

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ МЕДСЕСТРЕ



Алина Александровна Маркова
 Главная медицинская сестра
 ООО «Инкерман»
 «Офтальмологический центр Зрение»

Зрение – это уникальная способность человека видеть окружающий мир. Согласно опубликованной статистической информации Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время примерно 39 миллионов людей страдают от потери зрительной функции и 1,3 миллиарда человек имеют ту или иную форму нарушения зрения.

Частичное или глубокое нарушение зрения ведет к потере информации о внешнем мире и вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии человека.

Выделяются следующие категории людей с нарушением зрения – незрячие и слабовидящие. Незрячих делят на totally слепых ($Vis = 0$) и с остаточным зрением (Vis от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу).

Слабовидящими считают людей, обладающих остротой зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся люди с глазодвигательной патологией (косоглазие, нистагм), нарушением рефракции, люди с монокулярным зрением, а также с нарушениями центрального и периферического зрения.

Из-за недостатка зрения у офтальмологических пациентов нарушено произвольное внимание. Кроме того,



наблюдается снижение произвольного внимания. Это обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности – переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания.

Дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Ограниченный объем и сниженная скорость восприятия имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии. У людей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти, а также выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти [1].

В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Они способны одновременно воспринимать

одно-два движения или отдельные элементы движений.

Процесс узнавания у слабовидящих цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее они опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Следует учитывать, что при зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность.

Обучая пациентов, необходимо учитывать, что для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок. При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

На сегодняшний день заболевания глаз, которые всего лишь 30 лет назад приводили к слепоте, успешно лечатся. Тем не менее ряд заболеваний, характеризующихся непрерывным прогрессированием и значительной безвозвратной потерей зрения, не поддаются лечению и коррекции. Вследствие прогрессирования таких заболеваний утрачивается возможность выполнять привычную для человека работу, снижаются навыки самообслуживания, меняется социальная сторона жизни и ориентация в пространстве. Такие изменения являются для человека фактором психологической депрессии.

Важнейшей задачей для медицинских работников при работе со слабовидящими или незрячими пациентами является психологическая поддержка. Правильное взаимодействие с пациентом, позитивный настрой и комфортная обстановка способствуют скорейшему выздоровлению и адаптации к изменяющимся условиям жизни.

Для свободного передвижения для пациентов очень важно:

- Отсутствие препятствий на пути.
- Достаточное количество поручней и перил. Вдоль стен помещений общего пользования обязательно располагаются перила.

Для слабовидящих существенную роль играет ориентация в пространстве, ее отсутствие приводит к стрессу:

- Хорошее освещение. Важно избегать полумрака, тем не менее если зрение пациента частично сохранно, большое значение имеет дневной свет.
- Пороги и ступени. Все возвышения над уровнем пола отмечаются яркими полосами.
- Тактильные указатели на табличках.
- Двери. Входы в медицинские кабинеты, места общего пользования выделены цветом.



Рис. 1. Организация зоны ресепшена офтальмологического центра «Зрение»

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Как мы их называем?

От того, как мы называем человека, зависит наше отношение к нему, а, следовательно, и качество общения. Слова «слепой», «больной», «незрячий» и подобные им имеют негативную окраску и провоцируют негативное, пренебрежительное, брезгливое отношение. При общении выбирайте слова с нейтральными ассоциациями – «человек со снижением зрения», «пациент с заболеванием сетчатки».

Как определить меру помощи?

Уточните у пациента или у его близких, каковы его реальные возможности. Если он умеет делать что-то сам, не следует навязывать ему в этом помощь. Опирайтесь на его возможности. Не инфантилизируйте пациента.

Как оказать эмоциональную поддержку?

Зачастую, сталкиваясь с человеком со слепотой, люди испытывают тревогу, растерянность и жалость. Это проявляется в их поведении и посто-

янно напоминает человеку, что он «не такой». Сложно бороться с недугом, снова научиться радоваться жизни, если сам человек и его окружение не верят в эту возможность. А ведь с потерей зрения жизнь не заканчивается. И лучшей помощью от тех, кто находится рядом, будет не жалость, а вера в его силы и спокойствие.

Как предложить помощь?

Прежде чем помогать, спросите, нужна ли ваша помощь. Если нужна, то узнайте какая и как ее оказать. Следуйте полученным инструкциям.

Как правильно общаться?

Разговаривая, обращайтесь непосредственно к пациенту, а не к сопровождающему, который присутствует при разговоре. Будьте доброжелательны, внимательны, терпеливы и вежливы. При общении учитывайте специфику каждой категории пациентов, имеющих ограниченные возможности по зрению.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Практические рекомендации для медицинских сестер

- Подойдите к пациенту, расположитесь лицом к лицу с ним, представьтесь. Даже если у пациента есть сопровождающий, обращаясь к пациенту, смотрите на него.

- Не заставляйте вашего собеседника говорить в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его об этом.

- При сопровождении предложите пациенту опереться на вашу руку. Не стоит хватать его и тащить за собой. Не торопитесь, идите с обычной скоростью. Передвигаясь, не делайте рывков и резких движений.

- Опишите кратко, где вы находитесь. Предупреждайте о препятствиях: ступенях, низких прилоках и т.п. Например: «Перед Вами коридор. Третья дверь слева от стойки ресепшн – кабинет медсестры, дверь открывается наружу».

- Избегайте расплывчатых инструкций, которые обычно сопровож-

даются жестами, выражений вроде «На середине стола коробка с салфетками». Формулируйте точнее: «Коробка с салфетками находится по центру, на 10 сантиметров левее края».

- Когда вы предлагаете пациенту сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник. Не водите по поверхности его руку, а дайте ему возможность свободно потрогать предмет.

- Перед выполнением манипуляции сначала расскажите о том, что вы собираетесь сделать. Не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят.

- Когда вы общаетесь с группой пациентов, не забываете каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.

- Необходимо обращать внимание на организацию безопасного пространства около пациента.



Рис. 2. Организация безопасного пространства процедурного кабинета офтальмологического центра «Зрение»



Рис. 3. Организация зоны ожидания офтальмологического центра «Зрение»

• Мебель. Она расставляется вдоль стен, по принципу «циферблата», такой способ помогает быстрой адаптации. Представив себя в центре часов, пациент легко запоминает местонахождение тех или иных предметов (рис. 1–3).

Обязательно и очень важно информировать пациента о возможности адаптации. Повышение информированности пациентов и медицинских работников о современных специальных средствах позволяют сделать обучение незрячих людей более продуктивным.

Специальные средства, особенности и методы общения с людьми с нарушением зрения

Незрячие и слабовидящие люди получают доступ к информации с помощью трёх основных технологий: увеличение изображения (визуальное восприятие), синтезированная речь (восприятие на слух) и шрифт Брайля (тактильное восприятие) (рис. 4).

Все технологии можно между собой комбинировать. Например, увеличение + речь или шрифт Брайля + речь, а можно использовать только одну из них в зависимости от сложности нарушения зрения и навыков использования оборудования.

Для работы на компьютере используют программы экранного увеличения. Такая программа может быть установлена практически на любой ноутбук или стационарный компьютер. Она позволяет увеличивать элементы на экране компьютера, менять цвет и размер указателя мыши

и курсора, устанавливать нужную контрастность, т.е. настраивать рабочую среду с учётом зрительных особенностей каждого отдельного пользователя. Часто увеличения комбинируют с речью. Если глаза быстро устают, то длинные тексты можно читать с помощью синтезированной речи. Для этого существуют программы экранного увеличения с речевой поддержкой. С помощью таких программ можно работать со сложными документами и таблицами, искать информацию в сети Интернет, общаться в социальных сетях, читать. В общем, делать всё то, что делают пользователи компьютера без зрительных ограничений.

Незрячие люди активно пользуются клавиатурой, преимущественно владеют десятипальцевым (слепым) методом печати и хранят в голове сотни клавиатурных команд. Программа оз-

вучивает символы и слова при наборе текста.

Доступ к печатной информации.

Если вы готовите буклеты для пациентов и знаете, что среди них есть слабовидящие люди, распечатайте информацию для них крупным шрифтом (18 кегль и выше), обязательно учтите, что важен не только размер буквы, но и толщина линий, образующих эту букву, и простота начертания буквы.

Необходимо помнить, что контраст влияет на восприятие шрифта и графических изображений слабовидящими людьми не в меньшей, а порой и в большей степени, чем размер изображения. Не бывает большего контраста, чем чёрное на белом и белое на чёрном – это стопроцентный контраст, его и надлежит использовать в материалах для слабовидящих людей.

Если же работать нужно с уже существующими печатными материалами,

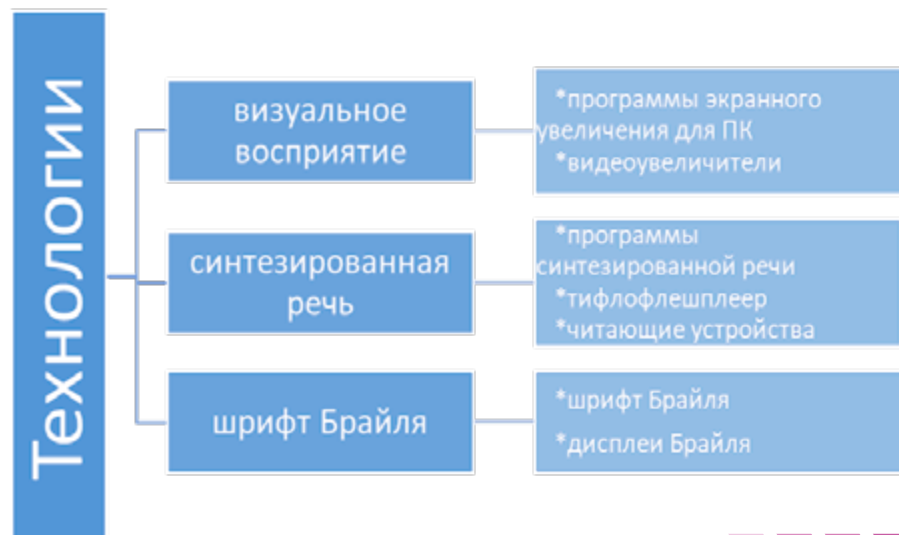


Рис. 4. Технологии социокультурной адаптации слабовидящих и незрячих людей



Рис. 5. Ручные видеоувеличители



Рис. 6. Портативный видеоувеличитель

то здесь слабовидящему читателю помогут электронные видеоувеличители. Их можно условно разделить на несколько категорий.

1. Ручные видеоувеличители (рис. 5).

2. Портативные видеоувеличители (рис. 6)

Портативные видеоувеличители позволяют легко переносить их, а устройства с возможностью удалённого просмотра больше всего подходят для обучения слепых. Они позволяют направить камеру на доску или презентацию и увидеть, что пишет или показывает лектор.

3. Стационарные видеоувеличители обычно расположены в конкретном месте и используются для продолжительного чтения, в том числе изданий большого формата (рис. 7).

Подбор видеоувеличителя зависит от задач, которые с его помощью планируют выполнять, и от особенностей слабовидения конкретного пользователя.

Для распознавания и чтения газет, книг или учебника незрячий человек использует специальные читающие устройства, которые делают фотографию печатного текста, распознают его и читают вслух. Такие устройства можно разделить на подключаемые к ПК и самостоятельные. Первые используют специальное программное обеспечение, которое установлено на компьютере. Самостоятельные читающие устройства не требуют специальных компьютерных знаний. Их достаточно включить, разместить текст под камерой и нажать кнопку.

Доступ к аудио- и электронным текстам. Конечно, их можно прослушивать и читать с помощью синтезированной речи на компьютере или ноутбуке. Но когда почитать нужно по дороге на учёбу или работу, лучше ис-

пользовать для этого специальный тифлофлешплеер (рис. 8). От обычного плеера он отличается отсутствием экрана и тем, что все меню и действия владельца озвучиваются. Кроме того, есть синтезированный голос для чтения электронных текстов.

С таким плеером можно читать аудио-, и электронные книги в самых разных форматах, слушать музыку и даже делать записи на диктофон.

Шрифт Брайля (тактильное восприятие). Шрифт Брайля был изобретён незрячим тифлопедагогом Луи Брайлем в 1821 году. В его основе 6 выпуклых точек, расположенных вертикально в два ряда по три. Различные комбинации этих точек и формируют буквы, цифры, знаки препинания и т.д. Такая система известна ещё как литературный Брайль. С появлением современных технологий появился компьютерный Брайль, где одна ячейка состоит уже не из 6, а из 8 точек. Именно 8-точечная система используется при создании тактильных дисплеев Брайля.

Информация с экрана выводится на устройство в виде рельефных точек (шрифтом Брайля). Незрячий пользователь считывает информацию пальцами.

Дисплеи Брайля – это практически вещь первой необходимости. Это особенно важно для тех, кто изучает иностранные языки, программирование, математику, часто редактирует тексты или читает сложно структурированные материалы, которые плохо усваиваются на слух (рис. 9).

С потерей зрения теряется возможность передвигаться, читать, писать, смотреть телевизор, управлять автомобилем. Потеря этих возможностей означает потерю автономности, чувства собственного достоинства, независимости. Преодолеть депрессию у человека со сниженным или отсут-



Рис. 7. Стационарный увеличитель



Рис. 8. Тифлофлешплеер



Рис. 9. Дисплей Брайля

ствующим зрением можно. Важнейшей задачей в работе медицинских работников является психологическая помощь и информирование о возможностях адаптации и реабилитации. Правильный психологический настрой способствует быстрейшему выздоровлению, лучшему восстановлению, открывает спящие резервы организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психолого-педагогические основы обучения студентов с ОВЗ в вузе / под ред. Б.Б. Айсмонтаса: учеб. пособие для преподавателей сферы высшего профессионального образования, работающих со студентами с ОВЗ. – М.: МГППУ, 2013. – 196 с.