

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса
Шевченка Факультет психології
Кафедра соціальної реабілітації та соціальної педагогіки



На правах рукопису

Сторчоус Марія Ігорівна

**СЕКСУАЛЬНА ПРОСВІТА ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК**

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня
магістра соціальної роботи

Науковий керівник
Професор кафедри соціальної реабілітації
та соціальної педагогіки
доктор психологічних наук
Максимова Наталія Юріївна

Допустити до захисту в ЕК
Кафедра соціальної реабілітації
та соціальної педагогіки
доктор педагогічних наук
завідувач кафедри соціальної реабілітації
та соціальної педагогіки
Чернуха Надія Миколаївна

(підпис)

Київ – 2023

Анотація

Сторчоус М.І.

Тема: «Сексуальна просвіта як складова соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок».

В дослідженні розглянуто роль сексуальної просвіти в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок. Метою роботи була розробка моделі сексуальної просвіти як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок. Завдання включали теоретичний аналіз процесу соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок; емпіричне дослідження соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок; розробку моделі сексуальної просвіти як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок. Показано взаємозв'язок ставлення до себе та рівня розвитку рефлексії задоволеності життям: у респондентів, в яких було виявлено низький рівень рефлексії, рівень задоволеності життям мав низькі показники. Дані показники можуть негативно впливати на протікання реабілітації особи з ампутацією кінцівки, погіршуючи адаптацію та повернення її в соціальне життя.

З'ясовано важливість долучення до процесу соціальної реабілітації сексуальної просвіти осіб з ампутаціями кінцівок.

Розроблено модель сексуальної просвіти осіб з ампутуваними кінцівками як складової соціальної реабілітації. Суть моделі полягає у включенні сексуальної просвіти до реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками, сексуальну просвіту близького оточення реабілітантів, просвітницьку діяльність на рівні суспільства та залучення фахівців реабілітації до сексуальної просвіти осіб з ампутаціями кінцівок. Модель стосується не лише питань сексуальної сфери, а й стосунків людина-людина, людина-суспільство, а також формування цілісного образу "Я". Блоки сексуальної просвіти осіб з ампутаціями кінцівок та їх близького оточення допомагатимуть у побудові здорових сексуальних стосунків та

міжособистісної комунікації у контексті сексуального життя. Блок просвітницької діяльності на рівні суспільства полягатиме в усунуванні стигматизації інвалідності та сексуальності, соціальної ізоляції як зі сторони особи з ампутованою кінцівкою, так і соціуму, в якому вона перебуває. Блок залучення фахівців до сексуальної освіти осіб з ампутаціями стосуватиметься спеціальної підготовки спеціалістів реабілітаційної сфери задля надання ними ефективної допомоги особам з ампутаціями кінцівок в питаннях сексуального життя.

Ключові слова: особи з ампутацією кінцівок, соціальна реабілітація, сексуальна освіта як складова соціальної реабілітації.

Abstract

Storchous M.I.

Theme: "Sexual education as a component of social rehabilitation of people with limb amputations".

The study examines the role of sexual education in the social rehabilitation of people with amputations. The aim of the study was to develop a model of sexual education as a component of social rehabilitation of people with amputations. The tasks included theoretical analysis of the process of social rehabilitation of people with amputations; empirical study of social rehabilitation of people with amputations; development of a model of sexual education as a component of social rehabilitation of people with amputations. The correlation between self attitude and the level of development of life satisfaction reflection was shown: respondents with a low level of reflection had low levels of life satisfaction. These indicators may have an adverse impact on the course of rehabilitation of a person with limb amputation, impairing adaptation and return to social life.

The importance of including sexual education in the process of social rehabilitation of people with limb amputations was revealed.

A model of sexual education for amputees as a component of social rehabilitation was developed. The essence of the model is the inclusion of sexual education in the rehabilitation of people with amputated limbs, sexual education of the rehabilitants' close environment, educational activities at the societal level and the involvement of rehabilitation specialists in the sexual education of people with amputations. The model addresses not only sexual issues, but also human-to-human and human-to-society relationships, as well as the formation of a holistic self-image. Blocks of sexual education for amputees and their close environment will help in building healthy sexual relationships and interpersonal communication in the context of sexual life. The block of educational activities at the societal level will be aimed at eliminating stigmatization of disability and sexuality, social isolation both on the part of the people with amputated limbs

and the society in which they live. The block of involvement of specialists in sexual education of amputees will concern special training of rehabilitation specialists to provide them with effective assistance to people with amputations in matters of sexual life.

Keywords: people with amputations, social rehabilitation, sexual education as a component of social rehabilitation.

Зміст

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК	9
1.1. Психологічні особливості осіб з ампутаціями кінцівок	9
1.2. Зміст і форми соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками	20
1.3. Роль сексуальної просвіти в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок	28
Висновки до першого розділу	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК	41
2.1. Методи емпіричного дослідження соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок	41
2.3. Визначення актуальних потреб осіб з ампутаціями кінцівок в реабілітаційному процесі	47
2.3. Особливості образу "Я" осіб з ампутаціями кінцівок	50
Висновки до другого розділу	54
РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЬ СЕКСУАЛЬНОЇ ПРОСВІТИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК	55
3.1. Ставлення фахівців до необхідності сексуальної просвіти в реабілітаційному процесі осіб з ампутаціями кінцівок	55
3.2. Відповідність змісту соціальної реабілітації потребам осіб з ампутаціями кінцівок	58
3.3. Модель сексуальної просвіти як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок	61
Висновки до третього розділу	64
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	74

ВСТУП

Актуальність зумовлена необхідністю дослідження та покращення соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками, що є актуальною проблемою у сучасному світі. У зв'язку із повномасштабною війною, українці: військові та цивільні – отримують поранення, серед яких частими є такі, що ведуть за собою втрату кінцівок. Станом на жовтень 2022 року, за орієнтовними оцінками проєкту підтримки протезування в Україні – некомерційної навчальної ініціативи – кількість ампутацій зросла в середньому втричі у порівнянні з минулими роками. [38] Таке зростання чисельності осіб з ампутаціями в Україні спричинено випадками складних травм військових внаслідок артилерійських ударів, ракетних обстрілів і мін на лінії фронту, цивільного населення через бомбардування міст та бойові дії. Також неодноразовими є випадки відрізання кінцівок українцям під час катувань російськими військовими.

Безумовно, ампутація кінцівки спонукає людину до адаптації: фізичної, соціально-психологічної, тощо. Ампутація кінцівок має серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини та може вплинути на її соціальну інтеграцію та якість життя.

Об'єктом наукового дослідження є соціальна реабілітація людей з ампутаціями кінцівок.

Предметом наукового дослідження є роль сексуальної просвіти як складової соціальної реабілітації людей з ампутаціями кінцівок.

Метою дослідження є розробка моделі сексуальної просвіти осіб з ампутованими кінцівками як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

Для досягнення цієї мети передбачається вирішення таких завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз процесу соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок;

2. Емпірично дослідити соціальну реабілітацію осіб з ампутаціями кінцівок;
3. Розробити модель сексуальної просвіти як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

Методи дослідження:

Теоретичні методи: аналізу і синтезу, інтерпретації та узагальнення.

Емпіричні методи: методики "Шкала задоволеності життям" (SWLS) Е. Дінера з метою оцінки рівня задоволеності життям осіб з ампутаціями кінцівок; "Двадцять тверджень" М. Куна та Т. Макпартленда з метою вивчення образу "Я" осіб з ампутаціями; авторська анкета щодо виявлення потреб клієнтів реабілітаційного процесу; інтерв'ю з фахівцями реабілітації метою вивчення наявної ситуації в реабілітаційному процесі.

Етика дослідження:

Принципи дослідження:

- Принципи добровільності та проінформованої згоди полягали у праві учасників дослідження в добровільній згоді на участь в дослідженні з можливістю будь-який момент відмовитися за власним бажанням без подальших наслідків. При залученні пацієнтів реабілітаційних установ, створювався запит до керівництва закладу (директор, керівник, головний лікар та ін.) на надання згоди ними долучитись до проведення дослідження. Після чого, надавалась згода самих осіб, які проходять реабілітацію. Погоджуючись, особи мали ту інформацію про дослідження, яка була необхідна їм для прийняття рішення: використання результатів з метою розробки моделі, анонімність проходження опитування у випадку з реабілітантами, тощо.
- Інформування учасників про мету та особливості процедури було втілено при реалізації попереднього принципу. Респондентам надавалась інформація про всі особливості дослідження, які могли б вплинути на їх бажання долучитись до емпіричного дослідження.

- Інформування учасників про отримання результатів реалізовувалось в ході дослідження таким чином: усім учасникам дослідження, як фахівцям реабілітації, так і реабілітантам, надавалась інформація про публікацію результатів дослідження у науковій роботі з метою розробки моделі сексуальної просвіти осіб у процесі соціальної реабілітації з ампутаціями кінцівок.
- Принцип конфіденційності. Інформацію, яку ми отримали в рамках дослідження, конфіденційна і жодним чином не розкриває персональних даних, оскільки форми, які заповнювали респонденти були анонімними. Анонімність учасників дає захист персональних даних та змогу отримати нам більш чесні відповіді, зменшивши ймовірність виникнення ефекту соціальної бажаності.
- Залучення клієнтів. Для досягнення цілі дослідження – розробки моделі сексуальної просвіти у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок – нам було важливо знати цілі, почуття, думки, потреби та бажання самих реабілітантів щодо їх реабілітації. В реалізації даного принципу, зокрема, використовувалась створена нами анкета "Актуальні потреби у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками". Зворотній зв'язок респондентів дав нам змогу розробити зміст та структуру моделі таким чином, аби вона була ефективною в реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК

1.1 Психологічні особливості осіб з ампутаціями кінцівок

Процес ампутації може бути фізично та емоційно складним для пацієнта. Тому, важливо, щоб перед і після операції пацієнт отримував належну підтримку і догляд від лікарів, родини та інших спеціалістів у сфері охорони здоров'я.[8]

До основних проблем, які виникають через ампутацію кінцівки, належать психічні розлади, значне зниження фізичної активності, фантомний больовий синдром, труднощі соціальної адаптації, тощо. В таких випадках доцільним є надання психологічної допомоги особі, яка втратила кінцівку: робота з психологом (терапія, супровід, тощо), долучення до груп підтримки. Для багатьох пацієнтів ампутація може бути емоційно складним досвідом, і подібні заходи можуть допомогти їм прийняти та адаптуватися до своєї нової ситуації.

Згідно з дослідженнями таких вчених як R.A. Thompson, A. Saradjian, D. Dірак, ампутація кінцівки несе за собою зміни оцінки образу власного тіла, що впливає на розвиток депресивних та тривожних симптомів, зниження самооцінки, погіршення якості життя та виникнення фантомних болей. [46] Ці болі можуть бути досить інтенсивними та викликати дискомфорт для пацієнта. Фантомні болі частіше важчі одразу після ампутацію і з часом мають тенденцію до зменшення. У багатьох пацієнтів фантомний біль спостерігається при знятому протезі, до прикладу, вночі. Ступінь фантомних болей в більшості визначає поведінкові та емоційні реакції індивіда, відчуття комфорту та благополуччя. Посилення больових відчуттів впливає на оцінці якості життя, погіршення самостигматизації, оцінці якості життя, ситуативної

задоволеності образу тіла, а також дає вплив на протікання самої реабілітації, порушуючи реадaptaцію індивіда в соціум.

Також, беручи до уваги дослідження авторів Williamson G., Walters A. (1996, 1998), Bodenheimer C., Kerrigan A.J., Garber S.L., Monga T.N. (2000), варто вказати, теза про взаємозв'язок між фантомним та хронічним болем і сексуальним функціонуванням різниться. В одних дослідженнях [48, 49] підтверджувалось те, біль у кінцівці, пов'язаний з ампутацією під час сексуальної активності пов'язаний із погіршенням сприйняття якості та зниженням задоволення від сексуальної активності. В той же час, дослідження осіб, які нещодавно перенесли ампутацію нижньої кінцівки неуточненої етіології [41], не виявило впливу больових відчуттів на сексуальне функціонування.

Відповідно, задоволеність особи з ампутацією образом власного тіла та високі показники оцінки якості життя, навпаки, стануть детермінантами успішної реабілітації та повернення в повноцінне життя.

У багатьох випадках, пацієнти, які пройшли ампутацію кінцівки, можуть повернутися до своїх звичних робіт, зайнятися різними активностями. Протези та допоміжні пристрої дозволяють їм повернутися до повноцінного життя. Однак, кожен випадок є індивідуальним, і час необхідний для реабілітації може відрізнятись в залежності від багатьох факторів, таких як вік пацієнта та ступінь ампутації, мотивацію до повернення повноцінного життя, загальний стан здоров'я.

Ампутація кінцівок - це операція, під час якої видаляють частину або всю кінцівку. Така процедура може бути необхідною у випадку травми, онкологічних захворювань, інфекцій або кровотечі.

Існує декілька причин ампутації кінцівок, які можуть бути медичними, травматичними або вродженими.

Серцево-судинні захворювання: Найчастішою причиною ампутації кінцівок є серцево-судинні захворювання, такі як атеросклероз, відмова

серця, цукровий діабет тощо. Ці захворювання можуть спричинити порушення кровообігу в кінцівках, що може привести до некрозу тканин та потреби в ампутації.

Травма: Іншою частою причиною ампутації кінцівок є травматичні ушкодження, такі як важкі переломи, стиснення, обмороження або обміднення кінцівок. Якщо ушкодження таке серйозне, що тканини не можуть бути відновлені, то ампутація може бути необхідною.

Рак: Рідкісною причиною ампутації кінцівок може бути рак, який може поширюватися в кінцівки та порушувати їхню структуру та функції. У таких випадках ампутація може бути необхідною для зупинки поширення ракових клітин.

Вроджені порушення: Деякі люди можуть народжуватися з порушеннями розвитку кінцівок, такими як дистрофія м'язів, деформації кісток, недостатність кровообігу та інші вади. У таких випадках ампутація може бути необхідна для поліпшення функціонування та якості життя пацієнта.

Інфекції: Інфекції кінцівок можуть бути важкими та довготривалими. Якщо інфекція не може бути контрольована або лікувана, ампутація може бути необхідною, щоб запобігти поширенню інфекції на інші ділянки тіла та зберегти життя пацієнта.

Венозна недостатність: Венозна недостатність може бути причиною некрозу тканин та виразок на ногах, що може призвести до інфекцій та болісних ускладнень. У важких випадках, коли інші методи лікування не допомагають, ампутація може бути необхідною.

Аварії та катастрофи: На жаль, аварії та катастрофи можуть призвести до серйозних травм та втрати кінцівок. У таких випадках ампутація може бути необхідною для зупинки кровотечі та збереження життя пацієнта.

В цілому, ампутація кінцівки є серйозним втручанням, яке може мати значний вплив на якість життя людини. Тому лікарі завжди стараються використовувати цей метод лікування тільки тоді, коли немає іншого виходу, і прагнуть забезпечити пацієнтам оптимальні умови для адаптації та повернення до повноцінного життя після ампутації.

Існує кілька видів ампутацій кінцівок, в залежності від рівня ампутації. Найбільш поширені види ампутацій:[1]

Ампутація пальця - це вид ампутації, який виконується видаленням одного або кількох пальців руки або стопи. Цей тип ампутації може бути рекомендований при наявності вроджених вад, травм, захворювань кісток, суглобів, судин і нервів. Для виконання ампутації пальця лікар зазвичай видаляє пошкоджену частину пальця, а затим окуляром перев'язує кінці кісток, щоб зупинити кровотік, та закриває рану швами.

Трансметатарна ампутація - це вид ампутації стопи, при якому передню частину стопи видаляють у місці підшви ноги. Цей вид ампутації зазвичай рекомендується при наявності важких ушкоджень стопи, таких як запалення, інфекції або некроз. Після ампутації лікар створює рану, яку закриває швами або покривом зі шкіри.

Транстибіальна ампутація - це вид ампутації, при якому видаляється нижня кінцівка від коліна до стопи. Даний вид ампутації може бути рекомендований при наявності раку кісток, травм, гангрени або інших ускладнень. Під час виконання транстибіальної ампутації лікар видаляє частину кістки, щоб створити площину для майбутнього закриття рани.

Трансфеморальна ампутація - це вид ампутації, при якому видаляється нижня кінцівка від стегна до стопи. Цей тип ампутації зазвичай виконується в разі наявності раку кісток, важких травм або інших ускладнень. Під час трансфеморальної ампутації лікар видаляє частину стегнової кістки, щоб створити площину для майбутнього закриття рани.

Транскарпальна ампутація - це вид ампутації, при якому видаляється рука або стопа вздовж кісток зап'ястка або щиколотки. Цей тип ампутації може бути рекомендований при наявності важких травм, інфекцій або некрозу кісток, судин або нервів. Під час транскарпальної ампутації лікар видаляє частину кісток зап'ястка або щиколотки, щоб створити площину для майбутнього закриття рани.

Трансрадіальна ампутація - це вид ампутації руки, при якому видаляється велика частина передпліччя від ліктя до зап'ястка. Цей тип ампутації може бути рекомендований при наявності важких травм, інфекцій або некрозу кісток, судин або нервів. Під час трансрадіальної ампутації лікар видаляє частину кісток передпліччя, щоб створити площину для майбутнього закриття рани.

Психологічну адаптацію до ампутації можна умовно поділити на кілька етапів: [40]

- Перший (передопераційний) етап адаптації до ампутації починається з усвідомлення пацієнтом можливості втрати кінцівки. Це усвідомлення може збігатися, а може і не збігатися з першим офіційним зверненням лікаря до пацієнта про такий терапевтичний метод лікування, як ампутація. Ця стадія відсутня у деяких пацієнтів, зокрема тих, у кого відбулась екстрена ампутація внаслідок травматичного ушкодження. Більшість фахівців стверджують, що горе є загальновизнаною реакцією у тих пацієнтів, яким кажуть, що вони повинні втратити кінцівку. [44,45]

Окрім горювання, передопераційна стадія зазвичай включає занепокоєння щодо: 1) болю; 2) фінансових труднощів; 3) загальний стан здоров'я; 4) майбутні функціональні можливості вдома чи на роботі. На даному етапі, поширеними є такі питання, що можуть виникнути в пацієнта: функціонування кінцівки та

використання протеза, майбутньої статевої функції та навіть утилізації ампутованої кінцівки.

- Другий (післяопераційний) етап — це відносно короткий період часу, який починається з першого післяопераційного усвідомлення пацієнтом того, що кінцівки більше немає, і закінчується на ранніх етапах післяампутаційної реабілітації. Однак, раннє прийняття ампутації, оскільки воно стосується механізму ампутаційного пошкодження/втрати, здається, не є значущим фактором у остаточній реабілітації та прийнятті змін тіла, функціональності та життя в цілому. J. K. Bradway та ін. у своїх дослідженнях [40] припускали, що ті люди, які демонструють найкраще раннє прийняття, можуть мати відстрочені депресивні реакції після повернення в соціум.

- Третя стадія (внутрішньолікарняна реабілітація) характеризується тим, що на зміну горя приходить заперечення як визначальна риса адаптації пацієнта до ампутації. Ейфоричний настрій, регресія та відмова є механізмами, які використовують пацієнти, щоб заперечити як тривогу, так і проблему пристосування до реальності. Пацієнти часто заперечують свою травму заявами та демонстраціями фізичної майстерності, як-от перегони на інвалідних візках у коридорах, галасливу поведінку в палаті та жартують про свої фізичні травми.

Також протягом цього перехідного періоду спостерігається процес, описаний С.М. Parkes як «сумування», під час якого людина з ампутуваними кінцівками сумує за втраченою кінцівкою. Цей процес, в основному представлений через «сумування» пацієнта з ампутуваними кінцівками за тими аспектами життя, які він втратив із втратою кінцівки.

Внутрішньолікарняний, післяопераційний, реабілітаційний адаптаційний період можуть ускладнити хірургічна ревізія кінцівки, маніпуляції, процес протезування, адаптація до друзів та родичів, з якими пацієнт був розлучений на першому та другому етапах. Саме на цьому етапі процесу адаптації пацієнт починає відчувати глибоку депресію, невпевненість, невпевненість, апатичність і стурбованість втратою кінцівок.

Багато з цих почуттів виникають під час взаємодії пацієнта з близькими йому людьми. Незахищеність і тривога частково виникають через занепокоєння людей з ампутованими кінцівками щодо очікуваної реакції близьких і реального співчуття, яке вони, зрештою, отримують від них.

Дослідниками цих процесів було припущено, що співчуття служить нагадуванням пацієнтам про їхню ампутацію, і що співчуття є більш доцільним і підтримує пацієнта. Однак більшість авторів погоджуються з тим, що хоча депресія, тривога та почуття жалю до себе є помітними під час третьої стадії, рекомендація в офіційному психіатричному втручанні показана відносно невеликій кількості пацієнтів. Це не означає, що немає значних проблем, які заслуговують на увагу професійного психіатра у пацієнтів під час цього раннього процесу адаптації, скоріше це підкреслює необхідність підтримуючого втручання з боку іншого персоналу (протезисти, терапевти, медсестри, тощо), які займаються післяопераційним доглядом та реабілітацією осіб з ампутованими кінцівками.

- Четвертий (завершальний) етап адаптації починається тоді, коли пацієнт повертається додому, зазвичай через кілька тижнів після ампутації. Хоча вихід із лікарні є певним свідченням одужання для людини з ампутованими кінцівками, він також нав'язує

йому/їй більш суворі реалії інвалідності. До моменту виписки з лікарні більшість пацієнтів пройшли установку протезів, і багато хто фактично почав або добре пристосувався до життя з ампутованою кінцівкою.

Однак, після приїзду додому вони можуть зіштовхнутись з значним зменшенням підтримуючої допомоги (яку раніше надавав персонал лікарні) і помітними бар'єрами, які можуть перешкоджати повернення до повного життя.

Здається, що повернення пацієнта з ампутованими кінцівками додому є вирішальним поворотним моментом у процесі адаптації/реабілітації. Наявні дані свідчать про те, що особа з ампутованими кінцівками або успішно адаптується під час цієї останньої фази та навчиться жити зі своєю інвалідністю, або повернеться до моделі психологічної поведінки, яка є продовженням третьої стадії адаптації (відмова).

Після ампутації кінцівки, пацієнти можуть потребувати психологічної підтримки, особливо на початкових етапах реабілітації. Психолог може допомогти пацієнту впоратися зі стресом та депресією, які можуть виникнути після ампутації, та зберегти позитивний настрій для успішної реабілітації.[1]

Психологічні реакції на ампутацію можуть кардинально відрізнитись, оскільки залежать від багатьох факторів. У більшості випадків для людей з ампутаціями кінцівок переважним є досвід втрати. Слід розуміти, що під цим варто розуміти не лише очевидну втрату кінцівки, а й пов'язану з нею втрату функції організму, образу тіла, кар'єри, побутових і професійних навичок, стосунків. [65]

Ампутація після бойових дій, випадкових поранень, опіків і суїцидальних спроб частіше несе за собою розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Як супутній психічний розлад також може

розвинулись депресія. Близько в 30% осіб з ампутованими кінцівками діагностується депресія. [27, 28]

Під час коротко- та довгострокового спостереження після ампутації спостерігаються ряд явищ, таких як: підвищена залежність від оточення, зниження самооцінки, психологічна хворобливість, спотворення уявлень про тіло, значні рівні соціальної ізоляції.

Особливо дані тенденції спостерігаються в осіб, які страждають від інфекцій, болю та ревізій кінцівок, що залишилися. Дані особи схильні до розвитку вищого ступеню відчаю та замкнутості. Звичайно, якісно виконана ампутація не є гарантом успішного результату реабілітації, проте вона збільшує ймовірність успішності реабілітаційного процесу через відсутність негативних наслідків, пов'язаних з неякісним виконанням операції. [40]

Вигляд кінцівки, яка зазнала ампутації та тіла загалом суттєво впливають на появу негативних психологічних наслідків ампутації. Можливе виникнення ряд проблем, пов'язаних із виглядом тіла, до прикладу, тривога чи сексуальні порушення та/або дисфункція. [32, 33]

Серед чоловіків поширеним є відчуття себе як кастрованого через ампутацію, в той же час у жінок частіше виникає почуття сексуальної провини та «покарання» за реальні чи уявні порушення через ампутацію.

Варто зазначити, що реакція на ампутацію кінцівки не завжди може бути негативною, до прикладу, коли йдеться про ампутація внаслідок тривалого перебігу хвороби та втрати функцій через неї. В таких випадках, пацієнт може пройти етапи процесу горювання до операції й вбачати в ампутації та протезуванні можливість бути незалежним, зміни ставлення до власного життя, підвищення здатності справлятися з проблемами, усунення болю, фінансову вигоду, тощо. [46]

Окремим планом хочемо винести проблему соціальної ізоляції осіб з інвалідністю, зокрема з ампутаціями кінцівок.

Соціальна ізоляція – це багатосторонній процес прогресуючого соціального розриву, що відокремлює певні групи та осіб від соціальних відносин та установ і перешкоджає їм брати повноцінну участь у визначеній законодавчими та регуляторними нормами діяльності суспільства, в якому вони мешкають. [2, с. 93]

Зокрема, соціальна ізоляція створює додаткове навантаження на заклади медичного спрямування та соціального захисту населення. Люди з інвалідністю, в яких немає можливості працевлаштування, отримання послуг, тощо, в більшій мірі потребує допомоги когось з близького оточення. В такому випадку, і в особи з інвалідністю, і в опікуна, знижується рівень доходу, що, в свою чергу, позначається на економічній ситуації усього населеного пункту. [12]

Безумовно, соціальна ізоляція впливає на суспільні сфери життя людини: працевлаштування, навчання, долучення до суспільних заходів та інституцій, а також побудови стосунків з іншими людьми. Даний процес значною мірою забирає в людини відчуття "приналежності", сприйняття іншими та визнання. Упереджене ставлення до осіб з ампутаціями кінцівок перешкоджає побудові ними міжособистісних стосунків.

Самотність як наслідок ізоляції негативно позначається на самосприйнятті людини, а саме: спричиняє формування сприйняття себе як особи, яка не здатна викликати позитивні почуття в інших людей, знижує оцінку здатності контролювати події свого життя, актуалізує внутрішньоособистісні конфлікти, викликає сумніви в цінності власної особистості, знижує впевненість у собі, тощо. [40]

Результати інтерв'ю з британськими солдатами [52], зазначили, що центральною у військовій ідентичності учасників була маскулінність, образом якої поставали їх військові тіла. Після поранення та втрати минулого образу тіла, деякі військові зіштовхнулися із труднощами у

стосунках, а стосунки деяких, навпаки, зміцнилися, особливо серед тих ветеранів, які описували діадичне, спільне подолання. Додаткові проблеми були пов'язані зі зниженням впевненості в собі, занепокоєнням щодо зовнішнього вигляду, сексуальною активністю, романтичних стосунків, власної привабливості та інтимності. А також, ветерани, які зазнали травм під час виконання бойових завдань, можуть отримати користь від спеціальної підтримки стосунків, що надається під час проходження ними реабілітації: полегшення труднощів у стосунках, мінімізування завершення стосунків і підтримка тих, чий стосунки припинилися після поранення.

1.2. Зміст і форми соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками

Після ампутації необхідна реабілітація, яка зазвичай включає в себе фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію, ерготерапію, використання протезів або інших допоміжних пристроїв для повернення до активного, осмисленого та щасливого життя.

Беручи до уваги модель Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) Всесвітньої організації охорони здоров'я [33], ми вважаємо успішну реабілітацію як таку, що виходить за межі функцій тіла та виконання фізичної активності, а й включає функціонування в соціальному контексті (тобто участь). Модель МКФ представляє функціонування індивіда в трьох сферах: функції тіла, діяльність і участь – вони визначаються фізичними умовами, факторами навколишнього середовища, себто поза індивідом, і особистими факторами. Усі фактори ми можемо поділити на загальні (вплив незалежно від стану здоров'я конкретного індивіда) та специфічними для ампутації (тобто тими, що мають особливе значення через проблеми та адаптацію, спричинених ампутацією). Розділивши фактори, які сприяють участі, на загальні та специфічні для ампутації, ми зможемо пристосувати реабілітаційний вплив до актуальних потреб людини задля повернення її до повноцінного життя. Розрізнення фізичних, навколишніх та особистих факторів може додатково сприяти розвитку реабілітаційної сфери, зокрема соціальної реабілітації. [43]

Соціальна підтримка відіграє велику роль у адаптації та відновленні після таких оперативних втручань, як ампутація. Підтримка – це, перш за все, захист і встановлення соціальної взаємодії. Вона може здійснюватися у психолого-емоційної, інформаційної, матеріальної та комунікабельної формах.

Соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками є важливим аспектом інклюзивного суспільства, що допомагає забезпечити рівні можливості для людей з інвалідністю. Це може включати створення безбар'єрного середовища, забезпечення доступу до навчальних закладів та робочих місць, а також розробку спеціальних програм зайнятості та підтримки для осіб з ампутованими кінцівками .

Соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками – це комплекс дій і програм, спрямованих на забезпечення фізичної, психологічної та соціальної адаптації людей, які втратили один або кілька кінцівок внаслідок травми, захворювання або інших причин.[31]

Певні демографічні фактори також можуть відігравати свою роль у остаточній соціальній адаптації. [40] У той час як молоді пацієнти можуть мати більше труднощів у початковій адаптації до «нового образу тіла», літні пацієнти, як правило, мають більше труднощів із довготривалою соціальною адаптацією. Крім того, самотні люди відчувають більше труднощів, ніж одружені, а люди з ампутацією нижніх кінцівок мають більше труднощів, ніж люди з ампутацією верхніх кінцівок. Не дивно, що люди з кількома ампутаціями відчувають більше труднощів, ніж особи з односторонніми ампутаціями. Нарешті, варто відзначити, що не було виявлено реальних відмінностей між чоловіками та жінками з ампутованими кінцівками з точки зору соціальної адаптації після ампутації.

Це включає в себе надання медичної допомоги особам з ампутаціями, забезпечення доступу до протезування та реабілітаційних послуг, а також надання психологічної підтримки та допомоги в соціальній адаптації. Метою соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками є забезпечення повноцінного і задовільного життя в суспільстві, з урахуванням їхніх особистих потреб та можливостей. [13]

Соціальна реабілітація може здійснюватися на двох рівнях[58]:

1. Державний, регіональний та місцевий рівні;
2. Рівень групової та індивідуальної роботи.

На першому рівні соціальної реабілітації створюється система організаційних, інформаційних, економічних, правових та освітніх заходів. Дана система впроваджується органами влади, відповідно до рівня їх територіальної організації: загальнодержавний, регіональний та місцевий. Заходи спрямовані на створення і функціонування системи реабілітаційних соціальних служб різних форм власності та різного відомчого підпорядкування.

На другому рівні вже соціальні служби працюють над відновленням втрачених (реабілітація) або набуттям нових (абілітація) навичок і вмінь реалізації соціальних ролей та функцій, створення необхідних соціальних стосунків особами, які проходять реабілітацію.

До основних напрямів діяльності відділення соціальної реабілітації:

- визначення реабілітаційного потенціалу реабілітанта (оцінка рівня творчої активності, рівня мотивації до професійної та побутової діяльності, зіставлення рівня функціонування з можливостями, потребами та видами адаптації в соціумі);
- навчання користуванню технічним забезпеченням процесу реабілітації (протезне та ортопедичне устаткування, тренажери);
- Розвиток та відновлення соціально-побутових навичок сприяє формуванню самостійності реабілітанта, вміння самообслуговування;
- проведення роботи в ключі соціально-комунікативної адаптації та профілактики дезадаптації (проведення занять, створення клубів за інтересами, проведення масових заходів задля відновлення комунікативних навичок та зв'язків реабілітанта);
- соціально-педагогічна корекція – ряд заходів з відновлення соціально-побутові навичок, які проходять за індивідуальними програмами;

Соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками також передбачає розвиток публічної свідомості та розуміння проблем, з якими

зіштовхуються ці люди, а також боротьбу з дискримінацією на основі інвалідності.

Соціальна реабілітація має важливе значення для психологічного благополуччя осіб з ампутованими кінцівками . Відчуття втрати кінцівки може супроводжуватися почуттям безнадії та безпорадності. Тому важливо забезпечити психологічну підтримку, яка допоможе зменшити емоційний дискомфорт та допоможе особам з ампутаціями розуміти та приймати своє нове становище.[57]

В цілому, соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками є складним процесом, який вимагає співпраці між багатьма різними фахівцями та організаціями. Вона допомагає покращити якість життя осіб з ампутованими кінцівками та забезпечити їм повноцінну інтеграцію в суспільство.

До складових соціальної реабілітації відноситься [11]:

1. Доступність середовища;
2. Соціальний контекст реабілітаційного процесу;
3. Підбір відповідних методів/інструментів.

Доступність середовища – це не лише про створення фізичної доступності для осіб з ампутаціями кінцівок, до прикладу, встановлення пандусів та облаштування спеціалізованих місць в транспорті для маломобільних груп населення. Це про можливість в повній мірі реалізовувати свої права та свободи: доступ до інформації, участі в суспільному житті, здобуття освіти та працевлаштування, до отримання медичних послуг, правової підтримки, тощо.

Соціальний компонент надання реабілітаційних послуг несе вплив на результати клінічної допомоги пацієнтам. Зміст та напрями соціальної реабілітації залежать від специфіки роботи закладу, в якому вона проводиться, повноважень та меж компетенцій його працівників.

В концепції Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності одним із ключових аспектів є орієнтація на провідну роль самої людини її участь у соціальному житті, залучення до суспільних інституцій та процесів. Потенціал людини може бути реалізований завдяки доступності реабілітаційного середовища через участь осіб з інвалідністю у різних сферах життя: навчанні, спорті, мистецтві, праці, спілкуванні, тощо. [11]

Враховуючи всі ці складові, соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками має на меті покращення їх якості життя, забезпечення їхньої повноцінної участі в соціальному житті та підтримка їхнього самовизначення та самовираження. Успішна соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками передбачає взаємодію різних спеціалістів, включаючи медичних працівників, психологів, соціальних працівників, а також допомогу з боку родини та близьких. Важливим елементом соціальної реабілітації є публічна інформація та свідомість щодо проблем осіб з ампутованими кінцівками та їх потреб у соціальній підтримці та інтеграції у суспільство. [13]

Для досягнення успішної соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками необхідно використовувати їх індивідуальні потреби та можливості, а також особливості їх фізичної, психологічної та соціальної ситуації. Серед ключових елементів соціальної реабілітації можна виділити навчання навичкам самообслуговування та самоогляду, навчання новим професійним навичкам та підтримку у пошуку роботи, а також соціальну інтеграцію та взаємодію з суспільством.

Вкрай важливо визнавати права осіб з ампутованими кінцівками та забезпечувати їх доступ до медичної, психологічної, юридичної та соціальної підтримки. Це може бути досягнуто за допомогою різноманітних програм і проектів, які сприяють розвитку інфраструктури

для осіб з ампутованими кінцівками, забезпечують доступ до різноманітних послуг та підтримці у вирішенні різних проблем.

Створення доступного, безбар'єрного середовища – це перш за все про забезпечення рівних прав, створення можливості незалежності та свободи у реалізації внутрішнього потенціалу та життєвих цілей для кожної людини. Це може бути надання зручних та доступних послуг чи продуктів, впровадження універсального дизайну та архітектурної доступності міст.

Соціально-реабілітаційні практики спрямовані набуття та відновлення особами з ампутаціями кінцівок соціальних зв'язків, функцій, ролей, статусу, досвіду, норм поведінки, активного соціального життя, професійних навичок, а також інтеграцію у суспільне життя для оптимального, ефективного, повного їх функціонування в соціумі.

Узагалі, соціальна реабілітація осіб з ампутованими кінцівками є складним та тривалим процесом, який потребує спільних зусиль багатьох фахівців, організацій та громадянського суспільства. Але підвищення уваги до проблем та здійснення деяких заходів можуть допомогти особам з ампутаціями повернути впевненість у своїх силах та повністю залучитися до соціального життя.

Відповідно до моделі розуміючого підходу до реабілітації, якість життя охоплює життєву та особистісну площини. До життєвої площини належать соціальні стосунки, здоров'я, безпека та піклування про себе; до життєвої, в свою чергу, входять рекреація і дозвілля, навчання, робота, дім і сусіди. [12] Сфера соціальних стосунків важлива тим, що охоплює комплекс взаємодій з людьми, в яких головним для клієнта не лише наявність значущих зв'язків, а й відчуття значимості для інших. Сфера здоров'я стосується питань фізичного і психічного благополуччя, в той час як сфера безпеки – питання емоційної та фізичної безпеки. До прикладу, відчуття своєї цінності та значущості як особистості, захист від

емоційного та фізичного насилля. Сфера піклування про себе включає такі соціальні навички, як підтримка зв'язку з іншими, відстоювання себе та особистісних кордонів, усі необхідні для догляду за своїм фізичним станом, гігієною та побутом процедури й активності.

Однією з ключових складових успішної реабілітації після ампутації є використання протезів та допоміжних пристроїв. Ці пристрої дозволяють пацієнтам повернутися до більш активного способу життя, допомагаючи їм здійснювати різні дії, такі як ходьба, підйом та перенесення різних предметів.[8,15]

Незмінною складовою успішної реабілітації є фізична терапія, яка допомагає пацієнтам зміцнити м'язи, збільшити рухливість та зменшити біль в місці ампутації. Фізичний терапевт може розробити індивідуальну програму для кожного пацієнта, враховуючи його потреби та можливості.

З розвитком технологій, протези стають все більш ефективними та зручними для використання. Сучасні протези кінцівок можуть бути контрольовані за допомогою м'язів, які залишилися в тілі, або навіть за допомогою електричних сигналів від мозку, що дозволяє пацієнту здійснювати більш складні рухи.[1]

Окрім протезів, допоміжні пристрої також можуть бути корисними для пацієнтів після ампутації кінцівок. Наприклад, крісла колісні, крісла-сходи, пандуси, підйомники та інші пристрої можуть допомогти пацієнтам здійснювати різні дії вдома та на роботі, зменшуючи навантаження на залишок кінцівки.

Надмірні патерналізм та турбота про осіб, які перебувають в реабілітаційних закладах, можуть перешкоджати процесу реабілітації, оскільки суперечать принципу поваги до автономності пацієнта, який ґрунтується на визнанні самоцінності його особистості. [39] Важливо, щоб медичні працівники ставилися до людей з ампутуваними кінцівками з повагою та розумінням їхніх потреб, бажань, а також їх індивідуальних

особливостей. Це допоможе пацієнтам почуватися комфортно, відчутти власну суб'єктність та надію на успіх реабілітаційних впливів, бути включеними в процес реабілітації та знаходити в собі сили на вирішення труднощів, які виникли на їх життєвому шляху.

Також, люди з ампутованими кінцівками можуть потребувати правової підтримки, наприклад, щоб отримати компенсацію за збитки, пов'язані з ампутацією. Юристи та адвокати можуть допомогти їм знайти шляхи до правової захисту.

На сьогодні, в Україні постало обговорення створення єдиного реабілітаційного центру, де будуть зосереджені всі необхідні служби: від медичної служби до соціального захисту, і де людина зможе перебувати від початку і до кінця будь-якої реабілітації. [34]

Загалом, ключовим аспектом успішної реабілітації людей з ампутованими кінцівками є забезпечення того, щоб медичні працівники, які надають реабілітаційну допомогу людям з ампутованими кінцівками, володіли належними знаннями та навичками, розуміли соціально-психологічний контекст, потреби та бажання даної групи осіб. Це допоможе зменшити соціальну ізоляцію та депресію, пов'язану з фізичними та сексуальними змінами в житті даної групи осіб.[26]

1.3. Роль сексуальної просвіти в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

Якість життя, як нам вже відомо, включає в себе безліч елементів, зокрема наявність взаємозв'язків з людьми, в яких присутні як і значущі зв'язки, так і відчуття значимості для інших. Прикладом таких стосунків можуть стати стосунки в парі. Люди молодого віку проходять через важливі етапи їх соціального становлення, зокрема етап пошуку партнера, формування стосунків та побудови сім'ї. На життєвому шляху людини, ці етапи йдуть паралельно з такими періодами розвитку сексуальності, як перехідний період та період зрілої сексуальності.

Роль партнера в реабілітації пацієнта не може залишитись недооціненою. Активна участь близьких та рідних у реабілітаційному процесі, їх адекватна підтримка та допомога, сприяє відновленню порушених, втрачених функцій в більш швидкому та повному обсязі. [58]

В свою чергу, важливе значення для соціально-психологічної адаптації подружжя як компоненту забезпечення їх сексуального здоров'я є ряд потреб. [35] Усі потреби ми можемо поділити на групи:

1. Фізіологічні. До них відносяться харчові, статеві, самозбереження потреби, а також потреба в одержанні приємних відчуттів;
2. Соціально-психологічні – потреби у спілкуванні та діяльності;
3. Соціальні включають в себе потребу в професійному престижі, приналежності до соціальних груп, реалізації власних можливостей, самоствердженні, естетичні та культурні потреби;
4. Психологічні – потреби у впевненості в власних силах, самостійності, допитливості, самоствердженні.

Дослідження сексуальної активності після дисвазулярної ампутації нижньої кінцівки [48], показало, що 11–24% респондентів, залежно від часу, який минув після ампутації, повідомили про будь-яку сексуальну

активність. Більшість також вказали, що сексуальна активність дуже важлива для їхнього рівня задоволення життям. Якщо брати до уваги період після проведеної операції, то частота сексуальної активності зростала між 6 тижнями та 4 та 12 місяцями після ампутації.

Опираючись на дослідження Гупаловської В.А. [5, с. 84], можемо сказати, що схильність до сексуальних фантазій та сексуальних сценаріїв у осіб з інвалідністю не менша, аніж в умовно здорових осіб, а, отже, сексуальність осіб з інвалідністю функціонує.

Автори наголошують, що хоча меншість опитаних осіб займалася будь-якою сексуальною діяльністю в період проведення дослідження, сексуальна активність залишалася важливим фактором загальної задоволеності життям. А також заохочують фахівців реабілітаційної сфери звертати увагу на сексуальність та, при необхідності, включати її в цілі реабілітаційного процесу.

Донедавна, сексуальність сприймалась виключно як соціальна функція в контексті продовження роду. Поза цим трактуванням, вона мала негативний образ через низку табу, міфів і переконань, що сексуальність – це щось «брудне». На сьогодні, фахівці не утотожнюють поняття «сексуальність» та «репродукція», хоча визнають взаємозв'язок між ними.

Сексуальна просвіта - це процес підвищення рівня знань та розуміння людьми питань, пов'язаних із сексуальністю, включаючи фізичний, емоційний та соціальний аспекти. Сексуальна просвіта має на меті забезпечити інформацію та розуміння щодо різних аспектів сексуальності, включаючи анатомію та фізіологію, здоров'я та безпеку, сексуальні практики та відносини, репродуктивність та контрацепцію, сексуальну орієнтацію та ідентичність, сексуальну культуру.[20]

Як вказує Федик О.В. в статті "Сексуальна культура молоді як психологічна проблема" [9], сексуальна культура є складовою частиною

загальної культури, яка формується за певних соціальних умов під впливом психологічних, соціально-психологічних та біологічних факторів. Проблеми, пов'язані із сексуальним життям, зокрема, виникають через незнання людей, наявність у них хибних уявлень та застарілих норм в питаннях сексуальності. До прикладу, секс сприймається як щось брудне, а обговорення проблем в сексуальній площині – як причину розпусти та сексуальної емансипації.

Сексуальна просвіта є важливим елементом розвитку особистості та забезпечення її фізичного та психічного здоров'я. Вона допомагає людям зрозуміти свої потреби та бажання, зберегти здоров'я та безпеку, підвищити якість взаємин та побудувати взаєморозуміння у питаннях сексуальності. Крім того, сексуальна просвіта може допомогти запобігти виникненню проблем, пов'язаних зі статевим життям, таких як венеричні захворювання, неплідність та інші проблеми зі здоров'ям.

Сексуальна просвіта має важливе значення для формування позитивної сексуальної культури, де люди розуміють та поважають один одного, забезпечують згоду та безпеку під час сексуальних відносин, відкриті до вивчення різних сексуальних варіантів та уникнення дискримінації. Сексуальна просвіта може знизити ризик статевого насильства та інших форм сексуального та гендерного насильства.

Однак, сексуальна просвіта може бути чутливою та складною темою, особливо для тих, хто має обмежений доступ до інформації або негативний досвід у питаннях сексуальності. Тому важливим аспектом сексуальної просвіти є толерантність та відкритість до різних поглядів та досвідів, а також врахування культурних та релігійних особливостей.

Одним із кейсів включення сексуальної сфери в реабілітаційний процес – ізраїльський досвід реабілітації військових, які отримали поранення, за допомогою сурогатних партнерів. Є чимала кількість країн, де секс-терапія за участі сурогатних статевих партнерів залишається

суперечливим методом. Проте в Ізраїлі дана терапія є відомою та проводять її у межах державної програми для військовослужбовців, які отримали поранення важкого ступеню і потребують сексуальної реабілітації. Багато клієнтів такого підходу зазнавали труднощів при намаганні розпочати романтичні стосунки, зокрема через проблеми з фізичною близькістю, тривогою, або пережите сексуальне насилля перед початком терапії. Також за сексуальною реабілітацією звертаються особи з інвалідністю, зокрема з ампутаціями кінцівок.

Організації, які займаються сексуальною просвітою, надають різноманітні послуги, такі як консультації, тренінги, лекції, роз'яснення з питань сексуальності, інформаційні матеріали та брошури, веб-сайти та гарячі лінії з питань сексуальної здоров'я.

Організації сексуальної освіти також працюють над зменшенням стигми та дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності та самовираження. Вони можуть проводити кампанії для підвищення освіти та знань про те, що означає бути членом ЛГБТК+ спільноти, які їхні права та бар'єри, з якими вони зіштовхуються у повсякденному житті.

Також, організації з сексуальної просвіти можуть бути корисними для батьків, вчителів та інших дорослих, які можуть потребувати допомоги у вихованні дітей та підлітків в питаннях сексуальності та гендеру. Інформаційні матеріали та рекомендації з цих питань можуть допомогти дорослим у підготовці до розмов з дітьми про сексуальні та гендерні питання, що є важливим аспектом формування позитивної сексуальної культури в суспільстві.[25]

Сексуальна просвіта є важливим елементом гармонійного та здорового життя, яка допомагає людям розуміти та поважати себе та інших у питаннях сексуальності та гендеру, зменшує ризик виникнення насильства та забезпечує безпеку в сексуальних відносинах.

Сексуальна просвіта має важливе значення для забезпечення здоров'я та благополуччя людей. Досягнення рівня знань про сексуальну та репродуктивну здоров'я є ключовим фактором у зниженні ризику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), плануванні сім'ї та запобіганні небажаної вагітності, а також у протидії гендерно та сексуально обумовленим насиллю і дискримінації.

Сексуальна просвіта також допомагає людям розуміти та поважати себе та інших у питаннях сексуальності. Це сприяє формуванню позитивної сексуальної культури в суспільстві, де люди можуть відкрито говорити про свої потреби та бажання, розуміти важливість згоди та взаємоповаги в сексуальних відносинах та відмовлятися від шкідливих та насильницьких практик.

Статеве виховання має важливе значення для навчання дітей та молоді питанням статі та гендеру. Інформаційні матеріали та рекомендації можуть допомогти батькам і вчителям підготуватися до бесід з дітьми та молоддю, щоб забезпечити здорову та безпечну поведінку щодо сексуальності.[27]

До того ж, сексуальна просвіта допомагає зменшити стигму та дискримінацію, що часто пов'язані з питаннями сексуальності та гендерної ідентичності. Знання про ці питання дозволяє людям краще розуміти себе та інших, підтримувати рівність та розуміння в суспільстві, інклюзивність та толерантність.

Крім того, сексуальна просвіта може сприяти покращенню якості сексуальних відносин, зменшенню страху перед сексом та підвищенню сексуальної задоволеності. Набуті знання та навички можуть допомогти людям знайти нові способи задоволення, розширити свій сексуальний досвід та відчувати більшу самовпевненість у своїх сексуальних відносинах.

Сексуальна просвіта є важливим інструментом у забезпеченні здоров'я та благополуччя людей, покращенні якості сексуального життя та зменшенні стигми та дискримінації в суспільстві.

Правильна сексуальна просвіта може допомогти людям зрозуміти їхні тіла, сексуальні потреби та бажання, та дати їм інструменти для того, щоб забезпечити свою безпеку та захистити себе від ризику несвідомого відношення.

Крім того, сексуальна просвіта може допомогти зменшити стигму та дискримінацію в суспільстві, особливо стосовно меншинних груп, таких як ЛГБТК+-спільнота та люди з інвалідністю.

Навчання людей, як підтримувати здорове сексуальне життя, може також допомогти зменшити ризик захворювань, таких як СНІД та інші інфекційні хвороби, які передаються шляхом статевого контакту.

У цілому, сексуальна просвіта має великий потенціал для поліпшення здоров'я, благополуччя та якості життя людей, а також для зменшення дискримінації та стигми в суспільстві.

Додатково, сексуальна просвіта може допомогти зменшити насильство відносно жінок та дівчат, яке може бути пов'язане зі стереотипами щодо гендерних ролей, невідповідними стандартами сексуальності та іншими причинами. Навчання людей про активну згоду та повагу відносно інших може допомогти зменшити насильство та сексуальні домагання, які можуть виникати в сексуальних відносинах.

Гупаловська В.А. [5] вказує частими жертвами сексуального інтересу осіб з апотемнофілією (парафілія, яка має свій прояв у сексуальному потягу до суб'єктів з ампутаціями) є жінки із травматичними ампутаціями кінцівок або вродженими їх відсутностями.

Крім того, сексуальна просвіта може допомогти підвищити свідомість людей про різні форми сексуальної орієнтації та гендерної

ідентичності, що може допомогти зменшити стигму та дискримінацію стосовно ЛГБТК+-спільноти.

Також важливо зазначити, що сексуальна просвіта має бути доступною для всіх людей, незалежно від їхньої культурної, релігійної чи економічної приналежності. Навчання про сексуальність та здоров'я має бути представлене у різних форматах, включаючи лекції, дискусії, рекламні кампанії та онлайн-ресурси.

Узагалі, сексуальна просвіта має великий потенціал для поліпшення здоров'я, збереження стосунків, зменшення насильства та дискримінації в суспільстві, тому її важливість не може бути недооціненою.

Ампутація — це серйозне порушення цілісності тіла, яке може вплинути на різні аспекти життя людини, включаючи її сексуальну функцію та задоволення. Сексуальна просвіта може бути корисним інструментом для соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками. [26]

Основні теоретичні підходи до розуміння сексуальної просвіти включають:

1. Медичний підхід: цей підхід зосереджується на біологічних аспектах сексуальності та здоров'я. Медична сексологія може надати особам з ампутаціями інформацію про сексуальність, функцію органів та можливі лікування проблем, пов'язаних з сексуальним здоров'ям.
2. Психологічний підхід: цей підхід визнає, що сексуальність включає багато психологічних факторів, таких як емоції, ставлення до сексуальності та способи взаємодії з іншими людьми. Психологічна сексологія може допомогти особам з ампутаціями зрозуміти свої потреби та бажання відносно сексуальності, а також розвинути позитивне ставлення до неї.

3. Соціологічний підхід: цей підхід відображає те, що сексуальність є соціально визначеною, а не просто біологічним феноменом. Соціологічна сексологія може допомогти особам з ампутаціями зрозуміти соціальні чинники, які впливають на їх сексуальність та побудувати позитивні взаємини з іншими людьми.
4. Гендерний підхід розглядає взаємозв'язок гендеру та сексуальності. Даний підхід, до прикладу, може допомогти жінкам з ампутаціями зрозуміти, як гендерні ролі та нерівність впливають на їх сексуальну ідентичність та задоволення. [7]

Сексуальна просвіта може включати навчання навичкам сексуального задоволення, способам підвищення сексуальної самооцінки, зниження страхів та невпевненості у відносинах, розуміння важливості сексуальної комунікації та здорового співжиття. Для осіб з ампутуваними кінцівками можуть бути корисні також рекомендації щодо використання допоміжних засобів, які допоможуть підтримувати сексуальну функцію.[?,??]

Також, сексуальна просвіта в ключі соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками може допомогти їм зрозуміти та знайти способи збереження та підтримки своєї сексуальної функції та задоволення. Теоретичні підходи до сексуальної просвіти можуть бути використані для розробки індивідуальних програм реабілітації, зокрема з урахуванням особистих потреб та бажань осіб з ампутуваними кінцівками.

Одним з можливих підходів є "гуманістично-екзистенційний підхід", який розглядає сексуальність як важливу частину індивідуального досвіду та самовизначення, та прагне забезпечити індивідуальну свободу та відповідальність у сексуальних відносинах. Цей підхід може бути особливо корисним для осіб з ампутуваними кінцівками,

які можуть відчувати втрату самостійності та незалежності, що впливає на їх сексуальне функціонування.

Іншим підходом є "підхід, що базується на правах", який розглядає сексуальність як основне право кожної людини. Цей підхід прагне забезпечити рівність та безпеку у сексуальних відносинах, та може бути корисним для осіб з ампутованими кінцівками, які можуть бути вразливими до сексуального насилля і дискримінації.

Також можна використовувати "підхід на основі здоров'я", який акцентує на забезпеченні здорової та безпечної сексуальної поведінки. Цей підхід може бути корисним для осіб з ампутованими кінцівками, які можуть відчувати фізичні обмеження у сексуальних відносинах.

Усі ці підходи можуть бути використані для розробки індивідуальних програм реабілітації осіб з ампутованими кінцівками з урахуванням їх особистих потреб та бажань. Важливо забезпечувати, що в розробці таких програм необхідно враховувати не лише фізичні аспекти реабілітації, але й психологічні та соціальні аспекти. Наприклад, необхідно забезпечувати психологічну підтримку та консультування для осіб з ампутованими кінцівками, які можуть зіштовхуватися з труднощами самосприйняття та відчуття сексуальної привабливості. Також важливо враховувати соціальні аспекти, наприклад, можливість знаходження сексуального партнера та забезпечення безпеки у сексуальних стосунках.[17]

Щоб розробити ефективну індивідуальну програму реабілітації, необхідно провести індивідуальну оцінку потреб осіб з ампутаціями кінцівок та врахувати її особисті уявлення про сексуальність та бажання. Наприклад, для деяких осіб з ампутованими кінцівками можуть бути корисними спеціальні медичні пристрої для підтримки сексуальної функції, тоді як для інших можуть бути корисними психологічні консультації та підтримка в знаходженні сексуального партнера.

Сексуальна просвіта – важливий аспект реабілітації осіб з ампутованими кінцівками, оскільки вони можуть зіштовхнутись з багатьма фізичними, психологічними та емоційними труднощами, пов'язаними зі змінами у своєму тілі та сексуальному житті. Медичні працівники, які надають реабілітаційну допомогу, повинні бути підготовлені до надання такої підтримки та допомоги.

Наприклад, медичні працівники можуть допомогти цій групі осіб зрозуміти, як їхнє тіло змінилося та як це може вплинути на їх сексуальне життя. Вони можуть надати інформацію про різні способи задоволення та техніки, які будуть корисними для осіб з ампутованими кінцівками. Медичні працівники також можуть допомогти особам з ампутаціями знайти відповідні інтимні товари та пристрої, які можуть полегшити їхнє сексуальне життя.

Важливо також надати особам з ампутаціями можливість брати участь у групових сесіях та індивідуальних консультаціях, де вони можуть обговорювати свої потреби та бажання щодо свого сексуального життя та отримувати підтримку від інших людей, які знаходяться у подібній ситуації.

Важливим аспектом є ще забезпечення достатнім рівнем знань та навичок медичних працівників, які надають реабілітаційну допомогу особам з ампутаціями, щодо сексуальної просвіти та реабілітації. Завдяки створенню можливості отримувати постійну підготовку та навчання щодо сексуальної просвіти та реабілітації (обмін міжнародним досвідом, проведення конференцій, семінарів, тощо), фахівці зможуть забезпечити більш ефективну допомогу та підтримку особам з ампутованими кінцівками .

Вони повинні мати можливість надавати інформацію та підтримку з цих питань, та враховувати індивідуальні потреби та бажання кожного реабілітанта.

Для того, аби розуміти ці потреби, зокрема, необхідно вивчити образ «Я» – ментальну репрезентацію себе; образ про власну особистість, який існує в психіці людини. Теоретичний аналіз дав підтвердження емпірично вивчити суб'єктивну оцінку рівня задоволеності життям осіб з ампутаціями кінцівок та актуальні для них потреби в соціальній реабілітації.

Зважаючи на важливість ролі працівників реабілітаційних установ у протіканні реабілітаційного процесу осіб з ампутаціями кінцівок та ефективності їх адаптації до соціального життя, головним постає вивчення ставлення фахівців до питань сексуальної просвіти.

Висновки до першого розділу

Ампутація кінцівок є серйозним фізичним та психологічним викликом для людини, який потребує комплексної підтримки в процесі повернення до повноцінного життя.

Прийняття образу «Я», зокрема власної тілесності, та високі показники оцінки якості життя можуть стати детермінантами успішної реабілітації та повернення в повноцінне життя. Підвищенню цих показників сприяє не лише психологічна допомога, а й соціальна реабілітація та сексуальна просвіта.

Питання сексуального життя та інвалідності обмежені в обговоренні у суспільстві, за рахунок чого ці прогалини в інфопросторі заповнюються стереотипами та упередженнями щодо даних тем. Важливо зробити усе для того, аби надати вичерпну, достовірну, науково обґрунтовану інформацію про інвалідність (до прикладу, коректна термінологія щодо осіб з інвалідністю, важливість доступності середовища та багато іншого) та секс як вагому частину людського життя. Останнє не про процес як такий, а про глибший сенс цього слова: самосприйняття власного тіла та сексуальності, стосунки між людьми, ідентифікація та презентація себе в соціумі, соматичне та психічне здоров'я, психологічне благополуччя.

Соціальний аспект реабілітаційного процесу може реалізовуватися через надання зручних та доступних послуг чи продуктів, впровадження універсального дизайну та архітектурної доступності міст, а також – через навчання навичкам комунікації, самообслуговування та самогляду, навчання новим професійним навичкам та підтримку у пошуку роботи.

Можемо зробити висновок, що сексуальна просвіта може бути важливою складовою соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками, яка сприяє покращенню якості життя та поверненню до повноцінної соціальної активності.

Сексуальна просвіта може допомогти людям зрозуміти їхні тіла, сексуальні потреби та бажання, знайти нові способи та інструменти покращення сексуального задоволення, яке, в свою чергу, впливає на рівень задоволеності життям та дати їм інструменти для того, щоб забезпечити захист себе від сексуального насилля і дискримінації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК

2.1. Методи та характеристика вибірки емпіричного дослідження соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

Організація та проведення емпіричного дослідження, яке тривало з січня до квітня 2023 року, полягало у створенні анкети, підборі питань для інтерв'ю та пошуком цільової групи. Респондентами у дослідженні виступали учасники реабілітаційного процесу, а саме працівники закладів, у яких проходять реабілітацію особи з ампутуваними кінцівками, та реабілітанти віком від 18 до 35 років.

Відповідно до етичних норм проведення дослідження, був здійснений короткий інструктаж, який дав змогу респондентам ознайомитись з процедурою дослідження та з тим, що їх відповіді будуть цілком анонімні. Від реабілітаційних закладів було отримано дозвіл на використання в науково-дослідній роботі інформації, отриманої в ході інтерв'ю.

З пропозицією взяти участь у дослідженні ми звернулись до таких закладів: КНП "Трускавецька міська лікарня" ТМР, Львівський обласний госпіталь ветеранів війни та репресованих ім. Ю.Липи, TMS Rehabilitation, Медичний центр Норімед Плюс, Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Донбас-Прикарпаття", Київський інститут реабілітації, Центр медичної реабілітації і санаторного лікування «Трускавецький», Інститут вертебрології та реабілітації, ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна" МОЗ України, Національний реабілітаційний центр "Незламні", Простір для ветеранів та громадських організацій "Veteran Hub", ДНП "Центр комплексної реабілітації "Галичина". Загалом 12 закладів, з яких 2 погодились взяти участь у дослідженні.

Вибірку для інтерв'ю склали: 3 фахівців реабілітаційних закладів, серед яких 1 головний лікар Київського інституту реабілітації, психолог цього ж закладу та психолог ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна" МОЗ України.

Питання інтерв'ю були поділені на блоки, кожен з яких розкривав важливі аспекти для подальшої розробки моделі сексуальної просвіти у соціальні реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок. Перший блок інтерв'ю включав інформацію про актуальні питання, проблеми і труднощі у реабілітаційному процесі осіб з ампутаціями кінцівок з точки зору фахівців реабілітації. Це з'ясовувалось за допомогою питань щодо важливих аспектів соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок. Також важливо було з'ясувати психологічні особливості даної категорії осіб. Другий блок допомагав визначити ставлення спеціалістів до сексуальної просвіти осіб з ампутаціями кінцівок. В свою чергу, третій блок інтерв'ю включав інформацію про залучення міжнародного досвіду реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками в практику української реабілітації. Наявність залучення досвіду могла свідчити про відкритість реабілітаційних установ та гнучкість їх реабілітаційного процесу. Це визначалось питаннями щодо знань фахівців про міжнародні кейси роботи в напрямі реабілітації осіб з ампутаціями та долучення до міжнародних конференцій, семінарів, тощо, які стосувались реабілітації цієї категорії осіб.

Перед проведенням інтерв'ю, респондентам розповідалось про те, хто проводить інтерв'ю, ціль та запитувалось згоду на використання інформації, зібраної в ході інтерв'ю. Гайд інтерв'ю представлено в додатках. (див. додаток А)

Відповідно до отриманих відповідей фахівців, ми могли проаналізувати гнучкість реабілітаційного процесу та його можливість підлаштовуватися під потреби реабілітантів; відкритість фахівців до

питань сексуальної сфери клієнтів та наявність інструментарію для розв'язання цих питань; порівняти думку фахівців щодо актуальних потреб в реабілітації та отриманні результати в ході проведення анкетування осіб з ампутаціями кінцівок.

Вибірку реабілітантів склало 20 осіб з ампутаціями кінцівок, віком від 18 до 35 років. Серед них – 15 чоловіків та 5 жінок.

Обраний вік зумовлений вищою сексуальною активністю у віці 20 років в порівнянні з 60-річним віком. Результати дослідження J. M. Twenge, R. A. Sherman, B. E. Wells [58] показали, що американці віком 20 років займаються сексом в середньому більше 80 разів на рік, до 45 років більшість людей займаються сексом близько 60 разів на рік, тоді як до 65 років це число становить приблизно 20 разів на рік.

Для вивчення психологічних особливостей осіб з ампутуваними кінцівками, використовувались такі методики: "Шкала задоволеності життям" (SWLS, E. Diener, R.A.Emmons, J. R. Larsen., & S. Griffin), переклад Грубі Т.В, "Двадцять тверджень" М. Куна та Т. Макпартленда, а також була розроблена анкета "Актуальні потреби у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками", М.І. Сторчоус, Н.Ю. Максимова.

"Шкала задоволеності життям" Е. Дінера та ін. була обрана нами задля визначення рівня загальної задоволеності життя осіб з ампутуваними кінцівками та співставлення його із іншими характеристиками, такими як: рівень рефлексії та особистісного розвитку, актуальні потреби в процесі соціальної реабілітації.

Як відомо з першого розділу, рівень задоволення життям істотно впливає на протікання реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками. Необхідність цієї методики зумовлена тим, що учасники дослідження мали описати своє суб'єктивне ставлення до життя за 7-бальною шкалою ("повністю не погоджуюся" – "повністю погоджуюся"). Відповідно до

суми набраних балів, ми визначали рівень задоволеності життям опитаних осіб. Сума балів розподілялась за шкалою наступним чином: максимальне число балів відповідало рівню "повністю задоволений життям", мінімальне – "вкрай незадоволений життям". З цього ми могли зробити висновок щодо рівня задоволення життям осіб з ампутаціями кінцівок.

Методика "20 тверджень" М. Куна та Т. Макпартленда використовувалась задля визначення рівня рефлексії, особистісного розвитку особистості, а також вивчення поширених тверджень стосовно себе в осіб з ампутаціями кінцівок. Варто зазначити, що для дослідження використовувалась адаптація Н. М. Максимової, а саме спосіб обробки та інтерпретації результатів методики. Обробка результатів здійснювалась методом контент-аналізу, відповідно, був здійснений поділ відповідей на рольові, індивідні, соціально схвалені твердження, особистісні риси. Рольовими твердженнями, до прикладу, виступали слова «батько», «військова», «син» та ін. До індивідних відносилися такі твердження, як «людина», «курець», тощо. До особистісних рис входили твердження «розумна», «сильний», «знавець», «людина, яка багато чого досягла» і т.д. Соціально схвалені твердження – ті особистісні характеристики й ролі, які трактуються соціумом як прийнятні, позитивні, корисні, тощо.

Необхідність даної методики у дослідженні зумовлена, зокрема, тим, що в основі методики лежить припущення, відповідно до якого поведінка індивіда організована і направлена наявними установками на самого себе. Визначення цих установок було важливим для досягнення цілі дослідження.

Авторська анкета "Актуальні потреби у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками" розроблена та використана нами з метою виявлення актуальних потреб у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками. Необхідність цієї методики

полягала в тому, щоб детальніше зрозуміти бачення реабілітаційного процесу самими реабілітантами, залучивши їх таким чином до розробки моделі сексуальної освіти як складової соціальної реабілітації. Також було необхідним виявити важливі для них аспекти партнерських стосунків. До них ми відносили: емоційну підтримку, духовну близькість, сексуальні стосунки, економічну кооперацію та спільну діяльність. Кожен з цих аспектів є вкрай важливим для повноцінного функціонування сімейної системи.

Усі пункти анкети були поділені на блоки:

1. Суб'єктивні критерії успішності проходження соціальної реабілітації. Тут питання стосувалися таких критеріїв, як розвиток соціальних навичок, адаптація до соціального життя, відновлення професійної діяльності, відновлення родинно-побутової діяльності, соціально-психологічний патронаж;
2. Важливі аспекти у партнерських стосунках. Другий блок реалізовувався питаннями про вищезгадані аспекти сімейних стосунків: емоційну підтримку, духовну близькість, сексуальні стосунки, економічну кооперацію та спільну діяльність;
3. Актуальні питання осіб з ампутаціями кінцівок у соціальній реабілітації. Третій блок розкривався переліком тем, які можуть бути важливими у ході соціальної реабілітації для осіб з ампутаціями кінцівок: можливості працевлаштування, оволодіння побутовими навичками, спілкування та взаємодія з іншими людьми, здорові сексуальні стосунки, способи та техніки покращення сексуального життя, запобігання сексуального насилля.

Учасники дослідження мали змогу відповісти на кожен пункт питань анкети за шкалою «зовсім не важливо» – «вкрай важливо», яка

визначала рівень суб'єктивної значимості тих чи інших елементів та результатів соціальної реабілітації, а також аспектів партнерських стосунків.

2.2. Визначення актуальних потреб осіб з ампутаціями кінцівок в реабілітаційному процесі

Результати обробки матеріалів за авторською анкетною дають змогу визначити актуальні потреби осіб з ампутаціями кінцівок в їх соціальній реабілітації.

Перший блок анкети допомагав виявити на який результат соціальної реабілітації націлені самі особи з ампутуваними кінцівками. Найбільш важливим показником успішності проходження соціальної реабілітації респонденти обрали відновлення родинно-побутових навичок. Якщо окремо розглядати оцінки «вкрай важливо» та «більше важливо, чим неважливо», то ми бачимо, що також важливими критеріями успішності проходження соціальної реабілітації для осіб з ампутаціями кінцівок є адаптація до соціального життя, розвиток соціальних навичок та соціально-психологічний патронаж (див. Рис. 1 і Рис. 2).

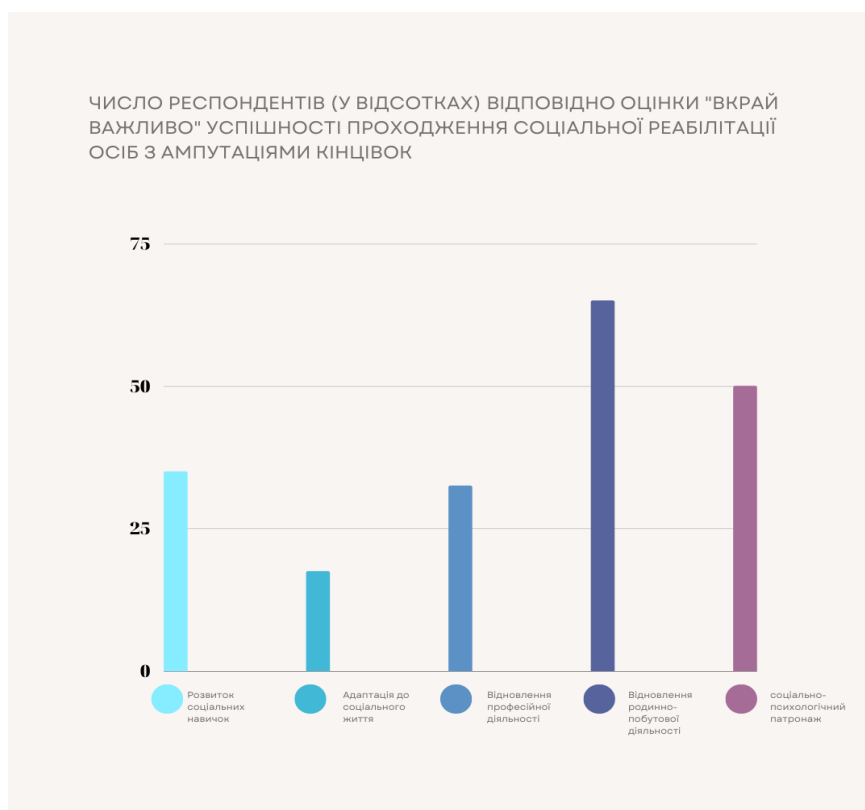


Рис.1 Число респондентів (у відсотках) відповідно оцінки "вкрай важливо" успішності проходження соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

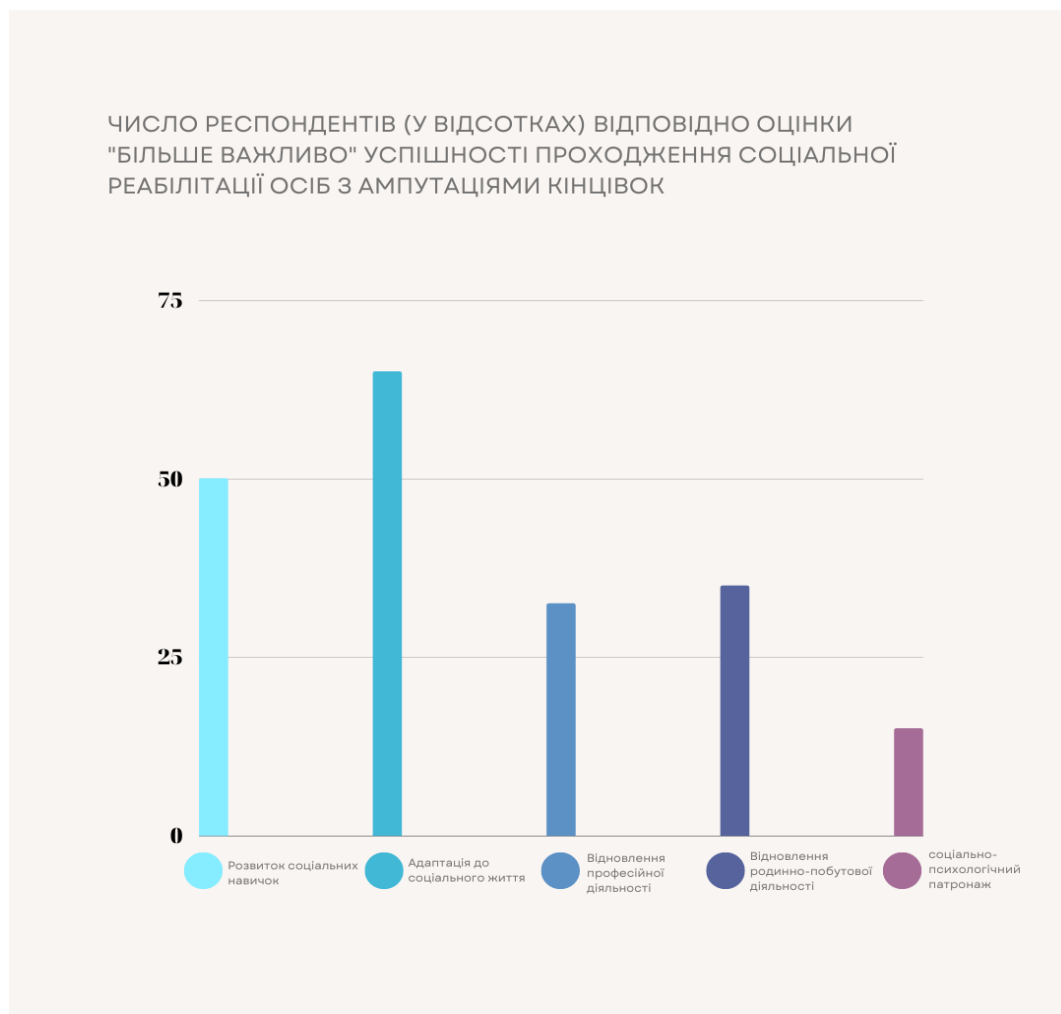


Рис.2 Число респондентів (у відсотках) відповідно оцінки "більше важливо" успішності проходження соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

Стосовно важливих аспектів партнерських стосунків, респонденти найбільш важливими вказали емоційну близькість, духовну підтримку та спільні інтереси. Якщо брати до уваги виключно оцінку «вкрай важливо», то бачимо наступні результати (див. Рис. 3): для учасників дослідження вкрай важливими в партнерських стосунках є духовна близькість, емоційна підтримка, сексуальні стосунки та спільні інтереси.



Рис.3 Число респондентів (у відсотках) відповідно до оцінки "вкрай важливо" важливості аспектів партнерських стосунків

Наступним блоком анкети ми визначали інтереси респондентів щодо процесу соціальної реабілітації. Варто зазначити, що зацікавленість до питань сексуальної освіти в ключі соціальної реабілітації, проявило 35 % опитаних осіб. В свою чергу, найбільш цікавими темами виявились міжособистісне спілкування та оволодіння побутовими навичками.

Діаграма, побудована відповідно до третього питання (рис. 4), дає нам змогу побачити знижений інтерес до питань сексуальної освіти, до прикладу: побудови здорових сексуальних стосунків, запобігання сексуального насилля, техніки для покращення сексуального життя, тощо. Якщо дивитись на відсоткові значення, то можемо відмітити труднощі респондентів із визначенням ступені важливості сексуальної

просвіти в реабілітаційному процесі. У пункті "Здорові сексуальні стосунки, запобігання сексуального насилля, техніки для покращення сексуального життя, тощо" була рівнозначність відповідей "важко визначитися" та "більше важливо, чим неважливо". Це може бути спричинено делікатністю самої теми сексуальної просвіти.

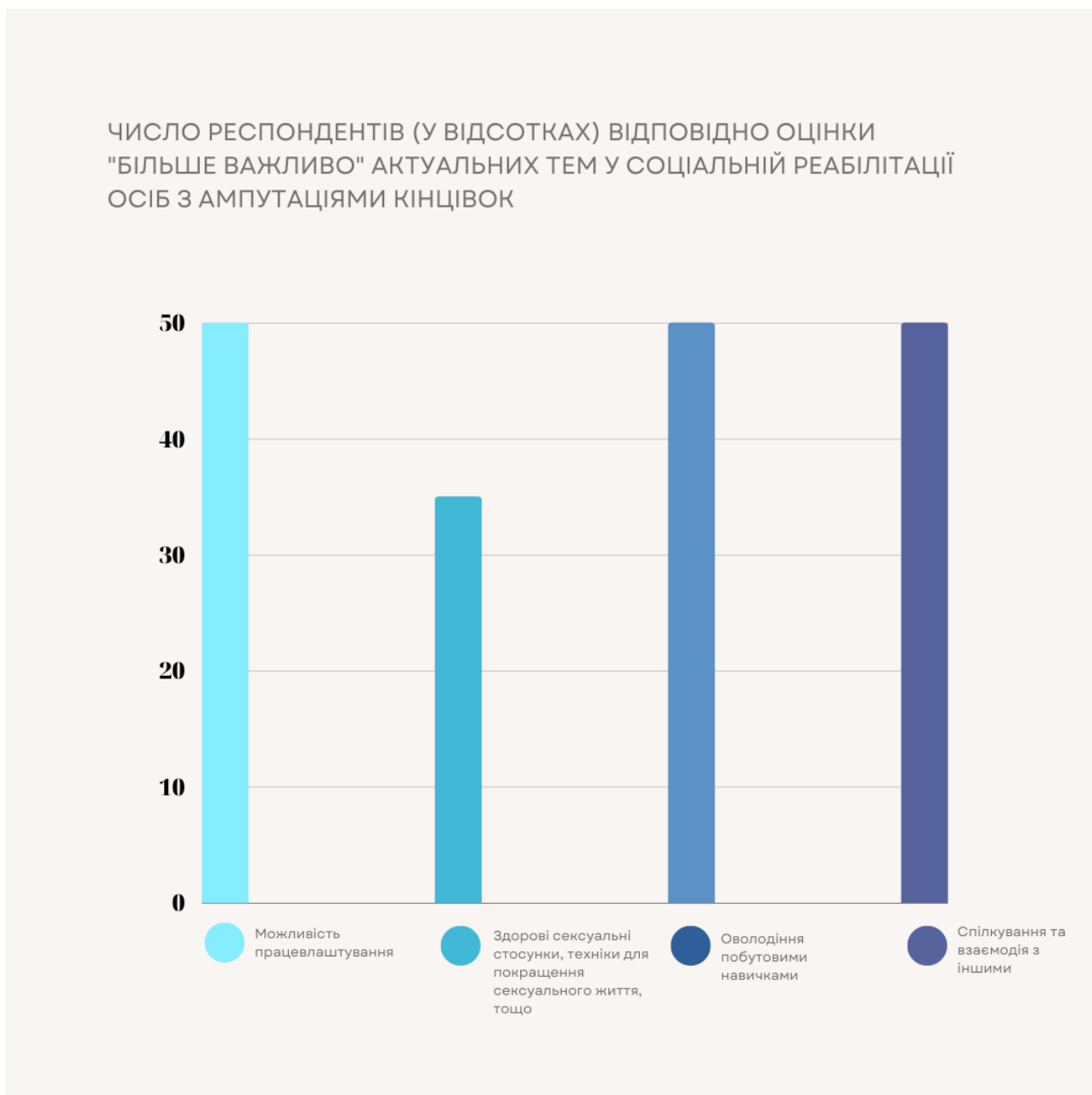


Рис.4 Число респондентів (у відсотках) відповідно до оцінки "більше важливо" актуальних тем у соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

Ми можемо побачити, що особи з ампутуваними кінцівками, які взяли участь у дослідженні, при відповіді на перше питання зробили

акцент саме на відновлення родинно-побутової діяльності – 66,7% опитаних вважає її вкрай важливою як результат успішної реабілітації. На друге питання ≤ 50 респондентів відповіло "вкрай важливо" на такі пункти: емоційна підтримка, духовна близькість, спальні стосунки та спільна діяльність. Більш актуальними темами в реабілітаційному процесі для осіб з ампутованими кінцівками стали ("більше важливо, чим неважливо" 50% опитаних та "вкрай важливо" – 33% опитаних): можливості працевлаштування, оволодіння побутовими навичками, спілкування та взаємодія з іншими. Тоді як питання сексуальної освіти були найменш актуальними у реабілітаційному процесі серед респондентів (див. Рис. 5)

Актуальність сексуальної освіти

в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

- БІЛЬШЕ НЕВАЖЛИВО, ЧИМ ВАЖЛИВО
- ВАЖКО ВИЗНАЧИТИСЯ
- БІЛЬШЕ ВАЖЛИВО, ЧИМ НЕВАЖЛИВО

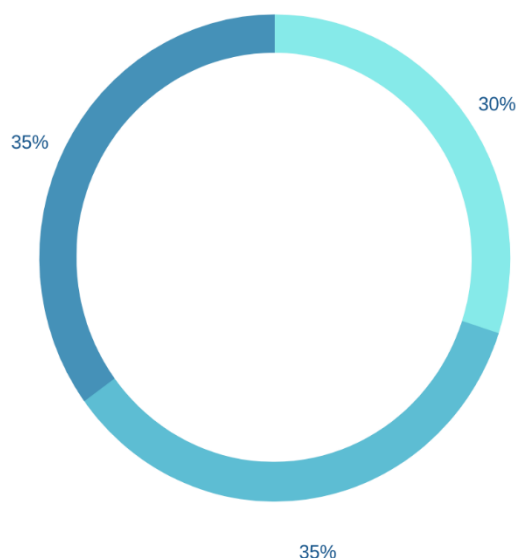


Рис.5 Актуальність сексуальної освіти в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

2.3 Особливості образу "Я" осіб з ампутаціями кінцівок

Аналіз отриманих відповідей при проведенні методики "20 тверджень" М. Куна та Т. Макпартленда показав, що 50% опитаних або мають низький рівень рефлексії, або ж питання методики було травмуючим для респондентів. Співвідношення тверджень, які відносились до категорій "Ролі" та "Особистісні риси" нерівнозначне.

Спостерігалось переважання суб'єктивних тверджень, які стосувались індивідуально-типологічних характеристик, емоційних станів та почуттів: цілеспрямований, розчарована, різкий, людина, яка бореться з тягарем та реаліями нового життя, і т.д. – як в окремих відповідях респондентів, так і в загальній вибірці. Відсоток особистісних рис відповідно до загальної кількості тверджень усіх респондентів становив 71,7%. Серед 33% опитаних осіб спостерігалась кількість соціально схвалених рис у співвідношенні до загальної кількості відповідей (див. Рис. 6)

В свою чергу, рольові твердження склали 15% від загальної кількості тверджень. Поширеними рольовими твердженнями були «військовий», «ветеран», «військова» та ті, які стосувалися родинно-сімейних стосунків: «мати», «майбутній батько», «син», «дружина» та ін. Про вищий особистісний розвиток може вказувати баланс між кількістю характеристик відповідно до категорій: приблизно однакове число серед рольових характеристик та особистісних рис, незначне число індивідних рис.

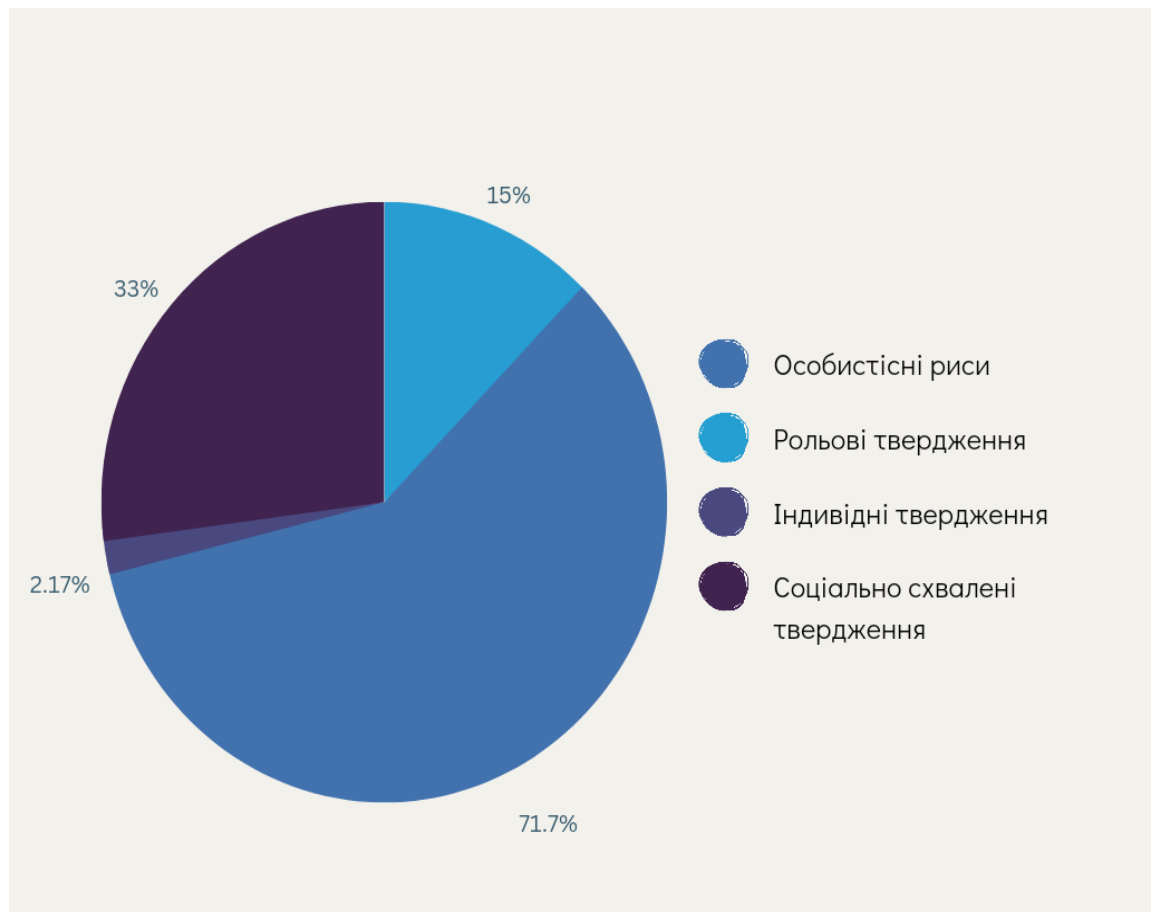


Рис.6 Відсоткове співвідношення категорій методики

Також було поширення серед результатів методики "20 тверджень" малої кількості відповідей. У половини респондентів було лиш 5 тверджень з 20. Це може свідчити про травмуючу дію змісту, зокрема самого питання методики. В теоретичній частині роботи, ми вже розглядали, негативні наслідки ампутації, до прикладу, такі як фантомні та хронічні болі і соціальна ізоляція, можуть формувати викривлене самосприйняття особи, низьку самооцінку та самостигматизацію. Питання "Хто я?" могло стати тригером для осіб з ампутаціями, тим саме заблокувавши неприємні чи болючі відчуття, спогади, асоціації, пов'язані з досвідом ампутації.

Аналіз результатів методики "Шкала задоволеності життям" свідчить про те, що серед респондентів низький рівень задоволеності життям: майже незадоволений життям – 33 %, незадоволений життям –

16,7%. Половина опитаних осіб перебувала в ситуації невизначеності. Цей результат є вкрай важливим для дослідження, оскільки показує те, що половина респондентів не може усвідомити для себе в якій площині знаходиться їх задоволення власним життям.

Як ми можемо побачити на графіках (див. Рис. 7 і Рис. 8), позначення вищого рівня задоволення життям за «не визначений» повністю відсутні. Жоден респондент не набрав відповідного балу, який би ми могли інтерпретувати як «задоволений життям».

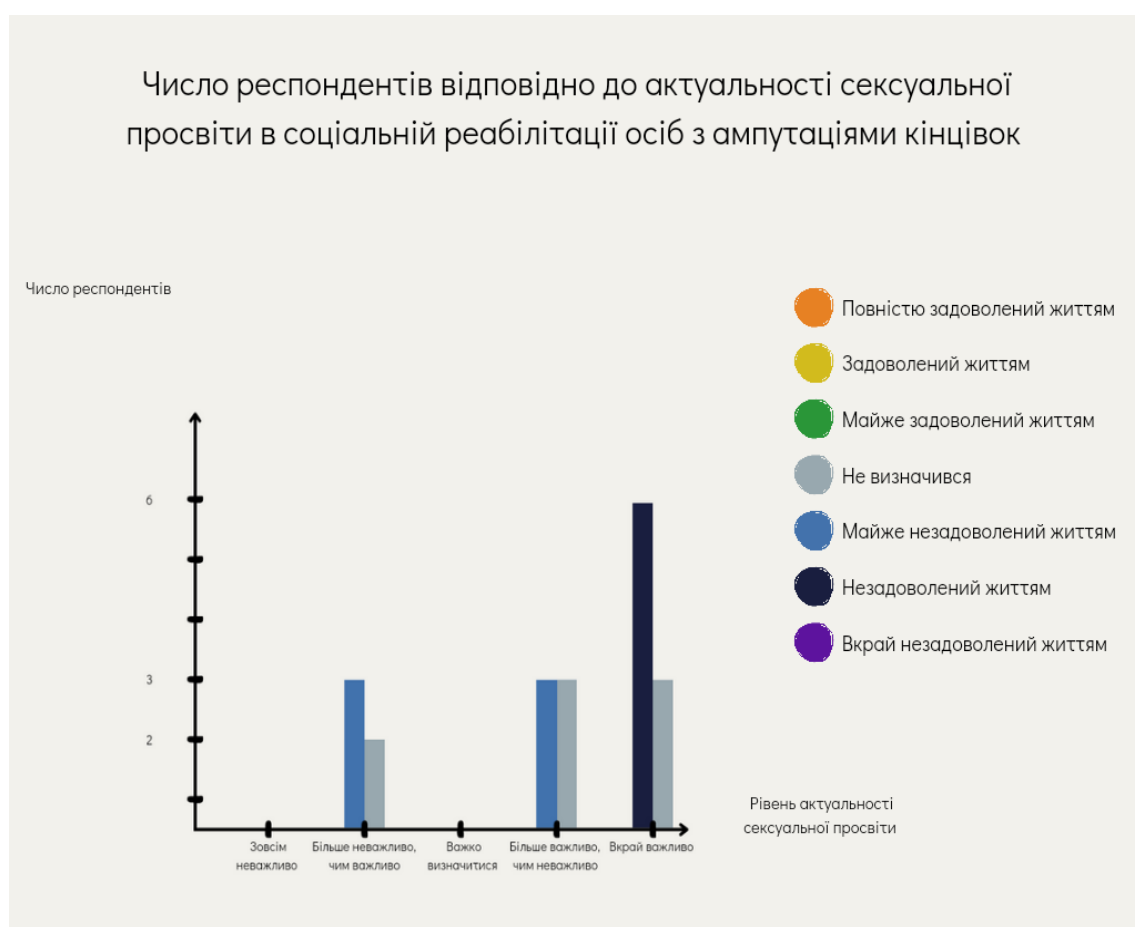


Рис.7 Число респондентів відповідно до актуальності сексуальної просвіти в соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

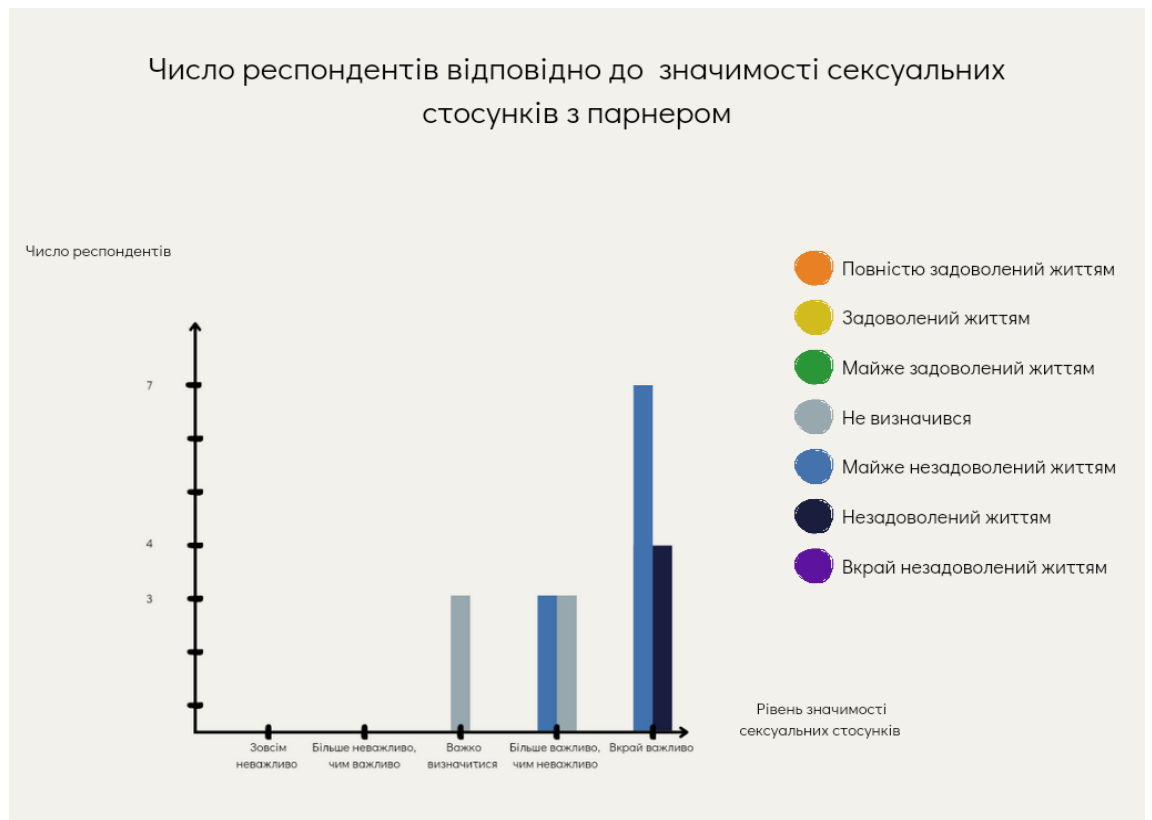


Рис.8 Число респондентів відповідно до значимості сексуальних стосунків з партнером

Вивчення взаємозв'язку установок на себе та рівня задоволеності життям у кожного з респондентів показало, що у тих осіб, які мали низький рівень рефлексії, рівень задоволеності життям мав низькі показники («майже незадоволений життям» або «незадоволений життям»).

Дані показники можуть негативно впливати на протікання реабілітації особи з ампутацією кінцівки, погіршуючи адаптацію та повернення її в соціальне життя.

Для того, аби полегшити та пришвидшити процес повернення осіб з ампутаціями кінцівок до повноцінного життя, варто використовувати комплексний підхід до їх реабілітації, враховуючи фізичний, соціальний, психологічний, правовий, трудовий аспекти.

Висновки до другого розділу

Вивчення особливостей соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок, виділити такі психологічні особливості респондентів: низький рівень рефлексії спостерігається а половини опитаних, в тих осіб, в яких низькі показники рівня рефлексії, також виявлено низькі показники задоволеності життям.

Поширення серед результатів методики "20 тверджень" малої кількості відповідей. У 50% респондентів було лиш 5 тверджень з 20. Мабуть, стимульний матеріал цієї методики мав травмуючу дію змісту, зокрема самого питання, методики. В теоретичній частині роботи, ми вже розглядали, негативні наслідки ампутації, до прикладу, такі як фантомні та хронічні болі і соціальна ізоляція, можуть формувати викривлене самосприйняття особи, низьку самооцінку та самостигматизацію. Питання "Хто я?" могло стати тригером для осіб з ампутаціями, тим саме заблокувавши неприємні чи болючі відчуття, спогади, асоціації, пов'язані з досвідом ампутації.

Більше половини респондентів відзначили важливість для них духовної близькості та емоційної підтримки в партнерських стосунках. Цінність для осіб з ампутаціями кінцівок емоційної підтримки та духовної близькості з партнерами може бути використаною при розробці моделі сексуальної просвіти у реабілітаційному процесі.

Вивчення взаємозв'язку установок на себе та рівня задоволеності життям у кожного з респондентів показало, що у тих осіб, які мали низький рівень рефлексії, рівень задоволеності життям мав низькі показники.

Дані показники можуть негативно впливати на протікання реабілітації особи з ампутацією кінцівки, погіршуючи адаптацію та повернення її в соціальне життя.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА МОДЕЛІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПРОСВІТИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ КІНЦІВОК

3.1. Ставлення фахівців до необхідності сексуальної просвіти в реабілітаційному процесі

Відповіді фахівців на питання інтерв'ю показали неоднозначність ставлення до сексуальної просвіти в ключі соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

Серед закладів, до яких ми звертались: в 3 закладах відсутні фахівці з психологічної чи соціальної реабілітації та/або не проводяться заходи з соціальної реабілітації, 3 заклади погодились брати участь в дослідженні, проте один заклад пізніше так і не вийшов на зв'язок, 1 заклад відмовився долучитись до дослідження і від 5 закладів відповіді не було отримано.

Відповіді на питання першого блоку у фахівців двох закладів відрізнялись. Психолог Київського інституту реабілітації наголосив на важливості включення самих осіб з ампутаціями кінцівок, шляхом проведення досліджень, у пошук відповідей на питання блоку. Особистою думкою щодо важливих тем та питань процесу соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками, а також їх психологічного контексту, не поділився і наголосив на тому, що за кожним поставленим питанням стоїть величезна робота. В свою чергу, фахівець Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» (далі Центр) розповів, що важливість аспектів соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок залежать від звернень клієнтів. До психологічних особливостей осіб з ампутаціями кінцівок, психолог Центру відніс поширеність серед реабілітантів феномену набутої беспорядності, формування при тривалому перебуванні в госпіталі неусвідомленої залежності від лікарняних умов, що веде за собою дезадаптацію та втрату навичок практичного життя; таких психічних розладів, як депресія та ПТСР;

можливість виникнення хронічних та фантомних болей. Також зазначив, що процес адаптації до ампутації досить схожий на психологічний процес горювання.

Завдяки відповідям психолога Центру психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна" на питання другого та третього блоків, ми дізнались про значення сексуальної просвіти в реабілітаційному процесі в кейсі конкретного реабілітаційного закладу. Оскільки звернення пацієнтів закладу безпосередньо стосуються психічного здоров'я та психологічного благополуччя, то як і реабілітанти, так і фахівці закладу, піднімають теми задоволеності власним тілом, сексуальним життям та проблем сексуальної сфери. Зі слів психолога, можемо зрозуміти окремо виділеної сексуальної просвіти як частини реабілітаційного процесу нема, а питання, що її стосуються (способи та інструменти покращення сексуального життя, сексуальність, тощо) вирішуються на індивідуальних консультаціях.

Під час розмови, психолог Київського інституту реабілітації висловив власну думку на рахунок актуальності нашої теми та зазначив, що сексуальна просвіта є дуже важливою, особливо серед молоді, так само важлива тема реабілітації осіб з ампутаціями, проте вони разом дуже важко поєднуються. На питання блоків, які стосувалися сексуальної просвіти, відповідати він відмовився.

Головним завданням команди Київського інституту реабілітації, що підкреслив не лише психолог, а й головний лікар закладу, є повернення клієнтів (пацієнтів) до повноцінного життя: самостійного ходіння, виконання побутових справ, без залучення допомоги, тощо. І на цьому етапі сексуальна просвіта, на думку фахівців закладу, є неактуальною. Вони вважають, що повинен пройти певний час, аби особи з ампутаціями були долучені до повноцінного соціуму, і тоді сексуальна просвіта виступить наступним питанням.

Головний лікар не ставить подібних завдань психологам в роботі з реабілітантами. Насамперед, роль психолога тут – вести психологічний супровід пацієнтів у їх реабілітації та проводити моніторинг цього процесу з наданням рекомендацій. Основна думка щодо роботи з пацієнтами Київського інституту реабілітації, отримана в ході інтерв'ю з фахівцями цього закладу, звучала наступним чином:

"Пацієнти при проходженні реабілітації проходять етапи першого порядку: повернутися, бути соціально значимими, важливими, мати гідну самооцінку."

Як ми згадували в першому розділі, існують погляди, які розглядають "сексуальність" виключно як соціальну функцію репродукції, та не враховують інші аспекти даного поняття. Відповідно, зараз ми бачимо розходження в думках щодо важливості сексуальної просвіти в реабілітаційному процесі фахівців двох реабілітаційних установ.

Наш шлях, який ми пройшли задля того, аби залучити до проведення дослідження реабілітаційні центри та ініціативи, зокрема провести інтерв'ю з представниками закладів, вказує про можливу відсутність єдиного підходу до соціальної реабілітації осіб з ампутаціями, який би включав в себе головні аспекти повернення реабілітанта до повного соціального життя. Цілями реабілітаційних центрів, до яких ми звертались, за виключенням Центру психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна" та Центру комплексної реабілітації "Галичина", є відновлення базових фізичних можливостей осіб з ампутаціями. Безумовно, даний аспект є вкрай важливим, основоположним у процесі реабілітації даної категорії осіб. Проте, на нашу думку, не варто зупинятись виключно на фізичній реабілітації. Вкрай важливо віднайти комплексний підхід, який допоможе реабілітантам повернутись до повного, незалежного життя у всіх його аспектах: відновлення здоров'я та

фізичних можливостей, навчання новим навикам, самореалізація, побудова стосунків з іншими, психологічне благополуччя, тощо.

3.2. Відповідність процесу соціальної реабілітації потребам осіб з ампутаціями кінцівок

Результати, як були отримані в ході інтерв'ю фахівців реабілітаційних закладів, показують невідповідність актуальних потреб реабілітантів у їх соціальній реабілітації та наявної ситуації соціальної реабілітації в Україні.

Беручи до уваги відповіді респондентів, ми можемо підкреслити цінність міжособистісних та сімейних стосунків. Про це свідчить: позначення відновлення родинно-побутової діяльності як вкрай важливого критерія успішності соціальної реабілітації (66,7 % опитаних); важливість емоційної підтримки, духовної близькості, сексуального життя в стосунках з партнером; ідентифікація себе в контексті сімейних, міжособистісних та суспільних стосунків в методиці "20 тверджень" (до прикладу, сім'янин, мати, син, подруга, громадянин).

Під час проходження анкетування, 33% респондентів вказало, що питання сексуальної просвіти, а саме: побудова здорових сексуальних стосунків, запобігання сексуального насилля, техніки для покращення сексуального життя та ін. – є менш актуальними для них у ході соціальної реабілітації. Ще 33% опитаних дало відповідь "Важко визначитися" на даний пункт.

В той же час, при проведенні інтерв'ю з психологом Центру психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна" ми дізнались, що на індивідуальних консультаціях, коли є сформованими довірливі стосунки між пацієнтом та психологом, звернення щодо проблем сексуальної сфери від пацієнтів присутні. Це відбувається як під час проходження реабілітації особами з ампутаціями кінцівок, так і після її завершення, коли вони можуть як продовжувати терапію з фахівцями закладу, та і періодично звертатись для вирішення питань, які виникають в нових, в немедичних, умовах.

Однією з можливих причин різниці між опитуванням осіб з ампутованими кінцівками та практичним досвідом психолога може бути стигматизація, сприйняття питань сексу як таких, які не прийнято обговорювати в публічному просторі. Також, слід врахувати скільки часу пройшло після проведеної ампутації. Оскільки респонденти не вказували період після ампутації чи на якому етапі реабілітації перебувають в момент проходження методик, то стверджувати про те, що вони мали відповідний фізичний та психоемоційний стан для того, аби думати про сексуальне життя, ми не можемо.

Однією з думок від фахівців про недоречність сексуальної просвіти в реабілітаційному процесі осіб з ампутованими кінцівками була наступною: "Потреба у виживанні не стоїть на одному місці з потребою у розмноженні". Психолог, який займається психологічним супроводом реабілітаційного процесу осіб з ампутаціями в Київському інституті реабілітації, наголосив на етапності реабілітаційного процесу, з першочерговим задоволення базових потреб реабілітантів.

Іншою думки щодо актуальності сексуальної просвіти у соціальній реабілітації осіб з ампутаціями стали відповіді на питання інтерв'ю психолога Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна»

Результати методик, проведених серед осіб з ампутаціями, показали значимість для них рідних та близьких, родинно-побутової сфери. Щодо ролі близького оточення фахівці відповідей не дали. Дане питання, на нашу думку, є важливим з точки зору вивчення ролі близьких у реабілітації осіб з ампутаціями та способи їх включення у реабілітаційний процес. Спираючись на теоретичну базу емпіричного дослідження, можемо підкреслити вплив близького оточення на протікання реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

3.3. Модель сексуальної просвіти у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

Станом на сьогодні, в Україні відсутня модель реабілітації, яка включала в себе сексуальну просвіту. У загальному, сексуальна просвіта є важливим елементом гармонійного та здорового життя, яка допомагає людям розуміти та поважати себе та інших у питаннях сексуальності та гендеру, зменшує ризик виникнення насильства та забезпечує безпеку в сексуальних відносинах.

Завдяки проведеному емпіричному дослідженню, ми отримали інформацію, необхідну для досягнення поставленої нами цілі. Ми дізнались про потреби у реабілітаційному процесі осіб з ампутуваними кінцівками, їх психосоціальну ситуацію, контекст та становище соціальної реабілітації в Україні на сьогодні. Це дало змогу вибудувати картину моделі сексуальної просвіти у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок (рис. 9).

Модель просвітницької діяльності щодо підвищення ефективності соціальної реабілітації осіб з ампутаціями включає в себе 4 компоненти:

- 1. Безпосередня сексуальна просвіта реабілітантів** полягатиме у наданні знань про способи, інструменти та девайси для покращення сексуального життя, міжособистісне спілкування у контексті сексуального життя, активну згоду, поняття сексуальності та сексуальної орієнтації, запобігання сексуального насилля та дискримінації, тощо. Створення груп підтримки, сервісів надання психологічної та юридичної допомоги з метою запобігання та протидії сексуальному насиллю і дискримінації щодо осіб з ампутаціями

кінцівок.

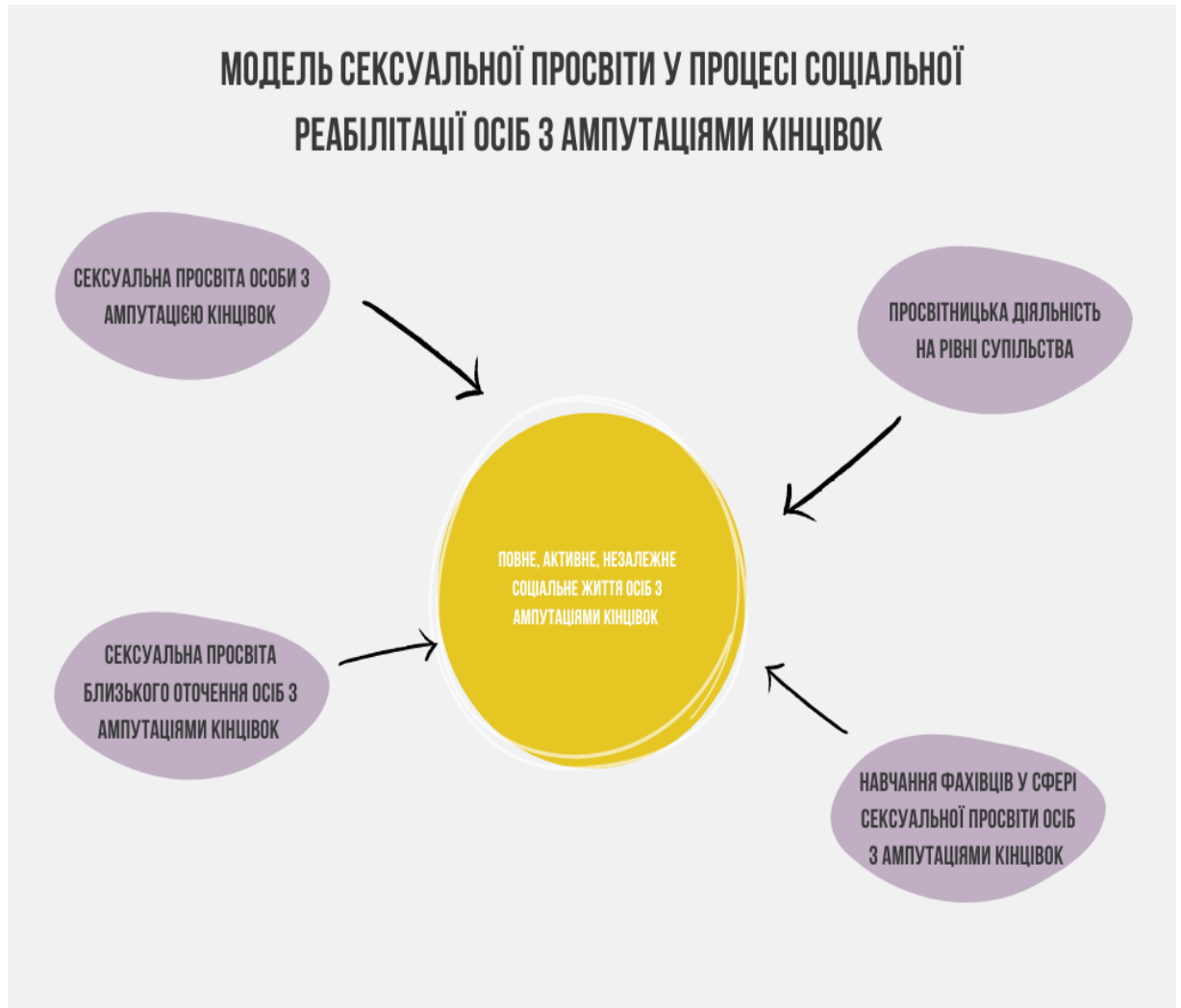


Рис.9 Модель сексуальної освіти як складової соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок

2. **Сексуальна освіта близького оточення осіб з ампутаціями кінцівок** включатиме надання інструментів та методів ефективного спілкування на інтимні теми з особами з ампутаціями кінцівок. До прикладу, це може бути зустріч з психологом на тему "Не травмуючий досвід розмови з підлітком з ампутацією кінцівки про секс". Проведення групових консультацій, зустрічей, лекцій та семінарів.
3. **Просвітницька діяльність на рівні суспільства** – це, перш за все, створення інформаційного поля для підвищення обізнаності суспільства в контексті сексуальної культури та інвалідності. Створення інклюзивного простору для обговорення важливих, проте

табуйованих тем. Поширення гарячих ліній протидії сексуальному насиллю, а також поширення меседжів, таких як "Усі ми рівні у наших сексуальних проявах та бажаннях", "Сприймати людей через призму їх особистісних досягнень та рис, а не інвалідності", "Усі ми різні, але однаково рівні" та інші. Для досягнення цієї мети ми можемо використати: мас-медіа, соціальні платформи, промоції, різноманітні інформаційні канали, проведення форумів, фестивалей, лекцій та інших заходів. Розробка посібників сексуальної просвіти в ключі соціальної реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок, проведення науково-методичних конференцій дякую фахівців реабілітаційної сфери.

- 4. Залучення фахівців реабілітації до сексуальної просвіти осіб з ампутаціями кінцівок.** Впроваджувати заходи просвітницької діяльності зможе ряд фахівців: психологи, сексологи, фахівці соціальної сфери, медичні працівники, юристи та ерготерапевти, які займаються реабілітацією осіб з ампутаціями кінцівок. Їм необхідна підготовка, щоб бути ефективними у наданні комплексної допомоги особам, які зазнали ампутації кінцівок. Для підвищення рівня обізнаності спеціалістів реабілітаційної сфери, пропонується створити ряд програм та посібників, які включатимуть в себе рекомендації щодо сексуальної просвіти даної соціальної групи; проводити лекції, вебінари, конференції, тощо, із залученням українських та міжнародних фахівців сфери сексуальної просвіти.

Створена нами модель характеризується включенням до реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками не лише питань сексуальної сфери, а й стосунків людина-людина, людина-суспільство, а також формування цілісного образу "Я". Це, в свою чергу, допомагатиме усунути стигматизацію інвалідності та сексуальності, соціальну ізоляцію як зі сторони особи з ампутованою кінцівкою, так і соціуму, в якому вона перебуває.

Висновки до третього розділу

Порівнявши результати проведених інтерв'ю з фахівцями реабілітаційної сфери та отриманих відповідей від осіб з ампутаціями кінцівок, ми змогли побачити картину соціальної реабілітації осіб з ампутуваними кінцівками в Україні. Ми не можемо сказати, що увага зі сторони реабілітаційних закладів до питань соціальної адаптації, з подальшим повернення осіб до повного соціального життя, як попередження соціальної ізоляції даної категорії осіб, – є достатньою. Враховуючи те, що половина закладів, до яких ми звертались, не дали нам відповіді ні на телефонні дзвінки, ні на листи, аналізувати їх роботу ми можемо виключно за інформацією про них, яка є в публічному просторі.

Щодо актуальності сексуальної просвіти у соціальній ми отримали неоднозначні відповіді від фахівців реабілітаційних закладів. Представник одного закладу наголошував на потребі залучення питань сексуальної сфери у реабілітаційний процес, а представник іншого – у неможливості поєднання потреб виживання та розмноження. Ми вважаємо, що сексуальність дана не лише, щоб досягти сексуального задоволення, чи продовжити рід. Сексуальність включає в себе велику кількість взаємопов'язаних елементів: тіла та фізіологічні процеси, складові ідентичності людини, почуття та бажання, пошук та отримання різноманітних видів задоволення, самовідчуття та самоствавлення, стосунки з людьми та кордони (особистісні, соціальні, норм і моралі), тощо.

Отриманні дані у ході інтерв'ю фахівців закладів, які надають реабілітаційну допомогу особам з ампутаціями кінцівок, були співставленні з актуальними потребами в реабілітації даної категорії осіб та заклали основу розробки Моделі сексуальної просвіти у реабілітаційному процесі осіб з ампутуваними кінцівками.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Ампутація кінцівок є серйозним фізичним та психологічним викликом для людини, який потребує комплексної підтримки в процесі повернення до повноцінного життя.

Прийняття образу «Я», зокрема власної тілесності, та високі показники оцінки якості життя можуть стати детермінантами успішної реабілітації та повернення в повноцінне життя. Підвищенню цих показників сприяє не лише психологічна допомога, а й соціальна реабілітація та сексуальна просвіта.

В ході проведення емпіричного дослідження, ми побачили невідповідність між актуальними потребами у соціальній реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок та наявною ситуацією соціальної реабілітації в закладах. Відповіді фахівців реабілітаційних установ щодо актуальності сексуальної просвіти в ключі соціальної реабілітації різнились. Представник одного із закладів наголошував, що питання сексуального життя не можуть бути включені до реабілітації через їх відношення до потреб другого порядку.

Сексуальне життя – це не лише про процес розмноження чи отримання задоволення. Це поняття має значно глибший сенс, ніж може здатись спочатку: самосприйняття власного тіла та сексуальності, стосунки між людьми, ідентифікація та презентація себе в соціумі, соматичне та психічне здоров'я, інтимні потреби, психологічне благополуччя – усе це вплетено в сферу сексуального життя.

Беручи до уваги відповіді респондентів, ми можемо підкреслити цінність міжособистісних та сімейних стосунків. Про це свідчить: позначення відновлення родинно-побутової діяльності як вкрай важливого критерія успішності соціальної реабілітації (66,7 % опитаних); важливість емоційної підтримки, духовної близькості, сексуального

життя в стосунках з партнером; ідентифікація себе в контексті сімейних, міжособистісних та суспільних стосунків.

Станом на сьогодні, в Україні відсутня модель реабілітації, яка включала в себе сексуальну просвіту. Сексуальна просвіта є важливим елементом гармонійного та здорового життя. Вона має великий потенціал для покращення здоров'я, збереження стосунків, зменшення насильства та дискримінації в суспільстві, тому її важливість не може бути недооціненою.

Важливо віднайти комплексний підхід, який допоможе реабілітантам повернутись до повного, активного, незалежного життя у всіх його аспектах: відновлення здоров'я та фізичних можливостей, навчання новим навичкам, самореалізація, побудова стосунків з іншими, психологічне благополуччя, тощо.

Питання сексуального життя та інвалідності обмежені в обговоренні у суспільстві, за рахунок чого ці прогалини в інфопросторі заповнюються стереотипами та упередженнями щодо даних тем. Фахівцям потрібно зробити усе для того, аби надати вичерпну, достовірну, науково обґрунтовану інформацію про інвалідність (до прикладу, коректна термінологія щодо осіб з інвалідністю, важливість доступності середовища та багато іншого) та сексуальне життя.

Розроблена модель сексуальної просвіти у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками може сприяти покращенню реабілітації в Україні, адже враховує той аспект життя реабілітанта, який до сьогодні не включався як повноцінний напрям реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреев А. М. Ампутація кінцівок в наслідок поранень та захворювань: етіологія, клініка, профілактика // Травма. – 2017. – Т. 18, № 2. – С. 112-119.
2. Байда Л.Ю., Красюкова-Еннс О.В., Буров С.Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю. М. / Інвалідність та суспільство: навч.-метод. посіб. За заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової-Еннс О.В. – К., 2012. - 216 с.
3. Герасименко О.С. Фізична реабілітація осіб першого зрілого віку після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки / О.С. Герасименко // наукова дисертація. Львів - 2017.
4. Грубі Т.В. Переклад методики SWLS (THE SATISFACTION WITH LIFE SCALE) - Шкала задоволеності життям на українську мову. - Режим доступу: https://www.academia.edu/23958143/%D0%9C%D0%95%D0%A2%D0%9E%D0%94%D0%98%D0%9A%D0%90_SWLS_THE_SATISFACTION_WITH_LIFE_SCALE
5. Гупаловська В. А. (2020). Особливості сексуальних сценаріїв осіб з інвалідністю через призму адаптивності / Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання: Матеріали Міжнародної наукової конференції (29 листопада 2019 року, м. Чернігів) / За наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. – Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2020. – 337с.
6. Гупаловська В.А. Психологічні особливості сексуального благополуччя осіб з інвалідністю та соматичними захворюваннями // Журнал сучасної психології. 2022. № 3. с. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-3-5>

7. Марценюк Т. "Гендерна рівність і недискримінація: посібник для експертів і експерток аналітичних центрів" [Електронний документ] – К., 2014. – 65с.
8. Мойзріст О.М. «Прояви самотності та їх вплив на особистісний розвиток в підлітковому віці» Усамітнення та самотність в житті особистості. / Збірник тези ха матеріалами круглого столу (on-line, 24 квітня, 2020 р.). – Київ : ДП "Інформаційно-аналітичне агентство, 2020. – 100 с.
9. Петрова О.В. Ампутація кінцівок: причини, техніка та наслідки // Хірургія. – 2018. – № 4. – С. 92-97.
10. Федик О.В. Сексуальна культура молоді як психологічна проблема. [Електронний ресурс]. Доступно з: <https://sexology.education/seksualna-kultura-molodi-yak-psihologichna-problema/> .
11. Чуйко О.В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу / О.В. Чуйко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. - 2015. - № 4. - С. 152-158. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2015_4_27.
12. Чуйко О.В., Куцевська А.В., Тохтамиш О.М., Львовчкіна А.М., Найдьонова Л.А., Голотонеко А.А., Шкуро В.П., Литва А., Удовенко Ю.М., Байдарова О.О., Максимова Н.Ю. Сучасні теорія і практики соціальної реабілітації: монографія / О.В. Чуйко, А. В. Куцевська, О.М. Тохтамиш та ін. ; за ред. О.В. Чуйко. – К. : ВПЦ "Київський університет", 2021. – 336 с.
13. Бабак С. та ін. Реабілітація нижніх кінцівок з ампутованими кінцівками: огляд на основі доказів. 2019.
14. Блок П.Р. Горовіц Ш.Е.«Сексуальність та інвалідність: ресурсний посібник». (1997)

15. Бредвей К.Х. та ін. «Статева функція та якість життя у жінок з ампутаціями нижніх кінцівок». Кім Х. (2007)
16. Вальдес К. та ін. «Взаємозв'язок між використанням протезів кінцівок і соціальною участю у дорослих з ампутацією нижніх кінцівок: систематичний огляд». (2014)
17. Вілсон А. О. «Соціальні аспекти реабілітації». (1972)
18. Джонсон Ф. Л. «Вплив ампутації на особистість і суспільство». (1974)
19. Квінер Ш.Ф. Браун Е.В. «Сексуальне консультування та реабілітація для пар із травмою спинного мозку». (1988)
20. Кенеді Дж. та Макнікола Р.. Соціальна реабілітація ампутантів. 1966.
21. Кенеді Р. К. та Вілсон А. О. «Фактори, що впливають на соціальну реабілітацію ампутанта». (1972)
22. Кон Е.Г. та Остерберг Е.А. «Сексуальне здоров'я після травми спинного мозку». (2019)
23. Лозер В. Р. і Ебо П. М. «Вплив соціального супроводу на психологічну адаптацію ампутантів». (1971)
24. Малхолл Дж.П. Крамер Е.К. «Сексуальна реабілітація для чоловіків із травмою спинного мозку: огляд і рекомендації». (2006)
25. Нанн Дж. і Сміт Д.Г. Психологічний вплив ампутації кінцівок: огляд. 2019.
26. Оуенс Т. Сексуальність і інвалідність: практичний підхід. 2011.
27. Розен М. та ін. Сексуальність і інвалідність: вичерпний посібник. 2019.
28. Тангароа Н. та Сімпсон Т. Соціальний і психологічний вплив ампутації кінцівок. 2019.
29. Шредер К. та ін. "Сексуальність і фізичні вади: особистісні перспективи". (2012)
30. Шредер К. Борц Ю. «Сексуальність і інвалідність: огляд». (2019)
31. Шредер К. і Борц Ю. Сексуальність і інвалідність: посібник для повсякденної практики. 2018.
32. Янг Р. Дж. «Психосоціальні аспекти реабілітації». (1973)

33. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: ICF [Інтернет]. Доступно з: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>
34. Проблематика догляду та соціальної реабілітації людей, які зазнали ампутацій. Доступно з: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/3671004-problematika-dogladu-ta-socialnoi-reabilitacii-ludej-aki-zaznali-amputacij.html>
35. Робочий зошит для самостійної роботи студентів медичного факультету з курсу «Основи сексології та сексопатології» / упоряд. Г.М. Кожина, Н.В. Георгієвська, І.В. Лещина, В.Є. Кришталь. – Харків : ХНМУ, 2018. – 85 с.
36. «Роль соціального супроводу в психологічній адаптації ампутантів». від SL House (1981)
37. «Сексуальність та інвалідність: звіт про Національну конференцію з питань сексуальності та інвалідності». Міжнародний центр ресурсів для інвалідів в Інтернеті (2003)
38. Сталеві кінцівки: як військовим повертають ноги і руки, втрачені на війні з Росією. Доступно з: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-63004666>
39. «Сучасні уявлення про хворобу та проблеми медсестринської етики й деонтології»
40. Bradway J.K., Malone J.M., Racy J., et al. Psychological adaptation to amputation: An overview. *Orthot Prosthet* 1984; 38:46
41. Bodenheimer C., Kerrigan A.J., Garber S.L., & Monga T.N. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 22, 409–415. 10.1080/096382800406022
42. Cavanagh S., Shin L., Karamouz N., Rauch S. Psychiatric and Emotional Sequelae of Surgical Amputation. *Psychosomatics* 2006; 47(6):459-464.

43. Erbes C.R., Ferguson J., Yang K., Koehler-McNicholas S., Polusny M.A., et al. (2022) Amputation-specific and generic correlates of participation among Veterans with lower limb amputation. PLOS ONE 17(7): e0270753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270753> Engstrom B, Van de Ven, C. Therapy for Amputees. 3-е ред. Churchill Livingstone. 1999
44. Fukunishi I., Sasaki K., Chishima Y., Anze M., Saijo M. motional disturbance in trauma patients during the rehabilitation phase. General hospital psychiatry 1996; 18(2):121-7
45. Gailey, R.S., Kirk-Sanchez, N., Clemens, S. et al. Evidence-Based Amputee Rehabilitation: a Systematic Approach to the Restoration of Function in People with Lower Limb Loss. Curr Phys Med Rehabil Rep 10, 17–26 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40141-021-00335-2>
46. Gallagher P., Maclachlan M. Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. Prosthetics and Orthotics International 2000; <https://doi.org/10.1080/03093640008726548>
47. Ghous M. Депресія: поширеність серед людей з ампутованими кінцівками. Professional Medical Journal, 2015; 22(2): 263-266
48. Henderson A.W., Turner A.P., Williams R.M., Norvell D.C., Hakimi K.N., Czerniecki J.M. Sexual activity after dysvascular lower extremity amputation. Rehabil Psychol. 2016 Aug;61(3):260-8. doi: 10.1037/rep0000087. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27253221; PMCID: PMC7518017.
49. Holzer LA, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kicking W, Holzer G. Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. PLoS One. 2014; 9(3): e92943. doi: 10.1371/journal.pone.0092943.
50. Kessler, H.H., "Psychological preparation of the amputee," Ind Med Surg, 20:107-108, 1951
51. Lipp, M., Malone, S.J., "Group rehabilitation of vascular surgery patients," Arch Phys Med Rehab, 57:180-183, 1976

52. Keeling M., Williamson H., Williams V.S., Kiff J., Evans S., Murphy D., Harcourt D. (2023) Body image and psychosocial well-being among UK military personnel and veterans who sustained appearance-altering conflict injuries. *Military Psychology* 35:1, pages 12-26.
53. Messinger S., Bozorghadad S., Pasquina P. Social relationships in rehabilitation and their impact on positive outcomes among amputees with lower limb loss at Walter Reed National Military Medical Center. *J Rehabil Med*. 2018 Jan 10;50(1):86-93. doi: 10.2340/16501977-2274. PMID: 29206273.
54. Parkes C.M. The psychological reactions to loss of a limb: The first year after amputation. In: Howells JG editor. *Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery*. New York: Brunner-Mazel, 1976. pp 515-532.
55. Parkes C.M., Napier M.M., "Psychiatric sequelae of amputation," *Br J Hosp Med*, 4: 610-614, 1970.
56. Saradjian A., Thompson R.A., Dipak D. The experience of men using an upper limb prosthetics following amputation: Positive coping and minimizing feeling different // *Journal of Disability and Rehabilitation*. 2008. № 30. p. 871-883.
57. Triska, A.M. (2018). *Sexuality and Intellectual Disabilities: A Guide for Professionals* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315316406>
58. Twenge, J.M., Sherman, R.A. & Wells, B.E. Declines in Sexual Frequency among American Adults, 1989–2014. *Arch Sex Behav* **46**, 2389–2401 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0953-1>
59. Valizadeh S., Dadkhah B., Mohammadi E., Hassankhani H. The perception of trauma patients from social support in adjustment to lower-limb amputation: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2014 Sep;20(3):229-38. doi: 10.4103/0973-1075.138401. PMID: 25191013; PMCID: PMC4154173.

60. Van der Schans C.P., Geertzen J.H.B., Schoppen T., Dijkstra P.U.: Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *J. Pain Symptom Manage.* 2002; 24 (4): 429–436.
61. Verschuren J.E., Geertzen J.H., Enzlin P., Dijkstra P.U., Dekker R. Sexual functioning and sexual well-being in people with limb amputation: a cross-sectional study in the Netherlands. *Disabil Rehabil*, 2015; 37(3): 187-93. doi: 10.3109/09638288.2014.913704.
62. Walters A, & Williamson G (1998). Sexual satisfaction predicts quality of life: A study of adult amputees. *Sexuality and Disability*, 16, 103–115. 10.1023/A:1023028025712
63. Williamson G, & Walters A (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: A study of adult amputees. *Journal of Sex Research*, 33, 221–230. 10.1080/00224499609551838
64. Woods L, Hevey D, Ryall N, O’Keeffe F. Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disabil Rehabil.* 2018;40(14):1663-1670. doi: 10.1080/09638288.
65. Engstrom B, Van de Ven, C. *Therapy for Amputees*. 3-е ред. Churchill Livingstone. 1999

ДОДАТКИ

Додаток А

Гайд інтерв'ю з фахівцями реабілітаційних закладів

БЛОК I: Питання, проблеми і труднощі в реабілітаційному процесі осіб з ампутованими кінцівками.

1. На Вашу думку, які теми і питання є важливими в ході соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками?
2. Які психологічні особливості осіб з ампутованими кінцівками Ви можете виділити?
3. Які складнощі в реабілітаційному процесі виникають у осіб з ампутаціями кінцівок?

БЛОК II: Сексуальна просвіта в реабілітаційному процесі.

1. Які заходи з сексуальної просвіти осіб з ампутованими кінцівками проводяться у Вашому закладі?
2. Хто з фахівців закладу займається сексуальною просвітою реабілітантів?

БЛОК III: Основні звернення клієнтів та місце сексуальної просвіти в цих зверненнях.

1. З якими найпоширенішими питаннями сексуальної сфери звертаються до Вас особи з ампутованими кінцівками?
2. Чи були звернення вже опісля проходження реабілітації? Яким чином вони реалізуються?

БЛОК IV: Міжнародний досвід.

1. Які кейси міжнародного досвіду в реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок Вам відомі?
2. Чи залучають працівників закладу до міжнародних семінарів, конференцій, тощо?

Відповіді інтерв'ю з психологом ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації "Лісова поляна " МОЗ України (далі Центр).

БЛОК I: Питання, проблеми і труднощі в реабілітаційному процесі осіб з ампутованими кінцівками.

1. На Вашу думку, які теми і питання є важливими в ході соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками?

Відповідь психолога Центру:

"Є багато важливих питань. І вони залежать від того, з якими проблемами людина до нас звертається. Я працюю в Центрі психічного здоров'я, хочу наголосити цьому, тому до нас, в першу чергу, звертаються з питаннями, які стосуються саме психічного здоров'я. Це і посттравматичний стресовий синдром, і розлади адаптації, когнітивні порушення, які стаються після того як в людини була легка черепно-мозкова травма. Це те, що в народі називають "контузіями". Таких звернень дуже багато, тому що, наразі, такий формат війни, що дуже багато артилерійської зброї, і велика кількість наших воїнів мають, власне, такі наслідки. Ну і, звісно, це можуть бути, якщо поранення фізичні, різні проблеми адаптації, пов'язані саме з частковою втратою функціональності: ампутації, інші форми поранень, коли людина не може виконувати ті функції, які виконували до того як це сталося.

Які теми і питання важливі в ході соціальної реабілітації? В першу чергу, важливо робити оцінку потреб і ресурсів. Які у людини потреби незакриті, так само, які є ресурси, і, відповідно, на різних етапах значна роль саме психолога в подоланні психологічних наслідків, психологічних бар'єрів, тому що дуже часто людині буває надзвичайно складно прийняти те, що її життя дуже сильно змінюється. Відповідно, є багато питань із облаштуванням простору, побуту так, щоб людина

могла функціонувати максимально на повну, коли знаходиться вже в домашніх умовах, не в госпітальних. Тобто наскільки людина може сама себе обслуговувати. І дуже часто якраз тут роль фахівця соціальної реабілітації полягає в тому, щоб допомогти людині сформувати нові навички, і, взагалі, вивчити свої можливості й десь в чомусь адаптувати побутові умови для того, щоб це було максимально комфортно і, в той же час, людина продовжувала розвивати себе наскільки це можливо в її конкретній ситуації. Багато ми працюємо над тим, що вчимося менеджменту когнітивних симптомів. Це такі симптоми, як: значне зниження уваги, погіршення пам'яті, здатності до концентрації, погіршення орієнтації у просторі і, відповідно, такі тривожні симптоми, які пов'язані з тим, що людина не може виконувати якісь базові речі, які їй були доступні раніше. Я зараз вам наведу приклад: коли порушені когнітивні функції, то людині дуже складно планувати свій час навіть протягом дня, не те, що планувати на майбутнє. Є проблеми з тим, що людина забуває свої речі, може втрачати їх, і це викликає таку надзвичайно високу тривогу. І ми вчимо, насправді, навичкам, які допомагають управляти цими симптомами, і для того, щоб ці симптоми не погіршувалися, навпаки, стан стабілізувався. Ну і, відповідно, для людей, які мають ампутації це буває так, що якраз адаптуватися до того, що потрібно багато працювати фізично над собою, до того, що тіло перебудовувався і загалом треба міняти Режим дня та звичний стиль життя, слідкувати, у тому числі, за харчуванням, за спортивними навантаженнями і опановувати керування кріслом колісним, якісь інші функції, часом це якраз складний процес протезування. Відповідно, соціальна самореалізація, в тому числі професія, навчання і таке інше. Частиною соціальної реабілітації може бути аналіз навичок і потенційних можливостей для розвитку. І дуже часто це може бути опанування якоїсь нової професії, яка може бути доступна в цей період життя для людини з її пораненням."

2. Які психологічні особливості осіб з ампутованими кінцівками Ви можете виділити?

"Процес адаптації досить схожий на психологічний процес горювання. У кожного він проходить досить по-різному: хтось легко проходить, у когось він може затягуватися надовго. Коли спочатку людина може тривалий час заперечувати, що з нею це (ампутація) сталося. При чому, це можуть бути непрямі заперечення, що "в мене немає ампутації, нічого такого не відбулося". А це може проявлятися у тому, що людина намагається жити так, нібито з нею нічого не сталося, і це призводить до того, що вона змушена потім уникати багатьох речей, які вона зазвичай в житті робила. І при цьому, якщо ж вона уже не заперечувала, а прийняла те, що з нею сталося поранення і вона втратила якусь частину свого тіла, то людина, навпаки, концентрується не на тій частині тіла, якої немає, а вона вже починає фокусуватися на можливостях, які тепер в неї є, які в неї залишилися. Тобто не на тому, що вона не може, а на тому, що може. Наша (психологів) задача якраз в тому, що якщо є складнощі з цим проживанням, то допомогти це прожити і прийняти своє тіло. Прийняти тіло дуже складно буває багатьом: що тіло повністю змінюється, змінюється внутрішній образ свого тіла і його сприйняття. Якраз в цьому процесі психологи часто допомагають. Часом, бувають складнощі з тим, щоб прийняти допомогу. Теж тут можуть бути дві крайнощі. Одні можуть відмовлятися і взагалі не приймати будь-якої допомоги, говорити "Я все буду робити тільки сам". І це може певною мірою ускладнювати їх життя. А з іншого боку – коли людина говорить, часто навіть вважає, що все, вона сама більше нічого не може і що вона не може себе зовсім обслуговувати. Часом, це так буває об'єктивно, а часом, це якраз суб'єктивне сприйняття. Людині здається, що вона не зможе вже ніяк повернути свою активність в житті, і що навколишні мають її опіками. Часом, таку гіперопіку формують навіть члени родини, або близькі

люди, якщо починають з самого початку просто залюблювати, знянчувати і проявляти занадто багато турботи навіть там, де людині це було б непотрібно. Тоді формується вивчена безпомічність. Це призводить до досить серйозної дизадаптації. З тих психологічних проблем, які ще я зустрічала – це, наприклад, коли досить важкі поранення і було багато оперативних втручань: ампутації, реампутації і таке інше. Поранений воїн або поранена ветеранка могли проводити в госпіталях дуже велику кількість часу, тобто це могло тривати багато місяців. Тоді формується певна неусвідомлена залежність від лікарняних умов, коли ти перебуваєш в якомусь закладі. Тому що в таких умовах можуть, при неправильному підході персоналу, втрачатися звичайні навички практичного життя. Тобі готують, за тобою прибирають, встановлюють твій режим дня і в тебе стає все менше і менше відповідальності. Тоді може формуватися схильність, прихильність триматися за госпітальні періоди і небажання, власне, виходити у суспільство. Це такі, найскладніші, насправді, випадки. Тому що, коли до нас потрапляють такі пацієнти, то доводиться досить багато зусиль докладати для того, щоб привернути їм і віру в себе, і бажання працювати над собою. Також, звісно, може розвиватися депресія. При чому, тут є багато причин чому це може статися. Не тільки через психоемоційні навантаження, хоча це теж має свій вплив, але й також велика кількість медикаментів, тривалий час знижена фізична активність. Це все може сприяти тому, що в людини розвивається депресія. Це досить недорогий стан, його важливо лікувати, тому що людина, яка в депресії, апріорі не може адаптуватися. Мозок людини в цей час дуже негнучкий, їй складно щось нове робити, формувати нові навички і загалом дуже сильно падає мотивація, самооцінка і таке інше. Відповідно, ще може бути ПТСР. Це досить така специфічна робота, треба лікувати цей розлад, тому що він теж заважає тому, щоб людина адаптувалася до нових умов життя. Ще

один із симптомів – це фантомні болі, які дуже сильно дошкуляють. І також після поранень можуть бути навіть не фантомні болі, а хронічні болі, пов'язані з певною специфікою поранення. В когось залишаються уламки в тілі, або, окрім ампутації, могли бути пошкоджені ще інші частини тіла. Це все досить складно потім відновлюється. Ну і, відповідно, уражені кістки будуть турбувати певним чином. Це призводить до хронічних болей. Психологи можуть багато над цим працювати. Не тільки психологи, а й реабілітологи, ерготерапевти і соціальні педагоги можуть працювати над тим, щоб допомогти людині навчитись навичкам менеджменту хронічних болей."

3. Які складнощі в реабілітаційному процесі виникають у осіб з ампутаціями кінцівок?

Відповідь на дане питання була описана вище.

БЛОК II: Сексуальна просвіта в реабілітаційному процесі:

1. Які заходи з сексуальної просвіти осіб з ампутуваними кінцівками проводяться у Вашому закладі?

"Раніше ми не виділяли окремо цю тему, хоча такі питання, звісно, піднімаються. І на сьогодні, ми з колегою та великою командою авторів готуємо на замовлення організації Veteran Hub такий довідник для людей з пораненнями і ампутаціями, який стосується саме сексуальної просвіти. На сьогодні, поки що просвіта відбувається індивідуально. Зазвичай вони (особи з ампутуваними кінцівками) з психотерапевтами можуть ділитись цим. І психотерапевти, в принципі, і запитують про це, тобто чи є якісь проблеми із сексуальною сферою. І вже відносно того, які є проблеми, шукаємо, допомагаємо знайти рішення."

2. Хто з фахівців закладу займається сексуальною просвітою реабілітантів?

"Це у нас, на сьогодні, психологи, але загалом у світовій практиці це ерготерапевти зазвичай такими проблемами займаються, окрім психологів. І такий спектр фахівців, який може бути задіяний: психологи, психотерапевти, психіатри, ерготерапевти, сексологи."

БЛОК III: Основні звернення клієнтів та місце сексуальної просвіти в цих зверненнях.

1. З якими найпоширенішими питаннями сексуальної сфери звертаються до Вас особи з ампутованими кінцівками?

"Це зниження сексуальної активності, ну і загалом це можуть бути труднощі із потенцією. Це часто може бути пов'язано навіть, як наслідок стресу, але також це може бути пов'язано із депресією, прийомом різних препаратів – тут в кожному окремому випадку ми намагаємось знайти причину. Ну також, коли ПТСР у людини, то, знову ж таки, людині може бути складно розслабитися. Загалом, людина постійно знаходиться в думках про травматичні події і в такій ситуації може бути складніше. Наступне – це якраз складнощі сексуального характеру, якщо поранення якось впливає саме на репродуктивні органи. Або загалом, коли ампутація, знижена здатність до рухливості, часто буває так, що людина просто не розуміє як їй це робити, як їй цим займатися, якщо він частково не рухається, або якщо він втратив частину тіла, і, власне, ми тоді пояснюємо які можуть бути варіанти, тому що, знову ж таки, людина в постратравматичному такому стані може просто не бачити варіантів. Тому що, насправді, на сьогоднішній день це і наявність додаткових засобів для покращення рівня сексуального життя і таке інше. Тобто тут практично йде просвіта про те, що секс – це не тільки класика якась, а що можуть бути різні варіанти."

2. Чи були звернення вже опісля проходження реабілітації?

"Звичайно, звертаються наші пацієнти тому, що під час реабілітації створюється гарний контакт, і можуть продовжувати терапію після того, як вони виписалися, а можуть періодично звертатись до фахівців, коли виникають нові труднощі в житті, якісь проблеми, у тому числі, в сексуальній сфері вони звертаються до тих фахівців, яким вже довіряють."

БЛОК IV: Міжнародний досвід.

1. Які кейси міжнародного досвіду в реабілітації осіб з ампутаціями кінцівок Вам відомі?

"Щодо міжнародного досвіду: звісно, вивчали досвід різних країн. Не можу сказати, що це суто на реабілітаційних центрах було сфокусована, тут швидше про те, як загалом працюють з наслідками ампутацій: і на тіло, і на психіку, і на соціальне життя. І вивчали ми, звісно, досвід Ізраїлю і США. Цікавий є австрійський досвід."

2. Чи залучають працівників закладу до міжнародних семінарів, конференцій, тощо?

"Так, безумовно, залучаємо. Більше того вам скажу: ми самі їх (заходи) створюємо. Десь в наступні кілька місяців плануємо вебінар. Десь влітку, здається, від фахівчині із США – психотерапевтки, яка має досвід роботи з такими темами. Ну і так, загалом вивчаємо різні досвіди і намагаємось залучити найкращі практики."

Відповіді інтерв'ю з психологом ТОВ "Київський інститут реабілітації".

БЛОК I:

1. "Як відповісти на це запитання? Які теми і питання є важливими у ході соціальної реабілітації? Питання ширшого я не знаю як можна придумати ще. Це питання абсолютно, знаєте, не спрямоване на якесь рішення. Стосовно харчування, стосовно контакту, екологічності реабілітації, соціалізації. От які питання? Та будь-які можуть бути. Це, знову, треба обстежувати і їх (осіб з ампутаціями) треба брати, садити, давати анкети, описувати, вони будуть заповнювати, потім ми будемо аналізувати і тільки тоді зможемо відповісти на запитання. За кожним з цих питань є величезна робота, як я розумію, і просто так: "Ви знаєте, я думаю, що ось так.." – і починають перераховувати. Це абсолютно необгрунтовано буде з мого боку. Я на таке не готовий, тому що це буде просто, знаєте, "з неба взята" інформація.
2. На рахунок психологічних особливостей осіб з ампутуваними кінцівками психолог відмовився відповідати, оскільки це, на його думку, потребує ґрунтовного дослідження їх пацієнтів: Проведення методик, опитування, тощо. Психолог не надав дозволу на залучення до емпіричного дослідження реабілітантів Київського інституту реабілітації.

Блоки II та III:

"Не наше питання точно. Опускаю його."

Обґрунтовано специфікою роботи Київського інституту реабілітації: за основу реабілітаційного процесу взятий британський протокол, який не включає в себе сексуальну просвіту.

Блок IV:

1. "У нас є наш кейс, у нас є наш протокол. Ми його взяли такий, що ми можемо дотриматись цих вимог. Ми по ньому працюємо. Інший міжнародний досвід... Ми просто не вивчаємо, бо нам він не потрібний. Якщо є конференції, на яких ми можемо брати участь, тоді ми якось з цим стикаємось, але тоді треба відвідати ці конференції. Це наукова складова, вона трошки інакша."
2. "Залучають, але воно ніяк не пов'язано з сексуальною просвітою абсолютно. Це семінари, конференції. Ми самі проводимо семінари навчальні для медичних працівників, які будуть стикатися або стикаються з такими хворими. Ну це працівники з госпіталів або аналогічних центрів."

Я правильно зрозуміла, саме залучення медичних працівників, тобто психологів до таких конференцій не залучаєте?

"В нас є навчальна програма, коли ми збирали лікарів, перш за все медичних працівників, де ми про це розповідали. Перевага була надана медичним працівникам. Чи були там психологи? По-моєму, були. Але у нас йдеться про психологічний супровід процесу реабілітації, розумієте? Вони (особи з ампутаціями) проходять реабілітацію: щось їм вдається, щось – не вдається. Ми забезпечуємо психологічний супровід. Якщо, скажімо, їм треба підвищувати градуси згинання кінцівки, є така функція, і є прогрес – це все добре. Раптом, якщо прогрес зупиняється, то з'ясовується: це фізична причина, чи ні. Якщо на фізичному рівні, скажімо, все гаразд, але прогресу нема, тоді ми припускаємо, що проблема психологічна. Тоді залучається психологічна складова: перевіряємо цю людину, спілкуємося і розуміємо, чому в нього не йде. І таким чином, і з фізичного боку, і з психологічного, ми долаємо цю перешкоду."

Ви говорили, що за основу взятий британський протокол, який адаптований під наші реалії...

"Ми його адаптуємо зараз."

Можна десь ознайомитись з ним? Власне, яка роль психолога, якщо брати цей протокол, в реабілітаційному процесі? Він спочатку зустрічає нових реабілітантів, перша, така, ознайомча зустріч, і потім вже супровід в ході реабілітації, правильно?

"Моніторинг цього процесу з наданням рекомендацій, так."

Бланк

Авторської анкети "Актуальні потреби у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками", М.І. Сторчоус, Н.Ю. Максимова.

Мета – виявлення актуальних потреб у процесі соціальної реабілітації осіб з ампутованими кінцівками.

Інструкція: "Кожне з питань анкети складається із пунктів, на які Ви можете дати відповідь за 5-бальною шкалою:

- Зовсім неважливо;
- Більше неважливо, чим важливо;
- Важко визначитись;
- Більше важливо, чим неважливо;
- Вкрай важливо."

<i>№</i>	<i>Питання</i>	<i>Варіанти відповідей</i>				
1.	Успішно пройденою соціальною реабілітацією я вважатиму, якщо мені допоможуть у:	<i>Зовсім неважливо</i>	<i>Більше неважливо, чим важливо</i>	<i>Важко визначити</i>	<i>Більше важливо, чим неважливо</i>	<i>Вкрай важливо</i>
1. 1.	Розвитку соціальних навичок					
1.2.	Адаптації до соціального життя					

1.3.	Відновлення професійної діяльності					
1.4.	Відновлення родинно-побутової діяльності					
1.5.	Патронаж психолога/соціального працівника					
2.	У стосунках з партнером для мене є важливим:	<i>Зовсім неважливо</i> <i>о</i>	<i>Більше неважливо</i> <i>о, чим важливо</i>	<i>Важко визначити</i> <i>и</i>	<i>Більше важливо,</i> <i>чим неважливо</i> <i>о</i>	<i>Вкрай важливо</i>
2.1.	Спільні інтереси					
2.2.	Емоційна підтримка					
2.3.	Духовна близькість					
2.4.	Сексуальні стосунки					
2.5.	Економічна кооперація					
2.6.	Спільна діяльність (ведення побуту, виховання дітей, проведення дозвілля, тощо)					
3.	В ході соціальної реабілітації я	<i>Зовсім неважливо</i> <i>о</i>	<i>Більше неважливо</i>	<i>Важко визначити</i> <i>и</i>	<i>Більше важливо,</i> <i>чим</i>	<i>Вкрай важливо</i>

	хочу дізнатися про:		<i>о, чим важливо</i>		<i>неважливо</i>	
3.1.	Можливості працевлаштування					
3.2.	Здорові сексуальні відносини, запобігання сексуального насилля, техніки для покращення сексуального життя, тощо					
3.3.	Оволодіння побутовими навичками					
3.4.	Спілкування та взаємодію з іншими					

Бланк

Методика "Шкала задоволеності життям" (SWLS, E. Diener, R.A.Emmons, J. R. Larsen., & S. Griffin), переклад Грубі Т.В.

Мета методики – вимірювання когнітивних переконань, які пов'язані із задоволеністю життям. Вона вимірювання когнітивних оцінку відповідності між життєвими обставинами та очікуванням людини і відображає загальну міру внутрішньої гармонії та психологічної задоволеності життям.

Інструкція: "Нижче наведено п'ять висловлювань, з якими Ви можете погодитися або не погодитися. Використовуючи 7- бальну шкалу, оцініть кожне висловлювання відповідним, на вашу думку, балом. Будь ласка, будьте відверті і правдиві у своїх відповідях."

7-бальна шкала:

1 - повністю не погоджуюся

2 - не погоджуюся

3 - майже не погоджуюся

4 – важко визначитися (і згоден і не згоден одночасно)

5 - майже погоджуюся

6 - погоджуюся

7 - повністю погоджуюся

<i>№</i>	<i>Твердження</i>	<i>Ваша відповідь</i>
1.	Майже в усьому моє життя відповідає моєму ідеалу.	
2.	Умови мого життя чудові.	
3.	Я задоволений своїм життям.	
4.	Я досягав майже всього того, чого хотів у житті.	

5.	Якби випала змога прожити своє життя ще раз, я б майже нічого в ньому не змінив.	
----	--	--

Бланк

Методика “20 тверджень” М. Куна та Т. Макпартленда

Інструкція: "Нижче на сторінці ви бачите 20 пронумерованих порожніх лінійок. Будьте ласкаві, напишіть на кожній з них відповідь на просте запитання" Хто я? "Напишіть просто 20 різних відповідей на це питання. Відповідайте так, як ніби ви відповідаєте самому собі, а не комусь іншому. Записуйте відповіді в тому порядку, в якому вони приходять вам в голову. Не думайте про їх послідовність та логіку."