

Sljepoća i komunikacija sa slijepim osobama

Marinković, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:167612>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1676/SS/2023

Sljepoća i komunikacija sa slijepim osobama

Ines Marinković, 033360472633

Varaždin, rujan, 2023.godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo
Završni rad br. 1676/SS/2023

Sljepoća i komunikacija sa slijepim osobama

Student

Ines Marinkvić, 033360472633

Mentor

Doc.dr.sc. Zlatko Bukvić

Varaždin, rujan, 2023. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ines Marinković

JMBAG 54941925578

DATUM 23.6.2023.

KOLEGIJ Zdravstvena njega osoba s invaliditetom

NASLOV RADA Sljepoća i komunikacija sa slijepim osobama

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Blindness and communication with blind people

MENTOR Zlatko Bukvić

ZVANJE doc.dr.sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. izv. prof.dr.sc. Josip Pavan, predsjednik

2. doc.dr.sc. Zlatko Bukvić, mentor

3. Mateja Križaj Grabant, pred., član

4. Željka Kanižaj Rogina, pred., zamjenski član

5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1676/SS/2023

OPIS

Sljepoća je stanje potpunog izostanka i gubitka sposobnosti uočavanja i prenošenja vidnih podražaja oblika i svjetlosti. Ovisno o razini oštećenja vida, razlikujemo potpunu i djelomičnu sljepoću. Osobe s oštećenjima vida i sljepoćom karakterizira sukcesivna percepcija koja ima utjecaj na opće funkcioniranje pojedinca u socijalnom kontekstu i području svakodnevnih vještina brige o sebi. Cilj je ovoga rada analizirati čimbenike nastanka sljepoće i neposrednog utjecaja na primanje informacija i komunikaciju u svrhu zadovoljenja osnovnih životnih i socijalizacijskih potreba. Jedan od utjecajnih faktora zadovoljenja potreba i ostvarivanja prava je zdravstvena skrb i komunikacija sa zdravstvenim djelatnicima. Stoga je cilj da se medicinsko osoblje osvijesti za razumijevanje različitih potreba kako bi svima pružili primjerenu pomoć. U ovom radu će se prikazati anatomske i funkcionalne strukture oka, bolesti povezane s nastankom sljepoće, razine oštećenja vida, tehnike komuniciranja slijepih osoba te prikazati sljepoća kroz suvremeni koncept razumijevanja invaliditeta. Finalno će argumentirati povezanost sljepoće s procesom zdravstvene njege i ulogom medicinske sestre u promicanju kvalitete života slijepih osoba povezanih sa zdravljem.

ZADATAK URUČEN

Ines Marinković

POTPIS MENTORA

Predgovor

Ovaj rad predstavlja završni korak u dobivanju diplome prvostupnika sestrinstva i rezultat je mojih osobnih nastojanja u profesionalnom razvoju. Sve što je prethodilo obogatilo me stručnim znanjem i vještinama koje sam imala priliku primijeniti u pisanju ovog rada. Izražavam iznimnu zahvalnost svojim roditeljima na bezuvjetnoj podršci, kako financijskoj tako i moralnoj, te na brojnim stručnim savjetima koji su mi bili od velike pomoći tijekom studija. Također, zahvaljujem profesorima na njihovom stručnom vođenju, podijeljenom znanju i postavljanju visokih kriterija koji će nam pomoći da budemo kompetentniji i stručniji stručnjaci u budućnosti. Na kraju, želim se zahvaliti svom mentoru na njegovoj ljubaznosti, spremnosti da pomogne i stručnom vođenju tijekom pisanja ovog rada.

Sažetak

U strogom smislu, riječ "sljepoća" označava nesposobnost osobe da razlikuje tamu od jakog svjetla na bilo kojem oku. Sljepoća i s njom povezana ograničenja i teškoće u komunikaciji u fokusu su ovog rada. Svrha komunikacije je prijenos informacija, odnosno poruka. Kontinuum komunikacijskih sposobnosti i vještina povezan je s razinom izražavanja i zadovoljenja osnovnih životnih potreba te stvaranja i održavanja socijalnih odnosa. Slijepi osobe zbog specifičnih komunikacijskih potreba koriste različite oblike interakcije s okolinom, a što može utjecati na ukupnu kvalitetu života povezanu sa zdravljem.

Postoje različiti načini komuniciranja sa slijepim osobama koji pomažu u uspostavi veza koje unapređuju uspješnu interakciju. Oni uključuju taktilnu komunikaciju, korištenje ekranskog Brajevog komunikatora, print na dlanu i tadomu. Ovo zapravo razotkriva mit da slijepi osobe mogu komunicirati samo jednom metodom. Pravilna i primjerena komunikacija može pomoći u rješavanju brojnih pitanja i problema. Stoga je nužno promišljati o unapređivanju profesionalnih kompetencija zdravstvenih djelatnika kroz njihovo osposobljavanje u razumijevanju kompleksnih i različitih potreba svih korisnika i specifičnih društvenih skupina. Osim stalnog usavršavanja medicinskog osoblja koje neposredno komunicira sa slijepima i slabovidnima, važno je razvijati svijest cijele zajednice o potrebama i iznalaženju različitih oblika komunikacije s ovom skupinom korisnika.

Istraživački dio rada imao je za cilj dublje razumijevanje komunikacije sa slijepim osobama i njihovog odnosa s okolinom, s naglaskom na utjecaj loše komunikacije na njihovu svakodnevicu. Uzorak je obuhvatio raznovrsnu grupu slijepih osoba i njihovih interakcija s drugima. Korištena je anonimna anketna metoda kako bi se prikupili podaci o iskustvima s komunikacijom i reakcijama okoline na istu. Ovo istraživanje naglašava potrebu za edukacijom i osvješćivanjem o pravilnom načinu komunikacije sa slijepim osobama kako bi se izbjegli nesporazumi i negativni emocionalni utjecaji.

Ključne riječi: sljepoća, anatomija oka, komunikacija, tjelesno ograničenje

Abstract

Strictly speaking, the word "blindness" refers to a person's inability to distinguish darkness from bright light in either eye. Blindness and related limitations and difficulties in communication are the focus of this paper. The purpose of communication is the transfer of information, or messages. The continuum of communication abilities and skills is related to the level of expression and satisfaction of basic life needs and the creation and maintenance of social relationships. Due to specific communication needs, blind people use different forms of interaction with the environment, which can affect the overall and health-related quality of life.

There are different ways of communicating with blind people that help establish connections that promote successful interaction. They include tactile communication, use of on-screen braille communicator, palm print and tadam. This actually debunks the myth that blind people can only communicate using one method. Proper and appropriate communication can help solve numerous questions and problems. Therefore, it is important to think about improving the professional competencies of healthcare professionals through their training in understanding the complex and different needs of all users and specific social groups. In addition to the constant training of medical personnel who directly communicate with the blind and visually impaired, it is important to develop the awareness of the entire community about the needs and to find different forms of communication with this group of users.

The aim of the research was a deeper understanding of communication with blind people and their relationship with the environment, with an emphasis on the impact of poor communication on their everyday life. The sample included a diverse group of blind people and their interactions with others. An anonymous survey method was used to collect data on experiences with communication and reactions of the environment. This research emphasizes the need for education and awareness about the correct way of communicating with blind people in order to avoid misunderstandings and negative emotional influences.

Key words: blindness, eye anatomy, communication, physical limitation

Popis korištenih kratica

DME - dijabetički makularni edem

DR – dijabetička retinopatija

PDR – proliferativna dijabetička retinopatija

BPS - "*no light perception*"

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Anatomija oka	1
1.1. Fiziologija oka.....	3
1.3. Veza oko-mozak	4
1.3.1. Percepcija	4
1.3.2. Predviđanje	5
2. Etiologija i epidemiologija oštećenja i gubitka vida	6
2.1. Katarakta.....	6
2.2. Glaukom	7
2.3. Dijabetička retinopatija.....	7
2.4. Zamućenje i gubitak vida uzrokovan zamjenom leće	8
2.5. Gubitak vida nakon laserske korekcije	9
2.6. Vidna slabost postoperativno.....	9
3. Osobni i okolinski čimbenici sudjelovanja slijepih osoba u samozbrinjavanju.....	10
4. Izazovi i mogućnosti zdravstvene zaštite i skrbi o zdravstvenim potrebama slijepih osoba	15
4.1. Oftalmološka medicinska sestra	16
4.2. Osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi slijepim osobama	16
5. Komunikacija i osobitosti komuniciranja sa slijepim osobama	18
5.1. Neverbalna komunikacija	18
5.1.1. Fizička komunikacija	19
5.1.2. Kinetetika	19
5.1.3. Paralingvistika.....	19
5.1.4. Haptika	20
5.2. Brailleova abeceda.....	21
5.3. Verbalna komunikacija.....	22

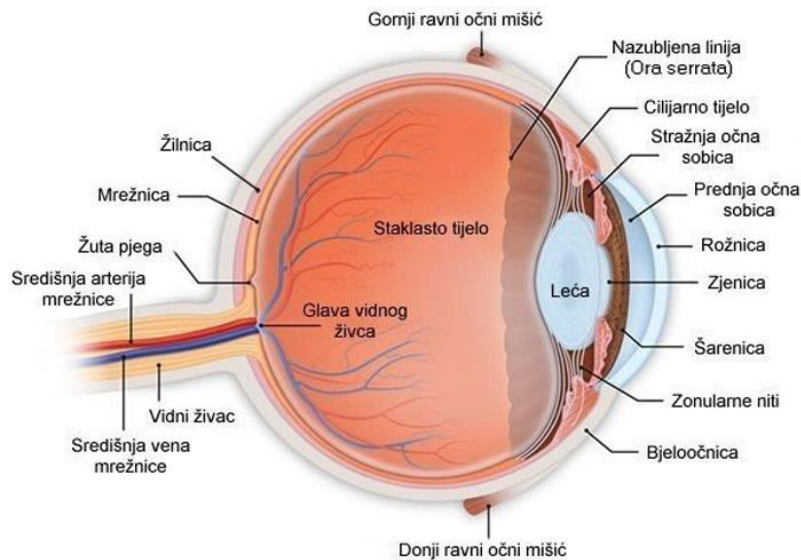
5.3.1. Verbalni pristup slijepoj osobi	22
6.Istraživački dio	24
6.1. Sudionici istraživanja	24
6.2. Postupak prikupljanja i analize podataka	24
6.3.Rezultati i rasprava	24
6.4. Usporedna istraživanja	35
7.Zaključak	37
8.Literatura	38

1.Uvod

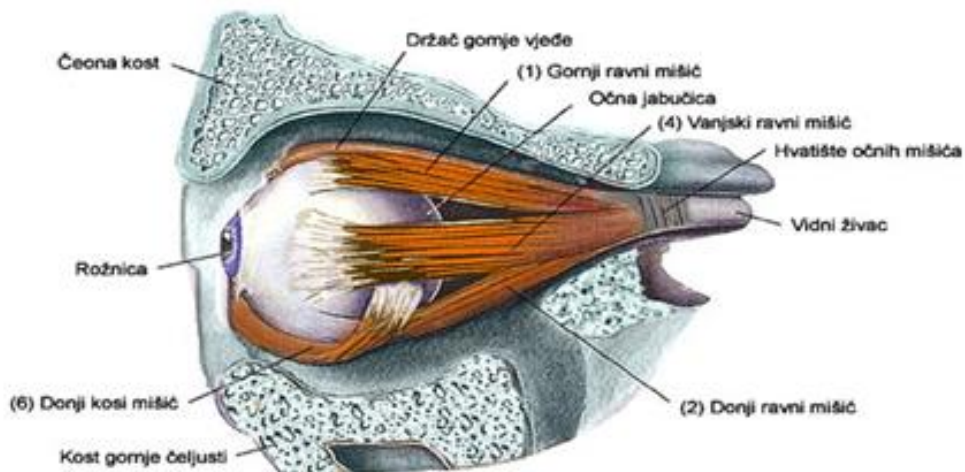
Invaliditet je iskustvo bilo kojeg stanja koje otežava osobi obavljanje određenih aktivnosti ili ravnopravan pristup unutar određenog društva. Poteškoće mogu biti kognitivne, razvojne, intelektualne, mentalne, fizičke, osjetilne ili kombinacija više čimbenika. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, oko 40 milijuna ljudi diljem svijeta je slijepo, dok 250 milijuna ljudi ima neki oblik oštećenja vida. Poremećaji povezani sa starenjem, poput glaukoma i dijabetesa, znače da te brojke rastu u populaciji koja stari. Stoga je razvijanje novih rješenja koja omogućuju tim pojedincima interakciju s osobama koje vide i svijetom koji vide na način koji umanjuje probleme koji mogu nastati zbog sljepoće sve važnije [1]. Sljepoća je medicinsko stanje koje karakterizira djelomična ili potpuna nesposobnost vidnog sustava za prijenos podražaja. Sljepoća može biti uzrokovana genetskim čimbenicima, ozljedom ili bolešću. Primjeri oštećenja vida uključuju suhe oči, transplantaciju rožnice, ogrebotine bjeloočnice i ogrebotine rožnice. Za komunikaciju s slijepim osobama koriste se različite metode komunikacije. Međutim, odabir komunikacijske metode sa slijepom osobom trebao bi se temeljiti na razini sljepoće i trajanju. Na primjer, osobe s oštećenim vidom koriste znakovni jezik rukama dok stoje nasuprot videćoj osobi, dok elektroničke uređaje ili taktilne metode komunikacije koriste ljudi koji su potpuno slijepi, odnosno imaju 100% oštećenje vida. Komunikacija se odnosi na prijenos informacija od jedne osobe do druge. U komunikaciji potrebna je poruka, pošiljatelj i primatelj poruke [2].

1.1. Anatomija oka

Ljudske oči funkcioniraju kada tri dijela oka surađuju kako bi propuštali svjetlost i usmjeravali je prema mrežnici, koja zatim šalje električne signale kroz optički živac do mozga. Oko se sastoji od tri različita dijela - prednjeg, srednjeg i stražnjeg dijela. Prednji dio kontrolira ulaz svjetlosti i fokusiranje. Središnji dio održava stabilan oblik i strukturu oka. Stražnji dio šalje signale mozgu o onome što vidimo. Problemi s vidom i gubitak vida mogu se javiti u bilo kojem od ovih dijelova oka. Oči su drugi najkompleksniji organ u ljudskom tijelu, odmah iza mozga. Sadrže mnoge različite strukture koje pomažu u fokusiranju svjetlosti iz okoline i pretvaraju je u korisne vizualne informacije. Oči ne mogu pravilno funkcionirati bez pomoći mozga. Jaka veza između ova dva organa znači da vid nije potpuno objektivno osjet. Mozak može iskriviti ili nadopuniti vizualne informacije na temelju konteksta i prošlih iskustava, što pomaže osobi da se snalazi u svijetu čak i kada joj je vid ograničen [3].



Slika 1.1. WEBTRIBUNE 18.10.2018, Prikaz anatomije oka, raspoloživo na: <https://webtribune.rs/sprecite-gubitak-vida-i-bolesti-oka-sa-ovim-receptom/>, (pristupljeno 10.6.2023).



Slika 1.1.1 "Vidni kirurg d.o.o": Prikaz vanjskih očnih mišića oka gledano s bočne strane, dostupna na: <http://www.ordinacijamilanpavic.hr/zdravlje-za-cijeli-organizam/20-frontpage/314-anatomija-i-fiziologija-oka> (pristupljeno 10.6.2023).

Prednji dio oka najsloženiji je dio organa. To je mjesto gdje se nalaze mnoge strukture koje se koriste za fokusiranje svjetla i stvaranje jasnog vida. Dijelovi prednje strane oka uključuju rožnicu koja predstavlja prozirni sloj s vanjske strane oka koji fokusira svjetlost u unutarnje strukture te se nalazi iznad šarenice i zjenice, ali se ne proteže preko bjeloočnice. Zatim imamo očnu vodnicu koja je definirana kao bistra vodenasta tvar koja ispunjava područje između rožnice i šarenice. Bjeloočnica je bijeli dio oka koji se može vidjeti oko

šarenice i nalazi se ispred šarenice i tvori prednji dio vanjskog sloja oka, držeći organ zajedno. Zjenica je tamni krug vidljiv u sredini šarenice te veličina zjenice varira ovisno o količini svjetlosti kojoj je izložena. Važno je spomenuti i šarenicu koja predstavlja obojeni prsten oko zjenice. Šarenica kontrolira zjenicu i omogućuje joj da se skuplja (sužava) i raste (širi) kao odgovor na uvjete osvjetljenja. Cilijarno tijelo je mišićna struktura koja se nalazi iza šarenice i kontrolira leću. Pokreti cilijarnog tijela omogućuju leći da fokusira svjetlost na mrežnicu. Te zadnji, no ne i manje važni dio prednjeg djela oka je leća. Leća je prozirna struktura koja se nalazi iza šarenice i pričvršćena je na cilijarno tijelo i ona fokusira svjetlost koja prolazi kroz oko na mrežnicu [3].

Središte oka puno je staklaste tekućine, bistre tvari nalik želeu. Staklasta tekućina osigurava unutarnji tlak potreban oku da zadrži svoj oblik. Staklasta tekućina je prozirna i neobojena, a njezina svojstva su potrebna da svjetlost prođe kroz nju i dođe do mrežnice u stražnjem dijelu oka. Također staklasta tekućina ne sadrži krvne žile ili druge strukture koje bi mogle stati na put svjetlosti koja putuje kroz oko. Ona nema aktivnu ulogu u vizualnom sustavu. Ono što čini je podrška mnogim drugim dijelovima u obavljanju njihovih funkcija. Pritisak koji vrši na vanjske strukture oka osigurava da svjetlost koja prolazi kroz oko uvijek putuje istom udaljenosti. Ovo je ključno za održavanje vida dosljednim i predvidljivim [3,4].

Stražnji dio oka sadrži dijelove koji povezuju oči s mozgom. Također sadrži strukture koje održavaju opskrbu organa krvlju. Dijelovi u ovom odjeljku uključuju makulu koja je zapravo stražnji dio mrežnice koji sadrži stanice osjetljive na svjetlost. Stanice makule pomažu čovjeku vidjeti sitne detalje kada su oči fokusirane na predmet. Zatim fovea kao mala šupljina u središtu makule koja koncentrira svjetlost i izoštrava vid. Tu je i žilnica, odnosno sloj koji sadrži krvne žile koje hrane stražnji dio oka. Pričvršćen je na cilijarno tijelo i prekriva stražnje dvije trećine oka. Na stražnjem djelu oka nalazimo i retinu. Retina je sloj živaca u stražnjem dijelu oka. Mrežnica sadrži posebne stanice koje se nazivaju fotoreceptori (štapići i čunjići). Ove stanice pretvaraju svjetlost koja je prošla kroz oči u električne signale koje mozak može razumjeti. Tu se nalazi i vidni živac koji prenosi vizualne informacije u obliku električnih impulsa od oka do mozga [3,4].

1.1. Fiziologija oka

Svaki put kad čovjek nešto pogleda, njegove oči prenose te poglede u mozak sljedeći isti proces gledanja gdje se svjetlost odbija od predmeta koji je u fokusu promatranja. Zatim svjetlost ulazi u oči kroz rožnicu i usmjerava se na zjenicu. Ako je prisutno puno svjetla, zjenica se skuplja kako bi se smanjila količina svjetla koje može ući. To smanjuje količinu

vizualnog podražaja kojeg je potrebno obraditi. Ako ima malo svjetla, zjenica se širi kako bi propustila više svjetla. Taj proces pomaže pri dobivanju što više vizualnih informacija o okruženju. Zatim, leća i rožnica rade poput skupa prizmi koje lome svjetlost koja ulazi. Savijaju je u koncentriraniji oblik koji dovodi promatrane objekte u fokus. Nakon toga svjetlost prolazi kroz oko i na kraju dolazi do mrežnice. Mrežnica zatim pretvara svjetlosne signale u električne signale koje mozak može razumjeti. Pristigle signale vidni živac prenosi dok ne dođu do vizualnog korteksa u stražnjem dijelu mozga, dok mozak tumači električne signale i oblikuje sliku okoline u kojoj se osoba, odnosno promatrač nalazi. Zbog načina na koji se svjetlost reflektira preko lomnih površina, sve slike u svjetlu koje pogodi mrežnicu isprva su naopačke. Zatim mozak automatski okreće sliku kako bi pomogao da se promatrač bolje snalazi u svijetu oko sebe. Ako ljudsko tijelo nije u mogućnosti izvršiti bilo koji od ovih koraka, osoba neće moći ispravno vidjeti [5].

1.3. Veza oko-mozak

Veza između očiju i mozga ima značajne implikacije za dvije druge domene povezane s vidom: percepciju i predviđanje [5].

1.3.1. Percepcija

Percepcija se odnosi na naše osjetilno iskustvo svijeta. To je proces korištenja naših osjetila da postanemo svjesni objekata. Kroz ovo iskustvo dobivamo informacije o okolini oko nas. Percepcija se oslanja na kognitivne funkcije koje koristimo za obradu informacija, kao što je korištenje memorije za prepoznavanje lica prijatelja ili otkrivanje poznatog mirisa. Kroz proces percepcije, sposobni smo identificirati i odgovoriti na podražaje iz okoline. Percepcija uključuje pet osjetila: dodir, vid, zvuk, miris i okus. Također uključuje ono što je poznato kao propriocepcija, što je skup osjetila koji nam omogućuju otkrivanje promjena u položaju tijela i pokreta [4,5].

Oči i mozak ovise jedni o drugima kako bi omogućili vid. Ova veza znači da vid nije objektivno osjetilo. Kada čovjek gleda predmet, ne vidi nužno što predmet zapravo jest. Umjesto toga, vidi ga onako kako ga njegov mozak tumači. Optičke iluzije su primjer ovog fenomena. Slike koje se koriste, pažljivo su izrađene kako bi prevarile ljudski mozak da misli da vidi nešto čega zapravo nema. Mnogi ljudi imaju poteškoća s objektivnim sagledavanjem tih slika čak i kad znaju koji je trik iza iluzije. Oni ne mogu promijeniti interpretaciju slike u svom mozgu, tako da ne mogu vidjeti pravu sliku [5,6].

1.3.2.Predviđanje

Veza oko-mozak također pomaže čovjeku u boljem tumačenju okruženja u slabo osvijetljenim, prometnim ili pretrpanim uvjetima. Kada oči ne primaju dovoljno vizualnih informacija za stvaranje jasne slike okoline, mozak može popuniti prazninu predviđanjima na temelju konteksta i onoga što je prije vidio. Funkcija predviđanja oka pomaže čovjeku da donese smislene zaključke o svom okruženju. Na primjer, ako osoba vidi prednji kotač tricikla kako viri iza obližnjeg automobila, mozak će brzo zaključiti da se iza automobila vjerojatno nalazi cijeli tricikl. Oči ne moraju vidjeti tricikl da bi osoba znala da je tu. Ove informacije mogu pomoći osobi da poduzme odgovarajuće mjere, poput usporavanja automobila da bi bila sigurna da možete stati na vrijeme ako dijete vozi tricikl ispred nje [5,6].

2. Etiologija i epidemiologija oštećenja i gubitka vida

Sljepoća je medicinsko stanje koje karakterizira djelomična ili potpuna nesposobnost vidnog sustava za prijenos podražaja. Sljepoća može biti uzrokovana genetskim čimbenicima, ozljedom ili bolešću. Genetske bolesti kao što su retinitis pigmentosa, dijabetička retinopatija i glaukom su dominantni uzroci sljepoće kod odraslih, dok su malformacije cijelog globusa, ROP i retinalne distrofije dominantni uzroci sljepoće u djetinjstvu. Ovi glavni uzroci sljepoće trebali bi se uzeti u obzir u budućim strategijama javnog zdravstva i nevladinih organizacija za prevenciju sljepoće [7].

Za opisivanje težine gubitka vida i definiranje sljepoće koriste se različite ljestvice. Potpuna sljepoća je potpuni gubitak percepcije oblika i svjetlosti, klinički se bilježi kao BPS, što je skraćenica od "*no light perception*". Sljepoća se često koristi za opisivanje ozbiljnog oštećenja vida s nešto ostatka (preostalog) vida. Ljudi koji imaju samo osjet za svjetlo zapravo imaju tek toliko vida da razlikuju svjetlo od tame, a osoba sa svjetlosnom projekcijom može prepoznati opći smjer svjetlosti. Zanimljivo je kako ljudi koji žive u zemljama u razvoju imaju znatnije oštećenje vida zbog nedostatka liječenja i prevencije nego ljudi koji žive u razvijenim zemljama. Diljem svijeta oštećenje vida povezuje se s dobi iznad 60 godina. Djeca koja žive u siromašnim četvrtima imaju veću vjerojatnost da će imati oštećenje vida nego djeca koja žive u bogatijim četvrtima. Veza između siromaštva i liječenja oštećenja vida najočitija je kada se uspoređuju uzroci sljepoće u različitim regijama. Kod većine odraslih osoba u Sjevernoj Americi i Zapadnoj Europi oštećenje vida uzrokovano je makularnom degeneracijom povezanom sa starenjem i dijabetičkom retinopatijom. Ljudi koji žive u zemljama u razvoju imaju kraći očekivani životni vijek, a katarakta i parazitske bolesti koje se prenose vodom najčešći su uzroci oštećenja vida i uspješno se liječe, poput riječne sljepoće. Od 40 milijuna slijepih ljudi u svijetu, procjenjuje se da 70-80% može djelomično ili potpuno vratiti vid uz liječenje. U razvijenim zemljama gdje su parazitarne bolesti rijetke i gdje je operacija katarakte dostupnija, vodeći uzroci sljepoće su degeneracija makule povezana sa starenjem, glaukom i dijabetička retinopatija [8].

2.1. Katarakta

Katarakta je zamućenje normalno prozirne očne leće ili njezine kapsule (okolne prozirne membrane) koja zaklanja prolaz svjetlosti kroz leću do mrežnice oka. Ova zasljepljujuća bolest može pogoditi dojenčad, odrasle i starije ljude, ali prevladava u drugoj skupini. Može biti obostrano i različite težine. Proces bolesti postupno napreduje bez utjecaja na svakodnevne aktivnosti na početku, ali s vremenom, osobito nakon četvrtog ili petog

desetljeća, katarakta će konačno sazreti, čineći leću potpuno neprozirnom za svjetlost koja ometa rutinske aktivnosti. Katarakta je značajan uzrok sljepoće u cijelom svijetu. Mogućnosti liječenja uključuju korekciju refrakcijskim staklima samo u ranijim fazama, a ako je katarakta dovoljno zrela da ometa rutinske aktivnosti, može se savjetovati operacija, koja je vrlo plodonosna [9].

2.2. Glaukom

Glaukom je heterogena skupina bolesti karakterizirana oštećenjem vidnog polja. To je najčešći uzrok nepovratne sljepoće u cijelom svijetu. Progresija obično prestaje ako se intraokularni tlak snizi za 30-50% u odnosu na početnu vrijednost. Njegova svjetska dobno standardizirana prevalencija u populaciji od 40 godina ili starijoj je oko 3,5%. Kronični oblici glaukoma su bezbolni, a simptomatski poremećaji vidnog polja javljaju se kasno. Obavezno je rano otkrivanje oftalmološkim pregledom. Čimbenici rizika za primarni glaukom otvorenog kuta uključuju stariju dob, povišen intraokularni tlak, etničko podrijetlo iz subsaharske Afrike, pozitivnu obiteljsku anamnezu i visoku kratkovidnost. Starija dob, hiperopija i istočnoazijsko etničko podrijetlo glavni su čimbenici rizika za primarni glaukom zatvorenog kuta. Glaukom se dijagnosticira pomoću oftalmoskopije, tonometrije i perimetrije. Liječenje sniženja očnog tlaka temelji se na lokalnim lijekovima, laserskoj terapiji i kirurškoj intervenciji ako drugi terapijski modaliteti ne uspiju spriječiti progresiju [10].

2.3. Dijabetička retinopatija

Dijabetička retinopatija (DR) je mikrovaskularni poremećaj koji nastaje zbog dugotrajnih učinaka dijabetes melitusa. Dijabetička retinopatija može dovesti do oštećenja mrežnice opasnog za vid, što na kraju dovodi do sljepoće. To je jedan od najčešćih uzroka ozbiljnog gubitka vida u odraslih radno dobnih skupina u zapadnom svijetu. Rano otkrivanje i pravovremena intervencija ključni su za izbjegavanje sljepoće uzrokovane dijabetičkom retinopatijom. Procjenjuje se da će broj pacijenata s dijabetičkom retinopatijom u Americi dosegnuti 16,0 milijuna do 2050. godine, pri čemu komplikacije koje ugrožavaju vid pogađaju oko 3,4 milijuna njih [11].

Nekontrolirani dijabetes može dovesti do mnogih očnih poremećaja kao što su katarakta, glaukom, poremećaji površine oka, rekurentni čmičak, nearerijska prednja ishemijska optička neuropatija, dijabetička papilopatija i dijabetička retinopatija. Dijabetička retinopatija može dovesti do oštećenja mrežnice opasnog za vid, što na kraju dovodi do sljepoće; to je najčešća i teška očna komplikacija. Loša kontrola glikemije, nekontrolirana

hipertenzija, dislipidemija, nefropatija, muški spol i pretilost povezani su s pogoršanjem dijabetičke retinopatije. Tipične značajke fundusa dijabetičke retinopatije uključuju mikroaneurizme, tvrde eksudate, makularni edem (dijabetički makularni edem ili DME) i nove žile (u proliferativnoj DR ili PDR). Mogućnosti liječenja uključuju strogu kontrolu sistemskih stanja, intravitrealnu farmakoterapiju i lasersku fotokoagulaciju. S ranom dijagnozom i brzim liječenjem, dobra konačna vidna oštrina može se postići u većine bolesnika s DR [11].

2.4. Zamućenje i gubitak vida uzrokovan zamjenom leće

Postoje mnoge bolesti koje zahtijevaju operaciju, poput zamjene leće, kako bi se izliječile. U većini slučajeva, prirodna leća osobe zamjenjuje se umjetnom. Bez takve operacije, osobe s kataraktom pate od zamućenja leće i djelomičnog, često potpunog, gubitka vida. Unatoč napretku u operacijama zamjene leće, postoji rizik od komplikacija. Jedna od opasnih komplikacija je gubitak vida. U nekim slučajevima, postoperativno pogoršanje traje i zatim se spontano povuče. Međutim, ponekad se simptomi pogoršavaju i zahtijevaju poseban zahvat za oporavak, s ciljem da se normalan vid vrati odmah nakon operacije. Proces oporavka nakon operacije obično traje do mjesec dana. Mogu se javiti i komplikacije kao egzacerbacije. Najčešće, ovaj proces uzrokuju infekcije, upalu unutar oka, pomak intraokularne leće i povišeni intraokularni tlak. Kasne komplikacije ponekad se razviju mjesecima nakon operacije. Sekundarna katarakta obično je uzrokovana sekundarnim rastom stanica prirodne leće. Zapravo, gotovo je nemoguće potpuno ukloniti epitelne stanice. Štoviše, one imaju visoku sposobnost regeneracije i mogu se brzo obnoviti. Prekomjerni rast uzrokuje preklapanje epitelnih stanica preko kapsularne vrećice koja sadrži intraokularnu leću, što rezultira smanjenom vidljivošću. Danas se ova patologija lako uklanja laserskom terapijom koja sprječava daljnji rast i obnovu epitelnog tkiva. Nadalje, razlog za razvoj sekundarne katarakte leži u staničnom odgovoru organizma. Preostale epitelne stanice mogu postati vlaknaste, dovoljno guste konzistencije. One su funkcionalno inferiornije, nepravilnih oblika i bez prozirnosti. Prisutnost tih vlakana u kapsularnoj vrećici potpuno ometa vidljivost. Kada se vlakna prošire u središnjem dijelu optičke zone, dolazi do potpunog zamućenja. Osim toga, nakon operacije razvijaju se i fibrozne kapsule. Razlozi za to su mnogobrojni, a prije svega, to je proces preobrazbe koji započinje u okolnim tkivima pod utjecajem različitih čimbenika. Glavni čimbenik je starost pacijenta. Često se javlja kod djece jer mlada tijela imaju veću sposobnost regeneracije. To rezultira gustom migracijom epitelnih stanica i njihovom diobom u stražnjem dijelu kapsule, što rezultira vizualnim preklapanjem i smanjenom vidljivošću.

Kako bi se spriječio gubitak vida nakon operacije, preporučuje se slijediti neka jednostavna postoperativna pravila. Prvi tjedan nakon operacije pacijent neće moći spavati na trbuhu ili s operiranim okom na boku. Mora izbjegavati dospijeće vode u oči. Važno se zaštititi od odsjaja, prašine i vjetra. Vrijeme provedeno uz TV i vrijeme provedeno za računalom mora biti strogo ograničeno [12].

2.5. Gubitak vida nakon laserske korekcije

Danas se laserska korekcija često koristi za liječenje oštećenja vida. Postupak je vrlo učinkovit, ali nije siguran. Može dovesti do ozbiljnih komplikacija. Daljnje pogoršanje vida nakon laserske korekcije može biti posljedica rasta rožnice, prekomjerne skleroze kortikalnog epitela, upale rožnice i suhoće oka. Komplikacije se mogu pojaviti kod pacijenata s autoimunim bolestima, infekcijama virusom herpesa i drugim poremećajima imunološkog sustava. Komplikacije mogu nastati ako je operacija mrežnice s nedovoljnom debljinom rožnice izvedena u pozadini progresivne miopije i katarakte [12].

2.6. Vidna slabost postoperativno

Nakon operacije, vid se može pogoršati zbog procesa oporavka i upale. Obično je takav proces kratkotrajan, a vid se vraća nakon što oštećeno tkivo potpuno zacijeli. Međutim, komplikacije mogu nastati i kada postoji teški upalni ili infektivni proces. Također uzrok može biti ablacija mrežnice i hiperplazija rožnice. Nerijetko se nakon operacije razvija sindrom suhog oka, koji može dovesti do smanjenja, u najgorem slučaju, gubitka vida. Komplikacije poput takvih zahtijevaju hitno liječenje, bez kojeg pacijenti mogu ostati potpuno slijepi [12].

3. Osobni i okolinski čimbenici sudjelovanja slijepih osoba u samozbrinjavanju

Gubitak vida ima značajan utjecaj na živote onih koji ga dožive, kao i na njihove obitelji, prijatelje i društvo. Potpuni gubitak ili pogoršanje postojećeg vida može se činiti zastrašujućim, ostavljajući pogođene osobe da se pitaju o svojoj sposobnosti da zadrže svoju neovisnost, plate potrebnu medicinsku skrb, zadrže posao i osiguraju egzistenciju za sebe i svoje obitelji. Zdravstvene posljedice povezane s gubitkom vida protežu se daleko izvan oka i vidnog sustava. Gubitak vida može utjecati na nečiju kvalitetu života, neovisnost i pokretljivost te je povezan s padovima, ozljedama i pogoršanim statusom u domenama koje obuhvaćaju mentalno zdravlje, spoznaju, društvene funkcije, zaposlenje i postignuća u obrazovanju. Iako zbunjujući čimbenici vjerojatno pridonose nekim štetama koje su povezane s oštećenjem vida, svjedočanstva osoba s oštećenjem vida govore o značajnoj ulozi koju vid ima u zdravlju, zvanju i društvenom blagostanju [12].

Ekonomski učinak gubitka vida također je značajan. Jedna nacionalna studija koju je naručio Prevent Blindness otkrila je da izravni medicinski troškovi, gubitak produktivnosti i drugi neizravni troškovi za poremećaje vida u svim dobnim skupinama iznose približno 139 milijardi dolara u dolarima iz 2013. s izravnim troškovima za populaciju ispod 40 godina dosegnuvši 14,5 milijardi dolara. Ti troškovi ne utječu samo na nacionalne izdatke za zdravstvenu skrb, već i na povezane troškove i sredstva pojedinaca i njihovih obitelji [12]. Na primjer, Köberlein i suradnici (2013.) otkrili su da se vrijeme koje njegovatelji provode znatno povećava kako se vid smanjuje. Gubitak vida utječe na sposobnosti pacijenata da rade ili brinu o sebi (ili drugima), te utječe na brojne povremene aktivnosti poput čitanja, druženja i bavljenja hobijima. Oštećenje vida otežava obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti samonjege kao što su jedenje i odijevanje, kao i instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života kao što su kupovina, upravljanje financijama, upravljanje lijekovima i vožnja [12]. Većina studija je otkrila da gubitak vida ima veći utjecaj na ovisnost o instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života nego o osnovnim aktivnostima svakodnevnog života. Instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života ključne su za nečiju sposobnost funkcioniranja u modernom društvu. Konkretno, gubitak vida na blizinu utječe na nečiju sposobnost obavljanja raznih zadataka koji uključuju čitanje (npr. dobivanje informacija s etiketa lijekova, balansiranje bankovnih izvoda ili praćenje recepata), prepoznavanje lica i slika (npr. druženje, kartanje, korištenje pametnog telefona) ili rukovanje malim predmetima (npr. šivanje, zamjena baterija) [12]. Jedna presječna studija otkrila je da su osobe s

oštećenjem vida, definiranim kao najbolje ispravljeni dvogled s oštrinom vida 20/30 ili lošijom, imale veći invaliditet u funkcionalnim mjerama, kao što su izvedba zadataka, brzina hodanja i vožnja u usporedbi s ljudima s normalnim vidom, pa čak i nekorigiranom refrakcijskom greškom [12]. Deficiti vidnog polja utječu na nečiju sposobnost obavljanja zadataka koji zahtijevaju kretanje u izazovnim okruženjima (npr. kretanje prepunim gradskim ulicama, prelaženje stubišta) ili korištenje perifernog vida (npr. vožnja). Zbog izazova koje oštećenje vida nameće za samostalan život, starijim osobama s oštećenjem vida vjerojatnije je da će trebati dugotrajna njega. U australskoj studiji Blue Mountains Eye Study, sa svakom linijom smanjenja oštrine vida na početku, postojao je 7 posto veći rizik od naknadnog smještaja u starački dom [12]. Za osobe s gubitkom vida koje žele biti dio radne snage, oštećenje vida često predstavlja prepreku mogućnostima zapošljavanja. Nažalost, nedostaju statistički podaci o zapošljavanju koji se odnose na osobe s oštećenjem vida jer dostupni nacionalno reprezentativni izvori podataka, kao što je popis stanovništva, grupiraju osobe s oštećenjem vida sa svim ljudima koji imaju senzorna oštećenja ili s osobama sa senzornim ili komunikacijskim oštećenjima [12].

Kod osobe s neoštećenim vidom, primarni osjet koji se koristi za kretanje u trodimenzionalnom prostoru je vid. Gubitak vida stoga uvelike utječe na mobilnost, bilo da je posljedica promjena vidne oštrine, vidnih polja, percepcije dubine ili osjetljivosti na kontrast. U studiji Low Vision Rehabilitation Outcomes Study, 16,3 posto sudionika upućenih na rehabilitaciju vida u 28 američkih centara navelo je da je jedan od njihovih glavnih problema povezanih s vidom mobilnost [12]. Vizualni parametri koji su čvrsto i dosljedno povezani s padovima uključuju lošu kontrastnu osjetljivost, smanjenu percepciju dubine i gubitak vidnog polja. Nažalost, vidni nedostaci koji su najjače povezani s rizikom od pada (kontrastna osjetljivost, percepcija dubine i nedostaci vidnog polja) općenito su manje podložni sanaciji nego vidna oštrina. Drugi čimbenici kao što su slabost, druga kronična stanja i uporaba lijekova također su povezani s padovima, što sugerira da će uspješne intervencije za smanjenje padova u populaciji oštećena vida zahtijevati višestruki pristup. Potrebni su dokazi kako bi se utvrdilo koji su aspekti treninga, oprema i modifikacije okoline najučinkovitiji u smanjenju padova i poboljšanju mobilnosti. Međutim, procjena je povjerenstva da i dalje postoji uloga rehabilitacije vida u ublažavanju rizika od pada povezanog s gubitkom vida. Pokazalo se da je oštećenje vida povezano s povećanim rizikom od prijeloma u više studija. U Framingham Eye Study, koja je uključivala podskupinu sudionika iz kohorte Framingham Study, oni sudionici s vidnom oštrinom lošijom od 20/100 imali su dvostruko veću

vjerojatnost da će imati prijelom kuka od sudionika s vidnom oštrinom od 20/25 ili boljom [12]. Pokazalo se da su različiti drugi aspekti oštećenja vida, osim slabe vidne oštrine, povezani s povećanim rizikom od prijeloma. U studiji osteoporotičkih prijeloma, procijenjeno je da žene s blagim, umjerenim ili teškim gubitkom binokularnog vidnog polja imale su povećan rizik od prijeloma kuka u usporedbi sa ženama bez gubitka binokularnog vidnog polja, a žene s umjerenim ili teškim gubitkom vidnog polja imale su povećan rizik od frakture izvan kuka i kralježnice u usporedbi sa ženama bez binokularnog gubitka vidnog polja [12].

Studije su pokazale da poništavanje oštećenja vida izazvanog kataraktom može biti zaštita od prijeloma. Randomizirano kontrolirano ispitivanje koje je ocjenjivalo ubrzanu naspram rutinski zakazane operacije katarakte u 306 žena otkrilo je da su žene s ubrzanom operacijom katarakte imale 67 posto manji rizik od prijeloma unutar 1 godine nakon operacije od žena s rutinski planiranom operacijom (RR = 0,33; 95% CI = 0,1, 1,0) (H. Harwood i sur., 2005.). Velika studija koja je uključivala više od 1,1 milijun muškaraca i žena s kataraktom u nacionalnoj bazi podataka Medicare u SAD-u otkrila je da su u usporedbi s pacijentima s kataraktom koji nisu bili podvrgnuti operaciji, pacijenti s operacijom katarakte imali 16 posto manji rizik od prijeloma kuka i 5 posto manji rizik od bilo kakvog prijeloma [12]. Nadalje, ova zaštitna veza bila je modificirana učincima dobi i opterećenosti sustavnom bolešću, a očita zaštitna veza između operacije i prijeloma, temeljena na visokom rezultatu Charlsonovog indeksa komorbiditeta, bila je još jača među sudionicima koji su bili stariji ili bolesni. U usporedbi s ljudima s normalnim vidom, oni s oštećenjem vida izloženi su većem riziku od depresije, anksioznosti i drugih psihičkih problema. Među starijim osobama s oštećenjem vida, stope depresije i anksioznosti znatno su veće nego među osobama iste dobi bez oštećenja vida i onima slične dobi koji pate od drugih kroničnih stanja, poput astme ili kroničnog bronhitisa, srčanih bolesti i hipertenzije. Nevolja povezana s gubitkom vida jače je povezana s depresijom nego s drugim ključnim čimbenicima rizika kao što su negativni životni događaji ili loše zdravstveno stanje. Među osobama oštećena vida, one sa simptomima depresije prijavljuju više funkcionalnih ograničenja. Razlozi za odnos između depresije i loše vidne funkcije nejasni su i mogu biti dvosmjerni, ali razlike na razini pacijenata u bolestima oka i općem zdravstvenom stanju nisu uzele u obzir promatrani odnos [12]. Jedno randomizirano, kontrolirano ispitivanje integriranog programa rehabilitacije mentalnog zdravlja i vida (u usporedbi s rehabilitacijom vida s neusmjerenom potpornom terapijom) za pacijente s makularnom degeneracijom i subsindromskim depresivnim simptomima pokazalo je značajno smanjene stope simptoma depresije i bolje funkcionalne ishode u intervencijskoj

skupini. Utvrđeno je da su akademski problemi negativno povezani s anksioznošću, a učestalost raste s dobi i kod djece i kod adolescenata. Slično, kod adolescenata, oštećenje vida povezano je s povećanom prevalencijom psihopatoloških simptoma, uključujući depresiju i anksioznost. Podatci sugeriraju da osobe s oštećenjem vida mogu biti izložene većem riziku od samoubojstva zbog povezanosti oštećenja vida s lošim općim zdravljem [12].

Studija na osobama u dobi od 65 godina i starijima otkrila je da su pacijenti s oštećenjem vida i bilo kojom od nekoliko drugih bolesti ili stanja mnogo puta vjerojatnije imati poteškoća u obavljanju osnovnih fizičkih i društvenih zadataka od pojedinaca iste dobi bez oštećenja vida i bez bolest ili stanja. Na primjer, starije osobe s teškom depresijom, oštećenjem vida ili oboje imale su 23,9 puta veću vjerojatnost da će imati umjerena ili ozbiljna ograničenja u svojoj sposobnosti druženja nego osobe bez teške depresije ili oštećenja vida [12]. Oštećenje vida može pomoći u identificiranju visokorizičnih pojedinaca ili pojedinaca s nezadovoljenim potrebama koji bi mogli biti ciljani za usluge i intervencije u nizu drugih kliničkih specijalnosti. I kognitivno oštećenje i oštećenje vida onesposobljuju sami po sebi, ali istodobna pojava njih dvoje povezana je s čak višim stopama invaliditeta i niskom samoocjenom zdravlja. Dvojno senzorno oštećenje (istodobni nedostaci vida i sluha) povezano je s većim rizikom od kognitivnog pada, invaliditeta, depresije i smrtnosti. Dokazi nisu uvjerljivi u pogledu toga jesu li kombinirani učinci oštećenja vida i drugih oštećenja (kognicije ili sluha) na ishode sinergistički ili samo aditivni [12].

Kao što je gore navedeno, gubitak vida stvara značajne izazove u svakodnevnom životu. Izazov nemogućnosti dobrog vida može utjecati na razne zadatke ovisne o vidu koji su često potrebni za dobro upravljanje kroničnom bolešću, uključujući brigu o sebi (npr. pregled stopala dijabetičara, pripremanje hranjivih obroka) i prijevoz (npr. dolazak do i od posjeta klinici). Osim toga, gubitak vida može stvoriti poteškoće u pridržavanju uputa liječnika i liječenju (npr. čitanje bočica tableta, naručivanje punjenja), tako da su pojedinci koji razviju gubitak vida povezan s kroničnim stanjima, poput dijabetesa ili glaukoma, u nepovoljnijem položaju u upravljanju tim kroničnim stanjima. Na primjer, gubitak vida otežava pravilno davanje lijekova kao što su inzulin ili kapi za oči. Stoga su pogođene osobe u opasnosti od ulaska u "začarani krug" pogoršanja zdravlja. Oštećenje vida uzrokuje značajne troškove, izravne i neizravne, i ima potencijal utjecati na gotovo svaki aspekt nečijeg života. Gubitak vida utječe na više od sposobnosti da osobe jasno vide svijet. Posljedice oštećenja vida često negativno utječu na kvalitetu života, uključujući broj fizički i psihički nezdravih dana i sveukupno nezadovoljstvo životom. Pojedinci s oštećenjem vida također imaju veću

vjerojatnost da će doživjeti ograničenja u svojoj neovisnosti, mobilnosti i obrazovnim postignućima, kao i povećan rizik od padova, prijeloma, ozljeda, lošeg mentalnog zdravlja, kognitivnih nedostataka i društvene izolacije. Gubitak vida također pojačava učinke drugih kroničnih stanja i sam je kronično stanje. Ljudi s oštećenjem vida i drugim bolestima ili stanjima imaju veću vjerojatnost da će imati poteškoća u obavljanju zadataka i prijavljivanju lošeg zdravlja. Gubitak vida također može zakomplicirati liječenje kronične bolesti, uključujući samozbrinjavanje, prijevoz do i od pregleda kod liječnika i pravilnu primjenu lijekova. Štoviše, druga stanja mogu utjecati na liječenje bolesti oka, uključujući rehabilitaciju vida radi poboljšanja funkcionalnosti i kvalitete života osoba s oštećenjima vida. Nema dostupnih studija o ukupnim troškovima koji se mogu pripisati promicanju zdravlja očiju i vida te ekonomskom učinku gubitka vida [12]. Međutim, nekoliko dostupnih studija koje su se bavile ukupnim izravnim i neizravnim troškovima pokazalo je da su nacionalni troškovi u milijardama svake godine i da se značajno razlikuju od države do države [12]. Ukupni troškovi također variraju ovisno o dobi i platitelju, sa značajnim troškovima koje snose pojedinci, uključujući troškove skrbi za članove obitelji s oštećenjem vida. Pristupi zdravlju stanovništva za poboljšanje zdravlja očiju i vida morat će se usredotočiti na izravne i neizravne troškove kao objektivne mjere utjecaja oštećenja vida, ali i kao mjere jednakosti među populacijama koje će najvjerojatnije biti pogođene oštećenjem vida [12].

4. Izazovi i mogućnosti zdravstvene zaštite i skrbi o zdravstvenim potrebama slijepih osoba

Brojni su izazovi i mogućnosti zdravstvene skrbi i skrbi o zdravstvenim potrebama slijepih osoba. Pružatelji zdravstvenih usluga moraju omogućiti jednak pristup svima, uključujući one s oštećenjem vida, pružajući pomoć kada je potrebna, ali ne pretpostavljajući da je nekome potrebna pomoć. Zdravstveni teret dugotrajnih stanja kao što su bolesti srca, dijabetes, depresija, demencija i mišićno-koštana stanja raste. Osobe sa slabim vidom ili sljepoćom mogu doživjeti tjeskobu, strah i depresiju kao rezultat izazova s kojima se susreću kada traže medicinsku skrb. Takvi pacijenti zaslužuju, a zdravstveni djelatnici im moraju pružiti jednake mogućnosti sudjelovanja i koristi od njihove zdravstvene skrbi u sigurnom okruženju [13].

Zdravstveni djelatnici koji izravno komuniciraju s pojedincem s gubitkom vida cijenjeni su jer se prema pojedincu odnose s poštovanjem. Važno je da se zdravstveni radnici identificiraju, objasne što će raditi i daju jasne upute. Oni s gubitkom vida trebaju pristup, bilo da se radi o onome što im je na pladnju s obrokom, papirima za prijem ili otpust. Pružatelji zdravstvenih usluga moraju omogućiti jednak pristup svima. Kada netko traži zdravstvenu skrb, obično se ne osjeća dobro pa mu može trebati više pomoći nego što bi inače. Zdravstveni radnici moraju biti osjetljivi na ovo, ali ne smiju pretpostavljati da je nekome potrebna pomoć. Najbolje je pitati pojedinca treba li pomoć i ako treba kakvu vrstu pomoći treba. Zdravstvene ustanove često su velike ustanove. Mnogi pojedinci cijene pratnju. Kada medicinska sestra prati nekoga tko ima oštećen vid, treba ga pitati želi li putovati s njom koristeći ljudskog vodiča. Ako kažu "da", dopustiti im da uhvate medicinsku sestru za ruku iznad lakta. Tada će ona hodati pola koraka ispred osobe kako bi mogla osjetiti njezine pokrete tijela i predvidjeti okrete, korake itd. Potrebno je osigurati i orijentaciju u prostoriji za osobe s oštećenjem vida. Ako je pojedinac pacijent, to bi trebalo uključivati lokaciju zahoda i način korištenja gumba za pozivanje, namještanja kreveta, rada na televiziji, naručivanja obroka itd. Zabranjeno je premještanje stvari nekoga tko ima oštećen vid bez prethodnog traženja njihovog dopuštenja. Ako pojedinac koristi psa vodiča, nepotrebno je komunicirati s njim. Tu je da obavi posao. Psi vodiči mogu ući u bilo koji dio zdravstvene ustanove gdje je dopušten pristup pacijentima. Ako medicinska sestra nekome pomaže u dovršavanju

papirologije, mora osigurati privatnost pojedinca kako drugi ne bi čuli njegove osjetljive informacije. Ne dozvoljava se pretpostavljati da kada je netko s oštećenjem vida s nekim drugim da je to osoba s oštećenjem vida. Osobe s oštećenjem vida su supružnici, roditelji, prijatelji itd. i mogu biti u pratnji nekog drugog koji dolazi na skrb [14].

4.1. Oftalmološka medicinska sestra

Oftalmološka medicinska sestra je zdravstveni djelatnik koji se usredotočuje na procjenu i zdravstvenu njegu pacijenata s različitim očnim bolestima i ozljedama. Uz brzo širenje novih vrsta oftalmoloških bolesti, postoji povećana potreba za stručnjacima s više znanja u zdravstvenim disciplinama. Jedan od načina da se to riješi je preko oftalmoloških medicinskih sestara, koje mogu odigrati ključnu ulogu u subspecijalističkom području dijagnostike i liječenja. One također imaju veliku ulogu u postizanju univerzalnog zdravlja očiju. Zbog manjka oftalmologa, posebno u Africi, oftalmološke medicinske sestre imaju veliku ulogu u pružanju usluga i podizanju svijesti o prevenciji oftalmoloških bolesti. Uloga oftalmoloških medicinskih sestara uključuje oftalmološku kiruršku zdravstvenu njegu (izvođenje prije i poslije operacija oka), savjetovanje, edukacija o zdravlju oka (obrazovanje javnosti i drugih zdravstvenih radnika o primarnoj skrbi za oči, uključujući promicanje zdravlja i prevenciju oftalmoloških bolesti koje se mogu izbjeći), organiziranje i vođenje zdravstvenih programa u školi i zajednici, upravljanje očnim hitnim slučajevima [15].

4.2. Osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi slijepim osobama

Osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi slijepim osobama zahtijeva osvješćivanje o specifičnim potrebama koje imaju slijepi osobe. To uključuje razumijevanje kako gubitak vida može utjecati na njihovu svakodnevicu i zdravstvene zahtjeve te prilagodbu komunikacijskih vještina kako bi se omogućila učinkovita interakcija. Zdravstveni djelatnici također trebaju biti educirani o različitim tehničkim pomagalicama koja slijepi osobe koriste, kao i o fizičkim pogodnostima prostora kako bi se osigurala pristupačnost. Važno je da zdravstveni djelatnici znaju kako prilagoditi informacije i materijale kako bi ih učinili pristupačnim slijepim osobama, koristeći tehnike kao što su verbalni opisi i alternativni formati. Taktički pristup pregledima također je ključan, kako bi se pacijentima detaljno opisali postupci i olakšalo razumijevanje. Pored toga, emocionalna podrška i senzibilnost prema potrebama slijepih pacijenata doprinose cjelokupnom iskustvu skrbi. Važno je da zdravstveni djelatnici budu svjesni kulturnih razlika i osobnog konteksta

slijepih osoba te da pogode pristup prema tim razlikama. Osim toga, kontinuirano usavršavanje i sudjelovanje u edukacijama omogućit će im da ostanu informirani o najnovijim praksama i tehnologijama vezanim za skrb slijepih osoba. Sve te komponente osposobljavanja doprinose stvaranju inkluzivnog i pristupačnog okruženja unutar zdravstvenih ustanova te omogućuju zdravstvenim djelatnicima da pruže potrebnu skrb slijepim osobama na kvalitetan način [15].

5. Komunikacija i osobitosti komuniciranja sa slijepim osobama

Komunikacija je važna ljudska karakteristika. Kako bi učinkovito održavali odnose, ljudi moraju komunicirati jedni s drugima. U svakodnevnom životu postoji niz komunikacija uključujući s kolegama s posla, obitelji, susjedima i prijateljima, te su neke učinkovite, a neke neučinkovite. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna. Većina ljudi pretpostavlja da je većina komunikacije verbalna. Međutim, nije. Većina komunikacije, preko 70%, odvija se neverbalno. Usmena komunikacija je kada razmjenjujemo informacije koristeći riječi, kako govorom tako i slušanjem. Za dobru komunikaciju potrebno je pronaći ravnotežu između govora i slušanja jer ćemo tako osigurati kvalitetan dijalog. Neverbalna komunikacija uključuje geste, izraze lica i držanje tijela. S obzirom na to da većinu svojih poruka šaljemo na ovaj način, možemo reći da je izuzetno važan u izgradnji našeg odnosa. Jedan od ključnih elemenata dobre komunikacije je sklad verbalne i neverbalne komunikacije. To znači da bi naš govor i držanje tijela trebali biti u skladu s našim emocijama i stavovima. Problemi nastaju kada verbalno šaljemo jednu poruku, umjesto da verbalno šaljemo upravo suprotnu [16].

Sve društvene skupine koje sebe kategoriziraju kao humane i socijalne trebale bi se brinuti o načinima na koje se mogu zadovoljiti kulturne potrebe svakog pojedinca, pa tako i slijepih osoba. Kako bi se kulturni sadržaji učinili dostupnima i populaciji slijepih, zajednica treba biti svjesna iznimne važnosti izjednačavanja mogućnosti primanja informacija za sve skupine ljudi, a to uključuje i poduzimanje mjera koje će osigurati dostupnost svih potrebnih informacija i njihovu komunikaciju. To je ostvarivo na mnoge načine, primjerice osiguravanje korištenja prostora za razne kulturne potrebe, osiguravanje pomagala koja omogućuju primanje informacija te edukaciju društva o važnosti prilagođene komunikacije [16].

Slijepi osobe se koriste raznim komunikacijskim metodama. Koju će metodu odabrati ovisi o postotku i uzroku sljepoće. U nekim slučajevima slijepa osoba može koristiti kombinaciju tehnika za komunikaciju [16].

5.1. Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija definirana je kao bilo koji oblik komunikacijskih poruka ili informacija usmjerenih od jedne osobe do druge bez upotrebe riječi. Neverbalna

komunikacija može uključivati sve, od signala rukama do govora tijela pa do fizičkog izgleda [16].

5.1.1. Fizička komunikacija

Fizička komunikacija obuhvaća osobnu interakciju koja uključuje osmijeh, mrštenje, namigivanje, dodir, miris, pozdrav, geste i druge tjelesne pokrete. U društvenom razgovoru, ovi fizički signali često se kombiniraju s verbalnim riječima. Tjelesna komunikacija je najčešći oblik neverbalne komunikacije. Osoba koja je svjesna tuđih neverbalnih znakova može bolje razumjeti tu osobu. Čak i način na koji netko stoji ili njihov položaj unutar grupe ima veliko značenje u komunikaciji. Udaljenost između dvije osobe može se tumačiti na određeni način, pri čemu značenje može varirati ovisno o kulturi. To može signalizirati privlačnost ili intenzitet odnosa. Stajanje jedan pored drugog može pokazati suradnju, dok direktno gledanje u lice može signalizirati natjecanje. Način držanja tijela također može prenositi neverbalne poruke, poput prekrivenih ruku, pogrbljenog držanja, prekrivenih nogu ili uspravnog stava. Naposljetku, fizički dodir može izražavati privlačnost ili razinu intimnosti. Primjeri ovakve neverbalne komunikacije uključuju rukovanje, tapšanje po leđima, grljenje, guranje ili druge oblike dodira [17,18].

5.1.2. Kinetetika

Kinezika uključuje držanje tijela, pokrete tijela, geste, ponašanje očiju i izraze lica. Svaki se odnosi na elemente ispitivanja mentalnog statusa u različitom obliku (npr. opći izgled i ponašanje, psihomotorno funkcioniranje, kontakt očima i afekt). Držanje i kretanje mogu prenijeti mnogo informacija. Istraživanje govora tijela znatno je poraslo od 1970-ih, ali su se popularni mediji usredotočili na pretjerano tumačenje obrambenih položaja, prekrivenih ruku i nogu, osobito nakon objavljivanja knjige Govor tijela Juliusa Fasta. Smanjena sposobnost ravnoteže predstavlja ozbiljan zdravstveni rizik zbog povećane vjerojatnosti pada, a narušena posturalna stabilnost značajno je povezana sa sljepoćom i slabim vidom. Stimulacija bukom i taktilna dopuna (dodatne haptičke informacije koje pruža vanjska kontaktna površina) poboljšavaju izvedbu sustava posturalne kontrole [19].

5.1.3. Paralingvistika

Paralingvistika ispituje glasovne aspekte usmene komunikacije. Paralingvistika se može izražavati svjesno ili nesvjesno. Ponekad je definicija paralingvistike ograničena na ispitivanje upotrebe ljudskog glasa. Paralingvistički aspekti igraju važnu ulogu u komunikaciji ljudskog jezika. Govor uvijek sadrži paralingvistički aspekt jer je moduliran glasovima. Paralingvistika

se ne razlikuje samo od lingvistike, već i od pisanih tekstova ili znakovnog jezika. Jaro Křivohlavý ističe da paralingvistika tvori prijelaz s neverbalnih na verbalne izraze. Paralingvistička komponenta govora pomaže u izražavanju i bilježenju autentičnosti razmijenjenih informacija, kao i u pravilnom tumačenju značenja informacija i stava govornika [19].

Paralingvistika uključuje neke elemente, kao što su prozodija, brzina, ritam, glasnoća, ton glasa, infleksija i visina govora [19,20]. Paralingvistika se odnosi na glasovnu komunikaciju koja je odvojena od stvarnog jezika. Uzimajući u obzir snažan učinak koji ton glasa može imati na značenje rečenice. Kada se izgovori snažnim tonom glasa, slušatelji bi mogli protumačiti odobravanje i entuzijazam. Iste riječi izgovorene neodlučnim tonom glasa mogu izraziti neodobravanje i nedostatak interesa. Slijepi osobe se više oslanjaju na vokalne znakove kada prepoznaju identitet osobe nego osobe koje vide. Doista, brojne studije su izvijestile o boljim vještinama prepoznavanja glasa kod slijepih nego kod odraslih osoba koje vide [20].

5.1.4.Haptika

To je oblik komunikacije koji se prenosi izravnim fizičkim kontaktom s drugom osobom, poput rukovanja, tapšanja po leđima ili pružanja okvira za slike. Na taktilni kontakt također utječe kultura ili zemlja iz koje osoba dolazi. Svatko također ima svoja ograničenja u vrstama dodira koji su prihvatljivi u bilo kojoj situaciji. Dodir ili taktilni kontakt tijekom društvenih interakcija može se razriješiti kao znak prijateljstva (npr. milovanje, zagrljaj, poljubac...) ili, obrnuto, kao znak neprijateljstva (npr. šamar). Komunikacijsko značenje haptike (dodir) više-manje je lako dešifrirati. Na primjer, parovi se drže za ruke kako bi izrazili "vjenčani smo", tapšali po ramenu kako bi izrazili pohvalu ili odobravanje, a dodirivali stopala ispod stola kako bi izrazili "stani" ili "smiri se" i tako dalje. Dodir je vrlo informativan i diskriminativan jer je dodir drugo najosjetljivije osjetilo nakon vida. Komuniciranje putem dodira važno je neverbalno ponašanje. Provedeno je mnogo istraživanja o važnosti dodira u djetinjstvu i ranom djetinjstvu. Klasična studija Harryja Harlowa na majmunima pokazala je kako uskraćivanje dodira i kontakta sprječava razvoj. Mladunci majmuna koje su uzgajale majke na žici doživjeli su stalne nedostatke u ponašanju i društvenoj interakciji. Dodir se može koristiti za izražavanje naklonosti, bliskosti, simpatije i drugih emocija. Psihologija i neuroznanost imaju dugu tradiciju proučavanja slijepih osoba kako bi istražili kako vizualno iskustvo oblikuje percepciju vanjskog svijeta. Kako slijepi osobe doživljavaju vlastito tijelo izlažući ih multisenzornoj iluziji tijela [20].

5.2. Brailleova abeceda

Louis Braille (1809.-1852.) rođen je u Francuskoj. U dobi od 3 godine, igrajući se u očevoj radionici, postolarskim alatom ozlijedio je desno oko. Nikakva medicinska znanja nisu mu tada mogla spasiti vid. Louisovo lijevo oko se upalilo, očito zbog naknadne simpatičke oftalmije, i na kraju je izgubio vid na tom oku. Louis Braille je u dobi od 5 godina bio potpuno slijep [16.,17.]. Godine 1819. ušao je u Institut za slijepu mladež u Parizu. Tamo je živio, studirao, a kasnije i predavao. Kad mu je bilo petnaest godina, razvio je sustav čitanja i pisanja pomoću ispupčenih točaka, koji je danas poznat kao Braille. Osnova Brailleovog sustava poznata je kao Brailleova ćelija. Ćelija se sastoji od 6 točaka numeriranih određenim redoslijedom. Svaka točka ili kombinacija točaka predstavlja slovo abecede. Ovaj Brailleov sustav etablirao se na međunarodnoj razini i formirao osnovnu Brailleovu abecedu za sve jezike [17]. Braille se smatra izumiteljem sustava pisanja dodirom koji nosi njegovo ime, Brailleov sustav. Ovaj revolucionarni sustav omogućio je slijepim osobama pristup pisanoj kulturi i stoga se može smatrati velikim napretkom u kvaliteti života za slijepce. Neposredna preteča izuma Brailleovog sustava bila je abeceda koju je stvorio Charles Barbier de la Serre (1767.-1841.) koji je dodirom stvorio jezik dizajniran za vojnu i tajnu upotrebu. Louis Braille modificirao je ovu abecedu u Brailleovu abecedu, koja je praktički ista ona koja se danas koristi. Bilo je potrebno vrijeme da bude prepoznat i implementiran kao metoda čitanja i pisanja za slijepce osobe diljem svijeta. Godine 1950. UNESCO je učinkovito univerzalizirao Brailleovu abecedu, a 2005. priznao je Brailleov sustav kao "vitalni jezik komunikacije, jednako legitiman kao i svi drugi jezici na svijetu" [21]. Louisa Braillea njegov prvi biograf naziva "Johannesom Gutenbergom za slijepce". Budući da je i sam bio slijep - uzrokovan simpatičnom oftalmijom nakon perforativne ozljede oka - izumio je u dobi od 16 godina jednostavnu i genijalnu metodu koja slijepim osobama omogućuje čitanje i pisanje. Njegov sustav koji se sastoji od 6 uzdignutih i opipljivih točaka odbacili su učitelji, tvrdeći da bi mogla postojati udaljenost između slijepih i slabovidnih ljudi. Unatoč tom protivljenju, Brailleov sustav je uspio zbog svojih prednosti za slijepce: danas se ova metoda koristi u cijelom svijetu [22]. Što vidni korteks slijepih radi tijekom čitanja na Brailleovom pismu? Ovaj proces uključuje pretvaranje jednostavnih taktilnih informacija u smislene obrasce koji imaju leksička i semantička svojstva. Perceptivna obrada Brailleovog pisma mogla bi biti posredovana somatosenzornim sustavom, dok se vizualni identitet slova postiže unutar vizualnog sustava kod ljudi koji vide [22,23].

5.3. Verbalna komunikacija

Verbalna usmena komunikacija odnosi se na vrstu komunikacije koja uključuje korištenje jezičnih znakova (pravopis i fonemi). To znači da nužno zahtijeva korištenje pisanih ili izgovorenih riječi ili izraza. Verbalna komunikacija i neverbalna komunikacija dva su važna oblika komunikacije. Međutim, verbalna komunikacija je jedinstvena za ljude jer uključuje korištenje riječi. S druge strane, verbalna komunikacija spada u dvije kategorije. Usmena komunikacija, koja se definira kao razmjena ideja putem govora. Kako bi se ovaj proces mogao dogoditi, mora postojati kod koji je zajednički za sve uključene, u ovom slučaju jezik ili jezike. Drugim riječima, usmene komunikacije nema bez postojanja jezika, koji se pak ostvaruje govorom. Usmena komunikacija ne odnosi se samo na riječi i fraze izražene govorom, već i na zvukove i tonove koji prate komunikaciju. Dakle, plač, uzdah, onomatopeja ili karakteristični zvukovi također su oblici usmene komunikacije. Druga vrsta verbalne komunikacije je pisana komunikacija. To je izražavanje ideja pomoću pisanog koda, bilo da su to riječi iz istog jezika ili bilo koji konvencionalni sistem koji primatelji poruke mogu dekodirati [24].

5.3.1. Verbalni pristup slijepoj osobi

Pri prvom susretu s osobom oštećena vida, važno je predstaviti se imenom i svojom ulogom ili pozicijom u okruženju. Treba imati na umu da slijepa osoba ne može pročitati identifikacijske pločice s imenima, stoga je važno te informacije usmeno podijeliti. To se odnosi na sve članove osoblja koji će biti uključeni u medicinski postupak, čak i ako neće izravno komunicirati s pacijentom ili roditeljem tijekom postupka. Kod ponovnog susreta s osobom oštećena vida, treba izgovoriti ime bez pretpostavke da će se osoba sjetiti svih imena ili prepoznati svaki glas. Nije uvijek potrebno službeno se predstavljati svaki put, već će biti dovoljno reći "Ovo je Karla..." u kontekstu situacije. U grupnom okruženju može biti korisno zatražiti da svi prisutni redom kažu svoje ime kako bi osoba znala tko je prisutan i gdje sjedi, uz prethodnu suglasnost za takvu vrstu aktivnosti. Važno je izbjegavati naglašavanje invaliditeta, što može uzrokovati nepotrebnu nelagodu. Ove smjernice su posebno važne za studente medicine i sestinstva u učionicama. Kada je primjereno na radnim ili društvenim sastancima, može biti korisno dodati neku zanimljivu činjenicu o sebi prilikom predavljanja kako bi se olakšalo upoznavanje i ublažila napetost ili nelagoda među sudionicima koji se ne poznaju ili se nisu vidjeli neko vrijeme. Važno je nikada ne dodirivati osobu bez njenog pristanka te je ne hvatati, gurati ili povlačiti na bilo koji način. To je posebno važno kod slijepih i slabovidnih osoba koje ne mogu vidjeti dolazak kontakta i ne mogu se braniti od

njega. Uvijek treba unaprijed ponuditi pomoć izravno osobi samo ako postoji uvjerenje da joj je potrebna. U gužvi ili bučnom okruženju, može biti korisno lagano dodirnuti osobu na ramenu ili malo iznad ručnog zgloba kako biste joj dali do znanja da joj se obraćate. Međutim, važno je uvijek pitati osobu s invaliditetom prije nego što pružite pozdrav rukovanjem, zagrljajem, udarcem laktom, naklonom ili nekim drugim oblikom pozdrava. Na taj način osiguravate da osoba ne osjeća da joj je narušen osobni prostor i dajete joj izbor, jer možda želi izbjeći izravan kontakt iz zdravstvenih ili osobnih razloga. Ako osoba inicira pozdravni gest, važno je pružiti verbalnu potvrdu prihvatanja ili odbijanja, a ignoriranje nije pristojno ponašanje. Nikada nije prikladno podizati ton prema osobi s invaliditetom. Gubitak vida ne utječe na sluh, osim ako osoba s invaliditetom izričito ne izrazi da ne čuje ili ako želi da se partner u komunikaciji uspori i govori jasnije. Stoga je važno govoriti istom glasnoćom, tonom i brzinom kao i s bilo kojom drugom osobom. Prilikom obraćanja slijepoj osobi, korisno je prvo spomenuti njezino ime, posebno u grupnoj situaciji. Budući da osoba ne može vidjeti govor tijela, potrebno je verbalizirati svoju namjeru izravnim obraćanjem. Nije potrebno cenzurirati svoj jezik. Riječi poput "gledati", "vidjeti", "čitati" i "gledati" dio su svakodnevnog vokabulara većine ljudi i većinu osoba s invaliditetom neće uvrijediti gubitkom vida. Na primjer, sasvim je prihvatljivo pitati: "Jeste li imali priliku pregledati dokumente?" ili "Jeste li već bili kod onkologa?" Međutim, u opasnim situacijama, preporučuje se koristiti riječi poput "stani!" umjesto "pazi!" kako bi se izbjegla neposredna prijetnja. Treba izbjegavati kimanje glavom, odmahivanje glavom i geste rukama bez ekvivalentnih verbalnih znakova u razgovoru, jer govor tijela neće biti vidljiv ni priznat. Namjerno korištenje takvih gesta uz svijest da se ne vide može biti uvredljivo [24].

Nepotrebno je pitati osobu poznaje li X koji je također slijep/ima psa vodiča, ili počinjati govoriti o nekome koga ste upoznali ili s kim ste radili, a tko je bio slijep. Da je ta osoba vidjela i imala crvenu kosu, biste li pitali poznaje li još nekoga u zajednici s crvenom kosom ili biste im počeli pričati o strancu ili kolegi u vašem životu s crvenom kosom? Osobe s oštećenjem vida ne žele stalno govoriti ili slušati o gubitku vida, čak ni u očnoj bolnici. Oni su kao i ostatak zajednice pojedinci i žele da ih tretiramo kao potpuno zaokružene ljude. Za bolju atmosferu u procesu komunikacije poželjno je započeti razgovor s osobom o njenom životu, poslu, interesima i hobijima izvan gubitka vida [24].

6. Istraživački dio

Cilj istraživanja bio je dobiti uvid u način komunikacije i odnos okoline prema slijepim osobama te utjecaj loše komunikacije na slijepe osobe.

6.1. Sudionici istraživanja

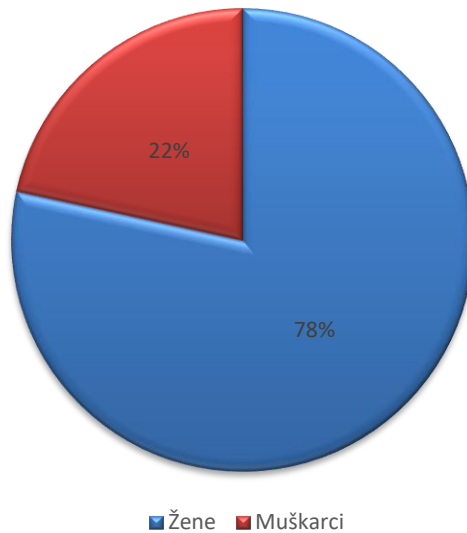
U istraživanju je sudjelovalo ukupno 111 ljudi, od kojih je 78,4% žena, a 21,6% muškaraca. U anketi su sudjelovati korisnici društvene mreže Facebook, anketa je podijeljena u dvije zatvorene grupe. Također sudjelovali su članovi udruge Slijepih Koprivničko-Križevačke županije.

6.2. Postupak prikupljanja i analize podataka

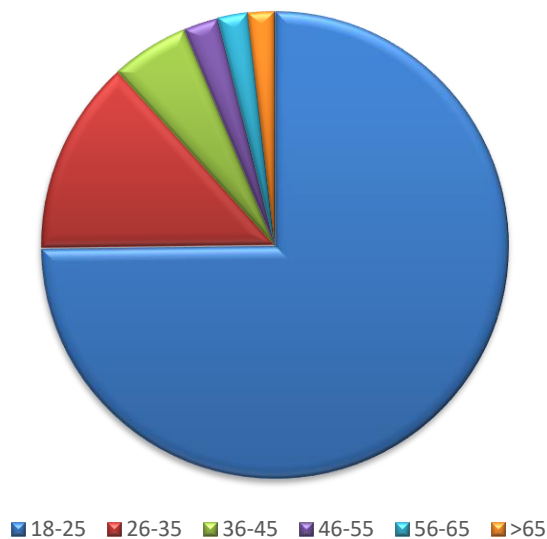
Istraživanje je provedeno putem anonimne ankete s 12 pitanja, od kojih su 2 bila opća (spol i dob), a preostalih 8 specifična. Anketiranje je provedeno putem interneta i osobno u prostorima udruge slijepih Koprivničko-križevačke županije.

6.3. Rezultati i rasprava

Istraživanje je provedeno na uzorku 111 ispitanika, od čega je prema kriteriju spola njih 22% muških i 78% ženskih. Distribucija ili raspodjela ili prikaz u Grafikonu 1.

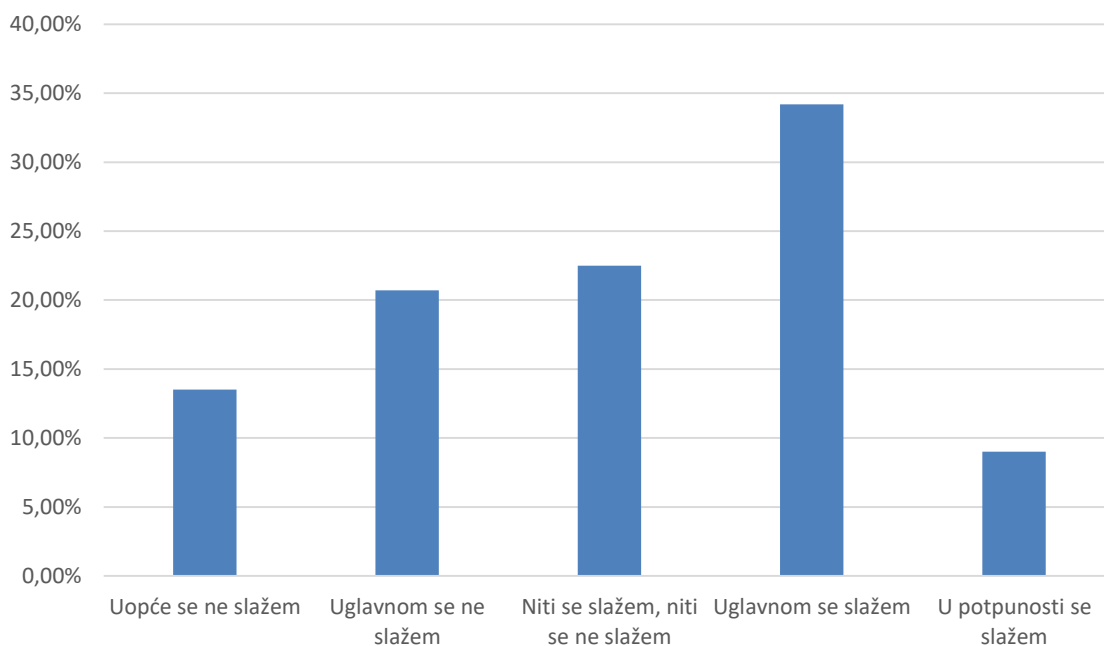


Grafikon 6.3.1 Prikaz sudionika prema spolu



Grafikon 6.3.2. Prikaz sudionika prema dobi

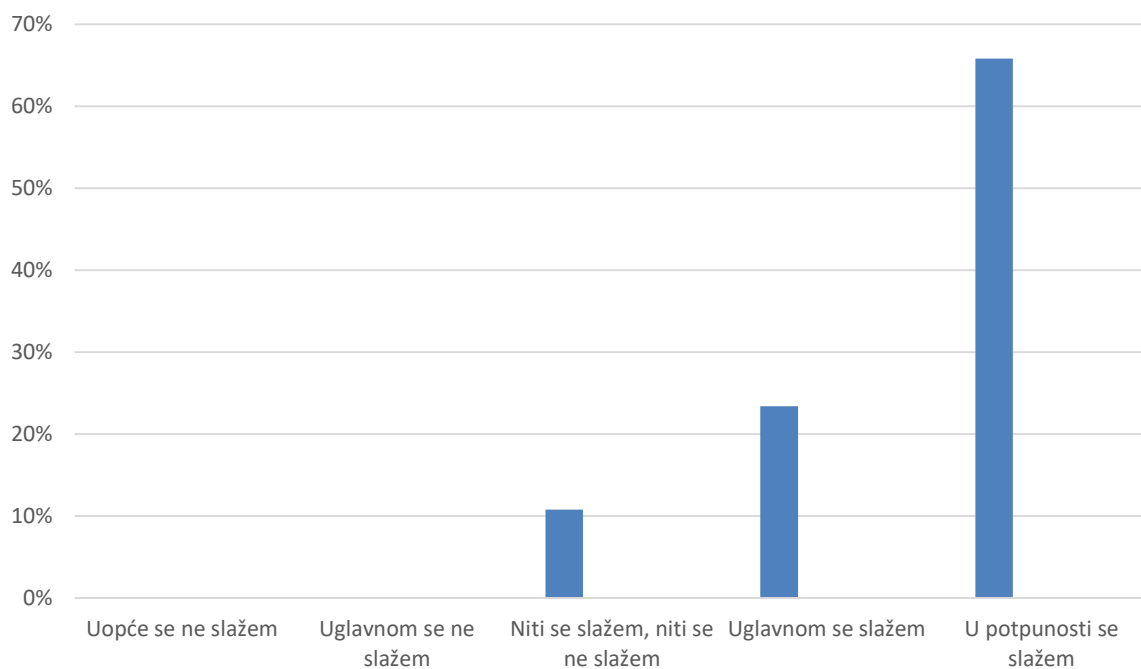
Na pitanje "Dob", 74,8% (N=83) osoba odgovorilo je da su starosti od 18-25 godina, 13,5% (N=15) osoba odgovorilo je da je u dobnoj skupini od 26-35 godina, 5,4% (N=6) osoba je starosti od 36-45 godina, dok je jedna osoba odgovorila da je starija od 66 godina.



Grafikon 6.3.3. Odgovori o percepciji da je komunikacija sa slijepim osobama otežana

Na pitanje „ Smatrate li da je komunikacija sa slijepim osobama otežana?“ 34,2% (N=38) ispitanika odgovorilo je s „ Uglavnom se slažem“, 22,5% (N=25) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 20,7% (N=23) ispitanika odgovorilo je s „Uglavnom se slažem“, 13,5% (N=15) ispitanika odgovorilo je s „Uopće se ne slažem“, dok je svega 9% (N=10) ispitanika odgovorilo „U potpunosti se slažem“. Pozitivno je što je veći broj sudionika prepoznao da je komunikacija sa slijepim osobama otežana, međutim negativno je što jako mali broj ispitanika prepoznaje problem u ovom području i smatra kako komunikacija sa slijepim osobama uopće nije otežana.

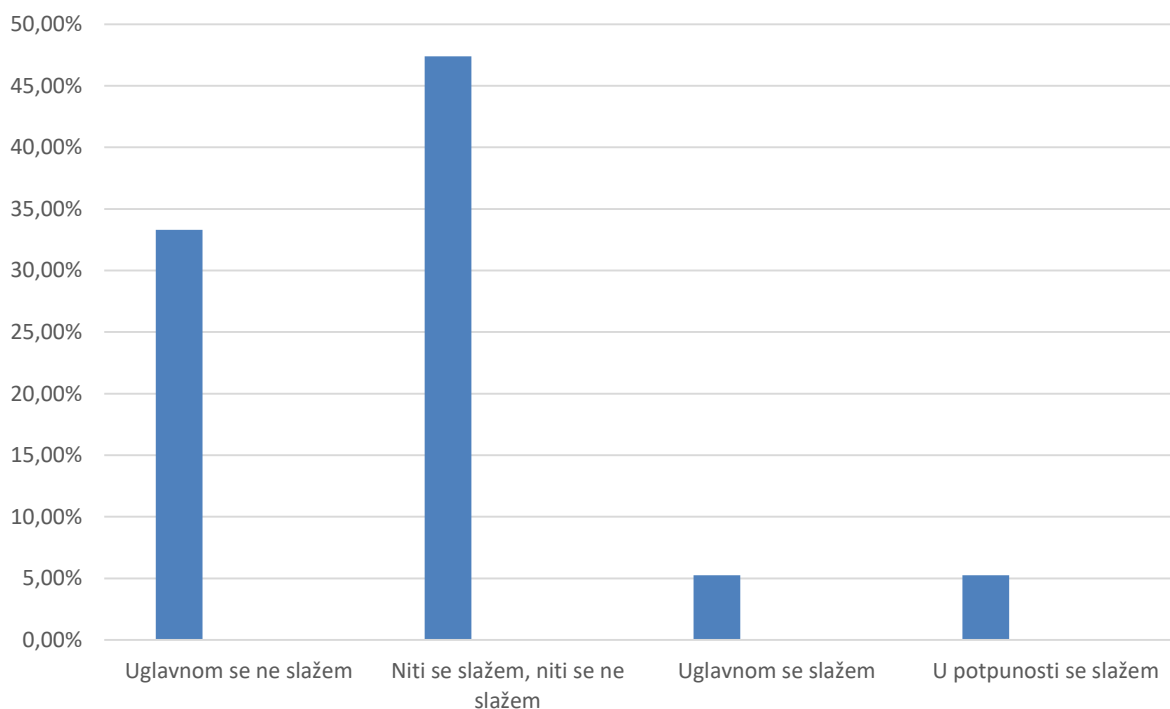
Distribucija o percepciji o poboljšanju komunikacije sa slijepim osobama prikazana je u grafikonu 4.



Grafikon 6.3.4. Odgovori na percepciju o poboljšanju komunikacije sa slijepim osobama.

Na pitanje „Smatrate li da se komunikacija sa slijepim osobama može poboljšati?“, 65,8% (N=73) ispitanika odgovorilo je „U potpunosti se slažem“, 23,4% (N=26) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, dok je 10,8% (N=12) ispitanika odgovorilo „Niti se slažem, niti se ne slažem“. Pozitivno je što najveći broj ispitanika, njih 65,8% (N=73) smatra kako se komunikacija sa slijepim osobama može u potpunosti poboljšati.

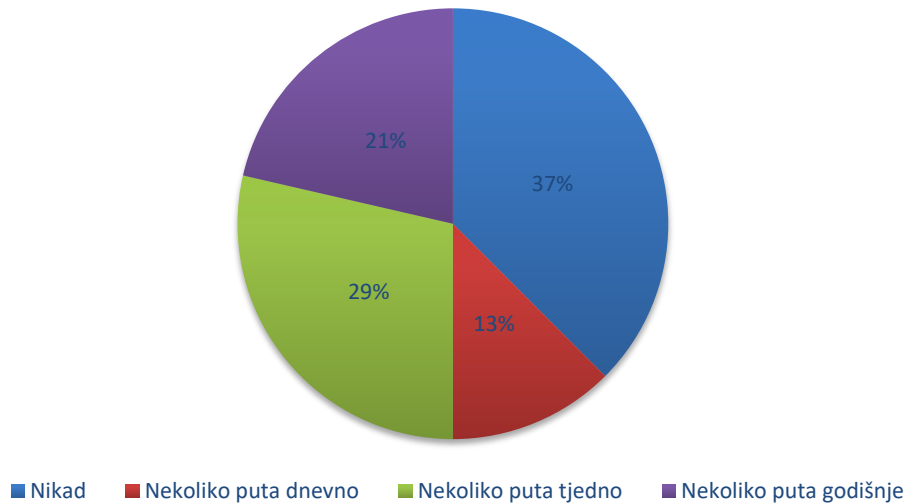
Distribucija o percepciji slijepih osoba o njihovom izostavljanju okoline iz razgovora prikazana je u grafikonu 5.



Grafikon 6.3.5. Percepcija slijepih osoba o njihovom izostavljanju okoline iz razgovora

Na pitanje „Ako ste slijepa osoba, osjećate li da se da Vas okolina izostavlja iz razgovora?“, 47,7% (N=27) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 33,3% (N=19) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, 8,8% (N=5) ispitanika odgovorilo je „Uopće se ne slažem“, dok je svega 3 ispitanika odgovorilo „Uglavnom se ne slažem“ i „U potpunosti se slažem“. Iz ovog grafikona možemo iščitati kako postoji problem u izostavljanju slijepim osoba iz razgovora i veći broj ispitanika toga je svjestan.

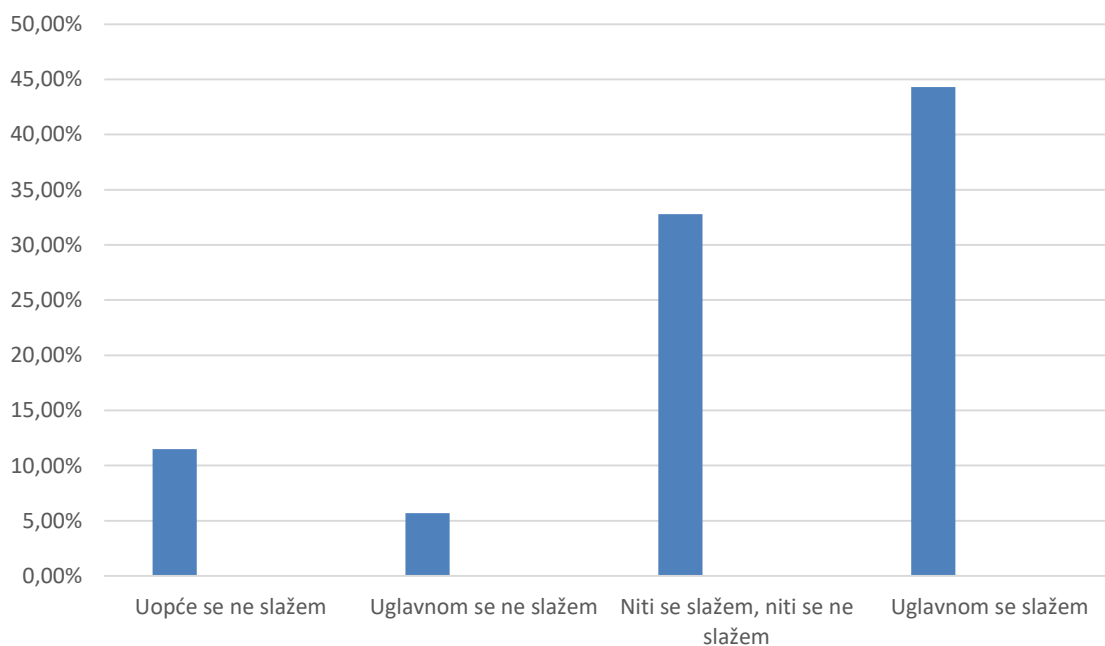
Prikaz učestalosti obraćanja okoline videćem pratitelju umjesto slijepoj osobi prikazan je u grafikonu 6.



Grafikon 6.3.6. Prikaz učestalosti obraćanja okoline videćem pratitelju umjesto slijepoj osobi

Na pitanje „Koliko puta Vam se dogodilo da se okolina obratila Vašem videćem pratitelju umjesto Vama oko postavljanja pitanja koja se tiču Vas?“, 37,5% (N=21) ispitanika odgovorilo je „Nikad“, 28,6% (N=16) ispitanika odgovorilo je „Nekoliko puta tjedno“, 21,4% (N=12) ispitanika odgovorilo je „Nekoliko puta godišnje“, dok je 12,5% (N=7) ispitanika odgovorilo „Nekoliko puta dnevno“. Ovaj grafikon nam pokazuje postojanost ispravnog pristupa slijepim osobama, gdje je njih čak 37,5% odgovorilo kako se ne susreće s problemima u komunikaciji kod obraćanja njima, a ne njihovom videćem partneru.

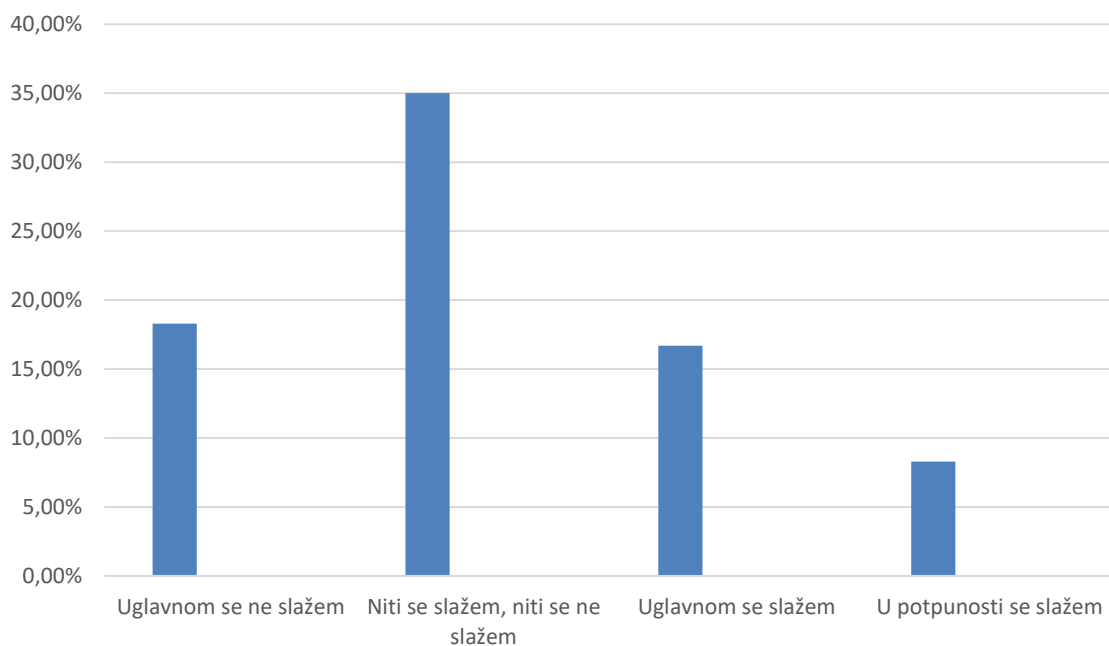
Način pristupa okoline slijepoj osobi prikazan je u grafikonu 7.



Grafikon 6.3.7. Način pristupa videćih osoba, slijepoj osobi

Na pitanje „Kada Vam se netko iz okoline obraća, radi li to tako da Vam najprije lagano dotakne rame ili nadlakticu?“, 44,3% (N=27) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, 32,8% (N=20) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 11,5 (N=7) ispitanika odgovorilo je „Uopće se ne slažem“, 6,6% (N=4) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se ne slažem“, a samo 4,9% (N=3) ispitanika je odgovorilo „U potpunosti se slažem“. Pozitivno je što je najveći broj ispitanika već upoznat s načinom pristupa slijepim osobama te to čine laganim dodirrom ramena ili nadlaktice.

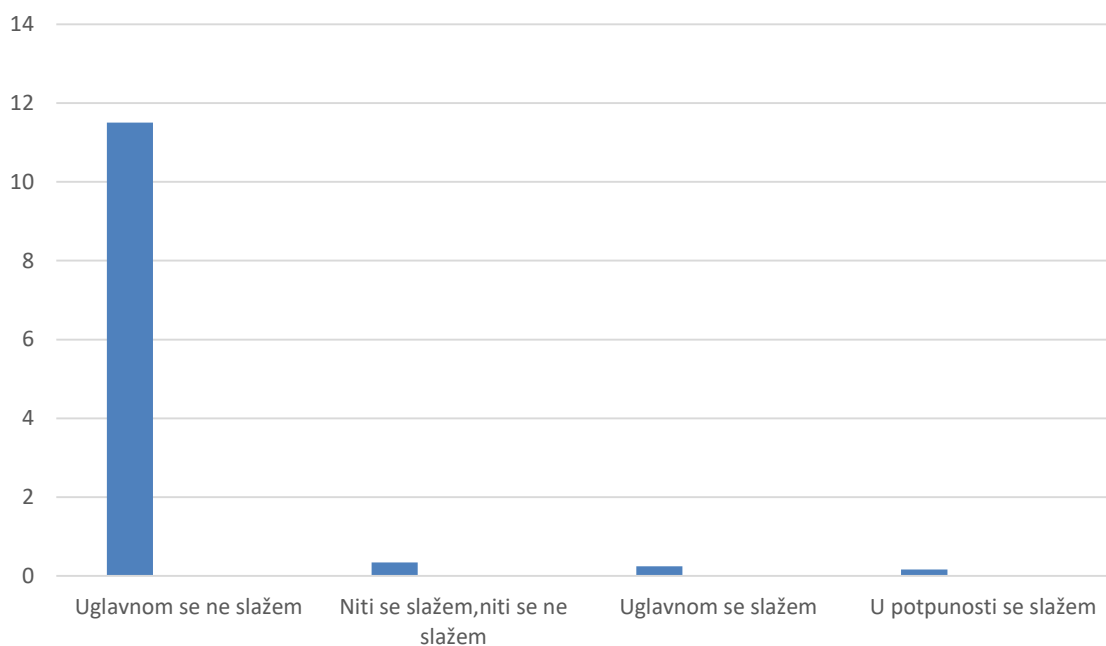
Prikaz odgovora na pitanje „Smeta li Vas kada Vam doktor uputi komentare koji spominju vid..“ vidljiv je u grafikonu 8.



Grafikon 6.3. 8. Prikaz postojanja smetnji kod upućivanja komentara koji uključuju vid, slijepoj osobi

Na pitanje „Smeta li Vas kada Vam doktor uputi komentare koji spominju vid, poput „Vidimo se uskoro“ ili „Pročitajte si uputu o lijeku““, 35% (N=30) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 21,7% (N=13) ispitanika odgovorilo je „Uopće se ne slažem“, 18,3% (N=11) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, 16,7% (N=10) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, dok je svega 8,3% (N=5) ispitanika odgovorilo „U potpunosti se slažem“. Prema podacima u grafikonu možemo vidjeti kako u najvećem postotku slijepim osobama ne smetaju komentari i izreke koje u sebi sadrže riječ „vid“.

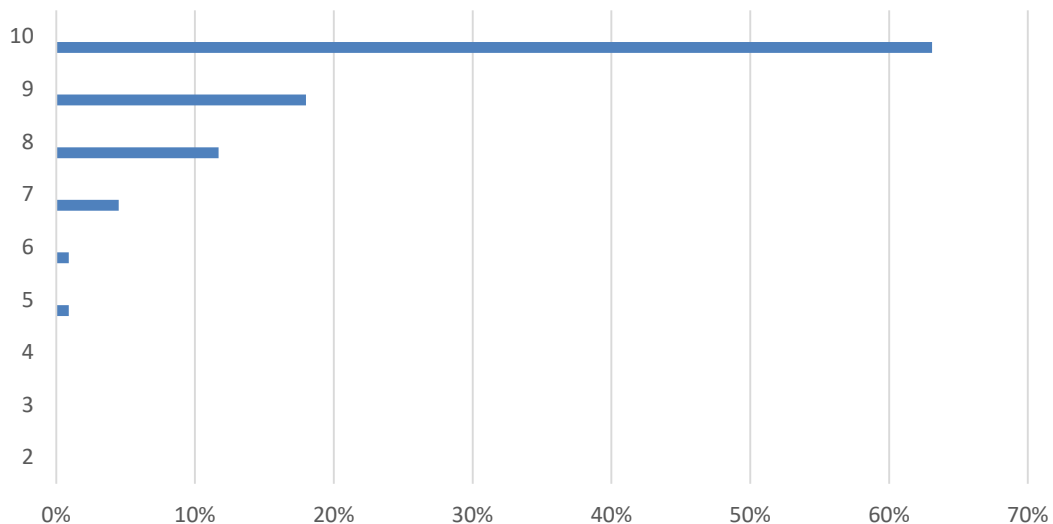
Percepcija neverbalne komunikacije kao prepreke bit će prikazana u grafikonu 9.



Grafikon 6.3.9. Percepcija neverbalne komunikacije kao prepreke

Na pitanje „Pružaju li Vam neverbalna komunikacija prepreku“, odgovorilo je 61 ispitanika, 34,4% (N=21) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 24,6% (N=15) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, 16,4% (N=10) ispitanika odgovorilo je „U potpunosti se slažem“, 13,1% (N=8) ispitanika odgovorilo je „Uopće se ne slažem“, dok je svega 11,5% (N=7) ispitanika odgovorilo „Uglavnom se ne slažem“. Prema dobivenim podacima zamjetan je podatak gdje slijepe osobe imaju poteškoća sa neverbalnom komunikacijom što je bilo i za očekivati.

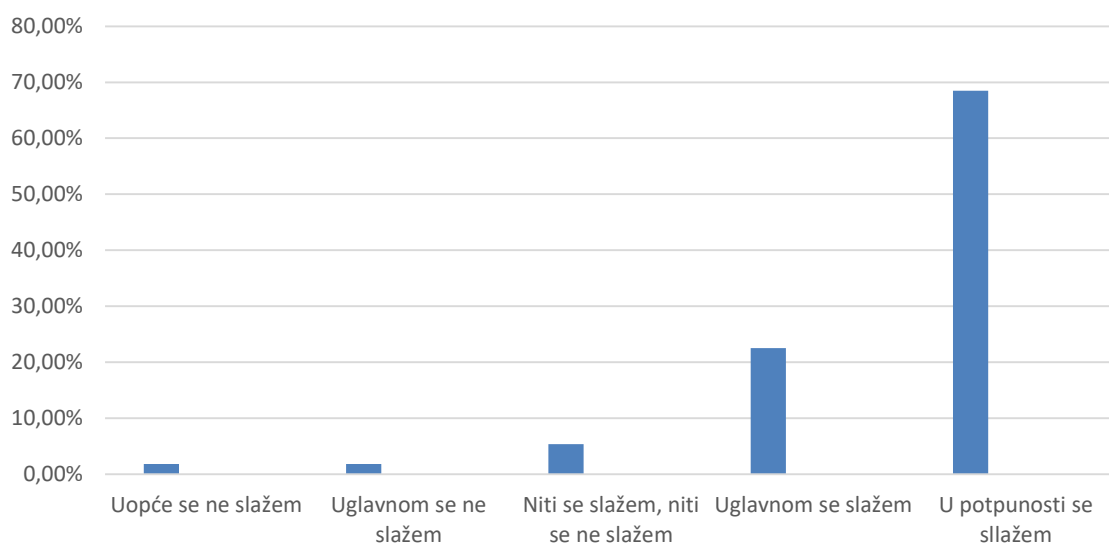
Distribucija važnosti kvalitetne komunikacije bit će prikazana u grafikonu 10.



Grafikon 6.3.10. Prikaz važnosti kvalitete komunikacije kod slijepih osoba

Na pitanje „Na skali od 1 do 10, koliko Vam je važna kvaliteta komunikacije?“, najveći broj ispitanika odgovorio je „10“, odnosno njih 63,1% (N=70), dok je samo jedna osoba (0,9%) važnost kvalitete komunikacije ocijenila s 1, stoga jasno možemo zaključiti kako je komunikacija iznimno bitna stavka u životu slijepih osoba.

Značaj edukacije videćih osoba o komunikaciji i pristupu slijepim osobama bit će prikazana u grafikonu 11.

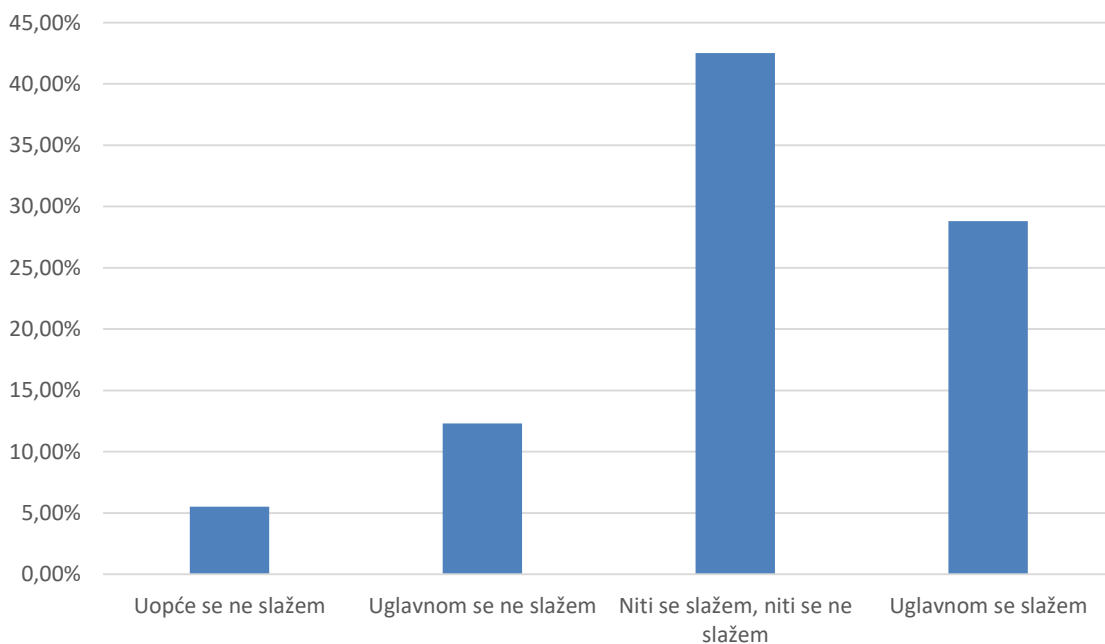


Grafikon 6.3.11. Značaj edukacije videćih osoba o komunikaciji i pristupu slijepim osobama

Na pitanje „Smatrate li da bi edukacija videćih osoba o komunikaciji i pristupu slijepim osobama bila značajna?, 68,5% (N=76) ispitanika odgovorilo je „U potpunosti se

slažem“, 22,5% (N=25) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se slažem“, 5,4% (N=6) ispitanika odgovorilo je „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 1,8% (N=2) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se ne slažem“, te su također 2 ispitanika odgovorila „Uopće se ne slažem“.

Distribucija osjećaja vrijednosti i samopoštovanja bit će prikazana u grafikonu 12.



Grafikon 6.3.12. Prikaz osjećaja manje vrijednosti i samopoštovanja uslijed loše komunikacije

Na pitanje „Osjećate li se manje vrijednim i utječe li loša komunikacija prema Vama na Vaše samopoštovanje?“ odgovorilo je 73 osoba, od čega je 42,5% (N=31) ispitanika odgovorio „Niti se slažem, niti se ne slažem“, 28,8% (N=21) ispitanika odgovorio je sa „Uglavnom se slažem“, 12,3% (N=9) ispitanika odgovorilo je „Uglavnom se ne slažem“, 11% (N=8) ispitanika odgovorilo je „U potpunosti se slažem“, dok je 5,5% (N=4) ispitanika odgovorilo „Uopće se ne slažem“. Ovaj graf prikazuje odnos utjecaja loše komunikacije na samopouzdanje gdje vidimo kako komunikacija ima izravan utjecaj na samopoštovanje čovjeka, uglavnom loše i niže.

Cilj istraživanja bio je saznati i dobiti bolji uvid u način komunikacije i odnos okoline prema slijepim osobama. Obradom podataka saznajemo da većina ispitanika smatra kako je komunikacija sa slijepim osobama otežana, međutim pozitivno je što vjeruju kako se ta ista komunikacija može poboljšati. Skoro polovina slijepih ispitanika se osjeća kako ih okolina

izostavlja iz razgovora i gotovo nikad im se ne događa da se okolina obraća njihovom videćem pratiocu. Okolina im se uglavnom obraća tako da im lagano dotaknu rame ili nadlakticu i neodlučni su smeta li im ili ne kada im se liječnik obraća s komentarima koji spominju vid. Više od polovine ispitanika izrazito je važna kvaliteta komunikacije i smatraju da bi edukacija videćih osoba o komunikaciji i pristupu slijepim osobama bila potrebna. Osjećaju li se manje vrijednima i o utjecaju komunikacije na njihovo samopoštovanje držali su se odgovora „niti se slažem, niti se ne slažem”.

6.4. Usporedna istraživanja

Istraživanje percepcije slijepih osoba o komunikaciji (2019) autora Smitha, J. i Jonesa, M., analiziralo je kako slijepe osobe percipiraju komunikaciju s vidljivim osobama te je utvrdilo da se ispitanici često osjećaju izostavljenima iz razgovora i da ih okolina često obraća videći većinu pratitelja umjesto njih [25].

Studija o utjecaju edukacije na komunikaciju sa slijepim osobama (2018) autora Browna, A. i Johnsona, B., istraživala je kako obuka i edukacija videćih osoba utječe na poboljšanje komunikacije sa slijepim osobama. Rezultati su jasno pokazali da su sudionici obuke znatno bolje razumjeli potrebe i preferencije slijepih osoba u komunikaciji [26].

Analiza iskustava slijepih osoba u svakodnevnoj komunikaciji (2017), autora Garcie, R. i Martineza, L., intervjuirala je slijepe osobe o njihovim iskustvima u komunikaciji s okolinom te je otkrila da su ispitanici često iznosili izazove s kojima se suočavaju, uključujući izostavljanje iz razgovora i neodgovarajuće ponašanje [27].

Istraživanje o percepciji kvalitete komunikacije s medicinskim osobljem (2016) autora Johnsona, C. i Davisa, S., fokusiralo se na percepciju slijepih pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim osobljem te je otkrilo da slijepi pacijenti često doživljavaju frustraciju zbog nedostatka pristupačne komunikacije u medicinskom okruženju [28].

Istraživanje o utjecaju tehnologije na komunikaciju slijepih osoba (2015) autora Wilsona, D. i Smitha, K., analiziralo je kako tehnološke inovacije, kao što su pametni telefoni i asistivni uređaji, utječu na poboljšanje komunikacije i neovisnosti slijepih osoba u svakodnevnom životu [29].

Istraživanje percepcije slijepih osoba o komunikaciji, zajedno s prethodnim istraživanjima provedenim tijekom razdoblja od 2015. do 2019. godine, otkriva nekoliko zajedničkih tema i sličnih nalaza. U istraživanju percepcije slijepih osoba o komunikaciji (2019) autora J.

Smitha, i M. Jonesa, analizirale su kako slijepe osobe percipiraju komunikaciju s vidljivim osobama i utvrdile da se ispitanici često osjećaju izostavljenima iz razgovora te da se njihova okolina često obraća viđenim pratiteljima umjesto njima. Studija o utjecaju edukacije na komunikaciju sa slijepim osobama (2018) autora A. Browna i B. Johnsona, istraživala je kako obuka i edukacija videćih osoba utječe na poboljšanje komunikacije sa slijepim osobama i jasno pokazala da su sudionici obuke znatno bolje razumjeli potrebe i preferencije slijepih osoba u komunikaciji. Analiza iskustava slijepih osoba u svakodnevnoj komunikaciji (2017), autora R. Garcie i L. Martineza, intervjuirala je slijepe osobe o njihovim iskustvima u komunikaciji s okolinom te otkrila da su ispitanici često iznosili izazove s kojima se suočavaju, uključujući izostavljanje iz razgovora i neodgovarajuće ponašanje. Istraživanje o percepciji kvalitete komunikacije s medicinskim osobljem (2016) autora C. Johnsona i S. Davisa, fokusiralo se na percepciju slijepih pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim osobljem i otkrilo da slijepi pacijenti često doživljavaju frustraciju zbog nedostatka pristupačne komunikacije u medicinskom okruženju. Istraživanje o utjecaju tehnologije na komunikaciju slijepih osoba (2015) autora D. Wilsona i K. Smitha, analiziralo je kako tehnološke inovacije, kao što su pametni telefoni i asistivni uređaji, utječu na poboljšanje komunikacije i neovisnosti slijepih osoba u svakodnevnom životu.

7. Zaključak

Komunikacija je jedan od važnih alata koji nam pomažu u povezivanju s ljudima. Bilo da je riječ o studentu, radno aktivnoj osobi ili osobi s invaliditetom, dobra komunikacija je ključna za naš napredak. Pravilna komunikacija nam može pomoći u rješavanju brojnih pitanja i problema. Zbog toga je važno znati kako se dobro komunicirati. Vještine komunikacije su bitne za naš razvoj kako bismo mogli komunicirati s drugima i uspješno prenijeti naše misli. Vjerujem da je komunikacija jednako važna za slijepe osobe kao i za ostale. Trebali bismo ih naučiti kako koristiti svoja druga osjetila, kao što su sluh, njuh i dodir, kako bi nadoknadili gubitak vida. Također, društvo bi trebalo uspostaviti posebne obrazovne programe za slijepe osobe kako bi im pružilo potrebna znanja i vještine za poboljšanje komunikacije. Vjerujem da se, ako je potrebno, slijepim osobama može pružiti kvalitetan sustav podrške kako bi postigle uspjeh i samostalnost u životu. Kroz ovaj rad sam naučila da postoje različiti uzroci sljepoće i oštećenja vida. Učinci oštećenja vida variraju od osobe do osobe, pa tako i način komunikacije. Cilj istraživanja, kao i samog rada, bio je saznati i bolje razumjeti načine komunikacije i stavove okoline prema slijepim osobama. Analizom prikupljenih podataka saznajemo da većina ljudi smatra da je komunikacija slijepim osobama izazovna, ali pozitivno je što vjeruju da se ta komunikacija može poboljšati. Zaključak provedenog istraživanja za komunikaciju sa slijepim osobama je da je važno biti svjestan njihovih specifičnih potreba i prilagoditi način komunikacije kako bi se osigurala uspješna interakcija. Komunikacija sa slijepim osobama zahtijeva jasnost, opisnost i strpljenje. Važno je koristiti verbalne informacije umjesto vizualnih referenci, pružiti podršku i biti osjetljiv na njihove potrebe. Pravilna komunikacija slijepim osobama može doprinijeti stvaranju inkluzivnog okruženja i osigurati da imaju jednake mogućnosti i pristup informacijama. Sestrinska praksa uključuje neposrednu brigu za pacijente, a sestra ili medicinska sestra može se susresti s osobama oštećenog vida tijekom svog rada, stoga je potrebno shvatiti osim zdravstvenih i socijalne probleme s kojima se susreću slijepe osobe, posebice u interakciji s okolinom koja nerijetko nije dobro educirana.

8.Literatura

- [1.] Michael Proulx, How blind people see the world, <https://www.bath.ac.uk/case-studies/how-blind-people-see-the-world/>
- [2.] K. Čupak, N. Gabrić, B. Cerovski i sur, Oftalmologija, Globus, Zagreb, 2004 .
- [3.] [Healthwise Staff](https://myhealth.alberta.ca/Health/pages/conditions.aspx?hwid=hw121946), Eye Anatomy and Function, 2022., <https://myhealth.alberta.ca/Health/pages/conditions.aspx?hwid=hw121946>
- [4.] Kellogg Eye Center, Anatomy of the Eye, 2022., <https://www.umkelloggeye.org/conditions-treatments/anatomy-eye>
- [5.] C. Michael., A. Mason, Journal of Neuroscience, 2016., DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1711-16.2016>
- [6.] J. Smythies, How the brain decides what we see, 2005., DOI: 10.1177/014107680509800106, PMID: 15632230, PMCID: PMC1079232
- [7.] B. Baarah, A. Shatnawi, B. Khatatbeh, Causes of Permanent Severe Visual Impairment and Blindness among Jordanian Population, 2018., DOI: 10.4103/meajo.MEAJO_202_16, PMID: 29899647, PMCID: PMC5974814.
- [8.] International Council of Ophthalmology, VISUAL STANDARDS, 2018., <https://web.archive.org/web/20090921162133/http://www.icoph.org/pdf/visualstandardsreport.pdf>.
- [9.] A. Nizami, C. Gulani, Cataract, 2022., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969521/>
- [10.] J. Jonas, T. Aung, Glaucoma, 2018., DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31469-1
- [11.] U. Shukla, K. Tripathy, Diabetic Retinopathy, 2023., PMID: 32809640
- [12.] [Alexey Portnov](https://hr-m.iliveok.com/health/uzroci-zamucenog-vida_129010i15994.html), Uzroci zamućenog vida, 2021., https://hr-m.iliveok.com/health/uzroci-zamucenog-vida_129010i15994.html
- [13.] F. Favier, H. Grandjean, National Academy of Sciences, Making Eye Health a Population Health Imperative (2016.), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK402367/#ref_000506
- [14.] M. Cupples, M. E. Hart, P. M. Johnston, [Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness](https://doi.org/10.1136/bmj.e542), 2012., DOI:10.1136/bmj.e542
- [15.] Andreja Radić, Verbalna i neverbalna komunikacija, 2020., <https://stampar.hr/hr/novosti/verbalna-i-neverbalna-komunikacija>
- [16.] Yourdictionary, Non-verbal Definition, <https://www.yourdictionary.com/non-verbal>

- [17.] Kendra Cherry, Very Well Mind, Types of Nonverbal Communication, <https://runway.airforce.gov.au/index.php/resources/link-article/types-nonverbal-communication>
- [18.] S. Shea: The Art of Understanding, Philadelphia, 1998.
- [19.] LJ. Radenčić: Neverbalna komunikacija, Zagreb, 2013.
- [20.] J. Jiménez, J. Olea, J. Torres, Biography of Louis Braille and invention of the braille alphabet. *Surv Ophthalmol.* 2009, str. 142-149
- [21.] J. Maciejewicz, D. Kopacz, Louis Braille (1809-1852) - inventor of the raised dots system. *Klin Oczna.* 2005., str. 739-743.
- [22.] R. Kadem, Povijesne napomene o Louisu Brailleu i razvoju točkastog pisanja: *Klin Monbl Augeneilkd.* 1977., str.154-157
- [23.] Ben Liubov, Communication skills in the blind, 2018., https://www.researchgate.net/publication/281784385_COMMUNICATION_SKILLS_IN_THE_BLIND
- [24.] Bobbie Johnson, Verbalna komunikacija, 2021., <https://bs.warbletoncouncil.org/comunicacion-verbal-243>
- [25.] J.Smith, M. Jones, Percepcija komunikacije slijepih osoba, *Časopis za komunikacijske studije*, 2019., str. 321-335.
- [26.] A. Brown, B. Johnson, B., Utjecaj obrazovanja na komunikaciju sa slijepim osobama, *Obrazovanje i komunikacijska istraživanja*, 2018., str.123-138.
- [27.] R. Garcia, L. Martinez, Analiza iskustava slijepih osoba u svakodnevnoj komunikaciji, *Journal of Inclusive Communication*, 2017., str. 567-582.
- [28.] C. Johnson, S. Davis, Percepcija kvalitete komunikacije s medicinskim osobljem među slijepim pacijentima, *Medicinski komunikacijski časopis*, str.45-58.
- [29.] D. Wilson, K. Smith, K., Utjecaj tehnologije na komunikaciju među slijepima, *Tehnološke i komunikacijske studije*, 2015., str. 412-427.

Popis slika

Slika 1.1. Prikaz anatomije oka, https://webtribune.rs/sprecite-gubitak-vida-i-bolesti-oka-sa-ovim-receptom/	2
Slika 1.1.1.Prikaz vanjskih očnih mišića gledano s bočne strane, http://www.ordinacijamilanpavic.hr/zdravlje-za-cijeli-organizam/20-frontpage/314-anatomija-i-fiziologija-oka	2

Prilog

1.Spol

- Muško
- Žensko

2.Dob

- 18-15
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- >66

3.Smatrate li da je komunikacija sa slijepim osobama otežana?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

4.Smatrate li da se komunikacija sa slijepim osobama može poboljšati?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

5.Ako ste slijepa osoba, osjećate li se da Vas okolina izostavlja iz razgovora?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

6.Koliko puta Vam se događa da se okolina obraća Vašem videćem pratitelju umjesto Vama oko postavljanja pitanja koja se tiču Vas?

- Nikada
- Nekoliko puta dnevno
- Nekoliko puta tjedno
- Nekoliko puta godišnje

7. Kada Vam se netko iz okoline obraća, radi li to tako da Vam najprije lagano dotakne rame ili nadlakticu?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

8. Smeta li Vas kada Vam doktor uputi komentare koji spominju vid, poput " Vidimo se uskoro", " Pročitajte si upute o lijeku kod kuće"?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

9. Pruža li Vam neverbalna komunikacija prepreku?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

10. Na skali od 1-10, koliko Vam je važna kvaliteta komunikacije?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

- 9
- 10

11.Smatrate li da bi edukacija videćih osoba o komunikaciji i pristupu slijepim osobama bila značajna?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem

12.Osjećate li se manje vrijednim i utječe li loša komunikacija prema Vama na Vaše samopoštovanje?

- Uopće se ne slažem
- Uglavnom se ne slažem
- Niti se slažem, niti se ne slažem
- Uglavnom se slažem
- U potpunosti se slažem



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, INES MARINKOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ines Marinković
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, INES MARINKOVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sljepoća i komunikacija sa sljepim osobama (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ines Marinković
(vlastoručni potpis)