

Zorica TONČIĆ*

SISTEM ZDRAVSTVA I PSIHO-SOCIJALNA PODRŠKA VIZUELNO OŠTEĆENOJ DJECI U CILJU USPJEŠNOG ŠKOLOVANJA

UVOD

Rastuća potreba crnogorskog društva za boljom registracijom slabovide i slijepo djece proizilazi iz svakodnevne prakse gdje nema niti organizovane mreže u tom smislu, niti kadrovske ili materijalne opremljenosti.

Slabovidost je kompleksan problem pa u literaturi susrećemo različite definicije koje se razlikuju u pojedinim zemljama svijeta. Prije svega, slabovidost se definiše kvantitativnom vrijednošću oštine vida na boljem oku sa korekcijom. Ovakva definicija uzima samo jedan i to medicinski aspekt problema.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu ima oko 40 miliona slijepih lica. Broj slabovidih je daleko veći to jest od 10 do 20 puta od broja slijepih. U našoj zemlji 2 do 3% djece imaju neku od manifestnih oblika strabizma i ambliopije, od čega 60% pripada funkcionalnoj ambliopiji.

U cilju pravilnog tretmana vizuelnog hendikepa Svjetska zdravstvena organizacija je utvrdila definiciju slabovidosti i sljepoće, koja je usvojena u svijetu i kod nas. Prema ovoj definiciji slijepim se smatra lice koje na boljem oku sa korekcijom ima oštrinu vida 0,05 ili manje, kao i lice sa centralnim suženjem vidnog polja manjim od 10 stepeni, pod uslovom da je gubitak vidne funkcije definitivna i da se medikamentima ili hirurškim liječenjem ne može popraviti.

* Dr Zorica Tončić, Klinički centar Crne Gore

Slabovidim se smatra lice koje na boljem oku sa korekcijom ima oštrinu vida između 0,05 do 0,3 pod uslovom da je smanjenje vidne sposobnosti definitivno. Na osnovu kriterijuma Svjetske zdravstvene organizacije u našoj zemlji prihvaćena je podjela u pet kategorija za sva slabovida i slijepa lica:

- *prvu kategoriju* vizuelno hendikepiranih čine slabovide osobe sa korigovanom oštrinom vida na boljem oku između 0,3 i 0,1;
- *drugu kategoriju* vizuelno hendikepiranih čine slabovide osobe sa korigovanom oštrinom vida na boljem oku od 0,1 do 0,05;
- *treću kategoriju* vizuelno hendikepiranih čine slijepa lica čija je korigovana oštrina vida na boljem oku 0,05 do 0,02, odnosno čije je vidno polje, bez obzira na vidnu oštrinu, centralno suženo na 5° do 10° ;
- *četvrtu kategoriju* čine slijepe osobe čija je korigovana oštrina vida na boljem oku između 0,02 i osjećaja svjetlosti, odnosno čije je vidno polje bez obzira na oštrinu vida centralno suženo na manje od 50° , i
- *petu kategoriju* čine slijepa lica bez vidne funkcije, odnosno bez sposobnosti percepcije svjetlosti (amaurosis).

ZAKONSKA REGULATIVA U CRNOJ GORI

Oblast obrazovanja djece sa senzornom ometenošću, dakle slijepe i slabovide djece, u Crnoj Gori je regulisana Zakonom o vaspitanju i obrazovanju djece sa posebnim potrebama (Sl. list RCG br. 80, 2004.), čijim čl. 4 je predviđeno *potrebno vaspitanje i obrazovanje po obrazovnom programu sa prilagođenim izvođenjem i dodatnom stručnom pomoći ili posebnom obrazovnom programu, odnosno vaspitnom programu.*

Na osnovu čl. 24 pomenutog zakona Ministarstvo prosvjete i nauke Crne Gore donijelo je 2006. godine Pravilnik o kriterijumima za određivanje oblika i stepena nedostatka, smetnje, odnosno poremećaja djece i mladih sa posebnim potrebama i načinu uključivanja u obrazovne programe. U čl. 7 Pravilnika su djeca sa oštećenim vidom, slabovida i slijepa djeca i to:

- *Slabovida djeca – imaju oštrinu vida od 0,30 do 0,10, odnosno oštrinu vida manju od 0,10 do 0,05 ili suženje vidnog polja na 20% ili manje oko fiksirane tačke, bez obzira na oštrinu vida, a mogu se usmjeriti u odgovarajući obrazovni program, sa jednakim obrazovnim standardom.*

– *Umjereno slabovida djeca* – imaju 10–30% vida i uključuju se u odgovarajući obrazovni program, uz podršku stručnjaka, uz posebne metode i pomagala.

– *Teško slabovida djeca* – imaju 5–9,9% vida, upotrebljavaju preostali vid, a usmjeravaju se u odgovarajući program uz podršku stručnjaka, uz posebne metode i pomagala.

– *Slijepa djeca* – imaju oštrinu vida od 0,05 do 0,02 ili suženje vidnog polja oko fiksirane tačke na 5 do 10%, bez obzira na oštrinu vida, odnosno oštrinu vida manju od 0,02 do precepcije svjetlosti ili suženje vidnog polja oko fiksirane tačke do 5%, bez obzira na oštrinu vida. Uključuju se u odgovarajući obrazovni program sa nižim ili jednakim obrazovnim standardom.

– *Slijepa djeca sa ostatkom vida* – imaju 2% ili do 4,9% vida i prepoznaju vidom manje objekte na razdaljini od jedan do dva metra, usmjeravaju se u program uz obezbjeđivanje kombinovanih metoda.

– *Slijepa djeca sa minimalnim ostatkom vida* – projekcija svijetla je 1,9% vida, vide sjenke, obrise većih objekata, usmjeravaju se u program, uz obezbjeđivanje posebnih metoda, određuje im se stručna pomoć i posebni uslovi i pomoćna sredstva za slijepce za orijentaciju i svakodnevni život.

– *Potpuno slijepa djeca (amaurosis)* – moraju u svakodnevnom životu i programu u koji su usmjerena upotrebljavati ostala čula, mogu se usmjeriti u odgovarajući obrazovni program sa nižim ili jednakim obrazovnim standardom.

METODE OTKRIVANJA SLABOVIDOSTI

Subjektivne metode

Određivanje oštrine vida. Određivanje oštrine vida vrši se optotipom. Postoji više vrsta optotipa i to: brojevi, slova, Landoltov prsten, kuke, sličice za djecu itd.

Naziv optotip dolazi od grčke riječi koja u prevodu znači gledanje, opažanje, vid. Latinski naziv je isti i označava ogleadne tablice za dokazivanje kvalitativne oštrine vida – centralnog ili direktnog. Kvantitativni vid ispitujemo pomoću osjećaja svjetla jedne Hefnerove svijeće u tamnoj sobi na 6 metara, a projekciju svjetla na jedan metar udaljenosti od pacijenta. Fiziološki je najispravniji tzv. Landoltov prsten koji je zapravo krug ucrtan unutar kvadrata od 5', debljine kružne linije 1'. Phlurgerove

kuke su za djecu najprikladnije jer se baziraju na principu minimuma separabile. Ovo je subjektivna metoda, zavisi od strpljivosti i spretnosti ispitivača, ali ukoliko je sve odrađeno na najbolji način, već kod trogodišnjeg djeteta može se ustanoviti oštrina vida. Phlurgerove kuke koje se često koriste liče na štampano slovo E, okrenuto na razne strane, i ima dva otvora veličine 1'.

Za svaki optotip važe sljedeća pravila:

- mora da bude crn,
- mora da bude bez sjaja,
- mora da bude sa oštrim ivicama.

Najveći znakovi su smješteni u prvom redu, tako da su simboli najmanji u posljednjem redu. Oštrina vida na daljinu ispituje se pomoću optometrijskih tablica. Tabla mora da bude bijela, bez sjaja, a kontrast između slova i pozadine treba da iznosi oko 80%. Osvjetljenje table je veoma važna karakteristika. Danas se upotrebljava ona između 250 i 300 luksa, oštrina vida ispituje se na daljini od 3 metra, a optotip se nalazi iznad glave ispitanika. Ispitivanje oštrine vida vrši se monokularno. Posebno važi pravilo da se uvijek prvo ispituje desno oko. Oko koje se ne ispituje treba zatvoriti zaklonom. Poželjno je izbjegavati zatvaranje oka rukom, a ispitivač uvijek mora da vodi računa o položaju glave ispitanika jer ona ne smije da se nagnje na bilo koju stranu, naprijed ili nazad. Kod ispitivanja oštrine vida ispitivač treba posebno da obrati pažnju na kapke, pogled i veličinu pupile.

Oštrina vida određena u binokularnom aktu gledanja veća je za 10% (jedan red optotipa).

Određivanje oštrine vida na blizinu. Određivanje oštrine vida na blizinu je vrlo značajno za utvrđivanje kvaliteta rješavanja vizuelnih zadataka kada je objekat opažanja na bliskom rastojanju – do 40 santimetara. Na taj način neutrališe se uticaj mioze, mehanizma kojim miopne osobe približavanjem tekstu i drugim objektima koje opažaju, na rastojanju manjem od 30 santimetara, uveličavaju sliku. Postoje različite vrste optotipa za određivanje oštrine vida na blizinu.

Objektivne metode

Objektivno određivanje refrakcije oka mnogo je tačnije nego subjektivno. Međutim, objektivno određivanje refrakcije je mnogo složeniji, dugotrajniji, a ponekad i neprijatan način određivanja refrakcije jer se

vrši u cikloplegiji. Na sreću, mnogima se sa korektno primijenjenom subjektivnom metodom može odrediti korekcija.

Objektivne metode određivanja refrakcije, a prvenstveno skijaskopija (ili retinoskopija) neophodno je primijeniti kod djece, udruženih poremećaja motiliteta oka, bolesnika koji teško sarađuju, kod onih koji daju nepouzdan odgovore ili mijenjaju iskaze, i najzad, kod simulanata i disimulanata.

Od metoda objektivnog određivanja refrakcije najčešće se primjenjuju:

- oftalmoskopija;
- skijaskopija (retinoskopija);
- keratometrija;
- refraktometrija.

OŠTRINA VIDA

Oštrina vida definiše se kao sposobnost oka da u spoljašnjem svijetu razlikuje odvojene objekte posmatranja ili kao sposobnost oka da jasno vidi na daljinu i na blizinu. Ipak, odlučili smo se da kao najkompletniju navedem ovu definiciju oštrine vida: to je sposobnost oka da vidi odvojeno dvije tačke pod određenim minimalnim uglom. Taj minimalni ugao zove se minimum separabile i treba ga razlikovati od minimuma visibile (minimalna veličina da bi predmet bio uopšte opažen) koji je manji od 1-og minuta i minimuma kognoscibile (ugao pod kojim se prepoznaje oblik) koji je veći i iznosi 5 minuta. U normalnom oku bez akomodacije taj minimalni vidni ugao iznosi 1 minut, što odgovara na mrežnjači razmaku od 0,004 milimetra. Na toj osnovi su konstruisani optotipi za određivanje oštrine vida.

Treba naglasiti da se period života djeteta između druge i četvrte godine karakteriše najvećim i najbržim rastom oštrine vida. To je uzrast u kojem je karakterističan razvoj viših morfoloških struktura vidnog analizatora.

Razvoj funkcije vida

Vidne funkcije su osnova za psihomotorni razvoj djeteta. Zbog toga je oko potpuno razvijen organ novorođenčeta pri porodu. Prosjek veličine očne jabučice novorođenčeta je 18 mm, a oko treće godine života ta dubina iznosi 23 mm. Od 3. do 14. godine oko naraste još samo 1 mm i time se završava rast oka.

Razvoj centralne makule u mrežnjači počinje u sedmom mjesecu fetalnog razvoja, a završava se šest mjeseci poslije porođaja. Novorođenče drži oči zatvorene, kao da spava, a zatim u toku prve četiri nedjelje, počinje sve više da ih otvara.

– Krajem *prvog mjeseca* javlja se bolja koordinacija očnih jabučica i kapaka. Novorođenče zagleda u izvor svjetlosti (prozor).

– U toku *drugog mjeseca* reakcija na svjetlost je praćena generalizovanim pokretima tijela u vidu opštih zaštitnih pokreta (okretanje glave unazad). Dijete češće otvara oči i daje utisak da se interesuje za okolinu.

– Početkom *trećeg mjeseca* počinje da se uspostavlja centralna fiksacija i konvergencija. Odojče počinje da prati predmete koji se nalaze u njegovoj blizini i fiksira izvor svjetla, samo za kratko vrijeme.

– Početkom *četvrtog mjeseca* praćenje većih predmeta je duže, prvenstveno onih što su svijetle boje. Beba počinje da upoznaje osobe koje su sa njima u dodiru.

– U *petom mjesecu* života počinju da se razvijaju i optognostičke funkcije, a to se ispoljava time što se dijete zagleda u svoju ruku ili zvečku u njoj;

– Početkom *šestog mjeseca* dijete pokazuje interesovanje za vidne nadražaje i na daljini od 1–2 m. Konvergencija sigurno postoji.

– U početku *sedmog mjeseca* razvijena je koordinacija ruka-oko. Dijete pokušava da hvata predmete rukama koji su dalji od 2 m i izvan su njegovog domašaja. Krajem ovoga mjeseca postoji binokularna fiksacija ali se ona još nesigurno održava.

– Početkom *osmog mjeseca* počinje razlikovanje geometrijskih oblika i figura.

– U *devetom mjesecu* dijete dobija stereoskopski vid i raspoznaje predmete na daljini od oko 3 m.

– U *desetom mjesecu* primjećuje predmete na daljini od 4 m.

– U *jedanaestom mjesecu* izraženi su za duže vrijeme koordinacija i pokreti očiju.

– U *dvanaestom mjesecu* oštrina vida iznosi 0,10 (6/60). Fuzioni refleks je sada izražen i bolje razlikuje geometrijske figure.

– U drugoj godini života – od 12. do 15. mjeseca dijete vuče liniju po hartiji. Od 15. do 18. mjeseca je razvijena konvergencija i dijete može da lokalizuje predmete i na daljinu i na blizinu. Na kraju druge godine života oštrina vida iznosi 0.50 u prosjeku (0,40–0,70). Na kraju treće godine oštrina vida iznosi 0,80–0,90.

Od ovog doba oština vida se penje pravolinijski i od šeste godine života a najkasnije do desete, dostiže vrijednost od 1.0. Najbolja oština vida je kod djeteta od 17 godina i obično iznosi 1.2 do 1.4. Na tom stepenu se zadržava sve do 60. godine života.

POTREBNA OPREMA – OD MINIMUMA DO OPTIMUMA

Minimalni zahtjevi

Prvi pouzdani znak da dijete vidi je postojanje reflektorne zaštite i reagovanje na svjetlost treptanjem, žmirkanjem, stezanjem kapaka koje je praćeno pokretanjem očnih jabučica nagore. Dalji znak da dijete osjeća svjetlost je pokretanje očnih jabučica prema svjetlosnom izvoru.



Preuzeto iz CET od 9. 2. 2007.

Doba	Priblizna oština vida po Snelenovoj tabeli
rođenje	6/300
1 mjesec	6/200–6/90
3 mjeseca	6/90–6/60
6 mjeseci	6/36–6/30
9 mjeseci	6/24
1 godina	6/18
18 mjeseci	6/12
2 godine	6/12–6/9
3 godine	6/9–6/6 sami
4 godine	6/9–6/6 u grupi

U cilju ranog otkrivanja razrokosti i ambliopije kod djece u drugoj i trećoj godini života vrše se sljedeća ispitivanja:

1. Uzimaju se anamnestički podaci majke o vidu djeteta,
2. Test fiksacije sa džepnom lampom,
3. Cover test – test pokrivanja i otkrivanja svakog oka pojedinačno,
4. Refleks odbrane,
5. Oštrina vida kod djeteta od treće godine pomoću Snellovih tablica sa Phlugerovim kukama, ili drugi prigodan test,
6. Djeca se upućuju u pleoptičko-ortoptičke kabinete.



Preuzeto iz CET od 9. 2. 2007.

Doba	Vrsta testa	Primjer testa za oštrinu vida	za blizinu od 25 cm
2–3 godine	Imenovanje slika	Umanjene Kai slike	6/12–6/6
3–5 godina	Spajanje komada	Umanjeni komadi Snellen	6/9–N 5
4–6 godina	Čitanje umanjenih slova tabele	Snellen, logMAR	6/6 ili N 5
5 godina i više	Čitanje	McClurre čitanke	6/6 ili N 5

OPTIMALNI NIVO

U rehabilitaciji vida treba razlikovati *funkcionalnu slabovidost*, koja se može poboljšati pleoptičko-ortoptičkim vježbama, od *organske slabovidosti* nastale usljed oboljenja mrežnjače, vidnog živca i puta, oboljenja horioideae sočiva ili drugih uzroka.

Ortoptičko-pleoptički kabineti su opremljeni specijalnim aparatima na kojima se vježbama vrlo uspješno postiže reedukacija vida kod strabizma (razrokosti). Ove vježbe imaju za cilj normalizovanje vida na jednom oku (pleoptika) i uspostavljanje binokularnog vida (ortoptika).

Najčešća metoda je vježba zatvaranja oka ili okluzija. Njome treba da se postigne obostrano dobar vid i na taj način onemogućiti nenormalne retinalne korespondencije oba oka.

Kad je poboljšana i ispravljena ambliopija oka, prelazi se na vježbanje binokularnog vida. To je zadatak ortoptike. Ako postoji nepravilna korespondencija, onda se metodom ortoptike na ortoskopu i sinoptoforu može kod djece, uzrasta 3 do 6 godina, postići razvoj normalne retinalne korespondencije, simultane makularne percepcije, slike obje retine, povećati amplituda fuzije i postići razvoj stereoskopskog, trodimenzionalnog, dubinskog vida.

Za rad u kabinetima za ortoptiku i pleoptiku pripremaju se specijalizovani kadrovi. To su i ljekar oftalmolog – strabolog i defektolog tiflog, specijalista za ortoptiku i pleoptiku.

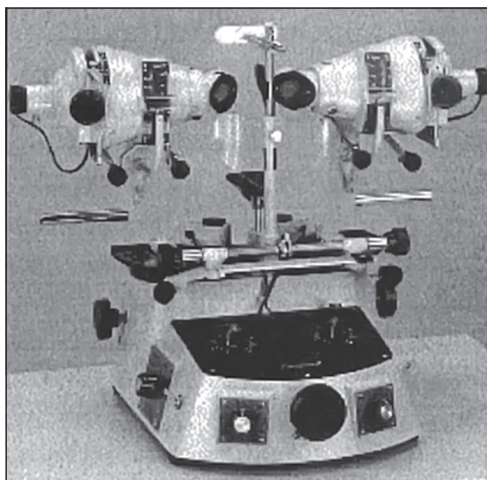
BINOKULARNI VID

Binokularni vid se najčešće definiše kao skladan odnos senzornog i motornog sistema oba oka koji omogućava istovremeno usmjeravanje vidnih osovina prema objektu koji se posmatra, fuziju slika iz oba oka i doživljaj trodimenzionalnosti. Osnovni elementi binokularnog vida su: simultana percepcija, fuzija i trodimenzionalni vid.

Simultana percepcija je prvi stepen binokularne saradnje. U normalnim slučajevima oba oka su upravljena istovremeno prema posmatranom objektu, pa se i likovi primaju istovremeno.

Fuzioni refleks je najvažniji refleks binokularnog vida. On osigurava spajanje slika sa oba oka u jedan cjeloviti lik.

Trodimenzionalno viđenje ili stereoskopski vid omogućava pravilnu procjenu prostora, kao i procjenu položaja posmatrača u njemu. Nastaje zbog toga što likovi kod dobro razvijenog binokularnog vida i kada padnu na lako dispartne tačke mogu biti spojeni u jedinstven lik.



MJESTO TIFLOGA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU – DANAS

Tiflološka struka je u zdravstvenom sistemu Crne Gore zastupljena u minornoj mjeri, a ukoliko se ne preduzmu značajni sistemski koraci, tako će i ostati. Trenutno u našoj državi rade samo tri defektologa – tifloga od kojih je jedan magistar, a koliko je poznato, trenutno nema kadra ove vrste na poslijediplomskim studijama jer nijedna naučna ili zdravstvena institucija ne traži i ne stipendira ove studije. Iako ne postoje validni i utemeljeni podaci o broju i stepenu slabovidih u Crnoj Gori, prema empirijskim podacima se lako može zaključiti da ova grupacija građana nema adekvatnu zdravstvenu zaštitu, pored ostalog, i zbog nepostojanja dovoljnog broja tifloga koji bi bili angažovani u zdravstvenom sistemu Crne Gore. Ne postoji centralni registar slabovidih.

U KC-u Podgorica radno je angažovan samo jedan tiflog, jedan je u Zavodu za invalidnu djecu i omladinu – Podgorica, a jedan u Ministarstvu zdravlja.

Rad tifloga predviđen je u nekim mobilnim timovima, koje imenuje Zavod za školstvo, kao i u komisijama za kategorizaciju stepena senzornog poremećaja.

Sve ovo treba sagledavati i u kontekstu stanja i nivoa dostignuća u ovoj oblasti na širem području, u Evropi, recimo. Naime, još 1990. godine Sjostrand i Abrahamsson su predlagali da bi djecu u Švedskoj trebalo pregledati u dobi od četiri godine kako bi se mogla otkriti i uspješno liječiti većina slučajeva ambliopije. Hall izvještaj (2003) u Ujedinjenom Kraljevstvu preporučuje da bi ortoptičari trebalo da obave pregled vida, ali da bi to trebalo da se obavi između četvrte i pete godine (čim dijete počne sa obrazovanjem). Slanje ortoptičaru obično se dogodi samo ako sestra koja radi u ili za školu nije zadovoljna onim što je otkrila. Ove sestre nijesu obučene za testiranje vida, a djeca mogu biti eksperti u pretvaranju tako što neće adekvatno pokriti zdravije oko ili će naučiti tabelu. Pa čak i tamo gdje djeca imaju obezbijeđen očni pregled nije moguće uzeti za sigurno da su rezultati tačni. Služba za nacionalno zdravlje u Ujedinjenom Kraljevstvu omogućava djeci, bilo kog uzrasta, da imaju besplatan očni pregled. Kao rezultat toga optometristi su često prve osobe koje ispituju dječiji vid.

MJESTO TIFLOGOGA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU – SJUTRA, ILI KAKO PRUŽITI PUNU STRUČNU PSIHO-SOCIJALNU PODRŠKU DJECI OŠTEĆENOG VIDA

Prije predlaganja konkretnih aktivnosti i koraka moralo bi se imati na umu sljedeće:

Usljed redukovane vizuelne komponente u čulnom opažanju i nedovoljno iskustva, kod slabovidih učenika opažaji, predstave i pojmovi su nepotpuni, nedovoljno jasni i često neadekvatni. Tako na primjer, kod smanjene oštine centralnog vida otežano je opažanje slike predmeta koji se posmatra, njegovih kontura i detalja. Kod suženog vidnog polja sporije i teže se sagledava predmet u cjelini, otežana je orijentacija u prostoru kao i samo čitanje i učenje uopšte. Kod djece sa monokularnim vidom ne postoji percepcija dubine prostora – stereoskopski vid. No, i pored teškoća sa kojima se susreću slabovidni, njihovo saznanje svijeta i okruženja se ostvaruje pretežno vizuelnim putem uz korišćenje auditivnih i taktilnih načina opažanja srazmjerno stepenu oštećenja vida.

Upravo zbog upoznavanja predmeta i pojava pretežno vizuelnim putem, slabovido dijete se suočava sa teškoćama u toku učenja. Ukoliko to učenje nije organizovano na specifičan i ovakvom djetetu prilagođen način, njegovo poznavanje predmeta i pojava biće nedovoljno precizno i frustrirajuće. Takva znanja postaju površna što ne može biti temelj daljoj nadgradnji u obrazovanju.

Kod slabovide djece razvoj psihičkih funkcija ne zaostaje za djecom normalnog vida. Govor ove djece treba usavršavati tako što verbalne sadržaje, što je moguće više, treba povezati sa konkretnim predstavama i pojmovima objektivnog svijeta.

U našim uslovima ima puno objektivnih i subjektivnih teškoća koje usporavaju proces integracije slabovide djece. Međutim, znatan broj ove djece je u osnovnim školama bez potrebnog tretmana. Veći broj djece sa lakšim vizuelnim smetnjama uspješno prevazilazi problem hendikepa, ali djeci sa težim oblicima slabovidosti potrebno je pružiti pomoć.

Kad se govori o medicinskom tretmanu djeteta oštećenog vida, tu se podrazumijevaju mogućnosti: prevencije, detekcije, dijagnostike, reedukacije i rehabilitacije vida. U tome značajnu ulogu imaju ljekari opšte prakse, pedijatri, oftalmolozi i po potrebi tiflolozi. Zajednički rad svih stručnjaka podrazumijeva preventivne mjere protiv raznih bolesti, odgovarajuće liječenje i određene aspekte rehabilitacije vida.

Preventivne mjere protiv nastajanja patoloških promjena na vidnom aparatu trebalo bi da počnu još u prenatalnom periodu u predbračnim i genetskim savjetovalištim da bi se izbjegle posljedice kosangviniteta, hereditarnih bolesti, nasljednih refrakcionih anomalija, slabovidosti raznog uzroka, strabizma i drugih anomalija.

Prvi oftalmološki pregled novorođenog djeteta treba obaviti između šest mjeseci i godinu dana. Drugi redovni oftalmološki pregled predškolskog djeteta treba obaviti između treće i četvrte godine, gdje bi pedijatar uputio dijete na obavezni sistematski pregled kojim bi se blagovremeno utvrdila i eventualna slabovidost, treći se obavlja u šestoj godini života, neposredno pred upis u školu. Sadašnja praksa je da se prva provjera vidi i to u sistematskom pregledu radi u četvrtoj godini.

Kontrolne preglede očiju treba obavljati svakih šest mjeseci, a kod razrokosti i češće. Sa korekcijom refrakcionih anomalija treba početi što ranije.

Sigurno je da postoji više načina ili modela po kojima bi trebalo organizovati ne samo adekvatnu zdravstvenu brigu o djeci oštećenog vida nego i kvalitetnu psiho-socijalnu podršku toj djeci i njihovim porodicama. I pored te širine u mogućnosti izbora modela, neke aktivnosti i mjere je neophodno preduzeti, šta god da odaberemo. Prvenstveno, mora se obezbijediti multidisciplinarno, timsko sagledavanje svakog konkretnog slučaja i neophodno je ustanoviti neka jedinstvena pravila vođenja valjane evidencije o svemu što jeste ili treba uraditi. Sami koraci koje valja preduzeti moraju biti utemeljeni u realnom i objektivnom, a ne da budu spisak lijepih želja koji zbog postojećih limita nije moguće ostvariti.

Neophodno je obezbijediti:

- multidisciplinarni rad sa vizuelno oštećenom djecom od rođenja do pet godina,
- usklađivanje kalendarskog i razvojnog uzrasta vizuelno oštećene djece u skladu sa njihovim mogućnostima,
- stvaranje naučne baze za proučavanje ranog razvoja vizuelno oštećene djece.

PLANIRANE AKTIVNOSTI

1. Nakon obavljene registracije i dijagnostike (pedijatar, oftalmolog, tiflogolog) tim, zajedno sa roditeljima donosi odluku o uključivanju djeteta u savjetovalište, tiflogolog zakazuje sljedeću posjetu.

2. Sastaje se tim i izrađuje individualni program za kratkoročni i dugoročni vremenski period. Program se roditeljima dostavlja u pisanoj formi.

3. Opservacija slabovidog djeteta u njegovom prirodnom okruženju, opservacija porodice, načina života, očekivanja u pogledu budućnosti djeteta.

4. Informisanje članova tima, video-analiza materijala, dogovaranje o dolasku u savjetovalište.

5. Prijem porodice.

6. Inicijalni odlazak u porodicu vizuelno oštećene djece i upoznavanje sa djetetom i porodicom, informisanje porodice o načinu rada tima.

7. Tiflog obavlja individualni tretman u porodici. Savjetodavni rad sa roditeljima u porodičnoj sredini i savjetovalištu, u funkciji – informisanosti roditelja o prirodi hendikepa, o mogućnostima razvoja, jačanja roditeljskih kompetencija, formiranja interaktivnog odnosa između roditelja i slabovidog djeteta.

9. Savjetodavni rad sa članovima uže i šire porodice sa ciljem obezbjeđivanja pogodne sredine za razvoj djeteta, kao i u funkciji napredovanja kognitivnog, emocionalnog, socijalnog, motornog, senzornog razvoja i razvoja govora djeteta.

10. Organizovanje i učestvovanje u suportativnim i edukativnim grupnim radionicama za porodice vizuelno oštećene djece.

11. Stručno usavršavanje, seminari i praćenje stručne literature iz ove oblasti.

Neophodno je obezbijediti savjetodavni rad sa roditeljima djece oštećenog vida:

- pomoć roditeljima da shvate suštinu problema svoga djeteta,
- edukacija roditelja za rad sa djetetom na ranom uzrastu,
- stimulatívni i kompenzatorni programi u kućnim uslovima – putujući defektolog,
- priprema djeteta i roditelja za uključivanje u institucionalizovane oblike rada (vrtić, škola, dnevni boravak),
- kontinuirana razmjena informacija sa roditeljima o napretku i razvoju djeteta,
- podrška roditeljima u cilju obezbjeđivanja pravne, tehničke, zdravstvene i socijalne pomoći,
- organizacija saradnje roditelja sa drugim roditeljima sličnog iskustva,

- povezivanje porodice sa humanitarnim udruženjima,
- povezivanje porodice sa vaspitačima, nastavnicima i stručnim saradnicima,
- učešće roditelja pri izboru predloženih programa rane intervencije,
- pomoć porodici u svim situacijama koje donosi odrastanje, a odnose se na vanškolski život.

Kompletnije i konkretnije bi trebalo planirati i vaspitno-obrazovni rad sa djecom oštećenog vida koja su, putem inkluzije, uključena u redovno školovanje.

U uslovima organizovanog vaspitanja i obrazovanja stvaraju se kvalitativne promjene u psiho-fizičkoj strukturi djeteta, što povećava mogućnost pravilnog razvoja.

Oštećenja vida, kao što je već istaknuto, mogu biti različita po vrsti i stepenu, što se odražava na život i razvoj djece sa vizuelnim smetnjama. Kako ova oštećenja imaju raznovrsne posljedice na aktivnost i funkcionisanje djece, to podrazumijeva i primjenu metoda i oblika vaspitno-obrazovnog rada.

Ciljevi vaspitno-obrazovnog rada koji obezbjeđuju psiho-socijalnu podršku bili bi:

- stvaranje uslova za pravilan psiho-fizički razvoj slijepe i slabovidne djece, podsticanje pravilnog razvoja i korišćenja preostalih vizuelnih funkcija i prevazilaženje habitusa kao posljedice vizuelnog oštećenja;
- sistemsko djelovanje na razvoj intelektualnog, tjelesnog, senzornog, psiho-motornog, jezičkog, emocionalnog i socijalnog ponašanja djece oštećenog vida;
- pravilno usmjeravanje cjelokupnog razvoja vizuelno oštećene djece kako bi se spriječile i ublažile pojave sekundarnog odstupanja u njihovom razvoju;
- osposobljavanje djece oštećenog vida za uključivanje u dalji tok njihovog obrazovanja i integraciju u socijalnu sredinu.

Zadaci vaspitno-obrazovnog rada koji obezbjeđuju psiho-socijalnu podršku bili bi:

- razvijanje psiho-fizičkih sposobnosti, otklanjanje ili ublažavanje posljedica smetnji u razvoju;
- razvijanje čulne osjetljivosti;
- razvijanje vizuelnog opažanja i osposobljavanja za pravilno korišćenje ostatka vida;

- razvijanje senzornih i psihomotornih sposobnosti koje doprinose savladavanju osnovnih problema i teškoća koje proizilaze iz stanja vizuelne oštećenosti;
- sprečavanje pojave fiksiranja blindizma kod slijepice djece;
- razvijanje diferencijacije predmeta koji ovu djecu okružuju, imenovanje predmeta i određivanje odnosa među njima, što podrazumijeva razvoj stereoskopskog, dubinskog i uopšte prostornog vida, kod djece sa ostacima vida.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA I PRIJEDLOZI

Postojeći sistem zdravstva morao bi i formalno-pravno, dopunom postojećih zakonskih rješenja i pravilnika, predvidjeti potpuniju i kompletniju brigu o djeci oštećenog vida, a sve to trebalo bi da prate i adekvatna pravna akta Ministarstva prosvjete i nauke. Da bi se utvrdilo kako i koliko se može uraditi na ovom planu, mora se uraditi strategija ali i kratkoročniji planovi aktivnosti.

Bilo bi neophodno organizovati tri okrugla stola (Podgorica, Bijelo Polje, Bar) na kojima bi učestvovali stručnjaci koji se bave vizuelno oštećenom djecom, ali ne usko posmatrano, nego u cjelokupnom sistemu odrastanja i razvoja te djece: pedijatri, oftalmolozi, tiflolozi, psiholozi, pedagozi, socijalni radnici i obavezno odgovarajući predstavnici Ministarstva zdravlja i Ministarstva prosvjete, koji bi trebalo da budu i organizatori ovih sesija. Rezultat rada na ovim stolovima trebalo bi da bude utvrđivanje realne slike postojećeg stanja i predlog mjera i aktivnosti za dalji rad – kratkoročno i dugoročno.

Od izuzetne važnosti bilo bi i obezbjeđivanje uslova za stalnu edukaciju stručnjaka pomenutih profila i stipendiranje novih.

Uvođenje obaveznog registra ne samo slijepih nego i slabovidih jedan je od neophodnih koraka, a kao podregistar treba uraditi i registar slabovide djece – do 18 godina. Pored toga, neophodno je uvesti registracione listove za svu djecu oštećenog vida. Jedan od modela registracionog lista je i ovaj:

Registracioni list

Ime i prezime:

JMBG

LBO

Adresa

Tel:

Mob:

Uputna Dg: OD

OS

Oftalmolog:

Glavne tegobe:

metamorfopsija, mikropsija, centralni skotom, tubarni vid,
zamagljenje, ispad u vidnom polju, hemianopsija, quadrantanopsia,
čitanje

od kada:

Anamnesis vitae (oph):

Operacije oka:

Oboljenja od značaja:

- retina (CRVO, CRAO, RPE ablacija, ablacija retine, PDR, NPDR, urođene anomalije)
- Mekula kongenitalno, urođeno, inflamatorno, degenerativno, vaskularno
- PNO (glaukom, edem, atrofija, subatrofija)
- Choroidea (kongenitalno, inflamatorno, drugo)
- Kongenitalne/urođene anomalije (albinizam, kong. katarakta, ROP, Nystagmus, drugo
- LPC PDT Kenalog
- NEGIRA POMENUTA OBOLJENJA

*Anamnesis fam:**An. vitae:* sluh

DRUGO

Amsler

Optičko pomagalo DA NE

LVA recept

Ime i prezime: _____

Datum pregleda: _____

Optička korekcija:	OD			OS		
PD distance						
	s	c	ax	s	c	ax
AR						
Korekcija						
VA sc						
VA cc						
Test na blizinu						

LVA

	OD		OS	
Rp				
Magnifikacija				
Preporučeno pomagalo	N CL LVA ništa		N CL LVA ništa	
PD near				

FILTER DA NE

Napomena: ovaj recept za LVA se izdaje uz specijalistički izvještaj.

Pri postojećim domovima zdravlja, ili savjetovalištima, treba formirati pet regionalnih savjetovališta koja bi se bavila djecom oštećenog vida – od dijagnostike do psiho-socijalne podrške.

O svim aktivnostima treba informisati medije da se što brže i kvalitetnije dođe do cilja i da ukupni napori budu prepoznati kao potrebni i podržani u čitavoj državi.

U sve treba uključiti postojeće NVO koje se bave osobama sa posebnim potrebama, jer su njihova iskustva, preporuke i podrška veoma dragocjeni.

LITERATURA

- [1] Biga, S., Blagojević, M., Cvetković, D., Litričin, O., Parunović, A., Savićević, M., Tomašević, M.: Oftalmologija, Medicinska knjiga, Beograd, 1993, 235–258.
- [2] Dikić, S.: Tifologija, Idea print, Beograd, 1997, 16–36.
- [3] Dikić, S.: Metodika nastavno obrazovnog rada sa slabovidim učenicima, Naučna knjiga, Beograd, 1988, 57–60.
- [4] CET: The Institute of Optometry, London, 2007, 31/32.
- [5] Eškirović, B.: Istraživanja u defektologiji, br. 7, Defektološki fakultet Univerzite-ta u Beogradu, 2005, 21–23.
- [6] Milošević, S.: Percepcija, pažnja i motorna aktivnost, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2002, 12–14.
- [7] Ognjenović, P.: Psihologija opažanja, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2007, 88–90.
- [8] Parunović, A., Cvetković, D.: Korekcija refrakcionih anomalija oka – naočare, kontaktna sočiva, operacije, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1995, 45–59.
- [9] Stankov, B., Savković, Z.: Dijagnostički postupci i terapijske metode kod strabi-zma i ambliopije, Centar za rehabilitaciju vida „Revida”, Beograd, 2001, 66–81.
- [10] Stefanović, B., Mitrović, M.: Oftalmologija, Beograd, Zavod za udžbenike i nas-tavna sredstva, 1990, 119–131.
- [11] Speedwell, L.: Pediatric optometry: optometric examination of children, Cardif, Continuing Education and Training, 2007. 1.

Zorica TONČIĆ

HEALTH SYSTEM AND PSYCHO-SOCIOLOGICAL SUPPORT
FOR VISUALLY IMPAIRED CHILDREN IN ORDER TO
INSURE THEIR SUCCESSFUL SCHOOLING

Summary

The position and the need for improvement of current status of blind and low vision people, especially children, is being considered in Montenegro. The ways and models of possible activities and concrete procedures are proposed in order to insure the adequate support for low vision children and improve their successful schooling and better social treatment.