

# MEDICINSKA SESTRA V KOMUNIKACIJI S SLEPIM BOLNIKOM/VAROVANECM

NURSE IN COMMUNICATON WITH BLIND PATIENT/CLIENT

*Damjan Slabe, Mirjana Hafnar*

UDK/UDC 617.751-083

DESKRIPTORJI: *slepota-nega; sestra medicinska-bolnik odnosi; komunikacija*

Izvleček – Avtorja v članku predstavita posebnosti komunikacije s slepim bolnikom/varovancem, ki poteka skozi vse faze procesa zdravstvene nege. Medicinska sestra lahko s poznavanjem in upoštevanjem osnovnih zakonitosti komunikacije s slepimi omogoči dobre temelje za kakovostno komunikacijo. Pri tem avtorja posebej naglasita pomen toplega medčloveškega odnosa, obvladovanje strokovnega področja in vedenje oziroma poznavanje senzorne drugačnosti slepega (sleporojenega otroka in kasneje oslepelega – odraslega) bolnika/varovanca. Z vzpostavitvijo kakovostne komunikacije omogočamo pozitivne izkušnje slepih, pri slepo rojenem otroku pa vzpodbujamo njegov celovit razvoj. Poudarjena je vloga medicinske sestre, ki lahko s celostnem pristopom v okviru izvajanja zdravstvene nege nudi oporo tako slepemu posamezniku (bodisi otroku ali odraslemu) kot vsej družini.

DESKRIPTORJI: *blindness-nursing; nurse-patient relations; communication*

Abstract – In the article, the authors present special features of communication with a blind patient/client in all phases of nursing care. The nurse who is familiar and skilled in basic principles of communication with the blind can create solid basis for communication of high quality. The authors stress the importance of warm human relationship, professional knowledge in knowledge of specific features of sensory perception of the blind (blind-born child or an adult who lost his/her sight later in life). With the establishment of quality communication, positive experience of the blind is enabled, while in a blind-born child, integral development is stimulated. The role of the nurse and her integral approach in the frames of nursing care in offering support to the blind (child or adult) and his/her family is stressed.

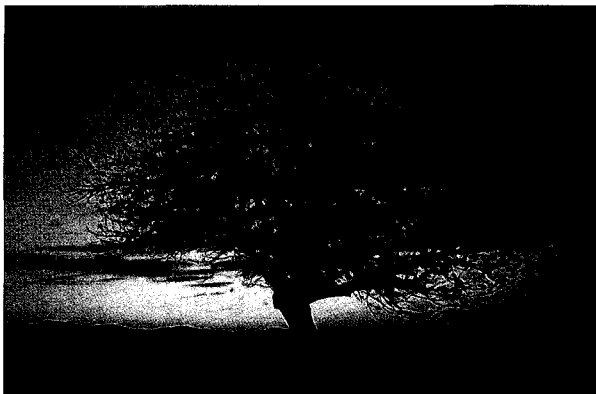
## Uvod

V ambulanto je vstopil fant, star okrog 25 let. Ponudil mi je (prvemu avtorju) zdravstveno izkaznico ter pri tem gledal nekam mimo. V drugi roki je držal ročno torbico. Vzajem izkaznico ter ga povabim, naj sede. »Kam pa?« me vpraša nekoliko v zadregi. Še bolj v zadregi sem bil sam. Šele tedaj sem namreč pomislil: »Ta človek je vendar slep.« Nekam nerodno s skupnimi močmi najdeva stol. Nato uredim dokumentacijo, potrebno za pregled, pri tem pa občutim stisko: občutke usmiljenja, strahu in zadrege spremljajo vprašanja, ki si jih postavim le v mislih: »Kako je, ko si slep? Kakšne besede naj uporabim? Kaj, če bi se to meni zgodilo?« Spomnim se igre, ko sem poizkušal narediti trideset korakov na pločniku z zaprtimi očmi. Že nekje na polovici mi je noga klecnila ob rob. Takrat sem preprosto odprl oči in stopil na sredo pločnika. Slepi si na tak način ne more pomagati. Ali pa, ko sem v sobi sredi noči poskušal v temi poiskati stikalo za luč. Svetloba, ki je prosevala skozi okno, je omogočila, da sem videl vsaj obrise nekaterih kosov

pohištva... To že ni bila popolna tema. O podobnih vprašanjih in zadregi so avtorjema pripovedovali tudi drugi zdravstveni, socialni in pedagoški delavci ter študenti in študentke, ki sva jih pri svojem delu srečevala, pa tudi udeleženci delavnic, ki sva jih vodila in na katerih je bila tema komunikacija s slepimi.

Na splošno danes smatramo, da je v državah z razvito zdravstveno službo med 0,10 in 0,15 % slepih (1). Manj zanesljive in redkeje so informacije o številu slabovidnih. Pri Zvezi društev slepih in slabovidnih Slovenije je bilo 31. 12. 1997 registriranih 3422 prostovoljno včlanjenih oseb z motnjami vida; slepih 2590 (76 %) in slabovidnih 832 (24 %). Podatki o prebivalstvu z motnjami vida niso popolni zaradi neneotnih kriterijev pri opredelitvi, prav tako ne obstaja enoten register teh oseb.

Namen članka je predstaviti nekatere posebnosti komunikacije v odnosu medicinska sestra–slepi bolnik/varovanec. Upoštevanje teh spoznanj je nujen pogoj za dejavno vključevanja bolnika v proces zdravstvene nege. Medicinska sestra v tem procesu pomaga bolni-



Sl. 1. *Biti slep, lahko pomeni največjo možno osamo in odmaknjenost od družbe (4).*

ku/varovancu premagati stanje odvisnosti, ki jo povzroči, slepota in doseči samostojnost oziroma zdravje (2). Ideja za članek se je izoblikovala postopno: od opisane izkušnje prvega avtorja v prejšnjem odstavku (iz obdobja njegovega službovanja v očesni ambulanti ZD Ljubljana Vič-Rudnik v letih 1992–1994), ob sodelovanju obeh avtorjev v strokovnem timu v Centru slepih in slabovidnih v Škofji Loki (v letih 1994 in 1995) ter ob nastajanju diplomskega dela (3) prvega avtorja v okviru študija zdravstvene vzgoje na Visoki šoli za zdravstvo (leta 1996 in 1997)<sup>1</sup>. V članku prepletava najine osebne izkušnje s spoznanji drugih avtorjev: dopolnjujejo se znanja zdravstvene nege in tiflopedagoška znanja.

### Medicinska sestra v komunikaciji s slepim bolnikom/varovancem

Slepota in slabovidnost se kot senzorna motnja v funkcioniranju posameznika odražata predvsem kot komunikacijska in gibalna oviranost in posledica te je socialna izolacija v individualnih mejah. Svoltjšák (4) temu pritrjuje ko pravi: »Biti slep, pomeni lahko največjo možno osamo in odmaknjenost od družbe«(4). Ramovš (5) definira, da je človek tudi (ali predvsem – op. D.S. in M.H.) občestveno in zgodovinsko bitje. Besedo občestveno Ramovš uporabi, ko poudari, da je glavna vez med ljudmi občenje – komuniciranje. Gre za proces prenašanja ali izmenjave (posredovanja in sprejemanja) sporočil, navodil, izkušenj, za dajanje in sprejemanje temeljnega človeškega bogastva – osebne izkušnje. Besede so most med subjektivnim in objektivnim, so vez med ljudmi. Človeška posebnost je tudi v tem, da izkušnje drugih prevzema za svoje, jih oplemeniti s svojo osebno izkušnjo in preda v zgodovinsko-kulturni zaklad. Pri tem se vzpostavijo medsebojni stiki, vzdušje, razumevanje in sodelovanje. Prek čutil človek zaznava razlike, ki kot informacije ust-



Sl. 2. *Človek izkušnje drugih prevzema za svoje, jih oplemeniti s svojo osebno izkušnjo in preda v zgodovinsko-kulturni zaklad (5).*

varjajo neko predstavo, zemljevid, védenje o svetu zunaj. Da bi posameznik lahko bival, ni bistveno, ali vidi ali ne. Bistveno je, ali lahko spoznava in razume. Za to pa potrebuje druge ljudi; odnose, komunikacijo, v kateri lahko odkriva vedno nove razlike (6). V zdravstveni negi naj bo komuniciranje terapevtsko – ima naj določen namen. Pri besednem uporabljamo govor in pisni jezik, pri nebesednem pa telesno vedenje, mimiko obraza, očesni stik, govor (hitrost, ritem, jakost, in barva glasu, artikulacije, melodije, jasnosti), gestikuliranje, dotik, oblačenje, vedenje v prostoru, vedenje v času, zunanji kontekst (7). Komunikacija je ena od duševnih potreb, ki jih je v okviru štirinajstih življenjskih aktivnosti opredelila V. Henderson (2). Medicinska sestra si v procesu zdravstvene nega skupaj z bolnikom/varovancem prizadeva zadovoljiti te potrebe. Uporaba modela samooskrbe D. Orem (2) pa jo usmerja v vzpodbujanje, dvigovanje in ohranjanje sposobnosti samoskrbe slepega bolnika/varovanca: v iskanje ravnovesja med zahtevami skrbeti zase in sposobnostjo bolnika/varovanca, da to skrb tudi izvaja.

Ker je slepi prikrajšan za vidne vtise, mu mora biti zunanji svet dostopen s pomočjo drugih čutov (8). Hafnar in Koprivnikar (9) ugotavljata, da komunikacija steče ne glede na naš namen, ko se srečata dva človeka v dometu čutil (v socialni interakciji – op. D.S.). Medicinska sestra naj bo pozorna na besedna in nebesedna sporočila, na vsebinski in odnosni del komunikacije. Tako na sporočila, ki jih posreduje bolniku/varovancu, kot tudi na informacije, ki jih sprejema. Tako kot pravi Watzlawick (10), ko se srečata dva človeka, je nemogoče nekomunicirati. Zaveda naj se, da teče medsebojno sporočanje tudi ob nemem srečanju dveh ljudi. Medicinska sestra v svoji profesionalni vlogi ne more nadzorovati vseh svojih vedenjskih in odzivnih sporočil, ki jih slepi bolnik/varovanec zazna. Vedno prenaša (projicira) tudi svoje doživljanje in ne samo tisto, kar bi želela sporočiti. Upošteva naj kakovostnejšo senzibilnost slepih – to je predvsem kakovostnejšo izrabo sluha, vonja in tipa. Na nebesednih ravneh prihaja lahko do pomislekov, strahov, za-

<sup>1</sup> Avtorja se zahvaljujeva asist. Klaudiji Urbančič, vms, prof. zdr. vzg. za vzpodbudo in nasvete pri pisanju članka.

držkov. Slepí dobro prepoznavajo ali vsaj občutijo zadrego videčih. Zaradi interakcijske zakonitosti delujejo le-ti zavirajoče na vzpostavitev kakovostnega odnosa s slepim človekom in lahko vodijo celo v zastoj oziroma prekinitvev komuniciranja. Pogosto to ne lagodje v začetni fazi sproži zadržanost do take mere, da pogovor skoraj ni mogoč. V osnovi pa lahko medicinska sestra s poznavanjem osnovnih zakonitosti komunikacije s slepimi ljudmi ter s pristopom k slepemu predvsem kot človek k človeku omogoči dobre temelje za kakovostno komunikacijo ter prek tega k doseganju ciljev v procesu zdravstvene nege. Prav takrat, ko je komuniciranje ovirano, si prizadeva medicinska sestra v procesu zdravstvene nege doseči čim bolj jasno, nedvoumno in sproščeno komunikacijo. Bolnika/varovanca vzbudbuja, da bo sposoben tudi prevzemanja pobud za pogovor ter preverjanja razumevanja sprejetih sporočil.

Zaradi senzorne prednosti<sup>2</sup> naj medicinska sestra prva pristopi k slepi osebi. To je pravilo, ki sicer velja v ob srečanju videči – slepi. Slep bolnik/varovanec ne more zaznati pozdravljanja z dvigom rok ali kimanjem. To nadomesti medicinska sestra s prijazno besedo in toplo barvo glasu. Če je slepi še ne pozna ali pa je morda pozabil njeno ime, naj se ob srečanju z njim predstavi. Slepí Herman van Dyck (4) poudarja zlato pravilo, da slepega vedno, še preden kaj storimo zanj, vprašamo, če mu lahko pomagamo. Tako izražamo tudi spoštovanje do njegove osebnosti. Predvsem naj si medicinska sestra vzame dovolj časa, da si jo bolnik/varovanec ogleda in spozna na svoj način. Tako bo zanj pomembne značilnosti (glas, vonj, utilitacijska zgodnica oziroma vsebinska povezanost na primer z delom, s hrano) povezal s svojimi predstavami. Šele ko jo bolnik/varovanec sprejme v svoj svet, nadomesti medicinska sestra očesni stik s spontanim, taktno-subtilnim dotikom z roko. Čutilo tipa je spoznavni receptor za varnost, bližino in deluje kot sidro. Pri prvem stiku mu stisne roko ali se dotakne njegovega ramena, kar pri slepem vzbuja občutek zanimanja zanj, vendar pa mora prehajanje v telesno komunikacijo napovedati (Na primer »Dober dan, sem vaša sobna medicinska sestra Ana...«, upoštevamo namen in vsebino srečanja, starost in zdravstveno stanje bolnika/varovanca). Tudi pri kasnejših srečanjih najprej napove nameravan telesni dotik (na primer naj ne pristopi k bolniku/varovancu ob izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, kot so obračanje, dajanje terapije, vstajanje, ne da bi ga prej na to pripravila). Paleta občutkov pomilovanja in usmiljenja, ki jih medicinska sestra zavedno ali nezavedno projicira v slepega in ki lahko pri slednjem vzbudijo doživljanje podrejenosti, odvisnosti in manjvrednosti, moramo razlikovati od

sočutja, ki pa ohranja človekovo dostojanstvo. Če bo bolnik/varovanec soudeležen in bo vzpostavljen sproščen odnos, bo omogočen proces dopolnjujoče komunikacije. Medicinska sestra naj upošteva, da slepi veliko zaznavajo tudi prek čutil, kot sta sluh in vonj, ki odigrata ob prvem srečanju pomembno vlogo. Vsa tri čutila (vonj, sluh in tip) so temelj razvijanja občutka usmerjanja pri slepem človeku. Tako na primer slepa oseba ne vidi nasmeha na obrazu medicinske sestre, lahko pa ga razpozna iz tistega, kar sliši.

Slog pogovora, ki ga medicinska sestra razvija v komunikaciji s slepim ali slabovidnim bolnikom/varovancem, naj bo ves čas čim bolj naraven. Pozorna naj bo, koliko vidnih sposobnosti je še ohranjenih oziroma koliko bolnik/varovanec vidi in ali se giblje samostojno. V primeru, da gre za popolnoma slepega, je še zlasti pomembna semantična razlaga o vsem, kar se pričakuje od njega ter preverjanje sprejete informacije. Videči imajo pri komunikaciji s slepimi pogosto pomisleke glede uporabe besed kot »videti« ali »slep«. Dyck (4) navaja, da se videči pogosto celo opraviči slepemu, če se mu besede v zvezi z vidom »zarečejo« in hkrati svetuje, da lahko brez zadržkov slepega vprašamo: »Ali si želite ogledati na primer določen predmet?« Vendar ni primerno izražati svojih pomislekov in stališč v smislu »saj to je grozno«, kakor tudi ne postavljati neposrednih vprašanj »Kako je, ko si slep? Ali nič ne vidite? Čisto nič?«

Slepe osebe, ki so bile vključene v rehabilitacijski program, so praviloma usposobljene v orientaciji ter v tehniki gibanja – v mobilnosti. Rehabilitacijski proces slepih obseg vaje (12):

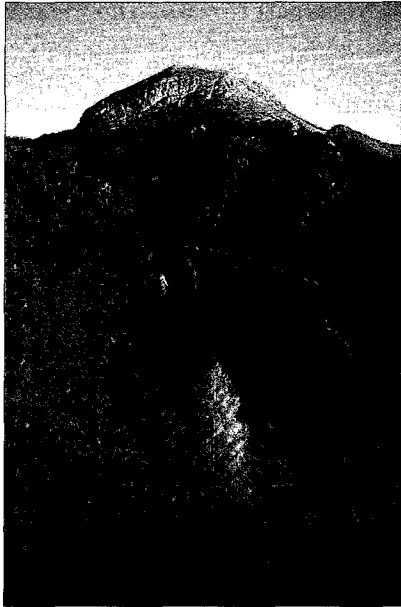
- uporabljati preostala čutila, predvsem sluh, tip, vonj in talne zaznave (v kolikor ni prizadetost perifernege živčevja prevelika) in oblikovati prek njih svojstvene predstave o svetu;
- orientirati se v prostoru, nadstropju, stavbi, okolici;
- orientirati se v času (zvočne in tipne ure);
- skrbeti za osebno higieno, kolikor to dopušča zdravstveno stanje;
- gibati se s spremljevalcem ali z belo palico za ohranjanje splošne psihofizične kondicije in vključevanja v družbo sstanovalecev.

Poleg tega se učijo:

- prevzemati odgovornost za lastno zdravje; za jemanje terapije, prihajanje v ambulanto in upoštevanje predpisanih diet ter sporočanje svojih potreb in občutkov;
- izvajati očesno terapijo (dajanje kapljic, vzdrževanje očesne proteze, kontrole očesnega pritiska), in to glede na sposobnosti;
- vključeni so v dejavnosti za preprečevanje socialne izolacije.

Bolnik/varovanec, ki je slep od rojstva, nima nobenih vidnih predstav, za razliko od tistega, ki je oslepel

<sup>2</sup> Človek dojame okolje najceloviteje in najbolj živo prav z vidom. Z vidom zajame 83 odstotkov vseh informacij, s sluhom 11, preostalih 6 odstotkov pa z drugimi čutili. Ob odpovedi vida izgubi 20 različnih sposobnosti (11).



Sl. 3. *Da bi posameznik lahko bival, ni bistveno, ali vidi ali ne. Bistveno je, ali lahko spoznava in razume. Za to pa potrebuje druge ljudi; odnose, komunikacijo, v kateri lahko odkriva vedno nove razlike (6).*

kasneje in ima še žive vidne vtise. Posledice izgube vida so manjkajoče ali pomanjkljive predstave. Slepca oseba si mora v vsakdanjem življenju v večji meri pomagati z uporabljanjem drugih čutil. To pa pomeni, da pri pogovoru uporablja drugačne opise doživljanja kot videči. Videči praviloma omalovažujejo prednosti zaznave slepih prek drugih čutil. Kermaunerjeva (8) navaja, da imajo v Zavodu za slepo in slabovidno mladino v Ljubljani celo posebne vaje v izboljševanju vida, voja, sluha, tipa in okusa.

Hafnar in Koprivnikar (9) poudarjata, da drugačen razvoj sprejemnikov dražljajev (receptorjev) in njihov preustroj (kot nadomestilo izpada vidnega kanala) sprejemanja dražljajev iz zunanjega sveta omogočata drugačno, kakovostnejše, poglobljeno zaznavanje in sprejemanje človeka na neverbalnih ravneh komuniciranja. Zaradi razvitejši čutnosti in razvojne prilagoditve na sprejemanje sporočil se pri slepih razvije z vidika videčih drugačen način zaznavanja – nekako nehotno. Pomembnost te čutne prednosti slepih naj medicinska sestra upošteva pri:

1. neverbalnem srečanju,
2. vzpostavljanju stikov,
3. samem procesu komuniciranja kot pretoku informacij.

Pri vzpostavljanju stika s slepim bolnikom/varovancem medicinska sestra lahko zmanjša ali celo odpravi občutke nelagodja in/ali zadržanosti. Poznavanje osnov kakovostne komunikacije s slepim človekom zmanjšuje njeno negotovost in zadržanost, s tem pa utrjuje zavzet in pristen odnos. V nasprotnem primeru



Sl. 4. *V komunikaciji videči–slepi velikokrat pozabljamo, da za nekoga, ki ne vidi, predstave niso same po sebi umevne. Medicinska sestra to nadomesti z opisno obliko pogovora, kjer je čim več stvari prikazanih slikovito, odnosno oziroma prostorsko.*

pa bo pobuda prepuščena slepi osebi, da pomaga premostiti začetno zadržanost. V praksi niso redki primeri, ko prav slepa oseba olajša začetno zadrego in strah, ki jo videči človek doživlja v prvih srečanjih s slepimi (6).

Vzpostavljen pristen odnos je dobra osnova za pogovor. Odsotnost občutkov pokroviteljstva in oblastnosti ta proces še podkrepi. Razvije se dialog, ki sloni na poznavanju večšine postavljanja vprašanj. Medicinska sestra pri komunikaciji s slepim človekom upošteva:

- opisen in čimbolj točen, nedvoumen način sporočanja. Medicinska sestra se naj predstavi, opiše prostor, sobo, ambulanto, dogajanje, hrano, ki je na krožniku: vsebinsko razporeditev (pri tem si pomaga s ponazoritvijo številčnice na uri; na primer na dvanajst je krompir, na šest meso in na devet priloga) in njen estetski videz. S takim pristopom k aktivnosti hranjenja želi vzpodbuditi tek. Pomembno je, da si vzame čas ter tako prispeva k zmanjševanju strahu pred dogajanjem (Na primer »Sem Ana – medicinska sestra. Vzela vam bom kri. Kožo na roki vam bom najprej razkužila, potem vas bom zbodla.«) Na zmanjševanje zadreg vpliva tudi tako, da slepoto predstavi osebi, ki se bo z bolnikom srečevalo (na primer članom zdravstveno-negovalnega tima, strežnicam, vratarju) in videčim bolnikom/varovancem v sobi;
- usmerjevalna podvprašanja (Na primer »Ali veste, kje je kopalnica?« »Kako veste, da je to vaša soba?«);
- sprotno preverja sprejete informacije ( Na primer »Če sem vas prav razumela, potem je to....« »Ali ste slišali, kam sem odložila kozarec?« »Za kdaj sva se potem dogovorila?«);
- kazalne, nedoločne zaimke (*ta, to, tu, tam, tisti, nekaj, nekdo*) in druge nedoločnosti nadomesti z

nazorno, konkretno besedo in samostalniki (*Janez, na levo, tri korake pred teboj, dve sobi od tvoje naprej po hodniku*) – upošteva izpad vida;

- s spodbudnim odnosom in s tem da si vzame dovolj časa, ki ga slepi potrebuje, da umesti ustvarjeno sliko o medicinski sestri kot osebnosti v svoje prepoznavne, pomaga premagovati komunikacijske ovire.

Oblikovana sporočila so za slepega dokaj omejena. Informacije pa so mu nujno potrebne za oblikovanje predstav in razvijanje mišljenja. V komunikaciji videči – slepi velikokrat pozabljamo, da za nekoga, ki ne vidi, predstave niso samoumevne. Medicinska sestra to nadomesti z opisno obliko pogovora, kjer je čim več stvari prikazanih slikovito, odnosno oziroma prostorsko. Ker slepa oseba ne more povratno sporočiti z izrazom oči (gre za odsotnost očesnega stika) in z obrazno mimiko, lahko medicinska sestra prehitro oceni, da je njeno sporočilo bolnik sprejel tako, kot je bil njen namen oziroma obratno. Veliko neprijetnostim, zadregam in celo nerazumevanju se izogne s preverjanjem sporočil, ki jih je sprejela. Preveri tudi, kako je bolnik sprejel njeno sporočilo. Poimensko naslavljanje ter upoštevanje dialoga je še zlasti pomembno, če je prisotnih več slepih bolnikov/varovancev. Zanašanje samo na dobre občutke ter na sklepanje iz izraza obraza ter drže slepega ne sodi na področje kakovostne zdravstvene nege. Kajti slepi bolnik/varovanec lahko pozorno posluša, čeprav ne kaže takšnih odzivov na telesnem delu kot videči.

### Nekateri praktični nasveti za vsakdanje druženje s slepimi

H. van Dyck (4) navaja še nekaj praktičnih nasvetov, ki naj jih upošteva tudi medicinska sestra ob samem srečanju s slepim bolnikom/varovancem ter ob izvajanju zdravstvene nege. Avtor poudarja red in točnost, ki sta za slepe zelo pomembni lastnosti. Vsaka stvar ima svoj prostor. Damo jo nazaj tja, kjer smo jo vzeli. Spoštujemo neodvisnost slepih. Vedno smo točni na zmenkih in obiskih in spoštujemo dogovore s slepo osebo.

Pri vodenju se slepa oseba oprime naše roke. Na ozkih prehodih je vodeči vedno spredaj. Na stopnice ali pločnik stopamo vedno pod pravim kotom, slepega predhodno opozorimo ali za trenutek postanemo. Povemo tudi, če zavijemo levo ali desno. Pri vstopanju v avtomobil slepega peljemo do vrat in mu položimo eno roko na njihov zgornji rob, medtem ko je njegova druga roka na strehi avtomobila. Potem se oprime sedeža in lahko vstopi sam.

Če smo slepemu pomagali odložiti plašč ali prtljago, natanko povemo, kje je. Ponudimo slepemu sedež, sam pa se bo odločil, ali ga bo uporabil ali ne. Pri tem mu pomagamo tako, da mu položimo roko na naslonjalo, ali pa mu povemo, na kateri strani je sedež.

Slepega bolnika/varovanca nikoli ne pustimo samega sredi prostora. Pospremimo ga do stene, ograje, kjer bo imel trdno oporo in se bo lahko naslonil. To mu je pomembna orientacijska točka, pomeni pa mu tudi občutek varnosti. Kadar ga zapuščamo, ga vedno opozorimo, prav tako tudi, ko se k njemu vrnemo.

Ob prebiranju osebnega pisma, uradnega spisa ali finančnih dokumentov sta neizogibno potrebni obzirnost in popolna molčečnost. Morda si slepa oseba želi, da jih ji prebere kdo drug. Beremo počasi in razločno. Nikoli ne odpiramo pisem brez izrecnega dovoljenja. Najprej omenimo ime pošiljatelja (podpisane osebe). Pri branju časopisov, revij, preberemo najprej vse naslove, slepi pa se bo sam odločil, kaj bi rad slišal. Ne prekinjajmo branja z lastnimi komentarji.

Če slepi želi, da mu natančno opišemo ljudi, okolico ali predmete, običajno to jasno izrazi. Nikakor pa mu opisov ne vsiljujmo. Dobro je, če slepega spontano opozarjamo na posebne in nenavadne stvari, še zlasti na morebitne spremembe v prostoru ali okolici, kjer se večkrat giblje. Takšne informacije lahko slepemu zelo koristijo. Ne puščajmo ovir na mestih, kjer slepi ljudje redno hodijo mimo. Priprta vrata so za slepe osebe nevarna ovira.

Če bi slepemu radi kaj ponudili, ga pokličemo po imenu, če pa njegovega imena ne poznamo, se ga narahlo dotaknemo. Ne pozabimo mu naštetiti možnosti izbire (na primer hrane, pijače). Slepí sami odločajo o sebi. Vedno ponudimo slepemu pladenj s samo enim kozarcem.

### Komunikacija s slepim otrokom

Zdrav razvoj osebnosti sleporojenega otroka je odvisen predvsem od kakovosti telesnih stikov matere in drugih družinskih članov s slepim otrokom, od toplih medčloveških odnosov v družini in od bogastva komunikacij v njej. Vse to ugodno vpliva na njegov razvoj in prispeva, da majhen slep otrok začne oblikovati pozitivno istovetenje, ki pa je bistveno za doseganje občutka varnosti (13, 14). Vzpostavitev toplega in strpnega človeškega odnosa je spričo težkega položaja, v katerem se znajde družina ob spoznanju, da v družino prihaja slepi član, izredno težko. Družina s sleporojenim otrokom potrebuje strokovno obravnavo. Prav pri nudenju opore celotni družini pa medicinska sestra lahko odigra pomembno vlogo. Pri tem se opira na dejstvo, da bosta starša lahko dala otroku največ prav prek medsebojnega razumevanja, podpore in ljubezni ter z razvijanjem pristnih vezi, prek katerih bo otrok dobil ustrezno spodbudo za razvoj svojih sposobnosti. Odsotnost sporazumevanja z vidom pomeni za člane družine, še zlasti pa za mater, svojevrstno oviro. Tako mati<sup>3</sup> kot tudi ostali člani družine

<sup>3</sup> Popovič (13) navaja tudi pogost strah mater sleporojenega otroka, da je ne bo prepoznal, da ne bo vedel, kdo je njegova mama.

potrebujejo veliko časa, da se jim povrne moč in da sprejmejo otroka takšnega, kakršen je (13). Ko se predvsem mama nauči prepoznavati otrokova neverbalna sporočila in nanje tudi ustrezno odgovarja, se bosta z otrokom uglasila in doživljala trenutke obojestranske radosti in zadovoljstva. Razpoznavanja ter odgovarjanja na drugačen način komuniciranja pa se postopoma naučijo tudi ostali člani družine.

Vsaka stopnja razvoja slepega otroka je povezana z doživljanjem bolečine, ko se po sistemu poizkusov in napak uči sedenja, hranjenja ali hoje brez pomoči vida. Slep otrok bo razvil prepoznavanje, ugotavljanje istovetnosti in vrednotenje po taktilni, gibalni in zvočni poti. Razvoj teh poti zaznavanja pa je odvisen predvsem od količine in kakovosti vzpodbud. Ko na primer spodbujamo poseganje po predmetih in njihovo prijemanje, damo zvenec predmet pred (nad) otroka na sredino med obe roki. Položaj predmeta v doseg roke spreminjamo ter tako postopoma razvijamo otrokov sluh, motoriko in višje funkcije.

Gerbec (15) navaja nekatere razlike v neverbalni komunikaciji slepega in videčega otroka:

- selektivno odzivanje z nasmehom na glas matere se pri slepem otroku pojavi pri četrtem mesecu, medtem ko se videči dvomesečni dojenček že odzove na vidne spodbude človeškega obraza z avtomatičnim smehljajem;
- najizrazitejša spodbuda za izvajanje smehljaja pri slepem otroku je izrazito tipno ali gibalno spodbujanje;
- slep otrok se ne obrne proti glasu (na primer materinemu), ki poizkuša iz njega izvabiti smehljaj, kar gre predpisati pomanjkanju vidne vzpodbude in nagrade pri otroku z opažanjem njegovega nasmeha;
- veder, vzhičen smeh je pri slepem otroku redkost, ker na njegovem obrazu manjkajo znaki socialnega odgovora;
- obraz slepega otroka nima izrazite mimike, kar pa ne pomeni, da gre za odsotnost čustev – izražanje le-teh moramo iskati v gibalnem izražanju;
- slep otrok z roko sporoča svoja neverbalna sporočila, pri čemer že s tremi meseci starosti razvije koordinacijo uho – roka, ki mu omogoča, da lokalizira zvočni predmet in da poseže za njim v pravo smer (videči otrok razvije sozvočno uskladitev oko – roka);
- ker slušna in tipno-gibalna spodbuda nista v tolikšni meri dostopni slepem otroku, kot je vidna spodbuda dostopna videčemu otroku, se bo zadostno število glasovnih dialogov pojavilo le z dejavnim pristopom obeh staršev;
- slep otrok prepozna mamo po glasu in s tipom ter tako kot videči sovrstnik v starosti med 7. in 15. mesecem zavrača stik z neznanimi ljudmi;
- nekajdnevna ločitev od matere se pri slepem otroku pogosto kaže s hudo regresijo: z dolgotrajnim

jokom (dokler ne obnemore), z izgubo govorne sposobnosti, z izgubo že osvojene sposobnosti gibanja, nadzora sfinktrov. Po njeni vrnitvi kaže otrok znake zaskrbljenosti, ki se izražajo s privijanjem k njenemu telesu, s samodejnim grabljenjem za njo in krčevitim stiskanjem;

- razvoj govora je pri slepem otroku počasnejši, vendar večina slepih otrok v predšolskem obdobju že govori dovolj tekoče, pojavi pa se tudi gostobesednost (verbalizmi<sup>4</sup>).

Florjančič in sod. (16) navajajo, katere motnje govora so najpogostejše pri slepih otrocih.

- Dislalija – gre za bolezenske spremembe strukture artikulacijskega in resonantnega mehanizma;
- jecljanje – ki lahko vodi slepega otroka, da se začne zatekati v »svet teme« ali pa v agresivno in problematično vedenje;
- motnje fonacije – nosljanje (rinolalija) in funkcionalna motnja kvalitete glasu, ne glede na vzrok (disfonija);
- zapoznel govorni razvoj – počasnejši razvoj govora;
- razvojna disfazija – nastopi kot posledica okvare osrednjega živčevja.

Okvare zahtevajo obravnavo, v kateri sodelujejo pediater, logoped, okulist, tiflopedagog, psiholog, socialni delavec in medicinska sestra. Terapija pa je usmerjena v:

- razvijanje gibalne sposobnosti telesa in govornih organov,
- vaje dihanja in podaljšanje iztisa (ekspresije),
- načrtno urjenje obraznih gibov,
- urjenje artikulacijskih organov.

Micovič (17) pa ugotavlja, da slepi otroci razvijejo neobičajno gibanje<sup>5</sup> (blindizme), kot so hoja v krogu, dotikanje in pokrivanje oči, mahanje z rokami. Vendar so po njegovem slepi otroci sposobni šolanja tako kot njihovi videči sovrstniki, s to razliko, da pač sprejemajo informacije prek sluha in dotika. Medicinska sestra lahko pripomore k preprečevanju motenj v gibanju slepega otroka z omogočanjem zadovoljlitve njegove potrebe po gibanju kot temeljne telesne potrebe. Bistvenega pomena pri tem pa je prav medosebni stik. Kot poudarja Brajša (7), je psihomotorični razvoj otroka (sedenje, prvi koraki, kontrola sfinktrov, začetek govorjenja, razvoj inteligence itn.) odvisen od nepo-

<sup>4</sup> Popović (13) verbalizme opredeljuje kot besede, ki so nastale brez naslanjanja na odgovarjajoče predstave.

<sup>5</sup> Stirn Kranjc (14) v tej zvezi govori o razvadah, kot so drgnjenje, pritiskanje oči, guganje telesa, upogibanje glave, ponavljanje različnih glasov ali celo samopoškodbe. Za tako vedenje po njenem ni prave razlage in povezave z vidno okvaro, se pa navadno težko odpravijo.

sredne interpersonalne komunikacije otroka in tistih, ki ga negujejo; v družini so to starši, v domovih vzgojitelji.

### Sklep

Hendersonova (2) poudarja, da je za kakovostno izvajanje zdravstvene nege pomembna sposobnost medicinske sestre, da se vživi v bolnika, mu pomaga do samostojnega opravljanja aktivnosti in zagotovi razumevajoče humano okolje. Glede na širino področja, kjer se lahko medicinska sestra zaposli, je verjetnost, da se bo pri svojem delu srečala s slepim bolnikom/varovancem ali slepim otrokom, precej različna. S slepim bolnikom se bo gotovo srečala na Očesni kliniki in očesnem oddelku oziroma ambulanti, v ustanovah, kot je Center slepih in slabovidnih, ter v Zavodu za slepo in slabovidno mladino predvsem s predšolskimi in osnovnošolskimi otroci. Spričo trenda staranja prebivalstva in vse večjih vsakodnevnih obremenitev vida se bo vse pogosteje srečevala s slepimi tudi v domovih starostnikov, pa tudi v domačem okolju. Ob prizadevanjih za (re)integracijo slepih avtorja upava, da bodo slepi vse bolj dejaven subjekt v raznih formalnih in neformalnih oblikah druženja. Izkušnje kažejo, da so zdravstveni, socialni in pedagoški delavci v svojem delovnem okolju pri srečanju s slepimi pogosto prepuščeni lastni bolj ali manj posrečeni iznajdljivosti in izkustvenemu učenju ob reflektiranju lastnih napak, pa tudi uspehov. Zadrego pogosto pomagajo premagati prav slepi sami (še zlasti tisti, ki so bili deležni rehabilitacijskega programa in so ga tudi uspešno končali).

Ker so redne oblike izobraževanja strokovnjakov že tako prenatrpane z vsebinami, si avtorja skorajda ne upava predstavljati, da bi ti programi morali vsebovati tudi znanja s področja komunikacije s slepimi osebami. To vrzel bi bilo v krogu medicinskih sester možno nadomestiti s funkcionalnimi izobraževalnimi oblikami. Ob srečanju s slepim človekom pa ji bo lahko v pomoč tudi že upoštevanje nekaterih vodil, ki sva jih predstavila v članku. To pa je lahko prispevek zdravstvene nege tudi k zmanjševanju pojava bivanjske praznine slepih oseb. Slepe osebe so kljub rehabilitacijskemu programu, pripomočkom za slepe, široki paleti možnosti glede preživljanja prostega časa in ustrezni zdravstveni negi izpostavljene bivanjski praznini (3,18). V celostni obravnavi družine s slepo ro-

jenim otrokom vidiva avtorja bistveno vlogo medicinske sestre prav v nudenju opore vsem članom družine. Ob upoštevanju predstavljenih komunikacijskih načel, ob nenehni skrbi za lasten osebni in strokovni razvoj in prizadevanjih za promocijo ter upoštevanje etičnih načel (19), bo medicinska sestra bistveno pripomogla, da bo stekla logično razvijajoča se komunikacija. Tako bo skupaj z bolnikom/varovancem doživljala obojestransko zadovoljstvo ter prispevala k lažjemu in učinkovitejšemu doseganju ciljev zdravstvene nege. Če poudariva s Hermanom van Dyckom (4), bo tako druženje s slepimi »prijaznejše«. Prav to pa je namen pričujočega članka.

### Viri in literatura

1. Stančić V. Oštećenja vida – biopsihosocialni aspekti. Zagreb: Školska knjiga, 1991.
2. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1993.
3. Slabe D. Logoteoretska spoznanja v zdravstveni negi slepih in slabovidnih oseb. Diplomski naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1997.
4. Dyck H. van. Ne tako, ampak tako: knjižica nasvetov za prijaznejše druženje s slepimi in slabovidnimi. Ljubljana: SLS, 1992.
5. Ramovš J. Sto domačih zdravil za dušo in telo I. Celje: Mohorjeva družba, 1990.
6. Hafnar M, Murn T. Posebnosti komunikacije učitelj–učenec z motnjami vida. Ljubljana: Defektologica Slovenica 1995; 3: 69–71.
7. Brajša P. Pedagoška komunikologija. Ljubljana: Glotta Nova, 1993.
8. Kermauner A. Kakšne barve je tema. Ljubljana: Zavod za slepo in slabovidno mladino, 1996.
9. Hafner M, Koprivnikar B. Komunikacija slepega v videčem okolju. Ljubljana: Defektologica Slovenica 1994; 2: 95–7.
10. Lepičnik-Vodopivec J. Med starši in vzgojitelji ni mogoče ne komunicirati. Ljubljana: Misch, Oblak in Schwarz, 1996.
11. Zovko G. Peripatologija. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 1995.
12. ABC Vsakodnevnih spretnosti: nasveti slepim in slabovidnim za vsakdanje življenje. Zveza slepih in slabovidnih Slovenije, CSS Škofja Loka in Zavod za slepo in slabovidno mladino Ljubljana.
13. Popović D. Rani razvoj i prilagodavanje slepih. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1986.
14. Stirn Kranjc B in sod. Zbornik: Timsko delo in usmerjanje oseb s posebnimi potrebami. Portorož: Društvo defektologov Slovenije, 1998.
15. Grbec I. Neverbalna in verbalna komunikacija pri slepem otroku. Ljubljana: Defektologica Slovenica 1995; 3: 35–9.
16. Florjančič S, Lipuš D, Zupanc V. Vloga govora pri slepem otroku. Ljubljana: Defektologica Slovenica 1995; 3: 77–83.
17. Micović V. Oftalmologija. Beograd: Višja medicinska škola, 1986.
18. Slabe D. Duhovna razsežnost v zdravstveni negi slepih z vidika logoteoretskega razumevanja človeka. Ljubljana: Obzor Zdr N 1998; 1-2: 39–45.
19. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica ZN, 1994.

Avtor vseh fotografij D. Slabe.