

УДК: 617.7-007.681:616-084

О.Б. КОЩИНЕЦЬ (Івано-Франківськ)

## ІНДИКАТОРИ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ З ПІЗНИМИ СТАДІЯМИ

Кафедра нейрохірургії та офтальмології  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Дослідження проводилось на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області. Опитано репрезентативну групу 515 осіб, яких за важкістю глаукоматозного ураження поділено на дві основні групи: 347 хворих з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 пацієнтів з III–IV (пізними) стадіями захворювання. Доведено, що розвиток незворотних змін зорових функцій при пізніх стадіях глаукоми взаємопов'язаний із суттєвим погіршенням якості життя, основними індикаторами якого є обмеження повсякденної активності (OR=7,33; 95%CI: 3,90–13,79); низька самооцінка здоров'я (OR=4,54; 95%CI: 2,74–7,53); соціальна ізоляція, яка проявляється самотністю (OR=2,64; 95%CI: 1,92–3,62) та відмовою від активного громадського життя (OR=1,79; 95%CI: 1,21–2,65); поглиблення відчуття тривоги і депресії (OR=2,34; 95%CI: 1,45–3,78) та соціальної незахищеності (OR=2,28; 95%CI: 1,38–3,76). Не одержано достатніх доказів щодо взаємозв'язку якості життя власне хворих на глаукому із загальним низьким у соціумі рівнем матеріального добробуту, задоволеністю життєвою ситуацією і досягненнями. Отримані результати свідчать про потребу хворих на глаукому з III–IV стадіями, особливо самотніх, в соціальній та психологічній допомозі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна глаукома, якість життя.

Якість життя (ЯЖ) – це інтегральна оцінка фізичного, психічного і соціального функціонування хворого, яке ґрунтується на його суб'єктивних відчуттях [1;5-8]. У сукупності ці три компоненти визначають здоров'я людини. Тому перед сучасними системами охорони здоров'я стоїть завдання не тільки надавати медичну допомогу з метою відновлення втрачених функцій, але й поліпшувати ЯЖ та самопочуття пацієнтів [6].

Згідно з ВООЗ, критеріями ЯЖ є: фізичні (енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок); психологічні (самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення); ступінь незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування); життя в суспільстві (соціальна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм); навколишнє середовище (житло та побут, безпека, дозволя, доступність інформації, екологія: клімат, забрудненість, густонаселеність); духовність і особисті переконання [4-6;8;9].

Відомо, що у хворих ЯЖ загалом є гіршою, ніж у здорових. У цьому контексті особливе значення має глаукома, як важке хронічне захворювання, що займає одне з провідних місць серед причин сліпоти і послаблення зору в усьому світі [4;8;10-12]. За даними деяких наукових досліджень, наявність зорових порушень має більший вплив на зниження ЯЖ, ніж симптоми

серцево-судинних захворювань, у тому числі тих, що становлять реальну загрозу для життя [1;8]. Вивчення ЯЖ хворих на глаукому є важливим критерієм ефективності лікування та відображення потреби у медичній та соціальній допомозі, особливо на пізніх стадіях захворювання.

**Метою дослідження** стало визначення основних параметрів ЯЖ хворих на первинну глаукому залежно від стадії захворювання.

**Матеріали і методи.** За спеціально розробленою програмою на підставі міжнародного стандартизованого запитальника ЯЖ (NEI-VFQ) [4], адаптованого до завдань дослідження, на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області обстежили репрезентативну групу 515 осіб, хворих на первинну глаукому. За важкістю глаукоматозного ураження поділили їх на дві основні групи: 347 респондентів з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 хворих на глаукому з III–IV (пізними) стадіями захворювання. Крім того, обстежених ділили за статтю, віком (до 55, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 років і старші) та за місцем проживання (міські чи сільські мешканці).

Вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких критеріїв ЯЖ, як: психологічні (самооцінка, негативні переживання); ступінь незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування); життя в суспільстві (соціальна активність, сімейний стан, громадські зв'язки, суспільна значущість,

самоактуалізація); навколишнє середовище (задоволеність власним добробутом та його об'єктивний рівень).

Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію хі-квадрат ( $\chi^2$ ) [3].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування пізніх стадій глаукоми використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювався як несуттєвий [2].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Враховуючи, що в медицині ЯЖ насамперед асоціюється із здоров'ям («health-related quality of life» [9]), на наш погляд, одним з найважливіших її індикаторів є суб'єктивна оцінка хворими власного здоров'я. У нашому дослідженні встановлено, що тільки 9,6±1,3% опитаних хворих на глаукому вважають своє здоров'я добрим. Прав-

да, більшість опитаних (75,2±1,9%), незалежно від статі та місця проживання ( $p>0,05$ ), вважають свій стан здоров'я задовільним. Однак частка тих, хто повністю не задоволені станом свого здоров'я, досить суттєва – 15,2±1,6%. Логічно, що частка невдоволених зростає з віком ( $p<0,001$ ) до третини (30,3±4,9%) респондентів у віці понад 80 років. Вірогідно, це пов'язано не тільки з наявністю глаукоми, але й з іншими хронічними захворюваннями, притаманними людям похилого віку.

Як видно з рис. 1, інтенсивність зорових порушень суттєво впливає на самооцінку здоров'я загалом ( $p<0,001$ ). Так, серед осіб з III–IV стадіями глаукоми тільки 6,0±1,8% оцінили свій стан здоров'я як добрий, в той час як у групі з I–II стадіями захворювання таких було 11,3±1,7% відповідно. І навпаки, третина респондентів з пізніми стадіями глаукоми вважала своє здоров'я незадовільним (29,3±3,5%), що утричі частіше, ніж хворі з початковими стадіями (8,4±1,5%). За допомогою розрахунку показника відношення шансів доведено, що наявність пізніх стадій глаукоми збільшує й шанси низької самооцінки здоров'я (OR=4,54; 95%CI: 2,74–7,53).

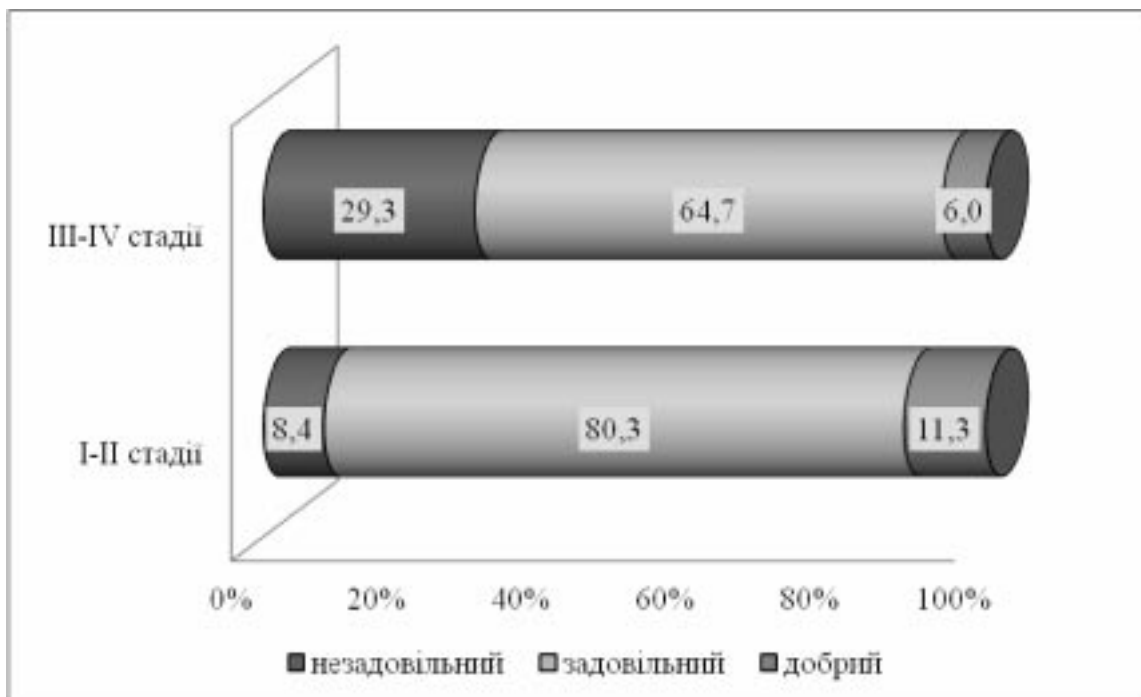


Рис. 1. Самооцінка стану здоров'я респондентами досліджуваних груп

Низьку самооцінку здоров'я часто супроводжує тривога та депресія. Встановлено, що серед респондентів досить поширеними були скарги на наявність дистресів у їхньому житті. Стабільне відчуття тривоги та депресії, незалежно від віку, статі, місця проживання ( $p>0,05$ ), супроводжувало практично кожного шостого хворого на глаукому (16,1±1,6%), а у абсолютної більшості (78,6±1,8%) опитаних воно виникало час від часу.

Водночас у хворих на глаукому з пізніми стадіями скарги на постійні часті стреси (рис. 2) зареєстровано удвічі більше – 24,4±3,3% порівняно із 12,1±1,8% хворих з початковими стадіями ( $p<0,001$ ). Очевидно, визнання невиліковності захворювання і страх можливої втрати зору викликає негативні емоції, збільшує шанси тривоги та депресії (OR=2,34; 95%CI: 1,45–3,78).

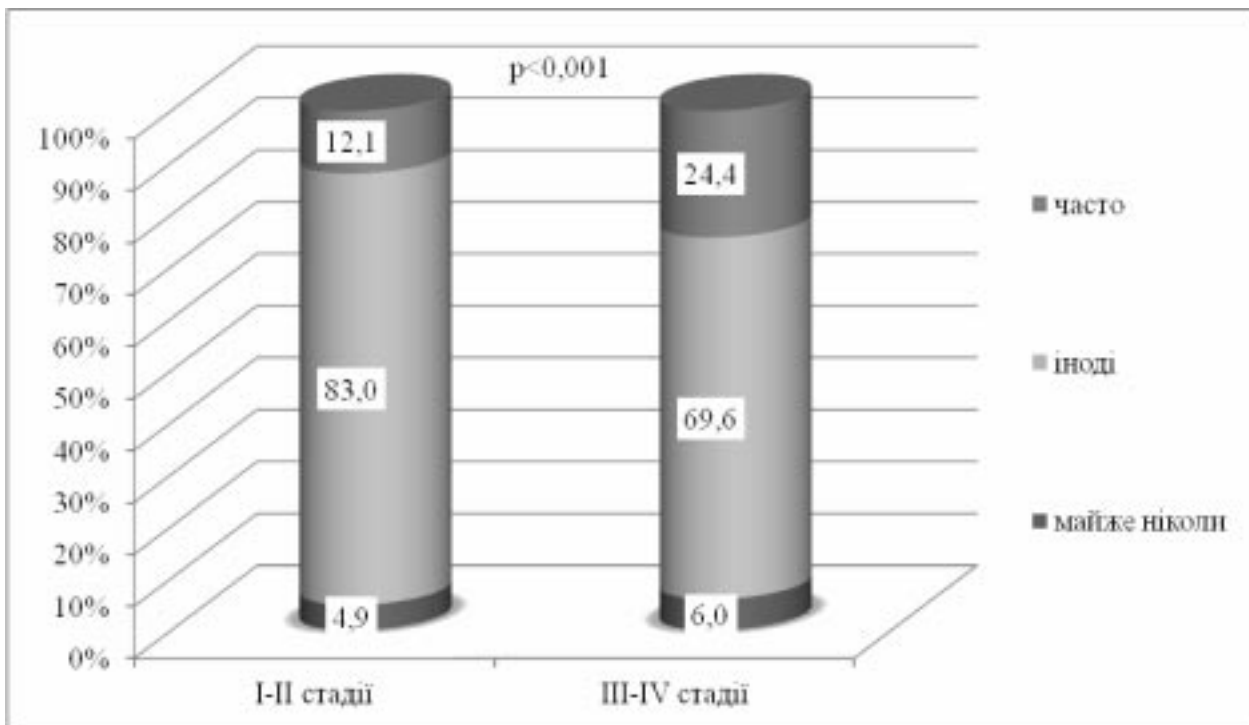


Рис.2. Порівняльна характеристика частоти стресових ситуацій у хворих на первинну глаукому залежно від важкості процесу

Ще одним важливим критерієм ЯЖ є індекс соціальної активності – відвідування знайомих, друзів та людей, з якими об'єднують спільні інтереси, (гуртка, товариства, церкви тощо). З одного боку, це зменшує відчуття самотності і є позитивним в плані соціальної підтримки, з іншого – проявляє рівень потреби хворих у соціальній допомозі. У цьому плані достатньо несприятливими виявились результати нашого дослідження. Третина опитаних (30,7±2,0%), незалежно від статі та місця проживання, вказали, що зовсім не беруть участь в активному громадському житті (не відвідують друзів, родину, церкву тощо), а половина (52,0±2,2%) – що роблять це час від часу.

Зрозуміло, що індекс соціальної активності знижується з віком: із 8,0±5,4% у віці до 55 років, які зовсім не беруть участь у житті громади, до 73,0±4,7% у віці 80 і старші ( $p < 0,001$ ).

Встановлено також, що у групі з III–IV стадіями глаукоми частка соціально неактивних у 1,5 разу вища, ніж у групі з I–II стадіями глаукоми: 39,3±3,8% проти 26,5±2,4% ( $p < 0,05$ ). При цьому доведено, що при більш пізньому перебігу захворювання шанси соціальної ізоляції, а отже потреби у соціальній допомозі, суттєво вищі (OR=1,79; 95%CI: 1,21-2,65).

Однією з вагомих причин таких низьких рівнів соціальної активності, зокрема при розвитку пізніх стадій, безумовно, може бути значне обмеження життєдіяльності внаслідок такого інвалідизуючого захворювання, як глаукома. Встановлено, що дві третини респондентів (73,7±2,0%), у тому числі

тотальна більшість (92,8±2,0%) хворих з III–IV стадіями порівняно з 63,4±2,7% респондентів з початковими стадіями ( $p < 0,001$ ), відповіли ствердно на запитання, чи обмежила хвороба їхню життєдіяльність. Тобто зі збільшенням втрати зорових функцій зменшуються шанси повноцінної самостійної повсякденної активності (OR=7,33; 95%CI: 3,90-13,79), а отже ЯЖ хворих на глаукому.

Основною причиною обмеження повсякденної активності (рис. 3) респонденти, незалежно від статі, місця проживання та стадії захворювання ( $p > 0,05$ ), назвали зниження працездатності (75,4±2,3 відповідей на 100 опитаних), яке цілком зрозуміло наростало з віком ( $p < 0,001$ ). Привертає увагу, що практично 40% (38,6±2,6%) хворих на глаукому відчувають залежність від ліків. Значний відсоток опитаних відзначили, що їх повсякденну активність знижують постійні негативні переживання (28,0±2,4%), болю та відчуття знесилення (21,4±2,2%).

Встановлено значне обмеження життєдіяльності, що супроводжує розвиток захворювання, очевидно, відбивається і на можливостях самоактуалізації хворих. Так, тільки 14,8±1,6% опитаних вважають, що повністю змогли досягти успіху в житті. Щоправда категорично впевнених у протилежному також була незначна кількість – 9,5±1,3%. Більшість респондентів (60,4±2,2%) вважали, що частково досягли запланованого у житті. Мабуть, до них можна віднести й тих 15,3±1,6%, яким важко було дати чітку відповідь на це запитання.

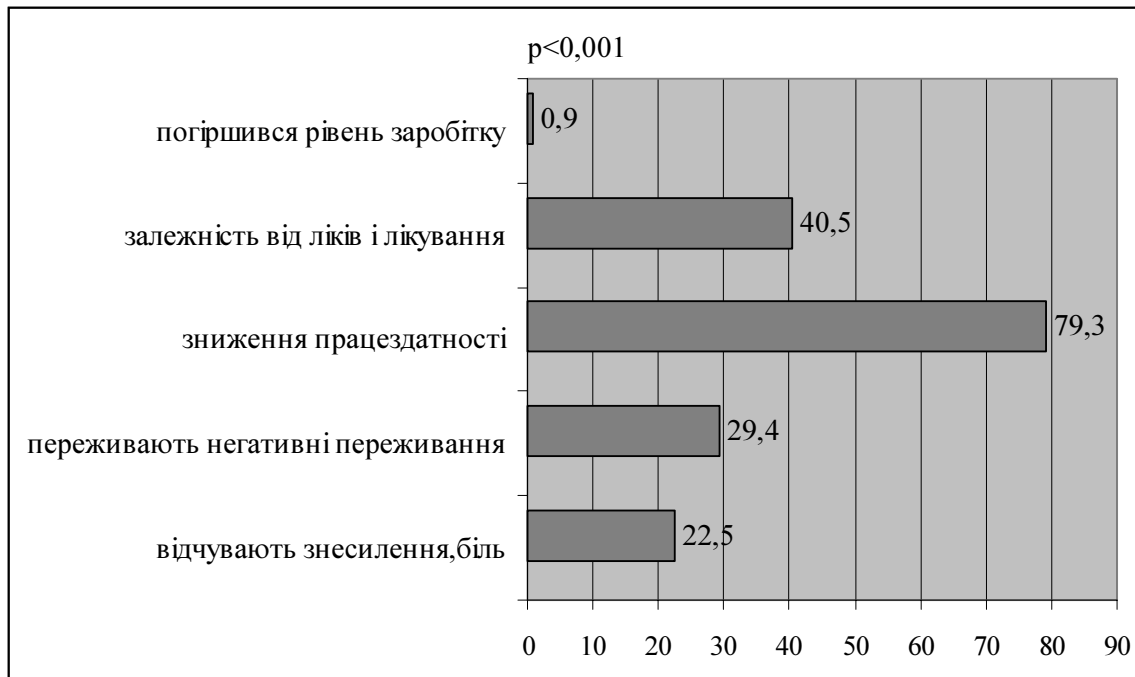


Рис. 3. Характеристика причин зниження повсякденної активності респондентів (на 100 опитаних)

Відсутність достовірної різниці у самооцінці рівня досягнення життєвих амбіцій між порівнюваними групами за важкістю проявів захворювання ( $p > 0,05$ ) вказує на те, що відчуття самореалізації залежить не тільки від стану здоров'я, але й від комплексу різних чинників, у тому числі соціально-економічних, соціально-психологічних, культурних, релігійних, етичних тощо. Як ілюстрація, сільські мешканці, де можливості самовираження значно нижчі, загалом виявились більш задоволеними рівнем своєї успішності, ніж міські ( $p < 0,01$ ). Досить високими були частки задоволених і у старших вікових групах ( $p < 0,001$ ).

Важливим компонентом ЯЖ є матеріальний добробут. Зокрема рівень матеріального благополуччя вивчали як за даними суб'єктивної самооцінки, так і за середньомісячною сумою доходу на одного члена сім'ї. Встановлено, що задоволені своїм рівнем добробуту тільки менше половини респондентів:  $42,9 \pm 2,2\%$  з них оцінили його як середній і зовсім мало ( $6,1 \pm 0,8\%$ ) – як високий. Значна частка опитаних ( $41,7 \pm 2,2\%$ ) вважали його нижчим середнього і практично кожен десятий ( $12,2 \pm 1,4\%$ ) – низьким.

Зауважимо, що самооцінка рівня добробуту не відрізнялась в основних групах порівняння за важкістю захворювання. Проте достовірно ( $p < 0,001$ ) погіршувалась з віком та була нижчою серед сільських мешканців ( $p < 0,05$ ). Закономірними виявились і гендерні оцінки рівня доходу респондентів. Хворі на глаукому жінки удвічі частіше від чоловіків вважали свої доходи низькими ( $16,1 \pm 2,3\%$  проти  $8,3 \pm 1,7\%$ ), хоча розподіл решти оцінок не мав таких яскравих відмінностей ( $p = 0,53$ ).

Вивчення об'єктивного рівня матеріального добробуту показало, що на момент опитування (2010 р.) частка хворих на глаукому, середньомісячний дохід яких на одного члена сім'ї відповідав прожитковому мінімуму і вище, становила дещо менше половини опитаних ( $45,0 \pm 2,2\%$ ). Водночас майже 40% ( $39,2 \pm 2,2\%$ ) хворих на глаукому мали дуже низький показник середньомісячного доходу на одного члена сім'ї – менше встановленої межі бідності (755 грн/міс.). Ще у  $15,6 \pm 1,6\%$  респондентів цей показник був вищим від межі бідності, але нижчим від прожиткового мінімуму (більше 825 грн/міс. на одного члена сім'ї). Вказані дані значно гірші, ніж суб'єктивні оцінки респондентів. Як вже було показано, тільки 6% вважали свої доходи низькими. Поясненням цьому можуть бути невраховані інші доходи, або те, що при суб'єктивній оцінці респонденти порівнюють себе із подібними за рівнем добробуту сусідами, знайомими, родичами.

У результаті більшість опитаних хворих на первинну глаукому ( $77,7 \pm 1,8\%$ ), незалежно від статі, віку чи місця проживання ( $p > 0,05$ ), відчують себе соціально незахищеними. В якості головних причин такого відчуття опитані хворі в основному називали економічні, а саме – низьку пенсію ( $78,8 \pm 2,1\%$ ), більш акцентовано серед жінок ( $86,2 \pm 2,5\%$  проти  $71,5 \pm 3,2\%$  чоловіків,  $p < 0,05$ ).

Разом з тим відчуття соціальної незахищеності особливо поширене серед хворих з III–IV стадіями глаукоми –  $86,3 \pm 2,7\%$  проти  $73,5 \pm 2,4\%$  респондентів з I–II стадіями ( $p < 0,01$ ). Очевидно, не тільки рівень матеріального добробуту, але й незадоволені потреби у соціальній підтримці з



боку держави, сім'ї, близьких спричинює вищі шанси такого відчуття у хворих з пізніми стадіями глаукоми (OR=2,28; 95%CI: 1,38-3,76).

Підтвердженням висловленої гіпотези можуть бути результати порівняльного аналізу сімейного стану обстежених. Встановлено, що хоча більшість респондентів (64,5±2,1%) перебували у шлюбі, третина хворих (35,6±2,1%) на первинну глаукому – самотні особи, які не мають супутників життя, головним чином внаслідок того, що овдовіли (30,9±2,0%), а не через розлучення (3,9±0,9%) чи тому, що ніколи не перебували у шлюбі (0,8±0,4%).

Сімейний стан респондентів цілком закономірно змінювався з віком ( $p < 0,001$ ), переважно за рахунок зростання частки вдівців (з нуля серед осіб молодших за 55 роки до 77,5±4,4% у віці понад 80 років) і протилежного зменшення числа осіб, що перебувають у шлюбі (з 84,0±7,3% у віці до 55 років до 20,2±4,3% у осіб старше 80 років).

Встановлено суттєві відмінності у сімейному стані хворих на глаукому за статевою ознакою – частка самотніх серед обстежених жінок була удвічі вищою, ніж серед чоловіків ( $p < 0,001$ ).

Особливо тривожить висока частка самотніх серед хворих з пізніми стадіями захворювання ( $p < 0,01$ ), які, як уже зазначалось, здебільшого мають виразні порушення зору і, як ніхто, вимагають сторонньої допомоги та підтримки. Проте результати дослідження показали, що практично половина з них (47,9±5,2%) – самотні (рис. 4). Враховуючи встановлену у дослідженні різницю у віковій структурі, зрозуміло, чому питома вага овдовілих серед «старшої» за складом групи хворих на глаукому з III–IV стадіями суттєво вища, ніж серед хворих з початковими стадіями, – 37,5±3,7% проти 27,7±2,4%. Загалом доведено, що у самотніх осіб (вдівців, розлучених тощо) шанси розвитку пізніх стадій захворювання суттєво вищі (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62).

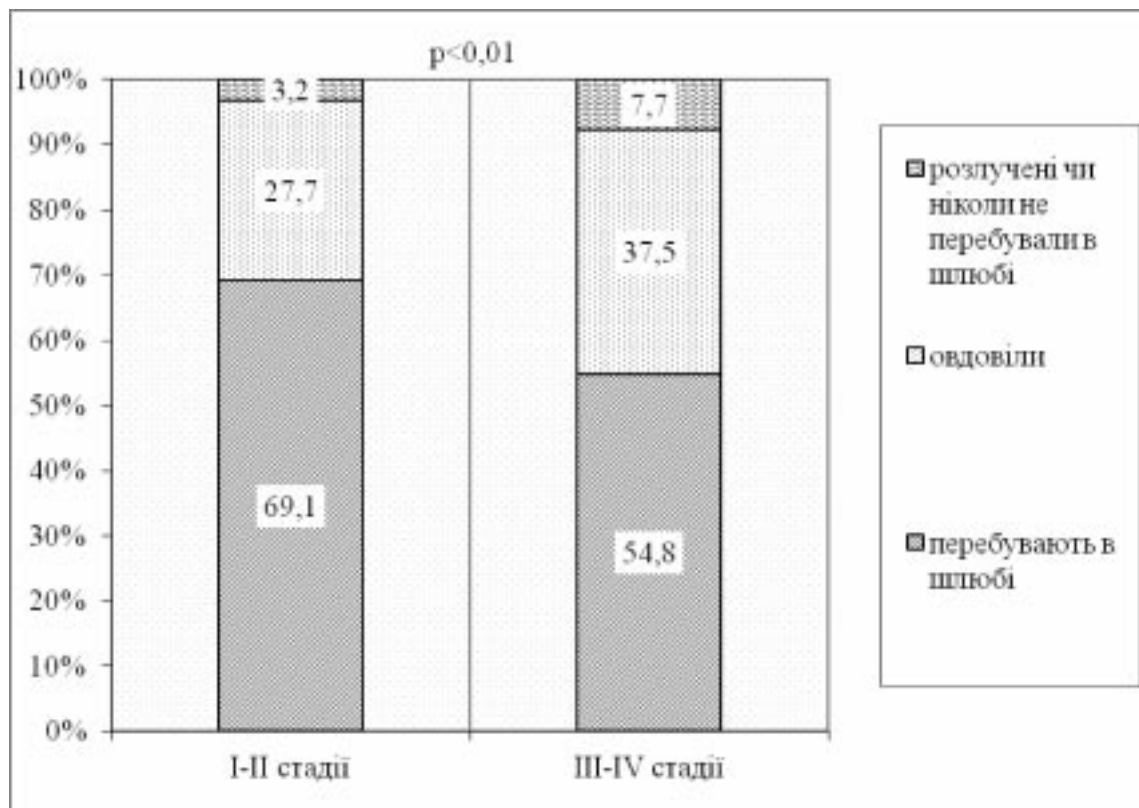


Рис. 4. Характеристика сімейного стану хворих на глаукому з різними стадіями

Більшість опитаних, як міських, так і сільських мешканців, вказали, що проживають разом із чоловіком чи дружиною (63,7±2,1%). Проте самотніми є хоч і значна частина респондентів, але менша від очікуваної, – тільки 15,0±1,6%, очевидно, за рахунок того, що 20,3±1,8% вказали, що проживають разом із дітьми, 5,7±1,0% – з внуками. Тобто досить часто ще зустрічаються розширені родини, що повинно би згладжувати почуття самотності і бути позитивним в плані соціальної підтримки.

Подібна ситуація спостерігається і в основних порівнюваних групах (за важкістю перебігу захворювання). Тільки половина (55,1±3,8%) хворих на глаукому з III–IV стадіями проживають спільно з чоловіком чи дружиною порівняно з 67,9±2,5% хворих на глаукому з I–II стадіями. Частка зовсім самотніх досить суттєва, але відрізняється менше – 19,2±3,0% проти 13,0±1,8% ( $p > 0,05$ ). Відповідно 29,9±3,5% та 25,1±2,3% хворих мешкають разом з дітьми та внуками. Хоча, на наш погляд, це сурогатний

чинник комфортної соціальної підтримки. Адже у дослідженні встановлено, що найсприятливішим для хворих на глаукому є спільне проживання з чоловіком або дружиною, яке достовірно знижує шанси розвитку пізніх стадій (OR=2,37; 95%CI: 1,73-3,26%  $p < 0,05$ ).

Встановлений комплекс несприятливих чинників, притаманних розглянутому контингенту населення, очевидно, призвів до того, що більшість з них, незалежно від статі, віку, місця

проживання, стадії захворювання ( $p > 0,05$ ), оцінили свою життєву ситуацію як складну та напружену ( $64,4 \pm 2,1\%$ ). Тобто порушення зорових функцій у хворих на глаукому має негативний вплив на основні показники ЯЖ. Причому з розвитком пізніх стадій глаукоми суттєво зростають шанси соціальної ізоляції хворих на фоні високої тривожності, відчуття незахищеності, низької самооцінки здоров'я та, особливо, акцентовано обмеження повсякденної діяльності (рис. 5).

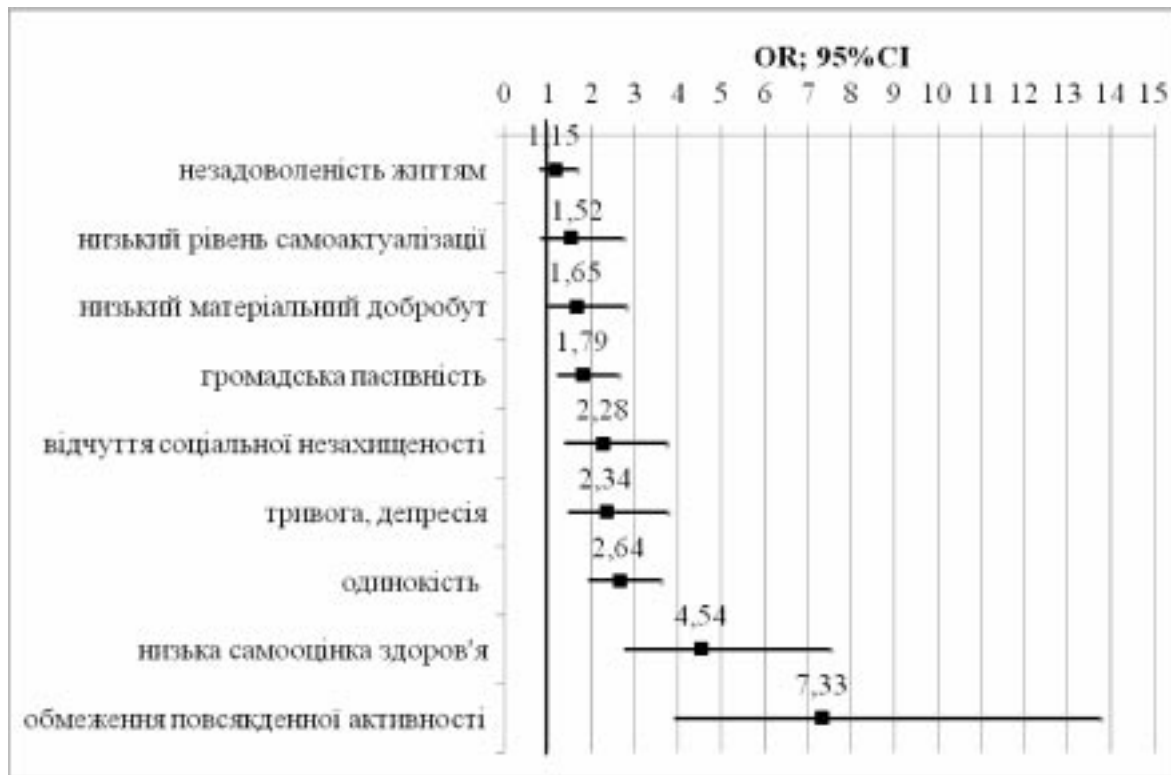


Рис. 5. Шанси зниження основних складових якості життя у хворих з пізніми стадіями глаукоми

### Висновки

1. Доведено, що розвиток незворотних змін зорових функцій при пізніх стадіях глаукоми взаємопов'язаний із суттєвим погіршенням якості життя, основними індикаторами якого є обмеження повсякденної активності (OR=7,33; 95%CI: 3,90-13,79); низька самооцінка здоров'я (OR=4,54; 95%CI: 2,74-7,53); соціальна ізоляція, яка проявляється самотністю (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62) та відмовою від активного громадського життя (OR=1,79; 95%CI: 1,21-2,65); поглиблення відчуття тривоги і депресії (OR=2,34; 95%CI: 1,45-3,78) та соціальної незахищеності (OR=2,28; 95%CI: 1,38-3,76).

2. Не одержано достатніх доказів щодо взаємозв'язку якості життя власне хворих на глаукому і загалом низьким у соціумі рівнем матеріального добробуту, задоволеністю життєвою ситуацією і досягненнями.

3. Отримані результати свідчать про потребу хворих на глаукому з III-IV стадіями, особливо самотніх, у соціальній та психологічній допомозі.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати будуть використані для створення удосконаленої моделі системи профілактики первинної глаукоми.

### Список літератури

1. Алексеев В. Н. Исследование качества жизни больных / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // Клини. офтальмол. – 2003. – № 3. – С. 113–115.
2. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часоп. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.

3. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікар. вісн. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
4. Илларионова А. Р. Исследование качества жизни у больных глаукомой / А. Р. Илларионова // Вестн. офтальмол. – 2003. – № 3. – С. 11–15.
5. Лехан В. М. Якість життя в медичних дослідженнях (огляд літератури) / В. М. Лехан // Вісн. соц. медицини та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 57–62.
6. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: Ключевые императивы : [монография] / В. Ф. Москаленко. – К. : ООО «Издательский дом «Авицена», 2011. – 251 с.
7. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Нева, 2003. – 320 с.
8. Подходы к оценке качества жизни офтальмологических больных / Е. С. Либман, М. Р. Гальперин, Е. Е. Гришина, М. Ю. Сенкевич // Клини. офтальмол. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 119–121.
9. Ягеньський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці [Електронний ресурс] / А. В. Ягеньський, І. М. Січкарук [Електронний ресурс] // Внутренняя медицина. – 2007. – № 3 (3). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>. – Титул з екрану.
10. Hideko Sawada. Evaluation of the relationship between quality of vision and visual function in Japanese glaucoma patients / Hideko Sawada, Takeo Fukuchi, Haruki Abe // Clin. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 5. – P. 259–267.
11. Population and High-Risk Group Screening for Glaucoma: The Los Angeles Latino Eye Study Invest Ophthalmol / Brian A. Francis, Rohit Varma [et al.] // Vis Sci. – 2011. – August. – Vol. 52 (9). – P. 6257–6264.
12. Which quality of life score is best for glaucoma patients and why? [Electronic resource] / Phillip Severn, Scott Fraser, Tracy Finch, Carl May // BMC Ophthalmol. – 2008. – Vol. 8,2. – Assess mode: <http://www.biomedcentral.com/1471-2415/8/2>. – Title of the screen.

### ИНДИКАТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

О.Б. Кошинець (Ивано-Франковск)

Исследование проводилось на базе офтальмологических отделений стационаров трех центральных районных больниц Ивано-Франковской области. Опрошено репрезентативную группу 515 человек, которые по тяжести глаукоматозного поражения были разделены на две основные группы: 347 больных с I–II (начальными) стадиями первичной глаукомы и 168 пациентов с III–IV (поздними) стадиями заболевания. Доказано, что развитие необратимых изменений зрительных функций на поздних стадиях глаукомы взаимосвязано с ухудшением качества жизни. Его основными индикаторами являются: ограничение повседневной активности (OR=7,33; 95%CI: 3,90-13,79); низкая самооценка здоровья (OR=4,54; 95%CI: 2,74-7,53); социальная изоляция, проявляющаяся одиночеством (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62) и отказом от активной общественной жизни (OR=1,79; 95%CI: 1,21-2,65); усугубление чувства тревоги, депрессии (OR=2,34; 95%CI: 1,45-3,78) и социальной незащищенности (OR=2,28; 95%CI: 1,38-3,76). Не получено достаточных доказательств касательно взаимосвязи качества жизни собственно больных первичной глаукомой и в целом низким в социуме уровнем материального достатка, удовлетворенностью жизненной ситуацией и достижениями. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости обеспечения больным глаукомой III–IV стадии, особенно одиноким, социальной и психологической помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **первичная глаукома, качество жизни.**

### INDICATORS OF REDUCED QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH PRIMARY GLAUCOMA IN THE LATE STAGES

О.В. Koshchinets (Ivano-Frankivsk)

The study was conducted at the ophthalmic departments of three District Hospitals in Ivano-Frankivsk region. A representative group of 515 persons has been surveyed grouped per severity of glaucomatous damage into two main groups: 347 patients with I–II (initial) stages of primary glaucoma and 168 patients with III–IV (late) stages of the disease. We found that development of irreversible changes in visual function in the later stages of glaucoma is interrelated to the worsening quality of life. Its main indicators are: restriction of daily activities (OR=7,33; 95% CI: 3,90-13,79); low health self-evaluation (OR=4,54; 95% CI: 2,74-7,53), social isolation, which are manifested by lonely (OR=2,64; 95% CI: 1,92-3,62) and the reduce of public activity (OR=1,79; 95% CI: 1,21-2,65); worsening feeling of anxiety, depression (OR=2,34; 95% CI: 1,45-3,78) and of social insecurity (OR=2,28; 95% CI: 1,38-3,76). There was no evidence regarding the relationship of quality of life in patients with mere primary glaucoma and generally low level of well-being in society, satisfaction with life situation and achievements. Results of the study highlight the need for patients with III-IV stages of glaucoma, especially lone, social, and psychological care.

KEY WORDS: **primary glaucoma, quality of life.**

Рукопис надійшов до редакції 2013 р.  
Рецензент: