

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
КАТЕДРА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И  
МЕНИДЖМЪНТ**

**Д-Р ЛЪЧЕЗАР ЛЮБЕНОВ ЗАХАРИЕВ**

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

**АВТОРЕФЕРАТ  
НА 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

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**  
Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн  
Проф. д-р Любен Димитров Стоков, дм

София, 2016 г.

Дисертационният труд съдържа 177 страници. Онагледен е с 43 таблици, 33 фигури и 2 приложения. В библиографията са включени 231 литературни източника, от които 125 на кирилица и 106 на латиница.

Авторът е дисертант на самостоятелна подготовка към Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, Факултет по общественото здраве на Медицински университет – София.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на катедрата „Здравна политика и мениджмънт“ към Факултета по общественото здраве на Медицинския университет – София, при следното

**Научно жури:**

1. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн
2. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм
3. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн
4. Проф. д-р Любен Димитров Стоков, дм
5. Доц. д-р Светлана Методиева Димитрова, дм

**Резервни членове:**

1. Доц. Добриана Александрова Сиджимова, дф
2. Проф. д-р Коста Славов Костов, дм

Публичната защита ще се състои на 06.04.2016г. от 14:00 часа във Факултета по общественото здраве на Медицински университет – София (ул. „Бяло море“ № 8, етаж, зала ) на основание на Заповед № РК36-308/18.02.2016 на Ректора на МУ – София.

Материалите по защитата са на разположение във Деканата на Факултета по общественото здраве (ул. „Бяло море“ № 8, етаж 4) и са публикувани на интернет страницата на МУ-София. Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не отговарят на тези в дисертационния труд.

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Въведение</b> . . . . .	5
<b>Цел, задачи и методика на проучването</b> . . . . .	6
1. Цел на проучването . . . . .	6
2. Основни задачи на проучването . . . . .	6
3. Работна хипотеза . . . . .	7
4. Обекти на проучването . . . . .	7
5. Предмет на проучването . . . . .	7
6. Място, време и обхват на проучването . . . . .	8
7. Постановка и дизайн на проучването . . . . .	10
8. Методи на проучването . . . . .	11
<b>Резултати от проведеното проучване</b> . . . . .	12
1. Правна рамка на системата за интеграция и социално подпомагане на хората с увреждания и на хората с ампутация на крайник . . . . .	12
1.1. Международни организации и защита на хората с увреждания. Европейски стратегии и програми за финансово подпомагане, трудова заетост и интеграция . . . . .	12
1.2. Принципи и модели на социално осигуряване . . . . .	18
1.3. Законодателна рамка на държавите-членки на ЕС и САЩ по отношение на лицата с увреждания. . . . .	19
1.4. Протезирането в Европа и света . . . . .	19
1.5. Законодателна рамка на България по отношение на лицата с увреждания . . . . .	24
1.6. Протезирането в Република България . . . . .	28
1.7. Обсъждане и изводи от правния анализ . . . . .	29
2. Резултати от анкетното проучване при пациенти с ампутация на долен крайник . . . . .	30
2.1. Резултати, свързани със социално-демографската структура на пациентите и етиологията на ампутациите . . . . .	31
2.2. Резултати, свързани с качеството и функционалността на протезата . . . . .	33
2.3. Резултати, свързани с качеството на живот . . . . .	38
2.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели . . . . .	42
2.5. Изводи от проучването . . . . .	52

3. Резултати от анкетното проучване при пациенти с ампутация на горен крайник . . . . .	53
3.1. Резултати, свързани със социално-демографската структура на пациентите и етиологията на ампутациите . . . . .	53
3.2. Резултати, свързани с качеството и функционалността на протезата . . . . .	55
3.3. Резултати, свързани с качеството на живот . . . . .	59
3.4. Анализи, тенденции и зависимости между изследваните показатели . . . . .	61
3.5. Изводи от проучването . . . . .	69
<b>Обобщени изводи от анкетното проучване . . . . .</b>	<b>70</b>
1. Мониторинг и оценка на ефективността на протезирането . . . . .	70
<b>Изводи . . . . .</b>	<b>74</b>
<b>Препоръки . . . . .</b>	<b>75</b>
<b>Приноси на дисертационния труд . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>Публикации във връзка с дисертационния труд . . . . .</b>	<b>80</b>
<b>Декларация . . . . .</b>	<b>81</b>

## 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. За съжаление след допитвания до Националния статически институт на Република България, 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. 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.

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. 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.

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. 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 и 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.

## **ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **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. 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.

### **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.

### **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.

### **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 приложена инструкция 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.

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

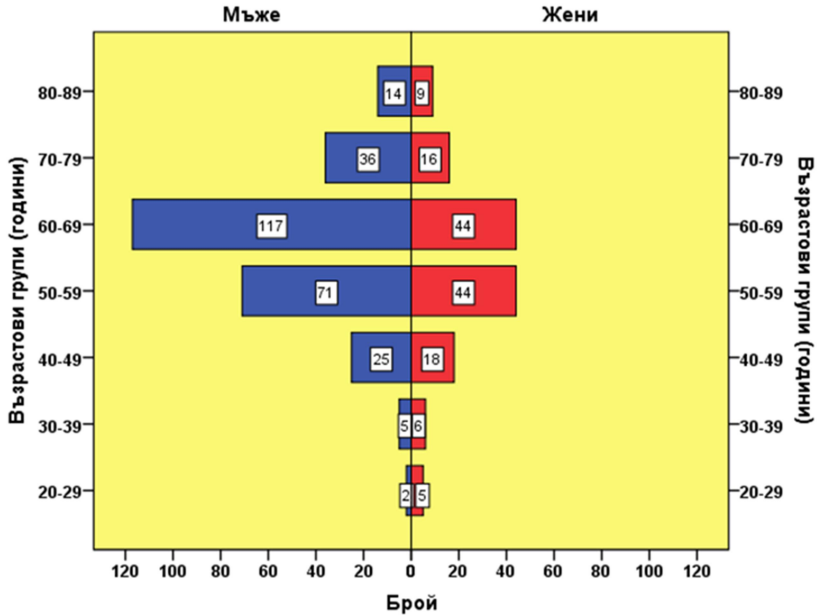
Проучването се проведе в Специализирана ортопедична болница за активно лечение БУЛ-ПРО ЕАД и Национален център по протезиране и рехабилитация – Горна баня за срок от 6 месеца в периода от 01.08.2013 г. до 01.02.2014 г.

В анкетното проучване са участвали 412 човека с ампутирани 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. 1).



Фиг. 1. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност

Възрастовата група с най-голяма численост (117) при мъжете е 60-69 г., 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. 2).



Фиг. 2. Разпределение на участниците в проучването по пол и възрастови групи

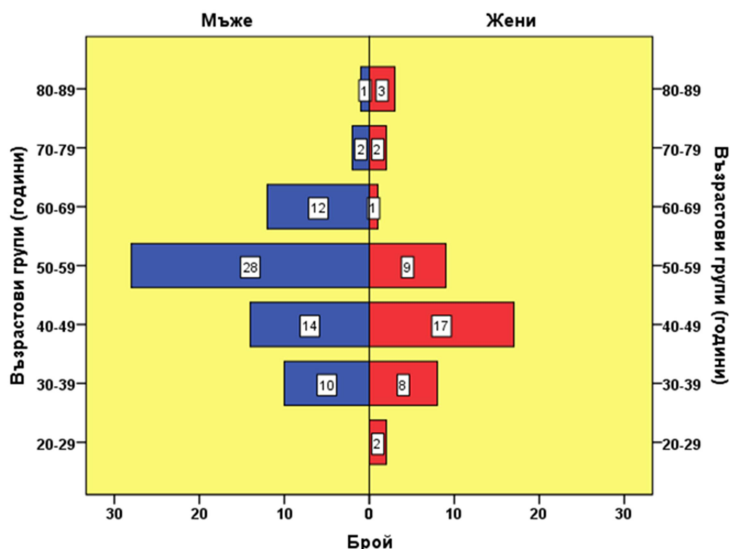
В анкетното проучване са участвали и 109 човека с ампутиран горен крайник, със средна възраст  $50,54 \pm 12,74$  години в диапазона 19-84 год., от които 67 (61,5%) мъже и 42 (38,5%) жени (фиг. 3).



Фиг. 3. Разпределение на изследвания контингент по пола принадлежност

Възрастовата група с най-голяма численост (28) при мъжете е 50-59 г., 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. 4).



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

## 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 друг за хора с ампутирани долни крайници с 46 броя въпроси.

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 Майкрософт Ексел. Готовите масиви с данни се обработиха с

помощта на статистическия софтуерен пакет СПСС 13. 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 и 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 и интеграция в обществото.

## **8. Методи на проучването**

**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 и на промяна и разпространение, както и на определящите рискови фактори.

**Социологически метод** - набиране 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 категорийни 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.

## **РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ**

### **1. Правна рамка на системата за интеграция и социално подпомагане на хората с увреждания и на хората с ампутация на крайник**

#### **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. Конвенцията акцентира на следните ключови проблеми:

- ✓ 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. 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). Заетостта и социалното положение съставлява най-важната тревога на хората и правителствата в целия съюз днес. 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 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“ в областта на заетостта, социалните въпроси и приобщаването, като допълни ЕСФ 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 предложеният от ЗиСИ бюджет е относително малък, той ще предложи платформа за политически иновации и експериментирание, и може да бъде мащабиран от държавите членки, включително с подкрепа от ЕСФ. Програмата на ЕС за заетост и социални иновации (ЗиСИ) представя 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.

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 преодолені 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).

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. 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 подобряването 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 тространна структура. Основните ѝ органи се състоят от представители на държавата, на работодателите и на работниците/служителите 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*

*Административен съвет*

*Международно бюро на труда*

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).

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.

## **1.2. Принципи и модели на социално осигуряване**

### Основни принципи на социално осигуряване

**Задължителност**

**Доброволност**

**Хуманност**

**Комплексност**

**Всеобхватност и общодостъпност**

**Солидарност**

### Модели на социално осигуряване

**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 първоначалния 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.

### **1.3. Законодателна рамка на държавите-членки на ЕС и 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.

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.

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

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

## **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 Национален здравноосигурителен институт.

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.

## 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). 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.

- облекчаващи 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 ампутирани 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 конкретния 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%. 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. 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.

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 Б 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.

### **1.5. Законодателна рамка на България по отношение на лицата с увреждания**

Много административни структури са включени в процеса по формирането и провеждането на политиките за интеграция и подпомагане на хората с увреждания. В дисертационния труд е анализирана ролята на следните институции:

Министерски съвет

Национален съвет за интеграция на хората с увреждания.

Министерството на труда и социалната политика. 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.

Агенцията по заетостта.

Агенция за социално подпомагане.

Други административни структури, институции и организации са: Национален осигурителен институт, Министерство на здравеопазването, Главна инспекция по труда, общински съвети и администрации, Министерство на образованието, науката и младежта, Министерство на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, неправителствени организации на и за хора с увреждания и др.

Общественият отношения във връзка с интеграцията и подпомагането на хората с увреждания са разписани в голям брой закони, нормативни актове и правилници. Водещи са Закона за интеграцията на хората с увреждания и Правилника за прилагането му. Други нормативни актове и стратегически документи, които имат отношение към темата, са:

Закон за социално подпомагане.

Кодекс за социално осигуряване.

Закон за насърчаване на заетостта.

Закон за защита от дискриминация.

Закон за данъците върху доходите на физическите лица.

Закон за корпоративното подоходно облагане.

Закон за устройство на територията (с изискванията за изграждане и поддържане на достъпна среда).

Кодекс на труда.

Закон за държавния бюджет на Република България.

Закон за публичните финанси.

Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване.

Закон за медицинските изделия.

Закон за здравното осигуряване.

Наредба за трудоустрояване.

Наредба за медицинската експертиза.

Правилник за прилагане на Закона за насърчаване на заетостта.

Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане.

Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания.

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.

Устройствен правилник на Агенцията за хората с увреждания.

Правилник за устройството и дейността на регионалните служби по заетостта.

Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи

Устройствен правилник на Агенцията за социално подпомагане.

**Заповед № РД01/319. Пределни размери/лимити на помощите за изработване, покупка или ремонт на средства, приспособления и съоръжения.**

Тарифа за таксите за социалните услуги, финансирани от републиканския бюджет.

**Законът за интеграция на хората с увреждания** е основната част от законодателна рамка на България по отношение на лицата с увреждания. Този закон има за цел създаване на условия за равнопоставеност на хората с увреждания; социалната им интеграция и упражняване на техните правата; подкрепа за тях и семейства им; 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

Достъпът на хората с увреждания до отделни привилегии се определя от решенията на комисиите 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 пътният данък, намаление на патентен данък, намаление на данъчната основа при определяне на годишния данък според закона за ДОФЗ.

## **1.6. Протезирането в Република България**

Лицата с отстранен 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“.

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, 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/лимити/ 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 потребност 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.

### **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 с касата 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.

## **2. Резултати от проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на долен крайник**

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

В анкетното проучване са участвали 412 човека с ампутирания 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. 1).

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. 2).

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 г.) 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. 1). 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 1

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. 2.

Таблица 2

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. 3.

Таблица 3

Разпределение на участниците в проучването по трудова заетост			
Трудова заетост	Брой	%	Sp
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 при нашите пациенти се нарежда ХАНК (46%), следвана от диабет (38%). На последно място е Болест на Бюргер с 3%. Това е тенденцията и 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.

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.

Най-често срещаното ниво на ампутация е бедрото (72%), следвано от подбедрицата с 28%. При един (0,2%) от анкетираните е ампутирано ходилото.

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.

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

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

Болшинството от участниците в проучването (63%) намират протезата си за неудобна, а само 3,4% - за много удобна. 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 замени функциите на естествения крайник и създава неудобство и дискомфорт.

58% от анкетираните усещат гилзата на протезата си като твърда, 21% като мека и най-малко (10%) са заявили, че не я усещат. 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.

Близко 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. 4. 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 4

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Как оценявате лекотата, с която поставяте и сваляте Вашата протеза?»

Отговори	Брой	%	Sp
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. 5.

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 5

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?»

Отговори	Брой	%	Sp
Рядко (един път годишно)	309	75,0	2,1
Често (през 6 месеца)	34	8,3	1,4
Много рядко (през 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>	

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. 6. 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 подълъг период от деня.

Таблица 6

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Колко часа дневно носите Вашата протеза?»

Отговори	Брой	%	Sp
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. 7. Те показват, че пациентите не могат да се придвижват в къщи само използвайки своята протеза. Най-често

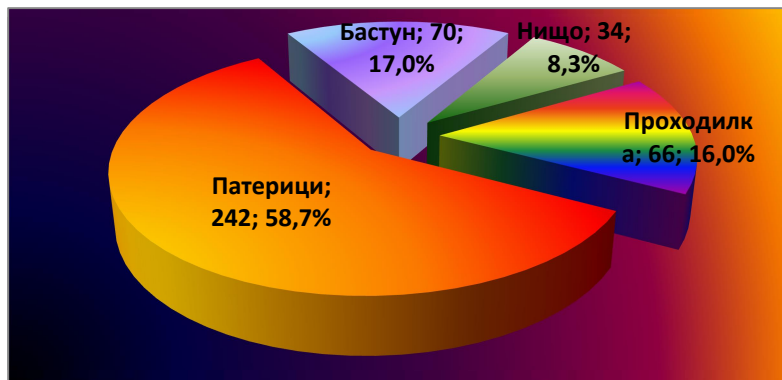
използваното помощно средство за носене на протезата в къщи са патериците (с 44%), следвани от бастун (с 27%). Най-малко са посочилите отговора „нищо“ - 11%.

Таблица 7

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>	

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. 5).



Фиг. 5. 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 подобрена. 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 слизане 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. 8).

Таблица 8

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Как оценявате способността Ви за слизане 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?». 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.

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. 9). 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 9

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>	

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 проучването 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.

### **2.3. Резултати, свързани с качеството на живот**

Близо половината (49%) от анкетиранияте оценяват качеството си на живот като лошо, 31% като задоволително и само 1,5% - като много добро. 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 задоволителна. 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.

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. 10). 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 10

Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса «Колко достъпна е за Вас заобикалящата Ви среда?»

<b>Отговори</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
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%. 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.

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. 11 и 12).

Таблица 11

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	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>	

Таблица 12

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	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>	

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.

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. Да имаш приятели и социална среда е един от основните критерии при оценка на качеството на живот. При този показател проучването показва положителна тенденция.

Близко 2/3 (66%) от участниците в проучването винаги се притесняват, че носят протеза, 24% - „често“, а само 2% - никога. 97% от близките на анкетираният имат добро и много добро отношение към тяхната протеза, а само 3% - лошо.

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

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. 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 ампутиранияте.

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 вкъщи, 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.

#### **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 анкетиранни.

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.

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 ампутацията и оценката за качеството на живот не се установява ясно определена статистическа зависимост.

Изследвани бяха 295 души с ниво на ампутация 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 ампутация 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 ампутация. Имащите ниво на ампутацията подбедрица са давали значимо по-често оценките „удобна“ и „много удобна“, докато имащите ампутация на ниво бедро – „неудобна“.

294 души с ниво на ампутация 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 ампутация 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 ампутация. Имащите ниво на ампутацията бедро са давали значимо по-често оценките „много твърда“ и „твърда“, докато имащите ампутация на ниво подбедрица – „мека“.

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“.

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 слизване 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 слизване 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“.

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 километри. 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“.

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 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.

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. Трина 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 слизане 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.

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“.

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 повторостепенни фактори се очертават времето след извършване на ампутацията и поредността на протезата, за които не може да се определи еднозначно посоката им на влияние.

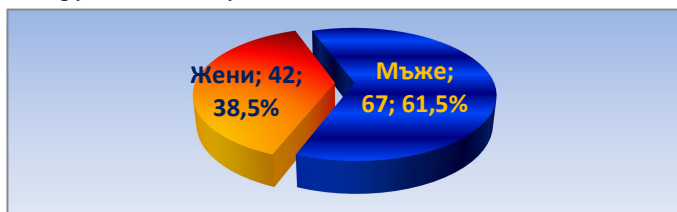
## **2.5. Изводи от проучването**

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. Резултати от проведеното анкетно проучване при пациенти с ампутация на горен крайник

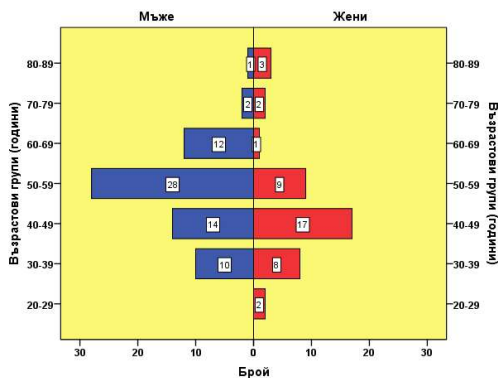
#### 3.1. Резултати, свързани със социално-демографската структура на пациентите и етиологията на ампутациите

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. 6). 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. 6. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност

При мъжете възрастовата група 50-59 години е с най-голяма численост (28 души), следвана от 40-49 г. (14). При жените най-голяма е групата 40-49 г. (17), следвана от 50-59 г. (фиг. 7).



Фиг. 7. 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. Значително по-ниската средна възраст на пациентите с горен крайник се обяснява с водещата причина-злополука.

От табл. 13 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 анкетираниите с наличие на тумор (30 год.).

Таблица 13

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%).

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

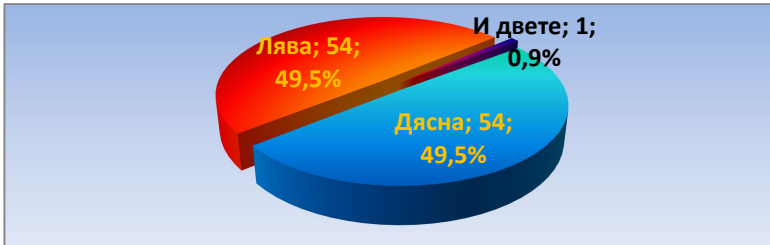
От табл. 22 става ясно, че с най-голям относителен дял между участниците в проучването са пенсионерите по болест (60%), следвани от пенсионерите (25%). Работещите са 11%, а безработните 4%.

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. 14). 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 14

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. 8 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.



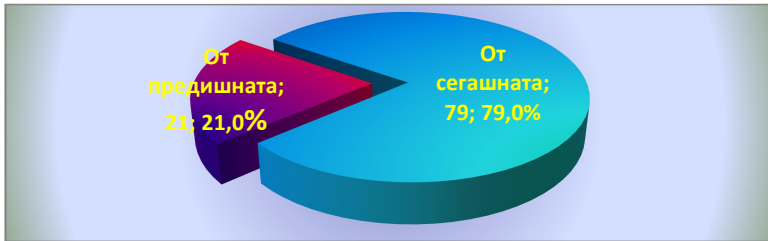
Фиг. 8. Разпределение на участниците в проучването по ампутирани крайник

Най-често срещаното ниво на ампутация е предмишницата (62%), следвано от мишницата с 32%. При 7 (6%) от анкетираните е ампутирано рамото.

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

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

79% от анкетираните са по-доволни от сегашната си протеза (фиг. 9). 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. 9. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса «Ако това не е първата Ви протеза, от коя сте по-доволен?»

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

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.

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. Тук влияние оказват факторите качество на материалите, от които е изготвена протезата и общото физическо състояние на пациента.

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. Този показател зависи от състоянието на ампутирания чукан и от материалите, от които е изготвена протезата.

Резултатите от табл. 15 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 далите отговор „трудно“ (13%). Този показател зависи от нивото на ампутация и качеството на протезата.

Таблица 15

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. 16 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 16

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Колко често се налагат ремонти на Вашата протеза?»

Отговори	Брой	%	Sp
Много рядко (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>	

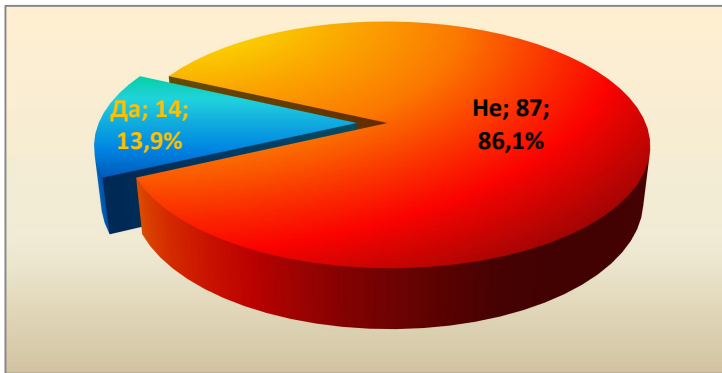
От табл. 17 става ясно, че протезите на горния крайник се носят най-често (51%) 7-9 часа, следва 10-12 часа с 21%. Най-рядко посочваното време е повече от 12 часа – само при 4 (4%) от анкетираните.

Таблица 17

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Колко часа дневно носите Вашата протеза?»

Отговори	Брой	%	Sp
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 ампутиацията анкетираните най-често (56%) са били служачи или с ръчен занаят (16%). Най-малко са посочили отговора „военен“ - 10%. На фиг. 10 се вижда, че преобладаващото болшинство (86%) не са се върнали към предишното си занятие. Те не могат да се върнат към предишната си професия и занимания поради обстоятелството, че функционалността на протезата на горен крайник е много ниска, а професията им е била свързана с упражняване на ръчен труд.



Фиг. 10. Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса «Върнахте ли се към старото си занимание след ампутиацията?» (8 не са дали отговор)

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

Относителните дялове на оценките на способността да се борава с телефон са: най-много са оценките „трудно“ (70%),

следвани от „лесно“ с 16%, а на последно място с 6% е оценката „не мога“.

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%.

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

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%.

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. Резултати, свързани с качеството на живот**

44% от анкетиранияте оценяват качеството си на живот като лошо, 38% като задоволително и само 4,6% - като много лошо. 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.

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“. Хората с ампутиран горен крайник са с добро общо физическо състояние и в активна възраст.

За преобладаващото болшинство от анкетиранияте (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%. 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.

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%. 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.

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. 18 и 19).

Таблица 18

Разпределение на анкетираните по отговора на въпроса «Колко сте удовлетворен от условията, в които живеете?»

Отговори	Брой	%	Sp
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 19

Разпределение на участниците в проучването по отговора на въпроса «Колко сте удовлетворен от достъпа до медицинско обслужване?»

Отговори	Брой	%	Sp
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 не 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.

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. Липсата на горен крайник е много лесно забележима за околните.

97% от близките на анкетираниите 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.

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. Предвид козметичната функция на протезата на горен долен крайник по-голямата част от пациентите не намират необходимо да провеждат рехабилитация.

#### **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“.

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 анкетирани.

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.

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 ампутацията мишница и 67 души с ниво на ампутацията 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 ампутацията.

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 ампутацията. 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 ампутацията.

Изследване за лекотата, с която се поставя и сваля протезата обхваща 35 души с ниво на ампутацията мишница и 67 души с ниво на ампутацията 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.

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.

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.

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.

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.

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. Имащите 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. Имашите 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 ампутацията 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 – заети, 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 ампутацията, връщането към старото занимание преди ампутацията и поредността на протезата.

Няма сигнификантна връзка между шофирането преди/след ампутацията и поредността на протезата. Девет души (52.9%) с първа протеза и 58 души (64.4%) с непърва протеза са шофирали преди ампутацията, а 8 души (47.1%) от хората с първа и 32 души (35.6%) с непърва протеза не са шофирали. След ампутацията 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. Трина 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 горни крайници 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.

### **3.5. Изводи от проучването**

Ампутациите на долни крайници са значително повече на брой от тези на горни крайници. По тази причина и участниците в анкетното проучване са по-малко. Водещо място при пациентите с ампутация на горни крайници имат злополуките. Възрастта на извършване на ампутация е по-малка от тази при горни крайници - 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.

## ОБОБЩЕНИ ИЗВОДИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ.

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

Нашето проучване показва, че ампутациите на долен крайник са значително повече на брой от тези на горен крайник - табл. 20. По този показател България не се отличава от световната статистика. Разпределението по години отразява едно приблизително постоянно съотношение на различните групи ампутации.

Таблица 20

#### Брой ампутации в СОБАЛ БУЛ-ПРО ЕАД

Ампутации	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
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. 21 и 22).

Таблица 21

**Брой изготвени бедрени протези**

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

Таблица 22

**Брой изготвени подколени протези**

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

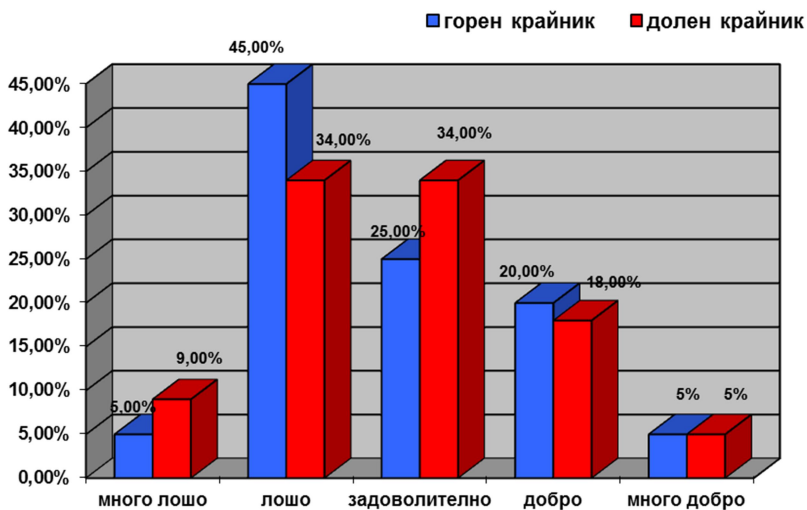
От направеното проучване става ясно, че в България етиологията на ампутациите не се отличава от етиологията в световен мащаб. Четирите основни етиологични фактори, налагащи отстраняване на крайник са съдово заболяване и инфекция, травма, тумори, и вродени аномалии. Причините за ампутации на долни крайници 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 ампутиран 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 ампутираните 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 ампутираните на ниво над коляно е намалял в последните години и в момента е около 40% от общия брой. За България той остава твърде висок 65%. Изместването на ампутираните 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.

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. 11).



фиг. 11. 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 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 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 0-3 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. 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, Националния 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:*

*Глава инспекция по труда*

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:*

*Министерство на здравеопазването, Национална здравно-осигурителна каса.*

## **ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **Научно-теоретични приноси**

1. Направен е преглед на правните рамки на системата за интеграция и социално подпомагане на хората с увреждания и на хората с ампутация на крайник в държавите-членки на ЕС и САЩ, както и на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания и Европейската стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г. Анализирани са и законодателна рамка на България по отношение на лицата с ампутирани крайници и медицинските изделия-протези. Обоснована е необходимостта от правни промени при протезирането в нашата страна. Това се прави за първи път в България.

2. Дисертационният труд е принос в теорията на изследванията по проблема качество на живот. Такива изследвания досега се базират на различни въпросници. Известните въпросници обаче не могат да бъдат приложени за категорията хора с ампутирани горен или долен крайник. Причината е, че лицата с ампутации имат много специфични проблеми. Принос на автора е съставянето на анкетни карти за изследване качеството на живот на хора с ампутирани крайници.

3. За първи път у нас е направено анкетно проучване при пациенти с ампутация на долен и горен крайник. Получени са данни по всички възможни аспекти за качеството на живот на хора с протези. Такъв тип проучване се прави за първи път в България.

### **Научно-приложни приноси**

1. Събрани са статистически данни за хората с липсващи крайници в България и причините довели до загубата им. Проучено е качеството на живот с ампутирани крайници. Данните са обобщени и са направени препоръки по един сериозен социален проблем. Получените резултати имат важно значение подобряване на социалната политика и икономиката на страната.

2. Събраните данни за хората с липсващи крайници в България са ценни за други изследователи, защото Националният статистически институт, Националната здравноосигурителна каса и Националният център по обществено здраве и анализи не водят статистика за броя на извършените ампутации и последващото протезиране на пациентите.

3. Дисертацията дава на други изследователи статистически данни за епидемиологията и етиологията на ампутациите в България.

4. Авторът прилага в дисертационния си труд оригинални модели на анкетни социологически проучвания, даващи оценки на качеството на живот на хора с протези.

### **Методични приноси**

1. Създадени са специално разработени за целите на проучванията анкетни карти, които структурират търсената информация по максимално полезен за изследователя начин.

### **ПУБЛИКАЦИИ**

#### **ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Захариев, Л. Епидемиология на ампутациите на крайници, Здравна политика и мениджмънт, 14, 2014, N 2, с. 40-44.
2. 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.
3. Захариев, Л. Медико-социална реинтеграция на лица след ампутация на долен крайник. Здравна политика и мениджмънт, 14, 2014, N 4, с. 20-26.
4. Захариев, Л. Медико-социални разлики в инвалидизацията след ампутация на горен и долен крайник, Здравна политика и мениджмънт, 15, 2015, N 1, с. 28-35.

## 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 общественото здраве и анализи.

Д-р Лъчезар Захариев





