

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

---

**Кафедра общей и клинической психологии**

Зав. кафедрой общей  
и клинической психологии  
д.пс.н., профессор Исаева. Е.Р. \_\_\_\_\_

Председатель ГАК  
д.пс.н., профессор  
Соловьева С.Л. \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа

на тему:

**Социально-психологические предикторы готовности**

**к протезированию верхних конечностей**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:

Студент 6 курса

Лечебного факультета

Отделения клинической психологии

Астафурова Дарья Владимировна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:

Доцент, кандидат психологических наук

Лорер Виктория Валерьевна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург

2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ ГОТОВНОСТИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ.....	7
1.1 Особенности причин ампутации.....	7
1.2 Роль боли в реабилитации после ампутации.....	10
1.3 Особенности типа протезирования.....	12
1.4 Психологические особенности личности.....	17
1.5 Основы психологической реабилитации .....	23
1.6 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) .....	26
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Организация исследования .....	31
2.2 Процедура исследования.....	35
2.3 Методы исследования.....	36
ГЛАВА 3 ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ....	42
3.2 Описание результатов.....	42
ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	60
ВЫВОДЫ.....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	64
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	

## ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация инвалидов предполагает комплекс мер, направленных на восстановление физических и психических функций, а также возможностей для социализации и интеграции в социальную жизнь и трудовую деятельность. Одним из важных факторов интеграции инвалидов в общество является отношение к ним окружающих. Даже имея профессиональную подготовку, человек с ограниченными возможностями не всегда может реализовать свое право на работу, что чаще всего связано с нежеланием работодателя подстраивать рабочий процесс под нужды инвалида.

По данным исследований Оксенюка Д. Н. и Черноус Д. А. более 10% населения мира имеют нарушения функций и структур организма, которые могут приводить к трудностям в физической активности, социальной жизни и деятельности в профессиональной сфере. Ежегодно в мире проводится более 1 млн ампутаций, из них более 70 тыс. в России. В мире в среднем около 300 тыс. больных теряют нижние конечности (Литвинова Н. Ю. и соавт. 2014), а 390 тыс. теряют верхние конечности (Маликов М. Х. и соавт. 2013). Однако, несмотря на обширность этой проблемы, более точные статистические данные об ампутациях в России остаются труднодоступными. Частота больших ампутаций, исходя из крупных популяционных или национальных регистров, варьирует от 120 до 500 на 1 млн жителей в год в России среднее ежегодное число больших ампутаций сосудистого генеза достигло 300 на 1 млн населения в год.

В начале 21 века технологический прогресс продолжает открывать новые горизонты для людей с разнообразными типами нарушений. В том числе, технологии в области протезирования развились до такой степени, что современный бионический протез можно считать полноценной конечностью киборга, человека будущего. Это позволяет протезируемым не только выполнять ранее недоступные функции, но и не чувствовать себя человеком с ограниченными возможностями.

Несмотря на развитие технологий, центры протезирования сталкиваются с проблемой готовности человека взаимодействовать с новыми техническими средствами реабилитации (далее ТСР).

Проблема протезирования верхних и нижних конечностей имеет общие характеристики и различия. Для пациентов с односторонней ампутацией верхней конечности предоставление функционального протеза не всегда является ключевым звеном в процессе реабилитации. При ампутации одной верхней конечности бытовая деятельность человека страдает в меньшей степени, чем при отсутствии нижней конечности (возможности самообслуживания ограничены, но не так, как способность самостоятельно передвигаться без дополнительного технического оборудования или помощи сторонних лиц).

Важно понимать, что предоставление различных протезных технологий влияет не только на бытовую и эстетическую сферу, но и способствует поддержанию здоровья пациента в целом.

При односторонней ампутации верхней конечности отказ от постоянного использования протеза приводит к нарушению опорно-двигательного аппарата, вплоть до развития сколиоза, обусловленного неравномерным распределением веса между сторонами тела. (Кузякина А.С. 2022) Это особенно важно для детей с врожденным дефектом верхней конечности, так как протезы позволяют поддерживать правильное развитие позвоночника.

Кроме того, при односторонней ампутации верхней конечности и при длительном отказе от использования протеза, нагрузка между двумя руками распределяется неравномерно. (Кузякина А.С. 2022) Из-за этого пояс верхних конечностей находится в постоянном напряжении, что может привести к развитию "синдрома перегрузки" (условно здоровая рука начинает болеть. Данное состояние может потребовать дополнительного лечения).

Вышеуказанные факты способны существенно влиять на количество пациентов, нуждающихся в медико-психологической реабилитации и адаптации в рамках повышения количественных и качественных показателей использования средств протезной реабилитации.

**Цель исследования:** выявление социально-психологических предикторов, определяющих готовность к протезированию верхних конечностей.

**Задачи исследования:**

1. Изучить социальные и психологические предикторы готовности к протезированию верхней конечности
2. Выделить основные предикторы, определяющие готовность к протезированию верхних конечностей.
3. Определить мишени оказания психологической реабилитации во время подготовки к протезированию верхних конечностей

**Объект исследования:** лица, перенесшие одностороннюю ампутацию верхней конечности.

**Предмет исследования:** социально-психологические предикторы, определяющие готовность к протезированию верхних конечностей

**Гипотеза:** готовность к протезированию верхних конечностей зависит, прежде всего, от психологических особенностей пациентов.

**Методы исследования:** клинико-психологический метод, анализ медицинской документации, психодиагностические методики (Пятифакторный личностный опросник, методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности, способы совладающего поведения, WCQ.) методы статистического анализа данных (Критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ, факторный анализ).

**База исследования:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства

труда и социальной защиты Российской Федерации, институт протезирования и ортезирования.

Теоретическая значимость данной работы состоит в определении социально-психологических предикторов, определяющих готовность пациентов к протезированию верхней конечности, и влиянии на процесс психологической реабилитации данных феноменов.

Практическая значимость работы состоит в определении роли клинического психолога в решении задач психологической реабилитации и протезирования в рамках междисциплинарной реабилитационной команды посредством оценки влияния психологических особенностей пациентов, и работы с ними в период подготовки пациентов к долгосрочному использованию протезной технологии и повышение эффективности взаимодействия с техническими средствами реабилитации.

# ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ ГОТОВНОСТИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

## 1.1 Особенности причин ампутации

Наиболее частыми причинами ампутации конечностей являются огнестрельные ранения, автодорожные, производственные или бытовые травмы, злокачественные новообразования, некоторые инфекции, врожденные аномалии и пороки развития, ожоги, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания. Уровень ампутации определяется врачом перед операцией и зависит от причины ампутации. (Сонголов Г.И. и соавт. 2013)

Кисть как универсальный манипулятор человеческого организма травмируется чаще всего (до 70% всех открытых травм опорно-двигательного аппарата, до 60% всех производственных травм); здесь наиболее распространенной причиной является работа с инструментами, механизмами, сельскохозяйственными машинами и т.п. Частые причины ампутаций – некорректное пользование техническими средствами (бензопилы, газонокосилки и иные), взрывная травма с ампутацией (что случается при небрежном обращении с фейерверками, взрывчатыми и горючими веществами, газовыми баллонами и т.п.), несчастные случаи на стройках (которые всегда являются зоной повышенной опасности), высоковольтная электротравма, укусы животных и, как ни странно, различные инциденты с дверями (например блокирование руки при закрытии или резкий удар по пальцам). Именно пальцы при травмах ампутируются чаще всего, затем следует кисть, предплечья, ступни и более крупные сегменты рук или ног. (Сонголов Г.И. и соавт. 2013)

Заболевания также являются причинами ампутаций конечностей. В частности:

- *Диабет* (Инфекция, возникающая в результате плохого кровообращения, либо травматизации конечности, ведут к возможному дальнейшему усугублению ситуации, гангрене, а после и ампутации.) (Бондарь Т.П 2003)
- *Облитерирующий атеросклероз верхних конечностей*. На 4 стадии данного заболевания так же возможно развитие гангрены. (Калинкин Р.Е 2017)
- *Онкологические заболевания*. (В отечественной медицине направление онкологии развивается с 1903 года. Одним из основных способов лечения является оперативное вмешательство) (Стяжкина С. Н. и соавт. 2016)

Несомненно, развитие медицины не стоит на месте, и ученые делают все новые и новые открытия, способные помочь в некоторых случаях, избежать тяжелых последствий, но ампутации все так же не редко являются единственной возможностью приостановить течение болезни.

Психологическая реабилитация в таких случаях, начинается еще на стадии основного заболевания, так как все вышеупомянутые болезни по своей природе несут осложнения в психологическом и социальном плане. (Павленко Д. С 2014) Из-за того, что многие социальные стереотипы, с которыми сталкиваются пациенты усложняют дальнейшую социализацию и развитие.

Диабет, как и облитерирующий атеросклероз верхних конечностей протекает медленно и может не так активно влиять на психологическое состояние человека, в этих случаях основной угрозой и направлением работы будет комплаентность человека и его готовность продолжать лечение и реабилитацию. В основном отказ от врачебной помощи, или самолечение, в некоторых случаях, могут приводить к ухудшению состояния человека до стадии, когда необходимо производить ампутацию. (Козлова Л. В 2005) После достижения данной стадии состояние пациента может осложняться



поздним осознанием последствий, а также отрицанием действительности, что может еще больше усложнить путь к выздоровлению. На этих этапах наиболее важно работать не только с самими человеком, но и с его окружением, так как необходимо еще более четкое выполнение тех или иных медицинских инструкций, которые могут быть вновь не выполнены людьми, в связи с тем, что некоторые пациенты обладают меланхолическим или паранойяльным типом отношения к болезни. (по Личко А.Е.). (Козлова Л. В 2005).

Отдельного рассмотрения требует группа людей после ампутаций и иных повреждений, полученных в ходе военных действий. Данные пациенты особенно сильно нуждаются в психологическое сопровождение и поддержании в связи с возможными проблемами, такими как пост травматические синдромы (у солдат, вернувшихся из горячих точек и других мест военных конфликтов.) (В. С. Агеев 2012).

«Участники локальных войн и вооруженных конфликтов являются специфическим контингентом, требующим многопрофильной реабилитации, а инвалиды из их числа могут быть выделены в группу особой социальной значимости, так как среди ветеранов, впервые признанных инвалидами, более 50 % (по некоторым регионам 70 %) – лица трудоспособного возраста. При этом показатели реабилитации ветеранов остаются на низком уровне и не превышают 2–3 % при повторном медико-психологическом обследовании», – утверждает В. С. Агеев (2012).

Важнейшей же составляющей психотерапевтической помощи военным можно назвать устранение «психической» составляющей фантомного синдрома. (Рыбников О. Н и соавт. 2005). Приводимые в некоторых исследованиях данные позволяют предположить, что у раненых с ампутацией конечностей сложный характер происхождения фантомных болей, который имеет под собой разнообразные основания, такие как

нарушение межполушарного взаимодействия, нарушение схемы тела и другие. (Симмел М. 1978)

Также обращая свое внимание на такую группу лиц, которая определяется врожденными ампутациями верхних конечностей, следует понимать, что данный контингент нуждается в более ранних вмешательствах, связанных с протезированием, так как именно детский возраст и врожденность позволяют адаптироваться к протезу значительно быстрее.

## **1.2 Роль боли в реабилитации после ампутации**

Болевой синдром является фактором, благодаря которому в психике человека может формироваться устойчивое отношение к себе или к окружающему миру, относительно выраженности или же частоте появления как реальной, так и фантомной боли.

Из исследований Биктимировой Ф. М. (2013) стало известно, что интенсивность болевого синдрома в возрастной группе 19–29 лет была связана с эмотивностью: чем сильнее боль ограничивала активность пациента, тем сильнее подавлялась чувствительность и тем более сглаженными оказывались такие черты характера, как ранимость, способность глубоко переживать неприятности и неудачи.

Интенсивность болевых ощущений в возрастной группе (более 60 лет) не коррелировала с индивидуальными психологическими особенностями личности (возможно, с возрастом наступает определённая адаптация к болевым ощущениям).

Наличие фантомно-болевого синдрома (ФБС) у больных после ампутации конечностей сопровождается целым рядом негативных психических, физических и социальных последствий. Так, у больных, страдающих ФБС, была выявлена выраженная психопатологическая симптоматика, которая проявлялась в повышенной тревожности,

враждебности, депрессии и сопровождалась соматовегетативными симптомами. (Ишинова В. А. и соавт. 2013).

Выраженность фантомных болей во многом определяет эмоциональные и поведенческие реакции индивида, а также ощущение комфорта и благополучия. Изменение показателей в отрицательную сторону, связанное с усилением болевых ощущений, приводит к усугублению самостигматизации, сказывается на ситуативной удовлетворенности образом тела, оценке качества жизни и нарушает процесс реабилитации. (Маликова Л. А. и соавт. 2018)

В ходе исследования Маликовой Л. А. (2018) было выявлено, что для человека, имеющего сильные фантомные боли, будет характерна негативная, заниженная оценка качества жизни и неудовлетворенность образом тела, а слабая фантомная боль связана с более позитивной оценкой качества жизни и принятием своего образа тела.

Изучение различий по выраженности фантомных болей, как показателя удовлетворенности образом тела и качеством жизни, позволяет отразить специфику жизнедеятельности лиц с ампутацией конечностей, оптимизировать реабилитацию и помочь специалистам найти новые способы улучшения качества помощи пациентам после оперативного отсечения.

Рассматривая фантомные боли, не стоит забывать и о хронических болях у пациентов после ампутаций, так как с подобным сталкиваются многие из перенесших операцию. Исследования Ишиновой В. А. (2015) позволили обнаружить, что ухудшение эмоционального состояния на фоне продолжительной болевой симптоматики и низкий уровень качества жизни (качество жизни характеризуется степенью удовлетворения потребностей человека, определяемой по отношению к соответствующим нормам, обычаям и традициям, а также по отношению к уровню личных притязаний (Генкин Б.М 2000)) оказали негативное влияние на характерологические особенности

личности больных. При этом были обнаружены только тенденции к акцентуациям, а выявленные характеристики свидетельствовали о наличии глубокого внутреннего конфликта у множества пациентов что способствовало осложнению течения имеющихся заболеваний и нашло отражение в ухудшении показателей индексов тяжести заболевания.

Исследования вышеуказанного автора были направлены на новую методику: модифицированный метод управляемого воображения К. Г. Юнга, названный «эмпатотехникой» и обнаруживали его эффективность в различных группах «ампутантов», разделенных именно по болевым синдромам, а именно по фантомным болям и хроническим.

Таким образом можно указать на то, что болевые характеристики важны, при подготовке к протезированию, поскольку имеются сильные влияния на личностные качества, в том числе на мотивационную сферу пациента.

### **1.3 Особенности типа протезирования.**

Изучая и описывая готовность пациентов к протезированию и продолжительному использованию протеза необходимо уточнить тип протеза, который человек использует в период обследования, так как этот фактор, как и многие перечисленные ранее, может оказать влияние на восприятие человеком и на мотивационную сферу.

На данный момент наиболее активно рассматриваются три типа протезов:

- Пассивные косметические
- Активные протезы тяговые
- Активные протезы бионические

## Пассивные протезы

Хотя пассивные протезы реже становятся предметом количественного изучения, чем активные протезы, те немногие исследования, которые были посвящены пассивным протезам, приписывают этим устройствам не только косметическую, но и значительную функциональную ценность (vanLunterenetal. 1983; Fraser 1998; PilletandDidierjean- Pillet 2001). Пассивные протезы имеют различную частоту отторжения: от 6% (Kejlаа 1993) до 100% (vanLunterenetal. 1983).

Последние данные свидетельствуют о том, что косметические протезы имеют тенденцию к более высокому уровню постоянного использования как среди взрослых, так и среди педиатрических пациентов (Dudkiewiczetal. 2004; CrandallandTomhave 2002), с меньшим временным отказом от использования, обусловленным снижением дискомфорта и требований к обслуживанию (Dudkiewiczetal. 2004). Разработка силиконовых перчаток, похожих на естественные конечности, с улучшенным косметическим эффектом (Huangetal. 2001) также может повысить удовлетворенность потребителей пассивными протезами.



Рис. 1

Несмотря на отсутствие активной хватательной функции, пассивные протезы вызывают меньше всего опасений у пользователей, и обладают рядом характеристик, способствующих продолжительному ношению. (Huangetal. 2001) Важным условием использования протеза является температура окружающей среды при которой возможно ношение, менее

выраженная проблема с заменой специальной перчатки, не чрезмерный вес, меньший износ одежды и отсутствие раздражения от ремешков (Kejlaa 1993).

Производство косметических пассивных протезов, отличных от имитации «натуралистичных» конечностей, благодаря развитию интереса средств массовой информации, культуре и репрезентации людей с отсутствием конечности на данный момент развивается в том числе в направлении косметической «кибернетизации», создавая для людей не только снижение тревоги о долговечности и необходимости дорогостоящего ремонта (так как в протезном изделии отсутствуют электронные и иные подвергающиеся быстрому износу механизмы), но и положительный интерес со стороны окружающих. Примером служат кастомизированные протезы производства компании «Часть человека», производящиеся в России и представляющие собой конструкцию, напоминающую конечность робота, создающуюся с использованием слепков сохранной конечности.

### **Тяговые протезы**

Несмотря на технологическую привлекательность электрических устройств, тяговая система остается популярным выбором в протезировании верхних конечностей, особенно в США, где, по состоянию на 2003 год, они остаются предпочтительным вариантом для первоначального активного протезирования в большинстве педиатрических клиник (Shapermanetal. 2003). Общий процент отторжения протезов, приводимых в движение тяговой системой, варьируется от 16% (Bhaskaranandetal. 2003) до 66% (KrugerandFishman 1993), в то время как отторжение во взрослой популяции в целом было ниже, чем среди детей.

Данные свидетельствуют о том, что принятие протезов, приводимых в движение телом, во многом зависит от типа устройства активного наконечника, будь то имитация пальцев-кисти (См. Рис.2) или крюк (См. Рис.3). Тяговые протезы обычно вызывают отторжение в 80% (Millsteinetal.

1986) и 87% (Kejlaa 1993) рассмотренных случаев, при этом распространенные жалобы касаются медлительности движений, неудобства использования, трудностей в чистке и обслуживании, чрезмерного веса, недостаточной силы захвата и больших энергозатрат, необходимых для работы (Millsteinetal. 1986; Kejlaa 1993). С другой стороны, крюки, приводимые в движение тяговым механизмом, обычно выбираются по функциональной ценности, долговечности, меньшему весу и хорошей видимости объектов, с которыми человек производит манипуляции, и в целом являются более приемлемыми для пользователей (Millsteinetal. 1986).



Рис. 2 Тяговы протезы кисти производства © Моторика



Рис. 3 Тяговый протез типа «крюк».

## Бионические протезы

Появление на рынке протезного оборудования бионических протезов стало значимым моментом относительно уменьшения спроса на тяговые протезы.

Принято считать, что бионические протезы имеют преимущества во внешнем виде, повышенную прочность фиксации, простоте управление и отсутствии ремней, часто создающих дополнительный дискомфорт в связи с не удобством или перетягиванием частей тела, так как превалирующая часть данных протезных конструкций имеет крепление в виде приёмной гильзы устанавливающейся на вакуум к культе. (ScotlandandGalway 1983; Trost 1983; Dattaetal. 1989; Ballanceetal. 1989; Glynnetal. 1986; Weaveretal. 1988). Однако, вопреки положительным компонентам пользователи, как правило, оказываются перед необходимостью более частого, сложного технического обслуживания (такого как, замена перчаток и батарей), а также более высокой стоимостью и весом конструкции (до 0.5 кг), который влияет на удобство использования протеза в повседневной жизни. (ScotlandandGalway 1983; Datta.)



Рис. 4 Бионические протезы производства © Моторика

Рассматривая пациентов с ампутацией верхней конечности важно уточнять на каком этапе протезирования, они находятся и какой тип протеза они имеют в доступе на данном этапе, так как взаимодействие с разнообразными типами протезных систем может отражаться на мотивационной сфере человека, на прямую влияя на структуры образа тела и



восприятия человека в социальном контексте, что отражается на готовности носить протез, как указывалось в статистике выше.

#### **1.4 Психологические особенности личности.**

Каждый человек обладает различными чертами, из чего следует, что программа реабилитации должна быть построена так, чтобы учитывать именно индивидуальные характеристики человека, чтобы составить наиболее полную систему адаптации.

Обращаясь к понятию «личность», как к наиболее значимой психологической категории, следует говорить о значении, вложенном в данное определение в работах школы Выготского-Леонтьева. Согласно представлениям А. Н. Леонтьева, основу личности составляет иерархически организованная структура мотивов (Леонтьев 1975). Следовательно, при анализе особенностей личности исследование особенностей мотивационной сферы субъекта должно выступить в качестве центрального звена анализа (Специалисты в области психологии личности отмечают, что это звено описывается в качестве центрального практически во всех концепциях личности: от психоаналитических моделей до экзистенциалистских (Асмолов А. Г.; 2011). В этой логике, психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в социуме является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных социальных и трудовых установок.

Важно понимать, что потеря части конечности связана с тяжелыми переживаниями и психическими изменениями у пациента. Чувство целостности тела, которое поддерживает нормальный внутренний баланс человека, нарушается, и человек начинает сознательно или бессознательно страдать от возникающего физического недуга. Сама мысль о том, что другие концентрируют свое внимание на том, что у него отсутствует конечность или будет виден протез, может смущать его и не позволять адекватно взаимодействовать в обществе.

На реабилитацию и дальнейшее самоощущение людей с ампутацией конечностей воздействует множество факторов, однако, решающим можно считать именно личностные характеристики и их рассмотрением занимаются многие исследователи для того, чтобы определить наиболее подходящую для человека программу реабилитации.

Как уже говорилось выше, каждому человеку присущи индивидуальные черты, характеристики и модели поведения, однако, можно выделить статистически схожие данные, которые далее обрабатываются для получения обобщенного понимания, в каком именно направлении следует действовать психологам.

Из исследования, проведенного Булгаковым Н. П. (2016) следует, что у людей с ампутацией конечностей профиль совладающего поведения характеризуется преобладанием поведенческих стратегий совладания, ориентированных на избегание, являющихся продуктивными. В результате исследования параметров жизнестойкости у людей с ампутацией конечностей выявлено значимое снижение показателей контроля и принятия по сравнению людьми с отсутствием ампутации. Достаточно четко наличие частных признаков прослеживается в ситуации ампутации конечностей как события: неподконтрольность, неопределенность, необходимость быстрого реагирования на ее условия, затруднения в прогнозировании, трудности принятия решения, оценка собственных знаний и опыта как недостаточных. (Булгаков Н. П. 2016)

Также было замечено, что в структуре личности пациентов, перенесших ампутацию конечности, усиливаются сопряженность и взаимовлияние качества жизни, эмоциональных состояний (тревожности и депрессии) и черт характера. (Битюцкая Е. В., 2007)

На 10000 детей, по статистике, приходится 8 с врожденной ампутацией или иной аномалией развития верхней конечности. (Crandall R.C. 2002) Эти

цифры нельзя назвать огромными, однако, именно они приводят нас к важности изучения разнообразия возрастных особенностей людей, идущих на протезирование. Несомненно, среди юных пациентов также часто встречаются и те, кто нуждается в ТСП вследствие травм, сложных переломов и иных причин ампутаций.

Важно понимать, что протезирование детей имеет свою специфику и трудности, связанные с быстрым ростом ребенка, формированием его опорно-мышечной системы, а также с восприятием внешнего отличия самим ребенком и окружающими людьми. (Crandall R.C. 2002)

Часто детское протезирование может начинаться от 1 года, однако возможно начало процесса в возрасте от 3 до 7 месяцев, когда ребёнок осваивает навык самостоятельного сидения и использования верхних конечностей. Все это связано прежде всего с физиологическим компонентом применения ТСП. (Crandall R.C. 2002). При использовании протезных технологий с раннего возраста позволяет формировать привычку, увеличивать подвижность сустава поврежденной руки, избежать искривления позвоночника в связи с разницей в весе конечностей, а также поддерживать симметричное развитие мышц верхнего плечевого пояса. (Кузякина А.С. 2022)

Также исследования Японских протезистов указывают на сокращение периода адаптации ребенка к протезу при условии его установления до 2 лет и пролонгации использования в дальнейшем в отличие от более позднего протезирования. Первым протезом ребенка обычно становится косметический протез из силикона или ПВХ. Данный протез несет функцию нагрузки для мышц культы. (MitsunoriTodaatc. 2015)

Однако в рамках адаптации также необходимо учитывать восприятие ребенком себя с протезом в референтной группе. У большинства детей существует потребность оценивать себя посредством сравнения себя с

другими ровесниками. То, насколько успешным или здоровым считает себя ребенок, зависит от того насколько соответствует он своими сверстникам или отличается. Ребенок не только получает информацию от референтных групп, но и использует их в качестве системы координат, позволяющей ему оценивать свое поведение, мнения, способности и достижения. Но в разное время дети выбирают для сравнения разные группы. Первой группой, несомненно, становится семья. В ней начинается формирование мнения ребенка о себе как о полноценном члене общества с определенными особенностями. Однако появление в окружении ребенка сверстников ведет к сравнению и пониманию ограничений. На этом этапе необходимо выделить наличие протеза как положительной особенности, что возможно благодаря репрезентации в СМИ, фильмах, играх и иным условиям (группы, паралимпиады, разнообразные сообщества). (Смирнова, Е. О. 2012.).

Развитие и адаптация ребенка посредством работы с окружением позволяет снизить личностную тревожность, обостряемую ампутацией, однако высоко распространенную как среди детей младшего, так и среднего школьного возраста. Анализ динамики результатов ситуативной и личностной тревожности школьников с 4 - 11 классы указывает на преобладание высокого уровня тревожности во всех возрастных группах. (Политика О.И 2018)

Благодаря исследованиям Биктимировой Ф.М. (2013) были установлены значимые связи эмоциональных состояний с личностными чертами и качеством жизни. Также было установлена связь качества жизни, индивидуально психологических особенностей и возрастной специфики. Так, например, в период после 45 лет активнее проявляется личностная тревожность. В период после 55 лет тревожность сменяется депрессией, а после 60 лет возвращается на свои приоритетные позиции.

Компенсаторные проявления также варьируются в зависимости от возраста, так например, в группе 19–29 лет заостряются демонстративные и

черты связанные с педантичностью, 30–39 лет — демонстративные и свойства застревания, 40–49 лет — акцентуации по типу педантичных и тревожных, 50–59 лет — педантичность, тревожность и циклотимичность в характере, а после 60 лет ситуативная тревожность компенсируется застревающими и экзальтированными чертами. (Биктимировой Ф.М. 2013)

Различия в психологических характеристиках среди женщин и мужчин рассматривается как особое ответвление в психологической науке – гендерной психологии, что уже подводит нас к мысли о том, что женщины и мужчины имеют различную реакцию на те или иные ситуации. (Биктимировой Ф.М. 2013)

Существенные различия в реагировании на ампутацию можно рассмотреть с точки зрения мотивационной сферы среди людей разного пола. Согласно результатам исследования, проведённого Национальным институтом демографических исследований (INED, Франция) совместно с Национальным институтом здоровья и медицинских исследований (INSERM, Франция), «существует явное и устойчивое неравенство между мужчинами и женщинами в том, что касается инвалидности», особенно после 65 лет. В более раннем возрасте различия не столь заметны, женщины даже находятся в лучшем положении, например реже нуждаются в госпитализации, затем ситуация меняется на противоположную.

У мужчин травмы, ведущие к ампутациям, регистрируются в 2 раза чаще, чем у женщин. (Росков Р. В и соавт. 2007). По данным одного из российских исследований Биктимировой Ф. М., (Биктимирова Ф. М., 2011) женщины обращаются в протезно-ортопедические центры реже, чем мужчины. Однако данные имеют не объективный характер так как выборка производилась исключительно по республике Татарстан.

Разницу в реагирование на ампутацию с точки зрения гендера можно рассматривать в контексте условий быта и личной жизни. В связи с тем, что

статистически чаще женщины являются ответственными за бытовую сторону жизни (уборка, приготовление пищи, уход за детьми), именно для них важным фактором готовности к постоянному ношению протеза является его практическая необходимость для выполнения указанных ранее задач.

Выраженные различия в реагировании на болезнь, приводящей к инвалидности, также наблюдаются при рассмотрении образа тела в контексте сексуальных взаимоотношений. СМИ и общество в целом создает определенные стандарты внешнего вида мужчин, что приводит к ощущению психологической напряженности при отдалении от «идеала», что в явной степени происходит у мужчин с ампутацией конечности.

Среди женщин по статистике (Биктимирова Ф. М. и соавт. 2012) выражены такие характеристики как:

- Стремление к принятию со стороны других людей, к созданию эмоционально близких отношений.
- При доминировании мотива избегания неудач – высокая личностная тревога.

У мужчин, в свою очередь:

- Более выражена мотивация достижений
- Снижение мотивации достижения приводит к увеличению тревоги и проявлениям депрессии

Часто можно встретить примеры, на основе которых можно сделать определенные выводы о реагировании людей на ампутацию и дальнейшее освоение с новой социальной ролью. Мужчины, в связи с уже вышеуказанной зависимостью от желаемости стандарта мужественности стараются либо компенсировать свой «недостаток» упорными тренировками, либо же уходят в себя, порой доходя до алкоголизма и частой агрессии, направленной на родных и близких. Женщины же, в большинстве случаев переживают ампутацию как новую ступень в жизни, хотя в нашей стране статистически реже обращаются к использованию протезов, и стараются

более кардинально изменить и без того непредвиденно сложившуюся ситуацию. Возможно, данное явление связано с тем, что у женщин заложено большее понимание variability дальнейшего поведения, а также желание несмотря на недуг продолжить свой жизненный путь в роли супруги и матери.

При подготовке пациента к протезированию необходимо учитывать гендерные особенности, поскольку взаимосвязи мотивации достижения, эмоциональной сферы и характеристик двигательной активности различны. (Биктимирова Ф. М. и соавт. 2012). Несомненно, ориентироваться исключительно на гендерные различия не логично, так как наиболее важным являются личностные характеристики, рассмотренные в предыдущей части, однако, они имеют значимое влияние.

## **1.5 Основы психологической реабилитации**

*Реабилитация инвалидов* - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. *Абилитация инвалидов* - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество. (Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации")

Реабилитация включает в себя профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего — личностный подход к

пациенту. Не существует подлинной реабилитации без обращения к личности больного, без восприятия человека в неразрывной связи с окружающей средой. (Козлова Л. В. и соавт. 2005).

Козлова Л. В. (2005) подразделяет реабилитацию на:

- *Медицинскую реабилитацию*, использующую различные методы медикаментозной терапии, лечебное питание, лечебную физкультуру и прочее
- *Психологическую реабилитацию*, включающую в себя мероприятия, направленные на профилактику и лечение психических нарушений, а также формирование комплаентности у пациентов.
- *Профессиональную реабилитацию*, основными задачами которой следует указать восстановление соответствующих профессиональных навыков или же переобучение, которое сможет обеспечить человека дальнейшим трудоустройством.
- *Социальную реабилитацию*, включающую разработку и внедрение со стороны государства соответствующих нормативно-правовых актов, гарантирующих инвалидам права и льготы.

Реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает не просто «потребителем» лечения, а партнером и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий

Для продуктивного процесса реабилитации активными участниками лечебно-восстановительных мероприятий должны быть как врачи, так и пациент.

Следовательно, задачами клинического психолога являются:

- Развитие и поддержание комплаентности пациента
- Диагностика индивидуально-личностных особенностей больного и оценка его актуального эмоционального состояния



- Установление и поддержание продуктивного рабочего процесса с профильным врачом и другими участниками реабилитационного процесса - на предмет определения основных целей и выработки конкретных задач реабилитации, с учетом индивидуально-личностных особенностей и актуального эмоционального состояния пациента.

Как было указано ранее, клинический психолог в рамках реабилитационного процесса часто включается в состав мультидисциплинарной бригады, что позволяет производить полноценную и многостороннюю помощь пациенту в рамках процесса восстановления.

Мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МДБ) является на данный момент обязательной организационно-технологической единицей реабилитационной помощи;

МДБ формируется в зависимости:

1. От тяжести клинического состояния пациента;
2. От характера и степени нарушения функций и жизнедеятельности пациента;
3. От используемых технологий для коррекции выявленных нарушений функции, структуры, жизнедеятельности и факторов окружающей среды.

В состав МДБ входят на постоянной основе:

- врач по физической и реабилитационной медицине,
- кинезиолог,
- эргофизиолог,
- клинический психолог,
- клинический логопед,

- медицинская сестра,
- социальный работник,
- другие специалисты (в случае необходимости)

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) — это документ, который описывает комплекс мер по реабилитации инвалида и разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала инвалида. ИПРА утверждается руководителем бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) по месту регистрации человека. В индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все технические и иные средства реабилитации, реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни. Также в ИПРА указываются виды и формы рекомендуемых мероприятий, их объемы, сроки, исполнители.

Специалисты бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро), уполномоченные на проведение медико-социальной экспертизы, разрабатывают получателю услуги по проведению МСЭ, признанному инвалидом, индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида. (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2020 г. № 979н “Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы”).

### **1.6 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)**

МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности. Использование данной классификации в качестве инструмента оценки исходов реабилитации при различных патологиях

характеризуется набором категорий МКФ, оценка которых значима для определения проблем, возникших на фоне ампутации верхней конечности, и результатов, достигнутых в ходе протезирования; разрабатываются, применяются и совершенствуются способы и методы оценки (Хохлова О.И. и соавт. 2021).

МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих: Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности

(а) функции и структуры организма

(б) активность и участие

Часть 2. Факторы контекста

(а) факторы окружающей среды

(б) личностные факторы.

Основным показателем структуры у исследуемых нами пациентов является - s 730. 32 - частичное отсутствие верхней конечности.

Исследование пациентов с односторонней ампутацией верхней конечности в рамках работы клинического психолога направлено на домены, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Домены по МКФ, предназначенные для работы клинического психолога в рамках реабилитационного процесса.

Разделы	Домены
ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА	b126 темперамент и личностные функции b130 волевые и побудительные функции b152 Функции эмоций

<p>АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ</p>	<p>d 175 Решение проблем</p> <p>d710 - d729 Общие межличностные взаимодействия</p> <p>d730-d779 Специфические межличностные отношения</p> <p>d840-d859 Работа и занятость (Данный критерий необходимо учитывать при наличии или активном поиске пациентов работы) Работающему, активному человеку предпочтительнее назначить модульный высоко функциональный протез, поскольку данный тип пациентов, как правило, молодого-зрелого возраста и не имеет серьезных медицинских противопоказаний.</p> <p>d910 Жизнь в сообществах</p> <p>d920 Отдых и досуг.</p> <p>d845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений</p> <p>d6504 Поддержание в рабочем состоянии вспомогательных устройств</p> <p>d9201 Спортивные состязания</p> <p>d9204 Хобби</p> <p>d9205 Неформальное общение</p> <p>d9208 Отдых и досуг</p>
<p>ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ</p>	<p>Поддержка и взаимосвязи:</p> <p>e310 Семья и ближайшие родственники</p>

СРЕДЫ	<p>е 320 Друзья</p> <p>е 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества</p> <p>Установки:</p> <p>е410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников</p> <p>е420 Индивидуальные установки друзей</p> <p>е425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества</p> <p>е46 Общественные установки</p>
-------	--

Изучение особенностей пациентов с ампутацией в рамках МКФ помогает психологу построить и адаптировать реабилитационный процесс в мультидисциплинарной реабилитационной команде – данная команда является структурно-функциональной единицей (частью) медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на всех этапах медицинской реабилитации. Именно МКФ позволяет клиническому психологу более корректно представлять свою часть реабилитационного процесса в рамках медицинского подхода.

Таким образом, анализ литературных источников показал, что на отношение пациента к ампутации и протезированию влияет большое количество аспектов, таких как возраст, в связи с особенностями реагирования на стрессовые ситуации, а также проявления ситуативной и личностной тревожности в разных возрастных группах, различия в типе реагирования на изменение в образе тела между мужчинами и женщинами связанное с особенностями восприятия, а также выполнением социальных и бытовых функций, причинами ампутаций, их связи с болезнью или несчастными случаями, а также с типом протезов.

В нашей работе мы более углубленно рассмотрим социально-психологические характеристики пациентов и связи продолжительного и комфортного использования протеза с данным аспектом.

## ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Организация исследования

В соответствии с целью и задачами была разработана программа исследования, которая включала в себя следующие аспекты.

- Подбор репрезентативных методик для исследования личностных особенностей людей являющихся пользователями протезов верхних конечностей. Составление анкеты и проведение беседы для сбора анамнестических данных.

- Сбор анамнестических данных.

- Исследование отягощения анамнеза реабилитационного процесса (ампутация в ходе травматизации).

- Исследование взаимоотношений между пользователем протеза и семьей, ближайшим окружением, сотрудниками государственных служб и иных протезных учреждений.

- Исследование.

- Выявление личностных особенностей с помощью пятифакторного опросника личности.

- Сопоставление полученных результатов исследования основных анамнестических данных и личностных особенностей пользователей протезов верхних конечностей.

Исследование включает в себя четыре этапа: организационный; подготовительный; психодиагностический; заключительный.

На организационном этапе была определена база проведения исследования и контингент. Отбор участников исследования проводился в соответствии с критериями включения в исследование, указанными далее.

На подготовительном этапе была разработана программа исследования, в рамках которой были подобраны методики и стандартизована схема беседы для изучения особенностей пользователей ТСР в рамках подхода МКФ.

На психодиагностическом этапе проводилось психодиагностическое обследование. Было проведено исследование личностных характеристик, которое было направлено на определение ведущих черт, составлены реабилитационные профили по МКФ на основании полученных данных психодиагностических методик и беседы.

Заключительный этап включал в себя следующие шаги: обработку полученного экспериментального материала с использованием необходимых статистических процедур; Составление сводных таблиц для проведения анализа.

Используемые методы и методики:

1. Метод беседы и анкетирование
2. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI
3. Способы совладающего поведения, WCQ (Лазарус)
4. Пятифакторный опросник личности, 5PFQ
5. Сравнительный анализ по критерию Манна-Уитни и критерию Уилкоксона, описательная статистика, факторный анализ.

В начале нашего исследования был произведен подбор респондентов в рамках взаимодействия с отделением протезирования на базе ФГБУ Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта Минтруда России, а также по средствам онлайн-опроса, в рамках которого к исследованию были привлечены 51 респондент.

Для объективности и чистоты проводимого исследования отобраны пациенты с односторонними дефектами верхней конечности определенной высоты ампутации (от экзартикуляционной до надлоктевой), визуально представленной на рисунке 5.



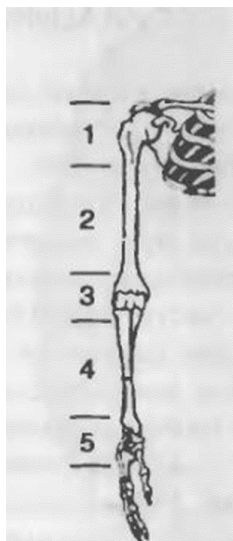


Рис.5. 1- Экзартикуляция в плечевом суставе; 2- надлоктевые ампутации плеча; 3 – экзартикуляции локтя; 4 - подлоктевые ампутации предплечья; 5 – экзартикуляции запястья.

Для возможности применения ко всем участникам единых требований сбора исследовательского материала, включая психометрические анкеты была установлена последовательность предъявления тестовых материалов.

Критерии включения в исследование:

- Способы диагностики пациентов:
  - Предварительная беседа, наблюдение
  - Изучение клинического диагноза и анамнеза в целом.
  - Тестирования, проводимые как в письменном, так и электронном формате.
- Характеристики:
  - Ампутация конечности(конечностей), с необходимостью дальнейшего протезирования ввиду не функциональности или слабой функциональности культи, а также по рекомендации специалистов.
  - Ампутация конечности(конечностей), с временным отказом от использования протеза.
  - Ампутация с постоянным использованием ТСР в повседневной жизни.

- Полное заживление культи и правильное ее формирование.
- Факторы, способные повлиять на прогноз:
  - Возраст пациента
  - Пол
  - Окружение (среда, в которой проживает/работает/ и т.д. индивид)
  - Тип предполагаемого протезирования.
  - Причина и уровень ампутации.

Среди включенных на первом этапе респондентов были отобраны 43 человека, соответствующие критериям включения.

8 человек с экзартикуляциями в плечевом суставе и высокими надлоктевыми ампутациями в были исключены из группы респондентов в связи с осложнением использования протезных технологий посредством специфики формирования культи и фиксации ТСР.

Среди 43 человек распределение высоты ампутации представлено в таблице 2

Таблица 2

#### Распределение респондентов в выборке по уровню ампутации

Высота ампутации	Количество человек
Надлоктевые ампутации плеча	6
Экзартикуляции локтя	8
Подлоктевые ампутации предплечья	16
Экзартикуляции запястья	13

В связи с важным моментом адаптации человека к использованию сохранной конечности при выполнении повседневных и специфичных действий, нами также исследовалось и учитывалось была ли затронута ампутацией ведущая, до травмы, конечность. В нашем исследовании у 37% (16 респондентов) была ампутирована ведущая рука, что осложняло бытовую деятельность необходимостью адаптации к новым условиям использования сохранной конечности, в то время как 63% (27 респондентов) имели

частичную сохранность привычного функционирования в связи с отсутствием необходимости переучивания в использовании сохранной конечности в ряде повседневных и бытовых ситуаций.

Среди наших респондентов было 23 женщины и 20 мужчин с различными дефектами, прошедших через ампутацию верхней конечности. Далее пациенты были разделены на две группы по критерию активности использования протеза в повседневной жизни и деятельности, а именно продолжительность использования протеза ежедневно и в рамках бытовой деятельности, что наглядно показано в таблице 3. Средний возраст по выборке составляет 31,4 год.

Таблица 3

### Критерии распределения респондентов на исследуемые группы

Наименование	Критерий распределения в группу	Количество респондентов
Группа 1 «Постоянно»	Использование и ношение протеза на постоянной основе в бытовой, трудовой и повседневной деятельности	19
Группа 2 «Редко»	Использование и ношение протеза в рамках кратковременных периодов.	24

## 2.2 Процедура исследования

**Этап 1:** в федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации на базе института протезирования ортезирования, во время совместной работы со специалистами, а также через сеть «Интернет» была набрана группа лиц, использующих протез.

**Этап 2:** производилась предварительная беседа, в которой выяснялся возраст, анамнез пациента, жалобы, на которые обращали внимание

специалисты, а также выяснялось эмоциональное состояние пациента на момент беседы.

**Этап 3.** Просили заполнить опросники. Пациентам выдавался стимульный материал, в котором специалистами изначально указывались ФИО, сколько полных лет исполнилось пациентам, его краткий анамнез, с упором на заболевание или иную причину ампутации, а также состояние культи и самой конечности, наличие ТСР и срок его использования.

Стимульный материал состоял из 3 методик, призванных выявить личностные качества, которые были бы наиболее благоприятны во влиянии на готовность к протезированию.

Пациенты заполняли опросники самостоятельно, через 5-7 дней возвращая уже заполненные бланки во время второго посещения.

Так же, было предложено заполнение опросников в онлайн-форме, собранных в одну форму с удобным вариантом заполнения, что обеспечило более удобный сбор данных с тех, для кого опросные методы в печатном варианте были затруднительны или невозможны.

**Этап 4.** Обратная связь с пациентами о результатах и дальнейшая беседа происходили во время второго посещения. Выяснялись моменты, вызывавшие затруднения, жалобы на эмоциональное и психофизиологическое состояние

**Этап 5.** С учетом полученных данных в ходе беседы, тестирования и наблюдения, а также изучения медицинской документации составлялась реабилитационная карта по категориям МКФ.

### **2.3 Методы исследования**

В данном исследовании были использованы следующие методики:

Клинико-психологические методы:

1. Сбор анамнеза и работа с медицинской документацией
2. Структурированное интервью для пациентов

Клинико-психологический метод включал в себя анализ медицинской документации, беседу с испытуемым совместно с врачом-ортопедом. Полученная информация служила для учета анамнестических и социально-демографических данных пациентов, а также определения некоторых характерологических черт. В ходе исследования использовался метод наблюдения с целью анализа поведения и реагирования.

В рамках экспериментально-психологического метода использовались психологические методики – тестирования для выявления основных психологических особенностей пациентов в соответствии с целью и задачами исследования.

### **2.3.1 Способы совладающего поведения, WCQ**

**Автор методики:** Р. Лазарус и С. Фолкман (1988), в адаптации Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлевой, Е.Р. Исаевой (2009);

**Цель:** предназначается для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в разнообразных сферах деятельности человека, а также копинг-стратегий

**Процедура проведения:** Предъявление стимульного материала (см. Приложение 1).

**Инструкция:** Испытуемому предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Испытуемый должен оценить как часто данные варианты поведения проявляются у него.

### **2.3.2 Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности**

**Автор методики:** Ч. Д. Спилбергер (адаптация Ю. Л. Ханин)

**Цель:** позволяет выявить уровень тревожности в определенный момент времени (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

**Процедура проведения:** Предъявление стимульного материала (см. Приложение 2 и Приложение 3). Обработка и анализ результатов

заключается в определении показателей ситуативной и личностной тревожности проводится с помощью ключа.

**Инструкция:** Опросник содержит инструкцию, два бланка с утверждениями, с вариантами ответов: «никогда», «почти никогда», «часто», «почти всегда».

### 2.3.3 Пятифакторный личностный опросник «Большая пятерка»

**Автор методики:** Р. МакКрае и П. Коста (1992) в адаптации А.Б. Хромова.

**Цель:** предназначается для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в разнообразных сферах деятельности человека, а также копинг-стратегий

**Процедура проведения:** Предъявление стимульного материала (см. Приложение 3).

**Инструкция:** набор из 75 парных, противоположных по своему значению, стимульных высказываний, характеризующих поведение человека. Стимульный материал имеет пятиступенчатую оценочную шкалу Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), с помощью которой можно измерять степень выраженности каждого из пяти факторов (экстраверсия – интроверсия; привязанность – обособленность; самоконтроль – импульсивность; эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость; экспрессивность – практичность).

По мнению авторов, выделенных на основе факторного анализа пяти независимых переменных (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность) вполне достаточно для адекватного описания психологического портрета личности.

Для более точного понимания элементов опросника ниже представлены характеристики психологического портрета человека на основании факторов опросника:

#### **Экстраверсия**

- Внешняя направленность психики,

- Отличаются общительностью,
- Любят развлечения и коллективные мероприятия,
- Беззаботны, оптимистичны и любят перемены,
- Ослаблен контроль над чувствами и поступками,
- Склонны к вспыльчивости и агрессивности.

### **Интроверсия**

- внутренняя направленность психики.
- Отсутствие уверенности в правильности своего поведения
- Большая опора на собственные силы и желания
- Предпочтение абстрактных идей конкретным.
- Любят планировать свое будущее.

### **Привязанность**

- Упор на отношение к людям
- Испытывают потребность быть рядом с другими людьми,
- Терпимо относятся к недостаткам других людей.
- Имеют социальную направленность личности
- Не любят конкуренцию,
- Предпочитают сотрудничать с людьми,

### **Отделенность (обособленность)**

- Стремление быть независимым и самостоятельным.
- Избегают общественных поручений,
- Небрежны в выполнении своих обязанностей и обещаний.
- Больше волнуют собственные проблемы
- Свои интересы они ставят выше других

### **Контролирование (Самоконтроль)**

- Волевая регуляция поведения.
- Добросовестность, ответственность, обязательность,
- Точность и аккуратность в делах.
- Придерживаются моральных принципов,

- Не нарушают общепринятых норм поведения
- Самоконтроль

### **Естественность (Импульсивность)**

- Беспечность
- Склонность к необдуманным поступкам.
- «Жизнь одним днем»

### **Повышенная эмоциональность (эмоциональная неустойчивость)**

- Неспособных контролировать свои эмоции
- Отсутствие чувства ответственности,
- С тревогой ожидают неприятностей,
- Хуже работают в стрессовых ситуациях,
- В неудачах, в первую очередь, обвиняют себя

### **Эмоциональная сдержанность (эмоциональная устойчивость)**

- Уверенны в своих силах,
- Не поддаются случайным колебаниям настроения.,
- На жизнь такие люди смотрят серьезно и реалистично,
- Хорошо осознают требования действительности,
- Чаще пребывают в хорошем расположении духа, чем в плохом.

### **Игривость (экспрессивность)**

- Легкое отношение к жизни,
- Легко обучаются,
- Не достаточно серьезно относятся к систематической деятельности.

### **Практичность**

- Хорошо адаптированы в обыденной жизни,
- Он трезво и реалистично смотрит на жизнь,
- Не любят резких перемен в своей жизни,
- Предпочитают постоянство и надежность во всем.



Все вышеперечисленные качества являются достаточно важными для нашего исследования, так как основной упор ведется именно на готовность человека к дальнейшему протезированию и длительному использованию ТСР в повседневной жизни.

В свою очередь протезирование — это сложный и долгий процесс, в котором часто случаются как улучшения, так и ухудшения ситуации и в случае с выраженными характеристиками, способствующими неверной оценке и переработке ситуации, а также снижению готовности к взаимодействию с врачами и ТСР процесс реабилитации может быть осложнен или нарушен.

Для обработки данных исследования использовались методы математической статистики: анализ описательных статистик, выявление достоверности различий с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, факторный анализ. Расчет математикостатистических данных осуществлялся при помощи электронных таблиц MicrosoftExcel и программного пакета SPSS Statistics 22.0

## ГЛАВА 3 ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.2 Описание результатов

При рассмотрении показателей групп по опроснику 5PFQ и вычислении среднего показателя среди респондентов, обе группы показали большую склонность к таким характеристикам как Экстраверсия, Привязанность, Самоконтроль, Эмоциональная неустойчивость и Экспрессивность. Средний показатель по шкалам в данной методике равен 37,5, среди обеих групп данные показатели выше среднего, что представлено в таблице 4.

Таблица 4

Средние значения показателей шкал по методике пятифакторного опросника личности.

Группа	Экстраверсия	Привязанно сть	Самоконтр оль	Эмоциональная неустойчивость	Экспресси вность
«Постоянно»	52,89	51,57	54,1	51,74	53,63
«Редко»	45,25	45,58	42,5	44,75	40,8

Исходя из диаграммы, представленной на рисунке 6, можно наблюдать что почти все характеристики по Пятифакторному личностному опроснику между двумя группами различается с преимуществом в рамках постоянного ношения протеза. Однако, наиболее выраженные различия можно наблюдать в рамках шкалы «Самоконтроль».

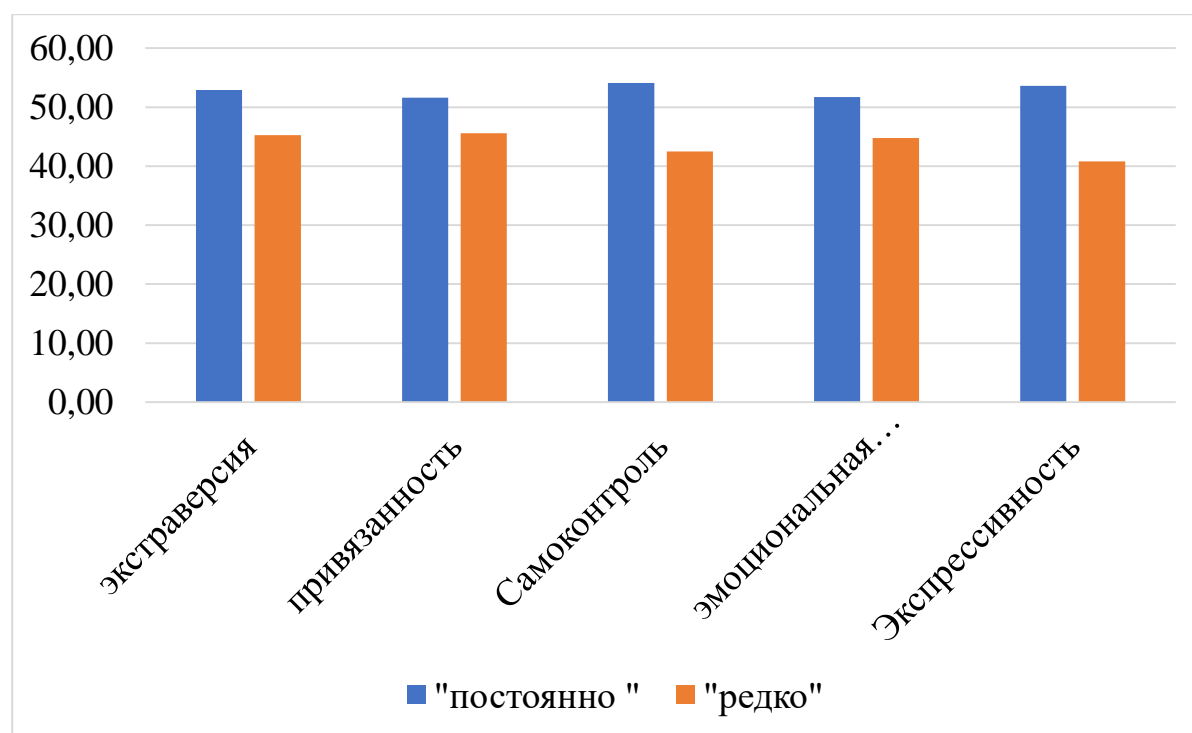


Рис. 6 Распределение показателей по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСП.

Лица использующие протезные технологии на постоянной основе имеют более выраженные проявления экстраверсии, чаще настроены на общение. При беседе данная черта личности также проявлялась в утверждениях относительно взаимодействия с малыми и большими социальными группами, так как используя протезные технологии, особенно, со слов опрошенных, бионических, выглядящих необычно, но привлекательно, респондентам комфортнее дается нахождение в обществе.

Выявлены различия по шкале «Активность» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=358.5$ ,  $p<0,001$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=11.158$ ) больше среднего значения группы «Редко» ( $X=7.792$ ).

Исходя из полученных данных можно сделать вывод о том, что в рамках группы использующих протез на постоянной основе преобладают характеристики активности в социальных взаимоотношениях и стремления к взаимодействию, которые проявляют сами пользователи ТСП.

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «подчиненность/доминирование» ( $U=329.5$ ,  $p<0,05$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 10.737, это больше среднего значения группы «Редко» равного 8.167.

Данные показатели указывают нам на то, что респонденты редко использующие протезные технологии в повседневной жизни, в отличие от тех, кто использует на постоянной основе, испытывают необходимость в руководстве извне, переложении части ответственности за свою жизнь на окружающих.

Существуют значимые различия по шкале «замкнутость/общительность» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=344.5$ ,  $p<0,01$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 11.316, это больше среднего значения группы «Редко» равного 8.167.

Как и вышеуказанные характеристики, данное различие указывает на формирование стремления респондентов использующих протезные технологии на постоянной основе создавать для себя среду взаимодействия с окружающими их людьми и различными социальными группами.

При изучении избегания и поиска внимания и впечатлений между группами небыли обнаружены различия, обе группы почти в равной степени настроены на поиск впечатлений и привлечение внимания к себе и своей жизни в разнообразных формах и проявлениях данной потребности что можно наблюдать на диаграмме (рисунок 7)

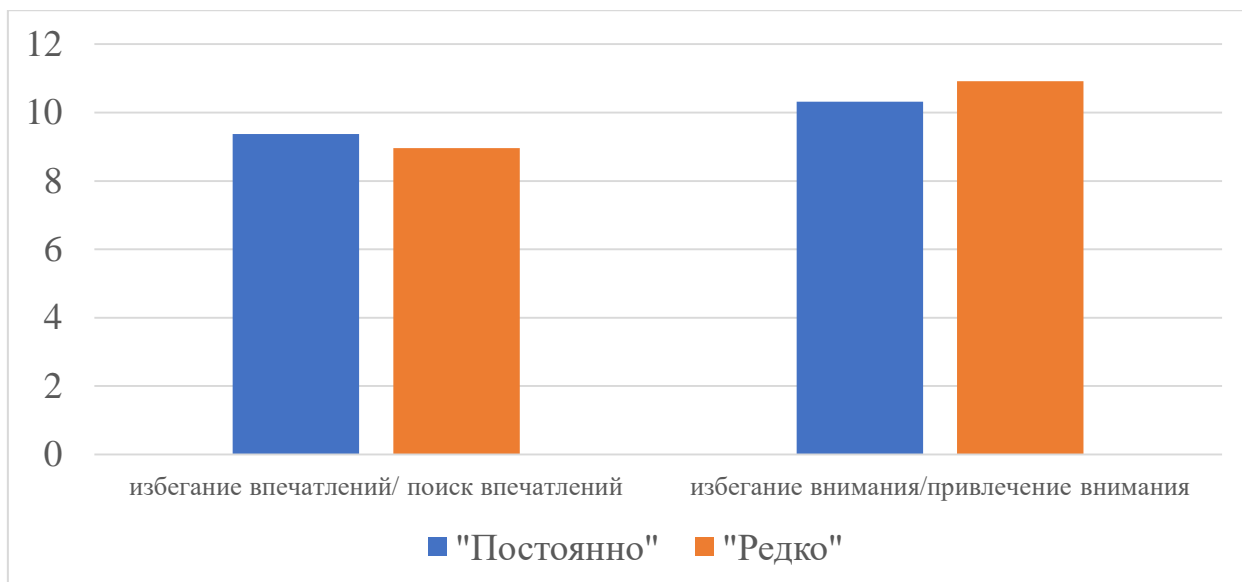


Рис. 7 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значений поиска-избегания впечатлений и внимания

Можно наблюдать по данным диаграммы, представленной на рисунке 8, наличие значимых различий между группой «Постоянно» и группой «Редко» по шкале «подозрительность» ( $U=338$ ,  $p<0,01$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 10.579, это больше среднего значения группы «Редко» равного 7.667.

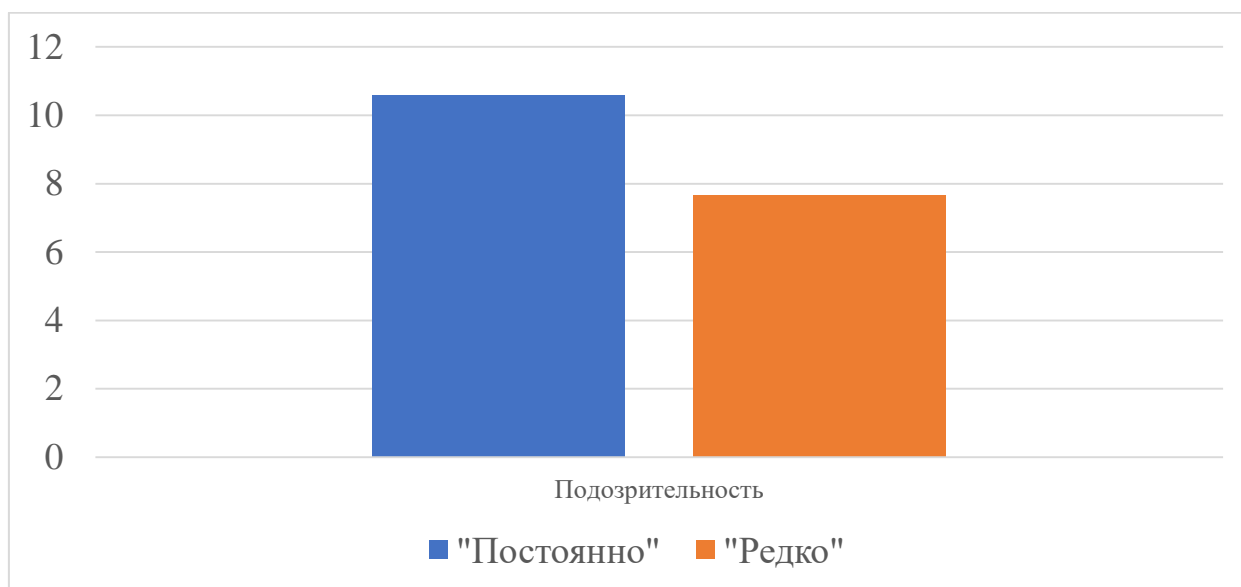
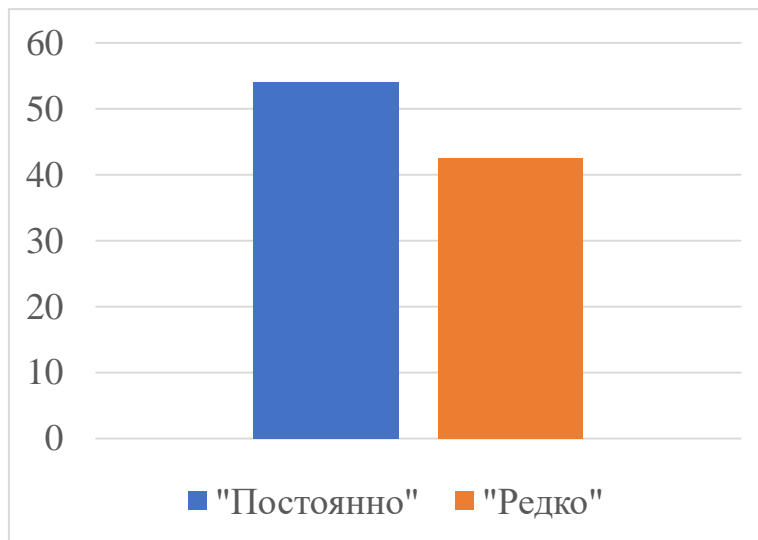


Рис. 8 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значения по шкале «Подозрительность»

Исходя из полученных данных группа, использующая протез на постоянной основе более склонна к доверию окружающим, в то время как

респонденты, использующие протез редко находятся в средней позиции между доверием и подозрительностью, что может в значительной степени формировать недоверие к врачам и иным специалистам в рамках реабилитационного процесса. Данная характеристика нуждается в корректировке посредством работы по информированию пациентов перед и после протезирования. Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения и ожидания относительно лечебного процесса, результатов операции, протезирования и последующей реабилитации.

Существуют значимые различия по шкале «Самоконтроль» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=358.5$ ,  $p<0,001$ ). Показатель в группе «Постоянно» выше, чем в группе «Редко» ( $X_1 =54.105$ ,  $X_2 =42.5$ ). Что указано на рисунке 9.



. Рис. 9 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значения по шкале «Самоконтроль-импульсивность»

Данные позволяют говорить о преимущественно проявляющемся среди респондентов, использующих протез на постоянной основе самоконтроля, за счет которого пациенты способны проявлять такие черты личности, как добросовестность, ответственность, обязательность, точность и аккуратность

в делах. Однако в тоже время самоконтроль снижает проявление эмоций, на основании которых часто строится работа психолога в рамках реабилитации, если с человеком произошла травматическая ампутация и необходимо создать благоприятную психологическую основу для дальнейшей реабилитации и адаптации человека в рамках протезирования.

Выявлены различия по шкале «Аккуратность» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=318$ ,  $p<0,05$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 9.684, это больше среднего значения группы «Редко» равного 7.667.

Существуют значимые различия по шкале «настойчивость/без настойчивости» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=337.5$ ,  $p<0,01$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=11.158$ ) больше среднего значения группы «Редко» ( $X=8$ ) что указано на рисунке 10.

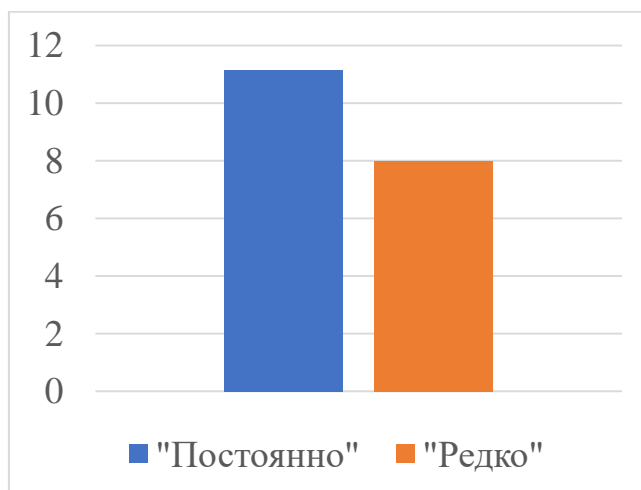


Рис. 10 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значения по шкале «Настойчивость»

Данный показатель позволяет говорить о том, что пользователи протезов, использующие его чаще, имеют более выраженные волевые характеристики, помогающие справляться с трудностями в использовании протезных технологий и более уверенно осваивать бытовые и иные действия связанные и использованием ТСР.

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «ответственность/безответственность» ( $U=363.5$ ,

$p < 0,001$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=11.737$ ) больше среднего значения группы «Редко» ( $X=8$ ), что указано на рисунке 11.

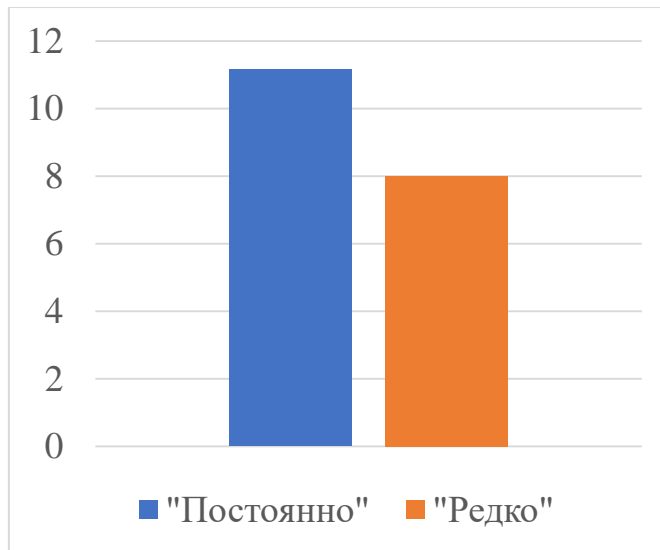


Рис. 11 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значения по шкале «Настойчивость»

Также были выявлены значимые различия между группой «Постоянно» и группой «Редко» по шкале «Самоконтроль» ( $U=320$ ,  $p < 0,05$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=11$ ) больше среднего значения группы «Редко» ( $X=8.708$ ), что говорит о большем состоянии контроля собственных эмоциональных и физиологических импульсов со стороны пациентов, использующих протез на постоянной основе.

Существуют значимые различия по шкале «Эмоциональная устойчивость» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=313.5$ ,  $p < 0,05$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 51.737, это больше среднего значения группы «Редко» равного 44.75., что позволяет говорить о большей эмоциональной неустойчивости, что приводит к сложностям в работе в стрессовых ситуациях, и в случаях с неудачами, направленности на себя, интернальной ориентации.

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «Эмоциональная лабильность» ( $U=375$ ,  $p < 0,001$ ). Показатель в группе «Постоянно» выше, чем в группе «Редко» ( $X_1 = 11.158$ ,  $X_2 = 7.25$ ). что представлено на рисунке 12.



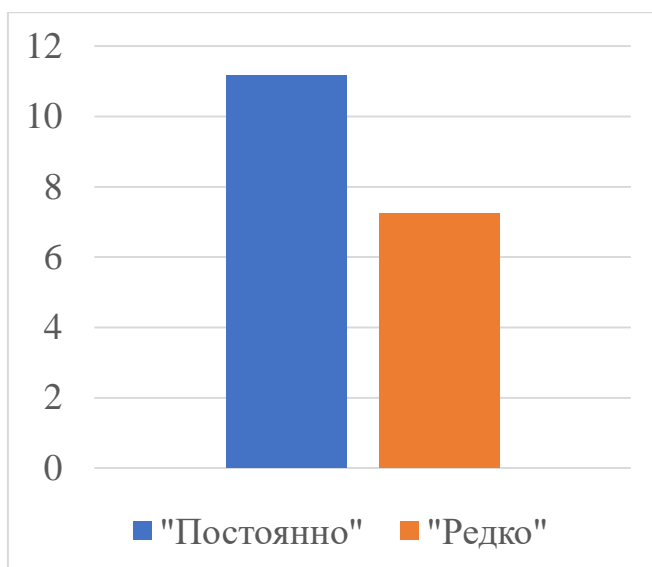


Рис. 13 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСП значения по шкале «Эмоциональная лабильность»

Из диаграммы видно, что значения Эмоциональной лабильности среди пациентов, использующих протез верхней конечности на постоянной основе также выражено больше, чем у тех, кто использует ТСП редко, что может говорить о частой смене настроения.

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «Практичность» ( $U=428$ ,  $p<0,001$ ). В группе «Постоянно» среднее значение равно 53.632, это больше среднего значения группы «Редко» равного 40.042.

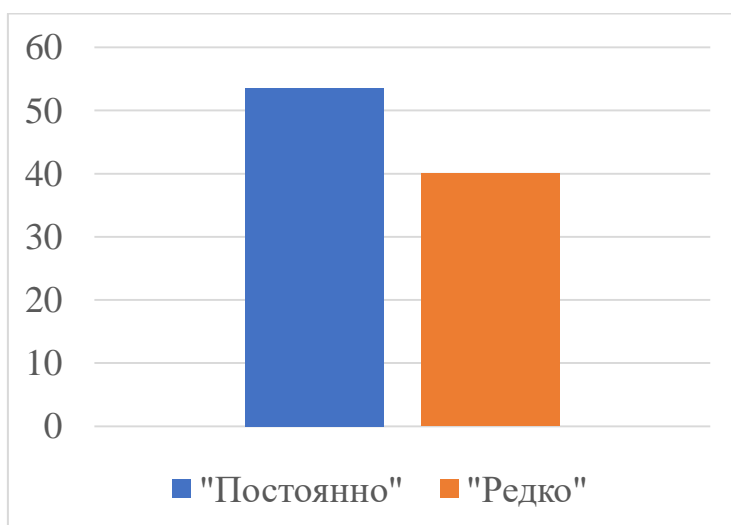


Рис. 13 Распределение по 5PFQ между группами постоянного и редкого использования ТСР значения по шкале «Практичность»

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкалам: «любопытство», «любопытность», «артистичность», «пластичность», во всех указанных шкалах пациенты, использующие протез проявляют большую склонность к изучению нового, познанию и приспособлению к необычным обстоятельствам, что позволяет адаптироваться и изучать новые способы взаимодействия с окружающей средой посредством использования ТСР и овладевать другими полезными навыками.

Используя корреляционный анализ шкал пятифакторного опросника личности, были выявлены значимые корреляционные связи, позволяющие предполагать выраженную связь характеристик в группе, использующей протез на постоянной основе, а именно связи, указанные на рисунке 13

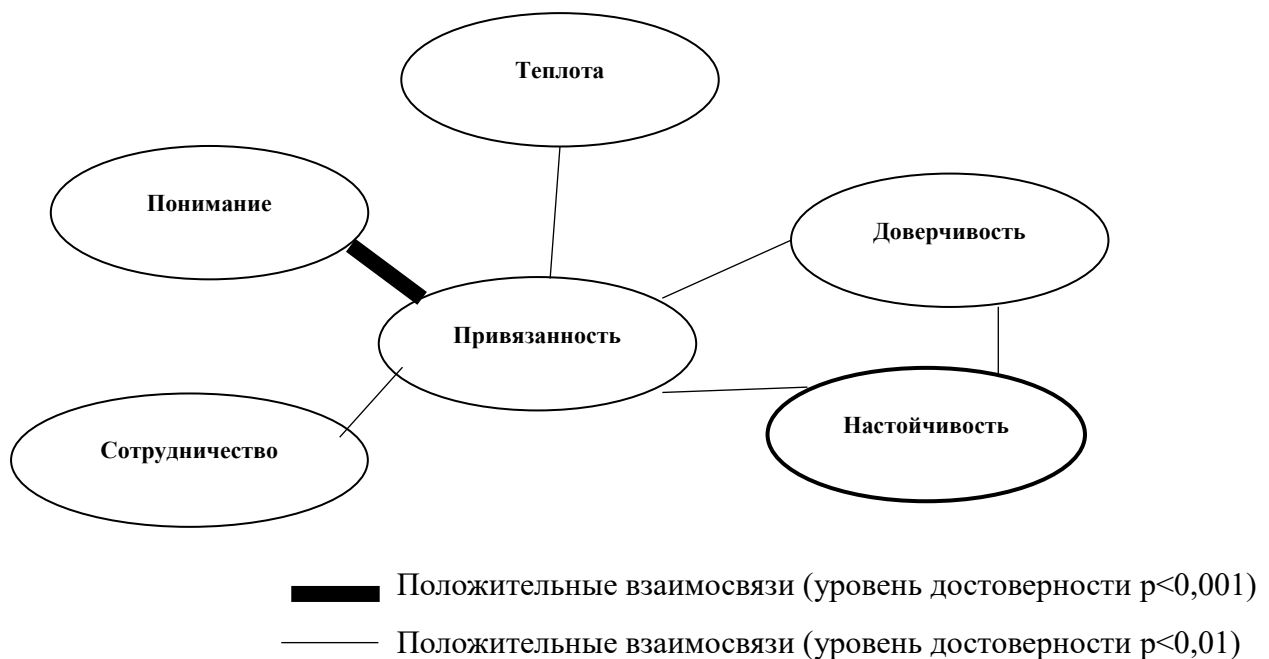


Рис. 14 Корреляции в группе 1 по по Пятифакторному личностному опроснику

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Доверчивость» ( $r = 0.612^{**}$ ,  $p < 0,01$ ). С возрастанием показателей по шкале «обособленность/привязанность» также

возрастают показатели по шкале «Доверчивость». Данные пациенты (Группы 1) более склонны к построению контакта в социальных взаимодействиях и в зависимости от повышения уровня доверия, с чем работают психологи в центрах реабилитации, повышается и уровень позитивного взаимодействия.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Сотрудничество» ( $r=0.526^*$ ,  $p<0,05$ ). С увеличением показателей по шкале «Привязанность» также увеличиваются показатели по шкале «Сотрудничество». Пациенты имеют тенденцию к социальному взаимодействию, подкрепленному направленностью на контакт и сотрудничество, о чем говорит взаимное повышение значений в данных шкалах.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «подозрительность» ( $r=0.532^*$ ,  $p<0,05$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «подозрительность».

Между шкалой «Привязанность» и шкалой «Понимание» существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ( $r=0.795^{***}$ ,  $p<0,001$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «Понимание».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Настойчивость» ( $r=0.542^*$ ,  $p<0,05$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «Настойчивость».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «подозрительность» и шкалой «настойчивость/без настойчивости» ( $r=0.508^*$ ,  $p<0,05$ ). С увеличением показателей по шкале «Доверчивость» также увеличиваются показатели по шкале «Настойчивость»

Используя корреляционный анализ шкал пятифакторного опросника личности, были выявлены значимые корреляционные связи, позволяющие предполагать выраженную связь характеристик в группе, использующей протез редко, а именно связи, указанные на рисунке 14:



Рис. 15 Корреляции в группе 2 по Пятифакторному личностному опроснику

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Экстраверсия» и шкалой «Доминирование» ( $r=0.661^{***}$ ,  $p < 0,001$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Экстраверсия», тем больше выражены показатели по шкале «Доминирование».

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Доминирование» и шкалой «Любопытство» ( $r=0.592^{**}$ ,  $p < 0,01$ ). Чем

в большей степени выражены показатели по шкале «Доминирование», тем больше выражены показатели по шкале «Любопытство».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Доверчивость» ( $r=0.684^{***}$ ,  $p<0,001$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «обособленность/привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «Доверчивость».

Между шкалой «Привязанность» и шкалой «Понимание» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ( $r=0.613^{**}$ ,  $p<0,01$ ). С увеличением показателей по шкале «Привязанность» также увеличиваются показатели по шкале «Понимание».

Между шкалой «Привязанность» и шкалой «Предусмотрительность» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ( $r=0.568^{**}$ ,  $p<0,01$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «Предусмотрительность».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Понимание» и шкалой «Предусмотрительность» ( $r=0.527^{**}$ ,  $p<0,01$ ). С возрастанием показателей по шкале «Понимание» также возрастают показатели по шкале «Предусмотрительность».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Теплота» ( $r=0.615^{**}$ ,  $p<0,01$ ). С возрастанием показателей по шкале «Привязанность» также возрастают показатели по шкале «Теплота».

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Привязанность» и шкалой «Доверчивость» ( $r=0.661^{**}$ ,  $p<0,01$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Привязанность», тем больше выражены показатели по шкале «Доверчивость».

При интерпретации результатов полученных при исследовании групп в рамках опросника Лазаруса, были выявлены следующие особенности в группах пациентов использующих ТСР:

Для сравнения группы «Постоянно» и группы «Редко» между собой был использован критерий U-Манна-Уитни. Данные представлены на диаграмме (рисунок 16).

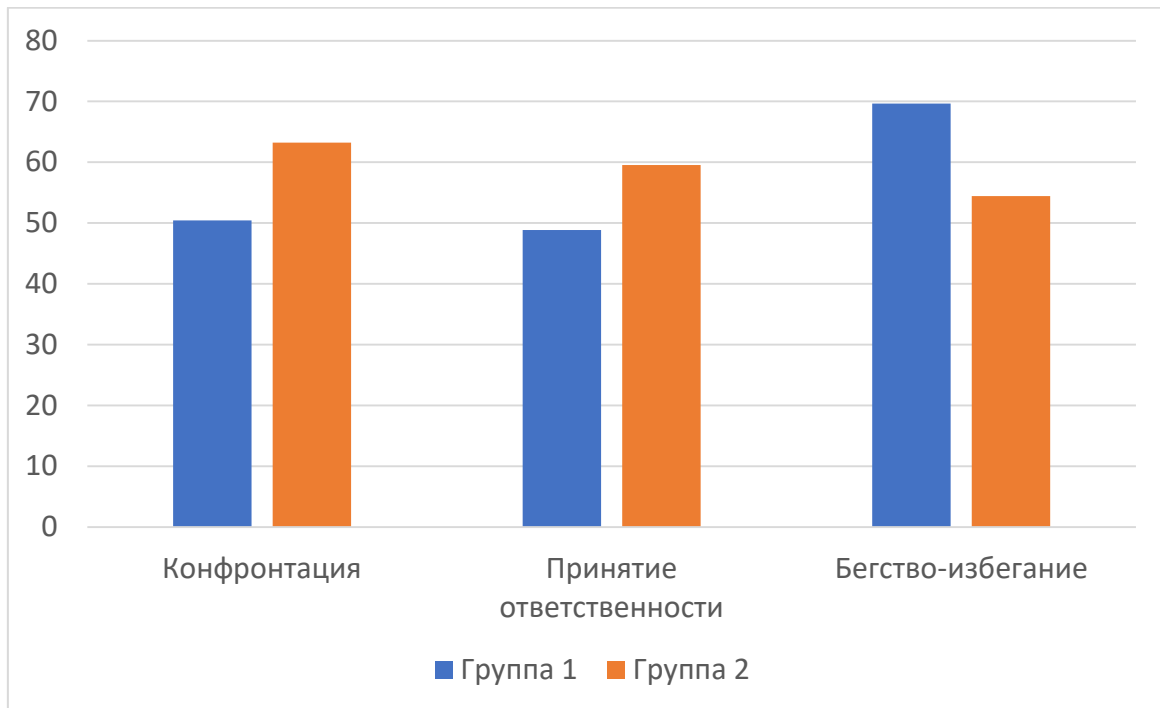


Рис. 16 Показатели копинг-стратегий в группах «постоянно» и «редко» по опроснику «Способы совладающего поведения, WCQ»

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «Конфронтация» ( $U=109.5$ ,  $p<0,01$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=50.421$ ) меньше среднего значения группы «Редко» ( $X=63.25$ ).

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «Принятие ответственности» ( $U=119.5$ ,  $p<0,01$ ). Среднее значение в группе «Постоянно» ( $X=48.842$ ) меньше среднего значения группы «Редко» ( $X=59.542$ ).

Между группой «Постоянно» и группой «Редко» существуют значимые различия по шкале «Бегство-избегание» ( $U=357.5$ ,  $p<0,01$ ). Показатель в группе «Постоянно» выше, чем в группе «Редко» ( $X_1 =69.632$ ,  $X_2 =54.417$ ). Проявление данного типа копинг-стратегии не характерно для нормативной выборки по России, представленной в исследовании Исаевой Е.Р. (2009 г.). Однако, проявление его в данной выборке может говорить о вышеуказанных лабильности эмоциональных состояний среди данной группы пациентов и возможном адаптивном использовании во момент сильного кратковременного стресса, в результате которого могла произойти ампутация и т.д.

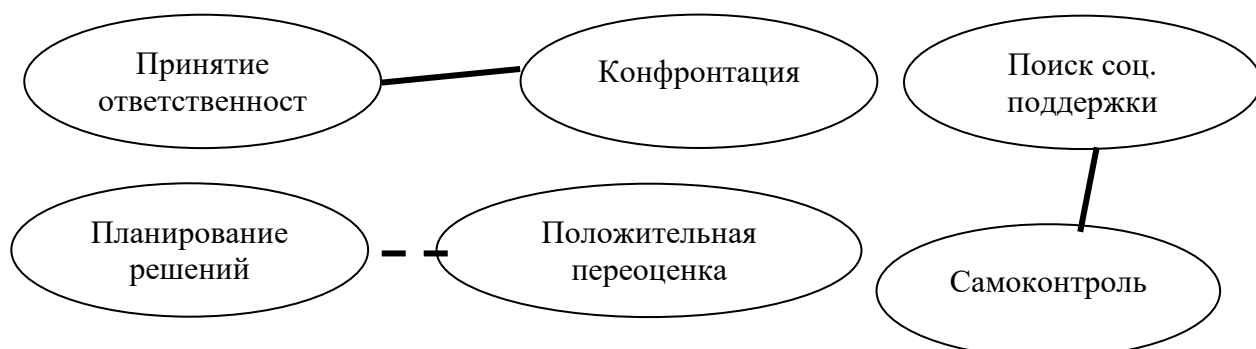
В группе использующих протез на постоянной основе были выявлены следующие корреляции между использованием копинг-стратегий:

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «Конфронтация» и шкалой «Принятие ответственности» ( $r=0.62^{**}$ ,  $p<0,01$ ). С возрастанием показателей по шкале «Конфронтация» также возрастают показатели по шкале «Принятие ответственности».

Между шкалой «Самоконтроль» и шкалой «Поиск социальной поддержки» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ( $r=0.632^{**}$ ,  $p<0,01$ ).

Были выявлены значимые средние отрицательные взаимосвязи между шкалой «Планирование решения» и шкалой «Положительная переоценка» ( $r=-0.658^{**}$ ,  $p<0,01$ ). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «Планирование решения», тем меньше выражены показатели по шкале «Положительная переоценка».

Вышеуказанные корреляции представлены на рисунке 17.



- Положительные взаимосвязи (уровень достоверности  $p < 0,001$ )
- - - Отрицательные взаимосвязи (уровень достоверности  $p < 0,01$ )

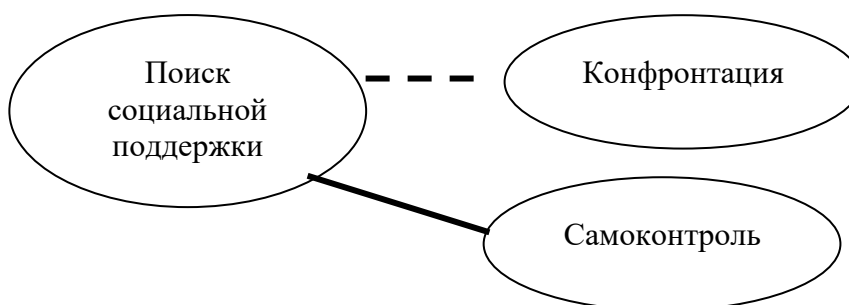
Рис. 17 Корреляции в группе 1 «Постоянно» по опроснику «Способы совладающего поведения, WCQ»

В группе использующей протез на постоянной основе при использовании копинг-стратегии «Планирование решения» есть тенденция к меньшему использованию «Положительной переоценки» что говорит о меньшем использовании своего состояния как элементов личностного роста, однако, подразумевает использование собственных ресурсов без переоценки собственных возможностей.

При исследовании корреляционных связей в группе использующих протезы редко, были выявлены значимые умеренные отрицательные взаимосвязи между шкалой «Конфронтация» и шкалой «Поиск соц. поддержки» ( $r = -0.443^*$ ,  $p < 0,05$ ). С увеличением показателей по шкале «Конфронтация» уменьшаются показатели по шкале «Поиск соц. поддержки».

Были выявлены значимые умеренные положительные взаимосвязи между шкалой «Самоконтроль» и шкалой «Поиск соц. поддержки» ( $r = 0.408^*$ ,  $p < 0,05$ ). С увеличением показателей по шкале «Самоконтроль» также увеличиваются показатели по шкале «Поиск соц. поддержки».

Были выявлены значимые умеренные отрицательные взаимосвязи между шкалой «Бегство-избегание» и шкалой «Положительная переоценка» ( $r = -0.469^*$ ,  $p < 0,05$ ). С возрастанием показателей по шкале «Бегство-избегание» снижаются показатели по шкале «Положительная переоценка».





- Положительные взаимосвязи (уровень достоверности  $p < 0,05$ )  
 - - - - Отрицательные взаимосвязи (уровень достоверности  $p < 0,05$ )

Рис. 18 Корреляции в группе 2 «Редко» по опроснику «Способы совладающего поведения, WCQ»

По методике субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (адаптация Ю. Л. Ханина) Для сравнения группы «Постоянно» и группы «Редко» между собой был использован критерий U-Манна-Уитни. Данные представлены в таблице 5

Таблица 5

Средние значения показателей шкал субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера

Названия шкал	Среднее значение «Постоянное использование»	Среднее значение использованные»	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
Ситуативная тревожность	49.053	37.875	353.5	0.002**
Личностная тревожность	43.737	39.750	279.5	0.207

\*\* -  $p < 0,01$

Выявлены различия по шкале «Ситуативная тревожность» между группой «Постоянно» и группой «Редко» ( $U=353.5$ ,  $p < 0,01$ ). Показатель в группе «Постоянно» выше, чем в группе «Редко» ( $X_1 = 49.053$ ,  $X_2 = 37.875$ ).

Проявления ситуативной тревожности имеют выраженное значение в группе, использующей протез на постоянной основе, из чего можно сделать вывод о значимости для данных респондентов общественного мнения и ориентации на социальные группы, а также проявление тревоги в рамках взаимодействия с окружающим миром в связи с неустойчивостью данной

характеристики во времени и зависимости от различной интенсивности воздействия стрессовой ситуации.

На основании результатов клинико-психологических методик, а также интервью, основанного на категориях МКФ были составлены профили пациентов, направленные на выявление особенностей реабилитационного процесса, а именно на формирование готовности к постоянному использованию протеза. Данная характеристика является ключевой в нашей работе, так как готовность пациента к протезированию – это прежде всего нормализация физиологического и психологического состояния, направленность человека на взаимодействие с медицинским персоналом, обучаемость (в рамках применения протеза в бытовой и иной деятельности) и использование протеза на постоянной основе.

По результатам составления профилей пациентов были выведены усредненные профили по группам «Постоянно» и «Редко», в зависимости от частоты использования технических средств реабилитации. Данные профили представлены в Приложениях 5 и 6.

При исследовании данных, полученных в ходе интервью, при составлении профилей по МКФ и тестовых методик нами была использована техника факторного анализа, в результате которого были исследованы факторы и их компоненты, позволяющие обозначить социально-психологические предикторы готовности к протезированию верхней конечности на основании черт и характеристик пациентов, использующих протезные технологии на постоянной основе (см. Приложение 7)

На основании взаимодействия компонентов при выполнении факторного анализа были предложены следующие наименования факторов, оказывающих значимое влияние на постоянное использование протеза и готовность к протезированию:

- 1) Взаимодействие с протезом
- 2) Семья и работа
- 3) Личностная тревожность и взятие ответственности

- 4) Комплаентности
- 5) Эмоциональная устойчивость
- 6) Организация собственного досуга
- 7) Планирование и оценка возможностей
- 8) Стрессоустойчивость
- 9) Практичность и самоконтроль
- 10) Мотивация и эмоциональные реакции
- 11) Возможность включения в неформальное общение
- 12) Влияние общества и референтных групп

Из наиболее значимых факторов выделяются взаимодействие с протезом, возможность включения в неформальное общение, стрессоустойчивость, эмоциональная устойчивость и влияние общества и референтных групп. С формированием значимой части факторов в рамках реабилитационного процесса, пациентам с ампутацией могут помочь клинические психологи, включенные в работу на протяжении всего периода пребывания пациента в больнице и после выхода из лечебных и реабилитационных учреждений.

## ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В данной работе при изучении социальных и психологических характеристик пациентов с ампутациями верхних конечностей были получены следующие результаты.

Лица использующие протезные технологии на постоянной основе имеют более выраженные проявления экстраверсии, чаще настроены на общение. При беседе данная черта личности также проявлялась в утверждениях относительно взаимодействия с малыми и большими социальными группами, так как используя протезные технологии, особенно, со слов опрошенных, бионических, выглядящих необычно, но привлекательно, респондентам комфортнее дается нахождение в обществе.

Исходя из полученных данных группа, использующая протез на постоянной основе более склонна к доверию окружающим, в то время как респонденты, использующие протез редко - находятся в средней позиции между доверием и подозрительностью, что может в значительной степени формировать недоверие к врачам и иным специалистам в рамках реабилитационного процесса. Данная характеристика нуждается в корректировке посредством работы по информированию пациентов перед и после протезирования.

Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения и ожидания относительно лечебного процесса, результатов операции, протезирования и последующей реабилитации.

Также при исследовании взаимосвязи характеристик привязанности, ее элементов и иных характеристик по шкалам пятифакторного опросника личности было выявлено, что взаимосвязь привязанности в группе, использующей протез на постоянной основе, положительно коррелируется с настойчивостью и имеет высокую корреляцию с шкалой «понимание», в

свою очередь в группе, использующей протез редко – корреляции между шкалой привязанность, предусмотрительностью и шкалой «теплота». Эти данные позволяют предположить, что группа 1 имеет большую склонность к формированию социальных взаимодействий на основании взаимного понимания и осознанности, в то время как группа, использующая протезы редко чаще использует эмоциональный компонент взаимодействия.

Пациенты после ампутации конечности чаще используют такое копинг-поведение как конфронтация, принятие ответственности и бегство-избегание, группа, использующая протез на постоянной основе, превалирующе использует бегство-избегание, однако данная характеристика может быть присуща данной выборке в виду ее ограниченности и требует большего изучения в дальнейших работах.

Проявления ситуативной тревожности имеют выраженное значение в группе, использующей протез на постоянной основе, из чего можно сделать вывод о значимости для данных респондентов общественного мнения и ориентации на социальные группы, а также проявление тревоги в рамках взаимодействия с окружающим миром в связи с неустойчивостью данной характеристики во времени и зависимости от различной интенсивности воздействия стрессовой ситуации.

При составлении профилей пациентов на основе МКФ были выявлены следующие особенности: в группе, использующей протез на постоянной основе, преобладают легкие нарушения функций эмоций, а также активность – отдых и досуг. Также для данной категории вспомогательными факторами являются семья, друзья и, наиболее выражено – профессиональные медицинские работники. Группа, использующая протезные технологии редко имеет легкие нарушения в категории темперамента и личностных функций, получения работы, выполнения и прекращения трудовых отношений, а также неформального общения. В данной группе преобладают барьеры, а именно барьером являются ТСП (протез), установки референтных групп, медицинские работники и общественные установки.

Полученные в результате факторного анализа наименования предикторов готовности к протезированию позволяют судить о взаимном влиянии в рамках данных факторов как психологических, так и социальных особенностей пациентов, однако, в рамках данной выборки, наиболее выраженное влияние оказывают психологические факторы.

Дальнейшее исследование пациентов данной категории позволит уточнить предикторы и их компоненты для создания методических рекомендаций психологической реабилитации пациентов и увеличения качественных и количественных показателей использования протезов верхней конечности при односторонней ампутации на постоянной основе.

## ВЫВОДЫ

1. Основными психологическими факторами, оказывающими влияние на готовность к протезированию, являются личностная и ситуативная тревожность, использование копинг-стратегий (бегство-избегание, конфронтация и принятие ответственности) и выраженные личностные характеристики (социальная направленность личности, склонность к сотрудничеству и настойчивость). Основными социальными факторами, оказывающими влияние на готовность к протезированию, являются поддержка референтных групп, возможность включения в трудовые отношения и досуг.

2. Сочетание социальных и психологических компонентов позволяет выделить основные факторы, определяющие готовность к протезированию: Взаимодействие с протезом, Семья и работа, Личностная тревожность и взятие ответственности, Комплаентности, Эмоциональная неустойчивость, Организация собственного досуга, Планирование и оценка возможностей, Стрессоустойчивость, Практичность и самоконтроль, Мотивация и эмоциональные реакции, Возможность включения в неформальное общение, Влияние общества и референтных групп

3. Основными мишенями оказания психологической реабилитации являются: навыки работы с ситуативной и личностной тревожностью, формирование адаптивного копинг-поведения, взаимодействие с референтными группами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе изучения литературы, исследований и статей психологов были выявлены некоторые предикторы, влияние которых необходимо учитывать при составлении ИПР, а также перед протезированием для количественного и качественного увеличения показателей пациентов, использующих протезные технологии на постоянной основе.

Характерным свойством психологической реабилитации является акцент на особом внимании компенсации утраченных профессиональных и социально-адаптивных качеств с учетом индивидуального подхода к каждому конкретному человеку.

Существует необходимость проработки направлений для подбора наиболее эффективного комплекса используемых средств реабилитации с учетом личностных качеств индивидуума, таких как мотивация, копинг-стратегии и уровень тревожности пациентов.

Психологические характеристики являются базисом для создания индивидуальной программы реабилитации и абилитации для пациентов, так как от данных характеристик зависит саморегуляция и направленность человека. В этом случае предпочтительна индивидуальная психотерапия, направленная на возрастную специфику и связанные с ней черты и эмоциональность. Однако существует необходимость и в групповой терапии, направленной на восстановление социальных навыков.

Гендерные различия так же имеют свою роль в реагировании на ампутацию и восстановлении. Гендерные особенности влияют на взаимосвязи двигательной активности, мотиваций достижения и эмоциональной сферы

Предикторы готовности к протезированию сочетают в себе социальные и психологические особенности пациентов, уделение внимания данным факторам в период подготовки к протезированию позволяет скорректировать реабилитационный процесс для достижения высоких результатов психологической и физической адаптации при использовании протеза верхней конечности.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеев В. С. Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 2012.
2. Асмолов А. Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека. М.: Смысл; 2011.
3. Биктимирова Ф. М. , Ничипоренко Н. П., Аухадеев Э. И. Качество жизни инвалидов с патологией конечностей в зависимости от индивидуальных психологических особенностей // Казанский мед.ж.. 2013. №3
4. Биктимирова Ф. М. Структура инвалидности, связанной с ампутацией конечностей // Казанский мед.ж.. 2011. №2
5. Биктимирова Ф. М., Ничипоренко Н. П. Гендерные особенности мотивации пациентов с нарушениями структуры и функций конечностей // Казанский мед.ж.. 2012. №6.
6. Биктимирова, Ф. М., Ничипоренко, Н. П., Аухадеев, Э. И. (2013). Качество жизни инвалидов с патологией конечностей в зависимости от индивидуальных психологических особенностей. Казанский медицинский журнал, 94 (3), 392-396.
7. Битюцкая, Е. В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания // Психологическая наука и образование. –2007. – № 4. –С. 87–93.
8. Бондарь Т.П. Козинец Г.И. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 87 с. : табл. - Библиогр.: с.83 - 87.
9. Булгаков Н. П. Особенности совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей // Коллекция гуманитарных исследований. - 2016, - № 3. - URL: <http://j-chr.com/> (дата обращения: 14.03.2021).
10. Генкин Б.М. Экономика и социология труда. - М., 2000. - 399 с.

11. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
12. Ишинова В. А., Горчанинов О. Н., Сухоруков С. П. Роль фантомных болей в формировании психопатологической симптоматики у больных после ампутации нижних конечностей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №1
13. Ишинова В. А., Митякова О. Н., Поворинский А.А. Значение хронической боли в формировании «Внутренней картины болезни» у больных, перенесших ампутацию нижних конечностей и реваскуляризации миокарда, до и после курса эмпатотехники // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. №3
14. Калинин, Р.Е. Варианты клинической анатомии артерий верхних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, Н.Д. Мжаванадзе, и др. // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, №1. - С. 113-117.
15. Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М. К 70-летию онкологической службы Российской Федерации. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2015;4(2):5-11. // <https://doi.org/10.17116/onkolog2015425-11> (дата обращения: 15.05.2021)
16. Козлова Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. Пособие / Л.В.Козлова, С.А.Козлов, Л.А.Семененко; под общ. Ред. Б.В.Кабарухина. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: феникс, 2005.—475с.
17. Кузякина А.С. Мир протезирования и реабилитации для самых маленьких. 2022 // <https://motorica.org/prosthetics/adults/tpost/itnabahril-mir-protezirovaniya-i-reabilitatsii-dlya> (дата обращения: 18.05.2022)
18. Литвинова Н.Ю., Черняк В.А., Панчук О.В., Плюта И.И. Роль дуплексной флоуметрии в оценке состояния тканей нижней конечности у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей // Сердце и сосуды. 2014. № 3 (47). С. 83-88.

19. Маликов М.Х., Курбанов У.А., Давлатов А.А., Хван И.Н. Пересадка комплекса тканей при потере функции мышц верхней конечности // Новости хирургии. 2013. Т. 21. № 5. С. 111-116.
20. Маликова Л.А. Психологическая реабилитация лиц с ампутациями конечностей: теоретический обзор // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2018. №2 (21). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-reabilitatsiya-lits-s-amputatsiyami-konechnostey-teoreticheskiy-obzor> (дата обращения: 18.03.2021).
21. Маликова Л. А., Фаустова А. Г. Выраженность фантомных болей как показатель удовлетворенности качеством жизни и образом тела у лиц с ампутациями конечностей // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2018. №1 (20).
22. Мостовая Л. И., Мень П. А. Психологическая помощь больным после высокой ампутации конечности // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2010. №4.
23. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975.
24. Оксенюк Д.Н., Черноус Д.А. Минимизация сил и моментов в биомеханической модели конечностей человека // Механика. научные исследования и учебно-методические разработки. №8, 2014. с. 148-153.
25. Павленко Д.С. Страх перед улицей - как страх перед обществом: особенности реабилитации людей с ограниченными физическими возможностями // Современная наука. 2014. №2.
26. Политика О.И., Нагуманова Э.Р., Асафьева Н.Валерьевна Возрастная динамика тревожности у школьников // Проблемы современного педагогического образования. 2018. №61-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozrastnaya-dinamika-trevozhnosti-u-shkolnikov> (дата обращения: 20.01.2021).

27. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: Учеб. пособ.-СПб; Изд-во СПб ун-та, 2001. 224 с
28. Росков Р.В., Андреевская А. О., Смирнов А. В. Ортезирование при травмах конечностей и их последствиях. Учебно-практическое пособие. — СПб — Тюмень: книга 1, 2006, с. 6 - 7; книга 2, 2007, с. 26
29. Рубцов В.В., Васина Л.Г., Куравский Л.С., Соколов В.В. Модельный образец специальных образовательных условий для получения высшего образования студентами с инвалидностью: опыт создания и применения // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 34-49
30. Рыбников О. Н., Смекалкина Л. В., Палецкая С. Н. Психический статус лиц, перенесших травматическую ампутацию конечности, и задачи психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. №1
31. Симмел М. Фантомная конечность// Ощущение и восприятие. Хрестоматия. – М.: Изд-во МГУ, 1978. С 171- 173
32. Смирнова, Е. О. Общение дошкольников с взрослыми и сверстниками // Е. О. Смирнова. – М. : Мозаика-Синтез, 2012. – 192 с.
33. Сонголов Г.И., Галеева О.П. АМПУТАЦИИ И ЭКЗАРТИКУЛЯЦИИ: учебное пособие/ Г.И.Сонголов, О.П.Галеева // ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России. - Иркутск: ИГМУ, 2013. - с.60
34. Стяжкина С. Н., Рустамов М. А., Баязитов Р. Р., Закирова А. А. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей // Проблемы науки. 2016. №11 (12).
35. Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Денисова Я.А., Коваль О.А. Обоснование методологии подбора технического средства реабилитации инвалиду с утратой нижней конечности с использованием международной классификации функционирования // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 2. – С. 74-91.

36. Bhaskaranand K, Bhat AK, Acharya KN. 2003. Prosthetic rehabilitation in traumatic upper limb amputees (an Indian perspective). *ArchOrthopTraumaSurg* 123:363 – 366.
37. Crandall RC, Tomhave W. 2002. Pediatric unilateral below-elbow amputees: Retrospective analysis of 34 patients given multiple prosthetic options. *J PediatrOrthop* 22:380 – 383.
38. Dudkiewicz I, Gabrielov R, Seiv-Ner I, Zelig G, Heim M. 2004. Evaluation of prosthetic usage in upper limb amputees. *DisabilRehabil* 26:60 – 63.
39. Fraser CM. 1998. An evaluation of the use made of cosmetic and functional prostheses by unilateral upper limb amputees. *ProsthetOrthotInt* 22:216 – 223.
40. Huang YH, Englehart KB, Hudgins B, Chan ADC. 2005. A Gaussian mixture model based classification scheme for myoelectric control of powered upper limb prostheses. *IEEE Trans Biomed Eng* 52:1801 – 1811.
41. Kejlaa GH. 1993. Consumer concerns and the functional value of prostheses to upper limb amputees. *ProsthetOrthot Int* 17:157 – 163.
42. Millstein SG, Heger H, Hunter GA. 1986. Prosthetic use in adult upper limb amputees: A comparison of the body powered and electrically powered prostheses. *ProsthetOrthotInt* 10:27 – 34.
43. Pillet J, Didierjean-Pillet A. 2001. Aesthetic hand prosthesis: Gadget or therapy? Presentation of a new classification.
44. Shaperman J, Landsberger SE, Setoguchi Y. 2003. Early upper limb prosthesis fitting: When and what do we fit?
45. van Lunteren A, van Lunteren-Gerritsen GH, Stassen HG, Zuithoff MJ. 1983. A field evaluation of arm prostheses for unilateral amputees. *ProsthetOrthot Int* 7:141 – 151.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### СПОСОБЫ КОПИНГА (Р. Лазарус, WCQ)

	Оказавшись в трудной ситуации, я	никогда	редко	иногда	часто
1	Сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2	Начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	Критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	Надеялся на чудо	0	1	2	3
8	Смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	Вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	Старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	Пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	Спал больше обычного	0	1	2	3
13	Срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	Во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	Пытался забыть все это	0	1	2	3
17	Обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	Менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	Извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	Составлял план действия	0	1	2	3
21	Старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22	Понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	Набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3

## Продолжение таблицы

25	Пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	Рисковал напропалую	0	1	2	3
27	Старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому по-рыву	0	1	2	3
28	Находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	Вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	Что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	В целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	Не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	Отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	Говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	Стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	Вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	Пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	Знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	Отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	Я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	Находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	Старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	Что-то менял в себе	0	1	2	3
46	Хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	Представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	Молился	0	1	2	3
49	Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Шкала тревоги Спилбергера

#### Шкала ситуативной тревожности

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

#### Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4



## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Шкала тревоги Спилбергера

#### Шкала личностной тревожности

**Инструкция.** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

#### Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### ПЯТИФАКТОРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК «БОЛЬШАЯ ПЯТЕРКА»

1. Мне нравится заниматься физкультурой	-2	-1	0	1	2	Я не люблю физические нагрузки
2. Люди считают меня отзывчивым и доброжелательным человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди считают меня холодным и черствым
3. Я во всем ценю чистоту и порядок	-2	-1	0	1	2	Иногда я позволяю себе быть неряшливым
4. Меня часто беспокоит мысль, что что-нибудь может случиться	-2	-1	0	1	2	«Мелочи жизни» меня не тревожат
5. Все новое вызывает у меня интерес	-2	-1	0	1	2	Часто новое вызывает у меня раздражение
6. Если я ничем не занят, то это меня беспокоит	-2	-1	0	1	2	Я человек спокойный и не люблю суетиться
7. Я стараюсь проявлять дружелюбие ко всем людям	-2	-1	0	1	2	Я не всегда и не со всеми дружелюбный человек
8. Моя комната всегда аккуратно прибрана	-2	-1	0	1	2	Я не очень стараюсь следить за чистотой и порядком
9. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков	-2	-1	0	1	2	Я не обращаю внимания на мелкие проблемы
10. Мне нравятся неожиданности	-2	-1	0	1	2	Я люблю предсказуемость событий
11. Я не могу долго оставаться в неподвижности	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится быстрый стиль жизни
12. Я тактичен по отношению к другим людям	-2	-1	0	1	2	Иногда в шутку я задеваю самолюбие других
13. Я методичен и пунктуален во всем	-2	-1	0	1	2	Я не очень обязательный человек
14. Мои чувства легко уязвимы и ранимы	-2	-1	0	1	2	Я редко тревожусь и редко чего-либо боюсь
15. Мне не интересно, когда ответ ясен заранее	-2	-1	0	1	2	Я не интересуюсь вещами, которые мне не понятны
16. Я люблю, чтобы другие быстро выполняли мои распоряжения	-2	-1	0	1	2	Я не спеша выполняю чужие распоряжения
17. Я уступчивый и склонный к компромиссам человек	-2	-1	0	1	2	Я люблю поспорить с окружающими
18. Я проявляю настойчивость, решая трудную задачу	-2	-1	0	1	2	Я не очень настойчивый человек
19. В трудных ситуациях я весь сжимаюсь от напряжения	-2	-1	0	1	2	Я могу расслабиться в любой ситуации
20. У меня очень живое воображение	-2	-1	0	1	2	Я всегда предпочитаю реально смотреть на мир
21. Мне часто приходится быть лидером, проявлять инициативу	-2	-1	0	1	2	Я скорее подчиненный, чем лидер
22. Я всегда готов оказать помощь и разделить чужие трудности	-2	-1	0	1	2	Каждый должен уметь позаботиться о себе

Продолжение таблицы

24. У меня часто выступает холодный пот и дрожат руки	-2	-1	0	1	2	Я редко испытывал напряжение, сопровождаемое дрожью в теле
25. Мне нравится мечтать	-2	-1	0	1	2	Я редко увлекаюсь фантазиями
26. Часто случается, что я руковожу, отдаю распоряжения другим людям	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю, чтобы кто-то другой брал в свои руки руководство
27. Я предпочитаю сотрудничать с другими, чем соперничать	-2	-1	0	1	2	Без соперничества общество не могло бы развиваться Я стараюсь не брать
28. Я серьезно и прилежно отношусь к работе	-2	-1	0	1	2	дополнительные обязанности на работе
29. В необычной обстановке я часто нервничаю	-2	-1	0	1	2	Я легко привыкаю к новой обстановке
30. Иногда я погружаюсь в глубокие размышления	-2	-1	0	1	2	Я не люблю тратить свое время на размышления
31. Мне нравится общаться с незнакомыми людьми	-2	-1	0	1	2	Я не очень общительный человек
32. Большинство людей добры от природы	-2	-1	0	1	2	Я думаю, что жизнь делает некоторых людей злыми
33. Люди часто доверяют мне ответственные дела	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня безответственным
34. Иногда я чувствую себя одиноко, тоскливо и все валится из рук	-2	-1	0	1	2	Часто, что-либо делая, я так увлекаюсь, что забываю обо всем
35. Я хорошо знаю, что такое красота и элегантность	-2	-1	0	1	2	Мое представление о красоте такое же, как и у других
36. Мне нравится приобретать новых друзей и знакомых	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю иметь только несколько надежных друзей
37. Люди, с которыми я общаюсь, обычно мне нравятся	-2	-1	0	1	2	Есть такие люди, которых я не люблю
38. Я требователен и строг в работе	-2	-1	0	1	2	Иногда я пренебрегаю своими обязанностями
39. Когда я сильно расстроен, у меня тяжело на душе	-2	-1	0	1	2	У меня очень редко бывает мрачное настроение
40. Музыка способна так захватить меня, что я теряю чувство времени	-2	-1	0	1	2	Драматическое искусство и балет кажутся мне скучными
41. Я люблю находиться в больших и веселых компаниях	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю уединение
42. Большинство людей честные, и им можно доверять	-2	-1	0	1	2	Иногда я отношусь подозрительно к другим людям
43. Я обычно работаю добросовестно	-2	-1	0	1	2	Люди часто находят в моей работе ошибки
44. Я легко впадаю в депрессию	-2	-1	0	1	2	Мне невозможно испортить настроение

## Продолжение таблицы

45. Настоящее произведение искусства вызывает у меня восхищение	-2	-1	0	1	2	Я редко восхищаюсь совершенством настоящего произведения искусства
46. «Болея» на спортивных соревнованиях, я забываю обо всем	-2	-1	0	1	2	Я не понимаю, почему люди занимаются опасными видами спорта
47. Я стараюсь проявлять чуткость, когда имею дело с людьми	-2	-1	0	1	2	Иногда мне нет дела до интересов других людей
48. Я редко делаю необдуманно то, что хочу сделать	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю принимать решения быстро
49. У меня много слабостей и недостатков	-2	-1	0	1	2	У меня высокая самооценка
50. Я хорошо понимаю свое душевное состояние	-2	-1	0	1	2	Мне кажется, что другие люди менее чувствительны, чем я
51. Я часто игнорирую сигналы, предупреждающие об опасности	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю избегать опасных ситуаций
52. Радость других я разделяю как собственную	-2	-1	0	1	2	Я не всегда разделяю чувства других людей
53. Я обычно контролирую свои чувства и желания	-2	-1	0	1	2	Мне трудно сдерживать свои желания
54. Если я терплю неудачу, то обычно обвиняю себя	-2	-1	0	1	2	Мне часто «везет», и обстоятельства редко бывают против меня
55. Я верю, что чувства делают мою жизнь содержательнее	-2	-1	0	1	2	Я редко обращаю внимание на чужие переживания
56. Мне нравятся карнавальные шествия и демонстрации	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится находиться в многолюдных местах
57. Я стараюсь поставить себя на место другого человека, чтобы его понять	-2	-1	0	1	2	Я не стремлюсь понять все нюансы переживаний других людей
58. В магазине я обычно долго выбираю то, что надумал купить	-2	-1	0	1	2	Иногда я покупаю вещи импульсивно
59. Иногда я чувствую себя жалким человеком	-2	-1	0	1	2	Обычно я чувствую себя нужным человеком
60. Я легко «вживаюсь» в переживания вымышленного героя	-2	-1	0	1	2	Приключения киногероя не могут изменить мое душевное состояние
61. Я чувствую себя счастливым, когда на меня обращают внимание	-2	-1	0	1	2	Я скромный человек и стараюсь не выделяться среди людей
62. В каждом человеке есть нечто, за что его можно уважать	-2	-1	0	1	2	Я еще не встречал человека, которого можно было бы уважать
63. Обычно я хорошо думаю, прежде чем действую	-2	-1	0	1	2	Я не люблю продумывать заранее результаты своих поступков
64. Часто у меня бывают взлеты и падения настроения	-2	-1	0	1	2	Обычно у меня ровное настроение
65. Иногда я чувствую себя фокусником, подшучивающим над другими	-2	-1	0	1	2	Люди часто называют меня скучным, но надежным человеком
66. Я привлекателен для лиц противоположного пола	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня обычным и неинтересным человеком

## Продолжение таблицы

67. Я всегда стараюсь быть доорым и внимательным с каждым человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди думают, что я самонадеянный и эгоистичный
68. Перед путешествием я намечаю точный план	-2	-1	0	1	2	Я не могу понять, зачем люди строят такие детальные планы
69. Мое настроение легко меняется на противоположное	-2	-1	0	1	2	Я всегда спокоен и уравновешен
70. Я думаю, что жизнь – это азартная игра	-2	-1	0	1	2	Жизнь – это опыт, передаваемый последующим поколениям
71. Мне нравится выглядеть вызывающе	-2	-1	0	1	2	В обществе я обычно не выделяюсь поведением и модной одеждой
72. Некоторые говорят, что я снисходителен к окружающим	-2	-1	0	1	2	Говорят, что я часто хвастаюсь своими успехами
73. Я точно и методично выполняю свою работу	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю «плыть по течению», доверяя своей интуиции
74. Иногда я бываю настолько взволнован, что даже плачу	-2	-1	0	1	2	Меня трудно вывести из себя
75. Иногда я чувствую, что могу открыть в себе нечто новое	-2	-1	0	1	2	Я не хотел бы ничего в себе менять

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Усредненный профиль МКФ для пациентов, постоянно использующих протез

Цель: Формирование готовности к постоянному использованию протеза										
Функции, структуры организма, активность и участие	Проблема									
	0	1	2	3	4					
b126 темперамент и личностные функции										
b130 волевые и побудительные функции										
b152 Функции эмоций										
d 175 Решение проблем										
d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок										
d 570 Забота о своем здоровье										
d845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений										
d9204 Хобби										
d9205 Неформальное общение										
d9208 Отдых и досуг, другие уточненные										
Влияние факторов окружающей среды	Вспом.факторы					Барьер				
	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	
e1151 Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования (протезы)										
e310 Семья и ближайшие родственники										
e 320 Друзья										
e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества										
e 355 Профессиональные медицинские работники										
e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников										
e 420 Индивидуальные установки друзей										
e 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества										
e 46 Общественные установки										

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Усредненный профиль МКФ для пациентов, редко использующих протез

Цель: Формирование готовности к постоянному использованию протеза										
Функции, структуры организма, активность и участие	Проблема									
	0	1	2	3	4					
b126 темперамент и личностные функции										
b130 волевые и побудительные функции										
b152 Функции эмоций										
d 175 Решение проблем										
d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок										
d 570 Забота о своем здоровье										
d845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений										
d9204 Хобби										
d9205 Неформальное общение										
d9208 Отдых и досуг, другие уточненные										
Влияние факторов окружающей среды	Вспом. факторы					Барьер				
	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	
e1151 Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования (протезы)										
e310 Семья и ближайшие родственники										
e 320 Друзья										
e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества										
e 355 Профессиональные медицинские работники										
e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников										
e 420 Индивидуальные установки друзей										
e 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества										
e 46 Общественные установки										

