



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ &
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΟΒΑΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ
ΟΡΑΣΗ Ή ΤΥΦΛΩΣΗ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
(ΝΟΜΟΙ ΚΑΒΑΛΑΣ – ΔΡΑΜΑΣ - ΣΕΡΡΩΝ)**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΜΑΚΡΙΑΔΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

A.M.: 06020656

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ – ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

- **ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ**
- **ΜΟΥΖΑΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ**
- **ΑΒΑΓΙΑΝΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Τίτλος/ Περιγραφή:	Σελίδα:
Εξώφυλλο	1
Περιεχόμενα	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
Εισαγωγή	3
Αναπηρία	3
Τυφλότητα	5
Ανάπτυξη Ορισμών & Όρων Άγχους –	6
Κατάθλιψης	
Επιδημιολογικά Στοιχεία	9
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
Σκοπός	11
Υλικό & Μέθοδος	11
Εργαλείο Έρευνας	12
Στατιστική Ανάλυση	14
Αποτελέσματα	15
Συζήτηση	42
Συμπεράσματα – Προτάσεις	55
Ελληνική Περίληψη	63
English Abstract	64
Παράρτημα	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

{ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ }

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Επιδημιολογικά το φαινόμενο της τύφλωσης κρίνεται ολοένα και αυξανόμενο και γι' αυτό τον λόγο θεωρείται άκρως απαραίτητη η λήψη δραστικών προληπτικών μέτρων, προκειμένου να μην υποβάλλεται το άτομο με προβλήματα όρασης σε μία σειρά σύνθετων ψυχολογικών διεργασιών, που επηρεάζουν φανερά την ψυχική του υγεία. Η Αναπηρία γενικότερα έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει άμεσα την κοινωνικό - οικονομική - ψυχολογική και φυσιολογική εξέλιξη του ατόμου, αν και ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαφοροποιήσεις που επιφέρει κάθε είδος αναπηρίας ξεχωριστά.

Το πεδίο διερεύνησης των ψυχο-κοινωνικών συνεπειών της τύφλωσης, πέραν των παθολογικών, βρίσκεται ακόμη σε πρώιμα στάδια και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, προκειμένου να ληφθούν κατάλληλα μέτρα και προγράμματα Προαγωγής Υγείας, σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας. Γι' αυτό τον λόγο και κρίθηκε σκόπιμη στην συγκεκριμένη μελέτη η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων με σοβαρά μειωμένη όραση ή τύφλωση.

➤ ΑΝΑΠΗΡΙΑ:

Η αναπηρία αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, αριθμητικά ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτο στον γενικότερο πληθυσμό του πλανήτη μας, που εξαρτάται άμεσα από την αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου με τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε κοινωνικό-πολιτισμικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο αναπτύσσεται. [1, 2, 3, 4]. Τα άτομα με αναπηρία βιώνουν καινούργιες μορφές αποστερήσης, με πολυδιάστατο χαρακτήρα, εφόσον δεν αποστερούνται σε έναν μόνο τομέα, αλλά σε περισσότερους, γεγονός που επιφέρει τον **κοινωνικό αποκλεισμό** τους [5]. Με την συσσώρευση όλων αυτών των αποστερήσεων και κατ' επέκταση διακρίσεων, οι αποδέκτες μένουν εκτός ή στο περιθώριο, μιας γενικότερης ευημερίας, δίχως να συμμετέχουν στον οικονομικό και κοινωνικό τρόπο ζωής, όπως οι περισσότεροι [6]. Έτσι, εμποδίζεται η συμμετοχή τους σε κοινωνικές ανταλλαγές και πρακτικές, όπως και σε κοινωνικά δικαιώματα που χαρακτηρίζουν την κοινωνική ένταξη, την

αξιοπρεπή ανθρώπινη διαβίωση, καθορίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο ακόμη και την ταυτότητα του ατόμου [7].

Τα χαρακτηριστικά που εγκαθιδρύονται στην **ταυτότητα ενός «αποκλεισμένου» ατόμου** είναι η αδυναμία άσκησης των κοινωνικών του δικαιωμάτων, δίχως βοήθεια, η κακή αυτό- εικόνα και κατ' επέκταση η ελλιπής αυτοπεποίθηση σε σχέση με την ικανότητά του να διεκπεραιώνει υποχρεώσεις, καθώς και ο κίνδυνος για μονιμοποίηση της ανάγκης του για ενίσχυση, διαιωνίζοντας κατ' επέκταση τον στιγματισμό του [5, 8, 9].

Η **αναπηρία**, επομένως, συνιστά προϊόν αλληλεπίδρασης της κατάστασης γενικής υγείας του ατόμου και των απαιτήσεων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο διαβιώνει [10].

Ένας ακόμη όρος που βρίσκεται σε συνάρτηση με αυτόν της αναπηρίας είναι η **Ποιότητα Ζωής**, εφόσον ως έννοια συμπεριλαμβάνει μία ολιστική προσέγγιση της ευημερίας. Σε αυτή την θεώρηση η υγεία, ως διάσταση, έχει σημαντική θέση για την επίτευξη της Ποιότητας της Ζωής, αλλά εξίσου σημαντικές διαστάσεις είναι και αυτές της εργασίας, της στέγης, της εκπαίδευσης, της γειτονιάς και γενικότερα ό,τι απαρτίζει και περιβάλλει το άτομο στην καθημερινή του διαβίωση. Η Ποιότητα Ζωής ως υπό μελέτη έννοια συσχετιζόμενη με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μας, περιλαμβάνει μελέτες τόσο για τους παράγοντες κινδύνου και τις συνθήκες υγιεινού τρόπου ζωής, όσο και για την λειτουργική κατάσταση του εκάστοτε πληθυσμού, την κοινωνική υποστήριξη όπου επιδέχεται και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο διαβίωσής του, καθώς και κάθε άλλη πηγή στην κοινότητα, όπως πολιτικές και πρακτικές, που επηρεάζουν είτε άμεσα είτε έμμεσα την υγεία του πληθυσμού και τα επίπεδα γενικότερης λειτουργικότητάς του [11].

Έχει παρατηρηθεί, λοιπόν, ότι τα επίπεδα ενδυνάμωσης ή αποδυνάμωσης που είναι δυνατόν να προκληθούν από περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς περιορισμούς, επηρεάζουν συνήθως την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες [10]. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με αναπηρία έχουν συνήθως μεγαλύτερη ροπή προς τους υψηλότερους παράγοντες κινδύνου σε θέματα που αφορούν την υγεία [12, 13] και σε δευτερεύουσες συνθήκες ελλιπούς υγείας, ως απόρροια της αρχικής ήδη υπάρχουσας αναπηρίας, ενώ παράλληλα η κατάσταση αυτή οδηγεί σε φτωχότερα επίπεδα υγείας και με λιγότερες ευκαιρίες για την πρόληψη των συνθηκών που οδηγούν σε αυτή την κατάσταση [14, 15, 16].

Είναι, μάλιστα, σύνηθες το φαινόμενο τα άτομα με αναπηρία να εμπλέκονται σε τέτοιες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την υγεία τους που την θέτουν συχνότερα σε κίνδυνο, μιας και έχουν λιγότερες πιθανότητες να επωφελούνται των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [12, 13, 16], εάν λάβει κανείς υπόψη του τον γενικότερο αποκλεισμό, όπου και επιδέχονται.

Τα κοινωνικά εμπόδια αποτελούν τον κύριο παράγοντα περιορισμού των ατόμων με αναπηρίες στην πλήρη κοινωνική συμμετοχή και ενσωμάτωσή τους [13], ενώ οι δευτερεύουσες συνθήκες αναπηρίας, όπου προκύπτουν, σε έναν σημαντικό βαθμό από τον αποκλεισμό τους αυτό, όπως είναι η κατάθλιψη και η απομόνωση, με όσα ψυχοσωματικά συμπτώματα μπορεί να συνεπάγονται, αυξάνουν τα επίπεδα προσωπικού αισθήματος της μειονεξίας [14]. Το άτομο βιώνει την αναπηρία του ως προσωπική αποτυχία, μιας και δεν ανταποκρίνεται στο επιθυμητό επίπεδο των κοινωνικό-οικονομικών προτύπων που επιβάλλει η εκάστοτε κοινωνία, αποδεχόμενος, έτσι, τον ρόλο του στιγματισμένου, σύμφωνα με τον οποίο αποκλείεται από την πλήρη κοινωνική αποδοχή [9].

➤ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑ

Παρομοίως η τυφλότητα, ως κατάσταση αναπηρίας, επηρεάζεται άμεσα από τα επίπεδα λειτουργικότητας του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον και τις δραστηριότητες που είναι ή δεν είναι δυνατό να επιτελέσει, ως αυτό-εξυπηρετούμενο άτομο [17, 18]. Συνοδευτικά με την απώλεια της όρασης επέρχονται ψυχολογικές διεργασίες κρίσιμες και σημαντικές για την περαιτέρω εξελεγκτική πορεία του ατόμου, είτε ως προς την θεραπευτική του διαδικασία είτε ως προς την προσαρμογή και λειτουργικότητά του στην νέα κατάσταση. Από την άλλη πλευρά, η τυφλότητα επιφέρει γενικότερα μία κατάσταση βίωσης πολλαπλών μορφών απώλειας, πέραν αυτής του φωτός, όπως είναι της αίσθησης της φυσικής και σωματικής ακεραιότητας, της αυτό-εκτίμησης, της κινητικότητας, καθώς και απώλειες σε επίπεδο ανεξαρτησίας στην καθημερινή διαβίωση (με εξαναγκασμό εύρεσης νέων τεχνικών αυτό-εξυπηρέτησης), ψυχαγωγίας, εργασίας και επαγγελματικών ευκαιριών, δυνατοτήτων μετακίνησης και ταξιδιού, οικονομικής ασφάλειας, προσωπικής ανεξαρτησίας και κοινωνικής επάρκειας [17, 19]. Όλες αυτές οι απώλειες αντανακλούν στην ψυχολογική κατάσταση του τυφλού ατόμου, με αποτέλεσμα να υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν έως και διάφορες παρεκκλίνουσες ψυχικές διαταραχές [17].

Η ανακοίνωση – διάγνωση μίας αναπηρίας και δει της τυφλότητας είναι μία διαδικασία στην οποία το άτομο αυτομάτως διέρχεται σε μία κατάσταση ψυχολογικής κρίσης. Χρησιμοποιώντας τον όρο κρίση νοείται μία κατάσταση για την οποία κάποιο γεγονός πυροδοτεί το άγχος ή ακόμη το μακροχρόνιο άγχος, το άτομο νιώθει βαθιά μελαγχολία, υπάρχει απώλεια, κίνδυνος ή ταπείνωση, η αίσθηση του ανεξέλεγκτου, ενώ τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα. Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής, ενώ υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον και η μελαγχολία παρατηρείται να συνεχίζεται για αρκετό χρονικό διάστημα (συνέχεια για 2 έως 6 εβδομάδες τουλάχιστον) [20].

➤ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΡΙΣΜΩΝ & ΟΡΩΝ ΑΓΧΟΥΣ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι **αγχώδεις διαταραχές** είναι καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από την υπερβολική παρουσία άγχους και συνοδών συμπτωμάτων. Το **άγχος** είναι το βίωμα που χαρακτηρίζεται από αίσθημα επικειμένου κινδύνου και συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις, κυρίως του τύπου της υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το άγχος είτε αποτελεί αντίδραση σε μιαν απειλή που είναι άγνωστη ή ασαφής, είτε είναι αντίδραση σε συγκεκριμένο κίνδυνο η οποία όμως είναι υπερβολική, και αυτό την διαφοροποιεί από το φόβο, ο οποίος είναι πρόσφορη αντίδραση σε γνωστό κίνδυνο [21, 22].

Το **άγχος** βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα και χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου σε πηγές -ερεθίσματα- μη εύκολα αναγνωρίσιμα. Είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη.

Συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία.

Ο **φόβος** είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή και γίνεται συνειδητά αντιληπτός. Σε αντίθεση με το φόβο, η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη, είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής, ψυχολογικής, αντίδρασης που προκαλεί [23].

Στο σημείο αυτό είναι αναγκαία και η διάκριση μεταξύ των όρων «στρες» και «άγχος», οι οποίοι συχνά συγχέονται ή χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι. Ο όρος «στρες» αναφέρεται στη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. Το στρες έχει γίνει αντιληπτό κατά τρεις κυρίως τρόπους: α) στην πρώτη προσπάθεια ορισμού περιγράφεται ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως αντίδραση δηλαδή του ατόμου σε ένα αρνητικό ερέθισμα, εννοώντας την ψυχολογική και την σωματική αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα, β) η δεύτερη ομάδα των ερευνητών περιγράφει το στρες από την προοπτική του ερεθίσματος ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή και χαρακτηρίζεται ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα [24]. Οι Elliot και Eisdorfer διακρίνουν τέσσερις κύριους τύπους στρεσογόνων ερεθισμάτων: 1. τα οξέα, χρονικά περιγεγραμμένα ερεθίσματα (π.χ. ο έλεγχος από ένα τροχονόμο), 2. ερεθίσματα σε διαδοχή (π.χ. η απώλεια της εργασίας με ό,τι την ακολουθεί), 3. οι χρόνιοι περιοδικοί στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. οι εξετάσεις), 4. οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο) [24, 25]. Τέλος η τρίτη προσπάθεια ορισμού του στρες γ) όπου περιγράφεται ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις, κάνοντας αποδεκτή και μια άλλη διάσταση, αυτή της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος, ως αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής μεταξύ αυτών των δύο: ερεθίσματα του περιβάλλοντος και αντιδράσεις του ατόμου [24, 26, 27]. Αντιθέτως, ο όρος «άγχος» αναφέρεται στη σχετική ψυχική διάθεση και μόνο, δηλαδή στην αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες [24].

Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με την μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, οπότε κάνουμε λόγο για κάποια μορφή Αγχώδους Διαταραχής [23].

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή όταν δεν συσχετίζεται με κάποια ειδική φοβική κατάσταση είναι μια εξαιρετικά συχνή νόσος. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή προστρέχουν για βοήθεια συνήθως σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Είναι σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ασθενείς με συμπτώματα άγχους καταφεύγουν αμέσως σε ψυχίατρο. Αυτό συμβαίνει γιατί το άγχος συνοδεύεται κατά κανόνα και από σωματικά συμπτώματα [28].

Η εκτίμηση που συνάγεται εμμέσως από όλες τις μέχρι σήμερα έρευνες, είναι ότι οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό 10%-20% των ασθενών που εξετάζουν οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, είναι δε οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό [29], ανεξαρτήτως αναπηρίας ή μη.

Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο μόνο 10%-20% των πασχόντων υποβάλλονται σε θεραπεία [30].

Αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης

Γενετικοί Παράγοντες

Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες. Σ' αυτούς ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες (χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονη αυτοκριτική, διαπροσωπική απώλεια, αρνητική εκτίμηση του ατόμου για τον εαυτό του)

Νευροβιολογικοί Παράγοντες

Διαταραχές της Νευροδιαβίβασης, της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας και της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας.

Συμπτώματα της κατάθλιψης

Από το συναίσθημα: Καταθλιπτική διάθεση - το άτομο περιγράφει ότι νιώθει θλίψη, απογοήτευση, απελπισία και ξεσπά συχνά σε κλάματα. Απώλεια της ευχαρίστησης, ανηδονία, σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες και άγχος.

Από το Φυτικό Νευρικό Σύστημα: Διαταραχή του ύπνου, της όρεξης, κόπωση και εξάντληση (απώλεια ενέργειας), ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση στην σκέψη, το λόγο και τις κινήσεις, ή ψυχοκινητική διέγερση με εκνευρισμό, ανησυχία ένταση ή και διέγερση.

Από την κινητοποίηση: Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες, ανημπόρια να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον και την κατάστασή του, καθώς και σκέψεις (ιδεασμούς) ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Από την σκέψη και την αντίληψη: Αισθήματα, σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη και παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση, καθώς είναι έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις και αναποφάσιστοι.

Σωματικά ενοχλήματα: όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό άλγος, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνο στο στήθος, είναι μερικά από τα συμπτώματα που αναφέρουν οι ασθενείς και σχετίζονται με την ψυχιατρική οντότητα της κατάθλιψης [22, 29].

➤ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ως προς τα επιδημιολογικά δεδομένα στις περιπτώσεις τύφλωσης ή προβλημάτων χαμηλής όρασης, σύμφωνα με τον WHO και τους πιο πρόσφατους υπολογισμούς του κατά το 2002, τα άτομα με προβλήματα όρασης ανέρχονται σε περισσότερα από 161 εκατομμύρια, από τα οποία τα 124 έχουν σοβαρά μειωμένη όραση και τα 37 εκατομμύρια είναι τυφλοί [31].

Σύμφωνα, δε, με το ICEVI (International Council for Education of People with Visual Impairment) βρέθηκαν τα εξής γενικά στοιχεία, που αφορούν την διεθνή πραγματικότητα για τα τυφλά άτομα:

α) 90% των τυφλών παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν πηγαίνουν σχολείο, β) 80% αυτών των παιδιών ζουν σε αγροτικές περιοχές και τα λίγα σχολεία και οι υπηρεσίες υποστήριξης που υπάρχουν βρίσκονται στα αστικά κέντρα, γ) 80% των τυφλών ενηλίκων είναι χωρίς εργασία λόγω έλλειψης εκπαιδευτικών ευκαιριών και δυνατοτήτων απασχόλησης, ε) στη Δυτική Ευρώπη, σύμφωνα με παλαιότερες μετρήσεις, το 70% των τυφλών και μερικώς βλεπόντων ήταν άτομα άνω των 60

χρονών, ενώ υπολογίζεται ότι σήμερα το 85% των τυφλών ανήκει στην τρίτη ηλικία [32].

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του έτους 1999 του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα άτομα με αναπηρία, τυφλά ήταν 21.199 άτομα εκ των οποίων περίπου 500 ήταν έως 18 ετών, δίχως όμως να συμπεριλαμβάνονται στις μετρήσεις οι μερικώς βλέποντες [32].

Κύρια αιτία τυφλότητας, που μπορεί όμως να προληφθεί, για τις ανεπτυγμένες χώρες είναι το Γλαύκωμα. Εκτιμάται ότι το 2020 80 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως θα υποφέρουν από Γλαύκωμα, από τους οποίους τα 11.2 θα είναι τυφλοί και από τα δύο μάτια, ενώ σήμερα ο αριθμός των τυφλών παγκοσμίως από Γλαύκωμα ανέρχεται στα 4.5 εκατομμύρια. Στην Ελλάδα περισσότεροι από 800.000 άνθρωποι πάσχουν από γλαύκωμα ή πρόκειται να εμφανίσουν στην ζωή τους κάποιο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση Γλαυκώματος [33]. Ακόμη όμως και σε έρευνα 4509 ατόμων στην Αφρική, διενεργούμενη από το Barbados Eye Study, βρέθηκε ότι η απώλεια όρασης αυξάνεται με το πέρας της ηλικίας, ενώ μεγαλύτερα ποσοστά τύφλωσης παρουσίαζαν οι άνδρες συμμετέχοντες, είτε ήταν μαύροι είτε μιγάδες. Κύρια αιτία τύφλωσης αποτελούσε για το 60% του πληθυσμού το Γλαύκωμα ανοικτής γωνίας και ο εκφυλιστικός Καταρράκτης λόγω ηλικίας [34].

{ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ }

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με προβλήματα όρασης, -σοβαρά μειωμένη όραση ή τύφλωση-, στην Ανατολική Μακεδονία, τα οποία είναι μέλη του πρωτοβάθμιου κοινωνικό-συνδικαλιστικού οργάνου αυτό-εκπροσώπησης τους, τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Τυφλών – Περιφερειακή Ένωση Ανατολικής Μακεδονίας (Νομοί Καβάλας, Δράμας & Σερρών), με έδρα την Καβάλα. Η διερευνητική διεργασία έχει ως μέτρο σύγκρισης τον γενικό «υγιή» πληθυσμό της ίδιας περιοχής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 73 ενήλικες με προβλήματα όρασης, διανεμήθηκε ένα σύντομο, δομημένο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αφορά την συναισθηματική τους διάθεση και το άγχος, των Bedford & Foulds, ενώ οικειοθελώς επέλεξαν ή μη την συμμετοχή τους στην ερευνητική διεργασία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος του 2008, με επιλογή εκείνων των τακτικών εγγεγραμμένων μελών του Παραρτήματος του Πανελληνίου Συνδέσμου Τυφλών στην Ανατολική Μακεδονία, οι οποίοι κατοικούν σε έναν από τους παρακάτω τρεις Νομούς: Καβάλας – Δράμας – Σερρών και ήταν ηλικίας μεταξύ 20 έως 65 ετών, με ενδιάμεση τιμή (Median) τα 55 έτη (το 52,1% του δείγματος ήταν έως 55 ετών). Το δείγμα ήταν μη τυχαιοποιημένο και επιλεγμένο αποκλειστικά από τον εν λόγω φορέα αυτό-εκπροσώπησης τους, σύμφωνα με τον οποίο εγγεγραμμένα μέλη έχουν το δικαίωμα να είναι μόνον όσοι επιδοτούνται από τις κατά τόπους Νομαρχιακές Διευθύνσεις Κοινωνικής Αλληλεγγύης και είναι καταγεγραμμένοι στα Μητρώα Τυφλών της Πρόνοιας, γεγονός που πιστοποιεί το νόμιμο της ιδιότητας τους ως τυφλοί ή άτομα με σοβαρά μειωμένη όραση, όπως ορίζουν τα ελληνικά νομοθετικά δεδομένα.

Σ' αυτό το σημείο σκόπιμο είναι να διευκρινιστεί ότι σύμφωνα με τον Νόμο 958/79 (τεύχος Α ΦΕΚ191), που αντικατέστησε τον Νόμο 1904/51, «Τυφλός κατά την έννοια του παρόντος νόμου νοείται παν πρόσωπον το οποίον στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτης είναι μικροτέρα του ενός εικοστού της φυσιολογικής τοιαύτης». Επειδή όμως ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με προβλήματα όρασης (όχι εντελώς τυφλά αλλά με μερική όραση) δεν καλύπτονται από

τον παραπάνω νόμο, ο Ν.2430/96 προβλέπει τη διαβάθμιση της όρασης και αναμένονται τα προεδρικά διατάγματα τα οποία θα επιτρέψουν και στην Ελλάδα να γίνει επί της ουσίας πραγματικότητα η διαβάθμιση σε τυφλούς και μερικώς βλέποντες. Βέβαια, μία ακόμη έλλειψη της ελληνικής νομοθεσίας έγκειται στο γεγονός ότι θεωρείται απαραίτητος και ο διαχωρισμός των νεοτυφλωθέντων από τους εκ γενετής τυφλούς ή τους τυφλωθέντες σε μικρή ηλικία [32], εφόσον κατά αυτό τον τρόπο δημιουργούνται νέα δεδομένα προς διερεύνηση των πληθυσμών αυτών, κυρίως σε ό,τι αφορά τα πεδία εκπαιδευτικής και επαγγελματικής κατάρτισής τους.

Στην εν λόγω έρευνα, πάντως, τυφλοί νοούνται είτε οι παντελώς τυφλοί είτε οι μερικώς βλέποντες, ανεξαρτήτως των διαβαθμίσεων της οράσεώς τους ή του χρόνου απώλειάς της.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την βοήθεια της ερευνήτριας, η οποία εργαζόταν ως Κοινωνική Λειτουργός στον φορέα τους, δίδοντας τις απαραίτητες διευκρινιστικές απαντήσεις, όποτε της ζητήθηκε.

Παράλληλα, διανεμήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο σε 73 άτομα του γενικού πληθυσμού της ίδιας χωροταξικής εμβέλειας, με τυχαία επιλογή, τα οποία και κρίθηκαν σύμφωνα με την γενικότερη βίο-ιατρική προσέγγιση του όρου της υγείας, φυσιολογικά και υγιή. Ο νεότερος ήταν 22 ετών και ο γηραιότερος 64 , ενώ ο διάμεσος για τους «υγιείς» είναι τα 36 έτη (το 52,1% του δείγματος ήταν έως 36 ετών).

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DSSI/Sad ΤΩΝ BEDFORD & FOULDS

Εστιάζοντας το ενδιαφέρον της μελέτης πιο ειδικά στο άγχος και την κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Delusions Symptoms States Inventory/states of Anxiety and Depression (DSSI/Sad) των Bedford και Foulds [35]. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δοκιμασία ελέγχου, προκειμένου να εντοπιστούν σε ένα δείγμα πληθυσμού όσοι παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα, αλλά και ως δείκτης βαρύτητας των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι πολύ εύκολο στο να το συμπληρώσει κάποιος και παρέχει μια απλή και γρήγορη εκτίμηση του επιπέδου του άγχους και της κατάθλιψης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο **(Α)** μέρος περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και ακαδημαϊκή μόρφωση. Ειδικότερα ερωτώνται οι γραμματικές τους γνώσεις δίνοντάς τους την δυνατότητα να τοποθετηθούν σε μία από τις πέντε κατηγορίες του ερωτηματολογίου, με κωδικοποίηση από 1 (αναλφάβητοι - δημοτικό) έως 5 (ΑΕΙ).

Στην κατηγορία του επαγγέλματος η κατηγοριοποίηση έχει ως εξής: κωδικός 1 όσοι έχουν μη χειρωνακτική εργασία (ιατροί, δικηγόροι, δημ. υπάλληλοι, τραπεζικοί, τηλεφωνητές, φοιτητές κ.α.) κωδικός 2 οι χειρώνακτες (μηχανικοί αυτοκινήτων, εργάτες, άνεργοι, οικιακά κ.α.) και κωδικός 3 οι συνταξιούχοι, ενώ στον κωδικό 4 διευκρινίζεται η συνταξιοδότηση, λόγω της αναπηρίας. Έτσι γίνεται μια αδρή εκτίμηση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης με βάση τη μόρφωση και το επάγγελμα σε σχέση με το σκορ άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν.

Το δεύτερο **(Β)** μέρος περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις, επτά από τις οποίες αφορούν στο άγχος, την υπερβολική ανησυχία, την αϋπνία, τις κρίσεις πανικού, αίσθημα παλμών, ένταση, και άλγος στον αυχένα. Επτά ερωτήσεις αφορούν την κατάθλιψη, την έλλειψη ενδιαφερόντων, την ανηδονία, την έλλειψη ζωτικότητας, τα αισθήματα απελπισίας και τις σκέψεις αυτοκτονίας. Στο τέλος, τρεις ερωτήσεις αφορούν τις καπνιστικές συνήθειες των ερωτώμενων και το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό ή λαμβάνουν θεραπεία για το στρες.

Το ερωτηματολόγιο εστιάζει αποκλειστικά στην παρούσα συμπτωματολογία χωρίς να σχετίζεται με την δομή της προσωπικότητας ή άλλες συνιστώσες. Θεωρήθηκε το πιο κατάλληλο, αφού είναι καθιερωμένη πλέον η γνώση ότι αυτές οι δύο συνιστώσες εξετάζονται μαζί. Το συνολικό άθροισμα για κάθε κλίμακα άγχος -κατάθλιψη είναι το άθροισμα των αποτελεσμάτων στις επιμέρους ερωτήσεις (εύρος από 0 έως 21). **Το κρίσιμο άθροισμα για κάθε κατηγορία είναι το 3.** Όσοι δίνουν άθροισμα κάτω του 3, (0-2) θα πρέπει να θεωρούνται **ελεύθεροι συμπτωμάτων**. Όσοι κινούνται ανάμεσα **στο 3 και στο 6 (3-6)** θεωρείται ότι παρουσιάζουν κάποιας μορφής **οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία**, ενώ όσοι βρίσκονται πάνω από το 7, (>7) θεωρείται ότι παρουσιάζουν **σοβαρή ψυχοπαθολογία** και θα μπορούσαν από ψυχιατρική σκοπιά να θεωρηθούν και ως ασθενείς.

Τέλος, η ταξινόμηση των παθήσεων, που αναφέρονται, έγινε σύμφωνα με την κατανομή του καταλόγου νόσων στο ICD-10 (1^η ελληνική έκδοση – Νοέμβριος 2004 – ΓΕΣ/ΔΥΓ/5/1/Τμ. Βιοστατιστικής – 10^η Αναθεώρηση Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων & των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας του Π.Ο.Υ. (W.H.O.)).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το άγχος και η κατάθλιψη αναλύθηκαν τόσο ως ποσοτικές μεταβλητές (συνολική βαθμολογία), όσο και ως ποιοτικές μεταβλητές (κατηγοριοποιημένες με βάση συγκεκριμένα cut-off). Με μονομεταβλητή αλλά και πολυμεταβλητή ανάλυση διερευνήθηκε αν η ομάδα των τυφλών έχει επιβαρημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, τόσο με μονομεταβλητή όσο και με πολυμεταβλητή ανάλυση ελέγχθηκε ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης χωριστά στην ομάδα των τυφλών και στην ομάδα των υγιών.

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή της βαθμολογίας άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων αλλά και όλων των ποσοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι χ^2 και Fisher's exact tests. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ τριών ή παραπάνω διαφορετικών ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), ενώ για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών (π.χ. ηλικίας και βαθμολογίας άγχους) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα δεδομένα (όταν η ανάλυση αφορούσε στις ποσοτικές μετρήσεις άγχους ή κατάθλιψης) μοντελοποιήθηκαν με ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία άγχους ή κατάθλιψης και ανεξάρτητες την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν

έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη (οι παράγοντες: πρόβλημα όρασης και τα έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης χρησιμοποιήθηκαν όταν η ανάλυση αφορούσε μόνο την ομάδα των τυφλών). Όταν η ανάλυση αφορούσε στην ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης τα δεδομένα μοντελοποιήθηκαν με ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis).

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 146 άτομα (73 από την ομάδα των τυφλών και 73 από την ομάδα των υγιών).

Τα περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία των δυο ομάδων έχουν ως ακολούθως:

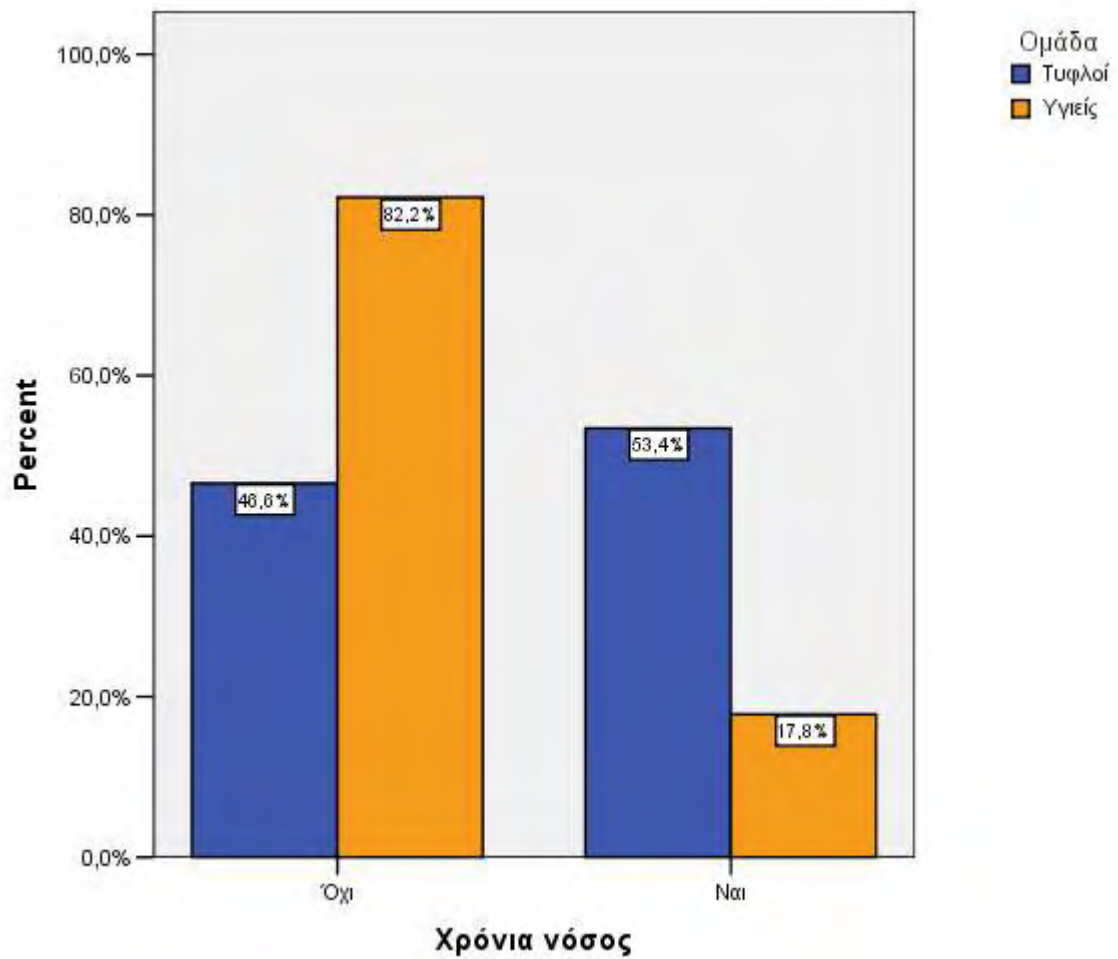
		Τυφλοί		Υγιείς		P χ^2 test
		N	%	N	%	
Διαμονή	Καβάλα	42	57,5	36	49,3	0,241
	Δράμα	21	28,8	19	26,0	
	Σέρρες	10	13,7	18	24,7	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		49,7	(13,1)	40,2	(12,2)	<0,001‡
Φύλο	Γυναίκες	35	47,9	49	67,1	0,019
	Άνδρες	38	52,1	24	32,9	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	18	24,7	23	31,5	0,494
	Έγγαμοι	48	65,8	41	56,2	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	7	9,6	9	12,3	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	48	65,8	1	1,4	<0,001
	Λοιποί	25	34,2	72	98,6	
Εθνικότητα	Ελληνική	70	95,9	73	100,0	0,245*
	Ρώσικη	3	4,1	0	0,0	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό/Γυμνάσιο	47	64,4	12	16,4	<0,001
	Λύκειο	17	23,3	32	43,8	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	9	12,3	29	39,7	
Κάπνισμα	Όχι	44	60,3	39	53,4	0,403
	Ναι	29	39,7	34	46,6	
Αριθμός τσιγάρων, μέση τιμή (SD)		19,3	(10,7)	18,7	(10,2)	0,829‡

‡ Student's t-test

*Fisher's exact test

Η ομάδα των τυφλών ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, στην ομάδα των τυφλών υπήρχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό άνδρες και συνταξιούχοι. Τέλος στην ομάδα των υγιών υπήρχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό απόφοιτοι Λυκείου ή ΤΕΙ-ΑΕΙ.

Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τους τυφλούς (53,4%) είχε χρόνια νόσο σε σύγκριση με τους υγιείς (17,8%), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο γράφημα:



Το είδος της χρόνιας νόσου αναλυτικά ανά ομάδα έχουν ως εξής:

	Τυφλοί		Υγιείς	
	N	%	N	%
Ελεύθερος Παθήσεων	34	46,6	60	82,2
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	0	0,0	0	0,0
Ιογενείς Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	1	1,4	0	0,0
Συνέπειες των Λοιμωδών & Παρασιτικών Νοσημάτων	0	0,0	1	1,4
Οφθαλμός, Εγκέφαλος & άλλα τμήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	2	2,7	1	1,4
Διαταραχές του Θυρεοειδούς Αδένα	3	4,1	2	2,7
Σακχαρώδης Διαβήτης	7	9,6	1	1,4
Νευρωτικές, Αγχώδεις & Σωματόμορφες Διαταραχές	0	0,0	1	1,4
Εξωπυραμιδικές & Κινητικές Διαταραχές	1	1,4	0	0,0
Απομυελινωτικές Νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	1	1,4	0	0,0
Υπερτασική Νόσος	0	0,0	2	2,7
Ισχαιμική Καρδιοπάθεια	2	2,7	0	0,0
Χρόνιες Παθήσεις του Κατωτέρου Αναπνευστικού Συστήματος	1	1,4	2	2,7
Παθήσεις του Οισοφάγου, του Στομάχου & του Δωδεκαδακτύλου	1	1,4	1	1,4
Άλλες Dorsopathies (Παθήσεις της Ράχης)	1	1,4	0	0,0
Παθήσεις των Χόνδρων	1	1,4	0	0,0
Διάφορες άλλες επιδράσεις από εξωγενή αίτια	0	0,0	1	1,4
Άτομα με πιθανό κίνδυνο της υγείας που σχετίζεται με το άτομο	2	2,7	0	0,0
Καρκινοπαθείς	1	1,4	0	0,0
Πολλαπλές διαφορετικές μεταξύ τους Παθήσεις	15	20,5	1	1,4

Ο σακχαρώδης διαβήτης φαίνεται να απαντάται συχνά στην ομάδα των τυφλών (9,6%).

Στο 31,5% των περιπτώσεων το πρόβλημα όρασης είναι εκ γενετής όπως φαίνεται και ακολούθως:

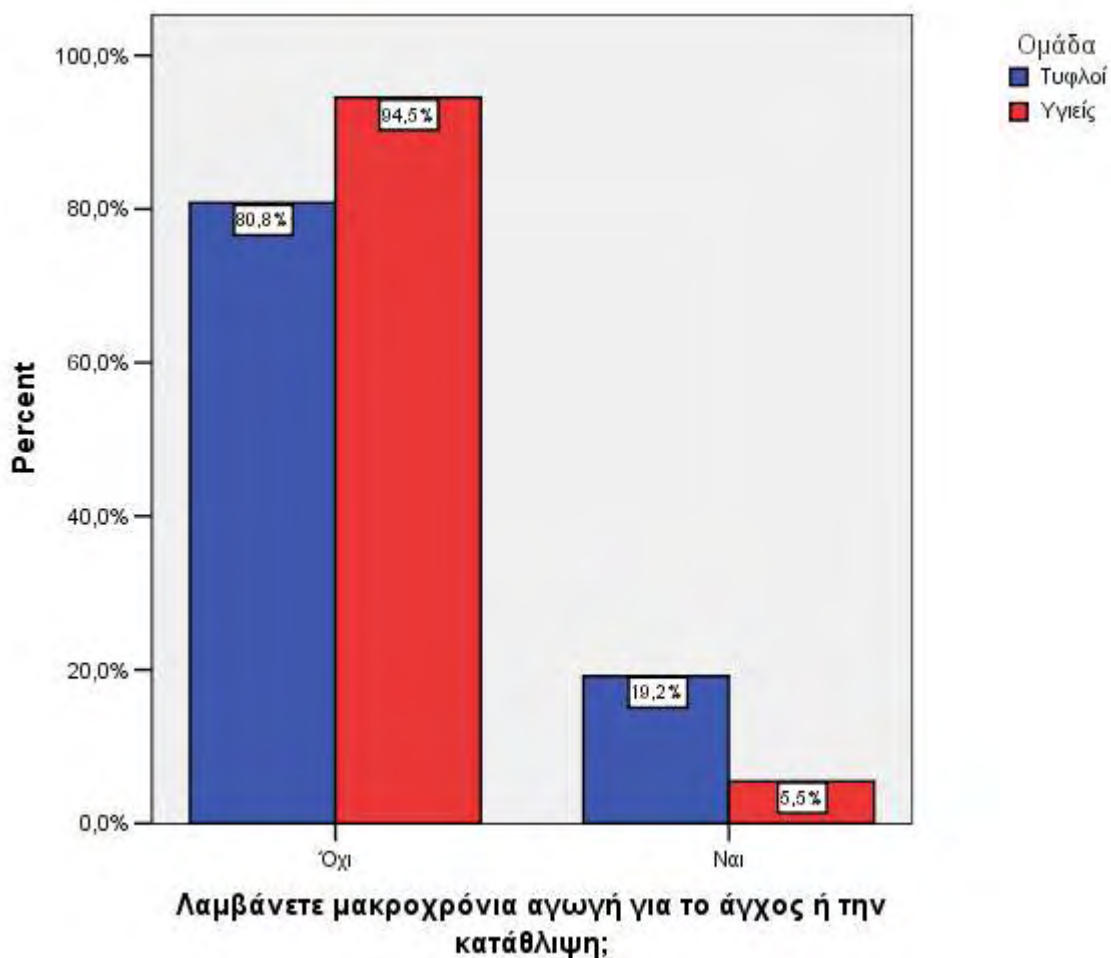
		N	%
Πρόβλημα όρασης	Εκ γενετής	23	31,5
	Επίκτητο	50	68,5
Αίτιο για την απώλεια όρασης	Άγνωστη αιτία	2	2,7
	Ιογενείς Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	2	2,7
	Οφθαλμός, Εγκέφαλος & άλλα τμήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	4	5,5
	Σακχαρώδης Διαβήτης	12	16,4
	Μεταβολικές Διαταραχές	1	1,4
	Απομυελινωτικές Νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	1	1,4
	Παθήσεις του Βλεφάρου, της Δακρυϊκής Συσκευής & του Οφθαλμικού	1	1,4
	Παθήσεις του Σκληρού, του Κερατοειδούς, της Ίριδας & του Ακτινωτού Σώματος	3	4,1
	Παθήσεις του Χοριοειδούς & του Αμφιβληστροειδούς Χιτώνα	17	23,3
	Γλαύκωμα	4	5,5
	Παθήσεις του Οπτικού Νεύρου & των Οπτικών Οδών	5	6,8
	Παθήσεις των Οφθαλμικών Μυών, των Διοφθαλμικών Κινήσεων, της Προσαρμογής & της Διάθλασης	2	2,7
	Παθήσεις των Αγγείων του Εγκεφάλου	2	2,7
	Προσβολή του εμβρύου και του νεογνού από μητρικούς παράγοντες	2	2,7
	Καταστάσεις που αφορούν το δέρμα & τη θερμορύθμιση στο έμβρυο	2	2,7
	Συγγενείς Διαμαρτίες του Οφθαλμού	6	8,2
	Τραυματισμοί της κεφαλής	1	1,4
	Επιβάτης Αυτοκινήτου που τραυματίζεται σε τροχαίο ατύχημα	3	4,1
	Γεγονότα χωρίς συγκεκριμένη πρόθεση	2	2,7
	Άτομα με πιθανό κίνδυνο υγείας που σχετίζεται με το ατομικό	1	1,4
Έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης, μέση τιμή (SD)		25,8	(18,2)

Το πιο συχνό αίτιο για την απώλεια όρασης είναι Παθήσεις του Χοριοειδούς & του Αμφιβληστροειδούς Χιτώνα (23,3%) και ακολουθεί ο Σακχαρώδης Διαβήτης σε ποσοστό 16,4%.

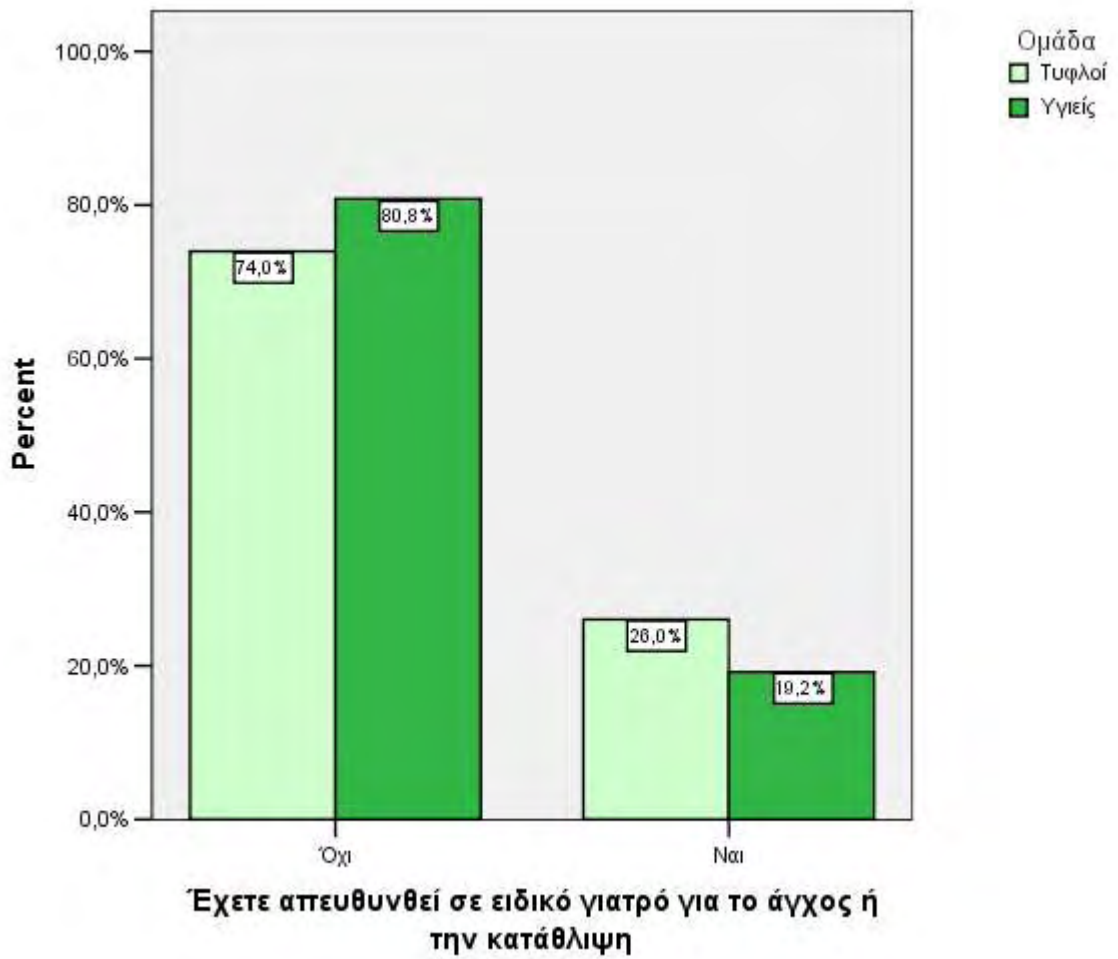
Ο μέσος αριθμός ετών από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης είναι 25,8 έτη με εύρος από 2 έως 64 έτη.

		Τυφλοί		Υγιείς		P
		N	%	N	%	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	54	74,0	59	80,8	0,322
	Ναι	19	26,0	14	19,2	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	59	80,8	69	94,5	0,012
	Ναι	14	19,2	4	5,5	

Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τους τυφλούς (19,2%) λαμβάνει μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη συγκριτικά με τους υγιείς (5,5%), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο γράφημα:



Το ποσοστό των τυφλών (26%) που έχει απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη δεν διαφέρει σημαντικά από αυτό των υγιών (19,2%), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο γράφημα:

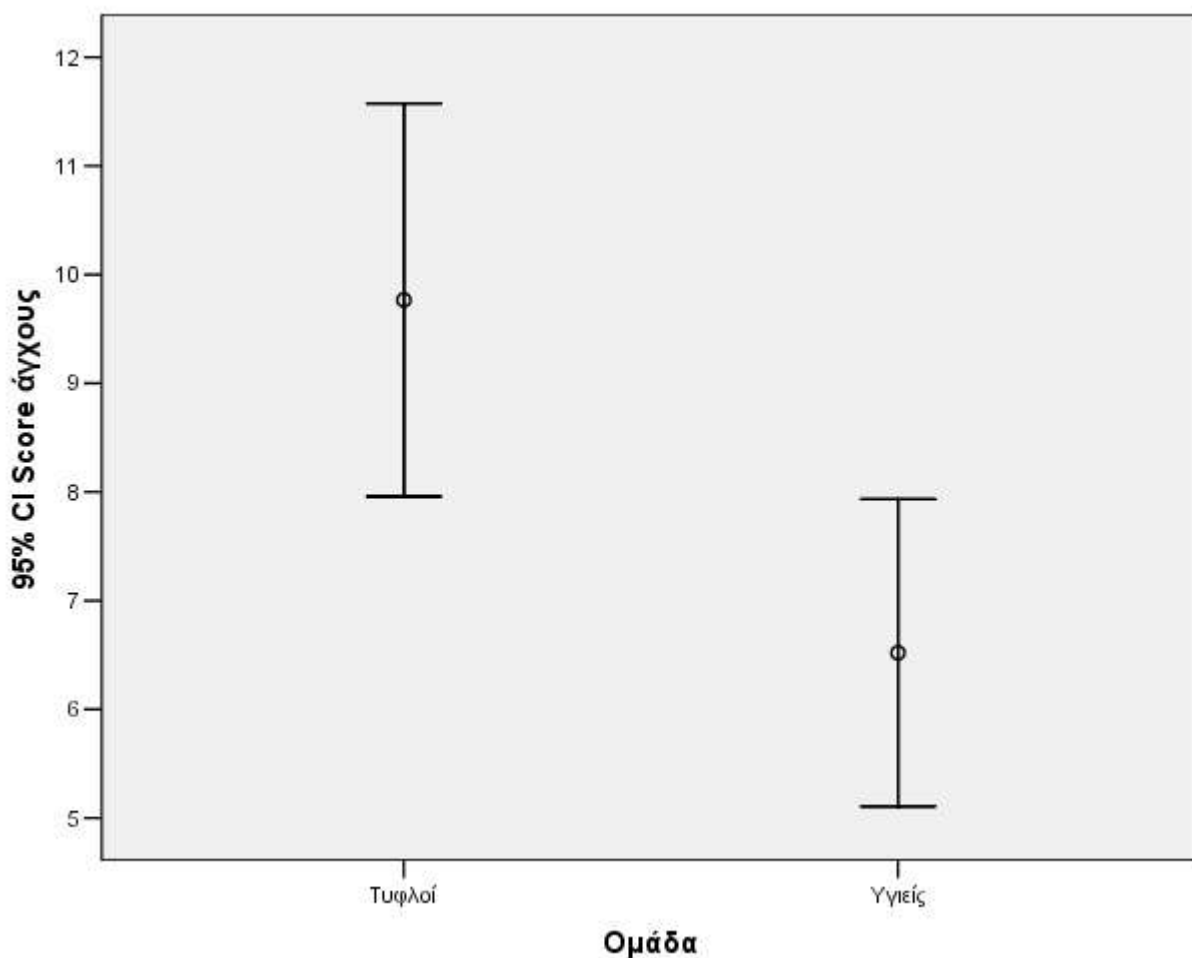


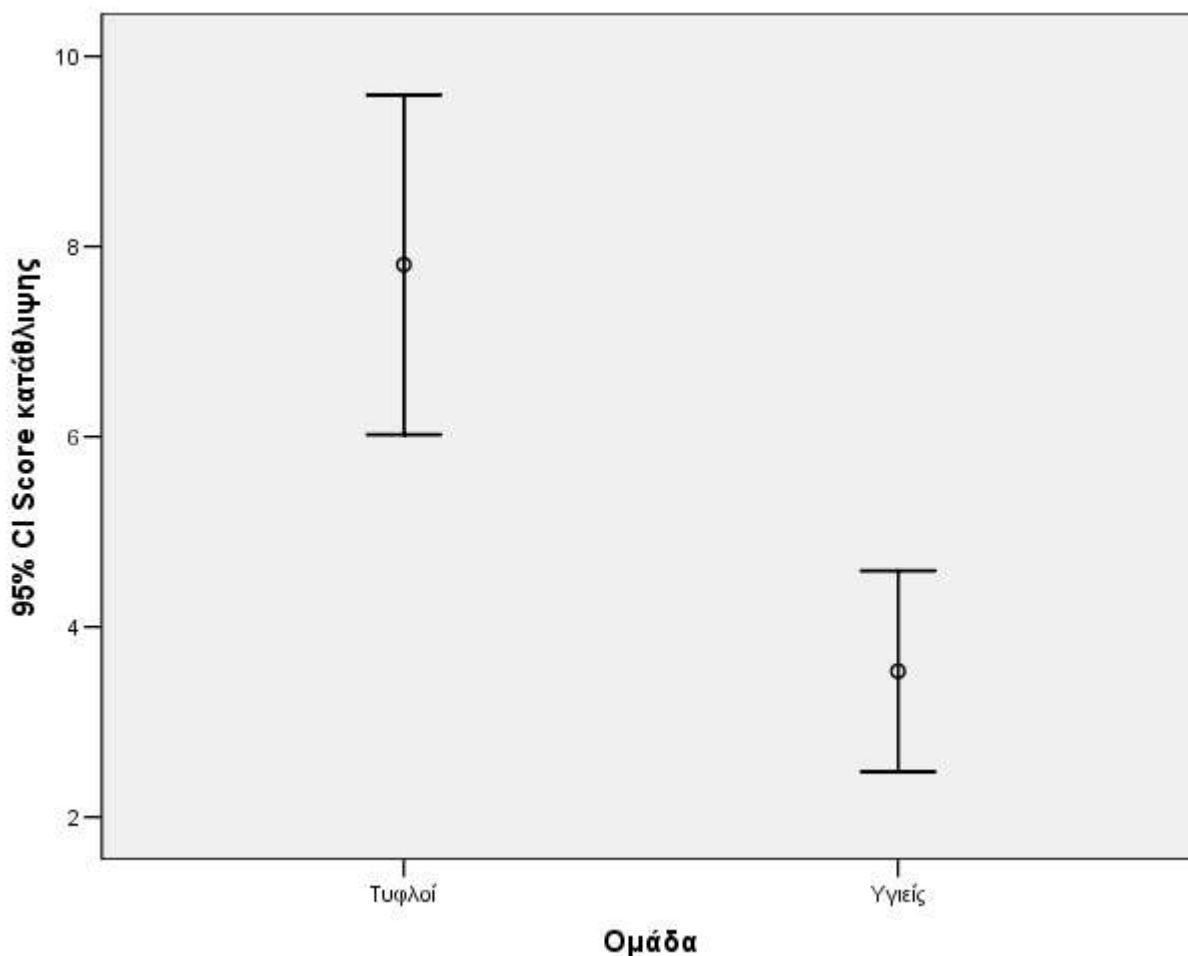
**Διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης
(ως ποσοτικές μετρήσεις) μεταξύ των δυο ομάδων (τυφλοί/υγιείς)**

Η μέση βαθμολογία του άγχους και κατάθλιψης στις δυο ομάδες περιγράφεται κατωτέρω:

	Τυφλοί		Υγιείς		P Student's t-test
	Mean	SD	Mean	SD	
Score άγχους	9,8	7,8	6,5	6,1	0,005
Score κατάθλιψης	7,8	7,7	3,5	4,5	<0,001

Η ομάδα των τυφλών έχει σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία για κατάθλιψη και άγχος όπως φαίνεται και στα ακόλουθα γραφήματα όπου απεικονίζονται οι μέσες τιμές:





Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **το άγχος** και ανεξάρτητες την ομάδα (τυφλοί-υγιείς), την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για αυξημένα επίπεδα άγχους. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	β±	SE†	P
Ομάδα			
Υγιείς, αναφορά			
Τυφλοί	2,28	1,12	0,042
Ηλικία	0,17	0,04	<0,001
Φύλο			
Ανδρες, αναφορά			
Γυναίκες	3,33	1,10	0,003

‡συντελεστής εξάρτησης

†Τυπικό σφάλμα (standard error)

Το να είσαι τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόβλεψη αυξημένου άγχους. Επίσης η αύξηση της ηλικίας και το φύλο γυναίκα βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες για αυξημένα επίπεδα άγχους.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **την κατάθλιψη** και ανεξάρτητες την ομάδα (τυφλοί-υγιείς), την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	$\beta\ddagger$	SE†	P
Ομάδα			
Υγιείς, αναφορά			
Τυφλοί	1,89	0,82	0,031
Ηλικία	0,18	0,04	<0,001
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;			
Όχι, αναφορά			
Ναι	6,39	1,40	<0,001

‡Συντελεστής εξάρτησης

†Τυπικό σφάλμα (standard error)

Το να είσαι τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόβλεψη αυξημένης κατάθλιψης. Επίσης η αύξηση της ηλικίας και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες για αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης.

Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (ως ποσοτικές μετρήσεις) στις δυο ομάδες (τυφλοί/υγιείς)

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι μέσες τιμές τους άγχους στους τυφλούς ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Score άγχους		P Student's t-test
		Mean	SD	
Φύλο	Γυναίκες	12,5	7,7	0,003
	Άνδρες	7,2	7,0	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	6,6 ^C	9,0	0,029*
	Έγγαμοι	10,1	6,9	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	15,4 ^A	7,0	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	11,2	7,6	0,027
	Λοιποί	7,0	7,4	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό/Γυμνάσιο	12,7 ^{B,C}	7,7	<0,001*
	Λύκειο	4,8 ^A	4,2	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	3,9 ^A	4,9	
Χρόνια νόσος	Όχι	7,5	7,8	0,017
	Ναι	11,8	7,2	
Πρόβλημα όρασης	Εκ γενετής	7,9	8,0	0,157
	Επίκτητο	10,6	7,6	
Κάπνισμα	Όχι	9,2	8,0	0,449
	Ναι	10,6	7,4	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	8,1	6,9	0,001
	Ναι	14,6	8,2	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	7,9	6,9	<0,001
	Ναι	17,6	6,1	

*Ανάλυση διασποράς (ANOVA)- Τα A, B, C υποδεικνύουν της σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($p < 0.05$ μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni)

Σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία άγχους (ομάδα τυφλών) βρέθηκε στις γυναίκες, στους διαζευγμένους-χήρους σε σύγκριση με τους άγαμους, στους συνταξιούχους, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Αναλφάβητοι/Δημοτικό/Γυμνάσιο), στα άτομα με χρόνια νόσο, στα άτομα που έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και σε αυτούς που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη.

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι μέσες τιμές κατάθλιψης στους τυφλούς ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Score κατάθλιψης		P Student's t-test
		Mean	SD	
Φύλο	Γυναίκες	9,5	8,3	0,072
	Άνδρες	6,3	6,7	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	6,2	8,1	0,191*
	Έγγαμοι	7,7	7,3	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	12,4	8,4	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	9,2	7,3	0,029
	Λοιποί	5,1	7,7	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό/Γυμνάσιο	10,5 ^{B,C}	8,0	<0,001*
	Λύκειο	2,9 ^A	3,6	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	3,0 ^A	3,9	
Χρόνια νόσος	Όχι	5,6	6,9	0,023
	Ναι	9,7	7,8	
Πρόβλημα όρασης	Εκ γενετής	5,8	7,2	0,135
	Επίκτητο	8,7	7,7	
Κάπνισμα	Όχι	7,4	7,9	0,587
	Ναι	8,4	7,4	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	5,8	6,7	<0,001
	Ναι	13,4	7,6	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	5,9	6,5	<0,001
	Ναι	15,9	7,1	

*Ανάλυση διασποράς (ANOVA)- Τα A, B, C υποδεικνύουν της σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($p < 0.05$ μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni)

Σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης (ομάδα τυφλών) βρέθηκαν στους συνταξιούχους, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Αναλφάβητοι/Δημοτικό/Γυμνάσιο), στα άτομα με χρόνια νόσο, σε αυτούς που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη και που έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη.

- Επίσης στους τυφλούς, βρέθηκε σημαντικού βαθμού συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στην κατάθλιψη (Pearson's $r=0,53$, $p < 0,001$) και μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στο άγχος (Pearson's $r=0,50$, $p < 0,001$).
- Ακόμα, τα έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης βρέθηκε να συσχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία για κατάθλιψη (Pearson's $r=0,26$, $p=0,029$) αλλά όχι με τη βαθμολογία για άγχος (Pearson's $r=0,21$, $p=0,071$).

Διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης **στην ομάδα των τυφλών** (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **το άγχος** και ανεξάρτητες την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη, το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη, το πρόβλημα όρασης και τα έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Ομάδα τυφλών	β‡	SE†	P
Ηλικία	0,23	0,06	<0,001
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;			
Όχι, αναφορά			
Ναι	6,13	1,96	0,003
Φύλο			
Άνδρες, αναφορά			
Γυναίκες	3,31	1,48	0,029

‡συντελεστής εξάρτησης

†Τυπικό σφάλμα (standard error)

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να προβλέπουν ανεξάρτητα τα επίπεδα άγχους είναι η ηλικία (αύξηση της ηλικίας έπεται αύξηση των επιπέδων άγχους), το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη (αυτοί που λαμβάνουν έχουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους) και το φύλο (οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους άνδρες).

Διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης **στην ομάδα των τυφλών** (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή την **κατάθλιψη** και ανεξάρτητες την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη, το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη, το πρόβλημα όρασης και τα έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

<i>Ομάδα τυφλών</i>	β ‡	SE†	P
Ηλικία	0,24	0,06	<0,001
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;			
Όχι, αναφορά			
Ναι	7,54	1,84	<0,001

‡συντελεστής εξάρτησης

†Τυπικό σφάλμα (standard error)

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να προβλέπουν ανεξάρτητα τα επίπεδα κατάθλιψης είναι η ηλικία (αύξηση της ηλικίας έπεται αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης) και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη (αυτοί που λαμβάνουν έχουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης).

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι μέσες τιμές τους άγχους στους υγιείς ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Score άγχους		P Student's t-test
		Mean	SD	
Φύλο	Γυναίκες	6,9	6,0	0,476
	Άνδρες	5,8	6,3	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	7,1	5,6	0,628*
	Έγγαμοι	6,6	6,7	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	4,8	4,1	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό/Γυμνάσιο	6,3	6,4	0,893*
	Λύκειο	6,9	6,1	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	6,2	6,1	
Χρόνια νόσος	Όχι	6,2	5,7	0,287
	Ναι	8,2	7,7	
Κάπνισμα	Όχι	6,4	5,9	0,809
	Ναι	6,7	6,3	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	6,3	6,2	0,444
	Ναι	7,6	5,6	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	6,6	6,1	0,796
	Ναι	5,8	6,1	

*Ανάλυση διασποράς (ANOVA)

Η βαθμολογία άγχους στους υγιείς δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με τους ανωτέρω παράγοντες.

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι μέσες τιμές της κατάθλιψης στους υγιείς ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Score κατάθλιψης		P Student's t-test
		Mean	SD	
Φύλο	Γυναίκες	3,5	4,0	0,992
	Άνδρες	3,5	5,5	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	3,3	3,4	0,630*
	Έγγαμοι	3,9	5,4	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	2,3	2,6	
Εκπαίδευση	Αναλόγος/Δημοτικό/Γυμνάσιο	4,1	5,7	0,887*
	Λύκειο	3,5	3,7	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	3,3	4,9	
Χρόνια νόσος	Όχι	3,2	3,9	0,225
	Ναι	4,9	6,6	
Κάπνισμα	Όχι	3,4	4,8	0,726
	Ναι	3,7	4,2	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	3,3	4,7	0,453
	Ναι	4,4	3,7	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	3,4	4,5	0,317
	Ναι	5,8	5,5	

*Ανάλυση διασποράς (ANOVA)

Η βαθμολογία κατάθλιψης στους υγιείς δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με τους ανωτέρω παράγοντες.

- Επίσης στους υγιείς, βρέθηκε σημαντικού βαθμού συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στην κατάθλιψη (Pearson's $r=0,31$, $p=0,007$) αλλά όχι μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στο άγχος (Pearson's $r=0,05$, $p=0,700$).

Δεν διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση στους υγιείς καθώς δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας να συσχετίζεται με το άγχος και μόνο η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται με την κατάθλιψη.

Συμπερασματικά ελέγχοντας την κατάθλιψη και το άγχος ως ποσοτικές μεταβλητές (βαθμολογίες) βρέθηκε ότι παράγοντες που συσχετίζονται ανεξάρτητα με το άγχος των τυφλών είναι η ηλικία, το φύλο και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή, ενώ οι παράγοντες που συσχετίζονται ανεξάρτητα με την κατάθλιψη των τυφλών είναι η ηλικία και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή. Στους υγιείς ο μόνος παράγοντας που βρέθηκε να συσχετίζεται με την κατάθλιψη είναι η ηλικία.

Διερεύνηση διαφορών στα ποσοστά ατόμων με οριακή ή σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των δυο ομάδων (τυφλοί/υγιείς)

Επίσης η βαθμολογία άγχους και κατάθλιψης κατηγοριοποιήθηκε ως εξής:

Όσοι είχαν άθροισμα κάτω του 3, θεωρήθηκαν ελεύθεροι συμπτωμάτων. Όσοι είχαν άθροισμα ανάμεσα στο 3 και στο 6 θεωρήθηκαν ότι παρουσιάζουν κάποιας μορφής οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία, ενώ όσοι είχαν άθροισμα πάνω από το 7, θεωρήθηκαν ότι παρουσιάζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία.

Τα αποτελέσματα για τις δυο ομάδες έχουν ως εξής:

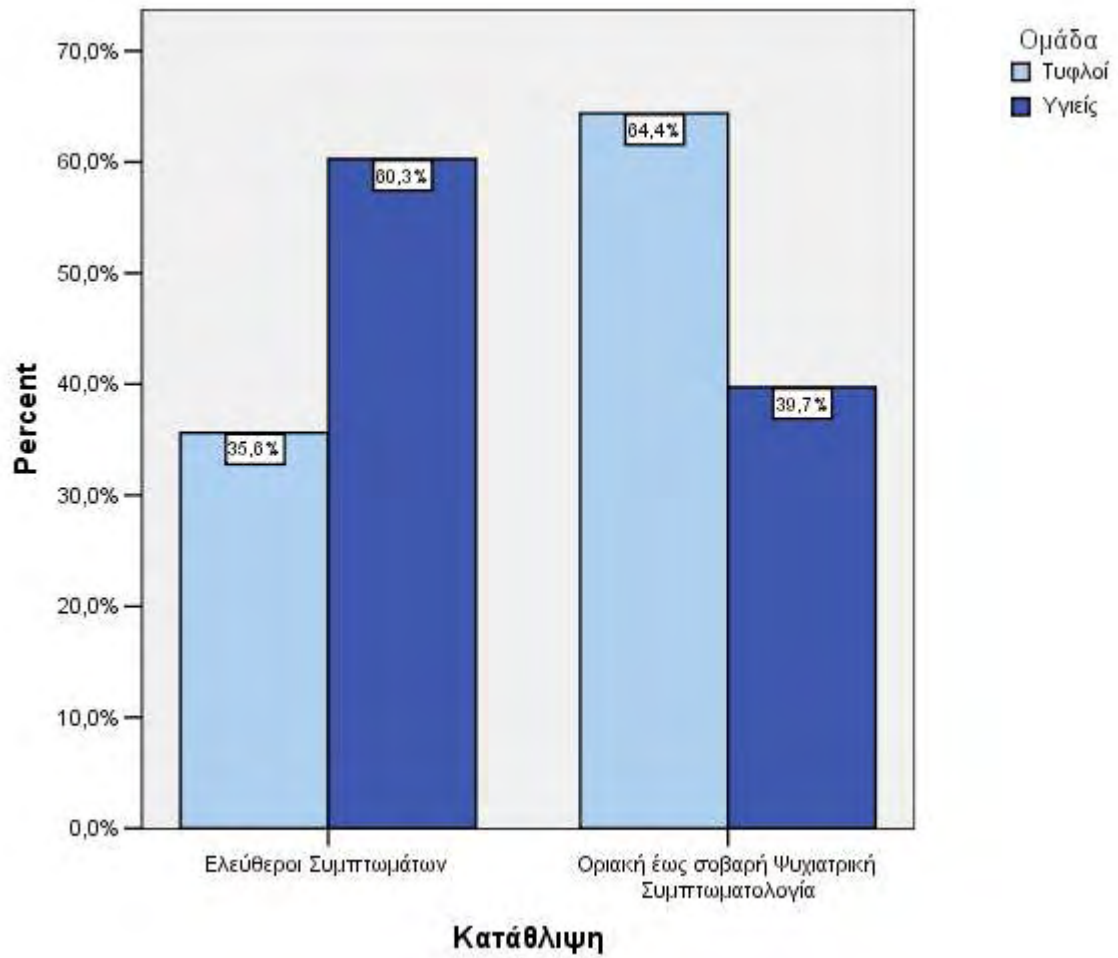
		Τυφλοί		Υγιείς		P X ² test
		N	%	N	%	
Άγχος	Ελεύθεροι Συμπτωμάτων	17	23,3	28	38,4	0,143
	Οριακή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία	14	19,2	11	15,1	
	Σοβαρή Ψυχοπαθολογία	42	57,5	34	46,6	
Κατάθλιψη	Ελεύθεροι Συμπτωμάτων	26	35,6	44	60,3	0,003
	Οριακή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία	12	16,4	13	17,8	
	Σοβαρή Ψυχοπαθολογία	35	47,9	16	21,9	

Σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά σοβαρής ψυχοπαθολογίας κατάθλιψης αλλά όχι άγχους βρέθηκε στην ομάδα των τυφλών.

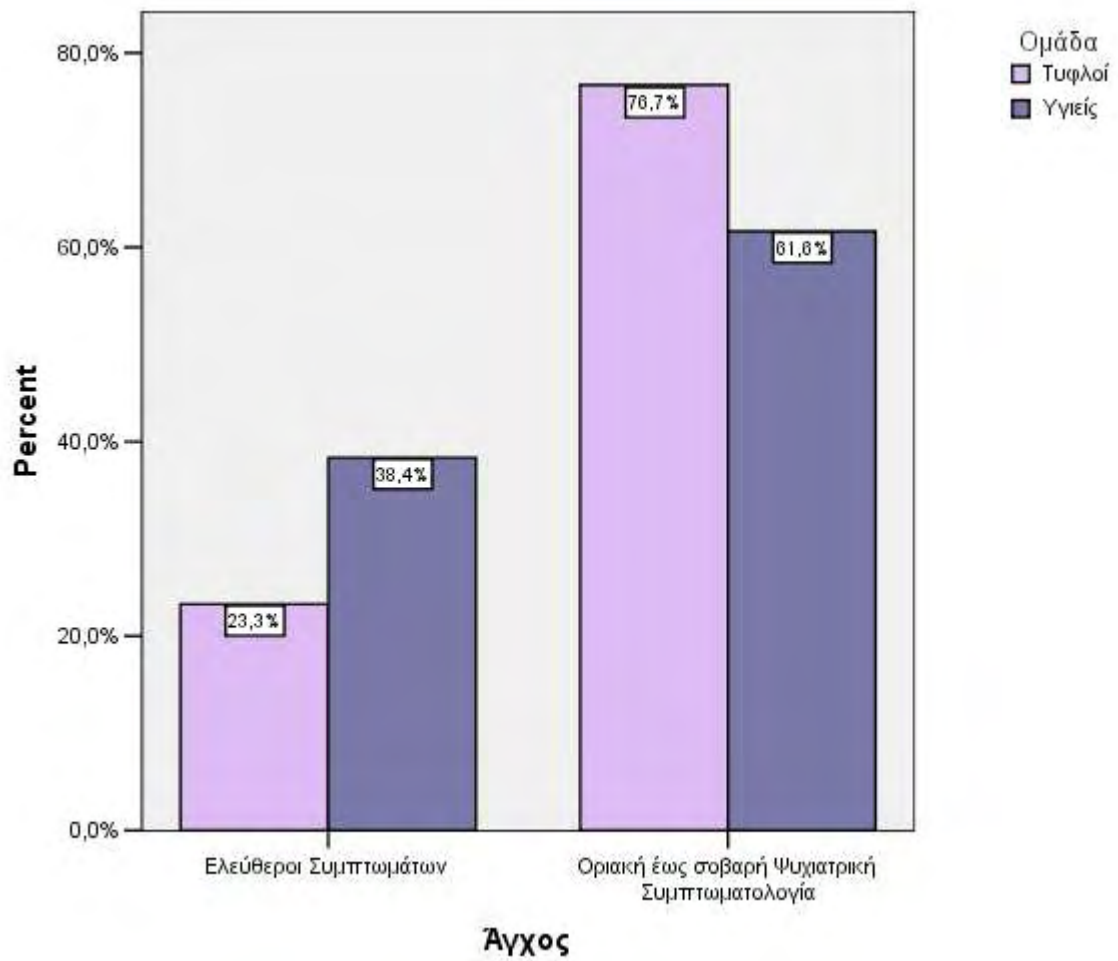
Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε δυο ομάδες Ελεύθεροι Συμπτωμάτων και αυτοί με Οριακή ή σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία και τα αποτελέσματα για τις δυο ομάδες έχουν ως εξής:

		Τυφλοί		Υγιείς		P X ² test
		N	%	N	%	
Άγχος	Ελεύθεροι Συμπτωμάτων	17	23,3	28	38,4	0,049
	<i>Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία</i>	<i>56</i>	<i>76,7</i>	<i>45</i>	<i>61,6</i>	
Κατάθλιψη	Ελεύθεροι Συμπτωμάτων	26	35,6	44	60,3	0,003
	<i>Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία</i>	<i>47</i>	<i>64,4</i>	<i>29</i>	<i>39,7</i>	

Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα των τυφλών είχαν Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία κατάθλιψης όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα:



Επίσης, σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα των τυφλών είχαν Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία άγχους όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα:



Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους** και ανεξάρτητες την ομάδα (τυφλοί-υγιείς), την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	Σχετικός λόγος	95% ΔΕ‡	P
Ομάδα			
Υγιείς, αναφορά			
Τυφλοί	2,49	1,16-5,33	0,019
Ηλικία	1,03	1,01-1,06	0,018
Φύλο			
Άνδρες, αναφορά			
Γυναίκες	2,09	1,00-4,34	0,049

‡95% Διάστημα εμπιστοσύνης

Το να είσαι τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόβλεψη της ύπαρξης οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους. Επίσης η αύξηση της ηλικίας και το φύλο γυναίκα βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης** και ανεξάρτητες την ομάδα (τυφλοί-υγιείς), την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	Σχετικός λόγος	95% ΔΕ±	P
Ομάδα			
Υγιείς, αναφορά			
Τυφλοί	2,68	1,34-5,36	0,005
Ηλικία	1,05	1,02-1,08	0,002
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;			
Όχι, αναφορά			
Ναι	3,69	1,44-9,28	0,006

±95% Διάστημα εμπιστοσύνης

Το να είσαι τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόβλεψη της ύπαρξης οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης. Επίσης η αύξηση της ηλικίας και το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης.

Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης στις δυο ομάδες (τυφλοί/υγιείς)

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους στην ομάδα των τυφλών ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Άγχος				P χ^2 test
		Ελεύθεροι Συμπτωμάτων		Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτ.		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		40,5	(17,1)	52,5	(10,2)	0,001‡
Φύλο	Γυναίκες	4	11,4	31	88,6	0,021
	Άνδρες	13	34,2	25	65,8	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	10	55,6	8	44,4	0,001
	Έγγαμοι	6	12,5	42	87,5	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	1	14,3	6	85,7	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	7	14,6	41	85,4	0,015
	Λοιποί	10	40,0	15	60,0	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό /Γυμνάσιο	5	10,6	42	89,4	0,002
	Λύκειο	7	41,2	10	58,8	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	5	55,6	4	44,4	
Χρόνια νόσος	Όχι	12	35,3	22	64,7	0,023
	Ναι	5	12,8	34	87,2	
Πρόβλημα όρασης	Εκ γενετής	9	39,1	14	60,9	0,030
	Επίκτητο	8	16,0	42	84,0	
Έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης, μέση τιμή (SD)		25,2	(15,1)	25,9	(19,1)	0,880‡
Κάπνισμα	Όχι	13	29,5	31	70,5	0,119
	Ναι	4	13,8	25	86,2	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	15	27,8	39	72,2	0,207*
	Ναι	2	10,5	17	89,5	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	17	28,8	42	71,2	0,030*
	Ναι	0	0,0	14	100,0	

‡ Student's t-test

*Fisher's exact test

Σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους (ομάδα τυφλών) βρέθηκαν στις γυναίκες, στους έγγαμους και διαζευγμένους-χήρους, στους συνταξιούχους, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Αναλφάβητοι/Δημοτικό/Γυμνάσιο), στα άτομα με χρόνια νόσο, με επίκτητο πρόβλημα όρασης και σε αυτούς που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη. Τέλος, τα άτομα με Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία άγχους ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους** και ανεξάρτητες την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη, το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη, το πρόβλημα όρασης και τα έτη από τότε που έχουν την απώλεια. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	Σχετικός λόγος	95% ΔΕ±	P
Ηλικία	1,08	1,03-1,13	0,003
Φύλο			
Άνδρες, αναφορά			
Γυναίκες	4,35	1,12-16,87	0,033

±95% Διάστημα εμπιστοσύνης

Η αύξηση της ηλικίας και το φύλο γυναίκα είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους στους τυφλούς.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης στην ομάδα των τυφλών ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Κατάθλιψη				P χ ² test
		Ελεύθεροι Συμπτωμάτων		Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτ.		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		42,3	(14,6)	53,8	(10,1)	<0,001‡
Φύλο	Γυναίκες	11,0	31,4	24	68,6	0,473
	Άνδρες	15,0	39,5	23	60,5	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	9,0	50,0	9	50,0	0,310*
	Έγγαμοι	16,0	33,3	32	66,7	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	1,0	14,3	6	85,7	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	11,0	22,9	37	77,1	0,002
	Λοιποί	15,0	60,0	10	40,0	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό /Γυμνάσιο	11,0	23,4	36	76,6	0,014
	Λύκειο	10,0	58,8	7	41,2	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	5,0	55,6	4	44,4	
Χρόνια νόσος	Όχι	16,0	47,1	18	52,9	0,057
	Ναι	10,0	25,6	29	74,4	
Πρόβλημα όρασης	Εκ γενετής	11,0	47,8	12	52,2	0,140
	Επίκτητο	15,0	30,0	35	70,0	
Έτη από τότε που επήλθε η απώλεια όρασης, μέση τιμή (SD)		23,6	(15,2)	27,0	(19,7)	0,448‡
Κάπνισμα	Όχι	18,0	40,9	26	59,1	0,245
	Ναι	8,0	27,6	21	72,4	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	24,0	44,4	30	55,6	0,008
	Ναι	2,0	10,5	17	89,5	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	26,0	44,1	33	55,9	0,001*
	Ναι	0,0	0,0	14	100,0	

‡ Student's t-test

*Fisher's exact test

Σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης (ομάδα τυφλών) βρέθηκαν στους συνταξιούχους, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Αναλφάβητοι/Δημοτικό/Γυμνάσιο), που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη και που έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη. Τέλος, τα άτομα με Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία άγχους ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης) με εξαρτημένη μεταβλητή **την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης** και ανεξάρτητες την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη χρόνιας νόσου, το κάπνισμα, το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη, το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη, το πρόβλημα όρασης και τα έτη από τότε που έχουν την απώλεια Η παραπάνω ανάλυση έγινε με σκοπό να διερευνηθεί εάν το να είναι κάποιος τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

	Σχετικός λόγος	95% ΔΕ‡	P
Ηλικία	1,07	1,03-1,12	0,002
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;			
όχι, αναφορά			
Ναι	6,34	1,20-33,49	0,003

‡95% Διάστημα εμπιστοσύνης

Η αύξηση της ηλικίας και το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης στους τυφλούς.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους στην ομάδα των υγιών ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Άγχος				P χ ² test
		Ελεύθεροι Συμπτωμάτων		Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτ.		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		41,7	(12,5)	39,3	(12,0)	0,414‡
Φύλο	Γυναίκες	17	34,7	32	65,3	0,358
	Άνδρες	11	45,8	13	54,2	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	6	26,1	17	73,9	0,343
	Έγγαμοι	18	43,9	23	56,1	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	4	44,4	5	55,6	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	1	100,0	0	0,0	0,84*
	Λοιποί	27	37,5	45	62,5	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό /Γυμνάσιο	5	41,7	7	58,3	0,535
	Λύκειο	10	31,3	22	68,8	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	13	44,8	16	55,2	
Χρόνια νόσος	Όχι	24	40,0	36	60,0	0,754*
	Ναι	4	30,8	9	69,2	
Κάπνισμα	Όχι	16	41,0	23	59,0	0,615
	Ναι	12	35,3	22	64,7	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	24	40,7	35	59,3	0,422
	Ναι	4	28,6	10	71,4	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	26	37,7	43	62,3	0,635*
	Ναι	2	50,0	2	50,0	

‡ Student's t-test

*Fisher's exact test

Δεν ανευρέθηκε σημαντική σχέση των ανωτέρω παραγόντων με την ύπαρξη Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους στους υγιείς.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης στην ομάδα των υγιών ανάλογα με τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες:

		Κατάθλιψη				P χ ² test
		Ελεύθεροι Συμπτωμάτων		Οριακή έως σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτ.		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		39,0	(11,9)	42,0	(12,6)	0,306‡
Φύλο	Γυναίκες	27,0	55,1	22	44,9	0,197
	Άνδρες	17,0	70,8	7	29,2	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	13,0	56,5	10	43,5	0,512
	Έγγαμοι	24,0	58,5	17	41,5	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	7,0	77,8	2	22,2	
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	1,0	100,0	0	0,0	1,000*
	Λοιποί	43,0	59,7	29	40,3	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος/Δημοτικό /Γυμνάσιο	7,0	58,3	5	41,7	0,446
	Λύκειο	17,0	53,1	15	46,9	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	20,0	69,0	9	31,0	
Χρόνια νόσος	Όχι	36,0	60,0	24	40,0	0,918
	Ναι	8,0	61,5	5	38,5	
Κάπνισμα	Όχι	25,0	64,1	14	35,9	0,474
	Ναι	19,0	55,9	15	44,1	
Έχετε απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	38,0	64,4	21	35,6	0,139
	Ναι	6,0	42,9	8	57,1	
Λαμβάνετε μακροχρόνια αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;	Όχι	42,0	60,9	27	39,1	1,000*
	Ναι	2,0	50,0	2	50,0	

‡ Student's t-test

*Fisher's exact test

Δεν ανεβρέθηκε σημαντική σχέση των ανωτέρω παραγόντων με την ύπαρξη Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας κατάθλιψης στους υγιείς.

Δεν διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση στους υγιείς καθώς σε αυτή την ομάδα δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας να συσχετίζεται με την ύπαρξη Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση επί της διερεύνησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων με σοβαρά μειωμένη όραση ή τύφλωση δεν βρέθηκε καμία διερευνητική μελέτη στην οποία να έχει χρησιμοποιηθεί το ίδιο εργαλείο μέτρησης με αυτή τη μελέτη, δηλαδή το ερωτηματολόγιο Delusions Symptoms States Inventory/states of Anxiety and Depression (DSSI/Sad) των Bedford και Foulds, είτε στην ελληνική είτε στη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Παρόλα αυτά πραγματοποιήθηκε επισταμένη συγκριτική μελέτη ερευνών που διενεργήθηκαν με διαφορετική μεθοδολογία ή ερωτηματολόγια, αλλά πάντα είχαν ως κοινό ζητούμενο την διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της τύφλωσης ή της περαιτέρω επιρροής της σε ψυχοκοινωνικό και λειτουργικό επίπεδο αναφορικά με την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Παράλληλα, παρατηρείται μία επισταμένη εξειδίκευση της διερευνητικής διεργασίας στην ομάδα των τυφλών ατόμων σε σχέση με την συγκεκριμένη αιτιολογία – πάθηση όπου και προκάλεσε την απώλεια όρασης, οπότε και η πλειοψηφία της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρεται κάθε φορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις επί συγκεκριμένων παθήσεων που προκάλεσαν την τύφλωση και σπανιότερα συναντάται συγκριτική μελέτη επί του γενικότερου συνολικού πληθυσμού τυφλών ατόμων σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό.

➤ Δημογραφικά ευρήματα:

Ένα αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης αυτής αφορά την Ηλικία του δείγματος, όπου η μέση τιμή (SD) της ηλικίας για τους Τυφλούς ήταν 49.7 έτη ζωής ενώ για τους Υγιείς 40.2 ($p < 0,001\ddagger$). Σύμφωνα με δημογραφικές μελέτες έχει φανεί ότι η Ηλικία αποτελεί τον σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα τύφλωσης ή απώλειας της οράσεως, εφόσον κατά το πέρας της ηλικίας μειώνεται η φυσιολογική λειτουργία των ιστών του ματιού και υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οφθαλμολογικής παθολογίας [36]. Αυτό δεν αποτελεί εύρημα μόνο του Δυτικού Ευρωπαϊκού πληθυσμού, αλλά αντιθέτως συναντάται σε πλήθος ερευνών ανά την υφήλιο, όπως για παράδειγμα 1 στους 28 Αμερικάνους πολίτες άνω των 40 ετών έχει σημαντική απώλεια όρασης σε επίπεδο αναπηρίας [37, 38], ενώ οι αιτίες τύφλωσης ποικίλουν ανάμεσα σε φυλές και εθνικότητες. Έτσι οι λευκοί τυφλοί της Αμερικής χάνουν την όρασή τους κυρίως λόγω εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας, ενώ οι μαύροι λόγω Καταρράκτη και Γλαυκώματος [38]. Επιδημιολογική, δε, έρευνα σε Σκανδιναβούς

ενήλικες επισημαίνει την σημαντική συσχέτιση της Τύφλωσης με την αύξηση της ηλικίας, όπως και η αιτιολογία απώλειας της όρασης βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με εκφυλιστικές οφθαλμολογικές παθήσεις με το πέρας των χρόνων ζωής του ατόμου [39]. Ακόμη, σε σχετική έρευνα σε πληθυσμό άνω των 40 ετών όπου κατάγεται από το Hong Kong αναφέρεται ότι για τους Κινέζους η οφθαλμολογική λειτουργικότητα αποτελεί πολύ σημαντικό ζητούμενο, ενώ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος και διάχυτος ένας γενικευμένος φόβος για απώλεια της όρασης, η οποία κατά την πλειοψηφία τους πιστεύουν ότι οφείλεται στο πέρας της ηλικίας [40]. Οπότε παρατηρείται γενικότερα η αντίληψη ότι η όραση παραμένει μία σημαντική λειτουργική αξία του ανθρώπου, εφόσον έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του, και η απώλεια αυτής αποτελεί τον μεγαλύτερο φόβο των ηλικιωμένων ανθρώπων [41].

Το γεγονός, βέβαια, ότι στο συγκεκριμένο δείγμα της έρευνας παρατηρείται σημαντική αναλογική διαφορά των Τυφλών συνταξιούχων (65.8%) έναντι των Υγιών (1.4%) δεν αποτελεί ενδεικτικό παράγοντα της αυξημένης ηλικίας των Τυφλών ατόμων, εφόσον οι περισσότεροι Τυφλοί σύμφωνα με το ελληνικό σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής και Ασφάλισης κατατάσσονται από πολύ νωρίς στην κατηγορία των Αναπήρων Συνταξιούχων, ακόμη και σε νεαρή ηλικία, εφόσον δεν δίδονται από την πολιτεία ευκαιρίες και κίνητρα επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης [32].

Η Ηλικία, δε, επιβεβαιώνεται ως σημαντικός παράγοντας συσχέτισης με την Τύφλωση και από το γεγονός ότι οι κυριότερες αιτίες απώλειας της όρασης όπου και αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία είναι οι εκφυλιστικές παθήσεις λόγω του προχωρημένου της ηλικίας όπως: καταρράκτης, εκφύλιση ωχράς κηλίδας, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, γλαύκωμα, πρεσβυωπία [36, 39, 42]. Αναλόγως και στο δείγμα της εν λόγω έρευνας το πιο συχνό αίτιο απώλειας της όρασης ήταν οι Παθήσεις του Χοριοειδούς και Αμφιβληστροειδούς Χιτώνα (23.3%), ο Σακχαρώδης Διαβήτης (16.4%), το Γλαύκωμα (5.5%), παθήσεις άμεσα συσχετιζόμενες με το πέρας της ηλικίας. Παράλληλα, αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία του δείγματος των τυφλών ατόμων (68.5%) απέκτησε το πρόβλημα όρασής του κατά την διάρκεια της ζωής του και όχι εκ γενετής, γεγονός που συνάδει επίσης με την συχνότητα του φαινομένου απώλειας της όρασης κατά το πέρας της ηλικίας, άρα επίκτητα.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο εύρημα των δημογραφικών στοιχείων αυτής της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα των Τυφλών (53.4%) είχε χρόνια νόσο σε σύγκριση με την ομάδα των υγιών. Η επεξήγηση αυτής της ροπής προς την χρόνια πάθηση μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι πολλές κυβερνήσεις, μάλιστα, σε διεθνές επίπεδο, καθώς και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχουν αναγνωρίσει το χαμηλό επίπεδο πρόληψης και πρακτικών εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για τα άτομα με αναπηρία [16], ενώ παράλληλα έχει παρατηρηθεί ότι οι οικογένειές τους, όπως και οι επαγγελματίες υγείας, σπανιότερα καταφεύγουν σε ενέργειες προληπτικής εξέτασης και σε πρακτικές που προάγουν την υγεία των ατόμων με αναπηρία, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [43]. Συγκεκριμένα, άτομα με σοβαρές αναπηρίες είναι λιγότερο πιθανό να ερωτηθούν ή να εξετασθούν για θέματα όπως είναι η πίεσή τους, η χοληστερίνη, να κάνουν μαστογραφία, ΠΑΠ – τεστ, ή να αντιμετωπιστούν προβλήματα αλκοολισμού και καπνίσματος. Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει την εν λόγω διάκριση των ατόμων με αναπηρία στην λήψη προληπτικών υπηρεσιών, η οποία ποικίλει αναλόγως της σοβαρότητας της αναπηρίας και α) της πρόσβασης που έχουν τα άτομα στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των ασθενειών, με βιολογικές προληπτικές εξετάσεις και ενημέρωση σχετικά με την χρησιμότητά τους για την επίτευξη ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης, β) το είδος της ασφάλειας και οικονομικής κάλυψης των αναγκών τους, όπως και γ) την διασύνδεση του φύλλου του ατόμου με την αναπηρία του [13].

Τέλος, στο υπό μελέτη δείγμα συναντάται συχνά στην ομάδα των Τυφλών ατόμων η πάθηση του Σακχαρώδη Διαβήτη (9.6%), η οποία πέρα από αιτιογενή παράγοντα απώλειας της όρασης αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα υποβολής του ατόμου σε ψυχολογική νοσηρότητα. Έχει βρεθεί ότι είτε Τυφλοί με Σακχαρώδη Διαβήτη είτε Τυφλοί χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη υποβάλλονται σε ψυχολογικές διεργασίες συνεχείς μέσα στον χρόνο, αλλά όσοι έρχονται αντιμέτωποι με τις επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη, επιπλέον της τύφλωσης, έχουν έναν παραπάνω επιβαρυντικό παράγοντα δυσκολιών για την καθημερινή τους διαβίωση, καθώς και μεγαλύτερα προβλήματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία όμως δεν επιδρούν στην ψυχολογία τους πέραν του ενός χρόνου [44]. Σε σχετική διερεύνηση των ψυχολογικών δευτερογενών συμπτωμάτων της απώλειας όρασης στον Σακχαρώδη Διαβήτη, στο Πανεπιστήμιο Ψυχιατρικής της Virginia – Η.Π.Α., έχει βρεθεί ότι οι Τυφλοί με

Σακχαρώδη Διαβήτη σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη χωρίς απώλεια όρασης παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά γενικευμένων ψυχολογικών διαταραχών, όπως: σωματοποίηση, άγχος, φοβίες και φοβικό άγχος, καθώς και φόβο για υπογλυκαιμίες [46]. Στην παρούσα μελέτη δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των score άγχους ή κατάθλιψης για τους πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη, είτε Τυφλούς είτε «Υγιείς».

➤ Θεραπευτική Αγωγή Άγχους ή Κατάθλιψης:

Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό Τυφλών ατόμων (19.2%) λαμβάνει μακροχρόνια αγωγή για το Άγχος ή την Κατάθλιψη σε σύγκριση με τον Υγιή πληθυσμό (5.5%) της μελέτης αυτής, γεγονός που συνάδει με εύρημα σχετικής έρευνας που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι σαφώς και η τυφλότητα συνδέεται με υψηλότερες ιατρο-φαρμακευτικές δαπάνες αναφορικά με την γενικότερη φροντίδα των ασθενών είτε αφορά τον αριθμό ημερών νοσηλείας είτε την φροντίδα στο σπίτι, ακόμη και για την αντιμετώπιση των δευτερογενών συμπτωμάτων που προκύπτουν από την τύφλωση, όπως είναι η επιβαρημένη ψυχοπαθολογία [46]. Εξάλλου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, η **λήψη μακροχρόνιας αγωγής** στα άτομα με προβλήματα όρασης συνιστά ανεξάρτητο παράγοντα Άγχους ($p=0.003$) και Κατάθλιψης ($p<0.001$), δηλαδή έχουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το 26% του δείγματος των Τυφλών ατόμων έχει απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος και την κατάθλιψη, γεγονός που καταδεικνύει ότι σε περίπτωση τουλάχιστον σοβαρής ψυχοπαθολογίας τα άτομα με προβλήματα όρασης απευθύνονται προς αναζήτηση θεραπείας, εφόσον το 19.2% αυτών υποβάλλεται σε αγωγή. Αντιθέτως, στον υγιή πληθυσμό του δείγματος ενώ το 19.2% φαίνεται να απευθύνεται σε ειδικό γιατρό, μόνο το 5.5% λαμβάνει ψυχιατρική αγωγή, γεγονός που για ακόμη μία φορά υποδηλώνει την διαφορετικότητα χρήσης των υπηρεσιών πρόληψης και πρόσβασής τους σε ενέργειες προληπτικών εξετάσεων ανάμεσα σε υγιείς και άτομα με τύφλωση [16].

➤ Επίπεδα Άγχους Τυφλών:

Η μέση βαθμολογία (score) Άγχους των Τυφλών ατόμων είναι 9.8 ($p=0.005$), σε σύγκριση με τον Υγιή πληθυσμό της μελέτης όπου είναι 6.1 ($p=0.005$), όταν με score 3-6 θεωρούνται ότι παρουσιάζουν κάποιας μορφής οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία και από 7 και άνω σοβαρή ψυχοπαθολογία. Έτσι, το να είσαι Τυφλός αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για την πρόβλεψη αυξημένου άγχους και συγκεκριμένα για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας Άγχους, με το 76.7% του δείγματος των Τυφλών ατόμων να κατατάσσονται σε αυτή την κατηγορία, έναντι του 61.6% των Υγιών. Σε ανάλογη, όμως, διερεύνηση των επιπέδων άγχους ηλικιωμένων ατόμων με προβλήματα όρασης, που νοσηλεύονταν σε κλινικές που ακολουθούν προγράμματα οικογενειακών πρακτικών στην Μεγάλη Βρετανία, υπήρχε μικρή συσχέτιση μεταξύ της τύφλωσης με το άγχος, εφόσον μόνο το 9.3% του δείγματος παρουσίαζε δύο ή περισσότερα συμπτώματα άγχους, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, σε σύγκριση με το 7.4% των ατόμων με καλή όραση [47]. Στην Ιαπωνία, δε, σε έρευνα που διεξήχθη σε 155 άτομα που ασκούσαν το επάγγελμα του πρακτικού (χειρονακτικού) μασέρ και είχαν προβλήματα αναπηρίας λόγω όρασης, ενώ δεν υπέφεραν σημαντικά από συμπτωματολογία κατάθλιψης, βρέθηκε ότι σημείωσαν υψηλά score άγχους, ιδιαίτερα μάλιστα οι ανύπαντροι, οι νεότεροι σε ηλικία (35-44 ετών), καθώς και όσοι είχαν την ικανότητα ανάγνωσης. Αναφορικά, δε, με το φύλο του δείγματος δεν υπήρξε κάποια σημαντική διαφοροποίηση ούτε στα επίπεδα άγχους ούτε της κατάθλιψης. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μελέτη αναφέρεται σε έναν ενεργό παραγωγικά πληθυσμό που εργάζεται σε νοσοκομεία και κλινικές ως υφιστάμενος και όχι σε δικής τους ιδιοκτησίας πλαίσιο εργασίας, όπου το γεγονός της απασχόλησής τους στον ιδιωτικό τομέα εκ των πραγμάτων αποτελεί παράγοντα επιβαρυντικό για άγχος[48], σε αντίθεση με το δείγμα της παρούσας μελέτης όπου στην πλειοψηφία του είναι συνταξιούχοι (το 65.8%). Οι διαφοροποιήσεις των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων που κάθε ερευνητική μελέτη πραγματεύεται όπως είναι ευκολονόητο δυσχεραίνουν την συγκριτική μελέτη τους, εφόσον πρόκειται για ανόμοιες καταστάσεις, παρόλα αυτά όμως προσδίδουν μία σαφή εικόνα για επιμέρους περιπτώσεις ατόμων με προβλήματα όρασης και τις διαφοροποιήσεις των παραγόντων που συνεισφέρουν στην ψυχολογική τους κατάσταση.

Πολυάριθμες μελέτες συμφωνούν ότι η ομάδα των τυφλών ατόμων παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα διαταραχών γενικευμένης συμπτωματολογίας άγχους, σωματοποίησης και φοβικού άγχους, καθώς και κατάθλιψης [45, 48, 49, 50]. Ασθενείς στην Γαλλία με εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ωχράς κηλίδας λόγω ηλικίας βρέθηκε ότι παρουσιάζουν σημαντικά χειρότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής καθώς και περισσότερο άγχος και αυξημένη συμπτωματολογία κατάθλιψης [51], ενώ σε έρευνα φοιτητών του Tsukuba College of Technology συγκρίνοντας πληθυσμό ατόμων με προβλήματα α) όρασης, β) ακοής και γ) υγιείς, βρέθηκε ότι οι δύο πρώτες ομάδες είχαν αρκετά αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αν και οι τυφλοί είχαν περισσότερο κοινή συμπτωματολογία με τους υγιείς από ό,τι οι κωφοί [52], γεγονός που καταδεικνύει ότι οι τυφλοί νεαρότερης ηλικίας παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα διαχείρισης πιθανής επικείμενης ψυχοπαθολογίας σε σύγκριση με τους γηραιότερους. Σε συγκριτική μελέτη, δε, μεταξύ ατόμων με προβλήματα όρασης λόγω ηλικίας, κινητικά αναπήρων σε μεγαλύτερη ηλικία και ηλικιωμένων χωρίς κάποια μορφή αναπηρίας, αν και όλοι παρουσίαζαν χαμηλές λειτουργικές δραστηριότητες στην καθημερινή τους λειτουργία με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συναισθηματική τους τοποθέτηση προς την κατάσταση αυτή, δεν υπήρχε όμως ιδιαίτερη διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων. Η μόνη σημαντική διαφοροποίηση είχε σχέση με την μείωση της συναισθηματικής φόρτισης, όπου παρατηρήθηκε να συμβαίνει σταθερά και σταδιακά μέσα σε 5 χρόνια και για τις τρεις ομάδες, αλλά με τους τυφλούς να παρουσιάζουν υψηλότερους ρυθμούς μείωσης σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες [53]. Η ηλικία, όμως, και για τις τρεις παραπάνω ομάδες αποτελούσε ανεξάρτητο επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχολογική – ψυχική κατάστασή τους.

Στη μελέτη αυτή η **αύξηση της ηλικίας** ($p < 0.001$) και το **φύλο γυναίκα** ($p = 0.003$) βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες **για αυξημένα επίπεδα άγχους** γενικότερα, αλλά και ειδικότερα για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας άγχους (αύξηση της ηλικίας: $p = 0.018$ και φύλο γυναίκα: $p = 0.049$), στην Ομάδα των Τυφλών Ατόμων.

Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκε αντίστοιχη ερευνητική μελέτη που να συμφωνεί ή να διαφωνεί με την σημαντικότητα του φύλου ως προς την διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους στα τυφλά άτομα.

Από την άλλη μεριά, όπως έχει ήδη αναφερθεί η απώλεια όρασης αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας κυρίως για τους ηλικιωμένους, με την σταδιακή μείωση των κανονικών επιπέδων λειτουργίας της όρασης, οπότε και η Ηλικία αποτελεί τον κυρίαρχο προγνωστικό παράγοντα για την τύφλωση [36]. Όμως, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας που το δείγμα της αναφέρεται σε άτομα ηλικίας από 20-65 ετών για τους Τυφλούς και 22-64 για τους Υγιείς, σε αντίστοιχη έρευνα Τυφλών ατόμων στην Ινδία μεταξύ Ενήλικων Τυφλών (με μέσο όρο ηλικίας τα 42.2 έτη) και Νεότερων Τυφλών (μέσος όρος ηλικίας 17.6 έτη) βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία παρουσίαζαν ψηλότερα επίπεδα αποδοχής της αναπηρίας τους. Αν και οι νεότεροι φαίνονταν περισσότερο απαισιόδοξοι για το μέλλον τους (άρνηση, ενοχές, επιθετικότητα) και το επίπεδο της ψυχολογικής τους κατάπτωσης ήταν χαμηλότερο από τους ηλικιωμένους (οι οποίοι ένιωθαν σε υψηλά επίπεδα ντροπή για την αναπηρία τους), οι ψυχολογικές διαταραχές άγχους και κατάθλιψης δεν φάνηκε να έχουν σαφή συσχέτιση με την ηλικία που βρίσκονταν τα άτομα κατά την έναρξη των προβλημάτων όρασης, όσο με τις αλλαγές που επέρχονται στην διάθεση του ατόμου κατά το πέρας της ηλικίας του [49]. Σε έρευνα, δε, που διεξήχθη στην Ιαπωνία σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες άγχους αποτελούσαν το φύλλο (γυναίκα), η ηλικία, η ηλικία κατά την απώλεια της όρασης και κατά πόσο το υποκείμενο της μελέτης ζούσε μαζί με άτομα της οικογένειάς του. Το ενοχλητικό για την καθημερινότητα Άγχος φάνηκε να παρουσιάζεται εντονότερα στους νεαρότερους σε ηλικία τυφλούς, ενώ οι τυφλοί με υψηλότερα επίπεδα απώλειας της οπτικής οξύτητάς τους ένιωθαν μεγαλύτερο άγχος κατά την συναναστροφή τους με βλέποντες [54].

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι στο δείγμα της ομάδας των Υγιών ατόμων της εν λόγω έρευνας δεν βρέθηκε σημαντικού βαθμού συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στο άγχος (Pearson's $r=0.05$, $p=0.700$), όπως και κανένας άλλος παράγοντας συσχέτισης προς περαιτέρω ανάλυση.

Ερευνητές της ψυχο-νευροβιολογίας και ενδοκρινολογίας, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το γήρας επέρχεται και συναρτάται άμεσα με τις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στο καθημερινό - παρατεταμένο άγχος και την εμφάνιση διαφόρων παθήσεων, παρά το γεγονός της πραγματικής χρονολογικής ηλικίας του ατόμου. Ο νευρολόγος Mc Ewen υποστηρίζει ότι όταν το άγχος εγκαθίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να δημιουργήσει ψυχο-παθολογία, με περαιτέρω επιπτώσεις

όπως είναι η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης και διάφορες γνωστικές βλάβες κατά το γήρας του ατόμου [55].

Ως προς την ηλικία και την συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου συναντώνται δύο διαφορετικές θεωρίες. Η θεωρία του Κύκλου της Ζωής του ανθρώπου, σύμφωνα με την οποία υπάρχει μια προοδευτικά εξελισσόμενη και σταθερά συνεχιζόμενη αλλαγή των συναισθηματικών εμπειριών του ατόμου, καθώς και μία αύξηση της συνθετότητάς τους καθώς μεγαλώνει και ωριμάζει το άτομο, η οποία συνιστά την κοινωνική του συμπεριφορά [56]. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτή την θεώρηση και οι Shapiro et al. (1999) υποστηρίζουν ότι το άγχος βιώνεται διαφορετικά από τους ηλικιωμένους από ό,τι τους νεότερους ενήλικες, καθώς επίσης το άγχος στην τρίτη ηλικία οδηγεί πολλές φορές προοδευτικά στην κατάθλιψη [56, 57].

Από την άλλη, η άποψη των Dougherty, Abe και Izard (1996) υποστηρίζει ότι βασικά συναισθήματα για διακριτά μεταξύ τους αισθήματα, παραμένουν σταθερά για όλες τις ηλικιακές ομάδες από την ενηλικίωση του ατόμου και μετά, με αποτέλεσμα είτε νέοι ενήλικες είτε ηλικιωμένοι να βιώνουν σε περίοδο έντασης συγκεκριμένα όμοια, σταθερά και διακριτά συναισθήματα, δίχως καμία σημαντική διαφορά μεταξύ τους [56, 58], παρά μόνο σε επίπεδο εξατομικευμένης εξωτερίκευσης των συμπεριφορών, όπως για παράδειγμα το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι παρατηρείται να περιορίζουν αυξητικά τις επαφές τους με τους «σημαντικούς άλλους» γι' αυτούς, με αποτέλεσμα την επιρροή στην συναισθηματική τους κατάσταση [56, 59].

Έτσι και πολλοί μελετητές θεωρούν ότι το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζονται κατά την τρίτη ηλικία ως φαινομενικά διαφορετικά. Παράλληλα, τα μοντέλα εκδήλωσης του άγχους και της κατάθλιψης, όπως έχουν παρατηρηθεί και διαπιστωθεί να εμφανίζονται στους νεότερους ενήλικες ανθρώπους, δεν πρέπει να γενικεύονται αντιπροσωπευτικά για όλο το φάσμα των ηλικιακών φάσεων της διάρκειας της ζωής [56]. Αν και δεν έχουν βρεθεί σημαντικές διαφορές εκδήλωσης του άγχους και της κατάθλιψης ανάμεσα στους νέους ενήλικες, τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους, το ενδιαφέρον των διαφοροποιήσεων εστιάζεται περισσότερο ως προς τα προβλήματα υγείας και τα επακόλουθά τους και όχι τόσο ως προς το πέρας του χρόνου [59].

Σημαντικοί, επίσης, παράγοντες που έπαιξαν ρόλο στην σημείωση μεγαλύτερης βαθμολογίας άγχους στην Ομάδα των Τυφλών της μελέτης αυτής ήταν το γεγονός της παρουσίας **χρόνιας νόσου**, με score άγχους 11.8, όπου το 87,2% εξ αυτών είχε κάποιας μορφής χρόνια νόσο ($p=0.023$) σε συνδυασμό με Οριακή έως Σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία Άγχους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα χρόνιας νόσου αποτελεί ο Σακχαρώδης Διαβήτης, όπου πέρα από αιτία τύφλωσης, πρόκειται για μία χρόνια πάθηση που υποβάλλει το άτομο σε έντονες ψυχολογικές διεργασίες μέσα από την αλλαγή της καθημερινότητας και του τρόπου διαβίωσής του, όπως αρκετές μελέτες συμφωνούν, επιφέροντας έτσι μεγαλύτερα επίπεδα άγχους [44, 45]. Οριακή έως Σοβαρή Συμπτωματολογία Άγχους επίσης εμφανίστηκε σε όσους είχαν αποκτήσει το πρόβλημα όρασης κατά την διάρκεια της ζωής τους (**επίκτητο**: το 84% των τυφλών της μελέτης), γεγονός που συνάδει με μελέτες που αναφέρουν ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερα score άγχους οι νέο-τυφλωθέντες [44, 45], καθώς και άτομα που για πρώτη φορά τους ανακοινώνεται η διάγνωση της απώλειας οράσεως και υποβάλλονται σε διαδικασίες θεραπείας, όταν φυσικά την επιδέχεται η περίπτωσης της πάθησής τους [60]. Από το 1987 ακόμη, σε σχετική διερεύνηση πρόσφατα τυφλωθέντων ενηλίκων στο Λονδίνο, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν μετά από 4 έτη από την χρονική περίοδο απώλειας της οράσεώς τους, διαπιστώθηκε αυξημένο άγχος σε όσους ανήκαν σε υψηλότερη κοινωνική τάξη και δεν είχαν ιστορικό προβλημάτων όρασης στο οικογενειακό τους περιβάλλον [61]. Ευκολονόητο, λοιπόν, είναι ότι η παρουσία μίας νέας πάθησης, και δει της τύφλωσης, επιφέρει μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου και στην ψυχοσύνθεσή του, με αποτέλεσμα να είναι ευκρινώς δυσκολότερο να αποδεχτεί την νέα κατάσταση ένα άτομο που κατά την διάρκεια της ζωής του τίθεται σε μία νέα κατάσταση αναπηρίας από ό,τι κάποιος που εκ γενετής του έχει γίνει βίωμα ένας συγκεκριμένος τρόπος ζωής, με τους όποιους περιορισμούς κι αν συνεπάγεται αυτός.

Τούτο το επισφραγίζει ακόμη και η διερευνητική διαπίστωση ότι όσοι τυφλοί έχουν την ικανότητα ανάγνωσης και γραφής Braille, που συνήθως αυτό συμβαίνει είτε σε εκ γενετής τυφλούς είτε σε άτομα που έχασαν την όρασή τους από πολύ μικρή ηλικία, αποδέχονται την αναπηρία τους ευκολότερα από όσους ακόμη διατηρούν κάποια επίπεδα όρασης και συνεχίζουν να προσπαθούν να διαβάζουν. Η αποδοχή της αναπηρίας βέβαια συνεπάγεται και σταδιακή εξάλειψη των όποιων ψυχολογικών επιπτώσεών της, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη [48].

➤ Επίπεδα Κατάθλιψης Τυφλών:

Η μέση βαθμολογία (score) Κατάθλιψης των Τυφλών ατόμων είναι 7.8 ($p < 0.001$), σε σύγκριση με τον Υγιή πληθυσμό της μελέτης όπου είναι 3.5 ($p < 0.001$). Αυτή η σημαντικά μεγάλη διαφορά της βαθμολογίας συνιστά ότι το να είσαι τυφλός είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόβλεψη αυξημένης κατάθλιψης, και μάλιστα το 64.4% των τυφλών ατόμων παρουσιάζει Οριακή έως Σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία ($p = 0.003$), ενώ το 47.9% αυτών Σοβαρή Ψυχοπαθολογία ($p = 0.003$). Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα ότι δηλαδή η αναπηρία από μόνη της αποτελεί ανεξάρτητο και επιβαρυντικό παράγοντα κατάθλιψης [62, 63], ενώ το να είσαι τυφλός ή άτομο με σοβαρά μειωμένη όραση σε πολλές, επίσης, ερευνητικές μελέτες αποδεικνύεται ότι έχει αρνητική επίπτωση στην συναισθηματική τοποθέτηση του ατόμου και την περαιτέρω υιοθέτηση συμπεριφορών που επηρεάζονται άμεσα από την ψυχολογική του κατάσταση. Η απώλεια της όρασης επιφέρει εκ των πραγμάτων χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας του ατόμου, άρα και κατ' επέκταση μειωμένες καθημερινές δραστηριότητες, αρμοδιότητες, καθώς και ευκαιρίες αναψυχής. Αυτό γενικότερα σημαίνει ότι το τυφλό άτομο υπόκειται σε ένα χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας το οποίο και το οδηγεί σε υψηλότερες πιθανότητες για καταθλιπτική συμπτωματολογία [64, 65, 66].

Ακόμη, όμως, ανάμεσα σε δείγμα ατόμων με δύο διαφορετικά είδη αναπηρίας, αλλά κοινά ως προς την αισθητηριακή απώλεια, την τύφλωση και την κώφωση, σε σχετική έρευνα που διενεργήθηκε στην Σαουδική Αραβία, βρέθηκε ότι το να είσαι τυφλός έχει ισχυρότερη συσχέτιση με την κατάθλιψη, πιθανά κυρίως λόγω του μεγαλύτερου περιορισμού που υπόκειται το άτομο στην ελευθερία των κινήσεων [67]. Αρκετές μελέτες, δε, έχουν προβεί σε περαιτέρω εξέταση επιμέρους παθήσεων της οράσεως, όπου και πάλι παρατηρείται η ισχυρή συσχέτιση της απώλειας όρασης με την κατάθλιψη, όπως για παράδειγμα σε δείγμα πολλών διαφορετικών χωρών με εκφύλιση της ωχράς κηλίδας λόγω ηλικίας [68,69], όπου το score κατάθλιψης έχει την ίδια μεγάλη απόσταση μεταξύ της ομάδας των τυφλών ατόμων με τους υγιείς, σε ανάλογη σύγκριση με αυτή της εν λόγω μελέτης, όπως για παράδειγμα 7.1 οι τυφλοί έναντι 2.9 των υγιών στην Γαλλία [51]. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι πολλές ερευνητικές μελέτες καταλήγουν από κοινού στο συμπέρασμα ότι επιβαρυντικό παράγοντα της κατάθλιψης για τα άτομα με προβλήματα όρασης

αποτελεί το επίπεδο της όρασής τους, δηλαδή ο βαθμός της οπτικής τους οξύτητας. Σοβαρότερα προβλήματα και χειρότερη όραση συνεπάγεται σοβαρότερη συμπτωματολογία και ψυχοπαθολογία στην κατάθλιψη των τυφλών ατόμων [52, 63, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79], κάτι όμως που στην συγκεκριμένη μελέτη δεν βρέθηκε, μιας και δεν υπήρξε στο ερωτηματολόγιο σχετική διαβάθμιση του επιπέδου οπτικής οξύτητας του δείγματος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της διαβάθμισης αποτελεί το αποτέλεσμα της διερεύνησης ηλικιωμένων τυφλών στην Μαλαισία, όπου ηλικιωμένοι με χαμηλή όραση παρουσίαζαν δύο φορές μεγαλύτερη συχνότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τους βλέποντες ηλικιωμένους, ενώ οι τυφλοί ηλικιωμένοι πέντε φορές μεγαλύτερες πιθανότητες για κατάθλιψη από τους βλέποντες [80].

Επίσης, βρέθηκε ότι **η αύξηση της ηλικίας** ($p < 0.001$) και **το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή** ($p < 0.001$) είναι ανεξάρτητοι και επιβαρυντικοί παράγοντες για αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την ύπαρξη Οριακής έως Σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας Κατάθλιψης βρέθηκε ότι η αύξηση της ηλικίας ($p = 0.002$) και **το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό** ($p = 0.003$) αποτελούν, επίσης, ανεξάρτητους και επιβαρυντικούς παράγοντες.

Ως προς την κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό, διεθνείς στατιστικές δείχνουν ότι αυξάνει με την ηλικία, ενώ λιγότερο από το 20% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων λαμβάνει κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή, ως μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους στην τρίτη ηλικία [81, 82, 83, 84, 85]. Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία μπορεί να διαγνωσθεί δυσκολότερα από ότι στους νεότερους, κυρίως λόγω της διαφορετικής εξωτερίκευσης των συναισθημάτων τους και των προβλημάτων υγείας που συντροφεύουν το γήρας [56], ενώ πολλές φορές επέρχεται στους ηλικιωμένους ως αποτέλεσμα άλλων φαρμακευτικών αγωγών ή επαναλαμβανόμενων χρόνιων ασθενειών, όπου και εγκαθίστανται και ταλαιπωρούν το άτομο [86]. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι: εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινολογικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία, χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, χαμηλή όραση κ.ά. [76, 87, 88]. Από την άλλη, η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση

στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής, όπως ορίζεται στο DSM IV, και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο, ως δευτερογενής μορφή [87].

Βέβαια, η κατάθλιψη δεν αποτελεί αυτό καθαυτό χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται ως φυσιολογικό επακόλουθο του χρόνου [81, 82, 86, 89], γεγονός που το επισφραγίζει και η παρούσα ερευνητική μελέτη εφόσον **δεν ανευρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ του παράγοντα της ηλικίας της Ομάδας των Υγιών ως προς την Οριακή έως Σοβαρή Ψυχιατρική Συμπτωματολογία της κατάθλιψης, αλλά ούτε και του άγχους.** Το στερεότυπο αυτό συνήθως είναι ανακριβές, μιας και παρόλο που οι άνθρωποι άνω των 65 ετών βιώνουν πολλούς περιορισμούς λόγω προβλημάτων υγείας, μαθαίνουν να ζουν με αυτούς και να έχουν μία παραγωγική ζωή [89] και προσαρμόζονται στις μεταβολές αυτού του νέου σταδίου της ζωής τους. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις πιθανόν να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης [81, 82, 84, 85].

Εξάλλου, η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους οι οποίοι ζουν κανονικά στην κοινότητα είναι λιγότερο διαδεδομένη από τους ηλικιωμένους οι οποίοι ζουν σε περιορισμένο οικιστικό περιβάλλον ή υπό την ιδρυματοποιημένη μορφή του [89]. Για παράδειγμα το 30% των ηλικιωμένων της Ολλανδίας, όπου διαβιούν σε ιδρύματα, παρουσιάζουν συμπτώματα απάθειας, απαισιοδοξίας και έλλειψης κάθε ενδιαφέροντος και ελπίδας, ενώ συνήθως συνδυάζουν στο ιστορικό τους και την ύπαρξη κάποιας αναπηρίας ή χρόνιας σοβαρής νόσου [90]. Σε έρευνα, δε, που διενεργήθηκε στο Hong Kong και αφορούσε την εξέταση συσχέτισης της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους Τυφλούς που ζούσαν σε κάποιο ίδρυμα κλειστού τύπου, δεν βρέθηκε τόσο μεγάλη διαφορά μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση τύφλωσης για μεγάλο χρονικό διάστημα (χρονιότητα της νόσου), όσο ως προς το γεγονός της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων τυφλών σε σύγκριση με τυφλούς που ζούσαν σε ιδιωτικό- οικογενειακό περιβάλλον [91].

Παράλληλα, όπως έχει ήδη αναφερθεί ο παράγοντας τύφλωση, σε συνδυασμό με αυξημένη ηλικία, αποτελεί ισχυρότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την κατάθλιψη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Για παράδειγμα ηλικιωμένοι στην Kenya με προβλήματα αναπηρίας λόγω απώλειας της όρασης οφειλόμενη σε Καταρράκτη είχαν τρεις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν είτε άγχος είτε κατάθλιψη σε σύγκριση με υγιή πληθυσμό της ίδιας ηλικίας [40]. Στο Λονδίνο, επίσης, άτομα με ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας παρουσίαζαν διπλάσια επίπτωση κατάθλιψης, εφόσον ανήκαν στην κοινότητα των τυφλών και ηλικιωμένων ατόμων, βιώνοντας εντονότερα την λειτουργική τους κατάπτωση και την απώλεια της ικανότητας διεκπεραίωσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων [68].

Έναν ακόμη ισχυρό παράγοντα συσχέτισης της Οριακής έως Σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας με την Κατάθλιψη αποτελεί στην παρούσα μελέτη και το γεγονός ότι το 89.5% του δείγματος των τυφλών ατόμων, που παρουσιάζει οριακή έως σοβαρή συμπτωματολογία κατάθλιψης, **έχει απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό** για το άγχος ή την κατάθλιψη ($p=0.003$), ενώ το 100% εξ' αυτών λαμβάνει μακροχρόνια σχετική αγωγή ($P=0.001$). Τούτο αποτελεί ιδιαίτερα ενθαρρυντικό εύρημα, μιας και φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος που παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα κατάθλιψης έχει τουλάχιστον διαγνωσθεί και κατ' επέκταση έχει υποβληθεί σε κατάλληλη και ελεγχόμενη από ειδικό αγωγή.

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλα ερευνητικά δεδομένα που διαπιστώνουν ότι δυστυχώς μεγάλος αριθμός των τυφλών ατόμων με υψηλά score σοβαρής καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας παραμένουν άνευ διάγνωσης ειδικού και δεν αντιμετωπίζονται ποτέ θεραπευτικά, ενώ χρήζουν ψυχιατρικής αγωγής[92].

Η απουσία προληπτικού ελέγχου ή και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, από την άλλη μεριά, έρχεται σε άμεση συνάρτηση με το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι τα άτομα **με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο** παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά Οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας Κατάθλιψης (το 76.6% της ομάδας των Τυφλών, $p=0.014$), αλλά και Άγχους (το 89.4% των Τυφλών, $p=0.002$), όπως και οι **Συνταξιούχοι** Τυφλοί (το 77.1% για την Κατάθλιψη με $p=0.002$ και το 85.4% για το Άγχος με $p=0.015$).

Τούτο μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι λόγοι που συνεισφέρουν στη μη αξιοποίηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας και τη μη λήψη των απαιτούμενων προληπτικών μέτρων, αναφορικά με τις ψυχικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η

Τύφλωση, έχουν άμεση σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των τυφλών ατόμων, ως χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πόσο μεγάλος αριθμητικά είναι ο πληθυσμός των τυφλών ατόμων είναι πασιφανές, ενώ λιγότερο εμφανές, αν και ολοένα περισσότερο αναγνωρίσιμο, είναι το πόσο σημαντικές είναι οι κοινωνικό-οικονομικές συνέπειες των χωρών (κυρίως των αναπτυσσόμενων, όπου το ποσοστό τυφλών είναι πολύ μεγαλύτερο), ως εμπόδιο σε επίπεδο συλλογικής ανάπτυξης και όχι μόνο ως «προσωπική τραγωδία» των παθόντων. Επομένως, η τυφλότητα είναι μία σοβαρή αναπηρία με πολύπλευρη διάσταση, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο για την οικογένειά του και την κοινωνία ολόκληρη. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μείζονα ανάγκη για περαιτέρω επιδημιολογική διερεύνησή της, προκειμένου να μπορεί να υπάρξει καλύτερος σχεδιασμός παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο σε οφθαλμολογικό επίπεδο είτε πρόληψης είτε θεραπείας, όσο και σε επίπεδο ψυχο-κοινωνικής υποστήριξης του τυφλού ατόμου και της οικογένειάς του [17]. Για παράδειγμα χρήσιμο θα ήταν να καθιερωθεί ο προληπτικός έλεγχος των ηλικιωμένων ατόμων αναφορικά με την οφθαλμολογική τους κατάσταση μία με δύο φορές τον χρόνο, λαμβάνοντας υπόψη ότι η μη έγκαιρη θεραπεία των προβλημάτων όρασης συνεπάγεται πολλές φορές σωματικές αναπηρίες, ατυχήματα, κοινωνική απομόνωση, εξάρτηση από άλλους και ό,τι άλλο επιφέρει αυτή η κατάσταση στην ψυχολογία του ατόμου [36, 38]. Κρίσιμης σημασίας, βέβαια, είναι και η γρήγορη πρόσβαση του ατόμου στην Θεραπεία, δίχως να χάνει πολύτιμο χρόνο [93].

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ευρήματα, όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι είναι σημαντικό να δοθεί εξίσου μεγάλο ενδιαφέρον μελέτης, όπως ακριβώς συμβαίνει με την οφθαλμολογική επιστήμη, και στον τομέα των ψυχολογικών διαταραχών και επιπτώσεων που επιφέρει μία κατάσταση τύφλωσης ή χαμηλής όρασης, καθώς και στην έκταση επιρροής, όπου και μπορούν να έχουν οι διαταραχές αυτές, στην παθο-φυσιολογική εξέλιξη της όρασης, αλλά και στην ψυχο-κοινωνική ανταπόκριση του ατόμου, διατηρώντας ένα όσο το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης και ποιότητας ζωής [94].

Είναι γεγονός ότι δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στις κλινικές έρευνες διάγνωσης των οφθαλμολογικών παθήσεων, παρά στην θεραπεία ή και την πρόληψή τους [95]. Γι' αυτό τον σκοπό το 1999 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Οργάνωση Περιορισμού της Αποφευκτής Τυφλότητας (The Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness), γνωστή ως "Vision 2020 – the Right to Sight" («Όραση 2020- το Δικαίωμα στην Όραση»), σε συνεργασία με τον WHO και το "International Agency for the Prevention of Blindness", προκειμένου να περιοριστούν σημαντικά τα περιστατικά τύφλωσης από αιτίες που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, ως αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας και με χρονικό στόχο το έτος 2020 [96]. Έτσι, λοιπόν, προκύπτει η ανάγκη εκτεταμένης επιδημιολογικής διερεύνησης των αιτιών τύφλωσης, με στόχο να επιβληθεί το έργο του "Vision 2020" σε σχέση με την Πρόληψη της τυφλότητας και την αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών, όπου και επιφέρει σε επίπεδο αναπτυξιακό μίας χώρας αλλά και του ίδιου του ατόμου, οικονομικό, κοινωνικό και ποιότητας ζωής του τυφλού ατόμου [17].

Στο Ιατρικό Μοντέλο η ασθένεια είναι μία ακολουθία από την αιτιολογία στην παθολογία και τις κλινικές της εκδηλώσεις. Στις Χρόνιες Ασθένειες, όμως, όπως είναι τα προβλήματα όρασης, η ακολουθία αυτή μπορεί να ακυρωθεί, μιας και οι λειτουργικοί περιορισμοί σε συνδυασμό με το επίπεδο της υγείας του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχολογική του κατάσταση. Γι' αυτό και στην μελέτη ενός ασθενούς με χρόνια πάθηση η μέτρηση μόνο της παθο-φυσιολογίας του ατόμου μπορεί να στερήσει από τον επαγγελματία υγείας σημαντικές γνώσεις για εκείνους τους ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν δραστικά την διαδικασία της αποθεραπείας και αποκατάστασης του ασθενή [97].

Κατά την φάση διάγνωσης μίας πάθησης ή αναπηρίας, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι όχι μόνο με τις νέες πληροφορίες για το πρόβλημα της υγείας τους και τις προτεινόμενες θεραπευτικές οδούς, αλλά και με τις εσωτερικές τους αντιδράσεις προς το άκουσμα της πάθησης και τους φόβους που επιφέρει αυτή η νέα κατάσταση για την Ποιότητα της Ζωής τους [97]. Ο Cluff (1981) ισχυρίζεται ότι «πρωταρχικό αντικείμενο που πρέπει να απασχολεί την ιατρική φροντίδα είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή και η μείωση του επιπέδου αίσθησης της αρρώστιας. Αυτό πάντα ήθελε και είχε ανάγκη ο ασθενής» [98].

Έτσι, η προτίμηση του ίδιου του ασθενή είναι πραγματικά το «κλειδί» της φροντίδας της υγείας του. Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Wills Eye Hospital στην Μεγάλη Βρετανία οι ασθενείς εκτίμησαν πολύ υψηλά την όραση, έχοντας την πίστη ότι το απόλυτο σκοτάδι δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα πρακτικής φύσεως. Η προσπάθεια από την πλευρά των γιατρών να διατηρήσουν έστω και ελάχιστα επίπεδα φωτός στους ασθενείς που τους έχει προκληθεί σημαντική απώλεια της όρασης και έχουν καταστεί τυφλοί, θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική από τους ίδιους για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και της περαιτέρω λειτουργικότητάς τους [99].

Βέβαια το επίπεδο πρακτικότητας ενός ατόμου επηρεάζεται σημαντικά από τον χρόνο κατάπτωσής του και σταδιακής απώλειας της όρασης στο βάθος του χρόνου. Συγκεκριμένα όσο πιο αργά επιτελείται η απώλεια τόσο περισσότερος χρόνος δίδεται στο άτομο να εκπαιδευτεί να λειτουργεί μέσα από αυτή την νέα κατάσταση αναπηρίας, να εξοικειωθεί με αυτή τη διαδικασία και να μάθει ουσιαστικά τους νέους λειτουργικούς μηχανισμούς του [100]. Για παράδειγμα, ένα παιδί με μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια και στα δύο μάτια έχει λιγότερη λειτουργική δυσκολία στην καθημερινή του δραστηριοποίηση από έναν 70χρονο, που ξαφνικά έχει χάσει το φως του, ως δευτερεύουσα επίπτωση της υψηλής πίεσης των ματιών του. Σημαντικό σημείο εξέτασης, λοιπόν, για έναν επαγγελματία υγείας, σε σχέση με τις επιπτώσεις της τυφλότητας στο άτομο είναι ο χρόνος που έχει εγκατασταθεί η αναπηρία, ως νέα κατάσταση, μιας και υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο πρακτικότητας αυτών που χρόνια και σταδιακά αντιμετωπίζουν τα προβλήματα όρασης, με την ξαφνική απώλεια φωτός [99].

Σε σχετικό σεμινάριο εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας στην Κλινική Tavistock του Λονδίνου, διαπιστώθηκε ότι η ψυχολογική κατάπτωση του ατόμου με προβλήματα όρασης έχει άμεσο αντίκτυπο στην ανταπόκρισή του ακόμη και στην θεραπευτική διαδικασία, ενώ όλοι οι ασθενείς απέδιδαν την μελαγχολία τους στο πρόβλημα της όρασης. Βέβαια, υπάρχει και η άποψη ότι σε μερικές περιπτώσεις αντί να προκαλεί το σύμπτωμα την κατάθλιψη, η κατάθλιψη είναι αυτή που επιδεινώνει τα παθολογικά συμπτώματα. Στην συγκεκριμένη κλινική πολλοί ασθενείς έρχονταν αντιμέτωποι με τις ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως ως αντίκτυπο της αδυναμίας τους να αποδεχτούν την νέα κατάσταση και κυρίως όταν αυτή οδηγεί δυνητικά σε ολική τύφλωση. Η

κατάθλιψη βέβαια φαίνεται να επιδεινώνεται σε συνδυασμό με το συναίσθημα ότι κανείς δεν μπορεί να καταλάβει «πως είναι να νιώθεις ότι τυφλώνεσαι σιγά-σιγά». Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι σε μερικούς ασθενείς είναι έντονο το αίσθημα ενοχής για την απώλεια της όρασης, σε άλλους έντονη η αίσθηση ότι με την απώλεια της όρασης, τους προσδίδεται μία ψυχιατρική ταμπέλα, ενώ άλλοι έχουν παρατεταμένο το συναίσθημα της άρνησης της πραγματικότητας, επιμένοντας για παράδειγμα στην ύπαρξη μίας φυσικής αιτίας πρόκλησης της αναπηρίας, αν και αυτή δεν διαγνώσκεται από τον γιατρό [94].

Σε μελέτη του Πανεπιστημίου της Αριζόνα (Η.Π.Α.) έγινε σύγκριση δύο ομάδων ηλικιωμένων ατόμων που εμφάνισαν προβλήματα της όρασης, όπου οι μισοί δεν είχαν προηγούμενες αναφορές σχετικών προβλημάτων και οι άλλοι μισοί είχαν αναφερθεί σε προηγούμενη συμπτωματολογία από την χρονική στιγμή έναρξης της μελέτης. Μετρήθηκε το επίπεδο ψυχικής τους υγείας και κατάθλιψης και βρέθηκε ότι όσοι είχαν από πριν κάποια χρόνια ασθένεια που επηρέαζε την όρασή τους, είχαν μεγαλύτερα επίπεδα πρόγνωσης της επερχόμενης κατάθλιψης μετά την φανερή εγκατάσταση των προβλημάτων της όρασης. Η κατάθλιψη, λοιπόν, αναφέρθηκε ως ένα επιπρόσθετο γεγονός και άμεσα εξαρτώμενο με την χρονιότητα των παθήσεων τους, χωρίς να θεωρείται ότι το shock σε αυτή την νέα κατάσταση ήταν αυτό που προκάλεσε την ψυχολογική διαταραχή. Η κατάθλιψη, λοιπόν, δεν αποτελεί ένα τυπικό αναμενόμενο σύμπτωμα που συνδέεται άμεσα με την απώλεια της όρασης, όσο με την χρονιότητα της πάθησης του ατόμου. Γι' αυτό εξάλλου στις περιπτώσεις διάγνωσης ενός γλαυκώματος, παρατηρείται ότι το παρατεταμένο αίσθημα του φόβου για μελλοντική τύφλωση και η αίσθηση του κινδύνου της απειλής της ευημερίας του ατόμου είναι αυτά που μπορούν να προκαλέσουν την ψυχική διαταραχή του ατόμου και όχι τόσο η αρχική διάγνωση αυτή καθαυτή [97]. Από την άλλη πλευρά, όμως, έχει διαπιστωθεί ότι αν και στους χρόνιους πάσχοντες η ρύθμιση των ψυχολογικών επιπτώσεων επέρχεται σιγά-σιγά και σταδιακά μέσα στο πέρας του χρόνου, στις περιπτώσεις των προβλημάτων όρασης η διαφορά, με το πέρας του χρόνου, δεν είναι σημαντική μεταξύ ενός νέο-τυφλωθέντα και ενός ατόμου με σταθερή μείωση της όρασης [97].

Βέβαια, έχει βρεθεί ότι οι πολλαπλές αναπηρίες έχουν σαφέστατα μεγαλύτερες επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του ατόμου και κατ' επέκταση στην ψυχική υγεία του ατόμου από ό,τι στην περίπτωση μίας και μόνο αναπηρίας [97]. Επίσης, η κατάθλιψη αποτελεί ένα φαινόμενο διπλά παρουσιαζόμενο στους ηλικιωμένους, αν ληφθεί υπόψη η παράλληλη ύπαρξη του φαινομένου της λειτουργικής αδρανοποίησης και έλλειψης δραστηριοποίησης, σε αυτή την ηλικία, σε συνδυασμό, μάλιστα, με την χρονιότητα των παθήσεων που κατά πλειοψηφία αντιμετωπίζουν [101]. Η παρατεταμένη ψυχοπαθολογία, δε, που συνήθως δεν τυγχάνει ψυχο-κοινωνικής αντιμετώπισης και υποστήριξης από ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, με ολιστική προσέγγιση του ατόμου, πολλές φορές οδηγεί σε αυτοκτονικές συμπεριφορές, γεγονός που έχει παρατηρηθεί κυρίως σε ηλικιωμένους ή μοναχικούς τυφλούς [68, 95, 101]. Φυσικό επακόλουθο, δε, είναι η σημαντική μείωση του προσδόκιμου ζωής των τυφλών ατόμων, όταν διέπονται από βαριά ψυχοπαθολογία κατάθλιψης [102].

Επίσης, οι οπτικές παραισθήσεις δεν είναι ασυνήθιστες σε ασθενείς με προβλήματα όρασης ή ελλιπές οπτικό πεδίο, αν και συνήθως είναι μεμονωμένα περιστατικά δίχως την συνύπαρξη ψυχο-παθολογίας και αποδίδονται κυρίως σε οργανικά αίτια (το επονομαζόμενο Charles Bonnet Syndrome), έχοντας έναν χρόνιο χαρακτήρα εμφάνισης και μία σταδιακή τάση μείωσης. Πρόκειται, όμως, για μία συμπτωματολογία που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να αποκλειστεί κάθε ενδεχόμενο σοβαρού ψυχωσικού συνδρόμου [103].

Ένα άλλο συχνό χαρακτηριστικό γνώρισμα των ψυχολογικών διεργασιών που συνεπάγονται της τύφλωσης είναι η άρνηση της κατάστασης, της αναπηρίας που βιώνουν τα τυφλά άτομα και γενικότερα η άρνηση της αποδοχής λήψης θεραπευτικών μέτρων βελτίωσης των επιπέδων όρασης. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί ότι ασθενείς με καταρράκτη δεν νιώθουν την ανάγκη για να προβούν σε εγχείρηση, περιμένοντας πρώτα να φτάσουν σε απόλυτη εξάρτηση προς τρίτους και παντελή έλλειψη λειτουργικής κινητικότητας. Παρά τον μηχανισμό άμυνας του τυφλού ατόμου, με την άρνηση της αναπηρίας του, είναι γεγονός ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και ψυχολογικών διαταραχών, όταν το stress είναι παρατεταμένο, δεν αποφεύγονται, αλλά αντιθέτως παρουσιάζονται συχνά. Η εγχείρηση, λοιπόν, του καταρράκτη μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ψυχολογική βελτίωση του ασθενή, μιας και είναι δυνατόν να του επιτρέψει την μετακίνηση άνευ συνοδείας, την

αυτοεξυπηρέτηση και την μείωση της εξάρτησης από το συγγενικό του περιβάλλον. Σημαντικό, ρόλο, σε αυτή τη διαδικασία παίζει η επαφή με άλλους ομοιοπαθείς και χειρουργηθέντες ασθενείς, μιας και ελαχιστοποιεί τους φόβους και αδρανοποιεί ιδέες όπως ότι «είναι θέλημα Θεού» ή «αναπόφευκτο κομμάτι της ενηλικίωσης» [104].

Ως προς τα επίπεδα ψυχικών διεργασιών που συνεπάγονται της τύφλωσης, σε σχετική έρευνα στην Mansoura της Αιγύπτου, βρέθηκε ότι ως προς την αυτό-εικόνα του τυφλού ατόμου το 71.7% των ερωτηθέντων έβλεπαν τον εαυτό τους ως Ανάπηρο και 78.8% αμφέβαλαν για τις ικανότητες και δυνατότητες τους. Το 90.3% του δείγματος εκλάμβανε την κοινότητα ως βοηθητική και υποστηρικτική, ενώ μόνο το 31.9% ήταν ικανοποιημένο από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το 58.4% είχε ανάγκη για περαιτέρω βοήθεια, εκπαίδευση και υποστήριξη, πέραν της αμιγώς θεραπευτικής τους προσέγγισης.

Έτσι, λοιπόν, είναι φανερό ότι η απώλεια της αυτό-εκτίμησης του ατόμου, σε συνδυασμό με τον περιορισμό των καθημερινών του δραστηριοτήτων, την ελλιπή παροχή ευκαιριών κατάλληλης εκπαίδευσής του (είτε σε σχέση με την νέα κατάσταση της αναπηρίας του είτε σε ακαδημαϊκό επίπεδο), το αρνητικό αντίκτυπο όλων των παραπάνω, γενικότερα στην προσωπική του ζωή και τον γάμο αντανακλούν εμφανέστατα στην ψυχολογική του κατάσταση [17] και το καθιστούν σωματικά, ψυχολογικά και οικονομικά εξαρτημένο άτομο από τρίτους [49].

Σε αντίστοιχη ελληνική διερεύνηση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και ψυχο-κοινωνικών επιπτώσεων της αναπηρίας, σε 1386 άτομα καταγεγραμμένα στον Ο.Α.Ε.Δ., βρέθηκε ότι 55.8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει ανάγκη μόνιμης ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης και φροντίδας, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα για βελτίωση του συστήματος υγείας, και δει της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ενώ μόνο το 11.5% του δείγματος δήλωσε ικανοποιημένο με την προώθηση του δικαιώματος στην ιατρική και ψυχολογική παρακολούθηση, στην χώρα μας, μιας και το 38.9% θεωρεί ότι προωθείται μέτρια και το 33.5% καθόλου ικανοποιητικά [105].

Η επιρροή της Ποιότητας της Ζωής λόγω της απώλειας όρασης φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερη συσχέτιση από οποιαδήποτε άλλη πάθηση [100]. Συνήθως, δεν εκτιμάται ικανοποιητικά, κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, το επίπεδο επιρροής της ποιότητας της ζωής του τυφλού ατόμου, παρά το γεγονός ότι αυτή η

διαδικασία δίνει την δυνατότητα να εντοπιστούν οι ανάγκες του ατόμου από τα πρώιμα ακόμη στάδιά τους και να αντιμετωπιστούν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα πρακτικότητας του τυφλού. Τούτο μπορεί να επιτευχθεί με μία καλή επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή ως προς την πρόγνωση της κατάστασής του, αλλά και με την παράλληλη διατήρηση μία συνεχιζόμενης υποστηρικτικής βοήθειας [101]. Η υποστηρικτική βοήθεια είναι απαραίτητο να παρέχεται τόσο σε επίπεδο εκπαίδευσης του τυφλού ατόμου με σκοπό την ψυχολογική και λειτουργική προσαρμογή του στην νέα κατάσταση, όσο σε επίπεδο υποστήριξης των συζύγων των τυφλών ατόμων ή γενικότερα των ατόμων που επωμίζονται τον ρόλο της αναπλήρωσης ενός μεγάλου κομματιού της πρακτικής αδυναμίας του τυφλού ατόμου [93, 101]. Η έμφαση, μάλιστα, στην εκπαίδευση των φροντιστών των τυφλών ατόμων, μπορεί να αποβεί ιδιαίτερος αποτελεσματική, μιας και κατανοώντας από την πλευρά τους την συναισθηματική αντίδραση του τυφλού, μπορούν να δώσουν κι αυτοί με την σειρά τους την ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη [97].

Από πλευράς επαγγελματιών υγείας και παροχής υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, έχει διαπιστωθεί και είναι χρήσιμο να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το γεγονός ότι είναι ιδιαίτερα ευεργετικό να επιδιώκεται μία προσεκτική συζήτηση που δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες του για τα συμπτώματα των προβλημάτων όρασης, τους ενδεχόμενους φόβους που του προκαλεί η πρόγνωση της πάθησής του και γενικότερα τα συναισθήματα που του προκαλεί αυτή η νέα κατάσταση, ενώ παράλληλα ο επαγγελματίας υγείας του εμπνέει εμπιστοσύνη και του δείχνει να αφιερώνει χρόνο και να καταβάλει προσπάθεια ώστε να κατανοήσει πλήρως ο ασθενής αυτή την αλλαγή του τρόπου ζωής του και των επιπτώσεων που θα προκύψουν στην καθημερινότητά του. Αυτού του είδους επικοινωνία μεταξύ ασθενή – επαγγελματία υγείας βοηθά στην επιλογή της θεραπείας, σχεδιάζοντας από κοινού τον τρόπο δράσης και αντιμετώπισης της κατάστασης, ενώ παράλληλα αυξάνεται κατ' αυτό τον τρόπο σημαντικά η πιθανότητα συμμόρφωσης του ασθενή στις οδηγίες του γιατρού [97].

Δίνοντας, μάλιστα, ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας στον ασθενή την αίσθηση ότι τον ακούει και κατανοεί, αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο για την θεραπευτική διαδικασία, ενώ πολλές φορές παρατηρείται ακόμη και η βελτίωση του ασθενή στα επίπεδα όρασής του. Δυστυχώς, όμως, τόσο σε ελλαδική εμβέλεια όσο και σε διεθνή,

διαπιστώνεται σημαντική έλλειψη εξειδίκευσης Νοσηλευτών, καθώς και άλλων επαγγελματιών υγείας, σε θέματα οφθαλμολογικής αντιμετώπισης και χειρισμού της ψυχικής αντίδρασης του ασθενούς [94], προς αποφυγή περαιτέρω σοβαρής συμπτωματολογίας είτε άγχους είτε κατάθλιψης.

Σε συνέχεια των παραπάνω απαραίτητων μέτρων πρόληψης της αναπηρίας, γενικότερα, και της τυφλότητας ειδικότερα, συμπεραίνεται ότι είναι απαραίτητη η αναπροσαρμογή του τρόπου θεώρησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας και η διεύρυνση της ουσιαστικής και πρακτικής εφαρμογής της σε πλαίσια, πέραν αυτών των αμιγώς ιατρο-περιθάλπτικών φορέων, όπως είναι η σχολική κοινότητα και ο ευρύτερος χώρος της παιδείας, καθώς επίσης η ευρύτερη κοινότητα διαβίωσης των πολιτών μίας οργανωμένης κοινωνίας [17]. Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι ολοένα και περισσότερο μία επιτακτική ανάγκη για την πρόληψη της τυφλότητας και των ψυχολογικών διεργασιών που έπονται αυτής, δίνοντας κατά κύριο λόγο έμφαση στην επιρρεπή πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου, που δεν είναι άλλη από την παιδική ηλικία ή τουλάχιστον την μαθητική, έχοντας πάντοτε ως βασικό γνώμονα το «Δικαίωμα στην Όραση» [96, 106].

***Don't lose the sight of
our children. GHANA***



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με σοβαρά μειωμένη όραση ή τύφλωση, μέλη του Πανελληνίου Συνδέσμου Τυφλών – Περιφερειακή Ένωση Ανατολικής Μακεδονίας (Νομοί Καβάλας, Δράμας & Σερρών), σε σύγκριση με τον γενικό «υγιή» πληθυσμό της ίδιας περιοχής.

Μέθοδος: κατά το 2008 διανεμήθηκε σε 73 ενήλικες με προβλήματα όρασης ένα σύντομο, δομημένο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αφορά την συναισθηματική τους διάθεση και το άγχος, των Bedford & Foulds, όπως και σε 73 «υγιείς» ενήλικες, ως συγκριτική ομάδα. Οι τυφλοί ήταν όλοι εγγεγραμμένοι στα Μητρώα Τυφλών της Πρόνοιας και έτσι πιστοποιούσαν την αναπηρική τους ιδιότητα. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DSSI/Sad. Το 1^ο μέρος των ερωτήσεων περιέχει την συλλογή Δημογραφικών Στοιχείων και το 2^ο περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις, επτά από τις οποίες αφορούν στο άγχος, την υπερβολική ανησυχία, την αϋπνία, τις κρίσεις πανικού, αίσθημα παλμών, ένταση, και άλγος στον αυχένα.

Αποτελέσματα: Η μέση βαθμολογία (score) για το Άγχος ήταν 9.8 στους Τυφλούς έναντι του 6.5 στους Υγιείς ($p=0.005$), ενώ για την Κατάθλιψη 7.8 οι Τυφλοί και 3.5 οι Υγιείς ($p<0.001$). Το να είσαι Τυφλός αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για την ύπαρξη οριακής έως σοβαρής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας είτε Άγχους είτε Κατάθλιψης. Ακόμη, οι παράγοντες που συσχετίζονται ανεξάρτητα με το Άγχος των Τυφλών είναι η ηλικία, το φύλο (γυναίκα) και το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή, ενώ με την Κατάθλιψη είναι η ηλικία, το αν λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή και το αν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό. Στην Ομάδα των Υγιών η μοναδική συσχέτιση που βρέθηκε να υπάρχει ήταν μεταξύ της ηλικίας και της κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: η τυφλότητα είναι μία σοβαρή αναπηρία με πολύπλευρη διάσταση, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο για την οικογένειά του και την κοινωνία ολόκληρη. Υπάρχει μείζονα ανάγκη για περαιτέρω επιδημιολογική διερεύνησή της, προκειμένου να υπάρξει καλύτερος σχεδιασμός παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο σε οφθαλμολογικό επίπεδο (πρόληψη – θεραπεία), όσο και σε επίπεδο ψυχο-κοινωνικής υποστήριξης του τυφλού ατόμου και της οικογένειάς του, προκειμένου να ληφθούν κατάλληλα μέτρα και προγράμματα Προαγωγής Υγείας. Είναι απαραίτητη η αναπροσαρμογή του τρόπου θεώρησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας και η διεύρυνσή της σε πλαίσια, πέραν αυτών των αμιγώς ιατρο-περιθαλπτικών φορέων, όπως είναι η σχολική κοινότητα, γενικότερα ο χώρος της παιδείας, καθώς επίσης η ευρύτερη κοινότητα διαβίωσης των πολιτών μίας οργανωμένης κοινωνίας.

ENGLISH ABSTRACT

Purpose: the research of anxiety and depression levels of people with serious visual impairments or blindness, members of Panhellenic Association of Blind People – Peripheral Union of East Macedonia (Prefectures of Kavala, Drama and Serres), in comparison with the general “healthy” population of the same region.

Method: during 2008 a brief, structured and anonymous questionnaire was distributed to 73 adults with visual impairments. This questionnaire of Bedford & Foulds was also distributed to 73 “healthy” adults as the comparison team and was referring to their emotional mood and anxiety. The blind people were all registered in the Registration Book of Blind people of Welfare Section by which their visual impairment was certified. The questionnaire of DSSI/Sad was used. The 1st part of the questions included the collection of Demographic Elements and the 2nd included 17 questions, seven of which refer to the anxiety, the excess distress, the lack of sleep, panic crisis, palmonary senses, intensity and nape pain.

Results: The mean score for Anxiety was 9.8 to the Blind people versus the 6.5 to the Healthy ($p=0.005$) and for Depression 7.8 for the Blind and 3.5 for the Healthy ($p<0.001$). Being Blind constitutes an independent factor for the existence of marginal to serious Pcyhiatric Symptomatology of either Anxiety or Depression. Even more, the factors which are also related to the Anxiety of the Blind People are the age, sex (woman) and if they are under long term medication. Instead for the people who suffer from Depression the cross-correlation factors are age, if they are under long term medication and if they have addressed to a specialist doctor. Concerning the “Healthy” Team the only relation which was found was between the age and the depression.

Conlusions: the blindness is a serious impairness with multisided dimension for the blind person as well as for his/her family and the entire society. There is tremendous need for more epidemiological research of the blindness or vision loss in order to structure better health services concernning the ophthalmological level (prevention – therapy), as well as concerning the pchyco-social support of the blind person and his/her family in order to take the necessary measures and organise Health Promotion programmes. There is a high need to readjust the way of approaching the Primary Health Care and widen in sections further than the exclusively medical care institutions, such as schools community and more general the educational area, as well as the further citizens living community of a structured society.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ερωτηματολόγιο Α Ομάδας – Τυφλών/ Δημογραφικά Στοιχεία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Από τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα προκύψουν πολύτιμα συμπεράσματα για την οργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας για τους πάσχοντες από αγγώδεις διαταραχές και την πρόληψη αυτών, είτε διαβιούν σε κατάσταση αναπηρίας είτε όχι.

Παρακαλούμε συμπληρώστε:

Βάλτε χ ή ν ή κυκλώστε την σωστή απάντηση

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

Α ομάδα Νο:

Νομός διαμονής:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Διαζευγμένος

Χήρος

Επάγγελμα:

Αν είστε Συνταξιούχος, (απαντήστε), λόγω: Αναπηρίας Γήρατος

Εθνικότητα:

Γραμματικές Γνώσεις: Αναλφάβητος

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ

ΑΕΙ

Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα ή πάθηση; Ναι Όχι
(πέραν των προβλημάτων όρασης)

Αν, ναι, από τι;.....

Το πρόβλημα όρασης/ τύφλωσης είναι:

Επίκτητο

Εκ γενετής

Από τι προκλήθηκε η απώλεια όρασης; (αναφέρετε την αιτία (π.χ. ατύχημα) ή την πάθηση):.....

Πόσα έτη έχουν περάσει από τότε που επήλθε η απώλεια της όρασής σας;

.....

2. Ερωτηματολόγιο Β Ομάδας – Υγιών / Δημογραφικά στοιχεία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Από τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα προκύψουν πολύτιμα συμπεράσματα για την οργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας για τους πάσχοντες από αγγώδεις διαταραχές και την πρόληψη αυτών, είτε διαβιούν σε κατάσταση αναπηρίας είτε όχι.

Παρακαλούμε συμπληρώστε:

Βάλτε χ ή ν ή κυκλώστε την σωστή απάντηση

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

Β ομάδα Νο:

Νομός διαμονής:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Διαζευγμένος

Χήρος

Επάγγελμα:

Αν είστε Συνταξιούχος, (απαντήστε), λόγω: Αναπηρίας Γήρατος

Εθνικότητα:

Γραμματικές Γνώσεις: Αναλφάβητος

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ

ΑΕΙ

Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα ή πάθηση; Ναι Όχι

Αν, ναι, από τι;.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ & ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1. Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
ανυπόφορα πολύ λίγο

2. Τελευταία είμαι τόσο δυστυχημένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
λίγο πολύ ανυπόφορα

3. Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
λίγο πολύ ανυπόφορα

4. Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
ανυπόφορα πολύ λίγο

5. Τώρα τελευταία ήμουν αθλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια, τόσο θλιμμένος:
πάρα πολύ πολύ λίγο

6. Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξαναξυπνήσω.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια, πόσο σοβαρό είναι αυτό:
πάρα πολύ πολύ αρκετά

7. Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο, είχα αισθήματα πανικού.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια, αυτό με ενοχλεί:
ανυπόφορα πολύ λίγο

8. Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουν για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε.

Λάθος Αλήθεια Αν είναι αλήθεια αυτό με ενόχλησε:
ανυπόφορα πολύ λίγο

Βαθμολογία Ερωτηματολογίου

Οι Ερωτήσεις 1,3,4,7,9,11,13 είναι για το άγχος

Οι Ερωτήσεις 2,5,6,8,10,12,14 είναι για την κατάθλιψη

Π.χ.

11. Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα.

Λάθος	Σωστό ή αλήθεια
0	1

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενόχλησε:

Ανυπόφορα	πολύ	λίγο
3	2	1

Αν απαντά μόνο στην πρώτη ερώτηση αλήθεια χωρίς να απαντά την δεύτερη τότε παίρνει 1 βαθμό.

Αθροίζουμε τις 7 χωριστά για το άγχος και τις 7 χωριστά για την κατάθλιψη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Δαραής Κ., 2001 (Μάρτιος), Τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία, Το εικονικό σχολείο – Virtual school, The Sciences of Education Online, Τόμος 2, τεύχη 2-3, Available at: <http://www.auth.gr/virtuelschool/2.2-3/Praxis/DaraisDisabilityInSociety.html>, accessed 21/12/2006
2. Vlachou A., 1997, Struggles for inclusive education. An ethnographic study, Disability, Human Rights & Society – Series Editor: Len Barton, Open University Press, Buckingham – Philadelphia
3. Zitzelsberger H., 2005, In(visibility): accounts of embodiment of women with physical disabilities and differences, Disability & Society, Vol. 20, No. 4, pp. 389-403
4. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization, accessed 18/12/2006, Disability
5. Καραντινός Δ., Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Φρονίμου Ε., 1996, Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής. Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Τόμος Α', Αθήνα
6. Καϊλα Μ., Πολεμικός Ν., Φιλίππου Γ., 1995, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, Α τόμος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
7. Τσιναρέλης Γ., 1993, Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Μύθοι και πραγματικότητα, Περιοδικό: Επειδή η διαφορά είναι δικαίωμα, Τ. 46-47, σσ. 18-29
8. Sussman M. , 1981, Ανάπηροι και άποροι σε κατάσταση εξάρτησης: Εννοιολογικές ομοιότητες και ανάγκες για έρευνα, Περιοδικό: Εκλογή, Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Τ.54, σσ. 6-13
9. Goffman E., 1990, STIGMA. Notes of management of Spoiled Identity, Penguin Books, Α Έκδοση: New Jersey 1963, U.S.A.
10. Nies A. M., Mc Ewen M., 2001, Επιστημονική Επιμέλεια: Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών, Τόμος ΙΙ, ΛΑΓΟΣ, Αθήνα
11. U.S. Department of Health & Human Services, 2000 (November), Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease

- Prevention and Health Promotion, Division of Adult and Community Health, Atlanta-Georgia
12. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρία & Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2003 (13-14 Ιουνίου), Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης & Αναπηρία. Τελική Έκθεση στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Έτους Ατόμων με Αναπηρία και της Ελληνικής Προεδρίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκό Συνέδριο, Αθήνα
 13. Kroll T. PhD, Jones G.C. PhD, Kehn M., Neri M.T., 2006 (July), Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry, Health and Social Care in the Community, Volume 14, Issue 4, pp 284- 29
 14. Ravesloot C., Seekins T. & Young Q.-R., 1998, Health Promotion for people with Chronic Illness and Physical Disabilities: the connection between Health Psychology and Disability Prevention, Clinical Psychology and Psychotherapy, John Wiley & Sons Ltd., Volume 5, pp 76-85
 15. Smeltzer S., Zimmerman V., Frain M., DeSilets L., Duffin J., 2003, (Nov. 14), Accessible online health promotion. Information for persons with disabilities, “Online Journal of Issues in Nursing”, http://nursingworld.org/ojin/topic16/tpc_5.htm, accessed 14/12/2006
 16. Krahn G.L., Hammond L. & Turner A., 2006, A cascade of disabilities: Health and Health Care Access for people with intellectual disabilities, Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Review, Volume 12, pp 70-82
 17. El-Gilany A.H., El-Fedawy S., Tharwat M., 2002, Causes of blindness and needs of the blind in Mansoura – Egypt, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 8, No 1, Jan., Available at: <http://www.emro.who.int> , accessed 8/7/2007
 18. U.S. Department of Health & Human Services, 2000 (November), Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adult and Community Health, Atlanta-Georgia
 19. Jangra D., Ganesh A., Tharckay R., Austin LT., Ulster A., Sutherland J., Levin A., 2007, Psychological Adjustment to visual loss in patients with Retinitis

- Pigmentosa, Ophthalmic Genetics, Vol. 28, issue 1, pp 25-30, Available at: <http://www.informaworld.com>, accessed 23/5/2007
20. Parry G., 1993, Coping with crises, Επιμ.: Δεγλήρης Ν., Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
21. Available at: <http://www.encephalos.gr/full/41-1-02g.htm>, accessed 1/3/2007
22. Ζέρβας Ι. Το άγχος ως σύμπτωμα: διάγνωση και αντιμετώπιση σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Στο: Σολδάτος Κ (επιμ. Έκδ.) Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών 1999, σς. 13-34.
23. Ραμπαβίλας Α. στο *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής* του Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994
24. Καραδήμας Ε., 2005, Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθητώ- Γιώργος Δαρδάμος, Αθήνα.
25. Elliot G.R. & Eisdorfer C., 1982, Stress and health, New York: Springer.
26. Lazarus R.S. & Folkman S., 1984, Stress, appraisal and coping, New York: Springer.
27. Mechanic D., 1976, Stress, illness and illnessbehavior, Journal of Human Stress, Vol. 2, pp 2-6.
28. Μαδιανός Μ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική Εκδ. Καστανιώτη 2000 223 – 227
29. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία *Κλινικής Ψυχιατρικής* University Studio Press Θεσσαλονίκη 1997 21: (703-710)
30. http://www.who.int.mental_health/prevention/genderwomen/en accessed 23/5/2007
31. World Health Organization, 2006, Prevention of avoidable blindness and visual impairment, Fifty-ninth WHO Assembly, Provisional agenda item 11.7, A59/12, 24 April, Available at: <http://www.who.int>, accessed 2/7/2007 – WHO 2006
32. <http://epapanis.blogspot.com> accessed 19/2/2010
33. <http://www.ethnos.gr> 6-3-08 accessed 19/2/2010
34. Hyman L. et.al., 2001, Prevalence and causes of visual impairment in the Barbados Eye Study, Ophthalmology, Oct., Vol 108 (10), pp1751-6
35. Bedford A, Foulds GA, Sheffield BF. A new personal disturbance scale: DSSI/sAD. Br J Soc Clin Psychol 1976: 15: 387

36. Loh K.Y., Ogle J., 2004, Age related visual impairment in the elderly, *Medicine Journal Malaysia*, Oct., Vol 59 (4), pp 562-8, quiz 569
37. Pelletier A.L., Thomas J., Shaw F.R., 2009, Vision loss in older persons, *Am Fam Physician*, June, Vol 79 (11), pp 963-70
38. Congdon N. et al, 2004, Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States, *Arch Ophthalmol*, Apr., Vol 122 (4), pp 477-85
39. Buch H. et al, 2004, Prevalence and causes of visual impairment and blindness among 9980 Scandinavian adults: the Copenhagen City Eye Study, *Ophthalmology*, Jan., Vol 111 (1), pp 53-61
40. Lau J.T. et al, 2004, Attitudes towards and perceptions of visual loss and its causes among Hong Kong Chinese adults, *Clin Experiment Ophthalmol.*, June, Vol 32 (3), pp 243-50
41. Sarah P., 2008, Impact of Cataract surgery. Restoring sight: how cataract surgery improves the lives of older adults, *Community Eye Health Journal*, June, Vol 21 (66), pp 24-25
42. Abyad A., 1997, In-office screening for age-related hearing and vision loss, *Geriatrics*, June, Vol 52 (6), pp 45- 6, 51 – 4, 57
43. Downs A., Wile N., Krahn G., et al., 2004, Wellness promotion in persons with disabilities: Physicians' personel behaviors, attitudes and practices, *Rehabil Psych*, Vol 49, pp 303-308
44. Robertson N., Burden M.L., Burden A.C., 2006, Psychological morbidity and problems of daily living in people with visual loss and diabetes: do they differ from people without diabetes?, *Diabet Medicine*, Oct., Vol 23 (10), pp 1110 -6
45. Cox D.J. et al, 1998, Psychological sequelae of visual loss in diabetes, *Diabetes Education*, Jul.-Aug., Vol 24 (4), pp 481-4
46. Kevin D. Frick, 2007, Economic impact of visual impairment and blindnes in the United States, *Arch Ophthalmol*, Vol 125, pp 544- 550
47. Evans JL, Fletcher AE, Wormald RPL, 2007, Depression and anxiety in visually impaired older people, *Ophthalmology*, Febr., Vol 114 (2), pp 283-88
48. Donoyama N., Takeda F., 2007, Mental health and related factors among Massage Practitioners with visual impairment, *Industrial Health*, Vol 45, pp 191-98
49. Kumar D. et al, 1999, Psychosocial characteristics of literate blinds: a study, *Indian Journal of Medicine Science*, Jul, Vol 53 (7), pp 310 -5

50. Jones G.C. et al, 2009, Effects of depressive symptoms on health behavior practices among older adults with vision loss, *Rehabil Psychol.*, May, Vol 54 (2), pp 164-72
51. Soubrane G. et al, 2008, Humanistic burden and health resource utilization among neovascular age-related macular degeneration patients in France, *J. Fr. Ophthalmol*, Feb., Vol 31 [2], pp138- 45
52. Yoshida T. et al, 1998, Mental health of visually and hearing impaired students from the viewpoint of the University Personality Inventory, *Psychiatry Clin. Neurosci*, Aug., Vol 52 (4), pp 413-8
53. Wahl H.W. et al, 1999, psychosocial consequences of age-related visual impairment: comparison with mobility-impaired older adults and long-term outcome, *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, Sep., Vol 54 (5), pp 304-16
54. Matsunaka K., 2002, An investigation of personal factors on daily stress of people with visually impairment, *Shinrigaku Kenkyu*, Oct., Vol 73 (4), pp 340-5
55. Willenz P., 2006, Wear and Tears of stress: The psychoneurobiology of aging. What does a healthy 100 year old look like?, APA (American Psychological Association) Press Releases, Available at: <http://www.apa.org>, accessed 18 April 2007
56. Meeks S., Woodruff-Borden J., Depp C.A., 2003, Structural differentiation of self-reported depression and anxiety in late life, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 17, pp 627-646
57. Shapiro A.M., Roberts J.E. & Beck J.G., 1999, Differentiating symptoms of anxiety and depression in older adults: distinct cognitive and affective profiles?, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 23, pp 53-74
58. Dougherty L.M., Abe J.A. & Izard C.E., 1996, Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. In: Magai C. & McFadden S.H. (Eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging*, New York: Academic Press, pp 27-41
59. Carstensen L.L. & Turk-Charles S., 1994, The salience of emotion across the adult life span, *Psychology and Aging*, Vol. 9, pp 259-264
60. Alain B. et all, 2008, Measurment of health-related quality of life with glaycoma: validation of the Glau-QoL 36-item questionnaire, *Acta Ophthalmologica*, Vol 86, pp 71-80

61. Fitzgerald R.G., Ebert J.N., Chambers M., 1987, Reactions to blindness: a four-year follow-up study, *Percept. Mot. Skills*, Apr., Vol 64(2), pp 363-78
62. Mc Dermott et al, 2005, Depression in adults with disabilities in primary care, *Disability Rehabilitation*, Feb., Vol 27(3), pp 117-23
63. Hayman Karen J. et al, 2007, Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health, *Optometry & Vision Science*, Nov., Vol 84(11), pp 1024-1030
64. Wahl H.W. et al, 1998, Deteriorating vision in the elderly: double stress?, *Ophthalmology*, Jun., Vol 95(6), pp 389-99
65. Jampel H.D. et al, 2007, Depression and mood indicators in newly diagnosed glaucoma patients, *Am. J. Ophthalmol*, Aug., Vol 144(2), pp 238-44
66. Mangione M. Carol, 1998, Identifying the content area for the 51-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire, *Arch. Ophthalmol*, Feb., Vol 116, pp 227-33
67. Abolfotouh M.A., Telmesani A., 1993, A study of some psycho-social characteristics of blind and deaf male students in Abha City, Asir region, Saudi Arabia, *Public Health*, Jul., Vol 107 (4), pp 261-9
68. Mitchell Jan, Bradley Clare, 2006, Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature, *Health and Quality of Life Outcomes*, Dec., Vol 4(97)
69. Soubrane G. et al, 2007, Burden and health care resource utilization in Neovascular age-related Macular Degeneration. Findings of a multicountry study, *Arch Ophthalmol*, Sep., Vol 125(9), pp 1249-54
70. Yochi Shmuelly-Dulitzki, Bary W. Rovner, 1997, Screening for depression in older persons with low vision. Somatic eye symptoms and the geriatric depression scale, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Aug., Vol 5, pp 216-220
71. Walker J.G., Anstey K.J., Lord S.R., 2006, Psychological distress and visual functioning in relation to vision related disability in older individuals with cataract, *British Journal of Health Psychology*, May, Vol 11(2), pp 303-317
72. Chou K.L., 2008, Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Aging, *J Affect Disord.*, Feb., Vol 106(1-2), pp 191-6

73. Bernbaum M. et al, 1993, Personal and family stress in individuals with diabetes and vision loss, *J Clin Psychol*, Sep., Vol 49(5), pp 670-7
74. Jampel H.D. et al, 2007, Depression and mood indicators in newly diagnosed glaucoma patients, *Am J Ophthalmol*, Aug., Vol 144(2), pp238-244
75. Rovner W.B., Casten J. R., Tasman S.W., 2002, Effect of depression on vision function in age-related macular degeneration, *Arch Ophthalmol*, Aug., Vol 120, pp 1041-44
76. Augustin Albert et al, 2007, Anxiety and depression prevalence rates in age-related Macular Degeneration, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, Apr., Vol 48(4), pp 1498-1503
77. Walker G.J. et al, 2006, The impact of cataract surgery on visual functioning, vision-related disability and psychological distress: a randomized control trial, *Clinical and Experimental Ophthalmology*, Feb., Vol34(8), pp734-742
78. Williams A.R., 1998, The psychosocial impact of Macular Degeneration, *Arch Ophthalmol*, Apr., Vol116, pp 514-20
79. Freeman E.E. et al, 2009, Cataract-related vision loss and depression in a cohort of patients awaiting cataract surgery, *Can J Ophthalmol*, Feb., Vol44(2), pp171-6
80. Noran N.H. et al, 2009, Severity of visual impairment and depression among elderly Malaysians, *Asia Pac J Public Health*, Jan., Vol 21(1), pp 43-50
81. Παράσχος I.A., Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, Available at: <http://www.inpsy.gr>, accessed 15 April 2007
82. Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι, Available at: <http://www.stress.gr>, accessed 15 April 2007
83. Blazer D.G., 1994, Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence. In: Copeland JRM, Abou-Saleh M.T., Blazer D.G. (eds), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 519-522
84. Evans M.E., 1994, Physical Illness and Depression, In: Copeland JRM, Abou-Saleh M.T., Blazer D.G. (eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 525-532
85. Karlson I., 1991, Depression in the elderly, Workshop, Sweden Lakesmedelsverket, pp 257.
86. Depression, 2004, National Institute of Mental Health (NIMH) publication, Available at: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>, accessed 18 April 2007

87. Δευτερογενής Κατάθλιψη, Available at: <http://Web4health.info>, accessed 6 May 2007
88. Lyness M. Jeffrey et al, 2006, The relationship of Medical Comorbidity and Depression in older, Primary Care Patients, Psychosomatics, Sept-Oct., Vol 47(5), pp 435-9
89. Older Adults' Health and Age-Related Changes: Reality versus Myth, 1998, American Psychological Association, Available at: <http://www.apa.org>, accessed 18 April 2007
90. Dozeman E. et al., 2007, Study Protocol: Depression and anxiety, an Indicated Prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: Feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme, Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/6> & <http://pubmedcentral.nih.gov>, both accessed 25 April 2007
91. Ip S.P., Leung Y.F., Mak W.P., 2000, Depression in institutionalised older people with visual impaired vision, International Journal of Geriatric Psychiatry, Dec., Vol 15(12), pp 1120-4
92. Evans JR, Fletcher AE and Worldmald RPL, 2007, Depression and anxiety in visually impaired older people, Ophthalmology, Vol 114, pp 283-288
93. Lotery A. et al, 2007, Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study, Br J Ophthalmol, Oct., Vol 91(10), pp 1303-7
94. Brook A., Elder A., Zalidis S., 1998, Psychological aspects of eye disorders, Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 91, pp 270-272, May, Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>, accessed 21/5/2007
95. De Leo D., Hickey P.A., Meneghei G., Cantor C.H., 1999, Blindness, fear of sight loss and suicide, Psychosomatics, Vol. 40, issue 4, Jul., pp 339-344, Available at: <http://www.scopus.com>, accessed 21/5/07
96. World Health Organization, 2006, Prevention of avoidable blindness and visual impairment, Fifty-ninth WHO Assembly, Provisional agenda item 11.7, A59/12, 24 April, Available at: <http://www.who.int>, accessed 2/7/2007 – WHO 2006

97. Mills R., 1998, Correlation of quality of life with clinical symptoms and signs at the time of glaucoma diagnosis, Tr. Am. Ophth. Soc., Vol XCVI, Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov> , accessed 21/5/2007
98. Cluff LE., 1981, Chronic disease, function, and the quality of care, J Chron Dis, Vol.34, pp 299-304
99. Brown M. et al, 2001, Utility values associated with blindness in an adult population, British Journal of Ophthalmology, Vol. 85, pp.327-331, Available at: <http://bjo.bmj.com>, accessed 21/5/07
100. Brown GC., 1999, Vision and quality of life, Trans Am Ophthalmol Soc., Vol.92, pp474–511
101. Mitchell J., Bradley C., 2006, Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature, Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 4, Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>, accessed 24/5/2007 & <http://www.hqlo.com>, accessed 24/5/2007
102. Bandello F., Lafuma A., Berdeaux G., 2007, Public health impact of neovascular age-related macular degeneration treatments extrapolated from visual acuity, Investigate Ophthalmology & Visual Science, Jan., Vol 48(1), pp 96-103
103. Eagan SM., Williams JA., 2000, The formed visual hallucinations associated with vision loss, Optometry, Vol. 71, No 8, pp 519-527, Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>, accessed 25/5/2007
104. Steel JM., Grant B., Cormack TGM, Macdonald MJ., Cambell IW., 2002, Characteristics of those registered blind as a result of diabetes in Fife over a ten year period, Practical Diabetes Int, Vol. 19, No 2, pp 40-42, Available at: <http://www3.interscience.wiley.com>, accessed 21/5/2007
105. Available at: <http://www.esaea.gr>, accessed 24/5/2007, Έρευνα ΑμεΑ
106. Seimos R., 2005, Preventing blindness from eye injuries through health education, Community Eye Health Journal, Vol. 18, No 55, Oct. , Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov> , accessed 24/5/2007