СОЦИАЛНИ ПОСЛЕДИЦИ ОТ ЗРИТЕЛНИТЕ УВРЕЖДАНИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА: КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПОДКРЕПА

Константина Кънчева, Йордан Йорданов

Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Бургас, България

Резюме: *Зрителните увреждания в напреднала възраст надхвърлят рамките на офталмологичната диагноза: те могат да ограничат мобилността, независимостта, социалното участие и достъпа до услуги. Целта на настоящия наративен обзор е да обобщи доказателства за психосоциалните последици от нарушеното зрение при възрастни хора и да очертае възможности за междусекторна подкрепа. Разгледани са публикации за качество на живот, самота, депресивни симптоми, социални връзки, когнитивно функциониране и ролята на дигиталното включване. Данните показват асоциации между зрителните затруднения и редица неблагоприятни резултати, но ефектите зависят от начина на измерване, съпътстващите заболявания и социалната среда. Не всички надлъжни изследвания установяват самостоятелна връзка между зрителното увреждане и социалната изолация. Затова подкрепата трябва да съчетава своевременна очна грижа, рехабилитация, достъпна среда, социални услуги и внимание към психичното здраве. Обзорът включва и български публикации за глаукома, катаракта и качество на живот, които подкрепят необходимостта от координирана медицинска и социална грижа.*

Ключови думи: *зрителни увреждания; социални дейности; социална изолация; качество на живот; зрителна рехабилитация*

SOCIAL CONSEQUENCES OF VISUAL IMPAIRMENT IN OLDER ADULTS: QUALITY OF LIFE AND SUPPORT OPTIONS

Konstantina Kancheva, Yordan Yordanov

Burgas State University “Prof. Dr. Asen Zlatarov”, Burgas, Bulgaria

Abstract: *Visual impairment in older age affects more than visual function. It may reduce independence in everyday activities, restrict social participation and increase the need for family and community support. This narrative review discusses evidence on quality of life, loneliness, mental health, digital inclusion and low-vision rehabilitation, with attention to the implications for social work. A coordinated, person-centred approach combining ophthalmic care, rehabilitation and accessible social services can help preserve autonomy and participation.*

Keywords: *visual impairment; social work; social isolation; quality of life; low-vision rehabilitation*

1. Въведение: зрителните увреждания като социален проблем

Зрението е основен ресурс за ориентиране в средата, придвижване, четене, управление на лекарства, комуникация и самостоятелно изпълнение на ежедневните дейности. При възрастните хора зрителните нарушения често се съчетават с хронични заболявания, ограничена подвижност или затруднен достъп до транспорт. Поради това една и съща степен на зрително увреждане може да има различни социални последици според жилищните условия, подкрепата от близки и наличните услуги. Световната здравна организация поставя зрителното здраве в контекста на универсалния достъп до здравни грижи и предотвратимите зрителни увреждания [1].

Важно е да се разграничават намалената зрителна острота, нарушенията на зрителното поле и функционалните затруднения, съобщавани от пациента. Например човек със сравнително запазена централна зрителна острота може да има съществени ограничения при ориентиране и придвижване. Следователно социалната оценка не бива да се основава единствено на стойностите от зрителната таблица.

Социалните последици от зрителните увреждания не се определят единствено от диагнозата или възрастта. Значение имат продължителността и тежестта на зрителните затруднения, възможностите за адаптация, подкрепата на близките и достъпността на средата. Затова разглеждането на проблема изисква съчетаване на медицинската оценка с анализ на ежедневното функциониране, социалните контакти и потребността от услуги. Настоящият обзор поставя акцент върху тези взаимосвързани измерения при хората в напреднала възраст.

2. Цел и подход на обзора

Целта е да се анализират социалните и психосоциалните измерения на зрителните увреждания при хора в напреднала възраст и да се предложат приложими насоки за подкрепа. Представен е наративен, а не систематичен обзор: подбрани са рецензирани публикации с идентифицируем DOI и официалният доклад на СЗО, като акцентът е върху надлъжни наблюдения и изследвания на социалното функциониране. Не е извършвана формална оценка на риска от систематична грешка или метаанализ; изложените асоциации не доказват причинно-следствени връзки.

3. Функционална независимост и ежедневни дейности

В напреднала възраст затрудненото зрение може да наруши изпълнението на инструментални ежедневни дейности — пазаруване, разчитане на етикети и документи, използване на телефон, приготвяне на храна и придвижване до лечебно заведение. Подобни ограничения повишават потребността от помощ, но не следва автоматично да се приравняват със загуба на автономност. Възможността човек да взема решения за собствения си живот зависи и от достъпността на средата и наличието на подходящи адаптации. Систематичният обзор на Purola и сътр. разглежда връзката между зрението и общото качество на живот, свързано със здравето [2].

При катарактата съществува възможност част от ограниченията да бъдат повлияни чрез лечение. В ретроспективен анализ на оперативната дейност във Варна Радева и съавт. съобщават медианна възраст на оперираните 72 години, 88,6% пенсионери и 16,1% жители

на села [3]. Данните описват профила на оперираните пациенти, но не доказват сами по себе си различия в достъпа; те показват защо при планиране на услуги следва да се отчитат възраст, транспорт и местоживеене.

Практически значим е преходът от оценка само на заболяването към оценка на функционалните потребности. При планиране на социална услуга е важно да се установи какво конкретно затруднява човека: придвижване навън, четене на информация, поддържане на социални контакти или управление на ежедневни задачи.

Трудностите при разчитане на лекарствени опаковки или при ориентиране в непозната среда могат да доведат до по-честа нужда от придружител, дори когато пациентът продължава да извършва самостоятелно основните дейности у дома. Затова социалната оценка трябва да отчита реалните затруднения, които възрастният човек посочва, а не да се изчерпва с измерване на зрителната острота.

Българско изследване на Йорданов, Ненчева и Стойчева при 302 пациенти с първична откритоъгълна глаукома установява статистически значими връзки между качеството на живот и възрастта, продължителността на заболяването, зрителната острота и увреждането на зрителното поле [4]. Това подкрепя необходимостта функционалната оценка да обхваща и периферното зрение, а не да се свежда до измерване на зрителната острота.

4. Социални връзки, самота и изолация

Зрителните затруднения могат да затруднят посещаването на културни събития, срещите с приятели и включването в общностни дейности. Германско проспективно изследване при хора на 75 и повече години разглежда промените в социалните връзки във връзка със зрителното увреждане [5]. Други надлъжни данни от German Ageing Survey свързват промените в сетивните затруднения с психосоциални показатели, включително самота и възприемана социална изолация [6].

Необходимо е обаче да се избягва опростеното заключение, че всяко зрително увреждане непременно води до изолация. В осемгодишно изследване на 5552 по-възрастни участници Huang и сътр. не установяват статистически значима самостоятелна връзка между изолирано зрително увреждане и общия показател за социална изолация, докато при слуховите затруднения се наблюдава асоциация [7]. Различията между проучванията може да са свързани с измерването на зрението, дефинициите за изолация и социалния контекст.

Самотата е субективно преживяване, различно от обективната социална изолация: човек може да поддържа редовни семейни контакти и въпреки това да се чувства самотен. Brunes и съавт. [8] разглеждат именно самотата и удовлетвореността от живота при хора със зрителни увреждания. В практиката това налага социалният специалист да пита не само колко често възрастният човек общува с други хора, но и дали тези контакти са достатъчни и удовлетворяващи за него. Данните на Hajek и съавт. [5–6] и Huang и съавт. [7] напомнят, че връзките между зрението и социалните отношения са многопосочни и зависят от контекста.

5. Психично благополучие и когнитивно функциониране

Ограничаването на обичайните дейности и преживяването на зависимост могат да бъдат съпроводени от депресивни симптоми. Изследване сред възрастни хора с тежки зрителни

увреждания установява значим дял участници с данни за депресивна симптоматика, като резултатите са свързани и с функционалното състояние [9]. Това е аргумент за активно разпознаване на психичните затруднения, а не за предположението, че депресията е неизбежна последица от намаленото зрение.

Надлъжни данни при 2601 по-възрастни участници изследват депресивните симптоми, самотата и по-ниската социална активност като възможни частични посредници във връзката между зрителното увреждане и когнитивния спад [10]. По-ново кохортно изследване с 15 576 възрастни участници също намира асоциация между по-тежкото или прогресиращо зрително увреждане и по-висок риск от деменция [11]. Тези наблюдения не доказват, че коригирането на зрението само по себе си предотвратява деменция; те подкрепят интегрирания подход към сетивното и когнитивното здраве.

Наличието на депресивни симптоми или когнитивни затруднения не бива автоматично да се обяснява със зрителното увреждане. Част от изследванията [9–11] описват статистически асоциации и възможни посреднически механизми, но това не доказва, че намаленото зрение е единствена или пряка причина. Въпреки тази методологична граница резултатите имат практическа стойност: при възрастен човек с прогресивно зрително увреждане е разумно да се обърне внимание на промени в настроението, отказ от обичайни дейности и нарастваща зависимост от близките. При установени тревожни признаци е необходимо насочване към компетентен медицински или психологически специалист.

6. Дигитално включване и достъп до услуги

Административните, здравните и социалните услуги все по-често изискват работа с електронни платформи. При намалено зрение дребният шрифт, недостатъчният контраст, недостъпните формуляри и липсата на гласова навигация могат да създадат допълнителни бариери. Изследване сред хора на средна и напреднала възраст анализира интернет употребата и социалното участие като потенциални посредници във връзката между самооценената зрително увреждане и депресивните симптоми [12]. Поради наблюдателния му дизайн тези резултати не са доказателство, че самото използване на интернет ще намали депресията.

Социалните услуги могат да подпомагат дигиталното включване чрез обучение за функции за достъпност, екранни четци, увеличители, гласови команди и алтернативни канали за заявяване на услуги. Дигитализацията е полезна само ако съществуват достъпни решения и за хората, които не използват смартфон или компютър.

Особено важно е технологичната подкрепа да бъде съобразена с индивидуалните възможности. За един човек достатъчно решение може да бъде увеличен шрифт и висок контраст, докато друг се нуждае от гласово управление или съдействие при използването на електронни услуги. Достъпът до информация следва да се разглежда като елемент от социалното включване, без да се приема, че дигиталното обучение само по себе си предотвратява депресивни симптоми.

7. Социална подкрепа и зрителна рехабилитация

Подкрепата следва да започва с индивидуална оценка на потребностите, а не единствено с медицинския етикет „слабо зрение“ или „слепота“. Подходящите действия включват

координация с офталмолог, насочване към зрителна рехабилитация и помощни средства, обучение за безопасно придвижване, адаптиране на домашната среда, подкрепа за достъп до транспорт и социални услуги, както и скрининг за самота и депресивни симптоми.

Практическата подкрепа може да включва оценка на осветлението и контраста в дома, маркиране на стъпала и препятствия, помощ при разчитане на лекарствени схеми, увеличителни средства и обучение за безопасно придвижване. При тежко зрително увреждане са необходими достъпна информация за права и услуги, психологическа подкрепа и насочване към специализирана рехабилитация. Изборът на интервенции трябва да се основава на реалните цели на човека, а не само на стойността на зрителната острота.

Особено важна е комуникацията между здравния и социалния сектор. При нужда социалният работник може да подпомогне организацията на прегледи, достъпа до информация и участието в общностни дейности, без да замества клиничната преценка. Прилагането на тези мерки трябва да отчита предпочитанията на възрастния човек, личната му автономност и наличните местни ресурси.

За България е показателно проучването на Ненчева и Пандова сред 54 лица с глаукома и трайно намалено зрение: най-силно засегнати са дейности, свързани с осветлението, придвижването и фината работа; помощни средства използват едва 7,4% от анкетираните [13]. Това насочва към необходимост от индивидуално обучение за помощни средства и активна връзка между офталмолог, специалист по зрителна рехабилитация и социален работник. Ниската употреба в тази извадка не бива да се приема за национална оценка.

При планирането на подкрепата е необходимо да се разграничават възстановимите и трайните ограничения. При катаракта своевременната хирургична консултация може да има съществено значение за зрителната функция, докато при необратими увреждания на зрителния нерв или ретината акцентът може да бъде върху компенсаторни стратегии и адаптиране на средата. Българските публикации за катаракта и глаукома [3–4, 13] дават клиничен контекст за тези различни потребности. Данните за увеити и наследствени ретинални дистрофии [14–15] допълват общата картина за въздействието на хроничните очни заболявания, но не бива да се приемат за пряко представителни за популацията в напреднала възраст.

8. Обсъждане и ограничения

Публикациите очертават последователна картина: зрителните увреждания могат да бъдат свързани с ограничения в ежедневието, неблагоприятни психосоциални резултати и потребност от допълнителна подкрепа. Същевременно силата и дори наличието на някои асоциации се различават между изследванията [5–7]. Значение имат съпътстващата слухова загуба, депресивните симптоми, семейните отношения, възрастта и начинът на измерване на зрителното нарушение.

Настоящият обзор не включва собствени пациентски данни и не оценява ефективността на конкретна социална програма. Преобладават международни данни, които не могат безусловно да се пренасят към България. За националния контекст са необходими изследвания върху достъпа до зрителна рехабилитация, социални услуги, транспорт и дигитална среда при възрастни хора с различна степен на зрително увреждане.

Българските публикации допълват международната литература с конкретни клинични и социално-демографски наблюдения. Те обаче не са представителни за всички възрастни хора в страната и не позволяват директна оценка на ефективността на социалните услуги. Поради различните извадки и инструменти за оценка резултатите следва да се интерпретират качествено, а не да се обединяват статистически [3–4, 13–15].

Социално-икономическите различия също заслужават внимание. Dandona и Dandona [16] обсъждат връзката между социално-икономическия статус и слепотата, а Marques и съавт. [17] оценяват загубите на производителност, свързани със зрителните увреждания в глобален мащаб. За възрастните хора обаче икономическата тежест не се изчерпва с трудовата заетост: тя може да включва необходимост от транспорт, помощ при административни дейности и време, отделяно от близките за грижа. Това са логични измерения на проблема, които следва да бъдат изследвани с отделни данни за България, вместо да се извеждат количествени заключения от международните оценки.

9. Заключение

Зрителните увреждания и слепотата в напреднала възраст са едновременно медицинско, функционално и социално предизвикателство. Навременната офталмологична грижа е необходима, но не е достатъчна: запазването на независимостта изисква достъпна среда, адаптирани услуги, психосоциална подкрепа и възможности за активно участие в обществения живот. Интердисциплинарният подход трябва да бъде ориентиран към конкретните потребности и предпочитания на човека, а не само към измерената зрителна острота.

Литература

1. World Health Organization. *World report on vision*. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Purola P, Koskinen S, Uusitalo H. Impact of vision on generic health-related quality of life – a systematic review. *Acta Ophthalmol*. 2023;101(7):717–728. doi:10.1111/aos.15676
3. Radeva MN, Boyadzhieva M, Bommert CM, Hristova E, Boyadzhiev D, Grupchev D, Neshkinski E, Grupcheva C. Cataract surgery – behind the numbers. *Bulgarian Review of Ophthalmology*. 2019;63(2):34–41. doi:10.14748/bro.v63i2.6097
4. Yordanov Y, Nencheva B, Stoycheva Z. Quality of life for patients with primary open-angle glaucoma depending on the conducted treatment. *Varna Medical Forum*. 2018;7(1). doi:10.14748/vmf.v7i1.4316.
5. Hajek A, Brettschneider C, Lühmann D, et al. Does visual impairment affect social ties in late life? Findings of a multicenter prospective cohort study in Germany. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(6):692–698. doi:10.1007/s12603-016-0768-0.
6. Hajek A, Gyasi RM, Kretzler B, König HH. Vision and hearing problems and psychosocial outcomes: longitudinal evidence from the German Ageing Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2024;59(5):879–886. doi:10.1007/s00127-023-02588-9.

7. Huang AR, Cudjoe TKM, Rebok GW, Swenor BK, Deal JA. Hearing and vision impairment and social isolation over 8 years in community-dwelling older adults. *BMC Public Health*. 2024;24(1):779. doi:10.1186/s12889-024-17730-8
8. Brunes A, Hansen MB, Heir T. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17:24. doi:10.1186/s12955-019-1096-y.
9. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Wouldes T, Robertson MC, Campbell AJ. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci*. 2007;84(11):1024–1030. doi:10.1097/OPX.0b013e318157a6b1.
10. Moon KA, Sol K, Simone SM, Zaheed AB, Krasnova A, Andrews RM, Vonk JMJ, Widaman KF, Armstrong NM. Depression, loneliness, and lower social activity as partial mediators of the association between visual impairment and cognitive decline. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;39(7):e6123. doi:10.1002/gps.6123
11. Lee ATC, Leung ONW, Huo Z, Kwok JOT, Chong KKL, Chan WC, Fung AWT, Ma SL, Lee RSY, Richards M, Cheng S-T, Lam LCW. Severity and progression of visual impairment and risk of dementia. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2026;18(3):e70499. doi:10.1002/dad2.70499
12. He W, Li P, Gao Y, You J, Chang J, Qu X, Zhang W. Self-reported visual impairment and depression of middle-aged and older adults: the chain-mediating effects of internet use and social participation. *Front Public Health*. 2022;10:957586. doi:10.3389/fpubh.2022.957586
13. Nenkova B, Pandova M. Quality of life of patients with glaucoma. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*. 2015;1(2):33–41. doi:10.14748/sssp.v1i2.1314
14. Nikolaeva S, Nencheva B. Quality of life in patients with uveitis – an overview. *Bulgarian Review of Ophthalmology*. 2022;66(1). doi:10.14748/bro.v66i1.8374.
15. Mermeklieva E. Treatment of hereditary retinal dystrophies. Perspectives and social aspects. *Bulgarian Review of Ophthalmology*. 2020;64(2). doi:10.14748/bro.v64i2.7146.
16. Dandona R, Dandona L. Socioeconomic status and blindness. *Br J Ophthalmol*. 2001;85(12):1484–1488. doi:10.1136/bjo.85.12.1484.
17. Marques AP, Ramke J, Cairns J, et al. Global economic productivity losses from vision impairment and blindness. *EClinicalMedicine*. 2021;35:100852. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100852.