

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστρια : Λεμιώτη Ανδριάννα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο : Νάννου Κυριακή

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο:

- 1)
- 2)
- 3)

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής .

ΠΑΤΡΑ, 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	20/a
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
1. Πρόλογος	I
2. Εισαγωγή χρονίων παθήσεων	1
3. Εφαρμογή επιστημονικών αρχών	2
α) φυσιολογία	2
β) Χημεία	4
γ) Μικροβιολογία	4
δ) Φαρμακολογία	5
ε) Φυσική	6
4. Ψυχοκοινωνικές απόψεις	6
5. Νοσηλευτική φροντίδα	10
6. Διαδασκαλία ασθενή	13
7. Στατιστική έρευνα μερικών χρονίων παθήσεων	14
8. Προβλήματα περίθαλψης χρονίων ασθενών στην Ελλάδα ..	16
α. κλειστή περίθαλψη	17
β. ανοικτή περίθαλψη	18
9. Πίνακες	20
10. Επίλογος	22
11. Περιπτώσεις ασθενών με χρόνια προβλήματα	23
12. Βιβλιογραφία	36

"Είναι αλήθεια στην ασθένεια
αισθανόμαστε περισσότερο την ανάγκη
συμπάθειας που φανερώνει τις
σχέσεις εξάρτησης ανθρώπων
μεταξύ τους για ανακούφιση
και συμπόνια. Έτσι η ασθένεια,
διότι ανοίγει τα μάτια μας στις
αλήθειες της ζωής, μπορεί να
θεωρηθεί έμμεση ευλογία"

H BALLOU

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το περιεχόμενο της εργασίας αυτής, αναφέρεται στις χρόνιες ασθένειες που είναι το κύριο πρόβλημα της επιστήμης.

Μέσα στις σελίδες που ακολουθούν, θα προσπαθήσω να δώσω κάποια εξήγηση και πλήρη περιγραφή της έννοιας χρόνια ασθένεια και τέλος να αναφερθώ στο σωστό τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας.

Βασικός σκοπός είναι να θίξω όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα άτομο μπροστά στις νόσους αυτές. Η αδυναμία της επιστήμης να θεραπεύσει τις χρόνιες ασθένειες δημιουργεί πολλά και άλυτα προβλήματα στον πάσχων ασθενή (βιολογικά, κοινωνικά, ψυχολογικά).

Πριν αρχίσω ν' ασχοληθώ με το θέμα μου θεωρώ - και είναι υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους που μου πρόσφεραν ολόψυχα τη βοήθειά τους για τη συγγραφή αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέποντα καθηγήτριά μου Νάνου Κυριακή για την βοήθεια που μου πρόσφερε, τόσο παραχωρώντας μου βιβλιογραφία, όσο και τις γνώσεις της.

Επίσης τον ιατρό χείρού ργο Μπρίμπα Αλέξη Επιμελητή του Καραμανδανείου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών για την βοήθειά του από πλευράς βιβλιογραφίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Η πτυχιακή μου εργασία περιλαμβάνει την "μακρόχρονη ασθένεια" έκφραση που χρησιμοποιείται εναλλάξ με τον όρο "χρόνια πάθηση" η οποία έχει ορισθεί σαν χρόνια ασθένεια διάρκειας τριών ή περισσότερων μηνών. Συνήθως αναφέρεται σε ασθένεια ή ανικανότητα που είναι συνεχής ή επανεμφανιζόμενη και η οποία απαιτεί μακρά περίοδο φροντίδας οπότε ονομάζεται μακροχρόνια ασθένεια.

Υπάρχουν τουλάχιστον πενήντα επιδημίες που μπορούν να ταξινομηθούν ως χρόνιες. Οι πιο κοινές ασθένειες και εκείνες που καταλήγουν σε τελική βλάβη (αναπηρία) είναι οι ασθένειες της καρδιάς και του κυκλοφορικού, αρθρίτιδα και ρευματισμοί, ασθένειες του νευρικού συστήματος, καρκίνος και άλλες κακοήθειες νεοπλασίες, διαβήτης, σύφιλη, φυματίωση και ψυχιατρικές ασθένειες.

Ο πληθυσμός μας σήμερα φθάνει σε μεγαλύτερο όριο ηλικίας ως αποτέλεσμα της ιατρικής πρόοδου που οδηγεί σε μακρόχρονη ζωή. Η αύξηση δεν οφείλεται τόσο πολύ στο γεγονός ότι οι άνθρωποι ζούν περισσότερο αλλά εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας στην βρεφική ηλικία, παιδική ηλικία και εφηβεία. Όμως το πρόβλημα της μακρόχρονης ασθένειας όχι μόνο επηρεάζει τα πιο ηλικιωμένα άτομα αλλά πολλούς νέους ανθρώπους επίσης. Αποτελέσματα μιας στατιστικής των Η.Π.Α. ανακάλυψαν κατά προσέγγιση 30.000.000 άτομα με κάποιο τύπο ψυχολογικής ή φυσικής ανικανότητας. Μόνο 8% ήταν άνω των 65 ετών και περισσότεροι από τους μισούς ήταν κάτω των 45 ετών. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι η ηλικία δεν είναι πάντοτε ο αποφασιστικός παράγοντας μιας μακροχρόνιας ασθένειας.

Ασθενείς χρονίων ασθενειών έχουν κοινές ανάγκες. Επιπροσθέτως εκτός της νοσηλευτικής φροντίδας ο χρόνιος ασθενής μπορεί να χρειαστεί οικονομική βοήθεια, αποκατάσταση και βοήθεια συναισθηματική. Πολλές από τις ανάγκες μπορούν ν' αντιμετωπισθούν και οι περισσότεροι ειδικές ν' αντιμετωπισθούν και οι περισσότεροι ειδικές μόνο συζητούνται στην πτυχιακή αυτή εργασία.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ

Φυσιολογία. Η επιδερμίδα του ασθενούς χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα αλλά ο ασθενής με μακροχρόνια ασθένεια απαιτεί περισσότερη φροντίδα εξαιτίας ποικίλων άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την όλη του ύπαρξη.

Εάν ο ασθενής είναι ηλικιωμένος η επιδερμίδα του θα είναι λεπτή, ξηρή και ρυτιδιασμένη εξαιτίας της απώλειας της ελαστικότητάς της. Πρόσθετη ειδική καθαριότητα στο μπάνιο, είναι απαραίτητη και ένα ελαφρύ μασάζ βοηθάει στο να διεγείρει τις απολήξεις του νεύρου και να δώσει ένα αίσθημα ευεξίας καθώς επίσης να βοηθήσει την κυκλοφορία. Πρόληψη κατακλίσεων ή λόγω πίεσεως σε περιοχές ειδικές είναι υψηλής σημασίας σε ασθενείς που θα μείνουν κλινήρεις για μακρά περίοδο χρόνου. Το γύρισμα και η συχνή αλλαγή στη θέση είναι απαραίτητα για να προληφθεί η υποστατική πνευμονία.

Ένα επαρκές διαιτολόγιο παρέχει τροφή για το σώμα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ξέρει του ιατρού τις εντολές για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του ασθενούς. Επειδή μερικοί που είναι ασθενείς για μακρές χρονικές περιόδους συ-

νήθως παραμελού ν την δίαιτά τους, είναι απαραίτητο να βεβαιωθούμε ότι παίρνουν όλα τα απαραίτητα στοιχεία. Μερικά υπερήλικα άτομα χρειάζονται διαιτολόγιο υψηλό σε ασθέστιο και πρωτεΐνες και η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τους ενθαρρύνει να συμπεριληφθεί σ' αυτό άφθονο γάλα, τυρί, νωπά φρούτα και άπαχο κρέας.

Σε σχέση με την τροφή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κατάσταση των δοντιών. Εάν λείπουν δόντια ή οι τεχνητές οδοντοστοιχίες δεν εφαρμόζουν καλά είναι πιθανόν οι άνθρωποι να αποφεύγουν να τρώνε τροφές που απαιτούν μάσημα. Τα κρέατα πρέπει να είναι τρυφερά ή αλεσμένα για ν' απολαμβάνονται.

Το φαγητό είναι ευχάριστη δραστηριότητα για υγιή άτομα, αλλά μπορεί να γίνει δύσκολο ζήτημα για πολλούς χρόνιους ασθενείς. Ο ασθενής μπορεί να απαιτήσει βοηθήματα για να αυτοεξυπηρετηθεί όπως ένα μηχανικό μαχαίρι, πηρούνι ή κουτάλι. Επειδή η όρεξη ενός υπερήλικα ή ενός που υπήρξε ασθενής, για πολύ καιρό μπορεί να είναι ανεπαρκής η νοσηλεύτρια θα πρέπει να κάνει την τροφή ελκυστική στη θέα, στη γεύση και στην οσμή για να διεγείρει την όρεξη.

Ορισμένες αισθήσεις αλλάζουν με την ηλικία ή την αρρώστια. Το θέμα του φωτός και της όρασης πρέπει να ενδιαφέρει την νοσηλεύτρια. Μερικές αλλαγές που επέρχονται στην όραση, μικρότερη ταχύτητα στην επικέντρωση και μια αλλαγή στην προσαρμογή σε κοντινά είδωλα. Το πεδίο όρασης ελαττώνεται αρκετούς βαθμούς από την μέση ηλικία μέχρι την τρίτη ηλικία. Με την ηλικία επίσης αυξάνεται η πιθανότητα κώφωσης, στην ηχητική διακύμανση της ανθρώπινης φωνής. Σημαντική είναι η απώλεια της αίσθησης της ισορροπίας προφανώς εξαιτίας αλλαγών στο μέσο ούς (αυτί).

Χημεία : Πολλοί τύποι εργαστηριακών εξετάσεων χρησιμοποιούνται στον καθορισμό της φυσικής κατάστασης και προσδιορισμού θεραπείας για τον ασθενή με χρόνια αρρώστια. Π.χ. τα ούρα ενός διαβητικού πρέπει να εξετάζονται συχνά για να καθοριστεί η υπάρχουσα ποσότητα γλυκόζης και περιοδική εξέταση σακχάρου στο αίμα θα πρέπει να γίνεται. Οι χημικές εξετάσεις αίματος είναι επίσης σημαντικές. Οι δόσεις αντιπηκτικού για τον ασθενή που είχε κρανιακό ατύχημα εξαρτάται απ' τον ημερήσιο χρόνο προθρομβίνης.

Στις μέρες μας κάποια εργασία γίνεται στη χρήση γεννητικών ορμονών στη θεραπεία του γήρατος και σε μερικές άλλες αδιαθεσίες. Η χημεία παίζει μεγάλο ρόλο στις χρόνιες ασθένειες.

Μικροβιολογία : Μια καθαρή καλοδιατηρημένη επιδερμίδα είναι η βάση για την προστασία κατά της εισοβλής μικροοργανισμών. Σε ασθενείς με ξηρή επιδερμίδα η χρήση λοσιόν ή κρεμών μπορεί να βοηθήσει. Το οινόπνευμα ξηραίνει και θα πρέπει να αποφεύγεται στα ηλικιωμένα άτομα.

Πρόσθετη φροντίδα πρέπει επίσης να δίδεται στα νύχια, ιδιαίτερα στα νύχια ποδιών. υπάρχει μια τάση τα νύχια να σκληραίνουν και να χονδραίνουν. Επειδή τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ασθενική όραση και ασταθές χέρι το κόψιμο και η περιποίηση νυχιών του ποδιού γίνεται δύσκολη υπόθεση γι' αυτούς. ακόμη κι αν είναι σε θέση να κόψουν τα νύχια τους υπάρχει η πιθανότητα να κόψουν την επιδερμίδα.

Επειδή ο κάθε ασθενής ή υπερήλικας είναι περισσότερο επιρρεπής στην μόλυνση εξαιτίας μικρότερης αντίστασης, ειδικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται για την φροντίδα όλων των ασθενών.

νών με χρόνια ασθένεια, για να προστατευτούν από την μόλυνση. Προστασία από το ρεύμα και το ψύχος πρέπει επίσης να ληφθεί υπ' όψιν.

Φαρμακολογία : Τα αναλγητικά είναι πιθανόν τα πιο σημαντικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία ασθενών με χρόνια ασθένεια. Όπως η χρήση αυτών των φαρμάκων είναι απαραίτητη σε καρκινοπαθείς ή αυτούς που έχουν αρθρίτιδα και σε μερικές άλλες περιστάσεις για να μπορούν να αντιμετωπίσουν την ζωή με κάποια ανακούφιση. Πολλοί απ' αυτούς τους ασθενείς παίρνουν ασπιρίνη εφόσον αυτή είναι αποτελεσματική, και καταφεύγουν στα ναρκωτικά μόνο στα τελικά στάδια της ασθένειάς τους. Τα καταπραϊντικά βοηθούν τους ασθενείς να εξασφαλίζουν ανάπαυση και ύπνο ενώ τα ηρεμιστικά χρησιμοποιούνται για ψυχοπαθείς για να τους βοηθήσει περισσότερο στην θεραπεία.

Ειδικά φάρμακα χορηγούνται όταν ο ασθενής παρουσιάζει αδενική ή τροφική ανεπάρκεια. Αυτά τα φάρμακα θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν αδενικά παρασκευάσματα τέτοια όπως η ινσουλίνη και έκκριμα θυροειδή όταν υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα του παγκρέατος και του θυροειδούς αδένος. Βιταμινούχα παρασκευάσματα μπορεί να συνιστώνται σαν συμπλήρωμα διαίτης. Υπάρχουν επίσης άλλα ειδικά παρασκευάσματα τέτοια όπως παρα-αμινο-σαλικυλικό οξύ. (PAS) για την φυματίωση, νιτρογλυκερίνη για την στηθάγχη και κορτιζόνη για την αρθρίτιδα. Όταν χορηγούνται ειδικά φάρμακα, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει τα στοιχεία του φαρμάκου έτσι ώστε να μπορεί να εκτιμήσει την αντίδραση του ασθενούς στο φάρμακο περισσότερο με ακρίβεια.

φυσική : Είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας να φροντίζει τον άρρωστο και το κρεβάτι του για να κρατήσει τον ασθενή σε σωστή θέση. Μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί μια ειδική βάση στα πόδια για να εμποδίζει την πτώση του πλέματος ή μπορεί να είναι απαραίτητο να στηριχθεί ένας παράλυτος ασθενής με μαξιλάρια.

Οι αρχές των μηχανισμών του σώματος για τον ασθενή και για την νοσηλεύτρια θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολλά μέσα (μηχανήματα) για την ανύψωση των ασθενών μέσα και έξω από το κρεβάτι, μέσα και έξω από ένα αυτοκίνητο, είναι τώρα διαθέσιμα. αυτά μπορεί να τα χειρίζεται με επιτυχία μόνο ένα άτομο. Η καθημερινή υποστήριξη και οι δραστηριότητες κινήσεως βασισμένες στη γνώση και στην παραμικρή λεπτομέρεια επιδρούν στην πρόοδο του ασθενούς προς την αυτοεξυπηρέτηση.

Ο ασθενής που πρέπει να χρησιμοποιήσει πατερίτσες ή να φορέσει βαριές ζώνες ορθοπεδικών οργάνων και τεχνητά μέλη, πρέπει να μάθει να περπατά από ένα καινούργιο κέντρο βαρύτητας. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εργάζεται με τον φυσιοθεραπευτή στο να μάθει τον ασθενή πως να χρησιμοποιεί αυτά τα τεχνικά μέσα και για να του δώσει συναισθηματική υποστήριξη μέχρις ότου το σώμα του μπορέσει να προσαρμοστεί στην καινούργια ισορροπία.

Ειδικές ασκήσεις έχουν επινοηθεί για να αναπτυχθούν σχεδόν όλοι οι μύς και σε συνδυασμό με θεραπευτικά λουτρά και σύγχρονα μηχανικά μέσα ή σωματική και η εργασιακή θεραπεία τώρα παίζουν σημαντικό ρόλο στην θεραπεία και αποκατάσταση του χρόνου ασθενή.

Ψυχοκοινωνικές απόψεις : Συνήθως παθαίνει σόκ το άτομο όταν ενημερώνεται ότι η κατάστασή του θα διαρκέσει για με-

γάλο χρονικό διάστημα. Εκτός της ανάγκης, ν'αντιμετωπίσει την σωματική του κατάσταση, μπορεί να έχει να κάνει με κοινωνική ή συναισθηματική εκτόπιση. Μια χρονική περίοδο μόνο έξι εβδομάδων μπορεί να σημαίνει μια πλήρη αλλαγή στην σταδιοδρομία και ζωή μερικών ασθενών. Σε πολλούς ασθενείς άμεσα δημιουργούνται συναισθήματα ανασφάλειας. Εάν το πρόσωπο που έχει το πρόβλημα είναι ο αρχηγός ενός σπιτιού, θα φοβάται τι επίδραση θα έχει η ασθένεια του επί της εργασίας του και πως η οικογένειά του θα επιβιώσει οικονομικά. Πολλοί ασθενείς μπορεί να τ'αντιμετωπίσουν βρίσκοντας μια διαφορετική απασχόληση. Εάν η μητέρα είναι η ασθενής θα στενοχωριέται για το νοικοκυριό και τα παιδιά. Η πλήρης εικόνα της διάγνωσης μπορεί να μην εξελιχθεί ξαφνικά αλλά με την πάροδο των ημερών. Ο ασθενής μπορεί να πάθει κατάθλιψη το οποίο θα επιδεινώσει την ένταση και το στρές των μελών της οικογένειας. Συχνά ο ασθενής γίνεται κακόκεφος, δεσποτικός και φοβάται για την αρρώστια του, το κόστος της θεραπείας και την προοπτική της ανάρρωσης. Πολλοί ασθενείς έχουν ένα αίσθημα ενοχής και μερικοί πάλι θεωρούν την χρόνια ασθένεια σαν μια μορφή τιμωρίας.

Η απώλεια είναι κοινό γνώρισμα μιας χρόνιας ασθένειας: απώλεια ενός μέρους του σώματος ή της λειτουργίας του, απώλεια οικονομικής ή προσωπικής ανεξαρτησίας, απώλεια εργασίας, απώλεια μιας εικόνας ενός άνετου σώματος. Η απώλεια συνήθως ακολουθείται από λύπη. Εάν η νοσηλεύτρια καταλάβει ότι η λύπη ακολουθεί μια απώλεια θα είναι καλύτερα προετοιμασμένα να βοηθήσει τον ασθενή.

Ο ασθενής έχει πολλούς φόβους : φόβο να σηκωθεί από το κρεβάτι, φόβο μήπως πέσει, φόβο για τον πόνο, φόβο για το

άγνωστο. Επίσης απελπισία, μοναξιά και πλήρη εμφανίζονται στη χρόνια ασθένεια. Ο φόβος μειώνεται με την γνώση και με επιτυχή εμπειρία ακόμη και κατά κάποιο τρόπο, και μέσω κινήτρου που η νοσηλεύτρια εμπνέει στον ασθενή.

Συχνά η ένταση ανακουφίζεται αν ο ασθενής μπορεί να συζητήσει για την κατάσταση του με κάποιον και σ' αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια μπορεί να γίνει καλή ακροάτρια. Από ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για το τι πρέπει να πεί, μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα της ασφαλείας και επίσης ν' αποκτήσει μια μεγαλύτερη κατανόηση του ασθενούς και του τι μπορεί να γίνει γι' αυτόν. Ο χρόνια ασθενής μπορεί να αποκτήσει περισσότερο κοινωνικό ενδιαφέρον φορώντας τα γυαλιά του ή ακουστικά βοηθήματα, εάν έχει αυτά τα βοηθήματα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τον ενθαρρύνει να τα φοράει για να μπορεί να είναι περισσότερο ενήμερος του τι γίνεται γύρω του. Αυτή μπορεί να αυξήσει την ενημέρωση και ευαισθησία στα προβλήματα, αισθήματα και ανάγκες του ασθενή. Εάν αυτή αισθάνεται ότι αυτός χρειάζεται να μιλήσει περισσότερο σε κάποιον μπορεί είτε να επιστήσει την προσοχή του γιατρού σ' αυτόν ή αυτή μπορεί να έρθει σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό, σύμφωνα με την τακτική του ιδρύματος. Ο εφημέριος μπορεί να δώσει πίστη και ενθάρρυνση.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην χρόνια ασθένεια του ασθενούς είναι η έλλειψη χρημάτων. Οι οικονομικές στενοχώριες ενός ασθενή μπορούν να επιδεινώσουν την ασθένειά του. Η αντιμετώπιση οικονομικών αναγκών μπορεί να είναι τόσο σημαντική όσο η θεραπεία σωματικών ασθενειών. Δύο τρομερά προβλήματα είναι η συντήρηση εισοδήματος και η αντιμετώπιση του

κόστους της ασθένειας. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση και κατανόηση των οικονομικών προβλημάτων του ασθενή, την γνώση πηγής βοήθειας, την διδασκαλία βασικού σχεδίου προϋπολογισμού και την οικονομία μέσω συντήρησης δαπανηρού εξοπλισμού και του αυτοσχεδιασμού υλικών στο σπίτι. Μια βοήθεια από κοινωνική λειτουργό για βοήθεια στα οικονομικά προβλήματα μπορεί να επισπεύσει την ανάρρωση του ασθενή. Επειδή η νοσηλεύτρια μπορεί να είναι η μόνη επαγγελματίας στην καθημερινή επαφή με τον ασθενή, θα πρέπει να γνωρίζει τέτοιες πηγές όπως Διοίκηση Κοινωνική Ασφάλειας, Βοήθεια Γεροντικής ηλικίας, Γραφείο επαγγελματικής αποκατάστασης, ή τις τόσες ιδιωτικές πρωτοβουλίες. Επειδή πολλοί ασθενείς είναι ευαίσθητοι στο να δέχονται βοήθεια οικονομική, συνήθως το ζήτημα των οικονομικών αναγκών ενός ασθενούς θα πρέπει να αναφέρεται σε κοινωνικό λειτουργό. . .

Μεγάλο κόστος της ασθένειας καλύπτεται από ασφάλεια δημοσίου (Ε.Σ.Υ.), ΙΚΑ τα οποία και τα δύο χρηματοδοτούνται από δημόσιους μη επικερδείς οργανισμούς που έχουν οργανωθεί για να παρέχουν ειδικούς τύπους και ποσά νοσοκομειακής εξυπηρέτησης και ιατρικής φροντίδας σε ανταπόδοση τακτικών πληρωμών. Ο ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου και γιατρού.

Οι χρόνιοι ασθενείς μπορούν να περιθάλπονται σε αρκετά μέρη. Μπορούν να μπαίνουν σε νοσοκομεία για ένα οξύ στάδιο της ασθένειας τους και κατόπιν να επιστρέφουν σπίτι. Από το ΙΚΑ στέλνουν προσωπικό στο σπίτι για περαιτέρω παρακολούθηση σε μερικούς ασθενείς. Επίσης οι ασθενείς μπορεί να έχουν φροντίδα στην κοινότητά τους από τα κέντρα υγείας.

Μετά από ένα οξύ στάδιο ασθένειας εισαγωγής, οι ασθενείς μπορούν να παραμείνουν στο νοσοκομείο και να μεταφερθούν σε νοσοκομείο για χρόνιες καταστάσεις. Επειδή οι ήδη εγκατεστημένες ευκολίες του νοσοκομείου όπως διοικητικό προσωπικό, εργαστήρια και τμήματα διαιτητικής, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε Κέντρα Υγείας που γενικά συνολικά έξοδα για την φροντίδα ενός χρόνια ασθενή μπορούν να μειωθούν. Μια άλλη ευκολία για την φροντίδα χρόνια ασθενών είναι το γηροκομείο στο οποίο μπορούν να μπουν μετά από την νοσοκομειακή διαμονή.

Το Ιατρικό πρόγραμμα προνοεί για νοσοκομειακή φροντίδα μετανοσοκομειακές παρατεταμένες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας συμπεριλαμβανομένης φροντίδας σε περίθαλψη οίκο ή ευκολία αποκατάστασης και μετανοσοκομειακές κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας. Οι κρατικές και οι εθελοντικές υπηρεσίες έχουν αναπτύξει κάποιες δραστηριότητες στον τομέα μιας χρόνιας ασθένειας. Το 1963 η Δημόσια Κοινωνική Υπηρεσία των Η.Π.Α. ίδρυσε το Κλινικό Κέντρο Εθνικών Ιδρυμάτων Υγείας στο Bethesda Maryland όπου οι εσωτερικοί ασθενείς γίνονται δεκτοί για μελέτη σε έξη ερευνητικούς τομείς : αρθρίτιδα, ασθένειες μεταβολισμού, καρκίνο, καρδιά, αλλεργία, και λοιμώδεις νόσους, νευρολογία, οφθαλμολογία και ψυχιατρική. Εκτός αυτής της έρευνας η Δημόσια Υπηρεσία υγείας των ΗΠΑ αναπτύσσει μεθόδους βοηθάει και να συμβουλεύει τις πολιτείες στις λειτουργίες τους για την περίθαλψη χρονίων ασθενών.

Νοσηλευτική φροντίδα : Πρέπει να δοθεί έμφαση στην φροντίδα ασθενή με χρόνια ασθένεια. Με την πρόσφατη αύξηση περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών και με τον αυξανόμενο αριθμό υπερηλίκων ατόμων στον πληθυσμό μας περισσότερο χρόνιοι γηριατρικοί ασθενείς αναμένεται. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοη-

θήσει στο να τους δώσει το κίνητρο να δεχθούν και να ακολουθήσουν την θεραπεία και να ακολουθήσουν την προδιαγεγραμμένη πορεία θεραπείας που ίσως τους βοηθήσει να επιστρέψουν στην κοινωνία και να ενταχθούν όσο καλύτερα μπορούν.

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει οποιοδήποτε ασθενή χρειάζεται να σκέφτεται ευρύτερα παρά τις άμεσες ανάγκες. Επίσης πρέπει να σκέφτεται μέσα στα όρια των φυσικών συναισθηματικών ψυχολογικών δυνατοτήτων. Για να δώσει την καλύτερη δυνατή περίθαλψη, το σχέδιο περίθαλψης πρέπει να ξεκινήσει με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Υπάρχουν διάφορες υπηρεσίες που οι χρόνιοι ασθενείς χρειάζονται. Μερικές μπορεί να είναι ρουτίνας διαδικασίες που ο ασθενής θα μπορούσε να κάνει μόνος του, με ενθάρρυνση από την νοσηλεύτρια ενώ αυτή παρευρίσκεται, για την περίπτωση που αυτός θα χρειαζόταν την βοήθειά της. Κρατώντας δραστήριο τον ασθενή είναι λιγότερο πιθανόν να γίνει εξαρτημένος καθ' ολοκλήρου από άλλους.

Είτε ένα άτομα είναι άρρωστο ή υγιείς συνήθως ενδιαφέρεται για την εμφάνισή του. Πολλοί απ' αυτούς τους ασθενείς αρέσκονται να έχουν την πρωινή τους φροντίδα και περιποίηση πριν περάσουν οι γιατροί για την καθημερινή τους επίσκεψη. Επειδή ένα μεγάλο ποσοστό απ' αυτούς είναι υπερήλικες πολλοί θα έχουν καθιερώσει συνήθειες τις οποίες η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προσπαθήσει να διατηρήσει όσο το δυνατόν περισσότερο. Η καθημερινή φροντίδα υγιεινής, είναι μπάνιο μεταξύ 9-10 π. μ. κάθε μέρα δεν είναι όμως απαραίτητο και μπορεί να είναι περισσότερο οφέλιμο εάν γίνεται κάποια άλλη ώρα της ημέρας. Ένα μπάνιο αργά το απόγευμα, φρεσκάρει τον ασθενή και σπάει την μονοτονία της ατέλειωτης ημέρας και ένα μπάνιο

την ώρα του ύπνου συχνά αποτρέπει την χρήση πρεμιστικού. Στη φροντίδα του δέρματος σε ακρατής ασθενή δεν μπορεί να μην δοθεί έμφαση. Πολλοί ασθενείς αγοράζουν στρώματα από αφρολέξ μηχανήματα ανύψωσης και γυρίσματος του ασθενή για οικιακή χρήση.

Οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο νοσοκομείο για πολύ διάστημα χρειάζονται κάποιο είδος εναλλασσόμενης δραστηριότητας για να αντιμετωπίσουν τον περιορισμό των μακρών ημερών. Οι δραστηριότητες θα πρέπει να δημιουργούν το ενδιαφέρον των ασθενών και θα πρέπει να λειτουργεί σαν μια μορφή αποκατάστασης. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να ξέρει πολλές κατάλληλες δραστηριότητες έτσι ώστε να μπορεί να προτείνει μερικές για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενή σε συνεργασία με τον εργασιοθεραπευτή. Ο εορτασμός εθνικών εορτών παρέχει ενδιαφέρουσα ψυχαγωγία. Πολλοί ασθενείς προσβλέπουν στην Κυριακάτικη λειτουργία στο εκκλησάκι του Νοσοκομείου αν και μπορεί εξωτερικά να μην δείχνουν θρησκευόμενοι.

Σημαντικό της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να γνωρίζει ή νοσηλεύτρια τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού, συμπεριλαμβανομένων θεραπειών και φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή. Κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής περιόδου η νοσηλεύτρια πρέπει να χρησιμοποιεί το ένστικτο της παρατήρησης και θα πρέπει να θυμάται αυτές τις παρατηρήσεις όταν γράφει το νοσηλευτικό σημείωμα του ασθενή. Κατά τις παρατηρήσεις της αυτή μπορεί να προσέξει ότι ο ασθενής επιθυμεί να μιλήσει και αυτή θα πρέπει να είναι καλή ακροάτρια. Θα πρέπει να προσέχει τον τόνο της φωνής του ασθενή, τις εκφράσεις του προσώπου του και την επιλογή των λέξεων που χρησιμοποιεί. Όλα αυτά δίνουν στην νοσηλεύτρια μια ένδειξη ως προς το πως ο ασθε-

νης αισθάνεται πραγματικά για την ασθένειά του, την νοσηλεύτρια και το νοσοκομείο. Το να αναφέρει παρατηρήσεις και δραστηριότητες του ασθενή είναι πολύ σημαντικό στο γιατρό για τον θεραπευτικό σχήμα του ασθενή.

Διδασκαλία ασθενή: Η διδασκαλία από την νοσηλεύτρια είναι μεγίστης σημασίας του χρόνιου ασθενή. Βασίζεται σε ακριβείς πληροφορίες που ο ασθενής ήδη έχει και προσαρμόζεται στην δυνατότητα του ασθενή να μάθει. Ο χρόνιος ασθενής μπορεί να χρειαστεί να αναλάβει περισσότερη υπευθυνότητα για την θεραπεία και τα φάρμακά του μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Όταν δίδεται η νοσηλευτική φροντίδα η διδασκαλία μπορεί να επικεντρωθεί στο πως ο ασθενής μπορεί να προσαρμόσει την θεραπεία στην ικανότητά του να εφαρμόσει αυτή με τον εξοπλισμό που έχει στο σπίτι. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δίνει οδηγίες αργά δίνοντας χρόνο στον ασθενή να καταλάβει, ειδικά εάν είναι ηλικιωμένος. αυτός μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στο να αλλάξει την στάση του προς τον εαυτό του ή την οικογένειά του.

Μια κατανόηση της κοινωνικής, εθνικής και θρησκευτικής ζωής της οικογένειας είναι απαραίτητη εάν η νοσηλεύτρια, πρόκειται να βοηθήσει να σχεδιαστεί η προσαρμογή θεραπειών ή προβλημάτων της ζωής στο σπίτι. Επαρκής σχεδιασμός με την οικογένεια βοηθάει στη συνέχιση της περίθαλψης όταν ο ασθενής μεταβαίνει από το νοσοκομείο στο σπίτι. Το πρόγραμμα για την κατ' οίκον περίθαλψη θα πρέπει να αρχίζει ακριβώς όταν αναμένεται η έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο. Εάν είναι δυνατόν ο προγραμματισμός θα πρέπει να γίνεται με αυτόν που πρόκειται να αναλάβει την κατ' οίκον περίθαλψη. Τα μέτρα που

πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν είναι τα εξής :

1) το είδος εξοπλισμού που απαιτείται για την χρήση του στο σπίτι, 2) που μπορεί να αποκτηθεί, 3) άσκηση και θεραπείες, 4) διαιτολόγιο και φάρμακα και 5) μια επίσκεψη για επανεξέταση στον γιατρό ή στην κλινική.

Ένα γραπτό σχέδιο ή έντυπο θα ήταν πιο αποτελεσματικό, έτσι ώστε το άτομο που θα φροντίζει τον ασθενή να μην έχει εξάρτηση από την μνήμη του. Εάν ιδιαίτερη θεραπευτική αγωγή ή μασσάζ πρέπει να δοθούν, θα πρέπει να επιδειχθούν στο άτομο που θα αναλάβει την περίθαλψη ή ο ασθενής θα πρέπει να αναφέρεται στην κατά τόπον επισκέπτρια νοσηλεύτρια για να μπορεί το πρόγραμμα κατ' οίκον να λειτουργήσει σωστά.

Στατιστική έρευνα μερικών χρονίων παθήσεων :

Αρχίζω με την μάστιγα της σημερινής κοινωνίας τον καρκίνο για τον οποίο γίνονται τεράστιες προσπάθειες για την καταπολέμησή του. Το μέγεθος του προβλήματος του καρκίνου μπορεί να εκτιμηθεί από λίγα στατιστικά δεδομένα. Ο ένας στους τέσσερις Αμερικανούς πολίτες θα αναπτύξει καρκίνο στη διάρκεια της ζωής του/της ενώ περισσότεροι από 420.000 Αμερικανοί αναμενόταν να πεθάνουν από καρκίνο. (αυτά τα στοιχεία είναι το 1983).

Συνεχίζοντας με την φυματίωση το 1900 στις Η.Π.Α. υπήρξε μεγάλη πτώση στην επικράτηση της φυματίωσης. Στις αρχές του αιώνα μας πάνω από 80% του πληθυσμού μολυνόταν πριν από την ηλικία των 20 ετών. Σε μια μελέτη με αυτοψίες του 1946 υπήρχαν ενδείξεις φυματίωσης στα 80% των ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών. Το 1980 μόνο 2%-5% των νεαρών ενηλίκων δεν

αντιδρούνσαν στην φυματίνη ενώ αντιδρούσαν περίπου 15% των ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών.

Η ελάττωση της συχνότητας της λοιμώξεως είναι περισσότερο φανερή στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικους και οφείλεται στην ελάττωση του αριθμού των μεταδοτικών περιπτώσεων που με τη σειρά της αποδίδεται σε βελτιωμένο βιοτικό επίπεδο, ελαττωμένο κίνδυνο όψιμης εξέλιξεως της λοιμώξεως και ταχύτερη αναγνώριση και θεραπεία των λοιμογόνων περιπτώσεων. Το 1980 υπήρξαν περίπου 28.000 νέες περιπτώσεις κλινικής φυματώσεως στις Η.Π.Α. μια συχνότητα 12 ανά 100.000. Αυτό το σύνολο αντιπροσωπεύει αύξηση κατά 80 περιπτώσεις έναντι του 1979. Αν και υπήρχε σταθερή μείωση των ανακοινούμενων περιπτώσεων τα προηγούμενα 26 χρόνια υπάρχει μια ένδειξη ότι από το 1979 η καθολική τάση εξισορροπείται. Κατά μέσον όρο το τελευταίο τέταρτο του αιώνα ο αριθμός των νέων περιπτώσεων ελαττωνόταν κατά περίπου 5% το χρόνο. Το 1979 η ελάττωση των νέων περιπτώσεων ήταν μόνο 3%, το 1980 ο αριθμός νέων περιπτώσεων αυξήθηκε κατά 0,3%.

Η θνησιμότητα εμφάνισε σταθερή μείωση τα τελευταία 75 χρόνια. Η φυματίωση έχει πάψει να είναι το κύριο αίτιο θανάτου με πάνω από 200 θανάτους ανά 100.000 το 1906 αλλά μόνο περίπου με 1,5 ανά 100.000 το 1980. Αυτός ο αριθμός μπορεί να είναι κάπως χαμηλός, επειδή η υπολειμματική ουλοποίηση των πνευμόνων μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική καρδιά και να προκαλέσει δευτεροπαθώς το θάνατο.

Ακολουθεί στην έρευνα η σύφιλη, η οποία στις Η.Π.Α. οι θάνατοι βρεφών από σύφιλη και οι νέες εισαγωγές ασθενών με συφιλιδικές ψυχώσεις έχουν μειωθεί κατά 99% από το 1940. Ο

ολικός ανακοινούμενος αριθμός περιπτώσεων όψιμης και όψιμης λανθάνουσας σύφιλης πέφτει σχεδόν κάθε χρόνο από το 1943. Οι 9,3 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους που ανακοινώθηκαν το 1980 αντιπροσωπεύουν μια μείωση πάνω από 90% από το 1943. Μόνο 277 περιπτώσεις συγγενούς σύφιλης ανακοινώθηκαν το 1980 μείωση κατά 98% από το 1941. Ο αριθμός νέων περιπτώσεων λοιμώδους σύφιλης έφτασε στο αποκορύφωμα το 1947 και έπειτα μειώθηκε σταθερά σε περίπου 6.000 το 1957 αλλά στη συνέχεια άρχισε να αυξάνει ξανά.

Το 1980 υπήρχαν 27.204 περιπτώσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς σύφιλης και αναφέρθηκαν 20.297 περιπτώσεις πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης και ο αριθμός των μη ανακοινωθησών περιπτώσεων υπολογίσθηκε ότι ήταν μεγαλύτερος. Η σύγκριση των ανακοινούμενων συχνοτήτων περιπτώσεων πρωτογενούς και δευτερογενούς σύφιλης στις Η.Π.Α. και στην Αγγλία για το 1975 δείχνει ότι οι συχνότητες ανά 100.000 άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 24 ετών ήταν 3,6 φορές υψηλότερες στους άνδρες και 6,1 υψηλότερες στις γυναίκες στις ΗΠΑ συγκριτικά με την Αγγλία.

Σημαντική είναι επίσης η διαπίστωση των συφιλιδικών με ορολογικές εξετάσεις των εγκύων γυναικών, των εισαγομένων σε νοσοκομείο, των νεοσυλλέκτων και των ατόμων που υποβάλλονται σε εξέταση σε ιατρεία. Από τα 45 εκατομμύρια δείγματα αίματος που εξετάστηκαν το 1980 στις ΗΠΑ, 1,4 εκατομμύρια δοκιμασίες ήταν αντιδραστικές.

Προβλήματα περίθαλψης χρονίων ασθενών στην Ελλάδα

Από τη μελέτη της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας προπολεμικά και τώρα παρατηρούμε την υποχώρηση της προληπτικής

θνησιμότητα (κυρίως από λοιμώδη νοσήματα) και την σημαντική θνησιμότητα από τα νοσήματα φθοράς (καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλάσματα κ.λ.π.).

Ελληνικά δεδομένα δείχνουν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας αυξάνει κατά μια ημέρα για κάθε πέντε χρόνια μετά την ηλικία των 35 ετών. Οι αυξημένες αυτές υγειονομικές ανάγκες καλύπτονται απόλυτα από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το κράτος μετά τα τελευταία μέτρα ολικής καλύψεως των συνταξιοδοτικών και των λοιπών αναγκών υγείας των υπερηλίκων. Για να επαρκέσουν όμως οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να οργανωθεί τόσο η κλειστή όσο και η ανοικτή περίθαλψη των ασθενών.

Κλειστή περίθαλψη : Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν γηριατρικά νοσοκομεία, ούτε γηριατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία. Ξαν αποτέλεσμα η πλειονότητα των κλινών των γενικών νοσοκομείων καταλαμβάνεται από τους υπηρέλικους που με τον τρόπο αυτό αυξάνουν υπερβολικά της μέσο χρόνο νοσηλείας κατά ασθενή (14 μέρες) και επιτείνουν το όλο πρόβλημα της νοσοκομειακής περιθάλψεως. Ειδικότερα στον πίνακα (1) παρατηρούμε το συνολικό αριθμό κλινών νοσοκομειακών μονάδων, κλινών κατά μονάδα και κλινών ανά 100 κατοίκους. Οι αριθμοί αυτοί είναι από τους μικρότερους στην Ευρώπη. Το πρόβλημα επιτείνεται περισσότερο από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (1 διπλωματούχος αδελφή σε 1.858 κατοίκους) σε αντίθεση με την υπερεπάρκεια ιατρών 91 προς 439 κατοίκους) που είναι περισσότερο αισθητή σε νοσοκομεία χρονίως πασχόντων όπου η αναλογία των υπερηλίκων είναι σημαντικά μεγαλύτερη και επομένως η ανάγκη της νοσηλευτικής υπηρεσίας της νοσηλεύτριας επιτακτικότερη.

Τέλος πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η ανισοκατανομή των κλινών στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας που είναι ανάστροφη προς την αναλογία των υπερηλικών άρα και προς τις ανάγκες νοσοκομειακής περιθάλψεως με το γνωστό αποτέλεσμα της ομαδικής προσελεύσεως των ασθενών για νοσοκομειακή νοσηλεία στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Παρατηρούμε ότι η εισαγωγή σε γενικά νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα (23,9%) είναι αρκετά συχνή (πίνακας 3) κι όση περίπου στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες έχουν ευνοϊκότερη αναλογία κατοίκων και νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη. Σημαντικότερη είναι η διαπίστωση ότι το 80% αυτών εισήλθε σε Γενικά Νοσοκομεία και μόνο 20% σε νοσοκομεία χρονίων, πασχόντων, νευροψυχιατρικά ή άλλα ιδρύματα. Τα δεδομένα αυτά τονίζουν την ανάγκη ορθολογιστικότερης οργανώσεως της ιδρυματικής περιθάλψεως αλλά και της ανοικτής περιθάλψεως αλλά και της ανοικτής περιθάλψεως για την αποφυγή της άσκοπης εισαγωγής των υπερηλικών στα Γενικά και λοιπά νοσοκομεία. Η δημιουργία Ιδρυμάτων χρονίων πασχόντων με σωστή γεωγραφική κατανομή θα βοηθήσει τη λειτουργία των Γενικών Νοσοκομείων.

Ανοικτή Περίθαλψη:

I) ιστορικό χρονίων παθήσεων που επηρεάζουν τις λειτουργίες και δραστηριότητες της καθημερινής .

Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι οι κυριότερες ενοχλήσεις υγείας που απασχολούν τους υπερηλικούς και περιορίζουν την καθημερινή τους δραστηριότητα προέρχονται από την υπέρταση, το κεντρικό νευρικό σύστημα και τα αισθητήρια όργανα, από το μυϊκό και ερειστικό σύστημα, από το πεπτικό, αναπνευστικό και το κυκλοφορικό σύστημα κατά σειρά συχνότητας.

2) Φυσικές αδυναμίες ή αναπηρίες

Αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στις ανάγκες παροχής φροντίδων για τους υπερηλίκους και διακρίθηκαν σε προβλήματα ακοής, οράσεως, μασήσεως και προσωπικής φροντίδας (προσπέλαση τουαλέτας, κ.λ.π.). Γενικά όλοι σχεδόν οι υπερήλικοι (99,5%) ανέφεραν τουλάχιστον ένα πρόβλημα φυσικής αδυναμίας ή αναπηρίας που δυσχέραινε την ανεμπόδιστη εκτέλεση των καθημερινών τους ασχολιών.

Επιτακτική επομένως προβάλλει η ανάγκη οργανώσεως ειδικών μονάδων παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στους υπερηλίκους. Για τη λειτουργία τους χρειάζονται κυρίως επισκέπτριες και κοινωνικοί λειτουργοί.

Π Ι Ν Α Κ Ε Σ

Πίνακας 1

Υγειονομικές Υπηρεσίες και προσωπικό στην Ελλάδα

Νοσοκομεία	Κρεβάτια	Νοσοκομεια- κές μονάδες	κρεβ ./ μονάδα	(1978) κρεβ. %ο πληθυσμ.
------------	----------	----------------------------	-------------------	-----------------------------

1. Γενικά κ.λ.π. Νοσο-
κομεία οξείων νοση-

ματ.	58.994	701	84,2	6,30
------	--------	-----	------	------

Νευροψυχιατρικές

μονάδες	13.151	60	219,2	1,41
---------	--------	----	-------	------

2. Νοσοκομεία χρο-

νίων νοσημ.	2.500	16	156,6	0,28
-------------	-------	----	-------	------

Πίνακας 2

Εισαγωγή σε Γενικά Νοσοκομεία ή άλλα Ιδρύματα κατά τον προηγού-
νο χρόνο 1980.

<u>Είδος Περιθάλψεως</u>	<u>Συχνότητα</u>
Γενικό Νοσοκομείο	19,0
Άλλα Ιδρύματα	4,9
<u>Εκτός Ιδρυμάτων</u>	<u>76,1</u>
Σύνολο	100,00

Πίνακας 3

Ιστορικό κυριοτέρων προβλημάτων υγείας υπερηλίκων

<u>Κατηγορία</u>	<u>Συχνότητα %</u>
1. Υπέρταση	39,1
2. Νευρικό σύστημα και αισθητήρια όργανα	39,0
3. Μυοσκελετικό σύστημα	35,3
4. Πεπτικό σύστημα	23,5
5. Αναπνευστικό σύστημα	18,8
6. Καρδιά και κυκλοφορικό σύστημα	15,1

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η μακροπρόθεσμη ασθένεια είναι υψηλής σημασίας, επειδή υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων ανάμεσα στον πληθυσμό μας και πολλοί απ' αυτούς έχουν χρόνιες ασθένειες. Το ενδιαφέρον δεν είναι πρόβλημα μόνο του ασθενή και της οικογένειάς του αλλά επίσης και για την κοινωνία γενικά. Το κοινό πρέπει να αλλάξει την στάση του προς την χρόνια ασθένεια.

Περισσότερα χρήματα πρέπει να εγκριθούν για έρευνα σε αυτό τον τομέα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνεται για τις αλλαγές στην θεραπεία για να δίδει την καλύτερη νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη του ασθενή.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Περίπτωση πρώτη

Ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, στο χειρουργικό τομέα, του νοσοκομείου μας στις 25/6/89 με φλεγμονή μεγάλου δακτύλου στο δεξιό κάτω άκρο. Ο ασθενής ονομάζεται Παλαιολογόπουλος Νικόλαος, ετών 68 ο οποίος γεννήθηκε και κατοικεί στο Αγ. Βασίλειο Πατρών. Είναι συ νταξιούχος του ΤΕΒΕ .Είναι παντρεμένος και έχει αποκτήσει 3 αγόρια και 1 κορίτσι (32,29, 27,30 χρονών αντίστοιχα) .

Κατά το κληρονομικό ιστορικό ανέφερε στη Νοσηλεύτρια ότι και η μητέρα του (ασθενούς) έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη.

Στο ατομικό ιστορικό αναφέρει στη Νοσηλεύτρια από τις καθημερινές του συνήθειες ότι καπνίζει μισό πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Δεν πίνει αλκοόλ καθόλου .Από το ιστορικό υγείας του αναφέρει στη Νοσηλεύτρια ότι :

- α) ο Σακχαρώδης διαβήτης του πρωτοεμφανίστηκε πριν 15ετίας και η θεραπευτική αγωγή κατά αυτό είναι tabl ~~Dosimil~~ σε δοσολογία 1Χ3.
- β) Το 1974 αναφέρεται σε ιστορικό έλκους ~~βοξίου~~ του 12/δακτύλου για το οποίο εγχειρήστηκε .
- γ) Περίπου πριν 5 χρόνια χειρουργήθηκε από αποφρακτική αρτηριοπάθεια με συνεχή χορήγηση tabl Loftyl σε δοσολογία 1Χ3 και tabl Digoxin.
- δ) Άλλο πρόβλημα μας ανέφερε την υπέρταση που εμφανίστηκε πριν 5ετίας και η αντιμετώπιση γίνεται με tabl Hygroton, σε δοσολογία 1/2Χ1 .

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής Παλαιολογόπουλος Νικόλαος που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, δέκα μέρες πριν από την εισαγωγή του παρουσίασε φλεγμονή στο δεξιό άκρο πόδα στην ραχιαία επιφάνεια και με κύρια επινέμεση στο δεξιό μεγάλο δάκτυλο. Τα χαρακτηριστικά που εμφάνισε ήταν οίδημα - ερυθρότητα - άλγος - δυσκολία στην βάδιση.

Παρούσα κατάσταση

Κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς για καθ' ένα σύστημα χωριστά έχει ως εξής : Γενικά η κατάσταση του ασθενούς ήταν καλή.

Κεφαλή - Τράχηλος : Αναφερόμενη μυωπία και προσβυωπεία

ενδοκρινικό : Σακχαρώδης διαβήτης διαγνωσμένος από 15ετίας, ρύθμιση με Daonil 1X3

Καρδιαγγειακό : *Πλήρη Αρρυθμία των S_1-S_a -Κολπική μαρμαρυγή. Ρύθμιση με digoxin.* Χειρουργηθείσα αποφρ. αρτηριοπάθεια το 1984 για το οποίο παίρνει Lof-tyl 1 X 3 .*Υπέρταση από 5ετίας. Ρύθμιση Hygro-tan 1/2 X 1 !

Αγγεία : Δεξιά : Δεν ψηλαφώνται η ραχιαία του ποδός, η έσω κνημιαία και ιγνυακή Άλγος στην πίεση κατά μήκος της έσω κνημιαίας.

Αριστερά : Ψηλαφώνται η ραχιαία του ποδός

Γαστρεντερικό : Ιστορικό έλκους του 12/δακτύλου το οποίο χειρουργήθηκε το 1974.

- Κοιλία** : Κατά την περιοχή αυτή υπάρχουν ουλές. Ψηλαφώνται το ήπαρ, ο σπλήνας. Κατά την δακτυλική εξέταση του ορθού δεν ανευρίσκεται αίμα. Επίσης ο προστάτης είναι κατά φύσην. Γενικότερα προβλήματα από το ουροποιητικό δεν αναφέρονται.
- Γεννητικό** : Αναφέρει κατά διαστήματα οίδημα των όρχεων)στις εξάρσεις του σακχάρου)
- Μυοσκελετικό** : διαλείπουσα χλωδότητα κατά την βάδιση.
Σταματά κάθε \approx 100 Μ.
Ανακούφιση με κάθετη θέση του άκρου
Μείωση της κινητικότητας του δεξιού μεγάλου δακτυλίου λόγω του φλέγμονος.
Μείωση της αισθητικότητας (πόνου) κατά την πελματιαία επιφάνεια του δεξιού ποδιού.
- Δέρμα** : Καφέχρωμη χρώση δέρματος στην περιοχή της γκέτας σε αμφότερα τα άκρα και ιδίως δεξιά.

Παραμορφώσεις ονύχων

Κατά την παρομονή του στα εξωτερικά ιατρεία του έγινε λήψη αίματος για τις εξής εξετάσεις : Γενική αίματος, ουρία, Σάκχαρο, Ταχύτητα, καθιζήσεως ερυθρών, Νάτριο, Κάλιο.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν φυσιολογικά εκτός του σακχάρου, της ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών των οποίων οι τιμές ήταν αυξημένες.

Πορεία Νόσου :

26-6-89: Ο ασθενής Π.Ν. 69 ετών ο οποίος πάσχει από Σακχαρώδη διαβήτη και τις τελευταίες δέκα μέρες παρουσίασε φλεγμονή στο μεγάλο δάκτυλο του δεξιού άκρου ποδός που στη συ-

νέχεια επεκτάθηκε προς την Ραχιαία επιφάνεια του ποδός. Παρατηρείται σύστοιχος διόγκωση των λεμφαδένων. Το πρωί ο ασθενής έκανε ακτινογραφία (Rö) άκρου ποδός και ακτινογραφία θώρακος. Στην ακτινογραφία άκρου ποδός διαγνώστηκε διάβρωση οστού στην τελευταία φαλαγγική άρθρωση του μεγάλου δακτύλου. Στη Rö θώρακος δεν διαγνώστηκαν παθολογικά ευρήματα. Ακόμα ο ασθενής έκανε Η.Κ.Γ. που διαγνώστηκε πλήρης αρρυθμία.

Άλλες εξετάσεις στις οποίες έκανε ο ασθενής είναι : Πρωτεΐνόγραμμα, γενική αίματος, ουρία, Σάκχαρο, Ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών, Νάτριο, Κάλιο, Ασβέστιο, Κρετινίνη, Λευκώματα (ολικά), Λευκώματα (αμβουμίνα), Όξινος φωσφατάση, Αλκαλική φωσφατάση, Τρανσαμινάση, SGO, Τρανσαμινάση SGP, 5 Νουκλειοτιδάση.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν φυσιολογικά εκτός των β-σφαιρίνες και γ-σφαιρίνες αυξημένες από το πρωτεΐνόγραμμα, ακόμα ουρία, σάκχαρο, ασβέστιο, ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών των οποίων οι τιμές βρέθηκαν αυξημένες.

Το πρωί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ήταν : Α.Π.: 160/75 mmHg, σφ. 80 min, θερμ. απύρετος. Η θεραπεία η οποία λαμβάνει εκτός της συνηθισμένης που αναφερα είναι : ciproxin για την φλεγμονή και για την ρύθμιση του σακχάρου ινσουλίνη μέσης δράσεως και χορήγηση κρυσταλλικής πριν τα γεύματα.

Στις 27-6-89 ο ασθενής ανέφερε στην Νοσηλεύτρια άλγος στην περιοχή της φλεγμονής. Τα ζωτικά σημεία ήταν: Α.Π.: 130-70 mmHg, σφ. : 24 min, θερμ. απύρετος.

Επίσης ο ασθενής έκανε τις ακόλουθες εξετάσεις : Ουρία, Σάκχαρο, Χρόνος προθρομβίνης, Νάτριο, Κάλιο, Κρεατινίνη, Ουρικό οξύ, Όξινος φωσφατάση, ολική χολερυθρίνη και οφθαλμολογική εξέταση. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν φυσιολογικά

Εκτός της ουρίας, του σακχάρου, της όξινος φωσφατάσης των ο-
ποίων οι τιμές ήταν αυξημένες.

Οφθαλμολογική εξέταση : Κατά την βυθοσκόπηση διαγνώστη-
κε: Δ.Ο. Ελικοειδής πορεία των αγγείων - μικροαιμορραγίες στη
κεντρική περιοχή ΑΟ ελικοειδής πορεία αγγείων.

28-6-89: Υποκειμενικά ο ασθενής αναφέρει ότι νιώθει μι-
κρότερο άλγος στην περιοχή του φλέγμονα, ανακουφίζεται όταν
βρίσκεται στην υπτία θέση.

Αντικειμενικά : έχουμε μείωση του οιδήματος και της αι-
σθητικότητας στην πελματιαία επιφάνεια του ποδός σε σχέση με
την ραχιαία .

ΑΠ = 160/70 mmHg, $\theta = 36,6^{\circ}\text{C}$.

Πρωϊνό Dextro 62 mg% Συνεχίζεται η ίδια αγωγή.

29-6-89: Υποκειμενικά ο ασθενής αναφέρει ότι αισθάνεται
πολύ καλά τόσο στην γενική κατάστασή του όσο και για το πό-
δι του.

Αντικειμενικά : στο πόδι που φλεγμαίνει παρατηρείται μεί-
ωση του οιδήματος και καλύτερη αισθητικότητα. Στο δεξιό πόδι
εξακολουθεί να υπάρχει άλγος στην διαδρομή της έσω κνημιαίας.
Α.Π. 130/85 mmHg, Σφ.: 72 min, $\theta = 36,6^{\circ}\text{C}$, πρωϊνό Dextro:
139 mg%.

Προτείνεται η διακοπή της ινσουλίνης και η ρύθμιση του
Σακχαρώδη διαβήτη με Daonil.

30-6-89: Ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλά. Αναφέρει μόνο
άλγος στο δεξιό κάτω άκρο κατά την έσω κνημιαία και κατά πε-
ριόδους δυσκαταποσία.

Αντικειμενικά οι αμφωλεμφαδένες στην βουβωνική χώρα εί-
ναι ψηλαφητοί, φάρυγγας χωρίς ευρήματα, αναπνευστικό χωρίς
ευρήματα.

Α.Π.:145/90 mmHg, Σφ.=60 min, Dextro 7.00 π.μ. 142 mg%

13.00 μ.μ. 237 mg%

Η πορεία του ασθενούς είναι προοδευτικά βελτιωμένη. Από σήμερα διακόπτεται η ινσουλίνη και δίνεται Daonil 2X2.

3-7-89: Το οίδημα στο πόδι έχει ελαττωθεί ωστόσο το άλγος στο μεγάλο δάκτυλο εξακολουθεί να υπάρχει. Ο ασθενής αναφέρει μια αλλαγή στις κενώσεις του (διάρροια). Τώρα έχει συχνές, μικρές κενώσεις ΑΠ = 145/70 mmHg, Σφ=74 min, θ=απύρετος.

4-7-89: Ο ασθενής παραπονείται ότι από χθές το βράδυ ένοιωθε οξύ εν τω βάθει άλγος που ξεκινούσε από το μηρό και εκτεινόταν σ' όλο το άκρο. Επίσης αναφέρει ενοχλήματα στην πελματιαία επιφάνεια του δεξιού άκρου ποδός και αύξηση της ευαισθησίας στην ραχιαία επιφάνεια του μεγάλου δακτύλου. Αντικειμενικά το δεξιό άκρο ποδός φέρει οίδημα, σαφώς μειωμένο από τις εισαγωγές. Ωστόσο και τα δύο άκρα έχουν κυανωτική χροιά. Στις 12.00 μ.μ. επανεξετάστηκε και υπήρχε κανονική χρώση δέρματος. Πρωϊνό Dextro 272 mg%.

Ο ασθενής πιθανότατα δεν ρυθμίζεται με Daonil 2X2 και θα πρέπει να μπει σε αγωγή με ινσουλίνη.

5-7-89: Πρωϊνό Dextro 167 mg%. Συστήθει μέτρηση του σακχάρου στις 11.00 π.μ. για τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας. ΣΠ:140/75 mmHg. Ο ασθενής παραπονείται για κνησμό σ' όλο το σώμα, σύμπτωμα που το έχει από παλιά. Η κατάσταση του ποδιού καλή σαφώς βελτιωμένο από χθές.

Αναπνευστικό : Τρίζοντες στο δεξιό πνευμονικό πεδίο Dextro 11.30 π.μ., 298 mg%.

Δόθηκε εντολή από το γιατρό.

Μαζί με την NDH και 5 μονάδες κρυσταλική πριν το μεσημεριανό γεύμα .

Στις 6-7-89 ο ασθενής αναχώρησης από το νοσοκομείο μετά από δική του θέληση.

Το πρόβλημα του ασθενή μου είναι χρόνιο και η αντιμετώπισή του είναι τακτική παρακολούθηση και χορήγηση, στα διαστήματα που του έχει προσδιορίσει ο γιατρός, τα φάρμακά του. Στο σπίτι που θα πάει πρέπει να έχει ψυχολογική υποστήριξη από τους οικείους του και από την κοινωνική λειτουργό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ(Οξύ προσθιοπλάγιο έμφραγμα μυοκαρδίου)

Ο Ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, στο Καρδιολογικό τομέα του νοσοκομείου μας στις 8-2-90 και ώρα 10 με άλγος στη οπισθοστερνική περιοχή. Ο ασθενής ονομάζεται Τσανακαλιώτης Κων/νος ετών 57 ο οποίος γεννήθηκε στην Πάτρα και κατοικείο Μονής σινά 10.

Στο ατομικό ιστορικό αναφέρει στην Νοσηλεύτρια ότι είναι καπνιστής πολλών χρόνων.

Στο ιστορικό υγείας του αναφέρει στην Νοσηλεύτρια μόνο αρτηριακή υπέρταση η οποία άρχισε πριν μήνα:

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής πριν μιας ώρας (περίπου 9 π.μ.) άρχισε να νιώθει οξύ οπισθοστερνικό συσφιγκτικό άλγος με αντανάκλαση και στα δύοάνω άκρα. Το άλγος άρχισε κατά την διάρκεια κόπωσης και η διάρκεια του άλγους περίπου τα 20 min.

Παρούσα Κατάσταση

Κατά την παραγωγή του στα εξωτερικά ιατρεία η νοσηλεύτρια του έκανε ένα Η.Κ.Γ. το οποίο έδειξε την εικόνα οξέος προσθίου εμφράγματος. Η Α.Π. του ασθενούς ήταν 180/120 mmHg.

Πορεία Νόσου

8-2-90: Ο ασθενής ανέβηκε στην Καρδιολογική κλινική στις 11.15 π.μ. ο οποίος ήταν φοβισμένος. Η Νοσηλεύτρια πήγε στον ασθενή του πήρε την Α.Π.: 140/95 mmHg και θερμοκρασία :36,3°C. Ακόμα έγινε λήψη αίματος για τις παρακάτω εξετάσεις: Γενική αίματος, ΔΕΚ, ΑΤΥΠΑ, Σάκχαρο, Ουρία, Κρεατινίνη, Ουρικό οξύ,

Κάλιο, νάτριο, ΗCO, χρόνος Προθρομβίνης, SGOT, SGPT, LDH, CPK, γ' GT .

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν : φυσιολογικές εκτός του σακχάρου, της CPK των οποίων οι τιμές ήταν αυξημένες και της LDH της οποίας η τιμή ήταν μειωμένη.

Στη συνέχεια η Νοσηλεύτρια του εφάρμοσε ενδοφλέβια νοσηλεία η οποία ήταν η εξής : Dex. 5% - 1000 cc, με 10 amp.

Nitrolingual και Dex 5%-250 cc με 1 fl streptase.

Ο ασθενής είχε τάση έμμετου του οποίου χορηγήθηκε 1 amp primperan.

Το μεσημέρι παρουσίασε έκτακτες κοιλιακές συστολές στον οποίο η Νοσηλεύτρια χορήγησε Dex 5%-500 ml με 1 fl xylocaine και 1 amp kcl. Ακόμα του έγιναν 3 cc xylocaine bolus. Το βράδυ έκανε ξανά ριπές και του έγιναν 3 cc xylocaine bolus I.V. Η διούρηση του ήταν καλή.

9-2-90: Συνεχίζει τους ορούς με την ίδια θεραπευτική αγωγή . ΑΠ: 130 mmHg, Απύρετος, Διούρηση υπεραρκετή.

10-2-90: ΑΠ: 110 mmHg, Απύρετος, Διούρηση καλή. Συνεχίζει την ίδια θεραπευτική αγωγή .

11-2-90: ΑΠ 100 mmHg. Έγινε διακοπή στον ορό με xylocaine και Kcl . Συνεχίζει τον ορό με Nitrolingual.

12-2-90 : Εδώθηκε εντολή από τον γιατρό να σηκώνεται καθιστός. Συνεχίζει την ίδια θεραπευτική αγωγή.

13-2-90: Έγινε διακοπή ορού. Έγινε διακοπή ορού. Ο ασθενής ήταν ήσυχος.

15-2-90: Έγιναν υπέρηχοι καρδιάς που τα αποτελέσματα ήταν τα εξής : Υπό ακινησία κορυφής και κορυφαίου τμήματος μεσοκοιλιακού διαφράγματος με ελαφρά διάσταση αριστερής κοι-

λίας και αρχόμενη συγκέντρωση υπερτροφία αριστερής κοιλίας.
Ασβέστωση τμήματος μητροειδού δακτυλίου,

16-2-90: Ο ασθενής έφυγε από το νοσοκομείο. Η Νοσηλεία
η οποία χορηγήθηκε στον ασθενή ήταν :

amp Nitroligual 10X1

amp Algaplan I.M. 1X1

amp Atarviton 1X1

amp Primperan 1X1

amp Soly Medrol 500 mg 1X1

salospir - A 325 1X1

tabl xanax 0,25 1X2

Heparine Leo Νατριούχος 12.500 X 2

Mecorel 20 mg 1X3

tab. Isomion 20 mg 1X2

Ο ασθενής κατά την έξοδό του από την κλινική ενημερώθη-
κε ότι το πρόβλημα το οποίο παρουσίασε είναι χρόνιο και το
οποίο θα το αντιμετωπίζει με την φαρμακευτική αγωγή που το
εδώθηκε, συχνή παρακολούθηση από ειδικό γιατρό. Ακόμα χρειά-
ζεται συντηρητική αγωγή όπως να μην κουράζεται, να μην στε-
νοχωριέται και γενικώς να αποφεύγει καταστάσεις που επιδει-
νώνουν την ασθένειά του.

ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (Φυματίωση)

Ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας στις 14-11-1989 με πλευρικό άλγος ΔΕ. Η ασθενής ονομάζεται Ρουγκάλα Βασιλική 20ετών έγγαμη, έχει γεννηθεί στη Δ.Γερμανία και κατοικεί στην Πάτρα.

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρει :

Ο πατέρα της 52 ετών υγιής

Η μητέρα της 42 ετών υγιής

Η αδελφή της 15 ετών υγιής.

Στο ατομικό ιστορικό αναφέρει ότι δεν καπνίζει ούτε πίνει αλκοόλ.

Παρούσα Νόσος

Η ασθενής προ 1 1/2 έτος άρχισε να νιώθει πλευριτικό άλγος (5-6 φορές συνολικά) το οποίο υποχωρούσε σε άγνωστη αντιφλεγμονώδη αγωγή. Προ μηνός προσδευτικά αυξήθηκε και δεν υποχωρούσε με τα συνήθως χρησιμοποιούμενα παυσίπονα. Η ασθενής δεν αναφέρει απόχρεμψη, ούτε βήχα, ούτε αιμόπτυξη, μόνο μια ελαφρά ανορεξία και καταβολή.

Παρούσα κατάσταση

Κατά την κλινική εξέταση της ασθενούς για καθ' ένα σύστημα χωριστά έχει ως εξής :

Γενικές παρατηρήσεις: Άτομο αρτιμελές, όψη θρέψεως καλή

Καρδιαγγειακό : καρδιακοί τόνοι Κ.φ.

Αναπνευστικό: επισκόπηση : χωρίς παραμορφωτικές αλλοιώσεις,

θώρακας : συχνότητας αναπνοής 14/min .

Ακρόαση : Κ.φ. χωρίς επιπρόσθετους ήχους

Διαφοροδιάγνωστικές σκέψεις : TBC, απόστημα, ασπεργίλλωση.

Πορεία Νόσου

Κατά την παραμονή της στα εξωτερικά ιατρεία ετέθηκε σε ακτινολογικό έλεγχο ο οποίος είχε ως εξής :Στρογγύλη ανομοιογενής σκίαση στο ΔΕ μέσο και κάτω πνευμονικό πεδίο.

14-11-89: Έγινε Mantoux η οποία βρέθηκε 17 mm. Όλα τα πτύελα και τα ούρα που έδωσε η ασθενής ήταν κατάλληλα για β-Koch .Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε : πύκνωση στο κορυφαίο τμήμα του ΔΕ κάτω λοβού σε επαφή με το θωρακικό τοίχωμα. Εντοπίζεται σπήλαιο διαμέτρου 4 εκ. Εντός του σπηλαίου συμπαγές μόρφωμα. Δεν συ νεχίζεται με το πρόσθιο τοίχωμα.

Συμπέρασμα: Φυματιώδης σπήλαιο με μυκητιασική επιμόλυνση.

Άλλες εξετάσεις που έκανε ήταν : ούρων, γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία , των οποίων οι τιμές ήταν φυσιολογικές.

Η Νοσηλεία η οποία χορηγήθηκε στην ασθενή : caps ceclor 500 mg μόνο στις 14-11-89, 1X3 . Από τις 16-11-89 άρχισε την αντιφυματική θεραπεία με :

tab Rifadin 1X1

tab Dianicotyl 3X1

tab Myambutol 3 1/2 X 1

tab Besix 1X1

Στις 24-11-89 η ασθενής εξέρχεται σε καλή γενική κατάσταση.

Στις 25-11-89 προσήλθε πάλι για να πραγματοποιήσει την βρογχοσκόπηση που είχε προγραμματιστεί :

Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

Φαρμακευτική αγωγή 2 Thalamonal

θέση βρογχοσκόπησης υπτία

Λάρυξ : κ.φ.

Τραχεία : κ.φ.

Βρόγχοι : Λόγω μη συνεργασίας της ασθενούς δεν ολοκληρώθηκε ο ενδοσκοπικός έλεγχος. Ελήφθησαν βρογχικές εκκρίσεις για β-κοχή και μύκητες.

Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ασθενής μου εκτός από ιατρικής πλευράς είναι και ψυχολογικό γιατί μια κοπέλα μόλις 20 χρονών να πρέπει να αντιμετωπίσει τέτοια περίπτωση που της περιορίζει τις δραστηριότητες της ζωής της.

Η κοπέλα αυτή θέλει ψυχολογική υποστήριξη από τους οικείους της, τους ανθρώπους του κύκλου της και από την κοινωνική λειτουργό.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Βιβλία

BARKLEY, VIRGINIA : "Enough time for good Nursing Outlook 12:
44-48 (April), 1964.

BRAUER H.P. , "Τρίτη Ηλικία: Ιατρικά και Κοινωνικά προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες" Πρακτικά Διεθνή Συμποσίου, Ελληνογερμανικός Ιατρικός Σύνδεσμος, Ελληνική Ιατρική Βιομηχανική Εταιρεία, Αθήνα 3 και 4 Μαρτίου 1981

GRAGG AND REES: "Scientific principles in nursing," sixth edition, Mosby Co, Saint Louis 1970.

HARRISON, "Εσωτερική Παθολογία", τόμος Α', 10η Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1986.

HARRISON, "Εσωτερική Παθολογία", τόμος Β, 10η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1987.

Hevey, Lena A: "Vision and aging", Nursing look 12:61-63(June)
1964

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ: "Νοσηλευτική Παθολογική- χειρουργική", 9η Έκδοση, Τόμος Β, μέρος 2ο, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ -ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος Β', μέρος Β', Εκδόσεις "BHTA MEDICAL ARTS", Πάτρα, 1985.