

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ  
ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Βασιλική Ευσταθίου

Ψυχολόγος

Αθήνα, 2018

## **Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή**

Γρηγόριος Ποταμιάνος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Σάββας Τουμανίδης, Καθηγητής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Copyright © Βασιλική Ευσταθίου, 2018

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διδακτορικής διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

***“Drugs don't work in patients  
who don't take them”***

C. Everett Koop, MD, US Surgeon General, 1985

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι γνωστή ως «σιωπηλή» νόσος, καθόσον κατά κανόνα δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Θεωρείται ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες πρόκλησης στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικής ανεπάρκειας και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.

Τόσο για την πρόληψη, όσο και για τον έλεγχο της υπέρτασης, προτείνεται η υιοθέτηση συγκεκριμένων υγεινοδιαιτητικών οδηγιών. Επιπλέον, στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας υπάρχει μία σειρά από αποτελεσματικά φάρμακα για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, εφόσον αυτή δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με τη χρήση μη φαρμακευτικών μέσων. Ωστόσο, σημαντικό εμπόδιο στην επιτυχή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί η ελλιπής τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών από πλευράς των ατόμων με υπέρταση.

Τα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι το φαινόμενο της προσήλωσης στη θεραπεία είναι πολυπαραγοντικό και ως εκ τούτου η πρόβλεψη και διαχείρισή του αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Καθίσταται φανερό, ότι καθώς η προσήλωση στη θεραπεία δύναται να επιδράσει σε σημαντικό βαθμό στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι απαραίτητο αυτή να λαμβάνεται υπόψιν και να διερευνάται από τον θεράποντα ιατρό σε κάθε επανεξέταση.

Στην παρούσα έρευνα, η μελέτη του φαινομένου της πιστής τήρησης της θεραπείας προσεγγίστηκε με χρήση της ποιοτικής μεθοδολογίας και συγκεκριμένα με βάση τις αρχές της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Interpretative Phenomenological Analysis - IPA). Ως εκ τούτου δόθηκε η δυνατότητα να

διερευνηθεί το υπό μελέτη φαινόμενο, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται, το βιώνουν και το νοηματοδοτούν τα ίδια τα άτομα με υπέρταση.

Η εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής συνέβαλε στο να συνειδητοποιήσω ακόμα περισσότερο τη σημασία που έχει στην καθημερινή κλινική πράξη το να «δίνεται φωνή» στους ασθενείς και να λαμβάνονται υπόψιν σε κάθε θεραπευτική επιλογή τα ιδιαίτερα ατομικά τους χαρακτηριστικά.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της διατριβής μου, Καθηγητή κ. Γρηγόρη Ποταμιάνο, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεσή της, την πολύτιμη βοήθεια και την αδιάλειπτη στήριξη σε κάθε βήμα της διατριβής από τον αρχικό σχεδιασμό μέχρι και την ολοκλήρωση της συγγραφής της. Ιδιαίτερα, η καθοδήγηση μέσα από «δύσκολα μονοπάτια» που κάποιες φορές φαίνονταν αδιάβατα, καθώς και οι καίριες και ουσιαστικές παρατηρήσεις και συμβουλές ήταν καθοριστικής σημασίας. Η αμέριστη συμπαράσταση και το αδιάκοπο ενδιαφέρον που έχει δείξει είναι αδύνατον να αποτυπωθούν στις λίγες αυτές γραμμές. Υπήρξε καθ' όλη την ακαδημαϊκή μου πορεία, από την εισαγωγή μου στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου έως σήμερα, ανεκτίμητος μέντορας.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, Καθηγητή κ. Φώτη Αναγνωστόπουλο και Καθηγητή κ. Σάββα Τουμανίδη, των οποίων το κύρος και η επιστημονική πορεία αποτελούν πηγή έμπνευσης και «πυξίδα» της ερευνητικής πορείας που προσπαθώ να «χαράξω».

Επιπλέον, οφείλω ένα θερμό ευχαριστώ στον καρδιολόγο Αντιπλοίαρχο Χρήστο Κατσίκα ΠΝ για την ενθάρρυνση, το ειλικρινές ενδιαφέρον και την ουσιαστική συνδρομή του στην προσέγγιση, στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, των ασθενών της Καρδιολογικής Κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Ομοίως, ευχαριστώ τους συνεργάτες του Καθηγητή κ. Ποταμιάνου, κυρίους Βασίλη Γκιτάκο και Σταύρο Εμμανουήλ, των οποίων η αρωγή κατά τη διάρκεια της έρευνας σε θέματα μεθοδολογίας ήταν πολύτιμη.

Ευχαριστώ την οικογένειά μου, τους φίλους και τους συναδέλφους μου, που μου συμπαραστάθηκαν και ο καθένας με τον τρόπο του βοήθησε και διευκόλυνε την πορεία αυτού του «ταξιδιού».

Τέλος, θεωρώ απαραίτητο να ευχαριστήσω όσους συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα και πρόθυμα μοιράστηκαν μαζί μου τις ιστορίες, τις εμπειρίες και τα βιώματά τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	10
ABSTRACT .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I - ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
Αρτηριακή Υπέρταση.....	13
Ορισμός της αρτηριακής υπέρτασης .....	15
Ταξινόμηση της υπέρτασης.....	16
Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση πρωτοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης.....	18
Θεραπεία για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης .....	21
Φαρμακευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης.....	22
Διουρητικά .....	22
Αποκλειστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων (β-αποκλειστές) .....	23
Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ).....	24
Ανταγωνιστές ασβεστίου.....	24
Αποκλειστές των α-αδρενεργικών υποδοχέων (α-αποκλειστές) .....	25
Άλλες κατηγορίες αντι-υπερτασικών φαρμάκων .....	25
Μη φαρμακευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ .....	30
Πιστή τήρηση της αντι-υπερτασικής θεραπείας: Ορισμοί και επιδημιολογικά στοιχεία .....	30
Τρόποι εκδήλωσης μη πιστής τήρησης της θεραπείας.....	37
Παράγοντες που σχετίζονται με την τήρηση της θεραπείας .....	38
Θεωρητικά μοντέλα για την πρόβλεψη της απουσίας τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών..	42
Στοιχεία για την υπέρταση και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής στην Ελλάδα .....	47
Κριτική επισκόπηση προϋπαρχουσών ερευνών - Σκοπός της παρούσας έρευνας .....	55



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	57
Μέθοδος έρευνας: Ποιοτική Προσέγγιση .....	57
Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση.....	60
Σχεδίαση και συλλογή δεδομένων .....	64
Ημιδομημένες συνεντεύξεις.....	65
Πιλοτικές Συνεντεύξεις .....	66
Συμμετέχοντες.....	66
Διαδικασία ανάλυσης.....	68
Εγκυρότητα και Ποιότητα.....	70
Ευαισθησία στο πλαίσιο (Sensitivity to context) .....	70
Αφοσίωση και επιμέλεια (Commitment and rigour).....	71
Διαφάνεια και συνοχή (Transparency and coherence).....	72
Επίδραση και σημαντικότητα της έρευνας (Impact and importance ) .....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	127
Αιτιακές αποδόσεις της αρτηριακής υπέρτασης.....	128
Το σύνθετο πρόβλημα της τήρησης της θεραπείας.....	134
Στοιχεία που σχετίζονται με την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής .....	134
Φαρμακευτική αγωγή έναντι μη φαρμακευτικών θεραπευτικών οδηγιών.....	144
Διαπραγμάτευση με τα νέα δεδομένα- Συνειδητοποίηση χρονιότητας.....	151
Σκέψεις για τη θεραπεία – Αλλαγή του τρόπου ζωής .....	151
Ζώντας με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων .....	162
Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της Μελέτης.....	166
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	168
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	170
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	186

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, καθώς αποτελεί ένα από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικής ανεπάρκειας. Η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση τόσο φαρμακευτικών (αντι-υπερτασική αγωγή), όσο και μη φαρμακευτικών μέσων (υγιεινοδιαιτητικά μέτρα). Ωστόσο, παρά την ύπαρξη μέσων αντιμετώπισης, ένα από τα πλέον συνήθη εμπόδια στον αποτελεσματικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης είναι η απουσία πιστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών από πλευράς των ασθενών. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη του φαινομένου της τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την αρτηριακή υπέρταση, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται, το βιώνουν και το νοηματοδοτούν οι αμιγώς υπερτασικοί ασθενείς. Στην έρευνα συμμετείχαν 17 άτομα με πρωτοπαθή υπέρταση χωρίς σωματική ή ψυχική συννόσηση. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, ενώ η ανάλυσή τους με βάση τις αρχές της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Interpretative Phenomenological Analysis- IPA), η οποία κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη, καθώς ενσωματώνει στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη διερεύνηση και κατανόηση των εμπειριών των ασθενών με υπέρταση. Από την ανάλυση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων αναδύθηκαν τρία υπερ-θέματα, τα οποία αποτελούνταν από θέματα και υπο-θέματα. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα που συζητούνται, υπό το πρίσμα της υπάρχουσας σχετικής βιβλιογραφίας, περιλαμβάνουν τις αιτιακές αποδόσεις της αρτηριακής υπέρτασης από πλευράς των ατόμων με υπέρταση, το σύνθετο πρόβλημα της τήρησης της θεραπείας έτσι όπως το αντιλαμβάνονται και το νοηματοδοτούν οι

συμμετέχοντες, καθώς και τη διαπραγμάτευση με τα νέα δεδομένα και τη συνειδητοποίηση χρονιότητας που προκύπτουν από την ανάγκη μακροχρόνιας τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης. Δεδομένου ότι η επίτευξη της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών αποτελεί σημαντική πρόκληση για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα νοηματοδοτούν την προσήλωση στη θεραπεία δύναται να συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωσή της και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση της υπέρτασης.

**Λέξεις- Κλειδιά:** Αρτηριακή υπέρταση, αντι-υπερτασική θεραπεία, υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές, προσήλωση, συμμόρφωση, Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση

## **ABSTRACT**

Arterial hypertension, also known as high blood pressure, is a long-term medical condition which usually does not cause symptoms. Hypertension is a major risk for coronary heart disease, stroke, heart failure and renal failure and is associated with increased mortality risk. Adoption of a healthy lifestyle is critical for the prevention of high blood pressure and is an indispensable part of the management of hypertension. Furthermore, a large number of antihypertensive drugs are available for reducing blood pressure. Nevertheless, non adherence to treatment is a crucial barrier to successful blood control. This study examined hypertensive patients' experiences regarding adherence to doctor's recommendations for hypertension treatment. Semi-structured interviews were conducted with 17 patients diagnosed with essential hypertension without physical or mental comorbidity. Transcripts were analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Three super-ordinate themes arose from the data: i) causal attributions of hypertension, ii) the complex and multifactorial problem of adherence to treatment as perceived by the patients and iii) negotiating the diagnosis and treatment of a chronic health problem. These are discussed in relation to extant literature. Given that adherence to treatment is a major challenge for the management of high blood pressure, understanding how hypertensive patients experience their need for commitment to treatment can be helpful to clinicians.

**Key-words:** Arterial hypertension, antihypertensive drugs, lifestyle changes, adherence, compliance, Interpretative Phenomenological Analysis

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Αρτηριακή Υπέρταση

Οι περισσότερες χρόνιες νόσοι μοιράζονται τα παρακάτω βιολογικά χαρακτηριστικά: (α) είναι συστηματικές επηρεάζοντας πολλαπλά οργανικά συστήματα και ένα ευρύ φάσμα φυσικών και κοινωνικών λειτουργιών, (β) εξελίσσονται κατά τη διάρκεια πολλών χρόνων, αν και οι περισσότερες γίνονται κλινικά ορατές συνήθως προς τα τέλη της μέσης ηλικίας, (γ) μπορούν να ελέγχονται και να ρυθμίζονται, αλλά λίγες μόνο μπορούν να θεραπευτούν, (δ) επηρεάζουν σταδιακά όλο και πιο ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων του ασθενούς και (ε) διακρίνονται από σχετικά ήπιες, τονικές φάσεις, οι οποίες διακόπτονται από σοβαρά επεισόδια ή επιπλοκές (Leventhal, Halm, Horowitz et al., 2004).

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες (Beevers, Lip, & O'Brien, 2014; James, Oparil, Carter et al., 2014; Yoon, Gu, Nwankwo et al., 2015). Τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας απασχολεί ιδιαίτερα το θέμα της υπέρτασης από τη δεκαετία του 1950 (World Health Organization, 1996). Παρότι πρόκειται για μία «σιωπηλή», ασυμπτωματική νόσο, αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αγγειοεγκεφαλικές προσβολές, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Lackland & Weber, 2015; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015; Sabaté, 2003). Η υψηλή αρτηριακή πίεση αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικής καρδιακής νόσου από τρεις έως τέσσερις φορές και το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο από δύο έως τρεις φορές (Berenson, Srinivasan, Bao et al., 1998; Mancia, De Backer, & Dominiczak, 2007; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015). Προοπτική μελέτη

έδειξε ότι ο δια βίου κίνδυνος για όλους τους τύπους εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν 13,8% στους άνδρες και 16% στις γυναίκες στα νορμοτασικά άτομα (συστολική/διαστολική ΑΠ: <120/80 mmHg), 16,9% στους άνδρες και 19,9% στις γυναίκες στα άτομα με προ-υπέρταση (συστολική/διαστολική ΑΠ: 120-139/80-89 mmHg), 25,8% στους άνδρες και 24% στις γυναίκες με υπέρταση πρώτου σταδίου (συστολική/διαστολική ΑΠ: 140-159/90-99 mm Hg) και 25,8% στους άνδρες και 30,5% στις γυναίκες στα άτομα με αρτηριακή πίεση >160/100 mmHg (Takahashi, Geyer, Nishi et al., 2011). Έχει υπολογιστεί ότι περίπου οι μισές περιπτώσεις του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή/και του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι δυνατόν να αποδοθούν στην υπέρταση (al Roomi, Heller, & Wlodarczyk, 1990; Borghi, Bacchelli, Esposti et al., 1999; Marmot & Poulter, 1992; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015).

Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμάται ότι υπερβαίνει το ένα δισεκατομμύριο πληθυσμού (Zhou, Bentham, Di Cesare et al., 2016). Ομοίως, εκτιμάται ότι το 2000 το 26,4% του ενήλικου πληθυσμού παρουσίαζε υπέρταση, ενώ έως το 2025 υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 29,2% θα εμφανίσει τη νόσο (Beevers, Lip, & O'Brien, 2014; Kearney, Whelton, Reynolds et al., 2005). Επιπλέον, υπολογίζεται ότι η υπέρταση ευθύνεται για το 6% περίπου των θανάτων ενηλίκων παγκοσμίως (Nadar & Lip, 2015). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρόσφατης πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης EMENO (Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου) εκτιμάται ότι το 37,5% του ενήλικου γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση. (G. Stergiou, A. Margetaki, N. Boubouchairopoulou et al., 2016).

## Ορισμός της αρτηριακής υπέρτασης

Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από καθορισμένα φυσιολογικά όρια, που θεωρούνται απαραίτητα για την επαρκή αιμάτωση των περιφερικών ιστών και η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στο 95% περίπου των περιπτώσεων η αρτηριακή υπέρταση χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής ή πρωτοπαθής (άγνωστα αίτια), ενώ στο υπόλοιπο 5% ως δευτεροπαθής (δευτεροπαθή αίτια) (Mancia, Grassi, & Redon, 2014; Κορομπόκη, 2011)

Ο ορισμός της αρτηριακής υπέρτασης δεν είναι εύκολο εγχείρημα. Αυτό γίνεται κατανοητό αν ληφθεί υπόψιν ότι όσο υψηλότερη είναι η πίεση, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για τα αγγειακά επεισόδια και τα στεφανιαία συμβάματα. Ο Sir George Pickering ήταν ο πρώτος που διατύπωσε την άποψη ότι η κατανομή της αρτηριακής πίεσης στον πληθυσμό είναι συνεχής ως κωδωνοειδής καμπύλη, χωρίς να υφίσταται πραγματική διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην «φυσιολογική πίεση» και στην «υπέρταση». Οι Evans και Rose όρισαν την υπέρταση ως το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης στο οποίο η διάγνωση και η θεραπεία κάνουν περισσότερο καλό από όσο κακό (Evans & Rose, 1971).

Υπάρχουν δύο συστήματα ταξινόμησης για την αρτηριακή πίεση, το ευρωπαϊκό (Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013) και το αμερικανικό (Chobanian, Bakris, Black, Cushman et al., 2003). Και στα δύο συστήματα η αρτηριακή υπέρταση ορίζεται ως αύξηση της συστολικής πίεσης σε 140 mmHg ή περισσότερο ή/και της διαστολικής πίεσης σε 90 mmHg ή περισσότερο.

Στο παρελθόν, χρησιμοποιείτο κυρίως η διαστολική πίεση για τον ορισμό της υπέρτασης. Ωστόσο, υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις για το ότι η τιμή της συστολικής πίεσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, τόσο στον ορισμό όσο και στην

αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (Mancia, Grassi, & Redon, 2014). Σύμφωνα με μελέτη κοορτής βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τη διαστολική αρτηριακή πίεση, η αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση είχε μεγαλύτερη επίδραση στη στηθάγχη, στο έμφραγμα του μυοκαρδίου και στην περιφερική αρτηριακή νόσο, ενώ η αυξημένη διαστολική αρτηριακή πίεση είχε μεγαλύτερη επίδραση στο ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (Rapsomaniki, Timmis, George et al., 2014). Επιπρόσθετα, μερικές μελέτες παρέμβασης για την ήπια υπέρταση υποδηλώνουν ότι τα καρδιαγγειακά συμβάματα συσχετίζονται στενότερα με τις τιμές της συστολικής από όσο με τις τιμές της διαστολικής πίεσης. Συνεπώς η υπέρταση πρέπει να ορίζεται με βάση τόσο τη διαστολική, όσο και τη συστολική πίεση (Beevers, Lip, & O'Brien, 2014; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015).

### **Ταξινόμηση της υπέρτασης**

Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να ταξινομηθεί με τρεις τρόπους, ήτοι με τις τιμές αρτηριακής πίεσης, τη βλάβη οργάνων και την αιτιολογία.

Όσον αφορά στην ταξινόμηση βάσει της αρτηριακής πίεσης, αυτή έχει αναπτυχθεί βασιζόμενη στις τιμές της διαστολικής και συστολικής πίεσης. Ωστόσο, δεν συσχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα της συνολικής κλινικής κατάστασης, η οποία εξαρτάται από το συνολικό καρδιακό κίνδυνο που επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, οι καπνιστικές συνήθειες και τα επίπεδα λιπιδίων στο πλάσμα, αλλά με το βαθμό αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Η ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης βάσει του ευρωπαϊκού συστήματος ταξινόμησης για τους ενήλικες (Beevers, Lip, & O'Brien, 2014; Mancia, De Backer, & Dominiczak, 2007; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Mancia, Grassi, &



Redon, 2014) παρουσιάζεται στον παρακάτω Πίνακα. Η ταξινόμηση σύμφωνα με τις τιμές της αρτηριακής πίεσης βασίζεται σε μετρήσεις της πίεσης σε τουλάχιστον δύο επισκέψεις στο ιατρείο, όπου σε καθεμία από τις οποίες θα πρέπει να πραγματοποιούνται δύο τουλάχιστον μετρήσεις μετά από λίγα λεπτά ανάπαυσης σε καθιστή θέση (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης, 2008).

**Πίνακας 1. Ταξινόμηση της Αρτηριακής Πίεσης και της Αρτηριακής Υπέρτασης**

<b>Κατηγορία</b>	<b>Συστολική (mmHg)</b>		<b>Διαστολική (mmHg)</b>
Άριστη αρτηριακή πίεση	<120	Και	<80
Φυσιολογική αρτηριακή πίεση	120-129	Και/ή	80-84
Οριακή αρτηριακή πίεση	130-139	Και/ή	85-89
<b>Υπέρταση</b>			
Στάδιο 1	140-159	Και/ή	90-99
Στάδιο 2	160-179	Και/ή	100-109
Στάδιο 3	≥180	Και/ή	≥110
Μεμονωμένη συστολική	≥140	Και	<90

*Σημείωση: Ταξινόμηση της Ευρωπαϊκή Εταιρείας Υπέρτασης-Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας*

Αναφορικά με την ταξινόμηση της υπέρτασης με βάση την έκταση της βλάβης των οργάνων, αυτή μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρία στάδια ανάλογα με την εξέλιξη της βαρύτητας της νόσου στη διάρκεια του χρόνου. Στο πρώτο στάδιο δεν υφίστανται εκδηλώσεις βλάβης οργάνων. Στο δεύτερο στάδιο παρουσιάζεται τουλάχιστον μία από τις παρακάτω εκδηλώσεις βλάβης: α) υπερτροφία αριστερής κοιλίας, β) γενικευμένη και εστιακή στένωση αρτηριών αμφιβληστροειδούς, γ) μικρο-λευκωματινουρία, λευκωματουρία και/ή μικρή αύξηση της κρεατινίνης του ορού και δ) υπερηχογραφική ή ακτινολογική ένδειξη αθηροσκληρωματικής πλάκας. Στο τρίτο στάδιο εμφανίζονται συμπτώματα οφειλόμενα σε βλάβη οργάνων, τα οποία

περιλαμβάνουν την καρδιά (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιακή ανεπάρκεια), τον εγκέφαλο (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδική ισχαιμική προσβολή, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια και αγγειακή άνοια), το βυθό του οφθαλμού (αιμορραγίες και εξιδρώματα αμφιβληστροειδούς με ή χωρίς οίδημα οπτικής θηλής), το νεφρό (κρεατινίνη πλάσματος >2,0 mg/dL) και νεφρική ανεπάρκεια) και τέλος τα αγγεία (διαχωριστικό ανεύρυσμα και αποφρακτική αρτηριοπάθεια που προκαλεί συμπτώματα). Αν και ο βαθμός βλάβης οργάνων συχνά σχετίζεται με το ύψος της αρτηριακής πίεσης, αυτό δεν ισχύει πάντα (Giles, Materson, Cohn et al., 2009; Nadar & Lip, 2015; Μουντοκαλάκης, 1998).

Όσον αφορά στην ταξινόμηση της υπέρτασης σύμφωνα με την αιτιολογία, δεν ανευρίσκεται ειδική αιτία για την υπέρταση σε ποσοστό άνω του 95% των υπερτασικών. Οι ασθενείς αυτοί διαγιγνώσκονται ως πάσχοντες από πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή υπέρταση. Οι ασθενείς στους οποίους αναγνωρίζεται ειδικό αίτιο παρουσιάζουν δευτεροπαθή υπέρταση. Η δευτεροπαθής υπέρταση ταξινομείται στις παρακάτω κατηγορίες: α) υπέρταση που οφείλεται σε εξωγενείς ουσίες ή φάρμακα, β) υπέρταση σχετιζόμενη με παθήσεις των νεφρών, γ) υπέρταση σχετιζόμενη με ενδοκρινικές παθήσεις, δ) υπέρταση σχετιζόμενη με αορτική ανεπάρκεια και αορτίτιδα, ε) υπέρταση προκαλούμενη από την εγκυμοσύνη, στ) υπέρταση σχετιζόμενη με νευρολογικές διαταραχές και ζ) υπέρταση προκαλούμενη χειρουργικώς (Mancia, Grassi, & Redon, 2014; Puar, Mok, Debajyoti et al., 2016; Μουντοκαλάκης, 1998).

### **Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση πρωτοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης**

Παρόλο που η αιτιοπαθογένεια της πρωτοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης δεν είναι πλήρως γνωστή, ορισμένοι παράγοντες έχουν αναγνωριστεί ότι σχετίζονται με

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης, μεταξύ των οποίων δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, πολιτισμικά και κλινικά χαρακτηριστικά (Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015).

Η μεγαλύτερη ηλικία φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση, τόσο σε πληθυσμούς αναπτυγμένων όσο και αναπτυσσόμενων χωρών (Luerker, 2004; Pinto, 2007; Setters & Holmes, 2017). Ωστόσο, σε άτομα φυσιολογικού βάρους, που ακολουθούν δίαιτα με χαμηλή πρόσληψη άλατος και ασκούνται σωματικά η συσχέτιση ανάμεσα σε ηλικία και αρτηριακή πίεση φαίνεται να αποδυναμώνεται (H. Chen & Dai, 2015; Opie & Seedat, 2005; Shey Wiysonge, Ngu Blackett, & Mbuagbaw, 2004).

Σε αρκετές έρευνες φαίνεται το φύλο να σχετίζεται με την αρτηριακή πίεση, καθώς οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερη αρτηριακή πίεση, ιδιαίτερα στις μικρές και μέσες ηλικίες, ενώ σε μεγαλύτερες η αναλογία αυτή φαίνεται να αντιστρέφεται (Everett & Zajacova, 2015; Ezzati, Lopez, Rodgers et al., 2002; Kearney, Whelton, Reynolds et al., 2004).

Η κληρονομική επιβάρυνση και το οικογενειακό ιστορικό συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, γεγονός πιθανά οφειλόμενο αφενός στη γενετική προδιάθεση και αφετέρου στον παρόμοιο τρόπο ζωής των οικογενειακών μελών (Luerker, 2004; Shih & O'Connor, 2008).

Το αυξημένο βάρος φαίνεται να εμπλέκεται στην εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης. Έχει βρεθεί ότι σε άτομα τα οποία προσλαμβάνουν βάρος, ο κίνδυνος για εμφάνιση υπέρτασης είναι μεγαλύτερος σε σχέση με άτομα που διατηρούν σταθερό το βάρος τους από δύο έως και έξι φορές, ενώ ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) συμβάλλει επίσης σημαντικά στην πρόβλεψη της υπέρτασης (H. Chen & Dai, 2015; Mackay, Mensah, Mendis et al., 2004). Αντίθετα, μείωση του σωματικού

βάρους ή της περιφέρειας μέσης έχουν συσχετιστεί με μείωση του κινδύνου για υπέρταση κατά 8% στις γυναίκες και 9% στους άνδρες, καθώς επίσης και με σημαντική μείωση και άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (Labrana, Duran, Martinez et al., 2017). Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αρτηριακής πίεσης. Σε έρευνα, τα ποσοστά επιπολασμού της υπέρτασης στα άτομα με πολύ χαμηλό BMI ήταν 11%, στα άτομα με φυσιολογικό BMI ήταν 19%, στα άτομα στο εύρος του υπέρβαρου ήταν 33% και στα άτομα στο εύρος της παχυσαρκίας ήταν στο 47% (El-Atat, Aneja, Mcfarlane et al., 2003).

Υφίστανται ενδείξεις ότι η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου υπέρτασης με σταθμισμένη την επίδραση άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως η διατροφή, το φύλο και η ηλικία (Campbell, Ashley, Carruthers et al., 1999; Erem, Hacıhasanoglu, Kocak et al., 2009; Jorgensen & Maisto, 2008; Russell, Cooper, Frone et al., 1991). Αναφορικά με τον μηχανισμό που διαμεσολαβεί στη παραπάνω σχέση, είναι πιθανόν το αλκοόλ να αυξάνει την αρτηριακή πίεση μέσω της αυξημένης έκκρισης αδρεναλίνης, αν και το φαινόμενο αυτό αποδράμει μετά από μερικές μέρες αποχής από το αλκοόλ (Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση μίας χώρας επηρεάζει, πέραν των άλλων και τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης των πολιτών της. Σε κοινωνίες που βρίσκονται στο μεταβατικό ή προ-μεταβατικό στάδιο οικονομικών και επιδημιολογικών αλλαγών, έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και υψηλότερος επιπολασμός της υπέρτασης στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αντίθετα, όσο επιτείνεται η κρίση έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και μεγαλύτερος επιπολασμός της υπέρτασης στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Beevers, Lip, & O'Brien, 2014; Nadar & Lip, 2015; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015; Μουντοκαλάκης, 1998).

Το άγχος και το στρες, ως συνέπεια διάφορων ψυχοπαιστικών γεγονότων, όπως η ανεργία, η φτώχεια, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα και η έλλειψη υποστήριξης από το κράτος, σε πολλές περιπτώσεις συνδέονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση (Cuevas, Williams, & Albert, 2017; Cuffee, Ogedegbe, Williams et al., 2014; Mucci, Giorgi, De Pasquale Ceratti et al., 2016).

### **Θεραπεία για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης**

Η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης πραγματοποιείται, κατά κύριο λόγο, με χορήγηση αντι-υπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και με την επίτευξη αλλαγών στον τρόπο ζωής του ασθενούς, όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, στη σωματική άσκηση, στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ και άλατος.

Η απόφαση για έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας λαμβάνεται σε συνάρτηση με το επίπεδο του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου που διατρέχει κάθε ασθενής. Παράλληλα με την υπέρταση πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και οι άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης, κ.λπ.) (Mancia, Grassi, & Redon, 2014; Nadar & Lip, 2015; Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης, 2008).

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της αντι-υπερτασικής θεραπείας έχουν αναδειχθεί μέσα από ερευνητικές εργασίες, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις που έδειξαν σημαντική μείωση στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα και νοσηρότητα (Antonakoudis, Poulimenos, Kifnidis et al., 2007; Dahlöf, Hansson, Lindholm et al., 1991; Heeley, Wei, Wang et al., 2014; Neal, MacMahon, & Chapman, 2000; Psaty, Lumley, Furberg et al., 2003; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017). Η αντι-υπερτασική θεραπεία δύναται να μειώσει τον κίνδυνο για καρδιακή

ανεπάρκεια κατά περίπου 50%, για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κατά περίπου 40% και για στεφανιαία νόσο κατά 25% (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης, 2008).

Με βάση τα θετικά αποτελέσματα μεγάλων μελετών επιβίωσης, έναρξη θεραπείας σε άτομα με υπέρταση χωρίς μείζονες επιπλοκές μπορεί να γίνει με διουρητικά, αποκλειστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων (β-αποκλειστές), αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ), ανταγωνιστές ασβεστίου ή αποκλειστές των α-αδρενεργικών υποδοχέων (α-αποκλειστές). Σε ορισμένες καταστάσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν άλλες κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων (Chobanian, Bakris, Black, Cushman et al., 2003; T.R. Harrison, 2005; Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης, 2008).

Ωστόσο παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών φαρμακευτικών επιλογών, φαίνεται ότι έλεγχος της αρτηριακής πίεσης του αίματος επιτυγχάνεται σε λιγότερο από το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αντι-υπερτασική θεραπεία (Burnier, 2017).

## **Φαρμακευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης**

### ***Διουρητικά***

Τα διουρητικά έχουν χρησιμοποιηθεί ως αντι-υπερτασική θεραπεία πρώτης επιλογής και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδίως, από θανατηφόρα και μη, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Σε μεγάλες δόσεις τα διουρητικά μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη ποικιλία ανεπιθύμητων μεταβολικών διαταραχών, κυρίως απώλεια καλίου, διαταραχή στην ανοχή της γλυκόζης, κοιλιακές έκτοπες συστολές και διαταραχή σεξουαλικής

λειτουργίας. Οι δράσεις αυτές μπορεί να ελαττωθούν με τη μείωση της δόσης των διουρητικών στο ελάχιστο δυνατό. Επιπλέον, είναι πολύ χρήσιμα ως δεύτερη επιλογή, επειδή αυξάνουν την αποτελεσματικότητα πολλών άλλων αντι-υπερτασικών φαρμάκων. Ο συνδυασμός διουρητικών με καλιοσυντηρητικά φάρμακα ή με αΜΕΑ μπορεί να προλάβει την απώλεια καλίου (Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Padilla, Armas-Hernandez, Hernandez et al., 2007; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

### ***Αποκλειστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων (β-αποκλειστές)***

Οι αποκλειστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων (β-αποκλειστές) είναι φάρμακα ασφαλή και αποτελεσματικά. Χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε υπερτασικούς όλων των ηλικιών και σε αρτηριακή υπέρταση ποικίλης βαρύτητας. Ήταν μια από τις κατηγορίες αντι-υπερτασικών φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στις περισσότερες από τις μεγάλες κλινικές μελέτες, οι οποίες και έδειξαν ότι η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης μειώνει την αποδιδόμενη σε αυτή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία β-αποκλειστών. Μερικοί είναι καρδιοεκλεκτικοί, ενώ άλλοι εμφανίζουν ενδογενή συμπαθητικομιμητική δράση ή έχουν ιδιότητες α-αποκλειστή ή αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες. Αν και οι β-αποκλειστές έχουν αποδειχθεί χρήσιμοι στη δευτερογενή πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου, δεν φαίνεται να πλεονεκτούν έναντι των διουρητικών στην πρωτογενή πρόληψη του εμφράγματος στους υπερτασικούς (Boudonas, 2010; Karnes & Cooper-DeHoff, 2009; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

### ***Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ)***

Οι αΜΕΑ έχει φανεί ότι μειώνουν αποτελεσματικά και με ασφαλή τρόπο την αρτηριακή πίεση. Είναι φάρμακα καλώς ανεκτά από την πλειονότητα των ασθενών και δεν έχουν μεταβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια είναι επίμονος ξηρός βήχας. Πολύ σπάνια, αλλά σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι το αγγειοοίδημα. Οι αΜΕΑ πρέπει να χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία και να αποφεύγονται σε ασθενείς με αμφοτερόπλευρη στένωση της νεφρικής αρτηρίας, ενώ θα πρέπει να αποφεύγονται κατά την περίοδο εγκυμοσύνης. Έχει διαφανεί ότι μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου σε ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης, βελτιώνοντας την πλήρωση της αριστερής κοιλίας. Έχουν, επίσης, αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά φάρμακα στη μείωση της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας σε υπερτασικούς ασθενείς και στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου σε ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη και μέτρια διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (Karnes & Cooper-DeHoff, 2009; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

### ***Ανταγωνιστές ασβεστίου***

Υπάρχουν τρεις κύριες ομάδες ανταγωνιστών ασβεστίου με σαφώς διαφορετικές ιδιότητες: οι φαινυλακυλαμίνες (βεραπαμίλη), οι διυδροπυριδίνες (νεφεδιπίνη) και οι βενζοθειαζεπίνες (διλτιαζέμη). Οι ανταγωνιστές ασβεστίου ελαττώνουν αποτελεσματικά και με ασφάλεια την αρτηριακή πίεση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, κεφαλαλγία και υπεραιμία προσώπου, οίδημα



σφυρών και δυσκοιλιότητα. (Karnes & Cooper-DeHoff, 2009; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

#### *Αποκλειστές των α-αδρενεργικών υποδοχέων (α-αποκλειστές)*

Οι αποκλειστές των α-αδρενεργικών υποδοχέων (α-αποκλειστές) είναι ασφαλή και αποτελεσματικά αντι-υπερτασικά φάρμακα. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια τους είναι η ορθοστατική υπόταση που παρατηρείται στην έναρξη της θεραπείας, φαινόμενο που μπορεί να δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα σε ηλικιωμένους ασθενείς ή ασθενείς με δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με α-αποκλειστές είναι απαραίτητη η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και σε όρθια θέση. Υπάρχουν ενδείξεις για το ότι οι α-αποκλειστές έχουν κάποια πλεονεκτήματα όταν χορηγούνται σε ασθενείς με υπερλιπιδαιμία ή διαταραχή της ανοχής στη γλυκόζη (Wright & Musini, 2009; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

#### *Άλλες κατηγορίες αντι-υπερτασικών φαρμάκων*

Τα φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι αποτελεσματικοί αντι-υπερτασικοί παράγοντες. Έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές από τις ελεγχόμενες κλινικές μελέτες -κυρίως σε συνδυασμό με διουρητικά- στις οποίες έχει καταδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους στη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα με άμεση δράση στο τοίχωμα των αγγείων, όπως η υδραλαζίνη και η μινοξιδίλη, είναι αρκετά αποτελεσματικά στην ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, αλλά μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ταχυκαρδία, κεφαλαλγία και κατακράτηση άλατος και ύδατος, καθιστούν δύσκολη τη χρήση τους

ως μονοθεραπεία (Sica, 2004; Sica & Gehr, 2001; Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2007; Μουντοκαλάκης, 1998).

### **Μη φαρμακευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης**

Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα, αν τηρηθεί με συνέπεια από τον ασθενή. Είναι μία δύσκολη διαδικασία, καθώς στην ουσία ζητείται από τον ασθενή με υπέρταση να τροποποιήσει την καθημερινότητά του και να προσαρμόσει ανάλογα τον τρόπο ζωής του.

Όσον αφορά στην πρωταρχική θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ήπια υπέρταση, συνίσταται να εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας τα μη φαρμακευτικά μέσα πριν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς, μειώνουν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης και παράλληλα μειώνουν και το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο (Carretero & Oparil, 2000; James, Oparil, Carter et al., 2014; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013). Επιπλέον, τα μη φαρμακευτικά μέσα είναι χρήσιμα σε όλα τα υπερτασικά άτομα, ανεξάρτητα από το αν υποβάλλονται ή όχι σε φαρμακευτική αγωγή, αλλά και στα άτομα με οριακή υπέρταση και κατά συνέπεια θα πρέπει να συστήνονται σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς με σκοπό την σφαιρικότερη αντιμετώπισή τους. Ειδικότερα, κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές μπορεί να επιδράσουν στη μείωση της υπέρτασης με τρόπο ισοδύναμο της μονοθεραπείας (Aronow, 2017; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017). Με την αποτελεσματική εφαρμογή τους μπορεί να μειωθούν οι δόσεις των φαρμάκων ή και σε πολλές περιπτώσεις να καθυστερήσει ή να αποφευχθεί η έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας. Τα μέσα αυτά έχουν ευεργετική επίδραση όχι μόνο στη μείωση της

πίεσης, αλλά και στην αντιμετώπιση των άλλων παραγόντων κινδύνου (διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία) (Aronow, 2017; Labrana, Duran, Martinez et al., 2017; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017; Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης, 2008; Μουντοκαλάκης, 1998).

Τα μη φαρμακευτικά μέσα που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης περιλαμβάνουν τον περιορισμό του άλατος, την υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και τροφών χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, τη μείωση του σωματικού βάρους και συντήρηση, τον περιορισμό στην κατανάλωση αλκοόλ, και την τακτική σωματική άσκηση. Συνιστάται επίσης η διακοπή του καπνίσματος, όχι μόνο για να βελτιωθεί ο καρδιαγγειακός κίνδυνος αλλά και επειδή το κάπνισμα έχει μια οξεία υπερτασική δράση που μπορεί να αυξήσει την περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (Aronow, 2017; Labrana, Duran, Martinez et al., 2017; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017; Μουντοκαλάκης, 1998).

Η πρόσληψη του άλατος συνδέεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης μέσω της αύξησης του εξωκυττάριου όγκου, αλλά και του αγγειακού τόνου ως αποτέλεσμα της ενεργοποίησης του συμπαθητικού (Guild, McBryde, Malpas et al., 2012; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013). Η συνήθης πρόσληψη άλατος κυμαίνεται μεταξύ 9 και 12 g/ημέρα στις περισσότερες χώρες, ενώ έχει βρεθεί ότι μείωση της πρόσληψης έως κατά περίπου 5 g/ημέρα μειώνει τη συστολική αρτηριακή πίεση (1-2 mmHg) σε νορμοτασικούς, και ακόμα περισσότερο σε υπερτασικούς ασθενείς (έως και 4-5 mmHg) (Dickinson, Mason, Nicolson et al., 2006; Graudal, Hubeck-Graudal, & Jurgens, 2012; Pimenta, Gaddam, Oparil et al., 2009). Τα αποτελέσματα του περιορισμού του άλατος είναι εμφανή ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, στους διαβητικούς και σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο ή χρόνια

νεφρική νόσο, στους οποίους η μείωση του άλατος μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του αριθμού και των δόσεων των φαρμάκων (Aronow, 2017; Dickinson, Mason, Nicolson et al., 2006; Graudal, Hubeck-Graudal, & Jurgens, 2012; He & MacGregor, 2003; Labrana, Duran, Martinez et al., 2017; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017).

Η υιοθέτηση μίας διαίτας πλούσιας σε λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα, διαιτητικές και διαλυτές φυτικές ίνες, δημητριακά ολικής αλέσεως και πρωτεΐνες φυτικής προέλευσης, μειωμένης περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, θα πρέπει να συστήνεται σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Επιπρόσθετα, μελέτες έχουν αναδείξει τη σημαντική προστατευτική επίδραση της μεσογειακής διατροφής στον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Estruch, Ros, Salas-Salvado et al., 2013; Sofi, Abbate, Gensini et al., 2010). Ο συνδυασμός μίας υγιεινής διαίτας με σωματική άσκηση και απώλεια βάρους έχει βρεθεί να υπερέχει ως προς τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, έναντι μόνο της υιοθέτησης υγιεινής διατροφής (Blumenthal, Babyak, Hinderliter et al., 2010; Labrana, Duran, Martinez et al., 2017). Η απώλεια βάρους συνδέεται με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με έρευνα, μέση απώλεια βάρους 5,1 kg σχετίζεται με μέση μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 4,4 mmHg και της διαστολικής κατά 3,6 mmHg (Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Neter, Stam, Kok et al., 2003).

Αναφορικά με τη κατανάλωση αλκοόλ έχει βρεθεί ότι η μέτρια κατανάλωση δεν είναι επιβλαβής, ωστόσο η αυξημένη πρόσληψη συνεπάγεται συχνά αύξηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και της επίπτωσης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (Appel, 2017; Aronow, 2017; Mancia, Fagard, Narkiewicz et al., 2013; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017). Συστήνεται οι υπερτασικοί άνδρες να μην καταναλώνουν περισσότερο από 20-30 g αιθανόλης ανά ημέρα, ενώ οι υπερτασικές

γυναίκες να μην υπερβαίνουν τα 10-20 g. Άτομα που κάνουν καθιστική ζωή και έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση έχουν 20-50% μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν υπέρταση σε σχέση με πιο δραστήρια και ενεργά άτομα (Luerker, 2004). Η τακτική σωματική άσκηση μπορεί να συμβάλει στην θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης. Η αερόβια γυμναστική φαίνεται ότι μειώνει τη συστολική και διαστολική πίεση τόσο σε νορμοτασικούς, όσο και σε υπέρτασικούς ασθενείς από 3.0/2.4 mmHg έως 6.9/4.9 mmHg, αντίστοιχα (Aronow, 2017; Cornelissen & Fagard, 2005; Vamvakis, Gkaliagkousi, Triantafyllou et al., 2017). Παράλληλα, η χαμηλότερης έντασης και διάρκειας άσκηση συνδέεται με μείωση κατά 20% περίπου της θνησιμότητας (Leitzmann, Park, Blair et al., 2007; Rossi, Dikareva, Bacon et al., 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### **Πιστή τήρηση της αντι-υπερτασικής θεραπείας: Ορισμοί και επιδημιολογικά στοιχεία**

Ακρογωνιαίο λίθο στη διαδικασία επιτυχούς ρύθμισης της αρτηριακής υπέρτασης συνιστά η πιστή τήρηση της θεραπείας, η οποία ευρέως ταυτίζεται με τους όρους «συμμόρφωση» (compliance) και «προσήλωση» (adherence). Σε έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υποστηρίχθηκε ότι πρόκειται για τον «πιο σημαντικό, τροποποιήσιμο, παράγοντα, ο οποίος θέτει σε κίνδυνο τη θεραπεία» (Sabaté, 2003).

Η χρήση του όρου «συμμόρφωση» τα τελευταία χρόνια αμφισβητείται έντονα, καθώς πρόκειται για μία λέξη που αντανακλά την έννοια της πιστής υπακοής του ασθενούς στις οδηγίες του ιατρού και γι' αυτό έχει υποστεί έντονη κριτική, με συνέπεια η χρήση της, ειδικά σε αγγλόφωνες έρευνες να φθίνει. Για τον όρο «συμμόρφωση» έχουν προταθεί ελαφρώς διαφορετικοί ορισμοί, οι οποίοι διαφοροποιούνται ως προς το βαθμό επικέντρωσης στη φαρμακευτική αγωγή ως πυρηνικό στοιχείο της συμμόρφωσης, γεγονός το οποίο έχει και επίδραση στη μεθοδολογία των εκάστοτε ερευνών (Brown & Bussell, 2011). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ερευνών που θεωρούν ως συμμόρφωση «*το βαθμό στον οποίο το πραγματικό ιστορικό λήψης φαρμάκων του ασθενούς συμπίπτει με τη θεραπεία που του έχει συνταγογραφηθεί*» (Urquhart, 1996), ορισμός ο οποίος παραβλέπει τις υπόλοιπες διαστάσεις μίας θεραπευτικής προσέγγισης πέραν της φαρμακευτικής αγωγής. Υποστηρίζεται ότι η συμμόρφωση είναι μία λέξη με αρνητική χροιά, καθώς απορρίπτει οποιαδήποτε ενεργό δράση του ασθενούς στη θεραπεία του και τον θέλει να αποδέχεται και να ακολουθεί παθητικά τις θεραπευτικές οδηγίες του θεράποντος

ιατρού. Συνεπώς, η «μη-συμμόρφωση» χαρακτηρίζεται ως «ανυπακοή» και κατ' επέκταση ως αποτυχία αποκλειστικά και μόνο του ασθενούς, παραβλέποντας τις πιθανές ευθύνες των επαγγελματιών υγείας (Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001; B. Vrijens, De Geest, Hughes et al., 2012).

Ο όρος «προσήλωση» έχει προταθεί ως εναλλακτικός για τον όρο «συμμόρφωση». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η προσήλωση ορίζεται ως *«ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου συνάδει με τις συμφωνηθείσες ιατρικές συστάσεις, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, στην τήρηση ειδικής δίαιτας ή/και στην αλλαγή του τρόπου ζωής»* (Sabaté, 2003). Έχει δοθεί μεγάλη σημασία στο να διαφοροποιηθεί εννοιολογικά ο όρος «προσήλωση» από τον όρο «συμμόρφωση». Η κύρια διαφορά τους έγκειται στο γεγονός ότι η «προσήλωση» στη θεραπεία απαιτεί τη συμφωνία του ασθενούς στις ιατρικές συστάσεις, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να θεωρούνται ενεργοί εταίροι των επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα τους. Επιπλέον, προωθείται η καλή επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας με σκοπό το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Παρόλο που ο όρος «προσήλωση» φαίνεται ότι ενσωματώνει έννοιες όπως η συμφωνία και η συνεργασία, μελέτες δείχνουν ότι δεν έχει επιτευχθεί ακόμα η πλήρης διαφοροποίησή του από τον όρο «συμμόρφωση», ενώ έχει αναφερθεί ότι η επιλογή οποιουδήποτε από αυτούς τους όρους στη θεραπευτική πρακτική είναι αντιπαραγωγική, επειδή αντανακλά και ενδυναμώνει μία άνιση δομή δυνάμεων ανάμεσα σε επαγγελματία υγείας και ασθενή (Schlomann & Schmitke, 2007; Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001). Γεγονός αποτελεί ότι σε πολλές μελέτες οι δύο αυτοί όροι πράγματι συγχέονται και χρησιμοποιούνται σαν συνώνυμες λέξεις (Mancia, Grassi, & Redon, 2014).

Ο όρος «συμφωνία» (concordance) προτάθηκε από το Medicines Partnership Group που δημιουργήθηκε από το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τη Βασιλική Φαρμακευτική Εταιρεία του Ηνωμένου Βασιλείου, για να δοθεί έμφαση στη σπουδαιότητα της συμμετοχής του ασθενούς στην κλινική πράξη (Cushing & Metcalfe, 2007; Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001). Ως συμφωνία ορίζεται *«η σύμπτωση απόψεων (agreement) μεταξύ του ασθενούς και του επαγγελματία υγείας, μετά από διαπραγμάτευση, η οποία σέβεται τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του ασθενούς όσον αφορά στον καθορισμό του αν, πότε και πώς το φάρμακο θα λαμβάνεται, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται ότι προέχει η απόφαση του ασθενούς.»* (Cushing & Metcalfe, 2007; Patricia Dolan Mullen, 1997; Taube, 2016). Ο όρος «συμφωνία» αναφέρεται σε μία διαδικασία συνεργασίας ανάμεσα σε ασθενή και επαγγελματία υγείας, από την οποία η θεραπεία που προκύπτει συνιστά αποτέλεσμα διαβούλευσης και διαπραγμάτευσης (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007). Ο ασθενής συμμετέχει ενεργά, συνεργάζεται με τον επαγγελματία υγείας και λαμβάνει τις πληροφορίες που τον ενδιαφέρουν σχετικά με το πρόβλημα υγείας, τη φαρμακευτική αγωγή και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Το γεγονός ότι ο ασθενής είναι πληρέστερα ενημερωμένος ενισχύει την πιθανότητα να είναι συνεπής στη θεραπεία και κατ' επέκταση να τηρήσει μία απόφαση στην οποία συμμετείχε ενεργά. Ο εν λόγω όρος έχει, επίσης, δεχτεί κριτική, καθώς σύμφωνα με τον Aronson (2007) ο ασθενής έχει την ευχέρεια να δεχτεί ή να απορρίψει μία συνιστώμενη θεραπεία, μετά από ενημέρωση και συζήτηση, ωστόσο δεν μπορεί να «διαπραγματευτεί» στοιχεία σχετιζόμενα με αυτή, όπως το να λάβει μικρότερη φαρμακευτική δοσολογία, καθώς αυτό αποτελεί ευθύνη του ιατρού (Aronson, 2007).

Η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών είναι πολύ σημαντική, δεδομένου του ότι τα ευρήματα κλινικών ερευνών καταδεικνύουν πως η θεραπευτική αγωγή για την



υπέρταση συνδέεται με μείωση του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και με μείωση κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια (Beever, Lip, & O'Brien, 2014).

Ωστόσο, τα ποσοστά απουσίας προσήλωσης που έχουν καταγραφεί σχετικά με την αντι-υπερτασική θεραπεία, δεν μπορούν να αξιολογηθούν ως ενθαρρυντικά. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εκτιμάται ότι τα ποσοστά τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της υπέρτασης κυμαίνονται μεταξύ 30% και 50%, με τη διακύμανση αυτή να οφείλεται στη μεθοδολογία της έρευνας, στο είδος της θεραπείας και στην επιλογή φαρμακευτικού σχήματος (Burnier, 2017; Haynes, McDonald, & Garg, 2002; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Mancia, Grassi, & Redon, 2014; Sabaté, 2003; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017).

Συστηματική ανασκόπηση, η οποία περιλαμβάνει εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα από 20 χώρες από το 1980 έως το 2011 σχετικά με τις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, τη διάγνωση και θεραπεία της υπέρτασης και τον έλεγχο της με αντι-υπερτασικά φάρμακα, έδειξε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης (τυποποιημένος κατά ηλικία) διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών. Ειδικότερα, όσον αφορά στα άτομα ηλικίας 35 έως 49 ετών αυτός κυμαινόταν από περίπου 12% (στο Μπαγκλαντές, την Αίγυπτο και την Ταϊλάνδη) έως περίπου 30% (στην Αρμενία, στο Λεσότο της Νότιας Αφρικής και στην Ουκρανία). Επιπλέον, όσον αφορά στα άτομα ηλικίας 35 έως 84 ετών κυμαινόταν από 20% (στο Μπαγκλαντές) έως άνω του 40% (στη Γερμανία, στη Ρωσία και στην Τουρκία). Το υψηλότερο ποσοστό ατόμων (τυποποιημένο κατά ηλικία), στα οποία η υπέρταση διαγνώστηκε, αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά ή εν τέλει ρυθμίστηκε διέμενε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Συγκεκριμένα, όσον αφορά σε άτομα ηλικίας 35 έως 49 ετών, το 84% έλαβε διάγνωση με υπέρταση, στο

77% υπήρξε κάποια θεραπευτική παρέμβαση και στο 56% επετεύχθη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Τα αντίστοιχα, προαναφερθέντα, ποσοστά ήταν ιδιαίτερα χαμηλά στην Αλβανία, στην Αρμενία, στην Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν και στην Τουρκία (Ikeda, Sapienza, Guerrero et al., 2014).

Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση 25 ερευνών, το ποσοστό των ασθενών με υπέρταση που δεν τηρούσαν πιστά τις οδηγίες σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ήταν 45,2% (95% confidence interval [CI]=34,4–56,1,  $p<0,001$ ), ενώ αντίστοιχα το ποσοστό των ασθενών με συννόσηση που προέκυψε από ανάλυση 10 ερευνών ήταν 31,6% (95% CI=10,2–97,5  $p=0,045$ , λαμβάνοντας όμως υπόψιν τον υψηλό βαθμό ετερογένειας (eterogeneity  $I^2=99,1\%$ ) (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes et al., 2017). Μετα-ανάλυση 129 ερευνών σε καρδιαγγειακούς ασθενείς έδειξε ότι το μέσο ποσοστό προσήλωσης στη θεραπεία ήταν της τάξεως του 76,6%, χωρίς να υφίστανται διαφορές όσον αφορά στα αντι-υπερτασικά φάρμακα (M Robin DiMatteo, 2004). Σύμφωνα με μετα-ανάλυση 8 ερευνών η προσήλωση στην αντι-υπερτασική αγωγή ήταν καλύτερη σε σχέση με τον μέσο όρο των υπόλοιπων νόσων, ιδιαίτερα δε όταν η απαιτούμενη λήψη του φαρμάκου περιοριζόταν στη μια φορά ανά μέρα (Iskedjian, Einarson, MacKeigan et al., 2002; L.R. Martin & DiMatteo, 2013). Επιπλέον, κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους, βρέθηκε ότι λιγότεροι από το 60% των ασθενών (σε σύνολο 8406 ασθενών) που λάμβαναν παράλληλα αντι-υπερτασική και υπολιπιδαιμική θεραπεία κατάφεραν να τηρήσουν πιστά την αντι-υπερτασική τους θεραπεία (Chapman, Benner, Petrilla et al., 2005).

Αν και οι ιατροί φαίνεται να αναγνωρίζουν τη σημασία της συζήτησης με τους ασθενείς τους σχετικά με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, για διάφορους λόγους οι συζητήσεις αυτές δεν πραγματοποιούνται συχνά (Hines & Stone, 2016). Σε ελληνική μελέτη για την προσήλωση στην αντι-υπερτασική αγωγή, βρέθηκε ότι όσον

αφορά στη διάρκεια των επισκέψεων των ασθενών στους ιατρούς, η πλειοψηφία των ιατρών (56,5%) αφιέρωνε σε κάθε ασθενή από 5 έως 15 λεπτά, το 33,3% των ιατρών λιγότερο από 5 λεπτά, ενώ το 10,1% περισσότερο από 15 λεπτά (Barbouni, Nalmpanti, Gennimata et al., 2017). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι υφίσταται δυσκολία εκ μέρους των ιατρών να αναγνωρίσουν τους ασθενείς που δεν τηρούν πιστά τις οδηγίες για λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα, φαίνεται να υφίσταται απόσταση ανάμεσα στο πως αντιλαμβάνονται ιατροί και ασθενείς το βαθμό προσήλωσης στη θεραπεία. Έχει βρεθεί πως παρότι οι ιατροί αντιλαμβάνονται ότι περίπου το 70% των ασθενών τους τηρούν τη θεραπεία (ποσοστό πιθανόν υψηλότερο από το πραγματικό), το 81% των ασθενών θεωρούν ότι την τηρούν πιστά (Hines & Stone, 2016; Mancina, Grassi, & Redon, 2014; Menard & Chatellier, 1995).

Η μη πιστή τήρηση της αντι-υπερτασικής θεραπείας έχει αναγνωρισθεί ως η κύρια αιτία αποτυχίας για την επιτυχή ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με διαγνωσθείσα υπέρταση. Υπολογίζεται ότι εντός του πρώτου χρόνου θεραπείας το 16% έως 50% των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ μεταξύ εκείνων που συνεχίζουν τη θεραπεία τους σε μακροπρόθεσμη βάση, αποτελεί συχνό φαινόμενο το να «χάνουν» κάποιες φαρμακευτικές δόσεις. Τα δε άτομα με ελλιπή προσήλωση στην αντι-υπερτασική θεραπεία τους υπολογίζεται ότι έχουν 4,5 φορές υψηλότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια στιγμή στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με όσους τηρούν πιστά τις ιατρικές συστάσεις. (Burnier, 2017; Flack, Novikov, & Ferrario, 1996; D.A. Hughes, Bagust, Haycox et al., 2001; Psaty, Koepsell, Wagner et al., 1990; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Waeber, Burnier, & Brunner, 2000). Φαίνεται ότι η μη τήρηση της θεραπείας έχει ως αποτέλεσμα περισσότερο από τα δύο τρίτα των ανθρώπων που ζουν με υπέρταση να μην μπορούν να ελέγξουν επιτυχώς την

αρτηριακή τους πίεση (Barbouni, Nalmpanti, Gennimata et al., 2017; Roccella, 1997). Σύμφωνα με μετα-ανάλυση 10 ερευνών, συγκριτικά με τους υπερτασικούς ασθενείς με επιτυχή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης [59,7% (95% CI = 37,7-81,7)], η απουσία προσήλωσης στη φαρμακευτική θεραπεία στους υπερτασικούς με ελλιπή ρύθμιση της πίεσης ήταν της τάξεως του 83,7% (95% CI = 59,9-117,0), αν και σημειώνεται ότι η εν λόγω διαφοροποίηση δεν ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p = 0,2991$ , ετερογένεια  $I^2 = 86,2\%$ ) (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes et al., 2017).

Αντίθετα, η σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και εν γένει των θεραπευτικών οδηγιών του θεράποντος ιατρού έχουν συσχετισθεί με καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και με μείωση των οργανικών επιπλοκών εξαιτίας της υπέρτασης (Corrao, Rea, Ghirardi et al., 2015). Ειδικότερα οι ασθενείς που τηρούν τις ιατρικές οδηγίες όσον αφορά στη λήψη της αντι-υπερτασικής αγωγής έχει φανεί ότι έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν έλεγχο της αρτηριακής τους πίεσης σε σύγκριση με εκείνους που δεν τις τηρούν. (DiMatteo, Giordani, Lepper et al., 2002). Επιπλέον, σε έρευνα των Corrao και συν. (2015), φάνηκε ότι συγκριτικά με τη πολύ χαμηλή προσήλωση στην αντι-υπερτασική θεραπεία, η χαμηλή, η μέση και υψηλή προσήλωση συσχετίζονταν με προοδευτικά μικρότερο κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ η μείωση του κινδύνου στην ομάδα υψηλής προσήλωσης ήταν της τάξεως του 34%. Σύμφωνα με τα ευρήματα μετα-ανάλυσης 123 ερευνών φαίνεται ότι μια μείωση κατά 10 mmHg στη συστολική αρτηριακή πίεση σε υπερτασικούς ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά 20%, της στεφανιαίας νόσου κατά 17%, των εγκεφαλικών επεισοδίων κατά 27%, της καρδιακής ανεπάρκειας κατά 28% και της συνολικής θνησιμότητας κατά 13% (Ettehad, Emdin, Kiran et al., 2016).

## Τρόποι εκδήλωσης μη πιστής τήρησης της θεραπείας

Η απουσία τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών, πέραν της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους και σε διάφορα στάδια που αφορούν στη διαδικασία εύρεσης, λήψης και τήρησης της θεραπευτικής αγωγής. Επομένως, ασθενείς που καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, παρόλο που γνωρίζουν ότι βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ξεχνούν μία ή περισσότερες δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής, ή/και δεν προγραμματίζουν τα επόμενα ραντεβού τους (follow-up), αποτελούν παραδείγματα των διάφορων τύπων μη προσήλωσης (Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001).

Επιπλέον, η μη τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών μπορεί να είναι εκούσια (intentional) ή ακούσια (unintentional) (Lowry, Dudley, Oddone et al., 2005; Nafradi, Galimberti, Nakamoto et al., 2016; Sabaté, 2003; Wetzels, Nelemans, van Wijk et al., 2006). Είναι αρκετοί οι ασθενείς -ιδιαίτερα όσοι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας- οι οποίοι πιθανόν κάποια στιγμή να έχουν ξεχάσει να λάβουν κάποια φαρμακευτική δόση ή να μην έχουν καταλάβει ακριβώς τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού και με αυτόν τον τρόπο να είναι «ακούσια μη συμμορφωθέντες». Από την άλλη, υπάρχουν και ασθενείς οι οποίοι σκοπίμως δεν τηρούν πάντα την θεραπευτική τους αγωγή, κάτι το οποίο συνιστά μείζον πρόβλημα, ειδικά σε ιατρικές καταστάσεις που απαιτούνται μακροχρόνιες θεραπείες, όπως είναι η υπέρταση και ο διαβήτης (Sabaté, 2003). Σύμφωνα με μελέτη για την ακούσια και εκούσια μη τήρηση της θεραπείας (Lowry, Dudley, Oddone et al., 2005) σε ασθενείς με υπέρταση, βρέθηκε ότι περίπου το 31% αυτών χωρίς να έχουν τέτοια πρόθεση δεν τηρούσαν τη θεραπεία τους, ενώ το 9% ανέφερε ότι «ακούσια» δεν τηρούσε στις θεραπευτικές οδηγίες. Οι υπερτασικοί ασθενείς που ήταν πιθανότερο να αναφέρουν εκούσια απουσία τήρησης των

θεραπευτικών οδηγιών ήταν όσοι δεν ήταν καυκάσιοι, όσοι δεν είχαν σακχαρώδη διαβήτη και όσοι ανέφεραν ότι είχαν βιώσει παρενέργειες εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ η ακούσια μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής συνδεόταν με περιστατικά ζαλάδας και έντονου καρδιακού παλμού. Οι Nafradi και συν. (2016) έδειξαν ότι οι ασθενείς με υπέρταση που περιστασιακά δεν τηρούσαν τις θεραπευτικές οδηγίες «εκούσια» ή «ακούσια» είχαν χαμηλότερη αυτεπάρκεια, πεποιθήσεις για τη φαρμακευτική αγωγή οι οποίες τους προκαλούσαν ανησυχία και λιγότερες πιθανότητες να δεχθούν τις συστάσεις του γιατρού. Ιδιαίτερα, οι ασθενείς οι οποίοι περιστασιακά δεν τηρούσαν «ακούσια» τις θεραπευτικές συστάσεις βρέθηκε ότι ήταν νεότεροι και βίωναν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με τους ασθενείς που τις τηρούσαν πιστά (Nafradi, Galimberti, Nakamoto et al., 2016). Σε άλλη σχετική έρευνα (Kim, Han, Jeong et al., 2007), τα άτομα που σκόπιμα δεν λάμβαναν τη φαρμακευτική αγωγή τους ήταν εκείνα που είχαν λιγότερες γνώσεις όσον αφορά στο θέμα της υψηλής αρτηριακής πίεσης.

### **Παράγοντες που σχετίζονται με την τήρηση της θεραπείας**

Από το 1975 έχουν μελετηθεί περισσότερες από 200 μεταβλητές, μερικές από τις οποίες, παρόλο που ερευνητικά φάνηκε να συνδέονται με την προσήλωση στη θεραπεία, δεν μπόρεσαν ούτε να συσχετιστούν απόλυτα, ούτε με σταθερότητα να την προβλέψουν (van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001).

Φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε σχέση με τους άνδρες, αποτέλεσμα που όμως μετά την ηλικία των 65 ετών δείχνει να αντιστρέφεται (Daugherty, Masoudi, Ellis et al., 2011). Επίσης, όσον αφορά στην

αντι-υπερτασική αγωγή, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες τη λαμβάνουν με μεγαλύτερη συνέπεια (Chapman, Benner, Petrilla et al., 2005; Daugherty, Masoudi, Ellis et al., 2011; Degli Esposti, Degli Esposti, Valpiani et al., 2002). Όσον αφορά στον παράγοντα της ηλικίας, τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Ο βαθμός προσήλωσης στη θεραπεία της υπέρτασης φαίνεται να είναι χαμηλότερος στα νεότερα άτομα σε σχέση με ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Σε νεότερης ηλικίας ασθενείς (<60 έτη), η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, η αντίληψη της διάγνωσης με μία χρόνια σωματική κατάσταση και κατ' επέκταση η ανάγκη για χρόνια θεραπεία, καθώς και η κακή σωματική υγεία συνδέονται αρνητικά με την προσήλωση στη θεραπεία, ενώ η αρνητική αυτοαξιολόγηση της υγείας τους δύναται να συμβάλει θετικά στην τήρηση της θεραπείας. Αντίθετα σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς ( $\geq 60$  έτη), το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, η καλύτερη επίγνωση και ενημέρωση για την υπέρταση συνδέονται θετικά με την προσήλωση στη θεραπεία, ενώ εμπόδιο αποτελεί η χειροτέρευση της σωματικής υγείας (Bandi, Goldmann, Parikh et al., 2017). Σε γενικές γραμμές όμως, οι ασθενείς νεότερης ηλικίας έχουν την τάση να σταματούν τη λήψη της αγωγής όταν αισθάνονται ότι είναι καλά, ενώ ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας τη σταματούν εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών που αυτή προκαλεί (Degli Esposti, Degli Esposti, Valpiani et al., 2002). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή είναι υψηλότερη στους ασθενείς που κατοικούν σε αστικές περιοχές, στους ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, σε όσους παρακολουθούνται από ιδιώτες ιατρούς και σε όσους επισκέπτονται τον ιατρό τους πιο συχνά (Erdine, 2012; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Yiannakopoulou, Papadopulos, Cokkinos et al., 2005).

Σύμφωνα με μελέτη, οι ασθενείς που λάμβαναν τα φάρμακά τους το πρωί ήταν πιο πιθανό να είναι συνεπείς στη λήψη τους σε σχέση με όσους τα λάμβαναν το

βράδυ (Bernard Vrijens, Vincze, Kristanto et al., 2008). Παρόλο που έχουν διαφανεί σχέσεις ανάμεσα στις δημογραφικές μεταβλητές και την προσήλωση στη φαρμακευτική θεραπεία, αυτές δεν είναι σταθερές, καθώς υπάρχουν πολλές έρευνες στις οποίες αυτή η συσχέτιση απουσιάζει (Bangalore, Kamalakkannan, Parkar et al., 2007; Hamilton, 2003; Schlomann & Schmitke, 2007; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001).

Η ασυμπτωματική φύση της υπέρτασης αποτελεί εμπόδιο στη σωστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών, κατά συνέπεια ο τρόπος που θα επικοινωνήσει ο ιατρός στον ασθενή την ανάγκη για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την υιοθέτηση και άλλων, ενδεχομένως, αλλαγών στην καθημερινότητά του είναι πολύ σημαντικός (DiMatteo, Sherbourne, Hays et al., 1993; Hyre, Krousel-Wood, Muntner et al., 2007). Ο ιατρός χρειάζεται να λάβει υπόψη, κατά την επικοινωνία αυτή, τον τρόπο ζωής του ασθενούς και να δώσει πληροφορίες σχετικά με τα συνιστώμενα φάρμακα, την επίδρασή τους και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες (Mancia, Grassi, & Redon, 2014). Σε προοπτική έρευνα (5 χρόνια follow-up) βρέθηκε ότι όταν οι ασθενείς είχαν την υποστήριξη της οικογένειας, καλή επικοινωνία με τον ιατρό και συμμετείχαν σε συνεδρίες με κοινωνικό λειτουργό ήταν πιο αποτελεσματικοί ως προς τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και του βάρους τους και επίσης πιο συνεπείς στα ιατρικά τους ραντεβού. Η συνολική θνησιμότητα μειώθηκε κατά 57,3%, ενώ η συνδεδεμένη με την υπέρταση κατά 53,2% στους ασθενείς που τηρούσαν τις θεραπευτικές οδηγίες (Morisky, Levine, Green et al., 1983). Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την θετική επίδραση του υποστηρικτικού πλαισίου έχουν αναδειχθεί και σε άλλες έρευνες (Burnier, 2017; Hyre, Krousel-Wood, Muntner et al., 2007; Taube, 2016; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017).



Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-υπερτασικών φαρμάκων, οι συχνές αλλαγές στην αγωγή, η πολυπλοκότητα του θεραπευτικού σχήματος, η δοσολογία και ο αριθμός των φαρμακευτικών σκευασμάτων που οι ασθενείς χρειάζεται να λαμβάνουν είναι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη σωστή τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας (Bloom, 1998; Burnier, 2006; Nafradi, Galimberti, Nakamoto et al., 2016). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-υπερτασικών φαρμακευτικών σκευασμάτων οδηγούν συχνά ασθενείς στο να μην λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι ορισμένοι ιατροί προτιμούν να συνταγογραφούν χαμηλότερες δοσολογίες για να αποφύγουν την απουσία φαρμακευτικής συμμόρφωσης, με κίνδυνο όμως την πλημμελή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (Moser, 2000). Από την άλλη, υφίστανται μελέτες στις οποίες οι παρενέργειες αναφέρονται ως αίτιο ελλιπούς προσήλωσης μόνο σε ποσοστό 5%-10% (Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001).

Μεταξύ των παραγόντων που φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών είναι επίσης η αντίληψη του ασθενούς για το κατά πόσον η υγεία του απειλείται, καθώς και ο προσωπικός βαθμός ελέγχου πάνω στην ασθένεια, το κόστος της θεραπείας, τα κίνητρα που έχει ο ασθενής για να συνεχίσει τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και οι προηγούμενες σχετικές εμπειρίες του, η σχέση που έχει αναπτυχθεί με τον θεράποντα ιατρό, η κατάθλιψη, το άγχος, οι προσωπικές πεποιθήσεις του ασθενούς για τη φαρμακευτική αγωγή και εν γένει για τα φάρμακα, η κοινωνική υποστήριξη που πιθανόν απολαμβάνει και η γνώση και οι αντιλήψεις της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς -των ατόμων δηλαδή που λειτουργούν ως «σημαντικοί άλλοι» στη ζωή του- σχετικά με τη πάθησή του και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της (Burnier, 2017; Hamilton, 2003; Morris, Li, Kroenke et al., 2006).

## **Θεωρητικά μοντέλα για την πρόβλεψη της απουσίας τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών**

Διάφορα θεωρητικά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη της απουσίας τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών. Οι θεωρίες αυτές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις παρακάτω ευρύτερες κατηγορίες: α) βιοϊατρικές θεωρίες β) θεωρίες συμπεριφοριστικής μάθησης γ) επικοινωνιακές θεωρίες δ) κοινωνιογνωστικές θεωρίες και ε) θεωρίες αυτορρύθμισης (Horne & Weinman, 1998; Leventhal & Cameron, 1987; Munro, Lewin, Swart et al., 2007; Unni, 2008)

Κατά τη βιοϊατρική θεωρία ο ασθενής είναι ο παθητικός δέκτης της υγειονομικής φροντίδας και έμφαση δίνεται σε δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία και το φύλο. Οι ασθένειες εντοπίζονται σε βιοϊατρικά αίτια, όπως τα βακτήρια και οι ιοί, ενώ η θεραπεία επικεντρώνεται στο σώμα του ασθενούς (Leventhal & Cameron, 1987). Ο περιορισμός αυτής της θεωρίας είναι ότι δεν λαμβάνει υπόψιν τους άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την προσήλωση στη θεραπεία, όπως είναι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον (Munro, Lewin, Swart et al., 2007).

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες μάθησης ενσωματώνουν αφενός την αρχή των «προγενόμενων της συμπεριφοράς» (τόσο σε εσωτερικό επίπεδο όπως είναι οι σκέψεις των ασθενών, όσο και σε εξωτερικό όπως είναι τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα) και αφετέρου την αρχή των συνεπειών (όπως είναι η τιμωρία ή η επιβράβευση μιας συμπεριφοράς) ως μηχανισμό επίδρασης στη φαρμακευτική συμμόρφωση (Leventhal & Cameron, 1987). Η προσήλωση στη θεραπεία θεωρείται ως συμπεριφορά η οποία μπορεί να εκμαθηθεί. Ο περιορισμός αυτής της θεωρίας έγκειται στο ότι δεν εστιάζει στις λιγότερο συνειδητές επιδράσεις στη συμπεριφορά,

οι οποίες δεν συνδέονται με άμεσες ανταμοιβές, όπως είναι η προηγούμενη συμπεριφορά και οι συνήθειες (Munro, Lewin, Swart et al., 2007)

Οι επικοινωνιακές θεωρίες δίνουν έμφαση στη σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των γιατρών ως προς το να αναπτύξουν θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς. Σύμφωνα με αυτή την οπτική, μια ισότιμη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού μπορεί να βελτιώσει την προσήλωση (Leventhal & Cameron, 1987; Unni, 2008). Ωστόσο, δεν εξασφαλίζει ότι θα γίνουν οι αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς ως προς την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, καθώς παραγνωρίζει τις στάσεις και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάθε ασθενούς.

Οι κοινωνιογνωστικές θεωρίες χρησιμοποιούνται ευρέως στη μελέτη της τήρησης της θεραπείας. Βασίζονται στην υπόθεση ότι οι στάσεις και οι πεποιθήσεις μαζί με τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων είναι καθοριστικοί παράγοντες συμπεριφορών υγείας, όπως είναι αυτή της προσήλωσης στη θεραπεία (Gebhardt & Maes, 2001). Αυτές οι θεωρίες υποθέτουν ότι αν παρασχεθούν στους ασθενείς οι λογικές επεξηγήσεις αναφορικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της λήψης φαρμάκων, τότε και αυτοί θα μπορέσουν καλύτερα να τηρήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες. Οι κυριότερες θεωρίες είναι το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model), η Θεωρία της Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας (Protection Motivation Theory), η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Social Cognitive Theory) και η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) (Ajzen & Fishbein, 1980; Bandura & Simon, 1977; Becker, Maiman, Kirscht et al., 1979; Unni, 2008)

Το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία θεωρεί την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών ως την ορθολογική εκτίμηση για την ισορροπία ανάμεσα στα εμπόδια αφενός και στα οφέλη αφετέρου, που προκύπτουν από το να λάβει ο

ασθενής «δράση» (Munro, Lewin, Swart et al., 2007). Ενώ η σοβαρότητα μιας ασθένειας αποτελεί απειλή, τα εμπόδια και οφέλη, έτσι όπως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής επίσης επηρεάζουν το πως θα αντιληφθεί το βαθμό αποτελεσματικότητας της τήρησης της θεραπείας. Οι Becker και συν. (1979) σημειώνουν ότι η υψηλή «απειλή» της νόσου, η απουσία εμποδίων για θεραπεία και τα υψηλά οφέλη αντηρηθεί σωστά η θεραπεία προωθούν την υγιή συμπεριφορά του ασθενούς (Becker, Maiman, Kirscht et al., 1979). Οι κύριοι περιορισμοί του μοντέλου είναι η αποτυχία του να λάβει υπόψη την επίδραση των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η αδυναμία του να ενσωματώσει συμπεριφορικές δεξιότητες αντιμετώπισης (Unni, 2008). Επιπλέον, μετα-ανάλυση αναφορικά με το μοντέλο κατέδειξε ότι το μοντέλο ήταν ικανό να προβλέψει μόνο το 10% της διακύμανσης στη συμπεριφορά (J.A. Harrison, Mullen, & Green, 1992).

Η Θεωρία της Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας χρησιμοποιεί τον φόβο του ατόμου για να δημιουργήσει αλλαγές στη συμπεριφορά. Τα τρία στοιχεία του φόβου, δηλαδή το μέγεθος/έκταση της βλάβης, η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου/επιπλοκής και η αποτελεσματικότητα των προστατευτικών παραγόντων χρησιμοποιούνται για να εξηγήσουν την προσήλωση στη θεραπεία (Rogers, 1975). Το πλεονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι ότι χρησιμοποιεί την ανάλυση κόστους-οφέλους της υφιστάμενης και τη συνιστώμενης συμπεριφοράς για να προβλέψει την πιθανότητα αλλαγής (Gebhardt & Maes, 2001). Το μειονέκτημα του είναι ότι οι διάφορες περιβαλλοντικές και γνωσιακές μεταβλητές, εκτός από το φόβο, δεν λαμβάνονται υπόψη (Rogers, 1975). Μετα-ανάλυση, στην οποία εξετάστηκε το μοντέλο, ανέδειξε μόνο μέτριες επιδράσεις στη συμπεριφορά (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000).

Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία, που αναπτύχθηκε από τον Bandura, προτείνει μια αμοιβαία αιτιοκρατία μεταξύ του ατόμου, του περιβάλλοντος, και της συμπεριφοράς (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η αλλαγή της συμπεριφοράς θα επέλθει εφόσον τα άτομα αντιληφθούν ότι έχουν έλεγχο επί του αποτελέσματος, αν υπάρχουν λίγα εξωτερικά εμπόδια και αν τα άτομα έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να εκτελέσουν τη συμπεριφορά (Armitage & Conner, 2000). Συνεπώς, η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι συνάρτηση της γνώσης των κινδύνων και των οφελών για την υγεία, των πεποιθήσεων σχετικά με την προσωπική επάρκεια, των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, των αντιλαμβανόμενων εμποδίων και διευκολυντικών παραγόντων (Bandura, 2004).

Σύμφωνα με τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (η οποία πρόκειται ουσιαστικά για διεύρυνση της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης- Theory of reasoned action), η πρόθεση να τηρεί ο ασθενής σωστά τις θεραπευτικές οδηγίες επηρεάζεται από τις στάσεις προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, τα υποκειμενικά πρότυπα (νόρμες) και τον αντιληπτό έλεγχο της συμπεριφοράς (Ajzen & Fishbein, 1980). Η συμπεριφορική πρόθεση θεωρείται ως ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της συμπεριφοράς. Ενώ οι στάσεις περιλαμβάνουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές πεποιθήσεις, καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς, τα υποκειμενικά πρότυπα (νόρμες) περιλαμβάνουν τις αντιληπτές προσδοκίες των «σημαντικών άλλων» και τα κίνητρα του ατόμου να «συμμορφωθεί» με τις προσδοκίες τους. Ο αντιληπτός έλεγχος είναι μια λειτουργία της αντιληπτής ευκολίας ή δυσκολίας στην εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Ωστόσο, η θεωρία αυτή βασίζεται στην παραδοχή ότι τα άτομα συμπεριφέρονται ορθολογικά και, συνεπώς, δεν λαμβάνει υπόψη τις επιπτώσεις των συναισθηματικών παραγόντων στην τήρηση της θεραπείας (Patricia D Mullen, Hersey, & Iverson, 1987)

Τα κυριότερα μειονεκτήματα των κοινωνιογνωστικών θεωριών είναι ότι παραγνωρίζουν τον ρόλο των συναισθηματικών διαδικασιών, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν τις αποφάσεις για δράση ως «στατικά γεγονότα» παρά ως δυναμικές διαδικασίες που αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Έχει επίσης προταθεί ότι τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία στη θεωρία της αυτορρύθμισης στην οποία βασίζεται το μοντέλο κοινής λογικής (De Ridder & De Wit, 2006; Maes & Gebhardt, 2000; Γιαννούση, 2010).

Η θεωρία της αυτορρύθμισης προτείνει ότι η τήρηση της θεραπείας είναι συνάρτηση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς αναφορικά με τις απειλές για την υγεία, η οποία με τη σειρά της καθοδηγεί τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η προσήλωση στην φαρμακευτική αγωγή (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεωρίας τα άτομα δομούν γνωστικές αναπαραστάσεις για τις καταστάσεις που θεωρούν απειλητικές για την υγεία (και συναφείς συναισθηματικές απαντήσεις) που συνδυάζουν τις νέες πληροφορίες με πρότερες εμπειρίες (Munro, Lewin, Swart et al., 2007). Αυτές οι αναπαραστάσεις «καθοδηγούν» την επιλογή των συγκεκριμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση των «απειλών» κατά της υγείας και επομένως επηρεάζουν τα σχετικά αποτελέσματα (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004). Η θεωρία βασίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι έχουν κίνητρο να αποφύγουν και να αντιμετωπίσουν απειλές ασθενειών και ότι επιπλέον είναι ενεργητικά όντα, με δυνατότητα αυτορρύθμισης ως προς την επίλυση προβλημάτων (Munro, Lewin, Swart et al., 2007). Τα άτομα, υποτίθεται εμμέσως, θα προσπαθήσουν να φτάσουν σε μια κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας μέσω δοκιμών στρατηγικών αντιμετώπισης. Η διαδικασία δημιουργίας αναπαραστάσεων και η επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης θεωρείται δυναμική και εκτιμάται ότι επηρεάζεται από την προσωπικότητα του

ατόμου και από το θρησκευτικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Edgar & Skinner, 2003). Επιπλέον, υφίσταται μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των περιβαλλοντικών αντιλήψεων, των συμπτωμάτων και των πεποιθήσεων για τις αιτιακές αποδόσεις της νόσου (Leventhal, Leventhal, & Schaefer, 1992).

### **Στοιχεία για την υπέρταση και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής στην Ελλάδα**

Τα πρώτα στοιχεία για τον επιπολασμό της υπέρτασης στην Ελλάδα (όμως όχι για τα επίπεδα επίγνωσης, θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης) προκύπτουν από την έρευνα των Moulouros και συν. (1989), «the Athens study», η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα μεταξύ των ετών 1979 και 1983 με δείγμα 4097 συμμετεχόντων και με σκοπό να διερευνηθεί ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο (Moulouros, Adamopoulos, Diamantopoulos et al., 1987). Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι το 31% των αντρών και το 27,7% των γυναικών που συμμετείχαν παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ $\geq$  140/90 mmHg).

Η πρώτη ελληνική μελέτη, «the Didima study», για τον επιπολασμό, τον εντοπισμό, τη θεραπεία, καθώς και τη ρύθμιση της υπέρτασης είναι η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο χωριό Δίδυμα στην Πελοπόννησο το 1997 (Stergiou, Thomopoulou, Skeva et al., 1999). Από την έρευνα προκύπτει, ότι από τα 665 άτομα, των οποίων τα δεδομένα αναλύθηκαν (το αρχικό δείγμα συνιστούσαν 694 άτομα), το 44,4% παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (45,2% των ανδρών και 43,8% των γυναικών). Επιπλέον, το 14% δεν είχαν ποτέ μετρήσει την αρτηριακή του πίεση, ενώ το 73% την ήλεγχαν τουλάχιστον μία φορά το έτος. Το 15,5% των συμμετεχόντων βρίσκονταν υπό φαρμακευτική αγωγή για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και το 18% ανέφεραν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, ενώ δεν βρέθηκε στατιστικώς

σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Το 60% περίπου των συμμετεχόντων που διαγνώστηκαν από την ερευνητική ομάδα ως υπερτασικοί είχαν επίγνωση της κατάστασής τους και από αυτούς το 6,3% παρόλο που γνώριζαν, δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (ποσοστό χαμηλότερο σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού). Από τους υπερτασικούς συμμετέχοντες (ΑΠ $\geq$  140/90 mmHg) που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, το 27% είχαν καταφέρει να ρυθμίσουν την αρτηριακή τους πίεση, ενώ σε 27,5% παρέμενε αρρυθμιστή παρά την αντι-υπερτασική θεραπεία. Το γεγονός ότι περίπου οι μισοί από όσους ακολουθούσαν κάποια θεραπεία για την αρτηριακή πίεση δεν μπορούσαν να την ελέγξουν, θεωρήθηκε ότι πιθανόν να οφείλεται στην ελλιπή προσήλωση στην αγωγή.

Στη μελέτη VANK (Vlachioti, Astros, Nemea, Kalavrita), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2001 και περιελάμβανε 1507 ασθενείς από 4 Κέντρα Υγείας βρέθηκε ότι ο συνολικός επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 52,6%. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν υψηλότερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (58,4% έναντι 46,5%) και στους ηλικιωμένους. Το 21,5% των ατόμων με υπέρταση δεν είχαν επίγνωση της κατάστασής τους, ενώ μεταξύ των ατόμων που γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση το 90,5% λάμβαναν αντι-υπερτασική θεραπεία (Skliros, Vasibossis, Loumakis et al., 2003).

Στη μελέτη «the Nemea study» που πραγματοποιήθηκε το 2001 σε ηλικιωμένους ασθενείς (615 άτομα άνω των 65 ετών) βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 69,1%, (70,7% για τους άνδρες και 67% για τις γυναίκες) ενώ το 11,1% των υπερτασικών δεν γνώριζαν ότι είχαν πρόβλημα υψηλής αρτηριακής πίεσης (Skliros, Papaioannou, Sotiropoulos et al., 2002). Από όσους είχαν επίγνωση του προβλήματος υγείας το 91% λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση, αλλά μόνο περίπου οι μισοί (49,1%) είχαν επιτύχει να τη ρυθμίσουν.



Στο νομό Αττικής πραγματοποιήθηκε το 2002 μελέτη, «the Attica study», η οποία περιελάμβανε συνολικά 2282 συμμετέχοντες, με σκοπό μεταξύ άλλων την εκτίμηση του επιπολασμού, της επίγνωσης, της θεραπείας και του ελέγχου της αρτηριακής υπέρτασης, καθώς και τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην υπέρταση και τη Μεσογειακή διατροφή (Panagiotakos, Pitsavos, Chrysohoou et al., 2003). Από την έρευνα βρέθηκε ότι το 31% των ατόμων είχαν υπέρταση (38,2% των ανδρών και 23,9% των γυναικών) και από αυτούς το 65% των ανδρών και το 40% των γυναικών παρέμεναν χωρίς κάποια θεραπευτική αγωγή. Επιπλέον, μόνο το 34% αυτών που λάμβαναν αγωγή είχαν καταφέρει να ρυθμίσουν επαρκώς την αρτηριακή τους πίεση. Έτσι από το σύνολο των υπερτασικών ασθενών μόνο το 15% είχαν ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση.

Στα πλαίσια ευρωπαϊκής έρευνας για τον καρκίνο, «European Prospective Investigation into Cancer and nutrition» (the EPIC study), η οποία ξεκίνησε το 1994 και στην οποία συμμετείχαν 26913 άτομα από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, ελήφθησαν στοιχεία σχετικά με την αρτηριακή υπέρταση (Psaltopoulou, Orfanos, Naska et al., 2004). Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι το 44,4% των συμμετεχόντων (45,2% των ανδρών και 43,8% των γυναικών) είχαν υπέρταση, ενώ από αυτούς επίγνωση είχε το 54,4% των συμμετεχόντων. Από όσους γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση το 83,9% λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, αλλά μόνο το 15,2% αυτών διατηρούσαν ρυθμισμένη την αρτηριακή τους πίεση. Επίσης, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν υψηλότερος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, σε άτομα που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές και σε αυτά με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, ενώ στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών η επίγνωση της υπέρτασης ήταν υψηλότερη σε σχέση με τους κατοίκους αστικών περιοχών, το αντίθετο συνέβαινε όσον αφορά στην επίτευξη ελέγχου της αρτηριακής πίεσης. Η

επίγνωση, καθώς και ο έλεγχος της υπέρτασης ήταν υψηλότερος στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, στις γυναίκες και στα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο, σημείο κριτικής της εν λόγω μελέτης ήταν το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε μόνο μία φορά μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να μην ήταν ακριβής εξαιτίας του φαινομένου της «λευκής μπλούζας» (Efstratoroulos, Voyaki, Baltas et al., 2006). Πιο συγκεκριμένα, για κάποια άτομα η επίσκεψη και η αλληλεπίδραση με το ιατρό αποτελούν μία στρεσογόνο διαδικασία, η οποία είναι πιθανό να δώσει ψευδή αποτελέσματα στις ιατρικές μετρήσεις, όπως είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, κατά την οποία μπορεί να εμφανιστεί -λόγω άγχους της ιατρικής εξέτασης- υψηλότερη τιμή σε σχέση με την πραγματική.

Από το 2002 έως το 2004 έλαβε χώρα μία πανελλαδική μελέτη, η «Hypertension Study in General Practice in Hellas» (HYPERTENSHELL), η οποία περιελάμβανε 11950 συμμετέχοντες (0,1% του Ελληνικού πληθυσμού). Στην εν λόγω μελέτη έγιναν επανειλημμένες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης έτσι ώστε να αποφευχθεί το φαινόμενο της «λευκής μπλούζας» και βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 31,1% (33,6% των ανδρών και 28,4% γυναικών) (Efstratoroulos, Voyaki, Baltas et al., 2006). Ειδικότερα από τους υπερτασικούς ασθενείς το 39,8% δεν γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση, το 12,4% είχαν επίγνωση αλλά δεν λάμβαναν αγωγή και το 67,2% των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν αντι-υπερτασική θεραπεία δεν είχαν καταφέρει να ρυθμίσουν την πίεσή τους στα φυσιολογικά πλαίσια.

Οι Pitsavos και συν. (2006), διερεύνησαν μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης σε δείγμα 5003 ατόμων τον επιπολασμό αυτοαναφερόμενης αρτηριακής υπέρτασης και βρήκαν ότι αυτός ήταν 13,3% στους άνδρες και 17,7% στις γυναίκες ( $p < 0,001$ ) (Pitsavos, Miliatis, Panagiotakos et al., 2006). Επιπρόσθετα, ο επιπολασμός της

αυτοαναφερόμενης υπέρτασης διερευνήθηκε από τους Gikas και συν. (2016) σε δείγμα 2636 κατοίκων περιοχής της Αττικής (δήμος Σαρωνικού). Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης το 28,8% των συμμετεχόντων (29,2% των ανδρών και 28,3% των γυναικών,  $p=0,579$ ) παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση και μεταξύ αυτών το 92,5% (701/758) λάμβαναν αντι-υπερτασική αγωγή (Gikas, Lambadiari, Sotiropoulos et al., 2016).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρόσφατης πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης EMENO (ενδιάμεση ανάλυση 3396 συμμετεχόντων), όπως προαναφέρθηκε, εκτιμάται ότι άνω του 1/3 του ενήλικου γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν υψηλότερος στους άνδρες (41,5% έναντι 33,6% στις γυναίκες,  $p<0,001$ ), καθώς και στους ηλικιωμένους (το 73,3% των συμμετεχόντων >70 ετών). Μεταξύ των ατόμων με υπέρταση, το 40,5% ήταν αδιάγνωστοι, το 15,7% ήταν διαγνωσμένοι αλλά δεν λάμβαναν θεραπεία, το 24,5% λάμβαναν θεραπεία αλλά δεν είχαν ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση και το 19,3% λάμβαναν θεραπεία και η πίεσή τους ήταν ρυθμισμένη. Οι άνδρες ήταν πιο συχνά από τις γυναίκες αδιάγνωστοι (48% έναντι 31%,  $p<0,001$ ), και λιγότεροι συχνά ρυθμισμένοι (15% έναντι 24%,  $p<0,001$ ). Τα άτομα ηλικίας κάτω των 60 ετών είχαν χαμηλότερα ποσοστά αφενός διάγνωσης με υπέρταση και αφετέρου ρύθμισης της υπέρτασης συγκριτικά με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ( $p<0,001$ ) (G. Stergiou, A. Margetaki, N. Boubouchairoroulou et al., 2016). Επιπλέον μεταξύ των ατόμων με υπέρταση, το 31% ανέφεραν ότι ήταν καπνιστές ενώ το 21% ότι κάπνιζαν στο παρελθόν (τα αντίστοιχα ποσοστά για τους νορμοτασικούς ήταν 43% και 13%,  $p<0,001$ ). Το 36,5% των ατόμων με υπέρταση ήταν υπέρβαροι και το 48% παχύσαρκοι (τα αντίστοιχα ποσοστά για τους νορμοτασικούς ήταν 37% και 24%,  $p<0,001$ ). Μεταξύ των ατόμων με υπέρταση το

18,6% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη (4% των νορμοτασικών,  $p < 0,001$ ) και το 37% είχαν LDL χοληστερόλη  $>130$  mg/dl ρυθμισμένη ή μη (32,5% στους νορμοτασικούς,  $p = 0,03$ ). Επιπρόσθετα, στο 41,5% των ατόμων με υπέρταση υφίστατο παράλληλα άλλος ένας παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης ή LDL χοληστερόλη  $>130$  mg/dl), στο 28,9% υφίσταντο άλλοι δύο, στο 7,6% τρεις και στο 1% τέσσερις επιπλέον παράγοντες (G.S. Stergiou, A. Margetaki, N. Boubouchairoroulou et al., 2016).

Επιπλέον, μία μελέτη, η οποία αφορά σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα, ήταν αυτή που πραγματοποιήθηκε στη Νάουσα το 1998, «the Naoussa study», κατά την οποία διερευνήθηκαν ο επιπολασμός, ο βαθμός επίγνωσης, ελέγχου και θεραπείας της υπέρτασης σε δείγμα συνολικά 1976 συμμετεχόντων, οι οποίοι ήταν εργάτες, τεχνικοί και υπάλληλοι εργοστασίων στην πόλη της Νάουσας (Sarafidis, Lasaridis, Gousopoulos et al., 2004). Βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 30,5% (32,1% για τους άνδρες και 28,7% για τις γυναίκες), ενώ ο βαθμός επίγνωσης 18,6%. Τα άτομα που ακολουθούσαν θεραπεία συνιστούσαν το 11,8% των συμμετεχόντων και μόνο το 2,2% επιτύγχαναν να ελέγξουν την αρτηριακή τους πίεση. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες όσον αφορά στα επίπεδα επίγνωσης (13,4% έναντι 25,4%) και θεραπείας (9,6% έναντι 14,8%), με τις γυναίκες να υπερέχουν και στα δύο, αν και η διαφορά αυτή δεν αποτυπωνόταν και στην επίτευξη ελέγχου της πίεσης. Τέλος, στα νεότερα άτομα (κάτω των 45 ετών) σημειώθηκε μικρότερος βαθμός επιπολασμού της υπέρτασης σε σχέση με τους μεγαλύτερους, ενώ και τα επίπεδα επίγνωσης και θεραπείας της υπέρτασης ήταν επίσης χαμηλότερα.

Όσον αφορά στο ερευνητικό πεδίο της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την υπέρταση, υφίσταται μικρός αριθμός ελληνικών μελετών. Σε μελέτη

που πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αθήνας με δείγμα 1000 υπερτασικών ασθενών τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά (Yiannakopoulou, Papadopoulos, Cokkinos et al., 2005). Όσον αφορά στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης από τους υπερτασικούς ασθενείς, φάνηκε ότι αυτός ήταν επιτυχής μόνο στο 20% των συμμετεχόντων που λάμβαναν αντι-υπερτασική αγωγή. Επιπλέον, βρέθηκε ότι σχετίζονταν στατιστικώς σημαντικά ο βαθμός προσήλωσης με τον έλεγχο της υπέρτασης, ενώ τα επίπεδα προσήλωσης στη θεραπεία φάνηκαν να είναι πολύ χαμηλά. Συγκεκριμένα, μόνο το 15% των ασθενών τηρούσαν τη φαρμακευτική θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού. Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που ήταν συνεπείς ως προς την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, συνήθως επρόκειτο για άτομα άνω των 60 ετών, κατοίκους αστικών περιοχών και άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Σημειώνεται επίσης το γεγονός ότι βρέθηκε διαφοροποίηση ως προς το βαθμό τήρησης της θεραπείας υπέρ των ατόμων που πραγματοποιούσαν συχνότερες επισκέψεις στο θεράποντα ιατρό και των ατόμων που παρακολουθούνταν από ιδιώτη ιατρό. Αναφορικά με το αν το φαρμακευτικό σχήμα επηρεάζει τη σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, φάνηκε ότι αυτό πράγματι συμβαίνει καθώς οι ασθενείς με μονοθεραπεία και οι ασθενείς στους οποίους δεν είχε τροποποιηθεί ποτέ η φαρμακευτική αγωγή παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα προσήλωσης στη θεραπεία. Το ίδιο συνέβαινε και με εκείνους που ανέκαθεν παρακολουθούνταν από τον ίδιο επαγγελματία υγείας, γεγονός που υποδηλώνει πέραν των άλλων τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης ιατρού-ασθενούς.

Σε έρευνα της Stavropoulou (2012) για την τήρηση της θεραπείας σε ασθενείς με υπέρταση, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τηλεφωνικής συνέντευξης έτσι ώστε να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις των ασθενών από τη συνάντησή με το θεράποντα

ιατρό, καθώς έχει βρεθεί ότι η προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή είναι μεγαλύτερη όσο αυξάνεται η χρονική εγγύτητα με το ιατρικό ραντεβού (Stavropoulou, 2012). Επιπλέον, με αυτή τη μέθοδο αποφεύγονται οι εξωραϊσμένες απαντήσεις για να ικανοποιηθεί ο ιατρός, κάτι το οποίο αποτελεί συχνό εμπόδιο στις μελέτες όπου ο ερευνητής είναι παρών. Στην εν λόγω έρευνα συμμετείχαν 743 άτομα με διαγνωσμένη υπέρταση, τα οποία λάμβαναν φαρμακευτική αντι-υπερτασική αγωγή. Το 90% των ασθενών ανέφεραν ότι αισθάνονταν πως ήταν καλά ενημερωμένοι σχετικά με την κατάσταση υγείας τους, ενώ λιγότεροι συμμετέχοντες (80% των ασθενών) ένιωθαν το ίδιο καλά πληροφορημένοι σχετικά με το θέμα της φαρμακευτικής αγωγής τους. Η καλή πληροφόρηση για τη φαρμακευτική αγωγή αποτελούσε σημαντικό παράγοντα υπέρ της σωστής τήρησης της θεραπείας, ενώ οι ασθενείς που ήταν λιγότερο ενημερωμένοι ήταν πιο πιθανό να μην ακολουθούν σωστά τη θεραπεία τους. Αντίθετα, παρόλο που όπως φάνηκε η επίγνωση για το θέμα της υπέρτασης ήταν υψηλή, δεν αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα για την προσήλωση στη θεραπεία. Σημειώνεται ότι πέρα από τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος συνιστά για τους ασθενείς την κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με το θέμα της υπέρτασης και της φαρμακευτικής αγωγής, αναφέρονταν επίσης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα τα περιοδικά που ασχολούνται με θέματα υγείας και διατροφής, τα οποία βρέθηκαν να συσχετίζονται με υψηλότερη «προσήλωση». Παράλληλα, ο φαρμακοποιός και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, αναφέρονταν σπανιότερα ως πηγή πληροφοριών. Τέλος, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και αυτά με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο πιθανό να τηρούν πιστά τη θεραπεία τους.

Σχετικά με την επίγνωση που προαναφέρθηκε ως παράγοντας ο οποίος φαίνεται ότι, υπό προϋποθέσεις, προωθεί την προσήλωση στη θεραπεία, έχει γίνει

προσπάθεια στα πλαίσια ελληνικής μελέτης να διερευνηθεί (Saounatsou, Patsi, Fasoi et al., 2001). Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστεί αν συσχετίζεται η επίγνωση αναφορικά με τη σημασία και τα πλεονεκτήματα της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών αφενός και των επιπλοκών από την απουσία προσήλωσης στη θεραπεία αφετέρου, με το βαθμό της μετέπειτα τήρησης των οδηγιών εκ μέρους των εκπαιδευμένων/ενημερωμένων ασθενών. Από τη μελέτη διαφάνηκε ότι πράγματι οι ασθενείς που ενημερώθηκαν/εκπαιδεύτηκαν, επέδειξαν στη συνέχεια υψηλότερα επίπεδα προσήλωσης στη θεραπεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα που είναι καλύτερα ενημερωμένα όσον αφορά στη νόσο, στη φαρμακευτική αγωγή και στις συνέπειες παρέκκλισης από τη θεραπεία είναι πιθανότερο να τηρούν πιο πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Η μελέτη αυτή ανέδειξε επίσης μία αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια της θεραπείας και την πιστή τήρησή της. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η υπέρταση αποτελεί μία νόσο η οποία απαιτεί μακροχρόνια και συνεχόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση και πιθανή παρέκκλιση από τη συνιστώμενη θεραπεία δύναται να προκαλέσει σημαντικά ή/και ανεπανόρθωτα οργανικά προβλήματα.

### **Κριτική επισκόπηση προϋπαρχουσών ερευνών - Σκοπός της παρούσας έρευνας**

Στο ερευνητικό πεδίο της συμμόρφωσης, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει πραγματοποιηθεί πολύ μεγάλος αριθμός, κυρίως ποσοτικών, ερευνών. Ωστόσο, δεν ακολουθείται κάποιος «χρυσός κανόνας» για τη μέτρηση της προσήλωσης στη θεραπεία, ενώ αποτελεί συχνό φαινόμενο σε έρευνες να μην ορίζεται ή να μην είναι διακριτός ο τύπος της προσήλωσης που είναι υπό διερεύνηση (Donovan, 1995; Khatib, Schwalm, Yusuf et al., 2014).

Η ερευνητική μεθοδολογία περιλαμβάνει κυρίως τα ερωτηματολόγια και σε μικρότερο βαθμό την ποιοτική έρευνα. Τα ερωτηματολόγια, όμως, που έχουν χρησιμοποιηθεί για να συγκεντρώσουν υποκειμενικές πληροφορίες δεν έχουν πετύχει να προσεγγίσουν το φαινόμενο της τήρησης της αγωγής και το κοινωνικό-ιστορικό πλαίσιο της χρήσης της από την σκοπιά των ασθενών (Vermeire, Hearnshaw, Van Royer et al., 2001). Γίνεται φανερό, ότι έναν από τους πιο σημαντικούς λόγους για την έλλειψη προόδου στο πεδίο της έρευνας της τήρησης της θεραπείας αποτελεί η απουσία ενός παράγοντα υψίστης σημασίας, αυτού της προσωπικής αντίληψης του ασθενούς. Ο ασθενής πολύ συχνά είναι «απών» στην έρευνα.

Συνεπώς, στην έρευνα για τη σωστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, πέραν του ότι πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην περιγραφή της νόσου και στη μεθοδολογία για την εκτίμηση της προσήλωσης, είναι εξίσου σημαντικό να δοθεί η ίδια προσοχή στη βελτίωση των τρόπων με τους οποίους οι ερευνητές προσεγγίζουν τους ασθενείς και εξετάζουν τα γεγονότα από τη δική τους σκοπιά.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του φαινομένου της τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την αρτηριακή υπέρταση, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται, το βιώνουν και το νοσηματοδοτούν τα άτομα με πρωτοπαθή υπέρταση χωρίς σωματική ή ψυχική συννόσηση.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Μέθοδος έρευνας: Ποιοτική Προσέγγιση

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, διαφάνηκε η «προτίμηση» στην ποσοτική μεθοδολογία του μεγαλύτερου μέρους των μελετών που αφορούν στο ζήτημα της προσήλωσης των υπερτασικών ασθενών στις θεραπευτικές οδηγίες. Το γεγονός αυτό και κατ' επέκταση η απουσία της προσωπικής αντίληψης του ασθενούς αποτελεί και το σημείο κριτικής των προαναφερθεισών μελετών.

Η ποσοτική μεθοδολογία έχει ως κύριο χαρακτηριστικό τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ο ερευνητής συλλέγει αντικειμενικά δεδομένα για το υπό μελέτη φαινόμενο και βάσει της χρήσης κατάλληλης στατιστικής ανάλυσης και σύγκρισης των αντίστοιχων μεταβλητών καταλήγει σε αντικειμενικές επεξηγήσεις για τα αίτια ή τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών (Mantzoukas, 2007). Σύμφωνα με τους Nevonen και Broberg (2000), ενώ η ποσοτική έρευνα έχει επιτρέψει μια μεγάλη πρόοδο, συνοδεύεται από ορισμένους περιορισμούς. Δεδομένου ότι στην ποσοτική έρευνα οι συμμετέχοντες χρειάζεται να απαντούν σε δομημένες και συνήθως «κλειστές» ερωτήσεις αυτό μπορεί να οδηγεί στη δημιουργία μίας «κατακερματισμένης εικόνας» (Nevonen & Broberg, 2000). Ο Creswell (2013) υποστηρίζει ότι η ποιοτική έρευνα διεξάγεται όταν ένα πρόβλημα χρειάζεται να «διερευνηθεί», όταν δηλαδή υφίστανται συνθήκες στις οποίες οι μεταβλητές δεν μπορούν εύκολα να υπολογιστούν ή στις οποίες οι «σιωπηλές φωνές» χρειάζεται να ακουστούν (Creswell & Poth, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω και εξετάζοντας πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα ο ερευνητικός σκοπός της παρούσας μελέτης,

αποφασίστηκε η υιοθέτηση ποιοτικής μεθοδολογίας, έτσι ώστε να δοθεί η δυνατότητα να «ακούσουμε» τις εμπειρίες των συμμετεχόντων και να προσδιορίσουμε την έννοια του υπό μελέτη φαινομένου. Οι προσεγγίσεις ποιοτικής μεθοδολογίας έχουν το πλεονέκτημα ότι επιτρέπουν εμπειριστατωμένη και λεπτομερή μελέτη των φαινομένων που δεν είναι εύκολα ποσοτικοποιήσιμα, όπως στην περίπτωση της περιγραφής της εμπειρίας της πιστής τήρησης της αντι-υπερτασικής θεραπείας. Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι ότι μια τέτοια προσέγγιση επιτρέπει την εμφάνιση απρόβλεπτων ευρημάτων (Barker & Pistrang, 2016).

Στην ποιοτική έρευνα, η γενίκευση και η αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων δεν αποτελεί επιδίωξη του ερευνητή. Η εις βάθος εξερεύνηση και κατανόηση των υποκειμενικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων και εμπειριών συγκεκριμένων ανθρώπων σχετικά με κάποιο φαινόμενο, δημιουργεί μία βαθύτερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση για το υπό μελέτη φαινόμενο, η οποία εμπριέχει μία ολιστική και βαθύτερη ερμηνεία για τους συμμετέχοντες στην έρευνα (Mantzoukas, 2007). Ο ερευνητής αποτελεί και ο ίδιος κομμάτι της έρευνας μέσω της ανάλυσης και των ερμηνειών και δεν είναι ένας απλός εξωτερικός παρατηρητής.

Τα ποιοτικά δεδομένα έχουν περιγραφεί ως μία «ελκυστική ενόχληση» [Miles, 1979 σε (Robson, 2007)], καθώς οι λέξεις που αποτελούν στην ουσία τα ποιοτικά δεδομένα και ο πλούσιος ανθρώπινος λόγος, ο οποίος αποτυπώνει τις απόψεις των συμμετεχόντων αντιπαρατίθενται με τις λεπτές αφαιρέσεις των «στεγνών» αριθμών των ποσοτικών ερευνών, ενώ παράλληλα η δυσκολία ανάλυσής τους είναι αυτή που τα κάνει «ενοχλητικά».

Αντίστοιχα, όσον αφορά στην επιλογή δείγματος, στην ποσοτική έρευνα στόχος είναι το μεγάλο αριθμητικά δείγμα και η αντικειμενική και τυχαία δειγματοληψία από την οποία θα προκύψουν όσο το δυνατόν πιο γενικεύσιμα

αποτελέσματα, ενώ η ποιοτική βασίζεται στον κανόνα της καταλληλότητας και της επάρκειας. Ένα μεγάλο δείγμα στην ποιοτική έρευνα λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητα της έρευνας, αφού μέσα στο μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων χάνονται τα ποιοτικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά. Συνήθως το δείγμα ποιοτικών ερευνών είναι μονοψήφιος ή διψήφιος αριθμός. Θα πρέπει να είναι κατάλληλο για την ερμηνεία του φαινομένου και επαρκές όχι ποσοτικά αλλά ποιοτικά. Συνεπώς, το δείγμα στην ποιοτική μεθοδολογία χαρακτηρίζεται ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling), δηλαδή ο ερευνητής δεν το επιλέγει τυχαία αλλά σκόπιμα για να του παρέχει πιο ολοκληρωμένες απαντήσεις ως προς τον ερευνητικό σκοπό (Mantzoukas, 2007; J. A. Smith & Osborn, 2008).

Στην ποιοτική μεθοδολογία γίνεται χρήση τόσο μη δομημένων, όσο και ημιδομημένων τεχνικών συλλογής δεδομένων, ενώ στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιηθεί η τεχνική της ημιδομημένης συνέντευξης για να καταστεί εφικτή η σύλληψη των αντιλήψεων και η νοηματοδότηση των συμμετεχόντων και παράλληλα να αποφευχθεί η περίπτωση να μην εξεταστούν σημαντικά σημεία για το θέμα. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις παρέχουν την ευκαιρία στον ερευνητή να «ακούσει» τον συμμετέχοντα να αναφέρεται σε συγκεκριμένες πτυχές της εμπειρίας του. Οι ερωτήσεις του ερευνητή κατευθύνουν τη συνέντευξη για να αποκτηθεί το είδος των δεδομένων που θα απαντήσουν στο ερευνητικό ερώτημα. Επομένως, η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ του ελέγχου της κατεύθυνσης της συνέντευξης και της δυνατότητας του συνεντευξιαζόμενου να εξετάζει και να επαναπροσδιορίζει τις σκέψεις του κατά τη διάρκεια της συνέντευξης είναι απαραίτητη (Willig, 2008).

Ο ερευνητής σχηματίζει έναν κατάλογο σημείων τα οποία θέλει να καλύψει, που ωστόσο δεν είναι απαραίτητο όλα να εξεταστούν με την ίδια ακριβώς σειρά ή να έχουν την ίδια εμβάθυνση σε όλους τους συμμετέχοντες. Τα βασικά αυτά σημεία

διαδραματίζουν πιο πολύ ρόλο μνημονικού σημειώματος, ώστε να υπενθυμίζουν στον ερευνητή το ερευνητικό θέμα. Η διατύπωση της ερώτησης μπορεί να μεταβληθεί ή να γίνουν οι απαραίτητες διευκρινήσεις ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν, ενώ ακόμα είναι δυνατόν ορισμένα ερωτήματα να παραλειφθούν αν φαίνονται ακατάλληλα για κάποιον ερωτώμενο ή άλλα να προστεθούν. Οι μη λεκτικές ενδείξεις που λαμβάνει ο ερευνητής είναι επίσης ιδιαίτερος σημαντικές -πλεονέκτημα το οποίο απουσιάζει από την ποσοτική μεθοδολογία- καθώς συμβάλλουν στην κατανόηση των προφορικών αποκρίσεων και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί ακόμα και να αλλάξουν ή και να αντιστρέψουν το νόημά τους (Robson, 2007). Η ανάλυση των συνεντεύξεων οδηγεί στη δημιουργία θεματικών ενοτήτων, οι οποίες αποτελούν συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες και επιπλέον αποτυπώνουν τη νοηματοδότηση των συμμετεχόντων για το υπό έρευνα φαινόμενο.

### **Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση**

Η ανάλυση των συνεντεύξεων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με βάση τις αρχές και τη μέθοδο της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Interpretative Phenomenological Analysis- IPA), που αναπτύχθηκε από τον Jonathan Smith. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου πραγματοποιήθηκε διότι συνάδει με τον ερευνητικό σκοπό, καθώς αυτή αποτελεί μία ποιοτική ψυχολογική προσέγγιση που αποσκοπεί στο να εντοπίσει αφενός τον τρόπο που ο συμμετέχων βιώνει και αντιλαμβάνεται την κατάσταση στην οποία εμπλέκεται και αφετέρου τα νοήματα που φέρει γύρω από τη βιωμένη εμπειρία του (J. A. Smith & Osborn, 2008).

Η IPA έχει ήδη εφαρμοστεί ευρέως σε μια σειρά υποκλάδων της ψυχολογίας και ιδιαίτερα στην ψυχολογία της υγείας, όπου έχουν καταβληθεί σημαντικές

προσπάθειες για απομάκρυνση από τα απλοϊκά - ορισμένες φορές - συμπεράσματα του βιο-ιατρικού μοντέλου που απλώς χαρτογραφεί τις παρατηρήσιμες σωματικές διαδικασίες, προς μία σφαιρική κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας (Brocki & Wearden, 2006; J. A. Smith, 1996). Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τη σημασία που έχει η προοπτική των ασθενών και έτσι αρκετές από τις πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες στην ψυχολογία της υγείας βασίζονται στις αντιλήψεις και τις ερμηνείες των ασθενών για τις σωματικές τους εμπειρίες (Brocki & Wearden, 2006). Ωστόσο, οι Larkin και συν. (2006) έχουν επισημάνει ότι η υπερβολική χρήση του όρου «προοπτική του εμπλεκόμενου» (insider's perspective) έχει οδηγήσει ορισμένους να θεωρήσουν ότι η IPA είναι καθαρά περιγραφική, χωρίς καμία προσπάθεια ερμηνείας (Larkin, Watts, & Clifton, 2006).

Η IPA αποτελεί μια ποιοτική μεθοδολογία με στόχο τη νοηματοδότηση, η οποία διευκολύνει τους ερευνητές στις προσπάθειές τους να κατανοήσουν τις υποκειμενικές εμπειρίες. Βασίζεται στην κατανόηση της οπτικής του πρώτου προσώπου (συμμετέχοντες) από τη θέση του τρίτου (ερευνητής) μέσω δι-υποκειμενικής έρευνας και ανάλυσης (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Δεδομένου ότι η IPA έχει ρίζες στη φαινομενολογία και τη συμβολική αλληλεπίδραση υποστηρίζει ότι τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται παθητικά μία αντικειμενική πραγματικότητα, αλλά μάλλον ερμηνεύουν και κατανοούν τον κόσμο τους διαμορφώνοντας τις βιογραφικές τους ιστορίες σε μια δομή που, σύμφωνα με αυτά, έχει νόημα (Brocki & Wearden, 2006).

Η προσέγγιση είναι καταρχάς φαινομενολογική, δεδομένου ότι το πρωταρχικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην υποκειμενική καταγραφή των εμπειριών των ατόμων και στην προσπάθεια πρόσβασης στον προσωπικό κόσμο του συμμετέχοντα (Eatough & Smith, 2010; J. A. Smith & Osborn, 2008). Έτσι, οι συμμετέχοντες

θεωρούνται «βιωματικοί εμπειρογνώμονες» (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Η IPA έχει ως στόχο να διερευνήσει σε βάθος τις διαδικασίες μέσω των οποίων τα άτομα κατανοούν τις εμπειρίες τους. Επιχειρεί να μελετήσει τις προσωπικές εμπειρίες και αντιλήψεις των ατόμων με τους δικούς τους «όρους», χωρίς να γίνεται προσπάθεια επίτευξης την αντικειμενικότητας.

Ταυτόχρονα, ένας από τους στόχους της IPA, όπως προαναφέρθηκε, είναι η κατανόηση της προοπτικής πρώτου προσώπου από τη θέση κάποιου τρίτου, στο μέτρο του δυνατού, μέσω της διυποκειμενικής έρευνας και ανάλυσης. Η πρόσβαση στην εμπειρία των άλλων εξαρτάται και περιπλέκεται από τις αντιλήψεις των ίδιων των ερευνητών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ερευνητική διαδικασία. Έτσι, η διαδικασία μέσω της οποίας εξετάζεται το πώς νοηματοδοτούν οι συμμετέχοντες τις προσωπικές τους ιστορίες πραγματοποιείται μέσω μίας «διπλής ερμηνευτικής» (double hermeneutic). Οι μεν συμμετέχοντες προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να νοηματοδοτήσουν τον κόσμο τους, ο δε ερευνητής προσπαθεί να ερμηνεύσει την προσπάθεια των συμμετεχόντων να νοηματοδοτήσουν τον κόσμο τους (Biggerstaff & Thompson, 2008). Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση προσφέρει μια εδραιωμένη, συστηματική και φαινομενολογικά εστιασμένη προσέγγιση για την ερμηνεία των θεμάτων σε πρώτο πρόσωπο (interpretation of first-person accounts), η οποία έχει ως κύριο σκοπό να προσθέσει το κατάλληλο πλαίσιο στα προσωπικά νοήματα (Pridgeon & Grogan, 2012). Ο ερευνητής κατανοεί τον συμμετέχοντα, ο οποίος με τη σειρά του κατανοεί τις -στην παρούσα έρευνα -πτυχές της διάγνωσης με αρτηριακή υπέρταση και της τήρησης της θεραπείας, υποδηλώνοντας έτσι τον δυαδικό ρόλο του ερευνητή που μοιράζεται τόσο ομοιότητες, όσο και διαφορές με τον συμμετέχοντα. Αφενός ο ερευνητής είναι παρόμοιος με τον συμμετέχοντα, καθώς είναι και αυτός ένας άνθρωπος που στηρίζεται στους καθημερινούς ανθρώπινους

πόρους για να κατανοήσει τον κόσμο και αφετέρου ο ερευνητής έχει πρόσβαση στην εμπειρία του συμμετέχοντα, μόνο μέσω αυτών που του αναφέρει ο ίδιος ο συμμετέχων (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Willig, 2008). Αν και στην IPA δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι η έρευνα αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, με τον ερευνητή να κατέχει ενεργό ρόλο και να προσπαθεί να εισέλθει στον προσωπικό κόσμο του συμμετέχοντα, έτσι ώστε να λάβει, μία «προοπτική εκ των έσω», αναγνωρίζεται εντούτοις ότι κανείς δεν μπορεί να το κάνει αυτό άμεσα ή πλήρως (Eatough & Smith, 2010; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008).

Τέλος, ο ιδιογραφικός χαρακτήρας της IPA είναι σύμφωνος με τους στόχους της μελέτης. Η IPA ασχολείται με το «συγκεκριμένο», αποκαλύπτοντας κάτι για την εμπειρία καθενός από τα εμπλεκόμενα άτομα. Οι Smith και συν. (2009) περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο η δέσμευση της IPA για το «συγκεκριμένο» λειτουργεί σε δύο επίπεδα. Ως εκ τούτου, υφίσταται δέσμευση αφενός για τη λεπτομερή και διεξοδική ανάλυση και αφετέρου για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο συγκεκριμένα βιωματικά φαινόμενα γίνονται αντιληπτά από την οπτική συγκεκριμένων ατόμων, σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Ο στόχος της IPA δεν είναι να κάνει πρόωρες και παρορμητικές γενικεύσεις για μεγαλύτερους πληθυσμούς, αλλά να καταλήξει σε πιο γενικούς ισχυρισμούς με προσοχή και μόνο μετά από την επίπονη ανάλυση μεμονωμένων περιπτώσεων (Eatough & Smith, 2010; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008).

Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση θεωρεί το άτομο ως γνωστική, γλωσσική, συναισθηματική και φυσική ύπαρξη. Υποθέτει ότι υφίσταται μια αλυσιδωτή σύνδεση μεταξύ του λόγου αφενός και της σκέψης και της συναισθηματικής κατάστασης των ανθρώπων αφετέρου. Ταυτόχρονα, οι ερευνητές

που χρησιμοποιούν την IPA συνειδητοποιούν ότι αυτή η αλυσιδωτή σύνδεση είναι πολύπλοκη, καθώς τα άτομα προσπαθούν μεν να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται και αισθάνονται, παράλληλα όμως μπορεί να υπάρχουν λόγοι για τους οποίους δεν επιθυμούν να αυτοαποκαλύπτονται (J. A. Smith & Osborn, 2008). Συνεπώς, το έργο του ερευνητή δεν είναι εύκολο, καθώς θα πρέπει να ερμηνεύσει την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση των ανθρώπων από αυτά που μοιράζονται μαζί του. Στην IPA δεν υπάρχει καμία προκαθορισμένη υπόθεση ή θεωρία που επιχειρείται να αποδειχθεί, οπότε υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία σε σχέση με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, ο ρόλος και η θετική συμβολή της πρότερης γνώσης σε σχέση με το υπό μελέτη θέμα αναγνωρίζεται (Brocki & Wearden, 2006; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008).

### **Σχεδίαση και συλλογή δεδομένων**

Τα δεδομένα για αυτή την ποιοτική μελέτη συλλέχθηκαν μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων (face-to-face), οι οποίες ηχογραφήθηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και έπειτα αναλύθηκαν με βάση της αρχές της IPA (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε δείγμα σκοπιμότητας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της IPA, ώστε να υπάρχει ένα αρκετά ομοιογενές δείγμα.

Οι Smith και συν. (2009) υπογραμμίζουν το γεγονός ότι σε αντίθεση με τις ποσοτικές έρευνες, στη συγκεκριμένη μεθοδολογία δεν αποτελεί στόχο η συλλογή ενός πολύ μεγάλου δείγματος, καθώς το πρωταρχικό μέλημα της IPA είναι η εστίαση και περιγραφή της ατομικής εμπειρίας (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Υποστηρίζουν επίσης ότι ο βαθμός της «ομοιογένειας» σε



μια ομάδα δύναται να ποικίλλει από τη μια μελέτη στην άλλη. Οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση το ότι μπορούν να βοηθήσουν τον ερευνητή μέσω των εμπειριών τους στην κατανόηση του υπό εξέταση φαινομένου. Καθώς η IPA συνιστά μια ιδιογραφική προσέγγιση, ασχολείται με συγκεκριμένα φαινόμενα σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα ή εκβάσεις (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Ως εκ τούτου, στα πλαίσια της IPA η συλλογή του δείγματος σχετίζεται με τις τεχνικές που έχει ακολουθήσει ο ερευνητής στη συλλογή του δείγματος, τους περιορισμούς που η ίδια η μελέτη θέτει ως προς τη συλλογή του δείγματος, τον κορεσμό της γνώσης (όπου ο ερευνητής σταματά τη συλλογή δείγματος όταν παύει να υπάρχει πρωτοτυπία και ακολουθούνται κοινά μοτίβα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας) και την ομοιογένεια του δείγματος (όσο περισσότερο ετερογενές είναι το δείγμα, τόσο μεγαλύτερο απαιτείται να είναι) (Guest, Bunce, & Johnson, 2006; Seidman, 2006; Suri, 2011)

### ***Ημιδομημένες συνεντεύξεις***

Δημιουργήθηκε ένα ημιδομημένος οδηγός για τις συνεντεύξεις, ο οποίος σχετιζόταν με τον σκοπό της μελέτης, με βάση τη σχετική βιβλιογραφία, τις συζητήσεις με τον επιβλέποντα και τους συνεργάτες του και τις οδηγίες για την ανάπτυξη συνεντεύξεων που αναζητήθηκαν μέσω δημοσιευμένων οδηγιών της IPA (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Ο οδηγός αυτός, ο οποίος παρουσιάζεται στο Παράρτημα, είχε ως σκοπό να χρησιμοποιηθεί περισσότερο για να «οδηγήσει» σε αδρές γραμμές, παρά να υπαγορέψει τη συνέντευξη, λαμβάνοντας υπόψη την ανταπόκριση του εκάστοτε συμμετέχοντα στις ερωτήσεις. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τις αρχές της IPA, κατά τη διάρκεια της

συνέντευξης, πραγματοποιείται η κατάλληλη προσαρμογή των ερωτήσεων ως προς τις ανάγκες που ανακύπτουν και ενδιαφέροντα θέματα που προκύπτουν διερευνώντας. Σκοπός είναι να διευκολυνθεί ο συμμετέχων στο να μοιραστεί την ιστορία του και την εμπειρία του για την τήρηση των ιατρικών συστάσεων για την υπέρταση και όχι να ελεγχθούν οι υποθέσεις/προκαταλήψεις του ερευνητή για το υπό μελέτη θέμα (Osborn & Smith, 1998). Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν μεταξύ 28 και 54 λεπτών και ηχογραφήθηκαν, ενώ αργότερα απομαγνητοφωνήθηκαν και όλες οι πληροφορίες ταυτοποίησης τροποποιήθηκαν.

### ***Πιλοτικές Συνεντεύξεις***

Πριν την έναρξη των συνεντεύξεων (αποσπάσματα των οποίων παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη), διεξήχθησαν δύο πιλοτικές συνεντεύξεις, με σκοπό να επιβεβαιωθεί ότι οι ερωτήσεις ήταν εύκολο να κατανοηθούν και ότι ήταν κατάλληλες για την ανίχνευση και απόκτηση των απαιτούμενων δεδομένων. Η παραπάνω διαδικασία ήταν χρήσιμη επιπλέον για τον καθορισμό της διάρκειας της συνέντευξης και της απομαγνητοφώνησης των δεδομένων (Polit & Hungler, 1995). Ο οδηγός των συνεντεύξεων φάνηκε να είναι κατάλληλος και συναφής με τον ερευνητικό σκοπό, ενώ παράλληλα αποφασίστηκε να χρησιμοποιείται με ευελιξία ανάλογα με τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε συνέντευξης.

### ***Συμμετέχοντες***

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 17 άτομα (5 άνδρες, 12 γυναίκες), ηλικίας από 44 έως 66 έτη, διαγνωσμένα με πρωτοπαθή αρτηριακή

υπέρταση, δηλαδή με συστολική πίεση >140mmHg ή/και διαστολική πίεση >90mmHg (Chobanian, Bakris, Black, & al., 2003). Η έρευνα έλαβε χώρα στην Καρδιολογική κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείο Αθηνών όπου άτομα με υπέρταση προσέρχονταν στα πλαίσια τακτικών ιατρείων για επανεξέταση και συνταγογράφηση. Έγινε προσπάθεια, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης το δείγμα να είναι ομοιογενές ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Έτσι, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα λαμβάνουν αντι-υπερτασική θεραπεία τουλάχιστον τα τελευταία 2 έτη, ενώ δεν παρουσιάζουν σωματική ή ψυχική συννόσηση, με –επιπλέον– σκοπό να αποκλειστεί η πιθανότητα «συγχυτικής» επίδρασης στα αποτελέσματα της μελέτης. Επιλέχθηκε η μελέτη να περιλαμβάνει ασθενείς, στους οποίους είχε γίνει διάγνωση και έναρξη θεραπείας αρκετό χρονικό διάστημα πριν τις συνεντεύξεις, έτσι ώστε να μην είναι συναισθηματικά φορτισμένοι, να έχουν μπορέσει –σε ένα βαθμό– να επεξεργαστούν τα νέα δεδομένα και η συμπεριφορά τους ως προς την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών να έχει σε ένα βαθμό παγιωθεί. Σύμφωνα με τους Smith και συν. (2009) η έκταση της «ομοιογένειας» σε μια ομάδα ποικίλλει από τη μια μελέτη στην άλλη. Οι συμμετέχοντες, όπως προαναφέρθηκε, επιλέγονται με βάση το ότι μπορούν να δώσουν πρόσβαση σε μια συγκεκριμένη προοπτική για τα εξεταζόμενα φαινόμενα (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Επιπλέον, για τη συμπερίληψή τους τα άτομα έπρεπε να κατανοούν και να συνεννοούνται στην ελληνική γλώσσα, προϋπόθεση, η οποία είναι κοινή σε πολλές ψυχολογικές μελέτες, πόσω μάλλον σε όσες βασίζονται σε ποιοτική μεθοδολογία που η χρήση της γλώσσας έχει και ερευνητικές διαστάσεις.

Είναι απαραίτητο σε κάθε ερευνητική προσπάθεια να υπάρχει η συγκατάθεση των ατόμων για τη συμμετοχή τους. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση αναφορικά με το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία προς όλους τους υποψήφιους συμμετέχοντες (το έντυπο συγκατάθεσης παρουσιάζεται στο Παράρτημα). Ενημερώνονταν ότι για τους ερευνητικούς σκοπούς θα ήταν απαραίτητη η ηχογράφηση της συνέντευξης, η οποία θα χρησιμοποιείτο αποκλειστικά και μόνο για απομαγνητοφώνηση, ενώ πρόσβαση στα αρχεία θα είχαν μόνο η ερευνήτρια και ο επιβλέπων καθηγητής. Επιπλέον, μετά την απομαγνητοφώνηση πληροφορίες βάσει των οποίων θα μπορούσαν να αναγνωριστούν οι συμμετέχοντες, όπως ονόματα και τοποθεσίες, θα τροποποιούνταν. Για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς δεν θα αισθάνονταν υποχρεωμένοι να συμμετάσχουν, υπογραμμίστηκε ότι δεν είχαν καμία υποχρέωση να το πράξουν και ότι ανεξάρτητα από το αν αποφάσιζαν να συμμετάσχουν ή όχι, δεν θα επηρεαζόταν η θεραπεία ή η ποιότητα της φροντίδας που λάμβαναν. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης ότι θα μπορούσαν να αποσυρθούν από τη μελέτη, ανά πάσα στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να αιτιολογήσουν την πράξη τους και ότι αυτό δεν θα είχε επιπτώσεις στη μελλοντική τους παρακολούθηση και θεραπεία.

### **Διαδικασία ανάλυσης**

Σύμφωνα με τους, Smith και Osborn (2007), η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση αποτελεί μια μη αυστηρή μεθοδολογία που προσφέρει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για την ανάλυση, οι οποίες ωστόσο μπορούν να προσαρμοστούν στο προσωπικό στυλ εργασίας του κάθε ερευνητή (J. A. Smith & Osborn, 2008). Οι Larkin και συν. (2006) προτείνουν ότι η IPA είναι καταλληλότερο

να κατανοηθεί, αντί ως ξεχωριστή μέθοδος, από επιστημολογική άποψη, ως «στάση ή προοπτική» από την οποία θα προσεγγίζεται η ανάλυση δεδομένων. Συνεπώς, οι κατευθυντήριες γραμμές για την ανάλυση δεν διαφέρουν σημαντικά από άλλες μορφές θεματικής ανάλυσης στην πραγματιστική τους προσέγγιση για την αναγνώριση θεματικών μέσα από τα δεδομένα. Με αυτή την ευελιξία, η IPA επιτυγχάνει να αντιστέκεται στη «μεθοδολατρεία» άλλων τεχνικών. Ωστόσο, η ευελιξία των μελετών της IPA μπορεί να παρανοηθεί, ενώ η ισορροπία που απαιτείται είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με άλλα ποιοτικά πλαίσια που προσφέρουν πιο αυστηρές οδηγίες όσον αφορά στην επιστημολογική βεβαιότητα και τη μεθοδολογική καθοδήγηση (Brocki & Wearden, 2006; Larkin, Watts, & Clifton, 2006; Thorne, Kirkham, & O'Flynn-Magee, 2004).

Αρχικά πραγματοποιήθηκε απομαγνητοφώνηση των ηχογραφημένων συνεντεύξεων, ακολούθησε εξοικείωση με το κείμενο που προέκυψε πριν την ανάλυσή του, ενώ παράλληλα κρατούνταν σημειώσεις με την απαιτούμενη προσοχή στις πιθανές αναδυόμενες έννοιες και ερμηνείες. Έχει προταθεί ότι η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος της ερμηνείας, με το νόημα να δημιουργείται κατά τη διάρκεια αυτής (Bird, 2005; Braun & Clarke, 2006).

Στη συνέχεια, ακολούθησε η ανάλυση του απομαγνητοφωνημένου κειμένου, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Eatough & Smith, 2010; J. A. Smith, 1996; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008). Έτσι τα αναδυόμενα θέματα, μέσα από μία κυκλική διαδικασία διαρκούς επανεξέτασης όλων των σταδίων ανάλυσης, ομαδοποιήθηκαν με βάση το περιεχόμενό τους σε έναν κατάλογο με κύρια υπερ-θέματα, θέματα και υπο-θέματα, ο οποίος αντικατοπτρίζει την κοινή εμπειρία των συμμετεχόντων στο υπό εξέταση φαινόμενο (Willig, 2008). Στην ανάλυση με βάση

τις αρχές της IPA τα θέματα που δημιουργούνται είναι πιο κοντά στα αρχικά δεδομένα, αντί να συμπεριπλέκονται με στοιχεία από τις υπάρχουσες θεωρίες (Eatough & Smith, 2010; Larkin, Watts, & Clifton, 2006; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008).

### **Εγκυρότητα και Ποιότητα**

Η αξιολόγηση της ποιότητας μίας ποιοτικής έρευνας απαιτεί διαφορετικά κριτήρια από αυτά της αξιολόγησης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας μίας ανάλογης ποσοτικής (Barker & Pistrang, 2016). Οι Smith και συν. (2009) προτείνουν τις τέσσερις αρχές της Yardley (2000) για την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων εργασιών που βασίζονται σε ποιοτική μεθοδολογία και οι οποίες συνοψίζονται ως εξής: (α) ευαισθησία στο πλαίσιο (sensitivity to context), (β) αφοσίωση και επιμέλεια (commitment and rigour), (γ) διαφάνεια και συνοχή (transparency and coherence) και (δ) επίδραση και σημαντικότητα της έρευνας (impact and importance). Σημειώνεται ωστόσο, ότι οι αρχές αυτές είναι ευέλικτες στην εφαρμογή τους, αλλά πρέπει να συμπίπτουν με τις ποιοτικές μεθοδολογίες (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Yardley, 2000). Τα κριτήρια της Yardley (2000) χρησιμοποιήθηκαν για να εξασφαλίσουν ότι η έρευνα είναι αξιόπιστη τόσο από την άποψη της τεχνικής, όσο και της ερμηνείας και ότι τα αποτελέσματα πράγματι σχετίζονται με τον ερευνητικό σκοπό (Yardley, 2000).

#### ***Ευαισθησία στο πλαίσιο (Sensitivity to context)***

Η πρώτη αρχή, η ευαισθησία στο πλαίσιο, αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους η έρευνα είναι ευαίσθητη στο πλαίσιο του εξεταζόμενου φαινομένου. Η ευαισθησία σε αυτή τη μελέτη καταδεικνύεται στη σύλληψή της, σύμφωνα και με τις

προτάσεις των Smith και συν. (2009) (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Η ίδια η επιλογή της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης ως μεθοδολογία συμβάλλει σε αυτή, καθώς περιστρέφεται γύρω από την ανάγκη ευαισθησίας και τη σημασία της υιοθέτησης μιας ιδιογραφικής προσέγγισης στο φαινόμενο που μελετάται. Η ευαισθησία στο πλαίσιο εκδηλώνεται επιδεικνύοντας ιδιαίτερη προσοχή στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και θεωρία, στο κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον της μελέτης, στα δεοντολογικά ζητήματα και στο υλικό που λαμβάνεται από τους συμμετέχοντες (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Yardley, 2000). Στην παρούσα έρευνα έγιναν προσπάθειες έτσι ώστε να καταδειχθούν οι συγκεκριμένες πτυχές μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, της περιγραφής των χαρακτηριστικών του δείγματος και του πλαισίου μελέτης, καθώς και μέσω του τρόπου συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε αφενός στα πιθανά προκύπτοντα ζητήματα εξουσίας και στην αλληλεπίδραση μεταξύ ερευνήτριας και συμμετεχόντων σε όλες τις συνεντεύξεις και αφετέρου στα ζητήματα δεοντολογίας σε όλα τα στάδια της μελέτης. Επιδιώχθηκε να επιδειχθεί ευαισθησία στα δεδομένα της έρευνας, μέσω της διενέργειας και της περιγραφής εμπειριστατωμένης ανάλυσης, η οποία υποστηρίζεται με βάση τα απομαγνητοφωνημένα αποσπάσματα. Έτσι, παρέχεται «φωνή» στους συμμετέχοντες και επιτρέπεται στον αναγνώστη να ελέγξει τις ερμηνείες που γίνονται (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

### ***Αφοσίωση και επιμέλεια (Commitment and rigour)***

Σύμφωνα με τη Yardley (2000), η αφοσίωση συνεπάγεται τη βαθιά δέσμευση του ερευνητή στο υπό μελέτη θέμα, όχι μόνο με αυτή του την ιδιότητα αλλά και πιθανόν ως ασθενούς ή οικείου ασθενούς, καθώς και την ανάπτυξη ικανοτήτων και

δεξιοτήτων σχετικά με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (Yardley, 2000). Έχει υποστηριχθεί ότι αυτή μπορεί να εκδηλωθεί αφενός επιδεικνύοντας την απαιτούμενη προσοχή στους συμμετέχοντες κατά τη συλλογή δεδομένων και αφετέρου μεριμνώντας για την ανάλυση (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Η επιμέλεια αναφέρεται στη προσεκτική συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, ανάλογα με την επιλεγμένη ποιοτική μέθοδο. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, ενώ παράλληλα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της «τριγωνοποίησης ερευνητή», κατά την οποία ερευνητές εκπαιδευμένοι στην IPA (Δρ. Ψυχολογίας Σ. Εμμανουήλ και Δρ. Ψυχολογίας Β. Γκιτάκος) ανέλυσαν και ερμήνευσαν τα δεδομένα, με στόχο να υπάρξει έλεγχος των θεματικών που προέκυψαν από την ανάλυση της ερευνήτριας (Patton, 1999).

#### ***Διαφάνεια και συνοχή (Transparency and coherence)***

Η διαφάνεια αναφέρεται στη σαφήνεια με την οποία περιγράφονται τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας και στην ύπαρξη συνοχής μεταξύ της διεξαχθείσας έρευνας και των υποκείμενων θεωρητικών υποθέσεων της χρησιμοποιούμενης προσέγγισης (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Η διαφάνεια στην παρούσα μελέτη εκδηλώθηκε με την περιγραφή των μεθόδων έρευνας και της διαδικασίας ανάλυσης. Η σημασία της ερμηνείας βάσει της IPA αναγνωρίστηκε και έγινε προσπάθεια οι αρχές της να εφαρμοστούν με στόχο την επίτευξη μίας ποιοτικής ανάλυσης. Παράλληλος στόχος ήταν να πραγματοποιηθεί μια συνεκτική και οργανωμένη παρουσίαση των δεδομένων, της ανάλυσης της έρευνας και των σχετικών ερμηνειών. Η διαφάνεια επιτεύχθηκε επίσης με σαφή αναφορά των περιορισμών της μελέτης (στις επόμενες ενότητες αυτής της εργασίας).



### ***Επίδραση και σημαντικότητα της έρευνας (Impact and importance )***

Έχει υποστηριχθεί ότι η πραγματική δοκιμασία της εγκυρότητας στις ποιοτικές μελέτες δεν έγκειται στο εάν η μελέτη μπορεί να αναπαραχθεί ή όχι, αλλά στο κατά πόσο οι μέθοδοί της έχουν αναδειχθεί και οι πληροφορίες που προκύπτουν είναι χρήσιμες, ενδιαφέρουσες και σημαντικές (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Yardley, 2000).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στο πως τα άτομα με υπέρταση νοσηματοδοτούν τις θεραπευτικές οδηγίες και την ανάγκη για μακροχρόνια τήρησή τους, υπό το πρίσμα της διάγνωσης με μία ασυμπτωματική αλλά συνάμα επικίνδυνη, χρόνια νόσο. Η μελέτη της προσήλωσης στη θεραπεία από την οπτική των ασθενών είναι δυνατόν να προσφέρει μια διαφορετική προοπτική, συμβάλλοντας έτσι αφενός στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και αφετέρου στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, μέσω της κατάλληλης συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση των ημιδομημένων συνεντεύξεων κατέληξε στην ανάδειξη τριών υπερ-θεμάτων, τα οποία καταγράφηκαν ως εξής:

**A. Αιτιακές αποδόσεις της αρτηριακής υπέρτασης**

**B. Το σύνθετο πρόβλημα της τήρησης της θεραπείας**

**Γ. Διαπραγμάτευση με τα νέα δεδομένα- Συνειδητοποίηση χρονιότητας**

Η εξέταση αυτών των υπερ-θεμάτων, καθώς και των θεμάτων και υπο-θεμάτων θα αποτελέσει τη βάση αυτού του κεφαλαίου, ενώ θα παρουσιάζονται τα αντίστοιχα αποσπάσματα των συνεντεύξεων. Αναγνωρίζεται ότι οι θεματικές που «αναδύθηκαν» μέσα από τις συνεντεύξεις αποτελούν κάποιες μόνο από τις εκφάνσεις της εμπειρίας της υπέρτασης και της τήρησης της θεραπείας. Δεν καλύπτουν όλες τις πτυχές της εμπειρίας των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται ότι πρόκειται για υποκειμενική ερμηνεία και ότι άλλοι ερευνητές μπορεί να είχαν επικεντρωθεί σε διαφορετικές πτυχές.

Κατά την παρουσίαση των αποσπασμάτων των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκαν κάποιες μικρού μεγέθους αλλαγές, έτσι ώστε να διευκολύνεται η ανάγνωση. Μικροί δισταγμοί, επαναλήψεις λέξεων και εκφράσεις (π.χ. «εεμ») έχουν επί το πλείστον αφαιρεθεί. Το υλικό που λείπει υποδεικνύεται με τελείες εντός παρενθέσεων (...) και όπου έχει προστεθεί υλικό (π.χ. για να εξηγήσει τι αναφέρει ένας συμμετέχων) παρουσιάζεται σε πλάγια γραφή (*italic*). Επιπλέον, πληροφορίες που θα μπορούσαν να «φωτογραφίσουν» τον συμμετέχοντα (πχ. όνομα συμμετέχοντος, ιατρού κλπ) έχουν τροποποιηθεί, χωρίς να αλλοιώνεται όμως το

νόημα των λεγομένων του, ενώ αγκύλες έχουν χρησιμοποιηθεί όπου έχει αντικατασταθεί κάποια πληροφορία.

Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται τα υπερ-θέματα, θέματα και υπο-θέματα που αναδύθηκαν κατά τη διαδικασία της ανάλυσης των συνεντεύξεων, καθώς και κάποια χαρακτηριστικά αποσπάσματα.

<b>Πίνακας 2. Υπερ-Θέματα, Θέματα και Υπο-Θέματα της μελέτης</b>	
<b>Υπερ-Θέματα</b>	<b>Θέματα, Υπο-Θέματα και χαρακτηριστικά αποσπάσματα των συνεντεύξεων</b>
<b>Α. ΑΙΤΙΑΚΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ</b>	<p><b><u>1. Απόδοση σε εξωγενείς, ως προς τον εαυτό, παράγοντες</u></b></p> <p><b>1.1. Καθοριστικά το οικογενειακό ιστορικό και η κληρονομικότητα</b></p> <p>Είναι οργανισμοί και οργανισμοί, δεν πα να προσέχεις, αν είναι η κράση σου έτσι, θα (νοσήσεις).. Εμένα είναι από τη μαμά μου. Με βλέπεις, πάντα έτσι ήμουν (εννοώντας φυσιολογικά κιλά), και να τη..17 (η συστολική πίεση) [Ρένα]</p> <p><b>1.2. Επίδραση ψυχοπιεστικών καταστάσεων</b></p> <p>Η κατάσταση αυτή που ζούμε με έχει αποδιοργανώσει τελείως. Έχει αποπρογραμματίσει όλη τη ζωή, η οικονομική κρίση, τα παράλογα που ζούμε στο σύστημα. Μου έχουν μειώσει το μισθό και το χειρότερο που μου κάνανε ήταν όταν με κλείσανε σε ένα γραφείο, μου «σπάσαν» τα νεύρα. Αυτό ήταν η σταγόνα που ξεχείλισε..ήρθε και «έσπασε».. Εκεί άρχισε και το πρόβλημα, και τα χάπια και όλα.. [Δημήτρης]</p>

### **1.3. Ο ρόλος της «κακιάς» ενέργειας και το «μάτι»**

Τις περισσότερες φορές είναι επειδή με εκνεύρισαν στη δουλειά, αλλά κάποιες φορές το καταλαβαίνεις από τον πονοκέφαλο (ότι δεν είναι από αυτά). Δεν βοηθάει ούτε το φάρμακο (της υπέρτασης), ούτε το ντεπόν ούτε τίποτα. Είναι στα μάτια και παντού εδώ (δείχνοντας κάποια περιοχή στο κεφάλι της), τότε παίρνω τηλέφωνο τη μαμά μου και με ξεματιάζει και μέσα σε ένα τέταρτο μου περνάει. Δεν πιστεύω στο «μάτι» πολύ, αλλά μερικές φορές το καταλαβαίνεις ότι αυτό είναι, η κακιά ενέργεια, η γλωσσοφαγιά.. [Τατιάνα]

### **2. Απόδοση ευθύνης στον εαυτό και ενοχές για τη μη επαρκή αυτοφροντίδα**

Εγώ φταίω για την κατάστασή μου. Δεν χρειάζεται να σας πω, φαίνεται (εννοώντας το αυξημένο βάρος της). Δεν έκανα τίποτα για μένα, έτρωγα περισσότερο και αφέθηκα και έφτασα εκεί που είμαι τώρα. Είναι λογικό και επόμενο.. [Ελλη]

### **3. Η υπέρταση: νόσος πολυπαραγοντική**

Σίγουρα παίζει ρόλο το κληρονομικό. Αλλά όλος ο κόσμος που ακούω έχει υπέρταση. Είναι οι ρυθμοί της ζωής, το άγχος.. Τα οικονομικά προβλήματα που τα πας! Γίνεται να μην σου ανέβει η πίεση; Και κόσμος δεν προσέχει τι τρώει και δεν μπορεί κιόλας να αγοράσει πιο «καλά» φαγητά. Και όταν δουλεύεις από το πρωί μέχρι το βράδυ τι να μαγειρέψεις; Τρώνε απ' έξω και αυτά είναι μέσα στα λιπαρά! [Λυδία]

**B. ΤΟ ΣΥΝΘΕΤΟ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ  
ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**1. Στοιχεία που σχετίζονται με τη πιστή λήψη  
της φαρμακευτικής αγωγής**

**1.1. Φόβος για ιατρικές επιπλοκές**

***1.1.1. Η λήψη του φαρμάκου ενάντια στο  
αίσθημα τρωτότητας***

Κανένα (φάρμακο) δεν ξεχνάω! Για να μη με πιάσει δύσπνοια! Για να είμαι καλά. Αν δεν ακολουθήσω τις οδηγίες του γιατρού φοβάμαι ότι θα πάω στο νοσοκομείο. [Μαρία]

***1.1.2. Το πάθημα των οικείων..έγινε μάθημα***

Έτσι πρέπει, φοβάμαι μήπως πάθω τίποτα όπως οι δικοί μου, φοβάμαι για εγκεφαλικά, αυτό το φοβάμαι πολύ. Γιατί είχε πάθει η μαμά μου εγκεφαλικό και έχασε τη μιλιά της, για δυο μήνες δεμίλαγε. Για μένα αυτό που περάσαμε τότε ήταν μεγάλο μάθημα. Νομίζω ότι άμα το πω 8.30 το φάρμακο όπως το πίνω και αύριο το πω στις 11 δεν είναι σωστό. [Άννα]

***1.1.3. Αίσθημα ευθύνης- Στήριξη οικογένειας  
μέσω της διαφύλαξης της προσωπικής  
υγείας***

Αλλά όταν θέλεις να ζήσεις παίρνεις την αγωγή, τα βάζεις κάτω, σταθμίζεις τα πράγματα..κι έτσι είναι. Πάρε ένα διάλειμμα και μπορεί να πεθάνεις, εφόσον έχεις πρόβλημα, ας το πούμε.. καρδιάς, θα πεθάνεις.. Τι...; Παιδιά έχουμε..να τα αφήσουμε στο δρόμο; Έχω μεγάλη ευθύνη, τι θα γίνει μετά; Για αυτό πάντα τα παίρνω. [Βασίλης]

## **1.2. Στοιχεία χαρακτήρα**

Τα φάρμακα τα φτιάχνω μόνος μου, εξάλλου είναι ένα πρωί ένα βράδυ. Τα παίρνω νομότυπα, κανονικά. Πιστεύω είναι θέμα χαρακτήρα. Είμαι λίγο τελειομανής, αρκετά πειθαρχημένος και πρεσάρομαι άγρια (..) Είμαι στρατιώτης στην σωστή λήψη των φαρμάκων. [Ηλίας]

## **1.3. Ο ρόλος του «σημαντικού άλλου»**

### ***1.3.1. Στήριξη από το περιβάλλον και εμπιστοσύνη στον θεράποντα***

Δεν τα ξέρω πολύ καλά (τα φάρμακα), επειδή είναι νοσηλεύτρια η γυναίκα μου αυτή τα ξέρει καλύτερα. Μου τα έχει έτοιμα (τα χάπια), είναι αυτά αυτά και αυτά και εγώ πηγαίνω «τυφλοσούρτη» και τα παίρνω. Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος που τα παίρνω, επειδή η γυναίκα είναι νοσηλεύτρια και μου τα υπενθυμίζει αυτή. Διαφορετικά σε άλλες αγωγές στο παρελθόν μπορώ να πω ότι ήμουν στη μέση και κάτω, δεν ήμουν συνεπής. [Δημήτρης]

Δεν έχω χάσει ούτε χάπι! Αφού μου είπε ο γιατρός να τα παίρνω καθημερινά τα παίρνω.. Και ας μη μ' αρέσει! Ε, βέβαια. Εμένα ότι μου πει ο γιατρός μου θα το κάνω. Αυτός είναι επιστήμονας, ξέρει το καλό μου. [Λυδία]

### **1.3.2. Επιζήτηση φροντίδας από οικείους- Έκφραση παραπόνου**

Ο σύζυγος δεν με βοηθά ιδιαίτερα, αν και θα το ήθελα, μια τέτοια υποστήριξη δηλαδή. Θέλεις κάποιες φορές κάποιον να σου κρατάει το χέρι, όσο δυνατός και αν είσαι, γιατί ορισμένες φορές έτσι δείχνεις, αλλά δεν είσαι. [Τριδα]

## **2. Φαρμακευτική αγωγή έναντι μη φαρμακευτικών θεραπευτικών οδηγιών**

### **2.1. Τα μη φαρμακευτικά μέσα: αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας**

Υγιεινή διατροφή κάνω, αλάτι μπόλικο δεν βάζω στα φαγητά, το τσιγάρο το έχω κόψει. Ήμουν μανιώδης καπνιστής. Τώρα περπατάω κιόλας. Το φάρμακο δεν φτάνει, δεν είναι από μόνο του θεραπεία. [Βασίλης]

### **2.2. Αυτοκριτική για τη μη επαρκή τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών**

Κάπνιζα στο παρελθόν, το έκοψα, αλλά αυτό δεν είναι κάτι σπουδαίο. Γενικότερα δεν με προσέχω όσο θα έπρεπε. Και ο καρδιολόγος μου λέει ότι θα βοηθούσε αν έχανα βάρος, αλλά είναι δύσκολο στην πράξη. Δεν βοηθάει ότι και η δουλειά μου είναι καθιστική. Είναι πολύ δύσκολο.. Πώς να αλλάξεις την ζωή σου; Το ξέρω ότι πρέπει αλλά..υπάρχει «αλλά».. Τα φάρμακα, είναι το μόνο που κάνω σωστά. Στα άλλα είμαι γαϊδούρι. Ο γιατρός ξέρει ποιο είναι το καλό μου, εγώ δεν το κάνω συνήθως, είμαι λίγο..όμως τα φάρμακα τα παίρνω. [Έλλη]

### **2.3. Μερική δικαιολόγηση εαυτού- Η μη σωστή τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών ως συνέπεια ψυχοπιεστικών καταστάσεων**

Είναι το άγχος μου, με αυτό συνδέεται, είναι αυτό που με ρημάζει, για οτιδήποτε, ειδικά αν είναι οικονομικό εκεί είναι που περιπλέκονται περισσότερο τα πράγματα ή αν είναι για το παιδί μου που είναι μακριά, αν μάθω κάτι εγώ θα πέσω στο φαγητό..θα ξεχάσω ότι είναι σημαντικό(..) [Θεοδώρα]

### **2.4. Εστίαση στο φάρμακο**

Δεν έχω αλλάξει τις συνήθειες μου καθόλου! Παίρνω το χάπι και δεν χρειάζεται να σκεφτώ άλλα πράγματα, με καλύπτει το βλέπω, η πίεση δεν ανεβαίνει ποτέ τώρα πια (..) [Καλλιόπη]



**Γ.  
ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ  
ΜΕ ΤΑ ΝΕΑ  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ-  
ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ  
ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑΣ**

**1. Σκέψεις για τη θεραπεία και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής**

**1.1. Η τήρησης της θεραπείας: απαραίτητη αλλά και «θέμα συνήθειας»**

Το έχω πάρει σοβαρά, ότι πρέπει να παίρνω τα χάπια. Είναι άνθρωποι που θυμώνουν, εγώ όχι! Τα φάρμακα είναι η ζωή μου! (..) Φοβάμαι μήπως τα ανακατέψω, αλλά τώρα τα έμαθα. [Μαρία]

**1.2. Δυσκολία στην αποδοχή της μακροχρόνιας τήρησης της θεραπείας και αμφιθυμία ως προς την αλλαγή καθημερινότητας.**

Δεν το έχω αποδεχτεί ότι θα πρέπει να τα παίρνω μακροχρόνια (τα φάρμακα). Δεν είναι ότι δεν το βρίσκω λογικό, είναι ότι δεν το έχω αποδεχτεί ότι σε τέτοια ηλικία (είναι 43 ετών).. Δεν μπορώ να περιορίζομαι και να πιέζομαι και αυτό δεν το έχω αποδεχτεί (..) [Τριδα]

**2. Ζώντας με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων**

Είχα παρενέργειες λόγω ενός φαρμάκου. Όμως το είπα στο γιατρό. Το άλλαξα για αυτό, είχαν πρηστεί είχαν γίνει τα πόδια μου χάλια. Άλλοι είναι αυτοί που δε συμμορφώνονται όμως. Δεν μπορείς να το παίζεις γιατρός και να τα κόβεις ή να τα παίρνεις όπως νομίζεις. [Ζωή]

## **A. ΑΙΤΙΑΚΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

Παρόλο, που η περιγραφή της εμπειρίας των ασθενών αναφορικά με τη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης δεν ήταν ανάμεσα στους κύριους στόχους της έρευνας, το στοιχείο αυτό αναδύθηκε έντονα μέσα από τις περισσότερες συνεντεύξεις. Η ευελιξία, της ποιοτικής μεθόδου και της ημιδομημένης συνέντευξης προσέφερε το κατάλληλο χώρο και πλαίσιο, ώστε να περιγραφούν σκέψεις των ασθενών που σε μία ποσοτική έρευνα θα είχαν - πιθανότατα - παραγνωριστεί και «καταπιεστεί». Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες μπορούσαν να «εξηγήσουν» που οφείλεται η υπέρτασή τους, ενώ κάποιοι από αυτούς παρουσίαζαν με βεβαιότητα τους λόγους, οι οποίοι τους είχαν οδηγήσει στα εν λόγω συμπεράσματα.

Οι αιτιακές αποδόσεις στο μεγαλύτερό τους μέρος διακρίνονται ανάμεσα σε αυτές που αφορούν εξωτερικούς προς το άτομο παράγοντες και εσωτερικούς. Μόνο τρεις από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η υπέρταση οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, ενώ μία συμμετέχουσα περιέγραψε το ρόλο της «κακιάς ενέργειας» στην εκδήλωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης.

### **1. Απόδοση σε εξωγενείς, ως προς τον εαυτό, παράγοντες**

Οι συνεντευξιζόμενοι που συνέδεσαν τη νόσησή τους από υπέρταση με εξωγενείς ως προς τον εαυτό παράγοντες, δείχνουν να πιστεύουν ότι οι παράγοντες αυτοί είχαν καθοριστική σημασία. Αντίθετα, οι όποιες εκ μέρους τους ενέργειες φαίνεται να μην έπαιξαν ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου. Η στάση των ατόμων αυτών απέναντι στην εμφάνιση της υπέρτασης πιθανόν να μπορεί να θεωρηθεί έως ένα βαθμό παθητική, καθώς γι' αυτούς το πρόβλημα της υπέρτασης κάποια στιγμή θα εμφανιζόταν.

## 1.1. Καθοριστικά το οικογενειακό ιστορικό και η κληρονομικότητα

Το οικογενειακό ιστορικό και η κληρονομικότητα αναδείχθηκαν από τις συνεντεύξεις ως ένας από τους παράγοντες που συντελούν ή ακόμα και καθορίζουν τη νόσηση από αρτηριακή υπέρταση. Έτσι, πιθανόν, οποιαδήποτε προσωπική προσπάθεια για να αποφευχθεί αυτή η κατάσταση δεν θα είχε νόημα. Μεταξύ των συμμετεχόντων οι περισσότεροι είχαν ενός βαθμού κληρονομική επιβάρυνση, ωστόσο δεν απέδωσαν όλοι τους την εμφάνιση της υπέρτασης σε αυτόν τον προδιαθεσιακό παράγοντα. Η διάγνωση με αρτηριακή υπέρταση, περιγράφηκε ως «λογική» από τη Ζωή, της οποίας η μητέρα και οι θείοι είχαν υπέρταση. Επιπλέον, αυτή της η πεποίθηση είχε σχεδόν χαρακτήρα τελεολογικό, καθώς «πάντα» ανέμενε ότι θα νοσήσει, «το είχε στο μυαλό της και το έψαχνε» και τελικά πράγματι επιβεβαιώθηκε.

Είχε η μαμά και ο θείος μου υπέρταση, λογικό να έχω κι εγώ. Ήταν περίπου 60 ετών όταν έπαθαν έμφραγμα και μετά από 10 χρόνια «έφυγαν». Άλλα 3 αδέρφια της μητέρας μου έπαθαν έμφραγμα και «έφυγαν» αμέσως. Δεν έπαιρναν τα φάρμακα για την πίεση όπως θα έπρεπε. Επειδή υπήρχε αυτό, πάντα το είχα στο μυαλό μου και το έψαχνα. [Ζωή]

Η Άννα αντιθέτως δεν έκανε τακτικό έλεγχο της αρτηριακής της πίεσης, αλλά τυχαία εντόπισε το πρόβλημα σε ένα ιατρικό έλεγχο, ο οποίος την οδήγησε στον καρδιολόγο. Ωστόσο, πιθανολογεί ότι αυτό υπήρχε για κάποιο διάστημα πριν το «ανακαλύψει», λόγω του ασυμπτωματικού του χαρακτήρα, ενώ το αποδίδει με βεβαιότητα στο γεγονός ότι και η μητέρα της εμφάνιζε την ίδια οργανική κατάσταση από νεαρή ηλικία. Η απουσία ελέγχου της αρτηριακής πίεσης ίσως υποδηλώνει, εκτός της αμέλειάς της και μία προσπάθεια να «παραμείνει» υγιής, ελεύθερη από την ταμπέλα της χρόνιας νόσου και τον συνοδό φόβο για τις όποιες επιπτώσεις.

Η μητέρα μου είχε υπέρταση, σοβαρή, είχε πολλά επεισόδια, από νεαρή ηλικία. Κι εγώ το φοβόμουν και σίγουρα το είχα και από πιο πριν αλλά δεν το είχα καταλάβει, δεν το είχα ελέγξει, αλλά είναι

σαφές ότι είναι εξαιτίας αυτού του θέματος (δηλαδή της κληρονομικότητας) [Άννα]

Παρόμοια είναι και η άποψη της Ρένα, η οποία όμως την εκφράζει με ακόμα πιο απόλυτο τρόπο. Δείχνει πεπεισμένη ότι η υπέρταση εκδηλώνεται ως απόρροια κληρονομικότητας. Μάλιστα θεωρεί ότι δεν υπάρχει κανένας προστατευτικός παράγοντας και οι όποιες ενέργειες εκ μέρους του ατόμου δεν μπορούν να μεσολαβήσουν στη σχέση μεταξύ οργανικής προδιάθεσης και εκδήλωσης της νόσου. Παρουσιάζει ως παράδειγμα τον εαυτό της, που ενώ σύμφωνα με την ίδια πάντα πρόσεχε, τελικά λόγω της «κράσης» της δεν μπόρεσε να ξεφύγει από το να κληρονομήσει το «κουσούρι» της μητέρας της. Φαίνεται δε να παραγνωρίζει την πιθανή σύνδεση του καπνίσματος με την αρτηριακή υπέρταση, γενικεύοντας και υποστηρίζοντας ότι «και άλλοι καπνίζουν και δεν έχουν».

Είναι οργανισμοί και οργανισμοί, δεν πα να προσέχεις, αν είναι η κράση σου έτσι, θα (νοσήσεις).. Εμένα είναι από τη μαμά μου..και μακάρι να είναι το μόνο, καλά δεν είναι και κανένα κουσούρι.. Αλλά δεν είναι και εύκολο.. Με βλέπεις, πάντα έτσι ήμουν (εννοώντας φυσιολογικά κιλά), και να τη.. 17 (η συστολική πίεση)... Καπνίζω..και άλλοι καπνίζουν και δεν έχουν.[Ρένα]

## **1.2. Επίδραση ψυχοπνευματικών καταστάσεων**

Οι συμμετέχοντες, οι οποίοι κατά την περίοδο που διαγνώστηκαν με υπέρταση βίωναν ψυχοπνευματικές και στρεσογόνες καταστάσεις, απέδωσαν την εκδήλωση της αρτηριακής υπέρτασης σε αυτές. Η υπέρταση γίνεται αντιληπτή ως μία αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε συναισθηματικά ψυχοφθόρες καταστάσεις, τις οποίες δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Έτσι, η Πηνελόπη άρχισε τη φαρμακευτική αγωγή μετά το θάνατο του συζύγου της, τραυματικό γεγονός το οποίο την είχε «στενοχωρήσει πάρα πολύ» σε σημείο που εμφάνισε αρτηριακή υπέρταση. Προκύπτει ότι είναι ένας άνθρωπος που δίνει σημασία στην επίδραση των συναισθημάτων, καθώς παρόλο που

λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και η αρτηριακή της πίεση θεωρείται ρυθμισμένη, όταν στεναχωριέται «καταλαβαίνει» ότι της «ανεβαίνει η πίεση». Έτσι, υποδηλώνεται, ότι τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται στενά με τις –αντιληπτές– διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης.

Μετά αφού πέθανε ο άντρας μου, έκανε την εμφάνισή της. Αρχισα να παίρνω κάποιο χάπι. Είχα στεναχωρηθεί πάρα πολύ και έκανα υπέρταση. Και κάθε φορά, μου ανεβαίνει η πίεση όταν στεναχωριέμαι, όχι πολύ βέβαια, λόγω του χαπιού...Το καταλαβαίνω.. [Πηνελόπη]

Ο ρόλος της οικονομικής κατάστασης, καθώς και κάποια προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον αναγνωρίστηκαν από τον Δημήτρη ως κύριοι παράγοντες για την εμφάνιση της υπέρτασης. Δείχνει εγκλωβισμένος σε αυτή την κατάσταση, η οποία του «έχει αποπρογραμματίσει όλη τη ζωή», του δημιουργεί μεγάλη ένταση και όπως λέει του έχουν «σπάσει τα νεύρα». Οι οικονομικές συγκυρίες, η μείωση στο εισόδημά του σε συνδυασμό με την εργασιακή αλλαγή (μετάθεση σε γραφείο) που πιθανόν να τα αντιλαμβάνεται ως πλήγμα στο κοινωνικό του status «ήταν η σταγόνα που ξεχείλισε..ήρθε και έσπασε»..» και οδήγησε στο πρόβλημα της υπέρτασης και την επακόλουθη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Προκύπτει ότι η ζωή του Δημήτρη εν γένει επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες και ο ίδιος –νιώθει ότι– δεν μπορεί να ασκήσει κάποιον έλεγχο έτσι ώστε να διαφοροποιήσει τις συνθήκες που τον επιβαρύνουν ψυχολογικά και πλήττουν την ποιότητα ζωής του.

Η κατάσταση αυτή που ζούμε με έχει αποδιοργανώσει τελείως. Έχει αποπρογραμματίσει όλη τη ζωή, η οικονομική κρίση, τα παράλογα που ζούμε στο σύστημα. Μου έχουν μειώσει το μισθό και το χειρότερο που μου κάνανε ήταν όταν με κλείσανε σε ένα γραφείο, μου «σπάσαν» τα νεύρα. Αυτό ήταν η σταγόνα που ξεχείλισε..ήρθε και «έσπασε».. Εκεί άρχισε και το πρόβλημα, και τα χάπια και όλα.. [Δημήτρης]

Ο Ηλίας συνδέει επίσης την υπέρταση με ιδιαίτερα ψυχοπιεστικές συνθήκες, οι οποίες έλαβαν χώρα κατά την εκδήλωση της νόσου. Ο αδερφός του έπασχε από

καρκίνο και νοσηλεύοταν σε ιδιαίτερος άσχημη κατάσταση. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με άλλα στρεσογόνα γεγονότα που συνέβαιναν εκείνο το διάστημα και την «υπερένταση» που βίωνε, οδήγησαν, κατά τα λεγόμενά του, στην εκδήλωση της υπέρτασης. Ωστόσο, όπως υποδηλώνεται από τα λεγόμενά του, ένιωθε μάλλον ανακούφιση που μέσα σε αυτές τις δύσκολες καταστάσεις «την έβγαλε μόνο με υπέρταση, επέζησε και δεν έπαθε καρδιακό επεισόδιο». Έτσι, αν και μοιράζεται τις ίδιες αιτιακές αποδόσεις με τους συμμετέχοντες της παρούσας υπο-θεματικής, αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο τη διάγνωσή της υπέρτασης. Η υπέρταση ήταν μεν μία απάντηση στα ψυχοπιεστικά γεγονότα, η οποία όμως έγινε αντιληπτή ως το «μη χείρον βέλτιστον».

Δε με πειράζει η υπέρταση, λόγω του ότι την εποχή που μου συνέβη ήταν τόση η υπερένταση, είχα αδερφό πολύ νεότερο από εμένα και «χανόταν» και άλλα γεγονότα παραπλήσια που με πίεζαν φοβερά. Ήμουν 45 χρονών, κι είχα φοβερή υπερένταση. Λογικά έκανα το σταυρό μου που επέζησα, ειλικρινά ήμουν στη δουλειά και η υπερένταση στην βάρδια και στο «Μεταξάς» (όπου νοσηλευόταν ο αδερφός μου), οπότε λέω δόξα τω θεώ που την έβγαλα με υπέρταση και δεν έπαθα καρδιακό επεισόδιο. [Ηλίας]

### **1.3. Ο ρόλος της «κακιάς» ενέργειας και το «μάτι»**

Η υπέρταση, ή ακριβέστερα τα συμπτώματα που θεωρεί η Τατιάνα ότι συνδέονται με αυτήν, αποδίδονται επίσης σε εξωγενείς παράγοντες, συγκεκριμένα στις στρεσογόνες συνθήκες της εργασίας. Ωστόσο, η συγκεκριμένη συμμετέχουσα περιγράφει επιπλέον τις περιπτώσεις που τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ως συνέπεια «κακιάς ενέργειας» και «γλωσσοφαγιάς». Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει ότι η ίδια υποστηρίζει ότι δεν πιστεύει πολύ στο «μάτι». Ωστόσο, αναγνωρίζει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα φάρμακα δεν μπορούν να τη «βοηθήσουν» και το μόνο που

μπορεί να λειτουργήσει «μέσα σε ένα τέταρτο», πιο άμεσα και αποτελεσματικά από το φάρμακο, είναι το «ξεμάτιασμα» της μαμάς της.

Τις περισσότερες φορές είναι επειδή με εκνεύρισαν στη δουλειά, αλλά κάποιες φορές το καταλαβαίνεις από τον πονοκέφαλο (ότι δεν είναι από αυτά). Δεν βοηθάει ούτε το φάρμακο (της υπέρτασης), ούτε το ντεπόν ούτε τίποτα. Είναι στα μάτια και παντού εδώ (δείχνοντας κάποια περιοχή στο κεφάλι της), τότε παίρνω τηλέφωνο τη μαμά μου και με ξεματιάζει και μέσα σε ένα τέταρτο μου περνάει. Δεν πιστεύω στο «μάτι» πολύ, αλλά μερικές φορές το καταλαβαίνεις ότι αυτό είναι, η κακιά ενέργεια, η γλωσσοφαγιά.. [Τατιάνα]

## **2. Απόδοση ευθύνης στον εαυτό και ενοχές για τη μη επαρκή αυτοφροντίδα**

Οι συντεντευξιαζόμενοι που αποδίδουν την εμφάνιση της υπέρτασης στις δικές τους ενέργειες ή στην έλλειψη αυτών, δείχνουν να είναι αρκετά αυστηροί με τον εαυτό τους, παραγνωρίζοντας τον πιθανό επιβαρυντικό ρόλο εξωτερικών παραγόντων. Αισθάνονται ότι δεν φρόντισαν τον εαυτό τους όσο θα έπρεπε και δεν μερίμνησαν για τη διατήρηση της υγείας τους. Ο Γιώργος πιστεύει ότι η αύξηση της πίεσης σχετίζεται με τον τρόπο ζωής, τις διατροφικές συνήθειες και τη σωματική άσκηση, συμπεριφορές υγείας τις οποίες ο ίδιος όμως αμελούσε. Οι σκέψεις του αυτές επιβεβαιώνονται, κατά τα λεγόμενά του, και από τους ιατρούς. Έτσι, με σιγουριά, καθώς νιώθει ότι έχει την επιβεβαίωση της «αυθεντίας» αναφέρει ότι ο ίδιος «φταίει» για το ότι εκδήλωσε υπέρταση.

Δεν πρόσεχα, δεν ασκούμεν, ήμουν αδρανής. Φταίω εγώ γιατί πιστεύω ότι – και οι γιατροί το λένε – είναι θέμα διατροφής, δηλαδή η αύξηση της πίεσης έχει να κάνει και με το θέμα της σωματικής σχέσης του σώματος με την καρδιά. [Γιώργος]

Η αυτομομφή είναι έκδηλη και στον λόγο Έλλης, η οποία λέγοντας και αυτή ότι «φταίει», αποδίδει την ευθύνη για την «κατάστασή της» στον εαυτό της. Επιπλέον όμως έχει μία αίσθηση βεβαιότητας ότι το γεγονός αυτό «φαίνεται» από μόνο του,

καθώς σκέφτεται ότι το αυξημένο της βάρος προδίδει ίσως το ότι η ίδια δεν φροντίζει επαρκώς τον εαυτό της, δίνοντας την αίσθηση ότι πιθανόν να έχει επηρεαστεί η αυτοεκτίμησή της. Είναι απόλυτη ως προς την επίρριψη ευθυνών στον εαυτό της, καθώς δεν αναγνωρίζει θετικές προσπάθειες λέγοντας μόνο ότι «δεν έκανε τίποτα για τον εαυτό της και αφέθηκε». Έτσι, για την Έλλη η εμφάνιση της υπέρτασης ήταν «λογικό και επόμενο».

Εγώ φταίω για την κατάστασή (της υγείας) μου. Δεν χρειάζεται να σας πω, φαίνεται (εννοώντας το αυξημένο βάρος της). Δεν έκανα τίποτα για μένα, έτρωγα περισσότερο και αφέθηκα και έφτασα εκεί που είμαι τώρα. Είναι λογικό και επόμενο.. [Έλλη]

Οι ενοχές για την ελλιπή φροντίδα του εαυτού περιγράφονται με ιδιαίτερα γλαφυρό τρόπο από την Ίριδα, η οποία αναφέρει ότι δεν φρόντισε τον εαυτό της «όπως έπρεπε» και «υπερεκτίμησε τις δυνάμεις της και τις αντοχές της». Αυτό οφείλεται στο ότι ήταν άνθρωπος των «εντάσεων και των άκρων», χωρίς να μπορεί ή να θέλει να διατηρεί ισορροπίες. Χρησιμοποιεί εικόνες για να περιγράψει την ένταση στη ζωή της και πως αυτή την οδήγησε στη νόσηση από υπέρταση, καθώς «μαστίγωσε το άλογο περισσότερο απ' ότι θα έπρεπε». Αναφέρει, επίσης ότι «όλη της τη ζωή, ήθελε να κάνει πολλά περισσότερα από όσα μπορούσε και αυτό μάλλον έκανε τον οργανισμό ώστε να εκεί που ήταν το ελάττωμα να το βγάλει γρήγορα, σαν το αυτοκίνητο που το τρέχεις πολύ και θα βγάλει τη βλάβη στο ταξίδι». Την πεποίθησή ότι η ίδια είχε «το περισσότερο μερίδιο ευθύνης» το επιβεβαιώνει και με τα λόγια που θυμάται ότι της είχε πει ο ιατρός της στο πρώτο ιατρικό ραντεβού, ο οποίος τη συμβούλεψε να μην δοκιμάζει τόσο τις αντοχές της, λέγοντάς της ότι «δεν μπορεί να κάνει σε ένα 24ωρο όσα γίνονται σε ένα 48ωρο». Αναγνωρίζει μεν τον παράγοντα της κληρονομικότητας, αλλά φαίνεται να τον προσπερνά εστιάζοντας και πάλι στην ατομική της ευθύνη, την οποία δεν μπορεί να ξεπεράσει ούτε να



συγχωρήσει, καθώς την οδήγησε σε μία ανεπιθύμητη κατάσταση με μακροχρόνιες υποχρεώσεις και επιπτώσεις.

Με έχει κουράσει όλο αυτό. Έχω ενοχές γιατί δεν φρόντισα τον εαυτό μου όπως έπρεπε. Έπρεπε να με έχω προσέξει. Είναι ματαιοδοξία να υπερεκτιμά κάποιος τις δυνάμεις του. Και άργησα πολύ να το καταλάβω. Ε, δεν το δέχτηκα αυτό, μαστίγωσα να το πω με μια εικόνα το άλογο περισσότερο απ' ότι θα έπρεπε. Ο τρόπος ζωής μου υπερέβαινε τις δυνάμεις μου..τις αντοχές μου μάλλον, όχι τις δυνάμεις μου. Θεωρούσα ότι έχω περισσότερη δύναμη, ότι μπορώ να κάνω περισσότερα μέσα σε ένα 24ωρο, ας πούμε τότε την πρώτη φορά που πήγα, ήταν ο κύριος [επώνυμο καρδιολόγου] θυμάμαι και μου είπε: «Τριδα δεν μπορείς να κάνεις όσα γίνονται σε ένα 48ωρο, να τα κάνεις εσύ σε ένα 24ωρο», όσο και να ήθελα. Το έκανα πολλά χρόνια, το έκανα μάλλον όλη μου τη ζωή, ήθελα να κάνω πολλά περισσότερα από όσα μπορούσα και αυτό μάλλον έκανε τον οργανισμό ώστε να.. εκεί που ήταν το ελάττωμα να το βγάλει γρήγορα, σαν το αυτοκίνητο που το τρέχεις πολύ και θα βγάλει τη βλάβη στο ταξίδι. Έχω το περισσότερο μερίδιο ευθύνης. Μπορεί και να εκδηλωνόταν πάλι λόγω του κληρονομικού, αλλά όχι αν είχα ισορροπίες, όχι σε αυτή την ηλικία, δηλαδή ίσως ήταν διαφορετικά. Ήμουν πολύ των εντάσεων, μου άρεσε να ζω έτσι, στο όριο του πάνω, δεν είμαι χαμηλών τόνων. Δηλαδή είτε ήταν καλό είτε ήταν κακό, είτε ήταν ευχάριστο είτε ήταν δυσάρεστο όλα ήταν πάνω του μετρίου, δε μου άρεσαν τα μικρά μεγέθη πώς να το πω. [Τριδα]

### **3. Η υπέρταση: νόσος πολυπαραγοντική**

Για έναν αριθμό συμμετεχόντων η αρτηριακή υπέρταση ήταν αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων, αναγνωρίζοντας έτσι τόσο την επίδραση εξωγενών παραγόντων, όσο και την προσωπική ευθύνη. Η κληρονομικότητα, τα στοιχεία προσωπικότητας, οι οικονομικές συγκυρίες και άλλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις φαίνεται ότι περιπλέκονται σε ένα κυλιόμενο σύμπλεγμα παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση της αρτηριακής υπέρτασης. Για τη Θεοδώρα ο παράγοντας της κληρονομικότητας είναι σημαντικός, ιδίως όταν η υπέρταση εκδηλώνεται σε άτομα

νεότερης ηλικίας. Ωστόσο, θεωρεί ότι σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι σημαντική και η συμβολή άλλων παραγόντων, όπως οι διατροφικές επιλογές και η προσωπικότητα.

Όταν είσαι νέος σίγουρα το βασικό είναι το κληρονομικό. Και τα νέα παιδιά βέβαια έχουν άγχος τώρα, αλλά νομίζω ότι το κύριο είναι αυτό. Ε, όταν μεγαλώνεις παίζουν και άλλα ρόλο. Σε εμένα είναι όλο το πακέτο, και οι γονείς (που είχαν) και ο χαρακτήρας, τα κιλάκια.. [Θεοδώρα]

Όμοια, παρόλο που οι γονείς του είχαν υπέρταση και πολλά συνοδά προβλήματα, ο Βασίλης αναγνωρίζει ότι εκτός από την κληρονομικότητα στην ανάπτυξη της νόσου συνεπιδρούν το στρες της καθημερινότητας και η διατροφή.

Και οι γονείς μου έχουν υπέρταση, έχουν πολλά προβλήματα τα οποία ξέρουν από μικρότερη ηλικία. Δεν έπαιρναν τα φάρμακά τους όμως και τώρα έχουν πολλά προβλήματα. Παίζει ρόλο η κληρονομικότητα και το στρες της καθημερινότητας, η διατροφή, όλα αυτά είναι παράγοντες που βοηθάνε. [Βασίλης]

Η ευρύτητα του προβλήματος της υπέρτασης, επίσης αναδύθηκε, καθώς σύμφωνα με την Λυδία «όλος ο κόσμος έχει υπέρταση». Με την παραδοχή αυτή εμποδίζει οποιαδήποτε πιθανότητα εμφάνισης ατομικών ενοχών σχετικά με τη διάγνωσή της. Αναγνωρίζει τον ρόλο τόσο των εξωγενών παραγόντων, όπως η κληρονομικότητα, οι ρυθμοί της ζωής, το άγχος και τα οικονομικά προβλήματα, όσο και των ατομικών επιλογών, όπως είναι οι διατροφικές επιλογές. Παρόλο που αναγνωρίζει την προσωπική ευθύνη δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό όσους δεν προσέχουν λέγοντας ότι «όταν δουλεύεις από το πρωί μέχρι το βράδυ τι να μαγειρέψεις;». Έχοντας αυτά στο μυαλό της, αναρωτιέται αν «γίνεται να μην σου ανέβει η πίεση;»

Σίγουρα παίζει ρόλο το κληρονομικό. Αλλά όλος ο κόσμος που ακούω έχει υπέρταση. Είναι οι ρυθμοί της ζωής, το άγχος.. Τα οικονομικά προβλήματα που τα πας! Γίνεται να μην σου ανέβει η πίεση; Και κόσμος δεν προσέχει τι τρώει και δεν μπορεί κιόλας να αγοράσει πιο «καλά» φαγητά. Και όταν δουλεύεις από το πρωί μέχρι το βράδυ τι να μαγειρέψεις;

Τρώνε απ' έξω και αυτά είναι μέσα στα λιπαρά!  
[Λυδία]

## **B. ΤΟ ΣΥΝΘΕΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η σωστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών συνιστά ένα πολυσύνθετο πρόβλημα. Ο ιατρός μπορεί να συνιστά την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών, με σκοπό τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και την πρόληψη ιατρικών επιπλοκών, ωστόσο όπως φαίνεται μέσα από τις συνεντεύξεις το αν θα μπορέσουν οι ασθενείς και σε τι βαθμό να «συμμορφωθούν», εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

### **1. Στοιχεία που σχετίζονται με τη πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής**

Οι περισσότεροι από τους συνεντευξιαζόμενους ανέφεραν ότι ήταν συνεπείς ως προς τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Παρόλο που η σωστή τήρηση ήταν κοινό χαρακτηριστικό, οι λόγοι για τη συνέπεια αυτή διέφεραν μεταξύ των συμμετεχόντων.

#### **1.1. Φόβος για ιατρικές επιπλοκές**

Η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής για ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων ήταν αποτέλεσμα του φόβου τους. Το φάρμακο θεωρείται ως ένα μέσο ελέγχου της υπέρτασης, το οποίο είναι παράλληλα «εύκολο» και αποτελεσματικό. Οι συμμετέχοντες νιώθουν ευάλωτοι, τρωτοί απέναντι στην υπέρταση, η οποία όντας «σιωπηλή» και επικίνδυνη μπορεί να τους προκαλέσει σοβαρές ιατρικές επιπλοκές.

### **1.1.1. Η λήψη του φαρμάκου ενάντια στο αίσθημα τρωτότητας**

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες θεωρούν ότι αν δεν λάβουν τα φάρμακα σύμφωνα με τις ακριβείς οδηγίες του θεράποντα ιατρού ή αν ξεχάσουν κάποια δόση, αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για την υγεία τους. Έχουν έντονη την αίσθηση του κινδύνου και του φόβου για τις πιθανές συνέπειες, γεγονός που αποτελεί σημαντικό κίνητρο για την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η διατήρηση της υγείας και η προφύλαξη απέναντι στους σημαντικούς κινδύνους της υπέρτασης για αρκετούς είναι καθοριστικά. Σε αυτό το πλαίσιο, η Μαρία σχεδόν έκπληκτη για την ερώτηση αναφέρει ότι ποτέ δεν ξεχνάει τα φάρμακά της «για να είναι καλά». Φοβάται τις συνέπειες σε περίπτωση που δεν τα λάβει, καθώς μπορεί να παρουσιάσει συμπτωματολογία, η οποία να την οδηγήσει ακόμα και σε νοσηλεία.

Κανένα (φάρμακο) δεν ξεχνάω! Για να μη με πιάσει δύσπνοια! Για να είμαι καλά. Αν δεν ακολουθήσω τις οδηγίες του γιατρού φοβάμαι ότι θα πάω στο νοσοκομείο. [Μαρία]

Αντίθετα, η Έλλη δείχνει ότι ίσως δεν έχει σκεφτεί ιδιαίτερα τους λόγους για τους οποίους λαμβάνει με συνέπεια τη φαρμακευτική αγωγή. Αναφέρει ότι «πρέπει να τα πάρει». Αυτή η δήλωση αφενός αντικατοπτρίζει την «τυφλή» προσήλωσή της στις οδηγίες του ιατρού και αφετέρου τον φόβο της για τις πιθανές επιπτώσεις σε περίπτωση που δεν λάβει σωστά την αγωγή. Η λήψη της αγωγής ταυτίζεται με τη διατήρηση της υγείας, με το να συνεχίσει να «στέκεται όρθια».

Τα παίρνω (τα φάρμακα), επειδή πρέπει να τα πάρω. Πιστεύω ότι είναι για να στέκομαι όρθια που λένε... [Έλλη]

Για την Ίριδα η φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να είναι ένα «αναγκαίο κακό», πιστεύει –και έχει διαπιστώσει - ότι «τα χρειάζεται ο οργανισμός της», καθώς αν δεν τα λάβει θα νιώθει «άρρωστη». Λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή με συνέπεια, γιατί «δεν γίνεται» διαφορετικά, ενώ συγκρίνει τον εαυτό της με τη μητέρα της που τα

συμπτώματα της αυξημένης αρτηριακής πίεσης δεν την ενοχλούσαν. Παραλληλίζει τον οργανισμό της με ένα «μηχάνημα» που αν «αφήσεις» και δεν του προσφέρεις τη φροντίδα που χρειάζεται, μπορεί να υπάρξουν ανεπιθύμητες συνέπειες. Διαφαίνεται στην περίπτωση αυτή, ότι υφίσταται μία έντονη αντίθεση ανάμεσα στην επιθυμία να μην λαμβάνει φάρμακα και τη γνώση ότι αυτά είναι απαραίτητα για να καταπολεμήσει τις σωματικές οχλήσεις.

Τα παίρνω γιατί έχω αντιληφθεί ότι τα χρειάζεται ο οργανισμός μου. Τα φάρμακα αυτά ρυθμίζουν την αρτηριακή πίεση που δεν μπορεί από μόνη της να λειτουργεί σε πλαίσια κανονικά. Δηλαδή, δε γίνεται να μην το παίρνω (το φάρμακο), αν δεν το πάρω με ενοχλεί ακόμα και το 15 (συστολική πίεση) αν θα ανεβάσω, είμαι άρρωστη, με ενοχλεί πολύ, δεν είναι ότι ο οργανισμός, εντάξει... Ας πούμε, και η μαμά μου ήταν υπερτασική και είχε πίεση 18 και δεν το καταλάβαινε. Είμαι συνεπής, γιατί καταλαβαίνω ότι δεν μπορώ να αφήσω.. το μηχάνημα που λέμε, εάν το αφήσω..[Τριδα]

Το αίσθημα τρωτότητας λόγω της διάγνωσης υπέρτασης και η προσπάθεια ελέγχου του με φαρμακευτικά μέσα αναδύεται και από τον λόγο της Καλλιόπης. Νιώθει ευάλωτη απέναντι στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες για την υγεία της, καθώς «ποιος ξέρει» τι θα συμβεί. Ως εκ τούτου, αναφέρει ότι «έχει πρόγραμμα» και ακολουθεί πιστά τις οδηγίες σχετικά με τη σωστή λήψη των φαρμάκων. Φαίνεται να πιστεύει ότι αν δεν πάρει τα αντι-υπερτασικά φάρμακα η αρτηριακή της πίεση θα αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό και πιο συγκεκριμένα «η πίεση θα πάει στο κόκκινο».

Τα φάρμακα τα παίρνω κάθε μέρα..μόνη μου τα θυμάμαι. Το έχω πρόγραμμα. Άμα δεν τα πάρω θα πάει η πίεση στο κόκκινο! Και μετά ποιος ξέρει.  
[Καλλιόπη]

Τα αντι-υπερτασικά φάρμακα δεν γίνονται αντιληπτά με τον ίδιο τρόπο όπως άλλα φάρμακα, αλλά εμπεριέχουν έναν ξεχωριστό συμβολισμό. Συγκεκριμένα, ο Φώτης δηλώνει ότι είναι «κατά των φαρμάκων», καθώς τα «αποφεύγει» και προτιμά

να τα παίρνει μόνο σε πολύ σπάνιες περιστάσεις στις οποίες δεν μπορεί «να αντέξει τον πόνο ή την αδιαθεσία». Δεν ισχύει το ίδιο όμως όσον αφορά στην αντι-υπερτασική αγωγή. Όπως αναφέρει τα «συγκεκριμένα φάρμακα δεν είναι για να τα αφήνει». Αναγνωρίζει την ασυμπτωματική φύση της υπέρτασης και την απουσία συνοδών συμπτωμάτων κατά την αύξηση της πίεσης («δεν πονάς πουθενά»), με αποτέλεσμα η λήψη αγωγής να θεωρείται απαραίτητη εν γένει και όχι μόνο όταν υφίσταται «πόνος» όπως στις άλλες περιπτώσεις. Ο συγκεκριμένος συνεντευξιζόμενος είναι πεπεισμένος ότι ο κυριότερος και ίσως ο μοναδικός λόγος για να τηρεί κάποιος σωστά τις φαρμακευτικές οδηγίες είναι ο «κίνδυνος από τη νόσο».

Ο κίνδυνος από την νόσο, τι άλλο;; Δεν νομίζω ότι είναι (υπάρχει) κάτι άλλο. Γενικώς είμαι κατά των φαρμάκων, δηλαδή αν θα βάλεις τα φάρμακα που έχω πάρει 10 χρόνια δεν θα μαζευτούν 5 κουτιά, αποφεύγω τα φάρμακα, ακόμα και για το πονοκέφαλο λένε «πάρε μια ασπιρίνη», δεν θέλω, δηλαδή θα πάρω φάρμακο όταν δεν θα μπορέσω να αντέξω τον όποιο πόνο ή την αδιαθεσία εν πάσει περιπτώσει. Τα συγκεκριμένα όμως δεν είναι για να τα αφήνω. Η υπέρταση είναι ασυμπτωματική, δεν πονάς πουθενά, γι' αυτό. [Φώτης]

Όμοια, η Τατιάνα προτιμά να αποφεύγει την λήψη των φαρμάκων, ιδιαίτερα όταν θεωρεί ότι είναι άσκοπη, ωστόσο τα λαμβάνει -κυρίως όποτε βλέπει αυξημένη την πίεσή της-, γιατί «δεν θέλει να κινδυνεύει». Είναι πολύ τακτική ως προς τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και ο φόβος της είναι να «μην πάθει τίποτα ξαφνικό». Φαίνεται ότι βρίσκεται αντιμέτωπη με ένα δίλημμα, από τη μία επιθυμεί να μη λαμβάνει φάρμακα και από την άλλη φοβάται για τις ιατρικές επιπλοκές αν δεν τα λάβει. Προσπαθεί να κρατήσει μία ισορροπία ανάμεσα στα δύο, γεγονός που όμως καταλήγει σε ανεπαρκή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών.

Θέλω να κρατάω την πίεσή μου σε νορμάλ επίπεδα και να μην κινδυνεύω εννοείται αλλά ούτε να παίρνω φάρμακα έτσι. Φοβάμαι μην πάθω τίποτα ξαφνικό και την μετράω πρωί βράδυ. [Τατιάνα]

### **1.1.2. Το πάθημα των οικείων..έγινε μάθημα**

Ο φόβος για τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους, εφόσον δεν λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή, ισχύει και για τους συμμετέχοντες αυτής της θεματικής. Με τη λήψη του φαρμάκου προσπαθούν να «διατηρήσουν» την υγεία τους, ωστόσο διαφοροποιούνται, καθώς αυτοί έχουν διαπιστώσει τις ιατρικές επιπλοκές που προκύπτουν μετά από ανεπαρκή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον. Συνεπώς, η εμπειρία των οικείων τους δρα ως «παράδειγμα προς αποφυγή». Η Θεοδώρα παραδέχεται ότι θα προτιμούσε να μην χρειάζεται να παίρνει φάρμακα, ωστόσο τα λαμβάνει γιατί φοβάται. Θεωρεί παράλληλα ότι είναι επιβαρυνμένη βιολογικά, καθώς τόσο ο πατέρας της όσο και η μητέρα της είχαν υπέρταση. Τις σκέψεις της αυτές, υπέρ της σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, ενισχύουν και οι περιπτώσεις του οικείου περιβάλλοντός της, που όντας υπερτασικοί, υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς δεν λάμβαναν τα φάρμακά τους είτε γιατί δεν ήθελαν «να συμμορφωθούν» είτε γιατί θεωρούσαν τη συνεπή λήψη φαρμάκων κάτι «όχι και τόσο σπουδαίο».

Είναι και τα δύο άτομα τώρα που έχω με εγκεφαλικό (στον κύκλο της), δεν ήθελαν να παίρνουν τα φάρμακα λένε, ενώ ήξεραν ότι είχαν πίεση δεν ήθελαν να πάρουν..να συμμορφωθούν τελοσπάντων ή το θεώρησαν όχι και τόσο σπουδαίο. Εγώ, το προσπαθώ ... από φόβο όμως, αυτό είναι το κυριότερο, να υπήρχε τρόπος να μην τα πάρω... όπως και κάθε άνθρωπος.. Και κληρονομικά, είχε και ο μπαμπάς μου και η μητέρα μου, υπερτασικά άτομα, για αυτό κι εγώ θα το εξακολουθήσω, βλέπω και κάτι εγκεφαλικά κάτι αυτά, ακούω «δεν πήρα το χαπάκι μου, δεν έκανα..». [Θεοδώρα]

Για την Άννα, ο φόβος να καταλήξει σαν τη μητέρα της, η οποία υπέστη εγκεφαλικό και «έχασε τη μιλιά» της, είναι καθοριστικός όσον αφορά στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Φαίνεται ότι το γεγονός αυτό την έχει επηρεάσει σε τέτοιο βαθμό που δεν θέλει να παρεκκλίνει καθόλου και προσπαθεί να λαμβάνει το

φάρμακο την ίδια ώρα κάθε μέρα, γιατί οτιδήποτε διαφορετικό «δεν είναι σωστό». Σε αυτό το σημείο ασκεί κριτική στην αδερφή της, η οποία παρόλο που έχει υπέρταση και μοιράζεται το ίδιο κληρονομικό προφίλ δεν είναι συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.

Έτσι πρέπει, φοβάμαι μήπως πάθω τίποτα όπως οι δικοί μου, φοβάμαι για εγκεφαλικά, αυτό το φοβάμαι πολύ. Γιατί είχε πάθει η μαμά μου εγκεφαλικό και έχασε τη μιλιιά της, για δυο μήνες δε μίλαγε. Για μένα αυτό που περάσαμε τότε ήταν μεγάλο μάθημα. Νομίζω ότι άμα το πιω 8.30 το φάρμακο όπως το πίνω και αύριο το πιω στις 11 δεν είναι σωστό. Η αδερφή μου από την άλλη το πίνει όποτε το θυμηθεί..Δεν μπορώ να το καταλάβω. [Άννα]

Όμοια και η Ρένα που δηλώνει ότι λαμβάνει με συνέπεια τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς «δεν μπορεί να κάνει αλλιώς». Έχει ως παράδειγμα τη μητέρα της, η οποία, ενώ ο ιατρός της είχε συνταγογραφήσει αντι-υπερτασική αγωγή και της είχε συστήσει καθημερινή λήψη, «νόμιζε» ότι θα πρέπει να τη λαμβάνει «όποτε της ανέβαινε η πίεση», με αποτέλεσμα να υποστεί εγκεφαλικό. Η Ρένα, όπως άλλωστε και οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι αυτής της θεματικής, έχει βιώσει από κοντά τα αποτελέσματα της μη σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός το οποίο συνιστά σημαντικό κίνητρο για τη δική της συμπεριφορά απέναντι στις φαρμακευτικές οδηγίες.

Εννοείται (τα παίρνω), γιατί έχω την μάνα μου δεν μπορώ να κάνω αλλιώς, έπαθε εγκεφαλικό που δεν έπαιρνε τα φάρμακα, γιατί ενώ ο γιατρός της έλεγε να τα πάρει συνέχεια αυτή νόμιζε όποτε της ανεβαίνει η πίεση. Δεν θέλω σε καμία περίπτωση να πάθω το ίδιο, ούτε να το σκέφτομαι. [Ρένα]



### **1.1.3. Αίσθημα ευθύνης- Στήριξη οικογένειας μέσω της διαφύλαξης της προσωπικής υγείας**

Το αίσθημα ευθύνης που προκύπτει όταν κάποιος έχει οικογένεια, σε συνδυασμό με τον φόβο των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της υπέρτασης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής. Κύρια προτεραιότητα των συνεντευξιαζόμενων αυτής της θεματικής είναι η στήριξη της οικογένειάς τους. Για τον Βασίλη τα πράγματα είναι ξεκάθαρα όσον αφορά στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς δεν υπάρχει εναλλακτική «όταν θέλεις να ζήσεις». Ο κίνδυνος, ακόμα και για θάνατο, είναι σημαντικός σε περίπτωση που ο ασθενής «πάρει ένα διάλειμμα». Ο Βασίλης νιώθει έντονα το αίσθημα ευθύνης που έχει ως προς τα παιδιά του, τα οποία φοβάται να «μην αφήσει στο δρόμο» και αυτός είναι ένας ακόμα λόγος για τον οποίο «πάντα παίρνει τα φάρμακα».

Αλλά όταν θέλεις να ζήσεις παίρνεις την αγωγή, τα βάζεις κάτω, σταθμίζεις τα πράγματα..κι έτσι είναι. Πάρε ένα διάλειμμα και μπορεί να πεθάνεις, εφόσον έχεις πρόβλημα, ας το πούμε.. καρδιάς, θα πεθάνεις.. Τι ...; Παιδιά έχουμε..να τα αφήσουμε στο δρόμο; Έχω μεγάλη ευθύνη, τι θα γίνει μετά; Για αυτό πάντα τα παίρνω. [Βασίλης]

Παρόμοιες είναι οι σκέψεις που εκφράζει η Ξένια, η οποία τονίζει ιδιαίτερα την ευθύνη που έχουν απέναντι στην οικογένειά τόσο η ίδια, όσο και ο σύζυγός της. Δείχνει να νιώθει ότι δεν υπάρχει άλλη επιλογή και λαμβάνει τα φάρμακα με συνέπεια γιατί «έτσι πρέπει». Οι παρούσες δύσκολες οικονομικές συνθήκες και η περιρρέουσα αβεβαιότητα επιτείνουν την ανάγκη για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας. Η Ξένια νιώθει ότι αν «σε τέτοιες εποχές πάθει κάτι, τότε χάθηκαν». Είναι φανερό το άγχος της και η αγωνία της στο να παραμείνει «δυνατή» για την οικογένειά της.

Κάθε μέρα. Παίρνω τα φάρμακα πρωί βράδυ. Γιατί έτσι πρέπει, για να είμαι καλά για τα παιδιά μου,

για την οικογένειά μου. Σε τέτοιες εποχές που ζούμε, αν πάθω κάτι χαθήκαμε. Αν δεν είμαι δυνατή εγώ και ο άντρας μου, τα παιδιά είναι μικρά, ποιος θα δουλεύει, ποιος..τελοσπάντων και μη χειρότερα να λέμε.. [Ξένια]

## 1.2. Στοιχεία χαρακτήρα<sup>1</sup>

Η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά στοιχεία για κάποιους από τους συμμετέχοντες αποτελούν το κυριότερο παράγοντα για τη σωστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών. Ακόμα και αν σε κάποιες περιπτώσεις οι ίδιοι θεωρούν ότι δεν είναι απόλυτα συνεπείς αναγνωρίζουν ότι η τήρηση της θεραπείας είναι αποτέλεσμα χαρακτήρα και πειθαρχίας. Ο Ηλίας αναφέρει ότι ακολουθεί πιστά τις συστάσεις του ιατρού του, καθώς και τις συμβουλές της συζύγου του. Παρόλο που φαίνεται από τα λεγόμενά του ότι αναγνωρίζει και εκτιμά τη γνώμη τους, η πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, οφείλεται κυρίως στα στοιχεία της προσωπικότητάς του. Κατά τον ίδιο είναι «τελειομανής, πειθαρχημένος και πρεσάρεται άγρια», ενώ όσον αφορά στη λήψη της αγωγής είναι «στρατιώτης», στοιχεία που υποδηλώνουν πιθανόν κάποια στοιχεία ψυχαναγκαστικότητας, τα οποία όμως μόνο τον κινητοποιούν θετικά προς την κατεύθυνση της σωστής τήρησης των προτεινόμενων θεραπευτικών οδηγιών. Φαίνεται να μην μπορεί να κατανοήσει ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγούν άλλους ανθρώπους να μην τηρούν σωστά τη θεραπεία, αναφέροντας μάλιστα ότι όταν ο αδερφός του δεν ήταν τυπικός σχετικά με την ιατρική του φροντίδα, ο ίδιος «τσαντιζόταν και γινόταν έξαλλος και μπαρούτι, καθώς αγριεύει σε θέματα που ενώ θεωρεί σωστά, αυτά δεν γίνονται». Παράλληλα, όσον αφορά στον εαυτό του, απορρίπτει τον φόβο των ιατρικών επιπλοκών, ως λόγο σωστής τήρησης της θεραπείας.

---

<sup>1</sup> Επιλέχθηκε η χρήση της λέξης «χαρακτήρας», καθώς κατά βάση αυτή χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις τους αντί της λέξης «προσωπικότητα».

Τα φάρμακα τα φτιάχνω μόνος μου, εξάλλου είναι ένα πρωί ένα βράδυ. Τα παίρνω νομότυπα, κανονικά. Πιστεύω είναι θέμα χαρακτήρα. Είμαι λίγο τελειομανής, αρκετά πειθαρχημένος και πρεσάρομαι άγρια. Ας πούμε ο μακαρίτης ο αδερφός μου, είχε μια μορφή καρκίνου στο δέρμα, ερχόταν στο «Μεταξάς» για χημειοθεραπεία και έπινε, ε αυτό εμένα με έκανε μπαρούτι. Αυτός έλεγε εντάξει μωρέ και τι έγινε, μα αυτό το πράγμα εμένα με έκανε έξαλλο, είμαι λίγο..τσαντίζομαι σε θέματα που θεωρώ σωστά και δεν γίνονται, αγριεύω. Δεν φοβάμαι τις συνέπειες. Είμαι στρατιώτης (στην σωστή λήψη των φαρμάκων). Γενικά είμαι πειθαρχημένος, αφού λένε οι γιατροί έτσι, κάνω αυτό που λένε οι γιατροί. Ο γιατρός μου είναι φοβερός! Όχι μόνο ό,τι λέει ο γιατρός και η γυναίκα μου ό,τι λέει, πειθαρχώ σε αυτά που θεωρούμε σωστά. [Ηλίας]

Προκύπτει ότι η προσήλωση των ατόμων αυτής της θεματικής στη θεραπεία, κατά τη χρονική στιγμή της συνέντευξης, δεν οφείλεται στον φόβο για επιλοκές. Αυτό επιβεβαιώνεται και στη συνέντευξη της Πηνελόπης, η οποία υποστηρίζει ότι δεν λαμβάνει τα φάρμακα επειδή φοβάται, αντίθετα είναι «απόλυτα συνεπής» και θέλει να κάνει «πάντα αυτό που πρέπει γιατί αυτό είναι καλό για αυτή». Πεποίθηση της είναι μάλιστα ότι «ο καθένας πρέπει να το πάρει απόφαση ότι αυτό που κάνει το κάνει γιατί είναι το σωστό». Φαίνεται από τα λεγόμενά της ότι πιθανόν να μην αναγνώριζε τη σημασία των φαρμάκων ωστόσο διαπίστωσε «ότι μόνο τα φάρμακα βοηθάνε» με αποτέλεσμα πλέον να τα λαμβάνει με συνέπεια. Η απόφαση να αρχίσει τη θεραπεία με φάρμακα, αφού διαπίστωσε τη μη επαρκή αποτελεσματικότητα των υγιεινοδιαιτητικών μέσων, υποδηλώνει ότι πρόκειται για ένα άτομο με μη παθητική στάση απέναντι στις οδηγίες του ιατρού και συνάμα με κριτική ικανότητα. Η Πηνελόπη δεν «συμμορφώθηκε» στις οδηγίες, αντίθετα τις «διαπραγματεύτηκε» και εν τέλει, αναγνωρίζοντας το όφελος, «συμφώνησε» σε αυτές.

Τώρα πια το παίρνω σταθερά. Όσο μεγαλώνεις ξέρεις ότι μόνο τα φάρμακα σε βοηθάνε, αλλιώς είμαι άνθρωπος που δεν τρώω πολύ, αλλά δεν ήταν αρκετό. Είμαι απόλυτα συνεπής, ό,τι πρέπει το κάνω, μπορώ να στερηθώ αν πρέπει και δεν με πειράζει καθόλου. Είναι αυτό που πιστεύω. Δεν είναι επειδή φοβάμαι.

Θέλω να κάνω αυτό που πρέπει γιατί αυτό είναι καλό για εμένα. Πάντα διάλεγα να κάνω αυτό που μου προσφέρει εμένα. Πιστεύω ότι ο καθένας πρέπει να το πάρει απόφαση ότι αυτό που κάνει το κάνει γιατί είναι το σωστό. [Πηνελόπη]

Κατά την πορεία από την αρχική διάγνωση με υπέρταση έως την παρούσα χρονική της συνέντευξης, οι αναπαραστάσεις, τα συναισθήματα και οι σκέψεις των ατόμων ως προς την τήρηση της θεραπείας, πιθανόν να έχουν τροποποιηθεί. Η Ζωή παραδέχεται ότι όταν άρχισε την αντι-υπερταστική αγωγή ένιωθε «έντονο φόβο», καθώς είχαν πεθάνει μέλη της οικογένειάς της τα οποία έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση. Υποστηρίζει ότι για την ίδια η σωστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών οφείλεται στην προσωπικότητά της και στο ότι είναι «πειθαρχημένη», ωστόσο ανεξάρτητα από αυτό φαίνεται ότι σκέφτεται τις πιθανές επιπλοκές εφόσον δεν λάβει σωστά την αγωγή. Όπως αναφέρει δεν της αρέσει να είναι «των άκρων και της τρέλας», αντίθετα θέλει να είναι «στα όρια» σε όλους τους τομείς της ζωής της. Προσπαθεί να είναι συνεπής και να ανταποκρίνεται θετικά ακόμα και σε καταστάσεις που δεν θεωρούνται εύκολες. Η πεποίθησή της αναφορικά με τη σημασία του χαρακτήρα στην σωστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών φαίνεται και από το γεγονός ότι αναφέρει ότι «είναι στον άνθρωπο» το αν θα φροντίσει την υγεία του.

Νομίζω ότι είναι στον άνθρωπο αν θα κάνει αυτά που πρέπει για την υγεία του. Άμα πω θα γίνει αυτό, αν και δεν είναι πολύ εύκολο να γίνει, θα το κάνω. Γενικά είμαι πειθαρχημένη, μου αρέσει αυτό που κάνω να είναι σε όρια, δεν μου αρέσει να είμαι των άκρων και της τρέλας. Ο φόβος ήταν έντονος όταν τα ξεκίνησα (τα φάρμακα) που είχαν πεθάνει και τα τρία αδέρφια της μητέρας μου, τότε είχα πάθει λίγο σοκ, αλλά πέρασε αυτή η ηλικία και τώρα εντάξει. Τώρα που είμαι στην ηλικία που το έπαθαν οι δικοί μου το ψάχνω ακόμα παραπάνω. Γιατί και τα ξαδέρφια μου τους λέω «προσέχτε» και «προσέχτε» και ο ένας έχει πάθει έμφραγμα, δεν πρόσεχε. Δε λέω ότι φοβάμαι πάντως, είμαι αναίσθητη τελείως. Στον χαρακτήρα το αποδίδω. [Ζωή]

Επίσης, «θέμα χαρακτήρα και προσωπικότητας» φάνηκε να είναι η σωστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών για τον Γιώργο. Ωστόσο, σε αντίθεση με τους παραπάνω συνεντευξιαζόμενους, παραδέχεται ότι ο ίδιος δεν είναι πάντα συνεπής και «δεν έχει την απαραίτητη πειθαρχία», παρόλο που, όπως αναφέρει, ανησυχεί και τον ενδιαφέρει πολύ η υγεία του. Θεωρεί ότι κάποιος που δεν ακολουθεί σωστά τις ιατρικές οδηγίες, θα είναι ασυνεπής και σε άλλες πτυχές της ζωής του. Μάλιστα ασκεί αυτοκριτική, επειδή ενώ καταλαβαίνει τι είναι σωστό για την υγεία του, ορισμένες φορές καταλήγει να κάνει «ατασθαλίες»

Πιστεύω, ότι είναι θέμα χαρακτήρα και προσωπικότητας. Όταν κάτι σε ανησυχεί και ανησυχείς κι εσύ .. Είμαι ένα άτομο το οποίο.. με ενδιαφέρει η υγεία πιο πολύ αλλά για να είμαι ειλικρινής δεν έχω δώσει το - δεν έχω την απαραίτητη πειθαρχία που θα έπρεπε. Γιατί είναι θέμα πειθαρχίας καθαρά, είναι πληροφορίες του μυαλού. Αλλά ένας που δεν τα κάνει αυτά (δηλαδή δεν ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες) πρέπει να είναι και σε άλλους τομείς λιγότερο συνεπής, δε νομίζω ότι ένας άνθρωπος στο μόνο θέμα που θα δείξει ασυνέπεια θα είναι αυτό. Εγώ είμαι ένα άτομο που εντάξει τα μετρώ γενικά μεθοδικώς. Θέλει πειθαρχία με τα φάρμακα γιατί όλα βρίσκονται εδώ (δείχνει με το δάχτυλο το κεφάλι). Όταν κάνουμε την ατασθαλία - πω ένα ποτό, σε νορμάλ πλαίσια..μετά λέω ότι δεν έπρεπε να το κάνω. Ενώ μπορούσα από την αρχή σωστά να πω όχι. Το σκέφτομαι, απλά λέω ότι δεν θα το τραβήξω πολύ. Δικαιολογίες της στιγμής. [Γιώργος]

### **1.3. Ο ρόλος του «σημαντικού άλλου»**

Μέσα από τις συνεντεύξεις αναδείχθηκε ο ρόλος του «σημαντικού άλλου» όσον αφορά στην σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, είτε κινητοποιώντας και ενθαρρύνοντας τα άτομα να συνεχίσουν στο μονοπάτι της προσήλωσης στη θεραπεία, είτε αναλαμβάνοντας αντί για τον ασθενή την «ευθύνη του» για τη σωστή τήρηση της

θεραπείας. Επιπλέον, εκφράστηκε η μεγάλη ανάγκη για στήριξη από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον ατόμων, τα οποία δεν την απολάμβαναν.

### **1.3.1. Στήριξη από το περιβάλλον και εμπιστοσύνη στον θεράποντα**

Το υποστηρικτικό περιβάλλον σε συνδυασμό με την εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό φάνηκε ότι για κάποιους από τους συντεντευξιαζόμενους αποτελεί σημαντικό παράγοντα τήρησης των ιατρικών οδηγιών. Η στήριξη από την οικογένεια είναι σημαντική, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη φροντίδα μίας χρόνιας νόσου, που απαιτεί αλλαγές στον τρόπο ζωής. Ωστόσο, κάποια άτομα φαίνεται να «αφήνονται» στη φροντίδα της οικογένειάς τους και παράλληλα να μεταθέτουν σε αυτήν την ατομική τους ευθύνη για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο Δημήτρης αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της θεματικής ενότητας, καθώς, σύμφωνα με τα λεγόμενά του, ο λόγος που λαμβάνει τα φάρμακα είναι ότι του τα «έχει έτοιμα» η σύζυγός του. Το γεγονός ότι είναι νοσηλεύτρια πιθανόν να του προξενεί την εντύπωση ότι είναι μέσα στις αρμοδιότητές της. Μάλιστα, ο ίδιος φαίνεται να μην έχει ασχοληθεί ούτε στο ελάχιστο για τη φαρμακευτική αγωγή του και σχετικές με τη λήψη οδηγίες. Παραδέχεται ότι στο παρελθόν, όποτε υπήρξε ανάγκη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και η σύζυγός του δεν του το «υπενθύμιζε», δεν ήταν συνεπής.

Δεν τα ξέρω πολύ καλά (τα φάρμακα), επειδή είναι νοσηλεύτρια η γυναίκα μου αυτή τα ξέρει καλύτερα. Μου τα έχει έτοιμα (τα χάπια), είναι αυτά αυτά και αυτά και εγώ πηγαίνω «τυφλοσούρη» και τα παίρνω. Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος που τα παίρνω, επειδή η γυναίκα είναι νοσηλεύτρια και μου τα υπενθυμίζει αυτή. Διαφορετικά σε άλλες αγωγές στο παρελθόν μπορώ να πω ότι ήμουν στη μέση και κάτω, δεν ήμουν συνεπής. [Δημήτρης]

Ωστόσο, είναι ιδανικότερο να διατηρείται μία ισορροπία ανάμεσα στις ατομικές υποχρεώσεις και τον ρόλο των οικείων, έτσι ώστε αφενός ο ασθενής να μην νιώθει ότι έχει απολέσει τον έλεγχο επί της φροντίδας του και αφετέρου να αισθάνεται ότι δεν είναι μόνος στη διαδικασία προσαρμογής του στα δεδομένα της διάγνωσης. Η Θεοδώρα παρότι προσέχει και η ίδια να λαμβάνει, σύμφωνα με τις συστάσεις του ιατρού, τα φάρμακά της, καθώς φοβάται τις ιατρικές επιπλοκές, αναγνωρίζει τον σημαντικό ρόλο του συζύγου της. Φαίνεται, μέσα από τα λεγόμενά της, ότι ο σύζυγος της έχει υποστηρικτικό ρόλο και όποτε η ίδια αμελεί να λάβει τα φάρμακά της, αυτός «της τα θυμίζει». Το ίδιο συμβαίνει, όσον αφορά και στη συνέπειά της στα ιατρικά ραντεβού, η οποία είναι αποτέλεσμα της παρότρυνσης του συζύγου.

Και ο άντρας μου με βοηθάει με τα φάρμακα και μου τα θυμίζει..και τώρα αυτός μου είπε «θα πας, θα πας» (στο ραντεβού). [Θεοδώρα]

«Σημαντικό άλλο», φυσικά, εκτός από την οικογένεια, συνιστά και ο θεράπων ιατρός, ο οποίος μέσα από την κλινική εξέταση και τη θεραπευτική σχέση μπορεί να συμβάλλει θετικά στην προσήλωση στη θεραπεία. Η Λυδία αποδίδει την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής στον θεράποντα ιατρό της. Αναγνωρίζει την αυθεντία του, αφού αυτός «είναι επιστήμονας και ξέρει το καλό της». Ακόμα και αν η καθημερινή λήψη φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι ευχάριστη, «αφού της το είπε ο ιατρός της» τη λαμβάνει.

Δεν έχω χάσει ούτε χάπι! Αφού μου είπε ο γιατρός να τα παίρνω καθημερινά τα παίρνω.. Και ας μη μ' αρέσει! Ε, βέβαια. Εμένα ότι μου πει ο γιατρός μου θα το κάνω. Αυτός είναι επιστήμονας, ξέρει το καλό μου. [Λυδία]

### **1.3.2. Επιζήτηση φροντίδας από οικείους- Έκφραση παραπόνου**

Κάποιοι από τους συνεντευξιζόμενους, αισθάνονται ότι «παλεύουν» μόνοι απέναντι στη νόσο και στις απαιτήσεις της. Η προσαρμογή και η μακροχρόνια τήρηση των ιατρικών οδηγιών δεν είναι πάντα μία εύκολη διαδικασία και η ανάγκη για στήριξη, για κάποιον συνοδοιπόρο στις πιο αδύναμες στιγμές εκφράζεται με βαθύ παράπονο. Η Ίριδα παραδέχεται την ανάγκη της για υποστήριξη εκ μέρους του συζύγου της. Τα φαινόμενα ορισμένες φορές απατούν και παρόλο που φαίνεται να είναι μία γυναίκα δυναμική, επιζητά τη στήριξη και τη φροντίδα του συζύγου της, καθώς όπως χαρακτηριστικά αναφέρει «όσο δυνατός και αν δείχνεις, κάποιες φορές θέλεις κάποιον να σου κρατάει το χέρι». Ενδεχομένως να πιστεύει ότι αν είχε αυτή τη στήριξη, να μπορούσε να διαχειριστεί καλύτερα θέματα της υγείας της.

Ο σύζυγος δεν με βοηθά ιδιαίτερα, αν και θα το ήθελα, μια τέτοια υποστήριξη δηλαδή. Θέλεις κάποιες φορές κάποιον να σου κρατάει το χέρι, όσο δυνατός και αν είσαι, γιατί ορισμένες φορές έτσι δείχνεις, αλλά δεν είσαι. [Ίριδα]

Ίσως να αναμενόταν σε περιπτώσεις που και τα δύο μέλη ενός ζευγαριού χρειάζεται να ακολουθήσουν θεραπεία, ότι θα υπήρχε αλληλο-υποστήριξη και αλληλο-κινητοποίηση για την τήρησή της, ωστόσο φαίνεται ότι χρειάζεται, καταρχήν, και τα δύο άτομα να μοιράζονται τη συγκεκριμένη στοχοθέτηση. Η Καλλιόπη είναι τυπική όσον αφορά στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ωστόσο δεν συμβαίνει το ίδιο και με τον σύζυγό της. Τον περιγράφει ως έναν άνθρωπο που είναι «κατά των φαρμάκων», παρόλο που έχει χειρουργηθεί. Μάλιστα εκφράζει το παράπονό της, καθώς όπως αναφέρει θα ήθελε να της εκφράζει ενδιαφέρον και να καταβάλλουν κοινή προσπάθεια για την φροντίδα της υγείας τους.

Ο σύζυγος δεν βοηθάει, αυτός είναι κατά των φαρμάκων. Δε θέλει να τα πάρει με τίποτα, και έχει πάει και έχει κάνει εγχείρηση. Είναι «χοντροκέφαλος». Εγώ όμως φοβάμαι και προσέχω. Του



λέω θα τα παίρνουμε μαζί, αυτός τίποτα, το έχω παράπονο. Αντί να μου πει πρόσεχε.. [Καλλιόπη]

## **2. Φαρμακευτική αγωγή έναντι μη φαρμακευτικών θεραπευτικών οδηγιών**

Τόσο τα φαρμακευτικά, όσο και μη φαρμακευτικά μέσα αποτελούν τρόπους ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και προτείνονται από τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, από τις περισσότερες συνεντεύξεις αναδύθηκε η αντίθεση ανάμεσα στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και στην τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών.

### **2.1. Τα μη φαρμακευτικά μέσα: αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας**

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι για το σωστό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και τη φροντίδα της υγείας δεν αρκεί μόνο η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Εξίσου σημαντική είναι και η τήρηση των μη φαρμακευτικών οδηγιών, τις οποίες ακολουθούν με επιτυχία. Τόσο η Μαρία, όσο και η Πηνελόπη υποστηρίζουν ότι παράλληλα με την έναρξη της αντι-υπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, τροποποίησαν τις διατροφικές τους επιλογές και άρχισαν να ασκούνται. Η Πηνελόπη δε, αναγνωρίζει τον ρόλο του ιατρού της στην προσπάθειά της για υιοθέτηση αυτού του τρόπου ζωής.

Εκτός από το να παίρνω τα φάρμακά μου έχω αλλάξει τη διατροφή μου, από την αρχή.. Δεν τρώω βαριά πράγματα, δεν τρώω τηγανιτά, δεν τρώω πικάντικα, τρώω φαγητά μαγειρευτά...Έχω κόψει το κάπνισμα. [Μαρία]

Το αλάτι, τώρα το έχω κόψει δεν τρώω καθόλου. Έτσι και αλλιώς δεν έτρωγα αλλά τώρα το προσπαθώ ακόμα περισσότερο, μαγειρεύω μόνο ανάλατα και τρώω και τυριά πολύ λίγα και σπάνια. Από τότε που έμαθα για το πρόβλημα της υπέρτασης. Μου αρέσει πολύ το

περπάτημα, περπατάω πολύ και ο γιατρός μου, μου έχει πει ότι κάνω πολύ καλά και να συνεχίσω έτσι και γι' αυτό το προσπαθώ... Έχω πέσει και σε πολύ καλούς γιατρούς. [Πηνελόπη]

Το ίδιο ισχύει και για τον Βασίλη, ο οποίος προσπαθεί να ακολουθήσει «υγιεινή διατροφή» και να ασκείται. Παρόλο που, όπως αναφέρει, ήταν «μανιώδης καπνιστής» διέκοψε το κάπνισμα. Αναγνωρίζει τη σημασία της τήρησης των φαρμακευτικών μέσων, καθώς όπως επισημαίνει το «φάρμακο δεν φτάνει, δεν είναι από μόνο του θεραπεία» και αυτό φαίνεται και έμπρακτα μέσα από τις επιλογές του. Παράλληλα, η διαπίστωση αυτή έχει ιδιαίτερο γενικότερο ενδιαφέρον, καθώς πολλοί ασθενείς παραγνωρίζουν τη σημασία των υγιεινοδιαιτητικών μέσων.

Υγιεινή διατροφή κάνω, αλάτι μπόλικο δεν βάζω στα φαγητά, το τσιγάρο το έχω κόψει. Ήμουν μανιώδης καπνιστής. Τώρα περπατάω κιόλας. Το φάρμακο δεν φτάνει, δεν είναι από μόνο του θεραπεία. [Βασίλης]

Όμοια, η Ζωή τηρεί τις μη φαρμακευτικές οδηγίες και από τότε που έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από υπέρταση έχει τροποποιήσει τις διατροφικές τις συνήθειες, ενώ όπως αναφέρει έχει αρχίσει να ασκείται. Αναγνωρίζει τον ρόλο των υγιεινοδιαιτητικών μέσων στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και υποστηρίζει ότι «δουλεύουν παράλληλα με το φάρμακο και το ενισχύουν». Σύμφωνα με τα λεγόμενά της έχει διαπιστώσει ότι με αυτές τις αλλαγές «κάνεις γενικότερο καλό στην υγεία» και πιθανόν να «γλιτώνεις από άλλα» προβλήματα υγείας.

Έχω ξεκινήσει άσκηση. Και από τότε που μου βρήκαν ότι έχω υπέρταση, δεν τρώω αλάτι και τηγανητά. Βούτυρο δεν χρησιμοποιώ. Σπανίως. «Δουλεύουν» παράλληλα με το φάρμακο, το ενισχύουν. Και κάνεις και γενικότερο καλό στην υγεία, γλιτώνεις από άλλα. [Ζωή]

Με παρόμοιο σκεπτικό και έχοντας προχωρήσει, τόσο ο Ηλίας όσο και η Ξένια σε μία σειρά από αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, αναγνωρίζουν ότι παρόλο που «δεν είναι εύκολο, τα μετράς» και διαπιστώνεις ότι «δεν υπάρχουν πολλές επιλογές».

Συμπερασματικά προκύπτει ότι η σωστή, σφαιρική τήρηση της θεραπείας αποτελεί, ουσιαστικά, ατομική επιλογή.

Και το αλάτι προσέχω και το βάρος μετά τα 50, είμαι 80 κιλά. Και το πιετό, πίνω ελάχιστα. Με παρέα, αλλά θα πιω ένα ποτήρι, δεν θα πιω πέντε. Αν κάτσεις να το σκεφτείς, δεν έχεις πολλές επιλογές. [Ηλίας]

Προσέχω τι τρώμε στο σπίτι πλέον, όχι μόνο για μένα και για τον άντρα μου, γιατί είναι σε περίεργη ηλικία. Όχι πολλά αλάτια, όχι λίπη, προσοχή στα τυριά, πιο πολλές σαλάτες ε, τέτοια πράγματα.. Δεν είναι εύκολο, αλλά τα «μετράς» και έτσι είναι.. [Ξένια]

Η προσαρμογή στις σχετικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι ιδιαίτερα εύκολη όταν ο ασθενής ήδη ακολουθεί έναν τρόπο ζωής συναφή με αυτές. Για τον Φώτη η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης δεν διαφοροποίησε τον τρόπο ζωής του, καθώς όπως υποστηρίζει «πάντα πρόσεχε και περπατούσε πολύ». Ωστόσο, αναρωτιέται πώς να βιώνουν τις αλλαγές αυτές οι ασθενείς που ο τρόπος ζωής τους δεν συνάδει με τις υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες. Αντιλαμβάνεται ότι η θεραπεία πρέπει να είναι «συνολική» και ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, παρά το γεγονός ότι είναι «απλή», δεν αρκεί.

Πάντα πρόσεχα και πάντα περπατούσα πολύ ευτυχώς. Δεν έκανε τη διαφορά η διάγνωση. Δεν ξέρω πως θα ήταν αν έπρεπε να αλλάξω και κάτι άλλο, για αυτούς που πρέπει, ποιος ξέρει. Το φάρμακο είναι απλό, αλλά δεν είναι προφανώς αρκετό. Η θεραπεία πρέπει να είναι συνολική. [Φώτης]

## **2.2. Αυτοκριτική για τη μη επαρκή τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών**

Η τήρηση των μη φαρμακευτικών μέσων φαίνεται να μην έχει την ίδια ευκολία στην εφαρμογή της όσο η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, είναι πολυσύνθετη και πολυπαραγοντική. Οι συμμετέχοντες αυτής της θεματικής ενότητας

αναγνωρίζουν τις «θετικές συνέπειες» της τήρησης των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών στην υγεία, ωστόσο δεν καταφέρνουν να τις τηρούν στον βαθμό που θα επιθυμούσαν με αποτέλεσμα να ασκούν –ακόμα και αυστηρή- κριτική στον εαυτό τους. Ο Γιώργος έχει αλλάξει τον τρόπο ζωής του σε μεγάλο βαθμό μετά τη διάγνωση της υπέρτασης, έχει βελτιώσει τη διατροφή του και ασκείται, ενώ παράλληλα έχει διακόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, κρίνει ότι αυτή, η εκ μέρους του, διαχείριση της κατάστασης, η οποία αντιστοιχεί σε επίπεδο «70-80%», δεν επαρκεί. Όπως αναφέρει, αισθάνεται ότι «δεν κάνει κάτι τρομερό» και χρειάζεται να προσπαθήσει περισσότερο. Η συνέπειά του και η «πειθαρχία» που επιδεικνύει ως προς τις φαρμακευτικές οδηγίες δεν συμβαδίζουν με τη συμπεριφορά τους ως προς τις αντίστοιχες υγιεινοδιαιτητικές και αναγνωρίζει ότι «το φάρμακο είναι η εύκολη πλευρά» της θεραπείας, ενώ η τήρηση των μη φαρμακευτικών οδηγιών, αν και απαραίτητη, χρειάζεται περισσότερη επιμονή.

Προσπαθώ να καλύτερεύσω τη διατροφή μου και κινούμαι, ενώ πριν δεν έκανα κάτι από αυτά. Έχω κόψει το κάπνισμα, βέβαια λίγο κάπνιζα. Ούτε και τώρα κάνω κάτι τρομερό για να είμαι ειλικρινής απλώς έχω αυξήσει την κινητική δραστηριότητα. Κατά 70% - 80% το διαχειρίζομαι καλά το θέμα. Θέλει κι άλλο, θέλει καλύτερη αντιμετώπιση από εμένα. Δηλαδή, περισσότερη κίνηση, λιγότερο φαί. Είμαι πειθαρχημένος ως προς το να παίρνω το φάρμακο, στο θέμα της διατροφής δεν είμαι απόλυτα, δεν συμβαδίζουν. Το φάρμακο, το να το παίρνω είναι η εύκολη πλευρά, η άλλη η πιο επίμονη, την ακολουθώ 70% - 80% ...θα μπορούσε να είναι και καλύτερη... Νομίζω ότι πρέπει να το ακολουθήσω (το θεραπευτικό πλάνο) και είναι καλό γιατί έχει επιπτώσεις με την καλή έννοια στην ποιότητα ζωής. Το θεωρώ απαραίτητο για μένα. Θα έπρεπε εγώ να έχω κάνει περισσότερα και ευελπιστώ στο μέλλον να το κάνω. [Γιώργος]

Η Έλλη, επίσης, ασκεί αυτοκριτική, ενώ θεωρεί την από πλευράς της διακοπή του καπνίσματος: «όχι και κάτι σπουδαίο». Αισθάνεται ότι δεν προσέχει τον εαυτό της «όσο θα έπρεπε» και δείχνει να επιβεβαιώνεται παραθέτοντας τις συμβουλές του

καρδιολόγου της, ο οποίος της συνιστά να «χάσει βάρος». Φαίνεται να βρίσκεται στη μέση μίας δύσκολης κατάστασης, με το δίλημμα μεταξύ του «πρέπει» και του - ανασταλτικού για την αλλαγή - «αλλά». Αντιλαμβάνεται ότι οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές είναι μεν απαραίτητες, αλλά συνάμα και πολύ δύσκολες, καθώς το καθιστικό στυλ εργασίας της δεν τη διευκολύνει. Καταλήγει στη ρητορική- μάλλον- ερώτηση «πώς να αλλάξεις τη ζωή σου».

Κάπνιζα στο παρελθόν, το έκοψα, αλλά αυτό δεν είναι κάτι σπουδαίο. Γενικότερα δεν με προσέχω όσο θα έπρεπε. Και ο καρδιολόγος μου λέει ότι θα βοηθούσε αν έχανα βάρος, αλλά είναι δύσκολο στην πράξη. Δεν βοηθάει ότι και η δουλειά μου είναι καθιστική. Είναι πολύ δύσκολο.. Πώς να αλλάξεις την ζωή σου;; Το ξέρω ότι πρέπει αλλά..υπάρχει «αλλά».. Τα φάρμακα, είναι το μόνο που κάνω σωστά. Τα ξέρω, είμαι πολύ τακτική σε αυτά, το μόνο που κάνω.. Στα άλλα είμαι γαϊδούρι. Ο γιατρός ξέρει ποιο είναι το καλό μου, εγώ δεν το κάνω συνήθως, είμαι λίγο..όμως τα φάρμακα τα παίρνω. [Έλλη]

Όμοια, στον λόγο της Άννας κυριαρχεί η ίδια ένταση, λόγω της εσωτερικής της διαμάχης αφενός ανάμεσα στο «πρέπει» και το «δίκιο του ιατρού» και αφετέρου στο «αλλά δεν τα καταφέρνω».

Ε, με το φαγητό μπορεί να κάνω κάποια ατασθαλία, με το αλάτι που και που. Αλλά το λέει και ο γιατρός, πρέπει να το προσέχω. Το ξέρω ότι έχει δίκιο, πρέπει, αλλά δεν τα καταφέρνω. Περπατάω, όχι πολύ να κάνω χιλιόμετρα, αλλά στη γειτονιά μου ναι, τις εξωτερικές δουλειές. [Άννα]

Η Ίριδα εκφράζει, με ιδιαίτερα έντονο τρόπο, τις ενοχές της για τις αλλαγές που θα ήθελε να επιφέρει στη ζωή της, αλλά δεν μπορεί γιατί όπως αναφέρει «δεν είναι πειθαρχημένη» και δεν μπορεί να μπει σε «πρόγραμμα. Χρησιμοποιεί φράσεις όπως «είναι επιβεβαιωμένο», «δεν έχω την ικανότητα». Αναλογίζεται όλα αυτά που θα ήθελε να αλλάξει στη ζωή της, αλλά δεν έχει την «ικανότητα», ακόμα και τις δραστηριότητες του παρελθόντος, όπως είναι ο αθλητισμός που «παράτησε». Οι αλλαγές, τις οποίες αναφέρει ότι απαιτούνται αλλά δεν μπορεί να εφαρμόσει - το

κάπνισμα, η διατροφή, το βάρος - πιθανόν να αντικατοπτρίζουν ένα κομμάτι της πραγματικότητας, ωστόσο ο τρόπος που βιώνει και εκφράζει αυτή της την ανεπάρκεια, φαίνεται να διακατέχεται από έναν υψηλό βαθμό αυστηρότητας. Παράλληλα, η εκφραζόμενη αυτομομφή και το παράπονο, φαίνεται ότι δεν μπορούν να αποτελέσουν κίνητρο για αλλαγές, καθώς η ίδια θεωρεί ότι «μεγαλώνοντας οι δυνάμεις δεν είναι ίδιες».

Στη διατροφή έχω κάνει κάποιες αλλαγές, δηλαδή δεν τρώω τα τηγανητά που έτρωγα, δεν τρώω αρνί που μου άρεσε, αυτά.. Βλέπω ότι δεν είναι δυνατόν, δεν μπορώ να τηρήσω ένα πλάνο. Τα κιλά που πρέπει να χάσω δεν μπορώ. Κάπνιζα πολλά χρόνια, τώρα το λες και πιο ελεγχόμενο το κάπνισμα αλλά δεν μπορώ να το κόψω. Θα ήθελα να γυμνάζομαι περισσότερο, να είχα χάσει τα κιλά που έπρεπε, που ξέρω πάρα πολύ καλά ότι εάν έχανα 15 κιλά δεν θα είχα αυτό το πρόβλημα, μου το έχουν πει, είναι επιβεβαιωμένο, το πιστεύω αυτό που μου λέει ο γιατρός ότι «δεν θα είχες 40 χρονών πίεση με 15 κιλά λιγότερα». Αν δεν είχα παρατήσει τον αθλητισμό που έκανα... Δεν είμαι πειθαρχημένη, δεν μπορώ να μπω σε πρόγραμμα.. Ναι, νομίζω δεν έχω τέτοια ικανότητα ώστε να μπορέσω να το εξελίξω για μένα, να το πάω στο καλύτερο, δεν το βλέπω αυτό... Γιατί τώρα πια είναι οι συνθήκες, μεγαλώνοντας οι δυνάμεις δεν είναι ίδιες..δεν είμαι αυστηρή είναι θέμα συνειδητότητας. [Τριδα]

### **2.3. Μερική δικαιολόγηση εαυτού- Η μη σωστή τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών ως συνέπεια ψυχοπιεστικών καταστάσεων**

Όμοια με παραπάνω, στο συγκεκριμένο υπο-θέμα, τόσο η ανάγκη τήρησης των μη φαρμακευτικών οδηγιών όσο και οι μη επαρκείς χειρισμοί των ασθενών αναγνωρίζονται, ωστόσο η ένταση που προκύπτει από αυτή τη γνωστική ασυμφωνία φαίνεται να μειώνεται, καθώς η μη υιοθέτηση των οδηγιών αυτών συνδέεται και δικαιολογείται σε ένα βαθμό κυρίως από την ύπαρξη ψυχοπιεστικών καταστάσεων. Η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής δεν αποτελεί πρόβλημα για τη Θεοδώρα, η οποία παραδέχεται όμως ότι δεν μπορεί να τηρήσει τις υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες

παρότι το επιθυμεί. Το αποδίδει στο άγχος της, το οποίο όπως λέει χαρακτηριστικά «την ρημάζει», με αποτέλεσμα να καταλήγει να εγκαταλείπει οποιαδήποτε προσπάθειά της και να «πέφτει στο φαγητό». Φαίνεται ότι δεν μπορεί να διαχειριστεί εξωγενείς καταστάσεις, όπως οικονομικά προβλήματα και ζητήματα με το παιδί της, χρησιμοποιώντας το φαγητό ως «αγχολυτικό». Παράλληλα και ενώ κατά τα λεγόμενά της θα ήθελε να προσέχει την διατροφή της και να μειώσει το αλάτι, όπως την έχει συμβουλέψει και ο ιατρός της, δικαιολογεί τον εαυτό της λέγοντας ότι δεν μπορεί γιατί το φαγητό θα είναι «άνοστο».

Τα φάρμακα τα κουβαλάω όπου και αν πάω. Τα άλλα όμως.. Ενώ θα μπορούσα να κάνω κάτι.. Είναι το άγχος μου, με αυτό συνδέεται, είναι αυτό που με ρημάζει, για οτιδήποτε, ειδικά αν είναι οικονομικό εκεί είναι που περιπλέκονται περισσότερο τα πράγματα ή αν είναι για το παιδί μου που είναι μακριά, αν μάθω κάτι εγώ θα πέσω στο φαγητό...θα ξεχάσω ότι είναι σημαντικό...Προσπαθώ να μειώσω το αλάτι αλλά δεν το καταφέρνω. Ο γιατρός μου είπε: «μη σου πω και καθόλου». Δεν μπορώ να το φάω έτσι το φαγητό, άνοστο... Τσως αν το πρόσεχα καλύτερα ίσως ήμουν σε πιο καλή... Δεν ήμουν και έτσι, έχω πάρει κιλά και αυτό είναι επιβαρυντικό! Το καταλαβαίνω, όλα τα καταλαβαίνω, είναι αγχωτικό. Το κακό το δικό μου είναι ότι πέφτω στο φαγητό. [Θεοδώρα]

Για τον Δημήτρη, το χάπι – το οποίο λαμβάνει επειδή του το υπενθυμίζει η νοσηλεύτρια σύζυγος – είναι «εύκολο». Αντίθετα, η τήρηση των μη φαρμακευτικών μέσων «είναι άκρως κουραστική». Φαίνεται να έχει φτάσει στα όριά του και το γεγονός ότι η ανάγκη σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών θα διαρκούσε χρόνια, αναγκάζοντάς τον σε «στερήσεις», ήταν κάτι πέραν των αντοχών του. Δείχνει να μην αναγνωρίζει τις ευθύνες του και να τις μεταθέτει στις γενικότερες συνθήκες, οι οποίες επικρατούν στη ζωή του (όπως προβλήματα οικονομικά και εργασιακά) και που του την έχουν ανατρέψει.

Το χάπι είναι εύκολο, όλο το υπόλοιπο είναι άκρως κουραστικό. Τα ζύγιζα τα υπέρ και τα κατά μέχρι ένα σημείο, μέχρι εκεί που έγινε πιο κουραστικό το

θέμα. Με κούρασε το ότι θα τραβούσε χρόνια το ίδιο θέμα και δεν μπορούσα να κάνω άλλες στερήσεις. Και όλο αυτό μαζί με τη γενικότερη αυτή.. (κατάσταση) μου έχει δημιουργήσει, μου έχει ανατρέψει όλη μου τη ζωή. Η σύζυγος προσπαθεί με το ζόρι. [Δημήτρης]

#### 2.4. Εστίαση στο φάρμακο

Παρά τις συστάσεις των ιατρών τους, κάποιοι από τους συμμετέχοντες, δεν προσπαθούν καθόλου να αλλάξουν τις συνήθειές τους και θεωρούν ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αρκεί για να ελέγξουν την αρτηριακή υπέρταση και να διατηρήσουν την υγεία τους. Η Καλλιόπη παραδέχεται, χωρίς δισταγμό, ότι «δεν έχει αλλάξει τις συνήθειές της». Αυτό συμβαίνει, σύμφωνα με την ίδια, επειδή λαμβάνοντας «το χάπι η πίεση δεν ανεβαίνει ποτέ». Έτσι η ίδια μπορεί να απολαμβάνει «το μεζεδάκι της χωρίς φόβο». Είναι πεπεισμένη ότι το φάρμακο την καλύπτει και έχει ως –αντικειμενική- απόδειξη τις μετρήσεις που παρέχει το πιεσόμετρο. Ο ιατρός της βέβαια «φωνάζει», αλλά «οι ιατροί πάντα έτσι κάνουν», προσπερνώντας με αυτή τη γενίκευση, τις συστάσεις του ιατρού για διατροφικές αλλαγές.

Δεν έχω αλλάξει τις συνήθειες μου καθόλου! Παίρνω το χάπι και δεν χρειάζεται να σκεφτώ άλλα πράγματα, με καλύπτει το βλέπω, η πίεση δεν ανεβαίνει ποτέ τώρα πια. Μην σου πω ότι είναι και χαμηλή. Τρώω το μεζεδάκι μου, που λέει ο λόγος, χωρίς φόβο... Ο γιατρός μου «φωνάζει», αλλά οι γιατροί πάντα έτσι κάνουν. Προτιμώ να μην φάω καθόλου τυρί παρά αυτό το άνοστο χωρίς λιπαρά.. Και το μαύρο ψωμί είναι σαν να τρως άχυρο.  
[Καλλιόπη]

Με παρόμοιο σκεπτικό, η Ρένα δηλώνει ότι δεν έχει προχωρήσει σε υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές γιατί «δεν τις έχει βάλει με το μυαλό της». Ωστόσο, συνεχίζει λέγοντας ότι η μη τήρηση των εν λόγω οδηγιών δεν επιφέρει «συνέπειες», σε αντίθεση με τη μη πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Δείχνει, από τα



λεγόμενά της, να θεωρεί και αυτή ότι το φάρμακο έχει τον βασικό ρόλο στον έλεγχο της υπέρτασης.

Δεν θα έλεγα ότι έχω κάνει (αλλαγές). Το φαγητό παραμένει το ίδιο.. Ούτε στο κάπνισμα.. μόνο που φωνάζει ο γιατρός. Δεν ξέρω.. Δεν το έχω βάλει μάλλον στο μυαλό μου. Στα φάρμακα είμαι συνεπής γιατί υπάρχουν οι συνέπειες, στα άλλα και στο τσιγάρο δεν είμαι όμως γιατί για την ώρα, δεν έχουν (συνέπειες).. [Ρένα]

Είναι σημαντικό να ενισχύονται συμπεριφορές υγείας και οι ασθενείς να κατανοούν τους μηχανισμούς πίσω από την προστατευτική τους επίδραση. Η Λυδία παραδέχεται ότι όταν είχε αρχικά διαγνωστεί με αρτηριακή υπέρταση, τηρούσε τόσο τις φαρμακευτικές, όσο και τις μη φαρμακευτικές οδηγίες, κυρίως λόγω φόβου. Ωστόσο, διαπιστώνοντας ότι η «πίεσή της είναι σε καλά επίπεδα με την αγωγή» επέστρεψε, σε μεγάλο βαθμό, στις παλιές της συνήθειες υποστηρίζοντας έτσι ότι δεν απαιτείται να υιοθετήσει πλήρως την προτεινόμενη διαιτητική αγωγή. Πιθανόν να αισθάνεται ότι δεν υφίσταται λόγος για περιττές και απαιτητικές τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής της.

Το αλάτι το είχα περιορίσει όταν έμαθα για αυτό (την υπέρταση) και άρχισα το χάπι. Τότε τα «χρειάστηκα». Τώρα όχι πάλι, τώρα τρώω κανονικά, γιατί βλέπω ότι η πίεση μου είναι σε καλά επίπεδα με την αγωγή. Το έχω λιγοστέψει σε σχέση με παλιότερα βέβαια αλλά όχι όπως στην αρχή. [Λυδία]

## **Γ. ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ- ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑΣ**

Η μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η αλλαγή του τρόπου ζωής με την τήρηση υγεινοδιαιτητικών οδηγιών, υπενθυμίζουν στους συμμετέχοντες ότι πάσχουν από μία χρόνια –αν και ασυμπτωματική- νόσο. Απαιτείται να «προσέχουν»

για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, πιθανόν για πάντα, μία κατάσταση της οποίας συμπτώματα δεν αισθάνονται και κυρίως να αποφύγουν τις όποιες πιθανές ιατρικές επιπλοκές που «καραδοκούν». Δεν είναι εύκολο να προσαρμοστούν σε αυτή τη νέα πραγματικότητα, ενώ η ανάγκη για μακροχρόνια τήρηση της θεραπείας δεν καθίσταται πάντα αποδεκτή, ιδιαίτερα δε όταν πρέπει να υπομένουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν.

## **1. Σκέψεις για τη θεραπεία και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής**

Οι συνεντευξιαζόμενοι διαχειρίζονται με διαφορετικό τρόπο την ανάγκη για μακροχρόνια τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, άλλοι αποδεχόμενοι ότι είναι απαραίτητο να τις ακολουθούν υποστηρίζοντας ότι κάποια στιγμή τις «συνηθίζουν» και άλλοι εκφράζοντας δυσκολία στο να αποδεχτούν τις αλλαγές στη ζωή τους.

### **1.1. Η τήρησης της θεραπείας: απαραίτητη και «θέμα συνήθειας»**

Η έναρξη θεραπείας και οι αλλαγές που αυτή έχει επιφέρει στον τρόπο ζωής τους, έχουν γίνει αποδεκτές - είτε εξαρχής, είτε μετά από κάποια μορφής δοκιμή και διαπραγμάτευση - για ένα μέρος των συνεντευξιαζόμενων, οι οποίοι διαπιστώνοντας την ανάγκη σωστής τήρησης των θεραπευτικών μέσων έχουν προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Συγκλονιστικός είναι ο χαρακτηρισμός που χρησιμοποιεί η Μαρία για τα φάρμακα, τα οποία για αυτή είναι «η ζωή της». Έχει αναφέρει πως φοβάται ότι αν δεν τα λαμβάνει με συνέπεια, είναι πιθανό να εμφανίσει συμπτωματολογία και να απαιτηθεί να νοσηλευτεί. Τα φάρμακα είναι, κατ' αυτήν, το μέσο για να διατηρεί την υγεία της και την ίδια της τη ζωή. Θεωρεί πολύ σημαντικό να τηρεί τις θεραπευτικές οδηγίες και είναι κάτι που «έχει πάρει σοβαρά». Άλλαξε τον τρόπο ζωής της και αυτό

δεν την απασχολεί αρνητικά, όπως άλλους ανθρώπους που η δέσμευση στη φαρμακευτική αγωγή τους «θυμώνει». Ωστόσο, φαίνεται ότι η λήψη των φαρμάκων την δυσκόλεψε σε έναν βαθμό, γιατί όπως παραδέχεται ανησυχούσε μήπως «τα ανακατέψει», κάθε φορά που γινόταν κάποια αλλαγή από τον ιατρό της.

Το έχω πάρει σοβαρά, ότι πρέπει να παίρνω τα χάπια. Είναι άνθρωποι που θυμώνουν, εγώ όχι! Τα φάρμακα είναι η ζωή μου! Ανησυχώ όταν (ο γιατρός) μου αλλάζει τα φάρμακα. Φοβάμαι μήπως τα ανακατέψω, αλλά τώρα τα έμαθα. [Μαρία]

Παρόμοια είναι και η στάση της Πηνελόπης απέναντι στις αλλαγές που προκαλεί η διάγνωση της υπέρτασης. Η ίδια δηλώνει ότι ακόμα και να «στερηθεί δεν την πειράζει», καθώς το σημαντικότερο είναι να κάνει αυτό που «πρέπει», αυτό που για τον οργανισμό της είναι το πιο αποτελεσματικό, κάτι που φαίνεται ανέκαθεν να επέλεγε. Υποστηρίζει ότι «δεν γίνεται αλλιώς», χωρίς παράλληλα να δύναται να κατανοήσει το σκεπτικό των ανθρώπων που δεν τηρούν τις θεραπευτικές οδηγίες. Ωστόσο, δεν δέχεται να τηρεί παθητική στάση ως προς την υγεία της, αλλά έχει την «περιέργεια» να μαθαίνει για την κατάστασή της, έτσι ώστε να μπορεί να βελτιώνεται, ρωτώντας τόσο τον ιατρό της όσο και τη φαρμακοποιό.

Κάνω ό,τι είναι απαραίτητο. Δεν γίνεται αλλιώς. Δεν μπορώ να εξηγήσω γιατί άλλοι άνθρωποι δεν ακούν τον γιατρό τους. Ρωτάω τον γιατρό και την φαρμακοποιό αλλά ψάχνω και μόνη μου. Προσπαθώ κι εγώ δηλαδή, η ανθρώπινη περιέργεια. (..) Ό,τι πρέπει το κάνω, μπορώ να στερηθώ αν πρέπει και δεν με πειράζει καθόλου. Είναι αυτό που πιστεύω. (..) Θέλω να κάνω αυτό που πρέπει γιατί αυτό είναι καλό για εμένα. Πάντα διάλεγα να κάνω αυτό που μου προσφέρει εμένα. Πιστεύω ότι ο καθένας πρέπει να το πάρει απόφαση ότι αυτό που κάνει το κάνει γιατί είναι το σωστό. [Πηνελόπη]

Η Ζωή αρχικά προσπάθησε να ελέγξει την αρτηριακή της πίεση χωρίς τη λήψη φαρμάκων, ωστόσο διαπίστωσε ότι αυτό δεν ήταν εφικτό μόνο με μη φαρμακευτικά μέσα. Έτσι, μετά αυτή τη «δοκιμή», άρχισε να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, βρίσκοντας τους κατάλληλους τρόπους (όπως ειδικό κουτί για

φάρμακα), ώστε να μην την ξεχνά. Παραδέχεται ότι η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών της είχε προξενήσει δυσκολίες στην αρχή, αλλά φαίνεται ότι πλέον πρόκειται για μία συνήθεια που δεν την «κουράζει» και την έχει αποδεχτεί ως κομμάτι της καθημερινότητάς της. Η ενεργητική στάση ορισμένων ασθενών αναδύεται μέσα από τη συγκεκριμένη περίπτωση, καθώς η αποδοχή της θεραπείας επήλθε μετά από διαπραγμάτευση, δοκιμή και διαπίστωση της αναγκαιότητας αυτής.

Δεν με έχει κουράσει (η τήρηση των οδηγιών), ίσως στην αρχή. Όταν ξεκινάς από το τίποτα να πάρεις ένα φάρμακο δεν είναι σίγουρο ότι θα θυμηθείς να το πάρεις και έλεγα «θα γίνει χωρίς φάρμακα θα προσπαθήσω», αλλά τίποτα, πρέπει να το πάρεις τελικά. Έβλεπα ότι με το να μην φας το ένα...- και το αλάτι κομμένο το είχα- δεν έβλεπα διαφορά.. γι αυτό τα έβαζα πάνω στο τραπέζι για να μην τα ξεχνάω και τα έπαιρνα, ακόμα το κάνω, έχω πάρει κουτάκι ειδικό που το έχω πάνω στο τραπέζι της κουζίνας. [Ζωή]

Η Ρένα φαίνεται επίσης να δυσκολεύτηκε, όταν ο ιατρός της συνταγογράφησε αντι-υπερτασική αγωγή. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει της «κακοφάνηκε» ότι θα έπρεπε να λαμβάνει αγωγή για «όλη τη ζωή της», ωστόσο με την πάροδο του χρόνου το «συνήθισε». Ενδεχομένως, η αρχική δυσκολία της στην αποδοχή των αλλαγών που επέφερε η αρτηριακή υπέρταση και οι σχετικές θεραπευτικές οδηγίες, να ήταν εξαιτίας του ότι και η μητέρα της έπασχε από υπέρταση και είχε υποστεί εγκεφαλικό. Η δική της διάγνωση πιθανόν να της «ξύπνησε» άσχημες αναμνήσεις, καθώς είχε βιώσει από πολύ κοντά το πως η υπέρταση μπορεί να καταλήξει σε επικίνδυνες ιατρικές επιπλοκές.

Συνήθεια είναι, απλά είναι κάθε μέρα το πρωί στο συγκεκριμένο σημείο αυτό (το χάπι). Στην αρχή μου κακοφάνηκε ότι ήταν για όλη μου τη ζωή, τώρα έχουν περάσει τόσα χρόνια και το έχω συνηθίσει. Είχα φοβηθεί πολύ λόγω της μητέρας μου, αλλά μετά όταν άρχισα να παίρνω το χάπι και ήταν όλα καλά, το έχω ξεχάσει πια. Είναι κανονική και η πίεση δεν ανεβαίνει πια και από τότε δεν ανησυχώ. [Ρένα]

Η σκέψη του «για πάντα» που συνοδεύει την αντι-υπερτασική αγωγή ήταν λόγος προβληματισμού και για την Ξένια. Ωστόσο, φαίνεται, έστω και συγκαταβατικά, να αποδέχεται ότι πρόκειται για κάτι που «πρέπει να μπει στο πρόγραμμα». Διαπιστώνει, επιπλέον, ότι η αρτηριακή υπέρταση και η φροντίδα που απαιτείται για τη ρύθμιση αυτής, δεν είναι «κάτι τρομερό» όταν άλλοι άνθρωποι έχουν «σοβαρά προβλήματα». Με αυτόν τον τρόπο συλλογιζόμενη τα αρνητικά (αγωγή «για πάντα») και θετικά («άλλοι έχουν σοβαρά προβλήματα») που προκύπτουν από τη διάγνωση της συγκεκριμένης κατάστασης υγείας, καταλήγει στο να την αποδεχθεί ως μέρος της ζωής της.

Είναι ακόμα κάτι που πρέπει να μπει στο πρόγραμμα. Είμαι φορτωμένη με ένα σωρό, ε άλλο ένα.. Εντάξει τώρα που τα λέμε δεν είναι κάτι τρομερό, άλλοι έχουν σοβαρά προβλήματα και εγώ..αλλά εντάξει. Αυτό, το καθημερινό, το «για πάντα», όταν το σκέφτεσαι σε ρίχνει. Αλλά είναι θέμα συνήθειας.  
[Ξένια]

Παρόμοιος ήταν ο αρχικός προβληματισμός και τα συναισθήματα του Φώτη, που «δεν του άρεσε» το ότι άρχισε να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή σε νεαρή ηλικία. Η διάγνωση μίας χρόνιας νόσου δεν καθίσταται εύκολα αποδεκτή, πόσω μάλλον όταν εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία κατά την οποία το άτομο αισθάνεται άτρωτο και δεν αντιλαμβάνεται τη φυσική φθορά του σώματος, όπως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε αυτό συνέβαλε και το γεγονός ότι ο δίδυμος αδερφός του δεν εμφάνισε το ίδιο πρόβλημα υγείας. Πιθανόν να είχαν συνηθίσει να μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά μέχρι που στον Φώτη εκδηλώθηκε αρτηριακή υπέρταση και έτσι ενδεχομένως κατέληξε να είναι ο πιο «αδύναμος» αδερφός. Ωστόσο, όπως σημειώνει ο ίδιος, όσον αφορά στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, πλέον «το παλεύει καλά και όσο περνάει ο καιρός είναι πιο εύκολο». Επιπρόσθετα, υποστηρίζει ότι «δεν τον πειράζει όσα χρόνια και να χρειαστεί να λαμβάνει την αγωγή», εφόσον αυτή συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας του.

Ξεκίνησα νέος (τα φάρμακα). Από ψυχολογικής άποψης μου είχε κακοφανεί, δεν μου άρεσε. Εντωμεταξύ τυγχάνω και δίδυμος και ο δίδυμος αδερφός μου δεν παίρνει, και γι' αυτό το χάπι με είχε ρίξει λίγο ψυχολογικά στην αρχή. Όταν διαγνώστηκα, ξεκίνησα να παίρνω ένα χάπι και τώρα εδώ και ένα χρόνο παίρνω δύο. Και η πίεση δεν ήταν τόσο υψηλή ώστε να με φοβίζει, απλά λόγω της ηλικίας, του παρουσιαστικού μου, του μη κληρονομικού ιστορικού μου είπε ο γιατρός ότι καλύτερα να μην το αφήσουμε έτσι, «να πάρεις κάτι». Ε, το παλεύω καλά πιστεύω όμως, όσο περνάει ο καιρός είναι πιο εύκολο. Δεν με πειράζει όσο καιρό και να χρειαστεί (να τα παίρνω). Μακάρι να μας χαρίσει χρόνια ο μεγαλοδύναμος για να παίρνουμε! [Φώτης]

Η διάγνωση με αρτηριακή υπέρταση και η απαιτούμενη μακροχρόνια θεραπεία μπορούν να γίνουν αντιληπτές από καθόλου έως πολύ ψυχοπιεστικές, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία και τα βιώματα του ατόμου. Ο Ηλίας δεν δυσκολεύτηκε σχετικά με την αποδοχή και προσαρμογή στις νέες συνθήκες, λόγω των θεραπευτικών οδηγιών, όχι μόνο επειδή θεωρεί ότι οι άνθρωποι πρέπει να πράττουν όσα είναι απαραίτητα για να διατηρήσουν την υγεία τους, αλλά επειδή οι δυσκολίες που βίωσε δίπλα στον αδερφό του, που έπασχε από καρκίνο, είχαν ως αποτέλεσμα να αποκτήσει μία διαφορετική οπτική. Έτσι, σε σύγκριση με τις εξαντλητικές θεραπείες στις οποίες υποβαλλόταν ο αδερφός του, διαπιστώνει ότι οι αλλαγές που ο ίδιος απαιτείται να εντάξει στη ζωή του, είναι «αστείες». Η υγεία, είναι πολύτιμο αγαθό για τον Φώτη, ο οποίος κατέληξε σε αυτή τη διαπίστωση με επώδυνο τρόπο και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει «ό,τι χρειάζεται για την υγεία το κάνεις, γιατί αν σου φύγει δεν γυρίζει»

Όταν έχεις βιώσει μέσα στο σπίτι σου τέτοια προβλήματα (ο αδερφός μου έπασχε από καρκίνο), θεραπείες και θεραπείες, να τον βλέπεις τον άνθρωπό σου να λιώνει και να μην βγάζει πουθενά, όλο αυτό (οι θεραπείες) να μην βοηθάει, να καταλήγει... Ένα χάπι και κάποιες λογικές αλλαγές στο φαγητό ας πούμε σου φαίνονται αστείες. Ό,τι χρειάζεται για την υγεία το κάνεις, γιατί αν σου φύγει δεν γυρίζει. [Ηλίας]

## 1.2. Δυσκολία στην αποδοχή της μακροχρόνιας τήρησης της θεραπείας και αμφιθυμία ως προς την αλλαγή καθημερινότητας.

Είναι γεγονός ότι η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης συνοδεύεται από μία σειρά αλλαγών, στις οποίες χρειάζεται να προσαρμοστούν οι ασθενείς, ωστόσο αρκετοί δεν δύνανται με ευκολία να διαχειριστούν την ιδέα ότι θα πρέπει να αλλάξει η ζωή τους. Παρότι γνωρίζουν τη σημασία αυτής της αποδοχής για την υγεία τους, πολλές φορές βιώνουν αντιφατικά συγκρουόμενες σκέψεις και αμφιθυμικά συναισθήματα. Η Ίριδα, παρόλο που όταν αναλογίζεται τις αλλαγές που χρειάζεται να κάνει, θεωρεί αυτές «λογικές», δεν μπορεί να αποδεχθεί ότι θα πρέπει να λαμβάνει φάρμακα μακροχρόνια. Επιπρόσθετα, το ότι χρειάζεται να εντάξει αυτές τις αλλαγές στη ζωή της στην ηλικία που βρίσκεται, θεωρεί ότι είναι κάτι που την δυσκολεύει, γιατί ενδεχομένως να έχει συνδυάσει τα προβλήματα υγείας και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής με μεγαλύτερες ηλικίες. Συγκεκριμένα, αισθάνεται ότι αυτή η κατάσταση την «περιορίζει» και την «πιέζει», ενώ παραδέχεται ότι πράττει το «απολύτως λιγότερο» για την υγεία της.

Δεν το έχω αποδεχτεί ότι θα πρέπει να τα παίρνω μακροχρόνια (τα φάρμακα). Δεν είναι ότι δεν το βρίσκω λογικό, είναι ότι δεν το έχω αποδεχτεί ότι σε τέτοια ηλικία (είναι 43 ετών).. Δεν μπορώ να περιορίζομαι και να πιέζομαι και αυτό δεν το έχω αποδεχτεί. Στο θέμα της υγείας κάνω το απολύτως λιγότερο (...)[Ίριδα]

Όμοια, είναι φανερό ότι ο Δημήτρης είναι εξαιρετικά πεισμένος στη σκέψη ότι «θα πρέπει να είναι έτσι η ζωή του», να συνεχίσει δηλαδή να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και να τηρεί κάποιες υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες. Δείχνει να έχει φτάσει στα όρια της υπομονής του και να μην αντέχει τις συστάσεις που του γίνονται. Δεν δέχεται να του υποδεικνύουν πως θα ζήσει τη ζωή του, δεν θέλει να του επιβάλλουν άλλα «πρέπει», ενώ φαίνεται να πιστεύει ότι «αυτή δεν είναι ζωή», ότι

δηλαδή αναγκαζόμενος να ακολουθεί τις θεραπευτικές οδηγίες, η ποιότητα ζωής του μειώνεται.

Με ενοχλεί απίστευτα η σκέψη ότι θα πρέπει να είναι έτσι η ζωή μου, με ενοχλεί η ρουτίνα, τα «κάνε» αυτό και «κάνε» εκείνο, τα «πρέπει» για το καλό σου, για το καλό των δικών σου και όλα αυτά. Τι καλό μου λένε, ζωή είναι αυτή; Κουράστηκα πια, κου-ρά-στη-κα, όλη μας η ζωή γυρνάει γύρω από ένα πρέπει. [Δημήτρης]

Για τον Γιώργο η τήρηση της αγωγής, καθώς και οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές είναι απαραίτητες. Παραδέχεται ότι δεν έχει προβεί στις απαραίτητες αλλαγές και «ευελπιστεί» να το επιτύχει. Ωστόσο, αναφέρεται στο «μέλλον» και παραθέτει πολλά προβλήματα στην πορεία προς τις διατροφικές αλλαγές που σημειώνει ότι επιθυμεί, όπως είναι οι υποχρεώσεις και το άγχος του για εργασιακά ζητήματα. Υποστηρίζει ότι τον εμποδίζουν να είναι «συνεπής στο θέμα της διατροφής» και δηλώνει ότι «ένας τέτοιος στόχος δεν είναι εφικτός», εφόσον δεν διευθετηθούν πρώτα άλλα θέματα της ζωής του. Φαίνεται, ότι ίσως να αναζητά λόγους για να αναβάλλει τη δέσμευσή του ως προς τις απαιτούμενες υποχρεώσεις που απορρέουν από τη θεραπεία του.

Θα έπρεπε εγώ να έχω κάνει περισσότερα και ευελπιστώ στο μέλλον να τα κάνω. Απλώς αυτό, δεν ξέρω αν παίζει ρόλο η ψυχολογία, είναι ότι είμαι τώρα σε μια φάση μεταβατική, δηλαδή φεύγω από [παρούσα εργασία] και προσπαθώ, να αλλάξω στίβο να το πω έτσι, να μπω στον ιδιωτικό τομέα. Και γενικώς σε άλλο στίβο εργασιακό και αυτό λίγο με την μετάβαση αυτή μου δημιουργεί κάποιο στρες από πλευρά υπευθυνότητας και γενικά μελλοντικής πορείας έτσι, από αυτή την άποψη, έχω μια ψυχολογική, πιστεύω ότι θεωρητικά πάντα, αν δεν το είχα αυτό, θεωρητικά που για μένα είναι πάντα πληροφορία του εγκεφάλου, θα ήμουν πιο συνεπής στο θέμα της διατροφής πάντα μιλάω. Σε αυτή τη φάση της ζωής μου, όμως δεν νομίζω ότι κάτι τέτοιο, ένας τέτοιος στόχος θα ήταν εφικτός. [Γιώργος]

Η Έλλη αναφέρει ότι «είναι πιο εύκολο να αφήνεται». Είναι δύσκολο να προχωρήσει στις διατροφικές αλλαγές που απαιτούνται και να απολέσει κάποια από



τα περιττά κιλά. Το αποδίδει στην ψυχολογία της που δεν της επιτρέπει τη δυνατότητα να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της καθημερινότητας.

Θα ήθελα να αλλάξω κάποια πράγματα. Να χάσω κιλά, αλλά μου είναι δύσκολο και δεν ξέρω αν θα τα καταφέρω. Τι να πω, από τον ίδιο μας τον εαυτό εξαρτάται, δεν το συζητάμε. Είναι πιο εύκολο να αφήνεσαι. Τον πρώτο ρόλο τον παίζει η ψυχολογία. Από εκεί ξεκινάνε όλα. [Έλλη]

Δυσκολίες στην αποδοχή της ανάγκης μακροχρόνιας θεραπείας φαίνεται ότι βιώνει και η Θεοδώρα, η οποία εύχεται να «υπήρχε τρόπος» τέτοιος ώστε να σταματήσει να λαμβάνει φάρμακα, ενώ παράλληλα αναζητά πιθανές λύσεις για «διέξοδο» από αυτή τη δέσμευση. Προσπαθεί να εφαρμόζει εναλλακτικούς τρόπους για να ρυθμίσει την αρτηριακή πίεση, καταναλώνοντας χυμό λεμονιού και σκόρδο. Σκέφτεται την περίπτωση μίας γνωστής της, η οποία δεν λαμβάνει φάρμακα, αλλά αντίθετα «καταπολεμά» την υπέρταση με λεμόνι, σκόρδο και αποχή από το αλάτι. Φαίνεται, ότι αυτή η περίπτωση την έχει εντυπωσιάσει και θα επιθυμούσε και η ίδια να μπορούσε να ρυθμίσει την υπέρτασή της με παρόμοιο τρόπο, έτσι ώστε να μην απαιτείται η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Αναφέρεται όμως και στην περίπτωση ενός νεαρού συναδέλφου της, ο οποίος διεγνώσθη με υπέρταση σε νεαρή ηλικία, καταλήγοντας στο ότι θα πρέπει να ιδιαίτερα προσεκτική. Η Θεοδώρα έχει ανάμεικτες σκέψεις και συναισθήματα ως προς την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών. Αφενός εύχεται να μην χρειαζόταν να τις ακολουθεί, αναφέροντας ως παράδειγμα γηραιά κυρία, η οποία πέτυχε να κάνει ακριβώς αυτό με εναλλακτικές μεθόδους και αφετέρου αισθάνεται ίσως ένα βαθμό ανακούφισης για την κατάστασή της, αναλογιζόμενη την περίπτωση του νεαρού υπερτασικού.

Κάποια φορά λέω ρε παιδί μου -γιατί είχα πάρει και τη μετρούσα (την πίεση)- και λέω αφού δεν έχω γιατί να συνεχίζω να παίρνω φάρμακα, αλλά άπαξ και πιστοποιηθεί ότι έχεις πίεση πάει.. Εγώ, το προσπαθώ από φόβο όμως, αυτό είναι το κυριότερο, να υπήρχε τρόπος να μην τα πάρω... όπως και κάθε

άνθρωπος.. Έχουμε στην δουλειά ένα παιδί που είναι 28 ετών και από 26 είναι υπερτασικό.. φαντάσου τώρα αυτό το παιδί ας πούμε.. Οπότε εντάξει από μια ηλικία και μετά..αλλά να βλέπεις τα νιάτα να παίρνουν χαπάκι, πόσο μάλλον εγώ που πρέπει να προσέξω περισσότερο. Προσπαθώ με το λεμόνι και το σκόρδο, που λένε ότι την ρίχνει (την αρτηριακή πίεση). Ακούω μία κυρία που λέει..είναι κάποιας ηλικίας και πιο λεπτή - και της είχαν κάνει διάγνωση για πίεση και αυτά (τα φάρμακα) δεν τα παίρνει, το καταπολεμάει λέει τώρα με λεμόνι δεν παίρνει καθόλου αλάτι, με σκόρδο.. αλλά δεν ξέρω.. είναι 85 χρονών έχουμε μείνει με το στόμα ανοιχτό. [Θεοδώρα]

Ούτε η Λυδία μπορεί να αποδεχτεί με ευκολία τη μακροχρόνια λήψη αγωγής και παρόλο που όπως αναφέρει «έχει γεράσει με την πίεση», αυτή η καθημερινή υποχρέωση την έχει «κουράσει» τόσο που αν μπορούσε θα «πετούσε τα φάρμακα και δεν θα τα έβαζε ξανά σπίτι της».

Με έχει κουράσει.. Μου έρχεται να τα πετάξω. Να μην τα βάλω ξανά στο σπίτι μου..Ε δεν το κάνω γιατί αν το κάνω θα έχω πρόβλημα, αλλά με ενοχλεί. Γεράσαμε τώρα με την πίεση. [Λυδία]

Από τη μία η σωστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών, αφού έτσι «πρέπει» και από την άλλη οι ευσεβείς πόθοι οι ιατρικές οδηγίες να περιλαμβάνουν «λίγο λιγότερα χάπια». Η Άννα δεν αισθάνεται καλά και στεναχωριέται με το ότι πρέπει να λαμβάνει φάρμακα και ακόμα περισσότερο επειδή αυτά δεν βοηθούν πάντα στη διατήρηση της πίεσής της σε φυσιολογικά επίπεδα. Όταν τα αποτελέσματα μιας φαρμακευτικής αγωγής, στην οποία ανταποκρίνεται με συνέπεια, δεν είναι τα επιθυμητά, φαίνεται ότι της προκαλούν επιφυλάξεις και αμφιβολίες για την αποδοχή της.

Τι να κάνω αφού πρέπει.. Εάν ήταν δυνατόν λίγο λιγότερα (χάπια), αλλά γίνεται αυτό; Ζήτησα από το γιατρό μου να μου τα κόψει όλα και να μου δώσει ένα, ο ξάδερφός μου, ο αδερφός μου πίνουν ένα. Στεναχωριέμαι, προσέχω αλλά δεν πάει καλά πάντα...Κάθε πρωί να ξυπνάς και να βάζεις πιεσόμετρο και να μην είναι πάντα η πίεση (ρυθμισμένη) και είμαι έτσι σωστή. [Άννα]

Η Τατιάνα δυσκολεύεται να αποδεχτεί και να κατανοήσει τον λόγο που πρέπει να λαμβάνει φάρμακα καθημερινά, όταν διαπιστώνει, μέσω μετρήσεων, ότι η αρτηριακή της πίεση βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Παράλληλα, υποστηρίζει ότι μπορεί να αναγνωρίζει πότε η πίεσή της έχει αυξηθεί, λόγω των συμπτωμάτων που βιώνει. Με αυτόν τον τρόπο δεν είναι απαραίτητο για αυτή να εντάξει στην καθημερινότητά της τη θεραπεία που της έχει προτείνει ο ιατρός, καθώς πιστεύει ότι δεν τη χρειάζεται. Αισθάνεται ότι τα φάρμακα «επιβαρύνουν» τον οργανισμό της και αποφασίζει μόνη της πότε και πόση «δόση» φαρμάκου χρειάζεται, χωρίς να θεωρεί απαραίτητο να συζητήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της.

Να σας πω την αλήθεια όταν μετράω την πίεση και έχω 11-12 (συστολική), τη δόση τη λιγοστεύω. Δεν το ξέρει (ο ιατρός), έτυχε να έρθω σήμερα και έχει άδεια..Ε, αφού έβλεπα ότι δεν έχω πίεση γιατί να επιβαρύνω τον οργανισμό μου με φάρμακα; Τα ελέγχω και μόνη μου. Βλέπω ότι μπορώ έτσι να ελέγχω την πίεσή μου, οπότε δεν χρειάζεται (να τα παίρνω) κάθε μέρα. Την μετράω, αλλά την καταλαβαίνω κιόλας, με πονάει το κεφάλι μου, τα μάτια μου. [Τατιάνα]

## **2. Ζώντας με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων**

Όταν τα φάρμακα συνοδεύονται από ανεπιθύμητες ενέργειες, επιτείνουν ακόμα περισσότερο την δυσκολία στο να μπορέσουν τα άτομα με αρτηριακή υπέρταση να αποδεχτούν και προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της νόσου. Με την αντι-υπερτασική αγωγή τα άτομα προσπαθούν να ελέγξουν μία χρόνια κατάσταση και όσο είναι δυνατόν τον κίνδυνο μελλοντικών ιατρικών επιπλοκών. Έτσι, η δράση της αγωγής δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή, όπως συμβαίνει σε άλλες νόσους, καθώς δεν στοχεύει σε συγκεκριμένες σωματικές οχλήσεις αλλά στην μείωση της αρτηριακής πίεσης και κατ' επέκταση στην πρόληψη ιατρικών επιπλοκών, αφού η υπέρταση αποτελεί μία ασυμπτωματική κατάσταση. Οι παρενέργειες είναι συχνό φαινόμενο για

την Ίριδα, με αποτέλεσμα να απαιτείται να αλλάζει συχνά φαρμακευτικά σκευάσματα. Καθώς αποστρέφεται τις αλλαγές που έχει φέρει η υπέρταση στη ζωή της, αναρωτιέται αν οι ανεπιθύμητες ενέργειες που της προκαλούν τα φάρμακα είναι αποτέλεσμα αυτής της απέχθειάς της.

Έχω πολύ συχνά παρενέργειες, μου αλλάζουν το χάπι γιατί θα μου βγάλει κάποια αλλεργία, κάτι.. Τελευταία είχα ξηροφθαλμία, μάλλον έφταιγε η ουσία. Δεν είμαι σίγουρη όμως αν και στην ποσότητα που τα παίρνω με έχουν καλύψει, βλέπω εναλλαγές στην πίεση. Δε μπορώ να καταλάβω γιατί όλα αυτά, ίσως επειδή δεν τα θέλω κι εγώ να τα διώχνει ο οργανισμός μου. [Ίριδα]

Η Άννα, η Μαρία, η Καλλιόπη και η Ζωή επίσης έχουν βιώσει κάποιες φορές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη των αντι-υπερτασικών φαρμάκων, ωστόσο δεν δείχνουν να τις ενοχλούν, καθώς θεωρούν ότι αυτά «συμβαίνουν». Έτσι διαχειρίζονται την κατάσταση με το να επικοινωνούν με το ιατρό για τις απαραίτητες φαρμακευτικές αλλαγές. Η Ζωή χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «δεν μπορείς να το παίζεις ιατρός και να τα κόβεις ή να τα παίρνεις όπως νομίζεις».

Πολλές φορές έχουν παρενέργειες. Είχε δώσει ένα φάρμακο ο γιατρός και ξεραινόταν το στόμα μου. Το φάρμακο όμως μου το άλλαξε, του το είπα και μου το άλλαξε. Έτσι είναι, συμβαίνουν αυτά. [Άννα]

Να, το πρωί πάω στο ΚΑΠΗ. Παίρνω το πρωινό χάπι (πριν πάω στο ΚΑΠΗ) και πηγαίνω σπίτι 2 φορές τουαλέτα και μετά πρέπει να πάω και εκεί (τουαλέτα) αλλά δε θέλω και γυρνάω σπίτι. Μέχρι το μεσημέρι έτσι πάει. Έχω συνηθίσει, δεν με πειράζει. Δεν μπορώ να ακολουθήσω τις φίλες μου σε μακρινές αποστάσεις το πρωί, αλλά βγαίνουμε το απόγευμα. [Μαρία]

Καμιά φορά νιώθω περίεργα με τα φάρμακα, υπάρχουν παρενέργειες σαν κούραση σαν..έτσι..σαν τρέμουλο. Συμβαίνει καμιά φορά, δεν φοβάμαι. Αλλά ποτέ δεν τα κόβω μόνη μου. Τώρα θα μου τα αυξήσει κιόλας (ο ιατρός). [Καλλιόπη]

Είχα παρενέργειες λόγω ενός φαρμάκου. Όμως το είπα στο γιατρό. Το άλλαξα για αυτό, είχαν πρηστεί είχαν γίνει τα πόδια μου χάλια. Άλλοι είναι αυτοί που δε συμμορφώνονται όμως. Δεν μπορείς να το παίζεις γιατρός και να τα κόβεις ή να τα παίρνεις όπως νομίζεις. [Ζωή]

Όμοια, η Ξένια έχει μάθει να ζει με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, «το έχει πάρει απόφαση» ότι πρέπει να τις αποδεχτεί, αν και τη δυσκολεύουν σε κάποιες πτυχές της καθημερινότητάς της.

Καμιά φορά, το διουρητικό, είναι που είναι ενοχλητικό, η δράση του.. Αλλά ναι, όταν εργάζεσαι και πρέπει να πηγαίνεις σε κοινόχρηστες τουαλέτες παραπάνω δηλαδή, ε δεν είναι..είναι καταλαβαίνετε.. Και στα ταξίδια..αλλά είπαμε το παίρνεις απόφαση και.. πορεύεσαι έτσι. [Ξένια]

Ο Βασίλης αντιμετωπίζει προβλήματα σεξουαλικής φύσης, τα οποία αποδίδει, εν μέρει, στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Παραδέχεται ότι τον δυσκολεύουν αλλά έχοντας «σταθμίσει τα πράγματα» έχει καταλήξει στο ότι αν «θέλει να ζήσει» οφείλει να συνεχίσει να λαμβάνει την αγωγή, ανεξάρτητα απ' το αν του προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες.

Με δυσκολεύουν λίγο, έχουν παρενέργειες. Στον σεξουαλικό τομέα. Τώρα δεν ξέρω αν φταίει μόνο το φάρμακο. Το γράφουν βέβαια οι πληροφορίες μέσα στο κουτί... αλλά τώρα είναι και η ηλικία, δεν ξέρω αν έπαιρνα το φάρμακο όταν ήμουν 25 ετών.. ( τώρα είναι 54), προς το παρόν δεν είναι και τόσο έντονο δεν ξέρω ίσως φταίει και η ηλικία. (..) Αλλά όταν θέλεις να ζήσεις παίρνεις την αγωγή, τα βάζεις κάτω, σταθμίζεις τα πράγματα..κι έτσι είναι. Πάρε ένα διάλειμμα και μπορεί να πεθάνεις, εφόσον έχεις πρόβλημα καρδιάς θα πεθάνεις (..). Από τη μία...θα μου πεις είναι και το σεξουαλικό θέμα αλλά από την άλλη.. [Βασίλης]

Η Τατιάνα αναφέρει ότι βιώνει συχνά τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και αισθάνεται ότι αυτό συμβαίνει επειδή «ο οργανισμός της είναι παρθένος». Τα λεγόμενά της δείχνουν ότι αποφεύγει να λαμβάνει φάρμακα και το γεγονός ότι η αντι-υπερτασική αγωγή που πρέπει να ακολουθεί, σύμφωνα με τις

συστάσεις του ιατρού, της δημιουργεί προβλήματα και την επιβαρύνει, ενδεχομένως ενισχύει την αρνητική της στάση απέναντι σε αυτήν.

Έχω αλλάξει πολλές φορές γιατί δεν σηκώνω τα φάρμακα.. Μου πέφτουν βαριά, ο οργανισμός μου είναι παρθένος, καθαρός από φάρμακα, δεν παίρνω με το παραμικρό ούτε αντιβιώσεις που κάνουν πολλοί. Γι' αυτό.. Και επειδή το έβλεπε ο γιατρός μου άλλαξε το φάρμακο. Αλλά κι εγώ όταν τις βλέπω κάνω αποχή και το ξαναπαίρνω όταν χρειάζεται [Τατιάνα]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Παρότι πρόκειται για μία χρόνια νόσο, που δεν συνδέεται κατά κανόνα με σημαντικές σωματικές οχλήσεις, καθότι ασυμπτωματική, αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αγγειοεγκεφαλικές προσβολές, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Lackland & Weber, 2015; Poulter, Prabhakaran, & Caulfield, 2015; Sabaté, 2003). Ως εκ τούτου, καθίσταται φανερή η σημασία της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την επιτυχή ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και την αποφυγή των σοβαρών ιατρικών επιπλοκών. Ωστόσο, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα άτομα που τηρούν την αντι-υπερτασική θεραπεία ακολουθώντας πιστά τις ιατρικές οδηγίες κυμαίνονται μεταξύ 30% και 50% (Burnier, 2017; Haynes, McDonald, & Garg, 2002; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Mancia, Grassi, & Redon, 2014; Sabaté, 2003; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017).

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να μελετηθεί και να κατανοηθεί το πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών για την αρτηριακή υπέρταση, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται, το βιώνουν και το νοηματοδοτούν οι υπερτασικοί ασθενείς. Η μελέτη του φαινομένου αυτού προσεγγίστηκε με χρήση της ποιοτικής μεθοδολογίας και συγκεκριμένα με βάση τις αρχές της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Interpretative Phenomenological Analysis - IPA), η οποία κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη για τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων, καθώς ενσωματώνει στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη διερεύνηση και κατανόηση των εμπειριών των ασθενών με

υπέρταση. Η IPA, αν και εστιάζει στην εμπειρία του συμμετέχοντα, επιτρέπει τη «συνεργασία» με τον ερευνητή για τη νοηματοδότηση του υπό μελέτη φαινομένου (Eatough & Smith, 2010; J. A. Smith, 1996; J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009; J. A. Smith & Osborn, 2008; Willig, 2008).

Παρότι ο σκοπός της μελέτης εστίαζε κατά κύριο λόγο στη διερεύνηση της προσήλωσης στη θεραπεία της υπέρτασης όπως τη βιώνουν και τη νοηματοδοτούν οι ασθενείς και κατά συνέπεια σε όσα η ανάγκη για μακροχρόνια τήρηση των σχετικών οδηγιών και συμπεριφορών υγείας συνεπάγεται, αναδείχθηκαν, καθότι αλληλένδετα, θέματα σχετικά με τη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης. Στο σημείο αυτό επιβεβαιώνεται η σημασία της επιλογής μίας ποιοτικής προσέγγισης, η οποία ούσα ευέλικτη επιτρέπει την ανάδυση απρόβλεπτων αποτελεσμάτων, τα οποία δύνανται να διαφωτίζουν τις πολύπλευρες πτυχές του υπό μελέτη φαινομένου.

Στη συνέχεια, τα ευρήματα της έρευνας, τα οποία παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, θα σχολιαστούν υπό το πρίσμα της υπάρχουσας σχετικής βιβλιογραφίας.

### **Αιτιακές αποδόσεις της αρτηριακής υπέρτασης**

Στην πλειονότητά τους, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία μπορούσαν με βεβαιότητα να «εντοπίσουν» τους παράγοντες στους οποίους οφειλόταν η εμφάνιση της αρτηριακής υπέρτασης. Αυτές οι αιτιακές αποδόσεις, ουσιαστικά οι post hoc ερμηνείες τις οποίες σχημάτισαν οι ασθενείς αναφορικά με το τι προκάλεσε την εμφάνιση της υπέρτασης, αφορούσαν σε εξωτερικούς και εσωτερικούς, ως προς τον εαυτό, παράγοντες ενώ κάποιοι αναγνώριζαν ότι πρόκειται για πολυπαραγοντική νόσο.



Σε έρευνα των Wilson και συν. (2002), οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το ψυχολογικό στρες ήταν ο κύριος λόγος για την υψηλή αρτηριακή πίεση, ενώ πολλοί απέδωσαν επίσης την αρτηριακή υπέρταση στην κληρονομική επιβάρυνση και στις διατροφικές τους συνήθειες (Wilson, Freeman, Kazda et al., 2002). Επιπλέον, έρευνα των Boutin-Foster και συν. (2007) έδειξε ότι οι παράγοντες που οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι προκάλεσαν την αρτηριακή υπέρταση, συνδέονταν με την κληρονομικότητα, με βιολογικούς παράγοντες, το στρες και την συμπεριφορά (Boutin-Foster, Ogedegbe, Ravenell et al., 2007). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην έρευνα των Tsiantou και συν. (2010), στην οποία το στρες, το άγχος, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, οι ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές και τα «γενικότερα προβλήματα ζωής» αναγνωρίστηκαν, από πλευράς ασθενών, ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την αρτηριακή πίεση (Tsiantou, Pantzou, Pavi et al., 2010).

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση 22 ερευνών αναφορικά με τις πεποιθήσεις Αφρο-Αμερικανών για την υπέρταση και τη θεραπεία της, οι ασθενείς απέδιδαν την υπέρταση στη διατροφή, στο στρες, στα γονίδια, στην έλλειψη άσκησης, στην έλλειψη ανάπαυσης, στο κάπνισμα, στα μικρόβια, στη ρύπανση, στην αλλαγή του καιρού, στη θρησκεία και στον ρατσισμό (Buckley, Labonville, & Barr, 2016). Επιπλέον, συστηματική ανασκόπηση 53 ποιοτικών ερευνών ανέδειξε ως αντιληπτές αιτίες της αρτηριακής υπέρτασης το στρες, τη διατροφή, το υψηλό σωματικό βάρος, το οικογενειακό ιστορικό, την έλλειψη άσκησης, το αλκοόλ, την υψηλή θερμοκρασία, το κάπνισμα, την εγκυμοσύνη, τη μαγεία και τα πνεύματα, την έκθεση στο κρύο, την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας νερού, τον σακχαρώδη διαβήτη, τη μετάγγιση αίματος, την έκθεση σε γεωργικά/ χημικά προϊόντα, την καταπόνηση των οφθαλμών, τους εφιάλτες, την πυκνότητα του αίματος, το κακό μετεωρολογικό κλίμα, τη νεφρική λειτουργία, την έντονη καρδιακή δραστηριότητα,

την σωματική υπερπροσπάθεια και την υστερεκτομή (Marshall, Wolfe, & McKevitt, 2012). Σύμφωνα με τη μελέτη των Patel και Taylor (2002), οι ασθενείς με υπέρταση απέδωσαν την κατάστασή τους περισσότερο σε τροποποιήσιμους παράγοντες (παχυσαρκία, άγχος προερχόμενο από την εργασία, ελλιπής άσκηση, γενική ένταση και νευρικότητα, άγχος από το σπίτι, μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες, υπερβολικό αλάτι στη διατροφή, υπερβολική ποσότητα καφεΐνης, αλκοόλ και κάπνισμα) και λιγότερο σε μη τροποποιήσιμους (οικογενειακό ιστορικό, ηλικία, προκαλούμενο από άλλη σωματική ασθένεια, φύλο, μοίρα, κακή τύχη, «θέλημα του Θεού») (Patel & Taylor, 2002).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι αποδόσεις αιτίων δεν συμβάλλουν μόνο στην εξήγηση και κατανόηση παρελθόντων προβλημάτων, αλλά επίσης μπορούν να καθοδηγήσουν τη μελλοντική συμπεριφορά και κατ' επέκταση την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων ή της ασθένειας (Weiner, 1972, 1985). Επιπλέον, οι αιτιακές αποδόσεις μπορούν να προβλέψουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του ατόμου που σχετίζονται με το να βελτιωθεί η κατάστασή της υγείας του ή να παραμείνει υγιής μετά τη διάγνωση, καθώς και με τα κίνητρα για υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας (Roesch & Weiner, 2001). Τα αναπαριστώμενα αίτια, σύμφωνα με την πιο «παραδοσιακή» κατηγοριοποίηση, μπορούν να διαχωριστούν σε κατηγορίες (categorical) ή/και διαστάσεις (dimensional). Τυπικά παραδείγματα κατηγοριών συνιστούν ο εαυτός, οι άλλοι άνθρωποι, η κληρονομικότητα και το περιβάλλον. Σύμφωνα με τη θεωρία του Weiner, οι τρεις κύριες διαστάσεις αποδόσεων είναι ο τόπος-εστία των αποδιδόμενων αιτίων (Locus of Causality), η σταθερότητά τους (Stability) και η ελεγχξιμότητά τους (Controllability) (Weiner, 1985). Ο τόπος-εστία των αποδιδόμενων αιτίων αναφέρεται στο αν τα αίτια

αποδίδονται εσωτερικά, σε πιο προσωπικούς παράγοντες ή εξωτερικά, δηλαδή σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η σταθερότητα αναφέρεται στο αν τα αίτια μπορούν να μεταβληθούν με την πάροδο του χρόνου, ενώ η ελέγξιμότητα αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο έχει έλεγχο πάνω στα αίτια και εάν μπορεί να τα επηρεάσει.

Παράλληλα, σύμφωνα με μελέτη των Hagger και Orbell, τα αίτια που έχουν αναγνωριστεί κατά την έρευνα στο πεδίο των αναπαραστάσεων για την ασθένεια μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε βιολογικά (π.χ. ανοσοποιητικό σύστημα, μικρόβια, ιοί), συναισθηματικά (π.χ. στρες, κατάθλιψη) ή ψυχολογικά (π.χ. προσωπικότητα, υπερκόπωση), καθώς και σε περιβαλλοντικά (π.χ. μόλυνση) (Hagger & Orbell, 2003; Heijmans & de Ridder, 1998). Σε γενικές γραμμές, όπως διαφάνηκε από τις συνεντεύξεις, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης απέδωσαν την εμφάνιση της υπέρτασης στην κληρονομική επιβάρυνση και σε ψυχοπνευστικούς παράγοντες, αλλά και στην ελλιπή προσοχή του εαυτού τους ως αποτέλεσμα της προσωπικότητάς τους ή/και της ψυχολογίας τους.

Λαμβάνοντας υπόψιν συνδυαστικά τις προαναφερόμενες διαστάσεις καθίστανται φανερές οι γνωστικές και συμπεριφορικές συνέπειες. Έτσι, όταν η ασθένεια ή τα συμπτώματα αποδίδονται σε εσωτερικά (locus), ασταθή με την πάροδο του χρόνου (stability) και ελεγχόμενα (controllability) αίτια (όπως για παράδειγμα η πεποίθηση ότι η έλλειψη άσκησης είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης), τότε είναι πιθανόν το άτομο να οδηγηθεί σε μειωμένη αυτοεκτίμηση (εξαιτίας της διάστασης locus), σε αυξημένες προσδοκίες σχετικά με την επιτυχή αντιμετώπιση (εξαιτίας της διάστασης stability) και σε αισθήματα ενοχής αν δεν τα καταφέρει, αλλά παράλληλα μπορεί να οδηγηθεί και στην πεποίθηση ότι δύναται να υπάρξει βελτίωση (εξαιτίας της διάστασης controllability) και να καταλήξει σε καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στην παρούσα

έρευνα ήταν τα λεγόμενα του Γιώργου, της Έλλης και ακόμα περισσότερο της Ίριδας, όσον αφορά στις αιτιακές αποδόσεις για την υπέρταση που εμφάνισαν, καθώς και τα τρία άτομα αναγνώριζαν την ατομική τους ευθύνη στην πρόκληση της υπέρτασης. Ιδιαίτερα, στον λόγο της Έλλης διαφάνηκε ότι πιθανόν να έχει επηρεαστεί η αυτοεκτίμησή της, ενώ στον λόγο της Ίριδας ήταν πολύ έντονο το στοιχείο της ενοχής.

Αντίθετα, όταν η ασθένεια ή τα συμπτώματα αποδίδονται σε εξωτερικά, σταθερά με την πάροδο του χρόνου και μη ελεγχόμενα αίτια (όπως η πεποίθηση ότι η υπέρταση οφείλεται σε κληρονομική προδιάθεση ή σε εξωγενείς ψυχοπαιστικούς παράγοντες), τότε πιθανόν να διατηρηθεί η αυτοεκτίμηση αλλά να μειωθούν οι προσδοκίες αναφορικά με μελλοντική ανάκαμψη, με συνέπεια τη «φτωχή» ψυχολογική προσαρμογή. Τα άτομα αυτά μπορεί να υιοθετήσουν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αποφυγή από το πρόβλημα και εν τέλει η παραίτηση (Patel & Taylor, 2002; Roesch & Weiner, 2001; Weiner, 1985). Αρκετοί ήταν οι συνεντευξιαζόμενοι που απέδωσαν την εμφάνιση της αρτηριακής υπέρτασης σε εξωτερικούς παράγοντες, δηλαδή στην κληρονομικότητα και σε έντονα ψυχοπαιστικά γεγονότα, ενώ δεν αναγνώριζαν το δικό τους μερίδιο ευθύνης (όπως η ελλιπής άσκηση, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα κλπ) ή σε διαφορετική περίπτωση, όπως η Ρένα, συνήθως «υποτιμούσαν» το βαθμό επίδρασής του («Καπνίζω..και άλλοι καπνίζουν και δεν έχουν υπέρταση»). Ως εκ τούτου, τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων με αυτού του είδους τις αιτιακές αποδόσεις δεν υποδήλωναν ότι η εμφάνιση της υπέρτασης θα μπορούσε να έχει προκαλέσει πλήγμα στην αυτοεκτίμησή τους, καθώς δεν ένιωθαν υπεύθυνοι για αυτή. Η σύνδεση ανάμεσα σε εξωτερικές αιτιακές αποδόσεις και «φτωχή» ψυχολογική προσαρμογή καθίσταται ιδιαίτερα φανερή στη συνέντευξη του Δημήτρη, ο οποίος απέδωσε την αρτηριακή

υπέρταση σε ένα σύνολο ψυχοπιεστικών γεγονότων (όπως εργασιακά και οικονομικά προβλήματα), τα οποία τον έχουν οδηγήσει στο να αισθάνεται ότι είναι αδύνατον να ασχοληθεί με την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και να στηρίζεται αποκλειστικά στη βοήθεια της συζύγου του («Με κούρασε το ότι θα τραβούσε χρόνια το ίδιο θέμα και δεν μπορούσα να κάνω άλλες στερήσεις. Και όλο αυτό μαζί με τη γενικότερη κατάσταση, μου έχει ανατρέψει όλη μου τη ζωή. Η σύζυγος προσπαθεί με το ζόρι»)

Ορισμένοι από τους συνεντευξιζόμενους ανέφεραν ότι η υπέρταση είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων (Θεοδώρα, Βασίλης, Λυδία), παράλληλα όμως μέσα από τις συνεντεύξεις αναδύθηκε και η σύνδεση συμπτωμάτων της αρτηριακής υπέρτασης με το «μάτι». Συγκεκριμένα, η Τατιάνα ανέφερε ότι ορισμένες φορές τα συμπτώματα της υπέρτασης (αυτά που η ίδια αντιλαμβάνεται ως τέτοια) οφείλονται στο «μάτι» και την «κακιά ενέργεια», ενώ δεν αποδράμουν με φάρμακα αλλά μόνο με το «ξεμάτιασμα». Ως (κακό) «μάτι», «μάτιασμα» ή βασκανία, ορίζεται η πεποίθηση κατά την οποία είναι δυνατό να επηρεαστεί αρνητικά ένας άνθρωπος εξαιτίας του φθόνου ή μονάχα ενός βλέμματος από έναν άλλο άνθρωπο (πιθανόν και ακούσια). Η πίστη στο «μάτι» είναι πιο διαδεδομένη στη Μέση Ανατολή, στη δυτική αλλά και στην ανατολική Αφρική, στην κεντρική/νότια Ασία, στην Ευρώπη ιδίως στις μεσογειακές χώρες, όπως και στη νότια Αμερική και συγκεκριμένα στο Μεξικό (Βικιπαίδεια, 2017). Στην Ελλάδα, σε δημοσκόπηση η οποία πραγματοποιήθηκε το 2015 από την Κάπα Research, το 62,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι πιστεύουν στο «μάτι» και στο «ξεμάτιασμα» (1410 άτομα πανελλαδικά) (Χιώτης, 2015). Η απόδοση προβλημάτων υγείας στο «μάτι» έχει μελετηθεί κυρίως στα πλαίσια της Ιατρικής Ανθρωπολογίας. Σύμφωνα με συναφείς έρευνες, τα συμπτώματα τα οποία αποδίδονται στο «μάτιασμα», μπορεί να κρύβουν ακόμα και απειλητικές προς την υγεία νόσους, ενώ είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους επαγγελματίες υγείας να

συνεργαστούν και να βοηθήσουν ασθενείς, οι οποίοι δεν δέχονται πάντα την ιατρική εξήγηση του προβλήματός τους (Baer & Bustillo, 1993; Flores, 2013).

Συμπερασματικά, καθίσταται φανερή η σημασία των αιτιακών αποδόσεων των ασθενών για την αρτηριακή υπέρταση, όσον αφορά στην προσαρμογή τους στις θεραπευτικές απαιτήσεις και στην αποδοχή των πιθανών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους.

### **Το σύνθετο πρόβλημα της τήρησης της θεραπείας**

#### *Στοιχεία που σχετίζονται με την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής*

Είναι γνωστό ότι η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και ιδιαίτερα η πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής συνιστούν ουσιαστικό και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης της αρτηριακής υπέρτασης. Ιδιαίτερη σημασία όμως έχει η νοηματοδότηση που προσδίδουν οι ασθενείς στο φάρμακο, καθώς και οι παράγοντες στους οποίους αποδίδουν τη λήψη του, σύμφωνα με τις συστάσεις του θεράποντος ιατρού τους.

Αρκετοί από τους συνεντευξιαζόμενους ανέφεραν ότι κύριος λόγος για την πιστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών ήταν το αίσθημα φόβου σχετικά με τις πιθανές ιατρικές συνέπειες που επιφέρει η αρτηριακή υπέρταση. Σύμφωνα με το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model), η πιθανότητα και ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο θα υιοθετήσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, σχετιζόμενη με την προαγωγή της υγείας, καθορίζονται αφενός από το βαθμό στον οποίο η νόσος εκλαμβάνεται ως απειλητική και αφετέρου το βαθμό στον οποίο η προληπτική συμπεριφορά θεωρείται ότι θα αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης κάποιας αρνητικής έκβασης (Di Matteo & Martin, 2006).

Πράγματι, από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι, η προσήλωση στις ιατρικές συστάσεις είναι καλύτερη όταν ο ασθενής αισθάνεται ευπρόσβλητος και ευάλωτος στην εκδήλωση ασθένειας (Abbott, Dodd, & Webb, 1996; Jin, Sklar, Min Sen Oh et al., 2008; Spikmans, Brug, Doven et al., 2003; Tsiantou, Pantzou, Pavi et al., 2010). Παράλληλα, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι όταν ο ασθενής πιστεύει ότι η ασθένεια ή οι επιπλοκές της θα μπορούσαν να προκαλέσουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία του, είναι πιο πιθανό να τηρήσει τις θεραπευτικές οδηγίες (Buckley, Labonville, & Barr, 2016; Loffler, Kilian, Toumi et al., 2003; McLane, Zyzanski, & Flocke, 1995; Nguyen, Schuiling-Veninga, Nguyen et al., 2017; Shamsi, Dehghan Nayeri, & Esmaeili, 2017; Sirey, Bruce, Alexopoulos et al., 2001; Tsiantou, Pantzou, Pavi et al., 2010). Τα παραπάνω επιβεβαιώθηκαν μέσα από τις συνεντεύξεις της παρούσας μελέτης, ενώ αναδείχθηκε και μία παράλληλα πτυχή, αυτή της αβεβαιότητας για το μέγεθος των ιατρικών επιπτώσεων μίας μη ρυθμισμένης αρτηριακής πίεσης. Συγκεκριμένα, η Καλλιόπη ανέφερε ότι αν δεν λάβει τη φαρμακευτική αγωγή η πίεση «θα φτάσει στο κόκκινο..και μετά ποιος ξέρει».

Σε μελέτη των Toverud και συν. (2011), οι ασθενείς που επέλεξαν να παραμείνουν προσηλωμένοι στην αγωγή τους, ανέφεραν ότι η απόφασή τους ήταν αποτέλεσμα σκέψης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και από τα λεγόμενα της Ίριδας, η οποία ανέφερε ότι έχει αντιληφθεί πως ο οργανισμός της «χρειάζεται» τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, ένας ασθενής της προαναφερθείσας μελέτης των Toverud και συν. ήταν κατηγορηματικός στην πεποίθησή του ότι «χωρίς την αγωγή δε θα ήταν ζωντανός» και συνεπώς οποιαδήποτε παρέκκλιση δεν ήταν δυνατή (Toverud, Røise, Hogstad et al., 2011). Παρόμοια ήταν και η δήλωση της Μαρίας στην παρούσα μελέτη, η οποία παραδέχτηκε ότι φοβάται πως αν δεν λάβει τα φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, θα καταλήξει στο νοσοκομείο και ότι

τα φάρμακα «είναι η ζωή της». Οι πιθανότητες για πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι αυξημένες στα άτομα που μετά από την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής παρατηρούν βελτίωση και αντιλαμβάνονται τα οφέλη της θεραπείας (Brock & Wartman, 1990; Brown & Bussell, 2011; Sherbourne, Hays, Ordway et al., 1992).

Σύμφωνα με έρευνα των Bane και συν. (2007), σε αρκετούς από τους ασθενείς δεν «άρεσε» να λαμβάνουν φάρμακα, ωστόσο οι περισσότεροι το θεωρούσαν αναγκαίο για τη διαχείριση της αρτηριακής τους πίεσης (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007). Επιπλέον, έχει βρεθεί πως η αντίληψη των ατόμων ότι έχουν έλεγχο επί της ασθένειας μπορεί να συμβάλλει θετικά στην προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή (S.L. Chen, Tsai, & Chou, 2011). Χαρακτηριστικά, στην παρούσα μελέτη, ο Φώτης αναγνωρίζοντας τον ασυμπτωματικό χαρακτήρα της υπέρτασης αναφέρει ότι παρόλο που προτιμά να μην λαμβάνει φάρμακα, είναι απόλυτα συνεπής στα φάρμακα της υπέρτασης. Σε έρευνα των Boutin-Foster και συν. (2007) σχετικά με τις αντιλήψεις για την αρτηριακή υπέρταση, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως συνέπειες της αρτηριακής υπέρτασης τον θάνατο, καθώς και άλλες σοβαρές ιατρικές καταστάσεις και συμπτώματα. Οι συγγραφείς πρότειναν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών αφενός μπορεί να επηρεάζονται από τις προσωπικές τους εμπειρίες, όσον αφορά στην ασθένεια και την υγειονομική περίθαλψη, καθώς και τις εμπειρίες των μελών της οικογένειάς τους και αφετέρου μπορεί να οδηγήσουν στην επιθυμία για αλλαγές, συμβατές με τις ιατρικές οδηγίες, στον τρόπο ζωής τους (Boutin-Foster, Ogedegbe, Ravenell et al., 2007).

Σε έρευνα σε ασθενείς με υπερλιπιδαιμία, βρέθηκε ότι τα άτομα που θεωρούσαν λιγότερο σημαντικές τις συνέπειές της, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή (Brewer, Chapman, Brownlee et al., 2002). Επιπρόσθετα, σε έρευνα των Ross και συν. (2004), οι ασθενείς με αρτηριακή



υπέρταση που κατανοούσαν και πίστευαν ότι η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ήταν αποτελεσματική, ήταν επίσης πιο συνεπείς στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

Ένας παράγοντας που έχει φανεί ότι επηρεάζει τη σωστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών για την αρτηριακή υπέρταση είναι η εμπειρία από οργανικές επιπλοκές, είτε του ίδιου του ασθενούς, είτε οικείων του, εξαιτίας της μη πιστής λήψης της αγωγής. Στην παρούσα έρευνα, κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους (Θεοδώρα, Άννα και Ρένα) υποστήριξαν ότι λαμβάνουν με συνέπεια τη φαρμακευτική αγωγή, εξαιτίας φόβου για τις ιατρικές επιπλοκές της υπέρτασης από τις οποίες θέλουν να «προστατευτούν», καθώς τις έχουν διαπιστώσει έμμεσα μέσω του οικογενειακού και φιλικού κύκλου τους. Σοβαρά περιστατικά, όπως είναι το εγκεφαλικό ή το έμφραγμα του μυοκαρδίου επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι η υπέρταση, παρόλο που δεν έχει εμφανή συμπτώματα, συνιστά πράγματι σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις φαίνεται ότι οι συστάσεις του θεράποντος ιατρού για συνεπή λήψη της αντι-υπερτασικής αγωγής είναι πιο πιθανό να γίνουν αποδεκτές και να τηρηθούν (Krueger, Berger, & Felkey, 2005; L.R. Martin & DiMatteo, 2013; Marx, Witte, Himmel et al., 2011). Στη μελέτη των Lahdenperä και Kyngäs (2001), βρέθηκε ότι κάποιοι από τους ασθενείς που θεωρούσαν την υπέρταση ως σοβαρή ασθένεια και είχαν αλλάξει τον τρόπο ζωής τους, το είχαν πράξει επειδή η υπέρταση είχε προκαλέσει κάποια ασθένεια ή ακόμα και θάνατο σε στενό τους συγγενή (Lahdenperä & Kyngäs, 2001). Παρόμοια ήταν τα ευρήματα της μελέτης των Tsiantou και συν. (2010), σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς απέδιδαν την πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών, μεταξύ άλλων, στον φόβο της βίωσης ιατρικών επιπλοκών παρόμοιες με αυτές που βίωσαν άτομα του περιβάλλοντός τους (Tsiantou, Pantzou, Pavi et al., 2010).

Επιπλέον, ένας τρόπος με τον οποίο επιλέγεται η προσήλωση ή όχι στην αντι-υπερτασική αγωγή είναι με την σύγκριση και εξισορρόπηση ανάμεσα στις επιφυλάξεις για τα φάρμακα και τα αντιληπτά πλεονεκτήματα αν αυτά ληφθούν. Αυτό συνέβη και στην περίπτωση του Βασίλη και της Ξένιας, οι οποίοι παρόλο που βιώνουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω των αντι-υπερτασικών φαρμάκων, δεν διαπραγματεύονται το θέμα της σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς αισθάνονται έντονα την ευθύνη προς την οικογένειά τους και κατ' επέκταση την υποχρέωση για απαραίτητη διαφύλαξη της υγείας τους («Πάρε ένα διάλειμμα και μπορεί να πεθάνεις..Παιδιά έχουμε, να τα αφήσουμε στο δρόμο;» Βασίλης). Σύμφωνα με τους Benson και Britten, οι ασθενείς σταθμίζουν τις επιφυλάξεις τους σε σύγκριση με τους λόγους για να λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή, με έναν τρόπο που έχει νόημα για τον καθένα προσωπικά (Benson & Britten, 2002). Τα αποτελέσματα της μελέτης των Mishra και συν. (2011), υποδηλώνουν ότι το αίσθημα ευθύνης απέναντι στην οικογένεια, καθώς και η οικογενειακή υποστήριξη, ήταν από τα σημαντικότερα κίνητρα τόσο για την πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών, όσο και για την υιοθέτηση και προσήλωση σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Mishra, Gioia, Childress et al., 2011). Σε έρευνα για την αντι-υπερτασική θεραπεία, μεταξύ των λόγων υπέρ της σωστής λήψης της αγωγής ήταν η επιθυμία των ασθενών να μην αποτελέσουν βάρος για τα συγγενικά τους πρόσωπα, εξαιτίας σοβαρών ιατρικών επιπλοκών, όπως το εγκεφαλικό (Lee, Mokhtar, Krauss et al., 2012).

Ορισμένοι από τους συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι ο σημαντικότερος παράγοντας για την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι η προσωπικότητα των ασθενών (χαρακτήρας), ενώ παραγνωρίστηκε η σημασία του φόβου στη διαδικασία της τήρησης της θεραπείας. Παράλληλα, αναγνωρίστηκε ως κίνητρο για «πειθαρχία» στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής η γνώση ότι αυτή

συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση της σωματικής υγείας. Στη μελέτη των Brandstetter και συν. (2016), οι συμμετέχοντες υποστήριξαν επίσης ότι η συμπεριφορά τους απέναντι στις ιατρικές οδηγίες οφείλεται στην προσωπικότητά τους και συγκεκριμένα σε χαρακτηριστικά όπως η ευσυνειδησία, η επιμέλεια και η εργατικότητα (Brandstetter, Hertig, Loss et al., 2016).

Οι ατομικές διαφορές, μεταξύ των οποίων η αυτεπάρκεια (self-efficacy), δηλαδή η πεποίθηση του ατόμου ότι η -επιλεγμένη ή αναγκαία- συμπεριφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί, ο τρόπος επίλυσης προβλημάτων (problem-solving style) και η προσωπικότητα, σχετίζονται και φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσουν την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (Bond, Aiken, & Somerville, 1992; Brownlee-Duffeck, Peterson, Simonds et al., 1987; Christensen & Johnson, 2002; Goldring, Taylor, Kemeny et al., 2002; Krueger, Berger, & Felkey, 2005). Η προσωπικότητα φαίνεται ότι επηρεάζει την τήρηση των ιατρικών συστάσεων, καθώς έχει βρεθεί ότι άτομα που χαρακτηρίζονται ως πιο «ευσυνείδητα» παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ άτομα με αρνητική συναισθηματικότητα ή «εχθρικά» δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (Axelsson, Brink, Lundgren et al., 2011; Christensen & Smith, 1995; Wu & Moser, 2014; Wu, Song, & Moser, 2015). Επιπλέον, άτομα με πιο εποικοδομητικό τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν τις φαρμακευτικές οδηγίες, σε σχέση με τα άτομα που αντιμετωπίζουν με αποφευκτικό τρόπο τα προβλήματά τους (M.O. Johnson, Elliott, Neilands et al., 2006; Mo & Mak, 2009). Έρευνα των Mishra και συν. (2011), έδειξε ότι μεταξύ των κινήτρων υπέρ της πιστής τήρησης της θεραπείας ήταν η αυτοπειθαρχία, το αίσθημα προσωπικής ευθύνης και η ικανότητα για λήψη αποφάσεων (Mishra, Gioia, Childress et al., 2011).

Σημαντικό ρόλο στην πιστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών για κάποιους από τους ασθενείς της παρούσας έρευνας, διαδραμάτιζαν οι «σημαντικοί άλλοι». Ο υποστηρικτικός και «παραραιναιτικός» ρόλο της οικογένειας συνέβαλλε ή και καθόριζε την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στην περίπτωση του Δημήτρη, καθίσταται φανερό, από τα λεγόμενά του, ότι αν δεν είχε τη στήριξη της συζύγου του, η οποία του «ετοιμάζει τα χάπια» πιθανότατα δεν θα λάμβανε τη φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα, κάποιες από τις συμμετέχουσες (Ίριδα και Καλλιόπη) εξέφρασαν το παράπονό τους για την έλλειψη της υποστήριξης εκ μέρους των συζύγων τους. Χαρακτηριστικά ήταν τα λόγια της Ίριδας, η οποία εξέφρασε την ανάγκη που νιώθει για υποστήριξη δηλώνοντας ότι κάποιες φορές «θέλεις κάποιον να σου κρατάει το χέρι (...) όσο δυνατός και αν δείχνεις».

Κάθε άτομο είναι μέρος ενός συνόλου, είτε αυτό είναι ευρύτερο όπως η κοινωνία, είτε πιο περιορισμένο όπως το φιλικό περιβάλλον, το εργασιακό περιβάλλον ή η οικογένεια. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση ενός ατόμου που νοσεί, με αποτέλεσμα η αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αυτό και στο - στενό του συνήθως - περιβάλλον να επηρεάζουν τη στάση του ως προς τη νόσο και τη θεραπεία. Σχετικά με την προσήλωση στην αντι-υπερτασική θεραπεία, σε έρευνα των Bane και συν. (2007) βρέθηκε ότι οι προσωπικές εμπειρίες και εκείνες του φιλικού και οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν οι μέγιστοι καθοριστικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των στάσεων των ασθενών. Αυτές οι εμπειρίες φαίνονταν να ενδυναμώνουν τις στάσεις και συμπεριφορές πολύ περισσότερο από άλλες πηγές συμβουλών, όπως οι ιατροί (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007).

Επίσης, σε έρευνα των Dowell και συν. (2002), αρκετά συχνά οι ασθενείς ανέφεραν ότι ο λόγος που ήταν συνεπείς στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής δεν ήταν λόγω προσωπικής προσπάθειας, αλλά εξαιτίας των οικείων τους, οι οποίοι τους

τη θύμιζαν ή ετοιμάζαν τα φάρμακά τους (Dowell, Jones, & Snadden, 2002). Η έλλειψη της υποστήριξης εκ μέρους της οικογένειας αναφέρθηκε σε μελέτη των Lubaki και συν. (2009), όπου οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την ανάγκη τους για τη στήριξη από τους οικείους τους (Lubaki, Mabuza, Malete et al., 2009). Καθίσταται φανερό, ότι ο ρόλος των «σημαντικών άλλων» στην προσήλωση στη θεραπεία είναι μείζονος σημασίας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό την καλύτερη θεραπεία των ασθενών τους.

Ο ρόλος του θεράποντα ιατρού, καθώς και η σημασία των λόγων της «αυθεντίας», επίσης αναδείχθηκαν μέσα από τις συνεντεύξεις, αφού για τη Λυδία ο ιατρός της είναι «επιστήμονας και «ξέρει το καλό της». Η σχέση ανάμεσα στο θεράποντα ιατρό και τον ασθενή αποτελεί έναν παράγοντα, ο οποίος, κατά περίπτωση, δύναται είτε να οδηγήσει σε προσήλωση στη θεραπεία, είτε σε μη σωστή τήρηση των φαρμακευτικών οδηγιών. Αυτό μπορεί να συμβεί ανάλογα με την ποιότητα και τη δυναμική της σχέσης που θα αναπτυχθεί ανάμεσα σε ασθενή και ιατρό. Είναι συχνό εύρημα μελετών το να μη θεωρείται ικανοποιητική, εκ μέρους του ασθενούς, η κλινική συνέντευξη εξαιτίας της μικρής διάρκειας, των λίγων διευκρινήσεων που δίνονται από τον ιατρό και την χαμηλή αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς (Gascón, Sánchez-Ortuño, Llorc et al., 2004; Stavropoulou, 2011). Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις που οι ασθενείς αισθάνονται απρόθυμοι να ζητήσουν πληροφορίες ή/και βιώνουν το χρόνο με το ιατρό ως δυσάρεστη διαδικασία και προτιμούν να αναζητήσουν άλλη πηγή πληροφόρησης (φαρμακεία, διαδίκτυο, περιοδικά ή φίλοι). Αυτό συχνά συμβαίνει επειδή αντιλαμβάνονται την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου από πλευράς ιατρού και αισθάνονται υποχρεωμένοι να είναι σύντομοι (Marx, Witte, Himmel et al., 2011). Έρευνα έδειξε ότι ένας αριθμός ασθενών δήλωσαν πως δεν ήταν ικανοποιημένοι από

τον τρόπο αντιμετώπισης εκ μέρους των ιατρών. Ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να συζητήσουν ελεύθερα την κατάσταση της υγείας τους με τους ιατρούς, ενώ υπήρχαν ενδείξεις ότι δεν ήταν πάντοτε καλές οι σχέσεις μεταξύ τους. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς ανέμεναν πως οι επαγγελματίες υγείας θα είχαν περισσότερες γνώσεις από αυτές που οι ίδιοι, κατά την άποψή τους, τελικά διαπίστωναν (Saleem, Hassali, Shafie et al., 2012).

Εκτός από τους ασθενείς που δέχονται τις συστάσεις των ιατρών χωρίς αντίρρηση, υπάρχει και μία μερίδα ατόμων που θα προτιμούσε να καταλήξει μετά από διαβούλευση, σε μία κοινή θεραπευτική προσέγγιση. Σε σχετική μελέτη (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007) υπήρχαν ασθενείς που αισθάνονταν ότι είχαν τη δυνατότητα να προσφέρουν «πολύτιμη βοήθεια» στη διαδικασία λήψης απόφασης του ιατρού. Ήταν έτοιμοι να διαπραγματευτούν με το ιατρό αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, αν και οι περισσότεροι τελικά κατέληγαν στο να διαφοροποιούνται από την άποψή του, θεωρώντας τη στάση και τον περιορισμό του χρόνου του ιατρού, ως εμπόδια για την καλή μεταξύ τους συνεργασία. Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνα, το 78% των συνεντευξιζόμενων ασθενών πίστευαν ότι οι ασθενείς επιθυμούν να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους, ενώ αυτό ίσχυε μόνο ένα ποσοστό 52% (Strull, Lo, & Charles, 1984). Στην έρευνα των Lindsay και συν. (1997), οι ασθενείς επισήμαναν ότι το να αναλάβουν τον έλεγχο και να «επιβεβαιώσουν» τη δική τους «εξουσία» αποτελεί ένα μεγάλο βήμα και απαιτεί πολύ θάρρος. Τα άτομα με ασθένεια είναι συνηθισμένα στο να έχουν οι επαγγελματίες υγείας την «εξουσία» (authority) και για αυτό είναι πολύ δύσκολο για αυτά να αναλάβουν ευθύνη για τη νόσο τους (Lindsey, 1997).

Η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει τη στάση και τη συμπεριφορά των ασθενών. Στη μελέτη των Pick και συν. (1992), μόνο το

55% των ιατρών θεωρούσαν την υπέρταση ως σημαντικό πρόβλημα υγείας. Οι πεποιθήσεις των ειδικών (επαγγελματίες υγείας) με αυτές των μη ειδικών (ασθενείς), παρόλο που ο στόχος τους είναι κοινός, δεν συνάδουν πάντα (Lahdenperä & Kyngäs, 2001; Pick & Steyn, 1992). Οι απόψεις των ασθενών με υπέρταση διαφέρουν από αυτές των ιατρών, καθώς οι δεύτεροι θεωρούν την αντι-υπερτασική φαρμακευτική αγωγή ως μία σημαντική ανακάλυψη που έχει μειώσει τις επιπτώσεις της υπέρτασης, μέσω της συνταγογράφησης του σωστού φαρμακευτικού σκευάσματος, ενώ αντίθετα, οι ασθενείς βιώνουν πολύ έντονα την ευθύνη και το βάρος της μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής, κάτι το οποίο ο ιατρός δεν αντιλαμβάνεται στον ίδιο βαθμό (Marx, Witte, Himmel et al., 2011). Το ίδιο αναφέρεται και σε σχετική μελέτη, σύμφωνα με την οποία οι πεποιθήσεις των ειδικών και των μη ειδικών για την υπέρταση δεν συνέπιπταν, καθώς ιστορικοί παράγοντες, η έλλειψη συμφωνίας ανάμεσα στα συστήματα πεποιθήσεων και οι «φτωχές» σχέσεις με τους παρόχους υγείας οδηγούσαν πολλούς ασθενείς (ιδιαίτερα Αφροαμερικάνους) να δυσπιστούν και να εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχεδίων (Schlomann & Schmitke, 2007).

Συνεπώς, καθίσταται φανερό ότι για τη βελτίωση της θεραπείας της αρτηριακής υπέρτασης είναι σημαντική η δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας, στην οποία οι αμφιβολίες και οι δυσκολίες των ασθενών στη θεραπεία να ανιχνεύονται και να αντιμετωπίζονται. Για αυτόν το λόγο, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού είναι καθοριστικής σημασίας (Svensson, Kjellgren, Ahlner et al., 2000). Η θεραπευτική συμμαχία στηρίζεται, από την πλευρά του ιατρού, σε μια σειρά ορθών στάσεων, τόσο λεκτικά (π.χ. ειλικρίνεια, διαβεβαίωση) όσο και εξωλεκτικά (π.χ. ενεργητική ακρόαση, μείωση αβεβαιότητας, ενθάρρυνση του ασθενούς να κάνει ερωτήσεις). Η παραπάνω αντιμετώπιση εκ

μέρους του ιατρού μπορεί να ενθαρρύνει τον ασθενή προκειμένου να εκφράσει συναισθήματα δυσφορίας. Η ενημέρωση του ασθενούς, καθώς και η προσπάθειά του να κινητοποιήσει τον ασθενή να συμμετάσχει στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης τύπου «ενήλικα – ενήλικα». Η συχνή και ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού δύναται να διευκολύνει την ανίχνευση ενδεχόμενων ψυχολογικών προβλημάτων (κατάθλιψη, άγχος, κ.α.), καθώς και τη δυσκολία αποδοχής και διαχείρισης του υφιστάμενου προβλήματος υγείας και κατ' επέκταση την παραπομπή του ασθενούς σε εξειδικευμένο ψυχολόγο αν αυτό κριθεί απαραίτητο (Ιακωβίδης, 2014).

Πλήθος μελετών έχουν δείξει ότι η συναισθηματική υποστήριξη και η βοήθεια που προσφέρεται από τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους ή τους επαγγελματίες υγείας αυξάνουν τις πιθανότητες προσήλωσης στη θεραπεία. Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τους ασθενείς στο να μειώσουν τις αρνητικές στάσεις απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή, να αποκτήσουν κίνητρο και να ακολουθούν με συνέπεια τις ιατρικές οδηγίες (Burnier, 2017; M. R. DiMatteo, 2004; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Kyngas, 1999; Loffler, Kilian, Toumi et al., 2003; Okuno, Yanagi, Tomura et al., 1999; Stromberg, Brostrom, Dahlstrom et al., 1999; Thomas, Sargent, Michels et al., 2001; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Voils, Steffens, Flint et al., 2005).

### ***Φαρμακευτική αγωγή έναντι μη φαρμακευτικών θεραπευτικών οδηγιών***

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη ήταν σε μεγάλο βαθμό συνεπείς ως προς την πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που όπως φάνηκε στην προηγούμενη ενότητα οφείλεται σε διάφορους



λόγους. Ωστόσο, δεν συνέβη το ίδιο όσον αφορά στην τήρηση των μη φαρμακευτικών οδηγιών, εκείνων δηλαδή των ιατρικών συστάσεων που αφορούν στις συνήθειες των ατόμων, όπως είναι η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα κλπ.

Κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους, αναγνωρίζοντας τη σημασία των υγιεινοδιαιτητικών μέσων στη ρύθμιση της υπέρτασης και τη γενικότερη διατήρηση της υγείας τους, ανέφεραν ότι έχουν υιοθετήσει, μετά τη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης, περισσότερο υγιεινές συνήθειες, έχοντας βελτιώσει τη διατροφή τους, δραστηριοποιηθεί σωματικά ή έχοντας διακόψει το κάπνισμα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν ο Βασίλης και η Ζωή, αντίστοιχα, «το φάρμακο δεν φτάνει», ενώ οι συμπεριφορές αυτές «δουλεύουν παράλληλα με το φάρμακο και το ενισχύουν». Επιπλέον, κάποιοι από τους συμμετέχοντες, παρότι αναγνώριζαν τη σημασία της υιοθέτησης περισσότερο υγιεινών συμπεριφορών υγείας, δεν κατάφεραν να τις τηρούν, με αποτέλεσμα είτε να ασκούν αυτοκριτική ή να προσπαθούν να δικαιολογηθούν αποδίδοντας τη συμπεριφορά τους σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Ωστόσο, υπήρχε και ένας αριθμός συνεντευξιαζόμενων, οι οποίοι αισθάνονταν ότι το φάρμακο τους «νομιμοποιούσε» στο να συνεχίσουν να διατηρούν τις - μη υγιεινές- συνήθειες που είχαν.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας των Kyngas και Lahdenpera (1999), οι οποίοι ενώ διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα προσήλωσης στην φαρμακευτική αγωγή δεν συνέβη το ίδιο όσον αφορά στη δίαιτα και στη σωματική δραστηριότητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης έρευνας, μόνο το 30% των ασθενών με υπέρταση τηρούσαν πιστά το διατροφικό τους πλάνο, το 58% σε ένα μέσο βαθμό, ενώ το 12% παρουσίαζαν πολύ «φτωχή» προσήλωση στη δίαιτα. Από τις οδηγίες της δίαιτας, αυτό το οποίο οι ασθενείς πρόσεχαν περισσότερο ήταν η ποιότητα των λιπαρών, καθώς μετά την εμφάνιση της υπέρτασης το 50% των ατόμων

άρχισαν να καταναλώνουν περισσότερα φυτικά λιπαρά. Το 55% των ασθενών με καλό βαθμό προσήλωσης στις θεραπευτικές οδηγίες είχαν επίσης μειώσει την πρόσληψη άλατος. Ωστόσο, η χρήση λιπαρών στη μαγειρική, η χρήση του άλατος και η κατανάλωση λαχανικών απείχαν πολύ από τις συστάσεις των ιατρών. Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της παρουσίας συμπτωμάτων υπέρτασης και της μείωσης της κατανάλωσης άλατος. Το 71% των ασθενών που παρουσίαζαν συμπτώματα έναντι του 7% των ασθενών που δεν είχαν συμπτωματολογία μείωσαν τη χρήση άλατος. Όσον αφορά στην σωματική άσκηση, το 54% παρουσίαζαν καλά επίπεδα στην τήρηση των σχετικών συστάσεων, το 30% μέσα επίπεδα, το 16% χαμηλά, ενώ το 7% των ασθενών δεν συμμετείχαν σε καμία φυσική δραστηριότητα (Kynigas & Lahdenpera, 1999). Αυτή η αντίθεση ανάμεσα στον βαθμό προσήλωσης στα φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέσα δυνατόν να οφείλεται στο ότι οι συνέπειες της απουσίας τήρησης των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών είναι λιγότερο άμεσες από αυτές της μη λήψης φαρμάκων. Το να αμελήσει ο ασθενής να λάβει την αντι-υπερτασική αγωγή μπορεί να οδηγήσει πολύ γρήγορα στην εμφάνιση συμπτωματολογίας, ενώ δεν ισχύει το ίδιο όσον αφορά στα μη φαρμακευτικά μέσα, των οποίων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σταδιακά. Αυτό διαφάνηκε και στην συνέντευξη της Ρένας, η οποία ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «στα φάρμακα είμαι συνεπής γιατί υπάρχουν οι συνέπειες, ενώ στα άλλα δεν είμαι γιατί για την ώρα, δεν έχουν».

Σε μετα-ανάλυση, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δυσκολεύονταν να τροποποιήσουν τις συνήθειές τους και να προσαρμοστούν σε ένα περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής, ειδικότερα όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες (Khatib, Schwalm, Yusuf et al., 2014). Αρκετοί παράγοντες μπορεί να συνιστούν εμπόδια στην προσήλωση στη δίαιτα ή στην απώλεια βάρους. Τα άτομα που έχουν μία απαιτητική

ζωή ή πολλές έγνοιες ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να αντισταθούν στην κατανάλωση φαγητού, ακόμα και όταν δεν πεινούν πραγματικά ή να ελέγξουν την ποσότητα φαγητού που θα καταναλώσουν. Είναι δύσκολο για τα άτομα να ακολουθήσουν ένα συγκεκριμένο διατροφικό πλάνο, όταν αυτό έρχεται σε σύγκρουση με τις απαιτήσεις της εργασίας, της οικογένειας και με τις κοινωνικές υποχρεώσεις τους. Επιπλέον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ψυχολογική επιβάρυνση αποτελούν εμπόδιο στην πιστή τήρηση μίας δίαιτας (Bosworth, 2010; Marshall, Wolfe, & McKevitt, 2012). Επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω, η Θεοδώρα ανέφερε ότι το άγχος της την επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό που δεν μπορεί να είναι συνεπής, ειδικά όσον αφορά στην διατροφή της, καθώς χρησιμοποιεί το φαγητό ως ένα τρόπο αγγόλυσης. Άλλα εμπόδια στην τροποποίηση της διατροφής, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού, περιλαμβάνουν οικονομικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Είναι γεγονός ότι η τήρηση μίας υγιεινής διατροφής θεωρείται ότι είναι πλέον δαπανηρή και χρονοβόρα από ότι η λιγότερο υγιεινή διατροφή (Sherman, Bowen, Vitolins et al., 2000).

Το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον ενός ατόμου συμβάλλει επίσης στις διατροφικές επιλογές, καθώς επηρεάζει τη διαθεσιμότητα τροφίμων και τις ευκαιρίες για σωματική άσκηση. Τα περιβάλλοντα που διευκολύνουν το βάδισμα και άλλες μορφές σωματικής άσκησης είναι σημαντικά για την επίτευξη υγιούς βάρους. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που διαμένουν σε γειτονιές που είναι πιο αισθητικά ευχάριστες, με χαμηλή εγκληματικότητα και με περισσότερες δυνατότητες αναψυχής έχουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας (Casagrande, Gittelsohn, Zonderman et al., 2011). Υπάρχουν στοιχεία που καταδεικνύουν επίσης ότι τα κοινωνικά δίκτυα και η κοινωνική υποστήριξη συνδέονται θετικά με τη διατροφική συμπεριφορά (Aggarwal, Liao,

Allegrente et al., 2010). Αυτό εξηγείται, καθώς συχνά υπάρχει μια κοινωνική πτυχή στην κατανάλωση τροφίμων. Η διατροφή επηρεάζεται άμεσα από τα μέλη του κοινωνικού/οικογενειακού περιβάλλοντος που έχουν την ευθύνη για την αγορά τροφίμων ή την προετοιμασία των γευμάτων (Anderson, Winett, & Wojcik, 2007). Έχει βρεθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την απώλεια βάρους, μειωμένη πρόσληψη λίπους και υψηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Shaikh, Yaroch, Nebeling et al., 2008). Η οικογενειακή υποστήριξη είναι πολύ σημαντική όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, αντανακλώντας πιθανόν το γεγονός ότι συνήθως τα γεύματα είναι κοινά μεταξύ των μελών της οικογένειας (Bean, Mazzeo, & Fries, 2008). Μία από τους συνεντευξιαζόμενους, η Ξένια, ανέφερε ότι μετά τη διάγνωση προσδίδει μεγαλύτερη σημασία στην υγιεινή προετοιμασία των γευμάτων «όχι μόνο για την ίδια, αλλά και για τον σύζυγό της». Η αντιληπτή οικογενειακή υποστήριξη έχει συνδεθεί με την πιστή τήρηση όχι μόνο της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και των υγιεινοδιατροφικών οδηγιών, καθώς και με άλλα είδη αυτοφροντίδας μεταξύ ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα (Sayers, Riegel, Pawlowski et al., 2008).

Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη καθημερινότητα των ατόμων, όπως το εργασιακό πρόγραμμα, συχνά ταξίδια και κοινωνικές υποχρεώσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν την τήρηση των υγιεινοδιατροφικών μέσων (L.R. Martin & DiMatteo, 2013). Οι προαναφερόμενοι παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν και τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, η Έλλη παραδέχτηκε ότι ένας λόγος που συμβάλλει στη μη υιοθέτηση περισσότερο υγιεινών συμπεριφορών είναι η «καθιστική» εργασία της. Η κύρια δυσκολία για την τήρηση των υγιεινοδιατροφικών οδηγιών είναι ότι απαιτείται αυτή να είναι μακροχρόνια. Τέτοιου είδους συμπεριφορές υγείας είναι επιρρεπείς σε επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου

(Boyer & Paharia, 2008). Τα άτομα μπορεί να επιθυμούν να ελέγχουν και να αποφεύγουν τις αρνητικές συνέπειες των χρόνιων προβλημάτων υγείας, αλλά για διάφορους λόγους μπορεί να ξεχάσουν να ενεργήσουν ή να αισθάνονται απρόθυμα να δράσουν (Leventhal, Halm, Horowitz et al., 2004). Εκτιμάται ότι το ποσοστό προσήλωσης όσον αφορά στις μακροχρόνιες φαρμακευτικές θεραπείες κυμαίνεται μεταξύ 30% και 50%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όσον αφορά στην τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών μέτρων μεταξύ 20% και 30% (Burnier, 2017; Haynes, McDonald, & Garg, 2002; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Mancía, Grassi, & Redon, 2014; Sabaté, 2003; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017).

Έρευνες, στις οποίες έχει μελετηθεί μεταξύ άλλων και η ενασχόληση με σωματικές δραστηριότητες, έχουν δείξει ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερη αυτοεκτίμηση ήταν πιθανότερο να συνεχίσουν να ασκούνται, ενώ η συμπεριφορά αυτή ενισχυόταν από την βελτιωμένη ποιότητα ζωής, λόγω της άσκησης. Αντίθετα, τα άτομα που μετά από ένα διάστημα διέκοπταν την άσκηση, εμφάνιζαν έλλειψη κινήτρων, κακή εικόνα σώματος, ενοχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν πίστευαν ότι τα αποτελέσματα της άσκησης θα είναι επιτυχή (Huberty, Ransdell, Sidman et al., 2008; Pridgeon & Grogan, 2012).

Μελέτη έδειξε ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 δεν επιτύγχαναν να ακολουθήσουν τη δίαιτα, την οποία τους είχε συστήσει ο ιατρός, ήταν εξαιτίας της δυσκολίας τους να τροποποιήσουν τις διατροφικές τους συνήθειες και να δεσμευτούν σε αυτή την αλλαγή (Hernandez-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduno-Espinosa et al., 2003). Μετα-ανάλυση για την τήρηση της θεραπείας σε διαβητικούς ασθενείς έδειξε ότι οι πεποιθήσεις που συνδέονταν με υψηλότερα επίπεδα προσήλωσης στη δίαιτα περιελάμβαναν την αντιληπτή ενθάρρυνση από τον ιατρό, το εγγενές κίνητρο για προσήλωση, την πίστη ότι η

τήρηση της δίαιτας είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία, την αντίληψη ύπαρξης λιγότερων εμποδίων, την υψηλότερη αυτεπάρκεια, τις αντιληπτές θετικές συνέπειες της προσήλωσης και την αντιληπτή ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη. Όσον αφορά στις πεποιθήσεις που σχετίζονταν με την προσήλωση στην σωματική άσκηση, αυτές περιελάμβαναν το αντιληπτό προσωπικό όφελος λόγω της άσκησης, το ότι η άσκηση είναι ένα αποτελεσματικό μέρος της θεραπείας και τα λιγότερα αντιληπτά εμπόδια στην άσκηση (Gherman, Schnur, Montgomery et al., 2011). Ένας εσωτερικός τύπος ελέγχου σχετίζεται με την αυτεπάρκεια (self-efficacy), δηλαδή την πεποίθηση του ατόμου ότι η συμπεριφορά είναι δυνατόν να υλοποιηθεί. Φαίνεται πιθανό ότι οι πεποιθήσεις για την αυτεπάρκεια και τον έλεγχο σχετίζονται με την προηγούμενη εμπειρία της επιτυχίας ή της αποτυχίας. Η αυτεπάρκεια είναι σημαντική σε σχέση με στόχους, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η διατροφή, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και η άσκηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα επιθυμούν να «συμμορφωθούν» και μάλιστα πιστεύουν ότι η πιστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών είναι πολύ σημαντική, ωστόσο μπορεί να μην έχουν την αυτεπάρκεια έτσι ώστε να την επιτύχουν (Catz, Kelly, Bogart et al., 2000; Ha, Hare, Cameron et al., 2017; Lawson, Bundy, Lyne et al., 2004; Senecal, Nouwen, & White, 2000; Zelber-Sagi, Bord, Dror-Lavi et al., 2017). Ο βαθμός της απαιτούμενης συμπεριφορικής αλλαγής συνδέεται με τα κίνητρα του ασθενή να τηρεί πιστά τη θεραπεία. (Alfonsson, Johansson, Uddling et al., 2017; Hernandez-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduno-Espinosa et al., 2003; Milas, Nowalk, Akpele et al., 1995).

## **Διαπραγμάτευση με τα νέα δεδομένα- Συνειδητοποίηση χρονιότητας**

### *Σκέψεις για τη θεραπεία – Αλλαγή του τρόπου ζωής*

Τα άτομα, τα οποία διαγιγνώσκονται με αρτηριακή υπέρταση, έρχονται αντιμέτωπα με μία νέα κατάσταση πραγμάτων. Η διάγνωση συνήθως συνοδεύεται αρχικά από οδηγίες για τροποποίηση των υγιεινοδιαιτητικών συνηθειών και άμεσα ή μετά από κάποιο διάστημα από συνταγογράφηση κάποιου φαρμακευτικού σκευάσματος. Η ιδιαίτερη δυσκολία έγκειται στο ότι αυτές οι σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα, αφενός πραγματοποιούνται για ρυθμιστεί μία ασυμπτωματική κατάσταση, που όμως ενέχει σημαντικούς ιατρικούς κινδύνους και αφετέρου τις περισσότερες φορές απαιτείται να είναι μακροχρόνιες. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για μακροχρόνια τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών είχαν αποδεχτεί (άλλοι πιο εύκολα και άλλοι μετά από διαπραγμάτευση) τις αλλαγές που επέφερε η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης, ενώ αντίθετα ορισμένοι συμμετέχοντες, παρόλο που στην πλειονότητά τους ήταν συνεπείς τουλάχιστον ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, δεν μπορούσαν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους – ακόμα και αν γνώριζαν ότι αυτό θα συνέβαλλε θετικά στην υγεία τους.

Εκτιμάται, σε γενικές γραμμές, ότι ο βαθμός πιστής τήρησης των ιατρικών συστάσεων όσον αφορά στη μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής κυμαίνεται μεταξύ 30% και 50%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όταν πρόκειται για βραχυχρόνια φαρμακευτική θεραπεία μεταξύ 70% και 80%. Ιδιαίτερα δε, όσον αφορά στην τήρηση υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών αυτή βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα, όπως προαναφέρθηκε, μεταξύ 20% και 30% (Burnier, 2017; Haynes, McDonald, & Garg, 2002; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Jin, Sklar, Min Sen

Oh et al., 2008; Mancina, Grassi, & Redon, 2014; Sabaté, 2003; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017).

Ο ασυμπτωματικός χαρακτήρας της υπέρτασης αποτελεί σημαντικό παράγοντα μη ικανοποιητικής κατανόησης του προβλήματος υγείας (Dowell, Jones, & Snadden, 2002). Όπως αναφέρθηκε, υφίσταται μία αντίφαση ανάμεσα στη χρόνια φύση της υπέρτασης, στην ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία και στην ασυμπτωματική της εκδήλωση. Η θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας ορίζει ότι τα άτομα έχουν μία τάση να αναζητούν συνέπεια ανάμεσα στις γνώσεις τους και σε αυτά που συμβαίνουν. Η ασυμπτωματικότητα, επομένως, της νόσου έρχεται σε αντίφαση με τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις περισσότερες ασθένειες, οι οποίες κατά κανόνα έχουν εμφανή συμπτωματολογία (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007). Κατά συνέπεια, υπάρχουν ασθενείς που θεωρούν πως η υπέρταση, κατά τη γνώμη τους, δεν αποτελεί μία σοβαρή κατάσταση, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες (Toverud, Røise, Hogstad et al., 2011). Επίσης, είναι αρκετοί οι ασθενείς οι οποίοι αναφέρουν φόβο ή αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωσή τους. Για πολλούς είναι δύσκολο να αποδεχθούν ότι έχουν διαγνωσθεί με μία χρόνια πάθηση, της οποίας τα συμπτώματα δεν μπορούν να αισθανθούν (Burnier, 2017; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Marx, Witte, Himmel et al., 2011). Η ασυμπτωματική φύση της νόσου δύναται να μειώσει τα αισθήματα αυτονομίας και ελέγχου, καθώς το άτομο δεν αισθάνεται - όπως συμβαίνει σε άλλες καταστάσεις υγείας - τότε βρίσκεται σε κίνδυνο (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007).

Σημειώνεται ότι η αποδοχή της νόσου συνδέεται σημαντικά με την έναρξη καθώς και την πιστή τήρηση της θεραπείας. Ειδικότερα σε σχέση με την έναρξη της θεραπείας, έχει βρεθεί ότι έως το 25% περίπου των ασθενών επιλέγουν να μην



ξεκινήσουν τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής παρά τις ιατρικές συστάσεις και τη σχετική συνταγογράφηση (Aznar-Lou, Fernandez, Gil-Girbau et al., 2017; Fischer, Choudhry, Brill et al., 2011). Σύμφωνα με τους Jankowska-Polańska και συν. (2017), τα άτομα με υψηλό βαθμό αποδοχής της διάγνωσης με αρτηριακή υπέρταση είχαν 1,5 φορές υψηλότερη πιθανότητα να τηρούν πιστά την αντι-υπερτασική φαρμακευτική θεραπεία σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλό έως μέτριο βαθμό αποδοχής της (Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017).

Αρκετοί ασθενείς πριν αποδεχτούν πλήρως την αγωγή πρέπει να «κάνουν δοκιμές», έτσι ώστε να διαπιστώσουν ότι αυτή είναι πράγματι σημαντική και απαραίτητη (Dowell & Hudson, 1997). Οι ασθενείς «πειραματίζονται» με τα θεραπευτικά σχήματα και κατά συνέπεια εμπλέκονται σε συμπεριφορές μη προσήλωσης, χρησιμοποιούν τα φάρμακα για συμπτωματική αντιμετώπιση και σταθμίζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της λήψης φαρμάκων (Kobue, Moch, & Watermeyer, 2017; Pound, Britten, Morgan et al., 2005). Οι ασθενείς που σκόπιμα δεν τηρούν τις θεραπευτικές οδηγίες μπορεί να έχουν περισσότερες ανησυχίες σχετικά με τα φάρμακα και να αμφιβάλουν για την ανάγκη λήψης φαρμακευτικής αγωγής σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι οι ασθενείς που είτε τις τηρούν πιστά είτε δεν τις τηρούν χωρίς όμως αυτό να είναι σκόπιμο (Clifford, Barber, & Horne, 2008). Οι ασθενείς συχνά έχουν ιδιαίτερες προσδοκίες για τα φάρμακα που μπορεί να διαμεσολαβούνται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των πολιτισμικών αντιλήψεων για την ασθένεια και τη θεραπεία, των αναπαραστάσεων για τα φάρμακα, των προηγούμενων εμπειριών από τη λήψη φαρμάκων και των προσωπικών απόψεων σχετικά με την αναγκαιότητα και χρησιμότητα των φαρμάκων (Dohnhammar, Reeve, & Walley, 2016; Kobue, Moch, & Watermeyer, 2017; Munro, Lewin, Swart et al., 2007). Στην παρούσα μελέτη, η Ζωή κατέβαλλε προσπάθειες να

ρυθμίσει με υγιεινοδιαιτητικά μέσα την πίεσή της, όμως όταν αντιλήφθηκε ότι αυτά ήταν αναποτελεσματικά για την περίπτωση της αποδέχτηκε την αναγκαιότητα για λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την οποία έκτοτε τηρεί πιστά.

Σύμφωνα με τους Isacson και Bingefors (2002), τα άτομα με «καλό» επίπεδο υγείας ήταν πιο θετικά απέναντι στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Ιδιαίτερης σημασίας ήταν επίσης το εύρημα ότι η πλειονότητα των ατόμων που λάμβαναν αντι-υπερτασικά φάρμακα, συχνά αντιλαμβάνονταν τα φάρμακα ως ένα «αναγκαίο κακό» (Isacson & Bingefors, 2002). Όμοιες ήταν και οι σκέψεις κάποιων συνεντευξιαζόμενων, όπως η Ρένα και η Ξένια, για τις οποίες η συνεπής λήψη της αγωγής είναι «συνήθεια» και «κάτι ακόμα που πρέπει να μπει στο πρόγραμμα». Ο δε Φώτης, στον οποίον η διάγνωση είχε προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα, αναφέρει για την αποδοχή της μακροχρόνιας θεραπείας ότι «το παλεύει και όσο περνάει ο καιρός γίνεται πιο εύκολο». Σε έρευνα των Hall και συν. (2007), βρέθηκε ότι αποδοχή της ανάγκης λήψης φαρμάκων ήταν κάτι που συνέβαινε με την πάροδο του χρόνου και συνδεόταν με την αποδοχή της νόσου. Ιδιαίτερα, τονίστηκε η σημασία της φαρμακευτικής αγωγής για τη διατήρηση της σωματικής υγείας και τη συνέχιση μίας φυσιολογικής ζωής (Hall, Rubin, Hungin et al., 2007).

Σε έρευνα των Dowell και Hudson (1997), βρέθηκε ότι κάποιοι από τους ασθενείς δυσκολεύονταν στο να αποδεχτούν και κατ' επέκταση να τηρήσουν πιστά την προτεινόμενη θεραπεία. Η αποδοχή της θεραπείας και δη της χρόνιας, αφενός απαιτούσε - ενός βαθμού - απώλεια της αντιληπτής αυτονομίας ή αλλαγή της αυτοεικόνας και αφετέρου σήμαινε και αποδοχή της ασθένειας. Η δυσκολία στην αποδοχή ενός φαρμάκου ήταν δυνατόν να ξεπεραστεί αν οι ασθενείς αισθάνονταν αυτό ως «κάτι όχι τόσο σημαντικό», γεγονός το οποίο είχε επέκταση και στην

ανάλογη αντίληψη του βαθμού σοβαρότητας της νόσου. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, εφόσον οι ασθενείς αποδέχονταν τη θεραπεία και την καθιστούσαν μέρος της καθημερινότητάς τους, δεν αντιμετώπιζαν περαιτέρω προβλήματα. Η κατανόηση του συμβολισμού της θεραπείας, καθώς και του τρόπου με τον οποίο μία νόσος μπορεί να αμφισβητήσει την ταυτότητα του ατόμου, είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στην προσήλωση στη θεραπεία (Dowell & Hudson, 1997).

Οι Dolovich και συν. (2008) κατέδειξαν ότι για τους περισσότερους ασθενείς η λήψη των φαρμάκων θεωρήθηκε απαραίτητη και σε καμία περίπτωση προαιρετική, αν ήθελαν να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Κάποιοι από τους συνεντευξιζόμενους υποστήριζαν ότι με τη λήψη φαρμάκων απέκτησαν τον «έλεγχο» της υγείας τους, ενώ αντίθετα άλλοι πίστευαν ότι αυτή τους αφαίρεσε αυτόν τον «έλεγχο». Οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής διέφεραν, αν και οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναγνώριζαν τη σημασία και την ανάγκη της θεραπείας (Dolovich, Nair, Sellors et al., 2008), αποτελέσματα που συνάδουν με αυτά της παρούσας μελέτης.

Η δυσκολία στην αποδοχή των αλλαγών που επιφέρει η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης πιθανόν συνδέεται με τη δυσκολία στη θεραπεία της, η οποία έγκειται στο ότι αυτή θεωρείται επιτυχημένη αν η κατάσταση των ασθενών δεν επιδεινωθεί, δηλαδή εφόσον δεν προκύψουν επιπλοκές ή δεν αναπτυχθούν συμπτώματα και ασθένειες που να σχετίζονται με την αρτηριακή πίεση (Burnier, 2017; Grueninger, 1995; Lahdenperä & Kyngäs, 2001). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, όταν οι ασθενείς αισθανθούν ότι δεν βιώνουν καθόλου συμπτώματα, να θεωρήσουν ότι δεν υφίσταται λόγος να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, ενώ όταν συνεχίζει να υφίσταται η υψηλή αρτηριακή πίεση για κάποιο διάστημα, χωρίς όμως να παρουσιάζονται αλλαγές προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, η κατάσταση αυτή να

εκλαμβάνεται ως μόνιμη και σταθερή και κατά συνέπεια να διακόπτεται και η φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς θεωρούν ότι «γνωρίζουν τα σώματά τους» και είναι ικανοί να ελέγξουν την αρτηριακή τους πίεση, αποδεχόμενοι ένα συμβιβασμό ανάμεσα στις συστάσεις του ιατρού και τις δικές τους πεποιθήσεις για την υπέρταση (Anthony, Valinsky, Inbar et al., 2012; Saleem, Hassali, Shafie et al., 2012).

Ποιοτικές μελέτες έχουν αναδείξει το γεγονός ότι ορισμένοι από τους συμμετέχοντες λαμβάνουν την αντι-υπερτασική φαρμακευτική αγωγή, μόνο εφόσον βιώνουν συμπτώματα τα οποία αποδίδουν σε αυξημένη αρτηριακή πίεση, όπως αίσθημα αδυναμίας, οφθαλμολογικά προβλήματα ή ζάλη (Connell, McKevitt, & Wolfe, 2005; Pound, Britten, Morgan et al., 2005). Το εν λόγω εύρημα έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές έρευνες για την προσήλωση στην αντι-υπερτασική θεραπεία στις οποίες διαπιστώνεται ότι ένα μέρος ασθενών με υπέρταση λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή - έστω και αν πιστεύουν στην αποτελεσματικότητά της - μόνο, είτε όταν μετά από μέτρηση της αρτηριακής πίεσης αντιλαμβάνονται ότι αυτή είχε αυξηθεί, είτε με βάση σωματικά συμπτώματα (όπως ζαλάδες, πονοκέφαλο και εφίδρωση) την παρουσία των οποίων αποδίδουν στην υπέρταση (Buckley, Labonville, & Barr, 2016; M.J. Johnson, Williams, & Marshall, 1999; Lahdenperä & Kyngäs, 2001; Marshall, Wolfe, & McKevitt, 2012; Roberson, 1992; Svensson, Kjellgren, Ahlner et al., 2000). Ομοίως, σε έρευνα των Lubaki και συν. (2009), ένας αριθμός ασθενών λάμβαναν τα φάρμακα ανάλογα με το πως αντιλαμβάνονταν τα συμπτώματα της υπέρτασης, με αποτέλεσμα άλλοτε να αυξάνουν τη δοσολογία και άλλοτε, εφόσον αισθάνονταν καλά, να την μειώνουν ή να την διακόπτουν (Lubaki, Mabuzza, Malete et al., 2009). Στην παρούσα μελέτη, η Τατιάνα ανέφερε ότι όταν διαπιστώνει την απουσία αρτηριακής υπέρτασης αλλάζει από μόνη της, χωρίς να

συμβουλευτεί τον ιατρό της τη δοσολογία του αντι-υπερτασικού φαρμάκου, καθώς δεν επιθυμεί να «επιβαρύνει με φάρμακα τον οργανισμό της».

Οι πεποιθήσεις των ασθενών, οι οποίες δομούνται από τις προσωπικές εμπειρίες τους, σε συνδυασμό με εκείνες των οικείων τους, είναι δυνατόν να είναι καθοριστικές για την κατανόηση της νόσου και τη θεραπεία της. Οι πεποιθήσεις αυτές μπορεί να είναι αληθείς ή παραπλανητικές. Σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι η παρανόηση αποτελούσε συχνό πρόβλημα στην περίπτωση των ασυμπτωματικών καταστάσεων, όπως είναι η υπέρταση. Επιπλέον, η απουσία κατανόησης για τη νόσο και τη φαρμακευτική αγωγή, συχνά αφορούσε και τον τρόπο με τον οποίο η θεραπεία συνολικά αξιολογείτο ως σημαντική ή όχι (Dowell, Jones, & Snadden, 2002). Εφόσον ο ασθενής έχει κάποια πεποίθηση αναφορικά με την αντιμετώπιση της νόσου, η οποία δεν συνάδει με τις ιατρικές συστάσεις, τότε είναι πιθανόν αυτές οι αντικρουόμενες απόψεις να οδηγήσουν σε μειωμένη τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (L.R. Martin & DiMatteo, 2013; Straughan & Seow, 2000)

Η Θεοδώρα, παρόλο που τηρεί πιστά τις οδηγίες του ιατρού, παραδέχεται ότι έχει αναρωτηθεί αναφορικά με τις αιτίες για τις οποίες χρειάζεται να λαμβάνει φάρμακα, ακόμα και όταν η αρτηριακή πίεσή της βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Παράλληλα, προσπαθεί με φυσικές μεθόδους όπως είναι η κατανάλωση σκόρδου και χυμού από λεμόνι να καταπολεμήσει αυτή, έχοντας ως παράδειγμα την περίπτωση μίας γνωστής της με διάγνωση υπέρτασης, η οποία παρότι δεν λαμβάνει φάρμακα επιτυγχάνει τον έλεγχο της πίεσής της με εναλλακτικές μεθόδους. Διάφορες αιτίες για τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών έχουν συζητηθεί. Έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα αυτά μπορεί να μην είναι ικανοποιημένα από τη συμβατική θεραπεία, ότι μπορεί οι εναλλακτικές θεραπείες να τους προσφέρουν περισσότερη προσωπική αυτονομία και έλεγχο ή ότι η χρήση των εναλλακτικών μέσων θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα

δυσφορίας για την ιατρική διάγνωση (Holland, 1999; Isacson & Bingefors, 2002). Σύμφωνα με τους Buckley και συν. (2016), οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν εναλλακτικά μέσα αντί της φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της υπέρτασης, όταν διαπίστωναν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-υπερτασικών φαρμάκων (Buckley, Labonville, & Barr, 2016). Σε έρευνα των Wilson και συν. (2002), βρέθηκε ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες συνέδεαν την υψηλή αρτηριακή πίεση με αυξημένη πρόσληψη άλατος, ενώ πίστευαν ότι για τη θεραπεία της υπέρτασης, παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή και τις υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές, είναι δυνατόν να συνδράμουν οι βιταμίνες, το σκόρδο και άλλα βότανα (Wilson, Freeman, Kazda et al., 2002). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης των Connell και συν. (2005) οι ασθενείς με υπέρταση χρησιμοποιούσαν φυτικά προϊόντα (π.χ. βότανα) και είτε συνέχιζαν να λαμβάνουν παράλληλα φαρμακευτική αγωγή, είτε επέλεγαν να τη διακόψουν οριστικά (Connell, McKevitt, & Wolfe, 2005). Άλλα μη φαρμακευτικά προϊόντα που έχουν αναφερθεί ότι χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της υπέρτασης είναι το ξίδι, το λεμόνι, το σκόρδο, τα άλατα Epsom, το τζίντζερ, το μέλι, τα καρότα, οι σπόροι αβοκάντο, οι σπόροι παπάγιας, τα λεμόνια, τα κρεμμύδια, οι ρίζες τεύτλων, ο ξυλάνθρακας κ.α. (G.D. Hughes, Aboyade, Clark et al., 2013; Liwa, Roediger, Jaka et al., 2017; Roberson, 1992). Σημειώνεται ότι αρκετοί από τους ασθενείς που παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιούν εναλλακτικά μέσα, συχνά δεν το αναφέρουν στον ιατρό τους, γεγονός που μπορεί να αποβεί επικίνδυνο λόγω πιθανής αλληλεπίδρασης (Mansoor, 2001).

Οι ασθενείς πρέπει να έχουν κίνητρο να τηρήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες και να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, να πιστεύουν στη σημασία της θεραπείας ή στην αξία της αλλαγής συμπεριφοράς και να έχουν εμπιστοσύνη ότι μπορούν να επιτύχουν την αλλαγή ή να ακολουθήσουν τη θεραπεία, ενώ παράλληλα χρειάζεται

να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις. Ανάμεσα στις προκλήσεις που δύνανται να υπονομεύσουν την προσπάθεια πιθανόν να είναι ψυχοπαιστικές καταστάσεις, οι οποίες τους επιβαρύνουν ψυχολογικά (Ljubotina, Micovic, Karovic et al., 2014; L.R. Martin & DiMatteo, 2013). Δύο από τους συνεντευξιαζόμενους, ο Γιώργος και η Έλλη, απέδωσαν τη δυσκολία τους στην υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών στην «ψυχολογία, η οποία παίζει τον πρώτο ρόλο». Ιδιαίτερα, ο Γιώργος αναφέρθηκε στο στρες, το οποίο είναι αποτέλεσμα της μετάβασης σε άλλο εργασιακό πλαίσιο - από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα - και δεν του επιτρέπει να θέσει στόχους σχετικά με την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών του. Σε μετα-ανάλυση για τα εμπόδια στην τήρηση της υπέρτασης των Khatib και συν. (2014), τα άτομα με υπέρταση ανέφεραν ότι το στρες και το άγχος που συνδέονταν με έλλειψη χρημάτων και εργασιακά ζητήματα, καθώς και με άλλα ψυχοπαιστικά γεγονότα, δυνατόν να επηρέαζαν τη διαχείριση της υπέρτασης. Οι ασθενείς συχνά ένιωθαν ότι η σωστή φροντίδα και κάλυψη αναγκών των μελών της οικογενείας τους ή η συνέπεια στην εργασία τους, δεν τους επέτρεπε να δώσουν προτεραιότητα στον εαυτό τους και ειδικότερα στις κλινικές επισκέψεις, τη διατροφή και την άσκηση (Khatib, Schwalm, Yusuf et al., 2014).

Η διάγνωση ενός χρόνιου οργανικού προβλήματος, όπως η αρτηριακή υπέρταση, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί από τα άτομα με διάφορους τρόπους. Για κάποια από αυτά, η νέα πραγματικότητα μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτή και πιθανόν να προκαλέσει αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα. Ενδεχομένως, να φαίνονται ότι είναι αδιάφορα και απαθή, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στη χρήση μηχανισμών άρνησης για τη διαχείριση του άγχους ή επειδή πραγματικά δεν έχουν γίνει κατανοητές οι πτυχές και οι απαιτήσεις της νόσου. Επιπλέον, πιθανόν να αισθάνονται θυμό η στεναχώρια, αναγνωρίζοντας ότι «χάνουν» την ελευθερία τους

(Correia, 2016; L.R. Martin & DiMatteo, 2013). Η αίσθηση της απώλειας της ελευθερίας αναδύθηκε έντονα από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη. Η Ίριδα ανέφερε, χαρακτηριστικά, σχετικά με την ανάγκη για μακροχρόνια λήψη της αγωγής, «δεν μπορώ να περιορίζομαι και να πιέζομαι, αυτό δεν το έχω αποδεχτεί». Όμοιες είναι και οι σκέψεις του Δημήτρη, ο οποίος δείχνει να ενοχλείται στη σκέψη ότι θα πρέπει να τηρεί κάποιες –θεραπευτικές– οδηγίες, έστω και αν αυτές είναι «για το καλό του». Σε έρευνα των Bane και συν. (2007), η στάση των συνεντευξιζόμενων απέναντι στο γεγονός ότι η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν απαραίτητη για την ευεξία τους, κυμαινόταν από αντικειμενική αποδοχή έως δυσαρέσκεια και αγανάκτηση (Bane, Hughesn, Cupples et al., 2007).

Οι ασθενείς με απαισιόδοξη σκέψη ενδεχομένως να αισθάνονται ότι η θεραπεία δεν θα έχει κανένα όφελος ή θα στερείται αποτελεσματικότητας. Όταν ο τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων χαρακτηρίζεται από παθητικότητα, αρνητικές σκέψεις, συναισθήματα και αίσθημα αβοηθητότητας, δύναται να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία, αλλά επίσης να συμβάλει στην προβληματική τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, καθώς τα άτομα δεν ασχολούνται στον απαιτούμενο βαθμό με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Whipple, Lewis, Sutton-Tyrrell et al., 2009).

Τα οφέλη της αισιόδοξης σκέψης για τη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και την προσήλωση στις θεραπευτικές οδηγίες, έχουν καταγραφεί σε αρκετές μελέτες (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Tindle, Chang, Kuller et al., 2009). Σε μελέτες με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση, όσοι χαρακτηρίστηκαν ως «αισιόδοξοι» είχαν μικρότερο κίνδυνο θνησιμότητας, καθώς και περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσουν τις ιατρικές συστάσεις και να αλλάξουν τις συνήθειές τους,



μειώνοντας την κατανάλωση των κορεσμένων λιπαρών και εντάσσοντας σωματική άσκηση στην καθημερινότητά τους (Conversano, Rotondo, Lensi et al., 2010; Giltay, Geleijnse, Zitman et al., 2004; Giltay, Kamphuis, Kalmijn et al., 2006; Scheier & Carver, 1992; Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996).

Επιπλέον η πρόσληψη γνώσεων σχετικών με την υπέρταση συνιστά σημαντικό παράγοντα για την προσήλωση στην αγωγή. Σε έρευνα των Isacson και Bingefors (2002), τα άτομα τα οποία είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη νόσο τους ήταν λιγότερο αρνητικά απέναντι στη λήψη φαρμάκων (Isacson & Bingefors, 2002). Πράγματι φαίνεται ότι η διαδικασία τήρησης της θεραπείας μπορεί να διευκολυνθεί εάν οι ασθενείς είναι εφοδιασμένοι με τις απαραίτητες πληροφορίες έτσι ώστε να μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα την ασθένεια και τη θεραπεία τους (Felzmann, 2012; Homer, Nightingale, & Jobanputra, 2009). Η δε ενημέρωση σχετικά με πιθανές παρενέργειες της αντι-υπερτασικής θεραπείας συσχετίζεται θετικά με την πιστή τήρησή της (Ghembaza, Senoussaoui, Tani et al., 2014). Ως εκ τούτου είναι ουσιαστικής σημασίας η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών με σκοπό αφενός την καλύτερη κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών της ασθένειας και των θεραπευτικών οδηγιών και αφετέρου τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης έτσι ώστε να μπορούν να συζητηθούν προβλήματα που τυχόν ανακύπτουν (Denford, Frost, Dieppe et al., 2014; Kobue, Moch, & Watermeyer, 2017; Watermeyer & Penn, 2009; Zolnieriek & Dimatteo, 2009). Στην παρούσα έρευνα, η Πηνελόπη ανέφερε ότι τηρεί τη θεραπεία, αλλά παράλληλα προσπαθεί να αντλήσει σχετικές πληροφορίες από τον θεράποντα ιατρό, τη φαρμακοποιό καθώς και μέσω ατομικής αναζήτησης.

Η αποδοχή της διάγνωσης της αρτηριακής υπέρτασης, μίας χρόνιας «σιωπηλής» ασθένειας και των αλλαγών που αυτή συνεπάγεται, όσον αφορά στη ζωή

των ασθενών και η προσαρμογή των ατόμων στα νέα δεδομένα, προϋποθέτουν και την τροποποίηση των αυτοαντιλήψεων και των στάσεων του ατόμου, έτσι ώστε να περιλαμβάνουν την νέα πραγματικότητα που η ασθένεια διαμορφώνει.

### ***Ζώντας με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων***

Η αποδοχή της μακροχρόνιας τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών δυσχεραίνεται, ακόμα περισσότερο, όταν τα φάρμακα που λαμβάνονται για τον έλεγχο του οργανικού προβλήματος συνοδεύονται από ανεπιθύμητες ενέργειες. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της αντιμετώπισης της αρτηριακής υπέρτασης, ελλείπει συμπτωμάτων πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας εξαιτίας της ασυμπτωματικής φύσης της νόσου, η εμφάνιση παρενεργειών μπορεί να μην γίνει εύκολα αποδεκτή, καθώς οι ασθενείς συχνά αισθάνονται χειρότερα απ' ό,τι πριν την ξεκινήσουν. Για την αντιμετώπιση αυτού του ενδεχομένου απαιτείται η πλήρης και εμπειριστατωμένη ενημέρωση των ασθενών αφενός σχετικά με τη συχνότητα, τη σημασία, και την αναστρεψιμότητα των παρενεργειών και αφετέρου αναφορικά με τη δυνατότητα εξεύρεσης εναλλακτικών και καλά ανεκτών φαρμάκων εφόσον αυτό καταστεί απαραίτητο (Burnier, 2017). Αρκετές είναι οι μελέτες που συνδέουν την ελλιπή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών με τις παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα (Burnier, 2017; Jankowska-Polanska, Chudiak, Uchmanowicz et al., 2017; Krueger, Berger, & Felkey, 2005; Marshall, Wolfe, & McKeivitt, 2012; M.Y. Martin, Kohler, Kim et al., 2010; Nafradi, Galimberti, Nakamoto et al., 2016; van der Laan, Elders, Boons et al., 2017; Vawter, Tong, Gemilyan et al., 2008). Επιπλέον, έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των κυριότερων εμποδίων για την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και η συχνότητα των δόσεων (Sabaté, 2003). Ωστόσο,

σημειώνεται ότι έχει επίσης αναφερθεί πως παρότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες ευρέως αναδεικνύονται ανάμεσα στους σημαντικότερους λόγους μη σωστής τήρησης των οδηγιών για λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, δεν αποτελούν την κύρια αιτία (Lubaki, Mabuza, Malete et al., 2009).

Σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σταθερά συνδέονται με την απουσία προσήλωσης στη φαρμακευτική θεραπεία για την υπέρταση είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες, η κακή σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας και η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από την αγορά των αντι-υπερτασικών σκευασμάτων (van der Laan, Elders, Boons et al., 2017). Κατά την κλινική εξέταση των ασθενών, πολλές φορές δεν ζητούνται από τον ιατρό πληροφορίες σχετικά με την πιθανή ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών, γεγονός που προκαλεί ένα επικοινωνιακό χάσμα με σημαντικό αντίκτυπο τόσο στην ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς, όσο και στην ασφάλειά του (Bosworth, 2010).

Στην παρούσα έρευνα, αρκετοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν βιώσει κατά καιρούς ανεπιθύμητες ενέργειες προκαλούμενες από τα αντι-υπερτασικά φάρμακα, οι οποίες τους προξενούσαν δυσκολίες. Ωστόσο, οι περισσότεροι, με εξαίρεση την Τατιάνα που κάποιες φορές διέκοπτε μόνη της την αγωγή, συνέχιζαν να λαμβάνουν τα φάρμακα, είτε προσαρμόζοντας ανάλογα την καθημερινότητά τους, είτε απευθυνόμενοι στον ιατρό τους ώστε να τροποποιηθεί η αγωγή, θεωρώντας ότι τα οφέλη υπερτερούν έναντι των όποιων ανεπιθύμητων ενεργειών. Χαρακτηριστικά, η Ξένια ανέφερε σχετικά, ότι «το παίρνεις απόφαση και πορεύεσαι έτσι».

Σε έρευνα των Gascón και συν. (2004), διαφάνηκε ιδιαίτερος προβληματισμός των ασθενών όσον αφορά στις ανεπιθύμητες παρενέργειες της αντι-υπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, για την οποία εκδήλωσαν φόβους και αρνητικές σκέψεις (Gascón, Sánchez-Ortuño, Llorc et al., 2004). Στην παρούσα έρευνα, η Ίριδα, η οποία

ταλαιπωρείται συχνά από ανεπιθύμητες ενέργειες, που έχουν ως αποτέλεσμα την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, αναρωτιέται μήπως αυτές είναι συνέπεια της αποστροφής της για τα φάρμακα και γι' αυτό «τα διώχνει ο οργανισμός της». Σε έρευνα των Toverud και συν. (2011), πέρα από την πιθανότητα να ξεχάσουν να λάβουν τα φάρμακα, ο φόβος των ασθενών για τις ανεπιθύμητες ενέργειες αναδείχθηκε ως ένας σημαντικός λόγος μη τήρησης της θεραπείας, (Toverud, Røise, Hogstad et al., 2011). Σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες έχουν αναγνωριστεί δύο πεποιθήσεις αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, ως προς την προσήλωση και τον ειδικό φόβο προς τα φάρμακα. Συγκεκριμένα, η μία αφορά στην αντίληψη ότι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητη (παρόμοια με το αντιληπτό όφελος του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία) και συνδέεται στενά με το γεγονός προσήλωσης σε αυτήν, ενώ η άλλη, η οποία αφορά στην αντίληψη ότι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής ενέχει κινδύνους, σχετίζεται με τη μη τήρηση της θεραπείας (Leventhal, Halm, Horowitz et al., 2004).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Vawter και συν. (2008), το 12,5% των συμμετεχόντων (σε δείγμα 1432 ατόμων) απάντησαν ότι η μη σωστή τήρηση της αντι-υπερτασικής αγωγής οφειλόταν στη βίωση ανεπιθύμητων ενεργειών (Vawter, Tong, Gemilyan et al., 2008). Οι Svensson και συν. (2000) έδειξαν ότι μερικοί από τους ασθενείς που δεν τηρούσαν σωστά τις θεραπευτικές οδηγίες δεν ήταν πρόθυμοι να λαμβάνουν αδιάκοπα φαρμακευτική αγωγή, καθώς τη θεωρούσαν «αφύσικη», ενώ άλλοι προσάρμοζαν ή σταματούσαν τα φάρμακα σε απάντηση αντιληπτών ή προσδοκώμενων παρενεργειών (Svensson, Kjellgren, Ahlner et al., 2000).

Σε άλλη έρευνα, οι ασθενείς φάνηκε ότι ανησυχούσαν όσον αφορά στις πιθανές οργανικές παρενέργειες από τη μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων, καθώς και στις πιθανές αλληλεπιδράσεις με φάρμακα για άλλες ασθένειες (Bane, Hughesn,

Cupples et al., 2007). Η πεποίθηση ότι τα αντι-υπερτασικά φάρμακα ήταν τοξικά και παρέμβαιναν στην κανονική λειτουργία της καρδιάς, των νεφρών και του ήπατος έχει επίσης αναδειχθεί σε σχετική έρευνα (Schloman & Schmitke, 2007). Αρκετοί ασθενείς είχαν συγκεκριμένες μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις σχετικά με τη μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων. Σε έρευνα των Saleem και συν. (2012), η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ότι τα φάρμακα είχαν περισσότερες δεσμεύσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, σε σύγκριση με τα ευεργετικά αποτελέσματα. Ακόμα και εκείνοι που δεν είχαν αυτή την αντίληψη θεωρούσαν ότι η μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων ήταν δυνατό να οδηγήσει σε επιπρόσθετα σωματικά προβλήματα, πέρα από τα ήδη υφιστάμενα (Saleem, Hassali, Shafie et al., 2012).

Αρκετοί φαίνεται να είναι οι ασθενείς που δεν είναι θετικά διακείμενοι στη φαρμακευτική θεραπεία, όχι μόνο εξαιτίας των παρενεργειών που αποτελούν κοινό προβληματισμό σε πολλές έρευνες αλλά και εξαιτίας του φόβου πιθανού εθισμού (Benson & Britten, 2002; Marshall, Wolfe, & McKevitt, 2012).

Σε έρευνα του Lukoschek (2003), βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν λάμβαναν, σύμφωνα με τις ιατρικές συστάσεις, τη φαρμακευτική αγωγή έτειναν να σταματούν να λαμβάνουν τα φάρμακά τους σε απάντηση των παρενεργειών. Αντίθετα, τα άτομα που την τηρούσαν πιστά, ακόμα και αν βίωναν ανεπιθύμητες ενέργειες, προσάρμοζαν την καθημερινότητά τους, έτσι ώστε να καταστήσουν δυνατό να ζήσουν με αυτές. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που δεν τηρούσαν σωστά την αγωγή τους αναγνώριζαν περισσότερες παρενέργειες παρά οφέλη από τα φάρμακα (Lukoschek, 2003).

Οι Krueger και συν. (2005), σε άρθρο ανασκόπησης σχετικά με την προσήλωση στη θεραπεία, συμπέραναν ότι τα ψυχοκοινωνικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην τήρηση της

θεραπείας. Η πεποίθηση του ασθενούς ότι ένα φάρμακο είναι αποτελεσματικό, όπως επίσης και η ικανότητά του να υπομείνει τις παρενέργειες και να διατηρήσει μια θετική στάση, έχουν άμεση σχέση με την τήρηση της θεραπείας. Σχετικά με την πρόβλεψη της προσήλωσης στην αγωγή, βρέθηκε ότι οι πεποιθήσεις των ατόμων για τον εαυτό τους και τον έλεγχο επί της ασθένειας ήταν πιο σημαντικές από τις παρενέργειες (Krueger, Berger, & Felkey, 2005).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι από τις κύριες αιτίες που εμποδίζουν αφενός την αποδοχή και καλή ψυχολογική προσαρμογή στη νόσο και αφετέρου την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή. Είναι σημαντικό, οι ιατροί να «αφουγκράζονται» τους προβληματισμούς των ασθενών τους και να προσπαθούν με τους κατάλληλους χειρισμούς να ελαχιστοποιήσουν τους όποιους ανασταλτικούς παράγοντες για την πιστή τήρηση της θεραπείας, μεταξύ των οποίων είναι και οι φαρμακευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

### **Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της Μελέτης**

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της μελέτης ήταν η χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας. Η επιλογή της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (IPA) ως ερευνητικής μεθόδου επέτρεψε μια εις βάθος διερεύνηση των εμπειριών των συμμετεχόντων, σχετικά με την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών για την υπέρταση, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα να «ακουστούν» οι φωνές τους, σύμφωνα με την ιδιογραφική αρχή της προσέγγισης. Σε αντίθεση με την πλειονότητα των ερευνών για την προσήλωση στη θεραπεία, οι οποίες εστιάζουν στην πιστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, καταβλήθηκε προσπάθεια να μελετηθεί το πως οι ασθενείς με υπέρταση βιώνουν, αντιλαμβάνονται και νοηματοδοτούν την ανάγκη για τήρηση

υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών και κατ' επέκταση για υιοθέτηση νέων συμπεριφορών υγείας και αλλαγές και στον τρόπο ζωής τους. Επιπλέον, πλεονέκτημα της παρούσας έρευνας αποτελεί η επιλογή ατόμων με πρωτοπαθή αρτηριακή υπέρταση, χωρίς σωματική η/και ψυχική συννόσηση, καθώς έτσι αποφεύγεται η επίδραση συγχυτικών παραγόντων. Κατ' επέκταση, εξαιτίας της συγκεκριμένης επιλογής, αυτή διαφέρει από μελέτες παρόμοιου ερευνητικού σκοπού, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν στο δείγμα και ασθενείς με υπέρταση που έχουν ήδη βιώσει ιατρικές επιπλοκές (πχ έμφραγμα του μυοκαρδίου) και πιθανόν οι αντιλήψεις τους, ως προς την προσήλωση στη θεραπεία, να έχουν επηρεαστεί.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν στην παρούσα έρευνα ορισμένοι περιορισμοί. Γεγονός είναι, ότι τα ευρήματα από τη μελέτη αυτή δεν μπορούν να γενικευθούν λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, πλην όμως αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό της ποιοτικής μεθοδολογίας η οποία επελέγη με συνειδητό σκοπό να καταδειχθούν ποιοτικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά και η όλη προσέγγιση να γίνει όχι ποσοτικά, αλλά ποιοτικά και με ολοκληρωμένες απαντήσεις ως προς τον ερευνητικό σκοπό. Συνεπώς, επιδίωξη αυτής της μελέτης δεν ήταν η απόκτηση γνώσεων που να μπορούν να γενικευθούν, αλλά μια εις βάθος γνώση σχετικά με το υπό έρευνα φαινόμενο. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι κύριες θεματικές που προσδιορίζονται στην παρούσα μελέτη είναι μόνο μία ερμηνεία των δεδομένων. Είναι πιθανό ένας άλλος ερευνητής με διαφορετικά ενδιαφέροντα, εκπαίδευση και προσωπικά χαρακτηριστικά να μπορούσε να ερμηνεύσει τα κείμενα των συνεντεύξεων με διαφορετικό τρόπο. Άλλωστε, πολλές ερμηνείες των ίδιων δεδομένων είναι δυνατές, καθώς αυτή η πολλαπλότητα απεικονίζει ουσιαστικά τη μοναδική αλληλεπίδραση μεταξύ του μεμονωμένου ερευνητή και των συμμετεχόντων (Jordan, Eccleston, & Osborn, 2007).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να «δώσει» φωνή σε έναν αριθμό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση, με στόχο την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της προσήλωσης στη θεραπεία. Τα αναδυόμενα θέματα «φωτίζουν» την πολυπλοκότητα των εμπειριών των ατόμων και την αναπτυξιακή διαδικασία των συναισθηματικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών τους προσαρμογών στη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης και στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών. Η απόδοση των αιτιών της εμφάνισης της υπέρτασης σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς, ως προς τον εαυτό, παράγοντες εκ μέρους των συμμετεχόντων, επηρέαζε σε ένα βαθμό τη μετέπειτα αποδοχή και πιστή τήρηση της προτεινόμενης - από τον ιατρό- θεραπείας. Η σωστή τήρηση της θεραπείας είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο συχνά αποτελεί πρόκληση για τους ασθενείς, τους οικείους τους και τους επαγγελματίες υγείας. Ως σημαντικοί παράγοντες για την προσήλωση στη θεραπεία αναδύθηκαν ο φόβος για τις αντιληπτές ιατρικές συνέπειες της υπέρτασης, η προσωπικότητα των ασθενών και ο ρόλος των «σημαντικών άλλων». Ο ασυμπτωματικός χαρακτήρας της νόσου φαίνεται να αποδυναμώνει την υποκειμενική αντίληψη του «πάσχειν» και κατ' επέκταση την επιτακτικότητα της τήρησης των ιατρικών οδηγιών. Τα περισσότερα άτομα αντιλαμβάνονταν ότι η σωστή τήρηση της θεραπείας θα τους προστατεύσει απέναντι στην «απειλή» της υπέρτασης, ωστόσο αν και κάποιοι είχαν προσαρμοστεί στην ανάγκη για μακροχρόνια τήρησή της, άλλοι παρουσίαζαν, διαβαθμούμενη, δυσχέρεια στην αποδοχή των νέων δεδομένων, ενώ παράλληλα οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων δεν διευκόλυναν την όλη διαδικασία. Η δυσκολία ήταν ακόμα πιο εμφανής όσον αφορά στην τροποποίηση υγιεινοδιαιτητικών συμπεριφορών και υιοθέτηση περισσότερο υγιεινών συμπεριφορών υγείας, καθώς,



ενώ η φαρμακευτική αγωγή, απλά, απαιτεί την προσθήκη νέων συνηθειών, η τήρηση των μη φαρμακευτικών οδηγιών είναι περιοριστική και συνεπάγεται μία σειρά σημαντικών αλλαγών στις καθημερινές συνήθειές τους. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι ο τρόπος που βιώνεται η επίπτωση της προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες, αναφορικά με το αίσθημα της αυτονομίας του ατόμου - είτε πρόκειται για την φαρμακευτική αγωγή, είτε για την υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών ζωής - διαφοροποιεί τον βαθμό τήρησης των οδηγιών αυτών.

Η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης και κατ' επέκταση οι συνέπειες στη ζωή των ασθενών, λόγω της ανάγκης για μακροχρόνια τήρηση τόσο φαρμακευτικών, όσο και μη φαρμακευτικών οδηγιών, πολλές φορές δεν τυγχάνουν της απαιτούμενης προσοχής.

Η επίτευξη της σωστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών αποτελεί σημαντική πρόκληση τόσο για τα άτομα με υπέρταση, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Η ανάδειξη εκείνων των παραγόντων που στο σύνολό τους χαρτογραφούν πληρέστερα την υποκειμενική αντίληψη της προσήλωσης στην θεραπεία μιας χρόνιας νόσου όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση διευκολύνει τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, δύναται να κινητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας στην ανίχνευση και αξιοποίηση των παραγόντων που μπορούν να διευκολύνουν την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, ενώ παράλληλα οξύνει το κλινικό αισθητήριο στον εντοπισμό εκείνων των δεδομένων που θα μπορούσαν να υπονομεύουν την θεραπευτική συμμαχία.

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν και νοηματοδοτούν την προσήλωση στη θεραπεία και τις πτυχές της, δύναται να συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωσή της και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση της υπέρτασης.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbott, J., Dodd, M., & Webb, A. K. (1996). Health perceptions and treatment adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax*, *51*(12), 1233-1238.
- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *96*(4), e5641.
- Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, J. P., & Mosca, L. (2010). Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *J Nutr Educ Behav*, *42*(6), 380-388.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*: Prentice-Hall.
- al Roomi, K. A., Heller, R. F., & Wlodarczyk, J. (1990). Hypertension control and the risk of myocardial infarction and stroke: a population-based study. *Medical Journal of Australia*, *153*, 595-599.
- Alfonsson, S., Johansson, K., Uddling, J., & Hursti, T. (2017). Differences in motivation and adherence to a prescribed assignment after face-to-face and online psychoeducation: an experimental study. *BMC Psychology*, *5*, 3.
- Anderson, E. S., Winett, R. A., & Wojcik, J. R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, *34*(3), 304-312.
- Anthony, H., Valinsky, L., Inbar, Z., Gabriel, C., & Varda, S. (2012). Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. *BMC Family Practice*, *13*, art. no. 24.
- Antonakoudis, G., Poulimenos, I., Kifnidis, K., Zouras, C., & Antonakoudis, H. (2007). Blood pressure control and cardiovascular risk reduction. *Hippokratia*, *11*(3), 114-119.
- Appel, L. J. (2017). The Effects of Dietary Factors on Blood Pressure. *Cardiol Clin*, *35*(2), 197-212.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and health*, *15*(2), 173-189.
- Aronow, W. S. (2017). Lifestyle measures for treating hypertension. *Archives of medical science*, *13*(5), 1241-1243.
- Aronson, J. K. (2007). Time to abandon the term "patient concordance". *British Journal of Clinical Pharmacology*, *64*(5), 711-713.
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., & Lötval, J. (2011). The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLoS ONE*, *6*(3), e18241.
- Aznar-Lou, I., Fernandez, A., Gil-Girbau, M., Fajo-Pascual, M., Moreno-Peral, P., Penarrubia-Maria, M. T., et al. (2017). Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *83*(6), 1328-1340.
- Baer, R. D., & Bustillo, M. (1993). Susto and mal de ojo among Florida farmworkers: Emic and etic perspectives. *Medical Anthropology Quarterly*, *7*(1), 90-100.
- Bandi, P., Goldmann, E., Parikh, N. S., Farsi, P., & Boden-Albala, B. (2017). Age-Related Differences in Antihypertensive Medication Adherence in Hispanics: A Cross-Sectional Community-Based Survey in New York City, 2011-2012. *Prev Chronic Dis*, *14*, E57.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, *31*(2), 143-164.
- Bandura, A., & Simon, K. M. (1977). The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *1*(3), 177-193.

- Bane, C., Hughesn, C. M., Cupples, M. E., & McElnay, J. C. (2007). The journey to concordance for patients with hypertension: A qualitative study in primary care. *Pharmacy World and Science*, 29(5), 534-540.
- Bangalore, S., Kamalakkannan, G., Parkar, S., & Messerli, F. H. (2007). Fixed-Dose Combinations Improve Medication Compliance: A Meta-Analysis. *American Journal of Medicine*, 120(8), 713-719.
- Barbouni, A., Nalmpanti, M., Gennimata, D., Theodoridis, D., & Merakou, K. (2017). Beliefs and practices of Greek doctors in relation to patients' adherence to antihypertensive medication. *Journal of Human Hypertension*, 31(5), 341-346.
- Barker, C., & Pistrang, N. (2016). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*: John Wiley & Sons.
- Bean, M. K., Mazzeo, S. E., & Fries, E. (2008). Family factors as correlates of diet in relatives of colon cancer patients. *American Journal of Health Behavior*, 32(4), 347-355.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D., Drachman, R., & Taylor, D. (1979). Patient perceptions and compliance: recent studies of the health belief model. *Compliance in health care*, 8, 78-109.
- Beevers, D. G., Lip, G. Y., & O'Brien, E. T. (2014). *ABC of Hypertension*: John Wiley & Sons.
- Benson, J., & Britten, N. (2002). Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: Qualitative study. *British Medical Journal*, 325(7369), 873-876.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On self-regulation of a health threat: Cognitions, coping and emotions among women undergoing treatment for fertility. *Cognit Ther Res*, 28.
- Berenson, G. S., Srinivasan, S. R., Bao, W., Newman, W. P., Tracy, R. E., & Wattigney, W. A. (1998). Association between Multiple Cardiovascular Risk Factors and Atherosclerosis in Children and Young Adults. *New England Journal of Medicine*, 338(23), 1650-1656.
- Biggerstaff, D., & Thompson, A. R. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research *Qualitative research in psychology*, 5(3), 214-224.
- Bird, C. M. (2005). How I stopped dreading and learned to love transcription. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 226-248.
- Bloom, B. S. (1998). Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clinical therapeutics*, 20(4), 671-681.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Hinderliter, A., Watkins, L. L., Craighead, L., Lin, P. H., et al. (2010). Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 126-135.
- Bond, G. G., Aiken, L. S., & Somerville, S. C. (1992). The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11(3), 190-198.
- Borghi, C., Bacchelli, S., Esposti, D. D., Bignamini, A., Magnani, B., & Ambrosioni, E. (1999). Effects of the administration of an angiotensin-converting enzyme inhibitor during the acute phase of myocardial infarction in patients with arterial hypertension. SMILE Study Investigators. Survival of Myocardial Infarction Long-term Evaluation. *American Journal of Hypertension*, 12(7), 665-672.
- Bosworth, H. B. (2010). *Improving patient treatment adherence*: Springer.
- Boudonas, G. E. (2010).  $\beta$ -Blockers in coronary artery disease management. *Hippokratia*, 14(4), 231-235.
- Boutin-Foster, C., Ogedegbe, G., Ravenell, J. E., Robbins, L., & Charlson, M. E. (2007). Ascribing meaning to hypertension: a qualitative study among African Americans with uncontrolled hypertension. *Ethn Dis*, 17(1), 29-34.

- Boyer, B. A., & Paharia, M. I. (2008). *Comprehensive handbook of clinical health psychology*: John Wiley & Sons.
- Brandstetter, S., Hertig, S., Loss, J., Ehrenstein, B., & Apfelbacher, C. (2016). 'The lesser of two evils...' – views of persons with rheumatoid arthritis on medication adherence: a qualitative study. *Psychology & Health*, 1-18.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Brownlee, S., & Leventhal, E. A. (2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *British journal of health psychology*, 7(Part 4), 433-447.
- Brock, D. W., & Wartman, S. A. (1990). When competent patients make irrational choices. *N Engl J Med*, 322(22), 1595-1599.
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and health*, 21(1), 87-108.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304-314.
- Brownlee-Duffeck, M., Peterson, L., Simonds, J. F., Goldstein, D., Kilo, C., & Hoette, S. (1987). The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol*, 55(2), 139-144.
- Buckley, L., Labonville, S., & Barr, J. (2016). A Systematic Review of Beliefs About Hypertension and its Treatment Among African Americans. *Current hypertension reports*, 18(7), 52.
- Burnier, M. (2006). Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *American Journal of Hypertension*, 19(11), 1190-1196.
- Burnier, M. (2017). Drug adherence in hypertension. *Pharmacological Research*, 125(Pt B):142-149
- Campbell, N., Ashley, M. J., Carruthers, S. G., Lacourcière, Y., & McKay, D. W. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 3. Recommendations on alcohol consumption. Canadian Hypertension Society, Canadian coalition for high blood pressure prevention and control, laboratory centre for disease control at Health Canada, heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 160(9), S13.
- Carretero, O. A., & Oparil, S. (2000). Essential hypertension : part II: treatment. *Circulation*, 101(4), 446-453.
- Casagrande, S. S., Gittelsohn, J., Zonderman, A. B., Evans, M. K., & Gary-Webb, T. L. (2011). Association of walkability with obesity in Baltimore City, Maryland. *American journal of public health*, 101 Suppl 1, S318-324.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Chapman, R. H., Benner, J. S., Petrilla, A. A., Tierce, J. C., Collins, S. R., Battleman, D. S., et al. (2005). Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Archives of Internal Medicine*, 165(10), 1147-1152.
- Chen, H., & Dai, J. (2015). BMI better explains hypertension in Chinese senior adults and the relationship declines with age. *Aging clinical and experimental research*, 27(3), 271-279.
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *International journal of nursing studies*, 48(2), 235-245.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., & al., e. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 289(19), 2560-2572.

- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, *42*(6), 1206-1252.
- Christensen, A. J., & Johnson, J. A. (2002). Patient adherence with medical treatment regimens: An interactive approach. *Current Directions in Psychological Science*, *11*, 94-97.
- Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of behavioral medicine*, *18*(3), 305-313.
- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res*, *64*(1), 41-46.
- Connell, P., McKeivitt, C., & Wolfe, C. (2005). Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *The British Journal of General Practice*, *55*(514), 357-361.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, *6*, 25-29.
- Cornelissen, V. A., & Fagard, R. H. (2005). Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, *46*(4), 667-675.
- Corrao, G., Rea, F., Ghirardi, A., Soranna, D., Merlino, L., & Mancia, G. (2015). Adherence with antihypertensive drug therapy and the risk of heart failure in clinical practice. *Hypertension*, *66*(4), 742-749.
- Correia, J. C. (2016). Flourishing and Freedom: Exploring Their Tensions and Their Relevance to Chronic Disease. *Health Care Analysis*, *24*(2), 148-160.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage publications.
- Cuevas, A. G., Williams, D. R., & Albert, M. A. (2017). Psychosocial Factors and Hypertension: A Review of the Literature. *Cardiol Clin*, *35*(2), 223-230.
- Cuffee, Y., Ogedegbe, C., Williams, N. J., Ogedegbe, G., & Schoenthaler, A. (2014). Psychosocial Risk Factors for Hypertension: An Update of the Literature. *Current hypertension reports*, *16*(10), 483-483.
- Cushing, A., & Metcalfe, R. (2007). Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Ther Clin Risk Manag*, *3*(6), 1047-1058.
- Dahlöf, B., Hansson, L., Lindholm, L. H., Schersten, B., Ekblom, T., & Wester, P. (1991). Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). *The Lancet*, *338*(8778), 1281-1285.
- Daugherty, S. L., Masoudi, F. A., Ellis, J. L., Ho, P. M., Schmittiel, J. A., Tavel, H. M., et al. (2011). Age dependent gender differences in hypertension management. *Journal of hypertension*, *29*(5), 1005.
- De Ridder, D. T., & De Wit, J. B. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues *Self-regulation in health behavior* (pp. 1-23). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Degli Esposti, L., Degli Esposti, E., Valpiani, G., Di Martino, M., Saragoni, S., Buda, S., et al. (2002). A retrospective, population-based analysis of persistence with antihypertensive drug therapy in primary care practice in Italy. *Clinical therapeutics*, *24*(8), 1347-1357.
- Denford, S., Frost, J., Dieppe, P., Cooper, C., & Britten, N. (2014). Individualisation of drug treatments for patients with long-term conditions: a review of concepts. *BMJ Open*, *4*(3), e004172.
- Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., et al. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of hypertension*, *24*(2), 215-233.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, *23*(2), 207-218.

- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical care*, 40(9), 794-811.
- DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., et al. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93.
- Dohnhammar, U., Reeve, J., & Walley, T. (2016). Patients' expectations of medicines--a review and qualitative synthesis. *Health Expectations*, 19(2), 179-193.
- Dolovich, L., Nair, K., Sellors, C., Lohfeld, L., Lee, A., & Levine, M. (2008). Do patients' expectations influence their use of medications?: Qualitative study. *Canadian Family Physician*, 54(3), 384-393.
- Donovan, J. L. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 11, 443-455.
- Dowell, J., & Hudson, H. (1997). A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice*, 14(5), 369-375.
- Dowell, J., Jones, A., & Snadden, D. (2002). Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 52(474), 24-32.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2010). Interpretative Phenomenological Analysis. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Edgar, K. A., & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 485-493.
- Efstratopoulos, A. D., Voyaki, S. M., Baltas, A. A., Vratsistas, F. A., Kirlas, D. E., Kontoyannis, J. T., et al. (2006). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: The Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *American Journal of Hypertension*, 19(1), 53-60.
- El-Atat, F., Aneja, A., Mcfarlane, S., & Sowers, J. (2003). Obesity and hypertension. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 32(4), 823-854.
- Erdine, S. (2012). How do compliance, convenience, and tolerability affect blood pressure goal rates? *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 12(5), 295-302.
- Erem, C., Hacıhasanoglu, A., Kocak, M., Deger, O., & Topbas, M. (2009). Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. *Journal of public health*, 31(1), 47-58.
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvado, J., Covas, M. I., Corella, D., Aros, F., et al. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*, 368(14), 1279-1290.
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., et al. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 387(10022), 957-967.
- Evans, J. G., & Rose, G. (1971). Hypertension. *Br Med Bull*, 27(1), 37-42.
- Everett, B., & Zajacova, A. (2015). Gender Differences in Hypertension and Hypertension Awareness Among Young Adults. *Biodemography and social biology*, 61(1), 1-17.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., & Murray, C. J. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(9343), 1347-1360.
- Felzmann, H. (2012). Adherence, compliance, and concordance: an ethical perspective. *Nurse Prescribing*, 10(8), 406-411.

- Fischer, M. A., Choudhry, N. K., Brill, G., Avorn, J., Schneeweiss, S., Hutchins, D., et al. (2011). Trouble getting started: predictors of primary medication nonadherence. *Am J Med*, *124*(11), 1081.e1089-1022.
- Flack, J. M., Novikov, S. V., & Ferrario, C. M. (1996). Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J*, *17*(Suppl A), 16-20.
- Flores, Y. G. (2013). *Chicana and Chicano Mental Health: Alma, Mente Y Coraz—n*: University of Arizona Press.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of applied social psychology*, *30*(2), 407-429.
- Gascón, J. J., Sánchez-Ortuño, M., Llorc, B., Skidmore, D., Saturno, P. J., Pérez Fernández, P., et al. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, *21*(2), 125-130.
- Gebhardt, W. A., & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, *25*(6), 528-536.
- Ghembaza, M. A., Senoussaoui, Y., Tani, M. K., & Meguenni, K. (2014). Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rev*, *10*(1), 41-48.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I., & David, D. (2011). How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care. *Diabetes Educ*, *37*(3), 392-408.
- Gikas, A., Lambadiari, V., Sotiropoulos, A., Panagiotakos, D., & Pappas, S. (2016). Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Coronary Heart Disease in a Sample of Greek Adults: The Saronikos Study. *Open Cardiovascular Medicine Journal*, *10*, 69-80.
- Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N., & Kostis, J. B. (2009). Definition and classification of hypertension: an update. *Journal of clinical hypertension (Greenwich)*, *11*(11), 611-614.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Hoekstra, T., & Schouten, E. G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry*, *61*(11), 1126-1135.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, *166*(4), 431-436.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Goldring, A. B., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Anton, P. A. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, *21*(3), 219-228.
- Graudal, N. A., Hubeck-Graudal, T., & Jurgens, G. (2012). Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride (Cochrane Review). *American Journal of Hypertension*, *25*(1), 1-15.
- Grueninger, U. J. (1995). Arterial hypertension: lessons from patient education. *Patient Education and Counseling*, *26*(1-3), 37-55.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, *18*(1), 59-82.
- Guild, S. J., McBryde, F. D., Malpas, S. C., & Barrett, C. J. (2012). High dietary salt and angiotensin II chronically increase renal sympathetic nerve activity: a direct telemetric study. *Hypertension*, *59*(3), 614-620.
- Ha, F. J., Hare, D. L., Cameron, J. D., & Toukhsati, S. R. (2017). Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy. *Heart Lung Circ*.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, *18*(2), 141-184.

- Hall, N. J., Rubin, G. P., Hungin, A., & Dougall, A. (2007). Medication beliefs among patients with inflammatory bowel disease who report low quality of life: a qualitative study. *BMC Gastroenterology*, 7(1), 20.
- Hamilton, G. A. (2003). Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 219-228.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Harrison, T. R. (2005). *Εσωτερική Παθολογία* (Vol. 2). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΑΣΚΑΝΟΥ.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*, 288(22), 2880-2883.
- He, F. J., & MacGregor, G. A. (2003). How far should salt intake be reduced? *Hypertension*, 42(6), 1093-1099.
- Heeley, E. L., Wei, J. W., Wang, J. G., Arima, H., Huang, Y., Wong, L. K., et al. (2014). Comparative effects of antihypertensive drugs on stroke outcome in China. *Journal of advanced nursing*, 9 Suppl A100, 113-118.
- Heijmans, M., & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *Journal of behavioral medicine*, 21(5), 485-503.
- Hernandez-Ronquillo, L., Tellez-Zenteno, J. F., Garduno-Espinosa, J., & Gonzalez-Acevez, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex*, 45(3), 191-197.
- Hines, R., & Stone, N. J. (2016). Patients and physicians beliefs and practices regarding adherence to cardiovascular medication. *JAMA Cardiology*, 1(4), 470-473.
- Holland, J. C. (1999). Use of alternative medicine--a marker for distress? *N Engl J Med*, 340(22), 1758-1759.
- Homer, D., Nightingale, P., & Jobanputra, P. (2009). Providing patients with information about disease-modifying anti-rheumatic drugs: Individually or in groups? A pilot randomized controlled trial comparing adherence and satisfaction. *Musculoskeletal Care*, 7(2), 78-92.
- Horne, R., & Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*, edited by Lynn Myers and Kenny Midence, 25-50.
- Huberty, J. L., Ransdell, L. B., Sidman, C., Flohr, J. A., Shultz, B., Grosshans, O., et al. (2008). Explaining long-term exercise adherence in women who complete a structured exercise program. *Research quarterly for exercise and sport*, 79(3), 374-384.
- Hughes, D. A., Bagust, A., Haycox, A., & Walley, T. (2001). The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ*, 10(7), 601-615.
- Hughes, G. D., Aboyade, O. M., Clark, B. L., & Puoane, T. R. (2013). The prevalence of traditional herbal medicine use among hypertensives living in South African communities. *BMC Complement Altern Med*, 13, 38.
- Hyre, A. D., Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Kawasaki, L., & DeSalvo, K. B. (2007). Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich)*, 9(3), 179-186.
- Ikeda, N., Sapienza, D., Guerrero, R., Aekplakorn, W., Naghavi, M., Mokdad, A. H., et al. (2014). Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 10-19C.
- Isacson, D., & Bingefors, K. (2002). Attitudes towards drugs--a survey in the general population. *Pharmacy world & science*, 24(3), 104-110.
- Iskedjian, M., Einarson, T. R., MacKeigan, L. D., Shear, N., Addis, A., Mittmann, N., et al. (2002). Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clinical therapeutics*, 24(2), 302-316.



- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., et al. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, *311*(5), 507-520.
- Jankowska-Polanska, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2017). Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*, *11*, 363-371.
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *4*(1), 269-286.
- Johnson, M. J., Williams, M., & Marshall, E. S. (1999). Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clinical nursing research*, *8*(4), 318-335.
- Johnson, M. O., Elliott, T. R., Neilands, T. B., Morin, S. F., & Chesney, M. A. (2006). A Social Problem-Solving Model of Adherence to HIV Medications. *Health Psychology*, *25*(3), 355-363.
- Jordan, A. L., Eccleston, C., & Osborn, M. (2007). Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*, *11*(1), 49-49.
- Jorgensen, R. S., & Maisto, S. A. (2008). Alcohol consumption and prehypertension: an investigation of university youth. *Behavioral Medicine*, *34*(1), 21-28.
- Karnes, J. H., & Cooper-DeHoff, R. M. (2009). Antihypertensive Medications: Benefits of BP Lowering and Hazards of Metabolic Effects. *Expert review of cardiovascular therapy*, *7*(6), 689-702.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, *365*(9455), 217-223.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Whelton, P. K., & He, J. (2004). Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of hypertension*, *22*(1), 11-19.
- Khatib, R., Schwalm, J. D., Yusuf, S., Haynes, R. B., McKee, M., Khan, M., et al. (2014). Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS ONE*, *9*(1), e84238.
- Kim, E. Y., Han, H. R., Jeong, S., Kim, K. B., Park, H., Kang, E., et al. (2007). Does knowledge matter?: intentional medication nonadherence among middle-aged Korean Americans with high blood pressure. *J Cardiovasc Nurs*, *22*(5), 397-404.
- Kobue, B., Moch, S., & Watermeyer, J. (2017). "It's so hard taking pills when you don't know what they're for": a qualitative study of patients' medicine taking behaviours and conceptualisation of medicines in the context of rheumatoid arthritis. *BMC Health Services Research*, *17*, 303.
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Adv Ther*, *22*(4), 313-356.
- Kyngas, H. (1999). Compliance of adolescents with asthma. *Nursing & health science*, *1*(3), 195-202.
- Kyngas, H., & Lahdenpera, T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of advanced nursing*, *29*(4), 832-839.
- Labrana, A. M., Duran, E., Martinez, M. A., Leiva, A. M., Garrido-Mendez, A., Diaz, X., et al. (2017). [Effects of a lower body weight or waist circumference on cardiovascular risk]. *Rev Med Chil*, *145*(5), 585-594.
- Lackland, D. T., & Weber, M. A. (2015). Global burden of cardiovascular disease and stroke: hypertension at the core. *Can J Cardiol*, *31*(5), 569-571.
- Lahdenperä, T. S., & Kyngäs, H. A. (2001). Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of advanced nursing*, *34*(2), 189-195.

- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 102-120.
- Lawson, V. L., Bundy, C., Lyne, P. A., & Harvey, J. N. (2004). Using the IPQ and PMDI to predict regular diabetes care-seeking among patients with Type 1 diabetes. *British journal of health psychology*, 9(Pt 2), 241-252.
- Lee, K., Mokhtar, H. H., Krauss, S. E., & Ong, B. K. (2012). Understanding the perception concerning medication and types of adherence behaviour in hypertensive patients. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 20(3), 781-796.
- Leitzmann, M. F., Park, Y., Blair, A., Ballard-Barbash, R., Mouw, T., Hollenbeck, A. R., et al. (2007). Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Archives of Internal Medicine*, 167(22), 2453-2460.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10(2), 117-138.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Leventhal, H., Halm, E. A., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2004). Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology*: Sage.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Schaefer, P. M. (1992). Vigilant coping and health behaviour. In M. G. Ory, R. D. Abeles & P. D. Lipman (Eds.), *Aging health and behaviour*. Newbury Park: Sage.
- Lindsey, E. (1997). Experiences of the chronically ill. A covert caring for the self. *Journal of holistic nursing*, 15(3), 227-242.
- Liwa, A., Roediger, R., Jaka, H., Bougaila, A., Smart, L., Langwick, S., et al. (2017). Herbal and Alternative Medicine Use in Tanzanian Adults Admitted with Hypertension-Related Diseases: A Mixed-Methods Study, 2017, 5692572.
- Ljubotina, A., Micovic, V., Kapovic, M., Ljubotina, M., Popovic, B., & Materljan, E. (2014). Perception of stress, depression, hypertension and myocardial infarction as predictors of adherence to hypertension drug treatment. *Coll Antropol*, 38(4), 1179-1186.
- Loffler, W., Kilian, R., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36(3), 105-112.
- Lowry, K. P., Dudley, T. K., Oddone, E. Z., & Bosworth, H. B. (2005). Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. *Ann Pharmacother*, 39(7-8), 1198-1203.
- Lubaki, J. P. F., Mabuza, L., Maleté, N., Maduna, P., & Ndimande, J. V. (2009). Reasons for non-compliance among patients with hypertension at Vanga hospital, Bandundu Province, Democratic Republic of Congo: A qualitative study. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 1(1), 107-111.
- Luepker, R. V. (2004). *Cardiovascular survey methods* (Vol. 1): World Health Organization.
- Lukoschek, P. (2003). African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. *J Health Care Poor Underserved*, 14(4), 566-587.
- Mackay, J., Mensah, G. A., Mendis, S., & Greenlund, K. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*: World Health Organization.
- Maes, S., & Gebhardt, W. (2000). Self-regulation and health behavior: The health behavior goal model. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 346-368). San Diego CA: Academic press.
- Mancia, G., De Backer, G., & Dominiczak, A. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension, task force of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. *Journal of hypertension*, 25, 1105-1187.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redán, J., Zanchetti, A., Böhm, M., et al. (2013). 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC):

- ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of hypertension*, 31(10), 1925-1938.
- Mancia, G., Grassi, G., & Redon, J. (2014). *Manual of hypertension of the European Society of Hypertension*: CRC Press.
- Mansoor, G. A. (2001). Herbs and alternative therapies in the hypertension clinic. *American Journal of Hypertension*, 14(9 Pt 1), 971-975.
- Mantzoukas, S. (2007). Qualitative research in six easy steps. The epistemology, the methods and the presentation. *NOSILEFTIKI*, 46(1), 88-98.
- Marmot, M. G., & Poulter, N. R. (1992). Primary prevention of stroke. *Lancet*, 339(344-347).
- Marshall, I. J., Wolfe, C. D. A., & McKevitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systematic review of qualitative research. *BMJ (Online)*, 345 (7867), art. no. e3953.
- Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (2013). *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*: Oxford University Press.
- Martin, M. Y., Kohler, C., Kim, Y.-i., Kratt, P., Schoenberger, Y.-M., Litaker, M. S., et al. (2010). Taking Less Than Prescribed: Medication Nonadherence and Provider-Patient Relationships in Lower-Income, Rural Minority Adults With Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(9), 706-713.
- Marx, G., Witte, N., Himmel, W., Kühnel, S., Simmenroth-Nayda, A., & Koschack, J. (2011). Accepting the unacceptable: Medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 468-474.
- McLane, C. G., Zyzanski, S. J., & Flocke, S. A. (1995). Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. *American Journal of Hypertension*, 8(2), 206-209.
- Menard, J., & Chatellier, G. (1995). Limiting factors in the control of BP: why is there a gap between theory and practice? *Journal of Human Hypertension*, 9, S19-23.
- Milas, N. C., Nowalk, M. P., Akpele, L., Castaldo, L., Coyne, T., Doroshenko, L., et al. (1995). Factors associated with adherence to the dietary protein intervention in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *J Am Diet Assoc*, 95(11), 1295-1300.
- Mishra, S. I., Gioia, D., Childress, S., Barnet, B., & Webster, R. L. (2011). Adherence to Medication Regimens among Low-Income Patients with Multiple Comorbid Chronic Conditions. *Health & social work*, 36(4), 249-258.
- Mo, P. K., & Mak, W. W. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese: the application and extension of the theory of planned behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(8), 675-684.
- Morisky, D. E., Levine, D. M., Green, L. W., Shapiro, S., Russell, R. P., & Smith, C. R. (1983). Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American journal of public health*, 73(2), 153-162.
- Morris, A. B., Li, J., Kroenke, K., Bruner-England, T. E., Young, J. M., & Murray, M. D. (2006). Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 26(4), 483-492.
- Moser, M. (2000). Clarify the Message! Improve Outcome in the Management of Hypertension. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 2(2), 71-76.
- Moulopoulos, S. D., Adamopoulos, P. N., Diamantopoulos, E. I., Nanas, S. N., Anthopoulos, L. N., & Iliadi-Alexandrou, M. (1987). Coronary heart disease risk factors in a random sample of Athenian adults. The Athens Study. *Am J Epidemiol*, 126(5), 882-892.
- Mucci, N., Giorgi, G., De Pasquale Ceratti, S., Fiz-Pérez, J., Mucci, F., & Arcangeli, G. (2016). Anxiety, Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young Adults. *Frontiers in Psychology*, 7, 1682.
- Mullen, P. D. (1997). Compliance becomes concordance. *Bmj*, 314(7082), 691.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social science & medicine*, 24(11), 973-981.

- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(1), 104.
- Nadar, S., & Lip, G. (2015). *Hypertension*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Nafradi, L., Galimberti, E., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2016). Intentional and Unintentional Medication Non-Adherence in Hypertension: The Role of Health Literacy, Empowerment and Medication Beliefs. *J Public Health Res*, 5(3), 762.
- Neal, B., MacMahon, S., & Chapman, N. (2000). Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*, 356(9246), 1955-1964.
- Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878-884.
- Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2000). The emergence of eating disorders: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 279-292.
- Nguyen, T.-P.-L., Schuiling-Veninga, C. C. M., Nguyen, T. B. Y., Vu, T.-H., Wright, E. P., & Postma, M. J. (2017). Adherence to hypertension medication: Quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community. *PLoS ONE*, 12(2), e0171203.
- Okuno, J., Yanagi, H., Tomura, S., Oka, M., Hara, S., Hirano, C., et al. (1999). Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55(2), 145-149.
- Opie, L. H., & Seedat, Y. K. (2005). Hypertension in sub-Saharan African populations. *Circulation*, 112(23), 3562-3568.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British journal of health psychology*, 3(1), 65-83.
- Padilla, M. C., Armas-Hernandez, M. J., Hernandez, R. H., Israili, Z. H., & Valasco, M. (2007). Update of diuretics in the treatment of hypertension. *Am J Ther*, 14(2), 154-160.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C. H., Chrysohoou, C. H., Skoumas, J., Papadimitriou, L., Stefanadis, C. H., et al. (2003). Status and management of hypertension in Greece: role of the adoption of a Mediterranean diet: the Attica Study. *Journal of hypertension*, 21, 1483-1489.
- Patel, R. P., & Taylor, S. D. (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *The Annals of pharmacotherapy*, 36(1), 40-45.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*, 34(5 Pt 2), 1189-1208.
- Pick, W. M., & Steyn, K. (1992). Hypertension in family practice. A study of knowledge, attitudes and practices. *South African medical journal*, 82(4), 257-259.
- Pimenta, E., Gaddam, K. K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L. J., et al. (2009). Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension*, 54(3), 475-481.
- Pinto, E. (2007). Blood pressure and ageing. *Postgraduate Medical Journal*, 83(976), 109-114.
- Pitsavos, C., Miliadis, G. A., Panagiotakos, D. B., Xenaki, D., Panagopoulos, G., & Stefanadis, C. (2006). Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. *BMC Public Health*, 6(206).
- Poulter, N. R., Prabhakaran, D., & Caulfield, M. (2015). Hypertension. *Lancet*, 386(9995), 801-812.
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., et al. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social science & medicine*, 61(1), 133-155.

- Pridgeon, L., & Grogan, S. (2012). Understanding exercise adherence and dropout: an interpretative phenomenological analysis of men and women's accounts of gym attendance and non-attendance. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 4(3), 382-399.
- Psaltopoulou, T., Orfanos, P., Naska, A., Lenas, D., Trichopoulos, D., & Trichopoulou, A. (2004). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study. *International Journal of Epidemiology*, 33(6), 1345-1352.
- Psaty, B. M., Koepsell, T. D., Wagner, E. H., LoGerfo, J. P., & Inui, T. S. (1990). The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. *JAMA*, 263(12), 1653-1657.
- Psaty, B. M., Lumley, T., Furberg, C. D., Schellenbaum, G., Pahor, M., Alderman, M. H., et al. (2003). Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA*, 289(19), 2534-2544.
- Puar, T. H. K., Mok, Y., Debajyoti, R., Khoo, J., How, C. H., & Ng, A. K. H. (2016). Secondary hypertension in adults. *Singapore Medical Journal*, 57(5), 228-232.
- Rapsomaniki, E., Timmis, A., George, J., Pujades-Rodriguez, M., Shah, A. D., Denaxas, S., et al. (2014). Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet*, 383(9932), 1899-1911.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256.
- Roberson, M. H. (1992). The meaning of compliance: patient perspectives. *Qualitative Health Research*, 2(1), 7-26.
- Robson, C. (2007). *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα: GUTENBERG.
- Roccella, E. J. (1997). The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157(21), 2413-2446.
- Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res*, 50(4), 205-219.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology*, 91(1), 93-114.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613.
- Rossi, A., Dikareva, A., Bacon, S. L., & Daskalopoulou, S. S. (2012). The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *Journal of hypertension*, 30(7), 1277-1288.
- Russell, M., Cooper, M. L., Frone, M. R., & Welte, J. W. (1991). Alcohol drinking patterns and blood pressure. *American journal of public health*, 81(4), 452-457.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/10661/9241545992.pdf>
- Saleem, F., Hassali, M. A., Shafie, A. A., & Atif, M. (2012). Drug attitude and adherence: A qualitative insight of patients with hypertension. *Journal of Young Pharmacists*, 4(2), 101-107.
- Saounatsou, M., Patsi, O., Fasoi, G., Stylianou, M., Kavga, A., Economou, O., et al. (2001). The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs*, 18(6), 436-442.
- Sarafidis, P. A., Lasaridis, A., Gousopoulos, S., Zebekakis, P., Nikolaidis, P., Tziolas, I., et al. (2004). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in employees of factories of Northern Greece: The Naoussa study. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 623-629.

- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine, 35*(1), 70-79.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201-228.
- Schlomann, P., & Schmitke, J. (2007). Lay beliefs about hypertension: An interpretive synthesis of the qualitative research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*(7), 358-367.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and The Social Sciences* Teachers College Press. New York, NY.
- Senecal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology, 19*(5), 452-457.
- Setters, B., & Holmes, H. M. (2017). Hypertension in the Older Adult. *Prim Care, 44*(3), 529-539.
- Shaikh, A. R., Yaroch, A. L., Nebeling, L., Yeh, M. C., & Resnicow, K. (2008). Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption in adults a review of the literature. *Am J Prev Med, 34*(6), 535-543.
- Shamsi, A., Dehghan Nayeri, N., & Esmaeili, M. (2017). Living with Hypertension: A Qualitative Research. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 5*(3), 219-230.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of research in personality, 30*(4), 517-534.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of behavioral medicine, 15*(5), 447-468.
- Sherman, A. M., Bowen, D. J., Vitolins, M., Perri, M. G., Rosal, M. C., Sevcik, M. A., et al. (2000). Dietary adherence: characteristics and interventions. *Control Clin Trials, 21*(5 Suppl), 206s-211s.
- Shey Wiysonge, C., Ngu Blackett, K., & Mbuagbaw, J. (2004). Risk factors and complications of hypertension in Yaounde, Cameroon: cardiovascular topics.
- Shih, P.-a. B., & O'Connor, D. T. (2008). Hereditary Determinants of Human Hypertension: Strategies in the Setting of Genetic Complexity. *Hypertension, 51*(6), 1456-1464.
- Sica, D. A. (2004). Minoxidil: an underused vasodilator for resistant or severe hypertension. *Journal of clinical hypertension (Greenwich), 6*(5), 283-287.
- Sica, D. A., & Gehr, T. W. (2001). Direct vasodilators and their role in hypertension management: minoxidil. *Journal of clinical hypertension (Greenwich), 3*(2), 110-114.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric services, 52*(12), 1615-1620.
- Skliros, E. A., Papaioannou, I., Sotiropoulos, A., Giannakaki, G., Milingou, M., & Lionis, C. (2002). A high level of awareness but a poor control of hypertension among elderly Greeks. The Nemea primary care study. *Journal of Human Hypertension, 16*(4), 285-287.
- Skliros, E. A., Vasibossis, A., Loumakis, P., Sotiropoulos, A., Giannakaki, G., & Razis, N. (2003). Evaluation of hypertension control in Greek primary care units. The VANK study. *Journal of Human Hypertension, 17*(4), 297-298.
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health, 11*(2), 261-271.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*: Sage.

- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53--80). London: Sage.
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, *92*(5), 1189-1196.
- Spikmans, F. J., Brug, J., Doven, M. M., Kruijzena, H. M., Hofsteenge, G. H., & van Bokhorst-van der Schueren, M. A. (2003). Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? *Journal of human nutrition and dietetics*, *16*(3), 151-158.
- Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*, *83*(1), 7-13.
- Stavropoulou, C. (2012). Perceived information needs and non-adherence: Evidence from Greek patients with hypertension. *Health Expectations*.
- Stergiou, G., Margetaki, A., Boubouchairopoulou, N., Haidich, A.-B., Papachatzi, E., Chlouverakis, G., et al. (2016). *Awareness, treatment and control of hypertension in greece: Interim analysis of the EMENO national epidemiological study* (Vol. 34 Suppl 2 - ESH 2016 Abstract Book).
- Stergiou, G. S., Margetaki, A., Boubouchairopoulou, N., Gavana, M., Vantarakis, A., Chlouverakis, G., et al. (2016). Hypertension and other modifiable cardiovascular risk factors in Greece: Interim analysis of the EMENO national epidemiological study. *Journal of hypertension*, *34*, e235.
- Stergiou, G. S., Thomopoulou, G. C., Skeva, I. I., & Mountokalakis, T. D. (1999). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: The Didima study. *American Journal of Hypertension*, *12*(10 I), 959-965.
- Straughan, P. T., & Seow, A. (2000). Attitudes as barriers in breast screening: a prospective study among Singapore women. *Social science & medicine*, *51*(11), 1695-1703.
- Stromberg, A., Brostrom, A., Dahlstrom, U., & Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart Lung*, *28*(5), 334-341.
- Strull, W. M., Lo, B., & Charles, G. (1984). Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*, *252*(21), 2990-2994.
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative Research Journal*, *11*(2), 63-75.
- Svensson, S., Kjellgren, K. I., Ahlner, J., & Säljö, R. (2000). Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, *76*(2-3), 157-163.
- Takahashi, I., Geyer, S. M., Nishi, N., Ohshita, T., Takahashi, T., Akahoshi, M., et al. (2011). Lifetime risk of stroke and impact of hypertension: estimates from the adult health study in Hiroshima and Nagasaki. *Hypertension research*, *34*(5), 649-654.
- Taube, K. M. (2016). Patient-Doctor Relationship in Dermatology: From Compliance to Concordance. *Acta Derm Venereol*, *96*(217), 25-29.
- Thomas, L. K., Sargent, R. G., Michels, P. C., Richter, D. L., Valois, R. F., & Moore, C. G. (2001). Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease. *Journal of renal nutrition*, *11*(2), 80-89.
- Thorne, S., Kirkham, S. R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International journal of qualitative methods*, *3*(1), 1-11.
- Tindle, H. A., Chang, Y. F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., et al. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, *120*(8), 656-662.
- Toverud, E. L., Røise, A. K., Hogstad, G., & Wabø, I. (2011). Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: A qualitative study of their own experiences. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *67*(1), 33-38.
- Tsiantou, V., Pantzou, P., Pavi, E., Koulterakis, G., & Kyriopoulos, J. (2010). Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*, *4*, 335-343.

- Unni, E. J. (2008). *Development of models to predict medication non-adherence based on a new typology*: ProQuest.
- Urquhart, J. (1996). Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J*, 17(Suppl A), 8-15.
- Vamvakis, A., Gkaliagkousi, E., Triantafyllou, A., Gavriilaki, E., & Douma, S. (2017). Beneficial effects of nonpharmacological interventions in the management of essential hypertension. *JRSM Cardiovasc Dis*, 6, 2048004016683891.
- van der Laan, D. M., Elders, P. J. M., Boons, C., Beckeringh, J. J., Nijpels, G., & Hugtenburg, J. G. (2017). Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. *Journal of Human Hypertension*.
- Vawter, L., Tong, X., Gemilyan, M., & Yoon, P. W. (2008). Barriers to antihypertensive medication adherence among adults--United States, 2005. *Journal of clinical hypertension (Greenwich)*, 10(12), 922-929.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royer, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Voils, C. I., Steffens, D. C., Flint, E. P., & Bosworth, H. B. (2005). Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(2), 157-165.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., et al. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *Bmj*, 336(7653), 1114-1117.
- Waeber, B., Burnier, M., & Brunner, H. R. (2000). How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 35(Suppl 3), S23-S26.
- Watermeyer, J., & Penn, C. (2009). "Tell me so I know you understand": pharmacists' verification of patients' comprehension of antiretroviral dosage instructions in a cross-cultural context. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 205-213.
- Weiner, B. (1972). Attribution Theory, Achievement Motivation, and the Educational Process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203-215.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Wetzels, G., Nelemans, P., van Wijk, B., Broers, N., Schouten, J., & Prins, M. (2006). Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the "Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire". *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 151-158.
- Whipple, M. O., Lewis, T. T., Sutton-Tyrrell, K., Matthews, K. A., Barinas-Mitchell, E., Powell, L. H., et al. (2009). Hopelessness, depressive symptoms, and carotid atherosclerosis in women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) heart study. *Stroke*, 40(10), 3166-3172.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. UK: Open University Press.
- Wilson, R. P., Freeman, A., Kazda, M. J., Andrews, T. C., Berry, L., Vaeth, P. A., et al. (2002). Lay beliefs about high blood pressure in a low- to middle-income urban African-American community: an opportunity for improving hypertension control. *Am J Med*, 112(1), 26-30.
- World Health Organization. (1996). *Hypertension control: report of a WHO Expert Committee: WHO technical report 862*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38276/1/WHO\\_TRS\\_862.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38276/1/WHO_TRS_862.pdf)
- Wright, J. M., & Musini, V. M. (2009). First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd001841.



- Wu, J.-R., & Moser, D. K. (2014). Type D Personality Predicts Poor Medication Adherence in Patients with Heart Failure in the USA. *International journal of behavioral medicine*, 21(5), 833-842.
- Wu, J.-R., Song, E. K., & Moser, D. K. (2015). Type D Personality, Self-Efficacy, and Medication Adherence in Patients with Heart Failure. *Heart Lung*, 44(4), 276-281.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and health*, 15(2), 215-228.
- Yiannakopoulou, E. C., Papadopoulos, J. S., Cokkinos, D. V., & Mountokalakis, T. D. (2005). Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12(3), 243-249.
- Yoon, S. S., Gu, Q., Nwankwo, T., Wright, J. D., Hong, Y., & Burt, V. (2015). Trends in blood pressure among adults with hypertension: United States, 2003 to 2012. *Hypertension*, 65(1), 54-61.
- Zelber-Sagi, S., Bord, S., Dror-Lavi, G., Smith, M. L., Towne Jr, S. D., Buch, A., et al. (2017). Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. *World Journal of Gastroenterology*, 23(10), 1881-1890.
- Zhou, B., Bentham, J., Di Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., Cowan, M. J., et al. (2016). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *The Lancet*, 389(10064), 37-55.
- Zolnieriek, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826-834.
- Βικιπαίδεια. (2017). *Βασκανία*. Retrieved from <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CE%B1%CF%83%CE%BA%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1> 6/05/2017.
- Γιαννούση, Ζ. (2010). *Αναπαραστάσεις ασθένειας και επίπεδα κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς*. (Διδακτορική Διατριβή), Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. (2007). Εθνικό συνταγολόγιο 2007. *ΕΟΦ, Αθήνα*.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης. (2008). Πρακτικές κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση 2008. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(3), 271-285.
- Ιακωβίδης, Α. (2014). *Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή Ασθενών Με Χρόνια Νοσήματα Σχέση Και Επικοινωνία Ασθενούς-Ιατρού Σύγχρονα Ερευνητικά Δεδομένα* Retrieved from [promesi.med.auth.gr/mathimata/1\\_iacovides.doc](http://promesi.med.auth.gr/mathimata/1_iacovides.doc)
- Κορομπόκη, Ε. (2011). *Συσχέτιση της ιδιοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης με ψυχιατρική συμπτωματολογία*. ΕΚΠΑ.
- Μουντοκαλάκης, Θ. Δ. (1998). *Υπέρταση: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Χιώτης, Β. (2015). *Δημοσκοπήση Κάπα Research: Χριστιανοί ορθόδοξοι αλλά... μια φορά τον χρόνο*. Retrieved from <http://www.kathimerini.gr/811352/opinion/epikairothta/politikh/to-kako-toys-to-mati> 2/02/2017.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης

- Γνωριμία με συμμετέχοντα και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, ασφάλειας και εχεμύθειας. Λήψη δημογραφικών στοιχείων.
- Λήψη ιστορικού (ατομικό αναμνηστικό), με σκοπό αφενός την καλύτερη κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε συμμετέχοντα και αφετέρου τον εντοπισμό ατόμων που πιθανόν πληρούν κριτήρια αποκλεισμού (πχ σωματική/ψυχική συννόσηση) και δεν αναγνωρίστηκαν πριν την έναρξη της συνέντευξης.
- Διερεύνηση γνώσεων και αντιλήψεων του συμμετέχοντα, σχετικά με τη φροντίδα και θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης.
- Περιγραφή εμπειρίας σχετικά με τη διάγνωση της υπέρτασης και την τήρηση φαρμακευτικών ή/και μη φαρμακευτικών μέσων, για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (σκέψεις, συναισθήματα, πιθανές δυσκολίες, τρόποι αντιμετώπισης)
- Διερεύνηση σκέψεων για το μέλλον.

### Ενδεικτικές ερωτήσεις

- Μπορείτε να μου περιγράψετε πώς μάθατε ότι είχατε υπέρταση και ότι θα χρειαζόταν να προχωρήσετε σε κάποιες αλλαγές; (σκέψεις, συναισθήματα, τρόπος αντιμετώπισης, αναζήτηση πηγών πληροφόρησης κλπ)
- Τι γνωρίζετε για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης;

- Τι σας έχει συμβουλέψει ο γιατρός σας σχετικά με τη φροντίδα της υπέρτασης;
- Ποιες είναι οι σκέψεις και τα συναισθήματά σας για τις ιατρικές συστάσεις σχετικά με τη φροντίδα της υπέρτασης;
- Τηρείτε πιστά τις συστάσεις για τη φροντίδα της υπέρτασης; Ποιοι θα λέγατε ότι είναι οι λόγοι που σας οδηγούν στο να τις τηρείτε πιστά/ να τις τηρείτε εν μέρει/ να μην τις τηρείτε;
- Μπορείτε να μου περιγράψετε τι σημαίνει για εσάς η θεραπεία της υπέρτασης; (σκέψεις, συναισθήματα, νοηματοδότηση, δυσκολίες)
- Μπορείτε να μου περιγράψετε πως η τήρηση των ιατρικών συστάσεων για την υπέρταση ταιριάζει με άλλες πτυχές της καθημερινότητάς σας;
- Αντιμετωπίζετε δυσκολίες στη θεραπεία της υπέρτασης; Πώς τις διαχειρίζεστε;
- Μπορείτε να μου περιγράψετε πώς βλέπετε τον εαυτό σας στο μέλλον, ως προς την αντιμετώπιση της υπέρτασης;
- Υπάρχει κάποιο σημείο σχετικά με την τήρηση της θεραπείας της υπέρτασης που θεωρείτε ότι δεν καλύψαμε και θα θέλατε να συζητήσουμε; Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να με ρωτήσετε ή να συζητήσουμε;

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομάζομαι Ευσταθίου Βασιλική και είμαι υποψήφια διδάκτωρ στο Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Η έρευνα στην οποία θα συμμετάσχετε, εφόσον συμφωνήσετε, αποτελεί τμήμα της διδακτορικής μου διατριβής.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με υπέρταση αντιλαμβάνονται, βιώνουν και νοηματοδοτούν την κατάσταση υγείας τους, καθώς και τις σχετικές ιατρικές οδηγίες. Η γνώση που προκύπτει από τις εμπειρίες των ασθενών, όπως αυτές θα αποτυπωθούν στη μελέτη, μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην παροχή καλύτερης, εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας.

Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, θα πραγματοποιηθεί μία ατομική συνέντευξη (διάρκειας περίπου μίας ώρας) με την ερευνήτρια, η οποία θα ηχογραφηθεί, έτσι ώστε στη συνέχεια να απομαγνητοφωνηθεί και να αναλυθεί στα πλαίσια της έρευνας.

Όλες οι πληροφορίες που θα μοιραστείτε είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Το όνομά σας δεν θα χρησιμοποιηθεί και δεν θα κοινοποιηθεί. Η συμμετοχή σας είναι εμπιστευτική. Τα αρχεία θα φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο, ενώ πρόσβαση θα έχει μόνο η ερευνήτρια και ο επιβλέπων καθηγητής. Μετά την απομαγνητοφώνηση πληροφορίες, όπως ονόματα και τοποθεσίες, θα τροποποιηθούν. Διαβεβαιώνεται ότι θα τηρηθεί το απόρρητο σε όλα τα αρχεία.

Κατά τη διάρκεια της συμμετοχής σας σε αυτή την έρευνα, δεν θα αντιμετωπίσετε κανέναν σωματικό, ψυχικό, οικονομικό ή οποιουδήποτε άλλου είδους κίνδυνο.

Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, πιθανόν να μην προκύψει άμεσο όφελος για εσάς, ωστόσο οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με υπέρταση και την προαγωγή μίας εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης.

Δεν θα έχετε κανένα οικονομικό κόστος κατά τη συμμετοχή σας στην έρευνα και δεν θα λάβετε καμία χρηματική αμοιβή για τη συμμετοχή σας σε αυτήν.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να την διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή. Σημειώνεται ότι ανεξάρτητα από το αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε ή όχι, δεν θα επηρεαστεί η θεραπεία ή η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνετε. Έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε ανά πάσα στιγμή, χωρίς να χρειαστεί να αιτιολογήσετε την απόφασή σας και χωρίς αυτό να έχει επιπτώσεις στη μελλοντική σας παρακολούθηση και θεραπεία.

Μπορείτε να θέσετε ερωτήσεις ή να αναφέρετε κάποιο προβληματισμό ή πρόταση οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως:

Βασιλική Ευσταθίου

Ψυχολόγος

Email: v\_efstathiou@hotmail.com

### **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ**

Η υπογραφή σας δείχνει ότι εν γνώσει σας συμφωνείτε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα εθελοντικά, έχοντας το δικαίωμα να αποσυρθείτε από αυτήν ανά πάσα στιγμή χωρίς οποιαδήποτε επίπτωση, ότι έχετε λάβει πληροφορίες και επεξηγήσεις σχετικά με αυτήν, ότι είχατε το χρόνο να διαβάσετε το παρόν έγγραφο και οι όποιες απορίες σας σχετικά με την έρευνα έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά.

Ημερομηνία: .....

Όνομα συμμετέχοντος: .....

Υπογραφή: .....