

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**д-р Лъчезар Любенов Захариев**

**ПРОУЧВАНЕ ЗАВИСИМОСТТА НА КАЧЕСТВОТО НА  
ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТА ОТ ИНДИВИДУАЛНИЯ ПОДХОД  
ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ -  
ПРОТЕЗИ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

за присъждане на образователна и научна степен

**“ДОКТОР”**

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт.

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве.

Научна специалност: 7.4.4. Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията.

**Научен ръководител:**  
**проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм**

София, 2016 г.

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>СЪКРАЩЕНИЯ</b> .....	<b>5</b>
<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>7</b>
<b>ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.</b>	
<b>АМПУТАЦИИ НА КРАЙНИЦИ - АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМИ.</b> ....	<b>9</b>
1.1. Понятието „Качество на живот” – дефиниция и начини за оценка .....	9
1.2. Социални проблеми и инвалидност – статистическа характеристика .....	13
1.3. Причини, епидемиология и етиология на вродена липса на крайник и ампутация на крайник .....	15
1.3.1. Остра артериална недостатъчност на крайниците .....	18
1.3.2. Съдови травми – определение, честота, класификация .....	20
1.3.3. Хронична артериална недостатъчност на крайниците .....	21
1.4. Социалният проблем – ампутация на крайник – проблеми на личността и семейството. Отговорности на обществото. ....	24
<b>ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА</b> .....	<b>29</b>
2.1. Цел на проучването .....	29
2.2. Основни задачи на проучването .....	29
2.3. Работна хипотеза .....	29
2.4. Обекти на проучването .....	29
2.5. Предмет на проучването .....	30
2.6. Място, време и обхват на проучването .....	30
2.7. Постановка и дизайн на проучването .....	33
2.8. Методи на проучването .....	33
<b>ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ.</b> .....	<b>35</b>
3.1. Правна рамка на системата за интеграция и социално подпомагане на хората с увреждания и на хората с ампутация на крайник .....	35

3.1.1. Международни организации и защита на хората с увреждания. Европейски стратегии и програми за финансово подпомагане, трудова заетост и интеграция. . .	35
3.1.2. Принципи и модели на социалното осигуряване . . . . .	42
3.1.3. Законодателна рамка на държавите членки на ЕС и на САЩ по отношение на лицата с увреждания . . . . .	44
3.1.4. Протезирането в Европа и света. . . . .	52
3.1.4.1. Утвърдени критерии за ефективност на протезата . . . . .	52
3.1.4.2. Сравнение на действащите модели в Европа, САЩ и Австралия . . . . .	54
3.1.5. Законодателна рамка на България по отношение на лицата с увреждания . .	58
3.1.6. Протезирането в Република България . . . . .	70
3.1.7. Обсъждане и изводи от правния анализ . . . . .	73
3.2. Резултати от проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на долен крайник . . . . .	75
3.2.1. Резултати, свързани със социално-демографската структура на пациентите и етиологията на ампутациите . . . . .	75
3.2.2. Резултати, свързани с качеството и функционалността на протезата . . . . .	79
3.2.3. Резултати, свързани с качеството на живот . . . . .	87
3.2.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели . . . . .	94
3.2.5. Изводи от проучването . . . . .	105
3.3. Резултати от проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на горен крайник . . . . .	107
3.3.1. Резултати , свързани с възраст, пол, социално и семейно положение на анкетираните, ниво на ампутацията, причини за ампутацията, възраст на извършване на ампутацията, време изминало след протезирането . . . . .	107
3.3.2. Резултати, свързани с качеството и функционалността на протезата . . . . .	112
3.3.3. Резултати, свързани с качеството на живот . . . . .	119
3.3.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели . . . . .	125
3.3.5. Изводи от проучването . . . . .	135
<b>ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ОБСЪЖДАНЕ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ. . . . .</b>	<b>136</b>
4.1. Мониторинг и оценка на ефективността на протезирането . . . . .	136
4.2. Ефективност . . . . .	138

<b>ИЗВОДИ</b> .....	<b>142</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ</b> .....	<b>144</b>
<b>ДЕКЛАРАЦИЯ</b> .....	<b>149</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b> .....	<b>150</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	<b>167</b>
<b>1. Въпросник за участниците в проучването с ампутирен долен крайник</b> .....	<b>168</b>
<b>2. Въпросник за участниците в проучването с ампутирен горен крайник</b> .....	<b>175</b>

## СЪКРАЩЕНИЯ

<b>АЗ</b>	Агенция по заетостта
<b>АСП</b>	Агенция за социално подпомагане
<b>АХУ</b>	Агенция за хората с увреждания
<b>БУЛ-ПРО ЕАД СОБАЛ</b>	Специализирана ортопедична болница за активно лечение
<b>ГИТ</b>	Главна инспекция по труда
<b>ЕС</b>	Европейски съюз
<b>ЕСФ</b>	Европейски социален фонд
<b>ЗЗД</b>	Закон за защита от дискриминация
<b>ЗЗО</b>	Закон за здравното осигуряване
<b>ЗиСИ</b>	Програма на ЕС за заетост и социални иновации
<b>ЗИХУ</b>	Закон за интеграция на хората с увреждания
<b>ЗМИ</b>	Закон за медицинските изделия
<b>ЗНЗ</b>	Закон за насърчаване на заетостта
<b>ЗСП</b>	Закон за социално подпомагане
<b>ЗУТ</b>	Закон за устройство на територията
<b>КСО</b>	Кодекс за социално осигуряване
<b>КТ</b>	Кодекс на труда
<b>ЛКК</b>	Лекарски консултативни комисии
<b>МЗ</b>	Министерство на здравеопазването
<b>МОНМ</b>	Министерство на образованието, науката и младежта
<b>МОТ</b>	Международна организация на труда
<b>МРРБ</b>	Министерство на регионалното развитие и благоустройството
<b>МРТ</b>	Магнитно-резонансна томография
<b>МС</b>	Министерски съвет
<b>МТИТС</b>	Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията
<b>МТСП</b>	Министерство на труда и социалната политика
<b>НЕЛК</b>	Национална експертна лекарска комисия
<b>НОИ</b>	Национален осигурителен институт
<b>НСЗ</b>	Национална служба по заетостта
<b>НСИХУ</b>	Национален съвет за интеграция на хората с увреждания
<b>НЦСУ</b>	Национален център за социални услуги

<b>НЦПР</b>	Национален център по протезиране и рехабилитация
<b>ОАНК</b>	Остра артериална недостатъчност на крайниците
<b>ООН</b>	Организация на обединените нации
<b>ППЗИХУ</b>	Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания
<b>РКМЕ</b>	Регионални картотеки на медицинските експертизи
<b>РСЗ</b>	Регионални служби по заетостта
<b>СЗО</b>	Световна здравна организация
<b>СО</b>	Социално осигуряване
<b>ТЕЛК</b>	Териториални експертни лекарски комисии
<b>ХАНК</b>	Хронична артериална недостатъчност на крайниците
<b>CQC</b>	Care Quality Commission
<b>DWP</b>	Министерството на труда и пенсиите на Великобритания
<b>EQLS</b>	European Quality of Life Surveys
<b>ESS</b>	European Social Survey
<b>ESSI</b>	Европейска система за социални индикатори
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organizations
<b>IPA</b>	Independent Practice Association
<b>INAMI / RIZIV</b>	Institut national d'assurance maladie-invalidité / Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
<b>MCO</b>	Managed Care Organization
<b>NHS</b>	Национална здравна осигурителна система на Великобритания
<b>ONSS / RSZ</b>	Office national de Sécurité sociale / Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
<b>PPO</b>	Preferred Providers Organizations
<b>Q-TFA</b>	Questionnaire For Persons With Trans Femoral Amputation
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>WHOQOL</b>	World Health Organization – Quality Of Life

## ВЪВЕДЕНИЕ

В България има около 52 хиляди души, живеещи със загубата на крайник, дължаща се на ампутация или на вродено състояние. Средно годишният брой на извършвани в страната ампутации е 3500 броя [44, 45, 46, 47, 48, 128]. За съжаление след допитвания до Националния статически институт на Република България, до Националната здравноосигурителна каса и Националния център по общественото здраве и анализи се оказва, че в България не се води официална статистика за броя на извършените ампутации и последващото протезиране на пациентите.

Действащата сега у нас система за отпускане на медицински изделия финансира само определен вид протези [41]. Това поставя пациентите под общ знаменател като не предоставя възможности за избор и за пълноценен начин на живот. По-голямата част от хората с ампутации и днес продължават да бъдат изолирани и неспособни да водят активен начин на живот с по-добро качество. Сериозен проблем е представата, която много хора с увреждания имат за самите себе си, просто защото нямат подходящата за тях протеза или защото няма механизъм и критерий, по който тя да им бъде осигурена.

Сегашният начин на получаване на медицински изделия-протези е дискриминиращ и дисквалифициращ по отношение на хората с увреждания със самото определяне на правото като „целева помощ“ и изплащането на тази помощ от службите за социално подпомагане, което вкарва хората с увреждания в неравнопоставената роля на „обекти“ на социалното подпомагане [3, 38, 41, 133, 139, 147].

Правото на получаване на медицински изделия-протези трябва да бъде безусловно осигурително право на хората с увреждания, произтичащо от тяхното увреждане и от правото им на осигуряване, както това се прави в държавите от Европа и САЩ [34, 40]. Производителите на медицински изделия-протези договарят всяка година със Здравноосигурителната каса цените на медицински изделия-протези. В САЩ и другите Европейски страни действат различни системи, които включват оценка от държавни комисии на потребностите на пациента. Различни са критериите според възраст, двигателна активност, професия, тежест на заболяването и др. Основната цел е оптимално финансиране с цел ефективно решение, осигуряващо добро качество на живот [87, 89, 114, 170, 171].

Липсата на осигурителен принцип на заплащане и липсата на договаряне на цените с производителите и извършителите на услугата, създава възможности за едностранното налагане на лимитни цени от Министерството на труда и социалната политика [38, 41]. Съществуващият монопол при определяне на цените на медицинските изделия води до невъзможност за пациентите да получат избор на протеза, която да съответства най-добре на техния начин на живот. В тази насока считаме, че у нас следва да бъдат предприети следните мерки:

- Установяване на реалните нужди от медицински изделия - протези по видове.  
За тази цел трябва да се разработи система за събиране и обработване на статистическа информация за хората с увреждания.  
Да се разработят критерии за индивидуален подход при избора на протеза и нейното финансиране.
- Замяна на принципа на социалното подпомагане с истинска социална осигурителна система за хората с увреждания.
- Децентрализация на услугата „обезпечаване на хората с увреждания с медицински изделия-протези“ и доближаването ѝ до потребителите.

Именно горепосочените проблеми налагат да се проучи качеството на живот на лицата с ампутирани крайници в Република България в зависимост от индивидуалния подход при осигуряване на необходимите медицински изделия–протези. В тази насока следва да се направи и сравнителен анализ с качеството на живот в другите икономически развити страни с цел животът на хората в неравностойно положение да бъде по-достоеен и с по-високо качество.

## ГЛАВА ПЪРВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### АМПУТАЦИИ НА КРАЙНИЦИ - АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМИ.

#### 1.1. Понятието „Качество на живот” – дефиниция и начини за оценка

„Качеството на живот” е обобщаващо понятие, което предполага богата информация за това как живеят хората и как те възприемат и оценяват този си живот. Най-синтетично изразено, качеството на живот е благосъстоянието на хората в обществото. Терминът качество на живот се използва с цел да се оцени общото благосъстояние на отделните индивиди или цели общества. Той се използва в широк контекст, включително и в международното развитие, здравеопазването и политиката. Качеството на живота не трябва да се бърка със стандарта на живот, който се асоциира главно с приходите на отделните хора [ 5, 51, 52, 84, 119].

Качеството на живот е мерило за обществения, социален и здравен статус на отделните лица, доколкото те са по-добре от другите и доколкото днес са по-добре от вчера. „Качеството на живот” в съвременния социологически смисъл и измерването му като интегрален показател на състоянието, постиженията и успеха на индивида, неговото семейство, общността и обществото има не дълголетни, но богати традиции, свързани с изработване и въвеждане на „социални индикатори” за неговото измерване и оценка [5, 84, 165].

Европейската система за социални индикатори (ESSI) [155] предлага „ключови индикатори” От 2003 г. насам да живееш „добър, пълноценен живот” предполага да отговаряш на следните 14 индикатора:

- А. Да имаш (having)
  - добра работа,
  - добро жилище,
  - добро образование,
  - достатъчен и приятен отдих,
  - да излизаш навън с приятели и семейството,
  - да имаш поне една отпуска в годината.

- Б. Да обичаш (loving)
  - да живееш с партньор в добри отношения,
  - да се виждаш с приятели често,
  - да си в приятелски отношения със съседите,
  - да имаш деца.
- В. Да бъдеш (being)
  - да си полезен на другите
  - да чувстваш признание от обществото
  - да имаш успешна кариера
  - да участваш в дейността на сдружения, съюзи, организации.

Изразът „качество на живота” се е появил в САЩ и Япония преди 50-те години на ХХ-ти век. Бурното икономическо развитие след Втората световна война способства за увеличаване благосъстоянието на хората и те започват да се замислят върху начина, по който то да бъде измервано и сравнявано с това на другите [84, 187].

Днес Световната здравна организация предлага качеството на живота да се определя по няколко различни групи параметри [226, 228, 229]:

- **физически:** енергичност/умора, физически дискомфорт, сън и отдих.
- **психологически:** самооценка, концентрация, положителни емоции, негативни преживявания, мислене.
- **степен на независимост:** всекидневна активност, работоспособност, зависимост от лекарства и лечение.
- **живот в обществото:** всекидневна активност, социални и приятелски връзки, приемане на човека в обществото и неговата обществена значимост, професионализъм.
- **обкръжаваща среда:** жилище и бит, безопасност, свободно време, достъп до информация за екологията (климат, замърсяване, гъстота на населението).
- **духовност и лични убеждения.**

Кои са областите на интерес при изследването на качеството на живота в днешния му европейски вариант. Следвайки базата данни **EurLIFE** към Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд, централен интерес представляват дванадесет „области на живот” (life domains):

- 1) здравно състояние,
- 2) образованост,
- 3) заетост,

- 4) доходи,
- 5) социално участие (социални отношения, общуване),
- 6) транспорт,
- 7) жилищни условия,
- 8) семейство,
- 9) отдих,
- 10) околна среда,
- 11) сигурност,
- 12) удовлетвореност от живота.

Изследванията в областта на качеството на живот през последните години са многобройни. Основният акцент на разработките в областта през периода 1970-2006 г. се премества от обективното към субективното, от количествени – към качествени изследвания, от регистриране главно на обективизирани факти и външно практическо поведение – към изучаване и на субективното (мисловно-емоционално) възприемане, преживяване, мотивации, очаквания, нагласи, ценностна ориентация, оценки и самооценки от страна на хората. Вниманието се пренасочва към разработката на индикатори за субективното благосъстояние, удовлетвореността, щастието [91, 92, 119, 120, 122, 124]. Разграничението между обективните и субективните индикатори на качеството на живот очертава два „противоположни” подхода. Първият е скандинавският или шведският, фокусиращ изключително върху изследване на обективизираните, притежаваните, постигнатите условия на добър живот и на благополучие, чийто представител е Роберт Ериксон, който предпочита деленето на индикаторите не на обективни и субективни, а на описателни и оценъчни, като приема за по-надеждни първите. Вторият е американският, в традиция започнала от Уилям Томас и основно изразена от А. Кемпбел, където субективното благосъстояние (и най-вече удовлетвореността и щастието) на отделния човек се приема за ултимативна цел на общественото развитие и мерило за качеството на живот [84, 165, 187]. Обективният избор предполага съчетаването и на двата подхода, каквато е практиката в изследванията European Quality of Life Surveys (EQLS) и European Social Survey (ESS). При тях редом с въпроси относно обективизирани факти се задават и въпроси за удовлетвореността от всяка област. Богат методологически и емпиричен материал за „субективните индикатори” на качеството на живот предоставят Европейското и Световното изследване на ценностите. Съществена част от субективните индикатори на качеството на живот се

отнасят до „способности на индивида за живот”, което включва както неговите индивидуални жизнени шансове, така и готовността му да ги използва, т.е. доколко човек е добре подготвен да се справя с проблемите в живота. Освен опозицията „обективни-субективни индикатори при разбирането и проучването на качеството на живот се разграничават и „утилитарен” подход, основаващ се на проучване доколко са удовлетворени основни желания и нужди на индивидите, и подход, отчитащ развитието на личността, формирането на потребности, добродетели, качества, ценности у хората [5, 10, 11, 12, 16, 52, 53, 84].

Съществено е разграничението на нивата: доколко става дума за качеството на живот на отделните индивиди, на техните семейства и домакинства, на локални общности или на обществото в неговата цялост. Ако благосъстоянието и удовлетвореността са характеристики на качеството на живот на индивидите, то двете главни измерения на „качеството на живот на обществото” са, от една страна социалната сплотеност, интеграция, намаляване на неравенствата, разделението, фрагментацията, социалната изключеност, в т.ч. безработицата, бедността, престъпността от друга страна – социалната устойчивост – равнища на екологичния/природен, социалния и икономическия капитал. Изходен и краен момент обаче си остава индивидът [13, 15, 59, 60]. Постмодерният и постиндустриален акцент върху отделния човек, върху оценката на индивида, на отделния гражданин, като критерий, мерило за „доброто общество”, за осъществения напредък, е определящ за осмислянето и прилагането на концепцията за качеството на живот. Казано по-обобщено, качеството на живот обхваща равнищата и формите на общото благосъстояние на населението, в т.ч. на социалното положение на индивидите, съответните техни статуси и подстатуси, на обективните условия на живот и на труд в т.ч. техният жизнен стандарт, достъпът до различните материални ресурси и услуги, типовете потребление и стилове на живот, както и субективното усещане, удовлетвореност и оценка на тези основни измерения. Гледната точка при качеството на живот е гледната точка на настоящето, като равносметка – вече постигнатото, притежаваното, полученото, наследеното, придобитото, произведеното, създаденото, потребяваното, реалното участие както и потенциала за промяна.

Тъй като изследването е пряко свързано с качеството на живот на хора в неравностойно социално положение, качеството на живот на обществото е от изключително голямо влияние върху качеството на живот на индивида. Едно „добро общество” има по-големи шансове да даде „по-добър живот” на индивида [66, 84, 87].

Изследванията за качеството на живот се базират на специално разработени въпросници, резултатите от които се интерпретират статистически. Един от тях е този на Световната здравна организация The World Health Organization - Quality Of Life (WHOQOL). Той е преведен на различни езици и към него е разработена методика на оценка и интерпретиране на резултатите. Съдържа 26 въпроса, касаещи 14-те „ключови индикатори” според Европейската система за социални индикатори (ESSI). Той обаче не може да бъде приложен за специфичната категория хора предмет на настоящата дисертация. Причината е, че хората с ампутации имат много специфични проблеми. За да бъде оценено тяхното качество на живот в световен мащаб са проведени огромно количество изследвания. В основата на въпросниците при тези изследвания е протезата и това как нейният правилен подбор и усъвършенстването оказват влияние на показателите на качеството на живот. В почти всички изследвания въпросниците включват няколко специфични групи въпроси [187].

- въпроси, оценяващи функционалността на протезата (ползност, здравословно състояние на остатъчния крайник, външен вид и шум),

- въпроси, оценяващи мобилността на индивида (ходене и придвижване),

- психосоциални въпроси (достигнати цели, неудовлетвореност и социална тежест).

Основната цел на проведените изследвания в световен мащаб е да се усъвършенства протезата, така че да доведе до едно съществено повишаване на качеството на живот на пациентите с ампутация. Резултатите от всички тези изследвания, статии и проучвания доказват, че всеки пациент чувства протезата различно и не може да има общ унифициран подход при избора ѝ.

## **1.2. Социални проблеми и инвалидност – статистическа характеристика**

Инвалидизацията е един от най-острите медико-социални проблеми на съвременното общество. Изследванията показват устойчива тенденция на увеличаване броя на инвалидите в България. При проведеното през 2011 г. 17-то преброяване на населението в страната, бяха включени и въпроси за установяване на хората с увреждания. Резултатите вече са известни. Установено беше, че към 01.02.2011 г. призната трайно намалена работоспособност или степен на увреждане имат 474 267 лица. От тях 9 039 са деца, а 465 228 са лицата на 16 и повече години [ 94 ].

В структурата на хоспитализираните болни по класове болести водещо място през 2009 г. заемат болестите на органите на кръвообращението, дихателната система, храносмилателната система, бременност, раждане и послеродов период, болести на пикочо-половата система, новообразувания, травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини [44, 45, 46, 47, 48].

Броят на лицата над 16-годишна възраст, освидетелствани и признати за първични инвалиди, се увеличава спрямо предходната година и през 2009 г. те са 69 078, или 10.7 на хиляда души от населението над 16 години.

Най-голям продължава да е относителният дял на инвалидизираните лица със загубена работоспособност от 71 до 90% (34.9%), следвани от лицата с 50-70% загубена работоспособност (30.4%), лицата със загубена работоспособност над 90% (23.6%) и тези със загубена работоспособност до 50% (11.1%).

От общия брой на инвалидизираните лица през 2009 г. около 40% са със срок на инвалидност две и три години, а 34% са „пожизнено“.

Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, на които се дължат 39.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (17.1%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.9%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и на обмяната на веществата (7.4 %) и т.н. [ 94].

В нозологичната структура на инвалидизиращите заболявания според тежестта на инвалидност има известна специфика. При лицата с над 90 % загубена работоспособност водещи заболявания са болестите на органите на кръвообращението, следвани от новообразуванията, болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан, травмите и отравянията и някои други последици от въздействието на външни причини. При лицата със загуба на работоспособност 71 - 90% водещи са също болестите на органите на кръвообращението, следвани от новообразуванията, болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан, болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата, а при лицата със загуба на работоспособност 50-70% след болестите на органите на кръвообращението следват болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата, болестите на костно-мускулната система и на съединителната тъкан и други. Сред лицата с призната неработоспособност до 50% най-чести са заболяванията на органите на кръвообращението, на костно-мускулната система и на съединителната тъкан,

както и на ендокринната система, разстройствата на храненето и на обмяната на веществата [44, 45, 46, 47, 48, 94, 145, 146, 169].

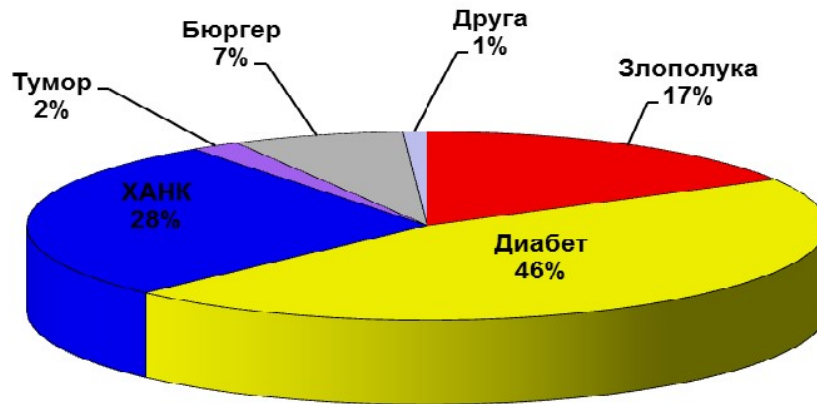
Наред с общите заболяванията на организма, водещи до физическа, умствена и психическа инвалидизация се нареждат ампутациите на долен крайник. За съжаление не само в България, но и в целия свят липсват подробни и точни статистически данни свързани с броя на хората с липсващи крайници и причините довели до загубата им, което значително затруднява превенцията им, намаляването на тяхното разпространение и разрешаването на един сериозен социален проблем както за нашата страна така и в световен мащаб.

### **1.3. Причини, епидемиология и етиология на ампутация на крайник**

Повишаването на качеството на живот на пациентите с ампутирани крайници е трудна и комплексна задача, която изисква проучване и добро познаване на епидемиологията и етиологията на ампутациите. За съжаление не само в България, но и в целия свят липсват подробни и точни статистически данни свързани с броя на хората с липсващи крайници и причините довели до загубата им, което значително затруднява превенцията им, намаляването на тяхното разпространение и разрешаването на един сериозен социален проблем както за нашата страна така и в световен мащаб.

Четири основни етиологични фактори, налагащи ампутация са съдово заболяване и инфекция, травма, тумори, и вродени аномалии .

Причините за ампутации на долни крайници включват периферна съдова болест (често се свързва с диабет, ХАНК, болест на Бюргер), травми, тумори и инфекции (фиг. 1).



**Фиг. 1. Причини за ампутация на долен крайник**

Ампутацията на горни крайници най-често е в резултат на травма или инцидент и е характерна най-вече за младите хора. Водещо място при пациентите с ампутация на горен крайник имат злополуките (фиг. 2). Пациентите уточняват, че това са трудови злополуки, злополуки в резултат на електрически ток, транспортни злополуки, както и измръзване [104, 129, 171].



**Фиг. 2. Причини за ампутация на горен крайник**

Ампутациите на долен крайник са значително повече на брой от тези на горен крайник.

Единствената страна, която ежегодно прави статистика за броя на ампутациите, тяхната етиология и епидемиология е САЩ. Това се прави от специализирания „Център за подпомагане на хора с ампутации”.

Според неговите данни в САЩ живеят 2 000 000 души с ампутирани крайници, от които 54% са вследствие на Хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК), 40% вследствие на диабет, 5% в следствие на травми и 2% в следствие на туморни образувания. **RightDiagnosis.com** - един от водещите в света доставчици на онлайн медицинска здравна информация изчислява общият брой на хора с липсващи крайници чрез използване на метода на екстраполацията на данните от „Център за подпомагане на хора с ампутации” в САЩ върху общият брой жители на всяка държава. Информацията е публикувана на сайта [www.rightdiagnostic.com](http://www.rightdiagnostic.com) в табличен вид, по страни и региони и съдържа общ брой жители във всяка страна и екстраполирано изчислен брой на хора с липсващи крайници – таблица 1 [128, 129]. Това е единствената официална световна статистика, която е призната и от Световната здравна организация.

**Таблица 1. Екстраполирано изчислен брой на хора с липсващи крайници в някои държави**

Страна	Брой ампутации (Екстраполирана стойност)	Население
САЩ	2,055,587	293,655,4051
Дания	37,893	5,413,3922
Австрия	57,223	8,174,7622
Чехия	8,723	1,0246,1782
Словения	14,080	2,011,4732
България	52,625	7,517,9732
Румъния	156,488	22,355,5512
Гърция	74,532	10,647,5292
Македония	14,280	2,040,0852
Сърбия и Черна гора	75,781	10,825,9002
Хърватия	31,478	4,496,8692

От изследванията на епидемиологията в световен мащаб се вижда, че по-голямата част от ампутациите са следствие от усложнения на хронични заболявания като хроничната артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК), остра артериална недостатъчност на крайниците (ОАНК) - артериална емболия, остра артериална тромбоза, артериална травма, диабет, болест на Бюргер, болест на Рейно. [24, 63, 68, 129, 131, 132, 133]. Значително по-малко са ампутациите вследствие на злокачествени тумори, остеомиелити, травми и измръзвания. Именно това е причината дружествата, асоциациите и медицинските специалисти по ортопедия да работят в тясно сътрудничество с дружествата, асоциациите и медицинските специалисти в областта на диабета, неврологията, съдовите заболявания с цел намаляване на тежките усложнения чрез активно лечение на тези хронични заболявания. Първата и най-важна стъпка за повишаване качеството на живот на пациентите е ранната диагностика и лечение на съдовите заболявания.

### **1.3.1. Остра артериална недостатъчност на крайниците**

Синдромът на Острата Артериална Недостатъчност на Крайниците (ОАНК) е състояние на акутна артериална исхемия, дължащо се на внезапно прекъсване на магистралния артериален кръвен ток. При неправилно или закъсняло лечение, много често се стига до ампутация с висок оперативен риск, а при тежка интоксикация и до екзитус. Особено важен фактор е времето, с което се разполага за диагностика, транспорт, реанимация и лечение. Синдромът се наблюдава относително често – в около 1/3 от случаите периферната артериална патология се извява първо като ОАНК [18, 23, 24, 68, 69].

Артериалната емболия (около 60%) се причинява при откъсване на тромби при вътресърдечна тромбоза (митрална стеноза или прекаран инфаркт), имплантирана сърдечна клапа, ендокардит или миксом, тромби от аортна или артериална аневризма, от имплантирана съдова протеза или от атеросклеротични плаки. Те се спират на анатомично или патологично стеснение на артериалната система и предизвикват ОАНК [149, 152, 154].

Острата артериална тромбоза (около 20%) се развива внезапно в участък с критична стеноза на магистрална артерия, предимно нощем, когато артериалното налягане спада.

Артериална травма (около 15%) се наблюдава при външен кръвоизлив, когато се поставя Есмарх за временна хемостаза, колатералите се блокират и се задълбочава исхемията. При тъпа лезия на артерията или компресия без кръвотечение, са възможни диагностични грешки. Напоследък зачестяват и ятрогенните травми при инвазивна съдова диагностика.

Острото прекъсване на магистралния артериален кръвоток, съпроводено със спазъм на колатералите и с апозиционна тромбоза, причинява остра артериална исхемия. ОАНК от своя страна става причина за тъканна хипоксия и трансформиране на нормална аеробна обмяна в анаеробна. В кръвта навлизат калиеви и фосфорни йони, нередуцирани метаболити с киселинни радикали и голямо количество  $\text{CO}_2$  – настъпва метаболитна ацидоза. С напредване на исхемията миофибрилите започват да се разграждат и в кръвта навлизат миоглобин и полипептидни комплекси. Всички тези продукти са изключително опасни и неминуемо водят до обща интоксикация в една или друга степен. Повишава се нивото на С-реактивния протеин и на ензимите (СРК, LDH) в кръвта. Процесът може да има летален изход [177].

Невронните синапси реагират първи на кислородната недостатъчност – появяват се исхемични болки, парестезии и изчезва повърхностната сетивност (към 30-та минута). Дълбоката сетивност и активните движения в периферните стави прогресивно намаляват до пълно изчезване (след 2 часа). 6-8 часа по-късно започва хипоксична дегенерация на миофибрилите, а след 12-я час настъпва исхемична мускулна контрактура, дължаща се на денатурацията на белтъците.

Според патологията се различават три степени на ОАНК: компенсирана артериална исхемия, декомпенсирана артериална исхемия и невъзвратима артериална исхемия. В стадий на невъзвратима исхемия единственото правилно решение е спешна висока ампутация, която може да бъде извършена във всяко общохирургично отделение, като се съпровожда с активна реанимация в интензивен сектор.

В стадий на декомпенсирана исхемия за спасяване на крайника се налагат спешни диагностични и реанимационни мероприятия, и най-вече оперативна намеса в срок от 6 до 8 часа от инцидента. Компромиси с този медицински алгоритъм са недопустими.

Компенсираната форма на острата артериална исхемия е предмет на дискусия. При артериална травма или емболия спешната оперативна намеса е задължителна. При данни за артериална тромбоза с добра колатерална система и компенсирана исхемия с тенденция за подобряване на състоянието е допустимо оперативната намеса да се отложи на фона на вазоактивно и антикоагулантно лечение до завършване на необходимите изследвания. До

взимането на окончателното решение болният се оставя под наблюдение. През последните години в лечебната схема навлизат нови техники от областта на ендоваскувалната хирургия, вкл. тромболиза с катетър, последвана от балонна дилатация и други [179, 190, 194, 199].

### **1.3.2. Съдови травми – определение, честота, класификация**

Понятието “съдови травми” обхваща различни по механизъм, локализация и тежест акутни увреждания на магистралните кръвоносни съдове на човека. То включва травмите на аортата, белодробната артерия, пулмоналните и празните вени, както и на останалите магистрални артерии и вени на човешкото тяло. От това понятие се изключват нараняванията на малкокалибррените артерии и венозни разклонения, както и на артериоли, венули и капиляри, чието лечение е предмет на общата хирургия. Съдовите травми причиняват внезапно нарушаване на кръвообращението и значителна кръвозагуба и могат да доведат до летален изход както при масивно кръвотечение, така и при незначителна кръвозагуба. Те могат да станат причина за хеморагичен или кардиогенен шок, за загуба на крайници или части от тях. Много често съдовите травми са съчетани – артериални и венозни, а нерядко се комбинират и с травми на нервите и на костите, както и с дефекти на меките тъкани, което създава допълнителни трудности [105, 106, 121].

Във военно време травмите на магистралните артерии се установяват в 1-2% от всички травми, но имат висока смъртност и усложнения ( над 25%). В мирно време те се наблюдават при 0,5 – 3,7% от травмите, като 94% от тях са на крайниците. Малкият процент на травми на магистралните артерии се дължи на значителната еластичност на съдовете и на тяхната анатомична защитеност.

Съдовите травми се класифицират по два главни критерия – механизми на увреждане и вида на травмиращия агент. Според механизма на увреждане травмите се разделят на проникващи и непроникващи. Според травмиращия агент проникващите се подразделят на получени от хладно оръжие или остър предмет и от огнестрелно оръжие. От своя страна, непроникващите се делят на директни или индиректни – чрез вторичен агент.

Ятрогенните съдови травми са механични на съдови магистралаи, получени при инвазивни изследвания или оперативни намеси, което прави отделянето им в отделна група уместно. Медикаментозните съдови травми са ятрогенни съдови травми, получени от вътресъдовото приложение на увреждащи интимата медикаменти.

Проникващите съдови травми причиняват различни увреждания на целостта на съда: частично, странично нараняване на съдовата стена без съдов ефект.

Непроникващата тъпа травма може да се получи от преразтягане или от външна компресия на съда. В резултат се стига до контузия на кръвоносния съд, често без видима външна лезия на неговата стена. Подобна е ситуацията и при вътресъдово медикаментозно увреждане, засягащо интимата на съда.

### **1.3.3. Хронична артериална недостатъчност на крайниците.**

#### **Определение и стадии**

Хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК) е клиничен израз на хроничната диспропорция между необходимостта от кислород и доставянето му в тъканите на крайника и се дължи на намален магистрален артериален кръвоток.

Според редица проучвания 1 млн. души население ежегодно се регистрират между 500 и 1000 нови болни в напреднал стадий на ХАНК, които се нуждаят от активно лечение.

Основният патогенетичен фактор за ХАНК е наличието на препятствие по пътя на магистралния артериален кръвоток. Патологичните процеси водят до артериална недостатъчност, която се проявява чрез периферна тъканна исхемия. Етиологичните фактори могат да бъдат както вродени (съдови пороци), така и придобити – с възпалителен, травматичен или дегенеративен характер. В този ред главна причина за ХАНК е генерализираната атеросклероза.

Класификацията включва следните стадии:

- първи стадий – латентна артериална недостатъчност – протича без субективни изяви.

- втори стадий – функционална или компенсирана форма на артериална недостатъчност, която се проявява при натоварване. Болката принуждава болният да спира, за да почива, а симптомът се нарича “спорадично накуцване”.

- трети стадий - декомпенсирана ХАНК и води до трайна исхемия, която се изразява чрез постоянна болка. Тя е най-силна в най-дисталната част на крайника, изисква приемане на аналгетици и се засилва нощем.

- четвърти стадий – напреднала ХАНК с трофични промени от некротичен характер в тъканите на дисталните сегменти на крайника.

Лечението на втори стадий е амбулаторно с вазоактивни медикаменти след снемане на артериален статус. Диспансеризирането на пациента е задължително, като се има в предвид, че при 30% от болните заболяването прогресира до критична артериална исхемия. Тъй като при болни с ХАНК смъртността е два пъти по-висока спрямо популацията на същата възраст, особено важно е да се ограничи развитието на атеросклерозата. За целта трябва да се изследва липидният профил, да се препоръчва съответна диета, антилипемични медикаменти, режим и контролни изследвания.

Пациентите от трети стадий се хоспитализират в специализирани клиники за уточняване на диагнозата и своевременно активно лечение. При болните от четвърти стадий, включително онези с разпространена, но суха гангрена, които не са в критична исхемия, подлежат на планово хоспитализиране, уточняване на диагнозата и адекватна оперативна интервенция.

### **Рискови фактори**

Най-честа причина за ХАНК е атеросклерозата – около 80%. Възгледите относно етиологията и патогенезата на атеросклерозата са хипотетични с различна значимост на отделните хипотези. Приема се мултифакторна етиология. Относно възникването на артериосклерозата съществуват следните хипотези и теории:

- класически теории – организиране и инкрустиране на фибринови отлагания, възпалително-дегенеративни промени в артериалната интима и медия, инфилтрация на артериалната интима с липиди.

- модерни теории – стареене на клетъчните клонове, мутагенна теория, теория за увреждане и възстановяване на ендотела, загуба на мембранни рецептори, хронифицирана инфекция на артериалната стена.

От рисковите фактори се приема, че тютюнопушенето е рисков фактор номер едно, за възникването на периферната атеросклероза. Епидемиологичните проучвания показват, че при пушачите ХАНК настъпва с около 10 години по-рано, отколкото при непушачите. Тежестта на ХАНК нараства с количеството изпушени цигари. Трайното спиране на тютюнопушенето корелира с бърз спад на инцидентността на ХАНК.

Възможните патогенетични механизми за възникването на атеросклероза при дълготрайно инхалиране на тютюнев дим са:

- оксидативни увреждания на ендотела,
- повишена ендотелна контракция,

- нарушена обмяна на кислорода,
- нарушен клетъчен липиден обмен,
- активиране на плазмения асоагулабилитет,
- имунопатогенетични реакции.

Диабетиците развиват пет пъти по-често атеросклероза отколкото недиабетиците. При продължителност на диабета по-малко от 10 години инцидентността на ХАНК е около 40-45%, а при повече от 10 години е около 60-65%. Спорно е дали диабетната макроангиопатия е отделна нозологична единица [212, 218].

През последните десетилетия се доказва, че инсулиновата резистентност играе ключова роля при т.нар. метаболитен синдром, който се характеризира като съчетание на затлъстяване, неинсулинозависим захарен диабет, хиперинсулинемия, хиперлипидемия, хипертония, кардиоваскуларни заболявания [103, 112].

Около 50% от хората над 40 годишна възраст имат повишени стойности на общия холестерин. Причината за това са предимно нарушенията в храненето, генетичната предиспозиция, ендокринни нарушения, захарен диабет, бъбречни заболявания, чернодробни заболявания, дългосрочно лечение с бета-блокери, диуретици и циклоспорин.

Редица изследвания доказват епидемиологичната зависимост между хипертонията и ХАНК. Артериалната хипертония има превалентност около 20% сред възрастното население и се среща по-често при мъжете. Освен първичната или есенциалната хипертония (95% от пациентите), при 5% се очакват вторични форми, най-често с реновазална генеза в следствие на атеросклеротичните промени. Атеросклерозата от една страна е следствие на хипертонията, от друга страна е неин съпричинител.

Други изследвани фактори са напредналата възраст, пола, отрицателните емоционални стресове, затлъстяването и обездвижването.

Болестността от атеросклероза се увеличава с възрастта, когато се увеличава и влиянието на други рискови фактори. Възрастта е независим прогностичен параметър свързан с тежестта на заболяването. Инцидентността на големите ампутации при ХАНК нараства 5-6кратно след 80 годишна възраст.

Напредналата възраст е важен рисков фактор за развитието на атеросклерозата и нейните тромбоемболични усложнения. Комплексната система за възстановяване на ендотела и съдовата стена включва клетки на съдовата стена и клетки произхождащи от костния мозък, които поддържат равновесието и интегритета на съдовия ендотел. Възрастово обусловеният спад на произхождащите от костния мозък съдово погениторни

клетки водят до нарушения в системата за възстановяване на съдовата стена, които от своя страна отключват атеросклеротичните възпалителни процеси и техните тромбоемболични усложнения [193, 214].

Ранните лезии на съдовата стена са реверзибелни. Напредналите атеросклеротични промени могат да бъдат стабилизирани и болестният процес да бъде спрял чрез подходящи антиатеросклеротични мерки. Познаването на колагенния състав, протеоглюканите, акстрацелуларните металопротиази и хистиархитектониката на атеросклеротичните плаки отваря нови перспективи за проследяването на регресията на артериосклеротичния процес чрез магнитно-резонансната томография (МРТ).

Относно пола като рисков фактор трябва да се подчертае, че при мъжете атеросклерозата настъпва 10 - 15 години по-рано отколкото при жените. С нарастващото използване на контрацептивни средства и тютюнопушене при жените, рискът от ХАНК нараства значително, особено след климактериума [105, 106, 107].

При потискане на отрицателните емоции, при блокиране на самочувствието и личностните прояви, при социално отчуждаване рискът от внезапна сърдечна смърт нараства сигнификантно. Предполага се, че положителните емоции – спокойствието, хуморът, смехът и радостта имат профилактично действие срещу проявите на атеросклероза и пораждат положителни лечебни реакции в организма.

Затлъстяването като нозологична единица е значим и независим кардио-васкуларен рисков фактор, който може да причини проявата или да отключи и засили въздействието на други рискови фактори, като артериална хипертония, захарен диабет, хипер- и дислипидемия. Маснатата тъкан има ендокринна активност, която играе роля при свързаните със затлъстяването здравни усложнения и заболявания.

Лицата с много намалена физическа активност умират два пъти по-често от сърдечно-съдови заболявания, отколкото лицата които провеждат редовно телесно обременяване. Умерената физическа активност най-вероятно е важен протективен фактор срещу атеросклерозата и нейните клинични прояви.

#### **1.4. Социалният проблем – ампутация на крайник – проблеми на личността и семейството. Отговорности на обществото.**

Ампутацията на крайник е физическото отстраняване на част от крайника или целия крайник в резултат не само от нарушаване функцията на крайника, но и от

застрашаване живота на пациента. Ампутиацията има сериозни социални аспекти, както за личността и семейството, така и за обществото като цяло. Проблемите на личността са сложни физически, емоционални, финансови и битови, свързани с промяна в начина на живот. Човешкият индивид трябва да успее да се социализира отново, да се мотивира за реинтеграция. Това е отговорност, както на самата личност, така и на медицинските специалисти, на правителството и държавата, на обществото като цяло. Повишаването на качеството на живот на пациентите с ампутирани крайници е трудна и комплексна задача.

Ампутацията на горни крайници най-често е в резултат на травма или инцидент и е характерна най-вече за младите хора. Водещо място при пациентите с ампутация на горен крайник имат злополуките. Пациентите уточняват, че това са трудови злополуки, злополуки в резултат на електрически ток, транспортни злополуки, както и измръзване. Преживяната травма сама по себе си води до депресивни състояния, а загубата на горен крайник е свързана не само с промяна на физиката, но и със загуба на умения и невъзможност за извършване на елементарни дейности от ежедневието - хранене, сресване, обличане, събличане, тоалет, завързване на обувки, пиене на вода, шофиране, писане и т.н. От друга страна липсата на горен крайник, макар и заменен с протеза е полесно забележим за околните. При среща човек осъществява невербален контакт като махане с ръка или здрависване за поздрав. Ето защо световните изследвания показват, че по-голям процент от хората преживели депресия след загуба на крайник са хората с ампутирани горни крайници и рехабилитацията и реинтеграцията на пациенти с ампутирани горни крайници е много по-сложна задача [99, 107, 118, 121].

Отстраняването на долен крайник неизбежно води до рязко намаляване на двигателната активност, способства за метаболитни и други функционални нарушения в организма, намалява жизнеспособността и трудоспособността. Тези процеси се отразяват на физическото, психологическото и емоционално състояние на човека, изменят социалният му статус и снижават качеството му на живот. Рехабилитацията има за цел да промени тези процеси в положителна посока. Изработването на ефективна програма за физическото и психическото възстановяване на инвалида е най-важната задача на рехабилитацията [102, 111, 114, 124].

Успешната реинтеграция на пациентите с ампутирани долен крайник е комплексна зависимост от много фактори: ниво на ампутацията, общо физическо състояние на организма, възраст, семейно положение, образование и социален статус преди ампутацията, трудова заетост и физическа активност преди ампутацията, рехабилитация-физическа и психологическа, протезиране.

От всички тези фактори може да се каже, че ефективно избраната и изработена протеза е определящият за качеството на живот на хората с ампутирани крайници. Протезата е единственото средство, което може да върне пациента към обичайният му ритъм на живот. Тя става негов постоянен спътник. Протезата е изкуствена функционално подобна човешка част, която замества такава - липсваща или отстранена от тялото. С помощта на механични устройства свързани с човешките мускули и скелет и управлявани от нервната система на човека, ортопедичните протези заменят липсващите части от крайника и подпомагат изпълняването на моторни функции. Така загубата от травма, тежко нараняване или заболяване се преодолява и човешкият индивид се социализира по-лесно и е възможно да изпълнява определени трудови дейности. Ефективно избраната и изработена протеза е определяща за качеството на живот на хората с ампутирани крайници и по тази причина индивидуалният подход при осигуряване на медицински изделия - протези трябва да бъде водещ при рехабилитацията [42, 49, 59, 60, 62, 93].

Индивидуалният подход включва правилно определяне на най-ефективната за дадения пациент протеза.

Протези се поставят и на хора, които по рождение нямат част от тялото. Видът на протезата се определя от липсващия крайник – долен или горен и нивото на ампутацията. Основни видове протези са:

#### **Трансрадиална протеза**

Трансрадиалната протеза е протеза, която замества липсваща част на ръка под лакътя. Тези протези са два основни вида – декоративна и миоелектрична ръка. Миоелектричната ръка позволява движение на китката и пръстите – свиване и разгъване.

#### **Трансхумерална протеза**

Изкуствен крайник, който замества липсваща ръка над лакътя.

#### **Транстибиална протеза**

Транстибиалната протеза е протеза, която замества крак под коляното. Пациенти с ранстибиално ампутирани крайници обикновено са в състояние да възстановят нормалното движение по-лесно, което се дължи в голяма степен на запазване на коляното.

#### **Трансфеморална протеза**

Трансфеморалната протеза е протеза, която замества ампутиран крак над коляното. Пациенти, претърпели бедрена ампутация обикновено имат много трудности при възстановяване на нормалното движение. Като цяло тези пациенти трябва да използва

около 80% повече енергия, за да ходят от човек с цели два крака. Това се дължи на сложността в движението, свързани с липсата на коляно. Има нови протези с подобрен дизайн, при които се използва хидравлика, въглеродни влакна, механични връзки, мотори, компютърни микропроцесори и иновативни комбинации от тези технологии, за да се даде по-голям контрол на потребителя.

### **Протеза за дезартикулация на тазобедрената става**

Протезите при дезартикулация на тазобедрената става и при хемипелвектомия обикновено се състоят от изработена по индивидуална мярка приемна гилза, тазобедрена става, ротатор, коленен модул, опорна част тип пилон и стъпало.

### **Апарат обувка или „Сайм“ протеза**

Заместват липсващо стъпало.

Важността от възстановяването на подвижността, независимостта и увеличаване качеството на живот на хората с липсващи крайници стимулира развитието на индустрията произвеждаща протези. Протезите непрекъснато се модернизират в резултат на навлизането на нови материали и технологии. В момента фирмите предлагат богат набор модули, от които може да бъдат направени изключително удобни и функционални крайници, задоволяващи индивидуалните нужди на всеки един пациент.

Сложната кинематична функция на ръката и крака се възпроизвежда трудно, даже и със съвременни средства от механиката и електрониката с микропроцесорно управление. Но вече се произвеждат протези, макар и скъпи, имитиращи добре липсващия крайник. За изработването на такива протези се използват дърво, метал, кожа, латекс, PVC. В наши дни протезирането е високотехнологична специалност комбинираща в себе си анатомични, биомеханични познания, технически. Загубата на крайник в динамичния век, в който живеем, довежда пациента до мисълта и чувството на пълна изолация. Поради тази причина протезирането като част от медицината е обърнато изцяло към рехабилитацията, адаптацията и реинтеграцията на хората със специфични нужди. Протезата е средството, което възстановява мобилността благодарение на съвременна техническа конструкция. Динамиката в ежедневието увеличава неимоверно изискванията за вида и функционалността на протезата. Днес, протезата е много повече от обикновен заместител на част от човешкото тяло. Простите дървени конструкции от миналото се превърнаха в иновативни, високотехнологични системи, които предлагат на засегнатите най-високо ниво на мобилност и сигурност. Други характеристики на качеството включват използването на първокачествени материали (като титан и въглерод, които

често се използват в авиационната индустрия) и привлекателен дизайн. Докато функционалните ползи са от съществено значение, привлекателният външен вид е от решаващо значение и за приемането на продукта от потребителя и неговата социална среда.

Удобството, комфорта, функционалността на протезата определят възможностите на хората, загубили по една или друга причина своите крайници да водят пълноценен и нормален начин на живот, да се върнат на работа, да спортуват. И тук възниква въпросът коя е подходящата протеза и по какви критерии тя да бъде избрана и изработена. Ползата и от най-съвременните протези е ограничена, ако не се предоставят грижи и поддръжка, специално съобразени с нуждите на дадения пациент.

Вторият важен елемент в реинтеграцията на хората с ампутирани крайници е проблемът с тяхната трудова заетост. Правото на труд е основно право на човека. Създаването на трудова заетост поражда чувство на значимост в индивида. Той се чувства полезен. Излиза от изолацията на дома, престава да се самосъжалява, социализира се. Важна задача пред всяко едно общество е да бъде позитивно настроено и толерантно към хората с ампутирани крайници. Отговорност на държавните институции е да разработят специализирани програми както за трудова заетост, така и за изграждане на достъпна околна среда. В България почти всички хора преживели ампутация са с ниски доходи, пенсионери по болест, живеещи в панелни жилища без специализирани рампи, асансьори и др. специализирани технически средства. Приходите на тези хора не осигуряват екзистенц минимума за физическо оцеляване. Градската среда и градският транспорт, обществените сгради са практически недостъпни за хората с физически проблеми [97, 101, 102, 107, 138, 144].

## **ГЛАВА ВТОРА**

### **ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА**

#### **2.1. Цел на проучването**

Целта на дисертационния труд е да се направи оценка на качеството на живот на пациенти с ампутирани крайници като се докаже необходимостта от индивидуален подход при осигуряване на протеза.

#### **2.2. Основни задачи на проучването**

За осъществяване на тази цел се поставиха следните задачи:

1. Анализ на клинично-демографската характеристика на болните с ампутация
2. Анализ на въздействието на двигателния дефицит върху качеството на живот на пациентите с ампутация.
3. Сравнителен анализ на качеството на живот на пациентите с липсващ долен и липсващ горен крайник.
4. Анализ на ефективността от протезирането като фактор, определящ качеството на живот на пациентите на хората с липсващ крайник, заменен с протеза.
5. Проучване методиките за индивидуален подход при избора на протеза и анализ на тяхното приложение.
6. Анализ и оценка на действащата система за отпускане и изготвяне на помощни средства-протези и съпоставка с европейските и световните системи.

#### **2.3. Работна хипотеза**

Съществува зависимост между индивидуалният подход при определяне вида на протезата и нейната изработка с качеството на живот и пълноценната реинтеграция в обществото на хората с ампутирани крайници

#### **2.4. Обекти на проучването**

1. Нормативната и регулаторна рамка на системата за отпускане на технически средства - протези.

2. Европейски и световни методи за индивидуален подход при избор на протеза.
3. Изразено в специализирани въпросници мнение на пациенти с ампутирани горни и долни крайници.

### **2.5. Предмет на проучването**

1. Официални източници на публикувани нормативни документи (печатни и електронни правни издания - Държавен вестник; „Апис” и др.), закони и подзаконови нормативни актове - наредби, инструкции, заповеди и информационни бюлетини; както и актове и официално публикувани документи на държавни институции, имащи отношение към устройството и дейността на системата за отпускане на помощни средства - протези. Ползвани са и публикации и източници от научна периодика, имащи отношение към правната и деонтологична рамка на социалното подпомагане. Ползвани са публични програмни документи на държавни и международни институции, както и материали от периодичния печат по посочената тематика.
2. Данни от попълнени съгласно приложени въпросници на пациенти на Специализирана ортопедична болница за активно лечение БУЛ-ПРО ЕАД и Националният център по протезиране и рехабилитация – Горна Баня.  
СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД е лечебно заведение профилирано в извършване на реконструктивни ортопедични операции при вродени ортопедични заболявания, както и извършване на ампутации на крайници при болни с късни последици от съдови усложнения при Диабет и ХАНК, а НЦПР е разположен на територията на болничното заведение и изготвя ортопедични помощни средства.
3. Данни от информационната система на Специализирана ортопедична болница за активно лечение БУЛ-ПРО ЕАД и Национален център за социални услуги ЕАД – Горна баня
4. Здравни показатели от национален мащаб взети от Националния статистически институт, свързани с дисертационния труд.

### **2.6. Място, време и обхват на проучването**

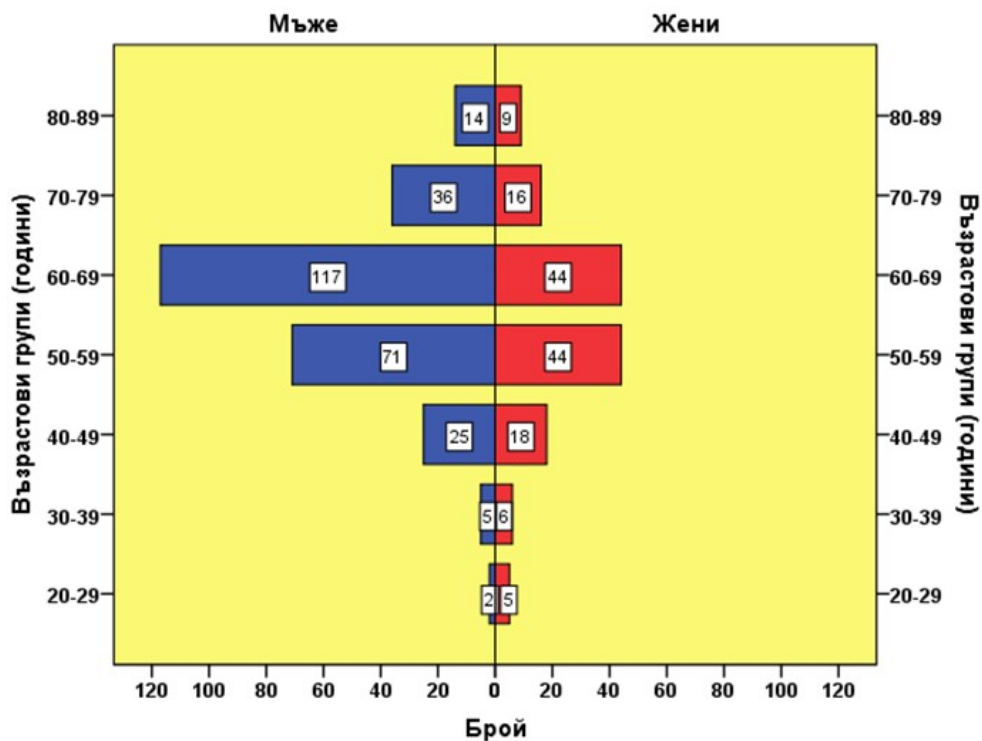
Проучването се проведе в Специализирана ортопедична болница за активно лечение БУЛ-ПРО ЕАД и Национален център по протезиране и рехабилитация – Горна баня за срок от 6 месеца в периода от 01.08.2013 г. до 01.02.2014 г.

В анкетното проучване са участвали 412 човека с ампутиран долен крайник, със средна възраст  $61,04 \pm 11,67$  години в диапазона 21-89 г., от които 270 (65,5%) мъже и 142 (34,5%) жени (фиг. 3).



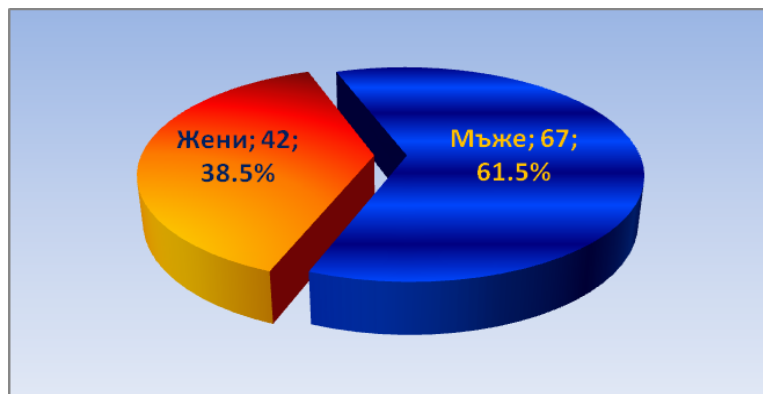
**Фиг. 3. Разпределение на изследвания контингент по пола принадлежност**

Възрастовата група с най-голяма численост (117) при мъжете е 60-69 години, следвана от 50-59 г.(71), а с най-малка (2) – 20-29 г. При жените с най-голяма численост (44) са възрастовите групи 60-69 г. и 50-59 г., а с най-малка (5) – 20-29 г. (фиг. 4).



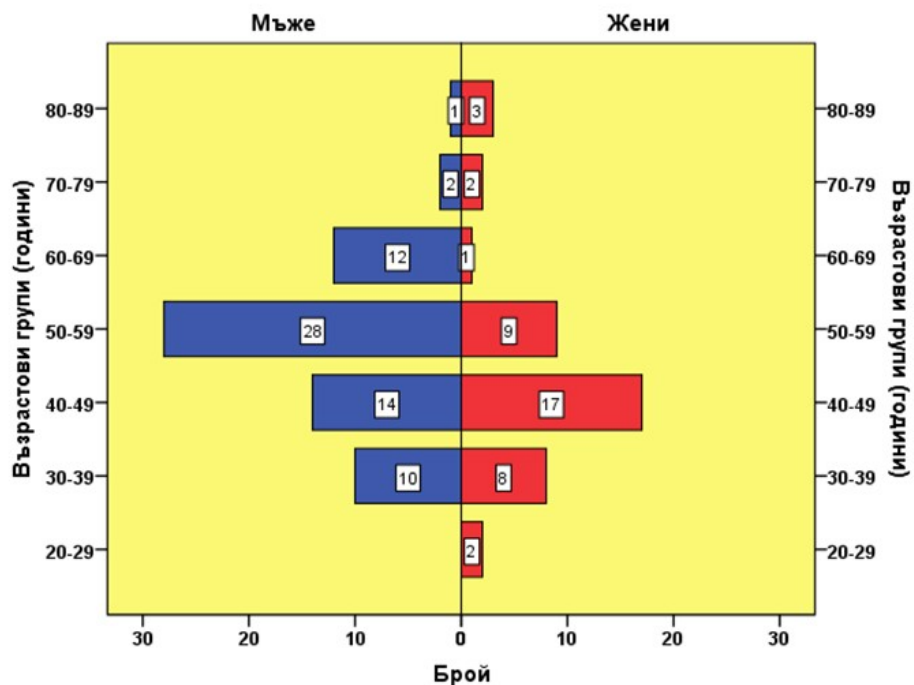
**Фиг. 4. Разпределение на участниците в проучването по пол и възрастови групи**

В анкетното проучване са участвали и 109 човека с ампутиран горен крайник, със средна възраст  $50,54 \pm 12,74$  години в диапазона 19-84 год., от които 67 (61,5%) мъже и 42 (38,5%) жени (фиг. 5).



**Фиг. 5. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност**

Възрастовата група с най-голяма численост (28) при мъжете е 50-59 години, следвана от 40-49г. (14), а с най-малка (0) – 20-29 г. При жените с най-голяма численост (17) е възрастова група 40-49 г., после от 50-59 г. (9), а с най-малка (1) – 60-69 г. (фиг. 6).



**Фиг. 6. Разпределение на участниците в проучването по пол и възрастови групи**

## **2.7. Постановка и дизайн на проучването**

Проучването беше анкетно проучване от проспективен тип. То беше анонимно. Изготвени бяха два специализирани въпросника – един за хора с ампутирани горни крайници и един за хора с ампутирани долни крайници с 46 броя въпроси, разделени в 4 основни групи.

По време на престоя в СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД или при посещение на НЦПР за ремонт, изработка или подмяна на протеза на пациентите се предлагаше участие в проучването, като биваха обяснявани целите, задачите и начина на провеждане. За гарантиране на анонимност, след попълването на въпросника, анкетираните поставяха картите в кутия, поставена на видно място. Събирането и обработката на анкетните листове се извършваше само от провеждащия проучването периодично. Данните на попълнените анкетни карти се прехвърляха от анкетиращия върху магнитен носител и първичната им обработка се извършваше в Microsoft Excel. Готовите масиви с данни се обработиха с помощта на статистическия софтуерен пакет SPSS 13.0. При обработката и анализа на данните от проучването въпросите и дадените отговори бяха подредени в следните групи:

Група 1. Социодемографски характеристики на анкетираните; възрастова структура; разпределение по семейно положение, давност на ампутацията, разпределение по причини за ампутацията.

Група 2. Въпроси, свързани с индивидуалното усещане и отношение на пациентите към протезата-външен вид, твърдост, удобство.

Група 3. Въпроси, свързани с общата функционалност на протезата.

Група 4. Въпроси, даващи информация за качеството на живот на анкетираните.

Получените резултати се подложиха на анализ като водещ критерий беше оценка на ефективността от протезата и влиянието ѝ върху качеството на живот на хората с ампутирани крайници. Направен беше сравнителен анализ между двете анкетиранни групи. На основата на направените изводи и заключения бяха посочени възможни решения за прилагане на индивидуален подход при избора на протеза с цел подобряване качеството на живот на изследваната социална група и с цел по-добрата ѝ интеграция в обществото.

## **2.8. Методи на проучването**

За изпълнение на поставените задачи бяха използвани следните методи:

**Метод на ретроспективния анализ** - позволяващ обобщения, които са допустими на основата на факти от миналото.

**Епидемиологичен метод** – позволяващ оценка на количественото определяне на обхвата на ампутацията, причините довели до нея, моделите ѝ на промяна и разпространение, както и на определящите рискови фактори.

**Социологически метод** - набирание на информация чрез два специализирани въпросника: един за хора с ампутирани горни крайници и друг за хора с ампутирани долни крайници с 46 броя въпроси. Въпросниците са собствена разработка на автора и са базирани следните международни въпросници:

1. The World Health Organization - Quality Of Life (WHOQOL).
2. Questionnaire For Persons With Trans Femoral Amputation (Q-TFA).
3. Prosthesis Evaluation Questionnaire - Prosthetics Research Study Seattle, WA, USA.
4. Daily Living and Occupations of Upper Extremity Amputees Department of Rehabilitation Medicine, Center of Prosthetics and Orthotics, Seoul Veterans Hospital.

#### **Статистически методи**

Данните са въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 13.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза бе прието  $p < 0.05$ .

Бяха приложени следните методи:

1. **Дескриптивен анализ** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
4. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
5. **Екзактен тест на Фишер и тест  $\chi^2$**  за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорични променливи.
6. **Непараметричен тест на Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк** – за проверка на разпределението за нормалност.
7. **T-критерий на Стюдънт** – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
8. **Непараметричен тест на Ман-Уитни** – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.

## ГЛАВА ТРЕТА

### РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

#### 3.1. ПРАВНА РАМКА НА СИСТЕМАТА ЗА ИНТЕГРАЦИЯ И СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ НА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ И НА ХОРАТА С АМПУТАЦИЯ НА КРАЙНИК

##### **3.1.1. Международни организации и защита на хората с увреждания. Европейски стратегии и програми за финансово подпомагане, трудова заетост и интеграция.**

На 13.12.2006 г. Организацията на обединените нации (ООН) приема Конвенцията за правата на хората с увреждания. Конвенцията влиза в сила на 03.05.2008 г. На 23.12.2010 година Конвенцията е ратифицирана и от Европейския съюз. През ноември 2010 година ЕС приема Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г. С нея се определят мерките по прилагане на конвенцията от страна на европейските институции. Република България подписва Конвенцията на 27.12.2007 г.

Конвенцията трябва да се разглежда като универсален списък от минимални стандарти, които трябва да се предвидят от държавите за да се гарантират равенството на хората с увреждания пред закона и ефективно упражняване и защита на основните им човешки права. Те следва да се възприемат не като обект на благотворителност, а като равноправни граждани. Трябва да се направи преход от медицинския модел на отношение към социалния модел, фокусиран върху социално включване в обществото. Конвенцията за правата на хората с увреждания поставя много предизвикателства пред съществуващите национални законодателства и политики. В доклад на Агенцията на Европейския съюз за основните права FRA се казва, че правителствата трябва да вземат предвид нуждите на хората с увреждания във всички свои политики, програми и действия. Страните по конвенцията трябва да предприемат концептуални промени на съществуващата нормативна база за да отговорят на изискванията ѝ. Това е проблем, който все още стои на дневен ред за България. Конвенцията акцентира на следните ключови проблеми [1, 59]:

- ✓ Равнопоставеност на хората с увреждания и борба с дискриминацията.
- ✓ Достъпна среда и право на хората с увреждания да живеят независим живот и да участват пълноценно във всички аспекти от живота на обществото.

- ✓ Правоспособност и дееспособност на хората с увреждания.
- ✓ Достъп до правосъдие.
- ✓ Право на независим живот и включване в общността.
- ✓ Осигуряване на хуманни институции.

Въпреки, че държавите членки на ЕС носят основната отговорност за мерките свързани с хората с увреждания, ЕС подпомага техните действия и създава условия за по-нататъшен напредък. Действията на ЕС започват с анализ на сферите на съответните политики от гледна точка на хората с увреждания. Това съдейства за по-доброто на потребностите им и тези потребности в следствие се вземат под внимание при разработване на дадена политика и законодателство [1]. По този начин Европейският съюз гарантира, че всички хора с увреждания могат да използват своите човешки права за постигане на интеграция и пълноценно участие в обществото. Това е основата на разработената Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010 - 2020 г. Тази стратегия цели:

- да направи достъпни стоките и услугите и помощните средства за инвалиди,
- да гарантира, че хората с увреждания ползват всичките граждански права на ЕС,
- да насърчава предоставянето на висококачествени, базирани по местожителство услуги,
- да се бори с дискриминацията заради увреждания,
- да улесни достъпа на много повече хора с увреждания до отворения пазар на труда,
- да насърчава приобщаващото образование и обучението през целия живот за ученици и студенти с увреждания,
- да се бори с бедността и социалната изолация чрез осигуряване на подходящи условия на живот,
- да насърчава равния достъп до медицинско обслужване и свързаните с това услуги,
- да стимулира правата на хората с увреждания чрез международни програми и програми на ЕС за разширяване,
- да повиши нивото на осведоменост за проблеми, свързани с уврежданията, и да разяснява на хората с увреждания по-добре техните права и начините за тяхното използване,
- да подобри използването на финансовите инструменти на ЕС за достъпността и срещу дискриминацията.

Следствие на Европейската стратегия хората с увреждания за периода 2010-2020 г. е Програмата на ЕС за заетост и социални иновации (ЗиСИ) [95]. Заетостта и социалното положение съставлява най-важната тревога на хората и правителствата в целия съюз днес. Те също така представляват заплахата за средносрочното и дългосрочното сближаване, стабилността, конкурентоспособността и просперитета на ЕС. В този контекст на криза и засилващи се демографски, екологични и технически предизвикателства, които засягат трудовите пазари и системи за социално осигуряване, Европа се нуждае от инструмент на равнище ЕС, който редом с Европейския социален фонд (ЕСФ) да генерира, изпитва и разпространява иновативни политически решения за насърчаване на устойчив дългосрочен растеж и работни места, за намаляване на различията между държавите членки и за постигане на напредък по отношение на намаляването на социалното неравенство. Програмата на ЕС за заетост и социални иновации (ЗиСИ) се стреми да запълни тази ниша. Тя ще подпомага реализирането на Стратегията „Европа 2020“ [110] в областта на заетостта, социалните въпроси и приобщаването, като допълни ЕСФ (който е концентриран предимно върху проекти на местно и национално равнище) чрез поставяне на акцент върху иновативни проекти с общоевропейско измерение. Приоритетните дейности на ЗиСИ през периода 2014-2020 г. ще помогнат на държавите членки да модернизират своите трудови пазари и социалноосигурителни системи и да увеличат нивото на заетостта, по-специално сред младите хора. Други важни задачи ще включват подпомагане на създаването на работни места, насърчаване на висококвалифицирана работна сила, окуражаване на адаптирането към промени и очаквано реструктуриране, повишаване на географската мобилност и популяризиране на социалните иновации. Чрез идентифициране, анализиране и разпространение на най-добри практики ЗиСИ ще подпомогне усилията за проектиране и реализиране на трудови и социални реформи на европейско, национално, регионално и местно равнище. Конкретни проекти и дейности ще помогнат за тестването на реформите на място преди евентуалното по-мощно прилагане на най-успешните от тях, включително чрез ЕСФ. В този контекст ЗиСИ ще вложи около 100 милиона евро за стартирането на подобни експерименти в най-критичните политически области, като например младежка заетост или приобщаване на групи в неравностойно положение. На последно място ЗиСИ ще осигури нов финансов инструмент за подкрепа за социални предприятия. Въпреки че предложението от ЗиСИ бюджет е относително малък, той ще предложи платформа за политически иновации и експериментиране, и може да бъде мащабиран от държавите членки, включително с

подкрепа от ЕСФ. Програмата на ЕС за заетост и социални иновации (ЗиСИ) представлява европейски финансов инструмент, управляван пряко от Европейската комисия, чиято цел е насърчаване на заетостта, социалните политики и трудовата мобилност в Съюза. Финансирането по линия на ЗиСИ се използва за практическо тестване на идеи за реформа, за тяхното оценяване и след това за по-широко прилагане на най-добрите от тях в държавите членки. В центъра на ЗиСИ стои концепцията за социална иновация, която поставя специален акцент върху младежта. Програмата ще осигурява 10–14 млн. евро на година за дейности за социални иновации. ЗиСИ обединява три програми на ЕС, които бяха управлявани по отделно през периода 2007–2013 г.:

**ПРОГРЕС.** Програма за заетост и социална солидарност, която подпомага развитието и координацията на политиката на ЕС за заетост, социално приобщаване, социална защита, условия на труд, антидискриминация и равенство между половете;

**EURES.** Европейски служби за заетост, мрежа за сътрудничество между Европейската комисия и службите за обществена заетост на държавите членки, които насърчават мобилност сред работниците;

**ПРОГРЕС-Микрофинансиране,** която е насочена към увеличаване на предлагането на микрофинансиране за инвалиди с цел стартиране или развиване на малък бизнес.

От януари 2014 г. тези програми формират трите оси на ЗиСИ. Чрез групирането на тези програми заедно в една обединена програма Комисията се надява да надгради техния успех от преди и да постигне общи цели за политиката за заетост и социалната политика на ЕС. Други очаквани ползи от този ход са подобрената координация между програмите, по-голямата свързаност между политиките, както и повишената ефективност при реализирането и управлението. ЗиСИ не е изолирана. Заедно с Европейския социален фонд (ЕСФ) и с Европейския фонд за приспособяване към глобализацията (ЕФПГ) тя формира свързан набор от програми на ЕС за насърчаване на заетостта, социалната защита и социалното приобщаване, както и на условията за труд за периода 2014–2020 г.

Работата е най-ефективното средство за бягство от порочния кръг на маргинализация, бедност и социално изключване. Хората с увреждания често са в капан на този порочен кръг и са нужни ефективни действия за подпомагането им при излизане от него. Барьерите, с които хората с увреждания се сблъскват в получаване на работни места може и трябва да бъдат преодолени чрез различни политически мерки, наредби,

програми и услуги. Това е казано в програмата за заетост на хората с увреждания на Международната организация на труда (МОТ) [75] .

МОТ е създадена през 1919 г. като част от Договора от Версай. След 1945 г. е призната за специализирана организация на ООН по въпросите на труда. Тя е създадена в отговор на нарастващата загриженост за социалната реформа след Първата световна война и убеждението, че тази реформа трябва да бъде направена на международно ниво. Според създателите на организацията е нужно да се подобрят условията на труд и чрез социалната справедливост да се постигне всеобщ мир. МОТ е глобален орган, отговорен за изготвянето и надзора на спазването на международните стандарти на труда, както на практика, така и на теория (на законодателно ниво).

Международната организация на труда се основава на конституционния принцип, че универсален и траен мир може да бъде установен, само ако е базиран на социалната справедливост. МОТ създава такива отличителни черти на индустриалното общество като 8-часов работен ден, защита на майчинството, закони за детския труд и спектър от политики, които допринасят за безопасна работна среда и добри индустриални отношения. МОТ е международна институционална рамка, която дава възможност за намиране на решения, позволяващи подобриенето на работните условия. Нито една държава или икономика не би могла сама да въведе всички тези принципи без наличието на подобна организация. МОТ е международна правителствена организация. Седалището на МОТ се намира в Женева. В нея членуват 180 държави, като България се присъединява през 1920 г., само година след създаването ѝ. МОТ е една от най-успешните многостранни организации, що се отнася до изпълнение на своите задачи. Съществена и уникална особеност на МОТ е нейната тристранна структура. Основните ѝ органи се състоят от представители на държавата (на правителството), на работодателите и на работниците и служителите (на техните организации) в съотношение 2:1:1. Всяка страна-членка има 4 представители, всеки с право на глас. Право на 2 гласа имат представителите на правителствата, и по един глас съответно за представителите на работодателите и за представителите на работниците и служителите.

#### Основни органи на МОТ са:

**Международна конференция на труда** - провежда се ежегодно. В нейната работа участват делегации на всички държави-членки. Конференцията обсъжда доклада на генералния директор на Международното бюро по труда, приема бюджета на

Организацията, обсъжда доклад по прилагането на конвенциите и препоръките, приема международни конвенции и препоръки.

*Административен съвет* - той се състои от общо 56 представители, от които 28 правителствени и по 14 представители на работодателите и на работниците. Той е основният изпълнителен орган на МОТ. На неговите заседания се подготвят и обсъждат проекта на бюджет на Организацията, дневния ред на сесиите на МКТ, избира генерален директор и др.

*Международно бюро на труда* - това е Секретариатът на МОТ, в който работят международни служители от много страни в света. Основна задача на МБТ е да подпомага МКТ, Административния съвет и държавите-членки на МОТ, по различни въпроси на трудовите и осигурителните отношения. То се оглавява от генерален директор.

В дейността на МОТ се очертават три основни насоки:

- нормотворческа - това е основната дейност - приемане на международни трудови конвенции и препоръки, чието предназначение е да установяват международни норми за регулиране на труда, които очертават линията, която насърчава развитието националните трудови законодателства и социална политика на държавите;
- техническо сътрудничество - състои се в оказване на помощ и съдействие на държавите-членки при решаване на практически въпроси, свързани с труда и положението на трудещите се;
- изследователска, проучвателна и информационна дейност на МОТ. Тя се осъществява от МБТ. То подготвя материалите по въпроси, включени в дневния ред на МКТ и на Административния съвет, предоставя съвети, експертни заключения и мнения по законопроекти и други проекти в областта на труда, общественото осигуряване, извършва и публикува научни изследвания, в които обобщава международния опит в решаването на трудовите и социалните проблеми.

Програмата на МОТ за хората с увреждания насърчава равенството им при осъществяване на труд. Основни конвенции в тази насока са: Конвенция за професионалната реадaptация и заетостта на лицата с увреждания № 159 и Препоръка №168, които са приети през 1983 г. Конвенцията изисква от държавите-членки, в

съответствие с националните условия, практика и възможности, да формулират, осъществяват и периодически да правят преглед на националната политика по професионално рехабилитиране и заетост на лицата с увреждания. Подновеният акцент върху пълноценното участие се съдържа в чл. 1.2, който посочва, че целта на професионалната реадaptация е да даде възможност на тези лица да осигурят, запазят или повишат позициите си в заетостта и "по такъв начин да насърчи интегрирането или реинтегрирането в обществото на лицата с увреждания".

Равенството като цел е отразено в чл. 4 на Конвенцията – политиката ще се основава на принципа на равните възможности за работниците с увреждания. Равенството на възможностите и на третирането на мъжете и жените с увреждания ще бъде зачитано. Предвижда се използването на специални позитивни мерки, насочени към постигане на равенство във възможностите и отношението спрямо лицата с увреждания, и те не могат да се считат за дискриминаторни спрямо другите работници. Конвенцията предписва предприемането на мерки на национално равнище, които да водят до осъществяване на политиката. Темата за равенството преминава и през Препоръка № 168. Така например:

- Лицата с увреждания трябва да се ползват от равни възможности и еднакво отношение при достъпа до работа, запазването на наличната работа и повишението в службата, когато това е възможно или отговаря на техния избор и държи сметка за индивидуалната пригодност за такава заетост (чл. 7).

- При предоставяне на помощ за професионална реадaptация или намиране на работа за лицата с увреждания, принципът на равните възможности и отношение за работниците (мъже и жени) следва да бъде спазван (чл. 8).

- Следва да се предприемат мерки за съдействие на заетостта на лицата с увреждания, съответстващи на нормите на заетостта и работната заплата, които се прилагат общо към работниците (чл. 10).

Препоръката напомня на държавите-членки, че подобни мерки трябва да включват съответно приспособяване на работните места, на длъжностните характеристики, на средствата и организацията на труда, за да улесняват обучението и заетостта. Предвид изместването на тежестта от модела на грижата към модела на правата, което се наблюдаваше през този период на национално и международно равнище, Препоръката ясно заявява, че лицата с увреждания трябва да бъдат информирани за своите права и възможности в областта на заетостта.

### 3.1.2. Принципи и модели на социалното осигуряване

#### Основни принципи на социално осигуряване [3, 13, 14]

- **Задължителност** – действието на този принцип се изразява в безусловното включване на цялото население, независимо от индивидуалните и професионалните особености, при покриването на всички социални рискове водещи до загуба на доход и до безработица;

- **Доброволност** - дава възможност за избор на начините на неговата реализация на пазарна основа, в това число и за избор на институцията на съответното осигуряване и неговите параметри и разновидности;

- **Хуманност** – чл. 25 на приетата от ООН през 1948г. всеобща декларация за правата на човека е записано: „всеки човек има право на жизнено равнище, включващо и облекло, жилище, медицинско обслужване и необходимите социални грижи за поддържане на неговото, и на семейството му здраве и благосъстояние. Той има право на осигуряване в случай на безработица, болест, овдовяване, старост или други случаи на лишаване от средства за съществуване по независещи от него причини.”

- **Комплексност** – отнася се за:

- ✓ **всички видове осигуряване** – пенсии, безработица, временна нетрудоспособност, инвалидност, бременност, раждане, отглеждане на деца, социални помощи, социална грижа и т.н,
- ✓ **всички възрасти,**
- ✓ **всички населени места,**
- ✓ **едновременно ползване на различни видове социални рискове.**

- **Всеобхватност и общодостъпност** – действие за всички (цялото население) и за всичко свързано със социалното осигуряване без ограничения за осигурителни и други институции, малцинствена и регионална принадлежност, политически убеждения, пол, професия и други.

- **Солидарност** – в съвременните условия на сложни производствени, икономически, социални и други връзки и отношения на зависимост, човек не може да живее и оцелее индивидуално, за това в осигуряването трябва да участват всички и всички да имат достъп до ползване на обезщетения (тъй като никой не може да бъде сигурен, че няма да се окаже в съответен риск).

#### **Модели на социално осигуряване [14]**

**Модел на Бисмарк** – с него започва действието на т. нар. държава на благосъстоянието – участие на държавата в указване на различни публични услуги и преразпределение на доходите в частност и чрез публичната социално-осигурителна система. Моделът обхваща само работещите лица, т.е. за него е характерно професионално осигуряване, което се финансира на базата на осигурителни вноски, изплащани от работодател и работник (в някои случаи се включва и държавата) като се разчита предимно на хоризонтално преразпределение на средствата и осигурителните вноски и пропорционалните на тях осигурителни плащания са лимитирани до определен таван. Схемата на управление на осигурителните фондове е децентрализирана с включване на задължително участие на всички страни осигурили тяхното финансиране.

След Втората световна война развитието на националните системи за социално осигуряване променя концепцията за социална защита и довежда до преминаването към разширяване на осигурителната съвкупност. Принципът на социална защита формулиран в доклада „Бевъридж” поставя основите на нов тип социална политика, която е насочена предимно към борба с бедността. За разлика от модела на Бисмарк при този на Бевъридж е характерно всеобщо (на всички лица и работещи и неработещи) осигуряване поставено на принципа на националната солидарност, финансирането не е чрез осигурителни вноски, а главно чрез данъци и по този начин се набляга на вертикалното преразпределение на доходите. Осигурителните плащания и тук се лимитирани до определен таван, пенсиите са приблизително еднакви, а вноските са пропорционални на спечелените доходи. Ролята на държавата на благосъстоянието се засилва, тъй като една от най-важните цели на системата е да предпази от бедност всички свои членове. Управлението на всички осигурителни фондове е централизирано в ръцете на държавата. Акцентът се поставя върху социалната солидарност и преразпределението на доходите между различните групи от населението.

С времето много от елементите на единия или другия модел сменят местата си. Моделите загубват първоначалният си чист вид и се обогатяват с елементи на другия до такава степен, че понякога е трудно да се определи кой точно модел създава облика на дадена национална социално-осигурителна система и формира нейните главни характеристики.

### **3.1.3. Законодателна рамка на държавите членки на ЕС и на САЩ по отношение на лицата с увреждания**

В развитите държави функционират два модела за финансиране на медицинската помощ и респективно – на здравно осигуряване. Единият модел се прилага в САЩ, а другият - най-общо в европейските държави. При американския модел не съществуват познатите ни задължителни здравни вноски или така познатото в някои европейски страни данъчно осигуряване. Повсеместно в ЕС системите са солидарни - плащат всички според доходите си, а получават тези, които имат нужда, според увреждането на здравето си [114, 211, 212, 214, 219, 221].

Здравноосигурителните системи на държавите от ЕС са се установили в резултат на специфични политически, исторически, културни и социално-икономически дадености. Това е причината за многобройните различия между тях. Като техен универсален принцип е взаимопомощта.

#### **ГЕРМАНИЯ**

Всички осигурени за пенсия (работещите и самоосигуряващите се лица получаващи повече от необлагаемия минимум) са осигурени за инвалидност. В Германия има няколко вида пенсии за инвалидност:

**Пенсии за обща инвалидност (Erwerbsminderung).** Тази пенсия се получава от осигурено лице, което по здравословни причини не е в състояние да работи за поне 6 часа дневно (пенсия за частична инвалидност) или 3 часа дневно (пенсия за пълна инвалидност).

**Пенсия за частична инвалидност (teilweise Erwerbsminderung).** Осигурените лица могат да претендират за пенсия в случай на частична инвалидност, ако отговарят на условията в осигурителното законодателство, родени са преди 02.01.1961 г. и поради здравословни причини не могат да работят по своята или друга приемлива за тях професия за повече от 6 часа.

При наемане на работа, която да доведе до допълнителни доходи към пенсията, това може да доведе до загуба на право за пенсия. Осигуреното лице трябва да се консултира с осигурителната институция преди да приеме такава заетост. Пенсионното законодателство се води от принципа „рехабилитация вместо пенсия“. Ако рехабилитацията може да възстанови и подобри способностите на осигуреното лице, осигурителната институция първоначално ще предложи рехабилитация вместо пенсия.

Всеки, който е задължително или частно осигурен за здраве, автоматично има право на дълготрайни грижи при нужда. Схемата за социално подпомагане е универсална и отворена към всички, които отговарят на условията, в частност лицата, които имат нужда от грижи в резултат от физическо, емоционално или умствено увреждане или инвалидност, и се очаква да имат нужда от дълготрайни грижи за повече от 6 месеца, за да изпълняват ежедневните си дейности. В някои специфични случаи, лицата с по-малки потребности също могат да имат право на подобни грижи.

Условията и обезщетенията много си приличат в двете схеми. Но при задължителните схеми лицето трябва да има осигурителен стаж от две години, докато при социалното подпомагане няма такива условия. Основна разлика е също така, че социалното подпомагане е възможно само в случаите на зависимост (лице, което има нужда от грижи, не може да понесе разходите за тях и няма други лица, които да му помогнат).

И двете схеми (statutory long-term care insurance и social assistance scheme) предвиждат изплащане на пенсии за покриване на разходите на членовете на семейството и други неформални грижи. Съществуват различни обезщетения:

**Обезщетения в натура**, които включват: Предоставяне на домашни грижи от амбулаторни центрове, или индивидуални грижи, предоставяне на грижи от денонощни центрове, еднократни суми за покриване на разходите в домакинството. Стойността на тези помощи зависи от степента на зависимост на лицето и максималната сума от 1510 €.

**Pflegevertretung** представлява плащане на до 1510 € за до 28 дни в една календарна година като заместител на лицето, което полага индивидуални грижи, ако то е в отпуски или е болно. Допълнителни грижи са възможни за лица с деменция, умствени увреждания или психични заболявания. Тези грижи не са ограничени със срок и се получават, докато лицето има право на тях.

**Парични обезщетения** Размерът им варира според степента на зависимост на лицето. За категория III е равно на 685 € и може да се получават докато лицето отговаря на условията за получаването им.

## БЕЛГИЯ

В Белгия осигуряването за здравни грижи и обезщетения има специфика. За да е осигурен работникът срещу тези рискове, трябва да се присъедини към взаимен осигурителен фонд (*mutualité / ziekenfonds*) по избор или да се регистрира в регионален клон на Спомагателния фонд за осигуряване за инвалидност и болест (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité / Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering-СААМ/НЗИВ/*). В Белгия взаимните осигурителни фондове са групирани в национални съюзи на взаимни осигурителни фондове на християните, социалистите, независимите, свободните и либералите.

По-долу взаимните осигурителни фондове и регионалните клонове на Спомагателния фонд ще се наричат „здравноосигурителни фондове“. Взаимните осигурителни фондове представляват асоциации от индивиди с идеална цел, насочени към насърчаване на физическото, психологичното и социалното благосъстояние. Спомагателният фонд за осигуряване за болест и инвалидност представлява обществена институция за социална сигурност.

На практика социалната сигурност е федерален въпрос, който е от ресора на компетенциите на министъра по социалните политики (*Ministre des Affaires sociales*), на министъра на заетостта (*Ministre de l'Emploi*), на министъра на обществените услуги (*Ministre de la Fonction publique*), на министъра, отговарящ за пенсиите и големите градове (*Ministre des Pensions et des Grandes villes*), на министъра, отговарящ за въпросите, свързани със средната класа (*Ministre des Classes moyennes*), на държавния секретар по социални политики, отговарящ за хората с увреждания (*Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales chargé des personnes handicapées*) и на държавния секретар по социална интеграция и за борба с бедността (*Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté*). Националната служба за социална сигурност (*Office national de Sécurité sociale / Rijksdienst voor Sociale Zekerheid – ONSS / RSZ*) представлява обществена институция за социална сигурност, която има за задача да събира вноски (с изключение на трудови злополуки) и да разпределя средствата между централните институции, отговарящи за администрирането на отделните клонове на социалното осигуряване чрез така нареченото „Глобално управление“.

Сферите болест, майчинство и инвалидност се ръководят от Националния институт за осигуряване за болест и инвалидност (*Institut national d'assurance maladie-invalidité / Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering – INAMI / RIZIV*), който най-вече

разпределя финансовите ресурси между различните осигурителни фондове, отговарящи за обезщетенията (взаимни осигурителни фондове, които са свързани с един от петте национални съюза, с регионални клонове на Спомагателния фонд за осигуряване за инвалидност и болест или със Здравноосигурителния фонд на Холдинга на белгийската национална железопътна компания SNCB-Holding). Изборът на осигурителен фонд е свободен, като изключение правят служителите на Националната железопътна компания на Белгия.

Работник, който в резултат на болест или влошаване на здравето не може да печели над една трета от нормалните доходи на работник от същата категория и със същото обучение, се приема за инвалид. Минималното ниво на неработоспособност е най-малко 66 процента

Ако работник е получавал обезщетение за болест една година и продължава да не е в състояние да се върне на работа, може да има право на обезщетение за инвалидност (*indemnité d'invalidité / invaliditeitsuitkering*). Това право се преустановява обаче при навършване на пенсионна възраст (която в момента е 65 години за жени и мъже).

Обезщетението за инвалидност (*indemnité d'invalidité/ invaliditeitsuitkering*) възлиза на 65 процента от предишните доходи, ако има лица, които се издържат от човека с увреждания. Ако няма такива лица тази сума се намалява на 55 процента за неомъжено/неженено лице или 40 процента за партньор.

Хората с увреждания трябва да предоставят на медицинския консултант на здравноосигурителния фонд медицинско удостоверение, попълнено от лекуващия лекар. Медицинският консултант на здравноосигурителния фонд преценява обезщетението.

## **АВСТРИЯ**

В страната действа всеобщо задължително осигуряване срещу болест, злополука, за пенсия и срещу безработица. Има 24 здравноосигурителни каси, които са самоуправляващи се институции. Възстановяването на разходи за закупени лекарства се извършва по позитивен списък, изготвян от Федералното министерство на труда, здравеопазването и социалните грижи. То осъществява и надзор върху здравноосигурителната система и контролира социалноосигурителните организации.

## **ДАНИЯ**

Здравеопазването се управлява от специална държавна служба, която има областни клонове. Средствата идват от приходните данъци, събирани в съответната област, като

вноските са задължителни. Няма лимити, нито дори пакет от здравни дейности, осигурявани с публични пари. От какви изследвания или консултация има нужда пациента преценява лекарят.

## САЩ

Американците нямат “социално осигуряване” в европейския смисъл на думата. Конкуриращи се частни застраховки покриват разходите им за здраве и изплащат пенсиите. Те имат същите привилегии и услуги както в ЕС. В САЩ всеки работник може да си открие спестовна сметка за здраве, която е освободена от данъци. В тази сметка предприятието, което го е наело внася определена сума – например 2000 \$ всяка година. Тази сметка се управлява от частна застрахователна компания с нормални търговски права **Managed Care Organization – (MCO)**.

Американската система за здравно осигуряване много ясно разделя различните типове здравни застраховки:

– **текущите здравни разходи** са финансирани от застраховки в конкуренция една с друга, с които клиента сключва модулни договори, съгласно желанието си. Всичко това на практика се реализира в Здравна спестовна сметка, финансирана от работника и работодателя.

– **незадължителните здравни разходи** са финансирани от самите американци, които могат да доплащат остатъка непокрит от Здравната спестовна сметка.

– **разходите по тежки и непредвидими болести** се покриват от една друга застраховка, която в Северна Америка наричат **catastrophe**.

Хората, които нямат възможността да сключат застраховка „Здраве“ чрез работодател, могат да се застраховат индивидуално чрез МСО.

Американците плащат своята собствена здравна осигуровка и знаят във всеки момент с какво разполагат. Те не наливат пари в общ казан, както е в повечето европейски държави:

– Здравните разходи на хората над 65 години се покриват от цялото общество, от правителствената програма **Medicare** чрез една аналогична на МСО система.

– Здравните разходи на инвалидите са покрити от данъците чрез правителствената програма **Medicaid**.

Други основни понятия са:

**РРО или Preferred Providers Organizations** са частни застрахователни компании, които осигуряват работника чрез предприятието, в което той работи. Работникът има

право да се консултира само от лекари и лечебни заведения, одобрени от застрахователя.

**НМО или Health Maintenance Organizations**, групира в едно застраховател и доставчик на здравни услуги. Има три модела за функционирането ѝ:

- **Staff Model** – здравните екипи са директно наети и плащани от НМО. Екипите лекуват само клиенти на тяхната компания.

- **Group Model** - екипите са плащани според броя на пациентите осигурен от застрахователя.

- **IPA или Independent Practice Association** – независими от застрахователя екипи са плащани, за да предоставят здравни услуги на клиентите.

Цената на Здравното осигуряване за американците е средно 5000 \$ годишно, разпределена наполовина върху работодателя чрез МСО и другата половина върху работника, идваща от заплатата му. Същата цена за ЕС е средно 7000 \$. Европейската система е близо 50% по-скъпа от американската, която е базирана на частни осигуровки и използва принципа на конкуренцията.

## **ВЕЛИКОБРИТАНИЯ**

Социалното осигуряване във Великобритания включва:

– Национална осигурителна схема, която осигурява обезщетения при болест, безработица, смърт и др. Право за тези обезщетения се придобиват чрез плащане на осигурителни вноски.

– Национална здравна осигурителна система NHS, която осигурява медицинско, дентално и лечение на очите, и която обикновено е безплатна за хората, които живеят в Обединеното кралство и Северна Ирландия.

**Организация на социалната защита.** Министерството на труда и пенсиите (DWP) отговаря за изплащането на повечето социални обезщетения. Агенция „Приходи и митници“ отговаря за събирането на вноските и отчитането им в индивидуалните досиета на лицата, също и за плащанията на данъчни кредити за семейства с деца и работещи с ниски доходи. Агенцията също така администрира детските надбавки и помощите за детегледачка. Министерството на бизнеса, иновациите и уменията отговаря за определянето на политиката и законодателството в областта на отпуските за родители. Работодателите плащат отпуските по болест, за майчинство, бащинство и при осиновяване на дете.

Националните органи за предоставяне на здравни услуги се финансират, за да осигуряват здравни услуги чрез договори със здравни тръстове, други доставчици на здравни услуги и отделни професионалисти. Социалните услуги се доставят от местните власти във финансовите и законодателни рамки определени от Министерството на здравето.

Гражданите могат да имат частна здравна осигуровка, работодателите също могат да покриват разходите за частно лечение.

**Финансиране.** Системата за социално осигуряване се финансира от национални осигурителни вноски, които се плащат от работодателите и служителите, както и от общите данъци.

**Обезщетения за инвалидност.** Обезщетенията се получават в две фази:

- Фаза за оценка – получава се обезщетение за 13 седмици от подаването на заявлението или докато се получи решение за способността за работа на лицето.
- Основна фаза – стартира от 14-та седмица след подаване на заявлението, ако се установи при оценката, че болестта или увреждането не позволяват трудова дейност.

Има две групи в основната фаза:

– група свързана с работна активност (Work Related Activity Group) – поставените лица в тази група ще имат личен съветник, който ще им помага да си намерят подходяща работа и ще имат определени трудови задължения в същото време.

– група за подкрепа (Support Group) – поставените в тази група поради болест или увреждане не се очаква да взимат участие в каквато и да е трудова дейност, освен ако не решат по собствена воля.

**Помощ при намиране на работа.** Участниците в Work Related Activity Group ще имат редовни срещи с личен съветник, с който да дискутират възможностите за работа. Те ще получават помощ и съвети за: откриване на подходящата работа, повишаване на уменията, откриване на силните страни и способности, предприемане на действия за намиране подходяща работа.

При отказ да се участва в програмите, правото на обезщетения може да се загуби.

Покрива се седмично обезщетение по време на основната фаза, която започва от 14-та седмица след подаването на заявлението, ако се установи, че поради болест или увреждане е намалена работоспособността.

**Таблица 2. Седмични обезщетения**

<b>Тип група</b>	<b>Седмично обезщетение</b>
Work Related Activity Group	до 91,40 паунда
Support Group	до 96,85 паунда

**Дълготрайни грижи.** Дълготрайните грижи са необходими, при болест или увреждания, които пречат на лицето да се извършва нормалната си ежедневна дейност, с вероятност тези обстоятелства да продължат за дълъг период.

Националното здравно осигуряване осигурява и/или плаща за грижи от медицинска сестра, ако е необходимо. Всички останали разходи или услуги свързани с дълготрайни грижи са индивидуална отговорност, освен ако лицето няма право на помощ от местните власти. В Шотландия лицето има право на безплатни лични грижи.

Местната власт прилага стандартен тест, за да констатира необходимостта от подпомагане. По този начин се определя каква част от разходите е отговорност на лицето в нужда и каква е за сметка на местната власт.

Дълготрайните грижи са в много форми – от обикновена помощ в домакинството до ежедневна медицинска помощ и лечение. Дълготрайните грижи могат да се предоставят от медицинска сестра и в дома на лицето.

**Обезщетения за хората с увреждания (Disability Living Allowance).** Ако лицето има нужда от лични грижи или има затруднения при ходенето заради физически или умствени увреждания и е под 65 години, има право на обезщетение. То може да се получава в добавка към други обезщетения и няма условия за осигурителни вноски. Има условие да пребивава на територията на Великобритания.

**Парични помощи за придружител (Attendance Allowance).** Лица на възраст 65 и повече години, които имат нужда от лични грижи поради физическо или умствено увреждане имат право на помощи за придружител. Условията са същите като при Disability Living Allowance.

**Обезщетение за полагане на грижи (Carer's Allowance).** Седмично обезщетение за този, който отделя поне 35 часа на седмица в грижи за лице получаващо обезщетение за хора с висока степен на увреждане. Обезщетението има лимит и не може да се получава от редовни студенти.

**The Care Quality Commission (CQC)** е регулаторът за здравните грижи и социалните грижи за възрастните във Великобритания, независимо дали се получават от

държавните здравни служби, местната власт, частни компании или доброволчески организации.

### **3.1.4. Протезирането в Европа и света**

#### **3.1.4.1. Утвърдени критерии за ефективност на протезата**

В момента в световен мащаб има две основни системи за избор и оценка на протезите: Система MOBIS® и Система с L-codes [188, 180].

#### **MOBIS® – Новата система за мобилност на Ото Бок**

Изборът на правилните протезни компоненти е решаващият фактор за успеха на протезирането на пациента. Системата, разработена от фирма „ОТО БОК“ - лидер в производството на протези е основата на почти всички модели за избор на протези. MOBIS® е представена през 1994. Тя се концентрира главно върху пациента и нуждата му от подобро качество на живот. Четири класа мобилност, вместо познатите три функционални класа, са главната база на системата. Освен това е добавена допълнителна категория по тегло за хора над 125 кг/275 lbs. Цялата информация, която е нужна за избор на протезните компоненти е кодирана в един прост символ. С помощта на символа ортопедичният техник може веднага да познае класа на мобилност и степента на натоварване, които са препоръчителни за различните части като протезните стъпала, коленните и тазобедрените стави.

MOBIS® започва с четири класа мобилност: Ходещ на закрито, Ограничено ходещ на открито, Неограничено ходещ на открито и Неограничено ходещ на открито със специални изисквания. Класификацията отговаря на профилиращите въпросници на Германската асоциация за медицински услуги към Националния здравноосигурителен институт (MDS).

MOBIS® – включва четири класа тегло: тегло на пациента под 75 кг/165 lbs, под 100 кг/220 lbs, под 125 кг/275 lbs и над 125 кг/275 lbs.

**Ходещ на закрито.** Пациентът има способността или потенциалната нужда да може да се придвижва с протезата с минимална скорост на равни повърхности. Времето и дистанцията, която може да изминава са сериозно ограничени от състоянието му.

Цели на терапията. Възстановяване на способността на пациента да се изправя и да има ограничена мобилност на закрито.

**Ограничено ходещ на открито.** Пациентът има способността или потенциала да се движи бавно с протезата и да може да преодолява ниски пречки, свързани с околната среда като бордюри, единични стълби или неравен терен. Размерът на времето и разстоянието, на което той/тя може да ходи са ограничени поради неговото/нейното състояние.

Цели на терапията. Пациентът има способността или потенциала да се движи бавно с протезата и може да преодолява ниски пречки от околната среда като бордюри, единично стъпало и неравен под. Времето и дистанцията, която може да изминава са ограничени от състоянието му.

**Неограничено ходещ на открито.** Пациентът има способността или потенциала да се движи с протезата с различен ритъм и може без проблем да преодолява повечето пречки от околната среда. Той/Тя освен това има способността да се движи на открито и може да предприема професионални, терапевтични или други дейности, които да не подлагат протезата на механични натоварвания над средните. Това включва и пациентите, които имат нужда от допълнителна сигурност, заради други състояния (допълнителни увреждания, специални условия на живот) в комбинация със средно до високо натоварващи дейности, свързани с мобилността. В сравнение със здравите индивиди, времето и дистанцията, която може да изминат са ограничени само в незначителна степен.

Цели на терапията. Възстановяване на способността на пациента да ходи и да се движи без ограничение на закрито и с несъществени ограничения на открито.

**Неограничено ходещ на открито със специални изисквания.** Пациентът има способността да ходи с протезата по начин близък до този на Неограничено ходещия на открито. Времето и дистанцията, която може да изминава са неограничени. Освен това, заради високи изисквания към функционалността, протезата може да издържи на високо триене и натоварване.

Цели на терапията. Възстановяване на способността на пациента да ходи и да се движи без ограничение – както на закрито, така и на открито.

### Система с L-codes

L код е пет-знаков буквено-цифров код, който идентифицира качеството на протезата според показателите на издръжливост и степените на мобилност, както и каква част от тялото заменя.

Законодателствата и моделите на Европейските страни използват като база за избор, разработка и финансиране системата на „ОТО БОК“. Система с L-codes е разработка на САЩ и се прилага само там.

### 3.1.4.2. Сравнение на действащите модели в Европа, САЩ и Австралия

#### Германия

В Германия правата на хората с ампутирани крайници са уредени чрез държавен социален закон Sozialgesetzbuch (SGB) [211]. Според него помощните средства се разделят на две основни групи:

- **помощни средства за задоволяване на основни потребности на хората в неравностойно положение.** Такива са протезите за хора с ампутирани крайници. Тези средства се изплащат изцяло от здравната каса.

- **облекчавачи живота и оздравяването и интеграцията помощни средства.** Такива са средствата за лична хигиена, подобрения в дома, специфични грижи. Тези средства се покриват и от здравната каса, и от различни социални осигуровки.

В Sozialgesetzbuch (SGB) е казано, че всеки човек с ампутиран крайник има право на достъп до най-новите технологии за протезиране и на най-оптималната за него протеза, която се финансира на 100% от здравната каса Die Krankenkasse. Не винаги най-технологичната протеза е най-добрата за конкретния индивид. Затова в Германия има разработен алгоритъм на избора на протеза. Пациентите попълват специални въпросници, чрез които се установява общото здравословно състояние, способностите на човека в момента, бъдещите му очаквания, заобикалящата го среда, семейство, доходи, работа и възможности за бъдеща работа, способност да шофира. Подвижността е основният фактор, който определя терапията и избора на протеза. Има 5 степени на мобилност (0,1,2,3,4), които се различават по това какви са изискванията за движение на човека – в къщи или навън, по равен или неравен терен, брой часове физическа активност. След анализ на въпросниците и преглед лекуващият лекар дава рецепта за протеза, в която определя какъв тип е необходим за конкретния пациент и защо. След това протезистът

след прием на пациента в така наречените Sanitatshaus прави проби с различни модули и компоненти с цел да избере най ефективната протеза за конкретният пациент. След това протезистът на базата на рецептата и пробите, които е извършил изготвя ценово предложение за протеза, което се представя пред здравната каса. След разглеждане на офертата, което трябва да бъде направено в срок не по-дълъг от 1 месец, здравната каса дава разрешение за изработване на протезата.

Основният принцип в Германия е, че всеки пациент има право на достъп до най-новите технологии с цел повишаване на неговата мобилност (Параграф 2 SGBV). Здравната каса няма право да отказва аргументирани от лекаря и протезиста предложения по причина само на висока цена. Около 95 % от предложенията биват удовлетворявани на 100%. В социалния закон на Германия е разписана точна процедура в случай на отказ. В срок не по-късно от 1 месец пациентът подава оплакване към Здравната каса. Тя трябва да даде отговор до 1 месец след оплакването. В случай на повторен отказ пациентът завежда дело в компетентен социален съд.. Съдът трябва да се произнесе в рамките на 1 месец. Делата завършват почти винаги в полза на пациентите. Обслужването, ремонта и напасването на протезата се заплаща също на 100% от здравната каса. Технически преглед на протезата се извършва на всеки 6 месеца.

### **Великобритания**

Протезите и рехабилитацията се финансират от NHS [192]. Няма условия за осигурителни вноски. Има условие само за пребиваване на територията на Великобритания. Както и в Германия се заплаща протеза, която е най-ефективна за дадения пациент. Прави се подробен доклад с изискванията, на които трябва да отговаря протезата и се подава молба. Пациентът има назначен социален работник, който му оказва съдействие. Освен това хората с ампутиран крайник получават обезщетения за хората с увреждания (Disability Living Allowance), които се състоят от две части – помощ за подобрения в дома, ежемесечна парична помощ. Има множества програми, осигуряващи трудова заетост. Има създадени специални локални центрове, в които хората с ампутации в активна възраст задължително се регистрират. Те имат личен съветник, който им помага да си намерят подходяща работа или да запазят работата, която са имали преди ампутацията.

## **САЩ**

В Съединените щати, правителствената програма Medicare е най-големият финансов ресурс за осигуряване с протези. Освен протези, Medicare покрива инвалидни колички, проходилки, патерици [221].

Medicare има две части. Част А, за които повечето хора не трябва да плащат – покрива болничната и извънболничната хоспитализация, домашни грижи за здравето, някои сестрински домашни грижи, хосписи и други грижи. Ако комисията определи необходимостта от протеза по част А кандидатът получава заплащане директно от Medicare. Част В, по която се плаща за професионални услуги (лекари и други здравни специалисти), доставчици на медицински изделия и оборудване (включително изкуствени крайници), както и някои извънболнични услуги. Ако комисията определи необходимостта от протеза по част В се налага доплащане (обикновено 20%).

Дали протезата ще бъде заплатена изцяло или доплатена се определя на базата на необходимостта от нея. Основен критерий за остойностяването на протезата са L-кодовете на компонентите за нейното производство. Части с какъв L-код да се използват зависи от K-модификатора. Последният определя вида протеза, според това, какви нужди тя трябва да покрие. Критериите за определяне на K-модификатора включват анамнеза на пациента, здравословно състояние, функционални възможности, състояние на остатъчния крайник, наличие и естеството на други медицински и социални проблеми, както и желанието на пациента. Има модификатори K0, K1, K2, K3, K4. Модификаторите определят възможност на пациента да се придвижва на открито, без чужда помощ, да преодолява препятствия и да се движи продължително време. Според определените функционални възможности се определя нивото на покритие и вида протеза. Ако пациентът желае по-високо покритие и по-технологична протеза, доплаща. Разбира се пред вид осигурителната система на САЩ доплащането може да бъде извършено от индивидуалната здравна застраховка.

## **Австралия**

Австралия е страната с най-добре уредения модел на финансиране. Протезирането и рехабилитацията се покриват на 100 % от три различни фонда и държавни програми според причината за ампутация - трудова злополука, заболяване, инцидент.

В таблица 3 са обобщени данните за Германия, САЩ, Великобритания и Австралия.

**Таблица 3. Обобщени данни за Германия, САЩ, Великобритания и Австралия**

<b>Страна</b>	<b>Закони</b>	<b>Финансиране</b>	<b>Подход при избор на протеза</b>	<b>Покритие</b>
<b>Германия</b>	Sozialgesetzbuch (SGB)	Здравна каса. Публични средства.	100 % от публични средства за протезата и за допълнителни помощни средства подвижност по 5-степенна скала	100 % за протезата и за допълнителни помощни средства. Неограничен престой за рехабилитация.
<b>Великобритания</b>		Публични средства. NHS независимо дали има или няма осигурителни вноски.	Критерии за общо здравословно състояние, подвижност и тегло.	100 % от публични средства за протезата и за допълнителни помощни средства. Неограничен престой за рехабилитация. Социален консултант.
<b>САЩ</b>		Публични средства. Частна застраховател на компания.		Правителствена програма Medicare – базова протеза. Доплащане от частен

				застрахователен фонд Medicaid.
<b>Австралия</b>		Различни фондове и Държавни програми според причината за ампутация- трудова злополука, заболяване, инцидент.	Причина за ампутацията и степени на подвижност.	100 % за протезата и за допълнителни помощи средства. Неограничен престой за рехабилитация.

### 3.1.5. Законодателна рамка на България по отношение на лицата с увреждания

#### Водещи административни структури

Поради широкия обхват на обществените отношения, които имат връзка с политиките за интеграция и подпомагане на хората с увреждания, голям брой административни структури са включени в процеса по формирането и провеждането им.

**Министерският съвет (МС)** определя държавната политика за интеграция и повишаване на заетостта на хората с увреждания. Към МС е създаден и **Национален съвет за интеграция на хората с увреждания (НСИХУ)** - консултативен орган, който цели да засили сътрудничеството с националнопредставителните организации на и за хората с увреждания при разработването на политиките за тяхното подпомагане и интеграция.

**Министерството на труда и социалната политика (МТСП).** Разработва, провежда и координира държавната политика във връзка с подпомагането, стимулирането

на заетостта и повишаването на квалификацията на хората с увреждания. По-голямата част от административните структури, които реализират държавната политика в областта, са на подчинение на министъра на труда и социалната политика. Такива са:

**Агенцията за хората с увреждания (АХУ).** Изпълнява държавната политика за интеграция на хората с увреждания. Съгласно разпоредбите на ЗИХУ, АХУ създава и поддържа информационна база данни за хората с трайни увреждания и води регистър на специализираните предприятия и кооперации на хората с увреждания. АХУ участва при изработването на проекти за нормативни актове, свързани с хората с увреждания, разработва програми и финансира проекти за рехабилитация, интеграция и изграждане на достъпна среда, регистрира лицата, които осъществяват дейности по предоставянето на помощни средства и съоръжения и контролира предоставянето им. АХУ има и редица задължения, които имат отношение към заетостта на хората с увреждания като стимулира и финансира самостоятелната дейност на хората с увреждания, адаптацията на работни места и др.

**Агенцията по заетостта (АЗ).** Реализира програми и проекти, насочени към стимулиране на заетостта на хората с увреждания и изпълнява някои контролни функции по отношение на освобождаването на лица с увреждания от договорни отношения.

**Агенция за социално подпомагане (АСП).** Тя е второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към Министъра на труда и социалната политика. АСП определя отпускането на месечните добавки за социална интеграция по програма „Интеграция на хората с увреждания” на базата на предварително извършена социална оценка за потребностите на лицата. АСП отпуска целеви помощи за закупуването на медицински изделия и помощни средства, преустройство на жилища и др. Чрез дирекциите „Социално подпомагане” се предоставят безплатни винетки на лица с трайни увреждания. АСП администрира и Националната програма „Асистенти на хора с увреждания”.

**Национален осигурителен институт (НОИ).** НОИ управлява държавното обществено осигуряване, осъществява контрол върху медицинската експертиза, администрира и изплаща пенсиите за инвалидност.

Други административни структури, институции и организации, част от системата са: Министерство на здравеопазването (МЗ), Главна инспекция по труда (ГИТ), общински съвети и администрации, Министерство на образованието, науката и младежта (МОНМ),

Министерство на регионалното развитие и благоустройството (МРРБ), Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията (МТИТС), неправителствени организации на и за хора с увреждания и др.

Обществените отношения във връзка с интеграцията и подпомагането на хората с увреждания са разписани в голям брой закони, нормативни актове и правилници. Водещи между които са **Закон за интеграцията на хората с увреждания (ЗИХУ)** и **Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания (ППЗИХУ)**. Други нормативни актове и стратегически документи, които имат отношение към темата, са:

**Закон за социално подпомагане (ЗСП).** Този закон урежда обществените отношения, свързани с гарантирането на правото на гражданите в Република България на социално подпомагане чрез социални помощи и социални услуги. Законът има за цел подпомагане на гражданите, които без помощта на друго не могат да задоволяват своите основни жизнени потребности; укрепване и развитие на обществената солидарност в трудни житейски ситуации; подкрепа за социално включване на лицата, които получават социални помощи, и на лицата, които ползват социални услуги; подпомагане на трудовата заетост на безработните лица, които отговарят на изискванията за получаването на месечни социални помощи; насърчаване на предприемачеството в социалната сфера чрез предоставяне на социални услуги от физически и юридически лица. Социалното подпомагане се предоставя по начин, който запазва човешкото достойнство на гражданите, и се основава на социална работа, като се прилага индивидуален подход и комплексна оценка на потребностите на лицата и семействата.

**Кодекс за социално осигуряване (КСО).** Той регламентира осигурителните права на осигурените за трудова злополука (ТЗ) и професионална болест (ПБ), отпускането на парични помощи за профилактика и рехабилитация, както и размера на пенсията за инвалидност поради ТЗ или ПБ. В КСО са регламентирани още начините на отпускане и размера на пенсията за военна и гражданска инвалидност, добавките за чужда помощ, осигурителния статут на полагащите грижи за лица с увреждания, както и наследствените пенсии.

**Законът за насърчаване на заетостта (ЗНЗ)** дефинира програми и мерки, целящи осигуряването на равни възможности чрез социално-икономическа интеграция на групите в неравностойно положение на пазара на труда. Законът също така регламентира отпускането на суми на работодателите във връзка с предоставянето на заетост на лица с

увреждания и определя ролята на Агенцията по заетостта и бюрата по труда във връзка с насърчаването на заетостта на хората с увреждания.

**Законът за защита от дискриминация (ЗЗД)** урежда защитата срещу всички форми на дискриминация и съдейства за нейното предотвратяване. В закона изрично се упоменава, че специалните мерки в полза на лица или групи с цел изравняване на възможностите им не се считат за дискриминация, докато тези мерки са необходими.

**Законът за данъците върху доходите на физическите лица (ЗДФЛ)**, в който са разписани данъчните облекчения, които ползват хората с трайни увреждания, получаващи доходи от трудова дейност.

**Законът за корпоративното подоходно облагане (ЗКПО)** определя условията за преотстъпването на корпоративния данък на юридическите лица със статут на специализирани предприятия, кооперации и обособени производствени единици, членуващи в националнопредставителни организации на хора с увреждания и организации за хора с увреждания.

**Законът за устройство на територията (ЗУТ)** съдържа изискванията за изграждане и поддържане на достъпна среда.

**Кодекс на труда (КТ).** Той урежда трудовите отношения между работника или служителю и работодателя, както и други отношения, непосредствено свързани с тях. В него има членове, защитаващи хората с увреждания.

**Закон за държавния бюджет на Република България за 2015 г.** С него се приема държавния бюджет по приходите, помощите и даренията, разходите, бюджетните взаимоотношения и вноската в общия бюджет на Европейския съюз, утвърждава се бюджетното салдо по държавния бюджет за 2015 г, утвърждават се нето операциите в частта на финансирането на бюджетното салдо по държавния бюджет, приема се бюджета на Министерството на труда и социалната политика за 2015 г., утвърждава се разпределение на разходите по области на политики и бюджетни програми.

**Таблица 4. Разходи по основните политики и програми за 2015 г.**

№	Показатели	Сума
		(хил. лв.)
1.	Политика в областта на заетостта	97 137,0
2.	Политика в областта на трудовите отношения	11 646,9
3.	Политика в областта на социалната закрила и равните възможности	177 130,8
4.	Политика в областта на хората с увреждания	193 812,7
5.	Политика в областта на социалното включване	612 544,2
6.	Политика в областта на жизненото равнище, доходите и демографското развитие	728,3
7.	Политика в областта на свободното движение, миграцията и интеграцията	684,7
8.	Бюджетна програма "Администрация"	7 696,2
	Всичко:	1 101 380,8

**Закон за публичните финанси.** Този закон урежда бюджетната рамка, общото устройство и структурата на публичните финанси и включва: обхвата на публичните финанси; обхвата, структурата и основните показатели на консолидираната фискална програма; фискалните правила и ограничения; съставянето, приемането, изпълнението и отчитането на държавния бюджет, на общинските бюджети и на други бюджети, попадащи в обхвата на консолидираната фискална програма; режима на сметките за средствата от Европейския съюз; режима на сметките за чужди средства; финансовите взаимоотношения с общия бюджет на Европейския съюз и с други международни програми и договори; банковото обслужване на бюджетните организации и системата на единната сметка; централизираното разплащане на осигурителните вноски и на данъците; отчетността на бюджетните организации.

**Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2015 г.** Приема консолидирания бюджет на държавното обществено осигуряване по приходите и трансферите и консолидирания бюджет на държавното обществено осигуряване по разходите и трансферите.

**Таблица 5. Бюджет за основните дейности през 2015 г.**

Социални помощи и обезщетения.	1 157 650 хил. лева
Програми, дейности и служби по социалното осигуряване, подпомагане и заетостта.	71 330 хил. лева

**Закон за медицинските изделия (ЗМИ).** Този закон урежда условията и реда за пускане на пазара и/или пускане в действие на медицински изделия; задълженията на производителя, на неговия упълномощен представител и на вносителя на медицински изделия; условията и реда за издаване на разрешения за оценяване съответствието на медицинските изделия; условията и реда за извършване на клинични изпитвания на медицински изделия; условията и реда за извършване на търговия на едро с медицински изделия; надзора на пазара на медицински изделия; системата за уведомяване и оценяване на инциденти/потенциални инциденти, свързани с медицински изделия. Целта на този закон е да гарантира пускането на пазара и/или в действие на медицински изделия, които не застрашават живота и здравето на пациентите, на медицинските специалисти или на трети лица, когато изделията се използват по предназначение и се съхраняват, разпространяват, инсталират, имплантират и поддържат в съответствие с инструкциите на производителите.

**Закон за здравното осигуряване (ЗЗО).** Този закон урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения.

**Наредба № РД-07-1 от 02.02.2012 г. за определяне на работните места, подходящи за трудоустрояване на лица с намалена работоспособност.** Работодател с повече от 50 работници и служители е длъжен всяка година да определя работни места, подходящи за трудоустрояване на лица с намалена работоспособност, в процент от общия брой на работниците и служителите в зависимост от основната икономическа дейност.

**Наредба № 4 от 01.07.2009 г. за проектиране, изпълнение и поддържане на строежите в съответствие с изискванията за достъпна среда за населението, включително за хората с увреждания.** С наредбата се определят изискванията при проектирането, изпълнението и поддържането на строежите (елементите на урбанизираната територия и на сградите и съоръженията) за осигуряване на достъпна архитектурна среда за цялото население, като се отчитат и специфичните нужди на хората с намалена подвижност, в т.ч. на хората с увреждания.

**Наредба №2 от 27 юли 2007 г. за изискванията за осъществяване на дейностите по предоставяне на помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания и медицински изделия, посочени в списъците по чл. 35а, ал. 1 от Закона за интеграция на хората с увреждания (изм. ДВ. бр. 46 от 19 юни 2009 г.).** С тази наредба се определят изискванията за условията и реда за осъществяване на дейности по: предоставяне и ремонт на помощни средства, приспособления и съоръжения, посочени в списъка по чл. 35а, ал. 1, т. 1 от Закона за интеграция на хората с увреждания; предоставяне и ремонт на медицински изделия, предназначени за хората с увреждания, посочени в списъка по чл. 35а, ал. 1, т. 2 от Закона за интеграция на хората с увреждания. За осъществяване на дейностите при условията и по реда на тази наредба Агенцията за хората с увреждания предоставя целеви помощи по чл. 44, ал. 3 от Закона за интеграция на хората с увреждания.

**Наредба за трудоустрояване.** С тази наредба се определят условията за трудоустрояване на лица с намалена работоспособност.

**Наредба за медицинската експертиза.** С наредбата се определят принципите и критериите на медицинската експертиза и редът за нейното извършване. Медицинската експертиза включва експертиза на временната неработоспособност, експертиза на трайно намалената работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), които упражняват трудова дейност и не са им определени вид и степен на увреждане, вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от КСО, и потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на заболяванията.

**Наредба № 1 от 13 февруари 2007 г. за ползване и изплащане на паричните помощи за профилактика и рехабилитация.** С наредбата се регламентират: условията за ползване и изплащане на паричните помощи за профилактика и рехабилитация от средствата на: фонд „Общо заболяване и майчинство“; фонд „Пенсии“; фонд „Трудова злополука и професионална болест“; фонд „Пенсии, несвързани с трудова дейност“; редът за провеждане на процедура за избор на юридически лица - изпълнители на дейността по профилактика и рехабилитация.

**Правилник за прилагане на Закона за насърчаване на заетостта.** С правилника се уреждат статутът и функциите на органите по заетостта, условията и редът за изготвяне

и приемане на Национален план за действие по заетостта, финансирането на активната политика по насърчаване на заетостта, правата и задълженията на лицата, които търсят работа, и на работодателите, процедурата по информиране при масови уволнения, условията и редът за предоставяне на посреднически услуги, условията и редът за планиране, разработване и утвърждаване на програмите за заетост и обучение, условията и редът за включване в програми и за ползване на преференции по мерки за заетост и обучение, обучението на възрастни и професионално ориентиране.

**Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания** подробно е разгледан на лист 67.

**Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане** (на лист 66).

**Правилник за устройството и дейността на Националния съвет за интеграция на хората с увреждания и критериите за представителност на организациите на хора с увреждания и на организациите за хора с увреждания.** С правилника се уреждат устройството и дейността на Националния съвет за интеграция на хората с увреждания и критериите за представителност на организациите на хора с увреждания и на организациите за хора с увреждания. Националният съвет за интеграция на хората с увреждания, наричан по-нататък „Националния съвет“, е консултативен орган към Министерския съвет за сътрудничество при разработването и провеждането на политиката в областта на интеграцията на хората с увреждания.

**Устройствен правилник на Агенцията за хората с увреждания.** С правилника се определят дейността, структурата и числеността на персонала на Агенцията за хората с увреждания.

**Правилник за устройството и дейността на регионалните служби по заетостта.** Този правилник урежда устройството, предмета на дейност, функциите, задачите и организацията на работа на регионалните служби по заетостта (РСЗ). Регионалните служби по заетостта са самостоятелни териториални поделения в системата на Националната служба по заетостта (НСЗ) и упражняват правомощията, определени с този правилник. Регионалните служби по заетостта се изграждат и функционират в изпълнение на нормативни актове на Министерския съвет в съответствие с Правилника за устройството и дейността на Министерството на труда и социалните грижи и Правилника за устройството и дейността на НСЗ. Наименованията, местоседалищата и териториалния обхват на РСЗ се определят от министъра на труда и социалните грижи. Регионалните

служби по заетостта осъществяват функции и задачи по координация, методическо подпомагане, контрол и обобщаване на дейността на бюрата по труда (БТ) от съответния регион и проучването на тенденциите в развитието на регионалния пазар на труда.

**Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (изм., бр. 41 от 31.05.2011 г.)**. С правилника се уреждат устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (РКМЕ). Експертизата на временната неработоспособност се извършва от лекуващите лекари (лекари по дентална медицина), лекарските консултативни комисии (ЛКК), териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК). Експертизата на вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст се извършва от детски експертни лекарски комисии (ДЕЛК) и специализираните състави на НЕЛК с участието на специалисти по детски болести. Експертизата на вида и степента на увреждане на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), и за установяване степента на трайно намалена работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и за потвърждаване на професионална болест се извършва от ТЕЛК и НЕЛК. Трудоустрояването на лица с временна неработоспособност и с трайно намалена работоспособност под 50 на сто се извършва от лекуващите лекари и ЛКК, а на лица с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност - от ТЕЛК и НЕЛК.

**Устройствен правилник на Агенцията за социално подпомагане**. С правилника се определят дейността, структурата, организацията на работа и числеността на персонала на Агенцията за социално подпомагане.

**Заповед № РД01/319. Пределни размери/лимита на помощите за изработване, покупка или ремонт на средства, приспособления и съоръжения** – подробно е разгледана по-долу (вж. лист 68 и 71).

**Тарифа за таксите за социалните услуги, финансирани от републиканския бюджет**. С тарифата се определят размерът на таксите за социалните услуги в дейностите "държавна отговорност", финансирани от републиканския бюджет чрез бюджетите на общините, лицата, които заплащат такси, и редът за събирането им.

**Стратегията за дългосрочна заетост на хората с увреждания (2011-2021 г.)**. Тя е политически документ, определящ визията на правителството в областта на трудовата

реализация на хората с увреждания. В нея са предвидени редица мерки, чиято цел е осигуряването на условия за достоен живот на хората с увреждания посредством осигуряване на заетостта им.

Водещи са Законът за интеграция на хората с увреждания и Правилникът за прилагане на закона за интеграция на хората с увреждания. В този закон законодателят доразвива конституционното положение, че хората с увреждания се намират под особена закрила на държавата и обществото. Той се основава на принципите за забрана и предотвратяване на всяка форма на дискриминация, основана на увреждане. Този закон има за цел създаване на условия и гаранции за равнопоставеност на хората с увреждания; социалната им интеграция и упражняване на техните права; подкрепа за тях и техните семейства; интегрирането им в работна среда. Интеграцията на хората с увреждания се осъществява чрез медицинска и социална рехабилитация; образование и професионално обучение; трудова заетост; достъпна жизнена и архитектурна среда; социални услуги; социално-икономическа защита; достъпна информация. Съществен момент в Закона е оценяването на увреждането и на възможностите за интеграция. Оценяването на увреждането се извършва чрез медицинска експертиза и социална оценка. Медицинската експертиза се извършва при условията и по реда на експертиза на работоспособността. Социалната оценка се извършва въз основа на медицинската експертиза и установява: потребностите и възможностите за рехабилитация, възможностите за обучение, възможностите за трудова заетост и професионална реализация, потребностите от социални услуги и възможностите за социално включване. Социалната оценка включва: оценка на обстоятелствата, препоръки за необходимите мерки за социално включване, мотивирано предложение за отпускане на месечна добавка за социална интеграция, ако се установи, че е необходимо отпускането ѝ, мотивирано предложение за отпускане на целева помощ за изработване и/или покупка на помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания и медицински изделия. Финансирането на дейностите по реда на Закона за интеграция на хората с увреждания се извършва със средства от: републиканския бюджет, общинския бюджет, национални и международни програми, дарения от местни и чуждестранни физически и юридически лица и други източници.

Медицинската експертиза минава през етап на настъпване на увреждането, консултация с общо практикуващ лекар, решение на лекарска консултативна комисия, консултации с други лекари специалисти, решение на ТЕЛК (Териториална експертна

лекарска комисия) или НЕЛК (Национална експертна лекарска комисия). Решенията на лекарските комисии определят процента на загубена работоспособност. На базата на извършените прегледи експертите от ТЕЛК определят процента на трайно загубената работоспособност като за отправна точка се взимат възможностите на здравия човек да полага труд. При тежка степен на намалена работоспособност ТЕЛК се произнася и по потребностите от чужда помощ. Въз основа на решенията на ТЕЛК и НЕЛК и Закона за социалното осигуряване на хората с увреждания и намалена работоспособност се отпуска пенсия. В световната практика са познати три подхода за определяне на работоспособността на дадено лице посредством медицинско решение. Първи подход- съпоставяне на здравословното състояние на лицето с това на здравия човек. Втори подход- здравословното състояние на лицето с изискванията за упражняване на съответна професия. Трети подход - здравословното състояние на лицето спрямо всеки тип работа. До 2000 г. в България се прилага втория подход. След 2000 г. медицинската експертиза се базира на първия подход, който няма отношение към остатъчната работоспособност на лицето, неговия минал трудов опит и неговите професионални характеристики. Тази промяна в критериите е причина за рязкото увеличаване на броя на ТЕЛК решенията [3].

Достъпът на хората с увреждания до отделни привилегии се определя от решенията на комисииите относно медицинската експертиза. Тези решения са с определен срок и след изтичането им лицата трябва да бъдат преосвидетелствани. Водещите привилегии, помощи и облекчения за хората с увреждания са:

- пенсия за инвалидност поради общо заболяване, социална пенсия за инвалидност, които се отпускат в зависимост от начина и времето на настъпване на увреждането, социалния статус и възрастта на лицето;
- добавки за социална интеграция (добавка за транспорт, обучение, наем на общинско жилище, за балнеолечение и рехабилитация, за диетично хранене, ползване на информационни и телекомуникационни услуги), които се определят на базата на социалната оценка, извършвана от Агенцията за социално подпомагане, но в пряка връзка с експертното решение на ТЕЛК;
- други помощи и облекчения (средства за медицински изделия и помощни средства, приспособления и съоръжения, целеви помощи за преустройство на жилище, приспособяване на лично моторно превозно средство, целеви помощи за отопление, помощ за придружител и др.), отпускани от Агенцията за социално подпомагане въз основа на експертното решение на ТЕЛК. В тази

категория попада отпускането на протезите. Според нормативните документи това е целева помощ за отпускане на помощни средства-протези.

- данъчни облекчения – освобождаване от винетни такси, намаление на дължимия данък за имот, намаление на пътния данък, намаление на патентен данък, намаление на данъчната основа при определяне на годишния данък според закона за ДОФЗ.

Нормативната защита на пазара на труда включва защита от уволнение, дълъг годишен отпуск, достъп до програми за преквалификация и субсидирана трудова заетост. Тя е уредена в Раздел III Специална закрила на лицата с намалена работоспособност от кодекса на труда [55].

Чл. 315. Работодателят с повече от 50 работници и служители е длъжен да определя ежегодно работни места, подходящи за трудоустрояване от 4 до 10 процента от общия брой на работниците и служителите в зависимост от икономическата дейност.

Чл. 316. Министрите, ръководителите на другите ведомства и общинските съвети са длъжни да създават специализирани държавни (общински) предприятия, а работодателите с повече от 300 работници и служители - цехове и други звена за работа на лица с трайно намалена работоспособност.

(2) Дейността на специализираните предприятия, цехове и звена по предходната алинея се планира и отчита отделно, а за работниците и служителите в тях се установяват специфични правила за нормиране, отчитане и заплащане на труда по ред, установен от Министерския съвет.

#### Трудоустрояване на работници и служители

Чл. 317. Необходимостта от преместване на работника или служителя на друга подходяща работа или на същата работа при облекчени условия, характерът на работата, условията на труда и срокът на преместването се определят по предписание на здравните органи.

(2) Предписанието за трудоустрояване, издадено от здравните органи, задължава работника или служителя да не изпълнява работата, от която се премества, а работодателя - да не го допуска до тази работа.

(3) Работодателят е длъжен да премести работника или служителя на подходяща работа съгласно предписанието на здравните органи в 7-дневен срок от получаването му.

(4) При неизпълнение на предписанието на здравните органи от работодателя той

дължи на работника или служителя обезщетение по чл. 217.

#### Платен годишен отпуск

Чл. 319. Работниците и служителите с трайно намалена работоспособност 50 и над 50 на сто имат право на основен платен годишен отпуск в размер не по-малко от 26 работни дни.

#### Трудово възнаграждение

Чл. 320. (1) Работник или служител, който е трудоустроен по реда на този раздел, получава трудово възнаграждение за изпълняваната работа.

(2) Работник или служител с трайно намалена работоспособност под 50 на сто, който е трудоустроен за определен срок и за новата работа получава по-ниско трудово възнаграждение от възнаграждението на предишната работа, има право на парично обезщетение за разликата в трудовите възнаграждения съгласно отделен закон.

### **3.1.6. Протезирането в Република България**

Лицата с отстранен горен и долен крайник са част от пациентите с увреждания и интеграцията им се извършва на база на посочените по-горе закони, нормативни актове за медицинска и социална експертиза. Основната част от проблемите с интеграцията на целевата група са следствие от недостатъците на нормативната уредба. Необходимо е да се търсят пътища за оптимизиране на съществуващото законодателство. Приоритетна потребност е да се намери нов баланс между решенията на медицинската експертиза, социалната оценка и достъпа до помощи и привилегии, както и да се въведат нови елементи, засилващи индивидуалния подход. В момента протезните средства се отпускат със Заповед № РД01/319 „Пределни размери/лимити на помощите за изработване, покупка или ремонт на средства, приспособления и съоръжения“ [41] – таблица 6.

**Таблица 6. Протези за долни /горни крайници, включително с електронно устройство**

Наименование на изделието	Мярка	Цена в лева
Протеза за дълги чукани кожена със “Сач” стъпало	Брой	421,00
Протеза за дълги чукани кожена със стъпало с движение	Брой	425,00
Протеза пластмасова капсулна със “Сач” стъпало	Брой	355,00
Протеза пластмасова капсулна със стъпало с движение	Брой	358,00
Протеза подколянна със “Сач” стъпало	Брой	390,00
Протеза пластмасова подколянна със стъпало с движение	Брой	392,00
Протеза пластмасова подколянна с бедрена маншета със “Сач” стъпало	Брой	586,00
Протеза пластмасова подколянна с бедрена маншета със стъпало с движение	Брой	589,00
Протеза дървена подколянна ламинирана с бедрена маншета със “Сач” стъпало	Брой	706,00
Протеза дървена подколянна ламинирана с бедрена маншета със стъпало с движение	Брой	719,00
Протеза дървена подколянна със седалищна опора – ламинирана със “Сач” стъпало	Брой	728,00
Протеза дървена подколянна със седалищна опора – ламинирана със стъпало с движение	Брой	732,00
Протеза кожена подколянна с бедрена маншета със “Сач” стъпало	Брой	481,00
Протеза кожена подколянна с бедрена маншета със стъпало с движение	Брой	484,00
Протеза кожена подколянна със седалищна опора със “Сач” стъпало	Брой	479,00
Протеза кожена подколянна със седалищна опора със стъпало с движение	Брой	481,00
Протеза кожена подколянна с метална щекла със стъпало с движение	Брой	463,00
Протеза подколянна за вродена аномалия тръбно скелетна със	Брой	418,00

стъпало с движение		
Протеза подколянна за вродена аномалия тръбно скелетна със стъпало с движение	Брой	420,00
Протеза дървена бедрена ламинирана със “Сач” стъпало	Брой	1094,00
Протеза дървена бедрена ламинирана със стъпало с движение	Брой	1098,00
Протеза тръбно скелетна дървена приемна гилза със Сач” стъпало – ламинирана	Брой	808,00
Протеза тръбно скелетна дървена приемна гилза със стъпало с движение	Брой	811,00
Протеза тръбноскелетна с пластмасова приемна гилза със “Сач” стъпала	Брой	707,00
Протеза тръбноскелетна с пластмасова приемна гилза със стъпало с движение	Брой	710,00
Протеза при дезартикуляция на тазобедрената става със “Сач” стъпало	Брой	916,00
Протеза при дезартикуляция на тазобедрената става със стъпало с движение	Брой	918,00
Протеза за вродена аномалия – тръбно скелетна със седалищна опора и със “Сач” стъпало	Брой	678,00
Протеза за вродена аномалия – тръбно скелетна със седалищна опора и със стъпало с движение	Брой	682,00
Протеза за горен крайник предлакътна козметична	Брой	503,00
Протеза за горен крайник надлакътна козметична	Брой	530,00
Подколянна модулна протеза	Брой	1680,00
Бедрена модулна протеза с коляно ключ и стъпало с движение	Брой	3280,00
Бедрена модулна протеза с коляно с движение и динамично стъпало	Брой	3580,00
Модулна подлакътна козметична протеза за горен крайник	Брой	1620,00
Модулна надлакътна козметична протеза за горен крайник	Брой	2260,00

Успешната реинтеграция на пациентите с ампутиран долен крайник е комплексна зависимост от много фактори: ниво на ампутацията, общо физическо състояние на организма, възраст, семейно положение, образование и социален статус преди

ампутацията, трудова заетост и физическа активност преди ампутацията, протезиране. От всички тези фактори може да се каже, че протезирането е в основата на пълноценната реинтеграция. Протезата е единственото средство, което може да върне пациента към обичайният му ритъм на живот. Ефективно избраната и изработена протеза е определяща за качеството на живот на хората с ампутирани крайници и по тази причина индивидуалния подход при осигуряване на медицински изделия - протези трябва да бъде водещ при рехабилитацията.

Действащата в момента система на отпускане на медицински изделия финансира само определен вид протези. Заповед № РД01/319 от 02.02.2008 г., издадена на база чл.40 ал.2 от Правилника за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания определя пределни размери/лимита/ на финансовите средства за изработване, покупка или ремонт на помощните средства-протези. Със същата заповед е ограничен и броят на извършваните в рамките на една година ремонти. Не се прави индивидуална оценка на общото физическо състояние, възраст, възможност за движение и необходимост от различен тип движение. Това поставя пациентите под общ знаменател и не им позволява да водят пълноценен начин на живот. По-голямата част от хората с ампутации и днес продължават да бъдат изолирани и неспособни да водят активен начин на живот. Сериозен проблем е представата, която много хора с увреждания имат за самите себе си, просто защото нямат подходящата за тях протеза или защото няма механизъм и критерий по който тя да им бъде осигурена. По статистически данни се оказва, че за съжаление повече от 60% от болните претърпели ампутация не поставят протеза и остават в инвалидни колички или на легло. И едва 20% използват ефективно поставената протеза. Това е факт, който изисква сериозен анализ [104].

### **3.1.7. Обсъждане и изводи от правния анализ**

Сегашният начин на получаване на медицински изделия-протези е дискриминиращ и дисквалифициращ по отношение на хората с увреждания със самото определяне на правото като „целева помощ“ и изплащането на тази помощ от службите за социално подпомагане, което вкарва хората с увреждания в неравнопоставената роля на „обекти“ на социалното подпомагане.

Правото на получаване на медицински изделия-протези трябва да бъде безусловно осигурително право на хората с увреждания, произтичащо от тяхното увреждане и от

правото им на осигуряване така както е в редица европейски страни. Техническите помощни средства за хора с увреждания се заплащат от Здравноосигурителната каса. Производителите на медицински изделия-протези договарят всяка година със Здравноосигурителната каса цените на медицински изделия- протези. Друг основен проблем при рехабилитацията на пациентите с ампутирани крайници е свързан с достъпът до медицински грижи. Според действащият НРД 2014, НЗОК заплаща еднократно, годишно за лечение на един пациент по Клинична пътека № 244 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат.” Клиничната пътека е с продължителност 7 дни. Това е крайно недостатъчно за успешно обучение в ходене с протеза и извършване на физиотерапевтични процедури и кинезитерапия.

Липсата на осигурителен принцип на заплащане и липсата на договаряне на цените с производителите и извършителите на услугата води до невъзможност на пациентите да получат протеза, която да пасва най-добре на техния начин на живот. За да се постигне успешна интеграция на този особен контингент хора с увреждания е необходимо да се установят реалните нужди от медицински изделия-протези по видове. За тази цел трябва да се разработи система за събиране и обработване на статистическа информация за хората с увреждания, да се разработят критерии за индивидуален подход при избора на протеза и нейното финансиране, да се замени принципа на социалното подпомагане с истинска социална осигурителна система за хората с увреждания, да се децентрализира услугата "обезпечаване на хората с увреждания с медицински изделия-протези" и да се доближи до потребителите.

### **3.2. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АМПУТАЦИЯ НА ДОЛЕН КРАЙНИК**

#### **3.2.1. Резултати, свързани със социално-демографската структура на пациентите и етиологията на ампутациите.**

В анкетното проучване са участвали 412 човека с ампутирани долни крайници със средна възраст  $61,04 \pm 11,67$  години в диапазона 21-89 г., от които 270 (65,5%) мъже и 142 (34,5%) жени (фиг. 3).

Възрастовата група с най-голяма численост (117) при мъжете е 60-69 години, следвана от 50-59 г. със 71 души, а с най-малка (2) – 20-29 г. При жените отново с най-голяма численост (44) са възрастовите групи 60-69 г. и 50-59 г., а с най-малка (5) – 20-29 г. (фиг. 4).

Вариационният анализ на възрастта на извършване на ампутацията и време от ампутацията, общо и при двата пола показва, че средната възраст на извършване на ампутацията е около 53 години, като двата пола не се различават статистически по този показател. Времето от ампутацията е значимо по-голямо при мъжете (8,68 години) срещу 6,29 години при жените.

Със сигнификантно по-ниска средна възраст на ампутацията са анкетираните претърпели злополука и с наличие на тумор, като разликата с останалите причини е от порядъка на 21 - 24 години (табл. 7). Ампутациите по повод злополука са в значително по-млада възраст, защото това са хора в активна възраст, работещи в условия с голям риск от трудови злополуки. Значително по-напредналата възраст на пациентите претърпели ампутация в резултат на диабет ХАНК и болестта на Бюргер се обяснява с обстоятелството, че това са хронични заболявания със сравнително бавен прогрес по отношение на увреждане на артериалните съдове. Прилагането на съвременни лечебни методи и лекарствени средства е фактор за забавяне на тежките съдови увреждания налагащи ампутация и увеличаване на възрастта, в която се извършва отстраняването на крайник или на част от него.

**Таблица 7. Средна възраст на извършване на ампутацията (години) в зависимост от причината за ампутацията**

Причина за ампутацията	n	$\bar{X}$	SD
Злополука	36	32,86 <sup>a</sup>	11,52
Диабет	155	57,21 <sup>b</sup>	10,20
ХАНК	186	55,67 <sup>b</sup>	8,21
Болест на Бюргер	11	54,82 <sup>b</sup>	9,79
Тумор	19	33,63 <sup>a</sup>	11,05
Друга	3	40,67	34,44

Разпределението на участниците в проучването по семейно положение е следното: с най-голям относителен дял между участниците в проучването са женените (61%), следвани от овдовелите (15%), а най-малко са неженените (12%).

По-голяма част от участниците в проучването са семейни. Това е добра предпоставка за преодоляване на проблемите - физически, емоционални, финансови и битови, породени от новата ситуация, в която ампутацията поставя индивида.

С най-голям относителен дял между анкетираните са имащите средно образование (58%), следвани от тези с основно (16%). Най-малко са полувисшистите (8%) - табл. 8.

**Таблица 8. Разпределение на анкетираните по образование**

Образование	Брой	%	Sp
Средно	239	58,0	2,4
Основно	67	16,3	1,8
Висше	57	13,8	1,7
Полувисше	35	8,5	1,4
Не отговорили	14	3,4	0,9
Общо	412	100,0	

Пенсионерите са най-много сред участниците в проучването (46%), следвани от пенсионерите по болест (45%). Най-малко са работещите (2%) - табл. 9.

**Таблица 9. Разпределение на участниците в проучването по трудова заетост**

<b>Трудова заетост</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Пенсионер	189	45,9	2,5
Пенсионер по болест	184	44,7	2,4
Безработен	14	3,4	0,9
Работещ	9	2,2	0,7
Не отговорили	16	3,9	1,0
Общо	412	100,0	

Един от основните критерии за оценка на качеството на живот е интеграцията в обществото. Статистическите данни са изключително тревожни. Хората с ампутирани крайници в България на практика нямат социална активност и професионална реализация. Те са пенсионери или пенсионери по болест. Икономическата и демографската криза в България са обективни фактори, обуславящи тази негативна тенденция. Основната причина обаче е регулацията на обществените отношения свързани със статута на хората претърпели ампутация. Липсват специализирани програми за социално включване. Грижата за този контингент е основно под формата на лимитирана социална помощ, което изцяло излиза от контекста на правата на хората с увреждания на труд и реализация.

На първо място като причина за ампутация се нарежда ХАНК (46%), следвана от диабет (38%). На последно място е Болест на Бюргер с 3% (табл. 10). Това е тенденцията в световен мащаб, която се определя от патогенезата на тези заболявания. ХАНК поражда в по-тежка степен и за по-кратък срок от време както периферните съдове с малък калибър (артериоли и капиляри) така и артериалните съдове с голям калибър (магистрални артерии). При диабета в по-тежка степен са засегнати съдовете с малък калибър. Съдовете се увреждат за по-дълъг период от време.

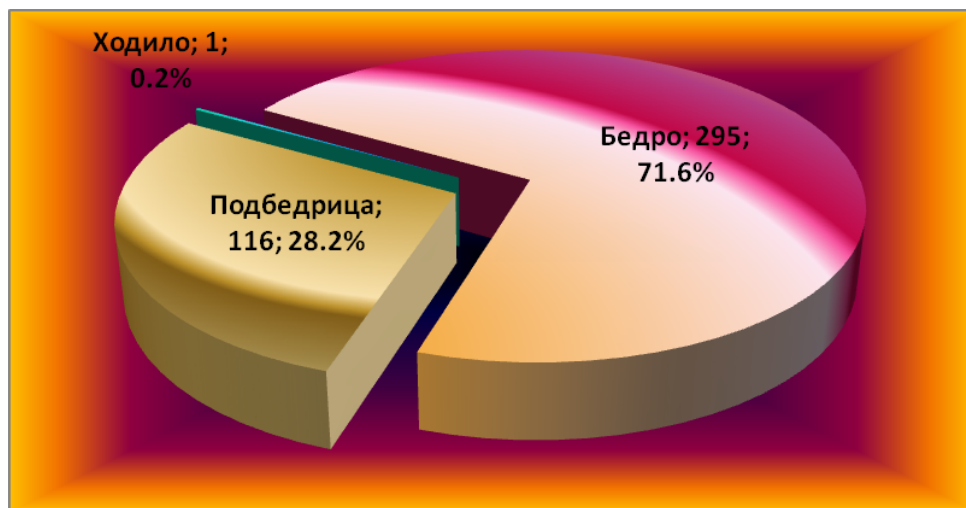
**Таблица 10. Разпределение на анкетираните по причина за ампутацията**

Причина за ампутацията	Брой	% *	Sp
ХАНК	188	45,6	2,5
Диабет	155	37,6	2,4
Злополука	36	8,7	1,4
Тумор	19	4,6	1,0
Болест на Бюргер	11	2,7	0,8
Друга	3	0,7	0,4

\* - сумата от процентите надхвърля 100, тъй като двама от анкетираните са посочили повече от една причина

Най-често ампутираният крайник е левия (54%), следван от десния с 45%. При трима (0,7%) от участниците в проучването са ампутирани и двата крайника.

От фиг. 7 става ясно, че най-често срещаното ниво на ампутация е бедрото (72%), следвано подбедрицата с 28%. При един (0,2%) от анкетираните е ампутирано ходилото.



**Фиг. 7. Разпределение на анкетираните по ниво на ампутация**

Потвърждава се световната тенденция в етиологията и етимологията - на първо място като причина за ампутация се нарежда ХАНК (46%), следвана от диабет (38%).

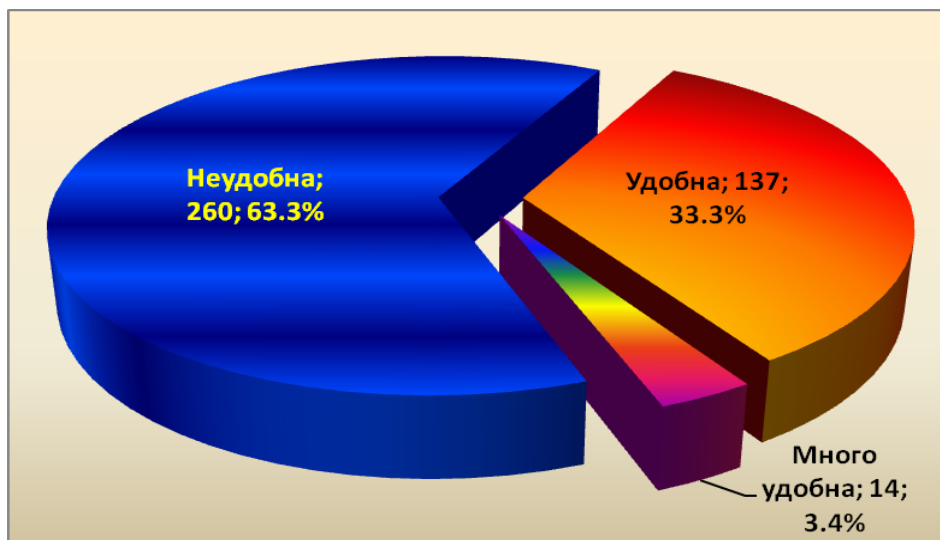
Значително по-голяма част от анкетираните са с ампутация на ниво бедро (72%) и едва 28% са с ампутация на ниво подбедрица. Съотношението на ампутации над коляно спрямо ампутации под коляно се различава съществено от европейските и американски показатели 40% към 60% в полза на ампутациите на ниво под коляно. Това е показател, който изисква сериозно внимание. Трябва да се наблегне на профилактиката, ранната диагностика, разширеното използване на инвазивната съдова диагностика по отношение на периферните артерии. Това е ангажимент както на отделния индивид и на медицинските специалисти в областта на ендокринологията, ангиологията, неврологията така и на правителството, държавата и обществото. Подобряване на здравословното състояние е основен показател за подобряване качеството на живот на хората с хронични заболявания като ДИАБЕТ и ХАНК.

### **3.2.2. Резултати, свързани с качеството и функционалността на протезата**

#### **Качество на протезата**

Около 20% от участниците в проучването са с първа протеза, а останалите – с повече от една. Близко 74% от анкетираните са по-доволни от сегашната си протеза.

Болшинството от участниците в проучването (63%) намират протезата си за неудобна, а само 3,4% - за много удобна (фиг. 8). Тук не бива да се прави директна аналогия за лошо или недобро качество на протезата, тъй като в голяма степен преобладава субективното мнение на пациента. Съвършено ясно е, че и най-качествено изработената протеза не може да замести функциите на естествения крайник и създава неудобство и дискомфорт.



**Фиг. 8. Разпределение на анкетираните по удобство на протезата**

58% от анкетираните усещат гилзата на протезата си като твърда, 21% като мека и най-малко (10%) са заявили, че не я усещат – табл. 11. По отношение на този показател съществена роля играят качеството на материалите от които е изработена гилзата, както и състоянието на ампутационния чукан. Болезненият и недобре оформен ампутационен чукан създава усещане за твърда и неудобна гилза.

**Таблица 11. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как усещате гилзата на Вашата протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Твърда	239	58,0	2,4
Мека	87	21,1	2,0
Много твърда	43	10,4	1,5
Не я усещам	41	10,0	1,5
Не отговорили	2	0,5	0,3
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Близо 2/3 (65%) от участниците в проучването оценяват протезата си като тежка, следвани от далите отговор „лека“ с 22%. Само 6 (1,5%) я намират за много лека. Този показател се влияе обективно от качеството на материалите, от които е изготвена протезата и субективно от общото физическо състояние на пациента. Пациент с увредено общо физическо състояние усеща и най-леката протеза като тежка.

Болшинството от анкетираните (62.5%) определят външния вид на протезата си като „приличен“, следвани от намиращите я за грозна с наполовина по-нисък процент (32.5%) и тези с „ужасна” протеза (3.5%). Само шест души (1,5%) я намират за красива.

С най-голям относителен дял (46%) са трудно поставящите и свалящи протезата си, следвани от лесно извършващите тези действия (43%). Най-малко са далите отговор „много трудно“ (4%) - табл. 12. Трудността на поставяне и сваляне на протезата е фактор зависещ както от общото физическо състояние на пациента така и от нивото на ампутация и конкретния вид протеза.

**Таблица 12. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как оценявате лекотата, с която поставяте и сваляте Вашата протеза?”**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Трудно	189	45,9	2,5
Лесно	176	42,7	2,4
Много лесно	28	6,8	1,2
Много трудно	18	4,4	1,0
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

При 64% от анкетираните протезата издава някакъв шум при извършваните движения, като „щракане“ са посочили 41%, а скърцане – 23%. При малко над 1/3 (36%) протезата не е издавала никакъв шум. По отношение на този показател определяща роля има качеството на протезата.

Най-често посочваният (при 75%) отговор на въпроса „Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза? ” е „рядко (един път годишно)“, следван от „често (през 6 месеца)“ и „много рядко (веднъж на 2-3 години)“с по 8%. Най-малко (1%) са далите отговор „много често (през 3 месеца)“ - табл. 13. Честотата на ремонтите на протезата зависи както от качеството на самата протеза така и от степента на експлоатацията ѝ. Резултатите от нашето изследване показват пряка връзка между възрастта, общото физическо състояние, трудовата заетост и броя на ремонтите.

**Таблица 13. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Рядко (един път годишно)	309	75,0	2,1
Често (през бмесеца)	34	8,3	1,4
Много рядко (веднъж на 2-3 години)	34	8,3	1,4
Не се налага	30	7,3	1,3
Много често (през 3 месеца)	4	1,0	0,5
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

#### **Функционалност на протезата**

Протезите на долния крайник най-често се носят сравнително малко – най-често посочваното време е от нула до 3 часа (50%), следвано от 4-6 часа с 37%; а най-рядко посочваното време е над 12 часа – само при 11 (3%) от анкетираните - табл. 14. Преобладаващият процент от протезираните пациенти носят протезата си през малко време от денонощието, което може да бъде обяснено с недобро качество на протезата, увредено общо състояние и ниска физическа активност. Преобладаващият процент от ампутирани са пенсионери, не са трудово ангажирани, прекарват повече часове в къщи и нямат мотивация за по-голяма физическа активност и ефективно използване на протезата през по-дълъг период от деня.

**Таблица 14. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко часа дневно носите Вашата протеза?“**

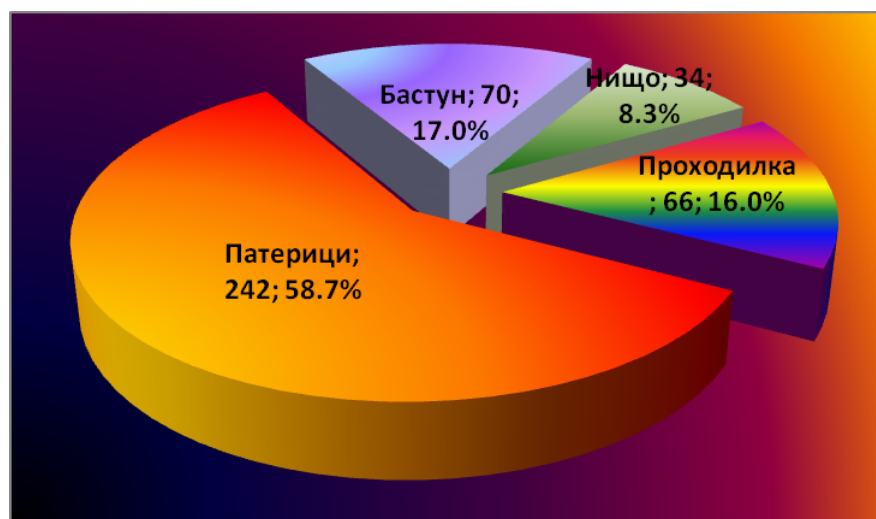
<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
0 – 3	206	50,0	2,5
4 – 6	152	36,9	2,4
7 – 9	27	6,6	1,2
10 – 12	16	3,9	1,0
Над 12	11	2,7	0,8
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Резултатите относно ползването на помощни средства са отразени в табл. 15. Те показват, че пациентите не могат да се придвижват в къщи само използвайки своята протеза. Най-често използваното помощно средство за носене на протезата в къщи са патериците (с 44%), следвани от бастун (с 27%). Най-малко са посочили отговора „нищо“ - 11%.

**Таблица 15. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Каква помощ Ви трябва, когато носите протезата в къщи?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Патерици	181	43,9	2,4
Бастун	110	26,7	2,2
Проходилка	71	17,2	1,9
Нищо	44	10,7	1,5
Не отговорили	6	1,5	0,6
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

На фиг. 9 се вижда, че класацията на помощните средства за носене на протезата извън къщи е същата с известна разлика в процентите – патериците са посочвани по-често, бастунът по-рядко, а останалите са си с почти същите относителни дялове.



**Фиг. 9. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Каква помощ Ви трябва, когато носите протезата извън къщи?“**

Необходимостта от допълнителни помощни средства е тревожен факт. Той е обусловен от една страна от липсата на индивидуален подход при избора на протеза от друга страна от липсата на специализирани рехабилитационни центрове и специализирани програми за обучение в използване на протезата. В момента пациентите с ампутирани крайници имат право на безплатна рехабилитация за 7 дни по Клинична пътека 244. За хора с първа протеза този срок е невъзможен за да бъдат обучени да ходят с нея. Единственото специализирано лечебно заведение е в София. Като се има предвид, че пациентите с ампутирани крайници са трудно подвижни за голяма част пътуването до столицата е много трудно и те дори не използват и тези 7 дни за рехабилитация. На всички пациенти се отпускат еднотипни протези независимо от възраст, общо физическо състояние, трудова активност. Това е предпоставка протезата да не е функционална и ефективно подбрана. Именно този показател говори най-ясно за необходимостта от въвеждане на критерии за индивидуален подход към всеки пациент с цел увеличаване на неговата мобилност и независимост като необходимо условие за повишаване качеството му на живот. Естествено не трябва да се пренебрегва и наличието на обективни фактори, обуславящи необходимостта от ползване на помощни средства като: увредено общо физическо състояние, проблеми с равновесието и др.

Болшинството от участниците в проучването (57%) оценяват способността си за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет като трудно, а 24% - като много трудно. Все пак около 17% са посочили отговора „лесно“, а 9 (2,2%) – „не мога“ (табл. 16).

**Таблица 16. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как оценявате способността Ви за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Трудно	234	56,8	2,4
Много трудно	98	23,8	2,1
Лесно	71	17,2	1,9
Не мога	9	2,2	0,7
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Без помощни средства и парапет способността на протезираните се влошава драстично – на първо място излиза отговорът „много трудно“ с 56%, следван от „не мога“

с 24%. Само 8% са поставили оценката „лесно“. Тези показатели са резултат пак от липсата на възможности за дългосрочна рехабилитация, но силно се влияят и от общото физическо състояние на пациента.

Сравнително по-равномерно са разпределени относителните дялове на отговорите на въпроса „Как оценявате способността Ви да стоите прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин?“ (табл. 17). Най-много са оценките „много трудно“ (37%), следвани от „не мога“ с 30% и на последно място с 11% е оценката „лесно“. Невъзможността за стоене прав дълго време без опора и без усещане за дискомфорт е предпоставка за невъзможност за ефективно използване на протезата. И тук отново влияние оказват обективните фактори: общо физическо състояние, проблеми с равновесието, както и състоянието на ампутационния чукан, нивото на ампутация и качеството на протезата.

**Таблица 17. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как оценявате способността Ви да стоите прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15 – 20 мин?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Много трудно	154	37,4	2,4
Не мога	123	29,9	2,3
Трудно	88	21,4	2,0
Лесно	47	11,4	1,6
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

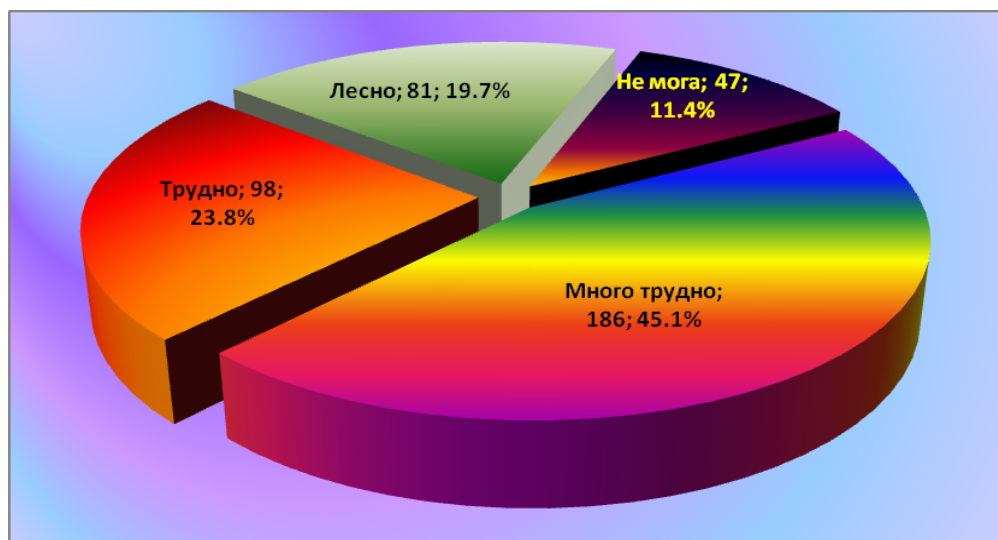
Проучването показва, че способността да се ходи по стръмен или неравен терен без помощни средства за 54% от анкетираните е невъзможна, за 29,4% - много трудна и само 6% са я оценили като „лесна“ .

Ходенето на големи разстояния (над 500 метра) е невъзможно за по-голямата част (95%) от участниците в проучването; 53% са посочили като максимална дистанция 50 метра, 33% - 200 метра и само 1% - 5 и повече километра. Тези резултати от проучването са пак доказателство за неефективно подбрана протеза, която води до ограничения в мобилността и влошено качество на живот на пациентите (табл. 18). Ходенето по стръмен терен и на големи разстояние обаче зависи също така и от общото физическо състояние и от възрастта на пациента. Хората с ампутирани крайници в България са на възраст около 60 години и са с увредено общо състояние.

**Таблица 18. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Как оценявате способността Ви за ходене без помощни средства на следните разстояния?“**

Разстояния	Брой	%	Sp
50 метра	219	53,2	2,5
200 метра	136	33,0	2,3
500 метра	35	8,5	1,4
2 километра	17	4,1	1,0
5 и повече километра	5	1,2	0,5
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Ползването на тоалетната чиния (ставане и сядане) е много трудно за 45% от анкетираните, трудно за 24% от тях, а за 11% е невъзможно (фиг. 10). Този показател се влияе основно от нивото на ампутация. За хората с ампутация на ниво бедро е много трудно използването на тоалетна чиния.



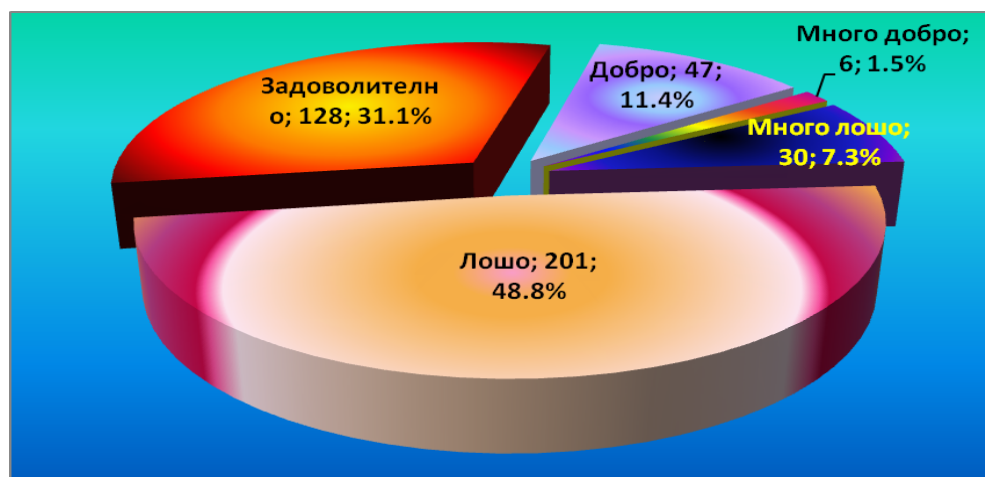
**Фиг. 10. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Как оценявате способността Ви да ползвате тоалетна чиния (ставане и сядане) без да ползвате помощни средства?“**

Физическото благосъстояние е важен критерий в оценката на качеството на живот. Това включва добро здравословно състояние, физически комфорт, физическа активност, предпазване от болки и заболявания, способност за извършване на дейности свързани с личните потребности на индивида. Целта на протезирането е да създаде мобилност и

независимост на хората с ампутирани крайници. Ефективно избраната и изработена протеза е определяща за качеството им на живот и по тази причина индивидуалния подход при осигуряване на медицински изделия-протези трябва да бъде водещ при рехабилитацията. Резултатите от нашето проучване и тук показват негативни тенденции. Хората с ампутирани крайници не усещат протезата си комфортно, не са независими в ежедневните си действия, ползват помощни средства за придвижването си. Това показва, че тя не е ефективно подбрана и не е изработена според индивидуалните нужди. Качеството на живот на пациентите може да се повиши значително, ако протезирането бъде базирано на критериите за подвижност и натоварване – Mobis L-code.

### 3.2.3. Резултати, свързани с качеството на живот

Близо половината (49%) от анкетираниите оценяват качеството си на живот като лошо, 31% като удовлетворително и само 1,5% - като много добро (фиг. 11). Качеството на живот е комплексен показател, включващ много фактори здравословно състояние, трудова заетост, социална среда, благосъстояние в обществото, семейство и приятели. Хората с ампутирани крайници в България са предимно пенсионери по болест, няма специално разработени социални програми и програми за трудова заетост, няма специализирани центрове за физическа и психологическа рехабилитация. При тези обективно обусловени факти съвсем логично е самооценката на пациентите за качеството им на живот да бъде лоша и удовлетворителна. И тук е мястото да отбележим, че освен индивидуално подбраната и качествено изработена протеза за повишаване качеството на живот е необходима промяна на целия комплекс фактори, които го определят.



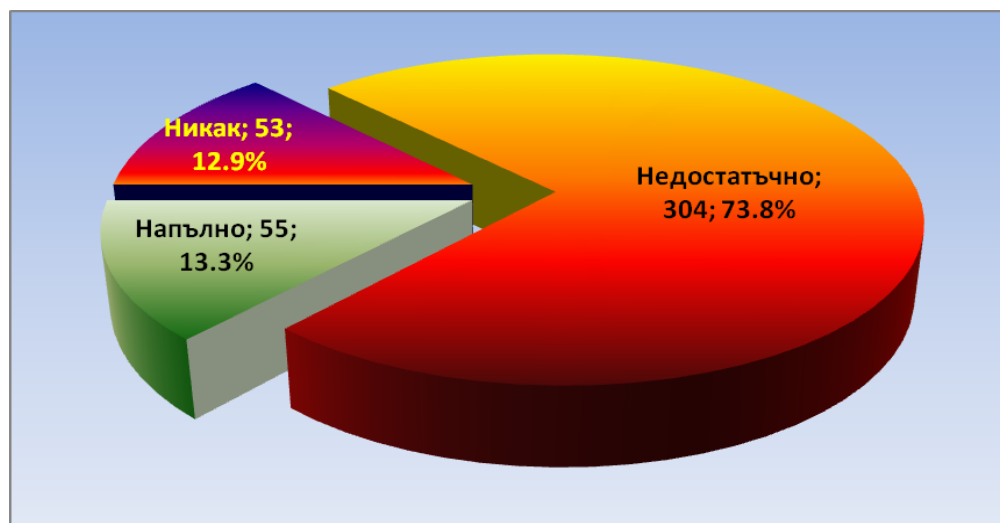
Фиг. 11. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как бихте оценили качеството си на живот?“

Проучването показва, че пациентите имат проблем с достъпността на заобикалящата среда – най-често посочваният отговор е „трудно достъпна“ (61%), следван от „свободно достъпна“ с 34%. Само 4% считат, че е недостъпна (табл. 19). Този резултат е обусловен от липсата на изградена инфраструктура за трудно подвижните хора. Общественият транспорт не е пригоден за нуждите на инвалидите. Повечето от обществените сгради не разполагат с необходимите технически съоръжения и специфично адаптиран подход за достъп до тях.

**Таблица 19. Разпределение на анкетиранияте по отговора на въпроса „Колко достъпна е за Вас заобикалящата Ви среда?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Трудно достъпна	253	61,4	2,4
Свободно достъпна	141	34,2	2,3
Недостъпна	18	4,4	1,0
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Болшинството от участниците в проучването (74%) се чувстват недостатъчно удовлетворени от себе си, на второ място са напълно удовлетворените и неудовлетворените с по 13% (фиг. 12). Това е логично като се има предвид фактът, че в България липсват или са силно ограничени възможностите за пълноценна реализация в трудовия и обществен живот.



**Фиг. 12. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от самия себе си?“**

По аналогичен начин са подредени отговорите и на следващите два въпроса: „Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?“ и „Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?“ (табл. 20 и 21).

**Таблица 20. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Недостатъчно	277	67,2	2,3
Напълно	70	17,0	1,9
Никак	64	15,5	1,8
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

В настоящия момент в страната ни липсват специализирани центрове за рехабилитация на хора с ампутирани крайници и протези. Липсата на изградена мрежа от такива центрове по области в страната води до невъзможност пациентите от отдалечените райони да провеждат рехабилитация в София. Също така липсват и специфично обучени кадри-рехабилитатори, които да работят с този контингент пациенти. Гарантираната от НЗОК безплатна рехабилитация е само за 7 дни годишно, което е крайно недостатъчно.

**Таблица 21. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Недостатъчно	297	72,1	2,2
Напълно	66	16,0	1,8
Никак	48	11,7	1,6
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Проучването показва, 37% от анкетираните въобще не са удовлетворени от транспорта, който ползват, 50% са недостатъчноудовлетворени и само 13% са напълно удовлетворени (фиг. 13).



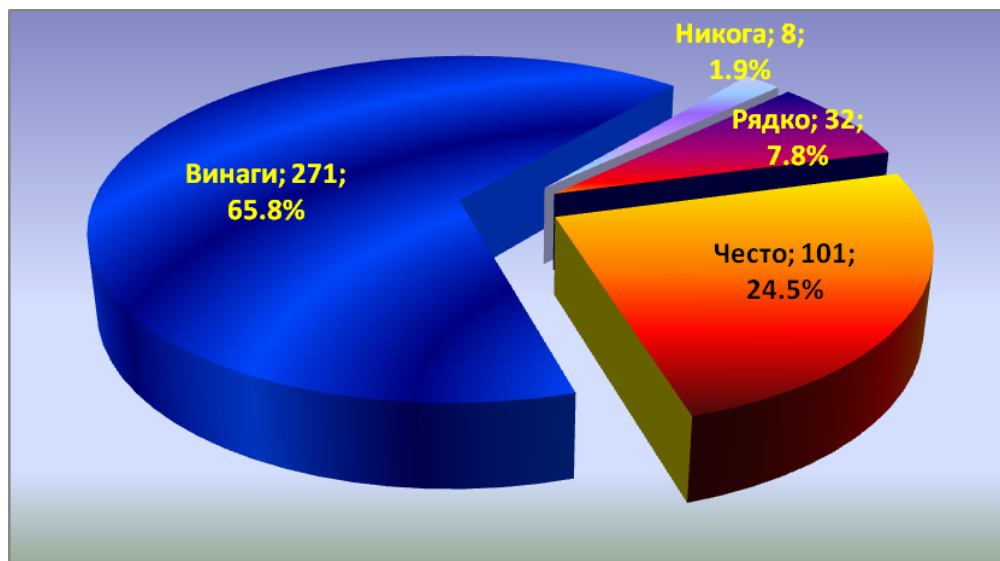
**Фиг. 13. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от транспорта, който ползвате?“**

Проучването, обаче сочи коренно различни резултати относно подкрепата на приятелите – 74% са напълно удовлетворени от подкрепата на приятелите си, 24% се чувстват недостатъчно удовлетворени и само 2% не са удовлетворени (табл. 22). Да имаш приятели и социална среда е един от основните критерии при оценка на качеството на живот. При този показател проучването показва положителна тенденция.

**Таблица 22. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от подкрепата на своите приятели?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Напълно	306	74,3	2,2
Недостатъчно	97	23,5	2,1
Никак	8	1,9	0,7
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Близо 2/3 (66%) от участниците в проучването винаги се притесняват, че носят протеза, 24% - „често“, а само 2% - никога (фиг. 14).



**Фиг. 14. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко често сте изпитвали притеснение от това, че носите протеза?“**

97% от близките на анкетираните имат добро и много добро отношение към тяхната протеза, а само 3% - лошо (табл. 23).

**Таблица 23. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как оценявате отношението на близките Ви и семейството Ви към Вашата протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Добро	226	54,9	2,5
Много добро	174	42,2	2,4
Лошо	11	2,7	0,8
Много лошо	0	0,0	
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

68% от участниците в проучването винаги изпитват затруднение в избора на дрехи и обувки, 26% - „рядко“ и само 6% - никакво.

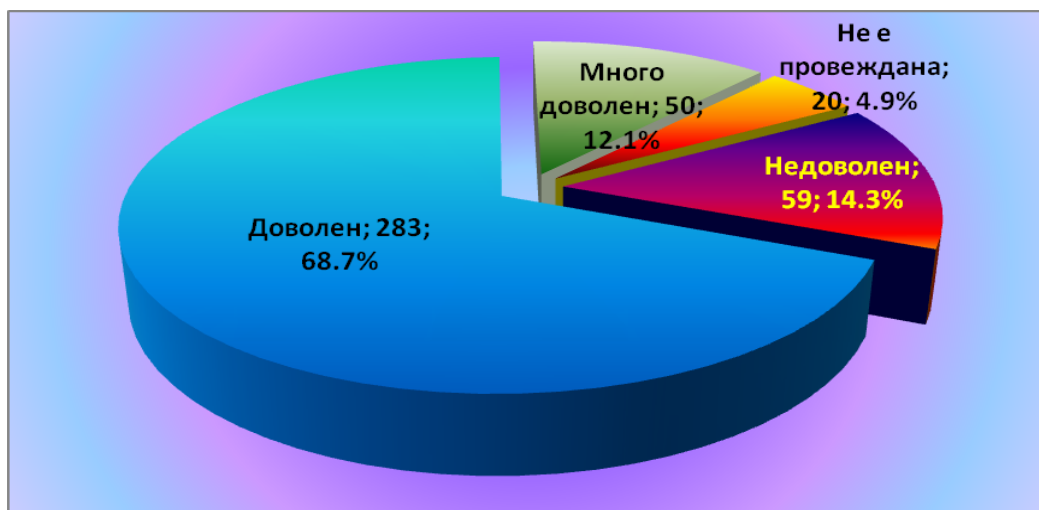
90% от анкетираните са доволни и много доволни от работата на протезиста, но има и 10% недоволни (табл. 24). Големият процент дали положителен отговор показва, че

въпреки условията на финансови рестрикции и недобра материално техническа база протезистите полагат максимални усилия и висока степен на отговорност в стремежа си да удовлетворят максимално потребностите на всеки пациент.

**Таблица 24. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте доволни от работата на протезиста,изработил сегашната Ви протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Доволен	318	77,2	2,1
Много доволен	52	12,6	1,6
Недоволен	41	10,0	1,5
Не отговорили	1	0,2	0,2
<b>Общо</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	

Относно рехабилитацията, проведена след протезирането, доволните са 69%, следвани от недоволните с 14%. Най-малко са много доволните (12%), а при 5% такава не е провеждана (фиг. 15). Въпреки големият процент доволни пациенти има още какво да се желае, а именно подобряване на материално-техническата база, удължаване периода на безплатна рехабилитация, гарантирана от НЗОК, повишаване квалификацията на специалистите-рехабилитатори и предоставяне на възможност за рехабилитация на все по-голям процент от ампутираните.



**Фиг. 15. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте доволни от рехабилитацията, проведена след протезирането Ви?“**

Психологическите аспекти на качеството на живота са свързани с психичното здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието, различните положителни и отрицателни емоционални състояния, самооценката. Социалното благосъстояние като аспект на качеството на живот е най-трудно измеримо, тъй като включва активността в интимния живот и семейството, приятелските отношения, професионалната реализация, развлеченията в свободното време, социалната среда и живот, придобитото образование и култура, околната среда и други. Участниците в проучването са семейни и роднините им имат положително отношение към тяхното променено социално положение. По този показател качеството на живот на пациентите може да бъде оценено като много добро. Подкрепата на семейство, близки и приятели е от изключителна важност за всеки индивид във всеки един момент от живота му. От анкетното проучване е видно, че нивото на удовлетвореност на анкетирания е много ниско. Те се притесняват, че носят протеза. От една страна това е проблем на недобра рехабилитация на пациентите. В България няма програми за психологическа адаптация към променения външен вид и психотерапия. Седемдневната КП 244 покрива обучение в ходене с протеза, но не и разговори и психологическа помощ. Пациентите се чувстват удовлетворени от работата на протезиста, но всъщност не са удовлетворени от самата рехабилитация. Оставането въщи, без социална ангажираност на практика води до увеличаване на депресивната травма от загубата на крайник. В България няма специализирани рехабилитационни клиники за комплексно лечение, което да включва общо укрепване на здравословното състояние, обучение в използването на протезата, в независимост и самостоятелно справяне с ежедневните дейности. В почти всички страни от Европа и в САЩ има юридически кантори и адвокати, които се занимават със специфичното право, касаещо хората с ампутации. В тези кантори пациентите получават безплатна консултация и защита. Друг сериозен проблем за хората с ампутирани крайници е недостъпната околна среда. Няма изградени рампи, градския транспорт не е пригоден за инвалиди. Не на последно място е липсата на социална култура и толерантност на обществото към инвалидите. Може да се каже, че самоусещането на анкетирания за лошо качество на живот е обективно обусловено от обществените условия и реалности.

### **3.2.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели**

Проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на долен крайник установи, че 206 души са носили протезата си до 3 часа, 152 души – от 4 до 6 часа, 27 души 7-9 часа, 16 души 10-12 часа и само 16 души са носили протезата повече от 12 часа. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и часовете на носене на протезата, но не се установява статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и часовете на носене на протезата.

71 човека ползват проходилка като помощно средство при носене на протезата в къщи, 181 души ползват патерици, 110 души ползват бастун и само 44 души не се нуждаят от помощно средство. Имащите необходимост от проходилка за носене на протезата в къщи са със сигнификантно по-висока средна възраст спрямо имащите нужда от патерици и бастун, а те от своя страна са със значимо по-висока средна възраст от нямащите нужда от помощни средства. Между времето изминало след ампутацията и необходимата помощ за носене на протезата в къщи не се установява статистически значима зависимост.

При носене на протезата извън къщи проходилка използват 66 души, 242-ма са с патерици, 70 души с бастун, а 34-ма са без помощно средство. Има правопрпорционална сигнификантна зависимост между възрастта и необходимата помощ за носене на протезата навън. Между времето изминало след ампутацията и необходимата помощ за носене на протезата извън къщи не се наблюдава статистически значима зависимост.

Резултатите относно способността за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) или ползване на парапет показват, че 9 души не могат да се движат по стълби, 98 души се затрудняват много, 234 отговорят с „трудно“ и 71 души се качват и слизат лесно. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и способността за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет. Между времето изминало след ампутацията и способността за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет не се установява статистически значима зависимост.

Резултатите относно способността за слизване и качване по стълби без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет показват, че 99 души не могат да се движат по стълби, 232 души се затрудняват много, 47 отговорят с „трудно“ и само 34 души се качват и слизат лесно. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и способността за слизване и качване по стълби без помощни средства

(патерици, бастун) и без ползване на парапет. Можещите лесно да слизат и да се качват по стълбите без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет са със значимо по-голямо време изминало след ампутацията спрямо неможещите.

Нашето изследване показва, че 123 човека не могат да стоят прави без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. 154 души отговориха с „много трудно“, 88 души стоят трудно, а 47 души стоят лесно прави без опора и без усещане за дискомфорт. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и способността за стоене прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. Далите оценка „трудно“ са със значимо по-малко средно време изминало след ампутацията спрямо останалите анкетираните.

Сравнителният анализ показва, че 224 човека не могат да ходят по стръмен или неравен терен без помощни средства. 121 души ходят много трудно, 40 – трудно и само 25 души ходят лесно. Далите оценка „лесно“ за ходенето по стръмен или неравен терен без помощни средства са със сигнификантно по-ниска средна възраст спрямо останалите участници в проучването. Между времето изминало след ампутацията и способността за ходене по стръмен или неравен терен без помощни средства не се установява статистически значима зависимост.

219 души могат да изминат до 50 метра без помощни средства. 136 души изминават до 200 метра, 35 души – до 500 метра, 17 души – до 2 километра. Само 5 души могат да изминат 5 и повече километра без помощни средства. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и способността за ходене без помощни средства на големи разстояния. Няма ясно изразена връзка между времето изминало след ампутацията и способността за ходене без помощни средства на големи разстояния.

Изследването показва, че 47 души не могат да ползват тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства, 186 души ползват много трудно, 98 отговарят с „трудно“, а 81 ползват лесно. Далите оценка „лесно“ за ползване на тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства са със сигнификантно по-ниска средна възраст спрямо останалите участници в проучването. Между времето изминало след ампутацията и способността за ползване на тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства не се установява статистически значима зависимост.

Резултатите от изследването за качество на живот са: 30 човека отговориха „много лошо“, 201 души живеят лошо, 128 души – задоволително, 47 души – добре и само 6 души оценяват качеството си на живот като „много добро“. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и оценката за качеството на живот. Между

времето изминало след ампутицията и оценката за качеството на живот не се установява ясно определена статистическа зависимост.

Изследвани бяха 295 души с ниво на ампутицията бедро за удобството на протезата им. 214 души (72.5%) оценяват протезата си като неудобна, 77 души (26.1%) като удобна и само 4 души (1.4%) дават оценка „много удобна“. Други 115 души с ниво на ампутицията подбедрица също дадоха оценки за удобството на протезата им. За 46 души (40.0%) тя е неудобна, за 59 души (51.3%) е удобна, а за 10 души (8.7%) е много удобна. Има сигнификантна връзка между оценките за удобство на протезата и нивото на ампутицията. Имащите ниво на ампутицията подбедрица са давали значимо по-често оценките „удобна“ и „много удобна“, докато имащите ампутицията на ниво бедро – „неудобна“.

294 души с ниво на ампутицията бедро споделиха усещането си за гилзата на протезата. 41 души (13.9%) я оценяват като много твърда, 187 души (63.6%) като твърда, 37 души (12.6%) като мека, а 29 души (9.9%) отговориха „не я усещам“. Другите 115 души с ниво на ампутицията подбедрица имат следните усещания: за 2 души (1.7%) е много твърда, за 52 души (45.2%) е твърда, за 49 души (42.6%) е мека, а 12 души (10.4%) не я усещат. Има сигнификантна връзка между усещанията за гилзата на протезата и нивото на ампутицията. Имащите ниво на ампутицията бедро са давали значимо по-често оценките „много твърда“ и „твърда“, докато имащите ампутицията на ниво подбедрица – „мека“.

При изследването „усещане за тежест на протезата“ участваха 295 лица с ниво на ампутицията бедро и 115 души с ниво подбедрица. За ниво бедро получихме следните резултати: 44 души (14.9%) отговориха „много тежка“, за 210 души (71.2%) протезата е тежка, 41 души (13.9%) отговориха „лека“ и никой няма усещане за много лека. В ниво подбедрица 3 души (2.6%) я усещат като много тежка, за 58 души (50.4%) е тежка, за 48 души (41.7%) е лека, а за останалите 6 души (5.2%) е много лека. Има сигнификантна връзка между усещанията за тежест на протезата и нивото на ампутицията. Имащите ниво на ампутицията бедро са давали значимо по-често оценките „много тежка“ и „тежка“, докато имащите ампутицията на ниво подбедрица – „лека“ и „много лека“.

Усещанията за външния вид на протезата при ниво бедро са следните: за 11 души (3.7%) тя е „ужасна“, 112 души (38.0%) я намират за „грозна“, 171 души (58.0%) – прилична и само един човек (0.3%) е отговорил „красива“. При ниво подбедрица 3 души (2.6%) отговориха с „ужасна“, за 22 души (19.1%) е грозна, за 85 души (73.9%) прилична и за 5 души (4.3%) – красива. Има сигнификантна връзка между оценките за външния вид на протезата и нивото на ампутицията. Имащите ниво на ампутицията подбедрица са давали

значимо по-често оценките „прилична“ и „красива“, докато анкетираните на ниво на ампутация бедро – „грозна“.

Нашето изследване за лекотата, с която се поставя и сваля протезата обхваща 295 души с ниво на ампутация бедро и 115 души с подбедрица. При хората с ниво бедро 41 души (4.7%) отговориха „много трудно“, 164 души (55.6%) – трудно, 106 души (35.9%) – лесно и 11 души (3.7%) – много лесно. При ниво подбедрица 4 души (3.5%) дадоха оценка много трудно, 25 души (21.7%) – трудно, 69 души (60.0%) – лесно и 17 души (14.8%) – много лесно. Има сигнификантна връзка между оценките за лекотата с която се поставя и сваля протезата и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценката „трудно“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „лесно“ и „много лесно“.

295 души с ниво на ампутация бедро и 115 души с подбедрица бяха проучени за издаваните от протезата им шумове. Скърцане на протезата има при 85 души (28.8%) с ниво протеза и 9 души (7.8%) с ниво подбедрица. Щракане на протезата обявиха съответно 147 души (49.8%) и 20 души (17.4%). Никакъв шум не издават протезите на 63 души (21.4%) с ниво протеза и 86 души (74.8%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между издаваните от протезата шумове и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията подбедрица са давали значимо по-често отговора „никакъв шум“, докато имащите ампутация на ниво бедро – „скърцане“ и „щракане“.

Беше изследвана и честотата на ремонтите на протезите. Много често (през 3 месеца) са ремонтирани протезите на 3 души (2.6%) с ниво подбедрица и на нито един с ниво бедро. Често (през 6 месеца) е правен ремонт на 25 протези (8.5%) ниво бедро и 9 протези (7.8%) ниво подбедрица. Рядко (един път годишно) са ремонтирани протезите на 238 души (80.7%) с ниво бедро и 71 души (61.7%) с ниво подбедрица. Много рядко (веднъж на 2-3 години) е правен ремонт на 17 протези (5.8%) ниво бедро и 17 протези (14.8%) ниво подбедрица. Не се е налагало да бъдат ремонтирани протезите на 15 души (5.1%) с ниво бедро и 15 души (13.0%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между честотата на ремонтите на протезата и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценката „рядко“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „много рядко“ и „не се налага“.

Ние изследвахме колко часа дневно носят протезата си 295 души с ниво бедро и 116 души с ниво подбедрица. От 0 до 3 часа носят протеза 178 души (60.3%) от хората с ниво бедро и 28 души (24.1%) с ниво подбедрица. 4-6 часа носят протеза 91 души (30.8%) с ниво бедро и 60 души (51.7%) с ниво подбедрица. От 7 до 9 часа протеза носят 17 души

(5.8%) от хората с ниво бедро и 10 души (8.6%) с ниво подбедрица. 10-12 часа протеза носят 6 души (2.0%) с ниво бедро и 10 души (8.6%) с ниво подбедрица. Повече от 12 часа носят протеза 3 души (1.0%) с ниво бедро и 8 души (6.9%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за часовете на носене на протезата дневно и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията подбедрица са давали значимо по-често по-голяма продължителност, докато имащите ампутация на ниво бедро – най-малкото време „0 - 3 часа“.

При изследването „необходима помощ за носене на протезата в къщи“ бяха проучени 291 души с ниво на ампутация бедро и 114 души с ниво подбедрица. Проходилка ползват 63 души (21.6%) с ниво бедро и 8 души (7.0%) с ниво подбедрица. Патерици ползват 148 души (50.9%) с ниво бедро и 33 души (28.9%) с ниво подбедрица. Бастун ползват 63 души (21.6%) с ниво бедро и 47 души (41.2%) с ниво подбедрица. 17 души (5.8%) с ниво бедро и 26 души (22.8%) с ниво подбедрица не ползват помощно средство.

Проведохме и подобно изследване за необходимата помощ за носене на протезата извън къщи. Участваха 295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица. Проходилка ползват 59 души (20.0%) с ниво бедро и 7 души (6.0%) с ниво подбедрица. Патерици ползват 190 души (64.4%) с ниво бедро и 51 души (44.0%) с ниво подбедрица. Бастун ползват 36 души (12.2%) с ниво бедро и 34 души (29.3%) с ниво подбедрица. 10 души (3.4%) с ниво бедро и 24 души (20.7%) с ниво подбедрица не ползват помощно средство.

Двете горни изследвания показаха, че има сигнификантна връзка между необходимата помощ за носене на протезата в къщи и извън къщи, и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са посочвали значимо по-често „проходилка“ и „патерици“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „бастун“ и „нищо“.

Ние проведохме две изследвания и за:

1) способността за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет;

2) способността за слизване и качване по стълби без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет.

Участваха 295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица.

Резултатите от първото изследване са: Не могат да се качват и слизат по стълби 8 души (2.7%) с ниво бедро и 1 човек (0.9%) с ниво подбедрица. Много трудно ползват стълби 84 души (28.5%) с ниво бедро и 14 души (12.1%) с ниво подбедрица. Трудно

правят това 178 души (60.3%) с ниво бедро и 55 души (47.4%) с ниво подбедрица. Лесно се движат по стълби 25 души (8.5%) с ниво бедро и 46 души (39.7%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за способността за слизане и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапети нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценките „много трудно“ и „трудно“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „лесно“.

Резултатите от второто изследване са: Не могат да се качват и слизат по стълби 85 души (28.8%) с ниво бедро и 13 души (11.2%) с ниво подбедрица. Много трудно ползват стълби 179 души (60.7%) с ниво бедро и 53 души (45.7%) с ниво подбедрица. Трудно правят това 22 души (7.5%) с ниво бедро и 25 души (21.6%) с ниво подбедрица. Лесно се движат по стълби 9 души (3.1%) с ниво бедро и 25 души (21.6%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за способността за слизане и качване по стълби без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценките „не мога“ и „много трудно“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „трудно“ и „лесно“.

295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица участваха в изследване за способността да стоят прави без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. Не могат да правят това 115 души (39.0%) с ниво бедро и 7 души (6.0%) с ниво подбедрица. Много трудно го правят 117 души (39.7%) с ниво бедро и 37 души (31.9%) с ниво подбедрица. Трудно е за 49 души (16.6%) с ниво бедро и 39 души (33.6%) с ниво подбедрица. Лесно го правят 14 души (4.7%) с ниво бедро и 33 души (28.4%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за способността да се стои прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценката „не мога“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „трудно“ и „лесно“.

Следващото ни изследване е за способността да ходят по стръмен или неравен терен без помощни средства. Бяха проучени 293 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица. Не могат да правят това 193 души (65.9%) с ниво бедро и 30 души (25.9%) с ниво подбедрица. Много трудно го правят 78 души (26.6%) с ниво бедро и 43 души (37.1%) с ниво подбедрица. Трудно е за 13 души (4.4%) с ниво бедро и 27 души (23.3%) с ниво подбедрица. Лесно го правят 9 души (3.1%) с ниво бедро и 16 души (13.8%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за способността да ходи по стръмен или неравен терен без помощни средства и нивото на ампутация. Имащите

ниво на ампутацията бедро са посочвали значимо по-често оценката „не мога“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „много трудно“, „трудно“ и „лесно“.

Разстоянията за ходене без помощни средства проучихме при 295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица. 175 души (59.3%) с ниво бедро и 43 души (37.1%) с ниво подбедрица могат да извървят 50 метра. 200 метра е разстоянието при 90 души (30.5%) с ниво бедро и 46 души (39.7%) с ниво подбедрица. 500 метра при 22 души (7.5%) с ниво бедро и 13 души (11.2%) с ниво подбедрица. Два километра могат да извървят 6 души (2.0%) с ниво бедро и 11 души (9.5%) с ниво подбедрица. Само двама души (0.7%) с ниво бедро и трима (2.6%) с ниво подбедрица могат да се придвижат на пет и повече километра. Има сигнификантна връзка между способността за преодоляване на определени разстояния и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са посочвали значимо по-често като възможно разстояние „500 метра“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „2 километра“ и „5 и повече километра“.

295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица изследвахме за способността за ползване на тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства. Не могат да правят това 41 души (13.9%) с ниво бедро и 6 души (5.2%) с ниво подбедрица. Много трудно го правят 170 души (57.6%) с ниво бедро и 16 души (13.8%) с ниво подбедрица. Трудно е за 55 души (18.6%) с ниво бедро и 43 души (37.1%) с ниво подбедрица. Лесно го правят 29 души (9.8%) с ниво бедро и 51 души (44.0%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между оценките за способността за ползване на тоалетна чиния /ставане и сядане/ без ползване на помощни средства и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценката „не мога“ и „много трудно“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „трудно“ и „лесно“.

Изследвахме каква е оценката за качеството на живот при същите 295 души с ниво на ампутация бедро и 116 души с ниво подбедрица. Оценка „много лошо“ получихме от 24 души (8.1%) с ниво бедро и 6 души (5.2%) с ниво подбедрица. Оценка „лошо“ - 169 души (57.3%) с ниво бедро и 32 души (27.6%) с ниво подбедрица. Задоволително е качеството за 88 души (29.8%) с ниво бедро и 40 души (34.5%) с ниво подбедрица. Добро качество на живот има при 13 души (4.4%) с ниво бедро и 33 души (28.4%) с ниво подбедрица. Само един човек (0.3%) с ниво бедро и 5 души (4.3%) с ниво подбедрица оценяват качеството си на живот като „много добро“. Има сигнификантна връзка между оценките на качеството на живот и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията

подбедрица са давали значимо по-често оценката „добро“, докато имащите ампутация на ниво бедро – „лошо“.

Нашето изследване обхваща и как пациентите усещат гилзата на протезата си. Имаме данни за 80 души с ниво на ампутация бедро и 328 души с ниво подбедрица. Оценка „много твърда“ дадоха 18 души (22.5%) с ниво бедро и 24 души (7.3%) с ниво подбедрица. 44 души (55.0%) с ниво бедро и 195 души (59.5%) с ниво подбедрица оценяват гилзата като твърда. За 13 души (16.3%) с ниво бедро и 73 души (22.3%) с ниво подбедрица гилзата им е мека. Не усещат гилзата 5 души (6.3%) с ниво бедро и 36 души (11.0%) с ниво подбедрица. Има сигнификантна връзка между усещанията за гилзата на протезата и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „много твърда“.

За една част от пациентите протезата е първа. Има обаче и други пациенти, при които се е наложило първата протеза да бъде заменена. По-нататък в текста ще ползваме понятията „хора с първа протеза“ и „хора с непърва протеза“. В нашето изследване направихме поредица от проучвания, за да установим влиянието на поредността на протезата.

80 души с първа протеза и 329 души с непърва протеза споделиха какво е усещането за тежест на протезата им. Оценка „много тежка“ дадоха 18 души (22.5%) с първа протеза и 29 души (8.8%) с непърва протеза. Оценка „тежка“ = 42 души (52.5%) с първа и 225 души (68.4%) с непърва протеза. Леко я усещат 18 (22.5%) с първа и 71 души (21.6%) с непърва протеза. Само двама (2.5%) с първа протеза и четирима (1.2%) с непърва протеза оценяват протезата си като много лека. Има сигнификантна връзка между усещанията за тежест на протезата и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „много тежка“, а останалите – „тежка“.

Същите хора (80 души с първа и 329 души с непърва протеза) оцениха и външния вид на протезата си, според поредността на протезата. Оценка „ужасна“ получихме от 3 души (3.8%) с първа протеза и 11 души (3.3%) с непърва протеза. Оценка „грозна“ = 15 души (18.8%) с първа и 118 души (35.9%) с непърва протеза. Като „прилична“ я оценяват 60 (75.0%) с първа и 196 души (59.6%) с непърва протеза. Само двама (2.5%) с първа протеза и четирима (1.2%) с непърва протеза оценяват протезата си като красива. Има сигнификантна връзка между оценките за външния вид на протезата и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „прилична“, а останалите – „грозна“.

Същите хора (80 души с първа и 329 души с непърва протеза) оцениха и лекотата, с която се поставя и сваля протезата. Оценка „много трудно“ дадоха 7 души (8.8%) с първа протеза и 11 души (3.3%) с непърва протеза. Оценка „трудно“ = 39 души (48.8%) с първа и 149 души (45.3%) с непърва протеза. Лесно я поставят и свалят 27 (33.8%) с първа и 148 души (45.0%) с непърва протеза. Много лесно се справят 7 души (8.8%) с първа протеза и 21 души (6.4%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между оценките за лекотата, с която се поставя и сваля протезата и поредност на протезата.

Следващото изследване на същите хора (80 души с първа и 329 души с непърва протеза) беше за честотата на ремонтите на протезата им. Много често (през 3 месеца) са я ремонтирали един човек (1.3%) с първа протеза и 3 души (0.9%) с непърва протеза. Често (през 6 месеца) се е налагал ремонт при 6 души (7.5%) с първа и 28 души (8.5%) с непърва протеза. Рядко (един път годишно) ремонт на протеза са правили 51 души (63.8%) с първа и 256 души (77.8%) с непърва протеза, а много рядко (веднъж на 2-3 години) - 7 души (8.8%) с първа протеза и 27 души (8.2%) с непърва протеза. Не се е налагало да правят ремонт 15 души (18.8%) с първа протеза и 15 души (4.6%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между честотата на ремонтите на протезата и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често отговора „не се налага“, докато останалите – „рядко“.

80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза бяха изследвани по показателя „продължителност на носене на протезата през деня“. Малко (до 3 часа) са я носили 54 души (67.5%) с първа протеза и 150 души (45.5%) с непърва протеза. От 4 до 6 часа са носили протеза 19 души (23.8%) с първа и 133 души (40.3%) с непърва протеза. От 7 до 9 часа са носили протеза 4 души (5.0%) с първа и 23 души (7.0%) с непърва протеза. От 10 до 12 часа са носили протеза 3 души (3.8%) с първа и 13 души (3.9%) с непърва протеза. Повече от 12 часа са носили протеза само 11 души (3.3%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между часове на носене на протезата дневно и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често най-малкото време „0-3 часа“, докато останалите – „4-6“ и „повече от 12“.

Следващото наше изследване беше дали е необходимо помощно средство при носене на протезата в къщи. Бяха изследвани 80 души с първа протеза и 324 души с непърва протеза. 23 души (28.8%) с първа и 48 души (14.8%) с непърва протеза ползват проходилка. Патерици използват 36 души (45.0%) с първа и 144 души (44.4%) с непърва протеза. Бастун ползват 17 души (21.3%) с първа и 92 души (28.4%) с непърва протеза. Без

помощно средство се движат в къщи 4 души (5.0%) с първа и 40 души (12.3%) с непърва протеза.

Същите хора (80 души с първа протеза и 324 души с непърва протеза) бяха проучени още дали им е необходимо помощно средство при носене на протезата извън къщи. 23 души (28.8%) с първа и 43 души (13.0%) с непърва протеза ползват проходилка. Патерици използват 43 души (53.8%) с първа и 197 души (59.7%) с непърва протеза. Бастун ползват 10 души (12.5%) с първа и 60 души (18.2%) с непърва протеза. Без помощно средство се движат в къщи 4 души (5.0%) с първа и 30 души (9.1%) с непърва протеза.

Резултатите показват, че има сигнификантна връзка между необходимата помощ за носене на протезата в къщи и извън къщи, и поредност на протезата. Имащите първа протеза са посочвали значимо по-често „проходилка“, а останалите (за в къщи)– „нищо“.

80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза бяха изследвани по способността им за слизване и качване по стълби с помощни средства (патерици, бастун) и ползване на парапет. Трима души (3.8%) с първа протеза и 6 души (1.8%) с непърва протеза не могат да слизат и да се качват по стълби. Много трудно се движат по стълби 28 души (35.0%) с първа протеза и 70 души (21.2%) с непърва протеза. Трудно се качват и слизат по стълби 40 души (50.0%) с първа протеза и 192 души (58.2%) с непърва протеза. Лесно е за 9 души (11.3%) с първа протеза и 62 души (18.8%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между за способността за слизване и качване по стълби с помощни средства /патерици, бастун/ и ползване на парапет, и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „много трудно“.

Същите хора (80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза) бяха изследвани и по способността им за слизване и качване по стълби без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет. 33 души (41.3%) с първа протеза и 66 души (20.0%) с непърва протеза не могат да слизат и да се качват по стълби. Много трудно се движат по стълби 34 души (42.5%) с първа протеза и 196 души (59.4%) с непърва протеза. Трудно се качват и слизат по стълби 10 души (12.5%) с първа протеза и 37 души (11.2%) с непърва протеза. Лесно е за 3 души (3.8%) с първа протеза и 31 души (9.4%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между оценките за способността за слизване и качване по стълби без помощни средства (патерици, бастун) и без ползване на парапет и поредност на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „не мога“, докато останалите – „много трудно“ и „лесно“.

Същите хора (80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза) бяха изследвани и по способността им да стоят прави без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. 26 души (32.5%) с първа протеза и 96 души (29.1%) с непърва протеза не могат да правят това. Много трудно е за 30 души (37.5%) с първа протеза и 124 души (37.6%) с непърва протеза. Оценка „трудно“ дадоха 19 души (23.8%) с първа протеза и 68 души (20.6%) с непърва протеза. Лесно е за 5 души (6.3%) с първа протеза и 42 души (12.7%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между оценките за способността да се стои прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20 мин. и поредността на протезата.

80 души с първа протеза и 328 души с непърва протеза бяха изследвани за способността им да ходят по стръмен или неравен терен без помощни средства. 43 души (53.8%) с първа протеза и 180 души (54.9%) с непърва протеза не могат да правят това. Много трудно е за 27 души (33.8%) с първа и 93 души (28.4%) с непърва протеза. Като „трудно“ оценяват 6 души (7.5%) с първа и 34 души (10.4%) с непърва протеза. Лесно е за 4 души (5.0%) с първа протеза и 21 души (6.4%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между оценките за способността да се ходи по стръмен или неравен терен без помощни средства и поредност на протезата.

Направихме изследване и за разстоянията за ходене без помощни средства на 80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза. 59 души (73.8%) с първа и 158 души (47.9%) с непърва протеза могат да изминат до 50 метра без помощни средства. 13 души (16.3%) с първа и 123 души (37.3%) с непърва протеза могат да изминат до 200 метра. Шест души (7.5%) с и 29 души (8.8%) с непърва протеза могат да изминат до 500 метра. До 2 километра могат да изминат двама души (2.5%) с първа и 15 души (4.5%) с непърва протеза. Пет и повече километри могат да изминат само 5 души (1.5%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между способността за преодоляване на определени разстояния и поредността на протезата. Имащите първа протеза са посочвали значимо по-често като възможно разстояние „50 метра“, докато останалите „200 метра“ и „5 и повече километра“.

Същите хора (80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза) бяха изследвани и по способността им за ползване на тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства. 13 души (16.3%) с първа протеза и 33 души (10.0%) с непърва протеза не могат да правят това. Много трудно е за 30 души (37.5%) с първа протеза и 156 души (47.3%) с непърва протеза. Оценка „трудно“ дадоха 22 души (27.5%) с първа протеза и 76 души (23.0%) с непърва протеза. Лесно е за 15 души (18.8%) с първа

протеза и 65 души (19.7%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между оценките за способността за ползване на тоалетна чиния (ставане и сядане) без ползване на помощни средства и поредност на протезата.

Накрая проучихме и каква е оценката на същите тези хора (80 души с първа протеза и 330 души с непърва протеза) за качеството им на живот. Оценка „много лошо“ получихме от 11 души (13.8%) с първа протеза и 19 души (5.8%) с непърва протеза. Оценка „лошо“ дават 31 души (38.8%) с първа и 169 души (51.2%) с непърва протеза. Задоволително е качеството за 29 души (36.3%) с първа и 98 души (29.7%) с непърва протеза. Добро качество на живот има при 9 души (11.3%) с първа и 38 души (11.5%) с непърва протеза. Само 6 души (1.8%) с непърва протеза оценяват качеството си на живот като „много добро“. Има сигнификантна връзка между оценките на качеството на живот и поредност на протезата. Ималите повече от една протеза са давали значимо по-често оценките „лошо“ и „много добро“.

От всички изследвани фактори, с най-голямо влияние върху способността на пациентите с ампутирани долен крайник да се справят с ежедневните си задължения, са оценките им за качеството и функционалността на протезата, преодоляването на различни разстояния и като цяло оценката на качеството им на живот са възрастта и нивото на ампутация. И двата фактора имат отрицателно влияние върху изследваните показатели. Като по-второстепенни фактори се очертават времето след извършване на ампутацията и поредността на протезата, за които не може да се определи еднозначно посоката им на влияние.

### **3.2.5. Изводи от проучването**

Основната причина за ампутация на долен крайник са съдовите заболявания и техните усложнения. По-голям е процентът на ампутациите на ниво бедро-72 %. Хората с ампутирани долни крайници са на възраст между 50 и 70 години, изключително ниска трудова заетост – 2%. Хората с ампутация на долен крайник са основно пенсионери и пенсионери по болест. За повечето от тях протезата е неудобна, и тежка. Болшинството - 92% от тях не могат да се придвижват единствено само с нея, а имат нужда от помощни средства. Ходенето на големи разстояния (над 500 метра) е невъзможно за по-голямата част (95%) от участниците в проучването. За 61% заобикалящата среда е трудно достъпна.

Повечето носят протезата си не повече от 6 часа на ден. 74% се чувстват недостатъчно удовлетворени от себе си и от условията, в които живеят. Близко половината (49%) от анкетираните оценяват качеството си на живот като лошо, 31% като задоволително и само 1,5% - като много добро.

### 3.3. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АМПУТАЦИЯ НА ГОРЕН КРАЙНИК

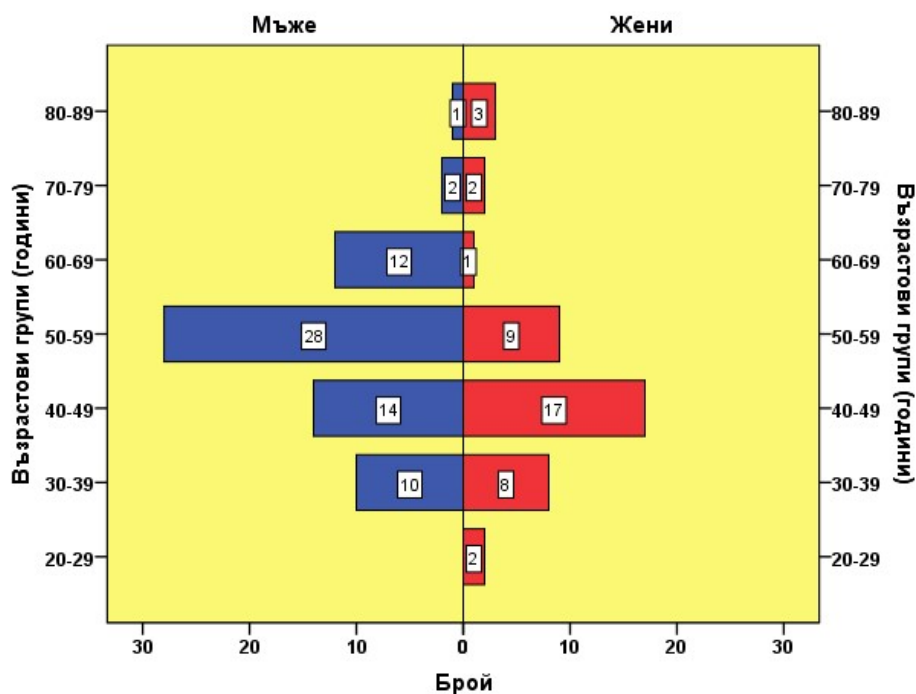
#### 3.3.1. Резултати, свързани с възраст, пол, социално и семейно положение на анкетираните, ниво на ампутацията, причини за ампутацията, възраст на извършване на ампутацията, време изминало след протезирането.

В анкетното проучване са участвали 109 човека с ампутирани горни крайници, със средна възраст  $50,54 \pm 12,74$  години в диапазона 19-84 год., от които 67 (61,5%) мъже и 42 (38,5%) жени (фиг. 16). По-големият процент от пациентите с ампутирани горни крайници са мъже, тъй като мъжете са трудово ангажирани в области с повишен риск на трудови злополуки.



Фиг. 16. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност

Възрастовата група с най-голяма численост (28) при мъжете е 50-59 години, следвана от 40-49 години с 14, а с най-малка (0) – 20-29 години. При жените с най-голяма численост (17) е възрастова група 40-49 години, следвана от 50-59 години (9), а с най-малка (1) – 60-69 години (фиг. 17).



Фиг. 17. Разпределение на участниците в проучването по пол и възрастови групи

Средната възраст на извършване на ампутацията е около 40 години, като двата пола не се различават статистически по този показател. Времето от ампутацията е с гранична сигнификантност ( $p < 0,1$ ) по-голямо при мъжете (11,97 години) срещу 9,81 години при жените - табл. 25. Значително по-ниската средна възраст на пациентите с горен крайник се обяснява с водещата причина-злополуки.

Таблица 25. Вариационен анализ на възрастта на извършване на ампутацията и време от ампутацията, общо и при двата пола

Показател	Общо			Мъже			Жени			p
	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	
Възраст на извършване на ампутацията (год.)	107	40,14	13,98	67	40,03	12,85	40	40,33	15,87	0,782
Време от ампутацията (год.)	109	11,14	10,32	67	11,97	10,08	42	9,81	10,69	0,078

От табл. 26 става ясно, че с най-висока средна възраст (54 год.) са с причина за ампутацията ХАНК, следвани от претърпелите злополука (38 год.). Със сигнификантно най-ниска средна възраст на ампутацията са анкетираните с наличие на тумор (30 год.).

**Таблица 26. Средна възраст на извършване на ампутацията (год.) в зависимост от причината за ампутацията**

Причина за ампутацията	n	$\bar{X}$	SD
Злополука	68	38,49 <sup>a</sup>	10,50
Диабет	4	56,00	12,54
ХАНК	16	54,38 <sup>b</sup>	15,30
Тумор	15	30,27 <sup>c</sup>	11,43
Друга	3	26,67	22,23

С най-голям относителен дял между имащите ампутирани горен крайник са женените (43%), следвани от неженените (21%). Най-малко са овдовелите (16%) - табл. 27.

**Таблица 27. Разпределение на участниците в проучването по семейно положение**

Семейно положение	Брой	%	Sp
Женен	47	43,1	4,7
Неженен	23	21,1	3,9
Разведен	20	18,3	3,7
Вдовец	18	16,5	3,6
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Имащите средно образование са най-много (66%), следвани от тези с висше образование (22%). Най-малко са полувисшистите (3%).

От табл. 28 става ясно, че с най-голям относителен дял между участниците в проучването са пенсионерите по болест (60%), следвани от пенсионерите (25%). Най-малко са безработните (4%).

**Таблица 28. Разпределение на участниците в проучването по трудова заетост**

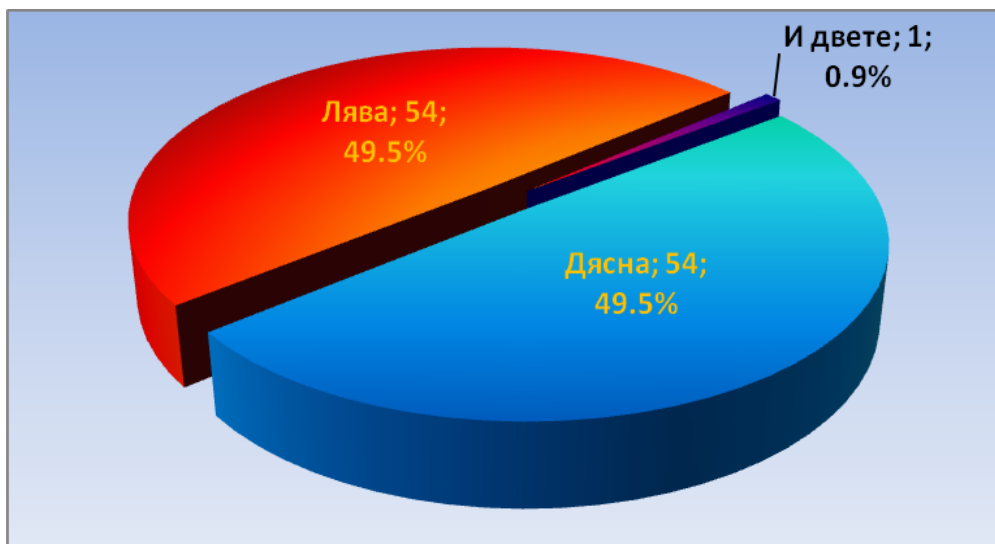
Трудова заетост	Брой	%	Sp
Пенсионер по болест	65	59,6	4,7
Пенсионер	27	24,8	4,1
Работещ	12	11,0	3,0
Безработен	4	3,7	1,8
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	109	100,0	

На първо място като причина за ампутация се нарежда злополука (62%), следвана от ХАНК и тумор (с по 18%). На последно място е диабета с 4% (табл. 29). Значително по-ниската степен на засягане на кръвоносните съдове на горния крайник в сравнение с долния крайник от ХАНК и диабет води до по-ниския процент на ампутации вследствие на тези заболявания.

**Таблица 29. Разпределение на анкетираните по причина за ампутацията**

Причина за ампутацията	Брой	%	Sp
Злополука	68	62,4	4,6
ХАНК	20	18,3	3,7
Тумор	20	18,3	3,7
Диабет	4	3,7	1,8
Друга	5	4,6	2,0

На фиг. 18 се вижда, че и двата крайника са еднакво често ампутирани – по 49,5%. При един (0,9%) от участниците в проучването са ампутирани и двете ръце.



**Фиг. 18.** Разпределение на участниците в проучването по ампутиран крайник

От фиг. 19 става ясно, че най-често срещаното ниво на ампутация е предмишницата (62%), следвано от мишницата с 32%. При 7 (6%) от анкетираниите е ампутирано рамото.

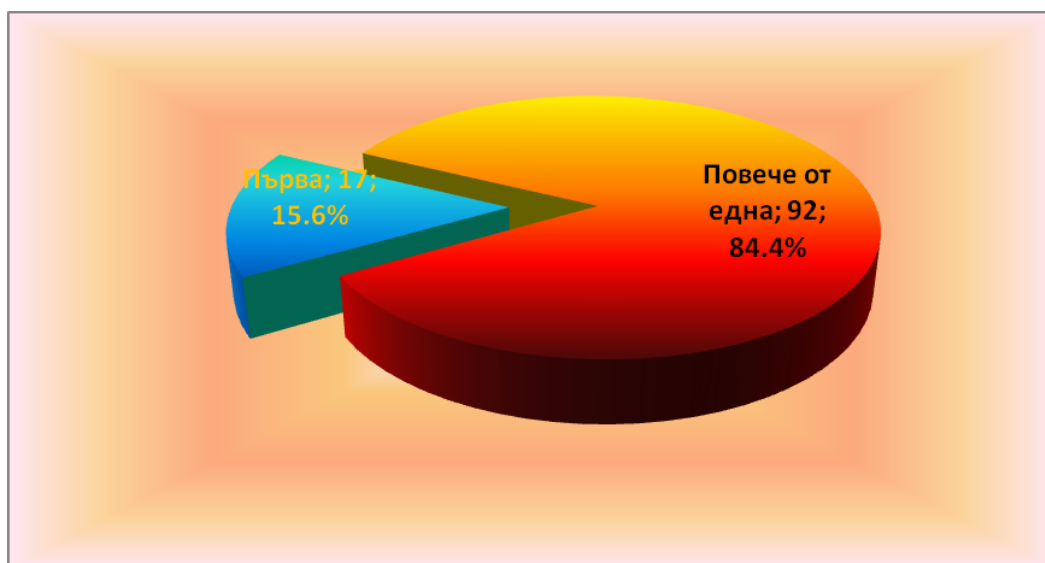


**Фиг. 19.** Разпределение на анкетираниите по ниво на ампутация

### 3.3.2. Резултати , свързани с качеството и функционалността на протезата

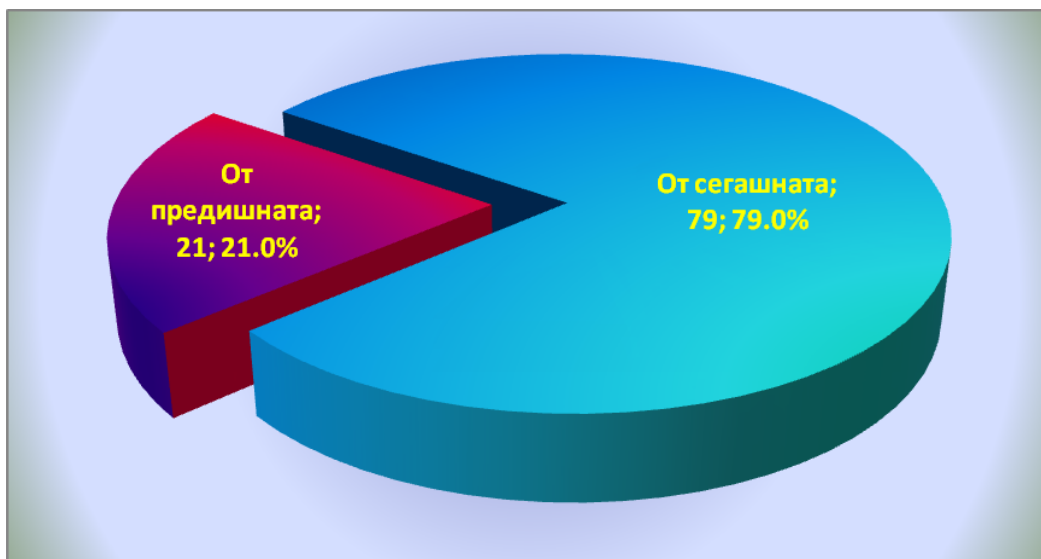
#### Качество на протезата

Около 16% от участниците в проучването са с първа протеза, а останалите – с повече от една (фиг. 20).



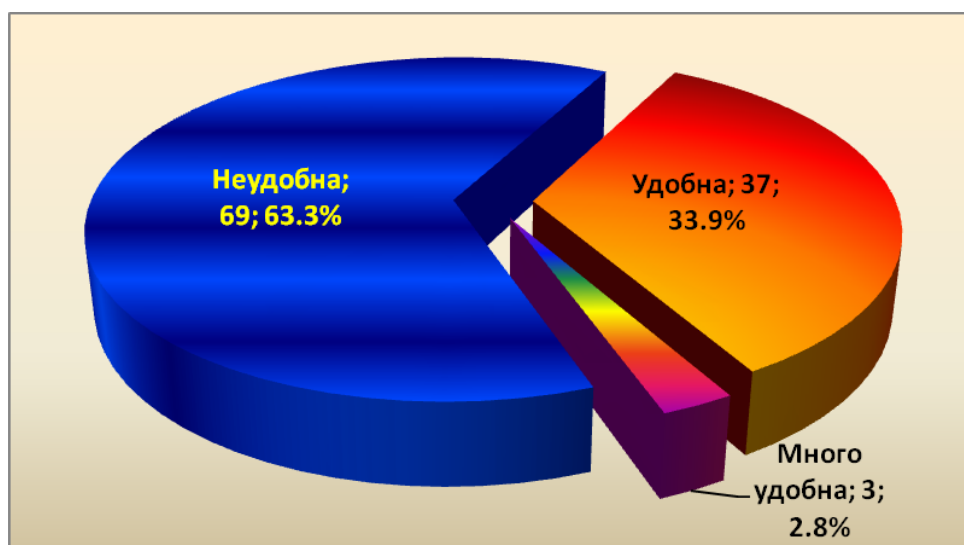
**Фиг. 20.** Разпределение на участниците в проучването по поредност на протеза

79% от анкетираните са по-доволни от сегашната си протеза (фиг. 21). Резултатите са логични, тъй като от една страна имаме усъвършенстване на технологиите и материалите и от друга страна по-висока степен на адаптация и толерантност на пациента към всяка следваща протеза.



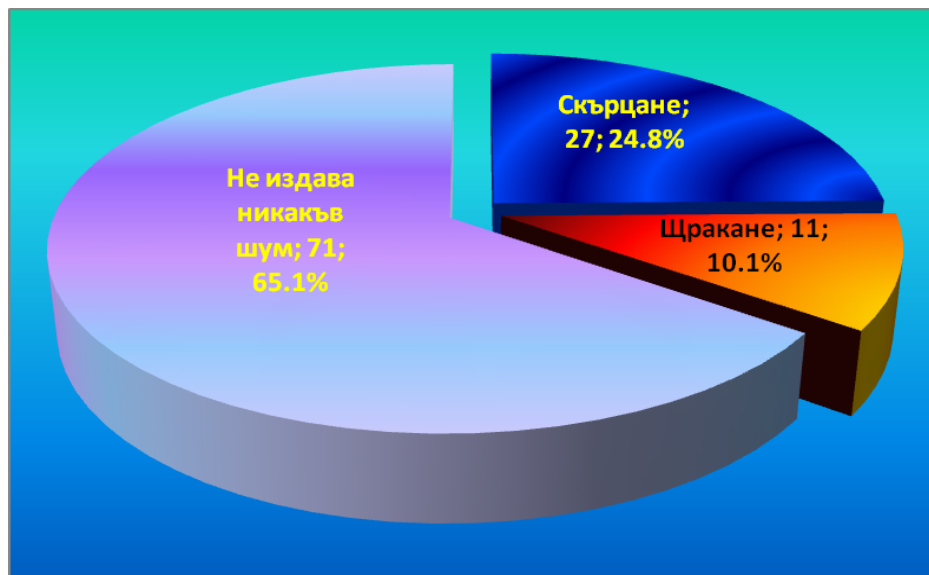
**Фиг. 21.** Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Ако това не е първата Ви протеза, от коя сте по-доволен?“ (\*9 от участниците в проучването не са отговорили на въпроса)

Болшинството от участниците в проучването (63%) намират протезата си за неудобна, а само 3% - за много удобна (фиг. 22). Протезите за горен крайник са с предимно козметична функция, с което може да се обясни големия процент на недоволни пациенти.



**Фиг. 22.** Разпределение на анкетираните по удобство на протезата

На фиг. 23 се вижда, че при 35% от анкетираните протезата издава някакъв шум при извършваните движения, като „щракане“ са посочили 10%, а скърцане – 25%. При 65% протезата не издава никакъв шум. Този показател зависи от качеството на материалите и качеството на изготвяне на протезата.



**Фиг. 23. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „При движения протезата Ви издава ли някакъв шум?“**

Близо 2/3 (66%) от участниците в проучването оценяват протезата си като тежка, следвани от далите отговор „лека“ с 22%. Само трима (2,8%) я намират за много лека (табл. 30). Тук влияние оказват факторите качество на материалите, от които е изготвена протезата и общото физическо състояние на пациента.

**Таблица 30. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Как бихте оценили усещането за тежест на Вашата протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Тежка	72	66,1	4,5
Лека	24	22,0	4,0
Много тежка	10	9,2	2,8
Много лека	3	2,8	1,6
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Най-често (44%) анкетираните определят външния вид на протезата си като грозна, следвани от намиращите я за „прилична“ с 43%. Само двама (1,8%) я намират за красива.

52% от анкетираните усещат гилзата на протезата си като твърда, 21% като мека и най-малко (11%) са заявили, че е много твърда (табл. 31). Този показател зависи от състоянието на ампутационния чукан и от материалите, от които е изготвена протезата.

**Таблица 31. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как усещате гилзата на Вашата протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Твърда	57	52,3	4,8
Мека	23	21,1	3,9
Не я усещам	17	15,6	3,5
Много твърда	12	11,0	3,0
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Резултатите от табл. 32 показват, че с най-голям относителен дял (70%) са лесно поставящите и свалящи протезата си, следвани от извършващите тези действия много лесно (17%). Най-малко са дали отговор „трудно“ (13%). Този показател зависи от нивото на ампутация и качеството на протезата.

**Таблица 32. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как оценявате лекотата, с която поставяте и сваляте Вашата протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Лесно	76	69,7	4,4
Много лесно	19	17,4	3,6
Трудно	14	12,8	3,2
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

От табл. 33 правим извода, че най-често посочваният отговор (55%) на въпроса „Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?“ е „много рядко (веднъж на 2-3 години)“, следван от „рядко (един път годишно)“ с 23%. Най-малко (1%) са дали отговор „много често (през 3 месеца)“. Тъй като протезата за горен крайник е с предимно козметични функции, тя е с облекчен амортизационен режим и затова не се налагат чести ремонти.

**Таблица 33. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Много рядко (веднъж на 2-3 години)	60	55,0	4,8
Рядко (един път годишно)	25	22,9	4,0
Не се налага	14	12,8	3,2
Често (през 6 месеца)	9	8,3	2,6
Много често (през 3 месеца)	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

#### **Функционалност на протезата**

От табл. 34 става ясно, че протезите на горния крайник се носят най-често (51%) 7-9 часа, следва 10-12 часа с 21%. Най-рядко посочваното време е повече от 12 часа – само при 4 (4%) от анкетираните.

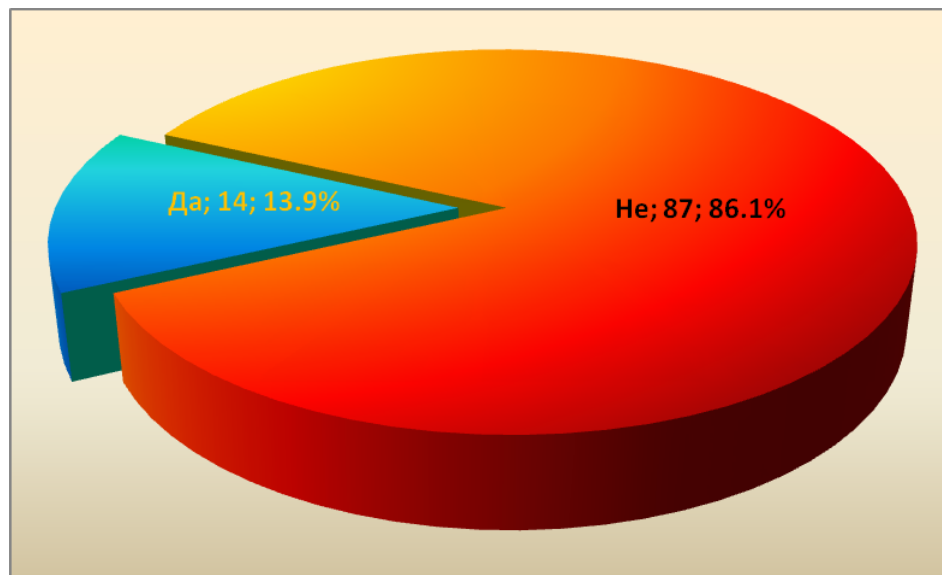
**Таблица 34. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко часа дневно носите Вашата протеза?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
7 – 9	56	51,4	4,8
10 – 12	23	21,1	3,9
4 – 6	18	16,5	3,6
0 – 3	7	6,4	2,3
Повече от 12	4	3,7	1,8
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Преди ампутацията анкетираните най-често (56%) са били служаци или с ръчен занаят (16%). Най-малко са посочили отговора „военен“ - 10%.

На фиг. 24 се вижда, че преобладаващото болшинство (86%) не са се върнали към предишното си занятие. Големият процент от пациентите с ампутиран горен крайник не

могат да се върнат към предишната си професия и занимания поради обстоятелството, че функционалността на протезата на горен крайник е много ниска. Това са пациенти, на които професията е била свързана с упражняване на ръчен труд. Това обяснява и резултатите от проучването посочени в табл. 35



**Фиг. 24.** Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Върнахте ли се към старото си занимание след ампутацията?“ (\*8 не са дали отговор)

Болшинството от участниците в проучването (62%) са шофирали преди ампутацията (табл. 35), но след нея шофиращите вече са само 16% (табл. 36).

**Таблица 35.** Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Шофирахте ли преди ампутацията?“

Отговори	Брой	%	Sp
Да	67	61,5	4,7
Не	40	36,7	4,6
Не отговорили	2	1,8	1,3
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

**Таблица 36. Разпределение на анкетираниите по отговора на въпроса  
„Шофирате ли след ампутацията?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Не	91	83,5	3,6
Да	17	15,6	3,5
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Относителните дялове на оценките на способността да се борави с телефон са (табл. 37): най-много са оценките „трудно“ (70%), следвани от „лесно“ с 16%, а на последно място с 6% е оценката „не мога“.

**Таблица 37. Разпределение на участниците в проучването по оценката на  
способността си да борави с телефон**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Трудно	76	69,7	4,4
Лесно	18	16,5	3,6
Много трудно	9	8,3	2,6
Не мога	6	5,5	2,2
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

От табл. 38 става ясно, че най-често даваната оценка за способността за отваряне и затваряне на врата е „лесно“ (85%), следвана от „трудно“ с 11%. На последно място е оценката „не мога“ с 1%.

**Таблица 38. Разпределение на анкетираниите по оценката на способността си да  
отваря и затваря врата**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Лесно	93	85,3	3,4
Трудно	12	11,0	3,0
Много трудно	3	2,8	1,6
Не мога	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Около 56% от анкетираниите считат, че е трудно за тях да отворят бутилирани напитки, с 25% на второ място са считащите, че това е „много трудно“. Най-малко (7%) са отговорилите с „лесно“.

За 46% от участниците в проучването с ампутирани горен крайник писането с химикалка е лесно, а за други 23% - много трудно. Най-малко (12%) са отговорилите с „трудно“.

На табл. 39 се вижда, че най-често (53%) даваната оценка за способността за обличане и събличане е „трудно“, следвана от „лесно“ с 28%. На последно място е оценката „много трудно“ с 18%.

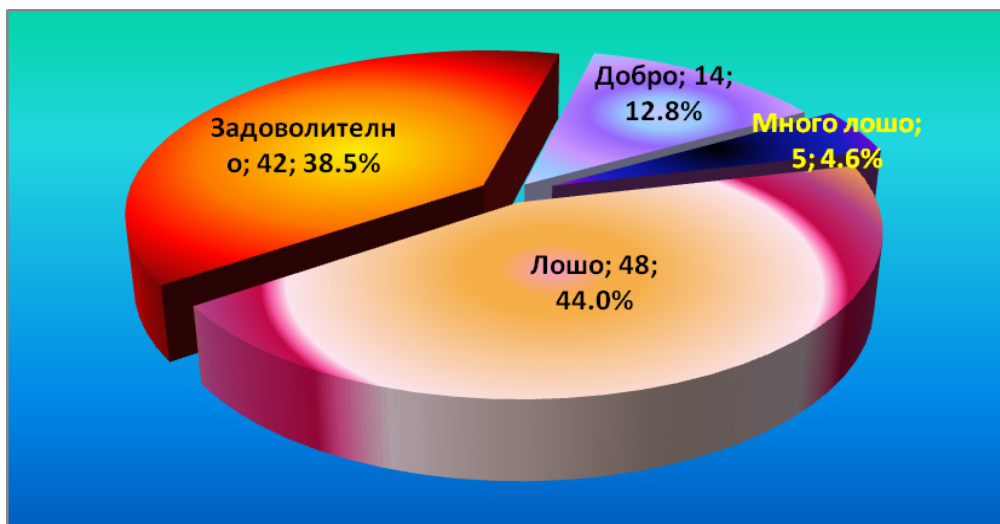
**Таблица 39. Разпределение на участниците в проучването по оценката на способността си да се облича и съблича**

Отговори	Брой	%	Sp
Трудно	58	53,2	4,8
Лесно	31	28,4	4,3
Много трудно	20	18,3	3,7
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Способността за навеждане и завързване връзките на обувките най-често е оценявана с „трудно“ (58%), следвана от „много трудно“ с 23%, а най-рядко е оценявана с „лесно“ (7%).

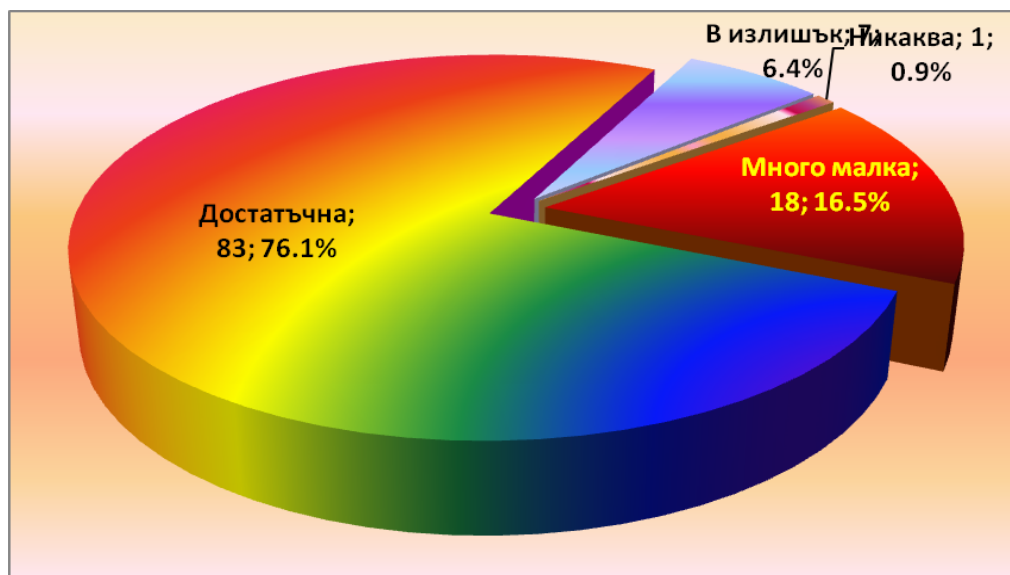
### 3.3.3. Резултати, свързани с качеството на живот

44% от анкетираниите оценяват качеството си на живот като лошо, 38% като задоволително и само 4,6% - като много лошо (фиг. 25). Качеството на живот е комплексен показател, включващ много фактори здравословно състояние, трудова заетост, социална среда, благосъстояние в обществото, семейство и приятели. Хората с ампутирани крайници в България са предимно пенсионери по болест, въпреки, че са в активна възраст и с добро общо физическо състояние, няма специално разработени социални програми и програми за трудова заетост, няма специализирани центрове за физическа и психологическа рехабилитация. При тези обективно обусловени факти съвсем логично е самооценката на пациентите за качеството им на живот да бъде лоша и задоволителна.



**Фиг. 25. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Как бихте оценили качеството си на живот?“**

76% от участниците в проучването считат че имат достатъчно енергия за нещата, които правят в ежедневието си, 16% я считат за много малка и само 1% - „никаква“ (фиг. 26). Хората с ампутиран горен крайник са с добро общо физическо състояние и в активна възраст.



**Фиг. 26. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Имате ли достатъчно енергия за нещата, които правите в ежедневието си?“**

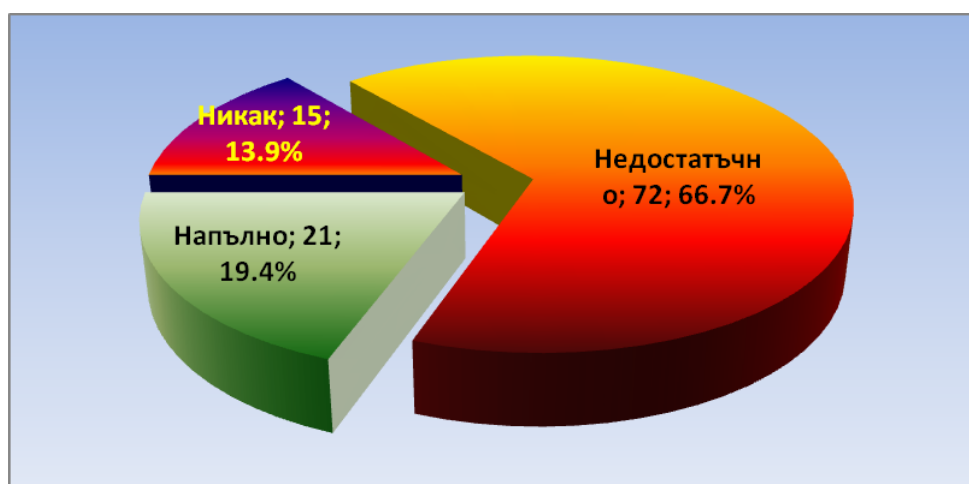
За преобладаващото болшинство от анкетираните (94%) информацията, от която имат нужда всеки ден, е свободно достъпна, а за 6% - „трудно достъпна“.

По подобен начин стоят нещата при достъпността на заобикалящата среда – най-често посочваният отговор е „свободно достъпна“ (95%), следван от „трудно достъпна“ с 4% (табл. 40). При хората с ампутиран горен крайник нямаме двигателен дефицит по отношение на придвижване в пространството, а имаме функционален дефицит по отношение на извършване на определени дейности.

**Таблица 40. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Колко достъпна е за Вас заобикалящата Ви среда?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Свободно достъпна	104	95,4	2,0
Трудно достъпна	4	3,7	1,8
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Болшинството от участниците в проучването (67%) се чувстват недостатъчно удовлетворени от себе си, на второ място са напълно удовлетворените с 19%, а неудовлетворените са 14% (фиг. 27). Това е логично като се има предвид фактът, че в България липсват или са силно ограничени възможностите за пълноценна реализация в трудовия и обществен живот.



**Фиг. 27. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от самия себе си?“ (\* липсва един отговор)**

По аналогичен начин са подредени отговорите и на следващите два въпроса „Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?“ и „Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?“ (табл. 41 и 42).

**Таблица 41. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?“**

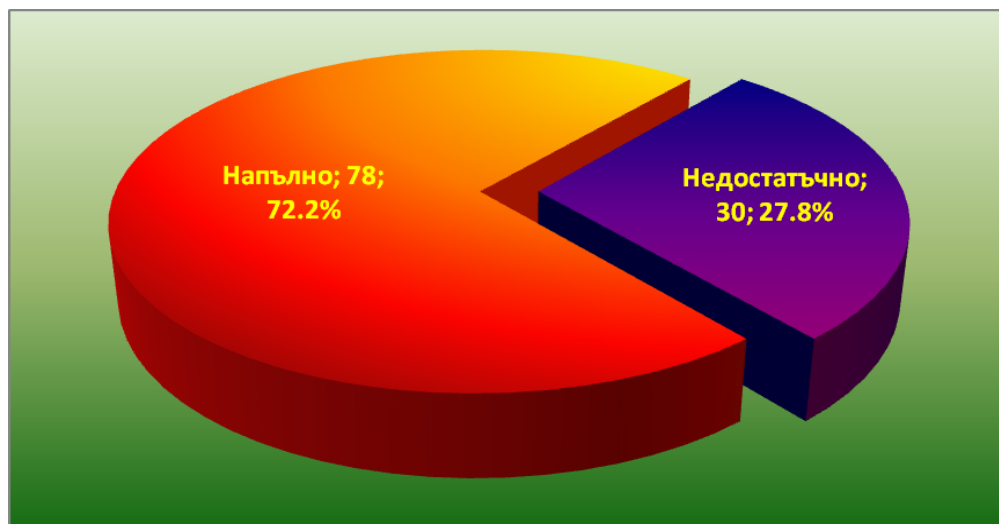
<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Недостатъчно	72	66,1	4,5
Напълно	21	19,3	3,8
Никак	14	12,8	3,2
Не отговорили	2	1,8	1,3
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

**Таблица 42. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?“**

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Недостатъчно	81	74,3	4,2
Напълно	21	19,3	3,8
Никак	6	5,5	2,2
Не отговорили	1	0,9	0,9
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Недостатъчния достъп до медицинско обслужване на хора с ампутирани горни крайници, е обусловен от нарушена двигателна активност и възможността за физическо придвижване в пространството, а от организацията на здравеопазването.

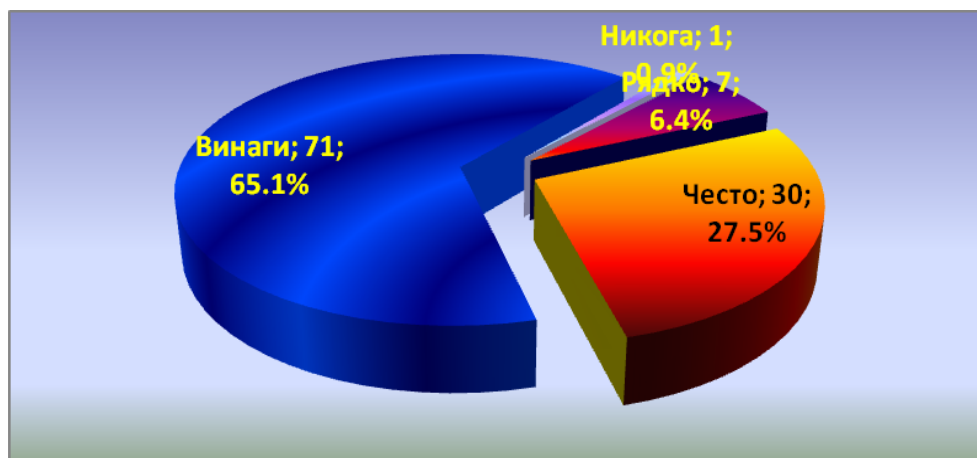
72% от анкетираните са напълно удовлетворени от транспорта, който ползват, а 28% - недостатъчно (фиг. 28).



**Фиг. 28. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса „Колко сте удовлетворен от транспорта, който ползвате?“ (\*липсва един отговор)**

Подкрепата на приятелите е оценена по подобен начин – 81% са напълно удовлетворени, а 19% - недостатъчно.

Близо 2/3 (65%) от участниците в проучването винаги се притесняват, че носят протеза, 28% - „често“, а само 1% - никога (фиг. 29). Липсата на горен крайник е много лесно забележима за околните.



**Фиг. 29. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко често сте изпитвали притеснение от това, че носите протеза?“**

97% от близките на анкетираните имат добро и много добро отношение към тяхната протеза, а само 3% - лошо.

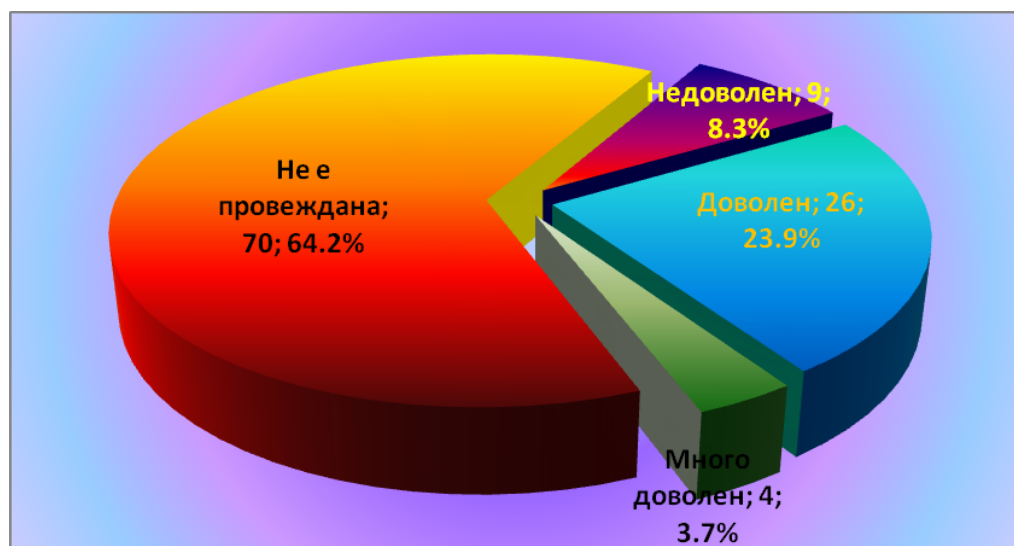
64% от участниците в проучването винаги изпитват затруднение в избора на дрехи, 31% - „рядко“ и само 5% - никакво.

95% от анкетираните са доволни и много доволни от работата на протезиста, но има и 5% недоволни (табл. 43). Пациентите са наясно с факта, че протезата няма функционални качества и няма особени изисквания към протезиста.

**Таблица 43. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте доволни от работата на протезиста, изработил сегашната Ви протеза?“**

Отговори	Брой	%	Sp
Доволен	94	86,2	3,3
Много доволен	10	9,2	2,8
Недоволен	5	4,6	2,0
<b>Общо</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Относно рехабилитацията проведена след протезирането, доволните са 24%, следвани от недоволните с 8%. Най-малко са много доволните (4%), а при 70 (64%) такава не е провеждана (фиг. 30). Предвид козметичната функция на протезата на горен долен крайник по-голямата част от пациентите не намират необходимо да провеждат рехабилитация.



**Фиг. 30. Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса „Колко сте доволни от рехабилитацията, проведена след протезирането Ви?“**

### 3.3.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели

Проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на горе крайник за удобство на протезата установи, че 69 души оценяват протезата си като неудобна, 37 души като удобна и само 3 души дават оценка „много удобна“. Няма сигнификантна зависимост между възрастта и оценките за удобство на протезата. Далите оценка „удобна“ са със значимо по-голямо средно време изминало след ампутацията спрямо далите оценка „неудобна“.

12 души усещат гилзата на протезата като много твърда, 57 души като твърда, 23 души оценяват гилзата като мека, а 17 души не я усещат. Няма сигнификантна зависимост между възрастта и усещанията за гилзата на протезата. Далите оценка „много твърда“ са със значимо по-голямо средно време изминало след ампутацията спрямо далите оценка и „твърда“ и „мека“.

Сравнителният анализ според усещането за тежест на протезата показва, че за 10 души тя е много тежка, а за 72 души е тежка. 24 души я намират за лека и само трима дават оценка „много лека“. Далите оценка „лека“ са със сигнификантно по-висока средна възраст спрямо далите оценка „тежка“. Няма статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и оценките за тежест на протезата.

При проучването „оценка на външния вид на протезата“ установихме, че 12 души оценяват протезата си като „ужасна“. За 48 души е „грозна“, а за други 47 души е „прилична“. Само двама поставиха оценка „красива“. Няма сигнификантна зависимост между възрастта и оценките на външния вид на протезата. Няма статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и оценката на външния вид на протезата.

Нашето изследване за лекотата, с която се поставя и сваля протезата обхвана 109 души. 14 души отговориха „трудно“, 76 души – „лесно“, а 19 души – „много лесно“. Далите оценка „лесно“ са със сигнификантно по-висока средна възраст спрямо далите оценка „много лесно“. Няма статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и оценката на лекотата с която се поставя и сваля протезата.

108 души дадоха информация за издаваните от протезата им шумове. За 27 души шумът е скърцане, а за 11 души – щракане. 72 души не чуват шум. Няма сигнификантна зависимост между възрастта и издавания шум от протезата. Няма статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и издавания шум от протезата.

Беше изследвана и честотата на ремонтите на протезите. Много често (през 3 месеца) е ремонтирана протезата на един човек. Често (през 6 месеца) е правен ремонт на 9 протези. Рядко (един път годишно) са ремонтирани протезите на 25 души. Много рядко (веднъж на 2-3 години) е правен ремонт на 60 протези. Не се е налагало да бъдат ремонтирани протезите на 14 души. Няма сигнификантна зависимост между възрастта и честотата на ремонт на протезата. Далите оценка „не се налага“ са със значимо по-малко средно време изминало след ампутацията спрямо останалите анкетиранни.

Изследвахме колко часа дневно носят протезата си 108 души. От 0 до 3 часа носят протеза 7 души, а 4-6 часа - 18 души. От 7 до 9 часа протеза носят 56 души, а 10-12 часа - 23 души. Само 4 души носят протеза повече от 12 часа. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и часовете на носене на протезата. Между времето изминало след ампутацията и часовете на носене на протезата не се установява статистически значима зависимост.

На 104 души поставихме въпроса „С какво се занимавахте преди ампутацията?“. 11 души са били военнослужещи, 61 души – служители, а 17 души – ръчен занаят. Безработни са били 15 души. Не се установява статистически значима зависимост между възрастта, времето изминало след ампутацията и професионалната ангажираност преди ампутацията.

14 души са се върнали към старото си занимание след ампутацията, докато 87 души не са го направили. Не се установява статистически значима зависимост между възрастта, времето изминало след ампутацията и връщането към старото занимание преди ампутацията.

Нашето изследване включваше още следните два въпроса: „Шофирахте ли преди ампутацията?“ и „Шофирате ли след ампутацията?“. Преди ампутацията 67 души са шофирали, докато след ампутацията шофират 17 души. Преди ампутацията 40 души не са шофирали, а след ампутацията броят на нешофиращите е 91 души. Няма сигнификантна зависимост между възрастта, времето изминало след ампутацията и шофирането преди и след ампутацията.

Изследването за способността за боравене с телефон показва, че 6 души не могат да ползват телефон, 9 души го ползват много трудно, 76 души отговориха „трудно“, а 18 души - „лесно“. Има обратнопропорционална сигнификантна зависимост между възрастта и способността за боравене с телефон. Няма статистически значима зависимост между времето изминало след ампутацията и способността за боравене с телефон.

Същите 109 души бяха изследвани за още четири способности: отваряне и затваряне на врата, отваряне на бутилирани напитки, писане с химикал, обличане и събличане. Лесно отварят и затварят врата 93 души, 12 души се справят трудно, трима много трудно, а един не може да отваря и затваря врата. Не могат да отварят бутилки 13 души, 27 души се справят много трудно, 61 души – трудно и само 8 души отварят лесно бутилки. 50 души пишат лесно с химикал, 13 души пишат трудно, 25 души – много трудна, а 21 души не могат да пишат с химикал. Лесно се обличат и събличат 31 души, 58 души се справят трудно, а 20 души – много трудно. Няма сигнификантна зависимост между възрастта, времето изминало след ампутацията и способностите за отваряне и затваряне на врата, отваряне на бутилирани напитки, писане с химикал, обличане и събличане.

Нашето изследване показва, че 13 души не могат да се навеждат и завързват връзките на обувките си. За 25 души тези действия са много трудни. 63 души се справят трудно и само 8 души извършват лесно тези действия. Няма статистически значима зависимост между възрастта и способността за навеждане и завързване връзките на обувките. Далите оценка „трудно“ за способността за навеждане и завързване връзките на обувките са със сигнификантно по-голямо средно време изминало след ампутацията спрямо далите оценка „много трудно“.

Сравнителният анализ показва, че не се установява статистически значима зависимост между възрастта, времето изминало след ампутацията и оценката за качеството на живот при имащите ампутирани горен крайник. За 5 души качеството на живота им е много лошо, за 48 души – лошо, а за 42 души – задоволително. Само 14 души имат добро качество на живот.

Изследвани бяха 35 души с ниво на ампутация мишница и 67 души с ниво на ампутация предмишница за удобството на протезата им. 21 души (60.0%) с ниво мишница и 47 души (70.1%) с ниво предмишница оценяват протезата си като неудобна. 14 души (40.0%) с ниво мишница и 17 души (25.4%) с ниво предмишница я считат за удобна. Протезата е много удобна само за трима (4.5%) с ниво предмишница. Няма статистически значима връзка между оценките за удобство на протезата и нивото на ампутация.

Същите 102 души (35 души с ниво на ампутация мишница и 67 души с ниво на ампутация предмишница) споделиха усещането си за гилзата на протезата. 4 души (11.4%) с ниво мишница и 8 души (11.9%) с ниво предмишница я оценяват като много твърда. 16 души (45.7%) с ниво мишница и 37 души (55.2%) с ниво предмишница я оценяват като твърда. 11 души (31.4%) с ниво мишница и 11 души (16.4%) с ниво предмишница я

оценяват като мека. Не усещат гилзата 4 души (11.4%) с ниво мишница и 11 души (16.4%) с ниво предмишница. Няма сигнификантна връзка между усещанията за гилзата на протезата и нивото на ампутация.

Три човека (8.6%) с ниво мишница и 7 души (10.4%) с ниво предмишница чувстват протезата си като много тежка. За 21 души (60.0%) с ниво мишница и 48 души (71.6%) с ниво предмишница я оценяват като тежка. Лека е за 11 души (31.4%) с ниво мишница и 9 души (13.4%) с ниво предмишница, а много лека за 3 души (4.5%) с ниво предмишница. Има статистически значима връзка между усещанията за тежест на протезата и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията мишница са посочвали значимо по-често усещането „лека“.

Проучването показва, че 3 души (8.6%) с ниво мишница и 9 души (13.4%) с ниво предмишница оценяват външния вид на протезата си като ужасен. Грозна е протезата за 13 души (37.1%) с ниво мишница и 35 души (52.2%) с ниво предмишница. Оценка „прилична“ са дали 18 души (51.4%) с ниво мишница и 22 души (32.8%) с ниво предмишница. Красива е протезата само за един човек (2.9%) с ниво мишница и един човек (1.5%) с ниво предмишница. Няма сигнификантна връзка между оценките за външния вид на протезата и нивото на ампутация.

Изследване за лекотата, с която се поставя и сваля протезата обхвана 35 души с ниво на ампутация мишница и 67 души с ниво на ампутация предмишница. При хората с ниво мишница 5 души (14.3%) отговориха „трудно“, 27 души (77.1%) – лесно и 3 души (8.6%) – много лесно. При ниво предмишница 7 души (10.4%) дадоха оценка трудно, 45 души (67.2%) – лесно и 15 души (22.4%) – много лесно. Няма сигнификантна връзка между оценките за лекотата, с която се поставя и сваля протезата и нивото на ампутация.

Пациентите бяха проучени и за издаваните от протезата им шумове. Девет души (25.7%) с ниво мишница и 16 души (23.9%) с ниво предмишница оценяват шума като скърцане. За 1 човек (2.9%) с ниво мишница и 10 души (14.9%) с ниво предмишница оценяват шумът е щракане. Няма шум в протезите на 25 души (71.4%) с ниво мишница и 41 души (61.2%) с ниво предмишница. Няма статистически значима връзка между издаваните от протезата шумове и нивото на ампутация.

Беше изследвана и честотата на ремонтите на протезите. Много често (през 3 месеца) са ремонтирани протезите на един човек (2.9%) с ниво мишница. Често (през 6 месеца) е правен ремонт на 4 протези (11.4%) ниво мишница и 4 протези (6.0%) ниво предмишница. Рядко (един път годишно) са ремонтирани протезите на 3 души (8.6%) с ниво мишница и 17 души (25.4%) с ниво предмишница. Много рядко (веднъж на 2-3

години) е правен ремонт на 21 протези (60.0%) ниво мишница и 38 протези (56.7%) ниво предмишница. Не се е налагало да бъдат ремонтирани протезите на 6 души (17.1%) с ниво мишница и 8 души (11.9%) с ниво предмишница. Има сигнификантна връзка между честотата на ремонтите на протезата и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията предмишница са давали значимо по-често оценката “рядко“ спрямо имащите ниво на ампутация мишница.

Ние изследвахме колко часа дневно носят протезата си 35 души с ниво на ампутация мишница и 66 души с ниво на ампутация предмишница. От 0 до 3 часа носят протеза 5 души (14.3%) от хората с ниво мишница и 1 човек (1.5%) с ниво предмишница. 4-6 часа носят протеза 5 души (14.3%) с ниво мишница и 11 души (16.7%) с ниво предмишница. От 7 до 9 часа протеза носят 19 души (54.3%) от хората с ниво мишница и 35 души (53.0%) с ниво предмишница. 10 - 12 часа протеза носят 5 души (14.3%) с ниво мишница и 17 души (25.8%) с ниво предмишница. Повече от 12 часа носят протеза един човек (2.9%) с ниво мишница и двама души (3.0%) с ниво предмишница. Има статистически значима връзка между оценките за часовете на носене на протезата дневно и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията мишница са давали значимо по-често най-малкото време „0 - 3 часа“ спрямо имащите ниво на ампутация предмишница.

На пациентите поставихме въпроса „С какво се занимавахте преди и след ампутацията?“. Разпределението на отговорите е следното: 4 души (11.8%) от хората с ниво мишница и 6 души (9.2%) с ниво предмишница са били военнослужещи; 21 души (61.8%) от хората с ниво мишница и 39 души (60.0%) с ниво предмишница – служители; 5 души (14.7%) от хората с ниво мишница и 10 души (15.4%) с ниво предмишница – ръчен занаят; 4 души (11.8%) от хората с ниво мишница и 10 души (15.4%) с ниво предмишница - безработни. Върнали са се към старото си занимание само 7 души (20.6%) от хората с ниво мишница и 7 души (11.3%) с ниво предмишница. Не са се върнали 27 души (79.4%) от хората с ниво мишница и 55 души (88.7%) с ниво предмишница. Няма статистически значима връзка между заниманията преди ампутацията, връщането към старото занимание след ампутацията и нивото на ампутация.

Няма сигнификантна връзка също между шофирането преди/след ампутацията и нивото на ампутация. 22 души (64.7%) с ниво мишница и 42 души (62.7%) с ниво предмишница са шофирали преди ампутацията, а 12 души (35.3%) от хората с ниво мишница и 25 души (37.3%) с ниво предмишница не са шофирали. След ампутацията 9 души (25.7%) с ниво мишница и 7 души (10.4%) с ниво предмишница шофират, а 26 души (74.3%) с ниво мишница и 60 души (89.6%) с ниво предмишница не шофират.

Изследването за връзка между боравенето с телефон и нивото на ампутация даде следните резултати. Не могат да използват телефон 2 души (5.7%) с ниво мишница и 2 души (3.0%) с ниво предмишница. Много трудно боравят с телефон 2 души (5.7%) с ниво мишница и 7 души (10.4%) с ниво предмишница. Трудно се справят 25 души (71.4%) с ниво мишница и 47 души (70.1%) с ниво предмишница. Лесно боравят с телефон 6 души (17.1%) с ниво мишница и 11 души (16.4%) с ниво предмишница. Няма значима връзка между оценките за боравене с телефон и нивото на ампутация.

Разпределението на оценките за способността за отваряне и затваряне на врата и нивото на ампутация е както следва. Отговор „не мога“ даде само един човек (2.9%) с ниво мишница. 3 души (4.5%) с ниво предмишница се справят много трудно. Трудно е за 3 души (8.6%) с ниво мишница и 8 души (11.9%) с ниво предмишница. Лесно е за 31 души (88.6%) с ниво мишница и 56 души (83.6%) с ниво предмишница. Няма сигнификантна връзка между оценките за способността да отваря и затваря врата и нивото на ампутация.

Има обаче сигнификантна връзка между оценките за способността за отваряне на бутилирани напитки и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията мишница са давали значимо по-често оценката „не мога“ спрямо имащите ниво на ампутация предмишница. Не могат 7 души (20.0%) с ниво мишница и 3 души (4.5%) с ниво предмишница. Много трудно е за 7 души (20.0%) с ниво мишница и 19 души (28.4%) с ниво предмишница. Трудно го правят 18 души (51.4%) с ниво мишница и 40 души (59.7%) с ниво предмишница. Лесно е за 3 души (8.6%) с ниво мишница и 5 души (7.5%) с ниво предмишница.

Изследването за връзка между способността за писане с химикал и нивото на ампутация даде информацията, че не могат да пишат 6 души (17.1%) с ниво мишница и 11 души (16.4%) с ниво предмишница. Много трудно е за 9 души (25.7%) с ниво мишница и 16 души (23.9%) с ниво предмишница, а трудно - за 5 души (14.3%) с ниво мишница и 7 души (10.4%) с ниво предмишница. Лесно пишат 15 души (42.9%) с ниво мишница и 33 души (49.3%) с ниво предмишница. Няма статистически значима връзка между оценките за способността за писане с химикал и нивото на ампутация.

Разпределението на оценките за способността за събличане и обличане е следното. Много трудно вършат тази операция 6 души (17.1%) с ниво мишница и 11 души (16.4%) с ниво предмишница, а трудно - 15 души (42.9%) с ниво мишница и 41 души (61.2%) с ниво предмишница. Лесно е за 14 души (40.0%) с ниво мишница и 15 души (22.4%) с ниво предмишница. Няма сигнификантна връзка между способността за обличане/ събличане и нивото на ампутация.

Няма статистически значима връзка и между оценките за способността за навеждане и завързване връзките на обувките и нивото на ампутация. Не могат да извършват това 6 души (17.1%) с ниво мишница и 4 души (6.0%) с ниво предмишница. Много трудно е за 9 души (25.7%) с ниво мишница и 15 души (22.4%) с ниво предмишница, а трудно - за 16 души (45.7%) с ниво мишница и 44 души (65.7%) с ниво предмишница. Лесно се навеждат и завързват обувките си 4 души (11.4%) с ниво мишница и 4 души (6.0%) с ниво предмишница.

Изследвахме каква е оценката за качеството на живот при 35 души с ниво на ампутация мишница и 67 души с ниво предмишница. Оценка „много лошо“ получихме от 4 души (6.0%) с ниво предмишница. 15 души (42.9%) с ниво мишница и 31 души (46.3%) с ниво предмишница дадоха оценка „лошо“, а 16 души (45.7%) с ниво мишница и 24 души (35.8%) с ниво предмишница – „задоволително“. Добро качество на живот имат 4 души (11.4%) с ниво мишница и 8 души (11.9%) с ниво предмишница. Има сигнификантна връзка между оценките на качеството на живот и нивото на ампутация. Имащите ниво на ампутацията предмишница са давали значимо по-често оценката „много лошо“, спрямо имащите ампутация на ниво мишница.

За една част от пациентите протезата е първа. Има обаче и други пациенти, при които се е наложило първата протеза да бъде заменена. По-нататък в текста ще ползваме понятията „хора с първа протеза“ и „хора с непърва протеза“. В нашето изследване направихме поредица от проучвания, за да установим влиянието на поредността на протезата.

Няма статистически значима връзка между оценките за удобство на протезата и поредността на протезата. Протезата е неудобна за 13 души (76.5%) с първа протеза и 56 души (60.9%) с непърва протеза. Удобна е за 4 души (23.5%) с първа и 33 души (35.9%) с непърва протеза. Протезата им е много удобна само за 3 души (3.3%) с непърва протеза.

Има обаче сигнификантна връзка между усещанията за гилзата на протезата и поредността на протезата. Ималите повече от една протеза значимо по-често усещат гилзата на протезата като много твърда. Гилзата е много твърда за 12 души (13.0%) с непърва протеза. Твърда е за 11 души (64.7%) с първа и 46 души (50.0%) с непърва протеза. 4 души (23.5%) с първа и 19 души (20.7%) с непърва протеза я оценяват като мека, останалите 2 души (11.8%) с първа и 15 души (16.3%) с непърва протеза не усещат гилзата.

Проучихме още усещанията на пациентите за тежестта на протезата според поредността ѝ. Много тежка е за 2 души (11.8%) с първа протеза и 8 души (8.7%) с

непърва протеза. Тежка е за 10 души (58.8%) с първа и 62 души (67.4%) с непърва протеза. Протезата на 5 души (29.4%) с първа и 19 души (20.7%) с непърва протеза е лека. Много лека е само за 3 души (3.3%) с непърва протеза. Няма статистически значима връзка между усещанията за тежест на протезата и поредността на протезата.

Няма сигнификантна връзка също между оценките за външния вид на протезата и поредността на протезата. 2 души (11.8%) с първа протеза и 10 души (10.9%) с непърва протеза оценяват външния вид като ужасен. Грозна е протезата на 7 души (41.2%) с първа и 41 души (44.6%) с непърва протеза, а прилична на 8 души (47.1%) с първа и 39 души (42.4%) с непърва протеза. Само двама души (2.2%) с непърва протеза обявиха, че протезата им е красива.

Анализът на оценките за лекотата, с която се поставя и сваля протезата и поредността на протезата показва следното. Тази дейност е трудна за 4 души (23.5%) с първа протеза и 10 души (10.9%) с непърва протеза. Лесна е за 10 души (58.8%) с първа и 66 души (71.7%) с непърва протеза, а много лесна за 3 души (17.6%) с първа и 16 души (17.4%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между оценките за лекотата, с която се поставя и сваля протезата и поредността на протезата.

17 души с първа протеза и 92 души с непърва протеза бяха проучени за издаваните от протезата им шумове. Скърцане на протезата има при 2 души (11.8%) с първа и 25 души (27.2%) с непърва протеза. Щракане на протезата обявиха само 11 души (12.0%) с непърва протеза. Никакъв шум не издават протезите на 15 души (88.2%) с първа и 56 души (60.9%) с непърва протеза. Има статистически значима връзка между издаваните от протезата шумове и поредността на протезата. Анкетирания с първа протеза значимо по-често са посочвали отговора „никакъв шум“, а ималите повече от една – „щракане“.

Следващото изследване на същите хора (17 души с първа и 92 души с непърва протеза) е за честотата на ремонтите на протезата им. Много често (през 3 месеца) ремонт е бил необходим при един човек (5.9%) с първа протеза. Често (през 6 месеца) се е налагал ремонт при 3 души (17.6%) с първа и 6 души (6.5%) с непърва протеза. Рядко (един път годишно) ремонт на протеза са правили 2 души (11.8%) с първа и 23 души (25.0%) с непърва протеза, а много рядко (веднъж на 2-3 години) - 3 души (17.6%) с първа протеза и 57 души (62.0%) с непърва протеза. Не се е налагало да правят ремонт при 8 души (41.7%) с първа протеза и 6 души (6.5%) с непърва протеза. Има сигнификантна връзка между честотата на ремонтите на протезата и поредността на протезата. Ималите първа протеза значимо по-често са давали оценката „не се налага“, а ималите повече от една – „много рядко“.

Анализът на връзката между продължителността (часове) на носене на протезата дневно и поредността на протезата даде следните резултати. Малко (до 3 часа) са я носили 6 души (35.3%) с първа протеза и един човек (1.1%) с непърва протеза. От 4 до 6 часа са носили протеза 2 души (11.8%) с първа и 16 души (17.6%) с непърва протеза. От 7 до 9 часа - 6 души (35.3%) с първа и 50 души (54.9%) с непърва протеза. От 10 до 12 часа са носили протеза 3 души (17.6%) с първа и 20 души (22.0%) с непърва протеза. Повече от 12 часа са носили протеза само 4 души (4.4%) с непърва протеза. Има статистически значима връзка между оценките за часовете на носене на протезата дневно и поредността на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често най-малкото време „0 - 3 часа“, докато останалите - повече от 12 часа“.

Връзката между поредността на протезата и заниманията преди/след ампутицията е следната. Един човек (5.9%) с първа протеза и 10 души (11.5%) с непърва протеза са били военнослужещи; 8 души (47.1%) с първа и 53 души (60.9%) с непърва протеза - служители; 5 души (29.4%) с първа и 12 души (13.8%) с непърва протеза – занаятчии, а 3 души (17.6%) с първа и 12 души (13.8%) с непърва протеза – безработни. Върнали са се към старото си занимание 3 души (17.6%) с първа и 11 души (13.1%) с непърва протеза. Не са се върнали 14 души (82.4%) с първа и 73 души (86.9%) с непърва протеза. Няма статистически значима връзка между заниманията преди ампутицията, връщането към старото занимание преди ампутицията и поредността на протезата.

Няма сигнификантна връзка между шофирането преди/след ампутицията и поредността на протезата. Девет души (52.9%) с първа протеза и 58 души (64.4%) с непърва протеза са шофирали преди ампутицията, а 8 души (47.1%) от хората с първа и 32 души (35.6%) с непърва протеза не са шофирали. След ампутицията 3 души (17.6%) с първа и 14 души (15.4%) с непърва протеза шофират, а 14 души (82.4%) с първа и 77 души (84.6%) с непърва протеза не шофират.

Изследването показва, че няма значима връзка между способността за боравене с телефон и поредността на протезата. Трима души (17.6%) с първа протеза и 3 души (3.3%) с непърва протеза не могат да боравят с телефон. Един човек (5.9%) с първа и 8 души (8.7%) с непърва протеза много трудно много трудно ползват телефон. Отговор „трудно“ дават 10 души (58.8%) с първа и 66 души (71.1%) с непърва протеза. Лесно боравят с телефон 3 души (17.6%) с първа и 15 души (16.3%) с непърва протеза.

Няма сигнификантна връзка между оценките за способността за отваряне/затваряне на врата и поредността на протезата. Един човек (5.9%) с първа протеза не може да прави това, а трима души (3.3%) с непърва протеза се справят много трудно. Оценка „трудно“

получихме от 3 души (17.6%) с първа и 9 души (9.8%) с непърва протеза. Лесно отварят/затварят врата 13 души (76.5%) с първа и 80 души (87.0%) с непърва протеза.

Има обаче сигнификантна връзка между оценките за способността за отваряне на бутилирани напитки и поредността на протезата. Имащите първа протеза са давали значимо по-често оценката „не мога“, докато ималите повече от една – „лесно“. Шест души (35.3%) с първа протеза и 7 души (7.6%) с непърва протеза не могат да отварят бутилки. Много трудно се справят 4 души (23.5%) с първа и 23 души (25.0%) с непърва протеза. Трудно е за 7 души (41.2%) с първа и 54 души (58.7%) с непърва протеза. Лесно отварят бутилирани напитки само 8 души (8.7%) с непърва протеза.

Има статистически значима връзка между оценките за способността за писане с химикал и поредността на протезата. Ималите повече от една протеза значимо по-често посочват отговора „трудно“, спрямо имащите първа протеза, докато последните значително по-често са посочвали „не мога“ и „много трудно“. Пет души (29.4%) с първа протеза и 16 души (17.4%) с непърва протеза не могат да пишат с химикал. Много трудно се справят 7 души (41.2%) с първа и 18 души (19.6%) с непърва протеза. Трудно е за 13 души (14.1%) с непърва протеза. Лесно пишат 5 души (29.4%) с първа и 45 души (48.9%) с непърва протеза.

Анализът на оценките за способността за обличане/събличане и поредността на протезата показва, че 5 души (29.4%) с първа протеза и 15 души (16.3%) с непърва протеза правят това много трудно. Трудно е за 7 души (41.2%) с първа и 51 души (55.4%) с непърва протеза, а лесно за пет души (29.4%) с първа протеза и 26 души (28.3%) с непърва протеза. Няма сигнификантна връзка между способността за обличане/събличане и поредността на протезата.

Има обаче статистически значима връзка между оценките за способността за навеждане и завързване връзките на обувките, и поредността на протезата. Ималите повече от една протеза значимо по-често посочват отговора „трудно“, спрямо имащите първа протеза, докато последните значително по-често са посочвали „не мога“ и много трудно“. Четири души (23.5%) с първа протеза и 9 души (9.8%) с непърва протеза не могат да се навеждат и завързват обувките си. Много трудно правят това 5 души (29.4%) с първа и 20 души (21.7%) с непърва протеза. Трудно е за 6 души (35.3%) с първа и 57 души (62.0%) с непърва протеза. Лесно го правят 2 души (11.8%) с първа и 6 души (6.5%) с непърва протеза.

Анализът на разпределението на оценките на качеството на живот и поредността на протезата показва, че няма сигнификантна връзка между оценките на качеството на живот

и поредността на протезата. Оценка „лошо“ дават един човек (5.9%) с първа и 4 души (4.3%) с непърва протеза. Девет души (52.9%) с първа и 39 души (42.4%) с непърва протеза дават оценка „лошо“. Задоволително е качеството за 4 души (23.5%) с първа и 38 души (41.3%) с непърва протеза. Оценка „добро“ получихме от 3 души (17.6%) с първа и 11 души (12.0%) с непърва протеза.

От изследваните фактори с най-голямо влияние върху способността на пациентите с ампутирани горен крайник да се справят с ежедневните си задължения, оценките им за качеството и функционалността на протезата, и като цяло оценката на качеството им на живот е поредността на протезата, за която са установени сигнификантни връзки със седем от изследваните показатели.

На второ място по значение е факторът ниво на ампутация с пет значими връзки и на края са възрастта и времето след извършване на ампутацията с по четири.

### **3.3.5. Изводи от проучването**

Ампутациите на долен крайник са значително повече на брой от тези на горен крайник. По тази причина и участниците в анкетното проучване са по-малко. Водещо място при пациентите с ампутация на горен крайник имат злополуките. Възрастта на извършване на ампутация е по-малка от тази при горен крайник - 40 години. Независимо, че пациентите са в по-активна възраст трудовата заетост е ниска-4%. Процентът на мъжете, претърпели ампутации е значително по-голям от този при жените. По-голям е процентът на ампутирани на ниво предмишница. По-голям процент от участниците намират протезата си не само за тежка и неудобна, но и за грозна. По-голяма част от тях я поставят и свалят лесно и я носят почти през половината от денонощието. Близко 90% от анкетираните не са се върнали към старата си професия. 62% са шофирали преди ампутацията и едва 16% са продължили да го правят. Много голяма част от ампутирани срещат затруднения при извършване на ежедневни дейности. Почти половината - 44% оценяват качеството си на живот като лошо. За повечето околната среда е лесно достъпна. Болшинството се недостатъчно удовлетворени от себе си. При повече от половината пациенти никога не е провеждана рехабилитация.

## ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ОБСЪЖДАНЕ. ОБОБЩЕНИ ИЗВОДИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ.

### 4.1. Мониторинг и оценка на ефективността на протезирането

Нашето проучване показва, че ампутиациите на долен крайник са значително повече на брой от тези на горен крайник - табл. 44. По този показател България не се отличава от световната статистика. Разпределението по години отразява едно приблизително постоянно съотношение на различните групи ампутиации.

**Таблица 44. Брой ампутиации в СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД**

Ампутации	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ръка	4	5	7	7	5	2	0	4	4	2
Ходило	2	10	9	8	12	20	17	13	12	11
Подбедрица	41	48	53	81	53	65	75	56	50	51
Бедро	115	143	155	152	115	144	145	124	124	108

Установихме, че броят на протезите при мъжете е значително повече от тези при жените. Друга тенденция, която наблюдавахме е намаляването на броя на бедрените протези за последните пет години. Същата е тенденцията и при подколнените протези.

В Националният център по протезиране и рехабилитация – Горна Баня са изработени следните на брой протези за периода от 2008 до 2014 година (табл. 45 и 46).

**Таблица 45. Брой изготвени бедрени протези**

Пол	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Мъже	423	369	262	181	181	199	214
Жени	76	79	54	48	44	49	57

**Таблица 46. Брой изготвени подколени протези**

Пол	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Мъже	403	345	235	166	156	138	198
Жени	100	72	65	37	53	50	69

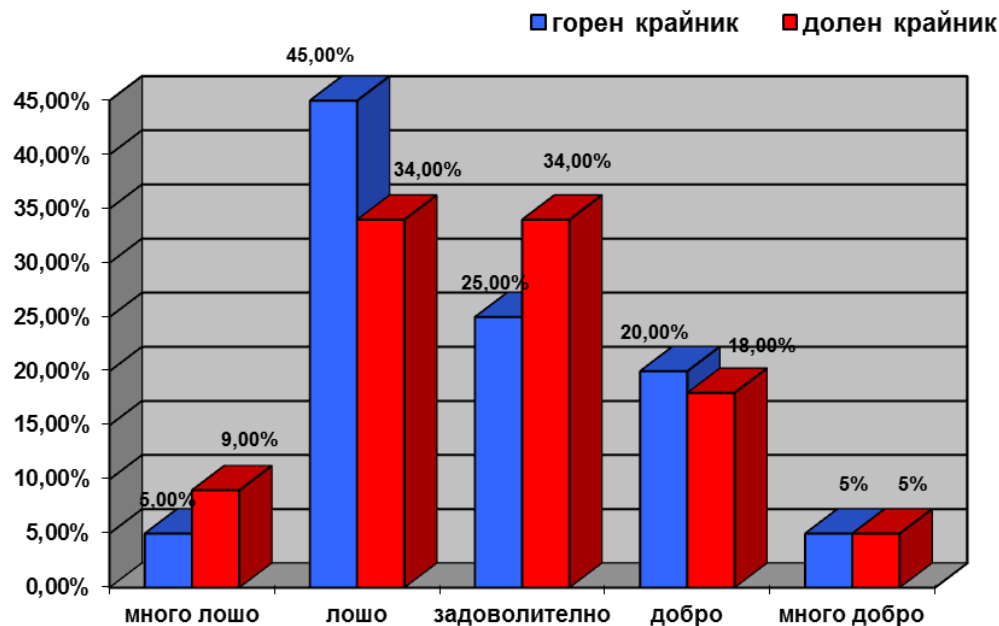
От направеното проучване става ясно, че в България етиологията на ампутациите не се отличава от етиологията в световен мащаб. Четирите основни етиологични фактори, налагащи отстраняване на крайник са съдово заболяване и инфекция, травма, тумори, и вродени аномалии. Причините за ампутации на долни крайници включват периферна съдова болест (често се свързва с диабет, ХАНК, болест на Бюргер), травми, тумори и инфекции. Ампутацията на горни крайници най-често е в резултат на травма или инцидент и е характерна най-вече за младите хора. Водещо място при пациентите с ампутация на горен крайник имат злополуките. Преживяната травма сама по себе си води до депресивни състояния, а загубата на горен крайник е свързана не само с промяна на физиката, но и със загуба на умения и невъзможност за извършване на елементарни дейности от ежедневието-ресане, хранене, обличане, събличане, тоалет, завързване на обувки, пиене на вода, шофиране, писане и т.н. От друга страна липсата на горен крайник, макар и заменен с протеза е по-лесно забележим за околните. При среща човек осъществява невербален контакт като махане с ръка или здрависване за поздрав. Ето защо световните изследвания показват, че по-голям процент от хората преживели депресия след загуба на крайник са хората с ампутирани горен крайник и рехабилитацията и реинтеграцията на пациенти с ампутирани горни крайници е много по-сложна задача. В България не са разработени програми за рехабилитация на хора с ампутация на горни крайници. Не се обръща внимание на психическата травма. За разлика от протезите за долен крайник, при които се изисква опростена конструкция отговорна единствено за придвижването, при изготвянето на протезите на горен крайник се цели постигане на по-фини действия като например захващане на предмети или пренасяне на предмети. По принцип има три вида протези на ръката: чисто козметични, контролирани от кабели и миоелектрични протези. Миоелектрично контролираните протези на ръката са протези с външно захранване, което означава, че те не се задвижват от силата на мускулите на пациента, а с помощта на електричество. Тази революция в протезирането позволява на пациентите, които я използват да извършват почти всички движения и да водят

пълноценен начин на живот. За съжаление цената им и много висока. В България миоелектрични протези не се произвеждат. Протезирането на горен крайник е само козметично.

Наблюдава се сходство в показателите между Европа, САЩ и България по отношение на брой хора с ампутации спрямо общия брой население на страната, с което се потвърждават данните от официалната световна статистика за брой на хора с липсващи крайници, България е част от световната тенденция на епидемиологията на ампутациите на крайници, според която основна причина са съдовите заболявания, по конкретно ХАНК. За съжаление страната ни изостава от тенденцията в развитите европейски държави и САЩ, при които броят на ампутациите на ниво над коляно е намалел в последните години и в момента е около 40% от общия брой. За България той остава твърде висок 65%. Изместването на ампутациите в дистална посока на крайника дава възможност за по-ефективно протезиране и съответно повишаване качеството на живот на пациентите. Именно поради тази причина към подобряването на този показател трябва да бъдат насочени усилията на медицинското обслужване в България. Пътят и механизмът това да стане е профилактиката на сърдечно - съдовите заболявания и диабетът, които са основните причини за загуба на крайник.

#### **4.2. Ефективност**

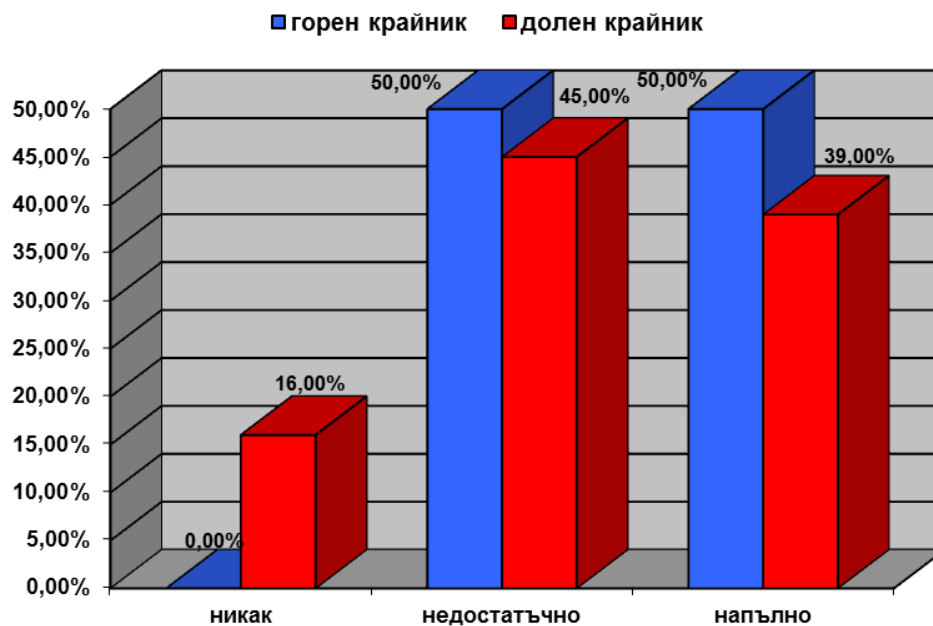
От направеното авторско изследване става ясно, че не се наблюдават съществени различия в оценките на пациентите за качеството им на живот при двете групи – пациенти с ампутация на горен крайник и пациенти с ампутация на долен крайник. Половината от двете групи определят качеството на живот като „незадоволително” (фиг. 31).



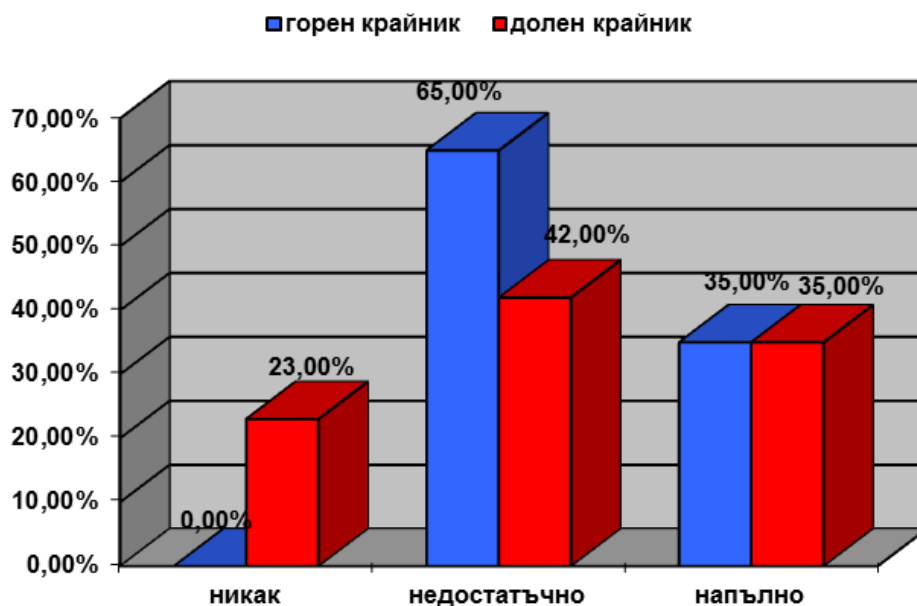
**фиг. 31. Самооценка на анкетираните за качеството им на живот**

2/3 от пациентите оценяват качеството си на живот като лошо и задоволително.

Ортопедичните протези заменят липсващите части от крайника и подпомагат изпълняването на моторни функции. Успешната реинтеграция на пациентите с ампутирани долни крайници е комплексна зависимост от много фактори: ниво на ампутацията, общо физическо състояние на организма, възраст, семейно положение, образование и социален статус преди ампутацията, трудова заетост и физическа активност преди ампутацията и протезиране. Резултатите от проучването показват, че въпреки, че пациентите имат подкрепата на семейството и приятелите си, са недостатъчно интегрирани – 98 % са пенсионери, заобикалящата ги среда е трудно достъпна. Намалява броя на протезираните пациенти на фона на запазващ се брой ампутации. По-голяма част от протезираните пациенти използват помощни средства и в къщи и навън, не могат да вървят повече от 50 метра и да стоят прави повече от 15 мин. без помощни средства и носят протезата си едва между 0 и 3 часа на ден и оценяват извършването на ежедневни дейности като много трудно и трудно. Голяма част от пациентите не са провели рехабилитация след протезирането или са недоволни от нея. Повечето пациенти с протези на крайниците нямат добри възможности за транспорт, както и специализирана помощ за преодоляване на негативните емоции по отношение на протезираните крайници (фиг. 32, фиг. 33).



**Фиг. 32. Оценка на участниците за достъпа до медицинско обслужване**  
 1/2 от пациентите считат достъпът до медицинско обслужване за недостатъчен.



**Фиг. 33. Оценка на участниците за достъпа до транспортни услуги**  
 2/3 от пациентите са неудовлетворени от осигурения транспорт.

Ефективно избраната и изработена протеза е определяща за качеството на живот на хората с ампутирани крайници. Резултатите от проучването показват, че в България протезирането е неефективно, няма критерии за индивидуален подход, няма програми за трудова заетост и рехабилитация.

## ИЗВОДИ

От направеното проучване става ясно, че състоянието на протезирането в България не е на европейско ниво и трябва да се подобри неговата ефективност с цел подобряване качеството на живот на пациентите с ампутирани крайници. Стана ясно, че:

1. Няма официална статистика за общия брой на хора с ампутирани крайници, живеещи в България.
2. Не се води официална статистика за броя на ампутациите по вид и броя протезираните хора.
3. Протезирането не е дефинирано като гарантирано от държавата субективно право в полза на лицата претърпели ампутации. Протезата се разглежда като целева помощ
4. На всички пациенти се отпускат еднотипни протези по лимитирани цени. Степента на мобилност не е изведена като основен критерий за индивидуален подход при определяне на вида протеза и пълно ѝ реимбурсиране.
5. На пациентите не е осигурено добро медицинско обслужване. В момента хората с ампутирани крайници и протези имат право на лечение, заплащано от НЗОК в специализирано лечебно заведение само веднъж годишно за седем дни по Клинична пътека 244, чийто алгоритъм включва само кинезитерапия, което е крайно недостатъчно за тяхната ефективна рехабилитация и адаптация.
6. Няма разработени програми за специализирана психологическа помощ на пациенти след преживяна ампутация.
7. Няма изградена структура от специализирани заведения за рехабилитация
8. Няма разработени специални програми за трудова заетост и реинтеграция на хората с ампутирани крайници
9. Няма лицензирани центрове за обучение на ортопедични техници-протезисти.
10. Няма въведен специален режим с конкретни изисквания, касаещи материално техническата база и квалификация на персонала за регистрация на фирмите, извършващи изработка на протезата.

11. Няма изградена подходяща инфраструктура, осигуряваща свободно придвижване на хора с ампутирани крайници.
12. Няма наличие на специализиран транспорт на хора с ампутирани крайници

## **ПРЕПОРЪКИ**

В изложението на темата направихме сравнителен анализ на нормативната уредба в България и водещите страни с гарантирани здравни грижи за хора претърпели ампутации в Европа и в САЩ. Разгледахме най-добрите и с доказана ефективност практики, способстващи за максималната социална реадaptация на хората претърпели ампутации. От направеният правен анализ става ясно, че моделът, даващ най-пълноценна грижа на обществото и водещ до максимална реинтеграция и равен шанс е този, който гарантира удовлетворяване на конкретната нужда от конкретното медицинско изделие-протеза на конкретния човек. От проучването става ясно, че правните системи в европейските държави и САЩ спазват точно този модел. Целите, които стоят пред нашата страна са свързани с усъвършенстване на правна уредба, с цел максималното и адаптиране към този водещ световен успешен модел. Това означава, че националното законодателство относно лицата претърпели ампутации следва да осигури най-добри възможности за социална реадaptация и реинтеграция, както и да осигури достъпност и равнопоставеност при удовлетворяване на индивидуалните потребности от конкретни медицински изделия-протези. Конкретните препоръки, които можем да направим са следните:

1. Трябва да се установят реалните нужди от медицински изделия- протези по видове. За тази цел трябва да се разработи система за събиране и обработване на статистическа информация за хората с увреждания, тъй като такава липсва на национално ниво.

### **Препоръката е насочена към:**

Националния статистически институт и Националния център по опазване на общественото здраве и Националната здравно-осигурителна каса, Агенция за хората с увреждания.

2. Следва да се разработят критерии за индивидуален подход при избора на протеза и нейното финансиране, базирани на двете световно утвърдени системи - MOBIS®система за мобилност на Ото Бок – прилагана в Европа и система на L-кодовете – прилагана в САЩ. Водещото при двете системи е правилното определяне на мобилността на пациента и изработване на ефективна протеза

според неговите нужди. Ефективно изработената, съобразена с индивидуалните нужди и потребности на пациента е средството за повишаване качеството на живот на хората с ампутирани крайници и замяната на принципа на социалното подпомагане с истинска социално-осигурителна система за хората с увреждания е стратегическа задача за страната ни.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на здравеопазването, Министерство на финансите, Национална здравно-осигурителна каса, Министерство на труда и социалната политика, Български лекарски съюз.

3. Необходимо е в изрична правна норма на ЗИХУ протезирането да се дефинира като гарантирано от държавата субективно право в полза на лицата претърпели ампутации. Това право да възниква от факта на ампутацията и да произтича от правната норма и медицинската експертиза на лицето, удостоверяваща вида на ампутацията и състоянието на лицето. То да определя закупуването на адекватната за състоянието и социалната активност на човека протеза, стойността на която се заплаща изцяло от държавния социален фонд. Това право да поражда съответното задължение за компетентния държавен орган, след като се увери чрез представените медицински документи, описващи извършената ампутация, нейния вид и състоянието на ампутирания, да удовлетвори конкретната нужда от протезиране в пълен обем отговарящ на състоянието на пациента. Степента на мобилност следва да се изведе като основен критерий за пълно реимбурсиране на съответния вид протеза и да се дефинира в степени, базирани на световните системи: MOBIS и L-код.

**Препоръката е насочена към:**

Здравната комисия към Народното събрание, Министерство на здравеопазването, Министерство на финансите, Министерство на труда и социалната политика, Български лекарски съюз, Пациентски организации.

4. Трябва да се подобри медицинското обслужване на пациентите с ампутирани крайници. Да се разработят специални пакети както за физическа така и за

психическа рехабилитация. Да се създадат лицензирани центрове за обучение и рехабилитация на протезирани, в които лицата да бъдат обучени не само в ползването на протезата, и в достигане на съответстващата на състоянието на протезирания степен на мобилност, която да осигури високо качество на живот. Рехабилитацията да бъде уредена като задължение и условие за заплащане на предписаната протеза. Само по този начин ще се излезе от ограничаващия правата на хората в неравностойно положение модел на „социалната помощ“ отъждествяваща се по-скоро като подаяние. След ратифициране на изброените международни актове и ставайки член на ЕС, България практикувайки модела „социална помощ“ за ампутирани с протези, а не гарантирано компенсирани на липсващия крайник е в сериозен дефицит на дължимите грижи и изпълняване на поетите задължения към хората с увреждания. Това сериозно се разминава със социалния модел на повторното социално включване на хората с увреждания и превръщането им в равнопоставени граждани, а не като бенефициенти на социални помощи и грижи.

**Препоръката е насочена към:**

Комисията по здравеопазване към Народното събрание, Министерство на здравеопазването, Национална здравно-осигурителна каса, Български лекарски съюз.

5. Трябва да се разработят специални програми за трудова заетост на хората с ампутирани крайници. Активната заетост е един от най-важните фактори за повишаване качеството на живот на пациентите.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на труда и социалната политика, Агенцията по заетостта, Агенция за социално подпомагане, Агенция за хората с увреждания, Националният съвет за интеграция на хората с увреждания

6. Да се създаде адекватен режим на лицензиране на медико-технически лаборатории за изготвяне на протези с ясно регламентиране на материално-техническата им база и квалифициран персонал.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на здравеопазването.

7. В момента в България няма специализирано обучение на ортопедични техници, за това трябва да се създадат условия за обучение и придобиване на квалификация по специалност ортопедичен техник, съответстващи на европейските и световни стандарти.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на образованието и науката, Министерство на здравеопазването.

8. Да се създадат към Дирекциите за социално подпомагане на МТСП центрове за регистрация на лица с вродени или придобити заболявания, довели да загуба на крайник, които да препоръчват социален асистент на протезираните лица, както и да съдействат за намиране на подходяща работа или за запазят работното място след загубата на крайник. Тази функция може да се делегира и на специализирана национално представена неправителствена организация.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на труда и социалните грижи, Агенцията по заетостта, агенцията за социално подпомагане, Агенцията за хората с увреждания

9. Да се изгради модерна инфраструктура, адаптирана към специфичните нужди на хората с увреждания.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на регионалното развитие и благоустройство, Агенция пътна инфраструктура.

10. Да се създадат необходимите условия за ползване на обществения транспорт от хора с двигателен дефицит, както и да се осигури специализиран транспорт

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на регионалното развитие и благоустройство, Агенция пътна инфраструктура, Национална компания „Градски транспорт“.

11. Да бъдат разработени целенасочени профилактични програми за превенция на съдовите заболявания и усложненията водещи до ампутация.

**Препоръката е насочена към:**

Министерство на здравеопазването, Национална здравно-осигурителна каса.

12. Осъществяване на системен контрол върху спазването на мерките за безопасност на труда с цел намаляване на броя и тежестта на трудовите злополуки.

**Препоръката е насочена към:**

Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда“

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Декларирам, че при работата си по дисертацията съм спазил всички етични и законови рамки. Декларирам, че нямам конфликт на интереси, свързан с работата ми по дисертацията. Декларирам, че настоящият дисертационен труд е авторски и при разработването му не са ползвани в нарушение на авторски права чужди публикации и разработки. Авторските права на дисертацията са изцяло на автора. Съгласен съм дисертацията ми да се предоставя при поискване съгласно правилата за достъп до информация. Дисертацията не съдържа информация за физически или юридически лица, представляваща лични данни, търговка тайна или поверителна информация, различна от тази, която е обществено достояние. Анкетните проучвания са проведени анонимно и не съдържат конкретна поверителна информация за лица и организации. Проучванията са проведени при дадено от анкетираните лица доброволно съгласие и са извършени от изследователя. Ползваните за целите на дисертационния труд статистически данни са получени след съответното разрешение за достъп от административното ръководство на СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД, НЦПР-Горна баня и НЦСУ-Горна баня АД, Национален център по обществено здраве и анализи.

Д-р Лъчезар Захариев

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Агенция на Европейския съюз за основните права (FRA) Основни права на хората с увреждания:  
[http://europa.eu/abouteu/agencies/regulatory\\_agencies\\_bodies/policy\\_agencies/fra/index\\_bg.htm](http://europa.eu/abouteu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/fra/index_bg.htm)
2. Актуализирана стратегия по заетостта на Република България 2008 - 2015 година (Приета от Министерския съвет на 30 април 2008 г.) [www.mlsp.government.bg](http://www.mlsp.government.bg)
3. Алексиев, Я. Нов подход към интеграцията на хората с увреждания в България. Институт за пазарна икономика, април 2012, 8-15 с.
4. Алексиева, И., Коен, Е., Стойчев, В., Анализ на дейността на националния съвет за интеграция на хората с увреждания, 2011, с. 3-5.
5. Асоциация „Качество на живота” <http://www.qualityoflife.bg/>
6. Балабанов, Р., З. Захариев. Качество на живот при български пациенти с фокална и генерализирана епилепсия. Българска неврология., № 6, 2006, с. 38-41
7. Борисов, В. Здравен мениджмънт, том I, Азбука на здравния мениджмънт. Изд. “Филвест”, София, 2004, с. 249.
8. Борисов, В. Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа. Филвест, С., 2000.
9. Борисов, В., Мениджмънт на качеството в здравеопазването. Здравен мениджмънт, том I, С., Филвест, 2004, 243-258.
10. Буйлова, Т. В., О. Н. Щebetова. Анализ съществуващи тестове за оценка на нарушенията на жизнената дейност у болни с патология на тазобедренния състав // Матер. Межд. конф. «Исследоване на качеството на живота в медицината», 2002, с. 119-121.
11. Ванев, Р., Н. Габровски, Г. Поптодоров, Н. Велинов, Д. Масларов, Ст. Габровски. Измерване на качеството на живот при болни с неврохирургични заболявания. Бълг. неврол., 8, 2008, N 2, с. 37-42.
12. Ванкова, Д., Н. Ушева, Н. Фесчиева. Качество на живот, свързано със здравето в общността. Резултати от проучване сред населението на град Бургас. Соц. мед., 20, 2012, N 2-3, с. 26-29.
13. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилков, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, С., сп. Здравен мениджмънт, 2005.

14. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутаfoва, Е. Шипковенска. Социална медицина, ИК “Горекс Прес” – София, 2013, 647 с.
15. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. София, 2010.
16. Габровски, Н., Р. Ванев, Е. Кръстев, К. Узунов, Д. Масларов, Ст. Габровски. Измерване на качеството на живот при болни с малигнени глиални тумори. Хирургия, 64, 2008, N 1-2, с. 24-29, 2.
17. Гаранции за резултатността на програма Прогрес Стратегическа рамка за изпълнението на програма Прогрес на ЕС в сферата на заетостта и социалната солидарност (2007–2013 г.). Европейска комисия Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“ отдел 0.1 Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008 г.
18. Гиров, К. Проучвания върху хроничната артериална недостатъчност на горните крайници. Докторска дисертация, С, 1999.
19. Д. Ганчев, В. Богданова. Кинезитерапевтичен подход в преодоляване на проблемите от инактивитетен характер при болни с двустранна транстибиална ампутация. 2007, Кинезитерапия , 7, 2007, N 4, с. 8-16.
20. Д. Ганчев, Д. Любенова, Р. Ташева, С. Динова. Кинезитерапевтично поведение към болни с едностранна трансфемурална ампутация и контралатерална хемипареза. 2008, Кинезитерапия , 8, 2008, N 1, с. 37-42.
21. Д. Ганчев, С. Динова. Кинезитерапевтично поведение към болни с двустранна трансфемурална ампутация. 2008, Кинезитерапия , 8, 2008, N 2, с. 11-17.
22. Д. Ганчев. Нетрадиционни методи за измерване на мускулната сила и сравнителни резултати при болни с транстибиална ампутация. 2004, Кинезитерапия , 4, 2004, N 3, с. 17-22.
23. Д. Желев, Б. Киров. “Колко малко е достатъчно?”- Сравнителен анализ на разходите на НЗОК за пациенти с периферна артериална болест и техният еквивалент в Европейския съюз. Ангиология и съдова хирургия, бр. 1, 2012 г.
24. Д. Петков. Болест на Бюргер -какво научихме за 100 години? Ангиология и съдова хирургия, бр. 1, 2011.
25. Европейска комисия Заетост, социални въпроси и приобщаване, социално осигуряване в европейските държави <http://ec.europa.eu/social/>
26. Енишейнова, Ю. Илиева, И. Хаджиянжелов. Когнитивни нарушения и качество на живот при болни със супратенториални мозъчни неоплазми. Бълг. мед. журнал, 3, 2009, N 1, с. 50-54.

27. Желева, М. Качество на живот при терминално болни - принципи и практика. Сестринско дело. МР, 45, 2013, N 2, с. 49-57.
28. Закон за корпоративното подоходно облагане. В сила от 01.01.2007 г. бр.22 от 24 март 2015 г.
29. Закон за данъците върху доходите на физическите лица. В сила от 01.01.2007 г., изм. ДВ. бр.1 от 3 януари 2014г.
30. Закон за насърчаване на заетостта. В сила от 01.01.2002 г., изм. и доп. ДВ. бр.70 от 9 август 2013 г.
31. Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2015 г.
32. Закон за държавния бюджет на Република България за 2015 г.
33. Закон за защита от дискриминация. В сила от 01.01.2004 г., изм. и доп. ДВ. бр.26 от 7 април 2015 г.
34. Закон за здравето. В сила от 01.01.2005 г.изм. ДВ. бр.9 от 3 Февруари 2015г.
35. Закон за здравното осигуряване.Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998 г.,доп. ДВ. бр.54 от 17 юли 2015 г.
36. Закон за интеграцията на хората с увреждания в сила от 1.01.2011 г.
37. Закон за лечебните заведения.
38. Закон за медицинските изделия. В сила от 12.06.2007 г., изм. и доп. ДВ. бр.38 от 26 май 2015 г.
39. Закон за публичните финанси. В сила от 01.01.2014 г.
40. Закон за социално подпомагане.Обн. ДВ. бр.56 от 19 май 1998 г., изм. и доп. ДВ. бр.55 от 4 юли 2014 г.
41. Заповед № РД01/319 - Пределни размери / лимити / на помощите за изработване, покупка или ремонт на средства, приспособления и съоръжения 02.04.2008 г.
42. Захариев, Л. Медико-социална реинтеграция на лица след ампутация на долен крайник. Здравна политика и мениджмънт, 14, 2014, N 4, с. 20-26.
43. Захариев, Л. Оценка на качеството на живот на пациентите след ампутация на долен крайник. Здравна политика и мениджмънт, 14, 2014, N 3, с. 30-36.
44. Здравеопазване 2009, Кратък статистически справочник, С. 2009, 68 с.МЗ, НЦЗИ.
45. Здравеопазване 2011, Кратък статистически справочник, С. 2011,85 с. МЗ, НЦЗИ.
46. Здравеопазване 2012, Кратък статистически справочник, С. 2012, 84 с. МЗ, НЦЗИ.
47. Здравеопазване 2013, Кратък статистически справочник, С. 2013, 84 с. МЗ, НЦЗИ.
48. Здравеопазване 2014, Кратък статистически справочник, С. 2014, 84 с. МЗ, НЦЗИ.

49. Й. Григоров, А. Михайлов, Д. Бошнаков, А. Гегова, М. Кънчев. Ампутация на раменен пояс. 2013 известия на Съюза на учените - Варна/ Мед. и екол. , 18, 2013, N 1, с. 3-7.
50. Иванова, А., С. Горанова, Г. Петрова. Анализ на качеството на живот и връзката му с разходите за терапия на болни с колоректален карцином. Фармация, 53, 2006, N 2-3, с. 33-43.
51. Ивков, Б. Медико-социални и социологически класификации на видовете инвалидност. Електронно списание LiterNet, 13.03.2006, № 3 (76), с. 2-14.
52. Йовчев, И., Д. Пазарджиклиев, С. Консулов. Качество на живот - състояние на проблема в България - литературен преглед. Oncologos, 3, 2002, N 3-4, с. 54-56.
53. Канева, А., М. Маркова. Качество на живот на пациентите, оперирани за изолирана подклапна аортна стеноза. Бълг. кардиол. ,12, 2006, N 1, с. 50-60
54. Кодекс за социално осигуряване. В сила от 01.01.2000 г., изм. и доп. ДВ., бр.54 от 17 юли 2015 г.
55. Кодекс на труда. В сила от 01.01.1987 г., изм. и доп. ДВ., бр. 54 от 17 юли 2015 г.
56. Колев, Н. Качеството на живот зависи от психическия комфорт. Бълг. неврол. и психиатр. практика, 2, 2005, N 2, с. 22.
57. Колева, И. Неврорехабилитацията за подобряване качеството на живот на пациентите с мозъчно-съдова болест. Физик. мед., рекхаб., здраве, 6, 2007, N 2, с. 12-19.
58. Колева, И. Физикални фактори за подобряване качеството на живот на пациентите. Лекарска практика, 9, 2007, N 2, с. 19-31
59. Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания.  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=784>
60. Концепция "Цели за здраве 2020". <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/koncepcii/koncepciya-celi-za-zdrave-2020/>
61. Концепция за по-добро здравеопазване.  
<http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/koncepcii/koncepciya-za-po-dobro-zdraveopazvane/>
62. Крумова-Пешева, Р., Н. Пешев, Л. Спасов. Сравнително наблюдение на психотравматизма при пациенти с трансплантация на орган или с ампутация на крайник. Ангиология и съдова хирургия ,15, 2012, N 1, с. 37-40

63. Кръстанова, М., А. Мирчева. Проследяване възстановяването на дейности от ежедневиия живот при пациенти с последици от мозъчносъдова болест. *Обща мед.*, 14, 2012, N 2, с. 7-11.
64. Ламбов, Н., В. Петкова, М. Димитров. Ролята на здравните специалисти върху качеството на живот на пациенти в детска възраст. *Наука пулмология*, 8, 2013, N 4, с. 5-9.
65. Лъчкова, М., В. Михайлова-Алакиди. Методически подход за оценка качеството на живот на лица в напреднала възраст. *Здрав. политика и мениджмънт*, 11, 2011, N 2, с. 34-39.
66. Лъчкова, М., М. Стойкова, В. Мичаџлова. Представата за качество на живот сред студенти от медицински специалности. *Обща мед.*, 9, 2007, N 3, с. 41-45.
67. Любенова, Д. Оценка на качеството на живот чрез 36-точкова скала. *Кинезитерапия*, 6, 2006, N 2, с. 3-10.
68. М. Станкев, А. Драмов, Д. Луканова, Г. Димитров. Остри и хронични заболявания на вените – клиника, диагностика, лечение, *Мединфо* бр. 1, 2014.
69. М. Чешмеджиев, М. Йорданов, Е. Йорданов, Б. Денчев, К. Тодоров, Т. Велинов, Ч. Бъчваров. Хибриден подход при лечението на периферната артериална болест. *Ангиология и съдова хирургия*, бр. 1, 2011 г. с. 18-22.
70. Маслянков, С., Н. Ярамов. Комплексни резултати при изследването на качеството на живота след ректална хирургия. *Хирургия*, 66, 2010, N 6, с. 42-51
71. Мачев, С., Ал. Дойчинов, К. Гиров, М. Станкев. Кардиоваскуларни рискови фактори при хронична артериална недостатъчност. *Съдови заболявания*, т. III, бр. 1, 2004
72. Министерство на здравеопазването. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 - 2020.
73. Митков, М., М. Орбецова. Ранното приложение на алфа-липоева киселина повлиява еректилната дисфункция и качеството на живот при пациенти със захарен диабет тип 2. *Обща мед.*, 14, 2012, N 2, с. 30-36.
74. Молов, В., Р. Тепавичарова, Г. Дееничин, Р. Димов, Ч. Стефанов. Здравноопределеното качество на живот при пациентки с рак на млечната жлеза - актуалност и проблеми. *Хирургия*, 60, 2004, N 6, с. 39-43
75. MOT International Labour Organization. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--en/index.htm>.

76. Наредба за медицинската експертиза. Приета с ПМС № 87 от 05.05.2010 Г. изм. и доп. ДВ. бр.67 от 12 Август 2014 г.
77. Насева, Е., Ст. Братованова, М. Стойчева, М. Гърдева. Качество на живота, свързано със здравето - сравнение на методиките за изчисляване на индекса EQ-5D. *Обща мед.*, 16, 2014, N 3, с. 3-8.
78. Национален осигурителен институт. Кратък анализ на пенсиите за инвалидност през периода 2000-2010 г., 2011.
79. Национален социален доклад на Република България за 2013-2014 г.  
[http://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/BULGARIA\\_BG.pdf](http://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/BULGARIA_BG.pdf) с. 33-40
80. Национална здравна стратегия 2014-2020  
<http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2014-2020/>
81. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020  
<http://www.strategy.bg><http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>
82. Национални стратегии и нормативни документи  
[http://mail.nacid.bg/newdesign/bg/Administrative\\_Services.htm](http://mail.nacid.bg/newdesign/bg/Administrative_Services.htm)
83. Начини на реимбурсиране на медицинските изделия в европейските страни света  
<http://www.ispor.org/htaroadmaps/>
84. Николай Тилкиджиев. Качество на живот и щастие.  
[http://www.omda.bg/public/institut/niki/quality\\_of\\_life\\_and\\_happiness.htm](http://www.omda.bg/public/institut/niki/quality_of_life_and_happiness.htm),  
<http://www.omda.bg/page.php?IDMenu=521&IDArticle=1913>
85. Нова обединена програма на ЕС за заетост и социална политика Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и приобщаване“ Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2014 г. ISBN 978-92-79-33555-6 doi 10.2767/38007 (print) ISBN 978-92-79-33579-2 doi 10.2767/45211 (PDF).
86. Нормативни актове, Министерство на труда и социалната политика, АГЕНЦИЯ ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ <http://ahu.mlsp.government.bg/portal/page/3>
87. Олга Томова. Животът днес. Здравното осигуряване - къде сме ние?  
<http://www.jivotatdnes.bg/news/zdrave/zdravnoto-osiguriavane>
88. Пенков, Р., Д. Петков, И. Кючуков, Т. Кавръков, А. Иванов, А. Андреев. Успешна реплантация при субтотална травматична ампутация на подбедрица. *Ангиология и съдова хирургия*, 6, 2001, N 1, с. 45-47.

89. Петков, Б., Д. Асенова, Е. Чалъкова, И. Карановски, Й. Милошев, К. Кашъмова, М. Касърова. Социално осигуряване 2015 г. Труд и право. с. 13-16.
90. Петкова, А. Социално и здравно осигуряване промените за 2013 г.
91. Петкова, Д., Б. Банова, Н. Ушева, И. Йотов, Д. Паскалев. Качество на живот при пациенти с дихателни нарушения по време на сън. Торакална медицина , 1, 2009, N 1, с. 27-32.
92. Пехливанов, Б., В. Акабалиев, М. Митков. Качество на живот при жени със синдром на поликистозните яйчници. Акуш. и гинекол. , 45, 2006, N 5, с. 27-31
93. Правилникът за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания. В сила от 1.06.2011 г., изм. бр. 41, 31.05.2011 г.
94. ПРЕБРОЯВАНЕ 2011. НСИ.
95. Програма на ЕС за заетост и социални иновации (ЗиСИ)  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1081&langId=bg&furtherPubs=yes>.
96. Проект на Стратегическа рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014 – 2020 г.  
<http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/strategicheska-ramka-politika-zdraveopazvane/>
97. Проект на съвместен доклад за заетостта на комисията и на съвета, придружаващ Съобщението на Комисията относно годишния обзор на растежа за 2015 г. Европейска комисия, Брюксел, 28.11.2014 COM(2014) 906 final .
98. Пушкарев А. Л. Качество жизни: структура понятий и перспективы использования его в лечении и реабилитации. //А. Л. Пушкарев, Н. Г. Арингина, Н.Е. Крылова // Проблемы реабилитации. 2000, №1. стр. 32-37.
99. Равенство на хората с увреждания при упражняване на основни човешки права съгласно конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания. Анализ на българското законодателство 2011. Български център за нестопанско право в рамките на проект „Самостоятелност и отговорност: истинското бъдеще за хората с увреждания”, подкрепен с грант на Фондации Отворено общество.
100. Райнов, У. Качеството на живот - важен проблем при онкологично болните. Клинична и трансфузионна хематология, 33, 1997, No 1, 3-10.
101. Реабилитация инвалидов с нарушениями функций опоры и движения. / Под ред. Л. В. Сытина, Г. К. Золоева, Е. М. Васильченко. // Новосибирск, 2003, стр. 384.

102. Рибарова, Е., Микова В., „Харта на основните права на европейския съюз - какви социални и трудови права ни дава тя?“. София, 2008 г. Конфедерация на независимите синдикати в България, Фондация “Фридрих Еберт”
103. Станчев, И. Гякхов, С. Kremensky, К. Гиров. Първична ампутация или съдбовъзстановителна операция. Ангиология и съдова хирургия , 1, 1995, N 1, с. 14-16.
104. Статистически справки от болничен софтуер в СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД „Гама Код мастер”, фирма Гама Консулт.
105. Стефанов, С., М. Станкев. Диабетът като рисков фактор при критична исхемия на долен крайник. Ангиология и съдова хирургия, т. XI, бр.1 ,С., 2006.
106. Стефанов, С., С. Дойчинова, В. Петров, Г. Слабаков. Критична исхемия на крайника при диабетични пациенти - ампутация или реваascularизация. Ангиология и съдова хирургия , 6, 2003, N 1, с. 57-61.
107. Соева, Б., Костадинова, В. Хората с увреждания и техните права в Европейския съюз. България и нейните невидими граждани. ISBN 954-9828-23-9, София, юли 2004.
108. Соева, Б., Стоянова, Л. „Европейски програми за неправителствени организации“, фондация „Отворено общество“, програма „Европейска интеграция и регионална стабилност“, юни 2002, София.
109. Стоилов, Р., М. Иванова. Оценка на качеството на живот при болни с гонартроза, лекувани с Nyalgan вътреставно. Обща мед., 8, 2006, N 4, с. 15-20
110. Стратегия „Европа 2020“ в областта на заетостта, социалните въпроси и приобщаването. [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_bg.htm).
111. Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г. <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=445>
112. Съдови заболявания под ред. на А. Андреев, АИ “Проф. М. Дринов”, С. 1998 с.137-140.
113. Танчев, Р., Д. Диков, А. Джеров, Д. Лашков, Пл. Йолов. Качество на живот при Паркинсонова болест. Двигат. нарушения, 3, 2006, N 1, с. 24-33.
114. Тодоров, Ал. Социално осигуряване в различните държави <http://alexanderbtodorov.com/>
115. Тодорова, А. Изследване качеството на живот на болни с ранна Паркинсонова болест - с преобладаващ симптом тремор или ригидност. Двигат. нарушения, 6, 2009, N 1-2, с. 45-52.

116. Тодорова, А. Лечение на паркинсоновата болест - влияние върху качеството на живот на пациентите. Двигат. нарушения, 3, 2006, N 2, с. 10-17.
117. Тодорова, А., А. Цветкова, А.-М. Велчева, М. Радева, К. Дечева, Т. Георгиева, Н. Агова. Качество на живот на пациенти с бронхиална астма в детска възраст. Варненски мед. форум, 3, 2014, N 1, с. 52-56.
118. Трета многогодишна програма на Европейския съюз в областта на здравето 2014 - 2020 <http://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/tekushti-programi-i-proekti/programa-na-es-v-oblastta-na-zdraveto-2014-2020/rezultati-ot-protsedura-na-podbor/>
119. Фесчиева, Н., Д. Ванкова. Качеството на живот свързано със здравето и общественото здравеопазване. Соц. мед. 20, 2012, N 2-3, с. 2.
120. Форева, Г., Р. Асенова, М. Семерджиева, Й. Христов. Концепцията "качество на живот" при палиативни грижи. Мнение на общопрактикуващи лекари. Здрав. политика и мениджмънт, 10, 2010, N 4, с. 46-53.
121. Хората с увреждания имат равни права. Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010—2020 г. Европейска комисия © Европейски съюз, 2010г. ISBN 978-92-79-16831-4 doi:10.2767/11849.
122. Цанов, В. 2006. "Качеството на живот в България". В: Семинар на Европейската фондация за подобряване качеството на живот и труд (21 март 2006, София).
123. Чаушев, Н. Качество на живот при пациенти с мигрена - литературен обзор. Двигат. нарушения, 7, 2010, N 1, с. 20-34.
124. Юстинианова, Б., Д. Димитрова, Е. Христова. Здравно-социални проблеми и качество на живот при онкологично болни в условия на икономическа криза. Здрав. политика и мениджмънт., 10, 2010, N 5, с. 42-45.
125. Янева, М., Ек. Петкова. Качество на живот на онкологично болните - принципи и практика. Здравни грижи, 5, 2007, N 1, с. 25-281.
126. Alghnam S; Palta M; L Remington P; Mullahy J; S Durkin M. The association between motor vehicle injuries and health-related quality of life: a longitudinal study of a population-based sample in the United States. Quality of Life Research. 23(1):119-27, 2014.
127. Amenta, Edwin. 2006. When movements mattered: The Townsend Plan and the rise of Social Security. Princeton, NJ: Princeton University Press.
128. Amputee coalition of America, 2008, Amputation Statistics by Cause Limb Loss in the United States.

129. Amputee coalition, 2014, Limb Loss Statistics.
130. Arabadzhiev, Z., K. Haralampiev, H. Davidov, Vl. Bozhilov. Evaluation of the reliability of P. Lang's quality of life scale in Bulgaria. *Bulgarian medicine*, 2, 2012, N 1-4, c. 21-24.
131. Asano M, Rushton P, Miller WC, Deathe BA. Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation, *Prosthetics and Orthotics International* 2008; 32(2): 231-43.
132. Bauer J; Beck B; Wandl U. [Health-related quality of life of people with severe traumatic injury: a longitudinal study using the SF-36 health survey]. *Versicherungsmedizin*. 65(2): 86-90, 2013 Jun 1.
133. Berkowitz, Edward, and Larry DeWitt. 2009. Social Security from the New Deal to the Great Society: Expanding the public domain. In *Conservatism and American political development*, Brian J. Glenn and Steven M. Teles, eds., 53–85. New York, NY: Oxford University Press.
134. Blome C; Augustin M. Measuring change in quality of life: bias in prospective and retrospective evaluation. *Value in Health*. 18(1):110-5, 2015 Jan. UI: 25595241.
135. Bouras G; Marie Burns E; Howell AM; Mark Bagnall N; Lee H; Athanasiou T; Darzi A. Systematic review of the impact of surgical harm on quality of life after general and gastrointestinal surgery. *Annals of Surgery*. 260(6):975-83, 2014 Dec. UI: 24854455.
136. Braga Filho RT; D'Oliveira Junior A. Metabolic syndrome and military policemen's quality of life: an interdisciplinary comprehensive approach. *American Journal of Mens Health*. 8(6):503-9, 2014 Nov. UI: 24626602.
137. Bullinger M; Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 16(2):137-45, 2014 Jun. UI: 25152653.
138. Bundesministerium für Arbeit und Soziales Politik für Menschen mit Behinderung und zum Entschadigungsrecht in der EU, USA und Japan Ein Überblick 2011. <http://www.bmas.de/DE/Startseite/start.html>
139. Burkhauser, R., Daly, M., *The Declining Work and Welfare of People with Disabilities: What Went Wrong and a Strategy for Change*, Washington D.C., 2011.
140. Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

141. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament „Towards a United Nations legally binding instrument to promote and protect the rights and dignity of persons with disabilities“, COM (2003) 16 final, Brussels, 21.1.2003.
142. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions „Towards a Barrier Free Europe for People with Disabilities“, Brussels, 12.05.2000, COM (2000) 284 final.
143. Council Decision of 3 December 2001 on the European Year of People with Disabilities 2003 (2001/903/EC).
144. De Vos, E. Active Inclusion of young people with disabilities. European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions. 2011.
145. De Godoy J. M. P., Braile D. M., Buzatto S. H. G., Longo O., JNR. & Fontes.O. A. 2004. Journal of Psychology, Health & Medicine: Quality of life after amputation. Vol. 7, No. 4. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/> Retrieved 16.11.2009.
146. Desmond. D. M. 2006. Journal of Psychosomatic Research Coping affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. 62:15-21. <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/> Retrieved on 10.02.2011.
147. Discrimination on the Grounds of Disability, Overall summaries by member states, available at <http://www.europarl.eu.int/en/discrimi/ssi/disability/summaries/default.shtm>
148. Ebrahimzadeh M, Hariri S. Long-term outcomes of unilateral transtibial amputations. Mil Med 2009; 174(6): 593-7.
149. Ebskov L.B. (1992). Level of lower limb amputation in relation to etiology: An epidemiological study, Prosthetics and Orthotics International. p 1-5.
150. Elke Jakubowski, Busse R., Health Care Systems in the EU: A Comparative Study. Public Health and Consumer Protection Series, SACO 101 EN, EU Parliament, L 2929 Luxembourg, 138.
151. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Brussels, December 1-2, 2003, Directorate General for Employment and Social Affairs, European Commission .
152. Ephraim PL, Dillingham TR, Sector M, Pezzin LE, MacKenzie EJ. Epidemiology of limb loss and congenital limb deficiency: a review of the literature. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84(5):747-61.
153. Erin Strait Prosthetics in Developing Countries Prosthetic Resident January 2006.
154. Eskelinen E, Lepäntalo M, Hietala EM, Sell H, Kauppila L, Mäenpää Ietal. Lower limb amputations in southern Finland in 2000 and trends up to 2001. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004; 27(2):193-200.

155. European System of Social Indicators (ESSI)  
[http://www.gesis.org/en/social\\_indicators/Data/EUSI](http://www.gesis.org/en/social_indicators/Data/EUSI)
156. Floyd DN; Langham S; Several HC; Levesque BG. The economic and quality-of-life burden of Cohn's disease in Europe and the United States, 2000 to 2013: a systematic review. *Digestive Diseases & Sciences*. 60(2):299-312, 2015 Feb. UI: 25258034.
157. Fosses, Hartemann-Heurtier A., Jacqueminet S., HaVan. G, Grimaldi. A & Fagot-Campagna. A. 2009. *Journal of Diabetic Medicine*. Incidence and characteristics of lower limb amputations in people with diabetes. 26:391-396.  
<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/> Retrieved on 10.02.2011.
158. Friedell ML; Stark KR; Kujath SW; Carter RR. Current status of lower-extremity revascularization. *Current Problems in Surgery*. 51(6):254-90, 2014 Jun. UI: 24863077.
159. Frost J; Garside R; Cooper C; Britten N. A qualitative synthesis of diabetes self-management strategies for long term medical outcomes and quality of life in the UK. *BMC Health Services Research*. 14:348, 2014. UI: 25127714.
160. Gabbe BJ; Cameron PA. Importance of functional and quality of life outcomes in trauma. *Surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland*. 11(2):114, 2013 Apr. UI: 23200459.
161. Gabbe BJ; Sutherland AM; Hart MJ; Cameron PA. Population-based capture of longterm functional and quality of life outcomes after major trauma: the experiences of the Victorian State Trauma Registry. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 69(3):532-6; discussion 536, 2010 Sep. UI: 20838122.
162. Gallagher P, MacLachlan M. The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales and quality of life in people with lower-limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(5): 730-6.
163. Gallagher P, O'Donovan M-A, Doyle A, Desmond D. Environmental barriers, activity limitations and participation restrictions experienced by people with major limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International* 2011; 35(3): 278-84.
164. Guidance Note on Disability and Development for EU Delegations Services, EC DEV/RELEX/AIDCO and Delegations Staff Briefing Note, Brussels, I/Disability/Guidance note on Disability 030304 – Final D1256, March 2003.
165. Health-Related Quality of Life Measures  
<http://www.healthmeasurement.org/Measures.html>
166. Horgan. O & MacLachlan. M. 2004. Disability and Rehabilitation: Psychosocial adjustment to lower-limb amputation. 26 (14/15). P 837-850. Retrieved on 09.02.2010=

167. Horne CE, Neil JA. Quality of life in patients with prosthetic legs: a comparison study. *J Prosthet Orthot* 2009; 21(3): 154-9.
168. Informationsportal für Kompressionstherapie und Orthopädische Hilfsmittel [www.eurocom-info.de](http://www.eurocom-info.de)
169. International Society for quality of life research <http://www.isoqol.org/>
170. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research <http://www.ispor.org/>
171. International Society for Prosthetics and Orthotics <http://www.ispoint.org/>
172. Jan Larsson and Jan Apelqvist, *Acta Orthopaedica*, 1995, vol. 66, №2, p. 181-192  
Towards less amputations in diabetic patients - Departments of Orthopedics and Internal Medicine study, University Hospital, Lund, Sweden.
173. Jansen JO; Champion HR. Trauma care in Scotland: the importance of functional outcomes and quality of life. *Surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland*. 10(5):247-8, 2012 Oct. UI: 22835280.
174. Johannesson A, Larsson GU, Öberg T. From major amputation to prosthetic outcome: a prospective study of 190 patients in a defined population. *Prosthet OrthotInt* 2004; 28(1): 9-21.
175. Kawanishi CY; Greguol M. Physical activity, quality of life, and functional autonomy of adults with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 30(4):317-37, 2013 Oct. UI: 24197622.
176. Kelly M & Dowling M. 2008. *Journal of Art and Science*. Patient rehabilitation following lower limb amputation. 22(49) 35-40.  
<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/> Retrieved on 23.12.2009.
177. Ken Pitetti, Ph.D., Professor, College of Health Professions, Wichita State University, Epidemiology and Pathophysiology of Amputation, The National Center on Health, Physical Activity, and Disability USA Study
178. Koechlin, F., L. Lorenzoni and P. Schreyer (2010), "Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of Pilot Study", OECD Health Working Papers, No. 53, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en>
179. Kohlmann T; Bahr K; Mook J. [Health-related quality of life as an outcome criterion in traumatology]. *Unfallchirurg*. 113(6):456-61, 2010 Jun. UI: 20549177.
180. L-Code Foot Orthotic Clarification <http://www.pedorthics.org/?page=LCODEFOC052813>

181. Leadley RM; Armstrong N; Reid KJ; Allen A; Misso KV; Kleijnen J. Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. *Pain Practice*. 14(6):547-58, 2014 Jul. UI: 24138082.
182. Mainstreaming Disability within EU Employment and Social Policy, A DG V services working paper.
183. Malik P, Garg R, Gulia A, Kumar N, Sidhu B, Sharma K. Quality of life in post-traumatic orthopedically handicapped patients. *Indian J Med Sci* 2010; 64(5): 224-
184. Mansoor I, Margoob MA, Masoodi N, Mushta H, Younis T, Hussain A et al. Prevalence of psychiatric comorbidities in traumatic amputees-A cross sectional study from Kashmir (Indian part). *Br J Med Pract* 2010; 3(4): 347.
185. Marshal C. & Stansby. G. 2010. *Journal of Vascular Surgery Amputation and Rehabilitation*. 28:284-287. <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science> Retrieved on 10.02.2011.
186. Marzen – Groller. K&Bartman. K. 2005. *Journal of Vascular Nursing: Building a successful support group for post-amputation patients*. P.42-45  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science> Retrieved on 21.12.2009.
187. McDowell I. General health status and quality of life. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press, Inc.; 2006. p 520-703.
188. Mobis Otto bock mobilitats system <http://www.ottobock-group.com/en/>
189. Moergeli H; Wittmann L; Schnyder U. Quality of life after traumatic injury: a latent trajectory modeling approach. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 81(5):305-11, 2012. UI: 22832585.
190. Mozumdar A, Roy SK. Depression in adult males with lower extremity amputation and its bio-social correlates. *Health* 2010; 2(8): 878-89.
191. Murphy K; Cooney A; Casey D. Improving the quality of life for older people in long-term care settings. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. 3(3):301-15, 2014 May. UI: 24969156.
192. National Health Service <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
193. National limb loss information center fact sheet: amputation statistics by cause, limb loss in the United States. Available from: URL: [http://www.amputee-coalition.org/fact\\_sheets/amp\\_stats\\_cause.html](http://www.amputee-coalition.org/fact_sheets/amp_stats_cause.html).
194. Ousey KJ; Milne J; Cook L; Stephenson J; Gillibrand W. A pilot study exploring quality of life experienced by patients undergoing negative-pressure wound therapy as

- part of their wound care treatment compared to patients receiving standard wound care. *International Wound Journal*. 11(4):357-65, 2014 Aug. UI: 23095095.
195. Overgaard M; Hoyer CB; Christensen EF. Long-term survival and health-related quality of life 6 to 9 years after trauma. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 71(2):435-41, 2011.
  196. Panayotova, K. Report on the social inclusion and social protection of disabled people in European countries. ANED, 2010.
  197. Paul R, Masilamani S, Dwyer AJ. Evaluation of rehabilitated bilateral lower limb amputees – an Indian study. *Disabil Rehabil* 2012; 34(12): 1005-9.
  198. Polinder S; Haagsma JA; Belt E; Lyons RA; Erasmus V; Lund J; van Beeck EF. A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations. *BMC Public Health*. 10:783, 2010. UI: 21182775.
  199. Rainer TH; Yeung JH; Cheung SK; Yuen YK; Poon WS; Ho HF; Kam CW; Cattermole GN; Chang A; So FL; Graham CA. Assessment of quality of life and functional outcome in patients sustaining moderate and major trauma: a multicentre, prospective cohort study. *Injury*. 45(5):902-9, 2014 May.
  200. Richmond TS; Guo W; Ackerson T; Hollander J; Gracias V; Robinson K; Amsterdam J. The effect of postinjury depression on quality of life following minor injury. *Journal of Nursing Scholarship*. 46(2):116-24, 2014 Mar.
  201. Righdiagnostics online magazine, 2013, Statistic by Country for Amputation
  202. Ruth M. Morris, LMSW ,American Academy of Orthotic and Prosthetic, June 2008, vol. 4, №3Focus on Upper Extremity: Therapeutic Influences on the Upper-Limb Amputee.
  203. Rommers, G. M., L. D. W. Vos, C. H. Schuiling and W. H. Eisma Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: Etiology, discharge destination and prosthetic use, *Prosthetics and Orthotics International*. 1997, 21, p. 92-99.
  204. Salwa A. Mohammedand Amany M. Sheb, *Advances in Medicine Volume 2014 (2014)*, Article ID 674323, Quality of Life among Egyptian Patients with Upper and Lower Limb Amputation: Sex Differences.
  205. Saradjian.A, Thompson.R. A & Datta Dipak. 2008.*Journal of Disability and Rehabilitation: The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different*. 30(11): p. 871-883. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf>Retrieved 9.11.2009.

206. Servia Goixart L; Badia Castello M; Montserrat Ortiz N; Bello Rodriguez G; Vicario Izquierdo E; Vilanova Corselles J; Trujillano Cabello J. [Risk factors for the deterioration of quality of life in critical trauma patients. Assessment at 6 and 12 months after discharge from the intensive care unit]. *Medicina Intensiva*. 38(1):1-10, 2014 Jan-Feb.
207. Shan L; Shan B; Suzuki A; Nouh F; Saxena A. Intermediate and long-term quality of life after total knee replacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*. 97(2):156-68, 2015 Jan 21.
208. Shmueli A. The visual analog rating scale of health-related quality of life: an examination of end-digit preferences. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:71.
209. Smith C; Hough L; Cheung CC; Millington-Sanders C; Sutton E; Ross JR; Thick M; Riley J. Societal consequences of falls in the older population: injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 71(3):748-53, 2011 Sep. UI: 21045738.
210. Social Protection in Austria. Owner and publisher Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Co1010 Vienna • Editor-in-chief: Department V/B/4 • Translation: Eva Holzma Hiegetsberger Werbegrafik - Design GmbH, 1170 Vienna • Printed by: Sozia April 2014 • ISBN: 978-3-85010-340-4 <https://broschuerenser.vice.sozialministerium.at>.
211. Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzesv. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337)
212. Special briefing: The EU and People with Disabilities, Cover AGE, issue 17, June 2002.
213. Sullivan LJ; Asselin ME. Revisiting quality of life for elders in long-term care: an integrative review. *Nursing Forum*. 48(3):191-204, 2013 Jul-Sep. UI: 23889198.
214. Swendiman, Kathleen S., and Thomas J. Nicola. 2010. Social Security reform: Legal analysis of Social Security benefit entitlement issues. CRS Report for Congress. Washington, DC: Congressional Research Service, Library of Congress (February 19).
215. Taillefer M, Dupuis G, Roberge M, LeMay S. Health-related quality of life models: systematic review of the literature. *Soc Indic Res* 2003; 64(2): 293-323.
216. Thanni. L.O. A&Tade. A. O. 2007. The Royal College of Surgeons of Edinburg hand Ireland. Extremity amputation in Nigeria– are view of indications and mortality. 4:213-217. <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science> Retrieved on 10.02.2011.
217. The Employment Situation of People with Disabilities in the European Union, Directorate General for Employment and Social Affairs, Europ. Commission, Aug. 2001.
218. The European Union Disability Strategy, available at <http://europa.eu.int>.

219. The Organisation of the Austrian Social Insurance [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at)
220. Toien K; Bredal IS; Skogstad L; Myhren H; Ekeberg O. Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine. 19:22, 2011. UI: 21477280.
221. United States Social Security administration <http://www.socialsecurity.gov/>
222. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil 2003; 25(11): 565-71.
223. Vagetti GC; Barbosa Filho VC; Moreira NB; Oliveira Vd; Mazzardo O; Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. Revista Brasileira de Psiquiatria. 36(1):76-88, 2014 Jan-Mar. UI: 24554274.
224. Viswanathan V. Epidemiology of diabetic foot and management of foot problems in India. Int J Low Extrem Wounds 2010; 9 (3): 122-6.
225. Wald. J. 2004. Journal of rehabilitation. Psychological factors in work-related amputation: Consideration for rehabilitation counselors. 4
226. 70(4)6-15. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf> Retrieved on 18.02.2009.
227. WHO Quality of Life - BREF (WHOQOL-BREF)  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/)
228. Williams. M.R, Ehde. M. D, Smith. G. D, Czernieck. M. J, Hoffman. J. A & Robinson. R.L. 2004. Journal of disability and rehabilitation. A two-year longitudinal study of social support following amputation. 26 (14/15), 862-874.  
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf> Retrieved on 20.12.2009.
229. World Health Organisation. World report on disability. 2011.
230. World Health Organization, 2013, World Health Statistics, A Wealth of information on global public health.
231. Zidarov. D, Swaine. B & Gauthier-Gagnon. C. 2009. Journal of Arch Phys Med Rehabil. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. 90:634-645h.
232. Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Trivison TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89 (3):422-9.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

# 1. Въпросник за участниците в проучването с ампутиран долен крайник

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Представеният на Вашето внимание въпросник има за цел да даде обективна оценка за качеството на живот на хората с ампутирани крайници, базирайки се на дадените от Вас обективни отговори. Въпросите са групирани съобразно вида информация, която целим да получим от Вас. Целта на това проучване е да допринесе за подобряване качеството на Вашия живот и качеството на Вашата протеза.

Моля, отговаряйте на въпросите според Вашите чувства и усещания. Изберете този вариант, който Ви се струва най-подходящ.

## ГРУПА 1 / Общи данни/

Тази група въпроси цели да получим най-обща информация за Вас /без лични данни/, Вашето заболяване довело до ампутация, времето изминало от ампутацията до настоящият момент.

1. Пол:

Мъж  
1

Жена  
2

2. Възраст /години/

1

3. Възраст, на която е извършена ампутацията

1

4. Семейно положение

женен  
1

неженен  
2

разведен  
3

вдовец  
4

5. Образование

основно

средно

полувисше

висше

1

2

3

4

## 6. Трудова заетост

безработен  пенсионер  пенсионер по болест  Работещ

1

2

3

4

## 7. Кой крак е ампутиран

десен  ляв  и двата

1

2

3

## 8. Ниво на ампутацията

бедро  подбедрица  ходило

1

2

3

## 9. Причина за ампутацията

злополука  диабет  ХАНК  болест на Бюргер

1

2

3

4

тумор  друга причина /моля уточнете каква /

5

6

/...../

## 10. Брой години изминали след ампутацията

1

**ГРУПА 2**

Тази група въпроси са относно Вашата протеза. Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето отношение към протезата, Вашето удовлетворение от качеството на протезата.

## 11. Това първата Ви протеза ли е?

да  не

1

2

## 12. Ако това не е първата Ви протеза, от коя сте по-доволен?

от сегашната  от предишната

1

2

## 13. Как бихте оценили удобството на протезата Ви?

неудобна  удобна  много удобна

1

2

3

## 14. Как усещате гилзата на Вашата протеза?

много твърда  твърда  мека  не я усещам

1

2

3

4

15. Как бихте оценили усещането за тежест на Вашата протеза?

- много тежка       тежка       лека       много лека

1

2

3

4

16. Как бихте оценили външният вид на протезата Ви?

- ужасна       грозна       прилична       красива

1

2

3

4

17. Как оценявате лекотата с която поставяте и сваляте Вашата протеза?

- много трудно       трудно       лесно       много лесно

1

2

3

4

18. При движения протезата Ви издава ли някакъв шум?

- скърцане       щракане       не издава никакъв шум

1

2

3

19. Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?

- много често /през 3 месеца/  
1  
 често /през 6месеца/  
2  
 рядко / един път годишно/  
3  
 много рядко /веднъж на 2-3 години/  
4  
 не се налага  
5

### ГРУПА 3

Тази група въпроси се отнасят за общата функционалност на Вашата протеза. Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето мнение относно това, как Ви служи протезата, улеснява ли Вашия живот или обратното.

20. Колко часа дневно носите Вашата протеза?

- 0-3 часа

- 1  
 4-6 часа
- 2  
 7-9 часа
- 3  
 10-12 часа
- 4  
 повече от 12 часа
- 5

21. Каква помощ Ви трябва,когато носите протезата в къщи?

- проходилка     патерици     бастун     нищо
- 1                      2                      3                      4

22. Каква помощ Ви трябва,когато носите протезата извън къщи?

- проходилка     патерици     бастун     нищо
- 1                      2                      3                      4

23. Оценете способността Ви за слизане и качване по стълби с помощни средства /патерици,бастун/ и ползване на парапет.

- не мога     много трудно     трудно     лесно
- 1                      2                      3                      4

24. Оценете способността Ви за слизане и качване по стълби без помощни средства и без ползване на парапет.

- не мога     много трудно     трудно     лесно
- 1                      2                      3                      4

25. Оценете способността Ви да стоите прав без опора и без усещане за дискомфорт в продължение на 15-20мин.

- не мога     много трудно     трудно     лесно
- 1                      2                      3                      4

26. Оценете способността Ви да ходите в стаята носейки табла с две ръце.

- не мога     много трудно     трудно     лесно
- 1                      2                      3                      4

27. Оценете способността Ви да ходите по стръмен или неравен терен без помощни средства.

- не мога     много трудно     трудно     лесно
- 1                      2                      3                      4

28. Оценете способността Ви за ходене без помощни средства на следните разстояния.

- 50 метра
- 1

- 200 метра  
2
- 500 метра  
3
- 2 километра  
4
- 5 и повече километра  
5

29. Оценете способността Ви да седите удобно в ниско кресло или на задната седалка на автомобил.

- не мога       много трудно       трудно       лесно
- 1                              2                              3                              4

30. Оценете способността Ви да се наведете и да завържете връзките на обувките си.

- не мога       много трудно       трудно       лесно
- 1                              2                              3                              4

31. Оценете способността Ви да ползвате тоалетна чиния /ставане и сядане/ без да ползвате помощни средства.

- не мога       много трудно       трудно       лесно
- 1                              2                              3                              4

32. Оценете способността Ви да седнете на пода и да станете без да ползвате помощни средства.

- не мога       много трудно       трудно       лесно
- 1                              2                              3                              4

#### ГРУПА 4

Тази група въпроси се отнася за качеството на Вашия живот. Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето мнение за начина Ви на живот с протезата и степента на удовлетворение от това, Вашето отношение към всичко заобикалящо Ви и отношението на всичко заобикалящо Ви към Вас.

33. Как бихте оценили качеството си на живот?

- много лошо       лошо       задоволително       добро       много добро
- 1                              2                              3                              4                              5

34. Имате ли достатъчно енергия за нещата,които правите в ежедневието си?

- никаква       много малка       достатъчна       в излишък

1

2

3

4

35. Колко достъпна е за Вас информацията, от която имате нужда всеки ден?

недостъпна       трудно достъпна       свободно достъпна  
1                                  2                                  3

36. Колко достъпна е за Вас заобикалящата Ви среда?

недостъпна       трудно достъпна       свободно достъпна  
1                                  2                                  3

37. Колко сте удовлетворен от самия себе си?

никак                   недостатъчно                   напълно  
1                                  2                                  3

38. Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?

никак                   недостатъчно                   напълно  
1                                  2                                  3

39. Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?

никак                   недостатъчно                   напълно  
1                                  2                                  3

40. Колко сте удовлетворен от транспорта, който ползвате?

никак                   недостатъчно                   напълно  
1                                  2                                  3

41. Колко сте удовлетворен от подкрепата на своите приятели?

никак                   недостатъчно                   напълно  
1                                  2                                  3

42. Колко често сте изпитвали притеснение от това, че носите протеза?

никога                   рядко                   често                   винаги  
1                                  2                                  3                                  4

43. Оценете какво е отношението на близките Ви и семейството Ви към Вашата протеза?

много лошо       лошо                   добро                   много добро  
1                                  2                                  3                                  4

44. Изпитвате ли затруднение в избора на дрехи и обувки?

никакво                   рядко                   винаги  
1                                  2                                  3

45. Колко сте доволен от работата на протезиста, изработил сегашната Ви протеза?

недоволен                   доволен                   много доволен  
1                                  2                                  3

46. Колко сте доволен от рехабилитацията,проводена след протезирането Ви?

недоволен  доволен  много доволен  не е провеждана  
1 2 3 4

Моля споделете с нас нещо друго свързано с ампутацията или протезирането,което смятате, че е полезно да знаем.

Благодарим за Вашето внимание!

## 2. Въпросник за участниците в проучването с ампутирани горни крайници

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Представеният на Вашето внимание въпросник има за цел да даде обективна оценка за качеството на живот на хората с ампутирани крайници, базирайки се на дадените от Вас обективни отговори. Въпросите са групирани съобразно вида информация, която целим да получим от Вас. Целта на това проучване е да допринесе за подобряване качеството на Вашия живот и качеството на Вашата протеза.

Моля, отговаряйте на въпросите според Вашите чувства и усещания. Изберете този вариант, който Ви се струва най-подходящ.

### ГРУПА 1 / Общи данни/

Тази група въпроси цели да получим най-обща информация за Вас /без лични данни/, Вашето заболяване довело до ампутация, времето изминало от ампутацията до настоящият момент.

1. Пол:

Мъж  
1

Жена  
2

2. Възраст /години/

  
1

3. Възраст, на която е извършена ампутацията

  
1

4. Семейно положение

женен  
1

неженен  
2

разведен  
3

вдовец  
4

5. Образование

основно  
1

2

средно  3

полувисше  4

висше

6. Трудова заетост

безработен  пенсионер  пенсионер по болест  Работещ  
1 2 3 4

7. Коя ръка е ампутирана

дясна  лява  и двете  
1 2 3

8. Ниво на ампутацията

рамо  мишница  предмишница  
1 2 3

9. Причина за ампутацията

злополука  диабет  ХАНК  тумор  
1 2 3 4

друга причина /моля уточнете каква /  
5

/...../

10. Брой години изминали след ампутацията

1

**ГРУПА 2**

Тази група въпроси са относно Вашата протеза.Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето отношение към протезата, Вашето удовлетворение от качеството на протезата.

11.Това първата Ви протеза ли е?

да  не  
1 2

12. Ако това не е първата Ви протеза, от коя сте по-доволен?

от сегашната  от предишната  
1 2

13. Как бихте оценили удобството на протезата Ви?

неудобна  удобна  много удобна  
1 2 3

14. Как усещате гилзата на Вашата протеза?

много твърда твърда мека  не я усещам  
1 2 3 4

15. Как бихте оценили усещането за тежест на Вашата протеза?  
 много тежка     тежка     лека     много лека  
 1                      2                      3                      4

16. Как бихте оценили външният вид на протезата Ви?  
 ужасна     грозна     прилична     красива  
 1                      2                      3                      4

17. Как оценявате лекотата с която поставяте и сваляте Вашата протеза?  
 много трудно     трудно     лесно     много лесно  
 1                      2                      3                      4

18. При движения протезата Ви издава ли някакъв шум?  
 скърцане     щракане     не издава никакъв шум  
 1                      2                      3

19. Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?  
 много често /през 3 месеца/  
 1  
 често /през 6 месеца/  
 2  
 рядко / един път годишно/  
 3  
 много рядко /веднъж на 2-3 години/  
 4  
 не се налага  
 5

### ГРУПА 3

Тази група въпроси се отнасят за общата функционалност на Вашата протеза. Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето мнение относно това, как Ви служи протезата, улеснява ли Вашия живот или обратното.

20. Колко часа дневно носите Вашата протеза?

0-3 часа     4-6 часа     7-9 часа     10-12 часа  
 1                      2                      3                      4  
 повече от 12 часа  
 5

21. С какво се занимавахте преди ампутацията?

военен     служител     безработен     ръчен занаят  
 1                      2                      3                      4

22. Върнахте ли се към старото си занимание след ампутацията?

да                       не  
1                                      2

23. Шофирахте ли преди ампутацията?

да                       не  
1                                      2

24. Шофирате ли след ампутацията?

Да                       не  
1                                      2

25. Оценете способността Ви да боравите с телефон.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

26. Оценете способността Ви да отваряте и затваряте врата.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

27. Оценете способността Ви да отваряте бутилирани напитки.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

28. Оценете способността Ви да пишете с химикал.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

29. Оценете способността Ви да се обличате и събличате.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

30. Оценете способността Ви да се наведете и да завържете връзките на обувките си.

не мога               много трудно               трудно               лесно  
1                                      2                                      3                                      4

#### **ГРУПА 4**

Тази група въпроси се отнася за качеството на Вашия живот.

Целта на тази група въпроси е да ни покаже Вашето мнение за начина Ви на живот с протезата и степента на удовлетворение от това, Вашето отношение към всичко заобикалящо Ви и отношението на всичко заобикалящо Ви към Вас.

31. Как бихте оценили качеството си на живот?

много лошо  лошо  задоволително  добро  много добро  
1 2 3 4 5

32. Имате ли достатъчно енергия за нещата, които правите в ежедневието си?

никаква  много малка  достатъчна  в излишък  
1 2 3 4

33. Колко достъпна е за Вас информацията, от която имате нужда всеки ден?

недостъпна  трудно достъпна  свободно достъпна  
1 2 3

34. Колко достъпна е за Вас заобикалящата Ви среда?

недостъпна  трудно достъпна  свободно достъпна  
1 2 3

35. Колко сте удовлетворен от самия себе си?

никак  недостатъчно  напълно  
1 2 3

36. Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?

никак  недостатъчно  напълно  
1 2 3

37. Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?

никак  недостатъчно  напълно  
1 2 3

38. Колко сте удовлетворен от транспорта, който ползвате?

никак  недостатъчно  напълно  
1 2 3

39. Колко сте удовлетворен от подкрепата на своите приятели?

никак  недостатъчно  напълно  
1 2 3

40. Колко често сте изпитвали притеснение от това, че носите протеза?

никога  рядко  често  винаги  
1 2 3 4

41. Оценете какво е отношението на близките Ви и семейството Ви към Вашата протеза?

- много лошо  лошо  добро  много добро  
1 2 3 4

42. Изпитвате ли затруднение в избора на дрехи ?

- никакво  рядко  винаги  
1 2 3

43. Колко сте доволен от работата на протезиста,изработил сегашната Ви протеза?

- недоволен  доволен  много доволен  
1 2 3

44. Колко сте доволен от рехабилитацията, проведена след протезирането Ви?

- недоволен  доволен  много доволен  не е провеждана  
1 2 3 4

Моля споделете с нас нещо друго свързано с ампутацията или протезирането, което смятате, че е полезно да знаем.

Благодарим за Вашето внимание!