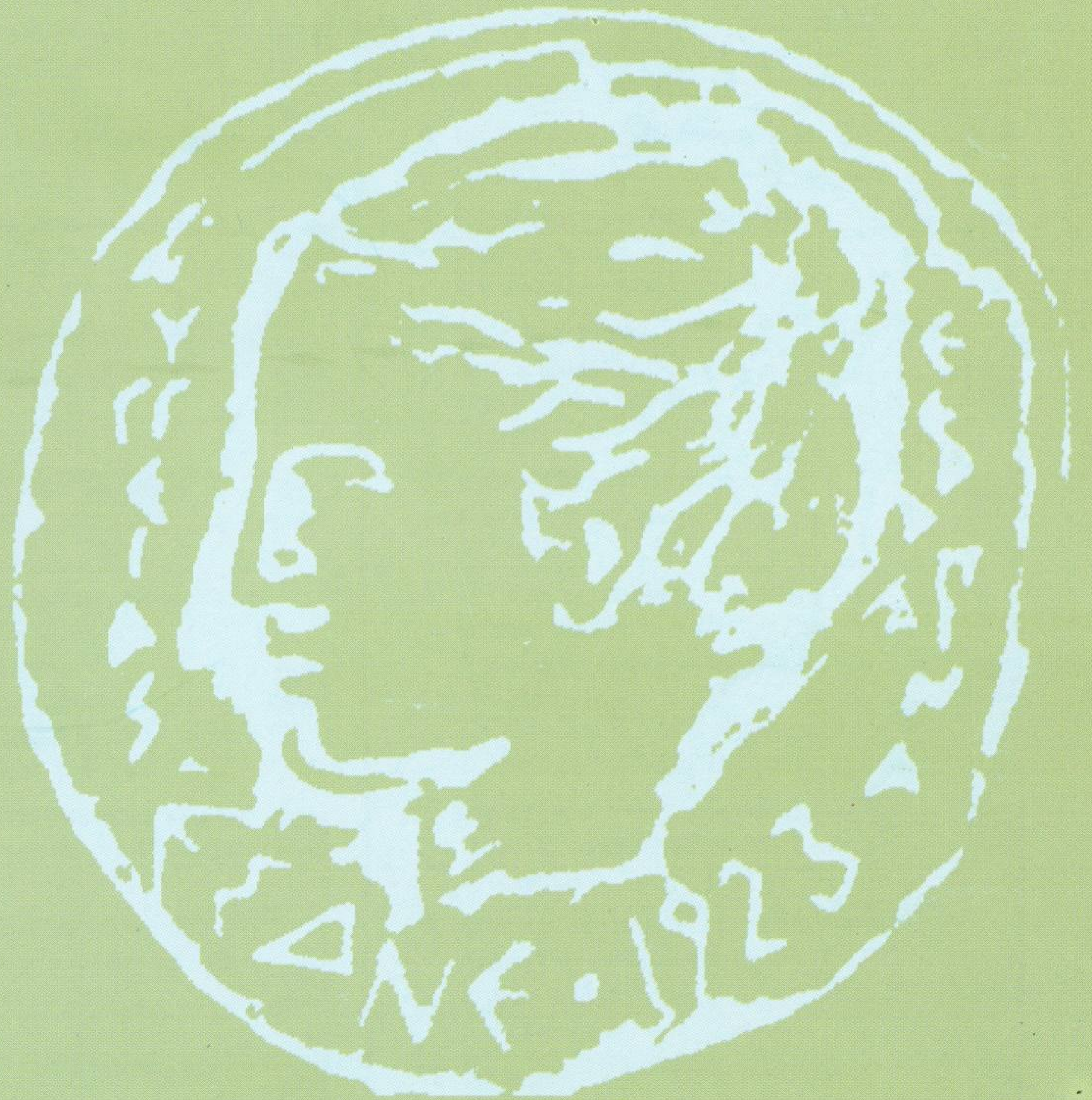


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 4 - Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1998



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 4 - October - December 1998





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύntαξη **291**
A. Παπαδαντωνάκη
2. α) Αποκαλυπτήρια προτομής Αθηνάς Μεσολορά ... **293**
Σ. Παπαμικρούλη
β) Χαιρετισμός του Δημάρχου
Δημήτρη Αβραμόπουλου στην τελετή
Αποκαλυπτηρίων της Προτομής
Αθηνάς Μεσολορά **296**
3. Νοσηλευτική προσέγγιση υπερτασικών αρρώστων
στη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία τους ... **298**
M. Σαουνάτσου, Ουρ. Πατσι
4. Η ινσουλinoθεραπεία και ο ρόλος των νοσηλευτών ... **306**
Χρ. Β. Λεμονίδου
5. Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο.
Νοσηλευτική προσέγγιση **316**
Ελ. Πατιράκη-Κουρμπάνη
6. Συνηθέστερα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος
και η θεραπεία στα παιδιά και ο τρόπος
αντιμετώπισής τους **327**
Ε. Κυρίτσι
7. Οι βλαπτικές αντιδράσεις της κατανάλωσης
αλκοόλ στην εγκυμοσύνη **332**
Βασ. Μάτζιου
8. Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες
σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ
των Νοσηλευτών που υπηρετούν
σε υγειονομικές Μονάδες της Αττικής **337**
*Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Κυρίτσι, Β. Γκαραγκούνη,
Δ. Κατσαρέλη, Π. Μουρίκη, Ε. Χαλίκια*
9. Διερεύνηση του burn out των Νοσηλευτών μέσα από
το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman **347**
Π. Δημητρίου
10. «Αξιολόγηση των προσεγγίσεων διασφάλισης
της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση
συστημάτων μέτρησης της ποιότητας **353**
Δ. Παπαγεωργίου
11. Προφίλ και δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού
επαγγέλματος: Ελληνική και Διεθνής πραγματικότητα ... **361**
Ε. Πατιστέα
12. Ροχαλητό: Ενοχλητική συνήθεια ή επικίνδυνη
αναπνευστική διαταραχή; **371**
Μ. Φρούντα, Μ. Βαγιανάκης
13. Εξερεύνηση της έννοιας της αντανάκλασης (reflection)
στη νοσηλευτική πράξη. Πλεονεκτήματα και κριτικές **380**
Δ. Μαστρογιάννης
14. Μαρία Ν. Βουλγαράκη **386**
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς **387**

CONTENTS

1. Editorial **291**
A. Papadantonaki
2. α) Unveiling of Athena Mesolora Bust **293**
S. Papamikrouli
β) Address of the Mayor of Athens
Dimitris Avramopoulos
at the ceremony of the Unveiling **296**
Athena Mesolora
3. Nursing Process to the hypertensive patients
compliance with therapeutic regimen **298**
M. Sounatsou. Our. Patsi
4. Insulinotherapy and the nurses' role **306**
Chr. B. Lemonidou
5. Cancer pain measurement instruments.
A nursing approach **316**
E. Patiraki-Kurmpani
6. Common problems in children
who are affected by cancer and
ways of approaching them. **327**
E. Kyritsi
7. Harmful effects of the consumption
of alcohol in pregnancy **332**
V. Matziou
8. The frequency of smoking nurses who work
in health services in Attica
related to the consumption
of alcohol **337**
*F. Babatsikou, E. Kyritsi, V. Karagouni,
D. Katsareli, P. Mouriki, E. Chalikia*
9. Exploration of nurses' burn out by using
the Betty Newman Systems model **347**
P. Dimitriou
10. Evaluation of approaches to assuring quality
nursing care on the base of quality
measurement tools **353**
D. Papageorgiou
11. Public image of the nursing profession:
The Greek and international reality **361**
E. Patistea
12. Snoring: Bothering habit or dangerous
respiratory disorder? **371**
M. Frounda, M. Vagianakis
13. An exploration of the concept of reflection
in nursing. Advantages and criticisms **380**
D. Mastrogiannis
14. Mary N. Voulgaraki **386**
15. Instruction to authors **387**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ

Μαρία Σαουνάτσου M.Sc.
καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ - Αθήνας
Ουρανία Πατσά M.Sc.
επίκουρη καθηγήτρια ΤΕΙ - Αθήνας

ΜΑΡΙΑ ΣΑΟΥΝΑΤΣΟΥ, ΟΥΡΑΝΙΑ ΠΑΤΣΗ. Νοσηλευτική προσέγγιση υπερτασικών αρρώστων στη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία τους. Η Αρτηριακή Υπέρταση αποτελεί μια αρκετά ύπουλη χρόνια πάθηση, μια και στη διαχρονική της πορεία ο άρρωστος παραμένει ασυμπτωματικός, για να βρεθεί, σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα κάτω από την απειλή των σοβαρών της επιπλοκών. Και αν σκεφθεί κανείς πως το 20% περίπου του ενήλικου πληθυσμού προσβάλλεται από τη νόσο, διαφαίνεται η σοβαρότητα του προβλήματος σε παγκόσμιο επίπεδο.

Διαγράφεται όμως και η σημασία της «συμμόρφωσης» (compliance) των υπερτασικών, στο πρόγραμμα της φαρμακοθεραπείας, αφού μια μη-ελεγχόμενη υπέρταση οδηγεί, πολλές φορές, σε θανατηφόρες επιπλοκές.

Διάφοροι παράγοντες όπως: ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, προσωπικό κίνητρο, είναι δυνατόν να επηρεάσουν το βαθμό συμμόρφωσης του αρρώστου στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Έτσι, οι αποφάσεις του αρρώστου στην προσαρμογή στο πρόβλημά του και στην εφαρμογή της θεραπευτικής κατεύθυνσης που του δόθηκε, ασφαλώς θα επηρεαστούν θετικά ή αρνητικά, από μια σωστή πληροφόρηση πάνω στην πάθησή του για τα φάρμακα που του έχουν συνταγογραφηθεί. Όμως, μια υψηλού επιπέδου νοσηλευτική προσέγγιση, που θα δημιουργήσει τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις, ανάμεσα στο νοσηλευτή και το υπερτασικό άτομο, θα οδηγήσει τον άρρωστο σε μια καλύτερη συμμόρφωση στο θεραπευτικό του πρόγραμμα. **Νοσηλευτική 4: 298-305, 1998.**

Λέξεις ευρητηριασμού: υπερτασικός και συμμόρφωση, νοσηλευτική προσέγγιση, εκπαίδευση στην συμμόρφωση.

Εισαγωγή

Οι αρχαίοι Έλληνες, αλλά και πριν χιλιάδες χρόνια, οι Κινέζοι εκτιμούσαν τα πλεονεκτήματα της πρόληπτικής ιατρικής. Το 1767 ο Ελβετός Tissot έγραψε: «Τα μυστικά να παρατείνει κανείς

την ανθρώπινη ζωή και να τη βοηθά να φτάνει στο φυσιολογικό όριο ηλικίας, βρίσκεται μονάχα στους σωστούς κανόνες διαβίωσης»¹. Αλλά και σήμερα είναι αρκετά εδραιωμένη η γνώση πως η πρόληψη είναι καλύτερα από τη θεραπεία.

Κάτω από αυτές τις σκέψεις, η Αρτηριακή Υπέρταση, που στη διαχρονική της εξέλιξη αποκτά μια κλινική οντότητα –Υπερτασική Νόσος–, θα πρέπει ή να θεραπεύεται, όπως μπορεί να συμβαίνει στις «δευτεροπαθείς» μορφές της, ή τουλάχιστον να καταπολεμάται με όλα τα μέσα (υγειονο-δισαιτητική αγωγή, φαρμακοθεραπεία) με σκοπό να μην οδηγούνται οι άρρωστοι στις τόσο σοβαρές και πολλές φορές θανατηφόρες, επιπλοκές της, αφού, μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει μια γραμμική σχέση ανάμεσα στην Αρτηριακή Υπέρταση και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο².

Και είναι αρκετά τεκμηριωμένο σήμερα πως ένας μεγάλος αριθμός υπερτασικών αρρώστων ή δεν κάνει καμιά θεραπεία ή δεν παίρνει σωστά τα φάρμακά του, γι' αυτό και οι μελέτες που αφορούν τη βελτίωση της συμμόρφωσης των αρρώστων στη φαρμακευτική αγωγή, αποκτούν μεγάλη σημασία².

Υπερτασική νόσος

Η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί, ένα πολύ σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, αν ληφθεί υπ' όψιν πως το 20% περίπου του ενήλικου πληθυσμού προσβάλλεται από τη νόσο^{2,3,4,5}.

Σύμφωνα με την 5η έκθεση της International Society of Hypertension, με την οποία συμφωνεί και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, τα επίπεδα της φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) είναι: Μx 100 mmHg και Μn 90 mmHg⁴.

Όταν η ΑΠ ενός ατόμου ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια, όχι περιστασιακά, αλλά σε επανειλημμένες μετρήσεις, τότε το άτομο χαρακτηρίζεται σαν υπερτασικός άρρωστος.

Η Αρτηριακή Υπέρταση είναι μία πάθηση που μπορεί για χρόνια να μην παρουσιάζει συμπτώματα, γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως «σιωπηλός δολοφόνος»⁵. Συχνά στη διαδρομή της, μπορεί να οδηγεί σε επιπλοκές ή ακόμα και στο θάνατο. Ακόμα και μεταξύ των «νορμοτασικών» ατόμων η πιθανότητα επιπλοκών (καρδιαγγειακά συμβάματα, αγγειοεγκεφαλικά επεισόδια), είναι μεγαλύτερη σε άτομο με ΑΠ 140/90 mmHg από ότι σε ένα άτομο με ΑΠ 110/70

mmHg με την προϋπόθεση, τη μη ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου⁶.

Ο επιπολασμός της ΑΥ αυξάνει με την ηλικία, φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στη μαύρη φυλή, καθώς και στα λιγότερα μορφωμένα άτομα και στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες⁴.

Η αιτιολογία της οφείλεται σε σύνολο παραγόντων που έχουν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ΑΠ και οδηγούν στην παθολογική διεργασία της Υπερτασικής Νόσου, όπως είναι: κληρονομικότητα (μέχρι και το 40% των περιπτώσεων «ιδιοπαθούς» υπέρτασης, θα μπορούσε να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες)², ηλικία, φυλή, παχυσαρκία, πρόσληψη χλωριούχου νατρίου^{1,2,4,7,8,9}. Το 95% των υπερτασικών έχουν «Ιδιοπαθή Υπέρταση» της οποίας η αιτιολογία, είναι πολυπαραγοντική^{10,11}.

Η «δευτεροπαθής μορφή» της ΑΥ είναι λιγότερο συχνή και αποκαλύπτει γνωστά αίτια ίπως: παθήσεις νεφρών (παρεγχυματική νεφροπάθεια, νεφροαγγειακή νόσος), επινεφριδίων (φαιοχρωμοκύττωμα, σύνδρομο Cushing, πρωτοπαθής αλδοστερονισμός) ορμονικές διαταραχές, στένωση ισθμού αορτής.

Η ΑΥ τουλάχιστον στα πρώτα στάδια, χαρακτηρίζεται από έλλειψη συμπτωμάτων ή από ακαθόριστα ενοχλήματα που σε αυτά δεν δίδει σημασία ο άρρωστος. Όμως στην εξέλιξη της πάθησης μπορεί να παρουσιαστούν επιπλοκές όπως: καρδιακή προσβολή (στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου), εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφρική ανεπάρκεια, τύφλωση, ακόμη και αιφνίδιος θάνατος^{1,4,5,8,12,13}.

Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει ν' αρχίζει από τα πρώτα στάδια. Σήμερα επικρατεί τάση εφαρμογής επιθετικής αντιυπερτασικής θεραπείας με σκοπό την πρόληψη των επιπλοκών^{9,14,15}.

Προβάλλει η ανάγκη προσαρμογής του θεραπευτικού σχήματος λόγω διαφορετικής ανταπόκρισης του καρδιαγγειακού συστήματος του κάθε αρρώστου στη θεραπευτική παρέμβαση αλλά και η συμμόρφωση στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η «πρόληψη» καθώς και το αναστρέψιμο των επιπλοκών της ΑΥ με την αντιυπερτασική θεραπεία, αποτελεί ένα σοβαρό θέμα, για όλους εκείνους που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία¹⁶.

Συμμόρφωση (Compliance) στην αντιυπερτασική θεραπευτική

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα για όλες τις παθήσεις και ιδιαίτερα τις χρόνιες, είναι η αποτυχία των αρρώστων ν' ακολουθήσουν σωστά τις οδηγίες της φαρμακοθεραπείας τους. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν πανάρχαιο πρόβλημα λαμβάνοντας υπόψη τα λεγόμενα του Ιπποκράτη 460 π.Χ. Στην «Ευπρέπεια» συνιστούσε στους γιατρούς να επαγρυπνούν για τα λάθη των αρρώστων, όταν παίρνουν τα φάρμακά τους, διότι όταν η υγεία τους δεν πάει καλά, αρνούνται να παραδεχθούν ότι τα ξεχνούν¹⁷.

Το πρόβλημα αυτό είναι πολύ μεγάλο σήμερα και αυτό αντανακλάται στις δημοσιεύσεις της επιστημονικής βιβλιογραφίας. Από το 1950 ως το 1984 απαριθμούνται περίπου 1747 δημοσιεύσεις¹⁸.

Την τελευταία δεκαετία φαίνεται πως το ενδιαφέρον των συγγραφέων στρέφεται προς την αναζήτηση τρόπων βελτίωσης της συμμόρφωσης όπως είναι η εκπαίδευση του χρόνιου αρρώστου^{17,19,20,21}. Αυτό αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας του αρρώστου και στην ποιότητα της ζωής του²², στην καλύτερευση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας²³, καθώς και στη μείωση των δαπανών που συνεπάγεται η υποτροπή της νόσου και οι επιπλοκές της.

Ο όρος «Compliance» αποδίδεται στα ελληνικά ως «συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας». Οι Jonsen και Haynes et. al., υποστηρίζουν πως ο όρος αυτός έχει κάπως δικτατορική ή μάλλον εξουσιαστική απόχρωση^{24,25}. Γι' αυτό το λόγο ίσως, οι Caldwell et. al., Blackwell και Baer προτιμούν τους όρους θεραπευτική συμμαχία (alliance) ή προσκόλληση (adherence), η εγκατάλειψη (drop out)^{26,27,28}.

Οι Valbona et al. αναφέρουν πως το 50% των αρρώστων που βρέθηκε να έχει ΑΥ δεν επέστρεψε στο Ιατρείο ή στο νοσοκομείο για περισσότερο έλεγχο. Επί πλέον, άλλο ένα 50% από εκείνους που είχαν αρχίσει να υποβάλλονται σε θεραπεία, την εγκατέλειψαν στους πρώτους 12 μήνες²⁹.

Εξάλλου, από πρόσφατες μελέτες στις ΗΠΑ³⁰, έχει φανεί πως μόνο 54% των υπερτασικών βρί-

σκεται σε φαρμακοθεραπεία, και απ' αυτούς φάνηκε: το 29% να είναι μη-συμμορφούμενοι, και μόνο το 25% συμμορφούμενοι, στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σύμφωνα με τη «θεωρία αντιλήψεων για την Υγεία» (health-belief model) αυτοί που δεν συμμορφώνονται σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, πιστεύουν ή ότι δεν είναι άρρωστοι, όπως συχνά συμβαίνει με τους υπερτασικούς ή πως δεν είναι σοβαρά άρρωστοι, έχουν δε την τάση να μην ενδιαφέρονται πολύ για την υγεία τους, ακόμη και να μην εμπιστεύονται και πολύ το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει πως ένα άτομο αποφασίζει να εφαρμόσει πιστά κάτι που αφορά την υγεία, όπως εδώ η φαρμακοθεραπεία - με βάση τις αντιλήψεις του για την υγεία και το κίνητρο να πετύχει ένα αποτέλεσμα τελικό, που να είναι γι' αυτό αρκετά ικανοποιητικό^{31,32}.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του αρρώστου με το θεραπευτικό του σχήμα θα μπορούσε να ταξινομηθούν ως εξής:

1) Δημογραφικά χαρακτηριστικά των αρρώστων, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, οικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες^{33,34,35}.

2) Χαρακτηριστικά πάθησης, όπως χρονική διάρκεια, ύπαρξη πόνου, βαθμός σοβαρότητας, είδος συμπτωμάτων, βαθμός ανικανότητας^{36,37}.

3) Το είδος της θεραπευτικής συνταγής, γραπτή, προφορική, κόστος, αριθμός δόσεων, διακοπή παλαιών συνηθειών όπως ποτό, κάπνισμα, παρενέργειες φαρμάκων^{35,38,39}.

4) Τρόποι παρακολούθησης του αρρώστου από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα σε νοσηλευτή - άρρωστο - γιατρό, ενημέρωση του αρρώστου γύρω από την πάθηση και τα φάρμακά του, εξατομικευμένη προσέγγιση, έλλειψη συμμετοχής του στο σχεδιασμό θεραπείας του^{22,35,40,41,42,43}.

5) Τρόπος ανταπόκρισης του ατόμου στην πάθησή του.

Υποστηρίζεται από αρκετούς συγγραφείς ότι οι χρόνιοι άρρωστοι που σκέπτονται σοβαρά την πάθησή τους, επιδιώκουν ενημέρωση, συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης, είναι περισ-

σότερο συμμορφούμενοι. Αντίθετα, άτομα που ανταποκρίνονται στην πάθησή τους αδιάφορα και μοιρολατρικά είναι μη συμμορφούμενα ενώ προοδευτικά αναπτύσσουν αισθήματα αυτομομφής, μειώνεται η αυτοεκτίμησή τους και το ενδιαφέρον για τη ζωή^{33,44,45,46,47,48,49,50}.

Ασφαλώς, όπως για κάθε άρρωστο, η ποιότητα ζωής έχει μεγάλο ενδιαφέρον για τους υπερτασικούς αρρώστους και τις οικογένειές τους. Επειδή δε και τα αντιυπερτασικά φάρμακα έχουν παρενέργειες (π.χ. αϋπνία, εξάντληση, διανοητική άμβλυνση, ζάλη, μείωση σεξουαλικής ικανότητας κ.ά.) που επηρεάζουν την ψυχοκινητική συμπεριφορά και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής των υπερτασικών αρρώστων, αυτό τους οδηγεί πολλές φορές στη μη-συμμόρφωση^{22,51}. Και θα πρέπει να σημειωθεί πως μερικά αντιυπερτασικά φάρμακα λόγω της φαρμακοτεχνικής τους, ασκούν παρατεταμένη δράση στον ανθρώπινο οργανισμό, οπότε εάν παραλείψει κάποια δόση το 24ωρο, ενδεχομένως να μην επηρεάσει αρνητικά την πίεση του αρρώστου. Όμως, και τα φάρμακα αυτά, που ο Uguhart τα αποκαλεί «ανεξίκακα» (forgiving drugs), είναι δυνατόν σε μακροχρόνιες παραλήψεις να οδηγήσουν σε επιπλοκές της πάθησης⁵².

Υπάρχουν σήμερα διάφοροι μέθοδοι για την εκτίμηση της συμμόρφωσης των αρρώστων στο πρόγραμμα της φαρμακοθεραπείας, όπως η μέτρηση των συγκεντρώσεων των φαρμάκων στο πλάσμα, στα ούρα, στα κόπρανα, ή στο σίελο, οι ατομικές δηλώσεις των αρρώστων, και οι εκτιμήσεις από το νοσηλευτή. Φαίνεται πως οι δυνατότητες νοσηλευτικής παρέμβασης μπορεί να οδηγήσουν τον υπερτασικό άρρωστο σε μια καλύτερη συμμόρφωση στην αντιυπερτασική αγωγή^{44,53}.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών στρέφεται στην αναζήτηση τρόπων βελτίωσης της συμμόρφωσης όπως είναι η σωστή πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με την πάθησή του και τα φάρμακα που θα πρέπει να παίρνει, η δημιουργία κινήτρων για μια πιο σωστή προσαρμογή στο πρόγραμμα φαρμακοθεραπείας, η τροποποίηση –αν παραστεί ανάγκη– του δοσολογικού σχήματος και η εξατομίκευση της δοσολογίας, καθώς και η εκπαίδευση του

υπερτασικού αρρώστου, πάνω στη σωστή αντιμετώπιση του πάθησής του και τους τρόπους συμμόρφωσης^{14,19,20,21,54,55,56,57,58,59}.

Με τους παραπάνω τρόπους και ιδιαίτερα με την εκπαίδευση, παρέχεται στον άρρωστο μια καλύτερη φροντίδα υγείας²³, η οποία συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του²³ και στη μείωση των δαπανών που συνεπάγονται η υποτροπή της πάθησης και οι επιπλοκές της.

Βέβαια, για να είναι η συσκευασία και ο τρόπος λήψης των φαρμάκων πιο φιλικός στον άρρωστο, πράγμα που τον βοηθάει σε μια καλύτερη συμμόρφωση, έχουν επινοηθεί διάφορες στρατηγικές⁵⁹, όπως είναι η συσκευασία των δισκίων σε blister, μαζί με ένα καθοδηγητικό φυλλάδιο, ένας ημεροδείκτης μέσα στην συσκευασία blister, ένα ειδικό κουτί MEDITOS με 7 μικρά διαχωριστικά διαμερίσματα με τις ονομασίες Δευτέρα μέχρι Κυριακή και χωρίσματα για τις δόσεις.

Αλλά και όταν ακόμη ο υπερτασικός κάνει χρήση των διαφόρων μεθόδων και συσκευών, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του θεραπευτικού προγράμματός του, η παρουσία του νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη. Αυτός είναι εκείνος που όντας πιο κοντά στον άρρωστο θα τον προσεγγίσει κατάλληλα, θα τον ενημερώσει για τη φύση της υπέρτασης και θα τον βοηθήσει στη σωστή χρήση αυτών των μεθόδων. Οι Alderman και Schoenbaum μπόρεσαν με τη βοήθεια ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού να πετύχουν ένα ποσοστό μέχρι και 97% συμμόρφωση στο σύνολο των υπερτασικών αρρώστων τους⁶⁰.

Ο νοσηλευτής, ίσως περισσότερο από το γιατρό, με τις επισκέψεις στο σπίτι στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βοηθάει το υπερτασικό άτομο στην συμμόρφωσή του με το πρόγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής. Η κάθε προσπάθεια του νοσηλευτή θα πρέπει να αρχίζει με μία εξατομικευμένη ψυχολογική προσέγγιση του υπερτασικού που έχει πολλές φορές κυρίως έντονο το φόβο, ενός απειλούμενου εγκεφαλικού επεισοδίου^{33,44,53}.

Έχοντας μπροστά του το πρόβλημα του υπερτασικού ατόμου και αυτό το ίδιο το πρόβλημα της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, ο νοση-

λευτής καλείται να βοηθήσει, με βάση την επιστημονική γνώση σε θέματα παθολογίας και φαρμακολογίας, καθώς και τη συνεχή του ενημέρωση στις νέες νοσηλευτικές δεξιότητες προσέγγισης, διδασκαλίας και συμβουλευτικής του υπερτασικού.

Όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένταση και στρες από οποιαδήποτε πηγή –όπως αυτό της αρρώστιας– προσπαθεί ν' αντιδράσει με σκοπό την προσαρμογή. Η διαδικασία της προσαρμογής, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της ζωής των ανθρώπων που επηρεάζει την όλη βιοψυχοκοινωνική συμπεριφορά του ατόμου^{33,61,62}. Εξάλλου η ανικανότητα του αθρώπου να αντιδρά θετικά, δηλαδή να προσαρμόζεται σε κάποια αλλαγή του εσωτερικού και εξωτερικού του κόσμου, εξαρτάται από την βιολογική και ψυχοκοινωνική κατάσταση που βρίσκεται το άτομο^{33,63,64}.

Σκοπός λοιπόν του νοσηλευτή, σύμφωνα με το προσαρμοστικό μοντέλο της Roy, είναι να προάγει την προσαρμογή του ατόμου, σε καταστάσεις έντασης, άγχους και νευρικότητας, όπως είναι αυτή που βιώνει ο υπερτασικός άρρωστος όταν έχει μη ελεγχόμενη υπέρταση, με την βοήθεια της σωστής ενημέρωσης και της εκπαίδευσης για καλύτερη συμμόρφωση^{43,63,64}.

Και είναι φυσικό, η προσπάθεια αυτή του νοσηλευτή να αρχίζει πάντα με μια εξατομικευμένη ψυχολογική προσέγγιση με τον άρρωστο, που υποφέρει σωματικά αλλά και ψυχολογικά, προσπαθώντας να ρυθμίσει την πίεση του, είτε με προσωπικές τροποποιήσεις στο θεραπευτικό του σχήμα, είτε με παρεμβάσεις άλλων όπως συγγενών, φίλων, φαρμακοποιών^{29,30}. Στην προσπάθεια προσέγγισης ο νοσηλευτής παίρνει υπόψιν του τόσο την προσωπικότητα του αρρώστου, όσο και πολλές άλλες παραμέτρους του περιβάλλοντος, οικογένεια, φίλοι, επάγγελμα, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, και άλλους στρεσογόνους παράγοντες από το μικροκοινωνικό του περιβάλλον^{34,35,47,48}.

Κατά τον Broustet, ο άρρωστος προσεγγίζει την πάθησή του από διάφορες σκοπιές:

- αντιλαμβάνεται τον εαυτό του άρρωστο και τον συγκρίνει με την προηγούμενη υγιή κατά-

στασή του, πράγμα που τον οδηγεί, πολλές φορές, σε άγχος, κατάθλιψη, λύπη,

- νοιώθει ένα αίσθημα ενοχής γιατί δεν συμμορφωνόταν με την θεραπευτική αγωγή και δεν πρόσεχε –κάπνισμα, ποτά, παχυσαρκία– που τον οδήγησαν ενδεχομένως στην κατάσταση των επιπλοκών.

Και όλες αυτές οι ενδόμυχες σκέψεις προκαλούν την έκλυση ψυχοκινητικών και ψυχοβιολογικών ερεθισμάτων (φόβος, πανικός, διέγερση του νευροφυτικού συστήματος και έκλυση νευροορμονικών διεργασιών) με τελική επίπτωση σε όλα τα συστήματα του οργανισμού και ιδιαίτερα στο κυκλοφορικό⁴⁵.

Εξάλλου, μια χρόνια πάθηση, όπως η ΑΥ, προκαλεί στον άρρωστο μια μείωση της γνωστικής ικανότητας, δηλ. της δυνατότητάς του να επεξεργάζεται σωστά τις πληροφορίες (όπως αυτές που παίρνει σαν οδηγίες στη φαρμακευτική του αγωγή) δημιουργώντας αυξημένες απαιτήσεις της προσοχής του, που προκαλούν «αβεβαιότητα»* όσον αφορά το θετικό αποτέλεσμα της φαρμακοθεραπείας³³.

Η ιδιαίτερη δε ψυχολογία του αρρώστου, όπως αυτή δημιουργείται κάτω από μια συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας μιας χρόνιας πάθησης –όπως είναι η Υπερτασική Νόσος– με το αίσθημα «αβεβαιότητας» που δημιουργείται στον άρρωστο, αποτελούν στοιχεία που καθορίζουν την ψυχολογική προσέγγιση του νοσηλευτή με τον άρρωστο.

Σύμφωνα με τον Uexkull, στις διαπροσωπικές σχέσεις του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής, θα πρέπει με αμεροληψία, και ειλικρίνεια, από την αρχή, να αντιμετωπίσει τον άρρωστο, σαν μία αυτόνομη και υπεύθυνη προσωπικότητα, που όμως βρίσκεται κάτω από ένα ψυχοσωματικό stress⁶⁵. Η επιστημονική κατάρτιση, η επαγγελματική ωριμότητα και η συναισθηματική ευαισθησία του νοσηλευτή –και ιδιαίτερα του κοινοτικού νοσηλευτή– θα βοηθήσουν το υπερτασικό άτομο σε μια καλύτερη προσέγγιση στην πάθησή του, δίδοντάς του ταυτόχρονα και το μήνυμα της ελπίδας. Ένα μήνυμα ελπίδας για την βελτίωση ή και

* Σαν «αβεβαιότητα» ορίζεται η αδυναμία καθορισμού έννοιας σε γεγονότα που σχετίζονται με την αρρώστια

την θεραπεία της πάθησης, έργο ασφαλώς όχι εύκολο, που όμως θα οδηγήσει σε μια καλύτερη συμμόρφωση του αρρώστου.

Είναι λοιπόν απαραίτητο η διαπροσωπική επικοινωνία με τον άρρωστο να γίνεται σ' ένα επίπεδο αλληλοκατανόησης, καλοσύνης και ανθρωπιάς. Έτσι, όταν ο νοσηλευτής συναισθανθεί τον άρρωστο, αλλά κι αυτός καταλάβει πως τον έννοιωσαν⁶⁶, ασφαλώς ο φόβος και η αγωνία θα δώσουν τη θέση τους στην εμπιστοσύνη και το σεβασμό για το νοσηλευτή, στοιχείο που αναμφισβήτητα θα οδηγήσει σε μια καλύτερη συμμόρφωση.

Και θα πρέπει να σημειωθεί πως η απομάκρυνση του αρρώστου από την εργασία του, το κόστος της θεραπείας, και γενικά οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, είναι τα σημαντικά εκείνα στοιχεία που συνθέτουν το τρίπτυχο «υπερτασικός - μη συμμόρφωση - επιπτώσεις» και ωθούν τους νοσηλευτές, σαν σημαντικά στελέχη της ομάδας υγείας, στην αναζήτηση δυναμικών προσεγγίσεων του χρόνιου αρρώστου για την καλύτερη συμμόρφωσή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

MARIA SOUNATSOU, OURANIA PATSI,
Nursing process to the Hypertensive patients' compliance with therapeutic regimen. *Arterial Hypertension is a very insidious chronic disease, since throughout the illness the patient remains asymptomatic, and finds himself in a different time period under the threat of serious complications. If one takes into consideration that this disease infects 20% of the adult population, one can see that the problem has reached serious repercussions worldwide. The meaning of compliance has been lost with regard to hypertensive patients and the drug therapy program, since uncontrollable hypertension often leads to complications which can be lethal. Different parameters like: age, sex, education, socioeconomic status, motivation, can influence the patient's level of compliance with the therapeutic regimen. Thus, the decision taken by the patient with regard to this problem and the therapeutic regimen he will follow will be influ-*

enced, negatively or positively, by how well informed he is about the illness and the medication prescribed. Therefore, a high level nursing intervention with the intention of better relationships between the nursing attendant and the patient will lead the patient to a higher degree of compliance with the therapeutic regimen. Nosileftiki 4: 298-305, 1998.

Key words: *hypertensive and compliance, nursing intervention, education and compliance.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wynder E.L. Σύγχρονοι απόψεις της προληπτικής ιατρικής. (Ελλ. Εκδ.) Das Medizinische Prisma 4, 1972.
2. Weber M. Hypertension, (Ειδ. Εκδ.) Cardiol Clinics 1995, 13: 4: 1-6.
3. Mounier-Vehier C, Fouquoire B, Carre A. La prise en charge de l'hypertension arterielle levere a moderee. Sem Hop Paris 1993, 9: 256-261.
4. Αθανασιάδης Δ. Αρτηριακή Υπέρταση - Διάγνωση και Θεραπεία. Εκδ. Κούρτης, Αθήνα 1995.
5. Fruy J. High Blood Pressure. Update 1986, 25: 299-300.
6. Μπενέτος Α. Ο ρόλος των αρτηριών στη παθοφυσιολογία της Αρτηριακής Υπέρτασης. Καρδιολ. Θέματα 1989, 331-334.
7. McFate Smith W. Επιδημιολογία της Υπέρτασης. In: Med Clin North Amer Ελλ. Εκδ. 1997, (Μάιος), 627-652.
8. Meyer Ph, Hypertension Arterielle. Ed. Flammarion, Paris, 1978.
9. Λευκός Ν. Η υπέρταση ως παράγοντας κινδύνου καρδιακής ανεπάρκειας και η φαρμακευτική παρέμβαση. Καρδιά και Αγγεία 1997, 4: 1328-340.
10. Williams RR. Key concepts regarding the genetics of hypertension in humans. Am J Hypert 4: 590s-593s.
11. Mendowitz M. The etiology of essential hypertension. J Human Hyp 1991, 5: 455-460.
12. Dunn M, Freeman J. Θεραπεία της χωρίς επιπλοκές Υπέρτασης. 1977, Παρατέθηκε από

- Wolf-Eliot: Αρτηριακή Υπέρταση, Εκδ. Μαχαιών, Αθήνα, 1977.
13. Laragh J. Επίπεδα ορμονών και θεραπεία των υπερτασικών νόσων 1977. Παρατέθηκε από Wolf-Eliot, Αρτηριακή Υπέρταση. Εκδ. Μαχαιών, Αθήνα, 1977.
 14. Βυσούλης Γ. Θεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης. Καρδιά και Αγγεία 1996, 3: 194-201.
 15. Πιτσαβός Χ. Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Καρδιολογικά Θέματα 1997, 265-283.
 16. Sokolow M. Η καρδιά και τα μεγάλα αγγεία. In: Krupp-Chatton, Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική. Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1987.
 17. Ley Ph. Communicating with patients. Satisfaction and Compliance. Chapman and Hall, London, 1993.
 18. Koltun A, Stoce GC. Past and current trends non-compliance research: Focus on diseases, regimens - programs and provider-disciplines. J of Compliance in Health Care 1986, 1: 21-32.
 19. Porsche R, Hypertension: diagnosis, acute anti-hypertension therapy and long term management. AACN Clin Issues 1995, 6, 4: 515-25.
 20. Os-L, Elide LK, Refractory hypertension. Tidsskr Nor Laegeforen 115, 6: 723-4.
 21. Muhlhauser L, Sawicki P, Didjurgeit U, Jorgens V, Berger M. Uncontrolled hypertension in type 1 diabetes: assessment of patients desires about treatment and improvement of blood pressure control by a structured treatment and teaching programme. Diabet Med, 1988, 5, 7: 693-8.
 22. Κρέσπη ΓΠ, Συμμόρφωση στη θεραπεία και ποιότητα ζωής υπερτασικών τρίτης ηλικίας. Ελλ Καρδ Επιθ 1996, 37: 333-339.
 23. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική, Καφούρος, Αθήνα 1995.
 24. Jonsen AR, Ethical issues in compliance. In: Haynes BR, Taylor DW, Sackett DL «Compliance in health care» Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1979.
 25. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. The Johns Hopkins University Press. Baltimore 1979.
 26. Caldwell JR, Cobb S, Dowling MD, Jongh D. The drop out problem in antihypertensive treatment. J Chron Dis 1970, 22: 259.
 27. Blackwell B, Patient Compliance. N Engl J Med 1973, 289-513.
 28. Baer CL. Compliance: The challenge for the future. Topics Clin Nurs 1986, 7: 77-85.
 29. Valbona et al. In Juncos L. Patient compliance and angiotensin converting enzyme inhibitors in hypertension. J Cadiov Pharmac 1990, 15, 3: S322-S25.
 30. Παπαδημητρίου Β. Ο ρόλος της Υπέρτασης και των Λιπιδίων. Μαθήματα από τη βασική έρευνα και τις κλινικές μελέτες. Διαλέξεις «Ιπποκράτειο Νοσοκομείο», (15 Οκτ.) 1996.
 31. Blackwell B. Treatment adherence. Brit J Psycat 1976, 129: 513.
 32. Youssef F. Compliance with therapeutic regimen: a follow-up study for patients with affective disorders. J of Advanced Nursing 1983, 8: 513-517.
 33. Σαχίνη-Καρδάση Α. Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε αβεβαιότητα, άγχος και κατάθλιψη και τρόπο μετεμφραγματικής αντιμετώπισης. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1994.
 34. Gurklis JA, Menke EM. Identificaitons of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. Nursing Research 1988, 37, 4: 236-239.
 35. Klein LE. Compliance and Blood Pressure control. Hypertension 1988, 11: 3, 2, 1161-4.
 36. Zwingernberger W, Nestler K, Faulhaber HD, Beier C, Selig R. Drug taking behaviour of workers with hypertension in the health service of the Wismut public health district. Z. Gesamte Int Med 1988, 43, 10: 262-5.
 37. Martin TL, Selby JV, Zhang D. Physician and patient prevention practices in NIDDM in a managed care organization. Diabetes Care 1995, 18, 8: 1124-32.
 38. Christensen JA, Smith WT, Turner P. Patient adherence and adjustment in Renal Dialysis: a person X treatment interactive approach. J of Behav Med 1994, 17, 6: 549-565.
 39. Potempa Km, Folta A. Drug use and effects in older adults in the United States. Int J of Nursing Studies 1992, 29: 1, 17-26.
 40. Hartman EB. No compliance with prescribed regimen among chronic hemodialysis patients. A method prediction and education diagnosis. Dialysis and Transpl 1978, 7, 10: 978-989.

41. Gonzalez-Fernandez R, Rivera M, Torres D, Quiles J, Jackson A. Usefulness of systemic Hypertention. In: Hospital Education Programs. Amer J of Cardiol 1990, 65: 1384-1386.
42. Tattersell MJ. Asthma patients knowledge in relation to compliance with drug therapy. J of Advanced Nursing 1993, 18, 1: 103-113.
43. Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. Clin Cardiol 1995, 18: 111-126.
44. Miller P, Wikoff R, Hiatt A. Fishbein's Model of Reasoned action and Compliance behaviour of hypertensive patients. Nursing Research 1992, 1: 104-109.
45. Broustet J, La readaptation des coronariens. Ed Sandoz, Paris, 1973.
46. Click BS. Drop-outs in an outpatient, double-blind drug study. Psychosomatics 1965, 6: 44-48.
47. Saounatsou M. An exploration of the relationship between response to illness and compliance in chronic haemodialysis patients. Maste Degree Dissertation 1996, University of Wales.
48. Pollock ES, Christian JB, Sands D. Response to chronic illness: Analysis of Psychological adaption. Nursing Research 1990, 39, 5: 300-304.
49. Lipovski JM. Physical illness, to individual and the coping process. Physical in Medicine 1970, 1, 2: 91-101.
50. Pritchard M. Further Studies of illness behaviour in long term haemodialysis. J of Psychosom Research 1977, 21: 41-48.
51. Gravas H, Gravas Jr. Σύγχρονες προσεγγίσεις της έναρξης της αντιυπερτασικής αγωγής. Cardiol Clinics (Ελλ. Εκδ.) 1995, 4: 127-132.
52. Urguhart J. Patient con-compliance with drug regimens: measurement clinical corelates, economic impact. Eur Heart J 1996, 17, 4: 8-15.
53. Χρυσανθοπούλου-Σαουνάτσου Μ. Η Συμμόρφωση (compliance) των αρρώστων στη φαρμακευτική θεραπευτική - Νοσηλευτική παρέμβαση - Μονογραφία, Αθήνα 1994.
54. Cockburn J, Reid AL, Bowman JA, Sanson-Fisher RW. Effects of intervention on antibiotic compliance in patients in general practice. Med J Aust 1987, 147: 324-328.
55. Lilja J. The evaluation of Drug-Information Programs. Soc Sci Med 1985, 21, 4: 407-414.
56. Molzahn A. Primary Nursing and Patient Compliance in a Hemodialysis Unit. ANNA Journal 1989, 16, 4: 267.
57. Jackson J, Johnson E. Effective patient education in home care. ASPEN Rockville, 1988.
58. Eisen S, Miller D, Woodward R et al. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. Arch Int Med 1990, 150: 1881-1884.
59. Wright CE. Non-compliance - or how many aunts has Matilda? The Lancet 1993, (oct) vol. 342.
60. Alderman MH, Schoenbaum EE. Detection and treatment of hypertension at the work side. N Engl J Med 1975, 65: 298.
61. Newman MA. Theory development in nursing. F.A. Davis, Philadelphia, 1979.
62. Medanic D. Social Structure and personality adaptation Basic Books, New York 1974.
63. Roy SG. Adaptation: A conceptual framework for nursing. Αναφορά από Σαχίνη 1994, Nursign Outlook 1970, 43-45.
64. Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.
65. Uexkull TH. Η συνεργατικότητα (compliance) των ασθενών από την άποψη της Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Πρακτικά Ελληνο-Γερμανικού Συμποσίου - Αθήνα, 1980 (Νοεμ) σ. 53.
66. Αλιβιζάτος Ι. Η επικοινωνία ιατρού-αρρώστου. Ιατρική 1980, 37: 273-276.