



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερτασικών και η σχέση τους με την Π.Φ.Υ.

ΤΣΙΑΤΣΙΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ

ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε.Κοτρώτσιου – Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Μ.Γκούβα – Επίκουρη καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Σ.Ζέττα- Επιστημονική συνεργάτης Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας

Λάρισα, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**The Psychological Characteristics of Hypertensive and their
Relation to Primary Health Care**

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	
Abstract.....	
Συνομογραφίες.....	
Εισαγωγή.....	
Μέρος 1 ^ο : Γενικό Μέρος	
1 ^ο Κεφάλαιο: Υπέρταση.....	
1.1 Κατάταξη.....	
1.2 Παθοφυσιολογία.....	
1.3 Πρόληψη.....	
1.4 Διάγνωση.....	
1.5 Επιπλοκές.....	
1.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	
1.7 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	
1.8 Η υπέρταση σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.....	
2 ^ο Κεφάλαιο: Ψυχική υγεία.....	
2.1 Γενικά.....	
2.2 Ψυχική υγεία και Υπέρταση.....	
3 ^ο Κεφάλαιο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας.....	
Μέρος 2 ^ο : Ειδικό Μέρος	
1 ^ο Κεφάλαιο: : Ειδικό Μέρος.....	
1.1 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας.....	
1.2 Πληθυσμός και Δείγμα.....	
1.3 Μέθοδος λήψης δεδομένων- Το εργαλείο της έρευνας.....	
1.4 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων.....	
1.4.1.α Τα δημογραφικά στοιχεία όλου του δείγματος- Συνέντευξη.....	
1.4.1.β Τα δημογραφικά στοιχεία των υπέρτασικών του δείγματος- Συνέντευξη.....	
1.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	
1.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	
1.7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΕΤΑΙΡΩ ΕΡΕΥΝΑ.....	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Καθηγήτρια μου Κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου για την βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφερε και την κατανόηση που επέδειξε καθόλη την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Στο πιο όμορφο
πλασματάκι,στη
Νικολέτα-Ραφαέλα

Περίληψη

Σκοπός: Η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και του επιπέδου ψυχικής υγείας των υπέρτασικών καθώς και η σχέση των ασθενών αυτών με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Μεθοδολογία – Δείγμα μελέτης: Για την εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών με υπέρταση καθώς και για την αξιολόγηση της σχέσης τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρησιμοποιήθηκε ένα εκτεταμένο ερωτηματολόγιο με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο μελετήθηκε και συμπληρώθηκε από 104 άτομα μέσω διαδικασίας που εξασφάλισε την ανωνυμία και την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Για την μελέτη των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή συμπερασμάτων έγινε στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων με τη χρήση του SPSS 13.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτέλεσαν 104 άτομα, εκ των οποίων 82 (78,8%) γυναίκες και 22 (21,2%) άνδρες, ηλικίας άνω των 60 ετών. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις, ανοικτού και κλειστού τύπου και τα αποτελέσματα αναπαρίστανται υπό τη μορφή διαγραμμάτων.

Συμπεράσματα: Αποδεικνύεται η σύνδεση μεταξύ της υπέρτασης και των ψυχικών διαταραχών στο εξεταζόμενο δείγμα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα που θα εξετάζει την αιτιολογία της υπέρτασης, καθώς και τη χρονικότητα της σύνδεσης μεταξύ της υπέρτασης και των ψυχικών διαταραχών. Ως αδυναμία της μελέτης θεωρείται ο μειωμένος αριθμός συμμετεχόντων.

Λέξεις κλειδιά: υπέρταση, ψυχική υγεία, φροντίδα υγείας

Abstract

Purpose: To investigate the psychological characteristics and level of mental health of hypertensive and the relationship of these patients with primary care services.

Methodology - Sample study: To assess the psychosocial characteristics of patients with hypertension and to evaluate their relationship with the Primary Health Care used an extensive questionnaire. This questionnaire was designed and completed by 104 people through a process that ensured the anonymity and protection of personal data of the participants. To study the results and conclusions made statistical analysis of the questionnaires using SPSS 13.

results: 104 people had taken part, of which 82 (78.8%) women and 22 (21.2%) men ,from the age of 60 and more. The participants answered questions, of open and closed type, whereas the results are represented by diagrams.

conclusions: **The current review** demonstrates the link between hypertension and mental disorders. Further research is needed to examine the etiology of hypertension, and the temporality of the association between hypertension and mental disorders. The reduced number of participants is reckoned to be the weakness of the study. Further investigation is needed into the role of traumatic life events with the a etiology of hypertension, as well as the temporality of the association, between hypertension and mental disorders.

Key words: hypertension, mental health, health care

Συντομογραφίες

AHA	American Heart Association
BHS	British Hypertension Society
CARDIA	Coronary Artery Risk Development in Young Adults
DBPM	Daily Blood Pressure Monitoring
eGFR	epidermal Growth Factor Receptor
ECG	Electrocardiogram
ESH-ESC	European Society of Hypertension - European Society of Cardiology
HTN	Hypertension
JNC	Joint National Committee
LQ	Life Quality
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
WHD	World Hypertension Day
WHL	World Hypertension League
WHO	World Health Organization
ΗΚΓ	Ηλεκτροκαρδιογράφημα
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Εισαγωγή

Η υπέρταση είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας και αποτελεί ένα από τους κυριότερους παράγοντες πρόκλησης στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικής ανεπάρκειας.

Τα βασικά αίτια της υπέρτασης αποτέλεσαν και αποτελούν αντικείμενο μελέτης για τους επιστήμονες κυρίως λόγω του τεράστιου εύρους τους (ψυχολογικά, οργανικά, δευτεροπαθή κ.λπ.)

Οι ασθενείς με υπέρταση (πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή) χρίζουν ιδιαίτερης φροντίδας από τους θεράποντες ιατρούς τόσο σε επίπεδο αντιμετώπισης των συμπτωμάτων όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Για το σκοπό αυτό κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς γεγονός που θα συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος και ταυτόχρονα θα βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει ένα αίσθημα ασφάλειας γεγονός το οποίο θα τον προστατέψει από ψυχολογικές μεταπτώσεις που ενδεχομένως να επιβαρύνουν την κατάστασή του.

Προς την κατεύθυνση αυτή κρίνεται σημαντική και η συμβολή της πολιτείας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) μέσα από το νομικό πλαίσιο που διέπει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το οποίο οφείλει να διασφαλίζει τόσο το ρόλο του ιατρού στο Σύστημα Υγείας όσο και τα δικαιώματα και τις ανάγκες του κάθε ασθενούς.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό την ανάδειξη και εκτίμηση του ψυχολογικού υπόβαθρου των ασθενών με υπέρταση καθώς και την διευκρίνιση και μελέτη της σχέσης των ασθενών αυτών με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Πιο αναλυτικά στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας παρατίθενται οι γενικές πληροφορίες αναφορικά με την υπέρταση. Αναπτύσσεται ο ορισμός της υπέρτασης, τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου όπως και οι τρόποι πρόληψης και διάγνωσης. Ακολούθως παρατίθενται οι επιπλοκές που ενδεχομένως να παρουσιάσουν τα άτομα με υπέρταση, η θεραπευτική προσέγγιση της πάθησης τόσο σε φαρμακευτικό όσο και σε διατροφικό – ατομικό επίπεδο καθώς και τα επιδημιολογικά δεδομένα που προκύπτουν μέσα από ενδεδειγμένη έρευνα και μελέτες διακεκριμένων επιστημόνων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ψυχική υγεία με ανάλυση του όρου όπως αυτός παρατίθεται από έγκριτους ερευνητές και επιστημονικά άρθρα ενώ ταυτόχρονα

συσχετίζεται η ψυχική υγεία με την υπέρταση μέσα από μια προσπάθεια διευκρίνησης και στοιχειοθέτησης του ψυχολογικού προφίλ την ατόμων με υπέρταση και των κινδύνων που ενέχει η υπέρταση για την ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού (πρώτου) μέρους αναλύεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως αυτή προκύπτει από αναφορές της ελληνικής νομοθεσίας και του Π.Ο.Υ ενώ παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά και οι κανόνες που διέπουν την λειτουργία της. Ακόμη γίνεται μια εμπειριστατωμένη μελέτη για την αξιολόγηση της σχέσης των ασθενών γενικά και των υπερτασικών ειδικότερα με τους φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και την εμπιστοσύνη των ασθενών απέναντι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Στο ειδικό δεύτερο μέρος της ερευνητικής εργασίας παρατίθενται τα στοιχεία που προκύπτουν μέσα από την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούν το ψυχολογικό υπόβαθρο των ασθενών με υπέρταση και την σχέση των ασθενών αυτών με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS13 και τα αποτελέσματα παρατίθενται με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την στατιστική ανάλυση τίθενται εν συνεχεία υπό αξιολόγηση και συζήτηση με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων που θα αποτελέσουν εφαλτήριο τόσο για την μετέπειτα διεξαγωγή ερευνητικών μελετών γύρω από το συγκεκριμένο θέμα όσο και για την στοιχειοθέτηση προτάσεων που θα συμβάλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

Γενικό Μέρος

1^ο Κεφάλαιο: Υπέρταση

Η υπέρταση (HTN) ή υψηλή αρτηριακή πίεση είναι μία χρόνια πάθηση κατά την οποία η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Αυτή η αύξηση της πίεσης κάνει την καρδιά να «εργάζεται» πιο εντατικά από το φυσιολογικό για να κυκλοφορεί το αίμα μέσω των αιμοφόρων αγγείων. Η αρτηριακή πίεση περιλαμβάνει δύο μετρήσεις, τη συστολική και τη διαστολική, που εξαρτώνται από το εάν ο καρδιακός μυς συστέλλεται (συστολή) ή χαλαρώνει μεταξύ των παλμών (διαστολή). Η φυσιολογική αρτηριακή πίεση σε κατάσταση ηρεμίας κυμαίνεται από 100 έως 140 mmHg συστολική (ανώτατη μέτρηση) και από 60 έως 90 mmHg διαστολική (κατώτατη μέτρηση). Υπάρχει υψηλή αρτηριακή πίεση εάν είναι μονίμως σε επίπεδα 140/90 mmHg ή παραπάνω^[30,60].

Η υπέρταση ταξινομείται είτε ως πρωτογενής (ουσιαστική) υπέρταση είτε ως δευτεροπαθής υπέρταση.

Η πρωτογενής (ιδιοπαθής) αρτηριακή υπέρταση είναι η πιο συχνή μορφή υπέρτασης και αντιπροσωπεύει το 90-95% όλων των περιπτώσεων υπέρτασης. Σε όλες σχεδόν τις σύγχρονες κοινωνίες, η πίεση του αίματος αυξάνεται με τη γήρανση και υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να γίνει κανείς υπερτασικός σε μεγαλύτερη ηλικία^[4].

Η υπέρταση είναι αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έχουν εντοπιστεί πολλά κοινά γονίδια με μικρές επιπτώσεις στην αρτηριακή πίεση καθώς και ορισμένα σπάνια γονίδια με σοβαρές επιπτώσεις στην αρτηριακή πίεση. Παρόλα αυτά η γενετική βάση της υπέρτασης δεν έχει γίνει δεόντως κατανοητή^[20].

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση. Παράγοντες που συνδέονται άμεσα με τον τρόπο ζωής και μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση της αρτηριακής πίεσης περιλαμβάνουν τη μειωμένη πρόσληψη αλατιού, την αυξημένη κατανάλωση φρούτων και προϊόντων με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος (δίαιτα DASH - Διαιτητικές Προσεγγίσεις για να Ανακόψετε την Υπέρταση). Ο πιθανός ρόλος άλλων παραγόντων όπως άγχος, κατανάλωση καφεΐνης και η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι λιγότερο σαφής. Η αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία είναι κοινή στην παχυσαρκία και είναι ένα στοιχείο του σύνδρομο X, πιστεύεται επίσης ότι συμβάλλει στην αρτηριακή υπέρταση. Πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν τους παράγοντες της πρώιμης παιδικής ηλικίας (για παράδειγμα, το χαμηλό βάρος γέννησης, το κάπνισμα της μητέρας και την

έλλειψη θηλασμού) ως παράγοντες κινδύνου για την ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση στους ενήλικες. Ωστόσο, οι μηχανισμοί που συνδέουν την έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες με την εκδήλωση υπέρτασης στους ενήλικες παραμένουν αδιευκρίνιστοι^[18,25,30]

Η δευτερογενής αρτηριακή υπέρταση αποδίδεται σε ένα αναγνωρίσιμο αίτιο: η πιο κοινή δευτερεύουσα αιτία αρτηριακής υπέρτασης είναι η νεφρική νόσος. Η υπέρταση μπορεί επίσης να προκληθεί από ενδοκρινικές διαταραχές όπως σύνδρομο Cushing, υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός, μεγαλακρία, σύνδρομο Cohn ή υπεραλδοστερονισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός και φαιοχρωμοκύττωμα. Ανάμεσα στις αιτίες της δευτερογενούς αρτηριακής υπέρτασης συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων και η παχυσαρκία, η υπνική άπνοια, η εγκυμοσύνη, η στένωση του ισθμού της αορτής, η υπερβολική κατανάλωση γλυκόριζας και ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, τα φυτικά φαρμακευτικά προϊόντα και τα παράνομα ναρκωτικά^[15,27,37].

Η υπέρταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το εγκεφαλικό, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακές προσβολές), την καρδιακή ανεπάρκεια, τα ανευρύσματα των αρτηριών (π.χ., ανεύρυσμα αορτής), την περιφερική αρτηριακή νόσο και είναι η αιτία της χρόνιας νεφρικής νόσου. Οι συχνότερες και σημαντικότερες καρδιαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με την υπέρταση είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια και το έμφραγμα του μυοκαρδίου^[53]

Ακόμα και η μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με το μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής και ζωής μπορούν να βελτιώσουν τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και να μειώσουν τον κίνδυνο των επιπλοκών που σχετίζονται με την υγεία. Ωστόσο, συχνά είναι απαραίτητη η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα για τα οποία οι αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι αναποτελεσματικές ή ανεπαρκείς^[41, 60].

1.1 Κατάταξη

Στα άτομα 18 ετών και άνω, η υπέρταση ορίζεται ως η σταθερά υψηλότερη από την αποδεκτή φυσιολογική (βλέπε πίνακα 1) μέτρηση της συστολικής και/ή διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Εάν οι μετρήσεις προέρχονται από 24ωρη παρακολούθηση σε κίνηση ή στο σπίτι, χρησιμοποιούνται χαμηλότερα όρια^[6].

Οι πρόσφατες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση έχουν επίσης δημιουργήσει κατηγορίες χαμηλότερα από το φάσμα της υπέρτασης για να υποδείξουν τους αλληπάλληλους κινδύνους όταν υπάρχουν υψηλές αρτηριακές πιέσεις στο φυσιολογικό φάσμα. Το JNC7 (Joint National Committee) χρησιμοποιεί τον όρο προϋπέρταση για την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο φάσμα 120–139 mmHg συστολική και/ή 80–89 mmHg διαστολική, ενώ οι Κατευθυντήριες Οδηγίες ESH-ESC (2007) και BHS IV (2004) χρησιμοποιούν τις βέλτιστες, φυσιολογικές και υψηλές φυσιολογικές κατηγορίες για την υποδιαίρεση των πιέσεων που είναι χαμηλότερες από 140 mmHg η συστολική και 90 mmHg η διαστολική^[6,23,36].

Η υπέρταση κατηγοριοποιείται από το JNC7 το οποίο επισημαίνει διαχωρισμό υπέρτασης σταδίου I, υπέρτασης σταδίου II και μεμονωμένης συστολικής υπέρτασης. Η μεμονωμένη συστολική υπέρταση σχετίζεται με την αυξημένη συστολική πίεση σε συνδυασμό με φυσιολογική διαστολική πίεση και είναι συνηθισμένη στα ηλικιωμένα άτομα^[6].

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες ESH-ESC (2007) και BHS IV (2004) ορίζουν ένα τρίτο στάδιο (στάδιο III) υπέρτασης για τα άτομα των οποίων η συστολική αρτηριακή πίεση υπερβαίνει το 179 mmHg ή η διαστολική πίεση είναι πάνω από 109 mmHg^[23,36].

Η υπέρταση κατατάσσεται ως «ανθεκτική» εάν τα φάρμακα δεν μειώνουν την αρτηριακή πίεση στα φυσιολογικά επίπεδα^[53].

Στα νεογνά η υπέρταση είναι σπάνια και συμβαίνει στο περίπου στο 0,2 έως 3% των νεογνών. Η αρτηριακή πίεση δεν μετριέται τακτικά στα υγιή νεογέννητα ενώ είναι περισσότερο κοινή στα νεογέννητα υψηλού κινδύνου. Φυσικά πρέπει να ληφθεί υπόψη μία ποικιλία παραγόντων, όπως η ηλικία της κύησης, η ηλικία μετά τη σύλληψη και το βάρος κατά τη γέννηση όταν λαμβάνεται η απόφαση εάν μία τιμή αρτηριακής πίεσης είναι φυσιολογική σε ένα νεογνό^[12]

Στον αντίποδα, η υπέρταση εμφανίζεται αρκετά συχνά σε παιδιά και εφήβους (2–9% ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα) και σχετίζεται με μακροπρόθεσμους κινδύνους κακής υγείας. Σήμερα συστήνεται να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση των παιδιών άνω των τριών ετών όποτε υφίστανται ιατρική φροντίδα ή εξετάσεις. Η υψηλή τιμή της αρτηριακής πίεσης πρέπει να επιβεβαιώνεται σε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις πριν χαρακτηριστεί ένα παιδί υπερτασικό. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται κατά

την παιδική ηλικία όσο περνούν τα χρόνια και έτσι η υπέρταση ορίζεται ως μέση συστολική ή διαστολική πίεση σε τρεις ή περισσότερες περιπτώσεις ίση με ή ανώτερη από το 95ο εκατοστημόριο που είναι κατάλληλο για το φύλο, την ηλικία και το ύψος του παιδιού. Η προϋπέρταση στα παιδιά ορίζεται ως μέση συστολική ή διαστολική αρτηριακή πίεση που είναι υψηλότερη από ή ίση με το 90ο εκατοστημόριο, αλλά χαμηλότερη από το 95ο εκατοστημόριο^[11].

Στους εφήβους, προτείνεται να γίνει διάγνωση και κατάταξη της υπέρτασης και της προϋπέρτασης χρησιμοποιώντας τα κριτήρια που ισχύουν για τους ενήλικες^[1].

Κατάταξη (JNC7)	Συστολική πίεση		Διαστολική πίεση	
	mmHg	kPa	mmHg	kPa
Φυσιολογική	90 – 110	12 - 15,9	60 – 79	8 – 10,5
Προϋπέρταση	120 – 139	16 - 18,5	80 – 89	10,7 – 11,9
Υπέρταση σταδίου 1	140 – 159	18,7- 21,2	90 – 99	12 – 13,2
Υπέρταση σταδίου 2	>160	>21,3	>100	>13,3
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση	>140	>18,7	<90	<12

Πίνακας 1: Ενδεικτικές τιμές αρτηριακής πίεσης (Ανατύπωση από: Chobanian AV et al (2003) Έβδομη έκθεση της Κοινής Εθνικής Επιτροπής για την πρόληψη, ανίχνευση, αξιολόγηση και θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656957>)

1.2 Παθοφυσιολογία

Στα περισσότερα άτομα με διαγνωσμένη πρωτογενή (ιδιοπαθή) αρτηριακή υπέρταση, η αυξημένη αντίσταση στη ροή του αίματος (συνολική περιφερική αντίσταση) ευθύνεται για την υψηλή πίεση ενώ η καρδιακή παροχή παραμένει φυσιολογική^[60].

Υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν με το γεγονός ότι κάποια νεότερα άτομα με προϋπέρταση ή "οριακή υπέρταση" έχουν υψηλή καρδιακή παροχή, αυξημένη καρδιακή συχνότητα και φυσιολογική περιφερική αντίσταση. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται

υπερκινητική οριακή υπέρταση. Αυτά τα άτομα αναπτύσσουν τυπικά χαρακτηριστικά διαγνωσμένης πρωτογενούς υπέρτασης στην μετέπειτα ζωή τους, καθώς η καρδιακή παροχή πέφτει και η περιφερική αντίσταση αυξάνεται με την ηλικία^[28].

Το αν αυτό το μοτίβο είναι χαρακτηριστικό όλων των ανθρώπων οι οποίοι τελικά θα αναπτύξουν αρτηριακή υπέρταση, είναι υπό αμφισβήτηση. Η αυξημένη περιφερική αντίσταση σε διαγνωσμένη υπέρταση αποδίδεται κυρίως στην οργανική στένωση των μικρών αρτηριών και αρτηριδίων. Η μείωση του αριθμού ή της πυκνότητας των τριχοειδών αγγείων μπορεί επίσης να συμβάλει στην περιφερική αντίσταση^[30,60].

Η αρτηριακή υπέρταση συσχετίζεται επίσης με μειωμένη ελαστικότητα των περιφερικών φλεβών που μπορεί να αυξήσουν την επιστροφή του αίματος στην καρδιά, να αυξήσουν την καρδιακή προφόρτιση και τελικά να προκαλέσουν διαστολική δυσλειτουργία. Το εάν η αυξημένη ενεργός στένωση των αιμοφόρων αγγείων διαδραματίζει κάποιο ρόλο στη διαγνωσμένη πρωτογενή υπέρταση, είναι ασαφές^[30,53]

Η πίεση παλμού (διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης) είναι συχνά αυξημένη σε ηλικιωμένα άτομα με αρτηριακή υπέρταση. Αυτή η κατάσταση μπορεί να συνεπάγεται ότι η συστολική πίεση είναι αφύσικα υψηλή, ενώ η διαστολική πίεση μπορεί να είναι φυσιολογική ή χαμηλή και χαρακτηρίζεται ως μεμονωμένη συστολική υπέρταση. Η υψηλή πίεση παλμού σε ηλικιωμένα άτομα με υπέρταση ή μεμονωμένη συστολική υπέρταση εξηγείται από την αύξηση της αρτηριακής ακαμψίας που συνήθως επέρχεται με τη γήρανση και μπορεί να επιδεινωθεί λόγω της υψηλής αρτηριακής πίεσης^[5].

Πολλοί μηχανισμοί έχουν θεωρηθεί ως υπαίτιοι για την αύξηση της αντίστασης του αρτηριακού συστήματος σε καταστάσεις αρτηριακής υπέρτασης. Τα περισσότερα στοιχεία ενοχοποιούν μία ή δύο από τις παρακάτω αιτίες:

- Διαταραχές στη διαχείριση αλατιού και νερού από τα νεφρά, ιδιαίτερα σε ανωμαλίες του ενδονεφρικού συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης
- Ανωμαλίες του συμπαθητικού νευρικού συστήματος^[60]

Αυτοί οι μηχανισμοί δεν αλληλοαναιρούνται και είναι πιθανό ότι συμβάλλουν ως ένα βαθμό στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτογενούς υπέρτασης. Υπάρχουν επίσης εισηγήσεις που υπογραμμίζουν ότι η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία (βλάβες στα τοιχώματα

των αιμοφόρων αγγείων) και η αγγειακή φλεγμονή είναι δυνατόν να συμβάλουν επίσης σε αυξημένη περιφερική αντίσταση και αγγειακή βλάβη στην υπέρταση^[60].

1.3 Πρόληψη

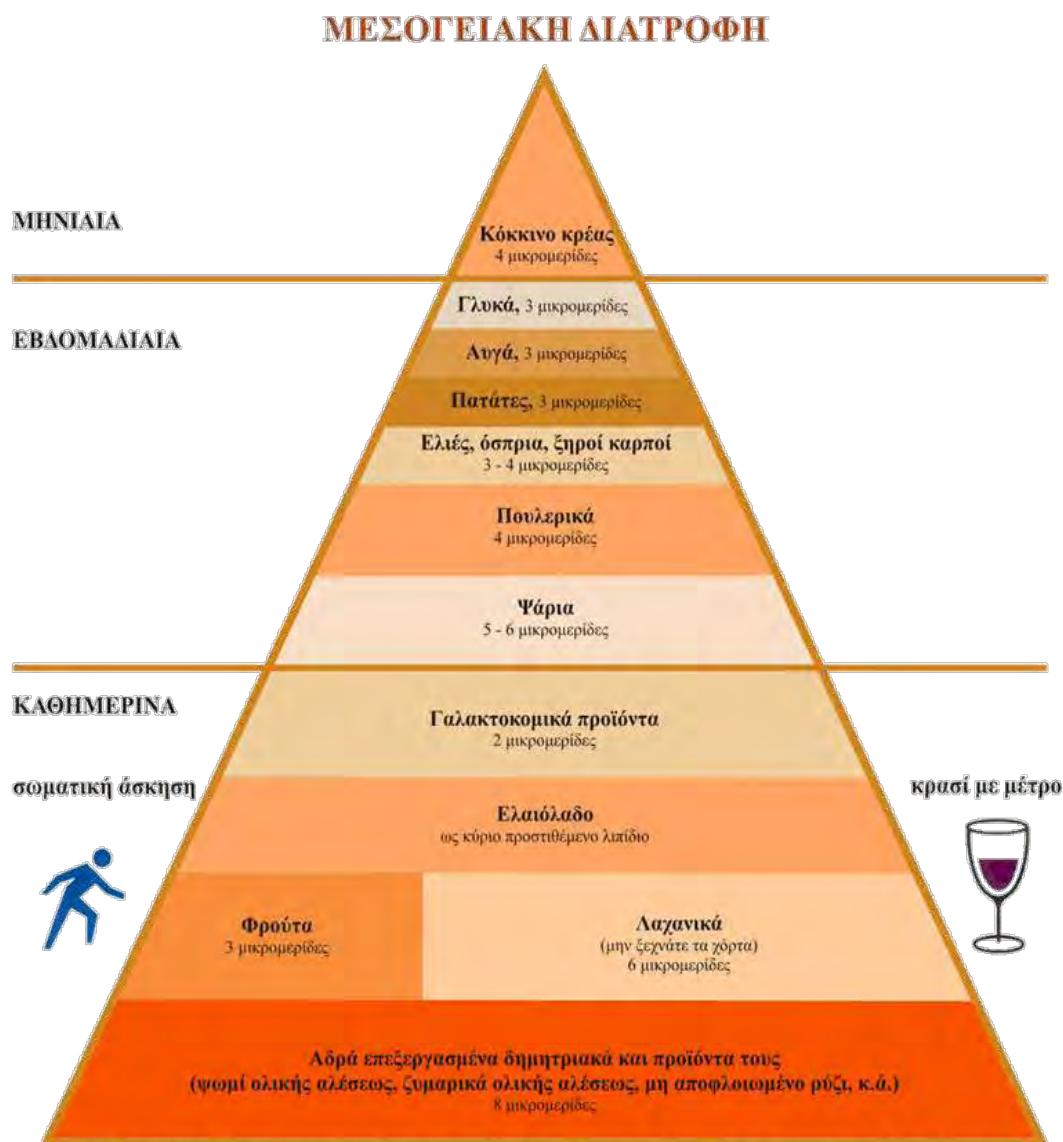
Με δεδομένο το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός ανθρώπων είναι υπέρτασικοί αλλά δεν το γνωρίζουν και προκειμένου να μειωθούν οι συνέπειες της υψηλής αρτηριακής πίεσης και να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα, έχουν προταθεί μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού^[36].

Πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής. Το 2004 οι οδηγίες της Βρετανικής Εταιρεία Υπέρτασης πρότειναν αλλαγές στον τρόπο ζωής για την πρωτογενή πρόληψη της υπέρτασης, οι οποίες συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες που περιγράφονται το 2002 από το Κρατικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα των ΗΠΑ για την Υπέρταση, και είναι οι ακόλουθες^[33,36]:

- Διατήρηση κανονικού βάρους σώματος (π.χ., δείκτης μάζας σώματος 20–25 kg/m²).
- Μείωση της διατροφικής πρόσληψης νατρίου σε <100 mmol/ημέρα (<6 g χλωριούχου νατρίου ή <2,4 g νατρίου την ημέρα).
- Κατανάλωση μιας διατροφής πλούσιας σε φρούτα και λαχανικά (π.χ., τουλάχιστον πέντε μερίδες την ημέρα).
- Περιορισμό στην κατανάλωση αλκοόλ σε όχι περισσότερο από 3 μονάδες/ημέρα για τους άνδρες και σε όχι περισσότερο από 2 μονάδες/ημέρα για τις γυναίκες.
- Υιοθέτηση σε τακτά χρονικά διαστήματα αεροβικής σωματικής δραστηριότητας, όπως έντονο περπάτημα (≥30 λεπτά την ημέρα, τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας).

Η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, που χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και ανεπεξέργαστων δημητριακών, μέτρια ως υψηλή κατανάλωση ψαριών, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και

προϊόντων κρέατος, και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, μπορεί να χαρακτηριστεί ως εφελτήριο για την υιοθέτηση των μέτρων πρόληψης έναντι της υπέρτασης. Χαρακτηριστικό της, επίσης, είναι η μετρημένη κατανάλωση κρασιού, κυρίως κατά τη διάρκεια των γευμάτων και η συστηματική φυσική δραστηριότητα^[56]. Στην Εικόνα 1 αναπαρίσταται η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής.



Μία μικρομερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που καθορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις

Θυμηθείτε επίσης:

- πίνετε άφθονο νερό
- αποφύγετε το αλάτι χρησιμοποιείτε μυροδικά (ρύγανη, βασιλικό, θυμάρι, κ.λπ.) στη θέση του

Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Εικόνα 1: Η πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής

(Πηγή: <http://www.teicrete.gr/meddiet/>)

Η αποτελεσματική αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση, όσο και ένα μεμονωμένο αντιυπερτασικό φάρμακο. Ακόμα καλύτερα αποτελέσματα μπορεί να επιτευχθούν με τον συνδυασμό δύο ή περισσότερων αλλαγών στον τρόπο ζωής.

1.4 Διάγνωση

Η υπέρταση διαγιγνώσκεται όταν ο ασθενής έχει επίμονα υψηλή πίεση αίματος. Η διάγνωση απαιτεί τρεις ξεχωριστές μετρήσεις σφυγμομανομέτρου σε διαστήματα ενός μηνός^[50].

Η αρχική εκτίμηση των υπερτασικών ασθενών περιλαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό και σωματική εξέταση. Η προσπάθεια αποφυγής μιας λανθασμένης διάγνωσης των ασθενών που εμφανίζουν υπέρταση λόγω στρες όταν βρίσκονται σε ιατρικό περιβάλλον (υπέρταση στη θέα της λευκής μπλούζας – white coat hypertension) έχει οδηγήσει σε μια αλλαγή στα πρωτόκολλα^[30].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η τρέχουσα βέλτιστη πρακτική είναι να παρακολουθείται μία μόνο αυξημένη κλινική ανάγνωση με περιπατητική καταγραφή επτά ημερών. Παρακολούθηση μπορεί επίσης να γίνει, αλλά λιγότερο ιδανικά, κατ' οίκον σε διάρκεια επτά ημερών^[36].

Εφόσον καθοριστεί η διάγνωση της υπέρτασης, γίνονται προσπάθειες εντοπισμού της υποκείμενης αιτίας με βάση παράγοντες κινδύνου και άλλα συμπτώματα, εάν υπάρχουν. Η δευτερογενής αρτηριακή υπέρταση είναι πιο κοινή σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας και στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε νεφρική νόσο. Η πρωτογενής ή ιδιοπαθής υπέρταση είναι πιο κοινή σε εφήβους και έχει πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία και το οικογενειακό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης^[21].

Μπορούν ακόμη να εκτελεστούν εργαστηριακές δοκιμές για να εξακριβωθούν τα πιθανά αίτια της δευτερογενούς υπέρτασης και για να διαπιστωθεί κατά πόσον η αρτηριακή υπέρταση δύναται να προκαλέσει βλάβες στην καρδιά, τα μάτια και τα νεφρά. Ταυτόχρονα διενεργούνται πρόσθετοι έλεγχοι για διαβήτη και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης επειδή οι ασθένειες εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες

ανάπτυξης καρδιοπαθειών και ενδεχομένως να απαιτείται άμεσα θεραπευτική αγωγή έναντι της υπέρτασης^[4].

Η κρεατινίνη του ορού μετράται για να αξιολογηθεί η παρουσία νεφρικής νόσου, που μπορεί να αποτελεί είτε την αιτία, είτε το αποτέλεσμα της αρτηριακής υπέρτασης. Η αύξηση της τιμής της κρεατινίνης του ορού μεμονωμένα μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR). Πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες υποστηρίζουν τη χρήση προγνωστικών εξισώσεων όπως τη φόρμουλα Τροποποίησης της Δίαιτας στη Νεφρική Νόσο (MDRD) για τον υπολογισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Το eGFR παρέχει μια βασική μέτρηση της νεφρικής λειτουργίας η οποία δύναται να χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή παρενεργειών στη νεφρική λειτουργία μετά από χρήση ορισμένων αντιυπερτασικών φαρμάκων^[6].

Ο έλεγχος δειγμάτων ούρων για πρωτεΐνη χρησιμοποιείται επίσης ως δευτερεύων δείκτης νεφρικής νόσου. Η εξέταση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (EKG/ΗΚΓ) γίνεται για την εύρεση στοιχείων που να αποδεικνύουν ότι η καρδιά ενδεχομένως να δυσλειτουργεί λόγω υψηλής αρτηριακής πίεσης. Μπορεί επίσης να καταδείξει πάχυνση του καρδιακού μυ (υπερτροφία αριστερής κοιλίας) ή ότι η καρδιά έχει υποστεί μια ελάσσονα διαταραχή, όπως μια σιωπηλή καρδιακή προσβολή. Η ακτινογραφία θώρακα ή το ηχοκαρδιογράφημα βοηθούν επίσης στην ανεύρεση στοιχείων που να υποδεικνύουν καρδιακή διεύρυνση ή βλάβη στην καρδιά^[27].

Συγκεντρωτικά, οι τυπικοί έλεγχοι που διενεργούνται σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα

Σύστημα	Έλεγχοι
Νεφρικό	ουρολογικές, πρωτεϊνουρία, ορός BUN (άζωτο ουρίας αίματος και/ή κρεατινίνη)
Μεταβολικό	Γλυκόζη Νηστείας, ολική χοληστερόλη, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια
Ενδοκρινικό	νάτριο, κάλιο, ασβέστιο ορού, θυρεοειδής(θυρεοτρόπος ορμόνη - TSH).
Άλλα	Αιματοκρίτης, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος, αξονική (υπολογιστική τομογραφία CTG

Πίνακας 2: Τυπικοί έλεγχοι σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση (Ανατύπωση από: Fausi A. et al (2008) «Harrison's Principles of Internal Medicine» McGraw-Hill Medical ΗΠΑ)

1.5 Επιπλοκές

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ο σημαντικότερος προβλέψιμος παράγοντας κινδύνου πρόωρου θανάτου σε όλο τον κόσμο. Αυξάνει τον κίνδυνο για ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικά επεισόδια, περιφερική αγγειακή νόσο και άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται: καρδιακή ανεπάρκεια, αορτικό ανεύρυσμα, διάχυτη αθηροσκλήρωση και πνευμονική εμβολή. Η αρτηριακή υπέρταση είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για γνωστικές διαταραχές, άνοια και χρόνια νεφρική νόσο ενώ άλλες επιπλοκές περιλαμβάνουν την Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια και την Υπερτασική νεφροπάθεια^[53]

1.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία η οποία βασίζεται τόσο στη φαρμακοθεραπεία όσο και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (μη – φαρμακολογική προσέγγιση). Η ταυτόχρονη εφαρμογή αυτών των δύο παραμέτρων, στο μέτρο που αυτό είναι εφικτό, δύναται να βοηθήσει ιδιαίτερα τον ασθενή στο να αντιμετωπίσει την υπέρταση^[53].

Η μη – φαρμακολογική αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι σημαντική αν και τα αποτελέσματά της απαιτούν χρόνο.

Η απώλεια σωματικού βάρους αποτελεί ένα πρώτο βήμα αντιμετώπισης της υπέρτασης. Όπως και στην περίπτωση της πρόληψης έτσι και στην αντιμετώπιση η υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου φτωχού σε αλάτι και πλούσιου σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως περιορίζει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά προβλήματα. Παράλληλα, ο περιορισμός λήψης κορεσμένων λιπαρών οξέων μέσω της τροφής και ο θερμιδικός έλεγχος των γευμάτων με σκοπό να αποφεύγονται οι ατασθαλίες βοηθούν ακόμη περισσότερο στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης^[41,53,54]

Παράλληλα με τα παραπάνω, η τακτική σωματική άσκηση κατάλληλα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ατόμου μπορεί να βοηθήσει τόσο στη διαμόρφωση μιας καλής φυσικής κατάστασης όσο και στη μείωση της αρτηριακής πίεσης^[51]

Από φαρμακολογικής πλευράς, σήμερα υπάρχουν πολλές κατηγορίες φαρμάκων για τη θεραπεία της υπέρτασης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία συνολικά ως αντιυπερτασικά φάρμακα^[60]

Ο παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου (συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικών επεισοδίων) και το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης του ασθενή λαμβάνονται υπόψη κατά τη χορήγηση φαρμάκων^[26]

Εάν χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή, συνίσταται η παρακολούθηση από τον ιατρό για να διαπιστώνεται η ανταπόκριση προς την αγωγή με σκοπό να αξιολογούνται τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά 5 mmHg μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 34% και του κινδύνου ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 21%. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης μπορεί επίσης να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας, καρδιοπάθειας και περιστατικών θνησιμότητας από καρδιαγγειακό νόσημα. Ο σκοπός της θεραπείας θα πρέπει να είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε λιγότερο από 140/90 mmHg για τους περισσότερους ασθενείς και χαμηλότερα για όσους πάσχουν από διαβήτη ή νεφροπάθειες. Ορισμένοι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας συνιστούν τη διατήρηση των επιπέδων χαμηλότερα από 120/80 mmHg. Εάν ο στόχος μείωσης της αρτηριακής πίεσης δεν επιτευχθεί, απαιτείται περαιτέρω θεραπεία^[26,30,60].

Αναλυτικά τα αντιυπερτασικά φάρμακα καθώς και πληροφορίες αναφορικά με ενδείξεις, αντενδείξεις και παρενέργειες παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα

Κατηγορία φαρμάκων	Ενδείξεις	Αντενδείξεις	Παρενέργειες
Διουρητικά: Θειαζιδικά (βενδροφλουαζίδη) Διουρητικά αγκύλης (φουροσεμίδη)	Ηλικιωμένους	Ουρική αρθρίτιδα Δυσλιπιδαιμία	Υπογλυκαιμία Ουρική αρθρίτιδα Μη ανοχή στη γλυκόζη Υπερλιπιδαιμία Ουραιμία Αφυδάτωση Ανικανότητα
β-Αποκλειστές: Ατενολόλη Προπρανολόλη Μετοπρολόλη Λαβηταλόλη Σελιπρολόλη	Έμφραγμα μυοκαρδίου Στηθάγχη Καρδιακή ανεπάρκεια	Άσθμα Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια Καρδιακός αποκλεισμός Καρδιακή ανεπάρκεια Δυσλιπιδαιμία Περιφερική αγγειακή ασθένεια	Κούραση Μειωμένη ανοχή σε άσκηση Βραδυκαρδία Ψυχρά άκρα Χωλότητα Δύσπνοια Καρδιακή ανεπάρκεια Ανικανότητα
Ανταγωνιστές ασβεστίου – διϋδροπυριδίνες: Νιφεδιπίνη Αμλοδιπίνη	Ηλικιωμένους με συστολική υπέρταση Στηθάγχη		Έξαση Οίδημα Ορθοστατική υπόταση Κεφαλαλγία
Άλλοι ανταγωνιστές ασβεστίου: Βεραπαμίλη	Στηθάγχη Έμφραγμα μυοκαρδίου	Συνδυασμός με β-Αποκλειστές Καρδιακός	Βραδυκαρδία Κολποκοιλιακός αποκλεισμός

Διλιταζέμη		αποκλεισμός Καρδιακή ανεπάρκεια	
α-ΜΕΑ: Καπτοπρίλη Εναλαπρίλη Λισινοπρίλη Περινδοπρίλη Ραμιπρίλη	Καρδιακή ανεπάρκεια Δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας Νευροπάθεια σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II Χρόνια νεφροπάθεια	Εγκυμοσύνη Νεφροαγγειακή ασθένεια Νεφροπάθεια Συγχορήγηση με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Περιφερική αγγειακή ασθένεια	Βήχα Εξανθήματα Διαταραχές γεύσεως Νεφρική ανεπάρκεια Αγγειοοίδημα
α-Αποκλειστές: Πραζοσίνη Δοξαζοσίνη Τεραζοσίνη	Προστάτη Δυσλιπιδαιμία	Ακράτεια ούρων Ορθοστατική υπόταση	Οίδημα Ορθοστατική υπόταση
Ανταγωνιστές αγγειοτενσίνης II: Λοσαρτάνη Βαρσαρτάνη Ιρβεσαρτάνη	Βήχας από χορήγηση α- ΜΕΑ	Εγκυμοσύνη Νεφροαγγειακή ασθένεια Νεφροπάθεια Συγχορήγηση με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Περιφερική αγγειακή ασθένεια	Νεφρική ανεπάρκεια Οίδημα Κεφαλαλγία

Κεντρικά δρώντα αγγειοδιασταλτικά: Μεθυλντόπα Μοξονιδίνη	Εγκυμοσύση (μόνο η μεθυλντόπα) Ανθεκτική υπέρταση μη αποκρινόμενη σε θεραπεία πρώτης γραμής		Κούραση Κατάθλιψη
Άμεσα δρώντα αγγειοδιασταλτικά: Διαζοξίνη Μινοξιδίνη Νιτροπρωσσικό νάτριο	Ανθεκτική υπέρταση μη αποκρινόμενη σε θεραπεία πρώτης γραμής		Οίδημα Ορθοστατική υπόταση Κεφαλαλγία

Πίνακας 3: Αντιυπερτασικά φάρμακα (Ανατύπωση από: Νιώπας Ι. (2007) «Σημειώσεις Εφαρμοσμένης Φαρμακολογίας και Θεραπευτικής» Τμήμα εκδόσεων Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη)

Πέραν όμως από τη χρήση των προαναφερθέντων φαρμάκων μεμονωμένα, υπάρχει η δυνατότητα εκτέλεσης φαρμακοθεραπείας με συνδυασμό αντιυπερτασικών φαρμάκων σε περιπτώσεις όπου η μείωση της αρτηριακής πίεσης δεν είναι εφικτή με τη χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου. Οι προτιμώμενοι συνδυασμοί είναι αναστολείς συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης με αναστολείς διαύλων ασβεστίου, ή αναστολείς συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης και διουρητικά. Μεταξύ των αποδεκτών συνδυασμών είναι οι ακόλουθοι:

- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου και διουρητικά
- Β-αναστολείς και διουρητικά
- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου τύπου διυδροπυριδίνης και β-αναστολείς
- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου τύπου διυδροπυριδίνης με βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη^[60]

1.7 Επιδημιολογικά δεδομένα

Στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) επισημαίνουν πως η υπέρταση αποτελεί ουσιαστικά ένα παγκόσμιο φαινόμενο και για το λόγο αυτό την χαρακτήρισαν ως μια εκ των βασικών αιτιών θνησιμότητας στον κόσμο. Το 2000 σχεδόν ένα δις. άνθρωποι ή 26% του ενήλικα πληθυσμού παγκοσμίως έπασχαν από υπέρταση. Η εμφάνισή της ήταν συχνή τόσο στις ανεπτυγμένες (333 εκατ.) και στις αναπτυσσόμενες (639 εκατ.) χώρες. Τα ποσοστά ωστόσο διαφέρουν σημαντικά ανά περιοχή, κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στην αγροτική Ινδία (3,4% -άντρες και 6,8% - γυναίκες) και εκτινάσσονται σε υψηλά επίπεδα στην Πολωνία (68,9% -άντρες και 72,5% - γυναίκες)^[38,53].

Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης στα παιδιά συνεχώς αυξάνεται. Η παιδική υπέρταση, ιδιαίτερα σε προεφηβική ηλικία, υποδεικνύει υπάρχουσα διαταραχή. Εκτός από την παχυσαρκία, οι νεφροπάθειες είναι η πιο συχνή (60-70%) αιτία της υπέρτασης στα παιδιά. Οι έφηβοι πάσχουν συνήθως από πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή υπέρταση που ανέρχεται στο 85–95% των περιπτώσεων^[11,21].

Το 1995 υπολογίστηκε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες 43 εκατ. άνθρωποι πάσχουν από υπέρταση ή λάμβαναν θεραπευτική αγωγή για την υπέρταση. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει περίπου το 24% του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από υπέρταση στις ΗΠΑ αυξάνεται συνεχώς, και έτσι το 2004 τα ποσοστά της υπέρτασης στις ΗΠΑ άγγιξαν το 29% του πληθυσμού. Από το 2006 η υπέρταση επηρεάζει 76 εκατ. Αμερικανούς ενήλικες (34% του πληθυσμού) και με 44% οι Αфро – Αμερικανοί ενήλικες παρουσιάζουν από τα υψηλότερα ποσοστά υπέρτασης παγκοσμίως. Η εμφάνιση της υπέρτασης είναι πλέον συχνή σε γηγενείς Αμερικανούς και λιγότερο συχνή σε λευκούς και Αμερικανούς Μεξικανικής καταγωγής. Τα ποσοστά αυξάνονται σε μεγαλύτερες ηλικίες και στις νοτιοανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ. Η υπέρταση εμφανίζεται συχνότερα στους άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (η εμμηνόπαυση ωστόσο μειώνει τη διαφορά αυτή) και σε άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης^[1,2]

1.8 Η υπέρταση σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο

Η υπέρταση, ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο και θνησιγενής παράγοντας, απαιτεί ειδική μνεία τόσο σε κοινωνικό επίπεδο όσο και σε οικονομικό.

Η Παγκόσμια Ένωση κατά της Υπέρτασης (WHL), μια κεντρική οργάνωση που αποτελείται από 85 εθνικούς συνδέσμους και ενώσεις κατά της υπέρτασης, αναγνώρισε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από το 50% των υπερτασικών δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από υπέρταση. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, η WHL ξεκίνησε μια παγκόσμια εκστρατεία ευαισθητοποίησης για την υπέρταση το 2005 και ανακήρυξε τη 17η Μαΐου κάθε έτους ως Παγκόσμια Ημέρα Υπέρτασης (WHD)^[8].

Τα τελευταία τρία χρόνια, περισσότερες εθνικές ενώσεις συμμετέχουν στην Ημέρα Υπέρτασης και προσπαθούν με καινοτόμες δραστηριότητες να περάσουν το μήνυμα στο κοινό. Το 2007, διαπιστώθηκε συμμετοχή-ρεκόρ από 47 κράτη μέλη της WHL. Την εβδομάδα της Ημέρας Υπέρτασης, όλες αυτές οι χώρες συνέπραξαν με τις τοπικές κυβερνήσεις, τις επαγγελματικές ενώσεις, τις μη-κυβερνητικές οργανώσεις και τις ιδιωτικές βιομηχανίες για την προώθηση της ευαισθητοποίησης στο θέμα της υπέρτασης μέσω διάφορων κινητοποιήσεων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και δημόσιων εκστρατειών ενημέρωσης. Με χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης όπως το διαδίκτυο και η τηλεόραση, το μήνυμα έφθασε σε περισσότερους από 250 εκατ. ανθρώπους. Όσο η δυναμική ενισχύεται κάθε χρόνο, η WHL πιστεύει ότι μπορεί να φθάσει σχεδόν όλους τους 1,5 δις. ανθρώπους που υπολογίζεται ότι πάσχουν από υψηλή αρτηριακή πίεση^[7].

Η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί το πιο συχνό χρόνια ιατρικό πρόβλημα που οδηγεί σε επισκέψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας υπολόγισε τα άμεσα και έμμεσα έξοδα της υψηλής αρτηριακής πίεσης στα \$76,6 δις το 2010^[3]

Στις ΗΠΑ, το 80% των πασχόντων από υπέρταση γνωρίζουν την κατάστασή τους και το 71% λαμβάνει θεραπευτική αγωγή κατά της υπέρτασης. Ωστόσο, μόνο το 48% των ανθρώπων που γνωρίζουν ότι πάσχουν από υπέρταση αντιμετωπίζουν επαρκώς τη νόσο τους. Τυχόν πλημμελής διάγνωση, θεραπεία ή έλεγχος της υψηλής αρτηριακής πίεσης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη διαχείριση της υπέρτασης^[1].

Οι Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια για να θέσουν υπό έλεγχο την αρτηριακή πίεση, όπως αρνητική ανταπόκριση στη λήψη διαφόρων φαρμάκων για την επίτευξη της επιθυμητής αρτηριακής πίεσης. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν επίσης προκλήσεις τήρησης του προγράμματος λήψης φαρμάκων και αλλαγής στον τρόπο ζωής τους. Η επίτευξη της επιθυμητής αρτηριακής πίεσης είναι ωστόσο δυνατή. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης οδηγεί στη σημαντική μείωση των εξόδων που σχετίζονται με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας^[8,35]

2^ο Κεφάλαιο: Ψυχική υγεία

2.1 Γενικά

Η έννοια της Ψυχικής Υγείας δεν είναι εύκολο να οριστεί με σαφήνεια. Δεν υπάρχουν απόλυτα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας. Ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια υπάρχει ένας αρκετά ευρύς χώρος που χαρακτηρίζεται από την αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών καταστάσεων. Επιπροσθέτως είναι έννοια αφαιρετική, ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική και επομένως δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά. Δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά βασικά στατιστικά της αφορούν: θετική αυτο-εικόνα, ικανότητα αυτό-προσδιορισμού, αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας και αυτο-ελέγχου, αισιοδοξία, ικανότητα θετικής ανταπόκρισης σε προσκλήσεις της ζωής, ικανότητα να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη αλλά και να την προσφέρει^[48].

Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες που προκύπτουν από τη πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και το πολλαπλό της προσδιορισμό από ποικίλους παράγοντες, γενετικούς, ψυχολογικούς, ιδιοσυστατικούς, ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, η ανάγκη για το προσδιορισμό και τη γνώση των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη παθολογική συμπεριφορά είναι σημαντική^[9].

Ο ορισμός για την Ψυχική Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι ο ακόλουθος «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα». Στον ορισμό αυτό σκόπιμα δίνεται έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Τονίζεται έτσι ότι το άτομο δεν ζει μόνο του, αλλά σε ένα ευρύτερο κοινωνικό χώρο, σε συμβίωση και συνλειτουργία με άλλους συνανθρώπους του και ότι η ψυχική του υγεία εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το πώς σχετίζεται με τους άλλους^[38]

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας έχουν αναφερθεί ορισμένα βασικά κριτήρια:

1. Το στατιστικό κριτήριο - ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.
2. Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου ή κλινικό κριτήριο

3. Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας
4. Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής ή της κοινωνικής συμπεριφοράς
5. Το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας
6. Το αναπτυξιακό κριτήριο^[49]

Όπως είναι φανερό και τα έξι κριτήρια όχι μόνο δεν είναι απόλυτα, αλλά είναι δυνατόν ν' αποτελέσουν αφορμή για ατελείωτες συζητήσεις και αμφισβητήσεις και το καθένα ξεχωριστά δεν επαρκεί για να ορίσει τη ψυχική υγεία. Για το λόγο αυτό γίνεται μια προσπάθεια καθορισμού της ψυχικής υγείας με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά του συνολικού τρόπου ζωής τού ατόμου, σε μία δεδομένη χρονική περίοδο και σ' ένα δεδομένο κοινωνικο-πολιτισμικό χώρο^[49].

Η ψυχική υγεία δηλαδή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής), όσο και από εσωτερικούς (ενδοψυχικούς) ατομικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτάται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά από γεννήσεως^[49].

Επομένως το κλίμα συνεργασίας καθώς και το πλέγμα των σχέσεων πού διαμορφώνεται σε μία ανθρώπινη ομάδα ή κοινότητα καθορίζει τη συνοχή του συνόλου ενώ ταυτόχρονα είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και τη διαμόρφωση τόσο του χαρακτήρα του ατόμου όσο και του κοινωνικού επιπέδου του συνόλου^[9].

Σε ότι αφορά τούς ατομικούς ή προσωπικούς παράγοντες, τα πράγματα είναι κάπως πιο πολύπλοκα. Η εμφάνιση ή μη μιας ψυχικής διαταραχής σχετίζεται τόσο με τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις του περιβάλλοντος, όσο και με τις ψυχικές αντοχές της προσωπικότητας πού έχει διαμορφώσει το νέο άτομο μέχρι τη στιγμή εκείνη. Σχετίζεται επίσης με τη κληρονομική προδιάθεση για εκδήλωση ψυχικής νόσου πού είναι δυνατό να υπάρχει σε ορισμένα άτομα και η οποία μπορεί να είναι εμφανής ή να συνδέεται με κάποια διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας ή να μη σχετίζεται καθόλου με τη προσωπικότητα^[48].

2.2 Ψυχική υγεία και Υπέρταση

Πολλές μελέτες διακεκριμένων επιστημόνων έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς αναφορικά με τη αλληλεξάρτηση της ψυχικής υγείας με την υπέρταση.

Μέσα από την διερεύνηση των προαναφερθέντων ερευνητικών μελετών καθίσταται σαφής η άμεση συνάφεια μεταξύ της ψυχικής υγείας και της υπέρτασης η οποία μάλιστα μπορεί εύκολα να χαρακτηριστεί διττή.

Η διττή φύση αυτής της αλληλεξάρτησης βασίζεται στα ευρήματα που υπογραμμίζουν τόσο την ανάπτυξη υπέρτασης και κατ' επέκταση καρδιαγγειακών επιπλοκών σε άτομα με έντονο κοινωνικό και ψυχολογικό στρες όσο την διαπίστωση φαινομένων κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή υπέρταση είτε βρίσκονται υπό φαρμακολογική θεραπεία είτε όχι.

Μια από τις πιο σύγχρονες μελέτες, αυτή των Belona L. και συνεργατών το 2011, ανέδειξε τη σχέση μεταξύ της αντιυπερτασικής θεραπείας και των μεταπτώσεων της κλινικής εικόνας και του ψυχολογικού προφίλ ασθενών με υπέρταση και πιο συγκεκριμένα με υπερτασική εγκεφαλοπάθεια. Στην έρευνα αυτή, 107 άτομα (77 με υπερτασική εγκεφαλοπάθεια και 30 υγιείς) δέχθηκαν αρχικά ανεπαρκή αντιυπερτασική θεραπεία ενώ βρίσκονταν σε εικοσιτετράωρη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης (DBPM), της νευρολογικής τους κατάστασης, της ποιότητα ζωής (LQ) και των παραμέτρων της και της ποιότητας ύπνου. Εν συνεχεία οι ασθενείς επανεξετάστηκαν σε περίοδο 6 μηνών μετά τη συνταγογράφηση επαρκούς αντιυπερτασικής θεραπείας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία και το συνδυασμό των υπό μελέτη δεικτών που αναφέρθηκαν κατέστη σαφές πως οι δείκτες σωματικής και ψυχολογικής υγείας αυξήθηκαν, η ποιότητα του ύπνου βελτιώνεται ενώ παρατηρείται και σταθεροποίηση του αριθμού των ασθενών με ισορροπημένη ψυχοσωματική κατάσταση γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η χρήση των σύγχρονων αντιυπερτασικών φαρμάκων επηρεάζει τα κλινικά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών θετικά^[3].

Τα αποδεικτικά στοιχεία που συνδέουν υπέρταση με προσωπικότητα ή ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο θυμός, άγχος ή κατάθλιψη, παραμένουν αμφίβολα για την επιστημονική κοινότητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στους περιορισμούς της θεωρίας προσωπικότητας, σύγχυσης από την ευαισθητοποίηση της υπέρτασης και / ή εγγενείς δυσκολίες στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Για το λόγω αυτό έχουν εκπονηθεί

μελέτες οι οποίες επιχειρούν να διερευνήσουν τη σχέση ανάμεσα στην ήπια υπέρταση και τις διάφορες παραμέτρους της προσωπικότητας και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Για το σκοπό αυτό γίνεται συνδυασμός των τιμών αρτηριακής πίεσης που λαμβάνονται τακτικά με δεδομένα όπως η ηλικία, η φυλή / εθνικότητα και ο δείκτης μάζας σώματος^[14].

Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας μελέτης, αν και συχνά αμφισβητήσιμα καθώς οι συμμετέχοντες εμφανίζουν έντονες διαφορές στον τρόπο διαχείρισης της υπέρτασης (λ.χ. εφαρμογή φαρμακοθεραπείας) καθώς και στον τρόπο ζωής (λ.χ. άσκηση, εργασιακό περιβάλλον κ.λπ.), βοηθούν στην αξιολόγηση των διαφορών που εμφανίζουν άτομα με ήπια υπέρταση και άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση σε οποιαδήποτε από τις ψυχολογικές μεταβλητές ενώ αναδεικνύει τον ελάχιστο ρόλο των ψυχολογικών αυτών μεταβολών στην ανάπτυξη υπέρτασης ειδικά σε άτομα χωρίς εμφανή καρδιαγγειακά προβλήματα^[14]

Πολλές βιβλιογραφικές και ερευνητικές μελέτες συνδέουν την αντίδραση ενός ατόμου σε καταστάσεις έντονου στρες με την πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης στα άτομα αυτά. Οι μελέτες αυτές υπογραμμίζουν με έμφαση πως άτομα με φαινομενική αύξηση της αρτηριακής τους πίεσης σε καταστάσεις άγχους έχουν πολλές πιθανότητες εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η λήψη ιστορικού από ένα νέο άτομο με σημάδια αύξησης της αρτηριακής πίεσης και η αξιολόγηση των ψυχολογικών καταστάσεων που οδήγησαν στην εκδήλωση του φαινομένου καθώς οι καταστάσεις αυτές δύνανται να προκαθορίσουν και τις πιθανότητες ανάπτυξης υπέρτασης κυρίως μετά την ηλικία των 50 χρόνων. Επίσης θα πρέπει να αξιολογείται σοβαρά και η περίπτωση ασθενών με σύνδρομο «λευκής ποδιάς» καθώς και το σύνδρομο αυτό σχετίζεται άμεσα με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων και ενδέχεται να οδηγήσει σε εσφαλμένα συμπεράσματα αναφορικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς υπέρτασης^[17,32,36].

Μελετώντας το ψυχολογικό προφίλ ασθενών με υπέρταση διαπιστώνουμε ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα βασικότερα σημεία και μια από τις πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές.

Μελέτες όπως αυτή των Lyketsos G. και συν καθώς και Zotti M.M. και συν αναδεικνύουν την συστηματική ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών όπως άγχος, νευρικότητα και κατάθλιψη σε ασθενείς με υπέρταση^[22,39].

Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, η συμπεριφορά «τύπου A» φαίνεται να είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό των υπέρτασικών γεγονός μάλιστα που οφείλεται σε βαθύτερα βιολογικά αίτια (προδιάθεση), τα οποία μπορεί να θεωρηθούν και ως αιτία της υπέρτασης. Τα άτομα με υπέρταση συχνά εμφανίζουν και ιδιαίτερο άγχος ή σημάδια κατάθλιψης γεγονός που δυσχεραίνει την προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος καθώς οδηγεί σε διαφοροποίηση των δεικτών που υπαγορεύουν τη σωστή ιατροφαρμακευτική προσέγγιση. Ακόμη διαπιστώνεται πως η ψυχολογική δυσφορία εξαρτάται από ένα συγκεκριμένο σύνολο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων ενώ σε πολλές περιπτώσεις απαιτούνται κατάλληλες φαρμακολογικές και / ή ψυχολογικές θεραπείες προκειμένου να περιοριστεί δραστικά το φαινόμενο^[22,39].

3^ο Κεφάλαιο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας

Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα συμπορεύτηκε διαχρονικά με την συνολική ανάπτυξη του ευρύτερου συστήματος υγείας. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι καθοριστικός για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος περίθαλψης καθώς και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες^[40]

Η ΠΦΥ οριοθετείται ως το σύστημα παροχής βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας^[40]

Στα πλαίσια της φροντίδας της υγείας εκτελούνται ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που αποσκοπούν την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων. Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής^[40]

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλευτή, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου^[40].

Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια)^[40].

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής^[40].

Ο σημαντικός ρόλος της φροντίδας υγείας στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση μιας οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο. Η ανάπτυξή της σχετίζεται άμεσα και με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά)^[40]

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού^[55]

Ένα όμως αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας υγείας σε διαχρονικό επίπεδο είναι η ιατρική που αποτελεί στην ουσία τη βάση και ταυτόχρονα τον εξελισσόμενο παράγοντα των όσων προαναφέρθηκαν. Είναι από τα πεδία της ανθρώπινης δραστηριότητας, το οποίο έχει υποστεί δραματικές αλλαγές από την επίδραση της τεχνολογίας

οι σύγχρονοι ιατροί καλούνται να ενστερνιστούν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση προς κάθε ασθενή τους, τόσο σε επίπεδο κατανόησης των ιδιαίτερων προσδοκιών του όσο και σε ουσιαστική ενημέρωσή του. Η υιοθέτηση των δύο αυτών βασικών παραμέτρων έχει άμεσο αντίκτυπο στη μείωση της καταγγελίας ιατρικών λαθών και στην παροχή μιας ποιοτικής ιατρικής φροντίδας^[57]

Η ολιστική προσέγγιση του ασθενή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της Ιατρικής και ιδιαίτερα της Γενικής Ιατρικής. Ο Γενικός Ιατρός δεν αναμένεται να είναι ένας ειδικός για κάθε νόσο οφείλει, όμως, να είναι ο ιατρός που επενδύει στη σχέση με τον ασθενή του και επιδιώκει τη κατανόησή του ως άνθρωπο, με απώτερο σκοπό να αντεπεξέλθει στις ιδιαίτερες ανάγκες του και να του παρέχει την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα^[58]

Φυσικά οι ασθενείς έχουν διαφορετικές επιθυμίες ως προς το περιεχόμενο της συζήτησης που επιθυμούν να έχουν με τον ιατρό, καθώς και ως προς τον έλεγχο που επιθυμούν να έχουν στην εξέλιξη της επίσκεψης. Για το λόγο αυτό και καθήκον του ιατρού είναι να εξατομικεύει τη συμπεριφορά του απέναντι σε κάθε ασθενή, ακούγοντας τον προσεκτικά, διερευνώντας τις προσδοκίες του και χρησιμοποιώντας την κατανόηση της ιδιαιτερότητάς του για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος. Οφείλει επίσης να μεριμνεί ώστε η ιατρική επίσκεψη να εξελίσσεται με τη μορφή του διαλόγου, και όχι με τη μορφή δύο παράλληλων μονόλογων, αλλά και να αξιοποιεί τις θεραπευτικές ιδιότητες της ουσιαστικής σχέσης ιατρού-ασθενή^[58]

Η προβληματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, καθώς και η έλλειψη ικανοποίησης του ασθενούς φαίνεται να είναι οι παράμετροι εκείνες που συνδέονται με την αυξημένη πιθανότητα καταγγελίας των ιατρικών λαθών^[57,58]

Η σημασία της μελέτης της συνταγογραφίας στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι μεγάλη, αφού συμβάλλει στη διερεύνηση της ορθής ή μη χρήσης των φαρμάκων, διερευνά τις επιλογές των ιατρών σχετικά με τα φάρμακα και μπορεί να συμβάλει στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Παράγοντες που συχνά διερευνώνται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η σχέση της συνταγογραφίας με το φύλο, την ηλικία και τις διαγνώσεις που θέτει ο ιατρός Γενικής Ιατρικής. Σκοπός των μελετών αυτών είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν οι ιατροί της ΠΦΥ και η ανάπτυξη εργαλείων και οδηγιών για τους ιατρούς αυτούς. Οι οδηγίες και τα εργαλεία που αναπτύσσονται συμβάλλουν στην καλύτερη εκπαίδευση των ιατρών. Προσπαθούν επίσης, οι μελέτες αυτές, να φωτίσουν παραμέτρους της φαρμακοεπιδημιολογίας που χρειάζονται διερεύνηση^[42].

Στην ελληνική βιβλιογραφία αντίστοιχες μελέτες υπάρχουν πολύ λίγες και με μικρά δείγματα ασθενών ή συνταγών. Η ανάγκη μεγαλύτερης και ορθότερης ανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα επιβάλλει τη διενέργεια ακόμη πιο επισταμένων και διεξοδικών ερευνών, που θα δώσουν εφόδια στους συνεχώς αυξανόμενους ιατρούς της ΠΦΥ στη χώρα μας^[42].

Ενώ όμως είναι γενικά παραδεκτό ότι τόσο ο ιατρός όσο και το σύστημα υγείας οφείλουν να υπερασπίζονται την υγεία του κάθε ασθενούς ατομικά και ταυτόχρονα να προστατεύουν την υγεία του πληθυσμού γενικότερα, σήμερα υπάρχει μια ταχεία και σημαντική αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών και προϊόντων υγείας κυρίως λόγω

των εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, των προσδοκιών του κοινού και της δημογραφικής γήρανσης. Το εν λόγω φαινόμενο προκαλεί ένα έντονο πρόβλημα χρηματοδότησης. Επειδή οι πόροι που αποδίδονται για την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας δεν είναι απεριόριστοι, είναι ευνόητο ότι η υπέρμετρη κατανάλωση των συγκεκριμένων πόρων από κάποιους ασθενείς περιορίζει τη χρήση των ίδιων πόρων από τους υπολοίπους. Γι' αυτόν το λόγο, είναι αναγκαία η αναζήτηση της βέλτιστης κατανομής των υπαρχόντων πόρων, προκειμένου να υπάρξει ανταπόκριση στις ανάγκες για τη συγκράτηση των δαπανών^[52].

Ο ορθός επιμερισμός των διαθέσιμων πόρων είναι εξαιρετικά σημαντικός για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος της πολιτείας. Οι διαρκώς αυξανόμενες προσδοκίες του κοινού, καθώς και η συνεχής επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη της Ιατρικής πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία με τις δαπανηρές σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και τους στενά καθορισμένους προϋπολογισμούς. Εφ' όσον μια κοινωνία επιτρέπει την άνευ όρων πρόσβαση στην παροχή φροντίδας υγείας και αν οι ιατροί προσφέρουν στους ασθενείς τους όλες τις διαθέσιμες παρεμβάσεις, τότε το κόστος των υπηρεσιών υγείας θα ήταν δυσβάστακτα υψηλό για τους πολίτες είτε συμμετέχουν στη χρηματοδότηση ως φορολογούμενοι είτε ως ασφαλισμένοι είτε ως ιδιώτες καταναλωτές. Ωστόσο, η υιοθέτηση διαδικασιών που προσβλέπουν στην ορθολογική κατανομή των δαπανών πρέπει να έχει ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό. Δηλαδή, οποιοδήποτε περιορισμοί στην κατανάλωση ιατρικών αγαθών και τη χρήση υπηρεσιών από τον ασθενή ατομικά πρέπει να εξυπηρετεί την καλύτερη περίθαλψη του κοινωνικού συνόλου και όχι τη στείρα εξοικονόμηση πόρων. Οποιαδήποτε προσπάθεια επιμερισμού των πόρων λοιπόν πρέπει να διέπεται από την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και από την ανάγκη για την προστασία του ασθενούς. Η συγκράτηση του κόστους μπορεί να επιτευχθεί μέσω αποφυγής της σπατάλης και περιορισμού της διαθεσιμότητας των διαδικασιών και των παρεμβάσεων που έχουν ελάχιστο ή αβέβαιο όφελος και ταυτόχρονα υψηλό κόστος^[52].

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας βασίζεται στα ευρήματα της αποδεικτικής Ιατρικής, ενώ η αποδοτικότητα υπολογίζεται με οικονομικές αναλύσεις που συσχετίζουν το κόστος με το αποτέλεσμα. Οι πολιτικές υγείας εστιάζουν τόσο στη συμπεριφορά του κοινού όσο και στους κανόνες άσκησης της Ιατρικής. Μέσα σε αυτές τις σύγχρονες προκλήσεις, ο ρόλος του ιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την προστασία της υγείας του ασθενούς και την προαγωγή της δημόσιας υγείας^[52].

Το ελληνικό σύστημα υγείας με νομοθετικές ρυθμίσεις επεδίωξε την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στόχοι που έχουν επιτευχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, απαιτούν όμως συνεχή αναζήτηση με απώτερο σκοπό την εξέλιξη και την πρόοδο παρά το δύσκολο σύγχρονο οικονομικό υπόβαθρο^[40,52]

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Ειδικό μέρος

1^ο Κεφάλαιο: : Ειδικό Μέρος

1.1 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι διττός. Αρχικά μελετώνται τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των υπερτασικών δίνοντας έμφαση στην επιρροή που ασκεί η ανάπτυξη υπέρτασης οποιασδήποτε φύσης και αιτιολογίας στο ψυχοκοινωνικό προφίλ των ασθενών. Παράλληλα με αυτό, μελετάται και η σχέση των ασθενών αυτών με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δίδοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνουν οι υπερτασικοί από το σύστημα υγείας καθώς και στην γενική ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται.

Η μελέτη όλων των προαναφερθέντων αποτελεί χρήσιμο εργαλείο τόσο για τους γιατρούς οι οποίοι αποκτούν πολύτιμα εφόδια για την μελέτη της διαχείρισης των υπερτασικών στο άμεσο μέλλον, όπως και για το ίδιο το σύστημα υγείας το οποίο μπορεί να μελετήσει και να εξελίξει τις μεθόδους παροχής υπηρεσιών στοχεύοντας στην πληρέστερη φροντίδα των ασθενών.

1.2 Πληθυσμός και Δείγμα

Πληθυσμό στόχο της παρούσας έρευνας αποτελούν οι κάτοικοι της Ελλάδας με ηλικία άνω των 60 ετών.

Για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας (Cohen, κ.α., 2008). Επειδή ο πληθυσμός στόχος είναι ιδιαίτερα αυξημένος για μία έρευνα που ακολουθεί τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν νωρίτερα, η ερευνήτρια περιόρισε το δείγμα της σε ασθενείς άνω των 60 ετών, που επισκέφθηκαν το περιφερειακό ιατρείο Τριλόφου νομού Πιερίας

1.3 Μέθοδος λήψης δεδομένων- Το εργαλείο της έρευνας

Η έρευνα μας είναι κατά κύριο λόγο ποσοτική. Στην ουσία η παρούσα εργασία αποτελεί μια διερευνητική περιγραφική ποσοτική έρευνα, η οποία αποσκοπεί στην όσο το δυνατόν καλύτερη κατανόηση του θέματος, μέσα από μεθοδολογικές στρατηγικές. Συγκεκριμένα επικεντρώνεται σε αριθμητικά δεδομένα και σε στατιστικές συγκρίσεις,

στην μέτρηση των θεωρητικών εννοιών μέσω εργαλείων, όπως είναι το ερωτηματολόγιο, προκειμένου να εξαχθούν αιτιατές σχέσεις.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13, συγκεκριμένα θα χρησιμοποιηθούν γραφήματα και πίνακες και τεστ καλής προσαρμογής. Επίσης τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν με τη μορφή της έκθεσης.

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιέχει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων οι οποίες παρουσιάζονται σε μια συγκεκριμένη σειρά και στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά.

Η παρούσα έρευνα αποτελείται από ένα μεγάλο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει υποενότητες και η κάθε μια μελετάει συγκεκριμένο στόχο. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας μας το οποίο δόθηκε προς μελέτη και συμπλήρωση σε 104 άτομα.

Επίσης, το ερωτηματολόγιο της έρευνας μας περιλαμβάνει ένα εισαγωγικό προλογικό σημείωμα στο οποίο αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας, διασφαλίζεται η ανωνυμία του και πιστοποιείται ότι τα δεδομένα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την επεξεργασία της έρευνας. Το κύριο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις γενικού ενδιαφέροντος και δημογραφικών στοιχείων. Πριν από τα βασικά μέρη της έρευνας υπάρχουν γενικές ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου.

1.4 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

1.4.1.α Τα δημογραφικά στοιχεία όλου του δείγματος

Όσον αφορά για τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας, αυτά παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες συχνότητας.

Φύλο	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
Άνδρας	22	21.2
Γυναίκα	82	78.8
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 1. Φύλο συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ηλικία	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
60- 65	9	5.8
65- 70	19	18.3
70- 75	30	28.8
75- 80	27	26.0
80- 85	13	12.5
85- 90	9	8.7
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 2. Ηλικία συμμετεχόντων στην έρευνα.

Αριθμός αδερφών	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
0	41	39.4
1	24	23.1
2	22	21.2
3	12	11.5
4	2	1.9
5	3	2.9
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 3. Αριθμός αδερφών συμμετεχόντων στην έρευνα.

Σειρά γέννησης	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
1ος/η	56	53.8
2ος/η	29	27.9
3ος/η	14	13.5
4ος/η	3	2.9
5ος/η	2	1.9
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 4. Σειρά γέννησης συμμετεχόντων στην έρευνα.

Αριθμός παιδιών	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
0	22	21.2
1	42	40.4
2	31	29.8
3	6	5.8
4	2	1.9
5	1	1.0
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 5. Αριθμός παιδιών των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΝΑΙ	60	57.7
ΟΧΙ	44	42.3
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 6. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;»

	Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά;		Σε ποιον μοιάζετε ως προς το χαρακτήρα;		Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία;	
	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %
Αδερφό/η	16	15.4	15	14.4	19	18.3
Γιαγιά	19	18.3	19	18.3	20	19.2
Μητέρα	34	32.7	33	31.7	35	33.7
Παππού	16	15.4	18	17.3	16	15.4
Πατέρα	19	18.3	19	18.3	14	13.5
Αδερφό/η	16	15.4	15	14.4	19	18.3
ΣΥΝΟΛΟ	104	100	104	100	104	100

Πίνακας 7. Απαντήσεις σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Συντροφική κατάσταση	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΕΓΓΑΜΟΣ	57	54.8
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	32	30.8
ΧΗΡΟΣ/Α	15	14.4
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 8. Συντροφική κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Τόπος διαμονής	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ	70	67.3
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ	22	21.2
ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ	12	11.5
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 9. Τόπος διαμονής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	19	18.3
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	32	30.8
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	33	31.7
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	8	7.7
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	6	5.8
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	4	3.8
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	2	1.9
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 10. Εκπαιδευτικό Επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Επαγγελματική κατάσταση	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
Άνεργος	32	3.8
Δημόσιος Υπάλληλος	25	24.0
Ελεύθερος Επαγγελματίας	21	20.2
Ιδιωτικός υπάλληλος	26	25.0
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 11. Επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

	Κοιμάστε καλά;		Έχετε πάρει φάρμακα για την αϋπνία;	
	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %
ΟΧΙ	42	40.4	74	71.2
ΝΑΙ	62	59.6	30	28.8
ΣΥΝΟΛΟ	104	100	104	100

Πίνακας 12. Απαντήσεις σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Έχετε πάρει φάρμακα για πονοκεφάλους;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	48	46.2
ΝΑΙ	23	22.1
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 13. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε πάρει φάρμακα για πονοκεφάλους;»

Πόσο συχνά πήρατε φάρμακα για πονοκεφάλους;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	58	55.8
ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	4	3.8
ΟΥΔΕΤΕΡΟ	19	18.3
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	16	15.4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	7	6.7
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 14. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Πόσο συχνά πήρατε φάρμακα για πονοκεφάλους;»

Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Αν ναι, ποια;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	80	76.9
Διαβήτης	10	9.6
Θυρωειδή	9	8.7
Λύκος	1	1.0
Σκλήρυνση κατά πλάκας	4	3.8
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 15. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Αν ναι, ποια;»

Παίρνετε φάρμακα για τη χρόνια σωματική νόσο, από την οποία πάσχετε;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	80	76.9
ΝΑΙ	24	23.1
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 16. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Παίρνετε φάρμακα για τη χρόνια σωματική νόσο, από την οποία πάσχετε;»

Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	102	98.1
ΝΑΙ	2	1.9
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 17. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;»

Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιον ψυχολόγο;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	12	11.5
ΝΑΙ	92	88.5
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 18. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιον ψυχολόγο;»

Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	62	59.6
ΝΑΙ	42 (από τους οποίους οι 22 παίρνουν φάρμακα)	40.4 (21.2 παίρνουν φάρμακα)
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 19. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;»

Έχετε υπέρταση;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	12	11.5
ΝΑΙ	92 (από τους οποίους οι 22 παίρνουν φάρμακα)	88.5 (21.2 παίρνουν φάρμακα)
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 20. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε υπέρταση;»

Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	59	56.7
ΝΑΙ	45 (από τους οποίους οι 18 παίρνουν φάρμακα)	43.3 (17.3 παίρνουν φάρμακα)
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 21. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;»

Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	91	87.5
ΝΑΙ	13 (από τους οποίους οι 11 παίρνουν φάρμακα)	12.5 (10.6 παίρνουν φάρμακα)
ΣΥΝΟΛΟ	104	100

Πίνακας 22. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;»

	Γενικά, θα λέγατε ότι έχετε πολλές φοβίες;		Επίσης, θα λέγατε ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;	
	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα %
ΟΧΙ	100	96.2	34	32.7
ΝΑΙ	4	3.8	70	67.3
ΣΥΝΟΛΟ	104	100	104	100

Πίνακας 23. Απαντήσεις σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

1.4.1.β Τα δημογραφικά στοιχεία των υπέρτασικών του δείγματος

Όπως προαναφέρθηκε, για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας και η ερευνήτρια περιόρισε το δείγμα της σε ασθενείς άνω των 60 ετών, που επισκέφθηκαν το περιφερειακό ιατρείο Τριλόφου νομού Πιερίας. Δεδομένων των παραπάνω είναι απαγορευτικό να συσχετίσουμε τη πάθηση της υπέρτασης με το φύλο (διότι το δείγμα είναι πολύ μικρό) και τον τόπο διαμονής, αφού οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι συνταξιούχοι που ζουν όλη τους τη ζωή στο συγκεκριμένο χωριό, όπως επίσης δε μπορούμε να αναζητήσουμε αίτια στο εκπαιδευτικό επίπεδο, που λόγω της ηλικίας και της καταγωγής του δείγματος είναι αναμενόμενο και αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα ότι είναι χαμηλό. Με μία επιφύλαξη όμως θα μπορούσαμε να πούμε πως η πάθηση της υπέρτασης φαίνεται να σχετίζεται με την πρότερη επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, αφού οι περισσότεροι από τους υπέρτασικούς του δείγματος δηλώσαν άνεργοι σε ποσοστό 33.7% και το 20.7% και το 23.9% του δείγματος ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες ιδιωτικοί υπάλληλοι αντίστοιχα, δηλαδή οι περισσότεροι απασχολούνταν ή όχι, σε αβέβαιες εργασίες, αγχωτικές, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 24 εποπτικά και όπως αποδεικνύεται και από το τεστ X^2 καλής προσαρμογής που έδωσε τιμές $X^2=0,002$ με 3 βαθμούς ελευθερίας και σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης $p\text{-value}=1 > 0,05$, δηλαδή τα δειγματικά ποσοστά του πίνακα 24 προσαρμόζονται καλά στα αναμενόμενα ποσοστά που αφορούν ολόκληρο το πληθυσμό των υπέρτασικών ατόμων στην Ελλάδα.

Επαγγελματική κατάσταση	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
Άνεργος	31	33.7
Δημόσιος Υπάλληλος	20	21.7
Ελεύθερος Επαγγελματίας	19	20.7
Ιδιωτικός υπάλληλος	22	23.9
ΣΥΝΟΛΟ	92	100.0

Πίνακας 24. Επαγγελματική κατάσταση των υπέρτασικών συμμετεχόντων στην έρευνα.

Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Αν ναι, ποια;	Συχνότητα (αριθμός συμμετεχόντων)	Σχετική συχνότητα % (ποσοστό %)
ΟΧΙ	68	73.9
Διαβήτης	10	10.9
Θυρωειδή	9	9.8
Λύκος	1	1.1
Σκλήρυνση κατά πλάκας	4	4.3
ΣΥΝΟΛΟ	92	100.0

Πίνακας 25. Απαντήσεις των υπερτασικών στην ερώτηση: «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Αν ναι, ποια;»

Επίσης, όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 25, δε φαίνεται η υπέρταση να σχετίζεται με άλλες χρόνιες σωματικές νόσους, αφού το 73.9% των υπερτασικών ερωτηθέντων, απάντησε ότι δεν πάσχει από χρόνιες νόσους, εικασία που επαληθεύεται και από το τεστ X^2 καλής προσαρμογής που έδωσε τιμές $X^2=0,497$ με 4 βαθμούς ελευθερίας και σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης $p\text{-value}=0,974 > 0,05$, δηλαδή τα δειγματικά ποσοστά του πίνακα 25 προσαρμόζονται καλά στα αναμενόμενα ποσοστά που αφορούν ολόκληρο το πληθυσμό των υπερτασικών ατόμων στην Ελλάδα.

Τέλος, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 26, οι μισοί περίπου υπερτασικοί ερωτηθέντες δεν κοιμούνται καλά, πάσχουν από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα και έχουν περάσει κρίσεις πανικού, γενικά δεν έχουν πολλές φοβίες (95.7%), αλλά σε ποσοστό 70.7% φοβούνται μήπως αρρωστήσουν.

Ερώτηση	% υπερτασικών που απάντησαν ΟΧΙ	% υπερτασικών που απάντησαν ΝΑΙ
Κοιμάστε καλά;	42.4	57.6
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;	56.5	43.5
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;	51.1	48.9
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;	85.9	14.1
Γενικά, θα λέγατε ότι έχετε πολλές φοβίες;	95.7	4.3
Επίσης, θα λέγατε ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;	29.3	70.7

Πίνακας 26. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για απαντήσεις σε διάφορες ερωτήσεις των υπερτασικών μόνο ατόμων του δείγματος.

1.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπέρταση είναι ένα υπαρκτό πρόβλημα- πάθηση στη ζωή των ανθρώπων που επιδρά σημαντικά στην ποιότητα της ζωής τους και στον χαρακτήρα τους. Άτομα με υπέρταση αντιμετωπίζουν με «μέτρια»αισιοδοξία τη ζωή και τα προβλήματα που προκύπτουν μέσα σ' αυτήν. Είναι αγχώδη άτομα ως προς τον χαρακτήρα και σε αρκετό βαθμό πάσχουν από αγοραφοβικό άγχος, είναι άτομα καταθλιπτικά με εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας και σε μεγάλο βαθμό νιώθουν ενοχές. Επιπλέον ταλαιπωρούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από αϋπνίες, ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί, κοιμούνται ανήσυχα και εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό σωματικές δυσλειτουργίες.

Παρά το γεγονός ότι το άγχος είναι κομμάτι του χαρακτήρα τους, αποφεύγουν να βιώνουν αγχώδεις καταστάσεις (ενδεχομένως λόγω του προβλήματος τους), έχουν ένα αίσθημα φόβου σε αρκετό, αλλά όχι πολύ μεγάλο βαθμό για την καρδιακή τους λειτουργία, αποφεύγουν τη σωματική άσκηση και την κόπωση, σκέφτονται και προνοούν, ως προς τον τρόπο ζωής τους και το πώς αυτός επηρεάζει την καρδιακή τους λειτουργία, δεδομένου ότι η υπέρταση επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία. Είναι άτομα που δέχονται την κοινωνική στήριξη από τους περίοικούς τους, γνωρίζουν το πρόβλημά τους και αναδιοργανώνονται για να το αντιμετωπίσουν και στρέφονται στον Θεό και στην πνευματική στήριξη της εκκλησίας. Αναζητούν και δέχονται βοήθεια από άτομα που αντιμετωπίζουν ή γνωρίζουν το ίδιο πρόβλημα με αυτούς, είναι επίμονοι, δε χάνουν την ελπίδα τους και αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Τα υπερτασικά άτομα δε παραδίδονται στο οποιοδήποτε πρόβλημα τους, αλλά ανατροφοδοτούνται με δυνάμεις από ανθρώπους γύρω τους, από την πίστη τους, και αντιμετωπίζουν το πρόβλημά τους με σοβαρότητα και υπομονή.

1.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών εκδηλώνονται σε υψηλή συχνότητα επί του υπερτασικού πληθυσμού
- Μεγάλη μερίδα των συμμετέχοντων, από τους αγχώδεις ασθενείς, παρουσιάζουν μέτρια και σοβαρή συμπτωματολογία
- Τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των υπερτασικών ασθενών

- Παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά μειωμένης αυτοεκτίμησης, στο δείγμα μελέτης. Η αυτοεκτίμηση περιορίζει την ατομική πρωτοβουλία, τις ατομικές δραστηριότητες και μειώνει την ποιότητα ζωής
- Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών είναι σημαντική για την ποιότητα ζωής των ασθενών

1.7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΕΤΑΙΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

- Θα μπορούσε να διερευνηθεί εάν η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών θα παρουσιάσει ευνοϊκά οφέλη, στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης, και αντιστρόφως.
- Θα μπορούσε να διερευνηθεί η συσχέτιση της υπέρτασης με διάφορους οικονομικούς, κοινωνικούς και γεωγραφικούς παράγοντες χρησιμοποιώντας ένα μεγαλύτερο δείγμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Heart Association (2005). «The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice». 'Journal of the American College of Cardiology' 45(5):637-651 <http://www.heart.org>
2. American Heart Association [AHA] (2002). «Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) ». <http://www.heart.org>
3. Belova AL et al. (2011). «Antihypertensive Therapy Influence On Clinical And Psychological Characteristics Of Patients With Hypertensive Encephalopathy». Saratov Journal of Medical Scientific Research / Saratovskii Nau;Oct-Dec2011, Vol. 7 Issue 4, p866
4. Carretero OA, Oparil S (2000). «Essential hypertension. Part I: definition and etiology» <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10645931>
5. Chobanian AV (August 2007). «Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly». N. Engl. J. Med. 357 (8): 789 – 796 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp071137>
6. Chobanian AV et all (2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure» <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656957>
7. Chockalingam A (June 2008). «World Hypertension Day and global awareness» Canadian Journal of Cardiology 24 (6): 441–4.
8. Chockalingam A (May 2007). «Impact of World Hypertension Day». Canadian Journal of Cardiology 23 (7): 517–9
9. Coca A (2008). «Economic benefits of treating high-risk hypertension with angiotensin II receptor antagonists (blockers)». Clinical Drug Investigation 28 (4): 211–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18345711>
10. Cohen S. Williamson G.M. «Stress and infectious disease in humans» Psych Bull, 1991, 109: 5-24.
11. Din-Dzietham R. et all (2007). «High blood pressure trends in children and adolescents in national surveys, 1963 to 2002».
12. Dionne JM et all (January 2012). «Hypertension in infancy: diagnosis, management and outcome». Pediatr. Nephrol. 27 (1): 17–32.
13. Eleftheria.gr (2012). «Οι υπερτασικοί κινδυνεύουν από κατάθλιψη» 'Εφημερίδα Ελευθερία' Λάρισα

14. Friedman R. et al. (2001). «Psychological Variables in Hypertension: Relationship to Casual or Ambulatory Blood Pressure in Men» *Psychosomatic Medicine* vol. 63 no. 1 p. 19 – 31
15. Grossman E, Messerli FH (January 2012). "Drug-induced Hypertension: An Unappreciated Cause of Secondary Hypertension". *Am. J. Med.* 125 (1): 14–22.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22195528>
16. Haslam DW, James WP. (2005). «Obesity».
<http://ajh.oxfordjournals.org/content/13/S2/132A.1.abstract>
<http://circ.ahajournals.org/content/110/1/74.full.pdf+html>
<http://hyper.ahajournals.org/content/16/2/140.full.pdf+html>
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195419>
<http://www.australianprescriber.com/magazine/33/4/article/1120.pdf>
<http://www.eie.gr/epistimiskoinonia/2009-2010/c-cycle-psihikiygeia.pdf>
<http://www.eleftheria.gr/index.asp?cat=7&aid=40442#.UWP6naKBoxJ>
<http://www.encephalos.gr/full/41-1-03g.htm>
http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=69
http://www.hypertasi.gr.asp1-20.dfw1-1.websitetestlink.com/UsersFiles/admin/documents/tomos13_1-2_2004/ahj13s3.pdf
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=8958
<http://www.mednet.gr/archives/2001-4/pdf/379.pdf>
<http://www.mednet.gr/archives/2011-2/pdf/272.pdf>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1847143/pdf/brmedj02600-0031.pdf>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826765>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973512>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15821420>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198769>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719248>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762635>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846287>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18548140>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21258818>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7077556>
<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/1/19.full.pdf+html>
<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/64/5/758.full.pdf+html>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X0770795X>
<http://www.ypertash.gr>

17. Karen AM et al. (2004). «Blood Pressure Reactivity to Psychological Stress Predicts Hypertension in the CARDIA Study» American Heart Association 'Circulation' 110: 74 – 78
18. Lawlor, DA (2005 May). «Early life determinants of adult blood pressure.». Current opinion in nephrology and hypertension 14 (3): 259-64
19. Lewington S. et all (2002). «Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies». <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12493255>
20. Lifton, RP (2001 Feb 23). «Molecular mechanisms of human hypertension». Cell 104(4): 545-56 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239411>
21. Luma GB, Spiotta RT (2006). «Hypertension in children and adolescents». Am Fam Physician 73 (9): 1558–68
22. Lyketsos G. et al. (1982). «Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients». J Psychosom Res. 26(2): 255-62.
23. Mancia G. et all (2007). «2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension».
24. Mann J.S. et al. (2000). «Psychological characteristics and response patterns to antihypertensive drug therapy». Am J Hypertens 13(2): 132A.
25. Mesas AE et all (2011). «The effect of coffee on blood pressure and cardiovascular disease in hypertensive individuals: A systematic review and meta-analysis». Am J Clin Nutr. 94:1113–1126.
26. Nelson M. (2010) «Drug treatment of elevated blood pressure». Australian Prescriber (33): 108–112.

27. O'Brien E. et al (2007). «ABC of hypertension». London: BMJ Books.
28. Palatini P, Julius S (June 2009). «The role of cardiac autonomic function in hypertension and cardiovascular disease». *Curr. Hypertens. Rep.* 11 (3): 199–205
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442329>
29. Pickering G. (1965). «Hyperpiesis: High Blood-pressure without Evident Cause: Essential Hypertension» *Brit. Med. J.*, 2, 1021-1026
30. Roth AK (2011). «The American Journal of Pathology», Journal Citation Reports, published by Thomson Reuters, U.S.A.
31. Rutledge Th., Hogan B. (2002). «A Quantitative Review of Prospective Evidence Linking Psychological Factors with Hypertension Development». *Psychosomatic Medicine* vol. 64 no. 5 p. 758 – 766
32. Steptoe A. et al. (1982). «Essential hypertension and psychological functioning: A study of factory workers». *British Journal of Clinical Psychology* Volume 21, Issue 4, pages 303–311.
33. Whelton PK et al. (2002). "Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program". *JAMA* 288(15): 1882–1888.
34. William C. et al. (1990). «Physiological, Psychological, and Behavioral Factors and White Coat Hypertension» *American Heart Association 'Hypertension'* 16: 140 – 146
35. William JE (October 2003). «The Economic Impact of Hypertension». *The Journal of Clinical Hypertension* 5 (4): 3–13.
36. Williams B. et al. (2004). «Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV». *J Hum Hypertens* 18 (3): 139–85.
37. Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, (1998). «Williams Textbook of Endocrinology». 9th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders:729-49.
38. World Health Organization <http://www.who.int/en/>
39. Zotti MM et al. (1989). «Type A behavior and psychological characteristics of hypertensive patients undergoing antihypertensive treatment». *G Ital Cardiol.* 19(2): 136-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2759394>
40. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2008). «Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική* 2008, 47(3):320–333,

41. Αλπέντζου Β. (2007). «Διατροφικές συνήθειες ηλικιωμένων και η σχέση τους με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη – Dietary habits of the elderly and their relation to hypertension and diabetes mellitus». Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Αθήνα
42. Αντωνάκης Ν. και συν (2001). «Η συνταγογραφία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής 18(4): 379 – 388
43. Ανυφαντή Π. και συν. (2003). «Επιπολασμός άγχους και κατάθλιψης σε υπερτασικούς ασθενείς» Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ Ιπποκράτειο
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:xpeAkKoKME4J:static.livemedia.gr/livemedia3/cfiles3/livemedia_ac1us6_20120315094854_ea06.pdf+&hl=el&gl=gr&pid=bl&srcid=ADGEESiZUSaudHyApDOP_YQtvI-Z9YSrJf6IR86eUhWFsIlGezYbgNNHScHzfK-zYLFZF_N_0Z3rh3jLtW1EAQ5XcNxJgyGPoBziz4Z9UERqcDW72yvnSniGgXx3ddt-Nz3V9ZAKvvyfY&sig=AHIEtbR6gPvAoYaOwKZMyyLF6N8z9atlSA
44. Βασιλικός Β. και συν (1990). «Αμφοτερόπλευρη Υπερτροφία των κοιλιών σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Υπέρταση». Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων 24(3): 153 – 159 Αθήνα
45. Γαλάνης Π. (2012). «Κλινικές δοκιμές». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(4): 489 – 507 <http://mednet.gr/archives/2012-4/pdf/489.pdf>
46. Δρίτσας Α. (2009). «Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στη στεφανιαία νόσο». Ομάδα Εργασίας Ποιότητας Ζωής και Ψυχοκοινωνικής Καρδιολογίας της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
47. Ευθυμιάδης Α. και συν (1992). «Αντιυπερτασική δράση της Σιλαζαπρίλης σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση, σε συνδυασμό με την επίδραση της στη βιοσύνθεση ενδογενών προσταγλανδινών και με το δείκτη Ινσουλινογενέσεως» Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων 26(1 – 2): 37 – 42 Αθήνα
48. Ζήση Α. Στυλιανίδης Σ. (2005). «Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές», 'Εγκέφαλος: Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής', Εκδόσεις Σύλλογος Εγκέφαλος, Αθήνα,
49. Θελερίτης Χ και συν. (2010). «Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί, 2η ημέρα» Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών & Βιοτεχνολογίας – ΕΙΕ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Β' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
50. Καρατζάς Ν και συν (2012). «Υπέρταση – Θεωρία και Πράξη». Mendor Editions A.E. Αθήνα

51. Κουρεμένος Ν. (2012). «Η υπέρταση φοβάται την άσκηση». Εκδοτικός οργανισμός Λαμπράκη, <http://www.vita.gr/html/ent/787/ent.5787.asp>
52. Μηλιώνης Χ., 2011, «Η άσκηση της Ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, <http://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/737.pdf>
53. Νιώπας Ι. (2007). «Σημειώσεις Εφαρμοσμένης Φαρμακολογίας και Θεραπευτικής» Τμήμα εκδόσεων Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
54. Πετρίδης Δ. (2004). «Αλάτι και Υπέρταση: Μια θεώρηση από την πλευρά της Πρωτοβάθμιας παροχής υγείας». Ειδικό Άρθρο ‘Αρτηριακή Υπέρταση’ 13(1–2)
55. Ρούπα Ζ., Γουρνή Μ., Κοτρώτσιου Ε. (2009). «Θεωρία Εστιασμένης Φροντίδας, RKG», Interscientific Health Care 1, p. 1-8, www.inhealthcare.gr
56. Τριχοπούλου Α (2010) «Μεσογειακή διατροφή, παραδοσιακά μεσογειακά τρόφιμα και υγεία» Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας –Διατροφής 1(1): 13-15
57. Τσίμτσιου Ζ, Κάλτσος Κ. (2010). «Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη: Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011,
58. Τσίμτσιου Ζ. (2008). «Σχέση και επικοινωνία ιατρού – ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών» Διδακτορική Διατριβή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
59. Τσιούφης Κ. (2010). «Αρτηριακή Υπέρταση». Μονάδα Υπέρτασης Α’ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο
60. Τσιφτσόγλου Α. (2004). «Μοριακή και Κλινική Φαρμακολογία». Τόμος Α'. Θεσσαλονίκη: Υπηρεσία Δημοσιευμάτων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
61. Τσουνίας Δ. (2007). «Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας του Ανθρώπου». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Θεσσαλονίκη
62. Marija J. Norušis (2003). “SPSS 12.0 Statistical Procedures Companion”. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Οι συνεργάτες που θα σας χορηγήσουν τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια ή διευκρίνιση. Ευχαριστούμε.

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2013
ΑΝΔΡΑΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; _____ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ: _____ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ: _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....
.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;

.....

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ **ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :** ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΧΗΡΟΣ/Α ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΙΣΤΕ**
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΑΥΠΝΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ

Αν ναι, πόσο συχνά; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Πάρα πολύ σπάνια 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ συχνά

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;**
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ **ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;** ΝΑΙ
ΟΧΙ

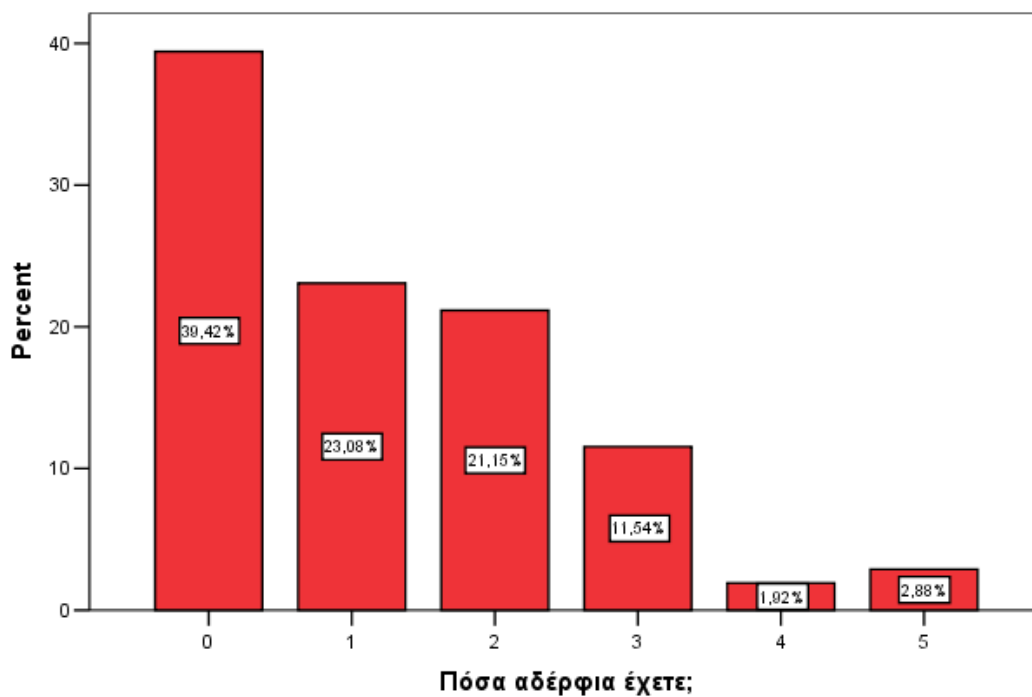
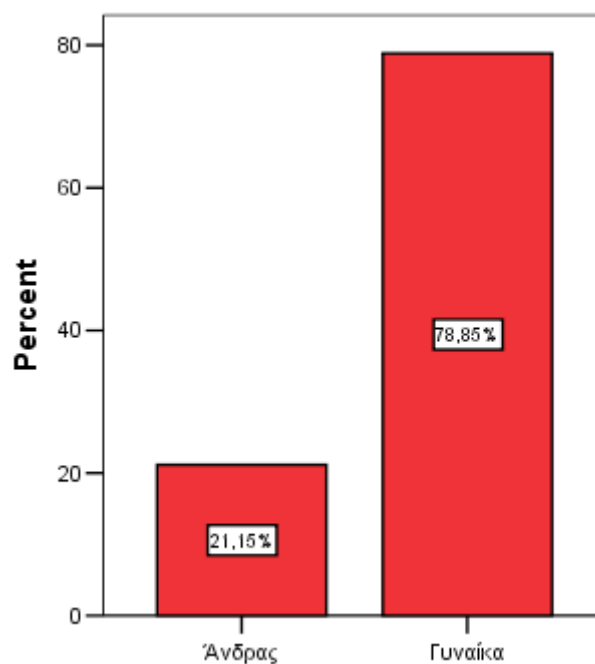
ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙ ΚΑΠΟΙΟΝ ΝΑΙ **ΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ** ΝΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΟ; ΟΧΙ **ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ;** ΟΧΙ

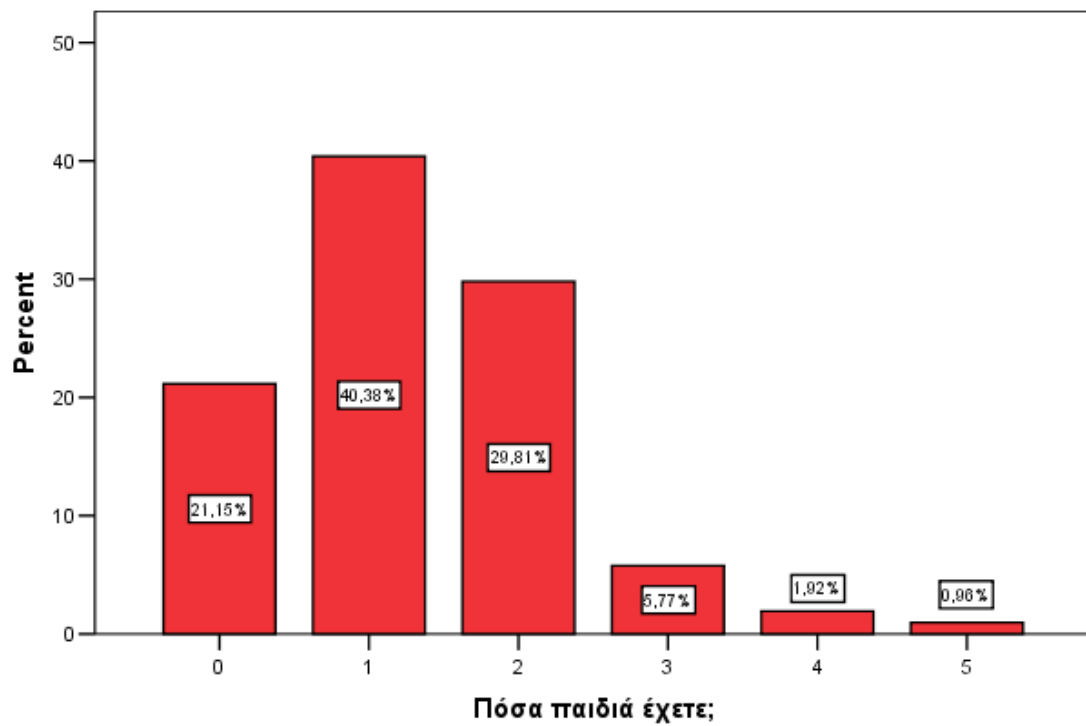
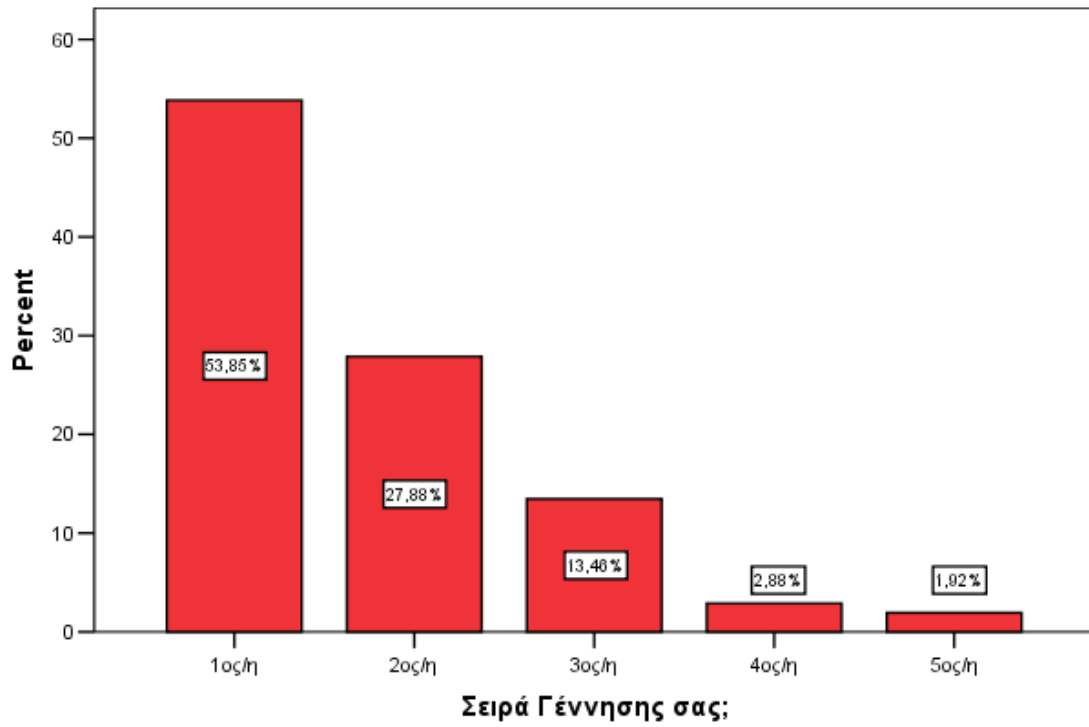
Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ)
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;			
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			

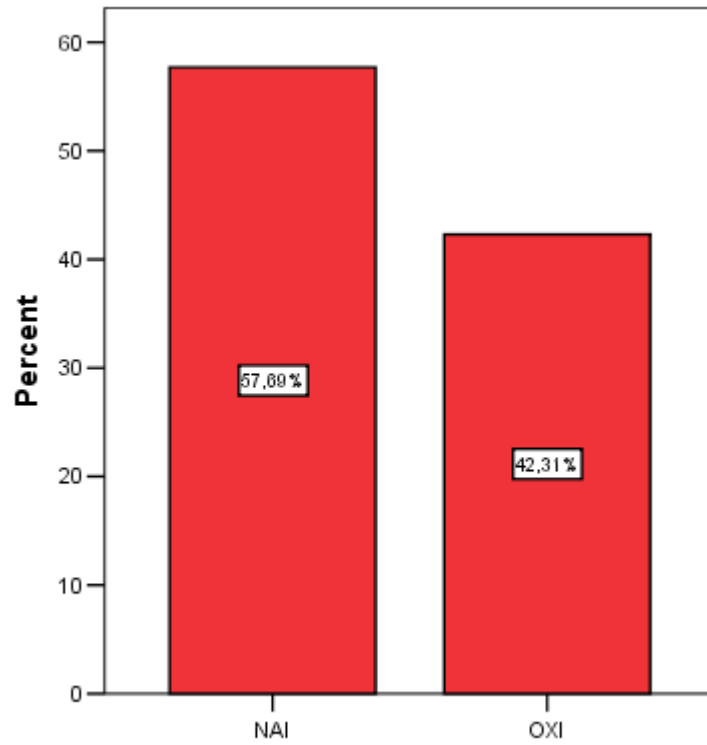
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;			
Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

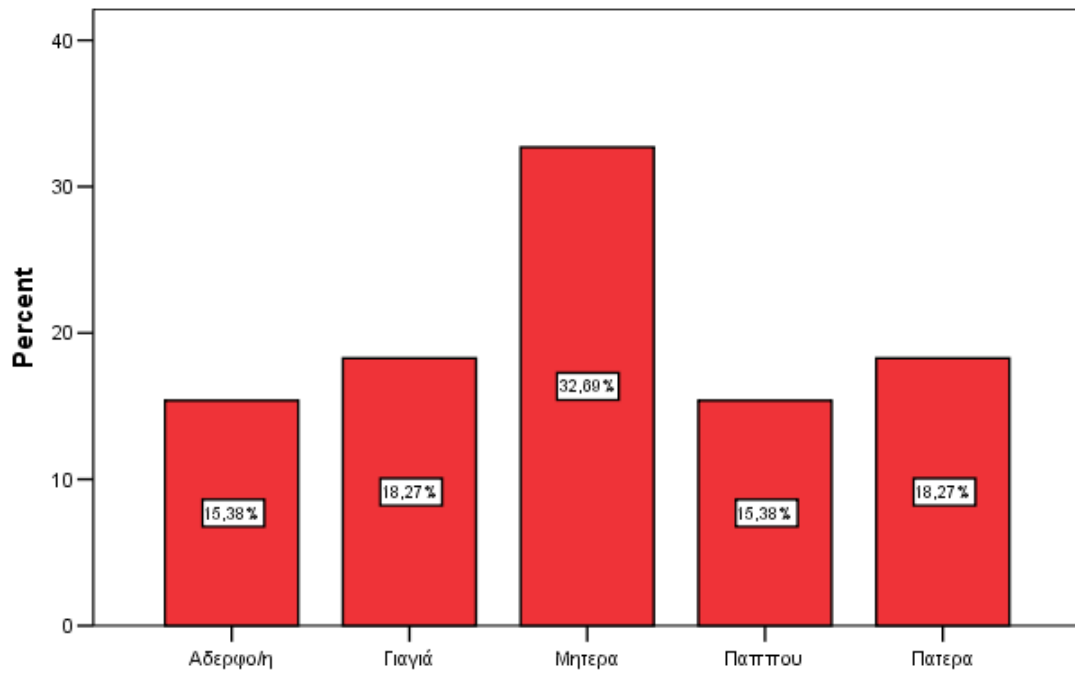
ΙΙ.1. ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ LOT-R



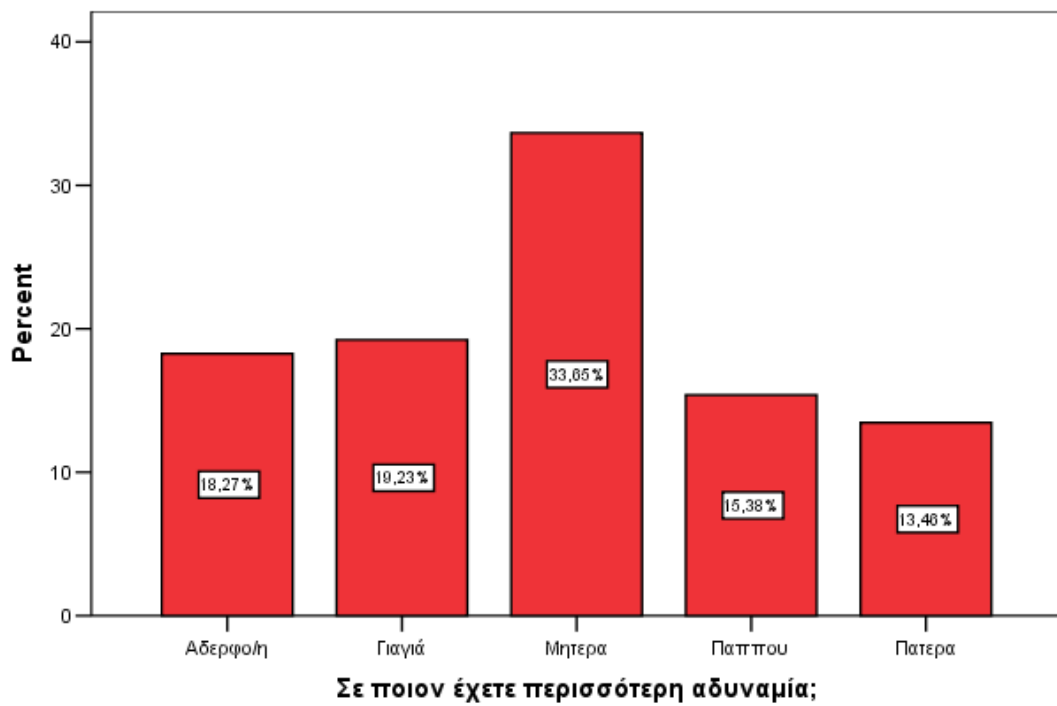
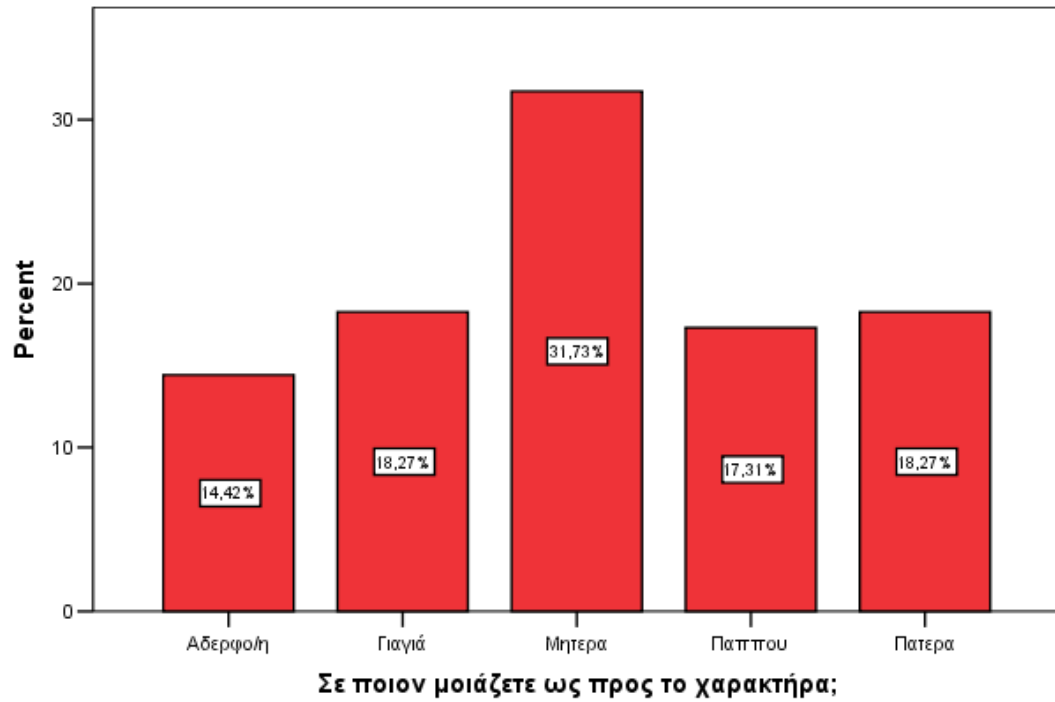


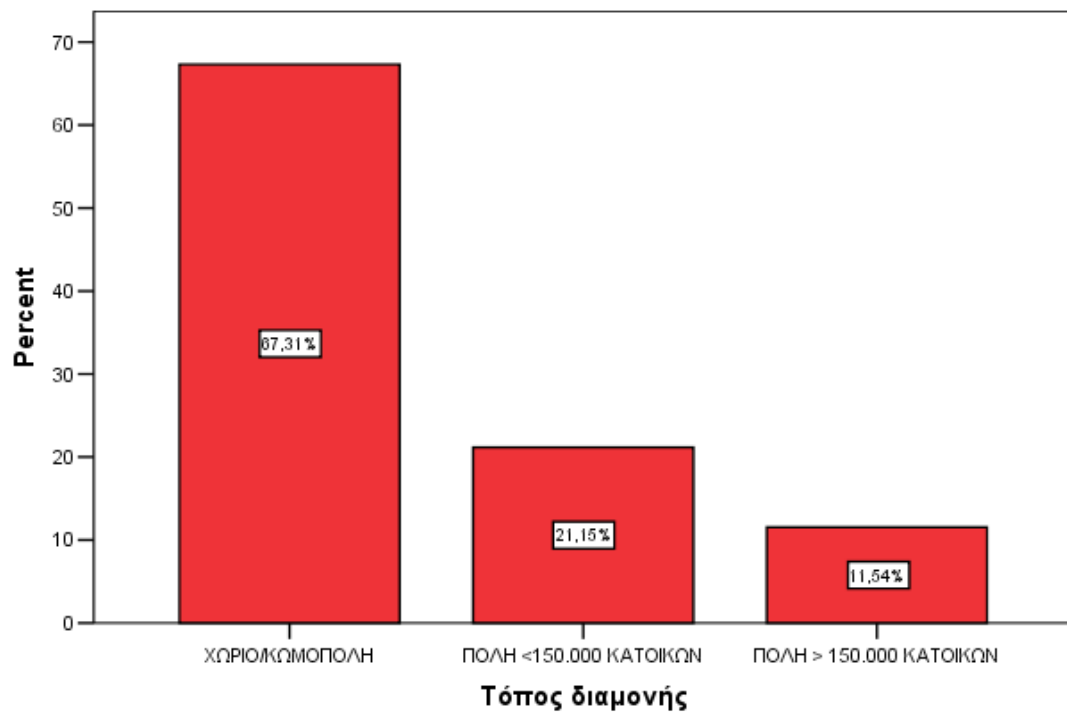
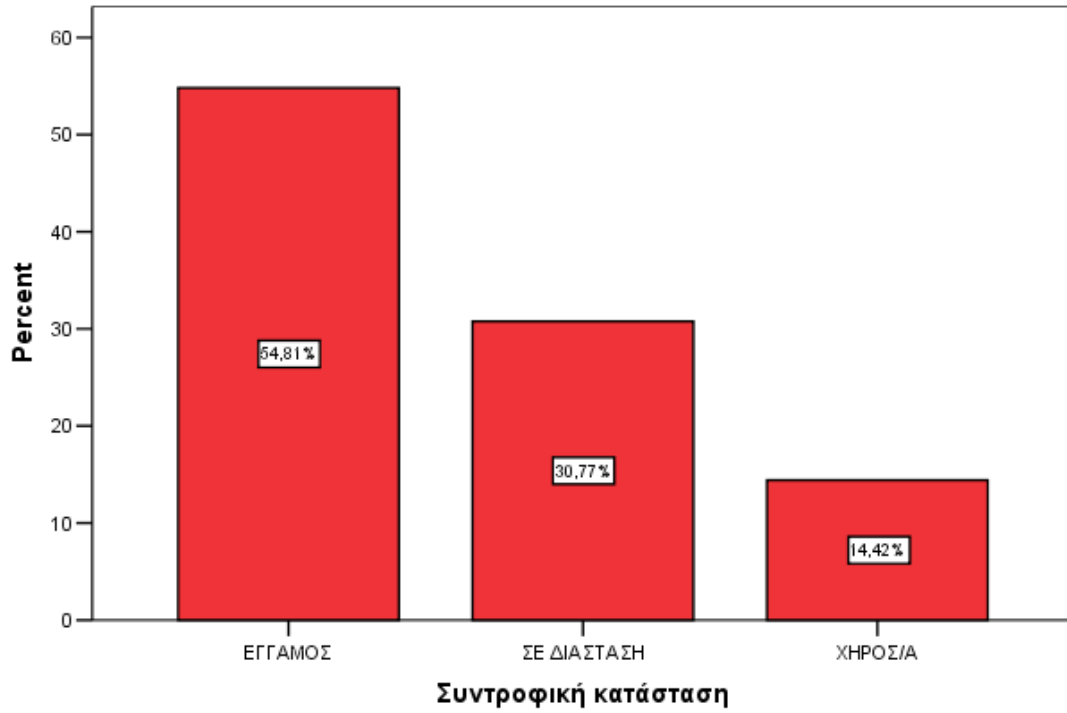


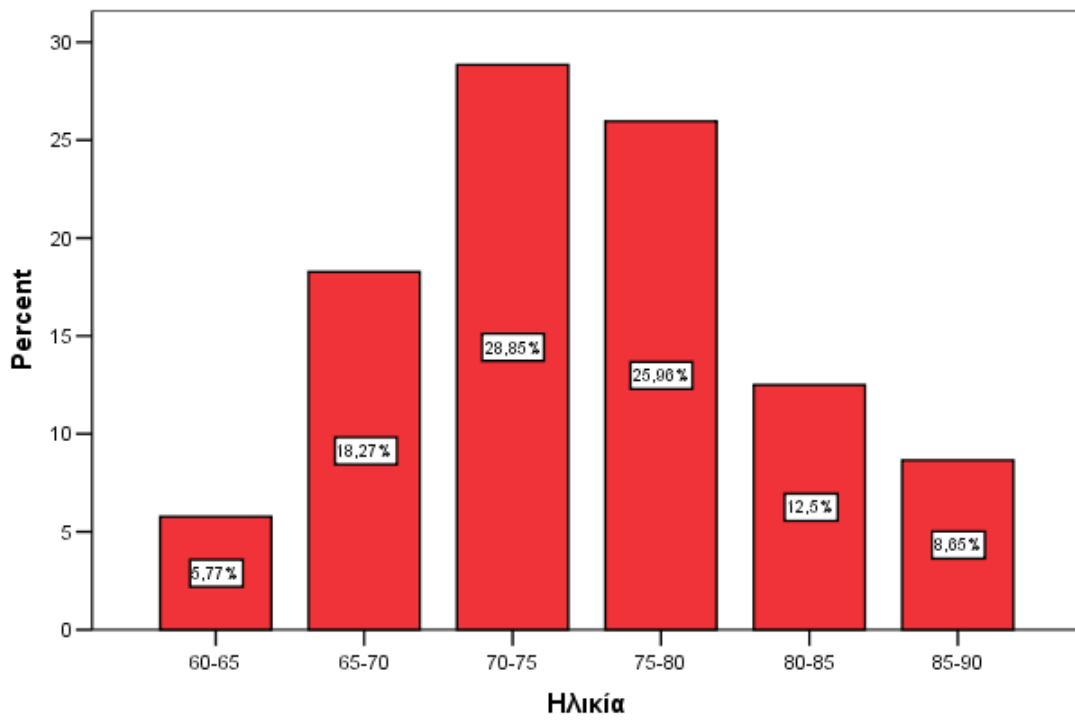
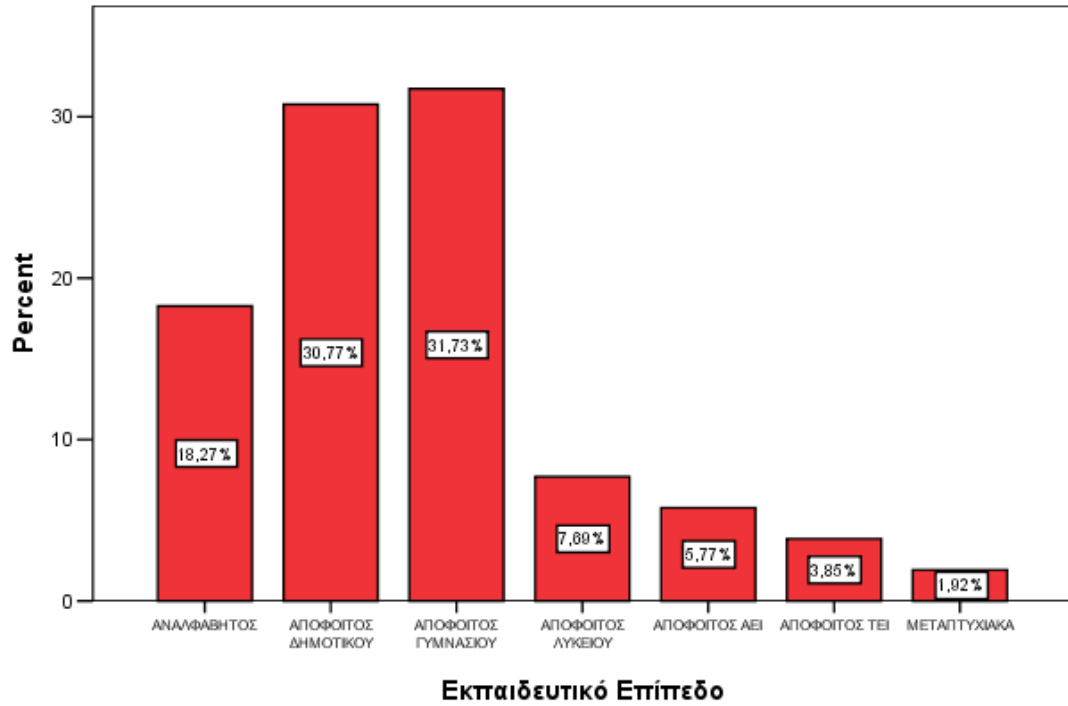
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;

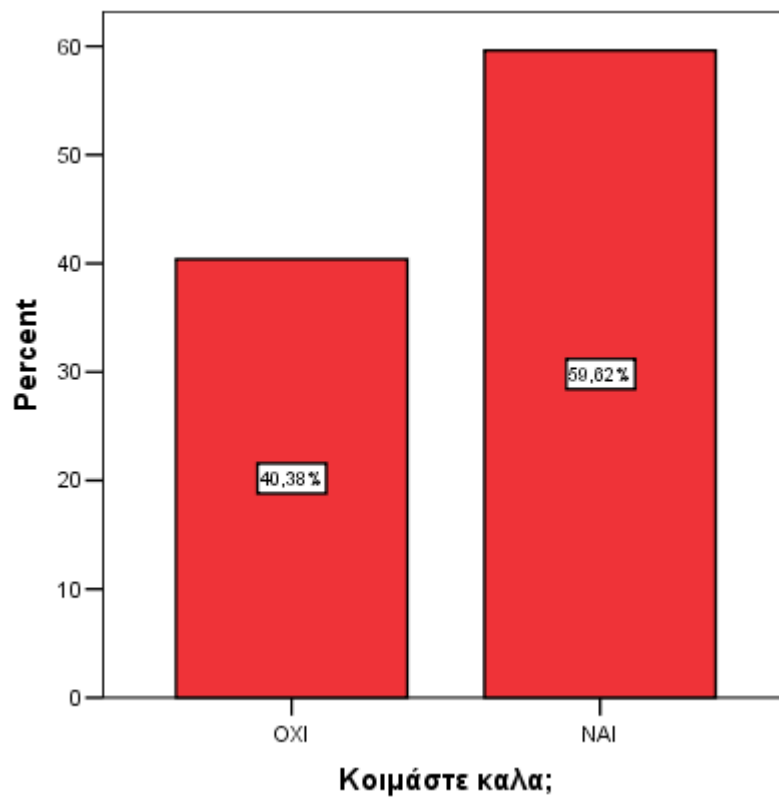
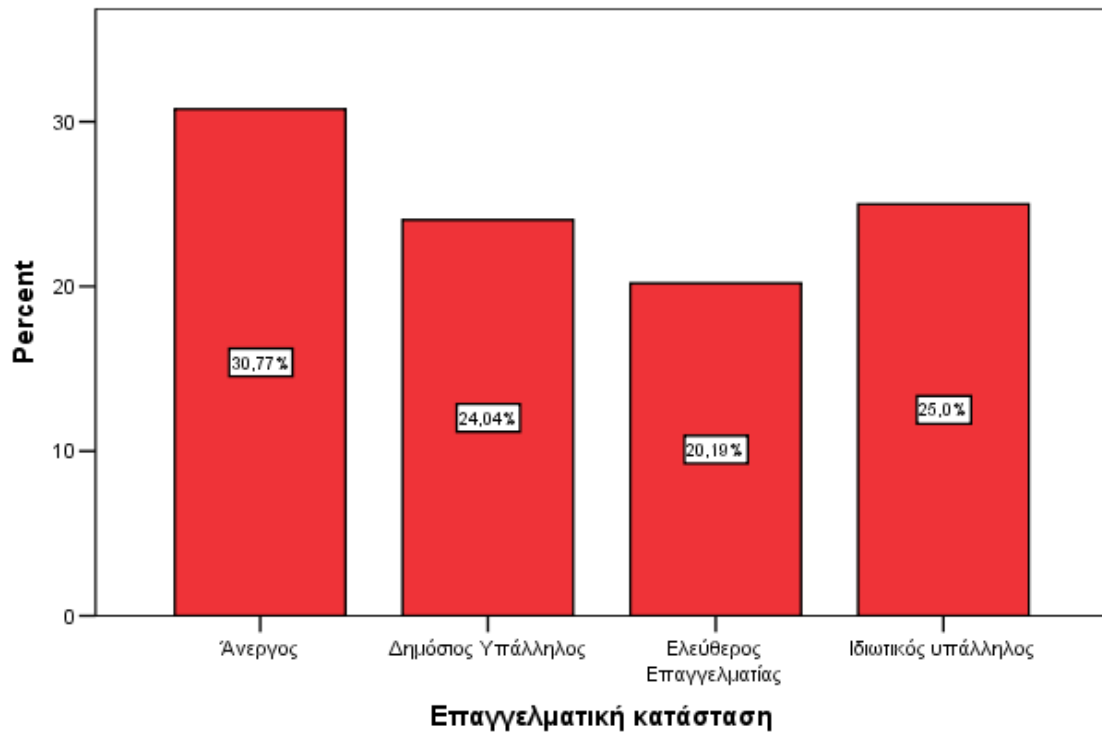


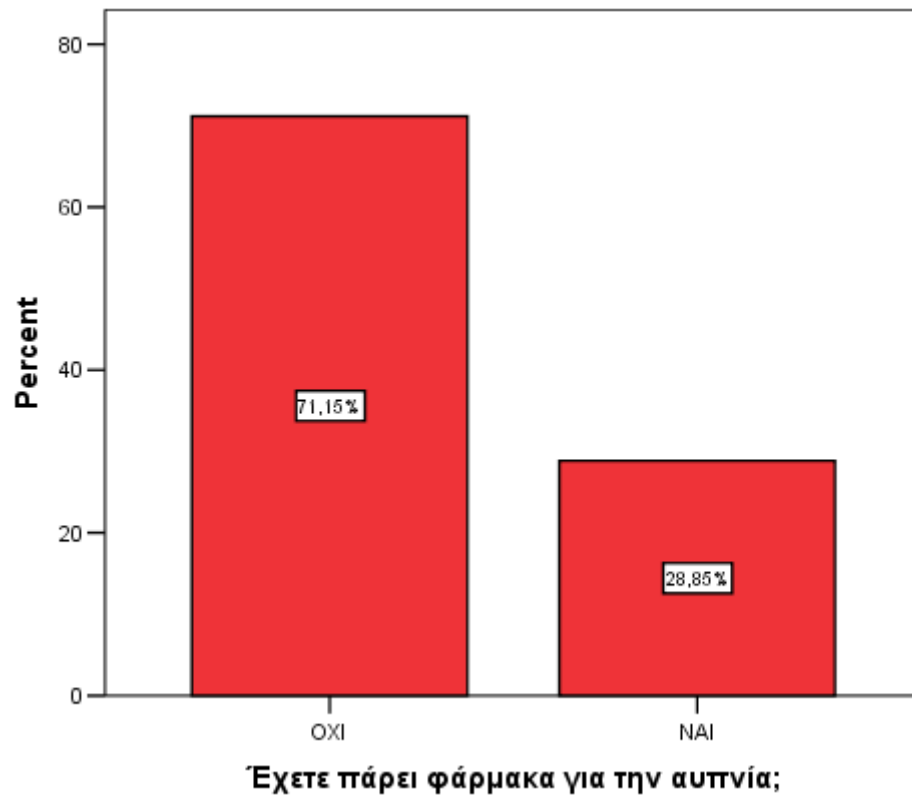
Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά;

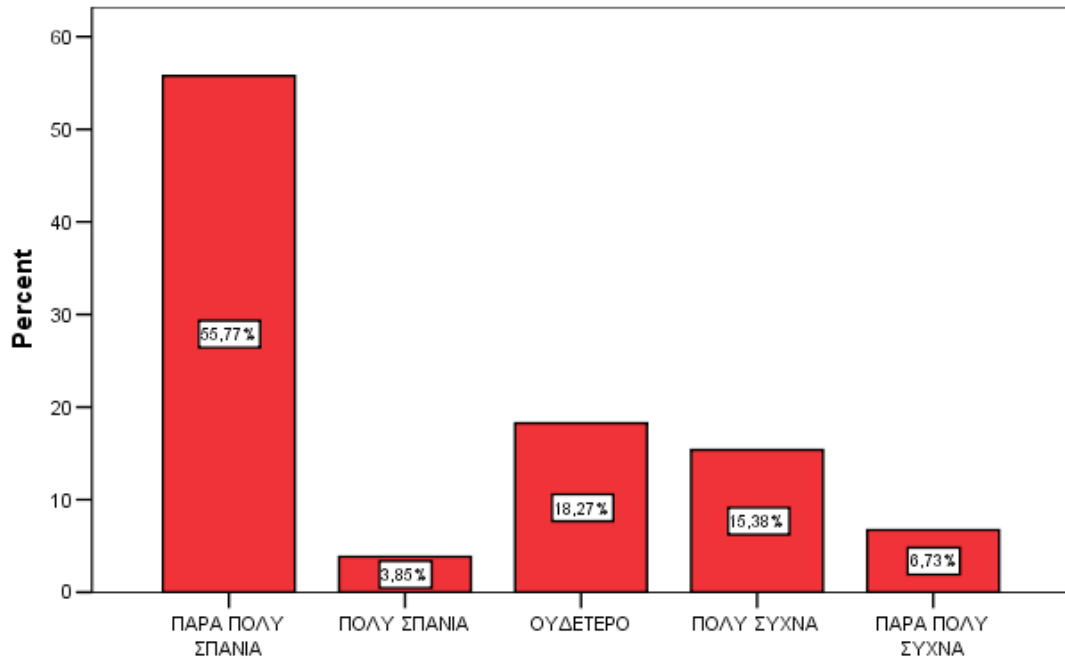




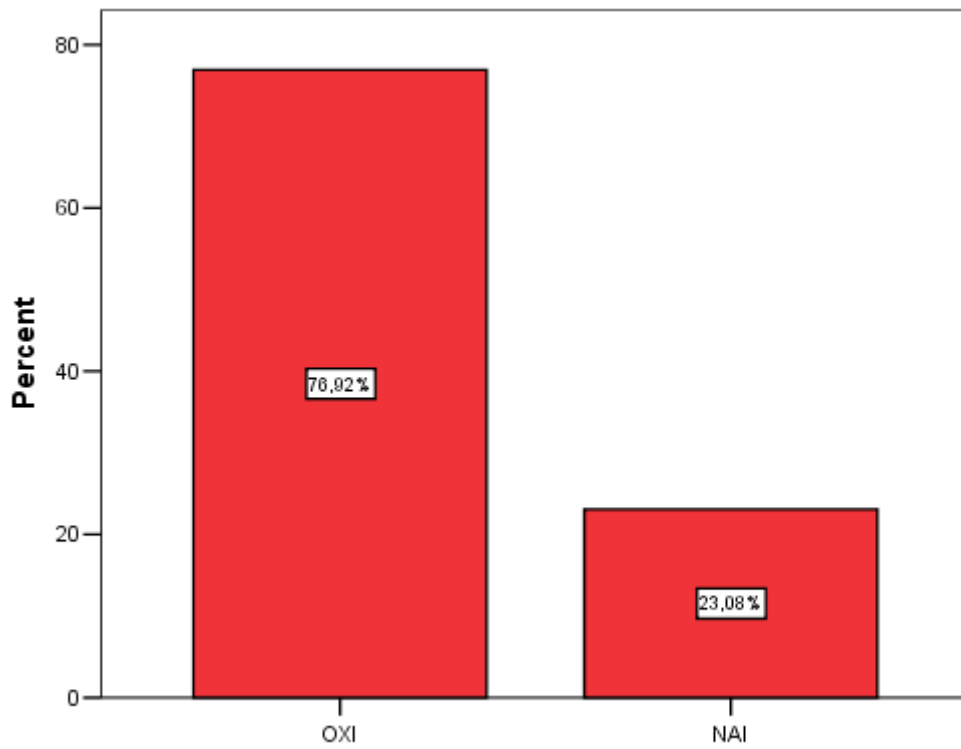




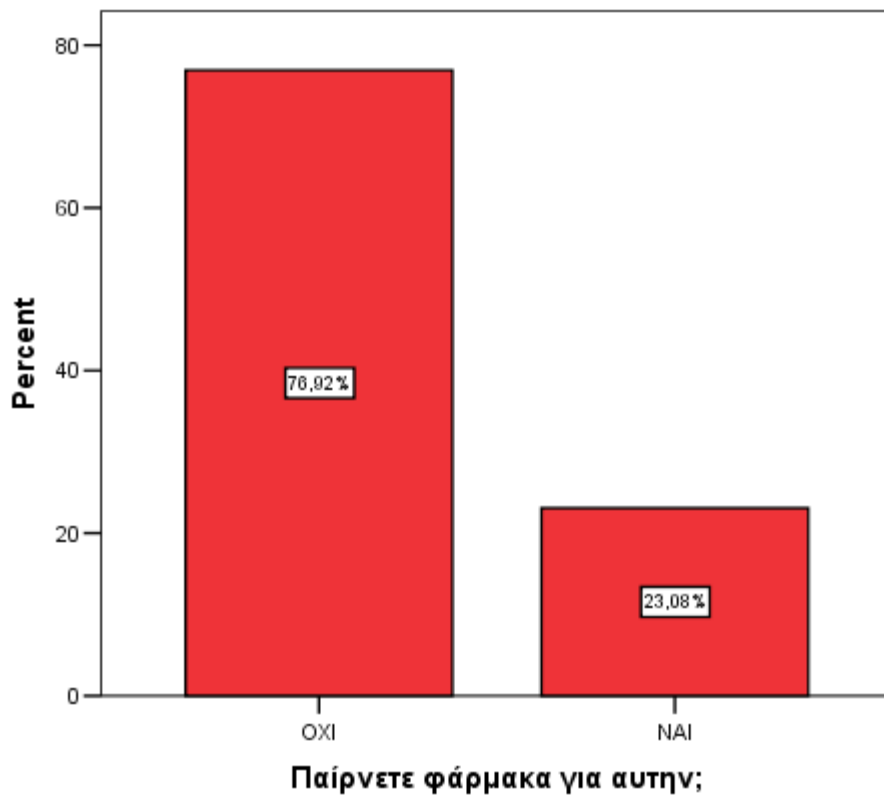
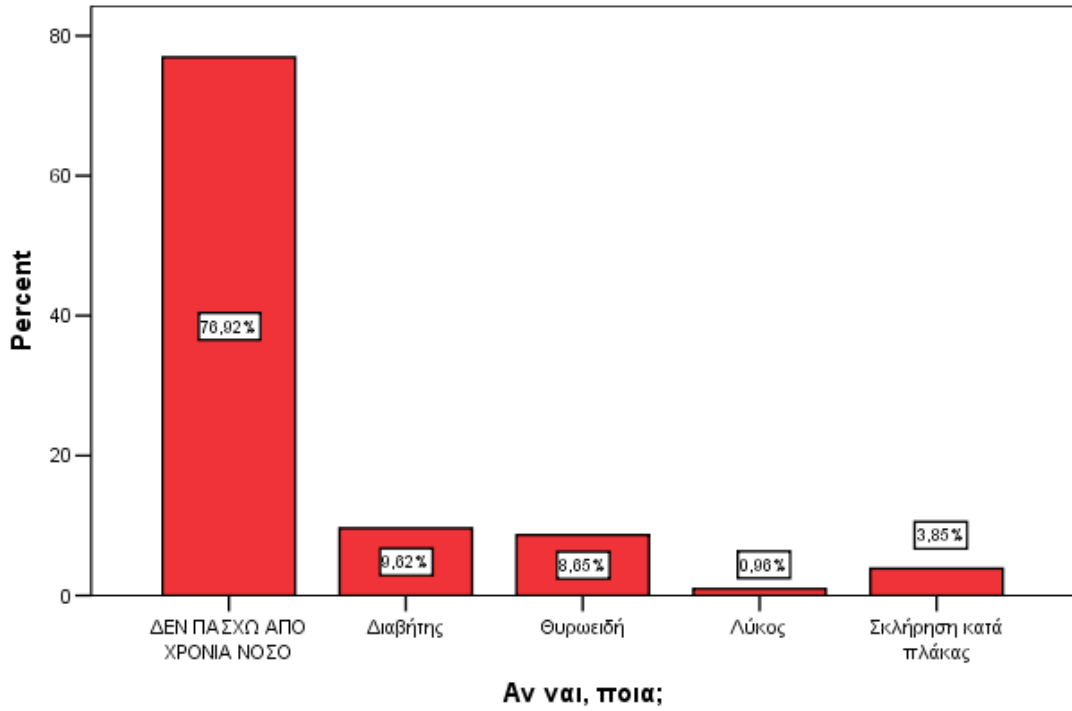


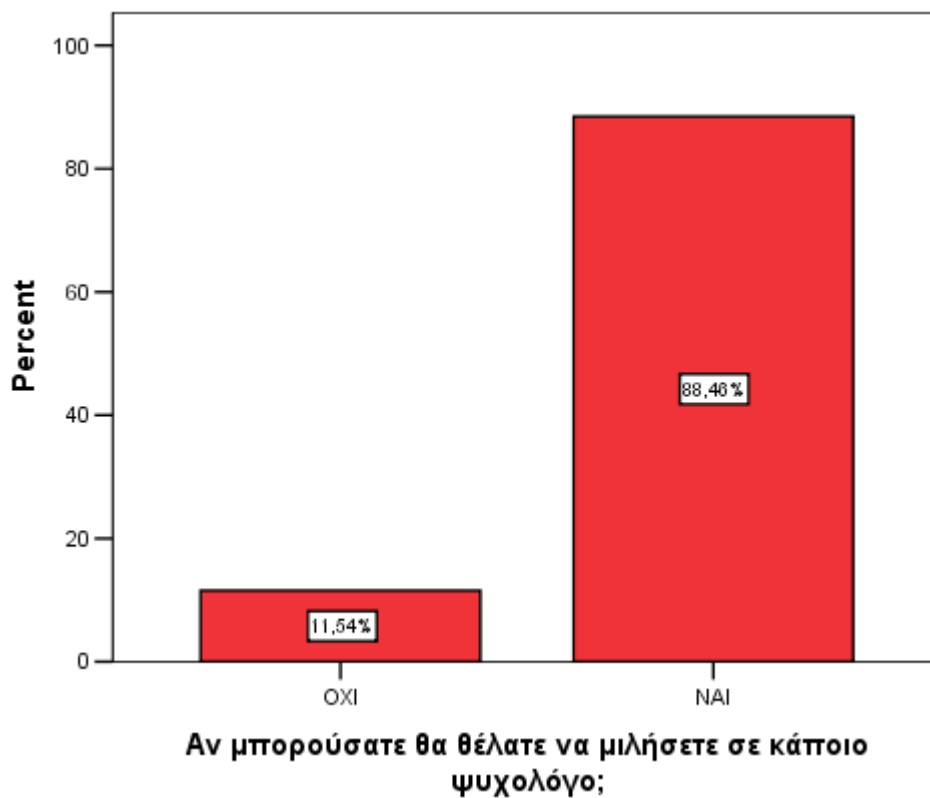


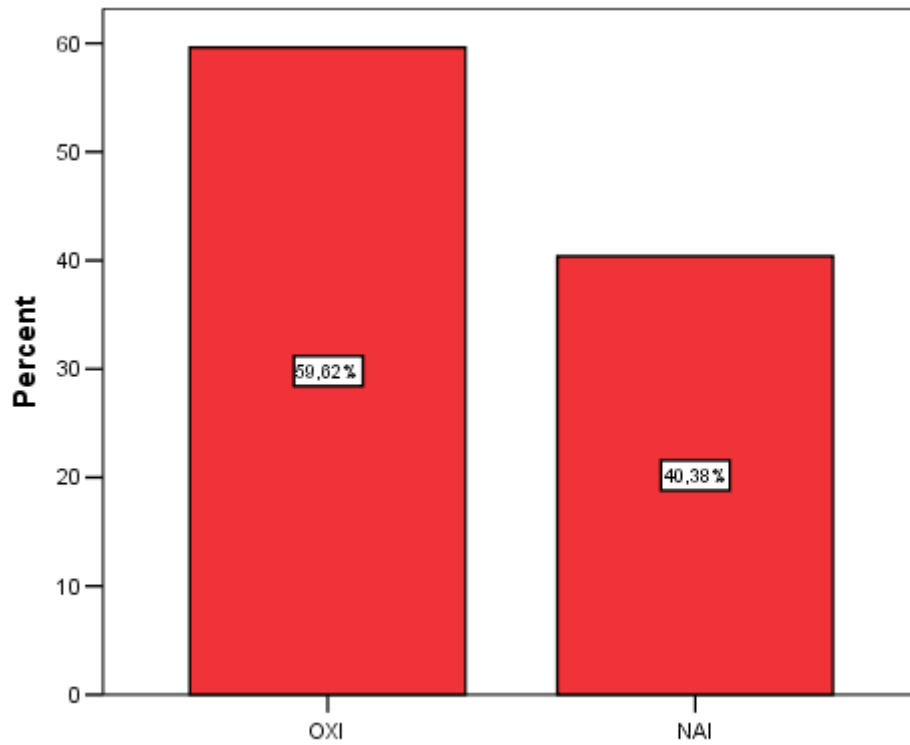
Αν ναι πόσο συχνά;



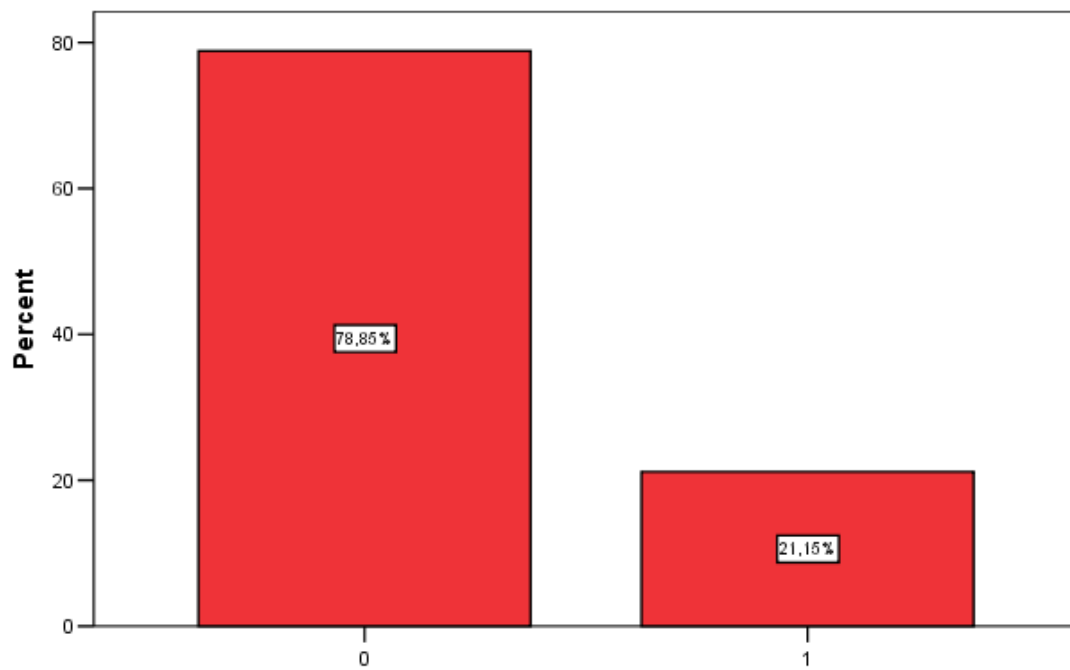
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;



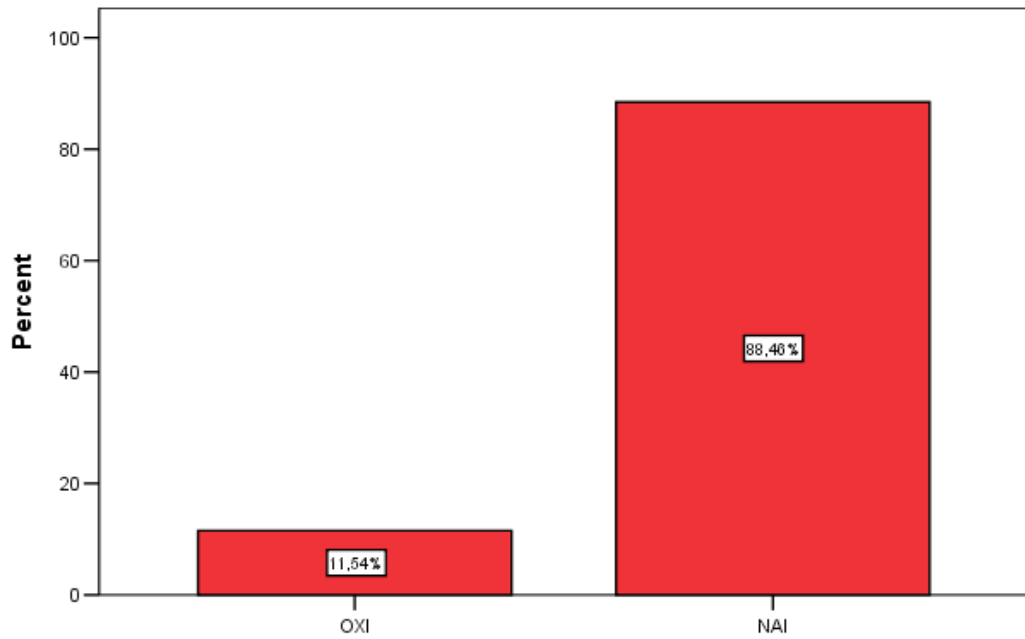




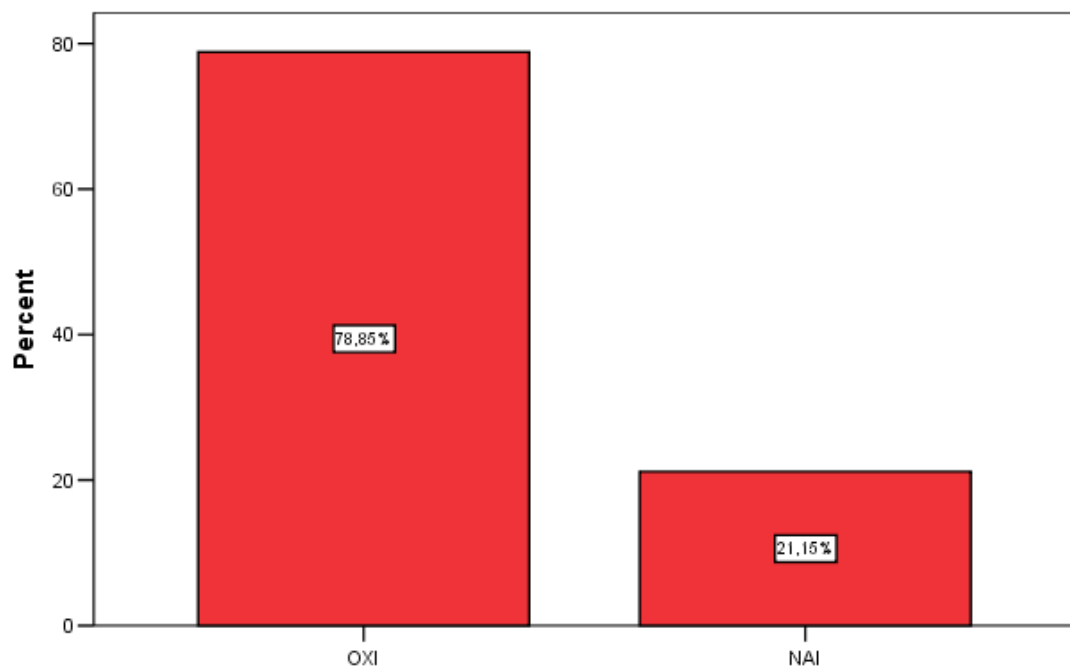
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;



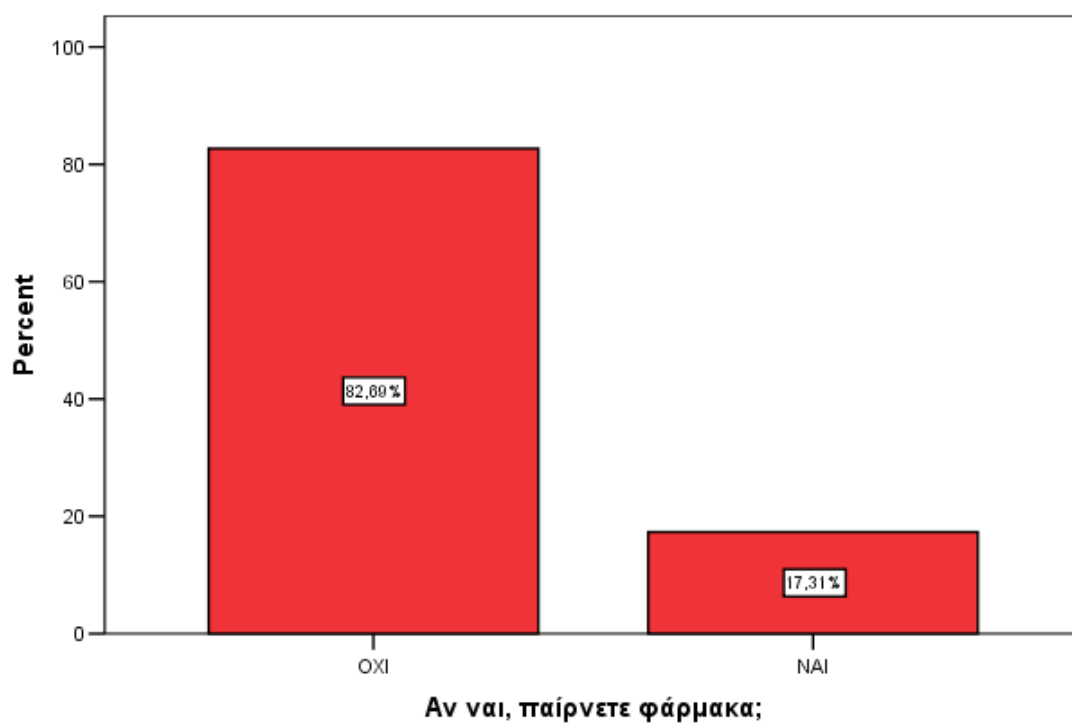
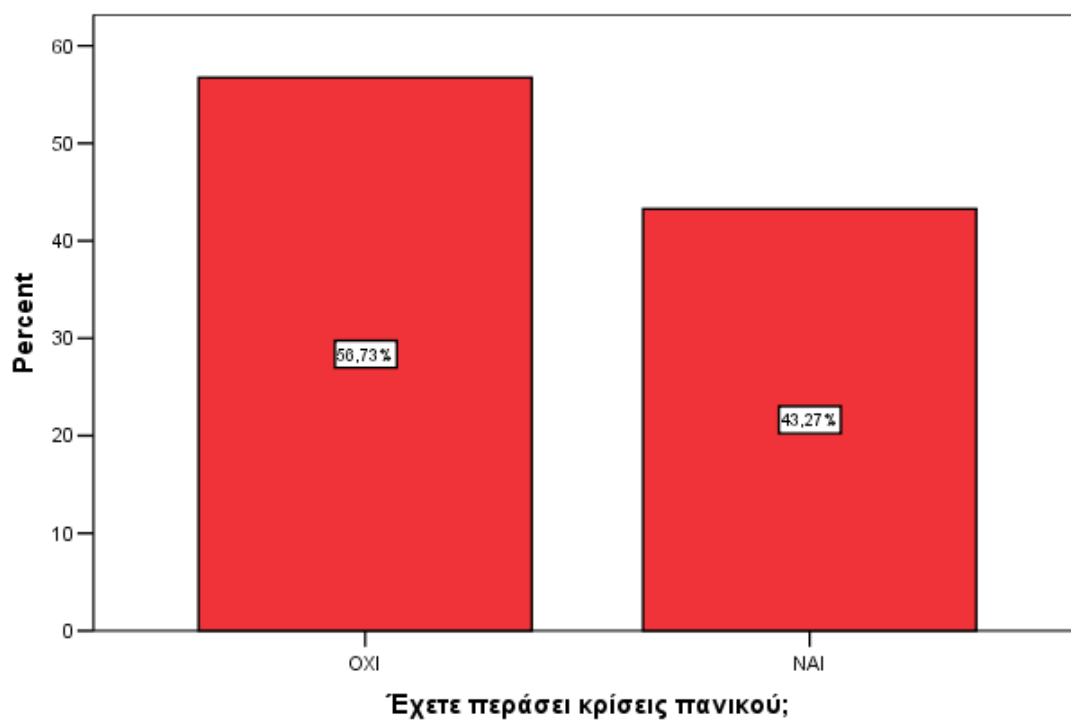
Αν ναι παίρνετε φάρμακα;

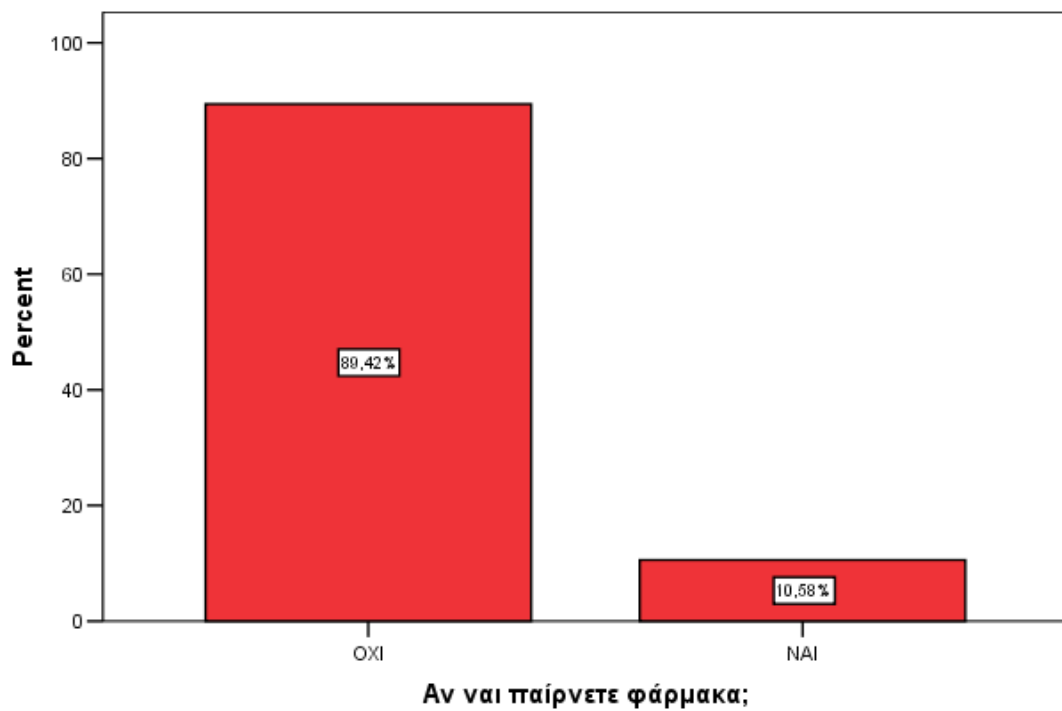
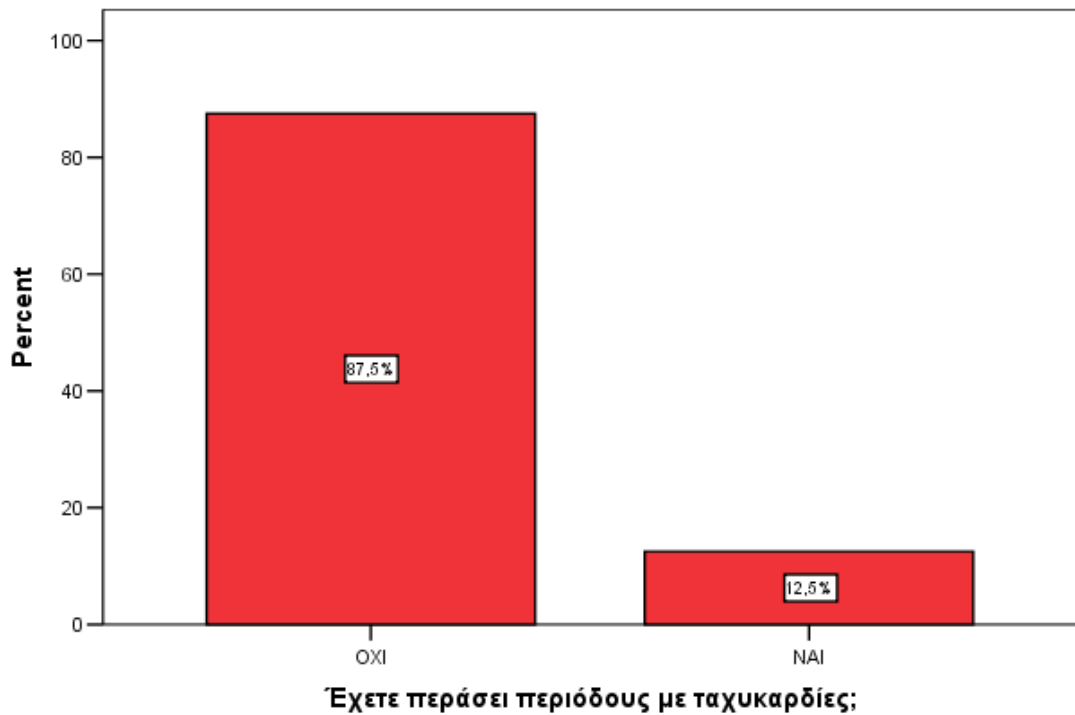


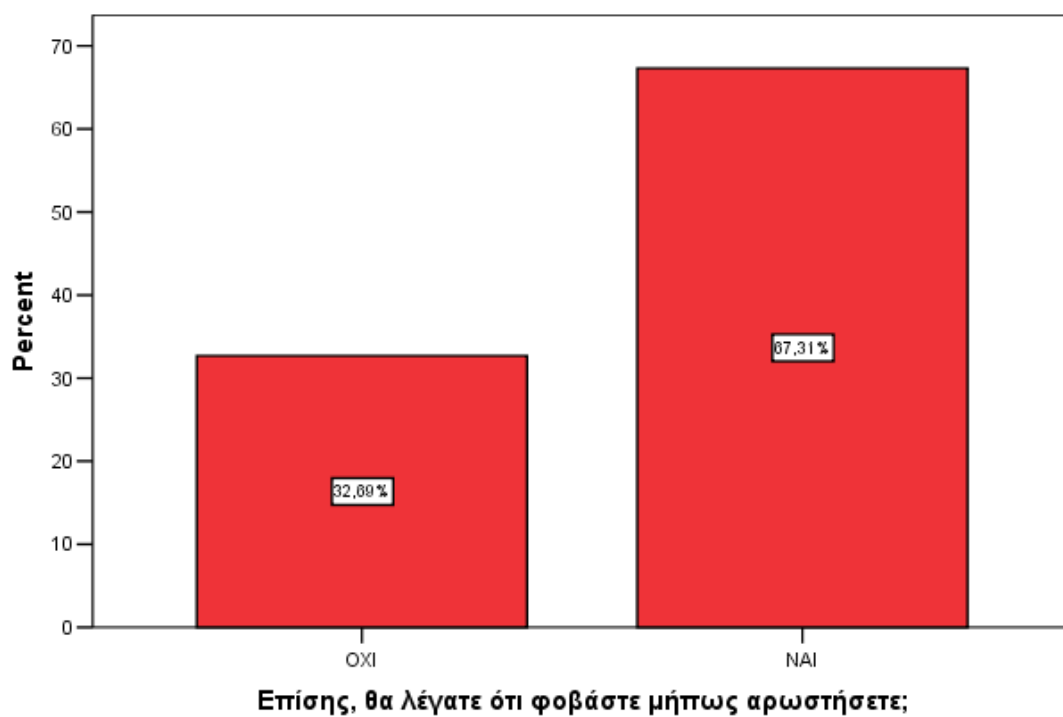
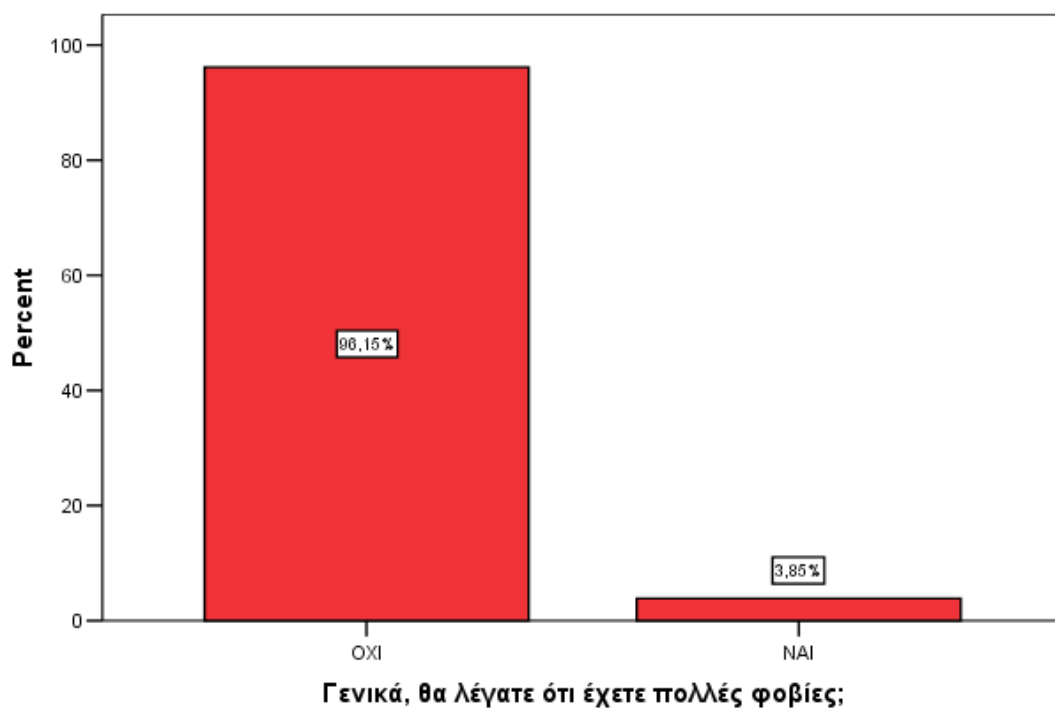
Έχετε υπέρταση;

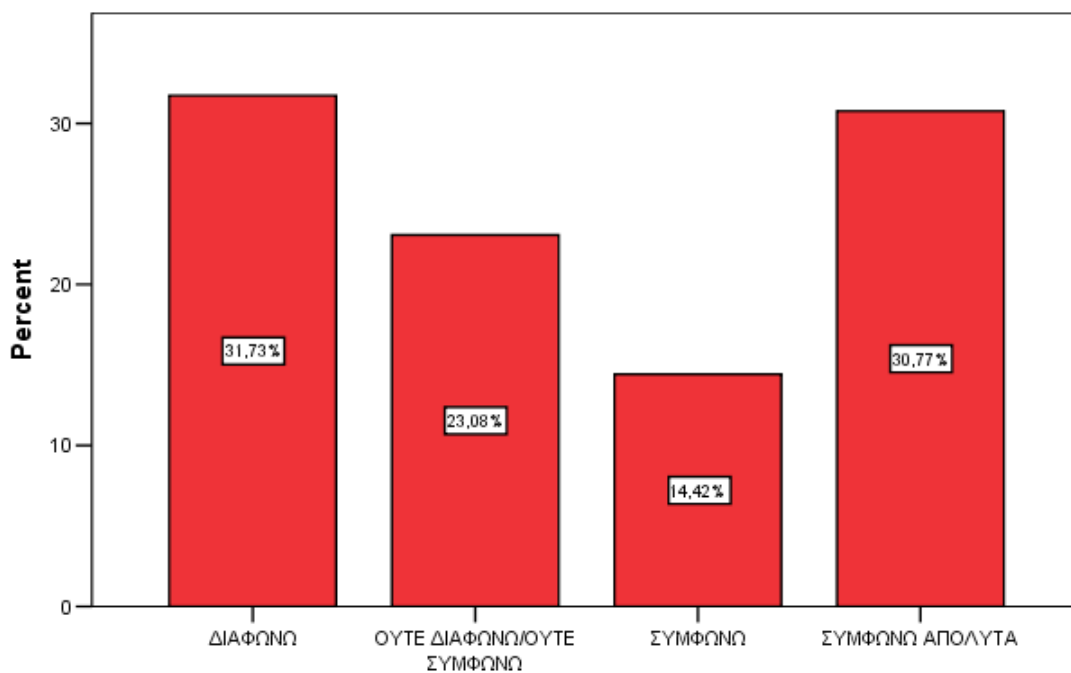


Αν ναι, παίρνετε φάρμακα;

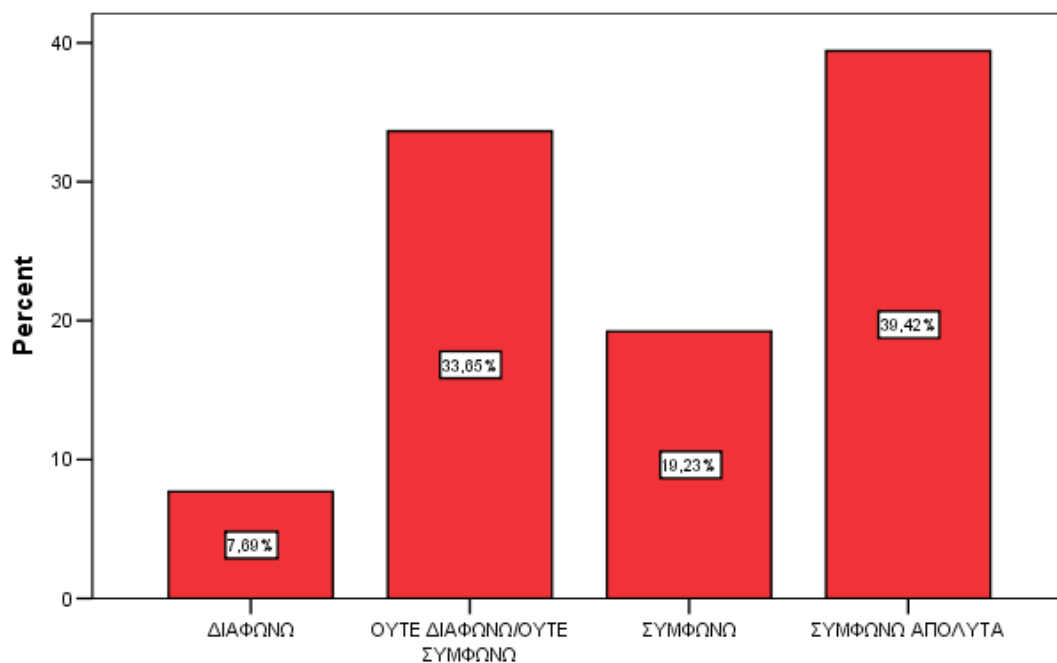




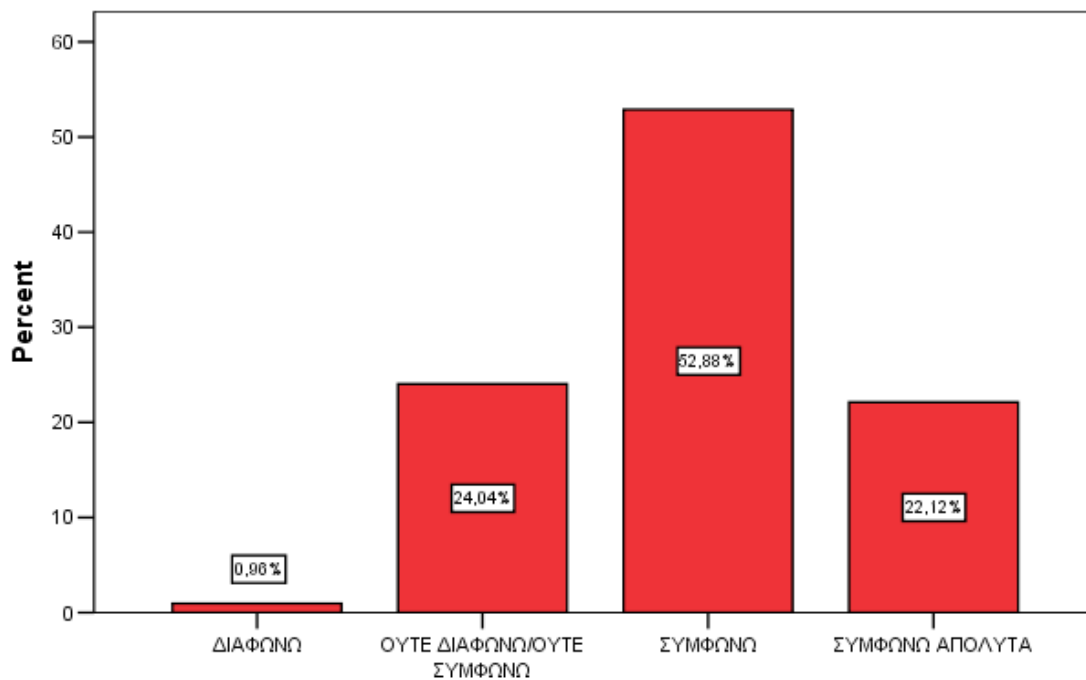




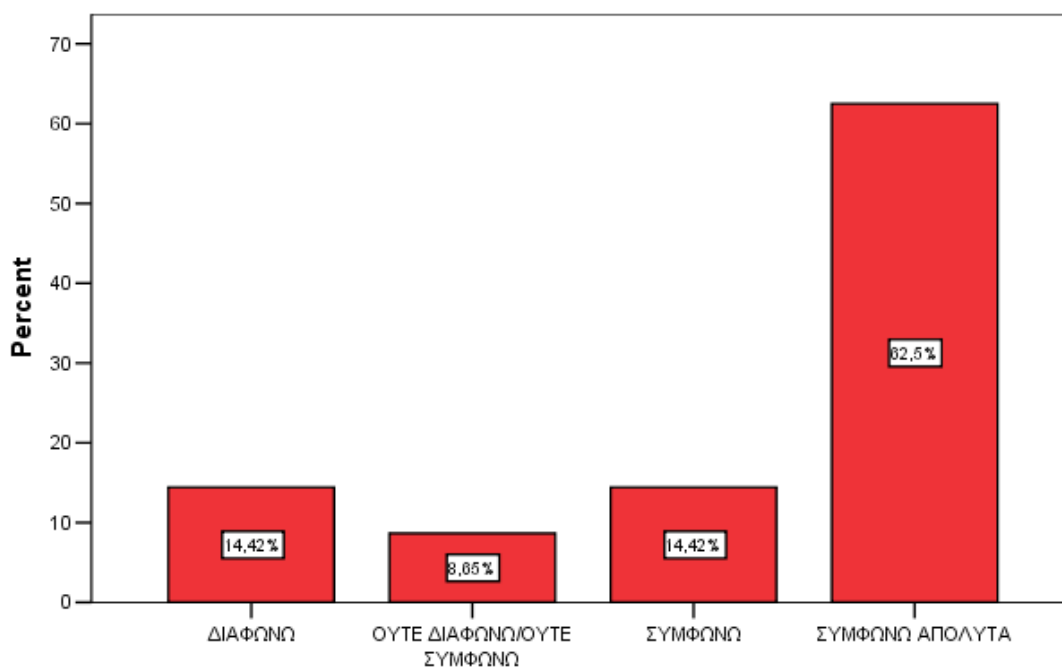
Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.



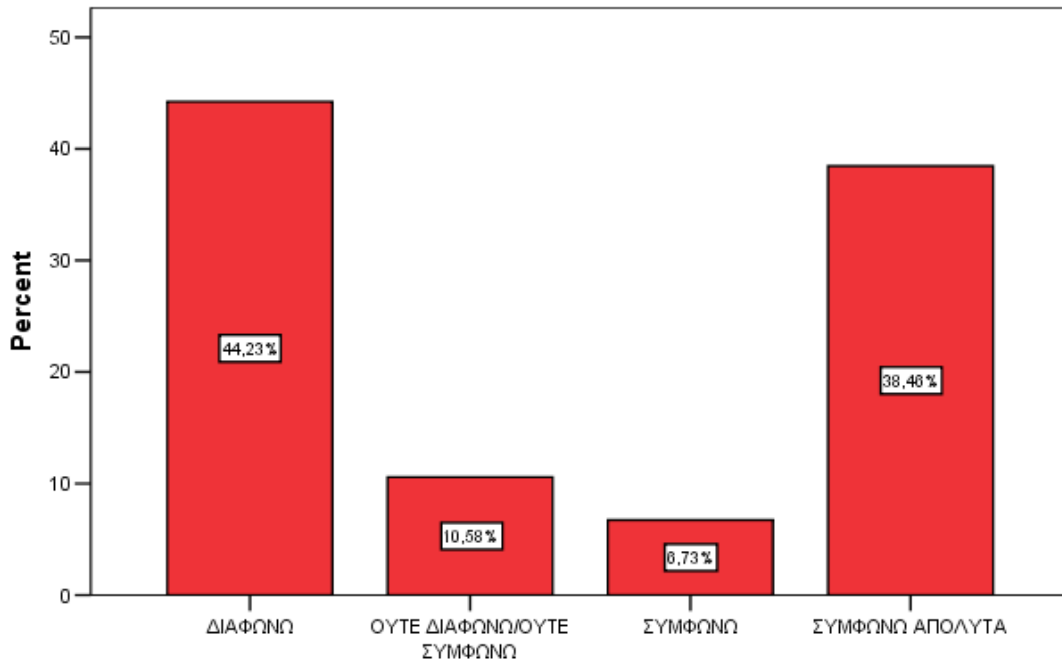
Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω



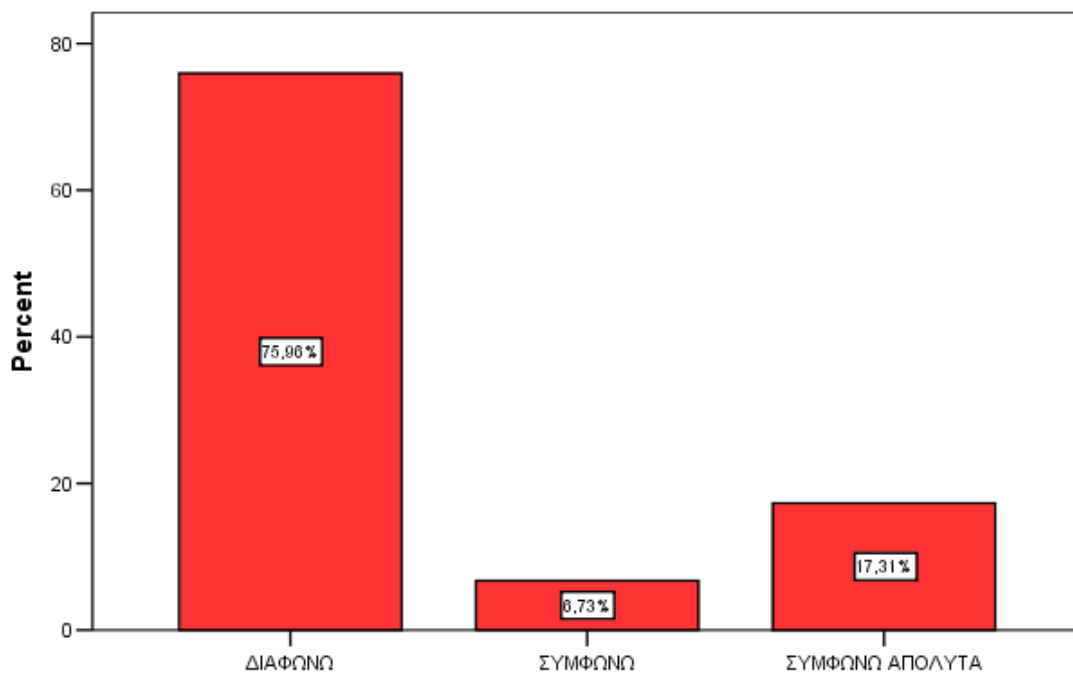
Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.



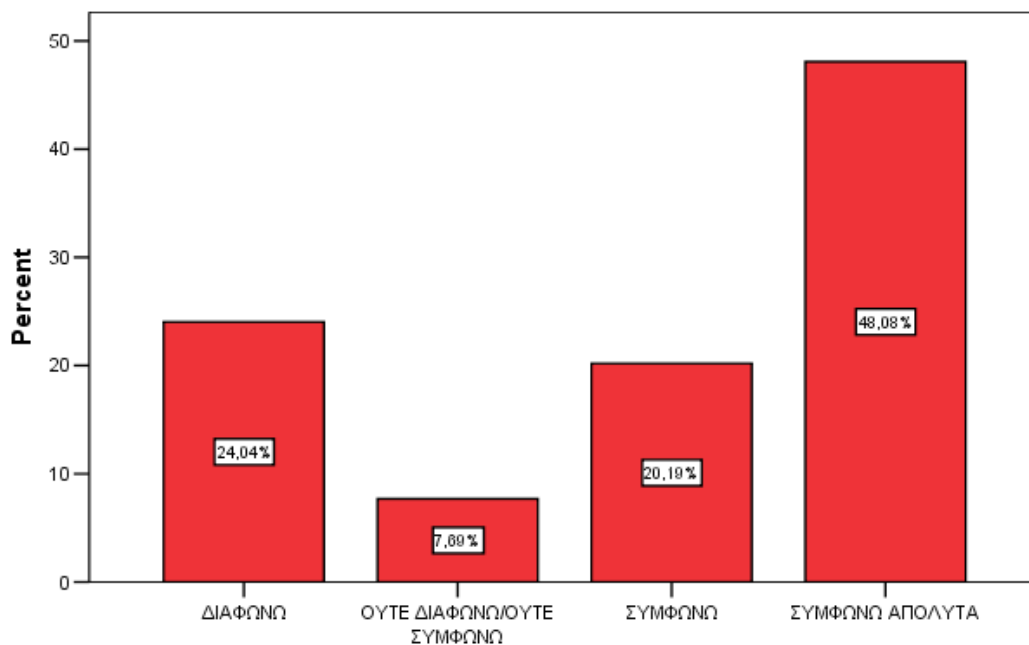
Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.



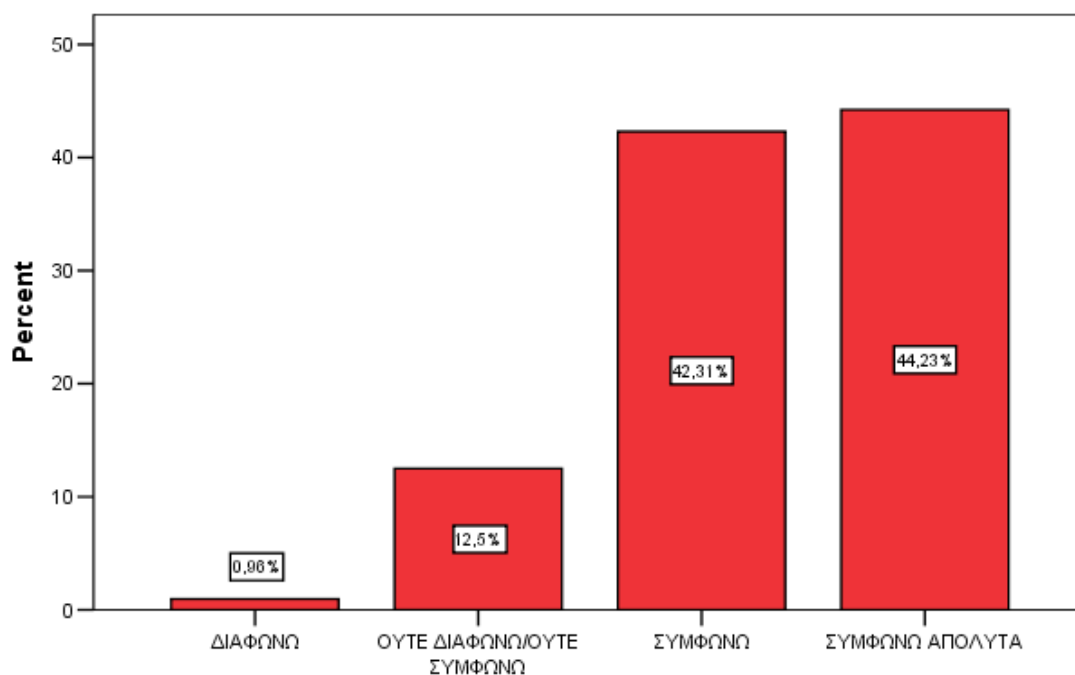
Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.



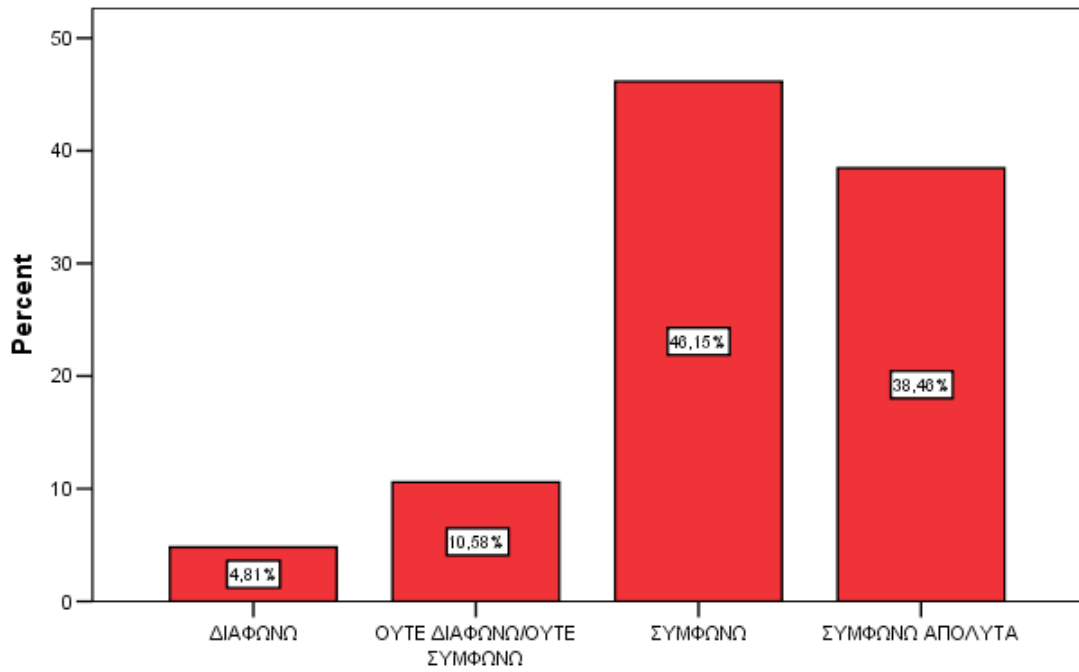
Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.



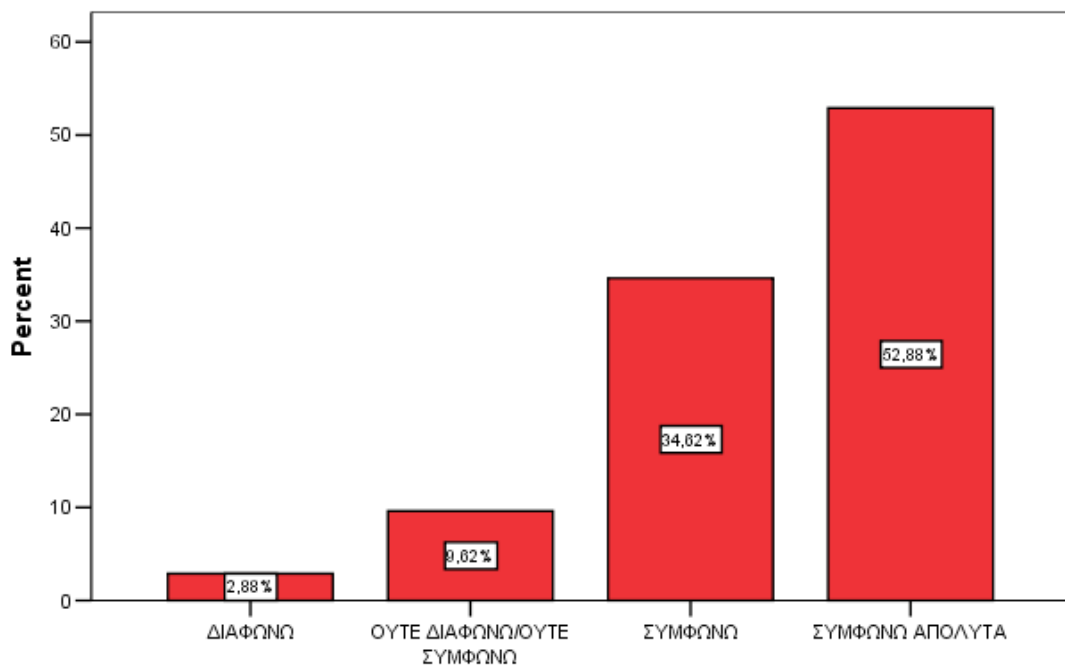
Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.



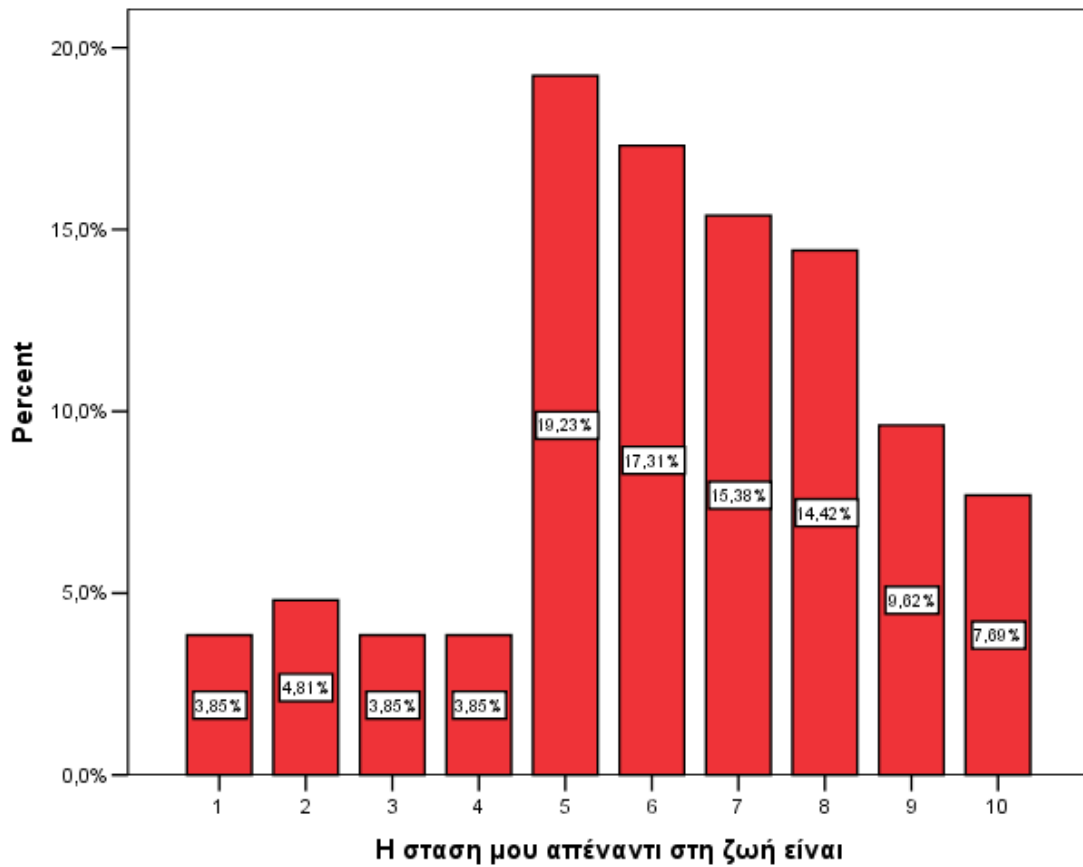
Δεν θυμώνω πολύ εύκολα



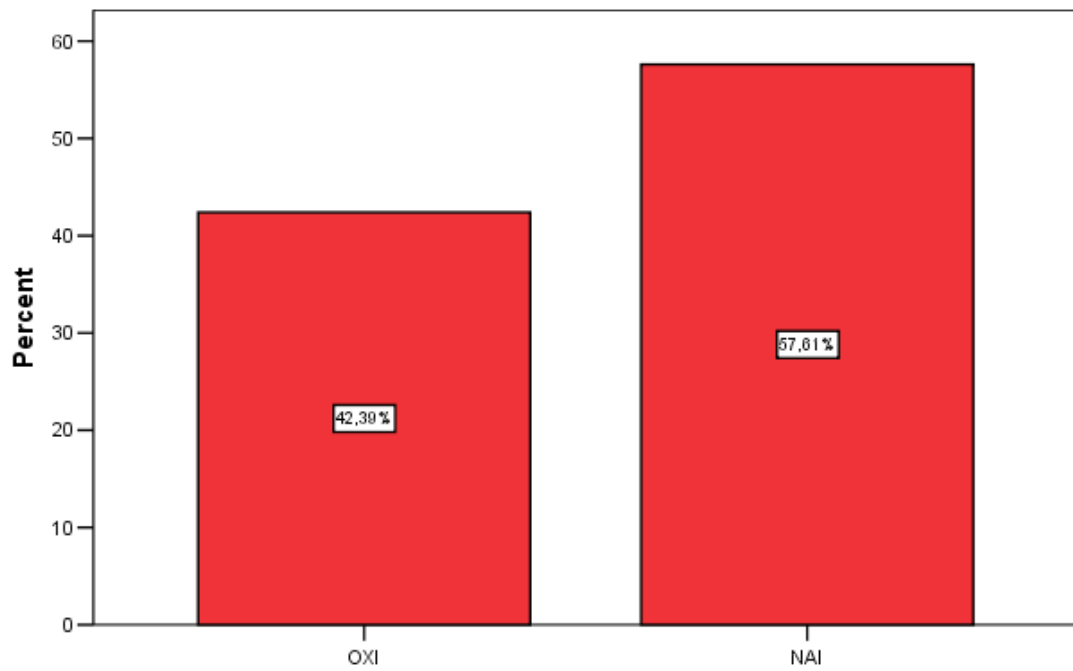
Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα



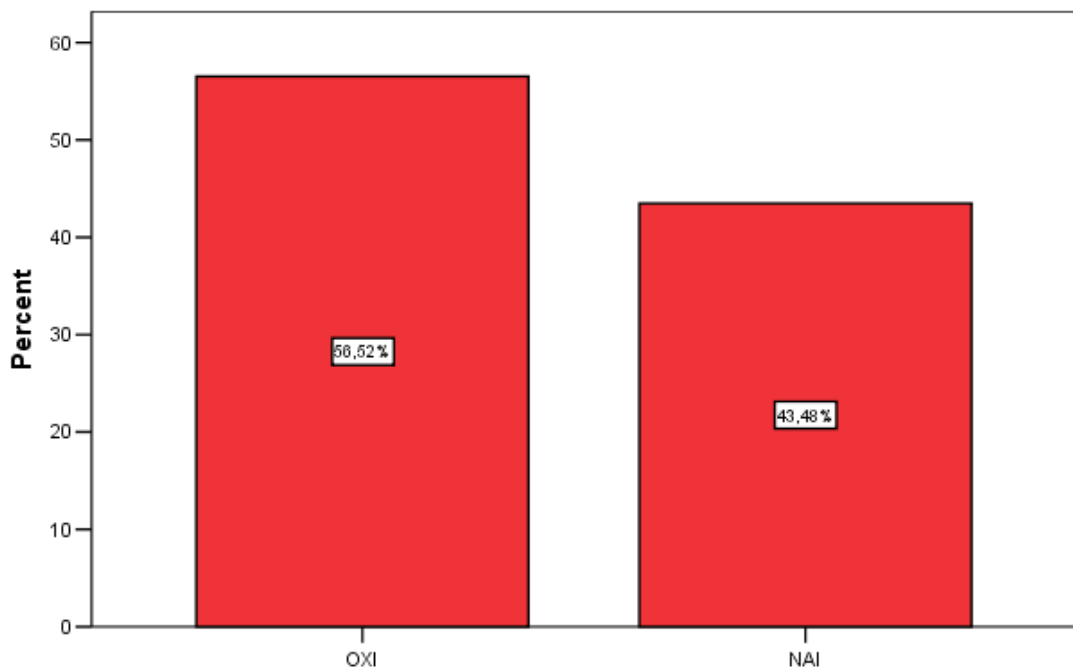
Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά



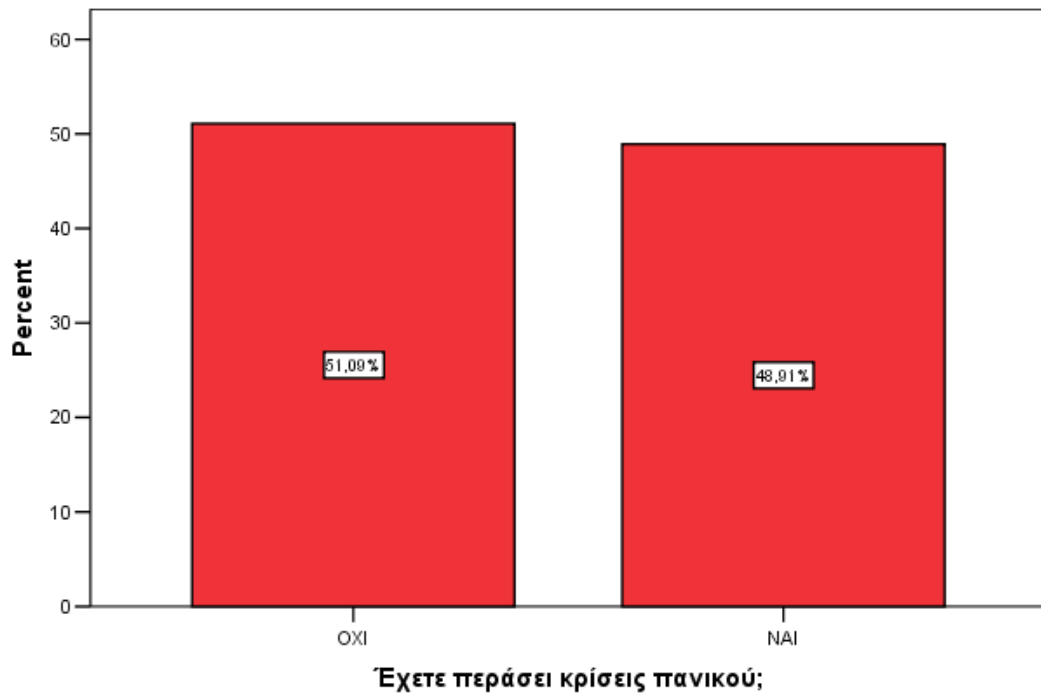
II.2. ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΜΟΝΟ



Κοιμάστε καλά;



Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;



Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;



Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;

