>
12. Juneau P., al. e. Balance confidence classification in people with a lower limb amputation using six-minute walk test smartphone sensor signals. *PLOS Digital Health*. 2024. Vol. 3, no. 8. P. e0000570. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000570>
13. Keeves J., al. e. Social and community participation following traumatic lower limb amputation: An exploratory qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2022. P. 1–9. URL: <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2152114>
14. Kokun O., al. e. Features of providing psychological assistance to military personnel, veterans, and their families by civilian psychologists: Methodical manual. Kyiv : Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine, 2023. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/1/Особливості%20надання%20психологічної%20допомоги%20військовослужбовцям.pdf>
15. Ladlow P. Physical rehabilitation of military amputees: Extended abstract of PhD. URL: https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/204130298/20200213_LADLOW_Peter_THESIS_FINAL.pdf

16. Modi T. K., Mukkamala N. L., Parmar L. D. Quality of life in persons with lower limb amputations. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2023. Vol. 10, no. 6. P. 2107–2113. URL: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20231688>
17. Nahorna O., Dekhteruk V. Physical therapy of patients after amputation of the lower limbs. *Rehabil Amp Recreat*. 2020. No. 6. URL: [https://ep3.nuwm.edu.ua/19273/1/Нагорна%20О.Б.,%20Дехтерук.%20В.С.%20\(1\).zax.pdf](https://ep3.nuwm.edu.ua/19273/1/Нагорна%20О.Б.,%20Дехтерук.%20В.С.%20(1).zax.pdf)
18. Naz S., al. e. Quality of life of lower limb amputees; A comparative study between rehabilitated vs non-rehabilitated groups. *Pak J Health Sci*. 2023. Vol. 4, no. 10. P. 213–217. URL: <https://doi.org/10.54393/pjhs.v4i10.977>
19. Rudenko Y., Assonov D. Psychological consequences of limb amputation: Literature review. *Psychosom Med Gen Pract*. 2023. Vol. 8, no. 3. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgs.v8i3.443>
20. Shinde A. A. Relevance of Icdh-based questionnaire and Houghton's scale as functional outcome measures among lower limb amputees. *Int J Phys Educ Sports Health*. 2022. Vol. 9, no. 2. P. 70–74. URL: <https://www.kheljournal.com/archives/2022/vol9issue2/PartB/9-2-11-404.pdf>
21. Sima R.-M., al. e. Evaluation of the SF 36 questionnaire for assessment of the quality of life of endometriosis patients undergoing treatment: A systematic review and meta-analysis. *Exp Ther Med*. 2021. Vol. 22, no. 5. URL: <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10718>
22. Tinney M. J., Caldwell M. E., Lamberg E. M. Adaptive sports and recreation in persons with limb loss/limb deficiency. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2024.06.004>
23. Yushkovska O., Kitsis A. Application of adaptive sports in the rehabilitation system of veterans with lower limb amputations. *Sportyvna medytsyna, fizychna terapiya ta erhoterapiya*. 2024. No. 1. P. 234–241. URL: <https://doi.org/10.32652/spmed.2024.1.234-241>

Abstract

YANCHYNSKYI Oleh

Ivan Bobersky Lviv State University of Physical Culture

THE IMPACT OF ADAPTIVE SPORTS ON QUALITY OF LIFE AFTER LOWER LIMB AMPUTATION: CURRENT STATUS AND PROSPECTS

The article provides an overview of studies conducted between 2019 and 2024 on the impact of adaptive sports on the quality of life of individuals after lower limb amputation. A comprehensive analysis of the main structural and content-related advantages and gaps in scientific research on the resocialization of individuals after lower limb amputation is carried out. Key aspects that complicate social reintegration and negatively affect the quality of life of people after lower limb amputation are revealed. Thematic dimensions of quality of life and resocialization of individuals after lower limb amputation are identified, which require further scientific study in the future.

The study analyzes 23 scientific publications published in accredited medical journals of categories "A" and "B." The following methods and approaches were used in the analysis of scientific research: systematic, critical-analytical, descriptive, and historiographical.

The scientific study reveals that individuals after lower limb amputation most often experience depressive and anxiety disorders. This is due to the following factors or components: visual adaptation to a new physicality; grief over pain and loss of a limb; inability to fully satisfy one's own needs; feelings of insecurity. It has been determined that the central challenges in the social dimension for people after lower limb amputation are as follows: insufficient adaptation of the environment to human needs; weather and climate restrictions; insufficient financial security. It has been found that the key component of a person's comprehensive recovery is their involvement in adaptive sports (wheelchair basketball, para-golf, boccia). It has been found that various types of adaptive sports contribute to improving a person's physical condition and help develop social communication skills. It has been determined that a person's integration into any adaptive sport contributes to a reduction in the manifestation of mental and psychological problems, in particular anxiety or depression. It has been demonstrated that the competitive sports process effectively influences the construction of a person's social identity after lower limb amputation.

Keywords: rehabilitation, physical therapy, resocialization, adaptive sport, lower limb amputation, quality of life, ergotherapy, amputee football.

Стаття надійшла до редакції / Received 12.10.2025

Прийнята до друку / Accepted 27.11.2025