

Οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με διαταραχή όρασης - οπτική αναπηρία

Ζουμπουλάκης Μ.^{*}, Καλλέ Π.^{**}, Αραποστάθης Κ.^{***}

^{*} Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ

^{**} Εκπαιδεύτρια Κινητικότητας/Προσανατολισμού και Δεξιοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης για άτομα με απώλεια όρασης

^{***} Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής Α.Π.Θ

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η εργασία έχει ανακοινωθεί στο 42^ο Παιδοδοντικό συνέδριο ως ελεύθερη ανακοίνωση.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στις οδοντιατρικές ανάγκες των ατόμων με διαταραχή όρασης - οπτική αναπηρία, αλλά και στην οδοντιατρική τους διαχείριση και αντιμετώπιση.

Έγινε διερεύνηση της βιβλιογραφίας που περιλαμβάνει επιδημιολογικά στοιχεία, τις συχνότερες αιτίες οπτικής αναπηρίας και αναζητήθηκαν κλινικά πρωτοκόλλα οδοντιατρικής αντιμετώπισης των ατόμων με οπτική αναπηρία. Ο αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία παγκοσμίως φτάνει τα 285.000.000 (39.000.000 τυφλοί, 246.000.000 μειωμένης όρασης). Επίσης, 19 εκατομμύρια παιδιά έχουν οπτική αναπηρία (12.000.000 μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα, 1.400.000 τυφλά). Αναφέρεται συσχέτιση μεταξύ οπτικής αναπηρίας και συστηματικών παθήσεων ενώ κάποια φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση στην όραση.

Τόσο για την πρόσβαση όσο και για την κίνηση στο χώρο ενός οδοντιατρείου, απαιτείται συγκεκριμένος σχεδιασμός όπως και γνώσεις βασικών κανόνων συνοδείας ενώ οι διάφορες τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς θα πρέπει να τροποποιούνται και κάποιες να μην χρησιμοποιούνται.

Η ουλίτιδα είναι η κυρίαρχη νόσος που παρατηρείται ενώ βιβλιογραφικά δεν είναι σαφές εάν διαφέρουν η τερηδονική προσβολή, το τραύμα και η στοματική υγιεινή.

Οι ασθενείς με οπτική αναπηρία χρειάζονται ειδική φροντίδα και εξειδικευμένες γνώσεις για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων. Έτσι είναι επιτακτική η αναγνώριση των ιδιοτελειών τους και η παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας σε αυτούς.

Λέξεις ευρετηρίου: τυφλός, οπτική αναπηρία, άτομα με απώλεια όρασης (μερική,ολική), οδοντιατρική αντιμετώπιση, οδοντιατρικά ευρήματα

Dental management of patients with visual impairment

Zoumpoulakis M., Kalle P., Arapostathis K.

The purpose of the current paper is to review the literature that refers to the dental needs, treatment and management of people with visual impairment.

A study of the literature, including epidemiological data as well as the most frequent causes of visual impairment, is presented. A search for clinical protocols for the dental management of people with visual impairment was also held.

The number of visually impaired individuals, globally has climbed to 285,000,000 (39,000,000 blind, 246,000,000 low vision). The number of children with visual impairment globally has also increased at 19,000,000 (12,000,000 with uncorrected refractive errors and 1,400,000 blind). A correlation between visual impairment and systematic diseases has been reported, while some medicines may cause further visual deterioration.

The causes of total vision loss are cataract and glaucoma, while the dominant causes of visual impairment are the uncorrected refractive errors (myopia, astigmatism, hypermetropy) and cataract.

For both access and movement around a dental clinic, specific design is required as well as knowledge of the basic rules of escorting a visual impaired individual while the various behavior management techniques should be modified upon need and some of them should be all excluded.

Gingivitis is the dominant dental problem observed, while literature is not clear about the differentiation of caries development, trauma and oral hygiene.

The visually impaired patient requires special care as well as specialized knowledge to address their dental problems. Hence, it is imperative to acknowledge their special and unique characteristics as to provide specialized medical care to them.

Keywords: blindness, visual impairment, vision loss (partial, total), dental treatment.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η όραση είναι η αίσθηση που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται ταυτόχρονα ένα αντικείμενο στην πλήρη μορφή του και τη σχέση του με άλλα αντικείμενα στο περιβάλλον¹. Ως διαταραχή όρασης - Οπτική Αναπηρία (visual impairment) ορίζεται η μειωμένη ικανότητα όρασης, σε βαθμό όπου τα προκαλούμενα από αυτό προβλήματα δεν μπορούν να επιδιορθωθούν με τα συνήθη μέσα, όπως με γυαλιά ή φαρμακευτική αγωγή^{2,3}, ενώ ως τύφλωση (blindness) ορίζεται η πλήρη απώλεια όρασης^{3,4}. Πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που η μετάφραση της αγγλικής ορολογίας «visual impairment» μπορεί να αποδοθεί στην ελληνική γλώσσα σαν «διαταραχή όρα-

σης» ή «απομείωση όρασης», σύμφωνα με το άρθρο 8 της εγκυκλίου με Αρ. Πρωτ.: Δ24α /Φ. /ΓΠ.οικ42890/804 του 2015 σαν η πιο κατάλληλη ελληνική απόδοση της ορολογίας για τα άτομα έχει επιλεγεί η «οπτική αναπηρία - αναπηρία όρασης»⁵. Επιπρόσθετα και σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία τυφλό θεωρείται το άτομο που στερείται παντελώς της όρασής του ή έχει οπτική οξύτητα κάτω του 1/20⁶.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο εκτιμώμενος αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία παγκοσμίως φτάνει τα 285.000.000⁷. Οι ανάγκες οδοντιατρικής θεραπείας των ατόμων αυτών είναι μεγάλες ενώ χρειάζονται ειδικές γνώσεις και προετοιμασία για την αντιμετώπισή

τους. Αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αναφορά των επιδημιολογικών στοιχείων όπως και των συχνότερων αιτιών οπτικής αναπηρίας στην Ελλάδα και τον κόσμο σήμερα, των οδοντιατρικών αναγκών των ατόμων με μερική και ολική απώλεια όρασης, αλλά και την οδοντιατρική τους διαχείριση και αντιμετώπιση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα οπτικής λειτουργίας σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών.

1° επίπεδο: Φυσιολογική όραση

2° επίπεδο: Μείτρια οπτική αναπηρία

3° επίπεδο: Βαριά οπτική αναπηρία

4° επίπεδο: Πλήρης απώλεια όρασης/τύφλωση

Τα επίπεδα της μέτριας και βαριάς οπτικής αναπηρίας αναφέρονται και ως μειωμένη όραση, ενώ το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο επίπεδο αποτελούν την οπτική αναπηρία⁷.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κυριότερες αιτίες μειωμένης όρασης (δηλαδή 2ο και 3ο επίπεδο οπτικής λειτουργίας) παγκοσμίως είναι τα μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα (μυωπία, αστιγματισμός, υπερμετρωπία) και ο καταρράκτης στο 43% και 33% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Άλλες αιτίες είναι το γλαύκωμα (2%) και η σχετιζόμενη με την ηλικία εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, το τράχωμα (βακτηριακή λοίμωξη των οφθαλμών) και η θόλωση του κερατοειδούς (περίπου στο 1% των περιπτώσεων)^{7,8}. Ένα μεγάλο ποσοστό των αιτιών (18%) δεν έχει ακόμη καθοριστεί⁸. Οι αιτίες της πλήρους απώλειας όρασης (δηλαδή 4ο επίπεδο οπτικής λειτουργίας) είναι ο καταρράκτης (51%), το γλαύκωμα (8%), η σχετιζόμενη με την ηλικία εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) με 5%, η παιδική τύφλωση και η αδιαφάνεια του κερατοειδούς (4%), τα μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα και το τράχωμα (3%) και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (1%), ενώ οι μη καθορισμένες αιτίες κατέχουν το 21%⁸.

Οι αιτίες οπτικής αναπηρίας μπορούν να διαχωριστούν στις πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς χωρίζονται στις επίκτητες και τις συγγενείς ενώ οι δευτεροπαθείς στις επίκτητες, στις οφειλόμενες σε καρκίνο, σε λοιμώξεις, σε φάρμακα και τέλος σε κάποιο τραυματισμό. Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται κάποιες από τις αιτίες οπτικής αναπηρίας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ/ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Ο εκτιμώμενος αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία παγκοσμίως φτάνει τα 285.000.000. Από αυτά τα 39.000.000 έχουν πλήρη απώλεια όρασης (τυφλοί) ενώ τα 246.000.000 παρουσιάζουν μειωμένη όραση^{7,8}. Περίπου το 90% των ατόμων με οπτική αναπηρία ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, ενώ ο καταρράκτης παραμένει η κύρια αιτία πλήρους απώλειας όρασης στις χώρες με μέσο και χαμηλό εισόδημα⁷. Το 82% των ατόμων με πλήρη απώλεια όρασης και το 65% αυτών με οπτική αναπηρία ανήκουν στην ηλικία των 50 ετών και άνω ενώ αυτή η ομάδα ατόμων αποτελεί το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού^{7,8}. Έτσι, όσο αυξάνεται αυτή η ηλικιακή ομάδα τόσο περισσότεροι άνθρωποι θα βρίσκονται σε κίνδυνο να αποκτήσουν κάποια οπτική αναπηρία λόγω χρόνιων οφθαλμολογικών παθήσεων και της γήρανσης. Ο αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία λόγω μολυσματικών ασθενειών έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια ενώ το 80% των ασθενειών που προκαλούν οπτική αναπηρία μπορεί να προληφθεί ή να θεραπευτεί⁷. Στις ηλικίες κάτω των 15 ετών υπολογίζεται ότι 19 εκατομμύρια παιδιά έχουν οπτική αναπηρία, και από αυτά τα 12 εκατομμύρια πάσχουν από μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα (μυωπία, αστιγματισμός, υπερμετρωπία) ενώ τα 1,4 εκατομμύρια είναι τυφλά⁷.

Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο η τελευταία μέτρηση έγινε το 2003 από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και ο αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία ανέρχεται στους 75.507, και αποτελεί το 4,5% του συνόλου των ατόμων με αναπηρία (1.661.77)¹¹.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ/ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Κάποιες από τις αιτίες πρόκλησης οπτικής αναπηρίας μπορεί να σχετίζονται με άλλα προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακές παθήσεις, συστηματικές νόσοι) τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την οδοντιατρική θεραπεία^{9,12}. Οι παθήσεις που σχετίζονται περισσότερο με τις οπτικές αναπηρίες είναι κυρίως⁹:

- Διαταραχές ακοής 34%
- Οστεοαρθρίτιδα 25%
- Καρδιακές διαταραχές 18%
- Προβλήματα κινητικότητας 14%
- Σακχαρώδης διαβήτης 9%

Κάποια φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση στην όραση όπως η ατροφίνη, η σκοπολαμίνη, γλυκοπυρρολικό οξύ και σε κάποιο βαθμό τα στεροειδή, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η διαζεπάμη και καρβαμαζεπίνη θα πρέπει να αποφεύγονται. Πιο συγκεκριμένα σε

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατάταξη αιτιών οπτικής αναπηρίας^{7,8,9,10}.

Αιτίες οπτικής αναπηρίας	
Πρωτοπαθείς	Δευτεροπαθείς
Επίκτητες Καταρράκτης Γλαύκωμα Ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας Εκφυλιστική μυωπία Νυσταγμός Απόφραξη αγγείων του αμφιβληστροειδούς (θρόμβωση) Ραγοειδίτιδα Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς Φλοιδώδης οπτική βλάβη Δυστροφίες κερατοειδούς- Κερατόκωνος Σύνδρομο Charles Bonnet	Επίκτητες Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο-Ημιανοψία Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια Επιληκτικές οφθαλμολογικών επεμβάσεων Αδένωμα υπόφυσης (ακρομεγαλία/μεγαλακρία) Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet (Ραγοειδίτιδα) Κακοήθης υπέρταση Σκλήρυνση κατά πλάκας Κροταφική αρτηρίτιδα Σύνδρομο Sjogren Περφυροειδές των βλεννογόνων Σύνδρομο Cogan Μυϊκή δυστροφία Σύνδρομο Reiter Σύνδρομο Steven-Johnson Δρεπανοκυτταρική αναιμία
Συγγενείς Μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα (μυωπία, αστιγματισμός, υπερμετρωπία) Ανιριδία Νόσος Best Νόσος του Coats Κοιλόβωμα του οφθαλμού Συγγενής καταρράκτης Θόλωση (Θολερότητες κερατοειδούς) Σύνδρομο Ehlers-Danlos Ενδομήτρες και περιγεννητικές λοιμώξεις (Ερυθρά, Κυτταρομεγαλοϊός, Σύφιλη, Τοξοπλάσμα, Τρεπόννημα το ωχρό, Έρπητοϊός τύπου 2) Σύνδρομο LADD (Iacrimo-auriculo-dental-digital) Σύνδρομο Laurence-Moon-Bardet-Biedl Σύνδρομο Marfan Νυσταγμός Σύνδρομο OFCD (Oculo-facio-cardio-dental) Μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια Σύνδρομο Axenfeld-Rieger Σύνδρομο Treacher- Collins Σύνδρομο Rieger Σύνδρομο Zimmerman- Laband Αλφισμός Μικροφθαλμία Ανοφθαλμία Ακράτεια μελανίνης Ατροφία/υποπλησία οπτικού νεύρου Σύνδρομο του Lowe Νευροϊνωμάτωση Αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας (οπισθοφακική υποπλησία) Αμβλυωπία/τεμπέλικο μάτι Υψηλού βαθμού μυωπία – Υπερμετρωπία	Καρκίνο Μελάνωμα χοριοειδούς (ενήλικες) Μεταστάσεις χοριοειδούς Ρετινοβλάστωμα (παιδιά) Όγκοι οπτικού νεύρου - Γλοίωμα Λευχαιμία Αληθινή πολυκυτταραιμία/ ερυθραιμία Λοιμώσεις Κυτταρομεγαλοϊός (CMV) Άπλος Έρπης/ Έρπης Ζωστήρας Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας-AIDS Τοξοπλάσμωση Τράχωμα Ιλαρά Επιπεφυκίτιδα των νεογνών Ογκοκέρκωση Φάρμακα Έλλειψη βιταμίνης Α Μεθανόλη Φαινοθειαζίνες Κινίνη Χλωροκίνη Τραύμα Χημικός τραυματισμός – Έγκαυμα κερατοειδούς Μηχανικός τραυματισμός-αθλητικές κακώσεις Ξένο σώμα Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συσχέτιση επίκτητων και συγγενών ασθενειών με τα γενικά τους χαρακτηριστικά, με οφθαλμικές και οδοντοστοματικές βλάβες^{9,13-17}.

Ασθένεια	Οφθαλμική βλάβη	Γενικά ιατρικά χαρακτηριστικά	Οδοντοστοματικές ανωμαλίες
Συγγενής ασθένειες			
Συγγενής σύφιλη	Ραγοειδίτιδα	Κώφωση, κίνδυνος λοίμωξης πριν τα 2 έτη ζωής, καρδιαγγειακές και νευρολογικές επιπλοκές	Τομείς Hutchinson, γομφίοι Moon's, πιθανή μικρογναθία
Σύνδρομο Cross	Μικροοφθαλμία, θόλωση κερατοειδούς	Μαθησιακές δυσκολίες	Διόγκωση ούλων
Σύνδρομο Ehlers-Danlos	Εύθραυστος κερατοειδής/ σκληρός χιτώνας, πρόωρη απώλεια όρασης	Καρδιαγγειακές και αναπνευστικές ανωμαλίες, πιθανές βλάβες αιμοπεταλίων	Περιοδοντική νόσος (σπάνια), μικροδοντία, ανωμαλίες στη μορφολογία της ρίζας, πολυφθίθοι
Σύνδρομο Lacrimo-auriculo-dento-digital	Υποπλησία/ απλησία δακρυϊκού πόρου		Μικροδοντία, υποδοντία, σκούρα, γκρι, λεπτή αδαμαντίνη, υποπλησία μέσου προσώπου
Σύνδρομο Marfan	Εξαρθρωμένος φακός, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς	Καρδιαγγειακές και αναπνευστικές ανωμαλίες	Υψηλή υπερώα, ανωμαλίες ΚΓΔ
Σύνδρομο OFCD (Oculo-facio-cardio-dental)	Συγγενής καταρράκτης, μικροοφθαλμία	Διαταραχές ακοής, καρδιακών βαλβίδων, νεφρών, νοτική αναπηρία	Καθυστερημένη ανατολή, ανοικτά ακρορρίζια, διαταραχές σύγκλεισης, σχιστίες, υποδοντία
Σύνδρομο Patau (Τρισωμία 13)	Μικροοφθαλμία, ανοφθαλμία	Καρδιακά προβλήματα, πολυδακτυλία	Μικροκεφαλία, σχιστίες, διαταραχές σύγκλειση, υποδοντία, έκτοπα δόντια
Σύνδρομο Rieger	Υποπλησία ίριδας, βλάβη κερατοειδούς/φακού/κόρης	Ηπατοσπληνομεγαλία	Υποδοντία, υποπλησία άνω/κάτω γνάθου, ταυροδοντισμός
Σύνδρομο Riley Day	Εξέλιξη κερατοειδούς, πρόωρη απώλεια όρασης	Υπόταση, πυρεξία, δυσφαγία, κράτημα αναπνοής, κυφοσκολίωση	Συνωστισμός, πρόωρη απώλεια δοντιών, τριγμός δοντιών, απώλεια οδοντικής ουσίας, τραυματική εξέλιξη, σιελόρροια, μειωμένη αίσθηση πόνου
Σύνδρομο Rutherford	Θόλωση κερατοειδούς	Μαθησιακές δυσκολίες, επιθετικότητα	Διόγκωση ούλων, καθυστερημένη ανατολή, οδοντογενής κύστη
Σύνδρομο Treacher Collins	Κολύβωμα	Καρδιακές ανωμαλίες, απώλεια ακοής, κίνδυνος καρκίνου οισοφάγου	Υποπλησία ζυγωματικών και κάτω γνάθου, σχιστίες, διαταραχές σύγκλεισης, υποδοντία, έκτοπα και υποπλησμένα δόντια, μικροστομία, τυφλά ενδοστοματικά συρίγγια
Σύνδρομο Turner	Πτώση, στραβισμός, αμβλυωπία, καταρράκτης	Σκολίωση, απώλεια ακοής, υπέρταση, καρδιακές βλάβες/ φουσήματα	Οπισθογναθισμός, μειωμένο ύψος μύτης/ρίζας, μειωμένο πάχος αδαμαντίνης
Σύνδρομο Zimmerman-Laband	Μυωπία, καταρράκτης	Νοτική αναπηρία, μυοκαρδιοπάθεια	Διόγκωση ούλων, καθυστερημένη ανατολή
Σύνδρομο ακράτειας μελανίνης-Incontinentia Pigmenti	Διαταραχές αγγείων αμφιβληστροειδούς, καταρράκτης, στραβισμός, ραγοειδίτιδα, τύφλωση, ατροφία οπτικού νεύρου	Διαταραχές σε δέρμα, μαλλιά, νύχια, επιληψία, νοτική αναπηρία	Υποδοντία, μικροδοντία, κωνικές μύτες, καθυστέρηση ανατολής, απώλεια κατακόρυφης διάστασης, επιπρόσθετα φύματα
Νευροϊνωμάτωση, Τύπος 1	Πολλαπλά αμαρτώματα, κιτρινόφαιες βλατίδες στην ίριδα (οζίδια του Lisch), οπτικά γλοιώματα, υπερτελερισμός, γληύκωμα	Δερματικές βλάβες (νευροϊνώματα, κηλίδες café au-lait), καρδιαγγειακές και νευρολογικές διαταραχές	Νευροϊνώματα βλεννογόνου, διαταραχές θέσης δοντιών και σύγκλεισης, διόγκωση των μυκτοειδών θηλών της γλώσσας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. (Συνέχεια)

Επίκτιπτες ασθένειες			
Σακχαρώδης διαβήτης	Αμφιβληστροειδοπάθεια, τύφλωση	Νεφροπάθεια, νευροπάθεια, μειωμένη επούληση, κίνδυνος ροίμωξης, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια, αγγειακή εγκεφαλική νόσο	Περιοδοντίτιδα, καντιντίαση, ξηροστομία, ομαλός λειχήνας
Έρπης απλός/ ζωστήρας	Οφθαλμική ροίμωξη	Κίνδυνος μετάδοσης	
Υπέρταση	Αμφιβληστροειδοπάθεια, αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς	Ισχαιμική καρδιοπάθεια, περιφερική αγγειακή νόσος, αγγειακή εγκεφαλική νόσο, νεφρική ανεπάρκεια	Ξηροστομία λόγω φαρμάκων, ομαλός λειχήνας, καυσσάγια, απώλεια γεύσης, διόγκωση ούλων
Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, κοινή πέμφιγα, σύνδρομο Steven-Johnson, Αδαμαντιάδη-Behcet	Εξέλιξη κερatoειδούς, συμβλήφαρο (πέμφιγα)	Θεραπεία με κορτικοστεροΐδη και άηλης αυτοάνοσες ασθένειες πιθανόν να περιπλέξουν τη θεραπεία	Όλα μπορούν να προκαλέσουν διάφορα είδη εξέλιξης του στόματος, το πεμφιγοειδές μπορεί να προκαλέσει ουλές του βλεννογόνου
Σύνδρομο Sjogren	Εξέλιξη κερatoειδούς	Ρευματοειδής αρθρίτιδα, αναιμία, λευκοπενία, άηλη αυτοάνοσα	Ξηροστομία, καυσσάγια, καντιντίαση, σιαλαδενίτιδα, γωνιακή χειλίτιδα
Αδένωμα υπόφυσης (ακρομεγαλία/ μεγαλακρία)	Διαταραχές οπτικού πεδίου	Μυοκαρδιοπάθεια, υπέρταση, άπνοια, οστεοαρθροπάθεια, κεφαλαλγίες, επιδρώσεις	Προβολή ζυγωματικών οστών, αύξηση χειλίων, γλώσσας, κάτω γνάθου, αραιοδοντία, διαταραχές σύγκλησης, προγναθισμός, υπεροστεΐνωση

ασθενείς με γλαύκωμα θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση διαζεπάμης και άλλων βενζοδιαζεπινών όπως και η ατροπίνη¹².

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται κάποιες ασθένειες με τα γενικά τους χαρακτηριστικά, τις οφθαλμικές βλάβες που προκαλούν καθώς και τις οδοντοστοματικές ανωμαλίες που παρουσιάζουν.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ - ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Η πρόσβαση των ατόμων με οπτική αναπηρία στο οδοντιατρείο είναι ένα από τα μείζονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς για την οδοντιατρική τους θεραπεία^{18,19}. Το Υπουργείο Περιβάλλοντος Ενέργειας & Κλιματικής Αλλαγής (ΥΠΕΚΑ) έχει ορίσει συγκεκριμένες προδιαγραφές για την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε υγειονομικές υπηρεσίες²⁰.

Οι εξωτερικοί χώροι του ιατρείου που επηρεάζουν την πρόσβαση των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι οι δρόμοι,

διαβάσεις – νησίδες τα πεζοδρόμια, οι κλίμακες και ο ανελκυστήρας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ορίζεται, με βάση τις προδιαγραφές του ΥΠΕΚΑ, πως όπου υπάρχει ράμπα να επισημαίνεται κατάλληλα η ύπαρξή της και να κατασκευάζονται κάθετες λωρίδες επισήμανσης διαφορετικής υφής και χρώματος από το δάπεδο της ράμπας. Επιβάλλεται να υπάρχει στα πεζοδρόμια «οδηγός όδευσης τυφλών», διαφορετικής υφής και χρώματος από το υπόλοιπο δάπεδο, που αποβλέπει στην καθοδήγηση και ασφαλή διακίνηση των ατόμων με πρόβλημα στην όραση²⁰.

Είναι απαραίτητο, οπουδήποτε υπάρχει κλίμακα, να επισημαίνεται κατάλληλα η ύπαρξή της με την επισήμανση της αρχής και του τέλους, των σημείων αλλαγής της διεύθυνσής της και των ακμών όλων των βαθμίδων²⁰.

Όσον αφορά τον ανελκυστήρα θα πρέπει να έχει συγκεκριμένες διαστάσεις πόρτας και θαλάμου. Ο θάλαμος θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με κουπαστή εντόνου χρώματος, ειδικούς διακόπτες χειρισμού, ηχητικά και φωνητικά σήματα άφιξης θαλάμου όπως και διέλευσης ορόφου ενώ ο τελευταίος πρέπει να δηλώνεται δίπλα ή πάνω από τους διακόπτες κλίσης και ακόμη απέναντι από την πόρτα.

Αναφορικά με τον κυρίως χώρο του ιατρείου και πιο συγκεκριμένα την αίθουσα αναμονής, δεν χρειάζεται να είναι μεγαλύτερη από ότι συνήθως ωστόσο η διαμόρφωσή της και η διάταξη των επίπλων θα πρέπει να εξασφαλίζει την ανεμπόδιστη κίνηση των ασθενών με οπτική αναπηρία. Ειδικότερα ο χώρος θα πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα νοτιό διάδρομο πλάτους 90 εκ. ώστε να διακινούνται απρόσκοπτα τα άτομα αυτά. Τα καθίσματα θα πρέπει να έχουν ύψος 0.40 με 0.50 μ. από το έδαφος και βάθος 0.40 μ. Τα στηρίγματα των χειρών θα πρέπει να είναι 0.18 μ. από το κάθισμα για ευκολότερη στήριξη όταν το άτομο σηκώνεται όρθιο^{18,19,20}. Ο ήχος από τα οδοντιατρικά μηχανήματα, οι θόρυβοι από το δρόμο και γενικότερα η ηχορύπανση αποπροσανατολίζει και κουράζει τους ασθενείς αυτούς και επομένως συνίσταται να μειώνονται στο ελάχιστο με καλή μόνωση του χώρου. Ο φωτισμός σε όλους τους χώρους του ιατρείου θα πρέπει να είναι επαρκής ώστε να διευκολύνεται η μετακίνηση των ασθενών σε αυτούς και να δημιουργείται ευχάριστο περιβάλλον^{18,19,20}.

Είναι απαραίτητο να επενδύεται αρκετός χρόνος στη δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και γιατρού όπου θα δίνονται λεπτομερείς πληροφορίες για την πρόσβαση στις εγκαταστάσεις, στο χώρο του ιατρείου, για τη διάγνωση και τέλος για το σχέδιο θεραπείας²¹. Είναι σημαντικό να καθοριστεί ο βαθμός της οπτικής αναπηρίας έτσι ώστε τόσο οι πληροφορίες όσο και η θεραπεία να προσαρμοστούν αναλόγως^{9,10,22}. Κατά την πρώτη επαφή θα πρέπει να συμφωνηθεί ο τρόπος επικοινωνίας. Ανάλογα με το βαθμό οπτικής αναπηρίας, η επικοινωνία μπορεί να διεξαχθεί αποστέλλοντας γράμματα είτε σε εκτύπωση με μεγάλη γραμματοσειρά (π.χ νούμερο 28, Verdana) είτε χειρόγραφα (με κεφαλαία γράμματα και μαύρο μαρκαδόρο) και διαφορετικό φόντο (π.χ λευκό φόντο με μαύρα γράμματα) ή προσφέροντας πληροφορίες μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Σε ασθενείς που γνωρίζουν τη γραφή Μπράϊλ οι πληροφορίες καλό είναι να αποστέλλονται σε αυτή τη μορφή^{12,21,23}.

Κατά την προσέλευση του ασθενούς στο ιατρείο πραγματοποιείται υποδοχή του στον χώρο και γνωριμία του με το άτομο υποδοχής είτε αυτό είναι ο ίδιος ο ιατρός είτε βοηθητικό προσωπικό^{9,21}. Ανεξαρτήτως εάν ο ασθενής συνοδεύεται ή όχι είναι σωστό να απευθυνόμαστε στον ίδιο τον ασθενή και όχι στο τρίτο αυτό πρόσωπο (εκτός από περιπτώσεις ανηλίκων ασθενών). Ακόμα ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί για το εάν θέλει ο συνοδός ή κάποιο άλλο πρόσωπο να παραμείνει στην αίθουσα θεραπείας (ιατρικό απόρρητο). Έτσι, δίνεται το πλήρες όνομα του ατόμου που θα τον υποδεχθεί αλλά και εξηγείται ο ρόλος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η συνομιλία με τον ασθενή θα

πρέπει να πραγματοποιείται πρόσωπο με πρόσωπο και να γίνεται χρήση του ονόματος του κατά τη γνωριμία αλλά και στη συνέχεια²¹. Η ένταση της ομιλίας θα πρέπει να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα και η άρθρωση καθαρή, ενώ καλό είναι να αποφεύγεται η επικοινωνία σε χώρους με έντονο θόρυβο. Η έλλειψη οπτικής επαφής με τον ασθενή δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως έλλειψη προσοχής από μέρους του. Η χρήση της γλώσσας του σώματος είναι αναγκαίο να συνεχιστεί κατά την επικοινωνία με αυτούς τους ασθενείς καθώς προσθέτει σημαντικές για αυτούς πληροφορίες όσον αφορά τον τόνο της φωνής²¹. Παλαιότερα κάποιοι συγγραφείς σύστηναν την αποφυγή χρήσης λέξεων όπως «βλέπω», «κοιτάω»¹⁰. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια η χρήση τέτοιων λέξεων πραγματοποιείται κανονικά χωρίς περιορισμούς²¹. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί για το εάν χρειάζεται οποιαδήποτε βοήθεια και ειδικότερα εάν θα ήθελε να συνοδευτεί, ενώ σε περιπτώσεις άρνησης της προσφοράς δεν θα πρέπει να παρερμηνευτεί ως προσβολή. Όσον αφορά τις τεχνικές συνοδείας αρχικά ο συνοδός πλησιάζει διακριτικά τον ασθενή, αγγίζει το χέρι του συνοδευόμενου με την εξωτερική πλευρά του χεριού του προκειμένου να κρατηθεί, πάνω από τον αγκώνα ή στον ώμο. Κατά την πορεία η θέση του συνοδού είναι ένα βήμα πιο μπροστά από τον ασθενή εξασφαλίζοντας ότι ο ρυθμός δεν είναι ούτε πολύ γρήγορος ούτε πολύ αργός ενώ το σώμα του πρέπει να θεωρείται ασπίδα προστασίας. Σε περιπτώσεις ύπαρξης σκαλοπατιών ο συνοδός θα πρέπει πάντα να προηγείται ένα σκαλοπάτι από τον ασθενή, ώστε οι κινήσεις του σώματος του συνοδού να προειδοποιούν τον ασθενή για την ανοδική ή καθοδική πορεία καθώς και για την προσέγγιση του επιπέδου εδάφους στο τέλος. Θα πρέπει να περιγράφονται τυχόν αλλαγές στην επιφάνεια του εδάφους όπως για παράδειγμα η μετάβαση από έδαφος χωρίς σε έδαφος με χαλί^{21,24}. Σε περιπτώσεις στενού περάσματος ή μικρού εμποδίου ο συνοδός φέρει το χέρι του ελαφρά διαγώνια πίσω και ο ασθενής έρχεται πίσω ακριβώς από το σώμα του. Σε περιπτώσεις αλλαγής πορείας συνοδός και ασθενής έρχονται πρόσωπο με πρόσωπο και ο συνοδός προτείνει το ελεύθερο χέρι του προς τον τυφλό ενώ σε αλλαγή πλευράς ο ασθενής χωρίς να χάσει καθόλου επαφή με το συνοδό του, μεταφέρεται στο άλλο χέρι του συνοδού του, έχοντας πάντα ως σημείο αναφοράς την πλάτη του συνοδού²⁴. Ποτέ δεν θα πρέπει να συνοδεύουμε/ σπρώχνουμε ένα άτομο στο να καθίσει προς τα πίσω. Αντ' αυτού περιγράφουμε την καρέκλα-θέση, τοποθετούμε το χέρι μας στην πλάτη της και επιτρέπουμε στον ασθενή να προσανατολιστεί στο κάθισμα μόνος του. Τέλος όταν αποχωρούμε από το χώρο προειδοποιούμε τον ασθενή ενώ εάν αυτός συνοδεύεται από ειδικά εκπαιδευμένο σκύλο οδηγό δεν ερχόμαστε σε επαφή

μαζί του (χάιδεμα), ούτε του αποσπούμε την προσοχή με οποιονδήποτε τρόπο χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς^{12,21,22}.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ/ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Είσοδος στον κύριο χώρο του ιατρείου

Αρχικά θα πρέπει να δίνονται επαρκείς πληροφορίες τόσο για τον χώρο εργασίας όσο και για τις διαδικασίες της θεραπείας όπως και να δίνονται επιπλέον διευκρινίσεις σε τυχόν απορίες του ασθενούς^{9,10}. Αν υπάρχει επιπλέον προσωπικό στο χώρο είναι αναγκαίο να συστηθεί στον ασθενή^{9,10}. Κάποιες κινήσεις άμεσης επαφής με τον ασθενή βοηθούν στη μείωση του άγχους του (άγγιγμα στον ώμο, κράτημα χεριού). Ωστόσο το νόημα τέτοιων κινήσεων πρέπει να έχει οριστεί εκ των προτέρων. Καλό είναι ο ιατρός να προσφέρει συμπάθεια και να καθυστερεί λεκτικά αλλά να αποφεύγει εκφράσεις συμπόνιας. Ακόμα είναι σημαντικό να καθοριστεί ο βαθμός της οπτικής αναπηρίας του ασθενούς (ολικά τυφλός ή όχι; Υπάρχει στάση του σώματος ή απόσταση στην οποία βλέπει καλύτερα; Κάποιο χρώμα στο οποίο ανταποκρίνεται καλύτερα;) έτσι ώστε τόσο οι πληροφορίες, όσο και η θεραπεία να προσαρμοστούν αναλόγως^{9,10,22}. Εάν ο ασθενής φοράει γυαλιά θα πρέπει να του επιτραπεί να τα κρατήσει κατά τη διάρκεια της θεραπείας για λόγους ασφαλείας και προστασίας^{10,25}, ενώ εάν έχει κάποιο αγαπημένο αντικείμενο μπορεί να το κρατάει, καθώς έτσι δημιουργείται μια αίσθηση άνεσης και ασφάλειας¹⁰. Υλικά με έντονη γεύση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε μικρές ποσότητες¹⁰. Είναι αναγκαίο να αποφεύγονται οι απροειδοποίητοι, έντονοι και ξαφνικοί θόρυβοι^{10,25}. Κάποιοι ασθενείς πιθανόν να είναι φωτοφοβικοί, είναι επομένως καλό να ερωτούνται είτε οι ίδιοι είτε οι συνοδοί, αν πρόκειται για ανηλίκους, επί του θέματος και σε περίπτωση ύπαρξης φωτοφοβίας να επιτρέπεται η χρήση γυαλιών ακτινοπροστασίας^{10,22,23}.

Τοπική αναισθησία και προσθετική αποκατάσταση

Κάποιες φορές οι ασθενείς μπορεί να έχουν μικρή ανοχή στον πόνο λόγω αυξημένης απικής ευαισθησίας. Έτσι θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί τόσο κατά την εκτέλεση της τοπικής αναισθησίας όπως και στο ικανοποιητικό βάθος της. Όσον αφορά τις προσθετικές αποκαταστάσεις θα πρέπει να είναι όσο πιο απλές γίνεται στο σχεδιασμό τους τόσο για την απρόσκοπτη αφαίρεση και τοποθέτησή τους (κινητές οδοντοστοιχίες) όσο και για τον επαρκή και εύκολο καθαρισμό τους (κινητές και ακίνητες οδοντοστοιχίες)¹².

Τροποποίηση τεχνικών ελέγχου συμπεριφοράς

Η περιγραφή με μεγάλη λεπτομέρεια της κάθε επερχόμενης διαδικασίας, όπως επίσης των εργαλείων και αντικειμένων τα οποία θα χρησιμοποιηθούν κατά τη θεραπεία και ιδιαίτερα αυτά που προκαλούν θόρυβο ή μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία κρίνεται απαραίτητη^{10,12,23,25,26,27}. Ο ιατρός θα πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή να «δεί» το κάθε αντικείμενο και εργαλείο με την αίσθηση της αφής^{16,23,25,26,27}. Ακόμα η τεχνική «λέω-δείχνω-αισθάνομαι-κάνω» καλό είναι να συμπληρώνεται με τη χρήση και των υπολοίπων αισθήσεων όπως της γεύσης, της όσφρησης και της ακοής^{10,23,25,26}. Αν και δεν υπάρχει βιβλιογραφία η οποία συγκεκριμένα να αναφέρει ενδείξεις και αντενδείξεις κάποιων τεχνικών διαχείρισης συμπεριφοράς ασθενούς με οπτική αναπηρία παρακάτω αναφέρουμε τη χρήση ή μη κάποιων τεχνικών διαχείρισης συμπεριφοράς με βάση της κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Παιδοδοντιατρικής Ακαδημίας²⁸. Η τεχνική παροχής ελέγχου (π.χ. σήκωμα χεριού), όπως και η δυνατότητα επιλογής (π.χ. ποια γεύση αλοιφής - επιφανειακού αναισθητικού σου αρέσει;) είναι επικοινωνιακές τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς του παιδιού²⁵ που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή με οπτική αναπηρία. Η τεχνική της ενίσχυσης θετικής συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση επιθυμητής συμπεριφοράς^{25,28}. Έτσι η λεκτική (συγχαρητήρια, μπράβο) και μη λεκτική (τόνος φωνής, άγγιγμα στον ώμο) επιβράβευση και τέλος η χορήγηση κατάλληλου δώρου στις επιτυχείς προσπάθειες βοηθούν στην διεκπεραίωση μιας επιτυχούς θεραπείας^{25,28}. Σε ασθενείς με τύφλωση οι τεχνικές θετικής προ-επίσκεψης με εικόνες, άμεσης παρατήρησης και αναδιάρθρωσης της μνήμης δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ενώ σε ασθενείς με μειωμένη όραση μπορούν υπο κάποιες προϋποθέσεις (προσαρμοσμένες ανάλογα με το επίπεδο αναπηρίας). Η τεχνική απόσπασης προσοχής^{25,28} τόσο στο χώρο αναμονής (κατάλληλο ψυχαγωγικό υλικό) όσο και κατά την οδοντιατρική πράξη (διήγηση ιστορίας ή παραμυθιού, ακουστικές παραστάσεις, μέτρημα κινήσεων εκμόχλευσης ή σταγόνων αναισθητικού)²⁵ όπως και η τεχνική «ρωτάω-λέω-ρωτάω»²⁸ ενδείκνυται σε ασθενείς με οπτική αναπηρία. Οι τεχνικές ελέγχου φωνής (Voice Control) και παλάμη πάνω στο στόμα πρέπει να αποφεύγονται. Η αξιοποίηση γονικής παρουσίας ή τεχνική προειδοποίησης εξόδου/ εξόδου γονέα (γονέας μέσα-εξω)^{25,28} καλό είναι να μην χρησιμοποιείται παρά μόνο σε περιπτώσεις που ο γονέας είναι πρόθυμος να βοηθήσει και έχουμε την συγκατάθεσή του. Η τεχνική περιορισμός κινήσεων-ακινητοποίηση ή προστατευτική ακινητοποίηση ενδείκνυται σε επείγουσες περιπτώσεις ή εργασίες σύντομης διάρκειας όπου δεν μπορεί να εξασφαλιστεί με άλ-

λες επικοινωνιακές τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς η ασφάλεια του ασθενούς και του γιατρού, πάντα με την συγκατάθεση του γονέα^{25,28,29}. Η τεχνική θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σταδιακά, με μέτρο και όσο γίνεται ήπιους χειρισμούς. Καλό είναι να προτιμάται η ήπια συγκράτηση του ασθενούς από τον/την βοηθό παρά πιο έντονες ακινητοποιήσεις (παιδιατρική σανίδα ή φασκιά). Τέλος μπορούν να χρησιμοποιηθούν και κάποιες συμπληρωματικές τεχνικές όπως η παρουσίαση δομής της συνεδρίας, αξιοποίηση της φαντασίας, καθοδηγούμενη αναπνοή, ηχοαναληψία, και αστεϊσμοί²⁵. Καλό είναι ο ασθενής να αντιμετωπίζεται από έναν οδοντίατρο συστηματικά για μείωση του άγχους και του χρόνου θεραπείας. Ακόμα είναι σημαντικό να διατηρείται χαλαρή και ευχάριστη ατμόσφαιρα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας¹⁰. Η αρωματοθεραπεία και η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιούνται ως επικουρικά μέσα για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία²². Η χρήση απαλής μουσικής στο χώρο του ιατρείου προσφέρει χαλάρωση και αίσθηση ηρεμίας ιδιαίτερα εάν είναι της επιλογής του ασθενούς²². Η αίσθηση της όσφρησης μαζί με την αίσθηση της γεύσης συχνά αναφέρονται ως αρχέγονες³⁰. Μέσα από την αίσθηση της όσφρησης, δοκιμάζουμε/ γευόμαστε το περιβάλλον για πληροφορίες (φαγητό, καπνός, παρουσία ατόμων)^{31,32}, ενώ οι διάφορες οσμές επηρεάζουν την εικόνα του χώρου^{32,33}. Η όσφρηση είναι η μόνη από τις πέντε αισθήσεις του ανθρώπου η οποία περνάει το φλοιό του εγκεφάλου και καταλήγει απευθείας στην αμυγδαλή. Έτσι η όσφρηση και η μνήμη συνδέονται στενά ενώ έχει βρεθεί ότι συσχετίζονται με θετικές ή αρνητικές εμπειρίες σε διάφορους χώρους π.χ νοσοκομεία, ιατρεία^{22,30,32}. Ακόμα σε μελέτες έχει βρεθεί η επίδραση που έχουν συγκεκριμένες οσμές (πορτοκάλι, λεβάντα) στην μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης^{30,34}. Σύμφωνα με τα παραπάνω και λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ασθενείς με οπτική αναπηρία χρησιμοποιούν συχνότερα³⁵ και σε κάποιες μελέτες και καλύτερα^{36,37} την αίσθηση της όσφρησης θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα τόσο οι οσμές στο χώρο αναμονής και στον κυρίως χώρο του ιατρείου όσο και οι προσωπικές οσμές του θεράποντα ιατρού και του βοηθητικού προσωπικού.

Εφόσον τηρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις και εφαρμοστούν σωστά οι κατάλληλες τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς και εφόσον δεν συνυπάρχουν επιπρόσθετα προβλήματα που παρεμποδίζουν την επικοινωνία με τον οδοντίατρο, πολλά από τα άτομα με οπτική αναπηρία, ίσως τα περισσότερα, μπορούν να αντιμετωπιστούν στην οδοντιατρική καρέκλα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Σε περιπτώσεις μη συνεργάσιμων ατόμων συστήνεται η φαρμακολογική διαχείριση του ασθενούς¹⁶.

Στοματική υγεία

Οι ασθενείς με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν κάποιες δυσκολίες κατά την εκπαίδευσή τους στη στοματική υγιεινή, ωστόσο από τη στιγμή που θα εξοικειωθούν με τη διαδικασία μπορούν μόνοι τους να αυτοεξυπηρετηθούν^{10,29,38}. Η διδασκαλία στοματικής υγιεινής αρχίζει με την ψηλάφηση των οδοντικών επιφανειών στο εκμαγείο και στη συνέχεια ο ασθενής καλείται να ψηλαφίσει τα δικά του δόντια. Έπειτα πραγματοποιείται επίδειξη της σωστής τοποθέτησης της οδοντόβουρτσας και των κινήσεων βουρτσίσματος πρώτα στο εκμαγείο και έπειτα στο στόμα του ασθενούς με το χέρι του ασθενούς πάνω από το χέρι του ιατρού. Η χρήση του οδοντικού νήματος διδάσκεται με τον ίδιο τρόπο^{10,38}. Επιπλέον προτείνεται η πληροφόρηση να ηχογραφηθεί ή να σταλεί ηλεκτρονικά ή σε γραφή Μπράϊλ για αυτούς που τη γνωρίζουν, για συμπληρωματική επεξήγηση των οδοντιατρικών διαδικασιών.

Σε κάποιες μελέτες φαίνεται ότι η στοματική υγιεινή στους ασθενείς με οπτική αναπηρία μπορεί να είναι φτωχότερη σε σχέση με τους υγιείς συνομήλικούς τους^{29,39,40}, ενώ σε άλλες δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά^{41,42}.

Η τερηδονική προσβολή δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση στα άτομα με οπτική αναπηρία³⁹, ωστόσο σε μερικές μελέτες παρουσιάζεται αυξημένη^{27,42}, ενώ σε άλλες μειωμένη⁴³.

Η περιοδοντική υγεία παρουσιάζει διαφοροποίηση στα άτομα με οπτική αναπηρία, με την φλεγμονή των ούλων (ουλίτιδα) να είναι η κυρίαρχη βλάβη^{10,16,39,40}.

Φάνηκε ότι παιδιά με οπτική αναπηρία είναι πολύ επιδέξια κατά την εφαρμογή στην πράξη προφορικών οδηγιών στοματικής υγιεινής⁴⁴. Ακόμα οι δείκτες τερηδόνας, πλάκας και ουλίτιδας σε παιδιά με οπτική αναπηρία, όταν βρίσκονταν σε προγράμματα ελέγχου στοματικής υγιεινής, ήταν οι ίδιοι με παιδιά χωρίς κάποια πάθηση¹². Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι με επαρκείς οδηγίες στοματικής υγιεινής τα άτομα με οπτική αναπηρία μπορούν να έχουν τα ίδια επίπεδα στοματικής υγείας με τους υγιείς συνομήλικούς τους. Έτσι οι επαρκείς οδηγίες στοματικής υγιεινής μπορούν να έχουν μια θετική επίδραση στα επίπεδα στοματικής υγιεινής, περιοδοντικής κατάστασης όπως και να βελτιώσουν την αυτοεκτίμηση των ατόμων με οπτική αναπηρία^{45,46}.

Μία μελέτη σε παιδιά με αναπηρίες όρασης και ακοής βρήκε ότι παιδιά με οπτική αναπηρία είχαν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά τραύματος κεντρικού τομέα από ότι οι υγιείς συνομήλικοί τους (9% και 6% αντίστοιχα)⁴⁷. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν αυξημένη πιθανότητα τραύματος προσθίων οδόντων^{10,29,42}, ενώ άλλοι δεν αναφέρουν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων^{12,39}.

Κάποιες συγγενείς παθήσεις που προκαλούν απώλεια όρασης μπορούν δευτεροπαθώς να δώσουν οδοντικές ανωμαλίες (πίνακας 2). Έχει επίσης προταθεί ότι η μαστική φθορά μπορεί να αυξηθεί σε ορισμένα άτομα με οπτική αναπηρία, σαν συνέπεια του τριγμού των οδόντων αλλά ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο συμβαίνει αυτό το γεγονός δεν έχει ακόμα καθοριστεί⁹.

Η στοματική υγεία των ατόμων με οπτική αναπηρία μπορεί να επηρεαστεί από την αδυναμία έγκαιρης εντόπισης, από τα ίδια, κάποιων βλαβών στην στοματική τους κοιλότητα^{12,29,45}. Βλάβες του βλεννογόνου μπορεί να προκύψουν σε ασθενείς με οπτική αναπηρία ενδεχομένως ως αποτέλεσμα του τριγμού των οδόντων και της δήξης των χειλιών/παρειάς ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι βλάβες του στοματικού βλεννογόνου είναι αυξημένες σε αυτούς τους ασθενείς^{9,29}. Μια συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ κάποιων συγγενών παθήσεων (Σύνδρομο Cross, Σύνδρομο Rutherford, Σύνδρομο Zimmerman-Laband- πίνακας 2) και διόγκωσης των ούλων^{48,49}.

Σε μελέτη βρέθηκε ότι οι αισθητικές ορθοδοντικές ανάγκες των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι μεγαλύτερες από ότι στον υγιή πληθυσμό⁵⁰. Παρατηρήθηκε ότι ενώ οι γονείς αισθάνονταν ότι τα παιδιά τους δεν ενδιαφέρονταν για την εμφάνισή τους, τα 2/3 των παιδιών ενδιαφέρονταν για ορθοδοντική θεραπεία⁹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οπτική αναπηρία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στην υγεία και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ενώ εξαπλώνεται όλο και περισσότερο ιδιαίτερα στους πιο ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Οι ασθενείς αυτοί για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων χρειάζονται καλά σχεδιασμένους χώρους στοματικής φροντίδας, γνώσεις επικοινωνίας και διαχείρισης συμπεριφοράς όπως και γνώσεις των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτής της αναπηρίας. Με τις παραπάνω προϋποθέσεις, τα περισσότερα άτομα με οπτική αναπηρία μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία στην οδοντιατρική καρέκλα.

Είναι μεγάλη η ευθύνη των οδοντιάτρων στην διδασκαλία στοματικής υγιεινής αυτής της ιδιαίτερης ομάδας πληθυσμού όπου με επαρκείς οδηγίες μπορούν να επιτευχθούν τα ίδια επίπεδα στοματικής υγείας με τους υγιείς συνομήλικούς τους.

Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται επιτακτική η αναγνώριση των ιδιομορφιών των ατόμων με οπτική αναπηρία και η παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας σε αυτούς με στόχο την απρόσκοπτη πρόσβαση στην υγεία της στοματικής τους κοιλότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Groenvelde M. The dilemma of assessing the visually impaired child. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1990;32:1105-13.
2. Arditi A, Rosenthal B. Developing an objective definition of visual impairment. In *Vision '96: Proceedings of the International Low Vision Conference*. Madrid, Spain: ONCE 1998, 331-4.
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Visual_impairment#cite_note-CDC2011-2 όπως εμφανίζεται την 13/12/16.
4. World Health Organisation. Prevention of Blindness and Visual Impairment, Definition and Causes. <http://www.who.int/blindness/en/> όπως εμφανίζεται την 13/12/16.
5. Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας. Θέμα : «Γνωστοποίηση διατάξεων του ν. 4331/2015» Τεύχος Πρώτο, Αριθμός Φύλλου 69, Αρ. Πρωτ.: Δ24α / Φ. / ΓΠ.οικ42890/804 – Αθήνα 29/09/2015.
6. Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας. Θέμα : «Περί αντικατάστασης των άρθρων 1,2 και 5 του Ν. 1904/51 περί προστασίας και αποκατάστασης των τυφλών». Νόμος Υπ'Αριθ. 958 Τεύχος Πρώτο, Αριθμός Φύλλου 191, σελ. 1918. Αθήνα 23/08/1979.
7. World Health Organisation. Fact Sheet N° 282 Updated August 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/> όπως εμφανίζεται την 13/12/16.
8. World Health Organisation (2010). Global Data On Visual Impairments. 2010 WHO/NMH/PBD/12.01.
9. Mahoney EK, Kumar N, Porter SR. Effect of visual impairment upon oral health care: a review. *BDJ* 2008;204(2):63-7.
10. Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE: Dental Problems of Children with Disabilities. In *Dentistry for the Child and Adolescent*. McDonald RE, Avery DR, Dean JA (Eds). 8th ed. St Louis, Mosby. 2004, pp. 524-56.
11. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO12/2002> όπως εμφανίζεται την 18/06/15.
12. Scully C, Diz Dios P, Kumar N. Special care in dentistry - handbook of oral healthcare. 1st ed. London Churchill Livingstone. 2007: 440-5.
13. <http://www.omim.org/entry/308300> Όπως εμφανίζεται την 18/6/2015.
14. <http://omim.org/entry/162200> Όπως εμφανίζεται την 18/6/2015.
15. Λάσκαρης ΧΓ: Κλινική Στοματολογία. Διάγνωση - Θεραπεία. 3η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. 2012:238,276-78,296,334-36,356,358-60,374,378-80,388.
16. Canion S: Dental Care of the Handicapped Child. In *Pediatric Dental Medicine*. Forrester DJ, Wagner ML, Fleming J (Eds). 1st ed. Philadelphia, Lea and Febiger. 1981, pp. 609-10.
17. www.afb.org όπως εμφανίζεται την 20/06/15.
18. Βιέρρου Α, Παπαγιαννούλη Λ. Σχεδιασμός και Εξοπλισμός Οδοντιατρείου για την Αντιμετώπιση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. *Παιδοδοντία* 1997;11(1): 21-9.
19. Γκίζάνη Σ. Παροχή Οδοντιατρικής Φροντίδας σε Άτομα με Σωματική ή/και Νοητική Διαταραχή. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική* 2011;4:65-71.
20. <http://www.ypeka.gr/Default.aspx?tabid=380> όπως εμφανίζεται την 18/06/15.
21. Raposa AK, Perlman PS: *Treating the Dental Patient with a Developmental Disorder*. 1st ed. Iowa USA John Wiley & Sons Inc. 2012: 40-1,74-7.
22. Vilaplana A, Yamanaka T. The waiting room. *International Conference on Kansei Engineering and Emotion Research*. Keer 2014, Linköping | June 11-13 2014.
23. <https://www.yumpu.com/en/document/view/8514849/smellscapes-the-loss-of-smell-in-a-visual-culture-design-academy> Όπως εμφανίζεται την 18/6/2015.
24. Jacob T. Smell (Olfaction): A tutorial on the sense of smell. Cardiff University, UK. <http://www.cf.ac.uk/bios/staffinfo/jacob/teaching/sensory/olfact1.html> Όπως εμφανίζεται την 18/6/2015.
25. Henshaw V. *Urban Smellscapes. Understanding and Designing City Smell Environments*. Taylor & Francis Group, Oxford: Routledge, 2013.
26. Lehmer J, Marwinski G, Lehr S, Jöhren P, Deecke L. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiol Behav* 2005;86(1-2):92-5.
27. Beaulieu-Lefebvre M, Schneider FC, Kupers R, Ptito M. Odor perception and odor awareness in congenital blindness. *Brain Res Bull* 2011;84(3):206-9.
28. Rosenbluth R, Grossman ES, Kaitz M. Performance of early-blind and sighted children on olfactory tasks. *Perception* 2000;29(1):101 – 10.
29. Cuevas I, Plaza P, Rombaux P, De Volder AG, Renier L. Odour discrimination and identification are improved in early blindness. *Neuropsychologia* 2009;47(14):3079-83.
30. Cupples M, Hart P, Johnston A, Jackson AJ. Clinical Review: Improving Healthcare Access for People With Visual Impairment and Blindness. *BMJ* 2012;344:e542.
31. Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry. A Clinical Approach*. 1st ed. Blackwell, Munksgaard. 2001:454-5.
32. Εγχειρίδιο οδηγίων για τις τεχνικές συνοδείας βλέποντος οδηγού. Ενημερωτικό υλικό της υπηρεσίας κινητικότητας προσανατολισμού και δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης για άτομα με πρόβλημα όρασης. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών - Περιφερική Ένωση Κεντρικής Μακεδονίας.
33. Κοτσάνος Ν: Παιδοδοντιατρική, συνολική φροντίδα με τεκμηρίωση. 1η έκδοση. Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Φυλάτος. 2015:81,492-3.
34. Dios PD. Oral care in the blind and visually impaired. In *Oral health care for those with HIV Infection and other special needs*. Porter SR, Scully C. Northwood Science Reviews 1995;1:219-21.

35. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Reference Manual 2015;37(6): 180-93.
36. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. Reference Manual 2013;36 (6):194-8.
37. Καβαδαία Κ. Αγωγή Στοματικής Υγείας για Άτομα με Νοητική Υστέρηση ή και Σωματική Αναπηρία. Παιδοδοντία 1998;12(2):69-75.
38. Maciel M, Cordeiro P, vila S, Godoy G, Alves R, Lins R. Assessing the oral condition of visually impaired individuals attending the Paraíba Institute of the Blind. Rev. odonto ciênc 2009;24(4):354-60.
39. Greeley CB, Goldstein PA, Forrester DJ. Oral Manifestations in a Group of Blind Students. J Dent Child 1976;26:39-41.
40. Anaise JZ. Periodontal Disease and Oral Hygiene in a Group of Blind and Sighted Israeli Teenagers 14-17 Years of Age. Community Dent Oral Epidemiol 1979;7(6):353-6.
41. Rao D, Amitha H. Oral hygiene status of disabled children and adolescents attending special schools of South Canara, India. Hong Kong Dent J 2005;2:107-13.
42. Tagelsir A, Khogli AE, Nurelhuda NM. Oral health of visually impaired schoolchildren in Khartoum State, Sudan. BMC Oral Health 2013;13:33.
43. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. Community Dent Health 2001;18:181-6.
44. O'Donnell D, Crosswaite MA. Dental health education for the visually impaired child. J R Soc Health 1990;2:60-1.
45. Schembri A, Fiske J. The implications of visual impairment in an elderly population in recognizing oral disease and maintaining oral health. Spec Care Dentist 2001;21(6):222-6.
46. Ajwani S, Ainamo A. Periodontal conditions among the elderly: ve-year longitudinal study. Spec Care Dent 2001;21:45-51.
47. Al-Sareed M, Bedi R, Hunt NP. Traumatized Permanent Teeth in 11-16- Year-Old Saudi Arabian Children With a Sensory Impairment Attending Special Schools. Dent Traumatol 2003;19:123-5.
48. Shah N, Gupta YK, Ghose S. Zimmerman-Laband syndrome with bilateral developmental cataract- a new association? Int J Paediatr Dent 2004;14:78-85.
49. Ramakrishnan T, Kaur M. Multispeciality Approach in the Management of Patient with Hereditary Gingival Fibromatosis: 1-Year Followup: A Case Report. International Journal of Dentistry. 2010;2010:1-5, Article ID 575979.
50. Al-Sareed M, Bedi R, Hunt NP. The Views an Attitudes of Parents of Children with a Sensory Impairment Towards Orthodontic Care. Eur J Orthod 2004;26: 87-91.