



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

ΓΕΩΡΓΟΓΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ  
ΤΣΑΜΑΣΦΥΡΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

Αυγέρη Νικολέττα  
Ψυχολόγος – Γνωσιακή Ψυχοθεραπεύτρια

ΑΙΓΙΟ, 2014

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερος την υπεύθυνη καθηγήτριά μας για την πολύτιμη συνεργασία της και τις συμβουλές της.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, παράρτημα ΑΤΕΙ Αιγίου κατά το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2013- 2014. Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με προβλήματα όρασης.

Η υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής αυτής εργασίας και εισηγήτρια, Κα.Αυγέρη Νικολέττα μέσα από τη συχνή επικοινωνία της μαζί μας, χάραξε την πορεία για την εκπόνηση αυτής της εργασίας μέσα από μελέτη επιστημονικών κειμένων και ευελπιστούμε ότι το περιεχόμενο της πτυχιακής έχει καλύψει τα περισσότερα σημεία του θέματος τόσο από την ξένη όσο και από την ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Το χρονικό διάστημα εκπόνησης της εργασίας αυτής, συνέπεσε με άλλες υποχρεώσεις μας και θέλουμε να αναφέρουμε ότι η κατανόηση και η υπομονή των ανθρώπων του περιβάλλοντός μας αποτέλεσε σημαντικό σημείο στήριξης ώστε να ανταποκριθούμε σε όλες τις υποχρεώσεις μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή έχει ως θέμα τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ατόμων με προβλήματα όρασης. Σκοπός του θέματος είναι η αναζήτηση και η καταγραφή των προβλημάτων αυτών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία ιστορική αναδρομή των εννοιών της υγείας και της ασθένειας. Περιγράφεται επίσης το βιοιατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στην τύφλωση και την χαμηλή όραση. Αναλύονται τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα όρασης που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και τύφλωση.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία προκλήθηκαν λόγω των προβλημάτων όρασης. Επίσης αναφέρονται και οι σχέσεις των ατόμων αυτών με τον περίγυρο του.

Τέλος στο τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται η πρόληψη και η αντιμετώπιση των τυφλών από διάφορους φορείς.

## **ABSTRACT**

The purpose of this Thesis is the research and findings of these problems.

The first chapter is a historical overview of the concepts of health and disease. It also describes the biomedical and the biopsychosocial model of health.

The second part refers to blindness and low vision. Analyzed as the most common and serious vision problem which can even cause blindness.

The third chapter analyzes the psychosocial problems which can be caused by visual impairment. Furthermore, the rapport these people have with their surroundings.

Finally, the last chapter discusses the prevention and treatment of the blind by different people.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
---------------	---

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	2
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	2
1.3.ΤΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	3
1.4. ΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	6
1.5. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ.....	9

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΑΣΗΣ.....	11
2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΟΡΑΣΗΣ.....	11
2.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	12
2.4. ΤΥΦΛΩΣΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΟΡΑΣΗ .....	12
Αίτια τύφλωσης και χαμηλής όρασης.....	13
Συμπτώματα τύφλωσης και χαμηλής όρασης .....	16
2.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ .....	16
2.5.1. ΥΠΕΡΜΕΤΡΩΠΙΑ.....	16
Αίτια υπερμετροπίας.....	16
Συμπτώματα υπερμετροπίας.....	17
2.5.2. ΜΥΩΠΙΑ.....	17
Αίτια μυωπίας.....	17
Συμπτώματα μυωπίας.....	19
2.5.3. ΑΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	19
Αίτια αστιγματισμού.....	19
Συμπτώματα αστιγματισμού.....	20
2.5.4. ΠΡΕΣΒΥΩΠΙΑ.....	20
Αίτια πρεσβυωπίας.....	20
Συμπτώματα πρεσβυωπίας.....	21
2.5.5. ΑΣΘΕΝΙΕΣ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΑΣ.....	21
Αίτια παθήσεων της ωχράς κηλίδας.....	21
Συμπτώματα παθήσεων της ωχράς κηλίδας.....	22
2.5.6. Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ STARGARDT.....	23
Συμπτώματα νόσου Stargardt.....	23
2.5.7. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ.....	23
Αίτια διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.....	23
Συμπτώματα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.....	24
2.5.8. ΜΕΛΑΧΡΩΣΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ.....	24
Συμπτώματα μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας.....	25
2.5.9. ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ.....	25

Αίτια οπτικής ατροφίας.....	25
Βασικά σημεία και συμπτώματα.....	26
2.5.10. ΓΛΑΥΚΩΜΑ.....	26
Αίτια γλαυκώματος.....	27
Συμπτώματα γλαυκώματος.....	27
2.5.11. ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ.....	28
Αίτια καταρράκτη.....	28
Συμπτώματα καταρράκτη.....	28
2.5.12. ΑΛΦΙΣΜΟΣ Ή ΑΛΜΠΙΝΙΣΜΟΣ.....	29
Συμπτώματα αλφισμού.....	29
2.5.13 ΝΥΣΤΑΓΜΟΣ.....	30
Αίτια νυσταγμού.....	30
Συμπτώματα νυσταγμού.....	31
2.5.14. ΑΝΙΡΙΔΙΑ.....	31
Αίτια ανιριδίας.....	31
Συμπτώματα ανιριδίας.....	31
2.5.15. ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ.....	32
Αίτια αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς.....	32
Συμπτώματα αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς.....	33
2.5.16. ΗΜΙΑΝΟΨΙΕΣ.....	33
Αίτια ημιανοψίας.....	33
Συμπτώματα ημιανοψίας.....	34
2.5.17. ΑΜΒΛΥΩΠΙΑ.....	34
Αίτια αμβλυωπίας.....	35
Συμπτώματα αμβλυωπίας.....	35
2.5.18. ΤΡΑΧΩΜΑ.....	36
Αίτια τραχώματος.....	36
Συμπτώματα τραχώματος.....	36
2.5.19 ΞΗΡΟΦΘΑΛΜΙΑ.....	37
Αίτια ξηροφθαλμίας.....	37
Συμπτώματα ξηροφθαλμίας.....	37
2.5.20. ΤΡΑΥΜΑΤΑ.....	38
Αίτια οφθαλμικών τραυμάτων.....	38
Άλλες λιγότερο συχνές μετατραυματικές καταστάσεις.....	39

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

3.1. Ο ΟΡΟΣ «ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ».....	40
3.2 .ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	40
3.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ.....	42
Ηλικία εμφάνισης της τύφλωσης ή της χαμηλής όρασης, εκγενετής & μεγαλύτερης ηλικίας.....	42
3.4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ .....	43

Προβλήματα όρασης κατά την βρεφική, νηπιακή και προσχολική περίοδο και η διαμόρφωση της ταυτότητας.....	44
Προβλήματα όρασης κατά την σχολική περίοδο και η διαμόρφωση της ταυτότητας.....	46
Προβλήματα όρασης κατά την εφηβική περίοδο και διαμόρφωση ταυτότητας.....	46
Αυτό-αντίληψη, αυτό-εικόνα, αυτό-εκτίμηση ατόμων με προβλήματα όρασης.....	47
Αυτοεκτίμηση εφήβων με προβλήματα όρασης και κατάθλιψη.....	49
<b>3.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ.....</b>	<b>50</b>
Οικογενειακές σχέσεις των παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης.....	50
Ο ρόλος του σχολείου.....	52
Φιλικές σχέσεις παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης.....	52
Κινητικότητα και κοινωνικοποίηση παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης.....	52
<b>3.6. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ.....</b>	<b>53</b>
Αντιμετώπιση από τους βλέποντες.....	54
Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης.....	55
<b>3.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....</b>	<b>56</b>
Συνέπειες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο άτομο με πρόβλημα όρασης.....	57
<b>3.8. Η ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ</b>	
Η 3 <sup>ο</sup> βάρθμια εκπαίδευση.....	58
Η επαγγελματική αποκατάσταση.....	59
<b>3.9. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 3Η ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>59</b>
Προβλήματα όρασης στην 3η ηλικία και κατάθλιψη.....	60

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΤΥΦΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

<b>4.1. ΠΡΟΛΗΨΗ.....</b>	<b>62</b>
Επίπεδα πρόληψης .....	62
Προϋποθέσεις για καλύτερη κοινωνική ένταξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	63
Ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία.....	63
Κοινωνική αφύπνιση.....	63
Ιατρική φροντίδα.....	64
Αποκατάσταση.....	64
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	64
Οι νόμοι για τους τυφλούς.....	65
Πρόληψη για την τύφλωση.....	65
<b>4.2. ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....</b>	<b>66</b>



<b>4.3 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΡΑΦΗΣ</b>	
<b>BRAILLE</b> .....	67
Βοηθήματα χαμηλής όρασης .....	67
Σύστημα γραφής Braille.....	68
<b>4.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ</b> .....	69
Η μετακίνηση των τυφλών στο δρόμο.....	69
Η χρήση του λευκού μπαστουνιού.....	70
Χρήση σκύλων - οδηγών.....	71
Οδηγός όδευσης τυφλών .....	72
Οδική σήμανση.....	72
<b>4.4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ</b>	
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	72
<b>4.5.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b> .....	74
Κοινωνική Εργασία, Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία.....	76
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	79
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	81
<b>ΛΙΣΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ</b> .....	82

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή αυτή έχει ως θέμα τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ατόμων με προβλήματα όρασης. Έχει ανασκοπητικό χαρακτήρα και εντάσσεται στο πεδίο των Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Η επιλογή του θέματος έχει να κάνει με την πρωτοτυπία του και ότι δεν έχει μελετηθεί αρκετά.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να περιγραφούν τα πιο σοβαρά και συχνά οφθαλμικά προβλήματα, καθώς και οι επιπτώσεις που έχουν στην ψυχική και κοινωνική ζωή του ασθενούς.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιγράφεται η ιστορική αναδρομή, ο ορισμός των όρων ασθένεια και υγεία, η ανάλυση των δύο μοντέλων υγείας, του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού καθώς και ο ρόλος της Ψυχολογίας της Υγείας. Στην συνέχεια, στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρονται τα προβλήματα όρασης που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και τύφλωση. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρονται τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ασθενής ανάλογα με την ηλικία του καθώς και η αντιμετώπιση από το κοινωνικό του περιβάλλον. Στο 4<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται η πρόληψη καθώς και η αποκατάσταση των προβλημάτων των ατόμων αυτών.

Με την ολοκλήρωση της εργασίας, ο αναγνώστης, έχει ενημερωθεί τουλάχιστον για τα πιο σοβαρά προβλήματα του οφθαλμού και τα πιθανά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται λόγω των προβλημάτων όρασης.

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και αποτελεί τροφή για σκέψη για περαιτέρω διερεύνηση επί του θέματος.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ένας από τους στόχους αυτής της εργασίας είναι να αναλυθούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ανθρώπων που παρουσιάζουν προβλήματα όρασης. Πριν όμως από αυτό, στο κεφάλαιο που ακολουθεί αναλύονται βασικές έννοιες όπως το τι ορίζεται υγεία και τι ορίζεται ασθένεια. Στον τομέα της ψυχολογίας ένας σημαντικός κλάδος είναι η «Ψυχολογία της Υγείας», όπου περιγράφεται στη συνέχεια του κεφαλαίου. Ανά τα χρόνια πολλές απόψεις έχουν ειπωθεί και πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί για το τι ορίζεται υγεία, από τι εξαρτάται, κ.λ.π. Οι πιο σύγχρονες απόψεις περί του θέματος αναλύονται εδώ.

## 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο όρος «υγεία» εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Αυτό διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986). Υπάρχει δυσκολία στο να οριστεί η υγεία και η ασθένεια διότι εκτός από βιολογικούς παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν το περιβάλλον, οι πολιτισμικές και οι κοινωνικές αξίες καθώς και οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων. Από την άλλη η ασθένεια αποτελεί μια προσωπική σωματική εμπειρία κυρίως, οπότε είναι αναγκαίο να προσδιοριστούν η φύση των κοινωνικών και πολιτιστικών παραμέτρων αυτής της εμπειρίας και οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων. (Σωτηριάδη και συν., 2011).

Η υγεία ως μία κοινωνική αντίληψη ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτισμικές διαφορές, τις ιδέες, τις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία. Επηρεάζεται από τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίasma) καθώς και από τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία (Τούντας, 2002. Σωτηριάδη και συν., 2011).

## 1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από τις πρώτες αναφορές που έχουν καταγραφεί, η έννοια της υγείας συναντάται στην αρχαία Ελλάδα. Σύμφωνα με την αρχαία ελληνική μυθολογία, η Υγεία ήταν η σύζυγος ή η κόρη του Ασκληπιού και της Ηπιόνης και αντιπροσωπεύει τη σωματική και ψυχική ευεξία καθώς και τη θεότητα κάθε καθαρού πράγματος. Παρόλο που ο Ασκληπιός συνδέεται άμεσα με την θεραπεία των ασθενειών, η θεά συνδέθηκε με την πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση της κατάστασης της υγείας. Αδελφές της ή κόρες της θεάς ήταν η Ιασώ, η Πανάκεια και η Αίγλη (Σκληράδες). Η Ιασώ αντιπροσώπευε την θεραπεία, η Πανάκεια θεωρούταν ικανή να θεραπεύσει κάθε νόσο και η Αίγλη εκπροσωπούσε τη λάμψη και την μεγαλοπρέπεια (Γουρνιεζάκη, 2007).

Μετά τη μυθολογία, τον 5<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα ο Ιπποκράτης υποστηρίζει πως η υγεία είναι αποτέλεσμα των τεσσάρων χυμών του σώματος: κίτρινη χολή, μέλαινα χολή, αίμα και φλέγμα (Καραδήμας, 2005). Το αίμα ανταποκρινόταν στον «αιματώδη» και αισιόδοξο τύπο του ανθρώπου. Το φλέγμα, ανταποκρινόταν στο «φλεγματικό» τύπο ο οποίος χαρακτηριζόταν από ηρεμία και πραότητα. Τη κίτρινη χολή, που διέκρινε το «χολερικό», δηλαδή τον ανήσυχο ή θυμώδη χαρακτήρα. Και τη μαύρη χολή, που

ανταποκρινόταν στο «μελαγχολικό» ή καταθλιπτικό τύπο ανθρώπου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Ο Ιπποκράτης προώθησε την έννοια της πρόληψης. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη για να διατηρηθεί η υγεία απαιτείται μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, και αναγνώριζε ότι κάθε άνθρωπος διαθέτει αυτό – θεραπευτικές ικανότητες που συμβάλουν στην αποκατάσταση της υγείας του όταν αυτή διαταράσσεται. Ο Ιπποκράτης είχε υιοθετήσει μια εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος υγείας, διότι θεωρούσε ότι ο οργανισμός κάθε αρρώστου αντιδρά διαφορετικά στη νόσο και επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ζωής του ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Τα κύρια σημεία της ιπποκράτειας φιλοσοφίας καλλιεργήθηκαν στην αρχαία Κίνα στα πλαίσια ενός διαφορετικού πολιτιστικού περιβάλλοντος (Capra, 1982). Σύμφωνα με τους Κινέζους οι αρρώστιες εκδηλώνονται όταν η ισορροπία του ανθρώπινου οργανισμού διαταράσσεται λόγω των εποχιακών μεταβολών, του κακού διαιτολογίου, της έλλειψης άσκησης, καθώς και εξαιτίας συναισθηματικών διαταραχών και δυσαρμονικών σχέσεων ανάμεσα στην οικογένεια και στην κοινότητα. Η αρρώστια ήταν πολυπαραγοντική, η παράγοντες αυτοί προκαλούσαν κατά περιόδους μια γενικότερη δυσαρμονία ή ανισορροπία, ενώ παράλληλα αναγνωριζόταν η έμφυτη τάση του οργανισμού να επανέρχεται σε μια δυναμική κατάσταση ισορροπίας. Η αρχαία κινεζική ιατρική απέβλεπε στην πρόληψη της ανισορροπίας. Όσο ο πελάτης ήταν υγιής, ο γιατρός αμειβόταν και σταματούσε η αμοιβή του μόλις αρρώσταινε. Όταν ο γιατρός, σε περίπτωση ασθένειας, παρέμβαινε, αυτό δεν γινόταν για την απόλειψη των συμπτωμάτων, αλλά για την καταγραφή της συνολικής κατάστασης νου και σώματος σε σχέση με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. Θεραπευτικές τεχνικές όπως το μασάζ και ο βελονισμός, αποσκοπούσαν στην ενεργοποίηση του οργανισμού, ώστε να ακολουθήσει την έμφυτη τάση της επιστροφής του σε μια κατάσταση ισορροπίας.

Τον 17<sup>ο</sup> αιώνα η ιατρική αναγνωρίστηκε λόγω των επιτευγμάτων της. Εκείνη την περίοδο εγκαταλείφθηκε η άποψη ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχής και του σώματος διότι θεωρήθηκε μη επιστημονική. Σύμφωνα με το Καρτέσιο (Γάλλος φιλόσοφος) ξεχωριστή οντότητα αποτελούσε η ψυχή που ήταν παράλληλη με το σώμα αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

### **1.3. ΤΟ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται σε ένα βαθμό στα λεγόμενα του Καρτεσίου, ο οποίος στήριζε το γεγονός ότι το ανθρώπινο σώμα λειτουργεί ως 'μηχανή' αφού αναλυθούν τα τμήματα από όπου αποτελείται. Όταν αυτή η «οργανική μηχανική» δεν λειτουργεί φυσιολογικά το άτομο είναι άρρωστο, τότε το προσωπικό υγείας έχει τον ρόλο να περιορίζεται στην επιδιόρθωση της δυσλειτουργίας ενός τμήματος της. Ακόμη και από την εποχή του Καρτεσίου δόθηκε προσοχή αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη η οποία ήταν στραμμένη στην μελέτη των οργάνων και της λειτουργίας του σώματος υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας. Το αποτέλεσμα αυτών κατά των 19<sup>ο</sup> αιώνα ήταν να γίνουν σημαντικά βήματα στον χώρο της βιολογίας, στον χημικό και φυσικό κλάδο. Ο Γάλλος Louis Pasteur ο οποίος είναι γνωστός μέσα από τις έρευνες που ανακάλυψε και απομόνωσε μικρόβια που ήταν αιτία για μεταδοτικές ασθένειες. Μέσω της «μικροβιακής θεωρίας» υποστήριξε ότι κάθε αρρώστια οφείλεται στη δράση συγκεκριμένων μικροοργανισμών. Η άποψη το ότι μια πάθηση οφείλεται σε έναν

κυρίως παράγοντα ήταν απόλυτα ευθυγραμμισμένη με την καρτεσιανή λογική. Σύμφωνα με αυτό όταν εντοπιζόταν αυτό ο παράγοντας, τότε θα μπορούσε να διαγνωστεί η βλάβη ή η δυσλειτουργία σε οργανικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας «κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα ή πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία», αρκεί να βρεθεί η αιτία έτσι ώστε να εξηγηθεί το οργανικό φαινόμενο. Ο τρόπος αυτός όμως, δεν μπόρεσε να προσφέρει απαντήσεις σε αρκετά ερωτήματα όπως το πώς είναι δυνατόν να μην εκτίθενται όλα τα άτομα σε επιδημίες γρίπη, χολέρας, τύφος κ.τ.λ.. Ο Claude Bernard προσπαθώντας να εξηγήσει αυτό το φαινόμενο υποστήριξε πως το εσωτερικό περιβάλλον του αρρώστου είναι αυτό που παίζει καθοριστικό ρολό για την εκδήλωση μιας αρρώστιας. Έτσι, η μειωμένη αμυντική ικανότητα του ατόμου, αποτελεί πιθανολογική αιτία για να αρρωστήσουν.

Στα μέσα του 19<sup>ο</sup> αιώνα, ο Rudolf Virchow (Γερμανός γιατρός) διερεύνησε τη συμβολή των κοινωνικών-οικονομικών παραγόντων στην ανάπτυξη της αρρώστιας. Παρατηρήθηκε από Rudolf Virchow λοιπόν, ότι στα χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα ήταν ιδιαίτερη διαδεδομένη η επιδημία του τύφου και μελετήθηκαν οι επιπτώσεις που είχαν οι κοινωνικές και εργασιακές συνθήκες στην υγεία ενός πληθυσμού. Ο Birch μαζί με άλλους Γάλλους και Γερμανούς συναδέλφους του, δημιούργησε το κίνημα της «κοινωνικής ιατρικής». Το κίνημα αυτό άρχισε να ερευνά τη συμβολή των αντίξοων κοινωνικών συνθηκών, στην ανάπτυξη της αρρώστιας και γενικότερα στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του συγκεκριμένου πληθυσμού. Αυτό όμως αποδυναμώθηκε γρήγορα, λόγω της επικράτησης του βιοϊατρικού μοντέλου το οποίο στηρίζεται στο βιολογικό επίπεδο και παραμερίζει τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν και αυτοί την ανάπτυξη αλλά και την αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Παρόλα αυτά το μοντέλο αυτό είχε σημαντικό ρόλο στη πρόοδο της ιατρικής. Η φαρμακοθεραπεία αναπτύχθηκε λόγω των λεπτομερών γνώσεων για τις βιολογικές λειτουργίες στο κυτταρικό και μοριακό επίπεδο. Στην αρχή ανακαλύφθηκαν εμβόλια για μικροβιακές ή βακτηριακές παθήσεις και στη συνέχεια εμβόλια για ιογενείς αρρώστιες. Η ανακάλυψη της πενικιλίνης ήταν αυτή που καθιέρωσε την χρήση των αντιβιοτικών, ενώ στη δεκαετία του '50 διαδόθηκαν τα ψυχοφάρμακα, τα οποία αντικαθιστούσαν τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ, και μείωσαν τον χρόνο παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία. Επίσης, με την ανακάλυψη της κορτιζόνης σημειώθηκε επιτυχία στο τομέα της ενδοκρινολογίας, όπως και με την ινσουλίνη όπου βοήθησε να σωθούν αναρίθμητοι διαβητικοί από τις επιπλοκές της αρρώστιας. Επιπρόσθετα εξελίχθηκε ο τομέας της χειρουργικής λόγω της εφαρμογής μέτρων αντισηψίας, της αντικαταστάσεως κατεστραμμένων οστών και ιστών με τεχνητά υλικά και της μεταμόσχευσης ζωτικών οργάνων.

Τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, οι σημαντικές κατακτήσεις της ιατρικής, είχαν ως αποτέλεσμα στο να αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου και στο να εξαφανιστούν ορισμένα προβλήματα υγείας, ενώ παράλληλα μειώθηκε και η περιγεννητική και βρεφική θνησιμότητα. Όμως νέα προβλήματα υγείας ανέκυψαν από αρρώστιες που δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες, αλλά χρόνιες. Η πρόοδος αυτή είχε και την αρνητική της πλευρά στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης, αλλά και στην ποιότητα ζωής του αρρώστου. Το γεγονός ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν μπορούσε να παρακολουθεί διαρκώς της αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης, οδήγησε στην ανάπτυξη ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να στραφεί το ενδιαφέρον κάθε «ειδικού» στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή στο σύνολο του.

Σύμφωνα με τον Ωραιόπουλο (1984), «όσο αυξάνεται η ευθύνη του (ειδικού)

απέναντι στον άρρωστο για την ορθή εκτέλεση της αποστολής του στον εξειδικευμένο και, ταυτόχρονα, περιορισμένο τομέα των γνώσεων του, όσο μειώνεται και η υποχρέωση του προς το συνολικό πρόβλημα που δημιουργεί μια οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση σε μια συγκεκριμένη ανθρώπινη ύπαρξη ».

Ένα ακόμη πρόβλημα που προέκυψε είχε να κάνει με την ποιότητα ζωής η οποία δεν παρέχεται από τα τεχνητά μέσα. Για παράδειγμα όταν σώζεται η ζωή ενός ασθενή λόγω κάποιου σοβαρού προβλήματος, ο ασθενής μαθαίνει να ζει με αυτό είτε με μια βαριά σωματική ή πνευματική αναπηρία, είτε με το να παραμένει ζωντανός μέσω τεχνητών μέσων, σε κώμα. Αυτό μπορεί να διαρκέσει για αρκετές μέρες έως και μήνες και οι ψυχολογικές επιπτώσεις επηρεάζουν όλη την οικογένεια, ενώ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να αντιμετωπίσει τους προσωπικούς προβληματισμούς και τα νέα ηθικά διλήμματα. Άλλο ένα μειονέκτημα κατά την πρόοδο τις ιατρικής επιστήμης είναι η αύξηση των «αυτογενών νόσων» τα οποία δημιουργούνται από την κακή χρήση φαρμάκων ή μηχανών. Σε αυτή την περίπτωση μεγάλος κίνδυνος προκαλείται από την προκαλεί η υπερβολική χρήση φαρμάκων, τα οποία κάποιες φορές χορηγούνται χωρίς ιδιαίτερη ιατρική παρακολούθηση.

Το κάθε ένα ξεχωριστά από τα παραπάνω που προαναφέρθηκαν προβληματίζει εκ νέου εργάζονται σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, αναγκάζοντας τους να ξανασκεφτούν την ιδεολογική προσέγγιση στα θέματα υγείας. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, δεν εξηγεί ψυχοσωματικές αρρώστιες και ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η πρόγνωση είναι βαριά. Επίσης, όταν αποκαθίσταται μια οργανικής δυσλειτουργίας δεν σημαίνει πάντοτε ότι αποκαθίσταται και η υγεία, λόγω του παραγκωνισμού ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που μπορεί να συμβάλουν στην επανεμφάνιση μιας νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής.

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι κάθε αποτέλεσμα (ασθένεια) έχει μια συγκεκριμένη αιτία (τραυματισμό, λοίμωξη, κλπ). Το μοντέλο αυτό στηρίζεται καθαρά στην επιστήμη της μοριακής βιολογίας, στη θεωρία των συστημάτων και την ιεραρχική οργάνωση, αποκλείοντας κάθε ψυχοκοινωνικό παράγοντα ως αίτιο για κάποια ασθένεια. Μάλιστα, υποστηρίζει ότι και οποιαδήποτε ψυχική παρέκκλιση μπορεί να εξηγηθεί με βάση κάποια σωματική ανωμαλία (νευρολογικές ή/και νευροφυσιολογικές διαταραχές) (Engel, 1977).

Σύμφωνα λοιπόν με το βιοϊατρικό μοντέλο η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Την φυσιολογική λειτουργία καθορίζουν οι επιδημιολογικοί δείκτες και οι βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό». Το «φυσιολογικό» προσδιορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με την ασθένεια είτε σε σχέση με τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή διάφορων βιολογικών παραμέτρων. Όμως, το φάσμα των διαφοροποιήσεων στο ανθρώπινο είδος δε διευκολύνει τον ορισμό του «φυσιολογικού» με βάση τη μέση τιμή των βιολογικών παραμέτρων. Η έννοια της ασθένειας προσδιορίζεται από τα όρια τους φυσιολογικού και με βάση το βιοϊατρικό μοντέλο, ταυτίζεται με την παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία (Engel, 1977. Τούντας, 2002).

Επιπρόσθετα, επειδή η υγεία είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις, θα αποτελούσε σαφή πτώχευση της ως έννοια αν ο ορισμός της επικεντρωνόταν μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν. Ένας ορισμός πρέπει να είναι γενικότερος έτσι ώστε να του επιτρέπει να συμπεριλάβει όλες τις διαστάσεις της προσδιοριζόμενης έννοιας. Η υγεία αποτελεί εκτός από βιολογικό και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που

διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους αλλά και μεταξύ τους. Επομένως, θα πρέπει να ορίζεται λαμβάνοντας υπόψη και αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο (Engel, 1977. Τούντας, 2002). Οι προβληματισμοί αυτοί έχουν προσανατολίσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων σε νέες κατευθύνσεις. Μεγάλο μειονέκτημα του βιοϊατρικού μοντέλου είναι ότι παραβλέπει την επίδραση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στο άτομο. Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς τέθηκαν λοιπόν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου «βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου» ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Τούντας, 2002 ).

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η ασθένεια αποτελεί ένα οργανικό, σωματικό και μηχανικό πρόβλημα που πρέπει η ιατρική επιστήμη να επιδιορθώσει. Το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ένα βιολογικό περιστατικό και η ασθένεια απομονώνεται σε αρκετό βαθμό από την υπόλοιπη ζωή του. Ο ασθενής είναι παθητικός δέκτης της θεραπευτικής προσέγγισης και η σχέση του με τους επαγγελματίες της υγείας είναι μονόδρομη και άνιση αφού αυτοί καλούνται να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν το πρόβλημα. Δίνεται απλά μια στοιχειώδης σημασία στον τρόπο ζωής του ασθενούς (στην αιτιολογία του προβλήματος και στις αλλαγές που χρειάζονται για την καλύτερη θεραπεία), και ο ασθενής δε λαμβάνει ενεργό ρόλο στην αυτοϊαση του (Kety, 1974. Engel, 1977. Τούντας, 2002).

#### **1.4. ΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το 1911 οργανώθηκε μία συνάντηση από την Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση θέμα «Η θέση της Ψυχολογίας στην Ιατρική Εκπαίδευση». Οι διαπρεπείς ψυχολόγοι και γιατροί που πήραν μέρος συμφώνησαν στην αναγκαιότητα της διδασκαλίας μαθημάτων ψυχολογίας, τα οποία πρέπει να διδάσκονται πριν από τα μαθήματα ψυχιατρικής και νευρολογίας, στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών στην ιατρική. (Gentry & Matarazzo 1981). Έτσι άρχισε το ενδιαφέρον ώστε να κατανοήσουν την συμμετοχή των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη διαταραχών υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό συντέλεσε προοδευτικά στη διαμόρφωση μιας νέας θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση όπου το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν είναι ένα γεγονός όπου «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Την κατάσταση της υγείας του την καθορίζουν το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, τα οποία διαρκώς μεταβάλλονται. Εν ολίγοις, υγεία είναι μια σφαιρικότητα όπου λειτουργούν συνολικά η σωματική, διανοητική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου (Καλαντζή – Αζίζη, 1983). Δεν θεωρείται κάτι «κακό», ούτε αποτελεί «εχθρό» που πρέπει να καταπολεμηθεί για να αποκατασταθεί η υγεία. Αντιθέτως αντιλαμβάνεται ως μία προειδοποίηση του οργανισμού που δηλώνει ότι υπάρχει μια ανισορροπία ή δυσαρμονία στα διάφορα επίπεδα της

βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτό δεν οφείλεται μόνο συγκεκριμένη σε μια συγκεκριμένη αιτία, αλλά και σε ένα σύνολο παραγόντων, των οργανικών, των ψυχοκοινωνικών και των περιβαλλοντικών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο. Ένας εκ των παραγόντων είναι το ψυχολογικό στρες. Όταν το στρες παρατείνεται μέσα στο χρόνο, επηρεάζει αρνητικά την υγεία και αναπτύσσονται πολυάριθμες σωματικές εκδηλώσεις που ονομάζονται «ψυχοσωματικές». Στην κοινή αντίληψη, οι διαταραχές αυτές διαστρεβλώνονται και θεωρούνται διαταραχές οι οποίες συνοδεύονται από κάποιο οργανικό αίτιο, για αυτό το λόγο μερικές φορές είναι αναφερόμενες ως «φανταστικές» ή «ανύπαρκτες».

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, όλες οι ασθένειες είναι «ψυχοσωματικές», διότι συμμετέχουν στο να υπάρχει αδιάκοπη καθώς αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Σύμφωνα με το DSM (1979), «κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές είναι τόσο αλληλένδετες, ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους». Παρόλα αυτά στην πραγματικότητα συχνά οι «ψυχοσωματικές» διαταραχές διαφοροποιούνται από τις «σωματοψυχικές». Ψυχοσωματικά φαινόμενα είναι τα οργανικά προβλήματα που οφείλονται σε ψυχολογικούς κυρίως παράγοντες. Από την άλλη σωματοψυχικά ορίζονται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από οργανικές διαταραχές.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεωρεί πως δεν υπάρχει μόνο βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που απαιτεί παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να συνεργάζεται με ειδικούς από το χώρο της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής εργασίας, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της αρρώστιας. Παράλληλα παρακινεί τον άρρωστο να συμμετάσχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Του υποδεικνύει να επανεξετάσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να αλλάξει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να υιοθετήσει συμπεριφορές που συμβάλλουν στην πρόληψη ή και στη διατήρηση της καλής υγείας. Ακόμη επιζητεί να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άνθρωπος με σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο McKeown (2002) σε κάποια άρθρα του επισημαίνει ότι ναι μεν η εξέλιξη και η εισαγωγή φαρμακευτικών ουσιών και ιατρικών παρεμβάσεων οδηγεί σε μείωση των δεικτών θνησιμότητας αλλά κυρίως η αλλαγή σε διατροφικές συνήθειες και η γενικότερη βελτίωση του επιπέδου ζωής του ανθρώπου ευθύνονται για τη μείωση θνησιμότητας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Αυτές οι απόψεις οδήγησαν στο να σχεδιαστεί ένα άλλο σύστημα όπου ο ορισμός της υγείας διαφοροποιείται.

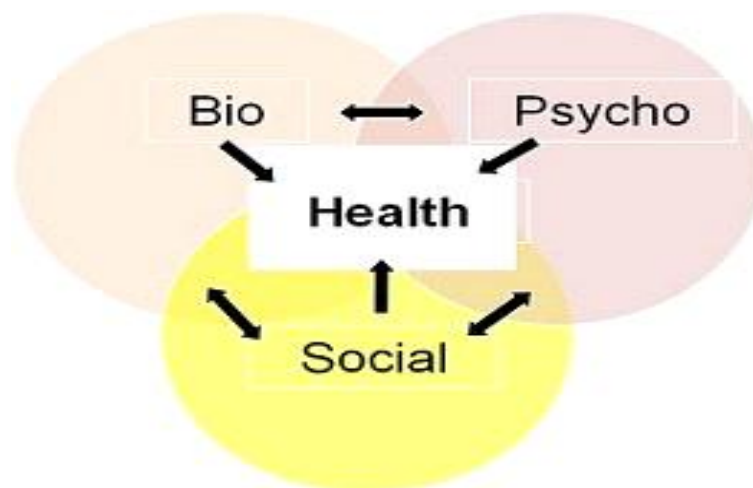
Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ένα διεπιστημονικό μοντέλο που υποθέτει ότι η υγεία και η ευεξία προκαλείται από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η αρχή του μοντέλου αυτού αναφέρει ότι όλα τα ζητήματα που αφορούν την υγεία προέρχονται από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση των τριών αυτών παραγόντων (Saylor, 2014). Το βιολογικό επίπεδο του μοντέλου αναφέρεται στο γεγονός ότι τα παθογόνα μικρόβια συμβάλουν στις ασθένειες. Το ψυχολογικό αναζητά πιθανές ψυχολογικές αιτίες για ένα πρόβλημα υγείας, όπως η έλλειψη αυτοελέγχου, συναισθηματική αναταραχή και αρνητική σκέψη. Το κοινωνικό εξηγεί πως διαφορετικοί κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ο πολιτισμός, η φτώχεια, η τεχνολογία, και η θρησκεία μπορούν να επηρεάσουν την υγεία (Saylor, 2014). Η βιοψυχοκοινωνική



θεωρία υποθέτει ότι αυτοί οι παράγοντες μόνοι τους, δεν επαρκούν για να προκαλέσουν την υγεία ή την ψυχική ασθένεια, αλλά όταν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, τότε καθορίζουν την πορεία της ανάπτυξης της νόσου (Queen, 2014).

Πιο συγκεκριμένα, αν σκεφτεί κανείς δύο αρκετά γνωστές ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η σχιζοφρένεια είναι και οι δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα του τι σημαίνει σωματική και ψυχική ασθένεια, είναι δηλαδή απολύτως ανάλογες των εννοιών τους. Γίνονται λοιπόν πλήρως αντιληπτές μέσα στο πλαίσιο του βιοϊατρικού μοντέλου.. Προκειμένου να παρθούν σωστές αποφάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων, το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του παράγοντες όπως το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, την οικονομική και κοινωνική του κατάσταση,. ώστε να σχεδιάσουν το σωστό πρόγραμμα αντιμετώπισης και αποκατάστασης αυτού του ασθενή (Kety, 1974. Engel, 1977).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει πολύ πιο άμεσα την υγεία (είτε αρνητικά, είτε θετικά). Ο ασθενής είναι ένα ενεργό μέλος στην θεραπευτική διαδικασία. Η σχέση του με τους θεράποντες είναι σχέση συνεργασίας. Είναι σεβαστό από τους θεράποντες το γεγονός ότι κάθε ασθενής αποτελεί έναν μοναδικό συνδυασμό ατομικών διαφορών και χαρακτηριστικών και ανάλογα προσαρμόζουν την αγωγή σύμφωνα μ' αυτό το ατομικό προφίλ. Πιστεύεται ότι ο ασθενής επικοινωνεί με τη συμπεριφορά του αλλά και με τις εκφράσεις του σώματός του. Τέλος, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός καταλυτικός παράγοντας για τη θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται (Kety, 1974. Engel, 1977. Τούντας, 2002).





**Εικόνα 1:** Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο σε σχήμα – Όλα τα ζητήματα που αφορούν την υγεία είναι μια αλληλεπίδραση τριών παραγόντων.  
(Πηγή: [http://nursingplanet.com/theory/biopsychosocial\\_model.html](http://nursingplanet.com/theory/biopsychosocial_model.html), [www.kepsi.gr](http://www.kepsi.gr)).

## 1.5. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ένας καινούργιος κλάδος στην εφαρμοσμένη ψυχολογία που δημιουργήθηκε λόγω της εμφάνισης κάποιων νέων παραγόντων στα νοσήματα και στη θνησιμότητα κυρίως στις δυτικές κοινωνίες (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005). Τα νέα δεδομένα αφορούν τις επιπτώσεις που έχουν η αρρώστια, το στρες, η κοινωνία και οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην υγεία ενός ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Έτσι, φτάνοντας στο σήμερα οι συχνότερες σοβαρές ασθένειες μετατράπηκαν σε χρόνιες με καταλυτικό παράγοντα την συμπεριφορά και τις κακές συνήθειες, όπως το κάπνισμα, με επιπλέον παράγοντα την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Αυτή η κατάσταση έφερε στο προσκήνιο την ανάπτυξη των κλάδων που θα μπορούσαν να λύσουν τέτοιες καταστάσεις, όπως της Ψυχολογίας της Υγείας και μετέπειτα την μετάβαση σε ακόμα ειδικότερους κλάδους όπως η Ψυχοσωματική Ιατρική, η Ιατρική της Ψυχολογίας και η Συμπεριφοριστική Ιατρική (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005).

Ο πιο ευρέως γνωστός ορισμός για την Ψυχολογία της Υγείας διατυπώθηκε το 1982 από τον Joseph Matarazzo, έχοντας γίνει «ο χρυσός κανόνας» για τον καθορισμό του πεδίου και είναι ο εξής: «σύνθεση των ειδικών εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών της επιστήμης της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας στην πρόληψη της θεραπείας της ασθένειας, καθώς και στην αναγνώριση των αιτιολογικών και διαγνωστικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία, την ασθένεια και τις συναφείς δυσλειτουργίες» (Centry, 1981).

Σε αυτόν τον ορισμό προστέθηκε από επιστημονικούς συνεργάτες του APA (American Psychological Association) που ασχολήθηκαν με την Ψυχολογία της Υγείας, το εξής: «..... την ανάλυση και την βελτίωση του συστήματος φροντίδας της υγείας και την διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας» (Κουλιεράκης, 2006)

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον παραπάνω αποδεκτό ορισμό, η Ψυχολογία της Υγείας επικεντρώνεται στη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που προωθούν, την εξασφάλιση και την προαγωγή της υγείας σε ένα άτομο που είναι ήδη υγιή, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών και νοσημάτων που μπορεί να

προσβάλλουν άτομα με ιατρικό ιστορικό, την αναγνώριση και διερεύνηση της εμφάνισης της ασθένειας, την αποδοχή και την προσαρμογή του ασθενή στις συνθήκες της αρρώστιας του, την παροχή της απαιτούμενης υγειονομικής – κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης για την αποκατάσταση της υγείας (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005).

Από το 1990 και έπειτα ειπώθηκαν αρκετοί ορισμοί για την προσέγγιση του όρου της ψυχολογίας που σχετίζεται με την υγεία. Ο Weinman την ερμηνεύει ως την επιστημονική περιοχή της ψυχολογίας που ασχολείται με την ανθρώπινη συμπεριφορά μέσα στο πλαίσιο της υγείας και της αρρώστιας. Έτσι χωρίζει σε ενότητες τον ορισμό σε ότι αφορά την εξειδίκευσή της: αρνητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά, υιοθέτηση συμπεριφορών για την διατήρηση της υγείας, τα πιστεύω και οι συνήθειες των ασθενών απέναντι στην ασθένεια και το πώς την επηρεάζουν, η ολιστική συνεργασία του ασθενούς με τις οδηγίες του ιατρού, κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, το σημαντικό ρόλο που παίζει ο χώρος που διαμένει, ο τρόπος αντιμετώπισης απέναντι στα θέματα που σχετίζονται με την αρρώστια και την αναπηρία.

Έπειτα ο Bishop αναφέρει την ψυχολογία της υγείας ως «η ειδικότητα εκείνη της ψυχολογίας που ασχολείται με τη δυναμική αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς και άλλων ψυχολογικών καταστάσεων με την σωματική υγεία», όπως ο Johnston αναφέρεται με έναν πιο απλό ορισμό που κάνει λόγο στη «μελέτη των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών διεργασιών που εκδηλώνονται στην υγεία, στην ασθένεια, και στη φροντίδα υγείας» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

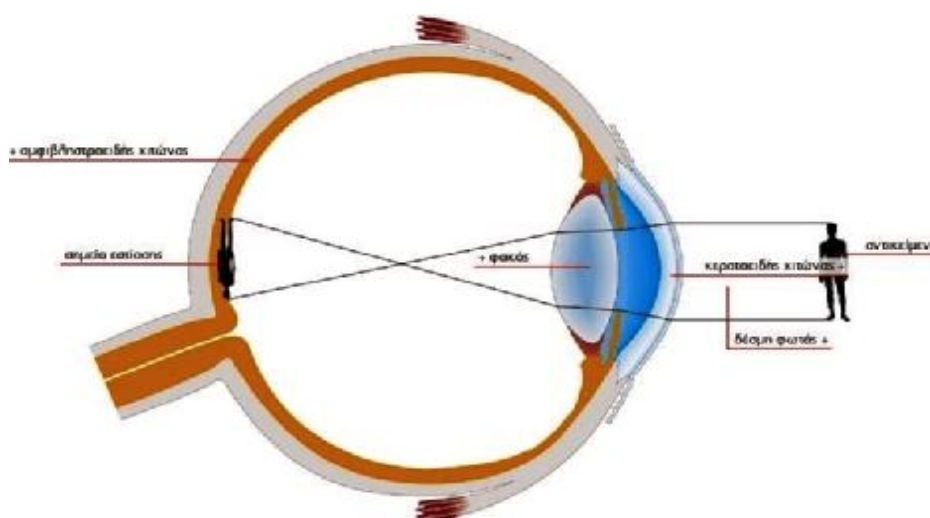
Η Ψυχολογίας στο χώρο της Υγείας δίνει βαρύτητα στην ανάλυση των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολόγηση, την εξέλιξη και συνάμα των συνεπειών που προκύπτουν στα θέματα υγείας και ασθένειας. (Ogden, 2004). Σύμφωνα με την θεωρία του Matarazzo, δημιουργήθηκε ο ρόλος της ψυχολογίας της υγείας σε τέσσερις κύριους στόχους. Ένας από τους στόχους είναι η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας με την διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν τα εκάστοτε προβλήματα, καθώς και η ανάπτυξη συνηθειών και συμπεριφορών που θα διατηρήσουν και θα προστατεύσουν την υγεία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Ακόμη ένας από τους στόχους είναι η πρόληψη και η ολιστική θεραπεία των ασθενειών καθώς και η διαχείριση του. Οι ψυχολόγοι παρεμβαίνουν σε διάφορες μεθόδους και στρατηγικές σε οποιονδήποτε κοινωνικό χώρο και τάξη, επιβάλλεται να δράσουν για την αποκατάσταση της υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999.Καραδήμας, 2005). Επίσης, οι αιτίες που προκαλούν τις ασθένειες και η διάγνωση τους, είναι ένας ακόμη στόχος. Επικεντρώνεται στους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο όπως το στρες, ο τρόπος ζωής και συμπεριφορές, τα ψυχοκοινωνικά γνωρίσματα και ότι σχετίζεται με τις συνθήκες ζωής και τους πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Καραδήμας & Αναγνωστόπουλος, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Τα προβλήματα όρασης αποτελούν ένα αρκετά σημαντικό νούμερο. Οι αιτίες για τις πιο κοινές παθήσεις συνήθως είναι λόγω παραμορφωμένου βολβού ματιού ή στη γήρανση των ματιών και συχνά διορθώνονται εύκολα. Ο αστιγματισμός, η μυωπία, η υπερμετρωπία, η πρεσβυωπία, το γλαύκωμα, ο καταρράκτης, είναι μόνο μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα όρασης (Edwards, 2014). Οι πιο συνήθεις αιτίες χαμηλής όρασης φαίνεται να διαφοροποιούνται και να επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, κληρονομικότητα (Φωτεινάκης, 1998). Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια περιεκτική αναφορά σε όλα τα γνωστά προβλήματα όρασης.

### 2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΑΣΗΣ

Η φυσιολογική όραση αρχίζει όταν μια δέσμη φωτός αρχίζει διέρχεται στο μάτι. Το φως περνάει μέσα από τον κερατοειδή χιτώνα ή μέσα από το υδατοειδές υγρό, την κόρη του ματιού και το φακό στο υαλώδες σώμα για να εστιάσει στο πίσω μέρος της σφαίρας του αμφιβληστροειδή. Κάθε μέρος της οπτικής σφαίρας διαθλά το φως για να κάνει την εικόνα να εστιαστεί στον αμφιβληστροειδή (Keir et al., 1996) (εικόνα 2.1).



**Εικόνα 2.1.:** Στη φυσιολογική όραση η εικόνα εστιάζεται πάνω στον αμφιβληστροειδή (πηγή: [daskalaentaxi.blogspot.com](http://daskalaentaxi.blogspot.com)).

### 2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΟΡΑΣΗΣ:

Τα προβλήματα όρασης είναι μια κατάσταση η οποία κινείται ανάμεσα σε δυο διαμετρικά αντίθετες καταστάσεις. Αυτές οι δύο καταστάσεις είναι η κανονική όραση και η απόλυτη οπτική δυσκολία, η τύφλωση.

Τα άτομα με προβλήματα όρασης ταξινομούνται με βάση: το βαθμό της οπτικής οξύτητας ή καθαρότητας της όρασης, το πλάτος και τη στενότητα του οπτικού τους πεδίου.

*Οπτική οξύτητα* ή καθαρότητα της όρασης είναι η δυνατότητα που έχει το μάτι (η φυσιολογική ή η μετά την καλύτερη δυνατή διόρθωση του ματιού με γυαλιά) να

διακρίνει καθαρά δύο αντικειμενικά σημεία ξεχωριστά. *Οπτικό πεδίο* είναι η εικόνα του έξω κόσμου, την οποία αντιλαμβάνεται κανείς με το μάτι να παραμένει ακίνητο, ενώ αντίθετα το βλεμματικό πεδίο είναι η περιοχή που περιέχεται μεταξύ των αξόνων της όρασης, την οποία αντιλαμβάνεται όταν το κεφάλι βρίσκεται ακίνητο αλλά κανείς με κεφάλι μεν ακίνητο αλλά με τις μέγιστες δυνατές βλεμματικές κινήσεις του ματιού.(Θεοδωροπούλου, 2013).

### **2.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Τα προβλήματα όρασης ταξινομούνται σε: γενετικά, προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

Στα *γενετικά* περιέχονται τα διάφορα οικογενειακά εκφυλιστικά φαινόμενα όπως στον χοριοειδή, στην ίριδα (αλφισμός) και στον αμφιβληστροειδή, σε διαθλαστικές ανωμαλίες, στην βλάβη ή την καταστροφή του οπτικού νεύρου.

Στα *προγεννητικά* ανήκουν μολυσματικές ασθένειες της μητέρας στην περίοδο της εγκυμοσύνης, όπως η ερυθρά στους πρώτους τρεις μήνες, αφροδίσια νοσήματα, δηλητηριάσεις, κακώσεις του εμβρύου στην ενδομήτρια ζωή.

Στα *περιγεννητικά* συμπεριλαμβάνονται οι τραυματισμοί του κρανίου κατά του τοκετού, η ανοξαιμία.

Τέλος, στα *μεταγεννητικά* περιλαμβάνονται μολυσματικές ασθένειες στην παιδική ηλικία, αφροδίσια νοσήματα, διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις, τραυματισμοί των οφθαλμών, δηλητηριάσεις, διαταραχές του μεταβολισμού, κακοήθεις όγκοι στον ιστό του οπτικού οργάνου (Θεοδωροπούλου, 2013).

### **2.4. ΤΥΦΛΩΣΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΟΡΑΣΗ**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ ή WHO) έχει κάνει προσπάθεια ώστε να εκτιμηθεί ο συνολικός αριθμός των τυφλών παγκοσμίως. Ο αριθμός των τυφλών σε όλο τον κόσμο δεν είναι εξακριβωμένος, όμως κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες εκτιμήσεις. Τα άτομα με χαμηλή όραση υπολογίζονται γύρω στα 110 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το 1999 υπήρχαν περίπου 38 εκατομμύρια τυφλοί στον κόσμο από τους οποίους το 75% διαμένει στην Αφρική και την Ασία. Στην χώρα, η εκτίμηση είναι 21.000 τυφλοί για το 1999, ενώ οι τυφλοί που έχουν καταγραφεί στον νομό Θεσσαλονίκης είναι 1031 (περίπου 1% του συνολικού πληθυσμού). Ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι το 1995 το 58% του πληθυσμού των τυφλών είναι ηλικίας άνω των 60 ετών, το 31,7% είναι μεταξύ 45-49 ετών, ενώ το 6,5% ανήκει στην ηλικία μεταξύ 15-44 ετών. Ενώ το 3,8 % άνηκε στην ηλικία των 14 ετών και κάτω. Υπάρχει όμως πιθανότητα ο πραγματικός αριθμός να είναι διαφορετικός, λόγω της δυσκολίας να καταγραφούν διότι πολλοί τυφλοί ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και πολλές οικογένειες αποφεύγουν να δηλώσουν την αναπηρία του παιδιού τους. Στη Γερμανία υπάρχουν 155.000 τυφλοί και περίπου μισό εκατομμύριο μερικώς βλέποντες.

Η τύφλωση και η μειωμένη όραση εξαρτάτε από πολυάριθμους παράγοντες, ενώ το κάθε άτομο ξεχωριστά, βιώνει και αντιμετωπίζει την πάθησή του με διαφορετικό τρόπο. Ωστόσο, πέρα από την αντίδραση του ατόμου σε σχέση με την πάθηση του, υπάρχει κι ένα αντικειμενικό επίπεδο ταξινόμησης, δηλαδή ένας προσδιορισμός, αναγκαίος για την επισημοποίηση του ατόμου σαν τυφλό ή μερικώς βλέπον (Τσίρου, 2005). Η τύφλωση μπορεί να είναι ολική ή μερική. Υπάρχουν άτομα τα οποία έχουν χαμηλή όραση, δηλαδή εμφανίζουν μειωμένη οπτική οξύτητα,

υπάρχουν όμως και άτομα που η όραση τους είναι τόσο μειωμένοι και μειωμένη ορίζονται ως πλήρως τυφλοί. Σε γενικές γραμμές οπτική οξύτητα της τάξεως 4/10 (ή οπτικό πεδίο < 60) θεωρείται μερική χαμηλή όραση (μερική τύφλωση) ενώ στο επίπεδο 1/10 (ή οπτικό πεδίο < 20) θεωρείται και νομικά πλέον πλήρης τύφλωση (USAPS, 2009. Thurtell & Tomsak, 2012).

Χαμηλή όραση είναι όταν υπάρχει μειωμένη οπτική ικανότητα και ύστερα από την καλύτερη διαθλαστική διόρθωση καταλήγει πάντα σε μειωμένη απόδοση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να πηγάζει από κάποια οφθαλμική πάθηση ή να υπάρχει εκ γενετής (Φωτεινάκης, 1998). Πολλοί από τους επισήμως εγγεγραμμένους τυφλούς μπορούν να συμπεριληφθούν στην κατηγορία των ατόμων με χαμηλή όραση. Λέγεται ότι το 85% περίπου των τυφλών έχουν πράγματι κάποια μορφή είτε υπόλειμμα όρασης και μπορούν να αναγνωρίσουν ορισμένα σχήματα ή αντικείμενα. Ποσοτικά, σε επίπεδο οπτικής οξύτητας, η χαμηλή όραση αποκτά διαφορετικούς ορισμούς από χώρα σε χώρα. Στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης διαχωρίζεται η τυφλότητα από την χαμηλή όραση, όπως επίσης και στις αναπτυγμένες χώρες της Αμερικής και της Ωκεανίας.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. κάθε άτομο το οποίο έχει κάτω από 6/18 οπτική οξύτητα, πρέπει να θεωρείται και να το καταχωρείται ως άτομο με χαμηλή όραση. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου υιοθετούνται διαφορετικοί ορισμοί για την τυφλότητα και την χαμηλή όραση. Οι ορισμοί αυτοί αποβλέπουν στο να προσδιορίσουν το είδος της κοινωνικής βοήθειας, πρόνοιας και των υπηρεσιών που θα απαιτηθούν για κάθε κατηγορία πολιτών και για να καθορίσουν την ποσοστιαία επικράτεια της χαμηλής όρασης και τυφλότητας, καθώς και της οφθαλμικής ή όχι παθολογίας που είναι υπεύθυνη για την χαμηλή όραση. Τα άτομα τα οποία έχουν εγγραφεί ως τυφλά ή ως βλέποντα είναι δικαιούχοι προνομιακών επιδομάτων, τα οποία και αποτελούν ένα ισχυρό κίνητρο για την εγγραφή των ατόμων αυτών στις επίσημες αντίστοιχες λίστες της κάθε χώρας.

Σύμφωνα με την Στατιστική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας το 1986, υπολογιζόταν ότι 190.000 είχαν κατεστραμμένη όραση, από τους οποίους το 60% ήταν άνω των 70 ετών. Επίσης 5 χρόνια μετά το 1991, σύμφωνα με το Βασιλικό Εθνικό Ινστιτούτο για τους Τυφλούς (R.N.I.B.) απεκάλυψαν ότι υπάρχουν γύρω στις 760.000 Βρετανοί με κατεστραμμένη όραση, το ποσοστό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονταν τα άτομα που ζούσαν σε διάφορα ιδρύματα όπως οίκοι ευγηρίας, ψυχιατρεία, φυλακές. Σύμφωνα με νεώτερα στοιχεία τα ποσοστά χαμηλής όρασης φτάνουν το 2,1% του συνολικού πληθυσμού της χώρας αυτής.

Παρόμοιες έρευνες στις Η.Π.Α. απεκάλυψαν ότι ένα ποσοστό 2,8% του αστικού πληθυσμού έχουν μειωμένη όραση. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι ο πληθυσμός των Βιομηχανικών χωρών είναι αυξανόμενα γηράσκων, και αυτό θα σημαίνει ότι τα άτομα με χαμηλή όραση πρέπει να αναμένεται ότι θα αυξηθούν σημαντικά στο μέλλον (Φωτεινάκης, 1998).

### **Αίτια τύφλωσης και χαμηλής όρασης**

Τα αίτια της τύφλωσης έχουν άμεση σχέση με το βιοτικό και το υγειονομικό επίπεδο της κάθε χώρας, ενώ διαφοροποιούνται κατά πολύ στις υπό ανάπτυξη χώρες από εκείνα των ανεπτυγμένων χωρών. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες τα αίτια αυτά αποτελούν γενετικοί παράγοντες οι οποίοι εμφανίζουν μεγάλη συχνότητα στην Ευρώπη. Τα αίτια της τύφλωσης είναι όμως εντελώς διαφορετικά στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως Νοτιοανατολική Ασία, Τροπική Αφρική, Κεντρική και Ν. Αμερική. Η κακή διατροφή, η κακή υγιεινή και η προσβολή από ιλαρά συμβάλουν

ώστε να αναπτυχθούν εξελκώσεις του κερατοειδούς από αβιταμίνωση Α, γι' αυτό και η χορήγηση βιταμίνης Α κρίνεται απαραίτητη. Από το συνολικό αριθμό των τυφλών παγκοσμίως τα 4/5 των τυφλών βρίσκονται στις χώρες που ενδημούν αυτά τα νοσήματα και κυρίως στην Αφρική, όπου ο δείκτης τύφλωσης είναι 10 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο δείκτη της Ευρώπης.

Παρατηρήθηκε ότι τα προγεννητικά και περιγεννητικά αίτια ανέρχονται στην πρώτη θέση της ταξινόμησης των αιτιολογικών παραγόντων της απώλειας της όρασης, τόσο στο σύνολο των περιστατικών κατά την περίοδο 1980-1999 (75,6%), όσο και στην κάθε δεκαετία χωριστά (77% στη δεκαετία 1980-89, 73,5% στη δεκαετία 1990-99). Το γεγονός ότι οι παράγοντες αυτοί υπερέχουν σε σχέση με τους μεταγεννητικούς είναι στατιστικά σημαντική και αφορά τόσο την κάθε δεκαετία χωριστά όσο και το σύνολο του πληθυσμού που ερευνήθηκε. Ανάμεσα σ' αυτούς τους παράγοντες οι κληρονομικοί κατέχουν την πρώτη θέση με ποσοστό 52,8% , από αυτούς το 13,9% πρόκειται για αποδεδειγμένους και το 38,3% για πιθανούς (Reason & Rowan, 1996).

Τα μεταγεννητικά αίτια κατέχουν το 15,5% του συνόλου των περιστατικών. Παρατηρείται μια μείωση της συχνότητάς τους ανάμεσα στις δύο δεκαετίες παρά το γεγονός ότι αυξήθηκαν τα ποσοστά των ατυχημάτων, στοιχεία που παρατήρησαν και άλλοι ερευνητές. Στη μελέτη, τα ατυχήματα κατείχαν πρωταρχική θέση ανάμεσα στα μεταγεννητικά αίτια. Πρέπει να σημειωθεί ότι, εκτός από τα τροχαία, συνέβησαν και ατυχήματα από χρήση όπλων λόγω αμέλειας και ότι από τα 11 περιστατικά μόνο 2 είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 20 ετών (Τσίρου, 2005). Όλες οι ενότητες αυτού του κεφαλαίου αναφέρονται στα πιο συχνά και χαρακτηριστικά αίτια που οδηγούν σε τύφλωση σε διάφορες ηλικίες. Όλες οι παρακάτω καταστάσεις σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό μπορούν να καταλήξουν σε μερική ή πλήρη τύφλωση. Δεν είναι όμως μόνο αυτές , πολλές ακόμα παθολογικές καταστάσεις χαρακτηρίζουν την τύφλωση και μπορούν να οδηγήσουν εκεί (USAPS, 2009). Οι κύριες αιτίες τύφλωσης στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου μπορεί να οφείλονται σε εκφυλισμό της ωχράς, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, εκφυλισμός του αμφιβληστροειδούς, γλαύκωμα, τραύμα.

Οι κύριες αιτίες τύφλωσης στον μη αναπτυσσόμενο κόσμο πέρα από τις προαναφερόμενες παθήσεις μπορεί να οφείλονται σε τράχωμα, ξηροφθαλμία, καταρράκτης, χρόνιο γλαύκωμα (Φωτεινάκης και συν., 2000). Βασικό στοιχείο για την τύφλωση είναι η ηλικία. Το να μειωθεί η οπτικής οξύτητα, χωρίς κατ' ανάγκη να συνυπάρχει κάποια από τις προαναφερθείσες ή άλλη παθολογική κατάσταση, αποτελεί ένα φυσικό επακόλουθο της γήρανσης.

Στις ανεπτυγμένες χώρες οι πιο συνήθεις αιτίες για χαμηλή όραση συνδέονται στενά με την ηλικία των ατόμων. Παλιότερες έρευνες ξένων επιστημόνων , καθώς και στοιχεία από την Στατιστική Υπηρεσία του Ηνωμένου Βασιλείου (1988), έδειξαν ότι στους γηραιότερους ασθενείς η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είναι η συνηθέστερη αιτία τύφλωσης ή χαμηλής όρασης, ακολουθούν η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, το γλαύκωμα, η ατροφία του οπτικού νεύρου, ο γερωντικός καταρράκτης, και η παθολογική μυωπία.

Στις νεότερες ηλικίες, εκ γενετής ή κληρονομικές ανωμαλίες αποτελούν τις πιο συχνές αιτίες για χαμηλή όραση ή τύφλωση. Στις τριτοκοσμικές χώρες πολλά παιδιά πλήττονται από ασθένειες εξαιτίας της κακής διατροφής ή μόλυνσης και οδηγούνται στην τύφλωση. Η τύφλωση όμως παρόλα αυτά μπορεί να είναι και αίτιο ή επακόλουθο συνοσηρότητας τόσο στους ηλικιωμένους αλλά και σε πιο νεαρές ηλικίες (πχ. τύφλωση προκαλεί πτώση ή πτώση προκαλεί τραύμα που καταλήγει σε τύφλωση, κλπ) (CDC, 2006).

Σύμφωνα με το Institute of Vision and Optics (2014), ο ιδρυτής και Διευθυντής του Ινστιτούτου Οπτικής και Όρασης του Πανεπιστημίου Κρήτης, καθηγητής Οφθαλμολογίας Ιωάννη Παλλήκαρη ανέφερε τα αποτελέσματα από πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν επιδημιολογικών ότι ο αριθμός των ατόμων με προβλήματα όρασης, από οφθαλμικές διαταραχές, φτάνει περίπου τα 285 εκατομμύρια, από τα οποία το 65% είναι ηλικίας άνω των 50 ετών. Από αυτούς, τα 246 εκατομμύρια έχουν χαμηλή όραση, εκ των οποίων το 63% είναι άνω των 50 ετών και 39 εκατομμύρια υπολογίζεται ότι είναι νομικά τυφλοί και από αυτούς το 82% πάνω από 50.

Η πρώτη παγκόσμια έρευνα που έγινε για το μέγεθος και τα αίτια των προβλημάτων όρασης, ήταν βασισμένη σε στοιχεία του παγκόσμιου πληθυσμού το 1990. Τότε ο αριθμός των τυφλών εκτιμήθηκε στα 38 εκατομμύρια. Ο αριθμός αυτός το 1996 αυξήθηκε σε 45 εκατομμύρια τυφλούς, και προβλέπεται ότι το 2020 θα αγγίξει τα 76 εκατομμύρια, διπλασιάζοντας έτσι μέσα σε τρεις δεκαετίες τον αριθμό των ατόμων με τύφλωση.

Ο αναπληρωτής καθηγητής Οφθαλμολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και μέλος της Παγκόσμιας Ομάδας Εμπειρογνομόνων για παθήσεις της όρασης Μιλτιάδης Τσιλιμπάρης, σημειώνει ότι, παρά του ότι έχει σημειωθεί πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές σε πολλές χώρες τα τελευταία χρόνια, ο καταρράκτης (47,9%, 2004 WHO statistics) συνεχίζει να αποτελεί την κύρια αιτία των προβλημάτων που οδηγούν σε απώλεια της όρασης σε όλο τον κόσμο, εξαιρουμένων των ανεπτυγμένων χωρών. στις υπόλοιπες κύριες αιτίες των προβλημάτων όρασης, συμπεριλαμβάνονται το γλαύκωμα (12,3%), η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (8,7%), θολερότητες του κερατοειδή χιτώνα (5,1%), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (4,8%), η παιδική τύφλωση (3,9%) και το τράχωμα (3,6%), το οποίο αποτελεί τη δεύτερη αιτία τύφλωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σήμερα εκτιμάται ότι από τις παραπάνω περιπτώσεις που οδηγούν σε τύφλωση το 80% θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες περιοχές. Αυτό το ποσοστό έχει ως στόχο η πρωτοβουλία «Δικαίωμα στην Όραση» (Fight for Sight) έως το έτος 2020. Εξαιρείται όμως η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, που αποτελεί μια πάθηση των ηλικιωμένων. Λόγω της ελλιπούς και άνιση προσβασιμότητας σε υπηρεσίες πρόληψης και υγιεινής των ματιών σε αυτές τις περιοχές του κόσμου περιορίζονται τα θετικά που θα μπορούσαν να είχαν οι πάσχοντες από τις σύγχρονες ιατρικές εξελίξεις ενώ εκμηδενίζονται οι πιθανότητες της πρόληψης.

Ο Δρ. Σωτήρης Πλαϊνής, στέλεχος της ερευνητικής ομάδας του Πανεπιστημίου Κρήτης και επίτιμος λέκτορας του Πανεπιστημίου του Μάντσεστερ, επισημαίνει ότι στην έρευνα αν και συνυπολογίζονται διαταραχές που μπορεί να δημιουργήθηκαν λόγω διαθλαστικών σφαλμάτων, και κυρίως η μυωπία που έχει πάρει μορφές επιδημίας στις χώρες της Ανατολικής Ασίας, δεν συγκαταλέγονται προβλήματα που αντιμετωπίζουν άτομα με υγιείς οφθαλμούς, λόγω του ότι δεν υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες εξέτασης και διόρθωσης (με γυαλιά, φακούς) των διαθλαστικών τους σφαλμάτων. Επίσης, και η πρεσβυωπία που εμφανίζεται επί των πλείστον στην παραγωγική ηλικία των 40-45 ετών, και δυσκολεύει τις δραστηριότητες που απαιτούν ενδιάμεση και κοντινή όραση, δεν περιλαμβάνεται στις παθήσεις που οδηγούν σε διαταραχές της όρασης.

Με βάση πρόσφατες έρευνες ο αριθμός των πρεσβύπων υπολογίστηκε σε 1.2 με 1.5 δισεκατομμύρια, παγκόσμιος. εκτιμώντας ότι τα 600 εκατομμύρια πρεσβύωπες παρουσιάζουν σημαντικά μειωμένη ποιότητα όρασης λόγω έλλειψης γυαλιών.



## Συμπτώματα τύφλωσης και χαμηλής όρασης

Τα συμπτώματα της τύφλωσης είναι ότι τα άτομα αυτά βλέπουν θολά και εντοπίζουν σημεία σκότους. Αυτό βέβαια εξαρτάται από το βαθμό τύφλωσης αλλά και την αιτία της τύφλωσης. Παρακάτω αναφέρονται και αναλύονται διάφορα συμπτώματα παθολογικής όρασης. Όλα αυτά όπως και άλλα κάνουν μαζί την κλινική εικόνα ενός ασθενή με τύφλωση η οποία διαφέρει από άτομο σε άτομο (CDC, 2006. USAPS, 2009).

## 2.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

### 2.5.1. ΥΠΕΡΜΕΤΡΩΠΙΑ

Στην υπερμετρωπία μια παράλληλη δέσμη ακτινών εισερχόμενη στο μάτι δεν εστιάζεται στον αμφιβληστροειδή, αλλά τον συναντά πριν ακόμα σχηματιστεί εστία. Έτσι, κάθε σημείο ενός αντικειμένου απεικονίζεται στον αμφιβληστροειδή ως ένας κύκλος σύγχυσης, οπότε το αντικείμενο φαίνεται στο βάθος (εικόνα 2.5.1). Με πιο απλά λόγια, η εικόνα εστιάζεται πίσω από τον αμφιβληστροειδή με αποτέλεσμα τα αντικείμενα να εμφανίζονται θολά (Δαμανάκης, 1999).

#### Αίτια υπερμετρωπίας

Ο μικρός προσθιοπίσθιος άξονας στον οφθαλμό κατά την νεογνική και παιδική ηλικία θεωρείται φυσιολογικός. Κατά την διάρκεια όπου αναπτύσσεται το σώμα, αυξάνεται και αυτός ο άξονας, έτσι λοιπόν η υπερμετρωπία στα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρείται μια φυσιολογική κατάσταση. Η υπερμετρωπία μειώνεται προοδευτικά όσο αυξάνεται προσθιοπίσθιος άξονας του ματιού. Συνήθως στο τελικό σημείο, όταν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του παιδιού, μπορεί να υπάρχει ακόμα κάποιος βαθμός υπερμετρωπίας ή έπειτα από ένα στάδιο εμμετρωπίας, μπορεί να παρατηρηθεί και μυωπία στο μάτι (Δαμανάκης, 1999). Αν για κάποιο λόγο ο άξονας του ματιού παραμένει μικρός ή η διαθλαστική δύναμη του ματιού είναι μικρή, ή και τα δύο μαζί, τότε διαγιγνώσκεται η υπερμετρωπία. Αυτό μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους όπως ότι ο βολβός του ματιού είναι πολύ μικρός, η επιφάνεια του κερατοειδούς δεν είναι αρκετά καμπυλωτή και αν ο φακός είναι αρκετά στρόγγυλος (Δαμανάκης, 1999).

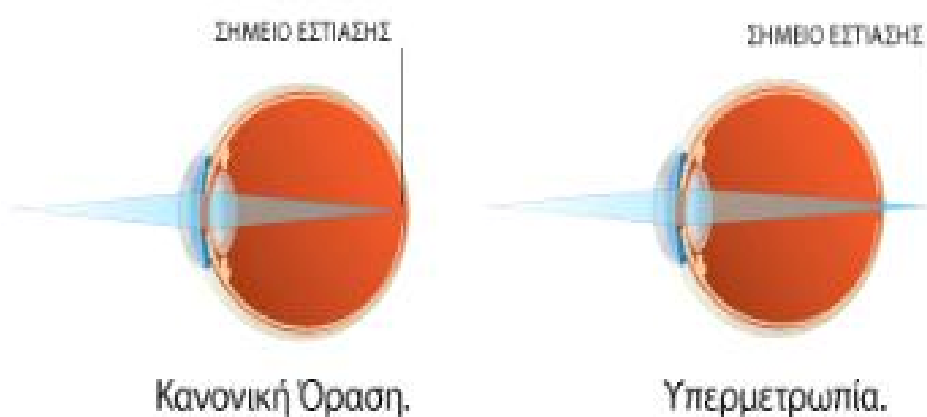
Επίσης οι κληρονομικοί παράγοντες, αποτελούν συχνή αιτία για εμφάνιση υπερμετρωπίας. Στις πιο σπάνιες αιτίες εμφάνισης υπερμετρωπίας ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η μικροφθalmία (κατάσταση όπου τα μάτια ενός μωρού δεν αναπτύσσονται σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), όγκοι γύρω από το μάτι και διαταραχή στα αιμοφόρα αγγεία του αμφιβληστροειδούς (Simpson et al., 2014).

Αν και δεν αποτελεί ασυνήθιστο φαινόμενο η γήρανση να είναι συνδεδεμένη με την η υπερμετρωπία, ωστόσο δεν είναι ασφαλές να συμπεράνει κανείς ότι η γήρανση προκαλεί και υπερμετρωπία. Αντίθετα, η εστίαση του οφθαλμού παρεμποδίζεται λόγω της γήρανσης γήρανση, και έτσι μπορεί να γίνει ορισμένες φορές πιο έκδηλη μια προϋπάρχουσα κατάσταση υπερμετρωπίας (Simpson et al., 2014). Επίσης σημαντική είναι η εξέταση του οικογενειακού ιστορικού διότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην ανακαλυφθεί λόγω του ότι το σχήμα του φακού αλλάζει κατά την εφηβεία. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις, άλλες παθήσεις όπως αμφιβληστροειδοπάθεια, μπορεί επίσης να προκαλέσουν υπερμετρωπία. Ενδεικτικά

άλλες παθολογικές καταστάσεις αποτελούν οι όγκοι των οφθαλμών και η εξάρθρωση του φακού. Τέλος, η ίδια η υπερμετρωπία μπορεί να είναι συνδεδεμένη με άλλες βλάβες του οφθαλμού στις οποίες όμως εκείνη είναι το αίτιο και η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως το οξύ γλαύκωμα (Jiang et al., 2013. Simpson et al., 2014).

### Συμπτώματα υπερμετρωπίας

Στην παιδική ηλικία η υπερμετρωπία κάνει την εμφάνιση της έχοντας διαταραχές της κινητικότητας των ματιών και της διόφθαλμης όρασης, που οφείλονται σε υπέρ προσαρμογή. Στους νεαρούς εμφανίζεται με κοπιωπία ή μείωση στην όραση. Στα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται με μειωμένη όραση (Δαμανάκης, 1999).



**Εικόνα 2.5.1.:** Όταν εμφανίζεται υπερμετρωπία το σημείο εστίασης δε συναντά τον αμφιβληστροειδή όπως γίνεται στη φυσιολογική όραση (Πηγή: [www.arl.gr](http://www.arl.gr)).

### 2.5.2. ΜΥΩΠΙΑ

Όταν μια παράλληλη δέσμη φωτεινών ακτίνων που εισέρχεται στο μάτι, διαθλάται με λάθος τρόπο και δεν εστιάζεται στον αμφιβληστροειδή, αλλά μπροστά από αυτόν, τότε το άτομο λέγεται ότι έχει μυωπία (εικόνα 2.5.2). Έτσι οι ακτίνες, ενός αντικειμένου αντικατοπτρίζεται στον αμφιβληστροειδή σαν κύκλος σύγχυσης και το είδωλο φαίνεται θολό (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).

#### Αίτια μυωπίας

Η μυωπία σε μεγάλο βαθμό οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους, ο ένας είναι ο μεγάλος προσθιοπίσθιος άξονας του ματιού και ο άλλος η μεγάλη διαθλαστική δύναμη του οπτικού του συστήματος ή και τα δύο μαζί. Την μυωπία που προκαλεί μεγάλη διαθλαστική δύναμη του ματιού, ονομάζεται «διαθλαστική μυωπία», ενώ αυτή που την προκαλεί ο μεγάλος προσθιοπίσθιος άξονας του ματιού ονομάζεται «αξονική μυωπία» (Δαμανάκης, 1999).

Η μυωπία συνήθως κάνει την εμφάνιση της στα πρώτα χρόνια της ζωής του αλλά γίνεται αντιληπτή στα πρώτα σχολικά χρόνια όπου οι ανάγκες του παιδιού επικεντρώνονται και στην μακρινή όραση. Αυτού του είδους η μυωπία ακολουθεί καλοήγη πορεία και ύστερα από μια προοδευτική αύξηση υπάρχει σταθεροποίηση

της κατά την ενηλικίωση. Στα πρόωρα νεογνά είναι δυνατόν να αντληφθεί μια μορφή μυωπίας (μυωπία προωρότητας) η οποία παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις και μπορεί να φτάσει έως και 20,00D, αλλά έχει την τάση να μειώνεται στα χρόνια που ακολουθούν (Δαμανάκης, 1999). Από την παιδική ηλικία προς την εφηβεία η μυωπία συνήθως χειροτερεύει. Συχνά απαιτούνται επισκέψεις στους γιατρούς και συνταγές γυαλιών ή φακών επαφής μία με δύο φορές το χρόνο. Η μυωπία συνήθως αναπτύσσεται παράλληλα με την πορεία του παιδιού και σταθεροποιείται όταν σταθεροποιηθεί και η σωματική του ανάπτυξη αντίστοιχα. Μερικές φορές βέβαια μπορεί η μυωπία να αναπτυχθεί χωρίς προφανή ή ιδιαίτερο λόγο και μετά της σταθεροποίησης της σωματικής ανάπτυξης (Τσιούμας, 2005. Gwiazda et al., 2014. Muhamedagic et al., 2014).

Στην πραγματικότητα η πλήρης και ακριβής αιτία της μυωπίας είναι άγνωστη. Αυτό που εκτιμάται είναι ότι πρόκειται για το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που αποσταθεροποιούν την φυσιολογική ανάπτυξη του ματιού. Σε συχνές περιπτώσεις, η μυωπία είναι κληρονομική δηλαδή γενετικά προκαθορισμένη (Gwiazda et al., 2014. Muhamedagic et al., 2014. Simpson et al., 2014). Όταν και οι δύο γονείς ενός παιδιού είναι μύωπες, τότε το παιδί αυτό έχει πιθανότητες, επτά φορές μεγαλύτερες σε σχέση με ένα παιδί που οι γονείς του δεν έχουν μυωπία. Ιδιαίτερα η μυωπία σε υψηλό επίπεδο οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό 80% σε γενετικούς παράγοντες. Βέβαια οι επιστήμονες δε κατέχουν ακόμα τόσα πολλά για το γονιδιακό υπόβαθρο της μυωπίας ώστε να οδηγηθούν σε απόλυτα και πλήρως ασφαλή συμπεράσματα (Gwiazda et al., 2014. Lim et al., 2014. Muhamedagic et al., 2014).

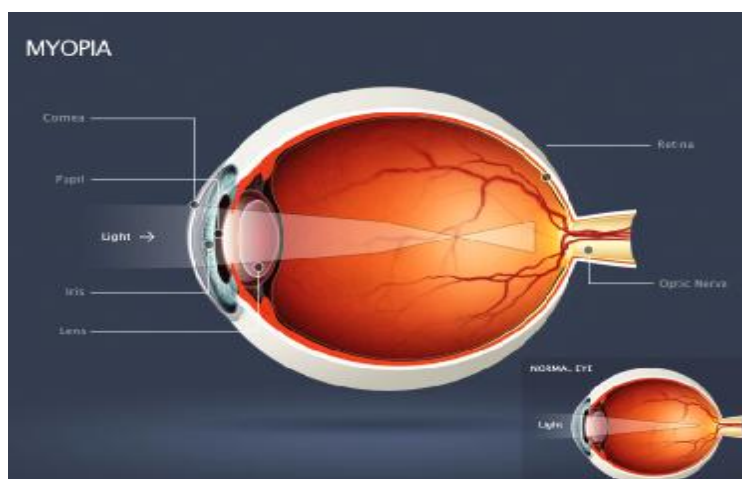
Υπάρχουν επίσης, και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν πολλοί στην εμφάνιση της μυωπίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας που περιλαμβάνει τη συχνή χρήση της τηλεόρασης και του ηλεκτρονικού υπολογιστή καθώς και η εργασία σε κλειστούς χώρους, είναι σοβαροί λόγοι που συμβάλουν στην αύξηση της μυωπίας. Ακόμη και μερικές κακές συνήθειες στο διάβασμα μπορεί να προκαλέσουν κούραση των ματιών ή πονοκέφαλο αλλά δεν αποτελούν αιτιολογικοί παράγοντες για εμφάνιση της μυωπίας (Τσιούμας, 2005. Simpson et al., 2014. Muhamedagic et al., 2014).

Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις αιτία για την εμφάνιση της μυωπίας ορισμένες οφθαλμολογικές παθήσεις, όπως το συγγενές γλαύκωμα. Εξαιτίας κάποιων παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή ο υπερθυρεοειδισμός μπορεί να επιφέρουν αυξομειώσεις στην μυωπία και δεν είναι λίγες οι φορές που η διάγνωση του ενός οδήγησε στη διάγνωση του άλλου. Ο σακχαρώδης διαβήτης φαίνεται ότι ευθύνεται για την εμφάνιση διαθλαστικής μυωπίας. Σε πιο μεγάλες ηλικίες είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μυωπία λόγω εμφάνισης καταρράκτη (Τσιούμας, 2005. Muhamedagic et al., 2014).

Τέλος, ένα πιο σπάνιο είδος μυωπίας είναι η «εξελικτική εκφυλιστική μυωπία» που αποτελεί πραγματική πάθηση. Αυτού του είδους την μυωπία την συνοδεύουν εκφυλίσεις και ατροφίες στο βυθό του ματιού όπου με την πάροδο του χρόνου εξελίσσεται σε μεγάλο βαθμού (πάνω από 10,00D). Μάλιστα συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στις πιο σημαντικές αιτίες για τύφλωση σε όλο τον κόσμο (Τσιούμας, 2005. Zhang et al., 2014).

## Συμπτώματα μυωπίας

Το βασικό σύμπτωμα της μυωπίας είναι ότι το άτομο αντιλαμβάνεται θολά τα μακρινά αντικείμενα. Επίσης συχνό φαινόμενο είναι το άτομο να εκφράζει την δυσαρέσκεια του για κόπωση και πονοκεφάλους έπειτα από δραστηριότητα (Δαμανάκης, 1999. Pane & Simcock, 2011).



**Εικόνα 2.5.2.:** Στη μυωπία το σημείο εστίασης είναι πριν τον αμφιβληστροειδή. Στη μεγάλη εικόνα φαίνεται ο μυωπικός οφθαλμός και στη μικρή ο φυσιολογικός (Πηγή: [www.myopia-eyeclinic.gr](http://www.myopia-eyeclinic.gr)).

### 2.5.3. ΑΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Στον αστιγματισμό η διαθλαστική δύναμη του ματιού δεν είναι ίδια σε όλους τους μεσημβρινούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι φωτεινές ακτίνες που εισέρχονται στο μάτι να μην συγκεντρώνονται σε ένα σημείο(εικόνα 2.5.3) (Δαμανάκης,1999. Pane & Simcock,2011).

#### Αίτια αστιγματισμού

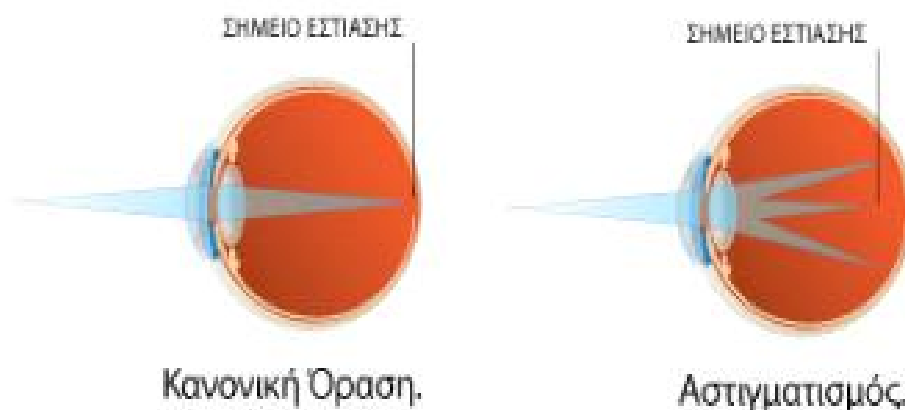
Ο αστιγματισμός συνήθως οφείλεται λόγω διαταραχών στο σχήμα του κερατοειδούς χιτώνα. Ο αστιγματικός κερατοειδής δεν είναι σφαιρικός, σε αντίθεση με τον φυσιολογικός, και έτσι η ακτίνα καμπυλότητάς του ποικίλλει στους διάφορους μεσημβρινούς. Ο μεσημβρινός που έχει τη μικρότερη ακτίνα καμπυλότητας εμφανίζεται πιο κυρτός και έχει μεγαλύτερη διαθλαστική δύναμη από το μεσημβρινό με τη μεγαλύτερη ακτίνα καμπυλότητας που είναι λιγότερο κυρτός και έχει μεγαλύτερη διαθλαστική δύναμη (Δαμανάκης, 1999). Στην πραγματικότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων έχουν κάποιο βαθμό αστιγματισμού, που είναι συνήθως παρόν κατά τη γέννηση και πιστεύεται ότι είναι κληρονομικός. Υπάρχει μια λανθασμένη άποψη ότι τον αστιγματισμό μπορεί να τον προκαλέσει ή να τον επιδεινώσει η ανάγνωση σε χαμηλές συνθήκες φωτισμού ή η παρακολούθηση τηλεόρασης σε κοντινή απόσταση (Lopes et al., 2013. Hashemi et al., 2014).

Άλλες πιθανές αιτίες του αστιγματισμού μπορεί να είναι οι τραυματισμοί του κερατοειδούς χιτώνα (πχ.: μόλυνση που σημαδεύει τον κερατοειδή), οι αλλαγές στον κερατοειδή χιτώνα που προέρχονται από χειρουργική επέμβαση, παθήσεις όπως κερατόκωνος και κερατόσφαιρα κατά τις οποίες αλλάζει το σχήμα του κερατοειδή,

ορισμένες συνθήκες που επηρεάζουν τα βλέφαρα και διάφορες άλλες ασθένειες που μπορεί να επηρεάσουν τον κερατοειδή ή τον φακό (Lopes et al., 2013. Hashemi et al., 2014. Huang, et al., 2014).

### Συμπτώματα αστιγματισμού

Δεν είναι δυνατό στα άτομα με αστιγματισμό να σχηματίσουν ευκρινή αμφιβληστροειδική εικόνα. Επειδή αυτό είναι αδύνατο, και η μακρινή και η κοντινή όραση εμφανίζεται θολή. Συχνό επακόλουθο είναι ο πονοκέφαλος (Δαμανάκης, 1999. Pane & Simcock, 2011).



**Εικόνα 2.5.3:** Στον αστιγματισμό δεν είναι δυνατή η εστίαση της φωτεινής δέσμης σε ένα σημείο (Πηγή: [www.tsikripis.gr](http://www.tsikripis.gr)).

### 2.5.4. ΠΡΕΣΒΥΩΠΙΑ

Κατά την πρεσβυωπία ο φακός του ματιού χάνει την ικανότητά του να επικεντρωθεί, και αυτό δυσκολεύει το άτομο να δει αντικείμενα από κοντά (εικόνα 2.5.4.) (Keir et al., 1996. Δαμανάκης, 1999. Papadopoulos & Papadopoulos, 2014).

#### Αίτια πρεσβυωπίας

Ο φακός των νέων ατόμων επειδή είναι ελαστικός και εύπλαστος μεταβάλλεται εύκολα το σχήμα του κατά τη σύσπαση του ακτινωτού μυός. Κατά τη διάρκεια όμως της ζωής η ίδια ουσία του φακού σκληρύνεται προοδευτικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει μία δυσχέρεια στη μεταβολή του σχήματός του. Το εύρος της προσαρμογής επηρεάζεται από τις μεταβολές αυτές και μειώνεται καθώς άτομο μεγαλώνει. Η μείωση του εύρους προσαρμογής ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια της ζωής όμως οι επιπτώσεις παρουσιάζονται αργότερα, συνήθως μετά την ηλικία των 40 χρόνων.

Μετά την ηλικία των 40 ετών το εύρος της προσαρμογής αρχίζει και προκαλεί προβλήματα στην κοντινή όραση. Δυστυχώς, η πρεσβυωπία αποτελεί ένα αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης και δεν μπορεί να προληφθεί (Δαμανάκης, 1999. Petrash, 2013. Papadopoulos & Papadopoulos, 2014).

## Συμπτώματα πρεσβυωπίας

Το κύριο σύμπτωμα που συναντάτε κατά την πρεσβυωπία είναι η μειωμένη ικανότητα όρασης για κοντινά αντικείμενα. Στη συνέχεια ακολουθεί η καταπόνηση των ματιών και οι πονοκέφαλοι. Τα συμπτώματα της πρεσβυωπίας συνήθως εμφανίζονται νωρίτερα σε άτομα που έχουν παρέμβει στην υπερμετρωπία τους, ενώ αργότερα σε αυτά που έχουν στην μυωπία τους. Αυτό οφείλεται στο ότι στην υπερμετρωπία για μια δεδομένη απόσταση χρειάζεται περισσότερη προσαρμογή από τον ασθενή ενώ στη μυωπία λιγότερη (Δαμανάκης, 1999. Pane & Simcock, 2011. Petrash, 2013. Papadopoulos & Papadopoulos, 2014).



**Εικόνα 2.5.4.:** Στην πρεσβυωπία η ικανότητα του φακού να επικεντρωθεί μειώνεται (Πηγή: [www.arl.gr](http://www.arl.gr)).

### 2.5.5. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΑΣ

Η ωχρά κηλίδα αποτελεί το πλέον φωτοευαίσθητο σημείο του αμφιβληστροειδή. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται όλες εκείνες οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις που συμβαίνουν στο κέντρο του αμφιβληστροειδή (ωχρά κηλίδα) ή/και γύρω από την ωχρά κηλίδα (εικόνα 2.5.5). Εμφανίζονται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες, συνήθως την τρίτη ηλικία, αν και υπάρχουν είδη παθήσεων της ωχράς κηλίδας που εμφανίζονται και σε μικρότερες ηλικίες (Φωτεινάκης, 1998. Pane & Simcock, 2011).

#### Αίτια παθήσεων της ωχράς κηλίδας:

Υπάρχουν δύο βασικές μορφές εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, η μία είναι αυτή που σχετίζεται με την προχωρημένη ηλικία και η άλλη αυτή που σχετίζεται με την πρόωμη. Η επιστήμη πιστεύει ότι οι δύο αυτές παθήσεις οφείλονται σε διαφορετικά αίτια. Τους δύο μεγάλους παράγοντες κινδύνου αποτελούν η αυξημένη ηλικία και οι παρενέργειες που προκαλεί το φως με τον τρόπο που προσπίπτει στον αμφιβληστροειδή. (Berson, 2001. Schmidt-Erfurth et al., 2014).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η φυλή (η λευκή φυλή εμφανίζεται να έχει μεγαλύτερο κίνδυνο), το οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας, η φτωχή διαίτα σε συγκεκριμένες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, το φύλο (οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους άντρες) και η παχυσαρκία (Berson, 2001. Schmidt-Erfurth et al., 2014).

Ακόμη, άλλοι παράγοντες της υγείας που συμπεριλαμβάνονται στους παραπάνω

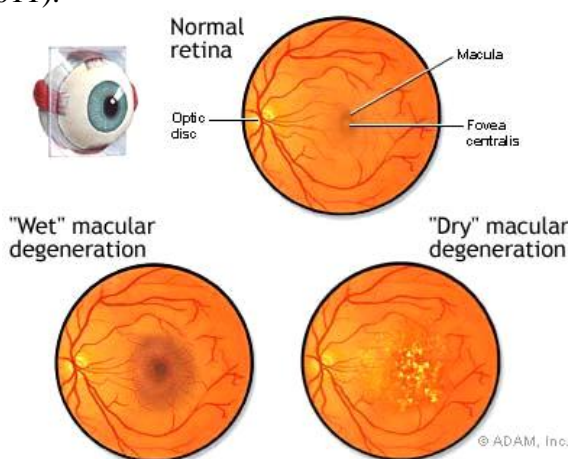
κινδύνους είναι τα γονίδια, όμως όχι για νόσο που προκαλείται από τραυματισμό, μόλυνση ή κάποιο εξωτερικό παράγοντα. Ορισμένα απ' τα γονίδια που απαιτούνται ώστε να υπάρξει σωστή όραση φαίνεται να μεταβιβάζουν λανθασμένα μηνύματα στα κύτταρα της ωχράς κηλίδας, οδηγώντας σε σταδιακή εκφύλιση και τελικά σε απώλεια της όρασης. Η πρόωμη εκφύλιση της ωχράς αποτελεί μια σχετικά σπάνια πάθηση (Berson, 2001. Habibi et al., 2014).

Οι αλλαγές στην ωχρά κηλίδα που έχουν να κάνουν με την ηλικία περιλαμβάνουν την «Drusen» και το σύμπλεγμα εκφυλιστικών αλλοιώσεων στο μελάγχρο επιθήλιο και τις υπαμφιβληστροειδικές νεοαγγειακές μεμβράνες. Από τη άλλη ένα άλλο είδος, η νόσος Stargardt κάνει την εμφάνιση της σε νεαρές ηλικίες και οφείλεται σε παρενέργειες του φωτός οι οποίες έχουν σχέση με αλλαγές στον μεταβολισμό του και τον επακόλουθο σχηματισμό εξιδρωμάτων στην περιοχή της ωχράς κηλίδας (Φωτεινάκης, 1998. Schmidt-Erfurth et al., 2014).

### Συμπτώματα παθήσεων της ωχράς κηλίδας

Οι ασθενείς με εκφυλισμό ωχράς κηλίδας ποικιλία σημείων και συμπτωμάτων ανάλογα με τη βλάβη που έχει υποστεί η ωχρά κηλίδα. Συνήθως παρουσιάζουν σκοτωματώδη κεντρική όραση με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται ιδιαίτερα να αναγνωρίσουν πρόσωπα και αντικείμενα, ή ακόμα και να διαβάσουν (εικόνα 2.6). Το αντικείμενο που θέλει να κοιτάξει ο ασθενής είτε παρουσιάζεται παραμορφωμένο είτε εξαφανίζεται ολόκληρο. Η περιφερική όραση διατηρείται σε καλά επίπεδα, οπότε είναι δυνατός ο γενικός προσανατολισμός του ατόμου στον χώρο, αν και η εκτίμηση των αποστάσεων παραμένει δύσκολη (Φωτεινάκης, 1998. Schmidt-Erfurth et al., 2014).

Τα συμπτώματα αναπτύσσονται προοδευτικά ξεκινώντας από τον έναν οφθαλμό μέχρι να εμφανιστούν και στον άλλον. Η επιδείνωση είναι αργή και γίνεται μέσα σε περίοδο πολλών χρόνων. Βέβαια υπάρχουν και παθήσεις όπως υγρή ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας, που η απώλεια όρασης είναι αιφνίδια. Οι πιο συνήθεις αλλοιώσεις είναι οι κίτρινες κουκίδες (εναποθέσεις κυτταρικού μεταβολισμού), οι μαύρες κηλίδες ή πλάκες και οι περιοχές «γεωγραφικής ατροφίας» (ωχρές περιοχές) (Pane & Simcock, 2011).







**Εικόνα 2.5.5, 2.5.6..:** Είδη αλλοιώσεων της ωχράς κηλίδας σε σχέση με το φυσιολογικό οφθαλμό (πάνω) - Το βασικό σύμπτωμα είναι η απώλεια της κεντρικής όρασης (Πηγή: [www.iatropedia.gr](http://www.iatropedia.gr) - [www.nytimes.com](http://www.nytimes.com) ).

### 2.5.6. Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ STARGARDT

Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή πάθησης της ωχράς κηλίδας που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Είναι συγγενής και αυτοσωματικά υπολειπόμενη κληρονομούμενη ασθένεια με υπολειπόμενο γονίδιο και εμφανίζεται συνήθως πριν την ηλικία των 20 ετών (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Maatri et al., 2013).

#### Συμπτώματα νόσου Stargardt

Τα συμπτώματα κάνουν την εμφάνιση τους συνήθως στο 7<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του παιδιού. Είναι μια νόσος η οποία χειροτερεύει προοδευτικά και προκαλεί σιγά – σιγά απώλεια της κεντρικής όρασης. Η απώλεια της όρασης εξελίσσεται συνήθως αργά μέχρι τα 5/10 και μετά μέσα σε λίγους μήνες μειώνεται μέχρι το 1/20, ωστόσο δεν έχουμε σχεδόν πλήρη τύφλωση (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Maatri et al., 2013).

Η κλινική εικόνα της νόσου συμπληρώνεται από τον αποχρωματισμό και την ατροφία του μελάχρου επιθηλίου, ενώ πορτοκαλοκίτρινα στίγματα εμφανίζονται στην περιοχή της ωχράς κηλίδας. Ακόμη, την συνοδεύουν η μερική αχρωματοψία στο κόκκινο και το πράσινο ενώ το κεντρικό σκοτάδι σταδιακά επεκτείνεται (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Testa et al., 2014).

### 2.5.7. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Η αμφιβληστροειδοπάθεια κάνει την εμφάνιση της, επί των πλείστον σε άτομα που πάσχουν από διαβήτη και ιδιαίτερα αυτών που είναι εξαρτημένοι από τις δόσεις ινσουλίνης μέσα σε 15 περίπου έτη (εικόνα 2.5.7.) (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Tazhibi et al., 2014).

#### Αίτια διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Τα αίτια της ασθένειας είναι άγνωστα. Οι ειδικοί όμως, γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι κύριοι παράγοντες είναι ο χρόνος (ως χρόνος εξάρτησης από την ινσουλίνη και ως προσδόκιμο ζωής), η εγκυμοσύνη και οι σύνοδες καταστάσεις με το σακχαρώδη διαβήτη (Tazhibi et al., 2014).



Οι πιο συχνές καταστάσεις που διαπιστώνονται και είναι επικίνδυνες είναι: η υπεργλυκαιμία, η υπέρταση (ιδιοπαθής ή νεφρογενής), η λευκωματινουρία και η προσβολή των νευρών, η παχυσαρκία, η ύπαρξη νεφροπάθειας και η υπερλιπιδαιμία (Tazhibi et al., 2014).

Από τους παραπάνω παράγοντες η πιο σημαντική είναι η διάρκεια του διαβήτη και η υπεργλυκαιμία. Το να ρυθμιστεί σωστά το σάκχαρο, τόσο στην επίπτωση όσο και στην εξέλιξη της νόσου έχει σαφή ευεργετική επίδραση. Επιπλέον, η σωστή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στους διαβητικούς ασθενείς τύπου II είναι επίσης ευεργετική καθώς φαίνεται να μειώνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση των επιπλοκών. Τέλος, η εγκυμοσύνη κάνει σοβαρότερη την φυσική πορεία της νόσου. Ο κίνδυνος επιβάρυνσης της ΔΑ είναι μεγαλύτερος στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, ενώ μετά τον τοκετό βελτιώνεται (Chen et al., 2014. Tazhibi et al.,2014).

### Συμπτώματα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Στα πρώτα στάδια η εμφάνιση της στον ασθενή χαρακτηρίζεται από μικρές αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες που μπορούν να εξεταστούν με βυθοσκόπηση. Συνήθως δεν προκαλούν κάποια μείωση της όρασης, σύντομα όμως μπορεί να εξελιχθούν σε πιο έντονες και μεγαλύτερες. Πολλές φορές απορροφούνται αρκετά από μόνες τους, όμως η παρουσίαση τους μπορεί να γίνει ξανά ανά πάσα στιγμή. Η όραση δεν παρουσιάζεται κυρίως τμηματική και με ομοιομορφία, έχει ορισμένα θολώματα σε μερικές περιοχές του κεντρικού οπτικού πεδίου και μεταβάλλεται διαρκώς (εικόνα 2.5.7) (Φωτεινάκης, 1998).



**Εικόνα 2.5.7:** Η όραση στην διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εμφανίζεται ανομοιόμορφη και με θολώματα σε μερικές περιοχές (Πηγή: [www.hyderabadidiabetes.com](http://www.hyderabadidiabetes.com)).

### 2.5.8. ΜΕΛΑΧΡΩΣΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Η μελαχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια σχετίζεται με ένα φάσμα κληρονομικών παθήσεων. Το κοινό που έχουν αυτές οι παθήσεις είναι ότι προσβάλλονται τα φωτοευαίσθητα κύτταρα του αμφιβληστροειδή. Προσβάλλονται τόσο τα κωνία όσο και τα ραβδία ωστόσο, τα ραβδία όμως περισσότερο(εικόνα 2.5.8.) (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).

## Συμπτώματα μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Το κοινό που συναντάται σε όλες τις παθήσεις αυτής της κατηγορίας είναι η εικόνα του βυθού του οφθαλμού και η παρόμοια απώλεια της όρασης (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).

Το πρώτο από τα συμπτώματά είναι ότι υπάρχει δυσκολία ώστε να προσαρμόζεται στο ημίφως και υπάρχει μειωμένη σκοτοπική όραση. Προοδευτικά παρουσιάζεται απώλεια του περιφερικού οπτικού πεδίου και τελικά του κεντρικού πεδίου (εικόνα 2.9). Η νόσος αυτή μπορεί να επιφέρει τύφλωση από την παιδική ηλικία μέχρι και αρκετά ικανοποιητική όραση έως και μεγάλη ηλικία του ασθενή (Φωτεινάκης, 1998).



**Εικόνα 2.5.8.:** Στις εικόνες φαίνεται η ίδια φωτογραφία, αριστερά πως τη βλέπει κάποιος με φυσιολογική όραση και δεξιά πως κάποιος με μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια (Πηγή: [www.wnycvi.org](http://www.wnycvi.org) ).

### 2.5.9. ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ

Το οπτικό νεύρο είναι ο αγωγός των νευρικών οπτικών ινών που μεταφέρουν τα ερεθίσματα που δημιουργούνται στον αμφιβληστροειδή προς τον εγκέφαλο και αυτός τις μετατρέπει σε εικόνες. Αυτή η μεταφορά δεν γίνεται φυσιολογικά αν το οπτικό νεύρο υποστεί κάποια βλάβη. Ο όρος «ατροφία» λοιπόν έχει να κάνει με το τελικό αποτέλεσμα μια ποικιλίας ασθενειών που επιδρούν στο οπτικό νεύρο, συμπεριλαμβανομένων και ατυχημάτων που μπορεί να προκαλέσουν τραύματα. Πολύ συχνά αναφέρεται και ως «οπτική νευροπάθεια»(εικόνα 2.5.9.) (Φωτεινάκης, 1998).

#### Αίτια οπτικής ατροφίας

Η οπτική νευροπάθεια λοιπόν ή ατροφία οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Οι πιο συχνές μορφές της ανάλογα με το αίτιο που την έχει προκαλέσει είναι (Φωτεινάκης, 1998. Du et al., 2014. Chang & Miller, 2014):

- Ισχαιμική οπτική νευροπάθεια που οφείλεται στην ανεπαρκή αιμάτωση του οπτικού νεύρου.
- Οπτική νευρίτις που οφείλεται στη φλεγμονή του οπτικού νεύρου που συνοδεύεται με οίδημα και καταστροφή της μυελίνης που καλύπτει το οπτικό νεύρο.
- Συμπίεστική οπτική νευροπάθεια που είναι οι όγκοι, λοιμώξεις και

φλεγμονώδεις διεργασίες είναι δυνατόν να πιέζουν το οπτικό νεύρο καταλήγοντας σε οίδημα του οπτικού δίσκου και υπάρχει προοδευτική απώλεια της όρασης.

- Διηθητική οπτική νευροπάθεια όπου εκεί το οπτικό νεύρο μπορεί να διηθηθεί από όγκους, φλεγμονές και λοιμώξεις - οι όγκοι μπορεί να είναι πρωτοπαθείς (οπτικό γλοίωμα, τριχοειδές και σπαραγγώδες αιμαγγείωμα) ή δευτεροπαθείς (μεταστατικό καρκίνωμα, λέμφωμα, λευχαιμία), η πιο συχνή φλεγμονώδης πάθηση που διηθεί το οπτικό νεύρο είναι η σαρκοείδωση μύκητες, ιοί και βακτήρια μπορούν επίσης να προσβάλλουν το οπτικό νεύρο).
- Τοξική νευροπάθεια, η πιο γνωστή τοξική νευροπάθεια είναι από μεθανόλη.
- Κληρονομικές οπτικές νευροπάθειες όπου εκδηλώνονται σαν συμμετρική, κεντρική ή αμφοτερόπλευρη απώλεια όρασης, η καταστροφή του οπτικού νεύρου είναι μόνιμη και προοδευτική και τέτοιες παθήσεις είναι η νόσος Leber, η επικρατούσα οπτική ατροφία και το σύνδρομο Behr.

### **Βασικά σημεία και συμπτώματα**

Το βασικό αποτέλεσμα οποιοδήποτε και αν είναι το είδος της ατροφίας του οπτικού νεύρου είναι εικόνες ασαφείς, σκοτεινές και με περίεργες αποχρώσεις. Η θολωμένη αντίληψη των χρωμάτων είναι από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της πάθησης (εικόνα 2.10). Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις τα οπτικά ερεθίσματα δεν μεταδίδονται καθόλου και ο ασθενής δεν έχει αντίληψη όρασης. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου προσβάλλεται μόνο το ένα μάτι και ο ασθενής δεν το έχει καταλάβει ώσπου ο οφθαλμίατρος να του καλύψει το υγιές μάτι. Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις, αναλόγως την κατάσταση, όπου παρουσιάζεται ξαφνική απώλεια όρασης (Φωτεινάκης, 1998. Du et al., 2014).



**Εικόνα 2.5.9:** Το χαρακτηριστικό της όρασης στην οπτική ατροφία είναι οι «ξεπλυμένες» αντίληψη των χρωμάτων και η ασαφής εικόνα – (Πηγή: [www.mult-sclerosis.org](http://www.mult-sclerosis.org)).

### **2.5.10. ΓΛΑΥΚΩΜΑ**

Το γλαύκωμα αποτελεί η τρίτη αιτία απώλειας της όρασης σε όλο τον κόσμο. Στο γλαύκωμα η όραση μειώνεται προοδευτικά και υπάρχει απώλεια του οπτικού πεδίου λόγω βλάβης του οπτικού νεύρου. Στο γλαύκωμα προκαλούνται χαρακτηριστικές αλλοιώσεις «κοίλανσης» λόγω απώλειας των νευρικών ινών (Κατσούλος & Ασημέλλης 2008. Pane & Simcock, 2011).

Τα βασικά είδη του γλαυκώματος είναι δύο, το χρόνια και το οξύ γλαύκωμα. Το χρόνια εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε μεσήλικες και υπερήλικες ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις νεαρότερες ηλικίες. Συνήθως υπάρχει ασυνήθιστα υψηλή ενδοφθάλμια πίεση. Βέβαια υπάρχουν άτομα τα οποία έχουν φυσιολογική ενδοφθάλμια πίεση και μπορεί να νοσήσουν ενώ αντιθέτως άλλα άτομα μπορεί να έχουν υψηλή για χρόνια και να μην νοσήσουν ποτέ (εικόνα 2.5.10.) (Κατσούλος & Ασημέλλης 2008. Pane & Simcock, 2011).

### **Αίτια γλαυκώματος**

Μέχρι πρόσφατα επικρατούσε η άποψη ότι λόγω της υψηλής ενδοφθάλμιας πίεσης, εμφανιζόταν το γλαύκωμα. Πλέον είναι ξεκάθαρο πως δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα κινδύνου. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία, η κληρονομικότητα, η φυλή, η υψηλή μυωπία, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αγγειακές παθήσεις. Ακόμη, έπειτα από μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με λεπτό κερατοειδή έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης γλαυκώματος (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).

Επίσης, και άλλες παθολογικές καταστάσεις του οφθαλμού όπως φλεγμονή, ενδοφθάλμιος όγκος, τραυματισμός και χρήση κορτιζονούχων κολλυρίων είναι δυνατόν να προκαλέσουν δευτεροπαθές γλαύκωμα. Τέλος, συγγενείς ανωμαλίες στην αποχετευτική μοίρα του οφθαλμού φαίνεται να είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση συγγενούς γλαυκώματος που συνήθως υπάρχει μετά τη γέννηση του παιδιού. Ωστόσο, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, η κυριότερη αιτία χειροτέρευσης της κατάστασης του ασθενή με γλαύκωμα, είναι το να μην συμμορφώνεται με βάση τη φαρμακευτική αγωγή και τις οδηγίες του γιατρού. Βέβαια, το γλαύκωμα δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση. Η ανάπτυξη των γλαυκωματικών αλλοιώσεων παρά τον καλό έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι ένα δύσκολο κλινικό σενάριο. Σε αυτή την περίπτωση προσπαθούν να βρουν τους παράγοντες που τυχόν ευθύνονται για την ανεπαρκή αιμάτωση του οπτικού νεύρου όπως η υπόταση, ο αγγειοσπασμός, η σοβαρή αναιμία, η κακή διατροφή, κλπ (Berson, 2001).

### **Συμπτώματα γλαυκώματος**

Η πλειοψηφία των ασθενών με γλαύκωμα δεν έχουν συμπτώματα. Η θόλωση στην όραση η οποία προκαλείται από την νόσο, γίνεται αντιληπτή όταν έχει προχωρήσει πάρα πολύ. Τμήματα της περιφερικής όρασης ξεκινούν να χάνονται πριν χαθεί η κεντρική όραση. Η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι αργή και χωρίς πόνο. Αυτά συμβαίνουν στο χρόνια γλαύκωμα (Πασχαλίδης, 1997. Φωτεινάκης, 1998. Pane & Simcock, 2011).

Από την άλλη στο οξύ γλαύκωμα, η ενδοφθάλμια πίεση αυξάνεται γρήγορα και φθάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ο πόνος του ατόμου είναι ανυπόφορος. Στο οξύ γλαύκωμα ο ασθενής παρουσιάζει οίδημα και θόλωση του κερατοειδούς, ενώ η κόρη του οφθαλμού είναι διεσταλμένη και δεν αντιδρά στο φως (Φωτεινάκης, 1998). Η τύφλωση μπορεί να αποτραπεί μόνο αν ανιχνεύει νωρίς και θεραπευτεί φαρμακευτικά ή χειρουργικά (Berson, 2001).



**Εικόνα 2.5.10.:** Στις δύο εικόνες φαίνεται η ίδια φωτογραφία, αριστερά πως τη βλέπει κάποιος με φυσιολογική όραση και δεξιά πως κάποιος που πάσχει από γλαύκωμα (Πηγή: [www.eyehalthvision.com](http://www.eyehalthvision.com) ).

### 2.5.11. ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Ο καταρράκτης είναι ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο θόλωμα που παρατηρείται στο φυσιολογικά διαφανή φακό του οφθαλμού (εικόνα 2.5.11). Συνήθως συναντάται σε άτομα ηλικίας 60 - 70 ετών και άνω ως μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).

Ένας καταρράκτης μπορεί να έχει μια από τις επόμενες μορφές ή ακόμα και συνδυασμό αυτών, μπορεί να είναι πυρηνικός καταρράκτης δηλαδή πλήττεται το κέντρο του φακού, ο φλοιώδης καταρράκτης δηλαδή το κέντρο του πυρήνα μένει σχετικά ανέπαφο και αλλάζουν χρώμα οι εξωτερικές του στοιβάδες, ο οπίσθιος υποκαυκικός καταρράκτης δηλαδή πλήττεται η οπίσθια στοιβάδα του φακού και ο καταρράκτης δίκην χιονονιφάδων δηλαδή μικρές και λευκές κηλίδες σαν νιφάδες αναπτύσσονται σε όλο το φακό (Pane & Simcock, 2011).

#### Αίτια καταρράκτη

Το πιο προφανές αίτιο για τον καταρράκτη είναι ότι αλλάζει η σύνθεση πρωτεϊνών του οφθαλμικού φακού. Και το πιο συχνό είναι ότι ευθύνεται η ηλικία του ατόμου και άρα ο καταρράκτης παρουσιάζεται ως αλλοίωση λόγω ηλικίας . Σε νεότερα όμως άτομα αιτίες είναι άλλοι παράγοντες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το τραύμα, η ενδοφθάλμια φλεγμονή, η χρήση κορτικοειδών κολλυρίων (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).

Ακόμη, άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν στο να εξελιχθεί η πάθηση είναι η υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία και η κακή διατροφή. Πιο σπάνιο περιστατικό είναι ο καταρράκτης να εμφανιστεί ως συγγενής ανωμαλία όπου εμφανίζεται μετά τη γέννηση αν και υπάρχει πιθανότητα να είναι κληρονομικός και να παρουσιαστεί σε μεγαλύτερη ηλικία (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008) .

#### Συμπτώματα καταρράκτη

Το χαρακτηριστικό του καταρράκτη όπως προαναφέρθηκε είναι το σταδιακό θόλωμα και τελικά απώλεια όρασης. Όλη αυτή η διαδικασία είναι ανώδυνη. Η κόρη του ματιού αλλάζει από μαύρη σε γαλακτώδη λευκή καθώς φαίνεται ο φακός. Επίσης



ένα χαρακτηριστικό είναι το θάμβος, και συχνά γίνονται παράπονα για αυτό από τους ασθενείς. Ενδεχομένως τα φώτα τη νύχτα τους τυφλώνουν ενώ βλέπουν ένα φωτοστέφανο γύρω από τα φώτα ή τα αντικείμενα (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).



**Εικόνα 2.5.11.:** Αριστερά είναι ένας φυσιολογικός οφθαλμός και δεξιά φαίνεται ένας οφθαλμός με καταρράκτη (Πηγή: <http://blog.doctoranytime.gr> ).

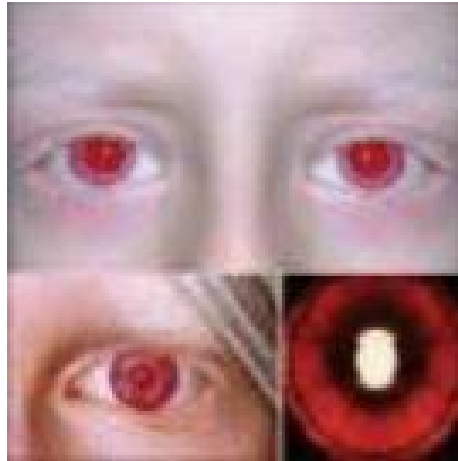
## 2.5.12. ΑΛΦΙΣΜΟΣ Ή ΑΛΜΠΙΝΙΣΜΟΣ

Ο αλφισμός ή αλμπινισμός αποτελεί μια κληρονομική υπολειπόμενη (ανάλογα τον τύπο και φυλοσύνδετη) ασθένεια που κύριο γνώρισμα της είναι η έλλειψη μελανίνης από το δέρμα, τους οφθαλμούς και την τριχοφυΐα του σώματος (εικόνα 2.5.12). Ο αλφισμός υπάρχει σε πολλές μορφές, οι πιο σημαντικές από αυτές είναι η οφθαλμοδερματική και η οφθαλμική. Στην πρώτη περίπτωση εμπλέκονται οι οφθαλμοί και το δέρμα ενώ στην δεύτερη μόνο τα δέρμα. Η πιο συχνή μορφή οφθαλμικού αλφινισμού είναι ο τύπου 1 ή τύπος Nettleship – Falls την οποία εμφανίζουν κυρίως αγόρια (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Hertle, 2013).

### Συμπτώματα αλφισμού

Λόγω της απουσίας ή της μείωσης της παραγωγής της μελανίνης προκαλείται υποχρωματισμός στα άτομα, αυτό όμως έχει και σοβαρό αντίκτυπο στην ανάπτυξη και λειτουργία του οφθαλμού. Έτσι τα άτομα αυτά εμφανίζουν ποικιλία οφθαλμικών ελλειμμάτων όπως η πρόωρη έναρξη νυσταγμού σε διάφορους βαθμούς, ο υποχρωματισμός της ίριδας και του αμφιβληστροειδικού χρωστικού επιθηλίου, η δυσπλασία οξύτητας του οφθαλμού, η αμετροπία, ο στραβισμός και η μείωση της οπτικής. (εικόνα 2.13) (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης 2008. Hertle, 2013).

Επίσης η φωτοφοβία είναι πολύ χαρακτηριστική και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν πρόβλημα όταν βρίσκονται σε πολύ φωτεινό περιβάλλον. Ενοχλήσεις μπορεί να έχουν ακόμη και από το φως μιας ηλιόλουστης ημέρας. Μάλιστα η έντονη έκθεση στις ακτινοβολίες του ήλιου μπορεί να προκαλέσει εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον αμφιβληστροειδή (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Hertle, 2013).



**Εικόνα 2.5.12.:** Τυπική εικόνα αλφισμού με υποχρωματισμό σε δέρμα, μάτια και τριχοφυΐα. Κάτω δεξιά φαίνεται και πλήρης διαφανοσκόπηση ίριδας ασθενούς (Πηγή: Hertle, 2013 - *Middle East Afr J Ophthalmol*, 20(3): 248–255).

### 2.5.13. ΝΥΣΤΑΓΜΟΣ

Κατά τον νυσταγμό παρατηρείται αποσυντονισμός στις κινήσεις των οφθαλμών. Πιο συγκεκριμένα σημειώνονται ακούσιες, ρυθμικές, γρήγορες και επαναληπτικές κινήσεις των οφθαλμών τις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να τις ελέγξει (εικόνα 2.5.13). Ο νυσταγμός αποτελεί και σύμπτωμα και είναι χαρακτηριστικό αρκετών παθήσεων, όπως εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλικοί όγκοι, παθήσεις του νευρικού οπτικού συστήματος. Ο πρώτος στόχος είναι να αποκλειστούν τέτοιου είδους παθήσεις όταν υπάρχουν ενδείξεις νυσταγμού αλλά όταν πρόκειται για κάποιον ασθενή που διανύει την παιδική του ηλικία δεν είναι κ τόσο εύκολη η διάγνωση ή διαφοροδιάγνωση (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Strupp et al., 2014) .

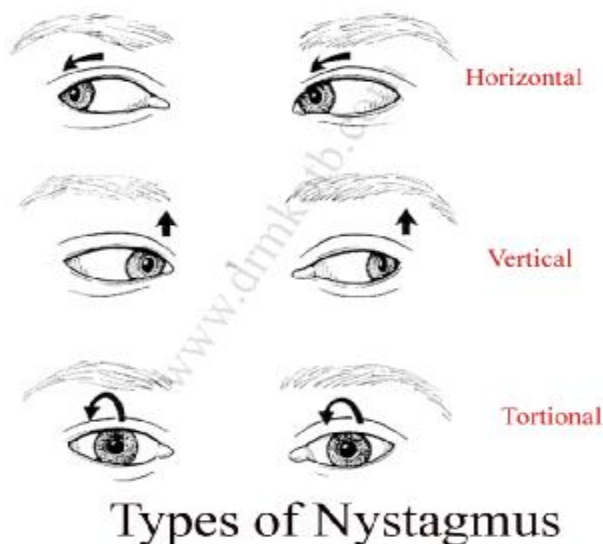
#### Αίτια νυσταγμού

Ο νυσταγμός είναι κατά κύριο λόγο ιδιοπαθής και δεν γίνονται πάντα σαφή τα αίτια που το έχουν προκαλέσει. Επίσης δεν είναι κληρονομικός εκτός αν υπάρχει μαζί με κάποιο άλλο κληρονομικό οφθαλμικό νόσημα. Μπορεί λοιπόν να μην γίνει εμφανής κατά τη γέννηση αλλά να προκληθεί αργότερα κατά την ανάπτυξη κάποιου άλλου οπτικού προβλήματος (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Strupp et al., 2014).

Οι πιο πιθανές αιτίες που οδηγούν σε νυσταγμό είναι μια προσβολή οπτικού νευρικού συστήματος ή του οφθαλμοαιθουσαίου αντανακλαστικού ή αποσυντονισμός του οπτικοκινητικού συστήματος λόγω χαμηλής όρασης. Επίσης μπορεί να είναι κάποιες άλλες νευρολογικές βλάβες όπως βλάβη εγκεφαλικού στελέχους, διαφόρων αιτιολογικών όπως τραύμα, εγκεφαλικό επεισόδιο, ακόμη φάρμακα, ναρκωτικά, αλκοόλ, κ.α., μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη νυσταγμού (επίκτητος νυσταγμός) (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Strupp et al., 2014).

## Συμπτώματα νυσταγμού

Οι ασθενείς που έχουν νυσταγμό αρχικά αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα όρασης διότι δεν μπορούν να προσηλώσουν το βλέμμα τους σε ένα σημείο. Έτσι εμφανίζουν πολύ χαμηλή οπτική οξύτητα ενώ μπορεί να συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα όπως ανιριδία, συγγενής καταρράκτης, κλπ (Φωτεινάκης, 1998. Κατσούλος & Ασημέλλης 2008. Strupp et al.,2014).



**Εικόνα. 2.5.13:** Είδη νυσταγμού (οριζόντιος, κάθετος και στροφικός) (Πηγή: [www.kin450-neurophysiology.wikispaces.com](http://www.kin450-neurophysiology.wikispaces.com) ).

### 2.5.14. ΑΝΙΡΙΔΙΑ

Όπως γίνεται αντιληπτό και από το όνομα της νόσου, η ανιριδία είναι μια παθολογική κατάσταση στην ίριδα του οφθαλμού (εικόνα 2.5.14.). Η νόσος αυτή είναι η μερική ή/και ολική έλλειψη της ίριδας στον οφθαλμό και συνδέεται με ποικίλες συστηματικές και οφθαλμικές εκδηλώσεις (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Biswas et al., 2014).

#### Αίτια ανιριδίας

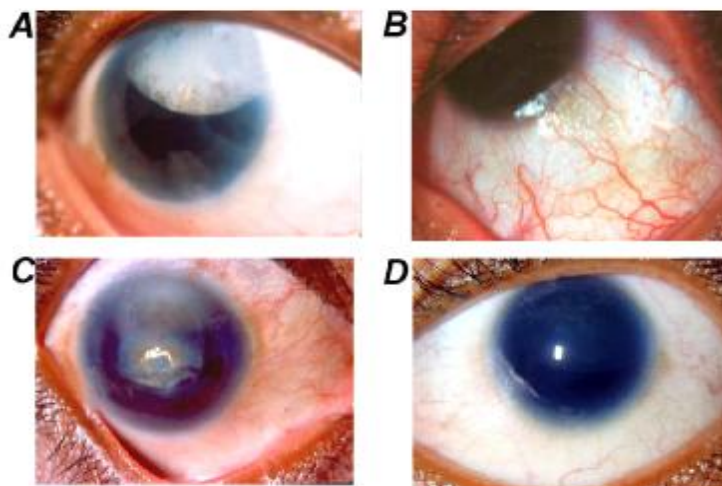
Πρόκειται για μία όχι συχνή συγγενή κατάσταση της οποίας τα αίτια είναι κληρονομικά. Κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατές γονίδιο στο παιδί. Ανωμαλία στο γονίδιο Pax6 του 11<sup>ου</sup> χρωμοσώματος είναι η αιτία για την εμφάνιση της ανιριδίας. Ωστόσο υπάρχει περίπτωση η ανιριδία να συνδέεται και με άλλες παθολογικές καταστάσεις του οφθαλμού (Biswas et al., 2014).

#### Συμπτώματα ανιριδίας

Ένα από τα πολλά οφθαλμικά προβλήματα που συνοδεύουν την ανιριδία είναι η έλλειψη της ίριδας. Η ανιριδία μπορεί να επιδράσει τον κερατοειδή χιτώνα, το βοθρίο ή τον αμφιβληστροειδή καθώς και το φακό του ματιού. Τα άτομα με ανιριδία μπορεί να έχουν φυσιολογική όραση αλλά μπορεί και πλήρη τύφλωση. Γενικότερα η κλινική εικόνα της νόσου δεν είναι ομοιόμορφη (Biswas et al., 2014).



Επίσης όπως προαναφέρθηκε την ανιριδία συχνά συνοδεύουν και άλλες συστηματικές και οφθαλμικές εκδηλώσεις. Άλλες λοιπόν παθολογίες όπως η ελλιπής ανάπτυξη του αμφιβληστροειδή, ο στραβισμός, ο νυσταγμός, οι κερατοπάθειες, η εκτόπιση κρυσταλλοειδούς φακού, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και υποπλασία στο οπτικό νεύρου είναι πιθανό να υπάρχουν μαζί με την ανιριδία. Ακόμη, συστηματικές παθήσεις που μπορεί να σημειώνονται παράλληλα είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι νεφροπάθειες, η νοητική καθυστέρηση και η ελλιπής αίσθηση όσφρησης (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008) .



**Εικόνα 2.5.14.:** Διάφορες εικόνες από οφθαλμούς με ανιριδία. (Πηγή: [www.en.wikipedia.org](http://www.en.wikipedia.org)).

### 2.5.15. ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Ο όρος περιγράφει μία διαταραχή που υπάρχει λόγω του διαχωρισμού του αμφιβληστροειδούς από το χοροειδή του βολβού (εικόνα 2.5.15.). Όπως είναι φυσιολογικό ο αμφιβληστροειδής είναι προσκολλημένος στο οφθαλμικό τοίχωμα. Αν για κάποιο λόγο γίνει μια ρωγμή στον αμφιβληστροειδή χιτώνα και το υαλοειδές υγρό εισέλθει μέσα και κάτω από τον αμφιβληστροειδή, τότε ο τελευταίος αποκολλάται από το οφθαλμικό τοίχωμα. Η ρωγμή ξεκινά από κάποιο περιφερικό τμήμα και πηγαινει προς την ωχρά κηλίδα. Η διάρκεια της επέκτασης αυτής μπορεί να είναι ώρες έως ημέρες, υπάρχουν και μερικές περιπτώσεις που είναι έως και μήνες. Είναι ένα κατεπείγον ιατρικό περιστατικό καθώς αν δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να οδηγήσει σε ολική απώλεια της όρασης (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).

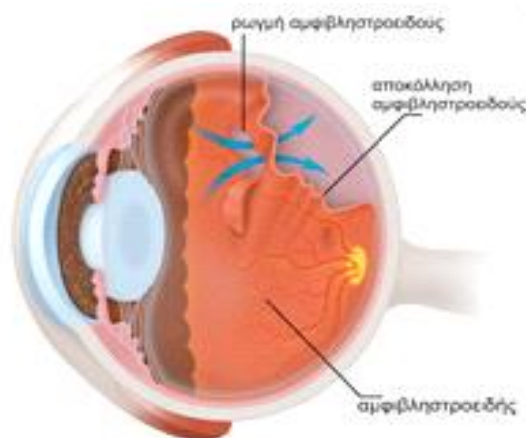
#### Αίτια αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς

Όσο περνούν τα χρόνια, η ηλικία οδηγεί σε συρρίκνωση του φυσιολογικού υαλοειδές. Έτσι γίνεται μια μικρή σχισμή η οποία αφήνει το υγρό να εισέρχεται μεταξύ των δύο στρωμάτων. Σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν τελικά στην αποκόλληση είναι η υψηλή πίεση αίματος, η υψηλή μυωπία, ο τραυματισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλες συστηματικές παθήσεις. Σε περιπτώσεις διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας υπάρχει ελκτική αποκόλληση και είναι σπάνια. Τέλος, κάθε επέμβαση στους οφθαλμούς κάνει και τις πιθανότητες για αποκόλληση περισσότερες (Keir et al., 1996. Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Pane & Simcock, 2011).

## Συμπτώματα αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς

Τα κύρια συμπτώματα που οδηγούν και στη διάγνωση εμφανίζονται μόνα τους ή/και μαζί με άλλα ταυτόχρονα και είναι τα εξής: οι φωταψίες δηλαδή ο ασθενής βλέπει έντονες λάμπεις, παρόμοιες με το φλας της μηχανής, οι μυϊοψίες δηλαδή αιωρούμενα σωματίδια σαν μυγάκια μαύρα ή κόκκινα η απώλεια οπτικού πεδίου δηλαδή κενή περιοχή στο οπτικό πεδίο και το άτομο έχει την αίσθηση ότι έχει μπροστά του μια μαύρη ή γκρι κουρτίνα που πλησιάζει αργά από την περιφέρεια προς το κέντρο και η θολή κεντρική όραση (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008. Pane & Simcock, 2011).

Εάν υπάρξει έγκαιρη αντιμετώπιση, μπορεί να μην επιμείνουν οι επιπτώσεις στην όραση. Αν όμως δεν προληφθεί άμεσα, τ' αποτελέσματα να είναι η μείωση της φυσιολογικής όρασης, έντονη μεταμορφασία, έως μεγάλες απώλειες στο οπτικό πεδίο και τύφλωση (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).



**Εικόνα 2.5.15.:** Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα  
(Πηγή: [www.epirusvisioncenter.gr](http://www.epirusvisioncenter.gr)).

## 2.5.16. ΗΜΙΑΝΟΨΙΕΣ

Ημιανοψίες είναι όταν υπάρχει απώλεια του οπτικού πεδίου σε έναν ή και στους δύο οφθαλμούς συγχρόνως. Διακρίνεται σε: ρινική ημιανοψία κροταφική ημιανοψία και ομώνυμη ημιανοψία (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).

### Αίτια ημιανοψίας

Οι ημιανοψίες κατά κύριο λόγο οφείλονται σε κάποια βλάβη που προκύπτει σε κάποιο σημείο στην πορεία του οπτικού νεύρου (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008). Το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την πιο συχνή αιτιολογία της ημιανοψίας και συγκεκριμένα μάλιστα της ομώνυμης ημιανοψίας (Rowe et al., 2014).

## Συμπτώματα ημιανοψίας

Οι ημιανοψίες ανάλογα με το πώς διακρίνονται παρουσιάζουν και διαφορετική απώλεια στην όραση (εικόνα 2.5.16). Άρα προκύπτουν:

*Ρινική ημιανοψία:* απώλεια της ρινικής πλευράς του οπτικού πεδίου και στους δύο οφθαλμούς.

*Κροταφική:* απώλεια της όρασης στην κροταφική πλευρά του οπτικού πεδίου και στους δύο οφθαλμούς.

*Ομώνυμη ημιανοψία:* εκλείπει το δεξιό ή το αριστερό τμήμα του οπτικού πεδίου και στους δύο οφθαλμούς (Κατσούλος & Ασημέλλης, 2008).

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό λοιπόν αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα όρασης ακόμα και στην καθημερινότητά τους. Έτσι μειώνεται σημαντικά η λειτουργικότητά τους αλλά και οι ικανότητές τους σε απλές και καθημερινές συνθήκες όπου χρειάζεται η όραση, όπως το διάβασμα, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται επιπλέον προβλήματα (Rowe et al., 2014).



Εικόνα 2.5.16.: Παραδείγματα ημιανοψίας (Πηγή: [www.neurocenter.com](http://www.neurocenter.com)).

## 2.5.17. ΑΜΒΛΥΩΠΙΑ

Αμβλυωπία είναι η κατάσταση όπου ο ένας οφθαλμός δεν είναι ευθυγραμμισμένος με αποτέλεσμα να υπάρχει ασάφεια στην όραση.(εικόνα 2.5.17.) Στην αμβλυωπία ο ένας οφθαλμός είναι στραμμένος προς την έσω πλευρά δηλαδή εσωτροπία. Πρόκειται για μια συχνή περίπτωση παιδικού στραβισμού που είναι γνωστή και ως «τεμπέλικο μάτι» (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011)

## **Αίτια αμβλυωπίας**

Στην παθολογική αυτή κατάσταση ο οφθαλμός αποκλίνει αλλά είναι φυσιολογικός. Η παθολογία εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου με τον οπτικό φλοιό δεν είναι καλά σχηματισμένες. Συνεπώς ο εγκέφαλος κατευνάζει τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το συγκεκριμένο οφθαλμού, από εκεί βγήκε και η ονομασία τεμπέλικο μάτι (Keir et al., 1996. Pane & Simcock, 2011).

Τα βασικά είδη εσωτροπίας είναι η ιδιοπαθής βρεφική ή η προσαρμοστική. Ένα βρέφος λίγων μηνών που εμφανίζει ιδιοπαθή εσωτροπία αντιμετωπίζεται ως άμεση οφθαλμική κατάσταση. Η συγγενής εσωτροπία μπορεί να ευθύνεται λόγω όγκου του εγκεφάλου που προκαλεί πάρεση στο 6<sup>ο</sup> κρανιακό νεύρο καθώς επίσης και σε τύφλωση λόγω κακοήθους ενδοφθάλμιου ρετινοβλαστώματος. Αν αυτή η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί αμέσως και αφηθεί, στα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας τότε κάνει την εμφάνιση της, η προσαρμοστική εσωτροπία (Keir et al., 1996).

Πιο περιληπτικά λοιπόν, το πιο κύριο αίτιο θεωρείται η ολική ή μερική πάρεση στο 6<sup>ο</sup> κρανιακό νεύρο. Ωστόσο, μπορεί να ευθύνονται τύφλωση του ενός ή και των δύο οφθαλμών, παθήσεις των εξωφθάλμιων μυών ή των κόγχων και όγκοι ή κάποια άλλη πάθηση του εγκεφάλου (Keir et al., 1996).

## **Συμπτώματα αμβλυωπίας**

Το χαρακτηριστικό σημείο είναι η παρέκκλιση του οφθαλμού την οποία αντιλαμβάνεται κανείς όταν το παιδί προσπαθεί να κοιτάξει στην ευθεία. Παράλληλα άλλα ευρήματα είναι ο περιορισμός στις κινήσεις και των δύο οφθαλμών προς όλες τις κατευθύνσεις, ο περιορισμός μπορεί να είναι τόσο μικρός που να μην αναγνωριστεί εύκολα, η διεσταλμένη κόρη που αντιδρά αμυδρά στο φως, η πτώση του άνω βλεφάρου, τα σημεία φλεγμονής ή όγκου του κόγχου όπως το κόκκινο μάτι, η κλίση της κεφαλής προς το ένα πλάγιο ή άλλα νευρολογικά σημεία (Keir et al., 1996).

Ταυτόχρονα εκτός από τα σημεία και τα συμπτώματα που υπάρχουν στους οφθαλμούς, ένα παιδί με εσωτροπία θα αντιμετωπίζει και αργότερα προβλήματα στην καθημερινότητά του. Με αυτή την κατάσταση αν επιμένει το παιδί δυσκολεύεται να διαβάσει, αργεί να διαβάσει και αναπτύσσει προβλήματα δυσλεξίας, μάθησης και συμπεριφοράς (Meng et al., 2014).

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε καλή πρόγνωση για την πορεία του παιδιού. Σε άλλη περίπτωση είναι πολύ πιθανόν το παιδί να οδηγηθεί στην τύφλωση. Πιο συγκεκριμένα η προσαρμοστική εσωτροπία συνήθως θα διαγνωστεί μέχρι την ηλικία των 5 ετών και πρέπει να αντιμετωπισθεί μέχρι την ηλικία των 7-8 ετών. Βέβαια τα πιο σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι με εκπαίδευση της πλαστικότητας μπορεί να υπάρξει βελτίωση (Pane & Simcock, 2011. Sengpiel, 2014).



**Εικόνα 2.5.17.:** Εσωτροπία σε παιδί (αριστερά) και διόρθωσή της με γυαλιά (Πηγή: [www.pedseye.com](http://www.pedseye.com)).

### **2.5.18. ΤΡΑΧΩΜΑ**

Το τράχωμα αποτελεί μία λοίμωξη λόγω βακτηρίων στην περιοχή των ματιών και είναι μια μεταδιδόμενη νόσο, που κατατάσσεται στην πρώτη θέση παγκοσμίως ως αιτία τύφλωσης. (εικόνα 2.5.18.). Το βακτήριο που ευθύνεται για αυτό μεταφέρεται από τα μάτια, τα βλέφαρα, τις εκκρίσεις της μύτης και του λαιμού των μολυσμένων ατόμων. Αν δεν γίνει άμεση αντιμετώπιση της μόλυνσης τότε μπορεί να οδηγήσει και σε ολική τύφλωση. Η νόσος ταλανίζει κυρίως τους κατοίκους των αναπτυσσόμενων χωρών και ειδικά τα παιδιά. Η ασθένεια αυτή, σε όλο τον κόσμο, καταλήγει σε σοβαρή αναπηρία, ενώ πάνω από 83 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν ενεργό τράχωμα. Αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες τύφλωσης, ακόμη και στις μέρες μας, ιδιαίτερα σε χώρες με κακές συνθήκες υγιεινής. Η ασθένεια γίνεται αντιληπτή, κυρίως, στις φτωχές τροπικές ή ημιτροπικές χώρες (Θεοδοσιάδης, 1996).

#### **Αιτίες τραχώματος**

Το τράχωμα προκαλούν ορισμένοι υποτύποι του *Chlamydia trachomatis*, ένα βακτήριο που είναι επίσης υπεύθυνο για τη σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση χλαμύδια και μεταφέρεται μέσω της επαφής με τα μάτια ή τη μύτη ενός μολυσμένου ατόμου. Η μετάδοση του μπορεί επίσης να γίνει μέσω των χεριών, ρούχων, με πετσέτες και μέσω των εντόμων. Οι μύγες αποτελούν σημαντικό μέσο με το οποίο μεταδίδεται το τράχωμα στις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου (Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια).

#### **Συμπτώματα τραχώματος**

Κύριες ενδείξεις και συμπτώματα κατά τα πρώιμα στάδια του τραχώματος αποτελούν η ήπια φαγούρα και ο ερεθισμός των ματιών και των βλεφάρων. Όπως επίσης και η απαλλαγή από τα μάτια που περιέχουν βλέννα ή πύον. Καθώς η νόσος προχωρά, τα συμπτώματα είναι σήμανση, ευαισθησία στο φως (φωτοφοβία), θολή όραση, πόνος του οφθαλμού.

Τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε λοίμωξη, αλλά η εξέλιξη της νόσου είναι αργή, και τα πιο επώδυνα συμπτώματα μπορεί να μην εμφανιστούν μέχρι και την ενηλικίωση (Θεοδοσιάδης, 1996).





**2.5.18:** Τράχωμα οφθαλμού

(Πηγή: [http://emediprolhpsygeias.blogspot.gr/2013/08/t\\_6.html](http://emediprolhpsygeias.blogspot.gr/2013/08/t_6.html) )

### **2.5.19. ΞΗΡΟΦΘΑΛΜΙΑ**

Στην ξηροφθαλμία δεν υπάρχει επαρκής εφύγρανση του οφθαλμού και υπάρχει και μια παθολογική έλλειψη υγρασίας του επιπεφυκότα. Λόγω αυτής της κατάστασης προκαλείται άλγος και δυσφορία στα μάτια.(εικόνα 2.5.19.) Η ξηροφθαλμία γίνεται αντιληπτή σε οποιαδήποτε διαταραχή που προκαλεί ουλή στον κερατοειδή, όπως πολύμορφο ερύθημα, τράχωμα, ή εγκαύματα του κερατοειδούς, στο σύνδρομο Sjogren, στο λαγόφθαλμο, στο σύνδρομο Riley- Day, στην απουσία ενός ή και των δύο δακρυϊκών αδένων, στην παράλυση του τριδύμου ή του προσωπικού νεύρου, στην αγωγή με ατροπίνη, στη βαθιά αναισθησία και στις νόσους που προκαλούν εξασθένιση. Για τη θεραπεία της κατάστασης αυτής, γίνεται χρήση κατάλληλων παρασκευασμάτων υδατοδιαλυτά πολυμερή (Iatronet, Ιατρικό Λεξικό).

#### **Αίτια ξηροφθαλμίας**

Τα κοινά αίτια της ξηροφθαλμίας αποτελούν η γήρανση, το ξηρό περιβάλλον ή χώρο εργασίας, λόγω έκθεσης στον ήλιο, λόγω του καπνίσματος ή του παθητικού καπνίσματος, λόγω φαρμάκων για κρυολόγημα και αλλεργίες. Επίσης μπορεί να προκληθεί και από έναν οφθαλμικό τραυματισμό ή άλλο πρόβλημα με τα μάτια ή τα βλέφαρα, όπως βλεφαρόπτωση ή εξόφθαλμος. Σύνδρομο Sjogren, περιέχει ξηροφθαλμία, ξηροστομία και ξηρότητα βλεννογόνων, και συχνά ρευματοειδής αρθρίτιδα ή κάποια άλλη θεραπεία (Iatronet, Ιατρικό Λεξικό).

#### **Συμπτώματα ξηροφθαλμίας**

Εξαιτίας της ξηροφθαλμίας μπορεί να προκληθεί ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που μπορεί να είναι από μία ελαφριά δυσανεξία μέχρι έντονο πόνο και τύφλωση. Οι ασθενείς κάνουν παράπονα για χρόνια δυσανεξία και κάψιμο στα μάτια. Όταν υπάρχει σε έντονο βαθμό, προκαλεί υπεραιμία του επιπεφυκότα και συγκέντρωση βλέννης. (Φωτεινάκης και συν., 2000).

Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής έχει την αίσθηση από ένα τσούξιμο, κάψιμο ή κνησμώδης αίσθηση στα μάτια, επίσης βλέννη μέσα ή γύρω από τα μάτια, κόπωση ματιών, ευαισθησία στο φως, κοκκίνισμα του ματιού, μια ότι έχει κάτι το μάτι, φοράει με δυσκολία τους φακούς, υπερβολική δακρυρροια, και θολή όραση, όπου συχνά συναντάται κατά το τέλος της ημέρας ή μετά την εστίαση για μια

παρατεταμένη περίοδο.



**2.5.19:** Ξηροφθαλμία (Πηγή: <http://blog.doctoranytime.gr/glossary/ksirofthalmia/>)

## **2.5.20. ΤΡΑΥΜΑΤΑ**

Τα οφθαλμικά τραύματα είναι κακώσεις οι οποίες οφείλονται χτυπήματα που έρχονται σε επαφή με το μάτι. (εικόνα 2.5.20.) Τα τραύματα αυτά δεν επιδρούν μόνο στο ίδιο το μάτι, αλλά και την γύρω περιοχή, συγκαταλέγοντας και τους γειτονικούς ιστούς και οστικούς δομούς. Τα τραύματα υπάρχουν σε διάφορες μορφές, η σοβαρότητα των οποίων κυμαίνεται από μικροτραυματισμούς ως περιστατικά που χρήζουν επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Έχει υπολογιστεί ότι σχεδόν οι 5 στους 10 από τους τραυματισμούς γίνονται στο σπίτι και στην πλειοψηφία σε παιδιά. Το 90% των τραυματισμών αυτών θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν ελαμβάνοντο μέτρα πρόληψης (bausch and lomb)

### **Αίτια των οφθαλμικών τραυμάτων**

Εάν το μάτι δεχθεί αμβλύ χτύπημα, ξαφνικά συμπιέζεται και μαζεύεται. Έτσι το αίμα μαζεύεται κάτω από την προσβεβλημένη περιοχή και έτσι έχουμε πολλά από τα συνήθη συμπτώματα των οφθαλμικών τραυμάτων.

Ορισμένα συμπτώματα των οφθαλμικών τραυμάτων είναι οι μώλωπες (μαύρα μάτια), η ερυθρότητα του ματιού, η εξοίδηση, η αιμορραγία μεταξύ κερατοειδούς και ίριδας γνωστή ως ύφαιμα, η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, η θολή ή θαμβή όραση, η διπλωπία, απόπτωση επιθηλίου (εκδορά) του κερατοειδούς της επιφανειακής δηλαδή στοιβάδας του διαφανούς τμήματος του ματιού, το ξένο σώμα στην επιφάνεια του ματιού, η αιμορραγία υπό τον επιπεφυκότα (υπόσφαγμα), η τραυματική ιριδοκυκλίτιδα και ύφαιμα, η εκχύμωση, το θλαστικό τραύμα (κόψιμο) στο βλέφαρο, η κερατοειδική απόξεση, η ιριδοδιάλυση, ο τραυματικός καταρράκτης, η μετατόπιση φακού, το αμφιβληστροειδικό δάκρυ, η αιμορραγία υαλώδους, η ρωγμή αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, η διάρρηξη χοριοειδή (Φωτεινάκης και συν., 2000).

### Άλλες λιγότερο συχνές μετατραυματικές καταστάσεις

Πίο σπάνιες μετατραυματικές καταστάσεις είναι η τραυματική βλεφαρόπτωση, η προσωρινή παράλυση οφθαλμικών μυών, η υπεξάρθρημα φακού, το οίδημα οπισθίου πόλου (οίδημα Berlin) τραυματική αμφιβληστροειδοπάθεια (μπορεί να προκληθεί σε κάθε αμβλύ τραύμα του ματιού), το κάταγμα του κόγχου (συχνότερο το κάταγμα εδάφους του κόγχου που μπορεί να προέλθει από χτύπημα με μπαλάκι του τέννις) (bausch and lomb)



**2.5.20:** Τραύμα οφθαλμού (Πηγή: <http://www.athenseyehospital.gr/gr/epipefykitida-p239.html> ).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η μειωμένη όραση, σε όποια αιτία και αν οφείλεται, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, τη μειωμένη λειτουργική ικανότητα και τη ποιότητα ζωής.

### 3.1. Ο ΟΡΟΣ «ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ»

Ο όρος «ψυχοκοινωνικός» αναφέρεται στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου και την ταυτόχρονη αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό περιβάλλον. Μαζί με αυτά θα πρέπει να εξετάζεται η ψυχική υγεία, η σεξουαλικότητα, η κοινωνική - πολιτιστική - εθνική ταυτότητα, η αξίες και τα πιστεύω του ασθενή.

Ο Erik Erikson Ένας ήταν από τους πρωτοπόρους του όρου ψυχοκοινωνικού, διατύπωσε ότι το «εγώ» του κάθε ανθρώπου σχηματίζεται και διαμορφώνεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς αλλά και κοινωνικούς παράγοντες. Σε αυτήν την άποψη βασίζεται και η ψυχοκοινωνική θεωρία που διατύπωσε αποβλέποντας στις αρχές της ψυχοσεξουαλικής θεωρίας που είχε διατυπώσει και ο προγενέστερός του Sigmund Freud. Σύμφωνα με τα σχετικά άρθρα και βιβλία, ο Erikson θεωρεί το «εγώ» του κάθε ανθρώπου σαν μια αίσθηση προσωπικής συνέχειας και ομοιότητας, προσωπικής ακεραιότητας και κοινωνικού στάτους όπου συμπεραίνεται από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εαυτού και του περιβάλλοντός μας. Επίσης θεωρεί ότι ο πολιτισμός, η κουλτούρα και η κοινωνία που ζει το άτομο παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του «εγώ» του.

Σύμφωνα με την ίδια θεωρία, υποστηρίζει ότι το άτομο δεν χρειάζεται να έχει την πλήρη επίγνωση αυτής της σχέσης με το περιβάλλον του. Σε αντίθεση με την κοινωνική ψυχολογία, όπου επιχειρεί να εξηγήσει τα κοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς σε μια γενική έννοια, ο όρος «ψυχοκοινωνικός» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις εσωτερικές διεργασίες που συμβαίνουν μέσα στο άτομο. Χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της «ψυχοκοινωνικής παρέμβασης» που είναι ωφέλιμο συγχρόνως με ψυχοπαιδαγωγικές ή ψυχοφαρμακευτικές αιτιολογικές παρεμβάσεις. (Berzoff et al., 2011).

### 3.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Αντίστοιχα με την έννοια ψυχοκοινωνικός δημιουργούνται και προεκτάσεις του όρου. Τα προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν σε κάποιον με ψυχοκοινωνική λειτουργία αναφέρονται ως «ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες» ή «ψυχοκοινωνική νοσηρότητα». Αυτοί οι όροι εκπροσωπούν την έλλειψη ανάπτυξης ή την ατροφία του ψυχοκοινωνικού εαυτού το οποίο συμβαίνει μαζί με άλλες δυσλειτουργίες οι οποίες είναι σωματικές, συναισθηματικές ή γνωστικές στη φύση τους.

Το εγχειρίδιό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης αναφέρει τη διάγνωση πνευματικών διαταραχών αναφέρει τον όρο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα ή αλλιώς «περιβαλλοντικό πρόβλημα». Και με τους δύο όρους αναφέρεται σε προβλήματα «που μπορεί να επηρεάσουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών». Τέτοιο πρόβλημα ορίζεται ως: «αρνητικό γεγονός της ζωής, μια περιβαλλοντική δυσκολία ή ανεπάρκεια, μια οικογενειακή πίεση ή κάποιο διαπροσωπικό άγχος, μια ανεπάρκεια της κοινωνικής υποστήριξης ή των προσωπικών πόρων, ή άλλα προβλήματα σχετικά με το πλαίσιο στο οποίο ένα άτομο δυσκολεύεται

να εξελιχθεί».

Εκτός από τα αρνητικά γεγονότα σε τέτοιου είδους προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν και φαινομενικά θετικές καταστάσεις και ορίζονται ως «θετικοί στρεσογόνοι παράγοντες». Ένα παράδειγμα είναι και μια προαγωγή στη δουλειά ενός ατόμου το οποίο είναι ένα θετικό και χαρούμενο γεγονός. Παρ' όλα αυτά μπορεί να αποτελέσει ή να οδηγήσει σε κάποιο πρόβλημα και αυτό γιατί το άτομο μπορεί να έχει δυσκολία στην προσαρμογή του σε αυτή τη νέα κατάσταση. Επίσης πέρα από τα θετικά ή αρνητικά γεγονότα παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη ή στην επιδείνωση μιας διαταραχής, ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να αναπτυχθούν ως συνέπεια μιας ήδη υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

Για λόγους ευκολίας τα προβλήματα ομαδοποιούνται (σύμφωνα με τη φύση του αιτίου που τα έχει προκαλέσει) σε κάποιες μεγάλες κατηγορίες και είναι οι εξής:

*Προβλήματα με την αρχική ομάδα υποστήριξης:* ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, τα προβλήματα υγείας στην οικογένεια, η διάσπαση της οικογένειας λόγω χωρισμού, το διαζύγιο ή ρήξη, η απομάκρυνση από το σπίτι, ο δεύτερος γάμος του γονέα, η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, η γονική υπερπροστασία, η παραμέληση του παιδιού, η ανεπαρκής πειθαρχία, η ασυμφωνία με τα αδέρφια, η γέννηση ενός αδερφού.

*Προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνικό περιβάλλον:* ο θάνατος ή η απώλεια του φίλου, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η μοναχική ζωή, η δυσκολία πολιτισμικής προσαρμογής, η δυσκολία προσαρμογής κατά τη μετάβαση σε μια νέα φάση του κύκλου ζωής (όπως η σύνταξη).

*Εκπαιδευτικά προβλήματα:* ο αναλφαβητισμός, τα σχολικά προβλήματα, συγκρούσεις με το δάσκαλο ή τους συμμαθητές, το ανεπαρκές σχολικό περιβάλλον.

*Επαγγελματικά προβλήματα:* η ανεργία, η απειλή της απώλειας θέσεων εργασίας, το εντατικό πρόγραμμα εργασίας, οι δύσκολες συνθήκες εργασίας, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, η αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος ή αλλαγή εργασίας, οι συγκρούσεις με το αφεντικό ή τους συναδέλφους.

*Προβλήματα στέγασης:* η έλλειψη στέγης, οι ακατάλληλες συνθήκες στέγασης, η έλλειψη ασφάλειας στη γειτονιά, οι συγκρούσεις με τους γείτονες ή τον ιδιοκτήτη σπιτιού, κ.λ.π.

*Οικονομικά προβλήματα:* η ακραία φτώχεια, η οικονομική ανεπάρκεια, τα ανεπαρκή μέσα στήριξης από την κοινωνική πρόνοια, κλπ.

*Προβλήματα με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας:* οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι μη διαθέσιμες μεταφορές σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, η ανεπαρκής ασφάλιση υγείας.

*Προβλήματα που σχετίζονται με το δικαστικό σύστημα / εγκληματικότητα:* η σύλληψη, η φυλάκιση, ο δικαστικός αγώνας, να υπάρξει κανείς θύμα εγκληματικής πράξης.

*Άλλα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα:* η έκθεση σε καταστροφές / πολέμους, έκθεση σ' άλλες εχθροπραξίες, η ασυμφωνία με τους συμβούλους της οικογένειας όπως κοινωνικός λειτουργός/γιατρός/κ.ά., η μη διαθεσιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών (Dsm-Iv-Tr, 2000).

### **3.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΟΡΑΣΗΣ**

Αναπόσπαστο μέρος της ποιότητας ζωής αποτελεί η ποιότητα της όρασης. Οποιαδήποτε οπτική δυσλειτουργία προκαλεί δυσκολίες στην καθημερινή ζωή, εμποδίζοντας τις δραστηριότητες που παλιά θεωρούνταν δεδομένες (πχ. ντύσιμο, φαγητό, κλπ) αλλά και πιο απλά πράγματα όπως η επικοινωνία ή η αλληλεπίδραση με τους άλλους. Με την πρόοδο της τεχνολογίας, έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση όρασης των ασθενών, οι οποίες στοχεύουν και στη βελτίωση των παραπάνω προβλημάτων. Τα προβλήματα όρασης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής αλλά και σε δεύτερη φάση, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της όρασης ίσως να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής (Stelmack, 2001).

Με το πέρασμα των αιώνων, η ποιότητα ζωής έχει πάρει πολλές διαστάσεις και έχει αλλάξει πολλές έννοιες. Στα πιο παλιά χρόνια ποιότητα ζωής θεωρούνταν η κάλυψη των βασικών αναγκών (στέγη, φαγητό, ένδυση) μέχρι να φτάσει κανείς στο σήμερα όπου ο κάθε άνθρωπος επιζητά την ευτυχία και την ευημερία. Στο θέμα που πραγματεύεται η εργασία, όλες οι αναφορές γίνονται για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία ("healthrelated" quality of life). Υπάρχει μια τάση να συγχέονται οι έννοιες της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής.

Για να εκτιμήσει κάποιος την ποιότητα ζωής, ειδικά σε ότι αναφορά την υγεία του ατόμου πρέπει να αξιολογήσει και τη λειτουργικότητά του (Stelmack, 2001). Μια σύγχρονη άποψη, που αναφέρεται από τον Aaronson (1988), είναι να αντιλαμβάνεται κανείς την ποιότητα της ζωής ως μια πολυδιάστατη έννοια η οποία περιλαμβάνει 4 διαστάσεις: α) φυσική (συμπτώματα της νόσου και θεραπεία αυτής), β) λειτουργική (αυτό- φροντίδα, κινητικότητα, επίπεδο δραστηριότητας και δραστηριότητες καθημερινής ζωής), γ) κοινωνική (επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις) και δ) ψυχολογική (γνωστική λειτουργία, συναισθηματική κατάσταση, ευεξία, ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία).

#### **Ηλικία εμφάνισης της τύφλωσης ή της χαμηλής όρασης, εκ γενετής & μεγαλύτερης ηλικίας**

Έχει υποστηριχθεί ότι τα πρόσωπα με εκ γενετής διαταραχή έχουν περισσότερες αναπτυξιακές δυσκολίες από ό,τι εκείνοι που έχουν παρουσιάσει πρόβλημα αργότερα στη ζωή τους (Suokas 1992). Η μελέτη από τον Suokas έδειξε ότι η εκ γενετής διαταραχή και τα άτομα που έχουν παρουσιάσει πρόβλημα κατά τη βρεφική ηλικία έχουν περισσότερα προβλήματα στην ανάπτυξη της ταυτότητας και ότι το πεδίο των εμπειριών τους, το οποίο είναι πιο περιορισμένο. Η πρώτη κατηγορία ατόμων έχουν λίγα χόμπι και τις επαφές τους με τους άλλους ανθρώπους, περιορίζονται στα μέλη της οικογένειας και επαγγελματίες βοηθούς.

Μια άλλη άποψη σύμφωνα με τον Maatta (1981) αναφέρει ότι όσοι έχουν τυφλωθεί σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να υποφέρουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην σωματική και ψυχολογική τους ανάπτυξη. Αυτά τα άτομα έχουν χάσει την ταυτότητα τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ από αυτή την άποψη τα άτομα με εκ γενετής οπτικά προβλήματα το αντιμετωπίζουν ως μέρος του εαυτού τους.

Παράλληλα όμως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών και όχι μόνο αυστηρά η ύπαρξη μιας οπτικής δυσλειτουργίας. Η ηλικία έναρξης της τύφλωσης ή της παθολογίας παραδείγματος χάριν μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη συναισθηματική ανάπτυξη των ατόμων (Rosa, 1993). Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που είναι εκ

γενετής τυφλοί ή παρουσιάζουν μια εκ γενετής οπτική διαταραχή, θεωρούν τους εαυτούς τους τυχερούς να γεννηθούν τυφλοί, αντί να χάσουν την όρασή τους αργότερα. Αυτά τα άτομα αισθάνονται ότι δεν τους λείπει κάτι διότι ακριβώς δεν έχουν ιδέα τι σημαίνει να βλέπει κανείς. Αν και δεν είναι σωστό να γενικεύονται οι απόψεις, επικρατεί η άποψη ότι τα άτομα που έχουν εκ γενετής διαταραχή είναι πιο εύκολο να συμβιβαστούν με την κατάσταση τους (Morse, 1983. Warren, 1984.Schinazi, 2007).

Βέβαια, η συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου δεν είναι μονόπλευρο γεγονός και εξαρτάται από ένα πλαίσιο πραγμάτων. Είναι σαφές και κατανοητό ότι υπάρχουν διαφορές στην προσαρμογή του ατόμου όταν πρόκειται για εκ γενετής ή επίκτητη διαταραχή. Ο χρόνος που χρειάζεται ένα άτομο για να αποδεχτεί μια κατάσταση αποτελεί επίσης παράγοντα για την ψυχολογία των ατόμων. Μια συγγενής διαταραχή αναγκάζει το άτομο και το περιβάλλον του να αποδεχτεί σχεδόν αυτόματα μια κατάσταση, ενώ στην επίκτητη πάθηση, προκαλεί σοκ. Τόσο το άτομο όσο και ο περίγυρος του εκπλήσσονται δυσάρεστα και ξαφνικά, στοιχεία που οδηγούν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σε κατάθλιψη και σε κάποιο ψυχολογικό τραύμα. Ειδικά η κατάθλιψη απαιτεί ένα ορισμένο χρονικό διάστημα για να μπορέσει το άτομο να το ξεπεράσει. Όλο αυτό το σοκ επηρεάζει το άτομο, το περιβάλλον του, αλλά και την επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών η οποία στην συγκεκριμένη φάση είναι πιο απαραίτητη από ποτέ (Morse, 1983. Warren, 1984. Schinazi, 2007).

Τα άτομα με μερική ή πλήρη τύφλωση στηρίζονται κατά μεγάλο βαθμό στα ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα αποτελούν είδος πληροφοριών που επιτρέπουν κανονικά τη διάκριση συναισθημάτων και μπορεί κανείς να εξάγει συμπεράσματα για το χαρακτήρα του ατόμου που έχει απέναντί του όσο και για τη συναισθηματική του κατάσταση. Αυτό όμως φαίνεται δεν ισχύει εδώ. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι λόγω του ότι στερούνται του οπτικού ερεθίσματος και άρα των πληροφοριών που δείχνουν οι εκφράσεις του προσώπου δεν είναι ακριβείς στον χαρακτηρισμό της φωνής και μόνο (Morse,1983).

Το γεγονός αυτό έχει δύο πλευρές. Από τη μία οι ίδιοι πολλές φορές δεν είναι ικανοί να αντιληφθούν μόνο από την ακοή, την απόχρωση των συναισθημάτων του συνομιλητή τους όσο και το αντίστροφο. Αυτό συμβαίνει πιο συχνά σε άτομα που έχασαν την όρασή τους εκ γενετής ή γενικά σε μικρή ηλικία. Έτσι πολλές φορές διαπιστώνει έγκαιρα ή σαφώς η αρνητική συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Επίσης, πολλές φορές τα άτομα αυτά μη μπορώντας να διαπιστώσουν ακριβώς το ύφος στην ομιλία ενός άλλου ατόμου νιώθουν έντονα και αμφιβολία, καχυποψία, κ.ά., κάτι που τους οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα (Morse, 1983).

### **3.4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ**

Πολλά από τα προβλήματα όρασης, παρουσιάζονται ήδη από την παιδική ηλικία και έχουν μικρότερο ή μεγαλύτερο αντίκτυπο στο άτομο ακόμα και για την υπόλοιπη ζωή του. Η παιδική και εφηβική ηλικία είναι πολύ σημαντικές για την ψυχολογία του παιδιού. Είναι σημαντικό να τονιστεί το ψυχολογικό αντίκτυπο που έχουν τέτοιες καταστάσεις σε παιδιά και εφήβους. Όπως αναφέρθηκε τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με διάφορα κριτήρια για την εύκολη κατανόησή τους. Σε ότι αφορά τα παιδιά και τους εφήβους διακρίνονται κάποιες διαφορές σε σχέση με τους ενήλικες καθώς αυτές οι ηλικίες είναι κρίσιμες για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου (Berzoff et al., 2011).

Στα παιδιά και τους εφήβους δεν μπορεί να τεθεί εύκολα διάγνωση για την ψυχοκοινωνική διαταραχή αν δε ληφθούν κάποιοι παράμετροι όπως: α) είναι μια περιστασιακή συμπεριφορά στην οποία πειραματίζεται το παιδί ή είναι το μόνιμο πρότυπο συμπεριφοράς που εμφανίζει, β) βρίσκεται στην παιδική ηλικία ή έχει ξεκινήσει τη μεταβατική περίοδο προς την εφηβική του ηλικία και γ) βιώνει κάτι μεταβατικό - προσωρινό ή κάποιο μόνιμο πρόβλημα. Με μια απλή ταξινόμηση προκύπτουν δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων για τα παιδιά και εφήβους: α) διαταραχές εσωτερίκευσης και β) διαταραχές εξωτερίκευσης. Στην πρώτη κατηγορία το άτομο είναι εμφανώς εσωστρεφές, κλείνει τα συναισθήματά του στον εαυτό του και παρουσιάζει γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικές διαταραχές, κλπ. Στην δεύτερη περίπτωση παρατηρούνται προβλήματα συμπεριφοράς που εκφράζονται προς τα έξω με τρόπους κυρίως παραβατικότητας (σκασιαρχείο, καταχρήσεις, κλπ) (Steinberg, 2010).

Τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν ένα νεαρό άτομο να παρουσιάσει κάποια ψυχοκοινωνική διαταραχή είναι ποικίλα και πολύ παραγοντικά. Υπάρχουν δύο βασικές θεωρίες οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν τις αιτίες αυτές:

*Θεωρία Προβληματικής Συμπεριφοράς:* Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι μια προβληματική συμπεριφορά ξεκινάει μεν από την ίδια την έννοια της εφηβείας, παράλληλα επιδρούν και άλλοι εξωγενείς και κοινωνικό-περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι: α) βιολογικοί - κληρονομικοί παράγοντες, β) η διέγερση των αισθήσεων και των αναγκών σε αυτές τις ηλικίες, γ) το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο μπορεί να επιτρέπει ή να καλλιεργεί εχθρικές συμπεριφορές, δ) ανοχή δυσλειτουργικής συμπεριφοράς από τους ενήλικες, ε) συμπεριφορές με άγνοια κινδύνου (πειραματισμός με ναρκωτικά, σεξουαλική επαφή χωρίς αντισύλληψη, κλπ.

*Θεωρία του Κοινωνικού Ελέγχου:* Η άποψη αυτή δε διαφέρει από την πρώτη, παρ' όλα αυτά δεν είναι τόσο επικεντρωμένη στο άτομο, υποστηρίζει ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι πιο γενικοί όπως: α) έλλειψη ισχυρών δεσμών με τους κοινωνικούς θεσμούς, β) συμμετοχή σε αντισυμβατικές ομάδες και γ) φτωχές και χαμηλού επιπέδου περιοχές και κοινότητες διαβίωσης (Steinberg, 2010).

Τέλος, απαριθμώντας τα προβλήματα που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν στα παιδιά και τους εφήβους δεν διαφέρουν από αυτά που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα για τους ενήλικες. Ωστόσο αυτές οι ηλικίες εμφανίζουν και επιπλέον θέματα όπως οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και οι διατροφικές διαταραχές. Σημειώνονται και σε ενήλικες αλλά συναντώνται πιο συχνά σε εφήβους. Το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, κλπ παρουσιάζονται σαν στους ενήλικες (Steinberg, 2010).

### **Προβλήματα όρασης κατά την βρεφική, νηπιακή και προσχολική περίοδο και η διαμόρφωση της ταυτότητας**

Κατά τη βρεφική ηλικία το νεογέννητο βρέφος, στους πρώτους λίγους μήνες της ζωής του, δεν ξεχωρίζει τον εαυτό του από τον υπόλοιπο κόσμο. Όταν κουνάει τα χέρια και τα πόδια του, όλος ο κόσμος κινείται και όταν πεινάει, όλος ο κόσμος πεινάει. Όταν βλέπει τη μητέρα του να κινείται, είναι σαν να κινείται το ίδιο. Όταν η μητέρα του τραγουδάει, το βρέφος δεν ξέρει ότι το ίδιο δε βγάζει κανένα ήχο. Δεν μπορεί να ξεχωρίσει τον εαυτό του από την κούνια του, από το δωμάτιο του και από τους γονείς του. Το ζωντανό και το άψυχο έχουν την ίδια σημασία. Δεν υπάρχει, προς το παρόν διαφορά μεταξύ του εγώ και του εσύ. Αυτό και ο κόσμος είναι ένα. Δεν υπάρχουν ούτε σύνορα ούτε διαχωρισμοί. Δεν υπάρχει ταυτότητα.

Σιγά - σιγά με την πείρα του, το παιδί αρχίζει να βιώνει τον εαυτό του σαν μια οντότητα χωριστή από τον λοιπό κόσμο. Αρχίζει να αναπτύσσεται η αίσθηση του «εγώ». Πιστεύεται ότι η σύνδεση ανάμεσα στο βρέφος και στη μητέρα είναι η βάση απ' την οποία αρχίζει να αναπτύσσεται η αίσθηση της ταυτότητας του παιδιού. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν η σύνδεση μεταξύ του βρέφους και της μητέρας είναι σε μεγάλο βαθμό διαταραγμένη, όπως όταν δεν υπάρχει μητέρα, ούτε ικανοποιητικό υποκατάστατο μητέρας, ή όταν η μητέρα λόγω ψυχασθένειας είναι τελείως ανέγνοιαστη ή αδιάφορη, τότε το βρέφος εξελίσσεται σε ένα παιδί ή ενήλικο του οποίου η αίσθηση της ταυτότητας του είναι ελαττωματική στους πιο βασικούς συντελεστές της.

Ενώ το βρέφος αναγνωρίζει τη δική του θέληση και όχι του κόσμου, αρχίζει να κάνει διακρίσεις μεταξύ του ίδιου και του κόσμου. Όταν θελήσει να κινηθεί, το χέρι του κινείται μπροστά στα μάτια του. Το παιδί μαθαίνει τη συνάφεια ανάμεσα στα χέρια του και στη θέληση του, και συνεπώς ότι τα χέρια του είναι χέρια δικά του, και όχι κάτι άλλο ή ενός άλλου. Μ' αυτόν τον τρόπο, στον πρώτο χρόνο της ζωής τους μαθαίνουν τις βασικές αρχές για το ποιοι είναι και ποιοι δεν είναι, τι είναι και τι δεν είναι. Στο το τέλος του πρώτου χρόνου, ξέρουν ότι αυτό είναι το χέρι τους, το πόδι τους, το κεφάλι τους, αυτή είναι η γλώσσα τους, αυτά είναι τα μάτια τους, κι ακόμη αυτή είναι η άποψη τους, η φωνή τους, αυτές είναι οι σκέψεις του, αυτός είναι ο στόμαχο-πόνος του και αυτά είναι τα αισθήματα του. Γνωρίζουν το μέγεθος τους και τα φυσικά τους όρια. Τα όρια αυτά είναι τα σύνορα τους, και η γνώση αυτών των ορίων μέσα στο μυαλό τους είναι εκείνο που εννοούν ως σύνορα του εγώ (Scott, 1990).

Κατά την νηπιακή περίοδο το παιδί ολοκληρώνει την βασική κινησιολογία του και καθορίζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα. Σε αυτή την περίοδο σπάνια γίνεται διάγνωση για την εμφάνιση οπτικών ανωμαλιών, εκτός από την τύφλωση εκ γενετής και άλλων σοβαρών αναπηριών. Σε σπάνιες περιπτώσεις αν η διαταραχή της όρασης από τις αμφιβλιστροειδοπάθειες γίνεται εμφανής σ' αυτή την χρονική περίοδο, ίσως να επηρεάσει αισθητά την ικανότητα του παιδιού για συντονισμό των κινήσεων, με αποτέλεσμα να επηρεάσει την επαφή και την κοινωνικότητα του παιδιού στην κρίσιμη αυτή ηλικία.

Σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς, όταν στην ηλικία αυτή το άτομο εμφανίζει δυσκολία ελέγχου και συντονισμού των κινήσεων του οδηγείτε σε αισθήματα φόβου, ντροπής ή απελπισίας. Υπάρχει σχέση αμοιβαίας αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην καλή κινητικότητα, την καλή προσαρμογή στη νόσο αλλά και την θετική εικόνα αυτού. Αναλογικά με τα στάδια της γνωστικής ανάπτυξης, η σκέψη ενός παιδιού που βρίσκεται στη προσχολική ηλικία χαρακτηρίζεται από εγωκεντρισμό, έτσι ώστε το παιδί θεωρεί ότι τα φαινόμενα γύρω του είναι αποτελέσματα των πράξεων του, δίχως να αντιλαμβάνεται τον εξωτερικό κόσμο ως ροή γεγονότων. Έτσι υπάρχει πιθανότητα το παιδί να αναπτύξει ενοχικά συναισθήματα ή μίσος ως προς τον εαυτό του επειδή θεωρεί ότι αυτό ήταν υπεύθυνο για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Warren, 1989).

## **Προβλήματα όρασης κατά την σχολική περίοδο και η διαμόρφωση της ταυτότητας.**

Κατά τη σχολική περίοδο το παιδί αρχίζει να εξωτερικεύει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Για να έχει όμως μία φυσιολογική ανάπτυξη, η οποία δεν θα μετατραπεί σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα θα πρέπει να αναπτύξει κάποιες κοινωνικές δεξιότητες όπως οι βασικοί κανόνες συμπεριφοράς σε διαφορετικές κοινωνικές περιστάσεις, η ανάπτυξη του αισθήματος παραγωγικότητας, κοινωνικής συνεισφοράς καθώς και η ανάπτυξη σχολικών δεξιοτήτων (Warren,1989). Ενώ λοιπόν το ενδιαφέρον ήταν στο οικογενειακό περιβάλλον στρέφεται στο σχολείο και στις εξωσχολικές δραστηριότητες, αρχίζει να κοινωνικοποιείται η συμπεριφορά και ο λόγος του. Σύμφωνα με τους Shaffer & Kipp (2007), ο Freud αναφέρει ότι είναι λανθάνουσα περίοδος, ενώ ο Piaget αναφέρει τη περίοδο αυτή σαν περίοδο της συγκεκριμένης σκέψης. Σημαντικό παράγοντας είναι και το σχολείο το οποίο επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού, δοκιμάζονται οι ικανότητές του, κάνει φίλους και παρέες, μαθαίνει ακόμα και να παίζει. Σε αυτή την ηλικία το παιδί μαθαίνει να προσδιορίζει τον εαυτό του μέσα από το περιβάλλον του (Berk, 2007). Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει και τη μελλοντική ταυτότητα του παιδιού είναι και οι φίλιες που κάνει το παιδί με τους συνομήλικους του κυρίως με άτομα του ίδιου φύλου.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) τα δημοφιλή παιδιά συνεχίζουν να έχουν αυτή την ιδιότητα και στο μέλλον ενώ τα περιθωριακά παιδιά τείνουν να έχουν χαμηλότερη δημοτικότητα. Μέσα κοινωνικής διάπλασης όπως παιχνίδι με τους φίλους κάνει το παιδί να μάθει λειτουργικούς και ηθικούς κανόνες, να γίνεται πιο υπεύθυνο και ανεξάρτητο ακόμα και να κατανοεί αμφοτέρως συμπεριφορές (Cole & Cole, 2001). Το παιδί σε αυτή την ηλικία αντιλαμβάνεται το χρόνο όπως και την κατάσταση της μονιμότητας. Αυτό επίσης μπορεί να επηρεάσει το άτομο στην περίπτωση όπου η πάθηση του είναι μη αναστρέψιμη. Είναι η κατάλληλη ηλικία πρώτης παρέμβασης για αποδοχή της κατάστασης ώστε να μην εκδηλωθεί ως ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Μπορεί να ανησυχεί γιατί διαφέρει από τους άλλους συνομηλικούς του και για το πόσο θα μπορέσει να αναπτύξει σχέσεις μαζί τους και οι ανησυχίες αυτές, σε αντίθεση με τους εξωπραγματικούς φόβους τιμωρίας και καταδίωξης των παιδιών της προσχολικής ηλικίας, είναι ρεαλιστικές, καθώς τα παιδιά σχολικής ηλικίας συχνά αντιμετωπίζουν με σκληρότητα κάθε παιδί που διαφέρει σε κάτι (π.χ. το παχύσαρκο ή κοντό παιδί, αυτό που φορά χοντρούς διορθωτικούς φακούς κλπ). Κατά πόσο οι αντιδράσεις των άλλων παιδιών θα επηρεάσουν αρνητικά τα αισθήματα, τις σκέψεις και την συμπεριφορά του παιδιού με αμφιπάθεια απόκειται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την στάση που έχουν οι γονείς αλλά και οι εκπαιδευτικοί στον χώρο του σχολείου διότι μπορούν να βοηθήσουν το παιδί στην κοινωνικοποίησή του με τα άλλα παιδιά, ακόμα και στην εικόνα που έχει για τον εαυτό του και τις ικανότητές του (Warren,1989. Feldman, 2009).

## **Προβλήματα όρασης κατά την εφηβική περίοδο και διαμόρφωση ταυτότητας.**

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι έφηβοι αναπτύσσουν μερικά αισθήματα και στάσεις απέναντι στο σώμα τους, και αυτά συμβάλλουν σημαντικά για την διαμόρφωση της προσωπικής τους ταυτότητας, με το πέρασμα από την κατάσταση του παιδικού εαυτού σε αυτή του ενηλίκου. Αυτές οι εντυπώσεις που έχει το άτομο για το σώμα του ονομάζεται «εικόνα του σωματικού εαυτού» (Τσιαντής, 1998. Herbert, 1999). Η αντίληψη που έχει ένα παιδί για το σώμα του αλλάζει και

επεκτείνεται καθώς αναπτύσσεται. Το παιδί αρχίζει να υιοθετεί τις στάσεις των άλλων απέναντι στο δικό του σώμα. Μερικές φορές όμως ο έφηβος παρουσιάζει έντονες μεταπτώσεις, μπορεί την μια στιγμή να είναι «αναίσθητος» και άλλες φορές να είναι η αποθέωση της καλοσύνης.

Είναι πιθανό να δημιουργηθεί στον έφηβο άγχος και υπερευαισθησία όταν υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία ανάμεσα στην ιδέα που έχει για τον εαυτό του («εγώ, όπως είμαι») και στην ιδέα που έχει για τον εαυτό του («εγώ, όπως θα ήθελα να είμαι»). Ο άνθρωπος να μπορεί να βλέπει τον εαυτό του σαν αντικείμενο και έτσι να φτάσει να διαμορφώσει μια εικόνα για το πώς φαίνεται στους άλλους. Η αυτοεπίγνωση αυτή είναι μοναδική κατά την εξέλιξη των ειδών, η διαδικασία ανακάλυψης του εαυτού δεν αρχίζει και δεν τελειώνει στην εφηβεία. Οι συμμαθητές ασκούν μεγάλη επίδραση και οι δημόσια αναγνώριση από συνομηλίκους είναι πιο μεγάλη από την ιδιωτική αναγνώριση των στενών φίλων. Οι έφηβοι βλέπουν τον εαυτό τους από το πώς τους βλέπουν οι άλλοι αλλά και το πώς οι ίδιοι νομίζουν ότι τους βλέπουν οι άλλοι (Herbert, 1999). Οι βιοψυχολογικές ανακατατάξεις μαζί με τις περιβαλλοντικές μεταβολές λειτουργούν ως παράγοντες αποσταθεροποίησης της εικόνας του εαυτού (Τσιαντής, 1998). Η περίοδος της εφηβείας μπορεί να προκαλέσει μεγάλη ανησυχία για το άτομο με σωματική αναπηρία, που αντιμετωπίζει τις συνήθεις αναπτυξιακές προκλήσεις, αλλά και την προστιθέμενη της σωματικής αναπηρίας του ή της (Kef, 2002).

### **Αυτό-αντίληψη, αυτό-εικόνα, αυτό-εκτίμηση ατόμων με προβλήματα όρασης**

Ο προσδιορισμός των αυτό – εννοιών υπήρξε και συνεχίζει να είναι αντικείμενο διαφωνιών μεταξύ των ερευνητών, αλλά έγιναν αποδεκτοί ευρέως με τις έρευνες των Rosenberg , Lawrence και Harter .Ο «αυτο-προσδιορισμός» είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει την «αυτο-εικόνα», τον «ιδεατό εαυτό» και την «αυτο-εκτίμηση». Αυτοπροσδιορισμός είναι το αποτέλεσμα της άποψής μας για τα σωματικά, τα πνευματικά χαρακτηριστικά, και της εκτίμησής μας για αυτά σε σχέση με την αντίληψη που έχουμε για το «ιδεώδες»( Shapiro et al., 2005).

Σύμφωνα με τον Burns (1979), ο «αυτοπροσδιορισμός» ή η «αυτοαντίληψη» αντιπροσωπεύει μια περιγραφή του ατόμου, ανεξάρτητα αν η γνώση είναι σωστή ή λανθασμένη, βασίζεται στα αντικειμενικά στοιχεία ή στη υποκειμενική γνώμη. Δημιουργείται μέσω την αρχική συνειδητοποίηση του βρέφους του φυσικού (σωματικού) του εαυτού, της αναγνώρισης (καθώς περνούν τα χρόνια) συγκεκριμένων δεξιοτήτων σε διάφορες καταστάσεις, και μέσω της ανατροφοδότησης από σημαντικά άτομα της κοινωνικής ζωής. Ο αυτοπροσδιορισμός δεν μένει στάσιμος καθ όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Η αυτοεκτίμηση είναι μια αξιολογική κρίση γύρω από τον εαυτό, εξαρτάται από την αξιολόγηση που γίνεται στη διαφορά μεταξύ της αυτό-εικόνας και του ιδεατού εαυτού. Σε περίπτωση όπου η αυτοεικόνα είναι φτωχή υπάρχει μικρή ελπίδα να πετύχει το άτομο τον ιδεατό εαυτό, και έτσι η αυτοεκτίμηση είναι χαμηλή. Αν όμως η αυτοεικόνα κάποιου ατόμου περικλείει «αποδεκτή» σωματική εμφάνιση, ικανότητες σε διάφορες περιστάσεις, χαρακτηριστικά που νιώθει ότι είναι αποδεχόμενα και η αυτοεκτίμησή είναι υψηλή. Σύμφωνα με τους Shapiro et al. (2005), ο James πρότεινε μια μαθηματική σχέση που ορίζει την αυτοεκτίμηση ως πηλίκο της επιτυχίας του ατόμου στις επιδιώξεις ή φιλοδοξίες του.

$$\text{Αυτοεκτίμηση} = \text{Επιτυχίες/Επιδιώξεις}$$



Ο ιδεατός εαυτός είναι η εικόνα που δημιουργεί ένα άτομο μέσα από τα σχόλια και τις αποτιμήσεις που κάνουν για αυτόν κάποια σημαντικά άτομα του. Το παιδί κατανοεί τις συμπεριφορές και τις δεξιότητες εκείνες που εκτιμώνται από τους γονείς, από τους δασκάλους, τους συνομηλίκους και τα ΜΜΕ. Σαν ενήλικοι, δεν είναι ελεύθεροι από την επίδραση των αξιολογικών κρίσεων των «σημαντικών άλλων», των ιεραρχικά ανώτερων συναδέλφων μας και των συντρόφων μας, όσο αφορά την επίδρασή τους πάνω στην αντίληψη που υπάρχει για τον ιδεατό εαυτό, αν και αυτά τα άτομα γινόμαστε πιο εξαρτώμενοι από τη δική μας κρίση. Ο Erikson (1959), αναφέρει ότι η διαμόρφωση της ταυτότητας είναι μια χρονοβόρα και περίπλοκη διαδικασία του αυτοπροσδιορισμού (self-definition), και ότι είναι η συνέχεια του ατόμου ανάμεσα στο παρελθόν, το παρόν και το μέλλον. Περιέχει τις κλίσεις και τα ταλέντα του ατόμου και τους ρόλους που είχε σαν παιδί οι οποίοι επιβλήθηκαν ή προωθήθηκαν από τους γονείς, τους φίλους και την κοινωνία. Σύμφωνα με τον Erikson η αίσθηση της ταυτότητας είναι σημαντική για το άτομο γιατί τον κατεύθυνση, αποκτά σκοπό και νόημα στη ζωή.

Ορισμένοι ερευνητές μελέτησαν σε παιδιά με προβλήματα όρασης την αντίληψη των αυτο-εννοιών στα δύο φύλα σε μια καλοκαιρινή κατασκήνωση και βρήκαν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, τα αγόρια έχουν πιο θετική αντίληψη του εαυτού τους κατά την έναρξη της κατασκήνωσης σε σχέση με τα κορίτσια. ενώ η διαφορά αυτή παύει να υπάρχει με την αντίληψη των κοριτσιών να αυξάνεται στο τέλος της κατασκήνωσης. Η βελτίωση στην αντίληψη του εαυτού τους και για τα δύο φύλα υπογραμμίζει το ρόλο της φιλίας και της συμμετοχής της στην ανάπτυξη της θετικής αυτοεκτίμησης του ατόμου. Το γεγονός ότι αυτά τα παιδιά ήταν σε μια θερινή κατασκήνωση και αλληλεπιδρούσαν με τους υπευθύνους τους είναι επιπλέον αποδείξεις ότι μέσω της διδασκαλίας, με λεκτικούς επαίνους και διαρκούς ανατροφοδότησης μπορούν αυτά τα παιδιά να δημιουργήσουν θετικά πρότυπα (Shapiro et al., 2005).

Τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 8 και 11 ετών, έδειξαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους βλέποντες συνομηλίκους τους σε ότι αφορά τη σχέση με τους συμμαθητές και τους γονείς τους. Αν και η σχέση με τους συμμαθητές θεωρήθηκε ως πιο αρνητική (δυσκολία να κάνουν νέους φίλους ή αίσθημα υποτίμησης από τους φίλους τους), η σχέση με τους γονείς θεωρήθηκε ως ισχυρή και υποστηρικτική. Τέλος, στα αποτελέσματα για τους εφήβους (12 ως 17 ετών) έδειξαν σημαντικές διαφορές με αρνητική άποψη αυτο-αντίληψης σε σημαντικά χαμηλότερο βαθμό από ότι οι βλέποντες συμμαθητές τους. Τα αποτελέσματα αυτά ήταν αναμενόμενα, διότι είναι κατά τη διάρκεια αυτής της εφηβείας όπου τα παιδιά αρχίζουν να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην φυσική τους εμφάνιση (López-Justicia et al, 2001).

Σύμφωνα με τους Griffin-Shirley & Nes (2005) υποστηρίζουν ότι αυτά τα αρνητικά συναισθήματα σε αυτές τις ηλικίες (προεφηβική και εφηβική) δεν έχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με προβλήματα όρασης και άτομα με φυσιολογική όραση. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η έλλειψη διαφοράς και η έκφραση αρνητικής αυτο-αντίληψης είναι φαινόμενο της ηλικίας και όχι της κατάστασης της όρασης και μπορεί να συνδέεται με τους εκπαιδευτικούς, την κοινωνική ένταξη και την οικογένεια. Μια έρευνα πιο συγκεκριμενοποιημένη επικεντρώθηκε στο πρόβλημα της αμβλυωπίας και κατάληξε σε παρόμοια συμπεράσματα με τις προηγούμενες. Σε αυτή τη μελέτη αξιολογήθηκαν μέσα από ένα ερωτηματολόγιο ορισμένα παιδιά με μέσο όρο ηλικίας 9,2 έτη που ή ήταν υγιή ή είχαν υποβληθεί σε θεραπεία για την αντιμετώπιση της αμβλυωπίας.

Κατηγορίες που βαθμολογήθηκαν ήταν η αυτοεκτίμηση, η συμπεριφορά, όπου τα αμβλυωπικά παιδιά δεν είχαν μεγάλες διαφορές σε σχέση με τα υγιή, είναι

γεγονός ότι τα παιδιά αυτά είχαν εποδεχθεί κάποιο είδος θεραπείας και παρ' όλα αυτά είχαν χαμηλότερα αποτελέσματα σε σχέση με τα υγιή. Η έρευνα αυτή ενισχύει και την άποψη ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Webber et al., 2008). Άλλη μια έρευνα διεξήχθη σε σχολεία της Φιλανδίας, με σκοπό της μελέτης αυτής την σύγκριση ορισμένων εφήβων με και χωρίς προβλήματα όρασης σε ό,τι αναφορά την αυτοεκτίμησή τους. Εξετάστηκαν 607 υγιείς μαθητές και 115 μαθητές με προβλήματα που κυμαίνονταν από τύφλωση έως και μειωμένη όραση. Η μελέτη βασίστηκε σε δεδομένα ερωτηματολογίων και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν πολύ μεγάλες αποκλίσεις σε σύγκριση των δύο ομάδων. Αυτό που παρατηρήθηκε όμως ήταν ότι οι σχέσεις των μαθητών μεταξύ τους ήταν ο λόγος που ενισχύονταν η αυτοεκτίμηση των παιδιών με προβλήματα όρασης (Komulainen et al., 1999).

Μια σύγχρονη μελέτη σχετικά με την αυτο-αντίληψη των παιδιών έγινε από τους López-Justicia et al., (2001). Οι συγγραφείς έκαναν διάφορες μετρήσεις για να διαπιστώσουν αν παιδιά και έφηβοι με χαμηλή όραση λόγω συγγενούς δυσλειτουργίας είχαν χαμηλότερη αυτο-αντίληψη από ό,τι οι συνομήλικοι τους με φυσιολογική όραση. Διαπίστωσαν ότι τα παιδιά μεταξύ 4 και 11 ετών με χαμηλή όραση έτειναν να παρουσιάζουν λιγότερο θετική άποψη για όλες τις διαστάσεις της έννοιας του εαυτού τους σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική όραση. Ενδιαφέρον είναι ότι οι διαφορές δεν ήταν σημαντικές για τους τομείς της οικογένειας, της φυσικής εμφάνισης, της αυτο-εκτίμησης και της ασφάλειας. Φαίνεται να είναι μια ένδειξη ότι αυτά τα παιδιά εκτιμούν τη σημασία της υποστήριξης που λαμβάνουν από την οικογένεια και το κοινωνικό τους σύνολο. Ο Rosenblum (2000) διαπίστωσε ότι αν και πολλοί έφηβοι έχουν αρνητικά συναισθήματα σχετικά με τα προβλήματα όρασής τους, η έκταση αυτής της αρνητικότητας ποικίλλει μεταξύ των ατόμων με κάποια άτομα να προσπαθούν να κρύβουν σκόπιμα τα προβλήματα όρασής τους, ενώ άλλοι να δηλώνουν ότι η δυστυχία αλλά και η κατανόησή της είναι μέρος της ζωής. Μια μελέτη από τους Huurre et al., (1999) για την αυτοεκτίμηση των εφήβων με προβλήματα όρασης έδειξε επίσης παρόμοια αποτελέσματα.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν συσκευές για να βοηθήσουν τα άτομα σε αυτές τις ηλικίες και με την όρασή τους αλλά και για να ενισχύσουν την αυτο-εκτίμησή τους. Παρ' όλα αυτά σημειώνεται ότι πρέπει κανείς να είναι προσεκτικός με αυτό το κομμάτι διότι αν δεν το συστήσει στο άτομο με προσοχή και με τον κατάλληλο τρόπο μπορεί να έχει αντίθετα αποτελέσματα. Πολλά από τα βοηθήματα όρασης είναι ιδιαίτερα εμφανή μπορεί το άτομο να νιώσει ότι έχει όλη τη προσοχή από τους τρίτους γύρω του και έτσι να βιώσει αρνητικά συναισθήματα (Sacks, 1996).

### **Αυτοεκτίμηση εφήβων με προβλήματα όρασης και κατάθλιψη**

Πολλές εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι προβλήματα όρασης να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτό το μειονέκτημα μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους στο ψυχοκοινωνικό κίνδυνο, δεν μπορεί κατ'ανάγκη να προκαλέσει προβλήματα στην κοινωνική λειτουργία (Kef,2002). Ορισμένες μελέτες όμως βρήκαν ότι τα προβλήματα όρασης μπορεί να προκαλέσουν στους εφήβους να αισθάνονται ανεπαρκείς και κατώτεροι - αισθήματα που πιστεύεται ότι αντικατοπτρίζουν την έλλειψη κοινωνικής αποδοχής, οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις, σωματική αδυναμία, και την κοινωνική αδυναμία προσαρμογής (Obiakor & Stile, 1989).

Παρ' όλα αυτά άλλες μελέτες (Beaty,1994. Pierce & Wardle 1996) έχουν δείξει

ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης δεν είναι σε υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς το αντίστοιχο πρόβλημα. Σε μια πρόσφατη μελέτη (Kef 1996), ένα σημαντικό υψηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης έχει αναφερθεί μεταξύ των εφήβων με προβλήματα όρασης σε σχέση με τους εφήβους χωρίς προβλήματα όρασης. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι έφηβοι με προβλήματα όρασης μπορεί να είναι σε αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη και ψυχολογικά προβλήματα. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η κατάθλιψη ήταν πιο διαδεδομένη μεταξύ των τυφλών (14%) από ό, τι μεταξύ των κωφών φοιτητών (6,5%). Τα αποτελέσματα της μελέτης της Schnittjer και Hirshoren (1981) πρότειναν ότι τα παιδιά με προβλήματα όρασης δεν διαφέρουν σημαντικά στα πρότυπα προβληματικής συμπεριφοράς τους από τα άλλα παιδιά.

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια στην οποία μπορεί να οδηγήσουν όχι μόνο οι προαναφερθείσες καταστάσεις αλλά και πιο σοβαρά κλινικά σύνδρομα όπως διπολική διαταραχή, κλπ. Όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη έχει συνέχεια χαμηλή διάθεση η οποία μπορεί να συνοδεύεται από έντονο κλάμα, συναισθήματα έντασης, ευερεθιστότητας και ανησυχίας χωρίς να έχει προηγηθεί και κάποια συγκεκριμένη κατάσταση που να τα προκαλέσει. Επίσης το άτομο παρουσιάζει συνεχές αίσθημα κούρασης και έλλειψης ενέργειας χωρίς να έχει συμμετάσχει σε κάποια έντονη δραστηριότητα που θα μπορούσε να το εξηγή, εμφανίζει χαμηλή συγκέντρωση, ελλιπή ικανότητα μνήμης και ενοχικά συναισθήματα (ΓΨΕ).

### **3.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ**

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν σχέση με τις διαταραχές της όρασης, οι μεταβολές στην ανάπτυξη και η εξέλιξη των ατόμων με προβλήματα όρασης μπορούν να υπάρχουν από τις περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες τα άτομα με μειωμένη όραση έχουν μεγαλώσει και μορφωθεί. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη φύση του φυσικού περιβάλλοντος, την αισθητηριακό και μαθησιακό περιβάλλον, και ιδιαίτερα το κοινωνικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων της οικογένειας και της αλληλεπίδρασης με αυτή (Warren, 1989).

Έρευνες έδειξαν ότι άτομα με χαμηλή όραση έχουν συχνά περισσότερες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη από ό,τι έχει το τυφλό άτομο. Αυτό οφείλεται στη δυσκολία της κοινωνίας να καταλάβει τη σοβαρότητα του προβλήματος. Οι γονείς, οι δάσκαλοι, και η κοινότητα έχουν την τάση να περιμένουν περισσότερα από αυτά τα άτομα, έτσι ώστε να υπόκεινται σε περισσότερο άγχος και πίεση ως βλέποντες σε σχέση με τους τυφλούς (Kef, 2002).

#### **Οικογενειακές σχέσεις των παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης**

Όσο αναφορά την οικογένεια, μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας δημιουργούνται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας ώστε αν ένα μέλος της οικογένειας πάσχει από μια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία τότε όλοι η οικογένεια επηρεάζεται. Η τύφλωση ενός εφήβου στην οικογένεια επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Αυτό συμβαίνει διότι η οικογένεια αποτελεί ένα κοινωνικό σύστημα και κάθε αλλαγή μέσα στο σύστημα καταλήγει στην διατάραξη του. Ακόμα η τύφλωση φέρνει προβλήματα μέσα στην οικογένεια και τα προβλήματα αυτά σε συνδυασμό με τους σχεδόν καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες, που επιδρούν εξαιτίας της χρόνιας αναπηρίας μπορεί να οδηγήσουν σε κρίση ακόμα και

σε οικογένειες με γερά θεμέλια (Wellish, 1981).

Οι οικογένειες που έχουν ένα μέλος που πάσχει από χρόνια αναπηρία πρέπει να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο της ζωής τους. Να μάθουν τους τρόπους αντιμετώπισης της τύφλωσης και των επακόλουθων της. Να αναζητούν πληροφορίες για την πάθηση. Να προσαρμόσουν και να υιοθετήσουν ένα νέο τρόπο ζωής. Να αναζητήσουν βοήθεια και στήριξη από τους άλλους, όπως τα διάφορα μέλη της οικογένειας να υποστηρίζονται συναισθηματικά το ένα με το άλλο αλλά και σε πρακτικά ζητήματα όπως φροντίδα, λογαριασμοί, να αναζητούν βοήθεια από το ευρύτερο οικογενειακό κύκλο και από επαγγελματίες.

Σύμφωνα με τις Ζιώνου & Καραγιάννη, (2004), η Brouks (1984) προσδιόρισε τρεις ψυχολογικούς τύπους οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους έναν έφηβο με τύφλωση οι οποίοι είναι οι εξής: Ο τύπος της *απορριπτικής οικογένειας* ο οποίος δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το πάσχον άτομο. Οι ρυθμοί της οικογένειας συνεχίζονται κανονικά, αδιαφορώντας για τις ανάγκες του πάσχοντα. Αυτός ο τύπος οικογένειας μοιάζει να ανταποκρίνεται στο πρόβλημα και κρατά τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σε συνοχή ενώ αποκλείει ή εξοστρακίζει τον έφηβο με τύφλωση υποχρεώνοντας το πολλές φορές σε αναγκαστικό εγκλεισμό σε ίδρυμα. Τέτοιου είδους συμπεριφορές από οικογένειες επιδεικνύεται περισσότερο στα κοινωνικά στιγματοφόρα και στα ψυχικά νοσήματα. β) Ο τύπος της *υπερπροστατευτικής οικογένειας ή της αυτό-θυσιαζόμενης οικογένειας* στον οποίο όλη την προσοχή βρίσκεται πάνω στο πάσχον άτομο και τα μέλη της οικογένειας υπερτιμούν τις ανάγκες υποστήριξης που έχει ο ασθενής. Η οικογένεια γίνεται υπερπροστατευτική, ανήσυχη και ενθαρρύνει στον ασθενή συμπεριφορές εξάρτησης το οποίο δε βοηθάει το άτομο αυτό στην πλήρη αποκατάστασή του. Τις περισσότερες φορές, οι οικογένειες παραβλέπουν και τη θέληση του ίδιου του ασθενούς για περισσότερη ανεξαρτησία με αποτέλεσμα όλο αυτό να δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις τους. γ) Ο τύπος της προσαρμοστικής οικογένειας συμπαραστέκεται στο ασθενές μέλος της ενώ ταυτόχρονα δεν παραμελεί και θυσιάζει τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας.

Οι παραδοσιακοί οικογενειακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται ώστε να βρει το πάσχον άτομο τη θέση του μέσα στην οικογένεια. (Σωτηριάδη & Γκουτζιαμάνη, 1993). Η αναπηρία προκαλεί συχνά την προστιθέμενες απαιτήσεις στην οικογενειακή ζωή και προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις (Patterson & Blum, 1996). Τα περισσότερα άτομα με προβλήματα όρασης ωστόσο, ανέφεραν ότι οι σχέσεις τους με τους γονείς είναι καλές και τα μέλη των οικογενειών τους αποτελούν σημαντικές πηγές της κοινωνικής υποστήριξης (Kent, 1983. Nemshick et al., 1986. Suokas, 1992. Wolffe & Sacks, 1997. Kef, 2002). Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η ιδιαίτερη προσοχή που χρειάζονται οι έφηβοι με ειδικές ανάγκες από τους γονείς τους μπορεί να οδηγήσει σε πολύ στενή σχέση γονέων-εφήβων (McAndrew, 1979).

Πολλοί έφηβοι με ειδικές ανάγκες μπορεί να είναι δύσκολο να γίνουν ανεξάρτητοι από τις οικογένειές τους, λόγω της σωματικής ανικανότητας ή της ψυχολογικής εξάρτησης, ενώ και οι ίδιες οι οικογένειες ενίοτε αρνούνται να αναπτύξουν απόσταση (McAnarney, 1985). Ο Morse (1983) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με χαμηλή όραση έχουν την τάση να είναι πιο έκρυθμα σε σύγκριση με εκείνα των οποίων οι απώλειες όρασης είναι πιο σοβαρές. Επιπλέον, οι γονείς των παιδιών με χαμηλή όραση φαίνεται να δείχνουν λιγότερη κατανόηση της αναπηρίας από εκείνους των πλήρως τυφλών παιδιών. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν και οι Peadboy & Birch (1967) οι οποίοι βρήκαν ότι τα παιδιά με χαμηλή όραση εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα δυσλειτουργικές συμπεριφορές και να είναι πιο επιρρεπείς σε συναισθηματικά προβλήματα

## **Ο ρόλος του σχολείου**

Ο ρόλος του σχολείου και οι εκπαιδευτικοί με το κύρος τους είναι ένα πρότυπο για τους μαθητές και ταυτίζονται μαζί τους όταν υποστηρίζουν το παιδί με προβλήματα όρασης τότε και αυτό γίνεται περισσότερο αποδεκτό με τις ιδιαιτερότητες και τις δυσκολίες του από τους συνομηλίκους του (Σωτηριάδη & Γκουτζιαμάνη, 1993).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που λόγω άγνοιας ή αδιαφορίας το παιδί μπορεί να μείνει στο περιθώριο. Έχουν σημειωθεί περιπτώσεις όπου σε ορισμένα σχολεία, οι μαθητές που είχαν πρόβλημα όρασης δεν έγιναν δεκτοί, με τη δικαιολογία της επιπλέον ευθύνης που θα έχει το διδακτικό προσωπικό του σχολείου (Στασινός, 1991).

## **Φιλικές σχέσεις παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης**

Πολλές μελέτες έχουν δείξει αυξημένη ευπάθεια και ότι οι δυσκολίες κατά την κοινωνική ανάπτυξη των εφήβων με προβλήματα όρασης οφείλονται στις σχέσεις τους με τους φίλους, την κοινωνική απομόνωση, την απόρριψη ή το χλευασμό από τους συνομηλίκους τους και την δημιουργία μικρότερων κοινωνικών δικτύων από τους πλήρως βλέποντες εφήβους (Havill, 1970. Jones et al., 1972. Eaglestein, 1975. Hoben & Lindstrom, 1980. Van Hasselt, 1983. Freeman, 1991).

Πολλοί από αυτούς ανέφεραν ότι η δυσλειτουργία δυσκολεύει τις κοινωνικές σχέσεις τους με τους φίλους και τις κοινωνικές δραστηριότητες (Nemshick et al., 1986. Uronen 1989). Έχει αναφερθεί επίσης ότι περνούν το περισσότερο χρόνο μόνοι σε παθητικές δραστηριότητες σε αντίθεση τους εφήβους και τους φοιτητές που δεν έχουν μειωμένη όραση, ενώ για να έχουν φίλους έπρεπε να εργαστούν σκληρότερα για να τις διατηρήσουν. Ειδικά οι έφηβοι με χαμηλή όραση έχουν βρεθεί ότι έχουν λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες και να είναι σε λιγότερες κοινωνικές επαφές με άλλους ανθρώπους (Wolffe & Sacks, 1997).

Έχει επίσης διατυπωθεί η άποψη ότι τα κορίτσια με προβλήματα όρασης είναι, ιδιαίτερα, σε μειονεκτική θέση και μπορούν να απομονωθούν από την ομάδα των συνομηλίκων πιο εύκολα σε σχέση με τα αγόρια (Scholl, 1986). Επιπλέον, πολλά παιδιά με προβλήματα όρασης δεν έχουν κοινωνικές δεξιότητες οι οποίες είναι σημαντικές για την κοινωνική ανάπτυξη και την αποδοχή από τους συνομηλίκους τους (Kekelis, 1992).

## **Κινητικότητα και κοινωνικοποίηση παιδιών και εφήβων με προβλήματα όραση**

Η οπτική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει λειτουργικούς περιορισμούς, ιδίως όσον αφορά την κινητικότητα και τον προσανατολισμό. Άτομα με μειωμένη όραση είναι πιο δύσκολο να συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις και διατηρούν σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Οι περιορισμοί αυτοί μπορεί να είναι πιο έντονοι στην εφηβεία, η οποία είναι μια περίοδος όταν οι κοινωνικές επαφές, φίλους και γνωριμίες είναι πολύ σημαντικές. Ένα κεντρικό ζήτημα κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι μία προσωπική ανεξαρτησία (McAnarney, 1985).

Τα άτομα με προβλήματα όρασης πρέπει ή να μάθουν να προσαρμόζονται στις δραστηριότητες της καθημερινότητας πάρα πολύ νωρίς, για όσους γεννιούνται τυφλοί, ή να εξασκηθούν στη χρήση στρατηγικών και βοηθημάτων, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις ανθρώπων που έχασαν αργότερα την όρασή τους και είναι ήδη εξοικειωμένοι με τις καθημερινές δεξιότητες. Εκτός, από τη χρήση ειδικών

βοηθημάτων, άλλη μια βοήθεια και διευκόλυνση για τη χρησιμοποίηση της υπολειπόμενης όρασης στους μερικώς βλέποντες είναι η επιλογή καταλληλότερου φωτισμού (Λιοδάκης, 2000).

Τα προβλήματα που οι τυφλοί αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή τους στις σύγχρονες πόλεις είναι πολυάριθμα. Ορισμένα από αυτά είναι οι άσχημες συνθήκες στα πεζοδρόμια που τους δυσκολεύει το βάδισμα, οι δυσκολίες προσπέλασης στις διαβάσεις πεζών, που είναι συνήθως αποκλεισμένες από παράνομη στάθμευση αυτοκινήτων, η κακή οδήγηση, η παραβίαση των δικαιωμάτων των πεζών από τους οδηγούς, η παραβίαση φωτεινών σηματοδοτών, η έλλειψη ηχοσήμανσης στους φωτεινούς σηματοδότες και η έλλειψη συστημάτων εκ-φώνησης πληροφοριών στα μέσα μαζικής μεταφοράς και στους ανελκυστήρες σε δημόσιους χώρους. Οι περιορισμοί αυτοί στην ελεύθερη κίνηση των ανθρώπων στο χώρο, δεν αποτελούν ιδιαίτερο πρόβλημα για τους βλέποντες αλλά έχουν αρνητική επίδραση στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των τυφλών, περιορίζοντας τους τις ευκαιρίες για πλουσιότερες εμπειρίες και δυσχεραίνοντας σημαντικά τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επειδή οι τυφλοί δεν μπορούν να μετακινηθούν ελεύθερα σε οποιοδήποτε μέρος επιθυμούν ή έχουν ανάγκη να επισκεφθούν, δεν μπορούν να αναπτύξουν άλλες δεξιότητες και ικανότητες, με αποτέλεσμα όλο αυτό να αποτελεί εμπόδιο στη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους (Σιδέρη & Καραγιάννη, 2000).

### **3.6. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ**

Η συνολική ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων με προβλήματα όρασης είναι ένα θέμα με πολύ ενδιαφέρον που ταυτόχρονα έχει επιφέρει και πολλές διαφωνίες ανάμεσα στους επιστήμονες. "Η προσαρμογή στη ζωή σε έναν κόσμο που είναι ουσιαστικά οπτικός είναι ένα σύνθετο κατόρθωμα" αναφέρει ο Schinazi (2007). Συνεχίζει λέγοντας ότι "Η προσαρμογή είναι συνδεδεμένη με τα θέματα της ανεξαρτησίας, της επάρκειας και του ελέγχου και διαφέρει σε κάθε άτομο καθώς επηρεάζεται από το χαρακτήρα του, τις προηγούμενες εμπειρίες και το δίκτυο υποστήριξης του".

Η έρευνα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των ατόμων με προβλήματα όρασης στηρίχθηκε σε ορισμένα ερωτηματολόγια που είχαν μια ποικιλία από ερωτήσεις οι οποίες κυμαίνονται από την επίδραση της προοδευτικής ή άμεσης απώλειας της όρασης, το άγχος, την ανικανότητα για εργασία, την αποφυγή και τον εκφοβισμό, το ρόλο των υποστηρικτικών δικτύων που είναι οι φίλοι, η οικογένεια και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα (Schinazi, 2007).

Τα άτομα με τύφλωση ή χαμηλή όραση πρέπει να αντιμετωπίζουν συνεχή πρόκληση για ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία τους. Η διαδικασία που ανταποκρίνεται το άτομο στις απαιτήσεις της καθημερινής του ζωής και τις μεταβολές της ορίζεται ως προσαρμογή. Αν και η σχέση μεταξύ της οπτικής αναπηρίας με τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές δεν είναι άμεση, οι επιπτώσεις των οπτικών διαταραχών στις σχέσεις με τα υπόλοιπα άτομα, παρέχουν τις πιθανότητες για ορισμένες ίσως διαφορές στην οικογενειακή ζωή, την εκπαίδευση, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση οι οποίες δηλώνουν ότι η προσαρμογή είναι ιδιοσυγκρασιακή και προσαρμοσμένη, ιδιόμορφη στο κάθε άτομο ξεχωριστά και εξαρτάται από τον ίδιο και την εμπειρία του (Schinazi, 2002). Τα προβλήματα όρασης στο γενικό πληθυσμό είναι εντελώς ανομοιογενή. Υπάρχει ποικιλία από διαταραχές και ο κάθε περιορισμός περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της όρασης. Ο

όρος «περιορισμός» δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με την πλήρως κυριολεκτική έννοια. Ο τρόπος που γίνεται αντιληπτός κάποιος εν μέρει αντανακλά το ποιος είναι. Απαιτείται όμως μια μορφωμένη κοινωνία που να αύξησε την παιδεία για αυτό (Schinazi, 2007).

Ο Morse (1983) σημειώνει ότι η απώλεια για το κάτω μισό του οπτικού πεδίου προκύπτει από τις δυσκολίες στην κινητικότητα, αυτό δεν σημαίνει όμως ότι το άτομο δεν μπορεί να παρακολουθεί τηλεόραση, να λύσει σταυρόλεξο ή να εργαστεί στον υπολογιστή. Παρομοίως, η απώλεια του αριστερού τομέα σχετίζεται με τις δυσκολίες στην ανάγνωση, χωρίς όμως να επιφέρει έλλειψη ανεξαρτησίας στην κινητικότητα ή τη χωρική αντίληψη. Η εμφάνιση της μειωμένης όρασης γίνεται με αντιφατικές συμπεριφορές. Δεν είναι ασυνήθιστο κάποιος να μην μπορεί να δει καλά τι είναι γραμμένο σ' έναν μακρινό πίνακα αλλά είναι σίγουρα ικανός να παρακολουθήσει τηλεόραση από μακριά, να κάνει ποδήλατο με αρκετή άνεση κλπ. Όταν το κοινωνικό σύνολο είναι ανίκανο να αναγνωρίσει τις διαφορές αυτές και να κατανοήσει σε ποιο σημείο υστερεί ο ασθενής, οδηγούν στη στιγματίζει του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο αλλά και στη ψυχολογία του.

Είναι σημαντικό να προσπαθήσει κανείς να καταλάβει τα όρια από τις λανθασμένες παραδοχές και γενικεύσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλαβερά αποτελέσματα στα άτομα με προβλήματα όρασης. Το ίδιο γίνεται και για την πλήρη τύφλωση, όπου το μη ενημερωμένο κοινό θεωρεί ότι όσοι είναι τυφλοί έχουν οξυμένες τις υπόλοιπες αισθήσεις αλλά λόγω της απώλειάς τους είναι ανίκανοι να αντιμετωπίσουν τη ζωή και την κοινωνία με ανεξαρτησία. Σημαντικές επιδράσεις στην κοινωνική και προσωπική τους ζωή έχει ο τρόπος στον οποίο οι άνθρωποι επισημαίνονται και κατατάσσονται μέσα στη κοινωνία (Morse, 1983. Schinazi, 2007). Στην κοινωνιολογία κυριαρχεί η αντίληψη ότι η "κατάταξη" των ανθρώπων είναι κοινωνικό γεγονός και επέκταση της πραγματικότητας. Οι διάφορες απώλειες στην όραση, συχνά γίνονται αντιληπτές από τους ανθρώπους ως φαινόμενα που περιλαμβάνεται στο νόμο του "όλου ή ουδενός". Η ιδέα της τύφλωσης είναι εύκολα αντιληπτή στον άνθρωπο σε σχέση με την έννοια της μερικής απώλειας όρασης. Αν κάποιος κλείσει τα μάτια του και προσπαθήσει να περπατήσει μέσα σ' έναν ορισμένο χώρο, είναι σε θέση έστω για λίγο να βάλει τον εαυτό του στη θέση ενός πλήρως τυφλού ατόμου και να κατανοήσει έστω και λίγο τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Το ίδιο όμως δε γίνεται να συμβεί με τις ποικίλες δυσλειτουργίες της όρασης (Durkheim & Mauss, 1963).

Η λάθος ταξινόμηση των ασθενών μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις. Αν το άτομο χαρακτηριστεί από τον κοινωνικό του περίγυρο ως πλήρως τυφλό ενώ είναι μερικώς τυφλό είναι πιθανό να τον οδηγήσει στο να χάσει μέρος της λειτουργικότητάς του και να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική του υγεία. Τα άτομα αυτά επειδή αντιμετωπίζονται ως πλήρως τυφλοί προσπαθούν να πείσουν τον εαυτό τους ότι όντως είναι και μάλιστα δρουν και κατ' αυτόν τον τρόπο. Έτσι οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον λανθασμένα υπέρ-προστατεύουν και υπέρ-βοηθούν το άτομο αυτό με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ανεξαρτησία του. Το άτομο καταλήγει να γίνεται και να νιώθει πλήρως εξαρτημένο ενώ δεν είναι και έτσι οδηγείται και σε αρνητικά συναισθήματα (Durkheim & Mauss, 1963).

### **Αντιμετώπιση από τους βλέποντες**

Οι βλέποντες, λόγω της ελάχιστης εμπειρίας με τους τυφλούς και των ελλιπών γνώσεων που έχουν για τον τυφλό και τις δυνατότητες του, όταν συναντούν ένα

τυφλό στον δρόμο και πρέπει να τον βοηθήσουν ή συναντώνται σε μια κοινωνική εκδήλωση, αισθάνονται αμηχανία και έτσι ψάχνουν να βρουν τρόπους για να τον αντιμετωπίσουν ή να τον αποφεύγουν. Το τυφλό άτομο όμως διαισθάνεται την αμηχανία, αρχίζει να νιώθει άσχημα γιατί έτσι δέχεται για άλλη μια φορά τον κοινωνικό ρατσισμό. Οι τυφλοί εκπαιδεύονται για να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητοι μέσα στον ίδιο χώρο που ζουν και οι βλέποντες. Όταν χρειαστούν βοήθεια θα πρέπει κανείς να γνωρίζει πώς να τους βοηθήσει χωρίς αδέξιους χειρισμούς οι οποίοι θα καταρρακώσουν την αξιοπρέπεια τους. Για το σκοπό αυτό οι ίδιοι έχουν εκδώσει ενημερωτικά φυλλάδια με πολύ χρήσιμες πληροφορίες (ενημερωτικό φυλλάδιο του Κέντρου Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών-Κ.Ε.Α.Τ.) (Σωτηριάδη & Γκουτζιαμάνη, 1993).

Αρκετές υποθέσεις έχουν παρουσιαστεί για να εξηγήσουν γιατί τα άτομα με προβλήματα όρασης και άλλες σωματικές αναπηρίες έχουν λιγότερες κοινωνικές εμπειρίες, η στάση των ανθρώπων απέναντι άτομα με αναπηρίες είναι αρνητική, ειδικά απέναντι σε όσους έχουν αποκλίσεις στην σωματική διάπλαση. Τα άτομα με μειωμένη όραση μπορεί να έχουν αποκλίσεις στην σωματική διάπλαση, λόγω διαφορετικής μορφολογίας των οφθαλμών. Οι αρνητικές στάσεις και οι προκαταλήψεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι συχνά αποτελέσματα των προηγούμενων εμπειριών και η ανεπαρκής ή έλλειψη γνώσης σχετικά με τη φύση των προβλημάτων όρασης (Kef, 2002).

### **Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης**

Ακόμα μία μελέτη η οποία διερεύνησε την προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης, συνολικά αλλά και σε διάφορους τομείς επικοινωνίας, δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και η κοινωνικοποίησης ήταν αυτή των Papadopoulos et al., (2011). Η προσαρμοστική συμπεριφορά και η καθυστέρηση της ανάπτυξης της αξιολογήθηκαν μέσα από ένα ερωτηματολόγιο και την κλίμακα Vineland προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Στην έρευνα συμμετείχαν 46 άτομα (παιδιά και έφηβοι) με προβλήματα όρασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία επιδρά σημαντικά στην συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά αλλά και σε καθέναν από τους τομείς της επικοινωνίας, δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικοποίησης. Όπως έδειξε και προηγούμενη έρευνα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα όρασης, παρουσιάζουν καλύτερη απόδοση αλλά υψηλότερο ποσοστό καθυστέρησης σε σύγκριση με τα πιο νεαρά άτομα (Papadopoulos et al., 2011).

Επίσης, στη μελέτη αυτή σημειώνεται και άλλο ένα σημαντικό στοιχείο το οποίο είναι η ανεξαρτησία της κίνησης. Φαίνεται λοιπόν ότι η ανεξαρτησία που παρουσιάζει το άτομο και η ικανότητά του να κινείται αποτελεί σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στην καθημερινότητά του και στην κοινωνικοποίησή του. Όσο πιο ανεξάρτητο είναι το άτομο τόσο περισσότερο αναπτύσσεται η προσαρμοστική συμπεριφορά του. Παράλληλα με όλα τα παραπάνω το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι εξίσου σημαντικό, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά βελτίωσης συμπεριφοράς των ατόμων με προβλήματα όρασης (Papadopoulos et al., 2011).

Επίσης μια πιο πρόσφατη μελέτη από τον Kef (2002) για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την έννοιά της την κοινωνική στήριξη των εφήβους (εύρος ηλικίας από 14 έως 24 ετών) με προβλήματα όρασης, αποκάλυψε ότι πλειοψηφία των εφήβων αυτών είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν ευχαριστημένοι, δεν αισθάνονταν μοναξιά και οι περισσότεροι είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της απομείωσης της αξίας τους.



Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των πλήρως τυφλών και των ατόμων με χαμηλή όραση (είτε σοβαρή είτε ήπια), αν και τα αποτελέσματα για την σοβαρά προβλήματα όρασης έτειναν να είναι πιο αρνητικά. Ενδιαφέρον βέβαια είναι, ότι βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αυτών και των εφήβων χωρίς προβλήματα όρασης. Οι βλέποντες έφηβοι τείνουν να έχουν ένα μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο. Πάντως τα άτομα που ήταν τυφλά ή είχαν χαμηλή όραση δήλωσαν ικανοποιημένα από το περιβάλλον τους και πιστεύουν ότι έχουν λάβει επαρκή υποστήριξη από τους γονείς και τους συνομηλίκους τους (Kef, 2002).

### **3.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλικότητα είναι ένα σημαντικό κομμάτι της προσωπικότητας όλων των ανθρώπων και επηρεάζει την ψυχική και σωματική μας υγεία. Σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη ευτυχία και την ολοκλήρωση έχει η υγιή σεξουαλικότητα η οποία είναι θεμελιώδης και θεωρείται βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η κοινωνία σιγά-σιγά, αρχίζει να αναγνωρίζει τη σεξουαλική διάσταση των ανθρώπων που έχουν αναπηρίες και των ανθρώπων που έχουν προβλήματα όρασης. Αυτά τα άτομα έχουν επίσης δικαίωμα και επιθυμούν να φλερτάρουν, να ερωτευτούν, να έχουν μια σχέση και να δημιουργήσουν οικογένεια. Παρ'όλα αυτά, δεν έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν οπότε έχουν ελλιπή ενημέρωση και μειωμένη αυτοπεποίθηση στις σεξουαλικές τους σχέσεις, με αποτέλεσμα αυτό να τους αποθαρρύνει από τη σεξουαλική έκφραση και διεκδίκηση.

Η περιορισμένη πρόσβαση στην πληροφόρηση, στο φυσικό περιβάλλον, η έλλειψη ενθάρρυνσης από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, ακόμα και οι κοινωνικές προδιαγραφές και προκαταλήψεις για την ελκυστικότητα είναι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για την καταπίεση και ωθούν αρνητικά τη σεξουαλικότητα των ατόμων με προβλήματα όρασης (Ασκητής, 2011). Η σεξουαλικότητα είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο, περιλαμβάνει τη ταυτότητα του φύλου, το βιολογικό σεξ, οι ρόλοι και οι συμπεριφορές ενός ατόμου ανάλογα με το φύλο του, επηρεάζεται κατά μεγάλο βαθμό από την διανοητική, συναισθηματική, ψυχολογική, φυσική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Επίσης συμπεριλαμβάνονται θέματα όπως η εμπιστοσύνη, η οικειότητα, η αποδοχή, η κοινωνικότητα, τα σχέδια για την ανάπτυξη σχέσης με ένα σημαντικό άτομο και την δημιουργία οικογένειας. Στη σεξουαλικότητα το κάθε στοιχείο της παίζει σημαντικό ρόλο, ενώ η επιτυχία ή η αποτυχία στις προκλήσεις που συμβαίνουν κατά την σεξουαλική ανάπτυξη έχουν το βασικό ρόλο για την προσαρμογή στην ενήλικη ζωή του ατόμου (Εμμανουηλίδου, 2004).

Τα άτομα που έχουν προβλήματα στην όραση αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία με τους άλλους, αυτό είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την αρχική συνάντηση δύο ανθρώπων και την ανταλλαγή πληροφοριών γύρω από τις σεξουαλικές ανάγκες και επιθυμίες. Ενώ θεωρείται δεδομένο ότι με την οπτική επαφή γίνεται το πρώτο βήμα επικοινωνίας με έναν σεξουαλικό σύντροφο, τα τυφλά άτομα επειδή δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα χρησιμοποιούν άλλους τρόπους επικοινωνίας, όπως τον προφορικό λόγο, το άγγιγμα των χεριών και των ώμων του άλλου προσώπου. Για να ακολουθήσει σεξουαλική δραστηριότητα θα πρέπει να έχει γίνει η προφορική επικοινωνία με μια άνετη ατμόσφαιρα. (Δασκαλάκη, 2013).

## Συνέπειες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο άτομο με πρόβλημα όρασης

Σε πολλά άτομα το σεξουαλικό πρόβλημα αποτελεί θέμα ταμπού. Οι άτομα που αντιμετωπίζουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες αισθάνονται ντροπή, αμηχανία, απογοήτευση, προσπαθούν να το κρύψουν από τον περίγυρο ώστε να μην εκτεθούν.

Ίδια συναισθήματα αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό έχει και ένα άτομο με προβλήματα όρασης, όπως συναισθήματα ντροπής, ανασφάλειας, θυμού ή και αδικία που ένα σεξουαλικό πρόβλημα συμβαίνει σε αυτόν. Ακούγονται απόψεις οι οποίες θέλουν τα άτομα με αναπηρία να μην είναι σεξουαλικά ή να είναι αδύνατα να χειριστούν τη σεξουαλικότητα τους. Πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης σαν διαφορετικούς από τους ίδιους, πιστεύουν ότι είναι άτομα με ειδικές ανάγκες που χρειάζονται πάντα κάποιον για να τους βοηθήσει να επιβιώσουν στην καθημερινότητά τους. Σε μια τέτοια περίπτωση τα προβλήματα είναι τόσο πολλά που η σεξουαλικότητα γι' αυτά τα άτομα θεωρείται είδος πολυτέλειας. Ένα σεξουαλικό πρόβλημα έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου που το βιώνει, γιατί επηρεάζεται ψυχολογικά από τους περιορισμούς που δέχεται.

Έτσι εμφανίζονται ψυχικές ασθένειες, όπως κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Οι απαιτήσεις και οι πιεστικές συνθήκες της ζωής που επιβάλλονται στο άτομο με αναπηρία προκαλούν στρες, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στην κατάθλιψη. Αποκτά κακή διάθεση, δεν μπορεί να απολαύσει τη ζωή και τίποτα δεν τον ευχαριστεί. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, απομονώνεται κοινωνικά, αποκτά ενοχικά συναισθήματα για το σεξουαλικό του πρόβλημα. Άγχος, αρνητικές σκέψεις, κακή εικόνα ως προς τον εαυτό και το σώμα, είναι πολλές φορές συμπτώματα ενός σεξουαλικού προβλήματος.

Επίσης η ύπαρξη ενός ψυχολογικού προβλήματος μπορεί να ευθύνεται για τη σεξουαλική ζωή του ατόμου, όπως μια καταθλιπτική διαταραχή ή ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Ούτε η άλλος είναι γνωστό ότι ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική διάθεση του ατόμου, ενώ το στρες και οι αγχώδεις διαταραχές ευθύνονται συχνά για την εμφάνιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Στη μέση ηλικία η κατάσταση είναι πιο δύσκολη, η κοινωνική αντίληψη στο παρελθόν κυρίως ήθελε τον άνδρα και τη γυναίκα της μέσης ηλικίας να «μπαίνουν σε σεξουαλική σιγή». Τα άτομα της μέσης ή της τρίτης ηλικίας δυσκολεύονται πιο πολύ να βρουν τη λύση στο σεξουαλικό τους πρόβλημα, πιστεύουν ότι το σεξ έχει ημερομηνία λήξης. Παρ' όλα αυτά η σεξουαλικότητα είναι σημαντικό κεφάλαιο στη ζωή του ανθρώπου, πρέπει όλοι να προστατέψουν τη σεξουαλικότητά τους και να προάγουν τη σεξουαλική τους υγεία, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη και ευχάριστη ζωή. Η σεξουαλικότητα είναι δικαίωμα κάθε ανθρώπου, με ή χωρίς αναπηρία (Ασκητής, 2011).

### **3.8. Η ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ**

#### **Η Τριτοβάθμια Εκπαίδευση**

Η Τριτοβάθμια Εκπαίδευση στην Ελλάδα απαρτίζεται από δεκαοχτώ (18) Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και δεκατέσσερα (14) Τεχνολογικά Ιδρύματα. Η εισαγωγή των υποψηφίων σπουδαστών στα Ιδρύματα αυτά γίνεται με βάση την επιτυχή συμμετοχή τους στις Γενικές Εξετάσεις, ενώ ο αριθμός ατόμων που θα εισαχθούν ανακοινώνεται από τον Υπουργό Παιδείας και Θρησκευμάτων κάθε Μάρτιο. (Ζώνιου-Σπανδάγου, 2004). Τα άτομα που έχουν αναπηρίες όπως τύφλωση, κώφωση, μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και υδροκεφαλία εισάγονται στα Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης χωρίς Γενικές Εξετάσεις (Ν.1946/91).

Στα άτομα που θεωρούνται «φυσικώς αδύνατοι» οι Γενικές Εξετάσεις προσαρμόζονται ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες τους, όπως οι προφορικές εξετάσεις για τους δυσλεκτικούς (Ν. 57/90). Τα υποψήφια άτομα με αναπηρίες εισάγονται στο Τμήμα που προτιμούν, εκτός εάν δεν τους δεκτή το Τμήμα, σε κάποια Τμήματα όπως Ιατρική και τμήματα Φυσικής Αγωγής και Θεατρικών Σπουδών δεν γίνονται εγγραφές σε άτομα με τύφλωση ή κώφωση. Οι υπηρεσίες Επαγγελματικού Προσανατολισμού που παρέχονται στα υποψήφια άτομα με αναπηρία, είναι πολύ περιορισμένες, με αποτέλεσμα να επιλέγουν τον επιστημονικό κλάδο των σπουδών τους με βάση την ευκολία απόκτησης πτυχίου, τις προτιμήσεις των γονέων και άλλα σχετικά δευτερεύοντα και όχι με βάση τα επιστημονικά κριτήρια (Ρουμελιώτης & Παναγιωτίδου, 2004).

Η ένταξη των σπουδαστών με αναπηρίες στα Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης είναι πολύ δύσκολη και αυτό γιατί δεν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή για την παροχή των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχετε στα άτομα αυτά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω έλλειψης κατάλληλων προγραμμάτων σπουδών ανάλογα με τις ανάγκες τους, ηλεκτρονικοί εξοπλισμοί που βοηθούν στη μελέτη τους, ειδικά προσαρμοσμένες βιβλιοθήκες για τυφλούς και κινητικά ανάπηρους, προσβάσιμα κτίρια, υπηρεσίες συμβουλευτικής και παροχή βοήθειας στην καθημερινότητά τους. Όλες αυτές οι ελλείψεις έχουν ως συνέπεια οι σπουδαστές με αναπηρίες να μην μπορούν να βγάλουν άκρη με τα προγράμματα των σπουδών τους, τις παραδοσιακές μεθόδους εξέτασεων, στις οποίες η προσαρμογή εξαρτάται από την κρίση και την ευαισθησία του εξεταστή. Επιπλέον πολλές φορές η πανεπιστημιακή κοινότητα δε γνωρίζει τα προβλήματα των σπουδαστών με αναπηρίες με αποτέλεσμα να μην είναι ευαισθητοποιημένοι ούτε το διδακτικό ούτε το διοικητικό προσωπικό για να τους προσφέρει ειδική βοήθεια (Λιοδάκης, 2000).

Οι πτυχιούχοι με αναπηρίες αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα επαγγελματικής αποκατάστασης, λόγω την προκατάληψη των εργοδοτών ότι η αναπηρία σημαίνει ανικανότητα προς την εργασία. Το γεγονός αυτό μεγαλώνει την όποια απογοήτευση ή τα ψυχολογικά προβλήματα των φοιτητών ή πτυχιούχων με αναπηρίες, εφόσον καταλαβαίνουν ότι η κοινωνία δεν τους κατατάσσει στην ίδια κατηγορία με τους μη ανάπηρους επιστήμονες, παρά τους κόπους για την ολοκλήρωση των σπουδών τους. (Σιδηροπούλου & Δημάκου 2004).

## **Η επαγγελματική αποκατάσταση**

Η επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα όρασης είναι μία διαδικασία στην οποία το τυφλό άτομο προσπαθεί να γίνει ικανό για να εργαστεί. Η διαδικασία αυτή αφορά τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν εργαστεί στο παρελθόν τα οποία θα πρέπει να προσαρμόσουν τις δεξιότητές τους για τη νέα κατάσταση, και τα άτομα με προβλήματα όρασης τα οποία δεν έχουν εργαστεί ποτέ οπότε δεν έχουν επαγγελματικές δεξιότητες. Από την άλλη πλευρά ο αποκλεισμός της εργασίας των ατόμων αυτών είτε άμεσος είτε έμμεσος τους αφαιρεί το δικαίωμα της δημιουργίας, της έκφρασης, της ολοκλήρωσης, της κοινωνικής συμμετοχής και απελευθέρωσης, τους αναγκάζει να εξαρτώνται οικονομικά από άλλα άτομα, κοινωνικές και φιλανθρωπικές παροχές με αποτέλεσμα αυτό να επιφέρει την πολιτική, ιδεολογική, πολιτιστική και συναισθηματική εξάρτησή τους (Παπαϊωάννου, 1990).

### **3.9. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 3Η ΗΛΙΚΙΑ**

Όσο πλησιάζει κάποιος στις μεγαλύτερες ηλικίες και ειδικά στην τρίτη ηλικία αρχίζει και πάλι μια ευαίσθητη ηλικία για το άτομο να αναπτύξει ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Με βάση αυτό το δεδομένο έχουν διεξαχθεί και διάφορες έρευνες σχετικά με το θέμα. Η απώλεια της όρασης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, τις πιο πολλές φορές οφείλεται στη εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, στο γλαύκωμα και στην οπτική νευροπάθεια. Σύμφωνα με έρευνες το 14,5% των ατόμων από 65 έως 74 ετών και το 21,1% των ατόμων άνω των 75 ετών έχουν χαμηλή όραση. Το Εθνικό Ινστιτούτο Eye (2004) περιγράφει χαμηλή όραση ως μόνιμη βλάβη της όρασης που δεν μπορεί να διορθωθεί με γυαλιά, φακούς επαφής, ή χειρουργικές επεμβάσεις, και ότι παρεμβαίνει στην απόδοση των καθημερινών δραστηριοτήτων (Copolillo & Teitelman, 2005).

Τα πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Οι έρευνες δείχνουν ότι το 4-7% των ηλικιωμένων έχουν κατάθλιψη, ενώ το 15% των ηλικιωμένων που πάσχουν από κατάθλιψη και οδηγούνται σε αυτοκτονία. Ενώ παλιότερα οι επιστήμονες πίστευαν ότι το άγχος εξαφανίζονταν με την πάροδο των χρόνων, πλέον υποστηρίζουν ότι υπάρχει στους ηλικιωμένους και το 90% των περιπτώσεων συνυπάρχει μαζί με την κατάθλιψη (Παναγιωτοπούλου, 2011).

Τα προβλήματα άγχους σε αυτή την ηλικία αποτελούν συνεχές πρόβλημα στη ζωή του ατόμου και η εκδήλωσή τους γίνεται με διαφορετικό τρόπο, επίσης φαίνεται ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο με τις γυναίκες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να βοηθήσουν στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι οι πολλαπλές απώλειες προσφιλών προσώπων, οι σωματικές παθήσεις, η συνταξιοδότηση και αλλαγές στην κατοικία. Είναι σημαντικό να εντοπίζεται η εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή αγχώδη συμπτώματα σε ένα άτομο έτσι ώστε να λάβει την κατάλληλη υποστήριξη. Η τρίτη ηλικία δεν είναι συνώνυμη της κατάθλιψης, κάποιες φορές τα προβλήματα ψυχικής υγείας οφείλονται στη δυσκολία του ηλικιωμένου να προσαρμοστεί στη νέα του ταυτότητα, και τον διαφορετικό τρόπο ζωής. Τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι η θλίψη, η απογοήτευση, η απόσυρση από τις καθημερινές συνήθειες, η απάθεια, η πτώση της διάθεσης, η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου και της

διατροφής (αϋπνίες ή υπνηλία, απώλεια όρεξης), η απαισιοδοξία, οι ενοχές και η αίσθηση αβοηθητότητας.

Ενώ τα συμπτώματα του άγχους στην τρίτη ηλικία είναι η αγωνία για ασήμαντα γεγονότα, μία αγωνιώδης προσμονή σε καθημερινό επίπεδο. Και στις δύο περιπτώσεις το άτομο εμφανίζει χαμηλή συγκέντρωση, απώλεια μνήμης, απώλεια ενδιαφερόντων και πολλά απλά σωματικά ενοχλήματα (Παναγιωτοπούλου, 2011).

### **Προβλήματα όρασης στην 3<sup>η</sup> ηλικία και κατάθλιψη**

Τα άτομα που ξεπερνούν σήμερα το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας αντιπροσωπεύουν το 15% το γενικού πληθυσμού, ενώ πριν 30 χρόνια δεν ξεπερνούσαν το 7%. Η κατάθλιψη είναι μια συχνή ασθένεια στην τρίτη ηλικία. Η σοβαρή μορφή της κατάθλιψης πλήττει το 15% των ηλικιωμένων, ενώ τα ήπια συμπτώματα της εμφανίζονται στο 1/3 του συνολικού ηλικιωμένου πληθυσμού. Έχει ως βασικό αίτιο την απομόνωση του ηλικιωμένου από την κοινωνική ζωή.

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση του ασθενούς, δηλαδή το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης, και ανημποριάς είναι πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από ευχάριστα γεγονότα, μειώνεται η λειτουργικότητα του και μπορεί να διαρκέσει βδομάδες έως και μήνες. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, επιπλέον δεν είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο αποτέλεσμα της απώλειας της όρασης, και οι περισσότεροι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλή όραση δεν παρουσιάζουν κλινική κατάθλιψη, αν και σχεδόν όλα τα άτομα με προβλήματα όρασης προσπαθούν να καταπολεμήσουν τα συναισθήματα της κατάθλιψης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Όταν οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας χάνουν την όρασή τους εμφανίζουν δυσφορία, αντιληπτή απώλεια του ελέγχου, φόβο της εξάρτησης, και απώλεια της ικανότητας να διατηρούν σημαντικές προσωπικές συνδέσεις και κοινωνικούς ρόλους (Copolillo & Teitelman, 2005).

Για τη κατάθλιψη υπάρχουν κάποια συμπτώματα όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφέροντος για παλαιότερες δραστηριότητες, διαταραχές της όρεξης, του βάρους και του ύπνου, απώλεια ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας, διαταραχή στην συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα και ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή (Παγοροπούλου, 2000).

Σε μια μελέτη οι ερευνητές είχαν σαν αρχική υπόθεση ότι η φτωχή όραση αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στις μεγάλες ηλικίες και συμβάλλει στη φτωχή πνευματική υγεία άμεσα και έμμεσα. Στην παρούσα έρευνα, αξιολογήθηκε υποκειμενικά και αντικειμενικά η όραση των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη και μετά συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο. Το θέμα του ερωτηματολογίου ήταν τυχόν περιορισμοί των ατόμων σε δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και για συναισθήματα απομόνωσης και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι όντως ισχύει η αρχική υπόθεση. Τα άτομα με χαμηλή όραση έδειξαν συμπτώματα κατάθλιψης και μεγάλους περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους. Η μείωση της ψυχικής υγείας συμβάλλει στην περαιτέρω έκπτωση της λειτουργικότητάς ακόμα και για απλά καθημερινά πράγματα (Bookwala & Lawson, 2011). Σε ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα του Stelmack (2001). Στο δημοσιευμένο άρθρο του με σχετικό τίτλο, ο συγγραφέας σημειώνει ξεκάθαρα ότι η μείωση της όρασης έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους εμφάνισης κατάθλιψης και γενικότερα ποιότητα ζωής.

Σημαντική βαρύτητα έχει και το άρθρο των Nyman et al. (2010), καθώς τονίζει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γι' αυτή την ομάδα ανθρώπων (ηλικιωμένους). Μέσα από την μελέτη τους κατέληξαν όπως και οι προηγούμενοι ότι στην τρίτη ηλικία όταν υπάρχουν και προβλήματα όρασης τα συμπτώματα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι αυξημένα. Παρ' όλα αυτά παρατήρησαν ότι ακόμη και οι βλέποντες συνομήλικοι τους σημείωσαν αρκετά υψηλά ποσοστά. Έτσι, η τρίτη ηλικία και τα προβλήματα όρασης αλληλεπιδρούν και φαίνεται ότι η ικανότητα όρασης έχει την ισχυρότερη σχέση με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ακόμη, ότι το άγχος και η μοναξιά δεν σχετίζονται τόσο πολύ με τα προβλήματα όρασης όσο η κατάθλιψη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΤΥΦΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **4.1. ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρόληψη της υγείας έχει σημειώσει σημαντική εξέλιξη τις τελευταίες δεκαετίες και αποτελεί σήμερα μια διάσταση της βελτίωσης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Μελετώντας την εξέλιξη της έννοιας αυτής, η πρόληψη σχετίζεται με μια αποτροπή της ανάπτυξης μιας παθολογικής κατάστασης, όπου πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα, μαζί και η θεραπεία, τα οποία συμβάλλουν στον περιορισμό της ανάπτυξης μιας νόσου σε οποιοδήποτε στάδιο της πορείας της. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, υπάρχει μια διαφοροποίηση μεταξύ παρεμβάσεων που έχουν σχέση με την αποτροπή της εμφάνισης μια νόσου και παρεμβάσεων που επιβραδύνουν την εξέλιξη της ή περιορίζουν τις συνέπειες της μετά την εμφάνισή τους (Clark, 1967).

#### **Επίπεδα πρόληψης**

Ο *πρωτογενής* τομέας πρόληψης της σωματικής υγείας έχει ως κύριο μέλημα να αποφθεχθεί η έναρξη παθογενετικών διαδικασιών, που μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων. Τα μέτρα αυτά προσπαθούν να πετύχουν την μείωση της επίπτωσης μια αρρώστιας, την εξουδετέρωση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων, την αποφυγή έκθεσης σε αυτούς, την ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς. Στο επίπεδο της ψυχικής υγείας, στόχος των μέτρων αυτών είναι να ενισχυθεί η ψυχική υγεία, να διαμορφωθούν στάσεις και τύποι συμπεριφοράς που θα ευνοήσουν την διατήρηση της, η πρόληψη της ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας, η καλλιέργεια ικανοτήτων για την αντιμετώπιση του στρες και η ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης.

Ο *δευτερογενής* τομέας πρόληψης, η εφαρμογή αυτού του τομέα γίνεται όταν έχουν αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποβλέπουν στην προσυμπτωματική διάγνωση των ασθενειών σε πρώιμο στάδιο, ώστε να υπάρξει η καλύτερη δυνατή πρόληψη. Στο επίπεδο της ψυχικής υγείας, ο στόχος των μέτρων αυτών είναι ο προορισμός πρόδρομων συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και η έγκαιρη παρέμβαση για την αποτροπή της εκδήλωσης μιας σοβαρής ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας.

Ο *τριτογενής* τομέας έχει ως επίκεντρο το άτομο που πάσχει. Έχει ως στόχο να μειώσει τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας και παράλληλα να συντελέσει στην αποκατάσταση της υγείας ώστε η ποιότητα της ζωής να είναι ικανοποιητική και να ξανά ενταχθεί στην κοινωνική ζωή ομαλά. Λόγω της παρεμβολής διαφόρων πολιτισμικών εμποδίων, το να διατηρηθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας είναι συχνά δύσκολο. Η καλή κατάσταση της υγείας, στην κοινωνία, είναι από τις πιο σημαντικές αξίες. Σε άλλες περιπτώσεις, λόγω της μοιρολατρικής στάσης της κοινωνίας απέναντι στα προβλήματα της ζωής παρεμποδίζονται και οι προσπάθειες που καταβάλλονται για την προστασία της υγείας. Την πρόληψη επίσης παρεμποδίζει, και το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι πρεσβεύουν ότι η ζωή δεν αξίζει αν κανείς «στερηθεί» τις απολαύσεις της. Ακόμη, κάποιοι καθησυχάζονται λόγω του

ότι η επιστήμη της ιατρικής έχει προοδεύσει αρκετά.

Επιπλέον, οι υγιεινές συνήθειες προβλέπουν συνέπεια και περιορισμούς. Έτσι τα αποτελέσματα από τις προληπτικές ενέργειες δεν εμφανίζονται άμεσα, αλλά μελλοντικά. Αυτό έχει ως συνέπεια, η προληπτική συμπεριφορά που διαρκεί για απεριόριστο χρονικό διάστημα, που δεν εντείνεται συνεχώς από το κοινωνικό σύνολο, αλλά αντιθέτως δοκιμάζεται από «πειρασμούς» του περιβάλλοντος, δύσκολα καλλιεργείται και ακόμα πιο δύσκολα εδραιώνεται (Kirscht, 1983). Επιπλέον μια κατηγορία αποκρουστικών παραγόντων αφορά τα εμπόδια που προέρχονται από το ίδιο το υγειονομικό σύστημα (Albino, 1983. Orlandi, 1987). Το μοντέλο αυτό επιτρέπει στους επαγγελματίες της υγείας να αντλήσουν μεγάλη ικανοποίηση από τα άμεσα αποτελέσματα που παρατηρείται από την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου, ενώ παράλληλα ενισχύεται το κύρος, η ισχύ και η αίσθηση επιτυχίας από τα κατορθώματα τους. Το υγειονομικό σύστημα είναι *προσανατολισμένο* ώστε να παρεμβαίνει σε ατομικό επίπεδο, στην ένας προς έναν αλληλεπίδραση μεταξύ «ειδικού» και ασθενούς. Τα προγράμματα πρόληψης, κυρίως της πρωτογενούς έχει αποτελέσματα όταν εφαρμόζονται ευρέως σε μεγάλες ομάδες συστήματος, ο ρόλος του ατόμου που βρίσκεται σε «κίνδυνο» δεν είναι θεσμοθετημένος. Όπως προβλέπει ο ρόλος του «αρρώστου». Στο άτομο που προσπαθεί να προστατεύσει στην υγεία του ανατίθενται μόνο υποχρεώσεις και καθήκοντα και κανένα προνόμιο (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

## **Προϋποθέσεις για καλύτερη κοινωνική ένταξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

### *Ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία*

Αρχικά για να υπάρξει ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με οπτικές αναπηρίες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στη γνώση και την πληροφόρηση όσο το δυνατόν πλησιέστερα στα άτομα που δεν έχουν αντίστοιχο πρόβλημα. Τα ίσα δικαιώματα είναι ότι οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν ίση σημασία και ότι οι κοινωνίες πρέπει να σχεδιάζονται με βάση αυτές και ότι όλοι οι πόροι πρέπει να χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζουν στον καθένα ίσες ευκαιρίες για συμμετοχή. Στον κοινωνικό χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων των εργαζομένων αναφέρεται: «Κάθε άτομο με ειδικές ανάγκες ανεξάρτητα από την προέλευση και τη φύση της αναπηρίας του πρέπει να απολαύει συγκεκριμένων πρόσθετων ευεργετημάτων με σκοπό να ευνοηθεί η επαγγελματική και η κοινωνική του ένταξη». Το να μην μεταχειρίζεται ίσα ένα άτομο λόγω της αναπηρίας του επηρεάζουν ψυχολογικά τον ασθενή και δυσκολεύουν στην εργασιακή και κοινωνική του ένταξη. Η προσπάθεια για να υπάρξουν ίσες ευκαιρίες είναι μια διαδικασία που φέρει ως αποτέλεσμα αλλαγές σε όλα τα επίπεδα της ζωής. Δίνει θάρρος στους αναπήρους ώστε να συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής και να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις διακρίσεις που καθημερινά βιώνουν. Το άμεσο ζητούμενο από την ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία είναι το άτομο να ζει χωρίς να εξαρτάται από τους άλλους και να προσαρμόζεται στις κοινωνικές περιστάσεις (Ε.Σ.Α.Ε.Α., 1994).

### *Κοινωνική αφύπνιση*

Η κοινωνία πρέπει να είναι γνώστης του κοινωνικού ζητήματος αυτού και όσο το δυνατόν σε μικρότερη ηλικία, ώστε να μην υπάρχουν φαινόμενα χλευασμού και



περιθωριοποίησης των ατόμων με αναπηρίες ( οπτικές ή μη). Να υποστηρίζουν εκστρατείες ενημέρωσης, που θα περιέχουν θέματα για όλα όσα αφορούν στα άτομα με αναπηρίες (πολιτικές, δικαιώματα, υποχρεώσεις) έτσι ώστε τα άτομα με αναπηρία να έχουν ισότιμη συμμετοχή ισότιμα σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Σημαντικός είναι και ο ρόλος των μέσων ενημέρωσης. Ένας καλύτερος τρόπος προώθησης της αναπηρίας θα μπορούσε να δημιουργήσει κύμα ενδιαφέροντος ώστε τα πολιτικά εργασιακά και κοινωνικά προβλήματα των ατόμων αυτών να αντιμετωπίζονται πιο θετικά (Ε.Σ.Α.Ε.Α., 1994).

### *Ιατρική φροντίδα*

Η ιατρική φροντίδα είναι απαραίτητη για την ορθή κοινωνική και πολιτειακή αντιμετώπιση των ατόμων με οπτικές αναπηρίες. Το κράτος θα πρέπει να λάβει την ευθύνη για τη ποιότητα ιατρικής φροντίδας όλων των ανθρώπων καθώς και των ανάπηρων ατόμων μέσα από το εξειδικευμένο προσωπικό παροχής υπηρεσιών υγείας, κατάλληλης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και γενικότερα υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας. Στην Ελλάδα υπάρχει το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο ώστε τα άτομα με κάποιο ποσοστό αναπηρίας να μη επιβαρύνονται οικονομικά (Ε.Σ.Α.Ε.Α., 1994).

### *Αποκατάσταση*

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία που το άτομο με ψυχικές, εργασιακές και κοινωνικές αλλαγές φτάνει στο μέγιστο επίπεδο ανεξαρτησίας. Η αποκατάσταση μπορεί να εντάσσει μέτρα ώστε να παρέχει και να αποκαθιστά λειτουργίες ή να αναπληρώνει την απώλεια ή την απουσία μιας λειτουργίας ή ενός λειτουργικού περιορισμού. Στον όρο αυτό δεν εντάσσεται η ιατρική φροντίδα , αλλά όλες τις μορφές κοινωνικής ένταξης έως και την οικονομική αποκατάσταση. Σε εθνικό και τοπικό επίπεδο καθίσταται αναγκαίο, να αναπτυχθούν προγράμματα αποκατάστασης για όλες τις ομάδες των ατόμων με αναπηρίες, λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της ισοτιμίας και πλήρους συμμετοχής (Ε.Σ.Α.Ε.Α., 1994).

### *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή αποκατάσταση είναι ένας όρος που περιλαμβάνει την προσέγγιση , κατά κύριο λόγο, θυμάτων από καταστροφές ή βία, κ.α. και η σχεδίαση της έχει να κάνει με την ενίσχυση της προσαρμοστικότητας των κοινοτήτων και των ατόμων. Στόχος της είναι η διευκόλυνση επανέναρξης της φυσιολογικής ζωής, στη διευκόλυνση της συμμετοχή των επηρεαζόμενων ανθρώπων στην ανάρρωσή τους και επιπλέον στην πρόληψη παθολογικών συνεπειών ενδεχομένως λόγω της τραυματικής κατάστασης τους.

Ένα δίκτυο που αποτελείται από επαγγελματίες της Ψυχοκοινωνικής εργασίας ονομάζονται Ψυχοκοινωνικό δίκτυο. Αρχικός σκοπός τους είναι η εξυπηρέτηση των αναγκών τέτοιων ατόμων για ανταλλαγή πληροφοριών και ενημέρωση αυτών των διαφορετικών ανθρώπων στον ψυχοκοινωνικό τομέα. Οι επαγγελματίες υγείας που παίρνουν μέρος σε μια τέτοια ομάδα ή δίκτυο εκτιμούνται κάθε φορά βάσει των αναγκών που παρουσιάζουν τα άτομα ή οι κοινωνικές ομάδες στις οποίες απευθύνονται.

Το άτομο που θα απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό της υγείας, ο γιατρός θα πρέπει να σημειώσει μόνο τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα που έχουν παρουσιάσει κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους στη τρέχουσα αξιολόγηση. Αν το άτομο φαίνεται να έχει πολλαπλά ψυχοκοινωνικά ή περιβαλλοντικά προβλήματα, ο γιατρός πρέπει να σημειώσει όσα εκτιμά ότι είναι σχετικά μόνο. Πρέπει να διαλέξει να σημειώσει μόνο τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προήρθαν πριν από το τρέχον γεγονός, εφόσον αυτά συμμετέχουν στην ψυχική διαταραχή ή έχουν γίνει το επίκεντρο της θεραπείας, όπως προηγούμενες εμπειρίες που έχουν οδηγήσει σε μια διαταραχή μετατραυματικού στρες (DSM-IV-TR, 2000).

## **Οι νόμοι για τους τυφλούς**

Ο πρώτος εξειδικευμένος νόμος στην Ελλάδα που είχε στόχο να προστατέψει τα άτομα με ειδικές ανάγκες δημιουργήθηκε μόλις το 1951, και είναι ο Ν. 904/1951, κατά τον οποίο το ελληνικό κράτος οφείλει να προστατεύσει τους τυφλούς και να διασφαλίσει την ακώλυτη εκπαίδευσή τους. Από την εν γένει νομοθεσία αξίζει να αναφερθούν ο Ν. 1143/1981, που καθιέρωσε την ειδική αγωγή ως ιδιαίτερο τομέα του εκπαιδευτικού μας συστήματος, ο Ν. 1566/1985, που συντέλεσε στη γενικότερη αναγνώριση της σπουδαιότητας και της αναγκαιότητας της ειδικής εκπαίδευσης, το Π.Δ. 149/30-4-1991, με το οποίο συγκροτείται Υπηρεσιακό και Πειθαρχικό Συμβούλιο Ειδικού Προσωπικού, το Π.Δ. 301/28-8-1996, με το οποίο θεσμοθετήθηκε το αναλυτικό πρόγραμμα που ισχύει σήμερα στο ειδικό δημοτικό σχολείο, το Πλαίσιο δηλαδή Αναλυτικού Προγράμματος Ειδικής Αγωγής (Π.Α.Π.Ε.Α.) και το οποίο φαίνεται να συμβάλλει στην εφαρμογή του θεσμού ένταξης των παιδιών με ειδικές ανάγκες στα ειδικά σχολεία.

Τέλος, ο Ν. 2817/2000, όπως αναθεωρήθηκε και ισχύει, διευκρίνισε τους στόχους της ειδικής αγωγής και ενδιαφέρθηκε για την οργάνωση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών πρακτικών που την αφορούν.

## **Πρόληψη για την τύφλωση**

Για κάθε νόσημα, προτιμάται η πρόληψη από τη θεραπεία για λόγους ιατρικούς, ανθρωπιστικούς αλλά και κοινωνικοοικονομικούς. Η τύφλωση είναι μία δαπανηρή σοβαρή αναπηρία. Η πρόληψη της τύφλωσης είναι βασιζόμενη στην πρόληψη των γενετικών ανωμαλιών. Αυτή με τη σειρά της είναι στην γενετική καθοδήγηση και την αμνιοκέντηση, στους εμβολιασμούς, την σωστή περίθαλψη του νεογνού κατά και μετά τον τοκετό σε μαιευτικά γυναικολογικά κέντρα με πλήρη εξοπλισμό. Σημαντικό ρόλο καταλαμβάνει η συχνή οφθαλμολογική εξέταση των πρόωρων νεογνών για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της οπισθοφακικής ινοπλασίας. Επίσης η πρόληψη στηρίζεται στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία και στην πρόληψη των ατυχημάτων. Στην χώρα μας, το 4% περίπου από τις αιτίες τύφλωσης οφείλεται λόγω τραυματισμών τραυματισμούς των ματιών. Κύριοι υπεύθυνοι είναι οι γονείς αλλά και η πολιτεία που δεν παρεμβάλλει στην κατασκευή και στη διάθεση επικίνδυνων παιχνιδιών. (Fraise, 1978).

## 4.2. ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξακρίβωση της τύφλωσης σε πολύ μικρή ηλικία έχει μεγάλες ενίοτε δυσχέρειες. Για να νικηθούν πλήρως, πλην της σχετικής πείρας του οφθαλμιάτρου, θα χρειαστεί βοήθεια από τους γονείς και να ληφθεί ένα καλό ιστορικό. Ένα καλό ιστορικό έγκειται στο να διευκρινίζουν και να αναλύσουν όλα τα στοιχεία από την εποχή της κύησης, του τρόπου της γεννήσεως, τα συμβάντα και τις συνθήκες νοσηλείας στη νεογνική περίοδο (όπως π.χ. η χρήση θερμοκοιτίδας ή η χορήγηση οξυγόνου-δόση και η διάρκεια της). (Νικητοπούλου, 1984).

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης του παιδιού υπάρχουν πολλές δυσκολίες. Η εξέταση γίνεται συνήθως κάτω από δύσκολες συνθήκες όπως είναι και η εγκεφαλοπάθεια η οποία σχετίζεται άμεσα με την τύφλωση. Η εξέταση αρχίζει από την κλασική σημειολογία, την αντίδραση του παιδιού στο φως, αν παρακολουθεί δηλαδή το φως. Παράλληλα, εξετάζονται η θέση των βολβών, οι κινήσεις τους, η διάμετρος και η διαφάνεια του κερατοειδούς, η αντίδραση που έχει η κόρη στο φως και στην συνέχεια η οφθαλμοσκόπηση που γίνεται δυνατή μόνο με τη γενική αναισθησία. Βεβαίως τα παιδιά αυτά εξετάζονται σε ειδικά κέντρα με σύγχρονες μεθόδους, όπως ο οπτικοκινητικός νυσταγμός, το ηλεκτροαμφιβληστροειδογράφημα κ.α (Αντωνόπουλος, 2003). Επίσης αν η εξέταση γίνει με προσοχή μπορεί να αποκαλυφθούν και διάφορες ψυχοκινητικές ανωμαλίες στο τυφλό παιδί, όπως είναι η περιορισμένη μιμική δραστηριότητα του προσώπου με το σχετικά ανέκφραστο πρόσωπο, το οφθαλμοδακτυλικό φαινόμενο ή αντανακλαστικό κ.α. να σημειωθεί όμως, ότι δεν κινδυνεύουν μόνο τα παιδιά από την τύφλωση, αλλά κάθε άνθρωπος ιδιαίτερα τα πιο ηλικιωμένα άτομα.

Κάθε γιατρός, κάθε νοσηλεύτης και κάθε νοσηλεύτρια, κάθε μορφωμένος άνθρωπος, πρέπει να πληροφορεί, να διαφωτίζει το περιβάλλον του σχετικά με τον καταρράκτη, το γλαύκωμα, τους κινδύνους που μπορεί να έχουν αυτοί που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και αλλά νοσήματα. Πρέπει να είναι γνώστης κυρίως για τις δυνατότητες που έχει η θεραπεία και οι χειρουργικές επεμβάσεις και κυρίως της αξίας που έχει η άμεση ιατρική διάγνωση (Νικητοπούλου, 1984).

Οι Pinguart & Pfeiffer (2013) πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό να γίνει σύγκριση μεταξύ των υγιών εφήβων και των άλλων που έχουν προβλήματα όρασης, ώστε να απορρυθμίσουν την επίπτωση στην ψυχολογία των τελευταίων. Η έρευνα καταλήγει ότι οι όποιες συναισθηματικές μεταβολές και ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζονταν στα παιδιά αυτά, φαίνεται να ήταν παρόμοια για τα άτομα με τύφλωση και τα άτομα με χαμηλή όραση. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι υπήρχε περισσότερη βελτίωση σε όσα άτομα τα συμπτώματα άρχισαν σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι μια μειοψηφία ατόμων με προβλήματα όρασης στην εφηβική ηλικία μπορεί να βοηθηθούν από παρεμβάσεις που στόχο έχουν την πρόληψη ή/και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών τους προβλημάτων ώστε να αντιμετωπιστεί ευκολότερα την απώλεια της όρασης (Pinguart & Pfeiffer, 2013). Η μελέτη των Pinguart & Pfeiffer (2012), έδειξε τα εξής. Με βάση τις μετρήσεις των ερευνητών βρέθηκε συγκρίνοντας τα συναισθηματικά προβλήματα υγιών εφήβων και εφήβων με προβλήματα όρασης, τα περισσότερα εμφανίζονται στους τελευταίους και μάλιστα όσο αυξάνεται η ηλικία τους. Επιπλέον και στις δύο ομάδες ψυχοκοινωνικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Η έρευνα καταλήγει λοιπόν και πάλι ότι ένα μικρό ποσοστό ασθενών σε αυτή την ηλικία μπορεί να βοηθηθεί από τυχόν παρεμβάσεις πρόληψης ή αποκατάστασης.

### 4.3. ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΡΑΦΗΣ BRAILLE

#### Βοηθήματα χαμηλής όρασης

Τα βοηθήματα για χαμηλή όραση είναι κάποιες συσκευές, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τον ασθενή να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες καθημερινότητας του και έτσι να μπορέσουν να ανακτήσουν μέρος της ελευθερίας τους. Τα βοηθήματα αυτά αποτελούν σημαντικό μέρος της συνολικής διεργασίας αποκατάστασης της οράσεως. Εκτός από οπτικά βοηθήματα, στα βοηθήματα αυτά συμπεριλαμβάνονται και συσκευές με μεγεθυντικούς φακούς, ηλεκτρονικοί μεγεθυντές οθόνης, ομιλούμενα βιβλία, βιβλία με χαρακτήρα μεγάλου μεγέθους ή ανάλογους τηλεφωνικούς δείκτες. (Φωτεινάκης, 1998).

Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και ο φωτισμός, η ρύθμιση του φωτισμού πρέπει να είναι στη σωστή ποιότητα και στο σωστό είδος. Πρέπει να υπάρχει ομοιόμορφος φωτισμός μέσα στο σκοτάδι. Οι εσωτερικοί χώροι φωτίζονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποφευχθεί η διάχυση, χωρίς ισχυρές αντιθέσεις στο φωτισμό και στους εξωτερικούς χώρους χρησιμοποιούν απορροφητικά γυαλιά. Στα βοηθήματα χαμηλής όρασης η μεγέθυνση συμβάλλει στην αύξηση του μεγέθους της αμφιβληστροειδικής εικόνας του αντικείμενου που κοιτάζει ο ασθενής. Αυτό επιτυγχάνετε με το να αυξηθεί το μέγεθος του αντικειμένου, να μειωθεί η απόσταση του αντικειμένου από τον οφθαλμό, για χρησιμοποιηθούν συστήματα ηλεκτρονικές μεγέθυνσης και να χρησιμοποιηθεί τηλεσκοπική μεγέθυνση.

Ο όρος της μεγέθυνσης δεν είναι διεθνώς διατυπωμένος, για αυτό το λόγο συναντώνται διαφορετικοί ορισμοί σε πολλές επιστημονικές μελέτες (Φωτεινάκης, 1998).

Κατηγορίες βοηθημάτων χαμηλής όρασης είναι οι εξής:

- Βοηθήματα για κοντινή

*Γυαλιά μικροσκόπια.* Τα όποια προσφέρουν μεγέθυνση μέχρι 16 φορές, έχουν μεγάλο εύρος πεδίου όρασης (40 mm) και είναι κατάλληλα για πολύωρο και ξεκούραστο διάβασμα.

*Γυαλιά πρισματικά* Τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς που έχουν διόφθαλμη όραση και έχουν πρόβλημα πεδίου και αντίθεσης. Τα γράμματα που βρίσκονται περιφερικά τα φέρνουν στο κέντρο, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο γρήγορα η ανάγνωση, και να μην υπάρχουν παραμορφώσεις.

*Μεγεθυντικοί φακοί χειρός.* Η χρήση αυτών των φακών είναι στιγμιαία, όπως ανάγνωση ενός τηλεφώνου, αναγνώριση νομισμάτων. Είναι κατάλληλα για όσους έχουν εκτεταμένα κεντρικά σκοτώματα ή πολύ ελαττωμένο οπτικό πεδίο.

*Σταθεροί επιτραπέζιοι μεγεθυντικοί φακοί.* Είναι φακοί ρεύματος, μπαταρίας ή επαναφορτιζόμενοι. Έχουν βάση και ακουμπούν πάνω στη σελίδα. Είναι ιδανική για διάβασμα ή για γραφή. Υπάρχουν από +4D έως +80D.

*Κλειστά κυκλώματα τηλεόρασης.* Αποτελούνται από δύο κάμερες, μια οθόνη και τραπέζακι στο οποίο τοποθετείται το κείμενο προς μεγέθυνση. Μεγεθύνουν έγγραφα ή κείμενα μέχρι 64 φορές. Υπάρχουν έγχρωμα και ασπρόμαυρα καθώς επίσης και φορητά που συνδέονται με μια κοινή τηλεόραση.

- Βοηθήματα για μακρινή όραση

*Τηλεσκόπια χειρός.* Είναι μονόφθαλμα τηλεσκόπια χρήσιμα για στιγμιαία χρήση όπως η ανάγνωση του αριθμού ενός λεωφορείου, του ονόματος κάποιας οδού.

*Τηλεσκόπια προσαρμοσμένα - σε σκελετό.* Μονόφθαλμα ή διόφθαλμα, είναι ικανά να εστιάσουν από 40 cm έως το άπειρο. Χρήσιμα για γραφή, χρήση ηλεκτρονικού

υπολογιστή, παρακολούθηση τηλεόρασης, περπάτημα.

*Γυαλιά φίλτρου.* Βοηθούν στην αύξηση της αντίθεσης, προστατεύουν από την υπεριώδη και υπέρυθη ακτινοβολία και δεν αλλοιώνουν τα χρώματα. Ανάλογα με την πάθηση χρησιμοποιείται διαφορετικό χρώμα φίλτρου.(Τρακανιάρη - Ρούσαρη, 1997).

## **Σύστημα γραφής Braille**

Το 1829 ο Louis Braille, που ήταν και ο ίδιος τυφλός, ήταν ο κατασκευαστής του συστήματος γραφής «Braille». Πέθανε χωρίς να δει τη μέθοδο του να εξαπλώνεται έξω από το Παρίσι. Σήμερα αποτελεί το πιο διαδεδομένο σύστημα γραφής και ανάγνωσης για παιδιά και ενήλικες οι οποίοι είναι «λειτουργικά τυφλοί» (Heinze, 1986).

Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία και την Ουαλία, σε ένα συνολικό πληθυσμό περίπου 55 εκατομμυρίων κατοίκων, ο πληθυσμός των παιδιών με μειωμένη όραση μέχρι 16 χρονών, ήταν 19.500. Από αυτά τα παιδιά, τα 850 που είχαν μεγαλύτερα προβλήματα όρασης και ήταν χρήστες του συστήματος Braille ως μέσο γραφής και ανάγνωσης (Clunies – Ross, 1996). Η επίδραση ενός σοβαρού οπτικού προβλήματος επηρεάζει, την ανάπτυξη της γλώσσας αυτών των παιδιών, τη μορφοποίηση εννοιών, τη συναισθηματική, διανοητική και κινητική ανάπτυξη και την ανάπτυξη των Braille ακουστικών τους δυνατοτήτων. Οι παραπάνω παράγοντες, επηρεάζουν την ικανότητα του παιδιού να μάθει την γραφή Braille (Hartley et al, 1979).

Μαζί με το οπτικό αλφάβητο Braille για τη γραφή και την ανάγνωση υπάρχουν και τα υποσύστημα του τα οποία είναι για τη μουσική, τα μαθηματικά, τις επιστήμες ή ακόμα και τις ξένες γλώσσες. Το σύστημα Braille, το οποίο έχει προσαρμοστεί στις περισσότερες γλώσσες του κόσμου, βασίζεται στο συνδυασμό έξι ανάγλυφων κουκκίδων που είναι τοποθετημένες σε δύο κατακόρυφες των τριών κουκκίδων και των δύο κουκκίδων πλάτους. Από τους 63 συνδυασμούς των κουκκίδων γίνεται ο σχηματισμός των γραμμάτων, των σημείων στίξης και των αριθμοί. Οι ανάγλυφες κουκκίδες είναι τυπωμένες πάνω σε χονδρό χαρτί από αριστερά προς τα δεξιά και διαβάζονται με το χέρι προς την ίδια κατεύθυνση. Από κάποια άτομα γίνεται χρήση και των δύο χεριών για την ανάγνωση του. Η βασική διαφορά που υπάρχει στο Braille σε σχέση με τη γραφή των βλεπόντων είναι ότι δεν χρησιμοποιείται ο τόνος εκτός από το διαζευκτικό «ή». Ο μέσος όρος των λέξεων που διαβάζονται είναι 105 το λεπτό, σχεδόν οι μισές από αυτές που μπορούν να διαβάσουν οι βλέποντες (Κουτάντος, 2005).

Οι πρώτες φάσεις γραφής του κώδικα έγιναν με την χρήση ειδικής πινακίδας. Σήμερα στην Ελλάδα γίνεται χρήση των μηχανών Braille όπως είναι η Perkins Braille ή και η σλοβάκιση Tatrapoint. Οι μηχανές έχουν έξι πλήκτρα με τα οποία μπορούν να παράγουν τους 63 συνδυασμούς των ανάγλυφων κουκκίδων. Στο κέντρο βρίσκεται ένα επιπλέον πλήκτρο, το λεγόμενο «διάστημα» και χρησιμοποιείται κυρίως για να αφήνει κενό ανάμεσα στις λέξεις. Στην αριστερή πλευρά του «διαστήματος» βρίσκονται τα πλήκτρα με τις κουκκίδες 1, 2, 3 και δεξιά του «διαστήματος» είναι τα πλήκτρα 4, 5, 6. Η αρίθμηση των πλήκτρων είναι αντίστοιχη με συγκεκριμένα δάχτυλα κάθε χεριού. Αριστερά τοποθετούνται τρία δάχτυλα του αριστερού χεριού: το δείκτη στο 1, το μέσο στο 2 και τον παράμεσο στο 3. Δεξιά τοποθετούνται τρία δάχτυλα του δεξιού χεριού: ο δείκτης στο 4, ο μέσος στο 5 και ο παράμεσος στο 6. Τα κεφαλαία γράμματα γράφονται όπως τα μικρά με την προσθήκη μπροστά από κάθε γράμμα του κεφαλαίου δείκτη (πλήκτρα 4, 6). Τα δίψηφα και οι συνδυασμοί

γράφονται με ένα σύμβολο. Οι αριθμοί για να γίνονται αντιληπτά ως αριθμητικά σύμβολα έχουν μπροστά το αριθμητικό σημείο (πλήκτρα 3, 4, 5, 6).

Για την εκμάθηση του Braille απαιτούνται προαναγνωστικές δραστηριότητες με την ανάπτυξη των χοντρών κινήσεων π.χ. τρέξιμο, σκαρφάλωμα. Στη συνέχεια είναι η άσκηση της λεπτής κίνησης με διάφορα υλικά και παιχνίδια. Σημαντικό είναι να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και τα δύο χέρια πάνω στην ίδια επιφάνεια και η κίνηση σε οριζόντια διάταξη. Μετά από όλες αυτές τις προγράφηκες δραστηριότητες, τη σωστή στάση του σώματος, την ευαισθητοποίηση της αφής στο εξάστιγμο από μεγάλο μέγεθος προς μικρότερο με διάφορα υλικά (π.χ. πάνω σε χαρτόνι, σε φενιζόλ, με κουμπιά, με πέτρες, καπάκια από μπουκάλια, σπόρους κτλ.) την εξοικείωση με τη μηχανή Braille και τη σωστή θέση των δακτύλων στα πλήκτρα, αρχίζει η εκμάθηση των συμβόλων του κώδικα (Κρουσταλάκης, 1999).

Στην Ελλάδα μέχρι το 1986-1987 δεν υπήρχε επίσημος φορέας, που να σχετίζεται με την μεταφορά των διδακτικών βιβλίων του γενικού σχολείου σε Braille. Ύστερα από πρωτοβουλία του KEAT δημιουργήθηκε μια ομάδα εργασίας σε συνεργασία με ένα εξειδικευμένο τυπογραφείο, η οποία ασχολείται με την έκδοση των βιβλίων του δημοτικού σε Braille. Για αυτή την εκτύπωση χρησιμοποιείται το Thermorform το οποίο μέσω του ηλεκτρισμού κατασκευάζει ανάγλυφες κουκκίδες και σχέδια πάνω σε πλαστικά φύλλα από πρωτότυπες ανάγλυφες μήτρες σε ειδικό χαρτί. Σημειώνεται βέβαια, ένα μεγάλο κενό για τη συγγραφή βιβλίων στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση η οποία είναι σε υπό εξέλιξη. Τα βιβλία Braille είναι ογκωδέστερα από αυτά των βλεπόντων. Η γνώση του Braille δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά τα οποία έχουν πολύ σοβαρό πρόβλημα όρασης ή ολική τυφλότητα να έχουν πρόσβαση σε ουσιώδεις πληροφορίες, στην ψυχαγωγία, στην εκπαίδευση, ακόμη και στη θρησκεία (Mangold & Mangold, 1989).

Η αίσθηση της αφής, που έχει άμεση σχέση και με το Braille είναι μια αίσθηση-πρόσκληση. Όπως παρατηρείται η αφή είναι μια αίσθηση πολυσύνθετη και πολυεπίπεδη, και πως θα μπορούσε να είναι διαφορετικά μια και το δέρμα είναι το «μεγαλύτερο σε επιφάνεια όργανο του ανθρώπου». Η διαδεδομένη αντίληψη ότι, οι πληροφορίες, οι γνώσεις και οι εμπειρίες που έχει ένας βλέπων, περίπου κατά το 80% από την όραση, 10% από την ακοή και 5% από την αφή είναι διαφορετικές για ένα άτομο με προβλήματα όρασης (Κουταντός, 2005).

#### **4.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

##### **Η μετακίνηση των τυφλών στο δρόμο**

Η χαμηλή όραση ή η τύφλωση έχει στη χωρική αναπαράσταση των τυφλών ατόμων, αλλά αυτό ισορροπεί με μέσω των πληροφοριών που δέχονται τα τυφλά άτομα όταν μετακινούνται μέσα στο χώρο. Η σπουδαιότητα του θέματος αυτού είναι ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως όταν έχει να κάνει με την μετακίνηση των ατόμων αυτών στους δρόμους της πόλης. Η ερευνητές Guth, Hill, & Rieser (1989) μελέτησαν την ικανότητα των τυφλών και βλεπόντων ατόμων, διασχίζοντας ως πεζοί τον δρόμο, να χρησιμοποιούν τους ήχους των αυτοκινήτων ώστε να αντιληφθούν προς πια κατεύθυνση κινούνται τα αυτοκίνητα. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι, οι ήχοι από τα αυτοκίνητα κάνουν τα τυφλά άτομα να αντιλαμβάνονται προς πια κατεύθυνση πηγαίνουν, η εκτίμηση της κατεύθυνσης της κίνησης, όμως δεν μπορεί να είναι πάντα σωστή. Παρ' όλα αυτά, τα τυφλά άτομα μπορούν να χρησιμοποιούν συστήματα ακουστικού εντοπισμού και μπορεί να βοηθηθούν να μετακινούνται στο δρόμο

ακόμη και σε περιπτώσεις που η τύφλωση συνοδεύεται από νοητική υστέρηση (Lancioniet al., 1995). Από τα παραπάνω είναι φανερό πως τα τυφλά άτομα έχουν μια εικονική αναπαράσταση μέσα τους, αλλά έχουν κάποιους περιορισμούς ως προς την διαχείριση των νοερών εικόνων και η κίνηση στο χώρο παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτήν.

Πέρα α όμως από τις γνωστικές ικανότητες και τις επιπτώσεις, αξίζει να μελετηθεί και μια άλλη πλευρά τους γνωστικού συστήματος. Λόγος γίνεται για τη μετάγνωση και την αυτορρύθμιση, διότι η συμπεριφορά τους ανθρώπου δεν επηρεάζεται μόνο από την επεξεργασία της γνώσης αλλά και από το πώς ενημερώνεται το άτομο για τη γνώση και τον ίδιο του τον εαυτό. Η μεταγνωστική ενημερότητα κάνει αποδεκτή την ενσυνειδητη παρέμβαση στη γνώση και αυτή ρυθμίζεται ανάλογο με τον στόχο που επιδιώκει.

### **Η χρήση του λευκού μαστουνιού**

Ύστερα από την λήξη του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου στην Αμερική έκανε την εμφάνιση του ένα κίνημα που είχε ως σκοπό την αποκατάσταση και την επανένταξη όσων τυφλώθηκαν κατά την διάρκεια του πολέμου από ατυχήματα. Ο οφθαλμίατρος Richard Hoover ήταν ο πρωτοπόρος τους κινήματος αυτού, αφού χρησιμοποίησε πρώτος ένα μακρύ καλάμι για τη βοήθεια της κίνησης των τυφλών βετεράνων του πολέμου.

Το να εκπαιδευτεί ένα άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα στην όσπε να μπορεί με σωστές τεχνικές να χρησιμοποιεί το λευκό μαστούνι είναι αναγκαίο. Αυτό όμως δεν είναι πάντα αρκετό, ώστε να μπορεί το άτομο να μετακινητέ χωρίς την βοήθεια από άλλους σε συνδυασμό με την χρήση του λευκού μαστουνιού μαθαίνει να χρησιμοποιεί και στο ανώτατο επίπεδο τις υπόλοιπες αισθήσεις του και κυρίως την ακοή του. Πριν από την εκπαίδευση του ατόμου για να κινείται με το λευκό μαστούνι στο εσωτερικό χώρο, προηγείται η εκπαίδευση στο να μπορεί να ακολουθήσει μια επιφάνεια με το χέρι του, χρησιμοποιώντας συγχρόνως και τεχνικές αυτοπροστασίας του σώματος, αν κρίνεται αναγκαίο. Με αυτό τον τρόπο μαθαίνει να μελετά συστηματικά ένα εσωτερικό χώρο, να βρίσκει διάφορα αντικείμενα στο χώρο η και πάνω σε μια επιφάνεια.

Τα αντικείμενα που υπάρχουν στο χώρο πρέπει να είναι οργανωμένα και ταξινομημένα, ώστε να γίνεται ο εντοπισμός τους αλλά και η χρήση τους με εύκολο, άνετο και ασφαλή τρόπο από τα άτομα με προβλήματα όρασης. Τα πράγματα είναι αναγκαίο να βρίσκονται σε σταθερή θέση στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον.

Η εκμάθηση της χρήσης του λευκού μαστουνιού, γίνεται αρχικά σε εσωτερικό χώρο και όταν το άτομο έχει εξασκήσει αρκετά τον προσανατολισμό του. Η εκπαίδευση του ατόμου μπορεί να γίνει στο χώρο εργασίας του, ή στο χώρο σπουδών του ή και σε όποιο άλλο κτίριο θεωρείται κατάλληλο από τον εκπαιδευτή. Για να έχει την αίσθηση το άτομο ότι αυτό το όποιο μαθαίνει του είναι χρήσιμο και τον εξυπηρετεί άμεσα στη ζωή του, επιλέγονται για χώρους της εκπαίδευσης τους ένα κτίριο το οποίο χρησιμοποιείται συχνά από το ίδιο.

Όμως η εκπαίδευση του δεν γίνεται για να κινείται σε συγκεκριμένα κτίρια, αλλά σε οποιοδήποτε κλειστό χώρο. Δηλαδή να μπορεί να εξυπηρετείται οπουδήποτε θελήσει να πάει, είτε αυτός ο χώρος είναι δημόσια υπηρεσία, είτε τράπεζα, είτε νοσοκομείο είτε εμπορικό κέντρο. Όταν ο εκπαιδευόμενος αισθανθεί πως είναι έτοιμος να κινηθεί μόνος του σε οπουδήποτε κλειστό χώρο, τότε η εκπαίδευση μεταφέρεται στους εξωτερικούς χώρους. Η εκπαίδευση αυτή αρχίζει από ήσυχες

περιοχές όπως η γειτονία του ατόμου, όμως δεν περιορίζεται μόνο εκεί.

Η χρήση του μπαστουνιού από τον εκπαιδευόμενο στο εξωτερικό περιβάλλον εξαρτάται από το που επιθυμεί να κινηθεί και τους στόχους του. Υπάρχει διαφορετικός τρόπος που χρησιμοποιείτε το μπαστούνι, για να εντοπίσει ένα μαγαζί στην εσωτερική πλευρά του πεζοδρομίου και διαφορετική για να εντοπίσει ένα αντικείμενο κάθετο στην πορεία του, όπως για παράδειγμα τη στάση ενός λεωφορείου. Βέβαια για να μπορέσει να κινηθεί ένα άτομο με προβλήματα όρασης σε ένα οποιοδήποτε περιβάλλον πρέπει να μάθει να προσανατολίζεται. Στον προσανατολισμό σημαντικό ρόλο καταλαμβάνει η εκπαίδευση στη μέθοδο της μαγνητοφώνησης προφορικών οδηγιών, στη μέθοδο ανάγνωσης ανάγλυφου χάρτη, με στόχο τη δημιουργία νοητού χάρτη, αλλά και στην εκπαίδευση του ατόμου στην επαφή του με τους βλέποντες.

Τέλος μέρος της εκπαίδευσης αποτελεί και η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς έτσι ώστε τα άτομα με πρόβλημα όρασης να μπορούν να τα χρησιμοποιούν ελεύθερα και να μην χρησιμοποιούν ταξί, που αποτελεί μια δαπανηρή λύση (Βερυκοκάκη και συν., 2001).

### **Χρήση σκύλων – οδηγών**

Η χρήση των σκύλων – οδηγών καθιερώθηκε για πρώτη φορά το 1931. Ο βρετανικός σύλλογος σκύλων οδηγών για τυφλούς, με την παροχή σκύλων που ήταν προσεκτικά εκπαιδευμένα για συνοδεία, να έχει καταφέρει να βοηθήσει πάνω από 21.000 τυφλούς και άτομα με μειωμένη όραση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες χώρες, πιο πρόσφατα, εκπαιδεύτηκαν σκυλιά ώστε να παρέχουν βοήθεια σε άτομα και με άλλες μορφές αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένων, για παράδειγμα, προβλήματα ακοής, προβλήματα κινητικότητας και επιληψία. Εκτός από τον αρχικό στόχο που έχει η εκπαίδευση αυτών των σκυλιών, δηλαδή να ενισχύσουν τις φυσικές ικανότητες των ιδιοκτητών τους, συμβάλλουν επίσης σημαντικά και στην ψυχολογική ευεξία των ιδιοκτητών τους. Τέτοια ζώα είναι ικανά να μειώσουν σημαντικά τα συναισθήματα της απομόνωσης που αντιμετωπίζουν πολλοί με σωματικές αναπηρίες, και να συντελούν ώστε να βελτιωθεί η εμπιστοσύνη, αυτοεκτίμηση, η ανεξαρτησία και η κοινωνική ταυτότητα.

Το 2007 ξεκίνησε μια πρωτοβουλία, η οποία συνεχίζεται έως και σήμερα, από Φορείς και Ιδρύματα από τον χώρο των Ατόμων με Προβλήματα Όρασης, ανάμεσα σε αυτά είναι και η ΠΕΑ, ώστε να φέρουν από το εξωτερικό σκύλους – οδηγούς για να τους εκπαιδεύσουν και να τους προσαρμόσουν στις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στη χώρα μας. Συγχρόνως, γίνεται εκπαίδευση ατόμων με προβλήματα όρασης στην κινητικότητα και τον προσανατολισμό με τη χρήση σκύλου οδηγού. Το να ιδρυθεί ένας ενιαίος φορέας που να αποσκοπεί στη χρήση του σκύλου οδηγού, είναι κάτι πολύ σημαντικό έστω και 80 χρόνια μετά την οργάνωση αντίστοιχων υπηρεσιών σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Όπως τόνισε ο κ. Χατζηχαραλάμπους: « Πέντε εκπαιδευτές σκύλων, διεθνών προδιαγραφών μέσα σε 5 χρόνια θα έχουν εκπαιδεύσει γύρω στους 25 σκύλους για να διευκολύνουν τη ζωή των ατόμων με προβλήματα όρασης, στις καθημερινές τους μετακινήσεις. Ήδη, έχουμε φέρει 4 σκυλιά απ' το εξωτερικό, τον άλλο μήνα θα έρθει άλλο ένα, ενώ μέχρι το Πάσχα το πρώτο σκυλί οδηγός θα γίνει ο πιστός φύλακας ενός ατόμου με προβλήματα όρασης» (Ψυχογιού, 2012).



## **Οδηγός όδευσης τυφλών**

Οδηγός όδευσης τυφλών λέγεται μια ειδική λωρίδα στο δάπεδο από πλάκες που έχουν διαφορετική υφή και χρώμα από το υπόλοιπο δάπεδο, και αυτό προβλέπει στον να μπορούν να καθοδηγούν και να κινούνται με ασφαλή τρόπο τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην όραση. Τοποθετείται σε πεζοδρόμια και έχει πλάτος ίσο ή μεγαλύτερο των 2,80m και σε όλα τα πεζοδρόμια των εμπορικών δρόμων ,ασχέτως του πλάτους. Το λιγότερο πλάτος που μπορεί να έχει ο οδηγός όδευσης για τους τυφλούς είναι 40cm και βρίσκεται πάντα στα πλαίσια της ελεύθερης ζώνης όδευσης πεζών, από την πλευρά του δρόμου.

Για να κατασκευαστεί ο οδηγός όδευσης τυφλών γίνεται χρήση έγχρωμων ανάγλυφων πλακών του πεζοδρομίου με βάση το τσιμέντο που είναι υψηλής αντοχής πλευράς 30 έως 40cm και πάχους 3,5 έως 5cm. Πρέπει το χρώμα των πλακών να βρίσκεται χρώματα σε έντονη αντίθεση με τις παρακείμενες επιφάνειες δαπέδου. Επίσης δεν θα πρέπει να τοποθετούνται εσχάρες κατά μήκος του οδηγού όδευσης τυφλών. Όπου ο οδηγός όδευσης τυφλών συναντά υπηρεσίες (ΑΗΚ, ΑΤΗΚ κ.λπ.) η πλάκα να ενσωματώνεται σε ειδικό καπάκι για να μη διακόπτεται η συνοχή του.

Όταν γίνονται έργα επί του πεζοδρομίου και εφόσον αυτά γίνονται μέσα στην ελεύθερη ζώνη όδευσης πεζών, θα πρέπει να δημιουργηθεί μία νέα ελεύθερη ζώνη όδευσης πεζών, πλάτους τουλάχιστον 1,20m, σε διπλανή θέση, με αντίστοιχη σήμανση για τυφλούς, λωρίδα επισήμανσης κ.λπ., ώστε να καταστεί δυνατή ή ασφαλής διακίνηση όλων των χρηστών του πεζοδρομίου. Θα πρέπει τα εμπόδια να υποδεικνύονται πάντα με συνεχές, δίχρωμο κιγκλίδωμα, που να έχει έντονο χρώμα και θα φωτίζεται κατά τις βραδινές ώρες, ώστε να είναι πάντα ορατό (Πετρίδου, 2012).

## **Οδική σήμανση**

Η οδική σήμανση είναι όταν τοποθετούνται φωτεινοί και ηχητικοί σηματοδότες στις διαβάσεις των πεζών. Αυτοί πρέπει να δίνουν αρκετό χρόνο ώστε να μπορούν να περνούν τα άτομα που έχουν μειωμένη κινητικότητα. Επίσης πρέπει το ηχητικό σήμα που θα εκπέμπεται να διακρίνεται από τους υπόλοιπους ήχους της οδικής κυκλοφορία, και να είναι τυποποιημένο σε τρεις συχνότητες, της στάσης της κίνησης και της προειδοποίησης, για να γίνει δυνατή η ασφαλή διέλευση των τυφλών. Εξίσου σημαντικό είναι και η τοποθέτηση φωτεινών και ηχητικών σημάνσεων στα μόνιμα ή και προσωρινά εμπόδια (πχ έργα στο οδόστρωμα ή πεζοδρόμιο) (Α.Μ.Ε.Α).

## **4.4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Το 1906 ιδρύεται μια φιλανθρωπική εταιρεία με την επωνυμία «Οίκος Τυφλών», όπου ξεκίνησε η εκπαίδευση των παιδιών με μειωμένη όραση μεταξύ 7-18 χρονών. Η ίδρυση αυτού του σωματείου ήταν η συνέχεια μετά από μια μεγάλη προσπάθεια που έγινε τον προηγούμενο αιώνα για τη καθιέρωση της Σχολικής υγιεινής με το Δημήτριο Βικέλα και το Γεώργιο Δροσίνη που συμβάλουν σε αυτή την ιδέα. Η πρώτη διευθύντρια των «Οίκων Τυφλών» Ειρήνη Λασκαρίδου η οποία ήταν «Τυφλολόγος», ήταν αυτή που εφάρμοσε το Σύστημα Braille στην Ελληνική Γλώσσα. Μια άλλη εκπαιδευτική παρέμβαση, ήταν και «Ο Φάρος Τυφλών της Ελλάδος» (1946), που

λειτούργησε ως ειδικό αναγνωρισμένο φιλανθρωπικό σωματείο για την επαγγελματική εκπαίδευση και την αποκατάσταση των ατόμων με τύφλωση ιδρύοντας μια σχολή τηλεφωνημάτων και τυπογραφείου. Το 1948 ιδρύεται η σχολή τυφλών, ο «ΗΛΙΟΣ» στη Θεσσαλονίκη, και το 1949 η «Αγροτική και Τεχνική Σχολή Τυφλών» στα Σεπόλια (Στασινός, 1991).

Το 1994, σύμφωνα με το Δελτίο Πληροφορικής Ειδικής Αγωγής, υπήρχαν τέσσερα σχολεία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Ιωάννινα για παιδιά με τύφλωση ή χαμηλή όραση (ΥΠΕΠΘ, 1994). Σε μια καταγραφή του Κέντρου Εκπαίδευσης Έρευνας ως την 31η Μαρτίου 2001 αναγράφηκαν 8 συνολικά πλαίσια για παιδιά που είχαν χαμηλή όραση, 2 νηπιαγωγεία 4 ειδικά Δημοτικά Σχολεία και 2 τμήματα έντασης στο Δημοτικό. Με τα σχολεία αυτά καλύπτονταν οι ανάγκες 90 μαθητών με τύφλωση (Στάμελος, 2002). Μέχρι αυτή την ημερομηνία το σύνολο των παιδιών με ειδικές ανάγκες έφτανε τους 13.595 μαθητές σε 918 σχολικά πλαίσια. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ είχαν δημιουργηθεί νέα σχολικά πλαίσια για την κάλυψη αναγκών των μαθητών με σοβαρά προβλήματα όρασης δεν υπήρχε συστηματική καταγραφή. Το 1993 ιδρύεται και το Ελληνικό Κέντρο Κινητικότητας και Προσανατολισμού, το ΚΕΚΠΡΟ για τα άτομα με χαμηλή όραση. (Τσίρου, 2000).

Τα παιδιά με τύφλωση έχουν την παροχή της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευση σε οποιοδήποτε σχολείο, με τη μόνη διαφορά ότι ο μαθητής με το πρόβλημα όρασης πρέπει να γνωρίζει την ειδική γραφή Braille, να χρησιμοποιεί βιβλία γραμμένα σε αυτήν ή βιβλία μαγνητοφωνημένα σε κασέτες, το οποίο είναι πιο εύκολο και γρήγορο. Βέβαια, το μειονέκτημα της ειδικής γραφής Braille είναι ότι ο τυφλός μαθητής δεν γνωρίζει την σωστή ορθογραφία των λέξεων (Στασινός, 1991). Τα παιδιά με τύφλωση έχουν τη δυνατότητα να φοιτήσουν σε ένα ειδικό, δημόσιο δημοτικό σχολείο, το οποίο βρίσκεται στις σχολές τυφλών της Αθήνας και Θεσσαλονίκης στα οποία καλύπτεται η ίδια ύλη με τα υπόλοιπα δημόσια σχολεία, επίσης δίνεται η ευκαιρία στα άτομα με προβλήματα όρασης να εξοικειωθούν πιο γρήγορα με την ειδική γραφή, να παρακολουθούν μαθήματα τα οποία θα βελτιώσουν την πνευματική τους ανάπτυξη, και άλλα μαθήματα που θα στοχεύουν στην εξοικείωση των μαθητών στην κίνηση και την δυνατότητα τους με τις ασχολίες της καθημερινής ζωής.

Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση δεν προσφέρεται σε κάποιο ειδικό σχολείο, επιλογή η οποία έχει υποστηρικτές και πολέμιους με διάφορα εκατέρωθεν επιχειρήματα, γίνεται η χρήση ειδικών βιβλίων, μαγνητοφωνημένων εκπαιδευτικών υλικών και βοήθεια ειδικών τυπογραφείων, όλα αυτά διανέμονται δωρεάν από ειδικές βιβλιοθήκες τυφλών. Η εξέταση των μαθητών αυτών προσαρμόζεται ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες και δυνατότητές τους (Tobin, 1993). Το κάθε σχολείο διαφέρει πολύ στο επίπεδο, την ποιότητα και την διαδικασία εκπαίδευσης που παρέχει στα άτομα με προβλήματα όρασης και αυτό διότι δεν υπάρχουν ειδικά γυμνάσια και λύκεια για τους τυφλούς, ούτε μια ενιαία τυποποιημένη εκπαιδευτική διαδικασία ειδικά για τις ανάγκες τους πέραν των ανωτέρων.

Έτσι, ολοκληρώνεται η δευτεροβάθμια εκπαίδευσή τους και η περαιτέρω φοίτηση του τυφλού σε κάποια ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Τα άτομα τύφλωση επιλέγουν συχνά τις θεωρητικές κατευθύνσεις, οι άλλες κατευθύνσεις δυσκολεύουν το άτομο γιατί απαιτούν πρακτική απασχόληση με το αντικείμενό τους (συμμετοχή σε εργαστήρια κλπ) πράγμα που είναι δύσκολο να εφαρμοστεί από τους τυφλούς φοιτητές.

#### 4.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όλοι οι πολιτισμοί, ανάλογα πάντα με την ιστορική περίοδο έχουν δημιουργηθεί με βάση την ανθρώπινη εργασία. Από το παρελθόν έως και σήμερα πολλοί θεωρητικοί επιστήμονες, υποστηρίζουν ότι ο ορισμός της εργασίας, το περιεχόμενο και η δομή της είναι θέματα τα οποία μπορούν να προσεγγιστούν μέσα από τις οικονομικές αναλύσεις. Στην οικονομική επιστήμη, εργασία σημαίνει η κάθε ευσυνείδητη σωματική και διανοητική προσπάθεια που κάνει ο άνθρωπος για να παράγει οικονομικά αγαθά, και έχει σκοπό την απόκτηση εσόδων έτσι ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες του (Κραβαρίτου, 1997). Συνοπτικά, η εργασία είναι απαραίτητη υπόθεση για την ζωή και την εξέλιξη του ανθρώπου, διότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιβίωσή του και στην ανάπτυξη του ατομικού του χαρακτήρα δίνοντας του την ευκαιρία να προετοιμάσει και να αναπτύξει τις ικανότητές του. Ο άνθρωπος ικανοποιεί την ανάγκη του για επικοινωνία μέσω την εργασία, καθώς συμβάλλει στην ενσωμάτωσή του ανθρώπου στην κοινωνία, στο μέτρο όπου τα αγαθά που παράγονται από αυτόν για δική του χρήση χρησιμοποιούνται και από το κοινωνικό σύνολο. (Παπαϊωάννου, 1990). Η εργασία όταν αμείβεται, είναι κοινωνικά χρήσιμη και προσφέρεται από κάποιον σε έναν από τους τομείς της παραγωγής, της διανομής αγαθών ή της παροχής υπηρεσιών ονομάζεται επάγγελμα. (Καλλινικάκη, 1998). Κάθε άνθρωπος έχει το προσόν να ασχολείται με ένα επάγγελμα και να είναι ικανοποιημένος. Ο κύριος στόχος της άσκησης ενός επαγγέλματος είναι ο βιοπορισμός του ατόμου. Επίσης η άσκηση ενός επαγγέλματος είναι μια σημαντική κοινωνική λειτουργία και πρέπει να υπάρχουν οι κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες (Hoyle John, 1995).

Με βάση τα παραπάνω η σωστή επιλογή ενός επαγγέλματος πρέπει βασίζεται στην αυτογνωσία του ατόμου, στην επαρκή ενημέρωσή του για τον κόσμο της εργασίας, στην απόκτηση ικανότητας σχεδιασμού, ευελιξίας στόχων και πειραματισμού και να οδηγεί στη λήψη της σωστής, αβίαστης και ελεύθερης απόφασης, έχοντας τη πλήρη κατανόηση των επιπτώσεων που προκύπτει σε αυτή τη πράξη (Σιδηροπούλου, Δημακάκου, 1994), τα χαρακτηριστικά αυτά ενισχύονται περισσότερο στα άτομα με προβλήματα όρασης και στα άτομα με άλλες λειτουργικές ανεπάρκειες. Ενώ η επαγγελματική αποκατάσταση είναι απαραίτητη προτεραιότητα για κάθε άτομο, η επαγγελματική αποκατάσταση στα νέα άτομα κ ιδιαίτερα σε αυτά που έχουν μειωμένη όραση ή είναι τυφλά είναι μια διαδικασία δύσκολη και με μεγάλη σημασία. Συγχρόνως, σε κάθε κοινωνία, ενώ εμφανίζεται αναγκαία η παροχή βοήθειας με τη μορφή της συμβουλευτικής υποστήριξης για τον καθορισμό της επαγγελματικής προτίμησης, για τις ίδιες κοινωνίες η ανάγκη να παρέχεται βοήθεια στα άτομα με προβλήματα όρασης είναι διπλά αναγκαία.

Στα άτομα με αναπηρία η επαγγελματική αποκατάσταση επιτυγχάνεται με τη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος με ένα τρόπο ώστε να γίνουν δεχτεί ως κανονικοί εργαζόμενοι και να ενταχθούν ομαλά αποδίδοντας στα καθήκοντά τους. Από τη στιγμή που ο χώρος εργασίας, τα τεχνολογικά μέσα και υλικά εργασίας, ακόμα και οι ίδιοι εργαζόμενοι συντελούν στη δημιουργία του εργασιακού περιβάλλοντος, η επαγγελματική ένταξη περιλαμβάνει την προσαρμογή στο χώρο ώστε να καταστεί δυνατή η κίνηση και η εργασία στα άτομα με προβλήματα όρασης αλλά και τον εξοπλισμό του χώρου μέσω της απαραίτητης υποστηρικτικής τεχνολογία (Παπαϊωάννου, 1990).

Σύμφωνα με την Ζώνιου και Σιδέρη (2004), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δίνει έμφαση στο πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη ίσης της ευκαιρίας στην κοινωνία, έτσι ώστε να μπορούν όλοι να ζουν μια ολοκληρωμένη ζωή με βάση τον τρόπο που την

επιλέγει ο καθένας. Για να υπάρξουν ίσες ευκαιρίες εκ των άλλων πρέπει να υπάρξει και ισότιμη πρόσβαση στην κατάλληλη εκπαίδευση και απασχόληση που είναι αντίστοιχη και με τις ικανότητες και τις δεξιότητες του κάθε ατόμου. Για την ύπαρξη ίσων ευκαιριών στα άτομα με προβλήματα όρασης, πρέπει να υπάρχει πρώτα η προσωπική τους υποστήριξη και τα ειδικά μέσα προσαρμογής, θα πρέπει λοιπόν να καταβάλλουν προσπάθεια για την επαγγελματική τους αποκατάσταση στην αγορά εργασίας, και εκεί που δεν είναι δυνατό να επιλέγεται μαζί με την εργασιοθεραπεία η προστατευόμενη εργασία.

Τα επαγγέλματα που ασκούνται από άτομα με προβλήματα όρασης στην Ελλάδα, είναι οι Τηλεφωνητές (κατά πλειοψηφία), πολλοί Μουσικοί και Ιεροψάλτες, Καθηγητές Μουσικής, ορισμένοι Δικηγόροι, Φυσιοθεραπευτές και Κουρδιστές πιάνου, Λαχειοπώλες, εργαζόμενοι στα Προστατευόμενα Εργαστήρια και Εκπαιδευτικοί στα Ειδικά Σχολεία Τυφλών (Γιαννίτσας, 2000). Σε σχέση με τα πιστεύω του λαού, τα άτομα με τύφλωση μπορούν να επιλέξουν και να εξασκήσουν πολλά επαγγέλματα αρκεί να έχουν την σωστή παιδεία και εξάσκηση για το επάγγελμα που επιθυμούν. Σημαντικό ρόλο στη λάθος αντίληψη του λαού στις επαγγελματικές δυνατότητες του τυφλού, έχει η ελλιπής νομοθεσία που υπάρχει για την επαγγελματική τους αποκατάσταση, που τους δίνει το δικαίωμα της άσκησης επαγγελματιών ή για φιλανθρωπικές ενέργειες μερικών φορέων, συλλόγων ακόμα και για πολιτικές παρατάξεις. Τα τυφλά άτομα θέλουν αλλάξει η νομοθεσία έτσι ώστε να μπορούν να εργάζονται και να ζουν αξιοπρεπώς. Το δικαίωμα στην εργασία και η ισότιμη συμμετοχή είναι δικαίωμα του κάθε πολίτη-μέλος μιας χώρας, είναι χρέος της Πολιτείας να δημιουργήσει εκπαιδευτικά - επαγγελματικά προγράμματα που θα επεκτείνουν τις επαγγελματικές επιλογές και θα συμφωνούν με τη τεχνολογία του σήμερα και τη ζήτηση αγοράς, ταυτόχρονα θα πρέπει να δημιουργηθούν και νέες θέσεις εργασίας για τους τυφλούς και να βελτιωθούν αυτές που ήδη υπάρχουν (Γκουτζιαμάνη & Σωτηριάδη, 1993).

Σύμφωνα με τον Γιαννίτσα, (2000), μια έρευνα που έγινε σε μαθητές με προβλήματα όρασης του ΚΕΑΤ στη Αθήνα και του ΗΛΙΟΣ στη Θεσσαλονίκη, έδειξε ότι τα επαγγέλματα που επιθυμούν τα παιδιά αυτά είναι :Εκπαιδευτικοί (36,4%), Επαγγέλματα Θετικών Επιστημών ή επαγγέλματα που έχουν σχέση με την Πληροφορική (18,2%), Καλλιτέχνες (18,2%), Γυμναστές/Αθλητές (9,1%), Δικηγόροι (9,1%), Πολυτεχνείο (9,1%). Παρ' όλα αυτά, η πλειοψηφία έδειξε ότι ασκούσε το επάγγελμα του Τηλεφωνητή (31,3%). Σαν εφικτά επαγγέλματα, είναι: Τηλεφωνητές (25%), Καλλιτέχνες (12,5%), Αθλητές (12,5%), Τεχνικά επαγγέλματα (12,5%), ενώ ακολουθούν το Πολυτεχνείο, η Πληροφορική, η Εκπαίδευση, η Εργασία Γραφείου και οι Στρατιωτικές Σχολές (με 6,3% το καθένα από τις πρώτες επιλογές των συμμετεχόντων).

Άλλη έρευνα σε εργαζομένους με προβλήματα όρασης έδειξε ότι το 7% των συμμετεχόντων εργαζόταν στο σπίτι. Οι συμμετέχοντες εργάζονταν στην τελευταία τους εργασία περίπου για 11 χρόνια, ενώ είχαν μέσο όρο απασχόλησης 23 χρόνια. Τα πιο σημαντικά εμπόδια που συνάντησαν τα άτομα αυτά στην απασχόλησή τους, ήταν οι στάσεις των εργοδοτών, η ανάγνωση κειμένων, η έλλειψη εξοπλισμού υποστηρικτικής τεχνολογίας και την προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος, η περιορισμένες ευκαιρίες εργασίας εξαιτίας της αναπηρίας τους στην όραση, οι προσωπικοί φόβοι και αβεβαιότητες, η έλλειψη γνώσης των Windows ή χειρισμού του υπολογιστή. (Crudden και McBroom, 1999)

## **Κοινωνική Εργασία, Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία**

### *Κοινωνική εργασία*

Ο κοινωνικός λειτουργός παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων με προβλήματα όρασης και στη πρόληψη τους μέσα από 3 επίπεδα που είναι τα εξής:

*Πρωτογενές επίπεδο:* Σε αυτό το επίπεδο περιλαμβάνεται η λήψη μέτρων για την ασφάλεια κάθε ανθρώπου από μια κακοποίηση και η λήψη οποιουδήποτε μέτρου σε κοινωνικό επίπεδο που έχει στόχο την εξαφάνιση της κακοποίησης που γίνεται στα άτομα με προβλήματα όρασης. Σε αυτό το τομέα έχουν δοκιμαστεί προγράμματα με μέτρα τα οποία μπορούν να συμβάλουν για τη πρόληψη της κακοποίησης. Τα μέτρα αυτά, προετοιμάζουν τους νέους στον γονεϊκό τους ρόλο, τους βοηθούν να καταλάβουν ότι στις ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ των 2 φύλων θα πρέπει να υπάρχει ισότητα και αλληλοσεβασμός, θα ενισχύουν ότι η χρήση οποιασδήποτε μορφής βίας αποτελεί απαράδεκτη, μη αποδεκτή συμπεριφορά και καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προγράμματα πρόνοιας και παροχής για να βελτιωθούν οι συνθήκες κατοικίας, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας της οικογένειας.

*Δευτερογενές επίπεδο:* Περιλαμβάνει τα προγράμματα που είναι για άτομα τα οποία προέρχονται από περιβάλλον υψηλού κινδύνου και κάθε μέτρο που λαμβάνεται γι' αυτά ώστε να προληφθεί η κακοποίηση. Μια ομάδα υψηλού κινδύνου για παράδειγμα είναι η κατηγορία των αντρών που εμφανίζει βίαιη συμπεριφορά προς τους συντρόφους τους.

Κοινωνικοί λειτουργοί και επιστήμονες ασχολήθηκαν με βίαιους άντρες από διάφορα κοινοτικά προγράμματα και επιβεβαίωσαν ότι οι βίαιοι άντρες δεν δέχονται την ευθύνη για τις πράξεις τους προσπαθώντας να την ρίξουν στους άλλους, δείχνουν ελάχιστη κατανόηση στους άλλους και χρησιμοποιούν τη βία για να εξαναγκάσουν, να ελέγξουν και να κυριαρχήσουν τις γυναίκες και τα παιδιά.

*Τριτογενές επίπεδο:* Περιλαμβάνει οποιοδήποτε πρόγραμμα που ασχολείται με τα θύματα μετά από περιστατικά κακοποίησης και έχει σκοπό να προληφθεί η επανάληψή τους. Τα προγράμματα αυτά εστιάζουν στην ενδυνάμωση των ατόμων με προβλήματα όρασης που δέχτηκαν κακοποίηση, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη παρέμβαση των συμβουλευτικών κέντρων και σταθμών της κοινότητας που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει ξανά την φυσιολογική του ζωή και την προσωπικότητά του, να αντιμετωπιστούν τα σωματικά, ψυχολογικά και άλλες συνέπειες της βίας, όπως αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, απώλεια αυτοσεβασμού και αυτοπεποίθησης. (Χατζηφωτίου, 2005).

### *Συμβουλευτική*

Είναι ένας όρος ο οποίος συνδέεται με την καθημερινή ζωή των ανθρώπων, είναι μια διαδικασία που ως σκοπό έχει να βοηθήσει το άτομο να απαντήσει στην ερώτηση «Τι να κάνω;» (Tyler, L.E., 1961). Σύμφωνα τους Pulvino, C. και Lee, J. (1979) ο ορισμός και το περιεχόμενο της συμβουλευτικής ορίζεται ως:

- α) Μια διαδικασία τακτικών και συστηματικών βημάτων, στην οποία ο σύμβουλος βοηθά το άτομο να καταλάβει τα θέματα που τον αφορούν και να δραστηριοποιηθεί.
- β) Μια διαδικασία η οποία παρεχει βοήθεια στους άλλου, για να καταλάβουν ποιοι είναι, τι ικανότητες, δεξιότητες, αξίες και οράματα έχουν και να ανακαλύψουν τις δυνατότητες και τους στόχους τους.
- γ) Μια διαδικασία στην οποία ο σύμβουλος και το άτομο συζητούν αναλυτικά τις διάφορες πτυχές που μπορεί να έχει μια απόφαση, συγκεντρώνουν και

επεξεργάζονται πληροφορίες. Για να πετύχει ο σκοπός λοιπόν πρέπει ο κάθε σύμβουλος να γνωρίζει τους επαγγελματικούς και τους προσωπικούς περιορισμούς, τις δυνατότητες και τις γνώσεις του, να ξέρει να χρησιμοποιεί έγκυρες και σύγχρονες πηγές πληροφόρησης και την ανάπτυξη δικτύων συνεργασιών.

δ) Είναι σχέση συνεργασίας και ισοτιμίας.

Η συμβουλευτική λοιπόν είναι μια διαδικασία όπου παρέχει βοήθεια, και σκοπός της είναι να κάνει το άτομο να καταλάβει ότι είναι ικανό να χρησιμοποιήσει τις ικανότητές του και τα μέσα που του παρέχονται, για να τα βγάλει πέρα στις δυσκολίες της ζωής και να κάνει πραγματικότητα τις προσδοκίες του. Έτσι με την συμβουλευτική διαδικασία το άτομο μπορεί και σχηματίζει μια καθαρή εικόνα για τον χαρακτήρα του, αναγνωρίζει τις δυνατότητές του και αποδέχεται τους περιορισμούς που ίσως να υπάρχουν. Από τη διαδικασία αυτή το άτομο πρέπει να μπορεί να αναλάβει μια δημιουργική δραστηριότητα που θεωρείται «επιθυμητή», έστω και αν αυτο διαφέρει από τις κοινωνικές προδιαγραφές.

Η συμβουλευτική εργασία με άτομα με αναπηρίες κατατάσσεται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

α) Στις αναλυτικές προσεγγίσεις, δηλαδή η ψυχανάλυση και η αντλεριανή θεραπεία.

β) Στις εμπειρικές θεραπείες και τις θεραπείες που δίνουν ιδιαίτερη σημασία στις σχέσεις, για παράδειγμα η θεωρία του Gestalt και πελατοκεντρικές θεραπείες, τις θεραπείες δράσης, τη λογικό – θυμική – συμπεριφοριστική θεραπεία και τη γνωστική θεραπεία.

γ) Στις ομαδικές θεραπείες, που τονίζουν τη σημασία κατανόησης του ατόμου μέσα στο πλαίσιο των σημαντικών ανθρώπων που το περιτριγυρίζουν και επηρεάζουν την εξέλιξή του.

Σημαντικό στην εργασία με άτομα με αναπηρίες είναι να δίνεται μεγάλη προσοχή στις σκέψεις που έχουν, τι αισθάνονται, τι κάνουν, και η ανθρώπινη ποιότητα του συμβούλου. Ο σύμβουλος θα πρέπει να γνωρίζει τα βιώματα της καθημερινότητας που έχουν να αντιμετωπίσουν τα άτομα με αναπηρίες, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που θα πρέπει για να επιζήσουν, τους περιβαλλοντολογικούς και νομοθετικούς φραγμούς που έχουν να αντιμετωπίσουν. Η συμβουλευτική δεν απευθύνεται «σε αρρώστους», επικεντρώνεται στην ενθάρρυνση και όχι στην ψυχοπαθολογία, δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μέλλον, στους στόχους που δίνουν κατεύθυνση στην ζωή ενός ατόμου και τις δυνατότητες του ώστε να δημιουργήσει από μόνος του τη μοίρα του, και να πάρει τα απαραίτητα μέτρα. Οποιοδήποτε μπορεί να απολαύσει πιο πολύ τη ζωή του. Η ποιότητα της σχέσης που δημιουργείται είναι πιο σημαντική από της διάφορες τεχνικές προσέγγισης. Οι γρήγορες συμβουλές όπως το να λύνει ο ίδιος τα προβλήματα του, ενώ δεν υπάρχει η συστηματική διεργασία και στήριξη δεν βοηθούν στο στόχο της αυτονομησης και της αυτενέργειας.

### *Ψυχοθεραπεία*

Είναι η θεραπευτική παρέμβαση, στηρίζεται στη λεκτική επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή (ψυχίατρος ή ψυχολόγος), στη σχέση μεταξύ τους με στόχο την παροχή βοήθειας στον ασθενή έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να προσαρμοστεί στη ζωή, να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα ψυχολογικά συμπτώματά του, να βελτιώσει τη νοητική του κατάσταση ή/και να συμβάλει στην κοινωνική του επανένταξη, δίνοντας του την ευκαιρία να ζήσει μια καλύτερη

ζωή. (Σκαπινάκης και συν., 2013).

Στην ατομική θεραπεία το άτομο επεξεργάζεται την σχέση με τον εαυτόν του, ενισχύοντας το υπολειπόμενο δυναμικό του. Το άτομο αποδέχεται την πραγματικότητα με δυναμικό τρόπο, γνωρίζει τα όριά του και τις ικανότητές του, προσαρμόζοντάς τα στη νέα κατάσταση. Όσο πιο πολύ νιώθει ότι θα τα καταφέρει τόσο θα έχει και μεγαλύτερη ενέργεια, αισθάνεται σίγουρος για τον εαυτόν του με αποτέλεσμα να έχει όρεξη να κάνει ακόμα περισσότερα πράγματα. Σε αυτή τη θεραπεία ο ασθενής εξετάζει την σχέση με τον εαυτόν του και με την πραγματικότητα, χωρίς να εγκαταλείπει τις σχέσεις του με τους άλλους.

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία βρίσκονται και άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες όπως η κινητοποίηση, η ενεργή συμμετοχή, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η στήριξη και η επικοινωνία. τα οποία συνδέονται με την ομαδική διαδικασία. Η φύση της επικοινωνίας και η χρήση αυτής στις ανθρώπινες σχέσεις έχουν μεγάλη σημασία στη θεραπευτική διαδικασία. Η επικοινωνία είναι το βασικό εργαλείο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είτε λεκτική ή μη λεκτική, είτε συνειδητή ή μη συνειδητή. Ο θεραπευτής είναι ενεργός στην συμμετοχή και σκοπός του είναι η καλύτερη λειτουργία της θεραπευτικής διαδικασίας. Το άτομο συμμετέχει και ενεργά προς τις θεραπευτικές αλλαγές, μέσω του καλού χειρισμού του θεραπευτή (Foulkes & Anthony, 1973).

Στην αρχή της αναπηρίας, και μέχρι να αποδεχθεί την κατάστασή του το άτομο περνάει πέντε φάσεις και αυτές είναι, η άρνηση και η απομόνωση, ο θυμός, το παζάρωμα, η απογοήτευση και η αποδοχή (Köbler-Ross, 1970). Οι ομάδες βοηθούν και δίνουν την ευκαιρία στο άτομο, μέσω την σχέση του με τα υπόλοιπα μέλη και τον θεραπευτή, να επεξεργασθεί το μοτίβο που έχει μέχρι τώρα και να μάθει καινούργιους τρόπους. Στη ζωή του ασθενή σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένειά του και οι αντιδράσεις της γύρω από την αναπηρία του, η οικογενειακή θεραπεία βοηθά και τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του να επεξεργασθούν τα συναισθήματά τους και τις σχέσεις τους μέχρι τώρα ώστε, να εκτονώσουν τις υπάρχουσες εντάσεις και να επαναφέρουν τις σχέσεις τους σε ένα καινούργιο επίπεδο. Δυσκολίες περνούν όμως και τα μέλη της οικογένειάς τα οποία προσπαθούν να προσαρμοστούν, πολλές φορές

αισθάνονται κούραση και αρχίζουν να νιώθουν ενοχές χωρίς όμως να το μοιραστούν σε κάποιον αφού πρωταρχικό ρόλο γι' αυτούς παίζει η φροντίδα του ασθενή.

Σύμφωνα με τις ψυχοθεραπευτικές αρχές, ο ασθενής με την θεραπεία αλλάζει, προσαρμόζεται στις νέες πλέον καταστάσεις, κινητοποιείται το υγιές μέρος του ψυχισμού του, ξανά συγκροτεί τη σχέση του με το ανάπηρο μέρος του Εγώ του και μονιμοποιεί τις αλλαγές (Σκαπινάκης και συν., 2013. Foulkes & Anthony, 1973. Köbler – Ross, 1970).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θεωρούμε αναγκαίο τελειώνοντας να επισημάνουμε και το δικό μας ρόλο ως επαγγελματίες υγείας. Εκφράζοντας τα συμπεράσματα μας σε θέματα πρόληψης, νοσηλείας, θεραπείας των ανθρώπων αυτών.

Διερευνώντας το θέμα αυτό καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η υγείας είναι μια έννοια που εξαρτάται από βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Αναφερθήκαμε στα κυριότερα και συχνότερα προβλήματα όρασης καθώς και στις αιτίες που τα εμφανίζουν, όπως και στα συμπτώματά τους.

Στην συνέχεια αναλύοντας το θέμα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ατόμων με χαμηλή όραση ή τύφλωση, κατανοήσαμε την ψυχολογία καθώς και την κατάσταση που βρίσκονται αυτά τα άτομα. Όσο καιρό ασχολούμασταν με το θέμα αυτό συνειδητοποιήσαμε πως, βρήκαμε περισσότερη για παιδιά, εφήβους και αυτούς που διανύουν την 3<sup>η</sup> ηλικία της ζωής τους. Υποθέτουμε ότι αυτό συμβαίνει επειδή ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, θεωρούνται ευαίσθητες ηλικίες. Μάλλον, διότι το σώμα υφίσταται αλλαγές. Δηλαδή ανάπτυξη στα παιδιά και τους εφήβους και φθορά στην 3<sup>η</sup> ηλικία. Για αυτό το λόγο η αναφορά μας σε άτομα της μέσης ηλικίας είναι ελάχιστη.

Τα προβλήματα όρασης έχουν αντίκτυπο και στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, ανεξαρτήτως ηλικίας. Τα άτομα αυτά κάποιες φορές μαστίζονται από την κατάθλιψη, την μοναξιά, τον φόβο, χαμηλή αυτοπεποίθηση όπως και από κρίση της διαμόρφωσης της ταυτότητας τους. Όλα αυτά στηρίζονται στην αντιμετώπιση που έχουν τα άτομα αυτά από την οικογένεια τους, το σχολείο και όσους τους περιβάλλουν.

Επίσης και η αντιμετώπιση τους από το ίδιο το κράτος δεν διευκολύνει την κατάσταση των ασθενών. Είναι, δυστυχώς, γεγονός, πως στην Ελλάδα κάθε άνθρωπος που αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα όρασης πρέπει να αναπροσαρμόσει τη ζωή του/της. Πρέπει να οργανώσουν τη ζωή τους με βάση ένα ρεαλιστικό σχέδιο που θα στηρίζεται στις ιδιαίτερες δυνατότητες και τις ανάγκες τους. Ο ρόλος της κοινωνίας σε αυτήν την προσπάθεια είναι σημαντικός παρόλο που μέχρι τώρα αποδεικνύεται ότι είναι μάλλον παθητικός. Ένας ενεργητικός κοινωνικός ρόλος σχετίζεται με γνώση, συμμετοχή και αποδοχή της διαφορετικότητας, στη συγκεκριμένη περίπτωση της τύφλωσης και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της (Λιοδάκης, 2000).

Η συνειδητοποίηση και η πεποίθηση ότι καθένας μας, ανεξάρτητα από τη φυσική ή πνευματική του κατάσταση, έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται για τη διευκόλυνση της καθημερινής ζωής μας, είναι κάτι που απαιτεί επιμονή, αδιάκοπη προσπάθεια και δραστηριοποίηση. Τέτοιες αποτελεσματικές ενέργειες και υποστηρικτικές δραστηριότητες στην περίπτωση της τύφλωσης εφαρμόζονται με προγράμματα πρόωμης παρέμβασης για παιδιά με πρόβλημα όρασης, με προσαρμογές και διευκολύνσεις σε κάθε χώρο κοινωνικής ζωής και με παροχή ισότιμων υπηρεσιών στους τυφλούς από εκπαιδευτικά ιδρύματα, βιβλιοθήκες, πολιτιστικά κέντρα, αθλητικές εγκαταστάσεις και, φυσικά, εργασιακούς χώρους (Srerl & Franzens, 2000).

Τα άτομα αυτά συνηθίζουν να τα αποκαλούν άτομα με ειδικές ανάγκες, εμείς θα προτιμήσουμε να τα ονομάζουμε άτομα με ειδικές ικανότητες, διότι μόνο κάποιος με ειδικές ικανότητες μπορεί να συνεχίζει την ζωή του κάτω από αυτές τις συνθήκες.



Άλλωστε μην ξεχνάμε πως μεγάλες προσωπικότητες, από την αρχαιότητα έως σήμερα υπήρξαν τυφλοί, και το έργο τους έχει μείνει στην ιστορία.( Όμηρος, Μποτσέλι Αντρέα).

Τα άτομα αυτά πάντα είχαν να διδάξουν κάτι. Ανθρωπιά, ειλικρινές ενδιαφέρον, αγάπη, φιλία, υπομονή, δύναμη ψυχής, κουράγιο και πάνω απ' όλα αξιοπρέπεια. Πάλεψαν όλη τους την ζωή και παλεύουν ακόμη με πολύ δύσκολες καταστάσεις, δεν έσκυψαν το κεφάλι, δεν το έβαλαν κάτω, αλλά αντίθετα εξακολουθούν να χαμογελούν και να δοξάζουν τον Θεό, γιατί ξέρουν καλά πως υπάρχουν και χειρότερα. Κάτι που, δυστυχώς, εμείς δεν καταφέρνουμε πάντα να σκεφτούμε όποτε έχουμε κάποιο πρόβλημα. Πάντοτε πιστεύαμε πως τα άτομα αυτά είναι άξια σεβασμού, και αξίζουν την ισότιμη αποδοχή μας, γιατί έχουν τις ίδιες ακριβώς δυνατότητες και ανάγκες με τον καθένα μας στην ζωή, την εκπαίδευση, την εργασία τη φιλία, την αγάπη, τον έρωτα.

Πλησιάστε τα άτομα με αναπηρία δίπλα σας και να είστε σίγουροι πως δεν θα χάσετε. Αντιμετωπίστε τους με ανθρωπιά και ισοτιμία, δώστε τους τη φιλία και την αγάπη σας και θα την εισπράξετε πίσω στο δεκαπλάσιο. Όλοι μας μπορούμε να βαδίσουμε λίγο ποιό αργά, όταν ο φίλος μας δυσκολεύεται να περπατήσει. Όλοι μπορούμε να διαβάσουμε σε κάποιον που δυσκολεύεται να δει. Όλοι μπορούμε να πιάσουμε ένα αντικείμενο σε κάποιον που δυσκολεύεται να το φτάσει. Όλοι μπορούμε να στηρίξουμε κάποιον που δυσκολεύεται να σταθεί. Προσφέρετε τη βοήθεια σας σε αυτό που χρειάζονται. Αλλά να θυμάστε πως, το μόνο που δεν χρειάζονται είναι ο οίκτος και το προσποιητό ενδιαφέρον.

Και μην ξεχνάτε πως μπορεί να μας χωρίζει από τη θέση τους, μία πολύ λεπτή γραμμή. Γιατί κανένας μας δεν ξέρει τι του επιφυλάσσει το αύριο.

«Μόνο με την καρδιά βλέπεις καλά. Την ουσία δεν τη βλέπουν τα μάτια»(Αντουάν ντε Σαιντ-Εξυπερύ).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΥΦΛΟΥΣ

#### ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ

1/θ Ειδικό Νηπιαγωγείο Τυφλών ΚΕΑΤ Καλλιθέας, Ελ. Βενιζέλου 210, Καλλιθέα, Τ.Κ. 176 75, Τηλ. 01- 95 88 066, 95 95

1/θ Ειδικό Νηπιαγωγείο Τυφλών Θεσσαλονίκης, στη Σχολή Τυφλών Β. Ελλάδας "Ο ΗΛΙΟΣ", Β. Όλγας 32, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 546 41, Τηλ. 031-830 095, εσωτ. 39.

#### ΔΗ ΜΟΤΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

12/θ Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Τυφλών, στο ΚΕΑΤ, Ελ. Βενιζέλου 210, Καλλιθέα, Τ.Κ. 176 75, τηλ. 210- 95 88 066, 95 95

4/θ Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Τυφλών Θεσσαλονίκης, στη Σχολή Τυφλών Β. Ελλάδας "Ο ΗΛΙΟΣ", Β. Όλγας 32, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 546 41, Τηλ. 231-857 722.

2/θ Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Τυφλών, Πάτρα.

2/θ Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Τυφλών Ιωαννίνων, λυκιδών Τ.Κ. 452 21, Ιωάννινα, Τηλ. 2651-78 608.

#### ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΤΥΦΛΩΝ:

Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ), Ελ. Βενιζέλου 210, Καλλιθέα, Τ.Κ. 176 75, Τηλ. 210-95 95 880,9582 760, FAX: 210 - 95 95 868.

"ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ"- Κέντρο Δημέρευσης Ατόμων με Προβλήματα Όρασης και Πρόσθετες Ειδικές Ανάγκες, Λεωφ. Βουλιαγμένης, Πρώην Αμερικανική Βάση Ελληνικού, Ελληνικό, Τηλ. 210 - 96 31 441, FAX: 210 - 96 32 549.

Βρεφονηπιακός Σταθμός του ΚΕΑΤ, Μιχαήλ Βόδα 143, Τηλ.210 - 86 73 045

Φάρος Τυφλών Ελλάδος, Δοϊράνης 198 και Αθηνάς, Τ.Κ. 176 73, Καλλιθέα, Τηλ. 210 - 94 15 222, FAX: 210 -94 15 271.

Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Β. Ελλάδος "Ο ΗΛΙΟΣ"-Σχολή Τυφλών,

Β. Όλγας 32, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 546 41, Τηλ. 2310 - 843872, FAX: 2310 - 844 888

Ελληνικό Κέντρο Κινητικότητας και Προσανατολισμού για άτομα με Προβλήματα Όρασης (ΚΕ.ΚΙ.ΠΡΟ)

## ΛΙΣΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

(USAPS)USA Preventive Services Task Force, (2009) *Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults*, Ann Intern Med., 151:37-43.

Aaronson NK.,1988, Quality of life: *what is it? How should it be measured?* Oncology (Huntingt), 2:69–76

Albino, J.E (1983).Health psychology and primary prevention: Natural allies. In R.D Felner, L.A. Jason, J.N sugu, & S.S Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, research, and practice* (pp. 221-233).NewYork: Pergamon.

American Academy of Ophthalmology. Frank G, Berson, MD (2001). *Βασική Οφθαλμολογία*. Μετάφραση :Παλληκάρης Ι., Τσιλιμπάρης Μ., Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

American Academy of Ophthalmology, (1997) *Γλαύκωμα* Τόμος 10, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Bausch and lomb , Τράχωμα  
[Διαθέσιμο on line στις 24/06/14<http://www.bausch.gr/el-gr> ]

Beaty LA (1994): *Psychological factors and academic success of visually impaired college students*. RE:view 26:131-139.

Berk, L. E. (2007). *Development through the lifespan* (4th ed.). Boston: Pearson.

Berzoff, J., Flanagan, L.M., Hertz, P., (2011) "Psychosocial Ego Development: *The theory of Erik Erikson*", in Inside oyt and oytside in Psycodynamic Clinical Theory and Psycopathology in Contemporary Multicultural Contexts, 3<sup>rd</sup>. Rowam & Littlefield Pudlishers, U.K., pp. 97 -117.

Biswas, J., Chakrabarti, A., Das, S., (2014) *Rare Association of Familial Aniridia, Microcornea with Myopia and Aphakia*, Middle East Afr J Ophthalmol., 21(3): 268–270.

Bookwala, J., Lawson, B., (2011), Poor Vision, Functioning, and Depressive Symptoms: *A Test of the Activity Restriction Model*, The Gerontologist, 51(6): 798 – 808.

Burns B. (1979) *The Self Concept: In Theory, Measurement, Development and Behaviour*. R. . Publisher, Longman, 341 pages.

Capra, F. (1982). *Η Κρίσιμη Καμπή*. Μετάφραση: Μ. Βρέττας. Αθήνα: Εκδόσεις Ωρόρα.

CDC, 2006, *Improving the Nation's Vision Health – A Coordinated Public Health Approach*.

Chang, J.R., Miller, N.R., (2014) Bilateral Optic Neuropathy Associated With the Tumor Necrosis Factor-Alpha Inhibitor Golimumab, *J Neuroophthalmol.*,

Chen, X., Rong, S.S., Xu, Q., Tang, F.Y., Liu, Y., Gu, H., Tam, P.O., Chen, L.J., Brelén, M.E., Pang, C.P., Zhao, C., (2014), *Diabetes mellitus and risk of age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis*, *PLoS One*, 9(9): e108196.

Clark, D.W., & MacMahon, B. (1967). *Preventive medicine*. Boston, MA: Little, Brown & Co.

Cole, M., & Cole, S. R. (2001). *Η ανάπτυξη των παιδιών* (Τόμ. Β'). (Μ. Σολμαν, Μεταφρ.) Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.

Copolillo & Teitelman, (2005) Psychosocial Issues in Older Adults' Adjustment to Vision Loss: *Findings From Qualitative Interviews and Focus Groups*. *American Journal of Occupational Therapy*.

Crudden, A., McBroom, L. W. (1999) Barriers to employment: A survey of employed persons who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 93(6), 341-350. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:  
[http://users.att.sch.gr/adimitropoulos/seminars/vision/vis19\\_40.ppt](http://users.att.sch.gr/adimitropoulos/seminars/vision/vis19_40.ppt)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), (2000), *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., USA, American Psychiatric Association.

Du, Y., Li, J.J., Zhang, Y.J., Li, K., He, J.F., (2014) Risk factors for idiopathic optic neuritis recurrence, *PLoS One*, 9(9):e108580.

Durkheim & Mauss, (1963) *Primitive Classification* [Διαθέσιμο online: 13/10/14]  
<http://www.google.gr/books...>

Eaglestein, A. S. (1975) *The social acceptance of blind high school students in an integrated school*. *New Outlook for the Blind*, 69, 447-451.

Editorial. Warren, D. H. (1984). *Blindness and early childhood development* (2nd ed.). New York, NY: American Foundation for the Blind.

Edwards, C., (2014) *What are the most common vision problems?*, [Διαθέσιμο online στις 1/9/2014]: <http://www.wisegeek.com/what-are-the-most-common-vision-pro...>

Engel, G.L., (1977), *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, *Science*, 196(4286):129-136.

Erikson, Erik H. (1959) *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press.

Feldman, R. S. (2009). *Development Across the Life Span* (5th ed.). London: Pearson Education Inc.

- Foulkes, S.H., & Anthony, E.J. (1973). *Group Psychotherapy: the Psychoanalytic*
- Fraise P (1978) Time and rhythm perception. In: Handbook of Perception. London Academic Press).
- Freeman, R. D., Goetz, E., Richards, D. P. & Groenveld, M. (1991). Defiers of negative prediction: A 14-year follow-up study of legally blind children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85, 365-370.
- Gentry, W.D. & Matarazzo, J.D. (1981). Medical psychology to Health Psychology: Three decades of growth and development. Στο L.A. Brandley & C. K. Prokop *Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine*. New York: Academic Press.
- Griffin-Shirley, N., & Nes, S. L. (2005) *Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents*. *Journal of visual impairment and blindness*, 99(5), 276-285.
- Guth, D.A, Hill, E.W.,& Rieser, J.J. (1989). *Tests of blind pedestrians sounds for street crossing alignment*. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 83,461-468.
- Gwiazda, J., Deng, L., Manny, R., Norton, T.T., (2014) Seasonal Variations in the Progression of Myopia in Children Enrolled in the Correction of Myopia Evaluation Trial, *The Association for Research in Vision and Ophthalmology, Inc.*, 55(2): 752 – 758.
- Habibi, I., Sfar, I., Chebil, A., Kort, F., Bouraoui, R., Jendoubi-Ayed, S., Makhlof, M., Abdallah, TB., El Matri, L., Gorgi Y., (2014) *Vascular endothelial growth factor genetic polymorphisms and susceptibility to age-related macular degeneration in Tunisian population*, *Biomark Res.*, 18;2:15.
- Harley,R.K et. al (1979), *The teaching of Braille Reading*. Springfield: Charles C.Thomas
- Hashemi, H., Rezvan, F., Yekta, A.A., Hashemi, M., Norouzirad, R., Khabazkhoob, M., (2014) The Prevalence of Astigmatism and its Determinants in a Rural Population of Iran: *The “Nooravaran Salamat” Mobile Eye Clinic Experience*, *Middle East Afr J*, 21(2): 175–181.
- Havil (1970). *The sociometric status of visually handicapped student in public school classes*. Research Bulletin nr 20. American Foundation for the Blind, NY.
- Herbert, M. (1989), *Ψυχολογικά Προβλήματα Εφηβικής Ηλικίας*. ΣΤ Έκδοση Basil Blackwell
- Hertle, R.W., (2013) *Albinism: Particular Attention to the Ocular Motor System*, *Middle East Afr J Ophthalmol.*, 20(3): 248–255.
- Hoben & Lindstrom,(1980) *Evidence of Isolation in the mainstream*. *Journal of visual impairment and blindness*, 74, 8, 289-292

- Hoyle E., Peter D. John. *Professional Knowledge and Professional Practice*. London: Cassell, 1995.
- Huanq, J, Maguire, MG., Ciner, E., Kulp, MT., Cyert, LA., Quinn, GE., Orel-Bixler, D., Moore, B., Ying, GS., (2014) Risk factors for astigmatism in the Vision in Preschoolers Study, *Optom Vis Sci*, 91(5):514-21.
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (1999) Social support and self-esteem *Among adolescents with visual impairments*. *Journal of visual impairment and blindness*, 93,26-37.
- Jiang, D., Yang,, Z., Li, S., et al., (2013) *Evaluation of PRSS56 in Chinese subjects with high hyperopia or primary angle-closure glaucoma*, *Molecular Vision*, 19:2217-2226.
- Jones, Lavinev& Shell ,(1972) *Blind children integrated in classrooms with sighted children*. A sociometric study. *The New Outlook for the Blind* 66:75-80
- Kef, S. (2002) Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment and blindness*, 96(1), 22-37.
- Keir, L., Wise, B.A., Krebs, C., (1996) *Ιατρική Βοήθεια & Φροντίδα ΙΙ – Ανατομία & Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος*, 3rd edn., Μετάφραση από τα Αγγλικά: Ταλαντοπούλου, Μ., Επιμέλεια: Καραχάλιος, Γ., Αθήνα, «Έλλην».
- Kekelis, L. S. (1992) *Peer interactions in childhood: The impact of visual impairment*. En: S. Z. Sacks, L. S. Kekelis, y R. J. Gatlord-Ross (eds.).
- Kent D (1983) *Finding a way through the rough years: How blind girls survive adolescence*. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 77:247-250
- Kety, S.M.S., (1974). *From Rationalization to Reason*, *Am J Psychiatry*, 131:957-963.
- Kirscht, J 1983.Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology* 2, 227-301
- Komulainen E., Huurre T. and Hilevi M.Social Support and Self- Esteem Among Adolescents with Visual Impairments-print edition page(s) 26-37
- Kübler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying*. New York: Collier Books.
- Lancioniet, Oliva, & Bracalente, (1995) *An acoustic orientation system to promote independent indoor travel in blind persons with mental retardation*. *Perceptual and Motor Skill*, 80, 747-754
- Lim, L.T., Gong, Y., Ah-kee, E., et al., (2014) *Impact of Parental History of Myopia on the Development of Myopia in Mainland China School-Aged Children*, *Ophthalmology and EyeDiseases*, 6: 31 – 35.

Lopes, M.C., Hysi, P.G., Verhoeven, V.J.M., (2013) *Identification of a Candidate Gene for Astigmatism*, Investigative Ophthalmology & Visual Science, 54(2): 1260 – 1267.

Lopez-Justicia, M. D., & Cordoba, I. N. (2006). *The self-concept of spanish young adults with retinitis pigmentosa*. Journal of visual impairment and blindness, 100(6), 366-370.

Lopez-Justicia, M. D., Pichardo, M. C., Amezcua, J. A., & Fernandez, E. (2001) *The selfconcepts of spanish children and adolescents with low vision and their sighted peers*. Journal of visual impairment and blindness, 95(3), 7-16.

Maarit, H.T., Juhani, E. (1999) *Social Support and Self-esteem Among Adolescents with Visual Impairments*, Journal of Visual Impairment & Blindness, 93(1): 26.

Maatta P. (1981). *Vammaiset--suuri vahemmisto: Mita on hyva tietaa vammaisuudesta* (Finnish Edition)

Mangold.S & Mangold, P.(1989), *Selecting the most appropriate primary learning mediun for the students with functional vision*. Journal of Visual Impairment & Blindness, 83, 294-296

Marks, D.F. Myrray, M., Evans, B., Willig, C. (2000) *Health Psychology Theory Research and Practice*. London: SAGE

Mc Andrew I (1979) *Adolescents and young people with spina bifina*. 21:619-629, Developmental Medicine & Child Neurology

McAnarney ER (1985) *A challenge for handicapped and chronically ill adolescents*. J Adolesc Health Care 6:90-101

Meng, X., Lin, O., Wang, F., Jiang, Y., Song, Y., *Reading performance is enhanced by visual texture discrimination training in chinese-speaking children with developmental dyslexia*, PLoS One, 9(9):e108274.

Morse 1983: Morse Melvin. “ A Near-Death Experience in a Seven – Year – Old Child,” *American Journal of Diseases of Children*, Vol 137, number 10, October 1983. Pp.959-961

Muhamedagic, L., Muhamedagic, B., Alimanovic Halilovic, E., et al., (2014) *Relation Between Near Work and Myopia Progression in Student Population*, Mater Sociomed., 26(2): 100-103.

Nemshick, Vernon & Ludman (1986) *The impact of retinitis pigmentosa on young adults: Psychological, educational, vocational and social considerations*. Journal of Visual Impairment & Blindness 80:859-862.

Nyman, S.R., Gosney, M., Victor, C.R., (2010) *The Psychosocial Impact of Vision Loss on Older People*, *British Society of Gerontology*, [Διαθέσιμο online στις 13/9/2014]: <http://www.britishgerontology.org/.../the-psychosocial-impact...>

Obiakor, F.E., i Stile, S.W. (1989). *Enhancing self-concept in students with visual handicap*. *Journal of visual impairment and blindness*, 83, 255-257.

Ogden, J. (2004) *Health Psychology: A textbook* (3<sup>rd</sup> edition). Open University Press: Mc Graw – Hill.

Pane, A., Simcock, P., (2011) *Πρακτική Οφθαλμολογία – Οδηγός Επιβίωσης για Ιατρούς και Οπτομέτρους*, 1st edn., Μετάφραση και Επιμέλεια από τα Αγγλικά: Νικολόπουλος, Δ.Κ., Νάνος, Π.Δ., Πάτρα, Εκδόσεις Gotsis.

Papadopoulos, K., Metsiou, K., Agaliotis, I., (2011) *Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments*, *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 32(2011): 1086 – 1096.

Papadopoulos, PA., Papadopoulos, AP., (2014) *Current management of presbyopia*, *Middle East Afr J Ophthalmol.*, 21(1):10-7.

Patterson & Blum, (1996) *Risk and resilience among children and youth with disabilities*. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150,692-698.

Peadboy R.L & Birch J.W (1967), *Educational Implications of Partial Vision: New Findings*, *International Journal for the Education of the Blind*. Vol 17, pp.21-24

Petrash, JM., (2013) *Aging and age-related diseases of the ocular lens and vitreous body*, *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 54(14):13.

Pierce JW1, Wardle J. (1996) *Body size, parental appraisal, and self-esteem in blind children*.

Pinquart, M., Pfeiffer, J.P.,(2013) *Change in psychological problems of adolescents with and without visual impairment*, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7): 571 – 578.

Pulvino C. & Lee J.(1979), *Financial Counseling : Interviewing Skills*, Kendall/ Hunt, Iowa

Queen, J., 2014, *What is the Biopsychosocial Approach?*, [Διαθέσιμο online στις 3/9/2014]: <http://www.wisegeek.com/what-is-a-biopsychosocial-approach....>

Reason, P. and Rowan, J. (Eds) (1996) *Human Inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research*. New York

Rosa, A., & Ochaâita, E. (1993) *Psicología de la ceguera*. Madrid: Alianza



Rosenblum, P., L. (2000) *Perceptions of the impact of visual impairment on the lives of adolescents*. Journal of Visual Impairment and Blindness, 94(7), 434-445.

Rowe, F.J., Barton, P.G., Bedson, E., et al., (2014) *A randomised controlled trial to compare the clinical and cost-effectiveness of prism glasses, visual search training and standard care in patients with hemianopia following stroke: a protocol*, BMJ Open., 4(7):e005885.

Sacks, S. Z. (1996). *Psychological and social implications of low vision*. In A. L. Corn & A.

Saylor, D., (2014), *What is the Biopsychosocial model?*, [Διαθέσιμο online στις 3/9/2014]: <http://www.wisegeek.com/what-is-the-biopsychosocial-model.h...>

Schinazi, V.R., (2007) *Psychosocial implications of blindness and low-vision*, Centre for Advanced Spatial Analysis UCL, 114: 1-14.

Schmidt-Erfurth, U., Chong, V., Loewenstein, A., Larsen, M., Souied, E., Schlingemann, R., Eldem, B., Monés, J., Richard, G., Bandello, F., (2014) *Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (Euretina)*, Br J Ophthalmol., 98(9):1144-67.

Schnittjer C. & Hirshoren A. (1981) *Dimension of problem behavior in deaf children*. Journal of Abnormal Child Psychology, 7, 221-228

Scholl, G.T. (1986). *What Does it Mean to be Blind? Definitions, Terminology, and Prevalence*. In G.T. Scholl (Ed.), *Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth: Theory and Practice* (pp. 23–33). New York: AFB Press.

Sengpiel, F., (2014) *Plasticity of the Visual Cortex and Treatment of Amblyopia*, Curr Biol., 24(18):R936-R940

Shaffer & Kipp, (2007) *Developmental Psychology Childhood & Adolescence: Childhood and Adolescence*

Shapiro, D. R., Moffett, A., Lieberman, L., & Dummer, G. M. (2005). *Perceived competence of children with visual impairments*. Journal of Visual Impairment and Blindness, 99(1), 15-25.

Simon Szreter, (2002) *The McKeown Thesis - Rethinking McKeown: The Relationship Between Public Health and Social Change*, American Journal of Public Health, 92(5): 722 – 725.

Simpson, C.L., Wojciechowski, R., Oexle, K., et al., (2014) *Genome-Wide Meta-Analysis of Myopia and Hyperopia Provides Evidence for Replication of 11 Loci*, Plos One, 9(9): e107110

Simpson, C.L., Wojciechowski, R., Yee, S.S., et al., *Regional replication of association with refractive error on 15q14 and 15q25 in the Age-Related Eye Disease Study cohort*, *Molecular Vision*, 19:2173-2186

Steinberg L. (2010), *Adolescence*. New York : Mc Graw Hill

[Διαθέσιμο online στις 17/6/14]

<http://www.worldcat.org/title/adolescence/oclc/755056135...>

Stelmack, J., (2001) *Quality of Life of Low-Vision Patients and Outcomes of Low-Vision Rehabilitation*, *Optometry and vision science*, 78(5): 335 – 342.

Strupp, M., Kremmyda, O., Adamczyk, C., et al., (2014) Central ocular motor disorders, including gaze palsy and nystagmus, *J Neurol.*, 261(Suppl 2):S542–S558.

Suokas (1992): *Ihminen ihmisten joukossa? Kirjalliseen omaelämäkertä-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista*. In Finnish, English summary. *Kansaneläkelaitoksen julkaisu* M:83. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Tazhibi, M., Sarrafzade, S., Amini, M., (2014) Retinopathy risk factors in type II diabetic patients using factor analysis and discriminant analysis, *J Educ Health Promot.*, 28;3:85.

Testa, F., Melillo, P., Di Iorio, V., Orrico, A., Attanasio, M., Rossi, S., Simonelli, F., (2014) *Macular Function and Morphologic Features in Juvenile Stargardt Disease: Longitudinal Study*, *Ophthalmology.*, 642(14): 566.

Thurtell MJ, Tomsak RL., (2012) “*Vision Loss*” στο: *Neurology in Clinical Practise*, (Volume 1) 6th edn., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., Jankovic, J., Mazziotta, J.C., Saunders Elsevier: Philadelphia, pp.: 407 – 416.

Tobin, K., & Tippins, D. (1993), *Annotated Bibliography of Resources for Educational Reform, Coherent Teaching Practice, and Improved Student Learning*  
Tyler L. (1961), *The Work of Counselor*, Appleton – Century- Grofts, USA

Van Hasselt VB (1983), *Social adaptation in the blind*. *Clin Psychol Rev* 3:87-102

Warren DH (1989): *Implications of visual impairments for child development*. In *Handbook of Special Education: Research and Practice*, vol3. Low Incidence Conditions, pp. 155-172

Webber, A.L., Wood, J.M., Gole, G.A., Brown, B., (2008) *Effect of amblyopia on self-esteem in children*, *Optom Vis Sci.*, 85(11):1074 – 1081.

Wolffe & Sacks, (1997) *The lifestyles of blind, low vision and sighted youths: A quantitative comparison*. *Journal of visual impairment and blindness* [Διαθέσιμο on line στις 17/10/14] <http://eric.ed.gov/?id=EJ544480>

Zoniou-Sideri, A., Karayianni P. (2000). “*Echolalia versus Inclusion. A case study of a child who is blind*”, *British Journal of Special Education*, τεύχ. 27, σσ. 181-186.

Αβεντισιάν- Παγοροπούλου, Α., (2000). Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1986). Υγεία και ασθένεια. *Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.

Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα. Στ' έκδοση, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα».

Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας Ε. (2005) Αφιέρωμα – Υγεία και Ασθένεια, Ψυχολογικές Διεργασίες, *Ψυχολογία*.12 (4), 1-6.

[Διαθέσιμο από:<http://www.elpse.gr/el/katalogos-teyxwn.html> ]

Αντωνόπουλος, Γ. (2003) Ενταξιακή εκπαίδευση για όλους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ασκητής Θ., Εντυπο 41 - Άτομα με Προβλήματα Όρασης και Σεξουαλική Υγεία *Ινστιτούτο Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας*, Αθήνα (2011) [Διαθέσιμο online στις 14/10/14]<http://www.retina.gr/.../%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%B>

Βερυκοκάκη Α., Κούβαρου Ε., Πουλέα Κ., (2001). Εντυπό 19- *Εκπαίδευση στην κινητικότητα- προσανατολισμό και τις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης*.

[Διαθέσιμο online στις 19/11/14]

<http://www.retina.gr/books/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF-19->

<http://www.retina.gr/books/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF-19-%CE%B5%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%AF%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%B9%CF%82-%CE%B4%CE%B5%CE%BE%CE%B9%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B5%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BD%CE%AE%CF%82-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B2%CE%AF%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%82>

Γιαννίτσας, Ν. Δ. (επιστ. υπεύθ.), Γεώργας, Δ. Δ., Μπεζεβέγκης, Ηλ. Γ. (2000) Μελέτη, σχεδιασμός και ανάπτυξη προγραμμάτων ΣΕΠ σε επίπεδο σχολικής μονάδας και κέντρου ΣΕΠ για άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα κοινωνικά αποκλεισμένα, της ενέργειας 1.1.ε.: Επαγγελματικός Προσανατολισμός: *Η Επαγγελματική Προετοιμασία και Ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες - Άτομα με Προβλήματα Όρασης*, (Ε.Κ.Π.Α., Φ.Π.Ψ., Τομέας Ψυχολογίας) (Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.). Αθήνα: ΥΠ.Ε.Π.Θ./ Π.Ι.

Γκουτζιαμάνη, Σωτηριάδη, Κωνσταντινιά (1993), *Παιδιά με Ειδικές"εκπαιδευτικές ανάγκες: εισαγωγή σε θέματα ειδικής αγωγής και ειδικής φυσικής αγωγής* . Αθήνα (269-300).

Γουρνεζάκη, Α., (2007), *Τι είναι τελικά η υγεία;* [Διαθέσιμο online στις 2/9/2014]:<http://sifnaiko-Fos.gr/downloads/Enimerothikame/PsixikiMonada-Ygeia>.

Δαμανάκης, Α.Γ., 1999, *Διάθλαση Βασικές αρχές και τεχνική*, 2nd edn., Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Δασκαλάκη Σ. (2013) *.Σεξουαλικότητα ατόμων με αναπηρία* [Διαθέσιμο online:19/11/14][http://www.rhodes.aegean.gr/ptde/revmata/issue6/03%20%CE%94%CE%91%CE%A3%CE%9A%CE%91%CE%9B%CE%91%CE%9A%CE%97\\_2013.pdf](http://www.rhodes.aegean.gr/ptde/revmata/issue6/03%20%CE%94%CE%91%CE%A3%CE%9A%CE%91%CE%9B%CE%91%CE%9A%CE%97_2013.pdf)

Εμμανουηλίδου Ε. , (2004). *Η σεξουαλική ανάπτυξη και ζωή των εφήβων με ειδικές ανάγκες* [Διαθέσιμο online: 19/11/14] [http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/psihiki\\_ygeia/themata\\_efiveias/sexualiki\\_anaptixi\\_amea.pdf](http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/psihiki_ygeia/themata_efiveias/sexualiki_anaptixi_amea.pdf)

Έντυπο: Έκθεση για την κατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα,1994, Ε.Σ.Α.Ε.Α, Αθήνα

Ζώνιου-Σιδερη, Α. (1998) Ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες και αναλυτικά προγράμματα. Περιοδικό. Ε21, (30):21.

Ζώνιου-Σιδέρη, Α., Καραγιάννη, Π., Ντεροπούλου, Ε., Παπασταυρινίδου, Γ., Θεοδοσιάδης Γ., (1996). *Επίτομη Οφθαλμολογία*, Εκδόσεις : Λίτσας.

Ζώνιου-Σιδέρη Α. & Σπανδάγου Η. (2004). *Εκπαίδευση και τύφλωση-Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές*. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα (130-133).

Θεοδοσοπούλου, Ρ. (2013). *Προβλήματα Όρασης* [Διαθέσιμο online στις 30/08/14]:[http://www.mathsandothers.gr/2013/09/blog-post\\_28.html](http://www.mathsandothers.gr/2013/09/blog-post_28.html)

Ιατρική εγκυκλοπαίδεια *Τράχωμα* [ διαθέσιμο on line στις 24/06/14 <http://blog.doctoranytime.gr/glossary/trachwma>

Ιατρικό Λεξικό – *Ξηροφθαλμία* [Διαθέσιμο online 10/10/14] <http://www.iatronet.gr/symptom-checker/xirofthalmia.html>

Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών, (ΙΨΕ). *Ψυχολογικά Προβλήματα Ενηλίκων* [Διαθέσιμο online: 23/10/14] <http://www.ipse.gr/adult.html>

Καλαντζή- Αζίζι, Α. (1983). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Καραβία.

Καλλινικάκη Θ. (1998) Κοινωνική εργασία, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της Υγείας, Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Στ' Έκδοση. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καραδήμας, Χ. Ε., (2005), *Ψυχολογία της Υγείας*, θεωρία και κλινική πράξη, 1st edn., Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.

Κατσούλος, Κ., Ασημέλλης, Γ. (2008) *Η σύγχρονη διαθλαστική εξέταση*, Εκδόσεις Σύγχρονη Γνώση.

Κουλερακής .Γ (2006) *Ψυχολογία της υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα*. *Ψυχολογία*. 13(2) 067-077 Διαθέσιμο από : [www.elpse.gr/el/katalogos-teyxwn/category/28.html?download=116](http://www.elpse.gr/el/katalogos-teyxwn/category/28.html?download=116)

Κουταντός Ι. Δημήτριος (2005) *Η Εκπαίδευση Παιδιών με Μειωμένη Όραση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, (145-153).

Κραβαρίτου Γ. (1997). *Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας*, Λεξικό Εργασιακών Σχέσεων: Ελλάδα, Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Παπαζήσης, Αθήνα

Κρουσταλλάκης, Γ. (1999), *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα: Εκδόσεις Συγγραφέα.

Λιοδάκης, Δ. (2000), *Εκπαιδευτικά Προγράμματα για Τυφλούς*. Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα.

Νικητοπούλου-Μαράτου Γεωργία (1984) *Βασική Φυσιολογία* Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός (71-81)

Οδική Σήμανση, (Α.Μ.Ε.Α), [Διαθέσιμο online 15/11/14]  
(<http://www.ypeka.gr/LinkClick.aspx?fileticket=zav6aV5Dd84%3D&...>)

Institute of Vision and Optics, *Παγκόσμια Ημέρα Όρασης: Με στόχο την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπεία*. (2014). [Διαθέσιμο online: 18/10/14]  
<http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231354224>

Παναγιωτοπούλου Α. (2011), *Αγχος και Κατάθλιψη στην 3<sup>η</sup> ηλικία*  
<http://www.dromostherapeia.gr/katathlipsi/aghos-kai-katathlipsi-stin-3i-ilikia.html>

Παπαϊωάννου, Σ.Μ. (1990) *Επαγγελματική εκπαίδευση και προσανατολισμός*. Αναφορά σε άτομα με ειδικές ανάγκες, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία: Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση* (Vols. 1,2,3,4). Αθήνα: Ιδίου

Πετρίδου, (2012), *Τεχνικές προδιαγραφές για πεζοδρόμια, πεζόδρομους και πλατείες* [Διαθέσιμο online 19/11/14] [http://neaprosvasipezo.blogspot.gr/20.../.../blog-post\\_4994.html](http://neaprosvasipezo.blogspot.gr/20.../.../blog-post_4994.html)

Ρουμελιώτης Κ.& Παναγιωτίδου Μ., (2003-2004) *Νέες τεχνολογίες στην εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες*. Θεσσαλονίκη.

Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ., (1994), *Επαγγελματικός προσανατολισμός. Μια επιστήμη στην υπηρεσία της επαγγελματικής ζωής του ατόμου, Εκπαιδευτική κοινότητα*, τ. 27, 9-11

Σιδηροπούλου, Δημάκου, (2004), Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός. Πανεπιστημιακός Σημειώσεις. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας

Σκαπινάκης, Π. και συν. (2013), *Τι είναι η Ψυχοθεραπεία;* Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη

Σπανδάγου, Η., (2004) «*Η σημασία και ο ρόλος του αναλυτικού προγράμματος στην ενταξιακή εκπαίδευση των τυφλών παιδιών στην Ελλάδα*» Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, σελ.189-201.

Στασινός, Δ. Π. (1991) *Η Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα: Αντιλήψεις, θεσμοί και πρακτικές*. Κράτος και ιδιωτική πρωτοβουλία (1906-1989). Αθήνα: Gutenberg

Σωτηριάδου, Κ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., (2011). *Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψη της αρρώστιας και εφαρμογής της πολιτικής*, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(3): 34 – 40.

Τούντας, Γ., (2002) *Τι είναι Υγεία. Το βιοϊατρικό μοντέλο*, [Διαθέσιμο online στις 2/9/2014]: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=724>.

Τρακανιάρη - Ρούσαρη, (1997) *Έντοπο 17 - Βοηθήματα χαμηλής όρασης* [Διαθέσιμο online στις 12/09/14]

<http://www.retina.gr/books/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF-17-%CE%B2%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%87%CE%B1%CE%BC%CE%B7%CE%BB%CE%AE%CF%82-%CF%8C%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7%CF%82>

Τσιάντης Ι. (1998) *Βασική Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα. Εκδόσεις Κατσανιώτη

Τσιούμας, Ν., 2005, *Οι Διαθλαστικές Ανωμαλίες και η διόρθωση τους με γυαλιά*, [Διαθέσιμο online στις 1/9/2014]:

<http://www.retina.gr/books/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF-17-%CE%B2%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%87%CE%B1%CE%BC%CE%B7%CE%BB%CE%AE%CF%82-%CF%8C%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7%CF%82>

Τσίρου.(2005) *Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Τυφλότητας*. [Διαθέσιμο online στις 29/10/14]

<http://www.retina.gr/books/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF-15-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B9%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%84%CF%85%CF%86%CE%BB%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%BF%CF%82>

Φωτεινάκης Β., Πατέρας Ε., Χανδρινός ΑΡ., (2000). *Κλινική Διάθλαση*. Εκδόσεις :”Ελλην”.

Φωτεινάκης, Β. (1998). *Εγχειρίδιο για τη Χαμηλή Όραση*. Εκδόσεις :“ΕΛΛΗΝ”.

Χατζηφωτίου , Σ. (2005) «Ενδοοικογενειακή Βία κατά των γυναικών και παιδιών.

Ψυχογιού Β, (2012), *Παγκόσμια Ημέρα "Λευκού Μπαστουνιού": 40-50.000 άτομα πάσχουν από Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας*

[Διαθέσιμο online 17/10/14]

<http://www.retina.gr/.../%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83>

...

Ωραιόπουλος, Λ. (1984). Η σχέση γιατρού – αρρώστου. *Η ιστορία, η σημασία και η σύγχρονη κρίση της. Materia Medica Greca*, 12(3): 301-307

## LINKS

[Διαθέσιμο online: 10/10/14] <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/xirofthalmia.html>

[Διαθέσιμο online 13/9/2014]<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

[http://journals.lww.com/.../Effect\\_of\\_Amblyopia\\_on\\_Self\\_Estee...](http://journals.lww.com/.../Effect_of_Amblyopia_on_Self_Estee...)

<http://pt.wkhealth.com/.../landingpage.htm;jsessionid=JrWRTYG...>

<http://www.iatronet.gr/.../oi-diathlastikes-anwmalies-kai-i-d>

<http://www.skf.psych.uoa.gr/synhδισmena-probl.../cyxokoinwnika-problimata/aytopepoi8hsh.html>