

2015
Т. 3, № 1

*Журнал заснований
у лютому 2013 року*

Засновники:

Національна медична академія
післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика,

Донецький національний
медичний університет
імені М. Горького,

Всеукраїнська громадська
організація «Асоціація дитячих
офтальмологів України»

Мови видання:

українська, російська,
англійська

**Періодичність видання –
2 рази на рік**

Журнал внесено до переліку
наукових фахових видань
України з медичних наук:
Додаток 8 до Наказу
Міністерства освіти і науки
України 04.07.2014 № 793.
Рекомендовано до друку
Вченою радою НМАПО
імені П.Л. Шупика (Протокол
засідання №8 від 21 жовтня
2015 року)

Редактор –

В.Г. Осьмак

Перекладач –

О.Є. Лабунська

Верстка –

Д.А. Грек

Поштова адреса:

03065, проспект Комарова, 3, КМКОЛ
«Центр мікрохірургії ока»,
кафедра офтальмології НМАПО
ім. П.Л. Шупика МОЗ України
Яковець Антоніна Іванівна
тел. + 38 044 408 05 36,
факс. + 38 044 404 44 85,
моб. + 38 097 944 01 77
E-mail: archivophthalmukr@gmail.com
<http://archivophthalmukr.wix.com/archiv>

Підписано до друку 12.11.2015.

Формат 60x84/8.

Папір офсетний. Друк офсетний.

Ум. др. арк. 10,0.

Наклад 1000 прим. Зам. С15-174.

Віддруковано в друкарні

“Видавництво “Фенікс”.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 271 від 07.12.2000 р.

03680, Київ, вул. Шутова, 13Б.

www.fenixprint.com.ua

ISSN: 2309-8147

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика МОЗ України
Донецький національний медичний університет
імені М. Горького МОЗ України
Всеукраїнська громадська організація
«Асоціація дитячих офтальмологів України»

АРХІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ УКРАЇНИ

•
АРХИВ ОФТАЛЬМОЛОГИИ УКРАИНЫ

•
**ARCHIVE OF UKRAINIAN
OPHTHALMOLOGY**

Науково-практичний медичний журнал
Научно-практический медицинский журнал
Scientific-practical journal

Головний редактор – С.О. Риков (Україна)
Заст. головного редактора – О.П. Вітовська (Україна)
Відповідальні секретарі – О.В. Петренко,
І.В. Шаргородська (Україна)

Редакційна колегія:

Барінов Ю.В. (Україна), Бездітко П.А. (Україна),
Варивончик Д.В. (Україна), Венгер Г.Ю. (Україна),
Веселовська З.Ф. (Україна), Гайдамака Т.Б. (Україна),
Гудзь А.С. (Україна), Дьомін Ю.А. (Україна),
Думанський Ю.В. (Україна), Жабосдов Г.Д. (Україна),
Завгородня Н.Г. (Україна), Заремба Є.Х. (Україна),
Кондратенко Ю.М. (Україна), Медведовська Н.В. (Україна),
Могілевський С.Ю. (Україна), Павлюченко А.К. (Україна),
Пенішкевич Я.І. (Україна), Савичук Н.О. (Україна),
Сенякіна А.С. (Україна), Сергієнко М.М. (Україна),
Сердюк В.М. (Україна), Сухіна Л.О. (Україна)

Київ
2015

АРХІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ УКРАЇНИ

УДК 617.7

Охороняється законами України про авторське право. Передрукування журналу або окремої статті допускається лише з письмового дозволу авторів та редакції з обов'язковим посиланням на джерело. Спроби порушення Закону переслідуються в судовому порядку.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: серія КВ № 21406-11206ПР від 27.07.2015 року.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

ВІТЧИЗНЯНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

Аліфанова Т.А., Безкоровайна І.М., Борщівська Г.В., Биховець І.І., Венгер Л.В., Веселий С.В., Вітовський І.М., Герасимова Т.П., Гладуш Т.І., Денисюк Л.І., Децик О.З., Лаврик Н.С., Лагошняк І.Я., Мірошник Д.М., Мороз О.О., Назарук Ю.П., Павлів О.Б., Слабкий Г.О., Степаненко А.В., Сук С.А., Турчин М.В., Цісельський Ю.В., Черьомухіна О.М., Шевколенко М.В.

ЗАРУБІЖНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

Carlo Enrico Traverso – *Italy*, Charles Genassia – *France*, Dominique Bremond-Gignac – *France*, Irina Gout – *UK*, Jean-Pierre Rozenbaum – *France*, Keith Barton – *UK*, Marie-Jose Tassignon – *Belgium*, Okihiro Nishi – *Japan*, Paul Harasymowycz – *Canada*, Rupert Menapace – *Austria*, Stefan Seregard – *Sweden*, Sudi Patel – *Scotland*, Valdis Valters – *Latvia*, Алдашева Н.А. – *Республіка Казахстан*, Ботабекова Т.К. – *Республіка Казахстан*, Далжит Сингх – *Республіка Індія*, Двалі М.Л. – *Республіка Грузія*, Єгоров Є.О. – *Російська Федерація*, Іджран Намазова – *Азербайджанська Республіка*, Імшанецька Т.А. – *Республіка Білорусь*, Каранадзе Н.А. – *Республіка Грузія*, Марченко Л.М. – *Республіка Білорусь*, Махмут Каскалоглу – *Турецька Республіка*, Сидоренко Є.І. – *Російська Федерація*, Чингиз Джарулла-заде – *Азербайджанська Республіка*, Юсупов А.А. – *Узбекистан*

Етика публікацій:

У рамках редакційної політики науковий журнал «Архів офтальмології України» послідовно дотримується видавничих стандартів публікації COPE Code of Conduct, затверджених COP (Committee on Publication Ethics).

Матеріали, що надходять для публікації в журналі, проходять рецензування з боку членів редакційної колегії та редакційної ради наукового журналу «Архів офтальмології України».

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Висловлені у статтях пропозиції не обов'язково збігаються з точкою зору редакційної колегії. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаних у публікаціях. Відповідальність за достовірність інформації у статтях, точність назв, статистичних даних, прізвищ та цитат несуть автори.

Відповідальність за зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець.

У випадках виявлення плагіату відповідальність несуть автори наданих матеріалів.

Редакція зберігає за собою право на незначну літературну редакцію текстів та скорочення зі збереженням авторського стилю.

Надані матеріали не повертаються та не можуть бути надруковані в інших наукових журналах.

Передрук або інше відтворення статей, ілюстрацій, рекламних або інших матеріалів у будь-якій формі в цілому чи частково дозволено лише за попередньою письмовою згодою авторів та редакції з обов'язковим посиланням на джерело.

Матеріали друкуються мовою оригіналу.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

УДК 617.751.98-058.057(477)

СТАН МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ПО ЗОРУ В УКРАЇНІ

Д. В. Варивончик¹, Л. І. Денісюк², А. Б. Мішенін¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,

² Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока" МОЗ України
– м. Київ, Україна

Слабкозорість і сліпота є основними причинами значного обмеження життєдіяльності людини, і це потребує комплексу реабілітаційних заходів щодо таких осіб.

Мета роботи: визначити вплив медико-соціального забезпечення інвалідів по зору на якість їхнього життя і психологічний статус.

Методи дослідження. Проведено дослідження забезпеченості компонентами медико-соціальної, психологічної, трудової реабілітації хворих з первинною відкритокутовою глаукомою, віковою макулодистрофією і старечою катарактою (інваліди по зору – 300 осіб; без інвалідності – 300 осіб).

Результати та їх обговорення. В Україні спостерігається незадовільний рівень забезпечення інвалідів по зору медико-соціальними програмами реабілітації. Причиною цього є дефіцит фінансових і матеріально-технічних ресурсів.

Висновки. Необхідно поліпшити програми реабілітації інвалідів по зору. Програми реабілітації повинні включати контроль і поліпшення якості життя, психологічного стану, підвищувати соціальну і трудову адаптацію хворих.

Ключові слова: *сліпота, інвалідність, реабілітація, організація медичної допомоги.*

Слабкозорість (СЗ) та сліпота (СЛ) є основними причинами значного обмеження життєдіяльності людини, що потребує реалізації комплексу реабілітаційних заходів [3, 9, 10] серед таких осіб. Особливо це стосується СЗ, яка не може бути виправленою із застосуванням терапевтичних, хірургічних чи оптичних методів і призводить до порушення щоденної діяльності, втрати незалежності, підвищення ризику переломів, надлишкових витрат охорони здоров'я, зниження фізичного функціонування, якості життя та середньої тривалості життя таких хворих. Реабілітація зорових функцій у таких хворих може дозволити досягти більш незалежного функціонування для фізичних осіб з ослабленим зором [11].

Проведеним дослідженням (контент-аналіз для ідентифікації тематичних блоків у фокус-групах) СЗ/СЛ жінок-інвалідів у Фінляндії було визначено, що основними їх проблемами є: співпра-

ця із працівниками охорони здоров'я, підвищення проінформованості про своє захворювання та методи його лікування, доступу до послуг охорони здоров'я, проблеми існуючої соціально-психологічної ізоляції, необхідність самозахисту, думка оточуючих про респондентів [5]. Так, результати досліджень у Франції свідчать, що соціальної допомоги потребують: СЗ – 20,7 %, СЛ – 46,8 % [2].

Дослідженням у США серед сліпих, які пройшли 6-місячну програму реабілітації, встановлено, що після її завершення відбулось покращення якості їхнього життя (опитувальники: «NEI VFQ», «SF-12») за шкалою психічного здоров'я на фоні збереження низького фізичного здоров'я [6].

Також СЗ потребують спеціальних засобів, які б покращували їхні залишкові зорові функції. Проведеним дослідженням у Німеччині було встановлено, що СЗ особи найбільш часто використовували допоміжні пристрої: збільшувачі (61,0 %), окуляри

для близького бачення (34,0 %), електронне збільшення через телевізор (20,0 %), монокуляр-телескоп (20,0 %). 81,0 % таких пацієнтів часто використовували такі пристрої, і лише 3,0 % повністю від них відмовились. Тільки 2,0 % пацієнтів могли читати газетний текст без використання збільшувальних пристроїв, 51,0 % – були в змозі це зробити, використовуючи засоби; 46,0 % пацієнтів повідомили, що вони мають користь від соціальних і професійних заходів реабілітації [4]. Дослідженням у Бразилії визначено, що застосування інформаційних комп'ютерних технологій має важливе значення для покращення навичок читання та письма, а також зв'язку особи із зовнішнім світом на рівній основі, тим самим покращуючи якість життя СЗ/СЛ. Головною причиною відмови від використання інформаційних технологій є відсутність програм навчання користування ними [1].

У свою чергу СЛ потребують забезпечення їх ергономічними тактильними паличками із роликів (рівень задоволення – 79,4 %) чи точковим (63,2 %) наконечником [8, 15], а також повсякденною інформацією із застосуванням шрифту Брайля та точкових зображень [13]. Однак не у всіх країнах програми реабілітації повністю покривають потреби СЗ/СЛ. Наприклад, у США програми страхування Medicare і Medicaid Services не покривають витрати на допоміжне обладнання [11, 14].

У той самий час, в Індії розроблено концепцію реабілітації інвалідів, у якій акцентується увага на СЛ. Розроблено перелік заходів, програм, алгоритмів, організаційна структура для їхньої реабілітації. В Індії реалізується 11-а Національна програма контролю за сліпотою (тривалістю – 5 років) [7].

Проведені дослідження показали, що заходи реабілітації (використання засобів для покращення гостроти зору, освіта та навчання, підтримка з боку однолітків, робота із підготовленими спеціалістами з соціальної адаптації) можуть поліпшити функціональні та психологічні складові якості життя таких хворих [12].

В Україні ж дотепер не проводились комплексні дослідження щодо оцінки медико-соціального забезпечення реабілітації сліпих та слабкозорих, що і визначило актуальність проведення даного дослідження.

Метою дослідження було – визначити вплив медико-соціального забезпечення інвалідів по зору на якість їхнього життя та психологічний статус.

Матеріали та методи дослідження. Прове-

дено контрольоване дослідження серед хворих на офтальмологічну патологію із інвалідністю по зору (група дослідження) та без інвалідності по зору (група контролю) (табл. 1).

Методом анкетного опитування (за шкалою від 1 до 10 балів) вивчалась можливість доступності для інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення, в залежності від патології, за наступними критеріями:

- медичний нагляд: спостереження у лікаря офтальмолога ЦРЛ; спостереження у спеціалізованому офтальмологічному центрі;
- профілактичне лікування: постійне дотримання призначеного базового курсу лікування; проведення 2-х планових курсів профілактичного лікування (амбулаторно чи стаціонарно);
- медична реабілітація: лікування в санаторно-курортних закладах; проходження програми реабілітації для СЗ/СЛ;
- забезпечення виробами медичного призначення: тактильними тростинами; тактильними годинниками; тактильними телефонами; книгами, інформаційними матеріалами шрифтом Брайля; спеціальними оптичними пристроями, що збільшують зображення; електронними пристроями, що збільшують зображення; аудіо-засобами;
- психологічна та соціальна реабілітація: консультація у психолога; відвідування медичними працівниками груп хворих з даною патологією; забезпечення доглядом членами родини, сторонніми особами;
- забезпечення соціальним працівником; навчання побутовому самообслуговуванню; забезпечення собакою-поводирем; вивчення шрифту Брайля.
- трудова реабілітація (осіб працездатного віку): професійна підготовка чи перепідготовка; отримання нової професії чи зміна місця роботи; працевлаштування на підприємствах УТОС.

Також визначались причини обмеження доступності інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення, а також показники якості життя (визначалась із використанням опитувальника «Health Status Survey» (SF-36)) та вивчення патопсихологічних змін особистості (опитувальника «Міні-мульти»), який є скороченим варіантом

Таблиця 1

Кількість осіб, включених у групи дослідження якості життя та патопсихологічних змін особистості

Хворі з патологією	Кількість досліджених у групах:	
	дослідження (інваліди по зору)	контролю (без інвалідності по зору)
Первинна відкритокутова глаукома	100	100
Вікова макулодистрофія	100	100
Стареча катаракта	100	100
Всього	300	300

Міннесотського багатомірного особистісного опитувальника – ММРІ).

Порівняння показників між групами дослідження проводилось за показником відносної розбіжності величин (Δ %), їхня достовірність оцінювалась за коефіцієнтом Стьюнета. Із використанням кластерного аналізу (к-середній, евклідова дистанція) визначався інтегральний спрямований ступінь зв'язку відхилення між показниками дослідження. Статистичний зв'язок між показниками якості життя, патопсихологічними змінами особистості та доступністю інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення визначався з використанням лінійного непараметричного кореляційного аналізу (за коефіцієнтом Спірмена).

Результати та їх обговорення. Медико-соціальне забезпечення є одним із основних заходів, спрямованих на адаптацію хворої людини до зміни функціонування внаслідок інвалідності і є неодмінною умовою для комплексної реабілітації інвалідів по зору.

Проведеним дослідженням визначено, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні спостерігається недостатній рівень забезпечення інвалідів по зору медико-соціальним забезпеченням (табл. 2).

Так, нами визначено, що компонент медичного нагляду є достатньо високим для всіх досліджених групи хворих, які є інвалідами по зору (середня доступність – 5,4–7,5 ум. бала). Так, спостерігається достатня доступність хворих до відвіду-

Таблиця 2

Доступність інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення в залежності від патології (умовні бали)

Заходи медико-соціального забезпечення	Групи досліджених хворих		
	ПВКГ	ВМД	СК
Медичний нагляд (МН)			
Спостереження у лікаря офтальмолога ЦРЛ	9,5±0,5	8,5±0,8	9,5±0,5
Спостереження у спеціалізованому офтальмологічному центрі	5,5±0,6	2,4±0,2	7,5±0,7
Середнє значення – МН	7,5±0,5	5,4±0,5	8,5±0,6
Профілактичне лікування (ПЛ)			
Постійне дотримання призначеного базового курсу лікування	7,3±0,7	6,3±0,6	–
Проведення 2-х планових курсів профілактичного лікування (амбулаторно чи стаціонарно)	4,4±0,6	3,5±0,5	–
Середнє значення – ПЛ	5,4±0,5	4,5±0,5	–
Медична реабілітація (МР)			
Лікування в санаторно-курортних закладах	4,0±0,4	2,1±0,2	3,6±0,4
Проходження програми реабілітації для СЗ / СЛ	0,2±0,1	0,1±0,1	0,1±0,1
Середнє значення – МР	2,1±0,2	1,1±0,1	1,8±0,1
Забезпечення виробами медичного призначення (ЗВМП)			
Тактильними тростинами	3,0±0,2	0,5±0,1	0,5±0,1
Тактильними годинниками	0,1±0,1	0,1±0,1	0,0
Тактильними телефонами	0,1±0,1	0,1±0,1	0,0
Книгами, інформаційними матеріалами шрифтом Брайля	0,0	0,0	0,0
Спеціальними оптичними пристроями, що збільшують зображення	0,0	0,0	0,0
Електронними пристроями, що збільшують зображення	0,0	0,0	0,0
Аудіо-засобами	0,0	0,0	0,0
Середнє значення – ЗВМП	0,5±0,1	0,4±0,1	0,1±0,1
Психологічна та соціальна реабілітація (ПСР)			
Консультації у психолога	0,5±0,1	0,2±0,1	–
Відвідування груп хворих з даною патологією	1,0±0,1	1,5±0,2	–
Забезпечення доглядом членами родини, сторонніми особами	4,5±0,4	4,0±0,4	1,5±0,1
Забезпечення соціальним працівником	2,5±0,2	3,0±0,3	1,0±0,1
Навчання побутовому самообслуговуванню	1,5±0,1	2,0±0,2	0,5±0,1
Забезпечення собакою-поводирем	0,0	0,0	0,0
Вивчення шрифту Брайля	0,0	0,0	0,0
Середнє значення – ПСР	1,4±0,2	1,5±0,2	0,4±0,2
Трудова реабілітація (осіб працездатного віку) (ТР)			
Професійна підготовка чи перепідготовка	1,5±0,1	0,5±0,1	0,1±0,1
Отримання нової професії чи зміна місця роботи	0,5±0,1	0,1±0,1	0,1±0,1
Працевлаштування на підприємствах УТОС	0,2±0,1	0,1±0,1	0,0
Середнє значення – ТР	0,7±0,1	0,2±0,1	0,1±0,1

вання лікаря-офтальмолога за місцем основного мешкання (8,5–9,5 ум. бала), однак доступність до офтальмологічних центрів, які спеціалізуються на лікуванні глаукоми, вікової макулодистрофії, катаракти, є низькою (2,4–7,5 ум. бала), особливо для хворих на вікову макулодистрофію.

Реалізація профілактичного лікування інвалідів по зору з первинною відкритокутовою глаукомою та віковою макулодистрофією є недостатньою (середня доступність – 4,5–5,4 ум. бала). Так, найвищим є дотримання призначеного хворим базового курсу лікування (6,3–7,3 ум. бала), однак проведення планових курсів профілактичного лікування двічі на рік в амбулаторних чи стаціонарних умовах – значно нижчим (3,5–4,4 ум. бала), особливо серед хворих на вікову макулодистрофію. Таке обмеження визначається значними матеріальними труднощами – як з боку хворих, так і адміністрації лікувально-профілактичних закладів внаслідок відсутності фінансових та матеріально-технічних ресурсів.

Доступність для інвалідів по зору до медичної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів та проходження програми реабілітації в спеціалізованих центрах для слабкозорих та сліпих в Україні є значно обмеженими (середня доступність – 1,1–2,1 ум. бала) внаслідок відсутності достатньої кількості таких лікувально-профілактичних закладів в Україні та відсутності фінансування діяльності існуючих.

Рівень забезпечення інвалідів по зору виробами медичного призначення є ще гіршим (середня доступність – 0,1–0,5 ум. бала). Так, за рахунок державного бюджету не було забезпечено жодного інваліда по зору такими засобами, як: книги, інформаційні матеріали шрифтом Брайля; оптичними та електронними пристроями, котрі збільшують зображення; аудіо-засобами. Дуже низьким є забезпечення таких хворих тактильними тростинами, годинниками, телефонами. У більшості випадків лише 1 % інвалідів по зору, які були досліджені, мали можливість придбати необ-

хідні високо коштовні засоби медичного призначення за власний рахунок (за допомогою членів родини, благодійників тощо).

Також визначено і низьку доступність для інвалідів по зору досліджуваної групи до заходів медико-соціальної реабілітації (середня доступність – 0,4–1,5 ум. бала). Жодний хворий не був забезпечений собакою-поводирем, не вивчав шрифт Брайля. Доступність до програм психологічної корекції за рахунок індивідуальної чи групової роботи з психологом чи психотерапевтом була дуже низькою (0,2–1,5 ум. бала). Доступність до програм соціальної адаптації, забезпечення хворих соціальним працівником, стороннім доглядом були недостатніми (0,5–4,5 ум. бала). Трудова реабілітація також знаходилась на дуже низькому рівні (середня доступність – 0,1–0,7 ум. бала).

Відповідно до отриманих у дослідженні даних найгірша ситуація щодо забезпечення інвалідів по зору заходами медико-соціального забезпечення спостерігається серед хворих на вікову макулодистрофію, осіб чоловічої статі та мешканців сільської місцевості (рис. 1), які пов'язані з наявним значним дефіцитом фінансових та матеріально-технічних ресурсів – як з боку хворих, членів їхніх родини, так і системи охорони здоров'я (табл. 3).

Проведеним непараметричним кореляційним аналізом визначено, що на всі досліджені компоненти якості життя інвалідів по зору впливають заходи медико-соціального забезпечення ($r=0,38-1,00$, $p<0,05$).

Висновки

Таким чином, в Україні спостерігається незадовільний рівень забезпечення інвалідів по зору заходами медико-соціального забезпечення, переважно за рахунок медичної реабілітації, виробами медичного призначення, психологічною, соціальною та трудовою реабілітацією, особливо хворих на вікову макулодистрофію, жінок та мешканців сільської місцевості. Причиною вищезазначеного

Таблиця 3

Причини обмеження доступності інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення (%)

Заходи медико-соціального забезпечення		Хворі, члени родин		
		Фінансові ресурси	Система охорони здоров'я	
			Фінансові ресурси	Матеріально-технічні ресурси
МН	Медичний нагляд	73,0	90,0	78,0
ПЛ	Профілактичне лікування	99,0	99,0	99,0
МР	Медична реабілітація	100,0	97,0	53,0
ЗВМП	Забезпечення виробами медичного призначення	99,0	100,0	99,0
ПСР	Психологічна та соціальна реабілітація	–	98,0	99,0
<i>Загалом</i>		92,7	96,8	85,6

є значний дефіцит фінансових та матеріально-технічних ресурсів – як з боку хворих, членів їх родини, так і системи охорони здоров'я.

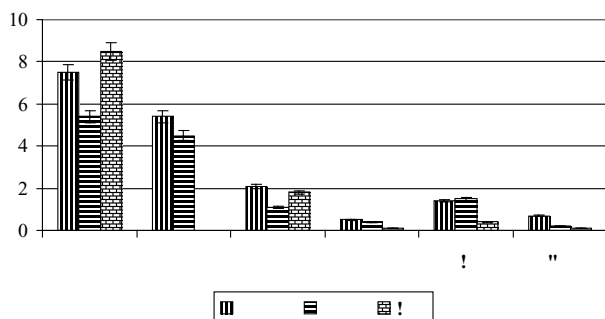


Рис. 1. Доступність інвалідів по зору до заходів медико-соціального забезпечення в залежності від патології (умовні бали)

Отримані у дослідженні дані обумовлюють необхідність до покращення програм реабілітації дорослих інвалідів по зору внаслідок первинної відкритокутової глаукоми та вікової макулодистрофії, які б включали наступні напрямки:

- контроль та покращення якості життя (фізичного та психологічного компонентів);
- контроль психологічного стану (за рівнями депресії) та реалізації системних психокорекційних заходів для покращення психосоціальної адаптації до безповоротної втрати зорових функцій;
- контроль та покращення соціальної та трудової реабілітації й допомоги;
- оптимізації фінансового та матеріального технічного забезпечення інвалідів по зору, їх родин;
- створення та ресурсного забезпечення спеціалізованих закладів системи охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на реабілітацію слабкозорих та сліпих.

Література

1. Assistive technology applied to education of students with visual impairment / C. C. Alves, G. B. Monteiro, S. Rabello [et al.] // Rev. Panam. Salud. Publica. – 2009. – Vol. 26, N 2. – P. 148–152.
2. Brézin A. P. Prevalence and burden of self-reported blindness, low vision and visual impairment in the French community: a nationwide survey / A. P. Brézin, A. Lafuma, F. Fagnani // Arch. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 123, N 8. – P. 1117–1124.
3. Edmonds S. A. New evidence that vision rehabilitation is a key component in the management of patients with macular degeneration / S. A. Edmonds, S. E. Edmonds // Curr. Opin. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 17, N 3. – P. 278–280.
4. Fröhlich S. J. Quality control in rehabilitation of patients with visual impairment: evaluation of use and benefits of optic and electronic devices / S. J. Fröhlich, C. A. Lackerbauer // Ophthalmologie. – 2006. – Vol. 103, N 12. – P. 1038–1043.
5. Healthcare experiences of women with visual impairment / N. C. Sharts-Hopko, S. Smeltzer, B. B. Ott [et al.] // Clin. Nurse. Spec. – 2010. – Vol. 24, N 3. – P. 149–153.
6. Health-related quality of life following blind rehabilitation / T. Kuyk, L. Liu, J. L. Elliott [et al.] // Qual. Life Res. – 2008. – Vol. 17, N 4. – P. 497–507.
7. Jose R. Community rehabilitation of disabled with a focus on blind persons: Indian perspective / R. Jose, S. Sachdeva // Indian. J. Ophthalmol. – 2010. – Vol. 58, N 2. – P. 137–142.
8. Kim D. S. Analysis of user characteristics related to drop-off detection with long cane / D. S. Kim, R. W. Emerson, A. Curtis // J. Rehabil. Res. Dev. – 2010. – Vol. 47, N 3. – P. 233–242.
9. Lapointe M. L. Services available to sight-impaired and legally blind patients in Ontario: the Ontario model / M. L. Lapointe // Can. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 41, N 3. – P. 367–369.
10. Low vision service models in Alberta: innovation, collaboration and future opportunities / K. Harper, C. McFee, I. Macdonald [et al.] // Can. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 41, N 3. – P. 373–377.
11. Medicare coverage for vision assistive equipment / A. R. Morse, R. W. Massof, R. G. Cole [et al.] // Arch. Ophthalmol. – 2010. – Vol. 128, N 10. – P. 1350–1357.
12. Mitchell J. Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature / J. Mitchell, C. Bradley // Health Qual. Life. Outcomes. – 2006. – N 12. – P. 4–97.
13. Retention of high tactile acuity throughout the life span in blindness / G. E. Legge, C. Madison, B. N. Vaughn [et al.] // Percept. Psychophys. – 2008. – Vol. 70, N 8. – P. 1471–1488.
14. Shin P. Assessing the need for on-site eye care professionals in community health centers / P. Shin, B. Finnegan // Policy. Brief. George. Wash. Univ. Cent. Health. Serv. Res. Policy. – 2009. – N 2. – P. 1–23.
15. Survey of Blindness and Low Vision in Egbedore, South-Western Nigeria / O. U. Kolawole, A. O. Ashaye, C. O. Adeoti [et al.] // West. Afr. J. Med. – 2010. – Vol. 29, N 5. – P. 327–331.

СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Д. В. Варивончик, Л. И. Денисюк, А. Б. Мишенин

Слабовидение и слепота являются основными причинами, значительно ограничивающими жизнедеятельность человека, и это требует реализации комплекса реабилитационных мероприятий таких лиц.

Цель работы – определить влияние медико-социального обеспечения инвалидов по зрению на качество их жизни и психологический статус.

Методы исследования. Проведено исследование обеспеченности компонентами медико-социальной, психологической, трудовой реабилитации больных с первичной открытоугольной глаукомой, возрастной макулодистрофией и старческой катарактой (инвалиды по зрению – 300 человек; без инвалидности – 300 человек).

Результаты. В Украине наблюдается неудовлетворительный уровень обеспечения инвалидов по зрению медико-социальными программами реабилитации. Причиной этого является дефицит финансовых и материально-технических ресурсов.

Выводы. Необходимо улучшить программы реабилитации инвалидов по зрению. Программы реабилитации должны включать контроль и улучшение качества жизни, психологического состояния, повышать социальную и трудовую адаптацию больных.

Ключевые слова. *Слепота, инвалидность, реабилитация, организация медицинской помощи.*

STATE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF THE VISUALLY IMPAIRED

D.V. Varyvonchik¹, L.I. Denysyuk², A.B. Mishenin¹

¹ National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk of the Ministry of Public Health of Ukraine,

² Kyiv City Clinical Ophthalmologic Hospital «Center of Eye Microsurgery» of the Ministry of Public Health of Ukraine

Kyiv, Ukraine

Introduction. Low vision and blindness are the main causes significant limitation of human activity, which requires the implementation of complex rehabilitation of the disabled.

Purpose – to determine the impact of health welfare of visually impaired people in their quality of life and psychological status.

Material and methods. The investigation of security components of medical and social, psychological and occupational rehabilitation of patients with primary open-angle glaucoma, age-macular degeneration and senile cataract (visually impaired – 300 people; without disabilities – 300 persons)

Results and discussion. Determined that in the current development of health care in Ukraine there is inadequate level of provision of visually impaired people medical and social support. There is low access disabilities to the specialized ophthalmologic centers (for the treatment of glaucoma, age-macular degeneration, cataract), to the programs of preventive treatment and medical and social rehabilitation. Significantly is limited for disabled availability of to rehabilitation programs under the conditions of sanatorium and resort facilities, and in specialized rehabilitation centers. Almost no ensuring the disabled persons: (1) aids (tactile canes, clocks, telephones, books and information materials in Braille font, optical and electronic devices that increase the image, audio products); (2) guide dogs; (3) special educational programs studying Braille font; (4) programs of social and psychological correction and support services; (5) labor rehabilitation. The above mentioned is due to insufficient development of a network of specialized centers for the rehabilitation of visually impaired people, the lack of state funding health care, poverty disabled.

Conclusions. It is necessary to improve the rehabilitation program for the visually impaired. Rehabilitation programs should include monitoring and improving the quality of life, psychological state, to improve social and labor adaptation of patients.

Key words. *Blindness, disability, rehabilitation, organization of medical care.*

Рецензент – Слабкий Г.О., д.мед.н., професор

Стаття надійшла до редакції 19.08.2015 р.