

Επίδραση των προσδιοριστικών παραγόντων στις γνώσεις για την αρτηριακή υπέρταση σε γενικό πληθυσμό στην κοινότητα

Καραθανάση Ευγενία¹, Καυγά Άννα², Γκοβίνα Ουρανία³, Βλάχου Ευγενία³, Καλεμικεράκης Ιωάννης²

1. Νοσηλεύτρια, MSc (c) «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
2. Επίκουρος/ρη Καθηγήτριας/τρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις της σύγχρονης εποχής και οι γνώσεις σχετικά με αυτήν μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη και αντιμετώπισή της. Διάφοροι παράγοντες επιδρούν και επηρεάζουν τις γνώσεις των ατόμων σχετικά με την υπέρταση, σχετιζόμενοι κυρίως με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το οικογενειακό ιστορικό του πληθυσμού.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με την υπέρταση και τους προσδιοριστικούς παράγοντες σε άτομα στην κοινότητα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα ευκολίας 230 ατόμων που επισκέφθηκαν Κέντρα Υγείας της 1^{ης} Περιφέρειας Αττικής. Οι γνώσεις σχετικά με την υπέρταση μετρήθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) που λαμβάνει την τιμή 22 ως μέγιστη. Τα χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν ως πιθανοί προσδιοριστές ήταν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασία, η ασφαλιστική κάλυψη, το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, η συχνότητα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και η οικονομική κατάσταση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS v.25.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας βρέθηκε $17,60 \pm 2,49$. Οι διμεταβλητές αναλύσεις έδειξαν πως, στη συνολική κλίμακα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εκείνοι με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης ($p < 0,001$), οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων ($p = 0,04$) και εκείνοι οι οποίοι ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p < 0,001$). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης και η τριτοβάθμια εκπαίδευση προβλέπουν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τη συνολική βαθμολογία. Αντίθετα, η μη τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα της συνολικής βαθμολογίας. Το μοντέλο φάνηκε να εξηγεί το 15% της συνολικής μεταβλητότητας ($R^2=0,15, p=0,007$).

Συμπεράσματα: Το επίπεδο των γνώσεων για την υπέρταση ήταν αρκετά υψηλό. Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου συμμετέχοντες, τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης και καρδιαγγειακών νοσημάτων και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν λιγότερες γνώσεις για την υπέρταση. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα λοιπόν, πρέπει να επικεντρωθούν στην αύξηση των γνώσεων των ατόμων που ανήκουν στις παραπάνω ομάδες.

Λέξεις Κλειδιά: Υπέρταση, γνώσεις, προσδιοριστές, κοινότητα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευγενία Καραθανάση, Παρνασσού 44, Χαλάνδρι, ΤΚ 15234, Τηλ.: (+30) 6934313023, e-mail: genikara@yahoo.gr

The influence of determinants of the knowledge for the hypertension in the community

Karathanasi Evgenia¹, Kavga Anna², Govina Ourania³, Vlachou Eugenia³, Kalemikerakis Ioannis²

1. RN, MSc(c) "Community and Public Health Nursing" Department of Nursing, University of West Attica
2. Assistant Professor of Community Nursing, Department of Nursing, University of West Attica
3. Professor, Department of Nursing, University of West Attica

ABSTRACT

Background: Hypertension is one of the greatest challenges of our times and knowledge regarding hypertension could help to prevent and treat this disease. Several factors mediate and affect individuals' knowledge regarding hypertension, especially demographic characteristics and medical history.

Aim: To investigate the level of knowledge regarding hypertension and the mediators affecting the knowledge regarding hypertension among individuals in the community.

Methods: A cross-sectional study with a convenience sample of 230 people was conducted in the Health Centers of the First Regional District of Attica. We used the Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) to measure knowledge regarding hypertension which takes value 22 as maximum. We investigated as possible mediators of knowledge the following characteristics: gender, age, family status, educational level, job, assurance, personal and family medical history, pressure measurement, and financial status. Data analysis was performed with SPSS v.25.

Results: Mean knowledge score was 17.60 ± 2.49 . Bivariate analysis showed that, on a large scale, those with a family history of hypertension ($p < 0.001$), a family history of cardiovascular disease ($p = 0.04$) and those who were graduates of higher education ($p < 0.001$) had higher scores. Multiple linear regression showed that family history of hypertension and higher education predict a statistically significant overall score. In contrast, irregular blood pressure measurement is a predictor of a negative score. The model seemed to explain 15% of the total variability ($R^2 = 0.15$, $p = 0.007$).

Conclusions: The level of knowledge concerning hypertension was quite high. According to our results, those with low educational level, without family history of hypertension and cardiovascular diseases and the older ones had less knowledge about hypertension. For that reason, educational programs should be focused on increasing the knowledge of individuals belonging to the abovementioned groups.

Key Words: Hypertension, knowledge, intermediary factors, community.

Corresponding Author: Evgenia Karathanasi, Parnassou 44, Halandri, 15234, Tel.: (+30) 6934313023, e-mail: genikara@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας, καθώς 1,13 δισεκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας άνω των 18 ετών υπολογίζεται ότι πάσχουν από τη νόσο, ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια κατά 30% περίπου και να φτάσει στο 1,56 δισεκατομμύρια μέχρι το 2025.¹⁻³ Ο επιπολασμός της υπέρτασης είναι 32,3% παγκοσμίως και επηρεάζει περισσότερο από το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού.⁴ Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με υπέρταση (2/3) ζουν σε χώρες χαμηλού ή και μεσαίου εισοδήματος. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ το 2015 1 στους 4 άντρες και 1 στις 5

γυναίκες είχαν υπέρταση, ενώ λιγότερο από 20% των υπερτασικών ατόμων διατηρούν υπό έλεγχο το πρόβλημά τους.¹ Η υπέρταση ευθύνεται για 7,5 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως.^{1,3} Στην Ελλάδα το 40% του ενήλικου πληθυσμού έχει υπέρταση και εκτιμάται ότι λιγότεροι από το 1/3 έχουν καλή ρύθμιση υπό θεραπεία, ενώ από το σύνολο των υπερτασικών περίπου το 1/3 δεν έχει ακόμα διαγνωστεί.⁵

Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες σχετικά με τις γνώσεις των ατόμων αναφορικά με την υπέρταση, καθώς αυτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας τους.⁶⁻¹⁶ Στις μελέτες αυτές βρέθηκε να υπάρχει σημαντικό εύρος στις γνώσεις που κυμαίνονταν από

χαμηλό^{6,9,13,16} έως μέτριο^{7,10,11,14} και υψηλό^{8,12,15} σε σχέση με τον ορισμό της υπέρτασης, τον τρόπο ζωής και τη διατροφή που πρέπει να ακολουθούν οι υπερτασικοί, τις επιπλοκές που επιφέρει η υπέρταση, τη φαρμακευτική αγωγή και τη συμμόρφωση σε αυτή.

Διάφοροι προσδιοριστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις γνώσεις των ατόμων σχετικά με την υπέρταση, με κυριότερους το μορφωτικό επίπεδο^{6,8,12,14,16-19} και την ηλικία^{8,10,14,17} αν και συχνά τα αποτελέσματα δίδονται. Άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες των γνώσεων αναφορικά με την υπέρταση είναι το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης,¹⁰ η συχνότητα της επίσκεψης στον ιατρό,⁸ η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων^{12,16} και η ίδια η διάγνωση της νόσου.¹⁰ Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με την υπέρταση και των προσδιοριστικών παραγόντων τους σε άτομα στην κοινότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός της μελέτης

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας 230 ατόμων που επισκέφθηκαν κέντρα υγείας της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας το χρονικό διάστημα μεταξύ Μαρτίου-Σεπτεμβρίου 2020. Τα χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν ως πιθανοί προσδιοριστικοί παράγοντες των γνώσεων ήταν το φύλο, η ηλικία, η

οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό υγείας, η συχνότητα μέτρησης αρτηριακής πίεσης και η οικονομική κατάσταση.

Εργαλείο μέτρησης

Για την εκτίμηση των γνώσεων αναφορικά με την υπέρταση χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς «Hypertension Knowledge-Level Scale»¹⁷. Στην Ελλάδα το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και εγκυροποιήθηκε από τους Chatziefstratiou et al.²⁰ (Cronbach's alpha= 0,79). Για τη χρήση του ερωτηματολογίου παραχωρήθηκε άδεια από τους δημιουργούς του.

Η κλίμακα HK-LS περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που κατανέμονται σε έξι παράγοντες και αφορούν στον ορισμό για την υπέρταση (ερώτηση 1,2), τη φαρμακευτική αγωγή (ερωτήσεις 3,4,5,6), τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (ερωτήσεις 7,8,9,10), τον τρόπο ζωής (ερωτήσεις 11,12,13,14,15), τη διατροφή (ερωτήσεις 16,17) και τις επιπλοκές (ερωτήσεις 18,19,20,21,22). Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0 έως 22, η οποία, όταν μετατραπεί σε ποσοστό, ταξινομείται σε 2 κατηγορίες, όπου ποσοστό <50% δηλώνει ανεπάρκεια γνώσεων, ενώ ποσοστό ≥50% δηλώνει επάρκεια γνώσεων.

Ηθικά θέματα

Για τη συλλογή των δεδομένων και τη διανομή των ερωτηματολογίων δόθηκε άδεια από την 1η ΥΠΕ στην αρμοδιότητα της οποίας ανήκαν οι χώροι διεξαγωγής της μελέτης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν τόσο για τον σκοπό της μελέτης όσο και την εθελοντική συμμετοχή τους και παρείχαν γραπτή συναίνεση. Ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και την ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS® version 25 (IBM Corp. In Armonk, NY). Για τις ποιοτικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε υπολογισμός ποσοστών (%) και συχνότητας, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές ($\pm$ τυπικές αποκλίσεις). Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των συμμετεχόντων. Για τον έλεγχο της κανονικότητας πραγματοποιήθηκε Kolmogorov-Smirnov, ενώ για την ισότητα των διακυμάνσεων πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος του Levene. Για τη σύγκριση των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων βάσει των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (για δύο ομάδες, ή Welsh t test όταν δεν πληρούνταν το κριτήριο της ισότητας των διακυμάνσεων) και η Ανάλυση για Διακύμανσης με ένα

παράγοντα (One-way ANOVA) ή Welsh ANOVA όταν δεν πληρούνταν το κριτήριο της ισότητας των διασπορών (για πάνω από δύο ομάδες). Οι στατιστικά σημαντικές επιδράσεις μελετήθηκαν περαιτέρω με τον έλεγχο Sidak ή τον έλεγχο Tamhane (όταν δεν πληρούνταν το κριτήριο της ισότητας των διασπορών). Για τις στατιστικά σημαντικές διασπορές υπολογίστηκαν τα μεγέθη επίδρασης Hedge's g και το η^2 . Πραγματοποιήθηκε επίσης γραμμική παλινδρόμηση για τη διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων των γνώσεων σχετικά με την υπέρταση. Ως κριτήριο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 230 συμμετέχοντες, η πλειονότητα ήταν άνδρες (54,8%) χωρίς ατομικό ιστορικό υπέρτασης (56,5%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με ΑΥ ήταν άνω των 60 ετών (59%) ($p < 0,001$). Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ήταν $17,60 \pm 2,49$ (πίν. 2), ενώ η διάμεσος ήταν 18 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος: 3) με μικρότερη τιμή το 6 και μεγαλύτερη το 22. Μόλις το 0,9% ($n = 2$) των συμμετεχόντων είχαν βαθμολογία κάτω του 50%. Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται επιπλέον τα περιγραφικά στοιχεία των επιμέρους κλιμάκων. Οι ερωτήσεις «Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση

μπορεί να είναι αιτία για Καρδιαγγειακά νοσήματα αν μείνει χωρίς θεραπεία;» και «Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για Εγκεφαλικά επεισόδια αν μείνει χωρίς θεραπεία;» είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων (96,1%), ενώ η ερώτηση «Άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορούν να πίνουν αλκοολούχα ποτά;» είχε το μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων (13,5%). Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές τιμές των ορθών απαντήσεων.

Πραγματοποιήθηκαν επίσης, διμεταβλητές αναλύσεις για τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου (πίν. 4). Οι συμμετέχοντες με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία ($18,29 \pm 2,11$) σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο σε σχέση με εκείνους χωρίς οικογενειακό ιστορικό ($17,15 \pm 2,62$, $p < 0,001$). Σχετικά με την επίδραση του οικογενειακού ιστορικού καρδιαγγειακών νοσημάτων, παρατηρήθηκε στατιστικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό ($18,12 \pm 2,14$ έναντι $17,39 \pm 2,60$, $p = 0,04$). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις στη συνολική βαθμολογία ($p = 0,001$). Αντίθετα, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

μεταξύ των ατόμων που είχαν οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και εγκεφαλικού επεισοδίου. Ομοίως, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας ως προς την ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη ατομικού ιστορικού υπέρτασης και την οικογενειακή κατάσταση ($p = ns$). Τέλος, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνώσεις για την υπέρταση βάσει κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων (ΔΜΣ και συχνότητα μέτρησης της πίεσης) ($p = ns$) (πίν. 4).

Επιδράσεις στις υποκλίμακες

Από την ανάλυση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στις υποκλίμακες της HK-LS φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες με οικογενειακό ιστορικό υπερχοληστεριναιμίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($3,44 \pm 0,64$) συγκριτικά με εκείνους χωρίς ιστορικό ($3,17 \pm 1$, $p = 0,03$) στην υποκλίμακα «Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή». Οι συμμετέχοντες με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης είχαν επίσης μεγαλύτερη βαθμολογία στις υποκλίμακες «τήρηση θεραπευτικής αγωγής» ($p = 0,04$) και στην υποκλίμακα «Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή» ($3,44 \pm 0,64$) σε σχέση με εκείνους χωρίς ιστορικό ($3,17 \pm 1$, $p = 0,03$). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές

επιδράσεις και στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας. Πιο συγκεκριμένα στην τήρηση θεραπευτικής αγωγής, οι συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία ($3,15 \pm 0,93$) από εκείνους που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($2,71 \pm 1,02$, $p \leq 0,01$) αλλά όχι από εκείνους που ολοκλήρωσαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση ($2,79 \pm 0,89$, $p = ns$). Ομοίως, στη «συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή», οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν πως οι συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία ($3,39 \pm 0,80$, $p < 0,05$) από εκείνους της πρωτοβάθμιας ($2,94 \pm 1,02$, $p = 0,03$) αλλά όχι από εκείνους της δευτεροβάθμιας ($3,26 \pm 0,06$, $p = ns$). Φάνηκαν επίσης επιδράσεις στην υποκλίμακα «διατροφή», όπου οι συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($1,91 \pm 0,38$) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από εκείνους που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($1,72 \pm 0,59$, $p = 0,01$) και στην υποκλίμακα «Βλάβες οργάνων», όπου οι συμμετέχοντες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($4,62 \pm 0,60$) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από εκείνους που ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια ($4,26 \pm 0,81$, $p = 0,02$).

Η ηλικία παρατηρήθηκε να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην υποκλίμακα «συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή» ($p=0,01$) και συγκεκριμένα, οι πολλαπλές

αναλύσεις έδειξαν πως οι συμμετέχοντες ηλικίας 18-39 ετών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ($3,60 \pm 0,65$, $p = 0,03$) από εκείνους ηλικίας 40-49 ετών ($3,14 \pm 0,92$, $p = 0,03$) και από εκείνους >60 ετών ($2,97 \pm 1,02$, $p = 0,001$). Όσον αφορά στα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και του φύλου στις υποκλίμακες.

Για να διερευνηθούν κατά πόσο τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά προβλέπουν τις γνώσεις για την υπέρταση (συνολική βαθμολογία) λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση πιθανών συγχυτικών παραγόντων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση συμπεριλαμβάνοντας τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία ως προβλεπτικούς παράγοντες με έκβαση την βαθμολογία. Το μοντέλο (πίν. 5) έδειξε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,15$) εξηγώντας το 15% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(2) = 2,09$, $p = 0,007$]. Το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης και η τριτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε να προβλέπουν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τη συνολική βαθμολογία. Αντίθετα, η μέτρηση πίεσης κάθε εξάμηνο πιθανά να αποτελεί αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα της συνολικής βαθμολογίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της σύγχρονης ζωής και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρικές παθήσεις. Οι γνώσεις που έχουν τα άτομα στην κοινότητα για την υπέρταση παίζουν καθοριστικό ρόλο για την αποφυγή των συμπεριφορών εκείνων που συμβάλλουν στην εμφάνιση και στην ανεπαρκή διαχείριση της νόσου.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο γνώσεων για την ΑΥ τόσο των υπερτασικών όσο και των μη υπερτασικών ήταν υψηλό και το εύρημα αυτό υποδηλώνει την ευαισθητοποίησή τους για αυτή τη χρόνια ασθένεια. Επαρκείς γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αρτηριακή υπέρταση διαπίστωσαν και οι Zabadi et al.⁸ Εξίσου υψηλό επίπεδο και μάλιστα σε ποσοστό 73,65% διαπιστώθηκε και στη μελέτη των Eshah & Al-daken.¹² Αντίθετα, στη μελέτη των Jankowska-Polańska et al.²² βρέθηκε χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη θεραπεία της νόσου και τις επιπλοκές της. Πιθανόν οι παραπάνω διαφορές να οφείλονται στο ότι οι συμμετέχοντες στις έρευνες ζούσαν σε διαφορετικό περιβάλλον, είχαν διαφορετική κουλτούρα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, παράγοντες δηλαδή που επηρεάζουν την πληροφόρηση και το επίπεδο γνώσης.

Σε ότι αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε στην παρούσα

μελέτη ότι όσο υψηλότερο είναι τόσο πιο θετικά επιδρά στις γνώσεις σχετικά με την ΑΥ. Η εκπαίδευση αποτελεί καθοριστική παράμετρο, διότι δίνει τη δυνατότητα στα άτομα, αφενός να ενημερωθούν και αφετέρου να αντιληφθούν καλύτερα τις πληροφορίες που λαμβάνουν.^{6,8,12,14,18,19}

Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού υπέρτασης και καρδιαγγειακών νοσημάτων φαίνεται να επιδρά θετικά στις γνώσεις σχετικά με την ΑΥ. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης συγκέντρωσαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο επίπεδο γνώσεων για την υπέρταση σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων είχαν περισσότερες γνώσεις σε θέματα που αφορούσαν στη θεραπευτική αγωγή. Το εύρημα αυτό πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που μεγάλωσαν σε ένα περιβάλλον όπου κάποιο μέλος της οικογένειας είχε υπέρταση ή καρδιαγγειακό νόσημα ήταν πιο ευαισθητοποιημένα στο πρόβλημα και είχαν υιοθετήσει τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθείται στις συγκεκριμένες καταστάσεις. Παράλληλα, είχαν και γνώσεις προκειμένου να βοηθήσουν τα άτομα που έπασχαν, αλλά και για να προστατέψουν τον εαυτό τους αφού είχαν προδιάθεση λόγω ιστορικού. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Lugo-Mata et

al.,¹⁰ οι οποίοι βρήκαν ότι οι συμμετέχοντες που είχαν οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης είχαν περισσότερες γνώσεις σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό.

Η επίδραση της ηλικίας επίσης, σχετίζεται με το επίπεδο των γνώσεων για την υπέρταση, καθώς διαπιστώθηκε ότι τα άτομα ηλικίας από 18 έως 39 ετών είχαν περισσότερες γνώσεις από τους συμμετέχοντες που είχαν ηλικία >60 έτη και ειδικά σε θέματα που σχετίζονταν με τη συμμόρφωση στην αγωγή. Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης των Motlagh et al.,¹⁴ όπου οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες είχαν λιγότερες γνώσεις για την υπέρταση, σε σχέση με τα νεότερης ηλικίας άτομα και μάλιστα τις περισσότερες γνώσεις τις είχαν οι συμμετέχοντες με ηλικία 30 έως 39 ετών. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Zabadi et al.⁸

Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε ότι το φύλο σχετίζεται με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για την υπέρταση, οι γυναίκες όμως είχαν καλύτερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Εντούτοις στη μελέτη των Eshah & Al-daken,¹² αλλά και στη μελέτη των Mekonnen et al.,²³ αναφέρεται ότι οι γυναίκες κατανοούν καλύτερα την ΑΥ, λόγω του υψηλότερου εκπαιδευτικού τους επιπέδου σε σχέση με τους άνδρες.

Σύμφωνα με τους Olowe και Ross¹¹ η αποτελεσματική διαχείριση της ΑΥ

επιτυγχάνεται με την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή όμως, επηρεάζεται από τις προσωπικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές των ατόμων με διαγνωσμένη ΑΥ και δύναται να αλλάξει μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων.²⁴⁻²⁶

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία, το μικρό μέγεθος του δείγματος και η προέλευσή του από τρία μόνο κέντρα υγείας της Αττικής δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοαναφοράς και επομένως υπεισέρχεται συστηματικό σφάλμα πληροφορίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φάνηκε ότι οι γνώσεις για την ΑΥ τόσο των υπερτασικών, όσο και των μη υπερτασικών ατόμων είναι υψηλές, όπως και ότι η ΑΥ επηρεάζεται από την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το οικογενειακό ιστορικό. Με βάση τα συμπεράσματα, θα μπορούσαν να τεθούν στόχοι και προτεραιότητες παρεμβάσεων από τον νοσηλευτή της κοινότητας. Η ενημέρωση και εκπαίδευση του ευάλωτου πληθυσμού στην κοινότητα είναι σημαντική, για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, αλλά και την αποτελεσματική διαχείριση της υπέρτασης.

Η κοινότητα χαρακτηρίζεται ως το καλύτερο πεδίο εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης και εκπαίδευσης για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής άσκησης, της υγιεινής διατροφής, της διακοπής του καπνίσματος, της διαχείρισης του άγχους και πολλών άλλων παρεμβάσεων για την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία.

Η αγωγή υγείας είναι σημαντική, απαραίτητη και καθοριστικής σημασίας για θέματα που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι η υπέρταση. Οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν και να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας των ατόμων μιας κοινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Hypertension. Πρόσβαση 10-12-2020 από την ιστοσελίδα <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Angeli F, Reboldi G, Verdecchia P. The 2014 hypertension guidelines: implications for patients and practitioners in Asia. *Heart Asia* 2015;7(2): 21-25.
3. World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: Silent killer, Global Public Health Crisis: World Health Day 2013. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2013.
4. Afsargharehbagh R, Rezaie-Keikhaie K, Rafiemanesh H, Balouchi A, Bouya S, Dehghan B. Hypertension and pre-hypertension among Iranian adults population: a meta-analysis of prevalence, awareness, treatment and control. *CurrHypertens Rep* 2019;21(4): 27.
5. Stergiou GS, Menti A, Kalpourtzis N, Alamanos Y, Vantarakis A, Voulgari PV et al. Prevalence, awareness and control of hypertension in Greece: two epidemiological studies using multi-stage stratified random sampling and opportunistic screening in 10,426 adults. *Arterial Hypertension* 2020;29(2): 136-142.
6. Chimberengwa PT, Naidoo M, cooperative inquiry group. Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe. *Plos One* 2019;14(6): e0215500.
7. Nadeem MK, Mari A, Iftikhar S, Khatri A, Sarwar T. Hypertension-related knowledge and its relationship with blood pressure control in hypertensive patients visiting a semi-private tertiary-care charity hospital in Karachi, Pakistan. *Cureus* 2019;11(10): e5986.
8. Zabadi HA, Tuffaha A, Abdallah S, Hussein A, Khmour M. Evaluation of hypertension knowledge among hypertensive and non-hypertensive adults: a cross-sectional study from Palestine. *PMPJ* 2018;3(2): 67-77.

9. Ahmed SH, Mohammad ZAE., El-dien MH, Zaki S. Assessment of knowledge and self-management behaviors for patients with essential hypertension. *Assiurt Sci Nurs J* 2018;6(2): 144-151.
10. Lugo-Mata ÁR, Urich-Landeta AS, Andrades-Pérez AL, León-Dugarte MJ, Marcano-Acevedo LA, Jofreed López Guillen MH. Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. *Medicina Universitaria* 2017;19(77): 184-188.
11. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2017;19(1): e1-e7.
12. Eshah NF, Al-daken L. Assessing publics' knowledge about hypertension in a community-dwelling sample. *J Cardiovasc Nurse* 2016;31(2): 158-165.
13. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence* 2016;10: 2437-2447.
14. Moltagh SFZ, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami A et al. Knowledge, treatment, control and risk factors for hypertention among adults in Southern Iran. *Int J Hypertens* 2015; article ID 897070.
15. Gu J, Zhang XJ, Wang TH, Zhang Y, Chen Q. Hypertension knowledge, awareness and self-management behaviors affect hypertension control a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China. *Cardiology* 2013; 127(2): 96-104.
16. Li X, Ning N, Hao Y, Sun H, Gao L, Jiao M et al. Health literacy in rural areas of China: hypertension knowledge survey. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(3): 1125-1138.
17. Erkok SB, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension knowledge-level scale (HK-LS): a study on development, validity and reability. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(3): 1018-1029.
18. Rahmawati R, Bajorek B. Factors affecting self-reported medication adherence and hypertension knowledge: a cross-sectional study in rural villages, Yogyakarta Province, Indonesia. *Chronic Illn* 2018;14(3): 212-227.
19. Agyei-Baffour P, Tetteh G, Quansah DY, Boateng D. Prevalence and knowledge of hypertension among people living in rural communities in Ghana: a mixed method study. *Afr Health Sci* 2018;18(4): 931-941.
20. Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Fotos NV, Baltopoulos G, Brokalaki-Pananoudaki H. Translation and validation of the Greek version of the

-
- hypertension knowledge-level scale. J Clin Nurs 2015;24(23-24): 3417-3424.
21. World Health Organization. Proceedings of the 15th annual conference of the Indian society of hypertension and 4th international CME on atherosclerosis, Hypertension and Coronary Artery Disease. World Health Organization (WHO), New Delhi, India 2005.
22. Jankowska- Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. Patient Prefer Adherence 2016;10: 2437-2447.
23. Mekonnen CK, Mekonnen BY, Mekonnen HS. Knowledge and associated factors of blood pressure control among hypertensive patients attending chronic illness follow-up clinic at university of gondar, comprehensive specialized hospital, Northwest, Ethiopia. Vasc Health Risk Manag 2019;15: 51-558.
24. Χατζηευστρατίου Α. Η επίδραση της εκπαίδευσης στην προσήλωση ασθενών με αρτηριακή υπέρταση στη θεραπευτική αγωγή. (Doctoral dissertation) Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2016.
25. Legido-Quigley H, Lopez PAC, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaat R et al. Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: a qualitative study. PLoS One 2015;10(4): e0122112.
26. Shrestha S, Shrestha A, Koju RP, LoGerfo JP, Karmacharya BM, Sotoodehnia N, et al. Barriers and facilitators to treatment among patients with newly diagnosed hypertension in Nepal. Heart Asia 2018, 10(2): e 011047.
-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		N	(%)
Φύλο	Άνδρες	126	54,8
	Γυναίκες	104	45,2
Ηλικία	18-39 ετών	47	20,4
	40-49 ετών	51	22,2
	50-59 ετών	59	25,7
	60+ ετών	73	31,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	151	65,7
	Άγαμος	79	34,3
Εκπαιδευτικό επίπεδο	A βάρθμια εκπαίδευση	58	25,2
	B βάρθμια εκπαίδευση	106	46,1
	Γ βάρθμια εκπαίδευση	66	28,7
Οικογενειακή διαμονή	Μένει μόνος	39	17,0
	Με σύζυγο	143	62,2
	Με τα παιδιά	25	10,9
	Με άλλο άτομο	23	10,0
Υπέρταση	Ναι	100	43,5
	Όχι	130	56,5
Οικογενειακό Ιστορικό υπέρτασης	Ναι	91	39,6
	Όχι	139	60,4
Οικογενειακό Καρδιαγγειακών νοσημάτων	Ναι	67	29,1
	Όχι	163	70,9
Δείκτης Μάζας Σώματος	Λιποβαρής-Φυσιολογικό Βάρος (16,33-24,9)	78	33,9
	Υπέρβαρος (25-29,99)	92	40,0
	Υπέρβαρος (30+)	59	25,7
	Ελλείπουσες τιμές	1	0,4
Συχνότητα μέτρησης πίεσης	1 φορά / ημέρα	40	17,4
	1 φορά / εβδομάδα	28	12,2
	1 φορά / μήνα	58	25,2
	1 φορά / εξάμηνο	54	23,5
	1 φορά / χρόνο	50	21,7

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων του HK-LS

Επιμέρους παράγοντες του HK-LS	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ορισμός	1,63	0,59
Τήρηση θεραπευτικής αγωγής	2,86	0,98
Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή	3,23	0,93
Τρόπος Ζωής	3,71	0,76
Διατροφή	1,75	0,57
Επιπλοκές	4,47	0,79
Συνολική βαθμολογία κλίμακας HK-LS	17,60	2,49

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ορθές απαντήσεις στην κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου HK-LS.

Ερωτήματα	N	(%)
1. Αυξημένη Διαστολική Πίεση αίματος υποδεικνύει αυξημένη πίεση;	167	72,6
2. Υψηλή Διαστολική ή Συστολική Πίεση υποδεικνύει αυξημένη πίεση;	209	90,9
3. Τα φάρμακα για την Αυξημένη Πίεση πρέπει να λαμβάνονται κάθε μέρα;	208	90,4
4. Άτομα με αυξημένη Α.Π. πρέπει να παίρνουν τα φάρμακα μόνο όταν αισθάνονται άρρωστοι;	180	78,3
5. Άτομα με αυξημένη Α.Π. πρέπει να παίρνουν φάρμακα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους;	168	73,0
6. Άτομα με αυξημένη Α.Π. πρέπει να παίρνουν τα φάρμακά τους με τρόπο που τους κάνει να νοιώθουν καλά;	101	43,9
7. Αν τα φάρμακα για την Υπέρταση μπορούν να ρυθμίζουν την πίεση, τότε δεν είναι ανάγκη να αλλάξει κανείς τον τρόπο ζωής;	174	75,7
8. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση είναι αποτέλεσμα της ηλικίας οπότε η θεραπεία είναι περιττή;	195	84,8
9. Αν τα άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους δεν χρειάζεται θεραπευτική αγωγή;	172	74,8
10. Άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορούν να τρώνε αλμυρά φαγητά εφόσον παίρνουν τα φάρμακά τους τακτικά;	200	87,0
11. Άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορούν να πίνουν αλκοολούχα ποτά;	31	13,5
12. Άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση πρέπει να μην καπνίζουν;	172	74,8
13. Άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση πρέπει να τρώνε συχνά φρούτα και λαχανικά;	215	93,5
14. Για τα άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση ο καλύτερος τρόπος μαγειρέματος είναι το τηγάνισμα;	213	92,6
15. Για τα άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση ο καλύτερος τρόπος μαγειρέματος είναι το βράσιμο ή το ψήσιμο στη σχάρα;	218	94,8

16. Το καλύτερο είδος κρέατος για τα άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση είναι το άσπρο κρέας;	202	87,8
17. Το καλύτερο είδος κρέατος για τα άτομα με αυξημένη Αρτηριακή Πίεση είναι το κόκκινο κρέας;	199	86,5
18. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για πρόωρο θάνατο αν μείνει χωρίς θεραπεία;	213	92,6
19. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για Καρδιαγγειακά νοσήματα αν μείνει χωρίς θεραπεία;	221	96,1
20. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για Εγκεφαλικά επεισόδια αν μείνει χωρίς θεραπεία;	221	96,1
21. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για Νεφρική Ανεπάρκεια αν μείνει χωρίς θεραπεία;	183	79,6
22. Η αυξημένη Αρτηριακή Πίεση μπορεί να είναι αιτία για Διαταραχές Όρασης αν μείνει χωρίς θεραπεία;	186	80,9

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διμεταβλητές αναλύσεις της επίδρασης κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου.

Παράγοντας	Μέση Τιμή ± τυπική απόκλιση)	Έλεγχος (df)	p
Ηλικία		1,43 (3, 226)**	0,23
18-39	18,11±1,89		
40-49	17,51±2,39		
50-59	17,78±2,46		
60+	17,19±2,87		
Φύλο		-1,69(228)*	0,09
Άρρεν	17,35±2,64		
Θήλυ	17,9±2,28		
Ατομικό Ιστορικό Υπέρτασης		800 (228)*	0,23
Ναι	17,75±2.56		
Όχι	17,48±2.44		
Εκπαιδευτικό επίπεδο		9,39(2, 132,76)**	<0,001
α. Πρωτοβάθμια	16,91±2.67		
β. Δευτεροβάθμια	17,42±2.63		
γ. Τριτοβάθμια	18,50±1.77		
Οικογενειακή κατάσταση		-0,70(228)*	0,23
Έγγαμος	17,52±2.36		
μη έγγαμος	17,76±2.73		
Δείκτης μάζας σώματος		0,51 (2,226)**	0,56
Φυσιολογικός	17,81±2.45		
Υπέρβαρος	17,42±2.7		
Παχύσαρκος	17,64±2.2		
Οικογενειακό ιστορικό Υπέρτασης		3,45(228)*	<0,001
Ναι	18,29±2.11		
Όχι	17,15±2.62		
Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων		2,04 (228)*	0,04
Ναι	18,12±2.14		
Όχι	17,39±2.6		

*Στατιστικός έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα

** Στατιστικός Έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης με έναν παράγοντα (One-way ANOVA)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στη συνολική βαθμολογία

	B	SE B	β
(Constant)	17,09	0,71	
Άνδρας	-0,49	0,31	-0,10
Γυναίκα^a			
Ηλικία 18-39ετών	1,04	0,60	0,18
Ηλικία 40-49ετών	0,59	0,55	0,10
Ηλικία 50-59ετών	0,49	0,49	0,09
Ηλικία 60 ετών και άνω^a			
Έγγαμος	-0,18	0,35	-0,04
Μη έγγαμος (άγαμος, χήρος, διαζευγμένος)^a			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,42	0,46	0,09
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	1,40	0,50	0,27**
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση^a			
Οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης	0,78	0,36	0,16*
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων	0,63	0,35	0,12
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Ατομικό ιστορικό υπέρτασης	0,20	0,47	0,04
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Υπέρβαρο ΔΜΣ	0,27	0,36	0,05
Φυσιολογικό ΔΜΣ^a			
Μέτρηση πίεσης εβδομάδα	-0,20	0,58	-0,03
Μέτρηση πίεσης μήνα	-0,89	0,55	-0,16
Μέτρηση πίεσης εξάμηνο	-1,21	0,60	-0,22*
Μέτρηση πίεσης χρόνο	-0,98	0,63	-0,17
Μέτρηση πίεσης τη μέρα^a			
Οικογενειακό ιστορικό υπερχοληστεριναιμίας ^a	-0,07	0,43	-0,01
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Οικογενειακό ιστορικό εγκεφαλικού^a	0,13	0,41	0,02
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη	-0,11	0,35	-0,02
Δεν υπάρχει ιστορικό^a			
Σημείωση. Έκβαση: Συνολική Βαθμολογία, R^2 (1st model) = 0,15 ($p = .007$), *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$, ^a = ομάδα αναφοράς			