



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



**Διπλωματική Εργασία
με Θέμα:**

***Ποιότητα ζωής και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών
με γλαύκωμα και η σχέση τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας***

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Γεωργία Μόσχου
Νοσηλεύτρια**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια
Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι. Λάρισας**

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την διπλωματική μου εργασία και τις σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους ανθρώπους που με την υποστήριξη και την συμμετοχή τους κατέστησαν δυνατή την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης και συγκεκριμένα:

Την καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα την εργασία κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία Καθηγήτρια Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π Τ.Ε.Ι Λάρισας, για την υποστήριξη και καθοδήγησή της.

Την καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα την εργασία κ. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρη Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι Ηπείρου.

Τον κ. Τοπούζη Φώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Οφθαλμολογίας, της Α΄ Πανεπιστημιακής Οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, για τη βοήθειά του.

Τον κ. Οικονομίδη Παναγιώτη, Καθηγητή Οφθαλμολογίας, Διευθυντή της Α΄ Πανεπιστημιακής Οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ για την υποστήρισή του.

Περίληψη

Τίτλος: Ποιότητα ζωής και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με γλαύκωμα και η σχέση τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Της: Μόσχου Γεωργίας

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας
2. Τοπούζη Φώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Οφθαλμολογίας ΑΠΘ
3. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος 2012

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με γλαύκωμα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υλικό-Μέθοδος: Για το λόγο αυτό διερευνήθηκαν 60 ασθενείς με γλαύκωμα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία γλαυκώματος του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, με τη χρήση ερωτηματολογίων όπως η κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90, η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), η Κλίμακα Οικογενειακών Στρατηγικών Αντιμετώπισης (F-COPES), η Κλίμακα Πνευματικών και Θρησκευτικών Στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας (SpREUK) και το Ερωτηματολόγιο Οπτικής Λειτουργίας (VFQ).

Στο δείγμα αυτό μεγαλύτερη αντιπροσώπευση είχαν οι γυναίκες, οι έγγαμοι, οι ηλικιωμένοι, οι απόφοιτοι Δημοτικού, οι συνταξιούχοι και οι κάτοικοι μεγάλων πόλεων. Τα δύο τρίτα των ασθενών έπασχαν και στα δύο μάτια, ενώ στους περισσότερους το γλαύκωμα ήταν το κύριο ή το μόνο πρόβλημα όρασης.

Αποτελέσματα: Ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και μέτρια επίπεδα σωματοποίησης και άγχους. Περιέγραφαν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως μη συγκρουσιακό αλλά προσανατολισμένο στη συνοχή, στα επιτεύγματα και στην οργάνωση, ενώ δήλωσαν την αναπλαισίωση και την κοινωνική υποστήριξη ως τις κύριες στρατηγικές

αντιμετώπισης προβλημάτων στις οικογένειές τους. Σε ό,τι αφορά τις πνευματικές και θρησκευτικές στάσεις για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, οι συμμετέχοντες έδειξαν περισσότερη πίστη σε κάποια ανώτερη καθοδήγηση και λιγότερο αναζήτηση της υποστήριξης. Σχετικά με την οπτική τους λειτουργία, οι ασθενείς παραπονέθηκαν περισσότερο για τη γενική τους όραση καθώς και για οφθαλμικό άλγος, αλλά κυριότερα από όλα στην επίδραση της κακής όρασης στην ψυχολογική τους υγεία.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, λοιπόν, το γλαύκωμα φαίνεται να επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχολογικών δυσχερειών και κυρίως της κατάθλιψης, του άγχους και της ανησυχίας για επιδείνωση της όρασής τους.

Abstract

Title: Quality of life and psychological characteristics of patients with glaucoma and their relationship with primary health care

By: Moschou Georgia

Supervisors:

1. Kotrotsiou Evangelia, Nursing Department TEI of Larisa
2. Topouzis Fotis, School of medicine, Aristotle's University of Thessaloniki
3. Gouva Mary, Nursing Department TEI of Hefirus

Date: September 2012

Aim: The aim of this study was to investigate the quality of life and psychological characteristics of patients with glaucoma at a primary health care setting. For this purpose 60 patients with glaucoma, visiting the outpatient glaucoma clinic in AHEPA university hospital of Thessaloniki were assessed. Questionnaires such as SCL-90 psychopathology scale, Family Environment Scale, F-COPES Family Coping Strategy Scale, SpREUK spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases and Visual Functioning Questionnaire were used.

In our sample patients that were female, married, elderly, elementary school graduate, pensioners and bigger city inhabitants were more prevalent. Two thirds of the patients had glaucoma in both eyes, while for most of them glaucoma was the main or only visual problem.

Results: Regarding their psychological characteristics, most patients declared having high levels of depression and moderate levels of somatization and anxiety. They described their family environment as not-conflicting but oriented to cohesion, achievement, and organization. Reframing and acquiring social support were their preferred family coping strategies. As far as their spiritual and religious attitude versus their disease management are concerned, the patients showed more trust in higher guidance/source and less search for support/access. Regarding their visual function, patients complained more about their general vision and about ocular pain, but mostly about their vision specific mental health.

Conclusion: As a conclusion, glaucoma seems to deteriorate patients' quality of life and to lead to psychological distress, such as depression, stress and anxiety regarding the deterioration of their vision.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Ανατομία-Φυσιολογία Οφθαλμού	8
1.1 Βολβός.....	9
1.2 Τμήματα του Οφθαλμού	10
1.3 Κίνηση Οφθαλμών.....	13
Κεφάλαιο 2. Γλαύκωμα	14
2.1 Ορισμός.....	14
2.2 Επιδημιολογία του Γλαυκώματος.....	15
2.3 Θεραπεία	15
2.4 Γλαύκωμα και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	16
Κεφάλαιο 3. Γλαύκωμα Και Ποιότητα Ζωής	18
3.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής	18
3.2 Γλαύκωμα και Ποιότητα Ζωής Γενικά	18
3.3. Θεραπεία Γλαυκώματος και Ποιότητα Ζωής.....	20
Κεφάλαιο 4. Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά	22
4.1 Κατάθλιψη.....	23
4.2 Διαχείριση Κατάθλιψης και Γλαυκώματος	25
4.3 Νέοι - Ηλικιωμένοι και Πρόσφατα Διαγνωσμένοι Ασθενείς.....	27
4.4 Συσχέτιση Άγχους-Ανησυχίας-Κατάθλιψης και Γλαύκωμα.....	30
4.5 Φάρμακα και Κατάθλιψη	32
4.6 Φόβος και Γλαύκωμα.....	33

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Σκοπός της έρευνας	36
Κεφάλαιο 2. Υλικό και Μέθοδος.....	36
Κεφάλαιο 3. Ερευνητικά εργαλεία.....	37
Κεφάλαιο 4. Στατιστική επεξεργασία.....	41
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα.....	42
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση	64
Κεφάλαιο 7. Βιβλιογραφία	68
Κεφάλαιο 8. Παράρτημα	73

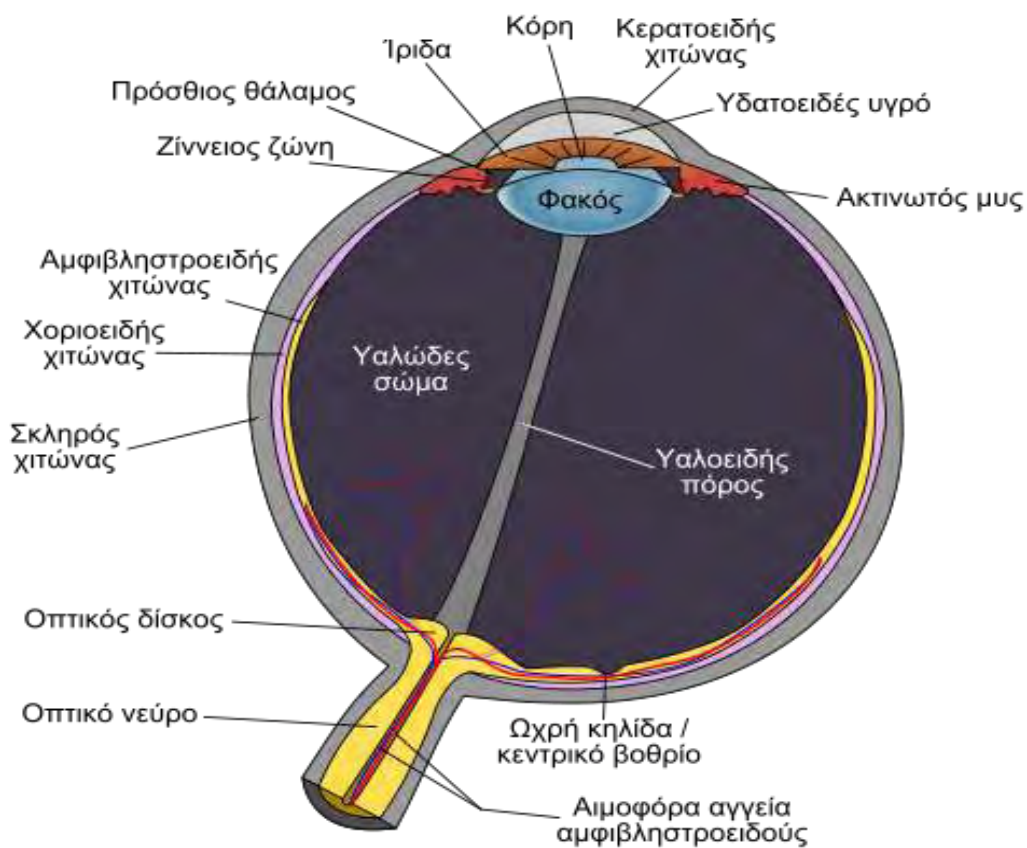
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

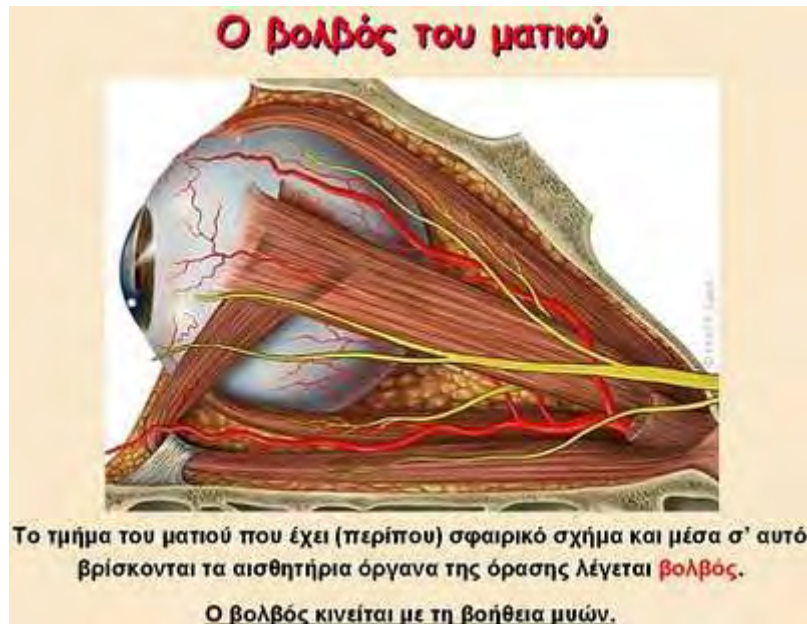
Το όργανο της όρασης αποτελείται από τα δύο μάτια (οφθαλμούς) με τα προστατευτικά και βοηθητικά τους όργανα, από τις οπτικές οδούς και τα οπτικά κέντρα. (Leydhecker,1990)

Ο ανθρώπινος οφθαλμός διακρίνεται σε **πρόσθιο** και **οπίσθιο** τμήμα και το καθένα έχει ιδιαίτερη σημασία για την οφθαλμική λειτουργία.



Φιλοξενείται σε μία κοιλότητα του κρανίου που ονομάζεται κόγχος και προστατεύει τον βολβό. (Παπαδέδες, 2009)

1.1 ΒΟΛΒΟΣ



Ο βολβός του ανθρώπινου οφθαλμού είναι περίπου σφαιρικός και βρίσκεται στον οφθαλμικό κόγχο του κρανίου. (Σαχίνη-Πάνου, 2000)

Περιέχει όργανα απεικόνισης και λήψης εικόνων. Πιο συγκεκριμένα, τα όργανα απεικόνισης είναι ο κερατοειδής χιτώνας και ο φακός, ενώ το εικονοληπτικό όργανο είναι ο αμφιβληστροειδής χιτώνας. (Leydhecker, 1990)

Οι δακρυϊκοί αδένες παράγουν τα δάκρυα, που επιτελούν σημαντικές λειτουργίες για την καλή κατάσταση και λειτουργία του οφθαλμού καθώς το στρώμα τους καλύπτει την πρόσθια επιφάνεια του βολβού.

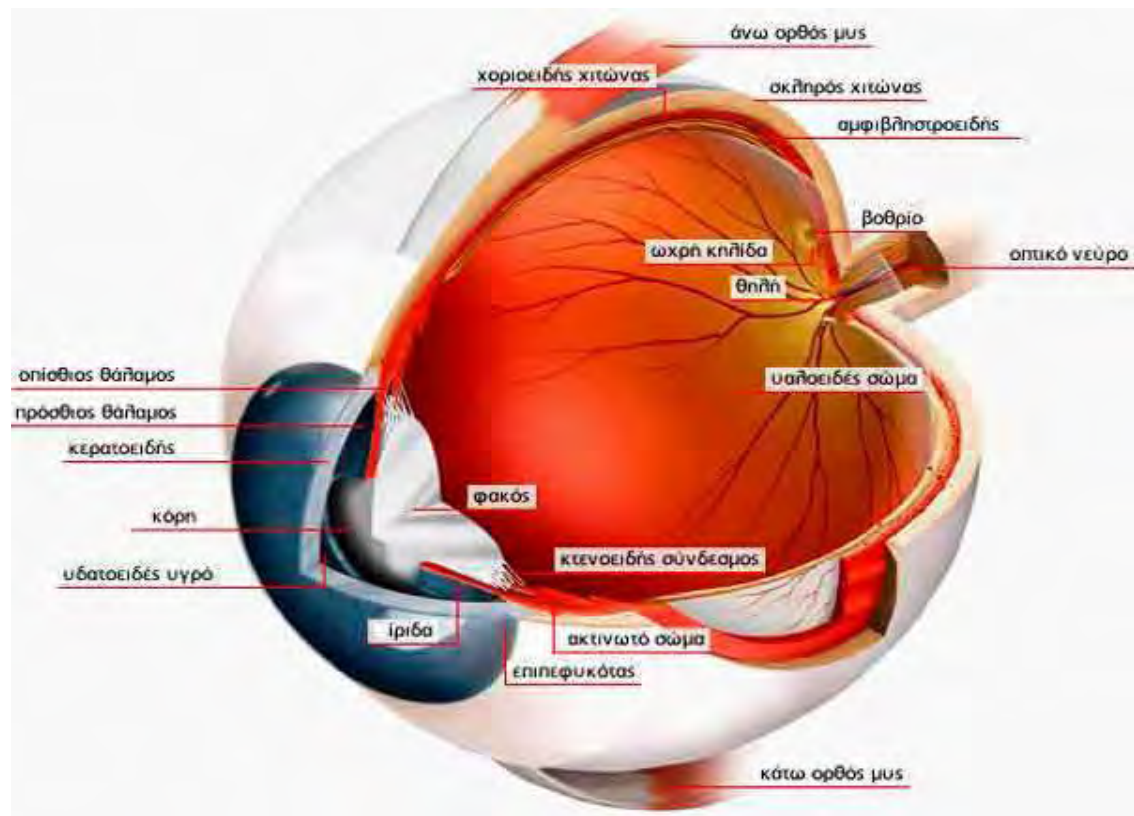
Τα βλέφαρα είναι πτυχές του δέρματος που, όταν κλείνουν, καλύπτουν τον βολβό.

Ο επιπεφυκότας είναι βλεννογόνος μεμβράνη που υπαλείφει τα βλέφαρα (βλεφαρικό τμήμα) και καλύπτει το βολβό (βολβικό τμήμα) εκτός από τον κερατοειδή χιτώνα. (Στάγκος, 2001)

Ο βολβός περιβάλλεται από τρεις χιτώνες:

- τον σκληρό (ο οποίος είναι εξωτερικός και αδιαφανής)
- τον χοριοειδή (είναι ο ενδιάμεσος και ζωτικής σημασίας για την αιμάτωση)
- τον αμφιβληστροειδή χιτώνα

1.2 ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ



Όπως ήδη αναφέραμε, ο οφθαλμός διακρίνεται σε πρόσθιο και οπίσθιο τμήμα:

1.2.1 Το πρόσθιο τμήμα περιλαμβάνει:

- α. τον κερατοειδή χιτώνα
- β. την ίριδα και το ακτινωτό σώμα
- γ. την κόρη
- δ. τον φακό

α. Ο **κερατοειδής** βρίσκεται μπροστά από την ίριδα και τον φακό, είναι διαφανής και εμφανίζει την μεγαλύτερη διαθλαστική ικανότητα. Οι κύριες λειτουργίες του είναι:

- η διάθλαση του φωτός
- η μετάδοση του φωτός
- η προστασία του βολβού

β. Η **ίριδα** βρίσκεται μπροστά από τον κρυσταλλοειδή φακό και διαιρεί το πρόσθιο τμήμα του βολβού σε **πρόσθιο** και **οπίσθιο θάλαμο**. Στο κέντρο της ίριδας

υπάρχει η **κόρη** η οποία αλλάζει το μέγεθος της για να ελέγχει την ποσότητα του φωτός που εισέρχεται στον οφθαλμό. Η ίριδα περιέχει κυκλοτερείς και ακτινωτές λείες μυϊκές ίνες. Ο **κυκλοτερής** μυς προκαλεί συστολή της κόρης (μύση) και ο **ακτινωτός** μυς διαστολή (μυδρίαση). (Σαχίνη -Πάνου, 2000)

β.β Ακτινωτό Σώμα

Είναι κυκλικός ιστός και αποτελείται από τον κυκλοτερή **ακτινωτό μυ** και τις **ακτινωτές αποφύσεις**. Το ακτινωτό σώμα έχει τρεις λειτουργίες:

- προσαρμογή της εστίασης του φακού
- έκκριση του υδατοειδούς υγρού
- συντήρηση του συνδετικού ιστού που συγκρατεί το φακό

Όταν ο ακτινωτός μυς χαλαρώνει, το πάχος του κρυσταλλοειδούς φακού μειώνεται, με αποτέλεσμα να εστιάζει στα μακρινά αντικείμενα. Αντιθέτως, όταν ο ακτινωτός μυς συσπάται, το πάχος του κρυσταλλοειδούς φακού αυξάνεται, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η εστίασή του στα κοντινά αντικείμενα.

Το υδατοειδές υγρό μεταφέρει θρεπτικές ουσίες στο φακό και στον κερατοειδή και απομακρύνει τις τοξίνες από αυτά τα τμήματα.

β.γ. Ο **πρόσθιος θάλαμος** ορίζεται από την οπίσθια επιφάνεια του κερατοειδή, από τη γωνία του θαλάμου και από την πρόσθια επιφάνεια του φακού. Η λειτουργικά σημαντική γωνία του προσθίου θαλάμου βρίσκεται στο σημείο όπου η οπίσθια επιφάνεια του κερατοειδή ανακάμπτει την ίριδα.

Ο **οπίσθιος θάλαμος** ορίζεται από την οπίσθια επιφάνεια της ίριδας, το ακτινωτό σώμα, την ζίννειο ζώνη και την πρόσθια επιφάνεια του φακού. (Leydhecker,1990)

β.δ. Στον πρόσθιο και στον οπίσθιο θάλαμο φιλοξενείται το **υδατοειδές υγρό** το οποίο είναι υπεύθυνο για την πίεση του ματιού. Σε φυσιολογικές συνθήκες το απαραίτητο υδατοειδές υγρό (για την σύσταση και τη θρέψη του προσθίου θαλάμου) παράγεται και παροχετεύεται στο μάτι με αντίστοιχους ρυθμούς. Σε περίπτωση όμως που το υδατοειδές υγρό δεν παροχετεύεται κανονικά δημιουργείται πίεση (ΕΟΠ) πέρα από τα φυσιολογικά όρια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε γλαύκωμα. (Παπαδέδες, 2009)

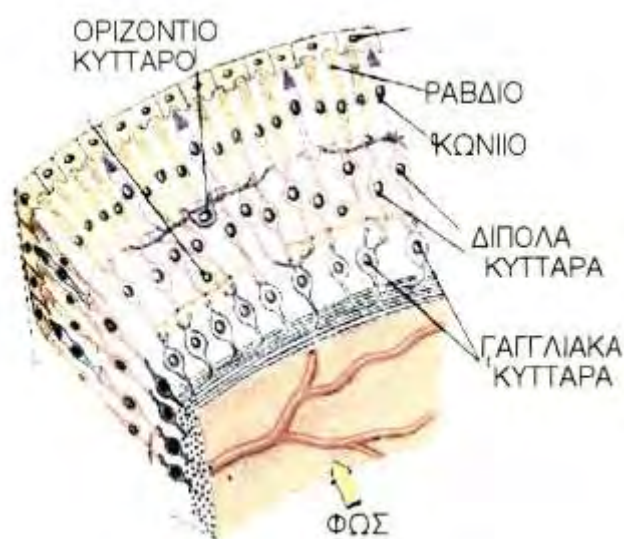
γ. Ο διαφανής **κρυσταλλοειδής φακός** βρίσκεται πίσω από την ίριδα και συγκρατείται από τις ίνες της ζιννείου ζώνης. Οι φωτεινές ακτίνες που διέρχονται από αυτόν υφίστανται την κατάλληλη σύγκλιση, ώστε να εστιάζουν στον αμφιβληστροειδή χιτώνα.

1.2.2 Το **οπίσθιο τμήμα**, βρίσκεται πίσω από τον φακό και περιλαμβάνει:

- α. τον αμφιβληστροειδή χιτώνα
- β. την ωχρά κηλίδα
- γ. την οπτική οδό

α. Ο **αμφιβληστροειδής** είναι ο εσωτερικός αισθητήριος χιτώνας του βολβού του οφθαλμού και χρησιμεύει σαν υποδοχέας του ερεθίσματος του φωτός. Βρίσκεται μεταξύ του χοριοειδή χιτώνα και του **υαλώδους σώματος**. Το υαλώδες σώμα κάτω από προϋποθέσεις μπορεί είτε να αποκολληθεί από τον αμφιβληστροειδή, είτε να προκαλέσει ρωγμή και στη συνέχεια αποκόλληση.

Ο αμφιβληστροειδής χιτώνας αποτελείται από την έσω στοιβάδα του νευρικού ιστού και την έξω στοιβάδα της μελαγχρωστικής. Η στοιβάδα της μελαγχρωστικής αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα, ενώ η νευρική στοιβάδα έχει τρεις ζώνες κυττάρων: τα γαγγλιακά κύτταρα, τα δίπολα κύτταρα, τα οριζόντια κύτταρα και τους **φωτοϋποδοχείς**. Οι φωτοϋποδοχείς είναι τα **ραβδία** και τα **κωνία**. (Στάγκος, 2001)



β. Η **ωχρά κηλίδα** είναι το πιο ευαίσθητο τμήμα του αμφιβληστροειδούς, είναι υπεύθυνη για την κεντρική όραση και βρίσκεται κοντά στο οπτικό νεύρο.

γ. Η οπτική οδός περιλαμβάνει

- το οπτικό νεύρο
- το οπτικό χίασμα
- τις οπτικές ταινίες
- τα έξω γονατώδη σώματα
- τις οπτικές ακτινοβολίες
- τον οπτικό φλοιό (Στάγκος, 2001)

Οι νευράξονες των **γαγγλιακών κυττάρων** οδεύουν παράλληλα προς την έσω επιφάνεια του αμφιβληστροειδή και σχηματίζουν το οπτικό νεύρο. Το **οπτικό νεύρο** είναι η δομή η οποία παίρνει την πληροφορία από τον αμφιβληστροειδή και την μεταφέρει στον εγκέφαλο όπου και μετατρέπεται σε οπτική εικόνα.

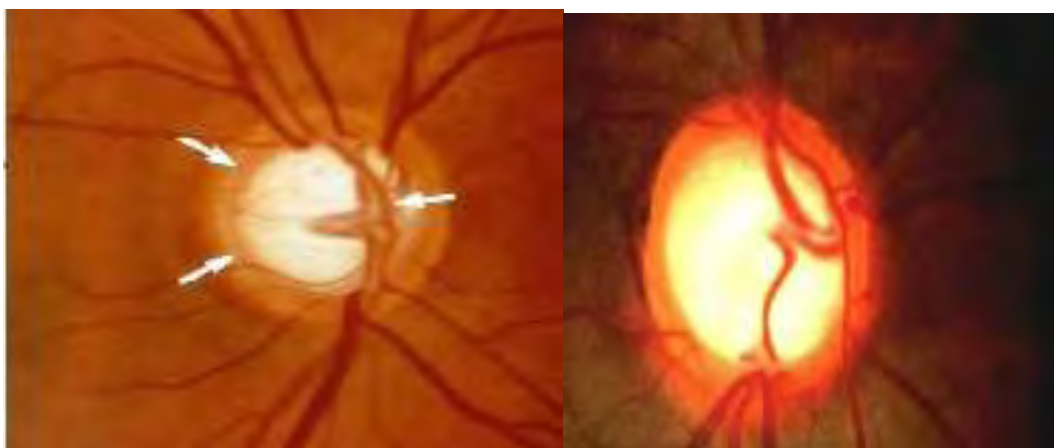
1.3 ΚΙΝΗΣΗ ΟΦΘΑΛΜΩΝ

Το βλέμμα μας κινείται προς όλες τις κατευθύνσεις χάρη στους έξι οφθαλμοκινητικούς μύες, που δρώντας συνεργικά και σε ζεύγη καθορίζουν την ομαλή κινητικότητα του οφθαλμού. Η μη συμμετρική τους δράση οδηγεί σε παρεκκλίσεις του οφθαλμού (στραβισμός).

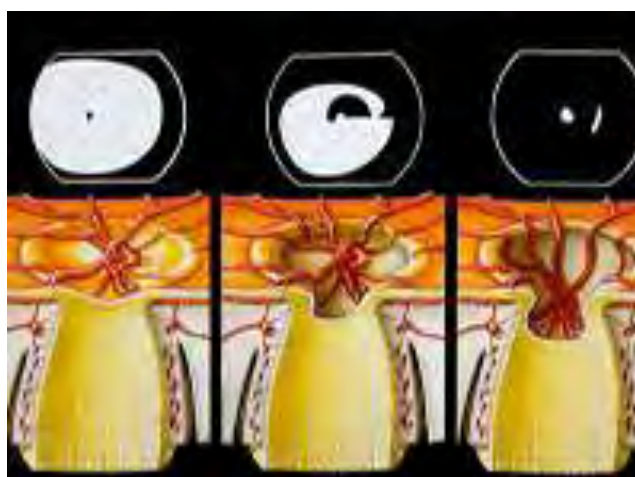
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΓΛΑΥΚΩΜΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το **γλαύκωμα** είναι μία ομάδα παθολογικών καταστάσεων που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε επίπεδα δυσμενή για την ακεραιότητα και λειτουργικότητα του οπτικού νεύρου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κοίλανσης και ατροφίας του οπτικού νεύρου με συνοδές διαταραχές των οπτικών πεδίων και της όρασης. Είναι χρόνια και ύπουλη νόσος και μπορεί να οδηγήσει στην προοδευτική απώλεια όρασης. (Ψύλλας, 1994)



Βλάβη του Οπτικού Νεύρου στο γλαύκωμα (κοίλανση με λευκό χρώμα επισημάνση με τοξά)



Από αριστερά προς τα δεξιά: Προοδευτική καταστροφή του οπτικού νεύρου στο γλαύκωμα

Το γλαύκωμα ήταν γνωστό από την αρχαιότητα. Σε κείμενα του Ιπποκράτη αναφέρεται ο όρος “γλαύκωση” λόγω της απόχρωσης που λάμβανε ο οφθαλμός στα

τελικά στάδια της νόσου. Σε αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους αναφέρονται θεραπείες με κάνναβη για ασθένειες των ματιών, που σύμφωνα με σύγχρονους αναλυτές πιθανόν αφορούν το γλαύκωμα ή φλεγμονές (Lambert, 2009). Ο όρος αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Αριστοτέλη και προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «γλαυκός» και την κατάληξη -ωμα (η οποία δηλώνει σύμπτωμα). Ο Αριστοτέλης, ο Ιπποκράτης, ο Κέλσος και άλλοι αρχαίοι συγγραφείς χρησιμοποιούν τη λέξη γενικότερα για ασθένειες που προκαλούν ξεθώριασμα της ίριδας προς το γλαυκό χρώμα, χωρίς να ξεχωρίζουν το γλαύκωμα από τον καταρράκτη. Οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν την λέξη για να δηλώσουν όλες τις μορφές τύφλωσης (Tsatsos & Broadway, 2007).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Ήδη πάσχουν από γλαύκωμα 9,25 εκατ. άνθρωποι στην Ευρώπη και πάνω από 60 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως. Τα κρούσματα αυξάνονται διαρκώς λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Το γλαύκωμα αποτελεί 2^η αιτία τύφλωσης μετά τον καταρράκτη, λόγω των μη αναστρέψιμων βλαβών που προκαλεί στο οπτικό νεύρο. Στις αναπτυγμένες χώρες το 50% των ασθενών δεν είναι διαγνωσμένοι. Στις αναπτυσσόμενες χώρες σαν την Ινδία το ποσοστό των μη διαγνωσμένων ασθενών με γλαύκωμα αγγίζει το 90%. Χώρες όπως Ιταλία και η Γαλλία έχουν τουλάχιστον μισό εκατομμύριο ασθενείς με γλαύκωμα. Στην Μ. Βρετανία το γλαύκωμα είναι το πρώτο αίτιο καταγμάτων ισχίου από πτώση και σημαντικό αίτιο αυτοκινητιστικών ατυχημάτων. (Σβώλου, 2012)

2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της θεραπείας κάθε τύπου γλαυκώματος είναι η ελάττωση της παθολογικά αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα, ώστε να αποφευχθούν οι βλάβες στο οπτικό νεύρο και η επιδείνωση της κατάστασης.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική.

- Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών κυρίως με την μορφή κολλυρίων σε τακτά χρονικά διαστήματα στην διάρκεια της ημέρας. Οι κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται είναι οι εξής (Στάγκος, 2001):
- Παρασυμπαθητικομιμητικά χολινεργικά φάρμακα

- α2-αδρενεργικοί αγωνιστές
- β-αδρενεργικοί αναστολείς (b-blockers)
- Προσταγλανδικές αντιγλαυκωματικές ουσίες
- Αναστολείς της καρβονικής ανυδράσης
- Υπερωσμωτικοί παράγοντες (για την αντιμετώπιση των οξέων αυξήσεων της ενδοφθάλμιας πίεσης στο οξύ πρωτοπαθές γλαύκωμα και στο κακόηθες γλαύκωμα αλλά όχι για την αντιμετώπιση του χρόνιου απλού γλαυκώματος.

Όταν η συντηρητική θεραπεία δεν συντελεί στην πτώση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα, τότε προβαίνουμε στην χειρουργική θεραπεία, που περιλαμβάνει:

- Ακτινοβολία με ακτίνες laser της περιοχής του trabeculum
- Χειρουργική θεραπεία, με τη δημιουργία συριγγίου μεταξύ του προσθίου θαλάμου και του υπό τον επιπεφυκότα χώρο (trabulectomy)
- Ιριδεκτομή-αποκατάσταση επικοινωνίας μεταξύ προσθίου και οπισθίου θαλάμου
- Τοποθέτηση βαλβίδας (π.χ. βαλβίδα Ahmed)

Η βαλβίδα Ahmed είναι εμφυτεύσιμο υλικό και εφαρμόζεται για την δημιουργία σταθερής συριγγοποιητικής οδού. Η εφαρμογή της θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα και αποτελεί ιδιαίτερη βοήθεια σε ασθενείς με δύσκολα γλαυκώματα. (Μυλόπουλος και συν., 2005)

2.4 ΓΛΑΥΚΩΜΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μια και το γλαύκωμα είναι όχι μόνον κοινή ασθένεια αλλά και ύπουλη, θεωρείται σημαντικό να ανιχνεύεται έγκαιρα και μάλιστα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Εκτός από το ιστορικό και την ανίχνευση παραγόντων κινδύνου, προτείνεται λεπτομερής φυσική εξέταση και οφθαλμοσκόπηση, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του (Podolsky, 1998). Ιδιαίτερα άτομα με παράγοντες κινδύνου, όπως ηλικία μεγαλύτερη των 50, θετικό οικογενειακό ιστορικό, μυωπία αλλά και υπέρταση, διαβήτη τύπου II, υποθυρεοειδισμό και σύνδρομο υπνικής άπνοιας, πρέπει να παραπέμπονται για οφθαλμολογικό έλεγχο από τους λειτουργούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Adatia & Damji, 2005)

Αντίστροφα, είναι σημαντικό οι οικογενειακοί ιατροί να γνωρίζουν ότι η φαρμακευτική αντιμετώπιση του γλαυκώματος, ιδιαίτερα με β-αποκλειστές, μπορεί

να προκαλεί ιατρογενή προβλήματα στους ασθενείς και να οδηγήσει ή να χειροτερεύσει καταστάσεις όπως το άσθμα, καρδιαγγειακά προβλήματα, κατάθλιψη και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Μερικοί ιατροί υποστηρίζουν ότι στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κάθε ενήλικας μετά από μια ηλικία οφείλει να κάνει προληπτικό έλεγχο με τονομετρία για την πρόληψη του γλαυκώματος. Σε αυτό το ερώτημα προσπάθησε να απαντήσει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. (National Institute of Health) σε μια ηλεκτρονική του δημοσίευση (Fleming και συν., 2005), η οποία βρήκε ότι δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις που να αποδεικνύουν (ή να απορρίπτουν) ότι ένας τυποποιημένος προληπτικός έλεγχος (όπως π.χ. το τεστ Παπανικολάου) είναι ακριβής, αξιόπιστος ή εφικτός.

Τέλος, μια εναλλακτική ιδέα που υποστηρίζεται είναι η χρήση φορητών μικρών τονόμετρων (π.χ. Tonopen) για τον έλεγχο στον οικογενειακό ιατρό και παραπομπή σε οφθαλμίατρο μόνο των «ύποπτων» περιπτώσεων. Στην έρευνα των González και συνεργατών (2007) σε μια σειρά 2044 ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παραπέμφθηκαν για εξέταση 100 άτομα με υψηλή οφθαλμική πίεση, εκ των οποίων 21 διαγνώστηκαν με γλαύκωμα και 10 με πιθανό γλαύκωμα. Παρότι η χρήση του φορητού τονόμετρου αποδείχθηκε χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και γενικώς αποδεκτή από τους ασθενείς, είχε μάλλον χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, ενώ δεν αξιολογήθηκε πόσο δαπανηρή είναι. (González και συν., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΓΛΑΥΚΩΜΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η **ποιότητα ζωής** αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική **ευημερία** του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του.

Οι πιο αποδεκτοί ορισμοί σχετικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αναφέρουν ότι το ιδανικό αποτέλεσμα κάθε ιατρικής παρέμβασης είναι η επιστροφή του ασθενή στην κανονική ή τη συνηθισμένη ποιότητα ζωής του, βασισμένη στην ηλικία του και την κλινική του κατάσταση. Η ποιότητα ζωής επιχειρεί να μετρήσει την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής του ατόμου.

Ποιότητα ζωής επίσης είναι η **αξία** που προσδίδεται κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου μέσα από τις αλλαγές που συντελούνται ως προς τη φυσική λειτουργικότητα, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες των ατόμων, που επηρεάζονται από την αρρώστια, τη θεραπεία ή τις διάφορες πολιτικές. (Γείτονα, 2004)

3.2 ΓΛΑΥΚΩΜΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΕΝΙΚΑ

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί μπορούν να επιλέξουν μεταξύ τριών τύπων μέτρων: μέτρα για γενική ποιότητα ζωής, συγκεκριμένα μέτρα για γλαύκωμα και ποιότητας ζωής, και μέτρα που αξιολογούν ένα ή περισσότερα συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας ζωής. Τα γενικά μέτρα μέτρησης ποιότητας ζωής είναι κατάλληλα για το γενικό πληθυσμό, αλλά και για συγκεκριμένους πληθυσμούς. (Rouwer & Hermanns, 2009)

Ένα νόσημα μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς αφενός με τα προβλήματα που επιφέρει **το ίδιο** και αφετέρου με τα προβλήματα που πιθανόν θα επιφέρει η χορήγηση **φαρμάκων** και η διενέργεια **διαγνωστικών εξετάσεων** για την παρακολούθηση της πορείας του.

Οι περισσότεροι οφθαλμίατροι πιστεύουν ότι, αν ένας ασθενής με γλαύκωμα δεν έχει προχωρημένη νόσο ή μερική τύφλωση, ζει κανονικά και δεν επηρεάζεται σε

βαθμό αξιοσημείωτο. Το γλαύκωμα μπορεί να υπονομεύσει την ποιότητα ενός ζωής του ασθενούς με σημαντικούς τρόπους, που δεν μπορούμε πάντα να συμπεράνουμε από τα αποτελέσματα των εξετάσεων στην όρασή τους. Αυτό συμβαίνει διότι, ενώ η τύφλωση είναι εύκολο να οριστεί, η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες και είναι **υποκειμενική**. Στην πραγματικότητα λοιπόν η ποιότητα ζωής στο γλαύκωμα μπορεί να μειωθεί σημαντικά από πολύ νωρίς. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από ό,τι τους παρέχεται.

Πιο συγκεκριμένα, με την ποιότητα ζωής του ασθενούς μπορεί να σχετίζονται πολλοί παράγοντες: η οπτική αναπηρία, τα προβλήματα με την λήψη του φαρμάκου, η ασυμβατότητα της θεραπείας με τις ώρες εργασίας, οι καθημερινές ανάγκες της ζωής, οι γενικές παρενέργειες που οφείλονται στο φάρμακο, οι τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες και η ασυμβατότητα της θεραπείας με σωματική ή πνευματική κατάσταση. (Lester & Zingirian, 2002)

Η κύρια πρόκληση για τους ειδικούς στο γλαύκωμα είναι να κατευθύνουν τους ασθενείς σύμφωνα με τις **θεραπευτικές τους ανάγκες** και ταυτόχρονα να διατηρήσουν την εμπιστοσύνη τους στο στόχο της δια βίου **διατήρησης** αποδεκτών επιπέδων οπτικής ποιότητας. Εξαιτίας αυτών, η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ψυχολογική εκπαίδευση του ασθενούς, από την ενημέρωσή του για το γλαύκωμα και από την ικανότητα του γιατρού να μην τρομάξει τον ασθενή με την προοπτική της τύφλωσης, εάν η συμμόρφωσή του στη θεραπεία δεν είναι σωστή. (Hamelin, 2008)

Την τελευταία δεκαετία μεγάλες μελέτες γενικού πληθυσμού και ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έδωσαν δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής των γλαυκωματικών ασθενών. Για τις ανάγκες αυτών των μελετών αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν σημαντικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, όπως ερωτηματολόγια που αφορούν τη γενική υγεία, άλλα πιο ειδικά ερωτηματολόγια για προβλήματα σχετικά με την όραση και περισσότερο εξειδικευμένα για την εκτίμηση των αλλαγών της ποιότητας ζωής στο γλαύκωμα. (Τοπούζης και συν., 2011)

Σαν παράδειγμα αναφέρουμε την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Uenishi και συν. (2003) για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων Ιαπόνων ασθενών με γλαύκωμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 114 εξωτερικοί ασθενείς μιας πανεπιστημιακής οφθαλμολογικής κλινικής, ηλικίας από 47 έως 86 ετών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που βρέθηκε να έχει υψηλή αξιοπιστία, με βάση τα αποδεκτά μέτρα αξιοπιστίας (συντελεστής α του Cronbach). Επιβεβαιώθηκε,

βέβαια, ότι η ομάδα με την καλύτερη (παραδοσιακά μετρούμενη) οπτική οξύτητα είχε καλύτερη ποιότητα ζωής από την ομάδα με τη χειρότερη οπτική οξύτητα. Όμως, στις ηλικιωμένες ομάδες Ιαπόνων ασθενών, η **απώλεια ελπίδων** για τη μελλοντική ζωή και οι συνέπειές της προκάλεσαν μεγαλύτερη μείωση στην ποιότητα ζωής από ό,τι τα συμπτώματα του γλαυκώματος. (Uenishi και συν., 2003)

Παρά τις έρευνες που έγιναν δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά στοιχεία για να αποδείξουν ότι η ύπαρξη των ερωτηματολογίων μπορεί να αλλάξει την ποιότητα ζωής και τη θεραπεία και να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά, είναι σαφές ότι οι ασθενείς που έχουν συμπληρώσει ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο έχουν μια σειρά από πιθανά οφέλη. Το ηθικό δίδαγμα της ιστορίας είναι ότι τα αποτελέσματα των δοκιμών είναι ανεκτίμητα, αλλά ο μόνος τρόπος να γνωρίζουμε με βεβαιότητα τι πραγματικά συμβαίνει είναι η συζήτηση με τον ίδιο ασθενή. (Bournias, 2004)

3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο στόχος της θεραπείας του γλαυκώματος, είναι τόσο η πρόληψη της τύφλωσης, όσο και η **διατήρηση της ποιότητας ζωής**. (Bournias, 2004) Βέβαια, σε μακροπρόθεσμη βάση, το προσδόκιμο ζωής του ατόμου είναι ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει εάν η θεραπεία είναι απαραίτητη. (Iester & Zingirian, 2002)

Η φαρμακευτική θεραπεία του γλαυκώματος, εκτός από την άμεση επίπτωση στην οπτική λειτουργία, επηρεάζει έμμεσα και την γενική υγεία, εξαιτίας των τοπικών και συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών που προκύπτουν από αυτήν. Ένα σημαντικό ποσοστό γλαυκωματικών ασθενών μετά την διάγνωση αντιλαμβάνεται **υποκειμενική** οπτική δυσχέρεια, που δεν ανταποκρίνεται στην αντικειμενική οπτική βλάβη. (Πετούνης και συν., 2004)

Η μείωση της ποιότητας της ζωής, που αναφέρουν οι ασθενείς με γλαύκωμα, οφείλεται στη συσχέτιση μεταξύ της πολυπλοκότητας της θεραπείας και της χαμηλότερης ποιότητας ζωής. Αυτό αυξάνει την πιθανότητα ότι η ίδια η θεραπεία μπορεί να συμβάλει στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Μία μελέτη στο Πανεπιστήμιο Georgetown το 1996, αποκάλυψε ότι οι ασθενείς παραπονιούνται για περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, κεφαλαλγία και γαστρεντερικές ενοχλήσεις με τη θεραπεία του γλαυκώματος. Αυτό ήταν ιδιαίτερα εμφανές σε θεραπεία με β-αποκλειστές και πιλοκαρπίνη. (Bournias, 2004)

Και αντίστροφα, όμως, δύο ασθενείς με τα ίδια συμπτώματα πιθανόν να χρειαστούν διαφορετική θεραπεία ή διαφορετικά επίπεδα της θεραπείας, εξαιτίας των διαφορετικών τρόπων που επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής τους (Bournias, 2004)

Ένα βασικό θέμα που προκύπτει είναι κατά πόσο η χειρουργική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση επηρεάζουν τελικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ως παράδειγμα, αναφέρουμε μια μελέτη είχε ως σκοπό να καθορίσει εάν οι ασθενείς με το πρόσφατα διαγνωσθέν γλαύκωμα ανοικτής γωνίας θεραπεύονται καλύτερα αρχικά με φαρμακευτική αγωγή ή με άμεση χειρουργική επέμβαση. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο μέτρων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Φάνηκε ότι 5 έτη μετά την έναρξη της θεραπείας, και οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια ποιότητα ζωής, ενώ μερικές από τις διαφορές που είχαν αρχικά παρατηρηθεί, έχουν μικρύνει με την πάροδο του χρόνου. Εξάλλου, κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η φυλή φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα αυτής και παρόμοιων ερευνών μπορούν να αποδειχθούν πολύτιμα στην κλινική πρακτική, ώστε να διακριθούν εκείνοι οι ασθενείς των οποίων η καθημερινή ζωή επηρεάζεται ιδιαίτερα από το γλαύκωμα και τη θεραπεία του. (Janz, 2001)

Σε γενικές γραμμές, σε ήπιες περιπτώσεις γλαυκώματος μπορούν να δοθούν στους ασθενείς οι προσδοκίες μιας καλής πρόγνωσης της ασθένειάς τους. (Quigley και συν., 1996) Στα προηγμένα γλαυκώματα, όμως, η πρόγνωση είναι πολύ χειρότερη (Odberg, 1987). Η επιθετική θεραπεία, επομένως, δεν πρέπει να αναβάλλεται σε αυτές τις περιπτώσεις. Εντούτοις, οι μισοί από τους ασθενείς που θεραπεύθηκαν με το laser ή τη χειρουργική επέμβαση στην παραπάνω μελέτη (Odberg, 1987) ανέφεραν κατόπιν μια βελτιωμένη ποιότητα της ζωής, και πολύ λίγοι ασθενείς ανέφεραν επιδείνωση.

Η πρόωγη θεραπεία όμως μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες σε πολλούς από τους ασθενείς και δεν πρέπει, συνεπώς, να αρχίσει όταν δεν είναι απαραίτητη. (Uenishi, 2003)

4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν συχνές νοσολογικές οντότητες. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά **κατάθλιψης** και **άγχους**. Οι διαταραχές αυτές μπορούν να επηρεάσουν την φυσική πορεία της νόσου. Ο βαθμός της συναισθηματικής επιβάρυνσης σχετίζεται με την αντίληψη του ασθενούς, με την βαρύτητα της νόσου και την μείωση της ποιότητας ζωής. (Μητσώνης, 2006)

Το γλαύκωμα είναι η πιο κοινή αμετάκλητη τυφλωτική ασθένεια, η οποία θεωρείται χαρακτηριστική ψυχοσωματική ασθένεια. Με την προώθηση του φυσικού, διανοητικού και κοινωνικού προτύπου της ιατρικής φροντίδας, έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις ψυχολογικές αλλαγές στους ασθενείς με γλαύκωμα. Η διανοητική διαταραχή στους ασθενείς με γλαύκωμα βρίσκεται να είναι διαφορετική από τα συνηθισμένα, χρησιμοποιώντας τα ψυχολογικά εργαλεία αξιολόγησης. Οι αλλαγές διάθεσης που παρατηρούνται σε αυτούς τους ασθενείς είναι στενά συνδεδεμένες με την επίδραση του γλαυκώματος, του φαρμάκου, της χειρουργικής επέμβασης και της ποιότητας της ζωής. (Wen και συν., 2010)

Η διάγνωση του γλαυκώματος έχει επίπτωση στην ψυχολογία και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η αντίδραση των ασθενών στην αρχική διάγνωση συντελεί στην δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων σε ποσοστό 80% και αλλαγή συμπεριφοράς στο 50%. Επίσης ένα 10% των ασθενών οδηγείται στη λήψη αντικαταθλιπτικών και υπνωτικών φαρμάκων, ενώ εμφανής είναι η αντίληψη κινδύνου και ο φόβος αναπηρίας. (Τερζίδου, 2010)

Επίσης οι Janz και συν. (2001) και Golderg και συν. (2009), διαπίστωσαν ότι το 80% των πρόσφατα διαγνωσμένων ασθενών με γλαύκωμα εμφάνισε δυσάρεστα συναισθήματα με την ανακοίνωση της διάγνωσης ενώ το 30% εξέφρασε το φόβο μελλοντικής τύφλωσης. (Πετούνης και συν., 2004)

4.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Από την εποχή της Ιλιάδας και της Παλαιάς Διαθήκης περιγράφονται η κατάθλιψη και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη καλύπτει από μόνη της ένα μεγάλο μέρος της Ψυχιατρικής.

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο οδυνηρές ανθρώπινες δοκιμασίες και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαταραχών. Μπορεί να είναι απλά ένα φυσιολογικό συναίσθημα που υποκειμενικά έχει τον χαρακτήρα ενός ισχυρού βιώματος θλίψης. Υπάρχει πιθανότητα όμως να αποτελεί σύμπτωμα μιας νόσου, μέρος ενός συνδρόμου, ή αυτοτελή νόσο. Αποκτά παθολογικό χαρακτήρα όταν είναι παρατεταμένης διάρκειας και συνοδεύεται από ιδέες ενοχής, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ιδέες αναξιότητας και απόρριψη εαυτού, απελπισία, απώλεια ενδιαφερόντων, πτώση της σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας, απώλεια βάρους, διαταραγμένο ύπνο, σημαντική απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας. Συχνά συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, όπως πρωινή αφύπνιση νωρίτερα από το συνηθισμένο, έντονη κόπωση ακόμη και σε μικρή προσπάθεια, μειωμένη συγκέντρωση και πλημμελή προσοχή, προσδοκία ενός ζοφερού μέλλοντος και ιδέες αυτοκτονίας. (Αγγελόπουλος, 2009)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το 8-10% του γενικού πληθυσμού στο δυτικό κόσμο υποφέρει από κάποια μορφή κατάθλιψης. Παρόμοιο ποσοστό υπάρχει και στην Ελλάδα και υπάρχουν ενδείξεις ότι θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια (Madianos and Stefanis 1992)

Η μείζων κατάθλιψη είναι μια κοινή διαταραχή. Η δωδεκάμηνη επίπτωση υπολογίζεται για να είναι 12,9% στις γυναίκες και 7,7% στους άνδρες, με τις εκτιμήσεις της επίπτωσης διάρκειας ζωής που αυξάνεται σε 21,3% στις γυναίκες και 12,7% στους άνδρες.

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ποσοστό των καταθλιπτικών ασθενών ηλικίας 15-19 ετών αυξάνει. Η συχνότητά της φθάνει στο υψηλότερο σημείο στην ηλικία 35-45 ετών ενώ μειώνεται μετά την ηλικία των 55 ετών.

Από άποψη κατανομής στα δύο φύλα υπερτερούν οι **γυναίκες** σε αναλογία περίπου 2:1 σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε όλες τις υποκατηγορίες κατάθλιψης.

Η μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είναι εμφανής από την εφηβική ηλικία και είναι παρόμοια σε όλες τις ηλικιακές

ομάδες. (Weissman & Klerman, 1977) Η κατάθλιψη στις γυναίκες έχει μεγαλύτερη συχνότητα υποτροπών και δυσμενέστερη πρόγνωση. Επίσης η συννοσηρότητά της είναι συχνότερη στις γυναίκες. Η πιθανότητα αυτοκτονίας είναι μικρότερη στις γυναίκες ενώ οι άνδρες απαντούν ταχύτερα στη θεραπεία.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ Ή ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η χρόνια σωματική νόσος η οποία είναι απειλητική για την σωματική λειτουργικότητα ή την ζωή του ασθενούς είναι συχνά στρεσογόνος πυροδότης αυτής της κατάθλιψης. Οι πάσχοντες από χρόνια σωματικά νοσήματα ή αναπηρίες εμφανίζουν κατάθλιψη σε μεγάλη συχνότητα. Η κατάθλιψη κατά τη βαριά και χρόνια σωματική νόσο ή αναπηρία είναι συχνή, επειδή συσχετίζεται όχι μόνο με την απώλεια της λειτουργικότητας που υποβιβάζει την αυτοεκτίμηση αλλά και με αλλαγές στους ρυθμούς της ζωής που θα επιβληθούν στον ασθενή.

Παράγοντες που αυξάνουν την ευαισθησία στην κατάθλιψη κατά την σωματική νόσο είναι:

- Η σοβαρότητα της νόσου
- Το παρατεταμένο άλγος
- Η λειτουργική αναπηρία που προκύπτει από τη νόσο
- Το πτωχό δίκτυο υποστήριξης από την οικογένεια και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον
- Η συνυπάρχουσα γνωσιακή έκπτωση (Αγγελόπουλος, 2009)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κατάθλιψη σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αποτελεί μία συναισθηματική αντίδραση στη νόσο, αλλά προκαλείται από την ίδια τη νόσο με την οποία έχει άμεση αιτιολογική σχέση. Αρκετές σωματικές παθήσεις σε κάποια φάση της πορείας τους προκαλούν κατάθλιψη μέσα από γνωστούς και άγνωστους μηχανισμούς. Κατά την θεραπεία με στεροειδή, αντιυπερτασικά και αντιψυχωσικά φάρμακα πιθανόν να εμφανιστεί κατάθλιψη. (Αγγελόπουλος, 2009)

ΑΓΧΟΣ

Το άγχος υποδεικνύει την παρουσία απροσδιόριστου κινδύνου ή απειλής και βιώνεται ως μία δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής έντασης. Το άγχος σε ορισμένες

περιπτώσεις βιώνεται και ως ευχάριστη επιδιωκόμενη εμπειρία. Όταν όμως είναι υπερβολικά έντονο και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε γίνεται παθολογικό. Οι σωματικές παθήσεις συνοδεύονται από άγχος και η προοπτική εξάρτησης από άλλα άτομα λόγω της χρονιότητας της νόσου είναι ισχυρός αγχογόνος παράγοντας. Η συνύπαρξη αγχωδών διαταραχών και κατάθλιψης είναι συχνή. Ορισμένες μορφές κατάθλιψης εμφανίζονται με έντονο άγχος και σωματικά συμπτώματα. Τα 2/3 των πασχόντων από διαταραχή γενικευμένου άγχους πάσχουν από κατάθλιψη. (Αγγελόπουλος, 2009)

ΦΟΒΙΕΣ-ΦΟΒΟΣ

Ο υπερβολικός και αδικαιολόγητος φόβος που αφορά κάποιο αντικείμενο ή κάποια κατάσταση, τα οποία δεν ενέχουν αντικειμενικά κίνδυνο, όπως τα δημόσια μέσα μεταφοράς, οι χώροι συνωστισμού ανθρώπων, το αίμα κλπ αποτελεί χαρακτηριστικό κάθε φοβικής διαταραχής. Οι συνηθέστερες φοβίες είναι η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, οι νοσογόνες φοβίες και οι ιδεοληπτικές φοβίες. Υπάρχει πιθανότητα ορισμένες φοβίες να αρχίζουν μετά από μία αναπάντεχη εισβολή ενός ρεαλιστικού φόβου σε μία συγκεκριμένη κατάσταση. (Αγγελόπουλος, 2009)

4.2 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Ο σκοπός της διαχείρισης του γλαυκώματος είναι να αποφευχθεί η τύφλωση και η οπτική ανικανότητα. (Janz, 2001) Η συνεχής και αυστηρή διαχείριση του γλαυκώματος είναι απαραίτητη για να αποτρέψει μια επιδείνωση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. (McKean-Cowdin, 2008)

Η σωστή διαχείριση του ασθενούς με γλαύκωμα από τον γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τον ψυχολόγο, συμβάλλει στη μείωση του άγχους του ασθενούς. Η σωστή και επαρκής ενημέρωση του ασθενούς –μετά την διάγνωση του γλαυκώματος - για την ασθένειά του συντελεί στην καλύτερη αντιμετώπισή της. (Goldberg και συν., 2009)

Η κατάθλιψη μπορεί να προσεγγιστεί από τους παθολόγους με διαφορετικούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της συνεργασίας ιατρού και ασθενή. Η εκπαίδευση των ασθενών για την οπτική απώλεια και το γλαύκωμα μπορεί να ηρεμήσει τις ανησυχίες και τα καταθλιπτικά συναισθήματά τους μετά από τη διάγνωση. (Goldberg και συν., 2009)

Παρατηρείται μία αυξανόμενη πιθανότητα της κατάθλιψης και της ανησυχίας στους ασθενείς που πάσχουν από γλαύκωμα. Η επιδεινωμένη οπτική λειτουργία σχετίζεται άμεσα με την αυξανόμενη δριμύτητα γλαυκώματος. (Skalicky & Goldberg, 2008: Mabuchi και συν., 2008)

Μια καλύτερη κατανόηση για το πώς το γλαύκωμα έχει επιπτώσεις στη διάθεση, και το πώς η διάθεση θα μπορούσε να έχει επιπτώσεις στην προσέγγιση ενός ασθενή στην ασθένειά του/της θα μπορούσε να οδηγήσει στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών με το γλαύκωμα. (Jampel και συν., 2007)

Η μείωση της ανησυχίας για το φόβο πιθανής τύφλωσης με την πάροδο του χρόνου, είναι πιθανώς το αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της διαβεβαίωσης που συνδέεται με την σωστή συμμόρφωση στη θεραπεία, την συνεχή κλινική παρακολούθηση, ενημέρωση για το χαμηλό κίνδυνο της τύφλωσης με τη θεραπεία, την προσαρμογή στη διάγνωση και στην θεραπεία, ή έναν συνδυασμό αυτών. (Janz, 2001)

Η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία των διαταραχών ανησυχίας στον άρρωστο, έχει σημασία ειδικά σε εκείνους που πάσχουν από τις διαταραχές διάθεσης. Οι γλαυκωματικοί ασθενείς πάσχουν από τις κρυμμένες ψυχιατρικές διαταραχές που είναι συχνά μη ανιχνεύσιμες από τον αρχικό παθολόγο. Μεταξύ αυτών των διαταραχών η ανησυχία και η κατάθλιψη είναι οι πιο κοινές.

Η μελέτη που έγινε από τους Uzma και συν. (2010) δείχνει ότι η επικράτηση της ανησυχίας είναι υψηλότερη από αυτή της κατάθλιψης στους ασθενείς του γλαυκώματος. Στην αξιολόγηση και στη θεραπεία του γλαυκώματος αυτοί οι ασθενείς πρέπει επίσης να υποβληθούν στη λεπτομερή ψυχολογική αξιολόγηση για να αποκαλύψουν τις ψυχολογικές διαταραχές τους, οι οποίες και πρέπει να εξεταστούν κατάλληλα. (Uzma και συν., 2010)

Στους ασθενείς με οφθαλμολογικές παθήσεις, απαιτείται μεγαλύτερη προσοχή από τις οικογένειες, τους παθολόγους, και την κοινωνία, για τις ανάγκες της διανοητικής τους υγείας και τις προκλήσεις κινητικότητας. (Popescu και συν., 2012)

Ένας συνδυασμός εκπαίδευσης ασθενών και πρόληψης για την υπενθύμιση των δόσεων σύμφωνα με τους Olthoff και συν. (2005) φαίνεται να είναι επιτυχής στην ενίσχυση της συμμόρφωσης με υπομονή (Olthoff και συν., 2005)

Λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή επικράτηση της γνωστικής εξασθένισης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η μελλοντική έρευνα πρέπει να εξετάσει τον

αντίκτυπο των παραγόντων αυτών στην αντιμετώπιση του γλαυκώματος (Yochim και συν., 2012)

Η περιεκτική και συστηματική κατανόηση των ρόλων των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στους ασθενείς με γλαύκωμα θα παράσχει τις σημαντικές οδηγίες στην καθιέρωση μιας λογικής και τυποποιημένης ψυχολογικής παρέμβασης. (Wen και συν., 2010)

4.3 ΝΕΟΙ - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η διάθεση των ασθενών και τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυξάνονται ανάλογα με τις αντιλήψεις των ασθενών για την επιδείνωση της οπτικής τους λειτουργίας και όχι με την επιδείνωση της οπτικής οξύτητας ή της απώλειας των οπτικών πεδίων.

Στους πρόσφατα διαγνωσθέντες με γλαύκωμα ασθενείς, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και οι διαταραχές της διάθεσης ήταν σχετικές με την χειρότερη αυτοαναφερόμενη οπτική λειτουργία. Οι Odberg και συν. (2001) διαπίστωσαν ότι οι νεώτεροι ασθενείς ήταν πιο ανήσυχοι και παρουσίασαν περισσότερες παρενέργειες. (Jampel και συν., 2007)

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του γλαυκώματος συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα στους νεότερους ασθενείς. Η αυξανόμενη συνειδητοποίηση της ασθένειας και των ανησυχιών της τύφλωσης μπορεί να εμφανιστεί με τα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορούν στη συνέχεια να συνδεθούν με τη φτώχη συμμόρφωση και την πρόοδο, δεδομένου ότι η οπτική λειτουργία επιδεινώνεται. (Lundmark και συν., 2009)

Η νεότερη ηλικία βρέθηκε ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανησυχία, ενώ τα γηρατειά και η αυξανόμενη δριμύτητα γλαυκώματος ήταν παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στους ασθενείς με γλαύκωμα. (Mabuchi και συν., 2012)

Μια πολύ σημαντική έρευνα του χώρου ήταν η Collaborative initial Glaucoma Treatment Study (CIGTS) που παρείχε μια μοναδική ευκαιρία για την έρευνα της κατάθλιψης και τη σχέση της τόσο με την κλινική εκτίμηση της λειτουργίας της όρασης (που μετράται ως οπτική οξύτητα και οπτικό πεδίο) όσο και με την αντίληψη των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών για τη λειτουργία της όρασης. Επίσης παρείχε την δυνατότητα διερεύνησης του κατά πόσο οι διαφορετικές μορφές θεραπείας θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη διάθεση των ασθενών. (Janz και συν., 2001)

Στην έρευνα αυτή έγινε σύγκριση τριών συνόλων στοιχείων από τους πρόσφατα διαγνωσθέντες ασθενείς με γλαύκωμα:

1) οπτικής λειτουργίας, που εκφράζεται ως οπτική οξύτητα και οπτικά πεδία στο καλύτερο και στο χειρότερο μάτι

2) εκθέσεις της δυσκολίας που εκτελεί τους σχετικούς στόχους της όρασης που αξιολογούνται με το ερωτηματολόγιο VAQ, και

3) απαντήσεις στις ερωτήσεις με σκοπό να αξιολογήσουν τη διάθεση, την ανησυχία, και την κατάθλιψη.

Διαπιστώθηκε ότι οι απαντήσεις που αναφέρονται στην κατάθλιψη συνδέθηκαν με τις εκθέσεις της δυσκολίας αλλά όχι με τους σχετικούς στόχους της όρασης, τη φτωχότερη οξύτητα στο καλύτερο και στο χειρότερο μάτι, ή VF (οπτικό πεδίο) στα δύο μάτια. Η φτωχή διάθεση συνδέθηκε επίσης με τις εκθέσεις της δυσκολίας στους σχετικούς στόχους της όρασης. Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής (CIGTS) αναφέρουν ότι τα αντικειμενικά μέτρα της φτωχότερης οπτικής λειτουργίας δεν συσχετίστηκαν με τα περισσότερα συμπτώματα της κατάθλιψης και της φτωχής διάθεσης, αλλά μόνο η αυτοαναφερόμενη οπτική λειτουργία. (Janz και συν., 2001)

Από την άλλη μεριά, ο Wilson και οι συνεργάτες (2002), δεν βρήκαν καμία σχέση μεταξύ οπτικής οξύτητας και οπτικών πεδίων και την κατάθλιψη στους ασθενείς με γλαύκωμα.

Στη Los Angeles Latino Eye Study που έγινε από τη Roberta McKean-Cowdin και τους συνεργάτες της (2008) οι ερευνητές βρήκαν ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της οπτικής λειτουργίας και της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης. Τα συμπεράσματα από την μελέτη αυτή και από άλλες παρόμοιες μελέτες αναφέρουν ότι το πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται την οπτική λειτουργία τους φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τους δείκτες της φτωχότερης διάθεσης παρά με την αντικειμενικά μετρημένη όρασή τους.

Υπάρχουν δύο πιθανές υποθέσεις για την σχέση μεταξύ της αυτοαναφερόμενης οπτικής λειτουργίας και των απαντήσεων στις ερωτήσεις για τη διάθεση και την κατάθλιψη. Πρώτη είναι ότι τα αντιληπτά αποτελέσματα της όρασης του ασθενή είναι φτωχότερα στην κατάθλιψη, και η δεύτερη είναι ότι η κατάθλιψη οδηγεί σε ένα σύνολο φτωχότερων απαντήσεων στις ερωτήσεις σε ερωτηματολόγια όπως το VAQ. (Wilson και συν., 2002)

Σε ό,τι αφορά την ηλικία, η κατάθλιψη βρέθηκε να είναι επικρατέστερη με την αυξανόμενη δριμύτητα γλαυκώματος, που φθάνει στη στατιστική σημασία στους ασθενείς ηλικίας 70 έως 79 ετών. (Skalicky & Goldberg, 2008) Οι γηριατρικοί ασθενείς γλαυκώματος που έχουν τη μεγαλύτερη οπτική απώλεια είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από τους ασθενείς χωρίς γλαύκωμα της ίδιας ηλικίας. Επίσης οι ηλικιωμένοι ασθενείς με προχωρημένο γλαύκωμα έχουν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους ασθενείς με οφθαλμική υπέρταση. Σύμφωνα με τους Skalicky και Goldberg η κατάθλιψη τείνει να αναγνωριστεί και στο γηριατρικό πληθυσμό (Skalicky & Goldberg, 2008)

Δύο παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη δυνατότητα να συμμορφωθούν οι ασθενείς στην αντιμετώπιση του γλαυκώματος είναι η γνωστική εξασθένηση και η διανοητική υγεία (π.χ. νόσος του Alzheimer). Η φτωχή συμμόρφωση με την αντιμετώπιση σύμφωνα με τους Yochmin και συν. (2012) μπορεί να οδηγήσει στην αποτρέψιμη απώλεια της όρασης. Αυτή η μελέτη εξέτασε την συχνότητα της γνωστικής εξασθένησης, της κατάθλιψης, και της ανησυχίας σε ένα δείγμα 41 ασθενών γλαυκώματος, ηλικίας 70-79 ετών, σε μια τριτοβάθμια κλινική γλαυκώματος. Τα αποτελέσματα από αυτήν την μελέτη δείχνουν ότι η γνωστική εξασθένηση μπορεί να είναι κοινή στους ηλικιωμένους ασθενείς με το γλαύκωμα. Αυτό έχει τις επιπτώσεις συμμόρφωση στη θεραπεία, δεδομένου ότι οι δυσκολίες στην ανάμνηση των πληροφοριών μπορούν να εμποδίσουν σημαντικά τη δυνατότητα να ακολουθηθούν οι οδηγίες.

Παράγοντες όπως η προοδευτική περιφερειακή απώλεια όρασης, η εξασθενημένη οπτική λειτουργία, οι πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές συμπεριλαμβανομένων των β-αποκλειστών και η χειρουργική επέμβαση μπορούν να συμβάλουν στην κατάθλιψη στο γλαύκωμα. Η ηλικία και τα οπτικά πεδία βρέθηκε ότι ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες για το γλαύκωμα. Η κατάθλιψη, στη συνέχεια, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής ενός ασθενή με γλαύκωμα και στην αντίληψη για την βαρύτητα της ασθένειας. (Goldberg και συν., 2009)

Σε αντίθετα αποτελέσματα οδήγησε μια μελέτη που έγινε από τον Roy Wilson (2002) είχε ως σκοπό να ερευνήσει εάν οι ασθενείς με τη διάγνωση του γλαυκώματος είναι πιο καταθλιπτικοί από τους ασθενείς χωρίς γλαύκωμα. Η ομάδα γλαυκώματος είχε μεγαλύτερη ηλικία από τις άλλες δύο ομάδες. Επειδή η κατάθλιψη συνδέεται με την προχωρημένη ηλικία, αυτή η δυσαναλογία θα μπορούσε να έχει οδηγήσει στη σύγχυση στις στατιστικές αναλύσεις. Εντούτοις, στον πληθυσμό της μελέτης, η

ηλικία δεν συσχετίστηκε με την κατάθλιψη, δηλαδή η ομάδα γλαυκώματος δεν ήταν καταθλιπτικότερη παρά το γεγονός ότι αυτή η ομάδα είχε μεγαλύτερη ηλικία. Στην πραγματικότητα, η λογιστική παλινδρόμηση κατέδειξε μια τάση προς τη λιγότερη κατάθλιψη στο γλαύκωμα και τις ύποπτες ομάδες γλαυκώματος, έναντι της ομάδας ελέγχου. Η ύπαρξη προγενέστερης ή τρέχουσας διαταραχής της διανοητικής υγείας συσχετίστηκε επίσης έντονα με την κατάθλιψη. Επειδή μια διαταραχή της διανοητικής υγείας δεν είναι μια συγκεκριμένη διάγνωση και μπορεί έτσι να ερμηνευθεί αόριστα για να περιλάβει πολλές διαταραχές διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, αυτός ο συσχετισμός είναι μάλλον αναμενόμενος. Συμπερασματικά, στη μελέτη αυτή οι ασθενείς με το γλαύκωμα δεν βρέθηκαν να είναι πιο καταθλιπτικοί από τους ασθενείς χωρίς γλαύκωμα.

Τέλος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκαν για να είναι λιγότερο κοινά στους ασθενείς με προοδευτική απ' ό,τι με σταθερή απώλεια οπτικού πεδίου. (Lundmark και συν., 2009)

4.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ-ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με σωματικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένου του γλαυκώματος πάσχει από κρυμμένες ψυχιατρικές διαταραχές που συχνά είναι μη ανιχνεύσιμες. Η κατάθλιψη και η ανησυχία αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτής της συνδυασμένης ψυχιατρικής διαταραχής στους σωματικά άρρωστους ασθενείς.

Στη μελέτη των Μητσώνη και συν. (2006) σκοπός ήταν να καθοριστεί εάν οι ασθενείς με γλαύκωμα έχουν περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη, συμπτώματα που εμφανίζονται σε ασθενείς με γλαύκωμα και σε άτομα με άλλη χρόνια πάθηση. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από τρεις ομάδες: Α = 95 ασθενείς με γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας, Β = 101 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, Γ = 100 υγιείς μάρτυρες. Τα άτομα από τις τρεις ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στην ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση. Οι ασθενείς δεν είχαν ιστορικό κλινικής ψυχιατρικής ασθένειας ή συστηματικής χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερα στις ομάδες Α και Β από εκείνα των υγιών μαρτύρων. Το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς με γλαύκωμα δεν διέφεραν σημαντικά από τα αποτελέσματα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Σε ασθενείς με γλαύκωμα, τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης δεν επηρεάστηκαν από την οπτική οξύτητα, το οπτικό πεδίο ή τη χρήση των τοπικών β-αναστολέων.

Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι το γλαύκωμα συνδέεται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη αλλά οι ασθενείς με γλαύκωμα δεν αναφέρουν περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη σε σύγκριση με τα άτομα με άλλες χρόνιες παθήσεις (πχ στεφανιαία νόσο). (Μητσώνης, και συν., 2006)

Σε μια μελέτη στην Ιαπωνία ο Fumihiko Mabuchi και οι συνεργάτες του σύνδεσαν την αυξανόμενη πιθανότητα της κατάθλιψης και της ανησυχίας με τους ασθενείς που πάσχουν από γλαύκωμα. Ο επιπολασμός του άγχους (13,0%) των ασθενών με πρωτογενές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας με την ανησυχία ήταν σημαντικά υψηλότερος απ' ό,τι στον πληθυσμό αναφοράς (7,0%). Ο επιπολασμός (10,9%) της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς ήταν και αυτός σημαντικά υψηλότερος απ' ό,τι στον πληθυσμό αναφοράς (5,2%). (Mabuchi και συν., 2008)

Τα επίπεδα ανησυχίας είναι υψηλά μεταξύ των ασθενών του πρωτοπαθούς γλαυκώματος ανοικτής γωνίας. Τα επίπεδα ανησυχίας επίσης είναι υψηλά σε σύγκριση με τα επίπεδα κατάθλιψης, επειδή το πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας είναι μια ασθένεια που μπορεί ενδεχομένως να οδηγήσει στην τύφλωση. Οι ασθενείς μπορεί να είναι ανήσυχοι ότι θα χάσουν την εργασία τους]και ότι θα γίνουν ανάκανοι να κερδίσουν τα απαραίτητα για τη διαβίωσή τους λόγω της απώλειας οπτικής λειτουργίας. (Uzma και συν., 2010)

Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Μπενίν στην Νιγηρία παρουσίασε την επικράτηση της ανησυχίας σε ποσοστά 10% και της κατάθλιψης 6%, στους ασθενείς του γλαυκώματος ανοικτής γωνίας (Onunkwur, 2011).

Οι Erb και συν. (1999) στη μελέτη ψυχιατρικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με το πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας, ανέφεραν ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν τα υψηλότερα αποτελέσματα στην κατάθλιψη. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου οι ασθενείς με το γλαύκωμα κανονικής έντασης ήταν συναισθηματικά πιο ασταθείς και υπήρξε ένας σημαντικός αρνητικός συσχετισμός μεταξύ της διάρκειας της ασθένειας και της ψυχικής αντοχής των ασθενών.

Παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και στην Κορέα έδειξαν ότι η ανησυχία και τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς του αρχικού ανοικτού γλαυκώματος γωνίας από ότι στους υγιείς. (Uzma και συν., 2010)

Η μελέτη των Weiss και συν. (2001) αποκάλυψε ένα παρόμοιο ποσοστό κατάθλιψης στους ασθενείς γλαυκώματος και στο γενικό ισραηλινό πληθυσμό. Η

παρουσία κατάθλιψης δεν συνδέθηκε με την παρουσία μη συμμόρφωσης, όμως το επίπεδο κατάθλιψης συνδέθηκε με το επίπεδο μη συμμόρφωσης. (Weiss και συν., 2001)

Σε μια έρευνα υγείας του 2005 σε канаδική κοινότητα (21.198 γυναίκες και 20.478 άνδρες), εξετάστηκαν οι παράγοντες που συνδέθηκαν με διαταραχές ανησυχίας και αξιολογήθηκε η σχέση αυτών των διαταραχών με τη βραχυπρόθεσμη ανικανότητα και τον αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Οι διαταραχές ανησυχίας ήταν πιο συχνές μεταξύ των γυναικών που ήταν νέες, άγαμες και φτωχές. Επίσης, γυναίκες με χρόνια σύνδρομο κούρασης, διαταραχές γαστρεντερικού, εντερικά έλκη, ή βρογχίτιδα είχαν τα υψηλότερα ποσοστά διαταραχών ανησυχίας. (Gadalla, 2008) Η κατάθλιψη μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στη μη συμμόρφωση με την ιατρική περίθαλψη μεταξύ των ασθενών με χρόνιες ασθένειες. Το γλαύκωμα είναι μια ενδεχομένως τυφλωτική χρόνια πάθηση που απαιτεί την ισόβια δέσμευση για ιατρική θεραπεία.

Φαίνεται όμως ότι και το είδος του γλαυκώματος παίζει ρόλο. Η μελέτη των Cumurcu και συν. (2006) είχε ως στόχο να καθορίσει εάν οι ασθενείς με το ψευδοαποφολιδωτικό (pseudoexfoliative) γλαύκωμα, που συνδέεται με τις αγγειακές διαταραχές, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και συμπτώματα ανησυχίας από τους ασθενείς με πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας και τους ασθενείς χωρίς γλαύκωμα. Τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών με ψευδοαποφολιδωτικό γλαύκωμα ήταν σημαντικά υψηλότερα από εκείνα των ασθενών με γλαύκωμα ανοικτής γωνίας και της ομάδας ελέγχου, ενώ τα επίπεδα ανησυχίας δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου. (Cumurcu και συν., 2006)

4.5 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμένοι γιατροί πιστεύουν ότι οι ασθενείς με γλαύκωμα μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα σημάδια κατάθλιψης από τους ασθενείς χωρίς γλαύκωμα λόγω των παρενεργειών των β-αποκλειστών ή άλλων φαρμάκων. (Wilson και συν., 2002)

Οι ασθενείς γλαυκώματος που θεραπεύονται για την προοδευτική ασθένεια πιθανόν να υποστούν συναισθηματική πίεση λόγω της επιθετικής θεραπείας. Επίσης, η μακροπρόθεσμη θεραπεία του αρχικού ανοικτού γλαυκώματος γωνίας θα μπορούσε

να είναι αγχωτική για τους ασθενείς από τις συχνές και πολλαπλάσιες επισκέψεις στα νοσοκομεία και το κόστος των φαρμάκων. (Lundmark και συν., 2009)

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το προοδευτικό γλαύκωμα συσχετίζεται με το βαθμό οπτικής εξασθένησης, και ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς γλαυκώματος και της μη συμμόρφωσης στις θεραπευτικές αγωγές ιατρικής περίθαλψης. Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία συσχετίζεται με την κατάθλιψη, ενώ η συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι κυρίαρχη για την πρόληψη της προόδου των ασθενειών. Περισσότερη συνειδητοποίηση του κινδύνου κατάθλιψης θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς γλαυκώματος στην συμμόρφωσή τους στην θεραπεία. (Goldberg και συν., 2009)

Η ανεπαρκής μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης και η πρόοδος της απώλειας οπτικών πεδίων στους ασθενείς γλαυκώματος λόγω της μη συμμόρφωσης με την τρέχουσα θεραπεία μπορούν να οδηγήσουν στην περιττή θεραπεία, με τους συμπληρωματικούς κινδύνους και τις δαπάνες. Τα ποσοστά των ασθενών που παρεκκλίνουν από την ορισμένη θεραπευτική αγωγή φαρμάκων τους (σύμφωνα με τους Olthoff και συν., 2005) κυμάνθηκαν από 5% ως 80%. Η υπομονετική υπενθύμιση των δόσεων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αφετηρία για να βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών.

Τέλος, υπάρχει και η αντίστροφη σχέση: τα αντικαταθλιπτικά χάπια και οι αντιαγχώδεις παράγοντες μπορούν να επιδεινώσουν το γλαύκωμα (δισταλμένες κόρες, ατροφικές ίριδες, μειωμένη οπτική οξύτητα). (Kadoi και συν., 2000)

4.6 ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

Στους ασθενείς με γλαύκωμα, ο φόβος της μελλοντικής απώλειας της όρασης και οι παρενέργειες της θεραπείας μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. (Jampel και συν., 2007)

Στους μεγαλύτερους ασθενείς φόβος της τύφλωσης συσχετίζεται με το πόσο ένα άτομο ενοχλείται από την ανικανότητά του να εκτελεί τους καθημερινούς οπτικούς του στόχους. Στη μελέτη των Janz και συν. (2001) το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής περιελάμβανε μια αξιολόγηση του φόβου της τύφλωσης, γενικούς, φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Πριν από την τυχαιοποίηση της μελέτης το 34% των ασθενών ανέφερε φόβο τύφλωσης, με την ανακοίνωση της διάγνωσης. Τους πρώτους 12 μήνες το ποσοστό των ασθενών που δήλωσαν μέτρια ή πολλή ανησυχία ελαττώθηκε από 34% σε

λιγότερο από 15%. Εντούτοις, το 12% των ασθενών εξέφρασε κάποιο επίπεδο φόβου, και ένα πρόσθετο 11% εξέφρασε μέτριο ή πολύ φόβο 5 έτη μετά από τη διάγνωση και περιορισμένες δραστηριότητες ζωής. Φαίνεται ότι ο φόβος μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του γλαυκώματος και της κατάθλιψης

Επίσης, η ηλικία, η φυλή, το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η θέση απασχόλησης, και το οικογενειακό ιστορικό του γλαυκώματος έχουν σχέση με τον αυξανόμενο φόβο της τύφλωσης. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η λιγότερη εκπαίδευση και το χαμηλό εισόδημα συνδέθηκαν με περισσότερο φόβο, κάτι που ίσως σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν λιγότερους πόρους για να ασχοληθούν με την ασθένεια και τη θεραπεία της με την πάροδο του χρόνου. (Janz και συν., 2007)

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επίσης επηρεάζουν το βαθμό φόβου με την πάροδο του χρόνου, με τους νεότερους και λευκούς ενήλικες να έχουν περισσότερο φόβο από τους ηλικιωμένους και τους μαύρους. Οι μαύροι αν και είναι πιθανότερο να έχουν γλαύκωμα και ως συνέπεια οπτική εξασθένηση, ανέφεραν μικρότερο φόβο τύφλωσης.

Είναι άγνωστο εάν η αρχική απάντηση φόβου είναι το αποτέλεσμα της ενημέρωσης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας για τον κίνδυνο τύφλωσης λόγω του γλαυκώματος ή στο ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν παρέχουν την απαραίτητη διαβεβαίωση στους ασθενείς ότι με την παρακολούθηση, η πιθανότητα της τύφλωσης είναι πολύ χαμηλή. (Janz και συν., 2007) Πάντως τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούσαν και με τους Odberg και συν. (2001), που ανέφεραν ότι το ένα τρίτο των ασθενών που εξέτασαν στις κλινικές γλαυκώματος το διακατείχε ο φόβος της τύφλωσης.

Τέλος, μια μελέτη που έκανε η Mihaela L. Popescu (2012) ήταν να εξεταστούν οι ασθενείς με ασθένειες ματιών λόγω ηλικίας, όπως η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς, το γλαύκωμα και η δυστροφία κερατοειδούς, για να ερευνηθεί εάν είναι πιθανότερο οι ασθενείς αυτοί να παρουσιάσουν σημάδια της κατάθλιψης έναντι μιας ομάδας ελέγχου ηλικιωμένων ενηλίκων με καλή όραση. Και οι τρεις ομάδες με την ασθένεια ματιών ήταν πιθανότερο να νιώθουν άγχος και στρες από ό,τι η ομάδα ελέγχου (μετά από στατιστική ρύθμιση για την ηλικία, φύλο, έθνος, εκπαίδευση, γνωστικές ικανότητες) και να νιώθουν περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες της κοινωνικής υποστήριξης. Ο φόβος που εμφανίζεται στη σχέση

μεταξύ της ασθένειας ματιών και της κατάθλιψης συντελεί στις περιορισμένες δραστηριότητες ζωής (Popescu και συν., 2012)

Συμπερασματικά λοιπόν το γλαύκωμα επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης, του άγχους και της ανησυχίας, εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου, της ύπουλης εξέλιξής της, και τον κίνδυνο της ενδεχόμενης τύφλωσης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με γλαύκωμα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με το οικογενειακό τους περιβάλλον, τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του χρόνιου προβλήματός των ασθενών αυτών, τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά και οι αντιλήψεις τους για τη λειτουργία της όρασής τους.

Υλικό και Μέθοδος

Για την πραγματοποίηση της έρευνας προσεγγίστηκαν 60 ασθενείς που επισκέφθηκαν το εξωτερικό ιατρείο γλαυκώματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου έξι μηνών. Η ερευνήτρια, αφού ενημέρωνε τους ασθενείς για τους σκοπούς της έρευνας, διαβεβαίωνε για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους και εξηγούσε το δικαίωμά τους να αρνηθούν τη συμμετοχή στην έρευνα χωρίς να επηρεαστεί η φροντίδα τους στο ιατρείο γλαυκώματος.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν είτε κατά τη διάρκεια της αναμονής των ασθενών είτε αμέσως μετά την επίσκεψή τους στο εξωτερικό ιατρείο. Τα ερευνητικά εργαλεία συμπληρώνονταν από τον ίδιο τον ασθενή με την υποστήριξη της ερευνήτριας, όπου αυτό ήταν απαραίτητο. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του συνόλου των χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων ήταν σαρανταπέντε λεπτά.

Έξι ασθενείς αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα επικαλούμενοι είτε προσωπικούς λόγους είτε πίεση χρόνου είτε την πεποίθησή τους για τη ματαιότητα παρόμοιων προσπαθειών.

Ερευνητικά εργαλεία

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Η καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ειδικά κατασκευασμένου ερωτηματολογίου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε στοιχεία που αφορούν το φύλο των ασθενών με γλαύκωμα, την ηλικία τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και την επαγγελματική τους κατάσταση. Επιπρόσθετα, στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και πιο συγκεκριμένα για το αν αντιμετωπίζουν πρόβλημα μόνο στον έναν ή και στους δύο οφθαλμούς και εάν το γλαύκωμα ήταν το μόνο οφθαλμολογικό πρόβλημα αντιμετώπιζαν. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε και μια σειρά από ερωτήσεις, οι οποίες στόχευαν στη διερεύνηση της ύπαρξης πιθανών στρεσογόνων παραγόντων τόσο κατά την παιδική ηλικία των συμμετεχόντων όσο και κατά τη διάρκεια των πέντε τελευταίων ετών.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Η πιθανότητα ύπαρξης ψυχοπαθολογίας στους συμμετέχοντες της έρευνας διερευνήθηκε με τη βοήθεια της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90, η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977). Η κλίμακα περιλαμβάνει 90 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 5-βαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0=Καθόλου, 1=Λίγο, 2=Μέτρια, 3=Αρκετά και 4=Υπερβολικά) και αξιολογούν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση εννέα υποκλιμάκων. Οι υποκλίμακες αυτές αναφέρονται στη σωματοποίηση, στον ιδεοψυχαναγκασμό, στη διαπροσωπική ευαισθησία, στην κατάθλιψη, στην επιθετικότητα, στο φοβικό άγχος, στον παρανοειδή ιδεασμό και στον ψυχωτισμό. Εκτός από τις βαθμολογίες για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον βαθμολογίες για τρεις δείκτες, το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων. Αναλυτικότερα, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων επιτρέπει να κατανοήσει κάποιος την έκταση κάποιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής, ο δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων

αντιστοιχεί στον αριθμό των συμπτωμάτων που παραδέχονται ότι αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από το επίπεδο ενόχλησης που τους προκαλούν και τέλος, ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντανακλά το μέσο επίπεδο ενόχλησης που προκαλείται από τα αναφερόμενα συμπτώματα.

Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντόνιας et al., 1991).

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale Form R (FES-R)

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos και Moos (1994) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα, μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα και έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- Σχέσεις (Relationship Dimensions)
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational)

- Orientation)
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Κλίμακα F-COPES – Family Crisis Oriented Personal Scales

Η Κλίμακα F-COPES χρησιμοποιείται με στόχο να βοηθήσει στον εντοπισμό των τρόπων επίλυσης προβλημάτων και των συμπεριφορικών στρατηγικών που υιοθετεί μια οικογένεια όταν βρίσκεται αντιμέτωπη με κάποιο πρόβλημα ή κάποια κρίση (McCubbin, Olson & Larsen, 1991). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 5βαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 1=Διαφωνώ πολύ, 2=Διαφωνώ λίγο, 3=Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ λίγο και 5=Συμφωνώ πολύ). Από τη βαθμολόγηση της κλίμακας προκύπτει μια συνολική βαθμολογία, αλλά και βαθμολογίες για πέντε επιμέρους υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αναφέρονται στην παθητική αξιολόγηση, στην αποδοχή βοήθειας, στην πνευματική υποστήριξη, στην αναπλαισίωση και στην κοινωνική υποστήριξη). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, πριν από τον υπολογισμό των επιμέρους βαθμολογιών στις υποκλίμακες αλλά και πριν τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας, οι απαντήσεις σε ορισμένες από τις ερωτήσεις πρέπει να βαθμολογηθούν ανάστροφα. Τέλος, επισημαίνεται ότι υψηλή βαθμολογία σε κάποια από τις υποκλίμακες συνεπάγεται και πιο συχνή χρήση της στρατηγικής ή του τρόπου επίλυσης προβλημάτων που αντιπροσωπεύει.

Κλίμακα πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας - Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

Η κλίμακα πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας αναπτύχθηκε με στόχο να αξιολογήσει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, αντιμετωπίζουν την επίδραση της πνευματικότητας στην υγεία τους και τον τρόπο με τον οποίο ανταπεξέρχονται απέναντι στις προκλήσεις και τα προβλήματα της ασθένειά τους (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2005). Αποτελείται από 15 δηλώσεις, οι οποίες απαντώνται σε 5-

βαθμη κλίμακα (όπου 1=Δεν ισχύει καθόλου, 2=Νομίζω δεν ισχύει, 3=Δεν ξέρω, 4=Ισχύει ικανοποιητικά και 5=Ισχύει απόλυτα). Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτουν μια συνολική βαθμολογία για την κλίμακα, καθώς και βαθμολογίες για τρεις επιμέρους υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αυτές αναφέρονται στην αναζήτηση υποστήριξης, στην πίστη σε ανώτερη καθοδήγηση και στη θετική ερμηνεία της ασθένειας.

Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας – Visual Functioning Questionnaire (VFQ-25)

Το Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας είναι ένα ειδικά κατασκευασμένο ερευνητικό εργαλείο, το οποίο στοχεύει στην αξιολόγηση διαφορετικών χαρακτηριστικών της όρασης (Mangione, 2001). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 ερωτήσεις και επιτρέπει τον υπολογισμό μιας συνολικής βαθμολογίας για την οπτική λειτουργία και μιας σειράς από βαθμολογίες για επιμέρους παραμέτρους που σχετίζονται με αυτή. Ειδικότερα, μπορούν να υπολογιστούν βαθμολογίες για τα ακόλουθα:

- Γενική όραση
- Κοντινή όραση
- Μακρινή όραση
- Επιπτώσεις των προβλημάτων όρασης στις κοινωνικές δραστηριότητες
- Ατομικοί περιορισμοί λόγω των προβλημάτων όρασης
- Εξάρτηση από άλλα άτομα λόγω προβλημάτων στην όραση
- Περιφερική όραση
- Χρωματική όραση
- Οφθαλμικός πόνος

Τέλος, στο Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας περιλαμβάνεται και μια ερώτηση για τη γενική υγεία, η οποία βαθμολογείται σε 5-βαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 1=Άριστη, 2=Πολύ καλή, 3=Καλή, 4=Μέτρια και 5=Κακή). Η συγκεκριμένη ερώτηση έχει βρεθεί ότι μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόπιστο προβλεπτικό παράγοντα αναφορικά με τη μελλοντική υγεία και τη θνησιμότητα, όπως αυτό διαπιστώθηκε μετά από τη χορήγησή της σε ευρείας κλίμακας μελέτες πληθυσμών.

Στατιστική Επεξεργασία

Τα δεδομένα αυτής της έρευνας καταγράφηκαν και αναλύθηκαν με τη βοήθεια του ειδικού στατιστικού λογισμικού SPSS for Windows, v.18. Τα περιγραφικά στατιστικά παρουσιάστηκαν ως μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις καθώς και με αναφορά της διάμεσου τιμής, όταν αφορούσαν ποσοτικές μεταβλητές και ως συχνότητες και εκατοστιαία ποσοστά, όταν αφορούσαν κατηγορικές ή και διχοτομικές μεταβλητές.

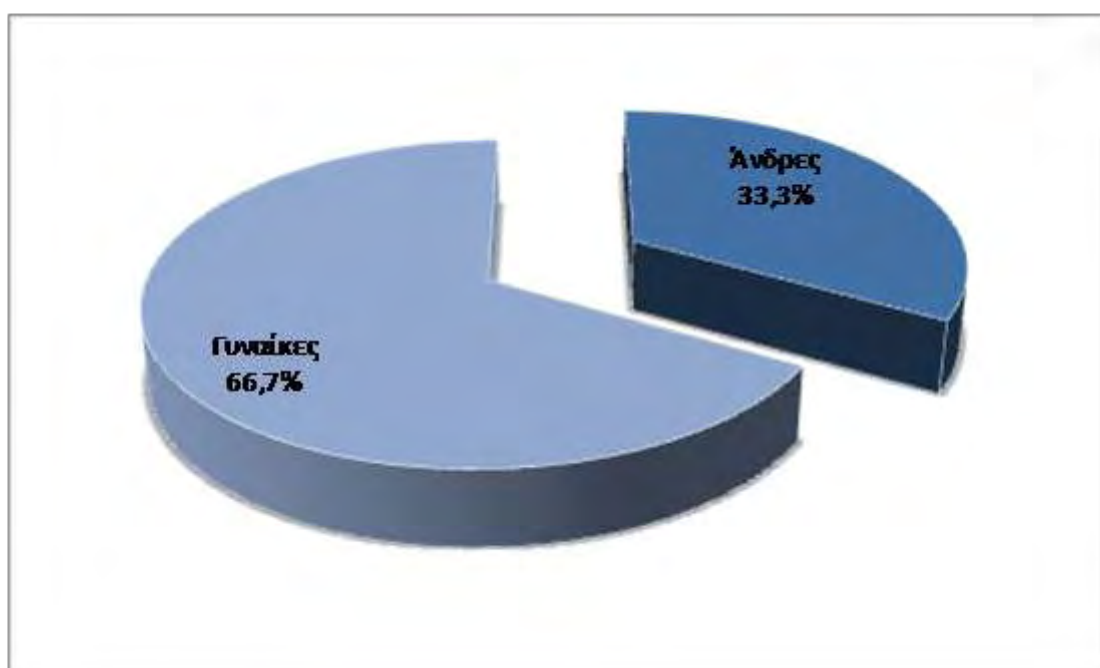
Για την επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες δοκιμασίες: για τη διερεύνηση της συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 ή, όταν οι προϋποθέσεις του δεν εκπληρώνονταν, το μη παραμετρικό *Fisher's Exact Test*. Για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το *t test* του Student για ανεξάρτητα δείγματα, όταν οι μεταβλητές ήταν ποσοτικές και το αντίστοιχο μη παραμετρικό Mann-Whitney *U test*, όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές. Όταν οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο, αντί του *t test* εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης (*ANOVA*), ενώ αντί του Mann-Whitney εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος χ^2 των Kruskal-Wallis.

Τέλος, για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson. Σε όλες τις αναλύσεις ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0,05$.

Αποτελέσματα

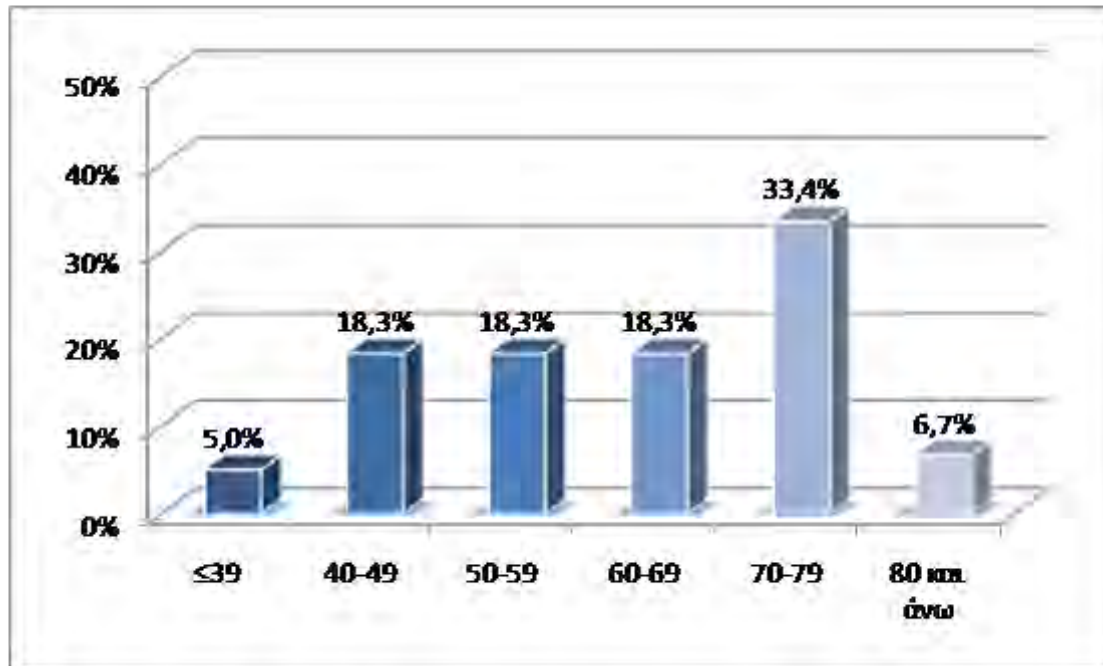
Περιγραφή δείγματος

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 60 ασθενείς με γλαύκωμα που εξυπηρετήθηκαν στο ιατρείο γλαυκώματος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 1), οι γυναίκες υπερτερούσαν αριθμητικά των ανδρών στο συγκεκριμένο δείγμα σε μία αναλογία 2:1 [$\chi^2(1)=6,667, p=0,010$].



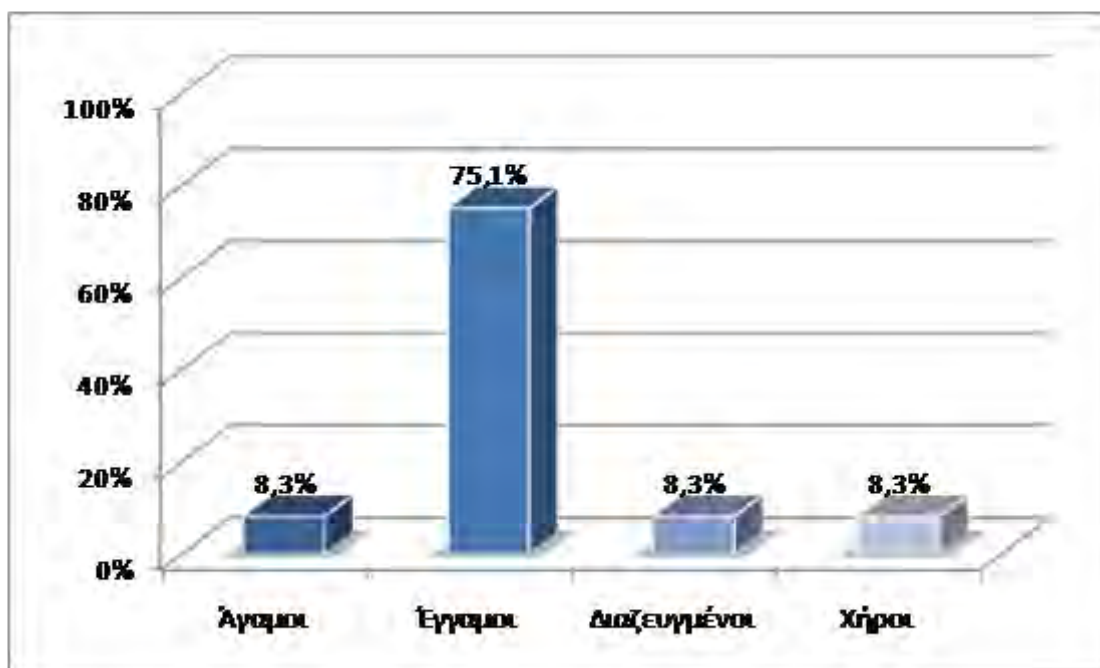
Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων

Ο μέσος όρος (\pm τυπική απόκλιση) της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν $61,85 \pm 13,81$ έτη. Το εύρος των ηλικιών κυμάνθηκε από τα 29 έως τα 84 έτη με διάμεσο τιμή τα 63,5 έτη. Επίσης, δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία των δύο φύλων [$t(58)=-0,552, p=0,583$]. Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται γραφικά η ηλικία των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή κατηγορία (Διάγραμμα 2). Με βάση το διάγραμμα διαπιστώνεται ότι τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση είχε η ηλικιακή κατηγορία των 70-79 ετών, ενώ οι συμμετέχοντες που είχαν ηλικία μικρότερη των 40 ετών είχαν τη μικρότερη εκπροσώπηση στο παρόν δείγμα [$\chi^2(5)=18,800, p=0,002$].



Διάγραμμα 2. Ηλικιακή κατηγορία συμμετεχόντων

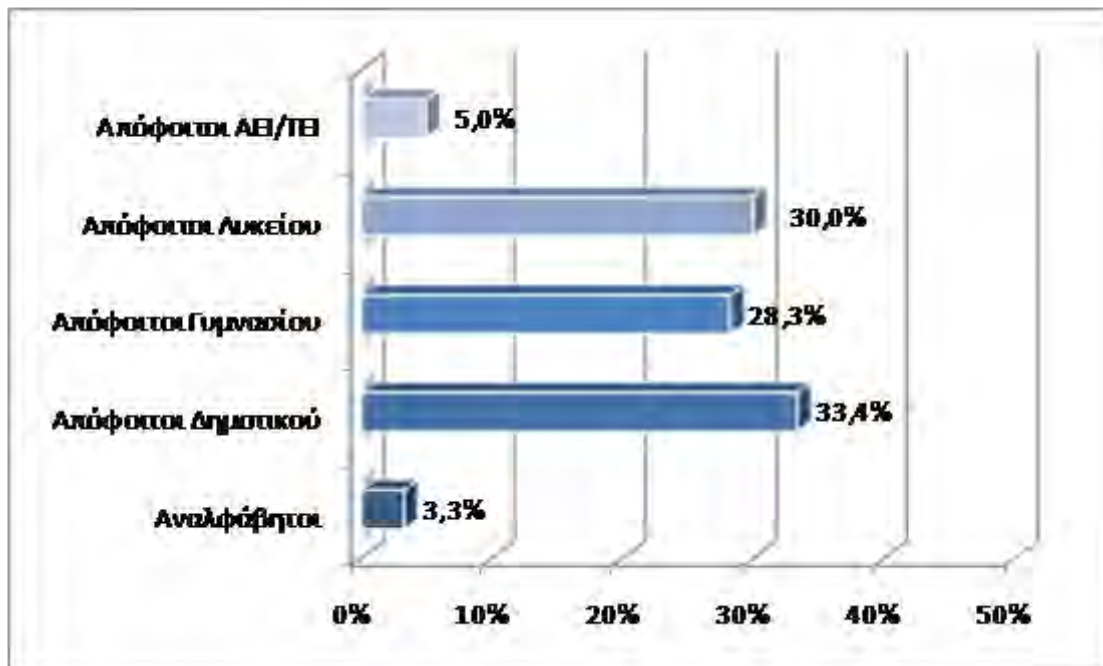
Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι είναι παντρεμένοι, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν ισόποσα στις κατηγορίες των άγαμων, των διαζευγμένων και των χήρων [$\chi^2(3)=80,000$, $p<0,001$]. Ο παράγοντας της ηλικίας, όπως ήταν αναμενόμενο, φάνηκε να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, καθώς βρέθηκε ότι οι χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τους άγαμους, τους έγγαμους και τους διαζευγμένους [$F(3,56)=4,292$, $p=0,009$]. Αντίθετα, ο παράγοντας του φύλου δε διαδραμάτισε κάποιο καθοριστικό ρόλο αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση [$\chi^2(3)=3,400$, $p=0,334$]. Στο εξής, και για λόγους στατιστικής ανάλυσης, οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι ομαδοποιούνται σε μια ενιαία κατηγορία. Κατά συνέπεια, η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης θα αποτελείται από δύο ομάδες συμμετεχόντων, αυτούς που έχουν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους και αυτούς που δεν έχουν.



Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

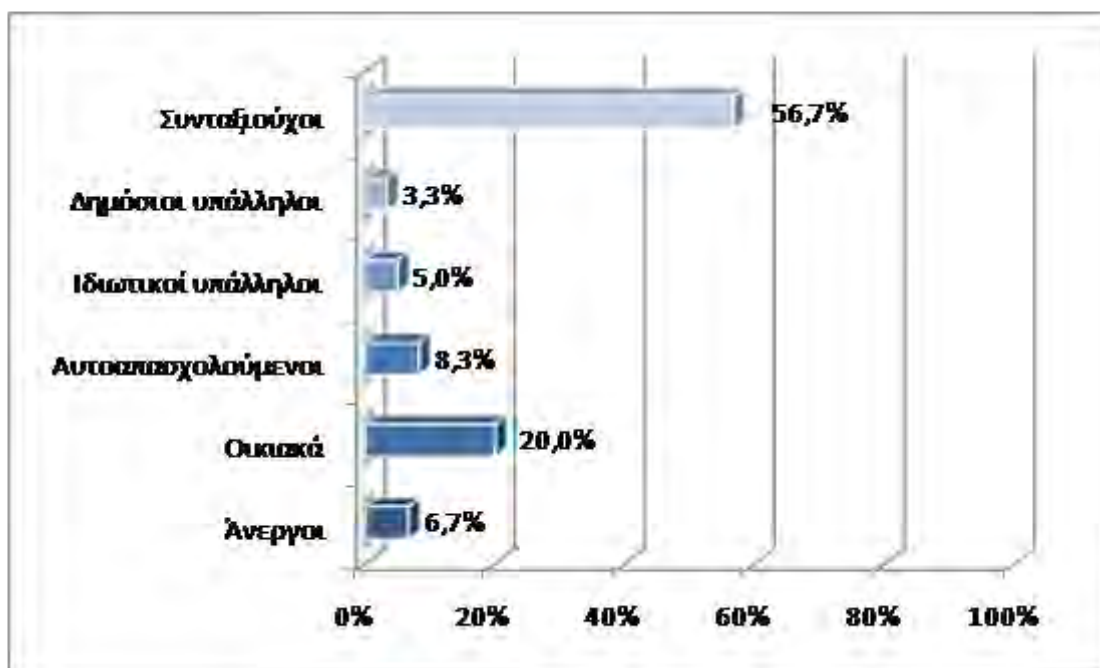
Από τα 60 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τα 51 (85,0%) δήλωσαν ότι είναι γονείς τουλάχιστον ενός παιδιού. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων του δείγματος βρέθηκε ότι το 84,3% από αυτούς ήταν έγγαμοι, το 2,0% ήταν άγαμοι, το 7,8% ήταν διαζευγμένοι και τέλος, το 5,9% ήταν χήροι. Επίσης, 55 άτομα (91,7%) δήλωσαν ότι έχουν τουλάχιστον ένα αδερφό ή μια αδερφή.

Τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4. Όπως φαίνεται, την πλειοψηφία στο δείγμα είχαν οι απόφοιτοι Δημοτικού, ακολουθούμενοι από τους απόφοιτους Λυκείου. Αντίθετα, τη μικρότερη εκπροσώπηση είχαν οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είναι αναλφάβητοι. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο τους (Mann-Whitney $U=372,5$, $p=0,652$). Αντίθετα, βρέθηκε ότι επηρεάζεται από την ηλικία των συμμετεχόντων (Pearson's $r=-0,446$, $p<0,001$). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ είχαν μικρότερο μέσο όρο ηλικίας συγκριτικά με τους αναλφάβητους και τους απόφοιτους Δημοτικού.



Διάγραμμα 4. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων

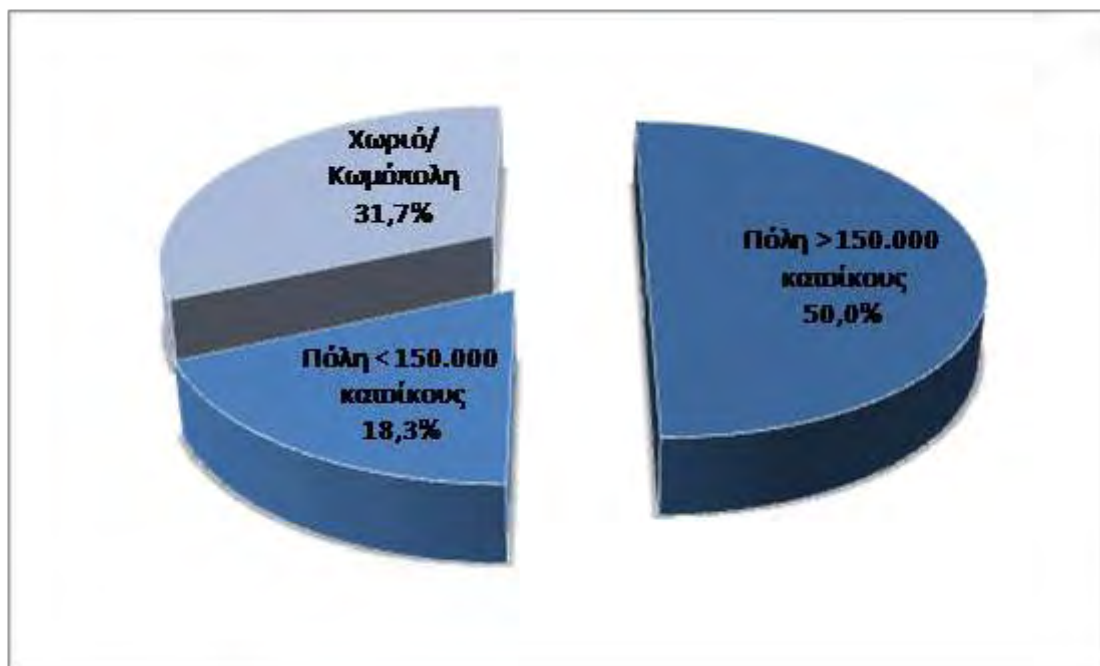
Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων διαπιστώνουμε ότι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, ενώ τη μικρότερη εκπροσώπηση στο δείγμα είχαν οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (Διάγραμμα 5). Η επαγγελματική κατάσταση δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο των συμμετεχόντων [$\chi^2(5)=5,784, p=0,328$] και από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο [Kruskal Wallis $\chi^2(4)=3,929, p=0,416$]. Αυτό όμως που διαπιστώθηκε ήταν μια ξεκάθαρη και λογική σχέση ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και την επαγγελματική τους κατάσταση [$F(5,54)=14,995, p<0,001$]. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι συνταξιούχοι είχαν σημαντικά μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας σε σύγκριση με τους άνεργους, τους αυτοαπασχολούμενους, τους ιδιωτικούς και δημόσιους υπάλληλους, καθώς και τα άτομα που δήλωσαν ότι απασχολούνται με τα οικιακά.



Διάγραμμα 5. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων

Το τμήμα με την παρουσίαση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας ολοκληρώνεται με την περιγραφή των πληροφοριών αναφορικά με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων. Με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν προέκυψε ότι οι μισοί συμμετέχοντες κατοικούν σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 150.000 κατοίκων. Οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι κατοικούν σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 150.000 κατοίκων ή σε χωριά και κωμοπόλεις (Διάγραμμα 6).

Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι το γεγονός ότι η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων σχετιζόταν με την επιλογή του τόπου διαμονής τους [Kruskal Wallis $\chi^2(2)=10,398$, $p=0,006$]. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν ότι οι συνταξιούχοι είχαν την τάση να κατοικούν περισσότερο σε πόλεις που ξεπερνούσαν τους 150.000 κατοίκους. Άλλοι παράγοντες, όπως το φύλο των συμμετεχόντων [$\chi^2(2)=0,735$, $p=0,735$], η ηλικία τους (Pearson's $r=0,210$, $p=0,107$), η οικογενειακή τους κατάσταση (Mann-Whitney $U=295,5$, $p=0,433$) και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Pearson's $r=0,096$, $p=0,467$) δε βρέθηκε να έχουν κάποια σχέση με την επιλογή του τόπου διαμονής τους.

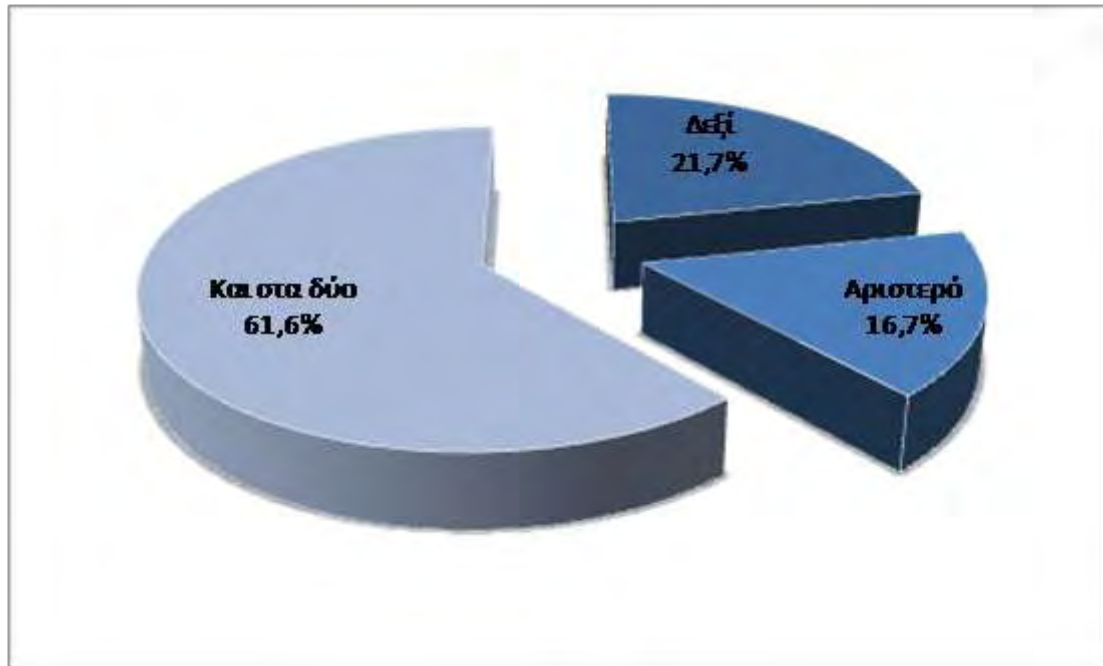


Διάγραμμα 6. Τόπος διαμονής συμμετεχόντων

Πληροφορίες για το πρόβλημα όρασης

Σε σχέση με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες θα παρουσιαστούν πληροφορίες αναφορικά με τον εντοπισμό του (αριστερό μάτι, δεξί μάτι, και στα δύο), καθώς και αναφορικά με το είδος του (μόνο γλαύκωμα ή συνύπαρξη και άλλου προβλήματος).

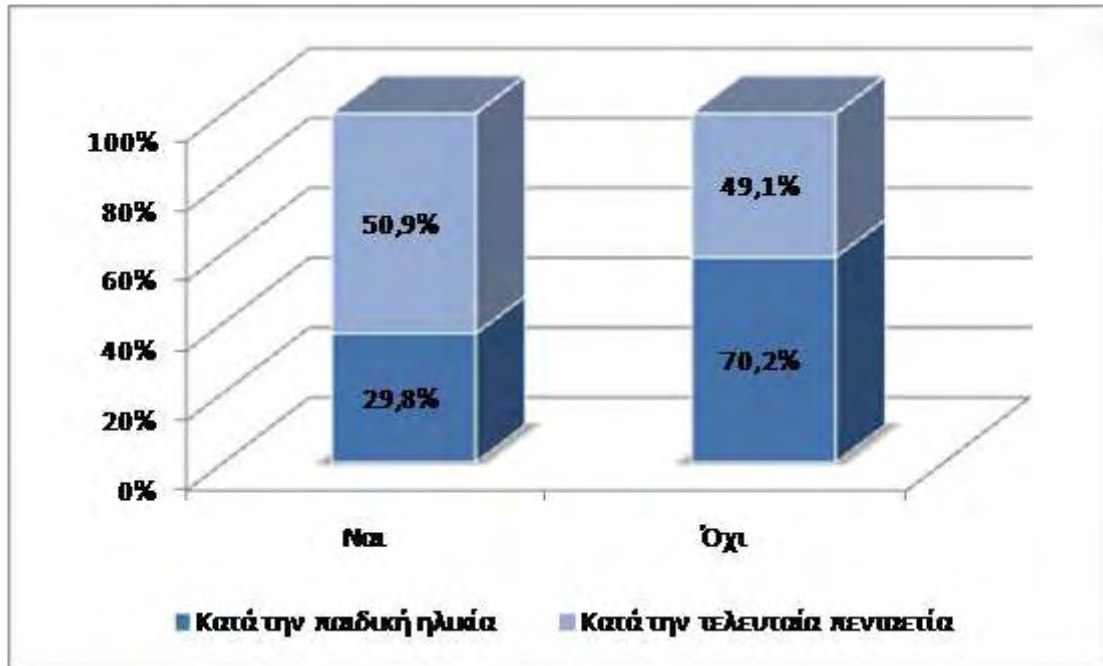
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7, περίπου έξι στους δέκα συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα και στα δύο μάτια τους. Το φύλο (Fisher's exact test, $p=0,408$) και η ηλικία των συμμετεχόντων [$t(58)=0,544$, $p=0,589$] δε βρέθηκε να έχουν κάποια σχέση με το αν οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν πρόβλημα μόνο σε ένα ή και στα δύο μάτια τους. Αναφορικά με το είδος του προβλήματος, βρέθηκε ότι το 81,4% του δείγματος έπασχε μόνο από γλαύκωμα, ενώ το υπόλοιπο 18,6% αντιμετώπιζε γλαύκωμα σε συνδυασμό με κάποιο άλλο πρόβλημα. Και για την περίπτωση του είδους του προβλήματος το φύλο (Fisher's exact test, $p=0,734$) και η ηλικία [$t(57)=1,001$, $p=0,321$] των συμμετεχόντων δε φάνηκε να επιδρούν κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο.



Διάγραμμα 7. Εντοπισμός προβλήματος όρασης

Ιστορικό στρεσογόνων παραγόντων

Στα πλαίσια της διερεύνησης της ύπαρξης πιθανών στρεσογόνων παραγόντων τόσο κατά την παιδική ηλικία των συμμετεχόντων όσο και κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας βρέθηκε ότι το 28,3% του δείγματος μπορούσε να ανακαλέσει από την παιδική του ηλικία κάποιο γεγονός που να του προκάλεσε έντονο άγχος ή στενοχώρια, ενώ το 46,7% του δείγματος μπορούσε να ανακαλέσει ένα τέτοιο γεγονός που είχε συμβεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών (Διάγραμμα 8). Το φύλο των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχει σχέση με την ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος κατά τα τελευταία πέντε έτη (Fisher's exact test, $p=0,011$), με τις γυναίκες να δηλώνουν ότι έχουν βιώσει ένα τέτοιο γεγονός σε μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι οι άνδρες. Αντίστοιχη σχέση δε βρέθηκε για την περίπτωση στρεσογόνων γεγονότων κατά την παιδική ηλικία (Fisher's exact test, $p=0,766$). Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων αυτή δε βρέθηκε να έχει κάποια σχέση ούτε με την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων κατά την παιδική ηλικία [$t(55)=0,194$, $p=0,847$] ούτε με την ύπαρξη τους κατά τα τελευταία πέντε έτη [$t(53)=-0,689$, $p=0,494$].



Διάγραμμα 8. Ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων κατά την παιδική ηλικία και κατά τα τελευταία πέντε έτη

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 χορηγήθηκε για τη διερεύνηση πιθανής ύπαρξης ψυχοπαθολογίας στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών με γλαύκωμα. Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται, με αναλυτικό τρόπο, οι ελάχιστες και μέγιστες πιθανές τιμές για τις εννιά υποκλίμακες και τους τρεις δείκτες συμπτωμάτων που μπορεί να προκύψουν από τη συγκεκριμένη κλίμακα. Επίσης, για καθεμία από τις υποκλίμακες και για κάθε δείκτη συμπτωμάτων παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές τους αποκλίσεις (Πίνακας 1).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Σωματοποίηση	0	48	11,54±8,30
Ιδεοψυχαναγκασμός	0	40	10,50±6,39
Διαπροσωπική ευαισθησία	0	36	7,62±4,75
Κατάθλιψη	0	52	14,95±8,07
Άγχος	0	40	8,00±5,97
Επιθετικότητα	0	24	4,37±4,01
Φοβικό άγχος	0	28	2,66±3,97
Παρανοειδής ιδεασμός	0	24	6,47±3,77
Ψυχωτισμός	0	40	4,65±3,72
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0	4	0,89±0,51
Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	0	90	40,53±16,06
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1	4	1,80±0,40

Πίνακας 1. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Με στόχο να γίνουν πιο κατανοητά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 έγινε αναγωγή τους σε εκατοστιαία κλίμακα και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο επόμενο διάγραμμα (Διάγραμμα 9). Με βάση το διάγραμμα φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του φοβικού άγχους και την υψηλότερη στην υποκλίμακα της κατάθλιψης.

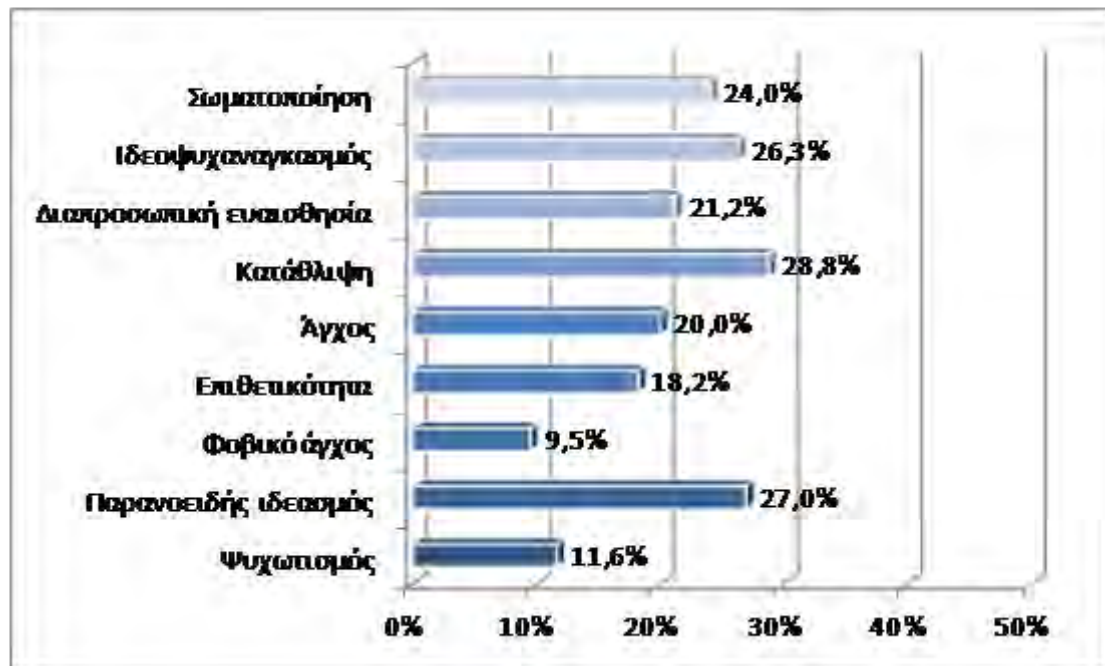
Η διαπίστωση αυτή συνεπάγεται ότι οι ασθενείς με γλαύκωμα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα νιώθουν περισσότερο ότι:

- έχουν χάσει το σεξουαλικό τους ενδιαφέρον ή την ευχαρίστηση,
- αισθάνονται αδρανείς, υποτονικοί και αποδυναμωμένοι,
- κλαίνε εύκολα,
- έχουν μπλεχτεί ή παγιδευτεί,
- κατηγορούν τον εαυτό τους για διάφορα πράγματα,
- αισθάνονται μοναξιά,
- αισθάνονται κακοκεφιά,

- ανησυχούν υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις,
- δε βρίσκουν ενδιαφέρον σε τίποτα,
- δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον,
- για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνουν προσπάθεια,
- δεν αξίζουν,

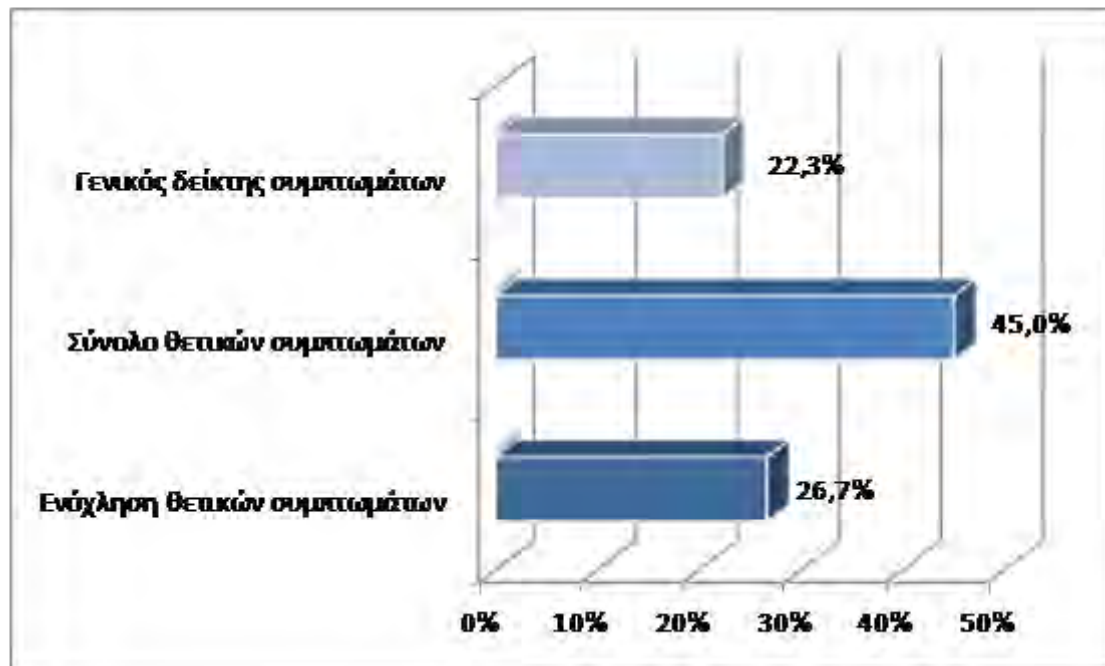
ενώ αντίθετα, δεν τους προκαλούν ιδιαίτερο φόβο, καταστάσεις όπως:

- να βρίσκονται σε ανοιχτούς χώρους ή σε δρόμους,
- να βγαίνουν μόνοι από το σπίτι τους,
- να ταξιδεύουν με λεωφορείο ή τρένο,
- να βρίσκονται μέσα σε πλήθος ή
- να μένουν μόνοι.



Διάγραμμα 9. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 σε εκατοστιαία κλίμακα

Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα που εκδήλωναν οι ασθενείς με γλαύκωμα είχαν μεγάλο εύρος, όπως φαίνεται από το Δείκτη σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και τους προκαλούσαν ήπια ενόχληση, όπως αυτό φαίνεται και με βάση τη μέτρια βαθμολογία τους στο Δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (Διάγραμμα 10).



Διάγραμμα 10. Αποτελέσματα για τους δείκτες συμπτωμάτων της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90 σε εκατοστιαία κλίμακα

Το φύλο των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις βαθμολογίες ορισμένων υποκλιμάκων και δεικτών της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της σωματοποίησης [$t(55)=-3,278, p=0,002$], του ιδεοψυχαναγκασμού [$t(56)=-3,296, p=0,002$], της κατάθλιψης [$t(55)=-2,762, p=0,008$] και του άγχους [$t(55)=-2,791, p=0,007$], καθώς και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων [$t(57)=-2,522, p=0,015$] και στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων [$t(57)=-2,400, p=0,020$].

Ένας ακόμα παράγοντας που φάνηκε να επιδρά στις βαθμολογίες της συγκεκριμένης κλίμακας ήταν το ιστορικό στρεσογόνων παραγόντων τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν βιώσει κάποιο στρεσογόνο γεγονός κατά την παιδική τους ηλικία είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες του άγχους [$t(52)=2,132, p=0,038$] και του παρανοειδούς ιδεασμού [$t(52)=2,538, p=0,014$], καθώς και στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων [$t(54)=2,269, p=0,027$]. Επίσης, είχαν την τάση να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της σωματοποίησης

[$t(52)=1,947, p=0,057$], της διαπροσωπικής ευαισθησίας [$t(53)=1,751, p=0,086$] και της κατάθλιψης [$t(52)=1,827, p=0,073$].

Αναφορικά με την επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων της τελευταίας πενταετίας βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν βιώσει ένα τέτοιο γεγονός είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της σωματοποίησης [$t(50)=2,054, p=0,045$], του ιδεοψυχαναγκασμού [$t(51)=2,455, p=0,018$], της κατάθλιψης [$t(50)=2,038, p=0,047$] και του άγχους [$t(50)=2,686, p=0,010$], καθώς και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων [$t(52)=2,622, p=0,011$] και το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων [$t(52)=2,628, p=0,011$]. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι είχαν την τάση να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της επιθετικότητας [$t(50)=1,981, p=0,053$] και του φοβικού άγχους [$t(51)=1,826, p=0,074$].

Σχετικά με την πιθανή επίδραση άλλων δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση των βαθμολογιών της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90 αυτό που βρέθηκε ήταν η αρνητική συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου με την υποκλίμακα του ψυχωτισμού (Pearson's $r=-0,267, p=0,044$) και η θετική συσχέτιση του τόπου διαμονής με το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (Pearson's $r=0,285, p=0,029$). Οι συσχετίσεις αυτές συνεπάγονται ότι όσο πιο χαμηλό ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τόσο πιο υψηλές ήταν οι βαθμολογίες τους στην υποκλίμακα του ψυχωτισμού και όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των κατοίκων στον τόπο διαμονής τους τόσο πιο υψηλή ήταν και η βαθμολογία τους στο δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων. Τέλος, το επάγγελμα των συμμετεχόντων φάνηκε να επηρεάζει τη βαθμολογία τους στις υποκλίμακες της επιθετικότητας [$F(5,51)=3,484, p=0,009$] και του φοβικού άγχους [$F(5,52)=2,322, p=0,056$]. Ειδικότερα αυτό που βρέθηκε ήταν ότι οι άνεργοι συμμετέχοντες εκδήλωναν πιο έντονες συμπεριφορές επιθετικότητας και φοβικού άγχους συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τα οικιακά.

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Η αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών με γλαύκωμα πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος. Όπως προαναφέρθηκε, η κλίμακα είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνολικά δέκα υποκλίμακες. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι ελάχιστες και μέγιστες πιθανές τιμές, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις δέκα υποκλίμακες και τους τρεις τομείς που μπορεί να προκύψουν από τη συγκεκριμένη κλίμακα (Πίνακας 2).

	Ελάχιστη δυνατή τιμή	Μέγιστη δυνατή τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Σχέσεις	0	27	15,25±2,06
Συνοχή	0	9	7,67±1,44
Εκφραστικότητα	0	9	5,65±1,34
Σύγκρουση	0	9	1,93±1,62
Προσωπική Ανάπτυξη & Ωρίμανση	0	45	26,04±4,46
Ανεξαρτησία	0	9	5,96±1,51
Προσανατολισμός για επιτεύγματα	0	9	6,58±1,30
Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανοήση	0	9	4,56±1,79
Προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα	0	9	4,18±1,95
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	0	9	4,75±2,47
Συντήρηση του συστήματος	0	18	11,19±2,23
Οργάνωση	0	9	6,28±1,61
Έλεγχος	0	9	4,91±1,30

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Το βασικότερο χαρακτηριστικό των οικογενειών των ασθενών με γλαύκωμα ήταν η υψηλή συνοχή και η σχετικά μικρή παρουσία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Επιπλέον, στις εν λόγω οικογένειες, το οικογενειακό περιβάλλον χαρακτηριζόταν σε σημαντικό βαθμό από προσανατολισμό στα επιτεύγματα και την ανεξαρτησία, καθώς και από αρκετή προσπάθεια για οργάνωση.

Το φύλο των ασθενών βρέθηκε να επηρεάζει μόνο την υποκλίμακα του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση [$t(55)=-2,393, p=0,020$]. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες στο δείγμα μας θεωρούσαν ότι οι οικογένειές τους ήταν περισσότερο προσανατολισμένες προς αυτούς τους τομείς συγκριτικά με αυτές των ανδρών. Ένας ακόμα παράγοντας, που βρέθηκε να επηρεάζει τη βαθμολογία στην προαναφερόμενη υποκλίμακα, ήταν η ύπαρξη κάποιου στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία, καθώς τα άτομα που δεν είχαν στο ιστορικό τους κάποιο στρεσογόνο συμβάν δήλωσαν ότι οι οικογένειές τους ήταν περισσότερο προσανατολισμένες προς τον πολιτισμό και τη διανόηση [$t(52)=-2,933, p=0,005$]. Τέλος, ο βαθμός προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση φάνηκε να επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων (Pearson's $r=0,382, p=0,003$). Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο υψηλό ήταν το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τόσο πιο υψηλή ήταν και ο προσανατολισμός της οικογένειάς τους προς τον πολιτισμό και τη διανόηση.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν παιδιά θεωρούσαν ότι στις οικογένειές τους υπήρχε μεγαλύτερος βαθμός ανεξαρτησίας συγκριτικά με τις οικογένειες των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι έχουν παιδιά [$t(55)=-1,229, p=0,024$].

Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι συσχετιζόταν αρνητικά με τις υποκλίμακες της εκφραστικότητας (Pearson's $r=-0,362, p=0,006$), της ανεξαρτησίας (Pearson's $r=-0,367, p=0,005$) και του προσανατολισμού για ψυχαγωγική δραστηριότητα (Pearson's $r=-0,340, p=0,010$) και θετικά με την υποκλίμακα του προσανατολισμού για επιτεύγματα (Pearson's $r=0,277, p=0,037$). Οι προαναφερόμενες συσχετίσεις συνεπάγονται ότι στις οικογένειες των μεγαλύτερων σε ηλικία συμμετεχόντων υπήρχε η τάση για μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας, για λιγότερες ψυχαγωγικές δραστηριότητες και για μικρότερο προσανατολισμό σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Αντίθετα, σε αυτές τις οικογένειες ήταν αυξημένος ο προσανατολισμός για επιτεύγματα.

Τέλος, επισημαίνεται ότι καμία από τις υποκλίμακες ή τους τομείς της Κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος δε συσχετίστηκε κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο με καμία από τις υποκλίμακες και κανέναν από τους δείκτες της Κλίμακας ψυχοπαθολογίας.

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Οικογενειακών Στρατηγικών Αντιμετώπισης (F-COPES)

Οι στρατηγικές με τις οποίες οι οικογένειες των ασθενών με γλαύκωμα αντιμετωπίζουν τα εκάστοτε προβλήματά τους αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα F-COPES. Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις πέντε υποκλίμακες αλλά και η συνολική τους βαθμολογία στην Κλίμακα F-COPES (Πίνακας 3).

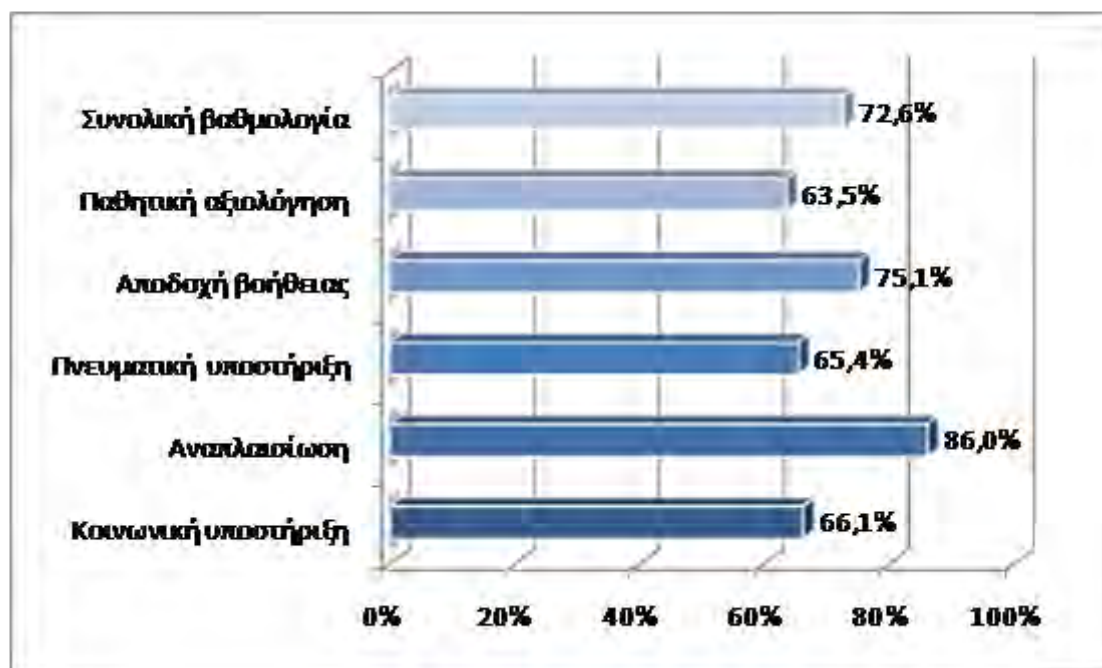
Σημειώνεται ότι οι βαθμολογίες στις ερωτήσεις της υποκλίμακας της παθητικής αξιολόγησης έχουν αναστραφεί. Έτσι όσο μεγαλύτερη βαθμολογία έχει κάποιος σε αυτήν την υποκλίμακα τόσο λιγότερο σημαίνει ότι χρησιμοποιεί η οικογένειά του αντίστοιχες τεχνικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Κοινωνική υποστήριξη	9	42	29,74±7,58
Αναπλαισίωση	12	40	34,41±4,99
Πνευματική υποστήριξη	5	20	13,07±4,40
Αποδοχή βοήθειας	7	20	15,02±3,68
Παθητική αξιολόγηση	4	17	12,69±2,94
Συνολική βαθμολογία	76	133	108,88±12,85

Πίνακας 3. Αποτελέσματα για την Κλίμακα F-COPES

Στο επόμενο διάγραμμα μπορούμε να δούμε τις βαθμολογίες στην Κλίμακα F-COPES μετά από μετατροπή τους σε εκατοστιαία αναλογία (Διάγραμμα 11). Η υψηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στην υποκλίμακα της αναπλαισίωσης, γεγονός που συνεπάγεται ότι οι οικογένειες των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσαν πιο συχνά

τεχνικές αναπλαισίωσης, ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην οικογένειά τους.



Διάγραμμα 11. Αποτελέσματα για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας F-COPEs σε εκατοστιαία κλίμακα

Η επιλογή ορισμένων από τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων στις οικογένειες των συμμετεχόντων φάνηκε να επηρεάζεται κατά περίπτωση από το φύλο τους, από το αν έχουν ή όχι κάποιο σύντροφο και από το αν αντιμετωπίζουν πρόβλημα μόνο στο ένα μάτι ή και στα δύο. Πιο αναλυτικά, οι άνδρες δήλωσαν ότι στις οικογένειές τους καταφεύγουν περισσότερο σε στρατηγικές πνευματικής υποστήριξης συγκριτικά με τις οικογένειες των γυναικών του δείγματος [$t(55)=-2,011, p=0,049$]. Επίσης, τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν περισσότερο τεχνικές αναπλαισίωσης σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν σύντροφο [$t(57)=-3,087, p=0,003$]. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν πρόβλημα και στα δυο τους μάτια υποστήριξαν ότι στις οικογένειές τους αναζητούν σε μεγαλύτερο βαθμό κοινωνική υποστήριξη για τη διαχείριση των προβλημάτων που ανακύπτουν απ' ό,τι οι οικογένειες των συμμετεχόντων με πρόβλημα μόνο στο ένα τους μάτι [$t(56)=-2,520, p=0,015$].

Κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στις υποκλίμακες της Κλίμακας F-COPEs και τις υποκλίμακες και τους δείκτες της Κλίμακας ψυχοπαθολογίας και της Κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος

προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Αρχικά βρέθηκε μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της Κλίμακας ψυχοπαθολογίας (Pearson's $r=-0,341$, $p=0,009$). Η συσχέτιση αυτή υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες που καταφεύγουν πιο συχνά σε τεχνικές κοινωνικής υποστήριξης για την επίλυση προβλημάτων στις οικογένειές τους έχουν μικρότερη ενόχληση από τα όποια συμπτώματα ψυχοπαθολογίας εκδηλώνουν. Στη συνέχεια βρέθηκε μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα της αναπλαισίωσης και το γενικό δείκτη συμπτωμάτων της Κλίμακας ψυχοπαθολογίας (Pearson's $r=-0,353$, $p=0,006$), γεγονός που συνεπάγεται ότι η συχνότερη χρήση αντίστοιχων τεχνικών συνδέεται με μειωμένη εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Τέλος, η υποκλίμακα της πνευματικής υποστήριξης συσχετίστηκε θετικά με την υποκλίμακα της προσωπικής ανάπτυξης της Κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος (Pearson's $r=0,399$, $p=0,003$), υποδηλώνοντας ότι η τάση για αναζήτηση τεχνικών πνευματικής υποστήριξης συνδέεται με την τάση για προσωπική ανάπτυξη στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αποτελέσματα για την Κλίμακα πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας (SpREUK)

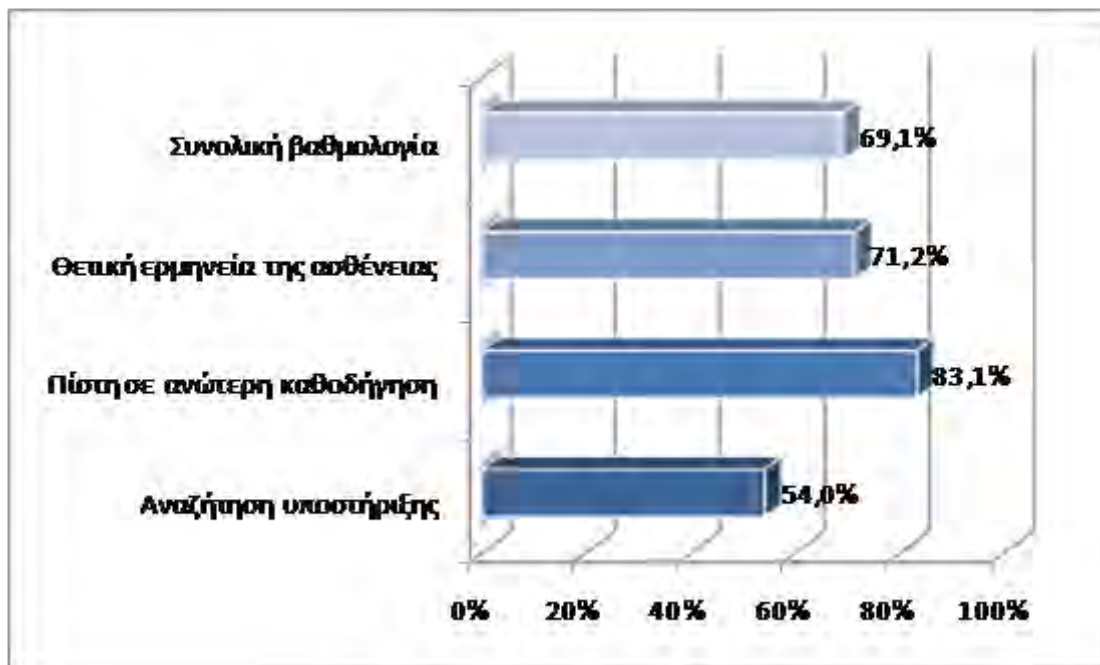
Με τη βοήθεια της Κλίμακας πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας αξιολογήθηκαν οι αντίστοιχες στάσεις των ασθενών με γλαύκωμα στην παρούσα έρευνα. Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται περιγραφικά στοιχεία για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία της εν λόγω κλίμακας (Πίνακας 4).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Αναζήτηση υποστήριξης	5	25	10,80±4,80
Πίστη σε ανώτερη καθοδήγηση	5	25	16,42±3,47
Θετική ερμηνεία της ασθένειας	5	25	14,24±4,53
Συνολική βαθμολογία	21	75	41,44±10,37

Πίνακας 4. Αποτελέσματα για την Κλίμακα πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας

Μετά από μετατροπή των αποτελεσμάτων της κλίμακας σε εκατοστιαία αναλογία προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της πίστης σε κάποια ανώτερη καθοδήγηση και τη χαμηλότερη στην υποκλίμακα της αναζήτησης υποστήριξης (Διάγραμμα 12).

Ο μοναδικός παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει τις βαθμολογίες των ασθενών με γλαύκωμα στην Κλίμακα πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας ήταν αυτός του φύλου. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες της αναζήτησης υποστήριξης [$t(57)=-2,713, p=0,009$] και της πίστης σε κάποια ανώτερη καθοδήγηση [$t(57)=-2,076, p=0,042$] βρέθηκε ότι ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες στους άνδρες της παρούσας έρευνας σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ενδεικτικά, το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι οι άνδρες θεωρούσαν περισσότερο από τις γυναίκες ότι η ασθένειά τους είχε ανανεώσει το ενδιαφέρον τους για πνευματικά ερωτήματα ή ότι είχαν πίστη στην πνευματική καθοδήγηση στη ζωή τους. Αντίστοιχα, οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας [$t(57)=-2,704, p=0,009$].



Διάγραμμα 12. Αποτελέσματα για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας SpREUK σε εκατοστιαία κλίμακα

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται μόνον οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της Κλίμακας πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας με υποκλίμακες και δείκτες των προηγούμενων ερωτηματολογίων (Πίνακας 5). Υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα της αναζήτησης υποστήριξης συνεπάγονταν και υψηλές βαθμολογίες στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων, στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στην υποκλίμακα της πνευματικής υποστήριξης. Όσον αφορά στις βαθμολογίες στην υποκλίμακα της πίστης σε κάποια ανώτερη καθοδήγηση βρέθηκε ότι αυξάνονταν αντίστοιχα με τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες της προσωπικής ανάπτυξης και της πνευματικής υποστήριξης. Τέλος, οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα της θετικής ερμηνείας της ασθένειας συσχετιζόνταν θετικά με τις βαθμολογίες του δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και με τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες της πνευματικής υποστήριξης, της αποδοχής βοήθειας και της παθητικής αξιολόγησης. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι όσο αυξανόταν η βαθμολογία στην υποκλίμακα της θετικής ερμηνείας της ασθένειας αυξάνονταν αντίστοιχα και οι βαθμολογίες στους προαναφερόμενους δείκτες και υποκλίμακες.

	Αναζήτηση υποστήριξης	Πίστη σε ανώτερη καθοδήγηση	Θετική ερμηνεία της ασθένειας
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,262*	0,170	0,246
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,271*	0,116	0,346**
Προσωπική ανάπτυξη	0,250	0,298*	0,205
Πνευματική υποστήριξη	0,592**	0,598**	0,414**
Αποδοχή βοήθειας	0,178	0,128	0,273*
Παθητική αξιολόγηση	0,110	0,198	0,295*

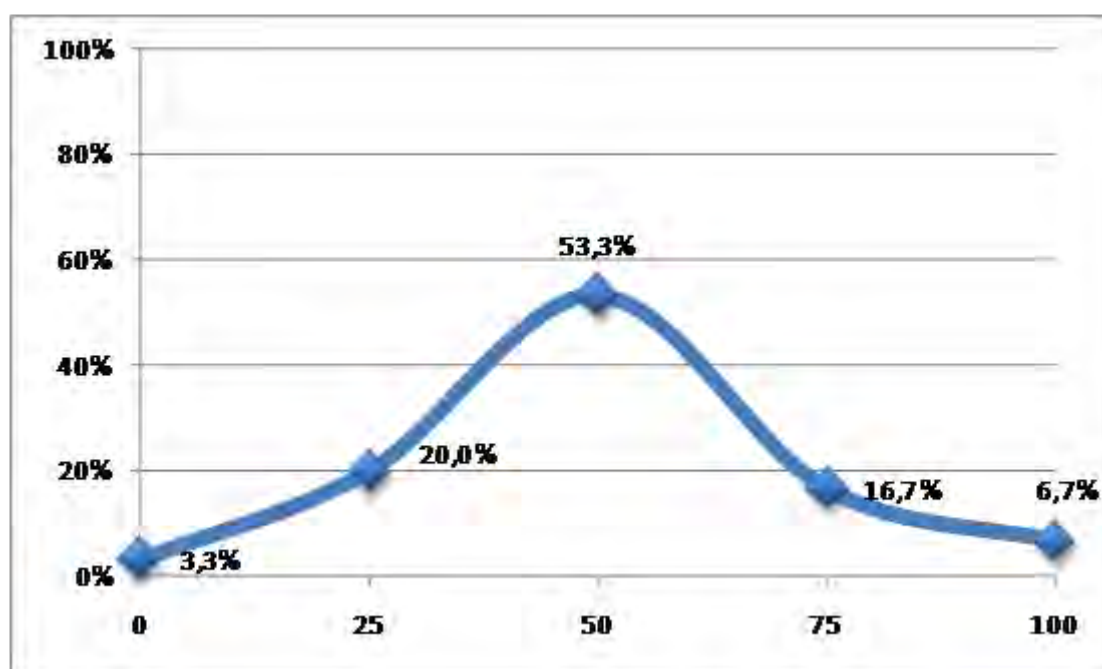
Πίνακας 5. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της Κλίμακας πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων με Δείκτες και υποκλίμακες των προηγούμενων ερωτηματολογίων

****:** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

*****: Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05

Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας (VFQ-25)

Η οπτική λειτουργία των ασθενών με γλαύκωμα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων για αυτό το ερωτηματολόγιο θα ξεκινήσει με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανεξάρτητης ερώτησης για την αξιολόγηση της γενικής υγείας των ασθενών με γλαύκωμα. Τα αποτελέσματα που παρατίθενται στο διάγραμμα που ακολουθεί προέκυψαν μετά από αναγωγή των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε εκατοστημόρια σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή του ερωτηματολογίου (Διάγραμμα 13). Με βάση αυτήν την πληροφορία παρατηρούμε ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες αξιολογούν τη γενική κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια (50^ο εκατοστημόριο), ενώ μόνο το 3,3% του δείγματος την αξιολογεί ως κακή (0^ο εκατοστημόριο) και μόνο το 6,7% του δείγματος την αξιολογεί ως άριστη (100^ο εκατοστημόριο).



Διάγραμμα 13. Αξιολόγηση της γενικής υγείας των ασθενών με γλαύκωμα

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου οπτικής λειτουργίας και για τη συνολική του βαθμολογία (Πίνακας 6). Με βάση τα στοιχεία αυτά προέκυψε ότι οι ασθενείς με γλαύκωμα είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στην

υποκλίμακα της ψυχικής υγείας και την υψηλότερη στην υποκλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Γενική όραση	20	100	66,00±16,18
Οφθαλμικό άλγος	25	100	68,33±20,90
Κοντινή όραση	8	100	74,93±22,97
Μακρινή όραση	0	100	81,94±21,34
Κοινωνική λειτουργικότητα*	13	100	92,08±17,06
Ψυχική υγεία*	6	94	62,15±20,74
Δυσκολίες στον κοινωνικό ρόλο*	13	100	73,73±24,53
Εξάρτηση*	8	100	74,58±23,89
Οδήγηση	0	100	73,25±28,68
Χρωματική αντίληψη	25	100	91,53±20,56
Περιφερική όραση	25	100	90,83±17,20
Συνολική βαθμολογία	15	96	77,22±15,88

Πίνακας 6. Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας

*ειδικά σχετιζόμενες με την όραση

Η συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου οπτικής λειτουργίας βρέθηκε ότι επηρεάζεται από το φύλο των ασθενών [$t(58)=2,364, p=0,021$], την ηλικία τους (Pearson's $r=-0,291, p=0,024$), το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Pearson's $r=0,342, p=0,008$) και την επαγγελματική τους κατάσταση [$t(58)=2,338, p=0,023$]. Αναφορικά με το φύλο διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο οπτικής λειτουργίας, γεγονός που συνεπάγεται και καλύτερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης οπτικής δεινότητας. Σε σχέση με την ηλικία βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα με την όρασή τους συγκριτικά με τους μικρότερους συμμετέχοντες. Επίσης, η συσχέτιση του επιπέδου οπτικής λειτουργίας με το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων υποδηλώνει μια ξεκάθαρη τάση να έχουν καλύτερη οπτική λειτουργία τα άτομα που έχουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης και που εργάζονται. Τέλος, η συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου οπτικής

λειτουργίας βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με το γενικό δείκτη συμπτωμάτων (Pearson's $r=-0,339$, $p=0,009$) και με το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (Pearson's $r=-0,355$, $p=0,006$) της Κλίμακας ψυχοπαθολογίας, καθώς και με την υποκλίμακα της αναζήτησης υποστήριξης της Κλίμακας πνευματικών και θρησκευτικών στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας (Pearson's $r=-0,261$, $p=0,046$). Το πρότυπο αυτών των συσχετίσεων υποδηλώνει μια τάση όταν αυξάνεται η συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου οπτικής λειτουργίας να μειώνονται αντίστοιχα οι βαθμολογίες στους προαναφερόμενους δείκτες και υποκλίμακες.

Συζήτηση

Στην εργασία αυτή διερευνήθηκαν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με γλαύκωμα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με το οικογενειακό τους περιβάλλον και τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του χρόνιου προβλήματός των ασθενών αυτών. Για το λόγο αυτό διερευνήθηκαν 60 ασθενείς με γλαύκωμα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία γλαυκώματος του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, με τη χρήση ερωτηματολογίων όπως η κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90, η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), η Κλίμακα Οικογενειακών Στρατηγικών Αντιμετώπισης (F-COPES), η Κλίμακα Πνευματικών και Θρησκευτικών Στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας (SpREUK) και το Ερωτηματολόγιο Οπτικής Λειτουργίας (VFQ). Στο δείγμα αυτό μεγαλύτερη αντιπροσώπευση είχαν οι γυναίκες, οι έγγαμοι, οι ηλικιωμένοι, οι απόφοιτοι Δημοτικού, οι συνταξιούχοι και οι κάτοικοι μεγάλων πόλεων. Τα δύο τρίτα των ασθενών έπασχαν και στα δύο μάτια, ενώ στους περισσότερους το γλαύκωμα ήταν το κύριο ή το μόνο πρόβλημα όρασης.

Ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και μέτρια επίπεδα σωματοποίησης και άγχους. Περιέγραφαν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως μη συγκρουσιακό αλλά προσανατολισμένο στη συνοχή, στα επιτεύγματα και στην οργάνωση, ενώ δήλωσαν την αναπλαισίωση και την κοινωνική υποστήριξη ως τις κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων στις οικογένειές τους. Σε ό,τι αφορά τις πνευματικές και θρησκευτικές στάσεις για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, οι συμμετέχοντες έδειξαν περισσότερη πίστη σε κάποια ανώτερη καθοδήγηση και λιγότερο αναζήτηση της υποστήριξης. Σχετικά με την οπτική τους λειτουργία, οι ασθενείς παραπονέθηκαν περισσότερο για τη γενική τους όραση καθώς και για οφθαλμικό άλγος, αλλά κυριότερα από όλα στην επίδραση της κακής όρασης στην ψυχολογική τους υγεία.

Η σημαντικότερη ψυχολογική δυσχέρεια που ανέφεραν οι ασθενείς της παρούσας έρευνας στα πλαίσια του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL-90 ήταν η κατάθλιψη. Είναι γνωστό και από τη διεθνή (π.χ. Erb και συν., 1999: Weiss και συν., 2001: Uzma και συν., 2010) και ελληνική βιβλιογραφία (Μητσώνης, και συν., 2006) ότι οι ασθενείς με γλαύκωμα έχουν αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης, η οποία μάλιστα σχετίζεται με την επιδεινούμενη οπτική λειτουργία. Ο σημαντικότερος

δημογραφικός παράγοντας που συσχετίστηκε με την κατάθλιψη στο δείγμα μας ήταν το γυναικείο φύλο, όπως βρέθηκε και στην έρευνα της Gadalla (2008). Οι περισσότερες παρόμοιες έρευνες αναδεικνύουν επίσης την ηλικία ως παράγοντα κατάθλιψης (π.χ. Mabuchi και συν., 2012; Skalicky & Goldberg, 2008) αν και δεν συμφωνούν όλοι οι ερευνητές (Wilson, 2002). Στην παρούσα έρευνα, παρότι υπήρχε μια μικρή συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης κατάθλιψης και μεγάλης ηλικίας, αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική, πιθανότατα λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν συγκεντρωμένοι σε μια μόνον ηλικιακή ομάδα.

Το άγχος και οι εκδηλώσεις του (σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, ιδεοψυχαναγκασμοί) αναφέρθηκαν σε μικρότερο αλλά αξιοπρόσεκτο ποσοστό στους ασθενείς του δείγματός μας. Παρότι και άλλες έρευνες, όπως των Uzma και συν. (2010) ή των Μητσώνη, και συν., (2006) έχουν δείξει ότι η ανησυχία και το άγχος είναι συχνά στους γλαυκωματικούς ασθενείς, υπάρχει μια τάση το άγχος να αναδεικνύεται ως πιο συχνό ψυχολογικό χαρακτηριστικό ακόμα και από την κατάθλιψη (Mabuchi και συν., 2012). Αυτό έρχεται σε φαινομενική αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου το άγχος έχει μικρότερη επικράτηση συγκριτικά με την κατάθλιψη. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό πιθανότατα οφείλεται στην τάση της ανησυχίας να συσχετίζεται με τους νεαρότερους και η κατάθλιψη με τους πιο ηλικιωμένους (Jampel και συν., 2007; Mabuchi και συν., 2012). Στο δείγμα της έρευνάς μας, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών ήταν ηλικίας 70 ετών και άνω και επομένως πιο πιθανόν να εκδηλώνουν δυσθυμία και μελαγχολία. Το εύρημα ότι τα αντιλαμβανόμενα στρεσογόνα γεγονότα τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στα πρόσφατα χρόνια συσχετίζεται με πολλές ψυχολογικές δυσχέρειες μπορεί να ερμηνευθεί αμφίδρομα. Είτε τα στρεσογόνα γεγονότα αυξάνουν τα επίπεδα άγχους, σωματοποίησης, κατάθλιψης και γενικότερα ψυχοπαθολογίας, είτε οι άνθρωποι με περισσότερο έντονα αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά έχουν την τάση να ενθymούνται ή και να μεγαλοποιούν τη βαρύτητα των διαφόρων γεγονότων της ζωής τους.

Σε ό,τι αφορά τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών με γλαύκωμα, δε φαίνεται να υπάρχουν δημοσιευμένες εργασίες που να έχουν μελετήσει σε βάθος αυτήν την πλευρά του γλαυκώματος. Ενδιαφέρον, πάντως, παρουσιάζει η ισχυρή συνοχή, ο προσανατολισμός στα επιτεύγματα, η υψηλή οργάνωση και η σχετικά μικρή παρουσία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, που αναφέρουν οι ασθενείς για τις οικογένειές τους, χαρακτηριστικά που στερεοτυπικά

αποδίδονται στην παραδοσιακή ελληνική οικογένεια. Εξάλλου, η αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την εκφραστικότητα, την ανεξαρτησία και την ψυχαγωγία μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς μεγάλωσαν σε πιο αυστηρές και περιορισμένες οικογένειες και αναπαράγουν αυτό το πρότυπο και στην τρέχουσα οικογένειά τους.

Από την έναρξη των συμπτωμάτων, οι ασθενείς με γλαύκωμα αναπτύσσουν μια σειρά από στρατηγικές αντιμετώπισης (Wu και συν., 2012). Σε μια προσπάθεια να μην αποκαλύπτουν την οπτική τους αναπηρία στον κοινωνικό τους περίγυρο, οι ασθενείς αυτοί καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια στην καθημερινή τους ζωή και συνεπακόλουθα κουράζονται περισσότερο (Green και συν., 2002). Σε ένα παρόμοιο εύρημα έχει καταλήξει και η παρούσα έρευνα, όπου η υποκλίμακα αποδοχής βοήθειας του ερωτηματολογίου FES έχει μια από τις μικρότερες βαθμολογίες. Αντίθετα, τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους φαίνεται να εστιάζουν σε περισσότερο εσωστρεφείς στρατηγικές, όπως η αναπλαισίωση.

Χαρακτηριστικό της ελληνικής κοινωνίας είναι και η λήψη πνευματικής υποστήριξης από την πίστη σε μια ανώτερη πηγή ή καθοδήγηση, που ήταν η κύρια στρατηγική αντιμετώπισης, όπως μετρήθηκε από την Κλίμακα Πνευματικών και Θρησκευτικών Στάσεων κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας (SpREUK). Εντούτοις η στροφή προς τη θρησκεία φαίνεται να είναι μια κοινή στρατηγική που παρατηρήθηκε και σε χώρες εκτός της Ελλάδας, όπως στην Κίνα (π.χ. στην έρευνα των Wu και συν., 2012), στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (π.χ. στην έρευνα των Stewart και συν., 2011 ή των Rhee και συν., 2002). Η θρησκευτική υποστήριξη αφορά οτιδήποτε προσφέρει ανακούφιση στον ασθενή προσωπικά και μπορεί να περιλαμβάνει από διαδεδομένες θρησκείες όπως ο Χριστιανισμός μέχρι και εναλλακτικές, πνευματικές θεραπείες (Rhee και συν., 2002). Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί ότι υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι και στο γλαύκωμα η ισχυρότερη θρησκευτική πίστη συσχετίζεται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, υψηλότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή (Stewart και συν., 2011).

Με βάση το Ερωτηματολόγιο Οπτικής Λειτουργίας οι πλευρές της όρασης που αξιολογήθηκαν ευνοϊκότερα από το δείγμα μας ήταν η κοινωνική λειτουργικότητα, η χρωματική αντίληψη και η περιφερική όραση, ενώ οι πλευρές που αξιολογήθηκαν χειρότερα ήταν η ψυχική υγεία σχετιζόμενη με την όραση, η γενική όραση και το οφθαλμικό άλγος. Αυτό το πρότυπο απαντήσεων επαναλήφθηκε σχεδόν

όμοιο και στην έρευνα των Lin & Yang (2009) στην Ταϊβάν που μελέτησαν με το ίδιο ακριβώς ερωτηματολόγιο τη συσχέτιση οπτικής λειτουργίας και ποιότητας ζωής. Μια διαφοροποίηση από την έρευνά μας, ήταν η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασιατών ασθενών από την οδήγηση, ένα εύρημα που οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα μας έχει πολύ μεγαλύτερη αναλογία γυναικών και ηλικιωμένων από ό,τι το δείγμα των Lin & Yang. Στην συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι τόσο το γυναικείο φύλο όσο και η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίζονται με μεγαλύτερη αυτοαναφορά προβλημάτων όρασης, όπως ακριβώς βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα. Επίσης, οι Lin & Yang (2009) βρήκαν έναν αριθμό θετικών συσχετίσεων μεταξύ οπτικής λειτουργίας και πνευματικής υγείας, όπως μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-36. Το ίδιο εύρημα από την αντίστροφη πλευρά βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη, όπου η οπτική λειτουργία συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαρύτητα και την ενόχληση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, όπως αυτά μετρήθηκαν από αντίστοιχους δείκτες του SCL-90.

Συνοπτικά, η έρευνα αυτή αποτέλεσε μια καινοτόμο προσπάθεια καταγραφής των ψυχολογικών χαρακτηριστικών, των συνθηκών του οικογενειακού περιβάλλοντος και των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών αντιμετώπισης των Ελλήνων ασθενών με γλαύκωμα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρωτοτυπία της μελέτης αυτής αντικατοπτρίζεται και από την ένδεια παρόμοιων ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία. Ένα ακόμα δυνατό στοιχείο αυτής της έρευνας ήταν η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων. Από την άλλη μεριά, ένας περιορισμός της έρευνας αυτής ήταν ότι λόγω των συνθηκών πραγματοποίησης της έρευνας δεν ήταν δυνατόν να καταγραφούν αρκετά κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά του γλαυκώματος, όπως ο τύπος του γλαυκώματος, η φαρμακευτική αγωγή και οι διάφορες μεταβλητές περιγραφής του οπτικού ελλείματος. Σε μια μελλοντική νέα μελέτη ή επέκταση της παρούσας, θα μπορούσε επίσης να αξιολογηθεί η μελέτη της επίδρασης της συντηρητικής ή παρεμβατικής αντιμετώπισης στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Συμπερασματικά, λοιπόν, το γλαύκωμα φαίνεται να επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχολογικών δυσχερειών και κυρίως της κατάθλιψης, του άγχους και της ανησυχίας για επιδείνωση της όρασής τους. Είναι σημαντική η ενημέρωση των γλαυκωματικών ασθενών και η ενθάρρυνσή τους ότι με την κατάλληλη και προσεκτική φροντίδα θα μπορέσουν να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα όρασης και ποιότητας ζωής για όλη τους τη ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Ν. (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, τόμος Β'. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις..
- Adatia FA, Damji KF. (2005). Chronic open-angle glaucoma. Review for primary care physicians. *Canadian Family Physician*, 51(9), 1229-1237
- Broman AT, Munoz B, Rodriguez J, et al. (2002). The impact of visual impairment and eye disease on vision-related quality of life in a Mexican-American population: Proyecto VER. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 43:3393–3398.
- Cumurcu T, Cumurcu BE, Celikel FC, Etikan I. (2060). Depression and anxiety in patients with pseudoexfoliative glaucoma. *Gen Hosp Psychiatry*, 28(6):509-15.
- Γείτονα Μ. (2004). Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Βόλος:Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Erb C, Batra A, Lietz A, Bayer AU, Flammer J, Thiel HJ. (1999). Psychological characteristics of patients with normal-tension glaucoma. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 237(9):753-7.
- Freeman EE, Muñoz B, West SK, Jampel HD, Friedman DS. (2008). Glaucoma and quality of life: the Salisbury Eye Evaluation. *Ophthalmology*, 115(2):233-8.
- Gadalla TM. (2008). Disability Associated with Comorbid Anxiety Disorders in Women with Chronic Physical Illness in Ontario, Canada. *Women Health*, 48(1):1-20.
- Goldberg I, Clement CI, Chiang TH, Walt JG, Lee LJ, Graham S, Healey PR. (2009). Assessing quality of life in patients with glaucoma using the Glaucoma Quality of Life-15 (GQL-15) questionnaire. *J Glaucoma*, 18(1):6-12.
- González G, Gutiérrez, Martín B, González G, Cuesta S, Cuadrado V, Armendáriz S. (2007). Usefulness of a glaucoma and ocular hypertension screening strategy in primary care. *Aten Primaria*, 39(4):181-4.
- Hamelin N. (2008). The physician-patient relationship in glaucoma. *J Fr Ophtalmol*, 31(6 Pt 2):2S39-44.
- Iester M, Zingirian M. (2002). Quality of life in patients with early, moderate and advanced glaucoma. *Eye (Lond)*, 16(1):44-9.

- Jampel HD, Frick KD, Janz NK, Wren PA, Musch DC, Rimal R, Lichter PR; CIGTS Study Group. (2007). Depression and mood indicators in newly diagnosed glaucoma patients. *Am J Ophthalmol*, 144(2):238-244.
- Janz NK, Wren PA, Guire KE, Musch DC, Gillespie BW, Lichter PR; Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study. (2007). Fear of blindness in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: patterns and correlates over time. *Ophthalmology*, 114(12):2213-20.
- Janz NK, Wren PA, Lichter PR, Musch DC, Gillespie BW, Guire KE, Mills RP; CIGTS Study Group. (2001). The Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: interim quality of life findings after initial medical or surgical treatment of glaucoma. *Ophthalmology*, 108(11):1954-65.
- Janz NK, Wren PA, Lichter PR, Musch DC, Gillespie BW, Guire KE. (2001). Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients : The Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study. *Ophthalmology*. 108(5):887-98.
- Kadoi C, Hayasaka S, Tsukamoto E, Matsumoto M, Hayasaka Y, Nagaki Y. (2000). Bilateral angle closure glaucoma and visual loss precipitated by antidepressant and anti-anxiety agents in a patient with depression. *Ophthalmologica*, 214(5):360-1.
- Kanski J. (2004). *Κλινική Οφθαλμολογία*, 4 έκδοση. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Kroenke K, Spitzer RL. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*, 60(2):150-5.
- Leydhecker W. (1990). *Οφθαλμολογία*, 21η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Lundmark PO, Trope GE, Shapiro CM, Flanagan JG. (2009). Depressive symptomatology in tertiary-care glaucoma patients. *Can J Ophthalmol*, 44(2):198-204.
- Mabuchi F, Yoshimura K, Kashiwagi K, Shioe K, Yamagata Z, Kanba S, Iijima H, Tsukahara S. (2008). High prevalence of anxiety and depression in patients with primary open-angle glaucoma. *J Glaucoma*, 17(7):552-7.
- Mabuchi F, Yoshimura K, Kashiwagi K, Yamagata Z, Kanba S, Iijima H, Tsukahara S. (2012). Risk factors for anxiety and depression in patients with glaucoma. *Br J Ophthalmol*, 96(6):821-5.
- Madianos MG, Stefanis CN. (1995). Who needs treatment? A nationwide psychiatric case identification study. *Psychopathology*, 25(4):212-7.

- McGwin G Jr, Owsley C, Ball K. (1998). Identifying crash involvement among older drivers: agreement between self-report and state records. *Accid Anal Prev*, 30(6):781-91
- McKean-Cowdin R, Varma R, Wu J, Hays RD, Azen SP; Los Angeles Latino Eye Study Group. (2007). Severity of visual field loss and health-related quality of life. *Am J Ophthalmol*. 143(6):1013-23.
- McKean-Cowdin R, Wang Y, Wu J, Azen SP, Varma R; Los Angeles Latino Eye Study Group. (2008). Impact of visual field loss on health-related quality of life in glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology*, 115(6):941-948.
- Mitsonis Ch, Dimopoulos N, Psarra V, Santa Z, Letsas C, Mitsonis M. (2006). Depression and anxiety in patients with glaucoma: a prospective, case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 5(Suppl 1):S316.
- Μυλόπουλος Ν, Βαϊοπούλου Α. (2005). Οκταετής εμπειρία από την τοποθέτηση της βαλβίδας γλαυκώματος Ahmed. *Οφθαλμολογία*, 17(4):262-265.
- Odberg T, Jakobsen JE, Hultgren SJ, Halseide R. (2001). The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. II. Patient response correlated to objective data. *Acta Ophthalmol Scand*, 79(2):121-4.
- Odberg T, Riise D. (1987). Early diagnosis of glaucoma. II. The value of the initial examination in ocular hypertension. *Acta Ophthalmol (Copenh)*, 65(1):58-62.
- Olthoff CM, Schouten JS, van de Borne BW, Webers CA. (2005). Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension an evidence-based review. *Ophthalmology*, 112(6):953-61.
- Πετούνης Α, Τερζίδου Χ, Λαμπίρης Γ. (2004). Ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε γλαυκωματικούς ασθενείς εργαστηρίου γλαυκώματος Γενικού νοσοκομείου. *Οφθαλμολογία*, 16(1):37-42.
- Podolsky MM. (1998). Exposing glaucoma. Primary care physicians are instrumental in early detection. *Postgrad Med*, 103(5):131-6, 142-3, 147-8.
- Popescu ML, Boisjoly H, Schmaltz H, Kergoat MJ, Rousseau J, Moghadaszadeh S, Djafari F, Freeman EE. (2012). Explaining the relationship between three eye diseases and depressive symptoms in older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 53(4):2308-13.
- Pouwer F, Hermanns N. (2009). Insulin therapy and quality of life. A review. *Diabetes Metab Res Rev*, 25 Suppl 1:S4-S10.

- Quigley HA, Tielsch JM, Katz J, Sommer A. (1996). Rate of progression in open-angle glaucoma estimated from cross-sectional prevalence of visual field damage. *Am J Ophthalmol*, 122: 355–3636.
- Ramrattan RS, Wolfs RC, Panda-Jonas S, et al. (2001). Prevalence and causes of visual field loss in the elderly and associations with impairment in daily functioning: the Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol*, 119:1788–94.
- Ramulu PY, West SK, Munoz B, Jampel HD, Friedman DS. (2009). Driving cessation and driving limitation in glaucoma: the Salisbury Eye Evaluation Project. *Ophthalmology*, 116(10):1846-53.
- Σαχίνη–Καρδάση Α, Πάνου, Μ. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Skalicky S, Goldberg I. (2008). Depression and quality of life in patients with glaucoma: a cross-sectional analysis using the Geriatric Depression Scale-15, assessment of function related to vision, and the Glaucoma Quality of Life-15. *J Glaucoma*, 17(7):546-51.
- Sloane ME, Ball K, Owsley C, Bruni JR, Roenker, DL. (1992). The Visual Activities Questionnaire: Developing an instrument for assessing problems in everyday visual tasks. *Technical Digest, Noninvasive Assessment of the Visual System, Topical Meeting of the Optical Society of America*.
- Στάγκος Ν. (2001). *Σημειώσεις Οφθαλμολογίας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Uenishi Y, Tsumura H, Miki T, Shiraki K. (2003). Quality of life of elderly Japanese patients with glaucoma. *Int J Nurs Pract*, 9(1):18-25.
- Uzma Fasih, M.Munir Hamirani, Asad Raza Jafri, S Urooj Riaz, Arshad Shaikh (2012). Assessment of Anxiety and Depression in Primary Open Angle Glaucoma Patients (A Study of 100 Cases). *Pak J Ophthalmol*, 26(3):143-147.
- Verbrugge LM, Patrick DL. (1995). Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health*, 85(2):173-82.
- Viswanathan AC, McNaught AI, Poinosawmy D, Fontana L, Crabb DP, Fitzke FW, Hitchings RA. (1999). Severity and stability of glaucoma: patient perception compared with objective measurement. *Arch Ophthalmol*, 117(4):450-4.

- Weiss GA, Goldich Y, Bartov E, Burgansky-Eliash Z (2011). Compliance with eye care in glaucoma patients with comorbid depression. *Isr Med Assoc J*, 13(12):730-4.
- Weissman MM, Klerman GL. (1977). The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry*, 18(6):523-32.
- Wen W, Sun XH. (2012). Primary glaucoma and psychological characteristics. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*, 46(6):566-71.
- Wilson MR, Coleman AL, Yu F, Fong Sasaki I, Bing EG, Kim MH. (2002). Depression in patients with glaucoma as measured by self-report surveys. *Ophthalmology*, 109(5):1018-22.
- Yochim BP, Mueller AE, Kane KD, Kahook MY. (2012). Prevalence of cognitive impairment, depression, and anxiety symptoms among older adults with glaucoma. *J Glaucoma*, 21(4):250-4.
- Ψύλλας Κ. (1994). *Εισαγωγή στην Οφθαλμολογία και στην Νευροοφθαλμολογία*, 2η έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κείμενα από το διαδίκτυο

- Bournias T. (2004). Glaucoma: The quality of life factor. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.revophth.com>
- Fleming C, Whitlock E, Beil T, Smit B. (2005). Primary Care Screening for Ocular Hypertension and Primary Open-Angle Glaucoma. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42905/>
- Onunkwur C. (2011). Assessment of knowledge about glaucoma amongst patients attending an eye clinic in Abuja, Nigeria. Διατριβή, διαθέσιμη στο: <http://uir.unisa.ac.za/handle/10500/4924>
- Παλλήκαρης Ι. (2012). *Οπτική και όραση*. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.optics-vision.gr/optics>
- Παπαδέδες Γ. (2009). *Ανατομία / Φυσιολογία του οφθαλμού*. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.eyespecialist.gr/anatomy>
- Σβώλου Α. (2012). *250.000 Έλληνες πάσχουν από γλαύκωμα και οι μισοί δεν το γνωρίζουν*. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.health-view.gr>
- Τερζίδου Χ. (2010). *Χρόνιο Γλαύκωμα II. Στρατηγικές προσέγγισης*. Ανακτήθηκε από τη σελίδα: <http://www.eyenet.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



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



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;..... ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ/Α

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ
ΟΙΚΙΑΚΑ
ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;

ΠΟΙΟ ΜΑΤΙ ΕΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ; ΔΕΞΙ
ΑΡΙΣΤΕΡΟ
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ

ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΧΕΙ ΤΟ ΜΑΤΙ ΣΑΣ;.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ (πχ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου κατοικίας, κ.α.); **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;**

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 5 ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ασημέλιτος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4

27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4

61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να ταιριάζει περισσότερο στη συμπεριφορά σας.

Όταν αντιμετωπίζουμε προβλήματα ή δυσκολίες μέσα στην οικογένειά μας, συμπεριφερόμαστε με τον ακόλουθο τρόπο:	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΥΤΕ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ
			Ω, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	Ω, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	Ω, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ
			Ω		
1. Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας	1	2	3	4	5
2. Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους	1	2	3	4	5
3. Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα	1	2	3	4	5
5. Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)	1	2	3	4	5
6. Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας	1	2	3	4	5
7. Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
8. Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)	1	2	3	4	5
9. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας	1	2	3	4	5
10. Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες	1	2	3	4	5
11. Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση	1	2	3	4	5
12. Βλέπουμε τηλεόραση	1	2	3	4	5
13. Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί	1	2	3	4	5
14. Πηγαίνουμε στην εκκλησία	1	2	3	4	5
15. Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής	1	2	3	4	5
16. Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας	1	2	3	4	5
17. Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων	1	2	3	4	5
18. Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση	1	2	3	4	5
19. Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα	1	2	3	4	5
20. Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο κλπ)	1	2	3	4	5
21. Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες	1	2	3	4	5
22. Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
23. Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
24. Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά	1	2	3	4	5
25. Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε	1	2	3	4	5
26. Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα	1	2	3	4	5
27. Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας	1	2	3	4	5
28. Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει	1	2	3	4	5
29. Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες	1	2	3	4	5
30. Έχουμε πίστη στο Θεό	1	2	3	4	5

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**». Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι « <i>πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι</i> ».		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεχτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάσταση σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένειά μου με οδήγησε σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά στην ασθένειά μου	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένειά μου με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	1	2	3	4	5
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι η ασθένειά μου έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11. Η ασθένειά μου είναι μια ευκαιρία για τη δική μου ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας της ασθένειάς μου επικεντρώνομαι πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή μου	1	2	3	4	5
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ 1^ο- ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΡΑΣΗ

VFQ-25 (Page 3 of 10)

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(Βάλτε κύκλο σε μια απάντηση)

1. Άριστη
2. Πολύ Καλή
3. Καλή
4. Μέτρια
5. Κακή

2. Σήμερα, η όραση και των δύο ματιών σας (με γυαλιά ή φακούς επαφής, αν φοράτε) θα λέγατε ότι είναι:

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Άριστη
2. Καλή
3. Μέτρια
4. Κακή
5. Πολύ κακή
6. Είμαι εντελώς τυφλός

3. Πόσο πολύ σας απασχολεί η κατάσταση της όρασής σας;

(Βάλτε κύκλο σε μια απάντηση)

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Συνεχώς

4. Τις ενοχλήσεις που έχετε μέσα ή γύρω από τα μάτια σας (για παράδειγμα, φαγούρα, κάψιμο ή πόνο) θα τις χαρακτηρίζατε ως:

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Μηδαμινές
2. Ήπιες
3. Μέτριες
4. Σοβαρές
5. Πολύ σοβαρές

ΜΕΡΟΣ 2^ο – ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν το κατά πόσο δυσκολεύεστε –αν βέβαια δυσκολεύεστε- σε κάποιες δραστηριότητες ενώ φοράτε τα γυαλιά σας ή τους φακούς επαφής σας (εάν τα χρησιμοποιείτε γι' αυτές τις δραστηριότητες).

5. Πόσο θα λέγατε ότι δυσκολεύεστε να διαβάσετε εφημερίδες με το συνηθισμένο μέγεθος γραμμάτων;

(Βάλτε σε κύκλο σε απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

6. Πόσο δυσκολεύεστε όταν κάνετε δουλειές ή χόμπι που απαιτούν καλή κοντινή όραση, τέτοιες όπως το μαγείρεμα, το ράψιμο, η τακτοποίηση σπιτιού ή η χρήση εργαλείων;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

7. Πόσο δυσκολεύεστε να βρίσκετε ένα αντικείμενο πάνω σε ένα γεμάτο ράφι εξαιτίας της όρασής σας;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

8. Πόσο δυσκολεύεστε να διαβάζετε τις πινακίδες στο δρόμο ή τα ονόματα των καταστημάτων;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

9. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να κατεβαίνετε σκαλιά, σκάλες ή κατηφόρες τη νύχτα ή με λίγο φως;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

10. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να αντιλαμβάνεστε αντικείμενα που βρίσκονται στο πλάι σας, όταν περπατάτε;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

11. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να αντιληφθείτε τις αντιδράσεις των άλλων σε αυτά που λέτε;

(Βάλτε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

12. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να διαλέγετε και να συνδυάζετε τα χρώματα των ρούχων σας;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

13. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να επισκέπτεστε ανθρώπους στα σπίτια τους ή να βγαίνετε έξω (όπως, για παράδειγμα, σε εστιατόρια, σε συγκεντρώσεις, στην εκκλησία, στο καφενείο);

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

14. Πόσο δυσκολεύεστε εξαιτίας της όρασης σας να πηγαίνετε σινεμά και να συμμετέχετε σε παιχνίδια ή αθλητικές δραστηριότητες;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

15. Αυτό τον καιρό οδηγείτε, έστω και λίγο;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Ναι → Πηγαίνετε στην Ερώτηση 15γ
2. Όχι

α. ΑΝ ΟΧΙ: Σταματήσατε να οδηγείτε ή δεν οδηγούσατε ποτέ;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν οδηγούσα ποτέ → Πηγαίνετε στο 3^ο Μέρος, Ερώτηση 17
2. Σταμάτησα να οδηγώ

β. ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΕΙΤΕ, γιατί σταματήσατε:

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Εξαιτίας κυρίως της όρασής σας → Πηγαίνετε στο 3^ο Μέρος, Ερώτηση 17
2. Εξαιτίας κυρίως άλλων αιτιών → Πηγαίνετε στο 3^ο Μέρος, Ερώτηση 17
3. Λόγω της όρασης αλλά και άλλων αιτιών → Πηγαίνετε στο 3^ο Μέρος, Ερώτηση 17

γ. ΑΝ ΟΔΗΓΕΙΤΕ: Πόσο δυσκολεύεστε όταν οδηγείτε μέρα σε περιοχές που γνωρίζετε καλά;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν δυσκολεύομαι καθόλου
2. Δυσκολεύομαι λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πολύ

16. Πόσο δυσκολεύεστε να οδηγείτε τη νύχτα;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

16^Α. Πόσο δυσκολεύεστε να οδηγείτε κάτω από δύσκολες συνθήκες όπως, για παράδειγμα, με άσχημο καιρό, σε ώρες με πολύ κίνηση, σε μεγάλους δρόμους ή μέσα στην πόλη;

(Βάλτε σε κύκλο μια απάντηση)

1. Δεν έχω καμία δυσκολία
2. Δυσκολεύομαι πολύ λίγο
3. Δυσκολεύομαι αρκετά
4. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ
5. Έχω σταματήσει να το κάνω εξαιτίας της όρασής μου
6. Έχω σταματήσει να το κάνω για άλλους λόγους / δεν με ενδιαφέρει

ΜΕΡΟΣ 3^ο: ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Οι επόμενες προτάσεις αφορούν το πόσο γενικά η δραστηριότητά σας επηρεάζεται από την όρασή σας. Για κάθε ερώτηση βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησης που σας εκφράζει.
(Βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό για κάθε πρόταση)

Εξαιτίας της όρασής μου:	Συνέχεια	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Ποτέ
17. <u>Καταφέρνω να κάνω λιγότερα</u> πράγματα από όσα θα ήθελα	1	2	3	4	5
18. <u>Περιορίζεται ο χρόνος</u> που μπορώ να εργαστώ ή να ασχοληθώ με άλλες δραστηριότητες	1	2	3	4	5
19. Πόσο συχνά ο πόνος ή οι ενοχλήσεις <u>μέσα ή γύρω από τα μάτια</u> (όπως κάψιμο, φαγούρα, πόνος) σας αποτρέπουν από το να κάνετε κάτι που θέλετε;	1	2	3	4	5

Για κάθε μια από τις επόμενες προτάσεις, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει το κατά πόσο αυτή η πρόταση ισχύει για σας.
(Βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό για κάθε πρόταση)

Εξαιτίας της όρασής μου:	Ισχύει απόλυτα	Συνήθως Ισχύει	Δεν είμαι σίγουρος	Συνήθως Δεν Ισχύει	Δεν Ισχύει ποτέ
20. Τον περισσότερο καιρό <u>μένω στο σπίτι μου</u>	1	2	3	4	5
21. Τον περισσότερο καιρό είμαι <u>απογοητευμένος</u>	1	2	3	4	5
22. Έχω πολύ <u>μικρό έλεγχο των πραγμάτων που κάνω</u>	1	2	3	4	5
23. Πρέπει να <u>βασίζομαι πολύ σε ό,τι μου λέγε οι άλλοι</u>	1	2	3	4	5
24. <u>Χρειάζομαι πολύ τη βοήθεια των άλλων</u>	1	2	3	4	5
25. Ανησυχώ ότι κάνω <u>πράγματα που δημιουργούν προβλήματα σ' εμένα ή στους άλλους</u>	1	2	3	4	5