

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Αντιλήψεις και αξιολόγηση ιατρών και ασθενών αναφορικά με τη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Η υπέρταση είναι ένα από τα πλέον συχνά νοσήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), που επηρεάζει το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού. Όμως, ενώ η θεραπεία της υπέρτασης έχει βρεθεί ότι προλαμβάνει παθήσεις και αυξάνει την ποιότητα ζωής, το νόσημα παραμένει υποθεραπευμένο σε ολόκληρο τον κόσμο. Καθοριστικό ρόλο στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται ότι διαδραματίζει η διάσταση στις αντιλήψεις μεταξύ ιατρών και ασθενών σχετικά με τη νόσο και τον τρόπο ρύθμισής της. Η μελέτη προσπαθεί να διερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών και των ιατρών σχετικά με την υπέρταση, ώστε να εντοπίσει τυχόν διαφοροποιήσεις στον τρόπο διαχείρισης της νόσου που έχουν ως συνέπεια χαμηλά ποσοστά επιτυχούς θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η έρευνα διεξήχθη σε δομές ΠΦΥ, όπου με τη χρήση δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων συλλέχθηκαν στοιχεία από ιατρούς και υπερτασικούς ασθενείς. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από την πλευρά των ασθενών παρατηρήθηκε αυτο-αξιολογούμενη συμμόρφωση στη λήψη της αγωγής τους. Παρ' όλα αυτά, το 42,2% των ασθενών δήλωσαν ότι καθυστερούσαν να λάβουν τις δόσεις των φαρμάκων τους, με αυξημένη συχνότητα σε αυτούς που λάμβαναν >2 φαρμακευτικά προϊόντα, ενώ το 23,3% ανέφεραν ότι διέκοπταν την αγωγή όταν αισθάνονταν καλύτερα, χωρίς να συμβουλευτούν τον ιατρό τους. Παρατηρήθηκε επίσης διάσταση αντιλήψεων μεταξύ ιατρών και ασθενών αναφορικά με το κατά πόσο οι ασθενείς είναι συνεπείς στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και τις γνώσεις των ασθενών σχετικά με θέματα που αφορούν στο νόσημα. Το 95,7% των ασθενών αρνήθηκαν ότι διέκοπταν την αγωγή τους χωρίς να ενημερώσουν τον ιατρό τους όταν αισθάνονταν χειρότερα, σε αντίθεση με το 33% των ιατρών που πίστευαν ότι συμβαίνει αυτό. Το 65,5% των ασθενών δήλωσαν ότι ήταν ικανοί να μετρήσουν την αρτηριακή πίεση με σωστό τρόπο, ενώ μόνο το 30% των ιατρών θεωρούσαν ότι συμβαίνει αυτό. Το 65,5% των ασθενών θεωρούσαν ότι είχαν πάντα ή συχνά υπό έλεγχο το νόσημα, ενώ το 61,7% των ιατρών πίστευαν ότι αυτό επιτυγχανόταν μόνο μερικές φορές. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν την ανάγκη βελτίωσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών και την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών με βάση προτυποποιημένα βήματα, την τήρηση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασθενούς, αλλά και την ανάπτυξη άμεσων μεθόδων κλινικής αξιολόγησης της επίτευξης των θεραπευτικών στόχων στους υπερτασικούς ασθενείς.

Η αρτηριακή υπέρταση είναι από τις συχνότερες νόσους, η οποία επηρεάζει το 1/3 σχεδόν του παγκόσμιου πληθυσμού.¹ Από ιατρικής πλευράς, η αρτηριακή υπέρταση έχει αναγνωριστεί ως ο πλέον σημαντικός τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακής, αγγειακής, αλλά και νεφρικής νόσου. Οι επιπλοκές της φαίνεται

να είναι αναστρέψιμες ανάλογα με το βαθμό επίτευξης των στόχων που έχουν ορίσει οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.² Στην κατάλληλη ρύθμιση της υπέρτασης συνεπικουρεί και η πρόοδος η οποία έχει σημειωθεί στη φαρμακευτική της θεραπεία, με την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών προϊόντων που διευκολύνουν τους ασθενείς να επιτύχουν

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(5):592-603
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(5):592-603

Ε. Χοβαρδά,¹
Κ. Κατσαλιάκη²

¹Γενική Ιατρική, Κέντρο Υγείας Πολυκάστρου, Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, Κιλκίς

²Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Νομικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας, Θεσσαλονίκη, και Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Perceptions and assessment of physicians and patients regarding the regulation of arterial hypertension in primary health care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αντιλήψεις νόσου
Διαχείριση νόσου
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Στοιχεία συμμόρφωσης στην αγωγή
Υπέρταση

Υποβλήθηκε 10.1.2015
Εγκρίθηκε 7.2.2015

τα προσδοκώμενα όρια. Ωστόσο, μόνο το 12,5% αναφέρεται ότι λαμβάνει την αγωγή του με το σωστό τρόπο και παραμένει εντός θεραπευτικών στόχων.³⁻⁶ Τα ποσοστά στην Ελλάδα φαίνεται να ακολουθούν εκείνα των υπολοίπων χωρών.⁷ Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 39,2% των υπερτασικών της κοινότητας αγνοούσαν ότι είχαν αυξημένη πίεση, το 6,3% το γνώριζαν αλλά δεν λάμβαναν φάρμακα και στο 27,5% χορηγούνταν φάρμακα αλλά οι ασθενείς είχαν τιμές αρτηριακής πίεσης πάνω από τα διεθνή αποδεκτά όρια.⁸

Τα βασικά αίτια για την πλημμελή ρύθμιση της υπέρτασης θεωρείται ότι προκύπτουν από συνδυασμό μιας πλειάδας παραγόντων, οι οποίοι προέρχονται από τους ασθενείς, τους ιατρούς και τις ιδιότητες των ίδιων των αντιυπερτασικών φαρμάκων.⁹

Η έλλειψη συνεργασιμότητας του ασθενούς με τον ιατρό, ως τέτοιος παράγοντας, οφείλεται στις ανεπαρκείς γνώσεις των ασθενών, στις λανθασμένες αντιλήψεις, στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμακευτικών θεραπειών.¹⁰⁻¹³ Καθοριστικοί παράγοντες χαμηλής συμμόρφωσης που σχετίζονται με τον ίδιο τον ασθενή έχουν αναφερθεί η μεγάλη ηλικία (60 και άνω), ως μείζων παράγοντας,^{14,15} η έλλειψη κινήτρων, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η πτωχή μνήμη,^{16,17} αλλά και φυσικοί παράγοντες όπως απώλεια όρασης ή ακοής και νοητικές διαταραχές, που έχουν καταδειχθεί ως παράμετροι οι οποίες επηρεάζουν τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.¹⁸ Τέλος, οι πρακτικές των ιατρών είναι τουλάχιστον εξ ίσου αν όχι και περισσότερο υπαίτιες γι' αυτό το πρόβλημα,^{19,20} καθώς, για παράδειγμα, καθυστερούν να κλιμακώσουν την αγωγή σε υπερτασικούς με αρτηριακή πίεση πάνω από τα όρια των κατευθυντήριων οδηγιών.²⁰ Εργαλείο υποβοήθησης των ιατρών αλλά και των ασθενών στη λήψη, κατά το δυνατόν, καλύτερων ιατρικών αποφάσεων αποτελούν οι κατευθυντήριες οδηγίες. Ωστόσο, υπάρχει σχετικά χαμηλή συμμόρφωση των ιατρών στις κατευθυντήριες οδηγίες, λόγω έλλειψης γνώσης,²¹ υπερεκτίμησης της συμμόρφωσης των ίδιων με τις κατευθυντήριες οδηγίες,²² διαφωνίας τους με αυτές,²³ απροθυμίας να προβούν σε μεταβολές στο θεραπευτικό σχήμα, ανησυχίας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, πεποίθησης ότι η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στο ιατρείο τείνει να είναι υψηλότερη απ' ό,τι στο σπίτι, έλλειψης χρόνου για τις επισκέψεις στο ιατρείο και απροθυμίας για τη θεραπεία μιας «ασυμπτωματικής κατάστασης», εφόσον δεν υπάρχουν ήδη τεκμηριωμένες βλάβες οργάνων-στόχων.²⁴ Το σύνολο των εν λόγω συμπεριφορών ονομάζεται στην ιατρική κοινότητα «κλινική αδράνεια».²⁵

Σε μια προσπάθεια εμπλουτισμού της βιβλιογραφίας με πρωτογενή καταγραφή απόψεων αναφορικά με το

θέμα, η συγκεκριμένη μελέτη ερευνήσε στην Ελλάδα: (α) Τις απόψεις των ασθενών σχετικά με στοιχεία που αφορούν στη νόσο, στην κλινική παρακολούθησή τους και στη συμμόρφωσή τους στις οδηγίες λήψης, (β) τις θέσεις των ιατρών αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη ρύθμιση της νόσου, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τις επισκέψεις των ασθενών και τις αντιλήψεις τους ως προς τις γνώσεις και τη συμμόρφωση των ασθενών τους, (γ) τη σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση της νόσου τους και αντίστοιχα των ιατρών ως προς τη συμπεριφορά των ασθενών τους στα ίδια θέματα και (δ) τον έλεγχο υποθέσεων δημογραφικών και άλλων στοιχείων των ασθενών και των ιατρών σε σχέση με τις απαντήσεις στους στα σημαντικά ερωτήματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη κατά την άνοιξη του 2013 και συμμετείχαν ασθενείς και ιατροί που, αντίστοιχα, είτε παρακολουθούνταν είτε εργάζονταν σε τακτικά πρωτοβάθμια και όχι εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρων υγείας, περιφερειακών ιατρείων και ιδιωτικών ιατρείων, των νομών Κιλκίς και Θεσσαλονίκης. Συνολικά, συμμετείχαν 116 ασθενείς και 60 ιατροί. Οι ιατροί ήταν παθολόγοι, καρδιολόγοι και γενικοί ιατροί, καθώς αυτές είναι οι ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα που ασχολούνται με τη ρύθμιση της νόσου σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Κριτήρια συμμετοχής των ασθενών ήταν το 35ο έτος της ηλικίας, η κατανόηση σε επαρκές επίπεδο της ελληνικής γλώσσας και η παραμονή τους για έναν τουλάχιστον χρόνο σε φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση.

Κριτήριο επιλογής των ιατρών ήταν η διαχείριση της υπέρτασης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και όχι σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εξειδικευμένα κέντρα διερεύνησης υπέρτασης. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των δύο δειγμάτων.

Τα ερωτηματολόγια ήταν κλειστού τύπου, πολλαπλών επιλογών και σχεδιάστηκαν βασιζόμενα σε σχετικές μελέτες.²⁶⁻²⁹ Οι έλεγχοι των υποθέσεων για τη συσχέτιση δημογραφικών και άλλων μεταβλητών με τις απαντήσεις του δείγματος έγινε με t-test, χ^2 (Chi-Square test) και ANOVA, ανάλογα με το είδος των μεταβλητών. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μόνο των στατιστικά σημαντικών μετρήσεων των μεταβλητών σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανάλυση ερωτηματολογίου ασθενών

Το 56,9% των ασθενών που απάντησαν ήταν άνδρες και το 55,2% ήταν ηλικίας 65–75 ετών. Το 42,2% κατοικούσαν σε χωριό, το 31,9% σε πόλη της περιφέρειας, ενώ το 25,9% σε αστικό κέντρο. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ερωτηματολογίου ασθενών και ιατρών.

Στοιχεία ασθενών	%	(N)	Στοιχεία ιατρών	%	(N)
<i>Φύλο</i>			<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	57,0	(66)	Άνδρας	56,7	(34)
Γυναίκα	43,0	(50)	Γυναίκα	43,3	(26)
<i>Ηλικία (έτη)</i>			<i>Ηλικία (έτη)</i>		
35–54	10,3	(12)	<35	8,3	(5)
55–64	24,1	(28)	35–44	55,0	(33)
65–75	55,2	(64)	45–55	31,7	(19)
>75	10,3	(12)	>55	5,0	(3)
<i>Τόπος μόνιμης κατοικίας</i>			<i>Ειδικότητα</i>		
Αστικό κέντρο	25,9	(30)	Παθολόγος	26,7	(16)
Πόλη περιφέρειας	31,9	(37)	Καρδιολόγος	31,7	(19)
Χωριό	42,2	(49)	Γενικός ιατρός	41,7	(25)
<i>Εκπαίδευση</i>			<i>Τόπος άσκησης ειδικότητας</i>		
Δημοτικό	35,3	(41)	Αστικό κέντρο	35,0	(21)
Γυμνάσιο	47,4	(55)	Πόλη περιφέρειας	40,0	(24)
Λύκειο – Τεχνική σχολή	13,8	(16)	Χωριό	25,0	(15)
Πανεπιστήμιο	3,4	(4)	<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>		
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>			ΕΣΥ	41,7	(25)
Δημόσιος(α) υπάλληλος	3,4	(4)	ΙΚΑ	11,7	(7)
Ιδιωτικός(ή) υπάλληλος	5,2	(6)	Ιδιώτης με σύμβαση ΕΟΠΥΥ	25,0	(15)
Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	11,2	(13)	Ιδιώτης χωρίς σύμβαση ΕΟΠΥΥ	11,7	(7)
Αγρότης(ισα)	9,5	(11)	Πανεπιστήμιο	5,0	(3)
Άνεργος(η)	2,6	(3)	Άλλο	5,0	(3)
Συνταξιούχος	47,4	(55)	<i>Αριθμός ασθενών ανά ιατρό</i>		
Οικιακά	20,7	(24)	<30	36,7	(22)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>			30–60	50,0	(30)
Άγαμος(η)	3,4	(4)	>60	13,3	(8)
Έγγαμος(η)	81,0	(94)			
Διαζευγμένος(η)	4,3	(5)			
Χήρος(α)	11,2	(13)			

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

δήλωσαν απόφοιτοι Γυμνασίου, ενώ το 47,4% ήταν συνταξιούχοι. Από το ατομικό ιστορικό για τη νόσο, οι περισσότεροι ασθενείς (46,6%) ανέφεραν <5 έτη νόσησης. Από τους συμμετέχοντες υπερτασικούς, το 56,9% δήλωσαν αρνητικό οικογενειακό ιστορικό για το νόσημα της υπέρτασης, ενώ σ' ό,τι αφορά στις συννοσηρότητες το 42,2% του συνόλου δήλωσαν ότι έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, το 56,9% από δυσλιπιδαιμία, το 41,4% από στεφανιαία νόσο και το 25,9% από άλλη καρδιαγγειακή νόσο, δηλαδή σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς αναφερόταν συνύπαρξη συννοσηρότητας με τουλάχιστον έναν από τους μείζονες

παράγοντες κινδύνου. Καπνισματική συνήθεια ήταν παρούσα στο 33,6%, με 10,3% των ασθενών να έχουν διακόψει το κάπνισμα για λιγότερο από μία πενταετία. Επίσης, το 41,4% των συμμετεχόντων υπερτασικών δήλωσαν τακτική λήψη οιοπνεύματος, με 1–2 ποτήρια καθημερινά. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων υπερτασικών (84,4%) ανέφερε ότι ασκείτο σπάνια ή ποτέ, με μόνο το 16,6% να υποβάλλεται συστηματικά σε κάποια μορφή άσκησης. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) σχετιζόταν στο δείγμα σημαντικά με το φύλο, αλλά όχι με την ηλικιακή κατανομή. Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο ΔΜΣ, με μέσο όρο 29,7 kg/m²,

ενώ η αντίστοιχη τιμή σε άνδρες ήταν 28,3 kg/m². Ωστόσο, και τα δύο φύλα βρίσκονταν αρκετά πάνω από το όριο του 24,9 kg/m² για το φυσιολογικό βάρος.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του καπνίσματος, της κατανάλωσης οιοπνεύματος και της σωματικής άσκησης με το φύλο των ασθενών, με τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο, να καταναλώνουν περισσότερο οινόπνευμα, αλλά και να ασκούνται περισσότερο από τις γυναίκες. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης Hypertenshell³⁰ αλλά και των περισσότερων ελληνικών μελετών. Για τη σχέση της ηλικίας με τους τρεις παράγοντες, το κάπνισμα φάνηκε ότι ήταν περισσότερο διαδεδομένο στη νεότερη ηλικιακή ομάδα των 35–54 ετών. Η χρήση του οιοπνεύματος δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ηλικία, ενώ η σωματική άσκηση ήταν συχνότερη στους νεότερους ασθενείς, ηλικίας 35–54 ετών.

Σε ό,τι αφορά στο θεράποντα ιατρό, οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι παρακολουθούνταν από παθολόγο (43,1%), ενώ τα ποσοστά εκείνων που ρύθμιζαν την πάθησή τους σε καρδιολόγο και γενικό ιατρό ήταν περίπου παρόμοια (27,6% και 29,3%, αντίστοιχα). Η πλειονότητα προσερχόταν σε δομές του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), δηλαδή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και σε συμβεβλημένους ιατρούς ΕΟΠΥΥ, ενώ μόνο 5,2% παρακολουθούνταν από ιδιώτη ιατρό και ποσοστό 13,8% από πανεπιστημιακό ιατρό.

Ο τόπος μόνιμης κατοικίας είχε σχέση με την επιλογή του θεράποντος ιατρού, καθώς οι κάτοικοι των χωριών φάνηκε να προτιμούν για την παρακολούθησή τους γενικούς ιατρούς, ενώ οι κάτοικοι των αστικών κέντρων και των πόλεων της περιφέρειας παρακολουθούνταν συνήθως από παθολόγο.

Ενδιαφέρον παρουσίασαν οι απαντήσεις για τον τρόπο ρύθμισης της ΑΠ, όπου το 60% ανέφερε ότι ρύθμιζε την πίεσή του με συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και δίαιτας και μόνο το 40% δήλωσε ότι λάμβανε αποκλειστικά φάρμακα. Αυτό βέβαια έρχεται σε αντιδιαστολή τόσο με τον αυξημένο ΔΜΣ της πλειοψηφίας των ασθενών όσο και με το λιγοστό αριθμό των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι ασκούσαν καθημερινά.

Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με στοιχεία της επίσκεψης των ασθενών και της συμμόρφωσής τους στην αγωγή παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3 συγκριτικά και με τις απόψεις που έχουν οι ιατροί για τους ίδιους και θα συζητηθούν στην επόμενη ενότητα.

Στη συνέχεια, έγινε προσπάθεια να συσχετιστούν οι ερωτήσεις που αναφέρονταν σε στοιχεία συμμόρφωσης

των ασθενών στην αγωγή τους, με αντικειμενικά δεδομένα από την παρακολούθησή τους.

Από τις απαντήσεις των ασθενών, η καθυστέρηση στη λήψη των φαρμάκων τους δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τη συχνότητα των επισκέψεων για τη ρύθμιση της ΑΠ, τη διάρκεια της επίσκεψης, τη συχνότητα μέτρησης της πίεσης στο ιατρείο από τον ιατρό και τη συχνότητα της παραπομπής για αιματολογικό ή καρδιολογικό έλεγχο. Φάνηκε όμως να εξαρτάται από τον τρόπο ρύθμισης της πίεσης, με εκείνους που συνδύαζαν φαρμακευτική αγωγή και δίαιτα να είναι λιγότερο πιθανό να καθυστερήσουν δόσεις της αγωγής.

Πίνακας 2. Στοιχεία επισκέψεων ασθενών για ρύθμιση αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Απαντήσεις ιατρών και απαντήσεις ασθενών.

	Απαντήσεις ιατρών		Απαντήσεις ασθενών	
	%	(N)	%	(N)
<i>Συχνότητα επισκέψεων για ρύθμιση ΑΠ κάθε:</i>				
1–2 μήνες	35,0	(21)	0	(0)
3–6 μήνες	51,7	(31)	8,6	(10)
7–12 μήνες	13,3	(8)	69,0	(80)
>1 χρόνο	0	(0)	22,4	(26)
<i>Διάρκεια επίσκεψης (min):</i>				
<5	8,3	(5)	2,6	(3)
5–10	50,0	(30)	47,4	(55)
>15	41,7	(25)	50,0	(58)
<i>Παραπομπή σε αιματολογικό έλεγχο κάθε:</i>				
1–2 μήνες	8,3	(5)	0	(0)
3–6 μήνες	23,3	(14)	6,9	(8)
7–12 μήνες	43,3	(26)	63,8	(74)
>1 έτος	25,0	(15)	29,3	(34)
<i>Παραπομπή σε καρδιολογικό έλεγχο κάθε:</i>				
1–2 μήνες	3,3	(2)	0	(0)
3–6 μήνες	20,0	(12)	1,7	(2)
7–12 μήνες	28,3	(17)	19,8	(23)
>1 έτος	48,3	(29)	78,4	(91)
<i>Έλεγχος πίεσης στο ιατρείο</i>				
Πάντα	40,0	(24)	44,8	(52)
Συχνά	41,7	(25)	36,2	(42)
Μερικές φορές	15,0	(9)	17,2	(20)
Σπάνια	2,3	(2)	1,2	(2)
<i>Αριθμός αντιυπερτασικών φαρμακευτικών προϊόντων</i>				
1	1,7	(1)	21,6	(25)
2	61,7	(37)	54,3	(63)
3	35,0	(21)	17,2	(20)
>3	1,7	(1)	6,9	(8)

Πίνακας 3. Αντιλήψεις ιατρών και ασθενών για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς λαμβάνουν τα φάρμακά τους, τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και την πληροφόρησή τους.

	Θετικές απαντήσεις ιατρών		Θετικές απαντήσεις ασθενών	
	%	(N)	%	(N)
Τρόπος λήψης της φαρμακευτικής αγωγής από ασθενείς				
Καθυστερήση δόσεων φαρμάκων;	61,7	(37)	42,2	(49)
Παράλειψη δόσεων φαρμάκων;	46,7	(28)	25,0	(29)
Διακοπή αγωγής όταν καλύτερα, χωρίς ενημέρωση ιατρού;	38,3	(23)	23,3	(27)
Διακοπή αγωγής όταν χειρότερα, χωρίς ενημέρωση ιατρού;	33,3	(20)	4,3	(5)
Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας γνωρίζουν το ανώτερο φυσιολογικό όριο της ΑΠ;	23,3	(14)	51,7	(60)
Γνωρίζουν οι ασθενείς τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων τους;	0		8,6	(10)
Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας ελέγχουν ικανοποιητικά την ΑΠ;				
Πάντοτε	0		2,6	(3)
Συχνά	30,0	(18)	62,9	(73)
Μερικές φορές	61,7	(37)	34,5	(40)
Σπάνια	8,3	(5)	0	
Ποτέ	0		0	
Πόσο συχνά ελέγχουν οι ασθενείς την ΑΠ κατ' οίκον;				
Καθημερινά	6,7	(4)	4,3	(5)
2–3 φορές την εβδομάδα	50,0	(30)	25,05	(29)
Μερικές φορές το μήνα	40,0	(24)	56,0	(65)
Σπάνια	1,7	(1)	14,7	(17)
Ποτέ	1,7	(1)	0	
Ικανοποιητική παροχή πληροφοριών στους ασθενείς				
Καθόλου	0		3,4	(4)
Λίγο	0		12,1	(14)
Αρκετά	21,7	(13)	46,6	(54)
Πολύ	55,0	(33)	31,0	(36)
Πάρα πολύ	23,3	(14)	6,9	(8)
Έχουν οι ασθενείς άλλες πηγές πληροφόρησης εκτός των ιατρών;	96,7	(57)	80,2	(93)
Άλλοι επαγγελματίες υγείας	27,9	(46)	24,6	(55)
Τηλεόραση	20,6	(34)	26,8	(60)
Διαδίκτυο	7,9	(13)	3,1	(7)
Έντυπα	10,3	(17)	4,5	(10)
Οικογένεια και φίλοι	29,7	(49)	37,9	(85)
Άλλο	3,6	(6)	3,1	(7)

Τέλος, ο αριθμός των αντιυπερτασικών φαρμακευτικών προϊόντων βρέθηκε να έχει στατιστική σημαντικότητα για τον υπό μελέτη παράγοντα, με αυτούς που λάμβαναν 3 φαρμακευτικά προϊόντα να είναι πιθανότερο να καθυστερήσουν να λάβουν τα φάρμακά τους.

Στην ερώτηση αν οι ασθενείς διέκοπταν την αγωγή τους όταν αισθάνονταν καλύτερα, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνταν τουλάχιστον κάθε 6 μήνες,

παραπέμπονταν τουλάχιστον κάθε χρόνο για αιματολογικό και καρδιολογικό έλεγχο, και μετρούσαν συχνά ή πάντα την πίεσή τους στο ιατρείο, φάνηκε ότι ήταν δυσκολότερο να διακόψουν την αγωγή τους όταν αισθάνονταν καλύτερα χωρίς να το συζητήσουν με τον ιατρό τους. Επιπρόσθετα, τα άτομα που ακολουθούσαν δίαιτα σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή ήταν λιγότερο πιθανό να διακόψουν χωρίς προηγούμενη ενημέρωση, ακόμη και όταν αισθάνονταν καλύτερα.

Ανάλυση ερωτηματολογίου ιατρών

Το δείγμα μας αποτελείται από 60 ιατρούς. Οι ειδικότητες των συμμετεχόντων ιατρών ήταν κατανομημένες ανάμεσα στους παθολόγους, στους καρδιολόγους και στους γενικούς ιατρούς. Τόπος εργασίας των περισσότερων ήταν η πόλη της περιφέρειας και το αστικό κέντρο, ενώ οι περισσότεροι ήταν ιατροί του ΕΣΥ.

Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με στοιχεία της επίσκεψης των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 2 συγκριτικά με τις αντιλήψεις των ασθενών στα ίδια ζητήματα.

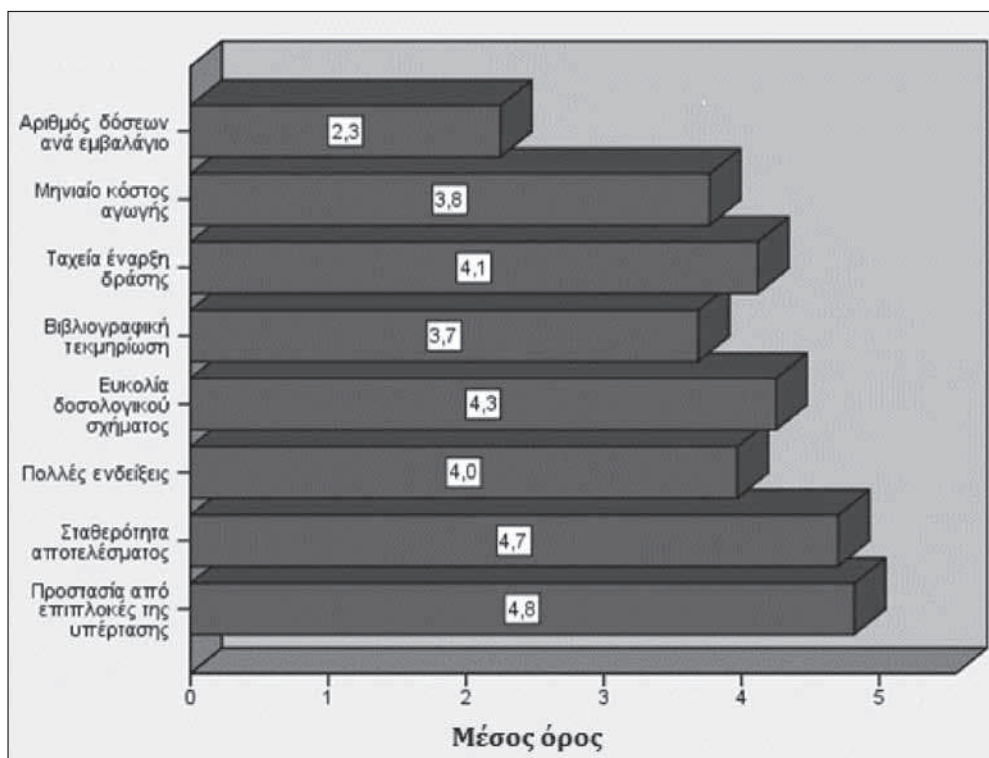
Από τη συνολική ανάλυση και τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων του δείγματος των ιατρών προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ειδικότητας του ιατρού με τη διάρκεια της επίσκεψης και την παραπομπή για αιματολογικές και καρδιολογικές εξετάσεις ξεχωριστά. Όπως προκύπτει από τις συσχέτισεις, οι παθολόγοι και κατά δεύτερον οι καρδιολόγοι έτειναν να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην επίσκεψη με τους ασθενείς τους. Ενδεχομένως η εν λόγω παρατήρηση να οφείλεται στο γεγονός ότι το σύνολο σχεδόν των γενικών ιατρών εργαζόταν σε περιφερειακά ιατρεία, όπου λόγω του φόρτου εργασίας και της πολύπλευρης φύσης της ειδικότητας πιθανόν να ήταν εξαιρετικά δυσχερής η παράταση της επίσκεψης πέραν των 15 min.

Όσον αφορά στη συσχέτιση με την παραπομπή για αιματολογικό έλεγχο, στο δείγμα μας βρέθηκε ότι ο κύριος όγκος των παθολόγων και των καρδιολόγων παρέπεμπε τους ασθενείς τους κάθε 7–12 μήνες για έλεγχο, ενώ οι γενικοί ιατροί κάθε 7–12 μήνες ή και σπανιότερα. Στην παραπομπή για καρδιολογικό έλεγχο, καρδιολόγοι και γενικοί ιατροί φάνηκε να ζητούν εξειδικευμένο καρδιολογικό έλεγχο των ασθενών τους ανά έτος ή και σπανιότερα, ενώ ο κύριος όγκος των παθολόγων βρέθηκε να παραπέμπει για τον ίδιο λόγο κάθε 3–12 μήνες.

Το 71,7% των ιατρών προτιμούσε τους σταθερούς συνδυασμούς έναντι του ελεύθερου συνδυασμού των μεμονωμένων φαρμακευτικών ουσιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία, καθώς έχει αποδειχθεί από μετα-αναλύσεις ότι οι σταθεροί συνδυασμοί βελτιώνουν τη συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή.³⁰

Το 88,3% των ιατρών δήλωσε ότι ακολουθούσε στη διαχείριση της νόσου κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά κατά την καθημερινή πράξη μόνο το 18,3% δήλωσε ότι τις τηρούσε απαρέγκλιτα, ενώ το 65% εξατομίκευε ανάλογα με την περίπτωση.

Σχετικά με τα κριτήρια επιλογής των φαρμακευτικών προϊόντων, όπως παρουσιάζονται και στην εικόνα 1, η προσταςία από επιπλοκές της υπέρτασης και η σταθερότητα



Εικόνα 1. Σημαντικότητα κριτηρίων επιλογής μεταξύ αντιυπερτασικών φαρμακευτικών προϊόντων (1: καθόλου σημαντικό έως 5: πολύ σημαντικό).

του αντιυπερτασικού αποτελέσματος αξιολογήθηκαν με μέσο όρο πλησίον του 5, στην πεντάβαθμη κλίμακα Likert, δηλαδή ως πάρα πολύ σημαντικά, συμφωνώντας με σχετική μελέτη για τις συνταγογραφικές προτιμήσεις των ιατρών στην Ελλάδα και στην Κύπρο.²⁷ Η ευκολία του δοσολογικού σχήματος, η ταχεία έναρξη δράσης και η κάλυψη ταυτόχρονα πολλών ενδείξεων αξιολογήθηκαν πλησίον του 4, δηλαδή ως αρκετά σημαντικά. Με μικρότερη σημαντικότητα ακολούθησε το μηνιαίο κόστος αγωγής, που έχει αρχίσει να προβληματίζει ιατρούς και ασθενείς με δεδομένη την οικονομική δυσπραγία των ταμείων να καλύψουν το κόστος των φαρμάκων αλλά και των ασθενών, ασφαλισμένων και μη, να το επωμιστούν στο ακέραιο.

Σύγκριση αντιλήψεων ιατρών και ασθενών σχετικά με θέματα παρακολούθησης και διαχείρισης της νόσου

Σχετικά με τη διαχείριση υπερτασικών ασθενών, στον πίνακα 2 παρουσιάζονται συγκριτικά οι απαντήσεις των ιατρών και οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις κοινές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων. Παρατηρήθηκε σύμπτωση απόψεων ως προς τη διάρκεια της επίσκεψης των υπερτασικών ασθενών στο ιατρείο και τη συχνότητα ελέγχου της ΑΠ, ενώ οι απόψεις διαφοροποιήθηκαν αναφορικά με τα άλλα στοιχεία του πίνακα. Χαρακτηριστικά φάνηκε ότι ως προς τη συχνότητα των επισκέψεων και των παραπομπών για ελέγχους, οι ασθενείς πίστευαν ότι ήταν πιο αραιή απ' ό,τι οι ιατροί. Επίσης, σχετικά με τον αριθμό των αντιυπερτασικών φαρμακευτικών προϊόντων, η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε ότι τους χορηγούνταν 1–2 φάρμακα, ενώ των ιατρών ότι χορηγούσαν 2–3 φαρμακευτικά προϊόντα.

Σχετικά με τις αντιλήψεις που είχαν οι ιατροί και οι ασθενείς για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς λάμβαναν τα φάρμακά τους, τον έλεγχο της ΑΠ και την πληροφόρησή τους, στο συγκεντρωτικό πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συγκριτικές απαντήσεις.

Αναφορικά με τον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, διαφάνηκε ότι οι ιατροί πίστευαν πως οι ασθενείς τους ήταν περισσότερο αμελείς απ' ό,τι δήλωσαν οι ίδιοι, με στατιστικά μεγάλη διαφορά απόψεων, π.χ. οι ιατροί πίστευαν σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό από τους ασθενείς ότι οι δεύτεροι παρέλειπαν κάποια φορά δόσεις των φαρμάκων τους. Τη μεγαλύτερη απόκλιση είχε η ερώτηση σχετικά με τη διακοπή της αγωγής χωρίς ενημέρωση ιατρού, όταν οι ασθενείς αισθάνονταν χειρότερα, όπου 33% των ιατρών πίστευαν ότι αυτό ισχύει, ενώ το 96% των ασθενών το αρνήθηκε. Αντίθετα, οι ασθενείς πίστευαν σε γενικές γραμμές ότι είχαν καλύτερη γνώση για το ανώτερο όριο

της ΑΠ απ' ό,τι θεωρούσαν οι ιατροί τους γι' αυτούς. Αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, και οι δύο ομάδες συμφωνούσαν με παρόμοια ποσοστά ότι είτε οι ασθενείς δεν τις γνώριζαν είτε ότι δεν ήταν βέβαιοι γι' αυτή τη γνώση. Στην ερώτηση αν μπορούσαν οι ασθενείς να μετρήσουν ικανοποιητικά την ΑΠ, οι απαντήσεις των ασθενών συγκεντρωτικά στο «συχνά» και «πάντοτε» έδωσαν ποσοστό 65,5%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών ανερχόταν μόλις στο 30%. Επίσης, οι ιατροί είχαν την άποψη ότι οι ασθενείς μετρούσαν πιο συχνά την ΑΠ απ' ό,τι φάνηκε να επιβεβαιώνουν οι ασθενείς, δεδομένου ότι 57% περίπου των ιατρών απάντησαν πως οι ασθενείς τους μετρούσαν την ΑΠ είτε κάθε ημέρα είτε 2–3 φορές την εβδομάδα, ενώ μόνο το 30% των ασθενών απάντησε το ίδιο. Ωστόσο, οι ασθενείς είχαν την εκτίμηση ότι ελέγχουν την ΑΠ σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι πιστεύουν γι' αυτούς οι ιατροί. Το 65,5% των ασθενών θεωρούσε ότι είχε πάντα ή συχνά υπό έλεγχο το νόσημα, ενώ το 61,7% των ιατρών είχε την εντύπωση ότι αυτό συνέβαινε μόνο μερικές φορές. Ενδεχομένως αυτό να εξηγείται και από το γεγονός ότι το 51,7% των ασθενών δήλωσε βεβαιότητα πως γνώριζε τα όρια της ΑΠ. Ωστόσο, το 55% των ιατρών δεν ήταν βέβαιοι για το αν πραγματικά οι ασθενείς κατείχαν τη συγκεκριμένη γνώση, ενώ το 21,7% των ιατρών ήταν σίγουροι ότι οι ασθενείς δεν γνώριζαν τα όρια της ΑΠ.

Παρ' όλα αυτά, και οι δύο ομάδες δήλωσαν, σε γενικές γραμμές, ευχαριστημένες από τη ροή πληροφοριών προερχόμενων από τον ιατρό προς τον ασθενή, με τους ιατρούς να είναι μάλιστα κατά 23,3% πάρα πολύ ικανοποιημένοι, ενώ μόνο για το 7% των ασθενών ίσχυε το ίδιο. Επίσης, σχεδόν όλοι οι ιατροί πίστευαν ότι οι ασθενείς λάμβαναν πληροφόρηση και από άλλες πηγές, γεγονός που επιβεβαιώθηκε σε μεγάλο βαθμό από τους ασθενείς. Αναφορικά με τις άλλες πηγές πληροφόρησης, οι απόψεις συνέκλιναν, με μεγάλα ποσοστά να αφορούν στον ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο, σε γνώμες άλλων επαγγελματιών υγείας και στην τηλεόραση. Μικρότερα ποσοστά συγκέντρωσαν το διαδίκτυο και τα έντυπα. Μάλιστα, οι ιατροί είχαν την αίσθηση ότι η πληροφόρηση που λάμβαναν οι ασθενείς από αυτές τις δύο πηγές ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με ό,τι επιβεβαίωσαν οι ίδιοι οι πάσχοντες.

Οι ερωτήσεις απόψεων βαθμολογήθηκαν με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert από το 1 «διαφωνώ απόλυτα» έως το 5 «συμφωνώ απόλυτα». Οι μέσοι όροι (ΜΟ) των απαντήσεων και η τυπική απόκλιση (ΤΑ) παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Όσον αφορά στις απόψεις για το νόσημα της υπέρτασης, ιατροί και ασθενείς είχαν περίπου τις ίδιες αντιλήψεις, με την εξαίρεση του φόβου για τις μακροχρόνιες επιπλοκές της νόσου, όπου ενώ οι ασθενείς δήλωσαν ότι συμφωνούσαν σχετικά με την εν λόγω πρόταση, με μέσο

Πίνακας 4. Απόψεις σχετικά με το νόσημα της υπέρτασης (1: διαφωνώ απόλυτα έως 5: συμφωνώ απόλυτα).

Απόψεις σχετικά με το νόσημα της υπέρτασης	Ιατροί		Ασθενείς	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
Η υπέρταση είναι επικίνδυνο νόσημα	3,82	0,725	4,08	0,648
Φοβάμαι για τις μακροχρόνιες επιπλοκές της υπέρτασης	3,25	0,856	4,01	0,797
Φοβάμαι για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων της υπέρτασης	2,48	0,965	2,65	0,772
Η αγωγή είναι απλή και εύκολη να εφαρμοστεί	3,47	0,892	3,76	1,248

ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

όρο απαντήσεων στο 4, οι ιατροί θεωρούσαν ότι οι ασθενείς φοβούνταν λιγότερο, με μέσο όρο λίγο περισσότερο από 3.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την παρούσα εργασία αναδεικνύεται η αξία της κατανόησης των διαφορών στην αντίληψη και στον τρόπο αξιολόγησης της ρύθμισης ενός τόσο συχνού νοσήματος, όπως η υπέρταση, ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Φάνηκε να υπάρχει διάσταση ανάμεσα στις απόψεις που είχαν οι ασθενείς για το νόσημα της αρτηριακής υπέρτασης και στον τρόπο με τον οποίο το αντιλαμβάνονται οι ιατροί της ΠΦΥ.

Σε ό,τι αφορά στα επιδημιολογικά δεδομένα της μελέτης, από την πλευρά των ασθενών τα συμπεράσματα που εξήχθησαν ήταν αρκετά ενδιαφέροντα.

Ποσοστό >50% των υπερτασικών του δείγματος της παρούσας μελέτης δήλωσε συνύπαρξη της νόσου με κάποιον άλλο από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου, δηλαδή δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη ή άλλη καρδιαγγειακή νόσο, επιβεβαιώνοντας τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία.^{14,15} Εξ άλλου, το μεταβολικό προφίλ των περισσότερων φάνηκε ότι ήταν επιπρόσθετα επιβαρυνμένο με ΔΜΣ ο οποίος είχε υπερβεί τα όρια του υπέρβαρου και βρισκόταν στα ανώτερα όρια του παχύσαρκου, μακριά από το ιδανικό προφίλ του νορμοβαρικού. Σε αυτό συντείνει και το γεγονός ότι οι συνήθειες του τρόπου ζωής που δήλωσε το δείγμα μας απείχαν αρκετά από τις προτεινόμενες των ευρωπαϊκών αλλά και των ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών.⁷ Το 43,9% του συνόλου των υπερτασικών ήταν ακόμη καπνιστές και μάλιστα αυτό ήταν στατιστικά πιο σημαντικό στους άνδρες, οι οποίοι είχαν ήδη το μη τροποποιήσιμο επιβαρυντικό παράγοντα του φύλου για τον προσδιορισμό του μείζονα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σε αυτό έρχεται να προστεθεί και το γεγονός ότι το 41,4% του δείγματος έκανε

συστηματική χρήση οιοπνεύματος, επίσης με στατιστική σημαντικότητα για το ανδρικό φύλο. Ακόμη, το κάπνισμα φάνηκε να επιβαρύνει ηλικιακά περισσότερο την ομάδα των νεότερων ασθενών, ηλικίας 35–54 ετών.

Η αξία της τακτικής σωματικής άσκησης και των καρδιαγγειακών οφελών τα οποία προσφέρει δεν φαίνεται να έχουν καταστεί ακόμη αντιληπτά, καθώς το συντριπτικό ποσοστό του συνόλου των ασθενών (84,4%) ασκείτο σπάνια έως καθόλου, με τις γυναίκες να ασκούνται λιγότερο αν και έχουν αναλογικά στατιστικώς σημαντικότερα μεγαλύτερο ΔΜΣ από τους άνδρες, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της μελέτης EPIC που διεξήχθη στην Ελλάδα.³²

Σχετικά με τα στοιχεία του τρόπου λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, οι ασθενείς παραδέχθηκαν σε ποσοστό 42,2% ότι κάποιες φορές καθυστερούσαν να λάβουν τις δόσεις των φαρμάκων τους και αυτό ήταν συχνότερο σε εκείνους που λάμβαναν >2 φαρμακευτικά προϊόντα. Το 25% των υπερτασικών δήλωσαν ότι μερικές φορές δυσκολεύονταν να θυμηθούν τις δόσεις των φαρμάκων τους και το 23,3% ότι διέκοπταν την αγωγή χωρίς να συμβουλευτούν τον ιατρό τους, όταν αισθάνονταν καλύτερα. Το δεύτερο όμως φάνηκε να συμβαίνει σε μικρότερο βαθμό σε αυτούς που είχαν τακτική παρακολούθηση, με συχνότερες επισκέψεις στον ιατρό, μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις και συχνότερες παραπομπές για επιπρόσθετες εξετάσεις. Στην ίδια κατηγορία αυτών που δεν διέκοπταν την αγωγή τους ακόμη και αν αισθάνονταν καλύτερα περιλαμβάνονταν και εκείνοι που λάμβαναν περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα και σε μεγαλύτερες δόσεις. Αυτό ίσως οφειλόταν στο γεγονός ότι αυξημένος αριθμός και αυξημένες δόσεις φαρμάκων συνήθως συνυπήρχαν σε ασθενείς με δυσρρυθμιστη υπέρταση και με πολλαπλές συννοσηρότητες, οπότε και οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν διέκοπταν εύκολα τις αγωγές τους.

Το 57,8% των ιατρών φάνηκε να πιστεύουν ότι οι ασθενείς καθυστερούσαν κάποιες φορές να λάβουν τα φάρμακά τους, σε αντίθεση με τους ασθενείς, που δήλωσαν ότι αυτό συνέβαινε στο 42,2%. Το σύνολο των ασθενών αρνούνταν κατηγορηματικά σε ποσοστό 95,7% ότι διέκοπταν την αγωγή τους χωρίς να ενημερώσουν τον ιατρό τους όταν αισθάνονταν χειρότερα. Αντίθετα, το 33% των ιατρών πίστευε ότι αυτό συμβαίνει πράγματι.

Τα δεδομένα για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς παρακολουθούσαν την υπέρταση στο σπίτι επίσης παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Οι μισοί και πλέον ασθενείς φάνηκε να μετρούν την πίεση μόνο μερικές φορές το μήνα ή και αραιότερα, αλλά δήλωσαν σιγουριά για τη γνώση των ορίων της πίεσης και ότι συχνά τη διατηρούσαν υπό έλεγχο. Από την άλλη πλευρά, σχεδόν το σύνολο των υπερτασικών δήλωσε είτε ότι δεν ήταν βέβαιοι για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των

φαρμάκων που λάμβαναν είτε ότι τις αγνοούσαν. Ωστόσο, στην ερώτηση σχετικά με το αν τις φοβάται, ο μέσος όρος του δείγματος μάλλον διαφωνούσε με την εν λόγω δήλωση (αν και με αυξημένη ΤΑ, που σημαίνει ότι κάποιοι ασθενείς αισθάνονταν φόβο πολύ περισσότερο από κάποιους άλλους). Είναι αλήθεια ότι τα φάρμακα της υπέρτασης είναι από τις καλύτερα μελετημένες φαρμακευτικές ουσίες και η ασφάλεια, ιδιαίτερα των παλαιότερων μορίων, θεωρείται δεδομένη. Ωστόσο, δεν παύουν να έχουν αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις με μια πλειάδα άλλων ουσιών. Ενδεχομένως οι ασθενείς να μην έχουν αντιληφθεί τη σοβαρότητα των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών, με αποτέλεσμα όταν αυτές εμφανιστούν να διακόπτουν την αγωγή.²⁴

Σε ό,τι αφορά στα δεδομένα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο των ιατρών, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι βλέπει τους υπερτασικούς ασθενείς για ρύθμιση τουλάχιστον μία φορά στο εξάμηνο. Ο χρόνος της μέσης παραπομπής για αιματολογικό έλεγχο ήταν κάθε 7–12 μήνες και για καρδιολογικό έλεγχο κάθε χρόνο ή και αραιότερα. Μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών του δείγματος δήλωσε ότι μετρούσε συχνά ή πάντα στο ιατρείο την πίεση των υπερτασικών, γεγονός στο οποίο συμφωνούσαν και οι ασθενείς. Το εν λόγω ποσοστό των ιατρών χορηγεί κατά μέσο όρο 2–3 φαρμακευτικά προϊόντα για να βοηθήσει τους ασθενείς να ρυθμίσουν την πίεσή τους και προτιμά τους σταθερούς συνδυασμούς αγωγών παρά τον ελεύθερο συνδυασμό μεμονωμένων δραστικών ουσιών, όπως ακριβώς συστήνεται και από τις κατευθυντήριες οδηγίες.³³ Τα σημαντικότερα κριτήρια επιλογής των φαρμάκων είναι η προστασία από τις επιπλοκές της υπέρτασης, το σταθερό δοσολογικό σχήμα και η ευκολία στη χορήγηση, ενώ το μηνιαίο κόστος είναι και αυτό ιδιαίτερα σημαντικό.

Το 88,3% των ιατρών δήλωσε ότι χρησιμοποιεί κατευθυντήριες οδηγίες, με κύρια πηγή την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία – Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης. Ως δεύτερη πηγή δήλωσαν την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Ωστόσο, το 65% των ιατρών δήλωσε ότι τις εξατομικεύει ανάλογα με τον ασθενή πριν τις χρησιμοποιήσει. Επίσης, η μελέτη των Theodorou et al, το 2012 στην Κύπρο, που έλεγξε την αυτο-αναφερόμενη συμμόρφωση 88 ιατρών στις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες και μετά την πραγματική συμμόρφωση με βάση τις καταγεγραμμένες οδηγίες στους φακέλους των ασθενών, βρήκε ότι η πραγματική συμμόρφωση ανερχόταν σε ποσοστό 70,4%.²⁶

Τέλος, σε αντίθεση με άλλες μελέτες που καταδεικνύουν τη σχέση της ηλικίας και της ειδικότητας του ιατρού με τη

συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή, στο δείγμα των ιατρών που συμμετείχαν στη δική μας μελέτη δεν φάνηκε να σχετίζεται η ηλικία, η ειδικότητα και τα έτη άσκησης της ειδικότητας του ιατρού με τα στοιχεία του τρόπου τόσο της παρακολούθησης της υπέρτασης (διάρκεια επίσκεψης, συχνότητα παραπομπής για ειδικές εξετάσεις, έλεγχος της πίεσης στο ιατρείο, είδος και αριθμός χορηγούμενων φαρμακευτικών προϊόντων), όσο και με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών από πλευράς των ιατρών. Η μόνη συσχέτιση που βρέθηκε να υπάρχει στο δείγμα μας ήταν αυτή της ειδικότητας με το χρόνο επίσκεψης και την παραπομπή για αιματολογικό έλεγχο, με τους γενικούς ιατρούς να αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στην επίσκεψη και να παραπέμπουν αραιότερα από τους υπόλοιπους. Ενδεχομένως το πρώτο να οφείλεται στο μεγάλο όγκο των ασθενών που προσέρχονταν για λόγους συνταγογράφησης των φαρμάκων τους στα περιφερειακά αγροτικά ιατρεία όπου υπηρετούν κατά βάση οι γενικοί ιατροί, γεγονός που δεν επιτρέπει την παράταση της επίσκεψης πέραν των 15 min.

Από τις απαντήσεις των δύο ομάδων στις κοινές ερωτήσεις για τον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής φάνηκε ότι οι ιατροί πίστευαν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό που δήλωσαν οι ασθενείς ότι οι δεύτεροι δεν λάμβαναν την αγωγή τους με το σωστό τρόπο. Αυτό πιθανόν να οφείλεται είτε στην υπερεκτίμηση της αντίληψης από πλευράς των ιατρών ότι οι ασθενείς δεν λαμβάνουν σωστά την αγωγή τους, είτε σε υπεραναφορά (over-reporting) από την πλευρά των ασθενών.³⁴ Πάντως, η συγκεκριμένη αρνητική αντίληψη των ιατρών για τη συνεργασιμότητα των ασθενών τους ενδέχεται να μεταφέρει στους ασθενείς ακούσια χαμηλότερες προσδοκίες. Με τον τρόπο αυτόν, οι ασθενείς μπορεί να μην εμπλακούν σε διαδικασίες καθορισμού αρκετά απαιτητικών στόχων και τελικά να διαταραχθεί η επικοινωνία και η εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού-ασθενούς.³⁵

Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι. Η συχνότητα που δήλωσαν οι ασθενείς ήταν λιγότερο συχνή από αυτή που θεωρούσαν οι ιατροί, ίσως γιατί οι ασθενείς πίστευαν ότι συχνά διατηρούν το νόσημα υπό έλεγχο, γεγονός το οποίο οι ιατροί θεωρούσαν κατά 61,7% ότι ήταν σπάνιο. Σε γενικές γραμμές, πάντως, οι ασθενείς δήλωσαν ότι ήταν καλύτερα ενημερωμένοι για την πάθησή τους και λιγότερο ενημερωμένοι για τα φάρμακα που λάμβαναν. Στο τελευταίο συμφωνούσαν και οι ιατροί, τόσο στη μελέτη μας όσο και σε άλλες μελέτες, όπως αυτή της Stavropoulou,³⁶ στην οποία μάλιστα η έλλειψη πληροφόρησης για τα φάρμακα θεωρήθηκε ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας μη συμμόρφωσης των ασθενών.

Προτάσεις

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης κατέδειξαν πως παρά τις δηλώσεις των ασθενών ότι τηρούσαν σε μεγάλο βαθμό τις ιατρικές οδηγίες που τους δίνονταν και των ιατρών ότι ακολουθούσαν κατευθυντήριες οδηγίες κατά τη διαχείριση της νόσου, ο δρόμος για τη βελτίωση των επιπέδων ρύθμισης των υπερτασικών ασθενών στην Ελλάδα είναι ακόμη μακρύς. Χρειάζεται να καταβληθεί επιπρόσθετη προσπάθεια για να γεφυρωθεί η διαφαινόμενη διάσταση αντιλήψεων ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς, ώστε να αυξηθεί η συνεργασιμότητα ανάμεσά τους. Τα εν λόγω μέτρα μπορεί να είναι στοχευμένα τόσο στους ασθενείς όσο και στους ιατρούς με συντονιστή πάντα την πολιτεία και τους κοινωνικούς φορείς.

Η δημιουργία εθελοντικών ομάδων δράσης και επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών υπάρχει ήδη σε χώρες του εξωτερικού και η δράση τους μάλιστα πλαισιώνεται και από την προβολή των δραστηριοτήτων τους μέσω του διαδικτύου, καθιστώντας ευκολότερη την πρόσβαση στους ασθενείς.

Από την άλλη πλευρά, απαραίτητη είναι και η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών ώστε να μπορούν να παρέχουν τις εξειδικευμένες συμβουλές που απαιτούνται για τη ρύθμιση της υπέρτασης με όσο το δυνατόν πιο εύκολο και εξατομικευμένο τρόπο. Επιπρόσθετα, η παρακολούθηση των κατευθυντήριων οδηγιών με βάση προτυποποιημένα βήματα διαχείρισης θα βοηθούσε τους ιατρούς να διαχειρίζονται το νόσημα ταχύτερα και αποτελεσματικότερα.

Πριν από όλα αυτά, όμως, απαιτούνται έγκυρα πρωτογενή στοιχεία μέσα από οργανωμένες ηλεκτρονικές καταγραφές, όπως της τήρησης ιατρικού φακέλου του ασθενούς, αλλά και άμεσες μέθοδοι κλινικής αξιολόγησης της επίτευξης των θεραπευτικών στόχων στους υπερτασικούς ασθενείς. Επίσης, απαιτούνται συμπληρωματικές έρευνες καταγραφής και σύγκρισης απόψεων ιατρών και ασθενών με μεγαλύτερα δείγματα ερωτηθέντων ώστε να είναι αντιπροσωπευτικά για το σύνολο των ασθενών και των ιατρών της επικράτειας.

ABSTRACT

Perceptions and assessment of physicians and patients regarding the regulation of arterial hypertension in primary health care

H. CHOVARDA,¹ K. KATSALIAKI²

¹Department of Internal Medicine, Polycastro Health Center, Kilkis General Hospital, Kilkis, ²School of Economics, Business Administration and Legal Studies, International Hellenic University, Thessaloniki and School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patra, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(5):592–603

OBJECTIVE Hypertension affects one third of the world population and is one of the most common conditions encountered in primary health care. Although the effective treatment of hypertension has been found to prevent related disease and to improve quality of life, the condition remains under-controlled worldwide. A decisive role in the final therapeutic effect is played by the discrepancy between the perceptions of doctors and patients about the condition and its regulation. The study investigates the perceptions of patients and physicians about hypertension and is aimed at identifying discrepancies in the management of the disease which may result in a low rate of successful treatment. **METHOD** The study was conducted in primary care facilities, using two questionnaires for collecting data from patients with hypertension and doctors, respectively. **RESULTS** The patients reported satisfactory self-assessed compliance in taking their medication, but 42.2% of them stated that they delay their drug doses, with higher frequency in those receiving more than two formulations, and 23.3% that they stop treatment when they feel better without consulting the physician. A discrepancy was observed between doctors and patients regarding whether the patients are consistent in taking their medication and the patients' knowledge about issues related to their condition. Regarding discontinuing treatment without informing their doctor when they feel worse, 95.7% of patients denied doing this, as opposed to 33% of doctors who reported this practice. On self-measurement, 65.5% of patients stated that are able to measure their own blood pressure correctly, while only 30% of doctors believe that this is true. On control of hypertension, 65.5% of the patients reported that always or often have their disease under control, whereas 61.7% of doctors consider that this is achieved only sometimes. **CONCLUSIONS** The findings of this study highlight the need for doctors in primary health care to improve their communication skills, to implement guidelines based

on standardized steps, to keep patient electronic medical documentation and to develop direct methods of clinical evaluation for achieving treatment goals in patients with hypertension.

Key words: Disease management, Hypertension, Illness perception, Primary health care, Treatment compliance

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2012. WHO, Geneva, 2012
2. 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). *Eur Heart J* 2007, 28:1462–1536
3. VOLPE M, DEDHIYA SD. Physicians, patients, and public knowledge and perception regarding hypertension and stroke: A review of survey studies. *Curr Med Res Opin* 2006, 22:1319–1330
4. BURT VL, WHELTON P, ROCCELLA EJ, BROWN C, CUTLER JA, HIGGINS M ET AL. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991. *Hypertension* 1995, 25:305–313
5. WOLF-MAIER K, COOPER RS, BANEGAS JR, GIAMPAOLI S, HENSE HW, JOFFRES M ET AL. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003, 289:2363–2369
6. KEENAN NL, ROSENDORF KA; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevalence of hypertension and controlled hypertension – United States, 2005–2008. *MMWR Surveill Summ* 2011, 60(Suppl):94–97
7. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ. Πρακτικές κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση 2008. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:271–285
8. ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΓΣ, ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΥ ΓΧ, ΣΚΕΥΑ ΕΗ, ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ ΘΔ. Επιπολασμός, αναγνώριση και έλεγχος της υπέρτασης σε ελληνικό πληθυσμό. Η μελέτη των Διδύμων. *Ιατρική* 1999, 76:431–438
9. PRIMATESTA P, BROOKES M, POULTER NR. Improved hypertension management and control: Results from the health survey for England 1998. *Hypertension* 2001, 38:827–832
10. MILLER NH, HILL M, KOTTKE T, OCKENE IS. The multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation* 1997, 95:1085–1090
11. EGAN BM, LACKLAND DT, CUTLER NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: Implications for health care policy, education, and research. *Arch Intern Med* 2003, 163:681–687
12. OLIVERIA SA, LAPUERTA P, MCCARTHY BD, L'ITALIEN GJ, BERLOWITZ DR, ASCH SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002, 162:413–420
13. ALEXANDER M, GORDON NP, DAVIS CC, CHEN RS. Patient knowledge and awareness of hypertension is suboptimal: Results from a large health maintenance organization. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2003, 5:254–260
14. FRANKLIN SS, JACOBS MJ, WONG ND, L'ITALIEN GJ, LAPUERTA P. Prevalence of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: Analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertension* 2001, 37:869–874
15. HYMAN DJ, PAVLIK VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001, 345:479–486
16. OSTERBERG L, BLASCHKE T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005, 353:487–497
17. VERMEIRE E, HEARNSHAW H, VAN ROYEN P, DENEKENS J. Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001, 26:331–342
18. CHAPMAN RH, BENNER JS, PETRILLA AA, TIERCE JC, COLLINS SR, BATTLEMAN DS ET AL. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med* 2005, 165:1147–1152
19. McINNES GT. Integrated approaches to management of hypertension: Promoting treatment acceptance. *Am Heart J* 1999, 138:252–255
20. BERLOWITZ DR, ASH AS, HICKEY EC, FRIEDMAN RH, GLICKMAN M, KADER B ET AL. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med* 1998, 339:1957–1963
21. HYMAN DJ, PAVLIK VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: Blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med* 2000, 160:2281–2286
22. SPRANGER CB, RIES AJ, BERGE CA, RADFORD NB, VICTOR RG. Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. *Am J Med* 2004, 117:14–18
23. CHAUDHRY SI, KRUMHOLZ HM, FOODY JM. Systolic hypertension in older persons. *JAMA* 2004, 292:1074–1080
24. WANG TJ, VASAN RS. Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation* 2005, 112:1651–1662
25. PHILLIPS LS, BRANCH WT, COOK CB, DOYLE JP, EL-KEBBI IM, GALLINA DL ET AL. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001, 135:825–834
26. THEODOROU M, STAFYLAS P, KOURLABA G, KAITELIDOU D, MANIADAKIS N, PAPADEMETRIOU V. Physicians' perceptions and adherence to guidelines for the management of hypertension: A national, multicentre, prospective study. *Int J Hypertens* 2012, 2012:503821
27. THEODOROU M, TSIANTOU V, PAVLAKIS A, MANIADAKIS N, FRAGOU-LAKIS V, PAVI E ET AL. Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: Results from a questionnaire based survey. *BMC Health Serv Res* 2009, 9:150

28. KRESSIN NR, GLICKMAN ME, PETERSON ED, WHITTLE J, ORNER MB, PETERSEN LA. Functional status outcomes among white and African-American cardiac patients in an equal access system. *Am Heart J* 2007, 153:418–425
29. JALLINOJA P, ABSETZ P, KURONEN R, NISSINEN A, TALJA M, UUTELA A ET AL. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care* 2007, 25:244–249
30. EFSTRATOPOULOS AD, VOYAKI SM, BALTAS AA, VRATSISTAS FA, KIRLAS DE, KONTOYANNIS JT ET AL. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: The Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *Am J Hypertens* 2006, 19:53–60
31. ISKEDJIAN M, EINARSON TR, MACKEIGAN LD, SHEAR N, ADDIS A, MITTMANN N ET AL. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from a meta-analysis. *Clin Ther* 2002, 24:302–316
32. PSALTOPOULOU T, NASKA A, ORFANOS P, TRICHOPOULOS D, MOUNTOKALAKIS T, TRICHOPOULOU A. Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: The Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Am J Clin Nutr* 2004, 80:1012–1018
33. RUZICKA M, LEENEN FH. Monotherapy versus combination therapy as first line treatment of uncomplicated arterial hypertension. *Drugs* 2001, 61:943–954
34. CHOO PW, RAND CS, INUI TS, LEE MLT, CANNING C, PLATT R. A cohort study of possible risk factors for over-reporting of anti-hypertensive adherence. *BMC Cardiovasc Disord* 2001, 1:6
35. COOK S, DRUM ML, KIRCHHOFF AC, JIN L, LEVIE J, HARRISON JF ET AL. Providers' assessment of barriers to effective management of hypertension and hyperlipidemia in community health centers. *J Health Care Poor Underserved* 2006, 17:70–85
36. STAVROPOULOU C. Perceived information needs and non-adherence: Evidence from Greek patients with hypertension. *Health Expect* 2012, 15:187–196

Corresponding author:

K. Katsaliaki, School of Economics, Business Administration and Legal Studies, International Hellenic University, 14th km Thessaloniki-N. Moudania, GR-570 01 Themi, Thessaloniki, Greece
e-mail: k.katsaliaki@ihu.edu.gr
