

WYTYCZNE – REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

© Copyright by Polskie Towarzystwo Okulistyczne 2017

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część poniższej publikacji nie może być kopiowana i przechowywana w jakimkolwiek systemie kopiowania danych, włączając fotokopie, kserokopie i inne, bez uprzedniej pisemnej zgody PTO. Prośby o możliwość wykorzystania materiałów zawartych w tej publikacji należy kierować do PTO.

Wytyczne Towarzystw naukowych (w tym wytyczne PTO) nie stanowią obowiązującego prawa i nie określają jedyne go właściwego postępowania, a są jedynie wyrazem poglądów grupy ekspertów z danej dziedziny, które to poglądy odzwierciedlają aktualny stan wiedzy oparty na dostępnych wynikach badań naukowych.

Wytyczne nie zwalniają od osobistej odpowiedzialności pracowników opieki zdrowotnej w zakresie podejmowania właściwych decyzji dotyczących poszczególnych pacjentów.

Na każdej z osób praktykujących medycynę spoczywa osobista odpowiedzialność za stosowane metody lecznicze, których użycie powinno być oparte na gruntownej wiedzy i umiejętnościach praktycznych z zachowaniem niezbędnych warunków bezpieczeństwa własnego i pacjenta.

Czytelnik niniejszej publikacji jest zobowiązany do zapoznania się z aktualnymi wiadomościami na temat przedstawionych sposobów postępowania i farmakoterapii ze szczególnym uwzględnieniem informacji producentów na temat dawek, czasu i drogi podawania oraz efektów ubocznych stosowanych leków.

Wydawcy oraz redaktorzy niniejszego opracowania nie ponoszą odpowiedzialności za żadne szkody, które mogłyby być w jakimkolwiek sposób związane z materiałem zawartym w tej publikacji.

Sporządził Zespół:

- Anna Woźniak Szymańska – prezes Zarządu Głównego Polskiego Związku Niewidomych
- Małgorzata Pacholec – dyrektor Instytutu Tyflogicznego PZN
- Teresa Kłys – Dyrektor Przychodni Polskiego Związku Niewidomych
- mgr Elżbieta Oleksiak – tyflopédagog, kierownik Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflogicznym ZG PZN,
- mgr Grażyna Machura – tyflopédagog, terapeuta widzenia, optyk
- mgr Renata Niemczuk – Kozłowska - tyflopédagog, terapeuta widzenia, optyk
- mgr Anna Barwicka – tyflopédagog, instruktor orientacji przestrzennej
- mgr Ewa Stanikowska – psycholog

I. Wstęp

Rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku obejmuje usługi rehabilitacji podstawowej i specjalistycznej oraz informacyjno – doradcze. Usługi rehabilitacyjne, to proces składający się z serii ocen diagnostycznych oraz cyklu ćwiczeń, które mają pomóc osobom niewidomym i słabowidzącym w pokonaniu skutków deficytów wzroku. Celem rehabilitacji jest nauka umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życia codziennego metodami bezwzrokowymi lub z wykorzystaniem resztek wzroku.

Rehabilitacja podstawowa realizowana jest w specjalistycznych placówkach świadczących usługi z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku i obejmuje:

1. rehabilitację psychologiczną;
2. zajęcia z czynności życia codziennego;
3. naukę orientacji przestrzennej, samodzielnego, skutecznego i bezpiecznego poruszania się;
4. usprawnianie widzenia;
5. naukę różnych technik komunikacji, w tym pisma brajla; konsultacje tyfloinformatyczne.

Działania te uzupełniają oddziaływania medyczne przynosząc wymierne korzyści pacjentowi w postaci lepszego funkcjonowania, nawet wtedy, gdy z medycznego punktu widzenia proces leczenia (zabiegowy i/lub farmakologiczny) nie przynosi poprawy.

Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku realizowana jest na rzecz:

1. osób dorosłych słabowidzących i tracących wzrok oraz niewidomych,

2. dzieci i młodzieży z dużym ubytkiem widzenia od urodzenia do wczesnego dzieciństwa i dzieci niewidomych;

II. Wskazania do skierowania pacjenta do Poradni dla osób z dysfunkcją wzroku /wystarczy spełnić jedno z kryteriów/:

1. $Vou \leq 0,3$ w najlepszej, możliwej korekcji;
2. Sn 0,5 = nie czyta w najlepszej, możliwej korekcji;
3. choroba siatkówki lub nerwu wzrokowego: AMD, jaskra, retinopatia i maculopatia cukrzycowa, krótkowzroczność degeneracyjna, choroby na tle genetycznym, choroby siatkówki lub nerwu wzrokowego w zespołach chorobowych, SM i inne
4. znaczny światłowstręt
5. retinopatia wcześniacza, retinoblastoma

III. Badanie kwalifikacyjne do rehabilitacji:

1. wywiad
2. badanie ostrości wzroku do dali i do bliży, z korekcją;
3. rozpoznanie okulistyczne
4. w przypadku dzieci diagnoza z wykorzystaniem tablic podświetlanych z bogatą ofertą optotypów, tablice Ishihary i pomoce diagnostyczne wg dr Ley Hyvarinen

Opcjonalnie:

1. badanie refrakcji,
2. badanie pola widzenia,
3. badanie ciśnienia śródgałkowego,
4. opis dna oka,
5. inne uwagi dotyczące stanu narządu wzroku.

IV. Proces rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku:

1. Skierowanie - rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku w ramach ubezpieczenia zdrowotnego realizowana jest na podstawie jednorazowego skierowania do: Poradni Rehabilitacji Osób z Dysfunkcją Narządu Wzroku.
2. Konsylium - zespół specjalistów w składzie: psycholog, terapeuta widzenia, instruktor orientacji przestrzennej, instruktor czynności życia codziennego rozpoczynają proces rehabilitacyjny od diagnozy funkcjonalnej i ustalenia indywidualnych potrzeb pacjenta.
3. Rehabilitacja psychologiczna to indywidualne działania terapeutyczne prowadzone przez psychologa mające na celu zredukowanie stresu związanego z pojawieniem się znacznej dysfunkcji wzroku, strachu przed pogłębieniem się słabowzroczności lub utartą wzroku, oraz pomoc w rozwiązaniu różnych innych problemów i zmotywowanie osoby do działania w nowej trudnej sytuacji. Głównym celem jest odnalezienie sensu życia i akceptacja ślepoty wraz z jej skutkami oraz chęć nauczania nowych umiejętności.
4. Zajęcia z czynności życia codziennego. Celem jest zwiększenie samodzielności, sprawności i bezpieczeństwa pacjenta przy wykonywaniu codziennych czynności, z uwzględnieniem technik bezwzrokowych lub wykorzystania resztek wzroku a także z wykorzystaniem najnowszych metod rehabilitacji i sprzętu elektronicznego. Zajęcia te obejmują: higienę osobistą, ubieranie się, jedzenie, gotowanie, sprząatanie, posługiwanie się zmechanizowanym sprzętem domowych, szycie, posługiwanie się pieniędzmi, etykietowanie i oznaczanie, pielęgnację ogródka, kwiatów, naukę pielęgnacji dziecka, podawanie/przyjmowanie leków.
5. Nauka orientacji przestrzennej, samodzielnego, bezpiecznego i skutecznego poruszanie się - to proces wykorzystywania zmysłów w celu określenia własnej pozycji oraz relacji między wszystkimi znaczącymi przedmiotami w otoczeniu. To nauka opanowania umiejętności orientowania się w przestrzeni oraz samodzielnego chodzenia i podróżowania, korzystania ze środków lokomocji, docierania do celu przy pomocy pozostałych zmysłów i przy stosowaniu specjalnych technik. To także przekonanie osoby niewidomej lub słabowidzącej o potrzebie opanowania tej umiejętności, konieczności podjęcia wysiłku i przełamania uprzedzeń, skrępowania, obaw, strachu, lęku.
6. Usprawnianie widzenia osób słabowidzących (terminy zamiennie używane terapia widzenia, rehabilitacja wzroku)

Usprawnianie widzenia obejmuje serię określonych ocen diagnostycznych oraz cykl zajęć (ćwiczeń), które mają pomóc słabowidzącym w pokonaniu skutków deficytów wzroku utrudniających funkcjonowanie w różnych sferach życia i umożliwić osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania. Zajęcia te mają na celu:

1. Ocenę funkcjonalną możliwości wzrokowych, poprzez obserwację, przeprowadzenie testów, analizę wybranych czynności wykonywanych przez słabowidzącego. Wyniki oceny funkcjonalnej są punktem wyjścia do prowadzenia ćwiczeń usprawniających.
2. Ćwiczenia usprawniające ułatwiają osobie słabowidzącej zrozumienie jak funkcjonuje jej wzrok, co i jak widzi, czego i dlaczego nie widzi, uczą takiego patrzenia, aby do oka docierało jak najwięcej informacji.

3. Dobór pomocy optycznych wspomagających widzenie i pomocy nieoptycznych, np. kolorowe filtry nakładane na tekst dla poprawienia kontrastu, podstawki do książek, ramki ułatwiające czytanie, nasadki okularowe zmniejszające olśnienie; dobór odpowiedniego oświetlenia, nauka korzystania z kontrastów kolorystycznych, dobór pomocy elektronicznych, np. powiększalników.
4. Umiejętności wykorzystywania posiadanych resztek wzroku i dostosowywania otoczenia fizycznego do ograniczonych możliwości wzrokowych, głównie poprzez umiejętne operowania światłem, kontrastem, barwami.
7. Nauka technik komunikacji, w tym pisma brajla oraz konsultacje tyfloinformatyczne obejmuje naukę:
 1. podpisywania się;
 2. technik komputerowych z wykorzystaniem urządzeń pozwalających na dostępność komputera, program odczytu ekranu, syntezy mowy oraz tzw. monitor brajlowski (linijka brajlowska);
 3. korzystania z elektronicznych notatników brajlowskich;
 4. korzystania z programów powiększających oraz udźwiękowiająco powiększających;
 5. korzystania z nowoczesnych technologii, m.in. Iphona, Ipada, Ipada, smartfonów, tabletów, odtwarzaczy do książek.
 6. przywrócenia możliwości posługiwania się pismem: używanie powiększonego druku – wielkość i krój czcionki, kontrastowe tło itp.;
 7. Brajla – pisanie i czytanie, skrótów brajlowskich, notacji matematycznej, chemicznej, fizycznej, muzycznej;

Wszystkie ww. działania rehabilitacyjne wymagają odpowiedniego zaplecza i pomocy rehabilitacyjnych udźwiękowionych, z oznaczeniami brajlowskimi, pomocy optycznych, optoelektronicznych i nieoptycznych.

V. Podsumowanie

Rehabilitacja osób dorosłych Osoby dorosłe tracące wzrok mają wykształcone wszystkie funkcje wzrokowe. Celem rehabilitacji jest umożliwienie tym osobom w optymalnym stopniu samodzielnego funkcjonowania. To, w jakiej mierze cel ten zostanie zrealizowany, zależy od wielu czynników m.in. od:

1. wielkości i charakteru ubytków widzenia;
2. ogólnego stanu psychofizycznego (poziomu pamięci, koncentracji, współwystępowania innych niepełnosprawności czy schorzeń, itp.)
3. potrzeb i motywacji pacjenta;

Kierunki i zakres rehabilitacji osoby z dysfunkcją narządu wzroku określa indywidualna ocena funkcjonalna, ujawniająca potrzeby pacjenta.

Osoba z dysfunkcją wzroku wymaga stałej, cyklicznej rehabilitacji z powodu zmian w widzeniu wynikających z postępującego charakteru choroby oczu i ogólnego stanu zdrowia.

Istotnym czynnikiem w procesie rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku jest aktywne uczestnictwo i zaangażowanie rodziny, opiekunów pacjenta – często bliscy nie rozumieją problemów wynikających z osłabionego widzenia.

Rehabilitacja dzieci i młodzieży

U dzieci, które mają poważne deficyty wzrokowe od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa nie wykształcają się w sposób naturalny niektóre lub większość funkcji wzrokowych. Oprócz uszkodzenia wzroku dzieci te posiadają dodatkowe ograniczenia rozwojowe, takie jak upośledzenie umysłowe, porażenie mózgowe, ubytki słuchu oraz przewlekłe choroby takie jak cukrzyca, zespół Marfana. Rehabilitacja dzieci powinna być zgodna z ich indywidualnymi potrzebami, powinna też uwzględniać wsparcie dla rodziców. Rehabilitacja musi być poprzedzona wszechstronną diagnozą medyczną i funkcjonalną stanu wzroku, ogólnego stanu zdrowia i sprawności psychofizycznych. Diagnoza służy ustaleniu programu wielostronnych, indywidualnych oddziaływań rehabilitacyjnych. Oddziaływania te obejmują przede wszystkim: terapię psycho-pedagogiczną (rozwój funkcji poznawczych, mała motoryka, samodzielność, socjalizacja), rehabilitację wzroku, orientację przestrzenną, rehabilitację ruchową, terapię metodą Integracji Sensorycznej, terapię logopedyczną z uwzględnieniem alternatywnych metod komunikacji, muzykoterapię. Bardzo ważna jest także terapia rodzin.

Rehabilitacja wzroku, jako najbardziej specyficzna dla dzieci z uszkodzonym wzrokiem, w tym przypadku polega na stymulowaniu narządu wzroku i ćwiczeniu poszczególnych funkcji wzrokowych takich jak: fiksacja, wodzenie wzrokiem po nieruchomym obiekcie, przenoszenie wzroku, śledzenie, wzrokowe rozpoznawanie przedmiotów, kształtów, koordynacja oko-ręka, nauka liter, czytania, pisanie, ocena odległości itp. Rehabilitacja tych dzieci odbywa się w przedszkolach specjalnych i integracyjnych, placówkach wczesnej interwencji, ośrodkach szkolno-wychowawczych i innych placówkach dla dzieci.

U dzieci słabowidzących z prawidłowo rozwiniętymi funkcjami wzrokowymi, które mogą uczęszczać do szkół ogólnodostępnych i integracyjnych rehabilitacja realizowana jest w trybie ambulatoryjnym przez specjalistyczne ośrodki prowadzące rehabilitację osób z dysfunkcją narządu wzroku. Zazwyczaj pacjenci Ci wymagają doboru pomocy optycznych i/lub optoelektronicznych wraz z nauką posługiwania się nimi i nauką wykorzystywania resztek wzroku.

Do tego typu diagnozy i rehabilitacji niezbędne są odpowiednie zabawki stymulujące i pomoce dydaktyczno-rehabilitacyjne oraz gabinety do zajęć indywidualnych (rehabilitacji wzroku, psychologicznych, logopedycznych, rehabilitacji ruchowej), gabinety lekarskie, sale do zajęć grupowych i wypoczynku (sala rehabilitacyjna, doświadczania świata, do Integracji Sensorycznej, do muzykoterapii) Obiekt i sale powinny być w pełni przystosowane do potrzeb dzieci niepełnosprawnych (podjazdy dla wózków, toalety itp.).

Rehabilitacja dzieci z zezem i niedowidzeniem to usprawnianie widzenia i polega na wykonywaniu ćwiczeń wzroku pleoptycznych i ortoptycznych przez specjalistów ortoptystów na podstawie zaleceń i skierowania lekarza okulisty do Poradni leczenia zezów i niedowidzenia.

Piśmiennictwo:

1. Katalog standardowych usług niezbędnych dla osób z problemami wzroku – Polski Związek Niewidomych, 3.11.2015
2. Red. M. Pacholec, „Społeczny audyt leczenia AMD w Polsce”, Stowarzyszenie Retina AMD Polska przy współpracy z Fundacją Wspierania Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21”, Warszawa 2016
3. Łukasiak E., Oleksiak E., „Osoby niewidome i niedowidzące”, Zbiórny raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce, Warszawa 2011 r.
4. Stanikowska E., „Psychologiczne aspekty słabowzroczności”, Kontaktologia i optyka okulistyczna 3/2008.
5. Starzyk K., „Pomoce optyczne dla słabowidzących”, „Ophtotherapy” 3(7)/2015.



W imieniu Zarządu

Prezes

Prof. dr hab. n. med.
Iwona Grabska-Liberek