

ИНВАЛИД ПО ЗРЕНИЮ В ОФИСЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧАИ.А. Божков¹, О.С. Молчанова², М.А. Севастьянов², А.М. Сарана³, А.А. Божков⁴¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;²СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению», Санкт-Петербург, Россия;³СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург, Россия;⁴СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж», Санкт-Петербург, Россия**VISUALLY IMPAIRED IN THE OFFICE OF GENERAL PRACTITIONERS**I.A. Bozhkov¹, O.S. Molchanova², M.A. Sevastyanov², A.M. Sarana³, A.A.Bozhkov⁴¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St Petersburg, Russia,²Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons, St Petersburg, Russia,³City Hospital No 40, St Petersburg, Russia,⁴Feldsher College, St Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2016 г.

В статье описаны деонтологические принципы, используемые при общении с инвалидами по зрению, даны характеристики основных технических средств, применяемых в процессе медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению, представлены результаты изучения потребностей инвалидов по зрению в различных вспомогательных устройствах.

Ключевые слова: инвалиды по зрению, деонтология, медико-социальная помощь, технические средства реабилитации.

Article describes the basic ethical principles used when communicating with visually impaired people, gives characteristics of the main technical tools used in the process of medico-social rehabilitation of the visually impaired, and presents the results of a study of the needs of the visually impaired in the provision of various assistive devices.

Keywords: invalids on sight, deontology, health and social assistance, technical equipments of rehabilitation.

Слепота и слабовидение не относятся к пространственным инвалидизирующим дефектам. Например, в Санкт-Петербурге проживает около 10 тыс. инвалидов по зрению, что составляет менее 0,2 % всего населения и менее 2 % инвалидов от общего числа инвалидов, проживающих на территории мегаполиса. Принято считать, что главную роль в ведении и лечении таких пациентов должен играть врач-офтальмолог, хотя возможности офтальмологического пособия у большей части инвалидов по зрению II и особенно I группы полностью исчерпаны. Это определяет ведущую роль врача общей практики при организации оказания медико-социальной помощи указанной группе пациентов.

Принципы диспансерного наблюдения и лечения соматических заболеваний, имеющих у инвалидов по зрению, не имеют существенных отличий от принципов диспансерного наблюдения и лечения лиц, не имеющих патологии зрительного анализатора. Однако это особо уязвимая группа граждан, общение с которыми требу-

ет соблюдения определенных деонтологических принципов. Кроме того, у инвалидов по зрению существуют особые потребности во вспомогательных средствах, связанные со структурой имеющегося инвалидизирующего дефекта.

Общение с незрячим или слабовидящим пациентом строится, исходя из общепринятых норм и законов отношений между людьми. При разговоре наиболее корректным будет обращение непосредственно к пациенту, а не к его сопровождающему. В разговоре с незрячим пациентом вполне уместно использование категорий, основанных на визуальных впечатлениях. По возможности следует избегать выражений: «пощупайте», «я вас отведу», лучше использовать выражения: «давайте посмотрим», «я схожу с вами» [1].

Незрячий человек строит свои отношения с окружающими, руководствуясь в основном речевыми средствами общения (слова, фразы, интонация, тон голоса). Невербальные средства общения (мимика, жесты, телодвижения, поза) используются чаще всего вне контекста, поэтому

не стоит акцентировать внимание на несоответствии предмета разговора с мимикой или жестами слепого. Встречая незрячего или слабовидящего пациента в кабинете, врач первым здоровается с посетителем и называет себя. Зрячим людям в присутствии незрячих не стоит вести беседу только с помощью мимики и жестов, так как, заметив (почувствовав) это, незрячий человек чувствует себя исключенным из общения.

Успешность коммуникации во многом зависит от правильной организации окружающего пространства. Для этого врачу или медсестре общей практики, работающим с незрячим или слабовидящим пациентом, следует описать особенности помещения, в котором он находится или через которое он проходит. Также важную роль играет соблюдение правил техники безопасности (устранение препятствий на пути следования пациента, в том числе полуоткрытых наружу дверей).

Пациент с ослабленным зрением нуждается в озвучивании актуальной для него визуальной информации. Речь идет не только о документах, озвучивать нужно надписи на дверях кабинетов, изменения в режиме работы учреждения и, с согласия незрячего человека, личную корреспонденцию. Чтец — это «глаза» незрячего человека, поэтому прочитывать необходимо все от заголовка и даты до комментариев к документу. Во время чтения не следует давать пояснений к тексту или как-то его комментировать и интерпретировать.

В непредвиденных ситуациях и за пределами знакомого пространства незрячему пациенту необходима помощь. Если зрячий человек хочет помочь незрячему или слабовидящему, не следует без предупреждения хватать его за плечо или за руку, разворачивать корпус в сторону, а также пытаться руководить его движением на расстоянии. Также при оказании помощи незрячему пациенту не следует касаться трости или просить убрать ее, так как трость информирует инвалида об изменениях окружающей обстановки. При сопровождении дайте инвалиду взять вас за руку чуть выше локтя и двигайтесь на пол шага впереди него. Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник.

Помощь будет более эффективной, если помогающий человек предварительно осведомится о ее необходимости и, только получив подтверждение, приступит к ее оказанию. При знакомстве незрячего пациента с каким-либо предметом не следует с силой водить его рукой по поверхности предмета, лучше направить руку незрячего в направлении предмета и позволить ему самостоятельно изучить предмет [1].

В любом случае при общении с незрячими в процессе оказания медицинской помощи необходимо проявлять выдержку и терпение,

в полной мере учитывая их индивидуальные особенности и особенности, обусловленные характером инвалидности.

Инвалидам, как особой социальной категории граждан, государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р (далее — Федеральный перечень) [2].

В этом документе перечислены 18 видов технических средств реабилитации, предоставляемых инвалидам в безвозмездное пользование. В частности, инвалиды по зрению имеют право на бесплатное получение таких технических средств реабилитации (ТСР), как трость опорная (белая) и тактильная, специальные средства для чтения говорящих книг, для оптической коррекции слабовидения (специальное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах), электронный ручной видеозумитель, электронный стационарный видеозумитель, лупа, лупа с подсветкой, тонометр и термометр с речевым выходом, глазной протез (пластмассовый и стеклянный), собака-проводник (для инвалидов I группы) [3].

Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (абилитации) (ИПРА) инвалида, которая формируется с учетом рекомендаций медицинской организации. При подготовке соответствующих рекомендаций врач общей практики должен учитывать, что в ИПРА могут быть внесены любые ТСР, а не только те, которые могут быть предоставлены инвалидам бесплатно [4]. Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основании перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты № 998н от 09.12.2014 [5].

Однако вспомогательные средства, предоставляемые инвалидам в соответствии с Федеральным перечнем, не всегда могут в полной мере обеспечить необходимый уровень компенсации утраченных функций и необходимый уровень активности и участия инвалида по зрению в жизни общества [6].

С августа по декабрь 2015 года специалистами СПб ГБУ «Центр реабилитации инвалидов по зрению» было проведено анкетирование инвалидов по зрению для выявления потребностей в тех или иных социальных услугах, а также

для анализа ситуации с обеспечением техническими средствами реабилитации и нуждаемостью в них. Было опрошено 210 инвалидов по зрению — 81 мужчина и 129 женщин (38,57 и 61,43 % соответственно), из них 100 человек трудоспособного возраста (47,62 %), в том числе инвалидов I группы 47 чел. (47 %), II группы — 46 чел. (46 %), III группы — 7 чел. (7 %); нетрудоспособного возраста — 110 человек (52,38 %), в том числе инвалидов I группы 39 чел. (35,45 %), II группы — 68 чел. (61,82 %), III группы — 3 чел. (2,73 %).

По данным анкетирования выявлено, что доля лиц, обеспеченных техническими средствами, предоставляемыми за счет средств федерального бюджета, достаточно высока: тактильные трости есть у 70 % опрошенных, устройства для чтения «говорящих книг» у 53,33 %, тонометры и термометры с речевым выходом у 39,52 и 36,19 % соответственно, устройства для оптической коррекции слабовидения у 38,57 %. Собаки-проводники есть у 0,95 % опрошенных, что связано со спецификой предоставления данного вида ТСР.

Основным техническим средством реабилитации по-прежнему остается тактильная трость, которая не только позволяет ориентироваться в пространстве, но и «обозначает» незрячего как члена социума, нуждающегося в дополнительной помощи и поддержке. Устройства для чтения говорящих книг дают возможность инвалиду не только читать заранее записанные издания, но и самостоятельно записывать ту или иную звуковую информацию для последующего воспроизведения (материалы лекций, собраний, совещаний, рекомендации врачей и т. д.). Тонометры и термометры с речевым выходом позволяют инвалидам по зрению контролировать состояние своего здоровья, не прибегая к помощи других лиц. Различные устройства для коррекции слабовидения дают пациентам с остаточным зрением возможность знакомиться с визуальной информацией.

Реальные потребности инвалидов по зрению в ТСР не исчерпываются Федеральным перечнем. По данным анкетирования инвалиды нуждаются в таких средствах, как глюкометр с речевым выходом (17,14 %), часы-будильник с речевым выходом (68,10 %), наручные часы-будильник с вибрационной индикацией (21,43 %), калькулятор с речевым выходом (5,71 %), мини-ноутбук/планшет для пользования инвалидом по зрению (31,43 %), мобильный телефон для пользования инвалидом по зрению (71,90 %) и программа речевого доступа (25,71 %).

Распространенность сахарного диабета среди инвалидов по зрению выше, чем в популяции, поскольку диабетическая ангиопатия сетчатки является одной из причин утраты зрительных функций. Использование глюкометра с речевым

выходом позволяет инвалиду по зрению самостоятельно контролировать уровень глюкозы и корректировать дозу препаратов инсулина. Различные виды часов дают инвалиду по зрению возможность лучше ориентироваться во времени. Необходимо отметить, что в настоящее время существует много современных сенсорных устройств (смартфон, планшет и т. д.), используемых инвалидами по зрению. Данные устройства разработаны с учетом требований «универсального дизайна», что обеспечивает возможность их использования не только обычными гражданами, но и инвалидами с различными нарушениями структур и функций. Эти устройства имеют функцию экранного доступа, встроенную в операционную систему, что позволяет пользоваться ими без контроля зрительного анализатора. Дополнительные программные приложения позволяют их использовать для распознавания номиналов купюр, определения цвета предметов, создания электронных меток, увеличивать текст и т. д.

В результате анкетирования было установлено, что такие высокотехнологичные средства реабилитации, как мобильный телефон и компьютер (ноутбук, нетбук, планшет), инвалиды по зрению вынуждены приобретать самостоятельно (22,86 и 34,29 % соответственно уже приобрели данные средства, а 31,71 и 19,41 % такого оборудования не имеют, но в нем нуждаются).

Критерием эффективности медико-социальной помощи инвалидам по зрению является повышение их социальной активности и вовлеченности в различные процессы общественной жизни [7]. Однако это зависит не только от рационального подбора технических средств реабилитации, но и от обучения инвалидов методике их использования. Так, обеспечение приборами и бумагой для письма по Брайлю утрачивает смысл без изучения одноименного рельефно-точечного шрифта. Обеспечение сенсорными мобильными устройствами (смартфон, планшет) или персональным компьютером не должно осуществляться без предварительного обучения навыкам пользования данными изделиями.

Учитывая, что использование индивидуальных вспомогательных средств обеспечивает для инвалидов по зрению условия «доступной среды», создание которой необходимо для соблюдения принятых Российской Федерацией международных обязательств по реализации Конвенции о правах инвалидов, необходимо расширение перечней предоставляемых инвалидам по зрению вспомогательных средств. В то же время требуется совершенствовать систему подбора необходимых изделий, дополняя ее не только медицинскими, но и социальными показаниями с учетом требований по повышению активности инвалидов и расширению их участия во всех сферах жизни.

Литература

1. Кибинь Е.А., Заболотская Е.В., Ломакина Ю.М., и др. Особенности социальной реабилитации инвалидов по зрению в условиях социально-реабилитационных, социально-оздоровительных и реабилитационных центров: Методическое пособие / Под ред. М.А. Севастьянова. — СПб.: Человек, 2015. — 50 с. [Kibin' EA, Zabolotskaya EV, Lomakina YM, et al. Osobennosti sotsial'noy reabilitatsii invalidov po zreniyu v usloviyakh sotsial'no-reabilitatsionnykh, sotsial'no-ozdorovitel'nykh i reabilitatsionnykh tsentrov. Ed by M.A. Sevast'yanova. Saint Petersburg: Chelovek; 2015. 50 p. (In Russ).]
2. Божков И.А., Севастьянов М.А. Технические средства реабилитации: теория и практика назначения и подбора в медицинской организации // Российский семейный врач. — 2013. — Т. 17. — № 1. — С. 23–27. [Bozhkov IA, Sevastianov MA. Assistive rehabilitation devices: theory and practice of selection and prescription in medical organizations. *Russian family doctor*. 2013;17(1):23-27. (In Russ).]
3. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду». [Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 30.12.2005 No 2347-r "O federal'nom perechne reabilitatsionnykh meropriyatiy, tekhnicheskikh sredstv reabilitatsii i uslug, predostavlyаемykh invalidu". (In Russ).]
4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». [Federal'nyy zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ "O sotsial'noy zashchite invalidov v Rossiyskoy Federatsii". (In Russ).]
5. Приказ Минтруда России от 09.12.2014 № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации». [Prikaz Mintruda Rossii ot 09.12.2014 No 998n "Ob utverzhenii perechnya pokazaniy i protivopokazaniy dlya obespecheniya invalidov tekhnicheskimi sredstvami reabilitatsii". (In Russ).]
6. Божков И.А., Дикаев С.У., Максимов А.В. Севастьянов М.А. Анализ возможностей совершенствования правового регулирования действующего порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в связи с подписанием и ратификацией Российской Федерацией Международной конвенции о правах инвалидов // Юридическая мысль. — 2013. — № 1(75). — С. 59–64. [Bozhkov IA, Dikaev SU, Maksimov AV, Sevastyanov MA. Analysis of possibilities to improve the legal regulation of the technical means of rehabilitation of Federation to the International Convention on the rights of persons with disabilities disabled persons in connection with the signature and ratification by the Russian. *Yuridicheskaya mysl'*. 2013;1(75):59-64. (In Russ).]
7. Коробов М.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: учебно-методическое пособие. — СПб: СПбИУВЭК, 2011. — 35 с. [Korobov MV. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: osnovnye polozheniya. Saint Petersburg: SPbIUVEK; 2011. 35 p. (In Russ).]

Информация об авторах

Игорь Александрович Божков — д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, председатель правления АНОО ДПО «Центр программ и проектов в области развития здравоохранения». E-mail: first@amk-russia.ru.

Михаил Александрович Севастьянов — директор СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению». E-mail: mike.seva1972@yandex.ru.

Ольга Сергеевна Молчанова — специалист по реабилитации инвалидов СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению». E-mail: mikeshinoda19931@yandex.ru.

Андрей Михайлович Сарана — заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», доцент кафедры последипломного медицинского образования медицинского факультета СПбГУ. E-mail: asarana@mail.ru.

Божков Александр Александрович — преподаватель СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж». E-mail: bozhkovsxxi@rambler.ru

Information about the authors

Igor A. Bozhkov — DSc, professor of the Department of General Practice (Family Medicine) of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, the Chairman of the Board of Center of Programmes and Projects in the health development. E-mail: first@amk-russia.ru.

Mikhail A. Sevastyanov — director of the Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons. E-mail: mike.seva1972@yandex.ru.

Olga S. Molchanova — specialist in rehabilitation of the Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons. E-mail: mikeshinoda19931@yandex.ru.

Andrey M. Sarana — deputy chief physician of the City Hospital No 40. E-mail: asarana@mail.ru.

Alexander A. Bozhkov — assistant professor of Feldsher College. E-mail: bozhkovsxxi@rambler.ru.