



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΝΟΣ
ΠΑΙΔΙΟΥ, ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
ΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ »**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΛΑΚΟΥΜΕΝΤΑ ΑΛΙΚΗ

ΤΣΙΠΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΕΧΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αντιπροσωπεύει την προσπάθεια μας προκειμένου να ολοκληρωθεί ο κύκλος των σπουδών μας στο τμήμα της νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας). Η εργασία, η οποία συγκροτείται από βιβλιογραφική ανασκόπηση, αποτελεί μια προσπάθεια απεικόνισης ενός προβλήματος όπως η οφθαλμολογικές παθήσεις ενός παιδιού. Κατά τη διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας, μας γίνεται σαφές πως οι οφθαλμολογικές παθήσεις φέρουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία ενός παιδιού που αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για την δημόσια υγεία. Επομένως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι υψίστης σημασίας, καθώς συμβάλλει στη πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου. Ο λόγος για τον οποίο έχει επιλεγεί το θέμα αυτό, είναι επειδή οι νοσηλευτές είναι χρήσιμο να αναπτύσσουν γνώσεις αλλά και δεξιότητες αναφορικά με το ρόλο τους στη διαχείριση τέτοιων φαινομένων και την προαγωγή της υγείας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά για τον πολύτιμο χρόνο της και την στήριξη της καθ όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μας την καθηγήτρια κ. Μπέγλου. Η αγάπη της για το εκπαιδευτικό σύστημα και τα παιδιά μας ενθάρρυνε να υλοποιήσουμε τις σκέψεις μας. Επιπλέον την ευχαριστούμε που με την βοήθειά της καταφέραμε να εμβαθύνουμε και να αναλύσουμε ένα σημαντικό πρόβλημα της σημερινής εποχής όπως είναι οι Οφθαλμολογικές δυσλειτουργίες στα παιδιά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που ελλοχεύουν .

Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την οικογένεια μας για την υποστήριξη τους σε ολόκληρη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο άνθρωπος καθημερινά δέχεται ένα πλήθος πληροφοριών από το περιβάλλον του. Το 75% των πληροφοριών αυτών οφείλονται στην όραση. Η όραση αποτελεί ένα κύριο μέσο που χρησιμοποιείται από το άτομο για να συλλέξει και να επεξεργαστεί πληροφορίες. Οι οπτικές πληροφορίες ξεκινούν από την βρεφική , πρώιμη παιδική ηλικία και παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του ατόμου επηρεάζοντας μελλοντικά την απασχόληση και τις κοινωνικές του προοπτικές. Η εξασθένηση της όρασης ονομάζεται αλλιώς τύφλωση και χωρίζεται σε δυο κατηγορίες μερική και ολική. Παράγοντες της μερικής και της ολικής τύφλωσης μπορεί να είναι κληρονομική ή κοινωνική ή λόγω λοιμώξεων.

Σκοπός: Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι αφενός η διερεύνηση των τρόπων που οι οφθαλμολογικές δυσλειτουργίες (ΟΔ) σε παιδιά επιδρούν στον ψυχισμό και στη γενικότερη ψυχική τους ευημερία και αφετέρου η αναδείξει νοσηλευτικής δραστηριότητας .

Μεθοδολογία: Η διαδικασία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει αναζήτηση βιβλιογραφίας με συλλογή πληροφοριών από επιστημονικά άρθρα, βιβλία, έρευνες και ιστοσελίδες των τελευταίων δέκα ετών.

Αποτελέσματα: Ως αποτέλεσμα της ανασκόπησης της μέχρι πρότινος βιβλιογραφίας, στην ανάδειξη του επιπολασμού των ΟΔ σε παιδιά καθώς και στη μελέτη του τρόπου ανάπτυξης τους είναι η διάγνωση πως τα παιδιά με ΟΔ είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης, γεγονός που φέρει στην επιφάνεια την αναγκαιότητα ύπαρξης συναφών παρεμβάσεων σε σχολικά, και όχι μόνο, πλαίσια. Αποτελεσματικός, επίσης, και ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς βοηθά στην πρόληψη και καταπολέμηση των οφθαλμολογικών δυσλειτουργιών ,αναγνωρίζει τα συμπτώματα και υποστηρίζει τον ασθενή σωματικά και ψυχολογικά. Επιπλέον ο ρόλος του είναι διδακτικός καθώς εκπαιδεύει τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον για να μπορέσουν να επανέλθουν στην καθημερινότητα τους.

Συμπεράσματα: Οι χρήσιμες πληροφορίες που προκύπτουν από αυτήν την μελέτη είναι πως η προσαρμοστική συμπεριφορά αυτών των παιδιών παρουσιάζεται μειωμένη, ιδιαίτερα αναφορικά με δεξιότητες που αφορούν την επικοινωνία, την κοινωνικοποίηση και τις καθημερινές δραστηριότητες. Τέλος, η εικόνα σώματος των εν λόγω παιδιών βρέθηκε ότι επηρεάζει δραστικά την αυτοεκτίμησή τους. Περαιτέρω

έρευνα είναι απαραίτητη για να δημιουργηθεί μια παρέμβαση ειδικά προσαρμοσμένη σε αυτό τον πληθυσμό ώστε να βελτιωθεί στο μέγιστο βαθμό η ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις-κλειδιά:

οφθαλμολογικές διαταραχές, παιδιά, ψυχισμός, προσαρμοστικότητα, ρόλος του νοσηλευτή.

ABSTRACT

Introduction: People receives a wealth of information from his environment on a daily basis. 75% of this information is due to vision. Vision is a major means used by the individual to collect and process information. Visual information begins in infancy, early childhood and play an important role in the development of the individual influencing his future employment and social prospects. Visual impairment is otherwise called blindness and is divided into two categories partial and total. Factors of partial and total blindness can be hereditary or social or due to infections.

Purpose: The aim of this study is on the one hand to investigate the ways in which ocular dysfunctions (ODs) in children affect the psyche and their general mental well-being and on the other hand to highlight the nursing activity.

Methodology: The process followed includes a bibliography search with a collection of information from scientific articles, books, research, and websites of the last ten years.

Results: As a result of the review of the previous literature, in highlighting the prevalence of OD in children as well as in the study of their development is the diagnosis that children with OD are more vulnerable to the development of mood disorders, which brings to the surface the need for related interventions in school contexts, and not only. sick and his family environment so that they can return to their daily routine.

Conclusions: The useful information obtained from this study is that the adaptive behaviour of these children is reduced, especially regarding communication, socialization, and daily activities. Finally, the body image of these children was found to drastically affect their self-esteem. Further research is needed to create an intervention specifically targeted at this population to maximize their quality of life.

Keywords: ophthalmic disorders, children, psyche, adaptability, role of the nurse.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος – Ευχαριστίες.....	ii
Περίληψη.....	iii
Abstract.....	iv
Εισαγωγή.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΑΣΗ.....	5
1.1 Ανατομία του οφθαλμού.....	5
1.2 Οφθαλμικοί μυες.....	9
1.3 Λειτουργία οφθαλμού.....	10
1.4 Δυσλειτουργία οφθαλμού.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	12
2.1 Ορισμός.....	12
2.2 Επιγημιολογικά στοιχεία.....	12
2.3 Χαρακτηριστικά οπτικής ανάπτυξης ενός παιδιού.....	14
2.4 Διάγνωση.....	15
2.5 Υγιεινή του οφθαλμού ως πρωταρχικό μέτρο πρόληψης.....	19
2.6 Προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	21
ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	21
3.1 Νυσταγμός.....	21
3.2 Στραβισμός.....	23
3.3 Αμβλυωπία.....	24
3.4 Συγγενής καταρράκτης.....	26
3.5 Εσωτροπία.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	29
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΟΝ	
ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	29
4.1 Εισαγωγή.....	29
4.2 Διαταραχές διάθεσης σε παιδιά με οφθαλμολογικά προβλήματα.....	29

4.3 Προσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης	36
4.3.1. Δεξιότητες επικοινωνίας	37
4.3.2. Δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης	38
4.3.3. Δεξιότητες κοινωνικοποίησης	39
4.4 Εικόνα σώματος σε παιδιά και εφήβους με προβλήματα όρασης	41
4.5 Κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις	45
4.6 Άγχος και οφθαλμολογικές παθήσεις σε παιδιά	48
4.7 Ποιότητα ζωής και οφθαλμολογικές διαταραχές	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	50
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	50
5.1. Εισαγωγή	50
5.2 Οφθαλμολογικά φάρμακα – ευθύνες του νοσηλευτή	51
5.3 Ορόλος του νοσηλευτή στο χειρουργείο	52
5.3.1 Προετοιμασία για οφθαλμολογική χειρουργική	52
5.3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα	53
5.4 Άρχες νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με προβλήματα όρασης	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	56
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	56
6.1 Μελέτη 1 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς	61
6.2 Μελέτη 2 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς	61
Συμπεράσματα	66
Βιβλιογραφία	68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η όραση είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη του παιδιού κατά τη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία και αργότερα για τη μάθηση και την επικοινωνία. Σχεδόν τα τρία τέταρτα της πρώιμης μάθησης ενός παιδιού αποκτώνται μέσω της όρασης. Οι διαταραχές όρασης στην παιδική ηλικία έχουν δια βίου επιπτώσεις τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένειά του. Πράγματι, επηρεάζουν την ανάπτυξη, την εκπαίδευση και τη φροντίδα του παιδιού από οικογένειες και επαγγελματίες. Η εξασθένηση της όρασης για παράδειγμα, στην πρώιμη ζωή έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην λειτουργικότητα των παιδιών οδηγώντας, σε καθυστερήσεις στην αντίληψη και το περπάτημα (Adio et al., 2011).

Διαμορφώνουν, επίσης, τη συνέχεια του στην ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας την απασχόληση και τις κοινωνικές προοπτικές. Αυτά τα παιδιά, οι γονείς και οι οικογένειές τους πρέπει να εξετάζονται από μια διά βίου προοπτική (Rahi & Cable, 2003).

λοιμώξεις και ο υποσιτισμός είναι οι κοινές αιτίες της εξασθένησης της όρασης στα παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ οι βλάβες του οπτικού νεύρου, οι διαταραχές του αμφιβληστροειδούς και οι κληρονομικοί παράγοντες είναι οι κύριες αιτίες στις ανεπτυγμένες χώρες. Η αμφιβληστροειδοπάθεια της πρόωρης ηλικίας (ROP) είναι μια σημαντική αιτία βλάβης της όρασης σε παιδιά σε χώρες μεσαίου εισοδήματος. Η γνώση σχετικά με τα πρότυπα των οφθαλμικών παθήσεων στα παιδιά παρέχει χρήσιμα βασικά δεδομένα για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών οφθαλμολογικής φροντίδας των παιδιών σε μια δεδομένη περιοχή ή σε ολόκληρη τη χώρα. Η κατανόηση των συγκεκριμένων αιτιών της οπτικής μείωσης βοηθά επίσης στη σωστή και αποτελεσματική κατανομή και επένδυση πόρων για μέτρα πρόληψης και ελέγχου καθώς και θεραπείες παιδικών οφθαλμικών παθήσεων (Adhikari et al., 2014).

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να συγκεντρώσει τα ευρήματα του μέχρι πρότινος σχετικού βιβλιογραφικού σώματος ώστε να ιδωθούν συνολικά οι επιπτώσεις των προβλημάτων όρασης στον ψυχισμό των παιδιών. Η εργασία έχει διαρθρωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετεί τον προαναφερθέντα σκοπό. Αρχικά, γίνεται μια αναφορά στα επιδημιολογικά στοιχεία των προβλημάτων όρασης στον παιδικό πληθυσμό και συζητείται η επίδραση αυτών αναφορικά με αναπτυξιακά ζητήματα. Στη συνέχεια, μελετώνται τα ευρήματα ορισμένων ερευνών

σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης που βιώνει ο συγκεκριμένος πληθυσμός. Δίνεται έμφαση στην προσαρμοστική συμπεριφορά αλλά και στην εικόνα σώματος αυτών των παιδιών σε συνάρτηση με τη συνολική ψυχική ευημερία τους. Τελευταία αλλά εξίσου σημαντική είναι η αναφορά που γίνεται στον ρόλο του νοσηλευτή όπου κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην πρόληψη και την καταπολέμηση του προβλήματος (Bakhla et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΑΣΗ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Η όραση είναι η πιο χρησιμοποιημένη από τις πέντε αισθήσεις και είναι ένα από τα κύρια μέσα που χρησιμοποιούμε για τη συλλογή πληροφοριών από το περιβάλλον. Περισσότερο από το 75% των πληροφοριών που λαμβάνονται για τον κόσμο γύρω αποτελείται από οπτικές πληροφορίες. Το μάτι συχνά συγκρίνεται με μια κάμερα. Ο καθένας συγκεντρώνει φως και στη συνέχεια μετατρέπει αυτό το φως σε "εικόνα" (Bourne et al., 2017).

❖ Κερατοειδής χιτών

Ο κερατοειδής είναι το διαφανές, διαυγές στρώμα στο μπροστινό και στο κέντρο του ματιού. Στην πραγματικότητα, ο κερατοειδής χιτώνας είναι τόσο καθαρός που κανείς δεν μπορεί καν να συνειδητοποιήσει ότι είναι εκεί. Ο κερατοειδής χιτώνας βρίσκεται ακριβώς μπροστά από την ίριδα, που είναι το έγχρωμο τμήμα του οφθαλμού. Ο κύριος σκοπός του κερατοειδούς είναι να βοηθήσει στην εστίαση του φωτός καθώς εισέρχεται στο μάτι. Εάν κάποιος φοράει φακούς επαφής, ο φακός επαφής στηρίζεται στον κερατοειδή χιτώνα (Kels et al., 2015).

❖ Ίριδα

Η ίριδα, που είναι το έγχρωμο μέρος του οφθαλμού, ελέγχει την ποσότητα φωτός που εισέρχεται στο μάτι. Η ίριδα είναι ένας ιστός σε σχήμα δακτυλίου με κεντρικό άνοιγμα, το οποίο ονομάζεται κόρη. Η ίριδα έχει έναν δακτύλιο μυϊκών ινών γύρω από την κόρη, η οποία, όταν συστέλλονται, προκαλεί τη συστολή της κόρης (γίνεται μικρότερη). Αυτό συμβαίνει σε έντονο φως. Το δεύτερο σύνολο μυϊκών ινών ακτινοβολεί προς τα έξω από την κόρη. Όταν αυτοί οι μύες συστέλλονται, η κόρη διαστέλλεται (γίνεται μεγαλύτερη). Αυτό συμβαίνει υπό μειωμένο φωτισμό ή στο σκοτάδι. Το χρώμα των ματιών ελέγχεται από την ποσότητα της χρωστικής που εναποτίθεται στα στρώματα της ίριδας. Τα μπλε μάτια έχουν λιγότερη χρωστική ουσία και τα καστανά μάτια έχουν περισσότερη χρωστική ουσία στην ίριδα (Koenes & Karshmer, 2000).

❖ Φακός

Ο φακός είναι μια σαφής, εύκαμπτη δομή που βρίσκεται ακριβώς πίσω από την ίριδα και την κόρη. Ένας δακτύλιος μυϊκού ιστού, που ονομάζεται ακτινωτό σώμα, περιβάλλει τον φακό και συνδέεται με τον φακό με λεπτές ίνες, που ονομάζονται ζώνες. Μαζί, ο φακός και το ακτινωτό σώμα βοηθούν στον έλεγχο της λεπτής εστίασης του φωτός καθώς διέρχεται από το μάτι. Ο φακός, μαζί με τον κερατοειδή, λειτουργεί για να εστιάσει το φως στον αμφιβληστροειδή (Lifshitz et al., 2007).

❖ Χοριοειδής χιτώνας

Μια λεπτή μεμβράνη που αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από αιμοφόρα αγγεία που τρέφει το εξωτερικό τμήμα του αμφιβληστροειδούς. Είναι το πιο οπίσθιο τμήμα του αγγειακού τριχώματος (φύλλο) του ματιού και βρίσκεται μεταξύ του σκληρού χιτώνα και του αμφιβληστροειδούς. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί το πάχος του χοριοειδούς λόγω των πολυάριθμων αγγείων. Είναι το παχύτερο στην περιοχή της ωχράς κηλίδας, οπίσθια (περίπου 0,22 mm) και το λεπτότερο μπροστά (περίπου 0,1 mm) κοντά στο ora serrata όπου τελειώνει μαζί με τον αμφιβληστροειδή (Lewis & Iselin., 2002).

❖ Σκληρός χιτώνας

Ο σκληρός αποκαλείται συνήθως «λευκό των ματιών». Είναι το σκληρό εξωτερικό στρώμα του ματιού, κατασκευασμένο από κολλαγόνο για να βοηθήσει το μάτι να διατηρήσει το σχήμα του. Ο σκληρός χιτώνας καλύπτει σχεδόν ολόκληρη την επιφάνεια του ματιού και είναι εκεί που συνδέονται οι τένοντες των εξωφθάλμιων μυών (Menzel et al., 2010).

❖ Κερατοειδής χιτώνας

Ο κερατοειδής χιτώνας είναι το διαυγές, μπροστινό μέρος του ματιού σε σχήμα θόλου που ευθύνεται για τα δύο τρίτα της διαθλαστικής δύναμης του ματιού. Αποτελείται από ίνες κολλαγόνου που είναι διασυνδεδεμένες σε τόσο μικροσκοπικό επίπεδο ώστε ο κερατοειδής να φαίνεται διαφανής. Αυτό επιτρέπει στο φως να εισέλθει στο μάτι έτσι ώστε να εστιάζεται στον αμφιβληστροειδή. Ο κερατοειδής είναι το διαφανές, διαυγές στρώμα στο μπροστινό και στο κέντρο του ματιού. Στην πραγματικότητα, ο κερατοειδής χιτώνας είναι τόσο καθαρός που κανείς δεν μπορεί καν να συνειδητοποιήσει ότι είναι εκεί. Ο κερατοειδής χιτώνας βρίσκεται ακριβώς μπροστά

από την ίριδα, που είναι το έγχρωμο τμήμα του ματιού. Ο κύριος σκοπός του κερατοειδούς είναι να βοηθήσει στην εστίαση του φωτός καθώς εισέρχεται στο μάτι. Εάν κάποιος φοράει φακούς επαφής, ο φακός επαφής στηρίζεται στον κερατοειδή χιτώνα (Οπακρογυ, 2009).

❖ Αμφιβληστροειδής χιτώνας

Είναι ένας λεπτός πολυεπίπεδος αισθητήριος ιστός που ευθυγραμμίζει το πίσω μέρος του ματιού. Ο αμφιβληστροειδής περιέχει δύο τύπους φωτοϋποδοχέων (νευρώνες) που ονομάζονται ράβδοι και κώνοι. Οι οπτικές πληροφορίες που λαμβάνονται από τους φωτοϋποδοχείς μεταφράζονται σε νευρικά σήματα από τα νεύρα που ονομάζονται γαγγλιακά κύτταρα. Οι ράβδοι είναι πιο άφθονες στον περιφερειακό αμφιβληστροειδή και λειτουργούν για την ανίχνευση αλλαγών φωτός/σκοταδιού, καθώς και σχήματος και κίνησης. Οι κώνοι ανιχνεύουν το χρώμα και διακρίνουν τις λεπτές λεπτομέρειες, γι' αυτό και είναι πιο πυκνές στον κεντρικό αμφιβληστροειδή, ειδικά στον όρμο. Ο αμφιβληστροειδής είναι απολύτως σημαντικός για τη λειτουργία του ματιού και αποτελεί το σημείο για πολλές οφθαλμικές παθήσεις και διαταραχές όπως ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και οι αποκολλήσεις του αμφιβληστροειδούς (Adeoye, 2009).

Ο αμφιβληστροειδής είναι μια λεπτή, διαφανής δομή που καλύπτει το εσωτερικό τοίχωμα του οπίσθιου (πίσω) ματιού. Το φως εισέρχεται στο μάτι και εστιάζεται στον αμφιβληστροειδή, όπου η εικόνα μετατρέπεται σε χημικό σήμα από μικροσκοπικές ράβδους και κώνους, πριν μεταδοθεί μέσω του οπτικού νεύρου στον εγκέφαλο. Ο αμφιβληστροειδής είναι μια πολύ σύνθετη δομή με στρώματα διαφορετικών εξειδικευμένων κυττάρων (Pinquart & Pfeiffer, 2011).

❖ Διαστάσεις βολβού

- ✓ Ο οφθαλμός απαρτίζεται από δύο σφαιρικά τμήματα, το πρόσθιο (κερατοειδής) και το οπίσθιο (χιτώνες, υαλοειδές σώμα κ.λπ) τα οποία είναι τοποθετημένα το ένα μπροστά από το άλλο και διαφορετικού μεγέθους
- ✓ Το πρόσθιο, διαφανές τμήμα

-καταλαμβάνει το 1/6 του συνολικού όγκου και

- έχει ακτίνα καμπυλότητας περίπου 8mm

✓ Το οπίσθιο, μεγαλύτερο και αδιαφανές τμήμα

- καταλαμβάνει τα υπόλοιπα 5/6 και

- εμφανίζει καμπυλότητα 12mm

✓ Σε προσθιοπίσθια τομή ο βολβός έχει μήκος κατά προσέγγιση 24mm

✓ Σε οριζόντια τομή έχει 23,5mm

✓ Σε κάθετη έχει 23mm

Ο βολβός του οφθαλμού αποτελείται από τρεις χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι:

- Ινώδης χιτώνας που περιλαμβάνει το σκληρό και κερατοειδή,
- Ο αγγειώδης χιτώνας που περιλαμβάνει τον χοριοειδή την ίριδα και το ακτινωτό σώμα και
- Ο νεύρινος που περιλαμβάνει το μελάγχρουν επιθήλιο και το νευροαισθητήριο πέταλο.

Ο σκληρός αποτελεί το οπίσθιο τμήμα του ινώδη χιτώνα: Είναι φτιαγμένος από σκληρό υλικό και καλύπτει εξωτερικά το μεγαλύτερο μέρος (περίπου τα 5/6) του βολβού του ματιού. Το όριο μεταξύ σκληρού και κερατοειδή ονομάζεται σκληροκερατοειδές όριο(ΣΚΟ) και πίσω από αυτόν και εσωτερικά του σκληρού εντοπίζεται ο σωλήνας του Schlemm (Mojon-Azzi et al., 2011).

❖ Εσωτερική μεμβράνη των βλεφάρων

Αποτελεί το λεπτό διαφανή ιστός που υπερκαλύπτει τον σκληρό χιτώνα και συνεχίζει στο οπίσθιο τμήμα του άνω και κάτω βλεφάρου. Περιέχει τα περισσότερα ανοσοκύτταρα από όλες τις πρόσθιες δομές των ματιών, χρησιμεύει ως προστατευτικό στρώμα έναντι αλλεργιογόνων και μολυσματικών παραγόντων. Ο επιπεφυκότας μπορεί να διασπαστεί σε τρία δομικά ξεχωριστά μέρη του: ο επιπεφυκότας επιπεφυκότας ευθυγραμμίζει τα εσωτερικά βλέφαρα, ο βολβικός επιπεφυκότας ευθυγραμμίζει τον σκληρό χιτώνα και ο πόνος συνδέει τους δύο

τελευταίους σχηματίζοντας ένα τμήμα θύλακα. Μια φλεγμονή ή λοίμωξη του επιπεφυκότα ονομάζεται επιπεφυκίτιδα (Mayer & Baltes, 2001).

❖ Οπτικό νεύρο

Το οπτικό νεύρο συνδέει κάθε μάτι με τον εγκέφαλο. Είναι μια δομή (όπως ένα καλώδιο βίντεο) που στέλνει την εικόνα που βλέπει το μάτι στον εγκέφαλο, έτσι ώστε οι εικόνες να μπορούν να υποβληθούν σε επεξεργασία. Τα οπτικά νεύρα καταλήγουν σε μια δομή που ονομάζεται οπτικός χιασμός. Σε έναν ενήλικα, το οπτικό νεύρο έχει περίπου τη διάμετρο ενός μολυβιού. Υπάρχουν πάνω από 1 εκατομμύριο μεμονωμένα νευρικά κύτταρα στο οπτικό νεύρο (Lopez-Justicia et al., 2001).

1.2 ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΙ ΜΥΕΣ

Οι μύες του ματιού είναι αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας και της κίνησής του. Οι μύες που σχετίζονται άμεσα με το μάτι περιλαμβάνουν τους εξωφθάλμιους μύες που ελέγχουν την εξωτερική κίνηση του ματιού. τους ενδοφθάλμιους μύες, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την αντίδραση στο φως. Τα ελλείμματα στους μύς ή τα νεύρα που νευρώνουν αυτούς τους μύς μπορεί να οδηγήσουν σε λειτουργική βλάβη των εμπλεκόμενων δομών (Maes & Grietens, 2004).

Υπάρχουν τρεις κύριοι άξονες των οφθαλμικών κινήσεων: κάθετοι, εγκάρσιοι και πρόσθιοι. Η περιστροφή γύρω από τον κατακόρυφο άξονα έχει ως αποτέλεσμα είτε προσαγωγή (έσω κίνηση) είτε απαγωγή (πλάγια κίνηση) του ματιού. Η περιστροφή γύρω από τον εγκάρσιο άξονα προκαλεί ανύψωση (ανώτερη κίνηση) ή κατάθλιψη (κατώτερη κίνηση). Ο πρόσθιος οπίσθιος άξονας επιτρέπει την κίνηση του άνω πόλου του ματιού μεσαία (εσωτερική) ή πλευρικά (εξωστρέφεια). Οι περιστροφές γύρω από τον πρόσθιο άξονα επιτρέπουν στο μάτι να προσαρμοστεί στην κλίση του κεφαλιού. Ο έσω ορθός μυς είναι υπεύθυνος για την έσω περιστροφή γύρω από τον κατακόρυφο άξονα και την πλευρική περιστροφή του ορθού. Ο ανώτερος ορθός μυς ανυψώνει κυρίως το μάτι και συμβάλλει στην προσαγωγή και την εισαγωγή. Ο κατώτερος ορθός συμπίεζει και περιστρέφει πλευρικά το μάτι και συμβάλλει στην προσαγωγή και εξαγωγή. Ο ανώτερος λοξός συμπίεζει και περιστρέφει το μάτι, ενώ ο κάτω λοξός ανυψώνει και περιστρέφει πλευρικά το μάτι. Οι τέσσερις ορθοί μύες προέρχονται από τις ίνες του Zinn. και έχουν μήκος περίπου 40 χιλιοστά. Εισάγουν στον σκληρό χιτώνα λίγα χιλιοστά από τον άκρο. Ο ανώτερος πλάγιος είναι ένας εξωφθάλμιος μυς που

προέρχεται από το πίσω μέρος της τροχιάς. Ταξιδεύει μέσω μιας μικρής τροχαλίας (της τροχλίας) στην τροχιά κοντά στη μύτη και στη συνέχεια προσκολλάται στην κορυφή του ματιού. Η ανώτερη πλάγια περιστρέφει το μάτι προς τα μέσα γύρω από τον μακρύ άξονα του ματιού (εμπρός προς τα πίσω). Η ανώτερη πλάγια κινεί επίσης το μάτι προς τα κάτω (Pinquart & Pfeiffer, 2013).

Ο κατώτερος πλάγιος είναι ένας εξωφθάλμιος μυς που αναδύεται στο μπροστινό μέρος της τροχιάς κοντά στη μύτη. Στη συνέχεια ταξιδεύει προς τα έξω και προς τα πίσω στην τροχιά πριν προσκολληθεί στο κάτω μέρος του βολβού του ματιού. Περιστρέφει το μάτι προς τα έξω κατά μήκος του μεγάλου άξονα του ματιού (εμπρός προς τα πίσω). Ο κατώτερος πλάγιος κινεί επίσης το μάτι προς τα πάνω (Lopez-Justicia et al., 2001).

1.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Οι πέντε αισθήσεις περιλαμβάνουν την όραση, τον ήχο, τη γεύση, την ακοή και την αφή. Η όραση, όπως και οι άλλες αισθήσεις σχετίζεται στενά με άλλα μέρη της ανατομίας μας. Το μάτι συνδέεται με τον εγκέφαλο και εξαρτάται από τον εγκέφαλο για να ερμηνεύσει αυτό που βλέπουμε. Το πώς λειτουργεί η όραση εξαρτάται από τη μεταφορά του φωτός. Το φως περνάει από το μπροστινό μέρος του ματιού (κερατοειδής) στον φακό. Ο κερατοειδής και ο φακός βοηθούν στη συγκέντρωση των ακτίνων φωτός στο πίσω μέρος του ματιού (αμφιβληστροειδής). Τα κύτταρα του αμφιβληστροειδούς απορροφούν και μετατρέπουν το φως σε ηλεκτροχημικά ερεθίσματα τα οποία μεταφέρονται κατά μήκος του οπτικού νεύρου και στη συνέχεια στον εγκέφαλο (Pinquart & Pfeiffer, 2012).

Ο οφθαλμός λειτουργεί σχεδόν το ίδιο με μια κάμερα. Το κλείστρο μιας φωτογραφικής μηχανής μπορεί να κλείσει ή να ανοίξει ανάλογα με την ποσότητα φωτός που απαιτείται για την έκθεση της ταινίας στο πίσω μέρος της κάμερας. Το μάτι, όπως το κλείστρο της κάμερας, λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο. Η ίριδα και η κόρη του ματιού ελέγχουν πόσο φως πρέπει να αφήσει στο πίσω μέρος του ματιού. Όταν είναι πολύ σκοτεινό, οι κόρες μας είναι πολύ μεγάλες, αφήνοντας περισσότερο φως. Ο φακός μιας κάμερας μπορεί να εστιάσει σε αντικείμενα πολύ μακριά και από κοντά με τη βοήθεια καθρεπτών και άλλων μηχανικών συσκευών (Quinn et al., 2003).

1.4 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Ο όρος «οφθαλμολογικές δυσλειτουργίες» (ΟΔ) περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παθήσεων των ματιών και των επιπέδων οπτικής οξύτητας. Συνήθως, όροι όπως η μερική όραση, η χαμηλή όραση η μερική και πλήρης τύφλωση χρησιμοποιούνται σε εκπαιδευτικά πλαίσια για να περιγράψουν μαθητές με ΟΔ. Οι επαγγελματίες υγείας προτιμούν την διάκριση μεταξύ τυφλότητας (οπτικής οξύτητας μικρότερης από 3/60 στο καλύτερο μάτι για διορθωμένη όραση, φορώντας γυαλιά ή φακούς) και αδύναμη όραση (επίπεδο οξύτητας μεταξύ 3/60 και 6/60) (National Information Centre for Children and Youth with Disabilities, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οφθαλμικές διαταραχές αναφέρεται σε μια ομάδα ασθενειών και καταστάσεων που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία ή στην πρώιμη εφηβεία, οι οποίες εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία οδηγούν σε σοβαρή τύφλωση ή κάποια οπτική δυσλειτουργία που είναι πιθανό να μην αντιμετωπιστούν αργότερα στη ζωή. Τα οφθαλμικά προβλήματα μπορεί να είναι συγγενή (συνήθως γενετικά ή μέσω ενδομήτριας προσβολής) ή να αποκτώνται μετά τη γέννηση. Η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία είναι απαραίτητες, προκειμένου να αποφευχθεί η δια βίου όραση. Τα μάτια θα πρέπει να εξετάζονται στον πρώτο νεογνικό έλεγχο, όταν τα μωρά πρέπει να εξετάζονται για δομικές ανωμαλίες όπως καταρράκτη, αδιαφάνεια του κερατοειδούς, πτώση και ρετινοβλάστωμα, ξανά στον έλεγχο έξι εβδομάδων και σε κάθε επίσκεψη προσυμπτωματικού ελέγχου. Κάθε παιδί με οφθαλμική ανωμαλία πρέπει να παραπέμπεται σε οφθαλμίατρο ειδικευμένο σε παιδιατρικούς ασθενείς (Leysen & Heinze, 2001).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με τους Pinguart & Pfeiffer (2014), την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε τετραπλάσια αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ΟΔ σε παιδιά κάτω των πέντε ετών. Το 1997, υπήρχαν περίπου 23.000 παιδιά με ΟΔ στο Ηνωμένο Βασίλειο, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με χαμηλή όραση και εκείνων με πρόσθετες αναπηρίες, με περίπου 9.000 στο δημοτικό.

Πιο πρόσφατα ο Konarska (2007), έθεσε το νούμερο σε ένα στα πέντε για παιδιά κάτω των 5 ετών, αλλά δυσκολεύτηκε να προσδιορίσει το ακριβές ποσοστό των παιδιών με ΟΔ στα γενικά σχολεία. Η ταξινόμηση των ακριβών δεδομένων περιπλέκεται από προβλήματα με την ερμηνεία των στατιστικών αναφορών. Ισχυρίζονται ότι, ανεξάρτητα από το βαθμό εξασθένησης, ορισμένοι στατιστικολόγοι αποκλείουν τα παιδιά με γυαλιά και φακούς επαφής από τα δεδομένα με βάση το ότι αυτές οι διορθωτικές συσκευές αποκαθιστούν την όρασή τους. Ομοίως, ενώ οι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι περισσότερο από το 10% όλων των παιδιών προσχολικής ηλικίας

έχουν μη διαγνωσμένα ΟΔ, λίγοι περιλαμβάνουν αυτόν τον αριθμό στα δεδομένα τους. Ωστόσο, το αναδυόμενο μοτίβο είναι ενδεικτικό μιας συνεχούς αύξησης της συχνότητας εμφάνισης ΟΔ μεταξύ των μικρών παιδιών παγκοσμίως.

Όσον αφορά τον επιπολασμό των ΟΔ σε παιδιά σε παγκόσμια κλίμακα δεν είναι ξεκάθαρος ο ακριβής αριθμός εξαιτίας μεθοδολογικών και υλικοτεχνικών δυσκολιών μιας τέτοιου μεγέθους έρευνας. Βέβαια, η επικράτηση των ΟΔ στα παιδιά είναι σαφώς χαμηλότερη από αυτήν που παρατηρείται στον ενήλικο πληθυσμό, όπου σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα υπάρχουν 36 εκατομμύρια τυφλοί παγκοσμίως και 188 εκατομμύρια έχουν ήπια εξασθένηση όρασης (Konarska, 2007).

Ωστόσο, μερικά επιδημιολογικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι σε αναπτυγμένες χώρες και περιφέρειες (Καναδάς, Δυτική Ευρώπη, Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και Ιαπωνία) το ποσοστό τύφλωσης στα μικρά παιδιά κυμαίνεται από 0,3 έως 0,4 ανά χίλια παιδιά (Leyser & Heinze, 2001).

Σε αναπτυσσόμενες χώρες ο επιπολασμός μπορεί να αγγίζει το 1,2 ανά χίλια παιδιά. Συγκριτικά με τις ιδιαίτερα αναπτυγμένες χώρες, παρατηρείται υψηλότερος επιπολασμός τύφλωσης και ΟΔ σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο επίπεδο ανάπτυξης. Παιδιατρικές οφθαλμικές διαταραχές μπορεί να προκύψουν λόγω γεγονότων που συμβαίνουν κατά την προγεννητική ή νεογνική περίοδο ή την παιδική ηλικία. Οπτικές, ορθοπτικές, ιατρικές και χειρουργικές παρεμβάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση των παιδιατρικών οφθαλμικών διαταραχών. Αυτά πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά σε παιδιά, τα οποία έχουν μοναδικά προβλήματα όσον αφορά τις οφθαλμικές ασθένειες, λόγω της αδυναμίας τους να εκφράσουν τα προβλήματά τους και λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης αμβλυωπίας σε περίπτωση βλάβης της όρασης (Koklanis et al., 2006).

Περίπου 500.000 παιδιά τυφλώνονται κάθε χρόνο, που ισοδυναμεί με ένα παιδί κάθε λεπτό. Το 60% πεθαίνει εντός 1 έως 2 ετών από την τύφλωση. Ο επιπολασμός της παιδικής τύφλωσης είναι ιδιαίτερα υψηλός σε περιοχές με χαμηλούς πόρους. μεταξύ 1,5 εκατομμυρίων τυφλών παιδιών παγκοσμίως, το 70-90% από αυτά βρίσκονται στις φτωχότερες χώρες της Αφρικής και της Ασίας (Kimani et al., 2013).

Ο όρος παιδιατρικές οφθαλμικές διαταραχές καλύπτει όλο το φάσμα των οφθαλμικών παθήσεων όπως εμφανίζεται στον πληθυσμό. Διαφέρει από χώρα σε χώρα, ακόμη και από περιοχή σε περιοχή στην ίδια χώρα. Υπάρχει γενικά έλλειψη δεδομένων σχετικά

με τον επιπολασμό της παιδικής οφθαλμικής νοσηρότητας σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Οι οφθαλμικές διαταραχές στην παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ανάπτυξη, την εκπαίδευση, τις μελλοντικές ευκαιρίες απασχόλησης και την ποιότητα ζωής. Οι συνέπειες είναι ιδιαίτερα σοβαρές σε περιβάλλοντα χαμηλού εισοδήματος όπου οι πόροι και η εκπαίδευση λείπουν. Προγράμματα για τον έλεγχο των παιδιατρικών οφθαλμικών διαταραχών, που ξεκίνησαν κυρίως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον Διεθνή Οργανισμό για την Πρόληψη της Τυφλότητας και από τις εθνικές κυβερνήσεις, υπάρχουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος, ειδικά στην Ευρώπη, όπου η κύρια έμφαση τέτοιων προγραμμάτων έχει δοθεί την πρόληψη της όρασης στην ενήλικη ζωή. Δυστυχώς, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες τέτοια προγράμματα δεν υπάρχουν, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα όρασης στα παιδιά που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί από την πρόωμη περίθαλψη (Khan et al., 2011).

Τα δεδομένα που βασίζονται στον πληθυσμό σχετικά με τον επιπολασμό της παιδικής οφθαλμικής νοσηρότητας και τύφλωσης, τα οποία χρειάζονται για τον καθορισμό προτεραιοτήτων και τον σχεδιασμό στρατηγικών, είναι περιορισμένα παγκοσμίως. Αυτοί οι τύποι μελετών είναι κρίσιμοι για τον προσδιορισμό του μεγέθους του προβλήματος και επίσης για τη διερεύνηση σχετικών παραγόντων κινδύνου, που μπορεί να είναι κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί και/ή βιολογικοί. Μια πληθυσμιακή μελέτη μπορεί να βοηθήσει στην καθιέρωση στοχευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προληπτικών προγραμμάτων προκειμένου να μειωθούν γνωστοί τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου (Onakpoya & Adeoye, 2009).

2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η οπτική ανάπτυξη του παιδιού χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα ορόσημα. Από τη γέννηση έως την ηλικία των τεσσάρων μηνών περίπου, ένα βρέφος αρχίζει να προσαρμόζεται στο φως και να εστιάζει σε αντικείμενα μπροστά του. Από πέντε έως οκτώ μήνες η αντίληψη βάθους και η αναγνώριση προσώπου γίνονται μέρος της

οπτικής συμπεριφοράς του παιδιού. Από εννέα έως δώδεκα μηνών, τα μωρά αρχίζουν να επιδεικνύουν συντονισμό χεριών-ματιών και ακαθάριστη χωρική αναγνώριση καθώς γίνονται κινητά με το να σέρνονται. Αυτές οι δεξιότητες αναπτύσσονται στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους επιτρέποντας στα παιδιά να εξερευνήσουν άλλα αντικείμενα που ενδιαφέρουν το περιβάλλον τους, όπως παιχνίδια και τρόφιμα (Kelsay et al., 2005).

Η γνώση των βασικών βημάτων για την κανονική οπτική ανάπτυξη σε νεαρή ηλικία βοηθά επομένως στην ανάδειξη των πρώτων σημείων καθυστέρησης της οπτικής ανάπτυξης. Μειωμένη ευαισθησία σε έντονα φώτα, καθυστερημένη ή απουσία οπτικής επαφής, επιβραδυνόμενη ανάπτυξη ενός σκόπιμου κοινωνικού χαμόγελου, έλλειψη επίγνωσης των χεριών ενός βρέφους, απουσία κινήσεων των χεριών κατευθυνόμενων από τον στόχο και αποτυχία να στερεωθούν στα γνωστά αντικείμενα όπως παιχνίδια και πρόσωπα μπορεί να είναι όλα προειδοποιητικά σημάδια για τους γονείς ή/και τον παιδίατρο χαμηλής όρασης. Μόλις τα παιδιά αρχίσουν να περπατάνε, τα σημάδια της χαμηλής όρασης μπορεί να είναι πιο εμφανή λόγω της αδεξιότητας με την ανίχνευση, της δυσκολίας να φτάσουν στα παιχνίδια και να κρατήσουν αντικείμενα πολύ κοντά στο πρόσωπο. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να αρχίσουν να εκφράζουν λεκτικά συμπτώματα θολής όρασης, κόπωσης των οφθαλμών ή πονοκεφάλων. Όταν ένα παιδί μαθαίνει να περπατά, το οποίο μπορεί να καθυστερήσει σε συνθήκες χαμηλής όρασης, τα σημάδια της εξασθένησης της όρασης μπορεί να περιλαμβάνουν προβλήματα κατά την πλοήγηση στα κράσπεδα ή τα βήματα, συχνά πτώση αντικειμένων στο πάτωμα ή πρόσκρουση τοίχους και αντικείμενα σε ένα δωμάτιο. Μέχρι τη σχολική ηλικία τα παιδιά με χαμηλή όραση μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες σε εργασίες όπως η ανάγνωση, οι οποίες μπορεί να εκληφθούν ως μαθησιακή δυσκολία (Onakpoya & Adeoye, 2009).

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι οφθαλμίατροι συνιστούν στα παιδιά να κάνουν την πρώτη τους ολοκληρωμένη οφθαλμολογική εξέταση από την ηλικία των έξι μηνών για να διασφαλίσουν ότι τα μάτια τους αναπτύσσονται κανονικά. Μετά από αυτήν την αρχική επίσκεψη, συνιστάται να φέρετε το παιδί σας για δεύτερο οφθαλμολογικό έλεγχο μεταξύ ηλικίας 3-5 ετών και στη συνέχεια ξανά πριν μπει στην πρώτη τάξη. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οι ετήσιες εξετάσεις είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι τα μάτια τους

συνεχίζουν να αναπτύσσονται φυσιολογικά και για να ανιχνεύσουν τυχόν αλλαγές στην όραση ή την οφθαλμική υγεία. Η οφθαλμική ανάπτυξη ξεκινά από τη μήτρα και συνεχίζεται σε όλη την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Η ανάπτυξη καλής όρασης είναι κρίσιμη στα πρώτα έξι χρόνια της ζωής του παιδιού. Αυτός ο χρόνος θεωρείται «ευάλωτη περίοδος» επειδή είναι μια εποχή που τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα στις επιζήμιες αλλαγές της όρασης. Πολλά απειλητικά για την όραση προβλήματα όρασης μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα οφθαλμικής νόσου ή τραύματος στο μάτι που εμφανίζονται τα πρώτα έξι χρόνια της ζωής του παιδιού. Ιδανικά τα παιδιά πρέπει να παραπέμπονται για αξιολόγηση χαμηλής όρασης όσο το δυνατόν νωρίτερα. Συνήθως, τα παιδιά παραπέμπονται στην οφθαλμολογία γύρω από τη σχολική ηλικία ή όταν είναι αρκετά μεγάλα για να εκφράσουν τα συμπτώματα της θολής όρασης. Ορισμένοι γονείς αναζητούν προγενέστερη οφθαλμολογική αξιολόγηση όταν παρατηρούν ότι η οπτική συμπεριφορά του παιδιού τους είναι ανώμαλη ή καθυστερημένη. Τα συστατικά και η σειρά της παιδιατρικής εξέτασης χαμηλής όρασης ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την ικανότητά τους να συμμετέχουν. Ο πρωταρχικός στόχος της παιδιατρικής εξέτασης χαμηλής όρασης είναι να αποκτήσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οπτική λειτουργία του παιδιού (Ganesh et al., 2013)

✓ Ιστορικό

Ο χρόνος για τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού σχετικά με την εμφάνιση, τη σοβαρότητα και την εξέλιξη των συμπτωμάτων χαμηλής όρασης είναι κρίσιμος. Εάν το παιδί είναι αρκετά μεγάλο, είναι σημαντικό να το εμπλέξετε όσο το δυνατόν περισσότερο για να ενθαρρύνετε την υπεράσπιση του εαυτού σας από μικρή ηλικία. Για πολλούς ασθενείς, αυτό θα γίνει όλο και πιο σημαντικό καθώς μαθαίνουν να προστατεύουν την ανεξαρτησία τους καθώς μειώνεται η όρασή τους. Εκτός από τις τυπικές ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό εμφάνισης, τη σοβαρότητα και την εξέλιξη των οπτικών συμπτωμάτων, τα ακόλουθα στοιχεία θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο παιδιατρικό ιστορικό χαμηλής όρασης:

- Οικογενειακό ιστορικό με προβλήματα όρασης
- Βαθμός βλάβης που έχει το παιδί σε καθημερινές δραστηριότητες
- Επίδραση των οπτικών συμπτωμάτων στην ευημερία και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του παιδιού

- Προηγούμενη χρήση βοηθημάτων χαμηλής όρασης, συμπεριλαμβανομένων των γυαλιών
- Δυσκολία σε κοντινές εργασίες ή / και την κινητικότητά τους

✓ Οπτική οξύτητα

Η οπτική οξύτητα πρέπει πάντα να μετράται λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του παιδιού, τις σχολικές επιδόσεις και τη γνωστική του ικανότητα. Ο τυπικός έλεγχος οξύτητας χαμηλής όρασης απαιτεί δοκιμές σε κοντινή απόσταση χρησιμοποιώντας οπτοτύπους κατάλληλους για την ηλικία. Οι δοκιμές μίας γραμμής ενδέχεται να υπερεκτιμήσουν την οπτική οξύτητα σε σύγκριση με τη δοκιμή πλήρους γραφήματος. Ωστόσο, οι δοκιμές πλήρους διαγράμματος μπορεί να προκαλέσουν «συνωστισμό» ή «αλληλεπίδραση περιγράμματος» που μπορεί να υποτιμήσει ψευδώς τα αποτελέσματα. Ο έλεγχος κοντινής όρασης μπορεί να αντικατοπτρίζει περισσότερο τη λειτουργική όραση του παιδιού και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι η μόνη επιλογή εάν το παιδί δεν είναι σε θέση να εντοπίσει τον μεγαλύτερο οπτότυπο από απόσταση (Stojanovic, 2007).

✓ Οπτικά Πεδία

Η αξιολόγηση του οπτικού πεδίου στα μικρά παιδιά μπορεί να είναι δύσκολη. Ωστόσο, τα αποτελέσματα είναι σημαντικά για την κατανόηση του αντίκτυπου της χαμηλής όρασης στην κινητικότητα και τον προσανατολισμό του παιδιού.

Οπτικά πεδία αντιπαράθεσης: Ο έλεγχος πρέπει να πραγματοποιείται με το παιδί να εστιάζει σε ένα κεντρικό αντικείμενο, ενώ μετακινεί πολύχρωμους στόχους στο περιφερειακό πεδίο. Το πόσο μακριά κινούνται τα περιφερειακά κινούμενα αντικείμενα πριν το παρατηρήσει το παιδί είναι το όριο του οπτικού πεδίου. Κινητική περιμετρία: Σε συνεργαζόμενα παιδιά άνω των 6 ετών, ο έλεγχος οπτικού πεδίου Goldman είναι προτιμότερος για αντικειμενική χάραξη τυχόν απώλειας πεδίου και για ανίχνευση παρουσίας οπτικών προβλημάτων (Kaffemaniene, 2000).

✓ Ευαισθησία αντίθεσης

Τα αποτελέσματα των δοκιμών ευαισθησίας αντίθεσης μπορεί να δώσουν εικόνα για τη διαφορά μεταξύ της τυπικής δοκιμής οπτικής οξύτητας ενός παιδιού και της καθημερινής οπτικής λειτουργίας του, καθώς η μειωμένη ευαισθησία αντίθεσης μπορεί να συσχετιστεί με την κακή οπτική λειτουργία παρά τη σχετικά άθικτη οπτική οξύτητα (Ganesh et al., 2013).

✓ Απόκρυψη της δοκιμής Heidi

Απόκρυψη δοκιμής προσώπου χαμηλής αντίθεσης Heidi: Τέσσερα γραφήματα με επίπεδα αντίθεσης 1,25%, 2,5%, 5%, 10%, 25%, 100% και μια κενή κάρτα. Τα παιδιά παρουσιάζονται με δύο κάρτες, το ένα κενό και το άλλο ένα πρόσωπο κινούμενων σχεδίων σε συγκεκριμένο επίπεδο αντίθεσης. Τα παιδιά καλούνται να προσδιορίσουν ποια κάρτα έχει την εικόνα του καρτούν (James, 2007).

✓ Χρωματική όραση

Η αξιολόγηση της χρωματικής όρασης ενός παιδιού μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση των δυσκολιών στην αναγνώριση αντικειμένων καθώς και στην πρόβλεψη μελλοντικών προκλήσεων με τις σχολικές εργασίες. Η κόκκινη/πράσινη όραση χρώματος αξιολογείται χρησιμοποιώντας το τεστ Ishihara. Άλλα επικυρωμένα τεστ έγχρωμης όρασης για παιδιά με μειωμένη οπτική οξύτητα περιλαμβάνουν το τεστ Farnsworth D-15 ή το συντομευμένο τεστ μινιμαλιστικού Mollon-Reffin (MRM). (Jalili, 2005).

✓ Διαθλαστικότητα και χωρητικότητα υποδοχής

Η κυκλοπληγική διάθλαση, ενώ περιλαμβάνεται σε οποιαδήποτε παιδιατρική οφθαλμολογική εξέταση, είναι ιδιαίτερα σημαντική στην παιδιατρική αξιολόγηση χαμηλής όρασης καθώς αυτός ο πληθυσμός έχει υψηλή συχνότητα διαθλαστικού σφάλματος. Επιπλέον, ακόμη και μια μικρή διόρθωση διάθλασης μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη ποιότητα όρασης και οπτικής λειτουργίας. Οι πολυανθρακικοί φακοί συνταγογραφούνται για το πρόσθετο όφελος της προστασίας των ματιών (Jackson, 2008).

✓ Πρόσθετες Δοκιμές

Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να ακολουθηθεί πρόσθετος έλεγχος για τη συλλογή τόσο ανατομικών όσο και λειτουργικών πληροφοριών σχετικά με το οπτικό σύστημα του παιδιού. Τέτοιες δοκιμασίες μπορεί να περιλαμβάνουν: οφθαλμική τομογραφία συνοχής (OCT) του οπτικού νεύρου και / ή ωχρά κηλίδα, ηλεκτροαμφιβληστροειδογράφημα (ERG), και οπτικές προκλητά δυναμικά (VEP). (Ishtiaq et al., 2016).

2.5 ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟ ΜΕΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Κόπωση του οφθαλμού συμβαίνει συνήθως όταν το έντυπο που διαβάζεται τοποθετείται πολύ κοντά στο μάτι. Το έντυπο πρέπει να διατηρείται σε απόσταση 45cm από το μάτι επειδή οι μύες του οφθαλμού κουράζονται από τις μακρές περιόδους χρησιμοποίησης της όρασης για κοντινή εργασία, πρέπει να σχεδιάζονται περίοδοι ανάπαυσης για χαλάρωση των μυών. Για αποφυγή κόπωσης εξαιτίας παρακολούθησης τηλεόρασης η απόσταση πρέπει να είναι 4 -4.5 μέτρα και το δωμάτιο να αερίζεται επαρκώς. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για αποφυγή βλάβης των οφθαλμών. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά πρέπει να διδάσκονται την λήψη των απαραίτητων προφυλακτικών μέτρων στο σπίτι , στο σχολείο και στη βιομηχανία. Τα άτομα που εργάζονται σε εργοστάσια μετάλλων και ισχυρών χημικών ουσιών πρέπει να χρησιμοποιούν προστατευτική θωράκιση προσώπου, άτομα που εργάζονται με πολύ έντονο φως, πρέπει να χρησιμοποιούν θωράκιση οφθαλμών για μείωση της ποσότητας του φωτός όπου εισέρχεται στο μάτι 47 Τα άτομα πρέπει να διδάσκονται πώς να φροντίζουν το μάτι τους , όταν μπαίνει σ'αυτό ξένο σώμα. Η παροχή σωστής πρώτης βοήθειας είναι μεγάλης σπουδαιότητας για πρόληψη βλάβης της όρασης και τύφλωσης Για αποτελεσματική όραση είναι απαραίτητη ισοζυγισμένη διαίτα με επαρκείς ποσότητες βιταμίνης Α. Αν χρησιμοποιούνται γυαλιά για διόρθωση διαθλαστικών ανωμαλιών, πρέπει να εφαρμόζονται καλά και να μην κουράζουν. Εξάλλου, στα παιδιά τα γυαλιά πρέπει να αλλάζονται από τον οφθαλμίατρο, ώστε να συμβαδίζουν με τις αναπτυξιακές μεταβολές που αλλάζουν το βαθμό των διαθλαστικών ανωμαλιών. Η κόρη του οφθαλμού, με τη συστολή και διαστολή της ρυθμίζει την ποσότητα του φωτός που εισέρχεται μέσα σ'αυτό. Κάτω από κανονικές, επομένως συνθήκες δεν είναι

απαραίτητα τα σκούρα γυαλιά. Όμως σε ορισμένες περιπτώσεις το φως που μπαίνει στο μάτι, παρά τη συστολή της κόρης, είναι μεγάλης ποσότητας, όπως το φως αντανακλάται από το χιόνι, στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση σκούρων γυαλιών. Επίσης, όσοι εργάζονται σε περιβάλλον με λίγο φως πρέπει να φορούν σκούρα γυαλιά, όταν βγαίνουν στο ημέρας για να νοιώθουν άνετα (Hrisos et al., 2004).

2.6 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο πρώτος οφθαλμολογικός έλεγχος θα πρέπει να γίνεται με την γέννηση, όταν το νεογνό είναι ακόμη στην κλινική. Ο παιδίατρος θα κάνει μια γενική επισκόπηση των οφθαλμών (έλεγχο βλεφάρων, βολβού, ρόδινη βυθοσκόπηση). Αν υπάρξει οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό ή το νεογνά είναι υψηλού κινδύνου (προωρότης, οικογενειακό, ιστορικό ρετινοβλαστώματος, συγγενούς καταρράκτη, συγγενές γλαύκωμα), θα ζητηθεί λεπτομερής οφθαλμολογική εξέταση από παιδοφθαλμίατρο (Jalili, 2005).

Σε όλα τα βρέφη από 6 έως 12 μηνών θα πρέπει να ελεγχθούν τα ματιά από τον παιδίατρο. Η εξέταση περιλαμβάνει έλεγχο κορικού, αντανακλαστικού, παρακολούθηση αντικειμένων, ύπαρξη στραβισμού. Σε ηλικία 2 ½ έως 4 ετών. Έλεγχος για στραβισμό και μέτρηση οπτικής οξύτητας για κάθε μάτι χωριστά (Huurre et al., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

3.1 ΝΥΣΤΑΓΜΟΣ

Ο Νυσταγμός είναι μια κατάσταση όρασης κατά την οποία τα μάτια κάνουν επαναλαμβανόμενες, ανεξέλεγκτες κινήσεις, με αποτέλεσμα συχνά μειωμένη όραση. Αυτές οι ακούσιες κινήσεις των ματιών μπορεί να συμβούν από τη μία πλευρά στην άλλη, πάνω και κάτω ή σε κυκλικό μοτίβο. Ως αποτέλεσμα, και τα δύο μάτια δεν μπορούν να κρατηθούν σταθερά στα αντικείμενα που βλέπονται. Ασυνήθιστες θέσεις κεφαλής και κούνημα κεφαλής σε μια προσπάθεια αντιστάθμισης της πάθησης μπορεί να συνοδεύουν τον νυσταγμό. Τα περισσότερα άτομα με νυσταγμό μπορούν να μειώσουν τη σοβαρότητα των ανεξέλεγκτων κινήσεων των ματιών τους και να βελτιώσουν την όραση τοποθετώντας τα μάτια τους να κοιτάζουν προς τη μία πλευρά. Αυτό ονομάζεται «μηδενικό σημείο» όπου είναι εμφανής η ελάχιστη ποσότητα νυσταγμού. Για να το επιτύχουν αυτό μπορεί να χρειαστεί να υιοθετήσουν μια συγκεκριμένη στάση κεφαλής για να αξιοποιήσουν με τον καλύτερο τρόπο το όραμά τους (Huurte & Aro, 2000).

Η κατεύθυνση του νυσταγμού ορίζεται από την κατεύθυνση της γρήγορης φάσης του (ένας νυσταγμός που χτυπά δεξιά χαρακτηρίζεται από μια γρήγορη φάση προς τα δεξιά και ένας νυσταγμός που χτυπά προς τα αριστερά από μια γρήγορη φάση προς τα αριστερά). Οι ταλαντώσεις μπορεί να συμβούν στο κατακόρυφο, οριζόντιο ή στρεπτικό επίπεδο ή σε οποιονδήποτε συνδυασμό. Ο νυσταγμός που προκύπτει συχνά ονομάζεται ως μια ακαθάριστη περιγραφή της κίνησης, π.χ. νυσταγμός κάτω από το ρυθμό, νυσταγμός αισιόδοξος, νυσταγμός τραμπάλα, περιοδικός εναλλασσόμενος νυσταγμός (Horwood et al., 2005).

Η ύπαρξη νυσταγμού επηρεάζει τόσο την όραση όσο και την αυτοαντίληψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νυσταγμό έχουν κάποιο είδος περιορισμών στην όραση, επειδή τα μάτια σαρώνουν συνεχώς αυτό που βλέπουν, καθιστώντας αδύνατη τη λήψη μιας καθαρής εικόνας. Εάν διαπιστωθεί διαθλαστικό σφάλμα, οι φακοί επαφής μπορεί να είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απόκτησης της βέλτιστης διόρθωσης της όρασης. και ένας νυσταγμός που χτυπά αριστερά από μια γρήγορη φάση προς τα αριστερά). Οι ταλαντώσεις μπορεί να συμβούν στο κατακόρυφο, οριζόντιο ή στρεπτικό

επίπεδο ή σε οποιονδήποτε συνδυασμό. Ο νυσταγμός που προκύπτει συχνά ονομάζεται ως μια ακαθάριστη περιγραφή της κίνησης, π.χ. νυσταγμός κάτω από το ρυθμό, νυσταγμός αισιόδοξος, νυσταγμός τραμπάλα, περιοδικός εναλλασσόμενος νυσταγμός (Holsen et al., 2001).

Η ύπαρξη νυσταγμού επηρεάζει τόσο την όραση όσο και την αυτοαντίληψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νυσταγμό έχουν κάποιο είδος περιορισμών στην όραση, επειδή τα μάτια σαρώνουν συνεχώς αυτό που βλέπουν, καθιστώντας αδύνατη τη λήψη μιας καθαρής εικόνας. Εάν διαπιστωθεί διαθλαστικό σφάλμα, οι φακοί επαφής μπορεί να είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απόκτησης της βέλτιστης διόρθωσης της όρασης. και ένας νυσταγμός που χτυπά αριστερά από μια γρήγορη φάση προς τα αριστερά). Οι ταλαντώσεις μπορεί να συμβούν στο κατακόρυφο, οριζόντιο ή στρεπτικό επίπεδο ή σε οποιονδήποτε συνδυασμό. Ο νυσταγμός που προκύπτει συχνά ονομάζεται ως μια χονδροειδής περιγραφή της κίνησης, π.χ. νυσταγμός κάτω από το ρυθμό, νυσταγμός αισιόδοξος, νυσταγμός τραμπάλα, περιοδικός εναλλασσόμενος νυσταγμός. Η ύπαρξη νυσταγμού επηρεάζει τόσο την όραση όσο και την αυτοαντίληψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νυσταγμό έχουν κάποιο είδος περιορισμών στην όραση, επειδή τα μάτια σαρώνουν συνεχώς αυτό που βλέπουν, καθιστώντας αδύνατη τη λήψη μιας καθαρής εικόνας. Εάν διαπιστωθεί διαθλαστικό σφάλμα, οι φακοί επαφής μπορεί να είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απόκτησης της βέλτιστης διόρθωσης της όρασης. Ο νυσταγμός που προκύπτει συχνά ονομάζεται ως μια ακαθάριστη περιγραφή της κίνησης, π.χ. νυσταγμός υποτονικής, νυσταγμός αισιόδοξος, νυσταγμός τραμπάλα, περιοδικός εναλλασσόμενος νυσταγμός. Η ύπαρξη νυσταγμού επηρεάζει τόσο την όραση όσο και την αυτοαντίληψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νυσταγμό έχουν κάποιο είδος περιορισμών στην όραση, επειδή τα μάτια σαρώνουν συνεχώς αυτό που βλέπουν, καθιστώντας αδύνατη τη λήψη μιας καθαρής εικόνας. Εάν διαπιστωθεί διαθλαστικό σφάλμα, οι φακοί επαφής μπορεί να είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απόκτησης της βέλτιστης διόρθωσης της όρασης. Ο νυσταγμός που προκύπτει συχνά ονομάζεται ως μια ακαθάριστη περιγραφή της κίνησης, π.χ. νυσταγμός κάτω από το ρυθμό, νυσταγμός αισιόδοξος, νυσταγμός τραμπάλα, περιοδικός εναλλασσόμενος νυσταγμός. Η ύπαρξη νυσταγμού επηρεάζει τόσο την όραση όσο και την αυτοαντίληψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νυσταγμό έχουν κάποιο είδος περιορισμών στην όραση, επειδή τα μάτια σαρώνουν συνεχώς αυτό που βλέπουν, καθιστώντας αδύνατη τη λήψη μιας καθαρής εικόνας. Εάν διαπιστωθεί

διαθλαστικό σφάλμα, οι φακοί επαφής μπορεί να είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απόκτησης της βέλτιστης διόρθωσης της όρασης (Holmes et al., 2008).

3.2 ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ

Στραβισμός είναι οποιαδήποτε κακή ευθυγράμμιση των ματιών. Υπολογίζεται ότι το 4% του πληθυσμού των ΗΠΑ έχει στραβισμό. Ο στραβισμός περιγράφεται συχνότερα από την κατεύθυνση της κακής ευθυγράμμισης των ματιών. Συνηθισμένοι τύποι στραβισμού είναι η εσωτροπία (στροφή προς τα μέσα), η εξωτροπία (στροφή), η υποτροπία (ανατροπή) και η υπερτροπία (στροφή). Η μη ευθυγράμμιση των ματιών μπορεί να προκαλέσει αμβλυωπία στα παιδιά. Όταν τα μάτια είναι προσανατολισμένα σε διαφορετικές κατευθύνσεις, ο εγκέφαλος λαμβάνει δύο διαφορετικές οπτικές εικόνες. Ο εγκέφαλος θα αγνοήσει την εικόνα από το άστοχο μάτι για να αποφύγει τη διπλή όραση, με αποτέλεσμα την κακή ανάπτυξη αυτού του ματιού. Επίσης, ένα μάτι που βλέπει άσχημα τείνει να είναι ακατάλληλο. Ο στόχος της θεραπείας στραβισμού είναι η βελτίωση της ευθυγράμμισης των ματιών, η οποία επιτρέπει καλύτερη συνεργασία μαζί (διόφθαλμη όραση). Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει γυαλιά, φακούς επαφής, ασκήσεις ματιών (Hodge et al., 2013).

Ο στραβισμός είναι μια κοινή παιδική διαταραχή με παγκόσμια επικράτηση περίπου 2,1%-3%. Η ακριβής αιτιολογία παραμένει άγνωστη και πιστεύεται ότι έχει πολυπαραγοντική προέλευση. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στραβισμού περιλαμβάνουν το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα πρόωρα βρέφη με αμφιβληστροειδοπάθεια προωρότητας, χαμηλό βάρος γέννησης και οικογενειακό ιστορικό στραβισμού (Richard & Michael, 2006).

Ο στραβισμός μπορεί να έχει βαθιές συνέπειες για το παιδί και τους γονείς του με αρνητικό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο που αρχίζει να επηρεάζει τα παιδιά ήδη από την ηλικία των 4 ετών. Εάν αφεθεί χωρίς διόρθωση, ο αντίκτυπος εντείνεται σε όλη την εφηβεία και την ενηλικίωση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο αποκλεισμός από τους συνομηλίκους, η κοινωνική απομόνωση και η δυσκολία στην επικοινωνία είναι από τα κύρια κοινωνικά στίγματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Το προσβεβλημένο παιδί είναι επίσης πιθανό να έχει κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Adegbehingbe et al, 2005).

3.3 ΑΜΒΛΥΩΠΙΑ

Η αμβλυωπία είναι μια οπτική δυσλειτουργία λόγω της διακοπής της φυσιολογικής οπτικής ανάπτυξης. Ο επιπολασμός αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 1% έως 6,1% ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που μελετήθηκε και τα κριτήρια οπτικής οξύτητας που χρησιμοποιήθηκαν. Η αμβλυωπία είναι μια σημαντική αιτία απώλειας της οφθαλμικής όρασης στην ηλικιακή ομάδα 20 έως 70 ετών, και οι ασθενείς κινδυνεύουν να χάσουν την όραση στο υγιές μάτι. Επειδή η αμβλυωπία επηρεάζει την όραση μονομερώς στα περισσότερα παιδιά, η ανάγκη για προγράμματα προληπτικού ελέγχου και θεραπεία με μπαλώματα έχει αμφισβητηθεί. Οι μετρήσεις ποιότητας ζωής που λαμβάνονται με ερωτηματολόγια έχουν γίνει ένα όλο και πιο σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της σωματικής, λειτουργικής και ψυχολογικής ευημερίας των ασθενών. Υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε σχέση με την όραση, και έχουν αναπτυχθεί ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης σε διάφορες οφθαλμικές παθήσεις (Aldebasi, 2013).

Η αμβλυωπία, συμβαίνει όταν το ένα ή και τα δύο μάτια δεν αναπτύσσουν φυσιολογική όραση κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Τα μωρά δεν γεννιούνται με όραση 20/20 σε κάθε μάτι αλλά πρέπει να την αναπτύσσουν μεταξύ γέννησης και ηλικίας 6-9 ετών χρησιμοποιώντας τακτικά κάθε μάτι με την ίδια εστιασμένη εικόνα να πέφτει στον αμφιβληστροειδή του κάθε ματιού. Εάν αυτό δεν συμβεί στο ένα ή και στα δύο μάτια, η όραση δεν θα αναπτυχθεί σωστά. Αντίθετα, η όραση θα μειωθεί και το προσβεβλημένο μάτι λέγεται ότι είναι αμβλυωπικό. Αυτή η κοινή κατάσταση, που επηρεάζει έως και το 4% όλων των παιδιών, θα πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί κατά τη βρεφική ή πρώιμη παιδική ηλικία για να επιτευχθεί η βέλτιστη τρισδιάστατη όραση και να αποφευχθεί η μόνιμη απώλεια όρασης (Alimonovic & Runjic, 2011).

Ο στραβισμός είναι η πιο κοινή αιτία αμβλυωπίας. Όταν και τα δύο μάτια δεν στοχεύουν ακριβώς στην ίδια κατεύθυνση, ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος «απενεργοποιεί» την εικόνα από το μη ευθυγραμμισμένο μάτι για να αποφύγει τη διπλή όραση και το παιδί χρησιμοποιεί μόνο το καλύτερο μάτι - το κυρίαρχο μάτι. Εάν αυτό επιμένει για μια περίοδο ακόμη και για λίγες εβδομάδες, το μάτι δεν θα συνδεθεί σωστά με τον οπτικό φλοιό του εγκεφάλου και θα προκύψει αμβλυωπία. Το άνισο διαθλαστικό σφάλμα είναι μια κατάσταση των ματιών στην οποία κάθε μάτι έχει

διαφορετικό διαθλαστικό σφάλμα και ως εκ τούτου και τα δύο μάτια δεν μπορούν να είναι εστιασμένα ταυτόχρονα. Η αμβλυωπία εμφανίζεται όταν το ένα μάτι (συνήθως το μάτι με το μεγαλύτερο διαθλαστικό σφάλμα) είναι εκτός εστίασης επειδή είναι πιο μυωπικό, διορατικό ή αστιγματικό από το άλλο. Και πάλι, ο εγκέφαλος "απενεργοποιεί" την εικόνα από το λιγότερο εστιασμένο μάτι και αυτό το μάτι δεν θα αναπτύξει φυσιολογική όραση. Επειδή τα μάτια συχνά φαίνονται φυσιολογικά, αυτός μπορεί να είναι ο πιο δύσκολος τύπος αμβλυωπίας για ανίχνευση και απαιτεί προσεκτικό έλεγχο της όρασης των μετρήσεων της οξύτητας σε μικρή ηλικία. Η θεραπεία με γυαλιά ή φακούς επαφής για τη διόρθωση του διαθλαστικού σφάλματος και των δύο ματιών, μερικές φορές με μπαλώματα μερικής απασχόλησης του καλύτερου οράματος, είναι απαραίτητη στην πρώιμη παιδική ηλικία για να διορθωθεί το πρόβλημα (Blakemore, 2001).

Η Απόφραξη ή θολερότητα στους φυσιολογικά καθαρούς ιστούς των ματιών μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αμβλυωπία. Κάθε διαταραχή που εμποδίζει την εστίαση μιας καθαρής εικόνας μπορεί να εμποδίσει το σχηματισμό μιας καθαρής εικόνας στον αμφιβληστροειδή και να οδηγήσει στην ανάπτυξη αμβλυωπίας σε ένα παιδί. Αυτό συχνά καταλήγει στην πιο σοβαρή μορφή αμβλυωπίας. Παραδείγματα διαταραχών που μπορεί να παρεμποδίσουν τη λήψη μιας σαφούς εικόνας στον αμφιβληστροειδή είναι ένας καταρράκτης ή θολό φακός στο εσωτερικό του ματιού, ένας θολός ή ακανόνιστου σχήματος κερατοειδής, ή μια πτώση του άνω βλεφάρου (πτώση) ή όγκος των βλεφάρων. Δεν είναι εύκολο να αναγνωριστεί αμβλυωπία. Ένα παιδί μπορεί να μην γνωρίζει ότι έχει ένα φυσιολογικό μάτι και ένα με μειωμένη όραση. Αν το παιδί δεν έχει σωστό μάτι ή άλλη εμφανή εξωτερική ανωμαλία, συχνά δεν υπάρχει τρόπος για τους γονείς να πουν ότι κάτι δεν πάει καλά. Επιπλέον, είναι δύσκολο να μετρηθεί η όραση σε πολύ μικρά παιδιά σε ηλικία στην οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Για τη θεραπεία της αμβλυωπίας, ένα παιδί και ο φροντιστής τους πρέπει να ενθαρρυνθούν να χρησιμοποιήσουν το ασθενέστερο μάτι. Η κηλίδωση συχνά θα συνεχιστεί για εβδομάδες, μήνες ή ακόμη και χρόνια προκειμένου να αποκατασταθεί η φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική όραση και να διατηρηθεί η βελτίωση στο αμβλυωπικό μάτι. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη ή χειρουργική επέμβαση γλαυκώματος μπορεί να είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της αμβλυωπίας στέρησης. Η θεραπεία βελτίωσε την όραση πολλών από τα μεγαλύτερα παιδιά με αμβλυωπία που μελετήθηκαν σε κέντρα

ματιών. Προηγουμένως, οι επαγγελματίες οφθαλμολογικής φροντίδας συχνά πίστευαν ότι η θεραπεία της αμβλυωπίας σε μεγαλύτερα παιδιά θα είχε μικρό όφελος (Bora & Berk, 2016).

3.4 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Ο όρος «Συγγενής καταρράκτης» αναφέρεται σε θολώσεις του φακού που γίνονται εμφανείς από την γέννηση ή στους πρώτους μήνες της ζωής. Συγγενείς ζωνοειδείς θολώσεις του πυρήνα του φακού, συχνά εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου και γίνονται αντιληπτές αργά στην παιδική ηλικία, όταν η επίδρασή τους στην όραση είναι πια μη ανατάξιμη. Ο συγγενής καταρράκτης υπάρχει σε 2-3 ανά 10.000 γεννήσεις παιδιών. Η παρουσία ενός οπτικά σημαντικού καταρράκτη σε ένα παιδί θεωρείται επείγουσα διαταραχή. Η προκύπτουσα στέρωση της όρασης απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του εμποδίου, άμεση οπτική διόρθωση και θεραπεία αμβλυωπίας σε μονομερείς περιπτώσεις. Μέχρι τη δεκαετία του 1970, θεωρούνταν γενικά ότι δεν υπήρχαν μέσα αποκατάστασης της όρασης σε ένα μάτι με μονομερή συγγενή καταρράκτη. Ωστόσο, επακόλουθες μελέτες έδειξαν ότι θα μπορούσαν να επιτευχθούν εξαιρετικά οπτικά αποτελέσματα με πρόιμη χειρουργική θεραπεία σε συνδυασμό με οπτική διόρθωση με φακό επαφής και θεραπεία με μπαλώματα στο μάτι. Ωστόσο, Τα αποτελέσματα της θεραπείας εξακολουθούν να είναι φτωχά σε ορισμένα βρέφη με μονομερή συγγενή καταρράκτη λόγω καθυστέρησης της θεραπείας ή κακής συμμόρφωσης με τη φθορά των φακών επαφής ή τη θεραπεία με μπαλώματα στο μάτι. Η Μελέτη Θεραπείας Αφακίας Βρέφους (IATS) σχεδιάστηκε για να συγκρίνει τα οπτικά αποτελέσματα σε παιδιά ηλικίας 1 έως 6 μηνών με μονόπλευρο συγγενή καταρράκτη τυχαίοποιημένο σε οπτική αφακική διόρθωση με φακούς επαφής ή ενδοφθάλμιο φακό (IOL). Τα παιδιά που τυχαίοποιήθηκαν σε θεραπεία με IOL είχαν το υπολειπόμενο διαθλαστικό σφάλμα τους να διορθωθεί με γυαλιά (Bolat et al., 2011).

3.5 ΕΣΩΤΡΟΠΙΑ

Η προσαρμοστική εσωτροπία αναφέρεται σε διασταύρωση των ματιών που προκαλείται από τη μυωπία. Η προσαρμοστική εσωτροπία είναι ένας τύπος στραβισμού. Τα παιδιά που είναι μυωπικά εστιάζουν εύκολα και αυτόματα σε αντικείμενα από απόσταση και κοντά μέσω του καταλύματος. Ως αποτέλεσμα, ένα

παιδί που είναι μυωπικό συνήθως δεν έχει θολή όραση. Ωστόσο, σε ορισμένα παιδιά που είναι μυωπικά, αυτή η διευκολυντική προσπάθεια σχετίζεται με μια αντανακλαστική διασταύρωση των ματιών. Η προσαρμοστική εσωτροπία μπορεί να ξεκινήσει οπουδήποτε από την ηλικία των 4 μηνών έως 6 ετών. Η συνήθης ηλικία έναρξης είναι μεταξύ 2 και 3 ετών. Η πλήρης χρήση της κατάλληλης συνταγής υπερτροφικών γυαλιών ή φακών επαφής θα ελέγχει συχνά την εσωτροπία. Όταν φορά τη διόρθωση, το παιδί δεν θα χρειαστεί να προσαρμοστεί και ως εκ τούτου το σχετικό αντανακλαστικό διασταύρωσης των ματιών θα εξαφανιστεί. Ωστόσο, μετά την αφαίρεση της προβλεπόμενης διόρθωσης, η διασταύρωση θα εμφανιστεί ξανά, ίσως ακόμη περισσότερο από πριν το παιδί αρχίσει να φορά τη διόρθωση. Μερικές φορές η διόρθωση θα προκαλέσει την εξαφάνιση της διέλευσης μόνο όταν το παιδί δει ένα μακρινό αντικείμενο. Υπό αυτές τις συνθήκες, ένας διεστιακός φακός συνταγογραφείται συχνά για να επιτρέψει στο παιδί να έχει ίσια μάτια σε όλες τις αποστάσεις θέασης. Ένα πιθανό πλεονέκτημα των φακών επαφής σε σύγκριση με τα γυαλιά κατά τη διόρθωση υπερμετροπικών δυνάμεων είναι η μείωση της προσαρμοστικής ζήτησης (Augestad & Jiang, 2015).

Η αυξημένη προσπάθεια σύγκλισης των ματιών με γυαλιά απαιτεί να περάσει κάποιος από το πρίσμα που προκύπτει όταν βλέπει ένα κοντινό αντικείμενο. Μερικές φορές η διόρθωση θα προκαλέσει την εξαφάνιση της διέλευσης μόνο όταν το παιδί δει ένα μακρινό αντικείμενο. Ωστόσο, όταν το βλέμμα στρέφεται σε κοντινά αντικείμενα, η διασταύρωση μπορεί να παραμείνει παρά τη χρήση της διόρθωσης. Σε Ijzauτές τις συνθήκες, συχνά συνταγογραφείται ένας διεστιακός φακός που επιτρέψει στο παιδί να έχει ίσια μάτια σε όλες τις αποστάσεις θέασης. Ένα πιθανό πλεονέκτημα των φακών επαφής σε σύγκριση με τα γυαλιά κατά τη διόρθωση υπερμετροπικών δυνάμεων είναι η μείωση της προσαρμοστικής ζήτησης (Arvind & Clare, 2010).

Η αυξημένη προσπάθεια σύγκλισης των ματιών με γυαλιά απαιτεί να περάσει κάποιος από το πρίσμα που προκύπτει κατά την προβολή ενός κοντινού αντικειμένου. Μερικές φορές η διόρθωση θα προκαλέσει την εξαφάνιση της διέλευσης μόνο όταν το παιδί δει ένα μακρινό αντικείμενο. Ένα πιθανό πλεονέκτημα των φακών επαφής σε σύγκριση με τα γυαλιά κατά τη διόρθωση των υπερμετροπικών δυνάμεων είναι η μείωση της προσαρμοστικής ζήτησης. Η αυξημένη προσπάθεια σύγκλισης των ματιών με γυαλιά απαιτεί να περάσει κάποιος από το πρίσμα που προκύπτει κατά την προβολή ενός

κοντινού αντικειμένου. ένας διεστιακός φακός συνταγογραφείται συχνά για να επιτρέπει στο παιδί να έχει ίσια μάτια σε όλες τις αποστάσεις θέασης (Bradley, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο επιπολασμός των οφθαλμολογικών διαταραχών αυξάνεται με την ηλικία. Για παράδειγμα, οι Bolat et al., (2011) υπολόγισαν ότι στις ΗΠΑ μεταξύ 7,8% των ατόμων 12-19 ετών και 31% των ενηλίκων 60 ετών και άνω έχουν ελλιπή οπτική οξύτητα, που ορίζεται ως παρουσίαση της οπτικής οξύτητας.

Λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις της απώλειας όρασης στην καθημερινή ζωή, πιστεύεται ότι η περιορισμένη απόδοση της όρασης σχετίζεται αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία. Με τον όρο ψυχολογική ευεξία αναφερόμαστε στις εσωτερικές, ατομικές καταστάσεις, όπου παρατηρούνται υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων / χαμηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων, αυτοαποδοχή και ικανοποίηση από τη ζωή.

Οι Carlton & Kaltenthaler (2011), πρότειναν ότι όσοι έχουν προβλήματα όρασης από την παιδική ηλικία θα το έβρισκαν ευκολότερο, καθώς δε θα χρειάζονταν να μάθουν να ζουν με μια νέα κατάσταση. Επιπλέον, η διπλή επιβάρυνση άλλων απωλειών που σχετίζονται με την ηλικία και η εξασθένιση της όρασης μπορεί να λειτουργήσει ως ιδιαίτερα ισχυρή απειλή για τη διατήρηση της ψυχολογικής ευεξίας με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, περιμέναμε ότι οι διαφορές μεταξύ της ψυχικής ευημερίας των ατόμων με προβλήματα όρασης θα γίνονταν ισχυρότερες με την πάροδο της ηλικίας.

4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα παιδιά με οφθαλμολογικά προβλήματα μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες που οδηγούν σε συναισθηματικές διαταραχές. Υπάρχουν διάφορες αιτίες για την εμφάνιση των διαταραχών διάθεσης στα παιδιά με απώλεια όρασης, όπως η μειωμένη κινητικότητα, η μοναξιά, οι λιγότερες ευκαιρίες για μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, και η μεγαλύτερη εξάρτηση από εξωτερική βοήθεια. Επιπλέον, η μειωμένη συμμετοχή

σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο τους μπορεί να συμβάλει σε παιδιά που έχουν αυξημένο κίνδυνο διαταραχών της διάθεσης. Επιπλέον, τα παιδιά με απώλεια όρασης μπορεί να δυσκολεύονται να προβλέψουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις άλλων ανθρώπων από τις εκφράσεις του προσώπου για τα συναισθήματά τους.

Η πρόληψη των διαταραχών της διάθεσης και η προώθηση της καλής ψυχικής υγείας είναι σημαντικά στοιχεία για όλα τα παιδιά. Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, στην 5η Έκδοση, η διάθεση ορίζεται ως ένα διαδεδομένο και διαρκές συναίσθημα που χρωματίζει τις αντιλήψεις των ανθρώπων για τον κόσμο (American Psychiatric Association, 2013).

Τα κοινά παραδείγματα διαταραχών της διάθεσης περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ακραία έξαρση, θυμό και άγχος. Η αυτογνωσία για μια πιθανή εξασθένηση και μια αντιληπτή ψυχοκοινωνική λειτουργία μπορεί να είναι σημαντική για την προσωπική ευημερία. Επιπλέον, η κοινωνική ικανότητα σχετίζεται με τη διαπροσωπική λειτουργία και την επικοινωνία και τα ελλείμματα κοινωνικής γνώσης μπορεί να συνδέονται με την κατάθλιψη (Cash, 2011).

Οι πιο διαδεδομένοι τύποι διαταραχών της διάθεσης είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονη και σοβαρή χαμηλή διάθεση ή απώλεια απόλαυσης και ενδιαφέροντος και σχετίζονται με ταλαιπωρία και λειτουργική βλάβη. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), δηλώνει: *«Τα κοινά χαρακτηριστικά όλων των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η παρουσία θλιμμένης, κενής ή ευερέθιστης διάθεσης, που συνοδεύεται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει»*. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το 10-15% των εφήβων και τα κορίτσια είναι πολύ πιο πιθανό να διαγνωστούν με κατάθλιψη από ότι τα αγόρια.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), *«Οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν διαταραχές που μοιράζονται χαρακτηριστικά υπερβολικού φόβου και άγχους και σχετικές διαταραχές συμπεριφοράς. Ο φόβος είναι η συναισθηματική απάντηση σε πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή, ενώ το άγχος είναι η πρόβλεψη μελλοντικής απειλής»*. Επιπλέον, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία διαιρεί τις διαταραχές άγχους σύμφωνα με τα διαγνωστικά τους χαρακτηριστικά: διαταραχές άγχους διαχωρισμού, συγκεκριμένες φοβίες, διαταραχές κοινωνικού άγχους,

διαταραχές πανικού, αγοραφοβία, γενικευμένες διαταραχές άγχους και διαταραχές άγχους λόγω άλλων ιατρικών καταστάσεων. Το άγχος και οι διαταραχές της διάθεσης συγκαταλέγονται μεταξύ των συνηθέστερων συναισθηματικών διαταραχών στους νέους και μπορεί να επηρεάσουν το 5-15% των παιδιών και των εφήβων (American Psychiatric Association, 2013).

Σε περιπτώσεις όπου τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε διαταραχές της διάθεσης, είναι σημαντικό να λάβουν υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης μόλις εντοπιστούν προκειμένου να προωθηθεί η βέλτιστη ψυχική υγεία. Η δημοσιευμένη βιβλιογραφία σχετικά με την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες με προβλήματα όρασης περιέχει αντιφατικά στοιχεία. Είναι πιθανό ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα με τη λειτουργικότητα τους, τα οποία μπορεί να τους οδηγήσουν σε κατάθλιψη και άγχος. Δεδομένου ότι η πρόωμη έναρξη της κατάθλιψης είναι πρόδρομος για σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχολογική δυσλειτουργία στην ενηλικίωση είναι σημαντικό να εξεταστεί προσεκτικά αυτή η βιβλιογραφία ώστε να αναπτυχθούν στρατηγικές για την πρόληψη της ψυχικής δυσφορίας (Cassetti et al., 2019).

Μετά την αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας, εντοπίστηκε μια συστηματική ανασκόπηση που σχετίζεται με την ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών και των νέων που έχουν προβλήματα όρασης μια ανασκόπηση αναφορικά με τις μεθόδους αποκατάστασης για παιδιά με χαμηλή όραση και μια που σχετίζεται με τη διαχείριση των διαταραχών του ύπνου σε παιδιά με προβλήματα όρασης. Επιπλέον, βρέθηκε μια μετα-ανάλυση που σχετίζεται με ενήλικες και ψυχολογική ευεξία σε άτομα με προβλήματα όρασης και άτομα χωρίς αυτήν. Μελέτες εξέτασαν τα γενικά συναισθηματικά ή ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών με προβλήματα όρασης και ένας μελέτησε το φόβο. Μεταξύ των μελετών προαναφερθέντων μελετών, ορισμένες διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με προβλήματα όρασης είχαν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα από ό, τι τα παιδιά με τυπική όραση, διαφορετικό περιεχόμενο και περισσότερο φόβο μεταξύ των παιδιών με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με τα παιδιά με προβλήματα όρασης. Από τις υπάρχουσες μελέτες, μερικές δεν βρήκαν συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαφορές μεταξύ παιδιών με προβλήματα όρασης και παιδιών με προβλήματα όρασης (Cyz et al., 2015).

Δύο μελέτες έδειξαν ότι η αύξηση της σοβαρότητας της όρασης μπορεί να αυξήσει τις διαταραχές της διάθεσης και την αίσθηση της μοναξιάς και του φόβου που βιώνουν τα παιδιά με προβλήματα όρασης. Τα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν 26–57% περισσότερα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα από τον πληθυσμό με προβλήματα όρασης. Παλαιότερες μελέτες ανέφεραν ότι περίπου το 57% των παιδιών με προβλήματα όρασης είχαν ψυχικά προβλήματα και σε πιο πρόσφατες μελέτες μόνο το 24%. Τα πιο συνηθισμένα συναισθηματικά προβλήματα σε παιδιά με προβλήματα όρασης είναι προβλήματα προσοχής, άγχους, μειωμένης πρωτοβουλίας και επικοινωνίας, παθητική επιθετικότητα, ανορεξία, διαταραχές διατροφής, ενούρησης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Alimovic & Runjic, 2011).

Μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά με προβλήματα όρασης είχαν επίπεδα κατάθλιψης παρόμοια με τα παιδιά που έχουν τυπική όραση. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ των παιδιών με προβλήματα όρασης ήταν υψηλότερος από εκείνων που δεν είχαν σχετικά προβλήματα (Garaigordobil & Bernara's, 2009).

Μία μελέτη από την Ινδία και μία από την Ιαπωνία δεν διαπίστωσαν καμία διαφορά στο άγχος μεταξύ εφήβων με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με τους εφήβους με όραση, αλλά τρεις μελέτες ανέφεραν τα αντίθετα αποτελέσματα. Μόνο μία μελέτη ανέφερε διαφορετικούς τύπους και περισσότερο φόβο μεταξύ των παιδιών με ολική ή μερική απώλεια όρασης. Η επικράτηση 8,7% για την ψυχιατρική νοσηρότητα μεταξύ 92 μαθητών από σχολεία για τυφλούς μαθητές στην Ινδία, ενώ ο επιπολασμός μεταξύ των παιδιών με προβλήματα όρασης ήταν 12,8% (Visagie et al., 2013).

Σε μια πρόσφατη μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Harris & Lord (2016), διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 11 ετών με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με παιδιά τυπικής όρασης της ίδιας ηλικίας. Μελέτες έδειξαν ότι τα κορίτσια με προβλήματα όρασης είχαν πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους από ό, τι τα αγόρια με προβλήματα όρασης.

Διαχρονικές μελέτες διαπίστωσαν ότι παιδιά και νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε προβλήματα ψυχικής υγείας από ό, τι τα παιδιά και οι έφηβοι με τυπικά αναπτυσσόμενη όραση. Επίσης ισχυρίζονται ότι σε

μια τετραετή περίοδο, εκείνοι που ήταν σωματικά ενεργοί είχαν μεγαλύτερη μείωση στα ψυχολογικά τους προβλήματα από ό, τι εκείνοι που παρέμειναν αδρανείς την ίδια περίοδο (Brunes et al., 2015).

Οι Piquart & Pfeiffer (2014), διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι με επίκτητη σοβαρή απώλειες όρασης ήταν λιγότερο πιθανό να μειώσουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα αργότερα στη ζωή τους. Η πλειονότητα των προαναφερθέντων μελετών έδειξε ότι τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης είχαν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα από ό, τι οι ομότιμοι χωρίς προβλήματα όρασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια με προβλήματα όρασης μπορεί να εμφανίζουν συχνότερα σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης από ό, τι τα αγόρια με προβλήματα όρασης, κάτι που συμβαδίζει με τα αποτελέσματα για τον γενικό πληθυσμό των εφήβων που ανέφερε. Λόγω των διαφορετικών ερευνητικών σκοπών, των σχεδίων μελέτης, των δειγμάτων, των μετρήσεων και των αναλύσεων της ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα των μελετών στα μελετώμενα άρθρα ήταν ασυνεπή.

Οι νέοι και τα παιδιά με προβλήματα όρασης μπορεί να έχουν λιγότερες ευκαιρίες να κάνουν φίλους και μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης και, κατά συνέπεια, μπορεί να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα επικοινωνίας. Ωστόσο, διαφορετικές κοινωνίες έχουν διαφορετικά εκπαιδευτικά συστήματα για παιδιά και νέους με προβλήματα όρασης και αυτή η ρύθμιση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση διαφορετικών τύπων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ο τρόπος ζωής, η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, το επίπεδο ενοποίησης και τα κοινωνικά δίκτυα ενδέχεται να διαφέρουν. Φια πολλούς μαθητές, η επιτυχία στην ανεξάρτητη διαβίωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη φύση και το εύρος των υπηρεσιών που έλαβαν κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων δευτεροβάθμιας και μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η υπερπροστασία θα μπορούσε να τους προκαλέσει να αισθάνονται λιγότερο ελκυστικοί και απογοητευμένοι και, κατά συνέπεια, θα μπορούσαν να έχουν σχετικά περισσότερα και πιο έντονα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα (Visagie et al., 2013).

Η καλύτερη κοινωνική υποστήριξη, ειδικά η υποστήριξη από φίλους, μπορεί να είναι σημαντική για να βοηθηθούν τα παιδιά με προβλήματα όρασης να μειώσουν τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συναισθηματικών τους προβλημάτων, καθώς και τα

συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Οι ευκαιρίες για παιδιά με απώλεια όρασης να συμμετέχουν κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η αναφερόμενη σημασία του βαθμού απώλειας όρασης διέφερε μεταξύ των παραπάνω μελετών σε αυτό το κεφάλαιο. Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες έδωσαν λίγη προσοχή σε παιδιά με μετριοπαθή προβλήματα όρασης. Η έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων από την άποψη αυτή μπορεί επομένως να δημιουργήσει μεροληψία στη δημιουργία συμπερασμάτων. Η ένταξη παιδιών με προβλήματα όρασης στα γενικά σχολεία δεν φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στην εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης. Σε 12 από τις 17 μελέτες, τα δείγματα λήφθηκαν από ειδικά σχολεία για τυφλούς μαθητές. Ωστόσο, ανέφεραν λιγότερες ψυχιατρικές οι διαταραχές μεταξύ των παιδιών σε ειδικά σχολεία στην Ινδία σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης από τα γενικά σχολεία. Σε ορισμένες χώρες, τα παιδιά με προβλήματα όρασης μπορεί να έχουν καλύτερο σύστημα υποστήριξης εάν φοιτούν σε ειδικά σχολεία για μαθητές που είναι τυφλοί (Brunes et al., 2015).

Οι Bakhla et al., (2011), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές στον αριθμό των ψυχιατρικών διαταραχών θα μπορούσαν να αντικατοπτρίζουν την προσέγγιση που βασίζεται στο σχολείο, καθώς τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα είτε είχαν αποτύχει να ξεκινήσουν το σχολείο τους είτε είχαν εγκαταλείψει νωρίς το σχολείο. Λόγω των διαφορών στα σχολικά συστήματα στις χώρες που διενεργήθηκαν οι μελέτες και στα δείγματα, είναι κάπως δύσκολο να συνοψιστεί εάν τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης στα γενικά σχολεία είχαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από ό, τι εκείνα στα ειδικά σχολεία.

Ένα άρθρο έδειξε ότι οι γονείς και οι δάσκαλοι έπαιξαν σημαντικούς ρόλους στον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των παιδιών με προβλήματα όρασης. Το να ξοδεύουμε περισσότερες ώρες την ημέρα με παιδιά παρέχει ευκαιρίες για να παρατηρήσουμε και να αξιολογήσουμε τη συμπεριφορά τους. Είναι επίσης πιθανό ότι τα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους εάν αισθάνονται ότι βρίσκονται σε προστατευμένο και ασφαλές περιβάλλον (Pinquart & Pfeiffer, 2013).

Τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην εκπαίδευση παιδιών με προβλήματα όρασης. Είναι σημαντικό για τα

παιδιά να αναπτύξουν κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης των αναπηριών και για τους δασκάλους τους να εντοπίσουν εάν ορισμένοι μαθητές παρουσιάζουν σημάδια συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας. Συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι, προβλήματα πέψης και εφιάλτες μπορεί να σχετίζονται με σωματικό άγχος. Η ευερέθιστη διάθεση, η απώλεια απόλαυσης και ενδιαφέροντος και οι γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί μπορεί να είναι όλοι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη. Επιπλέον, οι πληροφορίες σχετικά με την ηλικία έναρξης των προβλημάτων όρασης και την πρόγνωση της διάγνωσης μπορεί να είναι σημαντικές για τους εκπαιδευτικούς και τους παρόχους υπηρεσιών, καθώς οι κίνδυνοι διαταραχών της διάθεσης διαφέρουν. Η έγκαιρη ανίχνευση πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά με προβλήματα όρασης μπορεί να συμβάλει στην ψυχική ευεξία των παιδιών, εάν εφαρμοστούν κατάλληλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Sheppard et al., 2005).

Γενικά, τα κορίτσια ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της διάθεσης από ότι τα αγόρια. Στα σχολεία, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα παιδιά να μάθουν δεξιότητες και στρατηγικές που χρειάζονται για να ξεκινήσουν σχέσεις που θα οδηγήσουν σε φιλίες. Τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης πρέπει να ενθαρρύνονται από τους γονείς και τους δασκάλους τους να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα. Επιπλέον, η συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου με φίλους μπορεί να είναι σημαντική για την προώθηση της ευεξίας και τη μείωση του κινδύνου διαταραχών της διάθεσης (Salmansheaps, 2010).

Τα ευρήματα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην εκπαίδευση παιδιών με προβλήματα όρασης, καθώς και στην παροχή υπηρεσιών για αυτά. Περισσότερη συνεργασία μεταξύ των φροντιστών, των γονέων, των δασκάλων και των επαγγελματιών υγείας και περισσότερες ευκαιρίες να παρακολουθήσουν διαφορετικές δραστηριότητες, είναι σημαντικές για τα παιδιά με απώλεια όρασης. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για μια καλύτερα τεκμηριωμένη κατανόηση των συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών των παιδιών με προβλήματα όρασης, προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχική τους υγεία και να ενισχυθεί η ψυχολογική τους ευημερία. Μέσω μιας επιτυχημένης διαδικασίας ανάπτυξης, είναι πιο πιθανό τα παιδιά να γίνουν καλά προσαρμοσμένα και συναισθηματικά ισορροπημένα άτομα. Η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρείται στο

φάσμα των προβλημάτων προσοχής, όπου τα παιδιά με προβλήματα όρασης έχουν περισσότερα προβλήματα από τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη. Τα παιδιά με προβλήματα όρασης είναι μερικές φορές δύσκολο να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ένα συγκεκριμένο θέμα λόγω της έλλειψης οπτικών πληροφοριών. Επιπλέον, παρατηρούνται συχνότερες σωματικές ενοχλήσεις σε άτομα με προβλήματα όρασης. Υπάρχουν πολλοί πιθανοί λόγοι. Τα παιδιά με προβλήματα όρασης είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο σώμα τους από ό, τι τα παιδιά με καθόλου προβλήματα όρασης, οπότε θα παραπονεθούν περισσότερο για τα σωματικά τους προβλήματα. Επιπλέον, μπορεί να έχουν περισσότερα προβλήματα με τα μάτια εξαιτίας κάποιας τύφλωσης. Τα παιδιά με προβλήματα όρασης αγγίζουν συχνά τα μάτια τους αυξάνοντας την πιθανότητα μόλυνσης (Searle et al., 2002).

4.3 ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Η προσαρμοστική συμπεριφορά έχει οριστεί ως *«η εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούνται για προσωπική και κοινωνική επάρκεια»*, καθώς και *«η ικανότητα να ανταποκρίνονται οι άνθρωποι στις καθημερινές ευθύνες και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των άλλων»*. Παραδείγματα τομέων στους οποίους τα άτομα προσπαθούν να αποκτήσουν συναφή επάρκεια περιλαμβάνουν την αυτοβοήθεια, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη διαχείριση του σπιτιού, τις δραστηριότητες αναψυχής, την εργασία και την κοινότητα (Oakland & Becton, 2008).

Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι εξ ορισμού διαφορετική, καθώς αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες ενός ατόμου να προσαρμοστεί στις διάφορες περιβαλλοντικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζει. Αυτή η ποικιλομορφία απαιτεί τη σύλληψη της προσαρμοστικής συμπεριφοράς όχι μόνο ως ενιαίο κατασκεύασμα, αλλά και ως σύνθετο, προκειμένου τα αποτελέσματα των μελετών που εξετάζουν τις διαφορετικές εκφράσεις συμπεριφοράς να αξιοποιηθούν πλήρως και να γενικευτούν ορθώς. Ένα παράδειγμα για το πώς μπορεί να προσεγγιστεί η προσαρμοστική συμπεριφορά τόσο ως μονοδιάστατη όσο και ως πολυδιάστατη δομή δίνεται από ένα από τα πιο δημοφιλή όργανα μέτρησης προσαρμοστικής συμπεριφοράς, συγκεκριμένα από το Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) (Balla & Cicchetti, 2005).

Το VABS, μετρά τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά (σύνθετη προσαρμοστική συμπεριφορά) καθώς και την προσαρμοστική συμπεριφορά στους τομείς της Επικοινωνίας, των Καθημερινών Δεξιοτήτων Διαβίωσης, της Κοινωνικοποίησης και των Κινητικών Δεξιοτήτων (Ditterline & Oakland, 2009).

Το ζήτημα της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών με προβλήματα όρασης είναι σημαντικό για σκοπούς ταξινόμησης και τοποθέτησης, καθώς και για τον προγραμματισμό και την παρέμβαση προγραμμάτων. Οι προσαρμοστικές συμπεριφορές αποτελούν μέρος του Αναλυτικού Βασικού Προγράμματος Σπουδών (EEC) για μαθητές με προβλήματα όρασης (American Foundation for the Blind, 2010).

Η έρευνα δείχνει ότι οι μαθητές με προβλήματα όρασης ενδέχεται να παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά τους σε καθέναν από τους υποτομείς της επικοινωνίας, σε ικανότητες που αφορούν την καθημερινότητα και την κοινωνικοποίηση (Weisse, 2007).

Συνοψίζοντας μια σειρά μελετών, οι Ditterline & Oakland (2009), υποστηρίζει ότι η κοινωνική προσαρμογή των παιδιών με προβλήματα όρασης επηρεάζεται από έναν αριθμό παραγόντων που εντοπίζονται τόσο στο περιβάλλον του παιδιού όσο και στην ίδια τη διαταραχή όρασης. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την όραση αποτελούν τις «μεταβλητές κατάστασης» που δεν μπορούν να τροποποιηθούν μέσω της παρέμβασης. Αυτές οι μεταβλητές είναι η σοβαρότητα της όρασης, η ηλικία της απώλειας όρασης, η παρουσία τυχόν υπολειμματικής όρασης και η παρουσία πρόσθετων αναπηριών.

4.3.1. Δεξιότητες επικοινωνίας

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα τυφλά παιδιά έχουν λιγότερες ευκαιρίες να εξασκήσουν τις γλωσσικές τους δεξιότητες παρουσιάζουν ποιοτικές δυσκολίες στην ανάπτυξη λεξιλογίου και η γλώσσα τους σχετίζεται περισσότερο με τις προηγούμενες εμπειρίες παρά με τις τρέχουσες δραστηριότητες των συνομηλίκων τους, οδηγώντας έτσι σε διακοπές στην επικοινωνία. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι με προβλήματα όρασης είχαν χαμηλότερη από τη μέση απόδοση στη δομή της γλώσσας και στην πραγματιστική της πτυχή, που είναι εξαιρετικά σημαντική για την επικοινωνία. Επιπλέον, οι μαθητές με προβλήματα όρασης έχει διαπιστωθεί ότι χρησιμοποιούν

χειρονομίες χωρίς καμία επικοινωνιακή λειτουργία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό, τι τα άτομα με όραση. Αυτές οι χειρονομίες συσχετίστηκαν αρνητικά με τη σοβαρότητα της όρασης και υπήρξε μείωση της χρήσης τους καθώς προάγονταν σε επόμενες σχολικές τάξεις (James & Stojanovik, 2007).

Σύμφωνα με τα ευρήματα του έργου PRISM μια διαχρονική μελέτη των αναπτυξιακών προτύπων παιδιών με προβλήματα όρασης από τη γέννηση έως την ηλικία των 5 ετών, πέντε ορόσημα που απαιτούσαν εκφραστική και δεκτική επικοινωνία αποκτήθηκαν εντός του εύρους των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Αναφορικά με την απόδοση ανάγνωσης παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης, αρκετές μελέτες αποκάλυψαν ότι σε πολλές περιπτώσεις αυτή είναι μειωμένη και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επικοινωνιακή ικανότητα αυτών των ατόμων. Οι συμμετέχοντες ήταν 15 τυφλά παιδιά που ήταν αναγνώστες μπράιγ (Dodd & Conn, 2000).

4.3.2. Δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης

Λίγες πληροφορίες είναι διαθέσιμες σχετικά με τις καθημερινές δεξιότητες των παιδιών με προβλήματα όρασης. Ο Wolffe (2004), αναφέρει ότι τα παιδιά με όραση μαθαίνουν πολλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής φυσικά μέσω απομίμησης (π.χ. ντύσιμο, πλύσιμο και φαγητό). Για να εκτελέσουν αυτές τις δραστηριότητες, ωστόσο, πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες κινητικές δεξιότητες. Έτσι, τα παιδιά με προβλήματα όρασης που δυσκολεύονται να παρατηρήσουν τις δραστηριότητες άλλων είναι πιθανό να παρουσιάσουν καθυστέρηση στις καθημερινές δεξιότητες διαβίωσης.

Οι Wertheim & Paxton, 2011 επεσήμαναν ότι τα παιδιά με προβλήματα όρασης αντιμετώπισαν δυσκολίες στο ντύσιμο, το περπάτημα, το πλύσιμο και τη σίτιση. Τα παιδιά με χαμηλή όραση έγιναν ανεξάρτητα σε αυτούς τους τομείς νωρίτερα σε σύγκριση με τα τυφλά παιδιά.

Οι Yemane et al., 2007 ασχολήθηκαν με το ζήτημα των ανεξάρτητων δεξιοτήτων διαβίωσης είκοσι παιδιών (δέκα με προβλήματα όρασης και δέκα με κανονική όραση), ηλικίας 6-9 ετών. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με προβλήματα όρασης παρουσίασαν ανεξάρτητα μόνο το 44% των 101 καθημερινών δραστηριοτήτων διαβίωσης, σε σύγκριση με το 84% των συνομηλίκων τους, ενώ το επίπεδο ικανότητας ήταν υψηλότερο για τα παιδιά χωρίς προβλήματα όρασης.

Οι Wen et al., (2011) διαπίστωσαν ότι η οπτική οξύτητα από απόσταση, η ψυχική και σωματική υγεία ήταν σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες σε ενήλικες με μειωμένη όραση. Αυτοί οι τρεις καθοριστικοί παράγοντες εξήγησαν περισσότερο από το ένα τρίτο της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας. Βρέθηκε επίσης μια συσχέτιση μεταξύ οπτικής οξύτητας από απόσταση και περιορισμού της συμμετοχής. Η οπτική οξύτητα απόστασης ήταν ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοαναφερόμενη δυσκολία με τις καθημερινές δραστηριότητες και τη φυσική λειτουργία.

Οι Webber et al., (2008) παρουσίασαν μια περίπτωση κατάρτισης μαγειρικής για μαθητές γυμνασίου με προβλήματα όρασης. Το σχολείο συνεργάστηκε με μια κοινοτική υπηρεσία που παρείχε υπηρεσίες αποκατάστασης σε ενήλικες με προβλήματα όρασης. Δεκαεννέα μαθητές ηλικίας 14 έως 21 ετών συμμετείχαν κατά τα έτη 2005-2006. Πολλοί μαθητές είχαν επιπλέον αναπηρίες.

Οι μαθητές με την καθοδήγηση των εκπαιδευτικών έθεταν τους στόχους μαγειρικής. Διοργανώθηκαν διάφορες δραστηριότητες, όπως αγορές, χρήση μαγειρικών ειδών και προετοιμασία μενού. Η ασφάλεια της κουζίνας έλαβε ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης και έγιναν προσαρμογές ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες των μαθητών (οπτικές, γνωστικές και φυσικές).

Οι Harman et al., 2008 τόνισαν τη σημασία της συνεργασίας που αναπτύχθηκαν μεταξύ των μαθητών, τις δεξιότητες μαγειρικής που απέκτησαν και την ευκαιρία να ασκήσουν τις δεξιότητές τους μέσω ενός γεύματος που διοργανώθηκε.

4.3.3. Δεξιότητες κοινωνικοποίησης

Τα παιδιά με αναπηρίες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή σε κοινωνική απομόνωση λόγω λιγότερων θετικών απαντήσεων στις πρωτοβουλίες τους για κοινωνική αλληλεπίδραση ή λόγω των λιγότερων προσπαθειών τους να συμμετάσχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Έτσι, τα παιδιά με αναπηρία δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον για τους συνομηλίκους τους, γεγονός που οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση. Άτομα με προβλήματα όρασης παρουσιάζουν ελλείμματα στην κοινωνικοποίηση. Σε αντίθεση με τα παιδιά χωρίς προβλήματα όρασης, τα οποία αναπτύσσονται κοινωνικά παρατηρώντας αλληλεπιδράσεις σε διαφορετικά

περιβάλλοντα, τα παιδιά με προβλήματα όρασης έχουν περιορισμένες ευκαιρίες να μάθουν τυχαία κοινωνικές δεξιότητες. Η επαφή με τα μάτια, οι χειρονομίες, οι εκφράσεις του προσώπου και οι πληροφορίες με βάση τα συμφραζόμενα είναι μερικές σημαντικές πτυχές των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, οι οποίες επηρεάζονται από την όραση (Celeste, 2007).

Σύμφωνα με τον Celeste, 2006 τα τυφλά παιδιά μπορεί να χρησιμοποιούν κοινωνικά अपараδέκτα μέσα για να λάβουν και να διατηρήσουν την προσοχή του ακροατή. Επιπλέον, θέτουν πολλές ερωτήσεις, οι οποίες δεν σχετίζονται με τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον τους.

Ταυτόχρονα, βρέθηκε ότι τα τυφλά παιδιά εμφανίζουν πιο συχνές και κοινωνικά αποκρυμμένες εκφράσεις του προσώπου από ό, τι τα παιδιά με προβλήματα όρασης, πιθανώς λόγω του λιγότερου ελέγχου που ασκούν αυτά τα παιδιά στις εκφράσεις του προσώπου τους σε σύγκριση με τα αντίστοιχα άτομα (Tinti, 2003).

Σύμφωνα με τους George & Duquette, 2006 μόνο ένα μικρό ποσοστό παιδιών με προβλήματα όρασης απέκτησαν κοινωνική αποδοχή ή συμμετείχαν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις σε γενικά εκπαιδευτικά περιβάλλοντα. Επίσης τα παιδιά με προβλήματα όρασης εμφανίζουν περισσότερο μοναχικό και χειριστικό παιχνίδι από το συμβολικό σε δραστηριότητες παιχνιδιού. Επιπλέον στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αυτά τα παιδιά προτιμούν τους ενήλικες από τους συνομηλίκους. Από την άλλη πλευρά, οι αναφέρονται σε μια μελέτη περίπτωσης στην οποία εξετάστηκαν οι ψυχοκοινωνικές εμπειρίες ενός προ-εφηβικού αγοριού με χαμηλή όραση. Διαπιστώθηκε ότι ο μαθητής είχε κοινωνική επιτυχία στο σχολείο και στην κοινότητα. Αυτό το εύρημα τονίζει την ετερογένεια μεταξύ του πληθυσμού των μαθητών με προβλήματα όρασης.

Οι Kroksmark & Nordell (2001), διερεύνησαν τις φιλίες εφήβων με προβλήματα όρασης. Υπήρξαν ενδείξεις ότι οι έφηβοι με προβλήματα όρασης μπορούσαν να δημιουργήσουν οικείες φιλίες, αν και η οπτική εξασθένηση επηρέασε τις αμοιβαίες δραστηριότητές τους σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. να πηγαίνουν στον κινηματογράφο και να συμμετέχουν σε αθλήματα). Επιπλέον, οι έφηβοι με

προβλήματα όρασης ανέφεραν μικρότερο αριθμό φίλων από τους ίδιους τους φίλους τους, ενώ το 30% των φίλων εφήβων με προβλήματα όρασης είχαν επίσης αναπηρίες.

Σε μια μελέτη της Lifshitz et al., (2007) οι έφηβοι με προβλήματα όρασης περνούσαν λιγότερο ελεύθερο χρόνο με τους φίλους τους από ό, τι οι έφηβοι χωρίς προβλήματα όρασης. Επιπλέον ανέφεραν ότι οι έφηβοι με χαμηλή όραση συμμετείχαν σε λιγότερες δραστηριότητες αναψυχής, οι οποίες ήταν επίσης πιο παθητικές (π.χ. βλέποντας τηλεόραση και κάνοντας εργασίες στο σπίτι).

Ένα μείζον μέλημα των γονέων παιδιών με προβλήματα όρασης είναι η ανάγκη τους να ταξιδεύουν σε μεγάλη απόσταση για να παρέχουν ειδικές υπηρεσίες στα παιδιά τους. Έτσι, παρεμποδίζεται η συμμετοχή των παιδιών τους σε εξωσχολικές και κοινοτικές δραστηριότητες, οδηγώντας στην κοινωνική τους απομόνωση (Leyser & Heinze, 2001).

4.4 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Η εφηβεία καθώς και η παιδική ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία η φυσική εμφάνιση αποκτά σημασία, επειδή είναι μια καλή προϋπόθεση για κοινωνική έγκριση από τους συνομηλίκους (Wertheim & Paxton, 2011).

Ο όρος εικόνα σώματος αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη ή πεποίθηση σχετικά με την εμφάνιση, πόσο καλά ταιριάζει με τα προσωπικά ιδανικά και πόσο ικανοποιημένοι είναι οι άνθρωποι με την εμφάνιση και το σώμα τους γενικά (Choong et al, 2004).

Τα παιδιά και οι έφηβοι με προβλήματα όρασης και άλλες αναπηρίες μπορεί να έχουν προβλήματα με την ανάπτυξη και τη διατήρηση μιας θετικής εικόνας του σώματος. Πρώτον, η φυσική ελκυστικότητα συχνά επηρεάζεται αρνητικά από την εξασθένηση της όρασης λόγω αισθητικών ελαττωμάτων, όπως παραμορφωμένα μάτια ή παραμορφώσεις προσώπου (Eiser & Kingston, 2005).

Επιπλέον, ορισμένοι νέοι με σοβαρά επίπεδα όρασης έχουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των αισθητικών προτύπων της κοινωνίας μας λόγω στερεοτυπικών συμπεριφορών (Wolffe, 2000).

Δεύτερον, οι νέοι που είναι τυφλοί ή έχουν σοβαρά επίπεδα όρασης δεν μπορούν να πάρουν οπτικές πληροφορίες σχετικά με την εμφάνισή τους από τον καθρέφτη ή από συγκρίσεις με άτομα γύρω τους, κάτι που μπορεί να προκαλέσει αβεβαιότητα. Επίσης, δεν έχουν οπτικό έλεγχο αναφορικά με τα ρούχα που επιλέγουν. Τρίτον, η έλλειψη άμεσων οπτικών πληροφοριών σχετικά με την εμφάνιση καθιστά τα άτομα με προβλήματα όρασης περισσότερο εξαρτώμενα από τις κοινωνικές αξιολογήσεις σχετικά με τη φυσική τους εμφάνιση. Αυτές οι αξιολογήσεις συνήθως δεν είναι θετικές και πολλοί νέοι με προβλήματα όρασης δέχονται σχολικό εκφοβισμό για την εμφάνισή τους. Με βάση αυτά τα επιχειρήματα, θα μπορούσε να αναμένεται ότι οι νέοι με προβλήματα όρασης είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με το σώμα και την εμφάνισή τους από τα άτομα με τυπικά αναπτυσσόμενη όραση (Sheppard et al., 2005).

Στην πραγματικότητα, οι Halder & Datta (2012), διαπίστωσαν ότι οι νέοι με προβλήματα όρασης ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με το σώμα τους από όσους δεν είχαν προβλήματα όρασης ή από τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της σωματικής εικόνας των νέων με και χωρίς προβλήματα όρασης.

Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες χρησιμοποίησαν μικρά μεγέθη δειγμάτων που κατέστησαν δύσκολη την ταυτοποίηση μικρών έως μέτριων διαφορών μεταξύ των συγκριμένων ομάδων (Webber et al., 2008).

Είναι ενδιαφέρον ότι οι Qualter et al., (2014), βρήκαν ότι οι νέοι με προβλήματα όρασης αξιολόγησαν τη φυσική τους εμφάνιση και τα χαρακτηριστικά τους πιο θετικά από ό, τι τα άτομα με φυσιολογική όραση. Αυτές οι τρεις μελέτες, ωστόσο, επικεντρώνονται κυρίως ή αποκλειστικά σε παιδιά που μπορεί να μην έχουν ακόμη βιώσει σχολικό εκφοβισμό.

Τα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή στη δυσαρέσκεια του σώματος από τα αγόρια. Τείνουν να αξιολογούν τη φυσική τους εμφάνιση σύμφωνα με τα πρότυπα

πολιτιστικής ομορφιάς. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ισχυρότερη αρνητική εικόνα σώματος σε κορίτσια με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με τα αγόρια (Wertheim & Paxton, 2011).

Η σωματική δυσαρέσκεια στα κορίτσια βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι οι φυσικές αλλαγές προς το τέλος της παιδικής ηλικίας οδηγούν αναπόφευκτα τα κορίτσια σε αυξανόμενες αποκλίσεις από το ιδανικό βάρος, ενώ τα αγόρια πλησιάζουν το ιδανικό τους βάρος. Επειδή πολλά κορίτσια τείνουν ήδη να είναι δυσαρεστημένα με το σώμα τους λόγω ανησυχιών για το βάρος, υπάρχει λιγότερος χώρος για περαιτέρω μείωση στη δυσαρέσκεια ως απάντηση σε προβλήματα όρασης (Walline et al., 2009).

Οι διαθέσιμες μελέτες συχνά διαπιστώνουν ότι η εικόνα του σώματος των αγοριών βελτιώνεται συστηματικά με την αύξηση της ηλικίας, ενώ η σωματική δυσαρέσκεια σε κορίτσια κορυφώνεται στην αρχή της εφηβείας. Επειδή αυτές οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία βασίζονται στη φυσική ωρίμανση κατά την εφηβεία, θα μπορούσαν να αναμένονται παρόμοιες ηλικιακές διαφορές για εφήβους και παιδιά με οφθαλμολογικά προβλήματα (Skemp-Arlt, 2006).

Τα πειράγματα και ο σχολικός εκφοβισμός που σχετίζονται με την εμφάνιση είναι παράγοντες κινδύνου για μια αρνητική εικόνα του σώματος. Ωστόσο, οι διαθέσιμες μελέτες σχετικά με αυτήν τη συσχέτιση έχουν επικεντρωθεί σε νέους χωρίς προβλήματα όρασης. Τα νεαρά άτομα με προβλήματα όρασης είναι πιο πιθανό να είναι θύματα εκφοβισμού από ό, τι οι συμμαθητές τους με τυπική όραση. Σε περίπτωση σοβαρής απώλειας όρασης, τα άτομα εξαρτώνται περισσότερο από κοινωνικές αξιολογήσεις σχετικά με την εμφάνισή τους από άλλους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ του εκφοβισμού και της εικόνας του σώματος σε εφήβους με προβλήματα όρασης από ό, τι στους συνομηλίκους τους (Menzel et al., 2010).

Οι έφηβοι που είναι ικανοποιημένοι με το σώμα τους τείνουν να αναφέρουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και γενικά θετική ευημερία. Καθώς οι νέοι με προβλήματα όρασης έχουν περισσότερες δυσκολίες να ανταποκριθούν σε ορισμένα αισθητικά πρότυπα που έχουν θεσπιστεί από την κοινωνία τους, ενδέχεται να υποβαθμίσουν τη σημασία της φυσικής εμφάνισης. Εάν συμβαίνει αυτό, θα μπορούσαν να αναμένεται

να δείχνουν ασθενέστερες συσχετίσεις μεταξύ της εικόνας του σώματός τους και της ψυχολογικής ευημερίας (Kef et al., 2000).

Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι η σχέση μεταξύ του εκφοβισμού και της εικόνας του σώματος ήταν ισχυρότερη σε εφήβους και παιδιά με προβλήματα όρασης από ό,τι στους συνομηλίκους τους, και στα κορίτσια με προβλήματα όρασης. Το τελευταίο αποτέλεσμα μπορεί βέβαια να βασίζεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια με προβλήματα όρασης ανέφεραν ότι πιθανότατα ήταν θύματα εκφοβισμού. Ο συχνότερος ή / και ο έντονος εκφοβισμός αναμένεται να έχουν ισχυρότερα αποτελέσματα. Δεύτερον, τα κορίτσια με προβλήματα όρασης μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα απέναντι στον σχολικό εκφοβισμό σε σύγκριση με τα αγόρια. Στην πραγματικότητα, μελέτες με εφήβους με τυπική όραση έδειξαν ότι τα κορίτσια σκέφτονται περισσότερο για τον σχολικό εκφοβισμό και ταλαιπωρούνται περισσότερο από τα αγόρια, πιθανώς λόγω διαφορών φύλου στην κοινωνικοποίηση (Pinquart & Pfeiffer, 2012).

Αν και ο Shapiro και οι συνεργάτες του, (2008) είχαν προτείνει ότι οι νέοι με προβλήματα όρασης μπορεί να υποβαθμίσουν τη σημασία της φυσικής ελκυστικότητας, η προαναφερθείσα μελέτη διαπίστωσε ότι η σχέση μεταξύ της εικόνας του σώματος και της ψυχολογικής ευεξίας ήταν ισχυρότερη σε εφήβους με προβλήματα όρασης από ό,τι στους συνομηλίκους τους και στα κορίτσια με προβλήματα όρασης, ειδικότερα. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αλληλεπίδραση μεταξύ της μεγαλύτερης σημασίας της φυσικής ελκυστικότητας στις γυναίκες εφήβους σε σύγκριση με τους άνδρες συνομηλίκους και την αποτρεπτική επίδραση της όρασης στην ικανοποίηση των προτύπων ελκυστικότητας. Κατ'αρχήν, υποτιμώντας τη σημασία της φυσικής ελκυστικότητας και των πτυχών της λειτουργίας του σώματος θα βοηθούσε στην ψυχολογική ευεξία σε περίπτωση που κάποιο παιδί δεν πληροί τα πρότυπα ελκυστικότητας και εάν αυτές οι πτυχές της λειτουργίας του σώματος είναι περιορισμένες. Ωστόσο, οι νέοι έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικές συνέπειες της όρασης τους στην καθημερινή τους ζωή, καθώς και με κοινωνικά πρότυπα σχετικά με την εμφάνιση, για παράδειγμα, όταν πειράζονται λόγω εμφάνισης. Αυτοί οι παράγοντες καθιστούν πολύ δύσκολο να υποτιμηθεί η σημασία της εμφάνισης και της λειτουργίας του σώματος.

Παρά τα αντιφατικά ευρήματα αναφορικά με την επιρροή της εικόνας σώματος στην αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και τη γενικότερη ψυχική ευημερία των παιδιών και των εφήβων με οφθαλμολογικά προβλήματα, διαφαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις δυο προαναφερθείσες μεταβλητές (Hadidi et al., 2013).

4.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Παρόλο που οι οφθαλμικές παθήσεις είναι πιο συχνές στους ενήλικες, τα παιδιά μπορούν επίσης να αναπτύξουν προβλήματα στα μάτια. Εάν είναι αρκετά σοβαρά, τα προβλήματα όρασης στα παιδιά μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια όρασης. Τα οφθαλμικά προβλήματα στα παιδιά μπορούν να προκαλέσουν περαιτέρω συνέπειες. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί έχει προβλήματα όρασης, μπορεί να επηρεάσει τη μάθηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική ανάπτυξη μπορεί επίσης να επηρεαστούν. Αναγνωρίζοντας παιδιατρική παθήσεις των ματιών, το συντομότερο δυνατό βοηθά τους γονείς να πάρουν το παιδί τους τη θεραπεία που χρειάζονται (Ramasubramanian & Johnston, 2011).

Οι οφθαλμικές διαταραχές στην παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ανάπτυξη, την εκπαίδευση, τις μελλοντικές ευκαιρίες απασχόλησης και την ποιότητα ζωής. Οι συνέπειες είναι ιδιαίτερα σοβαρές σε συνθήκες χαμηλών πόρων όπου λείπουν πόροι και εκπαίδευση. Η κακή εκπαίδευση και η αδυναμία πλήρους συμμετοχής στην καθημερινή ζωή προσθέτουν σε μεγάλο βαθμό τη δυσκολία και ταλαιπωρία εκείνων των παιδιών με κακή όραση ή εμπειρία τύφλωσης. Οι οφθαλμικές παθήσεις είναι ένας σημαντικός λόγος για ιατρική διαβούλευση και τα παιδιά πρέπει να λαμβάνουν άμεση και σωστή οφθαλμική φροντίδα για να αποφύγουν προβλήματα όρασης και ασθένειες των ματιών. Συγκεκριμένα, η αντιμετώπιση της παιδικής τύφλωσης αποτελεί προτεραιότητα επειδή αυτά τα άτομα είναι τυφλά για αρκετές δεκαετίες. Απαιτούνται δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό και τα αίτια της τύφλωσης και της σοβαρής διαταραχής της όρασης στα παιδιά για τον κατάλληλο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της ειδικής αγωγής και των υπηρεσιών χαμηλής όρασης (Davis, 2004).

Οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ύπαρξης οφθαλμικής πάθησης έχουν μελετηθεί σε σύγκριση ομάδες παιδιών και εφήβων. Σε εκείνες τις μελέτες που

εξέτασαν τις τελευταίες ομάδες, ανέφεραν μειωμένη αυτοεκτίμηση, συμπτώματα κατάθλιψης, γενική δυσφορία και σύγκρουση στο σπίτι της οικογένειας. Πολλές από αυτές τις μελέτες που εξέτασαν δείγματα παιδιών τείνουν να περιλαμβάνουν μέτρα έκβασης που αναφέρθηκαν από γονείς και φροντιστές παρά από το ίδιο το παιδί/έφηβο (Pinquart & Pfeiffer ,2014).

Όταν τα παιδιά καλούνται να σχολιάσουν πώς οι οφθαλμικές τους καταστάσεις και οι συνέπειες της θεραπείας έχουν επηρεάσει τη ζωή τους, συχνά αναφέρουν στίγμα και αρνητικές απαντήσεις από τους συνομηλίκους τους (Webber & Wood ,2005).

Αυτό αναγνωρίζεται επίσης από τους Golding et al. (2001), που διαπίστωσαν ότι η θεραπεία με έμπλαστρο για αμβλυωπία και χρήση γυαλιών είναι και οι δύο ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τον παιδικό εκφοβισμό, όπως αναφέρθηκε από παιδιά 8 ετών. Ο εκφοβισμός από μόνο του είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα και είναι συχνά δύσκολο να εντοπιστεί μια μόνο αιτία, αλλά οι μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπτώσεις του είναι καλά τεκμηριωμένες. Είναι, συνεπώς, σημαντικό οι κλινικοί γιατροί να έχουν επίγνωση κάθε σχέσης μεταξύ της θεραπευτικής διαδικασίας που ξεκινούν και των δυσμενών ψυχολογικών αποτελεσμάτων στο μέλλον.

Ο στραβισμός που είναι μια από τις οφθαλμικές διαταραχές μπορεί να έχει βαθιές συνέπειες για το παιδί και τους γονείς του με αρνητικό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο που αρχίζει να επηρεάζει τα παιδιά ήδη από την ηλικία των 4 ετών. Εάν αφηθεί χωρίς διόρθωση, ο αντίκτυπος εντείνεται σε όλη την εφηβεία και την ενηλικίωση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο αποκλεισμός από τους συνομηλίκους, η κοινωνική απομόνωση και η δυσκολία στην επικοινωνία είναι από τα κύρια κοινωνικά στίγματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Το προσβεβλημένο παιδί είναι επίσης πιθανό να έχει κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Gray et al., 2004).

Επιπλέον, ο στραβισμός μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά άλλα μέλη της οικογένειας, συγκεκριμένα τις μητέρες. Έχει παρατηρηθεί ότι οι μητέρες παιδιών που πάσχουν από ανωμαλίες στο πρόσωπο, συμπεριλαμβανομένου του στραβισμού και της σχισμής του χείλους και του ουρανίσκου έχουν συνήθως συναισθηματικά προβλήματα ή διαταραχές της διάθεσης. Επίσης μελέτες δείχνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε μητέρες των οποίων τα παιδιά είχαν στραβισμό σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Οι

επηρεασμένες μητέρες ήταν λιγότερο πιθανό να υποστηρίξουν τα παιδιά τους και ήταν λιγότερο πιθανό να αποδεχτούν τον μητρικό τους ρόλο που οδήγησε σε κακή δυναμική της οικογένειας. Ο αρνητικός ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος του στραβισμού έχει αποδειχθεί σε διάφορους πληθυσμούς (Haddad et al., 2017).

Τα παιδιά με χαμηλή όραση φέρονται να έχουν υψηλότερη συχνότητα προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους. Μπορεί να περιλαμβάνουν μειωμένη κινητικότητα, μεγαλύτερη εξάρτηση από τους φροντιστές για καθημερινές δραστηριότητες, περιορισμένη συμμετοχή σε χαλαρές δραστηριότητες και λιγότερες ευκαιρίες για κοινωνική ανάπτυξη με συνομηλικούς. Επιπλέον, η όραση μπορεί να εμποδίσει την ικανότητα του παιδιού να διαβάζει τις εκφράσεις του προσώπου και να μάθει να προβλέπει τις συμπεριφορές των ανθρώπων, συμβάλλοντας στην κοινωνική απομόνωση (Hodge et al., 2013).

Η έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά με χαμηλή όραση είναι ζωτικής σημασίας. Η διαταραχή της ψυχικής υγείας στα παιδιά, σε αντίθεση με τους ενήλικες, μπορεί να εκδηλωθεί με σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, εφιάλτες, ευερέθιστη διάθεση ή αλλαγές στη γνώση. Η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους δασκάλους και τους φίλους, η επαγγελματική συμβουλευτική και η εστίαση στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του παιδιού είναι βασικά για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Fazzi et al., 2002).

Επιπλέον, η συμπερίληψη του παιδιού στη φροντίδα του όσο το δυνατόν από πολύ μικρή ηλικία είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση της φροντίδας χαμηλής όρασης. Στα παιδιά με χαμηλή όραση θα πρέπει να δοθούν τα εργαλεία για να μάθουν πώς να υποστηρίξουν τον εαυτό τους για να προωθήσουν περαιτέρω την ανεξαρτησία τους και να ξεπεράσουν μελλοντικά εμπόδια που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια μιας ζωής με χαμηλή όραση (Fazzi et al., 2007).

Έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης μπορεί να υποφέρουν από σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, από απώλεια σωματικής ακεραιότητας έως έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοεκτίμησης, διαταραχή μετατραυματικού στρες, έλλειψη αίσθησης εαυτού, έλλειψη επαφής με το πραγματικό περιβάλλον, αφάνεια, έλλειψη τόσο γραπτής όσο και προφορικής επικοινωνίας, έλλειψη επαγγελματικών και

επαγγελματικών ευκαιριών και οικονομικής ασφάλειας, λιγότερο ενεργός κοινωνικά και διαπροσωπικά και μερικές φορές πλήρης αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και του εαυτού. Διαπιστώθηκε επίσης ότι ήταν πιο ανήσυχοι, επιρρεπείς σε κατάθλιψη και επιδίδονταν σε κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, τα άτομα με προβλήματα όρασης υποφέρουν επίσης από ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων όπως ο φόβος, ο θυμός, η απογοήτευση και η άρνηση στην προσπάθεια αντιμετώπισης των καθημερινών προκλήσεων της ζωής (Galati et al., 2001).

Πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης υποδείξει ότι οι αισθητηριακές διαταραχές όπως οι οπτικές και ακουστικές διαταραχές οδηγούν σε αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας, ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με τύφλωση αντιμετωπίζουν προβλήματα, στους τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της επικοινωνιακής ικανότητας. συναισθηματική εκφραστικότητα και συναισθηματική αναγνώριση. συμβολικό και λειτουργικό (δηλ. προσποιητό) παιχνίδι. συμπεριφοριστικοί τρόποι, επαναλαμβανόμενα στερεότυπα και ασυνήθιστα πρότυπα χρήσης της γλώσσας (δηλαδή ηχολαλία και αντιστροφή αντωνυμίας) και αναπτυξιακή παλινδρόμηση που μοιάζει με αυτιστικό. Έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι οι εκφράσεις του προσώπου παιδιών και ενηλίκων με προβλήματα όρασης είναι λιγότερο ανθεκτικές από τις αντίστοιχες ορατές (Ganesh et al., 2013).

4.6 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Επειδή ο αμφιβληστροειδής και το μάτι είναι προεκτάσεις του εγκεφάλου μπορεί να θεωρηθεί ότι οι «οφθαλμολογικές» ασθένειες θα μπορούσαν να είναι επίσης μεταμφιεσμένες ασθένειες του «εγκεφάλου», και οι δύο εξαρτώνται από το αγγειακό σύστημα. Για παράδειγμα, το γλαύκωμα είναι τόσο μια οφθαλμική και νευροεκφυλιστική διαταραχή του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από προοδευτική βλάβη της κεφαλής του οπτικού νεύρου. Δεδομένου ότι το άγχος και οι συναισθηματικές εμπειρίες επηρεάζουν το μάτι, τον εγκέφαλο και το αγγειακό σύστημα ως αποτέλεσμα της αυτόνομης ανισορροπίας και/ή της απελευθέρωσης ορμονών του στρες, συνεπώς προκύπτουν προβλήματα αιμάτωσης και επειδή τα νευρικά κυκλώματα που εμπλέκονται στην όραση και τα συναισθήματα έχουν λειτουργική και φυσιολογική αλληλεπικάλυψη, το άγχος θα μπορούσε να έχει άμεση επιπτώσεις και στην όραση (Mojon-Azzi et al., 2011).

4.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Οι πιο συχνές αιτίες οφθαλμολογικών παθήσεων είναι η βρεφική εσωτροπία, η προσαρμοστική εσωτροπία και άλλες αποκλίσεις που μπορεί να σχετίζονται με άλλες διαταραχές του εγκεφάλου. Η εκδήλωση οφθαλμολογικών παθήσεων μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ενδεχομένως να επηρεάσει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την κοινωνική συμμετοχή. Για παράδειγμα, τα παιδιά με στραβισμό είναι λιγότερο πιθανό να καλούνται στα πάρτι γενεθλίων των συνομηλίκων τους σε σύγκριση με εκείνα χωρίς στραβισμό. Μια πρόσφατη πληθυσμιακή μελέτη στις ΗΠΑ ανέφερε ότι η γενική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι χαμηλότερη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που έχουν στραβισμό σε σύγκριση με παιδιά χωρίς στραβισμό. Για να ξεπεραστεί η μη ευθυγράμμιση και των δύο ματιών, μπορεί να γίνει χειρουργική επέμβαση στραβισμού (Wen et al., 2011).

Πέρα από την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, χρόνιες καταστάσεις υγείας όπως ο στραβισμός μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ευημερία και ανάπτυξη των παιδιών. Έχει αναφερθεί ότι διαταραχές ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη είναι πολύ διαδεδομένες στα παιδιά με στραβισμό. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν αυτά τα ευρήματα είναι ανεξάρτητα από την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άλλους σημαντικούς παράγοντες σύγχυσης και εάν αυτές οι συσχετίσεις μπορούν να αναπαραχθούν σε δείγματα Ευρωπαίων παιδιών και εφήβων. Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει τον αντίκτυπο της αμβλυωπίας στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο, αυτές οι μελέτες περιελάμβαναν νέα ερωτηματολόγια που δεν είχαν επικυρωθεί από μια αρχική μελέτη αναπαραγωγιμότητας. Επιπλέον, σε μια τέτοια μελέτη, ο αριθμός των θεμάτων ήταν μικρός και οι ερωτήσεις δεν αντιμετώπισαν πλήρως την περίπλοκη φύση της αμβλυωπίας, καθώς περιλαμβάνονταν μόνο μη στραβιστικές αμβλυόπες (Mojon-Azzi et al., 2011).

Οι Horwood et al. (2005), διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που φορούσαν γυαλιά ή είχαν ιστορικό να φορούν μπαλώματα στους οφθαλμούς ήταν πιο πιθανό να πέσουν θύματα σωματικού ή λεκτικού εκφοβισμού.

Η νοσηρότητα που οφείλεται σε αμβλυωπία και στραβισμό μπορεί να είναι οπτική, η οποία περιλαμβάνει ανικανότητα σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την όραση. συναισθηματική, που περιλαμβάνει κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και αντιλήψεις. ή συνδυασμός και των δύο. Η αιτιολογία (π.χ. στραβισμός), η θεραπεία (π.χ. μπαλώματα, γυαλιά) και η επακόλουθη μειωμένη όραση μπορεί να συμβάλουν στη νοσηρότητα (Mojon-Azzi et al., 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ο νοσηλευτής έχει ένα σπουδαίο ρόλο διότι αυτός που διδάσκει, πληροφορεί, υποστηρίζει, ενημερώνει και συμπαραστέκεται στον πόνο του αρρώστου όχι μόνο το σωματικό αλλά και το ψυχικό. Στην οφθαλμολογία κυρίως στοχεύουμε στις αρχές πρόληψης στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρέμβαση καθώς και να εκπληρωθούν όλες οι ανάγκες του ασθενούς (Douglas et al., 2001).

Τα μάτια διαθέτουν θαυμάσια προασπιστικά συστήματα, όπως είναι οι κινήσεις του ματιού με τις οποίες παρεμποδίζεται η είσοδος ξένου σώματος και τα δάκρυα για την έκπλυση του ματιού. Έτσι απαλλάσσονται από ερεθιστικά στοιχεία, σκόνη, μικρόβια κ.α. Εν τούτοις υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορεί να επιδράσουν βλαπτικά στα μάτια, το 80-90% αυτών των παραγόντων μπορεί να προληφθεί με την τήρηση των παρακάτω προληπτικών μέτρων: Αποφυγή σε χώρους με σκόνη, καπνούς, καυστικά αέρια, ισχυρούς και ψυχρούς ανέμους αϋπνία και κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. σταθερό και επαρκή φωτισμό στην εργασία. Σε ώρα γραφής, μελέτης η πρόσπτωση του φωτός να είναι αριστερά και επάνω, ή αμφοτερόπλευρη για να μη πέφτει σκιά (Fares et al., 2012).

Βασικά ο νοσηλευτής που εργάζεται σε κέντρα υγείας, οφθαλμολογικά ιατρεία, πρέπει να γνωρίζει τα κύρια αίτια και συμπτώματα του ματιού. Με τις γνώσεις αυτές μπορεί να διακρίνει ποιες περιπτώσεις απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, Α΄ βοήθεια, ειδικό γιατρό ή συνήθη απλή εξέταση. Ειδικότερα:

- Δίνει Α΄ βοήθειες όταν χρειάζεται.
- Παίρνει σύντομο νοσηλευτικό ιστορικό και μεταξύ άλλων διαπιστώνει αν ο άρρωστος είναι αλλεργικός σε φάρμακα.
- Ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με το είδος της εξέτασης και τονίζει τη σημασία της συνεργασίας, όπως κατάλληλη θέση, ακινησία, ηρεμία.
- Εξασφαλίζει άνετο και ήρεμο περιβάλλον.
- Εξηγεί αν το φάρμακο πρόκειται να έχει κάποια προσωρινή ή παρατεταμένη επίδραση στην όραση του π..χ θάμβος.
 - Φροντίζει για την επάρκεια αποστειρωμένου και μη υλικού. Εκτελεί όλες τις νοσηλείες με ακρίβεια και επιδεξιότητα. Τηρεί άσηπτη τεχνική όπου απαιτείται.
 - Διδάσκει την τεχνική ορισμένων νοσηλειών στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειας του προκειμένου να εφαρμόσουν αυτές στο σπίτι, καθώς και προληπτικά μέτρα, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις μολύνσεις.
 - Απαντά σε ερωτήσεις και απορίες σχετικές με το πρόβλημα του.
 - Υπενθυμίζει πιθανή ημερομηνία επανεξέταση.

5.2 ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα οφθαλμολογικά φάρμακα συνήθως χορηγούνται σε μορφή κολλυρίων (κολλύριο είναι διάλυμα ισότονο με τα δάκρυα) και αλοιφών. Ο νοσηλευτής για τη χορήγηση των φαρμάκων θα πρέπει να γνωρίζει το συγκεκριμένο πρόβλημα του αρρώστου και το πάσχον μάτι για την πρόληψη του λάθους. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν κάθε μάτι χρειάζεται διαφορετικό φάρμακο (Grønmo & Augestad, 2007).

- Τηρεί άσηπτη τεχνική νοσηλείας.
- Γνωρίζει τη δράση των φαρμάκων για να ενημερώνει τον πάσχοντα για πιθανή προσωπική μείωση της όραση , η θρόμβος .

- Ελέγχει την ημερομηνία λήξης του φαρμάκου και πιθανή αλλοίωση.
- Διδάσκει πώς να κάνει ο ασθενής την νοσηλεία μόνος του στο σπίτι π.χ ενστάλλαξη ή προληπτικά μέτρα.
- Συνιστά να διατηρούν τα κολλύρια και τις αλοιφές ατομικά για την πρόληψη μόλυνσης.
- Φροντίζει για την επάρκεια αποστειρωμένου και μη υλικού. Εκτελεί όλες τις νοσηλείες με ακρίβεια και επιδεξιότητα. Τηρεί άσηπτη τεχνική όπου απαιτείται.
- Διδάσκει την τεχνική ορισμένων νοσηλειών στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειας του προκείμενου να εφαρμόσουν αυτές στο σπίτι, καθώς και προληπτικά μέτρα, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις μολύνσεις.
- Απαντά σε ερωτήσεις και απορίες σχετικές με το πρόβλημα του.
- Υπενθυμίζει πιθανή ημερομηνία επανεξέτασης (Wolffe, 2000).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΧΕΙΡΟ

5.3.1 Προετοιμασία για οφθαλμολογική χειρουργική

Υπάρχουν ορισμένες απόψεις της χειρουργικής του οφθαλμού, που διαφέρουν από εκείνες της γενικής χειρουργικής. Πολλοί από τους αρρώστους που προγραμματίζονται για χειρουργείο έχουν μειωμένη όραση. Αν αυτή η μείωση έγινε προοδευτικά, όπως στον καταρράκτη, οι άρρωστοι έχουν κάνει κάποια προσαρμογή. Άλλοι όμως μπορεί να μην έχουν προσαρμοστεί και να φοβούνται ότι η χειρουργική επέμβαση θα τους προκαλέσει μόνιμη τύφλωση. Στην ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση στα μάτια, ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει πλήρη εξήγηση των διαδικασιών και της ρουτίνας του τμήματος. Το δωμάτιο πρέπει να διαμορφώνεται προεγχειρητικά σύμφωνα με του προβλεπόμενους μετεγχειρητικούς περιορισμούς, π.χ το κουδούνι και το τηλέφωνο τοποθετούνται προς τη μεριά του οφθαλμού που θα χειρουργηθεί. Οι βλεφαρίδες κόβονται με ειδικό ψαλίδι, του οποίου τα σκέλη επαλείφονται προηγουμένων με λεπτή επίστρωση οφθαλμικής αλοιφής ή βαζελίνης, για να κολλούν

οι κομμένες βλεφαρίδες πάνω σ' αυτά. Ο άρρωστος πρέπει να καθησυχάζεται με πληροφόρηση του ότι θα ξαναμεγαλώσουν οι βλεφαρίδες του. Οι οφθαλμικές επεμβάσεις γίνονται με τοπική κυρίως αναισθησία. Οι άρρωστοι πρέπει να πληροφορηθούν για τα πλεονεκτήματα της. Για την προετοιμασία του οφθαλμού για χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιούνται μ το πρωί της ημέρας του χειρουργείου, διάφορα φάρμακα σε σταγόνες (Vale, 2003).

5.3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από την υποκείμενη παθολογία, τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης και την τακτική του χειρουργού. Όμως, θα μπορούσε να συνοψιστεί στις παρακάτω παρεμβάσεις: — Νέος προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του και διαβεβαίωση του ότι θα καλύπτονται όλες τις ανάγκες (Warren, 2001).

- Σωστή εφαρμογή της θωράκισης (από αλουμινίου) του χειρουργημένου για καταρράκτη οφθαλμού, τη νύκτα ή στον ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, για την προστασία του (μετά τις πρώτες 24 ώρες που θα είναι συνεχώς θωρακισμένο)
- Διδασκαλία του αρρώστου για σωστή εφαρμογή της θωράκισης. Εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου για ένα επιπλέον μην μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Παρότρυνση του αρρώστου να αποφεύγει να ακουμπά τα μάτια με τα χέρια του.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή κακώσεων, εξαιτίας μειωμένης όρασης, από:
 - ❖ Πτώση
 - ❖ Σύγκρουση του με στήλες οροφής, τηλεοράσεις, καλαμάκια μέσα σε ποτήρια κ.λ.π (Warren, 2001).

5.4 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Τυφλός χαρακτηρίζεται αυτός που γεννήθηκε (εκ γενετής), ενώ αυτός που τυφλώθηκε κατόπιν λέγεται ανάπηρος στην όραση. Από νομικής πλευράς, τυφλός χαρακτηρίζεται αυτός που η οπτική του οξύτητα μειώνεται στο 1/50. Η ψυχολογία του ατόμου που γεννήθηκε τυφλός διαφέρει από εκείνον που τυφλώθηκε από κάποια αιτία. Ο πρώτος αν και δεν είδε ποτέ τα ωραία της Δημιουργίας, εν τούτοις μπορεί να το πάρει ως δεδομένο και να αισιοδοξεί για τη ζωή, κάνοντας ένα δικό του κόσμο και έχοντας την προσωπική του φαντασία για το κάθε πράγμα. Ο δεύτερος όμως δοκιμάζει πικρία γι' αυτό. Το σπουδαιότερο σημείο της νοσηλευτικής φροντίδας αυτών των αρρώστων, που πρέπει να προσεχθεί από τους νοσηλευτές, είναι η επικοινωνία μαζί τους. Σ' αυτό πιστεύουμε ότι θα βοηθήσουν οι παρακάτω αρχές, με τις οποίες ο νοσηλευτής τους αποδίδει τον ανάλογο σεβασμό, εκφράζει το αμέριστο ενδιαφέρον και τη στοργή του και τους βοηθάει να αξιοποιήσουν όλες τις δυνατότητες που διαθέτουν για απόκτηση γνώσεων και εμπειριών απαραίτητων για την αυτοφροντίδα τους (Vale, 2003).

- Μιλήστε στον άρρωστο με το όνομα τους μόλις μπειτε στο θάλαμο. Μη τον εγγίζετε πριν πείτε το όνομα και την ιδιότητα σας για να μη τρομάξει. Μιλήστε όπως και στους άλλους, όχι δυνατά, δεν βλέπει αλλά ακούει. Ενημερώστε τον για το λόγο που πήγατε τι νοσηλεία θα γίνει, ή ότι άλλο. Κατατοπίστε τον για το άμεσο περιβάλλον του θαλάμου.
- Όταν είναι κλινήρης : Φέρτε σε επαφή το χέρι του με το κορδόνι του κουδουνιού του θαλάμου και εξηγήστε το τρόπο χρήσης του. Εξηγήστε τη θέση του κομοδίνου και των ατομικών αντικειμένων. Μην επιτρέπεται να καπνίζει. Αν επιμένει, κάποιος πρέπει να μείνε μαζί του μέχρι να τελειώσει το τσιγάρο
- Όταν είναι περιπατητικός: Βοηθείστε να προσανατολιστεί με το δικό του τρόπο στο χώρο του θαλάμου, για τη θέση της πόρτας, τουαλέτας κ.λ.π. Προκειμένου να καθίσει ακουμπήστε το χέρι του στην άκρη του τραπέζιου ή στο πίσω μέρος της καρέκλας. Μη γεμίζετε το ποτήρι να επάνω. Μπορεί να χυθεί και να αισθανθεί δυσάρεστα.
- Οδηγείστε τον άρρωστο όταν βαδίζει με ασφαλή τρόπο, μη το βάζετε μπροστά και σεις πίσω, διότι μπορεί να κτυπήσει πάνω σε αντικείμενα. Βαδίζετε μισό βήμα μπροστά από αυτόν, χωρίς βιασύνη, στηρίζοντας το χέρι του στο δικό σας αγκώνα, κλείνετε ή

ανοίγετε τελείως τις πόρτες, οι μισάνοικτες πόρτες ή άλλα εκτεθειμένα αντικείμενα είναι επικίνδυνα, μπορεί να κτυπήσει ή να σπάσει κάτι, τότε αισθάνεται δυσάρεστα και περισσότερο μειονεκτικά. Μην αλλάζετε τη θέση των αντικειμένων. Τον προβληματίζετε, τα χάνει, αποπροσανατολίζεται και απογοητεύεται.

- Πληροφορείστε τον όταν φεύγετε. Μπορεί να μιλάει μόνος του και να αισθανθεί άσχημα όταν το καταλάβει. Ενημερώστε που πάτε σε ποιο σημείο βρίσκεστε, ανήφορο, κατήφορο, σκαλοπάτια και πόσα είναι ή αν πάτε προς την καρέκλα και συστήστε να την αγγίσει μόνος του.
- Βοηθείστε στην ώρα του φαγητού. Εξασφαλίστε κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ενημερώστε για το περιεχόμενο του δίσκου, την θέση των αντικειμένων τα οποία θα πρέπει να μην αλλάζουν, για να διευκόλυνση της χρήσης τους μ αν είναι κρύο ή ζεστό το φαγητό. Βεβαιωθείτε ότι πήρε όλο το γεύμα του και τα ανάλογα υγρά για την εξασφάλιση και θρέψης. Τεμαχίστε το κρέας ή ότι άλλοι είναι 46 ανάγκη. εξασφαλίστε ευχάριστη ατμόσφαιρα, συζήτηση, μουσική.
- Συνεργαστείτε με τον άρρωστο για τη λήψη των φαρμάκων του. Εξηγείστε ότι έχετε τα φάρμακα έτοιμα, πόσες ταμπλέτες είναι και δώστε νερό να τα πάρει. Αν πρόκειται για ένεση, ενημερώστε σχετικά για να μη τρομάξει.
- Αντιμετωπίστε τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του. Η ώρα δεν περνάει εύκολα για άτομα χωρίς δραστηριότητες. Υπενθυμίστε κατά την νοσηλεία του την ώρα, την ημέρα και το μήνα ώστε να το κρατάτε ενήμερων. Εξασφαλίστε μέσω τον συγγενών βιβλία γραφής (Braille) ραδιόφωνο, συντροφιά ή ότι άλλο ευχάριστο.
- Εξηγείστε όταν του δίνεται χρήματα την αξία τους. Τα κέρματα τα γνωρίζει με την αφή. Διδάξτε τις παραπάνω αρχές στην οικογένεια του αρρώστου αν στερείται αυτών των γνώσεων (Tinti, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια μεθοδολογική ακολουθία σχεδιασμού και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που έχει ως επίκεντρο τον εκάστοτε ασθενή. Απαιτεί συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή με εμπιστευτικό χαρακτήρα. Απαιτεί επίσης, οι νοσηλευτές να λειτουργούν ομαδικά στην προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας του ασθενούς και να συνεργάζονται με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς. Κατά κύριο λόγο ο νοσηλευτής έχει ως στόχο να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει την κατάσταση υγείας του ασθενή, να εντοπίσει και να προσδιορίσει τα προβλήματα και τις ανάγκες υγείας του, να οργανώσει και να προγραμματίσει ένα πλάνο φροντίδας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή και να προβεί σε ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να καλύψει τις ανάγκες του.

6.1 ΜΕΛΕΤΗ 1ΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: Χ.Κ.

Πατρώνυμο: Χ

Τόπος καταγωγής: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 7 ετών

Φύλο: Άρρεν

Υποστηρικτική Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Επάγγελμα: Μαθητής δημοτικού

Ασφαλιστικός Φορέας: προστατευόμενο μέλος γονέων

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-Αίτια εισαγωγής:-

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 18/08/2021

Διάγνωση εισαγωγής: ρήξη κερατοειδούς

Πηγή ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής και οι γονείς

Ο ασθενής Χ.Κ. 7 ετών παρουσιάζεται στο Π.Γ.Ν.Π. αφού τραυματίστηκε από ένα φυτό εσωτερικού χώρου στο σαλόνι του σπιτιού. Η μητέρα του δεν αντελήφθη μώλωπες ή αιμορραγία. Ωστόσο ο ασθενής δεν μπορούσε να ανοίξει τον οφθαλμό του και έκλαιγε όλη την ώρα λέγοντας ότι πονάει. Ο ασθενής κατόπιν εξετάσεων διαγνώστηκε με ρήξη κερατοειδούς στο αριστερό οφθαλμό μετά από τραύμα. Χαρακτηριστικά συμπτώματα ρήξης ήταν ο πόνος, έκκριση υγρού σαν πύον από το μάτι, φωτοευεσθησία, η ερυθρότητα, το δάκρυ και η μειωμένη όραση.

Χρειάστηκε άμεση χειρουργική αποκατάσταση της ρήξης για την αποκατάσταση της ακεραιότητας του οφθαλμού. Μετά τη χειρουργική επέμβαση ο ασθενής παρουσιάζει μόλυνση στο μάτι, άλγος, ατονία και δυσκολία προσαρμογής στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα-Ανάγκες Ασθενούς)	Αξιολόγηση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Μόλυνση στο μάτι (Μυκητιασική κερατίτιδα).	Αντιμετώπιση μόλυνσης.	Χορήγηση αντιμυκητιασικών φαρμάκων με άσηπτη τεχνική κατά τη χορήγηση.	Χορηγήθηκε αντιμυκητιασικό Claforan fl. 1/2gr.1x2 σε 500 N/S (I.V)	Επιτυχής αντιμετώπισης μυκητίασης.
Ερυθρότητα οφθαλμού και πύον.	Αντιμετώπιση Ερυθρότητας και έκκρισης πυώδους υγρού.	Χορήγηση αντιβακτηριακές οφθαλμικές σταγόνες.	Για την καταπολέμηση της ερυθρότητας και των εκκρίσεων πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καθαρισμοί της πάσχουσας περιοχής και η χορήγηση τοπικών οφθαλμικών σταγόνων 1x3.	Επαναφορά φυσιολογικής όψης του οφθαλμού.
Πόνος. Ευαισθησία στο φως.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Αποκατάστασης ευαισθησίας στο φως.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Σκοτεινός θάλαμος.	Χορηγήθηκε επί πόνου ½ amp. Pethidine ενδομυϊκώς (I.M). Τοποθέτηση σκουρόχρωμων κουρτινών στα παράθυρα του θαλάμου.	Καλή αντιμετώπιση του πόνου. Αίσθηση ανακούφισης από τον ασθενή. Ο ασθενής καταφέρνει να κρατήσει ανοιχτά τα μάτια του χωρίς κάποια ενόχληση.

Ατονία.	Να αποκτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του.	Χορήγηση βιταμινών και εφαρμογή σωστής διατροφής.	Εμπλουτισμός 500 N/S με ½ amp. βιταμίνης (MVI) (I.V.) και γεύματα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά συνεργασία με διατροφολόγο.	Ο ασθενής μετά από κάποιες μέρες απέκτησε σε μεγάλο βαθμό τις δυνάμεις του.
Χαμηλή θερμοκρασίας σώματος μετεγχειρουρικά.	Αποκατάσταση θερμοκρασίας σώματος.	Λήψη ζωτικών σημείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα.	Βοήθεια ασθενούς να φορέσει τα ρούχα του και παροχή κλινοσκεπασμάτων.	Επαναφορά θερμοκρασίας ασθενούς.
Έντονη κόπωση.	Αντιμέτωπιση κόπωσης.	Διατήρηση ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος	Περιορισμός του επισκεπτηρίου και έλεγχος του χρόνου παραμονής των επισκεπτών στο θάλαμο.	Ο ασθενής καταφέρνει να αποκοιμηθεί και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.

<p>Δυσκολία προσαρμογής του ασθενούς στο περιβάλλον.</p>	<p>Να προσαρμοστεί ο ασθενής στο νοσοκομειακό περιβάλλον και να ασχοληθεί με δραστηριότητες που συστήνει ο ψυχολόγος.</p>	<p>Εφαρμογή ενεργειών προκειμένου να προσαρμοστεί ο ασθενής.</p>	<p>Ενθάρρυνση του παιδιού να παίζει με στο ειδικό θάλαμο παιχνιδιού.</p> <p>Ενθάρρυνση του παιδιού να έρχεται σε επαφή με τα άλλα παιδιά της κλινικής.</p> <p>Συζήτηση με το παιδί για τους λόγους που έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο και για το πρόβλημα του οφθαλμού.</p>	<p>Ο ασθενής βελτιώνεται. Συμμετέχει σε δραστηριότητες και κοινωνικοποιείται στο νοσοκομειακό πλαίσιο.</p>

6.2 ΜΕΛΕΤΗ 2ΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: Ψ.Λ

Πατρώνυμο: Ψ

Τόπος καταγωγής: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 10 ετών

Φύλο: Θήλυ

Υποστηρικτική Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Επάγγελμα: Μαθήτρια δημοτικού

Ασφαλιστικός Φορέας: προστατευόμενο μέλος γονέων

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-Αίτια εισαγωγής:-

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 14/07/2021

Διάγνωση εισαγωγής: στραβισμός

Πηγή ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής και οι γονείς

Η ασθενής Ψ.Λ. 10 ετών παρουσιάζεται στο Π.Γ.Ν.Π. για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Η ασθενής παρουσιάζει περιστασιακή διασταύρωση των ματιών. Οι γονείς της πιστεύουν ότι το αριστερό της μάτι αποκλίνει ρινικά περισσότερο από το δεξί. Η ασθενής ανταποκρίνεται στο φως και παίζει με παιχνίδια χωρίς πρόβλημα. Η ασθενής παρουσιάζει εσωτροπία. Πραγματοποιήθηκε οφθαλμολογική εξέταση που περιλαμβάνει αμφιβληστροειδοσκόπηση για τον προσδιορισμό του διαθλαστικού σφάλματος, τον αποκλεισμό του καταρράκτη, και για την αποκάλυψη του στραβισμού και μια διασταλμένη εξέταση του βυθού για να αποκλειστεί η παθολογία του οπτικού νεύρου ή του αμφιβληστροειδούς. Κατόπιν εντολής ιατρού η θεραπεία συνίσταται σε συμβιβασμό της όρασης στο δυνατό οφθαλμό με μπαλώματα

ματιών και με σταγόνες έτσι ώστε το αμβλυωπικό μάτι να αναγκαστεί να παρακολουθήσει οπτικά ερεθίσματα και να επιτρέψει την αναπτυξιακή ανάρρωση. Ωστόσο η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική αναδιάταξη των ματιών. Μετά το πέρας της χειρουργικής αποκατάστασης η ασθενής παρουσιάζει Οξεία κεφαλαλγία ,υδαρείς κενώσεις, διαταραχές ύπνου λόγω ανησυχίας από τη παραμονή στο νοσοκομειακό περιβάλλον, καταβολή δυνάμεων και έντονο φόβο για την όραση της.

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα- Ανάγκες Ασθενούς)	Αξιολόγηση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Οξεία κεφαλαλγία εξαιτίας της επέμβασεις.	Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα του πόνου.	Να πραγματοποιηθεί τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Sir) Deron σε εφάπαξ δόση και στη συνέχεια τέθηκε σε συστηματική αναλγητική αγωγή 10cc x3	Ο ασθενής αναταποκρίθηκε στην αναλγητική αγωγή με επιτυχία.
Υδαρείς Κενώσεις λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.	Σκοπός είναι να αντιμετωπιστούν οι υδαρείς κενώσεις. Να παραμείνει νήστις ο ασθενής. Να αντιμετωπιστεί η	Να ενημερωθούν οι γονείς του παιδιού οτι πρέπει να παραμείνει νήστις. Να ενυδατώνεται ο ασθενής για την διατήρηση του ισοζυγίου και των ηλεκτρολυτών.	Πραγματοποιήθη κε ενυδάτωση του ασθενούς με L/R 1000 cc iv. Οι γονείς του ασθενή ενημερώθηκαν ο ασθενής να παραμείνει νήστις.	Οι υδαρείς κενώσεις του ασθενούς μειώθηκαν σημαντικά με την βοήθεια της νηστείας. Η συνεχής ενυδάτωσή του βοήθησε στην σταθεροποίηση των ηλεκτρολυτών.

	απώλεια ηλεκτρολυτών.			
Διαταραχές ύπνου λόγω ανησυχίας από το νοσοκομειακό περιβάλλον.	Εξασφάλιση ποιοτικού ύπνου και εξάλειψη φόβου.	Ρύθμιση βιολογικού ρολογιού ασθενούς. Ορθή θερμοκρασία θαλάμου. Ενθάρρυνση συναισθημάτων του παιδιού.	Τήρηση συγκεκριμένων ωρών ύπνου και αφύπνισης καθημερινά Ρύθμιση της θερμοκρασίας του θαλάμου ώστε να μην κρυώνει ή να μη ζεσταίνεται η ασθενής Χαλαρωτικό ζεστό μπάνιο πριν από τον ύπνο Αποφυγή πρόσληψης τροφής πριν τον ύπνο.	Ο ύπνος του παιδιού αποκαταστάθηκε.

Ανάγνωση
χαλαρωτικών

παραμυθιών
πριν τον ύπνο του
παιδιού

Συζήτηση με το
παιδί για τους
φόβους που
αντιμετωπίζει και
προσπάθεια
αποφυγής άγχους

Ενημέρωση του
παιδιού με απλά
λόγια για τη
διαδικασία της
θεραπείας

Συζήτηση με τους
γονείς για τις
τεχνικές
χαλάρωσης και
την ενθάρρυνση
του παιδιού

Φόβος.	Μείωση του φόβου της ασθενούς.	Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με τον πάσχοντα και κλίματος αισιοδοξίας.	<p>Παρασχέθηκε ψυχολογική υποστήριξη ζωνρού ενδιαφέροντος και κατανόησης της ανησυχίας και του φόβου που διακατέχουν τον πάσχοντα.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για την ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος μέσω της συνεργασίας του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.</p>	<p>Εγκαθιδρύθηκε θετική στάση έναντι της πορείας αποκατάστασης, πίστη και αισιοδοξία για την πορεία της υγείας της.</p> <p>Η ασθενής έχει πλέον εμπιστοσύνη την θεραπευτική ομάδα</p>
--------	--------------------------------	--	---	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία των μελετών υποδεικνύει ότι τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης είχαν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα από ό, τι τα παιδιά με τυπικά όραση. Φιλίες, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και ανεξαρτησία στην κινητικότητα φαινόταν σημαντικές παράμετροι για την προώθηση της καλής ψυχικής υγείας σε όλα τα παιδιά. Ωστόσο, πρέπει να υπάρξει περισσότερη γνώση βάσει επιστημονικών τεκμηρίων σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των νέων με προβλήματα όρασης.

Απαιτούνται πρόσθετες διαχρονικές και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες υψηλής ποιότητας. Οι κλινικές δοκιμές πρέπει να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις για την πρόληψη και θεραπεία ψυχικών διαταραχών. Οι μετρήσεις της ψυχικής υγείας πρέπει να συλλέγονται με την πάροδο του χρόνου, και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Είναι σημαντικό να συλλέγονται βέλτιστες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση, την ηλικία κατά την έναρξη, τη χρήση της γλώσσας μπράιγ, το φύλο, τον πολιτισμό, τα οικονομικά συστήματα και τα συστήματα υποστήριξης. Διαφορετικές κοινωνίες μπορεί να έχουν διαφορετικές ευκαιρίες για άτομα με απώλεια όρασης και οι προσωπικές προοπτικές για τη ζωή στο μέλλον μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων ενηλίκων. Ενώ οι οφθαλμικές ασθένειες είναι πιο συχνές σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, τα παιδιά και τα μωρά αντιμετωπίζουν επίσης μια ποικιλία οφθαλμικών παθήσεων. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να διορθώσει ή να σώσει την όρασή τους, να βελτιώσει την υγεία των ματιών τους και, στη συνέχεια, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους για πολλά χρόνια. Αρκετές παιδιατρικές παθήσεις των ματιών μπορεί να επηρεάσουν περισσότερο από την όραση του παιδιού. Τα σημάδια των οφθαλμικών προβλημάτων στα παιδιά μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστούν επειδή τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να περιγράψουν τα προβλήματά τους.

Τα άτομα με προβλήματα όρασης υποφέρουν από σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες που έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία τους και την καθημερινή λειτουργία. Υποδεικνύεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας, άγχους, κατάθλιψης, ιδεοληψίας αυτοκτονίας, κατάχρησης ουσιών. Έχουν χαμηλή αυτοαντίληψη, αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση και επίσης μερικές φορές υποφέρουν από πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adegbehingbe BO, Adeoye AO, Onakpoya OH (2005). Refractive errors in childhood. *Nigerian J Surg Sci.*, 15: 19-25.

Adhikari S., Shrestha M.K., Adhikari K., Maharjan N., Shrestha U.D. (2014). Factors associated with childhood ocular morbidity and blindness in three ecological regions of Nepal: Nepal pediatric ocular disease study. *BMC Ophthalmol.* 14: 125

Adio AO, Alikor A, Awoyesuku E. (2011). Survey of pediatric ophthalmic diagnoses in a teaching hospital in Nigeria. *Niger J Med.* ;20(1):105.

Aldebasi, YH. (2013). A descriptive study on compliance of spectacle-wear in children of primary schools at Qassim Province, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, 7(3): 291–299.

Alexander, F. (1996). *Self-concepts of children with visual impairments*. Re-view, 28, 35–44.

Alimovic S. & Runjic T. (2011) *Art and Science in Life Potential Development III – Proceedings of International Symposiums on Complementary Supportive Therapies* (eds) pp. 115–18.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ammerman, R. T., Van Hasselt, V. B., & Hersen, M. (1986). Psychological adjustment of visually handicapped children and youth. *Clinical Psychology Review*, 6, 67– 85.

Arvind C, Clare G. (2010). When your eye patient is a child. *Community Eye Health Journal.* ;23(72):1–3.

Augestad, L. B., & Jiang, L. (2015). Physical activity, physical fitness, and body composition among children and young adults with visual impairment. *The British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 167–182.

Bakhla, A. K., Sinha, V. K., Verma, V., & Sarkhel, S. (2011). Prevalence of psychiatric morbidity in visually impaired. *Indian Pediatrics*, 48(17), 225–227.

- Beatty, L. A. (1992). Adolescent self-perception as a function of vision loss. *Adolescence*, 27, 707–714.
- Blakemore, S.-J. (2001). Early years learning in spring 2001. *Early Education*, 33
- Bolat, N., Dogangun, B., Yavuz, M., Demir, T., & Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turkish Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 77– 82.
- Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorders: A meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 191(2), 49 –55.
- Bourne, R. R., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., & Naidoo, K. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(9).
- Bradley, J. B. (2001). Anxiety and mood disorders in children and adolescents: A practice update. *Paediatrics & Child Health*, 6(7), 459 – 463.
- Bradway, K. P. (1937). Social competence of exceptional children III. The deaf, the blind, and the crippled. *Exceptional Children*, 4, 64–69
- Brambling M. (2000) *Behaviour problems in children and adolescents with visual impairment. Visions and strategies for the new century*. Proceedings ICEVI European Conference. International Council for Education of People with Visual Impairment.
- Bruce, T., & Meggit, C. (2002). *Childcare and education: The third edition*. London: Hodder & Stoughton.
- Brunes, A., Flanders, W. D., & Augestad, L. B. (2015). The effect of physical activity on mental health among adolescents with and without self-reported visual impairment: The Young-HUNT study. *British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 189 – 199.
- Carlton, J and Kaltenthaler, E. (2011). Health-related quality of life measures (HRQoL) in patients with amblyopia and strabismus: a systematic review. *Br J Ophthalmol*, 95(3): 325–30.

- Cash, T. F. (2011). *Crucial considerations in the assessment of body image*. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 129–137.). New York, NY: Guilford.
- Cassetti, V., Sanders, T., & Bruce, A. (2019). Challenges of Eye Health Care in Children and Strategies to Improve Treatment Uptake: A Qualitative Study from the Perspective of Eye Care Professionals in the UK. *The British and Irish orthoptic journal*, 15(1), 96–104.
- Celeste, M. (2006). Play behaviors and social interactions of a child who is blind: In theory and practice. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(2), 75–90.
- Celeste, M. (2007). Social skills intervention for a child who is blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(9), 521–533.
- Chavda, S., Hodge, W., Si, F., & Diab, K. (2014). Low vision rehabilitation methods in children: A systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 49(3), 71–73.
- Chen, D. (2001). *Visual impairment in young children*. USA: Culturally & Linguistic Appropriate Services.
- Choong, YF, Lukman, H, Martin, S and Laws, DE. (2004). Childhood amblyopia treatment: psychosocial implications for patients and primary carers. *Eye*, 18(4): 369–75.
- Clunies-Ross, L., & Franklin, A. (1997). Where have all the children gone. *British Journal of Visual Impairment*, 15, 48-52.
- Czyz CN, Piehota PG, Strittmatter AM. (2015). Acute onset esotropia after heroin withdrawal. *Am J Emerg Med*. Apr;33(4):598.
- Davis, P. (2004). *Including children with a visual impairment in mainstream primary school classrooms*. Report from a funded ESRC project.
- Denrell, J. (2007). Adaptive learning and risk taking. *Psychological Review*, 114(1), 177–187.
- Department of Education and Employment. (1998). *Meeting special educational needs: A programme of action*. London: DfEE.

- Dias, L., Hyman, L., Manny, R. E., & Fern, K. (2005). Evaluating the self-esteem of myopic children over a three-year period. *Optometry and Vision Science*, 82, 338–347.
- Ditterline, J., & Oakland, T. (2009). *Relationships between adaptive behavior and impairment*. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Assessing impairment: From theory to practice*. Springer.
- Ditterline, J., Banner, D., Oakland, T., & Becton, D. (2008). Adaptive behavior profiles of students with disabilities. *Journal of Applied School Psychology*, 24(2), 191–208.
- Dodd, B., & Conn, L. (2000). The effect of Braille orthography on blind children's phonological awareness. *Journal of Research in Reading*, 23(1), 1–11.
- Douglas, G., Grimley, M., Hill, E., Long, R., & Tobin, M. (2002). The use of the NARA for assessing the reading ability of children with low vision. *British Journal of Visual Impairment*, 20(2), 68–75.
- Douglas, G., Hill, E., Long, R., & Tobin, M. (2001). The generation of standardized print reading scores for children with low vision in Great Britain. *British Journal of Visual Impairment*, 19(1), 35–38.
- Emam, M. M. (2013). Problem-solving orientation and attributional style as predictors of depressive symptoms in Egyptian adolescents with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 31(2), 150 – 163.
- Fares U, Otri AM, Al-Aqaba MA, Dua HS. (2012). Correlation of central and peripheral corneal thickness in healthy corneas. *Cont Lens Anterior Eye*. ;35:39–45.
- Fazzi E, Signorini SG, Bova SM, et al. (2007). Spectrum of visual disorders in children with cerebral visual impairment. *J Child Neurol*.;22(3):294-301.
- Fazzi, D. L. (2002). Social focus. In R. L. Poggrund, & D. L. Fazzi (Eds.), *Early focus: Working with young children who are blind or visually impaired* (2nd ed.). New York: AFB Press.
- Ferrell, K. A. (1998). *Project PRISM: A longitudinal study of developmental patterns of children who are visually impaired*. Greeley: University of Northern Colorado.
- Frame, M. J. (2000). *The relationship between visual impairment and gestures*.

- Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 15: 74–87.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (2003). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 269–284.
- Galati D, Miceli R, Sini B. (2001). Judging and coding facial expression of emotions in congenitally blind children. *International Journal of Behavioral Development.*;25(3):268–278.
- Ganesh S, Sethi S, Srivastav S, Chaudhary A, Arora P.(2013) Impact of low vision rehabilitation on functional vision performance of children with visual impairment. *Oman J Ophthalmol*. 6(3):170-175.
- Garaigordobil, M., & Bernara's, E. (2009). Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment. *Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 149 –160.
- George, A. L., & Duquette, C. (2006). The psychosocial experiences of a student with low vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(3), 152–163.
- Gilbert, C. E., Anderton, L., Dandona, L., & Foster, A. (1999). Prevalence of visual impairment in children: a review of available data. *Ophthalmic epidemiology*, 6(1), 73-82.
- Golding, J, Pembrey, M, Jones, R, et al. 2001. ALSPAC— the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. I. Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 15: 74–87.
- Gray, C., McIlmoyle, J., & Behan, S. (2004). *Visual impairment in the early years child: An evaluation of training in the Southern Board*. Belfast, N. Ireland: Stranmillis University Press.
- Grønmo, S. J., & Augestad, L. B. (2007). Physical activity, self-concept, and global self-worth of blind youths in Norway and France. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(8), 522–527.
- Haddad MF, Bakkar MM, Abdo N. (2017). *Public awareness of common eye diseases in Jordan*. *BMC Ophthalmol*;17:177.

- Hadidi, M. S., & Al Khateeb, J. M. (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(2), 167–172.
- Halder, S., & Datta, P. (2012). Insight into self-concept of the adolescents who are visually impaired in India. *International Journal of Special Education*, 27(2), 86–93.
- Hapeman, J., Ottowitz, J., & McLennan, M. N. (2008). Recipe for success: Education and rehabilitation work together to provide cooking experiences for visually impaired students. *RE:view*, 39(4), 193–196.
- Harris, J., & Lord, C. (2016). Mental health of children with vision impairment at 11 years of age. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(7), 774–779.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York, NY: Guilford.
- Hatlen, P. H. (2004). Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(11), 676–724.
- Haymes, S. A., Johnston, A. W., & Heyes, A. D. (2002). Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 22, 79–91
- Hodge S, Barr W, Bowen L. (2013). Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments. *British Journal of Visual Impairment*.;31(1):5–19.
- Holmes, JM, Strauber, S, Quinn, GE, Cole, SR, Felius, J and Kulp, M. (2008). Paediatric Eye Disease Investigator Group. Further validation of the Amblyopia Treatment Index parental questionnaire. *J AAPOS*, 12(6): 581–4.
- Holsen, I., Kraft, P., & Roysamb, E. (2001). The relationship between body image and depressed mood in adolescence. *Journal of Health Psychology*, 6, 613–627.
- Horwood, J., Waylen, A., Herrick, D., Williams, C., & Wolke, D. (2005). Common visual defects and peer victimization in children. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 46, 1177–1181.

- Hrisos, S, Clarke, MP and Wright, CM. (2004). The emotional impact of amblyopia treatment in preschool children: Randomized controlled trial. *Ophthalmology*, 111(8): 1550–6.
- Huurre, T. M., & Aro, H. M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 73–78.
- Huurre, T. M., & Aro, H. M. (2000). The psychosocial well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(10), 625– 637.
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (2001). Relationship with parents and friends, self-esteem and depression among adolescents with visual impairments. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 3(1), 21–37.
- Ishtiaq, R., Chaudhary, M. H., Rana, M. A., & Jamil, A. R (2016). Psychosocial implications of blindness and low vision in students of a school for children with blindness. *Pakistan Journal of Medicine and Science*, 32(2), 431– 434.
- Jackson WB. (2008). Current strategies for diagnosis and management. *Con J Ophthalmol April*; 43(2):170-179.
- Jalili I.K. (2005). Childhood Blindness Worldwide. In childhood onset visual impairment in the West Bank and Gaza Strip. *Blind Schools Survey*, 19851987, pp. 33-52.
- James, D. M., & Stojanovik, V. (2007). Communication skills in blind children: A preliminary investigation.. *Child: Care, Health and Development*, 33(1), 4–10.
- Jan, J. E., Freeman, R. D., & Scott, E. P. (1977). *Visual impairment in children and adolescents*. New York: Grune & Stratton.
- Jennings, J. (2002, January 10). Play it my way. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(3), 155–171.
- Kaffemaniene I. (2000) *The emotional development of visually impaired children. Visions and strategies for the new century*. Proceedings ICEVI European Conference. International Council for Education of People with Visual Impairment.

- Kef, S. (1997). The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 236 – 244.
- Kef, S., Hox, J. J., & Habekothé, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents: Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22, 73–91.
- Kekelis, L. S. (1992). *Peer interactions in childhood: The impact of visual impairment*. In S. Z. Sacks, L. S. Kekelis, & R. J. Gaylord-Ross (Eds.), *The development of social skills by blind and visually impaired students: Exploratory studies and strategies*. New York: American Foundation for the Blind.
- Kekelis, L. S., & Prinz, P. M. (1996). *Blind and sighted children with their mothers: The development of social skills by blind and visually impaired students: Exploratory studies and strategies*. New York: American Foundation for the Blind.
- Kekelis, L. S., & Sacks, S. Z. (1992). *The effects of visual impairment on children's social interactions in regular education programs*. In S. Z. Sacks, L. S. Kekelis, & R. J. Gaylord-Ross (Eds.), *The development of social skills by blind and visually impaired students: Exploratory studies and strategies*. New York: American Foundation for the Blind.
- Kellaghan, T., & Greaney, B. J. (1993). *The education and development of students following participation in a pre-school programme in a disadvantaged area of Dublin* (Bernard van Leer Foundation Studies*/Evaluation Paper No 12).
- Kels BD, Grzybowski A, Grant-Kels JM. (2015). Human ocular anatomy. *Clin Dermatol*. 33(2):140-6.
- Kelsay, K., Hazel, N. A., & Wamboldt, M. Z. (2005). Predictors of body dissatisfaction in boys and girls with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 522–531.
- Khan, S. A., Heussler, H., McGuire, T., Dakin, C., Pache, D., Norris, R., Cooper, D., & Charles, B. (2011). Therapeutic options in the management of sleep disorders in visually impaired children: *A systematic review*. *Clinical Therapy*, 33(2), 168 –181.
- Kimani K., Lindfield R., Senyonjo L., Mwaniki A., Schmidt E. (2013). Prevalence and causes of ocular morbidity in Mbeere district, Kenya results of a population-based survey. *PLoS One*. 8e70009

- Koenes, S. G., & Karshmer, J. F. (2000). Depression: A comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 269 – 279.
- Koklanis, K, Abel, LA and Aroni, R. (2006). Psychosocial impact of amblyopia and its treatment: a multidisciplinary study. *Clin Experiment Ophthalmol*, 34(8): 743–50.
- Konarska, J. (2007). Young people with visual impairments in difficult situations. *Social Behavior and Personality*, 35(7), 909 – 918.
- Kroksmark, U., & Nordell, K. (2001). Adolescence: The age of opportunities and obstacles for students with low vision in Sweden. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(4), 213–225.
- Lewis, S., & Iselin, S. A. (2002). A comparison of the independent living skills of primary students with visual impairments and their sighted peers: A pilot study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(5), 335–344.
- Leyser, Y., & Heinze, T. (2001). Perspectives of parents of children who are visually impaired: *Implications for the field*. *RE:view*, 33(1), 37–48.
- Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(2), 96–107.
- Lopez-Justicia, M. D., Pichardo, M. C., Amezcua, J. A., & Fernandez, E. (2001). The self-concepts of Spanish children and adolescents with low vision and their sighted peers. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 95, 150–160.
- Maes B. & Grietens H. (2004) Parent-reported problem behavior among children with sensory disabilities attending elementary regular schools. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 16, 361–75.
- Maxfield, K. E., & Fjeld, H. A. (1942). The social maturity of the visually handicapped preschool child. *Child Development*, 13, 1–27.
- Mayer, K. & Baltes P. (2001) *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.

- Meighan, T. (1971). *An investigation of the self-concept of blind and visually handicapped adolescents*. New York, NY: American Foundation for the Blind.
- Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T., & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7, 261–270
- Mojon-Azzi SM, Kunz A, Mojon DS. (2011). Strabismus and discrimination in children: are children with strabismus invited to fewer birthday parties? *Br J Ophthalmol.*;95(4):473–6.
- Mulford, R. C. (1983). *Referential development in blind children*. In A. E. Mills (Ed.), *Language acquisition in the blind child: Normal and deficient*. London: Groom Helm.
- National Information Centre for Children and Youth with Disabilities (NICHCY) (2001, January). *Definition of visual impairments* (NICHCY Fact Sheet Number 13).
- Onakpoya O.H., Adeoye A.O. (2009). Childhood eye diseases in southwestern Nigeria: a tertiary hospital study. *Clinics (Sao Paulo)*. 64: 947-951
- Parsons, S. (1987). Locus of control and adaptive behavior in visually impaired children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 81(9), 429–432.
- Pierce, J. W., & Wardle, J. (1996). Body size, parental appraisal, and self-esteem in blind children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 205–212.
- Pilling RF, Thompson JR, Gottlob I. (2005). Social and visual function in nystagmus. *Br J Ophthalmol.*1278–1281.
- Pinquart, M and Pfeiffer, JP. 2014. Worry in adolescents with visual impairment. *Br J of Visual Impairment*, 32(2): 94–107.
- Pinquart, M., & Pfeiffer J. P. (2013). Identity development in German adolescents with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(5), 338 –349.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: A meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*, 29(1), 27–45.

- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological adjustment in adolescents with vision impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145–155.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2014). Change in psychological problems of adolescents with and without visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 571–578.
- Pring, L., Dewart, H., & Brockbank, M. (1998). Social cognition in children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(11), 754–768.
- Qualter, P, Murphy, M, Abbott, J, Gardner, KJ, Japel, C, Boivin, M, Vitaro, F, Tremblay, RE. (2014) Developmental Associations between Obesity and Victimization from 3 to 10 years in a Population Sample. *Aggressive Behaviour*.
- Quinn, L., Melhuish, E., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., Taggart, B., Hanna, K., & Sweeney, G. (2003). *Cognitive development and progress at the end of year 1*. Belfast, N. Ireland: Stranmillis University Press.
- Rahi JS, Cable N. (2003). Severe visual impairment and blindness in children in the UK. *Lancet*, 362: 1359-65
- Ramasubramanian A, Johnston S. (2011). Neonatal Eye Disorders Requiring Ophthalmology Consultation. *NeoReviews*, 12:e216-e222.
- Richard S. , Michael A. (2006). *Κλινική ανατομία του οφθαλμού*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Πασχαλίδης ΕΠΕ
- Rosenblum, L. P. (1998). *Best friendships of adolescents with visual impairments: A descriptive study*. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(9), 593–608.
- Sacks, S. Z., & Wolffe, K. E. (2006). *Teaching social skills to students with social impairments*. New York, NY: American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z., Kekelis, L., & Gaylord-Ross, R. (1992). *The development of social skills by blind and visually impaired students*. New York, NY: American Foundation for the Blind.

- Sacks, S. Z., Wolffe, K. E., & Tierney, D. (1998). Lifestyle of students with visual impairment: Preliminary studies of social networks. *Exceptional Children*, 64(4), 463–478.
- Salmonsheaps MS . (2010). Pediatric eye diseases among children attending outpatient eye department of Tikrit Teaching Hospital. *Tikrit J Pharm Sci.*, 7 (1): 95-103.
- Searle, A. (2000). Compliance with eye patching in children and its psychosocial effects: a qualitative application of protection motivation theory. *Psychol Health Med*, 5(1): 43–54.
- Sharma S., Sigafos J. & Carroll A. (2002) Challenging behaviour among Indian children with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment* 20, 4–6.
- Sheppard, L., Eiser, C., & Kingston, J. (2005). Mothers' perceptions of children's quality of life following early diagnosis and treatment for retinoblastoma. *Child: Care, Health and Development*, 31, 137–142.
- Sherrill, C., Hinson, M., Gench, B., Kennedy, S. O., & Low, L. (1990). Self-concepts of disabled youth athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 1093–1098.
- Skemp-Arlt, K. M. (2006). Body image dissatisfaction and eating disturbances among children and adolescents. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 77, 1–58.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland adaptive behavior scales, interview edition survey form*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (2005). *Vineland adaptive behavior scales second edition survey forms manual*. AGS Publishing.
- Tinti, C. (2003). Spontaneous facial expressions in congenitally blind and sighted children aged 8–11. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97(7), 418–428.
- Vale, D. (2003). *Failing the test*/How children are suffering from the lack of vision screening* . London, UK: Royal National Institute for the Blind.

- van Bon, W., Adriaansen, L., Gompel, M., & Kouwenberg, I. (2000). The reading and spelling performance of visually impaired Dutch elementary schoolchildren. *Visual Impairment Research*, 2(1), 17–31.
- Visagie, L., Loxton, H., Ollendick, T. H., & Steel, H. (2013). Comparing fears in South African children with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(3), 193–205.
- Vitale, Cotch, Sperduto (2006) ‘Prevalence of Visual Impairment in the United States’, *Journal of the American Medical Association* 295: 2158–63.
- Walline, J. J., Jones, L. A., Sinnott, L., Chitkara, M., Coffey, B., Jackson, J. M., (2009). Randomized trial of the effect of contact lens wear on self-perception in children. *Optometry and Vision Science*, 86, 222– 232.
- Warren, D. H. (1994). *Blindness in children: An individual differences approach*. New York: Cambridge University Press.
- Webber, A. L., Wood, J. M., Gole, G. A., & Brown, B. (2008). Effect of amblyopia on self-esteem in children. *Optometry and Vision Science*, 85, 1074–1081.
- Webber, AL and Wood, J. 2005. Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects and treatment. *Clin Exp Optom*, 88(6): 365–75.
- Webster, A., & Roe, J. (1998). *Children with visual impairments: Social interaction language and learning*. London: Routledge.
- Wen G, McKean-Cowdin R, Varma R, Tarczy-Hornoch K, Cotter SA, Borchert M, et al. (2011). General health-related quality of life in preschool children with strabismus or amblyopia. *Ophthalmology*.;118(3):574–80.
- Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). *Body image development in adolescent girls*. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 76–84.). New York, NY: Guilford.
- Wolffe, K. E. (2000). Growth and development in middle childhood and adolescence. In M. C. Holbrook & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of education* (Vol. 1, pp. 135–156). New York, NY: AFB Press.

Yemane B, Worku A, Bejiga A (2007). National survey on blindness, low vision and trachoma in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.*, 21 (3): 204-210.

Yoshida, T., Ichikawa, T., Ishikawa, T., & Masashi, H. (1998). Mental health of visually and hearing impaired students from the viewpoint of the University Personality Inventory. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 52(4), 413– 418.

American Foundation for the Blind. (2010). The expanded core curriculum for blind and VI children and youths. Διαθέσιμο στο:

<http://www.afb.org/Section.asp?SectionID=44&TopicID=189&SubTopicID=4&DocumentID=2117>, προσπελάστηκε: 12/8/2021