

ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ  
ΑΠΟ ΑΔΕΛΦΟΥ  
100008  
Κ.Δ.Α.

ΕΛΛΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ  
Κ.Δ.Α.  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

PORT  
PAVE  
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 38 - Τεύχος 4 - Οκτώβριος - Δεκεμβριος 1999



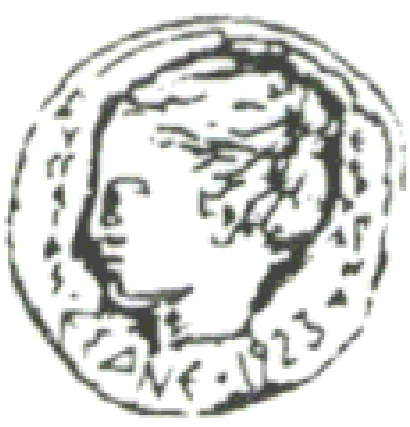
## NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 38 - No 4 - October - December 1999

ISSN 1105-6843





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύνταξη ..... **299**
2. Υποτροφίες ΕΣΔΝΕ ..... **300**
3. Δείκτες στελέχωσης Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας με νοσηλευτικό προσωπικό ..... **301**  
*Δ. Δημητρώδη, Α. Μαλλίδου, Μ. Τσερώνη*
4. Προσδιορισμός της αριθμητικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου ..... **311**  
*Φ. Πιπερά, Π. Μπρατάνη, Π. Τσιμόπουλος*
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή δίπλα στο χρόνια άρρωστο με στεφανιαία νόσο ..... **328**  
*Μ. Σαουνάτσου, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου, Γ. Φασόη-Μπαρκά*
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου ..... **335**  
*Ε. Κοτρώτσιου, Ε. Θεοδοσοπούλου, Χ. Λεμονίδου*
7. Το άγγιγμα ως μέσον επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς ..... **340**  
*Π. Δημητρίου, Ν. Μουρελάτου*
8. Τοπικές επιπλοκές της ενδοφλέβιας θεραπείας ..... **345**  
*Θ. Κωνσταντινίδης, Ε. Τσαγκαράκη, Μ. Ροβίθης*
9. Νοσηλευτική θεώρηση του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία των ψυχιατρικών ασθενών ..... **353**  
*Α. Μπέρκ, Α. Σταθαρού*
10. Η νοσηλευτική ως επαγγελματική επιλογή ... **360**  
*Α. Δουρέκα-Αγγλέζη*
11. Η οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας ... **383**  
*Σ. Ζυγά, Π. Φραγκουλίδου*
12. Περιεχόμενα Έτους 1999 ..... **390**
13. Οδηγίες για τους συγγραφείς ..... **394**

## CONTENTS

1. Editorial ..... **299**
2. Sholarships HNGNA ..... **300**
3. Indicators of staffing the Intensive Care Units with nurses ..... **301**  
*D. Dimitrellis, A. Mallidou, M. Tseroni*
4. Definition of the right number of the nursing staff for the best function of the hospital ..... **311**  
*F. Pipera, P. Bratani, P. Tsimopoulos*
5. The nursing role next to the patient with coronari disease ..... **328**  
*M. Saounatsou, M. Kelesi - Stavropoulou, G. Fasoï - Barka*
6. The nurse's role in postoperative pain relief ..... **335**  
*E. Kotrotsiou, H. Theodosopoulou, C. Lemonidou*
7. Touch as a way of communication between nurses and patients ..... **340**  
*P. Dimitriou, N. Mourelatou*
8. Local complications of intravenon therapy ... **345**  
*T. Konstantinidis, E. Tsagkaraki, M. Rovithis*
9. Nursing approach of non compliance in psychiatric patients ..... **353**  
*A. Berk, A. Statharou*
10. Nursing as a career choice ..... **360**  
*A. Doureka - Aglezi*
11. Organizational culture of Health services ... **383**  
*S. Zyga, P. Frangoulidou*
12. Contents of the Year 1999 ..... **390**
13. Instructions to authors ..... **394**

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΔΙΠΛΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

**Σαουνάτσου Μαρία,**

MSc Καθηγήτρια Εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Αθήνας

**Κελέση-Σταυροπούλου Μάρθα,**

MSc Καθηγήτρια εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Αθήνας

**Φασόη-Μπαρκά Γεωργία,**

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Πανεπιστημίου Αθήνας,

Καθηγήτρια εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Αθήνας

---

**ΣΑΟΥΝΑΤΣΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΚΕΛΕΣΗ-ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΘΑ, ΦΑΣΟΗ-ΜΠΑΡΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ. Ο ρόλος του Νοσηλευτή δίπλα στον χρόνια άρρωστο με στεφανιαία νόσο.**

Η αρτηριακή αθηροσκλήρυνση, αποτελεί για τις δυτικές κοινωνίες μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις του αιώνα μας, που αν και μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό, εξακολουθεί να αποτελεί την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η στεφανιαία νόσος χαρακτηρίζεται ως χρόνια πάθηση, οφειλόμενη στην αλληλεπίδραση διαφόρων παθολογικών παραγόντων: γενετικών, σωματικών και ψυχολογικών. Η αποδοχή της χρόνιας πάθησης από τον άρρωστο με στεφανιαία νόσο δεν είναι μια απλή διαδικασία. Οι άρρωστοι με χρόνια νόσο ευρίσκονται σε μία συνεχή πίεση και τα ψυχο-κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, που δημιουργούνται κατά την αντιμετώπισή της, χρειάζονται νοσηλευτική παρέμβαση. Η δημιουργία μίας καλής επικοινωνίας με το στεφανιαίο άρρωστο στηριγμένη επάνω σε κλίμα εμπιστοσύνης θα είναι προσδιοριστική για την ανάπτυξη του νοσηλευτικού ρόλου. Στη σχέση στεφανιαίος άρρωστος-νοσηλευτής μπορεί να προκύψουν ηθικά διλήμματα τόσο στον κλινικό τομέα, όσο και στην κοινότητα, Όταν όμως ο νοσηλευτής, βρίσκεται δυναμικός μέσα σε αυτή τη σχέση μπορεί να δίνει λύσεις και στα ηθικά διλήμματα που παρουσιάζονται. **Νοσηλευτική 4: 328-334, 1999.**

**Λέξεις ευρετηριασμού:** Χρόνιος άρρωστος, Στεφανιαία νόσος, Νοσηλευτική παρέμβαση και επικοινωνία.

---

## Η φύση της χρόνιας πάθησης

Η χρόνια πάθηση χαρακτηρίζεται από διαταραχές της ομοιόστασης του ανθρώπινου οργανισμού, οφειλόμενες στην επίδραση διαφόρων παθολογικών παραγόντων (γενετικών,

σωματικών, ψυχολογικών) σε άτομα με χρόνιες παθήσεις<sup>1,2</sup>.

Σύμφωνα με τους Dimond και Jones.

«η χρόνια πάθηση ορίζεται σαν μία κατάσταση μακροχρόνιας διάρκειας μη θεραπεύσιμη

που μπορεί ή όχι να δημιουργήσει υπολειμματικά χαρακτηριστικά τα οποία να επιβάλλουν περιορισμούς στις λειτουργικές ικανότητες των ατόμων»<sup>3</sup>.

Οι χρόνιες παθήσεις με τα διάφορα συμπτώματα και τις πιθανές ανικανότητες που μπορεί να προξενήσουν στους χρόνιους πάσχοντες, τους επηρεάζουν ψυχολογικά, σωματικά και πολλές φορές εμποδίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες<sup>4</sup>. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα αυτά, να πρέπει να πεισθούν να αλλάξουν τρόπο ζωής, να μάθουν να ζουν όσο γίνεται πιο αρμονικά με το πρόβλημά τους χωρίς να διαταράσσουν την ατομική, την οικογενειακή και την επαγγελματική τους ζωή, υιοθετώντας νέες συμπεριφορές.

Πολύ συχνά οι χρόνιες παθήσεις αναπτύσσονται βαθμιαία και αθόρυβα χωρίς κλινικά σημεία και συμπτώματα, ώστε να παρακινήσουν τον άρρωστο να ζητήσει την ιατρική συμβουλή. Μερικές από αυτές τις παθήσεις είναι η **Στεφανιαία νόσος**<sup>5</sup>, η **Αρτηριακή Υπέρταση** που σωστά χαρακτηρίζεται σαν «σιωπηλός δολοφόνος»<sup>6</sup>, ο **Σακχαρώδης Διαβήτης** η **Ρευματοειδής αρθρίτις**<sup>7,8,9</sup>, η χρόνια **Νεφρική ανεπάρκεια**<sup>10,11,12,13</sup>.

Σε τέτοιες περιπτώσεις όταν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα παρουσιάζονται, οι βλάβες στα διάφορα όργανα και στους ιστούς είναι τις περισσότερες φορές αρκετά προχωρημένες, ακόμη και αν ο μηχανισμός άμυνας του ανθρώπου, αντιδρά στους παθολογικούς παράγοντες με τα μέσα που διαθέτει, (ανοσοβιολογικό σύστημα, αιμοδυναμική προσαρμογή) με σκοπό να εξαλείψει τις βλαπτικές επιδράσεις, όσο είναι δυνατόν<sup>14</sup>.

Η ένταση των συμπτωμάτων κατά διαστήματα ελαττώνεται και έτσι ανακουφίζεται προσωρινά ο χρόνιος άρρωστος με αποτέλεσμα να νοιώθει καλύτερα. Αυτό πολύ συχνά τον οδηγεί στην αλλαγή ή στην διακοπή των διαιτητικών και φαρμακευτικών ιατρικών οδηγιών. Είναι ακριβώς η στιγμή που η Νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να επηρεάσει τον άρρωστο και να τον κάνει να αναθεωρήσει την συμπεριφορά του απέναντι στην νόσο του. Διαφορετικά οι επι-

πλοκές και η γενικότερη φθορά από τη χρόνια πάθηση οδηγούν τον άρρωστο αργά ή γρήγορα στο θάνατο.

Ο Furrer, υποστηρίζει ότι κατά την διάρκεια της χρόνιας πάθησης φαίνεται να υπάρχει μία μη συνειδητή ψυχοδυναμική επίδραση μεταξύ του χρόνιου αρρώστου και των μελών της ομάδας υγείας<sup>15</sup>. Είναι αυτό ακριβώς που πρέπει να λαμβάνουν πάντα υπ' όψιν τους οι νοσηλευτές, και να το αξιοποιούν με τον καλύτερο τρόπο με σκοπό να βοηθήσουν τον στεφανιαίο άρρωστο να ανταποκριθεί προσαρμοστικά στην πάθησή του, για βελτίωση της υγείας του και για μια καθημερινή ποιότητα στη ζωή του.

### **Ο Άρρωστος με στεφανιαία νόσο μπροστά στην πάθησή του**

Η αποδοχή της χρόνιας πάθησης από τον στεφανιαίο άρρωστο δεν είναι μία απλή διαδικασία. Οι ερευνητές κάποιες φορές συμφωνούν όσον αφορά την ανταπόκριση του αρρώστου μπροστά στο χρόνιο νόσημα, άλλες φορές όμως οι απόψεις τους είναι διαφορετικές ή ακόμη και αντίθετες.

Οι άρρωστοι με μία χρόνια νόσο ευρίσκονται σε μία συνεχή πίεση (stress) και τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά την αντιμετώπισή της, κοινωνικο-οικονομικά και ψυχολογικά χρειάζονται ακόμη να μελετηθούν.

Αυτή η άποψη εντείνεται σε παθήσεις όπως είναι η στεφανιαία νόσος που ο άρρωστος ζει με το φόβο ενός απειλούμενου ξαφνικού θανάτου.

Εκτός από τις αμφιλεγόμενες απόψεις υπάρχει μία κοινή αποδοχή όσον αφορά το πρόβλημα της προσαρμογής του αρρώστου στη χρόνια πάθηση όπως είναι και η στεφανιαία νόσος που φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι<sup>16</sup>: α) οι αντιλήψεις του κάθε ατόμου όσον αφορά την υγεία και την αρρώστεια, β) ο βαθμός της σοβαρότητας και η εξέλιξη της πάθησης, ή φυσική ανικανότητα που μπορεί να προκαλέσει και ο βαθμός ελέγχου της πάθησης, γ) η επίδραση της χρονιότητας της νόσου στο μικροκοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου (υπόλοιπα

μέλη της οικογένειάς του), δ) η κοινωνική δομή και το σύστημα εξυπηρέτησής του, κατά τη διάρκεια της χρόνιας αρρώστειας και ο έλεγχος της επέκτασής της, και η πρόληψη των επιπλοκών<sup>16</sup>.

Όλοι οι αναφερθέντες παράγοντες αποτελούν το «θεμέλιο λίθο» που εκεί επάνω οικοδομείται η ιατρονοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας στον άνθρωπο.

Όπως υποστηρίζει ο Wagner και συν. η προσωπικότητα του ατόμου διαμορφώνεται κάτω από τη διπλή επίδραση της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος<sup>17</sup>. Αυτή αποτελεί σύμφωνα με τον Tilleard και συν., τη δυναμική οργάνωση των ψυχολογικών συστημάτων του ατόμου, που από αυτή εξαρτάται η «ειδική προσαρμογή» του, στην κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα και εκφράζεται με τον ιδιαίτερο τρόπο που αντιδρά ο άνθρωπος στις διάφορες συνθήκες της ζωής<sup>18</sup>.

Αναμφισβήτητα, η ψυχοκοινωνική ωρίμανση του ατόμου αποτελεί τη βάση για την σωστή ή όχι συμπεριφορά του ατόμου στις διάφορες δυσκολίες της ζωής του. Και αυτή η συμπεριφορά του αρρώστου στο πρόβλημα της υγείας του επηρεάζεται επιπλέον από το είδος της πάθησης, εάν είναι βαρεια ή όχι, εάν απειλεί τη ζωή του από έναν αιφνίδιο θάνατο όπως συμβαίνει στο στεφανιαίο άρρωστο, από την ηλικία, το κόστος εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά και τις επιδράσεις που δέχεται από πρόσωπα του περιβάλλοντός του καθώς και από το νοσηλευτή και το γιατρό<sup>19</sup>.

Η οργανική πάθηση όπως η καρδιοπάθεια προκαλεί στο χρόνιο άρρωστο μία μείωση της γνωστικής ικανότητας λόγω μειωμένης αιματικής παροχής στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να μην έχει την δυνατότητα να επεξεργάζεται σωστά τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες και αυτό να δημιουργεί μία αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα της θεραπείας στον ίδιο και στην ιατρονοσηλευτική ομάδα που τον παρακολουθεί<sup>20</sup>. Χωρίς αμφιβολία αυτό τον κάνει να χάνει τον ενθουσιασμό του να αγωνισθεί για την πάθησή του, να απογοητεύεται και πολλές φορές να νοι-

ώθει πως χάνει τις δυνάμεις του, χωρίς να αποκλείονται και ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις συμπεριφοράς.

Τη μείωση της γνωστικής ικανότητας καθώς και της μνήμης του χρόνιου αρρώστου υποστηρίζει και ο Piere αναφέρεται από τον Lader, λέγοντας πως η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία, η κατάσταση «stress», ο πόνος, διάφορες διαταραχές του νευροφυτικού περιορίζουν την γνωστική ικανότητα και τη μνήμη του αρρώστου<sup>21</sup>.

Η εξελικτική πορεία της πάθησης του στεφανιαίου αρρώστου και το άγχος που δημιουργείται κατά την διαδικασία των προγραμματισμένων εξετάσεων και ανάλογα με την ιατρική διάγνωση που ακολουθεί επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη ψυχολογική συμπεριφορά του αρρώστου απέναντι στην πάθησή του. Ο Berezine, λέγει ότι οι συγκινησιακές αντιδράσεις του χρόνιου αρρώστου κατά την περίοδο των εξετάσεων και της διάγνωσης περιορίζουν την ικανότητα του να ακολουθήσει σωστά την θεραπευτική του αγωγή<sup>20</sup>.

Κάθε στεφανιαίος άρρωστος ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του προσεγγίζει από διάφορες σκοπιές την πάθησή του.

- α. Βλέπει τον εαυτόν του άρρωστο και τον συγκρίνει με την προηγούμενη υγιή κατάστασή του, πράγμα που δημιουργεί άγχος και λύπη.
- β. Στα μάτια των δικών του διαβάζει τη λύπη τους που τον βλέπουν άρρωστο και αυτό που προκαλεί πίκρα και αβεβαιότητα.
- γ. Νοιώθει ένα αίσθημα ενοχής και αυτό είναι έντονο στις καρδιαγγειακές παθήσεις διότι ενδεχομένως έχει αδιαφορήσει για το κάπνισμα, την παχυσαρκία, το αλκοόλ.

Όλες οι αναφερθείσες ψυχολογικές καταστάσεις που μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ενδόμυχων σκέψεων ενός στεφανιαίου αρρώστου προκαλούν έκλυση των ψυχοκινητικών και ψυχοβιολογικών ερεθισμάτων όπως φόβο, πανικό και διέγερση του νευροφυτικού νευρικού συστήματος και των νευροορμονικών διεργασιών με τελική επίδραση σε όλα τα συστήμα-

τα του οργανισμού και ιδιαίτερα στο κυκλοφορικό<sup>19,20,22</sup>.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας διάφορες προσεγγίσεις και δεξιότητες κυρίως την συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τον καρδιαγγειακό άρρωστο να ζει προσαρμοσμένος στο πρόβλημα της υγείας του και να προσπαθεί πάντα για την βελτίωσή της, δίδοντας έτσι νόημα και ποιότητα στην ζωή του. Ο αριθμός των ατόμων με στεφανιαία πάθηση συνεχώς αυξάνεται και θα αποτελεί το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής επιστήμης για πολλά χρόνια.

Σύμφωνα με την Pollock όλο και περισσότερη γνώση θα είναι απαραίτητη για να βοηθάει στο σχεδιασμό των πιο κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την προσαρμογή των αρρώστων αυτών στο χρόνια νόσημά τους και την υποστήριξή τους για την μία ή την άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση που καλούνται να επιλέξουν πολλές φορές κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και της συνεργασίας τους με τη θεραπευτική μονάδα<sup>23</sup>.

## **Ο ρόλος του νοσηλευτή στον άρρωστο με στεφανιαία νόσο**

Καθημερινά ο νοσηλευτής συναντά ποικίλες δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις με τον άρρωστο, τόσο σε επίπεδο συνειδητών συμπεριφορών, όσο και σε επίπεδο ασυνείδητων. Η δημιουργία μιας καλής επικοινωνίας με τον στεφανιαίο άρρωστο στηριγμένη επάνω σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης θα είναι προσδιοριστική για την ανάπτυξη του νοσηλευτικού ρόλου.

Θεωρείται σκόπιμο πριν γίνει αναφορά στο ρόλο αυτό να δοθεί το θεωρητικό νοσηλευτικό πλαίσιο που θα στηριχθεί ο νοσηλευτής για την ανάπτυξη του ρόλου του.

### **Θεωρητικό Πλαίσιο**

Η νοσηλευτική επιστήμη έχει το δικό της θεωρητικό πλαίσιο που αναφέρεται σύμφωνα με την Λανάρα:

«στη φύση του όλου ανθρώπινου όντος, στις αντιδράσεις και διαδικασίες στο σύστημα της υγειονομικής περιθάλψεως, καθώς και στη

διεργασία λήψεως αποφάσεων για εκτίμηση και παρέμβαση. Οι θεωρίες βοηθούν τη νοσηλευτική να εστιάζει την προσοχή της στις δικές της ιδέες και τα προβλήματα<sup>24</sup>».

Η θεωρητική γνώση αφού επιβεβαιωθεί επιστημονικά διά μέσου της νοσηλευτικής έρευνας, κατευθύνει στην κλινική εφαρμογή, το νοσηλευτικό έργο δημιουργώντας έτσι το θεωρητικό μοντέλο.

Η McMurray περιγράφει το θεωρητικό μοντέλο σαν ένα πλαίσιο που περιέχει έννοιες και ιδέες της θεωρίας και τις κάνει εφαρμόσιμες και κατανοητές στον κλινικό τομέα<sup>25</sup>.

Το μοντέλο της Neuman στηρίζεται στη διατήρηση της ισορροπίας και ομοιοστασίας του ανθρώπινου οργανισμού που λειτουργεί σαν ένα ανοικτό σύστημα και δέχεται διάφορες πιέσεις «stress». Ανάλογα με την σωστή ή όχι «αντίδραση» του ανθρώπινου συστήματος επέρχεται παρέκκλιση ή μη, από την υγεία του ατόμου<sup>26,27</sup>.

Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε από τα τρία επίπεδα: στην Πρωτογενή, στην Δευτερογενή και την Τριτογενή πρόληψη. Επίσης μπορεί να βασιστεί παράλληλα στο μοντέλο της Roy που στηρίζεται στην ικανότητα «προσαρμογής» του ατόμου όταν δέχεται διάφορα ερεθίσματα που συντελούν στην παρέκκλιση της ισορροπίας της ομοιοστασίας του ανθρώπινου οργανισμού. Η ανάπτυξη της προσαρμοστικής ικανότητας του στεφανιαίου αρρώστου συμβάλλει στην διατήρηση της βιοψυχοκοινωνικής συνοχής του<sup>28</sup>. Ενώ κατά το μοντέλο Rayton και Ivey, η νοσηλευτική προσέγγιση επικεντρώνεται στην «αλλαγή διάθεσης» του στεφανιαίου αρρώστου και ο νοσηλευτής διά μέσου της «επιδρασιακής» συμβουλευτικής ή διδασκαλίας Bloom προσπαθεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του ατόμου με στεφανιαία νόσο<sup>29</sup>. Με αυτή την προσέγγιση μπορεί να επαναφέρει την ισορροπία στην ομοιοστασία του οργανισμού του<sup>27</sup>.

Με βάση αυτή τη νοσηλευτική επιστημονική θεώρηση αναπτύσσεται το σχέδιο της «νοσηλευτικής διεργασίας» και εφαρμόζεται. Ο σωστός νοσηλευτικός ρόλος είναι το κλειδί της επιτυχίας κατά ένα μεγάλο ποσοστό για να υπάρξουν θε-

τικά αποτελέσματα του προσχεδιασμένου προγράμματος.

## Ο Νοσηλευτικός ρόλος

*Είναι εύκολο να δίνεις συμβουλές το δύσκολο είναι να συννεοήσαι με τους ανθρώπους»*  
Κάφκα

Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν την προσωπικότητα του ατόμου με την στεφανιαία νόσο. Αυτό είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ψυχοσωματική του προσέγγιση. Παράλληλα πρέπει να γνωρίζει και τους άλλους παράγοντες που επιδρούν και παίζουν ρόλο στην ισορροπία της υγείας του, που είναι η οικογένεια, η οικονομική του κατάσταση, το οικονομικό κόστος της θεραπείας που συμπεριλαμβάνει τη υγιεινοδιαιτητική και φαρμακευτική αγωγή καθώς και τις επεμβατικές ιατρικές τεχνικές που δεν λείπουν από τη θεραπευτική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, το επάγγελμά του, τους φίλους του και το μακροκοινωνικό του περιβάλλον.

Στο άτομο που έχει ήδη αναπτύξει στεφανιαία πάθηση, τόσο ο κλινικός όσο και ο κοινοτικός νοσηλευτής θα επικεντρωθούν στις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην πρόληψη της επέκτασης της στένωσης των στεφανιαίων αγγείων και αυτό επιτυγχάνεται με την συστηματική παρακολούθηση, για την όσο το δυνατόν καλύτερη συμμόρφωσή του με την θεραπευτική αγωγή (φάρμακα, δίαιτα, άσκηση). Εάν έχει κάνει επεμβατική θεραπεία, συμβατική αγγειοπλαστική (PTCA) (τη γνωστή ως «μπαλονάκι») ή μία από τις νεότερες τεχνικές, Stent, αθηρεκτομή ή Laser με τη συστηματική συμβουλευτική θα πρέπει να βοηθήσουν το άτομο με την στεφανιαία νόσο να γίνει υπεύθυνος για την υγεία του. Να διατηρεί τη χοληστερόλη σε χαμηλά επίπεδα, για την αποφυγή του κινδύνου επαναστένωσης, να ασκείται, να μην παίρνει βάρος, να είναι συμμορφούμενος με το θεραπευτικό του σχήμα και να γνωρίζει ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας επαναστένωσης, είτε καπνίζει ο ίδιος, είτε βρίσκεται σε περιβάλλον καπνιστών<sup>5,30,31</sup>.

Ο άρρωστος που έχει αντιμετωπισθεί θεραπευτικά με μία από τις επεμβατικές τεχνικές βρίσκεται κάτω από ένα σωματοψυχικό «stress» περισσότερο από τον χρόνιο στεφανιαίο άρρωστο που αντιμετωπίζεται συντηρητικά.

Στις διαπροσωπικές σχέσεις, άρρωστος-νοσηλευτής-γιατρός, υπάρχει μία αλληλοεπίδραση, η οποία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αμεροληψία συνεργατικότητα και ειλικρίνεια. Το άτομο σε στεφανιαία πάθηση πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν αυτόνομη και υπεύθυνη προσωπικότητα. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι γνώστης του κόστους όλων των εξετάσεων που απαιτούνται τόσο κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης και εξέλιξης της νόσου, όπως στεφανιογραφίες, test κόπωσης (σε κυλιόμενο τάπητα, με ραδιοϊσότοπα, με φαρμακευτική κόπωση όπως με «doputamine» ή διπυριδαμόλη, δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία)<sup>32,33,34,35</sup> όσο και κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση είτε με τις αναίμακτες τεχνικές PTCA «Stent» αθηρεκτομή, και Laser, είτε με τη χειρουργική επέμβαση που γίνεται με την αορτοστεφανιαία παράκαμψη<sup>36,37</sup>.

Η αξία της ενημέρωσης του αναπτύσσει το εύρος των συμβουλευτικών παρεμβάσεων. Ο Βρετανός φιλόσοφος και ανθρωπιστής John Heron υποστηρίζει ότι όταν διευρύνεται το εύρος των συμβουλευτικών παρεμβάσεων ο σύμβουλος που στην περίπτωση της παρούσας μελέτης είναι ο νοσηλευτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο σε κάθε περίπτωση και ανάγκη του ατόμου με στεφανιαία νόσο<sup>38</sup>.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του νοσηλευτή συνοψίζονται σε έξι κατηγορίες που είναι:

1. Ρυθμιστικές παρεμβάσεις
2. Πληροφοριακές παρεμβάσεις
3. Παρεμβάσεις αντιμετώπισης
4. Παρεμβάσεις κάθαρσης (cathartic)
5. Καταλυτικές παρεμβάσεις
6. Υποστηρικτικές παρεμβάσεις (Heron, 1986).

Το εύρος της παρούσας μελέτης εμποδίζει την ανάπτυξη των αναφερθέντων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αξίζει όμως να αναφερθεί ο διαχωρισμός τους σύμφωνα με τον Burnard (1995) και που σοβαρά πρέπει να λάβει υπόψιν ο

νοσηλευτής στην προσέγγισή του με άτομο με στεφανιαία νόσο.

Οι τρεις πρώτες αναφερθείσες κατηγορίες παίζουν ένα ρόλο εξουσιαστικής και κατευθυντήριας παρέμβασης στο άτομο με καρδιαγγειακό πρόβλημα που οδηγεί σε δημιουργικό τρόπο προσέγγισης<sup>39</sup>.

Προσεκτικοί ελιγμοί απαιτούνται για να μην αναπτυχθεί αρνητική συμπεριφορά εξουσίας εκ μέρους του νοσηλευτή προς τον στεφανιαίο άρρωστο. Οι τρεις τελευταίες θεραπευτικές παρεμβάσεις περιέχουν περισσότερο ενέργειες και δραστηριότητες κατά την διάρκεια της συμβουλευτικής, που οδηγούν τον άρρωστο στην συμμετοχή του στη θεραπεία του και σε περισσότερο έλεγχο της σχέσης, άρρωστος-νοσηλευτής<sup>40,41</sup>.

Κλείνοντας, ίσως πρέπει να αναφερθεί ότι στη σχέση στεφανιαίος άρρωστος-νοσηλευτής μπορεί να προκύψουν ηθικά διλήμματα τόσο στον κλινικό τομέα, όσο και στην κοινότητα.

Όταν ο νοσηλευτής παίρνει μία απόμακρη θέση στη σχέση άρρωστος-νοσηλευτής δεν μπορεί να εκτιμήσει τις ανάγκες του ατόμου με στεφανιαία νόσο. Ενώ, όταν ευρίσκεται δυναμικός μέσα σε αυτή την σχέση, γίνεται μέρος των προβλημάτων του και μπορεί να δίνει λύσεις και στα ηθικά διλήμματα που παρουσιάζονται.

---

**SAOUNATSOU MARIA, KELESI-STAVROPOULOU MARTHA, FASOI-BARKA GEORGIA.** *The nursing role next to the patient with Coronary Disease.* Arterial atherosclerosis constitutes for the western countries one of the greatest challenges of the century. Although it is preventible, it remains the main cause of morbidity and mortality. Coronary Disease is characterized as a chronic illness, which is subject to interaction of several factors: genetic, physical and psychological. The acceptance of such a chronic illness by the patient isn't a simple procedure. Patients suffering from this chronic illness are under a continuous pressure and the psycho-socio-economic problems that are created during its facing, need nursing intervention. The creation of a good

*communication with the patient suffers from Coronary Disease, must be based on a climate of confidence which will be determinative for the development of the nursing role. In the relationship, patient with Coronary Disease-Nurse, may arise ethical dilemmas not only to the clinical sector but also to the community. However, when the nurse stands dynamically in this relationship he/she can give solutions even to ethical dilemmas confronted.* **Nosileftiki 4: 328-334, 1999.**

**Key words:** Patient with chronic Disease, Coronary Disease, Nursing Intervention, communication.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μουλόπουλος Σ. Θεραπευτική των εσωτερικών παθήσεων. Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1970.
2. Harrison RT. Αρχές της εσωτερικής ιατρικής. Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1973.
3. Dimond M., Jones SL., Chronic illness across the life span. Appleton Century. Crots, Norwork, 1983.
4. Lewis SL., Robinson A.S., Robinson K. Spice of life: A strategy to enhance dietary compliance. ANNA journal, (1990), 17(5) 387-389.
5. Τούτουζας Π., Καρδιολογία Β' Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1993, 273, 284, 287.
6. Fry J., High blood pressure. Uptaque, 1986, 25: 229-300.
7. Χρούσος Γ., Παθοφυσιολογία ενδοκρινών αδένων. Μέσα στο Μουτσόπουλος Χ., Εμμανουήλ Δ.: Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1984, 162-168.
8. Hartog M., Ενδοκρινολογία και διαβήτης. Μέσα στο Read A. et. al: Σύγχρονη Παθολογία, Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1984, 220-227.
9. Σαχίνη Α. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1ος, 2ος. Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1988.
10. Thanou A., Theodoulou M., Kostenidou A., Laskari M., Dikou M., Panou M., Sahini-Kardasi A., A study of stressors and coping strategies in chronic hemodialysis patients. EDTNA-ERCA Conference. Viena, 1994, 3-6 July.
11. Ζηρογιάννης Ν. Ρ. Εξελίξεις στην νεφρική ανεπάρκεια. Πρακτικά Σεμιναρίου Νοσηλευτικών Μελετών, Αθήνα, 1994.



12. Μαγιοπούλου-Συμβουλίδου Ν. Χρόνια Νεφρική ανεπάρκεια. Στο Χρόνια Νεφρική ανεπάρκεια. Σεμινάριο Νοσηλευτικών μελετών, Αθήνα, 1993.
13. Παπαδάκης Π. Στοιχεία φυσιολογίας των νεφρών. Στο Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Σεμινάριο Νοσηλευτικών μελετών, Αθήνα, 1994.
14. Lynaugh J. Caring for the chronically: Historical perspectives. ANNA journal 1989, 16, 3, 192-195.
15. Furrer W. Unconscious communication between patient and doctor. Image Roche, 1973, 17, 21-28.
16. Σαουνάτσου Μ. Η συμμόρφωση (compliance) των αρρώστων στη φαρμακευτική θεραπευτική: Νοσηλευτική παρέμβαση. Μονογραφία, Αθήνα, 1994.
17. Wagner K.E., Ehmspenger H., Mehnert H., Befragung von Diabetiken Rauchgewounheiten. Infusion therapie, 1976, 3, 39.
18. Tilleard - Cole R. Humans personality in medicine action. Exagono ROCHE, 1, Athens, 1980.
19. Saounatsou M., An exploration of the relationship between response to illness and compliance in chronic hemodialysed patients. Master's dissertation. University of Wales College of Medicine, School of Nursing Studies, England, 1996.
20. Σαχίνη Α. Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε αβεβαιότητα, άγχος και κατάθλιψη και τρόπο μετεμφραγματικής αντιμετώπισης. Διδακτορική διατριβή. Νοσηλευτικό Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου, Αθήνα, 1994.
21. Lader M. La psychiatre et les evenements de la vie: mecanismes biologiques et sociaux. Triangle, 1991, 31 (1).
22. Broustet S. La readaptation des coronariens. Sandoz, Paris, 1973.
23. Pollock E.S., Christian J.B., Sands D. Response to chronic illness. Analysis of psychological adaptation. Nursing research, 1990, 39, 5, 300-304.
24. Λανάρα Β. Αξίες στην Νοσηλευτική έρευνα. Φιλοσοφικός σχολιασμός. Νοσοκομειακά Χρονικά, 1985, 47: (3), 209-216.
25. Mc Murray A. Community Health Nursing. Primary Health Care in Practice. Churchill Livingstone, Melbourne, 1990.
26. Neuman B. An explanation of the Betty Neuman Nursing Model. Paper presented to Indiana University, Indiana, 1977.
27. Neuman B. The Neuman Systems Model: Application to nursing education and practice. Norfolk, Conn: Appleton Century-Crofes, New York, 1982.
28. Roy C. The Roy adaptation model. In conceptual models for nursing practice, Appleton. Century Crofes, New York, 1980.
29. Κυριακίδου Ε. Κοινοτική Νοσηλευτική, Καφούρος, Αθήνα, 1995.
30. Στεφανίδης Χ., Καλλικάζαρος Ι., Χλαπουτάκης Ε., Παπαϊωάννου Ι., Δημητρόπουλος Κ., Κουρούκλης Κ., Τούτουζας Π. Επείγουσα ενδοστεφανιαία θρομβόλυση και αγγειοπλαστική στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 1986, 27(2), 100.
31. Σιδέρης Δ. Πρωτοβάθμια Καρδιολογία. Παρισιάνος, Αθήνα, 1987, 268, 279.
32. Προυκάκης Χ. Εφαρμογές των ισοτόπων στην Καρδιολογία. Καρδιολογικά θέματα, 1989, 61.
33. Τούτουζας Π., Μπαρμετσέας Ι., Υπερηχοκαρδιακή δοκιμασία «doputamine» μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Καρδιολογικά θέματα, 1995, 123.
34. Χατζηγεωργίου Χ. Απεικονιστικές εξετάσεις. Καρδιολογικά θέματα, 1995, 13.
35. Βασιλειάδης Ι. Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές ή ηχοκαρδιογράφημα; (Το δίλημμα της επιλογής στην κλινική πράξη). Καρδιολογικά θέματα, 1995, 63.
36. Mark B.D. Medical Economics and Health Policy issues for interventional Cardiology. In Topol E. (ed.): Textbook of interventional cardiology, W.B. Sauders comp. Philadelphia, 1994, 1323-1349.
37. Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. British Medical Journal clinical Research, 1985, 291(6491): 326-9.
38. Heron J. Six Category Intervention Analysis. Human Potential Research Project, University of Survey. Guilford, 1986.
39. Burnard P. Counselling skills for Health professionals, 1995.
40. Burnarnd P. Learning Human skills. Heineman, London, 1985.
41. Burnard P and Morrison P. Nurses perceptions of their interpersonal skills. Nursing Times, 1987, 82, 43, 59.