



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ»
«THE ROLE OF THE COMMUNITY NURSE IN EDUCATION OF
PERSONS WITH ARTERIAL HYPERTENSION»



ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: ΚΟΝΤΑΡΗ ΜΑΡΙΑ-ΑΝΝΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2018

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στις νοσηλεύτριες του τμήματος όπου πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση, για τη βοήθεια και τους γονείς μου που στάθηκαν δίπλα μου σε κάθε δυσκολία και ήταν εκείνοι που με παρακίνησαν να προχωρήσω.

Βέβαια, σημαντικοί σε όλη αυτή την πορεία υπήρξαν οι καθηγητές μου και οι καθηγήτριες μου, οι οποίοι/-ες με τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους, με προετοίμασαν και με όλα τα εφόδια ώστε να είμαι ικανή και προετοιμασμένη να εργαστώ σε αυτόν τον τόσο σπουδαίο κλάδο της υγείας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Περικλή Ρόμπολα, εισηγητή της πτυχιακής μου εργασίας που με βοήθησε σε ότι χρειάστηκα όλο αυτό τον καιρό, με συμβούλεψε, με καθοδήγησε και με ενθάρρυνε σε κάθε βήμα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η υπέρταση είναι χρόνιο νόσημα κατά την οποία η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Αυτή η αύξηση της πίεσης κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά από το φυσιολογικό. Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Ακόμα και η μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με το μειωμένο προσδόκιμο ζωής.

Σκοπός: Η παρουσίαση της υπέρτασης ως χρόνιο νόσημα και πως αυτή καταπολεμάται ή διατηρείται σε φυσιολογικές τιμές στο επίπεδο της κοινότητας, με τη βοήθεια και την εκπαίδευση από τον κοινοτικό νοσηλευτή.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων του Pubmed, οι οποίες αναφέρονταν στα αίτια της υπέρτασης και στην υπέρταση ως παθολογική κατάσταση.

Αποτελέσματα: Είναι σημαντικός ο αριθμός των ανθρώπων οι οποίοι είναι υπέρταστοι αλλά δεν το γνωρίζουν. Προκειμένου να μειθούν οι συνέπειες της υψηλής αρτηριακής πίεσης και να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα, απαιτούνται μέτρα που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Προτού ο ασθενής ξεκινήσει την φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να προάγει την ευεξία και να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει πράξη τις νέες συνθήκες ζωής.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς στην κοινότητα που πάσχουν από υπέρταση, μέσω των δράσεων του κοινοτικού νοσηλευτή μαθαίνουν να ζουν με τους νέους τρόπους ζωής και να κάνουν πράξη την αντιυπερτασική τους θεραπεία.

Λέξεις-Κλειδιά: Υπέρταση, κοινότητα, κοινοτικός νοσηλευτής, εκπαίδευση

Abstract

Introduction: Hypertension is a chronic disease in which blood pressure in the arteries is increased. This increase in pressure makes the heart work more intensely than normal. Hypertension is a risk factor for cardiovascular disease. Even a moderate increase in blood pressure is associated with reduced life expectancy.

Purpose: The presentation of hypertension as a chronic disease and how it is controlled or maintained at normal levels at community level, with the help and training of the community nurse.

Methodology: Revised articles and research papers were searched in Pubmed's electronic databases, which referred to the causes of hypertension and hypertension as a pathological condition.

Results: The number of people who are hypertensive but do not know is important. In order to reduce the effects of high blood pressure and minimize the need for treatment with antihypertensive drugs, measures aimed at the whole population are needed. Before the patient starts medication to lower blood pressure, changes in lifestyle are recommended. The role of the community nurse is to promote well-being and help the patient to live up to the new living conditions.

Conclusions: Patients in the community who suffer from hypertension, through the actions of the community nurse, learn to live with new lifestyles and practice their antihypertensive treatment.

Key words: Hypertension, community, community nurse, education

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
Περίληψη	2
Abstract	3
Εισαγωγή.....	6
Γενικό Μέρος	
Κεφάλαιο 1^ο. Η Αρτηριακή Υπέρταση ως παθολογική κατάσταση.....	8
1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Αρτηριακής Υπέρτασης	8
1.2 Είδη Αρτηριακής Υπέρτασης.....	8
1.3 Σημεία Αρτηριακής Υπέρτασης.....	9
1.4 Πίνακας τιμών Αρτηριακής Υπέρτασης	10
1.5 Άτομα υψηλού κινδύνου	10
Κεφάλαιο 2^ο. Αιτιολογία, Συμπτωματολογία και Διάγνωση Αρτηριακής Υπέρτασης	11
2.1 Αιτιολογία Αρτηριακής Υπέρτασης.....	11
2.2 Συμπτωματολογία της Αρτηριακής Υπέρτασης	12
2.3 Διάγνωση Αρτηριακής Υπέρτασης.....	13
2.4 Εργαστηριακός Έλεγχος	14
Κεφάλαιο 3^ο. Επιπτώσεις Αρτηριακής Υπέρτασης και Θεραπευτικές προσεγγίσεις της νόσου	14
3.1 Επιπτώσεις Αρτηριακής Υπέρτασης	14
3.2 Επιπλοκές της Αρρυθμιστής Υπέρτασης.....	15
3.3 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	16
3.4 Αντιυπερτασική θεραπεία	16
3.4.1 Αντιυπερτασική αγωγή στους ηλικιωμένους	19
3.4.2 Αντιυπερτασική αγωγή στους διαβητικούς ασθενείς	19
3.4.3 Αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με νεφρική νόσο	20
3.4.4 Αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα	21
3.5 Τρόπος χορήγησης αντιυπερτασικού.....	21
3.6 Ενδείξεις πρώτης επιλογής αντιυπερτασικών φαρμάκων σε ειδικές περιπτώσεις.....	22
3.7 Κύριες αντενδείξεις αντιυπερτασικών φαρμάκων πρώτης επιλογής	24
Κεφάλαιο 4^ο. Χαρακτηριστικά ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση	25
4.1 Χαρακτηριστικά ασθενών	25
4.2 Ανάγκες ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση	25

4.3 Μέτρηση Αρτηριακής Πίεσης	26
4.4 Μέτρηση Αρτηριακής Πίεσης με 24ωρη καταγραφή στο σπίτι	27
Κεφάλαιο 5^ο. Κοινωνική Νοσηλευτική και Αρτηριακή Υπέρταση	28
5.1 Προσόντα νοσηλευτών	28
5.2 Αρτηριακή Υπέρταση στην κοινότητα	28
5.3 Τρόποι βελτίωσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία.....	29
5.4 Προγραμματισμός υγειονομικής φροντίδας της κοινότητας.....	30
Κεφάλαιο 6^ο. Εκπαίδευση ασθενούς με Αρτηριακή Υπέρταση	30
6.1 Εκπαίδευση ασθενών	30
6.2 Αγωγή υγείας	32
6.3 Ψυχική Υγεία και Υπέρταση.....	34
6.4 Συμβουλευτική διάσταση	35
Κεφάλαιο 7^ο. Αρτηριακή Υπέρταση και δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας-Πρόληψη	36
7.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	36
7.2 Πρόληψη της νόσου.....	38
7.3 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας.....	39
7.4 Η υπέρταση σε επίπεδο χρονιότητας.....	40
Ειδικό Μέρος	
Αξιολόγηση	42
Νοσηλευτική Διεργασία	42
Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας	45
1 ^η Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με Αρτηριακή Υπέρταση	46
2 ^η Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με Αρτηριακή Υπέρταση.....	52
Βιβλιογραφία	59

Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές/-τριες είναι εκείνοι που έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και φροντίζουν τους ασθενείς αποσκοπώντας στην αποκατάσταση της υγείας τους. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές/-τριες πέραν το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έρχονται σε επαφή και με την κοινότητα, δηλαδή την κατ' οίκον φροντίδα.

Ασχολούνται με την παρακολούθηση της υγείας των ασθενών, καταγράφοντας στοιχεία της κατάστασης τους καθημερινά. Η καταγραφή αυτή περιλαμβάνει τη λήψη ζωτικών σημείων(αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, σφυγμούς, οξυγόνο, μέτρηση σακχάρου). Επίσης, εκτός από τη λήψη των ζωτικών σημείων, οι νοσηλευτές/τριες βοηθούν στην εκπαίδευση των ατόμων προκειμένου να συντηρήσουν ή να ξεπεράσουν κάποια ασθένεια. Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με στόχο την αναφορά στα χαρακτηριστικά, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την εκπαίδευση των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση καθώς και στο ρόλο που παίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής.

Η εργασία δομείται σε επτά κεφάλαια και στο ειδικό μέρος. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη αρτηριακή υπέρταση ως παθολογική κατάσταση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην αιτιολογία και στη συμπτωματολογία καθώς και στη διάγνωση των ασθενών. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις της νόσου. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στα χαρακτηριστικά και στις ανάγκες των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση. Στη συνέχεια, στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ρόλο της κοινοτικής νοσηλευτικής στην αρτηριακή υπέρταση. Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η εκπαίδευση των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση. Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την πρόληψη της νόσου. Τέλος, στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας σε δυο περιστατικά ασθενών.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο. Η αρτηριακή υπέρταση ως παθολογική κατάσταση

1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Αρτηριακής Υπέρταση

Υπέρταση ορίζεται η εμμένουσα υψηλή αρτηριακή πίεση. Η υπέρταση είναι χρόνια νόσημα και κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά. Στους ενήλικους αυτό σημαίνει συστολική αρτηριακή πίεση ίση ή μεγαλύτερη από 120mmHg και διαστολική αρτηριακή πίεση ίση ή μεγαλύτερη από 80mmHg σε δυο τουλάχιστον μετρήσεις.

Η αύξηση της αρτηριακής υπέρτασης θα μπορούσε να θεωρηθεί φυσιολογική με την αύξηση της ηλικίας. Ωστόσο όσο υψηλότερη είναι η συστολική ή η διαστολική πίεση, τόσο υψηλότερα είναι τα ποσοστά καρδιαγγειακής και συνολικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η υψηλή συστολική πίεση αποτελεί προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακών επιπλοκών συγκριτικά με την υψηλή διαστολική πίεση. Η αύξηση της συστολικής πίεσης πάνω από 160mmHg αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου 2 έως 5 φορές, τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 2,5 φορές και το συνολικό κίνδυνο θανάτου κατά 1,5 φορές. (Mark H. Beers & Robert Berkow, 2005), (Susan C. Dewit, 2009) (Weber MA., Schiffrin EL., White WB., Mann S., Lindholm LH., Kenerson JG., 2014)

1.2 Είδη Αρτηριακής Υπέρτασης

Η αρτηριακή υπέρταση ταξινομείται είτε ως *πρωτογενής* υπέρταση είτε ως *δευτερογενής*.

Η *πρωτογενής* ή *ιδιοπαθής υπέρταση*, είναι το αποτέλεσμα των μεταβολών στους μηχανισμούς που συμμετέχουν στη διατήρηση της φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης. Προκαλεί διάφορες δυσλειτουργίες στο φλοιό και στο μυελό των επινεφριδίων, αθηρωμάτωση των αρτηριών της συστηματικής κυκλοφορίας και αγγειοπάθειες των νεφρών. Σε όλες σχεδόν τις σύγχρονες κοινωνίες, η πίεση του αίματος αυξάνεται με τη γήρανση και υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να γίνει κανείς υπερτασικός σε μεγαλύτερη ηλικία.

Η *δευτερογενής υπέρταση*, είναι λιγότερο συχνή και προκαλείται από διάφορες καταστάσεις οι οποίες επιδεινώνουν επίσης μια προϋπάρχουσα ιδιοπαθή υπέρταση. Ανάμεσα στις αιτίες της δευτερογενούς αρτηριακής υπέρτασης συγκαταλέγονται η παχυσαρκία, η υπνική άπνοια, η εγκυμοσύνη, η στένωση του ισθμού της αορτής, η υπερβολική κατανάλωση γλυκόριζας και ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική

συνταγή, τα φυτικά φαρμακευτικά προϊόντα και τα παράνομα ναρκωτικά. Στόχοι της θεραπείας είναι: α) η μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης και β) η μακροχρόνια ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης για τη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά και νεφρικά νοσήματα. (Mark H. Beers, M.D & Robert Berkow, M.D, 2005), (Susan C. Dewit, 2009), (Carretero OA, Oparil S, 2000), (O'Brien E., 2007), (Stephen Textor MD, 2017)

Επίσης, ένα άλλο είδος υπέρτασης είναι, η *υπέρταση λευκής μπλούζας*. Ως υπέρταση της λευκής μπλούζας χαρακτηρίζεται το φαινόμενο πολλά άτομα να παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά την επίσκεψη τους στο ιατρείο. Ορίζεται υπέρταση σε τουλάχιστον 3 επισκέψεις στο ιατρείο. Η άνοδος της πίεσης προκαλείται λόγω του στρες που δημιουργείται κατά την ιατρική εξέταση. (Giuseppe Mancia, Rita Facchetti, Michele Bombelli, Guido Grassi, 2006)

Τα άτομα με υπέρταση λευκής μπλούζας δεν χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή με την προϋπόθεση ότι (α) η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί, (β) δεν υπάρχουν ενδείξεις προσβολής οργάνων-στόχων και (γ) ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι ελάχιστος. (Στεργίου Γ., Αχείμαστος Α., Βαρσαμής Ε., Βλαχάκος Δ., Ελισάφ Μ., Καρατζάς Ν., 2005)

Ορισμένα άτομα μπορεί να έχουν καλή πίεση στο ιατρείο ενώ στο σπίτι να είναι μόνιμα αυξημένη, αυτό είναι το φαινόμενο της *συγκαλυμμένης υπέρτασης*. Η διάγνωση χρειάζεται νέες μετρήσεις και με 24ωρη καταγραφή της πίεσης. Παρουσιάζει τόσο υψηλό κίνδυνο όσο και η αρρυθμιστη υπέρταση και αφού διαγνωσθεί χρειάζεται θεραπεία με βάση τις μετρήσεις του ιατρείου. (Giuseppe Mancia, Rita Facchetti, Michele Bombelli, Guido Grassi, 2006)

1.3 Σημεία Αρτηριακής Υπέρτασης

Η υπέρταση έχει ονομαστεί «ο σιωπηλός δολοφόνος», διότι στα πρώιμα στάδια δεν προκαλεί δυσφορία ή οποιοδήποτε άλλο σημείο και σύμπτωμα που να υποδηλώνει την ύπαρξη της. Το 1/3 των ατόμων που πάσχουν από υπέρταση δεν το γνωρίζουν. Σημεία ότι κάποιος πάσχει από υπέρταση μπορεί να παρουσιαστούν στα όψιμα στάδια αφού πρώτα έχει προκληθεί βλάβη στα όργανα στόχους(νεφρούς, εγκέφαλο, αορτή, καρδιά). Η υπέρταση διαγιγνώσκεται εύκολα και παρά την ύπαρξη αρκετών διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, η πλειονότητα των ασθενών δεν επιτυγχάνουν τον έλεγχο της νόσου. Είναι τόσο επιβλαβής ώστε τα άτομα που πάσχουν από αυτή έχουν τριπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιακή ανεπάρκεια. Τα άτομα που πάσχουν από την πιο σοβαρή μορφή της

πάθησης έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο. (Susan C. Dewit, 2009), (Lawes, 2008)

1.4 Πίνακας τιμών Αρτηριακής Υπέρτασης

Επίπεδα τιμών Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ) για τον ορισμό της Αρτηριακής Υπέρτασης(ΑΥ)		
	Συστολική Αρτηριακή Πίεση	Διαστολική Αρτηριακή Πίεση
ΑΠ ιατρείου	140	90
24ωρη ΑΠ	125-130	80
ΑΠ ημέρας	130-135	85
ΑΠ νύχτας	120	70
ΑΠ στο σπίτι	130-135	85

Πίνακας 1. Ορισμός Αρτηριακής Υπέρτασης (Πηγή: www.iatrikionline.gr/ellia_26/05.pdf)

1.5 Άτομα υψηλού κινδύνου

Όπως σε πολλά νοσήματα, έτσι και η υπέρταση έχει κάποιες κατηγορίες ασθενών που είναι περισσότερο επιρρεπής. Άτομα όπως:

- Αρτηριακή Πίεση $\geq 180\text{mmHg}$ συστολική ή και $\geq 110\text{mmHg}$ διαστολική
- Συστολική αρτηριακή πίεση $> 160\text{mmHg}$ με χαμηλή διαστολική αρτηριακή πίεση $< 70\text{mmHg}$
- Σακχαρώδη διαβήτη
- Ενήλικες άνω των 60 ετών
- Καπνιστές
- Υπέρβαροι
- Άνθρωποι με καθιστικό τρόπο ζωής
- Άνθρωποι με υψηλή χοληστερόλη
- Μεταβολικό σύνδρομο
- ≥ 3 παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου
- Εγκατεστημένη καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο
- Μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες υποκλινικές βλάβες οργάνων:
 - Ηλεκτροκαρδιογραφική ή ηχωκαρδιακή υπερτροφία αριστερής κοιλίας

- Υπερηχογραφική απόδειξη πάχυνσης ή ύπαρξη πλάκας στο τοίχωμα των καρωτίδων
- Αυξημένη αρτηριακή σκληρία
- Μέτρια αύξηση στην κρεατινίνη ορού
- Μείωση εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης ή κάθαρσης κρεατινίνης
- Μικροαλβουμινουρία ή πρωτεϊνουρία . (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007), (Chobanian, 2003)

Κεφάλαιο 2^ο. Αιτιολογία και Συμπτωματολογία Αρτηριακής Υπέρτασης-Διάγνωση

2.1 Αιτιολογία Αρτηριακής Υπέρτασης

Η Αρτηριακή Υπέρταση αποτελεί την αντανάκλαση φυσιολογικών μηχανισμών, οι οποίοι:

- Ρυθμίζουν τη διάμετρο των αιμοφόρων αγγείων και την απαντητικότητα τους σε διάφορα ερεθίσματα
- Ρυθμίζουν τον όγκο των υγρών στα ενδαγγειακά και εξωαγγειακά διαμερίσματα
- Ρυθμίζουν την καρδιακή παροχή

Άλλος παράγοντας είναι η παχυσαρκία η οποία συνδέεται στενά με την υπέρταση. Πολλές φορές η απώλεια βάρους μπορεί από μόνη της να έχει ως αποτέλεσμα την αντιμετώπιση έστω και στο ελάχιστο μιας ελαφρώς αυξημένης αρτηριακής πίεσης.

Η καφεΐνη και η νικοτίνη μπορούν να έχουν άμεσες επιδράσεις στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης. Με το κάπνισμα κάθε τσιγάρου αυξάνεται η πιθανότητα για καρδιαγγειακή νόσο και η αρτηριακή πίεση έχει ανοδική αύξηση.

Υπάρχουν ενδείξεις πως η πρόσληψη νατρίου παίζει σημαντικό ρόλο στα επίπεδα της ΑΥ. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει πως πολλά άτομα που προσλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες αλατιού έχουν παθολογική αρτηριακή πίεση ενώ άλλα άτομα δεν επηρεάζονται από την διατροφή που είναι πλούσια σε νάτριο. Πιθανώς το νάτριο να αναδεικνύει την κληρονομική προδιάθεση ορισμένων ατόμων για υπέρταση. Ελάττωση της πρόσληψης

νατρίου είναι αποτελεσματική για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης σε άτομα με ήπια ή μέτρια υπέρταση.

Υπάρχει συνεχής έλεγχος για τη σχέση εθνικότητας, ηλικίας και φυλής με την επίπτωση και τις συνέπειες της υπέρτασης. Τα άτομα της μαύρης φυλής εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση υπέρτασης σε σχέση με άλλες φυλές και παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αναποτελεσματικότητας στη θεραπευτική αγωγή.

Οι γυναίκες τείνουν να είναι περισσότερο επιρρεπείς εμφανίζοντας περισσότερες επιπλοκές και μικρότερη ικανότητα για επιτυχή αντιμετώπιση της υπέρτασης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η αυξανόμενη συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της επίπτωσης της υπέρτασης. Έτσι, αυξάνονται οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας που έχουν ως στόχο την διατροφή και την άσκηση των παιδιών. (Susan C. Dewit, 2009)

2.2 Συμπτωματολογία της Αρτηριακής Υπέρτασης

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα μπορεί να αναφέρουν ζάλη, θολή όραση, συγκοπικά επεισόδια, ευερεθιστότητα, κόπωση και νευρικότητα.

Τα συνήθη συμπτώματα που αναφέρουν οι υπερτασικοί ασθενείς είναι:

- Οι κεφαλαλγίες
- Η εύκολη κόπωση
- Το αίσθημα παλμών
- Η έλλειψη πνευματικής συγκέντρωσης

Σε υπερτασικούς ασθενείς η στεφανιαία νόσος αναπτύσσεται με συχνότητα δυο με τρεις φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Εφόσον η αρτηριακή πίεση διατηρείται σε επίπεδα ίσα ή μικρότερα από 120/80 mm Hg ο κίνδυνος αυτός παύει να υφίσταται.

Κακοήθης υπέρταση χαρακτηρίζεται η περίπτωση μέτριας ή σοβαρής υπέρτασης που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Η διαστολική πίεση κυμαίνεται μεταξύ 140 και 170 mm Hg και αφού δεν υπάρξει επιτυχής αντιμετώπιση μπορεί να αναπτυχθούν βλάβες στα όργανα, όπως η καρδιά, ο εγκέφαλος και η νεφροί.

Απειλητικό συμβάν για τη ζωή του ασθενούς αποτελεί η υπερτασική κρίση, κατά την οποία εμφανίζονται θόλωση της όρασης, σοβαρή κεφαλαλγία και πιθανή σύγχυση. Αυτό συμβαίνει όταν ένας ασθενής διακόψει την αντιυπερτασική αγωγή ή μπορεί η

υπέρταση στον ασθενή να συνυπάρχει με μια άλλη νόσο. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής μεταφέρεται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως, όπως το νιτροπρωσσικό φάρμακο ή νιτρογλυκερίνη για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Ακόμη μπορεί να χορηγηθεί και νιφεδιπίνη βραχείας δράσης από του στόματος.

Η απότομη εμφάνιση σοβαρής κεφαλαλγίας και υπέρτασης υποδηλώνει την εμφάνιση υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. (Mark H. Beers & Robert Berkow, M, 2005), (Susan C. Dewit, 2009)

2.3 Διάγνωση Αρτηριακής Υπέρτασης

Η υπέρταση διαγιγνώσκεται όταν η Συστολική Αρτηριακή Πίεση είναι $\geq 140\text{mmHg}$ και η διαστολική πίεση είναι $\geq 90\text{mmHg}$. Η υψηλή πίεση θα πρέπει να διαπιστώνεται τουλάχιστον σε τρεις ξεχωριστές χρονικά περιπτώσεις, με τουλάχιστον δυο ξεχωριστές μετρήσεις σε κάθε περίπτωση. Η σωστή τεχνική της μέτρησης της αρτηριακής πίεσης είναι εξαιρετικά σημαντική στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετριέται και στα δυο άνω άκρα και οι μετρήσεις πρέπει να γίνονται με τον ασθενή σε καθιστή θέση και στη συνέχεια αφού ο ασθενής σηκωθεί όρθιος. Η διάγνωση της υπέρτασης αποσκοπεί στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, καθώς και στην ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση και του αποτελέσματος της και βασίζεται απαραίτητα στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Η διάγνωση της υπέρτασης και η επιλογή για έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας δεν πρέπει να βασίζονται σε μετρήσεις που γίνονται σε μια μόνο επίσκεψη. Όσο πιο κοντά στο $140/90\text{ mmHg}$ βρίσκεται η αρτηριακή πίεση, τόσο πιο πολύ παρακολούθηση χρειάζονται για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. (Mark H. Beers & Robert Berkow, 2005) (Αντωνόπουλος Σ., Μιστυλής Π., 2014)

2.4 Εργαστηριακός Έλεγχος

Οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν για τη διάγνωση και την πρόληψη της ΑΥ είναι:

1. Γενική αίματος
2. Ηλεκτροκαρδιογράφημα (για την ανίχνευση υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, διαταραχών του αριστερού κόλπου και αρρυθμίας)

3. Συγκεκριμένες εξετάσεις αίματος (μέτρηση γλυκόζης, κρεατινίνης, ηλεκτρολυτών, ουρικού οξέως, καλίου, θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και των λιπιδίων)
4. Γενική εξέταση ούρων
5. Υπρηχοκαρδιογράφημα καρδιάς
6. Υπερηχογραφικός έλεγχος καρωτίδων
7. Ποσοτική εκτίμηση πρωτεΐνουρίας
8. Δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη
9. Παρακολούθηση ΑΠ στο σπίτι και 24ωρη καταγραφή
10. Μέτρηση της ταχύτητας του κύματος σφυγμού (Mark H. Beers & Robert Berkow 2005)

Κεφάλαιο 3^ο. Επιπτώσεις και Θεραπευτικές προσεγγίσεις της νόσου

3.1 Επιπτώσεις Αρτηριακής Υπέρτασης

Οι βλάβες οι οποίες προκαλούνται είναι:

- ∅ Σακχαρώδης Διαβήτης (η υπέρταση είναι διπλάσια σε συχνότητα στους διαβητικούς ασθενείς)
- ∅ Καρδιακά νοσήματα-Στεφανιαία νόσος
- ∅ Καρδιακή Ανεπάρκεια (ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας)
- ∅ Διάταση αριστερού κόλπου
- ∅ Διαστολική δυσλειτουργία
- ∅ Νεφρική νόσος-Νεφρική δυσλειτουργία
- ∅ Υπερτασική κρίση (επείγουσα και υπερεπείγουσα)

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου πρόωρου θανάτου σε όλο τον κόσμο. Αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται: καρδιακή ανεπάρκεια, αορτικό ανεύρυσμα, διάχυτη αθηροσκλήρωση και πνευμονική εμβολή. Η αρτηριακή υπέρταση είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για γνωστικές διαταραχές, άνοια και χρόνια νεφρική νόσο ενώ άλλες επιπλοκές περιλαμβάνουν την υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια και την υπερτασική νεφροπάθεια. (Chobanian, 2003)

3.2 Επιπλοκές της Αρρύθμιστης Υπέρτασης

Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης ενός ασθενούς με πιθανότητες μη συμμόρφωσης στη θεραπεία της υπέρτασης πρέπει να περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες:

- Η υπέρταση μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη αθηρωμάτωσης και να επιταχύνει την εξέλιξη της, αυξάνοντας το φορτίο της καρδιάς. Αυτό μπορεί να προκαλέσει έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Η αθηρωμάτωση των αγγείων του εγκεφάλου διαταράσσει την κυκλοφορία και μπορεί να οδηγήσει σε παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Η υπέρταση μπορεί να προκαλέσει επιταχυνόμενη αθηρωμάτωση και δυσκαμψία των νεφρικών αγγείων και μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια
- Η υπέρταση προκαλεί βλάβη στις αρτηρίες των οφθαλμών, προκαλώντας το σχηματισμό θρόμβων ή εμφάνιση αιμορραγίας που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραγμένη όραση ή τύφλωση (Susan C. Dewit, 2009)

3.3 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία η οποία βασίζεται τόσο στη φαρμακοθεραπεία όσο και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Η εφαρμογή αυτών των δύο τρόπων, τείνει να βοηθήσει ιδιαίτερα τον ασθενή στο να αντιμετωπίσει την υπέρταση. Η αντιμετώπιση της υπέρτασης χωρίς φαρμακευτική αγωγή είναι σημαντική αν και τα αποτελέσματά της απαιτούν χρόνο. Η απώλεια σωματικού βάρους αποτελεί ένα πρώτο βήμα αντιμετώπισης της υπέρτασης. Όπως και στην περίπτωση της πρόληψης έτσι και στην αντιμετώπιση η υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου με μικρή ποσότητα σε αλάτι και πλούσιου σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως περιορίζει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά προβλήματα.

Παράλληλα, ο περιορισμός λήψης λιπαρών οξέων μέσω της τροφής και ο θερμιδικός έλεγχος των γευμάτων με σκοπό να αποφεύγονται οι ατασθαλίες βοηθούν ακόμη περισσότερο στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Επίσης, η συστηματική σωματική άσκηση μπορεί να βοηθήσει τόσο στη διαμόρφωση μιας καλής φυσικής κατάστασης όσο και στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Ο παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου και το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης του ασθενή λαμβάνονται υπόψη κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά 5 mmHg μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 34% και του κινδύνου ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 21%. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης μπορεί επίσης να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας, καρδιοπάθειας και περιστατικών θνησιμότητας από καρδιαγγειακό νόσημα. Σκοπός της θεραπείας θα πρέπει να είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε λιγότερο από 140/90 mmHg για τους περισσότερους ασθενείς και χαμηλότερα για όσους πάσχουν από διαβήτη ή νεφροπάθειες.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του προγράμματος υγείας είναι:

1. Μείωση βάρους (υπέρβαρα άτομα έχουν αυξημένη επίπτωση υπέρτασης και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο)
2. Ένταξη της φυσικής δραστηριότητας (30 λεπτά φυσικής δραστηριότητας μέτριας)
3. Ελάττωση της πρόσληψης οινοπνεύματος (καθώς αυξάνει την αρτηριακή πίεση, υπερβολική πρόσληψη αλκοόλ προκαλεί αντοχή στην αντιυπερτασική θεραπεία)
4. Περιορισμός του νατρίου της τροφής (συσχετίζεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης)
5. Πρόσληψη ασβεστίου με την τροφή
6. Πρόσληψη καλίου με την τροφή (υψηλή πρόσληψη K⁺ μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση)
7. Καταπολέμηση του άγχους
8. Ελάττωση καφεΐνης
9. Μείωση του λίπους της τροφής (Lee Goldman. & J. Claude Bennett, 2002), (Nelson M., 2010),

(<https://medlineplus.gov/magazine/issues/summer06/articles/summer06pg11-13.html>)

3.4 Αντιυπερτασική Θεραπεία

Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης δρουν μειώνοντας τον όγκο του αίματος, την καρδιακή παροχή και τις περιφερικές αντιστάσεις.

- ✓ Τα διουρητικά μειώνουν τον κυκλοφορούντα όγκο του αίματος

▼ Τα φάρμακα που μειώνουν τόσο την καρδιακή παροχή όσο και τις περιφερικές αντιστάσεις περιλαμβάνουν τους β-αδρενεργικούς ανταγωνιστές και τους αποκλειστές των διαύλων ασβεστίου. Οι αδρενεργικοί ανταγωνιστές μειώνουν τις περιφερικές αντιστάσεις

▼ Τα αγγειοδιασταλτικά συχνά χορηγούνται μαζί με ένα β-ανταγωνιστή και ένα διουρητικό

▼ Οι αναστολείς ΜΕΑ είναι πολύ αποτελεσματικοί σε άτομα με σοβαρή υπέρταση, μειώνουν τις περιφερικές αντιστάσεις, χωρίς να ελαττώνουν την καρδιακή παροχή

Η αρτηριακή πίεση των ηλικιωμένων ασθενών που λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή θα πρέπει να μετράται τόσο στην όρθια όσο και στην καθιστή θέση. Πολλά από τα αντιυπερτασικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στην όρθια θέση θα αποκαλύψει αν το φάρμακο προκαλεί τόσο μεγάλη μείωση της πίεσης.

Όλοι οι υπερτασικοί ασθενείς πρέπει να συνεχίζουν τη θεραπεία ακόμη και μετά τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, επειδή η πίεση είναι δυνατόν να αυξηθεί εάν διακοπεί η θεραπεία. Η μείωση της δόσης των φαρμάκων μπορεί να επιχειρηθεί βραδέως. Επί νέας αύξησης της πίεσης, η δοσολογία αυξάνεται ξανά.

Οι β-αναστολείς αναφέρονται σε μεικτή ομάδα φαρμάκων με ποικίλες φαρμακοδυναμικές και φαρμακοκινητικές ιδιότητες. Έχουν δείξει μακροπρόθεσμα ευεργετικά αποτελέσματα στη θνησιμότητα και τις καρδιαγγειακές παθήσεις όταν χρησιμοποιούνται σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι β-αναστολείς πιστεύεται ότι έχουν παρόμοιες ευεργετικές επιδράσεις όταν χρησιμοποιούνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για υπέρταση. Ωστόσο, το όφελος των β-αναστολέων ως θεραπεία πρώτης γραμμής για υπέρταση χωρίς αναγκαστικές ενδείξεις είναι αμφιλεγόμενη. Αυτή η αναθεώρηση αποτελεί επικαιροποίηση μιας επισκόπησης του Cochrane που δημοσιεύθηκε αρχικά το 2007 και ενημερώθηκε το 2012.

Στόχος αυτής της ανασκόπησης του Cochrane ήταν να αξιολογήσει εάν οι β-αναστολείς μειώνουν τον αριθμό των θανάτων, των εγκεφαλικών επεισοδίων και των καρδιακών προσβολών που σχετίζονται με την υψηλή αρτηριακή πίεση στους ενήλικες. Οι β-αναστολείς δεν είναι τόσο καλοί στην πρόληψη του αριθμού των θανάτων, των εγκεφαλικών επεισοδίων και των καρδιακών προσβολών, όπως και σε άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως διουρητικά, αναστολείς διαύλων ασβεστίου και αναστολείς συστήματος

ρενίνης-αγγειοτασίνης. Τα περισσότερα από αυτά τα ευρήματα προέρχονται από έναν τύπο β-αναστολέα που ονομάζεται ατενολόλη.

Σύμφωνα με μελέτες οι β-αναστολείς πιθανόν να κάνουν ελάχιστη ή καθόλου διαφορά στον αριθμό των θανάτων μεταξύ των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για υψηλή αρτηριακή πίεση. Αυτό το φαινόμενο φαίνεται να είναι παρόμοιο με αυτό των διουρητικών και των αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, αλλά οι β-αναστολείς πιθανώς να μην είναι τόσο αποτελεσματικοί στην πρόληψη των θανάτων από υψηλή αρτηριακή πίεση ως αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

Οι β-αναστολείς μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των εγκεφαλικών επεισοδίων, αποτέλεσμα που φαίνεται να είναι παρόμοιο με αυτό των διουρητικών. Ωστόσο, μπορεί να μην είναι τόσο καλοί στην πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων όπως αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης ή αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

Οι β-αναστολείς μπορεί να κάνουν ελάχιστη διαφορά στον αριθμό των καρδιακών προσβολών μεταξύ των ατόμων με υψηλή αρτηριακή πίεση. Τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να μην είναι διαφορετικό από αυτό των διουρητικών, αναστολέων συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης ή αναστολείς διαύλων ασβεστίου. Ωστόσο, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι β-αναστολείς μπορεί να μην κατάλληλοι για τη μείωση των καρδιακών προσβολών ως διουρητικά. Τα άτομα που λαμβάνουν β-αναστολείς είναι πιο πιθανό να έχουν παρενέργειες και να σταματήσουν τη θεραπεία από όσους παίρνουν αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, αλλά μπορεί να υπάρχουν μικρές διαφορές στις παρενέργειες μεταξύ των β-αναστολέων και των διουρητικών ή των αναστολέων διαύλων ασβεστίου. (Susan C. Dewit, 2009)

Επίσης υπάρχουν συνυπάρχουσες καταστάσεις με την υπέρταση, όπως:

Ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές: αποφεύγονται φάρμακα με κατασταλτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (κλονιδίνη, μεθυλντόπα, ρεζεργίνη, μοξονιδίνη)

Αγγειακή νόσο (εγκεφαλική-στεφανιαία): όχι φάρμακα που προκαλούν απότομη μείωση της αρτηριακής πίεσης (νιφεδιπίνη), λόγω του κινδύνου ελάττωσης της αιματικής ροής πέραν του σημείου της στένωσης ή της παράπλευρης κυκλοφορίας

Μυοκαρδιακή ισχαιμία και Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής: όχι φάρμακα που αυξάνουν τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου αντανεκλαστικά μέσω του συμπαθητικού (Charles S. Wiysonge, 2017)

3.4.1 Αντιυπερτασική αγωγή στους ηλικιωμένους

Οι ενδείξεις από μεγάλες μελετών, επιβεβαιώνουν ότι η αντιυπερτασική θεραπεία στους ηλικιωμένους είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη. Το όφελος σε ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών είναι ανάλογο εκείνου των νεότερων ασθενών. Η αντιμετώπιση της υπέρτασης στους ηλικιωμένους θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη, ιδίως, τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των αντιυπερτασικών φαρμάκων στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, η επιδείνωση των οποίων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της ανεξαρτησίας και μείωση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία. (Fogari R. , Zorri A, 2004)

Τα στοιχεία από τις μελέτες δεν υποστηρίζουν ότι οι κατηγορίες των αντιυπερτασικών φαρμάκων διαφέρουν σημαντικά στην ικανότητά τους να μειώνουν την αρτηριακή πίεση και να προσφέρουν καρδιαγγειακή προστασία τόσο στους νεότερους όσο και στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η επιλογή των φαρμάκων δεν θα πρέπει επομένως να καθορίζεται από την ηλικία. Τα καλύτερα στοιχεία για τη θεραπεία της υπέρτασης στους ηλικιωμένους υπάρχουν για τα διουρητικά, τους ανταγωνιστές ασβεστίου και οι β-αναστολείς. Καθώς θεωρούνται κατάλληλοι για έναρξη και διατήρηση της αγωγής στους ηλικιωμένους. (Handschin A., Henny-Fullin K., Buess D, Leuppi J., Dieterle T., 2015)

Στους ηλικιωμένους, οι μελέτες έκβασης ενέταξαν ασθενείς με αρχική συστολική αρτηριακή πίεση τουλάχιστον 160 mmHg και σε καμία μελέτη, στην οποία διαπιστώθηκε όφελος, η επιτευχθείσα συστολική δεν ήταν κατά μέσο όρο μικρότερη των 140 mmHg.

Υπάρχουν τώρα ενδείξεις ότι η αντιυπερτασική θεραπεία έχει επίσης οφέλη σε ασθενείς ηλικίας 80 ετών και πάνω. Τα αντιυπερτασικά φάρμακα θα πρέπει συνεπώς να συνεχίζονται ή να ξεκινούν όταν οι ασθενείς ξεπερνούν τα 80 έτη, αρχίζοντας με μονοθεραπεία και προσθέτοντας ένα δεύτερο φάρμακο αν χρειάζεται. Η αποτελεσματική θεραπεία της υπέρτασης σε αυτές τις ηλικίες έχει αποδειχτεί ότι συνοδεύεται με μείωση της θνητότητας και της θνησιμότητας. (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007), (Μανωλάτος Δ., 2011)

3.4.2 Αντιυπερτασική αγωγή σε διαβητικούς ασθενείς

Στους διαβητικούς ασθενείς η αντιυπερτασική αγωγή θα πρέπει πάντα να αρχίζει όταν η αρτηριακή πίεση είναι 140/90 mmHg και μεγαλύτερη. Η έναρξη θεραπείας σε υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση, δεν υποστηρίζεται επαρκώς επί του παρόντος από μελέτες έκβασης. Παρόλα αυτά μπορεί να συστηθεί, ιδιαίτερα όταν υπάρχει

μικροαλβουμινουρία, με βάση τις ενδείξεις της ευνοϊκής της δράσης στην υποστροφία και την εξέλιξη αυτού του σημείου οργανικής βλάβης.

Ο παλιός στόχος της αρτηριακής πίεσης στο διαβήτη, δηλαδή ΑΠ λιγότερο από 130/80 mmHg, δεν υποστηρίζεται από μελέτες και επί πλέον είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί στους περισσότερους ασθενείς.

Οι αναλύσεις των μελετών δείχνουν ότι στο διαβήτη όλες οι κύριες κατηγορίες φαρμάκων παρέχουν προστασία έναντι των καρδιαγγειακών επιπλοκών, πιθανόν λόγω της προστατευτικής δράσης της μείωσης της αρτηριακής πίεσης αυτής καθεαυτής. Μπορούν επομένως όλες οι κατηγορίες να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία.

Στο διαβήτη, συχνά χρειάζεται συνδυαστική θεραπεία για την αποτελεσματική μείωση της αρτηριακής πίεσης. Ένας αποκλειστής του συστήματος ρενίνης – αγγειοτενσίνης θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνεται, εξαιτίας των ενδείξεων της προστατευτικής του δράσης, σε ότι αφορά στην έναρξη και εξέλιξη της νεφροπάθειας.

Στους υπερτασικούς διαβητικούς, η αυστηρή ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος είναι ωφέλιμη, ιδιαίτερα στις μικροαγγειακές επιπλοκές. Πρόσφατες ενδείξεις προτείνουν ότι με συνδυασμό αποτελεσματικής ρύθμισης της γλυκόζης και της αρτηριακής πίεσης, αυξάνεται η προστασία, ιδιαίτερα του νεφρού. Η αυστηρή ρύθμιση της γλυκόζης αίματος δεν θα πρέπει να επιδιώκεται με ταχύ ρυθμό και οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, λόγω του αυξημένου κινδύνου σοβαρών υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Οι μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη στα διάφορα όργανα, επηρεάζονται διαφορετικά από τη θεραπεία. Η αντιυπερτασική αγωγή ασκεί προστατευτική δράση έναντι των νεφρικών επιπλοκών, ενώ οι ενδείξεις για παρόμοια επίδραση στον οφθαλμό και τις νευρολογικές επιπλοκές είναι λιγότερο σταθερές. (Mancia G, De Bacher G, Dominickaz, 2007)

3.4.3 Αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με νεφρική νόσο

Η εγκατεστημένη νεφρική νόσος συνδέεται με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης αποσκοπεί επιπλέον στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νεφρικής βλάβης.

Η σημασία της μείωσης της πρωτεϊνουρίας –εκτός από τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης- για την αποτροπή της εξέλιξης σε τελικό στάδιο έχει αναδειχθεί κυρίως σε διαβητικούς.

Για την επίτευξη του στόχου συνήθως χρειάζεται συνδυασμός αντιυπερτασικών παραγόντων (συμπεριλαμβανομένου διουρητικού της αγκύλης).

Ο στόχος 130/80 mmHg δεν υποστηρίζεται επαρκώς από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες. Ο γενικός στόχος 130-139 / 80-85 mmHg φαίνεται επί του παρόντος λογικός. (Mancia G, De Bacher G, Dominickaz, 2007)

3.4.4 Αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή

Σε ασθενείς, που επιβιώνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου η πρώιμη χορήγηση β-αναστολέων μειώνει την επίπτωση υποτροπής του εμφράγματος και του θανάτου. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης είναι επίσης ευνοϊκή στη χρόνια στεφανιαία νόσο με διάφορα αντιυπερτασικά. Ο στόχος για συστολική ΑΠ είναι 130-139 mmHg. Ιστορικό υπέρτασης είναι συχνό, ενώ αυξημένη αρτηριακή πίεση είναι σχετικά σπάνια σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σε αυτούς τους ασθενείς η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει θειαζιδικά ή της αγκύλης διουρητικά καθώς και β-αναστολείς και ανταγωνιστές της αλδοστερόνης.

Η διαστολική δυσλειτουργία είναι συχνή σε ασθενείς με υπέρταση και έχει δυσμενή πρόγνωση. Δεν υπάρχει προς το παρόν ένδειξη υπεροχής ορισμένης κατηγορίας φαρμάκων. Στην περίπτωση συνύπαρξης κολπικής μαρμαρυγής και συστολικής καρδιακής ανεπάρκειας φαίνεται να έχουν ένδειξη οι β-αναστολείς. (Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, 2009), (Javier Díez MD, 2014), (Τάντις Μ., Ιβάνοβιτς Β., Cuspidi C., 2014)

3.5 Τρόπος χορήγησης αντιυπερτασικού

Οι οδοί χορήγησης του αντιυπερτασικού φαρμάκου είναι Per os (από του στόματος) και IV (ενδοφλεβίως).

- ✓ Per os χορήγηση
- Û Μεγάλη πτώση αρτηριακής πίεσης
- Û Αφυδατωμένα άτομα

• Λήψη άλλων αντιυπερτασικών

• **IV χορήγηση**

• Νιτροπρωσσικό νάτριο

• Νιτρογλυκερίνη

Επίσης υπάρχουν επείγουσες υπερτασικές καταστάσεις όπου φάρμακα που χορηγούνται per os είναι:

α) α-ΜΕΑ(καπτοπρίλη)

β) α- και β-blockers

γ) ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, συμβάλλουν στην ελάττωση της αρτηριακής πίεσης μέσω περιφερικής αγγειοδιαστολής

δ) συμπαθητικολυτικά, κυρίως η κλονιδίνη η οποία απορροφάται γρήγορα, έχει μέγιστη δράση 2-4 ώρες. Δεν συνιστάται σε νευρολογικούς ασθενείς γιατί δυσχεραίνει την κλινική εκτίμηση λόγω καταστολής του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

ε) διουρητικά (φουροσεμίδη), τα οποία βοηθούν στην αποβολή περίσσειας όγκου και στην πρόληψη κατακράτησης νατρίου εξαιτίας της δράσης των αγγειοδιασταλτικών

Υπάρχουν και φάρμακα που χορηγούνται παρεντερικά σε επείγουσες υπερτασικές καταστάσεις, όπως:

• νιτροπρωσσικό νάτριο

• νιτρογλυκερίνη

• υδραλαζίνη

• φεντολαμίνη

• εσμολόλη

• λαβηταλόλη, δρα βαθύτερα και πιθανώς ασφαλέστερα, χορηγείται σε ωριαίες δόσεις 100-200mg και είναι δραστική όσο και οι επαναλαμβανόμενες δόσεις νιφεδιπίνης (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007)

3.6 Ενδείξεις πρώτης επιλογής αντιυπερτασικών φαρμάκων σε ειδικές περιπτώσεις

Στα υπερτασικά άτομα συχνά συνυπάρχουν παθήσεις που επιβάλλουν την επιλογή συγκεκριμένης κατηγορίας αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η επιλογή των φαρμάκων βασίζεται στα αποτελέσματα μεγάλων μελετών που έδειξαν ότι η χορήγησή τους βελτιώνει

την πρόγνωση. Οι βασικοί κανόνες της εξατομικευμένης αντιυπερτασικής θεραπείας και οι απόλυτες ενδείξεις των φαρμάκων φαίνονται παρακάτω:

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Οι αναστολείς ΜΕΑ, οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής. Οι ανταγωνιστές της αλδοστερόνης είναι χρήσιμη επιπρόσθετη θεραπεία. Η χρήση διουρητικών επιβάλλεται μόνο επί παρουσίας οιδήματος

Μετά από Έμφραγμα

Οι β-αποκλειστές, οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής.

Στηθάγχη

Οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές ασβεστίου μακράς δράσης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής.

Σακχαρώδης Διαβήτης – Μεταβολικό Σύνδρομο

Οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής.

Χρόνια Νεφρική Νόσος

Τόσο στη διαβητική όσο και στη μη διαβητική νεφροπάθεια οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης καθυστερούν την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Κατά την αρχική χορήγηση των φαρμάκων αυτών αύξηση της κρεατινίνης του ορού (μέχρι 30% της βασικής τιμής) είναι αναμενόμενη και δεν αποτελεί λόγο διακοπής της θεραπείας. Όταν η κρεατινίνη του ορού είναι >2,5-3 mg/dl ή η κάθαρση κρεατινίνης <35ml/min, τα θειαζιδικά διουρητικά δεν δρουν και αντί για αυτά χορηγούνται διουρητικά της αγκύλης (φουροσεμίδη).

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Στην οξεία φάση του επεισοδίου η μείωση της πίεσης μπορεί να επιδεινώσει τη νευρολογική συνδρομή. Αν η πίεση παραμένει σταθερά >200/120 mmHg επιχειρείται προσεκτική και σταδιακή μείωση, αλλά όχι <160/110mmHg. Μετά την οξεία φάση και τη σταθεροποίηση του αρρώστου, συνήθως μετά 3-4 ημέρες, η προοδευτική μείωση της πίεσης σε επίπεδα <130/80 mmHg είναι επωφελής.

Υπερτροφία Αριστερής Κοιλίας

Η άριστη ρύθμιση της πίεσης έχει την κύρια σημασία για την υποστρόφη της υπερτροφίας. Οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης είναι τα αποτελεσματικότερα φάρμακα.

Κολπική Μαρμαρυγή

Σε υπερτασικούς με επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής η χορήγηση αναστολέων ΜΕΑ ή ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτασίνης μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Τα φάρμακα αυτά υπερέχουν των άλλων αντιυπερτασικών και στην πρωτογενή πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής. Σε εγκατεστημένη κολπική μαρμαρυγή, οι β-αποκλειστές ή οι μη διυδροπυριδινικοί ανταγωνιστές ασβεστίου μπορεί να είναι χρήσιμοι στη ρύθμιση της καρδιακής συχνότητας.

Ηλικιωμένοι

Τόσο οι οδηγίες για φαρμακοθεραπεία όσο και η πίεση-στόχος δεν διαφέρουν στους ηλικιωμένους. Συνιστάται έναρξη θεραπείας με μικρές δόσεις και προοδευτική ενίσχυση με παρακολούθηση της πίεσης και σε όρθια θέση για την αποφυγή ορθοστατικής υπότασης. Στη μεμονωμένη συστολική υπέρταση η θεραπεία με βάσηθειαζιδικό διουρητικό ή ανταγωνιστή ασβεστίου (διυδροπυριδίνη) βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση.

Παιδιά και Έφηβοι

Στη σχολική ηλικία, η υπέρταση είναι συχνότερη από ότι παλαιότερα, ιδίως στους εφήβους στους οποίους συνήθως υποδηλώνει πρώιμη εγκατάσταση ιδιοπαθούς υπέρτασης. Τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα της υπέρτασης στα παιδιά και τους εφήβους αυξάνεται, κυρίως λόγω της αυξανόμενης παχυσαρκίας. Στα παιδιά, η υπέρταση είναι συνήθως δευτεροπαθής, ενώ μετά την πρώτη δεκαετία η ιδιοπαθής υπέρταση είναι η συχνότερη αιτία. Όπως και στους ενήλικες, η διάγνωση βασίζεται σε συνεχόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης και τη χρήση των ήχων I και V για τη συστολική και τη διαστολική. Σε επιβεβαιωμένη υπέρταση που δεν ρυθμίζεται με μη φαρμακευτικά μέσα γίνεται προσεκτική χορήγηση φαρμάκων όπως στους ενήλικες, αλλά συνήθως σε μικρότερες δόσεις. Ο έλεγχος για δευτεροπαθή υπέρταση, η απόφαση για θεραπεία και η επιλογή φαρμάκων πρέπει να κατευθύνονται από εξειδικευμένους γιατρούς. (Mancia G., De Backer G., Dominiczak A., Cifkova R., Fagard R., Germano G., 2007)

3.7 Κύριες αντενδείξεις αντιυπερτασικών φαρμάκων πρώτης γραμμής

Θειαζιδικά Διουρητικά

Ουρική αρθρίτιδα (όχι απλή υπερουριχαιμία), ιστορικό βαριάς υπονατριάμιας.

β-Αποκλειστές

Άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κολποκοιλιακός αποκλεισμός 2ου ή 3ου βαθμού, μεταβολικό σύνδρομο και αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη (σχετικές αντενδείξεις).

Μη Διυδροπυριδινικοί Ανταγωνιστές Ασβεστίου (βεραπαμίλη, διλτιαζέμη)

Κολποκοιλιακός αποκλεισμός 2ου ή 3ου βαθμού, καρδιακή ανεπάρκεια.

Αναστολείς ΜΕΑ και Ανταγωνιστές Υποδοχέων Αγγειοτασίνης Εγκυμοσύνη (αποφυγή και σε γυναίκες με ενδεχόμενη εγκυμοσύνη), αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικών αρτηριών, υπερκαλιαιμία, ιστορικό αγγειοιδήματος (αναστολείς ΜΕΑ).

(Mancia G., De Backer G., Dominiczak A., Cifkova R., Fagard R., Germano G., 2007)

Κεφάλαιο 4^ο. Χαρακτηριστικά ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση-Ανάγκες

4.1 Χαρακτηριστικά ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση

Οι υπερτασικοί ασθενείς συνήθως πεθαίνουν από μακροχρόνια βλάβη στα όργανα στόχους που είναι ο εγκέφαλος, οι νεφροί και η καρδιά. Περισσότεροι από τους μισούς θανάτους που συνδέονται με εμμένουσα και αρρυθμιστη υπέρταση προκαλούνται από έμφραγμα μυοκαρδίου. Οι άμεσες αιτίες θανάτου που συνδέονται με την υπέρταση περιλαμβάνουν την εγκεφαλική αιμορραγία και την καρδιακή ανεπάρκεια.

Στα άτομα που ζουν σε βιομηχανοποιημένες χώρες, η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση τείνουν να αυξηθούν μέχρι την ηλικία περίπου των 60 ετών. Μετά από την ηλικία αυτή, η συστολική πίεση ίσως συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά η διαστολική πίεση τείνει να σταθεροποιείται ή να ελαττώνεται. Ωστόσο στα άτομα που ζουν σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, δεν αυξάνεται ούτε η συστολική ούτε η διαστολική πίεση με την ηλικία και η υπέρταση είναι πρακτικά ανύπαρκτη, προφανώς λόγω της χαμηλής πρόσληψης νατρίου και της περισσότερης σωματικής δραστηριότητας. Η αρτηριακή υπέρταση είναι σημαντική αιτία μειωμένης απόδοσης στην εργασία. (Mark H. Beers & Robert Berkow, 2005).

4.2 Ανάγκες ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση

Οι ασθενείς με Αρτηριακή Υπέρταση πρέπει να ακολουθήσουν και να εφαρμόσουν ορισμένες αλλαγές:

- Αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες
- Ενθάρρυνση για αποβολή του στρες
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Εκπαίδευση ατόμων με σκοπό την κατανόηση της φαρμακευτικής αγωγής και στην πραγματοποίηση των αλλαγών στη ζωή τους
- Συστηματική μέτρηση αρτηριακής πίεσης
- Αναγκαία η συστηματική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι, καθώς θεωρείται απαραίτητο για την ορθή μακροχρόνια αντιμετώπιση της νόσου, διότι παρατηρείται μείωση στη συχνότητα των καρδιακών προσβολών, των εγκεφαλικών επεισοδίων και νεφρικών παθήσεων. Η παρακολούθηση στο σπίτι θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

4.3 Μέτρηση Αρτηριακής Πίεσης

Κατά τη μέτρηση της ΑΠ, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι παράμετροι έτσι ώστε:

§ Να επιτραπεί στους ασθενείς να καθίσουν για αρκετά λεπτά σε ήσυχο δωμάτιο πριν αρχίσουν οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης.

§ Να ληφθούν τουλάχιστον δύο μετρήσεις μέσα σε 1-2 λεπτά και εάν οι δύο πρώτες διαφέρουν μεταξύ τους να γίνεται πάλι μέτρηση.

§ Να χρησιμοποιηθεί κανονικός αεροθάλαμος αλλά να υπάρχουν διαθέσιμοι ένας μεγαλύτερος και ένας μικρότερος αεροθάλαμος για παχείς και λεπτούς βραχίονες αντίστοιχα. Να χρησιμοποιούνται μικρότεροι αεροθάλαμοι σε παιδιά.

§ Να τοποθετείται η περιχειρίδα στο επίπεδο της καρδιάς οποιαδήποτε και να είναι η στάση του ασθενούς.

§ Να μετράται η ΑΠ και στους δύο βραχίονες στην πρώτη επίσκεψη, ώστε να βρεθούν πιθανές διαφορές λόγω περιφερικής αγγειακής νόσου. Σε αυτήν την περίπτωση να λαμβάνεται η υψηλότερη ως τιμή αναφοράς.

§ Να μετράται η ΑΠ 1-5 λεπτά μετά από όρθια στάση στους ηλικιωμένους, διαβητικούς ή σε άλλες καταστάσεις που μπορεί να υπάρχει υποψία για ορθοστατική υπόταση.

Να μετράται η καρδιακή συχνότητα με ψηλάφηση του σφυγμού μετά τη δεύτερη μέτρηση σε καθιστή θέση. (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007)

4.4 Μέτρηση αρτηριακής πίεσης με 24ωρη καταγραφή στο σπίτι

Αν και η αρτηριακή πίεση στο ιατρείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρηση αναφοράς, η 24ωρη καταγραφή μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς υπό θεραπεία η όχι. Οι φυσιολογικές τιμές μεταξύ της ΑΠ στο ιατρείο και της 24ωρης καταγραφής διαφέρουν. Η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη όταν:

- ανευρίσκεται αξιόλογη διακύμανση της αρτηριακής πίεσης ιατρείου στην ίδια η σε διαφορετικές επισκέψεις

- μετράται υψηλή αρτηριακή πίεση στο ιατρείο σε άτομα κατά τα άλλα σε χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο

- παρουσιάζεται αξιοσημείωτη απόκλιση μεταξύ των τιμών αρτηριακής πίεσης που μετρώνται στο σπίτι ή στο ιατρείο

- υπάρχει υπόνοια για ανθεκτικότητα στη φαρμακευτική αγωγή

- υπάρχει υπόνοια για υποτασικά επεισόδια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και διαβητικούς ασθενείς

- η αρτηριακή πίεση στο ιατρείο είναι αυξημένη σε έγκυες γυναίκες και υπάρχει υπόνοια για προεκλαμψία

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή έχει κλινική αξία και η προγνωστική σημασία της τώρα αναδεικνύεται. Πρέπει να ενθαρρύνονται αυτές οι μετρήσεις με σκοπό:

- να πληροφορήσουν σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας στη μείωση της αρτηριακής πίεσης όταν τα επίπεδα του φαρμάκου ελαττώνονται πιο πολύ, άρα και στη θεραπευτική κάλυψη του μεσοδιαστήματος μεταξύ των δόσεων

- να βελτιώσουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στα θεραπευτικά σχήματα -αν υπάρχουν αμφιβολίες για την τεχνική αξιοπιστία / τις περιβαλλοντικές επιδράσεις στα δεδομένα της 24ωρης καταγραφής

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή πρέπει να αποθαρρύνεται όταν:

- προκαλεί άγχος στον ασθενή - τον οδηγεί σε τροποποίηση της θεραπευτικής αγωγής από τον ίδιο

Οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο και στο σπίτι διαφέρουν. (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007), (Νασοθύμιου Γ. Ευθυμία, 2012)

Κεφάλαιο 5^ο. Κοινωνική Νοσηλευτική και Αρτηριακή Υπέρταση

5.1 Προσόντα νοσηλευτών

Ο νοσηλευτής κοινωνικής υγείας ενεργεί με επίκεντρο τη φροντίδα υγείας, η οποία βασίζεται στην κατανόηση των ευρύτερων αναγκών της κοινότητας. Ο νοσηλευτής παρατηρεί συνεχώς την κοινότητα ώστε να εντοπίσει τις αλλαγές που προκύπτουν. Τα προσόντα του κοινωνικού νοσηλευτή είναι:

- Προάσπιση υγείας
- Προαγωγή και διατήρηση υγείας
- Πρόληψη της νόσου
- Έμπνευση αυτοπεποίθησης στα άτομα
- Παροχή υπηρεσιών άμεσης φροντίδας
- Εκπαίδευση υγείας

Ανεξάρτητα με το αν απευθύνονται σε άτομο, οικογένεια ή ομάδα, σκοπός τους είναι η προαγωγή της υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω εκπαίδευσης που αφορά τα επικρατέστερα προβλήματα υγείας, τη σωστή διατροφή, τις αποτελεσματικές μορφές άσκησης και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως ασφαλές φαγητό, νερό, αέρας και κτιριακή υποδομή.

Όσο οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια, τα άτομα ή ομάδες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής αυτών, άλλο τόσο προσπαθούν να εντοπίσουν ομάδες υψηλού κινδύνου εντός της κοινότητας. Από τη στιγμή που τέτοιες ομάδες εντοπιστούν οι νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν για την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών και παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του κινδύνου και την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών. Οι νοσηλευτές με προσανατολισμό την κοινότητα πρέπει να είναι γνώστες των πολιτισμικών διαφορών και να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους παραλήπτες. (Marcia Stanhope & Jeanette Lancaster, 2009)

5.2 Αρτηριακή Υπέρταση στην κοινότητα

Η υπέρταση είναι χρόνιο νόσημα και το άτομο χρειάζεται ριζικές αλλαγές στους τρόπους ζωής προκειμένου να μην επιδεινώσει την κατάσταση του. Εκτός από το νοσοκομείο, το άτομο θα πρέπει να τηρεί ένα μόνιμο πρόγραμμα υγείας. Σε αυτό τον

βοηθά σε πολύ μεγάλο βαθμό ο κοινοτικός νοσηλευτής, καθώς οργανώνει ένα πρόγραμμα υγείας το οποίο θα βοηθήσει το άτομο να εγκαταστήσει τους νέους τρόπους ζωής.

Ο νοσηλευτής κοινοτικής υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, συμπεριφέρεται και το αντιμετωπίζει με τον πιο σωστό τρόπο, έτσι ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ατόμου ή της ομάδας που απευθύνεται. Θα βοηθήσει να εγκατασταθούν οι αναγκαίες αλλαγές στον υπερτασικό ασθενή μέσα από το πρόγραμμα υγείας. Επίσης, ο νοσηλευτής δρα σαν συντονιστής καθώς ενθαρρύνει τον ασθενή σε κάθε του κίνηση.

Αφού η υπέρταση είναι ένα πρόβλημα το οποίο θα ακολουθεί το άτομο σε όλη του τη ζωή, χρειάζεται υποστήριξη και καθοδήγηση από κάποιον επαγγελματία υγείας. Ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο κατάλληλος για αυτή τη φροντίδα υγείας. Ενημερώνει τον ασθενή για τυχόν αλλαγές είτε στη φαρμακευτική αγωγή είτε στους τρόπους ζωής.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποπνέει εμπιστοσύνη έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται σιγουριά απέναντι του και να του εκφράζει οποιοδήποτε πρόβλημα του προκύψει. Θα πρέπει να βοηθήσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή για να μπορέσει να πραγματοποιήσει τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του. (Weber MA., Schiffrin EL., White WB., Mann S., Lindholm LH., Kenerson JG., 2014)

5.3 Τρόποι βελτίωσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία

Προκειμένου να εξοικειωθεί ο ασθενής με την θεραπεία που του ορίζει το πρόγραμμα φροντίδας θα πρέπει να τηρηθεί:

- Πληροφόρηση του ασθενούς για τον κίνδυνο από την υπέρταση και το όφελος από την αποτελεσματική θεραπεία.
- Παροχή ξεκάθαρων γραπτών και προφορικών οδηγιών σχετικά με την αγωγή.
- Προσαρμογή του σχήματος στον τρόπο ζωής και τις ανάγκες του ασθενούς.
- Απλοποίηση αγωγής μειώνοντας, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό των ημερήσιων φαρμάκων.
- Συμμετοχή του συντρόφου ή της οικογένειας στην πληροφόρηση για τη νόσο και τους θεραπευτικούς σχεδιασμούς.
- Χρήση μετρήσεων αρτηριακής πίεσης από τον ίδιο τον ασθενή στο σπίτι και στρατηγικών συμπεριφοράς, όπως συστήματα υπενθύμισης.
- Προσοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες και ετοιμότητα για αλλαγές στις δόσεις ή τους τύπους των φαρμάκων αν χρειασθεί.

- Διάλογος με τον ασθενή σχετικά με την τήρηση της αγωγής και ενημέρωση για τα προβλήματά του.
- Εξασφάλιση αξιόπιστου συστήματος υποστήριξης – παροχών υγείας (Mancia G, De Barker G, Dominickaz, 2007)

5.4 Προγραμματισμός υγειονομικής φροντίδας της κοινότητας

Ο προγραμματισμός της υγειονομικής φροντίδας βασίζεται στην καλή διερεύνηση της κοινότητας. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει αποκτήσει την απαιτούμενη γνώση και πληροφόρηση για τα απαραίτητα χαρακτηριστικά της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει ένα σχέδιο εργασίας. Ένας καλός προγραμματισμός προϋποθέτει:

- Εξασφάλιση δυναμικού υγείας
- Εξασφάλιση συνεργασίας του κοινού
- Γνώση των διαφόρων πηγών της κοινότητας

Στην κοινότητα και στους επαγγελματίες υγείας πρέπει να κυριεύει υπομονή, κατανόηση και προθυμία για συνεργασία ώστε να επιτευχθεί αποδοτική εργασία. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π., 2012)

Κεφάλαιο 6^ο. Εκπαίδευση ασθενούς με Αρτηριακή Υπέρταση(ΑΥ)

6.1 Εκπαίδευση ασθενών

Στην πληροφόρηση και στην εκπαίδευση των ασθενών παίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο οι γιατροί αλλά και οι νοσηλευτές. Οι ασθενείς χρειάζονται διαπαιδαγώγηση για θέματα μεθόδου μέτρησης της πίεσης, ερμηνείας των αποτελεσμάτων, φαρμακευτικής θεραπείας, διατροφικής προσαρμογής, σωματικής άσκησης και άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής τους.

Η εκπαίδευση ασθενών και ιδιαίτερα αυτών με χρόνια νοσήματα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη εφόσον αυτός έχει καταλάβει τη φύση της ασθένειας, τη σοβαρότητα της κατάστασης του και του ρόλου που διαδραματίζει η

σωστή συνεργασία με τον λειτουργό υγείας. Η κατ' οίκον εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια νοσήματα στο φυσικό τους περιβάλλον, χωρίς τις εντάσεις του νοσοκομείου, φαίνεται πως προσφέρει αρκετά στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στην μείωση των επανειλημμένων εισαγωγών τους στο νοσοκομείο. (Χατζηευστρατίου Αναστασία και Αριστείδης, 2016)

Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής θα πρέπει να αποκτήσει γνώσεις που αφορούν (Φουντούκη Α. & Θεοφανίδης Δ., 2012):

- Την παθοφυσιολογία της πάθησης
- Την αντιμετώπιση της
- Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται
- Την διατροφή αν σχετίζεται με την ασθένεια του
- Την καθημερινή του δραστηριότητα
- Τη φαρμακευτική θεραπεία
- Την προσαρμογή σε ψυχολογικούς παράγοντες

Η κατανόηση και η συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες αποτελεί δείγμα επιτυχούς εκπαίδευσης. Πολλές φορές η προφορική επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό του χαρακτηρίζεται ελλιπής και αναποτελεσματική. Σαν αιτίες προβάλλονται η βιασύνη του να εξετάσει όλους τους ασθενείς, η χρήση μη κατανοητής ιατρικής ορολογίας και η έλλειψη ικανοτήτων επικοινωνίας. Οι μισοί σχεδόν ασθενείς φεύγουν από τον ιατρό τους απογοητευμένοι με την αίσθηση ότι δεν έχουν καταλάβει όλα όσα τους είπε, οπότε και εύκολα τα ξεχνούν.

Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την παρέμβαση του νοσηλευτή, ο οποίος σχεδιάζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης ανάλογα με την πάθηση και την αξιολόγηση ασθενούς και της οικογένειας.

Ο νοσηλευτής πολλές φορές λειτουργεί και ως διδάσκαλος. Για να έχει επιτυχία με την εκπαίδευση στην φροντίδα υγείας, ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθήσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς. Πρέπει επίσης να αξιολογεί τη συναισθηματική κατάσταση και τη φυσική παρουσία του ατόμου. Εάν το άτομο παρουσιάζεται αγχώδης ή με όψη πάσχοντος, πιθανώς η εκπαιδευτική διαδικασία να μην είναι επιτυχής.

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και νεφρικής νόσου. Η πλημμελής προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή προκαλεί τον κύριο παράγοντα αναποτελεσματικής διαχείρισης της νόσου.

Θα πρέπει να εκτιμάται η επίδραση της εκπαιδευτικής διαδικασίας στην προσήλωση ασθενών με αρτηριακή υπέρταση στη θεραπευτική αγωγή. Πρόκειται για μελέτη παρέμβασης στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση από τον Σεπτέμβριο 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2014. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την πρώτη εκτίμηση και σε διάστημα 3,6,9 και 12 μηνών από την αρχική μέτρηση. Αποτελεσματικά, στη μελέτη συμμετείχαν 225 ασθενείς. Η μέση ηλικία στην ομάδα παρέμβασης ήταν 67,5 έτη, ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν τα 68,1 έτη. Η παρέμβαση συνέβαλε σε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο βαθμό προσήλωσης στη θεραπευτική αγωγή και η βελτίωση παρέμεινε καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης. Επίσης, η παρέμβαση οδήγησε σε βελτίωση του επιπέδου γνώσεων για την αρτηριακή υπέρταση, των αντιλήψεων για τη φαρμακευτική αγωγή και των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Επιπλέον, βρέθηκε πως η βελτίωση της προσήλωσης σχετίζεται με τη μείωση της χοληστερόλης και με τη βελτίωση της σχέσης μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας και της σχέσης μεταξύ του ασθενούς και του υποστηρικτικού δικτύου. Αντιθέτως, η βελτίωση στην προσήλωση δε φάνηκε να σχετίζεται με τη βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Έτσι προκύπτει πως η εκπαίδευση αποδεικνύεται ως μια σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση για τη βελτίωση της προσήλωσης ασθενών με αρτηριακή υπέρταση στη θεραπευτική αγωγή. Το άτομο μέσω της εκπαίδευσης θα μπορεί να:

- Επιδεικνύει αυξημένο ενδιαφέρον με αποτέλεσμα να αναλαμβάνει την ευθύνη για προσωπική του εκπαίδευση
- Εκφράζει λεκτικά την κατανόηση της νόσου και της θεραπείας
- Εκτελεί ορθά τις απαραίτητες διαδικασίες και θα έχει την ικανότητα να ερμηνεύει την αιτιολόγηση των ενεργειών
- Εισάγει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής και θα συμμετέχει στη θεραπευτική αγωγή. (Susan C. Dewit, 2009), (Mary A. Nies & Melanie McEwen, 2013), (Rochester Minn., 2003), (Οδηγός για τις κοινοτικές προληπτικές υπηρεσίες. Πρόληψη και έλεγχος των καρδιαγγειακών παθήσεων: ομαδική φροντίδα για τη βελτίωση του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, 2012)

6.2 Αγωγή Υγείας

Αγωγή υγείας είναι οποιοσδήποτε συνδυασμός μαθησιακών εμπειριών που έχουν σχεδιαστεί ώστε να προδιαθέτουν, να καθιστούν εφικτές και να ενισχύουν εθελούσιες συμπεριφορές που συντελούν στην υγεία για το άτομο, τις ομάδες ή τις κοινότητες. Μια σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές που επιτελούν το ρόλο του παιδαγωγού υγείας

στην κοινότητα είναι να εξετάζουν τις σύνθετες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία στην κοινότητα αποτιμώντας τη συνεισφορά των μελών της κοινότητας και χτίζοντας πάνω στις δυνάμεις τους. Οι αλλαγές στη γνώση και στη συμπεριφορά εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή του εκπαιδευόμενου στις πρακτικές υγείας. Με αυτό τον τρόπο, οι νοσηλευτές δεν μπορούν μόνοι τους να θέσουν προτεραιότητες για το άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα. Αντίθετα, οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να αναμειχθούν ενεργά στον προσδιορισμό των δικών τους αναγκών και προτεραιοτήτων για αγωγή υγείας.

Η αγωγή υγείας στην κοινότητα βασίζεται σε λειτουργικές μεθόδους και σε μια τεχνολογία προσιτή για όλους. Οι νοσηλευτές έχουν μοναδική κατάρτιση για να επηρεάσουν την υγεία και την ευεξία των μελών της κοινότητας και τις συμπεριφορές τους σε θέματα υγείας μέσω πρωτότυπων δραστηριοτήτων που ενσωματώνουν πολιτισμικά, γλωσσικά και εκπαιδευτικά συναφείς δραστηριότητες αγωγής υγείας και πληροφορικό υλικό για ευρεία διανομή.

Η αγωγή υγείας έχει ως στόχο την:

- ευαισθητοποίηση
- παροχή γνώσεων
- ιεράρχηση αξιών
- αλλαγή απόψεων
- λήψη αποφάσεων
- αλλαγή συμπεριφοράς
- αλλαγή περιβάλλοντος

Σε ασθενείς με υπέρταση απαιτείται οργανωμένη εκπαίδευση για να βοηθηθούν στην επίτευξη των στόχων όσον αφορά την υγεία τους. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοεί τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής και τον τρόπο με τον οποίο θα επιτύχει τροποποίηση της συμπεριφοράς του.

Ο κύριος στόχος είναι η βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας και της ποιότητας ζωής μέσω της πρόληψης, της ανίχνευσης και της θεραπείας των παραγόντων κινδύνου, της πρώιμης αναγνώρισης και θεραπείας ατόμων με εμφράγματα του μυοκαρδίου και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και πρόληψη της επανεμφάνισης καρδιαγγειακών συμβάντων.

Οι αντικειμενικοί σκοποί στην αγωγή υγείας είναι:

- 1) Μείωση του ποσοστού των ενηλίκων με υπέρταση

2) Αύξηση του ποσοστού των υπερτασικών ενηλίκων με ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση

3) Αύξηση του ποσοστού των υπερτασικών ενηλίκων που κάνουν ενέργειες για να βοηθήσουν στη ρύθμιση της αρτηριακής τους πίεσης

4) Αύξηση του ποσοστού των ενηλίκων που έχουν μετρήσει την αρτηριακή τους πίεση μέσα στα προηγούμενα δυο έτη και μπορούν να αναφέρουν αν η πίεση τους ήταν φυσιολογική ή υψηλή. (Mary A. Nies & Melanie McEwen, 2013)

6.3 Ψυχική Υγεία και Υπέρταση

Πολλές μελέτες επιστημόνων έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς αναφορικά με τη αλληλεξάρτηση της ψυχικής υγείας με την υπέρταση. Καθίσταται σαφής η άμεση αποκατάσταση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της υπέρτασης η οποία μάλιστα μπορεί εύκολα να χαρακτηριστεί διττή.

Η διττή φύση αυτής της αλληλεξάρτησης στηρίζεται σε ευρήματα που υπογραμμίζουν τόσο την ανάπτυξη υπέρτασης και εν συνεχεία καρδιαγγειακών όσο την διαπίστωση φαινομένων κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή υπέρταση, είτε βρίσκονται υπό φαρμακολογική θεραπεία είτε όχι.

Μια από τις πιο σύγχρονες μελέτες, αυτή των Belona L. και συνεργατών το 2011, ανέδειξε τη σχέση μεταξύ της αντιυπερτασικής θεραπείας και των μεταπτώσεων της κλινικής εικόνας και του ψυχολογικού προφίλ ασθενών με υπέρταση. Στην έρευνα αυτή, 107 άτομα δέχθηκαν αρχικά ανεπαρκή αντιυπερτασική θεραπεία ενώ βρίσκονταν σε 24ωρη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, της νευρολογικής τους κατάστασης, της ποιότητας ζωής και της ποιότητας ύπνου. Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν σε περίοδο 6 μηνών μετά τη συνταγογράφηση κατάλληλης αντιυπερτασικής θεραπείας.

Από αυτή τη διαδικασία και το συνδυασμό των υπό μελέτη δεικτών που αναφέρθηκαν έγινε σαφές πως η ψυχολογική και η σωματική υγεία βελτιώθηκε, η ποιότητα του ύπνου βελτιώνεται ενώ παρατηρείται και σταθεροποίηση του αριθμού των ασθενών με ισορροπημένη κατάσταση πράγμα που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η χρήση των σύγχρονων αντιυπερτασικών φαρμάκων επηρεάζει τα κλινικά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών θετικά. Τα αποδεικτικά στοιχεία που συνδέουν υπέρταση με προσωπικότητα ή ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο θυμός, άγχος ή κατάθλιψη, παραμένουν αμφίβολα για την επιστημονική κοινότητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν

μέρει στους περιορισμούς της θεωρίας προσωπικότητας, σύγχυσης από την ευαισθητοποίηση της υπέρτασης ή σε εγγενείς δυσκολίες στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Για το λόγω αυτό έχουν εκπονηθεί μελέτες οι οποίες επιχειρούν να διερευνήσουν τη σχέση ανάμεσα στην ήπια υπέρταση και τις διάφορες παραμέτρους της προσωπικότητας και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Για το σκοπό αυτό γίνεται συνδυασμός των τιμών αρτηριακής πίεσης που λαμβάνονται τακτικά με δεδομένα όπως η ηλικία, η φυλή, η εθνικότητα και ο δείκτης μάζας σώματος.

Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας μελέτης, αν και συχνά αμφισβητήσιμα καθώς οι συμμετέχοντες εμφανίζουν έντονες διαφορές στον τρόπο διαχείρισης της υπέρτασης καθώς και στον τρόπο ζωής, βοηθούν στην αξιολόγηση των διαφορών που εμφανίζουν άτομα με ήπια υπέρταση και άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση σε οποιαδήποτε από τις ψυχολογικές μεταβλητές ενώ αναδεικνύει τον ελάχιστο ρόλο των ψυχολογικών αυτών μεταβολών στην ανάπτυξη υπέρτασης ειδικά σε άτομα χωρίς εμφανή καρδιαγγειακά προβλήματα. (Friedman R., 2011), (Belova AL., 2011).

6.4 Συμβουλευτική διάσταση

Στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλεύει και να καθοδηγεί τον ασθενή με βάση το πρόγραμμα φροντίδας. Να τον ενθαρρύνει σε κάθε αλλαγή είτε στη διατροφή του είτε στη θεραπευτική αγωγή. Να τον συμβουλεύει για το τι είναι καλύτερο να εφαρμόσει στην καθημερινότητα του έτσι ώστε να μην αποστασιοποιείται εντελώς από τις δραστηριότητες που συνήθιζε να κάνει.

Σε θέματα διατροφής η συμβουλευτική που θα ακολουθεί ο νοσηλευτής θα πρέπει να πείθει τον ασθενή ότι είναι σημαντικό να βάλει στη ζωή του ένα πιο υγιεινό πρόγραμμα διατροφής. Αρχικά, θα πρέπει να τον εκπαιδεύσει σε αυτό το πρόγραμμα και έπειτα μόνος του να το ακολουθεί μακροχρόνια όταν αυτό συνιστάται. Μαζί με την αλλαγή στον τρόπο διατροφής προτείνεται στον ασθενή η διακοπή του καπνίσματος, αν αυτός καπνίζει, καθώς και αυτό είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας.

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ένας από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που οδηγούν σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι το άγχος και γενικότερα το ψυχοκοινωνικό stress. Το άγχος συχνά αναφέρεται σαν ένας από τους παράγοντες που προδιαθέτει στην εμφάνιση της υπέρτασης. Στα πλαίσια επομένως της αντιμετώπισης της υπέρτασης χωρίς φάρμακα, σημαντικό ρόλο έχει η συμβουλευτική για τη μείωση του άγχους και του ψυχοκοινωνικού stress και οι τεχνικές χαλάρωσης.

Η συμβουλευτική για τη μείωση του άγχους και την πρόληψη της υπέρτασης έχει ως εξής:

- Αποφυγή στρεσογόνων ερεθισμάτων και καταστάσεων
- Καλλιέργεια αυτοελέγχου με κριτήριο την κοινή λογική
- Καλή οργάνωση του χρόνου και κατάλληλη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων
- Τεχνικές χαλάρωσης

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για οποιαδήποτε αλλαγή στη φαρμακευτική του αγωγή. Να τον βοηθά να την κάνει πράξη και να λαμβάνει την αγωγή του συστηματικά, όπως ορίζει το πρόγραμμα υγείας. Για παράδειγμα, στα πλαίσια της συμβουλευτικής ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ότι η έναρξη της θεραπείας με αΜΕΑ συχνά συνοδεύεται από εμφάνιση υπότασης τις πρώτες μέρες. Προτείνεται λοιπόν η λήψη του αρχικά το βράδυ. Η δοσολογία είναι 4mg μία φορά την ημέρα για ένα μήνα και, αργότερα, αν χρειαστεί, αυξάνεται στα 8mg. Γι' αυτό θα πρέπει να παρέχεται συνεχής πληροφόρηση στο άτομο για την αντιυπερτασική του θεραπεία, γιατί ορισμένα μπορεί να έχουν κάποιες παρενέργειες που ο ασθενής δεν τις γνωρίζει.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι αυτός που θα βοηθήσει και θα εκπαιδεύσει το άτομο για την πρόληψη της υπέρτασης. Επειδή η υπέρταση είναι ένα χρόνια νόσημα η πληροφόρηση του ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να είναι συνεχής. Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος από τον κοινοτικό νοσηλευτή για να επιβεβαιώνεται η ορθότητα της κατάστασης. (Kearney PM., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton PK., He J., 2005)

Κεφάλαιο 7^ο. Αρτηριακή Υπέρταση και δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας-Πρόληψη

7.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει μεγάλο εύρος προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών αποκατάστασης όπως και δημόσιας υγείας. Αποτελείται από υπηρεσίες δημόσιας υγείας, υπηρεσίες της κοινότητας, κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας και ιατρούς. Ένα μεγάλο μέρος του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που

εξυπηρετεί άτομα και οικογένειες είναι το κοινοτικό κέντρο υγείας, το οποίο παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα και θα πρέπει να:

α)βρίσκεται σε περιοχές όπου δεν υπάρχει επαρκής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας,

β)παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας και υποστηρικτικές υπηρεσίες,

γ)είναι διαθέσιμο σε όλους τους κατοίκους της περιοχής που εξυπηρετεί και προσαρμόζει τις αμοιβές ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής του ασθενή.

Είναι απαραίτητη φροντίδα που είναι προσβάσιμη σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες. Η φροντίδα υγείας καθίσταται διαθέσιμη σε αυτούς με την πλήρη συμμετοχή τους και παρέχεται σε κόστος εφικτό για την κοινότητα και τη χώρα. Δεν είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη σε πολλές χώρες, όπως στις ΗΠΑ. Η πλήρης συμμετοχή της κοινότητας σημαίνει ότι τα άτομα στην κοινότητα βοηθούν στον ορισμό των προβλημάτων υγείας και αναπτύσσουν προσεγγίσεις για να τα αντιμετωπίσουν. Το πλαίσιο της φροντίδας αυτής είναι ενσωματωμένο σε όλες τις κοινότητες μιας χώρας και εμπλέκει όλες τις πτυχές της κοινότητας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προτρέπει για αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση στην υγεία και για πράξεις κοινωνικής πρόνοιας στην καθημερινή ζωή. Οι άνθρωποι εκπαιδεύονται έτσι ώστε να χρησιμοποιούν τις γνώσεις και τις ικανότητες τους σε δραστηριότητες που αναβαθμίζουν την υγεία αυτών, των οικογενειών και των συνανθρώπων τους. Η στρατηγική της φροντίδας αυτής προσπαθεί να δώσει αυτοπεποίθηση και επάρκεια στα άτομα, στις οικογένειες και στην κοινότητα.

Το εργατικό δυναμικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελείται από μια ομάδα φορέων παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίοι προέρχονται από πλήθος διαφόρων ειδικοτήτων.

Την ομάδα απαρτίζουν γενικοί ιατροί και ιατροί δημόσιας υγείας, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, οπτικοί, διατροφολόγοι, εξωτερικοί υπάλληλοι της κοινότητας, σύμβουλοι ψυχικής υγείας και άλλα άτομα που ασκούν παρόμοια με την υγεία επαγγέλματα. Τα μέλη της κοινότητας θεωρούνται σημαντικά για την ομάδα καθώς είναι αυτά που θα κάνουν πράξη το πρόγραμμα φροντίδας.

Αφορά την ατομική φροντίδα υγείας και ασχολείται με τις πιο κοινές ανάγκες της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας ή κοινωνικό λειτουργό. Ο

τόπος και ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Ο σημαντικός ρόλος της φροντίδας υγείας στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση μιας οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο. Η ανάπτυξή της σχετίζεται άμεσα και με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας και με την ειδική με τη νόσο θνητότητα.

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. (Marcia Stanhope & Jeanette Lancaster, 2009), (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., 2008), (Ρούπα Ζ., Γουρνή Μ., Κοτρώτσιου Ε., 2009)

7.2 Πρόληψη της νόσου

Με δεδομένο το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός ανθρώπων είναι υπέρτασικοί αλλά δεν το γνωρίζουν και προκειμένου να μειθούν οι συνέπειες της υψηλής αρτηριακής πίεσης και να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα, έχουν προταθεί μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής. Το 2004 οι οδηγίες της Βρετανικής Εταιρείας Υπέρτασης πρότειναν αλλαγές στον τρόπο ζωής για την πρωτογενή πρόληψη της υπέρτασης, οι οποίες συνάδουν με τις κατευθυντήριες οδηγίες που περιγράφονται το 2002 από το Κρατικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα των ΗΠΑ για την Υπέρταση, και είναι οι εξής:

- Διατήρηση κανονικού βάρους σώματος
- Μείωση της διατροφικής πρόσληψης νατρίου σε
- Κατανάλωση μιας διατροφής πλούσιας σε φρούτα και λαχανικά
- Περιορισμό στην κατανάλωση αλκοόλ
- Αεροβική σωματική δραστηριότητα, όπως έντονο περπάτημα

Η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, που χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και δημητριακών, μέτρια ως υψηλή κατανάλωση ψαριών, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, μπορεί να χαρακτηριστεί ως εφελθτήριο για την υιοθέτηση των μέτρων πρόληψης έναντι της υπέρτασης. Χαρακτηριστικό της είναι η

μετρημένη κατανάλωση κρασιού, κυρίως κατά τη διάρκεια των γευμάτων και η συστηματική φυσική δραστηριότητα. Η αποτελεσματική αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση, όσο και ένα μεμονωμένο αντιυπερτασικό φάρμακο. Ακόμα καλύτερα αποτελέσματα μπορεί να επιτευχθούν με τον συνδυασμό δύο ή περισσότερων αλλαγών στον τρόπο ζωής.

Μέσω της εστίασης στην πρόληψη και στην ποιότητα ζωής, οι νοσηλευτές είναι αυτοί που μπορούν να εξασφαλίσουν την καταλληλότερη φροντίδα για τη διαχείριση της υπέρτασης, σύμφωνα με την κατάσταση και τους διαθέσιμους πόρους. Η φροντίδα αυτή φαίνεται να επιφέρει θετικές εκβάσεις οι οποίες οφείλονται στην καλύτερη επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές φαίνεται να είναι πιο ικανοί στο να καθιερώσουν μια πιο ευεργετική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς. Σήμερα περισσότερο από ποτέ αποτελεί επιτακτική ανάγκη η εργασία των νοσηλευτών να εξασφαλίσει ότι οι υγιείς επιλογές είναι σωστές επιλογές.

Σκοπός είναι ο νοσηλευτής να ενεργεί ως πρότυπο μεταξύ των οικογενειών, των φίλων, των συναδέλφων και της κοινότητας για να προωθήσει υγιέστερους τρόπους ζωής. Νοσηλευτής και κοινότητα μαζί, μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στις ευρύτερες αλλαγές που απαιτούνται στην υγεία. (Whelton PK, 2002), (Williams B., 2004), (Ettehad D., Emdin CA., Kiran A.,)

7.3 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας

Θα πρέπει να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας και των αλλαγών στον τρόπο ζωής στους υπερτασικούς ασθενείς. Η σταθερή διατήρηση της αρτηριακής πίεσης εντός των συνιστώμενων ορίων αποτελεί έναν πρωταρχικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Να αξιολογούνται οι γνώσεις του ασθενούς σχετικά με τα φάρμακα, τη χρήση, των παρενεργειών και του τρόπου χορήγησης. Σε συνεδρίες μακροχρόνιας παρακολούθησης θα πρέπει να αξιολογείται η γνώση του ατόμου σχετικά με τη διατροφή, τη διαχείριση του στρες, το πρόγραμμα άσκησης και τη διακοπή του καπνίσματος. Η συνέπεια και η συμμόρφωση του ασθενούς με το πρόγραμμα της θεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της νόσου. (Susan C. Dewit, 2009)

7.4 Υπέρταση σε επίπεδο χρονιότητας

Η παρακολούθηση ατόμων με ρυθμισμένη υπέρταση συνήθως γίνεται κάθε 3-6 μήνες. Σε άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο η παρακολούθηση γίνεται κάθε 2 ή 4 μήνες. Κατά κανόνα, η αντιυπερτασική φαρμακοθεραπεία χορηγείται διά βίου. Η διακοπή της συνήθως ακολουθείται από επανεμφάνιση της υπέρτασης, συχνά μετά την παρέλευση μηνών. Μείωση του αριθμού ή της δόσης των φαρμάκων μπορεί να επιχειρηθεί σε λίγες περιπτώσεις, όταν έχει επιτευχθεί πολύ καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (τουλάχιστον 10 mmHg κάτω από την πίεση-στόχο) σε τουλάχιστον 2-3 επισκέψεις σε διάστημα τουλάχιστον 1 έτους. Η συνεργασιμότητα των υπερτασικών ατόμων είναι αναγκαία για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων της θεραπείας. Η μειωμένη συνεργασιμότητα είναι συχνότερη αιτία διακοπής της θεραπείας και της παρακολούθησης από ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Στις πρώτες επισκέψεις ο γιατρός πρέπει να διαθέσει αρκετό χρόνο για να εξηγήσει στο υπερτασικό άτομο τον κίνδυνο που διατρέχει και τα οφέλη, τους στόχους και τους κανόνες της μακροχρόνιας παρακολούθησης και θεραπείας.

Οι στόχοι της μακροχρόνιας παρακολούθησης είναι:

- Επιβεβαίωση της διατήρησης καλής ρύθμισης της πίεσης
- Έλεγχος για εμφάνιση απώτερων ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας
- Έλεγχος για εμφάνιση βλάβης οργάνων-στόχων
- Έλεγχος άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου

Η εκπαίδευση του υπερτασικού ατόμου αποσκοπεί: α) στην αποδοχή της ανάγκης διά βίου θεραπείας και της έλλειψης ριζικής θεραπείας, β) στην αντίληψη της υπέρτασης ως έναν από τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και όχι ως άμεση απειλή, γ) στην ανάγκη συνέχισης της θεραπείας και μετά την επίτευξη της μείωσης της πίεσης, δ) στην απομάκρυνση του φόβου των φαρμάκων και την καταπολέμηση των μύθων σχετικά με τον κίνδυνο από τη μακροχρόνια χρήση τους.

Τα μέτρα για τη βελτίωση της μακροχρόνιας συνεργασίας είναι η:

- Καλή ενημέρωση του ασθενή με προφορικές οδηγίες και έντυπο εκπαιδευτικό υλικό
- Συμμετοχή μελών της οικογένειας στην ενημέρωση και τους στόχους της θεραπείας
- Απλούστευση της θεραπείας μειώνοντας τον αριθμό των δόσεων
 - Τακτική αναζήτηση και έγκαιρη διαπίστωση ανεπιθύμητων ενεργειών θεραπείας
 - Παρακολούθηση της πίεσης από τους ασθενείς στο σπίτι (Practical Guidelines for Hypertension, 2008)

Ειδικό Μέρος

Αξιολόγηση

Ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται για την παρουσία τροποποιήσιμων και μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. Επίσης, πρέπει να γίνεται κλινική εξέταση του καρδιαγγειακού συστήματος. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η τεκμηρίωση των επιπέδων και δυνητικών επιδράσεων στις τιμές της είναι μια σημαντική συνιστώσα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να είναι ακριβής, αφού η υπέρταση είναι ένας μείζων παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αγγειακών διαταραχών. Η λήψη της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται με τον ασθενή σε καθιστή θέση, σε ύπτια και σε όρθια θέση, ώστε να υπάρχει πλήρης αξιολόγηση. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε όρθια θέση είναι επίσης σημαντική όταν ο ασθενής αρχίζει τη λήψη ενός νέου φαρμάκου, ιδιαιτέρως ενός αΜΕΑ, διότι μπορεί να εμφανιστεί ορθοστατική υπόταση. (Susan C. Dewit, 2009)

Νοσηλευτική Διεργασία

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής, που θα συμβάλλουν στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και την επιβράδυνση της εξέλιξης της αθηρωμάτωσης. Οι αλλαγές στην διατροφή είναι συχνά το δυσκολότερο κομμάτι στο πρόγραμμα υγείας για τον ασθενή. Η καλύτερη μέθοδος είναι η συνεργασία με τον ασθενή για τις παρούσες διατροφικές προτιμήσεις του, διαμορφώνοντας ένα πρόγραμμα διατροφής, έτσι ώστε να μειωθεί η περιεκτικότητα τους σε νάτριο και λίπη. Οι ασθενείς θα πρέπει να μάθουν τις πηγές που περιέχουν νάτριο και να διαβάζουν τις ετικέτες των τροφίμων, αναζητώντας τις λέξεις αλάτι, νάτριο ή NaCl. Τα καπνιστά και τα διατηρημένα κρέατα ή προϊόντα με μεγάλη περιεκτικότητα σε νάτριο θα πρέπει να αποφεύγονται. Οι ασθενείς που πρέπει να αυξήσουν την πρόσληψη καλίου μαθαίνουν να περιλαμβάνουν στη διατροφή τους εσπεριδοειδή φρούτα, χυμούς, βοδινό κρέας, γαλοπούλα, ντομάτες και πατάτες.

Στη διαδικασία της εκπαίδευσης αυτής θα πρέπει να παίρνει μέρος και το άτομο που είναι υπεύθυνο για την αγορά και την παροχή των τροφίμων. Η απώλεια βάρους είναι το σημαντικότερο μέτρο σχετικά με τον τρόπο ζωής σε παχύσαρκους ασθενείς. Ο στόχος είναι η επίτευξη ενός σωματικού βάρους που να μην παρεκκλίνει από το φυσιολογικό βάρος.

Αν συνιστάται η μείωση της πρόσληψης καφεΐνης οι ασθενείς εκπαιδεύονται, ώστε να μειώσουν την πρόσληψη της για να μην εμφανιστούν συμπτώματα στέρησης, όπως κεφαλαλγία και νευρική κατάσταση. Επίσης, η καφεΐνη περιέχεται σε πολλά αναψυκτικά, στον καφέ, το τσάι και τη σοκολάτα. Για τα περισσότερα από αυτά τα ροφήματα κυκλοφορούν και τύποι που δεν περιέχουν καφεΐνη. Η νικοτίνη λόγω της αγγειοσυσπαστικής που προκαλεί έχει σημαντική επίδραση στα αιμοφόρα αγγεία και την αρτηριακή πίεση. Η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη για πολλούς ασθενείς και γι' αυτό πρέπει να τους δίνεται μια βοήθεια προκειμένου να καταπολεμήσουν τα στερητικά που τους δημιουργεί η στέρηση αυτή.

Πρέπει να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα άσκησης που να ταιριάζει με την προσωπικότητα και την ικανότητα του ασθενούς. Η χρήση της σκάλας αντί για τον ανελκυστήρα και ο καθημερινός περίπατος στη γειτονιά είναι συχνά αρκετά. Άλλοι ασθενείς μπορεί να προτιμούν τη χρήση ενός ποδηλάτου ή ενός διαδρόμου. Ο στόχος είναι το πρόγραμμα να περιλαμβάνει μια δραστηριότητα την οποία ο ασθενής θα συνεχίσει να κάνει για την υπόλοιπη ζωή του.

Αν ο ασθενής ακολουθεί το πρόγραμμα διατροφής και άσκησης θα αρχίσει να εμφανίζεται και η απώλεια βάρους. Καθώς το σωματικό βάρος μειώνεται υπενθυμίζεται στον ασθενή η επίδραση της προσπάθειας αυτής στην αρτηριακή πίεση. Ακόμη και μια μέτρια απώλεια βάρους 3-5 kg μπορεί να προκαλέσει μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Η μείωση του στρες απαιτεί αξιολόγηση του τρόπου ζωής. Ο διαλογισμός, η γιόγκα, η ενασχόληση με ένα χόμπι και η αποφυγή των πολλών υποχρεώσεων μπορούν να μειώσουν το στρες. Πρέπει να παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς να προσδιορίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες και τι μπορούν να κάνουν πρακτικά για να τους αντιμετωπίσουν.

Η συμμόρφωση με τα προγράμματα διατροφής και άσκησης, τη μείωση του στρες και τη φαρμακευτική αγωγή μακροχρόνια, είναι δύσκολη για την πλειονότητα των ασθενών. Πολλοί δεν κατανοούν ή δε δέχονται πως η ρύθμιση της πίεσης τους εξαρτάται από αυτούς. Ακολουθούν το πρόγραμμα για μερικούς μήνες και επειδή νιώθουν καλά, σταματούν να λαμβάνουν τα φάρμακα τους και επιστρέφουν στον προηγούμενο τρόπο ζωής. Η διδασκαλία σχετικά με το τι προκαλεί η υπέρταση στα αγγεία και την καρδιά, τον εγκέφαλο, τους οφθαλμούς και τους νεφρούς μπορεί να τους ενθαρρύνει έτσι ώστε να ακολουθούν το πρόγραμμα της θεραπείας ισοβίως.

Όσον αφορά τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη νοσηλευτική φροντίδα του ατόμου με αρτηριακή υπέρταση, κατά την πρώτη επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι η

μορφή της εκτίμησης του ασθενή ποικίλλει ανάλογα με το σκοπό της κατ' οίκον επίσκεψης. Ο νοσηλευτής εκτιμά κατά πόσο γνωρίζει το άτομο την κατάσταση του. Προσδιορίζει τις γνωστικές του ελλείψεις και χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές για την ανάπτυξη του προγράμματος φροντίδας.

Η υποκειμενική πληροφόρηση λαμβάνεται από τον ασθενή και την οικογένεια του και περιλαμβάνει την αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με την κατάσταση του και τι προσδιορίζει ο ίδιος ως πρόβλημα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής εκτιμά αν ο ασθενής είναι απομονωμένος από τους άλλους σωματικά ή κοινωνικά και εάν ο ίδιος ζει σε ένα στοργικό και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον. Συνεπώς, ο νοσηλευτής θέτει αρκετές ερωτήσεις σχετικά με την οικογένεια και τους φίλους του ασθενούς και τις καθημερινές του συνήθειες, προκειμένου να εκτιμήσει το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης του.

Εκτιμά τις γνώσεις του ασθενούς σχετικά με την υγεία του, τη σωματική, λειτουργική και ψυχοκοινωνική του κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον και την κοινωνική του υποστήριξη κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης. Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω παρατηρήσεων και ερωτήσεων που θέτει προς τον ασθενή και το περιβάλλον του σπιτιού. Συχνά ανακαλύπτει ανακολουθίες μεταξύ των πληροφοριών που δίνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο αναφορικά με το μέγεθος της σωματικής και της συναισθηματικής υποστήριξης καθώς και το πραγματικό μέγεθος της βοήθειας που του παρέχεται στο σπίτι.

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της φάσης εκτίμησης χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών διαγνώσεων και την ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας. Η συλλογή των στοιχείων συνεχίζεται κατά τη διάρκεια των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας. Οι μεταβολές στην κατάσταση του ασθενούς, το περιβάλλον του ή την κοινωνική του θέση απαιτούν τροποποιήσεις του θεραπευτικού σχεδιασμού και του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας επιλαμβάνεται ειδικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία των πραγματικών προβλημάτων του ασθενούς και περιλαμβάνει τους στόχους που έχουν τεθεί με μετρήσιμα αποτελέσματα. (Kaplan NM., 2015), (Susan C. Dewit, 2009), (Merai R., Siegel C., Rakotz M., Basch P., Wright J., Wong B., 2016)

Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας

Πρέπει να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας και των αλλαγών στον τρόπο ζωής στους υπερτασικούς ασθενείς. Η σταθερή διατήρηση της αρτηριακής πίεσης εντός των συνιστώμενων ορίων αποτελεί ένα πρωταρχικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Αξιολογούνται οι γνώσεις του ασθενούς σχετικά με τα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων της χρήσης, των ανεπιθύμητων ενεργειών και του τρόπου χορήγησης.

Η γνώση του ασθενούς σχετικά με τη διατροφή, το πρόγραμμα άσκησης, τη διαχείριση του στρες και τη διακοπή του καπνίσματος πρέπει να αξιολογούνται σε συνεδρίες μακροχρόνιας παρακολούθησης. Η συμμόρφωση του ασθενούς με το πρόγραμμα της θεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της νόσου. (Susan C. Dewit, 2009)

1^η Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με Αρτηριακή Υπέρταση

ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Γ.Κ

Όνομα Πατρός: Π.Κ

Φύλο: άρρεν

Ηλικία: 62 ετών

Τόπος Γέννησης: Μεσολόγγι

Τόπος Κατοικίας: Μεσολόγγι

Επάγγελμα: Ασφαλιστής

Ασφαλιστικός Φορέας: ΟΑΕΕ

Οικογενειακή Κατάσταση: έγγαμος

Τέκνα: 3

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών: 6

Ημερομηνία Εισαγωγής: 5/9/18

Διάγνωση Εισαγωγής: Αρτηριακή Υπέρταση

Πηγή Ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής

Ο ασθενής εισήλθε στην Καρδιολογική Κλινική στις 06:00 πμ της 5^{ης} Σεπτεμβρίου 2018 με συνοδεία τη σύζυγο του, λόγω επεισοδίου αφύπνισης τις πρώτες πρωινές ώρες της ίδιας ημέρας με συνοδό αιμωδία του αριστερού άνω άκρου και εφίδρωση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου: 5/9/2018

Ώρα Παραλαβής: 6:00πμ

Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη

Τρόπος Μεταφοράς: Περιπατητικός

Συνοδεύεται από: Οικογένεια

Τις πληροφορίες δίνει: Ο ίδιος ο ασθενής

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αλλεργίες: καμία

Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα

Χρόνια Νοσήματα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο -αιτία εισαγωγής: λόγω επεισοδίου ασταθής στηθάγχης με αρνητικά επάρματα T.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από τον πατέρα: -

Από την μητέρα: -

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πιθανή διάγνωση εισόδου: Αρτηριακή Υπέρταση

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή :

- Υψηλή αρτηριακή πίεση
- Δυσφορία

Ζωτικά Σημεία:

- Αρτηριακή Πίεση = 148/85 mmHg
- Σφίξεις = 68 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,6 °C
- SpO₂:94%

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία: καλή

Όραση: καλή

Ακοή: καλή

ΔΕΡΜΑ: κανονικό

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

Αναπνοή: φυσιολογική

Βήχας: δεν βήχει

Παρατηρήθηκε αναπνευστικό ψιθύρισμα

Παράταση αναπνοής: θετικό

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ:

Καρδιακός Ρυθμός: ρυθμικός

ΠΕΠΤΙΚΟ:

Δίαιτα: ελεύθερη

Όρεξη: φυσιολογική

Κένωση Εντέρου: φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό Κατάγματος: κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ: -

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Επικοινωνία: λεκτική και μη

ΝΕΥΡΙΚΟ: φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένος (τόπο – χρόνο - πρόσωπα)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ:

Κάπνισμα: πρώην ενεργός καπνιστής

Αριθμός τσιγγάρων/24ωρο: 20 (1 πακέτο)

Χρήση οινοπνεύματος: ναι (φυσιολογικά πλαίσια)

Είδος/ποσότητα: κρασί, 1 ποτήρι την ημέρα

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο): 7 ώρες

Ενδιαφέροντα: πρωινή εργασία και αγροτικές δουλείες

Ζει: με τη σύζυγο του

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Έγγαμος: ναι

Τέκνα: 3

Σχέση με την οικογένεια του: υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: καλή

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ:

Είδος: Salospir 100 (κατ' επίκληση)

Δόση: 2 φορές τη μέρα

Τελευταία λήψη: το προηγούμενο βράδυ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Ø Υψηλή αρτηριακή πίεση
- Ø Έλλειμμα γνώσεων

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Ο ασθενής παρουσιάζει υψηλή αρτηριακή πίεση.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα παλμών</p> <p>Να απαλλαγεί ο ασθενής από την υψηλή αρτηριακή πίεση.</p> <p>Να προληφθούν οι πιθανές επιπλοκές.</p>	<p>Αξιολόγηση του τρόπου που αντιδρά ο ασθενής</p> <p>Αξιολόγηση της αντίληψης του αισθήματος παλμών από τον ασθενή.</p> <p>Καθορισμός της έντασης της δυσφορίας με βάση αριθμητικής κλίμακας (1-10)</p> <p>Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση με βάση τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Λήψη ΗΚΓ</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης.</p>	<p>Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη δυσφορία και καθώς βρίσκεται όρθιος αισθάνεται ζάλη.</p> <p>Ο ασθενής αναφέρει πως το αίσθημα παλμών το αισθάνεται σε καθημερινή βάση είτε εργάζεται είτε όχι.</p> <p>Με βάση την αριθμητική κλίμακα η δυσφορία εντοπίζεται στο 8/10.</p> <p>Τα ζωτικά ήταν: ΑΠ: 140/85mmHg Θερμοκρασία: 38° C</p> <p>Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό</p> <p>Χορηγήθηκαν φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης</p> <p>Χορηγήθηκε 1tb Salospir 100 mg</p> <p>Χορηγήθηκε 1tb Diovan 80 mg</p>	<p>Η αρτηριακή πίεση του ασθενούς μετά τη χορήγηση αντιυπερτασικού επανήλθε σε φυσιολογικές τιμές. Το Diovan ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστά ως ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II, που βοηθούν στον έλεγχο της υψηλής αρτηριακής πίεσης. Η αγγειοτασίνη II είναι μια ουσία στον οργανισμό που προκαλεί τη σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων, προκαλώντας έτσι αύξηση της αρτηριακής σας πίεσης. Το Diovan δρα αποκλείοντας τη δράση της αγγειοτασίνης II. Σαν αποτέλεσμα αυτού, τα αιμοφόρα αγγεία χαλαρώνουν και η αρτηριακή πίεση μειώνεται.</p>

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Ο ασθενής ανέφερε έλλειμμα γνώσεων.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο ασθενής τι ακριβώς του συνέβη.</p> <p>Να ενημερωθεί ο ασθενής για τα συμπτώματα και τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην υπέρταση.</p> <p>Να αναλυθεί η φαρμακευτική του αγωγή και ο λόγος για τον οποίο πρέπει να την ακολουθήσει.</p>	<p>Επεξήγηση της παθοφυσιολογίας της υπέρτασης με κατανοητούς όρους. Χρησιμοποίηση ενημερωτικών φυλλαδίων.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή ότι η υπέρταση συχνά είναι ασυμπτωματική και ότι η έλλειψη συμπτωμάτων δεν είναι αξιόπιστη ένδειξη ότι η ΑΠ είναι φυσιολογική.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή ότι οι παρακάτω τροποποιήσιμοι παράγοντες έχει δειχθεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της υπέρτασης: Παχυσαρκία, Καθιστική ζωή, Κάπνισμα, Ημερήσια λήψη οινοπνεύματος, Αυξημένη κατανάλωση άλατος, Αγχογόνος τρόπος ζωής</p> <p>Επεξήγηση της λογικής και της σημασία της φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>Ο ασθενής ενημερώθηκε με τα κατάλληλα έντυπα.</p> <p>Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τα συμπτώματα της υπέρτασης.</p> <p>Ο ασθενής ενημερώθηκε για τους παράγοντες που προκαλούν την υπέρταση.</p> <p>Ενημερώθηκε σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και τη σημασία της.</p>	<p>Ο ασθενής κατανοεί τα βασικά της υπέρτασης και τις συνέπειες της.</p> <p>Ο ασθενής γνωρίζει τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου της υπέρτασης και το πώς θα τους μεταβάλλει.</p> <p>Ο ασθενής κατανοεί τη λογική, τις παρενέργειες και τη σημασία της ορθής εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής.</p>

2^η Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με Αρτηριακή Υπέρταση

ΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Π.Ρ

Όνομα Πατρός: Κ.Ρ

Φύλο: θήλυ

Ηλικία: 69 ετών

Τόπος Γέννησης: Μεσολόγγι

Τόπος Κατοικίας: Μεσολόγγι

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Οικογενειακή Κατάσταση: χήρα

Τέκνα: 2

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών: 2

Ημερομηνία Εισαγωγής: 2/9/18

Διάγνωση Εισαγωγής: Αρτηριακή Υπέρταση

Πηγή Ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής

Η ασθενής εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία της οικογενείας της, με αναφερόμενο αίσθημα παλμών και πόνο στο στήθος. Στο παρελθόν είχε νοσηλευτεί λόγω ισχαιμικού επεισοδίου. Έγινε εισαγωγή στην Καρδιολογική Κλινική για διερεύνηση πιθανής «Αρτηριακής Υπέρτασης».

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου: 2/9/2018

Ωρα Παραλαβής: 9:00πμ

Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη

Τρόπος Μεταφοράς: Περιπατητική

Συνοδεύεται από: Οικογένεια

Τις πληροφορίες δίνει: Ο ίδιος ο ασθενής

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αλλεργίες: καμία

Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα

Χρόνια Νοσήματα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο - αιτία εισαγωγής: λόγω ισχαιμικού επεισοδίου

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από πατέρα: -

Από μητέρα: -

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πιθανή διάγνωση εισόδου: Αρτηριακής Υπέρτασης

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

- Αίσθημα παλμών
- Πόνο στο στήθος
- Υψηλή αρτηριακή πίεση

Ζωτικά Σημεία:

- Αρτηριακή Πίεση = 150/70 mmHg
- Σφίξεις = 88 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,9 °C
- Αναπνοές = 20/min
- SpO₂ = 98%
- Ph = 7,50%
- PCO₂ = 27
- PO₂ = 87
- HCO₃ = 22

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία: καλή

Όραση: καλή

Ακοή : καλή

ΔΕΡΜΑ: κανονικό

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

Αναπνοή: φυσιολογική

Βήχας: δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός: ασταθής

ΠΕΠΤΙΚΟ:

Δίαιτα: ελαφρά

Όρεξη: φυσιολογική

Κένωση Εντέρου: φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό Κατάγματος: κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ: -

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Επικοινωνία: φυσιολογική

ΝΕΥΡΙΚΟ: φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :

Κάπνισμα Όχι

Χρήση οιοπνεύματος: Όχι

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο): 7 ώρες

Ενδιαφέροντα: αγροτικές δουλειές

Ζει: μόνη της

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :

Έγγαμη: όχι

Τέκνα: 2

Σχέση με την οικογένεια της: υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: μέτρια

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ:

Είδος: Lobivon 5 mg

Δόση: μια φορά τη μέρα

Τελευταία Λήψη: Την προηγούμενη μέρα το πρωί

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Αίσθημα παλμών
- Πόνος στο στήθος
- Υψηλή αρτηριακή πίεση

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Η ασθενής παρουσιάζει αίσθημα παλμών.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα.</p> <p>Να επανέλθει η κατάσταση της σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Αξιολόγηση διάρκειας αισθήματος παλμών.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Λήψη αίματος για γενικές εξετάσεις.</p> <p>Εφαρμογή holter ρυθμού 24ωρου.</p> <p>Δοκιμασία κόπωσης.</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης διατροφής.</p> <p>Ενυδάτωση ασθενούς</p> <p>Λήψη ΗΚΓ</p> <p>Παρότρυνση ασθενούς να χαλαρώσει και εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος.</p>	<p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ: 145/90, Θ: 36,1°C και σφίξεις: 78.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για εξετάσεις.</p> <p>Τοποθετήθηκε holter ρυθμού 24ωρου όπου εντοπίστηκαν στάδια με αυξημένους παλμούς.</p> <p>Έγινε δοκιμασία κόπωσης η οποία βγήκε φυσιολογική.</p> <p>Έγινε ΗΚΓ.</p> <p>Έγινε πλήρης ενυδάτωση.</p> <p>Η ασθενής χαλάρωσε σε ήσυχο περιβάλλον.</p>	<p>Η ασθενής αφού χαλάρωσε σε άνετη θέση, της έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις και η πλήρης ενυδάτωση, οι παλμοί της επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Η ασθενής παρουσιάζει πόνο στο στήθος.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Να επανέλθει η κατάσταση της ασθενούς.</p>	<p>Αξιολόγηση του τρόπου που αντιδρά η ασθενής.</p> <p>Αξιολόγηση της αντίληψης του πόνου από την ασθενή.</p> <p>Καθορισμός του πόνου με βάση αριθμητικής κλίμακας (1-10)</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Λήψη ΗΚΓ</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης.</p>	<p>Η ασθενής παρουσιάζει έντονο πόνο στο στήθος συνάμα με δυσφορία.</p> <p>Η ασθενής αναφέρει πως τον πόνο τον αισθάνεται σε καθημερινή βάση είτε εργάζεται είτε όχι.</p> <p>Με βάση την αριθμητική κλίμακα η δυσφορία εντοπίζεται στο 9/10.</p> <p>Τα ζωτικά ήταν: ΑΠ: 145/90mmHg Θερμοκρασία: 36,1° C</p> <p>Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό</p> <p>Χορηγήθηκαν φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης</p> <p>Χορηγήθηκε 1tb Salospir 100mg</p> <p>Χορηγήθηκε Apotel IV σε 100cc N/S για ½ ώρα.</p>	<p>Ο πόνος της ασθενούς στο στήθος αντιμετωπίστηκε με Apotel, το οποίο χορηγήθηκε για αντιμετώπιση του πόνου. Επίσης, δόθηκε 1tb Salospir, για την πρόληψη ισχαιμικού επεισοδίου.</p>

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>3. Η ασθενής παρουσιάζει υψηλή αρτηριακή πίεση.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το αίσθημα παλμών</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από την υψηλή αρτηριακή πίεση.</p> <p>Να προληφθούν οι πιθανές επιπλοκές.</p>	<p>Αξιολόγηση του τρόπου που αντιδρά η ασθενής.</p> <p>Αξιολόγηση της αντίληψης του αισθήματος παλμών από την ασθενή.</p> <p>Καθορισμός της έντασης της δυσφορίας με βάση αριθμητικής κλίμακας (1-10)</p> <p>Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση με βάση τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Λήψη ΗΚΓ</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης.</p>	<p>Η ασθενής παρουσιάζει έντονη δυσφορία και καθώς βρίσκεται όρθια αισθάνεται ζάλη.</p> <p>Η ασθενής αναφέρει πως το αίσθημα παλμών το αισθάνεται σε καθημερινή βάση είτε εργάζεται είτε όχι.</p> <p>Με βάση την αριθμητική κλίμακα η δυσφορία εντοπίζεται στο 9/10.</p> <p>Τα ζωτικά ήταν: ΑΠ: 145/90mmHg Θερμοκρασία: 36,1° C</p> <p>Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό</p> <p>Χορηγήθηκε 1tb Lobivon 5mg για την αντιμετώπιση της υπέρτασης</p>	<p>Η αρτηριακή πίεση του ασθενούς μετά τη χορήγηση αντιυπερτασικού επανήλθε σε φυσιολογικές τιμές. Το Lobivon 5mg περιέχει νεμπιβολόλη, ένα καρδιαγγειακό φάρμακο που ανήκει στην κατηγορία των εκλεκτικών β-αποκλειστών. Εμποδίζει την αύξηση του καρδιακού ρυθμού και ελέγχει τη δυνατότητα άντλησης της καρδιάς. Επίσης, ασκεί διασταλτική δράση στα αιμοφόρα αγγεία, το οποίο βοηθά στην μείωση της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Το Lobivon χρησιμοποιείται για την θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης (υπέρταση). Το Lobivon επίσης χρησιμοποιείται για την θεραπεία της ήπιας και μέτριας χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας.</p>

Βιβλιογραφία

- Belova AL et al. (2011). «Antihypertensive Therapy Influence On Clinical And Psychological Characteristics Of Patients With Hypertensive Encephalopathy». *Saratov Journal of Medical Scientific Research / Saratovskii Nau*; Oct-Dec 2011, Vol.7 Issue 4, p866
- Carretero OA, Oparil S (2000). «Essential hypertension. Part I: definition and etiology» Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10645931>
- Chobanian et al. «Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure». *Hypertension*. 2003;42:1206-1251. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.iatrikionline.gr/berzovitis/2008/83-08.html>
- Charles S. Wiysonge (2017). «Beta blockers for hypertension». *Cochrane Database Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD002003.pub5. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369873/>
- Doughty R., Rodgers A., Sharpe N., MacMahon S. (1997). Effects of beta-blocker therapy on mortality in patients with heart failure. *Eur Heart J*.
- Fogari R., Zoppi A (2004). «Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly», *Aging of drugs*. 21 (6): 377-93. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15084140>
- Friedman R. et al. (2011). «Psychological Variables in Hypertension: Relationship to Casual or Ambulatory Blood Pressure in Men» *Psychosomatic Medicine* vol. 63 no.1 p.19–31
- Giuseppe Mancia, Rita Facchetti, Michele Bombelli, Guido Grassi, Roberto Sega (2006), «*Hypertension*»; 47:846-853
- Handschin A., Henny-Fullin K., Buess D., Leuppi J., Dieterle T. (2015). «*Hypertension in the elderly*». *Hogrefe*, 72 (6): 397-403. doi: 10.1024 / 0040-5930 / a000692.
- Javier Diez MD (2014). «*Arterial Hypertension in Patients with Heart Failure*». *Heart Fail Clin*, 10 (2):233-42. doi: 10.1016/j.hfc.2013.12.004
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*, 365:217–223. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.mednet.gr/archives/2008-3/pdf/271.pdf
- Lawes et al. (2001). Global burden of blood-pressure-related disease. *The Lancet*. 2008;371:1513-18
- Linda Ewles, Ina Simnett. (2005). «Promoting Health, a practical guide»
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. (2007). Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the

Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007, 25:1105–1187

Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27:2121-2158

O'Brien E. et al (2007). «ABC of hypertension». London: BMJ Books.

Practical Guidelines for Hypertension 2008. HELLENIC SOCIETY FOR THE STUDY OF HYPERTENSION. *Archives of Hellenic Medicine* 2008, 25(3):271–285

Stephen Textor MD 2017, Assessment of secondary hypertension. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-secondaryhypertension?search=arterial%20hypertension&source=search_result&selectedTitle.

Τάντις Μ., Ιβάνοβιτς Β., Cuspidi C. (2014). «*What do we really know about the relationship between arterial hypertension and atrial fibrillation*»? *Blood Press*, 23 (2): 81-8. doi: 10.3109 / 08037051.2013.814234

Weber MA., Schiffrin EL., White WB., Mann S., Lindholm LH., Kenerson JG., 2014. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens* 2014; 32:3-15.

Whelton PK et al. (2002). "Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program". *JAMA* 288(15): 1882–1888.

Williams B. et al. (2004). «Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV». *J Hum Hypertens* 18 (3): 139–85

Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2008). «Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική* 2008, 47(3):320–333

Αμερικανική Ένωση Καρδιάς 2018, Παρακολουθήστε την αρτηριακή σας πίεση στο σπίτι . Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/KnowYourNumbers/Monitoring-Your-Blood-Pressure-at-Home_UCM_301874_Article.jsp#.Wo2s1-dG3cs.

Αντωνόπουλος Σ., Μιστυλής Π. Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της Υπέρτασης της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης και της Αμερικανικής Εταιρείας Υπέρτασης ISH/ASH. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014;19(2):196-206.

Ettehad D., Emdin CA., Kiran A., et al. (2016). «Η μείωση της αρτηριακής πίεσης για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων και θανάτου: μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση». *Lancet*.

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. (2012). Κοινωνική Νοσηλευτική. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Kaplan, NM. (2015). Παχυσαρκία και μείωση βάρους στην υπέρταση. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο : <http://www.uptodate.com/home>

Μανωλάτος, Δ. (2011). «Ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση καρδιαγγειακών προβλημάτων στα άτομα της τρίτης ηλικίας». *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 108-114.

Νασοθύμιου Γ. Ε. (2012). «Τεχνικές μέτρησης της αρτηριακής πίεσης εκτός ιατρείου: σύγκριση της διαγνωστικής αξίας των μετρήσεων στο σπίτι και της 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

Οδηγός για τις κοινωνικές προληπτικές υπηρεσίες. Πρόληψη και έλεγχος των καρδιαγγειακών παθήσεων: ομαδική φροντίδα για τη βελτίωση του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, 2012

Ρούπα Ζ., Γουρνή Μ., Κοτρώτσιου Ε. (2009). «Θεωρία Εστιασμένης Φροντίδας, RKG», *Interscientific Health Care* 1, p. 1-8. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.inhealthcare.gr

Στεργίου Γ., Αχείμαστος Α., Βαρσαμής Ε., Βλαχάκος Δ., Ελισάφ Μ., Καρατζάς Ν. και συν. «Πρακτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Υπέρταση 2005». Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2005, 22:10–22

Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012). «Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(1):503-522.

Χατζηευστρατίου, Αναστασία και Αριστείδης. (2016) «Η επίδραση της εκπαίδευσης στην προσήλωση ασθενών με αρτηριακή υπέρταση στη θεραπευτική αγωγή». Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/38218

Mark H. Beers, M.D & Robert Berkow, M.D (2005). Εγχειρίδιο Γηριατρικής Merck, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

Mary A. Nies, Melanie McEwen. (2013). ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ/Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Marcia Stanhope & Jeanette Lancaster (2009). Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ

Merai R., Siegel C., Rakotz M., Basch P., Wright J., Wong B., Thorpe P. CDC Grand Rounds: Μια προσέγγιση της δημόσιας υγείας για την ανίχνευση και τον έλεγχο της υπέρτασης. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Nov 18, 65 (45): 1261-1264

Susan C. Dewit.(2009). ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ,ΕΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, Κύπρος: Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

Lee Goldman, M.D, J. Claude Bennett, M.D. (2002). "ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ•ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ•ΔΙΑΓΝΩΣΗ•ΘΕΡΑΠΕΙΑ, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις: Πασχαλίδης

Rochester Minn. (2003). Μετράτε την αρτηριακή σας πίεση στο σπίτι. Κέντρο εκπαίδευσης ασθενών της Barbara Woodward Lips. Ίδρυμα Mayo για την Ιατρική Εκπαίδευση και Έρευνα.

Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://www.medlook.net/Υπέρταση-ψηλή-πίεση/1241.html>

Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο:

<https://medlineplus.gov/magazine/issues/summer06/articles/summer06pg11-13.html>

Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/ART-20046974?p=1>

