

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**КАТЕДРА «МЕДИЦИНСКА ПЕДАГОГИКА»**

**ДЕСИСЛАВА БОГОМИЛОВА ДОНЧЕВА**

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

**АВТОРЕФЕРАТ НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**За присъждане на образователна и научна степен „ Доктор“**

Професионално направление : 7.4. Обществено здраве

Област на висше образование : 7. Здравеопазване и спорт

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

**Научен ръководител :**

Проф. Полина Балканска-Георгиева, дм

**Рецензенти:**

Проф. Теодор Николов Попов, дп

Доц. Албена Николаева Андонова, дм

София, 2018 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по медицинска педагогика при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 148 страници и е онагледен с 33 таблици, 39 фигури и 4 приложения.

Библиографската справка включва 148 заглавия, от които 89 на кирилица, 49 на латиница и 10 интернет източника.

### **Научно жури:**

Проф. Теодор Николов Попов, дп – вътрешен член на МУ-София

Проф. Полина Ангелова Балканска, дм - вътрешен член на МУ-София

Проф. Христина Танчева Милчева, дп - външен член за МУ-София

Доц. Албена Николаева Андонова, дм - външен член за МУ-София

Доц. д-р Катя Петрова Попова - Юрукова, дм - външен член за МУ-София

### **Резервни членове:**

Проф. Силвия Младенова Младенова, дм - вътрешен член на МУ-София

Проф. д-р Коста Славов Костов, дм - външен член за МУ-София

Публичната защита ще се състои на 23.03.2018 г. от 13:00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ - София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул.„Бяло море” №8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО.....</b>	<b>5</b>
<b>РАБОТНА ХИПОТЕЗА.....</b>	<b>5</b>
<b>ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....</b>	<b>5</b>
<b>ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....</b>	<b>6</b>
<b>ИЗВАДКА.....</b>	<b>6</b>
<b>МЕТОДИ.....</b>	<b>7</b>
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО.....</b>	<b>11</b>
<b>СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....</b>	<b>12</b>
<b>Социално-демографска характеристика на респондентите и етиология на ампутациите.....</b>	<b>12</b>
<b>Анализ на резултатите от проучване на психологичните и социални проблеми на респондентите .....</b>	<b>17</b>
<b>Анализ на резултатите от приложената кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза.....</b>	<b>29</b>
<b>Резултати от изследване на психоемоционалното състояние на респондентите, включени в кинезитерапевтичната методика с модул за психосоциална подкрепа.....</b>	<b>31</b>
<b>Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза.....</b>	<b>34</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>39</b>
<b>ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ .....</b>	<b>40</b>
<b>ПРИНОСИ.....</b>	<b>42</b>
<b>СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....</b>	<b>43</b>

## ВЪВЕДЕНИЕ

Протезирането се явява неразделна част от 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. Ранното признаване и лечение на психологичната заболяемост изглежда важно за предотвратяване на дългосрочни увреждания при ампутация.

Всяка болест, в още по голяма степен - 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.

## **МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

В настоящето проучване се изследва степента, в която 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.

### **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.

### **Цел и задачи на изследването**

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 формулираната цел произтичат **следните 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 ампутирани крайници.
- ✓ 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 и анализ на получените резултати.
- ✓ Изготвяне на изводи и препоръки.
- ✓ Разработване на проект на модул за психосоциална подкрепа на хора с ампутирани крайници в процеса на лечение и възстановяване.

**Обект на изследване** са психоемоционалните и социални проблеми на протезирани пациенти с ампутирани долни крайници, 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.

### **Изводка**

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

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

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.

## **Методи**

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

### **А. 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.

#### ➤ *Психологични методи :*

- ✓ Наблюдение
- ✓ Беседа
- ✓ Подкрепящи психотерапевтични техники – индивидуално и в група
- ✓ Тестови набор, включващ 2 въпросника:

- Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSSSEN - приложена в началото и в края на психотерапевтичния модул. Състои се от 28 двойки прилагателни, които означават противоположни състояния. Маркира се 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. 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.

*Използваните психологични методи се отнасят до лицата, включени в апробирането на оптимизираната кинезитерапевтична методика с модул за психосоциална подкрепа.*

➤ *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.

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.

## **Б. 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. За нашата работа е по важна функционалната дължина, при флектирано коляно до  $90^\circ$  и качеството на извършената миопластика.

- *Ъглометрия*

Флексионната контрактура в колянната става оказва влияние върху естетичния вид на протезата и походката.

Обемът на движение в колянна става измервахме по SFTR методика. 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). Измерването на контрактурите е 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 флексионни контрактури също променя класическите условия на теста.

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

- *Анализ на походката с протеза и помощни средства*

Походката с протезата тествахме 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

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 протеза е извършена по метода на вариационния анализ. Измерванията и изследванията бяха статистически обработени при използване на следните означения:

$\chi^1$  - средно аритметично на началните резултати

$\chi^2$  - 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.

## **Организация и провеждане на проучването**

### **Етапи на изследователския процес:**

#### **А. 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 анкетирането 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.

**СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ.  
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

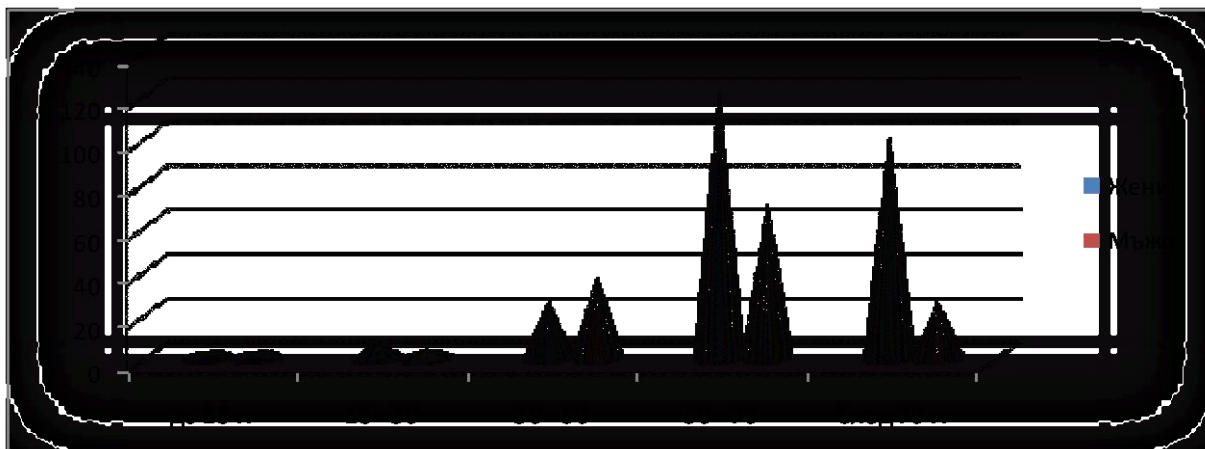
**Социално-демографска характеристика на респондентите  
и етиология на ампутациите**

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, 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 е провеждана анкетата и по-късно беседите, са общо 400 души – в периода от м.Януари 2015г. до м.Декември 2016г.

### Възраст на респондентите

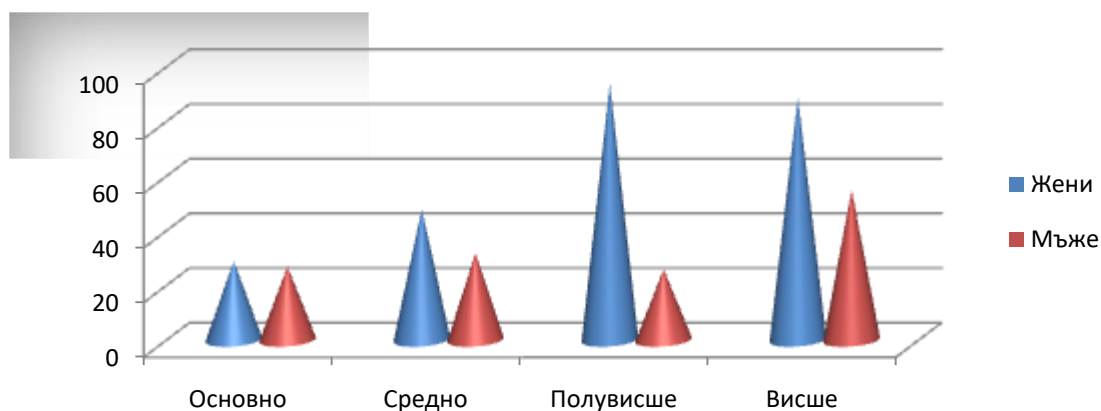


**Фиг. № 1** Разпределение на наблюдавания контингент по възраст

Установи се, че пациентите, на които е извършена ампутация и по – късно протезирани, са повече от женски пол – 260, като мъжете са едва 140. Статистиката показва, че повече жени идват след ампутация, отколкото мъже в различни възрастови групи. Данните сочат, че в извадката фигурират 3-ма пациенти до 18г. възраст, а от 18 до 30г. възраст – 12души. Броят на пациентите нараства с напредването на възрастта като

най – голям брой протезирани пациенти са във възрастовия диапазон 50 - 70 годишна възраст.

### Разпределение на респондентите по образование

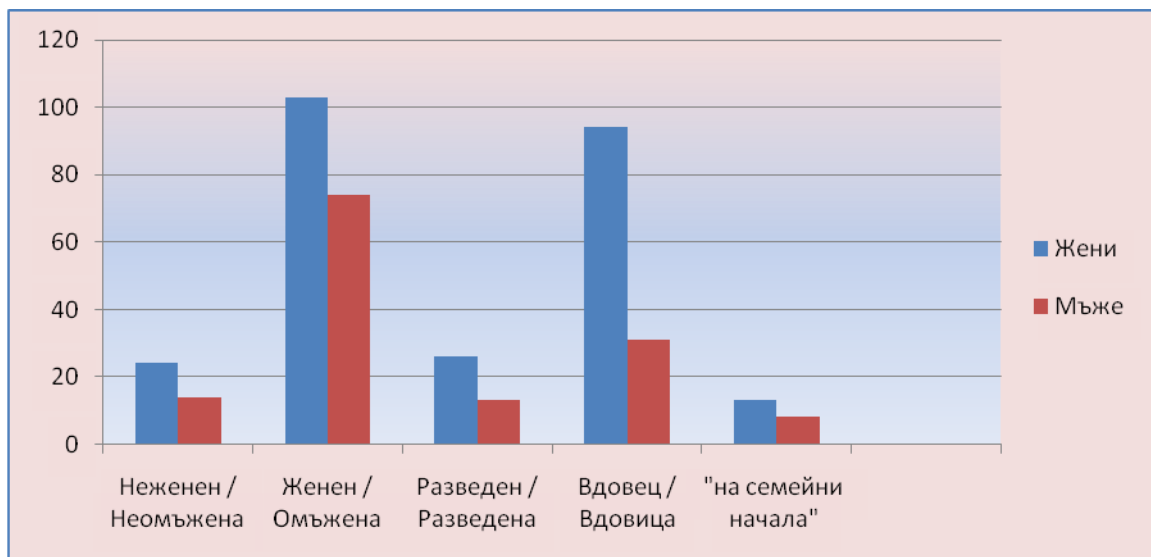


**Фиг. № 2** Разпределение на наблюдавания контингент по образование

Направихме допитване относно образованието, което имат нашите респонденти. Данните са отразени на фигура №2, както следва: 56 души са с основно образование /29 жени и 27 мъже/; общо 80 от пациентите са със средно образование, съответно 48 жени и 32 мъже. Пациентите с полувисше образование са общо 120, като броят на жените е 96, а 26 са мъже. Висшистите наброяват общо 144 като броят на жените е 89, а на мъжете - 55.

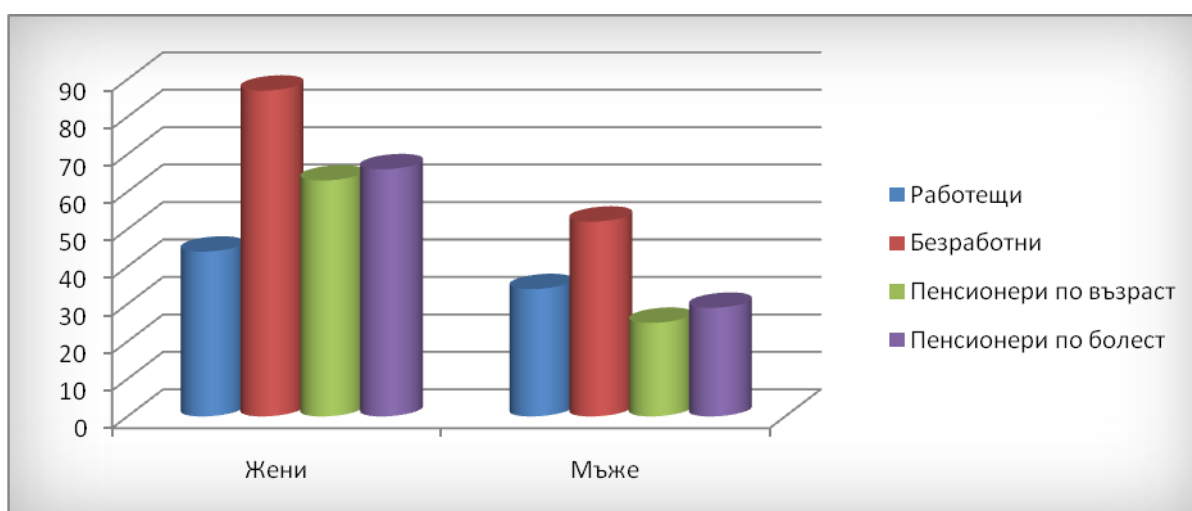
### Семейно положение на респондентите

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



**Фигура № 4.** Разпределение на пациентите по трудова заетост

Направихме подробно разпределение на пациентите по отношение на трудовата им заетост. Става ясно че 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

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. Ампутирането 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 жени и 5 мъже. Анкетираните пациенти вследствие на катастрофи и трудови злополуки са 38 човека, от които 17 са жени и 21 мъже /табл.1/.

**Таблица № 1** Разпределение на ампутираните пациенти според заболяването им

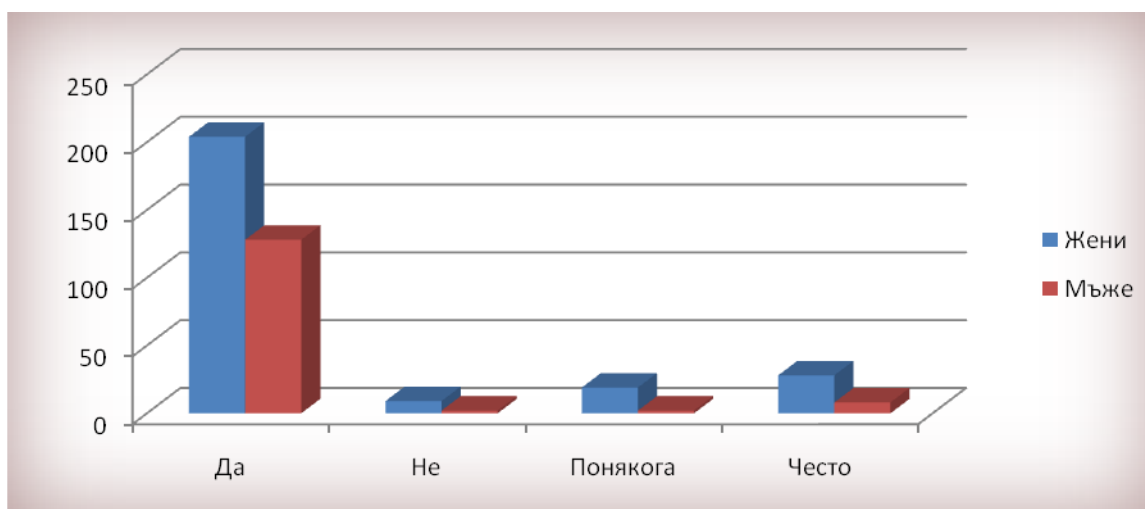
Болести	Жени	Мъже
Диабет	122	45
Съдово заболяване	71	46
Травматични ампутации	38	23
Туморни	12	5
Злополуки	17	21
Други	-	-
	260	140
Общ брой пациенти: 400		
Относителен дял	65%	35%



## Анализ на резултатите от проучване на психологичните и социални проблеми на респондентите

Ампутацията е източник на проблеми в семейните взаимоотношения за почти всички респонденти – 83 % /332 души от 400 анонимно анкетираните пациенти са посочили положителен отговор/.

От 400 анкетираните едва 11 човека / 0.03% / са отговорили отрицателно, поради факта, че са самотно живеещи / фиг.5/.



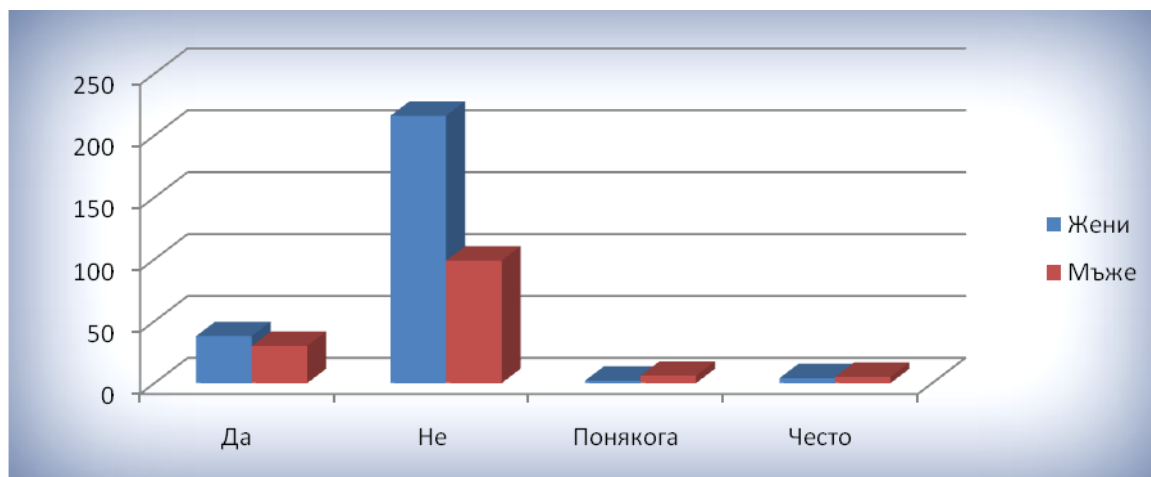
### Фигура № 5. Семейни проблеми на респондентите

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 го посочили отговора, съответно - 19 жени и 2 мъже.

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.

Преглеждайки данните, прави впечатление, че около 90% (360 пациента) от анкетираните болни чувстват подкрепа от най – близките хора - семейството си. От изключителна важност е подходът на хората, които са близо до болния след ампутацията на крайник. Те са тези, които трябва да вдъхнат не само кураж, а да бъдат неизменно до тях. Малка част

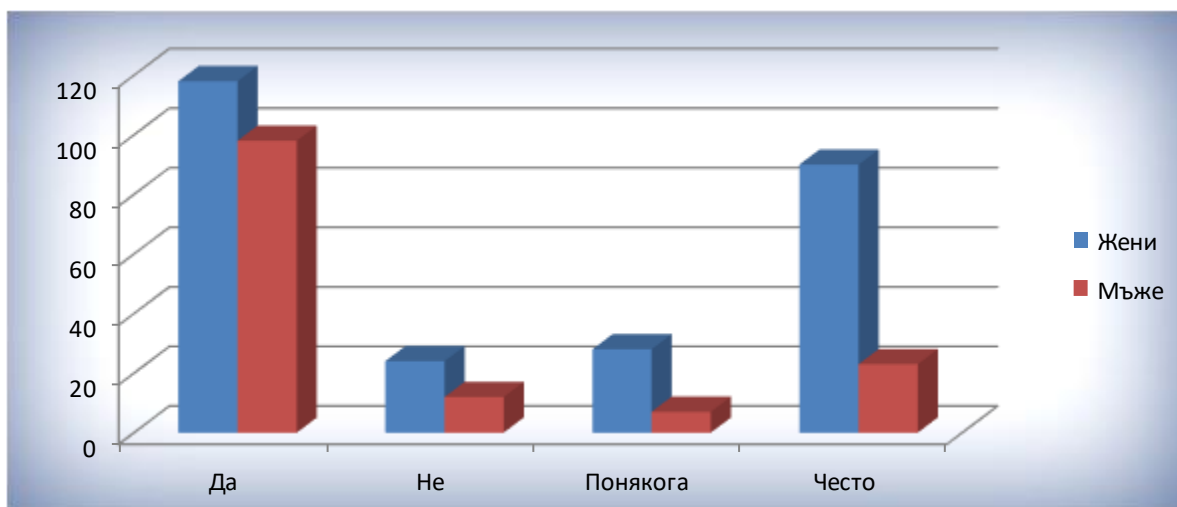
са дали отрицателен отговор на въпроса, изхождайки от това, че нямат семейства, починали близки и няма кой да се грижи за тях, на други близките са в чужбина и не са се връщали от години, за трети път -не се интересуват от тях. Някои от анкетиранияте посочват, че са самотници и нямат опора до себе си, която да ги поведе напред.



**Фигура № 6** Служебни проблеми

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, като 38 от тях са посочили, че ампутацията е създала проблем на работното им място. При мъжете, от 34 работещи, 30 са посочили, че ампутацията е създавала проблем на работното място, като 6-ма са посочили отговор „понякога” и 5-ма отговора „често”. Общо 7 от анкетиранияте са отговорили, че нямат постоянна работа. Една голяма част от анкетиранияте пациенти с ампутации са принудени да сменят работното си място. Това е свързано с тяхното образование и квалификация. Пациентите със свободни професии 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 социалните и психоемоционални трудности, вследствие придобитата инвалидност и смяна на работното място.



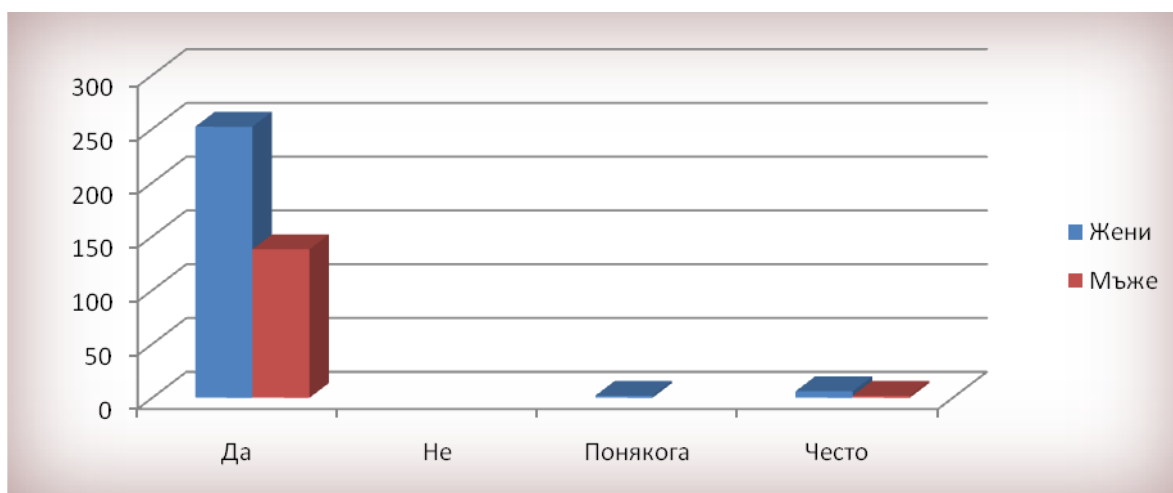
**Фигура № 7.** „Споделяте ли проблемите и тревогите си с хора във вашето положение?“

Повече от половината респонденти /54%/ споделят проблемите и тревогите си с хора в тяхното положение, претърпели ампутация. Чувстват близост с тях и обменят опит, задават 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“.

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, както при повечето 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. Някои споделят, че се съсредоточават върху външните неща,

като начин да избегнат конфронтацията 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. Болките са трудно преодолими. Някои се страхуват, че ще загубят партньора си. Други са били изоставени от партньора си още в болницата след като са претърпели пътено – транспортно произшествие.

Повечето от анкетиранияте 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. Приемането на случилото се е ключов елемент както за физическото, така и за психическото възстановяване.

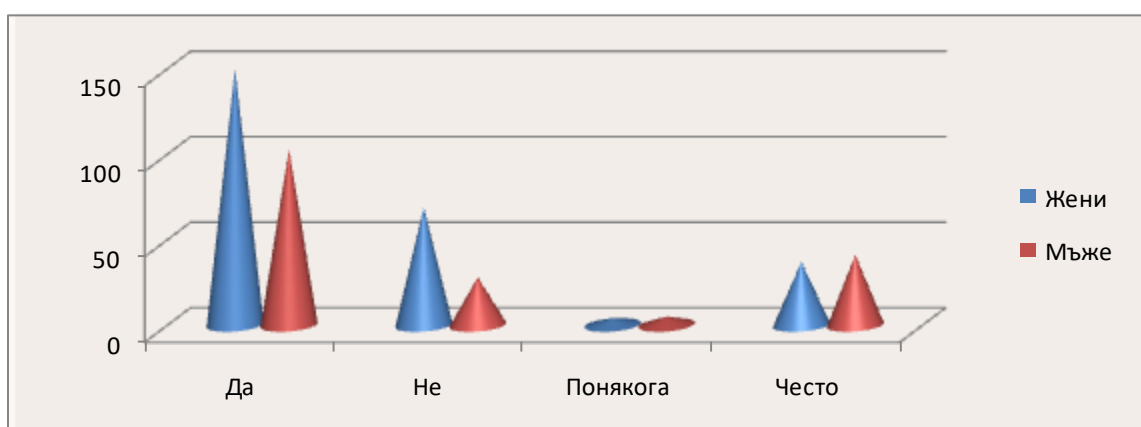


**Фигура № 8 . „Чувствате ли се нещастен?“**

От 260 жени 252 се чувстват нещастни /97%/, две са посочили „понякога” и шест са дали отговор „често” Близко 98% от мъжете / 138 д./

са посочили отговор „да” и само двама отговор „често”. Хората са нещастни, плачат, изпадат в тежки депресивни състояния, отчаяни са. Продължават да изпитват тъй наречените фантомни болки (крайникът, който липсва, е там). Тези проблеми може да забавят процеса на приемане и възстановяване.

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.

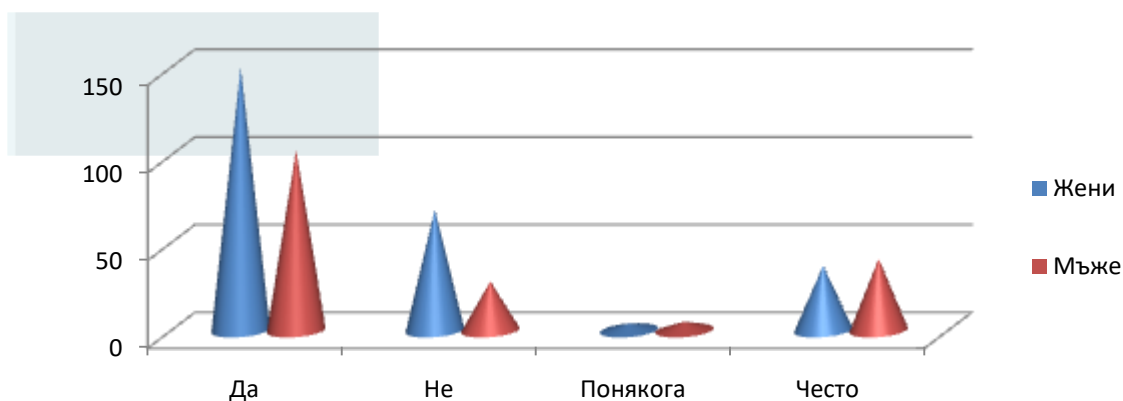


**Фигура № 9** Разпределение на пациентите според чувството им на самота  
Преобладаващ е броят на пациентите, които се чувстват самотни.

Общо 389 от анкетираните 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

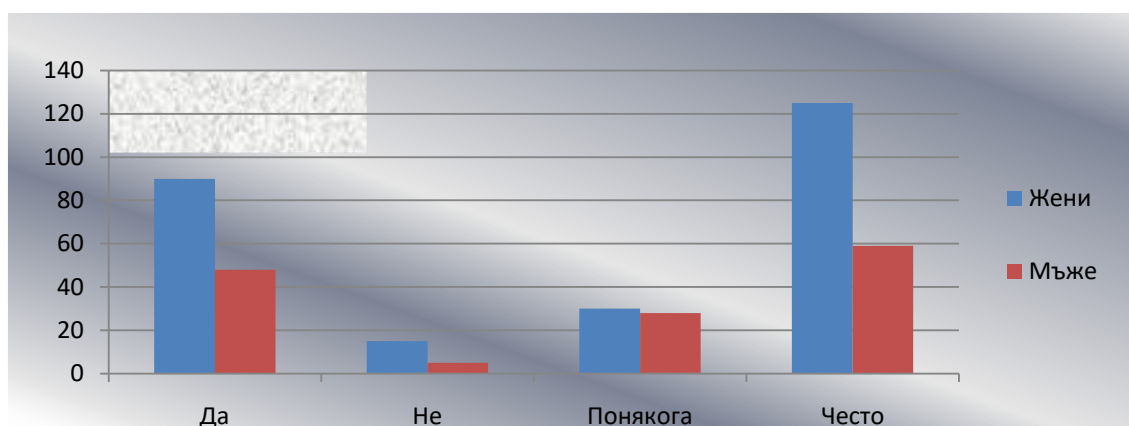
често не знаят как да постъпят и в желанието си да помогнат правят неволни грешки.



**Фигура № 10** Разпределение на пациентите според чувството им на непълноценност

Когато в семейството се появи инвалидизираща 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.

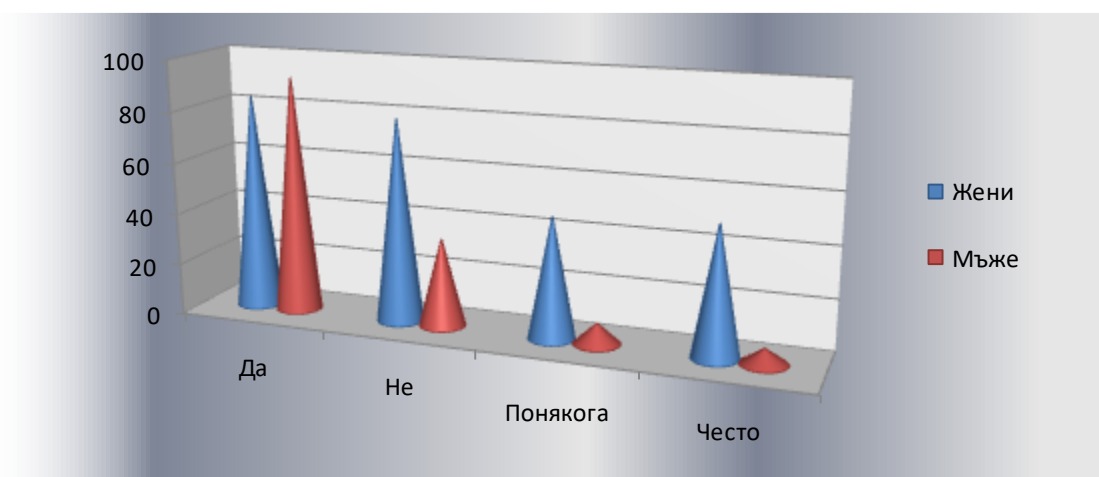
Същевременно няма съмнение, че близките са ключови фигури за болния човек и основните помощници в лечението. Те поемат най-голямата тежест от грижата за болния човек и често изпитват освен силната си привързаност и близост към болния близък, също така много болка, вина, стрес, и страх. Те също имат нужда от помощ и подкрепа.



**Фигура № 11** „Чувствате ли се в тежест на семейството си?“

245 /94%/ 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 /94.2%/ споделят, че се чувстват зле и излишни, разбират и осъзнават, че създават главоболия на близките и семейството си.

176 човека от анкетираниите изпитват страх от това, че ще загубят партньора си. Почти е равен броят на тези, които „понякога” или „често” изпитват притеснение от това, че болестта и грижите около него може да доведат до срыв в интимните им отношения /фиг.12/.



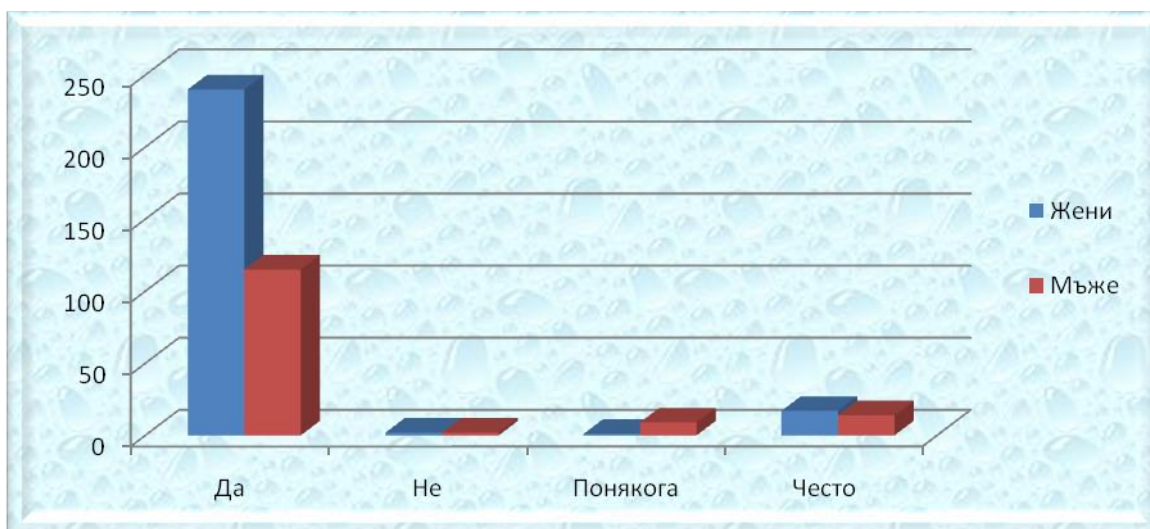
**Фигура № 12** Страх от загуба на партньора

Предимно анкетираниите на млада възраст смятат че ще изгубят партньора си, а други вече са го загубили.

Разнообразни са отговорите на въпроса *Какво предприемате, за да преодолявате трудни психоемоционални моменти?* Приемат трудно нещата, изпадат в депресия, гняв, болка, отричане, но минава време и идва моментът, в който осъзнават, че трябва да си помогнат те самите. Част от тях са амбицирани и не се поддават на самосъжаление – предимно хора в млада и средна възраст. Опитват се да се научат да ходят с изкуствен крайник.

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.

Почти всички пациенти имат затруднение при ходене. Това е нормално, тъй като ходенето с протеза е трудно и трябва специално обучение. 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.



**Фигура № 13.** „Имате ли затруднения при ходене?“

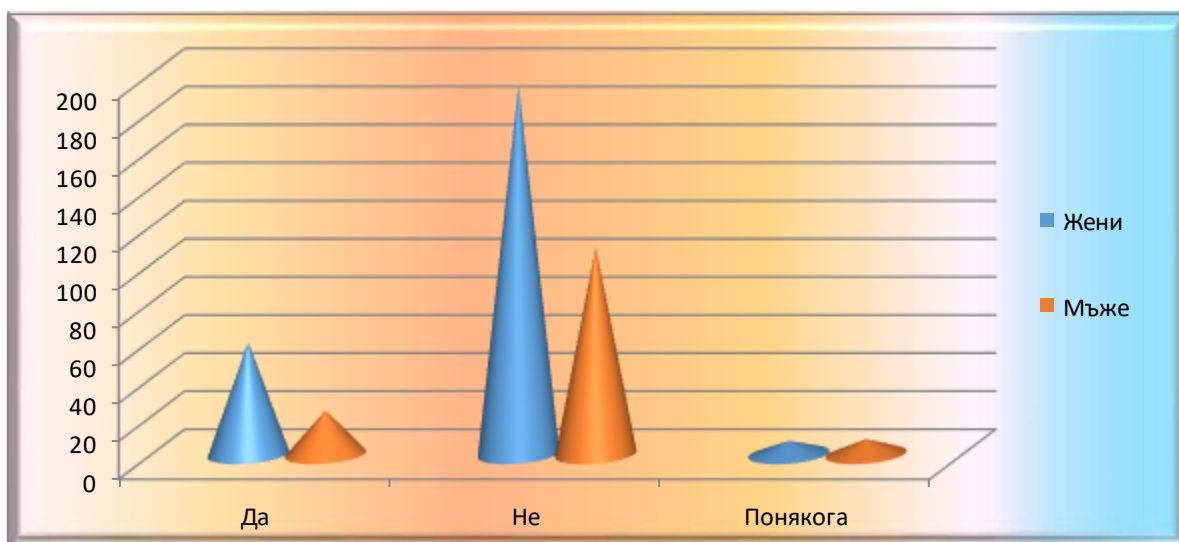
391 души /97.7%/ от респондентите са посочили, че имат нарушено самообслужване. Общо 9 човека са посочили „често“, като поясненията са различни. Диабетно болните споделят, че имат замъглено виждане и не могат сами да се придвижват. Същите споделят, че имат придружители в къщи (роднини или познати, които се грижат за тях) .





**Фигура № 14 . „Имате ли нарушено самообслужване?“**

От 260 жени, едва 59 /22.7%/ 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 хора. 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”. Някои от травматичните пациенти споделят, че не могат да се качат на градски транспорт, защото „стъпалата са високи и ги плашат”.

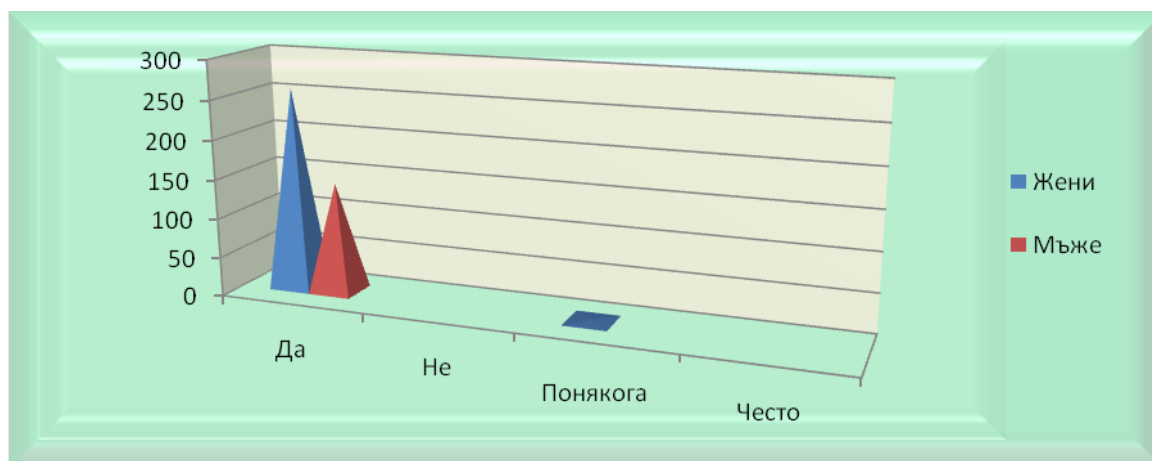


**Фигура № 15. „Можете ли да ползвате градския транспорт?“**

Грижите за болни хора включва много аспекти от живота: медицински, психологически, културни, социални, духовни. В допълнение

към облекчаване на симптомите или облекчаване на болката, пациентът се нуждае от морална и психосоциална подкрепа, както 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.

Почти всички анкетирани -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. 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 те самите не се справят самостоятелно, а близките и семействата им работят или живеят в чужбина.



**Фигура № 16** „Имате ли честа нужда от придружител?“

По отношение на самооценката от постигнатото след проведена първоначална КТ 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 души. 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. 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 здрави хора. 32-ма анкетирувани 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.

Хората които посочват, че се справят добре, са 48 /12%/. 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 анкетирувани смятат, че се справят отлично. Това са както млади хора, така и хора от средна възраст.

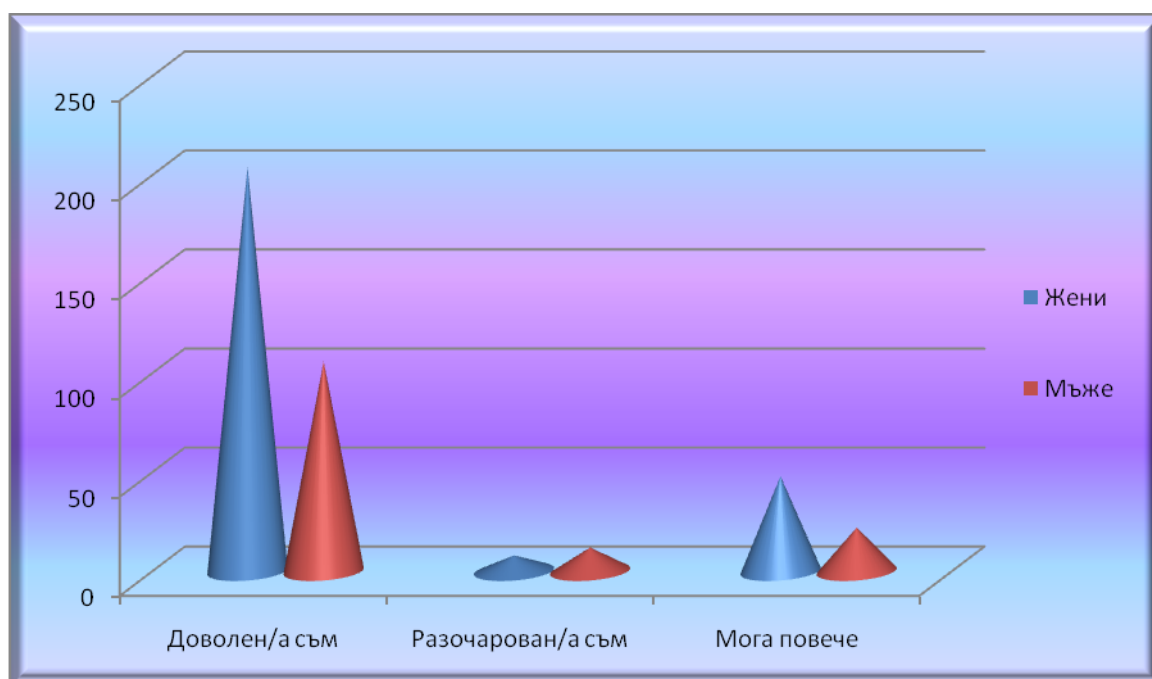
**Таблица № 2. Самооценка след КТ процедури**

Въпроси	Общ брой анкетирувани	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%
<b>Общ брой анкетирани пациенти:</b>	<b>400</b>	

310 от респондентите /77.5%/, от които 204 жени и 106 мъже, са посочили, че са доволни от лечението, 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 постигнат положителен резултат, 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.

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 вярват, че ще успеят.



**Фигура № 17.** „Какво мислите за лечението Ви?”

## **Анализ на резултатите от приложената кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза**

В постампутиционния 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, преодоляване на психическата депресия. Обучението в ходене с патерици - започва на 3-7 ден след ампутацията и се провежда само при едностранно ампутиране.

**Цел** на кинезитерапията е максимално възможно възстановяване естествената локомоция на болния и подпомагане на 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.

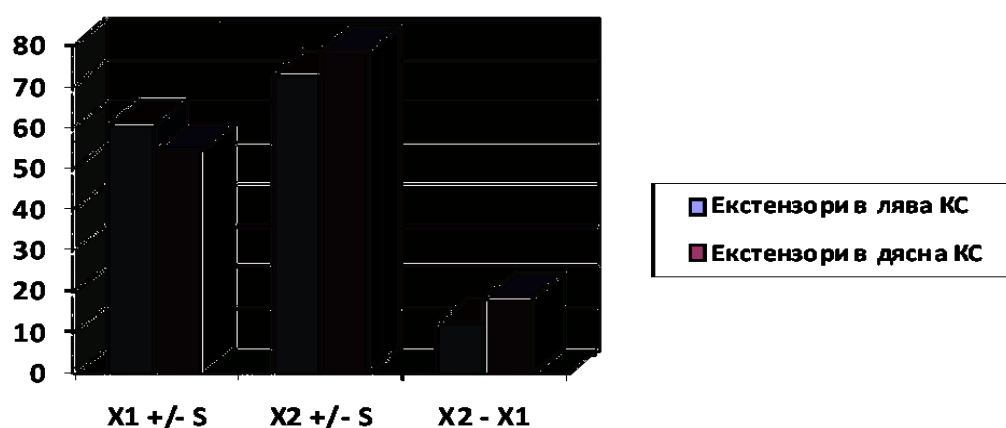
**Използвани средства на кинезитерапията**

1. Дихателни упражнения

2. Общоразвиващи упражнения

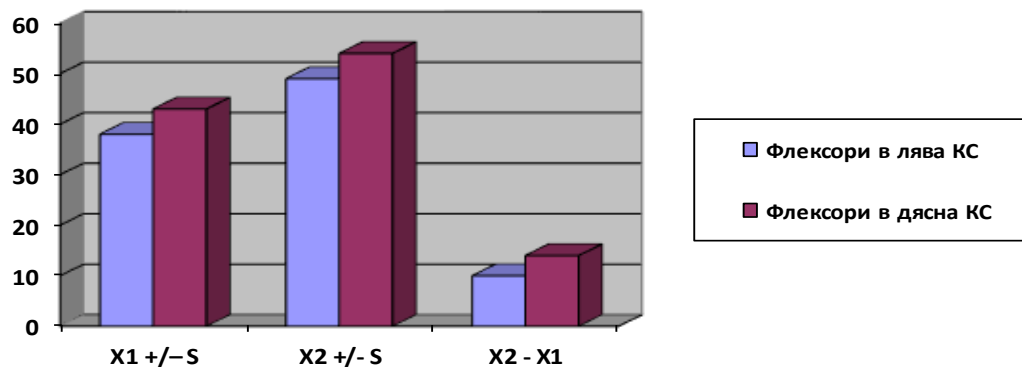
3. Активни упражнения с и без съпротивление от различен произход
4. Постизометрична релаксация (ПИР)-за ишиокруралната мускулатура
5. Аналитични упражнения за слабите мускулни групи
6. Упражнения за координация и равновесие
7. Упражнения за самообслужване:
  - обуване и събуване на протезата.

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



**Фиг.18.** Екстензори в лява и дясна коленна става

Отразените стойности показват достоверното и увеличаване в резултат на приложената методика на кинезитерапия. Стойностите за силата на флексорите и екстензорите при началното изследване са сравнително ниски, което може да се обясни с продължителната хипокинезия, с настъпваща физиологична немощ с увеличаване на възрастта или с проблеми в направената миопластика на чуканите. След проведеното лечение тя се е увеличила средно с 0,54 за мускулатурата на лявата колянна става и с 0,77 за дясната.



**Фиг.19.** Флексори в лява и дясна коленна става

Подобряването на силата за екстензорите в ТБС е почти еднакво и за двете ТБС.

**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. Тревожността и депресията, произтичащи от осакатяването, са тясно свързани със стила на справяне на болния.

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 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.

Резултатите, получени от изследването на пациентите от ЕГ и КГ при първоначалните психологични тестове и в края на проучването, са представени в таблици № 3 и № 4. В ЕГ се отбелязва намаляване на резултатите по скалата за оценка на депресията (таблица 3), както и снижаване на тревожността, за разлика от показателите на КГ (таблица 4).

**Таблица №3.** 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 №4.** 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	

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./. Процесът акцентира върху самоприемането и включването на протезата като част от собственото тяло. 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.

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 подобрене.

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 ѝ измерения не само ще помогне за адаптиране към новата реалност, но и ще подобри качеството на живот на ампутирания пациент.

### **Проект „Модул за психосоциална подкрепа” към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с 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?

Настоящото изследване е опит да се идентифицират психоемоционални проблеми 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 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.

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 силно 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:

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

Необходима е незабавна *консултация със специалист*:

- психиатър, който да направи оценка за суицидният 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.

В тази връзка е от особена важност медицинският персонал да притежава знания и умения за разбиране симптомите на пациента, които често са несъразмерни, дори 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 са 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.

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 префокусират вниманието на семейството навътре.

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. 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.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

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).

Прилагането на биопсихосоциалния подход в лечението и ресоциализацията на ампутирания пациент предоставя оптимална възможност за подобряване качеството на живот и приобщаването му отново към социалния и професионалния живот.

Проведеното проучване е опит да се навлезе по-обстойно в областта на психологическата интервенция след ампутация. То подчертава ролята на целенасочената психосоциална подкрепа в рехабилитационния процес на пациентите след ампутация. Нуждата от психосоциална подкрепа на

пациенти с ампутации е обусловена от актуалността на интегрирането на съвременните модели за терапевтично и рехабилитационно поведение.

## 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 обобща:*

- Болшинството респонденти споделят значителни затруднения по отношение на автономността, проблеми в семейството, в осъществяването на социални контакти, проблеми, свързани с придвижването в градска среда и многопосочни негативни преживявания вследствие на ампутацията.
- Повече от половината анкетирани 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.
- 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 обуйт 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.

## **ПРИНОСИ**

Дисертационният труд притежава научни приноси, които са предимно от теоретичен и практико-приложен характер:

- Проучени са основни социални и психоемоционални проблеми на протезирани пациенти след ампутация на долни крайници.
- Разработен е проект на модул за психосоциална подкрепа към кинезитерапевтична методика за обучение в ходене на пациенти с протеза, основан на анализирания данни от проведеното изследване и проучения добър опит в тази насока.
- Осъществено е оптимизиране на кинезитерапевтичната програма за обучение в ходене на протезирани пациенти след ампутация посредством включване на модула в рехабилитационния процес.
- Разработеният проект „Модул за психосоциална подкрепа” е в унисон със съвременните модели за терапевтично и рехабилитационно поведение в кинезитерапията на ампутирани пациенти и съответства на належащата потребност от оптимизиране качеството на здравните грижи чрез подпомагане на тяхната психологична адаптация и социална реинтеграция.

## СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Дончева, Д., Рехабилитация и кинезитерапия при лечението на пациенти с транстибиални ампутации, В: 20 години – специалност рехабилитатор, изд. ИК „КОТА”, Стара Загора, 2014, /И изнесен доклад на 16-17.05.2014/
2. Дончева, Д., Психологични аспекти на ампутациите и протезирането на крайници, В: Контакт 2014. Гражданската идея в действие, изд. ТЕМТО, София, 256-262. /И изнесен доклад пред 33 научно-технологична сесия, ИНГА на 27.06.2014/.
3. Дончева, Д., Захарен диабет, водещ до ампутация и последващо протезиране, В: Контакт 2014. Интердисциплинната идея в действие, изд. ТЕМТО, София, 169-175 . /И изнесен доклад пред 34 научно-технологична сесия, ИНГА на 30.10.2014/.
4. 4.Дончева, Д., Психологични подходи в лечението на пациенти с транстибиални и фемурални ампутации, В: < MEDICUS> 2016. Международен медицински научен журнал, изд. SCIENTIFIC SURVEY, Volgograd, 40-41. / Русия-статия на 24.02.2016 /.
5. Дончева, Д. Кинезитерапия след ампутация на долни крайници. В: Образование, наука, икономика и технологии, Бургас, 2016, ТОМ XII (5), 29-33. /И изнесен доклад на 23.06.2016 /
6. Дончева, Д. Психологични проблеми при лечението на пациенти от третата възраст след ампутации. В: Управление и образование, том 13 (5), Бургас, 2017, 56-60.