

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΟΥΡΓΙΑΝΤΑΚΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΚΟΚΚΟΛΗ ΧΑΡΑ –ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ-2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Σελ.4
1.2 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	Σελ.5
1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	Σελ.5
1.2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	Σελ.6
1.2.3 ΤΥΠΟΙ.....	Σελ.7
1.2.4 ΑΙΤΙΑ.....	Σελ.9
1.2.5 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	Σελ.10
1.2.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	Σελ.11
1.2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	Σελ.11
1.3 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	Σελ.12
1.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	Σελ.12
1.3.2 ΤΥΠΟΙ.....	Σελ.13
1.3.3 ΑΙΤΙΑ.....	Σελ.13
1.3.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	Σελ.19
1.3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	Σελ.19
1.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	Σελ.22
1.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ.....	Σελ. 22
1.4.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	Σελ.23
1.4.3 ΤΥΠΟΙ.....	Σελ. 24
1.4.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	Σελ. 24
1.4.5 ΘΕΡΑ.....	Σελ.25
1.5 ΠΑΡΑΝΟΙΑ.....	Σελ.26
1.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	Σελ.26
1.5.2 ΑΙΤΙΑ.....	Σελ.27
1.5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	Σελ.28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ.....	Σελ.29
2.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	Σελ.29
2.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ	
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ.....	Σελ.31
2.2.2 ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ	
ΥΓΕΙΑΣ.....	Σελ.33
2.2.3 Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΩΣ	
ΒΟΗΘΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Σελ.34
2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ.....	Σελ.36
2.3.1 ΧΡΗΣΕΙΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ.....	Σελ.36
2.3.2 ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ, ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ,	
ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	Σελ.38
2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΙΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΣΤΗ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	Σελ.40
2.4.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.....	Σελ.40
2.4.2 ΜΕΙΩΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.....	Σελ.42

2.5 ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΥ – ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ.....	Σελ.43
2.5.1 ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ.....	Σελ.44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ELIZA

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Σελ.46
3.2 Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΕΜΠΝΕΥΣΤΗΣ ΤΟΥ....	Σελ.47
3.2.1 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	Σελ.47
3.3 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ELIZA.....	Σελ.48
3.4 ΕΞΕΛΙΓΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΑΠΟΓΩΝΟΙ.....	Σελ.51
3.4.1 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ PERRY.....	Σελ.51
3.4.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SHRDLU	Σελ.51
3.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	Σελ.52
3.6 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	Σελ.54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	Σελ.55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΨΥΧΟΓΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Οι ψυχογενείς διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Είναι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της ζωής τους, αλλά συνάμα δηλώνει και το γενικότερη στάση της ζωής τους.

Τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν ψυχογενείς ασθένειες, νευρική βουλιμία ή ανορεξία, όπως η διαδικασία πένθους, η κακομεταχείριση ή κακοποίηση, οι δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου.

Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Οι ψυχογενείς διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Οι περιπτώσεις ψυχογενών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητα τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους.

Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σ' ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων.

Βιολογικοί συντελεστές για την εμφάνιση ψυχικών νόσων:

- α) Κληρονομικότητα.
- β) Η εφηβική ηλικία.

Αίτια των ψυχικών νοσημάτων :

- α) Οι λοιμώξεις.
- β) Νόσοι του νευρικού συστήματος.

- γ) Αυτοτοξινώσεις. Διαταραχή της λειτουργίας της εκκρίσεως των αδένων, ως λ.χ. του θυρεοειδή.
- δ) Αλκοολικές ψυχώσεις.
- ε) Τοξικά αίτια π.χ. Όπιο.
- στ) Η υπερβολική διανοητική ή σωματική καταπόνηση.
- ζ) Ψυχική μόλυνση π.χ. άτομα μιμούμενα ψυχοπαθείς, καταλήγουν εν τέλει να προσβληθούν από το ψυχικό νόσημα εκείνων.
- η) Αιφνίδια γεγονότα. (Σεισμός, ναυάγιο, πυρκαγιά, κλπ.).
- θ) Εν τέλει τα ψυχικά αίτια.

Γενικά συμπτώματα των ψυχώσεων:

- α) Διαταραχές της αντίληψης. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις.
- β) Διαταραχές της μνήμης.
- γ) Διαταραχές της προσοχής και του συνειρμού των ιδεών.
- δ) Διαταραχές της κρίσεως.
- ε) Ανωμαλία της διαθέσεως.
- στ) Ανωμαλία της θελήσεως

1.2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια, είναι ίσως η σοβαρότερη ψυχολογική διαταραχή. Παρόλο που ο όρος παραπέμπει στο «σχιζοφρενή δολοφόνο με το πριόνι» της γνωστής ταινίας θρίλερ!, η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική απόκλιση από τη φυσιολογική σκέψη και συμπεριφορά. Ο ασθενής συμπεριφέρεται σαν η προσοχή, η αντίληψη, η μνήμη και η σκέψη του να έχουν «σχιστεί»(σχιζο) σε πολλά κομμάτια. Αν αντιπαραβάλουμε τη φυσιολογική λειτουργία των περισσότερων ατόμων θα δούμε ότι η μνήμη, η προσοχή, η αντίληψη, η σκέψη και η συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν ενιαίες (σε αρμονία) και όχι διαχωρισμένες.

1.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Διαταραχές στη σκέψη: Το άτομο εμφανίζεται χαοτικό στη σκέψη του, καθώς σε πολλές περιπτώσεις ξεφεύγει από τη λογική. Ο σχιζοφρενής μπορεί να σκέφτεται ότι

είναι κάποιο διάσημο πρόσωπο (Ιησούς Χριστός, Μέγας Ναπολέων) και να σκέφτεται ανάλογα. Οι σκέψεις του όπως εκφράζονται σε μια συζήτηση μπορεί να είναι εντελώς ασυνάρτητες ή απίθανες (π.χ. «Είμαι ο Χριστός και πρέπει να με προσκυνήσετε» ή «ζούμε στον 17ο αιώνα μ.Χ.»).

Διαταραχές στη ομιλία: Είναι πολύ δύσκολο να καταλάβει κάποιος ένα άτομο με σχιζοφρένεια. Κάποιες φορές (όχι πάντα) μπορεί να αρθρώσει λέξεις ή προτάσεις με ευκολία, αλλά αυτές είναι μη λογικές. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να απευθυνθεί σε κάποιον και να του πει «θέλεις πάρει μπέρδεμα αύριο καλά». Στην προηγούμενη πρόταση, ενώ οι λέξεις είναι λογικές, δεν υπάρχει κανένα νόημα.

Διαταραχές στην αντίληψη: Οι διαταραχές στην αντίληψη είναι ένα από τα κυριότερα κριτήρια της σχιζοφρένειας. Ο σχιζοφρενής συχνά βλέπει πράγματα ή ακούει ήχους που δεν υφίστανται στην πραγματικότητα. Ο ασθενής μπορεί να ισχυριστεί μπροστά σε άλλα άτομα ότι βλέπει κάποια εικόνα ή συμμετέχει σε κάποια δραστηριότητα που οι άλλοι δεν μπορούν να «δουν». Γνωστά είναι τα περίφημα σχιζοφρενικά οράματα στα οποία ο ασθενής ισχυρίζεται ότι ήρθε σε επαφή με κάποιο διάσημο πρόσωπο, είδε το Θεό ή είχε κάποια εξωσωματική εμπειρία η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί με τη λογική. Οι διαταραχές στην αντίληψη μπορεί να είναι τόσο σοβαρές που ο ασθενής να μην μπορεί να συζητήσει φυσιολογικά με κάποιο άλλο άτομο, εξαιτίας της διαφορετικής πραγματικότητας που αντιλαμβάνεται.

Διαταραχές στα συναισθήματα: Τα συναισθήματα ενός σχιζοφρενή είναι παράξενα. Στο άκουσμα ενός δυσάρεστου γεγονότος ο σχιζοφρενής μπορεί να γελάσει, ενώ αν πληροφορηθεί ένα ευχάριστο γεγονός μπορεί να ξεσπάσει σε λυγμούς. Μερικές φορές τα γεγονότα αυτά, που προκαλούν τα παράξενα συναισθήματα, μπορεί να αφορούν μέλη της οικογένειάς του, π.χ. ότι έπαθε κάτι κακό η μητέρα του ασθενή. Τα συναισθήματα ενός σχιζοφρενή δεν υπαγορεύονται από τη λογική και μπορεί να ποικίλλουν πολύ κατά τη διάρκεια μερικών ωρών.

Διαταραχές στη μνήμη: Μερικές φορές η μνήμη ενός σχιζοφρενή του παρέχει πρόσβαση σε εμπειρίες που δεν έχουν λάβει χώρα στην πραγματικότητα. Αυτό συνδέεται φυσικά με τα σχιζοφρενικά οράματα. Έτσι, σε μια συνέντευξη, κάποιος σχιζοφρενής μπορεί να θυμηθεί ότι «είχε μια συνάντηση με τον Χριστό, ο οποίος του εξήγησε το νόημα της Δευτέρας Παρουσίας ή της Αποκάλυψης του Ιωάννη». Η μνήμη του σχιζοφρενή αναπαριστά πολλές φορές ένα φανταστικό κόσμο, στον οποίο ο θεραπευτής δεν έχει πρόσβαση.

Διαταραχές στην κίνηση: Σε ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας ο ασθενής εμφανίζεται να έχει δυσκολίες στην κίνηση (π.χ. να σέρνεται ή να παραμένει ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα) ή να εμφανίζει μανιακές αντιδράσεις υπερδιέγερσης στην κίνηση. Το βλέμμα ενός σχιζοφρενή είναι συνήθως ένα απλανές αφηρημένο βλέμμα που φανέρωνε την απόσχιση του από την πραγματικότητα.

Κοινωνική απομόνωση: Τα παραπάνω χαρακτηριστικά κάνουν την κοινωνική του ασθενή πολύ δύσκολη. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ένας σχιζοφρενής έχει παραμείνει κοινωνικά απομονωμένος για το διάστημα που προηγείται της διάγνωσης. Αιτία για την απομόνωση είναι η απόσχιση του ατόμου από την πραγματικότητα που αναφέρονται οι περισσότεροι άνθρωποι. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές παραμένει απομονωμένος στο δικό του φανταστικό κόσμο, αγνοώντας τις κοινωνικές επιπτώσεις. Αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια (disorganized schizophrenia):

Η αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια είναι αυτό που υποδηλώνει το πρώτο συνθετικό της: μια μεγάλη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που συνοδεύεται από μη λογική και ασυνάρτητη συμπεριφορά. Το άτομο μπορεί να ξεσπάσει σε γέλια μόλις πληροφορηθεί το θάνατο ενός αγαπημένου φίλου ή να κάνει άσεμνες χειρονομίες στη μέση του δρόμου. Η λογική έχει δεχθεί ένα καίριο πλήγμα στη αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια και αυτό γίνεται αντιληπτό στο λόγο του ατόμου: ακόμη και με αρκετή προσπάθεια είναι αδύνατο να κατανοήσει κάποιος το λόγο του ασθενή. Η γρήγορη, διακεκομμένη και ασυνάρτητη ομιλία προσθέτουν μερικά ακόμα χαρακτηριστικά στο ακατανόητο παζλ.

1.2.3. ΤΥΠΟΙ:

α) Παρανοϊκή σχιζοφρένεια: Στην παρανοϊκή σχιζοφρένεια το άτομο διακατέχεται από αντιλήψεις και πιστεύω που δεν έχουν σχέση με την πραγματικότητα. Ένας παρανοϊκός είναι κάποιος του οποίου οι αντιλήψεις, οι σκέψεις ή τα πιστεύω είναι πέρα από τη νοητική λογική.

Η συμπεριφορά είναι ανεύθυνη και απρόβλεπτη και οι ιδιοτροπισμοί συχνοί. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο και συχνά συνοδεύετε από αναίτιους γέλωτες ή χαμόγελα, που δείχνουν απορρόφηση στον εαυτό ή ικανοποίηση από τον εαυτό, ή από συμπεριφορά που δείχνει υπεροψία, γκριμάτσες, ιδιοτροπισμούς, χονδρά αστεία, υποχονδριακές αιτιάσεις και επαναλαμβανόμενες φράσεις. Η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη, με απεραντολογία και ασυναρτησία στην ομιλία. Υπάρχει τάση

για μόνωση και η συμπεριφορά φαίνεται χωρίς σκοπό και συναισθήματα. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας συνήθως αρχίζει μεταξύ της ηλικίας των 15 και 25 ετών και συνήθως έχει κακή πρόγνωση, λόγω της ταχείας ανάπτυξης «αρνητικών» συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της επιπέδωσης του συναισθήματος και της αβουλίας.

Επιπλέον, στη κλινική εικόνα συνήθως κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος και της βούλησης και η διαταραχή της σκέψης. Μπορεί να υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αλλά συνήθως δεν κυριαρχούν, η ορμή και η αποφασιστικότητα χάνονται και οι στόχοι εγκαταλείπονται έτσι, ώστε χαρακτηριστικά η συμπεριφορά του ασθενούς καθίσταται άσκοπη και χωρίς στόχους. Η επιφανειακή και ιδιότροπη ενασχόληση με τη θρησκεία, με τη φιλοσοφία και με άλλα αφηρημένα θέματα επιτείνουν τη δυσκολία του ακροατή να παρακολουθήσει τους συνειρμούς του ασθενούς.

β) Κατατονική Σχιζοφρένεια.

Τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά της μορφής αυτής είναι οι έντονες διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Οι διαταραχές αυτές δυνατόν να εναλλάσσονται μεταξύ ακραίων καταστάσεων, όπως η έντονη υπερκινητικότητα και η εμβροντησία, έντονη μείωση της αντίδρασης στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και στην αυθόρμητη κινητικότητα και δραστηριότητα, ή η αυτόματη υπακοή και ο αρνητισμός, εμφανώς άσκοπη αντίδραση προς όλες τις οδηγίες ή προσπάθειες να κινηθεί ο ασθενής ή εναντιωματικές κινήσεις.

Για λόγους που είναι ελάχιστα κατανοητοί, η κατατονική σχιζοφρένεια σήμερα απαντάται σπάνια στις βιομηχανικές χώρες, αν και είναι αρκετά συχνή σε άλλες. Τα κατατονικά φαινόμενα μπορεί να συνδυάζονται με ονειροειδή κατάσταση που περιλαμβάνει ζωνρές (θεαματικές) ψευδαισθήσεις.

Είναι βασικό να γνωρίζει κανείς ότι τα κατατονικά συμπτώματα και μόνο δεν επαρκούν για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Κατατονικά συμπτώματα μπορεί επίσης να προκαλούνται από εγκεφαλική νόσο, μεταβολικές διαταραχές ή χρήση οινόπνευματωδών και ναρκωτικών, όπως και να παρατηρούνται στις συναισθηματικές διαταραχές.

γ) Αδιαφοροποίητος Τύπος.

Τα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτούς τους υποτύπους σχιζοφρένειας ταξινομούνται ως έχοντα αδιαφοροποίητο τύπο σχιζοφρένειας. Τα άτομα αυτά έχουν τα κύρια

συμπτώματα της σχιζοφρένειας αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια της παρανοϊκής, αποδιοργανωμένης ή κατατονικής σχιζοφρένειας.

δ) Υπολειμματικός Τύπος .

Τα άτομα που έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά που δεν εκδηλώνουν πια τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής αυτής ανήκουν στον υπολειμματικό τύπο της σχιζοφρένειας. Αν και μπορεί να μην υποφέρουν από παράξενες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπορεί να παρουσιάσουν υπολειμματικά συμπτώματα, όπως αρνητικές πεποιθήσεις, ή μπορεί να έχουν ακόμα ασυνήθιστες ιδέες που όμως να μην είναι απόλυτα παραληρητικές. Τα υπολειμματικά συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνουν κοινωνική απόσυρση, περίεργες σκέψεις, έλλειψη δραστηριότητας και επίπεδο συναίσθημα. Όλες οι εκδόσεις του DSM (από το DSM-I έως το DSM-IV) περιλάμβαναν έναν υπολειμματικό τύπο για να περιγράψουν την κατάσταση των ατόμων που έχουν λιγότερο σοβαρά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με ένα επεισόδιο της σχιζοφρένειας.

Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει ισχυρότερους δεσμούς με την κληρονομικότητα από ό,τι οι άλλες μορφές σχιζοφρένειας και ότι αυτά τα άτομα είναι πιθανό να λειτουργούν καλύτερα πριν και μετά τα επεισόδια σχιζοφρένεια από ό,τι τα άτομα που πάσχουν από άλλους υποτύπους της διαταραχής.

1.2.4. ΑΙΤΙΑ

Σε γενικές γραμμές η σχιζοφρένεια δεν έχει ένα αποκλειστικό αίτιο ή μια και μοναδική κατηγορία αιτιών (π.χ. άγχος, κληρονομικότητα, παιδική ηλικία) τις διαφορετικές προσεγγίσεις της Ψυχολογίας και τα επιστημονικά δεδομένα για τα αίτια της σχιζοφρένειας.

Η βιολογική ψυχολογία προσπαθεί να προσεγγίσει την ασθένεια χρησιμοποιώντας ως γνώμονα τα δεδομένα της γενετικής και της νευροφυσιολογίας. Όσον αφορά στη γενετική, έχει αποδειχθεί ότι η σχιζοφρένεια έχει κάποια κληρονομική προδιάθεση. Συχνά παρατηρούνται γενεαλογικά δέντρα οικογενειών στα οποία η ασθένεια απαντάται περισσότερες από δυο τρεις φορές στο διάστημα τριών γενεών. Θα έλεγε κανείς ότι η συγγένεια πρώτου βαθμού με κάποιο σχιζοφρενή

αυξάνει την πιθανότητα για την ασθένεια. Αυτό τουλάχιστον δείχνουν κάποιες έρευνες.

Διατρέχει κάποιος περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει σχιζοφρένεια αν έχει πατέρα, μητέρα ή αδερφό σχιζοφρενή παρά αν έχει υιοθετηθεί από κάποιον σχιζοφρενή.

1.2.5. ΠΡΟΛΗΨΗ.

Προγράμματα πρόληψης.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων για τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων. Ιδιαίτερα στις Η.Π.Α., την Ολλανδία, την Φιλανδία, τη Σουηδία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Αυστραλία, αλλά και σε άλλες χώρες εφαρμόζεται ένας μεγάλος αριθμός προγραμμάτων που υπόσχονται πολλά και απευθύνονται σε παιδιά.

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων πρόληψης είναι να αυξηθεί η ικανότητα των γονέων, να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο γονικό τους ρόλο, ώστε να βοηθήσουν το παιδί να αναπτυχθεί σε καλύτερες συνθήκες, όπως επίσης και να αξιοποιηθούν στο έπακρο οι «προστατευτικοί» παράγοντες που αφορούν το ίδιο το παιδί αλλά και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα, όπως για παράδειγμα είναι η γειτονιά, οι συγγενείς, το σχολείο, οι ομάδες παιχνιδιού, συζήτησης, αυτοβοήθειας κλπ. Στις προληπτικές παρεμβάσεις αυτές η έμφαση δίνεται αφ' ενός στην πληροφόρηση των παιδιών με τη χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων και αφ' ετέρου στη δημιουργία ομάδων για παιδιά και εφήβους με στόχο τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, τη συζήτηση και τη δυνατότητα έκφρασης και αυτοβοήθειας.

Τα πιο πολλά παιδιά που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα τονίζουν πόσο σημαντικό είναι για αυτά ότι τους δόθηκε η ευκαιρία να συναντήσουν και άλλα παιδιά που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και έτσι δεν αισθάνονται πλέον ότι είναι μόνα τους. Οι ομάδες αυτές άλλωστε, δίνουν τη δυνατότητα στα παιδιά να εκφράσουν ανοιχτά τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους, να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους και να αναζητήσουν βοήθεια και στήριξη από τους άλλους.

Σε προληπτικά προγράμματα αυτά που εφαρμόζονται σε χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι και

τεχνικές. Κάποιες από αυτές είναι η εκπαίδευση μέσω video για νεαρές μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη, η εκπαίδευση των μητέρων, ώστε να εφαρμόζουν στα βρέφη τους τεχνικές massage, ύπαρξη εκπαιδευτικού υλικού για παιδιά που συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες. Ομάδες παιχνιδιού για πολύ μικρά παιδιά, ομάδες αυτοβοήθειας για εφήβους, κινητοποίηση των εξωοικογενειακών υποστηρικτικών συστημάτων, καθιέρωση πρωτοκόλλου με στόχο την πρόληψη στην καθημερινή θεραπευτική πράξη, καθώς και σε μονάδες επειγόντων περιστατικών, εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και βελτίωση και προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών - εφήβων.

1.2.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 ετών μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρα αυτοκτονίας.

Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και, σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% όλων των σχιζοφρενών είναι σε θέση να ζει, ως ένα βαθμό, φυσιολογική ζωή. Περίπου το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό 40-60% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι για όλη τους τη ζωή.

1.2.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τρεις είναι οι θεμελιώδεις παρατηρήσεις για τη σχιζοφρένεια, που χρειάζεται να προσεχθούν ιδιαίτερα, όταν σκεφτόμαστε να αρχίσουμε θεραπεία. Πρώτον, ανεξάρτητα από την αιτία, η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα που έχουν ένα ιδιαίτερο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό ψυχολογικό προφίλ. Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να προσαρμόζεται στο πως το συγκεκριμένο άτομο έχει προσβληθεί από τη νόσο και στο πως θα βοηθηθεί από τη θεραπεία που θα προσφέρουμε. Δεύτερον, το γεγονός ότι ο δείκτης συμφωνίας στους μονοζυγωτικούς διδύμους είναι 50% σημαίνει, για πολλούς ερευνητές, ότι κάποιοι άγνωστοι, αλλά ειδικοί περιβαλλοντικοί

και ψυχολογικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου. Έτσι, όπως χρησιμοποιούνται φαρμακολογικοί παράγοντες για να αντιμετωπισθούν οι υποτιθέμενες νευροχημικές ανωμαλίες, εξίσου σημαντικό είναι να χρησιμοποιούνται μη φαρμακολογικές τεχνικές για τις μη βιολογικές παραμέτρους. Τρίτον, η σχιζοφρένεια είναι πολύπλευρη διαταραχή, έτσι ώστε μία και μοναδική θεραπευτική προσέγγιση να είναι ανεπαρκείς για την αντιμετώπιση της.

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν το κύριο θεραπευτικό όπλο κατά της σχιζοφρένειας, η έρευνα έχει δείξει ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορεί να ενισχύσουν την κλινική βελτίωση. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα πρέπει να συνδυάζονται προσεκτικά με τα φάρμακα. Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς ωφελούνται από το συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών θεραπειών.

1.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Νευρογενής ανορεξία (anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής, καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Συνήθως παρουσιάζεται σε νεαρές γυναίκες, ηλικίας 14 έως 25 ετών αλλά μπορεί να συμβεί και σε άντρες. Οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή τη νόσο διακατέχονται από την έμμονη ιδέα ότι πρέπει να είναι αδύνατοι. Η σκέψη ότι μπορεί να παχύνουν τους τρομοκρατεί

Η ανορεξία δεν είναι απλώς ένα πρόβλημα που έχει να κάνει με το βάρος σώματος ή με το φαγητό, αλλά η προσπάθεια του ασθενούς να χρησιμοποιεί το φαγητό και το βάρος για να λύσει ορισμένα ψυχικά προβλήματα.

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία.

1.3.2. ΤΥΠΟΙ

- **Ο Τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης:**

Ο Τύπος Υπερφαγίας κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητά εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

- **Περιοριστικός τύπος:**

Ο Περιοριστικός Τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

1.3.3. ΑΙΤΙΑ

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί, βιολογικοί οικογενειακοί, μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

1. **Ψυχολογικά Αίτια :**

Οι ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Οι ανορεκτικές ασθενείς εμφανίζουν ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας. Συχνά αισθάνονται ότι το σώμα τους είναι κατά κάποιο τρόπο υπό τον έλεγχο, κυρίως, των γονιών τους. Ο αυτό επιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια αυτοεκτίμησης.

2. **Κοινωνικά Αίτια:**

Οι κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος. *«Θα ήταν λάθος να μην υπογραμμίσουμε τον ρόλο των ΜΜΕ στα πρότυπα που υιοθετούν τα παιδιά ,*

κατά καιρούς έχουν δημοσιευτεί έρευνες που αφορούν τις αρνητικές συνέπειες από την ενασχόληση των παιδιών με την τηλεόραση με πρώτη την επικοινωνία, όχι με τον λόγο αλλά με τις εικόνες!», τονίζει ο ψυχολόγος Χρίστος Τραγουλιάς και συνεχίζει: «Η πλύση εγκέφαλου που υφίστανται καθημερινά κάνει τα παιδιά να αμφισβητούν σταθερές έννοιες όπως αγάπη, φιλία, εσωτερικά χαρίσματα και να αναγάγουν σε «αξίες» τα είδωλα που προβάλλονται (συνήθως από τον καλλιτεχνικό και αθλητικό χώρο), τα οποία γίνονται κανονικά αντικείμενα κατανάλωσης μέσα από τις διαδικασίες της διαφημίσεις!. Μέσω δε του μιμητισμού, που στην εποχή μας τείνει να αναδειχθεί σε «μέγιστη αρετή», υιοθετούν την εσφαλμένη αντίληψη πως όλα προσφέρονται απλόχερα στους ωραίους και αστραφερούς νέους».

Για να αποκτήσει λοιπόν όλα όσα βλέπει και θαυμάζει στα περιοδικά, το internet, το σινεμά και κύριος στο «μαγικό κουτί», το παιδί αρχίζει να ασχολείται υπερβολικά με την εμφάνιση και το σώμα του και να στρέφεται σε «ειδικές», πολλά υποσχόμενες δίαιτες, με αποτέλεσμα: ένα ποσοστό της τάξης του 0,5% έως 3,7% να οδηγείται στην νευρική ανορεξία, ένα άλλο ποσοστό από 1,1% έως 4,2% να υποφέρει από βουλιμία και 3% ελληνόπουλα να καταφεύγουν στα αναβολικά, την ίδια ώρα που τουλάχιστον ένα εκατομμύριο παιδιά, 12 έως 17 ετών, παίρνουν συμπληρώματα διατροφής στη Η.Π.Α!

Δεν είναι τυχαίο ότι σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις οι νέοι και οι νέες έχουν αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματος τους, ενώ τα άτομα που υποφέρουν από νευρική ανορεξία θέτουν εξαιρετικά υψηλούς στόχους και είναι συνήθως τελειομανή. Έτσι και αλλιώς καταλήγουν να γίνουν εσωστρεφή, με συναισθηματική αστάθεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση, αφού στη συνεχή προσπάθεια τους να βελτιώσουν τον εαυτό τους ανακαλύπτουν όλο και περισσότερα μειονεκτήματα, υπογραμμίζει ο Κος Τραγουλιάς. Κύρια χαρακτηριστικά δε των παιδιών αυτών είναι η έμμονη και ο φόβος της απόρριψης!

3. Γενετικά αιτία:

Αμερικανοί επιστήμονες ίσως βρίσκονται πολύ κοντά στον εντοπισμό ορισμένων γονιδίων που αυξάνουν την επιρρέπεια του ατόμου στην ανορεξία και τη βουλιμία, σύμφωνα με δυο νέες μελέτες που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο American Journal of Medical Genetics. Οι ερευνητές πιστεύουν από μελέτη που έγινε σε μέλη οικογενειών ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν ισχυρές γενετικές επιρροές.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ με επικεφαλής τον Δρ Γουόλτερ Κάιγ χρησιμοποίησε στοιχεία που αφορούσαν περίπου 400 οικογένειες στις οποίες πολλά μέλη υπέφεραν από μια διατροφική διαταραχή. Από περισσότερα από 100 χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και προσωπικότητας, που πιστεύεται ότι συμβάλλουν στη βουλιμία και την ανορεξία, οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν σε έξι «βασικά» χαρακτηριστικά που αποτελούσαν το κλειδί στον κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής και τα οποία μέχρι ενός σημείου είναι κληρονομικά.

Σε αυτά συμπεριλαμβάνονταν η τελειομανία, το άγχος και η ηλικία της πρώτης εμμηνου ρύσης και σε μικρότερο βαθμό, η ανησυχία για λάθη, η σχετιζόμενη με το φαγητό μανία και το ελάχιστο σωματικό βάρος κατά τη διάρκεια της ζωής. Ανακάλυψαν ότι περιοχές σε αρκετά χρωμοσώματα έδειχναν σημαντικές συσχετίσεις με τη βουλιμία και λιγότερο «ενδεικτικές» συσχετίσεις με την ανορεξία, γεγονός που σημαίνει ότι γονίδια που εντοπίζονται στις συγκεκριμένες χρωμοσωματικές περιοχές ίσως απονέμουν επιρρέπεια στις διατροφικές διαταραχές.

Παρατηρήθηκε μια σχετικά μικρή επικάλυψη στις χρωμοσωματικές περιοχές που συνδέονταν με τις δυο διατροφικές διαταραχές. Αυτό σύμφωνα με τους επιστήμονες δείχνει ότι αν και η ανορεξία και η βουλιμία σχετίζονται, ίσως διαφέρουν ουσιαστικά σε γενετικό επίπεδο. Ωστόσο η ανορεξία και η βουλιμία μπορούν να συνυπάρξουν. Πολλοί ασθενείς ψυχογενούς βουλιμιά έχουν ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας ενώ άλλοι βουλιμικοί ενδέχεται να χάσουν βάρος και να γίνουν ανορεξικοί.

4. Βιολογικά Αίτια:

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορακοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας ελαττωμένης δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Pittsburgh των Ηνωμένων Πολιτειών, στην προσπάθεια τους να ανακαλύψουν τις αιτίες της νευρικής ανορεξίας, εξέτασαν τον εγκέφαλο γυναικών με νευρική ανορεξία και σύγκριναν τα ευρήματα με ανάλογα αποτελέσματα από γυναίκες χωρίς νευρική ανορεξία.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan). Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων δημιουργεί τρισδιάστατες εικόνες, οι οποίες απεικονίζουν μεταβολικές και χημικές λειτουργίες του εγκεφάλου.

Εξέτασαν τον εγκέφαλο 13 γυναικών που είχαν περιοριστικού τύπου ανορεξία και οι οποίες είχαν ανακάμψει από την πάθηση τους. Το ίδιο έκαναν και για 12 γυναίκες με νευρική ανορεξία με βουλιμία. Τα αποτελέσματα από τις ανορεξικές γυναίκες συγκρίθηκαν με εκείνα από 18 υγιείς γυναίκες.

Τα συμπεράσματα των ερευνητών ήταν ότι η νευρική ανορεξία σχετίζεται με διαταραχές στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Είναι πιθανόν ότι οι ανωμαλίες με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, οδηγούν σε αυξημένο άγχος που με τη σειρά του μπορεί να είναι αιτία έναρξης της νευρικής ανορεξίας.

Η σεροτονίνη είναι σημαντικός νευροδιαβιβαστής στο εγκέφαλο. Η δράση της σχετίζεται με την ψυχική διάθεση, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις καταστάσεις. Οι υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων για τη σεροτονίνη βρέθηκαν να έχουν ρόλο στη διατροφική συμπεριφορά και στο άγχος.

5. Οικογενειακά αιτία:

Όσον αφορά την οικογένεια της ανορεκτικής: Το να προτάσσουμε την προγενέστερη προσωπικότητα των ανόρεκτων αντιστοιχεί στο να υπογραμμίζουμε την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου οικογενειακού περιβάλλοντος, πράγματι αν και οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, φαινομενικά κοινότυπες, πολλές μελέτες απέδειξαν -εδώ και δέκα περίπου χρόνια- ότι πίσω από αυτήν την πρόσοψη φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό η οικογένεια αυτοπεριγράφεται, με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική οικογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί -παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, την συμπεριφορά και την διατροφή (ειδικά στην νηπιακή ηλικία). Με λίγα λόγια τίποτα

δεν την άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά φαίνεται να λένε η γονείς που δεν δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει.

Πρέπει να πούμε πως οι οικογένειες αυτές -συνήθως αναδιπλωμένες μέσα στον εαυτό τους- προσπαθούν πάντα να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτοι εικόνα αυτή η έγνοια της εμφάνισης, της τέλειας εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους συμβαδίζει με μια έλλειψη της εκφραστικότητας της αυθεντικότητας στην έκφραση των αισθημάτων γενικά, των σχέσεων τους με τους άλλους, η επιθετικότητα, η οργή ακόμα και η σεξουαλικότητα δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου, ή ελάχιστα, μόνο στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών, αυτό ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας.

Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας, εκτιμάτε κατά διάφορους τρόπους, ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες ,άλλοι από πρωτότοκες κόρες ενώ για τους Jeammet κ.συν, η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδερφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένοι (37% στο δείγμα τους) συμμεριζόμαστε την άποψη αυτή καθώς και της υποθέσεις που αφορούν την αντιζηλία με μιαν αδερφή, κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη, αυτόν τον αδύνατο ανταγωνισμό στο επίπεδο θηλυκότητας που συχνά συναντάμε στην καθημερινή μας πρακτική.

Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Η Burch συσχετίζει τη διαπίστωση αυτή με την απουσία κοριτσιών στις οικογένειες όπου υπάρχουν παχύσαρκα αγόρια. Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δυο ή τρία κορίτσια που ζουν με την μητέρα τους και μερικές φορές με την μητέρας τους δίπλα σε έναν πατέρα που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος.

Οι μητέρες που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές άκαμπτες υπερπροστατευτικές αποκαλύπτονται -σε βαθύτερη ανάλυση- πολύ καταθλιπτικές. Οι συγγραφείς επιμένουν από την μια μεριά στη σχέση μητέρων αυτών με την ίδια τους την μητέρα, και από την άλλη, στη θέση τους μέσα στο γονικό ζευγάρι ο Jeammet αναφέρει «διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους την μητέρα» με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική «με μια προσπάθεια εξιδανίκευσης που δύσκολα κρύβει αυτό που βαθύτερα της προσάπτουν: μητέρα απρόσεκτη χωρίς τρυφερότητα, απαγορεύουσα... αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια την μητέρα τους προκαλεί στις μητέρες των ανόρεκτων την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα και κατά συνέπεια οδηγεί την απάρνηση του παιδιού και στην ένοχη». Κατά

τον Jeammet είναι η ένοχη αυτή-πηγή ταύτισης με αυτόν που ασκεί βία- δηλαδή με το μητρικό υπερεγώ. Έτσι η μητέρες αυτές προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως αυτή η σχέση είναι καλή ανταποκρινόμενες ή καλύτερα προλαμβάνοντας την παραμικρότερη εκδήλωση ανικανοποίησης από την μεριά του παιδιού. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση σε αυτή την προσπάθεια, πρόκειται για μια αυτοματοποιημένη διατροφή που αποκλείει κάθε ευχαρίστηση όπου η «υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτρέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη».

Στο συζυγικό επίπεδο οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες ανασταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να την αποζημιώσει για της απογοητεύσεις τους. Στοιχείο ναρκισσιστικής πληρότητας η κόρη αυτή χάνει κάθε πιθανότητα να έχει αυτόνομες επιθυμίες. Αν και οι μητέρες των ανόρεκτων δεν εκφράζουν αυτό το αίσθημα προσωπικής θυσίας το συναίσθημα αναφέρεται συχνά από τις άρρωστες ιδίως όταν προέρχονται από φτωχές οικογένειες μιλούν για μια θυσία διατροφής: «η μητέρα μας στέφονταν συχνά για να μπορούμε να έχουμε τροφή εμείς και να τρώμε κανονικά». Λέει η S. Buvat-Herbaut δεν βρίσκουν να υπάρχει στη Γαλλία μια σαφής υπέροχη της ψυχογενούς ανορεξίας - όπως γενικά είναι παραδεκτό-στις κοινωνικά και πολιτιστικά εύπορες τάξεις.

Οι συγγραφείς της μελέτης «η πείνα και το σώμα» επιμένουν στο βίωμα του ευνουχισμού που έχουν η μητέρες κατά τη διάρκεια της ασθένειας του παιδιού τους, βίωμα που αντανακλά τη λειτουργία που εκπλήρωνε προηγουμένως το παιδί αυτό απέναντι τους.

Ο πατέρας των ανόρεκτων περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι ακόμα και αν είναι παρόν στον οικογενειακό σχηματισμό τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από την μητέρα ανάξιος σε ότι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο. Οι E.J. Kestemberg και S. Decobert μιλούν για «μητράζοντες» πατέρες που επενδύονται τον ρόλο της «καλής μητέρας» σε περίπτωση ανοιχτής ή υπολανθάνουσας ρήξης. Πατέρες που σε τελευταία ανάλυση παρουσιάζονται περισσότερο σαν «τμήμα ή συμπλήρωμα της μητέρας παρά σαν αντικείμενο μιας

γενετήσιας οιδιπόδειας επένδυσης». Συχνά γοητευμένοι από το σύνδρομο της ανορεξίας προσπαθούν ασυνείδητα να αγνοήσουν την αξία του θέλγητρου αυτής της γοητείας.

Εδώ βρίσκουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που περιγράφει ο Olivestein, σχετικά με τους πατέρες των τοξικομανών ορισμένοι υπογραμμίζουν την πιθανότητα αλκοολικής συμπεριφοράς ή ακόμα και την ύπαρξη σημαντικών προγενετικών καθηλώσεων, σύμφωνα με τα προβολικά τεστ. Οι απόψεις αυτές πρέπει να ερμηνευτούν με την μεγαλύτερη δυνατή προσοχή. Κυρίως θέλουν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας η οποία και πρέπει λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν στο θεραπευτικό επίπεδο.

1.3.4. Τα κυριότερα σημάδια κινδύνου: (Χαρακτηριστικά)

- Άρνηση του αιτήματος της πεινάς
- Υπερβολική σωματική άσκηση
- Μεγαλύτερη τριχοφυΐα στο σώμα ή το πρόσωπο
- Υποθερμία
- Δεν τρώει ποτέ μπροστά σε άλλους
- Ζυγίζει πάντα την τροφή και μέτρα τις θερμίδες
- Προκαλεί εμετούς
- Παίρνει διαιτητικά φάρμακα
- Μιλιά συνεχώς για δίαιτες
- Φορά φαρδιά ρούχα, ζυγίζεται πολλές φορές την ημέρα

1.3.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ξεκινώντας το Κεφαλαίο της θεραπείας οφείλουμε να διευκρινίσουμε ότι αναφέρεται κατόπιν τις νοσηλευτικής φροντίδας καθώς ουσιαστικά πρόκειται για την περίοδο αποθεραπείας, εφόσον ο το άτομο έχει ήδη νοσηλευτεί.

Η νευρική ανορεξία είναι μια πολύ σοβαρή διατροφική διαταραχή και χρειάζεται εξειδικευμένοι ψυχολογική φροντίδα, για τις ψυχολογικές δυσκολίες που προκαλούν τραύμα και βαθιά θλίψη αλλά και για τα σωματικά προβλήματα που το

άτομο αντιμετωπίζει. Πιθανόν να σκέφτεται ότι «ο τρόπος να αλλάξω το πως αισθάνομαι για τον εαυτό μου είναι να αλλάξω το σώμα μου». Αλλά ένας τέτοιος τρόπος φυσικά και δεν είναι υγιείς για να αλλάξεις το πως αισθάνεσαι για τον εαυτό σου.

Τα συναισθήματα και προσωπικές μας ανάγκες έχουν θεμελιώδη αιτιολογική σχέση με το φαγητό. Όλοι έχουμε ένα βιολογικό λόγο για να τρώμε, αλλά ο καθένας από εμάς ξεχωριστά έχει τους δικούς του διαφορετικούς λόγους για να τρώει περισσότερο από ότι χρειάζεται και να ικανοποιήσει τις υπόλοιπες ανάγκες του.

Οι ατομικές καταστάσεις χρειάζεται να καλυφθούν με μεγάλη λεπτομέρεια έτσι ώστε να είμαστε ικανή να έχουμε μια βαθιά ολοκληρωμένη εικόνα των προσωπικών μας αιτιών που μας προκαλούν τα διατροφικά προβλήματα.

Μαθαίνοντας τη σπουδαιότητα και την επίδραση μιας αλλοιωμένης, διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματος μας είναι το πρώτο ισχυρό σίγουρο βήμα σε μια σειρά από σημαντικά βήματα που θα ακολουθήσουμε για να καταρρίψουμε ότι δυσλειτουργικό και μη αληθινό που πιστεύουμε για τον εαυτό μας. Τα αποτελέσματα είναι πάντα θεαματικά απολαμβάνοντας μια ισχυρή αυτοπεποίθηση με πανίσχυρη θέληση.

Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία μπορούν να επιστρέψουν σε ένα υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς, χωρίς να εξαρτάται άμεσα από το πόσο διάστημα υποφέρουν από την διαταραχή. Επιπλέον, θα εξαφανιστούν πολλές από τις σωματικές παρενέργειες που προκαλεί η διαταραχή.

Συνήθως, η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχυανση. Η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας.

Οι εξωνοσοκομειακές παρακολουθήσεις που προτείνουν τα περισσότερα κλασικά νοσοκομειακά κέντρα καθώς και οι αναλυτικές, σιωπηρές και σημαντικές ψυχοθεραπείες αποδεικνύεται από τις συχνές και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα διακοπές των θεραπειών αυτών, γεγονός που οδηγεί στο να προτείνει κανείς στις άρρωστες αυτές μια πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης που, όπως προτείνει η H.Bruch, επικεντρώνονται στην έλλειψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στην ανικανότητα τους να αντιτάσσονται χρησιμοποιώντας τον λόγο στους

άλλους, ώστε με αυτόν τον τρόπο να «υπάρχουν» λίγο περισσότερο. Σε αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας, παρουσιάζουν ενδιαφέρον ορισμένες γνωστικό-συμπεριφορικές προσεγγίσεις του τύπου ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, τις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των συναισθημάτων, όπου συναντώνται οι ανόρεκτες αλλά και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια αισθήματα και που παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό.

Όπως ισχύει και για την περίθαλψη των αλκοολικών και τοξικομανών, έτσι και σε αυτή την περίπτωση έχει επίσης μεγάλη σημασία η θεραπευτική ομάδα να επιδείχνει μεγάλη σταθερότητα, να παραμένει για πολύ καιρό μια σίγουρη προσφυγή για την ανόρεκτη- όποια και αν είναι η εξέλιξη της - ιδίως ξεπερνώντας το αίσθημα στέρησης που προκαλούν οι αναπόφευκτες υποτροπές. Η περίθαλψη των ασθενών αυτών που παρουσιάζουν συμπεριφορές εθισμού, αποτελεί σχεδόν πάντα, μια μακροπρόθεσμη υπόθεση. Είναι απαραίτητο να πειστούν για αυτό οι θεραπευτές και να το αποδεχτούν.

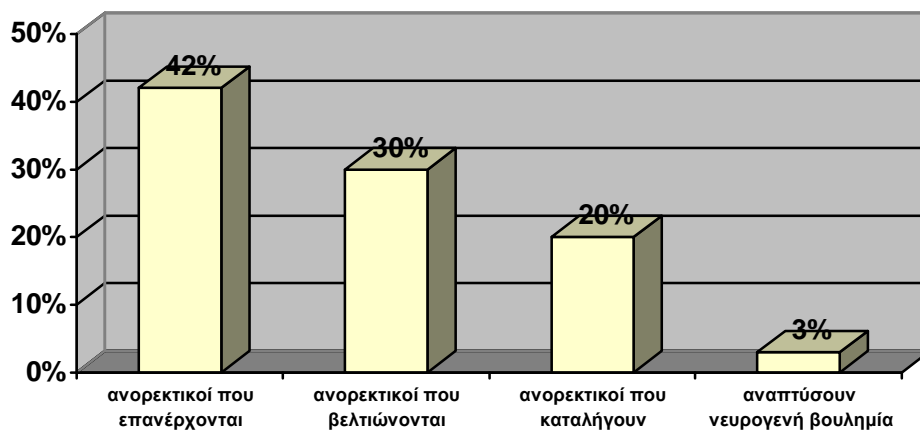
Σημαντικό ρόλο στο στάδιο της θεραπείας, παίζει η οικογένεια. Η **οικογενειακή θεραπεία** μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί ν' απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους.

Οι γονείς θα πρέπει να ενισχύουν την αυτοτέλεια, ανεξαρτησία και το αυτοσυναίσθημα των παιδιών και να αποφεύγουν να υπερπροστατεύουν ή να ελέγχουν τα παιδιά ειδικά στο θέμα του φαγητού, θα φροντίζουν επίσης για μια χαλαρωμένη και ευχάριστη ατμόσφαιρα, θα αποφεύγουν ακόμη να συζητούν θέματα σχετικά με το φαγητό που μπορεί να βοηθήσει η ανάληψη κάποιων κοινών δραστηριοτήτων τον ελεύθερο χρόνο(π.χ εκδρομές).

Όσον αφορά τη **φαρμακευτική αγωγή** έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά, αναστολείς της MAO, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού, τόσο σε ανορεκτικά όσο και σε βουλιμικά άτομα. Ακόμα, η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να βάλουν βάρος.

Παρόλο που η θεραπευτική αγωγή συνήθως σε μεγάλο ποσοστό των ανορεκτικών φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα, στο παρακάτω γράφημα μπορούμε

να διακρίνουμε κάποιες τρομακτικές στατιστικές που προκύπτουν από μελέτες στη Ελβετία.



- **Μόνο το 42% των ανορεκτικών επανέρχονται σε πλήρως υγιή κατάσταση.**
- **Το 30% δείχνει απλά μια βελτίωση χωρίς όμως να χάνονται εντελώς τα σημάδια της ασθένειας.**
- **Δυστυχώς ένα 20% δεν καταφέρνει να επιβιώσει.**
- **Το 3% τον ανορεκτικό αναπτύσσει νευρογενής βουλιμία.**

1.4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ-ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1998) το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν. Πρέπει να συνεκτιμηθεί ο μεγάλος κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή, οι επιπτώσεις στην οικογένεια, στην εργασία και στο ευρύτερο περιβάλλον και οι οικονομικές επιπτώσεις (ημεραργίες, πρόωρη συνταξιοδότηση, επιπτώσεις στην παραγωγικότητα του ίδιου του ασθενούς και των οικείων του). Μέτρο της οδύνης του καταθλιπτικού αρρώστου βλέπει το

θάνατο ως λύτρωση. Έτσι λοιπόν, η κατάθλιψη είναι η πάθηση που οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη σε αυτοκτονία.

Ένα χαρακτηριστικό της κατάθλιψης που έχει τεράστια κλινική σημασία είναι η **πολυμορφία** της, δηλαδή η ιδιότητα της να εκφράζεται κλινικά όχι με το χαρακτηριστικό της σύμπτωμα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης.

1.4.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ)

Τα συμπτώματα επί κατάθλιψης εξ αντίδρασης στερούνται της έντασης ή οποία χαρακτηρίζει τις κλινικές εκδηλώσεις της ψυχωτικής καταθλιπτικής αντίδρασης.

Σπανίως εξικνούνται πέρα του συναισθήματος ένοχης, της αυτομομφής και της αυτοκατηγορίας.

Οι ιδέες αυτοκτονίας είναι συχνές εν τούτοις σπανίως οι πάσχοντες από νευρωτική κατάθλιψη άγονται σε απόπειρα ή σε πραγματοποίηση αυτοκτονίας.

Ο ασθενής παραπονείται για μείωση του ενδιαφέροντος προς πρόσωπα-πράγματα και καταστάσεις από των οποίων αντλεί άλλοτε χαρά και ικανοποίηση.

Η σωματική δραστηριότητα μειώνεται και ο "ψυχικός ορίζοντας» του στενεύει. Η απαισιόδοξη στάση για τη ζωή γεννά την κατάθλιψη και εκείνη την τάση προς υποτίμηση του εγώ.

Η σεξουαλική επίδοση περιορίζεται όπως επίσης περιστελλεται και ή πρωτοβουλία του ασθενή.

Ο πάσχοντας, αν και έχει ικανό βαθμό αναγνώρισης του παθολογικού (insight), αμφιβάλλει εν τούτοις για την τελική ίαση του και σπανίως εκ-πτύσσεται πλήρως στην μετά του περιβάλλοντος επαφή του.

Το άγχος, πού υφίσταται, αναφέρεται συνήθως σε παλαιά βιωματική εμπειρία του πάσχοντος και συνοδεύεται από την χαρακτηριστική αμηχανία την οποία η ενοχικότητα δημιουργεί.

Οι σωματικές διαταραχές είναι συχνότερες επί των νευρωτικών η επί των ψυχωτικών καταθλίψεων. Η νόσος αντανakλάται επί των οργάνων και των συστημάτων του νευρωτικού.

Οι ασθενείς παραπονούνται για γαστρικές διαταραχές, συνήθως δυσκοιλιότητα, για ταχυκαρδία, αίσθημα προκαρδίου σύσφιγξης, κεφαλαλγία, ημικρανία, αίσθημα ψυχρού κατά τα άκρα, λιποθυμία κλπ.

1.4.3. ΤΥΠΟΙ

Ο Celghorn (1957) προτείνει την ακόλουθη ταξινόμηση των καταθλίψεων :

A. Καταθλίψεις μεταβολικής αρχής

1. Η φαρμακευτική κατάθλιψη (π.χ. επί χορήγησης φλοιοτρόπου ορμόνης , κορτιζόνης , αλκοόλης , παραγώγων της rauwolfia κ.λ.π.)
2. Οι μεταλοιμώδη κατάθλιψη (π.χ. από πνευμονία , γρίπη , ιώσεων)
3. Η προεμμηνορροϊκή κατάθλιψη
4. Η λοχειακή κατάθλιψη

B. Καταθλίψεις ενδογενούς τύπου

1. Η μελαγχολική φάση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης
2. Η υποστροφική μελαγχολία
3. Η σχιζοθυμική μελαγχολία .

Γ. Καταθλίψεις εξ'αντιδράσεως

1. Κατάθλιψη επί στέρησης ή εξ'απώλειας αγαπημένου προσώπου.
2. Κατάθλιψη από αλλαγή περιβάλλοντος .
3. Κατάθλιψη της εμμηνόπαυσης .

Δ. Καταθλίψεις εξ'οργανικών νόσων

1. Εκφυλιστικές .
 - α) αρτηριοσκληρωτικής αρχής
 - β) οι μελαγχολίες της πρεσβυτικής ηλικίας .
2. Κατάθλιψη επί προϊούσης γενικής παράλυσης
3. Κατάθλιψη επί ενδοκρανιακών ή ενδοεγκεφαλικων όγκων και νόσων .

1.4.4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Χωρίς θεραπευτική επέμβαση, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί κατά μέσο όρο έξι μήνες. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων καταλήγει σε μια χρόνια νοσηρή κατάσταση. Πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν μόνο ένα επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής – καταθλιπτικής ή μανιακής – χωρίς υποτροπή μεταξύ επεισοδίων. Η διάρκεια της διαταραχής διαφέρει από επεισόδιο σε επεισόδιο, ποικίλλοντας από μερικές μέρες ως κάμποσα χρόνια. Η ενδογενής κατάθλιψη έχει, γενικά, καλύτερη πρόγνωση από την εξωγενή και η νευρωτική καλύτερη από την ψυχωτική.

1.4.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο άνθρωπος που πάσχει από μια καταθλιπτική διαταραχή χρειάζεται πρώτα απ'όλα προστασία και κατανόηση, που θα αποτρέψουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Κατάθλιψη και αυτοκτονία πηγαινούν μαζί, αν και ο βαθμός του κινδύνου διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τη φάση στην οποία βρίσκεται η εξέλιξη της. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει στην αγχώδη μορφή της μελαγχολίας, που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αναξιοτήτας ή ενοχής και ταραγμένη συμπεριφορά και κατά την πρώτη φάση της ανάρρωσης, όταν ο άρρωστος αρχίζει να ενεργοποιείται και η εμφάνιση του ζωηρεύει έτσι που να δίνει την εντύπωση ότι δεν υπάρχει πια κίνδυνος (χαμογελαστή κατάθλιψη).

α. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά, παρατεταμένη κατάθλιψη, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμο-θεραπείας. Μόλο που η ιδέα μιας τέτοιας επιθετικής επεμβάσεως στον εγκέφαλο και στο σώμα γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίον ενεργεί, τα αποτελέσματα της σε τέτοιες βαριές και επικίνδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα σε περιπτώσεις υποστροφικής μελαγχολίας. Αλλά κατά κανόνα δε χρησιμοποιείται παρά αφού πρώτα έχει εξαντληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια θεραπείας με φαρμακευτικά ή ψυχολογικά μέσα.

β. Ψυχοφάρμακα.

Αποτελεσματικά στις περισσότερες περιπτώσεις είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά συνήθως όχι αμέσως. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρειαστούν δύο ως τέσσερις εβδομάδες προτού αρχίσουν να ενεργούν θεραπευτικά. Αν όχι, μια δεύτερη επιλογή σ' αυτό το σημείο -όχι ταυτόχρονη χρήση - τρικυκλικού ή άλλου αντικαταθλιπτικού μπορεί να φέρει το ποθητό αποτέλεσμα. Ως αντικατάστατα των τρικυκλικών είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν οι αναστολείς

της μονοαμινοξειδάσης. Αλλά το γεγονός ότι σε συνδυασμό με διάφορες αρκετά κοινές τροφές προκαλούν παρενέργειες, κάνει τα φάρμακα αυτά δύσχρηστα.

Η θεραπευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ανάγκη να συνεχιστεί για κάμποσους μήνες (οκτώ με δέκα) ύστερα από τη φαινομενική ανάρρωση του αρρώστου, γιατί αλλιώς υπάρχει κίνδυνος υποτροπής.

γ. Ψυχοθεραπεία

Οι σωματικές και βιολογικές θεραπείες, παρ' όλη τη σχετική αποτελεσματικότητά τους, είναι σκόπιμο να συνδυαστούν με κάποια μέθοδο ψυχοθεραπείας, η οποία να εξακολουθήσει και μετά τη διακοπή τους. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, η ψυχανάλυση όχι μόνο δεν μπορεί να εφαρμοστεί, αλλά πρέπει να αποφεύγεται. Αργότερα, και ιδίως εάν η καταθλιπτική διαταραχή δεν παρουσιάσει συγκεκριμένα ψυχωτικά στοιχεία, η ψυχανάλυση μπορεί να προσφέρει την καλύτερη βοήθεια για την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων.

1.5. ΠΑΡΑΝΟΙΑ

1.5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στην αρχαία εποχή, ο όρος παράνοια αναφερόταν σε κάθε ψυχωτική κατάσταση. Αλλά σιγά – σιγά περιορίστηκε στις διαταραχές που η κύρια εκδήλωση τους είναι το παραλήρημα.. Στη μονοσυμτωματική της μορφή που πρώτος περιέγραψε ο Γερμανός Κάλμπαουμ στα μέσα του περασμένου αιώνα, είναι σπάνια. Συγγενής με τη σχιζοφρένεια, αν όχι απλώς μια ιδιαίτερη μορφή της, η παράνοια εμφανίζεται ύστερα από τα 35, αδιόρατα, και μπορεί να διατηρηθεί για κάμποσα χρόνια χωρίς επιδείνωση της προσωπικότητας του αρρώστου. Μπορεί, ωστόσο, να καταλήξει σε μια από τις τυπικές σχιζοφρενικές διαταραχές.

Το παραλήρημα του ατόμου που πάσχει από παράνοια είναι σχετικά λογικοφανές και συστηματοποιημένο, μόνιμο και ακλόνητο. Το συναίσθημα ποικίλλει ανάλογα με το περιεχόμενο του παραληρήματος. Κυριαρχείται συνήθως από φόβο, οργή και εχθρικότητα, αλλά μπορεί να καταλήξει σε κατάθλιψη αν ο άρρωστος αισθανθεί ανίκανος να αντιμετωπίσει τις πιεστικές συνθήκες που του δημιουργεί το ίδιο το παραλήρημα του. Συχνά, και χωρίς να το λέει, ο άρρωστος έχει την πεποίθηση πως είναι μεγαλοφυής ή προικισμένος με κάποια μοναδική ικανότητα.

Όταν εμφανίζεται για πρώτη φορά γύρω από την κλιμακτήριο ηλικία, το παραληρητικό σύστημα είναι λιγότερο λογικοφανές και η εξέλιξη της διαταραχής προς τη σχιζοφρένεια πιο πιθανή. Μια τέτοια περίπτωση, που τόσο στη συμπτωματολογία όσο και στην εξέλιξη της βρίσκεται μεταξύ της παράνοιας και της σχιζοφρένειας, αναφέρεται από τον Κρέπελιν και τον Φρόιντ ως *παραφρένεια*.

1.5.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η παρανοϊκή ψύχωση εκδηλώνεται συνήθως σε ένα ευάλωτο άτομο που απειλείται από την κοινωνική απομόνωση, όπως όταν αρχίζει να χάνει την ακοή του· ή βρίσκεται μακριά από τον τόπο του, μετανάστης σε μια χώρα της οποίας αγνοεί τη γλώσσα, άγνωστος ανάμεσα σε αγνώστους, χωρίς κοινωνική υπόσταση· ή σε μια προχωρημένη ηλικία, άεργος, χωρίς σύντροφο, που έχει πεθάνει, χωρίς προσωπικούς φίλους ή οικογένεια που να ενδιαφέρεται γι' αυτόν.

Κατά την ψυχαναλυτική αντίληψη, η παρανοϊκή ψύχωση διακινείται από μια λανθάνουσα ομοφυλοφιλία, που ελέγχεται από μια τριάδα μηχανισμών του εγώ: την άρνηση, την προβολή και τη μετάθεση. Απειλώντας να βγουν στην επιφάνεια του συνειδητού, απαράδεκτες για τον άρρωστο ομοφυλοφιλικές τάσεις μετατρέπονται σε συναισθήματα μίσους, τα οποία κατόπιν προβάλλονται στον άλλον ως ιδέες κατάδιώξεως, ερωτομανία, ζηλοτυπία ή μεγαλομανία.

Στην προσπάθεια του να αποφύγει τη συναίσθηση απωθημένων ερωτικών επιθυμιών για έναν άλλον άντρα, ο παρανοϊκός πείθει τον εαυτό του ότι δεν τον αγαπάει αλλά τον μισεί επειδή ο άλλος τον καταδιώκει. Στην περίπτωση της ερωτομανίας, ο παρανοϊκός πείθει τον εαυτό του ότι δεν αγαπάει κάποιον άντρα αλλά κάποια γυναίκα, οπότε φαντάζεται ότι το κάνει επειδή εκείνη τον αγαπάει. Στην περίπτωση της παθολογικής ζηλοτυπίας, ο παρανοϊκός αποδίδει τα ομοφυλοφιλικά του συναισθήματα σε μια γυναίκα, την οποία υποτίθεται ότι αγαπάει. Σε μια τέτοια περίπτωση, ο μηχανισμός δεν είναι η προβολή αλλά η μετάθεση. Τέλος, στην περίπτωση της μεγαλομανίας, ο παρανοϊκός, απορρίπτοντας την ιδέα ότι αγαπάει κάποιον άλλον, πείθει τον εαυτό του ότι δεν αγαπάει κανέναν παρά μόνο τον εαυτό του.

1.5.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφόσον η διαταραχή παραμένει εγκλωβισμένη και δεν προκαλεί σοβαρές ενοχλήσεις, δεν υπάρχει λόγος θεραπείας. Αλλιώς, μπορούν να χορηγηθούν **αντιψυχωτικά** φάρμακα και ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου, όπως στη σχιζοφρένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Η λέξη πληροφορική, ασκεί στις μέρες μας μια παράξενη γοητεία. Πολύ απλά και κατανοητά μπορούμε να ορίσουμε την πληροφορική σαν την επιστήμη και τεχνολογία που έχει για αντικείμενο τη συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία και διανομή πληροφοριών με τη βοήθεια υπολογιστικών συστημάτων. Έτσι, η πληροφορική χωρίς να ταυτίζεται με τη θεωρία των πληροφοριών, βρίσκεται σε μια πολύ ειδική και στενή σχέση μαζί της. Και ο ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτή η κατεξοχήν πληροφορική μηχανή του αιώνα μας, είναι το έμβλημα της πληροφορικής επανάστασης.

Μπορεί και τα δύο αυτά να ηχούν και να φαίνονται ανόμοια, στην πραγματικότητα είναι συνδεδεμένα μέσα από την εξίσωση εντροπίας του Claude Shannon που συσχετίζει κατά τρόπο πραγματικά συναρπαστικό τη θερμοδυναμική, την ενέργεια και την περίφημη σχέση των Boltzman-Plank με τη θεωρία των πληροφοριών.

Οι νόμοι και τα θεωρήματα αυτής υποκίνησαν συναρπαστικές ιδέες στη βιολογία και στη γλώσσα, στη θεωρία των πιθανοτήτων, στην ψυχολογία, στην φιλοσοφία, στην τέχνη, στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και στη μελέτη της κοινωνίας. Ακριβώς όπως οι αρχές ενέργειας έδωσαν καινούριες γνώσεις που εκτείνονται πολύ πιο πέρα από τους ορίζοντες της μηχανολογίας, έτσι και η θεωρία των πληροφοριών άνοιξε καινούργια παράθυρα στο πεδίο μιας γνώσης τόσο πλατιάς όσο η φύση, τόσο πολύπλοκης όσο ο ανθρώπινος νους.

1.2. Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πληροφορική της Υγείας είναι η πρώτη επιστήμη που ενσωμάτωσε όλα τα ιατρικά πεδία γνώσης. Αυτή η πρόοδος είναι δυνατή λόγω της γρήγορης ανάπτυξης των νέων τεχνολογιών, ιδίως στην πληροφορική και επίσης λόγω των κοινών αναγκών όλων των ιατρικών ειδικοτήτων. Η πληροφορία είναι σημαντική συνιστώσα όλων των ιατρικών ερευνών και γι' αυτό το λόγο, ο κύριος στόχος θα πρέπει να είναι η ενσωμάτωση των τεχνολογιών που ασχολούνται με την πληροφορία στην ιατρική

πρακτική και όχι μόνο. Η υλοποίηση και εφαρμογή των νέων τεχνολογιών, ιδίως των τεχνολογιών που έχουν να κάνουν με τη διαχείριση της πληροφορίας, καθιστά δυνατή την ταχύτερη επεξεργασία των δεδομένων, μειώνει το κόστος σε όλους τους τομείς της ιατρικής πρακτικής και έτσι το ιατρικό προσωπικό έχει περισσότερο χρόνο να αφιερώσει στα πρωτεύοντα καθήκοντα του. Οι εφαρμογές της πληροφορικής όμως, αφορούν εκτός από το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό των οργανισμών υγείας. Οι νοσηλευτές στα ιατρονοσηλευτικά κέντρα αντιμετωπίζουν ένα μεγάλο διοικητικό βάρος, σημαντικό μέρος του οποίου μπορεί να αποθηκευτεί και κατά συνέπεια να διαχειριστεί ηλεκτρονικά. Ειδικά σε χρήστες που βρίσκονται σε μικρές αστικές ή αγροτικές περιοχές η ανάγκη για ηλεκτρονική αποθήκευση είναι μεγάλη. Στην περίπτωση αυτή όμως μεγάλες είναι και οι απαιτήσεις των χρηστών, λόγω της έλλειψης προηγούμενης επαφής με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και της απροθυμίας να αλλάξουν τον τρόπο εργασίας τους. Αποτελούν δε σημαντικό βοήθημα στην άσκηση της ιατρικής και βελτιώνουν την υγεία των ασθενών συνδυάζοντας βασικές επιστημονικές και μηχανολογικές έννοιες με την χρήσιμη εφαρμογή τους σε σημαντικά προβλήματα. Μερικές από τις δυνατότητες που παρέχει είναι :

- Πληροφοριακά Συστήματα για επαγγελματίες υγείας και ασθενείς.
- Βάσεις Δεδομένων για επαγγελματίες υγείας και καταναλωτές που αναπτύσσονται με βάση κλινικές δοκιμές.
- Έμπειρα Συστήματα για επαγγελματίες υγείας, κυρίως διαγνωστικά, αλλά και συστήματα λήψης απόφασης για ασθενείς, όπως π.χ. έλεγχος συμπτωμάτων εκτίμηση κινδύνου και γενικός έλεγχος υγείας.
- Εργαλεία προληπτικής ιατρικής (recall systems, συστήματα υπενθύμισης περιοδικών ελέγχων κ.ά.).
- Τηλεϊατρική και Κυβερνητική για επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφορίας.
- Συστήματα Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για επαγγελματίες υγείας και ηλεκτρονικοί φάκελοι προσβάσιμοι από τον ασθενή (internet health rexords , smart cards , electronic patient health diaries)
- Βιβλιογραφικές Βάσεις Δεδομένων, πύλες σε ιατρικές ιστοσελίδες για επαγγελματίες υγείας και ασθενείς ή καταναλωτές γενικότερα.
- Συστήματα φαρμακείου, συστήματα εποπτείας για αλληλεπίδραση φαρμάκων, συστήματα προσβάσιμα από τον ασθενή για τον έλεγχο της συμβατότητας δύο ή περισσότερων φαρμάκων ή φαρμάκων και φαγητού.

1.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι επηρέασαν την εισαγωγή των Πληροφοριακών Συστημάτων στο χώρο της Υγείας. Οι παράγοντες αυτοί μελετήθηκαν στην Ολλανδία αλλά μπορεί να θεωρηθεί ότι επηρεάζουν και άλλες χώρες με παρόμοια συστήματα υγείας, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες, η Μεγάλη Βρετανία και ο Καναδάς. Αυτοί είναι:

- **Ο ηγετικός ρόλος των ιστορικών συνδέσμων**

Το 1984 η Ολλανδική Ένωση Γενικών Γιατρών (Dutch National Association of GPs) συνειδητοποίησε ότι τα πληροφοριακά συστήματα θα έχουν θετική επίδραση στο χώρο της Υγείας. Μια ομάδα εργασίας δημιούργησε ένα μοντέλο αναφοράς για ένα πληροφοριακό σύστημα και ένα μοντέλο δεδομένων. Στη συνέχεια κλήθηκαν εταιρείες να παρουσιάσουν τα προϊόντα τους για έγκριση. Τα συστήματα που εγκρίθηκαν δημοσιεύτηκαν στην εφημερίδα του συνδέσμου των Γενικών γιατρών.

- **Κατάρτιση των κλινικών γιατρών**

Ο σύνδεσμος των γενικών γιατρών άρχισε ένα πρόγραμμα κατάρτισης με επιχορήγηση από το Υπουργείο Υγείας. Δημιουργήθηκε ένα βιβλίο που περιείχε όλα τα μαθήματα και στη συνέχεια, βάσει αυτού, έγιναν σεμινάρια σε όλη τη χώρα. Πανεπιστημιακά τμήματα Πληροφορικής υγείας άρχισαν μαθήματα κατάρτισης σε Γενικούς γιατρούς. Επίσης ένα ετήσιο συμπόσιο για Γενικούς γιατρούς και τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς, κρατά ενημερωμένους τους γιατρούς για νέες εξελίξεις.

Σκοπός του μοντέλου αναφοράς ήταν να χρησιμοποιηθεί ως οδηγία (guideline) από τους ανθρώπους που δημιουργούν τα πληροφοριακά συστήματα υγείας και από αυτούς που τα δοκιμάζουν. Όταν άρχισε η ανάπτυξη των πληροφοριακών συστημάτων για τους Γενικούς γιατρούς στην Ολλανδία, η Ολλανδική Ένωση Γενικών Γιατρών συνειδητοποίησε ότι θα μπορούσε να παίξει ένα δραστικότερο ρόλο στην ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, από το να κάθεσαι να περιμένει τις

βιομηχανίες να δείχνουν τα προϊόντα τους. Γι' αυτό το λόγο συστάθηκε μια επιτροπή για το συντονισμό της εισαγωγής των πληροφοριακών συστημάτων στην φροντίδα υγείας. Αυτή η επιτροπή δημιούργησε ένα μοντέλο αναφοράς και μία διαδικασία δοκιμής για τα πληροφοριακά συστήματα φροντίδα υγείας. Το μοντέλο αναφοράς περιλαμβάνει τα ακόλουθα λειτουργικά τμήματα:

- Βασικό τμήμα Ιατρικό τμήμα
- Τμήμα φαρμακείου
- Τμήμα προγραμματισμού
- Τμήμα διαχείρισης οικονομικών
- Τμήμα επικοινωνίας
- Τμήμα έρευνας

Η επιθυμητή λειτουργικότητα καθενός από αυτά τα τμήματα περιγράφεται στο μοντέλο αναφοράς. Παρόλα αυτά δεν περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο υλοποιείται, παρότι παρέχονται οδηγίες και χρόνοι ανταπόκρισης για το περιβάλλον διεπαφής. Περιέχεται επίσης ένα γενικό μοντέλο δεδομένων, που περιγράφει τα απαιτούμενα στοιχεία δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων του μήκους του πεδίου και του τύπου δεδομένων. Οντότητες δεδομένων όπως, δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, συνταγές φαρμάκων ή εργαστηριακά αποτελέσματα περιγράφονται με τη δημιουργία πεδίων και των σχέσεων μεταξύ των οντοτήτων. Για κωδικοποιημένα δεδομένα, χρησιμοποιούνται υπάρχοντα πρότυπα, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ICPC- International Classification of Primary Care) και η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-International Classification of Diseases). Πίνακες αναφοράς και θησαυροί παρέχονται για όλα τα κωδικοποιημένα δεδομένα. Το μοντέλο αναφοράς περιέχει επίσης ένα πλαίσιο για συστήματα δοκιμής.

- **Οικονομικά κίνητρα**

Επειδή όλοι οι Γενικοί γιατροί δεν είναι διατεθειμένοι να συνεισφέρουν οικονομικά στην βελτίωση της φροντίδας υγείας, μια επιστροφή χρημάτων της τάξης του 60% του κόστους χρησιμοποίησης ηλεκτρονικών υπολογιστών από τις ασφαλιστικές εταιρείες στις αρχές του 1990, έδωσε το ερέθισμα για την εισαγωγή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς (ΗΦΑ). Μέχρι το τέλος του 1996, 90% των 6500 (ολλανδών Γενικών γιατρών χρησιμοποιούσαν ένα πληροφοριακό σύστημα, πάνω

από 60% του οποίου περιείχε ΗΦΑ. Τα πληροφοριακά συστήματα στην ΠΦΥ έχουν μεγάλη σημασία και σε άλλες χώρες. Το 1996 περισσότερο από το 90% των Γενικών γιατρών στη Μ. Βρετανία χρησιμοποιούσαν πληροφοριακά συστήματα, πάνω από το 10% των οποίων περιείχε ΗΦΑ .

1. 2.2. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εξειδικευμένες τεχνολογίες Πληροφορικής έχουν εφαρμοστεί σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές ανά τον κόσμο. Παρόλα αυτά μόνο τα τελευταία χρόνια υπάρχει κινητικότητα στην ανάπτυξη πληροφοριακών εφαρμογών στον ενδιάμεσο χώρο. Η ιατρική φροντίδα και οι υπηρεσίες πρόνοιας εξακολουθούν πάντως να αποτελούν ξεχωριστές δραστηριότητες και δεν υπάρχουν ακόμα Πληροφοριακά Συστήματα, που θα εξυπηρετούν την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των δύο αυτών χώρων. Στο άμεσο μέλλον όμως, τα πληροφοριακά συστήματα θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και θα επηρεάσουν την μορφή της ιατρικής φροντίδας. Τα ιατρικά δεδομένα των ασθενών, θα αποκαλύπτονται και στους ασθενείς. Οι γιατροί θα αρχίσουν να αναζητούν πιο αντικειμενικές μαρτυρίες για την φροντίδα των ασθενών τους και θα δημιουργηθούν οδηγίες κλινικής πρακτικής, που θα είναι κοινές σε όλες τις χώρες. Τα νοσοκομεία θα συνεργάζονται μεταξύ τους στην προσφορά φροντίδας υγείας, διότι θα είναι αδύνατο για ένα νοσοκομείο να προσφέρει όλα τα είδη φροντίδας στους ασθενείς του. Νοσοκομεία και κέντρα ΠΦΥ στην κοινότητα θα συνεργάζονται και θα λειτουργούν ως ένα ενοποιημένο εικονικό κέντρο φροντίδας, ακόμη και αν έχουν διαφορετικό τρόπο διοίκησης.

Ένα κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα, είναι ζωτικής σημασίας ειδικά για την ΠΦΥ, όχι μόνο για την εκτίμηση των αναγκών υγείας των ατόμων και των ομάδων, αλλά επίσης και για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή επεμβάσεων που αφορούν στην υγεία. Επιπλέον, είναι σημαντικό για την αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας, από την άποψη της αποτελεσματικότητας αλλά και της κάλυψης.

1.2.3. Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΩΣ ΒΟΗΘΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το χαρακτηριστικό της εποχής μας είναι η μεγάλη τεχνολογική εξέλιξη που επιβάλλει συνεχείς αλλαγές στις μικρές ή μεγάλες δραστηριότητες που συνθέτουν τη ζωή μας με τις καθημερινές απαιτήσεις της. Η ονομαζόμενη ηλεκτρονική επανάσταση παίζει το ρόλο του μεγάλου μεταρρυθμιστή και έχει καθιερωθεί σαν τρίτο κύμα στην εξέλιξη του ανθρωπίνου γένους, ως πρώτου κύματος θεωρούμενου της αγροτικής επανάστασης και δεύτερου της βιομηχανικής επανάστασης.

Η καλλιέργεια της γης συνέβαλε στην πολιτισμική εξέλιξη του ανθρώπου, διήρκεσε μερικές εκατοντάδες χιλιάδες χρόνια και αποτελεί για μερικούς τον απολεσθέντα παράδεισο. Η βιομηχανική επανάσταση καθιέρωσε τη μηχανή σαν κυρίαρχο στη ζωή του ανθρώπου, άλλαξε σημαντικά την κοινωνική δομή της ανθρωπότητας με τη δημιουργία μεγάλων πόλεων, ώστε οι εργαζόμενοι να κατοικούν πλησίον του τόπου εργασίας, ευθύνεται για τη δημογραφική έξαρση και το πληθυσμιακό πρόβλημα του πλανήτη και της επιρρίπτουν όλες τις συμφορές της σημερινής ζωής.

Η ηλεκτρονική και κυρίως πληροφορική, είτε σαν μορφή συλλογής στοιχείων προς ενημέρωση, για παράδειγμα σαν απλή συσκευή τηλεόρασης, είτε σαν καταγραφή δεδομένων για ανάλυση και επεξεργασία, όπως ο ηλεκτρονικός υπολογιστής, ξεκινά από το χώρο της εργασίας, για να φθάσει στην κατοικία μας αλλοτριώνοντας ακόμα κι αυτή την προσωπική μας ζωή, βομβαρδίζοντας μας συνεχώς με νέα τεχνολογικά επιτεύγματα και υπόσχεται την αποδέσμευση του ανθρώπου από τις απάνθρωπες συνθήκες εργασίας, εφ' όσον θα μπορεί να εργάζεται με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή του όποτε επιθυμεί και όσο επιθυμεί. Είναι ήδη εφαρμοσμένη η χρήση των telefax που έχουν αντικαταστήσει τους ταχυδρόμους και παρέχουν ασφαλή, ταχεία και επί αποδείξει μεταφορά αλληλογραφίας.

Αν όμως η ηλεκτρονική επανάσταση θα βελτιώσει τόσο σημαντικά τη ζωή μας, η εφαρμογή της στη νοσηλευτική θα βοηθήσει ουσιαστικά τον άνθρωπο να τύχει πληρέστερης, άμεσης και ακριβούς φροντίδας και περιθάλψεως. Έχει παρέλθει ανεπιστρεπτή η εποχή που η νοσηλεύτρια με το χρονόμετρο στο χέρι και τα χρωματιστά μολύβια περιερχόταν από κλίνη σε κλίνη καταγράφοντας στο διάγραμμα του ασθενούς θερμοκρασία, πίεση ή άλλες παραμέτρους και τείνει να αντικατασταθεί με την εικόνα που βλέπουμε σε Μονάδες Εντατικής Παρακολούθησης, όπου η

νοσηλεύτρια από το γραφείο της παρακολουθεί μερικές οθόνες πολυκαταγραφικών μηχανημάτων, monitors και έχει άμεση, ταχεία και απολύτως ακριβή αντίληψη της κατάστασης του ή των ασθενών που παρακολουθεί αξιολογώντας σειρά παραμέτρων και πολλές φορές έχοντας τη δυνατότητα να παρέμβει και να τις διορθώσει.

Προχωρημένο βήμα αποτελεί η αντιμετώπιση καρδιολογικών ασθενών εξ αποστάσεως και σαν παράδειγμα αναφέρεται η άμεση κάλυψη του εμφραγματία με ειδική θρομβολυτική αγωγή αμέσως μετά την επαφή του με το ασθενοφόρο και κάτω από την καθοδήγηση ειδικού κέντρου ώστε όταν ο ασθενής φθάσει στο νοσοκομείο, να έχει παρέλθει ο κίνδυνος και να έχει λυθεί το έμφρακτο, όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες. Μελλοντικά θα μπορούσε ο κάθε άνθρωπος, που θα κατελαμβάνετο από προκάρδιο άλγος, με τη χρήση κάποιου τηλεχειριζόμενου καρδιογράφου να ενημερώσει το διαγνωστικό κέντρο της περιοχής του και να λάβει τις πρώτες οδηγίες πριν ακόμα και από την άφιξη του ασθενοφόρου.

Με τη χρήση τερματικών ο ασθενής θα είναι δυνατό να νοσηλευθεί στο σπίτι του, στο οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ από διάφορα καταγραφικά μηχανήματα θα παρακολουθείται η κατάσταση της υγείας του και θα παρέχονται οι ανάλογες οδηγίες. Υπόψη ότι με τη νοσηλεία στο σπίτι πλην των άλλων θα μειωθεί το κόστος κατά ασθενή στο 1/3 του νοσηλευόμενου στο νοσοκομείο.

Έτσι κάπως σκιαγραφείται το μέλλον της νοσηλευτικής σε σχέση με τη σημερινή τεχνολογία και πληροφορική, χωρίς να προχωρήσει κανείς σε νέες μορφές τεχνολογίας του αύριο και νέους τρόπους χορηγήσεως φαρμάκων. Έχοντας κατά νου τα όσα σήμερα η τεχνολογία παρέχει πρέπει να προσαρμοσθούμε στη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών, προσβλέποντας στη βοήθεια που παρέχουν και όχι στην πεπερασμένη δυνατότητα της χρήσης τους και την πιθανή εξάρτηση που θα επιφέρει η χρήση αυτή. Τυπικό είναι το παράδειγμα της τηλεόρασης, που από στοιχείο διασκέδασης και ενημέρωσης μπορεί να μετατραπεί σε κυρίαρχο της ζωής του ανθρώπου, που αφήνεται δέσμιος της εύκολης και φθηνής ψευτοαπόλαυσης.

Ειδικότερα στη νοσηλευτική η χρήση του Η/Υ μπορεί να αρχίζει από την καταγραφή των χορηγούμενων φαρμάκων, μέχρι την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού επί του προβλήματος του ασθενούς ανατρέχοντας σε ομοειδείς περιπτώσεις και τρόπους αντιμετώπισεως. Είναι υπερβολή να χρησιμοποιεί κανείς τη σημερινή ηλεκτρονική τεχνολογία, για να καταγράφει π.χ τις τιμές των τροφίμων που κατανάλωσε, ενώ θα μπορούσε να επικοινωνήσει μέσω του υπολογιστή του με κοινές τράπεζες, ειδικές τράπεζες πληροφορικής και ολόκληρη σχεδόν την ανθρωπότητα.

1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Νοσηλευτική πληροφορική είναι ο νέος επιστημονικός κλάδος αντικείμενο μελέτης του οποίου είναι η οργάνωση και επεξεργασία της πληροφορίας προς υποστήριξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, περίθαλψης και έρευνας. Η θεμελιώδης τεχνολογία που χρησιμοποιεί η νοσηλευτική πληροφορική στην άσκηση των επιμέρους λειτουργιών της είναι ο ηλεκτρονικός υπολογιστής. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η νοσηλευτική πληροφορική δεν είναι μόνο νοσηλευτική επιστήμη των υπολογιστών δεδομένου ότι χρησιμοποιεί στοιχεία και άλλων γνωστικών αντικειμένων όπως της γνωστικής και εκπαιδευτικής ψυχολογίας, της αναλυτικής θεωρίας των αποφάσεων, της στατιστικής ανάλυσης, των μαθηματικών, της βιοφυσικής και άλλων κλάδων που συγκροτούν περισσότερο νοητικές διεργασίες παρά τεχνολογία .

1.3.1. ΧΡΗΣΕΙΣ Η/Υ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Ενώ αυτές οι βοηθούμενες από Η/Υ λειτουργίες είναι βασικές στα πιο πολλά υπολογιστικά νοσοκομειακά πληροφοριακά συστήματα και εξυπηρετούν όλους τους χρήστες, υπάρχει μια ποικιλία εφαρμογών που έχει ή μπορεί να αναπτυχθεί ειδικά για να βοηθήσει τους νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας στον άρρωστο. Οι υπάρχουσες και οι δυνητικές εφαρμογές κατατάσσονται σε πέντε ομάδες απομνημόνευση και ανάκτηση κλινικών και στατιστικών δεδομένων, εκπαιδευτικού υλικού, σχεδίων νοσηλευτικής φροντίδας και νοσηλευτική έρευνα.

Κλινικά και στατιστικά δεδομένα. Στο πλαίσιο της φροντίδας του αρρώστου, όπου, για τη λήψη κλινικών αποφάσεων, είναι εξωτικής σημασίας τα ακριβή, ευανάγνωστα και καλά οργανωμένα δεδομένα, η χρησιμοποίηση των Η/Υ είναι πολύτιμη. Με το χειροκίνητο σύστημα, η τεκμηρίωση της φροντίδας είναι διαθέσιμη μόνο στο άτομο που φυσικά κατέχει το φάκελο του αρρώστου. Όταν, ωστόσο, τα δεδομένα του αρρώστου απομνημονεύονται σε Η/Υ, είναι ταυτόχρονα διαθέσιμα σε πολλούς χρήστες.

Σε ένα γενικό τμήμα ο νοσηλευτής που δίνει φάρμακα, μπορεί να ανακτήσει τις πιο πρόσφατες εντολές φαρμάκων για τον άρρωστο την ίδια ώρα που ο γιατρός γράφει τις σημειώσεις προόδου του αρρώστου. Στο χειρουργείο μπορεί ένας

νοσηλευτής να ανασκοπήσει τα εργαστηριακά, ακτινογραφικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα από το τερματικό, προκειμένου να ελέγξει αν άρρωστος που βρίσκεται στο χειρουργικό τμήμα με το φάκελο του, είναι καθαρός για χειρουργείο. Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι προσβάσιμα αμέσως κλινικά δεδομένα από προηγούμενες επισκέψεις, προκειμένου να αξιολογηθούν οι παρούσες ανάγκες θεραπείας.

Ένας Η/Υ επιτρέπει την επαναδιοργάνωση και ανάγκη δεδομένων σε ποικιλία σχημάτων, παρά το γεγονός ότι καταχωρήθηκαν με ορισμένο σχήμα. Η δίαιτα που παραγγέλλεται για ένα άρρωστο, μπορεί να ανακτηθεί μόνη ή ο Η/Υ μπορεί να εκτυπώσει κατάσταση στην οποία περιέχονται όλες οι τρέχουσες πληροφορίες για τους αρρώστους του τμήματος. Ακόμα, ένα σύστημα μπορεί να προγραμματιστεί ώστε να εκτυπώνει μια λίστα κάθε ώρα, όλων των φαρμάκων που πρέπει να χορηγηθούν στους ασθενείς του τμήματος.

Τα Η/Υ μπορούν να προγραμματιστούν ώστε να εκτυπώνουν ημερολόγια για όλους τους αρρώστους ορισμένων χώρων του νοσοκομείου όπως το χειρουργείο και τμήμα επειγόντων περιστατικών, καθώς και εκθέσεις στατιστικού προφίλ από δεδομένα που καταχωρούνται σε αυτούς. Οι εφαρμογές μπορούν να επεκταθούν και στα εξωτερικά ιατρεία, για να βοηθήσουν στον προγραμματισμό ενός κεντρικού, συστήματος, επισκέψεων, στα αρχεία ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης και στον αυτοματοποιημένο χρονοπρογραμματισμό του προσωπικού

Πολλοί Η/Υ, όταν ο άρρωστος φεύγει από το νοσοκομείο, εκτυπώνουν έντυπο στο οποίο περιγράφονται, με απλά λόγια ο σκοπός κάθε φαρμάκου, οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του, οι απαραίτητοι διαιτητικοί, ή άλλοι περιορισμοί και τέλος, τα συμπτώματα για τα οποία θα μπορεί να αναφέρεται, για την έξοδο του από το νοσοκομείο.

1.3.2. ΟΙ Η/Υ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ , ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ , ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .

Ιστορικό ασθενούς: Η σχέση του υπολογιστή με τον άνθρωπο βοηθά τον τελευταίο στην καλύτερη διερεύνηση διαφόρων προβλημάτων, επειδή ο υπολογιστής έχει τη δυνατότητα να συγκρίνει, να αξιολογεί ή να συνθέτει εικόνες με νόημα συνδυάζοντας πλήθος μικροπληροφορίες, που η καθεμία από μόνη της δεν σημαίνει

απολύτως τίποτα. Έτσι μπορεί να επιτευχθεί η λήψη ιστορικού από τον ασθενή με τη βοήθεια του υπολογιστή και την χρησιμοποίηση «προγραμματισμένου» διαλόγου.

Η ψυχολογία με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών εξασφαλίζει στον ειδικό επαγγελματία:

- 1) *Αντικειμενικότητα*
- 2) *Αξιοπιστία*
- 3) *Οικονομία*

Και τέλος, μια σύγχρονη τάση που παρατηρείται στην ακροαματική διαδικασία των δικαστηρίων πολλών κρατών, είναι οι ψυχολογικές εκθέσεις, που προέρχονται από την χορήγηση τεστ με ηλεκτρονικό υπολογιστή, να χρησιμοποιούνται κατά κόρον ως τεκμήρια μαρτυρίας .

Υπάρχουν συστήματα ειδικά που χρησιμοποιούνται για να διδάξουν στους φοιτητές την ορθή τεχνική λήψης ενός ιστορικού και την ανάπτυξη δεξιοτήτων στην καταγραφή των συμπτωμάτων, τον χαρακτηρισμό των συμπτωμάτων και την ανάλυση αυτών. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων του συστήματος — το οποίο με κατ' ουδένα τρόπο αναπληρώνει τη διαδικασία λήψης ιστορικού από τον πραγματικό ασθενή, αλλά την συμπληρώνει και την βελτιώνει- αναφέρονται το feedback που προσφέρει στον χρήστη υπό την μορφή παραδειγμάτων ερωτήσεων που μπορεί να υποβληθούν στα πλαίσια της καταγραφής, χαρακτηρισμού και ανάλυσης των συμπτωμάτων του συγκεκριμένου προβλήματος, ως και το γεγονός ότι το σύστημα καταργεί τους περιορισμούς των παραγόντων τόπος, χρόνος, και συμπαρουσία εκπαιδευτή κατά τη λήψη του ιστορικού, δεδομένου ότι ο φοιτητής μπορεί να ασκείται κατ' ιδίαν, στον χρόνο που εκείνος επιλέγει.

Στα πλαίσια της εκμάθησης από τους φοιτητές της τεχνικής της ορθής λήψης ενός κλινικού ιστορικού με την υποστήριξη υπολογιστών θα πρέπει να επισημανθεί και η χρησιμοποίηση από ορισμένα κέντρα αλληλεπιδραστικών video-προγραμμάτων. Για παράδειγμα, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου της Ουαλίας στο Cardiff ανέπτυξε ένα τέτοιο σύστημα για την εξέταση ψυχιατρικών ασθενών .

Διάγνωση-Θεραπεία: Η δυσκολότερη εργασία του κλινικού ιατρού είναι η διατύπωση της διάγνωσης. Είναι μια εξαιρετικά σύνθετη καταγραφή-αναφορά πληροφοριών, που μόνο σε αυτή τη μορφή μπορεί να αυτοματοποιηθεί. Η ανυπαρξία κωδικοποιημένου και λογικά δομημένου συστήματος κατατάξεων των νόσων

αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα της ηλεκτρονικής διάγνωσης. Σε μεγάλο ποσοστό η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην πείρα, στην μνήμη και στη δυνατότητα του ιατρού να αναπλάθει παραστάσεις αλλά και συγχρόνως να αφαιρεί κάποια στοιχεία, όμως δεν υπάρχει κανένα υπολογιστικό σύστημα, το οποίο μπορεί να κάνει και την πλέον απλή αφαιρετική λειτουργία.

Η συμβολή της πληροφορικής στη διαγνωστική είναι ήδη γεγονός. Έμπειρα διαγνωστικά συστήματα εφαρμόζονται, μιμούμενα τον ευρετικό τρόπο προσέγγισης των εμπειρογνομόνων, σε συγκεκριμένους τομείς στην επίλυση διαγνωστικών προβλημάτων. Τα συστήματα αυτά βασίζονται στην αρχή ότι είναι δυνατό να διαχωριστεί η ιατρική-νοσηλευτική γνώση από την μέθοδο που χρησιμοποιείται κατά την εφαρμογή της προς επίλυση κλινικών προβλημάτων και ότι είναι επίσης δυνατή η κωδικοποίηση της γνώσης κατά τρόπο που να καθίσταται δυνατή η διαχείριση της από υπολογιστές που χρησιμοποιούν συμβολική λογική ή κάποια άλλη προσέγγιση .

Τα έμπειρα συστήματα εφαρμόζονται επίσης και για την επίλυση θεραπευτικών προβλημάτων. Σε ορισμένα εργαστήρια, όπως είναι π.χ. τα ακτινοθεραπευτικά τμήματα, ο ηλεκτρονικός υπολογιστής αυξάνει την απόδοση της θεραπείας με ακτινοβολία ραδίου ή ισοτόπων στοιχείων ελέγχοντας καλύτερα την παροχή ης. Στις κλινικές είναι δυνατόν να εξετάζεται η σχέση των χορηγουμένων φαρμάκων, να ρυθμίζεται με απόλυτη ακρίβεια η απαραίτητη φαρμακευτική γνώση, ακόμα και να προτείνεται η φαρμακευτική αγωγή. Στο χειρουργείο παρέχεται βοήθεια στη λεπτομερή καταγραφή του πρωτοκόλλου αναισθησίας, καθώς και στην αξιολόγηση και επεξεργασία πληροφοριών με μεγάλη ταχύτητα (λήψη, αποτελεσμάτων παρακλινικών εξετάσεων κατευθείαν από τα εργαστήρια μέσω δικτύου ηλεκτρονικού υπολογιστή). Η εμφάνιση της ηλεκτρονικής χειρουργικής βοηθά στο σχεδιασμό επεμβάσεων, όπως σε περιπτώσεις ανιάτων μορφών καρκίνου στον εγκέφαλο ή σε περιπτώσεις παραμορφωτικών ασθενειών. Υπάρχουν ειδικά προγράμματα με τη βοήθεια των οποίων γίνεται ο σχεδιασμός επεμβάσεων τα αποτελέσματα των οποίων είναι εμφανή στην οθόνη του MONITOR του υπολογιστή. Με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή παρέχεται η δυνατότητα στους γιατρούς και στους νοσηλευτές ψυχιατρικών τμημάτων να πραγματοποιούν συνεντεύξεις σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί από σχετικές έρευνες ότι τα άτομα στην πρώτη τους συνάντηση με τον ψυχολόγο αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια να αποκαλύψουν προσωπικά απόρρητες πληροφορίες τους, όταν βρίσκονται μπροστά στην ουδέτερη οθόνη ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή, παρά όταν βρίσκονται

αντιμέτωποι με τις κρίσεις και τις συναισθηματικές αλλαγές της έκφρασης ενός άλλου προσώπου .

1.4. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ Η/Υ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

1.4.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στους τομείς της νοσηλευτικής αλλά και γενικότερα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

Οι Η/Υ λόγω του μεγέθους τους μπορούν να τοποθετηθούν σε ελάχιστο χώρο στο νοσηλευτικό σταθμό ή και στο χειρουργείο, χωρίς να εμποδίζει με την παρουσία τους. Η δυνατότητα μεταφοράς χωρίς καμία δυσκολία παρέχει το πλεονέκτημα να τοποθετούνται, όπου χρειάζονται.

Αποθήκευση Πληροφοριών. Δυνατότητα αποθήκευσης των πιο σημαντικών στοιχείων από κάθε θεραπευτική αγωγή σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές για μελλοντική χρήση σε στατιστικές εφαρμογές και ιατρική έρευνα. Ο όγκος των πληροφοριών πληθυσμιακού προγράμματος πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης ασθενειών, ερευνητικής ή κλινικής εργασίας, νοσηλευτικής καταγραφής των στοιχείων των αρρώστων με την εντελλόμενη θεραπευτική πρακτική, ενώ καταλαμβάνουν μεγάλο χώρο και χρειάζεται πλήθος ανθρώπων για την καταχώρηση, φύλαξη και αναδίφηση των, με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή η αποθήκευση πληροφοριών μειώνεται στον ελάχιστο χώρο μικρού αριθμού δισκετών. Επίσης, είναι δυνατή η τυχαιοποίηση ομάδων ελεγχόμενων ατόμων σε πληθυσμιακό έλεγχο για τη πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ασθενειών π.χ. του καρκίνου.

Δαπάνη Λειτουργίας. Η δαπάνη λειτουργίας του Η/Υ είναι ελάχιστη και αναφέρεται στη κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος, την αγορά δισκετών, χαρτιού και μελανοταινίας για τον εκτυπωτή. Η εξοικονόμηση, όμως του ανθρώπινου δυναμικού είναι πολλαπλάσια της δαπάνης λειτουργίας ή της δαπάνης για την ανάπτυξη των προγραμμάτων που χρησιμοποιούνται συνεχώς στην πληροφορική.

Αξιοπιστία-Ευελιξία. Οι Η/Υ είναι αξιόπιστοι και αποδίδουν με ακρίβεια τις αποθηκευμένες πληροφορίες και η ευελιξία τους δεδομένη, υπηρετούντες, τον άνθρωπο όποτε είναι αναγκαίο.

Απόρρητο-Ασφάλεια. Η ασφάλεια των απορρήτων πληροφοριών στη μνήμη των υπολογιστών είναι επαρκής. Δεν είναι δυνατή η πρόσβαση στις

εμπιστευτικές πληροφορίες που έχουν αποθηκευθεί: α)γιατί απαιτούνται τα κατάλληλα προγράμματα και β)να είναι γνωστός ο κωδικός που θα τα θέσει σε λειτουργία.

Εξασφάλιση της τυποποίησης της εκτέλεσης λειτουργιών. Η αυτοματοποίηση δεν επιτρέπει διαφοροποίηση των διαδικασιών και έτσι μία αιτία λάθους εξαλείφεται. Η μείωση του χρόνου αλληλεπίδρασης νοσηλευτή - ασθενούς και αποφυγή δημιουργίας στενών σχέσεων μεταξύ τους, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μη αντικειμενική αντιμετώπιση του αρρώστου σε σχέση με την προδιαγεγραμμένη θεραπευτική αγωγή Η Νοσηλευτική βρίσκει ένα ακαταμάχητο και αλάνθαστο βοηθό νοσηλείας και πρακτικής.

Εξοικονόμηση χρόνου-εύκολος χειρισμός. Εφόσον τα προγράμματα έχουν αναπτυχθεί και υπάρχει επαρκής εξάσκηση, αναλαμβάνονται όλες οι γραφειοκρατικές εργασίες που καταπονούν τους νοσηλευτικούς λειτουργούς. Έτσι έχουμε αυξημένη παραγωγικότητα καθώς η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και μηχανημάτων βοηθά το νοσηλευτή στην πιο γρήγορη εκπλήρωση των καθηκόντων του, ειδικά σε νοσηλείες ρουτίνας. Έτσι, δίδεται η ευκαιρία στους νοσηλευτές να αξιοποιήσουν πλέον παραγωγικά το χρόνο και την εργασία τους. Ο χειρισμός του υπολογιστή είναι εύκολος και ο χρόνος άσκησης για τη χρήση του είναι μικρός.

Εφαρμογές-Δυνατότητες. Οι Η/Υ έχουν ευρύ φάσμα εφαρμογών στη Νοσηλευτική και μπορούν να εκτελούν εργασίες που δεν έχουν σχέση με μια αριθμομηχανή, αφού έχουν λεκτική δυνατότητα, μόνιμη αποθήκευση δεδομένων και δημιουργία εικόνων στην οθόνη. Έτσι είναι δυνατή η σταθεροποίηση των μεθόδων νοσηλείας για πιο ακριβή διάγνωση και εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, δύναται να πραγματοποιηθούν εργασίες με μεγάλες ποσότητες πληροφοριών, που θα ήταν δύσκολο να γίνουν με το ανθρώπινο χέρι, λόγω του μεγάλου απαιτούμενου χρόνου.

Συνεργασία με άλλα Νοσηλευτικά Τμήματα. Είναι δυνατή η συνεργασία με άλλα νοσηλευτικά τμήματα, υπό την προϋπόθεση ότι χρησιμοποιούνται παρόμοιοι Η/Υ και προγράμματα. Η εμπειρία και τα λάθη μπορούν να κοινοποιούνται προς όφελος της λειτουργίας των προγραμμάτων .

1.4.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα βασικότερα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή της νέας τεχνολογίας, είναι τα εξής:

1. Ο υπολογιστής δε μπορεί να εκτελέσει οποιαδήποτε εργασία, εάν αυτή δεν έχει περιληφθεί στο αναπτυσσόμενο πρόγραμμα.

2. Ο αποθηκευτικός χώρος ενός Η/Υ δεν είναι απεριόριστος

3. Η ανάπτυξη υπολογιστών στα νοσηλευτικά τμήματα μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον εργασία. Οι πληροφορίες για τους υπάρχοντες ασθενείς πρέπει να εγγραφούν στη μνήμη του Η/Υ και αυτό θα απαιτήσει περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό για την εγκατάσταση της μηχανοράνωσης

4. Ο Η/Υ έχει περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης συσκευών φυσιολογικών μετρήσεων ζωτικών σημείων ασθενών, χρειάζεται μεγάλη τεχνική εμπειρία για τη σύνδεση του Η/Υ με τις συσκευές και εκτός αυτού η ταχύτητα επεξεργασίας των Η/Υ δεν επαρκεί για πολύπλοκες παρακολουθήσεις, το αυξημένο κόστος των μηχανημάτων και επομένως της θεραπευτικής αγωγής. Οι νέες μορφές των μηχανημάτων και επομένως της θεραπευτικής αγωγής. Οι νέες μορφές περίθαλψης καθώς απαιτούν την παράλληλη χρήση σύνθετων μηχανημάτων, ανταποκρίνονται σε αυξημένες απαιτήσεις και ανάλογες δαπάνες. Βέβαια, η χρήση σύνθετων μηχανημάτων μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες μετρήσεις και κατ' επέκταση σε λανθασμένη διάγνωση και θεραπευτική αγωγή.

5. Επιπτώσεις στο προσωπικό. Ο υπολογιστής μπορεί να εκτελεί με επιτυχία πολλές εργασίες και αποτελεί μεγάλο βοήθημα στο νοσηλευτή. Ο υπολογιστής θα αντικαταστήσει σε λίγα χρόνια τις εργασίες του υγειονομικού προσωπικού, αρκεί να υποθέσουμε το παρακάτω σενάριο:

Ο ασθενής φτάνει στα επείγοντα στις 2.00 τα ξημερώματα, τον υποδέχεται ένα ρομπότ που στη συνέχεια τον συνδέει με ένα υπερσύγχρονο ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ο υπολογιστής τον ρωτάει τι νιώθει, καταγράφει τα συμπτώματα και προβαίνει στις απαραίτητες αναλύσεις. Αφού ο υπολογιστής συγκρίνει τα αποτελέσματα των αναλύσεων σε συνδυασμό με τα συμπτώματα του ασθενούς με στοιχεία αποθηκευμένα στη μνήμη του, κάνει τη διάγνωση και ορίζει την κατάλληλη Θεραπεία, κατόπιν δίνει το φάρμακο στον ασθενή και τον στέλνει στο σπίτι του ή σε μια άλλη μονάδα του νοσοκομείου, όπου τον παραλαμβάνει ο επόμενος ηλεκτρονικός. Μπορεί να δημιουργηθεί ο φόβος της απολύσεως μέρους του

προσωπικού ως πλεονάζοντος, χωρίς τούτο να είναι αληθές. Επίσης, το προσωπικό αλλοτριώσης του ανθρώπου. Ο νοσηλευτής που άλλοτε ενθάρρυνε τον ασθενή να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους, καθώς αυτή η εξωτερίκευση μεταβίβασε στο νοσηλευτή το περιεχόμενο του ψυχισμού του ασθενή. Σήμερα ο νοσηλευτής έχει αναλάβει νέες αρμοδιότητες, οι οποίες προσδίδουν κύρος στο επάγγελμα του καθώς έχει επωμισθεί με υπέρμετρο φόρτο εργασίας, ώστε να μην κάνει τον κόπο να κατανοεί τα αισθήματα και τις σκέψεις του ασθενή, αλλά να τον αντιμετωπίζει ως έναν αριθμό μόνιτορ ή μια συσκευή αναπνευστήρα. Είναι γνωστό ότι το στρες, το οποίο αποδίδεται συνήθως στην τεχνολογία, είναι η πρώτη αιτία επικοινωνιακών προβλημάτων. Ωστόσο το νοσηλευτικό επάγγελμα που ασχολείται κατ'εξοχήν με τον άνθρωπο, δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθεί καθώς επηρεάζει ευνοϊκά την ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Η αναγνώριση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου προσφέρει ευρύτερη βάση για τη νοσηλευτική αξιολόγηση, και τον προγραμματισμό της, φροντίδας. Μονάχα με την επικοινωνία θα καταφέρει ο νοσηλευτής να συναντήσει τις ανάγκες του ασθενή, αποφεύγοντας έτσι να του παρέχει «στεγνή» και «άκαρπη» φροντίδα. Η αφύπνιση των νοσηλευτών να ασχοληθούν δυναμικά με την επικοινωνία, δίνει μια αξιοθαύμαστη μορφή στη νοσηλευτική, που ταυτόχρονα αποτελεί και μια πηγή επαγγελματικής ικανοποίησης για τους ίδιους τους νοσηλευτές σε ένα περιβάλλον όπου ο χρόνος είναι χρήμα, χρόνος που διατίθεται από τους νοσηλευτές, ώστε να επικοινωνήσουμε με τους ασθενείς είναι καλά επενδεδυμένος .

1.5. ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΥ -ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Η επικοινωνία των ανθρώπων με τους υπολογιστές ήταν μέχρι περίπου δέκα χρόνια. Ο άνθρωπος χρήστης έγραφε ένα πρόγραμμα, το οποίο αποτελείτο από μια σειρά εντολών, και είχε σαν σκοπό την εκτέλεση μιας εργασίας. Ο υπολογιστής εκτελούσε τους υπολογισμούς και στη συνέχεια παρουσίαζε το αποτέλεσμα. Σήμερα, όμως, η επικοινωνία ανθρώπου - υπολογιστή είναι ως επί το πλείστον αμφίδρομη, δια αλληλεπίδρασης. Αυτό σημαίνει ότι το αποτέλεσμα του υπολογιστή αποτελεί στοιχείο με βάση το οποίο ο άνθρωπος «επανέρχεται» και επανορίζει το πρόβλημα προς τον υπολογιστή, δηλαδή δημιουργείται «ανάδραση».

1.5.1. Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Ο άνθρωπος και ο υπολογιστής αποτελούν ένα σύστημα με εσωτερική και εξωτερική ανάδραση. Εσωτερική ανάδραση είναι αυτή που δεν επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες, ενώ εξωτερική είναι αυτή που επηρεάζεται από το περιβάλλον. Για παράδειγμα, οι εσωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάδραση είναι οι τεχνολογικές γνώσεις του ανθρώπου, τα χαρακτηριστικά του υπολογιστή κ.τ.λ.. οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν είναι τα δεδομένα του περιβάλλοντος, η οικονομία, τα δημογραφικά στοιχεία κ. τ .λ.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειώσουμε την μεγάλη εξάρτηση του υπολογιστή από τον άνθρωπο, τα δεδομένα και το λογισμικό. Σχετικά με το πρώτο, είναι προφανής η εξάρτηση μιας και ο νοσηλευτής είναι αυτός που ενεργεί την αρχική δράση στον υπολογιστή. Η εξάρτηση από τα δεδομένα είναι επίσης προφανής, αν σκεφτεί κανείς ότι τα λάθος δεδομένα του προβλήματος μπορούν να οδηγήσουν σε τελείως λάθος συμπεράσματα. Τέλος, είναι σημαντική η τέλεια λειτουργία των προγραμμάτων, εφόσον οποιαδήποτε λάθη ή ατέλειες μπορούν να οδηγήσουν σε λάθος αποτελέσματα ή σε μη ολοκλήρωση των εργασιών.

Οι εφαρμογές στις οποίες βλέπει κανείς σήμερα να υπάρχουν συστήματα αλληλεπίδρασης είναι πάρα πολλές. Γενικά μπορεί κανείς να τις κατατάξει στις ακόλουθες κατηγορίες:

α) Ταξινόμηση / Εξαγωγή στοιχείων / Πληροφοριών, Αυτή είναι η σημαντικότερη κατηγορία εφαρμογών. Καλύπτει αφενός μεν την συστηματική καταχώρηση και ταξινόμηση στοιχείων, αφ' ετέρου δε την ανάκληση και παρουσίαση πληροφοριών ή στοιχείων. Εννοείται ότι μια εφαρμογή αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνει συνήθως και εργασίες επεξεργασίας των στοιχείων, μιας και η πληροφορία προκύπτει μετά από επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων.

β) Υποστήριξη αποφάσεων. Σημαντική κατηγορία συστημάτων αλληλεπίδρασης είναι τα Συστήματα Υποστήριξης Αποφάσεων. Τα συστήματα αυτά αναπτύσσονται για προβλήματα αποφάσεων όπου το πρόβλημα και / ή τα κριτήρια απόφασης δεν είναι απόλυτα σαφή. Τα συστήματα αυτά είναι εκείνα που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο βαθμό αλληλεπίδρασης.

γ) Διδασκαλία. Επίσης σημαντική είναι η κατηγορία προβλημάτων-εφαρμογών που έχουν σα στόχο την εκπαίδευση του νοσηλευτή μέσω του υπολογιστή. Τα συστήματα

αυτά έχουν διαδοθεί πολύ τελευταία, κυρίως μέσω της ανάπτυξης της εκπαίδευσης δια απόστασης.

δ) Σύνταξη κειμένων. Η κατηγορία αυτή των εφαρμογών έχει διαδοθεί πάρα πολύ με τη χρήση των προσωπικών υπολογιστών .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Γνώρισε τον Τενγκ σε μια λίστα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (mailing list) που επικεντρωνόταν σε θέματα τεχνολογίας και πολιτικών ελευθεριών . Εκείνος , ένας αναλυτής συστημάτων που ήταν υπεύθυνος για το δίκτυο μιας μεγάλης τράπεζας της Σιγκαπούρης. Ο Τενγκ ενδιαφέρθηκε για μια από τις δημοσιεύσεις μου στη λίστα και μου 'στειλε ένα e-mail λέγοντας μου την κατάσταση που επικρατούσε στη δουλεία του. Μέσα στους επόμενους μήνες, αντάλλαξαν πολλά μηνύματα και σύντομα έγιναν ηλεκτρονικοί φίλοι .

Για δύο χρόνια αντάλλασαν μηνύματα e-mail τουλάχιστον δυο τρεις φορές τη βδομάδα. Ο Τενγκ είχε πει πως ήταν η ζωή στη Σιγκαπούρη , τι πράγματα αγόραζε, την επιρροή της Αμερικανικής κουλτούρας και πως η τράπεζα του αγωνιζόταν να διατηρήσει την τεχνολογική της αιχμή. Ο Τενγκ, επιπρόσθετα, ρωτούσε διάφορα, πως ήταν η ζωή στις Η.Π.Α., τι είδους προϊόντα συνήθιζε να αγοράζει, ποιες ταινίες του άρεσαν και τι είδους αυτοκίνητο σκεφτόταν να αγοράσει. Μερικές φορές οι ερωτήσεις του Τενγκ ήταν κάπως αδιάκριτες, αλλά πάντα πίστευα ότι πραγματικά ενδιαφερόταν να μάθει περισσότερα για τον Αμερικάνικο τρόπο ζωής. Κάποτε φαινόταν να μην καταλαβαίνει τα μηνύματα του και κάποιες φορές ρωτούσε πράγματα που είχε απαντήσει μερικές εβδομάδες πριν. Πάντα απέδιδε τη σύγχυση σε γλωσσικές διαφορές .

Ο συγγραφέας, έπειτα, ανακαλύπτει ότι ο Τενγκ δεν ήταν τίποτα άλλο παρά ένα πρόγραμμα που αποσκοπούσε να εξάγει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες από το συνομιλητή του. Ευτυχώς για εμάς που είμαστε συνδεδεμένοι στο διαδίκτυο σήμερα, η ιστορία του Τένγκ είναι πλαστή .

Η τεχνολογία για να δημιουργηθεί ένα αυτόνομο πρόγραμμα που να μπορεί να προσομοιώνει ένα άνθρωπο όπως ο Τενγκ δεν υπάρχει ακόμα , ωστόσο , ένα κέντρο επιχειρήσεων βασισμένο σε φτηνό εργατικό προσωπικό , προκαθορισμένες απαντήσεις (canned responses) και προγράμματα αυτόματης αναγνώρισης κειμένου είναι αρκετά για να σε ξεγελάσουν . Όπως λέει ο συγγραφέας :

Ο Τενγκ αντιπροσωπεύει μια απειλή για τις βασικές προϋποθέσεις στις οποίες στηρίζονται οι ανθρώπινες σχέσεις . Εμπιστοσύνη , ειλικρίνεια , ευγένεια και χιούμορ είναι αξίες που εκτιμούνται . Το ψέμα είναι καταδικαστέο σε όλες τις κοινωνίες . Οι άνθρωποι έχουν αισθήματα που μπορεί να πληγωθούν ενώ νοιώθουν άσχημα όταν εξαπατούν κάποιον άλλο. Αυτές οι αξίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία μας με τους άλλους ανθρώπους. Έστω κι αν υπάρχουν κάποιοι που δεν τηρούν αυτούς τους κανόνες, ως επί το πλείστο είναι εύκολο να τους εντοπίσουμε με το πέρασμα του χρόνου .

1.2. Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΕΜΠΝΕΥΣΤΗΣ ΤΟΥ

Το πρώτο πρόγραμμα που προσποιούταν ότι ο άνθρωπος ήταν η ELIZA και αναπτύχθηκε από τον Joe Weizenbaum στο εργαστήριο Τεχνητής Νοημοσύνης του MIT. Η ELIZA απλώς προσομοίωνε την ανθρώπινη συμπεριφορά και ευφυΐα (κάτι που είναι διαφορετικό από το να είχε δική του ευφυΐα). Ο Weizenbaum έγραψε το πρόγραμμα στις αρχές του 1960-1970 όταν οι υπόλοιποι συνάδελφοι του προσπαθούσαν να κάνουν υπολογιστές να καταλαβαίνουν τη φυσική γλώσσα (Αγγλικά στη συγκεκριμένη περίπτωση). Ωστόσο, αυτό ήταν ιδιαίτερα δύσκολο. Έτσι, αντί να προσπαθεί να φτιάξει ένα υπολογιστή που να ήταν έξυπνο, ο Weizenbaum αποφάσισε να γράψει ένα πρόγραμμα που απλά φαινόταν έξυπνο .

Το 1965 ο Weizenbaum διαμαρτυρήθηκε απέναντι σ' αυτούς που αδιαφορούσαν για την ύπαρξη διαφορών μεταξύ ανθρώπου και μηχανής και δήλωσε πως *‘υπάρχουν ορισμένα πράγματα που οι υπολογιστές δεν μπορούν να κάνουν , ανεξάρτητα από το ότι οι υπολογιστές φτιάχτηκαν για να κάνουν ’* .

Η ELIZA ήταν ένα απλό πρόγραμμα που προσποιούταν ότι ήταν ένας ψυχοθεραπευτής της σχολής **Carl Rogers**¹ . Οι μέθοδοι του Carl Rogers συνιστούσαν όπως ενθαρρύνει τους ασθενείς να μιλήσουν για τα προβλήματα τους και να απαντάς τις ερωτήσεις με ερωτήσεις . Η ELIZA απλά έπαιρνε αυτά που έγραφε ο χρήστης ,

¹ Ο Carl Rogers , Αμερικανός ψυχολόγος στο Πανεπιστήμιο της πολιτείας του Οχάιο , όπου δημοσίευσε την Συμβουλευτική Ψυχοθεραπεία (1942) . Σ' αυτό ο Rogers υποστήριζε ότι ο πελάτης δημιουργώντας μια σχέση μ' έναν θεραπευτή που τον καταλαβαίνει και τον αποδέχεται , μπορεί να ξεπεράσει τις δυσκολίες του και να αποκτήσει την απαραίτητη επίγνωση για να ξαναφτιάξει τη ζωή του . Όσο εργαζόταν ως καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο (1945-1957) συνέβαλε στην ίδρυση ενός συμβουλευτικού κέντρου με το Πανεπιστήμιο , όπου διεξήγαγε έρευνες για τον προσδιορισμό της ακρίβειας των μεθόδων του . Το 1963 μετακόμισε στη Καλιφόρνια όπου συνέβαλε στην ίδρυση του Κέντρου Μελετών του Ατόμου , του οποίου έγινε μόνιμος συνεργάτης

έψαχνε τα ρήματα, ουσιαστικά κ.λ.π. , αντίστρεφε τις προτάσεις και τις έστελνε πίσω. Για παράδειγμα θα μπορούσες να πεις στην ELIZA «πήγα στην αγορά σήμερα» και το πρόγραμμα θα ρωτούσε, «Γιατί πήγες στην αγορά σήμερα;» .

1.2.1.Πως λειτουργεί το σύστημα :

- Χρησιμοποιεί απλές γραμματικές μεταφορές .
- Επιμένει σε φράσεις .

Π.χ. χρήστης → Με φοβάσαι

Eliza → Σε ευχαριστεί να πιστεύεις ότι σε φοβάμαι;

- Επαναλαμβάνει προηγούμενες προτάσεις .
- Προσέχει λέξεις – κλειδιά .
- Καταφεύγει σε τακτικές υπεκφυγής .

1.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ “ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ” Eliza .

Διάλογος Α’

Χρ.- Γεια

Πρ.- Γεια , ποιο είναι το πρόβλημα σου;

Χρ.- Απλά ψάχνω διαθέσιμους ανθρώπους να μιλήσω

Πρ.- Πες μου περισσότερα γι’ αυτό

Χρ.- Θα ήθελα να μιλήσω σε διαθέσιμους ανθρώπους από παντού , έχει πλάκα , αλλά αρκετά για μένα . Ας μιλήσουμε για σένα

Πρ.- Πες μου περισσότερα γι’ αυτό

Χρ.- Ας μιλήσουμε για σένα . Από πού είσαι ;

Πρ.- Δεν μιλάς αλήθεια για μένα , έτσι ;

Χρ.- Ναι , μιλάω

Πρ.- Σε παρακαλώ , συνέχισε

Χρ.- Λοιπόν , να μιλήσουμε για σένα , πες μου για σένα

Πρ.- Ας υποθέσουμε ότι σου είπα , τι θα σήμαινε ;

Χρ.- Θα σήμαινε ότι κάνουμε μια κουβέντα

Πρ.- Αυτό είναι ενδιαφέρον . Σε παρακαλώ συνέχισε

Χρ.- Οι συζητήσεις έχουν πλάκα
Πρ.- Κι αν δεν έχουν πλάκα ;
Χρ.- Τότε η ζωή θα ήταν βαρετή
Πρ.- Αυτό είναι ενδιαφέρον . Παρακαλώ συνέχισε
Χρ.- Και οι ταινίες θα ήταν πολύ βαρετές
Πρ.- Σε ενοχλεί να μιλάς γι' αυτό ;
Χρ.- Όχι , μ'αρέσει , εσένα ;
Πρ.- Λες όχι μόνο και μόνο επειδή είσαι αρνητικός ;
Χρ.- Μιλάς άλλες γλώσσες εκτός από τα Αγγλικά ; όχι , λέω όχι γιατί μου αρέσει
Πρ.- Δεν μιλάς αλήθεια για μένα , έτσι ;
Χρ.- Ναι , μιλάμε για σένα . Πρέπει να είσαι ξεροκέφαλη
Πρ.- Σε παρακαλώ , συνέχισε
Χρ.- Και βέβαια θα το κάνω . Σε πειράζει να εξασκήσω λίγο τα Γαλλικά μου μαζί σου ;
Πρ.- Για ποιο λόγο θέλεις εσύ να προσπαθήσεις να εξασκήσεις τα Γαλλικά σου μαζί μου ;
Χρ.- Πιστεύω ότι θα είχε πλάκα , επομένως , εκτός αν μου πεις να μην το κάνω , θα εξασκήσω τα Γαλλικά μου σε σένα
Πρ.- Γιατί λες τα Γαλλικά σου σε μένα ;
Χρ.- Δεν είπα , τα Γαλλικά σου σε μένα
Πρ.- Τι συμβαίνει με τα δικά σου Γαλλικά σε σένα ;
Χρ.- Αυτό με κουράζει
Πρ.- Αλλά τα Γαλλικά σου σε μένα ;
Χρ.- Αυτό θα ήταν ενδιαφέρον
Πρ.- Είναι ενδιαφέρον . Παρακαλώ συνέχισε .

Διάλογος Β'

- Οι άντρες είναι ίδιοι
- Με ποιο τρόπο ;
- Πάντα μας κοροϊδεύουν για οτιδήποτε
- Μπορείς να σκεφτείς ένα συγκεκριμένο παράδειγμα ;
- Λοιπόν , το αγόρι μου με έκανε να έρθω εδώ

- Το αγόρι σου σε έκανε να έρθεις εδώ ;
- Λέει ότι είμαι καταθλιπτική τις περισσότερες φορές
- Λυπάμαι που ακούω ότι είσαι καταθλιπτική
- Είναι αλήθεια , είμαι δυστυχισμένη
- Νομίζεις ότι ερχόμενη εδώ θα σε βοηθήσει να μην είσαι δυστυχισμένη ;
- Χρειάζομαι βοήθεια , αυτό είναι σίγουρο
- Τι θα σήμαινε για σένα αν είχες βοήθεια ;
- Πιθανόν θα μπορούσα να μάθω να τα πηγαίνω καλά με τη μητέρα μου
- Πες μου κι άλλα για την οικογένεια σου
- Η μητέρα μου με φροντίζει
- Ποιος άλλος από την οικογένεια σου σε φροντίζει ;
- Ο πατέρας μου
- Ο πατέρας σου ;
- Είσαι σαν τον πατέρα μου κατά κάποιο τρόπο
- Τι ομοιότητα βρίσκεις ;
- Δεν είσαι επιθετικός , αλλά νομίζω ότι δεν θες να το προσέχω αυτό
- Τι σε κάνει να πιστεύεις ότι δεν είμαι επιθετικός ;
- Δεν διαφωνείς μαζί μου
- Γιατί πιστεύεις ότι δεν διαφωνώ μαζί σου ;
- Με φοβάσαι
- Σε ικανοποιεί να πιστεύεις ότι σε φοβάμαι ;
- Ο πατέρας μου τους φοβάται όλους
- Τι άλλο σου έρχεται στο μυαλό όταν σκέφτεσαι τον πατέρα σου ;
- Οι ψεύτικοι μάγκες
- Έχει αυτό να κάνει με το γεγονός ότι το αγόρι σου σε έκανε να έρθεις εδώ ;

Διάλογος Γ'

Διάλογος με τον Αντιπρόεδρο μιας συμβουλευτικής εταιρίας που πιστεύει ότι μιλάει σε..

- Μπορώ να χρησιμοποιήσω τον υπολογιστή σήμερα ;
- Γιατί ρωτάς ;
- Ίσως μπορέσω να κάνω κάποιες συμπληρωματικές πωλήσεις
- Γιατί δεν είσαι σίγουρος ;

- Οι υποψήφιοι πελάτες μου δεν έχουν δει ποτέ την παρουσίαση αυτού του συστήματος
- Αυτό σημαίνει πολλά για σένα ;
- Φυσικά σημαίνει
- Φαίνεσαι πολύ σίγουρος γι' αυτό
- Αυτό είναι γελοίο ;
- Τι εννοείς είναι γελοίο ;
- Υπάρχει κάποιος λόγος να μην μπορώ να χρησιμοποιήσω τον υπολογιστή τώρα ;
- Πες μου περισσότερα για τους υποψήφιους πελάτες .

1.4. ΕΞΕΛΙΓΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΑΠΟΓΟΝΟΙ .

1.4.1. Το πρόγραμμα PARRY.

PARRY

Μερικά χρόνια μετά την ELIZA , μια ομάδα επιστημόνων στους υπολογιστές , στο εργαστήριο του Στάνφορντ , υπό την ηγεσία του Kenneth Colby προήγαγαν ένα σύστημα αποκαλούμενο “Parry” , το οποίο προσποιούταν το διάλογο μεταξύ ενός ψυχολόγου και ενός παρανοϊκού σχιζοφρενή . Το Parry απεικόνιζε έναν παρανοϊκό με διεστραμμένης πεποίθησης συστήματα και ανικανότητα να μένει σε θέματα για πολλά ώρα και ήταν τόσο πετυχημένο που το χρησιμοποίησαν για να εκπαιδεύουν ψυχολόγους , από τους οποίους πολλοί ήταν ανίκανοι να ξεχωρίσουν το σύστημα από έναν πραγματικό παρανοϊκό ασθενή .

Το σύστημα αυτό ήταν ακόμα πιο προκλητικό από την Eliza , επειδή όχι μόνο μπορούσε να καταλάβει τι έλεγε ο χρήστης , αλλά είχε κάτι να πει κι' αυτό . Ωστόσο αφού το σύστημα συχνά έλεγε ασυναρτησίες , μπορούσε να ξεγελάσει τους ψυχολόγους ώστε να σκεφτούν ότι έχουν να κάνουν με έναν σχιζοφρενή , αλλά δεν θα μπορούσε σε ένα τεστ να πραγματοποιήσει μια φυσιολογική κουβέντα .

1.4.2. Το πρόγραμμα SHRDLU.

SHRDLU

Το 1972 , ο Terry Winograd δημοσίευσε την ιατρική του έρευνα στο MIT πάνω στο σύστημα SHRDLU. Αυτό προσποιούταν τις πράξεις ενός ρομπότ που αλληλεπιδρούσε με έναν κόσμο με τετράγωνα , διαφορετικού σχήματος και χρώματος, τα οποία μπορούσαν να τοποθετηθούν πάνω σ'ένα τραπέζι ή μέσα σ'ένα κουτί. Το SHRDLU μπορούσε να πραγματοποιήσει μια κουβέντα σχετικά με τα τετράγωνα του κόσμου με το χρήστη του και ήταν πολύ σαφές σ'αυτά που έλεγε , απαντούσε (αν και μερικές φορές ήταν περιορισμένες οι απαντήσεις, αλλά και βαρετές). Εφόσον απαντούσε σωστά, σχετικά με τα τετράγωνα, έδειχνε ότι δεν μπορούσε να θεωρηθεί περιορισμένο νοητικά , στο δικό του πραγματικό περιβάλλον . Είναι πραγματικά εντυπωσιακό, αν εξετάσεις μερικά πράγματα, ότι το σύστημα αυτό είναι σε πολύ ανώτερο επίπεδο από τα συνηθισμένα συστήματα. (Ωστόσο είναι σημαντικό να πούμε ότι εάν οι απαιτήσεις ή οι ερωτήσεις είχαν εκφραστεί λίγο διαφορετικά, το πρόγραμμα μπορεί να μην ήταν τόσο αποτελεσματικό). Είναι επίσης σημαντικό να σημειώσουμε ότι ήταν σχετικά απληροφόρητο σε κάποια πράγματα που υποτίθεται ότι έπρεπε να ξέρει . Δεν είχε γνώσεις σχετικά με το ότι τα τετράγωνα ήταν βαριά, ότι έπεφταν αν κουνούσες το τραπέζι , ότι τα μεγαλύτερα τετράγωνα ζύγιζαν περισσότερο από τα μικρά κ.α.) .

1.5. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Eliza .

Πλεονεκτήματα προγράμματος :

- Είναι δίπλα σου όποτε το χρειαστείς και για όση ώρα το χρειάζεσαι .
- Σε βοηθάει αφιλοκεδώς .
- Σε κάνει να απελευθερωθείς γιατί , μιλώντας στον υπολογιστή ουσιαστικά , αποκαλύπτεις τα πάντα , καθώς στην πραγματικότητα είναι σα να μιλάς στον εαυτό σου , με αποτέλεσμα , ίσως , να καταφέρεις να λύσεις τα προβλήματα σου .
- Όποιο κι αν είναι το θέμα συζήτησης , ακούει και δεν σε κρίνει .

Μειονεκτήματα :

- Το πρόγραμμα – “ψυχολόγος” συμπεριφέρεται περίεργα , εκκεντρικά .
- Κάνει λάθη , λέγοντας και χαζά πράγματα , κάποιες φορές .
- Δεν έχει καμιά εκφραστική υποδομή , καθώς δεν έχουν βάθος οι απαντήσεις του , εφόσον αδυνατεί να κατανοήσει την ιδιαιτερότητα του κάθε προβλήματος .

Σημείωση :

Ωστόσο ήταν αρκετά πειστικό για να ξεγελάσει κάποιους ανθρώπους που τελικά αποκάλυψαν τα πιο βαθιά τους μυστικά .

1.6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

Πολλές φορές οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοιώθουν μόνοι . Καταφεύγουν σε μεθόδους που κάποιες φορές κατακρίνονται από άλλους , μόνο και μόνο γιατί η μοναξιά είναι ο μόνος τους οδηγός . Αφήνονται σε καταστάσεις ψυχολογικά και σωματικά , γιατί δεν έχουν άλλη επιλογή . Υπάρχουν άνθρωποι , οι οποίοι δεν είναι ικανοί να δημιουργήσουν αληθινές σχέσεις , ίσως επειδή φοβούνται να κριθούν , ίσως γιατί δεν θέλουν να απογοητευτούν ή ακόμα πολύ απλά γιατί δεν θέλουν .

Αποτέλεσμα αυτών , αν όχι οι ψυχολογικά δυσάρεστες νόσοι που αναφέραμε , είναι η διαφυγή τους στον απρόσωπο υπολογιστή τους . Μπορεί να περνάνε ώρες ατελείωτες μπροστά του , είτε για ψυχαγωγία , είτε για απόκτηση γνώσεων , είτε για επικοινωνία με άλλους , για να περνάει ευχάριστα η ώρα τους. Μπορεί πραγματικά να αποτελεί σπουδαία ανακάλυψη , με σκοπό να βοηθήσει όσους τον έχουν ανάγκη , όμως αλήθεια , μην ξεχνάμε πως δεν παύει να είναι κάτι άψυχο , απλώς ένας υπολογιστής. Τον έχουμε ανάγκη ;;;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pamela Mc Corduck, Machines who Think: A Personal Inquiry into the history and prospects of artificial intelligence (San Francisco: W.H. Freeman and Company, 1979) , 251-256 , 308-328.
2. Joseph Weizenhaum, Computer Power and Human Reason: From Judgment to Calculation (San Francisco W.H. Freeman and Company 1976.
3. Joseph Weizenhaum, Eliza, A computer Program for the study of Natural language Communication Between Man and Machine, Communications of the ACM 1 (January 1965) , 36-45.
4. Joseph Weizenhaum, How to make a computer appear intelligent, five in a row offers no guarantees, Datamation 8 (February 1962), 24-26.