



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΚΑΙ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΣΑΒΒΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΚΑΛΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος

Πάτρα 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	Σελ. 5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	Σελ. 7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Εισαγωγή ψυχογενών ασθενειών.....	Σελ. 8
Βιολογικοί συντελεστές για την εμφάνιση ψυχικών νόσων.....	Σελ. 9
Αίτια των ψυχικών νοσημάτων.....	Σελ. 9
Γενικά συμπτώματα των ψυχώσεων.....	Σελ. 9
1.2 Σχιζοφρένεια.....	Σελ. 9
1.2.1 Ορισμός.....	Σελ. 9
1.2.2 Χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας.....	Σελ. 10
1.2.3 Τύποι.....	Σελ. 12
1.2.4 Αίτια.....	Σελ. 15
1.2.5 Πρόληψη.....	Σελ. 16
1.2.6 Πρόγνωση.....	Σελ. 17
1.2.7 Θεραπεία.....	Σελ. 18
1.3 Ψυχογενής ανορεξία.....	Σελ. 19
1.3.1 Ορισμός.....	Σελ. 19
1.3.2 Τύποι.....	Σελ. 20
1.3.3 Αίτια.....	Σελ. 20
1.3.4 Τα κυριότερα σημάδια κινδύνου (χαρακτηριστικά).....	Σελ. 28
1.3.5 Θεραπεία.....	Σελ. 29
1.4 Κατάθλιψη.....	Σελ. 33
1.4.1 Ορισμός –Εισαγωγικά.....	Σελ. 33
1.4.2 Συμπτωματολογία (Χαρακτηριστικά).....	Σελ. 33
1.4.3 Τύποι.....	Σελ. 34
1.4.4 Πρόγνωση.....	Σελ. 35
1.4.5 Θεραπεία.....	Σελ. 36
1.5 Παράνοια.....	Σελ. 38
1.5.1 Ορισμός-χαρακτηριστικά.....	Σελ. 38
1.5.2 Αιτιολογία.....	Σελ. 39
1.5.3 Θεραπεία.....	Σελ. 40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	

Πρόλογος.....	Σελ. 41
Εισαγωγή.....	Σελ. 41

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ορισμός.....	Σελ. 42
--------------	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μορφές γυναικείας κακοποίησης

2.1 Σωματική κακοποίηση.....	Σελ. 44
2.2 Σεξουαλική κακοποίηση.....	Σελ. 44
2.3 Ψυχολογική κακοποίηση.....	Σελ. 44
2.4 Οικονομική κακοποίηση.....	Σελ. 45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Επιδημιολογικά δεδομένα-Επιπτώσεις της βίας

3.1 Διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα.....	Σελ. 46
3.2 Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα.....	Σελ. 46
3.3 Επιπτώσεις της βίας Ψυχική υγεία.....	Σελ.46
3.4 Οι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης στα θύματα.....	Σελ. 47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μύθοι και κοινά χαρακτηριστικά κακοποιημένων
γυναικών και δραστών

4.1 Μύθοι για τις σχέσεις κακοποίησης.....	Σελ. 50
4.2 Κοινά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων γυναικών.....	Σελ.50
4.3 Κοινά χαρακτηριστικά των ανδρών που κακοποιούν τις γυναίκες τους.....	Σελ. 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αίτια κακοποίησης.....	Σελ.52
------------------------	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Κλινικά συμπτώματα κακοποίησης

6.1 Κλινική συμπτωματολογία.....	Σελ. 53
6.2 Κλινικά συμπτώματα ή διαταραχές που συσχετίστηκαν με κακοποίηση.....	Σελ. 53
6.3 Είδη τραυμάτων κακοποιημένων γυναικών που πηγαίνουν στα εξωτερικά ιατρεία.....	Σελ. 53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Θεραπεία

7.1 Θεραπευτικά ζητήματα.....	Σελ.55
7.2 Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.....	Σελ. 55
7.3 Φαρμακευτική θεραπεία.....	Σελ.56

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Πρόληψη γυναικείας κακοποίησης

1.1 Εισαγωγή.....	Σελ. 61
1.2 Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	Σελ. 61
1.3 Δευτεροβάθμια παρέμβαση	Σελ.62
1.4 Τριτοβάθμια παρέμβαση.....	Σελ.62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αντιμετώπιση γυναικείας κακοποίησης	
2.1 Τι Πρέπει να κάνει η πολιτεία.....	Σελ.63
2.2 Μέτρα κατά της βίας των γυναικών μέσα στην πόλη.....	Σελ.63
2.3 Τι πρέπει να κάνουν οι ίδιοι οι πολίτες.....	Σελ.64
2.4 Προετοιμασία της γυναίκας για την αντιμετώπιση της επικίνδυνης κατάστασης.....	Σελ. 64
2.5 Τι πρέπει να κάνει την ώρα της κρίσης.....	Σελ. 65
2.6 Τι μπορεί να κάνει μετά από ένα επεισόδιο βίας.....	Σελ. 65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Νοσηλευτική παρέμβαση	
3.1 Εισαγωγή.....	Σελ. 66
3.2 Ψυχολογική φροντίδα.....	Σελ.66
3.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε αιμορραγία.....	Σελ.67
3.4 Νοσηλευτική φροντίδα σε πόνο.....	Σελ.67
3.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε γυναικολογική εξέταση.....	Σελ.67
Προτάσεις.....	Σελ. 69
Υπηρεσίες που μπορείς να απευθυνθείς.....	Σελ. 69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:Εφαρμογές των τεχνολογιών της πληροφορικής και του διαδικτύου στο χώρο της υγείας

3.1 Internet και υγεία.....	Σελ.70
3.1.1 Τι είναι το Internet.....	Σελ.71
3.1.2 Ποιες υπηρεσίες προσφέρει το Internet.....	Σελ. 72
3.1.3 Η σύνδεση με το Internet.....	Σελ. 77
3.1.4 Η ιατρική πληροφορία στο Internet.....	Σελ. 78
3.1.5 Αξιοποίηση του Internet από την ιατρική-νοσηλευτική κοινότητα.....	Σελ. 81
3.3 Εφαρμογές της τηλεματικής τηλειατρικής στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.....	Σελ.82
3.3.1 Ορισμός τηλειατρικής.....	Σελ. 84
3.3.2 Εφαρμογές και υπηρεσίες από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.....	Σελ.86
3.3.3 Οφέλη τηλειατρικής.....	Σελ. 96
3.3.4 Προβλήματα των εφαρμογών τηλειατρικής	Σελ.104
3.4 Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.....	Σελ.108
3.4.1 Διδασκαλία σε μικρές ομάδες.....	Σελ.108
3.4.2 Διασυνδεδεμένο μάθημα και Problem based learning.....	Σελ.110
3.4.3 Problem based learning.....	Σελ.114
3.5 Προβλήματα στο σύγχρονο περιβάλλον εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.....	Σελ.116
3.5.1 Συνέπειες αξιοποίησης των εφαρμογών ιατρικής πληροφορικής στην εκπαίδευση και στην κλινική άσκηση των επαγγελματιών υγείας.....	Σελ.119

3.6 Συμπεράσματα.....	Σελ.122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :Ανάπτυξη υπηρεσιών υποστήριξης μέσω διαδικτύου για υποστήριξη	
4.1 Ψυχοσικοί ασθενείς.....	Σελ.122
4.2 Κακοποιημένες γυναίκες.....	Σελ. 130
Ειδικό μέρος	
1.Υλικό-Μέθοδος.....	Σελ. 132
2.Αποτελέσματα.....	Σελ. 134
2.1Περιγραφική κατανομή του δείγματος.....	Σελ. 134
2.1.1Δημογραφικά στοιχεία	Σελ. 134
2.1.2Ερωτηματολόγιο.....	Σελ. 137
2.2Στατιστικές συγκρίσεις.....	Σελ. 143
3.Συζήτηση.....	Σελ. 147
4.Συμπεράσματα.....	Σελ 153
Βιβλιογραφία.....	Σελ.155

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η γνωσιολογία της τεχνολογικής εξέλιξης, οι δημογραφικές αλλαγές και οι νεωτεριστικές τάσεις και εξελίξεις στο χώρο της υγείας, έχουν φέρει στο φως, την ανάγκη για ένα πιο άρτιο σύστημα πληροφόρησης με την εισαγωγή των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Με τη μηχανογράφηση των υπηρεσιών υγείας και των νοσηλευτηρίων, αναμένεται η αύξηση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας, γεγονός που βρίσκει τους στόχους του νοσηλευτικού επαγγέλματος να συνταιριάζονται απόλυτα με την εξέλιξη της νοσηλευτικής.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εισαγωγής της τεχνολογίας της πληροφορικής στην κλινική άσκηση και πιο ειδικά στην εφαρμογή της από απόσταση. Μια τέτοια τεχνολογική εξέλιξη θα μπορούσε να ανταποκριθεί καλύτερα και πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών, του νοσηλευτικού προσωπικού και του συστήματος υγείας της χώρας.

Η τεχνολογική αυτή εξέλιξη επηρέασε πολλές σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης. Ενώ παλαιότερα ο όρος «εξ' αποστάσεως εκπαίδευση» σήμαινε τον γεωγραφικό διαχωρισμό μεταξύ του ακαδημαϊκού ιδρύματος ή του εκπαιδευτικού φορέα από τους/τις εκπαιδευομένους/-ες, σήμερα ο όρος αυτός αντικαθίσταται από άλλους όρους, όπως «τηλεκπαίδευση», «ηλεκτρονική μάθηση» (e-learning), «μάθηση μέσω του παγκόσμιου ιστού» (web-based learning), «εικονική μάθηση» (virtual learning), «διαμοιρασμένη μάθηση» (distributed learning) κ.λπ. Οι όροι αυτοί σημαίνουν ότι δεν υπάρχει πλέον διαχωρισμός, ούτε γεωγραφικός ούτε χρονικός, στη διαδικασία της εκπαίδευσης και της μάθησης. Η εκπαίδευση λαμβάνει χώρα μέσω του διαδικτύου και του παγκόσμιου ιστού και μπορεί να πραγματοποιείται σε

παντελώς εικονικά πανεπιστήμια, στα οποία οι φοιτητές/-τριες μπορεί να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους δίχως να μετακινηθούν ποτέ σε κάποιον πραγματικό πανεπιστημιακό χώρο, ή να περιλαμβάνει μεικτές μορφές μάθησης σε πραγματικούς και σε εικονικούς χώρους. Η εκπαίδευση μέσω του διαδικτύου μπορεί να προσφέρεται οπουδήποτε και οποτεδήποτε, να καθοδηγείται ή να διευκολύνεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό από τον/την εκπαιδευτικό ή ακόμα να είναι εντελώς ελεύθερη και σύμφωνη με τους ρυθμούς του/της εκπαιδευομένου/-ης.

Για τον λόγο αυτό καταγράφηκε σε πρώτη φάση η άποψη της κοινής γνώμης στο χώρο του ΤΕΙ της Πάτρας για τις διαδικτυακές υπηρεσίες εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και την αναγκαιότητά τους και στην συνέχεια αναρτήθηκε ψηφιακό ηλεκτρονικό υλικό που αφορά το θέμα της παρούσας εργασίας στην σχετική ιστοσελίδα του ΤΕΙ που σχεδιάστηκε να παρέχει υπηρεσίες τηλεϋγείας στον πληθυσμό του ιδρύματος (σπουδαστές, καθηγητές και λοιπούς υπαλλήλους).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

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 αντιλήψεως. 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 Ναπολέον) 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 σχιζοφρενή 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 οικογένειας 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 σχιζοφρενή 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 ανεύθυνα 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 ζοηρές (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 οιοπνευματωδών 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 προσαρμόζετε 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 ανεπαρκής 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 έμμομη 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 εγκεφάλου 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 διαφήμισης!». 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 αστραφτερούς 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 κοινότητες, 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 μια 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 αντανakλά 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
- Μιλά 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 απίσχνανση. 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.

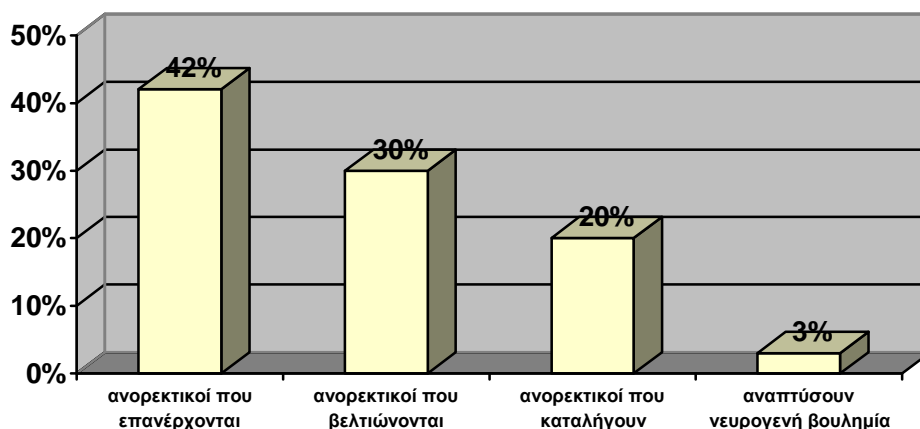
Όπως ισχύει και για την περίθαλψη των αλκοολικών και τοξικομανών, έτσι και σε αυτή την περίπτωση έχει επίσης μεγάλη σημασία η θεραπευτική ομάδα να επιδειχνει μεγάλη σταθερότητα, να παραμένει για πολύ καιρό μια σίγουρη προσφυγή για την ανόρεκτη-όποια και αν είναι η εξέλιξη της - ιδίως ξεπερνώντας το αίσθημα 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 αποδεκτούν.

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 πού 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 ΜΑΟ, 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 βουλημία.**

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 περιστέλλεται 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 βιοματική 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 αντανακλάται 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 πηγαίνουν 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 αναξιότητας 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 ηλεκτρο-σπασμοθεραπεία 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 ιδιάζουσα 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. Αλλιώςτικά μπορούν να χορηγηθούν **αντιψυχωτικά** φάρμακα και ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου, όπως στη σχιζοφρένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κακοποίηση είναι τόσο παλιά όσο και ο κόσμος. Στη μυθολογία, στην ιστορία, στη λογοτεχνία, στον καθημερινό τύπο, μπορεί να βρεί κανείς και την πιο απίστευτη περιγραφή κακοποίησης που εμείς οι επιστήμονες υγείας, έχουμε την τάση να αγνοούμε μέχρι κάποιος να δημοσιεύσει μια περίπτωση σε επιστημονικό περιοδικό. Τότε, οι περισσότεροι, ανατρέχοντας στη μνήμη μας, αναγνωρίζουμε πάμπολλα παρόμοια περιστατικά τόσο οφθαλμοφανή, τόσο τυπικά, τόσο κραυγαλέα που απορούμε πώς διέφυγαν τη διάγνωση. Έπειτα, εμφανίζονται στη βιβλιογραφία νέες περιπτώσεις σε τόπους και συνθήκες που κανείς δεν φανταζόταν πιθανά και η συχνότητα αυξάνει αφήνοντάς μας την αμφιβολία: αυξήθηκαν πραγματικά οι περιπτώσεις ή αυξήθηκε η ικανότητά μας να τις αναγνωρίζουμε και να τις καταγράφουμε;¹

Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες, στην κυρία Κατσαργύρη Πολυξένη, επιστημονικό συνεργάτη στο Κέντρο Ερευνών για θέματα Ισότητας, διότι δίχως τη συμβολή της δεν θα ήταν εφικτή η παρουσίαση ενός μικρού μέρους του θλιβερού αυτού φαινομένου που ονομάζεται Γυναικεία Κακοποίηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των κακοποιημένων γυναικών είδε το φως της δημοσιότητας τα τελευταία χρόνια, όταν το ενδιαφέρον του κοινού μεγάλωσε παράλληλα με την ανάπτυξη των γυναικείων κινημάτων. Στο παρελθόν δεν είχε ποτέ υπάρξει καμία δημόσια κατακραυγή εναντίον αυτής της κτηνωδίας αλλά τώρα μαθαίνουμε πως το πρόβλημα είναι πολύ πιο διαδεδομένο-και τρομερό-από ό,τι ποτέ φανταζόμασταν και πως δεν είναι αληθινοί μύθοι που δικαιολογούσαν την ύπαρξη τέτοιας βίας ανάμεσα σε ζευγάρια, υποτίθεται ερωτευμένα. Τα ανέκδοτα για τις γυναίκες που τρώνε ξύλο δεν προκαλούν πια γέλιο (αν κάποτε προκαλούσαν).

Μερικοί παρατηρητές εκτιμούν πως 50% γυναίκες θα πέσουν θύματα της βίας σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Αντίθετα από ό,τι ο κόσμος πιστεύει αυτές οι γυναίκες δεν διατηρούν τις σχέσεις τους επειδή τους αρέσει να κακοποιούνται, αλλά εξαιτίας πολύπλοκων ψυχολογικών

και κοινωνιολογικών αιτιών. Οι περισσότεροι αποδίδουν στις γυναίκες αυτές την ιδιότητα του “ μαζοχισμού ” για τη μη διακοπή των σχέσεών τους, αγνοώντας, σκόπιμα ή μη, την αδυναμία της κακοποιημένης γυναίκας να βοηθήσει τον εαυτό της.²

Στην εργασία αυτή θα γίνει μια προσπάθεια να περιγραφούν τα εξής:

- § Οι μορφές της γυναικείας κακοποίησης
- § Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά- Επιπτώσεις- Αίτια κακοποίησης
- § Κλινικά συμπτώματα- Θεραπεία
- § Πρόληψη- Αντιμετώπιση
- § Ο ρόλος του Νοσηλευτή

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο κακοποίηση χαρακτηρίζεται κάθε προσβολή της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας ενός ανθρώπου που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσής του από εκείνον που κατέχει τη θέση της εξουσίας.²

Η κακοποίηση γυναικών αναφέρεται στην άσκηση σωματικής, ψυχικής, οικονομικής ή /και σεξουαλικής βίας σε μια γυναίκα από το σύζυγο ή τον ερωτικό σύντροφο, νυν ή πρώην, με στόχο “την επιβολή ελέγχου”. Ο όρος συμπεριλαμβάνει επομένως και τον βιασμό στο ζευγάρι, με ή χωρίς γάμο.

Ο ευρύτερος όρος “κακοποίηση γυναικών στην οικογένεια αναφέρεται επιπλέον στην άσκηση βίας σε μια γυναίκα από πατέρα ή αδερφό ή άλλο συγγενικό πρόσωπο, αλλά και στην άσκηση βίας σε ηλικιωμένες γυναίκες από τα παιδιά τους.³

Α΄ ΜΕΡΟΣ

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μορφές γυναικείας κακοποίησης

2.1 Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμού με τράβηγμα, τσίμπημα, σπρώξιμο, χαστούκια, χτυπήματα με τα χέρια ή άλλα αντικείμενα, τράβηγμα μαλλιών, δάγκωμα, στρίψιμο χεριού, κλωτσιές, μπουνιές, μαχαίρωμα ή πυροβολισμός. Ακόμα και η απειλή του να επιχειρηθούν τα παραπάνω, αποτελεί σωματική βία. Στη σωματική βία επίσης περιλαμβάνεται η περίπτωση της στέρησης/απαγόρευσης πρόσβασης σε ιατρικές εγκαταστάσεις για θέματα υγείας (π.χ. φάρμακα, επίσκεψη σε γιατρό) καθώς και η αναγκαστική χορήγηση στο θύμα αλκοόλ ή ναρκωτικών.^{2,4,5,6}

2.2 Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση μιας γυναίκας μπορεί να περιλαμβάνει οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή χωρίς τη συναίνεση του θύματος (συμπεριλαμβάνονται και άτομα με προβλήματα υγείας που δεν τους επιτρέπουν να δηλώσουν ότι δεν συναινούν). Εδώ συμπεριλαμβάνεται ο βιασμός από σύζυγο ή ο βιασμός σε ραντεβού, εξαναγκασμός σε πορνεία, εξαναγκασμός για σεξουαλική επαφή με τρίτα πρόσωπα, θωπεία και χρήση πορνογραφικού υλικού. Επίσης, σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται και η μείωση της σεξουαλικής αυτοπεποίθησης του θύματος μέσω απρεπούς συμπεριφοράς, σχόλια του τύπου <<δεν είσαι σεξουαλική>> και ψευδής κατηγορίες περί απιστίας.^{2,4}

2.3 Ψυχολογική κακοποίηση

Κάποιος που συστηματικά μειώνει την σύζυγο, την τρομοκρατεί, την απομονώνει από το κοινωνικό πλαίσιο, διαφθείρει και αρνείται οποιαδήποτε ψυχολογική υποστήριξη. Όλες αυτές οι συμπεριφορές πληγώνουν την αυτοπεποίθηση του θύματος και μπορεί να εκδηλώνονται με συνεχή κακοπροαίρετη κριτική, μείωση της αξίας του ατόμου, με χρήση περιγραφών και βωμολογιών, διακοπή της επικοινωνίας. Επίσης, συνήθως οι δράστες οικογενειακής βίας φυτεύουν στο θύμα τους την αίσθηση του φόβου, απειλώντας με σωματική βία προς το ίδιο το άτομο ή τα παιδιά, π.χ. απειλώντας να απαγάγουν τα παιδιά ή απειλώντας να κάνουν ζημιές σε περιουσία.^{2,4}

2.4 Οικονομική κακοποίηση

Οι δράστες κάνουν ή προσπαθούν να κάνουν το θύμα οικονομικά εξαρτημένο αναλαμβάνοντας τον έλεγχο όλων των χρημάτων του νοικοκυριού και της προσωπικής περιουσίας του θύματος, απαγορεύοντας στο θύμα να εμπλακεί σε οποιαδήποτε δραστηριότητα εκτός σπιτιού (σπουδές ή εργασία), ζητούν λεπτομερή περιγραφή των χρημάτων που ξοδεύτηκαν στο σπίτι και συνήθως κατηγορούν το θύμα για κακή διαχείριση ακόμα κι αν ξόδεψε τα χρήματα για πραγματικά απαραίτητα πράγματα.^{2,4,5,6}

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Επιδημιολογικά δεδομένα-Επιπτώσεις της βίας

3.1 Διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα

Κάθε χρόνο μία στις πέντε γυναίκες παγκοσμίως πέφτει θύμα κάποιας μορφής κακοποίησης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες μία γυναίκα κακοποιείται σωματικά κάθε εννέα δευτερόλεπτα, 700.000 πέφτουν ετησίως θύματα βιασμού και 4.000 δολοφονούνται από τον σύντροφό τους. Κάθε τρεις ημέρες μία γυναίκα δολοφονείται στη Βρετανία. Κάθε δέκα ημέρες μία γυναίκα κακοποιείται μέχρι θανάτου στη Σουηδία. Στην Ινδία άνω του 40% των παντρεμένων γυναικών ξυλοκοπείται και κακοποιείται σεξουαλικά, ενώ 5.000 γυναίκες πεθαίνουν ετησίως στο “ βωμό ” των προκαταλήψεων των διακρίσεων και της λογικής του παραλόγου. Έχει βρεθεί ότι το 13-25% των γυναικών θα δεχθούν σεξουαλική επίθεση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους.^{7,8,9}

3.2 Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα

Τα στοιχεία για την Ελλάδα είναι ανεπαρκή. “ Εχθρός ” ο φόβος που γεννά τη σιωπή. Βάση έρευνας που διεξήχθη σε τυχαίο δείγμα 100 περιστατικών που κατέφυγαν στο Κέντρο Υποδοχής Κακοποιημένων Γυναικών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας, προέκυψε ότι το 75% των γυναικών βιώνει συζυγική βία. Το 85% έχει υποστεί ψυχολογική και σωματική κακοποίηση. Το 16% έχει υποστεί και τις τρεις μορφές κακοποίησης: σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική. Όσον αφορά στη συχνότητα των ηλικιών που ζητούν ψυχολογική υποστήριξη, το 55% των γυναικών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-50 και έχει υποστεί μακροχρόνια κακοποίηση.^{7,8,9}

3.3 Επιπτώσεις της βίας

Ψυχική υγεία

Τα τελευταία χρόνια, η επίπτωση του τραύματος στον ανθρώπινο ψυχισμό έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς έρευνας. Ωστόσο, τα αθροιστικά αποτελέσματα από την άσκηση βίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας δεν είναι εύκολο να μελετηθούν. Φαίνεται, πάντως, ότι πολλά από τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γυναικών σε όλο τον κόσμο σχετίζονται με κακοποίηση.

Έτσι, από το σύνολο των γυναικών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα, το 72% αναφέρει σεξουαλική ή / και σωματική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία. Από τους νοσηλευόμενους ασθενείς με διάγνωση οριακή διαταραχή προσωπικότητας το 68-86% αναφέρει σεξουαλική ή / και σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία ή γενικότερα έκθεση σε έντονη βία.

Πλείστες ψυχιατρικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με κακοποίηση, τόσο στον άξονα 2

- Οριακή διαταραχή προσωπικότητας
Όσο και στον άξονα 1
- Οξεία και χρόνια διαταραχή stress
- Αγχώδεις διαταραχές
- Μείζων κατάθλιψη
- Δυσθυμία
- Σωματοποίηση
- Διαταραχές διατροφής
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Κατάχρηση ουσιών.^{8,10}

3.4 Οι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης στα θύματα

Από την άποψη του θύματος, τα αποτελέσματα της σεξουαλικής βίας είναι μοναδικά και έντονα. Έχει αποδειχθεί ότι τα θύματα σεξουαλικής βίας υφίστανται σοβαρό ψυχολογικό τραυματισμό. Το τραύμα μπορεί να περιλαμβάνει φοβίες, έμμονες ιδέες, συναισθήματα θυμού και αντεκδίκησης, κατάθλιψη, εφιάλτες, τάσεις αυτοκτονίας και ένα πλήθος από άλλα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα τα οποία δεν παρουσιάζονται, τουλάχιστον τόσο συχνά, στα θύματα των άλλων εγκλημάτων βίας.

Το σύνδρομο του τραύματος των θυμάτων σεξουαλικής βίας περιλαμβάνει μια πολυμορφία σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων, που παρατείνονται μέσα στο χρόνο, όπως φόβος, άγχος, ντροπή και αγωνία και συνήθως εξελίσσεται σε δύο φάσεις.

1. Έντονη φάση: αυτή είναι η περίοδος στην οποία παρατηρούνται οι περισσότερες δυσλειτουργίες και ανακατατάξεις στον τρόπο ζωής του θύματος. Τα σωματικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτα και το πιο χαρακτηριστικό συναίσθημα είναι ο φόβος.
2. Η δεύτερη φάση αρχίζει όταν το θύμα αποφασίσει πάλι να οργανώσει τη ζωή του και στα περισσότερα θύματα αρχίζει

3. δύο με τρεις εβδομάδες μετά την επίθεση. Οι αλλαγές στις συνήθειες, οι εφιάλτες και οι φοβίες είναι τα πιθανότερα συμπτώματα της φάσης αυτής.

Έχει υποστηριχθεί ότι τα θύματα σεξουαλικής βίας περνούν από τρεις φάσεις, μετά την εμπειρία του εγκλήματος.

1. Στο πρώτο στάδιο βρίσκονται σε συναισθηματική σύγχυση και ψυχολογική αναστάτωση και τις περισσότερες φορές αποφασίζουν να κρατήσουν τη θυματοποίησή τους μυστική, τόσο από την αστυνομία, όσο και από τους δικούς τους ανθρώπους. Στο στάδιο αυτό το θύμα αισθάνεται έντονη θλίψη και αγωνία. Έχει ανάγκη από κοινωνική υποστήριξη, η οποία όμως του λείπει γιατί χειρίζεται μόνο του τη δυσάρεστη κατάσταση που έχει προκύψει.
2. Στη δεύτερη φάση το θύμα προσπαθεί να ξεπεράσει την τραυματική εμπειρία της σεξουαλικής επίθεσης που δέχθηκε, απωθώντας την στο υποσυνείδητό του και δικαιολογώντας την πράξη του δράστη, ενοχοποιώντας τον εαυτό του και προσπαθώντας να επιστρέψει στην φυσιολογική καθημερινή του ζωή.
3. Στην τρίτη φάση, το θύμα αρχίζει να βιώνει συναισθήματα κατάθλιψης και αισθάνεται έντονα την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον για το περιστατικό. Στο στάδιο αυτό, το θύμα παύει να δικαιολογεί την πράξη του δράστη και αρχίζει να αισθάνεται έντονο θυμό, τόσο για το άτομο που το έφερε σ' αυτή τη θέση, όσο και για τον εαυτό του που επέτρεψε ή το ανέχθηκε.¹¹



4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μύθοι και κοινά χαρακτηριστικά κακοποιημένων γυναικών και δραστών

4.1 Μύθοι για τις σχέσεις κακοποίησης

- I. Το σύνδρομο της κακοποιημένης γυναίκας εμφανίζεται μόνο σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού.
- II. Οι κακοποιημένες γυναίκες είναι μαζοχίστριες.
- III. Οι κακοποιημένες γυναίκες είναι τρελές
- IV. Οι γυναίκες της μεσαίας τάξης δεν κακοποιούνται τόσο συχνά ούτε τόσο έντονα όσο οι φτωχές γυναίκες.
- V. Οι κακοποιημένες γυναίκες δεν έχουν μόρφωση ούτε επαγγελματικές γνώσεις.
- VI. Οι δράστες είναι βίαιοι σε όλες τις σχέσεις τους.
- VII. Οι δράστες είναι αποτυχημένοι στην επαγγελματική τους ζωή.
- VIII. Το ποτό οδηγεί στη βίαιη συμπεριφορά.
- IX. Οι δράστες είναι ψυχοπαθολογικά άτομα.
- X. Η Αστυνομία μπορεί να προστατεύσει τις κακοποιημένες γυναίκες.
- XI. Μακροχρόνιες σχέσεις κακοποίησης μπορούν να αλλάξουν προς το καλύτερο.
- XII. Οι κακοποιημένες γυναίκες αξίζουν την κακοποίησή τους.²

4.2 Κοινά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων γυναικών

1. Μικρή αυτοεκτίμηση .
2. Πιστεύουν όλους τους μύθους για τις σχέσεις κακοποίησης.
3. Αντιμετωπίζουν με τον παραδοσιακό τρόπο το σπίτι τους, πιστεύουν πολύ στην ενότητα της οικογένειας και στα προκαθορισμένα στερεότυπα του γυναικείου ρόλου.
4. Δέχονται την ευθύνη για τις βίαιες πράξεις των αντρών τους.
5. Αισθάνονται ενοχή, αλλά αρνούνται τον τρόπο και τον θυμό που νιώθουν.
6. Δείχνουν παθητικότητα προς το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά έχουν τη δύναμη να αντιμετωπίζουν το προσωπικό τους περιβάλλον έτσι που να αποφεύγουν μεγαλύτερη κακοποίηση ή και δολοφονία.

7. Έχουν έντονες αντιδράσεις λόγω στρες, με ψυχοσωματικά συμπτώματα.
8. Χρησιμοποιούν το σεξ ως μέσο για τη διατήρηση των σχέσεών τους.
9. Πιστεύουν πως κανένας δεν μπορεί να τις βοηθήσει να λύσουν τα προβλήματά τους, εκτός από τον εαυτό τους.^{2,4,9,12}

4.3 Κοινά χαρακτηριστικά των ανδρών που κακοποιούν τις γυναίκες τους

1. Έχουν μικρή αυτοεκτίμηση.
2. Πιστεύουν σε όλους τους μύθους που είναι σχετικοί με τις σχέσεις κακοποίησης.
3. Πιστεύουν στην παραδοσιακή υπεροχή των αντρών και στον στερεότυπο αντρικό ρόλο μέσα στην οικογένεια.
4. Κατηγορούν άλλους για τις πράξεις τους.
5. Ζηλεύουν παθολογικά.
6. Παρουσιάζουν μία διπλή προσωπικότητα.
7. Έχουν έντονες αντιδράσεις στρες, που προσπαθούν να τις αντιμετωπίσουν πίνοντας και δέρνοντας τις γυναίκες τους.
8. Συχνά χρησιμοποιούν το σεξ σαν μια βίαιη πράξη για να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους και τον γλωμό ανδρισμό τους. Μπορεί να είναι δισεξουαλικοί.
9. Δεν πιστεύουν πως η βίαιη συμπεριφορά τους θα έχει αρνητικές επιπτώσεις.^{2,4,9}

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα αίτια του φαινομένου της βίας είναι πολύπλευρα και μπορούν να αναζητηθούν στις κοινωνικές αντιλήψεις, όπως τη λανθασμένη αναπαραγωγή προτύπων και τον εσφαλμένο τρόπο αντίληψης που έχουν οι άνδρες για την ταυτότητα του φύλλου τους, και στο οικογενειακό περιβάλλον (βιώματα βίας σε αυτό).

Η κακοποίηση που ασκούν οι δράστες πηγάζει από τις εξουσιαστικές τους τάσεις και όχι από τη φτώχεια, την ανεργία ή το αλκοόλ.

Η βία κατά των γυναικών, σύμπτωμα μιας κοινωνίας που κρατά τις γυναίκες, το μισό δηλαδή του πληθυσμού της Γής, σε κατάσταση υποτέλειας, περιθωριοποίησης και διακρίσεων, εμφανίζεται σε όλες τις μορφές και σε όλους τους χώρους και τα πεδία ζωής και δράσης των ανθρώπων.^{4,12}



6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τόσο οι ειδικοί της ψυχικής υγείας όσο και οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι σε θέματα κακοποίησης.

Από τις γυναίκες που απευθύνονται σε κάποιο σωματικό γιατρό, το 5-27% υφίστανται την ίδια χρονική περίοδο κακοποίηση από το σύντροφό τους. Από αυτές που απευθύνονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, το 36,9-54,2% έχουν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους κακοποιηθεί σωματικά ή ψυχολογικά, ενώ το 14,4% αναφέρει σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου.⁸

6.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΣΤΗΚΑΝ ΜΕ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

- Χρόνιος πόνος (π.χ. επίμονες κεφαλαλγίες, πόνος στην πλάτη ή το στήθος, πυελικός πόνος).
- Επιπλοκές τραυματισμών κεφαλής ή αυχένα, όπως επιληπτικοί σπασμοί.
- Δυσκολίες στη συγκέντρωση.
- Διαταραχές του ελέγχου των ενωρμήσεων.
- Γαστρεντερικά νοσήματα (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου).
- Αυτοάνοσα νοσήματα.⁸

6.3 ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΗΓΑΙΝΟΥΝ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

- Το πρώτο είδος είναι τραύματα με σοβαρή αιμορραγία. Πληγές, ιδιαίτερα στο πρόσωπο και στο κεφάλι που χρειάζονται ράμματα για να κλείσουν, είναι συνηθισμένες.
- Το δεύτερο είδος είναι εσωτερικά τραύματα που προκαλούν εσωτερικές αιμορραγίες. Οι γυναίκες του δείγματος ανέφεραν τραύματα στη σπλήνα, τα νεφρά ή τους πνεύμονες.
- Το τρίτο είδος αφορά τα οστά:σπασμένοι σπόνδυλοι, κρανία και λεκάνες, καθώς και σπασμένα σαγόνια, χέρια και πόδια δεν ήταν ασυνήθιστα συμβάντα. Γυναίκες με σπασμένα πλευρά ή ώμους συχνά άφηναν να περάσουν αρκετές μέρες για να πάνε στα ιατρεία. Μόνο όταν ο πόνος γινόταν αφόρητος πήγαιναν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια. Πολλές φορές, οι ακτίνες έδειχναν σπασμένα

κόκαλα που είχαν συγκολληθεί ακατάλληλα, επειδή οι γυναίκες δεν είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια.

- Μια άλλη κατηγορία τραυμάτων είναι τα καψίματα. Στα εξωτερικά ιατρεία έχουν παρατηρηθεί καψίματα από τσιγάρα, από καυτές συσκευές, από ζεματιστά υγρά, καθώς και από οξέα. Πολλές γυναίκες πηγαίνουν στα νοσοκομεία με πολλαπλά τραύματα. Ο δράστης δε σταματά όταν βλέπει τα πρώτα τραύματα, συνεχίζει μέχρι να ξεθυμάνει.
- Σε μία άλλη κατηγορία ανήκουν οι γυναίκες που εμφανίζονται με λιγότερο ορατά τραύματα. Παρουσιάζουν ταχυπαλμίες, υπέρταση κλπ. Μολονότι πολλά εξωτερικά ιατρεία διαθέτουν ψυχίατρος, συχνά αποτυχαίνουν να διαπιστώσουν τα πραγματικά αίτια ανάλογων ψυχοφυσιολογικών διαταραχών.²

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Θεραπευτικά ζητήματα

Στην αντιμετώπιση θεμάτων κακοποίησης είναι αναγκαία τα παρακάτω βήματα πριν από την έναρξη ψυχοθεραπείας για το τραύμα καθεαυτό:

- Ø Εξασφάλιση προστασίας για τη γυναίκα έναντι αυτού που την κακοποιεί.
- Ø Θεραπευτική αντιμετώπιση πιθανής συνυπάρχουσας ψυχικής πάθησης (π.χ. κατάθλιψη, αντιδραστική ψύχωση, stress, PTSD).
- Ø Ενθάρρυνση της γυναίκας για αναζήτηση νομικής γνώμης και παρέμβασης, προτού συζητήσει με τον σύντροφο που την κακοποιεί για θέματα διαζυγίου ή παιδιών.
- Ø Ενημέρωση της γυναίκας σε σχέση με την ύπαρξη κοινωνικών προγραμμάτων υποστήριξης.⁸

7.2 Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

Η ψυχοθεραπεία σε θέματα τραύματος μπορεί σχηματικά να διακριθεί σε τρεις φάσεις. Αρχικά, η έμφαση βρίσκεται στην εγκατάσταση σταθερότητας και ασφάλειας και στην οικοδόμηση θεραπευτικής σχέσης, στη συνέχεια (μέση φάση θεραπείας) γίνεται επικέντρωση στο τραύμα. Ενώ στην τελική φάση της θεραπείας στόχος είναι η ένταξη της μνήμης αυτού του βιώματος, η ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων στη γυναίκα, η επανασύνδεση με τους άλλους και η επαναδόμηση της ζωής της.

Αρχική φάση

Στην αρχική φάση της θεραπείας, η ίδια η θεραπεία μπορεί να αποτελέσει ισχυρό ερέθισμα για την ανάδυση συναισθημάτων που σχετίζονται με την “περιοχή” του τραύματος. Μπορεί να απαιτηθούν χρόνια, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον στο οποίο η γυναίκα θα μπορεί να αισθανθεί πραγματικά ασφαλής. Από την άλλη για το θεραπευτή το άκουσμα εμπειριών κακοποίησης μπορεί να είναι τραυματικό, γεγονός που στο χώρο διερεύνησης του τραύματος έχει περιγραφή ως δευτερογενές ή έμμεσο τραύμα.

Απαραίτητη προϋπόθεση για επιτυχημένη θεραπεία είναι η συνεργατική σχέση με τη θεραπευόμενη, όπου ενθαρρύνεται η πληροφόρηση από το θεραπευτή για θέματα τραύματος, ενώ το πλάνο της θεραπείας σχεδιάζεται από κοινού με τη θεραπευόμενη, ώστε να

αποφευχθούν μη ρεαλιστικές προσδοκίες που θα ήταν για αυτήν εκ νέου τραυματικές και σε τακτά χρονικά διαστήματα επαναξιολογείται.

Ενδιάμεση φάση

Στην ενδιάμεση φάση της θεραπείας, στόχος είναι να αναγνωρίσει η γυναίκα και να αποδεχθεί αυτό που συνέβη στη ζωή της.

Όψιμη φάση

Στην όψιμη φάση της θεραπείας αναδομούνται οι σχέσεις που χρειάζονται αλλαγή και πενθούνται οι σχέσεις οι οποίες δεν μπορούν να αντέξουν αυτή τη μετάβαση. Επίσης, γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας στη θεραπεία θέματα που, όταν η κρίση ήταν πιο οξεία, ελάμβαναν δευτερεύουσα σημασία, όπως π.χ. ανησυχίες της γυναίκας για τη σεξουαλικότητά της ή μη απειλητικές για τη ζωή διαταραχές διατροφής.^{8,10}

7.3 Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία σε περιπτώσεις κακοποίησης βασίζεται στην έρευνα για τη μετατραυματική διαταραχή stress (PTSD). Δεν υπάρχουν δεδομένα για διαφορά στην αντιμετώπιση μεταξύ μεμονωμένου ή πολλαπλού τραύματος, οξείας ή χρόνιας PTSD ή μεταξύ των φύλων.

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει :

- Ø Αναστολής επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Μείωση και στις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων της PTSD.
- Ø Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά .Αποτελούν δεύτερη επιλογή.
- Ø Αναστολής της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Περιορισμένη χρήση λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχή ύπνου, αύξηση βάρους).
- Ø Νεφαζοδόνη, τραζοδόνη. Υπάρχουν κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα από τη χρήση τους σε PTSD.
- Ø Βουσπιρόνη, κυπροεπταδίνη. Η βουσπιρόνη (μη αγχολυτικό) μειώνει το άγχος, την κατάθλιψη και την αϋπνία. Η κυπροεπταδίνη μειώνει τους εφιάλτες σε ασθενείς με PTSD.
- Ø Αντιεπιληπτικά. Σε χρόνια PTSD έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά.
- Ø Αντιψυχοσικά. Χαμηλή δόση αντιψυχωσικών βελτιώνει αποσυνδετικά συμπτώματα.

Συμπερασματικά, στην PTSD η πιο αποτελεσματική και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπεία είναι SSRIs. Εάν τα συμπτώματα δεν έχουν υποχωρήσει μετά από λίγες εβδομάδες προστίθεται δεύτερο φάρμακο, όπως β-αναστολέας ή αντισπασμοδικό. Για συνοδό αϋπνία μπορεί να δοθεί χαμηλή δόση

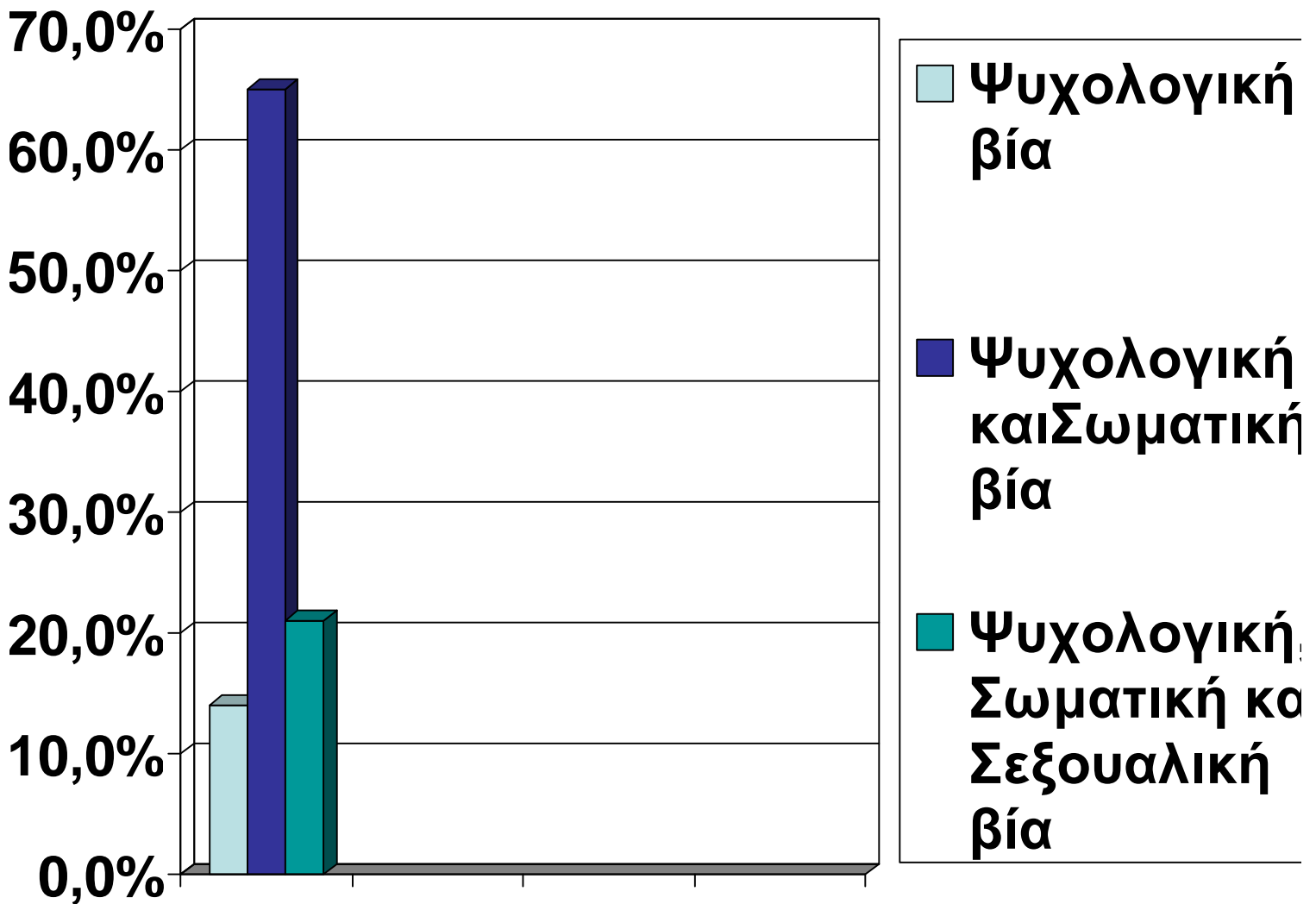
τραζοδόνης, ενώ για οξεία ή επίμονη έντονη ανησυχία μπορεί να χορηγηθούν κλονιδίνη ή μικρές τακτικές δόσεις βενζοδιαζεπινών, όπως η κλοναζεπάμη. Σε οξύ τραύμα, η μείωση της αυτονομικής υπερεγρήγορσης με βενζοδιαζεπίνη ή κλονιδίνη θεωρητικά προστατεύει από την εξέλιξη της οξείας κατάστασης σε χρόνια PTSD.

Η βία κατά των γυναικών είναι ίσως η πιο επαίσχυντη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δεν κάνει διαχωρισμό μεταξύ συνόρων, πολιτισμών ή πλούτου. Όσο συνεχίζεται, δεν μπορούμε να ισχυριζόμαστε ότι κάνουμε ουσιαστική πρόοδο προς την ισότητα, την ανάπτυξη και την ειρήνη».

Κόφι Άναν, Γενικός Γραμματέας του ΟΗΕ



Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα, το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας, το χρονικό διάστημα 1/1/2002-31/10/2004 υπέστη-σε ποσοστό 65%-ψυχολογική και σωματική βία .



Β΄ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Σήμερα η βοήθεια προς τις κακοποιημένες γυναίκες αποκτά εθνική προτεραιότητα. Τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει ριζικά η αντιμετώπιση του προβλήματος. Μέχρι πολύ πρόσφατα, ο κόσμος ακόμα ρωτούσε αν πραγματικά υπάρχει ένας σοβαρός αριθμός κακοποιημένων γυναικών. Τώρα, επιτροπές της Γερουσίας, επιτροπές για τα ατομικά δικαιώματα και άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες μελετούν το πρόβλημα. Στις περισσότερες Πολιτείες γίνονται νόμοι για να προστατευθούν οι κακοποιημένες γυναίκες.

Χρειάζεται μια πολυεπίπεδη και συστηματική προσέγγιση για να αναπτυχθούν νέες υπηρεσίες για τις κακοποιημένες γυναίκες. Αυτό το σύστημα έχει τρία επίπεδα:

1. Πρωτοβάθμια πρόληψη
2. Δευτεροβάθμια παρέμβαση
3. Τριτοβάθμια παρέμβαση²

1.2 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Αύτη περιλαμβάνει προγράμματα που έχουν στόχο τον περιορισμό των αιτιών που προκαλούν άμεσα ή έμμεσα το πρόβλημα. Αυτή τη στιγμή μια καμπάνια για την πρωτοβάθμια πρόληψη είναι σε εξέλιξη από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης των Ηνωμένων Πολιτειών. Η πληροφόρηση επηρεάζει τη στάση του κοινού απέναντι στις κακοποιημένες γυναίκες. Πάντως, ακόμα έχουν πολλά να γίνουν. Ιδιαίτερα, πρέπει:

- Να μειωθεί ο στερεότυπος διαχωρισμός των δύο φύλων. Για παράδειγμα, βιβλία, κινηματογραφικές ταινίες, διαφημίσεις και τηλεοπτικά προγράμματα θα πρέπει να αντανακλούν την ισότητα των δύο φύλων.
- Να μειωθεί η βία στην κοινωνία μας. Η τηλεόραση και η βιομηχανία του κινηματογράφου πρέπει να πεισθούν να ελαττώσουν τη βία στα προγράμματα τους. Η “καλλιτεχνική” βία στις διαφημίσεις πρέπει να σταματήσει.
- Να κατανοηθεί η διαδικασία που μετατρέπει την κακοποιημένη γυναίκα σε θύμα. Το κοινό θα πρέπει να γνωρίζει τις διάφορες μορφές των τεχνικών κακοποίησης. Θα πρέπει να μειώσουμε το φαινόμενο της επίκτητης αδυναμίας που είναι τόσο

διαδεδομένο στον γυναικείο πληθυσμό. Θα πρέπει να δώσουμε ίσες ευκαιρίες στους άντρες και στις γυναίκες.

Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει ειδική εκπαίδευση των ατόμων που έχουν σχέση με κοινωνικά επαγγέλματα και εργάζονται σε κοινωνικές υπηρεσίες. Όχι μόνο θα πρέπει να ενημερωθούν για το συνολικό πρόβλημα, αλλά θα πρέπει να μάθουν νέες αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των κακοποιημένων γυναικών και των οικογενειών τους.²

1.3 Δευτεροβάθμια παρέμβαση

Σ' αυτό το επίπεδο είναι καταλληλότερες οι πιο περιορισμένες παρεμβάσεις. Για παράδειγμα, επισκέψεις στο σπίτι, τηλεφωνήματα, νομικές συμβουλές, οικονομική ενίσχυση και παροχή πληροφοριών. Βασικός στόχος των παρεμβάσεων είναι να κατανοήσει η γυναίκα ότι είναι κακοποιημένη, ότι αυτό που της συμβαίνει δεν είναι φυσιολογικό. Όσο πιο γρήγορα το κατανοήσει η κακοποιημένη γυναίκα, τόσο πιο επιτυχημένη θα είναι η παρέμβαση. Σ' αυτό το επίπεδο, τα άτομα που θέλουν να βοηθήσουν τη γυναίκα θα πρέπει να ρωτούν εκείνη για το είδος της βοήθειας που χρειάζεται.²

1.4 Τριτοβάθμια παρέμβαση

Σ' αυτό το επίπεδο η κακοποιημένη γυναίκα χρειάζεται ένα περιβάλλον που θα τη στηρίζει ολικά μέχρι καταφέρει να πάρει η ίδια τις αποφάσεις της. Καταφύγιο, άμεση νοσηλεία και μακροχρόνια ψυχοθεραπεία είναι τα απαιτούμενα μέσα. Πολύ συχνά, η τριτοβάθμια παρέμβαση απαιτείται να είναι άμεση για προσφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια στη γυναίκα.

Ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει μία γυναίκα σε καταφύγιο εξαρτάται από κάθε άτομο. Πολλές γυναίκες τρομοκρατούνται όταν σκέφτονται ότι θα πρέπει να αναλάβουν μόνες τους τις ευθύνες για τη ζωή τους και ξαναγυρίζουν στις βίαιες σχέσεις τους. Μετά από λίγο, όμως, εγκαταλείπουν πάλι τον δράστη. Αυτό το πήγαινε-έλα συχνά μπορεί να συμβεί τρεις ως πέντε φορές μέχρι να αποφασίσουν οριστικά να μείνουν ανεξάρτητες.²

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.1 Τι πρέπει να κάνει η πολιτεία

Αυτό που πρέπει επείγοντως να βελτιωθεί είναι η συμπεριφορά των αστυνομικών που προτιμούν να μην ασχολούνται με ανάλογες καταγγελίες. Η κλασική αντίδραση του αστυνομικού, στη γυναίκα που περνάει την πόρτα του αστυνομικού τμήματος για να υποβάλλει μήνυση και να ζητήσει βοήθεια και καθοδήγηση είναι <<ξέχνα το κυρά μου, ένα χαστούκι ήταν, πήγαινε σπιτάκι σου>>. Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, ως ξαναδεί την τακτική αντιμετώπισης περιστατικών οικογενειακής βίας και ως δοθούν νέες οδηγίες στους αστυνομικούς.

Επίσης, χρειάζεται άμεσα να οργανωθούν και στελεχωθούν καταφύγια κακοποιημένων γυναικών. Ο στόχος είναι οι κακοποιημένες γυναίκες να μπορούν να φιλοξενηθούν εκεί (μαζί και τα παιδιά τους) μέχρι να μπορέσουν να σταθούν στα πόδια τους και να ξεκινήσουν από την αρχή. Ένα τέτοιο καταφύγιο θα πρέπει πέρα από στέγη και σίτιση να μπορεί να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, ιατρική φροντίδα, νομικές και κοινωνικές υπηρεσίες που να βοηθούν στην επανένταξη της κακοποιημένης γυναίκας στο κοινωνικό σύνολο, βοηθώντας την να βρει δουλειά και σπίτι ώστε να ξαναρχίσει τη ζωή τη δική της και των παιδιών της από την αρχή.^{3,4}

2.2 Μέτρα κατά της βίας των γυναικών μέσα στην πόλη

Για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών, ο κάθε δήμος συμβάλει με μερικά άμεσα μέτρα:

- Οι δρόμοι, οι δημόσιοι χώροι πρασίνου, οι υπόγειες διαβάσεις να φωτίζονται καλά και ζητείται από την αστυνομία να πυκνώσει τις περιπολίες τη νύχτα και στα πλέον ευαίσθητα σημεία και περιοχές της πόλης.
- Δημιουργούνται πρώτων κοινωνικών βοηθειών που παρέχουν υποστήριξη στις γυναίκες θύματα βίας, κακοποίησης και σεξουαλικής παρενόχλησης.
- Λειτουργούν τηλεφωνικές γραμμές SOS μέσω των οποίων μπορεί να δοθεί βοήθεια σε γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης.¹³

2.3 Τι πρέπει να κάνουν οι ίδιοι οι πολίτες

Άνδρες ή γυναίκες, αν αντιληφθείτε κάποια περίπτωση γυναίκας που κακοποιείται, μην μείνετε θεατές. Παλέψτε την αδιαφορία και το <<ου μπλέξεις>> που τόσο χαρακτηρίζει την κοινωνία μας και βοηθείστε τη γυναίκα αυτή. Δείξτε κατανόηση, προσφέρετε βοήθεια και συμπαράσταση. Ενημερώστε την για το που μπορεί να απευθυνθεί κι αν εκείνη δεν μπορεί να το κάνει, ενημερώστε εσείς τις αρμόδιες υπηρεσίες για λογαριασμό της. Μιλήστε μαζί της για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, μην την πιέσετε όμως να μιλήσει αν δεν νιώθει έτοιμη, θα το κάνει όταν σας εμπιστευθεί. Το βασικό όπλο μιας γυναίκας σ' αυτήν την κατάσταση είναι να ξαναβρεί την αυτοπεποίθησή της και να εμπιστευθεί και πάλι τον εαυτό της και τις δυνάμεις της. Μόνο τότε θα βρει το κουράγιο να φύγει. Και το να τη βοηθήσετε να ξαναβρεί τις δυνάμεις της είναι ότι πιο πολύτιμο μπορείτε να της δώσετε.

Προσφέρετε όση υλική βοήθεια μπορείτε, φιλοξενία, χρήματα, δουλειά. Συνοδέψτε την όταν θα πάει να ζητήσει βοήθεια από τις υπηρεσίες ή όταν θα πάει να καταγγείλει ξυλοδαρμό στην αστυνομία ή στον εισαγγελέα ή ακόμα και όταν θα απευθυνθεί σε δικηγόρο. Αν είστε αυτόπτης μάρτυρας, μη διστάσετε να καταθέσετε. Η κατάθεσή σας θα είναι απίστευτα χρήσιμη όταν θα εκδικαστεί το διαζύγιο ή τυχόν ασφαλιστικά μέτρα, είναι χρέος σας να καταγγείλετε αυτό που είδατε.^{3,4}

2.4 Προετοιμασία της γυναίκας για την αντιμετώπιση της επικίνδυνης κατάστασης

1. Να έχει σε ένα ασφαλές σημείο του σπιτιού τα απαραίτητα και τα πολύ προσωπικά της είδη σε περίπτωση που φύγει από το σπίτι (χρήματα, ταυτότητα, βιβλιάριο υγείας).
2. Να έχει προσυνηνοηθεί με κάποιον φίλο της για μια συνθηματική λέξη ή φράση που θα μπορεί, όταν ο δράστης είναι παρόν, να χρησιμοποιήσει στο τηλέφωνο, για να καταλάβει ο φίλος της ότι βρίσκεται σε κίνδυνο και να καλέσει σε βοήθεια.
3. Να μιλήσει για το πρόβλημά της στους γείτονες που εμπιστεύεται, ώστε να καλέσουν σε βοήθεια εάν αντιληφθούν ότι είναι εκτεθειμένοι σε κίνδυνο.
4. Επίσης μπορεί να παρακολουθήσει κάποια μαθήματα αυτοάμυνας, ώστε, αν χρειαστεί, να μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό της.¹⁹

2.5 Τι πρέπει να κάνει την ώρα της κρίσης

1. Να καλέσει σε βοήθεια.
2. Να τηλεφωνήσει στο 100 ή σε κάποιον γνωστό για ζητήσει βοήθεια.
3. Να προσπαθήσει να απομακρυνθεί από το δράστη, προφυλάσσοντας τον εαυτό της και τα παιδιά της, τηρώντας τις νόμιμες διαδικασίες και έχοντας μαζί της τα απαραίτητα.¹⁹

2.6 Τι μπορεί να κάνει μετά από ένα επεισόδιο βίας

1. Να πάει στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής της. Εκεί να δηλώσει την κακοποίηση και να ζητήσει να την προστατεύσουν. Μπορεί να ζητήσει να γίνουν συστάσεις στο δράστη κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας. Επίσης μπορεί να του υποβάλλει μήνυση ή στο αστυνομικό τμήμα ή στον εισαγγελέα.
2. Να πάει σε ένα εφημερεύον νοσοκομείο και να υποβληθεί σε εξέταση. Να μη διστάσει να αναφέρει τα πραγματικά στοιχεία του συμβάντος. Εάν έχει υποστεί σοβαρή σωματική κακοποίηση και δεν μπορεί να μετακινηθεί, να καλέσει το 166 για να την μεταφέρουν.
3. Να απευθυνθεί σε μια από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, οι οποίες είναι στελεχωμένες με συμβούλους, που θα την ακούσουν, θα της προσφέρουν ΔΩΡΕΑΝ ψυχοκοινωνική στήριξη και νομικές συμβουλές και θα την βοηθήσουν να ακολουθήσει στη ζωή της τους δρόμους που αυτή επιλέγει και της ταιριάζουν περισσότερο. Αν έχει ανάγκη φιλοξενίας, υπάρχει η δυνατότητα να εξασφαλισθεί προσωρινή διαμονή γι' αυτήν και τα παιδιά της.¹⁹

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Εισαγωγή

Οι νοσοκόμες των εξωτερικών ιατρείων θα μπορούσαν να είναι τα πιο κατάλληλα άτομα για να διακρίνουν τις κακοποιημένες γυναίκες αν είχαν την ανάλογη εκπαίδευση. Πολλές νοσοκόμες ανέφεραν περιπτώσεις άσχημα τραυματισμένων γυναικών, που κάθονταν στην αίθουσα αναμονής εξωτερικών ιατρείων, όταν έρχονταν βιαστικά οι άντρες τους και τις έσερναν έξω από το νοσοκομείο μέσα στη νύχτα.²

Τι είναι όμως αυτό που περιμένει μία γυναίκα όταν επισκέπτεται ένα ιατρείο ή ένα νοσοκομείο μετά από ένα περιστατικό κακοποίησης ;

1. Περιμένει να την πιστέψουν.
2. Να την πάρουν στα σοβαρά.
3. Να την διαβεβαιώσουν άμεσα ή έμμεσα ότι το δίκιο θα επικρατήσει και ο υπεύθυνος θα τιμωρηθεί.
4. Να εισπράξει συμπάθεια. Να αποφύγει συνήθη χλευασμό, την περιφρόνηση και τα υπονοούμενα ότι “είναι άξια της τύχης της”.

Η κακοποιημένη γυναίκα έρχεται στο νοσοκομείο με :

- Πόνους από τραύματα.
- Ρίξεις γεννητικών οργάνων.
- Αιμορραγία.
- Ναυτία.
- Πόνους σε στομάχι και κοιλιά.¹⁴

3.2 Ψυχολογική φροντίδα

Η γυναίκα που προσέρχεται μετά από σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση είναι οπωσδήποτε ιδιαίτερα ταραγμένη. Αισθάνεται θυμό, κατάθλιψη, ταπείνωση και υπερένταση. Πρέπει να προσέξουμε μήπως υπάρχουν κακώσεις από αυτοτραυματισμό γιατί πολλές γυναίκες καταφεύγουν και σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει :

- Να διαθέτει χρόνο για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων.
- Να αποφεύγει εκδηλώσεις όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης της γυναίκας με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένη η ίδια.
- Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.¹⁵

Νοσηλευτική φροντίδα σε αιμορραγία

- Διατηρείστε ανοικτή την αεροφόρο οδό.
- Χορηγείστε οξυγόνο και υποβοηθείστε την αναπνοή.
- Δώστε στον άρρωστο ύπτια θέση με τα πόδια ανυψωμένα περίπου 30° και ελαφρά χαμηλότερα το κεφάλι από το σώμα για τη βελτίωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων.
- Πάρτε ζωτικά σημεία.
- Εξασφαλίστε φλεβική γραμμή με καθετήρα μεγάλου εύρους.
- Ελέγχετε την αιμορραγία όταν είναι εμφανής.
- Διατηρείτε τον άρρωστο ζεστό.
- Αντιμετωπίστε τον πόνο και το άγχος του αρρώστου.¹⁶

Νοσηλευτική φροντίδα σε πόνο

Οι σκοποί της φροντίδας αρρώστου με πόνο μπορούν να επιτευχθούν με μη φαρμακολογικά και με φαρμακολογικά μέσα. Στο οξύ στάδιο, ο άρρωστος μπορεί να μην είναι ικανός να συμμετέχει ενεργά στα μέτρα ανακούφισης. Ωστόσο, όταν έχει την απαραίτητη ψυχική και φυσική ενέργεια, μπορεί να μάθει τεχνικές αυτοαγωγής για ανακούφιση πόνου, όπως εικόνες χαλάρωσης κ.α. Επομένως, καθώς ο άρρωστος προχωρεί μέσα από τα στάδια ανάρρωσης, στόχος πρέπει να είναι η μείωση εξάρτησης από τα φάρμακα και η αύξηση χρήσης από αυτόν μη φαρμακολογικών μέτρων για ανακούφιση του πόνου.¹⁸

Νοσηλευτική φροντίδα σε γυναικολογική εξέταση

Η γυναικολογική εξέταση πρέπει να είναι πλήρης και προσεκτική. Να περιλαμβάνει γεννητικά όργανα, περίνεο και πρωκτό.¹⁴
Ετοιμασία της άρρωστης:

- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή κοιλιακής πύσης πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κοιλιακό έκκριμα κυτταρολογική εξέταση.

- Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.
- Αφαίρεση περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και εξέταση της κοιλιάς.
- Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.¹⁷

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όχι άλλη ανοχή, όχι άλλη ενοχή. Δεν είσαι εσύ υπεύθυνη γι' αυτό που συμβαίνει. Έχεις όμως την ευθύνη να προστατεύσεις τον εαυτό σου. Μη δείχνεις ανοχή στη σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βία που υφίστασαι. Η ανοχή αρχίζει και τελειώνει με την αναγνώριση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της αξίας του άλλου. Η ανοχή είναι χαρακτηριστικό μόνο μιας υγιούς σχέσης. Μια υγιής σχέση είναι απαλλαγμένη από τη βία και τον φόβο. Προϋποθέτει την ασφάλεια, την ισοτιμία, τη συνεργασία και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Για να βγεις λοιπόν από τον σκοτεινό λαβύρινθο μιας κατάστασης που δεν αντέχεις, κάνε το πρώτο μεγάλο βήμα.....**ΜΙΑΗΣΕ.**^{3,4,12}

Υπηρεσίες που μπορείς να απευθυνθείς:

1. Γενική Γραμματεία Ισότητας
Συμβουλευτικά Κέντρα για τη Βία κατά των Γυναικών
2. Κέντρο Ερευνών για θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.)
Κέντρα πληροφόρησης και Συμβουλευτικής Γυναικών
3. Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.)
197
4. Δήμος Αθηναίων Γραφείο Ισότητας
5. Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.ΣΟ)^{3,4,12,19}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις εφαρμογές της Πληροφορικής συγκαταλέγονται το Internet, η Βιοπληροφορική και η Τηλεματική – Τηλεϊατρική.

3.1 INTERNET ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

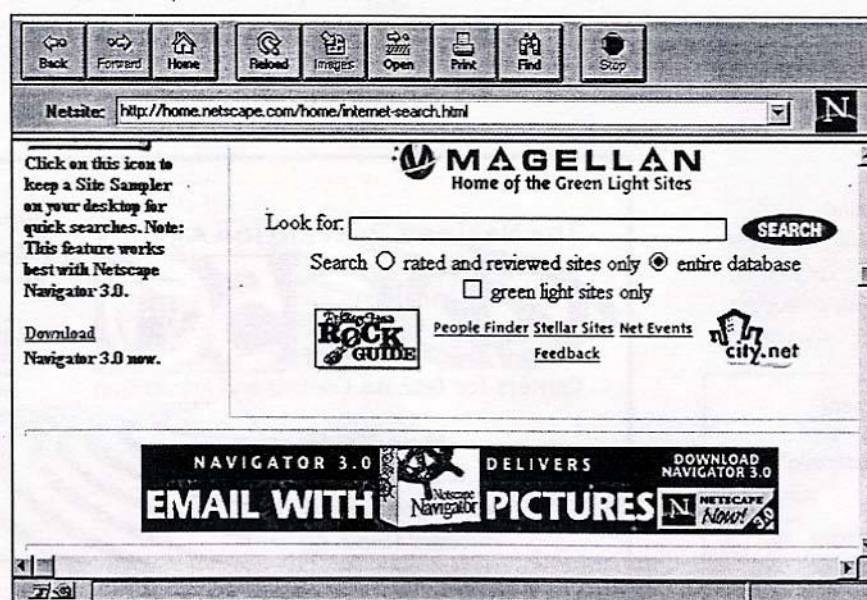
Το Παγκόσμιο διαδίκτυο Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, γνωστό ως Internet ανοίγει νέους ορίζοντες στην πρόσκληση επιστημονικής γνώσης, αλλά και μεταφέρει την ευθύνη της επιλογής στον ίδιο το χρήστη. Παράλληλα, το Internet προσφέρει ένα νέο εργαλείο με μεγάλες προοπτικές αξιοποίησης στον τομέα της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Με το ψηφιακό αυτό δίκτυο μεταφέρονται σε χρόνο μηδέν σε όλο τον κόσμο πληροφορίες που δεν έχουν μόνο το χαρακτήρα κειμένου και σταθερής εικόνας, αλλά επεκτείνονται σε μορφές που δεν μπορούν να αναπαραχθούν σε έντυπα, όπως η κινητή εικόνα-video ή η φωνή και γενικά, ο ήχος. Επιπλέον, η σημερινή τεχνολογία κάνει προσιτές μέσω του Internet νέες υπηρεσίες όπως η videoconference, το vide-text κ.α.

Το Internet, το Παγκόσμιο διαδίκτυο Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, που απλώνεται σε περισσότερες από 90 χώρες της Υφηλίου δεν είναι πια άγνωστο όπως μερικά χρόνια πριν. Σήμερα οι τεράστιες ποσότητες της ψηφιακής πληροφορίας που διακινούνται στο Internet, αφορούν όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες και όλα τα επαγγέλματα. Η Ιατρική πληροφορία, η πληροφορία που αφορά κάθε τομέα της Ιατρικής, που

αφορά τον κάθε ιατρό κάθε ειδικότητας, τον κάθε ιατρό κάθε ειδικότητας, τον κάθε λειτουργό υγείας, τα διαφορετικά Συστήματα Υγείας, διακινείται μέσα από το Internet σε ελάχιστο χρόνο και σε οποιοδήποτε σημείο της υφελίου.

Η ύπαρξη και η ραγδαία ανάπτυξη του Internet με τις προσφερόμενες υπηρεσίες, δημιουργούν μια νέα κατάσταση στον τρόπο και τις μορφές επικοινωνίας μεταξύ των μελών της Παγκόσμιας Ιατρικής κοινότητας, που ανατρέπει τα σημερινά δεδομένα. Το Internet εμφανίζεται σαν «εργαλείο στα χέρια κάθε ιατρού και νοσηλευτή» και επιδρά στη διαμόρφωση νέων συνθηκών απόκτησης και επεξεργασίας εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης, προσιτής στον κάθε ενδιαφερόμενο. Οι συνθήκες επιτρέπουν την ταχεία ποιοτική αναβάθμιση της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, Ενημέρωσης και Επικοινωνίας, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Για πρώτη φορά αναπτύσσονται προβληματισμοί για προοπτικές αξιοποίησης του Internet από τον Ιατρικό κόσμο, ενώ σκεπτικισμός και επιφυλάξεις έχουν διατυπωθεί για την αποτελεσματικότητά του⁴.



3.1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ INTERNET

Το Internet απλά αποτελεί το μέσο που δίνει τη δυνατότητα να συνδεθούν μεταξύ τους τα δίκτυα των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών σε όλο τον κόσμο. Το κάθε δίκτυο Η/Υ, όπου και να βρίσκεται, στο Νοσοκομείο, το Πανεπιστήμιο, στους χώρους εργασίας μπορεί να συνδεθεί μέσω του Internet, με άλλα δίκτυα σε οποιοδήποτε μέρος της υφηγίου. Με τον τρόπο αυτό ο κάθε χρήστης του τοπικού δικτύου έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε άλλα δίκτυα.

Σήμερα υπάρχουν και λειτουργούν δίκτυα Η/Υ σε ιατρικές Σχολές, σε νοσοκομεία, στη χώρα μας και το εξωτερικό, που συνδέουν μεταξύ τους Η/Υ οι οποίοι βρίσκονται σε εργαστήρια, σε τμήματα, σε κλινικές διάσπαρτα σε διαφορετικούς χώρους, στο ίδιο κτίριο ή την ίδια περιοχή. Αυτά τα τοπικά δίκτυα Η/Υ σε άλλα σημεία της υφηγίου, μέσω του Internet και των υπηρεσιών που αυτό προσφέρει.

Πάνω από 10.000.000 Η/Υ είναι συνδεδεμένοι στο Internet, σύμφωνα με έρευνες που πρόσφατα έχουν γίνει (Ιανουάριος 1996), ενώ ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιούν το Internet είναι περίπου 60.000.000 με 65.000.000. Οι αριθμοί αυτοί μεταβάλλονται με γρήγορους ρυθμούς από τρίμηνο σε τρίμηνο μια και η τάση που καταγράφεται είναι η ραγδαία αύξηση των χρηστών και των μηχανημάτων. Η ίδια εικόνα σημειώνεται και για τη χώρα μας. Υπολογίζεται ότι πάνω από 1.000 ιατροί που διαθέτουν Η/Υ σήμερα κάνουν χρήση του Internet⁴.

3.1.2 ΠΟΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ INTERNET

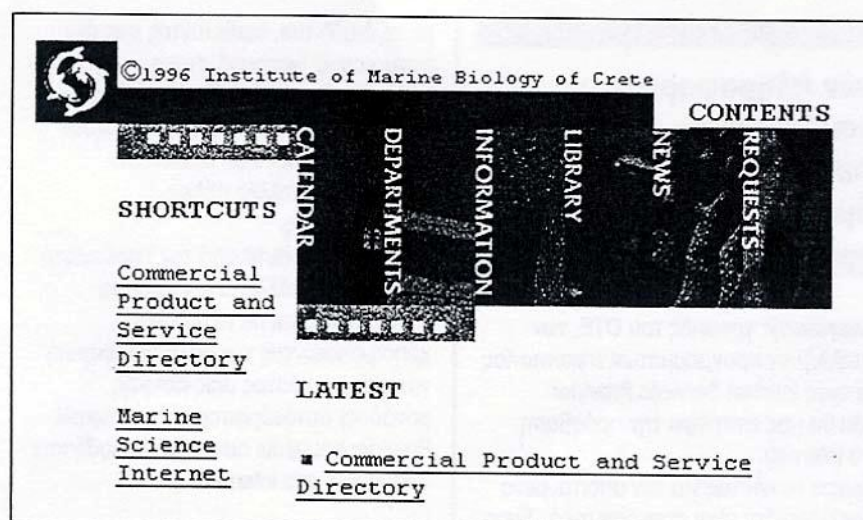
Πολλές και σημαντικές υπηρεσίες παρέχει το Internet. Με τη χρήση αυτών των υπηρεσιών που συνεχώς βελτιώνονται, ενώ νέες προστίθενται, λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης του software και

hardware, η ψηφιακή επικοινωνία γίνεται ταχύτερη και φιλικότερη από όσο ήταν πριν. Οι πιο γνωστές από αυτές είναι:

1. E-MAIL ή Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:

Ο κάθε χρήστης του Internet (λ.χ. από την Πάτρα) μπορεί να ανταλλάσσει μηνύματα, αρχεία κειμένου, προγράμματα κ.α. με έναν ή περισσότερους χρήστες ταυτόχρονα, σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου και αν βρίσκονται, χρησιμοποιώντας τη δική του μοναδική διεύθυνση. Η ηλεκτρονική διεύθυνση σχηματίζεται από το όνομα του χρήστη που είναι μοναδικό (λ.χ. niva) και από το όνομα του συστήματος (που παρέχει τη σύνδεση) που και αυτό είναι μοναδικό στο Internet (λ.χ. niva) και από το όνομα του συστήματος (που παρέχει τη σύνδεση) που και αυτό είναι μοναδικό στο Internet (λ.χ. diavlos.gr).

Απο το συνδυασμό αυτών των ονομάτων προκύπτει και η ηλεκτρονική διεύθυνση του κάθε χρήστη του Internet με τη μορφή niva@diavlos.gr. Με τον τρόπο αυτό η διεύθυνση είναι μοναδική και κάθε μήνυμα φτάνει στο συγκεκριμένο χρήστη σε ελάχιστα δευτερόλεπτα. Για τη χρήση του Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου υπάρχουν πολλά προγράμματα που ονομάζονται mailers και διατίθενται από διάφορους κόμβους δωρεάν στο Internet.



2.Υπηρεσία Telnet:

Η υπηρεσία αυτή παρέχει τη δυνατότητα σύνδεσης και χρήσης από τον υπολογιστή μας, μέσω του Internet, απομακρυσμένων υπολογιστών.

3.Υπηρεσία FTP:

Η υπηρεσία αυτή εξασφαλίζει τη μεταφορά αρχείων από έναν υπολογιστή του Internet σε κάποιον άλλο. σε κάποιον άλλο. Πολλοί υπολογιστές διαθέτουν για τους χρήστες του Internet πλήθος αρχείων που μπορούν να τα μεταφέρουν στον υπολογιστή τους. Η μεταφορά αυτή γίνεται με προγράμματα που μπορεί ο καθένας να προμηθευτεί δωρεάν από το Internet (FTP).

4.Υπηρεσία Usenet:

Η υπηρεσία αυτή επιτρέπει την ηλεκτρονική διάσκεψη πολλών χρηστών στο Internet. Ο κάθε χρήστης μπορεί να διατυπώσει κάποια ερώτηση, να κάνει κάποια ανακοίνωση ή να κοινοποιήσει μια άποψή του, την οποία έχουν δυνατότητα να διαβάσουν όλοι οι χρήστες του Internet και κατόπιν να πάρουν θέση ή να απαντήσουν. Υπάρχουν πάνω από 14.000 ομάδες (groups) που καλύπτουν οποιοδήποτε θέμα μπορεί να φανταστεί κανείς. Βέβαια υπάρχουν και πάρα πολλά groups με ιατρικά θέματα.

5.Υπηρεσία Talk και ICR:

Η πρώτη υπηρεσία επιτρέπει την άμεση και σε πραγματικό χρόνο επικοινωνία δύο χρηστών του Internet, όπου και να βρίσκονται αυτοί, εφόσον επιτευχθεί η σύνδεση μεταξύ τους. Με τον τρόπο αυτό ό,τι πληκτρολογεί ο ένας εμφανίζεται στην οθόνη του H/Y του άλλου.

Με τη δεύτερη υπηρεσία, το ICR έχουμε άμεση και σε πραγματικό χρόνο επικοινωνία πολλών χρηστών του Internet. Όλοι οι χρήστες συνδέονται σε ICR Servers και αφού επιλέξουν το κανάλι που φιλοξενεί το θέμα συζήτησης που τους ενδιαφέρει, ό,τι πληκτρολογούν μεταφέρεται στις οθόνες όλων των άλλων χρηστών που συμμετέχουν στη συζήτηση.

6.Υπηρεσία Gopher:

Πρόκειται για μια υπηρεσία όπου η πληροφορία παρουσιάζεται με τη χρησιμοποίηση ιεραρχικών επιλογών (μενού) που οδηγούν σε συγκεκριμένες περιοχές πληροφοριών.

7.World Wide Web:

Είναι η υπηρεσία που έφερε «επανάσταση» στο Internet. Λόγω της εμφάνισής της έγινε προσιτό το Internet σε εκατομμύρια ανθρώπους σε ελάχιστο χρονικό διάστημα. Η φιλικότητα της χρήσης της υπηρεσίας αυτής, η χρήση των εικόνων, των video, των ήχων, των κειμένων που όλα μαζί μπορούν να παρουσιαστούν στις οθόνες των H/Y του κάθε χρήστη στο Internet, δημιούργησε νέες δυνατότητες. Η χρήση του Hypertext (του υπέρ-κειμένου) δημιούργησε τις προϋποθέσεις για αλληλεπίδραση από μακριά, εξασφαλίζοντας έτσι σε ελάχιστα χρονικά διαστήματα την ανθρώπινη συμμετοχή σε διαδικασίες απόκτησης και

επεξεργασίας πληροφοριών που μέχρι χθες ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν μόνο με άμεση πρόσβαση.

Η δημιουργία σελίδων αλληλεπίδρασης με multimedia (ήχος, κίνηση, κείμενο κ.α.) που περιέχουν Hypertext (δηλαδή λέξεις κλειδιά που συνδέουν τη σελίδα με άλλες παρόμοιες στο Internet) επέτρεψε την αλματώδη αύξηση των χρηστών και της διακινούμενης πληροφορίας.

Το World Wide Web επεκτείνεται και εμπλουτίζεται συνεχώς με νέους κόμβους (Web Servers) ποικίλης πληροφορίας, με νέα προγράμματα που εξασφαλίζουν την αξιοποίηση κάθε πληροφορίας σε μικρότερο χρόνο και τη φιλικότερη παρουσίαση και διαχείρισή της.

Για να χρησιμοποιήσουμε αυτή την υπηρεσία πρέπει να χρησιμοποιήσουμε προγράμματα τα οποία διατίθενται δωρεάν στο Internet όπως το Netscape, Mosaic κ.α.

Όσον αφορά την Ιατρική, υπάρχουν χιλιάδες κόμβοι σε όλο τον κόσμο, με τη μορφή των Web Servers, που παρέχουν πολλές εξειδικευμένες ιατρικές πληροφορίες και μια δυσκολία που δημιουργείται από τη συνεχιζόμενη αύξηση της ποσότητας των πληροφοριών είναι ο εντοπισμός εκείνων που μας ενδιαφέρουν. Η ανεύρεση τέτοιων πληροφοριών στο World Wide Web γίνεται εύκολη με την ύπαρξη των μηχανών αναζήτησης, που καταγράφουν τα περιεχόμενα των σελίδων του Web. Θέτουμε το ερώτημα και οι μηχανές αυτές μας επιστρέφουν ένα πλήρη κατάλογο με σελίδες που περιέχουν την πληροφορία που ψάχνουμε.

8.Videoconferencing:

Είναι πειραματική υπηρεσία που υπάρχει στο Internet και είναι ελάχιστα διαδεδομένη. Επιτρέπει τη δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που βρίσκονται σε απόσταση μεταξύ τους

με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει οπτική και ακουστική επαφή. Για την υλοποίηση μιας τέτοιας σύνδεσης μέσα από ένα απλό τηλεφωνικό δίκτυο (με όλα τα μειονεκτήματα που αυτό συνεπάγεται) απαιτούνται ειδικά προγράμματα και κατάλληλος εξοπλισμός (κάμερα, κάρτα ήχου, μικρόφωνο)⁴.

3.1.3 Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΟ INTERNET

Για μια τυπική σύνδεση με το Internet απαιτείται η ύπαρξη ενός Ηλεκτρονικού Υπολογιστή, ενός modem, μιας απλής τηλεφωνικής γραμμής του ΟΤΕ, των κατάλληλων προγραμμάτων επικοινωνίας και ενός Internet Service Provider (που θα μας επιτρέπει την πρόσβαση στο Internet).

Σήμερα το κόστος για τον απαιτούμενο εξοπλισμό δεν είναι απαγορευτικό. Ένας γρήγορος Η/Υ, Pentium στα 133 MHz, με μνήμη 16 MB RAM, 1.6 GB σκληρό δίσκο και έγχρωμη οθόνη, εξοπλισμένος με ένα modem στα 14.000 ή 28.8000 bps (το modem επιτρέπει τη χρησιμοποίηση του απλού τηλεφωνικού δικτύου για τη μεταφορά δεδομένων) είναι αρκετά προσιτά σε κάθε γιατρό.

Τα προγράμματα επικοινωνίας που επιτρέπουν τη σύνδεση με το Internet είναι εύκολο να τα προμηθευτούμε χωρίς ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση.

Βασικός κρίκος για τη σύνδεσή μας με το Internet είναι ο Internet Service Provider. Είναι εταιρίες που μπορούν να μας δώσουν τη δυνατότητα σύνδεσης με το Διαδίκτυο, διαθέτοντάς μας ένα λογαριασμό (account) στους υπολογιστές της, με κάποιο προσιτό οικονομικό κόστος. Σήμερα υπάρχουν τέτοιες εταιρίες που διαθέτουν κόμβους σε πολλές πόλεις της χώρας μας.

Με τον τρόπο αυτό από τον Υπολογιστή μας, με το κατάλληλο πρόγραμμα επικοινωνίας και με το modem, χρησιμοποιώντας την απλή τηλεφωνική γραμμή (με κόστος μιας αστικής μονάδας) συνδεόμαστε με τον Internet Provider και μέσω αυτού με οποιοδήποτε δίκτυο Η/Υ στο Internet⁴.

3.1.4 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΣΤΟ INTERNET

Στο Internet υπάρχουν και διακινούνται τεράστιες ποσότητες ψηφιακής πληροφορίας που αφορούν την Ιατρική και τους λειτουργούς της. Πληροφορίες λιγότερο ή περισσότερο εξειδικευμένες που έχουν σχέση με όλες τις Ιατρικές ειδικότητες και είναι διεσπαρμένες σε κόμβους (Web Servers) σε όλο τον κόσμο. Οι πληροφορίες αυτές έχουν μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά. Είναι πληροφορίες που παράγονται από κέντρα, ομάδες ή ακόμα και μεμονωμένους επιστήμονες και είναι έγκυρες και χρήσιμες. Συνήθως είναι πληροφορίες που δημοσιοποιούνται άμεσα και επώνυμα, γεγονός που εξασφαλίζει την εγκυρότητά τους. Οι πληροφορίες αυτές απευθύνονται σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και είναι δυνατό να είναι εξειδικευμένες. Διατίθενται ελεύθερα και χωρίς ιδιαίτερο κόστος στον κάθε ενδιαφερόμενο ιατρό. Είναι πολύμορφες πληροφορίες, με τη μορφή επιστημονικών κειμένων, φωτογραφιών, ήχου και video που έχουν ψηφιοποιηθεί και μπορούν εύκολα να μεταφερθούν από την πηγή σε κάθε μέρος του πλανήτη. Οι χρήσιμες αυτές πληροφορίες διατίθενται στο Internet μέσω των υπηρεσιών του και κυρίως του World Wide Web. Βέβαια υπάρχουν και πληροφορίες που απευθύνονται σε απλούς χρήστες του Internet και είναι προσιτές και κατανοητές μια και τις περισσότερες φορές διατίθενται από επιστήμονες και αφορούν συγκεκριμένα θέματα υγείας, πρώτες βοήθειες κ.α.



Αυτά τα χαρακτηριστικά των πληροφοριών, με την ολοένα αυξανόμενη ανάπτυξη του Internet και το προσιτό κόστος του εξοπλισμού και της εύκολης σύνδεσης του Η/Υ με τον provider, έχουν μεταβάλλει τη δυνατότητα της διακίνησης της Ιατρικής πληροφορίας, σε σύγκριση με τους κλασσικούς τρόπους μεταφοράς και διάδοσης. Ολοένα και περισσότεροι ιατροί χρησιμοποιούν το Internet. Όλοι πια έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στην εξειδικευμένη Ιατρική πληροφορία, χωρίς διακρίσεις και απαγορεύσεις που οφείλονται στο χρόνο και στο χώρο. Ο γιατρός του Αγροτικού Ιατρείου σε μια ακριτική περιοχή έχει την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στην Ιατρική πληροφορία με τον Νοσοκομειακό ή Πανεπιστημιακό Ιατρό, γεγονός που μέχρι σήμερα τουλάχιστον ήταν εξαιρετικά δύσκολο. Ένα Κέντρο Παραγωγής Ιατρικής πληροφορίας, λ.χ. ένα εργαστήριο ή μια κλινική ενός νοσοκομείου ή ένας μεμονωμένος ιατρός ακόμα, μπορεί να παρουσιάσει το επιστημονικό του έργο στην Παγκόσμια Ιατρική κοινότητα και να δεχτεί τις παρατηρήσεις και τις κριτικές της. Μέσα από το Internet γνωστοποιείται ισότιμα και κρίνεται η δουλειά όλων των επιστημονικών κέντρων, ενώ εμφανίζονται ολοένα και περισσότερα κέντρα παροχής Ιατρικών πληροφοριών, στα οποία εύκολα και γρήγορα μπορεί να φτάσει ο κάθε ιατρός. Έτσι, μέσα από μια συνεχή ψηφιακή διακίνηση ιατρικής πληροφορίας, αναβαθμίζεται η δια βίου

εκπαίδευση των ιατρών, η εξειδικευμένη πληροφορία συμβάλλει στον εμπλουτισμό της παγκόσμιας γνώσης και βέβαια αξιοποιείται από όλους. Μπορούμε να ισχυριστούμε ότι δίπλα στις κλασσικές μεθόδους της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (έντυπη ενημέρωση, χρήση σύγχρονων οπτικοακουστικών μέσων, συναντήσεων σε τοπικό επίπεδο, ημερίδων, συμποσίων, συνεδρίων κ.α.) των ιατρών, το Internet αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο που αν αξιοποιηθεί κατάλληλα (με τις υπάρχουσες υλικοτεχνικές δυνατότητες) μπορεί να αποδώσει πλούσιους καρπούς. Πρόσφατα έγινε στο Internet το Πρώτο Ελληνικό Ιατρικό Συνέδριο με γενικό τίτλο "Παθήσεις και Κακώσεις του Χεριού", που υπήρξε και το πρώτο συνέδριο που εξολοκλήρου διεξήχθη στον κυβερνοχώρο. Η ορθοπεδική οικογένεια πήρε την πρωτοβουλία να χρησιμοποιήσει αυτή τη μορφή επικοινωνίας και επιστημονικής ενημέρωσης, για πρώτη φορά στην Ελλάδα και μάλιστα αυτή η πρωτοβουλία ξεκίνησε από τη Βόρεια Ελλάδα, από τη Θεσσαλονίκη. Για την ιστορία και μόνο αναφέρουμε την Ορθοπεδική Κλινική του Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης που είχε την ευθύνη και το συντονισμό του τριμήνου αυτού του συνεδρίου. Στο συνέδριο αυτό οι σύνεδροι (και μπορούμε να πούμε ότι δεν ήταν λίγοι, πάνω από 400 άτομα) παρακολούθησαν τις διαλέξεις των εισηγητών και διάβασαν τις εργασίες από το σπίτι τους ή από τους χώρους εργασίας τους. Η εμπειρία που αποκτήθηκε υπήρξε θετική και σίγουρα ενθαρρύνει και άλλους ιατρούς να τη μιμηθούν και να τη βελτιώσουν.

Η δυνατότητα αξιοποίησης των multimedia στο Internet και η αλληλεπίδραση με τις σελίδες του World Wide Web (WWW) από το χρήστη, δημιουργεί νέες δυνατότητες στην εκπαίδευση από μακριά. Είναι μια μορφή τηλεματικής μέσα από το Internet, που μπορεί να συνδέσει για εκπαιδευτικούς λόγους (εκπαίδευση ειδικευομένων) τα επιστημονικά κέντρα (Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο) με ιατρούς σε απομακρυσμένα σημεία της υφηλίου. Μέσα από τις προηγούμενες αναφορές διακρίνεται

καθαρά η παγκοσμιότητα και η αμεσότητα, η φιλικότητα, η ευκολία πρόσβασης και χρήσης αυτού του είδους της ψηφιακής επικοινωνίας, που μαζί με το χαμηλό κόστος της, την κάνει ολοένα και πιο δημοφιλή στον Ιατρικό κόσμο της χώρας μας⁴.

3.1.5 ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ INTERNET ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Τον κάθε ειδικό ιατρό, τον ενδιαφέρει κατά κύριο λόγο η εξειδικευμένη πληροφορία. Η πληροφορία που παράγεται από τα εξειδικευμένα κέντρα και προορίζεται για αυτόν και τους υπόλοιπους συναδέλφους του. Συνεπώς η υπόθεση αυτή αφορά το σύνολο των ιατρών κάθε ειδικότητας, που εκφράζεται στην Ιατρική κοινότητα, μέσα από τις Επιστημονικές Εταιρίες λ.χ. η Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. για τους ορθοπεδικούς ή η Ορθοπεδική Εταιρία Μακεδονίας Θράκης για τους Ορθοπεδικούς της Βορείου Ελλάδος. Οι επιστημονικοί φορείς είναι οι καταλληλότεροι για να αναλάβουν τη δημιουργία εξειδικευμένων Web Servers και να χρησιμοποιήσουν τις δυνατότητες που προσφέρονται από το Internet. Μέχρι σήμερα όμως κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί. Στην Αμερική, οι ιατρικές επιστημονικές εταιρίες διαφορετικών ειδικοτήτων έχουν ήδη τους δικούς τους εξειδικευμένους κόμβους στο Internet και παρέχουν πλήθος εξειδικευμένων πληροφοριών λ.χ. η Αμερικανική Ορθοπεδική Ακαδημία (AAOS) διαθέτει έναν από τους πιο έγκυρους και τεκμηριωμένους κόμβους στο Internet με πληθώρα ορθοπεδικής

πληροφορίας. Ούτε ο χρόνος, ούτε και ο τόπος αποτελούν εμπόδιο στη μεταφορά της αμερικανικής εμπειρίας στον ιατρικό κόσμο της χώρας μας. Και η τεχνογνωσία υπάρχει και το κατάλληλο υλικό για να στηθούν εξειδικευμένοι ιατρικοί κόμβοι διαφόρων ειδικοτήτων.

Ήδη υπάρχουν και λειτουργούν πάνω από χρόνο ορισμένοι Ελληνικοί ιατρικοί κόμβοι. Ένας από αυτούς είναι η ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ή οι Ορθοπεδικές Σελίδες, από τη Θεσσαλονίκη. Στον κόμβο αυτό περιέχεται και διακινείται μόνον ορθοπεδική πληροφορία. Κάθε πληροφορία που ενδιαφέρει τον ορθοπεδικό γιατρό έχει τη θέση της στον κόμβο αυτό. Ο κόμβος βασίζεται στην αρχή της συμμετοχής των ορθοπεδικών γιατρών, των ορθοπεδικών κλινικών και επιστημονικών ορθοπεδικών εταιριών στον εμπλουτισμό του, με εξειδικευμένη πληροφορία στην οποία διαθέτει σε κάθε χρήστη γιατρό του Internet. Η πρόσβαση στον κόμβο είναι ελεύθερη. Ο κόμβος διαθέτει όλες τις υπηρεσίες του Internet και είναι WEB Server, με δυνατότητες αλληλεπίδρασης, χρήσης των Hypertext και πολυμέσων μέσα από τις σελίδες του⁴.

3.3 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΤΗΛΕΜΑΤΙΚΗΣ-ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνδεδεμένη με την οικονομική κατάσταση μιας χώρας καθώς επηρεάζει την παραγωγικότητα η οποία με την σειρά της αποτελεί προϋπόθεση για οικονομική και κοινωνική πρόοδο¹⁸. Η υιοθέτηση στρατηγικής και πολιτικής που θα βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τις σημερινές κυβερνήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες υγείας που

δεν μπορούν να ικανοποιηθούν στο σύνολο τους λόγω περιορισμένων πόρων.

Η ευκολία ή η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει αρχικά τον τρόπο χρήσης τους. Ασθενείς που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές, μακριά από οποιεσδήποτε ιατρικές υπηρεσίες, τείνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας τόσο σε οξείες όσο και σε χρόνιες καταστάσεις. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι επισκέψεις σε ιατρό, τα ραντεβού σε εξωτερικά ιατρεία ή οι εισαγωγές σε νοσοκομεία μειώνονται όσο αυξάνει η απόσταση μεταξύ των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας. Οι αρνητικές επιπτώσεις της απόστασης φαίνεται να επηρεάζουν συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού όπως γυναίκες, οι υπερήλικες και οι οικονομικά ασθενέστεροι.

Η απόσταση αποτελεί όμως πρόβλημα και για το ίδιο το σύστημα υγείας όταν πρέπει να αντιμετωπίσει επείγοντα περιστατικά σε περιοχές γεωγραφικά απομονωμένες όπου συνήθως παρατηρείται ταυτόχρονα και έλλειψη ιατρικού προσωπικού και δυσκολίες στη μεταφορά του ασθενή λόγω απρόβλεπτων καταστάσεων (π.χ. κακός καιρός, νησιά με ελάχιστα δρομολόγια συγκοινωνιών). Η απόσταση και οι δυσκολίες της πρόσβασης επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα και φαίνεται ότι το κόστος αυξάνει αναλογικά με την απόσταση ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ατυχήματος ή επείγουσας ιατρικής ανάγκης όπου συμπεριλαμβάνεται και το κόστος από τον αυξημένο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενή μέχρι να φτάσει σε κέντρο αντιμετώπισης.

Το πρόβλημα της πρόσβασης, και όχι μόνο, στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται να βρίσκει μια υπολογίσιμη λύση με τη χρήση της τηλεϊατρικής. Η νέα τεχνολογία αναμένεται να βρεθεί πολύ σύντομα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο

στα χέρια των ιθυνόντων που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού και τις έντονες πιέσεις για παροχή άμεσης και ποιοτικής φροντίδας που προκαλούνται από τη παρατηρούμενη βελτίωση του μέσου βιοτικού επιπέδου στο σύνολο σχεδόν των χωρών του αναπτυγμένου κόσμου. Η πρόκληση ενσωμάτωσης της τηλεϊατρική από τους υπεύθυνους στα συστήματα υγείας με τρόπο άμεσο, αποδοτικό και αποτελεσματικό είναι πραγματικά μεγάλη.

Τόσο ιδιωτικοί όσο και δημόσιοι φορείς υπηρεσιών υγείας παρακολουθούν ήδη τις εξελίξεις από πολύ κοντά καθώς διαφαίνεται ότι όποια τεχνικά προβλήματα αντιμετωπίζονται με γοργούς ρυθμούς λόγω της ραγδαίας προόδου στις επιστήμες και στη τεχνολογία των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των τηλεπικοινωνιακών συστημάτων. Η πρόβλεψη του αυξημένου ρόλου της τεχνολογίας στο άμεσο μέλλον οδήγησε στο σχεδιασμό και την εφαρμογή, στο σύνολο σχεδόν του αναπτυγμένου κόσμου, πληθώρας πιλοτικών τηλεϊατρικών προγραμμάτων στη προσπάθεια αναζήτησης εφαρμογών της νέας τεχνολογίας στο χώρο της ιατρικής, την επίδραση στο οργανωτικό πλαίσιο των συστημάτων υγείας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από τη χρήση τους, το προσδιορισμό των κατευθυντήριων γραμμών για την σωστή επιλογή, τη μελέτη του κόστους τους και την αποτελεσματικότητάς τους στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού¹⁹.

3.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Στην κυριολεξία της η λέξη ‘τηλεϊατρική’ σημαίνει ‘ιατρική εξ’αποστάσεως’. Η πρώτη χρήση του όρου έγινε από τον Thomas Bird μέσα στην δεκαετία του 1970²⁰. Για την τηλεϊατρική έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί διαφορετικοί ορισμοί:



Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει ορίσει την τηλεϊατρική ως ‘η παροχή φροντίδας υγείας’, όταν η απόσταση είναι κρίσιμος παράγων, από όλους τους επαγγελματίες υγείας, χρησιμοποιώντας την τεχνολογία της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών για την ανταλλαγή πληροφοριών με σκοπό τη διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, την έρευνα και αξιολόγηση και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των προμηθευτών υγείας επιδιώκοντας την προαγωγή της υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων τους²¹.

Η Ευρωπαϊκή επιτροπή έχει ορίσει την τηλεϊατρική ως ‘Οι εξετάσεις, η παρακολούθηση, η αντιμετώπιση των ασθενών και η εκπαίδευση των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού με τη χρήση των συστημάτων, τα οποία επιτρέπουν άμεση πρόσβαση στις γνώσεις εξειδικευμένου προσωπικού και σε πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το που βρίσκονται οι ασθενείς και οι πληροφορίες^{22,20}.

Ο Οργανισμός Τηλεπικοινωνιών Ελλάδος ορίζει σαν τηλεϊατρική τη δυνατότητα παροχής ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας, σε ασθενείς που βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση από τα θεραπευτικά κέντρα με τη χρήση σύγχρονων τηλεπικοινωνιακών δικτύων, εξασφαλίζοντας την επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε

απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές . Άρτια εκπαιδευμένοι ιατροί μπορούν να δώσουν λύση σε σημαντικά προβλήματα υγείας παρέχοντας τις ιατρικές τους γνώσεις με τη μορφή διάγνωσης, δεύτερης γνώμης ή συμβουλευτικής οδηγίας μέσω της χρήσης τηλεματικών συστημάτων²³.

Πέρα από τον όρο ‘τηλεϊατρική’, έχουν χρησιμοποιηθεί και όροι παρεμφερούς σημασίας όπως τηλεφροντίδα, τηλενοσηλευτική και τηλευγεία. Τα τελευταία όμως χρόνια έχουν περιοριστεί για τη περιγραφή συγκεκριμένων καταστάσεων ενώ χρησιμοποιείται πλέον ευρέως ο όρος τηλεϊατρική.

3.3.2 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Η τηλεϊατρική βρίσκει εφαρμογή στους εξής τομείς: ραδιολογία, καρδιολογία, επείγοντα περιστατικά/τραυματιολογία, μαιευτική / γυναικολογία, παθολογία, ορθοπαιδική, νευρολογία, καρδιαγγειακά περιστατικά, ογκολογία, οδοντιατρική, αποκατάσταση^{20,21}.

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Η υπηρεσία της τηλεϊατρικής παρέχει ένα σύστημα διαχείρισης και διακίνησης ιατρικών πληροφοριών (καρδιογραφήματα, υπερηχογραφήματα, τομογραφίες, κλπ.) με πλήθος εφαρμογών στους τομείς διάγνωσης, θεραπείας και εκπαίδευσης των γιατρών και νοσηλευτών. Με βάση τη χρήση τηλεπικοινωνιακών και πληροφοριακών συστημάτων και τη μετατροπή ιατρικής πληροφορίας σε ηλεκτρονική μορφή, διακρίνονται οι παρακάτω κύριες κατευθύνσεις υπηρεσιών και εφαρμογών²³:

1) Έξ'αποστάσεως διαδραστική παροχή συμβουλών, διάγνωσης και θεραπείας

Αποτελεί τη βασικότερη υπηρεσία ενός έργου τηλειατρικής²⁴. Η τηλεσυμβουλευτική, καλύπτει την ανάγκη ανταλλαγής απόψεων καθώς και την οργάνωση συμβουλίων ειδικών ιατρών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων σύνθετων καταστάσεων όπου απαιτείται η ταυτόχρονη μελέτη της κατάστασης του ασθενούς από γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων.

Η τηλεδιάγνωση, που καλύπτει την από απόσταση μελέτη από ειδικούς των αποτελεσμάτων των ιατρικών εξετάσεων (π.χ. ακτινογραφίες, καρδιογράφημα, εργαστηριακά ευρήματα κλπ.), μέσω του υπολογιστή, ακόμα και σε πραγματικό χρόνο, (αμέσως δηλαδή όταν αυτά εξάγονται) και τη σύνταξη σχετικών αναφορών.

Μετά από την από απόσταση εξέταση, ο ιατρός θα προτείνει και την κατάλληλη θεραπεία, την τηλεθεραπεία που καλύπτει την από απόσταση παρακολούθηση ασθενών, όπου ο ασθενής επισκεπτόμενος την πλησιέστερη προς τον τόπο διαμονής του ιατρική μονάδα μπορεί να τυγχάνει ιατρικής φροντίδας από απομακρυσμένο ιατρικό κέντρο ως προς τη πάθησή του²³. Επίσης τη θεραπεία θα μπορεί ο ασθενής με την σειρά του να την ακούσει ή να τη δει στην οθόνη του υπολογιστή²⁴.

2) Τηλεδιάσκεψη μεταξύ ιατρικών κέντρων

Με τον όρο τηλεδιάσκεψη εννοούμε τη διεξαγωγή μιας σύσκεψης, στην οποία οι συμμετέχοντες δεν είναι απαραίτητο να βρίσκονται στον ίδιο φυσικό χώρο. Η απλούστερη λύση για να μπορέσει κάποιος να συμμετέχει σε τηλεδιάσκεψη είναι να έχει στο χώρο που βρίσκεται:



- Έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή, όχι ιδιαίτερα υψηλών επιδόσεων
- Μια ψηφιακή βιντεοκάμερα
- Σύνδεση με το δίκτυο
- Ειδικό λογισμικό για τηλεδιάσκεψη.

Βέβαια έχουν αναπτυχθεί ολοκληρωμένες λύσεις για τηλεδιάσκεψη, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν ειδικό υλικό εξοπλισμό (ειδικές συσκευές για τη μετάδοση εικόνας και ήχου, γιγαντοοθόνες κλπ.) και το απαραίτητο, ανάλογα με την περίπτωση και με το υλικό που χρησιμοποιείται, λογισμικό.

Σε μια τηλεδιάσκεψη οι συνομιλητές μπορούν να βλέπουν και να ασκούν ο ένας τον άλλο σε πραγματικό χρόνο, με αποτέλεσμα να διεξάγονται μια συζήτηση καταργώντας τις αποστάσεις και μειώνοντας τα έξοδα που απαιτούνται για πραγματικές συναντήσεις (έξοδα αεροπορικά, διαμονής κλπ). Η τηλεδιάσκεψη είναι μια εφαρμογή που χρησιμοποιείται σε πολλούς χώρους, σε εταιρίες και οργανισμούς και κρίνεται απαραίτητη στον τομέα της τηλεϊατρικής. Επιτρέπει σε γιατρούς να συνεδριάσουν μεταξύ τους, σαν να βρίσκονται στον ίδιο χώρο, να συζητήσουν για διάφορα επιστημονικά – ερευνητικά θέματα, να

ανταλλάξουν απόψεις πάνω σε θέματα συγκεκριμένων ασθενών προτείνοντας θεραπείες.

3) Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς

Αποτελεί μια από τις σοβαρότερες και πιο επίπονες εφαρμογές στο χώρο της τηλεϊατρικής. Με τον όρο <<Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς>> εννοούμε την ηλεκτρονικής φύλαξη των στοιχείων και του ιστορικού κάποιου ασθενούς. Η διατήρηση ηλεκτρονικού φακέλου, καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη ενός ειδικού συστήματος που θα επιτρέπει την αλληλεπίδραση μεταξύ συστημάτων διάφορων κλινικών, για τη χρησιμοποίηση κάποιου φακέλου.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος είναι κάτι το ιδιαίτερο σημαντικό, γιατί θα επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση στο ιστορικό ενός ασθενούς από οποιοδήποτε σημείο και αν αυτός νοσηλεύεται. Η άμεση πρόσβαση στο ιστορικό είναι κάτι που μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για τη διάσωση κάποιου, αφού προσφέρει τη δυνατότητα της έγκαιρης πληροφόρησης στους ειδικούς για την ύπαρξη ασθενειών όπως αλλεργίες, διαβήτη, επιληψία και άλλες ασθένειες οι οποίες χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Πολλές φορές ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς αναφέρεται και σαν <<εικονικός ηλεκτρονικός φάκελος>>, γιατί μπορεί να επιτρέψει την παράλληλη πρόσβαση και τροποποίηση σε πολλούς χρήστες ταυτόχρονα. Λέγεται εικονικός γιατί δίνει την ψευδαίσθηση ότι κάθε χρήστης τον χρησιμοποιεί μεμονωμένα. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί πολλοί γιατροί να συνεδριάσουν ηλεκτρονικά, παρακολουθώντας τον φάκελο συγκεκριμένου ασθενούς, να γράφουν τις παρατηρήσεις τους και ο καθένας να μπορεί να διαβάσει τις σημειώσεις του άλλου.

Έχουν μέχρι τώρα αναπτυχθεί διάφορα συστήματα για την υποστήριξη τις ιδέας του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι ότι τα δεδομένα διατηρούνται ήδη σε πολλές διαφορετικές μορφές (format) με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η ανάγνωση τους από όλα τα συστήματα. Απαιτείται η ύπαρξη μιας κοινής πλατφόρμας, ή μιας ενδιάμεσης μορφής, η οποία θα υποστηρίζεται από όλα τα συστήματα τηλεϊατρικής. Τεχνολογίες για την επίλυση αυτού του προβλήματος έχουν ήδη αναπτυχθεί και θα αναφερθούν παρακάτω.

Είναι επίσης απαραίτητο το να υπάρχει πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα, χωρίς όμως να παραβιάζεται το ιατρικό απόρρητο. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση ισχυρών μεθόδων ασφάλειας στο σύστημα που διατηρεί τους φακέλους. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός μηχανισμού που θα ελέγχει και θα πιστοποιεί την ταυτότητα του χρήστη, επιτρέποντας μόνο σε ειδικά εξουσιοδοτημένους χρήστες να έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους.

Λόγω του ότι θα απαιτείται μεγάλος αποθηκευτικός χώρος, αφού ένας ηλεκτρονικός φάκελος εκτός από το ιστορικό και τις κατά καιρούς νοσηλεύσεις και διαγνώσεις ενός ασθενούς, μπορεί να περιέχει και εικόνες ή βίντεο από διάφορες εξετάσεις, είναι απαραίτητη η αποθήκευση των δεδομένων αυτών σε ισχυρές βάσεις δεδομένων. Οι βάσεις αυτές θα είναι καταμεμημένες, αφού κάθε νοσοκομείο θα διατηρεί τους φακέλους για τους ασθενείς, θα είναι όμως απαραίτητο να υπάρχει άμεση σύνδεση, έτσι ώστε να μη δημιουργούνται δύο ή περισσότεροι ηλεκτρονικοί φάκελοι για τον ίδιο ασθενή. Συμπερασματικά, απαιτείται ένα πολύ ισχυρό σύστημα διαχείρισης²⁴.

4)Τηλεκπαίδευση

Μια από πιο σύγχρονες τηλεματικές εφαρμογές, η οποία χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω αρκετών

προγραμμάτων. Στόχος της είναι η εκπαίδευση από απόσταση σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, φορείς, επιχειρήσεις, άτομα με ειδικές ανάγκες, προβληματικές γεωγραφικές περιοχές από άποψη πρόσβασης κλπ.

Οι Σκανδιναβικές χώρες την χρησιμοποιούν εδώ και αρκετά χρόνια στην εκπαίδευση, λόγω συχνών αποκλεισμών περιοχών εξαιτίας των κλιματολογικών συνθηκών.

Ο ΟΤΕ με την εφαρμογή του ISDN ανοίγει νέους ορίζοντες στους Τομείς της Εκπαίδευσης και της Επιμόρφωσης, καταργεί σύνορα και αποστάσεις, συμβάλει στην ταχύτατη μετάδοση της πληροφορίας και της γνώσης, προσφέροντας²⁵:

- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ εκπαιδευόμενων και εκπαιδευτών.

Παράλληλα υπάρχει δυνατότητα χρήσης εκπαιδευτικού υλικού, στοιχείο απαραίτητο για τη

Μαθησιακή διαδικασία.

- Εύκολα προσπελάσιμη γνώση και πληροφορίες, στοιχεία απαραίτητα για τη μαθησιακή

διαδικασία.

- Μεγάλη ευελιξία. Οι διευρυμένες δυνατότητες αφορούν τόσο το χώρο, το χρόνο αλλά και το ρυθμό της μάθησης²⁶.

Μέσα από ένα σύστημα τηλεϊατρικής, το οποίο θα επιτρέπει οπωσδήποτε την αλληλεπίδραση μεταξύ χρηστών που βρίσκονται σε απόσταση, παρέχεται και η απαιτούμενη τεχνολογία για την τηλεεκπαίδευση πάνω σε ιατρικά θέματα μέσω δικτύου για:

- Ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό (έρευνα, ιατρικές βιβλιοθήκες)

- Πολίτες (πρόληψη, δημόσια υγεία, χρόνια προβλήματα, επιδημιολογία κ.α)²⁷.

5) Άντληση πληροφοριών από ιατρικό Internet Server

Κάποιες περιπτώσεις περίθαλψης, όπως και διάφορα ιατρικά θέματα και συμβουλές, μπορούν να συγκεντρωθούν με δομημένο τρόπο και να παρουσιάζονται σε ένα κόμβο στο Internet, μέσω ενός Web server. Ο Web Server, εκτός από τις ιατρικές ιστοσελίδες, μπορεί να παρέχει υπηρεσίες ειδικές για να μπορεί κάποιος να αποκτή πρόσβαση σε ειδικές ιατρικές βιβλιοθήκες, σε μελέτες, σε εξελίξεις και γενικά σε πληροφορίες ιατρικού περιεχομένου ή ακόμα και σε ιατρικούς φακέλους ασθενών. Ειδικά για το τελευταίο, θα απαιτείται η ύπαρξη πολύ ισχυρού συστήματος ασφάλειας για την εξασφάλιση του ιατρικού απόρρητου. Θα ήταν εφικτή επίσης η άμεση αλληλεπίδραση των επισκεπτών του κόμβου με εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή συμβουλών²⁴.

6) Ιατρική σε επείγουσες καταστάσεις και καταστροφές

Ένα μείζων ζήτημα στις χώρες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη, είναι αυτό της παροχής υπηρεσιών υγείας σε περίπτωση καταστροφής. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι, απ' τον πληθυσμό της Λατινικής Αμερικής το ένα τρίτο δεν έχει πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη. Το ποσοστό αυτό γίνεται ακόμη μεγαλύτερο στην Αφρική. Οι φυσικές καταστροφές, η ξηρασία, οι εμφύλιοι, οι ανθρώπινες καταστροφές φέρνουν τη δυστυχία και μερικές φορές και το θάνατο σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Το κύμα προσφύγων από απομακρυσμένες περιοχές ή μεθόριες περιοχές ή πόλεις δημιουργεί τεράστιες απαιτήσεις για άμεση ιατρική βοήθεια, συχνά μάλιστα σε περιοχές χωρίς μέσα επικοινωνίας²⁰.

Επίσης σε νοσοκομεία απομακρυσμένων περιοχών, δεν υπάρχουν ειδικοί με αποτέλεσμα αρκετοί ασθενείς να παθαίνουν μόνιμες και σοβαρές βλάβες λόγω της μη άμεσης λήψης σωστών πρώτων

βοηθειών. Σε περίπτωση που λειτουργεί ένα σύστημα τηλεϊατρικής, οι γιατροί του τοπικού κέντρου σε μια τέτοια περίπτωση, μπορεί να έρθουν αμέσως σε επαφή με τους περισσότερο ειδικούς, οι οποίοι θα μπορούν να βλέπουν τον ασθενή και θα δίνουν τις κατάλληλες οδηγίες.

Στον τομέα για παράδειγμα της νευροχειρουργικής, πολλοί τραυματίες ατυχημάτων έχουν υποστεί μόνιμες βλάβες (π.χ. παράλυση), επειδή τη δεδομένη στιγμή δεν υπήρχε κοντά ο ειδικός νευροχειρουργός, ο οποίος θα έδινε τις σωστές οδηγίες και τις κατάλληλες πρώτες βοήθειες. Έτσι και σε άλλους τομείς της ιατρικής πολλές περιπτώσεις θα μπορούσαν να προληφθούν²⁴.

Η τηλεϊατρική των επειγόντων και των καταστροφών μπορεί να ασκηθεί μέσω ασύρματων τηλεπικοινωνιών, η τεχνολογία των οποίων μπορεί να περιλαμβάνει radio pagers, κινητούς επίγειους σταθμούς, ψηφιακά τηλέφωνα (cellular) και υπηρεσίες προσωπικών τηλεπικοινωνιών²⁰.

7) Τηλεχειρουργική /εικονική πραγματικότητα

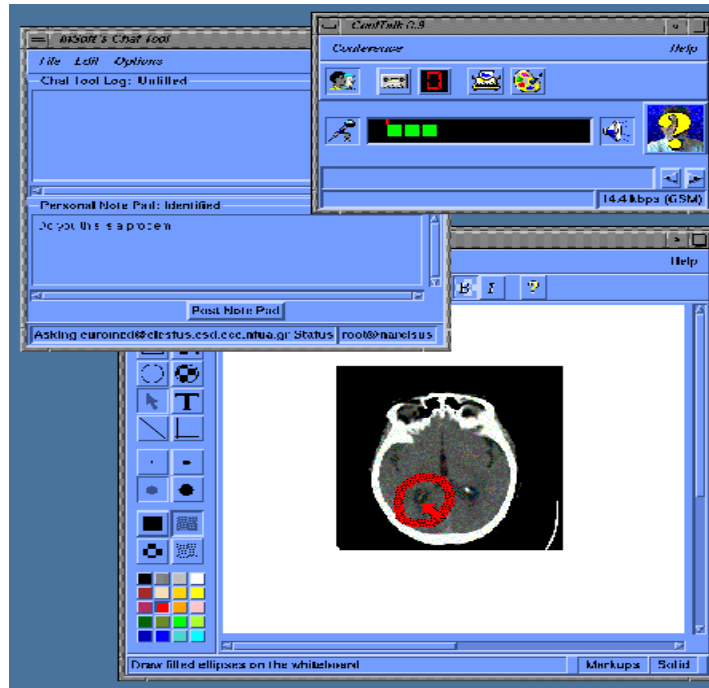
Τηλεχειρουργική σημαίνει χειρουργική εξ' αποστάσεως και αποτελεί ένα τομέα που είναι δύσκολο να τύχει ευρείας εφαρμογής, μιας και η πολυπλοκότητα του αλλά και το μεγάλο κόστος του συναποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες, ακόμη και για τις αναπτυγμένες χώρες. Ο τομέας αυτός ωστόσο, έχει τόσο ενδιαφέρον που γίνονται πειραματισμοί. Έτσι έχουμε φτάσει στο σημείο εξετάζονται από απόσταση υλικά βιοψίας, να αφαιρούνται όγκοι και να δημιουργούνται οπές σε οστά για την τοποθέτηση καρφίδων και συνδέσεων με τη βοήθεια ρομποτικών βραχιόνων. Στις ΗΠΑ χρησιμοποιούνται κάμερες, που ακολουθούν τις κινήσεις των οφθαλμών του χειρουργού. Η κύρια οργάνωση ωστόσο, που

ασχολείται με θέματα τηλεχειρουργικής και εικονικής πραγματικότητας, είναι ο στρατός των ΗΠΑ²⁰.

Ο στρατός των ΗΠΑ ξοδεύει αμέτρητα ποσά στην έρευνα και στην Τεχνολογία για εφαρμοσμένη τηλεϊατρική. Έχει φθάσει όμως σε σημείο να αντιμετωπίσει περιστατικά που μόνο στη σφαίρα της φαντασίας θα μπορούσαν να συμβούν .

Ο τραυματίας στρατιώτης με μια σφαίρα στην κοιλιά στο πεδίο της μάχης μπορεί να χειρουργηθεί από έναν στρατιωτικό χειρουργό που κάθεται σε μια κονσόλα ηλεκτρονικού υπολογιστή σε κάποιο (Κινητό Χειρουργικό Νοσοκομείο Εκστρατείας-MASH) που απέχει 150 Km. Η επέμβαση γίνεται με τη μέθοδο της βίντεο-διάσκεψης (video-conference), οι κινήσεις του ιατρού μεταδίδονται μέσω ράδιο-κυμάτων σε ένα ρομπότ που στην πραγματικότητα διενεργεί την επέμβαση στο πεδίο της μάχης²⁵.

Η τηλερομποτική και η τηλεχειρουργική αναπτύσσονται τώρα σε σύνδεση με μηχανήματα ανάλυσης εικόνας, όπως μαγνητικής και αξονικής τομογραφίας. Ο σημαντικός παράγοντας που λείπει απ' την τηλεχειρουργική είναι η προσομοίωση της αίσθησης της αφής του χειρουργού. Ο επικεφαλής των εργαστηρίων της British Telecom στο Ηνωμένο Βασίλειο, Peter Cochrane διατύπωσε την άποψη ότι στις αρχές του εικοστού αιώνα θα' χουμε την διάθεση μας συνθετικό δέρμα, το οποίο θα' χει όλες τις ιδιότητες του ανθρώπινου δέρματος. Η καινοτομία αυτή θα επιτρέπει στους χειρουργούς να αισθάνονται ους εξ αποστάσεως ασθενείς σαν να βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο²⁰.



8) Υπηρεσίες υποστήριξης μετά το νοσοκομείο

Σε αρκετές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα σε μετεγχειρητικές καταστάσεις, μετά τη θεραπεία του ασθενούς χορηγείται ειδική, εξωνοσοκομειακή αγωγή, όπου με την υπηρεσία της τηλεϊατρικής μπορεί να γίνει μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον. Σε τέτοιες καταστάσεις, θα μπορούσε η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς να γίνεται και για τους δύο στο τοπικό ιατρικό κέντρο, χωρίς να χρειάζεται η μετάβαση του ενός στο χώρο του άλλου²⁴.

Η πιο συνηθισμένη, και απλούστερη και συχνά οικονομικότερη υπηρεσία τηλεϊατρικής είναι η παροχή ιατρικών συμβουλών με χρήση του τηλεφωνικού δικτύου. Το γεγονός αυτό έγινε γρήγορα αντιληπτό απ' τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Η PPP health care, που έχει έδρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει δημιουργήσει τηλεφωνική γραμμή στην υπηρεσία της υγείας. Η γραμμή αυτή στελεχώνεται από νοσηλευτές και απευθύνεται σε ανθρώπους που είτε έχουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα,

αλλά οι ίδιοι δεν το θεωρούν αρκετά σοβαρό ώστε να καταφύγουν στον οικογενειακό γιατρό τους, είτε απλά θέλουν να πάρουν κάποιες πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους. Η εταιρία αυτή δέχεται περίπου 500 τηλεφωνήματα σε εβδομαδιαία βάση²⁰.

9) Παροχή φροντίδας σε φυλακές υψίστης ασφάλειας

Γίνεται κυρίως παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό τη μείωση της μετακίνησης βαρυποινιτών από την φυλακή.

Στην Ελλάδα υπάρχει ένα σύστημα τηλεϊατρικής που υλοποιήθηκε για την εξυπηρέτηση των φυλακών Κορυδαλλού(σύνδεση Κορυδαλλού με Γ.Π.Ν. Νίκαιας) εφαρμόζεται εκτεταμένα η ιατρική τηλεδιάσκεψη. Οι ιατροί το παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των φυλακών, μπορούν να βρίσκονται σε άμεση, <πρόσωπο με πρόσωπο>, συνεχή επαφή με τους ιατρούς κάθε ειδικότητας του νοσοκομείου Νίκαιας. Έτσι καταρχήν είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση κάθε προβλήματος υγείας των κρατουμένων²⁸.

3.3.3 ΟΦΕΛΗ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται τα τελευταία χρόνια ένας οργανισμός ερευνητικής δραστηριότητας αναφορικά με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στη παροχή φροντίδας υγείας. Αν και πρόκειται ακόμα μόνο για μεμονωμένες μελέτες και πιλοτικά προγράμματα όλες οι ανακοινώσεις είναι ιδιαίτερες αισιόδοξες για τις δυνατότητες και τις προοπτικές της νέας τεχνολογίας στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στην ευελιξία του εκάστοτε

συστήματος υγείας και στη διαχείριση του κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Τόσο οι διευθυντές των υπηρεσιών υγείας όσο και οι γιατροί ψάχνουν για πιο εύκαμπτους τρόπους παροχής της φροντίδας, για λιγότερο επεμβατικές διαδικασίες, για μείωση του κινδύνου που αφορά τη ζωή του ασθενή, για μείωση της διάρκειας νοσηλείας, με λίγα λόγια αντιμετώπιση όλων εκείνων των καταστάσεων που αποτελούν πρόκληση για τη καθημερινή πρακτική σε ένα σύστημα υγείας.

Το κυριότερο όφελος της τηλεϊατρικής είναι η άμεση πρόσβαση στην πληροφορία είτε αφορά συγκεκριμένο ασθενή είτε συγκεκριμένο θέμα²⁹. Η αμεσότητα αυτή μπορεί να κάνει τη διαφορά π.χ. μεταξύ ζωής και θανάτου του ασθενή (αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών) ή π.χ. καλύτερη διαχείριση του κόστους μεταξύ εναλλακτικών μορφών παροχής της φροντίδας (μείωση του κόστους-μετακίνηση του ασθενή ή του γιατρού, ευκολότερη διαχείριση των ιατρικών φακέλων). Η τηλεϊατρική υπόσχεται καλύτερη φροντίδα υγείας για το σύνολο του πληθυσμού, αγροτικού ή μη, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες καταστάσεις όπως αντιμετώπιση επειγόντων ή χρόνιων περιστατικών, συμβουλές ρουτίνας, προληπτική ιατρική, δημόσια υγεία, εκπαίδευση ασθενών, συσκέψεις διοικητικών στελεχών υπηρεσιών υγείας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και πολλών άλλων. Σε γενικές γραμμές τα οφέλη-πλεονεκτήματα από την χρήση της τηλεϊατρικής μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- πλεονεκτήματα για τον ασθενή
- πλεονεκτήματα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- πλεονεκτήματα για το σύνολο του συστήματος υγείας

ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Καθώς η νέα τεχνολογία επεκτείνεται και βρίσκει νέες εφαρμογές στο χώρο της υγείας, οι πρώτοι άμεσα ωφελημένοι είναι οι ίδιοι οι ασθενείς. Πρόκειται για σαφή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας που οφείλεται κατά κύριο λόγο στη αμεσότητα της αντιμετώπισης που εξασφαλίζει η τηλεϊατρική.

1) Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος

Η χρησιμοποίηση της σε επείγουσες καταστάσεις που διαδραματίζονται μακριά από οργανωμένα κέντρα υγείας μπορεί να κάνει τη διαφορά για τη ζωή ή το θάνατο του ασθενή που αλλιώς θα έπρεπε να διανύσει μεγάλες αποστάσεις για να βρει την κατάλληλη φροντίδα. Είναι γνωστό ότι σε ορισμένες καταστάσεις π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου οι πρώτες ώρες θα καθορίσουν και την τελική έκβαση της υγείας του ασθενή ή το επίπεδο της ποιότητας της μετέπειτα ζωής του. Άμεση αντιμετώπιση σημαίνει γρήγορη διάγνωση, άμεση έναρξη θεραπείας άρα γρηγορότερη ανάρρωση.

2) Πρόσβαση σε εξειδικευμένη γνώση

Είναι γνωστό ότι την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων σε απομακρυσμένες περιοχές αναλαμβάνουν πολλές φορές γιατροί χωρίς ειδικότητα (αγροτικοί ιατροί) ή άτομα με περιορισμένη επαγγελματική εμπειρία. Η χρήση της τηλεϊατρικής μπορεί να εξαλείψει αυτά τα μειονεκτήματα δίνοντας τη δυνατότητα επικοινωνίας με εξειδικευμένα κέντρα. Έτσι ο ασθενής εξασφαλίζει μια δεύτερη γνώμη για τη

κατάσταση του που έχει σαν αποτέλεσμα από τη μια αύξηση των πιθανοτήτων σωστής διάγνωσης άρα και καλύτερης αντιμετώπισης και από την άλλη αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή.

3) Μείωση εξόδων

Η αντιμετώπιση των οποιωνδήποτε ιατρικών προβλημάτων στη περιοχή διαμονής έχει διπλό οικονομικό όφελος για τον ασθενή. Αρχικά αποφεύγονται τα έξοδα μετακίνησης που στη πλειοψηφία των περιπτώσεων καλύπτονται από τον ίδιο και όχι από κάποιας μορφής ασφάλισης. Από την άλλη όμως η αποφυγή του ταξιδιού έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργική χρησιμοποίηση του χρόνου που θα ξοδευόταν για την μετακίνηση (π.χ. χαμένα ημερομίσθια).

4) Καλύτερη ενημέρωση

Η τεχνολογία πλέον προσφέρει τη δυνατότητα της άμεσης επικοινωνίας με κέντρα γνώσεων είτε πρόκειται για εξειδικευμένους επαγγελματίες είτε οργανωμένες ιατρικές βιβλιοθήκες είτε άτομα που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής αποκτά τα εφόδια για να μειώσει το άγχος που του προκαλεί η αρρώστια, να βελτιώσει την ψυχολογική του κατάσταση και να βοηθήσει τον ίδιο του τον εαυτό στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας προέρχονται κυρίως από τη δυνατότητα επικοινωνία μεταξύ τους, ανεξάρτητα από την απόσταση και το χρόνο.

1) Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση μέσω τηλεδιάσκεψης (π.χ. σε συνέδρια και ημερίδες) είναι μια ευρύτατα διαδεδομένη και αποδεκτή εφαρμογή της τηλεϊατρικής. Το πιο σημαντικό όμως στη καθημερινή πρακτική είναι η δυνατότητα που δίνεται στον εκάστοτε μη ειδικό ιατρό να αντιμετωπίσει επί τόπου τα πάσης φύσεως περιστατικά επικουρούμενος από τη συνδρομή των εξειδικευμένων επαγγελματιών, περιστατικά που στις περιπτώσεις απουσίας τηλεϊατρικών συστημάτων απλά θα φρόντιζαν για τη διακομιδή τους σε άλλα πιο οργανωμένα κέντρα. Η τριβή όμως με αυτά τα περιστατικά τελικά βελτιώνει τις επαγγελματικές δεξιότητες και αυξάνει την εκτίμηση και την εμπιστοσύνη του ιατρού για τις ικανότητες του.

Επίσης οι υπηρεσίες της τηλεϊατρικής και η απαραίτητη για την εφαρμογή της υποδομή, μπορεί να βοηθήσουν στο χώρο της εκπαίδευσης πάνω σε ιατρικά θέματα. Για παράδειγμα μπορεί μια ιατρική σχολή είναι δυνατό να συνδέεται με το σύστημα τηλεϊατρικής ενός νοσοκομείου και να γίνεται διδασκαλία που θα βασίζεται πάνω σε πραγματικά γεγονότα. Μπορούν να γίνονται επιδείξεις βιντεοσκοπημένων συμβάντων, να χρησιμοποιούνται ιατρικές εικόνες που θα βρίσκονται αποθηκευμένες στο σύστημα τηλεϊατρικής και γενικότερα να παρέχεται εκπαίδευση μέσα από ένα πραγματικό σύστημα υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την διευκόλυνση και την αναβάθμιση της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης όπου μαζί με την ιατρική εκπαίδευση εκπονούνται και προγράμματα συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευση μέσω τηλεϊατρικής με θέματα επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας και κοινοτικής νοσηλευτικής.

Επίσης η τηλεϊατρική επιτρέπει τους νοσηλευτές που ασχολούνται με την κλινική ερευνά να συνεργάζονται ανεξάρτητα από γεωγραφικούς φραγμούς πάνω σε ιατρικούς φακέλους και εικόνες.

2) Μείωση της απομόνωσης

Επί του παρόντος η πλειοψηφία των τηλεϊατρικών συστημάτων χρησιμοποιείται για τη παροχή φροντίδας σε απομονωμένες και απομακρυσμένες περιοχές. Συχνά σε αυτές τις περιοχές παρατηρείται δυσκολία προσέλκυσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού λόγω ακριβώς αυτής της απομόνωσης. Η τηλεϊατρική όμως δίνει τη λύση καθώς παρέχει τη δυνατότητα επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας, την αναζήτηση υποστήριξης στην καθημερινή πρακτική και

μείωση του άγχους (π.χ. δεύτερη γνώμη και επιβεβαίωση της διάγνωσης), την ενημέρωση για όλες τις τελευταίες εξελίξεις της επιστήμης.

3) Εκσυγχρονισμός της εργασίας

Με την χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας και υπηρεσιών βάσει διεθνών προτύπων έχουμε εκσυγχρονισμό του περιβάλλοντος της εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού²³.

ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα πλεονεκτήματα για το σύστημα υγείας προέρχονται κυρίως από τη καλύτερη διαχείριση των πόρων που το στηρίζουν.

1) Μείωση εξόδων μεταφοράς

Αφορά έξοδα που επιβαρύνουν το σύστημα (π.χ. ασφαλιστικό σύστημα) για τη διακομιδή ασθενών ή για τη μετακίνηση εξειδικευμένου προσωπικού σε απομονωμένες περιοχές με σκοπό τη παροχή ιατρικής φροντίδας. Έξοδα που μπορούν να εξοικονομηθούν με τη λειτουργία ενός συστήματος και την αντιμετώπιση των περιστατικών επί τόπου χωρίς να απαιτείται η μετακίνηση ασθενή ή ιατρού.

2) Μείωση εξόδων νοσηλείας

Η εγκατάσταση ενός τηλεϊατρικού συστήματος επιτρέπει τη παρακολούθηση της πορείας της υγείας ασθενών που διαφορετικά θα έπρεπε να παρατείνουν τη παραμονή τους στο νοσοκομείο αυξάνοντας κατακόρυφα το κόστος αντιμετώπισης της ασθένειάς τους.

3) Μείωση της λίστας αναμονής

Πάρα πολλές καταστάσεις, συνήθως χρόνιες, αντιμετωπίζονται μέσω τηλεϊατρικής αποσυμφορίζοντας τα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων και μειώνοντας τις αντίστοιχες λίστες αναμονής.

4) Δημιουργία βάσεων δεδομένων

Η χρήση των τηλεϊατρικών συστημάτων συνήθως συνοδεύεται από συστηματική καταγραφή των δεδομένων, κάτι που μπορεί πολύ εύκολα να οδηγήσει στη δημιουργία βάσης δεδομένων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας υγείας του πληθυσμού αναφοράς (π.χ. προαγωγή της δημόσιας υγείας, αποφυγή επιδημιών)

5) Προσέλκυση προσωπικού

Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ύπαρξη τηλεϊατρικής σε μια περιοχή μειώνει την απομόνωση που θα αισθανόταν ένας γιατρός ή ένας

νοσηλευτής καθιστώντας ταυτόχρονα αυτή τη θέση αρκετά ελκυστική. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να καλυφθούν θέσεις στο σύστημα υγείας της περιφέρειας που αλλιώς θα παρέμεναν κενές, δίνοντας την ευκαιρία στους κατοίκους της περιοχής για άμεση ιατρική φροντίδα.

Όπως έχει παρατηρηθεί από την εμπειρία άλλων χωρών στην εφαρμογή συστημάτων τηλεϊατρικής, η κοινωνία σε γενικές γραμμές φαίνεται ωφελημένη σε πολλαπλά επίπεδα, κυρίως οικονομικά. Η αντιμετώπιση των βασικών ιατρικών αναγκών των κατοίκων της περιοχής έχει σαν αποτέλεσμα να εκλείπει ένας από τους σημαντικότερους λόγους εσωτερικής μετανάστευσης κρατώντας τα άτομα στις πατρογονικές τους εστίες. Η Βελτίωση της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, αν και δεν είναι μετρήσιμη, είναι αναμφισβήτητη και θεωρείται άμεσα συνδεδεμένη με την οικονομική ανάπτυξη της περιοχής. Υπολογίζοντας μάλιστα και την προσέλκυση εξειδικευμένου προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, τεχνικό προσωπικό) εξ αιτίας της τηλεϊατρικής σε απομονωμένες περιοχές, η βελτίωση του οικονομικού επιπέδου μπορεί να θεωρηθεί μάλλον αναμενόμενη³⁰.

3.3.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Ο κλάδος της τηλεϊατρικής αποτελεί κάτι καινούριο στην επιστήμη των υπολογιστών. Μόνο για να ωριμάσει η ιδέα της χρησιμοποίησης, των εφαρμογών τηλεϊατρικής στην καθημερινής μας ζωή, θα περάσει ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα τηλεϊατρικής, με

αποτέλεσμα να μην έχουν γίνει συνειδητές οι συνταρακτικές εξελίξεις που θα επιφέρει στον κλάδο της ιατρικής. Ωστόσο, δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς έχουν αρχίσει να επιδεικνύουν ενδιαφέρον στην ανάπτυξη εφαρμογών για την εξ' αποστάσεως διάγνωση και θεραπεία ασθενών. Σημαντικός παράγοντας για το παραπάνω, αποτελεί η μείωση του κόστους των τηλεπικοινωνιών και η παραπέρα διαθεσιμότητα διάφορων και πρωτότυπων ηλεκτρονικών υπηρεσιών.

Παρά τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα που συνοδεύουν την Τηλεϊατρική, τώρα που οι εφαρμογές της θα αρχίσουν να εισέρχονται στην καθημερινότητα, υπάρχουν και αρκετά περίπλοκα προβλήματα, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπ' όψη. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλύσουμε τα παραπάνω προβλήματα, κατατάσσοντάς τα στις ακόλουθες κατηγορίες

- **Οικονομικοί παράγοντες**
- **Τεχνικά προβλήματα και τεχνολογική εξέλιξη**
- **Ρυθμιστικές Διατάξεις**
- **Απόδοση ευθύνης σε περίπτωση λάθους**
- **Ασφαλιστική κάλυψη**

Για κάθε ένα από τα παραπάνω, προτείνονται συγκεκριμένες λύσεις. Σίγουρα υπάρχουν και άλλοι τρόποι κατηγοριοποίησης των παραπάνω κινδύνων, θεωρούμε όμως ότι οι πέντε κατηγορίες στις οποίες τα κατατάξαμε, περιλαμβάνουν όλα αυτά που μπορεί να προκύψουν. Συγκεκριμένα θα γίνει αναφορά μόνο στους οικονομικούς παράγοντες.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το κόστος που απαιτείται για την αγορά της απαραίτητης για την υποστήριξη των υπηρεσιών τηλεϊατρικής υποδομής, είναι πολύ μεγάλο. Στο σύνολο των εξόδων, συμπεριλαμβάνονται το αρχικό κόστος, κόστος συντήρησης και κόστος αναβάθμισης. Ο φορέας υλοποίησης του έργου πρέπει να γνωρίζει και να μπορεί να αντεπεξέλθει στα έξοδα που θα προκύψουν, έτσι ώστε να μπορέσει να καταστεί βιώσιμο το σύστημα της τηλεϊατρικής.

Ο εξοπλισμός που χρειάζεται για ένα νέο πληροφοριακό σύστημα τηλεϊατρικής είναι πολύ ακριβός τόσο για την αγορά του, όσο για την συντήρηση και την μετέπειτα αναβάθμισή του. Πέρα από αυτό, θα πρέπει να υπάρχει και κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό, που να μπορεί να το χειριστεί. Έτσι λοιπόν, θα πρέπει ο φορέας να φροντίσει, εκτός από το στήσιμο και τη διατήρηση των συστημάτων, για την εκπαίδευση των γιατρών σε θέματα που αφορούν τη χρήση των υπολογιστών, για την εξασφάλιση της ακεραιότητας και αξιοπιστίας της μεταδιδόμενης πληροφορίας καθώς και για την ασφάλεια των ιδίων των συστημάτων. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Η αξιόπιστη λειτουργία ενός συστήματος τηλεϊατρικής αποτελεί άμεση συνάρτηση της τηλεπικοινωνιακής υποδομής. Μη αξιόπιστα τηλεπικοινωνιακά δίκτυα συνεπάγονται την παροχή μη αποδοτικών ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες μπορεί και να είναι επικίνδυνες. Ο φορέας του έργου πρέπει να έχει υπ' όψη ότι το συνολικό κόστος του έργου, δεν εστιάζεται μόνο στην τοποθέτηση του εξοπλισμού, αλλά απαιτείται να γίνει μια ανάλυση και της απόδοσης που θα επέλθει από την παροχή της τηλεϊατρικής υποδομής. Σημαντικός παράγοντας στο λόγο κόστους/ απόδοσης αποτελεί η επιλογή της κατάλληλης περιοχής για την τοποθέτηση του εξοπλισμού. Τα μέρη που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για την ύπαρξη μιας τέτοιας υποδομής, είναι οι γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές. Στις περιοχές αυτές η απόδοση αυξάνεται,

αφού το σύστημα θα χρησιμοποιείται περισσότερο. Στο σημείο αυτό όμως, υπεισέρχεται και ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να εξεταστεί, αυτός της επικοινωνίας μεταξύ των διάφορων τοποθεσιών. Έτσι, πριν από την απόφαση για το μέρος στο οποίο θα στηθεί ένα σύστημα τηλεϊατρικής θα πρέπει να γίνει μια έρευνα σε τοπικό επίπεδο, για το κατά πόσο θα χρησιμοποιηθεί το σύστημα αυτό, ενώ κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση των κατοίκων για τα πλεονεκτήματα της τηλεϊατρικής και για το πόσο σωτήρια μπορεί να είναι σε αρκετές περιπτώσεις.

Η ισορροπία του λόγου κόστους / απόδοσης, αποτελεί το βασικότερο κριτήριο για την ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος τηλεϊατρικής. Ένας κακός προϋπολογισμός θέτει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος. Για τη μείωση του κινδύνου αυτού, όσον αφορά σε οικονομικούς παράγοντες, προτείνονται τα παρακάτω:

- Ο φορέας του έργου πρέπει να γνωρίζει ότι τα έξοδα δεν περιορίζονται μόνο στην αγορά του εξοπλισμού, αλλά επεκτείνονται κατά πολύ και σε μελλοντικές ενέργειες που θα εξασφαλίσουν τη σωστή λειτουργία του συστήματος. Από την αρχή λοιπόν πρέπει να είναι σε θέση να καλύψει το συνολικό κόστος.
- Η εκπαίδευση είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για το ιατρικό προσωπικό και για τους συντηρητές των συστημάτων. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη γνώση της λειτουργίας των υπολογιστών και του συγκεκριμένου λογισμικού.
- Πρέπει να εκτιμηθεί η υπάρχουσα τηλεπικοινωνιακή υποδομή και κατά πόσο μπορεί να στηρίξει ένα τέτοιο σύστημα. Αν η υπάρχουσα κατάσταση δεν είναι ικανοποιητική, θα πρέπει να δοθεί έμφαση πρώτα στην εγκαθίδρυση ενός ισχυρού δικτύου και στη συνέχεια να

εγκατασταθεί σε κάποιο μέρος ο εξοπλισμός για τις εφαρμογές της τηλεϊατρικής.

Η επικοινωνία με τις τοπικές κοινωνίες κρίνεται απαραίτητη, έτσι ώστε να είναι εξαιρετικά αξιόπιστος και το λογισμικό ιδιαίτερα φιλικό προς το χρήστη, έτσι ώστε να είναι δυνατή η συνένωση των ανθρώπινων ικανοτήτων με τις δυνατότητες των μηχανών²⁴.

3.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μια μεγάλη κατηγορία της εκπαίδευσης ενηλίκων, κατά την Τριτοβάθμια εκπαίδευση. Εξαιτίας του μεγάλου κόστους και των αρνητικών συνεπειών που έχουν οι λανθασμένες αποφάσεις και πρακτικές στο χώρο αυτό, έχει δοθεί αρκετά μεγάλη σημασία και βαρύτητα στην εκπαίδευση σε αυτόν τον χώρο.

Ένα από τα χαρακτηριστικά της ιατρικής γνώσης είναι ότι είναι απέραντη και συνεχώς μεταβαλλόμενη. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποκτήσουν και να θυμούνται ένα πολύ μεγάλο αριθμό λεπτομερειών, πράγμα που κάνει αρκετά σημαντική στην εκπαίδευσή τους την απομνημόνευση. Ταυτόχρονα πολλές φορές θα χρειαστεί να ανατρέξουν σε νέα βιβλιογραφία και ανανεώσουν τις γνώσεις στο αντικείμενο εργασίας τους. Θεωρίες μάθησης που εστιάζουνε στην μνήμη είναι πολύ συχνά εφαρμόσιμες σε αυτόν χώρο. Παίρνοντας υπόψη, όμως, ότι μιλάμε για εκπαίδευση ενηλίκων καθώς και ότι με την εφαρμογή των νέων ΤΠΕ μπορούν να εφαρμοστούν νέες εκπαιδευτικές πρακτικές στον χώρο υγείας, πιθανόν άλλες θεωρίες εστιαζόμενες στην αυτόνομη διδασκαλία και στην γνωστική ευελιξία να είναι πιο κατάλληλες.

Συγκεκριμένες γνωστικές δεξιότητες όπως η λήψη αποφάσεων, η σωστή αιτιολόγηση και λύση προβλημάτων είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητες στην ιατρική πρακτική. Η λύση προβλημάτων (problem solving) υπήρξε η βασική παιδαγωγική αρχή πολλών προγραμμάτων σπουδών εδώ και χρόνια. (e.g., Barrows & Tamblyn, 1980; Elstein., Shukman & Sprafka, 1978; Norman & Schmidt, 1992). Το επαγγελματικό περιβάλλον στο χώρο της υγείας είναι αρκετά στρεσογόνο. Πολλές δραστηριότητες της ιατρικής πρακτικής (πχ. χειρουργική, ραδιοακτινολογία, οδοντιατρική) βασίζονται σε υψηλού επιπέδου αντανακλαστικού τύπου ικανότητες και δεξιότητες. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της φύσης της εργασίας τους συχνά καλούνται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις, για αυτό και η έρευνα της συμπεριφορά και αντίδρασή τους μπορεί επίσης να καταστεί χρήσιμο εργαλείο στην εκπαίδευσή τους.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε η ιατρική εκπαίδευση είναι δια βίου. Οι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να μπορούν να αυτό-κατευθυνθούν στις μαθησιακές τους ανάγκες, και να είναι ικανοί να συσχετίσουν τις νέες γνώσεις και πληροφορίες στις ανάγκες και εμπειρίες τους. Για το λόγο αυτό οι θεωρίες μάθησης ενηλίκων, οι οποίες εστιάζουν στην αυτό-καθοδηγούμενη και εμπειρική μάθηση είναι εξαιρετικά συναφής με τα επαγγέλματα υγείας.

Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται εκπαιδευτικές μεθοδολογίες που είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην “ιατρική” εκπαίδευση καθώς και τα προβλήματα της σημερινής εκπαιδευτικής διαδικασίας και πρακτικής όπως εκφράστηκαν από φοιτητές επαγγελματιών υγείας (Βιβλιοθήκη Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσ/νίκης, 2004). Τέλος, η ανάγκη για αλλαγή της εκπαιδευτικής διαδικασίας παρουσιάζεται και

μέσω των προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσει ή να λύσει η εφαρμογή της Ιατρικής Πληροφορικής στο χώρο Υγείας.

3.1.1 Διδασκαλία σε μικρές ομάδες

Το μάθημα σε μικρές ομάδες αποτελεί μια σύγχρονη μέθοδο διδασκαλίας με μεγάλη σπουδαιότητα στην ιατρική εκπαίδευση. Η διδασκαλία σε μικρές ομάδες φοιτητών απαιτεί το διαχωρισμό τους σε ομάδες των 4-8 ατόμων που συντονίζονται από ένα καθηγητή ή έστω μια μικρή επιτροπή για κάθε αντικείμενο μαθήματος. Μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στα θεωρητικά μαθήματα -χωρίς να παραβλέπεται όμως η σημασία του μαθήματος υπό μορφή διάλεξης- όσο και στα κλινικά-εργαστηριακά, για την απόκτηση δεξιοτήτων.

Όταν ένας καθηγητής αναλαμβάνει να διδάξει μια μικρή ομάδα φοιτητών, μπορεί να ασχοληθεί καλύτερα μαζί τους και να τους μεταδώσει ουσιαστικές γνώσεις. Η συνεργασία του φοιτητή με τον εκάστοτε καθηγητή είναι εποικοδομητική, καθώς βασίζεται στην άμεση επικοινωνία και στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης. Ο φοιτητής αποκτά υπόσταση, δεν είναι άγνωστος στον καθηγητή. Αυτό του επιτρέπει να εκφράσει ευκολότερα τις απορίες του, να κάνει διάλογο με τον καθηγητή, ακόμη και να αντιπαρατεθεί μαζί του. Ταυτοχρόνως, ακόμη και αν το επιθυμεί, όταν ο φοιτητής είναι μέλος μιας μικρής ομάδας, δεν μπορεί να μείνει αδιάφορος και αμέτοχος και η ενεργός συμμετοχή του κρίνεται απαραίτητη. Επομένως, τόσο η φυσική όσο και η ουσιαστική απουσία από το μάθημα γίνεται αμέσως αντιληπτή.

Επιπλέον, σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο φοιτητής βελτιώνει τις σχέσεις με τους συμφοιτητές του. Μέσα από τις εργασίες που

ανατίθενται στην ομάδα, δημιουργείται πνεύμα συνεργασίας και ομαδικότητας. Ακόμα, το γεγονός ότι ο καθηγητής ασχολείται με ένα περιορισμένο αριθμό φοιτητών, του επιτρέπει να προετοιμαστεί καλύτερα και να βελτιώσει την απόδοση του. Παράλληλα, υπάρχει ευελιξία στη μέθοδο διεξαγωγής του μαθήματος και δυνατότητα αναζήτησης της αποδοτικότερης μεθόδου για τη συγκεκριμένη ομάδα. Γνωρίζοντας τις αδυναμίες και τα αρετές των φοιτητών του, μπορεί να προσαρμόσει το μάθημα στις συνθήκες της ομάδας με αποτέλεσμα αυτό να γίνει πιο περιεκτικό και πιο ουσιαστικό. Ένα ακόμη προτέρημα αυτής της μεθόδου διδασκαλίας είναι το γεγονός ότι η κλινική-εργαστηριακή άσκηση διενεργείται με τις καλύτερες προϋποθέσεις. Ο φοιτητής μπορεί να αποκτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες με μεγάλη ευκολία αφού δε χάνεται στο μέγεθος μιας μεγάλης ομάδας. Έρχεται σε άμεση επαφή και αποκτά εμπειρική γνώση με το αντικείμενο εκπαίδευσης. Ο χρόνος που απαιτείται να αφιερώσει για να ασκηθεί είναι λιγότερος, αλλά σαφώς πιο ουσιαστικός και ποιοτικά καλύτερος.

Όσον αφορά το θέμα της αξιολόγησης του φοιτητή, αυτή είναι σαφώς πιο αντικειμενική. Δε γίνεται μόνο στο τέλος του εξαμήνου, όπου συσσωρεύετε ένας πολύ μεγάλος όγκος ύλης τον οποίο ο φοιτητής καλείται να αφομοιώσει σε μικρό χρονικό διάστημα. Αφ' ενός, η ενεργός συμμετοχή του φοιτητή στο μάθημα τον αναγκάζει να βρίσκεται σε όλη τη διάρκεια της περιόδου σε επαφή με το εκάστοτε αντικείμενο μαθήματος. Αφ' ετέρου, η άμεση επικοινωνία του καθηγητή με το φοιτητή, επιτρέπει στον καθηγητή να γνωρίζει λίγο ή πολύ το επίπεδο των γνώσεων και των δυνατοτήτων του δεύτερου. Ακόμη, η παραπάνω κατάσταση που δημιουργείται, σε συνδυασμό με τη διενέργεια εργασιών ή προόδων κατά τη διάρκεια του εξαμήνου οδηγεί σε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση του φοιτητή.

3.1.2 Διασυνδεδεμένο Μάθημα και Problem Based Learning

Υπάρχουν πολλοί τρόποι διδασκαλίας, όμως στα περισσότερα πανεπιστήμια του κόσμου επικρατεί ο παραδοσιακός τρόπος όπου το κάθε μάθημα διδάσκεται με βάση το γνωστικό αντικείμενο και ο καθηγητής το παρουσιάζει από τη δική του σκοπιά, από τη δική οπτική γωνία. Γίνεται ένας σαφής διαχωρισμός των μαθημάτων σε θεωρητικά και εργαστηριακά, κλινικά και προκλινικά μαθήματα, στα οποία η διδασκαλία είναι δασκαλοκεντρική. Η όλη πορεία του φοιτητή είναι προκαθορισμένη χωρίς τη δυνατότητα κάποιας επιλογής, από το σύγγραμμά του μέχρι και την υποχρεωτική παρουσία όλα είναι προγραμματισμένα.

Ο συγκεκριμένος τρόπος διδασκαλίας επιλέγεται επειδή ως κύριο πλεονέκτημα θεωρείται συνήθως το μικρότερο δυνατό κόστος της εκπαίδευσης των φοιτητών επιλέγεται αυτός ο τρόπος διδασκαλίας. Μεγάλη σημασία στην επιλογή αυτού του μοντέλου διδασκαλίας παίζει και το ότι ο κάθε διδάσκων διδάσκει το δικό του γνωστικό αντικείμενο, βρίσκετε δηλαδή στο δικό του πεδίο έχει μεγαλύτερη άνεση οπότε και μεταδοτικότητα για να μεταφέρει τις γνώσεις που εκείνος κατέχει. Οι φοιτητές γνωρίζουν από την αρχή με ποιο γνωστικό αντικείμενο θα ασχοληθούν οπότε είναι προετοιμασμένοι να το αντιμετωπίσουν. Υπάρχουν όμως και μειονεκτήματα. Ο φοιτητής βομβαρδίζεται με τεράστιες ποσότητες πληροφοριών που πρέπει να αφομοιώσει και να κατανοήσει χωρίς όμως να ξέρει που να τις εφαρμόσει και πώς να τις αξιοποιήσει. Λόγω της έλλειψης κινήτρων για μάθηση αυτών των πληροφοριών ο φοιτητής γίνεται απλά φερέφωνο (*instrumentum vocale*) του διδάσκοντος για να περάσει το μάθημα. Ο φοιτητής πρέπει να

αναλάβει μόνος του πρωτοβουλία και ο ίδιος να εξασκήσει την ικανότητα της διασύνδεσης όλων των γνώσεων αυτών ώστε να διαχωρίσει την χρήσιμη και απαραίτητη πληροφορία για τη μετέπειτα σταδιοδρομία του.

Από την άλλη υπάρχει μια ανανεωμένη εκδοχή της διδασκαλίας, η διασυνδεδεμένη διδασκαλία. Η διασυνδεδεμένη διδασκαλία ορίζεται ως η οργάνωση της διδακτέας ύλης με τέτοιο τρόπο ώστε να συσχετίζει ή να ενοποιεί τα αντικείμενα μεταξύ τους που συνήθως διδάσκονται σε διαφορετικές ενότητες, σε διαφορετικά έτη και από διαφορετικές έδρες. Η διασυνδεδεμένη διδασκαλία αποτελεί το πρώτο βήμα για να φτάσουμε στο PBL (Problem Based learning). Η διασυνδεδεμένη διδασκαλία χαρακτηρίζετε από την άμεση μεταφορά της γνώσης στην πράξη οπότε γίνεται κατανοητό γιατί είναι απαραίτητες κάποιες γνώσεις οι οποίες υπό άλλες συνθήκες δίνουν την εντύπωση ότι είναι περιττές. Γίνετε άμεση εφαρμογή της νεοαποκτηθείσας γνώσης στην πράξη και προωθείτε ο φοιτητής να αναλάβει πρωτοβουλία μόνος του, να αναπτύξει κριτική σκέψη και ικανότητα στο να στηρίζει τις θέσεις και απόψεις του. Δίνεται μεγαλύτερη δυνατότητα στον φοιτητή για επιλογή των βασικών γνώσεων που του είναι απαραίτητες χωρίς να βομβαρδίζεται με περιττές λεπτομέρειες. Δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες προσέγγισης του φοιτητή από τον εκπαιδευτικό λόγω του ότι υπάρχει διάλογος και συνεργασία. Από την άλλη, με αυτόν τρόπο διδασκαλίας μπορούν να παραλειφθούν βασικά στοιχεία ενός γνωστικού αντικείμενου και επιπλέον κάποια θέματα να μη γίνουν αντιληπτά διότι υπερτερούν κάποια άλλα. Επίσης, σε αυτό στο μοντέλο αυτό διδασκαλίας ίσως κριθεί απαραίτητη η συνεργασία πολλών εκπαιδευτικών διαφόρων ειδικοτήτων πράγμα που συχνά είναι δύσκολο. Τέλος κατά πάσα πιθανότητα θα απαιτήσει μιας μορφής εκπαίδευσης και των ίδιων των εκπαιδευτών.

3.1.3 Problem Based Learning

Το διασυνδεδεμένο μάθημα, λοιπόν, αποτελεί το πρώτο βήμα για να φτάσουμε στο PBL, (Problem based Learning). Το PBL, είναι ένα εκπαιδευτικό σχήμα που είναι κεντροθετημένο γύρω από τη συζήτηση και εκμάθηση που προέρχεται από ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Είναι μια μέθοδος που ενθαρρύνει την ανεξάρτητη εκμάθηση, ένας τρόπος όποιος ενθαρρύνει μια βαθύτερη κατανόηση του υλικού παρά την επιφανειακή κάλυψη. Οι καθηγητές έχουν κυρίως το ρόλο του καθοδηγητή-επόπτη της πορείας της διδασκαλίας. Οι φοιτητές είναι στο κέντρο της διδασκαλίας και μαθαίνουν να συνεργάζονται όλοι για τη γρήγορη και επιστημονικά άρτια επίλυση του προβλήματος που τους δίνεται.

Σύμφωνα με τους γενικούς στόχους PBL, κάθε πρόβλημα προορίζεται να ενθαρρύνει τον φοιτητή “για να αναπτύξει μια εκτίμηση για την αλληλένδετη φύση των φυσικών, βιολογικών, και συμπεριφορικών μηχανισμών που πρέπει να εξεταστούν με κάθε πρόβλημα υγείας”. Με τη συμμετοχή σε αυτό το σχήμα εκμάθησης, οι φοιτητές θα γίνουν ικανοί στο στάδιο της ανάλυσης προβλήματος της παραγωγής υπόθεσης, και της παραγωγής της εκμάθησης των ζητημάτων που επιτρέπουν την περαιτέρω εξερεύνηση. Κάθε πρόβλημα προορίζεται να προκαλέσει και να ενθαρρύνει την ανεξάρτητη πρόσβαση σε ποικίλα υλικά και πόρους εκμάθησης.

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι που πετυχαίνονται με την PBL είναι οι ακόλουθοι :

1. Ο φοιτητής αναπτύσει μια εκτίμηση για την αλληλένδετη φύση

των φυσικών, βιολογικών και συμπεριφορικών μηχανισμών που πρέπει να εξεταστούν με κάθε πρόβλημα υγείας.

2. Ενισχύει την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής εργαστηριακής-κλινικής διαδικασίας συλλογισμού, συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων της σύνθεσης προβλήματος, της παραγωγής υπόθεσης, της κρίσιμης αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών, της ανάλυσης στοιχείων, και της λήψης απόφασης.
3. Ο φοιτητής λειτουργεί αποτελεσματικά ως ενεργός συμμετέχων μέσα σε μια μικρή ομάδα, συμμετέχει στην εκμάθηση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.
4. Ο φοιτητής αναγνωρίζει, αναπτύσσει και διατηρεί τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τις τοποθετήσεις απαραίτητες για μια σταδιοδρομία στα επαγγέλματα υγείας συμπεριλαμβανομένων των εξής :
 - συνειδητοποίηση των προσωπικών προτερημάτων, των περιορισμών και των συναισθηματικών αντιδράσεων
 - ευθύνη και αξιοπιστία
 - η αξιολόγηση της προσωπικής προόδου, αυτή άλλων μελών ομάδας και η
 - ίδια η διαδικασία λειτουργίας της ομάδας.

Βασική αρχή για τη σωστότερη διεξαγωγή του είναι ο χωρισμός των φοιτητών σε μικρές ομάδες των 6-8 , για κάθε μια από τις οποίες ορίζεται ένας καθηγητής “μέντορας”(tutor) . Οι ομάδες σταδιακά γίνονται αυτόνομες και κατευθύνουν από μόνοι τους οι φοιτητές την πορεία του μαθήματος. Γνωρίζουν πως η λύση τους προβλήματος που τους τίθεται προϋποθέτει έρευνα και απόκτηση γνώσεων πάνω σε διαφορετικά αντικείμενα που όμως αλληλεπικαλύπτονται για την

επίλυσή του θέματός τους. Πρακτικά ο βασικός κορμός του PBL, στηρίζεται πάνω σε 7 ή κατά άλλους 8 βήματα, τα οποία είναι:

1. Ανάγνωση του περιστατικού και αποσαφήνιση άγνωστων όρων που πιθανόν να περιέχει.
2. Προσδιορισμός του προβλήματος
3. Προτάσεις πιθανών λύσεων από τους φοιτητές
4. Συζήτηση των προτεινόμενων λύσεων και τοποθέτηση τους σαν δοκιμαστικές προσωρινές λύσεις του προβλήματος
5. Δημιουργία λίστας με τις ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν και τις πηγές που πρέπει να χρησιμοποιηθούν, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας
6. Ατομική μελέτη και απόκτηση της απαραίτητης κλινικής-εργαστηριακής εμπειρίας
7. Παράθεση λύσεων και πηγών πληροφοριών
8. Συζήτηση πάνω σε παρόμοια κλινικά-εργαστηριακά περιστατικά

3.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας φοιτητής επαγγελματιών υγείας καλείται να αφομοιώσει μια ποικιλία και πληθώρα γνώσεων που αφορούν τους τομείς της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης, με μαθήματα γενικής παιδείας ή εισαγωγικά στην επιστήμη του (Ιστορία, Στατιστική, Ξένες γλώσσες), προκλινικά-εργαστηριακά μαθήματα (Φυσιολογία, Ανατομία, Βιοχημεία, Μικροβιολογία). Ανάλογα με τη σχολή υπάρχουν πιο εξειδικευμένα μαθήματα, που αποτελούνται από τα μαθήματα ειδίκευσης κάθε κλάδου.

Παράλληλα με αυτά υπάρχει και η πρακτική εξάσκηση η οποία έχει ως σκοπό την εξοικείωση του φοιτητή με ιατρικές-παραϊατρικές πρακτικές και μεθοδολογίες. Σκοπός είναι η άσκηση της ειδικότητάς του στην πράξη η ελεγχόμενη και σταδιακή προσέγγισή του με γνωστικό αντικείμενό του που είναι ο άνθρωπος, η υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη του.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας σημερινός φοιτητής συνοψίζονται στα παρακάτω:

Ø Οι διαλέξεις αποτελούν το κύριο τρόπο διδασκαλίας και συχνά αλληλοκαλύπτονται με τα εργαστήρια. Το πολυπληθές ακροατήριο, η απλή αναπαραγωγή του περιεχομένου του βιβλίου (και όχι η επισήμανση των σημαντικών που χρειάζεται να ξέρει φοιτητής), η έλλειψη σύγχρονων οπτικοακουστικών μέσων για μια πιο διαδραστική και ενδιαφέρουσα διδασκαλία, οι υπερβολικές ώρες θεωρητικής διδασκαλίας σε σχέση με την πρακτική-εργαστηριακή άσκηση και ενασχόληση του φοιτητή οδηγεί σε μειωμένη απόδοση του τελευταίου στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Ø Στην κλινική-εργαστηριακή άσκηση υπάρχει μεγάλος αριθμός φοιτητών με αποτέλεσμα:

- Αδυναμία ανάπτυξης συζήτησης, έκφρασης αποριών, ιδεών, αδυναμία παρακολούθησης και συμμετοχής στα πλαίσια και τα όρια μιας ομάδας.
- Αδυναμία ουσιαστικής και άμεσης επαφής με εργαστηριακό αντικείμενο ή με τον ασθενή. Η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής για την πρακτική εκπαίδευση των φοιτητών δυσχαιρένει ακόμη περισσότερο την

κατάσταση.

- Πολύωρη άσκηση και παρακολούθηση χωρίς ουσιαστική αξιοποίηση. Κατά συνέπεια κούραση, σπατάλη χρήσιμου χρόνου. Η κατανόηση απαιτεί χρόνο και επανάληψη για αφομοιωθεί. Ο εκπαιδευτικός χρόνος των μαθημάτων μπορεί να φεύγει αλλά η γνώση είναι εφήμερη.
- Ο φοιτητής λόγω του απρόσωπου που δημιουργεί ο μεγάλος αριθμός, δεν αναγκάζεται να μελετά και να συμμετέχει καθημερινά.
- Προβληματική σχέση φοιτητή-καθηγητή.
- Μη καλή προετοιμασία διδασκόντων.

Ø Τα βιβλία είναι ογκώδη, με πολλές λεπτομέρειες. Ο όγκος αυτός είναι δύσκολο να εμπεδωθεί, ιδίως όταν αρκετές φορές τα βιβλία δίνονται καθυστερημένα. Αρκετές φορές τα συγγράμματα δεν είναι γραμμένα ειδικευμένα για τις ανάγκες κάποιου κλάδου αλλά αποτελούν ευρύτερη μελέτη του συγγραφέα πάνω στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο. Επίσης ελάχιστα από αυτά συνοδεύονται από οδηγό μελέτης. Οι αναγκαίες για τον φοιτητή γνώσεις είναι αρκετές φορές λιγότερες από αυτές που περιέχει το βιβλίο. Σίγουρα τα ογκώδη βιβλία είναι απαραίτητα και αναντικατάστατα καθώς μπορούν χρησιμεύσουν ως βιβλία αναφοράς και εγκυκλοπαίδειας. Ο φοιτητής όμως έχει ανάγκη από εγχειρίδια που θα του δώσουν την δυνατότητα να εμπεδώσει τα βασικά και απαραίτητα σε κλάδο του. Η υπερβολική εμβάθυνση σε λεπτομέρειες σε συνδυασμό με τα παραπάνω τις περισσότερες φορές ωθεί τον φοιτητή στην απομνημόνευση.

Ø Μαζί με την εκπαίδευση και η ίδια η ενημέρωση των φοιτητών

υπολείπεται σε σύγχρονες μορφές. Το internet αποτελεί μια πολύ σημαντική πηγή γνώσεων και ενημέρωσης αλλά χρησιμοποιείται ελάχιστα ή υποτυπωδώς τόσο για την εκπαιδευτική διαδικασία όσο και για στην ηλεκτρονική ενημέρωση των φοιτητών σε θέματα που αφορούν τη σχολή, και τον επιστημονικό κλάδο τους. Παρατηρείται ανεπάρκεια στην ενημέρωση των φοιτητών από τις γραμματείες των μαθημάτων, υπερβολική γραφειοκρατία, στην διεκπεραίωση υποθέσεων και στην εξυπηρέτηση ειδικά από την κεντρική γραμματεία, καθώς και χρονοβόρος και δυσκίνητος τρόπος ανακοίνωσης αποτελεσμάτων πάσης φύσεως.

- Ø Συχνά το πρόγραμμα σπουδών έχει μαθήματα που δεν αφομοιώνονται παραγωγικά από τον φοιτητή λόγω του λανθασμένου τρόπου και χρόνου διδασκαλίας τους. Η παρουσία για παράδειγμα της στατιστικής σε προτελευταίο έτος χωρίς καμία διασύνδεση με τα υπόλοιπα μαθήματα δεν επαρκεί για να κατανοήσει ο φοιτητής τη χρησιμότητα του αντικειμένου αυτού στο χώρο εργασίας του. Η χρησιμοποίηση επίσης της πληροφορικής ως μάθημα εξαμήνου και όχι σαν καθημερινό εργαλείο εκπαίδευσης, ενημέρωσης, συζήτησης και διερεύνησης συντελεί στο ίδιο αποτέλεσμα.

3.2.1 Συνέπειες Αξιοποίησης των Εφαρμογών Ιατρικής Πληροφορικής στην Εκπαίδευση και στην Κλινική Άσκηση των Επαγγελματιών Υγείας

Οι εξελίξεις στους επιμέρους τομείς της ιατρικής πληροφορικής όπως οι βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας, τα συστήματα ιατρικών πληροφοριών (Medical Management Information Systems), η λήψη αποφάσεων με την υποστήριξη υπολογιστών (Decision Support Systems) επηρεάζουν τόσο την εκπαίδευση όσο και την κλινική άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Η ανεπαρκής εκπαίδευση συχνά οδηγεί στο φαινόμενο οι επαγγελματίες υγείας, κατά την καθημερινή κλινική τους άσκηση, να αντιμετωπίζουν προβλήματα στις εξής περιοχές:

- ∅ Στην συλλογή κλινικών πληροφοριών.
- ∅ Στον χειρισμό και την εκτίμηση πιθανοτήτων κατά την αξιολόγηση αποτελεσμάτων εργαστηριακής διερεύνησης (εκτίμηση ευαισθησίας και ειδικότητας διαγνωστικών tests)
- ∅ Στην ικανότητα ακριβούς επικοινωνίας μεταξύ τους.
- ∅ Στην ενημέρωση σχετικά με τις τελευταίες προόδους στους τομείς της εξειδίκευσης τους.
- ∅ Στην ικανότητα επιλογής της ορθής απάντησης σε ερωτήματα που προκύπτουν κατά τον χρόνο παροχής ιατρικών υπηρεσιών.
- ∅ Στην εφαρμογή των ενδεδειγμένων χειρισμών, όποτε η περίπτωση το επιβάλλει, ακόμα και όταν τους υποδεικνύεται να ενεργήσουν κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο.
- ∅ Στην ανάγκη παρουσίας εξειδικευμένου προσωπικού για τον χειρισμό συστημάτων Ιατρικής Πληροφορικής. Η χρήση τους πολλές φορές δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τους επαγγελματίες που έχουν την άμεση και προσωπική ευθύνη για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν στον ασθενή.

Προϋπόθεση, όμως, για την αξιοποίηση των συστημάτων στην ιατρική και παραϊατρική εκπαίδευση είναι η απόκτηση εκ μέρους των

φοιτητών κάποιου στοιχειώδους επιπέδου θεωρητικής παιδείας και κυρίως ικανοτήτων στην χρησιμοποίηση των υπολογιστών (computer literacy). Εκ των θεμελιωδών επιδεξιοτήτων θα πρέπει να είναι η ικανότητα αξιοποίησης των μέσων της σύγχρονης ιατρικής πληροφορικής (medical information science skills). Οι δεξιότητες που θα πρέπει να έχει κάποιος φοιτητής, επαγγελματίας ή ερευνητής στο χώρο υγείας θα πρέπει να είναι οι εξής:

- Χρησιμοποίηση βασικών μέσων διαχείρισης της πληροφορίας
- Αυτοδίδακτη εκμάθηση στην εντόπιση, αξιολόγηση, και εφαρμογή της πληροφορίας στην εκπαίδευση
- Χρησιμοποίηση συστημάτων υπολογιστών για προσωπική μάθηση και πρόσβαση σε βάσεις βιβλιογραφικών δεδομένων
- Επάρκεια στην χρησιμοποίηση εξειδικευμένων συστημάτων υπολογιστών και ειδικών βάσεων βιβλιογραφικών δεδομένων
- Ικανότητα για την διάκριση νέων αναγκαίων εφαρμογών
- Σχεδιασμός συστημάτων για προσωπική χρήση
- Κατασκευή συστημάτων

Για το φοιτητή συγκεκριμένα οι απαραίτητες δεξιότητες είναι οι εξής:

- Κατανόηση των χρήσεων των μέσων της Ιατρικής πληροφορικής σε συγκεκριμένες κλινικές-εργαστηριακές δραστηριότητες.

- Ικανότητα χρησιμοποίησης του υπολογιστή για αυτοδιδασκαλία.
- Ικανότητα να χρησιμοποιήσης των υπολογιστών για on-line βιβλιογραφικές αναζητήσεις και δημιουργία αρχείων για προσωπική εκμάθηση και ερευνητικές δραστηριότητες
- Γνώση χρήσης εξειδικευμένων συστημάτων όπως μοντέλων λήψης ιατρικών αποφάσεων, αυτοματοποιημένων συστημάτων κλινικών αρχείων (MMIS), εμπείρων συστημάτων.

3.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα εκπαιδευτικά ηλεκτρονικά συστήματα μπορούν να συμπληρώνουν την από έδρας διδασκαλία. Μέσω προσομοιώσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο εκπαίδευσης του φοιτητού για την απόκτηση δεξιοτήτων στην επίλυση προβλημάτων και την λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Μπορούν να προσφέρουν το ανάλογο εκπαιδευτικό περιβάλλον ώστε να δώσουν στους φοιτητές ευκαιρίες έρευνας και ανάλυσης της ιατρικής βιβλιογραφίας, έτσι ώστε αυτοί να αναπτύξουν και να εμπεδώσουν τις απαραίτητες ικανότητες προς επίλυση προβλημάτων και τις εν γένει επιδεξιότητες και γνωστικό υπόβαθρο που θα τους καταστήσουν ικανούς να αντιμετωπίσουν τις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες άσκησης της επιστήμης τους. Λαμβανομένου υπόψη ότι πολλοί φοιτητές μαθαίνουν καλύτερα μέσω της γνωστής εμπειρικής μεθόδου "δοκιμή και πλάνη", μπορούν να παρέχουν στον φοιτητή την δυνατότητα να διαπιστώσει προσωπικά τα αποτελέσματα συγκεκριμένων χειρισμών και παρεμβάσεων, παρά μέσω

της καθιερωμένης τακτικής της ανάγνωσης ή της διδασκαλίας από κάποιον τρίτο. Η φύσης του είναι τέτοια ώστε να αίρουν τους περιορισμούς του τόπου και χρόνου και να επιτρέπουν την αξιοποίηση ενός μεγαλύτερου και πλέον ποικίλου αριθμού περιπτώσεων-περιστατικών προς μελέτη. Δίνοντας, επίσης, τη δυνατότητα ταυτόχρονης παρουσίασης εικόνας-κειμένου-γραφικών επιτρέπουν την ενοποίηση του περιεχομένου των βασικών επιστημών, γεγονός που παρέχει στον φοιτητή την δυνατότητα ταυτόχρονης ολοκληρωμένης εκτίμησης διαφόρων άμεσα συσχετιζόμενων προβλημάτων για παράδειγμα της ανατομίας, βιοχημείας, φυσιολογίας και φαρμακολογίας. Τα ίδια μπορούν να αποτελέσουν μέθοδο εξικοίωσης των φοιτητών επαγγελματιών Υγείας με ΤΠΕ που χρησιμοποιούνται και στην Ιατρική Πληροφορική.

Επιπρόσθετα, τα ηλεκτρονικά εκπαιδευτικά συστήματα προσφέρει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων προσέγγισης του προβλήματος της αξιολόγησης, πέραν της τυποποιημένης μεθόδου των πολλαπλών επιλογών και των ερωτήσεων ανάπτυξης. Για παράδειγμα το ηλεκτρονικό Βιβλίο Κλινικών Περιπτώσεων (Clinical Case Book, CCB)(Medicine School of Harvard), το οποίο αποτελεί ένα ηλεκτρονικό σύστημα αρχειοθέτησης στο καταγράφονται οι διαγνώσεις και διερευνητικές διαδικασίες που αφορούν ασθενείς για τους οποίους ο φοιτητής έχει άμεση υπευθυνότητα. Η καταχωρημένη αυτή πληροφορία επιτρέπει στον φοιτητή και τον εκπαιδευτή να αξιολογήσει την κλινική εκπαίδευση του φοιτητή και να αναλύσει την ποιότητα και ποικιλία των κλινικών περιστατικών στα οποία εξετέθη ο φοιτητής. Η ανάλυση αυτή είναι πρακτικώς αδύνατη με το ισχύον εκπαιδευτικό σύστημα του τυπικού προγράμματος σπουδών. Η τήρηση του βιβλίου (αρχείου) των κλινικών περιπτώσεων από τον φοιτητή εξυπηρετεί και ένα άλλο σκοπό. Αποτελεί

μία διαδικασία κλιμακωτής μύησης του φοιτητού στην μελλοντική σημαντικότερη μέριμνα που ως ολοκληρωμένος επαγγελματίας οφείλει να επιδείξει, την τήρηση αρχείων.

Συμπερασματικά, τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται στο χώρο υγείας μπορούν να αποφευχθούν με την ένταξη συστημάτων ηλεκτρονικής μάθησης στη βασική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Με βάση όσα έχουν ειπωθεί, και στα τρία πρώτα κεφάλαια, συστήματα που στηρίζονται στον επικοδομοιτισμό και την συνεργατική μάθηση, εκπαιδευτικές μεθοδολογίες που βασίζονται σε στυλ μάθησης όπως η γνωστική ευελιξία και ο κοινοτισμός μόνο ευεργετικά μπορούν να λειτουργήσουν στο χώρο της ιατρικής και παραϊατρικής εκπαίδευσης. Τέλος, είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι οι τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνίας(ΤΠΕ) πρέπει να ενσωματωθούν στην εκπαιδευτική διαδικασία ως μέσο μάθησης και όχι ως αντικείμενο μάθησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΨΥΧΩΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ Κ' ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.

Καταστάσεις χρόνιες ή μη που συνοδεύονται από κάποια διαταραχή σκέψης, συναισθήματος ή συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται ως ψυχιατρικά φαινόμενα ή περιστατικά. Τέτοιες καταστάσεις είναι φυσικό να είναι άγνωστες σε ευρύ αριθμό πληθυσμού, γι' αυτό το λόγο ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας ως προς την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του απλού πληθυσμού αλλά και των νοσηλευτών, για τέτοιου είδους θέματα.

ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

1. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ** (κατήφεια, κατάθλιψη, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα)
2. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ** (ασυνήθιστη ευαισθησία στους θορύβους ή στο φως)
3. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ** (έλλειψη ενεργητικότητας, αϋπνία)
4. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ** (αποφυγή κοινωνικών επαφών, εγκατάλειψη δραστηριότητας, παράλογες ή ανάρμοστες δηλώσεις)
5. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ** (προβλήματα συγκέντρωσης)
6. **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ** (παράξενα ρούχα, παραμέληση της προσωπικής υγιεινής)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- A*. Διατήρηση σωματικής υγείας κι ασφάλειας ψυχωσικού αρρώστου
B. Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης
Γ. Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
Δ. Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία
Ε. Ελάττωση απαιτήσεων κ' ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
ΣΤ. Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους
Ζ. Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας
Η. Έπαινος κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς
Θ. Ενίσχυση κατανόησης του ενδιαφέροντος της οικογένειας
Ι. Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
Κ. Διδασκαλία πώς να διαχειρίζεται τους στρεσογόνους παράγοντες και πώς να πρόλαμβάνει τα συμπτώματα.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ Κ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

1. Προετοιμαστείτε να διαθέσετε αρκετό χρόνο με τον άρρωστο.
2. Να είστε όσο γίνεται περισσότερο σταθεροί κι ήρεμοι. Ο ψυχωσικός άρρωστος φοβάται την απώλεια της αυτοκυριαρχίας του. Δειχνοντάς του εμπιστοσύνη τον βοηθάτε να ανακτήσει τον έλεγχο της προσωπικότητάς του. Ο δικός σας πανικός αυξάνει την πεποιήθηση του ότι πάσχει από κάτι τρομερό.
3. Αντιμετωπίστε τον σε ένα χώρο φιλικό γι' αυτόν.
4. Αφήστε τον άρρωστο να σας πει την ιστορία του με το δικό του τρόπο. Δημιουργήστε άνετη ατμόσφαιρα προσφέροντάς του π.χ. καφέ ή τσιγάρο.
5. Δείξτε ενδιαφέρον αλλά όχι οίκτο για την περίπτωση του.
6. Μην κριτικάρετε τα αισθήματα του ψυχωσικού.
7. Μην προκαταλαμβάνεται τον άρρωστο με ερωτήσεις γιατί μπορεί να τον αναστατώσετε.
8. Μην εμποδίζετε την κινητικότητά του-μειώνει το άγχος του. Αφήστε τον να κάνει ότι είναι ωφέλιμο για τον εαυτό του.

9. Μην δεχθείτε πως είναι αδύνατο να επικοινωνήσετε με έναν ψυχωσικό, αν δεν το προσπαθήσετε.
10. Οι πρώτες σας ερωτήσεις πρέπει να είναι άμεσες και σαφείς για να αποκαταστήσετε μια στοιχειώδη επικοινωνία με τον άρρωστο π.χ. (πως σε λένε; πόσο χρονών είσαι; κ.ο.κ) Σιγά-σιγά οι ερωτήσεις γίνονται πιο ανοικτές ώσπου αρχίζει μόνος του την εξιστόρηση των γεγονότων.
11. Από τη στιγμή που θα βεβαιωθείτε ότι κερδίσατε την εμπιστοσύνη του ψυχωσικού άρρωστου και χωρίς να διακόψετε την επαφή σας μαζί του, επιχειρίστε μια στοιχειώδη φυσική εξέταση, για να ερευνήσετε την πιθανότητα παθολογικών αιτιών της συμπεριφοράς του.
12. Παρατηρείστε την γενική του εμφάνιση και το ντυσιμό του (είναι ατημέλητος; γυμνός;).
13. Παρακολουθείστε τον τρόπο ομιλίας του (μιλά αργά, σαν μεθυσμένος ή γρήγορα κι απότομα;)
14. Είναι συγχυτικός;
15. Επικοινωνεί φυσιολογικά;
16. Τεστάρετε την μνήμη του και παρατηρείστε τη διάθεση του (είναι καταθλιπτικός, αγχωτικός, ευφορικός, έχει παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις;).

ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ-ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Α. ΠΑΡΑΝΟΙΚΟΣ

Είναι ο πιο συχνός τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο παρατηρούνται < παραληρητικές ιδέες, αντιληπτικές διαταραχές, άγχος, θυμός, καχυποψία κι υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο-ακρόαση με ενδιαφέρον κ' υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.
- Συνεχιζόμενη εκτίμηση της βαρύτητας των διαταραχών αντίληψης του ψυχωσικού.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών.
- Προσανατολισμός του ψυχωσικού στην πραγματικότητα με σάφη και συγκεκριμένη ομιλία.
- Οριοθέτηση στην παρομητική αντίδραση του αρρώστου στα παρερμηνευμένα ερεθίσματα.

- Η πληροφόρηση του αρρώστου όταν η συμπεριφορά του προκαλεί τρόπο και η καθοδηγησή του να εξωτερικεύει με λόγια κι όχι με πράξεις τους φόβους του, επικεντρώνει την προσοχή του στην πραγματικότητα και βοηθά στην ελάττωση του άγχους.
- Διδασκαλία του ψυχωσικού ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις {τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, διαταγή στις φώνες να φύγουν κι άθληση} επαινούμε τον άρρωστο όταν χρησιμοποιεί αυτές τις τεχνικές.

B. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ

Παρατηρείται σε διάστημα ηλικίας από 15 ως 25. Προεξάρχουν το απρόσφορο συναίσθημα, αποδιοργανωμένος λόγος κ συμπεριφορά.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Συνεχής εκτίμηση των διεργασιών της σκέψης του ψυχωσικού.
- Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των μορφωτικών κ πολιτισμικών αξιών του αρρώστου.
- Ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης των αποδιοργανωμένων σκέψεών του. Δείξτε του κατανόηση {υπόδειγμα υπομονής}.
- Βοηθήστε τον να προγραμματίσει τις ώρες ύπνου κι ανάπαυσης {αποφυγή σύγχυσης}.

Γ. ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ

Οι αρνητικές πεποιθήσεις, ασυνήθιστες ιδέες, κοινωνική απόσυρση, περίεργες σκέψεις, έλλειψη δραστηριότητας και επίπεδο συναίσθημα είναι τα στοιχεία που πλήρουν το συγκεκριμένο τύπο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες δραστηριότητες με τον ψυχωσικό άρρωστο.
- Λειτουργείτε ως υπόδειγμα για τον ασθενή {αξιοπρεπής στάση, μέτριος τόνος φωνής, εναλλαγή ομιλίας κι ακρόασης}.
- Παρότρυνση του ψυχωσικού να έρθει σε επαφή με άτομα παρόμοιας κατάστασης.
- Έπαινος του αρρώστου για τις προσπάθειες επικοινωνίας.

Δ. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ

Τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά αυτού του ψυχωσικού τύπου είναι οι έντονες διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Οι διαταραχές αυτές δύναται να εναλλάσσονται μεταξύ ακραίων καταστάσεων, όπως η έντονη υπερκινητικότητα κι η εμβροντησία, έντονη μείωση της αντίδρασης στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και αυτόματη υπακοή ή αρνητισμός.

Τέλος τα κατατονικά φαινόμενα μπορεί να συνδυάζονται με ονειροειδή κατάσταση που περιλαμβάνει ζωηρές (θεαματικές) ψευδαισθήσεις.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του αρρώστου και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.
- Αποδοχή της υπερευαισθησίας, των ιδεών αναφοράς και της παράνοιας ως εκδηλώσεων της διαταραχής της προσωπικότητας και της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας.
- Επιβεβαίωση του αρρώστου που εκδηλώνει δυσπιστία, καχυποψία ή παρανοϊκά στοιχεία, ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές κι ακίνδυνο. Αυτό ελαττώνει το άγχος, αυξάνει την εμπιστοσύνη του και παρουσιάζει την πραγματικότητα.
- Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου.
- Απασχόληση του ψυχωσικού σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες. Ευγενική αμφισβήτηση παράλογων πεποιθήσεων μεγαλείου ή παρανοϊκών ιδεών και ομιλία με ήρεμο, σαφή και συγκεκριμένο τρόπο.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, π.χ εργοθεραπεία, ψυχαγωγία, κ.α.
- Αποφυγή αγγίγματος του ψυχωσικού με τα χέρια ως εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας. Υπάρχει κίνδυνος η χειρονομία αυτή να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις μέχρι και επιθετικότητα.
- Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό αλλά σταθερό τρόπο όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές (π.χ κατηγορεί, υβριζει, απειλεί). Σκοπός είναι η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και των επακόλουθων αισθημάτων ενοχής που αυξάνουν το άγχος

του, αλλά κι η παροχή ευκαιρίας να επιλέξει πιο λειτουργικές μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών του.

Ε.ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ

Σε αυτόν το τύπο πληρούνται τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας αλλά δεν παρατηρούνται τα κριτήρια της παρανοϊκής, αποδιοργανωμένης ή κατατονικής σχιζοφρένειας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Δημιουργία αισθητηριακών ερεθισμάτων χωρίς υπερφόρτωση του αρρώστου, με σκοπό την πρόληψη απόσυρσης, κοινωνικής απομόνωσης ή καταφυγής σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα.
- Οργάνωση και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών του αρρώστου.
- Ενθάρρυνση του ψυχωσικού να συμπεριφέρεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποσπά θετική ανταπόκριση κι υποστήριξη από τους άλλους.
- Ανάληψη του έργου της κοινωνικοποίησης του αρρώστου με τη βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής του ικανότητας.
- Καθοδήγηση του ψυχωσικού πώς να αποφεύγει ή να παρακάμπτει ή να υπερνικά τους παράγοντες που απειλούν την ψυχική του ισορροπία, ασφάλεια ή προσαρμοστική ικανότητά του.

ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο το οποίο και απευθυνόταν σε σπουδαστές, καθηγητές και προσωπικό του ΤΕΙ της Πάτρας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 9 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου. Όλες ήταν εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2006 έως τον Ιανουάριο του 2007 στο χώρο του ΤΕΙ στην Πάτρα. Οι ερωτώμενοι υπάλληλοι και καθηγητές συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο χώρο όπου εργάζονταν.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να

μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου σε σχέση με το ΤΕΙ
- Ο χώρος εργασίας του ερωτώμενου

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με το ΤΕΙ της Πάτρας

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν (σύνολο 200).

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 14.00 για Windows XP. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

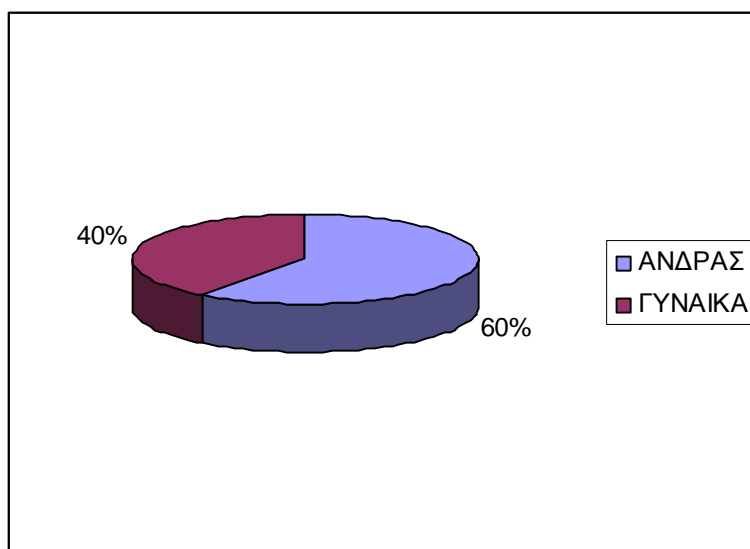
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

2.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	120	60
ΓΥΝΑΙΚΑ	80	40
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

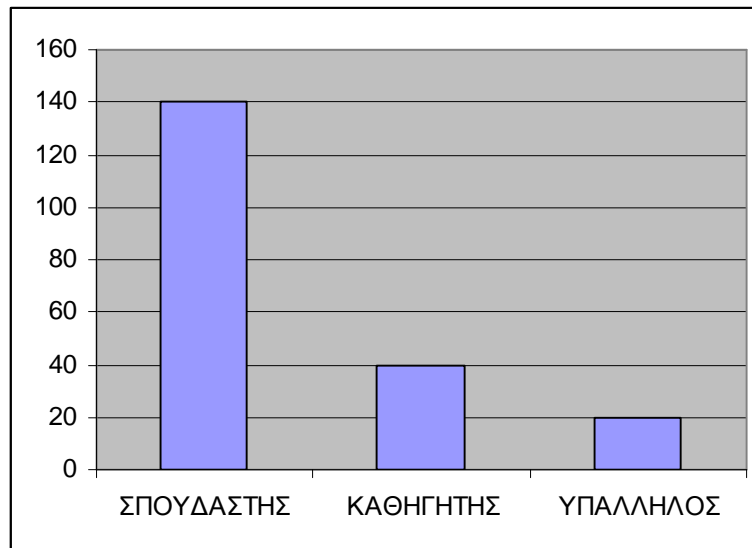
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες (60 %).



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ιδιότητά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ	140	70
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	40	20
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	20	10
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν σπουδαστές.

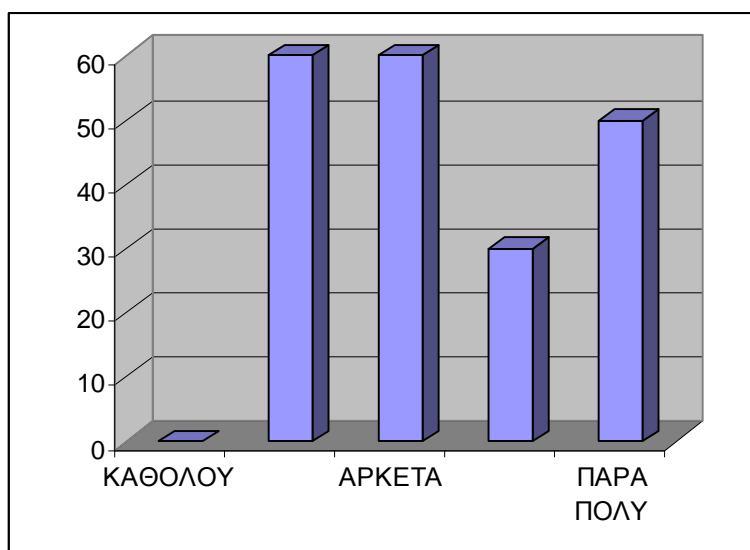


2.1.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους στους Η/Υ και το Internet.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΛΙΓΟ	60	30
ΑΡΚΕΤΑ	60	30
ΠΟΛΥ	30	15
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	50	25
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

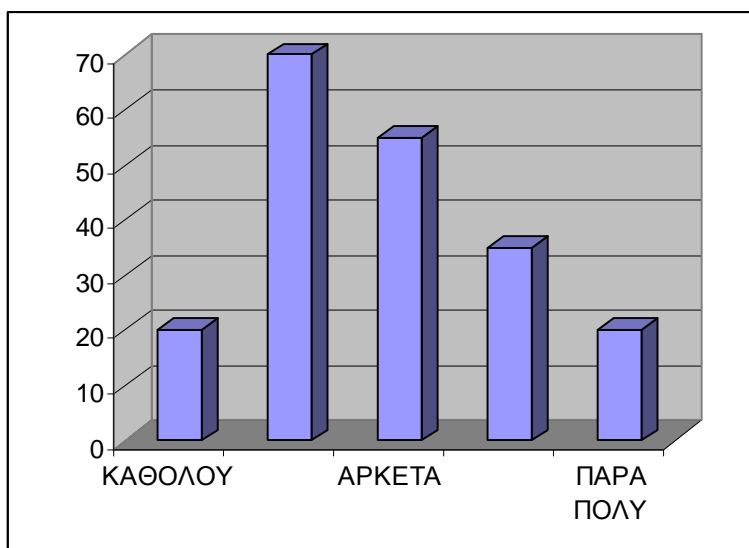
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (60 %) στην παρούσα έρευνα χαρακτηρίζουν τις γνώσεις τους ως λίγες ή αρκετές.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρόσβαση στο internet στο χώρο του ΤΕΙ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	20	10
ΛΙΓΟ	70	35
ΑΡΚΕΤΑ	55	27,5
ΠΟΛΥ	35	17,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	20	10
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

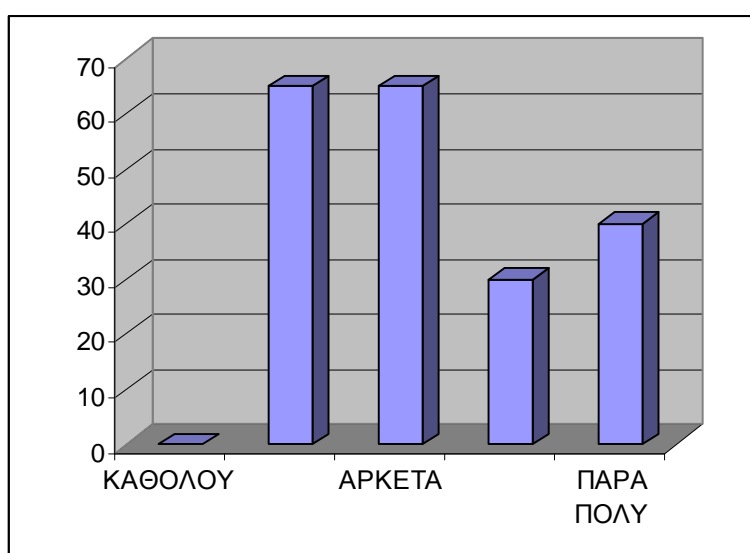
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χαρακτηρίζουν ως ικανοποιητική την πρόσβαση του Internet στο χώρο του ΤΕΙ



ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν για τις υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΛΙΓΟ	65	32,5
ΑΡΚΕΤΑ	65	32,5
ΠΟΛΥ	30	15
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	40	20
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

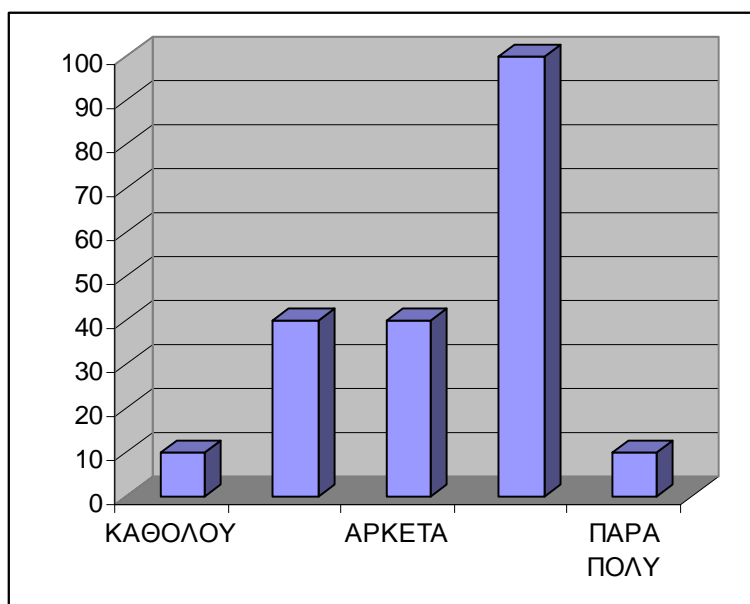
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν για τις υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα χρησιμοποιούσαν υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5
ΛΙΓΟ	40	20
ΑΡΚΕΤΑ	40	20
ΠΟΛΥ	100	50
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιούσαν πολύ υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet.



ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος από υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet για τις οποίες θα ενδιαφέρονταν.

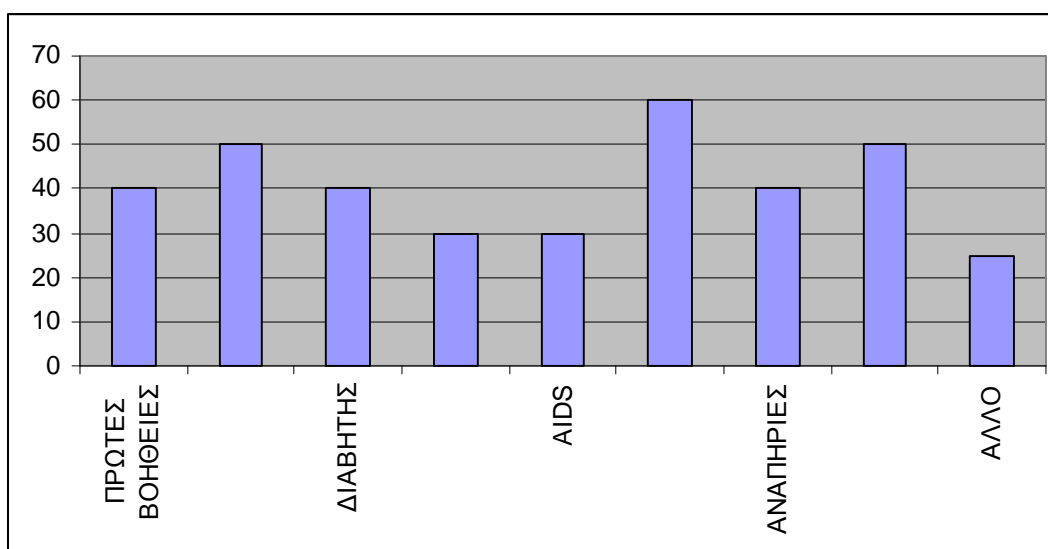
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	90	45
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ	70	35
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝ ΟΥΣ	20	10
ΑΛΛΟ	20	10
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα ενδιαφέρονταν για πληροφορίες και για υπηρεσίες παροχής συμβουλών από το σύνολο των υπηρεσιών υγείας από το internet

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την προτίμησή τους σε υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ	40	20
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	50	25
ΔΙΑΒΗΤΗΣ	40	20
ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	30	15
AIDS	30	15
ΚΑΡΚΙΝΟΣ	60	30
ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	40	20
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	50	25
ΑΛΛΟ	25	12,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επιθυμούν υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet που να έχουν σχέση με μεγάλη ποικιλία θεμάτων.



2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. Μέγεθος του δείγματος
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (**p**)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0.05$. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα συσχέτισης των απαντήσεων των ερωτηθέντων με την ιδιότητά τους.

Α/Α	Ερώτηση	ΣΠΟΥΔΑΣΤΕ	ΚΑΘΗΓΗΤ	ΥΠΑΛΛΗΛ	P
		Σ	ΕΣ	ΟΙ	
4	ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ Η/Υ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ INTERNET;				> 0,05
	ΚΑΘΟΛΟΥ	140	40	20	
	ΛΙΓΟ	55	5	0	
	ΑΡΚΕΤΑ	45	5	10	
	ΠΟΛΥ	15	10	5	
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	25	20	0	
5	ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ INTERNET ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι.				< 0,05
	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	0	0	
	ΛΙΓΟ	55	20	5	
	ΑΡΚΕΤΑ	15	35	5	
	ΠΟΛΥ	5	30	0	
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	5	10	
6	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET;				> 0,05
	ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0	0	
	ΛΙΓΟ	37	23	5	
	ΑΡΚΕΤΑ	10	0	10	
	ΠΟΛΥ	25	5	0	
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	30	10	0	

7 ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΣΑΤΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET;				> 0,05
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	2	1	
ΛΙΓΟ	15	15	5	
ΑΡΚΕΤΑ	20	10	0	
ΠΟΛΥ	85	3	12	
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	0	2	
8 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΜΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET.				< 0,05
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	70	15	5	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ	50	5	15	
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ	20	0	0	
ΑΛΛΟ	0	0	20	
9 ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΤΙΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΘΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ INTERNET				> 0,05
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ	20	10	10	

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	40	5	5
ΔΙΑΒΗΤΗΣ	30	0	10
ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	10	15	5
AIDS	13	12	5
ΚΑΡΚΙΝΟΣ	35	25	5
ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	20	10	10
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	25	15	10
ΑΛΛΟ	15	5	5

Με βάση τις παραπάνω συσχετίσεις διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σπουδαστών, καθηγητών και λοιπών εργαζομένων στο ΤΕΙ στα θέματα που αφορούν τη χρήση του Διαδικτύου και τις υπηρεσίες Υγείας μέσα από αυτό εκτός από

1. την πρόσβαση τους στο internet με ιδιαίτερα παράπονα κυρίως από τους σπουδαστές.
2. τις υπηρεσίες τηλευγείας που θα επιθυμούσαν.

Τέλος όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι επέμειναν στο γεγονός ότι τις υπηρεσίες τηλευγείας πρέπει να τις υποστηρίζουν ειδικοί επιστήμονες ανά υπηρεσία οι οποίοι με εμφάνιση των προσωπικών τους στοιχείων να αναλαμβάνουν και την ευθύνη της υποστήριξης των χρηστών των υπηρεσιών.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές πρέπει να εξυπηρετούν τον άνθρωπο και ότι ο άνθρωπος τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Υπό το φως αυτής της προοπτικής, αναμένεται ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές με το ακριβές σύστημα πληροφόρησης και αρχειοθέτησης που διαθέτουν, θα μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση του φόρτου εργασίας, εξοικονόμησης χρόνου και χρήματος, και στην δημιουργία ενός γνωσιολογικού σώματος που θα αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο στην εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας και κλινικής άσκησης.

Η πρόσφατη ραγδαία εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης σε ολόκληρο τον κόσμο, έχει δημιουργήσει την ανάγκη για ένα νέο σύστημα διαφύλαξης και επεξεργασίας των πληροφοριών. Η νοσηλευτική άσκηση έχει αρχίσει να μετακινείται τις τελευταίες δεκαετίες από την απλή κλινική εφαρμογή, στον προγραμματισμό και σχεδιασμό της κλινικής άσκησης. Έχουμε, δηλαδή, αρχίσει να ξεφεύγουμε από το στείο κανοντας, και οδηγούμαστε στο σκέφτομαι πίσω από το κανοντας, όπως αναφέρει και ο Giro (1995). Η νοσηλευτική του μέλλοντος, καλείται να διαδραματίσει έναν νέο, διαφορετικό, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, για την υγεία του πληθυσμού. Υπό το φως αυτής της προοπτικής η τεχνολογία της πληροφορικής μπορεί να χρησιμοποιηθεί, σαν μέσον προώθησης και μέτρησης της κλινικής αποτελεσματικότητας³.

Στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα οι ανάγκες για την στελέχωση των Ελληνικών Νοσοκομείων από Υπολογιστές και εξειδικευμένο προσωπικό καθημερινός αυξάνονται καθώς καλούνται να καλύψουν και να αναπληρώσουν τα μεγάλα κενά που υπήρχαν και υπάρχουν πάνω στα επαγγέλματα Υγείας.

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας των υπολογιστών και της δικτύωσής τους σε τοπικό αλλά και διεθνές επίπεδο έδωσε τη δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας μεταξύ ιατρών. Την επικοινωνία ακολούθησε η αμοιβαιότητα στο μοίρασμα της πληροφορίας, και έτσι δημιουργήθηκαν διεθνώς «κατανεμημένες» βάσεις ιατρικών δεδομένων. Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να διατίθεται σήμερα στην ιατρική κοινότητα ένας τεράστιος όγκος πληροφοριών, στον οποίο η πρόσβαση είναι άμεση. Ο τεράστιος όγκος πληροφορίας και η αμεσότητα στην πρόσβασή της είναι αναγκαίες συνθήκες για την επίλυση σύνθετων ιατρικών προβλημάτων, δεν είναι όμως ικανές. Πράγματι, όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος της διατιθέμενης πληροφορίας, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η ανεύρεση μιας συγκεκριμένης πληροφορίας. Είναι σαφές ότι για να βρεθεί η συγκεκριμένη πληροφορία θα πρέπει να υπάρχει ο κατάλληλος αλγόριθμος διερεύνησης, μέσω του οποίου θα γίνει ο εντοπισμός της. Εκτός όμως από τη διάσταση που σχετίζεται με την εντόπιση χρήσιμων ιατρικών πληροφοριών, υπάρχει και η διάσταση του συνδυασμού τους για τη λήψη μιας ιατρικής πληροφορίας που αφορά τη διάγνωση, την πρόγνωση ή τη θεραπεία. Η διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών κάνει χρήση των Η/Υ, αλλά δεν μένει σ' αυτούς, απαιτεί νέες μεθόδους κωδικοποίησης και ανάλυσης, που συνιστούν τη βάση της «Ιατρικής Πληροφορικής».

Η Ιατρική Πληροφορική παρουσιάζει σοβαρές διαφορές σε σχέση με τις εφαρμογές της Πληροφορικής στις βασικές επιστήμες. Τα φυσικά ή χημικά φαινόμενα περιγράφονται με νόμους που δίνονται συνήθως από αναλυτικές μαθηματικές εκφράσεις (συναρτήσεις). Το ίδιο δεν ισχύει για τα ιατρικά φαινόμενα, που συνήθως αναφέρονται σε παθολογικές λειτουργίες σύνθετων οργάνων για τις οποίες δεν υπάρχει ένας κοινός κώδικας (λέγεται ότι δεν υπάρχουν ασθένειες, υπάρχουν

ασθενείς) και, επομένως, κάθε πρόβλεψη ή απόφαση γι' αυτές απορρέει από σύνθετες λογικές διαδικασίες που δεν μπορούν να δοθούν με συστηματικό τρόπο.

Συνήθως ο ιατρός, αντίθετα από το βασικό επιστήμονα, λαμβάνει αποφάσεις ακολουθώντας μια μη αναλυτική προσέγγιση, η οποία καλείται «ευρετική» (heuristic)

και είναι αντικείμενο μελέτης μιας νέας επιστήμης, που ασχολείται με την Τεχνητή

Νοημοσύνη (Artificial Intelligence).

Κατά την ευρετική διαδικασία οι διάφορες πληροφορίες εξετάζονται «ολιστικά» και

έχουν μια σύνθετη μεταξύ τους αλληλεπίδραση, η οποία καθορίζει την τελική απόφαση. Η ικανότητα των ιατρών στην άσκηση της ευρετικής προσέγγισης ποικίλλει και εξαρτάται μεν από την εμπειρία και την αρτιότητα της εκπαίδευσης, αλλά όχι μόνο από αυτά (συχνά λέμε ότι αυτός ο ιατρός έχει ιατρική διαίσθηση).

Σχεδόν πάντα, η ιατρική απόφαση λαμβάνεται σε συνθήκες αβεβαιότητας (μεγάλης

ή μικρής). Οι υπολογιστές και η Ιατρική Πληροφορική έρχονται να υποστηρίξουν τη

λήψη ιατρικών αποφάσεων, πρώτον, μειώνοντας την αβεβαιότητα και την υποκει-

μενικότητα και, δεύτερον, χρησιμοποιώντας με πιο αποδοτικό τρόπο τα υπάρχοντα

δεδομένα. Οι εφαρμογές της Ιατρικής Πληροφορικής απαιτούν:

- Πλήθος μαθηματικών εργαλείων ώστε να κωδικοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο υπάρχοντα δεδομένα.

- Μεθόδους στατιστικής ανάλυσης, αφού όλες οι ιατρικές μετρήσεις και παρατηρή-

σεις υπόκεινται σε τυχαία σφάλματα.

- Δημιουργική εφαρμογή της αναλυτικής θεωρίας των αποφάσεων.

- Ανάλυση των γνωστικών μηχανισμών και γνωστική ψυχολογία.

Η ιατρική πληροφορία είναι ένας συνδυασμός σημάτων, το καθένα από τα οποία

συνοδεύεται από τυχαίο θόρυβο. Η πρώτη προσπάθεια της Πληροφορικής είναι η μείωση αυτού του θορύβου. Όταν πρόκειται για σήματα που αντιστοιχούν σε εργαστηριακές μεταβλητές ή εικόνες που πρόκειται να υποστούν μια επεξεργασία μέσω υπολογιστών, εφαρμόζονται αλγοριθμικά φίλτρα, που βασιζόμενα στη γνώση του μετρητικού πρωτοκόλλου και της απόκρισης του μετρητικού συστήματος στοχεύουν στο ξεκαθάρισμα του θορύβου από το σήμα. Θόρυβο έχουν όλα τα ιατρικά σήματα, ακόμα και αυτά που προέρχονται από τη φυσική εξέταση, γιατί η περιγραφή, π.χ., ενός συμπτώματος από τον ασθενή εξαρτάται από το μορφωτικό του επίπεδο, την ψυχική του κατάσταση, την ηλικία κτλ. Σ' αυτή την περίπτωση το φιλτράρισμα γίνεται με τη χρήση εναλλακτικών ερωτήσεων (η διαμόρφωση των ερωτηματολογίων είναι μέρος της Ιατρικής Πληροφορικής).

Ο ιατρός στη λήψη μιας ιατρικής απόφασης (διάγνωση, πρόγνωση ή θεραπεία) λαμ-

βάνει υπόψη κλινικές και εργαστηριακές μεταβλητές, οι οποίες υπόκεινται σε στατιστικά σφάλματα και δεν δίνουν σε κάθε περίπτωση (η καθεμία ξεχωριστά) απόλυτη

βεβαιότητα στις αποφάσεις του. Μερικές από τις προαναφερόμενες μεταβλητές έχουν

μεγαλύτερη και άλλες μικρότερη προβλεπτική αξία, αλλά ο συνδυασμός τους είναι εκείνος που αυξάνει την πεποίθηση του ιατρού προς τη μία ή

την άλλη απόφαση. Η συνδυαστική διαδικασία γίνεται συνήθως με έναν τρόπο «ευρετικό» και ακωδικοποίητο (αυτό που καλούμε ιατρική εμπειρία). Η Ιατρική Πληροφορική δίνει τη δυνατότητα της στατιστικής ταξινόμησης προτύπων (φυσιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων) και επιτρέπει τη χρησιμοποίηση εκτεταμένων βάσεων ιατρικών δεδομένων. Έτσι, σε πρώτη φάση ενσωματώνει τις δυνατότητες της «ευρετικής» υπό την μορφή των εμπειρών συστημάτων (expert systems), που τρόπον τινά συγκεντρώνουν και ταξινομούν την υπάρχουσα εμπειρία δίνοντας επιπλέον κανόνες (if-then), που συνήθως ακολουθούνται σε συγκεκριμένες ιατρικές «ρουτίνες». Σήμερα, αναπτύσσονται νέες προσεγγίσεις στη διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών, με τη χρήση νευρωνικών δικτύων και δικτύων πεποίθησης κατά Bayes (Bayesian Belief Networks).

Όσο και αν φαίνεται παράξενο, η ιδέα της τηλεϊατρικής είναι γνωστή εδώ και αρκετές δεκαετίες. Χρειάστηκε όμως η εξέλιξη του διαδικτύου και του πρωτοκόλλου επικοινωνίας TCP/IP (Transmission Control Protocol / Internet Protocol), που επέτρεψε την εύκολη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών συστημάτων και δικτύων υπολογιστών, ώστε η τηλεϊατρική να αρχίσει να παίρνει τη σύγχρονη μορφή της. Η ταχύτερη εξάπλωση του διαδικτύου, η εξέλιξη σύγχρονων τηλεπικοινωνιακών προτύπων (όπως ISDN) και η ανάπτυξη λογισμικού το οποίο υποστηρίζει μεταφορά πολλαπλών μορφών δεδομένων (εικόνα, ήχος, video κτλ.) έχει δημιουργήσει δυνατότητες στην τηλεϊατρική οι οποίες ξεπερνούν κατά πολύ αυτές που επέτρεπε η επικοινωνία των παλαιότερων ετών.

Με τον όρο τηλεϊατρική εννοούμε τη μετάδοση ιατρικών δεδομένων με σκοπό την εκ

του μακρόθεν παροχή ιατρικών υπηρεσιών, όπως διάγνωση και υποστήριξη διάγνωσης.

Περισσότερο ίσως από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η γεωμορφολογία της Ελλάδας

δημιουργεί περιοχές απομονωμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου η πρόσβα-

ση ακόμα και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας (π.χ. Κέντρα Υγείας) είναι δυσχερής.

Συχνά, η μετάβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες των αστικών κέντρων εξαρτάται από τις καιρικές συνθήκες. Κατά συνέπεια, ακόμα κι αν υπάρχει πρόσβαση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας, συχνά απαιτείται συνεργασία του εκεί ιατρού (συνήθως ανειδίκευτου) με τους ειδικούς ενός μεγάλου νοσοκομείου.

Σε επίπεδο τριτοβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομεία), είναι συχνή η ανάγκη συνεργασίας δύο ή περισσότερων ιατρών για την αποτίμηση της κατάστασης ενός ασθενούς, τη διάγνωση ή την επιλογή κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος.

Τέλος, καθώς αυξάνει συνεχώς η διείσδυση των υπολογιστικών τεχνικών στη διάγνωση και θεραπεία, καθίσταται απαραίτητη η δυνατότητα αποστολής ιατρικών δεδομένων σε εξειδικευμένα υπολογιστικά κέντρα για υλοποίηση υπολογιστικών

τεχνικών οι οποίες ξεπερνούν τις δυνατότητες ενός νοσοκομειακού ιδρύματος. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, ιατρικά δεδομένα του ασθενούς, ή ολόκληρος ο

ιατρικός του φάκελος, πρέπει να μεταφερθούν ηλεκτρονικά. Το έργο αυτό αναλαμβάνει η τηλεϊατρική.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες (60 %), ήταν σπουδαστές (70%) και τα κεντρικά συμπεράσματα της μελέτης μας ήταν:

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (60 %) στην παρούσα έρευνα

- χαρακτηρίζουν τις γνώσεις τους γύρω από τους Η/Υ και το Internet ως λίγες ή απλά αρκετές.
- ως ικανοποιητική την πρόσβαση του Internet στο χώρο του ΤΕΙ (55%)
- γνωρίζουν για τις υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet (67,5 %).
- θα χρησιμοποιούσαν πολύ υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet (75 %).
- θα ενδιαφέρονταν και για πληροφορίες (45 %) και υπηρεσίες παροχής συμβουλών (35 %) από το σύνολο των υπηρεσιών υγείας από το internet.
- επιθυμούν υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας από το internet που να έχουν σχέση με μεγάλη ποικιλία θεμάτων.

Με βάση τις παραπάνω συσχετίσεις διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σπουδαστών, καθηγητών και λοιπών εργαζομένων στο ΤΕΙ στα θέματα που αφορούν τη χρήση του Διαδικτύου και τις υπηρεσίες Υγείας μέσα από αυτό εκτός από

- την πρόσβαση τους στο internet με ιδιαίτερα παράπονα κυρίως από τους σπουδαστές.

- τις υπηρεσίες τηλεϋγείας που θα επιθυμούσαν.

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι επέμειναν στο γεγονός ότι τις υπηρεσίες τηλεϋγείας πρέπει να τις υποστηρίζουν ειδικοί επιστήμονες ανά υπηρεσία οι οποίοι με εμφάνιση των προσωπικών τους στοιχείων να αναλαμβάνουν και την ευθύνη της υποστήριξης των χρηστών των υπηρεσιών.

Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνουμε την μεγάλη αναγκαιότητα δημιουργία και υποστήριξης υπηρεσιών τηλεϋγείας από τις υπηρεσίες του ιδρύματος του ΤΕΙ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Αντωνοπούλου Γεωργία- Γκρινιάρη Βασιλική**, Πτυχιακή Εργασία «*Η Νοσηλευτική και η Σχέση της με την Τεχνολογία*», Υπεύθυνη Καθηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2000, σ.4-9, 20-21,27,66-78, 101-103.
- 2. Μπεσμπέας Σταύρος**, *Τεχνολογική Εξέλιξη, Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα Μικροϋπολογιστών*, Βοηθήματα Νοσηλευτικής Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις «Αντικαρκινική Εταιρεία», Αθήνα 1994, σ.7
- 3. www.nursing.gr/pliroforiki.html**, *Η Πληροφορική σαν Μέσο για την Προώθηση και Εξέλιξη της Νοσηλευτικής*, «Μια Νεωτεριστική Επανάσταση στην Κλινική Άσκηση.
- 4. Παπαντώνης Σπύρος**, Πτυχιακή Εργασία «*Internet και Νοσηλευτική*», Υπεύθυνος Καθηγητής Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2001, σ.29,33-37,38-65.
- 5. Μπουλουγούρας Κωνσταντίνος-Σπόνια Αικατερίνη**, Πτυχιακή Εργασία «*Η Συμβολή της Πληροφορικής στη Νοσηλευτική*», Υπεύθυνος Καθηγητής Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος, Σχολή ΣΕΥΠ ,Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1996, σ.5-19
- 6. Μπότσαρης Χαράλαμπος**, *Υγεία και Πληροφορική*, Πληροφορική Νέες Τεχνολογίες και Υγεία, Τεύχος 3, Τόμος 1, Θεσσαλονίκη 1991, σ.7-8.
- 7. Μίχας Αντώνιος**, *Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές και Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική*, Βοηθήματα Νοσηλευτικής Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου,

Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις «Αντικαρκινική Εταιρεία», Αθήνα 1994,

σ.66-67.

8. Βενιεράκης Γεώργιος, *Εξέλιξη της Πληροφορικής, Ιστορία, Τύποι και Επιλογές*

Υπολογιστών, Θεωρία και Πράξη, Βοηθήματα Νοσηλευτικής Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις «Αντικαρκινική Εταιρεία», Αθήνα 1994, σ.21-23.

9. Goldschlager Les and Lister Andrew, *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιστήμη των Υπολογιστών*, Μετάφραση Χαλάτσης Κώστας, Επίτομος, Έκδοση Τρίτη, Εκδόσεις Δίαυλος, Αθήνα 1996, σ.25.

10. Elmasri R.- Navathe S.B., *Θεμελιώδεις Αρχές Συστημάτων Βάσεων Δεδομένων*, Μετάφραση Χατζόπουλος Μιχάλης, Τόμος 1, Έκδοση Δεύτερη, Εκδόσεις Δίαυλος, Αθήνα 1996, σ.26.

11. Tanenbaum S. Andrew, *Δίκτυα Υπολογιστών*, Μετάφραση Στυλιανάκης Βασίλειος, Επίτομος, Έκδοση Τρίτη, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα 2000, σ.2

12. Μπονίκος Σ. Διονύσιος, *Η Πληροφορική στην Ιατρική Εκπαίδευση και Τα Συστήματα Υγείας*, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις SET ΟΕ, Αθήνα 1990, σ.7-8, 27-29, 51, 88, 98-100, 117.

13. Φλαμπούρης Κωνσταντίνος, *Η Ασφάλεια της Πληροφορίας, Πληροφορική, Νέες Τεχνολογίες και Υγεία*, Τεύχος 3, Τόμος 1, Θεσσαλονίκη 1991, σ.19-21.

14. Γκολφινόπουλου Κωνσταντίνου, *Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία «Πληροφοριακά Συστήματα Και Φροντίδα Του Ασθενή Στο Σπίτι»*, Υπεύθυνος Καθηγητής Μαντάς Ι. Σουρτζή Π. Τμήμα Νοσηλευτικής Αθήνα 2001, σ.39-60.

15. **Κυριόπουλος Γ.Ν.**, *Συστήματα Υγείας και Πληροφορική*, Πληροφορική Νέες Τεχνολογίες Και Υγεία, Τόμος 1,4, Αθήνα 1991, σ.19-22.
16. **Πάγκαλος Γεώργιος**, *Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου*, Πληροφορική, Νέες Τεχνολογίες και Υγεία, Τεύχος 3, Τόμος 1, Θεσσαλονίκη 1991, σ.11-15.
17. **Παναγοπούλου Μαρία**, Διπλωματική Εργασία «*Αλγόριθμοι Και Μοριακή Βιοπληροφορική*», Επιβλέπων Τσακαλίδης Αθ., Τμήμα Μηχ. Η/Υ και Πληροφορικής, Πάτρα, Οκτώβριος 1994, σ.1-12
18. **Wright D. Androuchko L.** *Telemedicine and developing countries.* Journal of telemedicine and telecare, Issue 2, 1996 σ.63-70
19. **Wootton R.** *Telemedicine and isolated communities: a UK perspective*, Journal of telemedicine and telecare, , Issue 5, 1999, σ.27-34
20. **Κιτσοπούλου Γεωργία**, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, «*Η Τελεϊατρική στην Ελλάδα*», Υπεύθυνος Καθηγητής Μαντάς Ι. Τμήμα Νοσηλευτικής Αθήνα 2000, σ.40-50.
21. **web.otenet.gr/infocare/arxio241.html** “*eHealth*”
22. **www.in.gr** **Medical Physics Laboratory School Of Medicine**, University Of Athens 2002
23. **www.ote.gr** **OTE Τηλεεφαρμογές**, Μέλος Του Ομίλου ΟΤΕ
24. **Σβόνου Κωνσταντίνα**, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία «*Τεχνολογίες Δικτύων Με Εφαρμογές Στην Τηλεϊατρική*», Υπεύθυνος Καθηγητής Λυκοθανάσης Ι Τμήμα Πληροφορικής Πάτρα 2000, σ.1-30.
25. **Γκιμπερίτης Χ Βαγγέλης**, «*Εφαρμογές Τηλεϊατρικής και Πληροφορικής*» Επίτομος, Έκδοση 14 Εκδόσεις ΤΖΙΟΛΑ, Θεσσαλονίκη 1999, σ.521
26. **ΟΤΕ**
27. **<http://medlab.cs.uoi.gr/tileitraki.htm>**
28. **www.themis.gr/tileitraki.htm**

- 29. Ahmed M et al.** *A review of telemedicine* , Journal of Telemedicine and Telecare, , Issue 5 1999, σ.103-106.
- 30. Loddey D.***The Economics Of Telemedicine*, Journal of Telemedicine and Telecare, Issue 3, 1997, σ.117-125.
- 31. Βουτζούλιας Δ. Σταύρος,** *Η Πρόοδος της Τεχνολογίας ως Βοήθημα της Νοσηλευτικής, Βοηθήματα Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1994,σ.15-19*
- 32. www.in.gr,** *Νοσοκομειακά Πληροφοριακά Συστήματα Συλλογής και Επεξεργασίας Δεδομένων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. _*
- 33. Σαχίνη-Καρδάση Α.,** *Η Συμβολή των Η/Υ στη Φροντίδα του Αρρώστου, Ιατρική Νοσηλευτική- Τεχνολογία, Τεύχος 8, Επίτομος, Εκδόσεις Zymel, Αθήνα 1997, σ.16-21.*
- 34. www.google.com,** *Η Μηχανογράφηση και οι Γραμμωτοί Κώδικες στην Αιμοθεραπεία.*
- 35. Φόρογλου Γεώργιος,** *Τεχνολογική Πρόοδος και Βελτίωση της Λειτουργίας Πρότυπου Νοσηλευτικού Σταθμού, Επίδραση επί των Ασθενών, των Ιατρών και του Κοινωνικού Περιβάλλοντος, Βοηθήματα Νοσηλευτικής Πρόληψης και έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου, Επίτομος , Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1994, σ.71-77. 35*
- 36. www.yahoo.gr,** *Using Data Information and Knowledge to Deliver and Manage Patient Care.*
- 37.Λανάρα Ανδρέου Βασιλική,** *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Επίτομος, Έκδοση έκτη, Εκδόσεις Παπανικολάου ABEE, Αθήνα 1999, σ 19-21, 177,179,185,243,317,337.*

38. Πραστάκος Π. Γρηγ., *Αλληλεπίδραση Ανθρώπου --Υπολογιστή και Επιπτώσεις στο Ανθρώπινο Δυναμικό,* Βοηθήματα Νοσηλευτικής Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης του Καρκίνου, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1994, σ.79-82

39. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική,* Επίτομος, Έκδοση Δεύτερη Βελτιωμένη και Επαυξημένη, Εκδόσεις«Η ΤΑΒΙΘΑ» ΣΑ, Αθήνα 1995, σ.33-34, 135, 198-200

1. Ελένη Αγαθώνη-Γεωργοπούλου, Αθήνα 1991. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ. Πρόλογος Ελένη Βαλλάση-Αδάμ (111)Β' έκδοση.
2. Λένορ Ουόκερ. Μετάφραση Τάσος Ανθουλιάς, Αθήνα 1989. Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
3. Κέντρο Ερευνών για θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι).
4. Ενημερωτικό φυλλάδιο. Γενική Γραμματεία Ισότητας. Νοέμβριος 2002.
5. Πρωτοβουλία Γυναικών ενάντια στην Κακοποίηση. www.isotita.gr (internet).
6. Σπάζοντας την Σιωπή. Η Βία στην Οικογένεια είναι Έγκλημα. Πρακτικά Συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000. Ζάππειο.
7. Health.in.gr (internet).
8. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή. Β.Π.Κονταξάκης, Μ.Ι.Χαβάκη-Κονταξάκη, Γ.Ν . Χριστοδούλου. (Επ.Έκδ.)Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2005: 125-139
9. Γενική Γραμματεία Ισότητας. Δειγματοληπτική στατιστική αξιοποίηση στοιχείων που αφορούν στην κακοποίηση γυναικών. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ.
- 10.Βία Βιασμός. Κείμενα κοινωνικού και φεμινιστικού προβληματισμού της κίνησης δημοκρατικών γυναικών. Β' έκδοση.
- 11.Άγγελος Α.Τσιγκρής. Τα σεξουαλικά εγκλήματα. Εγκληματολογικές προσεγγίσεις της σεξουαλικής βίας. Εκδόσεις Αντ.Ν.Σακκουλά 2000.
- 12.Ενημερωτικό φυλλάδιο. Γενική Γραμματεία Ισότητας. Στο πλευρό της κακοποιημένης γυναίκας. Νοέμβριος 2004.
- 13.Μαίρη Υφαντή. UNICEF, Γενική Γραμματεία Ισότητας. www.isotita.gr (internet).
- 14.ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ΑΝΟΧΗ ΜΗΔΕΝ. Πρακτικά του συνεδρίου που έγινε στην ΑΘΗΝΑ τον Ιανουάριο 1999 με την ευθύνη της Κίνησης Δημοκρατικών Γυναικών.

- 15.Αφροδίτη Χρ.Ραγιά. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Δ' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ. ΑΘΗΝΑ 2004.
- 16.Ελευθερία Κ.Αθανάτου. Κλινική Νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές Νοσηλείες. Έκδοση ΙΓ' αναθεωρημένη. Αθήνα 2005.
- 17.Άννα Σαχίνη-Κάρδαση, Μαρία Πάνου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. 2^{ος} ΤΟΜΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ.
- 18.Άννα Σαχίνη-Κάρδαση, Μαρία Πάνου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. 1^{ος} ΤΟΜΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ.
- 19.Ενημερωτικό φυλλάδιο. Ανδρική Βία κατά των Γυναικών. Ανοχή Μηδέν. Επιτροπή για την καταπολέμηση της ανδρικής βίας κατά των γυναικών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ _____

3. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

4. ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ Η/Υ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ INTERNET;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

5. ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ INTERNET ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

6. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**7.ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΣΑΤΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ
INTERNET;**

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**8. ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΘΑ
ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΜΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ
INTERNET.**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ
ΑΛΛΟ

**9. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΤΙΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ
ΠΙΘΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ INTERNET**

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΨΥΧΙΚΕΣ
ΝΟΣΟΙ AIDS ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ
ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

.....

