



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF MEDICINE



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΗΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ
ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΜΙΑ
ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΤΟΜΥ) ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΤΣΟΜΠΑΝΟΓΛΟΥ Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΑΜ: 1130052

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2020



UNIVERSITY OF CRETE - SCHOOL OF MEDICINE



POSTGRADUATE STUDY PROGRAMME – Master of Science
Emergencies and Intensive Care in Children Adolescents
and Young Adults

DIPLOMA THESIS

Investigation of adherence to treatment of
hypertensive patients visiting a local primary
healthcare unit in Crete.

TSOMPANOGLOU F.KONSTANTINOS

REGISTERED NURSE

ID NUMBER: 1130052

HERAKLION, JUNE 2020

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΗΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής
Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

ΗΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

ΒΛΑΣΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ομότιμος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

ΗΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής - Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστημίου Κρήτης

ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ομότιμος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ πολύ τους καθηγητές μου που με στήριζαν και με καθοδήγησαν στην διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας αλλά και τους συναδέλφους μου που αφιέρωσαν χρόνο από την εργασία τους για να ενισχύσουν τις προσπάθειές μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ABSTRACT	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	19
1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.1.1 ΠΦΥ- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	21
1.1.2 ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	23
1.2 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	28
1.2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	28
1.2.2 ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	30
1.3 ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	37
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	39
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	39
3.1 ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	39
3.2 ΔΕΙΓΜΑ.....	39
3.3 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.....	39
3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	41
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο : ΚΛΙΜΑΚΑ HILL-BONE	41
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο : ΚΛΙΜΑΚΑ A-14	41
ΜΕΡΟΣ 3 ^ο : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ.	42
3.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	45
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	59
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ	61
5.3 ΜΕΛΛΟΝ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	62
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	69
8.1 ΝΟΜΟΙΚΑΙΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ	69
8.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ - ΚΛΙΜΑΚΕΣ	70
1: ΚΛΙΜΑΚΑ HILL - BONE	70
2: ΚΛΙΜΑΚΑ A-14	71
3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ	72

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΗΦΥ: Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση

ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΤΟΜΥ: Τοπική Μονάδα Υγείας

COVID-19: Coronavirus

WHO: World Health Organisation

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μια συχνά εμφανιζόμενη νόσος που απασχολεί αρκετά το προσωπικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των Τοπικών Ομάδων Υγείας είναι η Αρτηριακή Υπέρταση. Μια νόσος που σχετίζεται με την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου και εγκεφαλικών επεισοδίων. Για την αποτελεσματική θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης είναι πολύ σημαντική η προσήλωση του ασθενή στις οδηγίες της θεραπευτικής ομάδας και στην αγωγή του.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή διερευνά το βαθμό προσήλωσης των υπερτασικών ασθενών στην αγωγή τους και τη συσχέτιση της προσήλωσης αυτής με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν ενήλικες ασθενείς άνδρες και γυναίκες, που ήταν εγγεγραμμένοι σε έναν οικογενειακό ιατρό της 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου ο οποίος παρακολουθεί την υγεία τους. Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2019 και ολοκληρώθηκε το Μάιο του 2020. Τα εργαλεία, για την καταγραφή της προσήλωσης των ασθενών, που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι Κλίμακες Hill-Bone και A14 και ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Για την στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του SPSS.

Αποτελέσματα: Σ' αυτή τη μελέτη συμμετείχαν 87 ασθενείς, άνω των 45 ετών, με αρτηριακή υπέρταση, 36 (41.4%) άνδρες και 51 (58.6%) γυναίκες. Τα μισά άτομα (50.6%) ήταν παχύσαρκα και το 34.5% υπέρβαρα, ενώ το 55.2% χρησιμοποιούσε αλάτι κατά το μαγείρεμα. Το 88.5% κατανάλωνε καφέ 2-3 φλιτζάνια την ημέρα. Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστά συμπεριελάμβανε στη διατροφή του φρούτα και λαχανικά, σε καθημερινή βάση ενώ το 48.3% δήλωσε πως ασκείται, το 51.7% δεν κάπνιζε και το 42.5% δεν κατανάλωνε ποτέ αλκοόλ. Η πλειοψηφία των ατόμων έπασχε από συνοδό νόσημα, 60.9% από δυσλιπιδαιμία και 21.8% από σακχαρώδη διαβήτη/καρδιοπάθεια. Άτομα χωρίς καμία ή με πολλές οικονομικές δυσκολίες, όσοι ασκούσαν χειρωνακτική εργασία, οι συνταξιούχοι, αλλά και οι καπνιστές, ήταν καλύτερα προσηλωμένοι στην θεραπευτική αγωγή που τους είχε δοθεί ($p < 0.05$). Ενώ όμως, το 71.3% θεωρούσε ότι έχει πολύ καλή επικοινωνία με τον ιατρό του και το 83.9% ένιωθε ότι υπήρχε κατανόηση, το 57.5% δεν ενημερώθηκε κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής. Σχετικά με την αντιϋπερτασική αγωγή, το 80% έπαιρνε 1

χάπι την ημέρα με συχνότερη παρενέργεια την πολυουρία και είχε καλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι υπέρτασικοί ασθενείς που προσέρχονται σε ένα πρωτοβάθμιο Κέντρο Υγείας (TOMY), παρουσίαζαν υψηλή προσήλωση στην αγωγή τους, η οποία όμως ως ένα βαθμό επηρεάζεται από την οικονομική τους κατάσταση, την εργασία τους, και τις καπνιστικές τους συνήθειες. Μεγάλο ποσοστό αυτών να είναι παχύσαρκοι και έχουν υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας, ιδιαίτερα δυσλιπιδαιμία, παρά τον υγιεινό τρόπο διαβίωσης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δηλώνει ότι δεν ενημερώνεται από τον ιατρό του για το σχήμα της θεραπευτικής του αγωγής.

Λέξεις-Κλειδιά: τοπική μονάδα υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αρτηριακή υπέρταση, προσήλωση στην θεραπευτική αγωγή

ABSTRACT

Introduction: A frequently occurring disease that greatly concerns the staff of the primary health care and local health units (TOMY) is arterial hypertension. Hypertension related with the development of cardiovascular disease and stroke events. The adherence to the instructions of the therapy team is really important to achieve an effective therapeutic result.

Purpose: This research investigates the degree of hypertensive patients' adherence to the treatment and the relation of that adherence with the demographic characteristics of the sample.

Methods: The sample of the research is consisted of adult male and female patients, who were register to a family doctor of the 3rd TOMY of Heraklion who observes their health status. The collection of data initiated on September 2019 and completed on May 2020. The tools that used were Hill Bone and A14 scales and a questionnaire for the demographic characteristics of the sample. SPSS was used for the statistical analysis.

Results: In this research participated 87 patients over 45 years of age with arterial hypertension, 36(41,4%) males and 51(58,6%) females. Half of the people (50,6%) were obese and 34,5% overweight and 55,2% were using salt for cooking. 88,5% were consuming 2-3 cups of coffee daily. In addition, the highest percentage of the patients were consuming fruits and vegetables every day and 48,3% were exercising, 51,7% were non-smokers and 42,5% were never consuming alcohol. The majority of the people had a medical history of other diseases, such as dyslipidemia (60,9%) and diabetes melitus/cardiopathy. People without any or with many financial difficulties, those who did manual job, retired, but also smokers, were better focused on the treatment given to them ($p < 0.05$). Even though 71.3% believed that there was a good level of communication with their General Practitioner (GP) and 83,9% felt that the GP was fully anticipated all their concerns, 57,5% were not asked their opinion while choosing their treatment. In regards of antihypertension treatment, 80% were consuming one pill a day with the most common side effect being polyuria and the most of them are compliant to the treatment.

Conclusion: The results of the research showed that hypertensive patients whom admitted to a TOMY, presented highly adherence in their treatment, which was affected to an extent by their financial status, their job and their smoking habits. A significant percentage was obese and had a higher percentage of co morbidities, usually dyslipidemia, despite following a healthy lifestyle. It is remarkable that a significant number of patients states that they are of patients states that they are not being informing by their GP regarding the therapy approach.

Key words: local health unit, primary health care, arterial hypertension, adherence to treatment

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

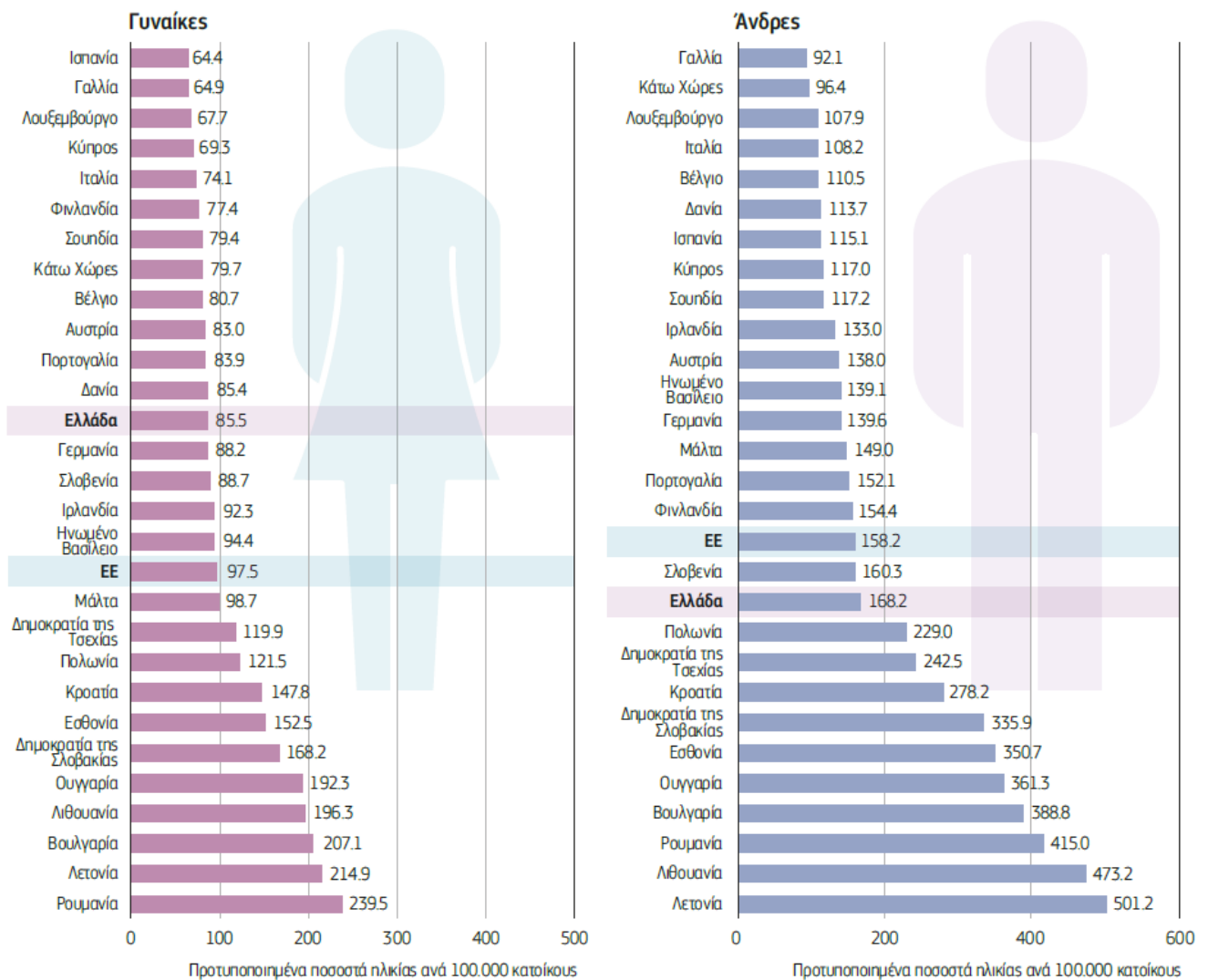
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντικό σταθμό ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε η διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF (Φιλαλήθης, 2008). Στην Διακήρυξη, η οποία αποτέλεσε αρχή για την αναδιοργάνωση των πολιτικών υγείας των διαφόρων χωρών, δεν ανταποκρίθηκαν όλες οι χώρες με εξίσου αποτελεσματικό τρόπο. Χώρες όπως η Σουηδία και η Μ. Βρετανία για παράδειγμα, αντίθετα από τη χώρα μας, κατάφερε να επιτύχει ένα καλά ανεπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Με τον κανονισμό 282/2014 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λαμβάνει μέρος ένα τρίτο πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2014-2020) με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας μέσω της πρόληψης των ασθενειών, την υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών τρόπου ζωής και της διευκόλυνσης της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη χωρίς ανισότητες, με σκοπό την αύξηση του υγιούς, ενεργού ευρωπαϊκού πληθυσμού ακόμη και σε μεγαλύτερες ηλικίες (Eurostat, 2015). Βάση στατιστικών δεδομένων, τα συστήματα υγείας που είναι προσανατολισμένα προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της αλλά και επέκτασή της, είναι πιο πιθανό να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα και μεγαλύτερη ικανοποίηση των πολιτών, με χαμηλότερο κόστος (Gillam, 2008). Σημαντική είναι η βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας, εφαρμόζοντας θεραπευτικές παρεμβάσεις και εστιάζοντας στην αντιμετώπιση καθοριστικών για την υγεία κοινωνικών παραγόντων, όπως οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η έκθεση σε περιβαλλοντολογικούς κινδύνους και τα πρότυπα συμπεριφοράς, που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το ποσοστό των πρόωρων θανάτων (Longetal., 2015) (Εικόνα 1).

Το ποσοστό αποτρεπτής θνησιμότητας στους άντρες είναι διπλάσιο σε σχέση με τις γυναίκες



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2014).

Εικόνα 1. Συνολικά, η αποτρεπτή (θεραπεύσιμη) θνησιμότητα μειώθηκε σταθερά στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, για να φτάσει λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (125 ανά 100000 κατοίκους έναντι 126), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας έχουν αντίκτυπο ως προς αυτό. Ωστόσο, παραμένει υψηλότερη από ορισμένες χώρες της ΕΕ και η διαφορά στο ποσοστό μεταξύ αντρών και γυναικών είναι εντυπωσιακή (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Η οριοθέτηση (κατανομή ανά περιφέρεια) των εξυπηρετούμενων πολιτών σε ένα σύστημα υγείας, λειτουργεί αποδοτικότερα αφού επιτυγχάνεται καλύτερη καταγραφή αναγκών άρα και μεγαλύτερη κάλυψη αυτών (Wolper, 2001). Τρεις είναι οι πυλώνες για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας σύμφωνα με το Institute of Healthcare Improvement. Η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

και εμπειριών από τους χρήστες της, οργανωμένη δημόσια υγεία συνδυασμένη με καλύτερη ποιότητα ζωής, μείωση του κατά κεφαλήν κόστους (Farmanova E. et. al., 2016). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν μεγάλα ποσοστά επισκέψεων από ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε ειδικούς ιατρούς, ως θεράποντες ιατρούς τους. Αυτοί οι άνθρωποι είχαν λιγότερη συνέχεια στη φροντίδα και πραγματοποίησαν περισσότερες επισκέψεις σε περισσότερους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Όλες οι νοσηλείες και οι δαπάνες ήταν υψηλότερες στους ασθενείς που είδαν ως επί το πλείστον ειδικούς. Αυτοί που παρακολούθηθηκαν από γενικό ιατρό, επισκέφθηκαν λιγότερους ιατρούς, είχαν λιγότερες νοσηλείες και χαμηλότερο κόστος (JulieP. Etal., 2017).

Είναι σημαντικό ότι στα πλαίσια της ΠΦΥ πραγματοποιούνται εξωνοσοκομειακές ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Αδαμακίδου& Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Για την διεκπεραίωση αυτών και για την παροχή ολιστικής, συντονισμένης και αποτελεσματικής ΠΦΥ απαιτείται η συνεργασία διαφορετικών επαγγελματιών υγείας με σαφώς ορισμένους από τη νομοθεσία ρόλους.

1.1.1 ΠΦΥ- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αρχικά, η ΠΦΥ ξεκίνησε από τα αρχαία χρόνια με την κατ' οίκον νοσηλεία και μετά τον εκχριστιανισμό της Δύσης εμφανίζεται το τάγμα των Διακονιστών. Αρκετά σημαντική ήταν η επιρροή της Florence Nightingale (Monteiro LA, 1985), ξεκινώντας για πρώτη φορά μια ολοκληρωμένη επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα, συνεισφέροντας ταυτόχρονα και στον τομέα της στατιστικής. Το 1978 με τη Διεθνή Διακήρυξη της Alma-Ata το ενδιαφέρον, τόσο για τις χώρες του ΟΟΣΑ όσο και της Ευρώπης, στρέφεται προς την ΠΦΥ με την επίλυση των προβλημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος, 2008). Αυτός ο προσανατολισμός της συζήτησης γύρω από τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας προέκυψε λόγω της άμεσης επιρροής που υπάρχει στην υγεία του πληθυσμού από το ευρύτερο περιβάλλον, και τις στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων καθώς οι κλασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν περιορισμένα αποτελέσματα (Τούντας Γ., 2008)(Πίνακας 1).

Μια ακόμα συνεισφορά της συγκεκριμένης συνδιάσκεψης συναντάται στη διατύπωση των θεμελιωδών αρχών της ΠΦΥ η οποία συνδέεται, με τη μείωση του αποκλεισμού

των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών και την ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική ή την κατάσταση της υγείας τους (Longetal., 2015)

Η διακήρυξη της Alma-Ata ήταν η έναρξη ενός διαλόγου για την υλοποίηση ενός σχεδίου οργάνωσης της ΠΦΥ σύμφωνα με τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούσαν τόσο όσον αφορά στην οργάνωση του συστήματος υγείας όσο και σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε χρονική στιγμή (RubyG., 1977). Ακολούθησαν οι ιδέες που διατυπώθηκαν στην 34η Σύνοδο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1981 που εστιάζονταν στην πρόληψη, τις συμπεριφορές των ατόμων και στο εξωτερικό περιβάλλον, σε μια προσπάθεια επίτευξης της «Υγείας για όλους μέχρι το έτος 2000» (WHO, 1981), καθώς και οι συστάσεις που διατυπώθηκαν αργότερα (Χάρτα της Λουμπλιάνας), οι οποίες στοχεύουν την ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ (WHO, 1996).

Ύστερα από χρόνια (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει την ανάγκη για ενδυνάμωση της ΠΦΥ και την αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας. Σημειώνει σχετικές παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, της ανθρωποκεντρικής οργάνωσης των υπηρεσιών, του σχεδιασμού δημόσιων πολιτικών που προάγουν την υγεία και της συμμετοχικής ηγεσίας που απαιτείται για την υλοποίησή τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2008). Αρχίζει έτσι σταδιακά η αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ, με αποκέντρωση των δομών του συστήματος υγείας και την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του πολίτη στις αποφάσεις των υπηρεσιών υγείας. Από δω και πέρα δίνεται μεγάλη έμφαση και στη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης του τομέα υγείας. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται και η νέα αντίληψη περί «ολιστικής ιατρικής».

Η νέα αντίληψη για την ΠΦΥ επικεντρώνεται στη παρακολούθηση, με την έννοια της διαχείρισης οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα υγείας, στην καθολική φροντίδα, δηλαδή τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου στο περιβάλλον του ασθενούς και στην καθοδήγηση του ασθενή και της οικογένειάς του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης μέσα στο σύστημα (Johns Hopkins school of public health, 2012).

Η τελευταία συνιστά και την πιο ευρεία ή αναγνωρίσιμη λειτουργία της ΠΦΥ, ως «πρώτου σημείου» επαφής με την φροντίδα υγείας, η οποία μπορεί να αφορά τη φροντίδα άλλου επαγγελματία υγείας. Η λειτουργία αυτή περιλαμβάνει την αποσαφήνιση του αιτήματος, την παροχή πληροφοριών και συμβουλών, τη διάγνωση και, συχνά, τη θεραπεία (SouliotisK.,LionisC., 2005). Έτσι, μέσω του ενιαίου συντονισμού των δομών του συστήματος υγείας και απλοποίησης των διαδικασιών πρόσβασης σε αυτές, η ΠΦΥ μπορεί να διασφαλίσει το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε ίδιες και επαρκείς φροντίδες υπέρ όλων των πολιτών.

Πίνακας 1: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata

1.	Η ΠΦΥ εξελίσσεται από τα οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών. Βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, ιατρικές και βιοϊατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία.
2.	Αντιμετωπίζει ζητήματα υγείας στην κοινότητα. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3.	Περιλαμβάνει: εκπαίδευση, μεθόδους πρόληψης και έλεγχο των προβλημάτων αυτών. Προωθεί την παροχή τροφής και ορθής διατροφής. Έχει στόχο την παροχή νερού και στέγης. Φροντίδα της μητρότητας, των παιδιών και του οικογενειακού προγραμματισμού. Ανοσοποίηση στα κυριότερα λοιμώδη νοσήματα. Πρόληψη και έλεγχο των νοσημάτων, κατάλληλη θεραπεία.
4.	Περιλαμβάνει, κάθε τομέα της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης (γεωργία, κτηνοτροφία, τρόφιμα, βιομηχανία, εκπαίδευση, πολιτικές στέγασης, δημόσια έργα) Απαιτεί συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις.
5.	Πρωώθηση της κοινοτικής και ατομικής συμμετοχής στο σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο της ΠΦΥ, κάνοντας χρήση των πόρων.
6.	Αναπτύσσεται με ενιαία και υποστηρικτικά συστήματα, που οδηγούν στη βελτίωση της υγείας για όλους, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.
7.	Στηρίζεται, σε επαγγελματίες υγείας που έχουν τα κατάλληλα προσόντα για να εργαστούν ως ομάδα και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

Πηγή: International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. USSR, 1978.

1.1.2 ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από το 1983 χρησιμοποιείται ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»(Πίνακας 2). Μέχρι τότε λειτουργούσαν κέντρα υγείας, πολυϊατρεία, υγειονομικοί σταθμοί και αγροτικά ιατρεία τα οποία παρείχαν υπηρεσίες ΠΦΥ. Στο Βασιλικό Διάταγμα 196/1969 (ΦΕΚ 53/26-03-1969) προβλέπεται ότι η «επισκέπτρια αδελφή» απασχολείται, μεταξύ άλλων, σε κέντρα κοινωνικής πολιτικής, πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, υγειονομικούς σταθμούς, υπηρεσίες προστασίας μητρότητας και παιδιού βρεφικής, νηπιακής και προσχολικής ηλικίας, σε οργανισμούς δηλαδή και υπηρεσίες που παρέχουν κατεξοχήν ΠΦΥ. Ήδη από το 1923

(Βασιλικό Διάταγμα 4, ΦΕΚ 328/τ. Α'/14-11-1923), υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονταν από τα υγειονομικά εργαστήρια και από τους νομιάτρους.

Για πρώτη φορά, με τον νόμο 1397/1983, αποφασίζεται ότι η δημόσια περίθαλψη χωρίζεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια), η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. Με τη ρύθμιση αυτή, κλείνουν οι υπάρχουσες δομές ΠΦΥ εκτός των υγειονομικών σταθμών και των αγροτικών ιατρείων, και ξεκινά η δημιουργία των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους κατοικούν σ' αυτή. Την ίδια στιγμή σχεδιάζεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και παιδίατρο, με δικαίωμα των πολιτών να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό. Παρ' όλα αυτά, δεν γίνεται καμία αναφορά σε άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας πέραν των ιατρών.

Στον νόμο 2519/1997, γίνεται αναφορά στη λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μέσω της ανάπτυξης «δικτύων» στην ΠΦΥ και η συνεργασία των δομών παροχής δημόσιας υγείας με υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας. Όσον αφορά τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της περιφέρειας αναφέρονται και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας αλλά και το διοικητικό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό. Επιπλέον, διευκρινίζεται ότι στη διεύθυνση και στα γραφεία σχολικής υγείας μπορούν να τοποθετούνται διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας πέραν των ιατρών.

Μεγάλες αλλαγές στο χώρο της ΠΦΥ παρουσιάστηκαν με το νόμο 3235/2004, ο οποίος αποτέλεσε μια σημαντική προσπάθεια οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και περιλαμβάνει διατάξεις για τον σκοπό και το περιεχόμενο της ΠΦΥ και τις υπηρεσίες που την παρέχουν, καθώς και διατάξεις που αφορούν τον οικογενειακό ιατρό και το έργο του νοσηλευτή στην ΠΦΥ.

Στο νόμο 4238/2014 προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ παρέχονται πέρα από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων αλλά και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές, μαίες κ.α. Αναφέρεται η σημασία της κάθε

ειδικότητας στην δημιουργία της διεπιστημονικής ομάδας ΠΦΥ, όμως παραμένουν ακόμα κάποιες ανασφάλειες στο ρόλο τους μέσα στην ομάδα.

Πίνακας 2: Η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

ΝΟΜΟΣ - ΕΤΟΣ	ΓΕΓΟΝΟΤΑ
N. 1397/1983	Δημιουργία ΕΣΥ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού Έλληνες υπηκόους και αλλοδαπούς. Ανεγέρθηκαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας.
N. 1471/1984	Ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών.
K. 815/1984	Πρόγραμμα Ψυχαργώς, εκσυγχρονισμός ψυχικής νόσου και αποϊδρυματοποίηση. Κανονισμός της ΕΟΚ.
N. 1579/1985	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Άρθρο 12 ο όρος «κέντρο υγείας» χρησιμοποιείται αποκλειστικά από το υπουργείο υγείας. Άρθρο 13 παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.
N. 1759/1988	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικής και ασφαλιστικής προστασίας.
N. 2071/1992	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας. Διεύρυνση της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Καθορισμός του πλέγματος υπηρεσιών και της νομικής μορφής του. Παροχή ΠΦΥ από ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες.
N. 2194/1994	Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού.
N. 2345/1995	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.
N. 2519/1997	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και τη σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού.
N. 2646/1998	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα).
N. 2716/1999	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Με τον νόμο 4238/2014 γίνεται μια επιπλέον προσπάθεια ενίσχυσης και συγκεκριμενοποίησης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού. Μέσα στα καθήκοντά του προστίθενται η διαχείριση χρόνιων καταστάσεων στην κοινότητα, η διαχείριση παραγόντων κινδύνου και υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης, ο συντονισμός και η διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς ή με νοσοκομεία, η υποστήριξη, ο προσανατολισμός και η καθοδήγηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα υγείας, η παραπομπή τους σε ειδικούς ιατρούς και σε ειδικές υπηρεσίες, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού και η δημιουργία και τήρηση ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου υγείας. Ο οικογενειακός ιατρός έχει τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας ή Παιδιατρικής και παρέχει τις υπηρεσίες του στις δομές ΠΦΥ των τοπικών δικτύων ΠΦΥ, στο ιδιωτικό του ιατρείο ή κατ' οίκον. Σε συμφωνία με την προγενέστερη νομοθεσία (N. 1397/1983, N. 2519/1997, N. 3235/2004) και την υποστήριξή της

μεταρρύθμισης της ΠΦΥ από την επιστημονική επιτροπή (Σουλιώτης και συν., 2013), η επιλογή του οικογενειακού ιατρού αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση των πολιτών.

Πίνακας 2 (συνέχεια). Η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

N. 2889/2001	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, στελέχωση, οργάνωση και παροχές υπηρεσιών υγείας. Δημιουργία 17 ΠεΣΥ, μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες, εφαρμογή του θεσμού του Διοικητή – Μάνατζερ.
N. 2920/2001	Ίδρυση του Σώματος Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).
N. 2955/2001	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ.
N. 3106/2003	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.
N. 3172/2003	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού. Σχεδιασμός, προστασία και προαγωγή της υγείας. Προάσπιση αναγκών διαφόρων ομάδων.
N. 3204/2003	Διορισμός και αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού. Καθορισμός θεμάτων που αφορούν: ΕΟΦ, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΕΛ, ΕΚΑΒ.
N. 3209/2003	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
N. 3235/2004	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: παροχή υπηρεσιών, οργάνωση κέντρων υγείας, οικογενειακός και προσωπικός γιατρός. Θέσπιση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες.
N. 3329/2005	Κατάργηση ΠεΣΥΠ και αντικατάσταση με ΔΥΠΕ δημιουργώντας υγειονομικές περιφέρειες.
N. 3370/2005	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ίδρυση του κέντρου ελέγχου πρόληψης νοσημάτων ΚΕΕΛΠΝΟ.
N. 3527/2007	Η ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες.
N. 3852/2010	Πρόγραμμα «Καλλικράτης», μια σειρά αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας υπάγεται υπό την ευθύνη του Δήμου. Διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
N. 3918/2011	Διαμόρφωση ενιαίου και δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών υπό τον ΕΟΠΥΥ. Λειτουργική εννοποίηση όλων των υπαρχουσών μονάδων.
N. 4238/2014	ΠΕΔΥ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας.
N. 4272/2014	Ρυθμίσεις μεταμοσχεύσεων, ψυχικής υγείας, αναπαραγωγή.
N. 4316/2014	Ίδρυση του Εθνικού Παρατηρητηρίου Άνοιας, περιγεννητικά κέντρα στα νοσοκομεία, προαγωγή μητρικού θηλασμού.
N. 4486/2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ίδρυση ΤΟΜΥ(Τοπικές Μονάδες Υγείας). Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Πηγή: Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Γιαννασίδης Α. Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου.

Τέλος, με το Νόμο ν.4486/2017, το υπουργείο Υγείας ανακοινώνει την έναρξη λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας όπου θα ασκείται η οικογενειακή ιατρική σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σκοπός είναι η εγγραφή συγκεκριμένου αριθμού πολιτών σε έναν οικογενειακό ιατρό καθώς και διαχωρισμός του πληθυσμού σε περιοχές ευθύνης ανάλογα με τον πληθυσμό της εκάστοτε περιοχής. Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι η παρακολούθηση και

καθοδήγηση για θέματα υγείας του εγγεγραμμένου πληθυσμού στον ίδιο, σε συνεργασία με την ομάδα υγείας. Έτσι ο οικογενειακός Ιατρός (Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας) μπορεί να έχει εγγεγραμμένους έως και 2500 κατοίκους της περιοχής για τους οποίους είναι υπεύθυνος και ο Παιδίατρος έως και 1500 παιδιά (0-16 ετών). Συνολικά η κάθε TOMY που στελεχώνεται από 5 Ιατρούς, εξυπηρετεί έως και 12000 κατοίκους της εγγύς περιοχής. Πέρα από το ιατρικό προσωπικό, η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από 2 νοσηλεύτες, 2 επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό και 2 διοικητικούς υπαλλήλους. Στόχος της ομάδας είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης της εκάστοτε TOMY με προγραμματισμό δράσεων στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, στους υγιείς καθώς και σε σχολικές μονάδες και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Έντονο το στοιχείο της κοινωνικοποίησης των δομών και το πιο εξωστρεφές προφίλ στην κοινωνία με προβολή προτύπων υγείας και κοινωνικής μέριμνας με σκοπό τη μείωση την νοσηρότητας, της επιπλοκής της νόσου αλλά και την εξάλειψη των ανισοτήτων. Ακόμα ένα καθήκον είναι η κατ' οίκον επίσκεψη της ομάδας και νοσηλεία σε περιπτώσεις ασθενών με κινητικά προβλήματα, αφού έχει προηγηθεί πρώτα μια επίσκεψη με σκοπό την εκτίμηση της κατάστασης. Σημαντικές είναι και οι κοινωνικές εκθέσεις από την κοινωνική υπηρεσία της δομής καθώς και η κοινωνική παρακολούθηση και υποστήριξη οικογενειών με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα (κατάχρηση ουσιών, παραμέληση, οικονομική δυσχέρεια κ.α). Εφόσον πλέον είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα Υγείας, οι TOMY αναλαμβάνουν την διασύνδεση τους με άλλες δομές υπηρεσιών υγείας αλλά και ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων. Έτσι οι εγγεγραμμένοι δεν ψάχνουν τον ιατρό που θα τους λύσει το πρόβλημα μέσα στο σύστημα υγείας αλλά ενημερώνουν τον οικογενειακό τους ιατρό και αυτός είναι υπεύθυνος για την παραπομπή των πολιτών σε άλλη ειδικότητα αν κρίνεται απαραίτητο ή στο εφημερεύον νοσοκομείο ανάλογα με την περίπτωση. Η δομημένη αυτή λειτουργία διευκολύνει τους λήπτες υπηρεσιών υγείας αλλά και αποφορτίζει το σύστημα υγείας από άσκοπες επισκέψεις των πολιτών σε ιατρούς ή στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πέρα των δημόσιων δομών ΠΦΥ, ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού ανατίθεται ακόμα και στους ιδιώτες ιατρούς που είναι εγγεγραμμένοι στο σύστημα του ΕΟΠΠΥ. Τέλος, σημαντική είναι η συμπλήρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φάκελου Υγείας (ΑΗΦΥ) από το προσωπικό της TOMY και η καταγραφή αρχείου σχετικά με τα

χρόνια νοσήματα κάτι που πέρα της παρακολούθησης και συμβουλευτικής, βοηθάει στην συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων με σκοπό την αντιμετώπιση των συχνότερα εμφανιζόμενων ασθενειών και νόσων της περιοχής ευθύνης.

1.2 ΠΡΟΛΗΨΗ

Με τον όρο πρόληψη περιγράφεται οποιαδήποτε συντονισμένη παρέμβαση, με σκοπό την αποτροπή κάποιου γεγονότος ή συμπεριφοράς που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου . Απαραίτητη είναι η προσπάθεια ανάδειξης επιβλαβών συμπεριφορών και η αντικατάστασή τους με πιο υγιείς και λειτουργικές αλλά και η αναζήτηση των αιτίων που οδηγούν το άτομο στις συνήθειες αυτές (Μπακιρτζόγλου, 2012).

1.2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ως Αρτηριακή Υπέρταση ορίζεται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από 140 και 90 mmHg(συστολική και διαστολική) σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης και την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC, 2013).Σήμερα από την επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019) η ταξινόμηση της ΑΠ και ορισμός της αρτηριακής υπέρτασης ορίζεται με όρια που φαίνονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Ταξινόμηση της ΑΠ και ορισμός της αρτηριακής υπέρτασης στο ιατρείο.

Κατηγορία	ΣΑΠ / ΔΑΠ (mmHg)
Ιδανική	<120 και <80
Φυσιολογική	120-129 ή/και 80-84
Υψηλή-Φυσιολογική	130-139 ή/και 85-89
Υπέρταση	
- Σταδίου 1	140-159 ή/και 90-99
- Σταδίου 2	160-179 ή/και 100-109
- Σταδίου 3	≥180 ή/και ≥110
- Μεμονωμένη Συστολική	≥140 και <90

ΣΑΠ, Συστολική αρτηριακή πίεση; ΔΑΠ, Διαστολική αρτηριακή πίεση

Πηγή: επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019)

Συστήνεται ταυτόχρονα η παρακολούθηση της ΑΠ και εκτός ιατρείου ώστε τα αντίστοιχα διαμορφούμενα όρια να ορίζονται όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Ορισμός υπέρτασης με μετρήσεις στο ιατρείο και σπίτι.

Μέθοδος μέτρησης ΑΠ	ΣΑΠ / ΔΑΠ (mmHg)
Μετρήσεις στο Ιατρείο	≥140 ή/και ≥90
24ωρη Καταγραφή	
- Όλο το 24ωρο	≥130 ή/και ≥80
- Ημέρα	≥135 ή/και ≥85
- Νύχτα	≥120 ή/και ≥70
Μετρήσεις στο Σπίτι	≥135 ή/και ≥85

ΣΑΠ, Συστολική αρτηριακή πίεση; ΔΑΠ, Διαστολική αρτηριακή πίεση

Πηγή: επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019)

Σύμφωνα με μελέτες, σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα ενηλίκων είναι σημαντικός ο έλεγχος και η διατήρηση σε χαμηλά επίπεδα της αρτηριακής συστολικής ή διαστολικής πίεσης, καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας σε περιπτώσεις αυξημένων τιμών. Η πρόληψη της αρτηριακής υπέρτασης απευθύνεται σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως άτομα με υψηλή φυσιολογική πίεση ή οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, άτομα που έχουν υιοθετήσει επικίνδυνες συμπεριφορές στον καθημερινό βίο τους (πχ. κάπνισμα, ελλιπή σωματική δραστηριότητα κλπ.) αλλά και στο γενικό πληθυσμό (McPhee&Pignone, 2003).

Αυτή η σχέση μεταξύ της αρτηριακής υπέρτασης και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, κάνει σημαντική τόσο την πρόληψη όσο και τη θεραπεία της υπέρτασης, με αλλαγές στον τρόπο ζωής καθώς και της φαρμακευτικής θεραπείας. Η υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής (μειωμένη κατανάλωση άλατος, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και πτωχή σε κορεσμένα λιπαρά διατροφή, έλεγχος του σωματικού βάρους και η σωματική άσκηση) βοηθά στον περιορισμό της βλάβης από την χρόνια υπέρταση άρα και του καρδιαγγειακού κινδύνου (PieroliFM, etal., 2016).

1.2.2 ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Παρ' όλες τις εξελίξεις στον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΑΥ και της ανακάλυψης νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, σε σημαντικό ποσοστό ασθενών παρατηρείται αναποτελεσματική ρύθμιση της ΑΥ ή αστοχία στη διαχείριση της πρωτοπαθούς νόσου (CalhounDA,etal., 2008). Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 43,1% των ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή επιτυγχάνουν ρύθμιση της ΑΠ στα επιθυμητά επίπεδα (Gohar, et al., 2008). Σε άλλη μελέτη βρέθηκε πως υπάρχουν διαφορές στην ρύθμιση της ΑΠ από ασθενείς διαφορετικών ηλικιών. Για την ακρίβεια 83,3% στους ηλικιωμένους, ενώ μόλις στο 56,7% στους νέους και στα άτομα μέσης ηλικίας. Σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε επίσης πως τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο ή μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

διατηρούν την ΑΠ εντός των επιθυμητών ορίων σε ποσοστό μόνο 45,5% παρ' όλο τον κίνδυνο επιδείνωσης της νόσου τους(Ohta, et al., 2011).

Εφόσον έχουν δοθεί διαιτητικές οδηγίες ελαττωμένης πρόσληψης άλατος και ο ασθενής συνεχίζει να παρουσιάζει αυξημένες τιμές ΑΠ τις οποίες καταγράφει ο ασθενής στην οικία του, ακολουθεί η χορήγηση φαρμακευτικής αντιυπερτασικής ουσίας. Μέχρι να επιτευχθεί ο στόχος (μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 2 μήνες), ο ασθενής παρακολουθείται κάθε 2-4 εβδομάδες. Στη συνέχεια πρέπει να ακολουθεί μια σειρά εξετάσεων κάθε 3-6 μήνες, ενώ κάθε 2 τουλάχιστον χρόνια πρέπει να επανεκτιμώνται βλάβες σε όργανα στόχους (υπερηχογράφημα κοιλιάς,triplex αγγείωνκ.α) και οι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, βάρος, δυσλιπιδαιμία κτλ.). Αν κάποιος παρουσιάζει αυξημένες τιμές ΑΠ μόνο στο ιατρείο (υπέρταση της λευκής μπλούζας) ελέγχεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο. Σε περίπτωση που στις τακτικές επισκέψεις παρατηρηθεί αυξημένη ΑΠ παρ' όλη την αγωγή, αναζητούνται τα αίτια (πχ. μη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα, κατανάλωση ουσιών ή φαρμάκων που αυξάνουν την πίεση, αναποτελεσματικότητα της θεραπείας κλπ.). Διάγνωση και θεραπεία της υπέρτασης, περιληπτικά στους Πίνακες5και βαπό την επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019) σε συμφωνία με αντίστοιχους αλγορίθμουςτουNICE (NationalInstituteforHealthandCareExcellence, 2019).

Πίνακας 5. Θεραπευτική παρέμβαση ανάλογα με το στάδιο υπέρτασης και παράγοντες κινδύνου.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (mmHg)		
ΥΨΗΛΗ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 2 - 3
<u>Ασθενείς χωρίς Στεφανιαία νόσο ή Συγκλυμμένη υπέρταση:</u> Αλλαγή τρόπου ζωής	<u>Ασθενείς με μικρό ή μέσο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:</u> Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας μετά από προσπάθεια αλλαγής τρόπου ζωής για 3-6 μήνες	<u>Σε όλους:</u> Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας + Αλλαγή τρόπου ζωής
<u>Ασθενείς με Στεφανιαία νόσο ή Συγκλυμμένη υπέρταση:</u> Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας	<u>Ασθενείς με μεγάλο ή πολύ μεγάλο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:</u> Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας	<u>Στόχοι:</u> Ρύθμιση της πίεσης μέσα σε 3 μήνες + Αλλαγή τρόπου ζωής

Πηγή: επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019)

Όταν ένας ασθενής δείχνει προσηλωμένος στην αγωγή του και στις οδηγίες της ομάδας υγείας και οι τιμές παραμένουν χαμηλές για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς βλάβες στα όργανα-στόχους, τότε μπορεί να ξεκινήσει κάποια μείωση της θεραπευτικής αγωγής από τον θεράποντα ιατρό προϋπόθεση την τακτική παρακολούθηση της ΑΠ (ESH & ESC, 2013).

Πίνακας 6. Ειδικές ενδείξεις αντιϋπερτασικής αγωγής και κατηγορία φαρμάκων.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ / ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΑΣΥΜΠΤ. ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Ασυμπτωματική αθηροσκλήρωση	ΑΜΕΑ, ΑΔΑ
Μικρολευκωματινουρία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Νεφρική δυσλειτουργία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ	
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	Όλα τα φάρμακα
Έμφραγμα μυοκαρδίου	β-Αποκλειστές, ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Στηθάγχη	β-Αποκλειστές, ΑΔΑ
Καρδιακή ανεπάρκεια	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, β-Αποκλειστές, Ανταγωνιστές αλδοστερόνης, Διουρητικά
Ανεύρυσμα αορτής	β-Αποκλειστές
Πρόληψη κοιλιακής μαρμαρυγής	Α-ΜΕΑ, ΑΥΑ, β-Αποκλειστές, Ανταγωνιστές αλδοστερόνης
Κοιλιακή μαρμαρυγή, έλεγχος ρυθμού	β-Αποκλειστές, ΑΔΑ (μη-διϋδροπυριδίνες)
Νεφροπάθεια, πρωτεϊνουρία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Περιφερική αρτηριοπάθεια	ΑΜΕΑ, ΑΔΑ
ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση (ηλικιωμένοι)	Διουρητικά, ΑΔΑ
Μεταβολικό σύνδρομο	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Σακχαρώδης διαβήτης	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ

Πηγή: επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιαγγειακών νοσημάτων του υπουργείου υγείας (Μάρτιος 2019)

1.3 ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ

Μεγάλος αριθμός εννοιών έχουν χρησιμοποιηθεί για να ορίσουν την τήρηση των οδηγιών από τους ασθενείς σύμφωνα με τις ενδεδειγμένες συμπεριφορές αυτό-

φροντίδας για κάθε νόσο. Οι τρεις πιο γνωστοί αφορούν τη συμμόρφωση, την προσήλωση και τη συνεργατικότητα (Aronson, 2007).

Ο όρος προσήλωση (adherence) είναι συνώνυμος με τον όρο συμμόρφωση. Οι δύο όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ωστόσο η επιστημονική κοινότητα τείνει να χρησιμοποιεί κυρίως τον όρο προσήλωση καθώς δίνει έμφαση στην ενεργητική συνεργασία του ασθενούς στη διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας του, χωρίς να αποδέχεται παθητικά τη θεραπευτική αγωγή. Με τον όρο επισημαίνεται η ανάγκη για συνεργασία με τον ασθενή και ο σεβασμός προς τις πεποιθήσεις του από τους επαγγελματίες υγείας (Osterberg&Blaschke, 2005).

Η προσήλωση στις οδηγίες της αγωγής της αρτηριακής υπέρτασης αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, τη διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη φυσική δραστηριότητα, καθώς και τη συστηματική παρακολούθηση από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα. Η προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή αναφέρεται στη λήψη του σωστού φαρμάκου, στη σωστή δόση, στο σωστό χρόνο και στη σωστή διάρκεια λήψης της αγωγής (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Οι προσδιοριστές της προσήλωσης των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή σχετίζονται με τον ίδιο τον ασθενή, την κοινωνικο-οικονομική του κατάσταση, την κατάσταση της υγείας του, το σχήμα της θεραπείας και το σύστημα υγείας σύμφωνα με τον ΠΟΥ(WHO, 2003).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί σημαντικό τροποποιήσιμο παράγοντα ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Άρα είναι σημαντική η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωσή της, η θεραπεία αλλά και παρακολούθησή της μετά από τη θεραπεία. Ένα σημαντικό στοιχείο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι η συμμόρφωση του ασθενή στις οδηγίες και στην αγωγή του. Το βασικό αυτό ερώτημα αποτέλεσε και τον κύριο στόχο της παρούσας έρευνας, η διερεύνηση δηλαδή του βαθμού προσήλωσης στη θεραπευτική αγωγή των υπερτασικών ασθενών που επισκέπτονται την ΤΟΜΥ όπου εργάζεται ο ερευνητής. Επιμέρους σκοποί της έρευνας αυτής ήταν:

- Η καταγραφή των γνώσεων και η αναζήτηση των στάσεων συμπεριφοράς των ασθενών με υπέρταση ως προς την νόσο τους και την αγωγή τους, τι σημαίνει δηλαδή για αυτούς η αντιμετώπιση και περιορισμός της νόσου τους.
- Η παρατήρηση τυχόν συσχέτισης μεταξύ της συμπεριφοράς των ασθενών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών αυτών (λ.χ. κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, φύλο, ηλικία, κ.α.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης (crosssectional study) χωρίς την διεξαγωγή κάποιας παρέμβασης στο δείγμα. Ζητήθηκε άδεια από τη Διεύθυνση Προγραμματισμού & Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της 7^{ης} ΥΠΕ αλλά και από τη συντονίστρια της 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας.

3.2 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελούνταν από ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση που ήταν εγγεγραμμένοι και παρακολουθούνταν από το προσωπικό της 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου. Οι ασθενείς ήταν ενήλικες άντρες και γυναίκες και είχαν πρώτα συναινέσει στην εισαγωγή τους στην έρευνα. Δεν ήταν υποχρεωτικό να έχουν διαγνωστεί με υπέρταση την ημέρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, αλλά λάμβαναν αγωγή ήδη από πριν και σε πολλές περιπτώσεις να την είχε συστήσει κάποιος άλλος ιατρός πέραν της ΤΟΜΥ (π.χ. συχνά κάποιος Καρδιολόγος).

3.3 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Οι επισκέψεις των ασθενών στην δομή γίνονταν με τακτικό ραντεβού είτε για την συνταγογράφηση της φαρμακευτικής τους αγωγής είτε για τον προληπτικό τους έλεγχο (checkup) αλλά και εκτάκτως. Η έκτακτη επίσκεψη αφορούσε πρόβλημα υγείας που είχε παρουσιασθεί το αμέσως προηγούμενο διάστημα και χρειάζονταν την συμβουλή του οικογενειακού τους ιατρού (λοιμώξεις κοινότητας, παρενέργειες φαρμάκου, κ.α.).

Στο τακτικό ραντεβού και σε ασθενείς που τους εχορηγείτο αντιυπερτασική αγωγή, γινόταν μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης του ασθενή από τον ερευνητή κατά τη διάρκεια της συνταγογράφησης της αγωγής του από τον οικογενειακό ιατρό. Ακολούθως ο ερευνητής εξηγούσε στον ασθενή τον σκοπό και τα πιθανά οφέλη που ενδεχομένως θα προέκυπταν από την έρευνα για την κοινότητα καθώς και εάν επιθυμούσε ο ίδιος να συμμετάσχει στην συγκεκριμένη έρευνα. Εάν συμφωνούσε οδηγούνταν από τον ερευνητή στο γραφείο της νοσηλευτικής υπηρεσίας όπου μπορούσε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο ανώνυμα και ανεπηρέαστα. Ο ερευνητής βρισκόταν στον ίδιο χώρο ώστε να αισθάνεται ασφάλεια ο ασθενής με άμεση ανταπόκριση στις ερωτήσεις και απορίες του σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχονταν λόγω προβλήματος υγείας γινόταν μέτρηση των ζωτικών σημείων και εξέταση ιστορικού μαζί με τον ιατρό της δομής. Εάν ο ασθενής είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και η κατάσταση της υγείας του επέτρεπε την παραμονή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τότε γινόταν η ενημέρωση και η ερώτηση από τον ερευνητή.

Ένα ακόμα καθήκον του ερευνητή στα πλαίσια της εργασίας του ως νοσηλεύτη στην TOMY ήταν και η ενεσοθεραπεία των ασθενών. Υπάρχουν ασθενείς που προσέρχονται τακτικά για ενεσοθεραπεία χωρίς να υπάρχει προηγούμενη επίσκεψη σε κάποιο ιατρό. Σαν υπεύθυνος της πραγματοποίησης των θεραπειών αυτών, ύστερα από τη διεκπεραίωση τους, ο ερευνητής ρωτούσε τους ασθενείς εάν υπάρχει ιστορικό υπέρτασης. Σε περίπτωση που υπήρχε γινόταν ενημέρωση από τον ερευνητή και σε τυχόν ανταποκρινόμενους θετικά ασθενείς πραγματοποιούνταν η έρευνα. Κι εδώ υπήρχε η βοήθεια από τους οικογενειακούς ιατρούς καθώς βοηθούσαν τον ερευνητή, με την έγκριση του ασθενή σε περίπτωση που δεν γνώριζε, τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για την αναζήτηση της αντιυπερτασικής αγωγής που λάμβανε ο ασθενής.

Τέλος, λόγω της απαγόρευσης της προσέλευσης στην δομή υγείας για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας του ιού Covid-19, άλλαξε και ο τρόπος συλλογής του δείγματος. Οι ασθενείς ερχόντουσαν σε τηλεφωνική επικοινωνία με τον οικογενειακό τους ιατρό για να ζητήσουν τις οδηγίες του ή τη συνταγογράφηση των φαρμάκων τους. Εφόσον κάποιος λάμβανε αγωγή για θεραπεία της αρτηριακής

υπέρτασης, γινόταν η ερώτηση τηλεφωνικά από τον ερευνητή εάν ενδιαφερόταν να συμμετέχει στην έρευνα. Σε περίπτωση που συμφωνούσε, όταν θα ερχόταν να παραλάβει τις συνταγές των φαρμάκων του, του δινόταν μαζί και ένα ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση το οποίο και επέστρεφε στον ερευνητή ύστερα από τη συμπλήρωσή του.

3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΚΛΙΜΑΚΑ HILL-BONE

Δημιουργήθηκε από τους Kim και συν. το 1999 (Kim, et al., 2000). Οι ερωτήσεις διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες (Παράρτημα 1): την τήρηση των προγραμματισμένων συναντήσεων με τη θεραπευτική ομάδα (6,7), τον περιορισμό της πρόσληψης άλατος (3- 5) και την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή (1,2,8-14). Σε κάθε ερώτηση οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή κλίμακας Likert τεσσάρων σημείων (0-4) όπου οι ερωτηθέντες καταγράφουν τη συχνότητα με την οποία εμφανίζουν τη μελετώμενη συμπεριφορά της κάθε ερώτησης. Η κλίμακα αποτελείται συνολικά από 14 ερωτήσεις και οι πιθανές απαντήσεις είναι: (4) πάντα, (3) περισσότερες φορές, (2) μερικές φορές και (1) ποτέ. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 14 έως 56 όπου η μέγιστη συμμόρφωση αντιστοιχεί στο χαμηλότερο δυνατό άθροισμα της βαθμολογίας. Συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και απαιτεί σχεδόν 5 λεπτά για την συμπλήρωσή του. Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από την ερευνήτρια Χατζηευστρατίου Αναστασία και συν. από τους οποίους ζητήθηκε η άδεια χρήσης του.

ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΚΛΙΜΑΚΑ A-14

Η Κλίμακα A-14 δημιουργήθηκε από τους Jankto 2009 ως εργαλείο καταγραφής των παραγόντων ελλιπούς προσήλωσης στη θεραπεία (Jank, et al., 2009) (Παράρτημα 2). Αποτελείται από τις εξής κατηγορίες: Ακούσια μη προσήλωση λόγω αμνησίας (ερώτηση 13), τροποποίηση της δοσολογίας από τον ασθενή για λόγους ασφαλείας και αποτελεσματικότητας από τον ίδιο (ερωτήσεις 1-4, 6 και 7), μη προσήλωση λόγω πρακτικών εμποδίων όπως το κόστος και ο περιορισμένος χρόνος για τη θεραπεία

(ερωτήσεις 5, 8-10 και 14) και μη προσήλωση λόγω αρνητικής άποψης για τα φάρμακα (11 και 12). Η βαθμολόγηση των απαντήσεων γίνεται με κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων σημείων όπου στο «ποτέ» αντιστοιχούν 4 βαθμοί, στο «σπανίως» 3 βαθμοί, στο «μερικές φορές» 2 βαθμοί, στο «συχνά» 1 βαθμός και στο «πολύ συχνά» 0 βαθμοί. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 56. Οι ασθενείς χαρακτηρίζονται ως προσηλωμένοι όταν επιτυγχάνουν βαθμολογία άνω των 50 βαθμών, ενώ οι ασθενείς με βαθμολογία κάτω των 50 βαθμών ως μη προσηλωμένοι. Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από την ερευνήτρια Χατζηευστρατίου Αναστασία και συν. από τους οποίους ζητήθηκε η άδεια χρήσης του.

ΜΕΡΟΣ 3^ο: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ.

Δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια Βουτσινά Ποθητή από την οποία και ζητήθηκε άδεια χρήσης του παρόντος ερωτηματολογίου. Οι πρώτες 11 ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, το κάπνισμα, τη σωματική διάπλαση και τη συννοσηρότητα του ασθενή (Παράρτημα 3). Οι ερωτήσεις 12-14 αφορούν στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού σε σχέση με τη σωστή διατροφή (βρώση φρούτων, λαχανικών, χαμηλών λιπαρών, αποφυγή αυξημένης πρόσληψης καφεΐνης και αλκοόλης, αποφυγή άλατος) και την άσκηση. Οι ερωτήσεις 12-20 αφορούν στις συνήθειες του ασθενούς ως προς την πρόσληψη άλατος, καφεΐνης, αλκοόλης, φρούτων, λαχανικών καθώς και στο αν ακολουθούν τις οδηγίες του ιατρού τους σχετικά με την άσκηση. Σκοπός των ερωτήσεων 15 και 21-26 είναι η συλλογή πληροφοριών για τα χρόνια που τους παρακολουθεί ο θεράπων ιατρός, για το πόσες φορές μέσα σε ένα χρόνο επισκέπτονται το γιατρό τους ή κάποιο άλλο ιατρό για να παρακολουθήσουν την πίεση τους, για την ειδικότητα του ιατρού που τους παρακολουθεί, για την κατανόηση που τους δείχνει και το επίπεδο επικοινωνίας, καθώς και για τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων. Στις 27 και 28 αναγράφεται ο βαθμός στον οποίο αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού καθώς και το αν πιστεύουν πως με τη θεραπευτική αγωγή θα καταφέρουν να ρυθμίσουν την πίεση τους. Οι ερωτήσεις 29-35 αφορούν στη διάρκεια (σε έτη) λήψης της αγωγής, στον αριθμό των φαρμάκων, στις κατηγορίες των

αντιϋπερτασικών και στις πιθανές παρενέργειες. Και τέλος, οι ερωτήσεις 36 και 37 αφορούν στην ευκολία πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα.

3.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για μια πρώτη εικόνα του δείγματος, πραγματοποιήθηκε η Περιγραφική Ανάλυση (Descriptive Analysis). Πιο συγκεκριμένα, για τις ποιοτικές μεταβλητές, υπολογίσθηκαν οι συχνότητες (frequencies) και οι σχετικές συχνότητες (relative frequencies) επί τις εκατό. Ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές, ανάλογα με την κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων, υπολογίσθηκαν ο αριθμητικός μέσος όρος (mean) ή η διάμεση τιμή (median), τα τεταρτημόρια (quartiles), η τυπική απόκλιση (standard deviation- SD) καθώς και η μικρότερη (minimum value), μέγιστη τιμή (maximum value). Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσήλωσης των ατόμων στη θεραπευτική αγωγή και των δημογραφικών μεταβλητών, πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι Student's t-test και one-way ANOVA. Ειδικότερα, ο πρώτος έλεγχος χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων, ενώ για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο δεύτερος έλεγχος. Τέλος, όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBMSPSS Statistics 20.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

(4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ)

4.1.1 Δημογραφικά, βιομετρικά και λοιπά χαρακτηριστικά

Σ' αυτή τη μελέτη συμμετείχαν 87 ασθενείς, άνω των 45 ετών, με αρτηριακή υπέρταση που ήταν εγγεγραμμένοι και παρακολουθούνταν από το προσωπικό της 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου, εκ των οποίων οι 36 (41.4%) ήταν άνδρες και οι 51 (58.6%)

Πίνακας 4.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		n=87 (%)
Φύλο	Άνδρες	36 (41.4)
	Γυναίκες	51 (58.6)
Ηλικία (έτη)	Κάτω των 45	0 (0.0)
	45-55	14 (16.1)
	56-65	36 (41.4)
	Άνω των 65	37 (42.5)
Εκπαίδευση	Αναλόβητος/η	1 (1.1)
	Πρωτοβάθμια/ Τάξεις δημοτικού/δημοτικό	20 (23.0)
	Δευτεροβάθμια/ Τριτάξιο γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή	25 (28.7)
	Εξατάξιο γυμνάσιο ή λύκειο ή αντίστοιχη σχολή	19 (21.8)
	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές	22 (25.3)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0 (0.0)
	Έγγαμος/η	68 (78.2)
	Διαζευγμένος/η	6 (6.9)
	Σε διάσταση	3 (3.4)
	Χήρος/α	10 (11.5)
	Ελεύθερη συμβίωση	0 (0.0)
Στο σπίτι κατοικείτε	Μόνος/η	10 (11.5)
	Με άλλους	77 (88.5)

γυναίκες. Απ' αυτούς, τα 25 άτομα (28.7%) είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τα 22 (25.3%) την τριτοβάθμια και τα 20 (23%) την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων ήταν έγγαμοι (78.2%) και στο σπίτι δεν έμεναν μόνοι (88.5%) (Πίνακας & Γράφημα 4.1.1, Γράφημα στα Παραρτήματα).

Όσον αφορά τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας & Γράφημα 4.1.2, Γράφημα στα Παραρτήματα), τα περισσότερα άτομα ήταν συνταξιούχοι (37.9%), δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι (17.2%), άνεργοι (14.9%), ασκούσαν χειρωνακτική εργασία (11.5%), ενώ λιγότερα άτομα είχαν καλά αμειβόμενη εργασία (9.2%) ή ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (8%). Αξιοσημείωτο είναι πως στην ερώτηση για το αν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, μόνο το 24.1% απάντησε πως δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία. Επιπλέον, το 89.7% απάντησε πως είχε ενεργή ασφάλιση υγείας.

Πίνακας 4.1.2: Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

		n=87 (%)
Επάγγελμα ¹	Καλά αμειβόμενη εργασία	8 (9.2)
	Χειρωνακτική εργασία	10 (11.5)
	Υπάλληλος (δημόσιος ή ιδιωτικός)	15 (17.2)
	Ελεύθερος επαγγελματίας	7 (8.0)
	Συνταξιούχος	33 (37.9)
	Χωρίς εργασία	13 (14.9)
Οικονομικός τομέας ¹	Δεν αντιμετωπίζω καμία δυσκολία	21 (24.1)
	Αντιμετωπίζω λίγες δυσκολίες	30 (34.5)
	Αντιμετωπίζω αρκετές δυσκολίες	22 (25.3)
	Αντιμετωπίζω πολλές δυσκολίες	13 (14.9)
Ασφάλιση υγείας	Ασφαλισμένος/η	78 (89.7)
	Ανασφαλιστος/η	9 (10.3)

¹ Υπήρχε 1 (1.1%) missing value.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του δείκτη μάζας σώματος, βρέθηκε πως τα μισά άτομα (50.6%) ήταν παχύσαρκα. Επίσης, μεγάλο ήταν το ποσοστό των υπέρβαρων (34.5%) (Πίνακας & Γράφημα 4.1.3, Γράφημα στα Παραρτήματα).

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων της συγκεκριμένης μελέτης, φαίνεται να συμπεριελάμβαναν στη διατροφή τους φρούτα και λαχανικά, αφού η κατανάλωση τους γινόταν από την πλειοψηφία των ατόμων σε καθημερινή

βάση. Επιπρόσθετα, το 55.2% των υπερτασικών χρησιμοποίησε αλάτι κατά το μαγείρεμα

Πίνακας 4.1.3: Σωματομετρικές μετρήσεις

		n=87 (%)
Δείκτης	Φυσιολογικό βάρος	11 (12.6)
μάζας	Υπέρβαρος	30 (34.5)
σώματος ^{1,2}	Παχύσαρκος	44 (50.6)
Περίμετρος	Εντός τιμής στόχου	12 (13.8)
μέσης ³	Εκτός τιμής στόχου	46 (52.9)

¹Βάρος (kg) / ύψος² (m²)

²Υπήρχαν 2 (2.3%) missing values.

³Υπήρχαν 29 (33.3%) missing values.

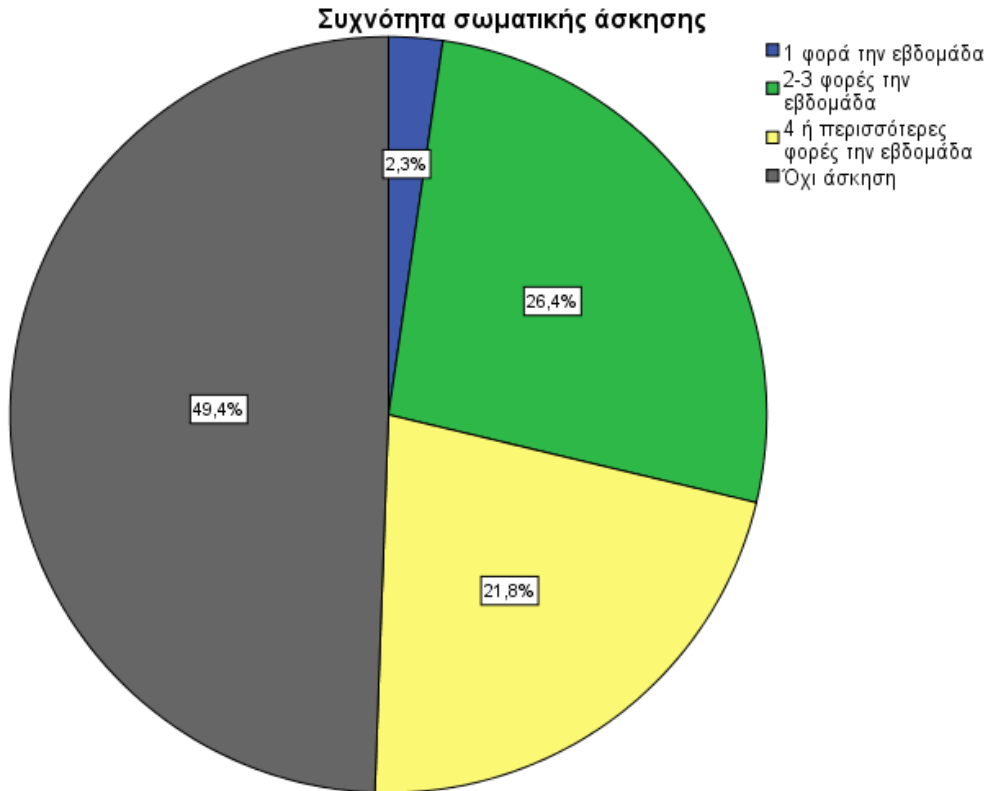
και το 48.3% δήλωσε πως ασκείται.(Πίνακας 4.1.4). Από τα άτομα που έχουν τη σωματική άσκηση στη ζωή τους, περίπου οι μισοί δήλωσαν πως ασκούνται 2-3 φορές την εβδομάδα (Γράφημα 4.1.4).

Πίνακας 4.1.4: Υγιεινο-διαιτητικές συνήθειες

		n=87 (%)
Κατανάλωση φρούτων ¹	Καθημερινά	61 (70.1)
	Μερικές μέρες την εβδομάδα	22 (25.3)
	Όχι	2 (2.3)
Κατανάλωση λαχανικών ¹	Καθημερινά	55 (63.2)
	Μερικές μέρες την εβδομάδα	30 (34.5)
	Όχι	0 (0.0)
Προσθήκη αλατιού κατά το μαγείρεμα ²	Ναι	48 (55.2)
	Όχι	35 (40.2)
Σωματική άσκηση ¹	Ναι	42 (48.3)
	Όχι	43 (49.4)

¹Υπήρχαν 2 (2,3%) missing values.

²Υπήρχαν 4 (4,6%) missing values.

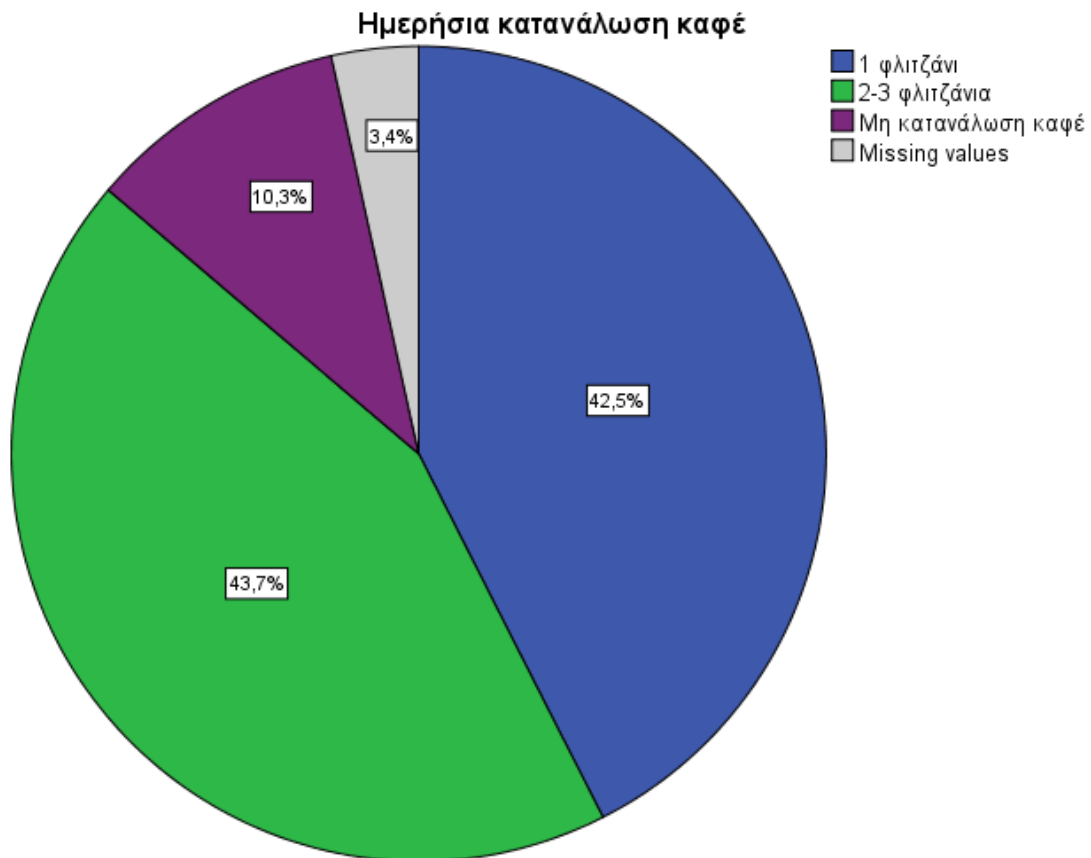


Γράφημα 4.1.4: Συχνότητα σωματικής άσκησης

Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, το 42.5% δεν κατανάλωνε ποτέ, το 37.9% περιστασιακά και τα υπόλοιπα άτομα κατανάλωναν πάνω από 1 ποτήρι την εβδομάδα. Από την άλλη πλευρά, το 88.5% κατανάλωνε καφέ (**Πίνακας 4.1.5**). Απ' αυτούς, τα περισσότερα άτομα επέλεξαν να καταναλώσουν 2-3 φλιτζάνια την ημέρα (**Γράφημα 4.1.5**). Σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες, το 51.7% δεν κάπνιζε. Από τους καπνιστές, οι περισσότεροι κάπνιζαν πάνω από 20 έτη. Επίσης, η πλειοψηφία των καπνιστών έκαναν 10 έως 20 τσιγάρα την ημέρα (**Πίνακας & Γράφημα 4.1.6, Γράφημα στα Παραρτήματα**).

Πίνακας 4.1.5: Κατανάλωση αλκοόλ και καφέ

		n=87 (%)
Κατανάλωση αλκοόλ	Ποτέ	37 (42.5)
	Περιστασιακά	33 (37.9)
	1 ποτήρι την εβδομάδα	5 (5.7)
	2-4 ποτήρια την εβδομάδα	7 (8.0)
	Πάνω από 4 ποτήρια την εβδομάδα	5 (5.7)
Κατανάλωση καφέ	Ναι	77 (88.5)
	Όχι	9 (10.3)
	Περιστασιακά	1 (1.1)



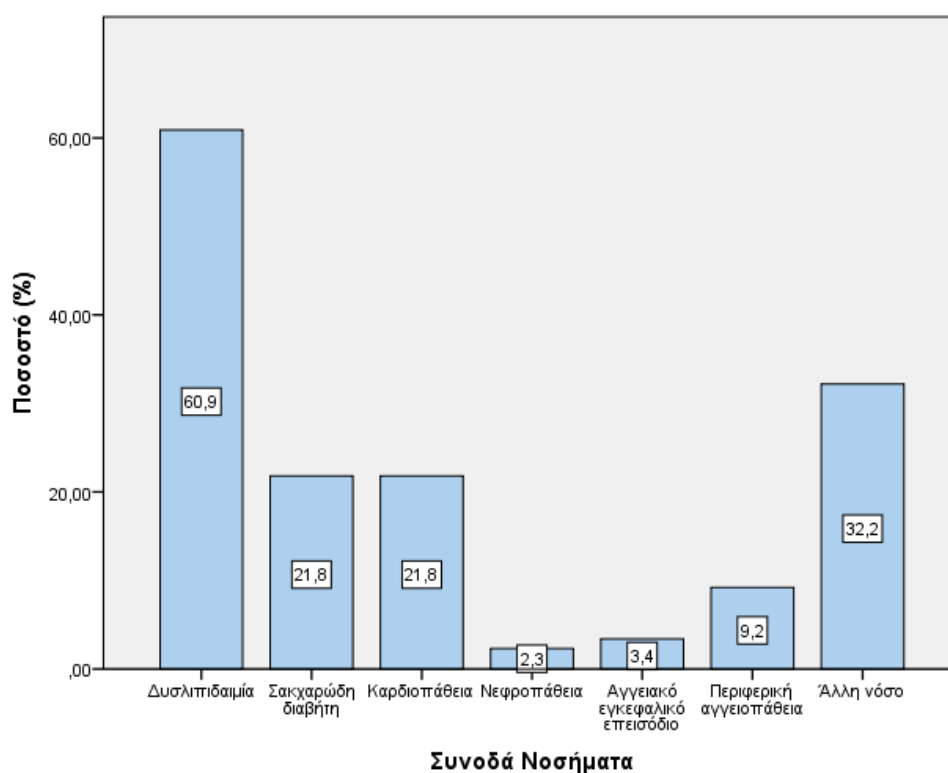
Γράφημα 4.1.5: Ημερήσια κατανάλωση καφέ.

Η πλειοψηφία των ατόμων έπασχε από συνοδό νόσημα. Αναλυτικότερα, το 60.9% έπασχε από δυσλιπιδαιμία, το 21.8% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη/καρδιοπάθεια, το 2.3% από νεφροπάθεια, το 3.4% είχε περάσει εγκεφαλικό επεισόδιο, το 9.2% έπασχε από περιφερική αγγειοπάθεια και το 32.2% από άλλη νόσο (Πίνακας & Γράφημα 4.1.7, Πίνακας στα Παραρτήματα).

Πίνακας 4.1.6: Καπνιστικές συνήθειες

		n=87 (%)
Καπνιστής	Ναι	20 (23.0)
	Όχι	45 (51.7)
	Πρώην	22 (25.3)
Έτη καπνίσματος	16-20	3 (3.4)
	Πάνω από 20	17 (19.5)
Ημερήσιος αριθμός τσιγάρων ¹	6-10	2 (2.3)
	10-20	14 (16.1)
	Πάνω από 20	3 (3.4)

¹ Υπήρχε 1 missing value.



Γράφημα 4.1.7: Συννοσηρότητα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων υποστήριξε πως ο θεράπων ιατρός τους δίνει συμβουλές σχετικά με τη νόσο, τη σωστή διατροφή και τη σωματική άσκηση (Πίνακας & Γράφημα 4.1.8, Γράφημα στα Παραρτήματα). Επίσης, το 71.3%

θεωρούσε ότι έχει πολύ καλή επικοινωνία με τον ιατρό του, ενώ το 83.9% ένιωθε ότι υπήρχε κατανόηση. Όμως, το 57.5% δεν ερωτήθηκε κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής (Πίνακας 4.1.9).

Πίνακας 4.1.8: Ιατρικές συμβουλές

		n=87 (%)
Σχετικά με σωστή διατροφή	Ναι	64 (73.6)
	Όχι	23 (26.4)
Σχετικά με το αλάτι στο μαγείρεμα ¹	Ναι	58 (66.7)
	Όχι	26 (29.9)
Σχετικά με σωματική άσκηση	Ναι	75 (86.2)
	Όχι	12 (13.8)
Σχετικά με τη νόσο ²	Ναι	62 (71.3)
	Όχι	19 (21.8)

¹Υπήρχαν 3 (3.4%) missing values.

²Υπήρχαν 6 (6.9%) missing values.

Πίνακας 4.1.9: Επικοινωνία ασθενούς με θεράποντα ιατρό.

		n=87 (%)
Κατανόηση από τον θεράποντα ιατρό ¹	Ναι	73 (83.9)
	Όχι	9 (10.3)
Καλή επικοινωνία	Πολύ καλή	62 (71.3)
	Καλή	16 (18.4)
	Μέτρια	8 (9.2)
	Ελάχιστη	1 (1.1)
Ζητήθηκε η γνώμη του ασθενή κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής	Ναι	37 (42.5)
	Όχι	50 (57.5)
Πλήρως κατανοητές οδηγίες από τον ιατρό σας	Πάντα	67 (77.0)
	Τις περισσότερες φορές	18 (20.7)
	Μερικές φορές	2 (2.3)

¹ Υπήρχαν 5 (5.7%) missing values.

Η πλειοψηφία των ασθενών παρακολουθούνταν από τον ίδιο θεράποντα ιατρό πάνω από 2 έτη (Πίνακας 4.1.10).Επίσης, το 46% το παρακολουθούσε καρδιολόγος (Γράφημα 4.1.9)

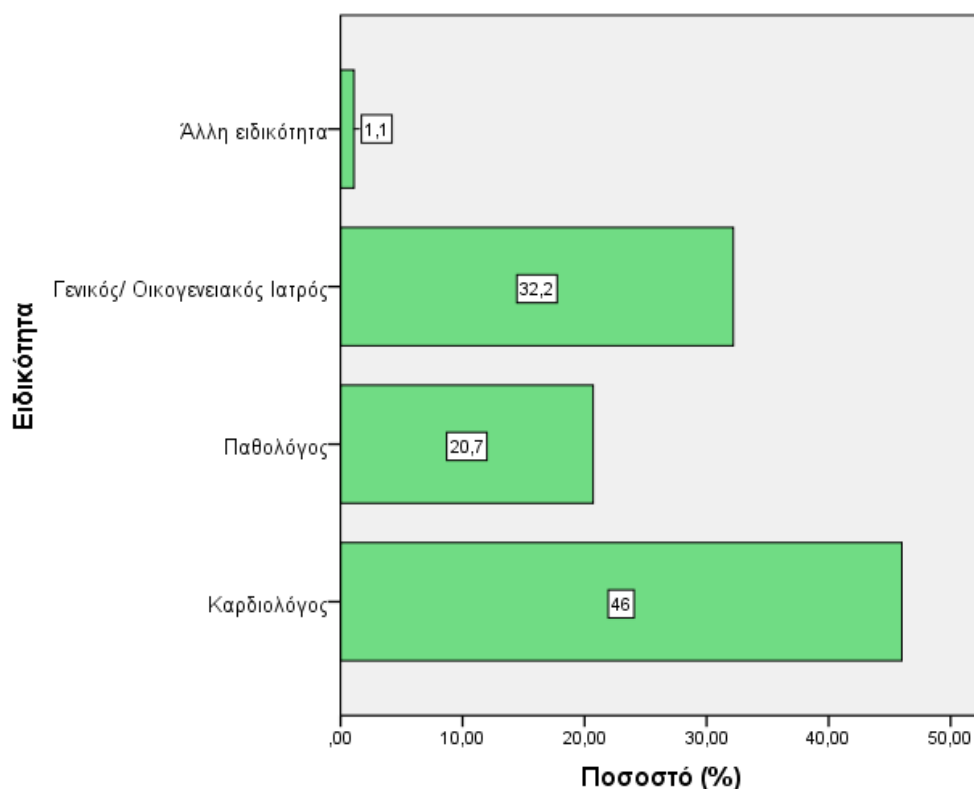
Πίνακας 4.1.10: Πληροφορίες σχετικά με την επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό για την υπέρταση.

		n=87 (%)
Παρακολούθηση από τον ίδιο θεράποντα ιατρό για την υπέρταση ¹	Ναι	54 (62.1)
	Όχι	30 (34.5)
Παρακολούθηση από τον ίδιο ιατρό (έτη) ²	1	7 (8.0)
	2-5	20 (23.0)
	6-10	10 (11.5)
	Πάνω από 10	20 (23.0)
Ετήσια συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό ³	0-1 φορά	29 (33.3)
	2-5 φορές	51 (58.6)
	6-10 φορές	3 (3.4)
	Πάνω από 10 φορές	4 (4.6)

¹Υπήρχαν 3 (3.4%) missing values.

²Υπήρχαν 30 (34.5%) missing values.

³Υπήρχαν 4 (4.6%) missing values.



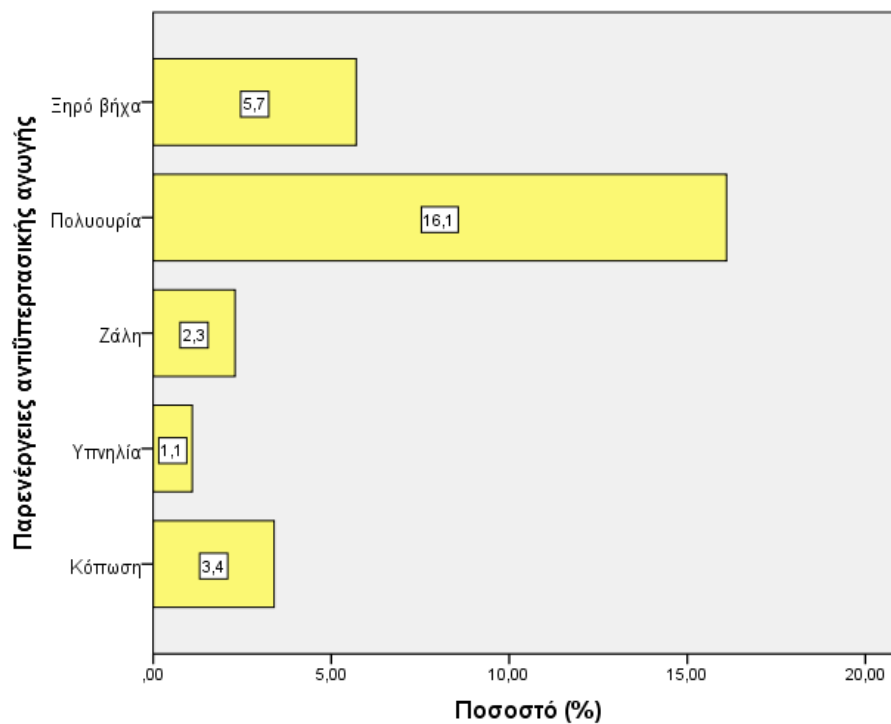
Γράφημα 4.1.9: Ειδικότητα θεράποντα ιατρού

Σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την υπέρταση, το 48.3% έπαιρνε χάπια πάνω από 10 έτη, ενώ περίπου το 80% έπαιρνε 1 χάπι την ημέρα. Επίσης, το 46% έπαιρνε 2-3 χάπια την ημέρα για άλλη πάθηση (Πίνακας 4.1.11). Η πιο συχνή

Πίνακας 4.1.11: Πληροφορίες σχετικά με φαρμακευτική αγωγή για υπέρταση και άλλη πάθηση.

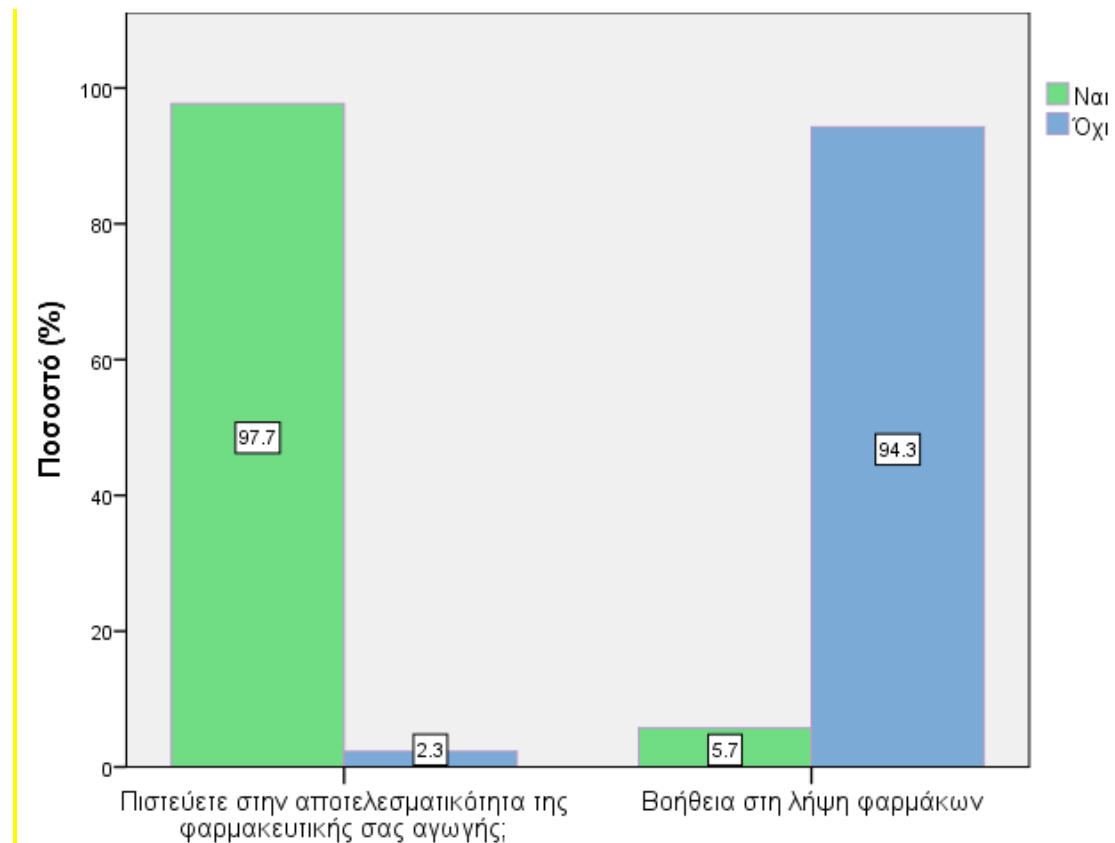
		n=87 (%)
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για υπέρταση (έτη)	<1	8 (9.2)
	1-2	12 (13.8)
	3-5	14 (16.1)
	6-10	11 (12.6)
	>10	42 (48.3)
Ημερήσια δόση φαρμακευτικής αγωγής για την υπέρταση	1 χάπι	70 (80.5)
	2-3 χάπια	17 (19.5)
Συχνότητα ημερήσιας λήψης αντιϋπερτασικής αγωγής	1 φορά	71 (81.6)
	2-3 φορές	14 (16.1)
	>3 φορές	2 (2.3)
Ημερήσια λήψη αγωγής για άλλη πάθηση ¹	Όχι	7 (8.0)
	1 χάπι	18 (20.7)
	2-3 χάπια	40 (46.0)
	4-5 χάπια	12 (13.8)
	>5 χάπια	7 (8.0)

¹ Υπήρχαν 3 (3.4%) missing values.



Γράφημα 4.1.10: Παρενέργειες αντιϋπερτασικής αγωγής

παρενέργεια της αντιϋπερτασικής αγωγής ήταν η πολυουρία (**Γράφημα 4.1.10**). Η πλειοψηφία των ατόμων (97.7%) πίστευε στην αποτελεσματικότητα της αγωγής του (**Γράφημα 4.1.11**).



Γράφημα 4.1.11: Πληροφορίες σχετικά με την άποψη των ασθενών για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και για τη βοήθεια στη λήψη της.

Τέλος, περίπου το 80% των ασθενών θεωρούσε εύκολη την πρόσβαση τόσο στις υπηρεσίες TOMY, όσο και στον θεράποντα ιατρό του (**Πίνακας 4.1.12**)

Πίνακας 4.1.12: Πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες TOMY και στο θεράποντα ιατρό

		n=87 (%)
Εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες TOMY ¹	Ναι	71 (81.6)
	Όχι	6 (6.9)
	Μερικές φορές	8 (9.2)
Εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες στο θεράποντα ιατρό ¹	Ναι	75 (86.2)
	Όχι	7 (8.0)
	Μερικές φορές	3 (3.4)

¹ Υπήρξαν 2 (2.3%) missing values.

4.1.2 Συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή

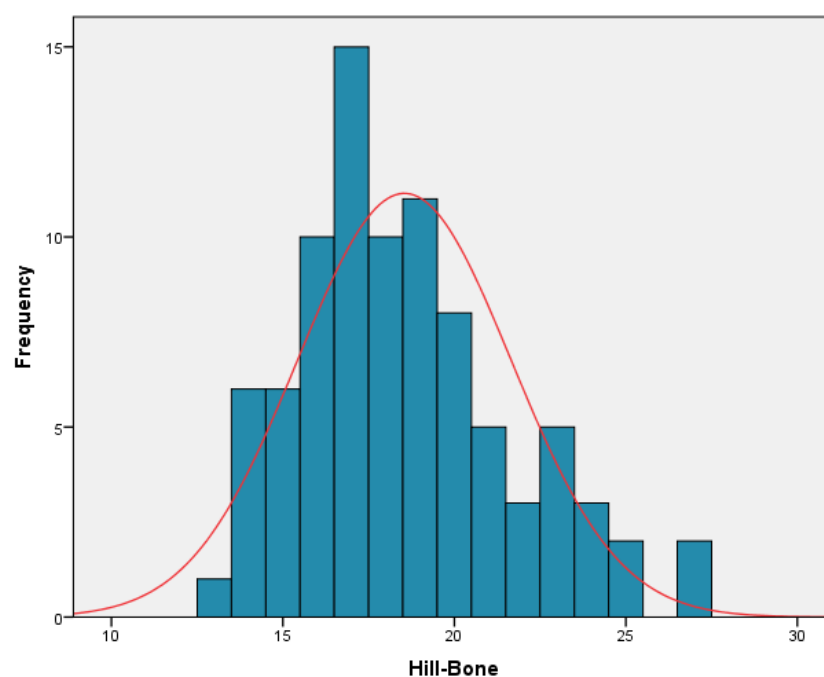
Το εύρος του σκορ των ασθενών στην κλίμακα Hill-Bone κυμαινόταν από 13 έως 27, με μέση τιμή 18.54 και τυπική απόκλιση 3.11. Επίσης, ο ασθενής με το μικρότερο σκορ σε αυτή τη κλίμακα δεν είχε απαντήσει σε δύο ερωτήσεις. Εύκολα συμπεραίνουμε πως τα άτομα είχαν καλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, σύμφωνα με την κλίμακα Hill-Bone (Πίνακας & Γράφημα 4.1.13).

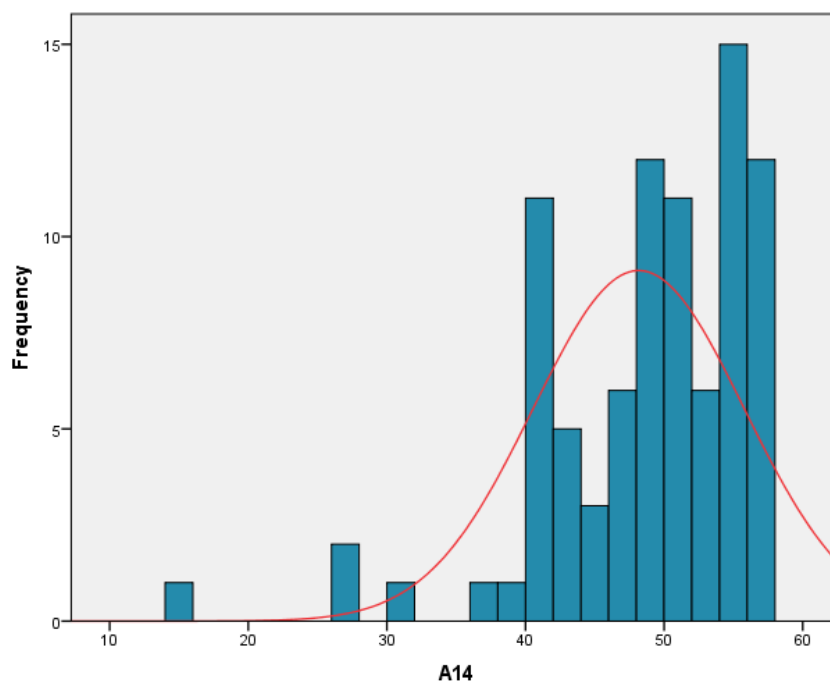
Σχετικά με την κλίμακα A-14, η μικρότερη τιμή ήταν 15 και η μεγαλύτερη 56, με μέση τιμή 48.16 και τυπική απόκλιση 7.61. Σύμφωνα με τα κριτήρια αυτής της κλίμακας, το 50% των ατόμων ήταν προσηλωμένο στη φαρμακευτική αγωγή, και το υπόλοιπο μη προσηλωμένο (Πίνακας & Γράφημα 4.1.13).

Πίνακας 4.1.13 Τα κυριότερα περιγραφικά μέτρα για τις κλίμακες μέτρησης της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή.

	mean	SD ¹	min	Quartiles			max
				25%	50%	75%	
Hill-Bone	18.54	3.11	13	16.00	18.00	20.00	27
Κλίμακα A-14	48.16	7.61	15	43.00	50.00	55.00	56

¹ Standard Deviation





Γράφημα 4.1.13: Ιστογράμματα για τις κλίμακες μέτρησης της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή.

(4 . 2 Σ Υ Σ Χ Ε Τ Ι Σ Ε Ι Σ)

Οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο κλιμάκων μέτρησης και λοιπών παραγόντων που πραγματοποιήθηκαν παρατίθενται αναλυτικά στο Παράρτημα (**Πίνακας 4.2.1-4.2.4 στα Παραρτήματα**), παρακάτω ερμηνεύονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

4.2.1 Συσχετίσεις μεταξύ της συμμόρφωσης (Hill-Bone κλίμακα) και διαφόρων παραγόντων

Η οικονομική κατάσταση των ασθενών φάνηκε να επηρεάζει τη συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική αγωγή $F(3,82)= 5.739, p=0.001$ (**Πίνακας 4.2.2 στα Παραρτήματα**). Εκ των υστέρων συγκρίσεις με τη διόρθωση LSD, έδειξαν πως τόσο τα άτομα που δεν είχαν καμία οικονομική δυσκολία (17.19 ± 3.82), όσο και αυτά που είχαν πολλές οικονομικές δυσκολίες (16.54 ± 1.56) είχαν καλύτερη συμμόρφωση

σε σχέση μ' αυτά που είχαν λίγες οικονομικές δυσκολίες (19.60 ± 2.84) και με τα άτομα που είχαν αρκετές οικονομικές δυσκολίες (19.50 ± 2.48).

4.2.2 Συσχετίσεις μεταξύ της μη συμμόρφωσης (A-14 κλίμακα) και διαφόρων παραγόντων

Το επάγγελμα των υπερτασικών ασθενών φάνηκε να επηρεάζει τη συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική αγωγή $F(5,80) = 2.544$, $p = 0.035$ (**Πίνακας 4.2.3 στα Παραρτήματα**). Εκ των υστέρων συγκρίσεις με τη διόρθωση LSD, έδειξαν πως τα άτομα που ασκούσαν χειρωνακτική εργασία (50.90 ± 3.72) και οι συνταξιούχοι (50.24 ± 6.06) ήταν προσηλωμένοι στην θεραπευτική αγωγή τους, σε αντίθεση με τους καλά αμειβόμενους (42.38 ± 11.31) και τους άνεργους (44.46 ± 10.21).

Τέλος, οι καπνιστικές συνήθειες βρέθηκε να επηρεάζουν τη προσηλωση στη θεραπευτική αγωγή $F(2,84) = 3.101$, $p = 0.050$ (**Πίνακας 4.2.4 στα Παραρτήματα**). Εκ των υστέρων συγκρίσεις με τη διόρθωση LSD, έδειξαν πως οι καπνιστές (50.30 ± 3.93) και οι πρώην καπνιστές (50.14 ± 7.08) ήταν προσηλωμένοι, σε αντίθεση με αυτούς που δεν κάπνιζαν (46.24 ± 8.65).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και παραπάνω, είναι αρκετά σημαντική η διατήρηση των τιμών της ΑΠ σε χαμηλά επίπεδα σε ασθενείς που πάσχουν από ΑΥ καθώς έτσι μειώνεται σημαντικά ο καρδιαγγειακός κίνδυνος. Για την επίτευξη όμως του στόχου αυτού είναι αναγκαία η προσήλωση του ασθενή στις οδηγίες του ιατρού και της θεραπευτικής ομάδας. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους ασθενείς τις 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου Κρήτης προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

1. Υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της προσήλωσης των ασθενών στην αγωγή τους και την οικονομική τους κατάσταση, με αυτούς που έχουν πολλές και καθόλου οικονομικές δυσκολίες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό προσήλωσης από αυτούς με λίγες και αρκετές δυσκολίες αντίστοιχα.
2. Όσον αφορά την εργασία, αυτοί που εργάζονται σε χειρωνακτική εργασία και οι συνταξιούχοι είναι πιο προσηλωμένοι από αυτούς που εργάζονται σε καλά αμειβόμενες θέσεις και τους ανέργους αντίστοιχα.
3. Ένα ακόμα αποτέλεσμα της έρευνας είναι ότι οι καπνιστές και οι πρώην καπνιστές δείχνουν μεγαλύτερη προσήλωση στην αγωγή τους από τους μη καπνιστές.
4. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν υπήρχε κάποια σημαντική διαφορά στην προσήλωση των ασθενών που είχαν καλή επικοινωνία και ενημέρωση από το γιατρό τους από αυτούς που δεν είχαν καλή επικοινωνία από τον θεράποντα ιατρό τους με αποτέλεσμα την μη κατανόηση των οδηγιών από τους ασθενείς.

Παρόμοιες έρευνες έχουν υπάρξει πολλές στο παρελθόν όχι μόνο για τους ασθενείς με ΑΥ, αλλά και με άλλες νόσους. Αυτό που διέφερε στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι πραγματοποιείται σε δομή ΠΦΥ που ξεκίνησε να λειτουργεί πριν από δύο χρόνια. Είναι η πρώτη φορά που πραγματοποιείται μια τέτοια έρευνα σε ΤΟΜΥ καθώς θα μπορούσε στη συνέχεια να εξετασθεί εάν υπάρχει διαφορά συγκριτικά με άλλες

ομάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στην προσήλωση, λόγω παροχής διαφορετικών υπηρεσιών υγείας από τη θεραπευτική ομάδα της συγκεκριμένης δομής υγείας.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη το 2002, έδειξε πως υπήρχε διαφορά στην προσήλωση ανάλογα με το χρονικό διάστημα λήψης της αγωγής. Συγκεκριμένα, η προσήλωση μειωνόταν με το πέραμα του χρόνου με μεγαλύτερη μείωση της προσήλωσης μέσα στο πρώτο εξάμηνο (Bovet, et al., 2002) κάτι που δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα.. Σε άλλη έρευνα στην ΠΦΥ στη Χιλή το 2015 (Varletaet.al, 2015), εμφανίστηκε μια διαφορά στη συμμόρφωση όπου οι άνεργοι και οι ηλικιωμένοι παρουσίαζαν την υψηλότερη συμμόρφωση κάτι αντίθετο από την παραπάνω έρευνα όπου οι άνεργοι παρουσίαζαν χαμηλότερη προσήλωση και στις ηλικιακές ομάδες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά.

Σε μελέτη που διεξήχθη στη Βραζιλία (Tavares et al., 2016) όπου πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις ΑΠ σε ηλικιωμένους υπέρτασικούς ασθενείς στην κατοικία τους, βρέθηκε ότι οι μισοί περίπου ήταν συμμορφωμένοι στην θεραπευτική τους αγωγή και δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης με αυτήν. Κάτι που όσον αφορά το δεύτερο φάνηκε στα αποτελέσματα και της παρούσας έρευνας. Ενώ σε μια μελέτη στην Ισπανία που συμπεριέλαβε 113.397 ενήλικες που έπασχαν από ΑΥ και παρακολουθούνταν στην Π.Φ.Υ, φάνηκε ότι το ένα πέμπτο του δείγματος είχε χαμηλή συμμόρφωση στην αντιυπερτασική αγωγή (Calderón-Larrañaga et al., 2016).

Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Περού όπου η πλειοψηφία των ασθενών δεν ήταν συμμορφωμένοι, αναδείχθηκε ως βασικό πρόβλημα η μη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι πεποιθήσεις των ασθενών για την βλαβερή επίδραση των φαρμάκων καθώς και η αυξημένη ανησυχία για τα φάρμακα και τη νόσο, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία της σωστής επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς (Fernandes-Agias et al., 2014). Κάτι που φάνηκε σε μια ακόμη έρευνα στις Η.Π.Α όπου φάνηκε ότιοι ανησυχίες των ασθενών για την εξάρτηση και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των φαρμάκων επηρέαζε την συμμόρφωσή τους (Ruppar et al., 2012) κάτι που δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ της συμμόρφωσης και των γνώσεων του ασθενούς σχετικά με τις επιπλοκές της υπέρτασης σε άλλη έρευνα (Hall et al., 2016), ενώ αντίθετα η χρήση μη ευχάριστων και μη εύκολα προσβάσιμων υπηρεσιών

υγείας (Barreto et al., 2014) και η συννοσηρότητα παρουσίαζαν αρνητική συσχέτιση (Ghembaza et al., 2014) με την προσήλωση του ασθενή, κάτι που πάλι δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα με τους περισσότερους να είναι ευχαριστημένοι με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον ιατρό τους και με τους ασθενείς να παρουσιάζουν οι περισσότεροι τουλάχιστον άλλη μία χρόνια νόσο.

Στην έρευνα αυτή η πιο συχνή νόσος όσον αφορά την συννοσηρότητα ήταν η δυσλιπιδαιμία, κάτι διαφορετικό από μια έρευνα της Κίνας το 2016 όπου η δυσλιπιδαιμία αποτελεί την 3^η σε σειρά συχνότερη νόσο. Την 1^η και 2^η θέση καταλαμβάνουν η στεφανιαία νόσος και ο διαβήτης αντίστοιχα (Jiaqi Liu et. Al, 2016).

5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αρχικά, όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν και συναίνεσαν την εισαγωγή τους στην έρευνα. Δεν υπήρξε κάποιος που συμπλήρωσε ερωτηματολόγιο παρά τη θέλησή του ή χωρίς να ενημερωθεί πρώτα. Επιπλέον, στην έρευνα εισήχθη μόνο όποιος είχε κλείσει το 18^ο έτος της ηλικίας του. Κάτι που αποκλείει τον παιδιατρικό πληθυσμό και τους έφηβους. Επίσης, επειδή έπρεπε να παρατηρηθεί η προσήλωση στην αγωγή του ασθενή με ΑΥ, θα έπρεπε να είχε ήδη γίνει έναρξη της αγωγής από προηγούμενο διάστημα έτσι ώστε να μπορεί να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο. Έτσι αν κάποιος για πρώτη φορά εμφάνιζε αυξημένες τιμές ΑΠ και του δίνονταν οδηγίες ακόμα και πρώτη φορά αγωγή δεν μπορούσε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Εκτός κι αν του δινόταν προς συμπλήρωση τον επόμενο μήνα όπου θα ερχόταν για παρακολούθηση από τον οικογενειακό του ιατρό και συζήτηση με τη θεραπευτική ομάδα για την εξέλιξη της υγείας του. Ένας ακόμα περιορισμός ήταν οι ψυχωτικοί ασθενείς λόγω μη εγκυρότητας των απαντήσεων. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς της μονάδας βρίσκονται υπό παρακολούθηση από κάποιον ψυχίατρο και προσέρχονται στην ΤΟΜΥ για την επανασυνταγογράφηση κάποιου φαρμακευτικού σκευάσματος ή κάποια τακτική ενεσοθεραπεία και όχι σε κρίση. Παρ' όλα αυτά αποκλείονταν από την έρευνα, όσοι έπασχαν από σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες (ψυχώσεις), ύστερα από επικοινωνία με τον οικογενειακό ιατρό ο οποίος είχε πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό και στην αγωγή του ασθενή. Ασθενείς που παρουσίαζαν αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη και βρίσκονταν υπό παρακολούθηση και αγωγή εισήχθησαν στην έρευνα.

Απαραίτητη ήταν η γνώση της Ελληνικής γλώσσας, κυρίως ανάγνωση, για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίου. Σε ασθενείς ηλικιωμένους με προβλήματα στην όραση υπήρξε μια υποστήριξη από τον ερευνητή για την ανάγνωση των ερωτηματολογίων.

5.3 ΜΕΛΛΟΝ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο μέλλον, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και ο παιδιατρικός πληθυσμός με υπέρταση και να διερευνηθεί μιας και σε μια TOMY υπάρχει και Παιδίατρος που παρακολουθεί τον παιδιατρικό πληθυσμό. Επίσης, η διερεύνηση έγινε σε μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης μιας αστικής περιοχής. Τα αποτελέσματα αυτά θα ήταν ενδιαφέρον να συγκριθούν με αυτά από μια απομακρυσμένη περιοχή όπου δεν υπάρχει TOMY και δεν είναι ίδια η πρόσβαση των πολιτών σε τέτοιου είδους υπηρεσίες ευθύνης. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να γίνει και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. ρομά, μετανάστες, κ.ά) που παρακολουθούνται σε άλλες TOMY ή δομές ΠΦΥ, και διερεύνηση της συμπεριφορά τους στην αγωγή τους σε σύγκριση με τους ασθενείς της 3^{ης} TOMY η οποία δεν έχει μεγάλο αριθμό εγγεγραμμένων τέτοιων ομάδων πέρα των μόνιμων κατοίκων που είναι ντόπιοι της περιοχής.

Μεγάλο ενδιαφέρον επίσης θα είχε η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης και καθοδήγησης των ασθενών. Να εκπαιδεύονταν δηλαδή οι μισοί εισαχθέντες και να παρακολουθούνταν η προσήλωσή τους σε σύγκριση με ένα δείγμα ασθενών το οποίο δεν εκπαιδεύονταν. Έτσι, θα μπορούσε να βγει ένα πιο αξιόπιστο αποτέλεσμα της σημαντικότητας της εκπαίδευσης των ασθενών και της σημασίας της στην προσήλωση των ασθενών στην αγωγή τους.

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι οι ασθενείς που παρακολουθούνται από την ομάδα υγείας της 3^{ης} ΤΟΜΥ Ηρακλείου, είναι προσηλωμένοι στην αγωγή τους και στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού τους. Παρατηρείται, ότι οι ασθενείς έχουν καλή επικοινωνία με τον ιατρό τους και το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι κατανοεί τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού. Το ποσοστό που δεν κατανοούσε τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού ήταν 10%. Σε αυτό θα μπορούσαν να συμβάλλουν και οι άλλες ειδικότητες υγείας με στόχο την καλύτερη ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών.

Η πλειοψηφία των ατόμων πάσχει από συνοδό νόσημα, ιδιαίτερα δυσλιπιδαιμία και σε μικρότερο ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιοπάθεια. Η προσήλωση των ασθενών στην αγωγή τους σχετίζεται με την οικονομική τους κατάσταση, την εργασία τους, και τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (57,5%) δεν ενημερώνεται σχετικά με την αγωγή του από τον θεράποντα ιατρό. Το πατερναλιστικό αυτό μοντέλο θα μπορούσε να αλλάξει βάζοντας τον ασθενή σε ένα πιο ενεργό και υπεύθυνο ρόλο στην υγεία του.

Κάτι ακόμα αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία των παχύσαρκων (50,6%) παρ' όλο που δεν παρατηρείται κάποια συμπεριφορά στις υγιεινοδιαιτητικές συμπεριφορές που να το δικαιολογεί τους σύμφωνα με τις απαντήσεις τους.

7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2008, 20:108–110
2. Α. Γιανασμίδης, Μ. Τσιαούση, Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, ΑΡΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(1):106-115 ARCHIVESOFHELLENICMEDICINE 2012, 29(1):106-115
3. Eurostat (2015). Eurostat regional yearbook 2015. Retrieved on 26/10/2015 from <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7018888/KS-HA-15-001-EN-N.pdf/6f0d4095-5e7a-4aab-af28-d255e2bcb395>
4. Gillam, S. (2008). Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*, 336(7643):536-538
5. Long, T., Khan, A., & Chana, N. (2015). Primary care must lead on population health. *Postgraduate Medical Journal*, 91(72):59-60
6. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>
7. Wolper, L. (2001). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Mediforce
8. Elina Farmanova, Christine Kirvan, Jennifer Verma, Geetha Mukerji, Nurdin Akunov, Kaye Phillips, Stephen Samis (2016). Triple Aim in Canada: developing capacity to lead to better health, care and cost. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 28, Issue 6, December 2016, Pages 830–837, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw118>
9. Julie P.W. Bynum MD, MPH, Chiang- Hua Chang PhD, Andrea Austin PhD, Don Carmichael MDiv, Ellen Meara PhD (2017). Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. *Journal of the American Geriatrics Society* First published: 08 April 2017, <https://doi.org/10.1111/jgs.14882>
10. Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), σσ. 320-333.
11. Monteiro LA. Florence Nightingale on public health nursing. *Am J Public Health*. 1985 Feb;75(2):181–6.
12. WHO. Declaration of Alma Ata, International Conference of Primary Health Care. Alma Ata, USSR. 6-12 September 1978. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
13. Πιερράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση
14. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα, 2008

15. RUBY G. Definitions of Primary Care. Institute of Medicine, Washington DC, 1977.
16. WHO. Global strategy for health for all. WHO, Geneva, 1981. Available at: <http://www.who.int/publications/9241800038.pdf>
17. WHO. The Ljubljana charter on reforming health care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1
18. WHO. The world health report. Primary health care: now more than ever. Geneva, 2008. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
19. JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Measurement of primary care: report on the Johns Hopkins primary care assessment tool. Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore MD, 2012.
20. SOULIOTIS K, LIONIS C. Creating an integrated health care system: a primary care perspective. *J Med Syst* 2005, 29:187-196
21. Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), σσ. 116-121.
22. Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου Θ. (2013). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα.
23. Μπακιρτζόγλου, Σ. (2012). Πρόληψη: ορισμοί, προβληματισμοί, υποθέσεις εργασίας. Ανακτήθηκε 03/11/2015 από http://www.epekeina.gr/a_images/2012/ProlipsiDefinitions.pdf
24. ESC, T. T. (2013). ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*(31), 1281-1357.
25. McPhee, S. & Pignone, M. (2003). General approach to the patient; Health maintenance and disease prevention. In *Current Medical diagnosis and Treatment* (42nd ed.). USA: The McGraw-Hill Companies
26. Piepoli FM, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *EurHeart J* 2016; 37: 2315-2381.
27. Calhoun DA, Jones D, Textor S, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2008; 51: 1403-1419.
28. Gohar, F., Greenfield, M., Beevers, D., Lip, Y., & Jolly, K. (2008). Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC*, 8, 4.
29. Ohta, Y., Tsuchihashi, T., & Kiyohara, K. (2011). Relationship between Blood Pressure Control Status and Lifestyle in Hypertensive Outpatients. *Intern Med*, 50, 2107-2112.
30. ESH & ESC (2013). ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2013) 34:2159–2219
31. Aronson, K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383-384.
32. Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005, August 4). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(4), 484-497.

33. Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, Η. (2014). *Νόσοι της Καρδιας & Νοσηλευτική Φροντίδα. Ολιστική Προσέγγιση*. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
34. WHO. (2003, January 1). Ανάκτηση από [www.who.com](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf): http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. 2003.
35. Kim, T., Hill, N., Bone, R., & Levine, M. (2000). Development and Testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15, 90-96.
36. Jank, S., Bertsche, T., Schellberg, D., Herzog, W., & Haefeli, E. (2009). The A-14 scale: development and validation of a questionnaire for assessment of adherence and individual barriers. *Pharm World Sci*, 31, 426-431.
37. Bovet, P., Burnier, M., Madeleine, G., Waeber, B., & Paccaud, F. (2002). Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 33-39.
38. Varleta, P., Akel, C., Acevedo, M., Salinas, C., Pino, J., Opazo, V., García, A., Echegoyen, C., Rodríguez, D., Gramusset, L., León, S., Cofré, P., Hernández, H., Neira, P., Retamal, R., Petit, G. & Moya, N. (2015). Assessment of adherence to antihypertensive therapy. *Revista Médica de Chile*, 143(5):569-576
39. Tavares, DMS., Guimarães, MO., Ferreira, PCS., Dias, FA., Martins, NPF. & Rodrigues, LR. (2016). Quality of life and adherence to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1):134-141
40. Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E., Poblador-Plou, B., Gimeno-Feliu, LA., Abad-Diez, M. & Prados-Torres, A. (2016). Non-adherence to antihypertensive medication: The role of mental and physical comorbidity. *International Journal of Cardiology*, 15(207):310-316
41. Fernandes-Arias, M., Acuna-Villaorduna, A., Miranda, JJ., Diez-Canseco, F., & Malaga, G. (2014). Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLOS ONE*, 9(12):e112875
42. Ruppert, TM., Dobbels, F. & De Geest, S. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 33(2):89-95
43. Hall, E., Lee, SY., Clark, PC & Perilla, J. (2016). Social ecology of adherence to hypertension treatment in Latino Migrant and seasonal farmworkers. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(1):33-41
44. Barreto, S., Reiners, AA. & Marcon, SS. (2014). Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3):491-498
45. Ghembaza, MA., Senoussaoui, Y., Tani, MK. & Mequenni, K. (2014). Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Current Hypertension Reviews*, 10(1):41-48
46. Liu J, Ma J, Wang J, Zeng DD, Song H, Wang L, et al. Comorbidity Analysis According to Sex and Age in Hypertension Patients in China. *Int J Med Sci*. 2016;13(2):99–107.

8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

8.1 ΝΟΜΟΙΚΑΙΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

1. Βασιλικό Διάταγμα 196 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/26-3-1969). «Περί καθορισμού καθηκόντων επισκεπτριών αδελφών».
2. Βασιλικό Διάταγμα 4 (ΦΕΚ 328/τ. Α'/14-11-1923). «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας».
3. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
4. Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/τ. Α'/23-12-1985). «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
5. Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/τ. Α'/21-8-1997). «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
6. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-2-2004). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
7. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-2-2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
8. Προεδρικό Διάταγμα 38 (ΦΕΚ 78/τ. Α'/25-05-2010). «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων».
9. Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ.3579(ΦΕΚ 93/ τ. Β'/20-01-2015). «Επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, που αποτελούν το ΠΕΔΥ, με τα Νοσοκομεία της ΔΥΠε στην οποία υπάρχουν και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς».
10. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017). «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

8.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ - ΚΛΙΜΑΚΕΣ

1: ΚΛΙΜΑΚΑ HILL - BONE

Ερώτηση: Πόσο συχνά...	Απάντηση			
	Ποτέ	Μερικές φορές	Περισσότερες φορές	Πάντα
1. ξεχνάτε να πάρετε τα φάρμακα της πίεσης;				
2. αποφασίζετε να μην πάρετε τα φάρμακα της πίεσης;				
3. τρώτε αλμυρά φαγητά;				
4. ρίχνετε αλάτι πάνω στο φαγητό σας πριν το φάτε;				
5. τρώτε σε εστιατόρια γρήγορου φαγητού (fastfood);				
6. κλείνετε το επόμενο ραντεβού πριν φύγετε από το ιατρείο;				
7. χάνετε προγραμματισμένα ραντεβού με τον γιατρό σας;				
8. ξεχνάτε να πάρετε από το φαρμακείο τα συνταγογραφημένα φάρμακα της πίεσης;				
9. σας τελειώνουν τα αποθέματα φαρμάκων της πίεσης;				
10. δεν παίρνετε τα φάρμακα της πίεσης πριν την επίσκεψη σας στο γιατρό;				
11. παραλείπετε να πάρετε τα φάρμακα της πίεσης όταν νιώθετε καλύτερα;				
12. παραλείπετε να πάρετε τα φάρμακα της πίεσης όταν νιώθετε άρρωστος/η;				
13. παίρνετε τα φάρμακα της πίεσης κάποιου άλλου προσώπου;				

14. παραλείπετε να πάρετε τα φάρμακα της πίεσης όταν είστε απρόσεκτος/η;

2: ΚΛΙΜΑΚΑ A-14

B. Κλίμακα A-14	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Όταν έχω παρενέργειες από ένα φάρμακο, σταματάω το φάρμακο τελείως	4	3	2	1	0
2. Όταν έχω παρενέργειες από ένα φάρμακο, σταματάω το φάρμακο για λίγο (μέρες ή εβδομάδες)	4	3	2	1	0
3. Όταν χειροτερεύει η αρρώστια μου, αυξάνω τη δόση του σχετικού με την αρρώστια φαρμάκου	4	3	2	1	0
4. Όταν ένα φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα, το σταματάω τελείως	4	3	2	1	0
5. Εάν είναι απαραίτητο, παίρνω μία επιπλέον δόση ή παραλείπω μία δόση (π.χ., δε λαμβάνω ένα χάπι λόγω ταξιδιού)	4	3	2	1	0
6. Όταν καλύτερεύει η αρρώστια μου, σταματάω τελείως το σχετικό με την αρρώστια φάρμακο	4	3	2	1	0
7. Όταν καλύτερεύει η αρρώστια μου, σταματάω για λίγο το σχετικό με την αρρώστια φάρμακο (μέρες ή εβδομάδες)	4	3	2	1	0
8. Όταν το κόστος του φαρμάκου είναι	4	3	2	1	0

πολύ μεγάλο, σταματάω το φάρμακο τελείως					
9. Παίρνω το φάρμακό μου λιγότερο συχνά ή το σταματάω για λίγο, ώστε να διαρκέσει περισσότερο η συνολική ποσότητα του φαρμάκου	4	3	2	1	0
10. Όταν αργώ να ανανεώσω τη συνταγή, σταματάω το φάρμακο για λίγο	4	3	2	1	0
11. Δεν παίρνω καθόλου το φάρμακό μου, γιατί δεν πιστεύω ότι κάθε αρρώστια θεραπεύεται με φάρμακα	4	3	2	1	0
12. Κατά καιρούς σταματώ το φάρμακο για λίγο, γιατί δεν μου αρέσει να παίρνω φάρμακα συνεχώς	4	3	2	1	0
13. Ξεχνώ το φάρμακό μου	4	3	2	1	0
14. Δεν μπορώ να πάρω το φάρμακό μου, λόγω της κατάστασης της υγείας μου (π.χ. επειδή δεν μπορώ να ανοίξω τη συσκευασία ή να καταπιώ το χάπι)	4	3	2	1	0

3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά στοιχεία και κλινικές

πληροφορίες

1. Φύλο: α) Άνδρας

β) Γυναίκα

2. Ηλικία • κάτω των 45 ετών • 45-55 ετών

- 56-65 ετών
- άνω των 65 ετών

3. Εκπαίδευση:

- Αναλφάβητος/η
- Πρωτοβάθμια / Τάξεις δημοτικού/δημοτικό
- Δευτεροβάθμια / Τριτάξιο γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή
- Εξατάξιο γυμνάσιο ή λύκειο ή αντίστοιχη σχολή
- Τριτοβάθμια / Μεταπτυχιακές σπουδές
- Δεν απαντώ

4. Επάγγελμα: ● κτηνοτρόφος/ αγρότης, αγρότισσα/ ψαράς

- γιατρός/ δικηγόρος/ μηχανικός
- βιοτέχνης/ έμπορος
- εργάτης, εργάτρια/ οδηγός
- υπάλληλος/ ιερέας/ καλλιτέχνης
- άνεργος,η/ οικιακά/ φοιτητής,τρια/ ανάπηρος,η
- άλλο Τι;.....
- δεν απαντώ

5. Γενικά πως πιστεύετε ότι τα πηγαίνει το νοικοκυριό σας στον οικονομικό τομέα:

- δεν αντιμετωπίζω καμιά δυσκολία
- αντιμετωπίζω λίγες δυσκολίες
- αντιμετωπίζω αρκετές δυσκολίες
- αντιμετωπίζω πολλές δυσκολίες
- δεν έχω εισόδημα
- δεν απαντώ

6. Ασφάλιση υγείας: ● ασφαλισμένος/η

- ανασφάλιστος/η
- δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

7. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Σε διάσταση

• Χήρος/α • Ελεύθερη συμβίωση • Δεν απαντώ

8. Στο σπίτι κατοικείτε: • μόνος/η • με άλλους • δεν απαντώ

9. Είσαστε καπνιστής/στρια: • Ναι • Όχι • Πρώην καπνιστής

• δεν απαντώ

Αν ναι, πόσα έτη:

• λιγότερο από 1έτος • 2-5 έτη • 6-10 έτη • 11- 15 έτη • 16-20 έτη

• πάνω από 20 έτη • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Πόσα τσιγάρα ημερησίως: • 1-5 • 6-10 • 10-20

• πάνω από 20 • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

10. Βάρος σώματος.....kg Ύψος.....cm

ΔΜΣ..... (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)

(• **Λιποβαρής:** <18,5 • **Ιδανικό βάρος:** 18,5-24,9

• **Υπέρβαρος:** 25-29,9 • **Παχύσαρκος:** ≥ 30

Περίμετρος μέσης: cm

• εντός τιμής στόχου • εκτός τιμής στόχου

(Στόχος: ♂ < 102 cm ♀ < 88 cm)

11. Από ποιά από τα παρακάτω νοσήματα γνωρίζετε ότι πάσχετε:

α) Δυσλιπιδαιμία • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

β) Σακχαρώδης διαβήτης • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

γ) Καρδιοπάθεια • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

δ) Νεφροπάθεια • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

ε) Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

στ) Περιφερική αγγειοπάθεια • Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

ε) Άλλη νόσο Ποιά;

12. Ο ιατρός σας, σας έχει δώσει κάποιες συμβουλές σχετικές με τη σωστή διατροφή;

• Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

13. Ο ιατρός σας, σας έχει δώσει οδηγίες σχετικές με την προσθήκη αλατιού στο μαγείρεμα;

- Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

14. Ο ιατρός σας, σας έχει συμβουλέψει να ασκείστε (πχ. περπάτημα για μισή ώρα, κολύμβηση κλπ.);

- Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

15. Ο ιατρός σας, σας έχει εξηγήσει τι είναι η νόσος από την οποία πάσχετε και ποιές είναι οι πιθανές επιπλοκές της:

- Ναι • Όχι • δεν απαντώ

16. Καταναλώνετε αλκοόλ:

- Ποτέ • Περιστασιακά • 1 ποτήρι την εβδομάδα
- 2-4 ποτήρια την εβδομάδα • πάνω από 4 ποτήρια την εβδομάδα
- δεν απαντώ

17. Καταναλώνετε καθημερινά καφέ: • Ναι • Όχι • Περιστασιακά

- δεν απαντώ

Αν ναι, σε τι ποσότητα ημερησίως:

- 1 φλιτζάνι • 2 - 3 φλιτζάνια • 4 ή περισσότερα

18. Καταναλώνετε

α) φρούτα :

- καθημερινά • Μερικές μέρες /εβδομάδα • όχι • δεν απαντώ

β) λαχανικά:

- καθημερινά • Μερικές μέρες /εβδομάδα • όχι • δεν απαντώ

19. Προσθέτετε αλάτι στο φαγητό κατά το μαγείρεμα:

- Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

20. Ασκείστε (πχ. 30 λεπτά περπάτημα, κολύμβηση κλπ.)

- Ναι • Όχι • δεν απαντώ

Αν ναι , πόσο συχνά : • 1 φορά την εβδομάδα

- 2-3 φορές την εβδομάδα
- 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα

21. Έχετε χρόνια τον ίδιο θεράποντα ιατρό που σας παρακολουθεί για την υπέρταση

- Ναι • Όχι • δεν απαντώ

Αν ναι, πόσα χρόνια τον έχετε:

- 1 χρόνο
- 2-5 χρόνια
- 6- 10 χρόνια
- πάνω από 10 χρόνια

22. Πόσες φορές το χρόνο επισκέπτεστε το γιατρό σας ή κάποιο άλλο γιατρό για να ελέγξετε την πίεση σας:

- 0-1 φορά
- 2-5 φορές
- 6-10 φορές
- πάνω από 10 φορές
- δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

23. Τι ειδικότητα έχει ο ιατρός που σας παρακολουθεί για την υπέρταση (μπορείτε να κάνετε περισσότερες από μία επιλογές):

- Καρδιολόγος
- Παθολόγος
- Γενικός / Οικογενειακός ιατρός
- Άλλη ειδικότητα
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

24. Πιστεύετε ότι ο θεράπων ιατρός, κατανοεί τις ανησυχίες και τα συναισθήματά σας, σχετικά με την πάθησή σας.

- Ναι
- Όχι
- δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

25. Πιστεύετε ότι έχετε καλή επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό σας;

- Πολύ καλή
- καλή
- μέτρια
- ελάχιστη
- καθόλου
- δεν απαντώ

26. Ο θεράπων ιατρός ζήτησε τη γνώμη σας κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής;

- Ναι
- Όχι

27. Όταν φεύγετε από το ιατρείο έχετε κατανοήσει πλήρως τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού:

- πάντα
- τις περισσότερες φορές
- μερικές φορές
- ελάχιστες φορές
- ποτέ
- δεν απαντώ

28. Πιστεύετε ότι η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθείτε, βοηθά στη ρύθμιση της αρτηριακής σας πίεσης:

- Ναι
- Όχι
- δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

29. Σας βοηθά κάποιος στη λήψη των φαρμάκων:

- Ναι
- Όχι
- δεν απαντώ

30. Πόσα χρόνια λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση:

- λιγότερο από 1 έτος • 1-2 έτη • 3-5 έτη
- 6-10 έτη • πάνω από 10 έτη • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

31. Πόσα χάπια ημερησίως λαμβάνετε για την υπέρταση:

- 1 χάπι • 2-3 χάπια • 4-5 χάπια
- πάνω από 5 χάπια • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

(Ποσοστό γενοσήμων&offpratent φαρμάκων: %)

32. Πόσες φορές ημερησίως λαμβάνετε την αντιϋπερτασική αγωγή:

- 1 φορά • 2-3 φορές
- περισσότερες από 3 φορές • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

33. Πόσα χάπια ημερησίως λαμβάνετε για άλλες παθήσεις:

- κανένα • 1 χάπι • 2-3 χάπια • 4-5 χάπια
- πάνω από 5 χάπια • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

34. Κατηγορίες αντιϋπερτασικών που λαμβάνετε (η ερώτηση συμπληρώνεται από τον ερευνητή βάσει της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης):

- ΑΜΕΑ • ΑΥΑ • Ανταγωνιστές ασβεστίου
- β-αποκλειστές • Διουρητικά • Αγγειοδιασταλτικά
- Κεντρικώς δρώντα • α-αποκλειστές
- Συνδυασμό σταθερής δοσολογίας δύο ουσιών
- Συνδυασμό σταθερής δοσολογίας τριών ουσιών

35. Αναφέρετε τυχόν παρενέργειες από τη λήψη της αντιϋπερτασικής αγωγής:

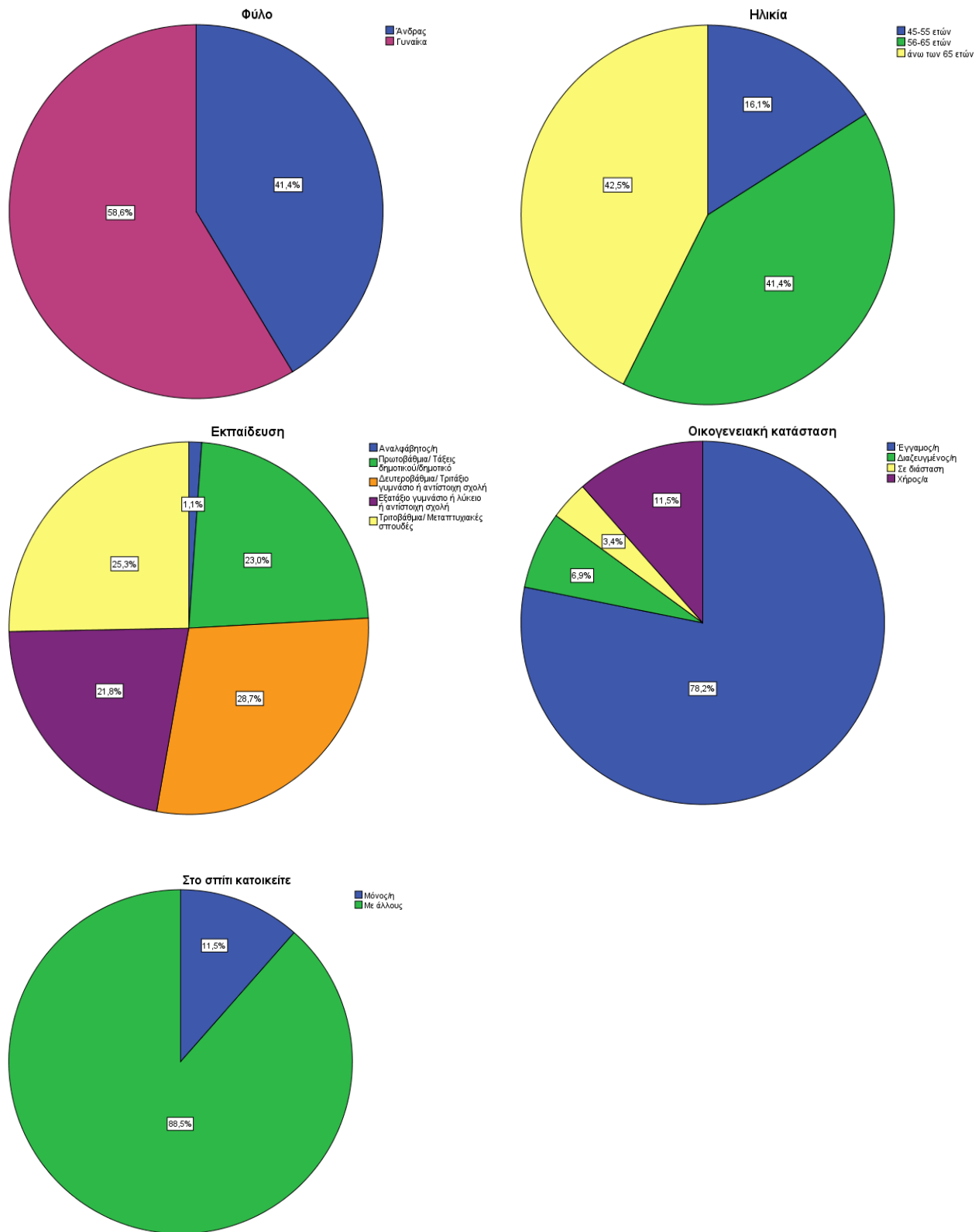
- α) Ξηρό βήχα • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- β) Πολυουρία • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- γ) Ζάλη • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- δ) Υπνηλία • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- ε) Κόπωση • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- στ) Ναυτία/έμετο • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- ζ) Οιδήματα • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- η) Εξανθήματα • Ναι • Όχι • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

36. Θεωρείτε εύκολη την πρόσβαση σας στις υπηρεσίες της TOMY:

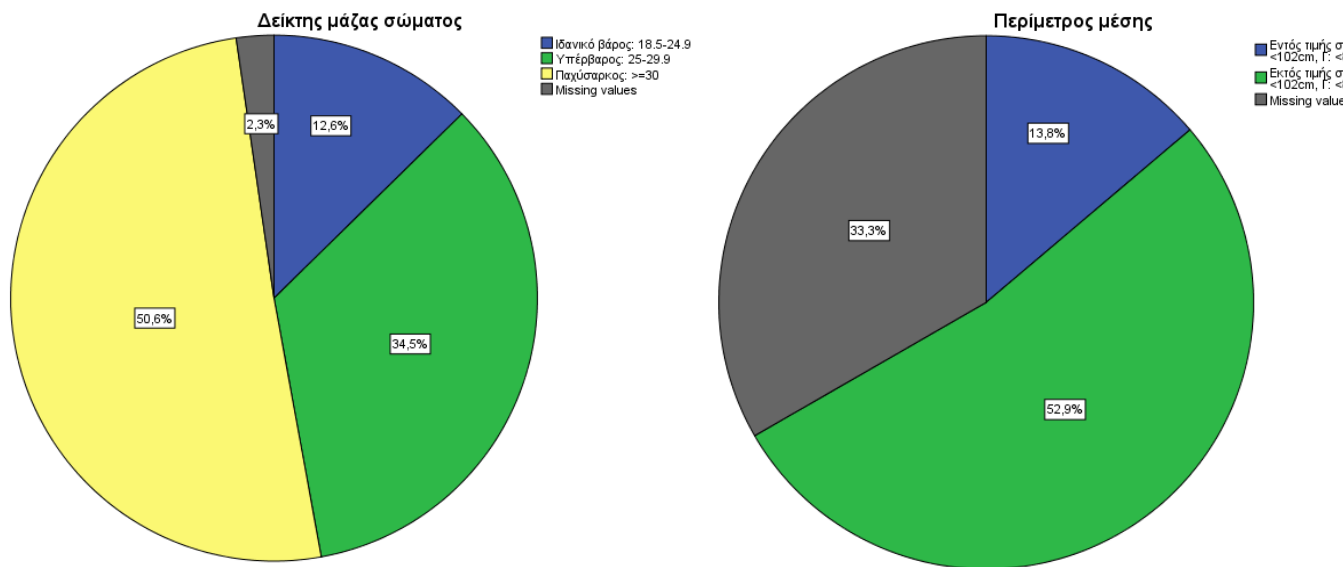
• Ναι • Όχι • Μερικές φορές • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

37. Θεωρείτε εύκολη την πρόσβαση στο θεράποντα ιατρό σας;

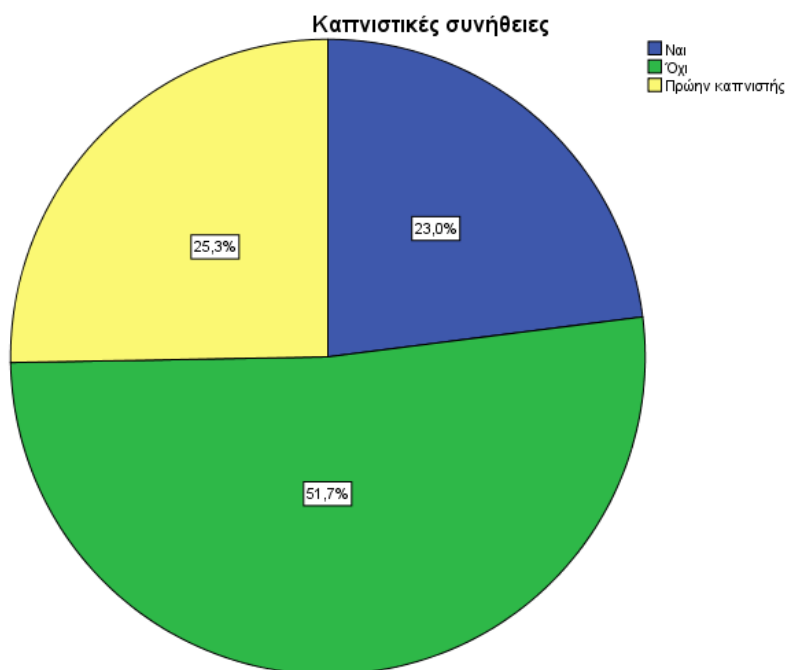
• Ναι • Όχι • Μερικές φορές • δεν γνωρίζω/δεν απαντώ



Γράφημα 4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά



Γράφημα 4.1.3: Σωματομετρικές μετρήσεις.



Γράφημα 4.1.6: Καπνιστικές συνήθειες

Πίνακας 4.1.7: Συννοσηρότητα

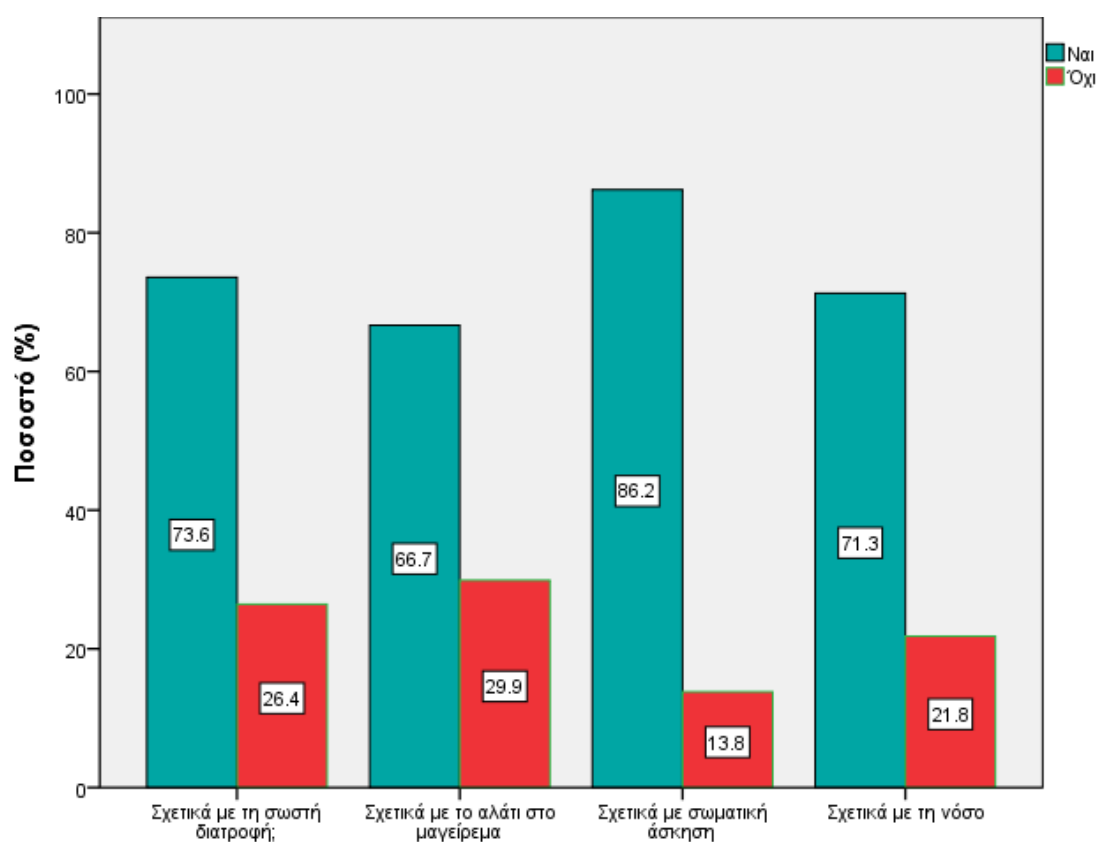
		n=87 (%)
Δυσλιπιδαιμία ¹	Ναι	53 (60.9)
	Όχι	30 (34.5)
9Σακχαρώδη διαβήτη ²	Ναι	19 (21.8)
	Όχι	63 (72.4)
Καρδιοπάθεια ³	Ναι	19 (21.8)
	Όχι	60 (69.0)
Νεφροπάθεια ⁴	Ναι	2 (2.3)
	Όχι	78 (89.7)
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ¹	Ναι	3 (3.4)
	Όχι	80 (92.0)
Περιφερική αγγειοπάθεια ¹	Ναι	8 (9.2)
	Όχι	75 (86.2)
Άλλη νόσο	Ναι	28 (32.2)
	Όχι	59 (67.8)

¹Υπήρχαν 4 (4.6%) missing values.

²Υπήρχαν 5 (5.7%) missing values.

³Υπήρχαν 8 (9.2%) missing values.

⁴Υπήρχαν 7 (8%) missing values.



Γράφημα 4.1.8: Ιατρικές συμβουλές

Πίνακας 4.2.1: Έλεγχος t-test μεταξύ της κλίμακας Hill-Bone και των ακόλουθων παραγόντων.

		n=87	mean	SD ¹	df	t	p
Φύλο	Άνδρας	36	18.44	2.90	85.00	-0.240	0.811
	Γυναίκα	51	18.61	3.28			
Ασφάλιση υγείας	Ναι	78	18.58	3.11	85.00	0.322	0.748
	Όχι	9	18.22	3.23			
Ιατρικές συμβουλές σχετικά με τη νόσο	Ναι	62	18.81	3.00	79	0.978	0.331
	Όχι	19	18.00	3.57			
Παρακολούθηση από τον ίδιο θεράποντα ιατρό για την υπέρταση	Ναι	54	18.63	3.03	82	0.042	0.967
	Όχι	30	18.60	3.28			
Βοήθεια στη λήψη φαρμάκων	Ναι	5	20.00	4.24	85	1.081	0.283
	Όχι	82	18.45	3.04			

¹Standard Deviation

Πίνακας 4.2.2: One-way ANOVA μεταξύ της κλίμακας Hill-Bone και των ακόλουθων παραγόντων.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Ηλικία	Between groups	11.469	2	5.735	0.586	0.559
	Within groups	822.140	84	9.787		
	Total	833.609	86			
Εκπαίδευση	Between groups	62.665	4	15.666	1.666	0.166
	Within groups	770.945	82	9.402		
	Total	833.609	86			

Οικογενειακή κατάσταση	Between groups	9.289	3	3.096	0.312	0.817
	Within groups	824.321	83	9.932		
	Total	833.609	86			
Επάγγελμα	Between groups	93.411	5	18.682	2.078	0.077
	Within groups	719.344	80	8.992		
	Total	812.756	85			
Οικονομικός τομέας	Between groups	0.001	3	48.095	5.739	0.001**
	Within groups	687.169	82	8.380		
	Total	831.453	85			
Δείκτης μάζας σώματος	Between groups	4.623	2	2.312	0.234	0.792
	Within groups	810.553	82	9.885		
	Total	815.176	84			
Καπνιστής	Between groups	11.681	2	5.841	0.597	0.553
	Within groups	821.928	84	9.785		
	Total	833.609	86			
Ετήσια συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό	Between groups	36.841	2	18.420	1.947	0.149
	Within groups	757.039	80	9.463		

	Total	793.880	82			
Επικοινωνία με γιατρό	Between groups	23.619	3	7.873	0.807	0.494
	Within groups	809.990	83	9.759		
	Total	833.609	86			
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για υπέρταση (έτη)	Between groups	43.382	4	10.845	1.125	0.350
	Within groups	790.227	82	9.637		
	Total	833.609	86			

**p<0.01

Πίνακας 4.2.3: Έλεγχος t-test μεταξύ της κλίμακας A-14 και των ακόλουθων παραγόντων.

		n=8 7	mean	SD ¹	df	t	p
Φύλο	Άνδρας	36	49.8 3	7.48	85.0 0	1.742	0.08 5
	Γυναίκα	51	46.9 8	7.55			
Ασφάλιση υγείας	Ναι	78	48.0 3	7.99	33.2 0	-	0.29 5
	Όχι	9	49.3 3	2.50			
Ιατρικές συμβουλές σχετικά με τη νόσο	Ναι	62	47.9 2	8.24	79	-	0.29 1
	Όχι	19	50.0 5	5.13			
Παρακολούθηση από τον ίδιο θεράποντα ιατρό για την υπέρταση	Ναι	54	47.7 2	8.75	81.0 2	-	0.46 1
	Όχι	30	48.8 7	5.39			
Βοήθεια στη λήψη φαρμάκων	Ναι	5	38.2 0	12.6 5	4.14	-	0.13 5
	Όχι	82	48.7 7	6.86			

¹ Standard Deviation

Πίνακας 4.2.4: One-way ANOVA μεταξύ της κλίμακας A-14 και των ακόλουθων παραγόντων.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Ηλικία	Between groups	303.521	2	151.761	2.724	0.071
	Within groups	4680.226	84	55.717		
	Total	4983.747	86			
Εκπαίδευση	Between groups	248.437	4	62.109	1.076	0.374
	Within groups	4735.310	82	57.748		
	Total	4983.747	86			
Οικογενειακή κατάσταση	Between groups	47.868	3	15.956	0.268	0.848
	Within groups	4935.879	83	59.468		
	Total	4983.747	86			

Επάγγελμα	Between groups	682.259	5	136.452	2.544	0.035*
	Within groups	4291.381	80	53.642		
	Total	4973.640	85			
Οικονομικός τομέας	Between groups	29.545	3	9.848	0.163	0.921
	Within groups	4954.175	82	60.417		
	Total	4983.721	85			
Δείκτης μάζας σώματος	Between groups	31.570	2	15.785	0.349	0.706
	Within groups	3704.853	82	45.181		
	Total	3736.424	84			
Καπνιστής	Between groups	342.645	2	171.323	3.101	0.05*
	Within groups	4641.102	84	55.251		
	Total	4983.747	86			
Ετήσια συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό	Between groups	90.917	2	45.458	0.767	0.468
	Within groups	4739.878	80	59.248		
	Total	4830.795	82			
Επικοινωνία με γιατρό	Between groups	392.642	3	130.881	2.366	0.077
	Within groups	4591.105	83	55.315		
	Total	4983.747	86			
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για υπέρταση (έτη)	Between groups	236.545	4	59.136	1.021	0.401
	Within groups	4747.202	82	57.893		
	Total	4983.747	86			

*p<0.05