

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

КАТЕДРА «МЕДИЦИНСКА ПЕДАГОГИКА»

ДЕСИСЛАВА БОГОМИЛОВА ДОНЧЕВА

**СОЦИАЛНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ПОДХОДИ
В КИНЕЗИТЕРАПИЯТА НА ХОРА С АМПУТИРАНИ
КРАЙНИЦИ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

За присъждане на образователна и научна степен „ Доктор“

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията“

Професионално направление : 7.4. Обществено здраве

Област на висше образование : 7. Здравеопазване и спорт

Научен ръководител:

Проф. Полина Балканска, дм

София, 2018 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СТР.

ВЪВЕДЕНИЕ	4
I. ГЛАВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	6
1.1 Причини и заболявания водещи до ампутация.....	6
1.2. Ниво на ампутациите. Физиология и патология на чукана	7
1.2.1. Чуканът като нов орган	9
1.2.2. Видове контрактури на подколennия чукан.....	10
1.3. Протезиране на долни крайници.....	12
1.3.1. Стъпки на протезиране.....	18
1.3.2. Протезиране на деца.....	21
1.4. Периоди и кинезитерапия при ампутация на долен крайник.....	22
1.4.1. Кинезитерапия след ампутация на крайници – видове и цели	23
1.4.2. Кинезитерапия при лечението на пациенти с подколянна ампутация	28
1.5. Психологични и социални аспекти на ампутацията.....	29
1.5.1. Поведенчески и емоционални реакции вследствие ампутация.....	31
1.5.1.1. Детерминанти на психологичния отговор и етапи на адаптация.....	32
1.5.2. Социални аспекти на ампутацията на крайник.....	41
1.6. Био-психо-социалният подход в терапията и реинтеграцията на ампутирани пациенти.....	45
II. ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	50
2.1. Постановка на проблема.....	50
2.2. Работна хипотеза.....	50
2.3. Цел.....	50
2.4. Задачи.....	51
2.5. Обект и предмет на изследване.....	51
2.6. Извадка.....	52
2.7. Методика на проучването.....	52
2.7.1. Методика на изследване на социалните и психологични проблеми на респондентите – пациенти с ампутиран долен крайник.....	52
2.7.2. Кинезитерапевтична методика	55
2.8. Организация на изследването.....	57
III. ГЛАВА. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	60
3.1. Социално-демографска характеристика на респондентите и етиология на ампутациите.....	60
3.2. Анализ на резултатите от проучване на психологичните и социални проблеми на респондентите	67
3.3. Анализ на резултатите от приложената кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза.....	103
3.3.1. Резултати от изследване на мускулната сила и обема на движение в колени и тазобедрени стави.	110
3.3.2. Резултати от изследване на мускулната сила в тазобедрените стави.....	112
3.3.3. Резултати от изследване на психоемоционалното състояние на респондентите, включени в кинезитерапевтичната методика с Модул за психосоциална подкрепа.....	113

3.4. Изводи и препоръки.....	118
3.5. Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза.....	121
Експертна оценка на разработения модул.....	128
Заключение.....	129
Библиография.....	131
Приложения.....	142
1. Програма на кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с подколянна протеза.....	142
2. Анкетна карта за проучване на психологичните и социални проблеми на респондентите	144
3. Самооценъчна скала за тревожност на SPIELBERGER.....	147
4. Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSEN.....	148

ВЪВЕДЕНИЕ

Протезирането се явява неразделна част в системата на медицинската и трудовата рехабилитация на хората в неравностойно положение, която несъмнено е носител на голям потенциал от очаквания. Като всяка рехабилитация, протезирането служи за постигане на определени цели и в случая това е възвръщане на мобилността, а оттам на чувството на независимост и самостоятелност, свобода. Отново се появяват предишните възможности за работа, социална активност, ”да приличаш на другите ” ... И така, лечението акцентира върху способностите – тези, които могат да се развият по пътя на компенсаториката.

Кинезитерапията като част от медицинската рехабилитация заема съществено място в лечението, профилактиката, възстановяването на болните и предотвратяването на рецидиви и усложнения.

Съвременните постижения в областта на протезирането успяват донякъде да облекчат живота на болния. Дават възможност да се възвърне личната свобода, социалната активност и чувството на достойнство и самоуважение.

Ампутацията на крайниците засяга почти всички аспекти на живота на индивида. Установените в допълнение към физическото им увреждане страдат от множество психологически и социални проблеми. Малко внимание се отделя на психологическото състояние на индивида, освен ако той или тя не проявява явни поведенчески аномалии. Ранното признаване и лечение на психологичната заболяемост изглежда важно за предотвратяване на дългосрочни увреждания при ампутация.

Още древните лечители от Изтока са знаели, това което доказва съвременната медицина: че всяка болест, особено когато тя е формата на дълготрайно заболяване, има своите психични и социални измерения. Болестта никога не е имала само физическо и физиологическо измерение. Всяка болест, в още по голяма степен и всяко дълготрайно заболяване, е

съвкупност от соматични, психични и социални елементи. Това налага необходимостта от промяна на начина на живот, както и личностна промяна (нагласи, отношения, очаквания, ценности, приоритети и др.).

Значимостта на протезирането и прилагането на кинезитерапевтични методики за повишаване качеството на живот на хората с ампутирани крайници, множеството медико-социални и психологични проблеми, които поражда, ни дават основание за избор на тази тема. Тяхното уточняване ще определи потребностите им от медико – социална и психологична подкрепа, като съдейства за оптимизиране грижите за тях.

ПЪРВА ГЛАВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Причини и заболявания водещи до ампутация

Ампутацията е реконструктивна оперативна интервенция, чиято цел е от запазената част на крайника да се създаде нов орган, наречен чукан. Причините за ампутация могат да бъдат от различен характер. Поражения при измръзване, травми, най-често напоследък - диабет, атеросклеротични и неатеросклеротични изменения на съдовете, злокачествени образувания (тумори, най-често на костта), възпалителни заболявания на кости и стави, вродени аномалии, ампутация заради емболии, флебит и др. съдови заболявания [5,20,24,29]. Невъзможността за овладяване на тежка кръвозагуба, инфекция на крайник, свързана с някои от описаните заболявания или възникнала първично. Броят на ампутирани поради гангрена, причинена от тромбоза на базата на облитерираща атеросклероза нараства ежегодно. Освен етиологичен фактор, водещ до ампутация на долните крайници са гангрениите причинени от съдови заболявания. Тази тенденция се установява както у нас, така и в останалите страни. Като основни причини за това се отчитат:

- намалена средна продължителност на живота
- „подобрения” хранителен режим
- хиподинамията .

Всичко от това дава възможност за проява на много от болестните състояния, характерни за гериатричната възраст, в това число влизат и болестите на периферната съдова система. Като се има предвид, че увеличението общо на броя на ампутациите на долните крайници се дължи предимно на съдови заболявания, може да се направи извода, че основна причина за повишаващия се почти ежегодно брой на ампутирани е

тромбозата на магистрални съдове на базата облитерираща атеросклероза [26, 27].

1.2. Ниво на ампутациите. Физиология и патология на чукана

Терминът **ампутация** означава отрязване на крайник през целостта на костта, а под **дезартикулация** - през ставата. Тя е живото-съхраняваща операция, която води до инвалидизация на пациента, нарушавайки целостта на опорно - двигателния апарат. Операторът чрез ампутацията формира нов орган, наречен чукан. Той преживява сложни патофизиологични метаморфози, наречени зреене на чукан, както и патобиомеханични изменения във функцията на близката до ампутация става. Причини за ампутациите се делят на три основни групи: заболявания, травми и вродени заболявания [26, 27].

А-група на заболяванията - 74%:

- съдови заболявания - атеросклероза, хипертония, емболия, тромбоза, диабет, облитериращ ендартерит;
- тумори;
- хронични възпалителни заболявания на опорно-двигателния апарат.

Б-група на травмите - 23%:

- пътно - транспортни травми;
- промишлен травматизъм;
- битов травматизъм;
- термични травми - изгаряне и измръзване;
- електро - изгаряния.

В-група на вродените аномалии - 3%:

- вродени деформации на части на долния крайник;
- спина бифида.

Определянето на нивото на ампутацията е един от най-тежките и отговорни моменти на екипа. Наличието на съвременни диагностични

методи премахва необходимостта от ползването на типови схеми за ампутация и изисква обсъждането на всеки пациент.

При съдови заболявания схемата на изследване на болния включва:

- интензитет и ниво на болката в крайника;
- промяна на цвета на кожата и наличност на демаркационна зона;
- позиция на крайника в леглото: хоризонтална (субкомпенсирано) кръвообръщение; отвесно спуснат от леглото (декомпенсирано) кръвообръщение;
- палпация - ниво на промяна на кожната температура; ниво на уплътняване на меките тъкани;
- интензивни методи на изследване - Доплерова диагностика (отчитане на шума от движението на флуида в съдовете, измерване налягането в кръвоносните съдове при норма от 50 – 60 мм и исхемичен индекс , който представлява отношението на налягането в магистрален съд на долния крайник спрямо това на **a.brahialis** (не по –нисък от 0,3);
- инвазивни методи: ангиография;
- общо състояние на болния; P_s , t , дишане , степен на интоксикация.

При травмите нивото на ампутацията се определя от:

- възможността за реконструкция на магистралните съдове, нерви и покриване на големи мекотъканни дефекти с пластика;
- възможността за възстановяване на костния скелет;
- големината на конквасираната част на крайника;
- интензитета на замърсяването на тъканите и естеството на замърсителя.

При туморите нивото на ампутация се определя от:

- радикалността на интервенцията зависи от вида на тумора и неговата хистологична картина.

При вродените аномалии нивото на ампутация зависи от:

- нивото на запазена функция на крайника;

- техническите възможности, променения крайник да бъде вграден към протезна или ортезна конструкция.

1.2.1. Чуканът като нов орган

Останалата част от крайника след ампутация се нарича чукан, който е с нова патофизиология и патобиомеханика на структурата си. При него настъпват следните изменения:

- прекъсва се кръвообръщението на нивото на ампутацията и се смущава дренажната система в тъканите;

- прекъсва се инервацията и се създават условия за патологични и дистрофични процеси в зоната на срязване на нервите;

- прерязаните мускули губят маса , дистална инсерция и физиологична посока на действие , а от там като следствие,контрактилитет и сила;

- костта в зоната на прерязване дълго страда от дистрофични остеопоротични процеси;

- периостът образува в зоната на прерязването екзостози следствие на хроничното дразнене;

- ставите , които са в непосредствена близост до нивото на ампутация страдат от нарушения мускулен баланс и получават характерни контрактури;

- кожата в зоната на натоварване загрубява,получава хиперпигментация и задебелява;

- подкожната мазнина се редуцира , а чукана общо хипотрофира.

Чуканът се разглежда като нов орган и от гледна точка на годността му за протезиране,съществено значение за това имат: дължина , опорност , форма , атрофични процеси.

Дължина на чукана

Дължината на чукана се определя от дължината на костния скелет,а не от меките тъкани. Измерването става със сантиметър от медиалната ставна цепка или от дисталния полюс на пателата;

Доскоро се използваше схема предложена от Цур Верт(1923) според която нивата на ампутация се делят на 4 зони:

- ценна
- по-малко ценна
- неважна
- пречеца

В настоящия момент концепцията за ниво на ампутацията се базира на новите материали и новите технологии в протезирането на принципа за изработване на протеза съобразно изискванията на лечебния процес към крайника [26, 29,32,34].

Обем на движение на чукана

Съгласно приетата международна SFTR методика неговата нормална подвижност е S: 0° – 0° – 140° [20]. Минималните ротационни движения при 90° флексия на коляното трудно могат да се установят и измерят , поради направените структурни промени в подбедрицата .Прието е под „ **контрактура** ” да се разбира състояние на трайно нарушена ставна подвижност в една или в друга посока,вследствие патолого – анатомичните изменения в параартикуларните меки тъкани (кожа , мускули , фасции и сухожилия) , или интраартикуларни структурни изменения на ставния хрущял , кости и лигаменти. Ограниченото движение на чукана може да бъде пълно (анкилоза) , или частично в някой от крайните сектори на сагиталната (S) равнина. При този контингент болни може да има контрактури в колянната , тазобедрената или в двете стави едновременно [20,23, 24,26,32].

1.2.2. Видове контрактури на подколения чукан [6]:

а) според посоката на ограниченото движение:

- флекссионни
- екстензионни
- флекссионно-екстензионни(т.н.комбинирани).

Трябва да се конкретизира в коя част от дъгата е ограничен обемът на движение и кое движение страда . Когато значително се ограничи мускулният еластичитет на флексионната група , това може да бъде фатално за пациента , а при засягане и на техните антагонисти , проблемът става по - комплициран.

б) според приоритета на засегнатите тъкани:

- остеогенни
- артрогенни
- миогенни
- тендогенни
- дерматогенни
- неврогенни

в) според давността на травмата:

- начална - до 2 месеца от травмата
- преходна - от 2 до 8 месеца
- трайна – над 8 месеца

г) според функционалната изразеност:

- лека – със загуба на 1/3 от обема на движение
- средно тежка – 1/3 до 2/3
- тежка – над 2/3 от движението

Мускулна сила на чукана

Най – често има наличие на изразен мускулен дисбаланс. Това неравновесие се установява, от една страна, в мускулите антагонисти, които захранват чуканите , а от друга страна в антагонистичните мускулни групи на тазобедрените стави на ампутирани крайници . Известен е стремежът на хирурзите да се запази оптимална дължина на костния чукан и мускулна маса от подбедрицата , осигуряваща неговата максимална двигателна сила. Направената миопластика трябва да осигурява нормалния обем на движение и сила за чукана , но без излишък от мени тъкани [6].

Силата в чукана зависи от:

- дължината на подколения чукан , която е пропорционална на запазената част от мускулните коремчета и степента на структурните промени в тях;

- структурните и патологичните промени в остатъчната мускулатура , които се отразяват негативно и може да са обратими или не;

- силата на мускулите стабилизатори в проксималната става.Ако основата е нестабилна , главните мускули двигатели на чукана , немогат да функционират ефективно и пълноценно;

- от ъгъла на флектиране в колянната става,при която екстензорите на ампутирания крайник активират и проявяват своята функция.

Известно е , че при мускулен дисбаланс трябва избирателно да се засилват по – слабите мускули и това е основен принцип в кинезитерапията по отношение на проблеми от този вид. Обикновено флексорните мускулни групи се тренират дотолкова,че да подържат трофиката и мускулното равновесие в колянната става.Най - често се подчертават само оптималното възстановяване на екстензорите на чукана.

Когато мускулатурата е много слаба и се работи за нейното засилване,дозираването на натоварването става с промяна в стойностите на оказваното съпротивление, с промяната във времетраенето на извършваната работа или с постепенно увеличаване броя на повторенията в изпълняваните серии [5, 6, 20, 32, 34].

1.3. Протезиране на долни крайници

Загубата на долен крайник оказва дълбоко влияние върху способността на човек да се движи през целия му по – нататъшен живот.

Протезата е термин използван в медицината. Означава изкуствена функционално подобна човешка част, която замества такава – липсваща или отстранена от тялото поради заболяване.

Програмите свързани с протезирането на долни крайници работят за възстановяването на мобилността чрез съчетаване на редица най – съвременни компоненти с комфортна приемна гилза. От ключово значение за успешното ползване на протезата за долен крайник е напасването на приемната гилза [45, 51,53, 63,64,65,66].

Ние знаем, че именно комфортът на приемната гилза е определящ и ако тя е неудобна, човек няма да носи протезата си. Затова приемните гилзи са персонално изработени съобразно очертанията на костите и мускулите на чукана на пациента. Новите материали като полиуретан, гилзи на минерална основа и силикон с подобрени качества са много по-гъвкави от използваните в миналото твърди пластмаси. Хората от всички възрасти могат да носят удобни, гъвкави и леки протези. Повече от две трети от хората, които претърпяват ампутация на долен крайник са по-възрастни хора. Удобната приемна гилза, съобразена с анатомичните очертания, е еднакво важна както за един 70- или 80-годишен пациент, така и за един тийнейджър. Анатомичните очертания не само работят в синхрон с анатомичната структура на човека, за да подпомогнат правилното предаване на силата и натиска през протезата към земята, но те също така увеличават и комфорта. След десетилетия на работа в областта на изработката на приемни гилзи за бедрени, надколени и други видове протези за долни крайници, най-успешните форми и дизайни са получени чрез следване на анатомичните очертания и особености на костите, мускулите, сухожилията и нервите. В резултат на това развитие хората ползващи протези вече могат да участват в дейности и занимания, които преди са се смятали за невъзможни.



Бедрена протеза

Бедрената протеза се състои от изработена по индивидуална мярка приемна гилза, коленен модул, опорна част тип пилон и стъпало. Понякога може също да е необходим колан за прикрепване. Въпреки че е доста различно при всеки човек, процесът на напасване на протезата за хората с наскоро ампутирани крайници обикновено започва няколко седмици след операцията. Протезирането започва с изработването на временна или тестова гилза от прозрачен термопластичен материал. Временната протеза обикновено няма козметично покритие, за да е по-лесно на протезиста да прави корекции по нейното протежение и в областта на коляното. Хората обикновено започват физиотерапия, гимнастика и обучение в ходене, докато носят временната протеза. През този период е много важно да се установят всички места, чувствителни на натиск или протърквания на чукана и да се вземат необходимите мерки. Когато размерът на чукана се стабилизира и пациентът развие едно устойчиво ниво на активност, обикновено вече е време за поставяне на окончателната протеза.

Бедрените протези са три основни вида по отношение на приемната

гилза:

- с ламинатна приемна гилза с вакуум;
- с вътрешна силиконова гилза и външна ламинатна;
- с вътрешна флексибилна гилза от термопластични кополимери и външна рамкова карбонова гилза.



Подколялната протеза обикновено се състои от изработена по индивидуална мярка приемна гилза, опорна част тип пилон и стъпало. Въпреки че е доста различно при всеки човек, процесът на напасване на протезата за хората с наскоро ампутирани крайници обикновено започва няколко седмици след операцията. Използването на временна протеза има много предимства. То позволява на отока да спадне и чуканът да заздравее напълно. Между приемната гилза и чукана се носи протезен чорап или протективен чорап с успокояващ гел, за да предпази чувствителната кожа на чукана. Всеки ден размерът на чукана намалява и пациентът може да добави допълнителни слоеве на протезни чорапи, за да не стане приемната гилза твърде хлабава. Ако приемната гилза се разхлаби прекалено много, се изработва нова гилза, отразяваща промените в размера на крайника. Опорната част тип пилон на временната протеза обикновено няма козметично покритие, за да е по-лесно на протезиста да прави корекции по

нейното протежение. Хората обикновено започват физиотерапия, гимнастика и обучение в ходене, докато носят временната протеза [43,53,57,58,59,73]. През този период е много важно да се установят всички места , чувствителни на натиск или протърквания на чукана и да се вземат необходимите мерки. Когато размерът на чукана се стабилизира и пациентът развие едно устойчиво ниво на активност, обикновено вече е време за поставяне на окончателната протеза.

Подколелните протези са два основни вида:

- с вътрешна мека гилза от полиформ или друг термопластичен материал, която се обува върху чукана и стъпва във външната твърда гилза от ламинатна смола , укрепена с карбон; с вътрешна полиуретанова или силиконова гилза, която посредством заключалка се фиксира към външната ламинатна гилза.

Протеза за дезартикулация на тазобедрената става



Протезите при дезартикулация на тазобедрената става и при хемипелвектомия обикновено се състоят от изработена по индивидуална мярка приемна гилза, тазобедрена става, ротатор, коленен модул, опорна част тип пилон и стъпало. Приемната гилза обхваща ампутирания страна на тялото и също така обгръща здравата част от торса и седалището на пациента. Умелото взимане на мярка на остатъчната бедрена или тазова част е първата изключително важна стъпка при протезирането.

„ Високите ” ампутации като дезартикулацията на тазобедрената става или хемипелвектомията могат да бъдат трудно предизвикателство по отношение на напасването и поставянето на протезата. За пациентите цялостната загуба на стъпалото, глезена, коляното и бедрото правят постигането на комфорт и стабилност много по-трудно. Също така ходенето с такава протеза може да изисква до два пъти повече енергия от нормалното ходене. Някои хора с дезартикулация на тазобедрената става или хемипелвектомия не са насърчавани към използването на протеза от страна на добронамерени здравни специалисти и членове на семейството. Други може да са пробвали да носят протеза и в момент, когато са изпитали чувство на неудовлетвореност и безсилие, са решили, че могат да бъдат по-подвижни като използват патерици или инвалидна количка. Предизвикателствата, свързани с научаването как да се използва протеза при дезартикулация на тазобедрената става или при хемипелвектомия, изискват допълнително постоянство и упорство от страна на пациента, протезиста и физиотерапевта [62,66,78,86]. Обикновено са необходими няколко месеца на физиотерапия и ежедневна употреба на протезата, за да се почувства пациентът независим и уверен.

„Сайм“ протеза



Ампутацията по метода на „Сайм“ представлява дезартикулация на глезен (премахване на стъпалото през глезената става) като се премахват малеолите (двете издатини от двете страни на глезена) и след това се направи предна ротация на петата върху остатъчната тибия. Съществуват значителни различия в мненията по отношение на достойнствата на ампутация по

метода на „Сайм ”. Някои хора с ампутация по „Сайм” имат затруднения при носенето на протеза, а други се справят много добре. Твърдата приемна гилза за протеза играе важна роля в процеса на напасване на протеза за ампутация по „Сайм ”. Приемната гилза има мека вътрешна гилза и обикновено се простира до малко под коляното на човека. Сред възможностите за избор е стъпалото „Сач” (с твърд глезен, т.е. без възможност за движение в глезена, и подсилено ходило) или енергосъхраняващо стъпало, подсилено с въглеродни влакна.

Частичните ампутации на стъпалото включват:

- ампутация на пръст;
- ампутация през средата на стъпалото (ампутация през метатарзофалангеалната става и през метатарзалната става);
- ампутация на стъпалото тип „Лисфранк” и тип „Шопарт”.

1.3.1. Стъпки на протезиране

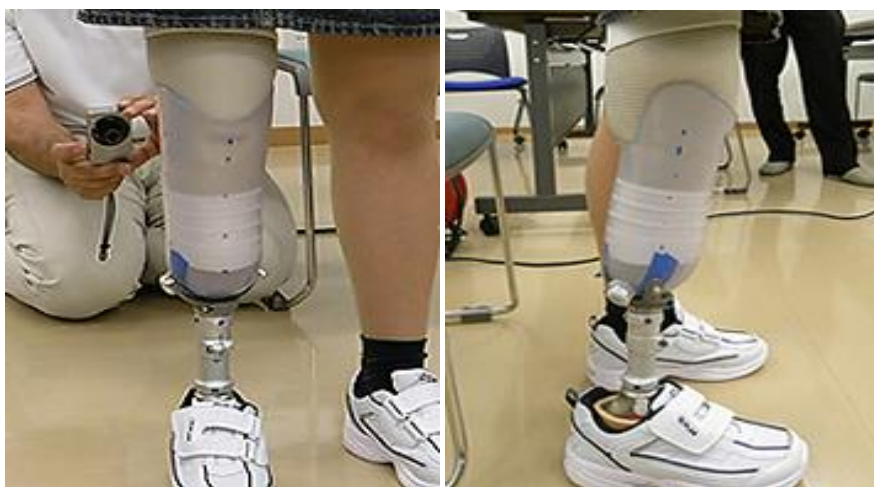
- Независимо дали е предназначена за ампутирани долни или горни крайници, структурата на протезата включва: приемна гилза , която се поставя върху чукана;
- различни компоненти (тръби, адаптори, ротатори);
- механични или електронни стави (на таза, коляното, лакътя)
- стъпало, длан или друго устройство – накрайник.

Приемната гилза е мястото, където протезата и тялото се свързват, което я прави най-важният елемент при изработването на протезата. Степента на възстановяване и връщане към удовлетворяващ начин на живот до голяма степен зависи от това , как е изработена приемната гилза. Приемната гилза трябва да бъде удобна и да приляга плътно към чукана.

А. Изработване на тестова гилза и временна протеза



След взимането на гипсова мярка (отливка) на чукана, се изработва приемната гилза, която точно улавя контурите на крайника. Тестовите приемни гилзи са изработени от прозрачни, термопластични материали, за да може лесно да се вижда как чукаанът контактува с приемната гилза и да се установят областите с повишена чувствителност към натиск. Временната приемна гилза и другите компоненти се напасват и центроват, когато започне да се използва протезата и пациентът споделя впечатленията си с протезиста (майсторът, който прави протезата). За хората с наскоро ампутирани крайници, временната протеза може да бъде носена в продължение на няколко месеца, тъй като чукаанът продължава да намалява размера си, да се донамества в гилзата и да променя формата си [74,75,76,78].



Временната протеза обикновено не е облечена с козметично покритие, за да могат лесно да се правят нужните корекции. Основна част от процеса на протезирането е рехабилитацията – обучението в ходене, физиотерапията и лечебната гимнастика [36,38,39,40,42,60,68]. Някои хора, особено хората с протези на горните крайници, се нуждаят също така и от ерготерапия. Физиотерапевтите и ерготерапевтите изготвят планове за рехабилитация, които ще помогнат за постигане на целите, свързани с начина на живот на пациента [22,29,48,51,56,82].



Б. Изработване на окончателна гилза и постоянна протеза

Протезистът определя, кога е моментът за вземането на отливка за направата на финалната или окончателната гилза. За хората с наскоро ампутиран крайник това е няколко месеца след операцията и носенето на тестова гилза, след като размерът и формата на чукана са се стабилизирани. Да не забравяме, че термините “финална” или “окончателна” протеза могат да бъдат подвеждащи. За съжаление нито един протезен крак или ръка няма да издържат без да се износят до края на живота. В зависимост от ежедневната употреба и нивото на активност, протезата може да бъде използвана за период от две до пет години. По отношение на децата,

периодът на износване е още по – кратък поради непрестанното им физическо развитие.

Протезата е механично устройство, което понякога се нуждае от ремонт. Също така значителното покачване на тегло или загубата на тегло може да изисква извършването на корекции на приемната гилза или смяна на други части на протезата. Понякога се заменят единични компоненти вместо да се създава изцяло нова протеза.

1.3.2. Протезиране на деца

Бебетата и децата се нуждаят от специализиран подход към предоставянето на протезни услуги и са зависими от своите родители и протезисти, които трябва търпеливо да се грижат за нуждите им по време на периода на израстване. Ограничените комуникационни умения, съчетани с бързите темпове на физическото развитие означават, че за педиатричните пациенти са необходими чести посещения при лекаря и по-внимателно наблюдение на напредъка им от месец на месец. Пациентите с протези между раждането и 18 годишна възраст се нуждаят от нова приемна гилза и други протезни модификации поне веднъж годишно. На всеки шест месеца трябва да им бъде правена оценка от техния майстор - протезист, като между посещенията при него те биват внимателно наблюдавани от страна на родителя или на лицето, което се грижи за тях.



1.4. Периоди и кинезитерапия при ампутация на долен крайник

Както вече стана дума, след ампутацията на долен крайник частта, която остава от него, се нарича чукан. В зависимост от неговата дължина и форма се определят и тези на протезата. Има три важни етапа, през които един човек минава при ампутация на крак:

- период на стабилизация на чукана;
- пред-протезен период;
- протезен период.

По време на **периода на стабилизация на чукана** основните цели са да се подобри състоянието на болния и възстановителните процеси, профилактиката на очакваните контрактури и поддържане на психическия тонус на пациента. За постигането на това се прилагат дихателни, общоразвиващи и приложни упражнения, изометрични контракции, позиционна терапия и подходящи игри.

Целите през **предпротезния период** са:

- подготовка на чукана за протезиране
- засилване мускулите на ампутационния чукан
- намаляване болезнеността на чукана и загрубяване на кожата
- подобряване на равновесието и балансирането
- засилване мускулите на трупа и раменния пояс и укрепване свода на ходилото на здравия крак.

Тук се набляга на общо-развиващи упражнения с различни изходни положения, упражнения срещу съпротивление с гумени ластиси, халки, експандери за мускулите на трупа и раменния пояс, упражнения срещу съпротивление и изометрични упражнения за мускулите, които се противопоставят на очакваните контрактури, обработка на ампутационния чукан чрез натиск първоначално в меки, а след това в твърди предмети, равновесни упражнения, упражнения за свода на ходилото, упражнения с падане и ставане и спортни игри. Стремежът в **протезния период** е

ампутираният да се запознае с устройството на протезата, да се обучи в самостоятелното ѝ обуване и събуване, както и да се научи да овладява приложни дейности като обръщане, качване и слизане по стълби, танцуване и др.

Тук се набляга на приложни упражнения, упражнения за равновесие, сила и бързина, обучение в ходене с протезата по равен терен, преодоляване на малки препятствия, слизане и качване по стълби, ползване на личен и обществен транспорт.

1.4.1. Кинезитерапия след ампутация на крайници

В зависимост от причините за ампутация и резултиращата от нея рехабилитация, различаваме здрави и болни хора с ампутации. Здравите хора с ампутации са тези, при които след ампутацията не възникват други заболявания, например ампутации след инцидент. Болни хора с ампутации са тези, чиято ампутация е предизвикана от конкретно заболяване (например заболяване на кръвоносните съдове), без това да може да повлияе по-нататъшното развитие на болестта. Ампутациите на долен крайник са около 10 пъти по - чести от ампутациите на горен крайник. Във всеки случай ампутациите обуславят намалена продуктивност, без значение дали засягат горния или долен крайник [14,15,16,63,64,95,103]. Намалената продуктивност зависи от височината на ампутацията. Колкото по - високо (проксимално) е направена, толкова по-очевиден е козметичният дефект и толкова по-голям е функционалният спад и неговата компенсация. По тази причина ампутациите се подразделят според тяхната височина.

Кинезитерапия:

1. При ампутации на долен крайник

Лечението се осъществява от кинезитерапевти, по-специално се изразява в обучение в ходене с протези.

Кинезитерапевтичната намеса при ампутации на долен крайник се осъществява в домовете за хора с увреждания и възрастни хора. Тук важат кинезитерапевтичните принципи за работа с възрастни [105,109].

2. При ампутации на горен крайник

Лечението на ампутации в областта на горния крайник е на преден план в кинезитерапията. При ампутации на ръка, мишница или предмишница, другият крайник се явява водещата ръка. Това важи и за лявата ръка при десничар. Също при поставяне на протеза другият крайник остава водещ. Протезата, дори когато функционално добре замества отстранения крайник, винаги остава помощна ръка.

При двустранни ампутации на горен крайник (хора без ръце) винаги функционално по – добрата ръка се приспособява за работа. Това не зависи дали ампутираният се обслужва без протези или използва функционални протези. Кинезитерапия трябва да се прилага толкова време, колкото е нужно. Тя започва от 8 до 10 дни след ампутацията, в случай, че не се наблюдават други наранявания, усложнения или проблеми при заздравяването на раната.

При функционалните протези кинезитерапията е от изключително значение за трениране на хватателните умения и работа с протеза. В този случай задача на кинезитерапевта е запазването на синхронната работа с двете ръце. От първостепенно значение е овладяването и използването на функциите на протезите; на второ място е работата за самообслужване и пълноценното прилагане на протезите в работата и хобитата. За упражнения с протезите за горен крайник може да бъде приложена конкретна тренировъчна програма. Упражненията с протези са необходими, за да изграждат нови двигателни умения. Това се постига с много повторения, докато движенията започнат да се извършват с лекота.

На всяка протеза липсва чувствителността и реактивната адаптивност на живия крайник . Работата с протеза може да бъде съпоставена с работата с клещи или пинсети. Тя не може да бъде осъществена без визуален контрол.

Цели на лечението

1-ва фаза (след ампутацията, преди поставянето на протеза)

Задача е мобилизирането на пациента, подпомагане за самопомощ и подготовка за поставяне на функционална протеза. Към това се числят:

- Стимулиране на подвижността на целия раменен пояс и на здравия горен крайник. Укрепване на мускулатурата на раменния пояс.

- Укрепване на мускулатурата на ампутационния чукан и стимулиране на подвижността на граничната става (профилактика , респективно лечение на контрактурата).

- Трениране на самопомощ за хигиена и самообслужване (например закопчаване, връзване и т.н.).

- Упражнения в писане с лявата ръка при ампутация на десния крайник. При тези упражнения без протеза , моливът (или четка) може да бъде прикрепен с ластик към ампутационния чукан.

За мобилизиране и укрепване на раменните стави и лакътя може да се прилага работа на хоризонтален или вертикален стан. Желаната степен на движение може да се регулира посредством височината на стана и дължината на совалката и ширината на платното. В общи линии всички дейности са полезни , стига да изискват широкоспектърни движения на горния крайник [8,115,126].

2-ра фаза (след поставяне на протезата)

Основна задача тук се явява привикването на ампутирания към протезата, изучаване и овладяване на нейните функции. Трябва да бъдат демонстрирани възможностите и функционалните граници на протезата . Работата с двете ръце трябва да бъде запазена , респективно възобновена.

Ерготерапията е възможна при протези , които се управляват със собствена или чужда сила [51, 81].

Козметичните протези за горен крайник нямат функционално значение. Това е причината , поради която те не вземат участие в изложената тренировъчна програма.

Кинезитерапия с протези

В рамките на програмата е важно да се обърне внимание на самостоятелното поставяне и махане на протезата , което е необходимо за изграждане на независимостта на пациента. Това налага незабавно след поставянето на протезата , пациентът да бъде обучен в поставянето ѝ и нейното сваляне.

Кинезитерапия при частични ампутации на ръка

При частични ампутации на ръка , в случай, че с помощта на наличните пръсти или ампутационни чукачета е запазена хватателната способност, не се прилагат протези

Цели на терапията:

- Възобновяване на пълната подвижност на ампутационния чукач , за подобряване на хватателната способност;
- Мускулно укрепване на ампутационния чукач и на целия крайник;
- Стимулиране на сърчността , фината моторика и координация;
- Подпомагане при тренировките за изграждане на самостоятелност и подготовка за адаптиране към професионалните дейности .

Тук може да бъде прилагано цялото разнообразие от кинезитерапевтични техники. В отделния случай трябва да бъде решено , кои техники трябва да бъдат предпочетени , тъй като , поради множеството типове ампутации, могат да бъдат наблюдавани голямо разнообразие от остатъчни функции и хватателни форми.

Кинезитерапия за хора с ампутации на двата горни крайника

При хора с двустранни ампутации програмата се прилага с известни

модификации. Това се отнася както до фаза 1, така и до фаза 2 и се насочва към остатъчните функционални възможности, които се определят от височината на ампутацията.

Съществен момент и тук е стимулирането на самостоятелността посредством:

- Съвети относно някои трикове и техническа помощ ; Изпробва се кои решения са подходящи;

- Стимулиране и примери; Упражнения за постигане на възможното.

За хора с двустранни ампутации почти винаги паралелно с протезите се прилага кинезитерапия , която често може да се реализира в рамките на ерготерапия (трудотерапия) , например прилагането на специални посуда. Адаптиране на предметите , за улесняване на хватателните способности – прибори , инструменти за писане , гребен , четка за зъби и т.н. гарантират стабилен захват с протезата. Към това се числят удебеления и удължения на дръжки , понякога прави , понякога изкривени , поставяне на така наречени „ гилзи ”. Промени в облеклото подпомагат обличането и събличането , например се предпочита спортното облекло (пуловер , широки ръкави на якето) , копчетата се заместват с лепенки , които се поставят под тигела с копчетата , на циповете се поставят отвори за пръстите. В основни линии при тези допълнителни помощни средства се предпочитат простите пред сложните технически решения. Със степента на техническото приложение расте и зависимостта от специално обслужване при дефект , въпреки че понякога са възможни и заместващи движения Кинезитерапията играе решаваща роля при постигането на успех в този процес. Често по време на кинезитерапевтичното лечение е необходима и съвместна работа с ортопед. Чрез комплексна кинезитерапия е възможно приобщаването на двустранно ампутирания пациент отново в професионалния живот. Необходими са специални професионални тестове и тестове за успеваемост на работния процес включващи съвети [20,29,30,31,95].

1.4.2. Кинезитерапия при лечението на пациенти с подколянна ампутация

Пациентът трябва да бъде пълноценно рехабилитиран за да води отново пълноценен социален и трудов живот [33,55,67,77,79,80,86].

Когато предстои ампутация на подбедрицата поради заболяване, операцията се явява като планова. Кинезитерапията има значителна роля в предоперативната подготовка на пациента, която продължава и след операцията в реанимацията. Следва период на функционално възстановяване и предпротезна подготовка. Най-съществения дял в рехабилитирането на пациента обхваща периода на обучение в ходене и самообслужване с подколянна протеза.

Период на предпротезна подготовка

Той започва от 3-я – 4-я ден след ампутацията на крайника и продължава до момента на протезирането. Някои от задачите продължават да се изпълняват и по време на обучението в ходене.

Задачи на кинезитерапията през периода на предпротезната подготовка [5,6]:

1. Подобряване на психо-емоционалния тонус на пациента и изваждането му от психическа депресия.
2. Подобряване на общото състояние на болния и трениране на сърдечно-съдовата и дихателната система.
3. Подобряване трофиката на чукана.
4. Загрубяване на чукана.
5. Аналитично засилване мускулатурата на чукана и преодоляване на мускулния дисбаланс.
6. Профилактика и преодоляване на контрактурите.
7. Подобряване равновесните реакции на болния.
8. Засилване мускулатурата на горните крайници и трупа.

9. Обучение в правилно ходене с патерици. Започва първата седмица след ампутацията и се провежда само при едностранно ампутираниите.

10. Активиране на компенсаторните механизми и обучение в самообслужване.

Профилактиката срещу развитието на контрактури в колянната става се постига с поставяне на чукана в гипсова шина или лонгета при екстензираното коляно, за около една седмица. Прилага се загрубване на чукана с подходящи масажни похвати и леки потупвания върху мек предмет, а по късно и върху по – твърди. Целта е по – бързо адаптиране към твърдата приемна гилза на протезата [5,7].

Период на протезиране

У нас е възприето той да започне не по рано от 30-я ден след затварянето на оперативната рана. Обучението в ходене с протезите се провежда на няколко етапа.

1. Запознаване с устройството на протезата и обучение в правилно поставяне и сваляне. Протезата е добре обува, когато пателата лежи плътно в изрезката на приемната гилза. Външната ротация на стъпалото трябва да бъде около $5 - 7^\circ$.

2. Обучение в строеж и ходене с протезите в стационарна проходка.

3. Обучение в ходене с помощни средства извън проходката по равно и по стълби.

1.5. Психологични и социални аспекти на ампутацията

Всяка биологична заплаха за интегритета на тялото ни е нещо много силно въздействащо, ние сме уязвими от външните фактори, които засягат тялото ни. Силният стрес (напр. след установяване на тежко хронично или терминално заболяване – диабет, рак, ампутация) е психологична загуба (в случая от този момент индивидът престава да бъде здрав). Настъпва поредица от състояния за психологична адаптация на индивида към събитието [2].

Психологичната адаптация протича в няколко фази (Ц. Цонев, П. Петкова, 1997 по 2):

1. *Фаза на протест.* Хората се ядосват ("Защо точно на мен се случи?!"). Индивидът може да "застане" на тази фаза, при което се развиват състояния, подобни на паническите с изход в психологическо изчерпване.

2. *Фаза на отричане* (естествена защита на човека). Настъпва дистанциране от проблема. Ако човек застане на тази фаза, възможно е да развие трайна депресия, изразена на нивото на дезинтересованост към себе си и околния свят - депресия на оттегляне от света. Здравословният отговор е преминаването към третата фаза.

3. *Фаза на нахлуване.* Нахлуват много силни чувства (за разлика от втората фаза, където има липса, блокаж на чувствата, вцепененост). Ако застане на тази фаза, човек рискува да се потопи в депресия със скръб и плач, съществува риск от самоубийство. Тази депресия може да се прояви в пристрастяване към алкохол, наркотици, медикаменти. Много често проблемът на тези хора е свързан с някакъв неразрешен "траур", неуспешно разрешена фаза на нахлуване, някъде в своето минало те не са преживели ефективно тежка психологическа загуба. Ефективното разрешаване на загубата предполага преминаване в четвъртата фаза.

4. *Фаза на преработване.* Стресовото събитие се преработва чрез ясното конфронтиране на проблема (доскоро безчувствен и депресиран човек започва психологически да преработва загубата). Но ако той се "закотви" на тази фаза, се получава състояние на неразрешена травма.

5. *Фаза на откъсване от травмиращото събитие.*

Тези фази описват психологическия отговор на всеки стрес, когато изискванията надхвърлят нашите възможности. Фазите обрисуват и реакцията на скръб (3-та фаза) и реакцията на траур (4-та фаза). Те са универсалните механизми за справяне, когато е налице травматично събитие, психологическа загуба /каквото е например едно тежко

инвалидизиращо или терминално заболяване/. Човек изпада в това състояние винаги, когато загуби нещо, което е значимо за него. Загубата автоматично отключва тази поредица. Задължително е преминаването през всички фази. Неотиването докрай води до психични проблеми със съответните последици. Колко време трае този процес? Ако приемем, че загубата е достатъчно тежка, той трябва да трае най-много една година. След този срок индивидът трябва да е влязъл в състоянието на оттегляне от травмиращото събитие.

Ампутацията представлява тежка психическа и физическа травма за болния. Намалването на въздействието от тази травма може да се постигне само с точно определяне нивото на ампутация, правилно оформяне на чукана, индивидуално съобразена с функционалните възможности на болния, предпротезна подготовка и ранно протезиране [40, 93,94,96,104,143,145].

1.5.1. Поведенчески и емоционални реакции вследствие загубата на крайник

При пациенти с тежки инвалидизиращи заболявания могат да се наблюдават и следните поведенчески и емоционални реакции, предизвикани от болестното състояние:

- *Реакции към нарушената автономност.* При хроничните заболявания, или при всяко друго, което изисква множество хоспитализации, пациентът е поставен в зависима позиция, която го кара да се чувства безпомощен. Много пациенти се примиряват с това, но положението им отключва чувства за непълноценност и срам. Как индивидът ще се справи с тези чувства зависи от начина, по който е приемал зависимостта при свои потребности в по-ранни години. Ако се е чувствал сигурен и обичан в ранния си живот, той ще приеме по-лесно зависимостта от лекаря и ще му се довери.

- *Страх и срам.* Пациентите, които се страхуват от зависимостта, ще изпитват *страх и срам*. Освен тези чувства може да се наблюдава и една фасада, която изразява независимост, и която създава проблеми при справянето. Такъв пациент ще се бори против показанията на лекарите и ще си създаде собствени правила. Ако състоянието му се влошава, той може да се откаже от борбата и да стане депресивен.
- *Прояви на гняв.* В болницата изразяването на гнева е още по-малко приемливо, отколкото изразяването на страха, например. Гневният, изискващ, но в същото време отстъпчив пациент, често има отмъстително поведение спрямо персонала. При зависимия пациент гневът често стимулира чувства на вина и страх от отмъщение.
- *Загуба на самооценка.* При голяма част от пациентите самооценката страда като резултат от реакцията им към заболяването и може да се изрази чрез множество емоционални реакции.
- *Вина.* Пациентът може да изпитва вина за своите неприемливи мисли и чувства, както и поради гневното си поведение. Болният човек може да гледа на болестта си като на наказание, свързано с негови минали действия или грехове.

Всичко това води до депресия, тревожност, изолация или до посттравматично стресово разстройство [49,72,106]. Ето защо, на този етап е задължително предоставянето на професионална подкрепа от мултифункционален екип, окуражаване, психосоматична грижа и лечение. Така може да се избегне трайна загуба на интерес към живота, липса на активност и пълна изолация [83,84].

1.5.1.1. Детерминанти на психологичния отговор и етапи на адаптация

Наблюдаваната психологична реакция към ампутацията се определя от много променливи. Те могат да бъдат групирани в психосоциални променливи и медицински променливи, отразяващи преморбидното здраве

и медицинското и хирургичното лечение на ампутирания [92,98,99,100,101,102,103,107,108,116,117,118].

➤ *Психосоциални променливи:*

✓ **Възраст**

Степента на психологическите затруднения, свързани с ампутацията, обикновено се увеличава с възрастта. Децата, родени със съвсем липсващ крайник, се адаптират адекватно, когато се учат да използват компенсаторно останалите си способности. Децата се адаптират добре към загубата на функция и манипулират протезите и другите крайници с голяма гъвкавост. Те са особено чувствителни към приемането и отхвърлянето от връстници. Ампутацията в юношеска възраст е голяма заплаха за утвърждаване на сексуалната идентичност.

Сред младите възрастни отговорът на загубата на крайниците зависи от причините и степента на увреждане и обезобразяване. Те имат предимствата на утвърдената идентичност, физическата издръжливост и социалното доверие. Следователно, са склонни да се адаптират добре.

При старите хора лошото здраве, социалната изолация (особено след смъртта на съпруг /съпруга), финансовите и професионалните ограничения може да усложнят приспособяването към загубата на крайниците.

В литературата има известни противоречия относно корелацията на възрастовите и дългосрочните емоционални последствия от ампутацията. Няколко ранни проучвания предполагат, че възрастните ампутирани са изложени на по-голям риск от психиатрични нарушения. По-скорошни изследвания откриват точно обратното. И в двата случая най-големите предизвикателства за младия ампутирани пациент са по отношение на идентичността, сексуалността и социалното приемане, както и на възрастните хора - по отношение на поминъка, функционалния капацитет и междуличностните взаимодействия.

✓ **Стил на личността**

Лицата, които са нарцистично насочени по отношение на техния физически външен вид и сила, имат склонност да реагират негативно на загубата на крайниците. Тези с история на депресивни състояния са по-податливи на дисфория след ампутация.

Неочаквани реакции могат да възникнат при вторична печалба. Ако увреждането води до подобрен финансов или социален статус, психологическата корекция може да бъде улеснена.

Ако ампутацията доведе до разрешаването на психологически конфликт, било то съзнателно или по друг начин, индивидът наистина може да бъде позитивно настроен към случилото се.

Онези, които имат песимистична или параноична нагласа, вероятно ще потвърдят най-лошите си очаквания и тяхната рехабилитация може да бъде оцветена от много горчивина и негодувание.

Малоадаптивните стилове на справяне могат да бъдат класифицирани като свръхкомпенсация, предаване или избягване. Свръхкомпенсацията може да приеме формата на враждебност, прекомерно самоутвърждаване (напр. чрез отхвърляне на необходимата помощ), търсенето на признание, манипулация или натрапчивост. Предаването може да бъде под формата на придържане към ролята на болен и продължаващо изискване за високо ниво на сестринска грижа, съпроводено същевременно с отказ за включване в рехабилитация. Избягването може да доведе до психологическо отдръпване и социално оттегляне. За разлика от тях, ефективните стилове на справяне, които произтичат от собствената ефикасност, от използването на хумора, от изготвянето на планове и визуализирането на бъдещето, както и от активното търсене на помощ за решаване на проблемите корелират с по-добри резултати след ампутация.

✓ Икономически и професионални променливи

Става ясно, че хората, които изкарват прехраната си от моторни умения, загубени с ампутацията, са особено уязвими към нежелани реакции.

Други, които имат широк спектър от умения, или в чиято работа не са особено зависими от функцията на изгубения крайник, могат да изпитват по-малко емоционални затруднения.

✓ Психо-социална подкрепа

Всички човешки същества имат потребност от такава подкрепа през целия живот, за да поддържат емоционалното си здраве. Въпреки това, не всички са толкова благословени и много от тях се намират в преходно или трайно състояние на изолация. Самотни и овдовели индивиди страдат от повече психични страдания и трудности при адаптиране към ампутацията, отколкото онези, които имат близки и семейство. Особено полезно за възрастните ампутирани е наличието на поддържащ партньор, който осъществява гъвкав подход, поема функции, когато е необходимо.

Както може да се предвиди, родителите са основният източник на подкрепа за децата и подрастващите. Приемането на връстници извън семейството е от решаващо значение за успешното адаптиране на всички ампутирани и особено, както беше споменато по-горе, на децата и подрастващите.

➤ *Медицински фактори*

Здравите млади хора, които губят крайниците травматично, имат предимства пред по-възрастните индивиди. Сред възрастните, които всъщност представляват огромното мнозинство от ампутирани, хирургичната интервенция обикновено идва след продължителен период на лечение на периферни съдови заболявания, често комбинирани с най-малко две други медицински нарушения. Тези нарушения вероятно ще ограничат функционалното възстановяване и връщането към активен начин на живот.

Проблемите с психичното здраве могат лесно да влязат в картината чрез сложна поредица от психосоматични и соматопсихични отговори на загубата. Шукла и колеги изследвали 72 ампутирани лица в Индия за една година и установили, че близо две трети проявяват постоперативни

психиатрични симптоми, най-честите от които са депресия, последвана от тревожност, плачещи закланания, безсъние, загуба на апетит и суицидни мисли [135]. В тази връзка, депресията - със съпътстващата загуба на енергия, песимизма и психомоторното забавяне - може да забави рехабилитацията - забавяне, което на свой ред оказва депресиращо въздействие върху индивида. Освен това, гневът често е в основата на описаната по-горе депресивна реакция.

✓ Причина за ампутацията

Възрастните, страдащи от травматични или случайни загуби на крайниците, са склонни да реагират с различни форми на отричане. Тези, които подлежат на изборителна ампутация за лечението на злокачествени заболявания, се възползват от наличието на време за подготовка и проучване на алтернативи. Реакцията обикновено е реалистичното приемане и сътрудничество с лекуващия екип.

При пациенти в старческа възраст операцията обикновено се проявява след дълъг период на страдание, дължащо се на диабет и периферни съдови заболявания. Повечето приемат операцията с облекчение, тъй като тя често сигнализира за края на страданието и връщането към подобро функциониране. Някои реагират безразлично или отрицателно и разглеждат операцията като доказателство за неуспех [105,107,125].

Психологическите реакции към ампутацията са очевидно разнообразни и варират от тежко увреждане до определено и ефективно възобновяване на пълен и активен живот в другия [110 -114,121].

Основавайки се на подробно описаните по-горе психоемоционални преживявания на ампутираните пациенти, ще очертаем по-конкретно процеса на адаптиране към ампутацията, осъществяващ се в етапите на медицинска интервенция и последваща кинезитерapia и рехабилитация на ампутираните. С изключение на ясното разграничаване между предоперативните и следоперативните етапи, по-голямата част от

корекцията възниква постепенно и често последователно. Разделянето на този процес на четири етапа позволява да се подчертаят проблемите, които възникват най-критично във всеки момент от времето [123,124,128,133,134].

- Предоперативна фаза

Сред ампутираните, за които има достатъчно възможности да бъдат подготвени за операция, приблизително една трета приемат ампутацията като сигнал, че страданието ще се облекчи и може да започне нова фаза на приспособяване. Заедно с това приемане може да има различна степен на безпокойство. Такива опасения попадат в две големи групи. На първо място, а може би и за повечето хора, по-важни са практическите въпроси като загуба на функция, загуба на доходи, болка, трудност при адаптиране към протезата и разходи за продължаващо лечение. На второ място има по-символични опасения, като промени във външния вид, загуба на сексуална интимност, възприятие от други хора и изхвърляне на крайниците. Повечето хора, информирани за необходимостта от ампутация, преминават през ранните етапи на скръбна реакция, която може да не бъде завършена след освобождаването им от болницата. Има основание да се предполага, че предсмъртната парадигма може да бъде приложена към ампутираните относно предстояща загуба на част от тялото, загуба, която може да застраши основната идентичност на пациента.

Начинът, по който операцията се представя от хирурга, може да има голямо влияние върху интензивността и вида на афективния отговор. Много специалисти препоръчват хирургът да рисува реалистична картина на непосредствените и дългосрочните цели за пациента и семейството му. Етикетирането на ампутацията като реконструктивна прелюдия към подобрения живот е много по-различно от това, което предполага осакатяването. Освен това надеждата, подробното обяснение на всички аспекти на операцията и рехабилитационния процес, както и реакцията на

всички въпроси (особено тези, които изглеждат тривиални) съдействат за намаляване на безпокойството, гнева и отчаянието.

- Непосредствена следоперативна фаза

Периодът между операцията и началото на рехабилитацията може да продължи няколко часа или дни, в зависимост, наред с други неща, от причината за ампутацията, степента и състоянието на остатъчния крайник и вида на рехабилитацията. Психологическите реакции, отбелязани в тази фаза, са опасения за безопасността, страх от усложнения и болка и в някои случаи загуба на бдителност и ориентация [137]. По принцип онези, които приемат ампутацията след период на подготовка, реагират по-позитивно, отколкото тези, при които тя е следствие на травма или злополука. Повечето хора са до известна степен "вцепенени", отчасти в резултат на анестезията и отчасти като начин за справяне с травмата от загубата. За тези, които са претърпели значителна болка преди операцията, ампутацията може да донесе необходимото облекчение.

- Рехабилитация в болница

Рехабилитацията в болницата, в много отношения, е най-критичната фаза и представлява най-голямото предизвикателство за пациента, семейството и медицинския екип. Необходим е гъвкав подход, насочен към бързо развиващите се нужди на индивида. Първоначално пациентът е загрижен за безопасността, болката и обезобразяването. По-късно акцентът се пренасочва към социална реинтеграция и професионално приспособяване. Някои хора в тази фаза изживяват и изразяват различни видове отказ. Няколко прибягват до хумор и минимизиране. Леките еуфорични състояния могат да бъдат отразени в повишената моторна активност, състезания през коридорите в инвалидните колички и претоварване. Други правят разузнаване като "Виждате повече, когато ходите бавно". Пациентите, които са имали възможност да получат

подходяща подготовка преди операцията, коментират, че това е допринесло съществено за спокойствието им след събитието.

В крайна сметка тъгата се задава. Скръбният отговор на загубата на крайниците е може би универсален и ограничен във времето. Паркес описва отговора като подобен на този, който се вижда при вдовиците [130,131]. Той изброява четири фази: (1) "изтръпване", при което външните стимули са изключени или отхвърлени; (2) "опипване" за загубеното; (3) дезорганизация, при която се прекратява всяка надежда за възстановяване на изгубената част; и (4) реорганизация. Степента, в която индивидите преминават през тези четири фази, варира при отделните индивиди, а процесът често трае много по-дълго от периода на вътреболнична рехабилитация. Също така, през това време някои хора изпитват усещания за фантомни крайници и фантомна болка.

Рехабилитация при домашни условия

При всички обстоятелства връщането на пациента в дома му може да бъде период на отслабване на насоките и подкрепата, осигурена от екипа за рехабилитация. Следователно, отношението на семейството става основна детерминанта на адаптацията на ампутирания. Членовете на семейството трябва да участват във всички фази на рехабилитационния процес [129,131].

През тази фаза се забелязва цялостното въздействие на загубата. Редица хора изпитват "втора реалност", придружена от тъга и скръб. Различните степени на регресивно поведение може да са очевидни, като нежелание да се откажеш от ролята на болен, тенденция да се опираш на другите извън онова, което е оправдано от инвалидността. Някои се противопоставят на натиска върху тях, за да възобновят нормалното функциониране. Други могат да отидат в другата крайност и да отхвърлят категорично помощ по какъвто и да е начин. Прекомерното показване на съчувствие по принцип насърчава идеята, че човек трябва да бъде съжаляван. На този етап се появяват три области на загриженост: връщане към платена заетост,

социално приемане и сексуална адаптация. Огромна стойност във всички тези въпроси е наличието на роднина или значим друг, който може да окаже подкрепа, без да навреди на самооценката на пациента.

Фактори, затрудняващи адаптацията

✓ Фантомните крайници

Усещането, че ампутираните крайници са налице и се движат, е толкова често срещано, че може да се разглежда като универсално събитие след операцията. Обикновено те намаляват бързо, така че само някои пациенти продължават да възприемат крайниците си като все още налични и активни до една година след операцията. Много от тях обаче продължават да имат случайни преживявания на сърбеж или движение, понякога след стимулиране на остатъчните крайници.

✓ Фантомната болка

Болката, изпитвана в липсващия крайник, е много по-сериозен проблем от усещанията на фантомните крайници. Поддържа се предположението, че предшестващи и съпътстващи медицински състояния, както и психологически фактори, могат да обяснят съществуването ѝ [91,120].

✓ Изображение на тялото

Ампутацията изисква преразглеждане на образа на тялото. Това се отразява в сънищата и в споделянията на пациентите. Изследвания сочат, че сънища, които включват протезата или не се занимават особено с липсващата част, съответстват на по-положителна адаптация. Честотата на кошмари, свързани със загубата, значително намалява около 1 месец след операцията. Предполага се, че ампутираният, в известен смисъл, трябва да се бори с три изображения на тялото: непокътнато, ампутирано и с протеза. Лицата, които не могат да приемат последните две, вероятно ще отхвърлят протезата и ще изпитват затруднения във функционалното и социално адаптиране [127].

✓ Сексуалност

Това е област на безпокойство за повечето ампутирани, особено тези, които са млади и в началото на живота. Загрижеността възниква от следните източници: (1) страх, че тялото няма да бъде прието от партньора, (2) загубата на функционираща част от тялото като ръка и крак, (3) загубата на зона на усещане [138].

Факторите, улесняващи приспособяването и рехабилитацията в тази фаза, са ранното протезиране, приемането на ампутацията и протезата от семейството и приятелите.

1.5.2. Социални аспекти на ампутацията на крайник

Повишаването на качеството на живот на пациентите с ампутирани крайници е трудна и комплексна задача. Проблемите на ампутирания са сложни физически, емоционални, финансови и битови, свързани с промяна в начина на живот. Човешкият индивид трябва да успее да се социализира отново, да се мотивира за реинтеграция. Това е отговорност както на самата личност, така и на медицинските специалисти, на свързаните с проблема институции, на обществото като цяло [29,30,31,139,140,141].

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

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

физическа активност преди ампутацията, рехабилитация- физическа и психологическа, протезиране [119,124,125].

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

Преживяната травма сама по себе си води до депресивни състояния, а загубата на горен крайник е свързана не само с промяна на физиката, но и със загуба на умения и невъзможност за извършване на елементарни дейности от ежедневието - хранене, сресване, обличане, събличане, тоалет, завързване на обувки, пиене на вода, шофиране, писане и т.н. От друга страна липсата на горен крайник, макар и заменен с протеза е 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 [99, 107, 118, 121].

Програмите, свързани с протезирането на долни крайници, работят за възстановяването на мобилността чрез съчетаване на редица най-съвременни компоненти. Кинезитерапията като част от медицинската рехабилитация е свързана с лечението, профилактиката, възстановяването и поддържането на здравето на болните и превенцията на рецидиви и усложнения [5, 7]. Затова ефективната социална интеграция на хората с увреждания е възможна единствено чрез осигуряването на адекватни помощни технологии, тъй като те спомагат за компенсиране на функционалните ограничения и позволяват на тези хора да участват в ежедневните дейности, включително работата и обучението [29].

Съвременните постижения в областта на протезирането успяват донякъде да облекчат живота на болния. Дават възможност да се възвърне личната свобода, социалната активност и чувството на достойнство и самоуважение. Като всяка рехабилитация, протезирането служи за постигане на определени цели и в случая това е възвръщане на мобилността, а оттам на чувството на независимост и самостоятелност, свобода [30].

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

Вторият важен елемент в реинтеграцията на хората с ампутирани крайници е проблемът с тяхната трудова заетост. Правото на труд е основно право на човека. Създаването на трудова заетост поражда чувство на значимост в индивида. Той се чувства полезен. Излиза от изолацията на дома, престава да се самосъжалява, социализира се. Важна задача пред всяко едно общество е да бъде позитивно настроено и толерантно към хората с ампутирани крайници [30,68,79].

Сдружение „Национален алианс за интеграция и политики за здраве и активен живот след ампутации и протезиране” помага на хората, преживели подобен проблем, да се върнат към нормалния си начин на живот. Организацията е инициатор на безплатни прегледи и консултации с лекар специалист на място, като по този начин пациентите с ампутации са насочвани към местата, където могат да им бъдат изработени протези. Съвместно с Общините организират на място прегледи и консултации, които са напълно безплатни за хората. Практиката на алианса показва, че в малките селища има и много пациенти с ампутирани крайници, които от

години не са излизали от домовете си, защото са на легло и са изцяло зависими от близките си. Сред тях има и самотни хора, които са още по-безпомощни. Екипът насочва пациентите, които ще минат прегледите към най-подходящото лечение или специалист, който ще им помогне. Тъй като има и хора, които заради ампутация не могат да се придвижат до мястото за прегледите, те се посещават от екипа в домовете им и получават същата услуга. Посещенията се правят по предварителен списък, който се изготвя с участието на местните социални служби [146,147].

Отговорност на държавните институции е да разработят специализирани програми както за трудова заетост, така и за изграждане на достъпна околна среда. В България почти всички хора преживели ампутация са с ниски доходи, пенсионери по болест, живеещи в панелни жилища без специализирани рампи, асансьори и др. специализирани технически средства. Градската среда и градският транспорт, обществените сгради са практически недостъпни за хората с физически проблеми [29,31].

С постоянния напредък на технологиите през този век възникват все по-големи надежди у хората , загубили по една или друга причина своите крайници . Все повече от тях отделят сериозни средства, за да могат отново да усетят чувството да ходят , да тичат , да спортуват , да се борят. Навсякъде по света постепенно след ампутация на долните крайници инвалидните колички отстъпват място на т.нар. протези, а с това се връща вярата у пострадалия за по-пълноценен и нормален начин на живот. Упражненията с протеза могат да дадат само подтик за използването на протеза като начало на интеграционния процес. Личността на пациента, неговата готовност за коопериране, мотивация и активност, както и степента на усвояване, успоредно с условията на заобикалящия го семеен и професионален кръг, определят успешното прилагане на протезата в смисъла на нейната интеграция като помощно средство. Чрез комплексна кинезитерапия е

възможно приобщаването на ампутирания пациент отново към социалния и професионалния живот [142,148].

1.6. Био-психо-социалният подход в терапията и реинтеграцията на ампутирани пациенти

Според био-психо-социалния модел здравето представлява една съвкупност от биологични, психически и социални елементи. Този подход е в противовес на традиционния и останал в миналото био-медицински подход, който разглежда здравето като липса на болест [2,10].

Холистичният принцип (от гр.ез. holos = „цял, цялостен, интегрален“). се прилага както към здравето, така и към болестта и болния човек. Той е ориентиран към личността на пациента и гледа на болния комплексно и задълбочено, като следва принципа да не се наврежда на болния – „Primum non nocere“. Негова основна цел е постигане на състояние на здраве по определението на СЗО [12].

Според холистичния принцип човешкият индивид се разглежда като съставен от три основни, взаимосвързани и влияещи си нива: умствено – духовно; емоционално – психическо и физично – материално ниво.

1. *Умствено – духовно ниво* – това е тази част от организма, която отразява промените във възприятията и разбиранията на индивида. В йерархията на умственото ниво след духовното идват умствените процеси – способността да сравняваме, смятаме, синтезираме, анализираме, общуваме, създаваме и изразяваме идеи, начина на мислене и т.н., или това ниво формира нашия филтър, през който приемаме себе си и света около нас, формира нашите ценности, нагласи и модел на поведение. Духовната страна на човека е най-висшата му част и именно тя позволява еволюцията и напредъка у всеки индивид.

2. *Емоционално – психичното ниво* е това, което поражда и отразява емоциите. Всички ние изпитваме широка гама от емоции в различни степени, вариращи между: любов – омраза; радост – тъга; спокойствие –

тревога; вяра – недоверие; смелост – страх; сигурност – несигурност и др. Обикновено изпитваме различни емоционални състояния от единия полюс до другия. На емоционално ниво човек е здрав доколкото, доколкото храни положителни емоции – те водят до чувството за щастие. Колкото повече негативни чувства изпитва човек, толкова по-малко той е здрав на емоционално ниво.

3. *Физическо ниво* – това е тази част от човешкото същество, която е получила най-голямо внимание от медицинската наука. Физиологията му и действията му се опират на закони и принципи, които показват йерархия между трите нива.

Организмът чрез сложен механизъм поддържа йерархия на всичките три нива. Най-важно за организма е умствено – духовното ниво. Смущение на това ниво се усеща остро от целия организъм.

Основни принципи на био-психо-социалния подход:

- условията на средата и социалните фактори са толкова важни, колкото физическият строеж и психологичните качества на човека;
- лечението на фундаменталната причина на проблема е по-важно от третирането на видимите симптоми, тъй като последните могат просто да прикриват действителния проблем;
- всеки човек е уникален като индивид и не може да бъде лекуван по същия начин като някой друг;
- лечението е по-бързо и по-ефективно, ако всеки пациент поеме главната отговорност за собственото си здраве и се ангажира активно в процеса оздравяване. *Добрият терапевт обаче трябва да различава случаите, когато даден болен не е в състояние да поеме този контрол;*
- доброто здраве е състояние на физически, емоционален, умствен и духовен баланс. Нарушаването на този баланс води до състояние на влошено здраве, т.е. до "болест".

От медицинска гледна точка това значи да се разберат връзките между отделните симптоми и всичко, което може да причини излизането на организма от равновесие:

- изходни заложи на организма (наследственост; вродени и придобити предразположения към болести и т.н.);
- условията, в които е поставен човекът – климат, работна, социална и семейна среда, екологична обстановка;
- събитията в живота, стресови ситуации;
- начин на мислене, степен на информираност и на осъзнаване на проблемите;
- други.

Био-психо-социалният подход включва:

- Оценка на биологичните фактори */медицинска експертиза/*
- Оценка на индивидуално психологичните фактори */психологична експертиза/*
- Оценка на семейните и социалните фактори */социална експертиза/*.

За да е ефикасен лечебният процес, той трябва да обхваща всички измерения на съществуване на болния. Както отбелязва носителят на Нобелова награда, бактериологът Рене Дюбо: „Да разрешиш проблемите, свързани с болестта, не е еднозначно с това да направиш някого здрав и щастлив. Последното изисква мъдрост и проникновение, които са отвъд медикаментите и терапията.”[2].

Според холистичния подход активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за благоприятния краен резултат Според Хипократ “Ако човек иска да бъде здрав, то отначало трябва да бъде попитан, дали е готов да се отърве от причините за болестта. И едва тогава може да му се помогне.”

Лекарят и пациентът трябва да работят като един екип, всеки със своите отговорности, със зачитане на мнението на лекувания и запознаването му с предлаганите терапии [1,11,12].

Загубата на крайник може да бъде опустошителна в емоционално и физическо отношение. Съществуват много начини, които могат да помогнат на пациентите да се възстановят и преодолеят тази загуба, но един от най-ползотворните методи за възвръщане на увереността и продължаването напред е споделянето на опит и разговорите с други хора, които са имали сходни преживявания.

Психологията е неотменна част на холистичния подход [2,3,87,88]. Тя осигурява възможност да свържем физическото страдание с неговата причина, намираща се в психичното поле, като по този начин се осигурява многопластово разглеждане на симптома. Всяко емоционално състояние се отразява на физическия статус на организма. Взаимовръзката между тяло и психика е очевидна. Време е да разберем, че потиснатите и нерешени въпроси от емоционално естество се проявяват във вид на защитни, компенсаторни механизми, психични проблеми, във физически симптоми и в крайна сметка - във вид на липса на здраве – във вид на болест. Психологичното консултиране, психотерапията или др. практики, базирани се на психологията, водят до намиране на тези нерешени проблеми, подпомагат осъзнаването им, извеждането им по този начин „на светло” и освобождаването от съпътстващите ги страхове [9,19,21,25,70].

Съществуват различни форми на лечение на психоемоционалните проблеми. За да имат позитивен резултат психотерапевтичните техники, е необходимо прилагането на различни методи: такива, почиващи на основните принципи на психологията, познанието за човека, социалната психология, клиничната психология, психологията на девиантното поведение, детската психология и теориите за личността. Психотерапията може да включва в себе си разкриването на неосъзнати конфликти, както и други

методи на самоопознаване. Тя може да включва още: емоционална подкрепа или катарзис, коригиране на нереалистично мислене, подобряване на способността за решаване на проблемите, както и на уменията за правилна комуникация, подобряване на междуличностни отношения и хипноза, терапия чрез изкуство [1,2,4,9,54,61,71,82,87] .

Психотерапевтичните методи могат да се прилагат индивидуално и в група.

ВТОРА ГЛАВА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Постановка на проблема

Значимостта на протезирането и прилагането на кинезитерапевтични методики за повишаване качеството на живот на хората с ампутирани крайници, множеството медико-социални и психологични проблеми, които поражда, ни дават основание за избор на тази тема. В настоящето проучване се изследва степента, в която едностранно подколянно ампутираните пациенти променят някои от параметрите, свързани с тяхната самостоятелност. Интерес за настоящето изследване представлява също начинът, по който се променя психоемоционалното им състояние.

Изследването се фокусира върху възможностите на био-психо-социалния /центриран към пациента/ подход в кинезитерапията на хора с ампутиран крайник. Био-психо-социалният подход като интердисциплинарен подход е доказал своята висока ефективност, изразена в по-бързо възстановяване и ресоциализация на болните, по-високо качество на живот и пълноценно вграждане и функциониране в естествената им житейска среда.

2.2. Работна хипотеза

Включването на психосоциални подходи в рехабилитацията на хора с ампутиран крайник след протезиране положително рефлектира върху психоемоционалния им статус и тяхната реинтеграция в обществото.

2.3. Цел

Цел на дисертационния труд е установяване на психоемоционалните и социални проблеми на протезирани пациенти с ампутиран крайник и определяне на подходящи психосоциални подходи за оптимизиране на

кинезитерапевтичните методики за обучение в ходене на пациенти с протеза.

От така формулираните цели произтичат **следните задачи:**

2.4. Задачи:

- ✓ Проучване на научната литература по темата и изготвяне на теоретична постановка на проблема.
- ✓ Разработване на методологичен модел за проучване на социалните и психологични проблеми и потребности на протезирани пациенти с ампутиран крайник.
- ✓ Анализ на получените резултати от проведената анкета и беседи с респондентите.
- ✓ Оптимизиране на стандартната кинезитерапевтична методика за лечение и обучение в ходене с протеза чрез включване на модул за психосоциална подкрепа.
- ✓ Анализ на получените резултати след приложената методика на кинезитерапия.
- ✓ Изготвяне на изводи и препоръки.
- ✓ Разработване на проект на модул за психосоциална подкрепа на хора с ампутирани крайници в процеса на лечение и възстановяване.

2.5. Обект и предмет на изследването

Обект на изследване са психоемоционалните и социални проблеми на протезирани пациенти с ампутиран долен крайник, включени в рехабилитационни процедури.

Предмет на изследване е отражението на подкрепящите психосоциални техники, включени към стандартната кинезитерапевтична методика за лечение и обучение в ходене с протеза върху субективното психоемоционално състояние на респондентите.

2.6. Извадка

В проучването са включени общо 400 души – в периода от януари 2015 г. до декември 2016г.

Изследването на пациентите се проведе в "НАДЕЖДА - МЕДИКАЛ" ООД – гр.София и Хоспис „ СЛЪНЧЕВ ДОМ – М ЕООД „ – с. Мирвяне.

Средно годишно в "НАДЕЖДА - МЕДИКАЛ" ООД протезират над 600 пациенти, предимно от диабет, съдово заболяване – ХАНК (хронична артериална недостатъчност на крайниците), карциноми (злокачествени образувания), травматични ампутации, злополуки и други.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните. Участието на изследваните лица в това проучване е доброволно.

2.7. Методика на изследване.

За целите на емпиричното изследване бе създадена комплексна методика, включваща следните методи:

2.7.1. Методика за изследване на психоемоционалните и социални проблеми на респондентите – протезирани пациенти с ампутиран долен крайник:

- *Метод на критичен анализ и синтез на научна литература по изследвания проблем.*
- *Социологичен метод – пряко анонимно анкетно проучване.*

Разработена е собствена анкетна карта, която съдържа 34 въпроса. Анкетната карта беше предоставена на всеки пациент, който е ампутиран и по-късно протезиран в "НАДЕЖДА - МЕДИКАЛ" ООД, след негово съгласие за доброволно участие. Анкетите са писмени и анонимни.

Анкетното проучване е избрано поради следните съображения:

- Методът предлага набиране на качествена информация относно мнения, мотиви, интереси и предпочитания на интервюираните;

- Позволява бързо и ефективно събиране на относително голям масив от данни при относително ниски разходи в сравнение с други методи за събиране на данни;
- Може да се използва предварително фиксиран въпросник, което намалява отклонението в отговорите на респондентите;
- Дава възможност да се проследи взаимодействието между променливите на изследването.

➤ *Психологични методи :*

- ✓ Наблюдение
- ✓ Беседа
- ✓ Подкрепящи психотерапевтични техники – индивидуално и в група
- ✓ Тестови набор, включващ 2 въпросника:
- Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSSEN [69] - приложена в началото и в края на *психотерапевтичния модул*. Състои се от 28 двойки прилагателни, които означават противоположни състояния. Отбелязва с хикс (X) в кутийката вдясно на прилагателното, което най-добре отговаря на сегашното психоемоционално състояние на изследваното лице.
- Самооценъчната скала на Спилбъргър за изследване на тревожност (STAI - Form Y-1) - приложена в началото и в края на психотерапевтичния модул [89] Въпросникът STAI (State - Trait Anxiety Inventory) е разработка на Ч.Спилбъргър от Университета в Южна Калифорния - Тампа. Въпросникът измерва тревожността и като свойство на личността, и като емоционално състояние - двете основни значения на понятието тревожност. Той е адаптиран за български условия от Д.Щетински и И.Паспаланов през 1989 г. за възраст над 13 години на изследваните.

Използваните психологични методи се отнасят до лицата, включени в апробирането на оптимизираната кинезитерапевтична методика с психотерапевтичен модул.

➤ *Експертна оценка по метода Делфи на изготвения проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза, осъществена от експерти в областта на кинезитерапията, рехабилитацията и клиничната психология.*

➤ *Математико-статистически методи за събиране и обработка на данните:*

- методите на описателната статистика – честотно разпределение и процентно разпределение на отговорите на лицата от двете изследвани групи.

- проверяваща статистика – Хи-квадрат, дисперсионен анализ и t-тест за сравнение на средни величини и корелационен анализ. Методите на проверяващата статистика се използват за проверката на хипотезите.

- графичен анализ – за визуализация на получените резултати.

- алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровень на значимост $P > 0.05$, като са интерпретирани закономерности, съществуването на които не буди съмнение $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

2.7.2. Методика на кинезитерапията:

- *Сантиметрия*

Прилага се измерване обиколката на чукана на две нива. От нея получаваме информация за състоянието на следоперативния оток в чукана, за миопластиката, за наличието на подкожна мазнина или миохипотрофия. Прилага се измерване дължината на чукана, с цел прогнозиране нейното влияние върху естетиката на походката. За нашата работа е по важна функционалната дължина, при флектирано коляно до 90° и качеството на извършената миопластика.

- *Ъглометрия*

Флексионната контрактура в колянната става оказва влияние върху естетичния вид на протезата и походката. По статистически данни, между 60 – 65 % от ампутираните в областта на подбедриците имат флексионни контрактури. Причините са от разнообразно естество и те оказват негативно влияние в различна степен върху функцията на целия долен крайник.

Обемът на движение в колянна става измервахме по SFTR методика. Нормалните стойности на движение в сагиталната равнина на колянната става са – S : 0° – 0° – 140°. Флексията в колянната става варира в граници от 120° до 150° в зависимост от миопластиката на чукана, релефа на мускулите или от ставната ригидност (Дебрунер и съав., 1996).

Измерването е по латералната страна на колянната става от изходно положение тилен лег с чукан извън кушетката и флектиране другия долен крайник до положение на изглаждане на поясната лордоза (тестова позиция на Томас). Констатирахме че има връзка между флексионната контрактура в тазобедрената и колянната става. Измерването на контрактурите правехме ежеседмично, с цел проследяване ефекта от прилаганата методика на кинезитерапия.

- *Мануално мускулно тестване /ММТ/*

ММТ е предназначено главно за болни с увреждане на периферната нервна система. При подколянна ампутация, липсата на част от крайника нарушава едно от условията за тестване силата на мускулите при движение срещу гравитацията. Наличието на флексиионни контрактури също променя класическите условия на теста.

Интерпретирахме мускулния тест за силата на отделните мускулни групи на чукана. Екстензията тестввахме в изходно положение седеж при флектиран чукан на 45°, а флексията от и.п. лицев лег, при флектирано коляно също на 45°, с оптимална сила, предизвикваща изометрична контракция на мускулите от ампутационния чукан.

- *Анализ на походката с протеза и помощни средства*

Походката с протезата тестввахме два пъти седмично по пет степенна скала.

- а) не може да ходи с протеза
- б) ходи с протеза само в проходилка
- в) ходи с протеза и две помощни средства
- г) ходи с протеза и едно помощно средство
- д) ходи без помощни средства Пациентите се обучаваха еднократно и двукратно, т.с. сутрин и следобед. Програмата на кинезитерапия в първите дни от обучението включваше:

- запознаване с протезното средство и начина за неговото използване
- обучение в обуване и събуване на протезата
- ставане и ходене по равен терен в стационарна проходка
- сядане
- събуване на протезата
- дадени указания на близките на пациента за помощ в периода на обучение в домашна обстановка

По късно обучението се усложнява с обучение в ходене с индивидуално подобрени помощни средства съобразени спрямо физическия потенциал на

пациента. Курса на обучение приключва с обучение на болния в качване и слизване по стълби.

Кинезитерапията се прилага в периода на протезиране и обучение в ходене с една протеза.

Обработката на данните от изследванията по време на обучението на болните в ходене с подколянна протеза е извършена по метода на вариационния анализ. Измерванията и изследванията бяха статистически обработени при използване на следните означения:

\bar{x}^1 - средно аритметично на началните резултати

\bar{x}^2 - средно аритметично на крайните резултати

S - стандартно отклонение

t - прилагане критерия на Стюdent за зависими изводи

p - гаранционна вероятност по – малка от 0,001 ($p < 0,001$)

Данните от статистическата обработка нанесохме в таблици и диаграми.

2.8. Организация и провеждане на проучването

Етапи на изследователския процес:

A. Подготвителен етап.

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата. Проучване на националния и европейския опит в областта на грижите за хора с ампутации.
- Подготвяне на методиките за изследване и определяне на извадката по случаен принцип.
- **Подготовка за провеждане на същинското изследване:**
 - ✓ Получаване на разрешение от директорите по места за провеждане на проучването.
 - ✓ Отпечатване и размножаване на анкетните карти и въпросници, адресирани към респондентите.

✓ Дизайнът на модула за психосоциална подкрепа към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза беше уточнен след експертната помощ на специалисти в областта на кинезитерапията, рехабилитацията и клиничната психология.

Б. Изследователски етап – събиране на данни.

➤ *Провеждане на емпиричното изследване:*

За осъществяване на анонимност при анкетното проучване бяха подготвени и запечатани кутии, поставени на подходящи места за внасяне на попълнените анкетни карти и въпросници. С оглед игнориране на социалната желателност в инструкцията е отбелязано, че изследването е анонимно и е с научна цел. Бяха създадени необходимите условия и анкетирването протече по предварително установената програма.

За отчитане на ефекта от апробирането на разработения психотерапевтичен модул в рехабилитационните процедури бяха формирани две групи /експериментална и контролна/ от ампутирани и протезирани наскоро пациенти. На експерименталната група /ЕГ/, наброяваща 32 души, беше приложена в рамките на 2 месеца предвидената кинезитерапевтична методика с модул за психосоциална подкрепа. На контролната група /КГ/, състояща се от 25 души, беше проведена в същия времеви порядък стандартната методика. Пациентите бяха изследвани относно наличието на контрактури в коленните и тазобедрените стави. Това е наложително, защото контрактурите въздействат неблагоприятно върху походката с протеза.

Основен критерий при подбора на изследваните лица в това проучване е доброволно изявеното им желание за участие. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока поради анонимния характер на изследването, както и поради напълно доброволния характер на участие.

➤ *Анализ и статистическа обработка на получените резултати*

- ✓ Анализ на данните от проведеното изследване.
- ✓ След получаване на резултатите от изследването те бяха въведени във файлове, които след това бяха подложени на математико-статистическа обработка.

В. Заключение етап:

- ✓ Формулиране на научно обосновани изводи и практически препоръки за целенасочено включване на психологични методи в лечението и грижите за хора с ампутирани крайници.
- ✓ Разработване на Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза.

ТРЕТА ГЛАВА

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Социално-демографска характеристика на респондентите и етиология на ампутациите

Изследването на пациентите се провежда в "НАДЕЖДА - МЕДИКАЛ" ООД – гр.София и Хоспис „СЛЪНЧЕВ ДОМ – М ЕООД „ – с. Мирвяне. Средно годишно в "НАДЕЖДА - МЕДИКАЛ" ООД протезират над 600 пациенти, предимно от диабет, съдово заболяване – ХАНК (хронична артериална недостатъчност на крайниците), карциноми (злокачествени образувания), травматични ампутации, злополука и др.

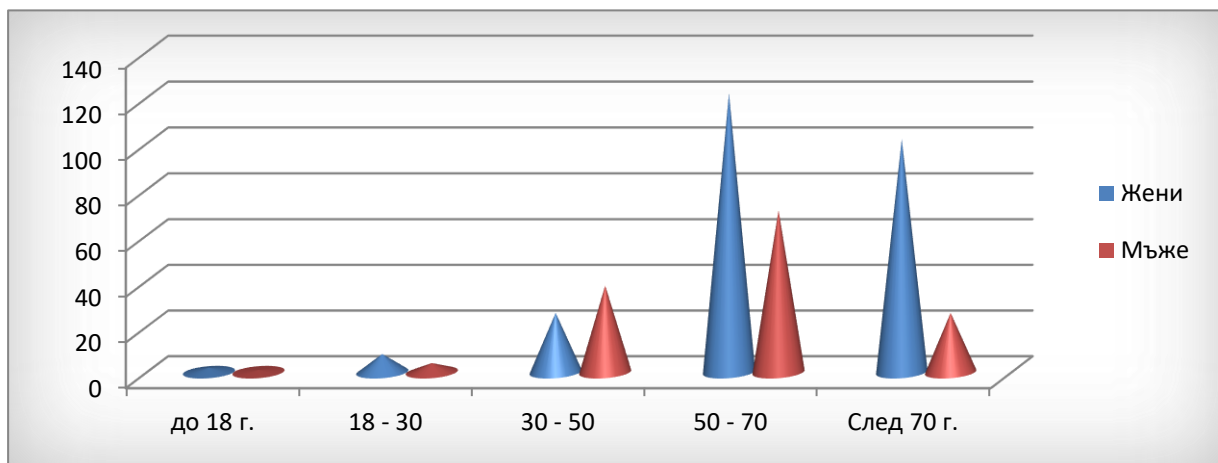
В Хоспис „СЛЪНЧЕВ ДОМ” се настаняват възрастни хора в неравностойно положение, както и болни с различни заболявания, протезирани пациенти и неподвижни хора в зависимост от индивидуалното заболяване на пациента.

Пациентите, с които съм провеждала анкетата и по-късно беседите, са общо 400 души – в периода от м.Януари 2015г. до м.Декември 2016г.

Възраст на респондентите

Таблица № 1 Разпределение на наблюдавания контингент по възраст

Пол/възраст	До18г.	18 - 30	30 – 50	50 – 70	След 70	Общо	Относителен дял
Жени	2	8	26	122	102	260	65%
Мъже	1	4	38	71	26	140	35%
Общо	3	12	64	193	128	400	100%
Относителен дял	0,75 %	3%	16%	48.25%	32%	100%	



Фиг. № 1 Разпределение на наблюдавания контингент по възраст

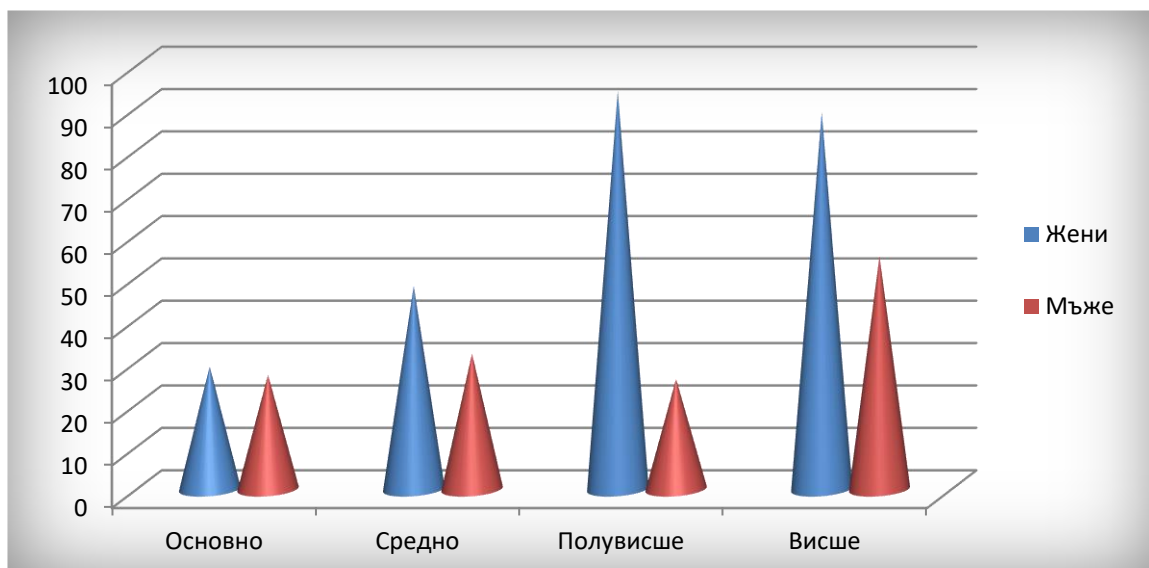
Установи се, че пациентите, на които е извършена ампутация и по – късно протезирани, са повече от женски пол – 260, като мъжете са едва 140 от различни възрастови групи. Броят на пациентите нараства с напредването на възрастта, като най – голям брой протезирани пациенти е във възрастовия диапазон 50 - 70 години /таб.1; фиг.1/.

Разпределение на анкетираниите по образование

По отношение на образованието, което имат респондентите, данните са представени на таблица №2.

Таблица № 2 Разпределение на наблюдавания контингент по образование.

Образование	Основно	Средно	Полувисше	Висше	Общо
Жени	29	48	94	89	260
Мъже	27	32	26	55	140
Общо	56	80	120	144	400
Относителен дял	14%	20%	30%	36%	100%



Фиг. № 2 Разпределение на наблюдавания контингент по образование.

Данните сочат, както следва: 56 човека са с основно образование /14% /, 80 души - със средно /20%/, 120 пациенти са полувишисти /30%/ и 144 /36%/ имат висше образование. Разпределението по пол и образователна степен е илюстрирано на фиг.2 : с основно образование са почти равен брой мъже – жени -27: 29. със средно образование, съответно 48 жени и 32 мъже. $\frac{3}{4}$ от пациентите с полувисше образование са жени: броят им е 94, а 26 са мъжете. Лицата с висше образование наброяват 144, от които жените са 89, а мъжете - 55.

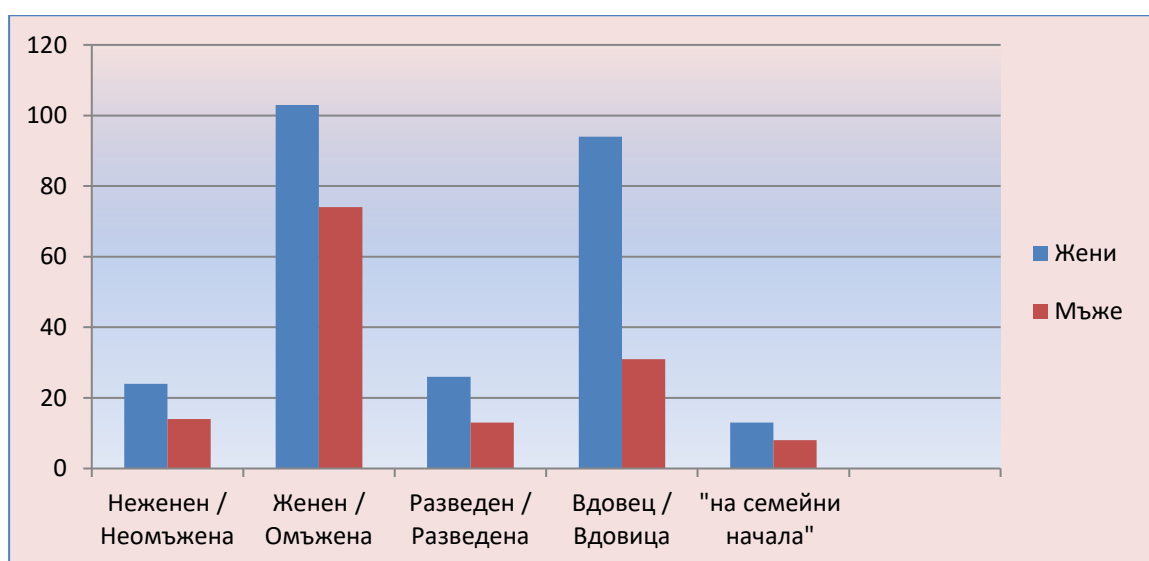
Семейно положение на респондентите

Най-висок е относителният дял на семейните лица – 34.75%, следвани от овдовелите – 23.75% и разведените – 22%. /табл.3 и фиг.3/.

Таблица № 3. Анализ и разпределение на наблюдавания контингент по семейно положение

Пол	Неженен /Неомъжена	Женен / Омъжена	Разведен /Разведена	Вдовец / Вдовица	„На сем. начала”	Общо
Жени	24	103	26	94	13	260
Мъже	14	74	13	31	8	140
Общо	38	177	39	125	21	400
Относителен дял	9.5%	44.25%	9.75%	31.25%	5.25%	100%

От резултатите става ясно, че най – голям е относителният дял - 44.25% на пациентите със статус „женен / омъжена”, като техният общ брой е 177, съответно разпределен на 103 жени и 74 мъже. От жените, 24 души са неомъжени, 26 разведени, 94 вдовици и 13 живеят на „семейни начала”. От мъжете които са 140 общо, 14 са посочили, че са неженени, 74 са семейни, 13 са разведени и 31 са вдовци. Най – малък е броят на мъжете посочили, че живеят на семейни начала.

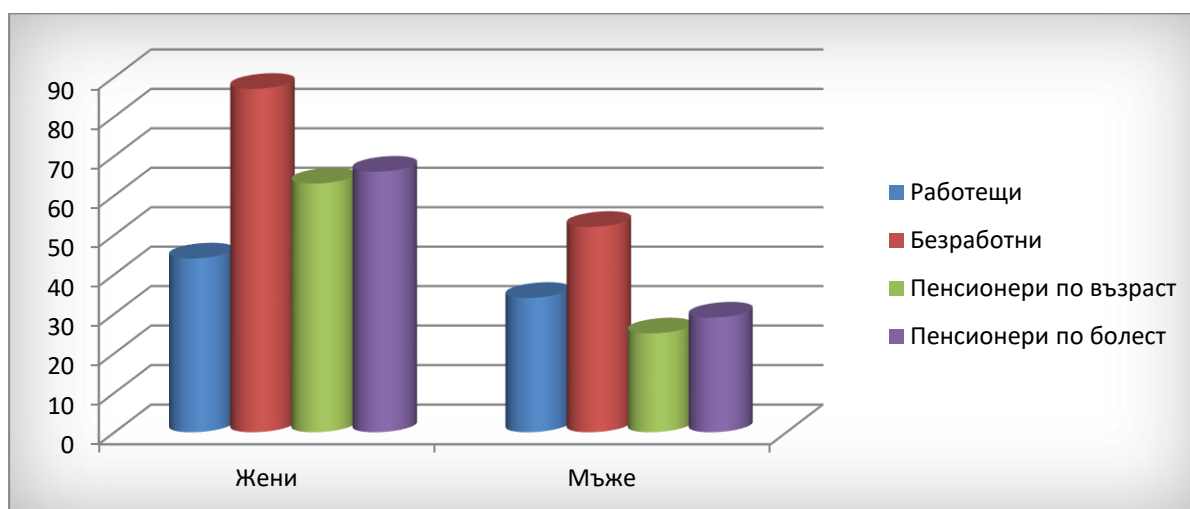


Фиг.№3. Разпределение на наблюдавания контингент по семейно положение

Разпределение на анкетираните по трудова заетост

Таблица № 4. Разпределение на пациентите по трудова заетост

Пол	Пенсионери				
	Работещи	Безработни	• по възраст	• по болест	Общо
Жени	44	87	63	66	260
Мъже	34	52	25	29	140
Общо	78	139	88	95	400
Относителен дял	19,5%	34.75%	22%	23.75%	100%



Фигура № 4. Разпределение на пациентите по трудова заетост

Направихме подробно разпределение на пациентите по отношение на трудовата заетост. Става ясно че от 400 анкетирани пациенти, 78 от тях са работещи, като броят за жените е 44, а за мъжете 34. Броят на безработните пациенти е значителен – 139 души, но най-голям е относителният дял на пенсионерите по възраст и болест – 45.75%. Безработните наброяват 139, съответно 87 от тях са жени, а 52-ма мъже. От пенсионерите по възраст 63-ма са жени, а 25 - мъже. От пенсионерите по болест, жените наброяват 66 души, а мъжете - 29.

Етиология на ампутациите

Таблица № 5 Разпределение на пациентите по пол и етиология на ампутацията

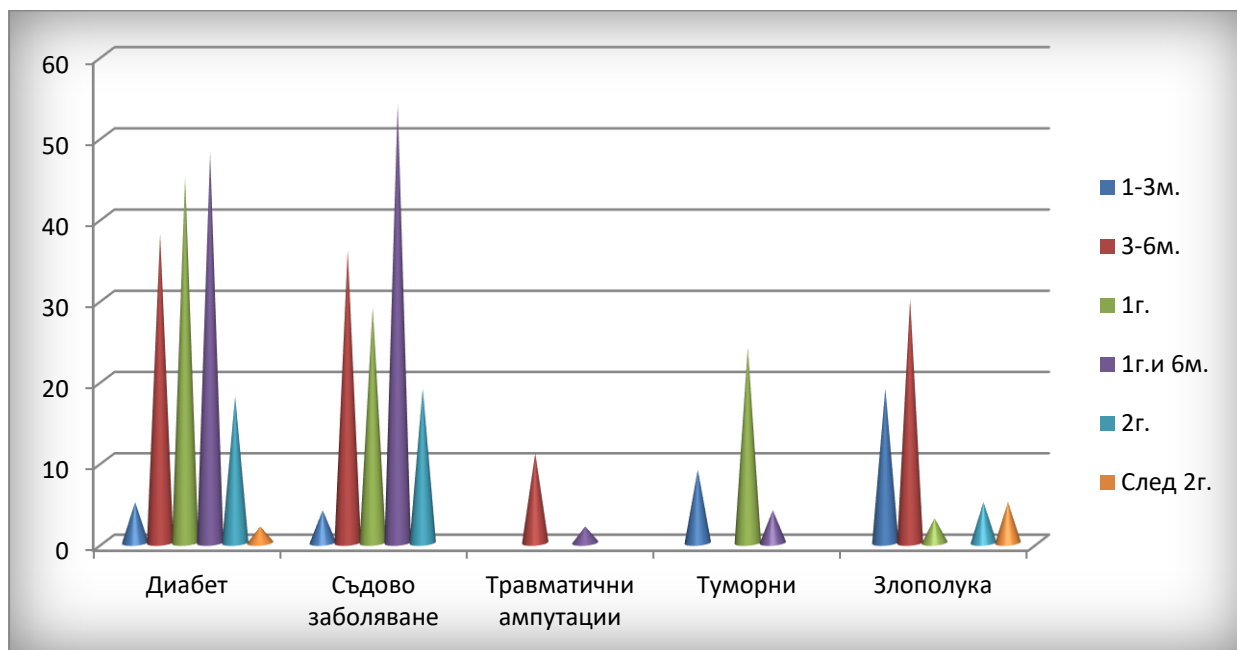
Болести	Жени	Мъже
Диабет	122	45
Съдово заболяване	71	46
Травматични ампутации	38	23
Туморни	12	5
Злаполуки	17	21
Други	-	-
	260	140
Общ брой пациенти: 400		
Относителен дял	65%	35%

Разпределихме пациентите според заболяването и пола им. Причина за

преобладаващия брой пациенти е диабетът - общо 167 са изследваните пациенти, като 122 са жени и 45 мъже. Диабетът води до необратими последици и усложнения, като намалява значително качеството на живот, води до инвалидизация и повишена смъртност. Ампутиранието и последващото протезиране вследствие на диабета, налага адекватна и навременна рехабилитация и обучение във ходене с протеза с цел максимално възстановяване на болния и неговата ресоциализация. Ампутираните пациенти вследствие на съдови заболявания са общо 117, като 71 от тях са жени и 46 мъже. Травматични ампутации се отбелязват при 38 жени и 23-ма мъже изследвани, протезирани и обучени да ходят. Туморните ампутирани пациенти са едва 17 - предимно млади хора, като от тях 12 са дамите и 5 мъжете. Анкетираните пациенти вследствие на злополуки са 38 човека, от които 17 са жени и 21 мъже. Тези хора са ампутирани вследствие на катастрофи и трудови злополуки.

Таблица № 6. Разпределение на протезираните пациенти след ампутация в рамките до 2 г.

Болести	1 – 3м.	3 – 6м.	1г.	1г.и 6м.	2г.	След 2г.
Диабет	5	38	45	48	18	2
Съдово заболяване	4	36	29	54	19	
Травматични ампутации		11		2		
Туморни	9		24	4		
Злополука	19	30	3			
Други	-	-	-	-	-	-
ОБЩО	37	115	101	108	37	2
Относителен дял	9.25%	28.75%	25.25%	27%	9.25%	0.5%



Фигура № 6 Разпределение на ампутираните пациенти в рамките до 2 г

От таблица и фигура № 6, ясно се вижда че: протезираните ампутирани пациенти в рамките след две години са най - малко, а най – голям е броят между 3 – 6 месеца – 115 човека. Масово броят на останалите е в рамките на година, година и половина. Факт е, че раните при диабетно болните зарастват много по – бавно, отколкото при други заболявания. След извършената ампутация, минават месеци, докато се стигне до протеза. Тъканите са увредени. Оперативният цикатрикс зараства бавно. Фистулите зарастват с месеци. Затова при диабета е много важна профилактиката и последващото лечение. Профилактиката е много съществен елемент, за да може да бъде избегнато развитието на невропатичната язва, на гангрената и ампутациите. За съжаление в нашата страна няма точна статистика за честотата на ампутациите, но може да се каже, че над 50 % от нетравматичните ампутации на долните крайници у нас са при диабетици. Хората, страдащи от захарен диабет в България, трябва да са добре обучени както по отношение на диетолечението, така и по отношение на лечението с инсулин или орални средства. Да са добре запознати с усложненията.

Второ място като причина за ампутация сред респондентите заема Хроничната артериална недостатъчност на крайниците /ХАНК/. И тук 54

от пациентите са отговорили ,че преди година и половина е направена ампутацият. Само четирима са били ампутирани в рамките на 1 до 3м. , но не бяха готови за протезиране. Пациентите, ампутирани вследствие на туморни и други подобни образувания, идват в рамките до година.

По същия начин са травматичните пациенти. Те изпитват неистов яд от претърпяното ПТП (пътно – транспортно произшествие) вследствие на което по една или друга причина са загубили крайника си. Друга част от тях са били прегазени от влак по невнимание и грешки.

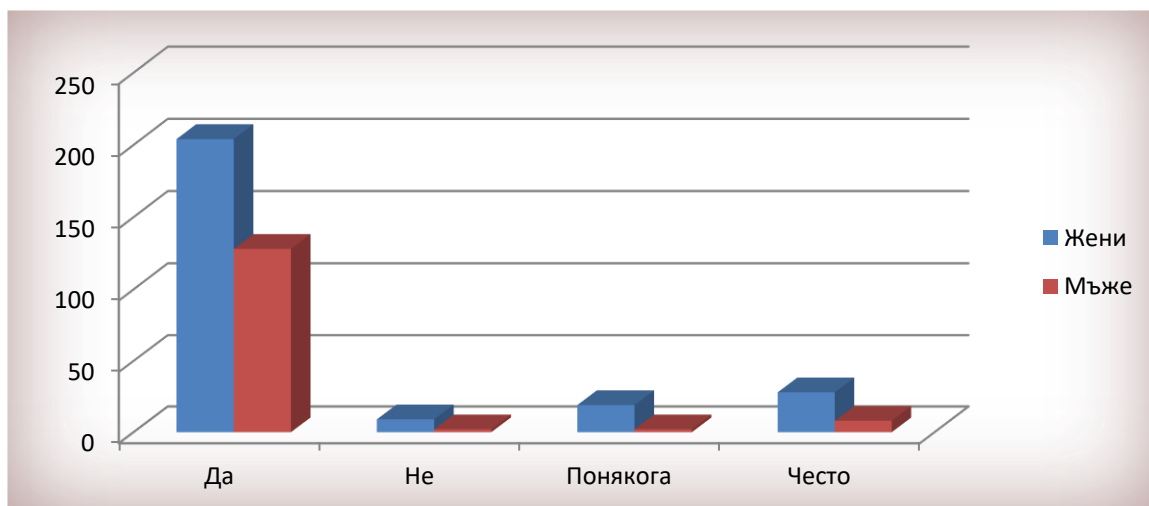
Точно на тези хора им се иска да „...умрат...“, .Те са лабилни, с много слаба психика, лесно раними. Някой от тях са в млада до средна възраст. 19 от тях в рамките до 3-ия месец са дошли при нас водени от родителите или близките си ,защото както поясних, те нямат никакво желание да продължат напред. При тях е изключително трудно да говорим за ресоциализация в първите месеци. Изключително уязвими и непредвидими са.

3.2. Анализ на резултатите от проучване на социалните и психологични проблеми на респондентите

Ампутацията е източник на проблеми в семейните взаимоотношения за почти всички респонденти. От 400 анкетирани общо 11 човека са отговорили отрицателно, поради факта, че са самотно живеещи /табл.7, фиг.7/.

Таблица №7 Създаде ли ампутацията проблем в семейството Ви?

Пол	Да	Не	Понякога	Често	Общо
<i>Жени</i>	204	9	19	28	260
<i>Мъже</i>	128	2	2	8	140
Общо	332	11	21	36	400
Относителен дял	83%	2.75%	5.25%	9%	100%



Фигура № 7 Семейни проблеми на респондентите

От общо 260 жени, само 9 са посочили отговор „ не „ и едва двама от общо 140 мъже са дали същия отговор. Следващите два отговора „ понякога „ и „ често „ също се открояват по брой, като за първия общо 21 от анкетираните са посочили отговора съответно разпределени на 19 жени и двама мъже. 36 от анкетираните са посочили, че в семейството се безпокоят за тях.

Преобладаващата част от пациентите /332 човека/ осъзнават, че тяхното състояние е в тежест на близките им. 204 жени са дали положителен отговор и 128 мъже.

Неминуемо ампутацията е създала проблем в семейството, след като 332 - ма от общо 400 анонимно анкетираните пациенти са посочили този отговор.

Ампутацията представлява тежка психическа и физическа травма за болния. Всяка биологична заплаха за интегритета на тялото ни е нещо много силно въздействащо, ние сме уязвими от външните фактори, които засягат тялото ни. Силният стрес (напр. след установяване на тежко хронично или терминално заболяване – диабет, рак, ампутация) е психологична загуба (в случая от този момент индивидът престава да бъде здрав). Настъпва поредица от състояния за психологична адаптация на индивида към

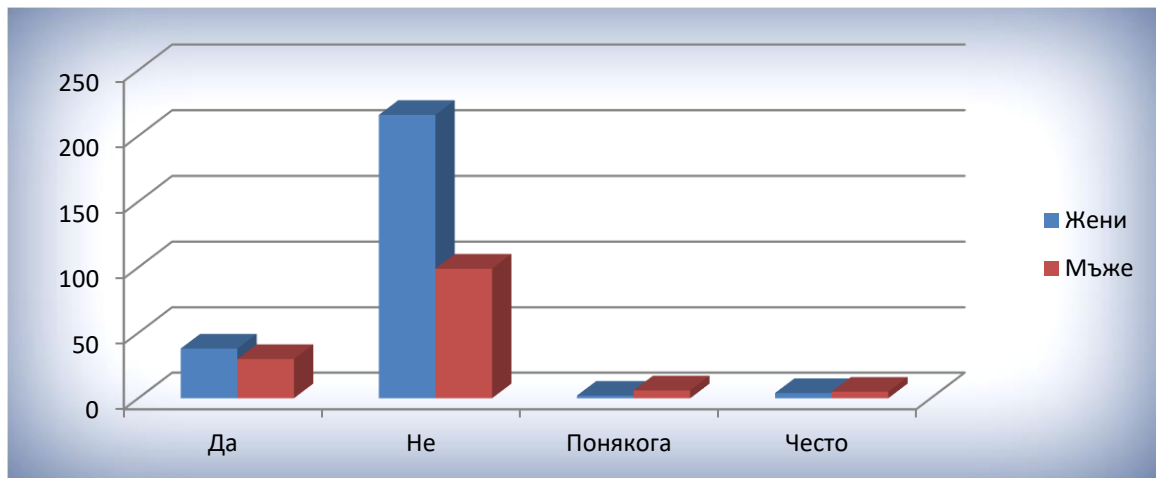
събитието (Балканска, П., 2009). Ампутицията при всички случаи се превръща в съдба, която не може да се промени. Всичко това води до депресия, тревожност, изолация или до посттравматично стресово разстройство.

Преглеждайки анкетните карти, прави впечатление, че около 90% (360 пациента) от анкетиранияте болни чувстват подкрепа от най – близките хора - семейството си. Въпросът „Чувствате ли подкрепа от семейството ви, близки и познати?“ е „отворен“ и има за цел всеки един пациент да сподели чувствата си, мисленето си и как самият той се чувства и чувства ли подкрепа от семейството си, близки и познати. Те се чувстват безпомощни в този труден момент, а решението на близките е от изключителна важност за тях, независимо дали за самата ампутиация или развитието им след нея. Когато човек е безпомощен или се намира в тежък и труден момент, той търси утеха в близките около него хора, именно семейството на първо място, близки и роднини, приятели или партньора. Едно безпомощно състояние кара човек да се хване за първото нещо което би му помогнало и извадило от заобикалящия проблем в който се намира. От изключителна важност е подходът на хората, които са близо до болния след ампутицията на крайник. Те са тези, които трябва да вдъхнат не само кураж, а да бъдат неизменно до тях изваждайки ги от тежката депресия, в която могат да попаднат. Малка част са дали отрицателен отговор на въпроса, изхождайки от това, че нямат семейства, починали близки и няма кой да се грижи за тях, на други близките са в чужбина и не са се връщали от години, за трети пък -не се интересуват от тях. Някои от анкетиранияте посочват, че са самотници и нямат опора до себе си, която да ги поведе напред.

Таблица № 8 Създаде ли ампутицията проблем в работата ви?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	38	216	2	4
<i>Мъже</i>	30	99	6	5

Общо	68	315	8	9
Относителен дял	17%	78.75%	2%	2.25%



Фигура № 8 Служебни проблеми

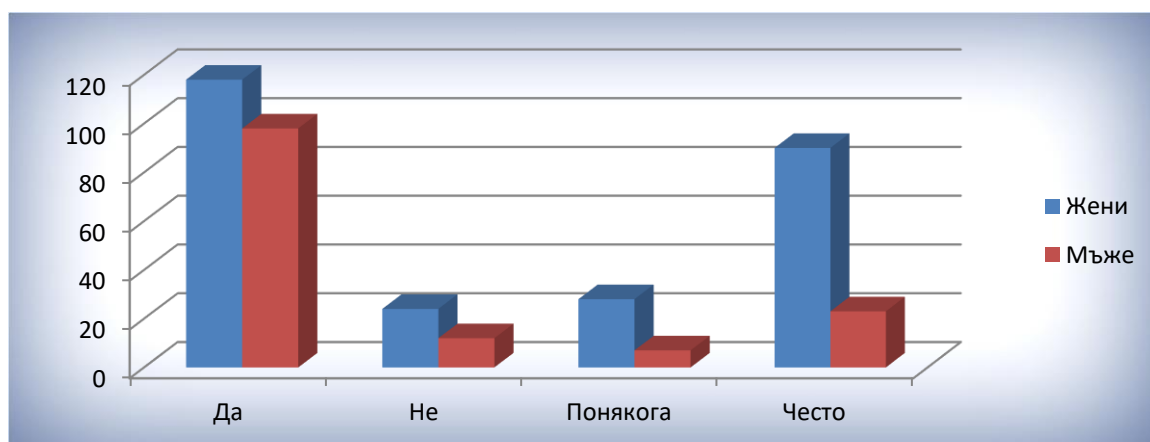
От таблица № 7 е видно, че най - голям е броят на посочилите отговор „ не” на въпроса : „Създаде ли ампутацията проблем в работата ви? ”. Причината за това е, че броят на трудово активните сред респондентите е малък. От общо 400 респонденти, 315 са дали отрицателен отговор, тъй като значителна част са пенсионери и неработещи. Едва 44 е броят на работещите жени / таб.№ 4 /, като 38 (почти всички) са посочили, че ампутацията е създава проблем на работното им място. Когато човек се ресоциализира и върне към стария му начин на живот, макар и с изкуствен крайник, неминуемо това създава затруднения. Необходимо е време, за да може пациентът да се адаптира и да приеме протезата за своя, да свикне с приемната гилза и да може да се движи и ходи по-добре. Работата на повечето работещи жени-респонденти е седяща без да изисква много ходене, качване или слизане по стълби. Едни от тях са продавачки, седят и маркират продуктите на каси в големи хранителни вериги, други са счетоводителки и седят постоянно пред компютъра. Една от пациентите споделя, че е козметичка и протезата създава проблем в работата и. Две от тях са посочили, че понякога имат проблеми на работното място, а други

четири – често. При мъжете, от 34 работещи / таб.№4 /, 30 са посочили, че ампутацията е създава проблем на работното място, като 6-ма са посочили отговора „ понякога” и 5-ма отговора „ често”. Общо 7 от анкетиранияте са казали че нямат постоянна работа, но все пак успяват да ходят почасово и да изкарват пари за семействата си.

Една голяма част от анкетиранияте пациенти с ампутации се налага да сменят работното си място. Това е свързано с тяхното образование и квалификация. Пациентите със свободни професии /инженери, компютърни специалисти и др./обикновено не се налага да сменят работното си място, но хората, които се занимават с физически труд се налага да бъдат трудоустроени. В повечето случаи това е проблем за пациентите и е необходима психологическа подкрепа от страна на медицински служители, семейство и близки за преодоляване на тревожността, вследствие придобитата инвалидност и смяна на работното място.

Таблица № 9 Споделяте ли проблемите и тревогите си с хора във вашето положение?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	118	24	28	90
<i>Мъже</i>	98	12	7	23
Общо	216	36	35	113
Относителен дял	54%	9%	8.75%	28.25%



Фигура № 9. Споделяте ли проблемите и тревогите си с хора във вашето положение?

Голяма част от тях споделят проблемите и тревогите си с хора в тяхното положение, претърпели ампутация. Чувстват близост към тях и обменят опит, задават много въпроси. От 260 жени, 118 са посочили отговор „да” , а „често” - 90. Едва 24 са казали „не” и 28 „понякога”. От 140 анкетирани мъже 98 от тях са посочили че споделят, а 23 са дали отговор „често”. Гледайки общия резултат на мъже и жени, категорично 216 анкетирани споделят проблемите си и не са затворени във себе си.

II част (психологически аспекти)

Какви чувства изпитвахте след ампутацията? (отворен въпрос)

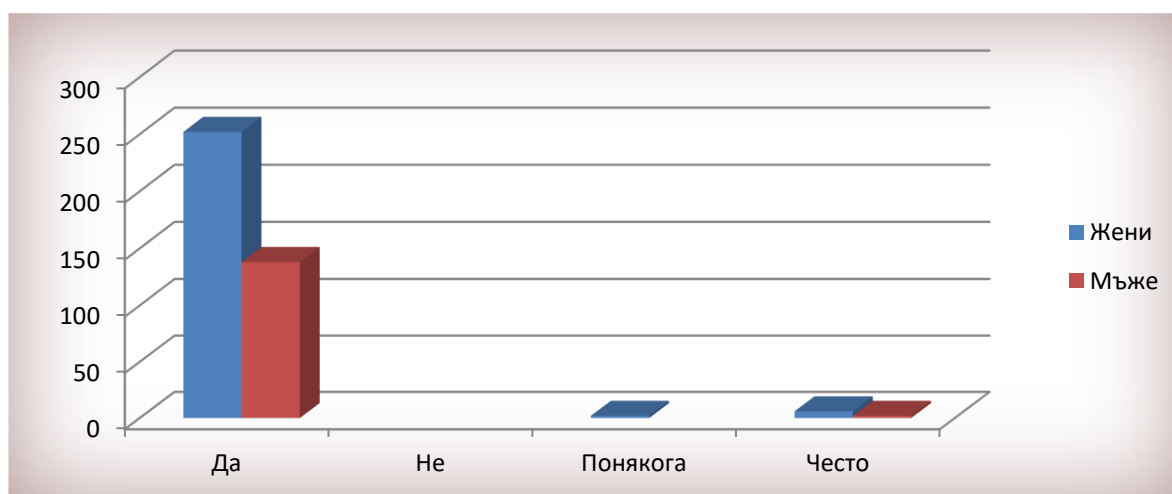
Когато физическата загуба е огромна, емоционалното бреме е също толкова съкрушително. Загубата на интерес към живота, затварянето в себе си и плаченето са нормални реакции при анкетираните и въобще всички пациенти преживели ампутация. Членовете на семействата им и приятелите им също се борят да се справят с чувствата на безпокойство и тъга. Много хора преживяват депресия и преминават през процес на скърбене, подобен на този, който се случва при смъртта на любим човек. Първоначално повечето анкетирани, които са загубили крайник, са разгневени, насочват гнева си и стоварят вината върху своите приятели и семейство. Някой споделят, че се съсредоточават върху външните неща, като начин да избегнат заставането лице в лице със собствените си вътрешни преживявания. Други пък бързо ги приемат като предизвикателство и продължават напред с живота си, докато при трети е нужно да извървят дълъг и труден път, докато бъдат в състояние да ги приемат. Такава голяма промяна може да отнеме много време, докато бъде приета. Физическото и емоционалното възстановяване могат да бъдат усложнени и от други съпътстващи проблеми със здравето. След ампутацията много хора все още са изправени пред сериозно заболяване и текущо медицинско лечение. Плачат, стават избухливи , притеснителни понякога. Болките са жестоки и

това не дава мир и спокойствие. Някои се страхуват , че ще загубят партньора си и то е основателно. Други са били зарязвани от половинките си още в болницата след като са претърпели пътно – транспортно произшествие.

Повечето от анкетираните се чувстват непълноценни, въпреки протезата, която е направена специално за тях. При ампутацията, резултат от травматично увреждане, съществуват допълнителни травми, с които трябва да се справи всеки пациент. Проблемите забавят процеса на приемане на случилото се и на възстановяването. Не забравяйте, че всеки човек се справя с чувствата си по различен начин и за различен период от време. Приемането на случилото се е ключов елемент както за физическото, така и за психическото възстановяване.

Таблица № 10. Чувствахте ли се нещастен?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	252	-	2	6
<i>Мъже</i>	138	-	-	2
Общо	390	-	2	8
Относителен дял	97.5%	-	0.5%	2%



Фигура № 10. Чувствахте ли се нещастен?

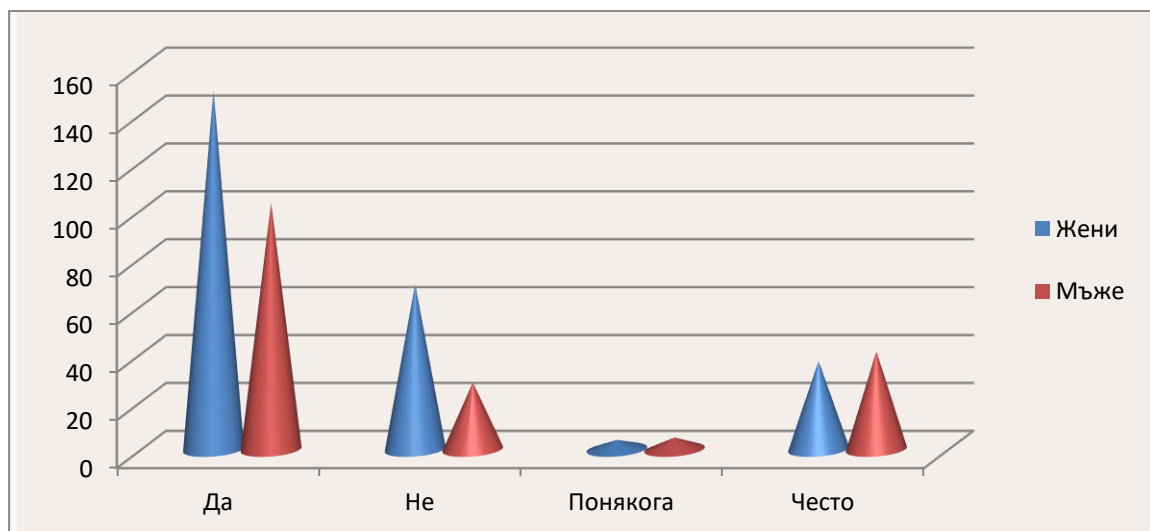
С постоянния напредък на технологиите през този век възникват все по-големи надежди у хората , загубили по една или друга причина своите крайници. Все повече от тях отделят сериозни средства, за да могат отново да усетят чувството да ходят, да тичат , да спортуват , да се справят с новите предизвикателства. От 260 жени 252 се чувстват нещастни, две са посочили „понякога” и шест са дали отговор „често” От 140 мъже 138 тях също са посочили отговор „да” и само двама отговор „често”. . Хората са нещастни, плачат, изпадат в тежки депресивни състояния, отчаяни са. След ампутация на засегнатия крайник повечето пациенти изпадат в пълна апатия. Продължават да изпитват тъй наречените фантомни болки (крайника който липсва е там). Тези проблеми може да забавят процеса на приемане и възстановяване.

Таблица № 11 Чувствахте ли се самотен?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	150	69	4	37
<i>Мъже</i>	103	28	5	4
Общо	253	97	9	41
Относителен дял	63.25%	24.25%	2.25%	10.25%

Чувството на самота е естествено чувство. То се изпитва от много хора в определени ситуации. От друга страна, самотата може да бъде и състояние на духа. Тогава човек се чувства самотен независимо от количеството и качеството на социалните контакти. Много от възрастните хора живеят в безпокойство и несигурност, в самота и изолация. В особено трудно положение са болните и самотните, на които са необходими ежедневни медицински и социални услуги, които понякога се нуждаят просто от човешка топлина. С нарастване на възрастта нуждите на старите хора от медицинско обслужване се увеличават. Това се дължи на по-високата заболяемост, загубата на физически сили, отчуждението и липсата на активна комуникация. Много от възрастните хора са изправени пред самота

и изолация, което подпомага развитието на психически проблеми. Резултатите от анкетата показват, че част от тях, въпреки положението, в което се намират, поддържат контакти с приятели / телефони , срещи / или колеги. Преобладаващ е броят на пациентите, които се чувстват самотни.



Фигура № 11. Разпределение на пациентите според чувството им на самота

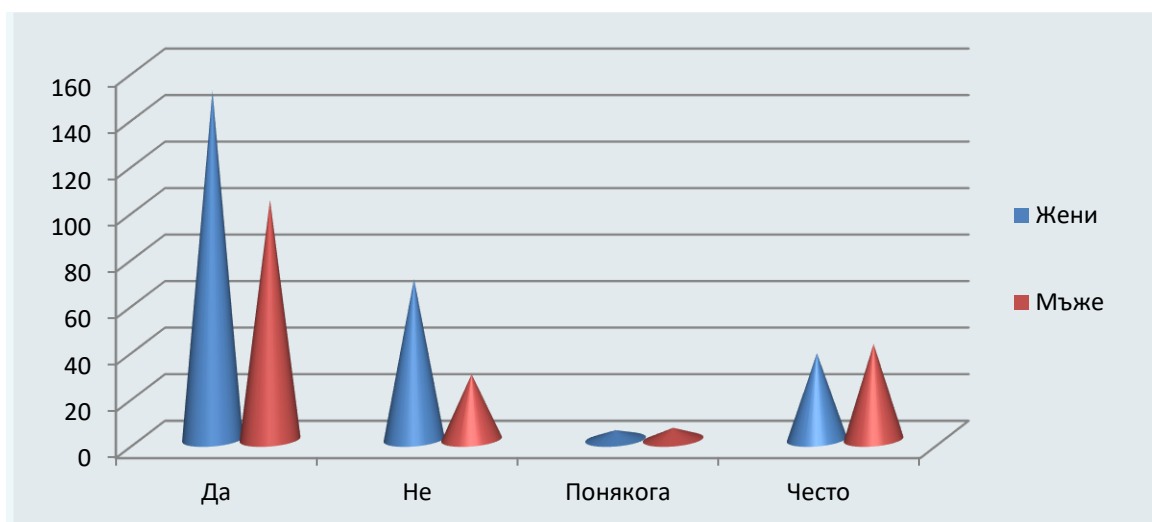
Таблица № 12. Чувствате ли се непълноценен?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	251	-	-	9
<i>Мъже</i>	138	-	-	2
Общо	389	-	-	11
Относителен дял	97.25%	-	-	2.75%

Общо 389 от анкетиранияте ни пациенти се чувстват непълноценни, съответно разпределени на 251 жени и 138 мъже, като по младите са посочили отвор „често” / 9 жени и 2-ма мъже /. Никой от пациентите не е дал отрицателен отговор.

До вчера, нищо неподозиращият човек, днес вече се чувства белязан, онеправдан, нещастен, изплашен, а много често и гневен, сърдит на другите

около него, независимо дали са приятели или роднини. Първоначалната реакция обикновено е шок и ужас, след това постепенно започват промените в психиката на човека, които промени се забелязват от неговите близки и те не знаят как да реагират на тях. Имайки предвид, че самите хора от обкръжението на болния са стресирани и разстроени, те често не знаят как да постъпят и в желанието си да помогнат правят неволни грешки. Повечето хора се затварят в себе си. Спират да се интересуват от каквото и да било и изпадат в дълбока депресия. Това е най-лошият вариант на реакция на осъзнатата непълноценност.



Фигура № 11 Разпределение на пациентите според чувството им на непълноценност

Таблица № 12 Избухвате ли без причина?

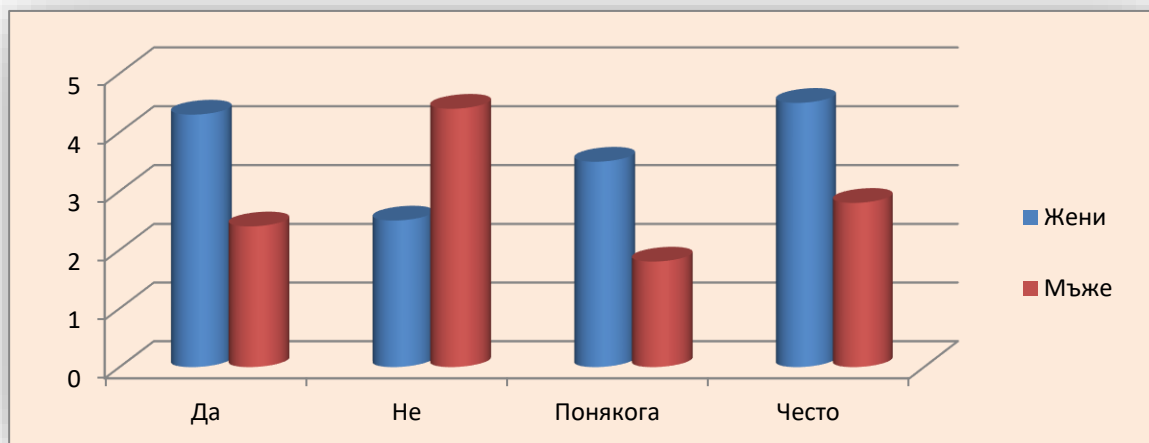
Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	111	22	29	98
<i>Мъже</i>	109	7	9	15
Общо	220	29	38	113
Относителен дял	55%	7.25%	9.5%	28.25%

Първоначално много от ампутираните избухват без причина – изпитват гняв и насочват този гняв към близките и семейството си. Някои се опитват

да насочат вниманието си към проблеми , които са извън тях, за да избегнат своите собствени чувства. По думите на един от анкетираните пациенти:

- „Аз трябва да се съсредоточа върху това, което все още имам, и което все още мога да направя, и да престана да мисля за това, което нямам”.

Фактът, че гневът е излязъл от контрол е от съществено значение за справяне с проблема. Неконтролираният гняв води до нежелани последици.



Фигура № 12 Изблици на гняв

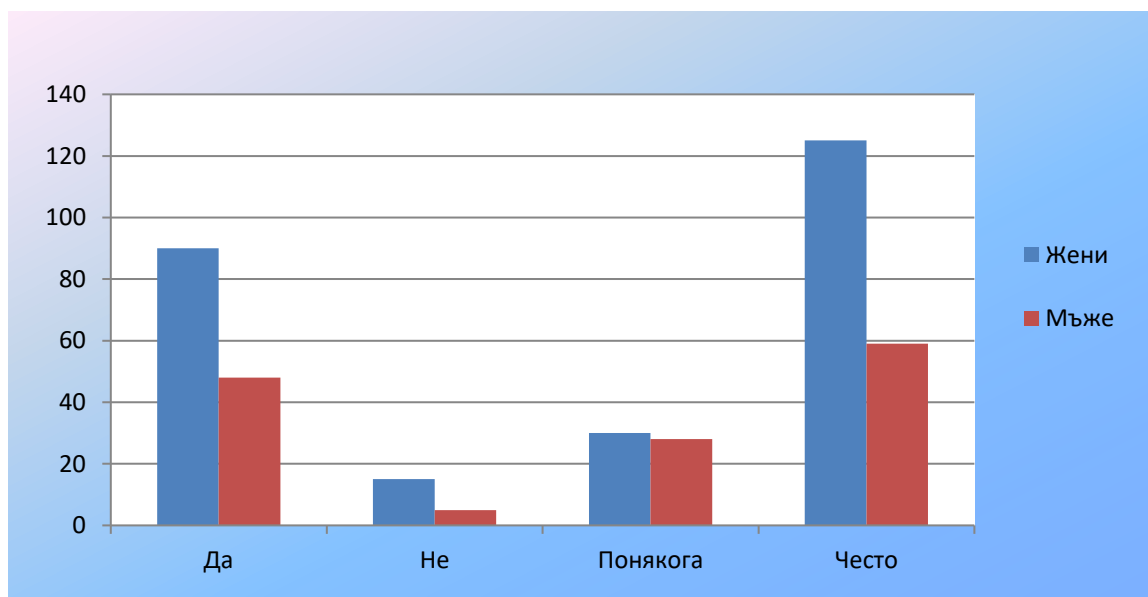
Интересни са резултатите на този въпрос, тъй като има и хора сред анкетираните които са посочили, че не избухват без причина както жени, така и мъже. Като цяло, резултата е ясен. 111 жени са дали отговор „да”, че избухват без причина, 22 от тях споделят че избухват когато имат причина, 29 - „понякога” и 98 избухват „често”. При мъжете 109 са посочили категоричен и ясен отговор „да”, като 7 от тях са написали „не”, 9 „понякога” и 15 мъже избухват „често” без причина.

Таблица № 13 Плачете ли често?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	90	15	30	125
<i>Мъже</i>	48	5	28	59
Общо	138	20	58	184
Относителен дял	34.5%	5%	14.5%	46%

Плачът е физиологичен израз на силна емоционална възбуда. Контекстът, в който е зададен тук въпросът за плаченето е явно плач от мъка, от жал към себе си, от невъзможност да преодолеят или поправят някоя неща, страх, гняв и т.н.

Всеки случай е индивидуален и всеки човек реагира по различен начин на ударите на съдбата.



Фигура № 13 Плачете ли често?

Общо 138 души от 400 анкетиранни дават положителен отговор, като най – голям е броят на хората, които споделят и в беседи, че плачат често. Техният брой е 184, като 125 от 260-те жени са посочили отговора и 59 от 140 мъже.

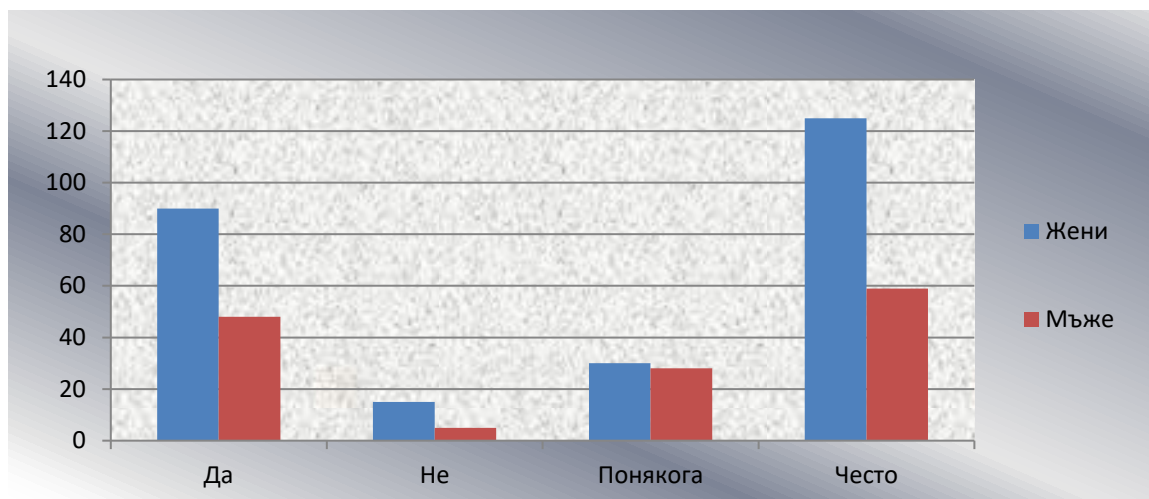
Когато в семейството се появи болест у някой от неговите членове, това винаги е стресиращо и тъжно събитие. То създава проблеми за всички близки, усложнява отношенията между тях и променя обичайните стереотипи на поведение. Тези промени в семейството повлияват като бумеранг самочувствието и боледуването на пациента.

Таблица № 14 Чувствате ли се в тежест на семейството си?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	245	2	3	10
<i>Мъже</i>	132	5	-	3
Общо	377	7	3	13
Относителен дял	94.25%	1.75%	0.75%	3.25%

Същевременно няма съмнение, че близките са ключови фигури за болния човек и основните помощници в лечението. Те поемат най-голямата тежест от грижата за болния човек и често изпитват освен силната си привързаност и близост към болния близък, също така много болка, вина, стрес, и страх. Те също имат нужда от помощ и подкрепа. Господстващият в семейството стил на общуване, възгледи и идеали като цяло са онези ориентири, които формират бъдещите стремежи и ценности, а нерядко остават като образец за възрастния човек. Психообразователната работа се провежда с пациентите и с техните близки, членовете на семейството или на друга поддържаща среда, когато те имат желание активно да подкрепят своя близък човек в усилията му да се справи с болестта и с последиците от нея. Това е ефективен подход особено при сериозни болести, и се провежда както индивидуално с пациента, така и като компонент на семейни интервенции.

Основаната цел е да се предостави подкрепа на пациента и семейството му като се увеличат знанията на близките за болестта и лечението. Това обикновено води до увеличаване на капацитета за справяне с проблемите на болния човек и цялото семейство.



Фигура № 14 Чувствате ли се в тежест на семейството си?

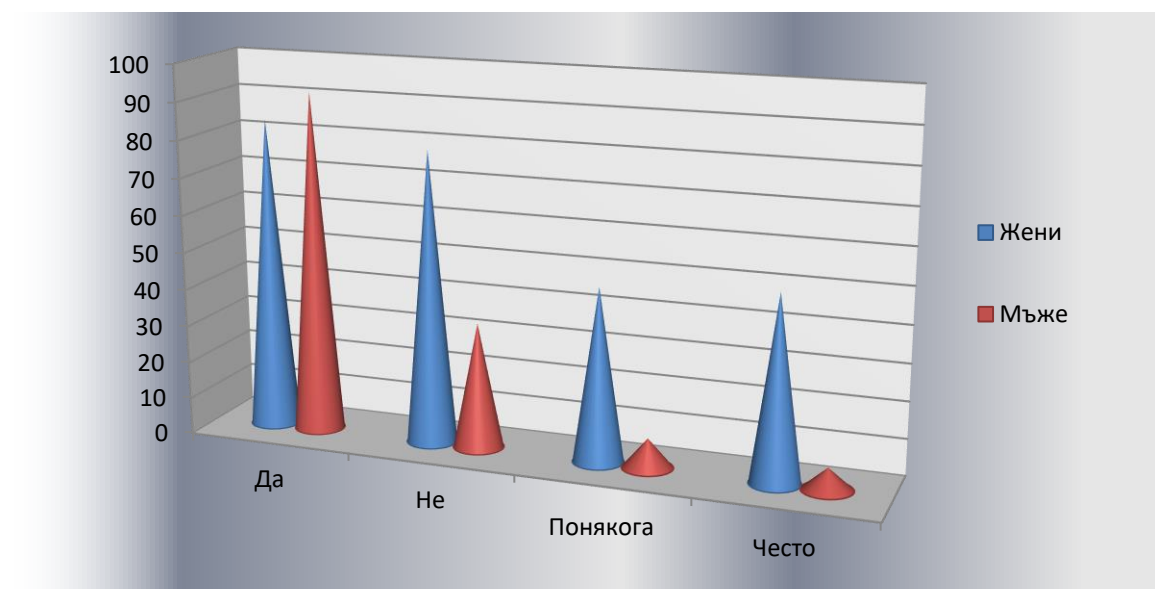
От показаните данни на таблица и фигура 14 става ясно, че 245 от изследваните жени споделят, че се чувстват в тежест на семейството си, две от тях са посочили отговор „не”, други 3 са написали „понякога”, а 10 често се чувстват в тежест и ненамират изход от създалата се ситуация. От мъжете 132-ма споделят, че се чувстват зле и излишни, разбират и осъзнават, че създават главоболия на близките и семейството си.

176 човека от анкетираните изпитват страх от това, че ще загубят партньора си, 113 не се страхуват, тъй като една част от тях не са обвързани, на други половинките са починали, доста са разведените и тези дето не ги интересува и не се притесняват от това. Почти е равен броят на тези дето „понякога” или „често” изпитват притеснение от това, че болестта и грижите около него може да доведат до срив в интимните им отношения /табл.15.;фиг.15/.

Таблица № 15 Страхувате ли се, че ще загубите /отблъснете/ партньора си?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
Жени	84	79	47	50
Мъже	92	34	8	6
Общо	176	113	55	56
Относителен дял	44%	28.25%	13.75%	14%

Любовта, потребността да обичаш и да бъдеш обичан, е най-важното в живота за човека. Така той може да развие своите най-добри страни. Напреженията, стълкновенията и конфликтите са мъчителни, дори непоносими за него, те обикновено го обременяват повече, отколкото е нормално, защото активират страха му от загуба. Трудно му е да си представи, че за разлика от него партньорът не изпитва същата потребност от близост, от която болният се нуждае. Затова той преживява нуждата на другия от дистанция като липса на благосклонност или като знак, че вече не е обичан. В любовната връзка на по-тежко увредения и депресивен човек преобладава страхът от загуба; заради това при него се стига до по-сложни, същински депресивни партньорски отношения.



Фигура № 15 Анализ на страха от загубата на партньора си

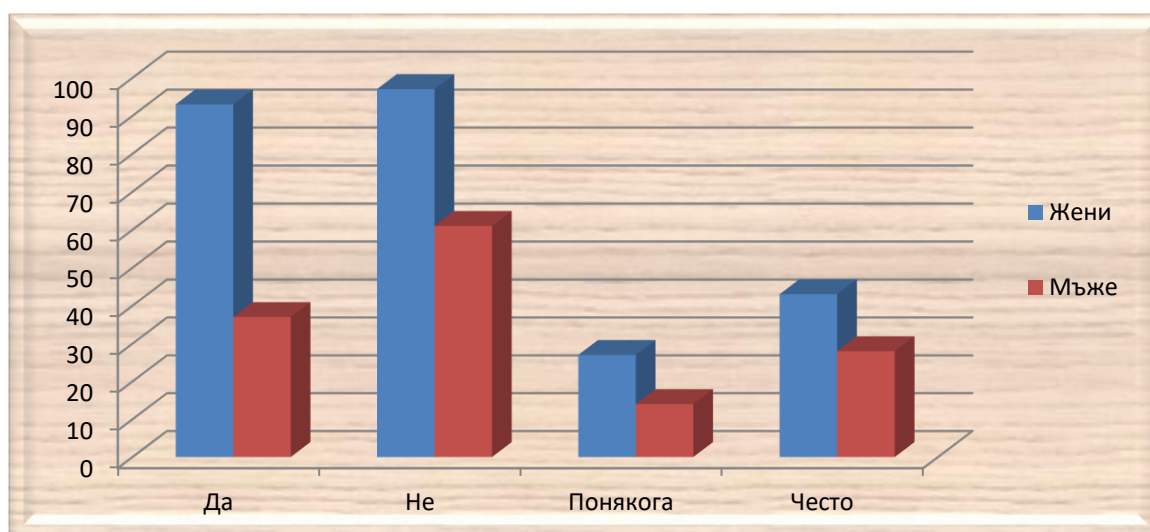
Предимно анкетиранията на млада възраст смятат че ще изгубят партньора си, други вече са го загубили, а трети се притесняват от загубата на партньора си, като отказ от гледане на самия него. Мъчителната тревога, страхът от самота или физическа немощ могат да превърнат човек в развалина. Хората, които не са в първа младост, а и по-възрастните, трябва да се научат да преодоляват своя страх. Въпреки че това е трудно, то е

необходимо, защото всеки човек трябва да живее пълноценно и да се радва на всеки ден от живота си.

Проведени са доста беседи по тази тема, чувство за страх, загуба на работа, назначаването на можещ и здрав човек на мястото на болния, страх от загуба на партньора си, приятелите си, отчуждаването от всички, затваряне във себе си са проблеми при много от респондентите /табл.16;фиг.16/.

Таблица № 16 Страхувахте ли се, че ще загубите /отблъснете/ колегите, приятелите си?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	93	97	27	43
<i>Мъже</i>	37	61	14	28
Общо	130	158	41	71
Относителен дял	32.5%	39.5%	10.25%	17.75%



Фигура № 16 Разпределение на пациентите според чувството им на страх от загуба

При жените, почти е еднакъв резултатът за „да” и „не”. 93 жени изпитват силни притеснения от това, че ще „отблъснат” колегите си и част от приятелите си, тъй като са в неравностойно положение и изпитват срам и безпокойство, изпадат в паника и депресия какво ще кажат приятелите им и

дали ще ги приемат в обществото. Беседите с младите анкетираните пациенти показват, че въпреки положението в което се намират , това не им пречи да си комуникират с приятели или колеги. Не се чувстват самотни. 27 човека се притесняват понякога и 43-ма са посочили, че изпитват чести притеснения и безпокойства само при мисълта за загуба на някой значим близък.

Предимно анкетираните след 35 – 40 годишна възраст се чувстват самотни и споделят невъзможността си за срещи с други хора.

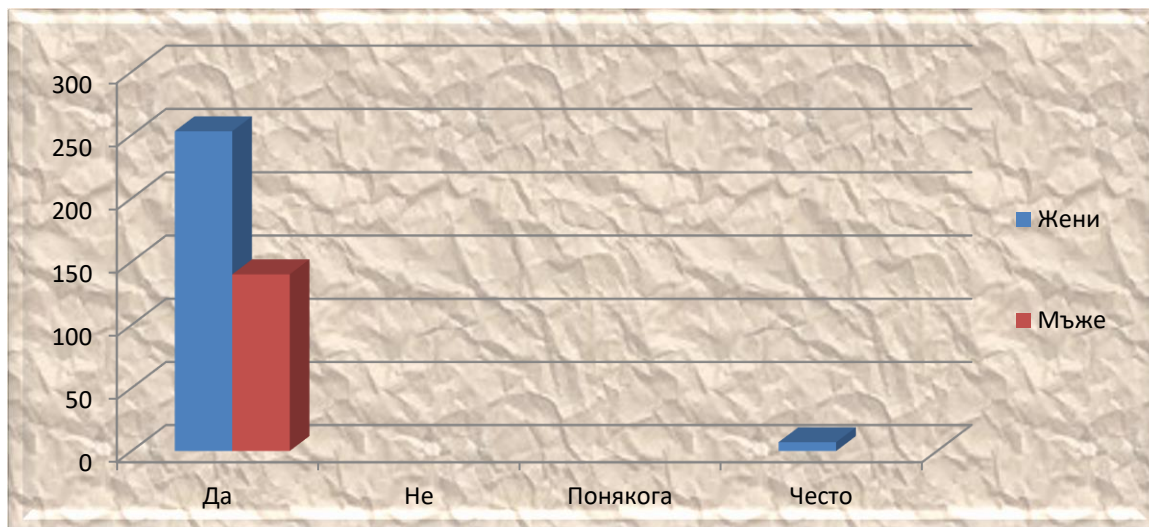
При мъжете, 37 са посочили безпокойство и страх от загубата на работното си място, отчуждението на колегите и приятелите си. Най – висок е броят на посочилите отговор „не” – 61 човека. Тези анкетираните имат своя кръг от приятели и за тях няма особено значение дали ще поддържат връзка с приятели или колеги. 14 са дали отговора „понякога” и 28 „често”.

В процеса на адаптация след проведената оперативна интервенция от съществено значение са грижите на кинезитерапевта / специалистът, който се занимава пряко с пациента / и комуникациите на медицинския персонал с тези болни. Медицинските работници трябва да притежават необходимите знания и професионална подготовка, за да подпомагат адекватно на пациентите след ампутация. Доброто информиране на болните и тяхната подготовка за предстоящите проблеми е важна част от грижите , които трябва да се осъществят още по време на хоспитализацията и предпротезната подготовка. Това е времето, в което трябва да се подготви пациента за самото протезиране и адаптиране към околната среда.

Таблица № 17 Общувате ли с хора във вашето положение?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	253	-	-	7
<i>Мъже</i>	140	-	-	-
Общо	393	-	-	7
Относителен дял	98.25%	-	-	1.75%

Всички пациенти единодушно споделят неволите и тревогите си за предстоящите им манипулации.



Фигура № 17 Общувате ли с хора във вашето положение?

Без съмнение, резултатите от анкетата сочат, че пациентите общуват помежду си, защото „изпаднали” в това положение, търсят сродна душа, подобна съдба и несъмнено споделят тревогите си и това, пред което съдбата ги изправя. Животът след ампутация е една огромна физическа загуба и в много случаи е емоционално опустошителна. Всеки преодолява тези чувства по различен начин. Физически тялото претърпява промени и може да засегне всички области на живота. Загубата на интерес към живота и затварянето в себе си е напълно характерно. За преодоляване на загубата на крайник е от изключително значение обкръжаващата среда и подкрепата на близките. Този период може да продължи дълго време за някои, а други да го приемат като предизвикателство и смело да продължат живота си напред. Начинът на живот се променя и човек е принуден отново да се справя с ежедневните си задължения, но по един различен начин. Всеки един от нас води непрестанна борба с живота, докато го има. Къде съзнателно, къде не. За някои тази борба е по-лесна, за други по-трудна, за трети - крайно мъчителна.

Как мотивирате себе си в трудни моменти?

- Мисля позитивно
- Усмихвам се повече
- Надежда за по добро бъдеще
- Подкрепа от семейство, близки, познати
- Емоционална подкрепа
- Любов - желанието да обичаме и да бъдем обичани.
- Самоувереност и сила
- Самоусъвършенстване - желание за самоизява, човек да даде най-доброто от себе си
- Друго....

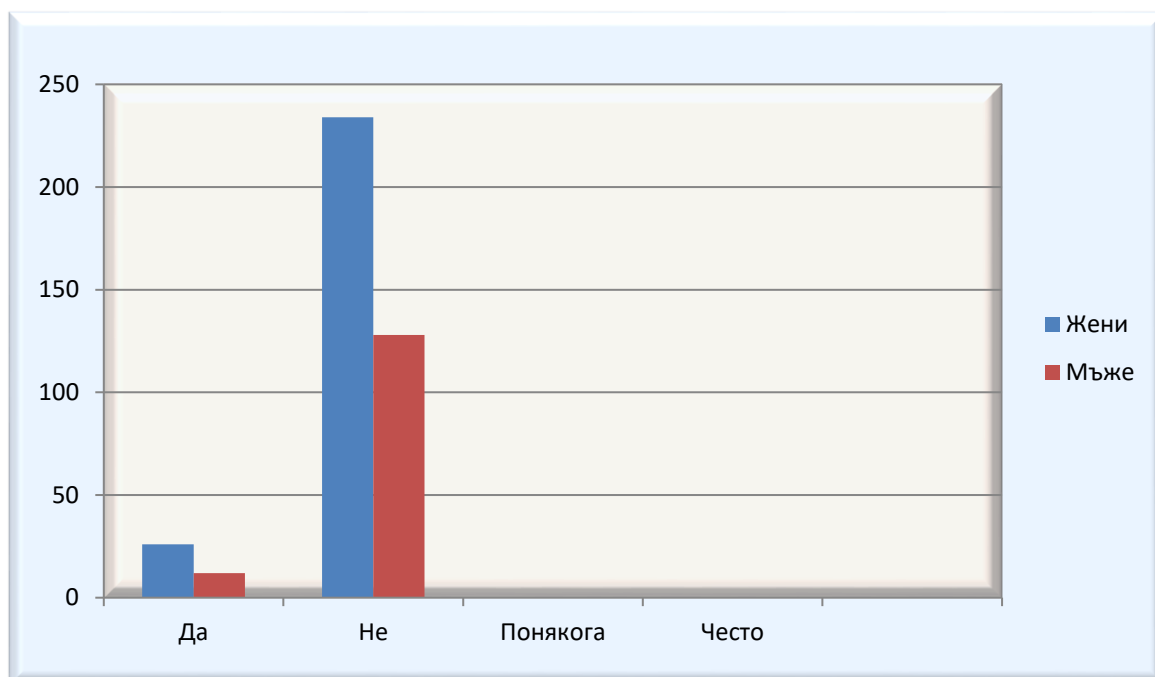
Въпросът е отворен и дава възможност на всеки пациент да помисли върху него и за това какво го мотивира да се „завърне” в обществото и към стария си начин на живот.

Таблица № 18 Мотивиран ли си да не се поддадеш на самосъжалението?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	26	234	-	-
<i>Мъже</i>	12	128	-	-
Общо	38	362	-	-
Относителен дял	9.5%	90.5%	-	-

Самосъжалението е състояние на духа, в което мнозина изпадат, Някои с повод и рядко, други без повод, но за сметка на това, често. Усещането, че си жертва на някого или на нещо, има разнообразно влияние върху мотивацията на личността. От една страна я оневинява. Всички грешки и неудачи не са допуснати поради нашия неправилен избор или действие, а са резултат на чуждо лошо отношение или липса на късмет. Самосъжалението ни освобождава от отговорност за собствения ни живот. От друга страна, по странен начин се възприемаме като мъченици. Статутът на „жертва” ни възвисява в собствените очи и придава допълнителен смисъл на

съществуването ни, колкото и невзрачно да ни се струва то на моменти. Невинаги обаче, самосъжалението е приоритет на пасивните и примиренчески настроени индивиди.



Фигура № 18 Мотивиран ли си да не се поддадеш на самосъжалението?

Резултатите са повече от ясни. Хоспитализираните пациенти, които са посочили отговор „да” са предимно младите хора, които осмислят ситуацията и знаят, че за да се ресоциализират в обществото, трябва да положат усилия и да не се отдадат на самосъжаление. Всички останали мислят по различен начин и изваждат различни доводи с които да убедят, че са прави.

Какво предприемате, за да преодолеявате трудни психоемоционални моменти?

- Плача
- Затварям се в себе си
- Чета книга
- Пия повече
- Приемам успокоителни лекарствени средства

- Споделям с приятели
- Опитвам се да мисля позитивно
- Друго...

Разнообразни са отговорите в анкетните карти, тъй като всеки пациент по различен начин възприема случилото се. Повечето от пациентите пожелаха да беседваме, за да могат да „излеят” душата си да споделят емоцията си, а не да пишат на лист хартия. Изпаднали в депресия, невиждащи светлина в тунела който се намират, нямат желание да продължат напред и нищо не е в състояние да промени мисленето им. Чувстват се като ненужни и по скоро искат мъките има да приключат. Не предприема нищо, освен да се самосъжаляват и плачат често, че тежат на плещите на близките си. Предимно децата и младите хора до 35 годишна възраст мислят по различен начин от възрастните. Ампутацията за тях е нещо, което е трябвало да се случи и е било животоспасяващо. Приемат трудно нещата, изпадат в депресия, гняв, болка, отричане, но минава време и идва момента във който осъзнават че трябва да си помогнат те самите. Повечето от тях са амбицирани и не се поддават на самосъжаление. Опитват се да се научат да ходят и да „грабнат” отново живота си в ръце, макар и със изкуствен крайник. Респект и уважение.

Постоянно се говори и пише за изразяване на себе си, за истинското ни Аз, за позитивното мислене и как да преоткрием вътрешния си свят и да създадем хармония между отделните части. Понякога низ от неприятни събития или нещо извънредно ни се стоварват и се чудим как да ги приемем, преживеем и разрешим. И се насочваме към себеопознаване и себепреоткриване, търсейки вътрешния мир. А къде са ни границите? Знаем ли кога и пред кого е добре да ги поставим категорично, за да не ги нарушава. Как общуваме със себе си – познаваме ли различните си чувства и емоции. Когато общуваме с околните, ние показваме различни свои страни. Мисля, че няма човек, който да не може да изброи поне няколко свои

положителни качества. Дори да е в най-потиснато и отчаяно състояние, ако му се зададе пряк въпрос, ще отговори. А може и да се идентифицира с няколко качества и да счита, че те определят личността му. В зависимост от периода, в който се намира, могат да са положителни и/или отрицателни. Как се приемаме, зависи от нагласите и натрупаните вътрешни, чрез опита и външни, от чуждите оценки, представи за себе си. Как реагираме, когато сме силно уязвими? Понякога имаме линия на поведение, включваща два-три познати начина на действие. Тези начини са ни помагали и помагат. Но и пречат на моменти, защото не са подходящи за всяка ситуация. Психически ако се настроим да успеем в някакво начинание, можем да се справим, дори да не притежаваме изключителна физика. Възможността да се справяме с трудните моменти и ситуации е сигурен знак за успех и щастие.

III част (заключителна)

Колко пъти сте били на рехабилитация?

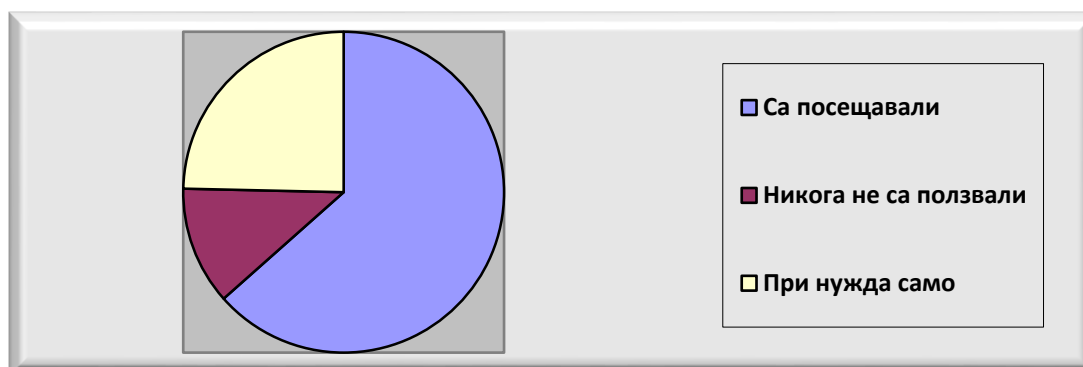
На този въпрос отговорите са много различни. Да започнем с това , че някой от пациентите въобще не им се е налагало да използват услугите на рехабилитатор и са нямали нужда от такива. Използвали са СПА-процедури и масажи - релаксиращи, отпускащи без медицинска насоченост. В течение на времето и с напредване симптомите на повечето от тях се налага да ходят на рехабилитация и кинезитерапия . Най – много нужда имат травматичните пациенти , защото преди да се стигне до ампутация на дадения крайник се правят опити за спасяването му чрез оперативни интервенции и последваща рехабилитация и кинезитерапия. Повечето са били с множество фрактури, при които е неизбежна реха-билитацията и опитите до пълно възстановяване на дадения крайник. Те казват, че са посещавали рехабилитатора си по два пъти дневно в зависимост от състоянието им.

Пациентите със злокачествени заболявания споделят , че едва когато разбрали за коварната болест, се е налагало по принуда да ползват услугите на терапевта.

Аз съм на мнение , че пациентите (особено тези в средна и по-напреднала възраст) трябва да променят начина си на живот в посока редовно упражняване на умерено физическо натоварване и поддържане на определена физическа кондиция. Кинезитерапията, т.е. упражняването на редовна физическа активност, има за цел и да поддържа в добро състояние мускулите, да профилактира евентуалното настъпване на инактивитетни хипотрофии или контрактури, да активира различните видове модулиращ низходящ контрол (подтискащ болката), да постигне и поддържа емоционалния тонус на пациента. Активната кинезитерапевтична програма профилактира настъпването на особено опасния “ping-pong” ефект на лекарствата върху кръвно-захарното ниво и редуцира по-трудно понасяните от диабетиците екстремни гликемични нива (сутрешни “долини” и постпрандиални “планини”). По наше мнение това превръща кинезитерапията в мощен съюзник на съвременните антидиабетни медикации (сулфанил-урейни препарати, акарбоза, инсулини). Препоръчват се общо-укрепващи упражнения, аналитична и функционална гимнастика; стречинг; пасивни мобилизации; ЛФК, игри без състезателен характер, теренно лечение, дозиран туризъм и умерено спортуване

Упражнения с надуваема мека топка, йога и фитнес; масаж под формата на яка или общ масаж (класически или точков) и т.н. Много важно и от съществено значение има ЗАНИМАТЕЛНА ТЕРАПИЯ с психолог или психотерапевт, с цел вграждане на пациента в обществото. При всички пациенти независимо с какво заболяване са препоръчваме периодично провеждане на курсове по физикална терапия и рехабилитация, осигурени от мултидисциплинарен екип (лекар-специалист по физикална медицина, кинезитерапевт, рехабилитатор, процедурчик) - амбулаторно (в

условията на ДКЦ) или стационарно (в специализирани рехабилитационни болници или санаториуми.



Фигура № 19 Какъв е % на посещавалите рехабилитация

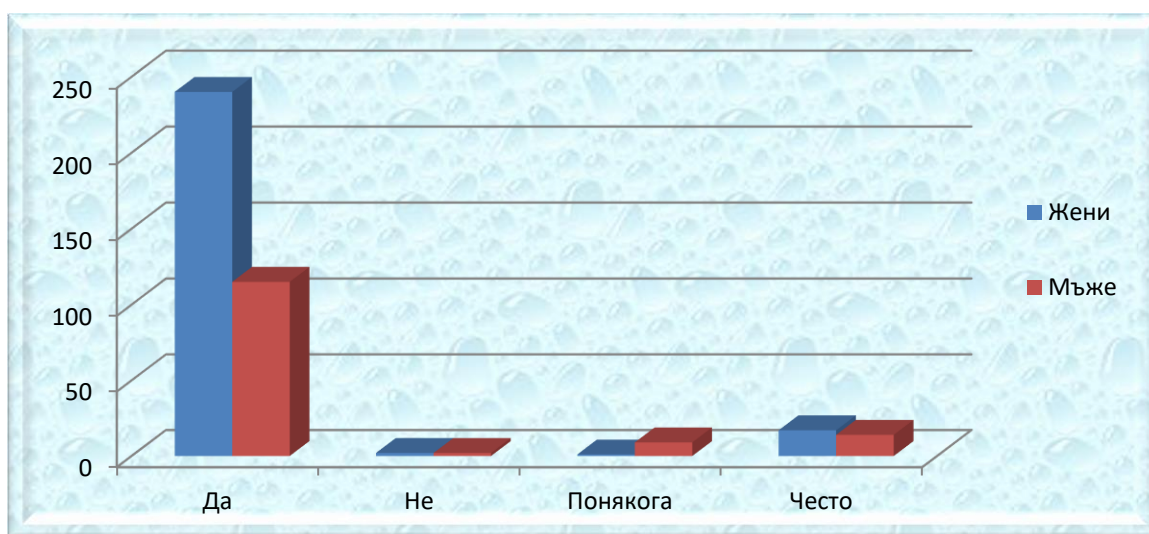
Ежедневното самостоятелно ходене, самообслужване е съществен елемент от чувството на човека за достоен живот . То включва такива елементи като чувство на самостоятелност, гордост, независимост и свобода, хигиенни стандарти – лична етична норма за свобода. Елементи като чувство на самостоятелност, гордост, независимост и свобода, хигиенни стандарти – лична етична норма за свобода. Загубата на самостоятелност нарушава вътрешната хармония в тази насока и може да влоши значително собствената самооценка. Всеобщото признаване на тази потребност се изразява в отдавна съществуващите програми за лични асистенти в социалните държав , за премахване на архитектурните препятствия и в нормативите за правата на пациентите. То е свързано с проблема за обезвластяването. У нас това право и тази потребност се регулира с Наредба за предоставяне услугата „ социален асистент ”.

Таблица № 19 Имате ли затруднения при ходене?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	240	2	1	17
<i>Мъже</i>	115	2	9	14
Общо	355	4	10	31

Относителен дял	88.75%	1%	2.5%	7.75%
-----------------	--------	----	------	-------

Почти всички пациенти имат затруднение при ходене. Това е нормално, тъй като ходенето с протеза не е елементарно и трябва специално обучение на такива пациенти. Предимно децата са отговорили, че нямат притеснение по отношението на ходенето и не се чувстват възпрепятствани, тъй като за тях е по - лесно, нямат сериозни заболявания и ампутацията е травматична - в следствие на катастрофа или туморно образование.



Фигура № 20 Имате ли затруднения при ходене?

Една от най-честите причини за безсъние е болката. Докато подобен род болки отшумяват бързо, безсънните и мъчителни нощи са „ежедневие” за повечето хора след ампутация. В допълнение със силните болкови терзания безсънието може да доведе до умора и депресия. В крайна сметка не само вие страдате, стресът и лошото настроение се пренасят вкъщи и на хората около вас. И това е само началото.

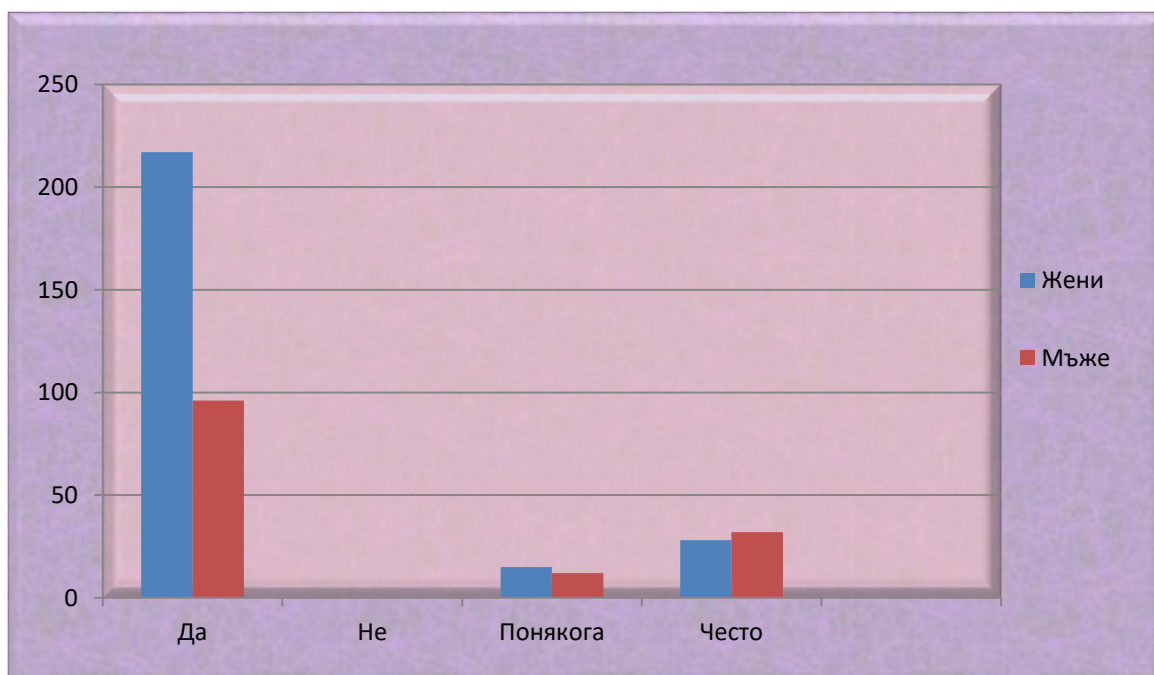
Таблица № 20 Имате ли неспокоен сън от болка?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
Жени	217	-	15	28
Мъже	96	-	12	32
Общо	313	-	27	60

Относителен дял	78.25%	-	6.75%	15%
-----------------	--------	---	-------	-----

Съществуват достоверни доказателства, че безсънието засилва болковите усещания, което поражда началото на порочен кръг. Болката не ви дава покой през нощта, а липсата на сън предизвиква още болка.

Едно от предизвикателствата на първоначалните медицински грижи може да бъде справянето с усещането за фантомен крайник или фантомна болка в липсващия крайник. Усещането за фантомен крайник е чувството, че ампутираният крайник все още съществува; повечето хора с ампутирани крайници имат такива усещания в различна степен. От пет до десет процента от хората с ампутирани крайници изпитват и фантомна болка в липсващия крайник. Фантомната болка в липсващия крайник може да възникне непосредствено след травмата или да се развие седмици или месеци по-късно. Изглежда, че се среща по-често при хората, които са загубили крайниците си в по-напреднала възраст. Както подсказва името, фантомната болка има немного ясен произход.



Фигура № 21 Имате ли неспокоен сън от болка?

Става ясно, че от общо 400 изследвани пациенти, 313 са дали положителен отговор, че не могат да спят нощно време вследствие на болки, дискомфорт, неудобна поза. 15 жени са казали „понякога”, тоест не са постоянни болките и 28 от тях „често” неспят и ги усещат . При мъжете 96 човека посочват, че постоянно изпитват болки и това им пречи да заспят, 12 са посочили „понякога” и 32-ма „често”.

Инвалидността (уврежданията) е състояние на ограничение във възможностите на даден човек да взаимодейства с обкръжаващата го среда, което му създава социални, интелектуални, физически или морални затруднения. В повечето страни на всеки 10 поне 1 е с физически, умствени или сериозни дефекти. Като проблем това състояние се отразява на поне върху 25% от населението. Инвалидността може да бъде резултат от текущи или минали физически травми или от различни психически състояния.

Таблица № 21 Имате ли нарушено самообслужване?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	253	-	-	7
<i>Мъже</i>	138	-	-	2
Общо	391	-	-	9
Относителен дял	97.75%	-	-	2.25%

Резултатът е ясен. 391 от 400 анкетирани пациенти са посочили, че имат нарушено самообслужване. Общо 9 човека са посочили „често”, като поясненията са различни. Диабетно болните споделят, че имат замъглено виждане и не могат сами да се придвижват. Същите споделят , че имат придружители в къщи (роднини или познати, които се грижат за тях) .

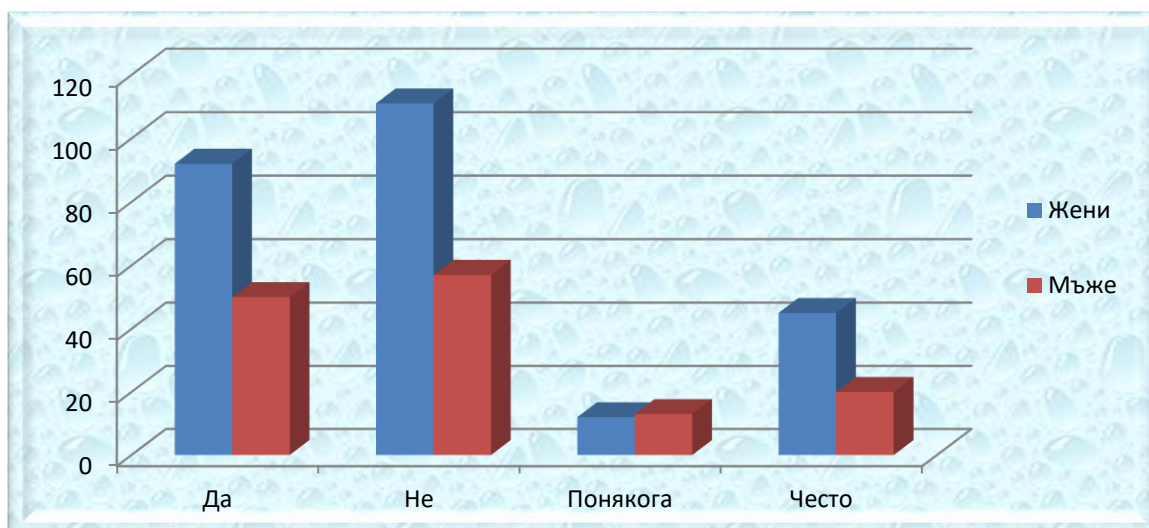


Фигура № 22 . Имате ли нарушено самообслужване?

Таблица № 22 Нужда от помощ при хранене?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	92	111	12	45
<i>Мъже</i>	50	57	13	20
Общо	142	168	25	65
Относителен дял	35.5%	42%	6.25%	16.25%

От 260 жени, нужда от помощ при хранене имат 92 от тях, тъй като са лежащи и немогат сами да се обслужват. Диабетната полиневропатия също оказва силно влияние. Отпаднали, изтощени организми изискват всекидневни грижи като хранене, къпане, помощ при обличане / събличане / и рехабилитацията при тези хора е изключително трудна. 111 жени са посочили, че нямат нужда от помощ при хранене, 12 са отговорили „понякога” и 45 са дали отговор често. При мъжете, 50 анкетирани споделят, че немогат самостоятелно да се справят, 57 нямат нужда от помощ, 13 имат нужда „понякога” и на 20 болни се налага „често” да бъдат обслужвани.



Фигура № 23. Нужда от помощ при хранене?

Както е известно, различни заболявания сковават не само хората в напреднала възраст, но и младите. Човек може да се окаже лежащо болен, и в такава ситуация няма как да мине без странична помощ, особено когато е с ампутирен крайник.

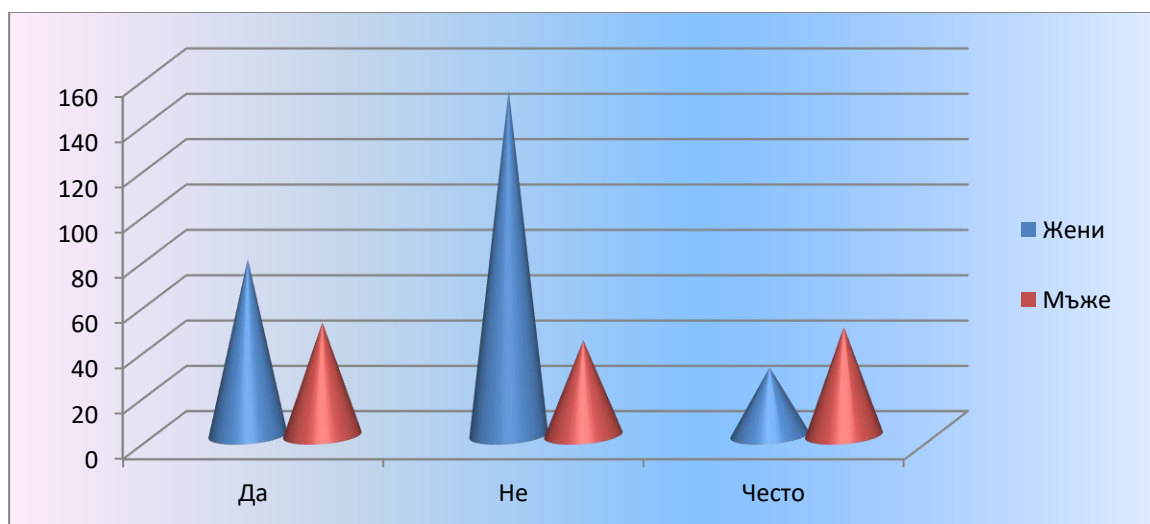
Таблица № 23 Налага ли се да стоите в леглото през деня?

Пол	Да	Не	Често
<i>Жени</i>	78	152	30
<i>Мъже</i>	50	42	48
Общо	128	194	78
Относителен дял	32.5%	48.5%	19.5%

На този въпрос, зададен през различния период от престоя в хоспис „СЛЪНЧЕВ ДОМ”, отговорите са различни. Добре знаем, че след ампутиация, всеки един пациент лежи, защото се изискват огромни грижи за чукана и за самия него. Това е времето, когато пациентът прекарва цял ден в леглото. На по – късен етап след рехабилитация, пациентите се приучават да стават, следват вертикализации до седеж в леглото и стоеж.

Анкетната карта е дадена за попълване, когато голяма част от пациентите се събират в залата по кинезитерапия и всеки следва да бъде

обучен как да се научи правилно да ходи с протезата. От 260 жени, 152 от тях са в движение през деня, седят в инвалидни колички, разхождат се. За съжаление обаче, 78 от анкетираниите пациенти са приковани към леглото и ставането или самостоятелното хранене за тях е много трудно и почти невъзможно на този етап. Нужно им е повече време. 30 души от 260 са посочили че им се налага „често” да са в леглото, тъй като се уморяват бързо или имат болки, които ги принуждават да заемат определена позиция. При мъжете отговорите са почти близки. От 140 анкетирани болни, 50 от тях се налага да бъдат в леглото през по голямата част от деня. Други 42-ма са в движение и нежелаят да се залежават, а 48 мъже са посочили че често си лежат в леглото, стават за малко и отново пак лягат.



Фигура № 24 Налага ли се да стоите в леглото през деня?

Повечето пациенти посочват че не могат да използват градски транспорт. Други признават, че изпитват притеснения и неудобство и трябва да има някой до тях, за който да се хванат за ръка, да си приказват дори.

Таблица № 24 Можете ли да ползвате градския транспорт?

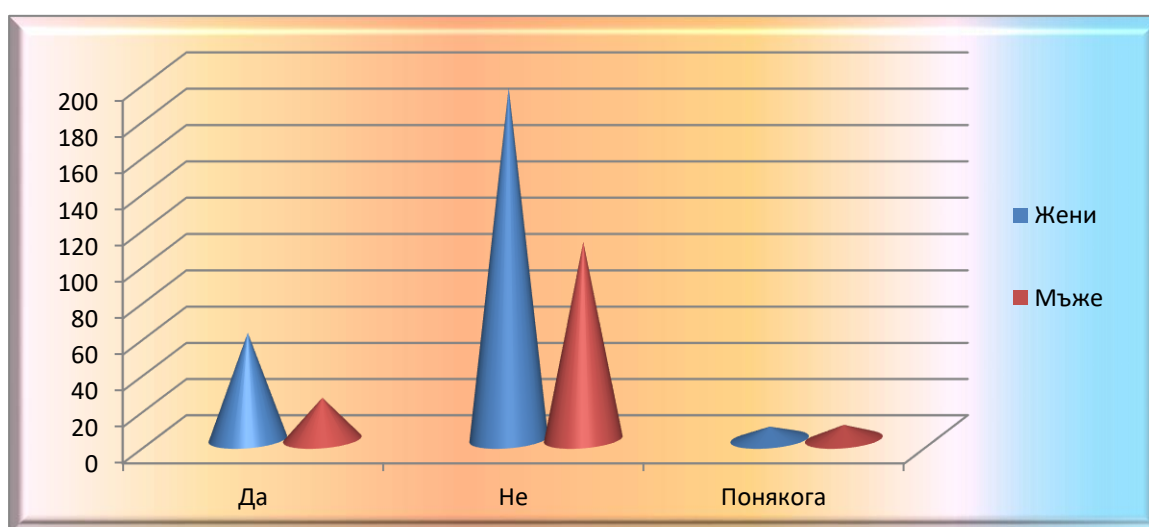
Пол	Да	Не	Понякога
<i>Жени</i>	59	194	7
<i>Мъже</i>	23	109	8

Общо	82	303	15
Относителен дял	20.5%	75.75%	3.75%

Хората със злокачествени образувания споделят, че след прекараната химиотерапия изпитват притеснения, че някои ги гледа и предпочитат да не използват градски транспорт. Диабетно болните пък споделят, че със затрудненото зрение се притесняват дали ще могат да се качат на стълбите и още повече страх да не изпуснат спирката, на която трябва да слязат. Други признават, че обичат да се возят в трамваи, тролеи и не чувстват притеснения от нищо. Дори почти всеки ден използват градски транспорт.

Някой от травматичните пациенти споделят, че след такива тежки травми, които са получили, няма да се качат на градски транспорт никога, защото стъпалата са високи и ги плашат.

От 260 жени, едва 59 могат да използват градския транспорт, но нямат особено желание заради „блъскането“ вътре в автобусите. За 194 е невъзможно да си го помислят дори. 7 са посочили, че понякога го използват, предимно младите девойки. От мъжете, 23-ма могат да използват градския транспорт, 109 не желаят дори и 8 мъже са посочили „понякога“, когато не бързат за някъде, „не могат да харчат пари за таксита“.



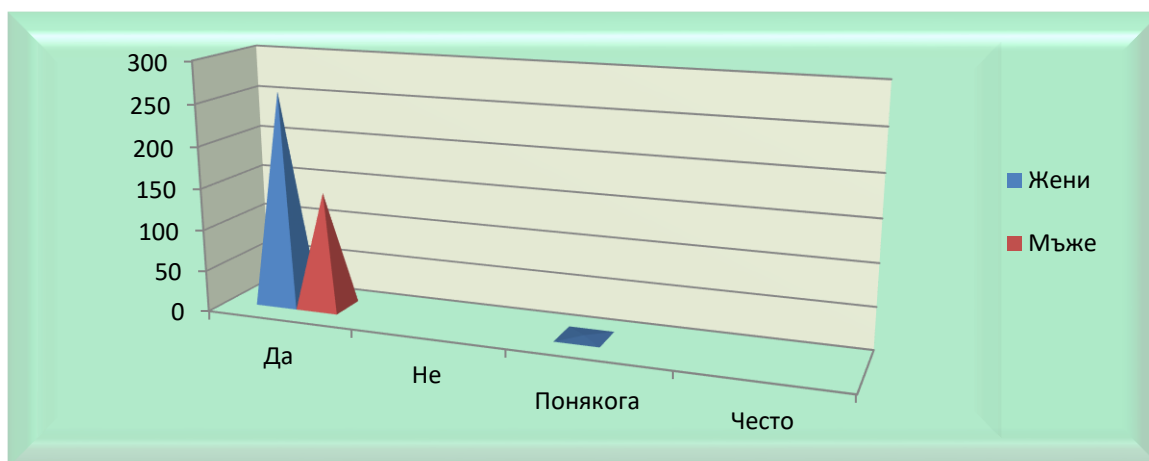
Фигура № 25. Можете ли да ползвате градския транспорт?

Грижите за болни хора включва много аспекти от живота: психологически, медицински, културни, социални, духовни. В допълнение към облекчаване на симптомите или облекчаване на болката, пациентът се нуждае от повече морална и психосоциална подкрепа и от честата нужда на придружител. Необходима е помощ и от близките на болния. Нормално е всеки от изследваните пациенти да има нужда от придружител в началото след ампутация и основно докато се научи да ходи с помощ и в последствие самостоятелно.

Таблица № 25. Имате ли честа нужда от придружител?

Пол	Да	Не	Понякога	Често
<i>Жени</i>	258	-	2	-
<i>Мъже</i>	140	-	-	-
Общо	398	-	2	-
Относителен дял	99.5%	-	0.5%	-

Значителен брой от анкетираните ни пациенти, освен, че са посочили „нужда от придружител”, споделят още, че в къщи плащат на хора да ги гледат и да бъдат неотлъчно до тях, тъй като самите те не се справят сами, а близките и семействата им работят или живеят в чужбина. Почти всички анкетиранни -398 да посочат, че имат нуждата от придружител, а двама са посочили „понякога”, защото смятат, че се справят сами, нямат нужда от помощ, а и в къщи няма кой да бъде до тях. Тези две жени са предимно млади.



Фигура № 26 Имате ли честа нужда от придружител?

Таблица № 27 Необходима ли постоянно медицинско обслужване и грижа за Вас?

Пол	Да	Не	Понякога
<i>Жени</i>	260	-	-
<i>Мъже</i>	140	-	-
Общо	400	-	-
Относителен дял	100%	-	-

На този въпрос всички пациенти са единодушни. Всеки има нуждата от адекватни медицински грижи, особено когато е в неравностойно положение.

Как оценявате себе си след кинезитерапевтичните процедури?

- Немога да ходя
- Ходя лошо
- Справям се, но ми е трудно
- Давам всичко от себе си за да успея
- Мога да ходя нормално
- Не съм научен/а достатъчно
- Справям се добре
- Справям се отлично
-

Таблица № 28 Самооценка след КТ процедури

Въпроси	Общ брой анкетирани	Относителен дял
Не мога да ходя	74	18,5%
Ходя лошо	58	14.5%
Справям се, но ми е трудно	70	17.5%
Давам всичко от себе си за да успея	68	17%
Мога да ходя нормално	30	7.5%
Не съм научен/а достатъчно	32	8%
Справям се добре	48	12%
Справям се отлично	20	5%
Общ брой анкетирани пациенти: 400		

Направихме подробна таблица, която показва мнението и самооценката относно посочените подвъпроси.

Прави впечатление че най - висок е броят на хората, които дават оценка за себе си, че не могат да ходят, като техният брой е 74 / общо жени и мъже /. Това са хора предимно след 70 годишна възраст, които са с много заболявания и са лежащи. При тях кинезитерапията включва ЛФК / лечебна физкултура/ и ОРУ / общоразвиващи упражнения / в леглото, вертикализация до седеж и стоеж, обучение в правилно обущане и събуване на протезата, опити за ходене.

От общо 400 анкетирани пациенти, 58 от тях смятат, че ходят лошо. Периодът за тяхното обучение зависи от това как се справят и колко бързо се приучават и нагаждат към изкуствения крайник – протеза. Някои пациенти бързо се адаптират и научават, докато за други периодът е много по – дълъг. Голям е броят на хората, които са посочили, че им е трудно. Техният брой наброява 70. Логичен е въпросът защо толкова много хора са посочили този отговор?

Животът се променя, когато се наложи да носиш протези. Тялото е различно и това оказва влияние върху работата, забавленията и като цяло върху ежедневието. Няма съмнение, че това е тежка работа, но напълно си струва усилията.

68 болни казват, че дават всичко от себе си, за да успеят. Такива хора обикновено са силни и борбени личности. Справят се добре, ходят добре, но искат повече от това, на което са способни. Вярата в себе си е основната движеща сила за справянето с превратностите в живота, ключовият фактор за постигане на успех. В нито една област от живота си не можем да напреднем, ако не вярваме в себе си. Малък е броят на хората, които смело казват, че се справят и ходят „нормално”. Техният брой е 30. Същите са свикнали да се обуват самостоятелно, да поставят приемната гилза както трябва и тръгват като нормални хора с усмивка смело напред. 32-ма анкетирани пациенти смятат, че не са научени достатъчно добре да ходят. Техният престой в хоспис „СЛЪНЧЕВ ДОМ – М ЕООД” ще бъде по – дълъг съобразно индивидуалните им нужди. Оптималната рехабилитация има за цел да ги научи да ходят и да се справят добре.

Хората които посочват, че се справят добре, са 48 от общо 400. Тези хора споделят, че се чувстват добре, спят добре, хранят се добре и ходят добре. Приемат, че всичко след ампутацията е минало по начина, по който е трябвало, и сега се чувстват щастливи от това, което са научили и това през което е трябвало да преминат, за да станат по силни. Само 20 респонденти от 400 анкетирани смятат, че се справят отлично. Това са както млади хора, така и хора от средна възраст.

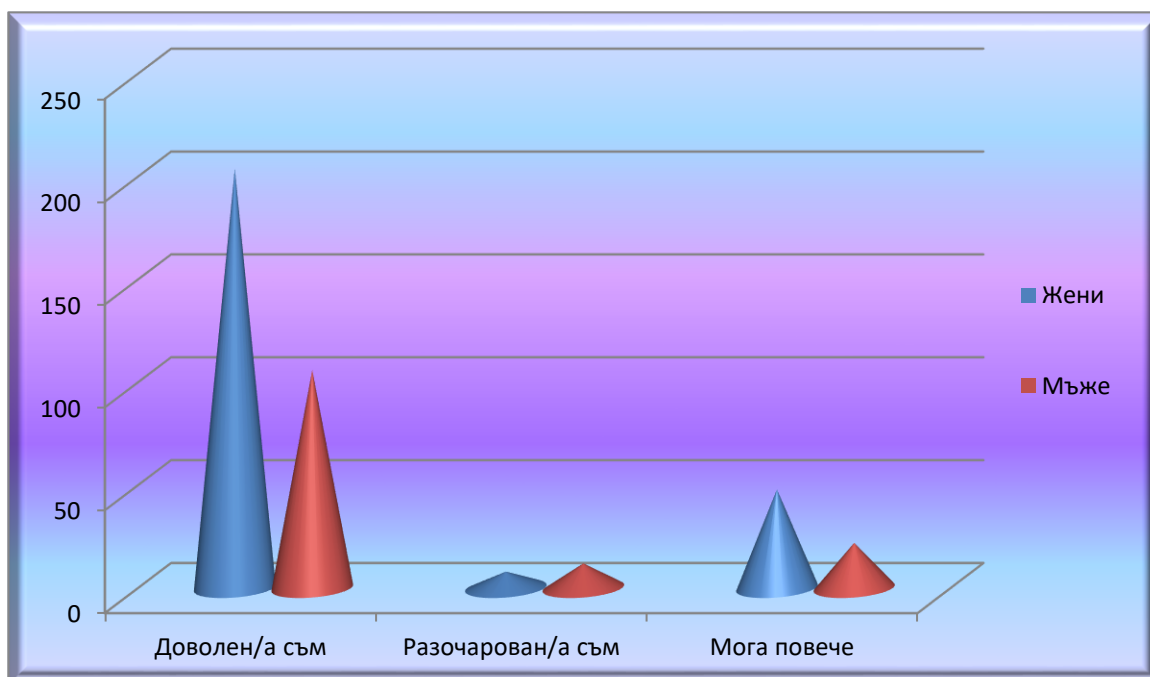
За да не се предаде под напора на тежкия живот и ежедневно страдание, на човек му е нужна вяра. Желанието за нови достижения и откриване на нови простори не само за тялото, но и за душата, е по силно дори и от естествения инстинкт за самосъхранение. Вярата дава сили и прави хората по – добри и по – щастливи. Животът никога няма да може да смачка тези, които я притежават – те ще продължат напред ден след ден, ще раздават щедро от нея на обезверените и ще им помагат също да се борят смело. Ако бъде наранена, вярата ще престане да съществува, но тя е толкова силна, така здраво бронирана, че никой и нищо не може да я срази.

Таблица № 29 Какво мислите за лечението Ви?

Пол	Доволен/а съм	Разочарован/а съм	Мога повече
<i>Жени</i>	204	8	48
<i>Мъже</i>	106	12	22
Общо	310	20	70
Относителен дял	77.5%	5%	17.5%

От общо 400 анкетирани пациенти, 310 от тях, разделени на 204 жени и 106 мъже са посочили, че са доволни от лечението им, от отношението на медицинския персонал към тях, най-вече от кинезитерапевтичните процедури, предпротезната подготовка, индивидуалните комплекси от упражнения изготвени лично от дисертантката, груповите занимания и др. Тези хора мислят позитивно, вярват в себе си и полагат много усилия, за да дадат положителен резултат за себе си, който им помага да се ресоциализират и да се върнат към стария си начин на живот. Само 20 ампутирани, съответно 8 жени и 12 мъже, са разочаровани. Тези хора нямат желание да ходят, виждат пред себе си „тунел без изход“, постоянно са подтиснати, недружелюбни. Подходът към тях е труден. Тези хора предпочитат да лежат в леглото и винаги намират причина, че нещо все не им е наред или удобно.

70 човека, от които 48 жени и 22-ма мъже, споделят, че „могат повече“ от това, което са постигнали до този момент. Такива хора са амбицирани и вярващи, че ще успеят. Напълно активни и трезво мислещи хора.



Фигура № 28 Какво мислите за лечението Ви?

3.3. Анализ на резултатите от приложената кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза

В постампутационният период в болничното заведение, както и след изписването, е необходима физиотерапия и кинезитерапия. Тя трябва да се състои от упражнения, укрепващи мускулатурата и възстановяване на мускулния баланс на чукана, подобряване циркулацията на чукана, поддържане нормалния обем на движение в ставите на ампутирания крайник, предпазване от контрактури, развиване на компенсаторни ловкости и механизми, развиване и подобряване на равновестните реакции и възможности, изваждане от психическа депресия. Обучение в ходене с патерици - започва на 3-7 ден след ампутацията и се провежда само при едностранно ампутиране.

Протезирането се дели на два основни етапа - първично и вторично. Първичното протезиране е това протезиране, което обхваща първите 6-10 месеца след ампутацията. Постампутационният период е свързан с

адаптацията на организма към липсата на крайник, възстановяване на кръвния и лимфния ток на чукана, спадане на постоперативния оток, както и частичната атрофия на мускулатурата на ампутационния чукан. Окончателното протезиране е протезирането на вече адаптирания / моделиран чукан от първичното протезиране/. Целта на този период е строго индивидуална в зависимост от състоянието на пациента, но има една задача, която е валидна за всички пациенти - обучение в ползване на протезното средство. Съществуват патологични фактори, които остават неотсраними при походката след ампутацията.

Цел на кинезитерапията е максимално възможно възстановяване естествената локомоция на болния и неговата ресоциализация.

Задачи на кинезитерапията:

- Мотивиране на болния
- Общо физическо укрепване на организма.
- Създаване на по – високи адаптативни възможности
- Аналитично засилване на мускулни групи на долните крайници- абдуктори и екстензори на ТБС и екстензори на колянна става.
- Трениране на координация и равновесие на болния
- Обучение в обуване и събуване на протезата
- Обучение в ставане , сядане , ходене по равен и пресечен терен
- Обучение в падане
- Обучение на пациента в грижи за чукана

Използвани средства на кинезитерапията

1. Дихателни упражнения
2. Общо-развиващи упражнения
3. Активни упражнения с и без съпротивление от различен произход
4. Постизометрична релаксация (ПИР)-за ишиокруралната мускулатура



Фиг.29 ПИР за ишиокруралната мускулатура



Фиг.30. Упражнения за - м.iliopsoas



Фиг.31. Общоразвиващи упражнения



Фиг.32. Упражнения за преодоляване на контрактурите

5. Аналитични упражнения за слабите мускулни групи

6. Упражнения за координация и равновесие

7. Упражнения за самообслужване:

- обуване и събуване на протезата;
- самостоятелно ставане и сядане;
- ходене по равен и неравен терен;
- преодоляване на препятствия;
- качване и слизане по стълби.

Методични указания

По време на обучението в ходене трябва да се наблюдава за:

- пълноценното натоварване на протезата;
- дължината на крачките да е еднаква;
- да не се допуска „косене” с протезата по време на маховата фаза с последната
- погледа да е насочен няколко метра напред, а не в краката.

Кинезитерапията провеждах два пъти дневно, което определям като: сутрешна и следобедна програма.

А) Сутрешната програма включваше:

- общоразвиващи упражнения;
- специални методики за борба с контрактурите;
- упражнения за координация и равновесие
- загрубяване на чукана с цел по-доброто им адаптиране към протезата и предотвратяването на болката;

- аналитични упражнения за слабите мускулни групи;

Б) Следобедната програма включваше:

- обучение в ходене с протеза:
- занимания в проходка заменяна поетапно с помощни средства(проходка,проходка и патерица,две патерици,проходилка,бастун-триопорен,едноопорен)



Фиг.33. Упражнения в стационарна проходка



Фиг.34. Самостоятелно ходене в стационарна проходка

- обучение в ходене по равен терен;



- обучение в ходене с преодоляване на различни препятствия;
- обучение в качване и слизане по стълби

Фиг.35. Обучение в ходене с проходилка



Фиг.36. Обучение в ходене с бастун с помощ

Фиг.37. Обучение в ходене с бастун без помощ

• Особенности на походката при подколянно протезирани пациенти

1. Когато пациентът се намира в положение на балансиран равновесен стоеж, краката са отдалечени и поставени на ширината на раменния пояс.

2. По време на ходене тялото е леко изнесено напред, така че ОЦТ да поддържа инерцията постъпателното движение на болния.

3. Характерно за крачковия цикъл на тези болни е само едно сгъване и изправяне на коляното, т.е. опорната фаза започва на изпънато коляно при оттласкване от пръстите.

4. Когато петата докосне земята квадрицепса стабилизира колянната става , а избутването на тялото напред се извършва от екстензорите на тазобедрената става с изпреварващо вкарване таза напред.

- **Противопоказания за кинезитерапия и обучение в ходене с протеза**

1. Много силна фантомна болка в липсващата.
2. Силно болезнени неврони.
3. Некроза или незарастнал оперативен шев.
4. Скоро прекаран инфаркт на миокарда.
5. Мозъчен инсулт с тежка остатъчна пареза.
6. Хипертония III степен.
7. Пациенти с тежка форма на старческа деменция.

- **Най-често допускани грешки при ходене с протеза**

На първо място протезните фактори и общо-физическия потенциал оказват влияние върху правилната походка на пациентите с подколянна протеза.

Възможностите на ампутирания крайник за контрол над протезата могат да бъдат разкрити само след добре извършена ампутация на крайника. Съществуват фактори които са неотстраними при походката след ампутация. Те са проблеми на протезирането , над които ампутираният няма пряк контрол. Затрудненията при ходене с протеза варират при различните нива на ампутация. Когато естественото коляно е запазено, проблемът за стабилността при протезирането се намалява.

Най – често срещаните отклонения в походката при подколянно протезирани пациенти са:

- Клатеща походка – причина за това е слабост на абдукторите на ТБС.
- Разлика в големината и продължителността на крачките – може да бъде причинена от неудобна протеза , предизвикваща болка и скъсяване опорната фаза на крайника.

- Протезираният няма добре развито чувство за баланс , изпитва страх и несигурност
- Ходене с голяма дължина на крачките – активира се флектирането на трупа и опорната функция върху помощните средства. По време на опорната фаза , коляното остава „ незаключено “ , което от своя страна води до нестабилност в походката и увеличава риска от нараняване на костния връх.
- Ходене с изразена хиперлордоза в лумбалния дял на гръбначния стълб поради наличие на флексионни контрактури в тазобедрените стави.

3.3.1. Резултати от мускулната сила и обема на движение в коленни и тазобедрени стави

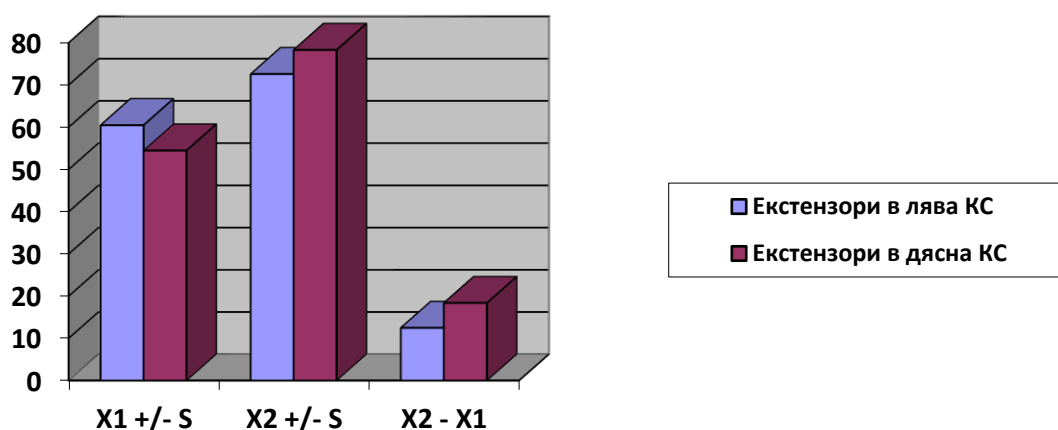
Таблица № 30. Резултати относно силата на антагонистичните мускулни групи в коленните стави

Средни стойности Мускулни групи	$\chi^1 \pm \sigma$	$\chi^2 \pm \sigma$	$\chi^2 - \chi^1$	t	p
Флексори в лява КС	3,4 ±0,38	3,95±0,46	0,55	6,19	<0,001
Флексори в дясна КС	3,54 ±0,43	4,31±0,44	0,77	8,65	<0,001
Екстензори в лява КС	3,64±0,42	4,15±0,48	0,51	5,75	<0,001
Екстензори в дясна КС	3,56 ±0,47	4,38±0,42	0,88	6,57	<0,001

На табл. 30 са отразени резултатите от тестване силата на мускулните групи флектиращи и екстензиращи коленните стави на ампутирания крайници. Отразените стойности показват достоверното и увеличаване , в резултат на приложената методика на кинезитерапия. Диапазонът на

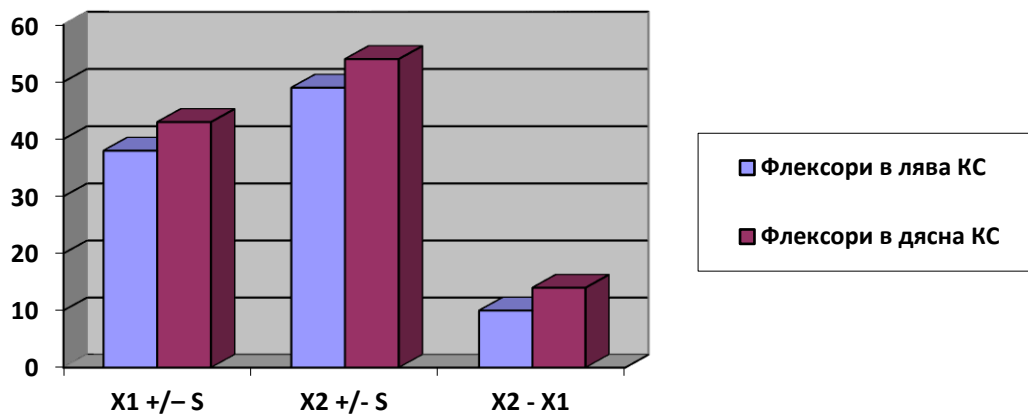
достоверните интервали, в които се намират средноаритметичните стойности за отделните болни е в тесни граници. Това гарантира тяхната стабилност за постигнатата сила на отделните мускулни групи.

Стойностите за силата на флексорите и екстензорите при началното изследване са сравнително ниски, което може да се обясни с продължителната хипокинезия, с настъпващата физиологична немощ с увеличаване на възрастта или с проблеми в направената миопластика на чуканите. След проведено лечение тя се е увеличила средно с 0,53 за мускулатурата на лявата колянна става и с 0,79 за дясната. За нашата работа първостепенно значение има силата на квадрицепса, понеже той стабилизира колянната става още в самото начало на опорната фаза и го поддържа активно до преминаване ОЦТ пред глезенната става на опорния крайник



Фиг.38. Екстензори в лява и дясна коленна става

От изображението на фиг.38 се вижда, че е постигнат по – голям резултат по отношение на екстензорите в колянната става на десния крайник , който е силния и предпочитания при повечето пациенти.



Фиг.39. Флексори в лява и дясна коленна става

От диаграмата на фиг. 39 добиваме представа за количествената разлика между флексорните мускулни групи на двете коленни стави на проследените болни. Ние сме убедени, че с тяхното засилване се възстановява нарушения баланс в силата на чукана , а това е предпоставка за улесняване в изкачването на стълби, в условията на затворена кинетична верига.

3.3.2. Резултати от мускулната сила в тазобедрените стави

На следващата таблица са отразени постигнатите резултати по отношение на мускулната сила в ТБС. За нас са еднакво важни както мускулите екстензиращи бедрото в ТБС, така и мускулите абдуктори стабилизиращи таза в хоризонтална позиция по време на опорната фаза.

Таблица№31. Резултати относно силата на мускулните групи стабилизиращи тазобедрените стави.

Средни стойности					
Мускулни групи	$\chi^1 \pm \sigma$	$\chi^2 \pm \sigma$	$\chi^2 - \chi^1$	t	p

Екстензори в лява ТБС	3,56 ±0,47	4,38±0,42	0,81	5,64	<0,001
Екстензори в дясна ТБС	3,49 ±0,45	4,48±0,46	0,99	7,76	<0,001
Абдуктори в лява ТБС	3,64±0,42	4,13±0,44	0,49	5,34	<0,001
Абдуктори в дясна ТБС	3,46 ±0,4	4,27±0,52	0,85	5,52	<0,001

От изнесените средни стойности в таб.31 се вижда, че подобряването на силата за екстензорите в ТБС е било почти еднакво и за двете ТБС.

3.3.3. Резултати от изследване на психоемоционалното състояние на респондентите, включени в кинезитерапевтичната методика с модул за психосоциална подкрепа

Отчитаме факта, че непосредствените индивидуални реакции към перспективата за ампутация варират в зависимост от това дали ампутацията е планирана, настъпила в контекста на хронично медицинско заболяване или е наложена от внезапната поява на инфекция или травма. Контекстът за ампутация засяга и психологичните последици по време на фазата на рехабилитация. Когато има време да се мисли за предстоящата загуба, могат да се видят класическите етапи на скърбене [122]. Сред тези етапи са отричането (често се проявява като отказ да се води дискусия или да се задават основни въпроси за планираната процедура); гняв ,който може да бъде насочен към медицинския екип; договаряне (чрез опит да се предотврати операцията или да се забави неопределено време като "Не искам да преминавам през някаква голяма хирургия"), депресия (под

формата на "заучена безпомощност", пасивност и апатия) и приемане (което може да не бъде постигнато в рехабилитационния процес).

След като се потвърди, че ампутацията неизбежно се налага, тревожността често се редува с депресия. Това безпокойство може да бъде генерализирано, например, проявено чрез тремор, нарушен сън, „тихо” преживяване, раздразнителност и социално оттегляне. Не е изненадващо, че тревожността може да бъде насочена към съдбата на крайника, който ще бъде премахнат, както и към перспективата за фантомна болка в крайниците, с която много пациенти (които познават други ампутирани) може да са запознати. Може да има и интензивна чувствителност към възприеманите отрицателни нагласи на другите към хората с увреждания и това може първоначално да се разкрие чрез поведение, отхвърлящо помощ или израз на безразличие към въпроси, свързани с целия процес.

Приемането може да бъде улеснено чрез контакт със значими други. За други пациенти визуализацията на положителни аспекти на живота след операцията, физическата активност, постоперативното облекчаване на болката и по-голямото чувство за автономия ще улеснят справянето по време на рехабилитацията. Тревожността и депресията, произтичаща от осакатяването, е тясно свързана със стила на справяне на болния.

Наред с всички изброени психоемоционални преживявания, свързани с ампутацията, тя причинява и тройна загуба по отношение на функция, усещане и образ на тялото. Изображението на тялото е схема на собственото ни тяло, което ние формираме в съзнанието си. Изображението на тялото има пряка връзка с психологическото приспособяване. Това е динамична конструкция, подлежаща на преразглеждане и реконструкция в отговор на вътрешни и външни стимули. Регулирането на живота след ампутация е свързано със съобщения за депресия, тревожност и нарушено изображение на тялото [108].

С оглед реализиране на целта на проведеното изследване беше направена оценка на психоемоционалното състояние на пациентите. Психологичната интервенция при ампутирани пациенти изисква обхващане на области, съответни на идентифицираните психоемоционални и социални проблеми на ампутираните. За осъществяване на идеята ни за психосоциална подкрепа разработихме полуструктуриран модул. Приложеният модул за психосоциална подкрепа се основава на концептуална рамка, базирана на приносите на клиничната психология и подкрепящата психотерапия.

Общо 57 протезирани пациенти с ампутации на долни крайници бяха разпределени на случаен принцип, както следва: 32 души - в модул за психосоциална подкрепа (ЕК, експериментална група) към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с подколянна протеза и 25 души в стандарна кинезитерапевтична методика (КТ, контролна група). Пациентите с психотично разстройство са изключени от проучването. Всички участници бяха оценявани с тестови инструменти /Скала за оценка на депресия на VON ZERSSEN и Самооценъчна скала за тревожност на SPIELBERGER / в началото и края на модула [69,89,136].

Пациентите в групата на ЕК участваха в 16 сесии, насочени към специфичните области на психоемоционални преживявания /безпокойство, страх, депресивност, гняв, реинтеграция, социални роли и други./.

Резултатите, получени от изследването на пациентите от ЕГ и КГ при първоначалните психологични тестове и в края на проучването, са представени в таблици № 32 и № 33. В ЕГ се отбелязва намаляване на резултатите по скалата за оценка на депресията (таблица 32), както и снижаване на тревожността, за разлика от показателите на КГ (таблица 33).

**Таблица №32.: Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSSEN
преди и след психологичната подкрепа**

Групи	Преди (SD)	След (SD)	Разлика t-test
Експериментална (ЕГ)	28.08 (8.62)	21.19 (4.51)	P < 0.05
Контролна (КТ)	28.87 (8.13)	27.39 (6.74)	P > 0.05
Междугрупова разлика	P > 0.05	P < 0.05	

**Таблица №33.: Самооценъчна скала за тревожност на SPIELBERGER
преди и след психологичната подкрепа**

Групи	Преди (SD)	След (SD)	Разлика t-test
Експериментална (ЕГ)	47.26 (7.12)	41.12 (6.46)	P < 0.05
Контролна (КТ)	47.38 (7.09)	45.16 (6.94)	P > 0.05
Междугрупова разлика	P > 0.05	P < 0.01	

ЕГ: психотерапевтичен модул; КТ: стандартна методика

По скалата за оценка на депресията в експерименталната група първоначалните резултати са 28.08 т. Психосоциалната интервенция намали

резултата до 21.19. От друга страна, в контролната група се наблюдава намаляване на резултатите по теста от 28.87 на 27.39 (разликите не са статистически значими). По подобен начин, тревожността при първоначалната оценка е била по-висока, която намалява след терапията само в Е групата, но не и в К групата (Таблица 33).

Следователно, след прилагането на оптимизираната с психологична подкрепа кинезитерапевтична методика се отбелязва снижаване на резултатите по скалите за депресия и тревожност в експерименталната група. При контролната група не се отчита подобно подобрение.

Обсъждането и прилагането на предварително планирани психосоциални грижи е мултимодален процес с многофакторно съчетание от културални, религиозни, образователни и психологични аргументи. От времето на операцията до връщането към нормалния живот в общността, мнозинството от ампутираните са притиснати от много съмнения и страхове. Повечето от тях имат необходимост от увереност, конструктивни съвети и психосоциална подкрепа. Характеристиките на тревожността и депресията се редуцират чрез стабилизиране и вентилация на емоциите. Затова първоначално психологическата помощ се предоставя в подкрепа на увереността и психоемоционалната устойчивост на пациента. Процесът акцентира върху самоприемането и включването на протезата като част от себе си. По време на психосоциалния модул се обсъждаха емпатично промененото самочувствие, приемането на себе си и взаимодействието с другите. По време на някои сесии акцентът беше поставен върху траурния процес и личностните стратегии за справяне.

Въпреки ограничения брой лица, участващи в изследването, можем да отбележим, че модулът за психосоциална подкрепа съдейства за облекчаване на психологичното безпокойство, депресия и тревожност при ампутирани пациенти и по този начин ефикасно допълва конвенционалния метод за лечение и реинтеграция на ампутираните. Чрез координиран

подход, който започва и завършва с успешна рехабилитация след ампутация, успешно справяне, добра функция и повишено качество на живот са възможни и трябва да бъдат представени на пациентите като реалистични цели. Ролята на психосоциалната подкрепа в различните й измерения не само ще помогне за адаптиране към новата реалност, но и ще подобри качеството на живот на ампутирания пациент

. 3.4. Изводи и препоръки

Изводи

Протезирането и комплексната рехабилитационна процедура е решително важна и необходима за пациентите с ампутация. Тя дава възможност за подпомагане на промяната в начина на живот. Кинезитерапията е единственият начин това да се случи. Поставянето на протеза със сигурност ще доведе до промяна в живота на всеки човек.

От получените по-горе резултати може да се обобщи:

- Болшинството респонденти споделят значителни затруднения по отношение на автономността, проблеми в семейството, в осъществяването на социални контакти, и многопосочни негативни преживявания вследствие на ампутацията.
- Повече от половината анкетираните изпитват страх от загубата на партньора си и се чувстват нещастни.
- В резултат на целенасочената кинезитерапия, мускулната сила за основните двигатели на колянната и тазобедрената става се подобриха със стойности половин и близо единица по ММТ. В края на прилаганата кинезитерапия са констатирани по – високи стойности за мускулатурата на десния крайник , който е бил предпочитаният и силният за проследените болни. Обемът на движение в колянната става се подобри

средно с 10° и в двете посоки, въпреки срещаните трудности с късия лост на действие при чукана.

- Намаляване опорната площ между ампутирания крайник и помощните средства е гаранция за подобряване на равновесните възможности при последните пациенти.
- Предложеният проект на модул за психосоциална подкрепа очертава някои основни критични области и специфични проблеми след ампутацията. След проведената целенасочена психосоциална подкрепа се отчита снижаване на резултатите по скалите за депресия и тревожност в експерименталната група, докато в контролната група не се наблюдава подобрене.
- Модулът за психосоциална подкрепа е ефикасен за облекчаване на психологичното безпокойство, депресия и тревожност и по този начин е успешно допълнение към конвенционалния метод в кинезитерапията на ампутирани пациенти.

Препоръки

- Към РЗОК (районна здравноосигурителна каса)
Предлагаме удължаване на времето за пребиваване в болница на поне 10 дни (както беше) и необходимостта от рехабилитационни процедури. Пациентите които се настаняват за първично протезиране използват направление № 7 от личния лекар за хоспитализация. Това направление покрива седем дни за обучение на пациента в ползване на протеза. Тези дни са крайно недостатъчни, за да може ампутираният да се обучи да ходи с протеза и да може самостоятелно да се справя. За 7 дни обучение повечето пациенти могат само да обуят и събуят протезата си, но с помощ от кинезитерапевта.
- Към Министерството на здравеопазване и социалните служби.
Предлагаме да се изградят свързващи групи от служители от различни

ведомства на МЗ и социалните служби, чрез които пациенти от социално уязвими групи / самотни, бездомни/ да бъдат пренасочвани от болничното заведение, в което им е извършена ампутация, към социални домове, в които има психолози и друг помощен персонал, който да се грижи за тяхната адаптация.

➤ Към Медицинските университети

В академичната подготовка и следдипломното обучение на медицинските специалисти, участващи в лечението и възстановяването на пациенти с ампутации, да бъде включено по-обстойно обучение по психология и овладяване на професионално и комуникативно поведение за работа с такива пациенти.

➤ Към мениджмънта на болнични и рехабилитационни здравни заведения

Екипите, които осъществяват различните видове терапия на хората с физически увреждания, да се насочат към създаването на *пилотни групи от ампутирани пациенти* с най-високи показатели за справяне и обучение в ходене с протеза, ангажирани в съвместната работа с останалите групи. Така, по пътя на идентификацията, се постигат по – високи резултати и обучаваните, със съответната помощ, могат да се превърнат в обучители на други болни.

➤ С оглед високите нива на тревожност и депресия при ампутирани пациенти се препоръчва психологическата оценка и модулът за психосоциална подкрепа да се формират като част от цялостното им лечение, което значително ще подобри ефекта от рехабилитацията им след ампутация.

3.5. Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с подколянна протеза

Без съмнение, ампутацията на крайниците засяга почти всички аспекти на живота на индивида. В допълнение към физическото им увреждане тези хора страдат от множество медико- и психосоциални проблеми. В практиката малко внимание се отделя на психологическото състояние на индивида, освен ако не проявява явни поведенчески аномалии.

Какво може да се направи, за да се подобри цялостната устойчивост и увереност на пациентите с цел постигане на по-добро качество на живот след ампутация?

Критичният анализ на научната литература сочи, че значителна част от психологическите проучвания относно ампутациите се фокусират основно върху отрицателното въздействие на събитието върху живота на човека [100,106]. Настоящото изследване е опит да се идентифицират депресия и безпокойство и да се предложи модул за психосоциална подкрепа в лечението и реинтеграцията на хора, преживели ампутация.

В търсене на подходящи и достъпно приложими психосоциални подходи за подпомагане възстановяването и реинтеграцията на ампутирани пациенти, проучихме добрия европейски опит и се насочихме към създаване на първоначален Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с подколянна протеза. Изхождаме от разбирането, че подкрепящите психосоциални интервенции и действия е необходимо да се прилагат във всички етап на процеса, като:

- ✓ планиране и спазване на рехабилитационен режим (дори преди операцията);
- ✓ управление на непосредствения следоперативен период;

- ✓ планиране на подходящо ниво на грижа и обучение на пациента и семейството за предотвратяване на усложнения.

Рехабилитационният режим включва укрепване на горните крайници за ампутация на долните крайници, трансферно обучение, тренировка за използване на проходилка, както и оценка на оборудването, което може да е необходимо у дома (включително инвалидна количка и пейка за безопасно къпане). Протетично обучение е необходимо също да се предоставя, ако при пациента има възможност за протезиране и има енергията да се научи да я използва. Такъв режим трябва да бъде съобразен с мотивацията и капацитета на пациента. Колкото по-активно се ангажира пациентът преди операцията, толкова по-добра е прогнозата след ампутация, която той или тя може да има.

Планирането включва оценка на домашната безопасност чрез професионална терапия и дискусия с ампутирания и семейството му за това, какво може да се случи с жизнената ситуация на пациента.

По време на непосредствения постоперативен период се включват: управление на болката, психологическа подкрепа, правилно позициониране на остатъчния крайник (включително повишаване на тежестта за предотвратяване на оток на крайниците), оценка на обвивката на крайниците и други дейности. Дискомфортът, който може да бъде преживян, трябва да бъде дискутиран с пациента, когато е необходимо, за предотвратяване на контузии, които в крайна сметка могат да компрометират мобилността му.

Образованието на пациентите и техните семейства е насочено към грижата и предотвратяването на усложнения; Тя включва внимание към грижите за крайниците, както и наблюдението за ранни признаци на инфекция. Наблюдението върху състоянието на крайника е особено важно, ако пациентът има протеза. Протезата изисква ежедневно почистване и контрол, за да се предотврати инфекция и да се й осигури максимална

употреба. Превантивната грижа за краката, както и ученето за разпознаване на индикации за спешна помощ, са важни аспекти за предотвратяването на усложнения.

Съществени компоненти, които могат да подобрят психоемоционалната и физическа устойчивост на ампутирания, са

- подходящ и гъвкав подход на лекуващия и екипа;
- изграждането на система за психосоциална подкрепа;
- включване в индивидуална, групова, семейна психотерапия;
- укрепване на положителни стилове за справяне на пациента.
- психофармакологично лечение при необходимост.

Модулът за психосоциална подкрепа се състои от следните етапи:

- Увереност. Ампутацията може да бъде много стресираща за ампутирания, както и за семейството и приятелите. Често има много свободно флукутиращо безпокойство за непознатото и бъдещето. Психологическата подкрепа с цялата гама от механизми за справяне трябва да се предоставя поетапно. Устно и невербално уверение от лекуващия лекар и персонала може да помогне при адаптирането към увреждането.
- Вентилация. Отговорът на мъка за загуба на крайниците е сложен и силно индивидуализиран процес. Признаването, че засегнатата функция може да не бъде лесно възпроизведена, може да активира или засили скръбния процес на загуба на крайниците. Простият механизъм за слушане на проблемите осигурява вентилацията на ампутирания пациент като възможност за непрекъснато освобождаване. Този механизъм трябва да бъде изяснен на членовете на персонала и членовете на семейството, които често се опитват да възпират човека да не говори за нараняването поради страх, че той ще се потопи в самосъжаление.

- Приемане на Аз-а. Процесът на изцеление изисква значителна психическа работа. Скръбта е активен процес. Основната задача в работата с мъката е актуализирането на нашето възприемане на света и себе си. Реалният свят се променя значително при голяма загуба. Това налага актуализиране на мисловни карти, за да отговарят на действителността. Този етап е уникален и поставя предизвикателства за адаптиране към ампутацията. Преориентирането към възприемане на света и себе си и коригирането на самооценката са преди всичко важни за ампутирания. Оттук и реалното ориентиране и приемане на себе си може да бъде подпомогнато на този етап, което би спомогнало за адаптиране към загубата на крайниците.
- Терапевтична среда. Универсалността на опита, в който другите страдат, има харизматично въздействие. Той помага в процеса на скръб. Стресът от това, че си сам, се намалява допълнително след като влезем в контакт с другите ампутирани. Той има терапевтично въздействие, много подобно на процеса на групова терапия.
- Реинтеграция. В контролирана болнична среда пациентът развива чувство за овладяване на новите модели на физическо функциониране, изисквани от загубата на крайниците. Едновременно с това се появява чувство за емоционална компетентност. Това учене се изисква да бъде преведено в по-голямата перспектива на социалната интеграция, така че ампутирания да могат да се адаптират към предизвикателствата на реалния живот. Част от медицинската помощ трябва да подсили инкорпорирането на хоспитализацията като връзка с живота във външния свят. Това може да се подобри, като се поддържа контакт с външния свят.

Пациентите, подложени на ампутация в резултат на травматично увреждане, могат да развият посттравматично стресово разстройство. Загубата

на крайниците може да обърка и да взаимодейства с психологическото продължение на преживяванията.

- Част от пациентите с ампутации, преживяват психоемоционална криза, която трябва да бъде професионално отчетена от лекуващия екип и да бъдат предприети необходимите незабавни действия.

Кризата е отговор на рискови, опасни събития, които хората преживяват като болезнено състояние, което не могат да удържат и ресурсите на личността не са достатъчни за справяне. Характеризира се с физическа и психична възбуда (нарушен апетит, проблеми със съня, нарушена способност за справяне с проблемите, тревожност, депресия). Обикновено поведението е грубо неподредено, хаотично, непредсказуемо, дори с психотични елементи. Необходима е незабавна *консултация със специалист*:

- психиатър, който да направи оценка за суицидния риск, степента на разстройства на когнитивните процеси и афекта; да определи медикаментозна терапия;
- клиничен психолог, който да оцени потенциала и ефективността на стратегиите за справяне на пациента и обкръжението му; в дългосрочен план провеждане на психологична терапия за преформулиране на преживения епизод и интегрирането му като позитивен личен опит.

Задачи на кризисната интервенция [54] :

- облекчаване симптомите на пациента;
- възстановяване на предишното ниво на функциониране на пациента;
- идентифициране факторите довели до кризата;
- набелязване и прилагане на лечебни мерки;
- помагане на пациента да свърже настоящето стресиращо събитие с минал жизнен опит;
- помагане на пациента да развие адаптивни стратегии за справяне, които да използва в бъдеще .

В тази връзка е от особена важност медицинският персонал да притежава знания и умения за разбиране симптомите на пациента, които често са несъразмерни, дори с нелепи /възможно и психотични елементи/ в преживяванията; да проявява човешко разбиране, персонално въздействие, отговорност за изхода; изучаване на опит, който повишава знанието за кризисните ситуации в различните аспекти на помагащите професии и съвременния опит; предоставяне на необходимата информация на семейство и близки / например: кризите за естествена част от личностовото развитие на индивида; всеки човек преживява психична криза при загуба, провал или застрашаващ живота му проблем; в криза човек загубва ориентация в реалността и живее в илюзорния свят на травмата/.

След приключване на болничния рехабилитационен режим е необходимо осигуряването на психосоциална подкрепа на семейните грижи за протезирания пациент след ампутация.

Като системи семействата могат да изменят правилата и структурата си в отговор на необходимостта от промяна, спомагаща за израстването и развитието на техните членове в хода на жизнения цикъл. Грижите за болния могат да наложат значителни промени в семейната структура и роли, потребност от адаптация, за което мултидисциплинарният екип трябва да бъде предварително професионално подготвен.

Начинът, по който семействата реагират на болестта, се определя от множество променливи, включващи ресурсите на всеки, специфичния характер на болестта и лечението, интензивността на участието на специалистите, установените взаимоотношения в семейното функциониране. Когато болестта поразя семейството, съществува тенденция то да се реорганизира.

Изправено пред болестта, семейството трябва да се адаптира към значителни промени в ролите, структурата и моделите на свързване. Действията се определят и от личностните ресурси, от физическата и емоционалната енергия, интелекта, увереността и прага на издръжливост на стрес, от начина, по който човек приема предизвикателствата (борбено, пасивно, оптимистично или песимистично).

Във всяко семейство членовете се различават в нагласите си към болестта и имат различни очаквания към поведението. Независимо дали работим с физическите или психологичните аспекти на здравните грижи, изключително важно е да помагаме на семействата да запазят усещането за себе си като родители, брачни двойки, братя и сестри, дефинирано не само в термините на болестта [1,2].

Грижите за ампутирания близък се отразяват съществено върху организацията на семейството, тъй като неговото състояние променя условията, в които хората живеят. Загубата на функциите, промените в ролите на грижещите се и страховете от смъртта префокусират вниманието на семейството навътре. Там, където този фокус не съвпада с естествения момент, промените в ролите и претенциите са особено трудни [88,90].

Здравните специалисти са изправени пред предизвикателството да участват в разговори с близките за надеждата и приемането, да обсъждат практически подробности от всекидневния живот.

Предизвикателствата пред живота на семейството, които поставя новата реалност, свързана с ампутацията на близкия и ресурсите за справяне, с които то разполага, е необходимо да бъдат изучавани и съобразявани при оказването на професионална психосоциална подкрепа. Това включва разбиране на начина, по който членовете в семейството определят здравето и боледуването, колко внимание се обръща на симптомите, вземането на решение кога и дали да се търси помощ, определяне степента на придържане към медицинските предписания и

подкрепата, която си оказват в период на криза. Въпреки че някои от проблемите на семействата могат да са твърде сходни, индивидуалните, социалните, културните и религиозните различия предполагат уникална реакция на всяко семейство. Границите между семейните членове и външния свят се променят. Те стават „по-пропускливи” по време на кризи, когато специалисти, разширеното семейство и приятели са привлечени да се включат в лечението и решаването на важните за семейството задачи. При подходяща подкрепа семействата могат да предприемат значителни промени в поведението, които подпомагат не само нуждаещия се член на семейството, но променят положително и психоемоционалния климат.

Експертна оценка на разработения модул

Осъществена е експертна оценка на изготвения модул за психосоциална подкрепа към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с подколянна протеза, основан на анализирания данни от проведеното изследване и проучения добър опит в тази посока. Оценката е изготвена от 7 експерти в областта на клиничната психология, кинезитерапията и рехабилитацията - клинични психолози, кинезитерапевти и рехабилитатори.

Анализът на получените експертни мнения показва, че модулът е оценен от всички положително. Експертите отбелязват, че ранното отчитане и лечение на психичната заболяемост, както и оказването на психосоциална подкрепа, са значими фактори за предотвратяване на дългосрочни увреждания при ампутация и подобряване качеството на живот на пациента и семейството му. Отправени са препоръки за разширяване обхвата на психосоциалната подкрепа към включване на желаещите близки и организиране на групи за взаимопомощ.

Експертите са на мнение, че представеният модул съответства на належащите потребности от оптимизиране качеството на медицинските и

здравни грижи за лица с ампутации и улесняване на тяхната социална реинтеграция. Нуждата от психосоциална подкрепа на пациенти с ампутации е обусловена от актуалността на интегрирането на съвременните модели за терапевтично и рехабилитационно поведение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увреждането е явление, при което в резултат на физически, сензорен или ментален проблем човекът се изправя пред бариери в средата, които не може да преодолее сам. Това е последната дефиниция, записана в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, приета през декември 2006 година. Хроничните заболявания, диабета и други подобни изискват лечение, уврежданията – мерки за преодоляване на бариерите в средата. Следователно истинска социална интеграция на хората с увреждания е възможна единствено чрез осигуряването на адекватни помощни технологии, тъй като те спомагат за компенсиране на функционалните ограничения и позволяват на тези хора да участват в ежедневните дейности, включително работата и обучението. Истинският проблем пред приобщаването на хората с увреждания в обществото се корени в средата, която ги лишава от възможности за образование, личен живот и реализация.

Кинезитерапията като част от медицинската рехабилитация е свързана с научно обоснованото и методически правилно прилагане на различни средства под формата на процедури с лечебна, профилактична, възстановителна и поддържаща цел. В кинезитерапевтичния план винаги трябва да се обръща внимание и на възможностите за битова и професионална дейност. Това означава, че трябва да се възстановят, развият

или поддържат загубените или намалени възможности за дейности от ежедневието (хранене, обличане / събличане, къпане и други).

От всичко казано до тук става ясно, че кинезитерапевтът е човекът, който се занимава пряко с обучението на всички протезирани пациенти. Не е лека неговата задача : да адаптира пациента към т.н. изкуствен крайник, но и да го ресоциализира чрез различни начини на общуване, беседи, обучение. Личността на пациента, неговият ангажимент, готовност за коопериране, мотивация и активност, както и степента на усвояване, успоредно с условията на заобикалящия го семеен и професионален кръг, определят успешното прилагане на протезата в смисъла на нейната интеграция като помощно средство. Чрез комплексна кинезитерапия е възможно приобщаването на ампутирания пациент отново в социалния и професионалния живот.

Проведеното проучване е опит да се навлезе по-обстойно в областта на психологическата интервенция след ампутация. То подчертава ролята на целекасочената психосоциална подкрепа в рехабилитационния процес на пациентите след ампутация. Предложеният проект на модул за психосоциална подкрепа очертава някои основни критични области и специфични проблеми след ампутацията. С оглед на високите нива на тревожност и депресия, се препоръчва психологическата оценка и модулът за психосоциална подкрепа да се формират като част от цялостното лечение на ампутирани пациенти. Психологическата подкрепа значително ще подобри рехабилитацията след ампутация.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алтшулер, Дж., Как да работим с хроничната болест. Семейен подход, София, БПА, 1999.
2. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, София, Булвест 2000, 2013.
3. Балканска, П., За умението да общуваме с пациента, Сестринско дело, 2009, 3: 26–30.
4. Балканска, П., Възрастният човек като пациент. Клинична геронтопсихология, Булвест 2000, София, 2003.
5. Банков, Ст. Ръководство по кинезитерапия. М. Ф.1986г.
6. Банков, Ст. Мануално мускулно тестване с основи на кинезиологията и патокинезиологията. М.Ф.1976г.
7. Банков, Ст. Трудотерапия. София, Медицина и физкултура 1979.
8. Бойкикева, С. Физиотерапия в рехабилитацията.Физикалната терапия в рехабилитацията. 1964
9. Бонгар, Б., Л. Бютлър, Пълен наръчник по психотерапия, ЛИК, София: 2002.
- 10.Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Юркова, С. Попова. Социална медицина. София, 2002, 64-71.
- 11.Борисов В., З. Глутникова, Ц. Воденичаров, П. Драганов, Ново обществено здравеопазване, София, Акваграфикс ООД, 1998.
- 12.Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, 2003.
- 13.Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска. Социална медицина, ИК “Горекс Прес” – София, 2013, 647 с.
- 14.Ганчев, Д.,В. Богданова. Кинезитерапевтичен подход в преодоляване на проблемите от инактивитетен характер при болни с двустранна транстибиална ампутация. 2007, Кинезитерапия , 7, 2007, N 4, с. 8-16.
- 15.Ганчев, Д., Д. Любенова, Р. Ташева, С. Динова. Кинезитерапевтично поведение към болни с едностранна трансфемурална ампутация и контралатерална хемипареза. 2008, Кинезитерапия , 8, 2008, N 1, с. 37-42.

- 16.Ганчев, Д., С. Динова. Кинезитерапевтично поведение към болни с двустранна трансфемурална ампутация. 2008, Кинезитерапия , 8, 2008, N 2, с. 11-17.
- 17.Ганчев,Д., Нетрадиционни методи за измерване на мускулната сила и сравнителни резултати при болни с транстибиална ампутация. 2004, Кинезитерапия , 4, 2004, N 3, с. 17-22.
- 18.Голдберг,Д., С. Бенджамин, Ф. Крийд: Психиатрия в медицинската практика, ФНП, София, 1997 г.
- 19.Голдман, Д., Емоционална интелигентност, София, Кибеа , 2000 г.
- 20.Дебрунер Х.,В.Хеп.Ортопедична диагностика М.Ф.1996г.
- 21.Дерогатис, Л., Т. Уайз, Тревожни и депресивни разстройства на соматично болни пациенти, София, И."Лик", 2000 .
- 22.Димитрова А. Гериатрична дихателна рехабилитация. 2013г.
- 23.Димитров Д. Двигателен тренинг и лечебна физкултура за лица с увреждания / ръководство за студенти / 2007г.
- 24.Добрева Д. Тазово-дънна кинезитерапия. 2011г.
- 25.Енциклопедия по психология под. ред. Р. Корсини, София, 1998 г.;
- 26.Иванов Вл. Ампутации , протезиране и ортезостроене. 1999г.
- 27.Иванов Вл. Ампутации и протезиране на долните крайници при съдови заболявания (автореферат) 1989г.
- 28.Желев В. Физиотерапия.Трета част:специализирани методи и методики във физиотерапията. 2011г.
- 29.Захариев, Л. Проучване зависимостта на качеството на живот на пациента от индивидуалния подход при осигуряване на медицински изделия – протези. /дисертационен труд, София, 2016.
- 30.Захариев, Л. Медико-социална реинтеграция на лица след ампутация на долен крайник. Здравна политика и мениджмънт, 14, 2014, N 4, с. 20-26.
- 31.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.

32. Захов Ив. Миопластични ампутации , реампутации и ранно протезиране на долните крайници (автореферат)1982г.
33. Ивков, Б. Модели и концепции за инвалидността. Издателство „Славена“, Варна, 2006.
34. Каранешев Г., Топузов Ив., Желев В. Методика на кинезитерапията при травми и заболявания на опорно – двигателния апарат. 1997г.
35. Каранешев Г. Учебно помагало за специалисти, ВИФ, София, 1982.
36. Каранешев Г. Лечебна физкултура при някои по – чести заболявания. София: Медицина и физкултура, 1975г.
37. Каранешев Г. Функционална трудотерапия. Учебно помагало за специалисти, ВИФ, София, 1982.
38. Каранешев Г. Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура. София: Медицина и физкултура, 1991.
39. Каранешев Г. и др. Теория и методика на лечебната физкултура. София, 1991.
40. Краев Т. Лечебен масаж и постизометрична релаксация .2006г.
41. Крайг , Гр., Психология развития, , изд.“Питер”, Санкт Петербург, 2002.
42. Колева И. Съвременни методи на рехабилитацията: Мекотъкани техники. 2016г.
43. Колева И. Учебник клинична рехабилитация / основи /. 2016г.
44. Костов К. Кинезитерапия при дегенеративни заболявания на гръбначния стълб. 2013г.
45. Костов Р. Основи на мускулно-скелетната рехабилитация / Учебно помагало за студенти и специалисти – второ преработено издание / 2015г
46. Крумова-Пешева, Р., Н. Пешев, Л. Спасов. Сравнително наблюдение на психотравматизма при пациенти с трансплантация на орган или с ампутация на крайник. Ангиология и съдова хирургия ,15, 2012, N 1, с. 37-40
47. Любенова Д. Практически насоки за приложение на специализирана кинезитерапия при диабетна полиневропатия. 2008г.

- 48.Любенова, Д. Оценка на качеството на живот чрез 36-точкова скала.
Кинезитерапия, 6, 2006, N 2, с. 3-10.
- 49.Маринов П. Аспекти на ефективната скринингова диагностика на депресивни и тревожни разстройства в общата медицинска практика в България.2013г.
- 50.Милчева Д. и съав.Метод за измерване и регистриране на обема на движение в ставите.1989г.
- 51.Миндова С. Кинезитерапия при нервни и психични болести. 2015г.
- 52.Михайлова,Н., Ерготерапия след ампутация на крайници,НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2010, том 49, серия 8.1
- 53.Мишел Х.Камерън, Дженифър А.Рол. Физикални фактори в рехабилитацията.Ултразвук,електрическа стимулация и лазерна светлина. 2008г.
- 54.Николкова, С., П. Маринов. Психиатрия, Психология и Психотерапия за общопрактикуващи лекари, изд. "Горекс Прес", София, 2007г.
- 55.Нормативни актове, Министерство на труда и социалната политика, Агенция за хората с увреждания <http://ahu.mlsp.government.bg/portal/page/3>
- 56.Паризов П., Лишев Н. Кинезитерапия при медико-социални заболявания. ЮЗУ "Неофит Рилски"- Благоевград.2008г.
- 57.Петков И. Основи на кинезитерапията – Част 1. 2010г.
- 58.Петрова Д.,Стамболиева К. Вестибуларна рехабилитация.2017г.
- 59.Попов Н.,Попова Д., Груева Т. Функционално изследване и анализ в мускулно-скелетната физиотерапия .2012г.
- 60.Попов Н.,Попова Д.,Груева Т. Физиотерапия при мускулно-скелетни дисфункции на долните крайници. 2013г.
- 61.Попов, Т., Терапия чрез изкуство, Образование, София, 2004 .
- 62.Попова Д. Лечение на мускулни дисфункции в ортопедичната диагностика.София: НСА – ПРЕС, 2007.

63. Попов Н. Клинична патокинезиологична диагностика на ортопедично – травматологичната кинезитерапия. София: НСА – ПРЕС, 2003.
64. Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат. 2009г.
65. Попов Н., Димитрова Е. Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на долния крайник. 2004г.
66. Попов Н. Гръбначен стълб – Функционална диагностика и кинезитерапия. 2002г.
67. Равенство на хората с увреждания при упражняване на основни човешки права съгласно конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания. Анализ на българското законодателство 2011.
68. Реабилитация инвалидов с нарушениями функций опоры и движения. / Под ред. Л. В. Сытина, Г. К. Золоева, Е. М. Васильченко. // Новосибирск, 2003, стр. 384.
69. Ръководство за ранно откриване на тревожност и депресия в първичната помощ, НЦОЗ София, 2016
70. Сиймън , Дж. , Д. Кенрик, Психология, НБУ, София, 2002.
71. Стаматов, Р., Б. Минчев, Психология на човека, ИК “Хермес”, Пловдив, 2003.
72. Станчева, В., Психохигиена и психопрофилактика, УИ “Н. Рилски”, Благоевград, 2004.
73. Станчев, И. Гякхов, С. Kremensky, К. Гиров. Първична ампутация или съдвовъзстановителна операция. Ангиология и съдова хирургия , 1, 1995, N 1, с.14-16.
74. Стефанов, С., М. Станкев. Диабетът като рисков фактор при критична исхемия на долен крайник. Ангиология и съдова хирургия, т. XI, бр.1 ,С., 2006.

75. Стефанов, С., С. Дойчинова, В. Петров, Г. Слабаков. Критична исхемия на крайника при диабетични пациенти - ампутация или реваскуларизация. *Ангиология и съдова хирургия*, 6, 2003, N 1, с. 57-61.
76. Стефанова И. *Кинезиологични основи на кинезитерапията*. 2017г.
77. Стоева, Б., Костадинова, В. *Хората с увреждания и техните права в Европейския съюз. България и нейните невидими граждани*. ISBN 954-9828-23-9, София, юли 2004.
78. Стойчев К. *Ампутация и протезиране на долните крайници*. 1970г.
79. Стратегия „Европа 2020“ в областта на заетостта, социалните въпроси и приобщаването. http://ec.europa.eu/europe2020/index_bg.htm.
80. Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=445>
81. Топузов И. *Ерготерапия първа част*. София, РИК „Симел“ 2006.
82. Уилбър, Кен, *Интегрална психология*, Дилок, София, 2005.
83. Фесчиева, Н., Д. Ванкова. Качеството на живот свързано със здравето и общественото здравеопазване. *Соц. мед.* 20, 2012, N 2-3, с. 2.
84. Форева, Г., Р. Асенова, М. Семерджиева, Й. Христов. Концепцията "качество на живот" при палиативни грижи. Мнение на общопрактикуващи лекари. *Здрав. политика и мениджмънт*, 10, 2010, N 4, с. 46-53.
85. Холевич Я. – *Клинична ортопедия*. София, Медицина и физкултура 1988.
86. *Хората с увреждания имат равни права. Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010—2020 г.* Европейска комисия © Европейски съюз, 2010г. ISBN 978-92-79-16831-4 doi:10.2767/11849.
87. Христозов, Хр., кол., *Психотерапия, методи и направления*, МФ, София, 2002.
88. Шулман, Л., *Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи*, София, БПА, 1994 .

- 89.Щетински,Д.,И.Паспаланов. Методическо пособие за работа с българската форма на въпросника за оценка на тревожността на Ч.Спилбъргър (STAI - форма Y).С.,1989
- 90.American Psychiatric Association :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition,Text Revision.Washington, DC, 2000.
- 91.Arena J., Sherman R, Bruno G., et al: The relationship between situational stress and phantom limb pain: Cross-legged correlation data from six-month pain logs. J Psychosom Res 1990; 34:71-77.
- 92.Armstrong DG, Lavery LA, and van Houtum WH. et al. The impact of gender on amputation. J Foot Ankle Surg. 1997 36:66–69.
- 93.Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, and Piegza M. et al. Sociodemographic factors and their influence on anxiety and depression in patients after limb amputation. Psychiatr Pol. 2006 40:335–345.
- 94.Bhuvanewar ,Ch., Epstein, L., Stern, Th., Reactions to Amputation: Recognition and Treatment, PubMed Central , 2007.
- 95.Bradley L, Kirker SGB.. Secondary prevention of arteriosclerosis in lower limb vascular amputees: a missed opportunity. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32:491–493
96. Bradway, J., J. Malone, and J. Racy, “Psychological adaptation to amputation: an overview,” Orthotics and Prosthetics, vol. 38, pp. 46–50, 1984.
97. Breakey, J. Body image: the lower-limb amputee, Journal of Prosthetics and Orthotics, vol. 9, no. 2, pp. 58–66, 1997.
98. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? J Clin Psychiatry. 2001 62suppl 17. 16–22.
99. Burger H, Marincek C.. The life style of young persons after lower limb amputation caused by injury. Prosthet Orthot Int. 1997;21:35–39.
100. Caine, D: Psychological considerations affecting rehabilitation after amputation. Med J Aust, 1973; 2:818.

101. Cansever A, Uzun O, and Yildiz C. et al. Depression in men with traumatic lower part amputation: a comparison to men with surgical lower part amputation. *Mil Med.* 2003 168:106–109.
102. Cavanagh SR, Shin LM, and Karamouz N. et al. Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics.* 2006 47:459–464.
103. Chaturvedi N, Stevens LK, and Fuller JH. et al. Risk factors, ethnic differences and mortality associated with lower-extremity gangrene and amputation in diabetes. The WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia.* 2001 44suppl 2. S65–S71.
104. Cordes J., Arnold W., Zeibig B. *Physiotherapie-Grundlagen und Techniken der Bewegungstherapie.* 1990.
105. Cutson TM, Bongiorno DR.. Rehabilitation of the older lower limb amputee: a brief review. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:1388–1393.
106. Datta D, Psychology of limb loss, letter. *Br Med J* 1989; 299:1526-1527.
107. Desmond DM, MacLachlan M.. Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31:362–368.
108. Desmond DM.. Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *J Psychosom Res.* 2007;62:15–21.
109. Diagnosis by physical therapists. HOD P06-97-06-19. House of delegates standards, policies, positions and guidelines. Alexandria, American physical therapy association, 2005.
110. Dise-Lewis J: Psychological adaptation to limb loss, in Atkins DJ, Meier RH III (eds): *Comprehensive Management of the Upper Limb Amputee.* New York, Springer-Verlag NY Inc, 1989, pp 165-172.
111. Flor H, Nikolajsen L, Staehelin Jensen T.. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? *Nat Rev Neurosci.* 2006;7:873–881

112. Frank, R. ,J. Kashani, S. Kashani, S. Wonderlich, R. Umlauf, and G. Ashkanazi, Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation, *British Journal of Psychiatry*, vol. 144, no. 5, pp. 493–497, 1984.
113. Friedman, L. *The Psychological Rehabilitation of the Amputee*, Charles Thomas, Springfield, Ill, USA, 1980.
114. Fukunishi I, Sasaki K, and Chishima Y. et al. Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 18:121–127.
115. *Guide for physical therapy practice*, revised ed. 2, Alexandria, VA, American physical therapy association, 2003
116. Gustafsson M, Amilon A, Ahlstrom G.. Trauma-related distress and mood disorders in the early stage of an acute traumatic hand injury. *J Hand Surg [Br]* 2003;28:332–338.
117. Hovgaard C, Dalsgaard S, Gebuhr P: The social and economic consequences of failure to replant amputated thumbs. *J Hand Surg [Br]* 1989; 14:307-308.
118. Hughes J, White WL: Emotional reactions and adjustments of amputees to their injury. *US Naval Med Bull*, suppl, March 1946, p 157.
119. Kashif, A.,T. Walia, S. Salujha et al. Effect of short-term psychiatric intervention in amputees, *Medical Journal Armed Forces India*, vol. 60, no. 3, pp. 231–234, 2004.
120. Katz J, Melzack R.. Pain “memories” in phantom limbs: review and clinical observations. *Pain*. 1990;43:319–336.
121. Kelham, R. Some thoughts on mental effects of amputation, *British Medical Journal*, vol. 1, no. 5066, pp. 334–337, 1958.
122. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York, NY: Simon & Schuster; 1969
123. Lacroix P, Aboynans V, and Medeau L. et al. Long term survival of elderly amputated vascular patients. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2000 93:1189–1193.

124. Livneh, H., R. Antonak., J. Gerhardt, Psychosocial adaptation to amputation: The role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping International Journal of Rehabilitation Research, 22, April 1999.
125. MacBride A, Rogers J, Whyllie B, et al: Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. *Psychoso-matics* 1980; 12:258
126. Nevue V, Spearbeck K. Care of the patient with lower limb extremity amputation: above the knee or below the knee. In: Maguire P, ed. Manual of Patient Care Standards. Gaithersburg, Md: Aspen; 1998 1–7.
127. Newell, R. Body-image disturbance: cognitive behavioural formulation and intervention, Journal of Advanced Nursing, vol. 16, no. 12, pp. 1400–1405, 1991.
128. Noble D, Price DB, Gilder R.. Psychiatric disturbances following amputation. *Am J Psychiatry*. 1954;110:609–613
129. Opalic P, Lesic A.. Investigation of psychopathological state of patients depending on specific clinical characteristics of physical trauma. *Panminerva Medica*. 2002;44:11–17.
130. Parkes, C. Psychosocial transitions: comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *Br J Psychiatry*. 1975;127:204–210.
131. .Parkes,C. Components of the reaction to loss of a limb, spouse or home, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 16, no. 5, pp. 343–349, 1972.
132. Rybarczyk, B.,D.Nyenhuis, J.Nicholas, R. Schulz, R. Alioto, C. Blair, Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 73, no. 12, pp. 1169–1173, 1992.
133. Shell J., Miller M. The cancer amputee and sexuality. *Orthop Nurs*. 1999;18:53–57. 62–64
134. Schoppen T, Boonstra A, and Groothoff JW. et al. Physical, mental and social predictors of functional outcome to unilateral lower-limb amputees. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 84:803–811.[<http://www.rzi-razgrad.org/skali-depresiya.pdf>].

135. Shukla, G. S. Sahu, R. Tripathi, D.Gupta, A psychiatric study of amputees, British Journal of Psychiatry, vol. 141, no. 1, pp. 50–53, 1982.
136. Spielberger, C..Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif, USA, 1977.
137. Van der Kooy, K, van Hout H, and Marwijk H. et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis [published online ahead of print Jan 19, 2007]. Nat Med. doi:10.1002/gps.1723
138. Williamson GM, Walters AS.. Perceived impact of amputation on sexual activity: a study of adult amputees. J Sex Res. 1996;33:221–230.
139. <http://www.protezi-novamed.bg/protezi/30-protezirane-na-dolni-krainici.html>
140. <http://www.protezi-novamed.bg/jivot-s-protezi/29-kak-protezata-promenq-jivota-vi.html>
141. <http://ortomedics.bg/>
142. https://www.physiopedia.com/Transfemoral_amputation_and_psychosocial_aspects:
143. <https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation>
144. www.diva-portal.org/smash/get/diva2:5930/fulltext01
145. www.oandplibrary.org
146. www.amputee-coalition.org
147. <http://www.novjivotsprotezi.eu/>
148. www.more-conference.com/documents/

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

СХЕМА НА ПРОЦЕДУРИТЕ ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ

І част

Части	Задачи	Съдържание	Методически указания	Време
Подгот- вителна	1. Общо тонизиране на болния 2. Подобряване на трофичните процеси. 3. Подобряване на лимфообръщението и кръвообръщението.	1. Дихателни упражнения. 2. Упражнения за заилване мускулите на крайниците и трупа. 3. ПИР за скъсените мускули.	1. Упражненията да се изпълняват от облекчено изходно положение и с умерено темпо. 2. Дозировка на релаксиращите упражнения да бъде от 3 до 5 пъти.	10 минути
Основна	1. Засилване на околоставните мускули. 2. Възстановяване на мускулния баланс. 3. Запознаване с особеностите на протезата при самообслужване.	1. Упражнения срещу съпротивление за мускулите на раменния пояс и глутеалната мускулатура. 2. Упражнения за преодоляване на флексионните контрактури в коленните стави. 3. Упражнения за загрубяване на чуканите.	1. Съпротивлението да е умерено и с малка интензивност. 2. Упражненията да са безболезнени и тяхната дозировка да бъде съобразена с индивидуалните особености на болните.	30 минути
Заклю- чителна	1. Компенсаторно възстановяване опарната функция на долния крайник чрез протеза.	1. Упражнения за самообслужване с протеза.	1. Обясненията да се дават на достъпен и разбираем за болните език.	10 минути

СХЕМА НА ПРОЦЕДУРИТЕ ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ

II част

Части	Задачи	Съдържание	Методически указания	Време
Подгот- вителна	<ol style="list-style-type: none"> 1.Общо тонизиране на болния. 2.Подобряване на лимфообръщението и кръвообръщението с прилагане на специализирани масажни похвати. 3.Подобряване на равновесните възможности. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Дихателни упражнения. 2.Упражнения за засилване мускулите на крайниците и трупа. 3.Тонизиращи масажни похвати. 4.Равновесни упражнения със и без зрителен контрол. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Упражненията да се изпълняват от облекчено изходно положение и с умерено темпо. 2.Равновесните упражнения се изпълняват с обута протеза. 	15 минути
Основна	<ol style="list-style-type: none"> 1.Засилване на околоставните мускули. 2.Преодоляване флекссионните контрактури в коленните и тазобедрените стави. 3.Обучение в ходене с протезата по равно и по стълби. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Упражнения срещу съпротивление за мускулите около коленните и тазобедрените стави. 2.Упражнения за сила в клетката на Роше. 3.Прилагане на специализирани похвати от ПНМУ и ПИР. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Съпротивлението да е умерено и с малка интензивност. 2.Упражненията да са безболезнени и от подходящо изходно положение. 3.Обучението в ходене да е съпроводено от чести почивки. 	30 минути
Заклю- чителна	<ol style="list-style-type: none"> 1.Да се обучи болния да ползва стълби и да се подготви при изпадане в стресови ситуации. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Упражнения за самостоятелно ходене по неравен терен и стълби. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Болният да се пази от падане и да му се осигуряват чести почивки. 	10 минути

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

АНКЕТНА КАРТА

1. Възраст

Пол / възраст	До 18г.	18 – 30	30 – 50	50 – 70г.	След 70г.	Общо:
Жени						
Мъже						

2. Образование

Основно	Средно	Полувисше	Висше
---------	--------	-----------	-------

3. Трудова заетост

Работещи	Безработни	Пенсионери - по възраст - по болест
----------	------------	--

4. Преди колко време е направена ампутацията?

5. Каква е причината за ампутацията?

- Диабет
- Съдово заболяване
- Травматични ампутации
- Туморни
- Злополука
- Други

6. Създаде ли ампутацията проблем в семейството Ви?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

7. Чувствате ли подкрепа от семейството ви, близки и познати?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

8. Създаде ли ампутацията проблем в работата ви?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

9. Споделяте ли проблемите и тревогите си с хора във вашето равностойно положение?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

10. Какви чувства изпитвате след ампутацията? (отворен въпрос)

11. Чувствате ли се нещастен?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

12. Чувствате ли се самотен?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

13. Чувствате ли се непълноценен?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

14. Избухвате ли без причина?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

15. Плачете ли често?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

16. Чувствате ли се в тежест на семейството си?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

17. Страхувате ли се, че ще загубите /отблъснете/ партньора си?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

18. Страхувате ли се, че ще загубите /отблъснете/ колегите, приятелите си?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

19. Общувате ли с хора във вашето положение?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

20. Как мотивирате себе си в трудни моменти?

- Мисля позитивно
- Усмихвам се повече
- Надежда за по добро бъдеще
- Подкрепа от семейство, близки, познати
- Емоционална подкрепа
- Любов - желанието да обичаме и да бъдем обичани.
- Самоувереност и сила
- Самоусъвършенстване - желание за самоизява, човек да даде най-доброто от себе си
- Друго....

21. Мотивиран ли сте да не се поддавате на самосъжалението?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

22. Какво предприемате, за да преодолявате трудни психоемоционални моменти?

- Плача
- Затварям се в себе си
- Чета книга
- Пия повече
- Приемам успокоителни лекарствени средства
- Споделям с приятели
- Опитвам се да мисля позитивно
- Друго...

23. Колко пъти сте били на рехабилитация?

24. Имате ли затруднения при ходене?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

25. Имате ли неспокоен сън от болка?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

26. Имате ли нарушено самообслужване?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

27. Нужда от помощ при хранене?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

28. Налага ли се да стоите в леглото през деня?

Да	Не	Често
----	----	-------

29. Можете ли да ползвате градския транспорт?

Да	Не	Понякога
----	----	----------

30. Имате ли честа нужда от придружител?

Да	Не	Понякога	Често
----	----	----------	-------

31. Важно ли е наличието на добро медицинско обслужване и постоянна грижа за Вас?

Да	Не	Понякога
----	----	----------

32. Как оценявате своето състояние и възможности след кинезитерапевтичните процедури?

- Немога да ходя
- Ходя лошо
- Справям се, но ми е трудно
- Давам всичко от себе си за да успея
- Мога да ходя нормално
- Не съм научен/а достатъчно
- Справям се добре
- Справям се отлично

33. Какво е Вашето мнение за лечението Ви?

Доволен/а съм	Разочарован/а съм	Мога повече
---------------	-------------------	-------------

34. Съществува ли, според Вас, равнопоставеност на пациентите в болницата?

Да	Не
----	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

ВЪПРОСНИК ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ТРЕВОЖНОСТТА НА SPIELBERGER

Скалата за S - тревожност (STAI - Form Y-1) съдържа 20 твърдения, които по инструкция оценяват как изследвания «се чувства в този момент»

Как се чувстваш в този момент?

- (1). Спокоен съм.
- (2). Чувствам се сигурен.
- (3). Напрегнат съм.
- (4). Нервите ми са изопнати.
- (5). Чувствам се леко, непринудено.
- (6). Чувствам се разстроен, объркан.
- (7). Безпокоя се за възможни беди.
- (8). Чувствам се удовлетворен.
- (9). Уплашен съм.
- (10). Чувствам се удобно.
- (11). Чувствам увереност в себе си.
- (12). Нервен съм.
- (13). Треперя от нерви.
- (14). Чувствам нерешителност.
- (15). Чувствам се приятно отпуснат.
- (16). Изпитвам задоволство.
- (17). Притеснен съм.
- (18). Смутен съм.
- (19). Чувствам се стабилен.
- (20). Чувствам се свободно, нямам проблеми.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSSEN

Пред вас са двойки прилагателни, които означават противоположни състояния. Отбележете с хиксче (X) в кутийката вдясно прилагателното, което най-добре отговаря на вашето сегашно състояние. Не мислете дълго, преди да отговорите, и не пропускайте нито един ред! Когато се колебаете, избирайте онова прилагателно от двойката, което в по-голяма степен или по-често можете да отнесете към себе си през последната една седмица (по-скоро едното или по-скоро другото; кое от тях е доминиращо или преобладава напоследък). Отговоряйте колкото можете по-рядко с „нито едното, нито другото“.

Напоследък се чувствам:

ПО - СКОРО		ПО - СКОРО		НИТО ЕДНОТО, НИТО ДРУГОТО
бодър		отпаднал		
равнодушен		отзивчив		
радостен		печален		
удачник		неудачник		
раздражителен		ведър		
нерешителен		решителен		
весел		тъжен		
в добро настроение		в лошо настроение		
без апетит		с добър апетит		
общителен		затворен в себе си		
некадърен		кадърен		
спокоен		напрегнат		
щастлив		нешастен		
стеснителен		общителен		
порочен		непорочен		
незаstraшен		заstraшен		
изоставен		заобиколен с приятели		
уравновесен		вътрешно неуравновесен		
уверен в себе си		неуверен в себе си		
нищожен		пълноценен		
отстъпчив		непоколебим		
уморен		отпочинал		
колеблив		твърд		
спокоен		неспокоен		
отпуснат		целеустремен		
ненужен		нужен		
непохватен		сръчен		
превъзхождащ другите		малоценен		
ОБЩО ТОЧКИ:				