INSIGHT

Issue II
July 2005

An official Journal of Kerala Govt. Optometrists Association

Reg. No. 285

Address

Room No. 22
Bharath Lodge
Opp. IOB Power House Road,
Chalai, Trivandrum - 36
Ph : 9847000305, 9447211367
e-mail : goak@keral.com

Cover Designing :
Prasad R.S
G.H. Thalassery

Lay out & Type setting :
Thushara Offsets, Kollam

For private circulation only

എഡിറ്റോറിയൽ

മഹത്തായ നേത്രദാനം

Insight ന്റെ ഈ ലക്കം നിങ്ങളുടെ കൈകളിലെത്തു മ്പോഴേക്കും, അണിയറയിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പ് അധികൃതർ, ഈ വർഷത്തെ നേത്രദാന പക്ഷാചരണത്തിനുള്ള കർമ്മപരിപാടികൾ തയ്യാറാക്കുകയായിരിക്കും. ജീവിതത്തിൽ വെളിച്ചം എന്തെന്നറിയാത്ത ഹതഭാഗ്യരായ സഹജീവികളെ വെളിച്ചത്തിന്റെ ലോകത്തേക്ക് കൈപിടിച്ചുയർത്തുന്നതിനുള്ള ഒരു മഹത്തായ സംരംഭം എന്ന നിലയ്ക്കാണ് ദേശീയ അന്ധതാ നിയന്ത്രണപരിപാടിയിൽ നേത്രദാന പക്ഷാചരണത്തിന് മുൻതൂക്കം നൽകുന്നത്. വർഷാവർഷങ്ങളിൽ ആചരിക്കുന്ന പ്രസ്തുത പരിപാടിയുടെ ഒരു വിലയിരുത്തൽ ഈ അവസരത്തിൽ ഉചിതമെന്നു തോന്നുന്നു.

നേത്രദാന പക്ഷാചരണത്തിന്റെ പരമപ്രധാനമായ പ്രവർത്തനമാണ് 'നേത്രദാന ബോധവൽക്കരണം' പൊതുജനങ്ങൾക്ക് നേത്രദാനത്തിന്റെ പ്രസക്തിയെക്കുറിച്ച് അവബോധം നൽകുകയാണ് ഇതു കൊണ്ട് ലക്ഷ്യമിടുന്നത്. ഗ്രാമഗ്രാമാന്തരങ്ങളിലെ സാധാരണ ജനങ്ങൾ പോലും ഇന്ന് നേത്രദാനത്തിന്റെ പ്രസക്തിയെപ്പറ്റി അവബോധമുള്ളവരാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ അഭിനന്ദനാർഹം തന്നെ. ചില സാമൂഹ്യ സാംസ്കാരിക സംഘടനകളുടെ സേവനങ്ങളും ഇക്കാര്യത്തിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പിന് ലഭിക്കുന്നുണ്ട്.

ജനങ്ങൾ നേത്രദാനത്തെക്കുറിച്ച് അവബോധമുള്ളവരാണെങ്കിൽകൂടി ആവശ്യമുള്ളത്ര നേത്രങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നില്ല എന്നതാണു സത്യം. ലഭ്യമായിരുന്നെങ്കിൽ തന്റെ കുട്ടികൾക്ക് കണ്ണുകൾ നൽകുന്നതിനായി ഈയിടെ കോയമ്പത്തൂരിലെ ഒരു അമ്മ ആത്മഹത്യ ചെയ്ത വാർത്ത നമുക്ക് വായിക്കേണ്ടി വരുമായിരുന്നില്ല. (ആ അമ്മയുടെ കണ്ണുകൾ തന്റെ കുട്ടികൾക്ക് ഉചിതമായിരുന്നില്ല താനും)

കേരളത്തിൽ എല്ലാ ജില്ലകളിലും **corneal transplantation** നുള്ള സൗകര്യം ലഭ്യമാണ് എന്നാണ് ഔദ്യോഗിക മാന്യം. എന്നാൽ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ചില സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലും മാത്രമാണ് Eye Bank ന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ കാര്യക്ഷമായി നടക്കുന്നുള്ളൂ.

നേത്രദാനബോധവൽക്കരണം പോലെ തന്നെ പ്രധാനമുള്ളതാണ് നേത്രപടല അന്ധത ബാധിച്ചവരെ കണ്ടെത്തുകയും **Corneal Grafting** നു വിധേയരാക്കുന്നതിനായി അവരെ പ്രേരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നത്. **Mobile Eye Unit** കൾ വിവിധ സ്ഥലങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന ക്യാമ്പുകൾ നേത്രപടല അന്ധത ബാധിച്ചവരെ കണ്ടെത്തുന്നതിനും അവരുടെ ലിസ്റ്റുകൾ തയ്യാറാക്കി **Corneal Transplantation** നു വിധേയരാക്കുന്നതിനായി അവരെ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നതിനും സഹായകമായിരുന്നു. എന്നാൽ ഈ **Mobile Eye Unit** കൾ നിർത്തലാക്കുവാനുള്ള തീരുമാനങ്ങൾ അണിയറയിൽ രൂപപ്പെടുകയാണ്. ഹെലൻ കെല്ലറിന്റെ വാക്കുകൾ ഈ അവസരത്തിൽ ഓർമ്മിക്കുകയാണ് " ***The most pathetic person in the world is someone who has sight but no vision***". ഹെലന്റെ ഈ വാക്കുകൾ നമ്മുടെ അധികാരികൾക്ക് ലോകം കാണുവാനുള്ള 'ഉൾക്കാഴ്ച' യുണ്ടാക്കട്ടെ.

ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ സൂചികയിൽ നാലാം സ്ഥാനത്തു നിൽക്കുന്ന കേരളം, നേത്രദാനത്തിന്റെ കാര്യത്തിലും മുൻപന്തിയിലെത്തുവാൻ നമുക്കൊന്നായി പരിശ്രമിക്കാം. അതുവഴി നേത്രദാനത്തിന്റെ ഉപജ്ഞാതാവ് ഡോ: ഹാഡ്സൺ സിൽവയുടെ സ്വപ്നങ്ങൾ സാക്ഷാത്കരിക്കാം.

'നേത്രദാനം മഹാദാനം'

കെ. ജെ. മനോജ് (എഡിറ്റർ)

President's Voice

സുഹൃത്തുക്കളെ,

കേരളത്തിലെ സർക്കാർ ജീവനക്കാരെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം വരും നാളുകൾ ആശങ്കാജനകമാണ്. ശമ്പള പരിഷ്കരണ നടപടികൾ എങ്ങും എത്തിച്ചേരാത്ത അവസ്ഥയിലാണ്. ജീവനക്കാർക്ക് അർഹമായ ഇടക്കാലാശ്വാസമോ, ക്ഷാമബത്ത ലയനവും നടപ്പിലാക്കാതെ മുന്നോട്ട് പോകുന്ന ഒരു കാഴ്ചയാണ്. വരും നാളുകളിൽ ജീവനക്കാർ ഒന്നടങ്കം സമരഭൂവിൽ ഇറങ്ങേണ്ട ഒരു സാഹചര്യമാണ് കാണുന്നത്. എല്ലാ മേഖലകളിലും ജീവിത ചെലവ് വർദ്ധിച്ചിട്ടും നിശ്ചിത വരുമാനക്കാരായ സർക്കാർ ജീവനക്കാരുടെ ശമ്പളത്തിൽ വർദ്ധനവ് ഇല്ല.

ഒപ്ടോമെട്രി വിഭാഗത്തിൽ വരുന്ന ജീവനക്കാരുടെ ശമ്പള പരിഷ്കരണം സംബന്ധിച്ച വിശദമായ നിവേദനം ശമ്പള പരിഷ്കരണ കമ്മീഷന് സമർപ്പിച്ചു കഴിഞ്ഞു. അർഹമായ അവകാശങ്ങൾ നിഷേധിക്കുന്നു എങ്കിൽ ജീവനക്കാർ ഒറ്റക്കെട്ടായി സമരരംഗത്തേക്ക് ഇറങ്ങേണ്ടിവരും.

ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകൾ നേരിടുന്ന വിവിധ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് ശാശ്വത പരിഹാരം ഉണ്ടാക്കുവാൻ മന്ത്രി തലത്തിൽ വിശദമായ ചർച്ച നടത്തുന്നതിനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ബഹു. ഫിഷറീസ് വകുപ്പുമന്ത്രി ശ്രീ. ഡൊമനിക് പ്രസന്റേഷൻ, ആരോഗ്യ വകുപ്പ് മന്ത്രിയുമായി ഇത് സംബന്ധിച്ച് ആശയ വിനിമയം നടത്തിയിട്ടുണ്ട്. പുതിയ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് സെക്രട്ടറി ചാർജ്ജ് എടുത്ത് കഴിഞ്ഞു. അദ്ദേഹത്തെ കൂടി നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച് ധരിപ്പിക്കേണ്ടതായി ഉണ്ട്. വരും ദിവസങ്ങളിൽ അതിനുള്ള ഊർജ്ജിത ശ്രമം ഉണ്ടാകും.

പൊതുസ്ഥലം മാറ്റം സംബന്ധിച്ച് ധാരാളം പരാതികൾ സംഘടനക്ക് ലഭിച്ചു. അവയെല്ലാം സംസ്ഥാന കമ്മറ്റി ചർച്ച ചെയ്യുകയും അർഹരായവർക്ക് വേണ്ടി സമ്മർദ്ദം ചെലുത്തുവാൻ തീരുമാനിക്കുകയും ചെയ്തു.

പൊതു സ്ഥലംമാറ്റത്തിൽ സീനിയർ ഗ്രേഡിലുള്ളവരെ തെരഞ്ഞുപിടിച്ച് ശിക്ഷിക്കുന്നത് പോലെ തോന്നുന്നു. സീനിയർ ഗ്രേഡിലുള്ളവരെ പ്രധാന ആശുപത്രികളിൽ നിയമിക്കണമെന്ന നിലവിലുള്ള G.O. മറച്ച് വച്ച് കൊണ്ടുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് നടക്കുന്നത്. ഇതിനെതിരെ ബഹു. ഹൈക്കോടതിയെ സമീപിക്കേണ്ടതായ ഒരു സാഹചര്യമാണ് കാണുന്നത്.

ഇനിയും ആ G.O. നടപ്പാക്കുവാൻ ബന്ധപ്പെട്ടവർ വിമുഖത കാണിച്ചാൽ ശക്തമായി കേസ് നടപടികളുമായി മുന്നോട്ട് പോകുവാൻ കഴിഞ്ഞ സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റി തീരുമാനിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുമാരുടെ അവകാശ സമരങ്ങളോടൊപ്പം പൊതുജന സേവനത്തിന്റെ ഉദാത്ത മാതൃകകളായി പ്രവർത്തിക്കുവാൻ ഒരോരുത്തർക്കും കഴിയട്ടെ എന്ന് ആശംസിക്കുന്നു.

വിശ്വസ്തതയോടെ,

സി.ജെ. ജസ്റ്റിൻ
(പ്രസിഡന്റ്)

From Secretary's Desk

സുഹൃത്തെ,

ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകളുടെ ന്യായമായ അവകാശങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയുള്ള പോരാട്ടത്തിൽ വിട്ട് വീഴ്ചയില്ലാത്ത നിലപാടാണ് ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷനുള്ളത്.

പൊതുസ്ഥലം മാറ്റത്തിന് മാനദണ്ഡം [illegible] സർക്കാർ അംഗീകരിച്ചിട്ടും അത് [illegible] പാലിച്ചിട്ടില്ല എന്ന് നമുക്കറിയാം. ജീവനക്കാരെ വിദൂര ജില്ലകളിലേക്ക് സ്ഥലം മാറ്റാതെ അടുത്തടുത്ത ജില്ലകളിലേക്ക് സ്ഥലം മാറ്റുന്നത് ഉചിതമായിരിക്കും എന്ന് സംഘടന പല തവണ ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയിട്ടുള്ളതാണ്.

സീനിയർ ഗ്രേഡിലുള്ള ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകളെ [illegible] ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ എന്നിവയിൽ നിയമിക്കണമെന്ന Govt. order നിലവിലുണ്ട്. [illegible] ആശുപത്രികളും പരിശോധിച്ചാൽ അവയിൽ എല്ലാം തന്നെ സർവ്വീസിൽ വളരെ ജൂനിയറായ ആൾക്കാരെ നിയമിച്ചിരിക്കുന്നതായി കാണാം. ഇരുപതും ഇരുപത്തി അഞ്ചും വർഷം സർവ്വീസുള്ളവരെ Remote PHC കളിൽ നിയമിക്കുന്നതിന്റെ ന്യായമെന്താണ്? അവർ refer ചെയ്യുന്ന case ന് ചികിത്സ നിശ്ചയിക്കുവാൻ [illegible] അനുയോജ്യമാണോ [illegible]?

ഈ സാഹചര്യത്തിൽ കേരളത്തിലെ പ്രധാന ആശുപത്രികളിൽ സീനിയർ ഗ്രേഡ് ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകളെ നിയമിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമായി [illegible]. [illegible] ഈ G.O. നടപ്പിലാക്കുവാൻ [illegible]. ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷന്റെ ശ്രമഫലമായി ഉണ്ടായ G.O. [illegible] പ്രവർത്തിക്കുന്നത് [illegible] പൊലിയിക്കാനോ? [illegible] ജീവനക്കാർ എല്ലാവരും [illegible].

ഇടക്കാലാശ്വാസവും ശമ്പള പരിഷ്കരണവും [illegible] ജീവനക്കാരുടെ [illegible] ഈ സർക്കാർ ഇനിയും ജീവനക്കാർ [illegible] ശ്രമം ഉണ്ടാകണം.

കേന്ദ്രസർക്കാരിന്റെ കേവലം ഒരു മെമ്മോ ന്റെ [illegible] കേരളത്തിലെ [illegible] വിദ്യാഭ്യാസ നടപടികൾ താത്കാലികമായി നിർത്തി വെച്ചിരിക്കുകയാണ്. ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷന്റെ [illegible] പ്രസ്തുത നടപടികൾ ബഹു. [illegible] അതോടൊപ്പം ഇത് സംബന്ധിച്ച് വിശദീകരണം ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണ്.

[illegible] ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകൾ [illegible] എന്ന് [illegible] പ്രവർത്തിക്കുന്നതായി [illegible] ജീവനക്കാരെ [illegible] ശ്രമം [illegible].

സീനിയർ ഗ്രേഡിലുള്ള ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകൾ [illegible] പ്രൊമോഷൻ [illegible] ടി.എച്ച്.എസ്-ൽ [illegible] കോ-ഓർഡിനേറ്റർ [illegible]. എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും പൂർണ്ണമായ സഹകരണം പ്രതീക്ഷിക്കുന്നു

ആർ. രാജേഷ്
ജനറൽ സെക്രട്ടറി

SCIENTIFIC SPOT

THE LENS & CATARACT (Contd...)

Dr. S. Sabitha
Dist : Mobile Opth : Surgeon
Pathanamthitta

MANAGEMENT OF CATARACT

I. Medical treatment

a) Dietary factors : Studies show that patients with diet high in antioxdant carotenoids had a notably lower incidence of cataract.

b) Mydriatics :- Patients with a small axial cataract may benefit from pupillary dilation.

c) Diabetes :- Careful control of blood sugar levels and Aldose reductase inhibitors may be beneficial

d) Removing cataractogenic agents- Irradiation and drugs may prevent further progression of cataract.

II Surgical treatment

1. Timing of surgery-in-adults- depends on the patients Specific visual needs.

If unilateral - Surgery may be delayed and if bilateral, extraction of cataract may be done when the patients visual handicap is significant.

In child-hood cataract : - Surgery should be done to remove both cataract with in the first few months of life. Unilateral cataracts carry much worse visual prognosis than bilateral cataracts.

2. Pre operative evalution : H/o injury or ocular infection should be noted.

I. Retinal evaluation

(i) In clear media-

1. Visual acuity and refraction
2. Direct & Indirect ophthalmoscopy

ii. In opaque media :-

1. MarcusGunn Pupillary response
2. Perception of light
3. Projection of light
4. Two light discrimination test.
5. Color preception
6. ERG
7. A and B Scan
8. Laser interferometry
9. VER (Visually Evoked Response)
10. EOG (Electro Oculo Gram)
11. Entoptic visualisation of retina.
12. Photostress test.
13. Visual field examination if associated with glaucoma.

II. Examination of eye

for IOP

sac funtion to rule out dacryocystitis.

Lids for Blepharitis/Stye.

III. General Health status of patient

-Blood sugar
-ECG.
-Blood pressure
-Chest X-ray
-Blood Picture

any gross local sepsis- tooth abscess should be treated.

Pre-Operative Medications.

1. Mydriasis : by Tropicamide/cyclopentolate + phenyl ephrine eye drops + Flurbiprofen. In cardiac/ Hypertensive, avoid phenyl ephrine.

2. Anesthesia : General- for children

-adults who desire to be unconcious during surgery, acute trauma with scleral perforation.

Local - Safer, cheaper, quicker (2% Lignocain + 0.5 % Bupivacaine (with or without 1 in 10000 Adrenalin) + 150 units of hyaluronidase

Methods-

-Retrobulbar
-Peribulbar

Modified Gill's block.

Van Lint Akinesia- for orbicularis muscle } Optional
Nad bath facial nerve block. }

3. IOP lowering- to prevent vitreous loss, expulsive haemorrage, Shallowing of anterior chamber - achived by digital massage/ Honan Balloon/Pinkey Ball Stand/ Osmotic means.

4. Pre operative prepping - antibiotic drops, preparation of skin and lids with 5 % Povidone- Iodine.

Methods of Surgery

1. Intracapsular Cataract Extraction (ICCE) : -

Removal of entire lens with capsule - performed with

(a) Cryoprobe or

b) forceps

Aphakia can be corrected with anterior chamber IOL

2. Extra capsular Catract Extraction (ECCE)

Anterior capsule is removed with radial cuts in anterior capsule or capsulorhexis and the lens is removed without disturbing the integrity of posterior Capsule and anterior vitreous face. Posterior cham-

ber IOL can be implanted to correct aphakia.

3. Phaco emulsification :-

Dr. Charles Kelman in 1965 introduced Phacoemulsification. The principle is ultrasonic vibrator with frequency of (28-68 KHZ), which fragments the lens and aspirated through irrigation/aspiration probe. Advantage is that 1-3 mm size incision (either scleral tunnel or clear corneal) is sufficient to remove the lens and foldable IOL can be implanted through the small incision. Many different techeniques- chips flip, or divide and conquer or chopping method can be used.

4. Pars Plana lensectomy and phacofragmentation- to deal with vitreous pathology in presence of cataract.

5. Older methods :-

a) Needling and lens aspiration (done earlier in childhood and traumatic cataract)

b) Linear extraction

Complications of cataract extraction

a) Intra Operative

- Vitreous loss
-expulsive haemorrage
-Iridodialysis
-detachment of descemet's membrance
-mal position of IOL

b) Post operative

-endophthalmitis
-corneal decompesition with edema
-cystoid macular edema
-wound leakage
-flat anterior chamber
-iris prolapse
-pupillary block glaucoma
-choroidal detachment and cyclodialysis
-epithelial ingrowth
-glaucoma
-hyphema and vitreous haemorrage
-retinal detachment
-After cataract- opacification of posterior capsule adherent to the capsule may produce lens fibres.

IOLs (Intra Occular lens)

1. Anterior chamber IOL (AC IOL)

The first AC IOLs introduced were rigid, vaulted four footed lenses or rigid closed loop lens.

Disadvantages : Their rough edges (a) induce uvitis; glaucoma and Hyphema (UGH syndrome)

b) Corneal, endothelial decompensation

c) Cystoid macular edema

Present AC IOLs have flexible, supporting loops (Kelman Style)

2. Secondary IOLs

For patients, who did not have an IOL implimented at the time of primary cataract extraction, Secondary IOL may be implimented. If posterior capsule is intact, Posterior chamber IOL, If iris and anterior chamber angle is intact, no capsule AC IOL may be implanted. If posterior capsule is intact, Posterior chamber IOL, if iris and anterior chamber angle is intact, no capsule AC IOL may be implanted.

3. Rigid PC IOL

are by far the most commonly inserted IOL after ECCE. The loops of the IOL fit either with in the capsular bag of the lens in the ciliary sulcus and the optic rests against the posterior capsule.

Design modifications

1. PMMA (Poly methyl methacrylate) optics with prolene haptics
2. PMMA Single piece design.
3. J curve to broaden C curve of haptics to increase fixation contact.
4. Anterior angulation of loops
5. Reduction or elimination of fixation holes that might cause glare in large pupil
6. Variable Optic sizes from 5.0 to 7.0 mm.
7. Variable haptic to haptic diameters to allow in the bag or sulcus fixation.
8. In corporation of U.V. Chromophores to screen out harmful U.V. rays.
9. Biconvex optics to decrease posterior capsule hazing.
10. Laser ridge lenses.

4. Foldable PC IOLs

Material - Hydrogel silicone-used after phacoe mulsification surgery

Advantages

-insertion through a small incision (1-3 mm)
-good to excellent tolerance and flexibility
-Hydrophilic properties that reduce endothelial damage
-reduced astigmatism and faster rehabilitation
-autoclavability

Silicone lens which fills & distends capsular bag decreasing capsular haze.

5. Multifocal PC IOLs

These lens focus both near and far objects, placing images on macula simultaneously.

Contra indication to IOL implantation are relative and include active uncontrollable uvitis, proliferative diabetic retinopathy and glaucoma with progressive visual field loss.

REFRACTION IN SPECIAL SITUATIONS

Dr. Somen Mani
Civil Surgeon - Ophthalmologist
G.H. Fort Kochi

Refraction forms the basis of all ophthalmic check ups. Therefore there is a need to be proficient in this examination techniquis. In most of the cases accuracy in this examination can be easily achieved with experience. However certain refractive states and conditions of the eye pose a problem in performance of refraction and prescription of glasses. Enumerated below are some of the conditions wherein refraction may be difficult or time consuming especially in a busy outpatient department

High Spherical Errors.

High hypermetropia-High myopia-Anisome tropia

Astigmatic Errors

Normal Cornea-Regular
Abnormal Corneal Curvatures
Corneal Scars

Age Group

Pediatric age group-Adolescent age group-Presbyopic age-Elderly

Post Surgical Cases

Aphakia < Pediatric-<Adult
Pseudophakia
Buckled eyes
Oil filled eyes
SF-IOL

Miscellaneous

Diabetes
Albinism
Subluxated Lens

High spherical Errors

High Hypermetropia

Here the reflex will initially be dull in which case you must start the refraction with a high plus lens and give the fullest correction, which give him good vision.

High Myopia

B/L high Myopia : When correcting myopia of more than 5D, the patient's glasses and trial lens must be in agreement, concerning vertex distance. Vertex distance of the trial lens must be measured and marked on the prescription. A change of vertex distance requires that a new power be calculated, so that the new as well as the old lens has its focal point located at the far point of the eye. Small diameter spectacle lenses and high refractive material reduces edge thickness of high minus glasses. Usually B/L high myopes prefer Contact lenses.

U/L high myopia : In U/L high myopia when spectacles are given to one eye, equal retinal image size is produced, when the spectacles are placed in the anterior focal point of the eye. Anisometropia is minimal in these spectacle corrected eyes but myopia should be purely axial. Stretching of photoreceptors causes additional minification of image. Some patient may have aneisekonia. Then decision will be difficult whether to correct the more highly myopic eye fully or partially with a contact lens while correcting the fellow eye with a spectacle lens. The final goal is to have retinal images of compatible size.

Anisometropia

Care for the patient with anisometropia requires identification of sensory and motor adaptations that have already been formed or that will be required when lenses are prescribed. For the young child amblyopia is the first concern. Children adapt well to anisometropic corrections up to 4-5 D. If the child in older in older and there is already intractable amblyopia with suppression and perhaps strabismus, a partial correction or balance lens may be more acceptable and not functionally inferior to full correction. With anisometropia of less than 3D, there may be good acuity of one eye and some amblyopia of the other. Then a refractive correction of the weeker eye may be acceptable of may cause discomfort with greater anisometropia, amblyopia and suppression are likely to deeper refractive correction then is neither helpful nor disturbing, a balance lens similar to the other eye in prescribed.

When dominant eye is emmetropic, there is no need of correction and the patient

is essentially monocular. When myopic anisometropia develops, after early childhood, when each eye has developed good acuity, the patient with uncorrected vision may have learned to use the more myopic eye for near vision and the less myopic eye for intermediate and distant vision. In this case neither eye becomes amblyopic. The more myopic eye is the dominant eye . The hyperopic anisometrope is more likely to have acquired amblyopia ignoring the more hyperopic eye for both distant and near vision. Mono vision correction is prescribed for some anisometropes, one eye for distance and one eye for near, particularly when there is good vision in each eye and inability to fuse. Alternatively one may try to promote fusion and stereopsis with full correction of anisometropia. If the patient is not a child new correction of anisometropia should be attempted with caution, initially it is partially corrected and then fully corrected.

Spectacle correction of anisometropia may produce symptoms related to aniseikonia and anisophoria. This is particularly disturbing with regard to induced vertical phorias, when gazing down in to a bifocal segment, as vertical fusion amplitudes are normally small. These patients can choose frames, which will hold small lenses that minimizes off axis viewing. Spectacle induced aniseikonia is tolerated better by children and patients who have already been wearing similar presciption. Aniseikonia may be decreased by increasing base curvatureof a more myopic lens or by decreasing vertex distance of either. Use of contact lenses can eliminate both. The patients in whome a cataract develops may encounter anisometropia as that eye becomes more myopic, the patient may even accept the blur of partial correction rather than meeting with the difficulties of full correction.

Astigmatic Errors

Without corneal diseases : Usually this is regular astigmatism. Here initially one axis is neutralized with spherical lenses and the other is neutralized with cylinderical lenses. Then the maximum spherical and the minimum cylindrical power that the patient accepts, is prescribed. Refinement of cylindrical axis can be done with either astigmatic fan, Maddox - V test or by cross cylinders.

In patients with high degrees of astigmatism, the patient may require additional refractive correction of the astigmatism for near vision. This is proposed to be due to incyclotorsion during accommodation. The near prescription is placed in the trial frame and the other eye is fogged. The cylindrical correction is then refined for near vision. The same is repeated for the other eye. If there is a significant difference in cylinders between distance and near, seperate glasses may have to be used.

Abnormal corneal curvatures

Conditions with abnormal corneal curvatures usually produce irregular astigmatism. Eg: Keratoconus. In Keratoconus, the optical system does not confirm to the concepts of regular paraxial optics The central area of the cornea has a shape that defies geometric description. They will have no common focal point, line ellipse or zone. The radioscopic reflections often appear to have several dark and light zones that move and swirl in a complex pattern. The end point of refraction is taken as the lens, which allows the two portions of the reflex to meet in the center of the pupil. Attention must be to the central part of the shadow, because it is through this part that maximum vision is attained. Sometimes we will have to entirely depened on subjective acceptance. It is surprising that an Internet search on this literature showed less emphasis on this simple modality of refraction compared to the surgical corrections of keratoconus. Corneal scars In this situation scattered opacities may decrease the distant vision leaving reading vision.

less affected. With dense opacities both are equally affected. Here one has to entirely depend on subjective acceptance. Usually these patients respond well to low vision aids

Age Group

Pediatric Refraction.

Traditional subjective procedure for the assessment of refractive error may be ineffective with infants and toddlers because of short attention span and poor fixation. As a result the examiner will need to rely on objective

measures of refraction.

The two most commonly used procedures are Cycloplegic retinoscopy and near retinoscopy.

It is important for the examiner performing Cycloplegic retinoscopy in an infant or toddler to take several precautions.
select the Cycloplegic agent carefully. (Fair skinned children with blue eyes may exhibit an increased response to drugs and darkly pigmented children may require more frequent or stronger dosages)
Avoid over dosage (children with Down syndrome, cereberal palsy, trisimy 13 and 18, and other central nervous system disorders in whom there may be an increased reaction to cycloplegic agents, 1% tropicamide may be used).
Beware of biologic variation in children (e.g. low weight infants may require a modified dosage)
Cyclopentolate hydrochloride is the cycloplegic agent. One drop should be instilled twice, 5 minutes in each eye, using strength of 0.5% for children less than 1 year and 1% for older children. Spray administration of the drug appears to be a viable alternative to the unconventional eye drops. The child is asked to close eyes gently while the examiner sprays the Cycloplegic agent on the childs eyelids. As the child blinks, enough of drug is delivered to the eyes to provide adequate Cycloplegic. Advantage of this technique is that the avoidance response of the child is less and it is less traumatic for the child and the parents observing the procedure.
A single application can achieve both Cycloplegic and pupillary dilation when a mixture of 0.5% cyclopentolate. tropicamide and 2.5% Phenylephrine is used. To maintain sterility it is best to have this spray mixture prepared by pharmacist. Retinoscopy may be performed 20-30minute's after instillation. The use of loose lensesor a lens is recommended for retinoscopy.
A study comparing retinoscopy in infants using near retinoscopy, cycloplegia with tropicamide 1%, and cycloplegic with cyclopentolate 1% found that tropicamide may be useful alternative in many healthy non strabismic infants.

Near retinoscopy is another objective method of estimating refractive error in infants and toddlers. However, it has not been found reliable for qualification of the refractive error. Near retinoscopy may have some clinical value in the wing situations:
When frequent follow up is necessary,
When the child is very anxious about instillation of cycloplegicagents.
When the child has had or is at risk for an adverse reaction. To cyclopentolate or tropicamide

The average refractive error in children from birth to 1 year of age is about 2 diopters of hyperopia (SD-2D).Astigmatism up to 2D is common in children under 3 years of age. Studies show that 30-50% of infants less than 12 months of age have significant astigmatism, which declines over the first few years of life, becoming stable by approximately2 .5 years of age. Low amounts of anisometropia are common and variable in infants. The clinician may choose to monitor these levels of refractive errors rather than prescribe a lens correction.

Pre school children

Measurement of refractive error may involve;

- Static retinoscopy
- Cycloplegic retinoscopy

With two important medications. standard static(distance, non-cycloplegic) retinoscopy can usually be performed in preschool children . A modern video projection system is a valuable means of controlling accommodation and fixation at 6 meters .

Cycloplegic retinoscopy is a valuable procedure for the 1St evaluation of preschoolers and when static retinoscopy yields unreliable results or professional judgment indicates otherwise. This procedure should also be performed when strabismus or significant refractive error is present.Cyclopentolate(1%)in the cycloplegic agent of choice. Two drops should be instilled , one at a time 5 minutes apart in each eye. The use of a spray bottle to administer the drug is also effective for this age group. Retinoscopy may be performed with a lens rack or loose lenses 20-30 minutes after instillation.

(Contd.... on next issue)

OBJECTIVE OPTOMETRY

Prepared and compiled by :
Kishor Kumar.K.R.
Oph: Asst:,
PHC KanthaRoor, Idukky

The main objective of the author is to make the applicant conversant with the various forms of questions hich can helps the applicants to review their knowledge by self assesment means. Although this questions is not intented to be a substitute for text books, attempt has been made to impart maximum information through the small number of questions.Please refer to the text books like 'Practise of Refraction by Duke-Elder's ". Text book of ophthalmology by Dr. H.V. Nema, and by Dr. Agarwal. The incoming P.S.C Exam will be very competetive because the new vacancies in Govt. Sector is few. *Wish you all the best.....*

Topic : Lens and Cataract

1. The crystalline lens is not
a). Non Vascular Structure like cornea and Vitreous.
b). a biconvex lens, the anterior surface being flatter than the posterior.
c). covered by an elastic capsule which is thicker anteriorly than posteriorly.
d). kept in place by zonules attached at the equator.
e). Embryologically a part of mesenchyma orgin.

2. Myopia in early cataract are mainly due to
a). Index changes in the nucleus.
b). Anatomical changes of the eye.
c). accommodative changes.
d). axial length changes.

3. The congential calaract require treatment
a). Zonular or lamellar cataract
b). Blue dot cataract
c). Fusiform cataract
d). Coronary cataract

4. Which is not a symptom of early senile cataract.
a) Uniocular palyopia
b) Dull arching pain in the eye.
c) Gradual progressive diminution of vision
d) Colored Haloes
e) Frequent change in the power of glasses

5. Which is not a sign of immature cataract
a). Diurnal variation of intraocular tension
b). a greyish reflex in the pupillary area.
c). Iris shadow.
d). Partial opacity by slit lamp and a distant direct ophthalmoscopy.

6. The simple method used to find out mature calaract was
a) Electro rectinography.
b) Direct ophthalmoscopy.
c). indirect ophthalmoscopy.
d). Retinoscopy.
e). accurate projection of rays.

7. Retinal functions in case of mature cataract can not be calculate by
a). accurate projection of rays.
b). Pupillary reaction of light.
c). Retinoscopy
d). Macular function test.
e). Electro retinography.

8. Which is included in the primary investigation of cataract, except.
a). Measurement of the angle of anterior chamber by Gonioscopy.
b). Record of intraocular tension.
c). Paloncy of lacrimal passages.
d). Trial bandage or conjunctival smear.
e). Retinal function test.

9. During cataract operation following complications can occur except.
a) Vitreous prolapse.
b) Non presentation of lens in the section.
c) Accidental extra capsular extraction.
d) Iris prolapse

e) expulsive haemorrhage.

10. Early post operative complications of cataract are as follows except.

a) Infection.

b) Retinal detachment.

c) Hyphaema

d) Iris prolapse.

e) Striate keratitis.

11. Delayed complication of cataract surgery are as follows except.

a) Iris prolapse

b) Aphakic glaucoma

c) Macular oedema

d) R.D

e) ephelhelisation of anterior chamber

12. Which statement about complicated cataract is wrong.

a) These are opacities of lenses which occur as a complication of some diseases in the eye.

b) In the initial Stages we can see a polychromatic lusture from the posterior pole.

c) Occurs following direct injury to the lens.

d) Can occur in the eyes with old retinal detachment.

e) pathological myopia can also be associated with it.

13. Select the wrong statement about Morgagnian cataract.

a) It is hyper mature cataract where cortex becomes fluid.

b) It may be associated with secondary glaucoma.

c) can be operated by extra capsular extraction.

d) It is possible to do an intra capsular extraction.

e) Cryo extraction is the ideal method of lens delivery.

14. Which of the following statement about subluxated lens is wrong.

a) A part of the lens is seen in the pupillary area.

b) Anterior chamber depth is irregular.

c) iridodonesis cannot be elicited

d) Occurs in hypermature cataract or after blunt injury.

15. Causes of Painless Sudden loss of vision are as follows, except.

a) Occlusion of central retinal artery

b) Retinal detachment

c) Optic nevritis

d) Vitreous haemorrhage

e) accute congestive glaucoma

16. In cataract due to rubella

a) Vision is not seriously imparied

b) Other Congenital anomalies are rare

c) After eight weeks of gestation of lens may escape injury.

d) The infection of the mother must occur between the 24th and 28th week of gestation.

17). Rosette Cataract due to

a) Diabetes b) galactosemia c). Injury d). Myotonic dystrophy e). Irradiation.

18). Sunflower cataract is characteristic of

a) Argyrosis b) Siderosis c) Chalcosis

d) All the above. e). None of the above.

19. The commonest complication in exfoliation of the lens capsule is

a) Iritis b) glaucoma c) Conjunctivitis d) Optic Neuritis e) Retinal detachment

20. After the completion of cataract extraction all of the following points of wound Hygiene are important, except.

a) Suture are carefully tied and cut

b) The iris must be reposited carefully

c) Air should be injected behind the iris

d) The conjunctiva and capsular remnants must be removed from the wound.

21. The most critical period in the development of the lens lies between

Ans : (Fifth and Eighth weeks)

22. The phenomenon in which a presbyopic leaves his glasses due to senile nuclear cataract is called

Ans : (Second sight)

23. The lens is embryological a part of ..... origin

Ans : Surface ectoderm

24. Congenital Subluxation of the lens is known as.....

Ans : ectopia lentis

25. Metabolic activity of the lens is largely confuses to....

Ans : Cortex

Answer key : 1) E, 2) A, 3) A, 4) B, 5)A, 6)D, 7)C, 8)A, 9)D, 10)B, 11)A, 12)C, 13)C, 14)C, 15)E, 16) C, 17)B, 18)C, 19)C, 20)C

Hearty Farewell

Sri. N. Muraleedharan
Course from School of Optometry, TVM.
Joined Kerala Health Services on 15.4.1971 at Trisuur
Wife : Smt. K.M. Lathika
Son: Studying at Std. VIII
Rtd. as Camp Co-ordinator from Dt. Hospital, Kollam on 31.5.2005
Former State Committee Member of GOAK

Sri. K.V. Jayarajan
Course from School of Optometry, Govt. Oph. Hospital, Madrass
Joined Kerala Health Services on 1978 Jan. at Manjery
Son: Studying for MBBS final year, Calicut Medical College
Daughter: Studying for BA in Unity college, Manjery
Rtd. as Camp Co-ordinator from Dt. Hospital, Manjery on 30.6.2005
Active member of GOAK

Smt. G. Lathikakumari
Course from School of Optometry, TVM
Joined Kerala Health Services on 8.3.1979
Husband: Late K. Sadanandan (Postal Dept.)
Two daughters : Deepa & Deepthi
Rtd. as Camp Co-ordinator from Dt. Hospital, Kannoor on 30.6.2005
Active member of GOAK

ഡോ. രാധാദേവി വിരമിച്ചു

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡെപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടറും **N.P.C.B. state programme officer** -ആയിരുന്ന ഡോ. രാധാദേവി 2005 മെയ് 31 ന് സർവ്വീസിൽ നിന്നും വിരമിച്ചു.

ദീർഘകാലം എറണാകുളം ജില്ലാ ഒഫ്താൽമിക് സർജനായി സേവനം അനുഷ്ഠിച്ചിട്ടുണ്ട്. മെയ് 31ന്, ഡെപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടറുടെ ചേമ്പറിൽ നടന്ന ലളിതമായ യാത്രയയപ്പ് ചടങ്ങിൽ കേരള. ഗവ. ഒപ്റ്റോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷന്റെ ഉപഹാരം സമർപ്പിച്ചു. അസോസിയേഷൻ ജന: സെക്രട്ടറി ആർ. രാജേഷ്; സംസ്ഥാനകമ്മറ്റി അംഗം ബിജു. വി.എസ്. സീനിയർ ഗ്രേഡ് ഒഫ്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ് ശ്രീ. എസ്. ഷെരീഫ് (പി.എച്ച്.സി കന്യാകുളങ്ങര) തുടങ്ങിയവർ തദവസരത്തിൽ സംബന്ധിച്ചു.

വി.വി. മധുവിന് പുരസ്കാരം

പത്തനംതിട്ട ജില്ലയിലെ കാഞ്ഞിറ്റുകര സി.എച്ച്.സി.യിലെ ഫാർമസിസ്റ്റ് ശ്രീ. വി.വി. മധുവിന് കാഞ്ഞിറ്റുകര സി.എച്ച്.സി സ്റ്റാഫ് കൗൺസിൽ ഏർപ്പെടുത്തിയ മികച്ച ജീവനക്കാരനുള്ള പുരസ്കാരം സമ്മാനിച്ചു.

2004- 05 വർഷം മികച്ച രീതിയിൽ അന്ധതാനിയന്ത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ സംഘടിപ്പിച്ചതിനും, കൂടുതൽ തിമിര രോഗികളെ ശസ്ത്രക്രിയക്ക് വിധേയമാക്കിയതിനും, സാമൂഹിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങളിലും മികച്ച സഹകരണം കാഴ്ച വയ്ക്കുന്നതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലുമാണ് പുരസ്കാരത്തിനായി അദ്ദേഹത്തെ തെരഞ്ഞെടുത്തത്.

2005 മാർച്ചിൽ സി.എച്ച്.സി യിൽ നടന്ന Monthly Conference ന് പങ്കെടുത്തിരുന്ന Dy. D. M. O. Dr. K.S പുരുഷോത്തമന്റെ അദ്ദേഹത്തിന് പുരസ്കാരം സമ്മാനിച്ചു.

മാർച്ച് 1 ന് ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ ഡോ. എൻ. രാജാധരന്റെ അദ്ധ്യക്ഷതയിൽ ചേർന്ന Oph : Asst. Conference ൽ ശ്രീ. വി.വി. മധുവിന് ആശംസകൾ അർപ്പിച്ചു. DBCS Member Secretary, Dr. K.S.P Bhat, Dist: Oph: Surgeon Dr. S.R. Suseela Devi, Mobile Oph. Surgeon, Dr. S. Sabitha, Camp Co-ordinator ശ്രീ. എൻ.എസ് രാജശേഖരൻ നായർ തുടങ്ങിയവർ അദ്ദേഹത്തെ അഭിനന്ദിച്ചു.

10 പുതിയ തസ്തികകൾക്ക് കേന്ദ്രാംഗീകാരം

ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ അപേക്ഷനയത്തിൽ ഫർത്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ് തസ്തികകളില്ലാത്ത പ്രധാന ആശുപത്രികളിൽ തസ്തിക സൃഷ്ടിക്കുന്നതിന് കേന്ദ്രസർക്കാർ അംഗീകാരം ലഭിച്ചു. 2005 ഏപ്രിൽ 7, 8 തീയതികളിൽ ദൽഹിയിൽ നടന്ന സംസ്ഥാന programme officer മാരുടെ യോഗത്തിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡെപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടർ ഡോ. രാധാദേവി സമർപ്പിച്ച നിവേദനത്തെ തുടർന്നാണ് കേന്ദ്രാംഗീകാരം ലഭിച്ചത്. കേരള. ഗവ. ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷൻ സംസ്ഥാനകമ്മറ്റി നൽകിയ നിവേദനത്തെ തുടർന്നാണ് ആരോഗ്യവകുപ്പ് അധികൃതർ കേന്ദ്രാംഗീകാരത്തിന് ശ്രമിച്ചത്. തിരുവനന്തപുരം ജില്ലയിൽ നേമം, ആറ്റിങ്ങൽ, വർക്കല ഗവ: ആശുപത്രികൾ, കൊല്ലം ജില്ലയിൽ ശാസ്താംകോട്ട, ആലപ്പുഴയിൽ കായംകുളം, കോട്ടയത്ത് പാമ്പാടി, മുണ്ടക്കയം, എറണാകുളത്ത് ഫോർട്ട് കൊച്ചി, കണ്ണൂരിൽ പയ്യന്നൂർ, ഇടുക്കിയിൽ പീരുമേട് തുടങ്ങിയ പ്രധാന സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ തസ്തിക സൃഷ്ടിക്കുന്നതിനാണ് ഗവ. ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷൻ നിവേദനം സമർപ്പിച്ചത്. മേൽ പറഞ്ഞ 10 ആശുപത്രികളിലും പുതിയ vision centres ആരംഭിക്കുന്നതിന് കേന്ദ്രാംഗീകാരം ലഭിച്ചതായി ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡെപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടർ അറിയിച്ചു.

പ്രസ്തുത തസ്തികകൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നതിന് സംസ്ഥാന സർക്കാർ അംഗീകാരം ആവശ്യമാണ്. സംസ്ഥാന ധന-ആരോഗ്യ വകുപ്പുകളുടെ അംഗീകാരം ലഭിച്ചെങ്കിൽ മാത്രമേ vision centre ന്റെ പ്രവർത്തനം ആരംഭിക്കുകയുള്ളൂ. vision centres കൾക്ക് ആവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ കേന്ദ്രത്തിൽ നിന്ന് ലഭിക്കും. മുൻകാലങ്ങളിൽ തസ്തിക സൃഷ്ടിക്കപ്പെടുമ്പോൾ ജീവനക്കാർക്ക് ശമ്പളം നൽകുന്നതിന് കേന്ദ്രസഹായം ലഭിക്കുമായിരുന്നു. പുതിയ പദ്ധതിയിൽ ജീവനക്കാർക്ക് ശമ്പളം അതത് സംസ്ഥാനസർക്കാർ വഹിക്കേണ്ടതാണ്.

10 തസ്തികകൾക്ക് അംഗീകാരത്തിനായി ധന-ആരോഗ്യ വകുപ്പുകളിൽ സമ്മർദ്ദം ചെലുത്തി വരികയാണ്. സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ മോശമായ സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി അംഗീകാരത്തിനായുള്ള പ്രധാന വിലങ്ങുതടിയാണ്.

ജേർണലിൽ വരുന്ന ലേഖനങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള നിങ്ങളുടെ വിലയേറിയ അഭിപ്രായങ്ങളും നിർദ്ദേശങ്ങളും എഴുതി അറിയിക്കുമല്ലോ. അടുത്ത ലക്കം മുതൽ പ്രത്യേക പംക്തി..!

MAIL BOX

To,

The editor
Room No. 22
Bharat lodge, Opp. I.O.B.
Chalai, Trivandrum- 36

വേനലിൽ പെയ്ത മഴ.....

2005 ഏപ്രിൽ 9-10 തീയതികൾ കേരളത്തിലെ ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകളുടെ ചരിത്രത്തിൽ ഓർമിക്കപ്പെടുന്ന ദിനങ്ങളാണ്. 'അറബിക്കടലിന്റെ റാണി'യെ ഇളക്കി മറിച്ച ഒപ്റ്റോമീറ്റ് -05, കേരള ഗവ : ഒപ്റ്റോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷന്റെ ഓർമ്മകുറിപ്പിൽ ഇതാദ്യം. സംഘാടകരും കൊണ്ടും, പങ്കാളിത്തം കൊണ്ടും ഇത്രയധികം ശ്രദ്ധയാകർഷിച്ച ഒരു പരിപാടി ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റ്സ് അസോസിയേഷന് നടത്തുവാൻ നാളിതുവരെ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല.

സംഘടന പിളർന്നു എന്ന് ഉദ്ഘോഷിച്ചവരെ സംഘടന എവിടെ എത്തിനിൽക്കുന്നു എന്ന് നിങ്ങൾക്ക് ബോധ്യമായില്ലേ? ജനറൽ ബോഡിയോഗം വിളിച്ച് കൂട്ടി യഥാർത്ഥ അസോസിയേഷൻ ഏതാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെടുത്തി കഴിഞ്ഞിട്ടും അധരവ്യായാമം നടത്തുന്നവരെ നിങ്ങൾക്ക് എന്തിനി വിവേകം ഉദിക്കും?

ഏപ്രിൽ 9 ശനിയാഴ്ച ബഹു. കേരള ഫിഷറീസ് വകുപ്പ് മന്ത്രി. ശ്രീ. ഡൊമിനിക് പ്രസന്റേഷൻ ഒപ്ടോമീറ്റ് ഔപചാരികമായി ഉദ്ഘാടനം ചെയ്തു. തദവസരത്തിൽ അസോസിയേഷൻ പ്രസിഡന്റ് ശ്രീ. സി. ജെ. ജസ്റ്റിൻ അദ്ധ്യക്ഷത വഹിച്ചു. ജനറൽ ആശുപത്രി സൂപ്രണ്ട് ഡോ. മോഹന, Mobile Oph. Surgeon; Dr. suchetha; ഡോ.യു.നരകുമാർ, ശ്രീ.ചന്ദ്രമോഹൻദാസ്, മുൻ ജന: സെക്രട്ടറി ശ്രീമതി. ജെ. ചന്ദ്രകുമാരി, ശ്രീ. ഗോഡ്വിൻ തുടങ്ങിയവർ ആശംസകൾ നേർന്നു.

അസോസിയേഷന്റെ മുഖപത്രമായ "IN-SIGHT" തദവസരത്തിൽ ബഹു. മന്ത്രി പ്രകാശനം ചെയ്തു. INSIGHT എന്ന പേര് നിർദ്ദേശിച്ച ആലപ്പുഴ ജില്ലാ കൃഷ്ണ കോ-ഓർഡിനേറ്റർ ശ്രീമതി. കെ. ആർ ഷൈലക്ക് അസോസിയേഷന്റെ ഉപഹാരം സമർപ്പിച്ചു.

11 മണിയോടെ ലോകപ്രശസ്ത എഹിലാസിക് ചികിത്സാ വിദഗ്ധനും, ഷോട്ടസ് ഐ കെയർ ഹോസ്പിറ്റൽ എം.ഡിയുമായ ഡോ. എസ്. കെ സുന്ദരമൂർത്തി ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകളിലേക്ക് പെയ്തിറങ്ങി അറിവിന്റെ അക്ഷയപാത്രം ആവോളം തുറന്നിട്ട് പ്രതിനിധികളുടെ സംശയങ്ങൾക്ക് മറുപടി നൽകി. അദ്ദേഹം അവസാനിപ്പിക്കുമ്പോൾ സമയം ഉച്ചയ്ക്ക് 1.30 കഴിഞ്ഞിരുന്നു. 'എപ്പിലാസിക്' എന്ന നൂതന ചികിത്സാ സാങ്കേതിക വിദ്യ അംഗങ്ങളെ പരിചയപ്പെടുത്തിയ അദ്ദേഹം ഇനിയും കേരളത്തിലെ ഒപ്ടോമെട്രിസ്റ്റുകൾക്ക് പുതിയ അറിവുകൾ പകർന്നു നൽകുവാൻ എത്തും എന്ന ഉറപ്പ് നൽകിയാണ് പിരിഞ്ഞത്.

2.30 ഓടെ അടുത്ത സെഷൻ ആരംഭിച്ചു. 'Paediatric vision correction and squint' എന്ന വിഷയത്തെ അധികരിച്ച് അമൃത ലിറ്റിൽ ഫ്ളവർ ഹോസ്പിറ്റലിലെ ഡോ. സി.കെ. മീന പ്രബന്ധം അവതരിപ്പിച്ചു.

4 മണിയോടെ ആരംഭിച്ച പൊതുയോഗം ശമ്പള പരിഷ്കരണ കമ്മീഷനു മുന്നിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ട വിഷയങ്ങളെ കുറിച്ച് സുദീർഘമായ ചർച്ചകൾ നടത്തി. 5.30 ഓടെ ഒന്നാം ദിനത്തിലെ പരിപാടികൾക്ക് വിരാമമിട്ട് കൊണ്ട് പ്രതിനിധികൾ ബോട്ടിംഗിനും, ഷോപ്പിംഗിനുമായി പിരിഞ്ഞു.

ഏപ്രിൽ 10 ഉദ്ഘാടന പൾസ് പോളിയോ ദിനമായിരുന്നു. അപ്രതീക്ഷിതമായി വന്ന് ചേർന്ന ഒരു പരിപാടി ആയിരുന്നിട്ട് കൂടി പ്രതിനിധികളുടെ സാന്നിദ്ധ്യം കൊണ്ട് സമ്പുഷ്ടമായിരുന്നു ആ ദിനവും എറണാകുളം ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ ഡോ. പി. കെ ശിവരാമൻ മുഖ്യാതിഥിയായിരുന്നു.

Contact lens നെ അധികരിച്ച് Bausch & Lomb Area manager ശ്രീ. മഹാജൻ ക്ലാസ്സ് നയിച്ചു. സംശയങ്ങളും ചോദ്യങ്ങളും എല്ലാം നിറഞ്ഞ് നിന്ന വേദിയിൽ ഇനിയും കൂടുതൽ അറിയാനുണ്ട് എന്ന് അംഗങ്ങൾ പരസ്പരം പറയുമ്പോഴേക്കും 12 മണി കഴിഞ്ഞിരുന്നു.

ഒപ്ടോമെട്രിയിൽ Orthoptics ലെ ജീവിക്കുന്ന ഇതിഹാസം ശ്രീമതി. സാലിസ് കുമുവിള വേദിയിലേക്ക് എത്തുമ്പോഴേക്കും അംഗങ്ങളുടെ സംക്ഷത്തിന് അതിരില്ലായിരുന്നു. Squint ന്റെ ബാലപാഠങ്ങൾ ഇന്നത്തെ തലമുറയ്ക്ക് പകർന്ന് നൽകിയ ആ അമ്മ അനാരോഗ്യത്തിലും കൊച്ചിയിൽ എത്തിയത് തന്റെ പൂർവ്വവിദ്യാർത്ഥികളെ കാണുന്നതിനും അവരുമായി സ്നേഹം പങ്കിടുന്നതിനുമായിരുന്നു. ഒരു മണിക്കൂറോളം orthoptics നെ കുറിച്ച് സംസാരിച്ച സാലിസ് ടീച്ചർ വിടവാങ്ങുമ്പോഴും ഇനിയും ഞങ്ങൾക്ക് ഏറെ കാര്യങ്ങൾ അറിയാനുണ്ട് എന്ന് പലരും പറയുന്നുണ്ടായിരുന്നു. 2 മണിയോടെ Streak Retinoscopy യെ കുറിച്ച് ശ്രീ. കെ.കെ. ചന്ദ്രമോഹൻദാസ് ക്ലാസ്സ് നയിച്ചു. ബാച്ചുകളായി തിരിച്ച് പ്രതിനിധികൾക്ക് പ്രായോഗിക പരിജ്ഞാനവും നൽകി അവസാനിപ്പിക്കുമ്പോഴേക്കും സമയം അഞ്ച് മണി കഴിഞ്ഞിരുന്നു.

കത്തുന്ന മീനച്ചൂടിൽ അപ്രതീക്ഷിതമായി പെയ്തിറങ്ങിയ മഴയായിരുന്നു ഒപ്ടോമീറ്റ് -05. ഡോ. സുന്ദരമൂർത്തിയിലൂടെ പെയ്തിറങ്ങി ശ്രീ. കെ.കെ. ചന്ദ്രമോഹൻദാസിലൂടെ പെയ്തൊഴിയുമ്പോഴേക്കും പുതുമണ്ണിന്റെ ഗന്ധവും, മനസ്സിൽ കുളിരുമായി പ്രതിനിധികൾ പടിയിറങ്ങുമ്പോൾ ഇൻസൈറ്റിന്റെ അണിയറ ശിൽപ്പികൾ അവരോട് അഭിപ്രായം ചോദിച്ചു, " വളരെ നേരത്തെ വേണ്ടിയിരുന്നു, ഇനിയും തുടരണം " - മറുപടി സ്വരത്തിൽ മറുപടി പറഞ്ഞു.

നമുക്ക് കാത്തിരിക്കാം തുലാവർഷ മേഘങ്ങൾ പെയ്യുന്ന മഴക്കാലം.....

മൊബൈൽ യൂണിറ്റുകൾ നിർത്തലാക്കുന്നതിനെതിരെ ശക്തമായ പ്രതിഷേധം.

കേന്ദ്ര ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പിന്റെ O.M No. G2005/1/97/ ophth B.C. dtd 12.10.04 ലെ മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരം എല്ലാ സംസ്ഥാനങ്ങളിലെയും സഞ്ചരിക്കുന്ന നേത്ര വിഭാഗത്തിലെ ജീവനക്കാരെ നിലവിലുള്ള തസ്തികകളിലേക്ക് പുനർ വിന്യസിക്കുവാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. സഞ്ചരിക്കുന്ന നേത്ര വിഭാഗത്തിന്റെ വാഹനങ്ങൾ D.B.C.S. ന് കൈമാറുവാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.

അന്ധതാ നിയന്ത്രണ പരിപാടി സമഗ്രമായി നടപ്പാക്കുന്നതിൽ സഞ്ചരിക്കുന്ന നേത്രവിഭാഗത്തിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നിർണ്ണായകമാണ്. കേരളത്തിൽ ഈ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നടപ്പാക്കുന്നതിന് നയപരമായ തീരുമാനമെടുത്തിട്ടില്ല.

സംസ്ഥാന സർക്കാരും State Blindness Control Society യുമാണ് നയപരമായ തീരുമാനമെടുക്കേണ്ടത്.

2005 ഏപ്രിൽ 8-10 തീയതികളിൽ എറണാകുളത്ത് നടന്ന ഒഫ്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ്സ് അസോസിയേഷൻ സംസ്ഥാന സമ്മേളനം ഈ കാര്യം വിശദമായി ചർച്ച ചെയ്യുകയും Mobile Oph. Asst post ഉം Camp Co-ordinator Post ഉം നിർത്തലാക്കുന്നതിന് എതിരെ സർക്കാരിൽ സമ്മർദ്ദം ചെലുത്തുവാൻ സംസ്ഥാനകമ്മിറ്റിയെ ചുമതലപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു. അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഏപ്രിൽ 20ന് ബഹു. ആരോഗ്യവകുപ്പ് മന്ത്രിയെ കണ്ട് നിവേദനം സമർപ്പിക്കുകയും, ഈ തസ്തികകൾ നിലനിർത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് ആരോഗ്യവകുപ്പ് മന്ത്രിയെ ബോധ്യപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു. ഇത് സംബന്ധിച്ച് ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ സമർപ്പിക്കുവാൻ ബഹു. മന്ത്രി ആവശ്യപ്പെട്ടിരിക്കുകയാണ്. സംസ്ഥാനത്ത് നിലവിലുള്ള ഒരു തസ്തികയും നിർത്തലാക്കുന്നതിന് യാതൊരു കാരണവശാലും അനുവദിക്കുകയില്ലെന്ന് ബഹു. മന്ത്രിയുമായി നടത്തിയ ചർച്ചയിൽ അസോസിയേഷൻ ഭാരവാഹികൾ ശക്തമായി ആവശ്യപ്പെട്ടു.

ഒഫ്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ്സ് അസോസിയേഷന്റെ ശക്തമായ എതിർപ്പിനെ തുടർന്നാണ് നിലവിൽ മൊബൈൽ യൂണിറ്റുകൾ പുനർ വിന്യസിക്കുന്നതിനുള്ള നീക്കത്തിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യവകുപ്പ് അധികൃതർ പിൻവാങ്ങിയത്.

ശമ്പള പരിഷ്ക്കരണ കമ്മീഷന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ അതൃപ്തി

ശ്രീ. ആർ. രാജേന്ദ്രൻ ചെയർമാനായ ശമ്പള പരിഷ്കരണ കമ്മീഷന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ വ്യാപകമായ അതൃപ്തി. ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കുന്നതിനും ശമ്പള പരിഷ്കരണം നടത്തുന്നതിനും സമയബന്ധിതമായി കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യുമെന്ന് കമ്മീഷന്റെയും സർക്കാരിന്റെയും പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ പാഴ്വാക്കുകളായി മാറുന്നു.

കമ്മീഷന്റെ ആഫീസ് പ്രവർത്തനം ആരംഭിച്ചതുതന്നെ വളരെ വൈകിയാണ്. അതു തന്നെ ശമ്പള പരിഷ്കരണ കമ്മീഷന്റെ ഇത് സംബന്ധിച്ചുള്ള ആത്മാർത്ഥത ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെടുന്നു. തുടർന്ന് കമ്മീഷൻ സംഘടനകൾക്കായി ഒരു ചോദ്യാവലി പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തുകയും സംഘടനകൾ അത് ജൂൺ 30ന് മുമ്പ് തിരികെ എത്തിക്കേണ്ടതാണ് എന്ന് നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്തു.

മൂന്ന് മാസത്തിനകം ഇടക്കാലാശ്വാസം നൽകുമെന്ന് പത്രങ്ങളിൽ മുഖ്യമന്ത്രി നൽകിയ ഉറപ്പ് ലംഘിച്ചിരിക്കുകയാണ്. ആ സാഹചര്യത്തിൽ ജീവനക്കാർ വീണ്ടും പ്രക്ഷോഭ സമരത്തിന് തയ്യാറെടുക്കുകയാണ്. ജൂൺ 8ന് ശമ്പളകമ്മീഷൻ സംഘടനകളുമായി ചർച്ച നടത്തിയപ്പോൾ ഇടക്കാലാശ്വാസം സംബന്ധിച്ച് മാത്രമാണ് ചർച്ച നടന്നത്. ഇടക്കാലാശ്വാസം നൽകണമോ വേണ്ടയോ എന്ന കാര്യത്തിൽ കമ്മീഷൻ ജീവനക്കാരുമായി ചർച്ച നടത്തിയത് തന്നെ അപഹാസ്യമാണ്. നിത്യോപയോഗ സാധനങ്ങളുടെ വിലക്കയറ്റവും, നികുതി വർദ്ധനവും മൂലം നട്ടം തിരിയുന്ന നിശ്ചിത വരുമാനക്കാരായ സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്ക് ഇടക്കാലാശ്വാസം നൽകണോ എന്ന ചോദ്യം തന്നെ അപ്രസക്തമാണ്. 2002 മുതൽ ശമ്പള പരിഷ്കരണം ലഭിക്കേണ്ട ജീവനക്കാർക്ക് അത് ലഭ്യമാകുന്നില്ല. മൂന്ന് വർഷം കഴിഞ്ഞാണ് ശമ്പളപരിഷ്കരണ കമ്മീഷനെ നിയമിച്ചത് തന്നെ.

കേന്ദ്രത്തിൽ 30% DA അടിസ്ഥാന ശമ്പളത്തിൽ ലയിപ്പിച്ചതുവഴി കേന്ദ്ര ജീവനക്കാർക്ക് മികച്ച ശമ്പളാനുകൂല്യങ്ങളും മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ പോലും ലഭിക്കുമ്പോഴും കേരളത്തിൽ അത് പോലും ചെയ്യാതെ ജീവനക്കാരെ ദ്രോഹിക്കുന്ന സമീപനമാണ് കൈക്കൊള്ളുന്നത്.

ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ജൂൺ 8ന് നടന്ന ചർച്ചയിൽ കമ്മീഷനോട് എല്ലാ സംഘടനകളും ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്ന ആവശ്യത്തിൽ ഉറച്ചു നിന്നു. എന്നാൽ എത്ര തുക ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്നും അത് എന്നുമുതൽ നൽകണമെന്നും സംഘടനകളുടെ ഇടയിൽ വ്യത്യസ്ത അഭിപ്രായങ്ങളാണ് ഉയർന്നിരുന്നത്.

അടിസ്ഥാന ശമ്പളത്തിന്റെ 25% ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്ന് ഇടതുപക്ഷ ആഭിമുഖ്യമുള്ള സംഘടനകളും ചെറിയ സംഘടനകളും ആവശ്യപ്പെട്ടപ്പോൾ ഭരണാനുകൂല സംഘടനയായ എൻ.ജി.ഒ. അസോസിയേഷൻ 20% ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്നാണ് ആവശ്യപ്പെട്ടത്.

ജീവിതം ദുസ്സഹമാക്കിയിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ കുറഞ്ഞത് 25% ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്ന് ഇടതുപക്ഷ സംഘടനകളുടെ ആവശ്യത്തിനൊപ്പം തന്നെ ഒഫ്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ്സ് അസോസിയേഷനും ഉന്നയിച്ചു. എന്നു മുതൽ ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കണമെന്ന കാര്യത്തിൽ ഇടതുപക്ഷ സംഘടനകൾ അടക്കം എല്ലാവരും 1.1.2004 മുതൽ പ്രാബല്യം നൽകണമെന്ന ആവശ്യമുന്നയിച്ചപ്പോൾ 'സെറ്റോ' സംഘടനകൾ 1.4.2005 മുതൽ പ്രാബല്യം നൽകിയാൽ മതിയെന്ന നിലപാടാണ് സ്വീകരിച്ചത്. ഇത് തികച്ചും അന്യായമാണ്. 1.4.2005 എന്ന തീയതിയുടെ പ്രസക്തി എന്താണ്? ഇടക്കാലാശ്വാസം 1.4.05 മുതൽ ആവശ്യപ്പെടുന്നവർ ശമ്പള പരിഷ്കരണവും ആ തീയതി മുതൽ നടപ്പിലാക്കണമെന്ന് ആവശ്യപ്പെടുകയാണ്. ഇത് ജീവനക്കാർക്ക് കടുത്ത സാമ്പത്തിക നഷ്ടം ഉണ്ടാക്കും. 1.1.2004 മുതൽ പ്രാബല്യം നൽകി ശമ്പളം പരിഷ്കരിക്കുക. ആ തീയതി മുതൽ അടിസ്ഥാന ശമ്പളത്തിന്റെ 25% ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കുക. ഇടക്കാലാശ്വാസം അനുവദിക്കുന്നതിനും ശമ്പള പരിഷ്കരണം നടപ്പാക്കുന്നതിനും സമയബന്ധിതമായി തീരുമാനം കൈക്കൊള്ളുക. 1.4.2004 മുതൽ കേന്ദ്രസർക്കാർ നടപ്പിലാക്കിയതു പോലെ 50% D.A. അടിസ്ഥാന ശമ്പളത്തിൽ ലയിപ്പിക്കുക തുടങ്ങിയ ആവശ്യങ്ങൾ ശമ്പള പരിഷ്കരണ കമ്മീഷനു മുമ്പാകെ ഒഫ്താൽമിക് അസിസ്റ്റന്റ്സ് അസോസിയേഷനും ഉന്നയിച്ചു. ജൂൺ 8-ാം തീയതി നടന്ന ചർച്ചയിൽ അസോസിയേഷനെ പ്രതിനിധീകരിച്ച് ജന. സെക്രട്ടറി പങ്കെടുത്തു. ജൂലായ് 10ന് മുമ്പ് ഇടക്കാലാശ്വാസം സംബന്ധിച്ച് റിപ്പോർട്ട് സർക്കാരിന് നൽകുമെന്ന് കമ്മീഷൻ സംഘടനകൾക്ക് ഉറപ്പ് നൽകി. കമ്മീഷൻ നൽകിയ ചോദ്യാവലിയും അസോസിയേഷന്റെ നിവേദനവും ജൂൺ 29ന് കമ്മീഷന് സമർപ്പിച്ചു.

ഏപ്രിൽ 8-10 തീയതികളിൽ എറണാകുളത്ത് ചേർന്ന സമ്മേളന തീരുമാനത്തിന്റെയും ജൂൺ 18 ന് ചേർന്ന സംസ്ഥാന കമ്മിറ്റി യോഗത്തിന്റെയും തീരുമാനപ്രകാരം Entry cadre മുതൽ Camp Co-ordinator വരെയുള്ളവരുടെ ശമ്പളത്തിൽ വർദ്ധനവ് ആവശ്യപ്പെട്ടും നിലവിലുള്ള Ratio promotion 2:2:1 എന്നത് 1:1:1 എന്ന് പരിഷ്കരിക്കണമെന്നും കമ്മീഷന് മുമ്പാകെ സമർപ്പിച്ച നിവേദനത്തിൽ പറയുന്നു. Medical വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിലെ ജൂനിയർ ഒപ്റ്റോമെട്രിസ്റ്റിന്റെ scale ഉം ആയുർവേദ കോളേജിലെ നേത്ര [illegible] scale ഉം അസോസിയേഷൻ വർദ്ധനവ് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.