

## ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

### Διερεύνηση γνώσεων νοσηλευτών ως προς την Υπέρταση

Κοκκινάκης Αναστάσιος-Δικαίος<sup>1</sup>, Μιχάλης Δημήτριος<sup>2</sup>, Κουτλούδη Κρυσταλία<sup>3</sup>, Γουρνή Παρασκευή<sup>4</sup>, Πολυκανδριώτη Μαρία<sup>5</sup>, Βασιλόπουλος Γεώργιος<sup>5</sup>, Γουρνή Μαρίτσα<sup>6</sup>

1. Νοσηλευτής ΤΕ, Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»
2. Ιατρός, Κέντρου Υγείας Αλιάρτου
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ
4. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»
5. Καθηγητές Εφαρμογών, Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ, Αθήνας
6. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ, Αθήνας

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός** της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς την Υπέρταση .

**Υλικό και μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν άτομα από όλες τις βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, περιελάμβανε μεταβλητές που αφορούσαν στις γνώσεις για την Υπέρταση.

**Αποτελέσματα:** Από τα 360 άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη, το 88% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 36,1 έτη. Ως προς τις γνώσεις των συμμετεχόντων, το 11,2% ανέφερε, ότι γνώριζε κάποιον αρμόδιο οργανισμό που να εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση. Το 39,3% του δείγματος ανέφερε σωστά τα όρια της αρτηριακής πίεσης και μόνον 3 στους 10 νοσηλευτές γνώριζαν, ότι η Υπέρταση στους ενήλικες είναι κυρίως ιδιοπαθής. Το 95,2% και το 85,9% των συμμετεχόντων γνώριζε, ότι η Υπέρταση έχει καταστροφική επίδραση στην καρδιά και στον εγκέφαλο, αντίστοιχα. Το 65,7% εκτιμούσε λανθασμένα ως ασθενή «υψηλότερου» κινδύνου, εκείνον που έχει τιμή αρτηριακής πίεσης 160/95 mmHg και 2 επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Το 78,1% των γνώριζε, ότι για τη θεραπεία της Υπέρτασης απαιτείται αρχικά διαιτητική αγωγή και στη συνέχεια φαρμακευτική αγωγή. Το 96,3% γνώριζε, ότι απαιτείται διακοπή καπνίσματος και το 59,9% ότι απαιτείται περιορισμός των γλυκών και λιπαρών τροφών. Ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, το 52,0% γνώριζε, ότι η πλειοψηφία των υπερτασικών ρυθμίζεται ικανοποιητικά με τη λήψη περισσότερων του ενός αντιυπερτασικών φαρμάκων. Το 43,1% γνώριζε, ότι σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η αρτηριακή πίεση πρέπει να είναι <130/80 mmHg. Το 69,4% γνώριζε, ότι ένας ικανοποιητικά ρυθμισμένος υπερτασικός ασθενής πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό του κάθε 3-6 μήνες.



**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσης έρευνας έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γνώριζε τις βλάβες που μπορούν να προκληθούν από την Υπέρταση και τις βασικές αρχές της διαιτητικής και φυσικής αγωγής των υπερτασικών ασθενών, ωστόσο παρατηρήθηκε έλλειμμα γνώσεων ως προς την αιτιοπαθολογία και τα διαγνωστικά όρια της Υπέρτασης, την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κίνδυνου που διατρέχουν οι υπερτασικοί και τη φαρμακευτική θεραπεία της Υπέρτασης. Τέλος, υψηλό ποσοστό του δείγματος αγνοούσε την ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών για την Υπέρταση. Για τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

**Λέξεις κλειδιά:** Υπέρταση, παράγοντες κινδύνου, θεραπεία, πρόληψη, κατευθυντήριες οδηγίες.

#### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοκκινάκης Αναστάσιος-Δικαίος,  
Φολεγάνδρου 47,  
ΤΚ: 104-46, Αθήνα,  
E-mail: [tasosdikaios@yahoo.com](mailto:tasosdikaios@yahoo.com)

## Exploration of nurses' knowledge regarding Hypertension

Kokkinakis Anastasios-Dikaios<sup>1</sup>, Michalis Dimitrios<sup>2</sup>, Kouloudi Krystalia<sup>3</sup>, Gourni Paraskeui<sup>4</sup>, Polikandrioti Maria<sup>5</sup>, Vasilopoulos George<sup>5</sup>, Gourni Maritsa<sup>6</sup>

1. RN, "Pammakaristos" Hospital
2. MD, Health Center of Aliartos
3. RN
4. Assistant Head Nurse, "Panmakaristos" Hospital
5. Laboratory Instructor, Nursing Department A', TEI of Athens, Greece
6. Professor, Nursing Department A', TEI of Athens, Greece

### ABSTRACT

**The aim** of the present study was to explore nurses' knowledge regarding hypertension.

**Method and material:** The sample -studied consisted of individuals from all levels of nursing personnel. Data were collected by the use the completion of a specially designed questionnaire which apart from demographic variables, it included items concerning knowledge about hypertension.

**Results:** From the 360 participants, 88% were women, while the mean age of the sample-studied was 36,1 years old. In terms of the knowledge of participants, 11,2% reported that knew some appropriate organization which publishes guidelines about hypertension. 39,3% of the sample-

studied reported correctly the limits of blood pressure while only 3 to 10 nurses knew that hypertension in adults is mainly idiopathic. 95,2% and 85,9% of the participants knew that hypertension has disastrous effects on heart and brain, respectively. 65,7% assessed wrongly as patient of higher risk that with blood pressure within 160/95 mmHg and two cardiac risk factors. 78,1% knew that care of hypertension initially demands dietary treatment and afterwards medicine treatment. 96,3% knew that is demanded cessation of smoking and the 59,9% knew that is demanded constraint of sweet and fatty food. Regarding medicine regimen, 52,0% knew that the majority of individuals with hypertension is satisfactory regulated by the administration of more than one hypertensive medicines. 43,1% knew that in patients with diabetes mellitus or chronic renal disease, blood pressure should be maintained within <130/80 mmHg. 69,4% knew that a satisfactory regulated hypertensive patient should pay a visit to the doctor every 3-6 months.

**Conclusion:** Findings of the present study showed that nursing staff knew the resulting damages owing to hypertension and the basic treatment dietary or physical lines of hypertensive individuals, however it was shown deficiency of knowledge regarding etiology and diagnostic boundaries of hypertension, the assessment of cardiac risk and the medicine treatment of hypertension. Finally, high percentage of the sample ignored existence of guidelines about hypertension. For the improvement of nurses' knowledge, emphasis should be given on the lifelong learning.

**Keywords:** Hypertension, risk factors, treatment, prevention, guidelines.

#### CORRESPONDING AUTHOR

*Kokkinakis Anastasios-Dikaios,  
Folegandrou 47,  
PC: 104-46, Athens,  
E-mail:tasosdikaios@yahoo.com*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Κ**ατά τις τελευταίες δεκαετίες, η Υπέρταση έχει εξελιχθεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, αφενός λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης των ατόμων αφετέρου λόγω των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της, όπως η παχυσαρκία, η σωματική αδράνεια, και οι κακές διατροφικές συνήθειες.<sup>1-5</sup>

Σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμάται, ότι η Υπέρταση είναι υπεύθυνη για 7,1 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους και για το 4,5% της νοσηρότητας. Πρόσφατα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) δείχνουν, ότι σχεδόν 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από Υπέρταση ενώ προβλέπεται, ότι το 2025 ο



αριθμός αυτός θα προσεγγίζει το 1,5 δισεκατομμύριο. Επίσης, η Υπέρταση αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα που ευθύνονται για το 20% των θανάτων παγκοσμίως και για το 50% των θανάτων σε μερικές αναπτυγμένες χώρες.<sup>1-5</sup>

Στη σημερινή εποχή, ο επιπολασμός της Υπέρτασης σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, είναι ήδη το ίδιο υψηλός με αυτόν που παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες. Στις Η.Π.Α., ο επιπολασμός της Υπέρτασης στους ενήλικες είναι 28,7% δηλ., περίπου 50 εκατομμύρια άτομα. Στην Ελλάδα η Υπέρταση είναι εξίσου συχνή με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες και αφορά περίπου το 25% του πληθυσμού των ενηλίκων.<sup>6-11</sup>

Η Αρτηριακή Υπέρταση προσβάλλει κυρίως τους ηλικιωμένους με συχνότητα εμφάνισης μεγαλύτερη του 50% σε άτομα άνω των 65 ετών.

Το πιο επιβαρυντικό στοιχείο για το πρόβλημα της Υπέρτασης είναι ότι ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού δε γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο, ενώ από εκείνους που γνωρίζουν ότι πάσχουν δεν είναι καλά ρυθμισμένοι. Ο παλιός «κανόνας των ημίσεων» εξακολουθεί να ισχύει σε μεγάλο ποσοστό για τους υπερτασικούς, όπου το 50% των υπερτασικών διαγιγνώσκονται, από αυτούς το 50% υπόκεινται σε θεραπεία και από τους τελευταίους το 50% ρυθμίζονται επαρκώς.

Συνεπώς μόνο το 12,5% των υπερτασικών ρυθμίζονται ικανοποιητικά, ποσοστό, που ποικίλλει από 34% στις μελέτες που αφορούν τις ΗΠΑ ως και 6% σε αυτές που αφορούν το Ηνωμένο Βασίλειο.<sup>6-11</sup>

Δεδομένου, ότι τα τελευταία χρόνια, η Υπέρταση έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις παρά τις πολλαπλές αναθεωρούμενες εκδόσεις κατευθυντήριων οδηγιών από αρμόδιους οργανισμούς και φορείς κυρίως από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η εφαρμογή μιας αποτελεσματικής στρατηγικής για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της Υπέρτασης, καθίσταται επιτακτική ανάγκη.<sup>6-11</sup>

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς την Υπέρταση.

### **Υλικό και μέθοδος**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν άτομα από όλες τις βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού, εξαιρουμένων των Βοηθών Θαλάμου και των Ανδρών Νοσοκόμων και Τραυματιοφορέων.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε: α) με βάση τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες των διαφόρων αρμοδίων οργανισμών και εταιρειών σε θέματα ΑΠ και Υπέρτασης (WHO-ISH, JNC, ESH-ESC, WHO, AHA και της

Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Υπέρτασης) και β) ύστερα από προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζονταν με την εφαρμογή άλλων ερωτηματολογίων από συναφείς έρευνες που απευθύνονταν σε εκπαιδευμένο ή εξειδικευμένο στην Υπέρταση ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, βαθμίδα εκπαίδευσης, έτη προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα συνολικά, τμήμα εργασίας κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας και έτη εργασίας στο παρόν τμήμα).

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε τις εξής ερωτήσεις σχετικά με την Υπέρταση:

- ο Γνώση αρμοδίων οργανισμών - εταιρειών που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση
- ο Γνώσεις των ορίων και της αιτιολογίας της Υπέρτασης
- ο Γνώσεις σχετικά με τα «όργανα-στόχους» της Υπέρτασης
- ο Γνώσεις σχετικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο που διατρέχουν οι υπερτασικοί ασθενείς
- ο Γνώσεις για τη θεραπεία της Υπέρτασης
- ο Γνώσεις σχετικά με τη υγιεινοδιαιτητική θεραπεία της Υπέρτασης
- ο Γνώσεις σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή της Υπέρτασης

- ο Γνώσεις σχετικά με τις τιμές στόχους της ΑΠ και την παρακολούθηση των υπερτασικών ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από τους φοιτητές που διεξήγαγαν την έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων, αφού πρώτα υποβλήθηκε και εγκρίθηκε από τις Επιτροπές για την ηθική και την έρευνα του κάθε νοσοκομείου.

Η διανομή του ερωτηματολογίου διήρκησε συνολικά 3 μήνες, με προσωπική επαφή των συνεντευξιαζόμενων-φοιτητών της έρευνας με τους νοσηλευτές των τμημάτων.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσης έρευνας διανεμήθηκε σε 523 εργαζόμενους νοσηλευτικού προσωπικού, διαφόρων βαθμίδων εκπαίδευσης στα περισσότερα ή στο σύνολο των τμημάτων των τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων. Από τα 523 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, 360 ερωτηματολόγια επιστράφηκαν απαντημένα (ποσοστό ανταπόκρισης 68,8%).

Για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0

### **Αποτελέσματα**

Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος μελέτης φαίνονται στον πίνακα 1. Ως προς τη διερεύνηση των γνώσεων βρέθηκαν τα εξής :

Το 11,2% του δείγματος (40 άτομα) ανέφερε, ότι γνώριζε κάποιον οργανισμό που να



εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση. Από αυτούς, μόνο το 9,2% (33 άτομα) ανέφερε, σωστά κάποιον οργανισμό, ενώ το 2% (7 άτομα) είτε δεν ανέφερε κάποιον συγκεκριμένο οργανισμό, είτε ανέφερε λανθασμένα κάποιες φαρμακευτικές εταιρείες που διαθέτουν αντιυπερτασικά σκευάσματα. Μόνο το 1,2% (4 άτομα) ανέφερε τους μεγάλους διεθνείς οργανισμούς (WHO, WHO-ISH, JNC, ESC/ESH, AHA) που αποτελούν την κύρια πηγή σχεδόν όλων των κατευθυντήριων οδηγιών. (Πίνακας 2)

Το 51,1% του δείγματος ανέφερε υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης ως φυσιολογικές, το 20,6% ανέφερε τις τιμές  $\geq 160/90$  mmHg ως όρια Υπέρτασης και το 39,3% του δείγματος γνώριζε σωστά τα όρια της Υπέρτασης. (Πίνακας 3)

Μόνον 3 στους 10 γνώριζαν, ότι η Υπέρταση στους ενήλικες είναι κυρίως ιδιοπαθής, ενώ 1 στους 4 απέδιδαν λανθασμένα την εμφάνιση της Υπέρτασης στους ενήλικες, ως αποτέλεσμα κάποιας προϋπάρχουσας νόσου. (Πίνακας 4)

Το 95,2% και το 85,9% των συμμετεχόντων γνώριζε, ότι η Υπέρταση έχει καταστροφική επίδραση στην καρδιά και στον εγκέφαλο, αντίστοιχα. Το 65,3% και το 66,1% γνώριζε τη βλαπτική επίδραση της υπέρτασης στους νεφρούς και στις αρτηρίες, αντίστοιχα. Αντιθέτως, το 53,4% δεν γνώριζε ότι η Υπέρταση μπορεί να προκαλέσει βλάβες και

μάλιστα σοβαρές, στους οφθαλμούς. (Πίνακας 5)

Το 65,7% των ερωτηθέντων εκτιμούσε λανθασμένα ως ασθενή «υψηλότερου» κινδύνου, εκείνον που έχει την ενδιαμέση τιμή ΑΠ (160/95 mmHg) και 2 επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα και υπερχοληστεριναιμία) και μόνο το 16,2% των ερωτηθέντων εκτιμούσε σωστά ότι το «υψηλότερο» καρδιαγγειακό κίνδυνο διατρέχει ο ασθενής, που ναι μεν έχει τη μικρότερη τιμή ΑΠ από τους 3 (150/90 mmHg) αλλά έχει συνοδό εγκατεστημένη νόσο (πάσχει από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια). (Πίνακας 6)

Το 78,1% των ερωτηθέντων γνώριζε, ότι για τη θεραπεία της Υπέρτασης απαιτείται αρχικά υγιεινοδιαιτητική αγωγή και στη συνέχεια με φαρμακευτική αγωγή. Το 75,4% γνώριζε, ότι ένας ασθενής στον οποίο διαγιγνώσκεται Υπέρταση με τιμές ΑΠ μεγαλύτερες από 180/110 mmHg, πρέπει να ξεκινήσει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή αμέσως μετά τη διάγνωση. (Πίνακας 7)

Ως προς στην υγιεινοδιαιτητική θεραπεία της Υπέρτασης, το 96,3% γνώριζε ότι απαιτείται διακοπή καπνίσματος και το 59,9% ότι απαιτείται περιορισμός των γλυκών και λιπαρών τροφών. Το 88,6% θα συμβουλέψει τον περιορισμό της πρόσληψης του νατρίου, το 96% τη διακοπή του καπνίσματος, και το 86,9% τον περιορισμό της κατανάλωσης

αλκοόλ. Όσον αφορά στην προτεινόμενη σωματική δραστηριότητα, το 45,1% του δείγματος θα συμβούλευε το σωστό συνδυασμό αυξημένης φυσικής δραστηριότητας (όπως περπάτημα) και μέτριας έντασης αεροβικών ασκήσεων (όπως ποδήλατο, τρέξιμο, κολύμβηση), το 86,4% γνώριζε την ευεργετική επίδραση της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας, το 63,2% γνώριζε την ευεργετική επίδραση των ήπιων ασκήσεων, ενώ το 16,1% των ερωτηθέντων δε φαίνεται να γνώριζε τη δυσμενή επίδραση των ισομετρικών ασκήσεων όπως η άρση βαρών. (Πίνακας 8)

Ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, το 52,0% γνώριζε, ότι η πλειοψηφία των υπερτασικών ρυθμίζεται ικανοποιητικά με τη λήψη περισσότερων του ενός αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Το 33,2% των ερωτηθέντων αναγνώρισε σωστά και τις 3 κατηγορίες φαρμάκων που δύνανται να προκαλέσουν αύξηση της ΑΠ και να απορυθμίσουν την υπέρταση (Συμπαθητικομμητικά, αντισυλληπτικά, και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη). (Πίνακας 9)

Το 42,7% των ερωτηθέντων γνώριζε, ότι οι υπερτασικοί, όταν μετρούν την ΑΠ στο σπίτι (μόνοι τους ή με τη βοήθεια άλλων) πρέπει να εμφανίζουν τιμές αρκετά μικρότερες από 140/90 mmHg για να θεωρηθούν ικανοποιητικά ρυθμισμένοι (πιο συγκεκριμένα οι τιμές αυτές ορίζονται να

είναι  $\leq 130/85$  mmHg). Το 57,3% πίστευε ότι ένας υπερτασικός θεωρείται ικανοποιητικά ρυθμισμένος, όταν κατά τις μετρήσεις στο σπίτι εμφανίζει τιμές ίσες ή λίγο μεγαλύτερες με 140/90 mmHg (τιμές που ισχύουν για τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο). (Πίνακας 10)

Το 43,1% γνώριζε, ότι η αρτηριακή πίεση σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πρέπει να είναι  $<130/80$  mmHg και το 69,4% γνώριζε, ότι ένας ικανοποιητικά ρυθμισμένος υπερτασικός ασθενής πρέπει να επισκέπτεται / να παρακολουθείται από το γιατρό του ανά 3-6 μήνες. (Πίνακας 11)

Στον Πίνακα 11 δίνονται με συνοπτικό τρόπο οι ερωτήσεις που τέθηκαν για την υπέρταση. Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που έχουν περισσότερα από 1 σκέλη και απαιτούνται περισσότερες από 1 απαντήσεις, οι σωστές απαντήσεις δίνονται μέσα σε παρένθεση στη στήλη 1, ο αριθμός των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που απάντησαν συνολικά (σωστά ή λανθασμένα) σε κάθε μία από τις ερωτήσεις αυτές φαίνεται στη στήλη 2, ο αριθμός των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που απάντησαν σωστά σε κάθε ερώτηση στη στήλη 3 και το ποσοστό των σωστών απαντήσεων (αριθμός ατόμων που απάντησαν σωστά / αριθμός ατόμων που απάντησαν συνολικά επί τοις %) για κάθε ερώτηση στη στήλη 4.

Από τον πίνακα αυτό παρατηρούνται τα εξής:



**A) Όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων του δείγματος που απάντησαν στις ερωτήσεις:**

- Καμία ερώτηση δεν απαντήθηκε από όλο το δείγμα (360 άτομα).
- Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτήσεων (27 από τις 30, όπως φαίνονται στον πίνακα) απαντήθηκαν τουλάχιστον από 332 άτομα.
- Η ερώτηση που απαντήθηκε περισσότερο (από 356 άτομα) είναι η πρώτη ερώτηση που τίθεται για την Υπέρταση σχετικά με τη γνώση οργανισμών / εταιρειών που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση. Ακολουθούν οι ερωτήσεις για τα όρια της Υπέρτασης και τα «όργανα – στόχους» της Υπέρτασης με 354 απαντήσεις έκαστη.
- Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν λιγότερο είναι αυτές που αφορούν τα αντιυπερτασικά φάρμακα (απαντήθηκε από 332 – δεν απαντήθηκε από 28) και την αιτιολογία της Υπέρτασης (απαντήθηκε από 336 – δεν απαντήθηκε από 24).

**B) Όσον αφορά τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων:**

- Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις 30 ερωτήσεις κυμαίνονται από 96,3% το μέγιστο ως 9,2% το ελάχιστο.
- Στις 9 από τις 30 ερωτήσεις το ποσοστό των σωστών απαντήσεων είναι της τάξης

του 50-80%, ενώ στις 11 το ποσοστό σωστών απαντήσεων είναι μεγαλύτερο του 80% και στις υπόλοιπες 10 το ποσοστό σωστών απαντήσεων είναι μικρότερο του 50%.

- Από τις 11 ερωτήσεις που εμφανίζουν ποσοστό σωστών απαντήσεων μεγαλύτερο του 80% : α) οι 4 αφορούν τα όργανα που βλάπτονται ή όχι από την Υπέρταση β) οι 6 σχετίζονται με την υγιεινοδιαιτητική αγωγή των ασθενών και γ) η 1 αφορά στα αντιυπερτασικά φάρμακα και πιο συγκεκριμένα τη γνώση ότι οι βενζοδιαζεπίνες δεν αποτελούν κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων
- Αντίθετα, ποσοστά σωστών απαντήσεων μικρότερα του 50% εμφανίζονται ουσιαστικά σε 9 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου: α) 7 απλές, β) τη σύνθετη ερώτηση που αφορά τα όργανα που βλάπτονται ή όχι από την Υπέρταση (όπου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά λανθασμένα στην ερώτηση για τους οφθαλμούς) και γ) τη σύνθετη ερώτηση που αφορά τη συγκριτική αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου 3 περιπτώσεων υπερτασικών ασθενών (όπου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολογεί λανθασμένα τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, τόσο του νεφροπαθούς υπερτασικού, όσο και του καπνιστή / υπερχοληστερινικού υπερτασικού, δηλαδή απαντά



λανθασμένα σε 2 ερωτήσεις). Η ερώτηση με το χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων είναι αυτή που αφορά τη γνώση οργανισμών / εταιρειών που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση (απαντάει σωστά μόλις το 9,2%), ενώ ακολουθούν οι δύο ερωτήσεις που αναφέρθηκαν αμέσως πριν και αφορούν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο του νεφροπαθούς υπερτασικού (16,2%) και του καπνιστή / υπερχοληστερινικού υπερτασικού (19,4%).

### Συζήτηση αποτελεσμάτων

Μελετώντας τη βιβλιογραφία για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιούταν για τη συλλογή των δεδομένων σχετικά με τις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την Υπέρταση, διαπιστώθηκε, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των δημοσιευμένων ερευνών σε ξένα ιατρικά και νοσηλευτικά επιστημονικά περιοδικά που διαπραγματεύονται γνώσεις, συνήθειες, στάσεις ή δεξιότητες νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την Υπέρταση, περιορίζονται στην ανίχνευσή της.

Ωστόσο, από το 2000 έχουν αρχίσει να δημοσιεύονται κυρίως στα νοσηλευτικά επιστημονικά περιοδικά των αναπτυγμένων χωρών κάποιες, λίγες σε αριθμό, αλλά πολύ αξιόλογες έρευνες που διαπραγματεύονται το ρόλο των νοσηλευτών στην παρακολούθηση (Follow-up) των υπερτασικών ασθενών.<sup>19-22</sup>

Τέλος, υπάρχουν πολλές δημοσιευμένες έρευνες που ασχολούνται με τις γνώσεις των ιατρών ως προς την Υπέρταση, κυρίως γενικών γιατρών και παθολόγων. Δεν βρέθηκε καμία δημοσιευμένη μελέτη που να αξιολογεί το επίπεδο των γνώσεων πάνω στην Υπέρταση των μη εξειδικευμένων νοσηλευτών, που επίσης αποτελούν σημαντικούς παροχείς υγειονομικής περίθαλψης.<sup>22-25</sup>

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας έδειξαν, ότι μόλις το 9,2% του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε κάποιον συγκεκριμένο οργανισμό που εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση και μόνο το 1,2% ανέφερε κάποιον από τους διεθνείς οργανισμούς (WHO/ISH – JNC – ESC/ESH – WHO – AHA) που αποτελούν την κύρια πηγή των κατευθυντήριων οδηγιών. Πιθανόν, το εύρημα αυτό να αντανακλά την έλλειψη εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με το περιεχόμενο των κατευθυντήριων οδηγιών για την Υπέρταση όπως επίσης την πλήρη άγνοια του νοσηλευτικού προσωπικού για την ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών.

Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να αγγίζει όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς σύμφωνα με την έρευνα των Hyman και συν.,<sup>26</sup> το 41% των παθολόγων είτε δεν είχε ακούσει είτε δεν είχε εξοικειωθεί με το περιεχόμενο των κατευθυντήριων οδηγιών. Οι Hagemeister και συν.,<sup>27</sup> που μελέτησαν 11.547 ιατρούς, έδειξαν ότι μόνο το 19% των γενικών



γιατρών, το 26% των παθολόγων και το 37% των καρδιολόγων γνώριζε τις κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση. Τέλος σε μια πιο πρόσφατη ιταλική έρευνα των Cuspidi και συν.,<sup>25</sup> βρέθηκε ότι μόνο το 20,1% από τους 1256 συμμετέχοντες παθολόγους είχε επαρκή γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών.

Ως απόρροια της έλλειψης επαφής και εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση μπορεί να θεωρηθεί και το σημαντικό έλλειμμα που ανευρίσκεται στις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα όρια της Υπέρτασης. Λιγότεροι από 4 στους 10 γνωρίζουν ότι ένα ενήλικο άτομο (> 18 ετών), κατά τα άλλα υγιές, θεωρείται υπερτασικό, όταν εμφανίζει σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τιμές ΑΠ  $\geq$  140/90 mmHg.

Στην έρευνα γνώσεων σχετικά με την Υπέρταση σε ιατρούς παθολόγους στην ερώτηση που σχετιζόνταν με τα όρια της Υπέρτασης που ισχύουν σε ηλικιωμένους (> 65 ετών), μόλις το 27% των συμμετεχόντων απάντησε τα σωστά όρια  $\geq$  140/90 mmHg, ενώ το 1/3 ανέφερε όρια  $\geq$  150/90 mmHg και το υπόλοιπο 1/3 όρια  $\geq$  165/95 mmHg.<sup>25</sup> Σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες τα όρια της Υπέρτασης δε διαφοροποιούνται αλλά είναι ίδια για όλους τους ενήλικες.

Κενά στις θεωρητικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού της παρούσης

έρευνας σχετικά με την Υπέρταση υποδηλώνουν τόσο το χαμηλό ποσοστό των σωστών απαντήσεων στην ερώτηση που αφορά την αιτιολογία της Υπέρτασης όσο και η μη αναγνώριση των αρτηριών, των νεφρών και των οφθαλμών ως «οργάνων-στόχων» της Υπέρτασης από σημαντική μερίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το γεγονός ότι, το 62,1% των ερωτηθέντων εκτιμά σωστά το «μικρότερο» καρδιαγγειακό κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής, που ναι μεν έχει την υψηλότερη τιμή της ΑΠ δηλ., 170/100 mmHg αλλά δεν έχει επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ούτε συνοδό εγκατεστημένη νόσο, δείχνει ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού της παρούσης έρευνας γνωρίζει ότι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο δεν εξαρτάται μόνο από το επίπεδο της Υπέρτασης αλλά και από την παρουσία άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου ή εγκατεστημένης νόσου.

Ωστόσο, η μεγάλη πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού δε γνωρίζει ακριβώς τις κατηγορίες των υπερτασικών ατόμων που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες όλων των αρμοδίων οργανισμών / εταιρειών / φορέων για την Υπέρταση στην κατηγορία υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ανήκουν: α) οι έχοντες Υπέρταση βαθμού 3 ή σοβαρή ( $\geq$  180/110 mmHg) χωρίς ή με 1-2

επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και β) όλοι οι έχοντες Υπέρταση, ανεξαρτήτως του βαθμού αυτής, με 3 ή περισσότερους επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ή με βλάβη οργάνων στόχων ή με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο. Ο προσδιορισμός του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου είναι απαραίτητος σε κάθε υπερτασικό ή υποψήφιο υπερτασικό, τόσο για την απόφαση της έναρξης της θεραπείας, όσο και για τον καθορισμό της ΑΠ-στόχου.<sup>28-33</sup>

Δυστυχώς, τον κίνδυνο αυτό φαίνεται να αγνοούν ή να μη λαμβάνουν υπ' όψιν ούτε οι γιατροί (ειδικευμένοι στην Υπέρταση και μη) καθώς έρευνες που έγιναν στο Cambridge της Αγγλίας και στη Δανία και στηρίχθηκαν σε ερωτηματολόγια διαχείρισης υποθετικών περιπτώσεων υπερτασικών ασθενών, έδειξαν, ότι το 67% των γενικών γιατρών από την ευρύτερη περιοχή του Cambridge, καθώς και το 59% των γενικών γιατρών και το 56% των ειδικών στην Υπέρταση γιατρών από τη Δανία δεν έλαβε την απόφαση για έναρξη της θεραπείας σε συνάρτηση με το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο που διέτρεχαν οι υποθετικές περιπτώσεις υπερτασικών, αλλά με βάση το βαθμό της Υπέρτασης αυτών.<sup>23,33</sup>

Το 78,1% του δείγματος της παρούσης μελέτης ανέφερε, ότι ένας ασθενής με Ήπια Υπέρταση χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες

καρδιαγγειακού κινδύνου (ΚΑΚ) πρέπει να αντιμετωπιστεί αρχικά με υγιεινοδιαιτητική αγωγή και επί αποτυχίας αυτής μετά την πάροδο 6μήνου με φαρμακευτική αγωγή. Το εύρημα, ότι το 75,4% αναγνωρίζει ότι ένας ασθενής με Σοβαρή Υπέρταση (> 180/110 mmHg) πρέπει να αντιμετωπιστεί εξ αρχής με φαρμακευτική αγωγή, υποδηλώνει επίγνωση των βασικών αρχών θεραπείας της Υπέρτασης από το νοσηλευτικό προσωπικό παρά την υψηλού βαθμού άγνοια των κατευθυντήριων οδηγιών.<sup>29,30,31</sup>

Είναι ευρέως γνωστό, ότι στο δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας της Υπέρτασης και κυρίως η μεγάλη πρόοδος που σημειώθηκε στον τομέα της φαρμακευτικής αγωγής είχαν ως αποτέλεσμα μείωση των ΑΕΕ κατά 35-40%, της Στεφανιαίας νόσου κατά 15%, της Καρδιακής Ανεπάρκειας κατά 50%, της θνητότητας από ΑΕΕ και ΟΕΜ κατά 21% και της συνολικής θνητότητας κατά 13%, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες της Β. Αμερικής και της Δ. Ευρώπης, στην Ιαπωνία και στην Αυστραλία.<sup>33-35</sup>

Αρκετά ικανοποιητικές μπορούν να θεωρηθούν οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή για τη θεραπεία της Υπέρτασης (μείωση της πρόσληψης νατρίου, δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ,



διακοπή του καπνίσματος, συστηματική σωματική άσκηση).<sup>36</sup>

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων σε όλες τις σχετικές ερωτήσεις υπερβαίνουν το 85%, εξαιρουμένων των 2 ερωτήσεων που αφορούν: α) τον περιορισμό των γλυκών και των λιπαρών τροφών και β) την προτεινόμενη σωματική δραστηριότητα.

Το εύρημα αυτό πρέπει να προβληματίζει τους επαγγελματίες υγείας διότι η υπεργλυκαιμία και η υπερλιπιδαιμία (υπερχοληστεριναιμία) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, οι οποίοι σε συνέργεια με την Υπέρταση αυξάνουν κατά πολύ το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο των υπερτασικών. Επίσης προβληματισμό προκαλεί το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς (55%) δεν έχουν πλήρη επίγνωση των δραστηριοτήτων που συστήνονται, όπως αυξημένη φυσική δραστηριότητα – δυναμικές αεροβικές ασκήσεις μέτριας έντασης διότι έχουν ευεργετική επίδραση στην Υπέρταση και των ασκήσεων, κυρίως των ισομετρικών που πρέπει να αποφεύγονται διότι επηρεάζουν δυσμενώς την Υπέρταση.

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική ανεπάρκεια γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο δύσκολο χώρο της φαρμακευτικής αγωγής στην Υπέρταση καθώς φάνηκε, ότι το 48% αγνοεί ότι, για την πλειοψηφία των υπερτασικών ασθενών απαιτείται συνδυασμένη αντιυπερτασική

αγωγή και το 66,8% που αδυνατεί να αναγνωρίσει συνολικά τα Συμπαθητικομιμητικά, τα ΜΣΑΦ και τα Αντισυλληπτικά ως φάρμακα που ενοχοποιούνται για αύξηση της ΑΠ και απορύθμιση της Υπέρτασης.<sup>29,30,35</sup>

Τα τελευταία χρόνια η μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι, από τους ίδιους τους υπερτασικούς ασθενείς ή από οικείους αυτών, αποτελεί μια πρακτική που ενθαρρύνεται από όλους τους αρμόδιους οργανισμούς / εταιρείες / φορείς που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση και έχει ως σκοπό τη συνεχή παρακολούθηση των υπερτασικών που βρίσκονται υπό αγωγή και τον έλεγχο της ρύθμισης της Υπέρτασης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες λαμβάνοντας υπ' όψιν τις πιθανόν μειωμένες δεξιότητες των ατόμων που εκτελούν τη μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι, καθώς και τη μειωμένη αξιοπιστία των πιεσόμετρων που κυκλοφορούν στην αγορά, θέτουν ενδεικτικά διαγνωστικά όρια της Υπέρτασης για τις μετρήσεις της ΑΠ στο σπίτι χαμηλότερα των αποδεικτικών ορίων που ισχύουν για τις μετρήσεις στο ιατρείο. Έτσι για τις μετρήσεις στο σπίτι ως φυσιολογικές τιμές ΑΠ θεωρούνται τιμές < 125-135/85 mmHg.<sup>29,30,35</sup>

Οι προτεινόμενες τιμές διαφέρουν μεταξύ των αρμοδίων οργανισμών / εταιρειών / φορέων, αλλά σε κάθε περίπτωση είναι χαμηλότερες από αυτές της μέτρησης στο ιατρείο. Για τις μετρήσεις στο ιατρείο ως

φυσιολογικές τιμές ΑΠ θεωρούνται οι 140/90 mmHg.<sup>16,29,30,35,36</sup>

Από την άλλη, το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να γνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό ότι, όταν η Υπέρταση περιπλέκεται με σοβαρές νόσους όπως η ΧΝΑ και ο Σ.Δ., η αντιυπερτασική θεραπεία πρέπει να στοχεύει σε τιμές ΑΠ μικρότερες από 140/90 mmHg, που ισχύουν για τη μη σοβαρά επιπλεγμένη Υπέρταση.<sup>16,29,30,35-37</sup>

Το πρόβλημα της διαχείρισης Υπέρτασης φαίνεται να αγγίζει και άλλες χώρες καθώς σε μια πρόσφατη αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο που διεξήχθη από τον ΠΟΥ, φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση στην ικανότητα της διαχείρισης της Υπέρτασης μεταξύ των διαφόρων χωρών. Από τις 167 χώρες που ελέγχθηκαν, οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) δεν ήταν διαθέσιμες στο 61% των χωρών, οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης δεν εκπαιδεύονταν στη διαχείριση της Υπέρτασης στο 45% των χωρών, ενώ βασικά εφόδια και αντιυπερτασικά φάρμακα για τη διαχείριση της Υπέρτασης δεν ήταν διαθέσιμα από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο 8% και το 12% των χωρών αυτών, αντιστοίχως.<sup>37-39</sup>

Ο WHO/ISH στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του για τη διαχείριση της Υπέρτασης το 1999 και το 2003 : α) ορίζει ως στόχο της θεραπείας της Υπέρτασης την πρόληψη και αποτροπή των καρδιαγγειακών νοσημάτων

και την παράταση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, β) επισημαίνει την ανεπάρκεια της διαχείρισης της Υπέρτασης σε όλο τον κόσμο και γ) καθιστά σαφές ότι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που πρέπει να απασχολήσουν τις αρχές δημόσιας υγείας και τους επαγγελματίες υγείας, είναι ο έλεγχος της υπέρτασης παγκοσμίως, τόσο στους μεμονωμένους ασθενείς, όσο και στο επίπεδο πληθυσμών.<sup>39</sup>

Δεδομένου ότι, η Υπέρταση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες επιδημίες της σύγχρονης εποχής, η διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων των επαγγελματιών νοσηλευτών σχετικά με την Υπέρταση, θεωρείται θέμα υψίστης σπουδαιότητας διότι έχουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση, τη θεραπεία και στον έλεγχο της Υπέρτασης.<sup>40</sup>

### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα της παρούσης έρευνας έδειξαν ότι : α) σημαντικό ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού γνώριζε τις βλάβες που μπορούν να προκληθούν από την Υπέρταση και τις βασικές αρχές της υγεινοδietetικής αγωγής των υπερτασικών ασθενών, β) αρκετά φτωχό επίπεδο γνώσεων σχετικά την αιτιοπαθολογία, τα διαγνωστικά όρια (στο ιατρείο, το σπίτι και σε ειδικές ομάδες υπερτασικών), την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κίνδυνου που διατρέχουν οι υπερτασικοί, τη φαρμακευτική θεραπεία και τη διαχείριση της Υπέρτασης και γ)



εξαιρετικά υψηλό ποσοστό του δείγματος (> 90% του δείγματος) αγνοούσε την ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών για την Υπέρταση.

Οι νοσηλευτές, αν εκπαιδευτούν κατάλληλα, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικότερο ρόλο στην αντιμετώπιση της υπέρτασης. Αναλυτικότερα, οι δράσεις των κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών μπορούν να αφορούν τα εξής : α) παροχή συμβουλών σχετικά με τα μη φαρμακευτικά μέσα με ιεράρχηση της έμφασης στο καθένα από αυτά ανάλογα με την περίπτωση, β) συνεχή υπενθύμιση της σημασίας των μη φαρμακευτικών μέσων, γ) υποστήριξη των υπερτασικών (που συνήθως μειώνουν την προσπάθεια μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) για μακροχρόνια εφαρμογή των μέσων κ.ο.κ.

Για τη βελτίωση των γνώσεων και την προαγωγή του ρόλου των νοσηλευτών στη διαχείριση της Υπέρτασης απαιτούνται :

- Εκσυγχρονισμός του βασικού προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σπουδών ώστε να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη διδασκαλία και εκμάθηση σύγχρονων προβλημάτων υγείας όπως η Υπέρταση, επανάληψη της διδασκαλίας σε διαφορετικά έτη σπουδών και συσχέτιση των θεωρητικών γνώσεων με την κλινική πράξη.
- Ανάπτυξη μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών που να σχετίζονται με την Υπέρταση και τους

λοιπούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

- Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση εντός ή εκτός των χώρων εργασίας (Ομιλίες, Ειδικά μαθήματα, Εκπαιδευτικές ημερίδες, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, Συμπόσια, Συνέδρια).

Προσωπικό ενδιαφέρον των νοσηλευτών να ενημερωθούν για τα σύγχρονα δεδομένα και δρώμενα στην Υπέρταση από τους αρμόδιους οργανισμούς ή εταιρείες ή φορείς όπως ο WHO-ISH, η JNC, η ESC-ESH, η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης (σήμερα η ενημέρωση μπορεί να γίνει εύκολα μέσω του διαδικτύου με αναζήτηση των επίσημων ιστοσελίδων των προαναφερθέντων), από άρθρα ή μελέτες που δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά κτλ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Singh RB, Sul IL, Singh VP, Chaithiraphan S, Laothavorn P, Sy RG, et al. Hypertension and stroke in Asia: prevalence, control and strategies in developing countries for prevention. *J Hum Hypertens*. 2000; 14: 749-763.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 2001; 104: 2746-2753.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: Analysis of

- worldwide data. *Lancet*. 2005; 365: 217-223.
4. Khor GL. Cardiovascular epidemiology in the Asia – Pacific region. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2001; 10: 76-80.
  5. World Health Organization. The World Health Report 2002: Risks to Health 2002. Geneva: World Health Organization.
  6. Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva II, Moutokalakis TD. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece. The Didima study. *Am J Hypertens*. 1999; 12: 959-965.
  7. Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a general population sample of 26.913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol*. 2004; 33: 1345-1352.
  8. Sarafidis PA, Lasaridis A, Gousopoulos S, Zebekakis P, Nikolaidis P, Tziolas I, Papoulidou F. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in employees of factories of Northern Greece: the Naousa study. *J Hum Hypertens*. 2004; 18: 623-629.
  9. Efstratopoulos A, Voyaki S, Baltas A, Vratsistas F, Kirlas D, Kontoyannis J, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERENSHELL) national study. *Am J Hypertens*. 2006; 19: 53-60.
  10. Khor GL. Cardiovascular epidemiology in the Asia – Pacific region. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2001; 10: 76-80.
  11. Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanisation of Africans. *Public Health Nutr*. 2002; 5: 239-243.
  12. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group: Kaplan N, Mendis S, Poulter N, Whitworth J. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21: 1983-1992.
  13. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VI). *Arch Intern Med*. 1997; 157: 2413-2445.
  14. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 complete report. *Hypertension*. 2003; 42: 1206-1252.
  15. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of



- Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007; 25: 1105-1187.
16. Rossendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL Jr, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2007; 115: 2761-2788.
17. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk 2007. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.ish-world.com/default.aspx?Guidelines>. Πρόσβαση : 1-6-2010.
18. Ελληνική Αντιυπερτασική Εταιρεία. Διαδικτυακή σελίδα: <http://www.hypertasi.gr/el/eae/welcome.asp>. Πρόσβαση : 1-5-2010.
19. Drevenhorn E, Håkansson A., Petersson K. Counseling hypertensive patients – An observational study. *Clinical Nursing Research*. 2001; 10(4): 369-386.
20. Aminoff UB, Kjellgren KI. The nurse – a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35(4): 582-589(8).
21. Gleichmann SI, Gleichmann UM, Mannebach HJ, Mellwig KP, Philippi HH. Educating nurses in blood pressure measurement and hypertension control. *J Hypertens Suppl*. 1989; 7(3): S99-S102.
22. Scisney-Matlock M, Makos G, Saunders T, Jackson F, Steigerwalt SJ. Comparison of quality-of-hypertension-care indicators for groups treated by physician versus groups treated by physician-nurse team. *Am Acad Nurse Pract*. 2004; 16(1): 17-23.
23. Hamilton-Craig C, Tonkin A, Jobling R. How accurate are Hypertension Treatment Decisions? Absolute Risk Assessment and Prescribing for Moderate Hypertension – A study of Cambridge General Practitioners', *Blood Press*. 2000; 9(6): 323-327.
24. Frijling BD, Spies TH, Lobo CM, Hulscher ME, van Drenth BB, Braspenning JC, et al. Blood pressure control in treated hypertensive patients: clinical performance of general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2001; 51(462): 9-14.
25. Cuspidi C, Michev I, Meani S, Severgnini B, Sala C, Salerno M, et al. A on behalf of the Lombardy Regional Section of the Italian Society of Hypertension. Awareness of hypertension guidelines in primary care: results of a region wide survey in Italy. *J Hum Hypertens*. 2003; 11: 541-547.
26. Hyman DJ, Pavlick VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2281-2286.
27. Hagemester J, Schneider CA, Barabas S, Schadt R, Wassmer G, Mager G, Pfaff H, Höpp HW. Hypertension guidelines and their limitation, the impact of physicians' compliance as evaluated by guidelines awareness. *J Hypertens*. 2001; 19(11): 2079-2086.
28. Black HR: Προσέγγιση του Ασθενούς με Υπέρταση. Στο: Goldman – Braunwald (ed.): Βασική Κλινική Καρδιολογία, Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα 2003: 179-19.



29. Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines sub-committee of the World Health Organization. *Clin Exp Hypertens*. 1999;21(5-6):1009-60.
30. Weisser B, Mengden T, Düsing R, Vetter H, Vetter W. Normal values of blood pressure self-measurement in view of the 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines. *Am J Hypertens*. 2000;13(8):940-3.
31. Moser M. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension-Do These Differ From the U.S. Recommendations? Which Guidelines Should the Practicing Physician Follow? *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 1999;1(1):48-54.
32. Στεργίου Γ, Αβραμόπουλος Η, Ανδρεάδης Ε, Αχείμαστος Α, Βαρσαμής Ε, Βέμμος Κ, Βλαχάκος Δ, Ελισάφ Μ, Καρατζάς Ν, Μουντοκαλάκης Θ, Παπαδογιάννης Δ, Σιαμόπουλος Κ. Πρακτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Υπέρταση. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης. 2008.
33. Lynggard M, Strandgaard S. Factors influencing the decision to start drug treatment in hypertension. A questionnaire study comparing general practitioners and hypertension specialists in Denmark. *Blood Press*. 2006; 15(4): 207-212.
34. Whelton PK, He J. Blood pressure reduction. In: Hennekens CH, Buring JE, Manson JE, Ridker PM (eds): *Clinical trials in cardiovascular disease: a companion to Braunwald's heart disease*. Philadelphia, Saunders, 1999.
35. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs. *Lancet*. 2000; 356: 1955-1964.
36. Αδαμόπουλος Π. Υπέρταση: Μηχανισμοί – Ανίχνευση – Διάγνωση – Διερεύνηση – Αντιμετώπιση: ενήλικες, ηλικιωμένοι, γυναίκες, παιδική – εφηβική ηλικία. Εκδ., Παρισιάνου, Αθήνα 2002.
37. Μουντοκαλάκης Θ, Αχείμαστος Α, Βαρσαμής Ε, Ζαμπούλης Χ, Καρατζάς Ν, Παπαδογιάννης Δ, Στεργίου Γ. Συστάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία της Υπέρτασης από τον κλινικό γιατρό. Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη». Οδηγίες Ορθής Κλινικής Πράξης και Φαρμακοθεραπείας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000.
38. Alwan A, Maclean D, Mandil A. Assessment of National Capacity for Non communicate Disease Prevention and Control. The report of a global survey 2001. WHO/MNC/. 01.2. Geneva: WHO; 2001.
39. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group: Kaplan N, Mendis S, Poulter N, Whitworth J. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of



Hypertension. *J Hypertens.* 2003; 21: 1983-1992.

40. Κοκκινάκης Α-Δ., Μιχάλης Δ., Κρυπάρου Στ., Γουρνή Π., Πολυκανδριώτη Μ., Γουρνή Μ. Διερεύνηση γνώσεων νοσηλευτών ως προς τη σωστή τεχνική μέτρησης αρτηριακής πίεσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2011;10(1):134-162.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

	N	%
<b>Φύλο</b>		
• Άντρες	43	12,0
• Γυναίκες	316	88,0
<b>Ηλικία</b> (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	36,1 ± 8,6	
<b>Κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού</b>		
• ΥΕ	7	1,9
• ΔΕ	168	46,7
• ΤΕ	180	50,0
• ΠΕ	5	1,4
<b>Έτη εργασίας στη νοσηλευτική υπηρεσία συνολικά</b> (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	11,7 ± 8,6	
<b>Τμήμα εργασίας την περίοδο διενέργειας της έρευνας</b>		
• Παθολογική Κλινική	38	10,6
• Νευρολογική κλινική	15	4,2
• Καρδιολογική Κλινική	12	3,3
• Χειρουργική Κλινική	54	15,0
• Ορθοπαιδική Κλινική	20	5,6
• Μεικτές Κλινικές (Παθολογική & Χειρουργική)	19	5,3
• ΜΕΘ/ΜΑΦ	30	8,3
• Καρδιολογική Μονάδα	26	7,2
• Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	20	5,6
• Χειρουργείο	34	9,4
• ΤΕΠ/Εξωτερικά Ιατρεία	45	12,5
• Μικρά τμήματα	47	13,1
<b>Έτη εργασίας στο παρόν τμήμα</b> (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	7,0 ± 6,9	
<b>Συμμετέχοντες με βάση τους Νοσηλευτικούς Τομείς</b>		
• Παθολογικός τομέας	92	25,6
• Χειρουργικός τομέας	101	28,1
• Μονάδες	76	21,1
• Χειρουργείο	34	9,4
• Διατομεακά/Λοιπά Τμήματα	57	15,8



**Πίνακας 2:** Γνώση αρμοδίων οργανισμών/εταιρειών που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Γνωρίζετε οργανισμούς / εταιρείες που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) για την Υπέρταση;</b>			
• Ναι	40	11,2	<b>11,2</b>
• Όχι	316	88,8	
<b>Αν ναι, μπορείτε να αναφέρετε τουλάχιστον έναν / μία;</b>			
• WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)	1	0,3	
• WHO-ISH (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Διεθνής Εταιρεία Υπέρτασης)	1	0,3	
• JNC (Μεικτή Εθνική Επιτροπή ΗΠΑ)	0	0	
• AHA (Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία)	2	0,6	
• ESC/ESH (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας / Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης)	0	0	<b>9,2</b>
• Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία	23	6,4	
• Ελληνική Αντιυπερτασική Εταιρεία	4	1,1	
• Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης	2	0,6	
• Δεν αναφέρουν / Αναφέρουν λάθος	7	2,0	

**Πίνακας 3:** Γνώση των ορίων της Υπέρτασης

<b>Ποιες είναι οι τιμές της Αρτηριακής Πίεσης, που αν εμφανίζονται σε διαδοχικές ιατρικές επισκέψεις (υπό την προϋπόθεση ότι η ΑΠ παρακολουθείται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες), χαρακτηρίζουν ένα κατά τα άλλα υγιές ενήλικο άτομο ως υπερτασικό;</b>			
	N	%	% σωστών απαντήσεων
• $\geq 130/80$ mmHg	34	9,6	<b>39,3</b>
• $\geq 140/90$ mmHg	139	39,3	
• $\geq 150/90$ mmHg	108	30,5	
• $\geq 160/90$ mmHg	73	20,6	

**Πίνακας 4 : Γνώση της αιτιολογίας της Υπέρτασης**

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Τι από τα παρακάτω ισχύει για την Υπέρταση ως προς την αιτιολογία;</b>			
• Είναι ιδιοπαθής στο 90-95% των περιπτώσεων, με εξαίρεση τα παιδιά	102	30,4	<b>30,4</b>
• Είναι δευτεροπαθής στο 90-95% των περιπτώσεων, με εξαίρεση τα παιδιά	86	25,6	
• Στους ενήλικες η αναλογία πρωτοπαθούς - δευτεροπαθούς υπέρτασης είναι περίπου ίδια, ενώ στα παιδιά η υπέρταση είναι κυρίως δευτεροπαθής	148	44,0	

**Πίνακας 5: Γνώσεις σχετικά με τα «όργανα-στόχους» της Υπέρτασης**

	N	%	%σωστών απαντήσεων
<b>Ποια είναι τα "όργανα στόχοι" (δηλ. τα όργανα που μπορούν να υποστούν βλάβες) στην Υπέρταση;</b>			
➤ <b>Εγκέφαλος</b>			<b>85,9</b>
• Ναι	304	85,9	
• Όχι	50	14,1	
➤ <b>Οφθαλμοί</b>			<b>46,6</b>
• Ναι	165	46,6	
• Όχι	189	53,4	
➤ <b>Πνεύμονες</b>			<b>90,4</b>
• Ναι	34	9,6	
• Όχι	320	90,4	
➤ <b>Καρδιά</b>			<b>95,2</b>
• Ναι	337	95,2	
• Όχι	17	4,8	
➤ <b>Ήπαρ</b>			<b>94,1</b>
• Ναι	21	5,9	
• Όχι	333	94,1	
➤ <b>Νεφροί</b>			<b>65,3</b>
• Ναι	231	65,3	
• Όχι	123	34,7	
➤ <b>Αρτηριακό αγγειακό δίκτυο</b>			<b>66,1</b>
• Ναι	234	66,1	
• Όχι	120	33,9	
➤ <b>Φλεβικό αγγειακό δίκτυο</b>			<b>63,5</b>
• Ναι	129	36,5	
• Όχι	224	63,5	



**Πίνακας 6:** Γνώσεις σχετικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο που διατρέχουν οι υπερτασικοί ασθενείς

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Ποιος από τους παρακάτω ασθενείς έχει το μεγαλύτερο, ποιος τον ενδιάμεσο και ποιος το μικρότερο κίνδυνο να υποστεί καρδιαγγειακή νόσο;</b>			
➤ <b>Ασθενής με ΑΠ 170/100 mmHg</b>			
• Μεγαλύτερος	55	19,0	<b>62,1</b>
• Ενδιάμεσος	55	19,0	
• Μικρότερος	180	62,1	
➤ <b>Ασθενής με ΑΠ 150/90 mmHg και νεφρική ανεπάρκεια</b>			
• Μεγαλύτερος	47	16,2	<b>16,2</b>
• Ενδιάμεσος	178	61,2	
• Μικρότερος	66	22,7	
➤ <b>Ασθενής με ΑΠ 160/95 mmHg και 2 επιπλέον παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου</b>			
• Μεγαλύτερος	190	65,7	<b>19,4</b>
• Ενδιάμεσος	56	19,4	
• Μικρότερος	43	14,9	

**Πίνακας 7:** Γνώσεις για τη θεραπεία της Υπέρτασης

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Ένας ασθενής στον οποίο διαγιγνώσκεται ήπια υπέρταση χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, αντιμετωπίζεται:</b>			
• Αποκλειστικά και μόνο με υγιεινοδιαιτητική αγωγή	20	5,8	<b>78,1</b>
• Αρχικά με υγιεινοδιαιτητική αγωγή & στη συνέχεια με φαρμακευτική αγωγή	271	78,1	
• Από την αρχή με συνδυασμό υγιεινοδιαιτητικής και φαρμακευτικής αγωγής	56	16,1	
<b>Ένας ασθενής στον οποίο διαγιγνώσκεται υπέρταση με τιμές ΑΠ μεγαλύτερες από 180/110 mmHg, πρέπει να ξεκινήσει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή αμέσως μετά τη διάγνωση:</b>			
• Έστω κι αν δε συνυπάρχει κανένας άλλος παράγοντας κινδύνου	261	75,4	<b>75,4</b>
• Μόνο αν συνυπάρχουν τουλάχιστον 2 επιπλέον παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου	51	14,7	
• Μόνο αν συνυπάρχει Σακχαρώδης Διαβήτης	3	0,9	
• Μόνο αν συνυπάρχει εγκατεστημένη Καρδιαγγειακή ή Νεφρική νόσος	31	9,0	

**Πίνακας 8:** Γνώσεις σχετικά με τη υγιεινοδιαιτητική θεραπεία της Υπέρτασης

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Ποιες γενικές συμβουλές θα δώσετε σε έναν υπερτασικό;</b>			
✓ <b>να περιορίσει την πρόσληψη του νατρίου</b>			
• Ναι	312	88,6	<b>88,6</b>
• Όχι	40	11,4	
✓ <b>να περιορίσει την πρόσληψη του καλίου, του ασβεστίου</b>			
• Ναι	52	14,8	<b>85,2</b>
• Όχι	300	85,2	
✓ <b>να περιορίσει τα γλυκά και τις λιπαρές τροφές</b>			
• Ναι	211	59,9	<b>59,9</b>
• Όχι	141	40,1	
✓ <b>να περιορίσει την κατανάλωση πουλερικών και ψαριών</b>			
• Ναι	13	3,7	<b>96,3</b>
• Όχι	339	96,3	
✓ <b>να αυξήσει την κατανάλωση υδατανθράκων</b>			
• Ναι	25	7,1	<b>92,9</b>
• Όχι	327	92,9	
✓ <b>να περιορίσει την κατανάλωση αλκοόλ</b>			
• Ναι	306	86,9	<b>86,9</b>
• Όχι	46	13,1	
✓ <b>να διακόψει το κάπνισμα</b>			
• Ναι	338	96,0	<b>96,0</b>
• Όχι	14	4,0	
<b>Τι από τα παρακάτω θα προτείνατε σε έναν υπερτασικό ασθενή;</b>			
✓ <b>Μέτριας βαρύτητας ισομετρικές ασκήσεις (π.χ. άρση βαρών) [α]</b>	6	1,7	<b>45,1</b>
✓ <b>Μέτριας έντασης δυναμικές αεροβικές ασκήσεις (π.χ. τρέξιμο, κολύμβηση, ποδήλατο) [β]</b>	13	3,7	
✓ <b>Αυξημένη φυσική δραστηριότητα (π.χ. περπάτημα) [γ]</b>	122	35,1	
✓ <b>Τα β και γ</b>	157	45,1	
✓ <b>Τα α, β και γ</b>	50	14,4	



**Πίνακας 9:** Γνώσεις σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή της Υπέρτασης

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Οι περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς ρυθμίζονται ικανοποιητικά και προσεγγίζουν την ιδανική ΑΠ, με τη λήψη:</b>			
• Ενός μόνο αντιυπερτασικού φαρμάκου	167	48,0	
• Δύο ή περισσότερων αντιυπερτασικών φαρμάκων	181	52,0	<b>52,0</b>
<b>Ποια κατηγορία φαρμάκων από τις κατωτέρω δεν ανήκει στα αντιυπερτασικά φάρμακα;</b>			
• Διουρητικά	15	4,5	
• Βενζοδιαζεπίνες	270	81,3	
• α-ΜΕΑ (αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης)	14	4,2	<b>81,3</b>
• α-Αδρενεργικοί Αναστολείς	33	9,9	
<b>Ποιες από τις κατωτέρω κατηγορίες φαρμάκων μπορούν να αυξήσουν την ΑΠ και να απορυθμίσουν την Υπέρταση;</b>			
• Συμπαθητικομιμητικά (Αδρεναλίνη, Ντοπαμίνη, Isuprel, Levorheda) [α]	83	24,4	
• Αντισυλληπτικά [β]	21	6,2	
• ΜΣΑΦ (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) [γ]	30	8,8	<b>33,2</b>
• Τα προαναφερθέντα α και β	93	27,4	
• Τα προαναφερθέντα α, β και γ	113	33,2	



**Πίνακας 10:** Γνώσεις σχετικά με τις τιμές στόχους της ΑΠ & την παρα-κολούθηση των υπερτασικών ασθενών

	N	%	% σωστών απαντήσεων
<b>Υπερτασικός ασθενής υπό φαρμακευτική αγωγή σας αναφέρει ότι στις μετρήσεις ΑΠ που κάνει μόνος του στο σπίτι του εμφανίζει τιμές ΑΠ 140-150/90 mmHg. Πιστεύετε:</b>			
• Ότι είναι ρυθμισμένος ικανοποιητικά και δεν πρέπει να ανησυχεί.	26	7,4	<b>42,7</b>
• Ότι η ΑΠ του βρίσκεται στα ανώτερα επιθυμητά όρια και πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στον τρόπο ζωής του και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.	175	49,9	
• Ότι η ΑΠ του βρίσκεται σαφώς πάνω από τις επιθυμητές τιμές που ορίζονται για τις μετρήσεις στο σπίτι και πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό του.	150	42,7	
<b>Ποιος είναι ο στόχος της θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη ή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια;</b>			
• ΑΠ < 120/75 mmHg	106	30,3	<b>43,1</b>
• ΑΠ < 130/80 mmHg	151	43,1	
• ΑΠ < 140/90 mmHg	83	23,7	
• ΑΠ < 150/95 mmHg	10	2,9	
<b>Ένας ικανοποιητικά ρυθμισμένος υπερτασικός ασθενής κάθε πότε πρέπει να επισκέπτεται / να παρακολουθείται από το γιατρό του:</b>			
• κάθε μήνα	57	16,1	<b>69,4</b>
• ανά 3-6 μήνες	245	69,4	
• ανά 1 έτος	51	14,4	



**Πίνακας 11:** Συνοπτικός πίνακας ερωτήσεων και απαντήσεων σχετικά με την Υπέρταση

Ερωτήσεις	Δείγμα: 360		% σωστών απαντήσεων
	Απάντησαν συνολικά	Απάντησαν σωστά	
Οργανισμοί / Εταιρείες που εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση	356	33	9,2
Όρια υπέρτασης	354	139	39,3
Αιτιολογία υπέρτασης	336	102	30,4
Γνώση «οργάνων στόχων» υπέρτασης			
• Εγκέφαλος (ναι)	354	304	85,9
• Οφθαλμοί (ναι)	354	165	46,6
• Πνεύμονες (όχι)	354	320	90,4
• Καρδιά (ναι)	354	337	95,2
• Ήπαρ (όχι)	354	333	94,1
• Νεφροί (ναι)	354	231	65,3
• Αρτηρίες (ναι)	354	234	66,1
• Φλέβες (όχι)	354	224	63,5
Συγκριτική αξιολόγηση συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου 3 περιπτώσεων υπερτασικών ασθενών (μεγαλύτερος – ενδιάμεσος – μικρότερος) :			
• Ασθενής με ΑΠ 170/100 mmHg (μικρότερος)	290	180	62,1
• Ασθενής με ΑΠ 150/90 + Νεφρική Ανεπάρκεια (μεγαλύτερος)	290	66	16,2
• Ασθενής με ΑΠ 160/95 + 2 επιπλέον παράγοντες ΚΑΚ [κάπνισμα και υπερχοληστεριναιμία] (ενδιάμεσος)	290	56	19,4
Αντιμετώπιση ασθενούς με ήπια υπέρταση χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες ΚΑΚ	347	271	78,1
Αντιμετώπιση ασθενούς με σοβαρή υπέρταση	346	261	75,4
Υγιεινοδιαιτητικές συμβουλές:			
• Περιορισμός Na (ναι)	352	312	88,6
• Περιορισμός K, Ca (όχι)	352	300	85,2
• Περιορισμός γλυκών – λιπών (ναι)	352	211	59,9
• Περιορισμός πουλερικών – ψαριών (όχι)	352	339	96,3
• Αύξηση υδατανθράκων (όχι)	352	327	92,9

• Περιορισμός αλκοόλ (ναι)	352	306	86,9
• Διακοπή καπνίσματος (ναι)	352	338	96,0
Σωματική δραστηριότητα	348	157	45,1
Αριθμός αντιυπερτασικών που απαιτούνται για ικανοποιητική ρύθμιση της ΑΠ στην πλειοψηφία των υπερτασικών	348	181	52,0
Αντιυπερτασικά φάρμακα	332	270	81,3
Φάρμακα που αυξάνουν την ΑΠ & απορυθμίζουν την Υπέρταση	340	113	33,2
Επιθυμητές τιμές κατά τη μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι σε υπό αγωγή υπερτασικούς	351	150	42,7
Τιμές στόχοι ΑΠ σε υπερτασικούς με Σ.Δ. ή ΧΝΑ	350	151	43,1
Follow-up ικανοποιητικά ρυθμισμένων υπερτασικών	353	245	69,4