

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ**



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΡΟΛΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.
ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

A.M:20190018

**ΑΘΗΝΑ
ΜΑΪΟΣ, 2023**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας

Ζαφειροπούλου Μαρίας

Εξεταστική Επιτροπή

- Καραμανώλης Γεώργιος, Επιβλέπων μέλος
- Ξάνθος Θεόδωρος
- Εκμεκτζόγλου Κωνσταντίνος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της/..../..... για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψήφιας κας Ζαφειροπούλου Μαρίας, συνεδρίασε σήμερα .../.../...

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κας Ζαφειροπούλου Μαρίας με τίτλο **«Αντιλήψεις των Επισκεπτών και Επισκεπτριών υγείας για τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση. Μια ποιοτική προσέγγιση»** είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

Καραμανώλης Γεώργιος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Επιβλέπων (Υπογραφή)

Ξάνθος Θεόδωρος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. (Υπογραφή)

Εκμεκτζόγλου Κωνσταντίνος, Ακ.Υπότροφος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. (Υπογραφή)

“Η αρχή της σοφίας είναι η αναζήτηση.”

ΣΩΚΡΑΤΗΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη των παρακάτω ανθρώπων. Ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου:

Την διευθύντρια του Μεταπτυχιακού, κυρία Ιακωβίδου Νικολέττα, για την ευκαιρία που μου έδωσε ώστε να φοιτήσω σε αυτό το Μεταπτυχιακό και να διερευνώ τις επιστημονικές μου γνώσεις αλλά και να εξελίξω τις επαγγελματικές μου δεξιότητες ως επαγγελματίας υγείας.

Τον κύριο Εκμεκτζόγλου Κωνσταντίνο, για την καθοδήγησή του, την υπομονή του, τις εύστοχες παρατηρήσεις του και την κατανόησή του σε όλη τη χρονική διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής.

Την κυρία Τέσση Ιωάννα, για την άμεση εξυπηρέτηση και τη διάθεση για εύρεση λύσης σε οποιοδήποτε πρόβλημα και αν προέκυψε κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού.

Όλους τους υπέροχους καθηγητές και καθηγήτριες του Μεταπτυχιακού, που συνέβαλλαν με την κατάθεση των γνώσεων τους στην ακαδημαϊκή μου εξέλιξη.

Τους εκλεκτούς μου συμμετέχοντες συναδέλφους επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας, που χωρίς αυτούς δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αυτή η έρευνα και να αναδειχθεί ο σημαντικός ρόλος μας στην κοινότητα.

Τους αγαπημένους μου φίλους και εξαιρετικούς συναδέλφους, που σταθήκανε στο πλευρό μου όλο αυτό το διάστημα.

Την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Νίκο και την κόρη μου Αγάπη, που αποτέλεσαν στήριγμα και αστείρευτη πηγή δύναμης καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου.

Τους γονείς μου, Ηλία και Αγάπη, που μου έμαθαν μην φοβάμαι να χαράζω την δική μου πορεία και να βαδίζω σε καινούργια μονοπάτια, αναζητώντας την αλήθεια και λαχταρώντας την ανακάλυψη νέας γνώσης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
	Ευχαριστίες	
	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1	ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	
1.1	Εισαγωγή	1
1.2	Παράγοντες Κίνδυνου	2
1.3	Συννοσηρότητες	3
1.4	Η Έννοια της Καρδιαγγειακής Πρόληψης και η Διακρίση της σε Επιπεδα	5
1.4.1	Πρωτογενής Καρδιαγγειακή Πρόληψη	6
1.4.2	Δευτερογενής Καρδιαγγειακή Πρόληψη	7
1.4.3	Τριτογενής Καρδιαγγειακή Πρόληψη	7
1.5	Αμφισημία Όρων Δευτερογενούς και Τριτογενούς Πρόληψης	8
1.6	Αποσαφήνιση Όρων Καρδιακής Αποκατάστασης Και Δευτερογενούς Πρόληψης	9
2	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
2.1	Εισαγωγή	11
2.2	Ιστορική Αναδρομή	11
2.3	Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες στην Καρδιακή Αποκατάσταση	13
2.4	Επιδημιολογικά Στοιχεία Προγραμμάτων Καρδιακής Αποκατάστασης	14
2.5	Στόχοι Καρδιακής Αποκατάστασης	15
2.6	Καρδιακή Αποκατάσταση Ενήλικων	16
2.6.1	Περιεχόμενο Προγραμμάτων Καρδιακής Αποκατάστασης	16
2.6.2	Στάδια Καρδιακής Αποκατάστασης	17
2.6.3	Εναλλακτικές Προσεγγίσεις στα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης	19
2.6.3.1	Στην Κοινότητα (Κοινωνικά)	21
2.6.3.2	Κατ'οίκον	21
2.6.3.3	Απομακρυσμένη Καρδιακή Αποκατάσταση με τη Χρήση Νέων Τεχνολογιών	22
2.6.4	Κριτήρια Ένταξης/Αποκλεισμού σε Πρόγραμμα Καρδιακής Αποκατάστασης	23
2.6.4.1	Κατηγορίες Ασθενών που Συμμετέχουν σε Πρόγραμμα Καρδιακής Αποκατάστασης	23
2.6.4.2	Ασθενείς που Αποκλείονται από τα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης	24
2.7	Καρδιακή Αποκατάσταση Παιδών	24

2.8	Εφαρμογή Προγραμμάτων Καρδιακής Αποκατάστασης ανά τον Κόσμο	26
2.8.1	Εφαρμογή Προγραμμάτων Καρδιακής Αποκατάστασης στην Ελλάδα	27
2.9	Οφέλη Συμμέτοχης στα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης	28
2.10	Εμπόδια στην Εφαρμογή των Προγραμμάτων Καρδιακής Αποκατάστασης	29
3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
3.1	Εισαγωγή- Εννοιολογική Προσέγγιση Ομάδας	34
3.2	Η Διεπιστημονική Συνεργασία μέσω της Διεπιστημονικής Ομάδας στον Χώρο της Υγείας και της Αποκατάστασης	35
3.3	Ομάδα Καρδιακής Αποκατάστασης	36
3.4	Τύποι Διεπιστημονικών Ομάδων στην Καρδιακή Αποκατάσταση	37
3.4.1	Πολυεπιστημονική	38
3.4.2	Διεπιστημονική	39
3.4.3	Ενδοεπιστημονική	40
3.4.4	Υπερεπιστημονική	40
3.5	Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Διεπιστημονική Συνεργασία	41
3.6	Οφέλη Διεπιστημονικής Ομάδας Καρδιακής Αποκατάστασης	42
3.7	Εμπόδια που Εντοπίζονται στο Έργο της Διεπιστημονικής Ομάδας	44
3.8	Η Διασύνδεση της Διεπιστημονικής Ομάδας με την Κοινωνική Ταυτότητα και τον Επαγγελματικό Ρόλο	45
4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
4.1	Ιστορική Αναδρομή του Ρόλου του Επισκέπτη Υγείας	49
4.2	Ο Ρόλος του Επισκέπτη Υγείας Παγκοσμίως	50
4.3	Προβλήματα Επαγγελματικής Ταυτότητας του Επισκέπτη Υγείας	51
4.4	Ο Ρόλος και το Πεδίο Δράσης του Επισκέπτη Υγείας στην Ελλάδα	52
4.4.1	Επαγγελματική Ταυτότητα και Αντικείμενα Εργασίας του Επισκέπτη Υγείας στην Ελλάδα	53
4.5	Ο Επισκέπτης Υγείας ως Μέλος Διεπιστημονικής Ομάδας	54
4.6	Ο Επισκέπτης Υγείας στην Καρδιακή Αποκατάσταση	56
4.6.1	Η Εκπαιδευτική Διάσταση του Ρόλου των Επισκεπτών Υγείας στην Αυτοφροντίδα των Καρδιαγγειακών Ασθενών	56
4.6.2	Αγωγή Υγείας	58
4.6.3	Εκπαίδευση στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση	59
4.7	Η Συμβουλευτική Διάσταση του Ρόλου του Επισκέπτη Υγείας	62
4.7.1	Συμβουλευτική Φυσικής Δραστηριότητας	62
4.7.2	Συμβουλευτική Διατροφής	63

4.7.3	Παροχή Συμβουλευτικής/ Ψυχολογικής Υποστήριξης	64
4.7.4	Συμβουλευτική Διακοπής Καπνίσματος	65
4.7.5	Συμβουλευτική Σεξουαλικής Υγείας	65
4.8	Συμμόρφωση στην Φαρμακευτική Αγωγή	67
4.9	Επανάταξη στην Εργασία/ Κοινωνία	68
4.10	Οφέλη Συμμέτοχης του Επισκέπτη Υγείας στην Καρδιακή Αποκατάσταση	68
4.10.1	Ενίσχυση Θεσμού Κατ'οίκον Επίσκεψης/ Τακτικής Παρακολούθησης	71
4.10.2	Διασύνδεση με άλλες Υπηρεσίες Υγείας με στοχο τη Μείωση Ανισοτήτων μέσω Ανάπτυξης Δεσμών με την Κοινότητα	71
4.10.3	Ενίσχυση Διεπιστημονικής Συνεργασίας	72
4.10.4	Εκτίμηση Αναγκών Υγείας	72
4.10.5	Ένταξη του Οικογενειακού Περιβάλλοντος στην Εκπαίδευση	73
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
1	Σκοπός/ Ταυτότητα Έρευνας	75
2	Θεωρητικό Υπόβαθρο Ποιοτικής Έρευνας	76
2.1	Θεωρητική Προοπτική	76
2.2	Φιλοσοφική Κατεύθυνση: Νατουραλιστική Προσέγγιση	76
2.3	Οντολογία Έρευνας	77
2.4	Επιστημολογία Έρευνας	77
3	Μεθοδολογία Έρευνας	78
3.1	Τεχνική Δειγματοληψίας	79
3.2	Κριτήρια Αποκλεισμού και Ένταξης Δείγματος στην Έρευνα	80
3.3	Μέγεθος Δείγματος	81
3.4	Τεχνική Συλλογής Δεδομένων	81
3.5	Πιλοτική Έρευνα	84
3.6	Διεξαγωγή Συνεντεύξεων	84
3.7	Μέθοδος Ανάλυσης Έρευνας	85
3.8	Κριτήρια Αξιοπιστίας Έρευνας	87
3.8.1	Εγκυρότητα	87
3.8.2	Αξιοπιστία	88
3.8.3	Ηθικά Ζητήματα	88
4	Αποτελέσματα Έρευνας	90
4.1	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος	90
4.2	Περιγραφή αποτελεσμάτων ανά Ερευνητικό Άξονα	91

5	Συζήτηση	154
6	Περιορισμοί Έρευνας	160
7	Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	161
8	Σύνοψη Συμπερασμάτων	163
	Περίληψη	165
	Abstract	167
	Βιβλιογραφία	169
	Παράρτημα	183
	Παράρτημα 1: Έντυπο Συγκατάθεσης	184
	Παράρτημα 2: Ερωτήσεις Συνέντευξης	185

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ

Cardiac Rehabilitation (CR): Καρδιακή Αποκατάσταση

Secondary Prevention (SP): Δευτερογενής Πρόληψη

Health Visitors (HV): Επισκέπτες Υγείας

Coronary Heart Disease (CHD): Στεφανιαία Νόσος

Cardiovascular HeartDiseases (CHD): Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Health Promotion (HP): Προαγωγή Υγείας

Health Education: Αγωγή Υγείας

Prevention: Πρόληψη

Out Of Hospital Cardiac Arrest: Εξωνοσοκομειακή Καρδιακή Ανακοπή

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιακή αποκατάσταση (ΚΑ) αποτελεί μια πολυδιάστατη επαρκώς τεκμηριωμένη διεπιστημονική παρέμβαση με σκοπό τη μακροχρόνια διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών¹. Η Αμερικάνικη Ένωση Καρδιολογίας (ΑΗΑ) την κατατάσσει ως θεραπευτική παρέμβαση με ένδειξη κλάσης Ι (υποχρεωτική), επιπέδου Α και θεωρείται σημαντικό παρεμβατικό εργαλείο Δημόσιας υγείας^{2,3}. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών και μετα-αναλύσεων στην διεθνή βιβλιογραφία υποδεικνύει τόσο τα βραχυπρόθεσμα όσο και τα μακροπρόθεσμα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης⁴⁻⁶.

Μέσω της συμμετοχής των ασθενών σε εξατομικευμένα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης που περιλαμβάνουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης (συστηματική και ελεγχόμενη σωματική δραστηριότητα, αγωγή υγείας, συμβουλευτική, διαχείριση και τροποποίηση παραγόντων κινδύνου κ.ά) δίνεται η δυνατότητα σταθεροποίησης, επιβράδυνσης ή και αναστροφής της εξέλιξης της νόσου, μειώνοντας την νοσηρότητα και τη θνητότητα της^{3,7}. Βελτιστοποιεί τη ποιότητα ζωής και αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι της σύγχρονης φροντίδας των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο⁴⁻⁶, εξυπηρετώντας τον απώτερο στόχο που είναι η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στην κοινότητα⁸. Επιπροσθέτως, συμβάλλει στη μείωση των επαναλαμβανόμενων νοσηλείων και των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ορίζοντας την καρδιακή αποκατάσταση ως την πιο αποδοτική –σε σχέση με το κόστος- παρέμβαση για την εξασφάλιση ευνοϊκών αποτελεσμάτων σε ένα ευρύ φάσμα καρδιαγγειακών παθήσεων⁴⁻⁶. Για να προσφερθεί στον ασθενή μια πολύπλευρη και ολοκληρωμένη φροντίδα ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της καρδιακής αποκατάστασης, είναι ζωτικής σημασίας η πλαισίωση του από μια καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης. Η ομάδα με επικεφαλής συντονιστή εξειδικευμένο καρδιολόγο, συμπληρώνεται με άλλες ειδικότητες και τροποποιείται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς⁹.

Βιβλιογραφικά, διεθνώς παρατηρούνται πολλαπλές αναφορές στην εμπλοκή του επισκέπτη υγείας σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης στα οποία παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης^{10,11} ενώ έχει αξιολογηθεί η συμβολή του στην καρδιακή αποκατάσταση (κλινικές και δομές αποκατάστασης,^{12,13} προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης στην κοινότητα και στο σπίτι,^{14,15} εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών υγείας με το εγχειρίδιο εξωνοσοκομειακής καρδιακής αποκατάστασης HeartManual,¹⁶⁻¹⁸ κ.ά). Επιπροσθέτως, έχει τονιστεί η σημαντικότητα του ρόλου του και στον ευρύτερο τομέα της αποκατάστασης ως αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, συμβάλλοντας στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών¹⁹.

Ο επισκέπτης υγείας στην Ελλάδα είναι ο επαγγελματίας υγείας που κατέχει τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης έτσι όπως ορίζεται από τα επαγγελματικά του δικαιώματα, τα οποία κατοχυρώνονται από το Προεδρικό Διάταγμα του 1989²⁰. Ως επαγγελματίας υγείας, είτε αυτόνομα είτε σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, αποτελεί συνδεδετικό κρίκο μεταξύ της κοινότητας και των υπηρεσιών υγείας, ώστε χρησιμοποιώντας κατάλληλες εκπαιδευτικές μεθόδους και σύγχρονα εργαλεία, να

βελτιστοποιεί την ποιότητα ζωής και να προασπίζεται την υγεία του πληθυσμού στοχεύοντας με αυτόν τον τρόπο στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και τον κοινωνικό αποκλεισμό²¹. Είναι σε θέση να εντοπίσει πρώιμα εκείνα τα ζητήματα υγείας που ενδέχεται να εξελιχθούν σε προβλήματα ή κινδύνους αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως (π.χ προσυμπτωματικοί έλεγχοι)²² και μεσολαβεί ώστε να καθίσταται δυνατή η βαθύτερη κατανόηση των εννοιών υγείας και της ασθένειας, με αποτέλεσμα τα άτομα να αντιλαμβάνονται καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους και να παίρνουν αποφάσεις που να οδηγούν στην καλύτερη δυνατή φροντίδα τους (κατ'οίκον επισκέψεις, συμβουλευτική, αγωγή υγείας, ομάδες στήριξης)^{21,23,24}. Εν τέλει, αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα της υγείας τόσο σε κλινικό όσο και σε κοινοτικό πλαίσιο^{12,25}.

Αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης τονίζουν τον καίριο ρόλο των επισκεπτών υγείας στην υποστήριξη συντονισμένων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες²⁶. Στην Ελλάδα, παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης –όπως αυτή ορίζεται στο πλαίσιο της καρδιακής αποκατάστασης επικουρικά και ανεξάρτητα (π.χ ύστερα από παραπομπή θεράποντος ιατρού) σε δομές πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας^{27,28}.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι να διερευνήσει τις απόψεις και τις εμπειρίες των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας που εφαρμόζουν ή έχουν εφαρμόσει στο παρελθόν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης (σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες)σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ανεξαρτήτως πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης. Στην έρευνα συμμετέχουν έντεκα επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας από όλη την Ελλάδα, που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες δευτερογενούς/τριτογενούς πρόληψης, όπως αυτή ορίζεται στην καρδιακή αποκατάσταση. Ειδικότερα, θα διερευνηθούν σε βάθος οι πεποιθήσεις των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας σχετικά με τη χρησιμότητα του επαγγελματικού τους ρόλου στη στελέχωση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης όντας μέλη της ομάδας καρδιακής αποκατάστασης και εφαρμόζοντας στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα εμπόδια που αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητά τους, εφαρμόζοντας στρατηγικές δευτερογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης και οι τεχνικές αντιμετώπισής τους. Το θέμα της συγκεκριμένης έρευνας επελέγη από καθαρά προσωπικό και επαγγελματικό ενδιαφέρον, με σκοπό την ανάδειξη των ικανοτήτων και το εύρος του επαγγελματικού μου ρόλου.

Η πρωτοτυπία της επιλογής του θέματος συνίσταται στην απουσία αντίστοιχου ερευνητικού θέματος στην ελληνική βιβλιογραφία λόγω μη δομημένου εθνικού πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης και στην επικαιροποίηση της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας ως προς τη συμβολή του επισκέπτη υγείας στην καρδιακή αποκατάσταση αλλά και τον ρόλο που διαδραματίζει στην ολιστική προσέγγιση της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα χωρίζεται σε γενικό και ειδικό μέρος. Το γενικό (θεωρητικό) μέρος, χωρίζεται σε τέσσερα επιμέρους κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και γίνεται περιγραφή των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, του διαχωρισμού των επιπέδων καρδιαγγειακής πρόληψης και αποσαφήνιση εννοιών δευτερογενούς, τριτογενούς πρόληψης και καρδιακής αποκατάστασης.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την καρδιακή αποκατάσταση. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή, περιγράφονται οι υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, το περιεχόμενο των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης και ο διαχωρισμός του τομέα, ανάλογα με τον τρόπο παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, περιγράφονται τα κριτήρια επιλογής των ασθενών που αφορούν τόσο την ένταξη στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης όσο και τον αποκλεισμό, ενώ γίνεται σύντομη αναφορά και στα προγράμματα παιδικής καρδιακής αποκατάστασης. Παράλληλα, γίνεται γενικότερη αναφορά στην εφαρμογή των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης παγκοσμίως, περιλαμβάνοντας και την Ελλάδα. Τέλος, επισημαίνονται τα οφέλη των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, η συμβολή της δευτερογενούς πρόληψης αλλά και τα εμπόδια που παρουσιάζονται και δυσχεραίνουν τη συμμετοχή των ασθενών σε αυτά.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη στελέχωση της διεπιστημονικής ομάδας και τον ρόλο που διαδραματίζει στην καρδιακή αποκατάσταση. Γίνεται αναφορά της έννοιας της ομάδας και της ομάδας καρδιακής αποκατάστασης, των τύπων ομάδων που συναντώνται στον τομέα της υγείας, όπως, επίσης, τα πλεονεκτήματα ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας αλλά και τους παράγοντες και τα εμπόδια που συμβάλλουν στην διατάραξη της ισορροπίας μεταξύ των μελών της. Τέλος, αναλύεται η σύνδεση της διεπιστημονικής ομάδας με την κοινωνική ταυτότητα και τον επαγγελματικό ρόλο.

Στο τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους, το τέταρτο, περιγράφεται ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην καρδιακή αποκατάσταση. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή και αναφορά στο ρόλο του επισκέπτη υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα, μέσω του πεδίου δράσης του, της επαγγελματικής του ταυτότητας και των επαγγελματικών του δικαιωμάτων. Επιπλέον, αναφέρεται ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας και αναλύεται περισσότερο η σχέση του επισκέπτη υγείας και πώς αυτός συμβάλλει στην καρδιακή αποκατάσταση μέσω των περιεχομένων των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης. Τέλος, γίνεται αναφορά στα οφέλη από της συμμετοχή του στην καρδιακή αποκατάσταση.

Μετά το τέλος του γενικού μέρους, ακολουθεί το ειδικό (ερευνητικό) μέρος όπου διερευνώνται οι απόψεις και οι αντιλήψεις έντεκα επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας, σχετικά με τον ρόλο τους στην καρδιακή αποκατάσταση, μέσω ποιοτικής διερευνητικής-περιγραφικής έρευνας (EDQ), ακολουθώντας το παράδειγμα του Hunter²⁹, με τη βοήθεια της θεματικής ανάλυσης. Το ειδικό μέρος χωρίζεται σε δέκα επιμέρους κεφάλαια, όπου περιλαμβάνουν την εισαγωγή, το σκοπό, δηλαδή την ταυτότητα της παρούσας έρευνας, το θεωρητικό υπόβαθρο, την οντολογία και την επιστημολογία της. Επιπλέον, παρουσιάζονται η μεθοδολογία της έρευνας, δηλαδή το υλικό και η μέθοδος, οι τεχνικές δειγματοληψίας και συλλογής δεδομένων, η ανάλυση δεδομένων και τα αποτελέσματα της. Τέλος, αναφέρονται τα κριτήρια αξιοπιστίας όπως η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και τα ηθικά ζητήματα και οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Το ειδικό μέρος καταλήγει με τα κεφάλαια της συζήτησης, των μελλοντικών επεκτάσεων και των συμπερασμάτων. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τις ελληνικές και ξενόγλωσσες αναφορές, την ελληνική και ξενόγλωσση περίληψη και το παράρτημα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (non communicable diseases) αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως²⁸.

Ο όρος “καρδιαγγειακά νοσήματα” (CVDs) είναι ένας όρος ομπρέλα που περιλαμβάνει όλες τις διαταραχές που επηρεάζουν την καρδιά ή/και το κυκλοφορικό σύστημα. Περιλαμβάνει, δηλαδή, νοσήματα που είτε έχουν κληρονομηθεί είτε αναπτύσσονται αργότερα, κατά τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου.

Κύρια αιτία των διαταραχών αυτών είναι η αθηροσκλήρωση που προσβάλλει τα αγγεία και οδηγεί σε στένωση ή/και απόφραξη των αρτηριών. Ανάλογα με την εντόπιση της αθηροσκλήρωσης, έχουμε τη στεφανιαία νόσο στην καρδιά (στηθάγχη, έμφραγμα, καρδιακή ανεπάρκεια), τα εγκεφαλικά επεισόδια, την περιφερική αρτηριοπάθεια και το ανεύρυσμα της θωρακικής και κοιλιακής αορτής.

Υπολογίζεται ότι περίπου 550 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με καρδιακές και κυκλοφορικές παθήσεις σε όλο τον κόσμο, δηλαδή 1 στους 4 ανθρώπους παγκοσμίως νοσεί από κάποια καρδιαγγειακή νόσο. Αυτός ο αριθμός αυξάνεται εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής, της γήρανσης και του όλου και αυξανόμενου πληθυσμού αλλά και των βελτιωμένων ποσοστών επιβίωσης από καρδιακές προσβολές και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια – και θα συνεχίσει να αυξάνεται εάν συνεχιστούν αυτές οι τάσεις³⁰.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(ΠΟΥ), το 2019, 17,9 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακές παθήσεις, αντιπροσωπεύοντας το 32% του συνολικού ποσοστού των θανάτων παγκοσμίως³⁰. Δικαίως λοιπόν έχει χαρακτηριστεί ως ο μεγαλύτερος σιωπηλός δολοφόνος παγκοσμίως²⁸.

Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής(ΕΛΣΤΑΤ) για το 2014, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούσαν την κυριότερη αιτία θανάτου, με ποσοστό 26%, σημειώνοντας 29.789 θανάτους³¹. Στην έκθεση του ΠΟΥ, το 2019, καταγράφηκαν 42.272 θάνατοι (34%) από καρδιαγγειακά νοσήματα και εξ'αυτών οι 20.372 αφορούσαν άντρες και οι 21.900 γυναίκες. Η αναλογία συνολικών καρδιαγγειακών θανάτων ήταν 121/100.000, από τους οποίους 152/100.000 ήταν για τους άντρες και 91/100.000 για τις γυναίκες³². Επιπροσθέτως, η στεφανιαία νόσος (coronary heart disease- CHD) εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία θνησιμότητας των πληθυσμών στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες³³.

Ο παγκόσμιος ετήσιος αριθμός θανάτων από καρδιακές και κυκλοφορικές παθήσεις προβλέπεται να αυξηθεί σε περισσότερα από 23 εκατομμύρια έως το 2030 και περισσότερο από 34 εκατομμύρια έως το 2060^{30,34}.

Πέρα από την υψηλή θνησιμότητα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μείζον κοινωνικοοικονομικό ζήτημα, καθώς επιβαρύνονται συστήματα. Σύμφωνα με

μελέτη του Health Economics Research Centre του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, το 2006, το κόστος περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση ξεπερνούσε τα 110 δις €, που αντιστοιχούσε στο 10% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι δαπάνες αυτές διαρθρώνονταν σε 54% νοσοκομειακές δαπάνες, 28% φαρμακευτικές δαπάνες 18% δαπάνες εξωνοσοκομειακής ή επείγουσας περίθαλψης^{36,37}. Παρά ταύτα, οι δαπάνες υγείας για την πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και τα καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθούν να είναι δυσανάλογα χαμηλές σε σχέση με την παγκόσμια επιβάρυνση σε όλα τα επίπεδα, των ασθενειών³⁸.

Τέλος, η περίοδος της πανδημίας της νόσου COVID-19 που αφορούσε όλη την ανθρωπότητα, αφενός δημιούργησε επιπλέον προβλήματα και περισσότερους κινδύνους για τους καρδιαγγειακούς ασθενείς, αφετέρου ανέδειξε ως επιτακτική την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παροχής προγραμμάτων πρόληψης στους καρδιαγγειακούς ασθενείς συνδυαστικά ή/και μέσω και άλλων μεθόδων με τις συμβατικές μεθόδους παροχής φροντίδας υγείας²⁸.

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα συμπτώματα των καρδιαγγειακών παθήσεων, συνήθως, εμφανίζονται αιφνίδια, ωστόσο οι ίδιες οι παθήσεις προκαλούνται από χρόνια έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες. Ο εντοπισμός και η αναγνώριση αυτών των παραγόντων ως μετρήσιμα μεγέθη αποτελεί αξιοσημείωτη πρόοδο στη σύγχρονη καρδιολογία αλλά και στον κλάδο της προληπτικής ιατρικής, καθώς είναι καθοριστικοί για την πρόβλεψη εμφάνισης των νοσημάτων αυτών στον άνθρωπο και αποτελούν στόχο θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών πρόληψης³⁹.

Ο ιατρικός όρος «παράγοντας κινδύνου» (riskfactor) δημιουργήθηκε από τον Dr. William Kennel το 1961, ο οποίος υποστήριζε ότι η εμφάνιση μιας καρδιαγγειακής νόσου δεν οφείλεται σε ένα αίτιο αλλά έχει πολυπαραγοντική προέλευση⁴⁰. Βέβαια, είχε προηγηθεί η μελέτη Framingham, το 1957, που ανέδειξε σημαντικά ευρήματα ως προς τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και προετοίμασε το έδαφος για τον μετέπειτα ορισμό⁴¹. Ως παράγοντες κινδύνου, λοιπόν, ορίζονται οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι ευθύνονται για την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης δυσμενών αποτελεσμάτων στην υγεία και κατηγοριοποιούνται σε μη τροποποιήσιμους και τροποποιήσιμους^{40,42}.

Στην πρώτη κατηγορία, ανήκουν παράγοντες γενετικοί και ιδιομορφικοί όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η κληρονομικότητα, το επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό (ύπαρξη καρδιαγγειακού επεισοδίου σε κάποιο συγγενή σε νεαρή ηλικία) και δεν επιδέχονται παρέμβαση και τροποποίηση. Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν συμπεριφορικοί και μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, καθώς ανήκουν συνήθειες σύμφυτες με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Πρόκειται για συνήθειες οι οποίες αποκτώνται κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, απόρροια της αλληλεπίδρασης των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών τους^{42,43}.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται συγκεντρωμένοι οι κυριότεροι τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου⁴²:

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ			ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Βιολογικοί	Τρόπος Ζωής		
Υπέρταση	Κάπνισμα	Κατάθλιψη	Ηλικία
Σακχαρώδης Διαβήτης	Διατροφή	Εισόδημα	Κληρονομικότητα
Υπερχοληστερολαιμία	Αλκοόλ	Μόρφωση	Φύλο
Παχυσαρκία		Εργασιακές Συνθήκες	Εθνικότητα

Υπάρχουν πολλές έρευνες που έχουν εστιάσει και αναδείξει συνολικά τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η μελέτη ασθενών- μαρτύρων INTERHEART⁴⁴ και οι μελέτες CARDIO2000 (πολυκεντρική μελέτη ασθενών-μαρτύρων)⁴⁵ και ΑΤΤΙΚΗ (προοπτική μελέτη 10ετούς παρακολούθησης) για την Ελλάδα⁴⁶.

Πρωταρχικό στόχο οποιασδήποτε προσπάθειας παρέμβασης, αποτελούν οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου και σε αυτούς δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Αλλά για να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται ο έγκαιρος εντοπισμός τους και η εφαρμογή στοχευμένων στρατηγικών για την ελαχιστοποίησή τους ή αντίστροφα η αντίστοιχη εφαρμογή στρατηγικών για μεγιστοποίηση των προληπτικών παραγόντων⁴².

1.3 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Οι συννοσηρότητες αλλοιώνουν την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα της –εξ άλλου– αυθαίρετα ορισμένης ως προέχουσας πάθησης, επιβραδύνουν τη διάγνωση, περιπλέκουν την πορεία της, αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα και απαιτούν πολυπλοκότερα θεραπευτικά σχήματα, με τα οποία αυξάνεται ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών, μειώνεται η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία τους και αυξάνεται το νοσηλευτικό κόστος⁴⁷.

Σε συλλογικό επίπεδο, οι δείκτες (πολυ)νοσηρότητας είναι χρήσιμοι επειδή αντανακλούν τη ζήτηση, την προσφορά και την απόδοση των υπηρεσιών υγείας, την εν γένει αγωγή υγείας, τον βαθμό πληροφόρησης του κοινού, τη λειτουργικότητα των διαγνωστικών και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την τήρηση ενημερωμένου ενιαίου ιστορικού διαθέσιμου σε κάθε ιατρό στον οποίο προσφεύγει ο ασθενής, ανεξάρτητα με την αιτία και τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων περίθαλψης.

Ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο το φαινόμενο της πολυνοσηρότητας έχει μελετηθεί διεξοδικά, με κλινικές, επιδημιολογικές ή δημοσκοπικές μεθόδους, στην Ελλάδα μόνο αποσπασματικά έχει επισύρει ερευνητικό ενδιαφέρον, κυρίως, λόγω έλλειψης κατάλληλων υποστηρικτικών δημοσιονομικών υπηρεσιών, αλλά και εξ αιτίας του τρόπου με τον οποίο ασκείται η πρωτοβάθμια περίθαλψη (μέσω επισκέψεων ελεύθερης επιλογής σε δημόσια ή ιδιωτικά ιατρεία ειδικοτήτων, έλλειψη ενημέρωσης ηλεκτρονικού ατομικού ιατρικού ιστορικού και ιστορικού φαρμάκων από τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό)^{39,40}.

Επομένως, η θεραπεία των χρονίως πασχόντων εξαντλείται, σχεδόν, αποκλειστικά στη φαρμακοθεραπεία και δεν λαμβάνονται μη φαρμακολογικά μέτρα, όπως η κατάλληλη διατροφή, η διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους

και η ένταξη των ασθενών σε προγράμματα αποκατάστασης^{47,48}.

Ενδεικτικά, από τα κυριότερα νοσήματα που συναντώνται συχνά σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ο σακχαρώδης διαβήτης και η κατάθλιψη^{40,43}.

Η ΧΑΠ και η καρδιαγγειακή νόσος συνδέονται στενά μεταξύ τους. Αρκετές μελέτες δείχνουν ένα τριπλάσιο καρδιαγγειακό κίνδυνο στη ΧΑΠ σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η καρδιαγγειακή θνησιμότητα υπολογίζεται στο 14%-42% της συνολικής παρατηρηθείσας θνησιμότητας στη ΧΑΠ, σε σύγκριση με το 14%-61% λόγω της ΧΑΠ. Η καρδιαγγειακή νόσος και η εγκεφαλο-αγγειακή νόσος αυξάνουν σημαντικά την συνολική επιβάρυνση των ασθενών με ΧΑΠ. Η κακή λειτουργία των πνευμόνων είναι ένας παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακή αρρυθμία και την αριστερή αρτηριακή διαστολική δυσλειτουργία⁴⁹.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μαζί με την υπέρταση, την κεντρική παχυσαρκία και τις διαταραχές των λιπιδίων και αυτός έναν παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου⁴⁰. Οι ασθενείς με διαβήτη έχουν 2 έως 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου από ότι ο φυσιολογικός πληθυσμός. Οι ασθενείς με διαβήτη έχουν πλούσιες σε λιπίδια αθηρωματικές πλάκες, οι οποίες είναι πιο ευάλωτες στη ρήξη από τις πλάκες που παρατηρούνται σε μη διαβητικούς ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί ότι σε ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη, ότι τα επίπεδα επιπολασμού της εμφάνισης υπέρτασης κυμαίνονται από 75% έως 85%. Επίσης, το 70%- 80% των ασθενών αυτών παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα της LDL χοληστερόλης, ενώ το 60% με 70% των διαβητικών είναι παχύσαρκοι⁵⁰.

Σε άτομα που πάσχουν είτε από διαβήτη τύπου 1 είτε από διαβήτη τύπου 2, η κύρια αιτία θανάτου είναι επιπλοκές της στεφανιαίας νόσου ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από την καρδιακή νόσο κατά 2 έως 4 φορές⁵¹.

Ο διαβήτης είναι, επίσης, ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου για το εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς ο μη ελεγχόμενος διαβήτης θέτει τα άτομα σε κίνδυνο για ισχαιμικά και αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνεται κατά 1,5-3 φορές σε ασθενείς με διαβήτη. Ο διαβήτης, επίσης, διπλασιάζει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπρόσθετα, η θνησιμότητα είναι υψηλότερη και οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες σε ασθενείς με ανεξέλεγκτα επίπεδα γλυκόζης. Πάνω από το 70% των ατόμων > 65 ετών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη θα καταλήξουν είτε από κάποια μορφή καρδιακής νόσου είτε από εγκεφαλικό επεισόδιο^{35,52}.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου το ένα τρίτο όλων των διαδικασιών διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) πραγματοποιούνται σε διαβητικούς ασθενείς. Επίσης, περίπου το 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) πάσχουν από διαβήτη και έχει φανεί ότι η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων αυτών είναι καλύτερη στα περιστατικά ασθενών χωρίς διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης μεταβάλλει την ανταπόκριση σε αρτηριακές βλάβες, με πολύ σημαντικές κλινικές συνέπειες οι οποίες αφορούν τον κίνδυνο επαναστένωσης^{50,53}.

Παγκοσμίως, η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια με πολύ υψηλό ψυχοκοινωνικό φορτίο που έχει αρνητική επίδραση στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Σχετίζεται με

αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, αναπηρία, αυξημένες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και μειωμένη ποιότητα ζωής. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να αναπτύξουν έμφραγμα του μυοκαρδίου^{43,54}. Ειδικότερα, ένας στους πέντε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια βιώνει κατάθλιψη. Επιπλέον, τα άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα που βιώνουν κατάθλιψη τείνουν να έχουν φτωχότερη συμμόρφωση σε συμπεριφορικούς παράγοντες που μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, όπως η φυσική δραστηριότητα, η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή και η τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας⁵⁴.

Συμπερασματικά, όταν οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου εμφανίζονται ταυτόχρονα, έχουν πολλαπλασιαστική δράση στο συνολικό επίπεδο του καρδιαγγειακού κινδύνου και είναι επιτακτική η ανάγκη για αντιμετώπισή τους, σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης⁴⁵.

1.4 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΑ

Το 1998, ο ΠΟΥ, στην προσπάθειά του να δώσει μια εννοιολογική πλαισίωση στην πρόληψη των ασθενειών, τονίζει ότι η τελευταία καλύπτει όλα τα μέτρα παρέμβασης όχι μόνο για την πρόληψη της εμφάνισης μίας νόσου π.χ μείωση των σχετικών παραγόντων κινδύνου⁵⁵.

Η πρόληψη αναφέρεται στην αποτροπή της ανάπτυξης μίας παθολογικής κατάστασης μέσω της λήψης όλων των απαραίτητων μέτρων, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, ώστε να περιοριστεί η ανάπτυξη μίας νόσου σε οποιοδήποτε στάδιο της πορείας της⁸. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, υπάρχει μία διάκριση μεταξύ παρεμβάσεων που σχετίζονται με την αποτροπή της εμφάνισης μίας νόσου (πρωτογενής πρόληψη) και παρεμβάσεων που επιβραδύνουν την εξέλιξή της ή περιορίζουν τις συνέπειές της μετά την εμφάνισή της (δευτερογενής/τριτογενής πρόληψη)⁵⁶. Συνεπώς, η πρόληψη (prevention) ορίζεται ως οι διαδικασίες με τις οποίες προλαμβάνονται η εμφάνιση ή η ανάπτυξη ή εξέλιξη κάποιας νόσου. Αποσκοπεί, δηλαδή, τόσο στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης όσο και στην εξελικτική επιδείνωση της νόσου, όπως, επίσης, και του τραυματισμού, της ανικανότητας και της αναπηρίας. Αποτελεί, συνεπώς, μία διάσταση της προαγωγής υγείας στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας⁵⁷.

Στη δημόσια υγεία, μία κοινή πρακτική της κατηγοριοποίησης της πρόληψης αφορά την αντιστοίχιση των προληπτικών δράσεων με τα διαφορετικά στάδια μίας νόσου, καθορίζοντας, με τον τρόπο αυτό, την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη⁵⁸. Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας της Αυστραλίας, χώρας καινοτόμου στο πεδίο της πρόληψης και της υγείας, ορίζει πως η πρόληψη είναι μία δράση περιορισμού ή εξάλειψης της εμφάνισης, των συνεπειών, των επιπλοκών ή υποτροπών μίας νόσου και προχωράει σε διαχωρισμό περισσότερων επιπέδων πρόληψης⁵⁹.

Ο Gofrit και οι συνεργάτες του περιγράφουν μία ακόμα διάσταση της πρόληψης, την τεταρτογενή πρόληψη, που ορίζεται ως ο απολογισμός των προηγούμενων σταδίων, η διασφάλιση ποιότητας και βελτίωση των σχετικών διαδικασιών που ολοκληρώνουν τον κύκλο της πρόληψης, μέσω της συλλογής πληροφορήσης σχετικά με τις προληπτικές διεργασίες που έχουν υλοποιηθεί⁶⁰. Υπό αυτή την οπτική, η τεταρτογενής πρόληψη αναφέρεται στη διεπιστημονική ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων που προέκυψαν από τα προηγούμενα στάδια, ώστε να

εξαχθούν συναφή συμπεράσματα, τα οποία κοινοποιούνται σε όλους του εμπλεκόμενους φορείς και ομάδες ενδιαφέροντος^{57,60}.

Στην παρούσα έρευνα, παρόλα αυτά, ακολουθείται η ταξινόμηση της τυπολογίας του Kaplan, για αποφυγή συγχύσεων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία⁶¹. Σύμφωνα με αυτήν, το πρωταρχικό επίπεδο πρόληψης είναι η πρωτογενής πρόληψη, η οποία αφορά ενέργειες που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ή μείωση της έκθεσης σε παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με νοσήματα ή συμπτώματα. Έχει ως στόχο, δηλαδή, τη μείωση της επίπτωσης της νόσου στον πληθυσμό. Η πρωτογενής πρόληψη, επομένως, συμπεριλαμβάνει τόσο μέτρα ατομικής όσο και ομαδικής προστασίας^{58,61}. Κύριος σκοπός της πρόληψης είναι η αποτροπή των «πρώρων θανάτων» μέσα από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Ο μεγάλος στόχος της πρόληψης σήμερα είναι να ενημερώσει, να πείσει και τελικά να δώσει την εγγραμματοσύνη υγείας ή αλλιώς health literacy στο άτομο και στο κοινωνικό σύνολο, για την αποδοχή ενός υγιούς προτύπου διαβίωσης⁵⁹. Σήμερα, τα βασικά εργαλεία για την επίτευξη αυτών των είναι η Προαγωγή Υγείας, η Αγωγή Υγείας και η Προληπτική Ιατρική⁴⁹.

Στον τομέα της προληπτικής καρδιολογίας, οι βάσεις της καρδιαγγειακής πρόληψης έχουν τις ρίζες τους στην καρδιαγγειακή επιδημιολογία και στην τεκμηριωμένη ιατρική^{1,3}. Ένας από τους βασικούς στόχους της καρδιαγγειακής ιατρικής είναι η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης και η διατήρηση της ποιότητας ζωής. Επομένως, στο πεδίο της προληπτικής καρδιολογίας, ως πρωτογενής πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων ορίζεται η πρόληψη εμφάνισης του πρώτου καρδιαγγειακού συμβάματος, π.χ της στεφανιαίας νόσου ή του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου^{37,53}.

1.4.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα μέτρα πρωτογενούς καρδιακής πρόληψης αφορούν σε άτομα χωρίς κλινική εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου και σε ασυμπτωματικά άτομα με νόσο εμφανή μόνο με απεικονιστικές διαγνωστικές μεθόδους. Η πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου ορίζεται ως ένα συντονισμένο σύνολο δράσεων που στοχεύουν στο να εξαλείψουν ή να ελαχιστοποιήσουν το αντίκτυπο των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των αναπηριών που προκαλούν^{34,37}.

Το πρώτο βήμα για τη σωστή πρόληψη είναι η έγκαιρη διαπίστωση των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, που πρέπει να ξεκινά από την ηλικία των 18 ετών και να επαναλαμβάνεται κάθε 5 έτη. Οι παράγοντες κινδύνου συνεκτιμούνται, βαθμολογούνται και ορίζεται τελικά το ποσοστό καρδιαγγειακού κινδύνου για κάθε άτομο στην δεκαετία^{48,51}.

Τα διάφορα συστήματα υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, το επικρατέστερο δε και περισσότερο πιστοποιημένο για την εγκυρότητά του είναι το Framingham Risk Score (FRS), που υπολογίζει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού προβλήματος στη επόμενη δεκαετία και κατατάσσει τα άτομα σε χαμηλού (20%) κινδύνου⁶².

Τόσο ο καρδιαγγειακός κίνδυνος όσο και η πρόληψη, είναι δυναμικοί και συνεχείς παράγοντες καθώς οι άνθρωποι γερνούν και αποκτούν συννοσηρότητες. Καταδεικνύεται, έτσι, η ανάγκη, η πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου να είναι μια δια βίου προσπάθεια και να ενθαρρύνονται τόσο υγιείς όσο και ασθενείς, όλων

των ηλικιών, να υιοθετούν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής^{56,60}.

1.4.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Το δεύτερο επίπεδο πρόληψης, η δευτερογενής πρόληψη, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες που αφορούν την μείωση του επιπολασμού μιας νόσου. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί το νόσημα στα πρώτα στάδια και σε περίπτωση που δεν είναι δυνατόν αυτό, να περιοριστεί η εξέλιξή του και να προληφθούν οι επιπλοκές και οι αναπηρίες⁵⁷. Ανάλογος ορισμός για την δευτερογενή πρόληψη επισημαίνει ότι αφορά παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την πρώιμη διάγνωση (προσυμπτωματικός έλεγχος) μίας προ-συμπτωματικής κατάστασης μέσω της ανίχνευσης νοσημάτων σε προ-συμπτωματικό στάδιο στον γενικό πληθυσμό, τόσο για τον εντοπισμό των ανθρώπων που έχουν εμφανίσει μία νόσο αλλά και για αυτούς που δεν έχουν αναπτύξει ακόμα συμπτώματα, με στόχο την έγκαιρη χορήγηση θεραπείας^{28,48}. Επιπλέον, σημαντικό τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί και η εκπαίδευση του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας του αλλά και η αλλαγή του τρόπου ζωής^{8,53}.

Η δευτερογενής πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί τις περισσότερες φορές διασταυρούμενη πρόληψη καθώς συνυπάρχουν και άλλες καρδιαγγειακές κλινικές οντότητες ή άλλα σύννοδα νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, καθιστώντας καθοριστικής σημασίας την αντιμετώπιση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου με την ιδανική ρύθμιση όλων αυτών των παραγόντων κινδύνου⁴⁸. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να αφορά τη φαρμακευτική ή και επεμβατική αντιμετώπιση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, των πιθανών αιτιών καρδιο- ή αγγειοεμβολικών ΑΕΕ, τη σύγχρονη αντιμετώπιση τυχόν συνυπαρχόντων καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά και την τροποποίηση παραγόντων που αφορούν έξι και συνήθειες με την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής⁵³. Σε ορισμένους επιλεγμένους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης και η επεμβατική αντιμετώπιση όπως η εκτέλεση αξονικής στεφανιογραφίας σε άτομα με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο⁵⁰.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να εμπεδωθεί ότι η δευτερογενής πρόληψη αρχίζει ήδη από την οξεία φάση του καρδιαγγειακού νοσήματος, κατά τη νοσηλεία του ασθενούς⁶⁰.

1.4.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη χρησιμοποιείται μετά από τις παρεμβάσεις τις δευτερογενούς πρόληψης με σκοπό την ανασυγκρότηση και την επίτευξη της κατάκτησης της αυτοφροντίδας του ατόμου. Εδώ, ο ρόλος της πρόληψης επικεντρώνεται στον τομέα της αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης. Περικλείονται όλες εκείνες οι ενέργειες που στοχεύουν στην μείωση του επιπολασμού της χρόνιας ανικανότητας, στον περιορισμό της και των υποτροπών της νόσου στον πληθυσμό^{3,48}. Ο στόχος της τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της κατάστασης και λειτουργίας του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της ασθένειας και την καθυστέρηση των επιπλοκών μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης και αποκατάστασης^{10,12}. Οι παρεμβάσεις στην τριτογενή πρόληψη αποβλέπουν στην ενδυνάμωση του ασθενούς και μπορεί να επιτευχθεί με την οργάνωση προγραμμάτων αποκατάστασης και συνεχιζόμενης φροντίδας των ατόμων που ήδη

παρουσίασαν πρόβλημα, ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη των καρδιακών συμβαμάτων^{3,10}. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η νόσος και στην αποκατάσταση των ατόμων αυτών, παρεμβαίνει δε όταν οι παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανισθεί ή το άτομο εμφανίσει κάποιο βαθμό αναπηρίας^{5,7}.

1.5 ΑΜΦΙΣΗΜΙΑ ΟΡΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Στο πεδίο της καρδιολογίας παρόλα αυτά, παρατηρείται ότι υφίσταται αμφισημία στη διάκριση των όρων της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στην διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος που πολύ συχνά χρησιμοποιείται είναι ο όρος της δευτερογενούς πρόληψης με εφαρμογή στην καρδιακή αποκατάσταση, στην αξιολόγηση καρδιαγγειακού κινδύνου και στη φαρμακευτική αγωγή^{2,6}.

Στις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες του 2016 για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η πρόληψη δεν διακρίνεται σε επίπεδα πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς πρόληψης. Οι οδηγίες δεν δομούνται με βάση το σε ποιο στάδιο ανάπτυξης του καρδιαγγειακού νοσήματος παρεμβαίνει η πρόληψη και σε ποιο μέρος του πληθυσμού απευθύνεται. Ήδη από την εισαγωγή, η διάκριση αναφορικά με τον πληθυσμό στόχο γίνεται με βάση το γενικό πληθυσμό ή το άτομο. Συγκεκριμένα, ορίζεται ότι «η πρόληψη πρέπει να παρέχεται α) στο γενικό πληθυσμό για την προώθηση συμπεριφοράς υγιεινού τρόπου ζωής και β) σε ατομικό επίπεδο είτε σε άτομα με μέτριο ως υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου ή σε ήδη ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα». Ως άτομα πολύ υψηλού κινδύνου ανάμεσα σε άλλες κατηγορίες περιλαμβάνονται οι ήδη καρδιαγγειακοί ασθενείς και οι έχοντες $\geq 10\%$ κίνδυνο να υποστούν θανατηφόρο ή μη καρδιαγγειακό συμβάν βάσει του ευρωπαϊκού διαγράμματος εκτίμησης κινδύνου SCORE³⁷.

Στο μοναδικό διαθέσιμο και δημοσιευμένο Εθνικό Σχέδιο δράσης της Ελλάδας 2008-2012 για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο όρος δευτερογενής πρόληψη αξιοποιείται αρχικά περιλαμβάνοντας και την τριτογενή πρόληψη, αλλά, στη συνέχεια, χρησιμοποιείται με την κλασική του έννοια όπως στο γενικό πεδίο της υγείας. Συγκεκριμένα, στην περιγραφή των τριών αξόνων της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων αναφέρεται ότι ο 3ος άξονας αφορά τη δευτερογενή πρόληψη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη διαχείριση της πάθησης και την καλύτερη αποκατάσταση των ατόμων με «εγκατεστημένο» καρδιαγγειακό νόσημα³⁶.

Αυτή η απουσία διάκρισης για το επίπεδο της πρόληψης αναφορικά με το σε ποιο άτομο παρεμβαίνει η ομάδα πρόληψης ή οι επαγγελματίες υγείας, στο άτομο που βρίσκεται σε μέτριο ή υψηλό κίνδυνο να υποστεί εντός δεκαετίας θανατηφόρο ή μη καρδιαγγειακό συμβάν ή στον ήδη νοσούντα από καρδιαγγειακή νόσο, διατρέχει το σύνολο των κατευθυντήριων οδηγιών^{37,50}. Επιπλέον αρκετοί συγγραφείς, μεταξύ άλλων, χρησιμοποιούν τον όρο δευτερογενή πρόληψη όταν ουσιαστικά αναφέρονται στην τριτογενή πρόληψη. Η διάκριση, όμως, των επιπέδων κρίνεται απαραίτητη, παρά το γεγονός ότι ενδέχεται κάποιες παρεμβάσεις να προτείνονται για εφαρμογή ή/και να εφαρμόζονται σε περισσότερα του ενός επιπέδου πρόληψης^{3,5,6}.

Εκτιμάται ότι η διαπιστούμενη ταυτοποίηση ή/και αμφισημία που υφίσταται κυρίως μεταξύ των όρων δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, στο χώρο της

καρδιολογίας πιθανά να οφείλεται:

α) στην ποικιλία και πολυπλοκότητα των παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένων βιοϊατρικών παραγόντων (χοληστερίνη, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) που ταυτόχρονα πρωτογενώς πριν την εκδήλωση του καρδιαγγειακού επεισοδίου χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής,

β) σε ιδιαιτερότητες που εντοπίζονται σχετικά με τον πληθυσμό που μπορεί να αναπτύξει καρδιαγγειακό νόσημα δεδομένου ότι μπορεί να είναι είτε υγιής πληθυσμός ή ήδη νοσούντες από άλλες νόσους, π.χ. ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, καρκινοπαθείς, ή/και άτομα που δεν θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει ασθενείς με την αυστηρή έννοια του όρου και που ανήκουν στην γκρίζα ζώνη μεταξύ υγείας και ασθένειας, π.χ. άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη κ.ά.),

γ) το περιεχόμενο των παρεμβάσεων για την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής στο επίπεδο του ατόμου που πραγματοποιούνται ή προτείνεται να πραγματοποιούνται και προ της ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου για τα άτομα που βρίσκονται σε μέτριο ή υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης της καρδιαγγειακής νόσου είναι παρόμοιο με τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της καρδιακής αποκατάστασης σε ήδη καρδιαγγειακούς ασθενείς,

δ) η διαχείριση των τροποποιήσιμων βιοϊατρικών παραγόντων κινδύνου όπως δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, χοληστερόλη, διαβήτης είτε στο πλαίσιο της δευτερογενούς είτε στο πλαίσιο της τριτογενούς πρόληψης, που πραγματοποιείται με φαρμακευτική αγωγή^{28,37}.

Αρκετοί επιστήμονες για την αποφυγή περαιτέρω αμφισημίας, έχουν προτείνει τον επαναπροσδιορισμό της ορολογίας ή ακόμη και την εγκατάλειψη του όρου τριτογενής πρόληψη^{55,59}.

1.6 ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Το 2014, οι Pieroli, Corrà, Adamopoulos και συνεργάτες, στη δήλωση πολιτικής του Cardiac Rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation με τίτλο «*Δευτερογενής πρόληψη στην κλινική αντιμετώπιση ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα - Βασικά συστατικά, πρότυπα και μέτρα έκβασης για παραπομπή και παροχή*», χρησιμοποιούν τον όρο δευτερογενής πρόληψη και τονίζουν:

α) την αναγκαιότητα αύξησης των δαπανών για παρεμβάσεις σε αλλαγές στον τρόπο ζωής και στην πρόληψη, δεδομένης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής αποκατάστασης στην μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας,

β) την αναγκαιότητα ανάπτυξης συστηματικών και ολοκληρωμένων προληπτικών προγραμμάτων (ενσωματωμένων στην οργάνωση ή στη δομή των εθνικών συστημάτων υγείας) καθώς και της συστηματικής παρακολούθησης της διαδικασίας παροχής και των αποτελεσμάτων τους, και

γ) την αναγκαιότητα ενοποίησης των εξελίξεων της καρδιολογίας και της δευτερογενούς πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής αποκατάστασης, στην προληπτική καρδιολογία και την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που βελτιστοποιεί τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τους ασθενείς και μειώνει την μελλοντική επιβάρυνση των υπηρεσιών υγειονομικής

φροντίδας και περίθαλψης³.

Θεωρούν ότι για να είναι ολοκληρωμένα και ολιστικά τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση για σωματική άσκηση, μεθόδους για να υποστηριχθούν οι ασθενείς να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους που σχετίζεται με την υγεία, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και υποστήριξή τους για να επιστρέψουν στις πάγιες καθημερινές τους δραστηριότητες^{2,6}, και, τέλος, να μειωθεί ο κίνδυνος να υποστούν μελλοντικά καρδιακά επεισόδια, ενώ για ασθενείς με συννοσηρότητα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, θεωρούν ότι απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και πιο επιθετική προσέγγιση στην διαχείριση των παραγόντων κινδύνου^{2,7}.

Η καρδιακή αποκατάσταση παρατηρούμε, εν τέλει, ότι έχει πολλά κοινά με τη δευτερογενή πρόληψη. Πολλοί συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι η καρδιακή αποκατάσταση διευκολύνει την ανάρρωση ενώ η δευτερογενής πρόληψη προλαμβάνει περαιτέρω ασθένειες^{2,5,7}. Παρόλα αυτά, για διευκόλυνση και αποφυγή αμφισημίας σχετικά με τη θεματολογία της συγκεκριμένης έρευνας, η ερευνήτρια θέλησε να ακολουθήσει τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την ορολογία, οπότε στην παρούσα έρευνα και στα τιθέντα ερωτήματα όπου αναφέρεται ο όρος δευτερογενής πρόληψη, εννοείται και απαντάται ο όρος καρδιακή αποκατάσταση, που περιλαμβάνει και τη διαχείριση όλων των παραγόντων κινδύνου και την εκπαίδευση των ασθενών ως προς την αλλαγή του τρόπου ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται εντυπωσιακή πρόοδος στον τομέα των διαγνωστικών μέσων, της επεμβατικής καρδιολογίας και των φαρμακευτικών θεραπειών. Κατά συνέπεια, ένας μεγαλύτερος αριθμός ασθενών επιβιώνει από καρδιαγγειακά επεισόδια, επιβαρύνοντας, όμως, με αυτό τον τρόπο τόσο τους ασθενείς όσο και τα συστήματα υγείας τόσο από χρόνιες παθήσεις όσο και από αυξημένα κόστη υπηρεσιών υγείας και φροντίδας^{17,63}.

Στο άρθρο 7 του Ευρωπαϊκού Καρδιολογικού Χάρτη Υγείας αναφέρεται ότι το φορτίο της καρδιαγγειακής νόσου που έχει ήδη εγκατασταθεί μπορεί να ελλатωθεί σημαντικά με έγκαιρη διάγνωση, κατάλληλη διαχείριση της νόσου, αποκατάσταση και πρόληψη, συμπεριλαμβανομένης της παροχής εξατομικευμένων συμβουλών για την αλλαγή του υπάρχοντος τρόπου ζωής⁶⁴. Ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης δομημένο ακολουθώντας αυτή την κατεύθυνση, δηλαδή της ολιστικής προσέγγισης, αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα μιας τέτοιας προληπτικής στρατηγικής.

Η καρδιακή αποκατάσταση (ΚΑ) αποτελεί μια πολύπλευρη, επαρκώς τεκμηριωμένη πολυεπιστημονική παρέμβαση, που έχει ως σκοπό τη μακροχρόνια διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών¹. Ορίζεται, λοιπόν, από την American Heart Association (AHA), ως το σύνολο των συντονισμένων διεπιστημονικών παρεμβάσεων που είναι απαραίτητες για την διασφάλιση καλύτερης σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, έτσι ώστε οι ασθενείς με οξύ ή χρόνιο καρδιαγγειακό πρόβλημα να επιτύχουν μέσω της συμμετοχής τους στα προγράμματά της, την καλύτερη διαχείριση της νόσου μέσω της βελτίωσης της συμπεριφοράς τους σε θέματα υγείας⁶⁵.

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ΚΑ, παρόλο που διακρίνεται για την πλούσια ιστορία της, κέντρισε σχετικά πρόσφατα το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, μόλις στις αρχές του 20ου αιώνα. Πιο συγκεκριμένα, η απαρχή της ξεκινά από τον 18^ο αιώνα, με την κλινική περιγραφή της στηθάγχης από τον Heberden, ύστερα από τη δημοσίευση μιας έκθεσης του στο Royal College of Physicians. Σε αυτήν περιγράφεται, για πρώτη φορά, ένα εξάμηνο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης που αποτελείται από 30 λεπτά καθημερινής δραστηριότητας (πριόνισμα) για έναν από τους άνδρες ασθενείς του, ο οποίος είχε διαγνωσμένη «θωρακική διαταραχή». Η σύσταση αυτή αποτελεί την πρώιμη μορφή ενός προγράμματος ΚΑ βασισμένου σε άσκηση⁶⁶.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, αρχίζει να χρησιμοποιείται ο όρος καρδιακή αποκατάσταση κατά την εφαρμογή των πρώτων προγραμμάτων ΚΑ και ξεκινά να αναπτύσσεται δειλά ως θεραπευτική προσέγγιση στις ΗΠΑ⁶⁷. Τα προγράμματα αυτά αρχικά αφορούσαν, κυρίως, ασθενείς χαμηλού κινδύνου και επικρατεί περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία επεισόδια. Εστίαζαν, κυρίως, στην εφαρμογή της ήπιας φυσικής

δραστηριότηταςόπου συστηνόταν ένας σύντομος ημερήσιος περίπατος διάρκειας 5 λεπτών για 4 εβδομάδες μετά τα στεφανιαία επεισόδια ως κύριο μέσο αποκατάστασης⁶³.

Ο Δρ. Hellerstein, θεωρείται ο πατέρας της ΚΑ, καθώς πρότεινε ένα πολυεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας μετά το έμφραγμα που αποσκοπούσε στην αποκατάσταση των ασθενών και στην επιστροφή τους στην εργασία τους και στα προηγούμενα επίπεδα δραστηριότητας. Οι ασθενείς που είχαν έμφραγμα του μυοκαρδίου θεωρούνταν συχνά ανάπηροι και τους πρότειναν να μην επιστρέψουν ποτέ στην εργασία τους. Χρησιμοποιώντας πρωτοποριακές ιδέες για την εποχή όπως οδηγίες για άσκηση, συμβουλές διατροφής και συμβουλές για επιστροφή στην εργασία, ο Δρ. Hellerstein δημιούργησε μια από τις πρώτες πολυεπιστημονικές προσεγγίσεις για την ασθένεια, με μια κλινική που στελεχώνεται από φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, επαγγελματικούς συμβούλους και ψυχοθεραπευτές. Αρχικά, θεωρήθηκε ριζοσπαστική η προσέγγιση αυτή για την ΚΑ, οπότε αντιμετωπίστηκε με επιφύλαξη και δεν υιοθετήθηκε άμεσα^{63,67}. Παρόλο που υπήρχαν έρευνες που αποδείκνυαν τη μείωση της θνητότητας και της θνησιμότητας των ασθενών, δεν υπήρχε επαρκής χρήση των υπηρεσιών ΚΑ. Αυτό πιθανότατα να οφειλότανε στο γεγονός πως την ίδια περίοδο υπήρξε η ανάπτυξη της χρήσης των β-αποκλειστών και των αποκλειστών διαύλου ασβεστίου ως φαρμακευτική θεραπεία και οι καρδιολόγοι έτειναν να τα προτιμούν λόγω των άμεσων αν και βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων τους^{38,57}.

Μέχρι τις αρχές τις δεκαετίας του 1970, ένα μοντέλο δομημένης «αποκατάστασης» εισήχθη σταδιακά σε όλο τον κόσμο και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970 παρατηρήθηκε η εμφάνιση οργανωμένων προγραμμάτων ΚΑ σε περίπου 25 χώρες. Στην αρχή ήταν μόνο ενδονοσοκομειακά ενώ, στη συνέχεια, εξαπλώθηκαν και σε εξωνοσοκομειακές εγκαταστάσεις και περιλάμβαναν επιβλεπόμενη σωματική δραστηριότητα. Τα προγράμματα εφάρμοζαν κατά κύριο λόγο δομημένη άσκηση μετά από ΟΕΜ και δεν αφορούσαν άλλες καρδιολογικές παθήσεις²⁸.

Στα επόμενα έτη που ακολούθησαν, καταγράφηκαν ποικίλες και διχασμένες επιστημονικές απόψεις σε ότι αφορά τη συμβολή της ΚΑ στους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Υποστηρίχθηκε ότι κεντρικός στόχος ήταν η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και λιγότερο βάρος έπρεπε να δίνεται στην εκπαίδευση των ασθενών σε σχέση με τη νόσο. Παράλληλα, δημιουργήθηκε και διασπάρθηκε ένας έντονος προβληματισμός σχετικά με τον πληθυσμό-στόχο που δύναται να επωφεληθεί από την συμμετοχή του σε πρόγραμμα ΚΑ, θέτοντας, με αυτόν τον τρόπο, τα κριτήρια συμμετοχής ή αποκλεισμού από τα προγράμματα⁶³. Χρειάστηκαν να περάσουν αρκετά χρόνια ώστε να οδηγηθούμε αργά αλλά σταθερά στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ΚΑ, συνολικά μια περίοδος 30 ετών, μεταξύ 1960 και 1990, για να αναγνωρίσει ο ΠΟΥ την αξία της ΚΑ μέσω μιας σειράς δημοσιεύσεων για την καρδιαγγειακή νόσο^{67,68}. Σε αυτό συνέβαλε και η ραγδαία πρόοδος της επιστήμης και η καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του καρδιαγγειακού συστήματος δίνοντας, έτσι, ώθηση και χώρο να αναπτυχθεί ο τομέας της ΚΑ³⁸.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, το 1993 ορίζεται πλέον με σαφήνεια η ΚΑ όχι μόνο στο πλαίσιο των σωματικών αποτελεσμάτων αλλά και ως ένα ψυχοκοινωνικό και συμπεριφορικό πλαίσιο με επίκεντρο τον ασθενή⁶⁸. Ορόσημο

στην εξέλιξη αυτή αποτελεί η δημοσίευση κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής σχετικά με την καρδιακή αποκατάσταση από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, το 1995, η οποία οδήγησε στη μετάβαση από ένα πρόγραμμα άσκησης σε μια ολιστική εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης, αλλαγής του τρόπου ζωής, εκπαίδευσης των ατόμων και ψυχοκοινωνικής ευημερίας⁶⁶.

Η διεπιστημονική συνεργασία ως έννοια προστίθεται επίσημα το 2002 από την Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), η οποία αναφέρει ότι πέραν του ότι ο ασθενής συνεργάζεται με μια πολυεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από επαγγελματίες υγείας, εξίσου σημαντική αποτελεί και η βοήθεια της οικογένειας αλλά και των φροντιστών για τη διαχείριση της νόσου του⁶⁹. Η κίνηση αυτή οδήγησε στη σημερινή μορφή της ΚΑ, η οποία θεωρείται πλέον μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική ασθενοκεντρική προσέγγιση. Εφαρμόζεται συστηματικά, ενώ εξατομικεύεται στις ανάγκες των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, περικλείοντας και το οικείο περιβάλλον τους^{2,5}. Επιπλέον, θεωρείται ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών με καρδιακές παθήσεις, και τα προγράμματα ΚΑ έχουν γίνει αναπόσπαστο μέρος του προτύπου φροντίδας στη σύγχρονη καρδιολογία⁶² ενώ αποτελεί, πλέον, επιτακτική ανάγκη η διευρυμένη εστίαση στην εκπαίδευση των ασθενών και αυτοδιαχείριση των παραγόντων κινδύνου όπως και του τρόπου ζωής κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων^{37,70}.

Επομένως, η ΚΑ έχει εξελιχθεί τις τελευταίες δεκαετίες από μια απλή παρακολούθηση για την ασφαλή επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες σε μια σύνθετη θεραπευτική προσέγγιση, γεφυρώνοντας τις αρχικές έννοιες της όπως αυτές είχαν παρουσιαστεί στα μέσα του εικοστού αιώνα με αυτές στον εικοστό πρώτο αιώνα⁶³.

2.3 ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στις μέρες μας, η μετάφραση της γνώσης σε κλινική πρακτική αποτελεί προτεραιότητα του κλινικού ιατρού αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας είτε εργάζονται σε νοσοκομειακό είτε σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον²⁵. Οι κατευθυντήριες γραμμές συνοψίζουν και αξιολογούν τα διαθέσιμα στοιχεία που υπάρχουν με στόχο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να προτείνουν σε έναν ασθενή την καλύτερη διαχείριση και τις βέλτιστες στρατηγικές αντιμετώπισης της πάθησης του. Οι κατευθυντήριες γραμμές και οι συστάσεις τους πρέπει να διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων των επαγγελματιών υγείας στην καθημερινή τους πρακτική. Ωστόσο, οι τελικές αποφάσεις που αφορούν έναν ασθενή πρέπει να λαμβάνονται από τον υπεύθυνο επαγγελματία υγείας σε συνεννόηση με τον ασθενή και φροντιστή κατά περίπτωση^{7,37}.

Το μεγάλο χάσμα που υπήρχε πριν από μερικά χρόνια ανάμεσα στις κατευθυντήριες οδηγίες και την πραγματική πρακτική που εφαρμοζόταν, έχει μειωθεί σημαντικά λόγω των εκπαιδευτικών προσπαθειών και των έγκαιρων επικαιροποιήσεων των οδηγιών αυτών. Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC), το Αμερικανικό Κολέγιο Καρδιολογίας (ACC), όπως και πολλοί άλλοι οργανισμοί, έχουν θέσει σε εφαρμογή δομές για την παρακολούθηση της πρακτικής και της συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες σε διάφορες περιοχές και νοσοκομεία, παρέχοντας μια βάση για ενδεχόμενες παρεμβάσεις⁷⁰. Η βελτίωση στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών αντικατοπτρίζεται από την παραμονή του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου παρά το υψηλό ποσοστό

συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, του σακχαρώδη διαβήτη και της δυσλιπιδαιμίας. Αυτό, τουλάχιστον, κατέδειξε πρόσφατα η μελέτη EUROASPIRE V της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας⁷¹.

Τα διεπιστημονικά προγράμματα ΚΑ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε μέσω της παρακολούθησης, εκπαίδευσης, ψυχοκοινωνικής στήριξης, τη βελτιστοποίηση της ιατρικής περίθαλψης και την πρόσβαση στην περίθαλψη των ασθενών να πετυχαίνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Για την επιτυχία των προγραμμάτων αυτών απαιτείται η στενή συνεργασία και ο συντονισμός σε όλη την αλυσίδα φροντίδας που παρέχεται από το συστήματα υγειονομικής περίθαλψης⁷⁰.

Εμπόδιο στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στέκεται, πολλές φορές, το ίδιο το εθνικό σύστημα υγείας μιας χώρας. Ασθενείς με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και φτωχή πρόσβαση σε υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας ή αποκατάστασης που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία βιώνουν αποκλεισμό. Χωρίς την ύπαρξη διεπιστημονικών συλλογικών προγραμμάτων πρόληψης (πρωτογενούς ή δευτερογενούς) και κοινωνικής στήριξης, είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιζητούμε υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης με τις αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες^{9,57}.

Σύμφωνα με τον Benzer και τους συνεργάτες του, η συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑ με βάση την άσκηση ανάμεσα σε 12 χώρες της Ευρώπης είναι φτωχή. Τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών, οι ενδείξεις και τα προγράμματα διαφέρουν, ενώ η επιλογή των ασθενών και ο σχεδιασμός των προγραμμάτων πρέπει να βασίζονται περισσότερο σε στοιχεία⁷². Συνεπώς, ρεαλιστικοί στόχοι, αυτοέλεγχος και εξατομίκευση είναι οι λύσεις στο πρόβλημα της μειωμένης συμμόρφωσης ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες⁵⁷. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται συμμετέχων και συνεργάτης στη θεραπεία του και όχι αυτός που του μεταφέρουμε τις ευθύνες και τις ενοχές⁹. Η περιορισμένη εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης- καρδιακής αποκατάστασης σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες είναι ένα σημαντικό πρόβλημα και πολλά εμπόδια είτε του ασθενή, είτε της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ληφθούν υπόψιν⁵⁷.

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στην Ευρώπη, το ποσοστό των ανθρώπων που συμμετέχουν σε προγράμματα ΚΑ ποικίλει από 30-50%, ανάλογα με τον αριθμό των ικανών ασθενών για να συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα⁷³. Οι Menezes και οι συνεργάτες του, αντίστοιχα, αναφέρουν για την Αμερική πως οι γυναίκες συμμετέχουν λιγότερο σε προγράμματα ΚΑ από ότι οι άνδρες, με 15% στις ηλικιωμένες γυναίκες έναντι 25% των ηλικιωμένων ανδρών. Ακόμα ποικίλει το ποσοστό των ασθενών που συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, την ασφάλεια υγείας και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση⁷⁴.

Οι Karmali και οι συνεργάτες του, σε συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν, αναφέρουν πως οι 8 στις 10 μελέτες που βρήκαν ανέφεραν αύξηση του αριθμού των ασθενών που παρακολουθούσαν προγράμματα αποκατάστασης. Οι 3 από τις 8 μελέτες έδειξαν βελτίωση στη προσήλωση στην ΚΑ. Τα δεδομένα για τη θνητότητα και τη θνησιμότητα των ασθενών που συμμετείχαν στις συγκεκριμένες μελέτες ήταν περιορισμένα άλλα δεν έδειξαν κάποια σημαντική διαφορά σε συμβάματα από το καρδιαγγειακό. Καμία μελέτη δεν έδειξε διαφορά

στη ποιότητα ζωής που να σχετίζεται με την υγεία και δεν υπήρχαν ενδείξεις για ανεπιθύμητα συμβάματα. Τέλος, καμία από τις μελέτες δεν αναφερόταν στο κόστος και στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι η συμμετοχή σε προγράμματα ΚΑ φαίνεται να μειώνει τη θνησιμότητα από το καρδιαγγειακό από 10,4% σε 7,6 % σε ασθενείς μετά από ΟΕΜ και επαναγγείωση, ενώ φαίνεται να μειώνει και την εισαγωγή στα νοσοκομεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια⁷⁵.

Όσον αφορά τη χρονική διάρκεια των προγραμμάτων, οι Santiago de Araújo Ρίο και συνεργάτες, σε άρθρο που δημοσίευσαν, αναφέρουν πως η διάρκεια των προγραμμάτων ΚΑ ποικίλει από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις οδηγίες που ακολουθεί και το σύστημα υγείας αυτής. Ως μέσος όρος θεωρούνται οι 3 εβδομάδες και μπορούν να διαρκέσουν έως 12 μήνες, με ελάχιστη συχνότητα, τις 3 συνεδρίες εβδομαδιαίως. Οι ίδιοι καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι 36 συνεδρίες ΚΑ είναι το ελάχιστο που χρειάζεται ώστε οι ασθενείς να μη αναγκαστούν να υποβληθούν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική⁷⁶.

2.5 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η ΚΑ, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, σκοπό έχει την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο και την πρόληψη δευτερογενούς πρόληψης⁶⁸. Επιπλέον, οι στόχοι των προγραμμάτων ΚΑ έχουν αναγνωριστεί και ταξινομηθεί σε πέντε κατηγορίες σχετιζόμενες με: α) τη νόσο, β) τη ψυχολογία, γ) τη συμπεριφορά, δ) την κοινωνική διάσταση αλλά και ε) με τις υπηρεσίες υγείας^{2,6,7,37} και συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	Βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας
	Μείωση του κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο και επαναστένωση
	Ανακούφιση των συμπτωμάτων όπως της δύσπνοιας και της στηθάγχης
	Ενίσχυση της ικανότητας για εργασία
	Πρόληψη εξέλιξης πιθανής αθηρωματικής διαδικασίας.
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	Επαναφορά της αυτοπεποίθησης
	Ανακούφιση από το άγχος και την κατάθλιψη τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους
	Διαχείριση του στρες
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	Αποκατάσταση της σεξουαλικής τους ζωής
	Διακοπή του καπνίσματος
	Υιοθέτηση υγιεινής διατροφής
	Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	Βελτίωση της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή
	Επιστροφή στη εργασία
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Ενίσχυση της ανεξαρτησίας όσο αφορά της καθημερινές δραστηριότητες μέσω της ανάκτησης της λειτουργικότητας των ασθενών
	Μείωση του κόστους περίθαλψης
	Γρήγορη έξοδος από το νοσοκομείο
	Μείωση των επανεισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο

Η πρωταρχική στρατηγική για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στην ΚΑ λειτουργεί μέσω μιας ισχυρής σχέσης γιατρού-ασθενούς και καλών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, εξασφαλίζοντας την κατανόηση από τον ασθενή των επιπτώσεων της μη συμμόρφωσης⁵⁰. Η υποστήριξη των ιατρών επηρεάζει πράγματι τη συμμετοχή των ασθενών σε προγράμματα ΚΑ όπως, επίσης, και τα χαρακτηριστικά των ασθενών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης κατά την παραπομπή των ασθενών για συμμετοχή σε προγράμματα ΚΑ^{57,75}.

2.6 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

2.6.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Το περιεχόμενο ενός προγράμματος ΚΑ, ανταποκρινόμενο κάθε φορά στους εκάστοτε στόχους που τίθενται, εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου, με βάση τις εξελίξεις στην προληπτική καρδιολογία, τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, τα θέματα που θέτουν οι καρδιαγγειακοί ασθενείς, ενώ βέβαια το περιεχόμενο των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων εξαρτάται σημαντικά από τους διατιθέμενους πόρους των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης για πρόληψη²⁸. Τα σημερινά προγράμματα ΚΑ πρέπει να είναι ευέλικτα και προσαρμοσμένα στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στις φυσικές ανάγκες των ασθενών και να λαμβάνονται υπόψιν όλοι οι παράγοντες που μελλοντικά μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή στην απόφαση να διακόψει το πρόγραμμα⁷⁵.

Τα βασικά συστατικά της σύγχρονης ΚΑ και των προγραμμάτων πρόληψης για καρδιαγγειακούς ασθενείς, όπως τα έχουν σχεδιάσει το American Heart Association, the American College of Cardiology Foundation and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation κι έχουν αποτυπωθεί σε κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη, ανίχνευση, και διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων, συνοψίζονται στον επόμενο πίνακα^{2,6,7,37,65}:

ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ			
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ, ΛΙΠΙΔΙΩΝ, ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ		
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Αυτά τα βασικά στοιχεία αναγνωρίζει σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ και το the Cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation συνδράμοντας στην 6^η επικαιροποίηση των Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών³⁷. Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι κατευθυντήριες οδηγίες του Σκωτσέζικου Διακολλεγιάκου Δικτύου Κατευθυντήριων Οδηγιών (Scottish Intercollegiate

Guidelines Network, SIGN), που προτείνουν τα προγράμματα ΚΑ να περιλαμβάνουν τόσο ψυχολογικές, όσο και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (αγωγή υγείας, διατροφή, σεξουαλική υγεία, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση) ενώ η άσκηση να αποτελεί βασικό τους συστατικό και κύριο άξονα^{56,69}.

Η ποικιλομορφία στα περιεχόμενα των προγραμμάτων ΚΑ, παρόλα αυτά, δημιουργεί προβληματισμούς και σημαντικά εμπόδια τόσο στις αξιολογήσεις τους όσο και στη διατήρηση μιας κοινής πρακτικής παγκοσμίως⁷².

2.6.2 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η διαδικασία της ΚΑ που ακολουθείται δεν έχει ένα ενιαίο τρόπο εφαρμογής. Άλλα προγράμματα αναπτύσσονται σε τρεις φάσεις και άλλα σε τέσσερις, παρουσιάζοντας διαφορές στη διάρκεια τους, στη διεπιστημονική ομάδα που τα στελεχώνει αλλά και στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών^{73,74}. Ο κύριος διαχωρισμός των προγραμμάτων γίνεται λαμβάνοντας υπόψη την παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης α) σε επίπεδο φροντίδας που ξεκινάει από το νοσοκομείο (ενδονοσοκομειακά) και β) συνεχίζει στο σπίτι ή στην κοινότητα (εξωνοσοκομειακά)^{7,65}.

Παραδοσιακά, η ΚΑ παρέχεται σε στάδια ή φάσεις με οδηγίες δραστηριότητας βασιζόμενες στο χρόνο από το καρδιακό επεισόδιο⁶⁹. Κοινός παρονομαστής όλων των προγραμμάτων πάντως αποτελεί η έναρξή τους, καθώς, για τους περισσότερους ασθενείς, η ΚΑ αρχίζει στο νοσοκομείο μετά το καρδιακό επεισόδιο^{3,5}. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να προχωρήσουν πιο αργά ή πιο γρήγορα, ανάλογα με τις δυνατότητες τους. Αυτές επηρεάζονται άμεσα από την ηλικία, την κατάσταση πριν από το καρδιακό επεισόδιο, τη βαρύτητα της πάθησης και την κινητικότητα^{1,10}. Το πρόγραμμα ΚΑ πρέπει να εξατομικεύεται ώστε να διευκολύνεται ο ρυθμός ανάρρωσης σε αντιστοιχία με την κατάσταση του ασθενούς³⁷. Σύμφωνα, με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ΚΑ διακρίνεται σε 4 στάδια^{2,8}, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΑΔΙΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ			
Φάση I	Ενδονοσοκομειακή φάση	Κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών	Οξεία φάση
Φάση II	Πρώιμο στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	Σε εξωτερικό περιβάλλον με διεπιστημονική επιτήρηση	Αποκατάσταση μετά το νοσοκομείο
Φάση III	Επιβλεπόμενο πρόγραμμα σε εξωτερικούς ασθενείς	Φάση αυτοδιαχείρισης	
Φάση IV	Στάδιο της συντήρησης	Διαρκής φάση αυτοδιαχείρισης	Χρόνια φάση

Βέβαια, η ταξινόμηση αυτή δεν αποτελεί κανόνα αφού, σε κάποιες χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και ο Καναδάς, γίνεται σύμπτυξη του 2^{ου} και 3^{ου} σταδίου ή και, πιο συχνά, του 3^{ου} και 4^{ου} σταδίου^{77,78}. Αναλυτικά, περιγράφονται παρακάτω τα στάδια όπου διαχωρίζονται τα προγράμματα ΚΑ:

Στάδιο I:

- Το στάδιο αυτό πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η μέση

διάρκεια παραμονής κυμαίνεται από 2-5 ημέρες. Στο διάστημα αυτό μέλος της ομάδας ΚΑ επισκέπτεται τον ασθενή με στόχο την παροχή υποστήριξης και πληροφόρησης τόσο του ασθενή, όσο και του υποστηρικτικού του δικτύου σχετικά τη νόσο του, την εκτίμηση της παρουσίας παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, τη συζήτηση και την παροχή συμβουλών για τροποποίηση του τρόπου ζωής, του σχεδιασμού εξατομικευμένου προγράμματος εξόδου και, τέλος, την ενημέρωση του ασθενή για την ΚΑ και την προτροπή να συμμετέχει και στα επόμενα στάδια του προγράμματος⁷⁹.

- Επιπλέον, στο στάδιο I πραγματοποιούνται εκπαιδευτικές συνεδρίες όπου δίνονται πληροφορίες λεκτικά και μέσω γραπτού και οπτικοακουστικού υλικού σχετικά με το καρδιακό συμβάν, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη διόρθωση τυχόν παρερμηνειών που σχετίζονται με το καρδιακό συμβάν⁸⁰.
- Παράλληλα, παρέχεται στον ασθενή ατομικό πλάνο για την ενίσχυση της αυτοφροντίδας μέσω της αλλαγής του τρόπου ζωής όπου αυτό ενδείκνυται. Επιπρόσθετα, γίνεται εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς μέσω δομημένης συνέντευξης ή με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς με στόχο την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου. Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην άμεση κινητοποίηση του ασθενούς έπειτα από την αιμοδυναμική σταθεροποίησή του^{77,81}.
- Η αποκατάσταση κατά την παραμονή στο νοσοκομείο πρέπει να καταστήσει τους ασθενείς ικανούς να πραγματοποιούν μόνοι τους τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε βραχύ χρονικό διάστημα ώστε να επανενταχθούν όσο το δυνατό πιο σύντομα και ομαλά σε αυτήν⁸⁰.

Στάδιο II:

- Θεωρείται το κρίσιμότερο σημείο του προγράμματος, διότι στο στάδιο αυτό το άτομο καλείται να τροποποιήσει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Η διάρκεια του κυμαίνεται από 2 έως 6 μήνες και στόχος του σταδίου αποτελεί η επανάκτηση του κοινωνικού ρόλου του ατόμου. Οι διάφορες παρεμβάσεις που διενεργούνται από την ομάδα ΚΑ μπορούν να λάβουν χώρα είτε σε οργανωμένο κέντρο είτε στο σπίτι του ατόμου^{77,79}.
- Επιπλέον στο στάδιο II, αξιολογείται η ικανότητα αυτοφροντίδας του ατόμου αλλά και η ενεργός συμμετοχή του υποστηρικτικού του δικτύου. Ταυτόχρονα, η ομάδα ΚΑ διαμορφώνει εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης

Στάδιο III:

προσαρμοσμένο στις δυνατότητες και ανάγκες του ασθενούς με στόχο την άμεση ανάκτηση της λειτουργικότητας του και την επιστροφή στην εργασία του⁸².

- Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που συμμετέχουν σε πρόγραμμα ΚΑ που διεξάγεται στο σπίτι (HBCR) επιτυγχάνουν μεγαλύτερο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης αλλά και προσήλωσης στις ενδεδειγμένες οδηγίες καθώς αισθάνονται μεγαλύτερη οικειότητα και ανεξαρτησία⁸³.
- Η διάρκεια του κυμαίνεται από 6 έως 24 μήνες και ξεκινά 3-8 εβδομάδες μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο⁸⁵. Σημαντική θέση στο στάδιο III κατέχει η συνεχής εκτίμηση τόσο της φυσικής, όσο και της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, αλλά και της ύπαρξης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Προτεραιότητα της ομάδας ΚΑ αποτελεί η βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας του ατόμου καθώς ακόμη και η αύξηση της ικανότητας αυτοφροντίδας του, μέσω διαφόρων προγραμματισμένων συνεδριών φυσικής άσκησης^{81,85}.

Απώτερος στόχος των ανωτέρω, είναι η κατάλληλη προετοιμασία του ατόμου ώστε να μεταβεί στο τέταρτο και τελικό στάδιο του προγράμματος⁸². Η μετάβαση του ασθενούς στο στάδιο IV πραγματοποιείται κατόπιν εκτίμησης και αξιολόγησης της κλινικής του κατάστασης και του επιπέδου αυτοφροντίδας βάσει θεσπισμένων κριτηρίων όπως έχουν καθοριστεί από την British Association for Cardiac Rehabilitation (BACR). Τα κριτήρια αυτά συνοψίζονται με βάση τις δυνατότητες του ασθενή. Ο ασθενής, επομένως, πρέπει να:

- 1) παρουσιάζει σταθερές τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), σφίξεων (ΣΦ) και η στηθάγχη του να ρυθμίζεται μέσω της φαρμακευτικής αγωγής,
- 2) βρίσκεται σε ικανοποιητική θέση ώστε να αναγνωρίζει τυχόν αλλαγές στην κατάσταση της υγείας, όταν ασκείται και να μπορεί να ρυθμίζει την ένταση της,
- 3) μπορεί να αναγνωρίζει και να διαχειρίζεται τα συμπτώματα του και
- 4) βρίσκεται σε θέση να επιτύχει λειτουργική ικανότητα μεγαλύτερη των 5 μεταβολικών ισοδύναμων (Metabolic Equivalents, METs)⁶.

Στάδιο IV:

- Κεντρικός στόχος του τελευταίου σταδίου αποτελεί η μακροχρόνια διατήρηση της μυϊκής ενδυνάμωσης και των συμπεριφορών αυτοφροντίδας που ήδη έχει υιοθετήσει το άτομο σε προηγούμενα στάδια του προγράμματος. Παράλληλα, η ομάδα ΚΑ επιβλέπει την τήρηση των αρχών ασφάλειας του ατόμου και να παρέχει συμβουλευτική σε περίπτωση που παρατηρείται δυσκολία προσήλωσης στις οδηγίες⁸⁴.

2.6.3 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η ΚΑ έχει αναγνωριστεί ως νέο πεδίο στην καρδιολογία, η οποία δεν άλλαξε μόνο την οπτική των γιατρών απέναντι στη φροντίδα του καρδιοπαθούς ασθενούς, αλλά έχει δημιουργήσει και την ανάγκη κατάρτισης του υγειονομικού

ανθρωπίνου δυναμικού⁸⁶. Γεφυρώνει το χάσμα τόσο μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία με αυτού στην κοινότητα όσο και των κέντρων υγείας με άλλες κοινοτικές υπηρεσίες⁸⁵. Το νομοσχέδιο Health Act (No.63/ 1977) πρόβλεψε επέκταση στις υπηρεσίες αποκατάστασης με την συμμετοχή της κοινότητας⁸⁷.

Οι Pieroli, Corrà, Adamopoulos και συνεργάτες, το 2014, τόνισαν «ότι ένα δομημένο πρόγραμμα ΚΑ εντός κέντρου, κατά προτίμηση σε ένα μεγάλο κέντρο, π.χ. νοσοκομείο, πρέπει να θεωρηθεί μια μεταβατική φάση, για περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου σε ασταθή κατάσταση προκειμένου να σταθεροποιηθούν πριν από την έναρξη μιας πιο μακροπρόθεσμης φάσης του προγράμματος εξωτερικών ασθενών»².

Σε ορισμένες χώρες -ενδεικτικά εδώ αναφέρονται η Γαλλία και η Γερμανία- παρέχονται προγράμματα με δυνατότητα διαμονής των καρδιαγγειακών ασθενών σε Κέντρα Αποκατάστασης διάρκειας τριών (3) έως τεσσάρων (4) εβδομάδων, ενώ στην Αμερική και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι ασθενείς μετακινούνται καθ' όλη την διάρκεια των προγραμμάτων στα Κέντρα Αποκατάστασης^{73,74}.

Η ανάγκη επίτευξης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης στη διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών αλλά και μακροπρόθεσμα, στη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης από το κόστος των προγραμμάτων ΚΑ, οδήγησε στην καθιέρωση εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων αποκατάστασης με σκοπό τόσο την εξυπηρέτηση του ασθενή όσο και την πληρέστερη παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας¹⁷.

Οι εναλλακτικές μορφές ΚΑ συναντώνται σε πολλαπλές ταξινομήσεις στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Μια ταξινόμηση αφορά την τοποθεσία των προγραμμάτων, π.χ. Κέντρο Αποκατάστασης, εντός της Κοινότητας, κατ' οίκον, είτε σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή το συνδυασμό τοποθεσίας και εξ αποστάσεως παροχών δευτερογενούς πρόληψης^{65,77,78}. Διαφοροποίηση παρατηρείται, επίσης, με το εάν οι υπηρεσίες παρέχονται εξατομικευμένα ή ομαδικά, εάν είναι σχεδιασμένες και συνεπώς παρέχονται βάσει ενός θεωρητικού μοντέλου, π.χ. της Κοινωνικής Γνωστικής Θεωρίας ή του Διαθεωρητικού μοντέλου αλλαγής συμπεριφοράς, είτε μέσω συνδυασμών αυτών των δύο^{65,78}. Τέλος η διαφοροποίηση στην ταξινόμηση μπορεί να προκύψει με το εάν παρέχονται μέσω προσωπικής επαφής των επαγγελματιών υγείας, είτε μέσω αξιοποίησης μεθόδων τεχνολογίας όπως τηλεφωνικής επαφής, χρήσης γραπτών μηνυμάτων, χρήσης ιστοσελίδων, χρήσης εφαρμογών κινητών τηλεφώνων (smartphone) είτε και συνδυαστικά μέσω προσωπικής επαφής αρχικά και χρήσης μεθόδων τεχνολογίας στη συνέχεια^{8,50,70}.

Συνήθως, οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στη φάση II και III αλλά αυτό δεν αποκλείει τον εντοπισμό τους και σε άλλες φάσεις όπως στην φάση IV. Αυτές είναι:

- ❖ Στηνκοινότητα(Community-Based CR)/ CBCR
- ❖ Κατ'οίκον (Home-Based CR)/ HBCR
- ❖ Εξ' αποστάσεως/Με τη χρήση νέων τεχνολογιών(Telerehabilitation/ TR)

Οι μορφές αυτές δεν είναι περιοριστικές καθώς ένα πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει πάνω από μια προσέγγιση (υβριδικό- HybridCR), με στόχο την διατήρηση της συμμετοχής του ασθενή και τη μακροχρόνια συνέχιση του προγράμματος⁷⁸.

Τόσο τα προγράμματα κατ'οίκον όσο και τα προγράμματα στην κοινότητα έχουν βελτιώσει αποτελεσματικά τα κλινικά αποτελέσματα και τη σχετιζόμενη με

την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life -HRQoL) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Coronary artery disease -CAD), OEM ή καρδιακή ανεπάρκεια χαμηλού κινδύνου⁸⁵.

2.6.3.1 ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ)

Τα κοινοτικά προγράμματα ΚΑ έχουν αναπτυχθεί ως απάντηση στις προκλήσεις της χαμηλής εγγραφής και του υψηλού κόστους που χαρακτηρίζει την παραδοσιακή νοσοκομειακή ΚΑ. Αυτά τα προγράμματα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση των παραγόντων κινδύνου, σε σύγκριση με τη «παραδοσιακή φροντίδα»⁸⁴.

Για να αυξηθεί η πιθανότητα μελλοντικής επιτυχίας, οι επαγγελματίες της ΚΑ γενικά και της κοινοτικής ΚΑ ειδικότερα μπορούν να λάβουν υπόψη τις συστάσεις στα μοντέλα θεραπείας και χρόνιας φροντίδας, τα οποία προτείνουν αλλαγές σε κοινωνικό επίπεδο και εντός των οργανισμών (αποτελεσματική χρήση τεχνολογιών, ενισχυμένη γνώση και δεξιότητες, ανάπτυξη ομάδων με επίκεντρο τον ασθενή, χρήση ανά απόδοση και μέτρηση αποτελέσματος για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και υπευθυνότητα και συντονισμός της περίθαλψης μεταξύ των συνθηκών, των υπηρεσιών και των ρυθμίσεων των ασθενών)⁷⁵. Προγράμματα ΚΑ που πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις, πιθανότατα, θα ενισχύσουν τη βιωσιμότητά τους και την επίτευξη των αποτελεσμάτων τους, όντας ασφαλή, αποτελεσματικά, αποδοτικά και εξατομικευμένα⁸⁴.

Χαρακτηριστικά εμπόδια σε αυτήν την κατηγορία ΚΑ, είναι οι σημαντικές αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν οδικώς οι συμμετέχοντες για να παρακολουθήσουν τα προγράμματα στα κέντρα αποκατάστασης και μάλιστα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργούνται περαιτέρω προβλήματα στην εργασία τους, λόγω των μη ευέλικτων ωραρίων και πιθανής κυκλοφορικής κίνησης^{9,59}.

2.6.3.2 ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ

Η κατ'οίκον ΚΑ (HBCR) αποτελεί μια εναλλακτική μορφή έναντι της συμβατικής νοσοκομειακής ΚΑ και συμβάλλει στο να ξεπεραστούν ορισμένα από τα εμπόδια που υπάρχουν στα προγράμματα ΚΑ στα κοινοτικά κέντρα αποκατάστασης (CBCR), περιλαμβανομένων των γεωγραφικών, υλικοτεχνικών και άλλων εμποδίων που σχετίζονται με την πρόσβαση και, συχνά, δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στη συνέχιση της συμμετοχής των ασθενών σε αυτά⁸³.

Τα προγράμματα κατ'οίκον έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλή, οικονομικά αποδοτικά και αρκετά αποδεκτά από τους συμμετέχοντες²⁸. Οι ασθενείς που θεωρούνται ασφαλείς για ένα πρόγραμμα HBCR κατηγοριοποιούνται συνήθως ως ασθενείς χαμηλού κινδύνου, δεν απαιτούν παρακολούθηση μέσω ηλεκτροκαρδιογράφηματος (ΗΚΓ) και μπορούν να παρακολουθούνται με καθημερινές αναφορές μέσω ημερολογίου. Σε σύγκριση με το CBCR, οι περισσότεροι ασθενείς ολοκληρώνουν με επιτυχία ένα πρόγραμμα HBCR^{78,83}.

Η αυτο-παρακολούθηση και η αυτοδιαχείριση που αναπτύσσονται από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας κατ'οίκον ΚΑ κάνουν τη μετάβαση στη δια βίου ανεξαρτησία και διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής να είναι πολύ πιο βατή και αποτελεσματική σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις ενός κοινοτικού προγράμματος ΚΑ^{28,80}. Μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων HBCR στη μείωση της καρδιακής θνησιμότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, η οποία

κυμαίνεται μεταξύ 27 και 31%^{88,89} ενώ κάποιες μελέτες συνέκριναν αποτελέσματα άσκησης μεταξύ HBCR και CBCR με υπομέγιστες αλλά και με μέγιστες δοκιμασίες αξιολόγησης της άσκησης, καταδεικνύοντας παρόμοια αποτελέσματα στη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας^{84,85,89,90}.

Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές επισημαίνουν ότι η κατ'οίκον ΚΑ (με ή χωρίς τηλεπαρακολούθηση) δύναται να αυξήσει τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών και να επιτύχει την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς και συνθηκών τους^{7,83}. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, σύμφωνα με το British Heart Foundation, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που παραπέμπονται σε προγράμματα ΚΑ επιλέγουν να συμμετάσχουν στο συγκεκριμένο είδος ΚΑ³⁰.

Μία κατ'οίκον ΚΑ περιλαμβάνει όλα τα βασικά στοιχεία του προγράμματος ΚΑ στην κοινότητα και παρέχεται από επαγγελματίες υγείας δια ζώσης, αλλά μπορεί να παρέχεται και σε συνδυασμό με κάποιες σύγχρονες τεχνολογικές μεθόδους^{78,83}.

2.6.3.3 ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ

Η πανδημία της COVID-19 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην υγειονομική περίθαλψη παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένης της οξείας και χρόνιας καρδιακής περίθαλψης. Πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) σύστησαν στην περίοδο αυτή σε όλα τα άτομα υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, να μένουν στο σπίτι. Σχεδόν όλα τα νοσοκομειακά προγράμματα ΚΑ ήταν κλειστά και πολλές εξωνοσοκομειακές δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης είχαν ακυρωθεί ή ανασταλεί. Επιπλέον, υπήρξε αυστηρή σύσταση για περιορισμό της άμεσης επαφής μεταξύ θεραπευτών αποκατάστασης και ασθενών⁹¹. Υπό αυτές τις συνθήκες, η τηλεϊατρική έχει προταθεί ως επιλογή για τον έλεγχο και, εάν είναι δυνατόν, για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στους ασθενείς⁹².

Η τηλεαποκατάσταση (TR- telerehabilitation) ή αλλιώς τηλεϊατρική που εφαρμόζεται στην ΚΑ, είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη τεχνική και αποτελεί μια πιο βέλτιστη εφαρμογή της HBCR. Περιλαμβάνει τηλεφωνικές κλήσεις, τηλεδιασκέψεις/ βιντεοδιάσκεψεις με τη χρήση smartphone ή tablet ή υπολογιστή, άμεσα ηλεκτρονικά μηνύματα, εφαρμογές smartphone κινητών και ειδικά διαμορφωμένες διαδικτυακές πλατφόρμες όπως chatrooms και social media^{77,93}. Απευθύνεται σε ασθενείς χαμηλού έως μέτριου κινδύνου, ενώ οι ασθενείς υψηλού κινδύνου πρέπει να συνεχίσουν την αποκατάστασή τους μέσω του προγράμματος CBCR, για ελαχιστοποίηση των κινδύνων⁷⁸.

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι μπορεί να επεκτείνει τους τρόπους εκπαίδευσης, συμβουλευτικής και παρακολούθησης των ασθενών⁸¹, καθώς στα περισσότερα σύγχρονα προγράμματα υπάρχουν τόσο μαγνητοσκοπημένες συμβουλευτικές συνεδρίες που είναι προσβάσιμες 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα όσο και ειδικό προσωπικό διαθέσιμο ανά πάσα ώρα και στιγμή⁹³. Παραδείγματος χάρη, όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, οι ασθενείς μπορούν να ξεκινήσουν σταδιακά το πρόγραμμα άσκησης. Δεκαπέντε λεπτά ημερησίως, κάθε μέρα, μπορεί να είναι αρκετά για την καταπολέμηση της μυϊκής αποσύνθεσης και την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών επιπλοκών⁸⁸. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ασκούνται χωρίς εξοπλισμό, εκτελώντας

γυμναστικές κινήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης (βυθίσεις, καθίσματα, κάμψεις στον τοίχο, χρήση αυτοσχέδιων φορτίων για βάρη κατά την άσκηση του άνω μέρους του σώματος, κ.λπ.), ασκήσεις ισορροπίας ή διατάσεων και διαδικτυακές συνεδρίες χαλάρωσης. Αυτές οι ασκήσεις μπορούν εύκολα να περιγραφούν και να εξηγηθούν στον ασθενή με τη χρήση βίντεο ή/και να απεικονίζονται σε ένα σημειωματάριο φυσικής δραστηριότητας.

Η γιόγκα στην ΚΑ θα μπορούσε, επίσης, να αποτελέσει μια εναλλακτική προσέγγιση για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα⁹². Μελέτες σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και ισχαιμική καρδιοπάθεια έχουν αποδείξει ότι είναι η πλέον κατάλληλη, ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για την αύξηση της ικανότητας άσκησης, τον έλεγχο της δύσπνοιας, τη διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας, τη μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής^{94,95}. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και έρευνες που αφορούν ασθενείς μετά από καρδιακή χειρουργική επέμβαση⁹⁶. Ωστόσο, για την ομαλή λειτουργία των προγραμμάτων απαιτούνται συστήματα παρακολούθησης που παρέχουν οξυμετρία, έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, καθώς και ηλεκτροκαρδιογραφία, ειδικά στη διαχείριση ασθενών με σοβαρές δυσλειτουργίες, τα οποία θα καταγράφονται μέσω αισθητήρων σε μια διαδικτυακή πλατφόρμα προσβάσιμη από τον ιατρό, τους επισκέπτες υγείας, και τους νοσηλευτές της ομάδας ΚΑ^{88,93}.

Πέρα από την άσκηση, το πρόγραμμα, επίσης, περιλαμβάνει βίντεο εκπαίδευσης ασθενών μέσω του διαδικτύου, ψυχολογική υποστήριξη μέσω online συνεδριών και διατροφικές παρεμβάσεις. Το ηλεκτρονικό ημερολόγιο αποτελεί, επίσης, ένα σημαντικό εργαλείο παρακολούθησης της προόδου του προγράμματος ΚΑ των ασθενών⁹⁷. Όσον αφορά την αύξηση της συμμόρφωσης, η καθοδήγηση μέσω τηλεφώνου φαίνεται να είναι δυνατή και να μειώνει τις επιβλαβείς επιπτώσεις στην ψυχολογική και σωματική υγεία, ιδίως στον ηλικιωμένο πληθυσμό¹².

2.6.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΎΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

2.6.4.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με την Irish Association of Cardiac Rehabilitation (IACR), η συμμετοχή σε προγράμματα ΚΑ πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλους του ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Παρόλα αυτά, λαμβάνοντας υπόψη πρωτίστως την ασφάλεια των ασθενών, έχουν θεσπιστεί κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού από το πρόγραμμα ΚΑ. Τα κριτήρια εισόδου, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, περιλαμβάνουν ασθενείς με⁹⁸:

• Εμφυτεύσιμο απινιδιστή-βηματοδότη	• Σταθερή στηθάγχη
• Ιστορικό OEM	• Επέμβαση by-pass
• Καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA class I-III) που ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή	• Ύστερα από μεταμόσχευση καρδιάς
• Έπειτα από βαλβιδοπλαστική	• Περιφερική αγγειοπάθεια
• Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	• Καρδιομυοπάθεια

Εκτός από τις βασικές αυτές ομάδες, άλλες κατηγορίες ασθενών που πρέπει να συμμετέχουν σε ειδικά διαμορφωμένα προγράμματα ΚΑ, είναι οι:

- ηλικιωμένοι ασθενείς,
- γυναίκες,
- υπερτασικοί,
- ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες μετά από εγχείρηση, και
- ασθενείς με αρρυθμίες^{2,98}.

Το κοινό στοιχείο στο πρόγραμμα κάθε ασθενούς είναι η μείωση του κινδύνου εξέλιξης της νόσου και των επιπλοκών της. Το χρονοδιάγραμμα και ο τρόπος που θα γίνει επαναγγείωση παίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο στο πρόγραμμα^{37,89}. Τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, επίσης, θα καθορίσουν το χρονοδιάγραμμα και το περιεχόμενο του προγράμματος ΚΑ. Οι ανάγκες για έναν άντρα 40 περίπου ετών με στηθάγχη, ο οποίος αναμένει αγγειοπλαστική, είναι διαφορετικές από μιας γυναίκας 60 ετών με επηρεασμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, μετά από έμφραγμα. Και αυτές με τη σειρά τους θα είναι διαφορετικές από ενός ασθενή 80 ετών με ένα ήπιο έμφραγμα, ο οποίος είναι σε θέση να διεξάγει ανεξάρτητη ζωή⁸².

2.6.4.2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η συμμετοχή σε προγράμματα ΚΑ είναι ασφαλής υπό τον όρο της τήρησης των απαραίτητων κανόνων -προϋποθέσεων αφού η άσκηση είναι βασική παράμετρος σε κάθε πρόγραμμα⁵². Υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις συμμετοχής. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, τα κριτήρια αποκλεισμού, όπως διακρίνονται στο παρακάτω πίνακα, αποτελούν ασθενείς με¹⁰⁰:

<ul style="list-style-type: none"> • Ισχαιμικές αλλαγές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) (κατάσπαση του ST >3 mm σε ηρεμία) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ορθοστατική ΑΠ >10 mmHg με συμπτώματα
<ul style="list-style-type: none"> • ΣΑΠ >200 mmHg ή ΔΑΠ >110 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασταθής στηθάγχη
<ul style="list-style-type: none"> • Μη ελεγχόμενες κολπικές ή κοιλιακές αρρυθμίες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεύρυσμα αορτής
<ul style="list-style-type: none"> • Οξεία συστηματική νόσος ή πυρετός 	<ul style="list-style-type: none"> • Μη ελεγχόμενη ταχυκαρδία (>120 bpm)
<ul style="list-style-type: none"> • Ζου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Οξεία περικαρδίτιδα/μυοκαρδίτιδα
<ul style="list-style-type: none"> • Πρόσφατη εμβολή 	<ul style="list-style-type: none"> • Αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης
<ul style="list-style-type: none"> • Θρομβοφλεβίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα
<ul style="list-style-type: none"> • Οξεία θυρεοειδίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπερ/ υποκαλιαιμία

2.7 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΩΝ

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην παιδοκαρδιολογία, συμβάλλοντας στη σημαντική αύξηση των ποσοστών επιβίωσης

παιδιών με συγγενή καρδιοπάθεια. Με τη βελτίωση της συνολικής πρόγνωσης, κατά συνέπεια, μεταφέρθηκε η θνησιμότητα των συγγενών καρδιακών παθήσεων από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Το αποτέλεσμα αυτής της σημαντικής μεταβολής είναι να δοθεί πλέον μεγαλύτερη προσοχή στην βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και στη δευτερογενή πρόληψη. Ωστόσο, παρατηρείται ότι οι επιζώντες, συχνά, έχουν θέματα υγείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους¹⁰¹.

Εκτός από τις ανησυχίες για τη σωματική υγεία και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας των παιδιών με καρδιακές παθήσεις, διατρέχουν κίνδυνο και νευροαναπτυξιακής και κοινωνικοσυναισθηματικής δυσπροσαρμογής. Παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση σε πρόωρο στάδιο της ζωής τους κινδυνεύουν από αναπτυξιακές καθυστερήσεις και γνωστικές διαταραχές¹⁰².

Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης που υφίσταται έχουν μελετηθεί εκτενώς σε ενήλικες με επίκτητη καρδιακή νόσο. Η καρδιακή αποκατάσταση ενηλίκων έχει εξελιχθεί από απλά προγράμματα παρακολούθησης σε πολυεπιστημονικές ομαδικές προσεγγίσεις που προάγουν τη φυσική δραστηριότητα και την εκπαίδευση¹⁰³. Αντίθετα, οι μελέτες σε παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες είναι συγκριτικά λιγότερες και περιορισμένης γεωγραφικής εμβέλειας. Επιπλέον, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για τα παιδιατρικά προγράμματα ΚΑ που να αφορούν τη δομή, τη στελέχωση και τη διάρκεια των προγραμμάτων, σε πλήρη αντίθεση με αυτές των ενηλίκων ασθενών¹⁰¹. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω προκλήσεων, τα τελευταία έτη εντοπίζεται μια αυξανόμενη εστίαση στις προσπάθειες αποκατάστασης για τους παιδιατρικούς ασθενείς, προκειμένου να βελτιώσουν τόσο τη σωματική τους ευεξία όσο και τα αποτελέσματα προσαρμογής τους^{101,103}.

Δεδομένων των πολυάριθμων πλεονεκτημάτων της σωματικής άσκησης, η καρδιακή αποκατάσταση είναι λογική προσθήκη στο σχέδιο θεραπείας για πολλούς παιδιατρικούς ασθενείς. Ο Rhodes και οι συνεργάτες, έδειξαν τόσο τις μακροπρόθεσμες όσο και βραχυπρόθεσμες βελτιώσεις στην καρδιακή λειτουργία και στη συναισθηματική κατάσταση μετά από την ολοκλήρωση των προγραμμάτων ΚΑ σε παιδιατρικούς ασθενείς¹⁰⁴. Οι Wittekind και οι συνεργάτες, παρουσίασαν παρόμοιες βελτιώσεις στην απόδοση της άσκησης μετά από αποκατάσταση 12 εβδομάδων πρόγραμμα¹⁰⁵. Επιπλέον, πρόσφατα δεδομένα από μελέτες έχουν οδηγήσει στη δημιουργία προτεινόμενων δομών προγραμμάτων ΚΑ, εξειδικευμένους στόχους εκπαίδευσης παιδιατρικών ασθενών και εργαλεία αξιολόγησης για την ενίσχυση των παιδιατρικών κέντρων, και την εφαρμογή τους στην ΚΑ^{101,103}. Το 2018, το Τμήμα Παιδιατρικής Καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο Υγείας και Επιστημών του Όρεγκον εφάρμοσε πρόγραμμα ΚΑ για παιδιατρικούς ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες. Εκτός της βελτίωσης της συνολικής φυσικής κατάστασης των συμμετεχόντων, οι στόχοι αυτού του προγράμματος ήταν:

- ➔ Αύξηση της επίγνωσης των ασθενών για το σώμα και τους φυσικούς περιορισμούς τους
- ➔ Προώθηση της σωματικής δραστηριότητας ως ασφαλή και ευχάριστη και
- ➔ Ψυχική ενδυνάμωση, σε έναν πληθυσμό που παραδοσιακά πλήττεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση¹⁰⁶

Αντίστοιχη μελέτη διεξήγαγαν και οι Robert και συνεργάτες, όπου

ενισχύεται η άποψη ότι η παιδιατρική ΚΑ είναι αμφότερα εφικτή και ωφέλιμη για τα παιδιά με καρδιακές παθήσεις. Δεν ήταν ασυνήθιστο για τους φροντιστές να περιγράφουν τις αλλαγές στην αυτοπεποίθηση και τη γενική αλλαγή στη διάθεση που είδαν στα αγαπημένα τους πρόσωπα κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από την ολοκλήρωση του προγράμματος ΚΑ. Επισημάναν, όμως, ότι κατά την ανάπτυξη των παιδιατρικών προγραμμάτων ΚΑ, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ταξιδιωτικές απαιτήσεις/μετακινήσεις, η διάρκεια των χρονικών δεσμεύσεων και το χρηματικό κόστος που επωμίζονται οι οικογένειες ώστε να είναι βιώσιμο το πρόγραμμα¹⁰⁷.

Άποψη που αντικατοπτρίζεται και στην συστηματική ανασκόπηση των Tikkanen και συνεργατών, όπου, μεταξύ άλλων, αναφέρουν ένα σημαντικό αριθμό παραγόντων που ευθύνονται για την υποτίμηση και υποχρησιμοποίηση των προγραμμάτων ΚΑ για παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε:

- συστηματικές ελλείψεις, π.χ. περιορισμένος αριθμός εξειδικευμένων εγκαταστάσεων/προσωπικού
- οικονομικούς περιορισμούς, π.χ. έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για τα προγράμματα·
- άγνοια παρόχου, π.χ. οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποτιμούν την αξία ή/και διαθεσιμότητα προγραμμάτων αποκατάστασης·
- παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, π.χ. υλικοτεχνικά προβλήματα, έξοδα, γονικό άγχος¹⁰¹.

Η επίλυση αυτών των ζητημάτων θα οδηγήσει αναπόφευκτα σε αλλαγές στα επίπεδα των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης, στα πρωτόκολλα ΚΑ και στην αύξηση ευαισθητοποίησης για τη χρήση αυτών των προγραμμάτων στον τομέα της υγείας, τόσο στους εμπλεκόμενους φορείς και επαγγελματίες υγείας όσο και στις οικογένειες που δύναται να ωφεληθούν¹⁰⁶.

2.8 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Παρά το γεγονός ότι η καρδιαγγειακή νόσος εξακολουθεί να αποτελεί τη πιο συχνή αιτία θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως και έχουν παρέλθει περισσότερο από πενήντα χρόνια από την έναρξη της υλοποίησης προγραμμάτων ΚΑ, το περιεχόμενο τους δεν είναι ενιαίο σε όλες τις χώρες κόσμου και δεν υλοποιείται σε όλο τον κόσμο ως δομημένη παρέμβαση ή, έστω, καλύπτοντας μέρος μόνο των παραγόντων κινδύνου του καρδιαγγειακού νοσήματος^{77,79}.

Υπάρχουν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης και παροχής υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης σε αρκετά κράτη της Ασίας, της Υποσαχάριας Αφρικής και του Ειρηνικού Ωκεανού, παρόλο που έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας από καρδιαγγειακές παθήσεις^{79,81}.

Όσον αφορά την χρηματοδότηση, οι Pesah και συνεργάτες, στην συστηματική τους ανασκόπηση, αναφέρουν ότι τα περισσότερα προγράμματα ΚΑ χρηματοδοτήθηκαν από κρατικές δαπάνες (το 73% των μελετών που αναφέρουν πηγή χρηματοδότησης). Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι περιπτώσεις της Ευρώπης και την Κεντρικής Ασίας όπου τα προγράμματα ΚΑ, συχνά, εντάσσονται στο εθνικό σύστημα υγείας ενώ στον υπόλοιπο κόσμο χρηματοδοτούνται από ιδιωτικές ασφαλίσεις των ασθενών όπως στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών,

της Μέση Ανατολής και της Βόρειας Αφρικής⁷⁷. Όσον αφορά την διάγνωση με την οποία γίνεται η παραπομπή, το OEM ήταν η πιο συχνά αποδεκτή διάγνωση στην Ευρώπη και την Κεντρική Ασία, σε σύγκριση με την PCI στην Ανατολική Ασία, στα κράτη του Ειρηνικού Ωκεανού καθώς και στη Λατινική Αμερική και Καραϊβική^{8,38,77}. Αντίθετα, η κολπική μαρμαρυγή δεν αναφέρθηκε ως ένδειξη σε καμία μελέτη που συμπεριλήφθηκε στην ανασκόπηση παρόλο που συσκευές ρυθμού δηλώθηκαν ως ένδειξη ένταξης, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους η Ελλάδα και η Κύπρος^{50,77}.

Σε όλες τις μελέτες, τα προγράμματα ΚΑ εφαρμόζονται από μια διεπιστημονική ομάδα ΚΑ. Οι πιο συχνοί επαγγελματίες υγείας που αποτελούν μέλη της ήταν οι γιατροί, εξειδικευμένοι νοσηλευτές αποκατάστασης, φυσιοθεραπευτές και εξειδικευμένοι επαγγελματίες κινησιολογίας. Σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ότι τα προγράμματα ΚΑ συντονίζονται και οργανώνονται από τον γιατρό, παρατηρήθηκε σε πλήθος μελετών ότι η ανάληψη της συγκεκριμένης θέσης γίνεται από άλλον επαγγελματία υγείας όπως φυσιοθεραπευτές και ειδικούς κινησιολογίας^{65,78}. Όσον αφορά τη θεματολογία των προγραμμάτων ΚΑ, η σωματική δραστηριότητα ήταν ο πυρήνας των περισσότερων προγραμμάτων ΚΑ σε πολλές χώρες του κόσμου και η εκπαίδευση του ασθενή, μαζί με τη διατροφική συμβουλευτική και τη ψυχολογική υποστήριξη, ακολουθούσαν στην κατάταξη^{76,78}.

Οι εναλλακτικές υπηρεσίες στα προγράμματα ΚΑ, όπως περιεγράφηκαν παραπάνω, δεν προσφέρονται, συνήθως, στις περισσότερες χώρες, όπως στη Μέση Ανατολή και στη Βόρεια Αφρική. Σε αυτές τις χώρες, δεν πραγματοποιούνται προγράμματα ΚΑ εκτός νοσοκομείων⁹³. Αντίθετα, στην Αυστραλία προωθούνται προγράμματα που επιτρέπουν στους καρδιαγγειακούς ασθενείς να λαμβάνουν εξατομικευμένη υποστήριξη για την επίτευξη υγιεινού τρόπου ζωής μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού μηνύματος (e-mail), αφού ολοκληρώσουν τις προηγούμενες φάσεις είτε ενδονοσοκομειακά είτε στην κοινότητα ή το σπίτι⁵⁹.

Στην Βόρεια Αμερική, και πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ, πολλά νοσοκομεία προσφέρουν πρόγραμμα ΚΑ για εξωτερικούς ασθενείς, με στόχο να τους βοηθήσουν να επιτύχουν τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους προκειμένου να μειώσουν τον μελλοντικό κίνδυνο καρδιακών προβλημάτων⁷⁴. Παρόλα αυτά, δεν είναι σαφής και ενιαία η δομή των προγραμμάτων που παρέχουν όπως, επίσης, και στα Κέντρα Καρδιακής Αποκατάστασης, ή τουλάχιστον δεν καταγράφεται επαρκώς στις σχετικές μελέτες. Η μόνη σαφής αναφορά είναι, συνήθως, για το πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας¹⁰⁸. Στους ασθενείς που καλύπτονται από ασφάλιση υγείας (Medicaid ή Medicare) προσφέρεται πρόγραμμα άσκησης με συχνότητα τρεις φορές την εβδομάδα για οχτώ (8) έως δώδεκα (12) εβδομάδες. Οι συνεδρίες άσκησης είναι, συνήθως, διάρκειας σαράντα πέντε (45) λεπτών. Στον Καναδά, τα προγράμματα προσφέρονται, συνήθως, για έξι (6) έως οχτώ (8) εβδομάδες^{74,109}.

Στην Ευρώπη, ενώ τα βασικά συστατικά στοιχεία και οι στόχοι ενός καρδιαγγειακού προγράμματος είναι τυποποιημένα, η δομή, η διάρκεια και ο τύπος διαφέρουν από χώρα σε χώρα προσαρμοζόμενα στις εκάστοτε εθνικές οδηγίες (όταν υφίστανται) και πρότυπα, τη νομοθεσία, καθώς, βέβαια, και σε παράγοντες που αφορούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης^{2,37}.

2.8.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες αποκατάστασης χρονίως πασχόντων βρίσκονται

σε εμβρυϊκό στάδιο, γεγονός από τον οποίο δεν εξαιρείται και η αποκατάσταση των ασθενών με καρδιολογικές παθήσεις⁸⁰.

Η ΚΑ ως ολοκληρωμένο πλαίσιο φαίνεται να απουσιάζει, σχεδόν, εντελώς από το Εθνικό Σύστημα Υγείας¹. Το πρόβλημα στην Ελλάδα που εμποδίζει τον σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης είναι ότι η ΚΑ δεν αναγνωρίζεται από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, με αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να μην καλύπτουν τις δαπάνες¹¹⁰. Όμως θα στοίχιζε πολύ λιγότερο στην πολιτεία να επενδύσει σε αυτά τα προγράμματα, όπως γίνεται στην Ευρώπη και στην Αμερική, παρά να αντιμετωπίζει στο κόστος της επαναπερίθαλψης των καρδιοπαθών σε σύντομο χρονικό διάστημα^{108,111}.

Συνθήκες, όπως η έλλειψη υποδομών, η ανεπαρκής σύνδεση των υπηρεσιών αποκατάστασης με το νοσοκομείο, οι παρανοήσεις σχετικά με τα οφέλη της αποκατάστασης ακόμη και από τους επιστήμονες υγείας, η απουσία κατάλληλα εκπαιδευμένου και εξειδικευμένου προσωπικού υγείας αποτελούν τα κυριότερα εμπόδια για τη χώρα μας^{1,110}. Υπάρχουν ελάχιστα εξειδικευμένα δημόσια κέντρα που παρέχουν προγράμματα καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης όπως το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και το Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία»^{110,111}. Τα περισσότερα προγράμματα ΚΑ φαίνεται να περιορίζονται, ως επί το πλείστον, στην ευεργετική επίδραση και στην ενδυνάμωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλο καρδιολογικό νόσημα μέσω της φυσικής δραστηριότητας^{80,112}.

2.9 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πολυάριθμες έρευνες και μετα-αναλύσεις στην διεθνή βιβλιογραφία, επισημαίνουν τα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών σε προγράμματα ΚΑ^{5,8}.

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association) και η Αμερικανική Εταιρεία Εγκεφαλικών Επεισοδίων (American Stroke Association) αναφέρουν ότι μέσω της συμμετοχής των ασθενών σε εξατομικευμένα προγράμματα ΚΑ που περιλαμβάνουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης δίνεται η δυνατότητα σταθεροποίησης, επιβράδυνσης ή και αναστροφής της εξέλιξης της νόσου, μειώνοντας την νοσηρότητα και τη θνητότητα της^{35,65}.

Πιο συγκεκριμένα, τα οφέλη από την ΚΑ προκύπτουν ως αποτέλεσμα του συνδυασμού όλων των συστατικών της⁷. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν συμβουλές διατροφής με την υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, τακτικό έλεγχο του σωματικού βάρους, αξιολόγηση της χρήσης προϊόντων καπνού -που πολλές φορές οδηγούν με παραπομπή σε κέντρο διακοπής καπνίσματος-, εκτίμηση και διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης μετά τη διάγνωση της νόσου, ανίχνευση πιθανού συνδρόμου υπνικής άπνοιας, όπως, επίσης, και συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή^{2,65}. Επομένως, όπου δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και στον έλεγχο της συμμόρφωσης, επιτυγχάνεται σταδιακή αλλαγή στον τρόπο ζωής μέσω της τροποποίησης και μείωσης των παραγόντων κινδύνου με αποτέλεσμα να παρατηρείται μείωση της θνητότητας¹².

Ο Goel με τους συνεργάτες του, απέδειξαν τη μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας αλλά και της θνησιμότητας από κάθε αιτία σε ασθενείς που ακολουθούν δομημένο πρόγραμμα ΚΑ μετά από διαδερμική στεφανιαία επαναγγείωση, εκλεκτική ή μη. Η ΚΑ φάνηκε ότι μειώνει τη φλεγμονή, ευνοεί την

ινωδολυτική ισορροπία, αυξάνει το μεταβολικό ισοδύναμο και τη μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου, καθώς τα προγράμματά της εμπλέκουν τον ασθενή με τη διαδικασία της φυσικής δραστηριότητας και σωματικής ενδυνάμωσης¹¹⁴. Αντίστοιχες παρατηρήσεις για την συστηματική ελεγχόμενη άσκηση έκαναν οι Bethell και οι συνεργάτες του στην έρευνά τους καθώς αναφέρουν ότι οδηγεί σε μείωση της στηθάγχης, ενίσχυση της ροής του αίματος στα στεφανιαία αγγεία και μείωση των αρρυθμιών. Παράλληλα, φάνηκε να βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ, να μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη, να ελαττώνει την αρτηριακή υπέρταση και να βελτιώνει τις ψυχολογικές παραμέτρους. Το τελευταίο, οδηγεί αναπόφευκτα και στην αύξηση της ανεξαρτησίας του ατόμου¹¹⁴. Επιπροσθέτως, η ΚΑ είναι υπεύθυνη για την βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι της σύγχρονης φροντίδας των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, με το να συμβάλλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην ενίσχυση της κοινωνικής ευεξίας, εξυπηρετώντας τον απώτερο στόχο που είναι η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στην κοινότητα^{3,7}. Τέλος, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των επαναλαμβανόμενων νοσηλείων και των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ορίζοντας την ΚΑ ως την πιο αποδοτική –σε σχέση με το κόστος- παρέμβαση για την εξασφάλιση ευνοϊκών αποτελεσμάτων σε ένα ευρύ φάσμα καρδιαγγειακών παθήσεων^{4-5,8}.

Η ετερόκλητη φύση των ομάδων των ασθενών που θα ωφεληθούν από την καρδιακή αποκατάσταση τονίζει τη σημασία της προσαρμογής των προγραμμάτων στις μεμονωμένες ανάγκες τους, οπότε θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους τους κατάλληλους ασθενείς. Δυστυχώς, οι περιορισμένοι πόροι, συχνά, απαιτούν ιεράρχηση προτεραιοτήτων, δημιουργώντας προβλήματα στην εφαρμογή των προγραμμάτων ή στην εύρυθμη λειτουργία τους¹¹⁵. Επομένως, στόχος όλων των παγκόσμιων στρατηγικών ενίσχυσης της ΚΑ είναι η βελτίωση των ποσοστών συμμετοχής στα προγράμματα, καθώς φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στην έκβαση των ασθενών όσο και στην αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης^{7,50}.

2.10 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Παρά τα αναμφισβήτητα οφέλη, τα υπάρχοντα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης δεν αξιοποιούνται, πάντα, επαρκώς σε αρκετές χώρες λόγω σημαντικών ανασταλτικών παραγόντων που δημιουργούν προβλήματα στην εφαρμογή τους⁹. Παρά τις συστάσεις από την ESC, λιγότερο από το 20% των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης στην Ευρώπη σύμφωνα με πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα⁷³. Στις ΗΠΑ, αντίστοιχα, λιγότεροι ασθενείς από το 30% συμμετέχουν μέχρι σήμερα σε εποπτευόμενα δομημένα προγράμματα αποκατάστασης μετά από ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο⁷⁴.

Όσο αναγκαία και αν έχει κριθεί η εφαρμογή προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, τόσο δύσκολη είναι η υλοποίησή τους σε κάποιες χώρες και αυτό οφείλεται στην ανεπαρκή νομοθεσία, στην ανεπαρκή χρηματοδότησή τους αλλά και στην έλλειψη κατάλληλων υποδομών⁵⁷.

Σε χώρες υψηλού εισοδήματος οι λόγοι για την υπο-αξιοποίηση των προγραμμάτων, βρίσκονται σε τρία αλληλένδετα επίπεδα: του ασθενούς, του παροχέα/επαγγελματία υγείας, και του υγειονομικού συστήματος και θα

αναλυθούν παρακάτω.

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
Α) Προσβασιμότητα στο κέντρο αποκατάστασης – πρόγραμμα	Η δυσκολία πρόσβασης στο κέντρο αποκατάστασης αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για τη συμμετοχή των ασθενών σε πρόγραμμα ΚΑ ⁹ . Οι μελέτες, εκτίμησαν τη δυσκολία πρόσβασης σε κέντρο ΚΑ μέσω διαφόρων παραμέτρων όπως για παράδειγμα η έλλειψη μεταφορικού μέσου και η απόσταση μέχρι το κέντρο αποκατάστασης. Οι περισσότερες μελέτες έδειξαν ότι η συμμετοχικότητα ήταν μικρότερη για τους ασθενείς που ζούσαν σε απομακρυσμένες περιοχές ^{5,9} . Μάλιστα, στις μελέτες των DeVos και συνεργατών, Ali και συνεργατών, και Borg και συνεργατών, η πρόσβαση στο κέντρο αποκατάστασης αποτέλεσε τον κυριότερο παράγοντα δυσκολίας συμμετοχής σε πρόγραμμα ΚΑ ¹¹⁷⁻¹¹⁹ .
Β) Εισόδημα - Ασφαλιστική κάλυψη	Όπως ήταν αναμενόμενο, το εισόδημα, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο στην ΚΑ ⁹ . Σε αρκετές μελέτες παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με μεγαλύτερο εισόδημα, απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ασφαλιστική κάλυψη είχαν μεγαλύτερη συμμετοχή σε συνεδρίες ΚΑ ¹²⁰⁻¹²² . Αξίζει να σημειωθεί βέβαια, ότι στη μελέτη των Ali και συνεργατών, οι ερευνητές ανέφεραν ότι δεν παρατήρησαν καμία συσχέτιση του εισοδήματος με τη συμμετοχή των ασθενών σε πρόγραμμα ΚΑ ¹¹⁸ . Τέλος, σε σύγκριση με άλλες παρεμβάσεις, τα τρέχοντα επίπεδα αποζημίωσης για καρδιακή αποκατάσταση μπορεί να είναι πολύ χαμηλά για την κάλυψη του κόστους ή να ενθαρρύνει ενεργά την εμπορία των προγραμμάτων από τα νοσοκομεία ή τις ανεξάρτητες εγκαταστάσεις ^{9,117} .
Γ) Ποιότητα Φροντίδας	Επίσης, ακόμη ένα εμπόδιο που εντοπίστηκε ήταν το επίπεδο φροντίδας που είχαν λάβει οι ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους καθώς επίσης και ο τύπος αποκατάστασης, ⁷⁷ . Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν λάβει καλύτερη ποιότητα φροντίδας τόσο κατά τη διάρκεια του συμβάντος όσο και μετά (σε επίσκεψη στο σπίτι) παρουσίαζαν θετικότερη διάθεση να συμμετέχουν σε συνεδρίες ΚΑ ⁹ . Παρομοίως, ασθενείς οι οποίοι είχαν αντιμετωπιστεί με τη μέθοδο της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης ήταν πιο εύκολο να συμμετέχουν σε πρόγραμμα ΚΑ ¹²⁰ .
2. ΕΜΠΟΔΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
Α) Ενημέρωση και ελλιπής εκπαίδευση από μέρους των επαγγελματιών υγείας	Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς για συμμετοχή σε ΚΑ πολλές φορές αποτελεί ακόμη ένα παράγοντα που δυσχεραίνει την κατάσταση ^{9,57} . Αν και στο σύνολο των μελετών οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι δέχθηκαν προτροπή από τους επαγγελματίες υγείας για να λάβουν μέρος σε συνεδρίες ΚΑ, αρκετοί ήταν και οι ασθενείς

	<p>που δεν τους έγινε καμία ενημέρωση⁷⁷. Πιστεύεται ότι η ελλιπής εκπαίδευση και η υποτίμηση πολλές φορές των αναγκών των ασθενών αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν τη μη συμμετοχή των ασθενών. Άλλος σημαντικός λόγος είναι η έμφαση των γιατρών σε καρδιολογικά φάρμακα και σε διαδικασίες επαναγγείωσης^{57,89}. Παράλληλα, σε κάποιες μελέτες αναφέρθηκαν πως η έλλειψη ελεύθερου χρόνου αποτελούσε εμπόδιο στην απόφαση συμμετοχής σε πρόγραμμα ΚΑ^{117,119}.</p>
<p>3) ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ:</p>	
<p>Α) Φύλο</p>	<p>Ο παράγοντας φύλο μέσα από το σύνολο των μελετών φαίνεται πως αποτελεί ακόμα ένα εμπόδιο στη συμμετοχή σε πρόγραμμα ΚΑ⁷⁷. Δυστυχώς, παρατηρούνται ανισότητες στη διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ του φύλου, ένα φαινόμενο ήδη γνωστό από το 1991, όταν ο Healy περιέγραψε το «σύνδρομο Yentl», υποδηλώνοντας μεροληψία και ανισότητα μεταξύ των φύλων στην διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων¹²³. Τέτοιες ανισότητες εξηγούνται και από τα ευρήματα δυο πρόσφατα μεγάλων μελετών¹²⁴⁻¹²⁵.</p> <p>Για την ακρίβεια, οι περισσότερες μελέτες τονίζουν πως η συμμετοχή των γυναικών που έχει υποστεί κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο είναι μικρότερη σε σύγκριση με αυτή των ανδρών^{46,119,120}. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, η διαφορά αυτή φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες υποστηρίζουν πως έχουν περισσότερες οικογενειακές υποχρεώσεις και τείνουν να είναι επιφορτισμένες με τις δουλειές του σπιτιού και την ανατροφή των παιδιών όπως η φροντίδα των εγγονιών και κατ' επέκταση λιγότερο ελεύθερο χρόνο για να συμμετέχουν σε πρόγραμμα ΚΑ^{93,117}. Επίσης, οι γυναίκες τείνουν να δείχνουν χαμηλότερο ενδιαφέρον και για την αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων τους^{9,46}.</p> <p>Οι Aragam και συνεργάτες, υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας συνηθίζουν να προτρέπουν συχνότερα τους άνδρες να συμμετέχουν σε πρόγραμμα ΚΑ αντί των γυναικών. Ακόμη, αναφέρουν πως η αντίληψη ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μικρότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο και ότι δεν θα επωφεληθούν όσο οι άνδρες από ένα πρόγραμμα ΚΑ αποτελούν αιτίες που ίσως ενισχύουν την κατάσταση αυτή¹²⁶.</p>
<p>Β) Ηλικία</p>	<p>Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν και τονίζουν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν υποστεί κάποιο καρδιαγγειακό συμβάν, συμμετέχουν λιγότερο σε συνεδρίες ΚΑ, σε σύγκριση με νεότερους ασθενείς⁷⁵. Μόνο στα ευρήματα δύο μελετών, οι μεγαλύτερη σε ηλικία ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερη συμμετοχικότητα σε πρόγραμμα ΚΑ^{75,122}.</p> <p>Στη μελέτη των Ali και συνεργατών, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ηλικία δεν αποτελεί εμπόδιο, αφού δε φάνηκε να επηρεάζει την απόφαση τους να συμμετέχουν σε πρόγραμμα¹¹⁸. Το ευρήματα αυτά ενισχύονται και από άλλες</p>

	<p>μελέτες που αναφέρουν ότι η συμμετοχή μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας, κάτι το οποίο θεωρείται οξύμωρο αφού οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς γενικά θεωρείται ότι έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο^{75,79}. Πιστεύεται ότι κύριοι λόγοι που ενισχύουν το εμπόδιο αυτό είναι η δυσκολία πρόσβασης, η αντίληψη ότι δε θα επωφεληθούν απ' αυτό και ότι η άσκηση του προγράμματος είναι προσαρμοσμένη, για τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς^{5,89}.</p> <p>Ωστόσο, παρόλο που οι ηλικιωμένοι και οι γυναίκες συμμετέχουν λιγότερο σε πρόγραμμα αποκατάστασης τα οφέλη γ'αυτούς θα ήταν μεγαλύτερα συγκριτικά με τους υπόλοιπους αν συμμετείχαν^{122,127}.</p>
Γ) Οικογενειακή κατάσταση	<p>Οι ασθενείς που ζούσαν με την οικογένεια τους και ιδιαίτερα οι έγγαμοι παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχικότητας σε πρόγραμμα ΚΑ σε αντίθεση με ασθενείς που ήταν ανύπαντροι^{120,121}. Έτσι γίνεται αντιληπτό, ότι το να ζει κάποιος μόνος τους χωρίς την παρουσία υποστηρικτικού δικτύου (σύντροφοι, οικογένεια, φίλους κτλ.) ίσως αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα συμμετοχής σε ΚΑ⁵⁷.</p>
Δ) Εργασιακή κατάσταση	<p>Η εργασιακή κατάσταση φαίνεται ότι αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο εμπόδιο για την συμμετοχή των ασθενών με ΟΕΜ σε πρόγραμμα ΚΑ⁵⁷. Συγκεκριμένα, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι ασθενείς είχαν μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής σε πρόγραμμα ΚΑ, αν και αναμενόταν οι ασθενείς που δε εργάζονται να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής λόγω μεγαλύτερης ευχέρειας χρόνου¹¹⁹⁻¹²¹. Μια πιθανή εξήγηση έχει να κάνει με την αντίληψη ότι η εργασία θεωρείται μέρος της ευεξίας των εργαζόμενων ασθενών, εξού και ο λόγος που επιθυμούν γρήγορη αποκατάσταση της υγείας τους ώστε να επιστρέψουν σε αυτή. Αντίθετα, η μελέτη των Ali και συνεργατών, εκφράζει διαφορετική άποψη¹¹⁸.</p>
Ε) Συννοσηρότητες	<p>Μελέτες έδειξαν ότι η ύπαρξη συννοσηροτήτων όπως ΣΔ, ΑΥ, κ.ά. αποτελούν ακόμη ένα εμπόδιο στη συμμετοχή σε πρόγραμμα ΚΑ^{72,75}. Συγκεκριμένα, σε ορισμένες μελέτες παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με συννοσηρότητες παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχικότητας¹¹⁸⁻¹²⁰ παρά το γεγονός ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα ΚΑ έχει θετικές επιδράσεις τόσο στο λιπιδαιμικό προφίλ, στη μείωση των επιπέδων ΑΠ όσο και στη μείωση των επιπέδων στρες¹¹⁴.</p>
Στ) Φυλή – Γλώσσα	<p>Με βάση τα ευρήματα αρκετών μελετών φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις, η φυλή των ασθενών μπορεί να αποτελέσει ακόμη έναν ανασταλτικό παράγοντα για συμμετοχή σε πρόγραμμα ΚΑ^{57,117,122}. Συγκεκριμένα, όλες οι μελέτες έδειξαν πως οι ασθενείς που ανήκαν στη λευκή φυλή παρουσίαζαν μεγαλύτερη συμμετοχικότητα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη φυλή⁸¹. Πιστεύεται ότι ενισχυτικός παράγοντας του εμποδίου</p>

	<p>αυτού, θεωρείται και η μητρική γλώσσα του κάθε ασθενή, αφού έτσι δημιουργούνται κενά και δυσκολίες στην επικοινωνία⁹.</p> <p>Μελέτες έχουν αποκαλύψει στις ΗΠΑ διαφορές στα ποσοστά παραπομπής για ΚΑ μεταξύ λευκών και των μειονοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες και οι μαύροι ήταν λιγότερο πιθανό να παραπεμφθούν σε σχέση με τους λευκούς άνδρες¹²².</p>
Ζ) Αντιλήψεις	<p>Στις μελέτες των DeVos και συνεργατών, ανάμεσα στους ασθενείς επικρατούσε η αντίληψη ότι μπορούσαν να διαχειριστούν το καρδιαγγειακό τους νόσημα, ολομόναχοι, χωρίς την καθοδήγηση από κάποιο επαγγελματία υγείας¹¹⁷. Κάτι αντίστοιχο, παρατηρήθηκε και στη μελέτη των McKee και συνεργατών, όπου οι ασθενείς πίστευαν ότι δε θα επωφεληθούν από το πρόγραμμα ΚΑ καθώς, επίσης, θεωρούσαν δύσκολο να το φέρουν εις πέρας¹²¹.</p>
Η) Προηγούμενο επίπεδο φυσική κατάσταση/ Μη προσκόλληση στην άσκηση	<p>Ένα κύριο εμπόδιο ευρείας συμμετοχής των ασθενών σε προγράμματα φυσικής κατάρτισης, παρά τις συστάσεις από την ESC, είναι η μειωμένη αποτελεσματικότητα που παρουσιάζουν λόγω της μη-προσκόλλησης, σε αυτά⁵⁷. Η προσκόλληση στην άσκηση είναι ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής ενεργεί σύμφωνα με τις οδηγίες που πήρε με την συνταγογράφηση της άσκησης ως προς τη συχνότητα, την ένταση, την διάρκεια και τον τύπο⁵. Η εμμονή στην άσκηση είναι η συσσώρευση του χρόνου από την έναρξη μέχρι την διακοπή της θεραπείας και μετράται σε εβδομάδες, μήνες, κλπ¹²⁷. Κάποιες μελέτες έδειξαν πως οι ασθενείς που πριν το συμβάν δε διατηρούσαν ένα ικανοποιητικό επίπεδο φυσικής κατάστασης, στη συνέχεια, φαίνεται να δυσκολεύονταν να λάβουν μέρος σε προγράμματα ΚΑ5,¹¹⁸.</p>
Θ) Καπνιστική συνήθεια	<p>Εξαιρετικά σημαντικό εμπόδιο στην ΚΑ ήταν η καπνιστική συνήθεια αφού αρκετές μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς που ήταν καπνιστές δε ήθελαν να συμμετέχουν σε πρόγραμμα ΚΑ και να προβούν σε διακοπή του καπνίσματος^{57,119,122}.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΜΑΔΑΣ

Οι ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική πραγματικότητα είναι μια συνισταμένη διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών των διαφόρων ομάδων και ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του συνόλου της προσωπικότητας με το περιβάλλον. Αναμφίβολα, λοιπόν, η ομάδα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αντικείμενα μελέτης, κερδίζοντας όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια και στις επιστήμες υγείας¹²⁸.

Τι είναι όμως ομάδα και γιατί παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία; Στην ελληνική βιβλιογραφία, συνήθως, ορίζεται ως τη δυναμική συγκέντρωση δύο ή περισσότερων ανθρώπων, που συμμετέχουν τυχαία ή συνειδητά στη σύσταση κοινωνικής μονάδας, και υπό συνθήκες ενότητας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, με κοινούς στόχους, κίνητρα, αξίες, στάσεις, με ομοιογενή συμπεριφορά και με διαφορετικούς ρόλους και καθήκοντα^{129,130}. Στη διεθνή βιβλιογραφία, αντίστοιχα, ορίζεται, συνήθως, ως ένα διακριτό σύνολο από δύο ή περισσότερα άτομα που αλληλοεπιδρούν δυναμικά, αλληλένδετα και προσαρμοστικά προς ένα κοινό και αξιολογικό στόχο, στους οποίους έχουν ανατεθεί συγκεκριμένοι ρόλοι ή λειτουργίες για να εκτελέσουν και οι οποίοι έχουν περιορισμένη διάρκεια συνεργασίας^{131,132}. Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, συμπεραίνουμε ότι η ομάδα είναι ουσιαστικά ένα σύστημα που διαθέτει συγκεκριμένη δομή και λειτουργία και εντός αυτής τα άτομα αλληλεπιδρούν συλλογικά με τις ιδέες και τις αντιλήψεις τους και ατομικά για την κάλυψη προσωπικών αναγκών¹²⁹. Τα χαρακτηριστικά της ομάδας και η δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της ομάδας, μέσω των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους και των σχέσεων που αναπτύσσονται, επηρεάζουν άμεσα τις πρακτικές τους, τόσο θετικά όσο και αρνητικά¹³³. Τα κύρια χαρακτηριστικά μιας ομάδας είναι:

- α. Συγκεκριμένοι ρόλοι, υπευθυνότητες και σκοποί.
- β. Αλληλεπίδραση, όπου οι ατομικές ενέργειες επηρεάζουν τη συμπεριφορά των υπολοίπων,
- γ. Συγκεκριμένος τρόπος επικοινωνίας της ομάδας με το ευρύτερο περιβάλλον
- δ. Κοινές αξίες, κανόνες και συμπεριφορές
- ε. Συγκεκριμένες ανάγκες και επιδιώξεις (ατομικές και συλλογικές) όπου εξυπηρετούν τους σκοπούς δράσης της ομάδας,
- στ. Διαδικασίες συνοχής, που συγκρατούν τα μέλη εντός της ομάδας, και εξαρτώνται από το αίσθημα ασφάλειας, αποδοχής και ικανοποίησης των μελών¹³⁴.

Όσο πιο κοινές είναι οι στάσεις και αντιλήψεις, τα ενδιαφέροντα, οι αναζητήσεις και οι σκοποί των μελών, τόσο αυξάνει η συνοχή της ομάδας, δημιουργείται αίσθημα εμπιστοσύνης, χτίζεται τοίχος προστασίας από εξωτερικούς ή εσωτερικούς κινδύνους, και τελικά ενδυναμώνεται η ομάδα¹²⁹. Παρόλα αυτά, η ομάδα χαρακτηρίζεται και από έντονα συναισθήματα, εντάσεις και συγκρούσεις

μεταξύ των μελών, που επηρεάζουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά τους τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε συναισθηματικό, διαμορφώνοντας, παράλληλα, τη δυναμική και τη διεργασία της ομάδας^{128,134}.

Συνοπτικά, οι σχέσεις αλληλεπίδρασης, αλληλεγγύης και αλληλεξάρτησης που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της ομάδας, έχουν τη δυνατότητα:

- Να ορίσουν τη δυναμική της ομάδας (το κλίμα, την εμπιστοσύνη, τον αυθορμητισμό, τη δράση και τη δημιουργικότητα)
- Να ενισχύσουν και να βελτιστοποιήσουν την αξιοποίηση των επιμέρους γνώσεων για την επίτευξη του κοινού στόχου
- Να ενδυναμώσουν το αίσθημα του ανήκειν και της προσφοράς και μέσω της ανατροφοδότησης, να βοηθήσουν τα μέλη να αποκτήσουν αυτογνωσία και να διαμορφώσουν θετική αυτο-εκτίμηση και αυτο-εικόνα^{132,134}.

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς και χαρακτηριστικά, παρατηρούμε ότι κάθε ομάδα αποτελεί ένα ζωντανό οργανισμό που γεννιέται, αναπτύσσεται και πεθαίνει όταν διαλύεται η ομάδα. Οι ομάδες θέτουν σαφείς διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στο «μέσα» και στο «έξω» και, ανάμεσα στο «εμείς» και οι «άλλοι»^{128,130}.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, γενική παραδοχή αποτελεί ότι η υγεία είναι μια συνάρτηση οικονομικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι η ολιστική προσέγγιση της είναι απαραίτητη⁴⁷. Γι' αυτό και η θεραπεία και η αποκατάσταση δεν αποτελεί ευθύνη μιας μόνο ειδικότητας, αλλά απαιτεί την συντονισμένη προσφορά όλων των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου ως σωματοψυχικού συνόλου^{20,22}. Κάτω από το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς, οι σύγχρονοι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι οφείλουν να αποφεύγουν την ατομική δραστηριότητα του επαγγέλματός τους και ότι οφείλουν να προσφεύγουν στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ξεπερνώντας, με αυτό τον τρόπο, το εμπόδιο της εξειδίκευσης και αντιμετωπίζοντας τον εξυπηρετούμενο ολιστικά^{25,132}.

3.2 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα ο τομέας της αποκατάστασης αλλά και γενικότερα τα συστήματα υγείας επιτείνουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης και λειτουργίας μιας διεπιστημονικής ομάδας στην παροχή φροντίδας για την επίτευξη της διασφάλισης συνεχούς, ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας ως σημείο επαφής με το σύστημα υγείας^{20,131}. Διεπιστημονική ομάδα στον τομέα της υγείας σημαίνει η ομάδα που αποτελείται από διάφορους επιστήμονες υγείας, που αλληλεπιδρούν δυναμικά και μοιράζονται κοινούς ασθενείς και κοινούς στόχους για την καλύτερη περίθαλψη, διαχείριση και αποκατάσταση των ασθενών^{132,135}. Η αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας ομάδας εξαρτάται από τη σαφήνεια των στόχων, το επίπεδο συμμετοχής και συνεργασίας, την έμφαση στην ποιότητα και την υποστήριξη για καινοτομία¹³³.

Η διεπιστημονική συνεργασία (Interprofessional Collaboration Practise-IPCP) υφίσταται όταν οι επαγγελματίες της υγείας συμβουλευονται με κατάλληλες παραπομπές σε διαφορετική ειδικότητα, όταν χρειάζεται, αλλά και συμβάλλουν τον ασθενή από κοινού για την κατάρτιση ενός σχεδίου φροντίδας και θεραπείας και αποκατάστασης, όπως συμβαίνει με το παράδειγμα της ΚΑ^{18,135}. Επομένως, πρέπει

να γίνεται σε επιστημονική βάση και να στοχεύει στην επίτευξη ενός σκοπού, που απαιτεί αλληλεξαρτώμενες γνώσεις, δηλαδή την εμπειρία και τις υπηρεσίες ποικίλων επιστημονικών τομέων²⁵. Εκτός όμως από την ευκαιρία που προσφέρεται στους επαγγελματίες να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους μέσω της συνεργασίας τους για την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας, η διεπιστημονική συνεργασία συμβάλλει υποστηρικτικά και βοηθά τους επαγγελματίες μέλη της ομάδας να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις δύσκολες επαγγελματικές τους εμπειρίες μέσω της ανταλλαγής γνώσεων και πρακτικών^{20,132}. Επιπροσθέτως, ο ΠΟΥ περιγράφει την διεπιστημονική συνεργασία ως την πλήρη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από πολλούς επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο, οι οποίοι επιδιώκουν να συνεργαστούν με ασθενείς, οικογένειες, παρόχους φροντίδας και κοινότητες, ώστε να παρέχουν την υψηλότερη ποιότητα φροντίδας¹³⁶. Αυτός ο ορισμός υπογραμμίζει τις βασικές πτυχές της διεπιστημονικής συνεργασίας, ότι δηλαδή η εστίαση της προσοχής του επαγγελματία αφορά τον ασθενή, την οικογένεια, και τις σχέσεις με τους άλλους επαγγελματίες υγείας¹³².

Τέλος, η διεπιστημονική φροντίδα που βασίζεται στην ομάδα ορίζεται περαιτέρω ως παροχή φροντίδας στον ασθενή και δημιουργείται σκόπιμα, με τα μέλη της να αναγνωρίζουν οι ίδιοι ότι έχουν συλλογική ταυτότητα και κοινή ευθύνη για ένα ασθενή¹³⁵.

3.3. ΟΜΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του χώρου υγείας καθιστούν αναγκαία τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών και επιστημόνων και διευρύνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής⁸⁰. ΗΚΑ αποτελεί το ιδανικό περιβάλλον για μια τέτοια προσέγγιση καθώς είναι μια πολυπαραγοντική, διεπιστημονική και εξατομικευμένη παρέμβαση για την αξιολόγηση και διαχείριση του καρδιαγγειακού κινδύνου².

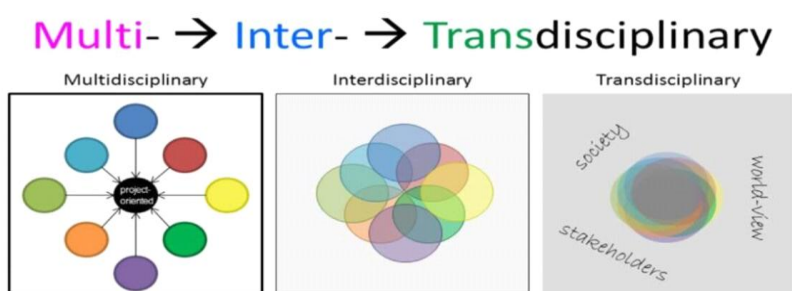
Ένα κλασικό πρόγραμμα ΚΑ πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ώστε να σχεδιάζει, να υλοποιεί και να επιβλέπει τα αντίστοιχα προγράμματα³. Η ομάδα αυτή, θα πρέπει να τονίζει διαρκώς στον ασθενή τη σημασία των προληπτικών μέτρων και να αλληλοεπιδρά με άλλους επαγγελματίες υγείας, διασφαλίζοντας ότι οι στρατηγικές πρόληψης έχουν διάρκεια και ακολουθούνται από τον ασθενή και στις επόμενες φάσεις της αποκατάστασης⁸. Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει ένα υπόβαθρο εξειδίκευσης και κατάρτισης και πρέπει να δηλώνονται με σαφήνεια τα ειδικά επαγγελματικά προσόντα, η εκπαίδευση, οι ευθύνες, τα γενικά και ειδικά καθήκοντα και ο/η καθένας/καθεμία να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απόκλιση των πτυχών της ΚΑ². Όλο το προσωπικό των προγραμμάτων πρέπει να είναι εκπαιδευμένο στην εξειδικευμένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, στις πρώτες βοήθειες, στη χρήση απινιδωτή και στην αντιμετώπιση επειγόντων συμβαμάτων^{2,50}.

Σύμφωνα με την British Association for Cardiac Rehabilitation (BARC), η αναλογία των μελών της ομάδας αποκατάστασης προς τον αριθμό των ασθενών δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 μέλος για 5 ασθενείς (1:5) στη φάση II⁶. Στην Αυστραλία όμως, κατά τις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν εκδοθεί από τους αντίστοιχους επιστημονικούς φορείς, η αναλογία προτείνεται να μην ξεπερνά το 1 για 10 ή 15 ασθενείς, κυρίως στη φάση III¹³⁷.

Η σύσταση της ομάδας ΚΑ δεν είναι απόλυτη και συγκεκριμένη, καθώς

διαμορφώνεται με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις ιδιαιτερότητες/εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών, ώστε να προσφέρει πολύπλευρη και ολοκληρωμένη φροντίδα³. Συνήθως, η βασική σύνθεση μιας ομάδας ΚΑ είναι ο γιατρός (καρδιολόγος, καρδιοχειρουργός, γενικός ιατρός, παθολόγος κ.ά), ο φυσιοθεραπευτής, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής αποκατάστασης, ο διαιτολόγος και ο ψυχολόγος². Υπάρχουν προγράμματα ΚΑ που έχουν εντάξει στην ομάδα ΚΑ κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή και φαρμακοποιό⁸, ενώ υπάρχουν αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία σχετικά με την συμμετοχή του επισκέπτη υγείας στα προγράμματα ΚΑ^{12-13,15,18} και στις κλινικές δευτερογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών παθήσεων^{17,24}.

3.4 ΤΥΠΟΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Differentiation between Interdisciplinary and Transdisciplinary Concepts

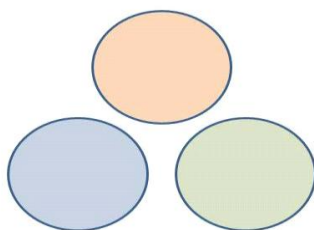
Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ένα ευρύ φάσμα ορισμών που περιγράφει την εργασιακή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ορισμένοι από αυτούς που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την περιγραφή ομάδων υγειονομικής περίθαλψης είναι η διεπιστημονική «interdisciplinary», η διεπαγγελματική «interprofessional», η πολυεπαγγελματική «multiprofessional», η πολυεπιστημονική «multidisciplinary», η ενδοεπιστημονική «intraprofessional» και η υπερεπιστημονική «transdisciplinary»^{20,132}. Συχνά, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στην βιβλιογραφία και αναφέρονται τόσο σε διαφορετικούς τύπους ομάδων όσο και σε διαφορετικούς διαδικασίες εντός αυτών. Επίσης, παρατηρείται ότι χρησιμοποιούνται, συχνά, σε συνδυασμό με τον όρο ομαδική εργασία¹³¹. Ωστόσο, ο όρος «διεπιστημονική ομάδα» χρησιμοποιείται ως γενικός όρος αναφοράς για τις συγκεκριμένες ομάδες υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνουν μια σειρά εργαζομένων στον τομέα της υγείας, τόσο επαγγελματιών όσο και μη επαγγελματιών, με την πλειονότητα να προέρχεται από επαγγελματικές ομάδες¹³².

Αυτός ο όρος έχει επιλεγεί να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη για αποφυγή συγχύσεων μεταξύ ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες σταθερές διακρίσεις που είναι χρήσιμο να κατανοηθούν. Η λέξη «discipline» έχει και την έννοια του επιστημονικού κλάδου, του τομέα γνώσεων¹³⁸, και για τον λόγο αυτό στην παρούσα έρευνα, θα αποδίδεται με την έννοια «επιστημονικό» όσον αφορά τον επιθετικό προσδιορισμό της ομάδας, καθώς ύστερα από βιβλιογραφική αναζήτηση, θεωρείται ότι αποδίδει πιο σωστά τη συνεργασία των διαφορετικών επιστημόνων στη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στη διεπιστημονική ομάδα υπάρχει γνώση για τον ρόλο του κάθε επαγγελματία, με διατήρηση, όμως, παράλληλα των επαγγελματικών ορίων στην εργασία του καθένα. Επιπλέον, τα μέλη που απαρτίζουν την ομάδα ενδέχεται να προέρχονται από μη συναφείς ειδικότητες ή από μη συναφή επιστημονικά πεδία¹³⁵. Παρόλα αυτά, οι διεπιστημονικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να έχουν πιο επίσημες δομές, όπως κοινές διαδικασίες λήψης αποφάσεων και επίλυσης συγκρούσεων και προβλημάτων¹³¹. Τα μέλη μπορούν να λειτουργήσουν από μόνα τους (αυτονομία), αλλά παράλληλα θα πρέπει να λειτουργήσουν και ως ομάδα (συνεργασία) με τα υπόλοιπα μέλη για την υλοποίηση των στόχων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών¹³⁴. Επιπρόσθετα, υπάρχουν τρεις κύριες ιδιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η συνεργασία, για την επίτευξη της οποίας τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να κατέχουν την ικανότητα της συνεργατικής δράσης. Δεύτερο χαρακτηριστικό είναι ότι τα μέλη πρέπει να είναι βέβαια ότι επιθυμούν να συμμετέχουν, στοιχείο το οποίο υποστηρίζει το τρίτο χαρακτηριστικό, που είναι η κατάλληλη δέσμευση εκ μέρους τους^{130,133}.

Με τον όρο «διεπιστημονική ομάδα υγείας» συνδέεται και ο όρος «διεπιστημονική» ή «διεπαγγελματική εκπαίδευση» (interprofessionaleducation), ο οποίος στο πεδίο των επιστημών υγείας αναγνωρίζεται ως «η δυναμικά αποτελεσματική μέθοδος για την ενίσχυση της πρακτικής που βασίζεται στη συνεργασία»¹³⁶. Ο όρος αυτός συνδέεται άρρηκτα και με την άποψη πολλών μελετητών που υποστηρίζουν τις ενέργειες για τη θραύση των ορίων και την οικοδόμηση γεφυρών ανάμεσα στους επιστημονικούς κλάδους. Άλλωστε, η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οποία προωθεί τον αμοιβαίο διεπιστημονικό σεβασμό, την καλή λειτουργία της ομάδας και την ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων, μαζί με την οργανωσιακή υποστήριξη τόσο στο σύστημα υγείας, όσο και σε πρακτικό επίπεδο, την αφιέρωση χρόνου για συνεχιζόμενη ανάπτυξη της ομάδας και την αποτελεσματική ηγεσία, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της ομάδας^{131,136}.

3.4.1 ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ



Εικόνα 2.1 Πολυεπιστημονική ομάδα.

Ο όρος «multidisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «πολυεπιστημονική ομάδα»¹³⁸. Το α' συνθετικό «πολυ-» δηλώνει ότι το β' συνθετικό «επιστημονική» «υπάρχει σε μεγάλη ποσότητα, ένταση και έκταση ή επιτείνει τη σημασία του ή βρίσκεται σε μεγάλη συχνότητα σε σχέση με αυτό που δηλώνει το β' συνθετικό»¹³⁹. Άρα, πρόκειται για μία ομάδα στην οποία πολλοί διαφορετικοί επιστήμονες εργάζονται ανεξάρτητα, παράλληλα ή διαδοχικά πάνω σε

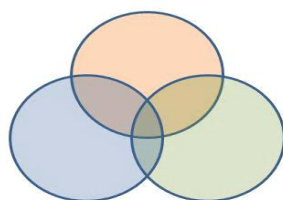
διαφορετικές θεωρήσεις του ίδιου αντικείμενου και κάθε μέλος έχει διαφορετικούς στόχους, ανάλογα με το επιστημονικό του αντικείμενο και εντός των ορίων που αυτό προσδιορίζει¹⁴⁰. Αυτός είναι και ο πιο συχνός μέχρι πρόσφατα τρόπος εργασίας των ομάδων στο παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο¹³¹(Εικόνα 2.1).

Η πολυεπιστημονική συνεργασία επιτυγχάνεται με την ομαδική εργασία επαγγελματιών ποικίλων καθηκόντων για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας που καλύπτει μεγάλο εύρος των αναγκών των ασθενών. Ειδικότερα, η ομάδα αυτή μπορεί να συμπεριλαμβάνει: γενικούς ιατρούς, βοηθούς γενικών ιατρών, νοσηλεύτες, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας¹³².

Η έννοια της πολυεπιστημονικής ομάδας περιλαμβάνει δύο ομάδες μεταβλητών: τα συστατικά της διεπιστημονικότητας και τα συστατικά της ομάδας. Η σύσταση της ομάδας ενδέχεται να αλλάζει, αντανακλώντας τις μεταβαλλόμενες κλινικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς. Όσο πιο πολλές ομάδες επαγγελματιών υγείας διαφορετικών καθηκόντων εμπλέκονται, τόσο αυξάνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και υλοποιούνται περισσότερες καινοτόμες ιδέες μέσω της διάχυσης της πληροφορίας και των καναλιών επικοινωνίας¹⁴⁰.

Στο πλαίσιο της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά, η πολυπλοκότητα της φροντίδας, συχνά, απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων επαγγελματιών υγείας⁷. Οι ασθενείς, και ιδιαίτερα αυτοί που αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας από διεπιστημονικές ομάδες υγείας και ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την πάθησή τους, τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας και οι προσδοκίες τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας φαίνεται να καθορίζουν τη συμμετοχή και τη στάση τους απέναντι στις ομάδες αυτές^{8,23}.

3.4.2 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ

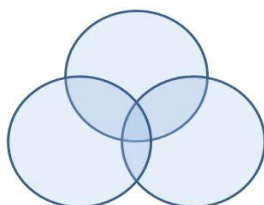


Εικόνα 2.2 Διεπιστημονική ομάδα.

Ο όρος «interdisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «διεπιστημονική ομάδα»¹³⁸. Το α' συνθετικό «δι(α)-» έχει πολλές έννοιες και στη συγκεκριμένη περίπτωση δηλώνει «τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων (προσώπων, τομέων, κρατών)» και, επομένως, τη σχέση με το β' συνθετικό «επιστημονική»¹³⁹. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στη διεπιστημονική ομάδα τα μέλη από διαφορετικές επιστήμες εργάζονται από κοινού για το ίδιο αντικείμενο, με κοινούς στόχους, κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων, καταθέτουν τις γνώσεις τους και την εμπειρογνωμοσύνη τους για την επίλυση σύνθετων προβλημάτων με ευέλικτο τρόπο και διευρυμένα και ευέλικτα όρια των επιστημονικών τους πεδίων για την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη¹⁴⁰(Εικόνα 2.2).

Συχνά, ο όρος «διεπιστημονική ομάδα», που υποδηλώνει προσεγγίσεις υγείας που απορρέουν από ξεχωριστούς επιστημονικούς κλάδους, αποδίδεται λανθασμένα με τον αγγλικό όρο «multidisciplinary team»¹³⁸. Ο τελευταίος όρος αναφέρεται στη χρήση εμπειριών και δεξιοτήτων που απορρέουν μεν από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, αλλά μέσω ξεχωριστών ανά κλάδο προσεγγίσεων για τον ίδιο τον ασθενή¹⁴⁰.

3.4.3 ΕΝΔΟΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ



Εικόνα 2.3 Ενδοεπιστημονική ομάδα.

Ο όρος «intradisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «ενδοεπιστημονική ομάδα»¹³⁸. Το α' συνθετικό «ενδο-» δηλώνει ότι «κάτι υπάρχει ή συμβαίνει στο εσωτερικό αυτού που σημαίνει το β' συνθετικό ή αυτό που δηλώνει το β' συνθετικό συμβαίνει στο εσωτερικό, μέσα»¹³⁹. Αφορά, δηλαδή, τη συνεργασία και τις σχέσεις σε μια ομάδα επιστημόνων του ίδιου επιστημονικού αντικειμένου αλλά διαφορετικής εκπαιδευτικής βαθμίδας για την επίτευξη του κοινού στόχου¹⁴⁰ (Εικόνα 2.3).

3.4.4 ΥΠΕΡΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ

Ο όρος «transdisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «υπερεπιστημονική» ή «μεταεπιστημονική ομάδα»¹³⁸. Οι όροι αυτοί, φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιστημόνων. Αναφέρεται ότι στην υπερεπιστημονική ή μεταεπιστημονική ομάδα ένα μέλος της ομάδας είναι ο βασικός πάροχος της φροντίδας και τα άλλα μέλη τον καθοδηγούν¹⁴⁰. Αποτελεί νέα έννοια στην αγγλική γλώσσα και για τον λόγο αυτό δεν υπάρχει στα λεξικά και, συχνά, χρησιμοποιείται ως συνώνυμη της διεπιστημονικής. Αναφέρεται, επίσης, ότι περιλαμβάνει τη συνεργασία φυσικών και κοινωνικών επιστημών και επιστημών υγείας σε ένα ευρύτερο ανθρωπιστικό πλαίσιο, υπερβαίνοντας τα παραδοσιακά τους όρια^{132,140}.

Τα χαρακτηριστικά των κύριων ομάδων που συναντώνται στον τομέα της υγείας συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Πολυεπιστημονική (multidisciplinary)	Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται ανεξάρτητα - μη συνεργατικά - και εκ παραλλήλου, ο καθένας υπεύθυνος για μια διαφορετική ανάγκη στη φροντίδα των ασθενών
Διεπιστημονική (interdisciplinary)	Μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από επιστήμονες από διαφορετικά επαγγέλματα, οι οποίοι μοιράζονται ένα κοινό πληθυσμό ασθενών και κοινούς στόχους για τη φροντίδα των ασθενών αυτών ενώ έχουν την ευθύνη για συμπληρωματικές μεταξύ τους δραστηριότητες
Ενδοεπιστημονική (i ntradisciplinary)	Μια ομάδα επιστημόνων του ίδιου επιστημονικού αντικειμένου που συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού στόχου, π.χ. ομάδα ιατρών που αποτελείται από ειδικευόμενο, ειδικευμένο, φοιτητή ιατρικής (ίδιος

	επιστημονικός κλάδος/ διαφορετική βαθμίδα εκπαίδευσης)
Υπερεπιστημονική/ Μεταεπιστημονική (transdisciplinary)	Ένας επαγγελματίας διατηρεί την κεντρική ευθύνη και διαβουλεύεται με τους άλλους, όπως απαιτείται

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Παρόλο που η διεπιστημονική συνεργασία χαρακτηρίζεται από τον όρο διεπιστημονικότητα, ο οποίος αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και στην ενίσχυση των επαγγελματικών ταυτοτήτων τους, που αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση από στερεότυπα ρόλους και αντιλήψεις, ιεραρχικές σχέσεις¹⁴¹, παρατηρούνται κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπιστημονική συνεργασία. Αυτοί είναι οι διεργασίες και οι συμπεριφορές της ομάδας ως σύνολο, αλλά και ατομικοί παράγοντες που αφορούν στα ατομικά χαρακτηριστικά, την εκπαίδευση, της επικοινωνιακές δεξιότητες, την ψυχολογία και της επιδιώξεις των μελών¹⁴².

Οι διεργασίες, αποτελούν τις συμπεριφορές που υιοθετούνται από τα μέλη της ομάδας προκειμένου να επιτευχθούν οι συλλογικοί στόχοι, αλλά και τα εργαλεία, οι διαδικασίες, οι κανόνες που ισχύουν και η επίδραση της ηγεσίας. Οι συμπεριφορές της ομάδας αφορούν της αλληλεπιδράσεις των μελών της ομάδας¹²⁸. Πράγματι, σε κάθε ομάδα, οι διεργασίες επικοινωνίας έχουν κάποια σκοπιμότητα και εξυπηρετούν συγκεκριμένο σκοπό, μιας και η δυναμική της ομάδας συνδέεται με της αξίες, τη δομή, την ηγεσία, το βαθμό συμμετοχής των μελών στη λήψη αποφάσεων και τη σχέση της ομάδας με το ευρύτερο περιβάλλον¹²⁹.

Οι ατομικοί παράγοντες είναι όσοι παράγοντες επηρεάζουν μεμονωμένα τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων-μελών επομένως και την αποτελεσματική συνεργασία της ομάδας και αφορούν δομικούς παράγοντες, δηλαδή το οργανωσιακό και το φυσικό περιβάλλον δράσης των μελών¹³⁰. Ειδικότερα, εντός των επαγγελματικών ομάδων, η συμπεριφορά του ατόμου εξαρτάται από ψυχολογικούς παράγοντες (προηγούμενες εμπειρίες, ατομικές ανάγκες, περιθώρια προσωπικής ανάπτυξης, προσδοκίες του πλαισίου), κοινωνικούς παράγοντες (θέση, ρόλος, στερεότυπα και προκαταλήψεις) αλλά και γνωστικούς παράγοντες (γνώσεις και δεξιότητες, αναπαραστάσεις του εαυτού, των άλλων και του πλαισίου)^{129,133}. Οι αναπαραστάσεις της οποίες έχει ο εργαζόμενος για τον εαυτό του, το ρόλο του ως εργαζόμενου, τους συναδέλφους, την ιεραρχία και, εν γένει, για τον εργασιακό του χώρο, καθορίζουν τον τρόπο που σκέφτεται, συμπεριφέρεται και ερμηνεύει την κοινωνική πραγματικότητα¹³⁴.

Ανάλογα με την ομογένεια (ή την ανομοιογένεια) της ομάδας επηρεάζεται η συναισθηματική ζωή της ομάδας και η ανάπτυξη ή μη του ομαδικού πνεύματος. Το ομαδικό πνεύμα χαρακτηρίζεται από το σεβασμό στη γνώμη των άλλων, τη θέληση για συνεργασία, την εμπιστοσύνη, τη συμπάθεια, την πειθαρχία που εφαρμόζεται ελεύθερα από όλους, την αποδοχή της κριτικής των άλλων, κ.λπ. Κατ' αυτό τον τρόπο, αφενός η ομάδα είναι αποτελεσματική, αφετέρου, οι σχέσεις μεταξύ των μελών είναι αρμονικές. Η δυσμενής επίδραση διαφόρων καταστάσεων στα μέλη της ομάδας οφείλεται στην ηγετική συμπεριφορά ορισμένων μελών, την ατομική προβολή, τις συνεχείς συγκρούσεις και τον λεκτικό εκφοβισμό^{132,135}.

Τέλος, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπιστημονική συνεργασία

μπορεί να είναι ατομικά χαρακτηριστικά και παράγοντες εκπαίδευσης, η ηλικία, το φύλο, το πολιτισμικό επίπεδο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ικανότητα συνεργασίας, που αντίστοιχα καθορίζουν την ταυτότητα, το ρόλο, και τα όρια δράσης του ατόμου εντός της ομάδας, αλλά και της προσδοκίες των άλλων μελών¹⁴².

Τα πέντε βασικά συστατικά μιας επιτυχημένης διεπιστημονικής συνεργασίας αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα και είναι τα εξής¹⁴⁰⁻¹⁴²:

<ul style="list-style-type: none">• Ο συντονισμός της επίτευξη κοινού στόχου,
<ul style="list-style-type: none">• Η σύμπραξη, με τη μέγιστη ατομική συνεισφορά γνώσεων και δεξιοτήτων, και με εκτίμηση-σεβασμό της συνεισφοράς των άλλων μελών
<ul style="list-style-type: none">• Η συλλογική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, με επικοινωνία, ανοικτό διάλογο, σεβασμό και ισορροπία των δυνάμεων εξουσίας
<ul style="list-style-type: none">• Ο συνεταιρισμός και η ισότιμη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας, λόγω του σεβασμού και της εμπιστοσύνης που αναπτύχθηκαν στην πορεία του χρόνου
<ul style="list-style-type: none">• Η σύνθεση και η δομή της ομάδας.

Όσον αφορά τη σύνθεση και τη δομή της ομάδας, υποστηρίζεται βιβλιογραφικά ότι υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε ομάδες με μικρότερο αριθμό μελών λόγω του υψηλότερου ποσοστού συμμετοχής¹⁴³. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο ιδανικός αριθμός μελών κυμαίνεται από 5 έως 7 άτομα¹³⁶. Αναφορικά, όμως, με τη σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας, όσο μεγαλύτερη είναι η επαγγελματική ποικιλία της ομάδας τόσο περισσότερη γνώση και εμπειρία μοιράζεται, αυξάνοντας, έτσι, την αποτελεσματικότητά της. Ακόμη και τα μέλη με μικρότερη εμπειρία, θέτοντας ερωτήσεις, βοηθούν στη γένεση δημιουργικών ιδεών¹⁴³.

3.6 ΟΦΕΛΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η ομαδική εργασία αποτελεί έναν τρόπο για την παροχή ολιστικής και ολοκληρωμένης φροντίδας καθώς οι δεξιότητες, η εμπειρία και οι γνώσεις των μελών της ομάδας ενώνονται μαζί για να παράγουν το καλύτερο αποτέλεσμα¹³².

Τα οφέλη που προκύπτουν από την παροχή φροντίδας μιας διεπιστημονικής ομάδας ταξινομούνται σε 4 κύριες κατηγορίες:

A) Οφέλη που αφορούν την οργάνωση υπηρεσιών υγείας: Αφορούν και επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών,

B) Οφέλη για τον ασθενή: Αφορούν την αμφίδρομη αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή,

Γ) Οφέλη για την ομάδα: Αναφέρονται στην ενίσχυση της ισχυρής διεπιστημονικής συνεργασίας και ομαδικής εργασίας και

Δ) Οφέλη για τα μέλη της ομάδας: Αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται τα οφέλη που προκύπτουν από της δράσεις της διεπιστημονικής ομάδας:

ΟΦΕΛΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑ			
ΟΦΕΛΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
Βελτίωση της ποιότητας φροντίδας	Βελτίωση στον συντονισμό της φροντίδας	Βελτιωμένα αποτελέσματα στην ποιότητα της φροντίδας	Ενίσχυση της επαγγελματικής ικανοποίησης
Μείωση του χρόνου και κόστους νοσηλείας των ασθενών	Ενισχυμένη επικοινωνία και επαγγελματική διαφοροποίηση	Συλλογική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	Μεγαλύτερη σαφήνεια του επαγγελματικού ρόλου
Καλύτερη πρόσβαση ασθενών/ ωφελούμενων υπηρεσιών υγείας	Αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	Έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση μεταξύ των μελών της ομάδας	Ενισχυμένη ευεξία και διάθεση για καλύτερες επαγγελματικές επιδόσεις και καινοτομία
Μείωση απρόσμενων εισαγωγών	Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, κοινών αξιών, στόχων και προσδοκιών	Ενίσχυση της ικανοποίησης σε σχέση με τη φροντίδα	Ατομική δέσμευση για συμμετοχή και ενίσχυση της συνεργατικής κουλτούρας
Θετική στάση στην καινοτομία	Συνεπής και κατανοητή πληροφόρηση	Διάδοση της γνώσης και των δεξιοτήτων μεταξύ των μελών της ομάδας	Επίδειξη θετικής στάσης απέναντι στην ίδια την εργασία
	Ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την υγεία και την αυτοφροντίδα	Μειωμένα ιατρικά λάθη	Διάθεση για παραμονή εντός και μακροχρόνια συνέχιση της συνεργασίας
	Προαγωγή αισθήματος ασφάλειας		
	Μείωση άγχους		
	Αποδοχή της θεραπείας		

Η ομάδα ΚΑ, μπορεί λοιπόν μέσω της ενεργής παρουσίας και συμμετοχής των μελών της, να βελτιώσει την κλινική εικόνα του ασθενούς και την ποιότητα ζωής του, εξετάζοντας σφαιρικά της ανάγκες του, συγκεντρώνοντας, τροποποιώντας, συνδυάζοντας μεγαλύτερη ποσότητα και ποικιλία γνώσεων για να λάβει αποφάσεις^{12,18}. Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται η αποτελεσματική ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών και η κατανόηση της εργασίας του άλλου, ενώ εξάγονται ασφαλέστερα συμπεράσματα και εγκυρότερα αποτελέσματα. Ευνοεί τη συμμετοχικότητα περισσότερο από την ατομικότητα και απαιτεί την επίλυση των ζητημάτων σχετικά με τον ρόλο του κάθε μέλους, γεγονός που της προσδίδει μεγαλύτερη δύναμη¹⁴⁴.

Συμπερασματικά, η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη στην ΚΑ

γιατί:

- Ενισχύει της στόχους και της αξίες που έχουν ως επίκεντρο το άτομο και το περιβάλλον του
- Προβλέπει μηχανισμούς για τη συνεχή επικοινωνία μεταξύ των παρόχων φροντίδας
- Βελτιστοποιεί τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη κλινικών αποφάσεων εντός και μεταξύ των κλάδων και
- Προωθεί τον σεβασμό της επαγγελματικές συνεισφορές όλων των επαγγελματιών¹⁴²⁻¹⁴³.

3.7 ΕΜΠΟΔΙΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Παρόλα τα αναφερόμενα οφέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας, υπάρχουν πολλά εμπόδια κατά τη δημιουργία αλλά και τη διατήρηση μιας αποτελεσματικής ομαδικής συνεργασίας στην υγειονομική περίθαλψη και ειδικότερα στα προγράμματα ΚΑ, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται φραγμοί και προκλήσεις στην προσπάθεια για αποδοτικότερη συνεργασία¹³³.

Τα εμπόδια ταξινομούνται σε δύο κύριες κατηγορίες, τα συστηματικά και τα ατομικά. Τα συστηματικά εμπόδια αφορούν τον αναποτελεσματικό προγραμματισμό και την κακή οργάνωση της δομής παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται και ο περιορισμός του φυσικού περιβάλλοντος, η ύπαρξη μη ευέλικτων κανονισμών του οργανισμού, τα οικονομικά εμπόδια, οι άκαμπτες διαδικασίες, το προβληματικό ιεραρχικό καθεστώς και επαγγελματικής φύσης εμπόδια. Τα ατομικά εμπόδια αναφέρονται σε ατομικά χαρακτηριστικά, το φύλο, η κουλτούρα, ο βαθμός εξουσίας, οι διαφορετικές επιδιώξεις και συμφέροντα, η έλλειψη χρόνου και η ασάφεια αρμοδιοτήτων και ρόλων¹⁴⁵. Όλα τα παραπάνω εμπόδια επιδρούν αρνητικά στη συνεργασία της ομάδας και μπορεί να οδηγήσουν σε ιατρικά λάθη, αποποίηση ευθυνών και διεπιστημονικές συγκρούσεις¹⁴¹.

Όσον αφορά τα φυλετικά εμπόδια, μέσα από μια πληθώρα ερευνών στη διεθνή αλλά και ελληνική βιβλιογραφία, συναντάμε τη διαιώνιση στερεοτύπων για το παραδοσιακό στερεότυπο της επικυριαρχίας του άντρα γιατρού/νοσηλεύτη στη γυναίκα νοσηλεύτρια/επισκέπτριας υγείας που, ακόμα και της μέρες μας, φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη συνεργασίας τους¹²⁸. Στα εμπόδια που σχετίζονται με την κουλτούρα, παρατηρούνται εμπόδια σε κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο, εξαιτίας προσωπικών θεωρήσεων και χαρακτηριστικών προσωπικότητας, σταθερότητα απόψεων, ανάληψη ρίσκου και επιθετικότητα, όπου επιδρούν αντίστοιχα θετικά ή αρνητικά στην ομαδική συνεργασία¹³⁰. Τέλος, η έλλειψη χρόνου, αποτελεσματικότερο χροπέδη στην επίτευξη μιας καλής διεπιστημονικής συνεργασίας, λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών και της πίεσης για ταχεία εξυπηρέτησής της, που αποτρέπει την καλύτερη γνωριμία, την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των μελών της ομάδας, και επηρεάζει αρνητικά την ομαδική συνεργασία^{143,145}.

Από κοινωνιολογική οπτική, οι παράγοντες που δημιουργούν προβλήματα στην αρμονική συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας αφορούν τη μεταβλητότητα των επαγγελματικών ρόλων μέσα σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης, την ασάφεια στον καθορισμό καθηκόντων και ρόλων, την κακή επικοινωνία μεταξύ των μελών, τις αυστηρές ιεραρχικές δομές της μονάδας που περιορίζουν την ελευθερία της αποφάσεις των μελών, την ατομική φύση της σχέσης

μεταξύ της επαγγελματία υγείας και του ασθενούς, την αστάθεια της δομής των ομάδων λόγω της παροδικής εργασιακής σχέσης των μελών της, την μη έγκαιρη και επιτυχημένη επίλυση των συγκρούσεων¹⁴⁴.

Όλα τα προαναφερθέντα εμπόδια εμποδίζουν σημαντικά τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και υποβιβάζουν την αξία και της δυνατότητας της διεπιστημονικής ομάδας ενώ, ταυτόχρονα, υπονομεύουν τη συνοχή της. Η μη άμεση παρέμβαση των οργανισμών και η μη επίλυση των προβλημάτων συμβάλλουν στην πρόκληση ιατρικών λαθών, θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, οδηγούν σε δυσαρέσκεια και οργή της επαγγελματίας υγείας και σε απώλεια της γενικής εμπιστοσύνης της της υπηρεσίες φροντίδας υγείας^{142,145}.

3.8 Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΡΟΛΟ.

Η ταυτότητα είναι μια έννοια ή ένας όρος που ιστορικά έχει εξελιχθεί μέσα από την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η ταυτότητα απασχόλησε τόσο τους κοινωνιολόγους, οι οποίοι ισχυρίζονται ότι είναι «το αποτέλεσμα εξωτερικών, κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών δυνάμεων», όσο και τους ψυχολόγους οι οποίοι την οριοθετούν δίνοντας έμφαση στον «εσωτερικό, ατομικό, με εκ προθέσεως δυνατότητες» εαυτό. Συμπεριλαμβάνει κι αποτυπώνει το σύνολο των προσωπικών αξιών, των αντιλήψεων, των ρόλων και των συμπεριφορών του ατόμου, ενώ ερμηνεύει όλα τα παραπάνω σύμφωνα με τα προσωπικά νοήματα που αποδίδει κάθε άτομο στον εαυτό του^{128,146}.

Η διαμόρφωση ταυτότητας είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς δυναμικής διεργασίας που καλείται αναζήτηση ταυτότητας (search for identity), όπου κανείς αναρωτιέται για τον εαυτό του, για τις αξίες του και για τα πιστεύω του. Η διαδικασία αυτή, αν και ξεκινά από την παιδική ηλικία, κορυφώνεται στην περίοδο της εφηβείας και είναι καθοριστική για τη διαμόρφωση της ταυτότητας του ατόμου και για τους ρόλους που θα αναλάβει ως ενήλικος¹⁴⁷. Μέσα από μία ανάλογη διαδικασία πραγματοποιείται η επιλογή του επαγγέλματος και η διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας του ατόμου¹⁴⁸.

Η ταυτότητα μπορεί να περιγραφεί ως η κατανόηση του ποιοι ή τι είμαστε, όπως φαίνεται μέσα από το προσωπική του ατόμου (προσωπική ή αυτο-ταυτότητα) ή άλλων (κοινωνική ταυτότητα)¹⁴⁷. Σύμφωνα με τον Mead, κάθε άτομο μέσω της αλληλεπίδρασής του με το κοινωνικό περιβάλλον και τους «σημαντικούς άλλους», διαμορφώνει τον εαυτό του, δηλαδή η συμπεριφορά ενός ατόμου προκύπτει μέσα από τις αλληλεπιδράσεις του με τους άλλους. Οι «σημαντικοί άλλοι» είναι όλα εκείνα τα άτομα που επηρεάζουν περισσότερο την αυτοεικόνα και τη συμπεριφορά μας, και τα οποία είναι συγκεκριμένα πρόσωπα του περιβάλλοντός μας, είτε οικογενειακού είτε εργασιακού. Με αυτό τον τρόπο συντελείται ο σχηματισμός του εαυτού ως «μέρος της αντανάκλασης, στη μαθησιακή διαδικασία μέσω αξιών, στάσεων, συμπεριφορών, ρόλων και ταυτοτήτων που συσσωρεύτηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου»¹⁴⁹. Αντίστοιχα, ο Moscovici παρόλο που διαχωρίζει τι είναι ατομικό και τι κοινωνικό, καταλήγει στην υπόθεση ότι δεν μπορεί η ανθρώπινη ύπαρξη να αντιληφθεί το κοινωνικό και το ατομικό ως δύο ξεχωριστές οντότητες, αντιθέτως ο εαυτός και οι άλλοι αλληλεπιδρούν και αλληλεξαρτώνται¹⁵⁰.

Κατά τους Burke και Stets, οι βασικές ταυτότητες είναι τρεις: α. η Προσωπική ταυτότητα, β. η Κοινωνική ταυτότητα και γ. η Ταυτότητα ρόλου και τα

χαρακτηριστικά τους περιγράφονται συνοπτικά στον παρακάτω Πίνακα¹⁵¹:

<p>Προσωπική ταυτότητα</p>	<p>Η Προσωπική ή αλλιώς ατομική ταυτότητα δίνει βάση στη μοναδικότητα του κάθε ατόμου και αφορά τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και αισθάνεται κανείς για τον εαυτό του συνολικά, σύμφωνα δηλαδή με την προσωπική του ιστορία, τις επιλογές που έχει κάνει αλλά και τα επιτεύγματα του¹⁵².</p>
<p>Κοινωνική ταυτότητα</p>	<p>Η Κοινωνική ταυτότητα, αφορά στο πως το άτομο εκδηλώνει την προσωπικότητα του ενώ βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με άλλους σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο π.χ χώρο εργασίας¹⁴⁷. Αναφέρεται στην ένταξη του ατόμου σε συλλογικότητες, σε κοινωνικές κατηγορίες ενεργές και αναγνωρίσιμες στην κοινωνία του¹²⁸. Μια μορφή κοινωνικής ταυτότητας είναι και η επαγγελματική ταυτότητα, η οποία αποτελεί τη νέα ταυτότητα που αποκτάται και δημιουργείται μέσα από τις εμπειρίες σε μια οργανωμένη επαγγελματική ομάδα^{147,152}. Ο βαθμός που τα άτομα θα αναπτύξουν το νέο τους ρόλο εξαρτάται από το πόσο ενδιαφέρονται να «διαθέσουν» τον εαυτό τους στην απόκτηση του νέου ρόλου¹⁵³.</p>
<p>Ταυτότητα ρόλου</p>	<p>Η έννοια της Ταυτότητας ρόλου, η οποία απορρέει από τη θεωρία των Ρόλων. Σύμφωνα με αυτήν, ο ρόλος καθορίζεται από ένα πλέγμα προσδοκιών που έχουν οι άλλοι και το ίδιο το άτομο για τη συμπεριφορά του¹⁴⁹. Έτσι, φαίνεται ότι η αυτοαντίληψη και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζονται από αυτές τις προσδοκίες καθώς απαιτείται συμμόρφωση σε συγκεκριμένα πρότυπα¹⁵⁴.</p>

Η βιβλιογραφία, συχνά, ασχολείται με θέματα σχετικά με τη συμπεριφορά και την αντίληψη του ρόλου μελών διάφορων κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων ομάδων, σε μια προσπάθεια να κατανοήσει τις διεργασίες που οδηγούν στην υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης κουλτούρας που απορρέει από τον διαχωρισμό του κόσμου σε «εμείς» και «εσείς», παρόλο που δεν έχει καταφέρει να διευκρινίσει τους λόγους που κρύβονται πίσω από τον διαχωρισμό αυτό¹⁴⁹.

Η συμμετοχή των ατόμων σε κάποια ομάδα τους προσδίδει θετική αυτοεικόνα αλλά και αίσθηση ότι ανήκουν κάπου¹⁵⁴. Η κοινωνικοποίηση σε ένα ρόλο ορίζεται ως οι διαδικασίες ενστερνισμού κάποιων συνηθειών, αξιών και πιστεύω μιας επαγγελματικής ομάδας στην οποία επιθυμεί να είναι μέλος. Ο σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι η ανάπτυξη ενός αποδεκτού επαγγελματικού ρόλου¹⁵³. Οι Tajfel και Turner υποστηρίζουν ότι η κοινωνική ταυτοποίηση είναι η μεταφορά των ατόμων από το να είναι απλοί ενήλικες, στο να αισθάνονται, να λειτουργούν και να συμπεριφέρονται ως εκπρόσωποι ενός επαγγελματικού χώρου¹⁵⁵. Επομένως, η επαγγελματική ταυτότητα θεωρείται ως «αλληλεπίδραση μεταξύ αναγκών, εικόνων, πεποιθήσεων και πρακτικών», η οποία είναι «σχετική, διαπραγματεύσιμη, κατασκευάσιμη, θεσπισμένη, μετατρέψιμη και μεταβατική». Η επαγγελματική ταυτότητα ενός επαγγελματία συνδέεται θεμελιωδώς με την έννοια του «ποιος είμαι;»^{151,152}.

Σύμφωνα με τους Rogers και Scott, ο εαυτός περιλαμβάνει την ταυτότητα

του επαγγελματία και είναι μια εξελισσόμενη και συνεκτική οντότητα, η οποία συνειδητά αλλά και ασυνείδητα κατασκευάζει και κατασκευάζεται, αναδομεί και αναδομείται σε αλληλεπίδραση με πολιτισμικά πλαίσια, θεσμούς και άτομα, με τα οποία (ο εαυτός) συμβιώνει, υπάρχει, μαθαίνει και λειτουργεί¹⁵⁶. Μέσα λοιπόν στο εργασιακό περιβάλλον, ο εαυτός γίνεται αντιληπτός ως ένας παράγοντας που είναι επιφορτισμένος με ενεργητικό ρόλο, μέσω του οποίου το άτομο αποκτά ικανότητες και αρμοδιότητες και διαχειρίζεται δύσκολες συγκυρίες¹⁵⁷.

Η επαγγελματική ταυτότητα μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τη συλλογική ταυτότητα της επαγγελματικής ομάδας και/ή πώς κατασκευάζουμε τους εαυτούς μας ως άτομα σε αυτήν την ομάδα, μιας και ορίζεται ως η έννοια που περιγράφει πώς αντιλαμβανόμαστε τον εαυτό μας μέσα μας επαγγελματικό πλαίσιο και πώς το επικοινωνούμε στους άλλους¹⁵⁸.

Η έννοια της ομάδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ταυτότητα και τους κοινωνικούς ρόλους και τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό. Από την στιγμή που ένα άτομο ανήκει σε μια ομάδα (έσω-ομάδα) τότε αρχίζουν οι συγκρίσεις και οι διακρίσεις σε βάρος μιας άλλης ομάδας που δεν αισθάνεται ότι ανήκει (έξω-ομάδα)¹⁴⁷. Το άτομο όσο ενσωματώνεται στην ομάδα του θα αρχίσει να αποκτά κοινά χαρακτηριστικά και να ταυτίζεται με αυτή έχοντας ως αποτέλεσμα να υπάρχει θετική προκατάληψη για την έσω-ομάδα του. Παρ' όλα αυτά, η ένταξη του ατόμου σε μια συγκεκριμένη ομάδα μπορεί να είναι προσωρινή ή μακροπρόθεσμη^{128,129}.

Ο Tajfel αναφέρει ότι στις περιπτώσεις που ένα άτομο δεν βρίσκει θετικά στοιχεία στην ομάδα που ανήκει συγκρίνοντας την με μία άλλη ομάδα, τότε το άτομο λειτουργεί βάση των ακόλουθων επιλογών:

- ❖ Θα αναζητηθούν θετικά στοιχεία της ομάδας του ώστε να δημιουργηθεί μια θετική εικόνα γι' αυτή. Η συγκεκριμένη επιλογή ονομάζεται *κοινωνική δημιουργικότητα*.
- ❖ Θα αποχωρίσει από την ομάδα στην οποία ανήκει για να βρει θετικά στοιχεία σε μια άλλη ομάδα. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται *κοινωνική κινητικότητα*.
- ❖ Γίνεται προσπάθεια να αλλάξουν οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί της ομάδας στην οποία ανήκει ώστε σε μελλοντικές αξιολογήσεις να βρει θετικά στοιχεία που θα συνδεθεί με την ομάδα του. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται *κοινωνική αλλαγή*¹⁵⁵.

Με βάση τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η επαγγελματική ταυτότητα, αποτελεί ένα κατασκεύασμα του επαγγελματικού εαυτού, που εξελίσσεται στα στάδια της σταδιοδρομίας¹⁵⁹.

Η διαδραστική φύση της ανάπτυξης της επαγγελματικής ταυτότητας τονίζεται από την άποψη ότι η επαγγελματική ταυτότητα δεν αναφέρεται μόνο στην επιρροή που έχουν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των άλλων ανθρώπων, συμπεριλαμβανόμενων των αποδεκτών εικόνων, που έχει η κοινωνία σχετικά με το τι ένας επαγγελματίας πρέπει να γνωρίζει και να κάνει¹⁵⁶. Αναφέρεται και στο τι οι ίδιοι οι επαγγελματίες βρίσκουν σημαντικό στο επάγγελμα τους, το οποίο είναι απόρροια των εμπειριών τους, της πρακτικής τους ενασχόλησης και του προσωπικού τους υπόβαθρου¹⁵⁹. Η αυτο-αντίληψη, τα επαγγελματικά κίνητρα, και η αίσθηση καθηκόντων θεωρούνται ως αναπόσπαστα στοιχεία της επαγγελματικής ταυτότητας¹⁵⁴.

Η δημιουργία κι η διατήρηση μιας επαγγελματικής σχέσης με τα υπόλοιπα

μέλη της εργασιακής κοινότητας έχουν αποδειχθεί ότι διευκολύνουν το σχηματισμό της επαγγελματικής ταυτότητας μέσω της ενισχυμένης αίσθησης του «ανήκειν» και της δέσμευσης στην κοινότητα¹⁴⁵. Ο καθορισμός κοινών πρακτικών αλληλεπιδραστικής μάθησης αποτελεί τον πυρήνα για την επαγγελματική ταυτότητα μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, της δημιουργίας επαγγελματικών γνώσεων και της ανάπτυξης πλουσιότερων προοπτικών και νέων ιδεών¹⁴⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το έργο και το πεδίο δράσης του επισκέπτη υγείας παγκοσμίως έχει κατά καιρούς τροποποιηθεί εξαιτίας των διαφοροποιημένων προτεραιοτήτων που ετίθεντο στα πλαίσια των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονταν στις αντίστοιχες περιόδους¹⁶⁰. Η δημόσια υγεία, άλλωστε, συνιστά μια κοινωνική και πολιτική αντίληψη. Και παρόλο που η δημόσια υγεία σαν αντίληψη και σαν πρακτική λειτουργεί σε συλλογικό επίπεδο, δεν μπορεί να επιτύχει τους στόχους της αγνοώντας το άτομο ως μονάδα. Η δημόσια υγεία επιδρά στην υγεία του κάθε ατόμου αλλά και η υγεία του κάθε ατόμου έχει επιδράσεις στη συνολική υγεία του πληθυσμού^{49,59}.

Έτσι, τα πρώτα χρόνια επισκέπτης υγείας ασχολούνταν κατά κύριο λόγο με την υγιεινή και με πρακτικές βελτίωσης της υγιεινής του ατόμου και του χώρου που αυτό διαβιώνει. Στη συνέχεια, ο ρόλος του επισκέπτη υγείας επικεντρώθηκε στην αγωγή και προαγωγή υγείας καθώς οι έννοιες αυτές απέκτησαν μια περισσότερο σημασιοδοτημένη έννοια, ενώ, επίσης, αναπτύχθηκε η σχετική μεθοδολογία προσέγγισης και επίτευξης του στόχου αυτού²². Ήταν ακριβώς η περίοδος που οι πρακτικές δημόσιας υγείας άρχισαν να μετακινούνται από μια θεραπευτική προσέγγιση της υγείας και της νόσου σε μια προσπάθεια αναγνώρισης, κατανόησης και τροποποίησης των παραγόντων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την υγεία⁴⁹.

Ο βασικός, λοιπόν, τομέας δραστηριότητας του επισκέπτη υγείας παραμένει η προστασία και η προαγωγή υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινωνικών ομάδων. Ασχολείται κύρια και κατά προτεραιότητα με την προστασία και την προαγωγή της υγείας των περισσότερο ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων όπως οι επίτοκες, τα βρέφη και τα παιδιά, οι έφηβοι, τα άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με χρόνια νοσήματα, π.χ. διαβήτη, καρδιαγγειακά, δυσχέρεια στη δημιουργία και διατήρηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, αλλά και άτομα που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό. Επικεντρώνεται στην προσέγγιση και ενίσχυση των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων αναγνωρίζοντας την οικογένεια ως τη βασική μορφή κοινωνικής ομάδας καθώς και στην αναγνώριση και συστηματική εφαρμογή του παραδοσιακού εργαλείου του επισκέπτη υγείας που είναι η οργανωμένη κατ'οίκον επίσκεψη^{22,23}.

Ο ρόλος τους στη δημόσια υγεία και η επιρροή του στην κοινότητα έχουν καταλυτικό χαρακτήρα. Δραστηριοποιείται σε ένα ευρύ πλαίσιο δομών όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στο εργασιακό περιβάλλον, σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην κοινότητα²⁷. Ο καταξιωμένος επαγγελματίας επισκέπτης υγείας καλείται να επιτελέσει ουσιαστικό έργο στο πλαίσιο συντονισμένης προσπάθειας για την επίτευξη ενός καλού επιπέδου δημόσιας υγείας^{23,49}.

4.1 ΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική θεωρούσε ανέκαθεν τη Florence Nightingale ως τη μητέρα του επαγγέλματός της, αλλά λίγοι γνωρίζουν ότι ήταν, επίσης, υπεύθυνη για το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευσης για επισκέπτες υγείας και για την προώθηση της

διάδοσής του. Το επάγγελμα προέκυψε ως απάντηση στις συχνά φρικιαστικές συνθήκες διαβίωσης, τις κακές συνθήκες υγιεινής και τα αναπόφευκτα υψηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας που βίωσαν οι οικογένειες τον δέκατο ένατο αιώνα. Οι ρόλοι αυτών των εργαζομένων, όπως και των επισκεπτών υγείας σήμερα, ήταν πρωτίστως η προαγωγή της υγείας και η παροχή αγωγής υγείας, στο επίπεδο του βρέφους, της οικογένειάς τους και της κοινότητας – δημιουργώντας έτσι μια σαφή διάκριση από τη νοσηλευτική. Αυτό παραμένει παρόμοιο και σήμερα σε αρκετές χώρες¹⁶¹.

Σε αντίθεση με πολλούς ερευνητές σήμερα, η Nightingale έκανε σαφή διάκριση μεταξύ της εργασίας του επισκέπτη υγείας και της εργασίας μιας νοσοκόμας όταν, το 1891, έγραψε μια επιστολή για τη σημαντική συμβολή των επισκεπτών υγείας τόσο στις αγροτικές, όσο και στις αστικές περιοχές. «Οι ανάγκες της υγείας στο σπίτι απαιτούν διαφορετικά, αλλά όχι χαμηλότερα, προσόντα και είναι πιο ποικίλες. Αυτή [η επισκέπτρια υγείας] πρέπει να δημιουργήσει ένα νέο έργο και ένα νέο επάγγελμα για τις γυναίκες». Επισημαίνει, δηλαδή, ότι ο επισκέπτης υγείας πρέπει να αποτελεί ξεχωριστό, με διαφορετικά, ποικίλα προσόντα επάγγελμα από αυτό του νοσηλευτή^{22,161}.

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Το επάγγελμα του επισκέπτη υγείας έχει μακρά ιστορία όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες, με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτά του Ηνωμένου Βασιλείου, της Δανίας και της Φινλανδίας¹⁶².

Στη Φινλανδία, οι πρώτοι κανόνες που περιγράφουν τις πολιτικές και τις αρμοδιότητες σχετικά με τον επισκέπτη υγείας συντάχθηκαν το 1914 και το 1924, ενώ εκτελούν παρόμοια καθήκοντα με τις επισκέπτριες υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, με κεντρικό άξονα την κατ'οίκον επίσκεψη σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες¹⁶³.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εκπαίδευση των επισκεπτών υγείας ξεκινά το 1916 υπό την επίβλεψη του Βασιλικού Υγειονομικού Ινστιτούτου. Το 1919 θεσπίζεται σχετικός νόμος από το Υπουργείο Υγείας και το 1925 αναλαμβάνει την ευθύνη για την εκπαίδευση των επισκεπτών υγείας και το προσόν μαιευτικής έγινε προϋπόθεση πριν από την έναρξη της εκπαίδευσης. Μόνο μετά το 1945 έγινε απαραίτητη η εγγραφή νοσηλευτών προκειμένου να ασκήσουν το επάγγελμά τους ως επισκέπτες υγείας¹⁶². Σήμερα, οι αρμοδιότητες των Επισκεπτών Υγείας αποτελούν στοχευμένες δράσεις στη δημόσια υγεία. Είναι πιστοποιημένοι νοσηλευτές ή μαίες, οι οποίοι έχουν επιπρόσθετη πρακτική στην κοινοτική νοσηλευτική και στη δημόσια υγεία. Παρέχουν επιστημονικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας αναβαθμίζοντας την υγεία και μειώνοντας την ανισότητα μέσω της πρόληψης με παγκόσμιες παροχές εφαρμοσμένες σε παιδιά 0-5 ετών και ευπαθείς ομάδες. Υπάρχει η δυνατότητα ατομικής και ομαδικής συνεργασίας και, συνήθως, στεγάζονται σε Κέντρα Νεότητας, χειρουργεία, Κέντρα Υγείας και Κοινότητας. Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι από τις ελάχιστες χώρες που έχει καταφέρει να διατηρήσει το θεσμό του Επισκέπτη Υγείας που επισκέπτεται την οικογένεια κατ' οίκον και αυτή είναι η πρωτοτυπία του επαγγέλματος¹⁶⁰.

Στην Κύπρο, οι Επισκέπτες Υγείας έχουν ως βασική αρχή των παρεχόμενων υπηρεσιών την πρόληψη της ασθένειας και τη διατήρηση και προαγωγή υγείας του πληθυσμού, σε όλα τα επίπεδα πρόληψης²². Σημαντικό έργο προσφέρεται και στον

τομέα της Αγωγής Υγείας και της Συμβουλευτικής, σχετικά με την υγεία και φροντίδα του παιδιού και της οικογένειας. Επιπλέον, ανήκουν στη σχολιατρική υπηρεσία και υποστηρίζουν μαθητές με χρόνια νοσήματα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά, κ.ά) προσφέροντας συνεχόμενη φροντίδα στο σπίτι ή στο νοσοκομείο και ενεργούν ως σύμβουλοι και συνήγοροι των μαθητών. Τέλος, συμμετέχουν σε επιδημιολογικές έρευνες, σε κατ' οίκον επισκέψεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου και ευπαθείς ομάδες, και διενεργούν προληπτικές εξετάσεις σε τρόφιμους σωφρονιστικών ιδρυμάτων^{23,164}.

Στην Ιαπωνία, οι επισκέπτες υγείας είναι, επίσης, νοσηλευτές που έχουν εγγραφεί εκ των υστέρων και διαθέτουν ξεχωριστή άδεια πρακτικής άσκησης, διαφορετική από τους γενικούς νοσηλευτές¹⁶³.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος και οι αρμοδιότητες των Επισκεπτών Υγείας στο Πακιστάν, καθώς οι εργαζόμενοι στον κλάδο είναι όλοι θηλυκού γένους, αναφέρονται ως Lady Health Visitors (LHVs) και είναι εξειδικευμένοι πάροχοι υγείας στο Πακιστάν από το 1951. Παρέχουν ποικιλία υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσίες υγείας στα παιδιά και στις μητέρες και την εκπαίδευση άλλων εργαζομένων σε κοινωνικές υπηρεσίες. Με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε γυναίκες και παιδιά που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, οι LHVs αποτελούν την πρώτη επαφή με το υγειονομικό σύστημα υγείας. Επιτελώντας τα καθήκοντά τους θεραπεύουν, φροντίζουν, διδάσκουν, εκπαιδεύουν, διεξάγουν προαγωγή υγείας, ανιχνεύουν νοσήματα και καταγράφουν τα ευρήματά τους. Προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες ταξιδεύουν χιλιόμετρα με τα πόδια μέσα από δύσβατα εδάφη¹⁶².

Με βάση τα προαναφερθέντα γίνεται κατανοητό ότι η κοινή συνισταμένη σε παγκόσμια κλίμακα, όσον αφορά τον επαγγελματικό ρόλο, είναι ο πολυδιάστατος και πολυδύναμος ρόλος του Επισκέπτη Υγείας¹⁶¹.

4.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο Επισκέπτης Υγείας χαρακτηρίζεται από την πολυπλοκότητα του ρόλου του και ασκεί ποικίλα καθήκοντα, ανάλογα πάντα με τον τομέα απασχόλησης. Βιβλιογραφικά έχουν δημοσιευτεί κατά καιρούς αρκετά κείμενα με επίκεντρο την επαγγελματική ταυτότητα του επισκέπτη υγείας και τις σύνθετες αρμοδιότητες του ρόλου του, τα οποία έχουν επισημάνει το σοβαρό πρόβλημα της ασάφειας γύρω από την επαγγελματική του ταυτότητα^{165,166}.

Σε διάφορες περιόδους της ιστορίας του, ο επισκέπτης υγείας έχει ταυτιστεί με διάφορους ρόλους ανάλογα τις κοινωνικές συνθήκες όπως με το ρόλο του εθελοντή, του κοινωνικού εργάτη, του εκπαιδευτή και του νοσηλευτή¹⁶⁵. Μια συνέπεια αυτών των επιπρόσθετων ταυτοτήτων είναι η δημιουργία ρευστών ρόλων, με ασαφή καθήκοντα και επακόλουθων δυσκολιών κατά την ανάπτυξη μιας διακριτής και ακλόνητης επαγγελματικής ταυτότητας¹⁶⁷.

Αυτό συνεχίζεται σε πολλές χώρες μέχρι και ημέρα, καθώς ο επαγγελματικός ρόλος των επισκεπτών υγείας συνεχίζει να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από πολιτικές και κοινωνικές ατζέντες^{160,168}. Πρόσφατη έρευνα επισημάνει ότι οι πολλές αλλαγές που είχαν συμβεί στο ιαπωνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είχαν σοβαρό αντίκτυπο στον ρόλο και στο πεδίο εφαρμογής των επισκεπτών υγείας καθώς και στην επαγγελματική ταυτότητά τους. Υποστήριξαν ότι η επαγγελματική τους ταυτότητα είχε γίνει ασαφής και ότι αυτό ήταν ένα σημαντικό ζήτημα επειδή η ταυτότητα επηρεάζει την κλινική πρακτική. Οι αλλαγές στον ρόλο τους σήμαιναν ότι

δεν ήταν πλέον υπεύθυνοι για μια συγκεκριμένη κοινότητα, αλλά αντ' αυτού εργάζονταν είτε με συγκεκριμένες ηλικίες είτε είχαν διοικητικό ρόλο σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτές οι αλλαγές ρόλου φαίνεται να έχουν επηρεάσει την επαγγελματική ταυτότητά τους, προκαλώντας σύγχυση και συγκρούσεις¹⁶⁹.

Στην Αμερική υπάρχει μακρά ιστορία συζητήσεων σχετικά με τους επισκέπτες υγείας, τη φύση του ρόλου τους και τον αντίκτυπο που έχει αυτό στην επαγγελματική τους ταυτότητα. Ανά τα χρόνια και με τη δημιουργία νοσηλευτικών εξειδικεύσεων, χάθηκε μεγάλο μέρος των επαγγελματικών καθηκόντων των επισκεπτών υγείας και αναπόφευκτα αλλοιώθηκε η επαγγελματική τους ταυτότητα. Επιπλέον, τα ανεπίλυτα θέματα που προέκυψαν, οδήγησαν σε μείωση του αριθμού των ιδρυμάτων που προσφέρουν εξειδίκευση στους επισκέπτες υγείας¹⁶⁵.

Η εμπλοκή και άλλων επαγγελματιών υγείας (μαίες, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί) στην κατ'οίκον επίσκεψη και ο τρέχων ρόλος τους στις υπηρεσίες έδειξε ότι πολυάριθμες μεταβολές στην επαγγελματική τους έχουν αναμφισβήτητα οδηγήσει σε σύγχυση σχετικά με την ταυτότητα του επισκέπτη υγείας^{163,164}. Μια πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Επισκεπτών Υγείας υποδηλώνει ότι «*απαιτείται ισχυρή αίσθηση επαγγελματικής ταυτότητας...*» για να διασφαλιστεί ότι οι επισκέπτες υγείας εκπληρώνουν τον ρόλο τους¹⁷⁰. Καθώς το να είσαι νοσοκόμα ή μαία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνεις επισκέπτης υγείας, αυτή η προηγούμενη ταυτότητα μπορεί, επίσης, να έχει αντίκτυπο στη δημιουργία της νέας επαγγελματικής ταυτότητας του επισκέπτη υγείας¹⁶⁷.

Τέλος, ένα θέμα που προκύπτει και χρήζει αναφοράς είναι η συνεργασία του επισκέπτη υγείας με συγγενή επαγγέλματα, όπως οι κοινοτικοί νοσηλεύτες. Η υφιστάμενη συνάφεια καθιστά, συχνά, τους ρόλους ρευστούς και, σε κάποιες περιπτώσεις, συχνά επικαλυπτόμενους^{165,167}. Το γεγονός αυτό αντιμετωπίζεται από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες, συχνά, ως απειλή, υπό την οπτική της στενής συντεχνιακής αντίληψης και δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα στη συνεργασία τους, απομακρύνοντας τους από τον κοινό στόχο που είναι η ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας του ασθενή¹⁴⁵.

4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα παρόλα αυτά, ο θεσμός του επισκέπτη υγείας ως διακριτός επαγγελματίας υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1927 με την ανάπτυξη του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης (ΠΙΚΠΑ), στο οποίο ανατίθεται από το κράτος η υγιεινή και η προστασία της μητρότητας και του παιδιού, και την εκπαίδευση αναλαμβάνει ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός²².

Σήμερα, η εκπαίδευση των επισκεπτών υγείας πραγματοποιείται στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής από την κατεύθυνση Κοινοτικής Υγείας, η οποία αποτελεί εισαγωγική κατεύθυνση με χωριστό αριθμό εισακτέων. Η κατεύθυνση Κοινοτικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας έχει ως στόχο την προπτυχιακή εκπαίδευση στελεχών ικανών να συμβάλλουν στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού¹⁷¹. Το επικαιροποιημένο πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει μαθήματα τα οποία βοηθούν στη βασική αλλά και εξειδικευμένη κατάρτιση των φοιτητών για θέματα που διαμορφώνουν το σύγχρονο πλαίσιο της δημόσιας υγείας και έχουν ως στόχο την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικών με τις αρχές, τις μεθόδους και τις εφαρμογές στις οποίες στηρίζεται το γνωστικό πεδίο της πρόληψης, της

προαγωγής υγείας και εν γένει της φροντίδας υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας¹⁷².

Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επομένως, είναι πολυδύναμος και ως επαγγελματίας υγείας ασχολείται με τα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τη συμμετοχή όλης της οικογένειας και της κοινότητας στη διαδικασία της προαγωγής υγείας^{22,27}. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη, οι Επισκέπτες Υγείας που εργάζονταν το 2012 και στις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας ήταν 860, ενώ στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία ήταν 340¹⁷³. Το γνωστικό αντικείμενο του επισκέπτη υγείας είναι η κοινοτική υγεία, η οποία του παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία και τις απαραίτητες δεξιότητες για να ανταποκριθεί στον ρόλο του²⁰.

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι ο Επισκέπτης Υγείας στην Ελλάδα ασκεί ποικίλες δραστηριότητες ανάλογα με τον τομέα απασχόλησης. Λόγω του εύρους των δεξιοτήτων που απαιτούνται στην καθημερινή του πρακτική, χρειάζονται συνεχώς να εξελίσσονται μέσα από την προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη για να ανταποκρίνονται στον ρόλο τους και να προστατεύουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, ακόμα και μέσα σε διεπιστημονική ομάδα¹⁷⁴.

4.4.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από την απαρχή του επαγγέλματος, οι ρόλοι των επισκεπτών υγείας εναλλάσσονται μεταξύ της δημόσιας υγείας και της προστασίας όλου του ηλικιακού φάσματος των ομάδων, από τη γέννηση έως τους ηλικιωμένους, μεταβάλλοντας συχνά το εύρος, την πολυπλοκότητα και τη φύση του ρόλου τους¹⁶⁵. Επιγραμματικά, τα αντικείμενα με τα οποία ασχολούνται οι Επισκέπτες/τριες Υγείας και αφορούν τη συγκεκριμένη έρευνα, καθώς συμβάλλουν στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη και είναι κατοχυρωμένα σύμφωνα με τα Επαγγελματικά του δικαιώματα, είναι τα εξής:

- ❖ Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- ❖ Ανίχνευση, μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων και παραπομπή στις ανάλογες υπηρεσίες.
- ❖ Διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου (screening test) με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σχολεία και χώρους εργασίας.
- ❖ Πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων για συμβουλευτική υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά, λοιμώδη και μη λοιμώδη νοσήματα, κοινωνικά νοσήματα, νοσήματα φθοράς και σε ευπαθείς ομάδες.
- ❖ Οργάνωση ομάδων για αυτοφροντίδα και αυτοβοήθεια σε θέματα υγείας.
- ❖ Διενέργεια επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών για τα μη λοιμώδη νοσήματα
- ❖ Συμμετοχή σε προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης (follow-up).
- ❖ Ανάπτυξη του εκπαιδευτικού προγραμματισμού και χαρακτήρα των κέντρων υγείας στην αγωγή υγείας.
- ❖ Συμμετοχή σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής υγείας των ασθενών με φυματίωση, διαβήτη, καρκίνο, καρδιακής ανεπάρκειας, πολυμεταγγιζόμενων και χρονίως πασχόντων.
- ❖ Διερεύνηση των οικογενειακών συνθηκών και υγειονομικών αναγκών των

- ασθενών που νοσηλεύονται στο σπίτι.
- ❖ Σύνδεση της οικογένειας με το νοσηλευτικό ίδρυμα/ κέντρο αποκατάστασης.
 - ❖ Βοήθεια στον ασθενή για να μπορέσει να αποδεχτεί τη νόσο του, εκπαίδευση στη φροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση, παροχή οδηγιών για την προφύλαξη των υγιών μελών της οικογένειας.
 - ❖ Έλεγχος της κατάστασης του ψυχικά αρρώστου για τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και στην εμφάνιση παρενεργειών, συνεργασία με τον ψυχίατρο και την οικογένειά του, έλεγχος για τη σωστή διατροφή και τις συνθήκες διαβίωσής του, συνεργασία και σύνδεση του προσωπικού των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας που πιθανόν να χρησιμοποιεί, συμμετοχή στον προγραμματισμό της αποκατάστασής του και επανατροφοδότηση του προσωπικού με πληροφορίες σχετικά με την πορεία του.
 - ❖ Συνεργασία με τις τοπικές αρχές, τους φορείς και τις οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και την επιτροπή ψυχικής υγείας.
 - ❖ Συμμετοχή στο πρόγραμμα ανίχνευσης «περιπτώσεων».
 - ❖ Παροχή Α΄ Βοηθειών στις υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής, συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικών εξετάσεων σε ειδικές ομάδες εργαζόμενων, προσυμπτωματικών ελέγχων, προγραμμάτων διαλογής, μετρήσεων διαφόρων παραμέτρων και πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων για θέματα υγείας.
 - ❖ Καθοδήγηση των αναπήρων για αποκατάσταση και εκτίμηση σε αποκαταστατικά μέσα, διδασκαλία για χρησιμοποίηση των μέσων για αυτοφροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση, σύνδεση των κέντρων αποκατάστασης με τις οικογένειες των αναπήρων, αξιολόγηση των περιστατικών που χρήζουν κλειστό πρόγραμμα αποκατάστασης, παροχή οδηγιών στους αναπήρους και στους οικείους τους για πρόληψη παραμορφώσεων και συρρικνώσεων.
 - ❖ Διδασκαλία στις οικογένειες των υπερηλίκων για τις βιολογικές μεταβολές στο γήρας και την πολυνοσηρότητα, για να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους¹⁹.

4.5 Ο ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Οι επισκέπτες υγείας, αν και παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας της κοινότητας, δεν λειτουργούν απομονωμένα. Συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας υγείας για την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία έχει στόχο την προαγωγή της υγείας²⁰.

Ειδικότερα, η νομοθεσία στην Ελλάδα που αναφέρεται στους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ εντοπίζεται στον νόμο 4238/2014. Στο άρθρο 4 του νόμου αυτού, αναγράφεται ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από οδοντιάτρους, μαιείς, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους/διατροφολόγους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγους/ ακτινολόγους, οδοντοτεχνίτες, καθώς και από υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό. Επιπλέον, στον συγκεκριμένο νόμο προβλέπεται ότι οι προαναφερόμενοι επαγγελματίες υγείας απαρτίζουν την

ομάδα της ΠΦΥ με διακριτούς ρόλους, έτσι ώστε να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε επίπεδο κοινότητας¹⁷⁵.

Ενδεχομένως, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας καθορίζεται στη βάση προγενέστερων ή και γενικότερων νομοθετημάτων, όπως αυτά που αναφέρονται στα επαγγελματικά δικαιώματα του κάθε κλάδου. Ωστόσο, το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις, να προκύπτουν ασάφειες της υπάρχουσας μέχρι τότε νομοθεσίας.

4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρούνται πολλαπλές αναφορές στη συμβολή του επισκέπτη υγείας σε ΚΑ, όπου παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης και αποτελεί σημαντικό μέλος της ομάδας ΚΑ^{8,12,14,176}.

Ενδεικτικά, στην μελέτη των Firth και συνεργατών, αποτυπώνεται η αξία της προσθήκης των επισκεπτών υγείας σε μονάδα ΚΑ γενικού νοσοκομείου. Περιγράφονται οι δράσεις δύο επισκεπτών υγείας σε σχέση με την πρόοδο των πρώτων ασθενών μετά την έξοδο από την μονάδα και αξιολογείται ο ρόλος των επισκεπτών υγείας που συμμετείχαν στην ομάδα αποκατάστασης. Οι τελευταίοι συμμετείχαν ισότιμα στις εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας, στις οποίες συζητούσαν σχετικά με την παρακολούθηση και την πορεία των ασθενών στα σπίτια τους. Η ομάδα αποκατάστασης αποτελούνταν από φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή και κλινικό κοινωνικό λειτουργό. Η ομάδα συμπληρωνόταν από επισκέπτη υγείας, που πραγματοποιούσε επισκέψεις κατ'οίκον και παρακολουθούσε ανά τακτά χρονικά διαστήματα την πορεία των ασθενών στο σπίτι.

Η έρευνα έδειξε την αναμφισβήτητη αξία των επισκεπτών υγείας σε αυτό το πλαίσιο. Το προσωπικό της μονάδας αποκατάστασης εντυπωσιάστηκε με την συμβολή του ρόλου του επισκέπτη υγείας, εκπροσωπώντας την ομάδα αποκατάστασης στις υπηρεσίες κατ' οίκων επίσκεψης. Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας ήταν, συχνά, υποστηρικτικός και οι επισκέψεις ήταν συχνές και μεγάλες σε χρονική διάρκεια. Μέσω αυτών, εδραιώθηκε μια γέφυρα υποστήριξης των ασθενών που είχαν πάρει εξιτήριο και των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες των ασθενών στο οικείο τους περιβάλλον. Αμέσως μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, οι επισκέπτες υγείας βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό τους ασθενείς να διαχειριστούν μια σημαντική περίοδο ανασφάλειας, ενισχύοντας τις ιατρικές οδηγίες που δόθηκαν στο νοσοκομείο και απαλλάσσοντας τους από το περιττό άγχος και την παραπληροφόρηση. Αν και οι ασθενείς είχαν τη συνεχή επίβλεψη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο, κατά την επιστροφή τους στο σπίτι υπήρχε, συχνά, έλλειψη εμπιστοσύνης στις δικές τους ικανότητες, κάτι που διαπιστώθηκε τις πρώτες μέρες καθώς δεν ένιωθαν πάντα τόσο ικανοί όσο όταν έφευγαν από το νοσοκομείο.

Εξακριβώθηκαν περαιτέρω ανάγκες, καθώς η συμμετοχή των επισκεπτών υγείας στο πρόγραμμα, επέτρεψε να αξιολογηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η συνεισφορά της συντομότερης επιστροφής των ασθενών στο σπίτι τους και με αυτό τον τρόπο να οδηγηθεί το ίδρυμα σε τροποποίηση της πολιτικής του σε σχέση με τα δοκιμαστικά Σαββατοκύριακα επιστροφής στο σπίτι. Η εμπλοκή των επισκεπτών υγείας με τους ασθενείς στο νοσοκομείο βοήθησε στη δημιουργία και σφυρηλάτηση σχέσεων αυξημένης εμπιστοσύνης με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου

και με τους θεράποντες γιατρούς, όταν ο ασθενής επέστρεφε στο σπίτι. Ο σύνδεσμος αυτός, είχε ήδη δημιουργηθεί από το νοσοκομείο ώστε οι ασθενείς, ήταν σίγουροι ότι ο επισκέπτης υγείας θα καλούσε αμέσως μετά το εξιτήριο, για να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ των υπηρεσιών του νοσοκομείου και των συνθηκών του σπιτιού.

Μια σημαντική πτυχή του έργου των επισκεπτών υγείας που ήταν απροσδόκητη για το ιατρικό προσωπικό ήταν η συνεισφορά τους στις επισκέψεις μετά το πένθος. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται την αρρώστια και τον θάνατο και τους αποξενωμένους συγγενείς και φίλους την ώρα της μεγαλύτερης ανάγκης τους. Άλλοι βρίσκουν δύσκολο να αφήσουν τους πενθούντες να μιλήσουν μαζί τους ώστε να τους παρέχουν υποστήριξη. Σε αυτό βοήθησε η εμπιστοσύνη που αναπτύχθηκε στην επαγγελματική του ιδιότητα κατά τη διάρκεια της ασθένειας του θανούντος. Η σχέση που δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της ασθένειας του θανούντος, φάνηκε ότι αποφόρτιζε τους συγγενείς, δεδομένης της εμπιστοσύνης που αναπτύχθηκε μεταξύ τους και με τον επισκέπτη υγείας. Τέλος, οι δεξιότητες του επισκέπτη υγείας αποδείχθηκαν πολύτιμες σε θέματα συνεργασίας με πολλούς θεσμοθετημένους οργανισμούς και εθελοντικά σώματα, κατά τη διάρκεια εύρεσης υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε ασθενείς που δεν είχαν.

Το ταχέως μεταβαλλόμενο πρότυπο των κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας έδωσε την ευκαιρία να αναπτυχθούν καινοτομίες, ωφελώντας τους ασθενείς αλλά και το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ο επισκέπτης υγείας πρωταγωνίστησε σε αυτές τις πρακτικές και η συγκεκριμένη πιλοτική έρευνα εκμεταλλεύτηκε αυτή την ευκαιρία, ώστε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες επισκεπτών υγείας προς όφελος των ασθενών, εντάσσοντάς τους στην ομάδα ΚΑ του νοσοκομείου¹⁷⁷.

Με τις συνδυασμένες προσπάθειες των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών, η νοσοκομειακή υπηρεσία μπορεί να βελτιωθεί, κάτι που με τη σειρά του ωφελεί τον ασθενή. Το αποτέλεσμα αυτής της βελτίωσης είναι ότι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες μπορούν ακόμα να διαδραματίσουν χρήσιμο ρόλο στην κοινότητα. Χωρίς βοήθεια και ομαδική εργασία, πολλοί από τους ασθενείς, όπως αποκαλύφθηκε στην αρχική μελέτη, θα επέστρεφαν πολύ γρήγορα στην ήδη υπερφορτωμένη νοσοκομειακή υπηρεσία^{18,176}.

Σε παρόμοια συμπεράσματα φαίνεται να καταλήγουν και οι έρευνες των Bush¹², Salisbury και Mathews, ενισχύοντας την άποψη για συμμετοχή των επισκεπτών υγείας στην ομάδα της ΚΑ. Η Salisbury, ειδικότερα, σκιαγραφεί τη δυνατότητα εμπλοκής των επισκεπτών υγείας με καρδιοπαθείς και τους φροντιστές τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και περιγράφει ένα κατάλληλο μοντέλο για πρόγραμμα που καθοδηγείται από την εκπαίδευση στην υγεία¹⁷⁶.

4.6.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η εκπαίδευση ασθενών και κυρίως αυτών με χρόνια νοσήματα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης και κύριο κομμάτι της επαγγελματικής ταυτότητας του επισκέπτη υγείας. Η αποδοχή από τον ασθενή των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη εφόσον αυτός έχει κατανοήσει τη φύση της ασθένειας, τη σοβαρότητα της κατάστασής του και του

ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας¹⁷⁸.

Η εκπαιδευτική διαδικασία στο πρόγραμμα ΚΑ, συχνά, διενεργείται με τη χρήση οπτικοακουστικών μέσων, με στόχο το περιεχόμενο της, να αποκτήσει ενδιαφέρον και κατανοητό χαρακτήρα για τους ασθενείς^{10,12}. Ταυτόχρονα, κάθε πρόγραμμα εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ανάγκες και χαρακτηριστικά του ατόμου (ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, κτλ.)¹⁷⁹.

Η συμβουλευτική αποσκοπεί στην τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (διακοπή καπνίσματος, παρακολούθηση και έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, διατήρησηευγλυκαιμίας και φυσιολογικού σωματικού βάρους). Επιπλέον, παρέχονται συστάσεις για δίαιτα και σωματική άσκηση, ενθαρρύνεται η ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα και η ανοσοποίηση έναντι του ιού της γρίπης και του πνευμονόκοκκου, δίνεται έμφαση στην κατανόηση της σημασίας προσήλωσης στη θεραπευτική αγωγή και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Παρέχονται πληροφορίες σχετικές με την πρόγνωση της νόσου, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να θέσει πραγματοποιήσιμους στόχους, λαμβάνοντας ρεαλιστικές αποφάσεις^{2,12}.

Πρωταρχικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η ενίσχυση της συμπεριφοράς αυτοφροντίδας των ασθενών, η μετάβασή τους δηλαδή από το επίπεδο της απλής αυτοδιατήρησης σε εκείνο της αυτοδιαχείρισης^{176,179}.

Το περιεχόμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας επικεντρώνεται στους εξής τομείς και περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα:

Ενημέρωση	Στόχος της συγκεκριμένης ενότητας είναι η κάλυψη ελλείματος των γνώσεων που μπορεί να παρουσιάζει το άτομο σχετικά με την πάθηση του, τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης της, τα σημεία και συμπτώματα της, τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, τη φαρμακευτική αγωγή (μηχανισμό δράσης φαρμάκων, δοσολογία, χρόνο λήψης, διάρκεια, πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες) και η σημασία προσήλωσης σε αυτή ⁸ .
Διατροφή	Στόχος είναι το άτομο να κατανοήσει τη σημασία της υιοθέτησης ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, καθώς επίσης να είναι ικανό να λαμβάνει τις κατάλληλες διατροφικές αποφάσεις. Παράλληλα, σε συνεργασία με κλινικό διατροφολόγο, διαμορφώνεται για κάθε συμμετέχοντα του προγράμματος, εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο, μέσα από το οποίο το άτομο ενημερώνεται για την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων καθώς ακόμη παρέχονται συμβουλές για αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και πρόσληψης ακόρεστων λιπαρών ⁴¹ . Επιπρόσθετα, το άτομο εκπαιδεύεται στην ανάγνωση και κατανόηση των ετικετών τροφίμων, ώστε να γίνεται επιλογή των τροφίμων που παρέχουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά. Τέλος, το άτομο ενημερώνεται για την ανάγκη περιορισμού κατανάλωσης αλάτος και ζάχαρης ⁵² .
Σωματικό βάρος	Σε όλους τους συμμετέχοντες τους προγράμματος γίνεται προτροπή για μείωση και διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους. Στόχος είναι διατήρηση ενός φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος (φ.τ. 18,5-24,9 kg/m ²) και περιμέτρου μέση (< 102 cm για άνδρες, < 88 cm για γυναίκες). Αρχικό στόχο αποτελεί η μείωση του σωματικού βάρους, περίπου κατά 10% από την αρχική τιμή ^{5,8} .

Κατανάλωση οينوπνεύματος	Συνιστάται ο περιορισμός της κατανάλωσης οينوπνευματωδών ποτών σε δύο ποτά την ημέρα και η αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Η κατανάλωση μέτριας ποσότητας αλκοόλ, έχει σχετιστεί με μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας ^{34,42} .
Κάπνισμα	Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης σχετίζεται με την ενημέρωση του ατόμου σχετικά με τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνού και τα διαθέσιμα φαρμακευτικά σκευάσματα που βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος. Τέλος, πραγματοποιείται παραπομπή και σε ειδικά ιατρικά διακοπής καπνίσματος ^{24,176} .
Ρύθμιση Αρτηριακής Πίεσης	Οι ασθενείς εκπαιδεύονται στην προσήλωση της φαρμακευτικής αγωγής, στη μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και στην αναγνώριση πιθανόν ανεπιθύμητων εκδηλώσεων της φαρμακευτικής αγωγής ¹² .
Ρύθμιση Σακχαρώδη Διαβήτη(ΣΔ)	Το 26% των ασθενών που συμμετέχουν σε προγράμματα ΚΑ έχουν ΣΔ, ενώ το 93% εξ αυτών παρουσιάζουν ακόμα ένα παράγοντα κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, παχυσαρκία) ⁵⁷ . Στόχος του περιεχομένου της εκπαίδευσης των ασθενών με ΣΔ είναι η εκμάθηση της σωστής ρύθμιση του, ώστε να επιτευχθεί ο καλύτερος δυνατός γλυκαιμικός έλεγχος ⁴⁵ .

4.6.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

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^{20,21}.

Οι αλλαγές στη γνώση και στη συμπεριφορά εξαρτώνται, σε μεγάλο βαθμό, από τη συμμετοχή του εκπαιδευόμενου στις πρακτικές υγείας. Με αυτό τον τρόπο, οι επισκέπτες υγείας 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 υγείας²³.

Οι επισκέπτες υγείας έχουν μοναδική κατάρτιση για να επηρεάσουν την υγεία και την ευεξία των ασθενών 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 διανομή¹⁸⁰.

Η αγωγή υγείας έχει ως στόχο την:

- ευαισθητοποίηση
- παροχή γνώσεων
- ιεράρχηση αξιών
- αλλαγή απόψεων
- λήψη αποφάσεων
- αλλαγή συμπεριφοράς
- αλλαγή περιβάλλοντος²¹.

Σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα 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 του⁴⁰. 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 συμβάντων¹⁸¹.

Ο ενεργός ρόλος των επισκεπτών υγείας αναδείχθηκε μέσα από την τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αγωγής υγείας των Curples και συνεργατών, που είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την αξία της αγωγής υγείας για ασθενείς με στηθάγχη. Το δείγμα αποτελούσαν 688 ασθενείς ηλικίας < 75 ετών, με συμπτώματα στηθάγχης για τουλάχιστον έξι μήνες. Από αυτούς, 342 επιλέχθηκαν τυχαία για να λάβουν εκπαίδευση και οι υπόλοιποι 346 καμία εκπαίδευση. Εκπαιδευμένοι επισκέπτες υγείας έκαναν ερωτήσεις και στη συνέχεια συνεδρίες αγωγής υγείας σχετικά με την επίδραση της στηθάγχης στις καθημερινές δραστηριότητες, τη συχνότητα των κρίσεων στηθάγχης, τα φάρμακα που λάμβαναν, το κάπνισμα, την άσκηση και τη διατροφή. Επίσης, χορήγησαν ένα ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό της πρόσληψης διαφόρων τροφών με βάση αυτό που χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών στη Βόρεια Ιρλανδία. Παρά το γεγονός ότι δεν φάνηκε να έχει σημαντική επίδραση στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, η αγωγή υγείας των ασθενών με στηθάγχη φάνηκε να αυξάνει τις πιθανότητες για άσκηση και να βελτιώνει τις διατροφικές συνήθειες ενώ, παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι ήταν αποτελεσματική στη μείωση του περιορισμού των επιβαρυντικών καθημερινών δραστηριοτήτων¹⁸⁰.

Γεγονός που ενισχύεται από τη διετή ανασκόπηση της συγκεκριμένης μελέτης, όπου οι περισσότεροι από την ομάδα παρέμβασης (140, 44%) ανέφεραν ότι έκαναν καθημερινή σωματική άσκηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (70, 24%). Η παρέμβαση συνδέθηκε και με βελτιωμένα αποτελέσματα όσον αφορά τη ποιότητα ζωής και τη θνησιμότητα. Διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν σημαντικά λιγότεροι θάνατοι στο πλαίσιο της ομάδας παρέμβασης από την ομάδα ελέγχου. Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα υποδηλώνει ότι ο ρόλος του επισκέπτη υγείας ως μέλος της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να παρέχει εξατομικευμένη εκπαίδευση υγείας για ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα σε μια σε συνεχή βάση, μιας και κατέχει εξειδικευμένες ικανότητες και προσόντα, κατάλληλες για τη συγκεκριμένη ανάγκη¹¹.

4.6.3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Η εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΑ) από τους παρευρισκόμενους είναι ζωτικής σημασίας καθώς έχει αποδειχθεί ότι η άμεση έναρξη θωρακικών συμπίεσεων σε συνδυασμό με την πρώιμη απινίδωση και την ταχεία παροχή προηγμένης καρδιακής υποστήριξης ζωής, συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης στις ανακοπές που συμβαίνουν εκτός νοσοκομείου¹⁸². Η American Heart Association υπογραμμίζει τη σταδιακή φύση της επιτυχούς εξωνοσοκομειακής αναζωογόνησης, πλαισιώνοντας τη ως «αλυσίδα της επιβίωσης» με 4 κρίκους: έγκαιρη πρόσβαση, έγκαιρη έναρξη ΚΑΑ, έγκαιρη απινίδωση και έγκαιρη εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής¹⁸³.

Η έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση των δεδομένων που επικρατούν σε κάθε περίπτωση και η άμεση κλήση για βοήθεια περιλαμβάνουν τον πρώτο κρίκο αυτής

της αλυσίδας. Ο δεύτερος κρίκος αυτής της αλυσίδας περιλαμβάνει την άμεση εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αφού η αύξηση της αιμάτωσης της καρδιάς και του εγκεφάλου αποτρέπει τις μη αναστρέψιμες βλάβες. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην επιβίωση του ατόμου διαδραματίζει η έγκαιρη απινίδωση (τρίτος κρίκος), καθώς και η φροντίδα υγείας που θα λάβει μετά την ανάκτηση αυτόματης κυκλοφορίας (τέταρτος κρίκος). Κάθε κρίκος αυτής της αλυσίδας επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τα ποσοστά επιβίωσης του ατόμου¹⁸⁴.

Επειδή οι περισσότεροι αιφνίδιοι καρδιακοί θάνατοι συμβαίνουν στο σπίτι του θύματος με παρόντα τα μέλη της οικογένειας, τα μέλη της οικογένειας των καρδιακών ασθενών υψηλού κινδύνου αποτελούν την ιδανική ομάδα εκπαίδευσης στην βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση¹⁸⁵. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής και η American Heart Association (AHA) συνιστά εκπαίδευση των γονέων και φροντιστών, καθώς η εκπαίδευση στη βασική ΚΑΑ σε φροντιστές παιδιών υψηλού κινδύνου πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την εμπιστοσύνη στις δυνατότητές τους ως φροντιστές και μειώνει το άγχος τους¹⁸⁶. Η επικέντρωση στη διδασκαλία ΚΑΑ σε συγγενείς ασθενών με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή που έχουν υποστεί καρδιαγγειακό επεισόδιο θα είχε μεγάλο αντίκτυπο, καθώς η πραγματοποίηση παρεμβάσεων απευθύνεται σε αυτόν τον πληθυσμό (που έχει περισσότερες πιθανότητες να γίνει μάρτυρας καρδιακής ανακοπής) θα ήταν μια οικονομικά αποδοτική στρατηγική για την αύξηση των ποσοστών ΚΑΑ που εκτελούνται από μάρτυρες^{185,186}. Επιπλέον, οι Cartledge και συνεργάτες, και οι Liu και συνεργάτες, παρατήρησαν ότι οι συγγενείς ασθενών με καρδιαγγειακό νόσημα, έχουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον να μάθουν και να εξασκήσουν τις δεξιότητές τους στην ΚΑΑ σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα ΚΑΑ Family & Friends της ΑΗΑ, ήταν αποτελεσματικό στη βελτίωση και διατήρηση των θεωρητικών γνώσεων και των πρακτικών δεξιοτήτων στην ΚΑΑ σε συγγενείς ασθενών με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή που έχουν υποστεί καρδιαγγειακό επεισόδιο, στην πάροδο του χρόνου^{187,188}.

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν περισσότερες ενδείξεις για την χρήση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που να εστιάζονται στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου και στις οικογένειές τους¹⁸⁹. Αν θέλουμε λοιπόν να βελτιώσουμε το ποσοστό επιβίωσης μετά από καρδιακή ανακοπή, η στρατηγική θα πρέπει να στοχεύει στη βελτίωση της απόκρισης των παρευρισκόμενων που είναι μέλη της οικογένειας των ασθενών υψηλού κινδύνου, καθώς γνωρίζουν από πρώτο χέρι ότι είναι πιθανό τα αγαπημένα τους πρόσωπα να υποστούν καρδιακή ανακοπή ανά πάσα στιγμή και συνειδητοποιούν ότι θα πρέπει να δράσουν άμεσα¹⁹⁰. Σύμφωνα με την American Heart Association, περίπου το 80% των περιστατικών με καρδιακή ανακοπή συμβαίνουν στο σπίτι, τα 2/3 εξ αυτών παρουσία των συγγενών και το 95% των θυμάτων πεθαίνει πριν φτάσει στο νοσοκομείο. Από τα θύματα της καρδιακής ανακοπής, σε λιγότερο από το 1/3 παρεμβαίνουν οι συγγενείς παρά το γεγονός ότι η επιβίωση μπορεί να διπλασιαστεί ή ακόμα και να τριπλασιαστεί. Σύμφωνα με την πενταετή μελέτη των Holberg και συνεργατών στη Σουηδία, το 69% των ανακοπών συνέβησαν στο σπίτι και μόλις στο 23% αυτών των ασθενών εφαρμόστηκε ΚΑΑ από τους παρευρισκόμενους συγγενείς¹⁹¹.

Η εκπαίδευση των συγγενών των ασθενών που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου ως προς την εμφάνιση της καρδιακής ανακοπής, είναι αποδεκτή καθώς μειώνει το φόβο και την ανασφάλεια στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής,

βελτιώνει τη συναισθηματική προσαρμογή στην πιθανότητα ενός τέτοιου τραυματικού συμβάντος και ενισχύει την πεποίθηση των πολιτών ότι θα είναι σε θέση να εφαρμόσουν ΚΑΑ (σε περίπτωση που ενδείκνυται)^{191,192}. Στη Βιέννη, πραγματοποιούνται μονοήμερα μαθήματα πρώτων βοηθειών και ΚΑΑ σε επιζήσαντες από καρδιακή ανακοπή και σε μέλη των οικογενειών τους. Έρευνα που διεξήχθη σε εκπαιδευόμενους έδειξε ότι το 91% ένιωθε σιγουριά στην αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής, ενώ το 68% θεωρούν τον εαυτό τους ικανό στην παροχή πρώτων βοηθειών¹⁹³. Στη χώρα μας, η εκπαίδευση αφορά τον γενικό πληθυσμό και δεν είναι συστηματική, καθώς έγκειται στην αναζήτηση προγραμμάτων κατάρτισης με ατομική πρωτοβουλία και στη διάθεση δημοσίων και ιδιωτικών φορέων να παρέχουν την εκπαίδευση¹⁹⁰.

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council) αλλά και ο Διεθνής Σύνδεσμος Ερυθρού Σταυρού (Ligue), έχουν προχωρήσει στην κατάσταση ενιαίου προγράμματος διδασκαλίας της ΚΑΑ, που περιλαμβάνει:

1. Τη θεωρητική διδασκαλία του μαθήματος, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από πληρότητα, σαφήνεια, ακρίβεια και ιεράρχηση των γνώσεων.

2. Την υποστήριξη αυτής της θεωρητικής διδασκαλίας με θεωρητικές εικόνες (διαφάνειες ή πίνακες), που εστιάζουν την προσοχή των εκπαιδευομένων στη συγκεκριμένη κάθε φορά ενέργεια. Ιδανική περίπτωση τέτοιων εικόνων θεωρούνται τα απλά γραμμικά σχέδια συμπληρωμένα, ενδεχομένως, με χρωματικό τονισμό του βασικού τους στοιχείου.

3. Την ολοκληρωμένη παρουσίαση των θεμάτων με κινηματογραφικές ταινίες. Κύριος στόχος της χρησιμοποίησης των ταινιών αυτών δεν είναι μόνο η συγκέντρωση των επιμέρους φάσεων μιας ενέργειας (π.χ. τεχνητή αναπνοή) αλλά, πολύ περισσότερο, η κατανόηση του γεγονότος ότι η αντιμετώπιση ενός οξέος περιστατικού απαιτεί κατά κανόνα ένα σωστό συνδυασμό των ενεργειών, που διδάχθηκαν ξεχωριστά στα θεωρητικά μαθήματα.

4. Την ομαδοποίηση των εκπαιδευομένων και την πρακτική τους εξάσκηση πάνω σε προπλάσματα (κούκλες). Η αναλογία εκπαιδευτών με εκπαιδευόμενους στην ΚΑΑ πρέπει να είναι 1:3 μέχρι 1:6. Οι συνθήκες του οξέος περιστατικού είναι αδύνατο να εφαρμοστούν πάνω σε ζωντανό υγιή οργανισμό, γι' αυτό και η χρήση ειδικών προπλάσμάτων είναι αναντικατάστατη και φυσικά απαραίτητη για την πρακτική εξάσκηση¹⁹⁴.

Όπως επισημαίνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες του 2015, τα αυτόκατευθυνόμενα μαθησιακά προγράμματα με ταυτόχρονη ή ετερόχρονη εξάσκηση (π.χ. βίντεο, DVD, διαδικτυακή εκπαίδευση, ανατροφοδότηση παρεχόμενη από τον υπολογιστή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης) αποτελούν αποδεκτή εναλλακτική των προγραμμάτων που κατευθύνονται από τον εκπαιδευτή για τη διδασκαλία δεξιοτήτων βασικής υποστήριξης της ζωής (BLS) σε απλούς πολίτες. Οποιαδήποτε εκπαιδευτική φόρμα και εάν επιλεγεί, τα κάτωθι στοιχεία θεωρούνται βασικά για τη σειρά μαθημάτων BLS και αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή (AED):

- Προθυμία για έναρξη ΚΑΑ, συμπεριλαμβανόμενης της κατανόησης ατομικών και περιβαλλοντικών κινδύνων, δηλαδή της εκτίμησης της ασφάλειας του χώρου.
- Αναγνώριση της απώλειας των αισθήσεων, της αγωνιώδους αναπνοής ή του ρόγχου σε μη αντιδρώντα άτομα, με εκτίμηση της ανταπόκρισης, απελευθέρωση του αεραγωγού και εκτίμηση της αναπνοής, για την

επιβεβαίωση της καρδιακής ανακοπής.

- Καλής ποιότητας θωρακικές συμπιέσεις (επιμονή στην τήρηση της σωστής συχνότητας, ικανοποιητικού βάθους, πλήρους επανέκπτυξης και ελαχιστοποίησης των διακοπών) και εμφυσήσεις διάσωσης (χρόνος και όγκος αερισμού)
- Ανατροφοδότηση/προτροπές (ανθρώπινη ανατροφοδότηση μέσω της ομάδας αναζωογόνησης και/ή μέσω της χρήσης αντίστοιχων συσκευών) κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στην ΚΑΑ με στόχο τη βελτίωση της απόκτησης και διατήρησης των δεξιοτήτων¹⁹⁵.

Σύμφωνα με τους Iserbyt και Byga, ο σχεδιασμός με βάση την έρευνα των εργαλείων μάθησης μπορεί να βελτιώσει την εκπαίδευση στη βασική υποστήριξη της ζωής¹⁹⁰. Επομένως, η εκπαίδευση θα πρέπει να σχεδιάζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ακροατηρίου στο οποίο απευθύνεται, δηλαδή ανάλογα με τις ανάγκες, τον τύπο και τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευόμενων. Επιπροσθέτως, πρέπει να διατηρούνται κατά το δυνατόν πιο απλά τα μαθήματα BLS/AED, ενώ, παράλληλα, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται διαφορετικές εκπαιδευτικές τεχνικές για να εξασφαλίσουν την απόκτηση και διατήρηση των γνώσεων και δεξιοτήτων της αναζωογόνησης.

Η διάρκεια ενός σεμιναρίου εξαρτάται από το αν έχουν προηγούμενη εκπαίδευση οι συμμετέχοντες, από το μορφωτικό τους επίπεδο και διαρκεί κατά μέσο όρο 4-5 ώρες. Οι ομάδες διδασκαλίας πρέπει να είναι μικρές, με μέγιστο αριθμό ατόμων τους 6 συμμετέχοντες. Η διαδικασία της εκπαίδευσης είναι διαδραστική, με προσομοίωση προς τα πλάσματα και τη χρήση εκπαιδευτικών απινιδωτών, υπό την καθοδήγηση επίβλεψη και ανατροφοδότηση πιστοποιημένου εκπαιδευτή σε κάθε ομάδα. Σκοπός είναι η δημιουργία φιλικού και θετικού κλίματος σε όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας προς αποφυγή άγχους. Η αξιολόγηση των εκπαιδευομένων γίνεται με 2 τρόπους: ο πρώτος τρόπος είναι η συνεχής αξιολόγηση σε όλη τη διάρκεια του σεμιναρίου και ο δεύτερος είναι βάσει φύλλου αξιολόγησης στο τέλος του σεμιναρίου, από έναν ή περισσότερους εκπαιδευτές.

Ο επισκέπτης υγείας είναι ο κατάλληλος επαγγελματίας υγείας, που διακρίνεται για την ενσυναίσθηση του μέσω της συχνής επαφής του με την κοινότητα και, επομένως, ως πιστοποιημένος εκπαιδευτής μπορεί να εκτιμήσει ότι δεν είναι μόνο οι δεξιότητες ΚΑΑ που πρέπει να μάθουν τα μέλη των οικογενειών αυτών αλλά και το πώς να αντιμετωπίζουν τα συναισθήματά τους και τον συνεχή φόβο τους ότι ο συγγενής τους θα υποστεί καρδιακή ανακοπή και πρέπει να αναζωογονηθεί^{176, 189}.

4.7 Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ

4.7.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Ο όρος «φυσική δραστηριότητα» περιλαμβάνει οποιαδήποτε σωματική κίνηση, η οποία παράγεται με την μυϊκή προσπάθεια και απαιτεί αύξηση της ενεργειακής δαπάνης πάνω από το επίπεδο ηρεμίας⁵⁰. Αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων της ΚΑ και την ενδυνάμωση του ασθενή, τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική, οπότε ο επισκέπτης υγείας είναι ο κατάλληλος επαγγελματίας υγείας για παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης της διατήρησης της φυσικής δραστηριότητας και της συστηματικής άσκησης^{5,8}.

Ο επισκέπτης υγείας μπορεί να συμβάλλει στα προγράμματα της ΚΑ που

βασίζονται στην άσκηση μέσω:

- Εκτίμησης του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας με βάση το ιστορικό του ασθενούς όπως η οικιακή εργασία, το είδος της επαγγελματικής ενασχόλησης αλλά και τις ψυχαγωγικές του ανάγκες.
- Εκτίμηση των δραστηριοτήτων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και την καθημερινότητα.
- Διερεύνηση δυνατότητας αλλαγής συμπεριφοράς υγείας, ενίσχυση αυτοεκτίμησης, ανίχνευση εμποδίων για επίτευξη της αύξησης της συχνότητας της σωματικής δραστηριότητας και εύρεση κοινωνικής υποστήριξης στις θετικές αλλαγές.
- Εξατομικευμένη συμβουλευτική με βάση την ηλικία του ασθενούς, τις συνήθειες, τα σύννομα νοσήματα, τις προσωπικές προτιμήσεις και τους στόχους.
- Σύσταση μέτριας έντασης αερόβιας άσκησης το λιγότερο από 30 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας ή τουλάχιστον 3 με 4 φορές την εβδομάδα. Με την πάροδο του χρόνου αυξάνονται σταδιακά οι καθημερινές δραστηριότητες και ενσωματώνονται στην καθημερινή ρουτίνα.
- Επιβεβαίωση ασφάλειας ασθενή με βάση το παρεχόμενο συνιστώμενο πρωτόκολλο.
- Ενθάρρυνση συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής και σε ομαδικά προγράμματα καθώς οι ασθενείς έχουν την τάση να εγκαταλείπουν την άσκηση και να επιστρέφουν σε προηγούμενες καθιστικές συνήθειες με την πάροδο του χρόνου.
- Ενημέρωση για την αναγκαιότητα της διαβίωσης άσκησης και την πιθανότητα κινδύνου υποτροπής.
- Διερεύνηση οποιαδήποτε διακοπής της φυσικής δραστηριότητας λόγω σωματικής, κοινωνικής, και ψυχολογικής αιτίας και να παροχή εναλλακτικών λύσεων¹⁹⁶.

Σε έρευνα των Ross και συνεργατών, σε ασθενείς με έμφραγμα, παρατηρήθηκε ότι για τις δραστηριότητες εκτός σπιτιού, για αυτούς που ζουν πολύ μακριά από την συστηματική ομαδική φυσική δραστηριότητα, θα μπορούσε να υπάρχει μια αρχικά μεγαλύτερη περίοδος προετοιμασίας είτε στο περιβάλλον του νοσοκομείου ή κοντά σε κέντρο αποκατάστασης, ακολουθούμενο από μια περίοδο στο σπίτι, όπου θα δίνονταν εικονογραφημένα φύλλα οδηγιών με θεραπευτικές ασκήσεις και θα μπορούσαν να επιβλέπονται από επισκέπτες υγείας¹⁹⁷.

4.7.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στη διατροφή και τη διαχείριση βάρους είναι σημαντικός και υψίστης σημασίας για την επιτυχία ενός ολοκληρωμένου προγράμματος δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ¹². Στόχος του επισκέπτη υγείας είναι το άτομο να κατανοήσει τη σημασία της υιοθέτησης ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, καθώς, επίσης, να είναι ικανό να λαμβάνει τις κατάλληλες διατροφικές αποφάσεις¹⁵. Παράλληλα, σε συνεργασία με κλινικό διατροφολόγο, διαμορφώνεται για κάθε συμμετέχοντα του προγράμματος, εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο, μέσα από το οποίο το άτομο ενημερώνεται για την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων καθώς ακόμη παρέχονται συμβουλές για αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και

λαχανικών και πρόσληψης ακόρεστων λιπαρών^{25,41}.

Η συμβολή του ως επαγγελματία υγείας στη συμβουλευτική της διατροφής φαίνεται και από την έρευνα των Jone και συνεργατών, όπου επισκέπτες υγείας είχαν αναλάβει κλινικές παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, σε συνεργασία με διαιτολόγο. Οι επισκέπτες υγείας παρείχαν συμβουλές στους ασθενείς σχετικά με την υιοθέτηση πιο υγιεινών διατροφικών επιλογών, οι οποίες υποστηρίζονταν επιστημονικά από φυλλάδια του Συμβουλίου Αγωγής Υγείας, του Flora Heart Project, και του Heartbeat Wales. Από τους 2646 (62%) ασθενείς συνολικά που παρακολούθηθηκαν για προσυμπτωματικό έλεγχο, εντοπίστηκαν 121 ασθενείς με υψηλή συγκέντρωση χοληστερόλης. Στους 78 (64%) από αυτούς παρατηρήθηκε πτώση στη συγκέντρωση χοληστερόλης μετά το τέλος των παρεμβάσεων¹⁹⁸.

Ανάλογη έρευνα αξιολογεί και τονίζει τη σημαντικότητα του ρόλου του επισκέπτη υγείας στη διαχείριση βάρους και καταπολέμησης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η παχυσαρκία, όπου ο εξειδικευμένος επισκέπτης υγείας προσπάθησε να εμπνεύσει τους συμμετέχοντες μέσω ενός συνδυασμού κοινών στόχων, προβληματισμού, επίλυσης προβλημάτων, θετικής επιβεβαίωσης και ενίσχυσης. Κατά τη διάρκεια κάθε εκπαιδευτικής συνεδρίας, ο επισκέπτης υγείας παρείχε πληροφορίες σχετικά με επιλογές υγιεινής διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και άλλων παραγόντων που συνηγορούσαν στην απώλεια βάρους. Από την πλευρά τους, οι ασθενείς, ενθαρρύνονταν να μοιράζονται τη γνώση τους και τις εμπειρίες τους με τον επισκέπτη υγείας και αυτές χρησιμοποιούνταν ως ανακλαστικές ευκαιρίες εκμάθησης. Τα ευρήματα αυτής της διερευνητικής μελέτης υπέδειξαν ότι μια εξειδικευμένη κλινική διαχείριση βάρους σε κέντρο υγείας, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υπό την καθοδήγηση επισκεπτών υγείας προκάλεσε κλινικά σημαντική μείωση βάρους και αλλαγές στα σχετικά κλινικά αποτελέσματα και συμπεριφορές υγείας σε παχύσαρκους ασθενείς. Η ποιότητα της σχέσης του εξειδικευμένου επισκέπτη υγείας και των συμμετεχόντων κρίθηκε καθοριστική για την επιτυχία της παρέμβασης¹⁹⁹.

4.7.3 ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ/ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύπλοκη, συμπεριλαμβάνοντας πλήθος παραγόντων μεγαλύτερης ή μικρότερης σπουδαιότητας³⁹. Η παρουσία καρδιαγγειακού νοσήματος ή δυσλειτουργίας μπορεί να επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, κυρίως ως προς το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντίστροφα, καρδιαγγειακή νόσος μπορεί να προκύψει μετά την κατάθλιψη, όταν ο ασθενής ασχολείται υπερβολικά με θέματα θανάτου και απώλειας ή αλλαγές στον τρόπο ζωής ή και εξαιτίας παθοφυσιολογικών αλλαγών που συνοδεύουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία⁴⁰.

Ευρήματα ερευνών που εξέτασαν την επίδραση της κατάθλιψης στην πορεία της καρδιακής ανεπάρκειας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν ένα μοτίβο ταχύτερης επιδείνωσης σε βαρύτερα στάδια (NYHA CLASS) από ότι οι ασθενείς που δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα^{40,46}.

Στα πλαίσια, λοιπόν, της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης από τον επισκέπτη υγείας, σημαντικό ρόλο παίζει η συμβουλευτική στη μείωση του άγχους και των συμπτωμάτων κατάθλιψης με προσθήκη τεχνικών χαλάρωσης¹⁸¹.

Η συμμετοχή σε προγράμματα ΚΑ και ο συμβουλευτικός ρόλος των

επισκεπτών υγείας υποστηρίζεται στην έρευνα του Camprell και συνεργατών, όπου περιγράφει τις στάσεις των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου ως προς την καρδιακή αποκατάσταση και προσδιορίζει τις προτιμήσεις τους σε σχέση με αυτές τις υπηρεσίες, παρόλο που η παρέμβαση των επισκεπτών ήταν περιορισμένη²⁰⁰. Η εμπλοκή του επισκέπτη υγείας σε προγράμματα ΚΑ, παρέχοντας εκπαίδευση και συμβουλευτική αλλά και υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης σε συνεργασία με τον κλινικό ψυχολόγο, περιγράφεται και στην πολυκεντρική μελέτη των Jones και συνεργατών, που αφορούσε 2328 ασθενείς με στηθάγχη²⁰¹.

Επομένως, ο επισκέπτης υγείας μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του άγχους του καρδιαγγειακού ασθενή μέσω της εκπαίδευσης για την αποφυγή στρεσογόνων ερεθισμάτων και επιβαρυντικών καταστάσεων, με καλλιέργεια του αυτοελέγχου του, βάζοντας ως κριτήριο την κοινή λογική, με ορθή οργάνωση του χρόνου και κατάλληλη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και εξειδικευμένων τεχνικών χαλάρωσης^{12,15}.

4.7.4ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα αποτελεί κύριο παράγοντα ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου⁴². Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί πρόκληση, αφού δεν αποτελεί μόνο σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, αλλά δέχεται επίδραση και από κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες¹⁰⁹.

Μελέτες αποδεικνύουν ότι η συμβολή των επαγγελματιών αυξάνει την πιθανότητα ο ασθενής να κόψει το κάπνισμα, αρκεί ο γιατρός ή ο επισκέπτης υγείας ή ο νοσηλευτής να αφιερώσει στον ασθενή (όχι περισσότερο από τρία λεπτά) και φυσικά όσο αυτός ο χρόνος αυξάνεται, πολλαπλασιάζονται και τα ποσοστά επιτυχίας^{2,8}.

Τα στάδια υποστηρικτικής διαδικασίας διακοπής καπνίσματος είναι πέντε και ο επισκέπτης υγείας πρέπει να τα εφαρμόσει με τη σειρά για τους ασθενείς που είναι αποφασισμένοι να διακόψουν το κάπνισμα¹¹. Τα στάδια αυτά αναφέρονται και ως πέντε άλφα (the 5 A's) από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων:

1. Ask: Ρωτώ με σκοπό να εντοπίσω τους καπνιστές
2. Advise: Συμβουλεύω και ενημερώνω
3. Assess: Προσδιορίζω τα κίνητρα διακοπής
4. Assist: Βοηθώ στη διακοπή
5. Arrange: Καθορίζω ένα πλάνο τακτικής παρακολούθησης

Παράλληλα για την πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών που δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, ο επισκέπτης υγείας μπορεί να εφαρμόσει πέντε διαφορετικά στάδια παρέμβασης, τα πέντε Ρο (the 5 R'S), από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων:

- Relevance: Ατομική κινητοποίησης
- Risks: Επισήμανση κινδύνων
- Rewards: Αναφορά στα οφέλη διακοπής
- Roadblocks: Συζήτηση προβλημάτων
- Repetition: Πρόληψη υποτροπής²⁰²

Η συμμετοχή των επισκεπτών υγείας σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος στη ΚΑ επισημαίνεται στην έρευνα του Jones και συνεργατών, όπου οι επισκέπτες υγείας έδιναν συμβουλές για το κάπνισμα με τη βοήθεια φυλλαδίων και βιντεοταινιών. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση, παρουσιάστηκε άμεση ποσοτική βελτίωση στους ασθενείς μετά τη λήψη αντικαπνιστικών συμβουλών²⁰¹.

4.7.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές στον τομέα της σεξουαλικής δραστηριότητας και των καρδιαγγειακών παθήσεων καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η σεξουαλική δραστηριότητα είναι μια σημαντική πτυχή της ποιότητας ζωής για τα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο και ότι η σεξουαλική συμβουλευτική πρέπει να αποτελεί σημαντικό στοιχείο των υπηρεσιών αποκατάστασης²⁰³.

Ορίζεται ως μια αλληλεπίδραση με τους ασθενείς που περιλαμβάνει πληροφορίες για σεξουαλικές ανησυχίες και ασφαλή επιστροφή στη σεξουαλική δραστηριότητα, καθώς και αξιολόγηση, υποστήριξη και συγκεκριμένες συμβουλές σχετικά με ψυχολογικά και σεξουαλικά προβλήματα. Αναφέρεται, επίσης, και ως «ψυχοσεξουαλική συμβουλευτική». Αυτός ο ορισμός υπογραμμίζει τη σημασία του ενεργού ρόλου των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στη σεξουαλική αξιολόγηση και συμβουλευτική²⁰⁴.

Οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο παρουσιάζουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να παραπονεθούν για σεξουαλική δυσλειτουργία από τους υγιείς ανθρώπους²⁰⁵. Τα συχνότερα προβλήματα των καρδιαγγειακών ασθενών στο τομέα της σεξουαλικής υγείας είναι η μείωση ή έλλειψη της γενετήσιας ορμής, η αποφυγή σεξουαλικής δραστηριότητας ακόμη και αν η ορμή έχει επανέλθει, η ανικανότητα και πρόωγη ή καθυστερημένη εκσπερμάτωση στους άνδρες. Στα αίτια της σεξουαλικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνονται προϋπάρχουσες καταστάσεις, ο φόβος πρόκλησης καρδιακού επεισοδίου, η κατάθλιψη και φάρμακα, ειδικά β-αποκλειστές και τα διουρητικά. Παράλληλα, ο σεξουαλικός σύντροφος, πιθανώς, πιστεύει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει καρδιακό επεισόδιο ή να επιδεινώσει την ήδη υπάρχουσα επιβαρυσμένη κατάσταση και γι' αυτό ενδέχεται να την αποφεύγει^{52,203}.

Αν και αρκετές διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να συζητούν τη σεξουαλική λειτουργία με τους καρδιαγγειακούς ασθενείς, αυτό φαίνεται να δημιουργεί δυσκολίες και σπάνια να γίνεται στην καθημερινή πρακτική²⁰³. Οι περισσότεροι υγειονομικοί και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν αξιολογούν τακτικά τα σεξουαλικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Εμπόδια στην παροχή συμβουλευτικής της σεξουαλικής υγείας σχετίζονται με την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, ανεπαρκείς απαιτούμενες γνώσεις ή η έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης, διφορούμενες στάσεις και πεποιθήσεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σεξουαλικότητα, την έλλειψη ευθύνης για αυτήν ή την αντίληψη ότι ο ασθενής θα ένιωθε άβολα ή πολύ άρρωστος για την αντιμετώπιση σεξουαλικών του ζητημάτων²⁰⁶. Οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν, επίσης, εμπόδια που τους εμποδίζουν να ξεκινήσουν συζητήσεις, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν φαίνεται να είναι αρκετά έμπειροι ώστε να κατανοήσουν τα προβλήματα του ασθενούς ή τα αισθήματα ντροπαλότητας και αμηχανίας, παρόλο που έχουν ανάγκη για ενημέρωση και περισσότερες πληροφορίες²⁰⁷.

Επειδή οι ασθενείς διστάζουν να συζητήσουν τη σεξουαλική δυσλειτουργία, είτεο ιατρός είτε η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να θίγουν θέματα σεξουαλικότητας και τη δράση των φαρμάκων στη γενετήσια ορμή. Η σεξουαλική

σχέση μεταξύ του ασθενούς και του συντρόφου του είναι ευαίσθητο και σημαντικό κομμάτι το οποίο πρέπει να τεθεί υπό συζήτηση και πρέπει να συμπεριληφθεί και η σύντροφος στο πρόγραμμα, σεβόμενοι και τις επιθυμίες και ανάγκες του ασθενή^{52,207}. Ασθενείς χωρίς σημαντικές διακυμάνσεις στην κόπωση, ενθαρρύνονται για προοδευτική ανάληψη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το καρδιακό έργο κατά τη σεξουαλική επαφή μπορεί να μειωθεί όταν αυτή γίνεται σε άνετες στάσεις, που δεν αυξάνουν το ισομετρικό έργο²⁰⁸.

Το έργο του επισκέπτη υγείας στη συμβουλευτική σεξουαλικής υγείας σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ΚΑ όπως ο ψυχολόγος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς δημιουργεί ένα κατάλληλο εμπιστευτικό περιβάλλον και ενισχύει τον θεραπευτικό δεσμό ασθενή και επαγγελματία υγείας, καθώς αυξάνεται η εμπιστοσύνη του ασθενή στο πρόσωπο του επαγγελματία υγείας²⁰⁹. Με την χρήση κατάλληλων εκπαιδευτικών εργαλείων, ο ασθενής εκπαιδεύεται στο να διαχειρίζεται τα αρνητικά του συναισθήματα, να επικοινωνεί περισσότερο με την σύντροφο του και να εκφράζει ανοιχτά ότι τον προβληματίζει ακόμα και σε αυτό τον τομέα που εξακολουθεί να είναι ταμπού^{206,209}.

4.8 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική αντιμετώπιση για να ελέγξουν την αρτηριακή πίεση, τα λιπίδια και το σάκχαρο. Συχνά, κάποια φάρμακα, όπως η ασπιρίνη, δίνονται προληπτικά. Όταν συνταγογραφείται ένα φάρμακο είναι σημαντικό να βεβαιώνονται οι επαγγελματίες υγείας, ότι οι δόσεις που χορηγούνται να είναι σωστές καθώς και ότι ο ασθενής συμμορφώνεται σε μακροχρόνια βάση⁵².

Το φαινόμενο κατά το οποίο οι ασθενείς ακολουθούν μια θεραπεία ήταν αρχικά γνωστό ως συμμόρφωση. Η συμμόρφωση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου (από την άποψη της λήψης φαρμάκων, μετά από δίαιτες ή την εκτέλεση άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής του) συμπίπτει με την ιατρική συμβουλή. Παρόλα αυτά, προτάθηκαν εναλλακτικοί όροι, όπως η τήρηση και η συμφωνία, για να αντικατασταθεί ο όρος συμμόρφωση. Ο ΠΟΥ αναθεώρησε και συγχώνευσε παλιούς ορισμούς για να καθορίσει τον όρο τήρηση ως «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου, στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τήρηση μιας δίαιτας, και την εφαρμογή των αλλαγών στον τρόπο ζωής, αντιστοιχεί στις συστάσεις που συμφωνήθηκαν με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης». Ωστόσο, ο όρος συμμόρφωση εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική έρευνα, αλλά, συχνά, με τον ίδιο υποκείμενο ορισμό όπως η τήρηση²¹⁰.

Η ικανότητα ή η επιθυμία ενός ασθενούς να συμμορφωθεί με το αναγραφόμενο θεραπευτικό σχήμα είναι κρίσιμης σημασίας, ανεξαρτήτως του αν πρόκειται για τροποποίηση συμπεριφοράς ή λήψη φαρμάκων. Ωστόσο, μεγάλος αριθμός ασθενών δεν συμμορφώνεται. Η μη συμμόρφωση περιλαμβάνει τη μη εκτέλεση της συνταγής ή τη μη λήψη των φαρμάκων με σωστό τρόπο²⁰⁸.

Η κατανόηση των μηχανισμών πίσω από την τήρηση ή την συμμόρφωση και των παραγόντων που επηρεάζουν τους ασθενείς είναι μεγάλης σημασίας. Η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή και φορέα παροχής φροντίδας υγείας έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας επιρροής, είτε θετικής είτε αρνητικής. Η συμπεριφορά και η στάση των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στο κατά πόσο οι ασθενείς συμμορφώνονται με τη θεραπεία τους. Η ισχυρή κοινωνική στήριξη όπως η οικογένεια ή το οικείο περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει, επίσης, στην αύξηση του

βαθμού της τήρησης ή, αντίστοιχα, η απουσία της να οδηγήσει τον ασθενή σε μη συμμόρφωση²¹⁰.

Η έρευνα των VanderWalk και συνεργατών, αναφέρει τους παράγοντες της συμμόρφωσης που σχετίζονται με τους ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι η συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή ήταν υψηλή μεταξύ των ηλικιωμένων Ολλανδών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά και η συμμόρφωση στη ζύγιση και στην άσκηση ήταν χαμηλή. Παράγοντες που σχετίζονται με την υψηλότερη συμμόρφωση ήταν η υψηλότερη μόρφωση και η απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων²¹¹.

Η κατανόηση και η συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες αποτελεί δείγμα επιτυχούς εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση έχει ως στόχο την παρακίνηση των ασθενών για την συμμόρφωσή τους με την προβλεπόμενη αγωγή και την προσαρμογή της συμπεριφοράς τους σε τέτοια που να προάγει την υγεία και αποτελεί έναν από τους βασικούς ρόλους του επισκέπτη υγείας. Μέσω της εκπαίδευσης, οι επισκέπτες υγείας παρέχουν δεξιότητες και γνώσεις στους ασθενείς ώστε να μπορούν να φροντίζουν τους εαυτούς τους από μόνοι τους, χωρίς συνεχή επαγγελματική επίβλεψη¹⁷⁶. Προάγουν με αυτό τον τρόπο τη φιλοσοφία της συμμόρφωσης η οποία είναι ότι η ασθένεια μπορεί να ελέγχεται από τον ασθενή εφόσον συμμορφώνεται με την προβλεπόμενη θεραπεία²¹².

4.9 ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ/ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι στοχευμένες συμβουλές και η εξειδικευμένη βοήθεια από κάποιον ειδικό στο να γίνουν οι απαραίτητες προετοιμασίες για την επιστροφή του ασθενούς στην εργασία ή για την εύρεση εναλλακτικής εργασίας είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ΚΑ ώστε να μπορέσει ο ασθενής να επιτύχει μία πλήρη επανένταξη στην κοινωνία, γεγονός το οποίο επιθυμεί διακαώς¹⁷⁶. Τα οφέλη από την πρώιμη επιστροφή στην εργασία είναι οικονομικά και ψυχολογικά. Παρεμβάσεις που αυξάνουν τον αριθμό των ασθενών που επιστρέφουν στην εργασία και μειώνουν το χρόνο μεταξύ της νόσησης και της επαναπασχόλησης θα έχουν τη μέγιστη συμβολή στη μείωση του οικονομικού βάρους από καρδιαγγειακή ανικανότητα. Επομένως, η ομάδα ΚΑ κατά την παραμονή στο νοσοκομείο πρέπει να καταστήσει τους ασθενείς ικανούς να πραγματοποιούν μόνοι τους τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε βραχύ χρονικό διάστημα²⁰⁸.

Ο επισκέπτης υγείας είτε ενδονοσοκομειακά είτε εξωνοσοκομειακά, μέσω συνεχούς επικοινωνίας, κατάλληλων εκπαιδευτικών μεθόδων και ψυχολογικών προσεγγίσεων, αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του, τα αναμενόμενα άγχη και φόβους λόγω της επιστροφής στο εργασιακό περιβάλλον και φροντίζει στην ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Αποτελεί, λοιπόν, σημαντικό παράγοντα στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στην εργασία, συμβάλλοντας, με αυτόν τον τρόπο, και στην πλήρη επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο^{162,176}.

4.10 ΟΦΕΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΕΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η συμβολή του επισκέπτη υγείας στην πρόληψη της αναπηρίας και στην αποκατάσταση είναι μείζονος σημασίας. Έχει υπό την εποπτεία του θέματα αποκατάστασης και παράλληλα με την άσκηση των καθηκόντων του, αποβλέπει στην πρόληψη ασθενειών που προκαλούν αναπηρία, στην προαγωγή της υγείας (ψυχικής ή σωματικής) των ασθενών ενώ μεριμνά για την κοινωνική αποκατάσταση

και επανένταξη των ατόμων αυτών. Η πρόληψη της αναπηρίας γίνεται με την εφαρμογή μέτρων προληπτικής υγιεινής κατά των διαφόρων νόσων και αποτελεί βασικό συντελεστή για την κοινωνική οργάνωση και την καλή ποιότητα ζωής.

Η άσκηση του επαγγέλματος του επισκέπτη υγείας συνίσταται ακριβώς σε συντονισμένες ενέργειες που στοχεύουν στην προστασία και στην προαγωγή της φυσικής, ψυχικής, συναισθηματικής και κοινωνικής υγείας και ευημερίας του ατόμου, της οικογένειας και των κοινωνικών ομάδων¹⁷⁹. Μία από τις βασικές προσεγγίσεις των παρεμβάσεων του επισκέπτη υγείας αποτελεί η προαγωγή της υγείας όπως, επίσης, και πρωταρχικό στόχο για αυτόν. Χρησιμοποιεί στο πλαίσιο της καθημερινή του πρακτικής, μοντέλα που βασίζονται στην προαγωγή υγείας και τη δημόσια υγεία, όπως το «μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία», το «μοντέλο προαγωγής υγείας», το «διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής», το «μοντέλο "PRECEDE-PROCEED"»²⁰.

Παρόλο που η προαγωγή υγείας και η πρόληψη είναι σημαντικό μέρος του ρόλου και άλλων επαγγελματιών υγείας, η έμφαση σε αυτές και στην αποκατάσταση της υγείας σε πρότερο επίπεδο, είναι αυτή που διαχωρίζει τον επισκέπτη υγείας από τον νοσηλευτή¹⁶². Σύμφωνα με την Lowe, ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει μεταξύ άλλων και τα εξής στοιχεία:

- Δημόσια υγεία
- Πρώιμη παρέμβαση και πρόληψη
- Γνώση της κοινότητας
- Προαγωγή της υγείας
- Δράση πέρα από το πλαίσιο όπου εργάζεται
- Συνεργασία και ομαδικότητα
- Κατ' οίκον επίσκεψη²⁵

Επομένως, βασιζόμενος στις αρχές της δημόσιας υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των καρδιαγγειακών ασθενών, των οικογενειών τους και της κοινότητας εν γένει, ο επισκέπτης υγείας έχοντας άμεση πρόσβαση στους παραπάνω πληθυσμούς, βρίσκεται σε προνομιακή θέση ώστε να εντοπίσει πρώιμα εκείνα τα ζητήματα υγείας που ενδέχεται να εξελιχθούν σε προβλήματα ή κινδύνους αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως¹⁷⁰ και να πραγματοποιήσει παρεμβάσεις προαγωγής υγείας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων και οδηγώντας στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία²³. Οι δράσεις αυτές που αφορούν την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία στοχεύουν μακροπρόθεσμα σε όλο το φάσμα του πληθυσμού και μπορούν να χωριστούν σε δύο επίπεδα:

A) Ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως οι κατ' οίκον επισκέψεις, η συμβουλευτική, η διασύνδεση, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, κ.ά.

B) Ομαδικό ή επίπεδο της κοινότητας, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως αγωγή υγείας, ομάδες στήριξης κ.ά.¹⁶².

Οι θεμελιώδεις αρχές που χαρακτηρίζουν το επάγγελμά του επισκέπτη υγείας δεν είναι απλά μία λίστα ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ως επαγγελματία υγείας, αλλά παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο υποστηριζόμενο από την αξία της υγείας¹⁶¹. Αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης τονίζουν τον καίριο ρόλο των επισκεπτών υγείας στην υποστήριξη συντονισμένων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες. Συγκεκριμένα, οι

επισκέπτες υγείας, έχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες που συγκεντρώνουν κατά τη διαδικασία της εκτίμησης των αναγκών υγείας των ασθενών και των οικογενειών τους, μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν ώστε να προσδιορίσουν τις ανάγκες υγείας σε επίπεδο κοινότητας¹⁶⁵.

Οι Λάγιου και Στοϊκίδου συνοψίζουν τις δραστηριότητες που αναλαμβάνει ο επισκέπτης υγείας ανταποκρινόμενος στις απαιτήσεις του πλαισίου όπου εργάζεται και μπορούν να εφαρμοστούν στην ΚΑ:

- Ταυτοποίηση, μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Παρακολούθηση και αντιμετώπιση κοινών ή περισσότερο σύνθετων ζητημάτων υγείας.
- Διασφάλιση της προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων στην παροχή φροντίδας υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας.
- Εύρεση, καθοδήγηση και διασύνδεση με δίκτυα προστασίας και φορείς παροχής εξειδικευμένης βοήθειας και διευκόλυνση στις διαδικασίες πρόσβασης.
- Ενίσχυση του εθελοντισμού σε θέματα υγείας όπως π.χ. εκπαιδεύοντας τους ίδιους τους καρδιαγγειακούς ασθενείς αλλά και τις οικογένειες και το οικείο περιβάλλον τους σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, προάγοντας την αξία του εθελοντισμού προς την κοινότητα^{20,22}.

Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί τον κατάλληλο υποψήφιο στελέχωσης προγραμμάτων ΚΑ, καθώς:

❖ Αντιλαμβάνεται και εκτιμά:

α) τον βαθμό και την έκταση που οι παράγοντες δρουν, ώστε να αναγνωρίσει τις ανάγκες υγείας των ατόμων και των ομάδων του πληθυσμού,

β) τη λειτουργία και τη δυναμική των ομάδων, καθώς και των ατόμων ως μέλη των ομάδων, και να αναγνωρίζει πότε οι παρεμβάσεις του να μετακινούνται από το άτομο στην ομάδα και το αντίστροφο,

γ) τη δυνατότητα των ατόμων/ομάδων να αναγνωρίσουν και να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τα προσωπικά τους μέσα, πόρους και δυνατότητες, βραχυπρόθεσμα ή/και μακροπρόθεσμα για την επίλυση των προβλημάτων τους και

δ) το είδος και το μέγεθος της υποστήριξης που ενδείκνυται κατά περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ανάγκες μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου.

❖ Καλλιεργεί σχέσεις αποδοχής και εμπιστοσύνης.

❖ Παρέχει υποστήριξη, ώστε να ενδυναμώνει τα άτομα και να ενισχύει την εμπιστοσύνη τους στις δικές τους δυνατότητες και πόρους για τη βελτίωση της υγείας τους.

❖ Δρα ως φορέας διασύνδεσης, συντονίζοντας δράσεις που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινότητας¹⁷⁶.

Ωστόσο, ο επισκέπτης υγείας δεν κατέχει μόνο γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να πραγματοποιήσει κάποιες δραστηριότητες. Ο θεσμός του επισκέπτη υγείας περιλαμβάνει μια φιλοσοφία και έναν τρόπο δράσης που τον κάνουν ένα ξεχωριστό επάγγελμα με τους ακόλουθους τρόπους:

❖ Η δράση του περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας σε ατομικό επίπεδο, επίπεδο οικογένειας και κοινότητας.

❖ Ξεχωρίζει από τους άλλους επαγγελματίες υγείας στο ότι

επικεντρώνεται στην υγεία και στην ευεξία και όχι μόνο στην αντιμετώπιση άμεση της ασθένειας αλλά στην μακροχρόνια διαχείρισή της.

- ❖ Αξιολογεί ανάγκες υγείας που είτε είναι αναγνωρισμένες είτε όχι
- ❖ Αναγνωρίζει την υγεία ως μια διαδικασία και όχι ως μια κατάσταση που πρέπει να αποκτηθεί, ενώ την τοποθετεί στο συνολικό κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο¹⁷⁴.
- ❖ Έχει ιδιαίτερη ικανότητα να κατανοήσει την αλληλεπίδραση πολύπλοκων ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου, των οικογενειών και της κοινότητας ως σύνολο. Οι στάσεις, οι επιλογές και οι συμπεριφορές των ατόμων ή των ομάδων σχετικά με ζητήματα υγείας είναι καταρχήν αποδεκτές και σε καμία περίπτωση καταδικαστέες και απορριπτές.
- ❖ Παρέχει προσβάσιμες, εξατομικευμένες υπηρεσίες σε όσους δεν προσέρχονται στις δομές υγείας για διάφορους λόγους, μειώνοντας τις ανισότητες.
- ❖ Επικεντρώνει τις δράσεις του στην προώθηση της ανθεκτικότητας και την ενδυνάμωση.
- ❖ Λειτουργεί σε ένα μοντέλο συνεργασίας και ενίσχυσης των ικανοτήτων^{20,22}.

Όλες οι παραπάνω ικανότητες και δεξιότητες του επισκέπτη υγείας, αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην ενίσχυση της δευτερογενούς πρόληψης στα προγράμματα της ΚΑ και προάγουν το έργο της ομάδας ΚΑ τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί τον ιδανικό επαγγελματία που ενώνει την ενδονοσοκομειακή φάση των προγραμμάτων ΚΑ με την εξωνοσοκομειακή, προάγοντας την ΚΑ στην κοινότητα και ενισχύοντας περισσότερο την κοινοτική υγεία^{12,176}.

4.10.1 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΘΕΣΜΟΥ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ/ ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η κατ'οίκον επίσκεψη αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία του επισκέπτη υγείας και πραγματοποιείται είτε γιατί τα άτομα/οικογένεια δεν μπορούν να προσέλθουν στη δομή υγείας ή γιατί η επίσκεψη στο σπίτι θα βοηθήσει τους στόχους της προαγωγής υγείας¹⁷⁰. Παρόλα αυτά, στην διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται ο συνδυασμός των κατ'οίκον επισκέψεων και της παροχής υπηρεσιών υγείας στη δομή υγείας ως πιο αποτελεσματικός σε σχέση και με το κόστος. Σημαντική προϋπόθεση είναι η άριστη διαχείριση του χρόνου²¹.

Οι Cowley και συνεργάτες, σε μια εκτεταμένη μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης 30 ετών, παρουσίασαν τα ευεργετικά αποτελέσματα της πρακτικής των επισκεπτών υγείας σε τομείς, όπως η πρόληψη, η ταυτοποίηση και τακτική παρακολούθηση νοσημάτων η στήριξη των ασθενών αλλά και της οικογένειας μέσω σχεδιασμένων κατ'οίκον επισκέψεων. Σύμφωνα με τις μελέτες, η αποτελεσματικότητα των κατ'οίκον επισκέψεων αλλά και κατ'οίκον εκπαίδευσης καρδιαγγειακών ασθενών σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης συνοψίζεται παρακάτω:

- A. Σε σχέση με τις ειδικές ανάγκες υγείας και τα χρόνια νοσήματα:
 - Αύξηση του επιπέδου ενημέρωσης και ενίσχυση της αυτοφροντίδας.
 - Βελτίωση της ψυχολογικής στήριξης της οικογένειας.
- B. Σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα και τους φροντιστές τους:

1. Βελτίωση της ποιότητας ζωής.
2. Μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.
3. Μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων.
4. Μείωση του στρες των φροντιστών¹⁶².

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι των κατ' οίκον επισκέψεων, σημαντικό ρόλο παίζει η διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας και, συνεπώς, ο διασυνδεδετικός ρόλος του επισκέπτη υγείας μπορεί να είναι καθοριστικός¹⁶⁵.

4.10.2 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΜΕΣΩ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΕΣΜΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Συχνά προκύπτουν πολύπλοκες περιπτώσεις που χρειάζονται διασύνδεση, και ο επισκέπτης υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στο να διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να εξασφαλίσει ότι τα άτομα επωφελούνται από την παρεχόμενη φροντίδα¹⁶⁴. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική η ανάπτυξη δεσμών με την κοινότητα. Μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ενίσχυση των ικανοτήτων για την υγεία και προϋποθέτει τη συνεργασία με τα ίδια τα άτομα της κοινότητας, καθιστώντας τα ικανά να βρουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα που επηρεάζουν την υγεία τους, αυξάνοντας την κοινωνική στήριξη και μειώνοντας τις κοινωνικές ανισότητες, είτε αυτές αφορούν το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή το μορφωτικό επίπεδο, προάγοντας την συμπερίληψη^{166,170}.

4.10.3 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Καθώς έχει διευρυνθεί το φάσμα των δραστηριοτήτων και οι κατηγορίες των ασθενών που περιλαμβάνει η ΚΑ, έτσι έχει εξελιχθεί και η ανάγκη για μία ομάδα που να περιλαμβάνει υγειονομικούς διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και ειδικούς στην προαγωγή της υγείας¹⁷. Όλα αυτά τα επαγγέλματα και οι ειδικότητες έχουν μία σημαντική συμβολή στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ΚΑ²³.

Σύμφωνα άλλωστε με τον Higgs, ο ρόλος και η συνεισφορά του κάθε επαγγελματία υγείας δικαιολογείται έστω και αν με τη δράση του επηρεάζει έναν από τους παράγοντες που εμπλέκονται στο αιτιολογικό πλέγμα των αναγκών υγείας¹³². Επομένως, ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ομάδα ΚΑ είναι ιδιαίτερα σημαντικός αλλά και πολυδιάστατος, αφού μεταξύ άλλων συμβάλλει και στην ενίσχυση των δεσμών της διεπιστημονικής συνεργασίας:

- βελτιστοποιώντας τις δεξιότητες των υπόλοιπων μελών της ομάδας με την αμοιβαία ανταλλαγή ποικίλων απόψεων και διαφορετικών πρακτικών,
- βελτιώνοντας την αποδοτικότητα του έργου τους με τον εμπλουτισμό νέων γνώσεων
- εξοικονομώντας χρόνο με τη μείωση του φόρτου εργασίας λόγω αύξησης του ανθρώπινου δυναμικού¹⁷⁶.

4.10.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο της κοινότητας αποτελεί βασικό στοιχείο του ρόλου του επισκέπτη υγείας για την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία¹⁶³. Απαιτεί από τον επισκέπτη υγείας επαγγελματική κρίση βασισμένη στις γνώσεις και τις δεξιότητες που έχει, αλλά και στη συνεργασία με τα άτομα της κοινότητας²⁰. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας εμπεριέχει τη συστηματική αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού, μελετώντας στοιχεία για την υγεία της κοινότητας σε συνεργασία

με τον πληθυσμό, π.χ. καρδιαγγειακούς ασθενείς σε στάδιο αποκατάστασης και όσους εργάζονται στην κοινότητα²¹, και βοηθά:

- ❖ να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση για τους διαθέσιμους πόρους, τις ανάγκες και τις προτεραιότητες της τοπικής κοινότητας,
- ❖ να αναγνωριστούν οι ανισότητες στην υγεία,
- ❖ να δοθεί προτεραιότητα σε ομάδες του πληθυσμού με μεγαλύτερες ανάγκες και να σχεδιαστεί και να παρασχεθεί η πιο αποτελεσματική φροντίδα,
- ❖ να σχεδιαστούν κατάλληλες, πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες προς όφελος του πληθυσμού και με στόχο τη βελτίωση της υγείας,
- ❖ να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης,
- ❖ να αναπτυχθούν συνεργασίες με την κοινότητα και τους άλλους επαγγελματίες (υγείας, κ.ά.),
- ❖ να μετρηθούν οι επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού,
- ❖ να διαμορφωθούν οι πολιτικές και οι προτεραιότητες και
- ❖ να υπάρχουν δεδομένα για τις αποφάσεις που παίρνονται^{17,21}.

4.10.5 ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση και η συμβουλευτική του ασθενούς και της οικογένειάς του αποτελούν θεμελιώδεις παρεμβάσεις των επισκεπτών υγείας και από τα σημαντικότερα συστατικά στοιχεία των ολοκληρωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης καρδιαγγειακών ασθενών¹³. Αναφερόμενοι στην εκπαίδευση, δεν εννοούμε την απλή παροχή πληροφοριών, αλλά την οργανωμένη μεταβίβαση πληροφοριών, που θα αποτελέσουν εγκατεστημένη γνώση, την οποία θα μπορέσει ο ασθενής να ενσωματώσει στην καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής του για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου και των συνεπειών αυτής¹⁷⁸.

Ο επισκέπτης υγείας δεν υιοθετεί το πατερναλιστικό μοντέλο, αλλά θέτει το ίδιο το άτομο ή την οικογένεια στο επίκεντρο. Ως εκ τούτου, το οικογενειακό πλάνο υγείας αποτελεί τον πυρήνα, επιτρέποντας στην οικογένεια να σκεφτεί τα ζητήματα υγείας των μελών της^{12,14}. Αυτή η γνώση ενός πληθυσμού είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική συνεργασία με τις τοπικές κοινωνίες, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες¹⁷⁹.

Στην ΚΑ, ο ασθενής και η οικογένειά του ενημερώνονται και εκπαιδεύονται σε αντικείμενα, όπως ο ορισμός και η αιτιολογία της νόσου, η σημειολογία και η συμπτωματολογία της, καθώς και η φαρμακευτική θεραπεία (ενδείξεις, αντενδείξεις, δοσολογία φαρμάκων, ανεπιθύμητες ενέργειες)¹. Για να επιτευχθούν και να διατηρηθούν οι μεταβολές αυτές του τρόπου ζωής η συμμετοχή και των άλλων μελών της οικογένειας ή της συντρόφου μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητική π.χ. για να μπορέσει ο ασθενής να γίνει πιο δραστήριος σωματικά είναι σημαντικό όλη η οικογένεια να υποστηρίζει την άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο¹⁶.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΚΟΠΟΣ (ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ)

Ο σκοπός της παρούσας ποιοτικής έρευνας είναι να διερευνήσει εις βάθος τις απόψεις αλλά και τις εμπειρίες των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας που εφαρμόζουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης, σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ανεξαρτήτως πλαισίου ΚΑ, καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένη προσέγγιση ΚΑ που να εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας. Διερευνήθηκαν σε βάθος οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη χρησιμότητα του επαγγελματικού τους ρόλου στη στελέχωση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ΚΑ, ως μέλη της ομάδας ΚΑ. Παράλληλα περιεγράφηκαν οι εμπειρίες, τα συναισθήματα και οι σκέψεις των συμμετεχόντων κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, όταν εφαρμόζουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης στο χώρο εργασίας τους.

Για να διερευνηθούν σε βάθος οι απόψεις και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων, κρίθηκε απαραίτητο να σχηματιστούν και να διερευνηθούν κάποια ερευνητικά ερωτήματα, καθώς αυτά αποκαλύπτουν το χάσμα της γνώσης που υπάρχει²¹³. Η ερευνητική ερώτηση δρα ως μεσάζων που ουσιαστικά γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ του ερευνητικού προβλήματος και του ερευνητικού σχεδίου, και ως το νήμα που ενοποιεί όλο το ερευνητικό πρόβλημα²¹⁴. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνήθηκαν είναι τα ακόλουθα:

- Πως αντιλαμβάνονται την έννοια της ΚΑ και της δευτερογενούς πρόληψης.
- Ποιες είναι οι απόψεις τους σχετικά με τη συμβολή της δευτερογενούς πρόληψης -όπως ορίζεται στο πλαίσιο της ΚΑ- στην μακροχρόνια διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων και στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.
- Πως αντιλαμβάνονται τον επαγγελματικό τους ρόλο όντας μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας ΚΑ.
- Πως πιστεύουν ότι ο επαγγελματικός τους ρόλος θα συμβάλλει στα προγράμματα της δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ.
- Ποια είναι τα βιώματά τους κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και πως διαχειρίζονται τις προκλήσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Οι φιλοσοφικές προοπτικές υπαγορεύουν τι συνιστά γνώση και τον τρόπο που τα φαινόμενα θα πρέπει να μελετώνται, βοηθώντας έτσι τους ερευνητές να βελτιώσουν και να προσδιορίσουν τα είδη των απαραίτητων στοιχείων, για το πώς πρέπει να συλλέγονται και πώς πρέπει να ερμηνεύονται και να χρησιμοποιούνται²¹⁵.

2.2 ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΝΑΤΟΥΡΑΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο φιλοσοφικός προσανατολισμός που στηρίζει τις περισσότερες διερευνητικές-περιγραφικές ποιοτικές μελέτες, όπως είναι η παρούσα έρευνα, υποστηρίζει και τις περισσότερες μεθόδους ποιοτικής έρευνας²¹⁶. Σε αντίθεση με την άποψη της αντικειμενικής φύσης της πραγματικότητας που αποτελεί τη βάση των ποσοτικών μεθόδων, όλες οι ποιοτικές μέθοδοι αποδίδουν στην φύση της πραγματικότητας την υποκειμενική/κοινωνικά κατασκευασμένη αντίληψη. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο που ζει την εμπειρία είναι η πηγή και ο ερμηνευτής των πληροφοριών²¹⁷. Οι ποιοτικές προσεγγίσεις αποδέχονται ότι τα άτομα εκφράζουν το νόημα στη γλώσσα τους, τα σύμβολά τους, στις αποφάσεις τους και στις ενέργειες τους²¹⁵. Όταν οι ποιοτικοί ερευνητές διερευνούν και περιγράφουν ένα φαινόμενο, συγκεντρώνουν στοιχεία από τις αντιλήψεις και τις ερμηνείες των ανθρώπων ή των ομάδων που βιώνουν ή επηρεάζονται από τα φαινόμενα²¹⁷.

Η παρούσα διερευνητική-περιγραφική έρευνα έχει υιοθετήσει τη θεωρητική προοπτική της νατουραλιστικής έρευνας. Μέσα στο νατουραλιστικό παράδειγμα, υπάρχουν πολλαπλές κατασκευασμένες πραγματικότητες που μπορούν να μελετηθούν μόνο ολιστικά. Η νατουραλιστική έρευνα περιλαμβάνει μελέτες που έχουν σχεδιαστεί για τη μελέτη ανθρώπων και καταστάσεων στο φυσικό τους περιβάλλον, καθώς τα φαινόμενα αυτά μπορούν να γίνουν κατανοητά μόνο μέσα στο περιβάλλον τους²¹⁸. Η μελέτη των φαινομένων στο φυσικό τους πλαίσιο είναι κεντρική και για αυτό το λόγο δεχόμαστε την παραδοχή ότι οι ερευνητές δεν μπορούν να αποφύγουν να επηρεάσουν το υπό διερεύνηση φαινόμενο²¹⁴. Μια αξιολογικά ουδέτερη στάση δεν μπορεί ποτέ να υιοθετηθεί από τον νατουραλιστή ερευνητή και, συχνά, δεν υπάρχει πραγματικότητα χωρίς την κατανόηση της γλώσσας και αναγνώριση των προκαταλήψεων του ερευνητή και μόνο μέσω της υποκειμενικής ερμηνείας μπορεί πραγματικά να αποκαλυφθεί αυτή η πραγματικότητα²¹⁷.

Επομένως, τα ερευνητικά σχέδια δεν μπορούν να προκαθοριστούν, αλλά αναδύονται, ξετυλίγονται ή ξεδιπλώνονται κατά τη διάρκεια των ερευνητικών διαδικασιών²¹⁴.

Ο Cubak και ο Lincoln, υπογραμμίζουν ότι η έρευνα, συνήθως, καθοδηγείται από τα τρία βασικά ερωτήματα και έννοιες:

- Το οντολογικό ερώτημα, δηλαδή ποιο είναι το σχήμα και η φύση της πραγματικότητας. Η οντολογία είναι η μελέτη της ύπαρξης και παρέχει την «κοσμοθεωρία» που καθοδηγεί τη μελέτη.
- Το επιστημολογικό ερώτημα, δηλαδή ποια είναι η ουσιαστική

πεποίθηση για τη γνώση (δηλαδή τι θα γίνει γνωστό). Η επιστημολογία είναι η θεωρητική μελέτη της γνώσης που εμπλέκεται μέσα από την οπτική για γνώση και αλήθεια. Προσφέρει προσοχή στη μελέτη.

- Το μεθοδολογικό ερώτημα, δηλαδή πώς μπορεί να ενεργήσει ο ερευνητής για να ανακαλύψει οτιδήποτε πιστεύει ότι θα γίνει γνωστό. Η μεθοδολογία παρέχει ένα πλαίσιο (διαδικασία) διεξαγωγής της μελέτης²¹⁹.

2.3 ΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα υποστηρίζει την οντολογική προσέγγιση του σχετικισμού, σύμφωνα με την οποία η πραγματικότητα είναι υποκειμενική και διαφέρει από άτομο σε άτομο²¹⁷, άρα υπάρχουν πολλαπλές πραγματικότητες αλλά καμία πραγματικότητα δεν μπορεί να υπάρξει ξεχωριστά, καθώς τα άτομα αποδίδουν τη δική τους ερμηνεία και νόημα στο φαινόμενο²¹⁶. Οι πραγματικότητες αυτές επηρεάζονται από τις αισθήσεις και αναδύονται όταν η συνείδηση εμπλέκεται με αντικείμενα, τα οποία έχουν ήδη νόημα στο άτομο²¹⁵.

2.4 ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επιστημολογία πραγματεύεται τα προβλήματα της επιστημονικής γνώσης²¹⁶. Αυτολεξεί σημαίνει λόγος περί της επιστήμης, από το αρχαιοελληνικό ρήμα «επίσταμαι» δηλαδή γνωρίζω και το ουσιαστικό «λόγος»¹³⁹.

Η επιστημολογική θέση αυτής της ποιοτικής έρευνας είναι ο υποκειμενισμός, ο οποίος βασίζεται σε φαινόμενα του πραγματικού κόσμου. Δηλαδή η ύπαρξη του κόσμου δεν είναι ανεξάρτητη από τη γνώση μας για αυτόν²¹⁷. Ο υποκειμενισμός αποδέχεται την πραγματικότητα όλων των αντικειμένων, στηρίζεται εξ'ολοκλήρου στην υποκειμενική επίγνωση του ατόμου και τονίζει τον ρόλο και τη συμβολή του ερευνητή που συμμετέχει, και αυτό είναι αρκετά σύνηθες και σύμφωνο με την προσέγγιση της ποιοτικής έρευνας²¹⁹. Επομένως, η προσέγγιση της συγκεκριμένης διερευνητικής-περιγραφικής έρευνας δέχεται ότι υπάρχουν πολυάριθμες ερμηνείες της πραγματικότητας και ότι αυτό που προσφέρεται είναι μια υποκειμενική ερμηνεία, ενισχυμένη και υποστηριζόμενη από τον συνδυασμό των αποσπάσματος των συμμετεχόντων²¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα κρίθηκε ως καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση η ποιοτική, ώστε να εξυπηρετηθεί η ολιστική και σε βάθος κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων, καθώς στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά οι εμπειρίες και οι απόψεις των συμμετεχόντων, όπως οι ίδιοι τις επικοινωνούν. Η επιλογή αυτής της μεθόδου, δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να κατανοήσει σε βάθος τις υποκειμενικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις τους, καθώς και τα υποκειμενικά νοήματα που τις συγκροτούν^{213,220}.

Η ποιοτική έρευνα αναφέρεται σε μια σειρά τόσο διαφορετικών όσο και σχετικών εξελισσόμενων μεθοδολογιών που συγκεντρώνονται κάτω από μια παραδειγματική ομπρέλα²¹⁹. Καμία άκαμπτη προσέγγιση δεν διέπει την ποιοτική έρευνα και έτσι επιτρέπει πολλαπλούς τρόπους εξερεύνησης διαφορετικών φαινομένων²¹⁴. Προέρχεται από πολλούς διαφορετικούς κλάδους, κυρίως από την ανθρωπολογία, την κοινωνιολογία και την φιλοσοφία, αλλά χρησιμοποιείται πλέον σε όλους σχεδόν τους τομείς της επιστήμης, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής, της μαιευτικής και της ιατρικής έρευνας²²⁰. Είναι μια επιστημονική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για την περιγραφή εμπειριών ζωής, πολιτισμών και κοινωνικών διαδικασιών από την οπτική γωνία των εμπλεκόμενων ατόμων.

Η διαφορά της ποσοτικής από την ποιοτική έρευνα δεν έγκειται στις διαφορετικές τεχνικές και μεθόδους που χρησιμοποιούν, αλλά στη διαφορετική θεωρητική “λογική” με την οποία προσεγγίζεται η έρευνα²¹⁵. Το κύριο ενδιαφέρον των ποσοτικών μεθόδων εστιάζεται στο γενικό και καθολικό των κοινωνικών φαινομένων, επιχειρώντας να απαντήσει στο «πόσο» και στο «τι», στοχεύοντας στην περιγραφή, την εξήγηση και την πρόβλεψη, αναζητώντας τη γενίκευση. Το κύριο ενδιαφέρον των ποιοτικών μεθόδων εστιάζεται στην περιγραφή και κατανόηση της μοναδικότητας της ανθρώπινης εμπειρίας, της βιωματικής πραγματικότητας (του βιόκοσμου) των υποκειμένων, στην ιδιαιτερότητα της συνείδησης και των βιωμάτων τους και έχει στόχο να διερευνήσει το «πώς» και το «γιατί»^{216,217}. Οι ερευνητές της ποιοτικής έρευνας αποκτούν γνώσεις χωρίς να μετρούν έννοιες ή να αναλύουν στατιστικές σχέσεις. Αντίθετα, βελτιώνουν την κατανόησή τους για ένα φαινόμενο, από την άποψη των ατόμων που το βιώνουν. Οι ποιοτικοί ερευνητές στοχεύουν στο παρόν, σε συνηθισμένα γεγονότα²¹⁴.

Στις μέρες μας, αν και υπάρχουν πολλές καθιερωμένες προσεγγίσεις ποιοτικής έρευνας για να χρησιμοποιήσει ένας ερευνητής όπως η φαινομενολογία, η θεμελιωμένη θεωρία και η εθνογραφία, η πιο κοινή μορφή ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιείται στη νοσηλευτική και στη μαιευτική διεθνώς τα τελευταία χρόνια, είναι αυτή της διερευνητικής-περιγραφικής^{214,221}.

Τόσο οι διερευνητικές ποιοτικές έρευνες όσο και οι περιγραφικές, έχουν συζητηθεί ξεχωριστά ως προσεγγίσεις στη διεθνή βιβλιογραφία. Και οι δύο χρησιμοποιούνται όπου τα υπό μελέτη φαινόμενα είναι ασαφή και χαρακτηρίζονται από έλλειψη θεωρητικού υποβάθρου^{215,222}.

Έχοντας αναγνωρίσει την πιθανή εφαρμογή του έργου του Stebbins στην

υγειονομική περίθαλψη και, επιπλέον, τις υπάρχουσες συνεισφορές της Sandelowski, δημιουργήθηκε επίσημα ένα υβρίδιο των δύο μεθοδολογιών, από τους συγγραφείς Hunter, McCallum και Howes, το οποίο και ακολούθησε η συγκεκριμένη έρευνα²⁹. Αυτή η συγκεκριμένη προσέγγιση βρέθηκε ότι είναι η καταλληλότερη για διερεύνηση σε βάθος του συγκεκριμένου φαινομένου και για την περιγραφή των απόψεων και αντιλήψεων των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας όσον αφορά τον πιθανό ρόλο τους στα προγράμματα ΚΑ, όπως, επίσης, και τις εμπειρίες τους κατά την εφαρμογή παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς.

Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας έγινε με γνώμονα το προσωπικό ενδιαφέρον της ερευνήτριας για τη διερεύνηση και κατανόηση των δυνατοτήτων του επαγγελματικού της ρόλου σε προγράμματα ΚΑ. Τα προγράμματα αποκατάστασης εσωκλείουν βασικές συνιστώσες της προαγωγής υγείας και των πολιτικών δημόσιας υγείας, που αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία της επαγγελματικής ταυτότητας των επισκεπτών υγείας. Άλλος ένας λόγος για την συγκεκριμένη επιλογή μεθοδολογίας, ήταν η σε βάθος διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν, καθώς η συγκεκριμένη προσφέρει μια ιδιαίτερη εμπειρία προσέγγισης και κατανόησης των βιωμάτων και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στην έρευνα, εστιάζοντας στη διείσδυση στην προσωπικότητά τους και στην κατανόηση των επιρροών που έχουν δεχτεί²²¹.

Οι διερευνητικές-περιγραφικές ποιοτικές έρευνες διενεργούνται όταν έχει εντοπιστεί μια συγκεκριμένη έλλειψη γνώσης που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μέσω της αναζήτησης των απόψεων των ανθρώπων που επηρεάστηκαν περισσότερο²¹⁵. Επομένως, εφόσον δεν υπήρχαν σχετικές έρευνες που αφορούσαν τις πεποιθήσεις των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας για τη χρησιμότητα του επαγγελματικού τους ρόλου στη στελέχωση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ΚΑ, ούτε για τις αντιλήψεις τους όντας μέλη ομάδας ΚΑ και τις εμπειρίες τους κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης στην Ελλάδα, κρίθηκε σκόπιμη η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας.

3.1 ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Η δειγματοληψία αναφέρεται στη μέθοδο που χρησιμοποιείται από τους ερευνητές για την επιλογή ενός δεδομένου αριθμού ανθρώπων (ή πραγμάτων) από έναν πληθυσμό για να συμπεριληφθούν σε μια μελέτη²¹⁷. Με άλλα λόγια, η δειγματοληψία αφορά στην στρατηγική για την επιλογή του δείγματος της έρευνας το οποίο χρησιμοποιείται για πρακτικούς λόγους, αφού, συνήθως, δεν είναι εφικτό να συλλεγούν δεδομένα από όλα τα άτομα σε έναν πληθυσμό²¹⁸. Ο όρος «πληθυσμός» εδώ αναφέρεται στο σύνολο των περιπτώσεων που μπορεί να ενδιαφέρουν τους ερευνητές, είτε πρόκειται για ανθρώπους είτε για ομάδες, οργανισμούς, χώρες, ή ακόμη και για καταστάσεις, γεγονότα, χρονικές περιόδους ή κοινωνικό-πολιτισμικές διαδικασίες, κ.ά²¹⁴.

Γενικά, η διαδικασία της δειγματοληψίας αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ερευνητικού σχεδιασμού καθώς η επιλογή του δείγματος επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας²¹⁸. Οι στρατηγικές που αξιοποιούνται για την επιλογή των δειγμάτων ποικίλλουν ανάλογα με την ερευνητικό παράδειγμα των ερευνητών. Σε αντίθεση με την ποσοτική προσέγγιση, εδώ στόχος δεν είναι η γενίκευση από ένα δείγμα στον πληθυσμό. Η δειγματοληψία

στην ποιοτική έρευνα αποσκοπεί, κυρίως, να εντοπίσει πλούσιες σε πληροφορία περιπτώσεις (information-rich cases), δηλαδή περιπτώσεις οι οποίες προσφέρονται για μελέτη σε βάθος και από τις οποίες κάποιος μπορεί να μάθει πολλά σχετικά με ζητήματα κεντρικής σημασίας για τον σκοπό της έρευνας²¹⁹.

Στην παρούσα έρευνα, εφαρμόστηκε η στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive ή αλλιώς purposive ή judgmental sampling) όπου επιλέχθηκε ενεργητικά και σκόπιμα το δείγμα εκείνο του οποίου τα μέλη εξυπηρετούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους σκοπούς και τα ερωτήματα της έρευνας, μιας και παρέχουν πλούτο πληροφοριών του υπο μελέτη φαινομένου. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, η ερευνήτρια βασίστηκε στη γνώση που διαθέτει για το υπό μελέτη φαινόμενο, στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και σε κάποια πρώτα δεδομένα της ίδιας της έρευνας²¹⁷.

Μια από τις στρατηγικές που εντάσσονται στην σκόπιμη δειγματοληψία, είναι η δειγματοληψία χιονοστιβάδας ή αλυσιδωτή δειγματοληψία (snowball or chainsampling). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη στρατηγική ο ερευνητής επιλέγει στην αρχή κάποια άτομα – κλειδιά από τον πληθυσμό που ανταποκρίνεται στον ερευνητικό του σκοπό και που διαθέτουν τα χαρακτηριστικά, τη γνώση και την κοινωνική δικτύωση ώστε να τον οδηγήσουν στον εντοπισμό και άλλων μελών του πληθυσμού²²¹. Εδώ, ο όρος «χιονοστιβάδα» χρησιμοποιείται για να δείξει τον συσσωρευτικό χαρακτήρα της διαδικασίας εφόσον το αρχικά άτομα - κλειδιά συστήνουν άλλο άτομα κ.ο.κ. Προϋπόθεση για τον τελικό σχηματισμό τους του δείγματος είναι να συμπεριληφθούν άτομα που τα χαρακτηριστικά τους να διαφέρουν από αυτά των αρχικών ατόμων – κλειδιών ώστε η εικόνα για το υπό διερεύνηση φαινόμενο να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη^{217,222}.

Με βάση τα παραπάνω, κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί η συγκεκριμένη στρατηγική για την εξασφάλιση της διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Αρχικά εντοπίστηκαν 3 άτομα – κλειδιά μέσα από πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης (facebook), δηλαδή τρεις εν ενεργεία επισκέπτριες υγείας, οι οποίες εργάζονταν στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Στη συνέχεια, οι ίδιες σύστησαν στην ερευνήτρια άλλους επισκέπτες υγείας που εμπίπταν στα κριτήρια ένταξης της έρευνας, οι οποίοι προσεγγίστηκαν μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος στην ίδια πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης και, στη συνέχεια, ήρθαν σε επαφή μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ώστε να ενημερωθούν περαιτέρω για την έρευνα.

3.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπεί στη συστηματική διερεύνηση και την όσο το δυνατόν πληρέστερη και εις βάθος κατανόηση της ανθρώπινης αυτοαντίληψης σχετικά με την επιρροή του επαγγελματικού ρόλου στην ένταξη ενός επαγγελματικού συνόλου, όπως η διεπιστημονική ομάδα και στις καθημερινές επαγγελματικές πρακτικές.

Η δειγματοληψία στηρίχθηκε σε τέσσερις διακριτές έννοιες. Εκ πρώτης, είναι ότι οι απαντήσεις είχαν χρονικά και χωρικά πλαίσια και αναφορική σημασία. Δεύτερον, τα άτομα να ερμηνεύσουν ενεργά την εμπειρία τους. Τρίτον, δόθηκε έμφαση στην παροχή πλαισίου ώστε να διευκολυνθεί η διαδικασία συνεργασίας μεταξύ του ερευνητή και των υποκειμένων. Τέταρτον, η ερευνήτρια στηριζόμενη στην μετέπειτα ερμηνεία, στόχευσε στην βαθιά γνώση των συμμετεχόντων σχετικά με την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης στους ασθενείς τους^{220,221}.

Για την επιλογή των συμμετεχόντων τέθηκαν ορισμένα κριτήρια ένταξης:

- Να είναι πτυχιούχοι επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας
- Να εργάζονται σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας), τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα
- Να ανήκουν σε διεπιστημονική/ πολυεπιστημονική ομάδα
- Να παρέχουν υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς -είτε για την κύρια νόσο είτε για κάποια από τις συννοσηρότητες τους πχ σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, ΧΝΑ- σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ΚΑ.

Αντίστοιχα, τα κριτήρια αποκλεισμού από την παρούσα έρευνα περιλάμβαναν:

- Να είναι φοιτητές/ φοιτήτριες επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας ή πτυχιούχοι χωρίς εργασιακή εμπειρία πάνω στα ζητήματα που διερευνά και περιγράφει η παρούσα έρευνα
- Να παρέχουν μόνο υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης σε υγιείς πληθυσμούς
- Να μην αποτελούν μέλη διεπιστημονικής ομάδας

3.3 ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην ποιοτική έρευνα δεν υπάρχουν αριθμητικοί περιορισμοί και σταθεροί κανόνες ως προς το μέγεθος του δείγματος. Το δείγμα, ωστόσο, δεν χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο. Αντιθέτως, αυτό μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά, εάν ο στόχος του ερευνητή είναι η ανάδειξη υποκειμενικών και ξεχωριστών χαρακτηριστικών και η σε βάθος κατανόηση των εμπειριών²¹³. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι τα μεγάλα δείγματα απαγορεύονται στην ποιοτική έρευνα. Εντούτοις, το μικρό μέγεθος των δειγμάτων υπαγορεύεται και από πρακτικούς λόγους, καθώς το κόστος και, κυρίως, ο χρόνος που απαιτείται για τη συλλογή και ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων θα καθιστούσαν εξαιρετικά δύσκολο προς διαχείριση ένα πολύ μεγάλο δείγμα²²³.

Το κατάλληλο μέγεθος δείγματος για μια ποιοτική μελέτη είναι αυτό που απαντάει επαρκώς στην ερευνητική ερώτηση. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος του δείγματος είναι: το εύρος της μελέτης (όσο πιο ευρύ το περιεχόμενο της μελέτης τόσο περισσότερος χρόνος και δείγμα απαιτείται), η φύση του θέματος, η ποιότητα των δεδομένων, το σχέδιο της μελέτης και η ερευνητική μέθοδος (για παράδειγμα, οι εις βάθος συνεντεύξεις αποφέρουν πλούσια δεδομένα από λιγότερο άτομα)^{217,220}. Το μέγεθος του δείγματος δεν προκαθορίζεται πάντα πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας²²². Η τελική απόφαση για το μέγεθος του δείγματος λαμβάνεται όταν πλέον η ενσωμάτωση νέων μελών-μονάδων στο δείγμα δεν προσφέρει κάτι καινούριο στην ανάλυση των δεδομένων και στην παραγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Η όλη διαδικασία φτάνει τότε σε αυτό που ονομάζεται σημείο κορεσμού (saturation)²¹⁷. Το τελικό δείγμα για αυτή την έρευνα, αποτέλεσαν έντεκα πτυχιούχοι επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας, που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης.

3.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Μετά τον καθορισμό του αντιληπτικού περιγράμματος, τον ορισμό των ερευνητικών ερωτήσεων και τον προσδιορισμό του δείγματος, το επόμενο βήμα

στην ποιοτική έρευνα είναι η παρουσίαση της μεθόδου συλλογής των δεδομένων, που και αυτή πρέπει να αποτελεί λογική συνέχεια των προηγούμενων βημάτων. Έτσι, οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων θα πρέπει να επιτρέπουν την κατανόηση σε βάθος των υποκειμενικών εμπειριών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων²¹³. Η συλλογή των δεδομένων σύμφωνα με τις παραδοχές της ποιοτικής έρευνας βασίζεται σε μεθόδους που δεν είναι τυποποιημένες, δομημένες και απομακρυσμένες από την πραγματική ζωή. Αντίθετα, είναι ευέλικτες και ευαίσθητες απέναντι στο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο παράγονται²¹⁷. Χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι τίθενται γενικές και ανοικτές ερωτήσεις στους συμμετέχοντες που τους επιτρέπουν να μοιραστούν τις απόψεις τους σχετικά εύκολα, χωρίς να περιορίζονται από τις αντιλήψεις του ερευνητή²¹⁸.

Καθοριστικό για την ποιοτική έρευνα είναι το εργαλείο συλλογής των δεδομένων να ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα. Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων η συνέντευξη παρατηρείται συχνά στην καθημερινή πράξη και χρησιμοποιείται για να εξυπηρετήσει διαφορετικούς σκοπούς κάθε φορά. Αποτελεί την πιο διαδεδομένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο συλλογής πληροφοριών και δεδομένων²¹³. Είναι μία συστηματικά οργανωμένη συνομιλία μεταξύ ενός συνεντευκτή ερευνητή και ενός ερωτώμενου, η οποία διεξάγεται όταν κατά την προσπάθεια του πρώτου επιδιώκει την παραγωγή δεδομένων που θα απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που έχει θέσει. Η συνομιλία αυτή μπορεί να καταγραφεί· να ηχογραφηθεί ή/και βιντεοσκοπηθεί. Η πορεία της συζήτησης όπως ο καθορισμός και η επιλογή ερωτήσεων είναι βασική φροντίδα του ερευνητή²²².

Η χρήση της μεθόδου της συνέντευξης, ως εργαλείο συλλογής πληροφοριών θεωρείται κατάλληλη για τη διερεύνηση πολλών κοινωνικών θεμάτων. Μέσω της συνέντευξης, ο ερευνητής δύναται να κατανοήσει στάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές των ερωτώμενων. Με άλλα λόγια, βλέπει τα κοινωνικά φαινόμενα και τον κοινωνικό κόσμο όπως τα υποκείμενα της έρευνας. Συλλέγει κατ' αυτόν τον τρόπο πληροφορίες «εκ των έσω», διαμορφώνοντας έτσι μία όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα για τη σύνθετη κοινωνική πραγματικότητα, και κυρίως το ζήτημα που ερευνά²²⁴. Η σχέση ερευνητή- συνεντευξιαζόμενου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας και του συνόλου των αποτελεσμάτων και πληροφοριών που προκύπτουν καθώς ο ερευνητής πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση του αντικείμενου της έρευνας, ευγενική διάθεση προς τον ερωτώμενο και κριτική στάση προς τα λεγόμενα του τελευταίου²¹⁸. Η ερμηνεία των απόψεων και στάσεων του συνεντευξιαζόμενου θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδοχή ή διάψευσή τους πριν το πέρας της συνέντευξης. Κρίνεται αναγκαία η παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών για το αντικείμενο και τους στόχους της έρευνας στον ερωτώμενο, ώστε να επέλθει η συναίνεσή τους στη διεξαγωγή της έρευνας. Απαραίτητη κρίνεται και η διασφάλιση ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας κατά την τέλεσή της^{218,219}.

Με βάση τις δυνατότητες που προσφέρει στον ερευνητή, ως κύριο εργαλείο συλλογής δεδομένων για την παρούσα εργασία έχει επιλεγθεί η ημιδομημένη ατομική συνέντευξη, δίνοντας, έτσι, χώρο και χρόνο στον συνεντευξιαζόμενο να αναπτύξει τις εμπειρίες του και να αναλύσει τα συναισθήματα του²¹⁷, βασικό ζητούμενο στην έρευνα αυτή.

Σκοπός της είναι να διερευνηθούν οι ελεύθερες απόψεις και οι προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων, χωρίς αυτές να περιορίζονται από τη χρήση

προσχηματισμένων απαντήσεων όπως στην περίπτωση ενός ερωτηματολογίου, γεγονός ασυμβίβαστο με τις αρχές που διέπουν την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας²²⁰. Μέσω της συνέντευξης δίνεται έμφαση στο να αξιώσουμε να ανιχνεύσουμε ιδέες, πιθανές αντιδράσεις, να ερευνήσουμε σε βάθος τα συναισθήματα, κάτι που δε θα μπορούσε επίσης να επιτευχθεί μέσα από τα ερωτηματολόγια. Παράλληλα, επιτρέπει στον ερευνητή να διατυπώσει ερωτήσεις που θα οδηγήσουν στην εμβάθυνση και κατανόηση των εμπειριών των συμμετεχόντων²²³.

Σε μια ημιδομημένη συνέντευξη, τα σχετικά με κάποιο ερευνητικό ερώτημα αποσπάσματα βρίσκονται, κατά κανόνα, στα σημεία εκείνα που η ερευνήτρια έθεσε τις σχετικές ερωτήσεις. Αυτό όμως δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να εντοπιστούν σχετικά αποσπάσματα και σε άλλα σημεία της συνέντευξης. Είναι, συνεπώς, σημαντικό να διαβάσουμε προσεκτικά το σύνολο του υλικού και να προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε όλες τις πληροφορίες που αντιστοιχούν σε κάθε μας ερώτημα ή/και υποερώτημα²²⁵. Επιλέγοντας την ημιδομημένη συνέντευξη, επιτυγχάνεται η ύπαρξη ενός οδηγού στη διαδικασία ενώ, συγχρόνως, παρέχει ευελιξία ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου, την εμβάθυνση -ανάλογα με το προφίλ των συμμετεχόντων-, και τη σειρά των ερωτήσεων. Σ' αυτήν την περίπτωση, ο ερευνητής σχηματίζει έναν κατάλογο από 7 ή 8 σημεία, τα οποία θέλει οπωσδήποτε να καλύψει²¹⁴. Ο λόγος που ο ερευνητής καταγράφει αυτά τα βασικά σημεία είναι για να αποφύγει την περίπτωση να παρασυρθεί από τη συνέντευξη που έχει μορφή διαλόγου και να "ξεστρατίσει" από το θέμα της έρευνάς του²¹³.

Η Sandelowski επισημαίνει ότι ένας ημι-δομημένος και ευέλικτος οδηγός συνέντευξης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποφευχθούν οι περιοριστικές απαντήσεις και να ενθαρρύνονται οι συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις τους και τις πεποιθήσεις ελεύθερα²²⁶. Ο οδηγός συνέντευξης που δημιουργήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα, χαρακτηρίζεται από μη αυστηρή δομή, με ανοικτές ερωτήσεις, ώστε να είναι ο ερωτώμενος ελεύθερος να αναπτύξει την απάντησή του χωρίς προκαθορισμούς²²⁵. Για το σχεδιασμό της συνέντευξης δημιουργήθηκαν θεματικοί άξονες που συμφωνούν με το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, καθώς και με τους άξονες προβληματισμού που τέθηκαν αρχικά²²⁷.

Κατά το σχεδιασμό των συνεντεύξεων διαμορφώθηκε μία λίστα αποτελούμενη από δώδεκα ερωτήσεις, ορισμένες εκ των οποίων συνοδεύονταν από συμπληρωματικές ερωτήσεις εμβάθυνσης (Παράρτημα 2), ώστε να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση που το έκρινε απαραίτητο η ερευνήτρια. Με αυτόν τον τρόπο, δόθηκε η δυνατότητα να τροποποιηθεί κάποια ερώτηση ή να διατυπωθεί με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με την απόκριση του συνεντευξιζόμενου κάθε φορά²²³. Η ευέλικτη διάταξη των ερωτήσεων της παρούσας ημιδομημένης συνέντευξης έδωσε τη δυνατότητα μη τήρησης της σειράς των ερωτήσεων, ώστε να ακολουθείται η ροή του λόγου των συνεντευξιζόμενων και επισφράγιστην απόδοση λεπτομερέστατων προσδιορισμών με βάση τις δικές τους εμπειρίες και την ανάδειξη ζητημάτων που οι ίδιοι θεώρησαν σημαντικά αλλά και έδωσε τη δυνατότητα αναδιαμόρφωσης, ανάλογα με τον/την εκάστοτε συνεντευξιζόμενο/η²¹⁴. Δομήθηκε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και περιλαμβάνει ανοιχτού τύπου ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα κατάθεσης των απόψεων και εμπειριών των συνεντευξιζομένων^{217,220}.

Κατά τη δημιουργία του οδηγού συνέντευξης λήφθηκαν υπόψη αντίστοιχες

παλαιότερες διεθνείς μελέτες που έγιναν για τη διερεύνηση των απόψεων των επισκεπτών υγείας για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ΚΑ και τον ρόλο τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

3.5 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Πριν τη διενέργεια των κύριων συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα, προκειμένου να επιθεωρηθεί το εργαλείο συλλογής των δεδομένων πριν τις υπόλοιπες συνεντεύξεις του τελικού δείγματος. Η πιλοτική δοκιμή βοήθησε την έρευνα στον καθορισμό ύπαρξης ρωγμών, περιορισμών ή άλλων αδυναμιών μέσα στο σχέδιο της συνέντευξης και επιτρέπει να γίνουν οι απαραίτητες αναθεωρήσεις πριν από την εφαρμογή της μελέτης²²⁵. Πιο συγκεκριμένα, ελέγχθηκε ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων και η ακρίβεια με την οποία δίνονταν οι απαντήσεις, προκειμένου να εντοπιστούν οι ερωτήσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μεροληπτικές ή αόριστες απαντήσεις, και προσδιορίστηκε η χρησιμότητα των απαντήσεων που δίνονταν στις ερωτήσεις²²⁴.

Ο οδηγός συνέντευξης εφαρμόστηκε πιλοτικά σε δύο άτομα με ίδια χαρακτηριστικά (επάγγελμα, τομέας εργασίας, παροχή υπηρεσιών), τα οποία αποκλείστηκαν από το τελικό δείγμα. Εν τέλει, ο οδηγός προσαρμόστηκε κατάλληλα, αφαιρέθηκαν περιττές ή δυσνόητες ερωτήσεις και αποδόθηκε η τελική του μορφή.

3.6 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τα μέσα έως και το τέλος Οκτώβρη. Ο καθορισμός του χωροχρονικού πλαισίου συνάντησης και επιτέλεσης των συνεντεύξεων έγινε ακολουθώντας τις προτάσεις των συνεντευξιαζόμενων με απώτερο σκοπό την ομαλή διεξαγωγή τους²²⁵. Κάποιες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερικό χώρο, επιλεγμένο από τον εκάστοτε συνεντευξιαζόμενο και οι υπόλοιπες τηλεφωνικά, ύστερα από επιθυμία των περισσότερων συμμετεχόντων. Η πραγματοποίηση μιας τηλεφωνικής συνέντευξης (telephone interview) αποτελεί μια διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών χρησιμοποιώντας το τηλέφωνο και κάνοντας, έτσι, ένα μικρό αριθμό προκαθορισμένων ερωτήσεων στους συμμετέχοντες²¹⁹. Πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η ταχύτητα, η εύκολη προσβασιμότητα, αλλά και το μικρότερο κόστος²²³.

Προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και η συναίνεση των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε με ενυπόγραφο έντυπο συμφωνίας βάση του κανονισμού προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR). Η φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης (informed consent) ήταν γραμμένη με τρόπο κατανοητό για τους συμμετέχοντες ώστε να αποφευχθούν τυχόν παρερμηνείες και να μην υπάρχουν περιθώρια παραπλάνησης των συμμετεχόντων καθώς αυτό εμπίπτει άμεσα σε παραβίαση των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων της έρευνας²¹⁷. Εν συνεχεία, δόθηκε παροχή πληροφοριών καθ' όλη την εξέλιξη της διαδικασίας και η ενημέρωση δεν τερματίστηκε μόλις δόθηκε η φόρμα συγκατάθεσης.

Η σημασία της αλληλεπίδρασης με το συμμετέχοντα εμφανίζεται σταδιακά σε όλη τη συνέντευξη. Η συνομιλία πριν από τη συνέντευξη βοήθησε στη δημιουργία άνετης, φιλικής και πιο χαλαρής ατμόσφαιρας, επιτρέποντας την ομαλή διεξαγωγή της συνέντευξης²²¹. Η διάρκεια των προσωπικών συνεντεύξεων δεν ξεπέρασε τα 45 λεπτά, με μέσο όρο τα 35 λεπτά. Η ηχογράφηση πραγματοποιήθηκε

μέσω εξωτερικής συσκευής (tablet) που είχε κατάλληλο πρόγραμμα ηχογράφησης, για να υπάρχει η δυνατότητα αναλυτικής καταγραφής των απαντήσεων των ερωτώμενων και τα δεδομένα μεταφέρθηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη μορφή αρχείων ήχου. Το μέσο καταγραφής συμβάλλει σε μια πιο χαλαρή ατμόσφαιρα επειδή ο ερευνητής ελευθερώνεται από την απόσπαση της προσοχής της λήψης σημειώσεων και μπορεί να επικεντρωθεί στην αλληλεπίδραση με τον συμμετέχοντα επιτρέποντας μια ακριβή και επί λέξει αποτύπωση της συνέντευξης²²⁰. Αν και εκφράστηκαν αρχικά ανησυχίες σχετικά με την αίσθηση ανακριτικής διάθεσης από την παρουσία του μέσου καταγραφής, αυτές αντιμετωπίστηκαν δίνοντας διασφαλίσεις πως τα ηχητικά ντοκουμέντα βοηθούν τον ερευνητή στην μετέπειτα αποτύπωση των λεγομένων²²⁵.

Μετά από προσεκτική και πολλαπλή ακρόαση των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε απομαγνητοφώνηση σε δεύτερο χρόνο, και δακτυλογραφήθηκαν σε πρόγραμμα επεξεργασίας κειμένου (Microsoft Word), συμπεριλαμβάνοντας κάθε λεπτομέρεια, όπως να καταγραφούν και εξωγλωσσικά στοιχεία, όπως, για παράδειγμα, οι παύσεις, η ένταση των συναισθημάτων, κ.ά. Παρόλα αυτά, η μεταγραφή, όσο πιστή κι αν είναι, δεν αποτελεί εικόνα – καθρέφτη της συνέντευξης²¹⁷. Η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης και μετατροπής των συνεντεύξεων σε μορφή κειμένου (word) θεωρήθηκε ζωτικής σημασίας, διότι στην θεματική ανάλυση περιεχομένου όλα τα δεδομένα ανεξάρτητα από την προέλευση τους, πρέπει να έχουν την μορφή κειμένου για να μπορέσουν να αναλυθούν²²⁷. Παράλληλα, θεωρήθηκε αναγκαίο να κρατηθούν σημειώσεις στο ημερολόγιο της ερευνήτριας με σκοπό τη διασφάλιση της μετέπειτα επεξεργασίας και εμπλουτισμού των δεδομένων από παρατηρήσεις (observations) και καταγραφή στοιχείων όπως δημογραφικά στοιχεία²²⁵.

3.7 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Την ουσία της όλης έρευνας αποτελεί αναμφίβολα η ανάλυση των δεδομένων καθώς όχι μόνο επειδή είναι αναγκαία αλλά παράλληλα τα δεδομένα από μόνα τους δεν «μιλούν», αλλά «απαιτούν» πάντοτε από τον ερευνητή να δώσει νόημα, να συνδέσει φαινομενικά ασύνδετα σημεία, να ερμηνεύσει τα αίτια πίσω από τα δεδομένα και τελικά να δημιουργήσει καινούργια γνώση²¹³. Ο τρόπος που τα δεδομένα θα αναλυθούν, εξαρτάται, πρωτίστως, από την μορφή που θα έχουν. Η κυρίαρχη μορφή στην ποιοτική έρευνα είναι τα γραπτά κείμενα²¹⁴.

Ως προς τη διαχείριση των δεδομένων της παρούσας έρευνας, επελέγη η θεματική ανάλυση, για να εντοπιστούν, να περιγραφούν και να «θεματοποιηθούν» επαναλαμβανόμενα νοηματικά μοτίβα, που προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα²²⁷. Η θεματική ανάλυση συνίσταται στη συστηματική αναγνώριση, οργάνωση και κατανόηση επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος εντός ενός συνόλου δεδομένων²²⁰. Με αυτόν τον τρόπο, ο/η ερευνητής/τρια αποκτά γνωστική πρόσβαση σε συλλογικούς τρόπους νοηματοδότησης και εμπειρίες και να ανιχνεύσει πολυάριθμα μοτίβα νοήματος εντός των δεδομένων του. Εστιάζει, ωστόσο, σε εκείνα που είναι σχετικά με το θέμα το οποίο μελετά και, ειδικότερα, σε εκείνα που είναι κατάλληλα για την απάντηση των ερευνητικών του ερωτημάτων. Συνεπώς, τα ερευνητικά ερωτήματα λειτουργούν ως οδηγός κατά τη διαδικασία της θεματικής ανάλυσης²¹⁹. Η θεματική ανάλυση δεν αποτελεί μια «τεχνικού τύπου» διαδικασία κατά την οποία ο ερευνητής, ως άλλος αρχαιολόγος, αποκαλύπτει θέματα ή κατηγορίες που ενυπάρχουν θαμμένα, κάπου μέσα στα δεδομένα, και

αναμένουν να ανακαλυφθούν²²⁴. Η διαδικασία της ανάλυσης προϋποθέτει τον ενεργητικό και δημιουργικό ρόλο του ερευνητή, ο οποίος, αναπτύσσοντας μια διαλογική σχέση με τα δεδομένα του, περισσότερο παράγει και συγκροτεί τα θέματα παρά τα ανακαλύπτει²¹⁷.

Σε αντίθεση με άλλες μεθόδους ανάλυσης, που δεσμεύονται σε συγκεκριμένες θεωρητικές προσεγγίσεις η θεματική ανάλυση λογίζεται ως μια εύελικτη μέθοδος ανάλυσης, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί με πολλαπλούς τρόπους από ερευνητές που εκκινούν από διαφορετικές θεωρητικές αφητηρίες²²⁶. Η ανάλυση αυτή προσφέρει στον ερευνητή «θεωρητική ελευθερία» ή ευελιξία, χωρίς να σημαίνει αυτό ότι απουσιάζει η επιστημονική πλαισίωση. Το αντίθετο μάλιστα· τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν είναι πολύ συγκεκριμένα²¹⁷.

Στην βιβλιογραφία περιγράφονται διάφοροι τρόποι προσέγγισης της θεματικής ανάλυσης. Η συμβατική θεματική ανάλυση βοηθάει τον ερευνητή να αναπτύξει βαθύτερη κατανόηση ενός φαινομένου²²⁷. Αν και υπάρχουν διαφορές μεταξύ της συμβατικής και των άλλων μορφών θεματικής ανάλυσης περιεχομένου, οι οποίες, όμως, αφορούν κυρίως την διαδικασία της αρχικής κωδικοποίησης, ο ερευνητής πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένα βήματα που είναι κοντά για όλους τους τρόπους ανάλυσης²²⁵. Αναλυτικά, τα βήματα που ακολούθησε η ερευνήτρια για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας είναι τα παρακάτω :

- Εξοικείωση με τα δεδομένα
- Κωδικοποίηση
- Αναζήτηση των θεμάτων
- Επανεξέταση των θεμάτων
- Ορισμός-ονομασία των θεμάτων
- Έκθεση των θεμάτων – συγγραφή των ευρημάτων^{217,224}

Τα δεδομένα της έρευνας ήταν τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων. Για κάθε φυσικό πρόσωπο, από το οποίο μέσω προσωπικής συνέντευξης συλλέχθηκαν τα στοιχεία, έγινε ταυτοποίηση μέσω προσυμφωνημένου κωδικού, ώστε να διευκολυνθούν τα επόμενα στάδια της επαλήθευσης των στοιχείων²²³. Ο κωδικός που ταυτοποιεί μοναδικά το φυσικό πρόσωπο είναι για παράδειγμα: ΣΕ1 για τον πρώτο συμμετέχοντα επισκέπτη υγείας και ούτω καθεξής.

Πριν από την έναρξη της ανάλυσης, τα κείμενα των συνεντεύξεων διαβάστηκαν πολλές φορές για να αποκτηθεί μια συνολική και ολοκληρωμένη εικόνα των δεδομένων από την ερευνήτρια²²². Δεν χρησιμοποιήθηκε λογισμικό όπως χρησιμοποιείται, συνήθως, στην ανάλυση των ποιοτικών ερευνών, λόγω έλλειψης εμπειρίας εφαρμογής του από την ερευνήτρια. Παρόλα αυτά, η διαδικασία έγινε με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και με τη βοήθεια εξωτερικών ερευνητών (κοινωνική επιστήμονα και εκπαιδευτικό) με εμπειρία στη διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που συλλέχθηκαν από το ερευνητικό πεδίο αποτέλεσε στην έρευνά αυτή το κρίσιμο στάδιο κατά το οποίο επιχειρήθηκε η απάντηση των αρχικών ερευνητικών ερωτημάτων και προέκυψαν συμπεράσματα της έρευνας. Έχοντας θέσει τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα, η ερευνήτρια προχώρησε στον προσδιορισμό της βασικής μονάδας καταγραφής των δεδομένων, δηλαδή του τμήματος του κειμένου που αποτέλεσε τη βάση για την κατηγοριοποίηση. Ως μονάδα καταγραφής επέλεξε το γενικό θέμα που αναπτύσσεται στην πρόταση, στην παράγραφο ή σε όλο το κείμενο και

χρησιμοποιείται, κυρίως, σε μελέτες που επικεντρώνονται στη διερεύνηση στάσεων, διαθέσεων, αξιών και πεποιθήσεων²¹⁴, όπως και η παρούσα έρευνα.

Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση του υπάρχοντος κωδικοποιημένου κειμένου. Η μέθοδος κατηγοριοποίησης αποτέλεσε το βασικό κορμό της ανάλυσης. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν καθορίστηκαν από το σκοπό της έρευνας. Η κατηγορία είναι μια ομάδα πραγμάτων, αντικειμένων, καταστάσεων που έχουν έναν ορισμένο αριθμό κοινών χαρακτηριστικών ή ιδιοτήτων, διαφέρει από όλες τις άλλες ομάδες και συγκροτείται με κριτήρια ποιοτικά²¹⁷. Οι κατηγορίες όπως προέκυψαν, αντικατοπτρίζονται λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού και απεικονίζουν το αρχικό τους περιεχόμενο ως εξής:

- Μετά από ενδελεχή ανάγνωση οι κατηγορίες χωρίστηκαν σε 4 θεματικές ενότητες/άξονες (contentareas).
- Το σύνθετο περιεχόμενο από τα ίδια τα λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού συγκρίθηκαν για ομοιότητες και διαφορές με την ερευνητική ερώτηση και έπειτα κατηγοριοποιήθηκε.
- Οι θεματικές ενότητες αποτελούν συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες.
- Είναι το τελικό απαύγασμα για το πώς ερμηνεύουν, αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι συμμετέχοντες το υπό έρευνα φαινόμενο και αποτελούν το απόσταγμα που προσφέρει τη βαθύτερη κατανόηση και επεξεργασμένη γνώση για τους συμμετέχοντες^{218,222}.

3.8 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για να διασφαλιστεί όσον το δυνατόν περισσότερο η αξιοπιστία μιας ποιοτικής έρευνας και η εγκυρότητά της, μιας και η γενίκευση των αποτελεσμάτων δεν είναι ο σκοπός της, βιβλιογραφικά προτείνονται τρία κριτήρια, ώστε να περιοριστεί η επιρροή της υποκειμενικότητας του/της ερευνητή/τριας και να εξασφαλιστεί η ερμηνεία των δεδομένων^{213,219}. Αυτά είναι:

- ➔ Η εξασφάλιση της διαφάνειας (transparency) κατά την ανάλυση των δεδομένων, δηλαδή αν κάποιος/α άλλος/η ερευνητής/τρια ακολουθήσει τα ίδια βήματα στη διαδικασία ανάλυσης με τον πρώτο/η ερευνητή/τρια, θα φτάσει στα ίδια συμπεράσματα ανεξάρτητα από το αν συμφωνεί ή όχι με αυτά.
- ➔ Η μεταδοτικότητα (communicability) των αναλύσεων, δηλαδή η κατανοητή παρουσίαση αυτών, ώστε μελλοντικοί/ές ερευνητές/τριες και συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνα να μπορούν να κατανοήσουν το σκεπτικό του/της αρχικού/ής ερευνητή/τριας.
- ➔ Ηεσωτερική συνάφεια (coherence) της ανάλυσης, δηλαδή η κατηγοριοποίηση των δεδομένων θα πρέπει να επιτρέπει την παρουσίαση όλου του υλικού σε μορφή κειμένου, που να χαρακτηρίζεται από λογική συνάφεια^{220,227}.

3.8.1 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας έχει μεγάλη σημασία στις ποιοτικές έρευνες για κάποιους ερευνητές, παρόλο που πρόκειται φαινομενικά για έρευνες υποκειμενικές, όπου ο/η ερευνητής/τρια ερμηνεύει τα ποιοτικά δεδομένα και καταλήγει σε συμπεράσματα²²⁴.

Η εγκυρότητα, συνδέεται με τη λογική περιγραφή και παρουσίαση του

σκεπτικού με βάση το οποίο ο/η ερευνητής/τρια ερμηνεύει τα δεδομένα της έρευνας. Έτσι, οι αναγνώστες και αναγνώστριες έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν με ευκολία τον συλλογισμό του/της ερευνητή/τριας²¹⁸. Σε όλη αυτή τη διαδικασία, είναι απαραίτητο ο/η ερευνητής/τρια να αναστοχάζεται διαρκώς, ώστε να αναγνωρίζει εκείνα τα στοιχεία της προσωπικότητάς του/της, τις αξίες του/της, τις προσωπικές του/της προκαταλήψεις, που μπορούν να επηρεάσουν την ερευνητική διαδικασία σε κάθε της στάδιο²¹⁷. Σίγουρα υπάρχει η υποκειμενική ματιά του/της ερευνητή/τριας, αλλά δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αγνοούνται οι εμπειρίες των ερευνητικών υποκειμένων²²³.

Ο/Η ερευνητής/τρια πρέπει να αποστασιοποιείται από τα προσωπικά του/της ενδιαφέροντα, που εντοπίζονται στην έρευνα, ώστε να δώσει μια αντικειμενική εικόνα του ζητήματος που ερευνάται, κανόνας ο οποίος ακολουθήθηκε στους περιορισμούς που συνάντησε ο/η ερευνητής/τρια κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας²²¹, γεγονός που επιτεύχθηκε στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται έγκυρο, όταν καλύπτει αποκλειστικά τη θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε²²⁵. Η συγκεκριμένη έρευνα, μέσω του εργαλείου της συνέντευξης κατάφερε να συνδέσει τα θεωρητικά στοιχεία του γενικού μέρους της εργασίας, με τα αποτελέσματα που παρατίθενται στο ειδικό μέρος.

3.8.2 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Η αξιοπιστία (credibility) σε μια ποιοτική έρευνα αναφέρεται στην ισχύ του μεθοδολογικού σχεδιασμού, στην ποιότητα των δεδομένων τα οποία συλλέγηκαν κατά τη διάρκειά της και στο πώς αυτός ο σχεδιασμός και τα συγκεκριμένα δεδομένα οδηγούν σε αληθινά και αξια εμπιστοσύνης ευρήματα, υπό την έννοια ότι αναπαριστούν την πραγματικότητα²¹⁴. Η έννοια της αξιοπιστίας της έρευνας στα πλαίσια της ποιοτικής σχολής θα αντιστοιχούσε στην έννοια της “εσωτερικής εγκυρότητας” (internal validity) στην ποσοτική/θετικιστική σχολή²¹⁷.

Η αξιοπιστία της συγκεκριμένης έρευνας υποστηρίχθηκε μέσα από ελέγχους των συμμετεχόντων (member checks)²²⁰. Ως μέρος της ερευνητικής διαδικασίας και επιδιώκοντας παράλληλα τις όσο το δυνατό ισχυρότερες δεοντολογικές μεθοδολογικές επιλογές, τόσο οιαπομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις όσο και η ερμηνεία και συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας τα οποία σχετίζονταν με τους επισκέπτες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα επιστράφηκαν σε αυτούς/ές με σκοπό την επαλήθευση της αξιοπιστίας τους. Έτσι, επιτεύχθηκε η επιβεβαίωση των ευρημάτων της έρευνας από τους ίδιους τους συμμετέχοντες (participant validation)²²⁸.

3.8.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν και ακολουθήθηκαν όλες οι βασικές αρχές δεοντολογίας που αφορούν στην ερευνητική διαδικασία. Στο Παράρτημα 1 παρατίθενται το Έντυπο ενημέρωσης για συμμετοχή στην έρευνα και το Έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης για συμμετοχή στην έρευνα, τα οποία δόθηκαν είτε δια ζώσης για να συμπληρωθούν είτε στάλθηκαν ηλεκτρονικά σε όλους τους συμμετέχοντες και τα οποία συντάχθηκαν με βάση τις αρχές της δεοντολογίας στην έρευνα²¹⁷.

Η πρώτη αρχή που ακολούθησε η ερευνήτρια είναι η πληροφορημένη συγκατάθεση στην έρευνα (informed consent). Με βάση αυτή, η ερευνήτρια

πληροφόρησε τόσο προφορικά κατά την πρώτη επικοινωνία με τους συμμετέχοντες και πριν από τη διεξαγωγή της συνέντευξης όσο και γραπτά, με έντυπο συγκατάθεσης (Παράρτημα 1), για τον όλο ερευνητικό σχεδιασμό. Τονίστηκε ακόμα ότι η συμμετοχή του κάθε συμμετέχοντα είναι ελεύθερη και εθελοντική και ότι τηρεί το δικαίωμα απόσυρσης του ιδίου ή των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τον ίδιο σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας²²⁰. Η ενημέρωση έγινε σε απλή και κατανοητή γλώσσα ενώ διευκρινίστηκαν οποιοσδήποτε παρανοήσεις.

Η δεύτερη αρχή που ακολούθησε η ερευνήτρια είναι η αρχή της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας στην έρευνα. Η ερευνήτρια αφαίρεσε οποιαδήποτε προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους και να προστατευτεί η ταυτότητά τους. Τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρέμειναν και θα παραμείνουν ανώνυμα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, την ανάλυση των δεδομένων και την αξιοποίηση των ευρημάτων. Επίσης διασφαλίστηκε από την ερευνήτρια η σωστή χρήση και ασφαλής αποθήκευση των δεδομένων. Η πρωτογενής και δευτερογενής ανάλυση των δεδομένων καθορίστηκε εκ των προτέρων²¹⁷.

Η τρίτη αρχή της δεοντολογίας αφορά στην προστασία από ενδεχόμενη βλάβη στην έρευνα. Η ερευνήτρια έλαβε όλα τα μέτρα ώστε να προστατευθούν οι συμμετέχοντες από πιθανό σωματικό και συναισθηματικό κίνδυνο ή ενδεχόμενη βλάβη, ενημερώθηκαν για το δικαίωμα τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα, να μην αποκαλύψουν πληροφορίες εάν δεν το επιθυμούν, ή να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση, χωρίς αρνητικές συνέπειες²²⁵. Επίσης, κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων οριοθέτησε τη σχέση της με τους συμμετέχοντες ώστε να μην μετατραπεί σε φιλική ή θεραπευτική, αυξάνοντας ταυτόχρονα την εμπιστοσύνη προς τον ερευνητή²²¹. Τέλος η ερευνήτρια έλαβε τα απαραίτητα μέτρα ώστε να μην διατρέξει η ίδια οποιοδήποτε σωματικό ή συναισθηματικό κίνδυνο²¹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συγκεντρωμένα τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επισκεπτών και επισκεπτριών υγείαςπουέλαβαν μέρος στηνέρευνακαι τηρούσαν τα παραπάνω κριτήρια που είχαν τεθεί προκειμένου να προσφέρουν τις πιο αξιόπιστες πληροφορίες για το υπό μελέτη φαινόμενο.

ΚΩΔΙΚΟΣ	Σ1	Σ2	Σ3	Σ4	Σ5	Σ6	Σ7	Σ8	Σ9	Σ10	Σ11
ΦΥΛΟ	Γ	Α	Α	Γ	Γ	Α	Α	Γ	Γ	Γ	Γ
ΗΛΙΚΙΑ	35	42	48	50	62	36	50	35	36	33	34
ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	9	12	14	21	35	6	26	14	4	5	2
ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ/ ΔΗΜΟΣΙΟΣ)	Δ	Δ	Δ	Ι	Δ	Ι/Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΠΦΥ	ΔΦΥ	ΠΦΥ	*ΚΑΙ ΣΤΑ ΤΡΙΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	ΔΦΥ	*ΚΑΙ ΣΤΑ ΤΡΙΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	ΔΦΥ	ΤΦΥ	ΠΦΥ	ΠΦΥ	ΠΦΥ
ΤΟΜΕΑΣ	ΤΟΜΥ	ΝΟΣΟΚΟ ΜΕΙΟ	ΤΟΜΥ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΝΟΣΟΚΟ ΜΕΙΟ	ΜΚΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΣΟΚΟ ΜΕΙΟ	ΚΥ	ΤΟΜΥ	ΚΥ
ΙΑΤΡΕΙΟ	ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΥ	ΔΙΑΒΗΤΟ ΛΟΓΙΚΟ	ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΥ	ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΙΑΒΗΤΟ ΛΟΓΙΚΟ	ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚ Ο	ΜΕΤΑΒΟ ΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑ ΤΩΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟ ΛΟΓΙΚΟ	ΕΞΩΤΕΡΙΚ Α ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΜΟΙ	ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΥ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ/ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΝΑΙ			ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ			ΝΑΙ		ΝΑΙ
ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ				ΝΑΙ	ΝΑΙ		ΝΑΙ	

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά έντεκα επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας, από τους οποίους οι επτά ήταν γυναίκες και τέσσερις ήταν άντρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων συνολικά ήταν τα 41.9 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας των αντρών ήταν τα 44 έτη και για τις γυναίκες τα 40,7 έτη.

Όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας, ο μέσος όρος για τους άντρες είναι τα 14,5 έτη ενώ για τις γυναίκες τα 12,8 έτη. Από τους 11 επισκέπτες υγείας, οι 2 (1 άντρας και μια γυναίκα) εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ενώ η πλειοψηφία, δηλαδή οι υπόλοιποι 9 επισκέπτες υγείας (6 γυναίκες και 3 άντρες) απασχολούνται στον δημόσιο τομέα. Από το σύνολο των επισκεπτών υγείας, οι 6 εργάζονται εντός Περιφέρειας Αττικής ενώ οι υπόλοιποι 5 σε πόλεις της υπόλοιπης Ελλάδας.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, οι 7 από τους 11 επισκέπτες υγείας(63,6%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ενώ μόλις 2 είναι κάτοχοι διδακτορικού (18,1%). Και οι 11 επισκέπτες υγείας έχουν παρακολουθήσει επιμορφωτικά προγράμματα που αφορούν καρδιαγγειακά νοσήματα ή συννοσηρότητες πχ διαβήτη ή έχουν εξειδίκευση.

Όσον αφορά το επίπεδο υγειονομικής φροντίδας που ανήκουν και παρέχουν υπηρεσίες δευτερογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης, οι 4 από τους 11 (36,3%) ανήκουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οι 3 από τους 11 (27,2%) ανήκουν στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και μόνο 1 (9,09%) ανήκει στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τέλος, 2 από τους 11 (18,1%) που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα δεν μπορούν να ταξινομηθούν κάπου συγκεκριμένα καθώς οι υπηρεσίες τους αφορούν και τα τρία επίπεδα φροντίδας.

Όσον αφορά τον χώρο εργασίας, 4 στους 11 εργάζονται σε νοσοκομείο (36,3%), 3 στους 11 εργάζονται σε Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ) και 2 σε Κέντρο Υγείας (18,1%). Σε Μη Κερδοσκοπική Εταιρία εργάζεται 1 επισκέπτης υγείας (9,09%) και σε ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόληψης 1 επισκέπτης υγείας (9,09%). Τέλος, οι 3 επισκέπτες υγείας που εργάζονται στις ΤΟΜΥ λειτουργούν αυτόνομα και δεν ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο ιατρείο, οι 2 επισκέπτες υγείας που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας ανήκουν στα εμβολιαστικά κέντρα και στα εξωτερικά ιατρεία ενώ η πλειοψηφία των επισκεπτών υγείας που εργάζεται στα νοσοκομεία ανήκει στα Διαβητολογικά Ιατρεία και πολλές φορές στελεχώνει και άλλες υπηρεσίες. Στον ιδιωτικό τομέα, ο 1 επισκέπτης υγείας στην ΜΚΟ ανήκει στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενώ ο 1 επισκέπτης σε ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόληψης, στελεχώνοντας ιατρείο εργασίας στον Αερολιμένα Αθηνών.

4.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΞΟΝΑ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, μετά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων ακολούθησε η απομαγνητοφώνησή τους και η μετατροπή του προφορικού λόγου σε γραπτό. Προέκυψε ένα πληροφοριακό υλικό, το οποίο επεξεργάστηκε η ερευνήτρια και προκειμένου να αποδοθεί το νόημα σε εμπειρικά ποιοτικά δεδομένα, ακολούθησε ομαδοποίηση και κατηγοριοποίηση των δεδομένων ανά θεματικό άξονα με στόχο την απάντηση των πέντε ερευνητικών ερωτημάτων²²⁴. Με βάση λοιπόν την παραπάνω διαδικασία, δημιουργήθηκαν 4 κύριοι θεματικοί άξονες:

- Αντιλήψεις των επισκεπτών υγείας σχετικά με την επαγγελματική τους ταυτότητα
- Δευτερογενής καρδιακή πρόληψη και ο ρόλος του επισκέπτης υγείας
- Ο ρόλος των επισκεπτών υγείας στην Καρδιακή Αποκατάσταση
- Βιώματα κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και προτεινόμενες λύσεις

Στον πρώτο θεματικό άξονα περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 1-4 και διερευνώνται οι αντιλήψεις των συνεντευξιζόμενων σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο και πώς αυτός θεωρούν ότι επηρεάζεται από τα καθήκοντά που ασκούν στον φορέα εργασίας τους, από το πως αντιλαμβάνονται την επαγγελματική τους ταυτότητα σε συνάρτηση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, όντας μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας και πώς μια αλλαγή σε υπηρεσίες εκτός πρωτογενούς

πρόληψης θα επηρέαζε την επαγγελματική τους υπόσταση. Επίσης, τους ζητήθηκε να περιγράψουν τα προβλήματα που αφορούν την αλλοίωση του ρόλου τους αλλά και τρόπους προστασίας της επαγγελματικής τους ταυτότητας μέσα σε μια ομάδα.

Στον δεύτερο άξονα περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 5 και 6, όπου διερευνώνται οι απόψεις των επισκεπτών υγείας για τη συμβολή των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ. Διερευνώνται οι αντιλήψεις τους σχετικά με την κατανόηση του όρου «δευτερογενής πρόληψη», όπως όμως αυτή ορίζεται στο πλαίσιο της ΚΑ αλλά και η σχέση των ίδιων των επισκεπτών υγείας με την δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στον τρίτο θεματικό άξονα περιλαμβάνονται η ερώτηση 7-9, όπου γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των αντιλήψεων των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας σχετικά τον ενδεχόμενο ρόλο τους στην ΚΑ. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την κατανόηση του όρου «καρδιακή αποκατάσταση» και διερευνήθηκαν οι γνώσεις τους σχετικά με την ύπαρξη προγραμμάτων ολοκληρωμένης ΚΑ, που να περιλαμβάνει δηλαδή όλες τις συνιστώσες που ορίζουν οι διεθνείς οργανισμοί, στην Ελλάδα. Επιπροσθέτως, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να περιγράψουν την ιδανική θεματολογία που πρέπει να περιλαμβάνουν τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ ώστε να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους καρδιαγγειακούς ασθενείς αλλά και τις απόψεις τους σχετικά με το ποια είναι η κατάλληλη στελέχωση της ομάδας ΚΑ.

Στον τέταρτο άξονα περιγράφονται τα βιώματα των συμμετεχόντων κατά την άσκηση στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν στην καθημερινή πρακτική τους. Τέλος, περιγράφονται οι λύσεις που προτείνονται από τους ίδιους τους επισκέπτες υγείας που συμμετέχουν στην έρευνα που αφορούν τόσο την ΚΑ όσο και την προώθηση των στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης.



Ο οδηγός για την θεματική ανάλυση των δεδομένων ήταν τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, που έχτισαν τον θεματικό χάρτη και δημιούργησαν τους θεματικούς άξονες. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, χωρισμένα σε τέσσερις θεματικούς άξονες και παρατίθενται αντιπροσωπευτικά αποσπάσματα λόγου των συμμετεχόντων προς επίρρωση των ευρημάτων²²¹.

ΑΞΟΝΑΣ 1^{ος} : ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

Οι συμμετέχοντες εντόπισαν και περιέγραψαν διάφορους παράγοντες που πιστεύουν ότι ενδεχομένως επηρεάζουν την επαγγελματική τους ταυτότητα. Αυτοί είναι ο τρόπος άσκησης καθηκόντων, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και οι υπηρεσίες στο επίπεδο πρόληψης που προσφέρουν.

• ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας να περιγράψουν πως αντιλαμβάνονται την επαγγελματική τους ταυτότητα στον φορέα εργασίας τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και αν αυτά επαληθεύουν το ρόλο τους. Σε αυτόν τον θεματικό άξονα εντοπίστηκαν 2 υποκατηγορίες, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων:

-  **Επαλήθευση επαγγελματικής ταυτότητας**
-  **Αλλοίωση επαγγελματικής ταυτότητας**

Επαλήθευση επαγγελματικής ταυτότητας

Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες επισκέπτες υγείας απάντησαν σχεδόν αμέσως και χωρίς ιδιαίτερη σκέψη ότι η άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων στο φορέα που εργάζονται επαληθεύει την επαγγελματική τους ταυτότητα, καθώς κινούνται σύμφωνα με τα επαγγελματικά τους δικαιώματα, γεγονός που τους ξεχωρίζει ως επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Οι ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ3, ΣΕΥ4, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6, ΣΕΥ7 και ΣΕΥ10 ταυτίζουν τον επαγγελματικό τους ρόλο σε συνάρτηση με την άσκηση των καθηκόντων και πιστεύουν ότι τον επαληθεύει. Ενδεικτικά αναφέρουν:

«Έχω απόλυτα ξεκάθαρο και συγκεκριμένο ρόλο στον φορέα που εργάζομαι. Κάνω πρόληψη. Αγωγή υγείας. Εκπαίδευση. Είμαι επισκέπτρια υγείας. Δηλαδή κάνοντας προγράμματα αγωγής υγείας, όχι μόνο στην κοινότητα αλλά και στον χώρο της εργασίας μας. Καταρχήν εργάζομαι όπως σου είπα σε Τοπική Ομάδα Υγείας. Για καλή μας τύχη, με το που ξεκίνησε ο συγκεκριμένος θεσμός, υπήρχε ξεκάθαρος ρόλος και τα καθήκοντα του κάθε επαγγελματία υγείας. Μέσω ΦΕΚ. Οπότε αυτό βοήθησε στην ομαλή μας ένταξη στο πλαίσιο».(ΣΕΥ1)

«Απόλυτα. Από κει και πέρα είναι και στη θέληση του καθενός, πέρα του γενικού πλαισίου, των επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων, είναι στη δικαιοδοσία και στη θέληση του καθένα και στην όρεξη που έχει και στο φιλότιμο, να ασχοληθεί με ακόμα παραπάνω πράγματα. Προς όφελος των ασθενών».(ΣΕΥ2)

«Εμείς είμαστε «τυχεροί» με την ίδρυση των τοπικών μονάδων υγείας γιατί θεωρώ μέσα από αυτές ο επισκέπτης υγείας έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί και να παρουσιάσει ικανοποιητικό πολύ σημαντικό έργο στην κοινότητα. Ως επισκέπτης υγείας θεωρώ ότι είμαι ένας πολύ σημαντικός επαγγελματίας υγείας που σκοπό έχει να ευαισθητοποιήσει, να ενημερώσει είτε τους ασθενείς είτε τον υγιή πληθυσμό σχετικά με θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας των ασθενών και την πρόληψη των υγιών πολιτών στο μέλλον από κάποια θέματα που θα μπορούσα να προκύψουν. Οπότε παίζω ρόλο κλειδί στις στρατηγικές πρόληψης».(ΣΕΥ3)

«Πότε δεν έκανα αλλότρια καθήκοντα εγώ εδώ. Ήταν ξεκάθαρος ο ρόλος μου από την αρχή. Οπότε νομίζω ότι ο ρόλος επαληθεύεται».(ΣΕΥ4)

«Ναι, γιατί δεν ασκώ αλλότρια. Ασκώ τα επαγγελματικά μου δικαιώματα».(ΣΕΥ5)

«Ως επισκέπτης υγείας βασικά! Οπότε οι υπηρεσίες είναι πολλαπλές. Εσύ είσαι η αυθεντία εκεί. Δεν θα υπάρξει κάποιος να αμφισβητήσει τις γνώσεις σου και τις ικανότητές σου οπότε μπορείς να εξελίξεις τον ρόλο σου με βάση αυτά που έχεις μπροστά σου. Και να δημιουργήσεις πράγματα».(ΣΕΥ6)

«Ορμώμενος από τα επαγγελματικά μας δικαιώματα τα οποία θεσμοθετήθηκαν με νόμο του... το ΦΕΚ του 1989, μπορώ να σας πω ότι σχεδόν όλα αυτά που κάνω, σχεδόν όλα αυτά που κάνω, περικλείονται στα επαγγελματικά μας δικαιώματα. Για μένα, ως επισκέπτης υγείας η πρόληψη είναι η αρχή και το τέλος. Η εκπαίδευση των ασθενών παίζει κυρίαρχο ρόλο στη δουλειά μου. Η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων... με τη μάτια μας στραμμένη την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, θα πρέπει να είναι ένα πεδίο το οποίο θα είναι πεδίο απασχόλησης της δικιάς μας και της επόμενης γενιάς. Η αποκατάσταση θα πρέπει να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην φροντίδα που ασκούμε στους ασθενείς. Η αγωγή και προαγωγή της υγείας είναι

αυτό το οποίο θα πρέπει να δώσουμε έμφαση. Όλα αυτά είναι κομμάτι της ταυτότητάς μου». (ΣΕΥ7)

«Καταρχήν, εγώ παραμένω έτσι ρομαντική και μου αρέσει πάρα πολύ η δουλειά της επισκέπτριας υγείας που κάνω τα τελευταία χρόνια.Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα τα οποία μπορεί να ασχοληθεί ένας επισκέπτης...Προσπαθώ πάρα πολύ, αγωνίζομαι πάρα πολύ να κάνω τη δουλειά του επισκέπτη υγείας όσο καλύτερα μπορώ. Θα μπορούσα πάρα πολύ εύκολα να συμβιβαστώ με αλλότρια. Και επίσης έτσι θα υπήρχε και ένα πολύ καλό κλίμα, δεν θα υπήρχαν εντάσεις και όλοι θα ήταν ευχαριστημένοι. Όμως για μένα, δεν θα είχες την ταυτότητά σου, θα είχες ένα επάγγελμα που απλά δεν το υπηρετείς και απλά συμβιβάζεσαι για προσωπικούς λόγους». (ΣΕΥ10)

Αντίστοιχες απόψεις παρατηρούνται και από τους ΣΕΥ8, ΣΕΥ9 και ΣΕΥ11 που όμως αναφέρουν ότι η αναγκαστική άσκηση και αλλότριων καθηκόντων πιθανότατα αλλοιώνει την επαγγελματική τους ταυτότητα και δεν ανταποκρίνεται στην αντίληψη που έχουν για τον επαγγελματικό τους ρόλο.

Αλλοίωση επαγγελματικής ταυτότητας

Η ΣΕΥ8 εντοπίζει ως κύρια αιτία τον μεγάλο όγκο ασθενών που συρρέει στον φορέα εργασίας της και την έλλειψη προσωπικού που αναγκάζει τους εργαζόμενους σε άσκηση αλλότριων καθηκόντων για την κάλυψη των αναγκών της υπηρεσίας.

«Εν μέρει. Δεν ξέρω αν είναι το μεγαλύτερο, ίσως είναι 50-50. Είναι πολλή η δουλειά που πρέπει να βγει σε ένα νοσοκομείο, γιατί είναι πάρα πολλά τα περιστατικά τα οποία προσέρχονται και δεν είναι επαρκές το προσωπικό. Άρα λοιπόν πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε όπως εγώ πάρα πολλά διαφορετικά αντικείμενα και άρα ίσως αλλοιώνεται ο χαρακτήρας του ρόλου μας». (ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ9 ταυτίζει τη διενέργεια των εμβολιασμών ως άμεση επαλήθευση του επαγγελματικού της ρόλου ενώ κάνοντας αλλότρια καθήκοντα στην νοσηλευτική βάρδια λόγω αναγκών της υπηρεσίας, θεωρεί ότι απομακρύνεται από αυτόν:

«Όχι πάντα. Το τελευταίο διάστημα είναι που... βασικά μόλις γυρίσω μετά την άδεια θα ζητήσω πιο έντονα να μπω στο παιδιατρικό. Επίσης, από τις 3 Νοεμβρίου ξεκινάμε δράσεις στα σχολεία. Οπότε ναι, αυτό είναι κομμάτι μου. Αλλά δεν είναι πάντα το κομμάτι μου. Τις μέρες που είμαι στους εμβολιασμούς εν μέρει ναι, τις άλλες μέρες όχι. Γιατί ουσιαστικά κάνω τη νοσηλευτική βάρδια». (ΣΕΥ9)

Άποψη με την οποία φαίνεται να συμφωνεί και η ΣΕΥ11 καθώς στην συνέντευξη τονίζει ότι ο ρόλος της περιορίζεται μόνο στους εμβολιασμούς και στα προγράμματα αγωγής υγείας που διενεργεί με την υπηρεσία της. Αναφέρει ότι το έργο του επισκέπτη υγείας έχει περιοριστεί λόγω πολιτικών που έχουν εδραιωθεί από άλλους συναδέλφους και θεωρεί ότι ο επαγγελματικός ρόλος της μπορεί να προσφέρει πολλά στην υπηρεσία της. Παρόλο που κάνει αλλότρια για να καλύψει τις ανάγκες του φορέα της, σέβεται αυτό του κάνει και προσπαθεί ακόμα και μέσα από αυτό να πρεσβεύει τον ρόλο της με επίκεντρο πάντα τον ασθενή:

«Όχι τόσο. Δηλαδή όχι. Πιο πολύ στο όχι τείνω. Υπάρχουν, τα κάνω μέχρι ενός ορίου αλλά αυτό περιορίζεται πιο πολύ στο κομμάτι των εμβολιασμών. Αντε και στην επίσκεψη στο σχολείο. Δυστυχώς εκεί έχουν δοθεί πατήματα για να μην αφήνουν τον επισκέπτη υγείας να φτάσει μέχρι εκεί που μπορεί να φτάσει. Σαφώς αν με

έχουν ανάγκη, θα δουλέψω ότι πόστο υπάρχει και το σέβομαι. Αλλά όταν είμαι στο κομμάτι του επισκέπτη, να μου δίνει τη δυνατότητα να μπορώ να κάνω ότι μπορεί να κάνει πραγματικά ένας επισκέπτης υγείας. Προσφέρει πολλά πράγματα όχι ένα. Κάνω ότι καλύτερο μπορώ για να υπηρετώ το επάγγελμά μου και ταυτόχρονα να εξυπηρετώ και να βοηθώ τους ανθρώπους που με έχουν ανάγκη». (ΣΕΥ11)

- **ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να παραθέσουν τις απόψεις τους σχετικά με το πώς θεωρούν ότι θα επηρεάσει την επαγγελματική τους ταυτότητα η παροχή υπηρεσιών σε δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο πρόληψης, δηλαδή αν κληθούν να δουλέψουν σε πλαίσιο εργασίας παρέχοντας υπηρεσίες, εκτός πρωτογενούς πρόληψης και μόνο σε άτομα υψηλού κινδύνου ή που έχουν ήδη νοσήσει. Με βάση αυτό το δεδομένο, αν πιστεύουν ότι αυτή η αλλαγή θα ενισχύσει τον υπάρχοντα ρόλο τους ή θα τον αλλοιώσει.

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες καθώς προστέθηκαν δύο ακόμα επιλογές από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Κάποιοι απάντησαν ότι δεν την αντιλαμβάνονται ως αλλαγή (ΣΕΥ2, ΣΕΥ3, ΣΕΥ7) αφού όλο το φάσμα της πρόληψης αποτελεί κομμάτι της ταυτότητάς των επισκεπτών υγείας ενώ κάποιοι άλλοι θεώρησαν ότι η κατάλληλη λέξη είναι η «προσαρμογή» (ΣΕΥ6, ΣΕΥ10) για να περιγράψει το πως αντιλαμβάνονται την αλλαγή σε σχέση με την επαγγελματική τους ταυτότητα. Με βάση αυτήν την προσθήκη, στην συγκεκριμένη θεματική ενότητα διακρίνονται 4 υποκατηγορίες:

- ✚ **Ενίσχυση επαγγελματικής ταυτότητας**
- ✚ **Αλλοίωση επαγγελματικής ταυτότητας**
- ✚ **Κομμάτι της ταυτότητας/ Επιβεβαίωση πολυδιάστατου ρόλου**
- ✚ **Προσαρμογή**

Ενίσχυση επαγγελματικής ταυτότητας

Η ΣΕΥ1 πιστεύει ότι αυτή η αλλαγή θα ενισχύσει τον επαγγελματικό της ρόλο και αυτή η ενίσχυση θα οδηγήσει αναπόφευκτα στην ενίσχυση του ρόλου της διεπιστημονικής ομάδας στην οποία ανήκει.

«Σαφώς ενισχύεται ο επαγγελματικός μου ρόλος. Ο κάθε επαγγελματίας εφόσον ενισχύσει τον επαγγελματικό του ρόλο ως προς ένα αντικείμενο, αναπόφευκτα θα βοηθήσει και την διεπιστημονική ομάδα του».(ΣΕΥ1)

Η Σ4 τονίζει ότι αυτή η αλλαγή θα προσδώσει επιπλέον διάσταση στον επαγγελματικό της ρόλο καθώς θα εμπλουτιστεί με εμπειρίες.

«Εμένα ο ρόλος μου δεν θέλω να είναι μονοδιάστατος. Δεν θέλω πχ μόνο να κάνω εμβολιασμό. Θέλω να είναι πολυδιάστατος. Οπότε πιστεύω ότι θα εμπλουτιστεί με τις εμπειρίες η επαγγελματική μου ταυτότητα».(ΣΕΥ4)

Άποψη που φαίνεται να συμμαρίζεται και η ΣΕΥ11:

«Όχι, θα τον ενισχύσει. Σαφώς. Αν είμαι ένα τέτοιο κομμάτι, σίγουρα θα τον ενισχύσει. Εντάξει, ωραία μία χαρά οι εμβολιασμοί, σημαντικοί θα πω δεν το συζητάμε, αλλά πιστεύω ότι θα είναι πολύ καλύτερα αν είμαι σε ένα κομμάτι αποκατάστασης. Θα μπορώ πιο πολύ να κάνω πράγματα, πιο πολλά πράγματα από αυτά που έχω μάθει στη σχολή και γενικά στην πορεία».(ΣΕΥ11)

Η ΣΕΥ9 θεωρεί ότι παρέχοντας υπηρεσίες αποκατάστασης δεν θα την εμποδίσει από το να κάνει πρόληψη, καθώς η τελευταία εμπεριέχεται μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Αναφέρει ότι θα την ωφελήσει καθώς θα αποκτήσει παραπάνω γνώσεις και την αντιλαμβάνεται ως μια παραπάνω εξειδίκευση.

«Όχι, θα τον ενισχύσει πιστεύω. Γιατί και στην αποκατάσταση πάλι και εκεί μπορείς να κάνεις πρόληψη. Ίσα ίσα είναι μια εξειδίκευση παραπάνω».(ΣΕΥ9)

Αλλοίωση επαγγελματικής ταυτότητας

Η ΣΕΥ8, πιστεύει ότι ένας χώρος εργασίας όπως τα νοσοκομεία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επαγγελματική ταυτότητα των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας καθώς μπορεί να δράσει ως ανασταλτικός παράγοντας στην άσκηση των καθηκόντων τους με βάση τα επαγγελματικά τους δικαιώματα, λόγω μεγάλου όγκου περιστατικών που καλείται να εξυπηρετήσει. Λόγω αυτής της συνθήκης, οι εργαζόμενοι επισκέπτες υγείας πρέπει να κάνουν αλλότρια καθήκοντα ή να επωμιστούν με παραπάνω αντικείμενα εργασίας, με αποτέλεσμα να μην δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος για πλήρη ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου. Ενδεικτικά αναφέρει:

«Τα νοσοκομεία για τους επισκέπτες υγείας από την εμπειρία μου δεν είναι ένας καλός χώρος εργασίας. Είναι πάρα πολύ περιοριστικά λόγω του φόρτου εργασίας που έχουν. Άρα λοιπόν πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε όπως εγώ πάρα πολλά διαφορετικά αντικείμενα και άρα λοιπόν να μην μπορούμε να αναπτύξουμε όσο θα θέλαμε το έργο μας. Σαφέστατα νομίζω ότι η πρωτοβάθμια είναι καλύτερος χώρος εργασίας για μας. Άρα ίσως αλλοιώσει τον χαρακτήρα του ρόλου μας». (ΣΕΥ8)

Κομμάτι της ταυτότητας/ Επιβεβαίωση πολυδιάστατου ρόλου

Οι ΣΕΥ2, ΣΕΥ3 και ΣΕΥ7 πρόσθεσαν μια επιπλέον επιλογή στην διατύπωση της συγκεκριμένης ερώτησης. Δήλωσαν ότι δεν αποτελεί αλλαγή μια τέτοια συνθήκη καθώς και τα τρία επίπεδα πρόληψης αποτελούν κομμάτι της επαγγελματικής ταυτότητας του επισκέπτη υγείας και δεν την επηρεάζει με κάποιον τρόπο. Χαρακτηριστικά ο ΣΕΥ2 αναφέρει:

«Αν άλλαξα το πλαίσιο εργασίας μου, δεν θα επηρέαζε το επαγγελματικό μου ρόλο. Ένα επισκέπτης υγείας τα κάνει όλα αυτά, είναι σε όλη την πρόληψη. Διαφορετικός ρόλος σε κάθε περίπτωση αλλά εξίσου σημαντικός».(ΣΕΥ2)

Ο ΣΕΥ3 δεν αντιλαμβάνεται κάποια ενίσχυση ή αλλοίωση όπως ενδεικτικά αναφέρει:

«Ούτε τον αλλοιώνει, ούτε τον ενισχύει. Θεωρώ και αυτό ότι είναι ένα κομμάτι που ο επισκέπτης υγείας μπορεί να έχει. Ένα ρόλο σε ένα διαφορετικό επίπεδο δουλειάς αλλά και πάλι να είναι κομμάτι του. Και δε θεωρώ ούτε ότι αλλοιώνει ούτε ότι προσθέτει κάτι περισσότερο στον ήδη υπάρχοντα ρόλο μας. Είναι κομμάτια της ταυτότητας μας, δεν την επηρεάζει κάπως».(ΣΕΥ3)

Τέλος, ο ΣΕΥ7 χαρακτηρίζει τον ρόλο του επισκέπτη υγείας ως πολυδιάστατο και θεωρεί αυτονόητο ότι η παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης αποτελεί αντικείμενό του, ακόμα και αν απουσιάζει η εργασιακή εμπειρία για να την στηρίξει.

«Έτσι κι αλλιώς ο επισκέπτης υγείας έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο. Ότι σχετίζεται με

το αντικείμενο του θεωρητικά το γνωρίζει καλά. Τώρα αν δεν υπάρχει εργασιακή εμπειρία από το ένα αντικείμενο στο άλλο υπάρχει σίγουρα η θεωρητική κατάρτιση. Τους επισκέπτες υγείας τους χαρακτηρίζει το μεράκι για εργασία και νομίζω ότι δεν θα υπάρχουν προβλήματα στη μετάβαση από το ένα αντικείμενο. Γιατί αυτά που συζητάμε αποτελούν το αντικείμενο του επισκέπτη έτσι και αλλιώς.(ΣΕΥ7)»

Προσαρμογή

Οι ΣΕΥ6 και ΣΕΥ10 πρόσθεσαν με τη σειρά τους μια επιπλέον επιλογή στην υπάρχουσα ερώτηση, αυτή της λέξης «προσαρμογή». Θεωρούν ότι οφείλουν να προσαρμόσουν την επαγγελματική τους ταυτότητα σε συνάρτηση με τις δοθείσες συνθήκες και αναλόγως να αναπτύξουν τον ρόλο τους. Ο ΣΕΥ6 αναφέρει ότι αποτελεί μια αλλαγή, η οποία όμως δεν θα επιδράσει ούτε επιβαρυντικά ούτε ενισχυτικά στην επαγγελματική του ταυτότητα, καθώς αποτελεί μέρος της. Παρόλα αυτά, τονίζει το ζήτημα της καινούργιας εκπαίδευσης που θα πρέπει να περάσει, για να μπορέσει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα καθώς μέχρι πριν δεν είχε την απαιτούμενη εμπειρία στο συγκεκριμένο τομέα, ώστε να μπορέσει να ενσωματωθεί και να εξειδικευτεί.




«Δεν θα μου την αλλοίωνα απαραίτητα αλλά θα ήταν μια... ούτε εξέλιξη θα έλεγα. Μια αλλαγή πορείας. Αποτελεί όμως μέρος της ταυτότητας μου στην ουσία. Εγώ προσωπικά θα διάλεγα και δύσκολο κομμάτι. Όταν έχεις έναν ρόλο εξειδικεύεσαι σε αυτόν. Οπότε και να πας εκεί... στο να πας στο κομμάτι το καρδιολογικό θέλει ξανά... ξεκινώντας όχι από μηδενική βάση σίγουρα αλλά ξεκινώντας από μια φάση εκπαίδευσης ξανά. Θα προσαρμοζόμουνα»».(ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ10 μιας και δεν έχει προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία στην τριτοβάθμια πρόληψη πιστεύει ότι μια τέτοια αλλαγή αποτελεί επαγγελματική πρόκληση και δεν θα την εμποδίσει στην ανάδειξη του ρόλου τους.

«Θα προσαρμόσω τον επαγγελματικό μου ρόλο στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Δηλαδή δεν θεωρώ ότι θα χάσω κάτι. Ίσα-ίσα που αν με ρωτάς θα είχε και πιο πολύ ενδιαφέρον για μένα να μπορέσω να ασχοληθώ με μία τέτοια ομάδα πληθυσμού. Με τριτοβάθμια πρόληψη δεν έχω ασχοληθεί επαγγελματικά οπότε θα ήταν και μία πρόκληση για εμένα αλλά όχι θεωρώ ότι ξεκάθαρα μπορεί να έχω σημαντικό ρόλο και σε αυτό το επίπεδο»».(ΣΕΥ10)

• ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Σε αυτήν την ερώτηση, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πώς αντιλαμβάνονται την επαγγελματική τους υπόσταση όντας μέλη μιας ομάδας, πώς λειτουργούν μέσα σε αυτήν και να περιγράψουν προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη, τα οποία ενδεχομένως δημιουργούν εμπόδια στην ανάπτυξη του ρόλου τους μέσα στην ομάδα. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων οδήγησαν στην δημιουργία 3 υποκατηγοριών:

-  Διακριτός ρόλος αλλά ταυτόχρονα ισότιμο μέλος
-  Ως στενός συνεργάτης
-  Ως σύνδεσμος με άλλους επαγγελματίες υγείας

Διακριτός ρόλος αλλά ταυτόχρονα ισότιμο μέλος

Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ3, ΣΕΥ4, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6,

ΣΕΥ7 και ΣΕΥ11) όταν ερωτήθηκαν πώς αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους ενώ παράλληλα αποτελούν μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας που απαρτίζεται από διάφορους άλλους επαγγελματίες υγείας, απάντησαν χωρίς δεύτερη σκέψη ότι κατέχει μια ξεχωριστή και σημαντική θέση μέσα στην ομάδα. Όμως αυτή η αντίληψη συμπληρώθηκε με μια δεύτερη, ότι δηλαδή αποτελεί ταυτόχρονα ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, με ίδια δικαιώματα και εξίσου σεβαστή επαγγελματική άποψη. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«Ισότιμα. Δεν έχω θέμα με τους άλλους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζομαι».(ΣΕΥ3)

«Με τους περισσότερους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας έχω μία αρμονική και ισότιμη σχέση».(ΣΕΥ11)

«Είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας ο επισκέπτης υγείας. Εγώ μάλλον κινούμαι με βάση τα επαγγελματικά μου δικαιώματα και πάντα έτσι κινούμουν. Και δεν προσπαθούσα ποτέ ούτε να καπελώσω αλλά ούτε και να με καπελώσουν. Δουλεύουμε συνεπικουρικά, ο ένας με τον άλλον οπότε είναι ξεκάθαρο το αν λειτουργούμε για ένα κοινό σκοπό. Ο καθένας εδώ έχει διακριτούς ρόλους και δόξα τω Θεό λειτουργούσε πάντα ο συγκεκριμένος οργανισμός εδώ αλλά και το συγκεκριμένο ιατρείο λειτουργούσε εξαιρετικά και με συνέπεια». (ΣΕΥ4)

«Επί ίσοις όροις. Ουσιαστικά είμαστε ισότιμα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Αυτό τηρείται ευλαβικά. Δεν θα υπάρξει αμφισβήτηση κτλ. Ιδίως μετά από έξι χρόνια. Είναι ξεκάθαρο αυτό. Και βλέπω ότι και οι συνάδελφοι θα ανταποκριθούν θετικά, θα έρθουν σε εμένα, θα μου φέρουν πράγματα. Θα με ρωτήσουν πράγματα.. Μαζί θα διευθετήσουμε πράγματα, θα ορίσουμε κανόνες.»(ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ6 επισημαίνει και την μοναδικότητα του ρόλου του μέσα στην ομάδα:

«Παρόλα αυτά, στην διεπιστημονική ομάδα θα φέρω περιστατικά, θα έρθουν περιστατικά οπότε θα γνωμοδοτήσω...Μετά από τόσα χρόνια πλέον εμπειρίας, μπορώ αν δω κάποια πράγματα οπότε να εκφράσω κάποια γνώμη όσον αφορά το κομμάτι αυτό. Ή κάποια πράγματα που παρατηρώ εγώ. Γιατί έχω την περισσότερη επαφή από αρκετούς συναδέλφους, λόγω ειδικότητας βλέπω περισσότερο τους ανθρώπους. Οπότε θα εκφράσω και μια παραπάνω άποψη όσον αφορά την εικόνα που έχουν, είτε έχουν κάποια αλλαγή είτε όχι. Για την πορεία τους. Έχω ένα λόγο πιο σημαντικό, πιο αυξημένης βαρύτητας σε αυτό. Σε ομάδες κτλ εγώ τους βλέπω περισσότερο». (ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ7 επισημαίνει την αξία της διεπιστημονικής συνεργασίας και τη μετάδοση γνώσεων μέσα στην ομάδα:

«Σαν ένα ισότιμο μέλος, σαν ένα μέλος που έχει το δικό του πλαίσιο λειτουργίας. Είμαι από τους ανθρώπους που πιστεύει στη διεπιστημονική συνεργασία και στην διεπιστημονική εκπαίδευση. Στην αλληλεπίδραση και μετάδοση γνώσεων από επαγγελματία υγείας σε επαγγελματία υγείας. Και να το κάνω πιο απλά μεταξύ επισκέπτη υγείας και νοσηλευτή, για τη δικιά μου ομάδα, λειτουργώ συνεργατικά και ισότιμα έτσι ώστε να έχουμε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Μέσα στα πλαίσια της συνεργατικής φροντίδας.»(ΣΕΥ7)

Και παράλληλα, προσθέτει:

«Και μπορεί να έχουμε διακριτούς ρόλους σαν επαγγελματίες υγείας αλλά πάνω από έναν ασθενή δεν μπορούμε παρά να... Αυτή είναι η άποψη μου, έτσι; Πολλοί

διαφωνούν με τη δικιά μου άποψη. Πρέπει να λειτουργούμε με αυτό τον τρόπο. Όλα αυτά γίνονται με ομαδική δουλειά στην πράξη.(ΣΕΥ7)».

Οι ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ4 και ΣΕΥ5 αναφέρουν ότι απαραίτητα στοιχεία για την επίτευξη μιας ομαλής λειτουργίας μιας διεπιστημονικής ομάδας ώστε τα μέλη να αισθάνονται ισότιμα και ικανοποιημένα, είναι αξίες όπως η αποδοχή των επαγγελμάτων, ο αλληλοσεβασμός, αλληλοεκτίμηση και η επικοινωνία. Ενδεικτικά, αναφέρουν:

«Ήταν ξεκάθαρος ο ρόλος του καθένα από την αρχή, υπήρξε μια επικοινωνία μεταξύ μας, μια αποδοχή του κάθε επαγγελματία από τον άλλον που συμμετείχαν στη διεπιστημονική ομάδα. Υπήρξε διάθεση, υπήρξε όρεξη. Να στήσουμε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο πάντοτε σκεπτόμενοι τον ωφελούμενο. Είμαστε μέλη σε μια ομάδα με ίδια δικαιώματα και ξεχωριστούς αλλά σημαντικούς ρόλους. Όλοι έχουμε θέση σε αυτήν την ομάδα. Γιατί πραγματικά υπήρχε επικοινωνία μεταξύ μας, πραγματικά υπήρξε σημαντική ενίσχυση στην ολιστική προσέγγιση».(ΣΕΥ1)

«Νιώθω ότι είμαι εξίσου απαραίτητος και σημαντικός, με όλους τους υπόλοιπους ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας. Χαίρω της εκτίμησης και εγώ και η συνάδελφός μου που είμαστε επισκέπτες υγείας. Χαίρουμε την εκτίμηση και των ασθενών και της υπηρεσίας και του ιατρικού προσωπικού».(ΣΕΥ2)

«Υπήρξε και υπάρχει ακόμα μία εξαιρετική συνεργασία με όλους τους επιστήμονες και για αυτό είναι και ένα αρκετά πετυχημένο ιατρείο εργασίας εδώ. Και δεν το λέω μόνο για μένα λέω και για τους υπόλοιπους, έτσι; Οπότε νομίζω ότι ο αλληλοσεβασμός πρώτα στους ανθρώπους και δεύτερον στους επαγγελματίες είναι το Α και το Ω. Για καλύτερη συνεργασία».(ΣΕΥ4)

«Είμαι μέλος αυτής της ομάδας. Και τουλάχιστον εμείς έχουμε πετύχει να υπάρχει ο αλληλοσεβασμός, η αλληλοεκτίμηση πάνω σε αυτό που προσφέρει ο καθένας μας και η συνεργασία. Η σχέση μας είναι άψογη. Τουλάχιστον στο δικό μου πλαίσιο...»(ΣΕΥ5)

Ως στενός συνεργάτης

Σχεδόν όλοι οι επισκέπτες και οι επισκέπτριες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ανέφεραν πολλές φορές τη λέξη συνεργασία ως αυτονόητο χαρακτηριστικό που θα πρέπει να διακρίνει μια ομάδα. Ο ΣΕΥ3 χρησιμοποίησε τη λέξη «καθημερινή βάση» για να προσδώσει βάρος στην συχνότητα της συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας.

«Υπάρχει μια στενή σχέση με την διεπιστημονική ομάδα. Συνεργαζόμαστε σε καθημερινή βάση με όλους τους συναδέλφους, όλων των ειδικοτήτων που βρισκόμαστε στη δομή».(ΣΕΥ3)

Παρόλα αυτά, ο ΣΕΥ2 τόνισε για ακόμα μια φορά τη σημασία του να έχει κάποιος επαγγελματίας έναν ξεκάθαρο ρόλο σε ένα πλαίσιο και να γνωρίζει ποια είναι τα καθήκοντά του για να πετύχει αυτή η συνεργασία.

«Έχω άριστη και στενή συνεργασία. Συνεργαζόμαστε άψογα όλες οι ειδικότητες μαζί επειδή έχουν και αυτοί εξίσου διακριτό και ξεκάθαρο ρόλο στο τι κάνει ο καθένας. Όλοι ξέρουμε τα καθήκοντά μας. Ο καθένας πρέπει να έχει το δικό του ξεκάθαρο, διακριτό ρόλο. Εξίσου σημαντικό για να προσφέρεις ολιστική φροντίδα».(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ5 επεσήμανε την αναγκαιότητα της καλής επικοινωνίας σε μια συνεργατική

σχέση και πώς αυτή μπορεί να επηρεάσει την θεραπευτική πορεία των ασθενών.

«Δεν είχα ποτέ προβλήματα με τους νοσηλευτές ή τους γιατρούς πάνω στο πλαίσιο που δούλευα. Υποστηρίζω με το έργο μου απόλυτα την διεπιστημονική ομάδα. Από τη στιγμή που είμαστε όλοι μια ομάδα, πρέπει να μιλάμε και να δίνουμε όλοι τα ίδια μηνύματα. Δεν μπορεί κάποιος από την ομάδα να δώσει διαφορετικά μηνύματα γιατί αυτομάτως δημιουργούνται αμφισβητήσεις και αμφιβολίες πάνω σε αυτά που λέγονται και αυτό δημιουργεί σύγχυση στον ασθενή».(ΣΕΥ5).

Η ΣΕΥ8 εξέφρασε την διαφορετική της άποψη πάνω στο θέμα της συνεργασίας και πρόσθεσε τον παράγοντα του χώρου εργασίας ως καταλύτη για την επίτευξη συνεργασίας μέσα σε μια ομάδα και θέτει την εμπιστοσύνη στον επαγγελματικό ρόλο ενός άλλου επαγγελματία υγείας ως απόρροια της αναγνώρισης της επαγγελματικής κατάρτισης και προσωπικής εργασίας. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Εξαρτάται. Κατά περίπτωση. Ανάλογα πού δουλεύεις, δυστυχώς μπορεί να έχεις περισσότερη πίεση να ασκήσεις καθήκοντα άλλης ειδικότητας ή λιγότερη. Εγώ κατά περίπτωση είμαι ευχαριστημένη. Δηλαδή στο ιατρείο που είμαστε μικρή ομάδα, έχω μια πάρα πολύ καλή συνεργασία, είμαι πολύ ικανοποιημένη από τη συνεργασία που έχω. Σαφέστατα ο γιατρός και η ομάδα επειδή έχει αναγνωρίσει τη δουλειά μου και τις γνώσεις μου, εμπιστεύεται και την κρίση μου. Οπότε οτιδήποτε χρειάζεται θα μου το ζητήσουν.... έλα από δω πχ να εκπαιδεύσεις τον τάδε ασθενή. Σχεδόν τυφλά». (ΣΕΥ8)

Ως σύνδεσμος με άλλους επαγγελματίες υγείας

Η ΣΕΥ4 προσδίδει στον επισκέπτη υγείας το χαρακτηριστικό της αναγκαιότητας της ύπαρξης του ρόλου για να ολοκληρωθεί μια διεπιστημονική ομάδα ενώ παράλληλα, όπως και η ΣΕΥ10, τονίζει τον ρόλο του ως συνδεδεμένο κρίκο που διασυνδέει τις υπηρεσίες υγείας καθώς φέρνει σε επαφή διάφορους επαγγελματίες υγείας με τον ασθενή ή ακόμα και με ευρύτερο πληθυσμό όπως η κοινότητα, συντονίζοντας δράσεις αγωγής υγείας.

«Είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας ο επισκέπτης υγείας. Ιδίως όταν έχει να κάνει με συνεργασία ασθενούς ή της κοινότητας με τους γιατρούς.»(ΣΕΥ4)

«Καταρχήν εγώ κάνω δράσεις αγωγής σε ομάδες πληθυσμού για τους τελευταίους μήνες τρέχουμε ένα πρόγραμμα με άλλες τρεις επισκέπτριες υγείας της πόλης, όπου έχουμε φτιάξει οι τέσσερις μας μία εκπαίδευση πρώτων βοηθειών για εκπαιδευτικούς σε σχολεία. Οπότε είμαστε τέσσερις επισκέπτριες υγείας από τέσσερις διαφορετικές υπηρεσίες που συνεργαζόμαστε και κάνουμε αυτό το πρόγραμμα εκπαίδευσης για τους εκπαιδευτικούς σε διάφορα σχολεία της πόλης. Προτιμώ να έχω ένα πιο διακριτό ρόλο, πιο συγκεκριμένο κάνοντας όμως δράσεις. Δεν στερώ από την υπηρεσία μου τις δράσεις απλά τις κάνω με τους επισκέπτες υγείας των άλλων δομών».(ΣΕΥ10)

• ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ

Σχεδόν και οι 11 συμμετέχοντες εντόπισαν και παραθέσαν αρκετά προβλήματα που σχετίζονται με την παρεμπόδιση στην ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα. Τα πέντε εμπόδια που προέκυψαν από τα δεδομένα των συνεντεύξεων αποτελούν και τις υποκατηγορίες της συγκεκριμένης ενότητας

και είναι:

- ✚ Έλλειψη αναγνωρισιμότητας επαγγέλματος
- ✚ Άρνηση αποδοχής επαγγέλματος
- ✚ Επικάλυψη/ Ασάφεια/Σύγχυση/ Σύγκρουση ρόλων
- ✚ Σαφή αλλά όχι αποδεκτά επαγγελματικά όρια και καθήκοντα
- ✚ Αντικρουόμενες απόψεις μεταξύ επισκεπτών υγείας για την άσκηση επαγγελματικών τους καθηκόντων

Έλλειψη αναγνωρισιμότητας επαγγέλματος

Η ΣΕΥ10 στην συγκεκριμένη ερώτηση που αφορούσε τα εμπόδια που δημιουργούν προβλήματα στην ανάπτυξη του επαγγελματικού ρόλου μέσα σε μια ομάδα, όρισε την έλλειψη αναγνωρισιμότητας του επαγγέλματος των επισκεπτών υγείας ως σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα τόσο μέσα στην ίδια την ομάδα όσο και στην ανάπτυξη σχέσεων με τους ασθενείς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Η απουσία συναδέλφου επισκέπτη υγείας στον φορέα, πριν από την τοποθέτησή της, δυσχέραινε ακόμα περισσότερο την κατάσταση, όπως χαρακτηριστικά τονίζει:

«Οπότε όσον αφορά τον φορέα, τυχαίνει να είναι συγκατοίκηση με Κέντρο Υγείας στο οποίο επίσης δεν υπάρχει επισκέπτης υγείας, με αποτέλεσμα να χρειάζεται να αποδείξω, να μιλήσω και να δείξω τη δουλειά μου σε πάρα πολύ κόσμο γιατί συνέχιζαν να μου λένε τι δουλειά κάνεις και να τους λέω επισκέπτης υγείας και να με κοιτάνε περίεργα. Οπότε είχα πολύ περισσότερο κόσμο στο οποίο έπρεπε να δείξω τι δουλειά κάνω. Ακόμα αυτό δεν έχει τελειώσει, δεν μπορώ να πω ότι τα έχω καταφέρει». (ΣΕΥ10)

Σαφή αλλά όχι αποδεκτά επαγγελματικά όρια και καθήκοντα

Αντίθετη περίπτωση αποτελεί η ΣΕΥ8, όπου η ομάδα και ο φορέας είχε σαφή εικόνα του επαγγέλματος και των καθηκόντων αλλά δεν έγιναν αποδεκτά τις περισσότερες φορές λόγω εξυπηρέτησης αναγκών της υπηρεσίας ή της ίδιας της ομάδας.

«Εξαρτάται από τη δυναμική της ομάδας στην οποία ανήκεις κάθε φορά. Τα επαγγελματικά όρια του καθενός είναι σαφή, απλά δεν είναι αποδεκτά. Δεν είναι ότι υπάρχει ασάφεια, είναι σαφή τα όρια, γνωρίζει ο καθένας μέχρι που μπορεί να εκτελέσει κάποιο καθήκον απλά δεν γίνονται σεβαστά. Όταν έχεις να διαχειριστείς έναν πολύ μεγάλο όγκο περιστατικό αναγκαστικά θα πιέσεις οποιονδήποτε. Αναγκαστικά. Παρότι δεν συμφωνώ, θα πιέσεις για να βγει η δουλειά με όποιο κόστος». (ΣΕΥ8)

Άρνηση αποδοχής επαγγέλματος

Οι περιπτώσεις των ΣΕΥ1 και ΣΕΥ10 αποτελούν συχνό φαινόμενο σε πολλά επαγγέλματα υγείας, όπου μια επαγγελματική ομάδα ενώ γνωρίζει την ύπαρξη και τα καθήκοντα μιας δεύτερης, δεν την αποδέχονται, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στην μεταξύ τους συνεργασία απειλώντας το έργο και τους κοινούς στόχους της ομάδας. Ενδεικτικά, αναφέρουν:

«Πολλές φορές δεν γινόμαστε αποδεκτοί μεταξύ επαγγελματιών». (ΣΕΥ1)

«Το πρόβλημα δεν είναι στο πως τους αντιλαμβάνομαι εγώ αλλά αυτοί πως με αντιλαμβάνονται τον ρόλο μου ως επισκέπτρια υγείας. Ήταν πάρα πολύ δύσκολο να δεχτούν ότι υπάρχει και αυτό το επάγγελμα. Η συνεργασία μας είναι δύσκολη. Δεν

μπορώ να συνεργαστώ με τους νοσηλευτές...με ανθρώπους που μου έχουν δηλώσει πάρα πολλές φορές, με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ότι δεν μας αποδέχονται σαν επαγγελματίες. Οπότε δεν μπορώ να κάνω δράσεις μαζί τους, συνεργατικά». (ΣΕΥ10)

Επικάλυψη/ Ασάφεια/Σύγχυση/ Σύγκρουση ρόλων

Στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν βιώσει ποτέ κάποια επικάλυψη στα καθήκοντά τους, από άλλον επαγγελματία υγείας, μέσα στην ομάδα ή αν υπήρξε ποτέ κάποια σύγκρουση μεταξύ των επαγγελματιών τους ρόλων ή σύγχυση/ ασάφεια στα καθήκοντα και στις αρμοδιότητές τους, έδωσαν ποικίλες απαντήσεις και ανέδειξαν κυρίως εξωτερικούς παράγοντες που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στις προαναφερθείσες περιπτώσεις. Η ΣΕΥ1 καταθέτει τι επικρατεί σε γενικές γραμμές στην Ελλάδα:

«Γνωρίζουμε τι γίνεται με τα επαγγελματικά δικαιώματα του καθένα επαγγελματία, είτε αυτός είναι στην υγεία είτε και σε κάποιον άλλον τομέα στην Ελλάδα. Υπάρχει μια ασάφεια. Υπάρχει ένα μπέρδεμα». (ΣΕΥ1)

Ο ΣΕΥ2 αναφέρει ότι δεν έχει βιώσει έντονα τέτοιες καταστάσεις και επισημαίνει ότι συνήθως τα προβλήματα δημιουργούνται από διοικητικές αποφάσεις του ίδιου του φορέα εργασίας, στην προσπάθεια να καλύψει τις τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό αλλά και μη σωστής οργάνωσης υπηρεσιών υγείας όπου εντοπίζονται ελλείψεις σε καθηκοντολογία και αναλυτικές περιγραφές θέσεων.

«Σε έντονο βαθμό, προσωπικά εγώ όχι. Όχι στα πλαίσια του έντονου προβλήματος, να δημιουργούνται κόντρες, διχόνοιες. Απλά είναι στα πλαίσια κυρίως των διοικητικών αποφάσεων για την εύρυθμη λειτουργία υποτίθεται της υπηρεσίας και λόγω της έλλειψης προσωπικού αλλά και της έλλειψης καθηκοντολογίου στις υπηρεσίες και με περιγραφή θέσεων, όπου όλοι κάνουν τα πάντα. Εκεί μπορεί να υπάρξει σύγχυση, αλληλοεπικάλυψη αρμοδιοτήτων, ρόλων, θέσεων, ευθύνης». (ΣΕΥ2)

Αντίστοιχη εμπειρία περιγράφει και ο ΣΕΥ3 όπου παρατηρεί ότι το μικρό μέγεθος της ομάδας εξυπηρετεί στην ανάπτυξη δεσμών μεταξύ των μελών της ομάδας και την διατήρηση ισορροπίας αλλά οι καθημερινότητα και οι ελλείψεις στην δομή δημιουργούν προστριβές και συγκρούσεις, όχι τα ίδια τα μέλη.

«Εμείς έχουμε ένα ευτύχημα ότι είμαστε μικρή ουσιαστικά ομάδα, δεν είμαστε πολλά άτομα, είμαστε μια στενή να το πω ομάδα υγείας. Αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι με τον καιρό έχουμε βρει τα πατήματα μας και έχουμε βρει τους τρόπους να συνεργαζόμαστε σωστά. Παρόλα αυτά όμως, επειδή οι συνθήκες οι καθημερινές πολλές φορές ζορίζουν τα πράγματα, αναγκαζόμαστε να ασχολούμαστε και να μπαίνουμε σε ρόλους που δεν έχουν καμία σχέση με τη δουλειά που θα έπρεπε να κάνουμε, αυτό είναι το κομμάτι κυρίως και όχι με τους υπόλοιπους. Με την ίδια τη διεπιστημονική ομάδα. Είναι κυρίως λόγω των συνθηκών που υπάρχουν στην δομή και όχι με τα άτομα που συνεργαζόμαστε». (ΣΕΥ3)

Ο ΣΕΥ7 έχει βιώσει σε μικρότερη κλίμακα καταστάσεις που πρόσθεταν εμπόδια στο έργο του ως επισκέπτης υγείας αλλά ενισχύει την άποψη ότι εξωτερικοί παράγοντες όπως το σύστημα του κράτους πυροδοτεί επικαλύψεις και συγκρούσεις επαγγελματιών υγείας, δίνοντας ως χαρακτηριστικό παράδειγμα την ομοιότητα του αντικειμένου των κοινοτικών νοσηλευτών με αυτήν του αντικειμένου των

επισκεπτών υγείας.

«Δεν θα έλεγα ότι το έχω βιώσει έτσι σε πολύ στενό κλοιό. Αλλά αν θέλετε μπορώ να σας πω μία εμπειρία μου. Εγώ αυτή τη στιγμή εκτός των άλλων κάνω και δεύτερο πτυχίο νοσηλεύτη. Στα πλαίσια του μαθήματος κοινοτική νοσηλευτική στο Πανεπιστήμιο, το πρόγραμμα μαθημάτων αυτή τη στιγμή της Νοσηλευτικής περιλαμβάνει, χωρίς να θέλω να υπερβάλλω, τουλάχιστον το 80% του αντικειμένου των επισκεπτών υγείας. Αν δεν το βιώσαμε τώρα, θα το βιώσουμε σε κάποια άλλη χρονική στιγμή. Θα βιώσουμε επικάλυψη καθηκόντων. Κάποτε ήμασταν οι μοναδικοί επαγγελματίες υγείας που κάναμε εμβόλια. Τώρα κάνει εμβόλιο ο φαρμακοποιός, η μαία, η ΔΕ νοσηλεύτρια, η ΠΕ, η ΤΕ και δεν ξέρω και ποιος άλλος ακόμη επαγγελματίας υγείας. Πιστεύω λοιπόν ότι οι εξωτερικοί παράγοντες δηλαδή το σύστημα για να το θέσω καλύτερα είναι αυτό που θα οδηγήσει στην αναπόφευκτη σύγκρουση μεταξύ των επαγγελματιών».(ΣΕΥ7)

Οι ΣΕΥ8 και ΣΕΥ10 καταθέτουν τις δικές τους εμπειρίες σχετικά με το πως βιώνουν επικάλυψη καθηκόντων και βρίσκονται σε συνεχείς συγκρούσεις με άλλη επαγγελματική ομάδα όπως οι νοσηλεύτές. Βέβαια, η ΣΕΥ8 θεωρεί ότι οι ελλείψεις του φορέα που οδηγούν αναπόφευκτα σε εξυπηρέτηση μεγάλου όγκου ασθενών, αποτελούν το κατάλληλο υπόστρωμα για δημιουργία αντιπαραθέσεων και κάμψης των επαγγελματικών καθηκόντων.

«Σε ένα μεγάλο βαθμό. Υπάρχει πολλές φορές προσπάθεια επικάλυψης. Υπάρχουν συγκρούσεις, αυτό είναι συχνό. Αντιλαμβάνεσαι ότι μιλάμε για ένα δύσκολο φορέα εργασίας, ο οποίος εξυπηρετεί ένα πάρα πολύ μεγάλο όγκο περιστατικών σε καθημερινή βάση. Μιλάμε για πολλές χιλιάδες άτομα, το οποίο απαιτεί να γίνεται η δουλειά γρήγορα και πολλές φορές δεν τους ενδιαφέρει ποιος θα την κάνει. Αρκεί να γίνει. Αυτό είναι το βασικό πρόβλημα».(ΣΕΥ8)

Από την άλλη πλευρά, η ΣΕΥ10 ρίπτει ευθύνες στην ίδια την επαγγελματική ομάδα, τους ΠΕ νοσηλεύτές, για την αντιεπαγγελματική συμπεριφορά τους και την επικράτηση του άσχημου κλίματος που επικρατεί στην υπηρεσία. Αντίστοιχη συμπεριφορά διέκρινε και στους γιατρούς της δομής. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Πολύ συχνά. Αν και είμαι μέρος μιας τοπικής μονάδας υγείας όπου θεωρούμαστε όλοι ισότιμα μέλη, αμφισβητείται και αμφισβητήθηκε κυρίως στην αρχή πάρα πολύ ο ρόλος μας. Αμφισβητήθηκε κυρίως από τους νοσηλεύτές γιατί θεωρήθηκε ότι ασκούμε καθήκοντα από το δικό τους καθηκοντολόγιο. Και μιλάω για τους ΠΕ νοσηλεύτές. Γιατί αυτό που έχω ζήσει μπορώ να μιλήσω μόνο. Η αμφισβήτηση ήταν κυρίως το πρώτο διάστημα καθημερινή. Και οι γιατροί.. Οι νοσηλεύτές πολύ συχνά - σχεδόν καθημερινά- θεωρούσαν και έδειχναν με τη συμπεριφορά τους, ότι μας υποτιμούν πάρα πολύ... και ότιμας θεωρούν κλέφτες των δικαιωμάτων τους. Και ότι δεν θα έπρεπε καν να είμαστε μέλη μιας τέτοιας ομάδας καθώς δεν υπάρχει κανένας ρόλος διακριτός στα πλαίσια αυτής».(ΣΕΥ10)

Τέλος, προσθέτει επίσης το ζήτημα του διαχωρισμού μεταξύ των βαθμίδων εκπαίδευσης, όπου διαχωρίζει κάποιους επαγγελματικούς κλάδους όπως οι νοσηλεύτές που χωρίζονται σε ΤΕ (τεχνολογικής εκπαίδευσης) και ΠΕ (πανεπιστημιακής εκπαίδευσης) ενώ οι επισκέπτες υγείας είναι μόνο ΤΕ, σύμφωνα με την προηγούμενη νομοθετική ρύθμιση.

«Και επίσης αμφισβητήθηκε ακόμα και το ότι στην ομάδα που εγώ είμαι, ας πούμε ότι τυχάνει να είναι όλοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, στο ότι εγώ είμαι

τεχνολογικής εκπαίδευσης, θεωρήθηκε ότι είναι κάτι υποδεέστερο και για αυτό ακόμα και στην επιλογή του χώρου που θα έχει ο καθένας μας, θεωρήθηκε ότι ενώ οι υπόλοιποι θα έπρεπε κάπως να βολευτούν σε κάποιο γραφείο, θεωρήθηκε επειδή εγώ είμαι TE και επειδή είμαι ένα επάγγελμα το οποίο δεν το ξέρουν... και ότι εντάξει μωρέ το κάνουν και νοσηλευτές αυτό που κάνεις, δεν κάνεις τίποτα ιδιαίτερο... για αυτό ίσως και ο κατάλληλος χώρος για σένα να είναι ο διάδρομος. Οπότε πάνω σε αυτό, εγώ είχα πάρα πολλές αντιρρήσεις και φυσικά δεν το δέχτηκα.»(ΣΕΥ10)

Αντικρουόμενες απόψεις μεταξύ επισκεπτών υγείας για την άσκηση επαγγελματιών τους καθηκόντων

Η ΣΕΥ11 περιέγραψε με ιδιαίτερα γλαφυρό τρόπο τις συνθήκες που επικρατούν στον φορέα, την αρμονική συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και τις συνεχείς αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε αυτήν και στις παλαιότερες, μόνιμες, συναδέλφους επισκέπτριες υγείας. σχετικά με το πως αντιλαμβάνεται η κάθε πλευρά το επάγγελμα.

«...με τους περισσότερους (επαγγελματίες υγείας) κάποια διάκριση δεν υπάρχει. Το πρόβλημα μου είναι οι ίδιοι οι επισκέπτες υγείας. Τους παλιούς. Όχι τόσο με οποιονδήποτε άλλο μέσα στο κέντρο υγείας. Οπότε σε ένα επειγόν όπως είπα και πριν, θα πάω, θα πάρω ζωτικά, θα κάνω πράγματα. Υπάρχουν συνάδελφοι που είναι επισκέπτες και λένε ότι εγώ είμαι επισκέπτης υγείας, δεν παίρνω ζωτικά, είναι νοσηλευτική παρέμβαση.»(ΣΕΥ11)

Επιπροσθέτως, περιέγραψε το αίσθημα ευθύνης που την διακατέχει ως επισκέπτρια υγείας όταν κάνει μια παρέμβαση μαζί με έναν νοσηλευτή αλλά και το αίσθημα της συναδελφικής αλληλεγγύης όταν μοιράζονται ένα κοινό σκοπό:

«...θεωρώ ότι σε μια ανάγκη δεν μπορείς να αφήσεις το συνάδελφο νοσηλευτή, που και εκείνος πνίγεται, να τον αφήσεις και να του πεις «Πάρε ζωτικά». Να τον σταματήσεις από τη δουλειά του για να πάρει ζωτικά για έναν που εμβολίασες εσύ ο ίδιος και έχεις την ευθύνη του.»(ΣΕΥ11)

Τέλος, αναφέρθηκε στην διαφορετική οπτική άσκησης του επαγγέλματος και πόσο αυτή την επηρεάζει στην καθημερινή κλινική της πράξη, θεωρώντας ότι με την παγίωση τέτοιων απόψεων και πρακτικών, υπάρχει κίνδυνος να χαθεί το αντικείμενο των επισκεπτών υγείας από τους νοσηλευτές, ολοκληρωτικά.

«Λοιπόν υπήρχε η δυνατότητα να κάνουμε κατ' οίκων επισκέψεις για εμβολιασμούς σε άτομα που ήταν με κινητικά προβλήματα και υπήρχε συνάδελφος. -όχι ένας, παραπάνω από ένας επισκέπτης υγείας- που είπε ότι εγώ για να εμβολιάσω κατ'οίκον, θέλω και νοσηλευτή μαζί μου, γιατί αν τύχει κάτι δεν μπορώ να δώσω τις πρώτες βοήθειες. Δεν είναι στο καθηκοντολόγιο μου. Και τρελάθηκα. Γιατί δεν πας μόνος σου, πας με γιατρό. Φαντάζομαι ότι ο λόγος που έχουμε εκπαιδευτεί και τα έχουμε κάνει όλα αυτά στη σχολή, και έχουμε κάνει πρακτική στη σχολή για αυτά είναι για να μπορούμε σε τέτοιες περιπτώσεις να υποστηρίξουμε τον εαυτό μας. Και κάπως έτσι αφήνουμε μόνοι μας τον νοσηλευτή να πάρει το ρόλο του επισκέπτη.»(ΣΕΥ11)

• ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΟΜΑΔΑ

Στην ερώτηση σχετικά με ποιους τρόπους μπορούν να προστατέψουν μέσα σε μια ομάδα την επαγγελματική τους ταυτότητα και να την διατηρήσουν ακέραια, οι

συμμετέχοντες εντόπισαν 9 τρόπους, οι οποίοι αποτελούν και τις 9 υποκατηγορίες του θεματικής κατηγορίας. Αυτοί είναι:

- ✚ **Επικοινωνία**
- ✚ **Οριοθέτηση**
- ✚ **Νομοθεσία/ Προσφυγή σε ανώτερο στέλεχος**
- ✚ **Ανάδειξη έργου**
- ✚ **Μείωση χρόνου αλλότριων καθηκόντων**
- ✚ **Περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση γνώσεων**
- ✚ **Ανάπτυξη αλληλεγγύης και διεπιστημονικής συνεργασίας**
- ✚ **Σεβασμός στην επαγγελματική ιδιότητα**
- ✚ **Επικοινωνιακές συγκρούσεις**

Επικοινωνία

Τέσσερις από τους έντεκα συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ5, ΣΕΥ9 και ΣΕΥ11) έθεσαν την έννοια της επικοινωνίας και συγκεκριμένα τη συζήτηση ως σημαντικό τρόπο προστασίας της επαγγελματικής τους ταυτότητας, μέσα σε μια ομάδα όπως η διεπιστημονική. Ενδεικτικά, αναφέρουν:

«Μέσα από συζήτηση». (ΣΕΥ1)

«Με τη συζήτηση νομίζω ότι λύνονται όλα τα θέματα».(ΣΕΥ5)

«...Και εξηγώντας τους ακριβώς τα κομμάτια μου γιατί όπως σου είπα γιατί και εκείνοι δεν τα γνώριζαν ακριβώς γιατί δεν υπήρχε πιο πριν επισκέπτης υγείας».(ΣΕΥ9)

«Προσπαθώ να δείχνω κατανόηση και να συζητώ. Να επικοινωνώ που υπάρχει πρόβλημα βασικά ώστε να λύνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα ...απλώς το επικοινωνείς και μετά αν το σεβαστεί, όλα καλά».(ΣΕΥ11)

Οριοθέτηση

Δύο από τους συμμετέχοντες (ΣΕΥ4 και ΣΕΥ10) ανέφεραν τον όρο "οριοθέτηση". Με τη χρήση αυτού του όρου, ενδεχομένως αποδίδουν, στην έννοια της προφύλαξης της επαγγελματικής ταυτότητας, πιο αυστηρό τόνο. Δηλαδή με τη χρήση αυτού του όρου δεν δίνουν περιθώρια στην καταπάτηση της και ενδεχομένως την θεωρούν ως πιο αποτελεσματικό τρόπο προστασίας.

«Με την οριοθέτηση. Η οριοθέτηση είναι το Α και το Ω. Δηλαδή εσύ διευκρινίζεις μέχρι που μπορείς να πας, μέχρι πού μπορείς να βοηθήσεις και μετά το κάθε πράγμα παίρνει το δρόμο του».(ΣΕΥ4)

«...όταν αφήνεις τα πράγματα μία δύο πέντε δέκα, μετά είναι πάρα πολύ δύσκολο να αλλάξει το κλίμα. Γιατί μετά θα γίνεις σίγουρα επιθετικός και θα ξεφύγουν τα πράγματα. Γιατί όσο τα αφήνουμε αυτά γιγαντώνονται και μετά δεν μπορείς να αλλάξεις το κλίμα. Είναι αδύνατον. Οπότε το να υπενθυμίζεις πολύ συχνά τα όρια και τα πράγματα να τα βάζεις σε μία σειρά θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό».(ΣΕΥ10)

Νομοθεσία/ Προσφυγή σε ανώτερο στέλεχος

Δύο από τους συμμετέχοντες ανέφεραν -χωρίς να το πολυσκεφτούν- την προσφυγή σε επίσημα έγγραφα όπως η νομοθεσία όπου αναφέρεται αναλυτικά το

καθηκοντολόγιο αλλά και η προσφυγή σε κάποιο ανώτερο στέλεχος της δομής όπως ο προϊστάμενος της υπηρεσίας ή ο διευθυντής, εάν αποτύχει ο διάλογος.

«Εγώ ας πούμε προασπίστηκα το ρόλο μου μέσα από τη νομοθεσία που υπάρχει όσον αφορά τα επαγγελματικά μου δικαιώματα. Με πολύ ήρεμο τρόπο. Γιατί φαντάσου καλεστήκαμε να γίνομαι μια ομάδα, άνθρωποι οι οποίοι πριν δεν γνωριζόμασταν και όχι μόνο σε προσωπικό επίπεδο -δεν το συζητάω αυτό- αλλά και σε επαγγελματικό επίπεδο».(ΣΕΥ1)

«Να τους παρουσιάσεις επίσημα έγγραφα. Όπως ας πούμε το καθηκοντολόγιο σου και το τι πρέπει να κάνεις. Ή να απευθυνθείς σε κάποιον που να είναι ένα βήμα παραπάνω όπως ας πούμε προϊστάμενος ή ο διευθυντής, για να του κάνεις ξεκάθαρα κάποια πράγματα ή να του ζητήσεις να επενέβη σε δύσκολες καταστάσεις και μετά πάει λέγοντας. Μόνο αν αντιμετωπίσεις ιδιαίτερες δυσκολίες». (ΣΕΥ11)

Ανάδειξη έργου

Οι συμμετέχοντες ΣΕΥ1, ΣΕΥ2 και ΣΕΥ8 θεώρησαν σημαντική παράμετρο προστασίας την ίδια την δουλειά τους αλλά και τον τρόπο που πρέπει να χειριστούνε κάποιες καταστάσεις στον χώρο εργασίας τους.

«Κάνοντας όσο καλύτερα μπορώ την δουλειά μου. Έχοντας συνέπεια και συνέχεια σε αυτό που κάνω». (ΣΕΥ2)

«Κάνοντας τη δουλειά σου όσο καλύτερα μπορείς».(ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ1 πιστεύει ότι μέσα από την ανάδειξη του έργου τους, τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αλλά και οι ωφελούμενοι των υπηρεσιών τους, θα κατανοήσουν καλύτερα το ρόλο τους και αυτό θα τους οδηγήσει πιθανότατα σε καλύτερη συνεργασία:

«Και μέσα από τη δουλειά μου. Οπότε και μεταξύ μας η πορεία των ετών έδειξε ότι δεσθήκαμε σαν ομάδα γιατί ο ένας πρώτον κατάλαβε και τον ρόλο του άλλου, γιατί δεν το θεωρούμε δεδομένο ότι ο ένας επαγγελματίας θα πρέπει να γνωρίζει το ρόλο του επισκέπτη υγείας ή εγώ να γνωρίζω τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Μέσα από τη δουλειά λοιπόν και τον τρόπο που χειρίζεσαι τις καταστάσεις, δείχνεις και το ποιόν σου. Ως επαγγελματίας. Οπότε εκεί σε φέρνει και πιο κοντά».(ΣΕΥ1)

Μείωση χρόνου αλλότριων καθηκόντων

Ο ΣΕΥ3 θεωρεί επίσης πολύ σημαντικό να απασχολείται όσο το δυνατόν περισσότερο με καθήκοντα του ρόλου του που επιβεβαιώνονται από τα επαγγελματικά του δικαιώματα, αντί να αναλώνεται σε αλλότρια καθήκοντα και να απομακρύνεται από την επαγγελματική του υπόσταση:

«Προσπαθώντας όσο το δυνατόν περισσότερο να απασχολούμαι με το ρόλο του επισκέπτη υγείας στη δομή, δηλαδή διαθέτοντας όσο το δυνατόν περισσότερο από το χρόνο μου για να ασκώ τα καθήκοντα μου. Προσπαθώντας όσο το δυνατόν να μειώσω το χρόνο που με απασχολεί σε άλλα καθήκοντα».(ΣΕΥ3)

Περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση γνώσεων

Η συνέχιση της ήδη υπάρχουσας εκπαίδευσης και ο εμπλουτισμός των γνώσεων με τη μορφή επίσημης εξειδίκευσης όπως σε άλλους επαγγελματίες υγείας, θεωρήθηκε τόσο από τον ΣΕΥ2 όσο και από την ΣΕΥ8 ο πιο σημαντικός παράγοντας που θα συντελέσει στην προστασία της επαγγελματικής ταυτότητας μέσα σε μια

διεπιστημονική ομάδα αλλά και θα ενισχύσει περισσότερο τον υπάρχοντα επαγγελματικό ρόλο.

«Βελτιώνοντας όσο μπορώ τις γνώσεις μου, την εκπαίδευσή μου και την συμμετοχή μου στο ιατρείο, αναλαμβάνοντας όσο μπορώ με μεγαλύτερη εγκυρότητα τα καθήκοντά μου. Και εξειδικεύοντας όσο περισσότερο μπορώ τις γνώσεις μου.»(ΣΕΥ2)

Ο ΣΕΥ2 τόνισε τη διαφορά με το ιατρικό επάγγελμα όπου παρέχεται επίσημη εξειδίκευση μέσω συστηματικής εκπαίδευσης και κατοχυρώνονται οι γνώσεις και οι εμπειρίες, γεγονός που δεν ισχύει για τον κλάδο των επισκεπτών υγείας.

«Στους γιατρούς υπάρχει εξειδίκευση. Η γνώση που έχει ο καθένας, οι εμπειρίες... βασίζεται είτε στην εμπειρία είτε στη διάθεσή του να πάει λίγο παρακάτω το επίπεδο των γνώσεων του και της εξειδίκευσης του. Όλα είναι με βάση την εμπειρία. Γιατί δεν υπάρχει θεσμοθετημένη από την πολιτεία μία εξειδίκευση να πεις ότι εξειδικεύτηκα γιατί παρακολουθούσα κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Αλλά από άποψη πολιτείας ή υπηρεσίας δεν μου έχει παρέχει καμία δυνατότητα να βελτιώσω το εκπαιδευτικό μου background με απώτερο όφελος το... πώς το λένε... την καλύτερη παροχή υπηρεσιών προς τον πολίτη.»(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ8 πιστεύει ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ο εμπλουτισμός γνώσεων αποτελούν τα απαραίτητα εργαλεία για την παροχή εξειδικευμένων παρεμβάσεων ώστε να εξελίσσεται όλο και περισσότερο ο ρόλος της και να προστατεύεται η ταυτότητά της.

«Ουσιαστικά χρειάζεται να έχουμε μια συνεχή εκπαίδευση, δια βίου κυριολεκτικά εκπαίδευση ώστε να μπορούμε να μαθαίνουμε τα πιο πρόσφατα δεδομένα που αφορούν τον τομέα στον οποίο εργάζεται ο καθένας μας. Άρα λοιπόν να παρέχουμε εξειδικευμένες και στοχευμένες παρεμβάσεις, συμβουλές.»(ΣΕΥ8)

Ανάπτυξη αλληλεγγύης και διεπιστημονικής συνεργασίας

Την φιλοσοφία που κρύβεται πίσω από τις διεπιστημονικές ομάδες περιέγραψαν μέσω των εμπειριών τους, οι ΣΕΥ7, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ9 και επεσήμαναν την ανάπτυξη της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των μελών, όπως φαίνεται στα παρακάτω αποσπάσματα:

«Ο ένας να μεταφέρει γνώσεις στον άλλον και πλέον το εμβόλιο που ήταν να κάνω εγώ ή την εκπαίδευση που ήταν να κάνω εγώ, ενδεχομένως θα την κάνει και ο συνεργάτης μου. Και αντίστοιχα καθήκοντα δικά του ενδεχομένως θα τα κάνω εγώ κάποια στιγμή, αν χρειαστεί. Βέβαια χωρίς αυτό να μας δημιουργεί πρόβλημα. Βοηθάει και η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και του σεβασμού. Αλλά θα ήθελα να το βάλω στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας.»(ΣΕΥ7)

Η Σ8 επεσήμανε ότι η διάθεση για συνεργασία παίζει μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη σχέσεων και ανταλλαγής πρακτικών:

«Και φυσικά με την καλή συνεργασία, με όλους. Λάθος το είπα. Με την καλή διάθεση για συνεργασία με όλους. Όλοι είμαστε σε ένα φορέα γιατί έχουμε κάποιο ρόλο.»(ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ9 πρόσθεσε και την έννοια της χρονικής διάρκειας για να επιτευχθεί η διεπιστημονική συνεργασία.

«...απλά θέλει χρόνο και τρόπο. Και χτίσιμο σχέσεων.»(ΣΕΥ9)

Σεβασμός στην επαγγελματική ιδιότητα

Η ΣΕΥ9 πιστεύει ότι η αρχή και το τέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι ο σεβασμός του ενός επαγγελματία προς τον άλλο και η αποδοχή της θέσης του καθενός στην ομάδα.

«Σημαντικό είναι και η καλλιέργεια του σεβασμού στο επάγγελμα του άλλου είτε μας αρέσει είτε όχι, αξίζει σεβασμός σε αυτό που υπηρετούν... πρέπει να τον αποδεχτούμε. Γιατί μην ξεχνάμε ότι δεν μας προσλαμβάνει ο ίδιος. Εμείς δεν έχουμε πάει εκεί έχοντας κλέψει τη δουλειά κάποιου, εις βάρος κάποιου. Όπως εσείς έχετε έρθει με συγκεκριμένα προσόντα ακριβώς το ίδιο έχω έρθει και γω.Οπότε το να μπορείς να σέβεσαι την προσωπικότητα και την επαγγελματική ιδιότητα του άλλου για μένα είναι το Α και το Ω οποιαδήποτε δουλειά και να κάνεις.(ΣΕΥ10)

Εποικοδομητικές συγκρούσεις









Ο Σ6 είναι ο μοναδικός συμμετέχοντας που όταν ερωτήθηκε πώς πιστεύει ότι μπορεί να προστατέψει την επαγγελματική του ταυτότητα μέσα σε μια ομάδα, αρνήθηκε να μπει στη διαδικασία να απαριθμήσει πιθανούς τρόπους, καθώς θεώρησε ότι ακόμα και οι συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών οδηγούν σε διαφορετικότητα απόψεων άρα και σε πιθανό όφελος του ασθενή, μιας και δεν είναι μονόπλευρη η προσέγγιση. Χαρακτηριστικά δηλώνει μεταξύ άλλων:

«Δεν θα το έκανα. Δεν θα ήθελα. Δηλαδή βοηθάνε, αυτό βλέπω. Το θέμα είναι να βοηθηθεί ο άνθρωπος.Δεν νομίζω ότι θα με προφύλασσε από κάτι. Και από το λάθος μαθαίνεις. Οπότε για ποιο λόγο να μπω στη διαδικασία να μην αμφισβητηθώ;Οι συγκρούσεις πιστεύω βοηθάνε, είναι εποικοδομητικές».(ΣΕΥ6)

ΑΞΟΝΑΣ 2^{ος} : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

• ΡΟΛΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι ερωτήσεις που διατυπώθηκαν στην συγκεκριμένη ενότητα, αφορούν την προσπάθεια απάντησης στο ερευνητικό ερώτημα 2, στο οποίο και διερευνώνται οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη δευτερογενή πρόληψη και την ΚΑ. Σε αυτό το ερευνητικό ερώτημα εμπεριέχεται και η συγκεκριμένη θεματική ενότητα, όπου διερευνάται η αντίληψη της σχέσης των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης και τον ρόλο που παίζουν οι τελευταίοι, μιας και οι ίδιοι παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες πρόληψης στους φορείς που εργάζονται. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψαν 8 υποκατηγορίες. Αυτές είναι:

-  Συνδυετικός κρίκος ανάμεσα σε ασθενή και διεπιστημονική ομάδα/θεράπων γιατρό
-  Εκπαίδευση
-  Διαρκής επαναξιολόγηση πρακτικών και δεξιοτήτων ασθενή
-  Καθοδήγηση
-  Πρόληψη επανεμφάνισης και επιπλοκών νόσου
-  Διαχείριση συννοσηροτήτων
-  Προαγωγή και αγωγή υγείας
-  Ανίχνευση ασθενών υψηλού κίνδυνου

Συνδεδεικμένος κρίκος ανάμεσα σε ασθενή και διεπιστημονική ομάδα/ θεράποντα γιατρό

Οι ΣΕΥ1 και ΣΕΥ4 περιέγραψαν ρόλο του επισκέπτη υγείας σε συνάρτηση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις υπηρεσίες που προσφέρει, επισημαίνοντας τη σημαντικότητα του ρόλου του που έγκειται στη άμεση διασύνδεση του ασθενή με τον θεράποντα γιατρό ή και της θεραπευτικής ομάδας.

«Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας σαν μέλος όπως σας είπα της διεπιστημονικής ομάδας, συγκεκριμένα στα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι πολυδιάστατος. Ερχόμαστε σε άμεση επικοινωνία τόσο με τον γιατρό μας όσο και με τον ασθενή, είμαστε ο συνδεδεικμένος κρίκος δηλαδή». (ΣΕΥ1)

Μάλιστα, η ΣΕΥ4 επιβεβαίωσε και τη διαχρονική παρακολούθηση του ατόμου από τον επισκέπτη υγείας που ξεκινά μέσα από την οικογένεια, στην παιδική ηλικία και συνεχίζει μέχρι και το τέλος της ζωής του, όπου στην περίπτωση εμφάνισης νοσήματος μεσολαβεί στην επικοινωνία με τον θεράποντα γιατρό.

«Αν σκεφτείς ότι ο επισκέπτης υγείας ξεκινάει από την οικογένεια, από την αρχή, από την παιδική ηλικία και φτάνουν μέχρι την τρίτη ηλικία, φαντάσου τι σχέση έχει όσον αφορά τα καρδιαγγειακά. Από κει και ύστερα στη δευτερογενή όσοι παρουσιάσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα τότε είναι ο συνδεδεικμένος κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και στον γιατρό του. Να τον βοηθάει, να του υπενθυμίζει τι πρέπει να κάνει, να του ελέγχει τη φαρμακοθεραπεία. Να του υπενθυμίζει ότι πρέπει να συνεχίζει να έχει ένα σωστό τρόπο ζωής. Να του υπενθυμίζει τα ραντεβού του και τέλος πάντων και στην αποκατάσταση». (ΣΕΥ4)

Εκπαίδευση

Σε αυτήν την ερώτηση, οι τέσσερις συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ10) επισημαίνουν την αξία της εκπαίδευσης του ασθενή, που για αυτούς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της επαγγελματικής τους ταυτότητας. Η ΣΕΥ1 πιστεύει ότι μια σωστή εκπαίδευση στη διαχείριση της νόσου του και των παραγόντων κινδύνου αλλά και στην αυτοφροντίδα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, ενισχύει την υγεία του ασθενή και τον οδηγεί σε αλλαγή του τρόπου ζωής που είχε μέχρι και πριν το καρδιαγγειακό συμβάν.

«...θα χρειαστεί μια παρακολούθηση και εκπαίδευση. Ουσιαστικά, δηλαδή, συμμετέχουμε σε στρατηγική πρόληψης. Είτε ενημερώνοντας είτε εκπαιδεύοντας είτε ακόμη και σε ανθρώπους που μπορεί να έχουν υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση σε ένα καρδιαγγειακό πρόβλημα που παρουσιάστηκε, στο μετά την επέμβαση κάνουμε, δηλαδή πως ενισχύουμε αυτόν τον άνθρωπο, πως τον υποστηρίζουμε στην αλλαγή του τρόπου ζωής του, υιοθετώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής». (ΣΕΥ1)

Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και η ΣΕΥ8, αναφέροντας:

«Εφόσον οι άνθρωποι αυτοί έχουν υποστεί ένα έμφραγμα ή οτιδήποτε άλλο, και άρα λοιπόν έχουν ένα εγκατεστημένο πρόβλημα υγείας, να φροντίσουμε ώστε να τους εκπαιδεύσουμε εμείς να παίρνουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή τους, να τα κάνουν σωστά.» (ΣΕΥ8)

Άποψη με την ΣΕΥ1 ενστερνίζεται και ο ΣΕΥ2 και αναφέρει:

«Και το βασικότερο η εκπαίδευσή τους. Σε όλους τους παράγοντες κινδύνου. Από τη

διατροφή, την άσκηση, κοινωνικό... όλους τους προσδιοριστές της υγείας, ακόμα και τον ύπνο».(ΣΕΥ2)

Διαρκή επαναξιολόγηση πρακτικών και δεξιοτήτων

Ο ΣΕΥ2 συνδέει άμεσα την έννοια της εκπαίδευσης με τη συνεχόμενη επαναξιολόγηση των πρακτικών και των δεξιοτήτων στις οποίες έχει εκπαιδευτεί ο ασθενής για να μπορέσει η πρώτη να οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα.

«Απόλυτη και άμεση. Έγκαιρη διάγνωση, πολύ καλή εκπαίδευση, δομημένη και συνεχή, διαρκή επαναξιολόγηση των πρακτικών και των δεξιοτήτων του όσον αφορά την προσκόλληση στη θεραπεία... από εξετάσεις, όλα αυτά που πρέπει να γίνονται, το follow-up, τα τσεκ απ τους και όλα αυτά.... (ΣΕΥ2)

Καθοδήγηση

Η ΣΕΥ10 ορίζει τον επισκέπτη υγείας ως καθοδηγητή σε έναν καλύτερο τρόπο ζωής, με την εκπαίδευση του ασθενή σε τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου της νόσου από την οποία πάσχει και την σωστή παρακολούθηση της μέσω εργαστηριακών ελέγχων.

«Ο επισκέπτης υγείας καθοδηγεί τον άνθρωπο σε έναν καλύτερο και πιο υγιή τρόπο διαβίωσης. Όσον αφορά την διατροφή του, την άσκηση, το να μπορέσει να διατηρήσει φυσιολογικό βάρος. Τη χρήση του αλκοόλ ή ουσιών ας πούμε. Καθώς και το να κάνει τους απαραίτητους τακτικούς ελέγχους για τη σωστή παρακολούθηση της καρδιαγγειακής νόσου του».(ΣΕΥ10)

Προαγωγή και αγωγή υγείας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σημαντικό κομμάτι του ρόλου τους είναι η προαγωγή και αγωγή υγείας, με απώτερο στόχο την βελτίωση της υγείας του ασθενή ή τη διατήρηση στο ήδη υπάρχον επίπεδο.

«Ο επισκέπτης υγείας μπορεί να έχει έναν ισχυρό ρόλο όσον αφορά τις οδηγίες σε σχέση με την διατροφή, όσον αφορά το κομμάτι της βελτίωσης της υγείας του ασθενούς με καρδιαγγειακά. Και γενικά οδηγίες που έχουν στόχο την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς με καρδιαγγειακά προβλήματα».(ΣΕΥ3)

«...να κάνεις αγωγή υγείας στο κομμάτι το πώς μπορούν να διατηρήσουν εκείνο το επίπεδο της ζωής τους σε τέτοιο βαθμό από θέμα διατροφής, άσκησης και λοιπά και λοιπά, στο να μην επιβαρύνουν περαιτέρω τον οργανισμό τους για να τους ξανασυμβεί αυτό. ...θα πρέπει να μην τις ξεχνάνε και να κάνουνε τους ελέγχους τους ανελλιπώς».(ΣΕΥ9)

«Τον συμβουλεύεις, του λες ότι όλα αυτά έχουν επιπτώσεις κτλ. Μετά βλέπεις αν υπάρχουν κάποια προβλήματα, ακολουθείς το ίδιο πράγμα. Σαφώς προσπαθείς να το προλάβεις, να είσαι στο πριν και όχι στο μετά. Προάγεις την υγεία του, το να είναι καλά. Να ακολουθεί όλα αυτά που πρέπει για να μην έχει προβλήματα μελλοντικά με την καρδιά του. Αν έχει να μη φτάσουνε σε κακό επίπεδο και αν φτάσει σε αυτό το επίπεδο πώς να το διατηρήσει και θα το βελτιώσει.»(ΣΕΥ11)

Πρόληψη επανεμφάνισης και επιπλοκών νόσου

Η ΣΕΥ5 έχει ταυτίσει την δευτερογενή πρόληψη με την πρόληψη των επιπλοκών μιας νόσου και αυτό επιδιώκει όταν παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης

σε καρδιαγγειακούς ασθενείς:

«Η δευτερογενής είναι από τη στιγμή που έχει εμφανιστεί κάποιο νόσημα όπως είναι το καρδιαγγειακό, κάνεις πρόληψη επιπλοκών».(ΣΕΥ5)

Ο Σ7 αναφέρεται και στον περιορισμό των επιβαρυντικών παραγόντων πέρα από την αποφυγή των επιπλοκών της νόσου.

«...προσπαθούμε η διάγνωση να είναι στα αρχικά της στάδια ώστε να μείνει εκεί και να περιορίσουμε τους παράγοντες οι οποίοι θα επιβαρύνουν. Να αποφύγουμε περαιτέρω επιβάρυνση και να αποφύγουμε τις επιπλοκές της νόσου» (ΣΕΥ7)

Διαχείριση συννοσηροτήτων

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ειδικά οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε διαβητολογικά κέντρα (ΣΕΥ5) ή παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς με πολλαπλές παθήσεις(ΣΕΥ6, ΣΕΥ7) , επεσήμαναν τον ρόλο που διαδραματίζει ο επισκέπτης υγείας και στη διαχείριση των συννοσηροτήτων. Παρακάτω παραθέτονται τα χαρακτηριστικά αποσπάσματα:

«Στην περίπτωση που συνυπάρχει και κάποια συννοσηρότητα όπως ο διαβήτης, διαχειρίζεσαι τον διαβήτη του έτσι ώστε να μην εμφανίσει την επιπλοκή του καρδιαγγειακού».(ΣΕΥ5)

«Γίνεται μια ολική θα έλεγα προσέγγιση στο άτομο που έχει απέναντί του, κυρίως να μην βλέπει μόνο την κυρίως πάθηση. Οι περισσότεροι άνθρωποι ανεξαρτήτως ψυχικής πάθησης δεν έχουν τις γνώσεις να αντιληφθούν το τι τους συμβαίνει. Αν υπάρχει κάποια συσχέτιση».(ΣΕΥ6)

«...και την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων γιατί τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης εμπλέκονται με κατάθλιψη και πρέπει να την διαχειριστούμε».(ΣΕΥ7)




Ανίχνευση ασθενών υψηλού κινδύνου

Τέλος, ο ΣΕΥ6 ανέφερε ακόμα μια ιδιότητα του επισκέπτη υγείας στην δευτερογενή πρόληψη, αυτή του ανιχνευτή ασθενών υψηλού κινδύνου, που αποτελούν σημαντικό πληθυσμό στις παρεμβάσεις αυτού του επιπέδου.

«Να βρει τους ασθενείς υψηλού κινδύνου».(ΣΕΥ6)

• ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην ερώτηση πώς αντιλαμβάνονται την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης όπως αυτή ορίζεται στην καρδιακή αποκατάσταση, δεν παρατηρήθηκε καμία δυσκολία στην κατανόηση. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψαν 3 υποκατηγορίες:

-  **Πρόληψη επανεμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος**
-  **Εκπαίδευση στην τροποποίηση παραγόντων κινδύνου**
-  **Εξειδικευμένες παρεμβάσεις πρόληψης και αγωγής υγείας**

Πρόληψη επανεμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος

Δύο συμμετέχοντες (ΣΕΥ5 και ΣΕΥ8) ταύτισαν την έννοια της δευτερογενούς

πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση με την πρόληψη επανεμφάνισης νέου επεισοδίου ή την πρόληψη υποτροπής του υπάρχοντος νοσήματος. Χαρακτηριστικά είπαν:

«Δευτερογενής πρόληψη σημαίνει ότι από τη στιγμή που έχει γίνει το συμβάν, έχει δηλαδή εμφανιστεί το πρόβλημα το καρδιαγγειακό, θα πρέπει να φροντίσουμε να μην επαναληφθεί.» (ΣΕΥ5)

«Πρόληψη επανεμφάνισης. Άρα λοιπόν να μειώσουμε την πιθανότητα επανεμφάνισης εννώ του προβλήματος του καρδιαγγειακού.» (ΣΕΥ8)

Εκπαίδευση στην τροποποίηση παραγόντων κίνδυνου

Ενώ άλλοι δύο συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ8) πρόσθεσαν και την έννοια της εκπαίδευσης του ασθενούς και επεσήμαναν την σημασία της στην τροποποίηση και έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων κίνδυνου με στόχο την αποφυγή της υποτροπής του καρδιολογικού νοσήματος.

«Όλες οι προληπτικές ενέργειες που γίνονται σε έναν καρδιολογικό ασθενή μετά από κάποιο συμβάν και η εκπαίδευση τους στην τροποποίηση των παραγόντων κίνδυνου για να μην ξανασυμβεί.» (ΣΕΥ1)

«Να μειώσουμε τους παράγοντες που μπορούν να επιβαρύνουν τον άνθρωπο αυτόν εκπαιδεύοντάς τον. Να ελέγξουμε τους παράγοντες αυτούς για να μπορέσει να μην υποτροπιάσει ουσιαστικά το νόσημά του.» (ΣΕΥ8)

Εξειδικευμένες παρεμβάσεις πρόληψης και αγωγής υγείας

Αρκετοί συμμετέχοντες (ΣΕΥ4, ΣΕΥ6, ΣΕΥ9 και ΣΕΥ11) αντιλήφθηκαν την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση ως ένα σύνολο εξειδικευμένων και στοχευμένων προληπτικών παρεμβάσεων αγωγής υγείας που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στην υιοθέτηση πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης. Ενδεικτικά αναφέρουν:

«...αν υπάρχει κάποιο περιστατικό καρδιαγγειακής νόσησης, σκοπός μας είναι να προλάβουμε να μην προχωρήσει αυτό. Οπότε γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα έλεγχος του ασθενούς, κλινική εξέταση από το γιατρό και έλεγχος της φαρμακοθεραπείας... Και συνάμα μαζί με τη θεραπεία ακολουθούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Τι να κάνω όταν έχω πίεση, παίρνω το φάρμακο της πίεσεως αλλά εγώ είμαι υπέρβαρος, παχύσαρκος, καπνίζω, δεν γυμνάζομαι και εξακολουθώ να τρώω αρκετό αλάτι. Οπότε έχει να κάνει και με την αλλαγή του τρόπου σκέψης του κάθε ασθενούς.» (ΣΕΥ4)

«Πολυπαραγοντικά την αντιλαμβάνομαι να σου πω. Το αντιλαμβάνομαι με μια τακτική παρακολούθηση. Αλλαγή κάποιων παραγόντων που μελλοντικά θα είχαν επιβαρυνση της νόσου. Είτε είναι μέτρηση- λήψη βάρους, είτε είναι διατροφικές συνήθειες, είτε είναι διαχείριση του άγχους και στρες.» (ΣΕΥ6)

«..αγωγή υγείας που έχει να κάνει με διατροφή, φυσική άσκηση, περαιτέρω ελέγχους υγείας και όλα αυτά τα κοιτάς να τα κάνεις λίγο πιο εξειδικευμένα.» (ΣΕΥ9)

Η ΣΕΕΥ11 πρόσθεσε και την έννοια της συνεχής επικοινωνίας που οδηγεί σταδιακά σε αλλαγή συμπεριφοράς:

«Είναι η πρόληψη που μπορείς να κάνεις σε δεύτερο χρόνο, εφόσον κάποιος

διαπιστώσει κάποιο πρόβλημα. Να του μιλήσεις, να τον συμβουλέψεις τι να ακολουθήσει ή τι να προσέξει, να τον παρακολουθήσεις να παίρνει σωστά τα φάρμακά του... Να προσπαθήσει να τα περιορίσει. Γιατί αν του πούμε ξαφνικά κιάλας το κόβεις το στιδήποτε, θα είναι πολύ δύσκολο και για εκείνον και για το αποτέλεσμα μας. Οπότε σταδιακά του μιλάς, του ξαναμιλάς, του ξαναμιλάς μέχρι να μπει σε μία σειρά. Άρα ένα πρόγραμμα αγωγής Υγείας επί της ουσίας του κάνεις». (ΣΕΥ11)

- **ΣΥΜΒΟΛΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορούσε τη διερεύνηση των απόψεων των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας σχετικά με τη συμβολή της δευτερογενούς πρόληψης -όπως αυτή ορίζεται στο πλαίσιο της καρδιακής αποκατάστασης- τόσο στην διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών όσο και στην ποιότητα ζωής τους. Από τις απαντήσεις προέκυψαν 3 κατηγορίες:

- 🚦 **Βελτίωση ποιότητας ζωής**
- 🚦 **Ρύθμιση**
- 🚦 **Απόκτηση γνώσεων και ικανότητας αυτοδιαχείρισης νόσου**

Βελτίωση ποιότητας ζωής

Πέντε συμμετέχοντες (ΣΕΥ3, ΣΕΥ5, ΣΕΥ9, ΣΕΥ10 και ΣΕΥ11) κατέδειξαν την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ως αποτέλεσμα των παρεμβάσεων των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της ΣΕΥ5:

«Το αποτέλεσμα αυτών των παρεμβάσεων και των προσεγγίσεων είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής.»(ΣΕΥ5)

Η ΣΕΥ3 αλλά και η ΣΕΥ9 επισημαίνουν ότι αυτό θα συμβεί με την προϋπόθεση της σωστής τήρησης των οδηγιών και κατευθύνσεων που έλαβαν οι ασθενείς από τα προγράμματα.

«Ναι εγώ νομίζω ότι συμβάλλουν καταλυτικά γιατί δεν είναι μόνο το κομμάτι το σωματικό... είναι και το ψυχολογικό κομμάτι δηλαδή όσον αφορά ας πούμε συμβουλές για δίαιτα και την διατροφή σχετικά με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Σαφώς θα βελτιώσει και την εικόνα του ασθενούς και την ποιότητα της ζωής του αν τηρηθεί σωστά.»(ΣΕΥ3)

«Στην ποιότητα ζωής τους αν ακολουθηθούν οι οδηγίες σωστά, οι παρεμβάσεις αυτές επιδρούν πάρα πολύ καλά.»(ΣΕΥ9)

Η ΣΕΥ10 και η ΣΕΥ11 θεωρούν τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες ως το κλειδί για την επιτυχία των προγραμμάτων και τη συμβολή τους στην βελτίωση της επιβαρυσμένης υγείας των ασθενών αλλά και με την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής.

«... ένα πολύ σημαντικό ζήτημα είναι η ζωή του μετά από αυτό. Να τον βοηθήσουμε να έχει όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής και να αποκτήσει κάποιες συνήθειες που θα τον βοηθήσουν. Γιατί είναι πολύ σημαντικό για την εξασφάλιση ενός καλού τρόπου ζωής μετά από αυτό.»(ΣΕΥ10)

«Άμα ένας ασθενής μπορεί να έχει έναν άνθρωπο (σ.σ επαγγελματία υγείας) να τον

ενδυναμώνει, να του υπενθυμίζει πράγματα... δεν τον βοηθάει μόνο στην υγεία του, τον βοηθάει πάρα πολύ και ψυχολογικά. Και όταν θα μπορέσει να μπει σε μία ρότα και θα πετύχει τελικά τον στόχο του, θα είναι χαρούμενος και ο ίδιος με τον εαυτό του άρα θα βελτιωθεί κατ' επέκταση όχι μόνο το θέμα υγείας αλλά και το θέμα της ψυχολογίας, η ποιότητα ζωής του.»(ΣΕΥ11)

Ρύθμιση

Για τον ΣΕΥ2 και την ΣΕΥ8, η ρύθμιση των νοσημάτων και των συννοσηροτήτων αποτελεί άμεσο αποτέλεσμα της συμβολής των προγραμμάτων, μέσω της εκπαίδευσης των ασθενών και της ενημέρωσης.

«Γιατί αν αποδεχτούμε ότι για να φτάσεις σε σημείο να έχεις ένα καρδιακό σύμβαμα, ως επί το πλείστον είσαι αρρυθμιστος για μεγάλο διάστημα χρονικό, σημαίνει ότι κάπου κάτι δεν πήγε καλά. Και ως συνήθως είναι γιατί κάτι υπάρχει έλλειμμα στην εκπαίδευση και στην ευαισθητοποίηση. Άρα βοηθάνε στο να ρυθμιστούν.» (ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ8 προσθέτει και την έννοια της αποδοχής της παρέμβασης αλλά και της αποδοχής του επαγγελματία που κάνει την παρέμβαση, ως προϋπόθεση ρύθμισης.

«Για τους ασθενείς είναι προφανές το όφελος. Εφόσον δεχτούν μια παρέμβαση, και σε ακούσουν σαν επαγγελματία υγείας, μπορούν να ρυθμιστούν.»(ΣΕΥ8)

Απόκτηση γνώσεων και ικανότητας αυτοδιαχείρισης νόσου

Δύο από τους συμμετέχοντες, η ΣΕΥ5 και ο ΣΕΥ7, προβάλλουν την σημασία της εκπαίδευσης, που αποτελεί θεμέλιο λίθο των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, και πώς αυτή συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω της αυτοδιαχείρισης του νοσήματος και την απόκτηση νέων γνώσεων γύρω από αυτό.

«Συμβάλλουν στην εκπαίδευσή τους, στην απόκτηση χρήσιμων γνώσεων για την νόσο τους. Με την τροποποίηση του τρόπου ζωής τους. Με το να τους βάλουν σε διαδικασία υιοθέτησης υγιεινών συνήθειών. Έτσι ώστε να μην εμφανίζονται καινούργια καρδιαγγειακά συμβάντα. Όστε να γίνει καλύτερη η ποιότητα ζωής τους, μακροπρόθεσμα.»(ΣΕΥ5)

«...Και αυτό μπορεί να συμβεί με την απόκτηση γνώσεων και την ικανότητα που μπορούμε να του δώσουμε για να αυτοδιαχειριστεί τη νόσο του μέσα από την εκπαίδευση του σε δεξιότητες, ώστε να αποκαταστήσει από τη μία την καρδιαγγειακή του λειτουργία και να μην την επιβαρύνει επιπλέον και από την άλλη να σταθεί ξανά ως ένα λειτουργικό μέλος της κοινωνίας..» (ΣΕΥ7)

ΑΞΟΝΑΣ 3^{ος} : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στον τρίτο θεματικό άξονα, διερευνάται ο ρόλος των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας στην καρδιακή αποκατάσταση, ώστε να απαντηθεί το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα. Το τελευταίο αφορά τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη συμβολή του επαγγελματικού τους ρόλου στην καρδιακή αποκατάσταση.

• ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση πώς αντιλαμβάνονται την καρδιακή αποκατάσταση ταξινομήθηκαν σε 2 υποκατηγορίες:

- ✚ **Αποκατάσταση καρδιακής λειτουργίας μετά το συμβάν**
- ✚ **Εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα μετά το συμβάν**

Αποκατάσταση λειτουργίας καρδιάς μετά το συμβάν

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες όταν ερωτήθηκαν πώς αντιλαμβάνονται την έννοια της ΚΑ δεν δυσκολεύτηκαν να θέσουν ένα δικό τους σύντομο ορισμό για να την προσδιορίσουν. Παρόλα αυτά, από τις απαντήσεις τους φάνηκε να ταυτίζουν την έννοια της ΚΑ με την αποκατάσταση μετά από ένα οξύ καρδιαγγειακό συμβάν.

«Όταν ένας ασθενής μετά από κάποιο καρδιακό σύμβαμα, ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, προχωράει στην αποκατάσταση, στην καρδιακή λειτουργία και τη ρύθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή.» (ΣΕΥ7)

«Δεν γνωρίζω επακριβώς... Προφανώς είναι η αποκατάσταση της λειτουργίας της καρδιάς, η φυσιολογική -εν πάση περιπτώσει-, μετά από κάποιο καρδιακό σύμβαμα.» (ΣΕΥ8)

«Το καταλαβαίνω σαν... σαν την αποκατάσταση ενός ανθρώπου ο οποίος έχει περάσει κάποια περιπέτεια με την λειτουργία της καρδιάς του είτε πρόκειται για έμφραγμα είτε για κάποιο άλλο νόσημα της καρδιάς και αφορά τη μετέπειτα ζωή του. Μετά από κάποιο επεισόδιο που αφορά την καρδιά του.» (ΣΕΥ10)

Δύο μόνο ερωτηθέντες, απέδωσαν τον χαρακτηρισμό “χρόνιο” στο καρδιαγγειακό νόσημα:

«Αυτό, που έρχεται στο μυαλό μου είναι η καρδιακή αποκατάσταση στους ασθενείς με χρόνια καρδιαγγειακό πρόβλημα υγείας που επιδέχονται βελτίωση της κατάστασής τους.» (ΣΕΥ3)

«Σε περίπτωση που έχουμε κάποια σοβαρή πάθηση είτε ξαφνική, όπως κάποιο έμφραγμα, είτε μια χρόνια όπως καρδιακή ανεπάρκεια κτλ... Αποκατάσταση είναι το να μπορέσουμε να επαναφέρουμε στην πρότερη κατάσταση τον ασθενή, το άτομο που πάσχει και να τον κρατήσουμε σε μια σταθερή κατάσταση, ούτως ώστε να διατηρεί τη ζωή του, την καθημερινότητά του χωρίς περαιτέρω προβλήματα.» (ΣΕΥ9)

Εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα μετά το συμβάν

Μόνο μια συμμετέχουσα, η ΣΕΥ5, συνδύασε την έννοια της εκπαίδευσης και της αυτοδιαχείρισης της φροντίδας του νοσήματος με την έννοια της ΚΑ.

«Θα πρέπει να τον εκπαιδεύσεις να διαχειριστεί μετά από το καρδιολογικό συμβάν την φροντίδα για την υγεία του.» (ΣΕΥ5)

- **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ**

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση αν γνωρίζουν προγράμματα ΚΑ στην Ελλάδα και πώς αυτά λειτουργούν, από πλευράς στελέχωσης προσωπικού και θεματολογίας παροχής υπηρεσιών, ταξινομήθηκαν σε 2 υποκατηγορίες:

- ✚ **Απουσία/ Ανεπάρκεια γνώσης**
- ✚ **Γνώση ύπαρξης και λειτουργίας προγραμμάτων ΚΑ**

Απουσία/ ανεπάρκεια γνώσης

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά στην ερώτηση που

αφορούσε τις γνώσεις τους γύρω από την ύπαρξη οργανωμένων προγραμμάτων ΚΑ, τα οποία να περιέχουν και στοιχεία δευτερογενούς πρόληψης εκτός της ενδυνάμωσης της φυσικής κατάστασης. Ρωτήθηκαν επίσης αν γνωρίζουν τι επαγγελματίες περιλαμβάνουν αυτά τα προγράμματα, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες.

«Δεν γνωρίζω αν υπάρχει κάποιο οργανωμένο πλαίσιο στην Ελλάδα.» (ΣΕΥ1)

«Συγκεκριμένο όχι. Μόνο τα κέντρα αποκατάστασης... κάποια κέντρα αποκατάστασης που ξέρω που πάνε κάποιοι ασθενείς μας, αλλά συγκεκριμένα το τι πλαίσιο είναι το καθένα και το τι ακριβώς γίνεται, τι δουλειά γίνεται εκεί πέρα δηλαδή, δεν το γνωρίζω.» (ΣΕΥ2)

Ακόμα και όσοι κλήθηκαν να απαντήσουν και να παραθέσουν τις γνώσεις τους, το έκαναν με βάση τα βιώματά τους και τις γενικές τους γνώσεις πάνω σε υπηρεσίες που εξυπηρετούν καρδιολογικούς ασθενείς. Ενδεικτικά παραθέτονται τα παρακάτω αποσπάσματα:

«Στην Ελλάδα -αν θα περιλαμβάνει- νομίζω ότι έχει να κάνει με τα νοσοκομεία. Δεν ξέρω κάποιο άλλο πλαίσιο που μπορεί να έχει και να περιλαμβάνει όλο αυτό που λέμε. Μόνο στα νοσοκομεία γνωρίζω ότι έχουνε τέτοια επίβλεψη με τα εξωτερικά ιατρεία..» (ΣΕΥ4)

«Κάποιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα δεν γνωρίζω να υπάρχει. Απλά μπορώ να σας πω αυτό που κάνουμε εμείς. Το ότι να κάνουμε συμβουλευτική στους χρόνιους πάσχοντες. Και ειδικά μετά από κάποιο οξύ επεισόδιο, είτε αυτό αφορά κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο είτε κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, το οποίο καθηλώνει τους ασθενείς. Και λέγοντάς καθηλώνει τους ασθενείς, είτε σωματικά είτε και ψυχικά. Αυτό το κάνουμε βέβαια χωρίς να υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα, το κάνουμε συμβουλευτικά.» (ΣΕΥ7)

«Δυστυχώς θα πω ψέματα. Ξέρω ότι το νοσοκομείο που έχει σχέση με τα καρδιαγγειακά είναι το Ωνάσειο. Αλλά μέχρι εκεί. Τι δουλειά κάνουν μέσα, δεν το γνωρίζω. Οπότε θα πω ψέματα.» (ΣΕΥ11)

Γνώση ύπαρξης και λειτουργίας προγραμμάτων ΚΑ

Μόνο μια συμμετέχουσα γνώριζε αρκετές πληροφορίες για τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και τον τρόπο λειτουργίας τους εξαιτίας των προσωπικών της βιωμάτων και όχι λόγω επαγγελματικής εμπειρίας ή επιστημονικής γνώσης.

«Κυρίως γίνεται σε δημόσια νοσοκομεία αλλά έχουν μπει τον τελευταίο καιρό και κάποια ιδιωτικά μέσα σε αυτό το κομμάτι, με διαφορετικό τρόπο το καθένα και σε διαφορετικό επίπεδο. Πιστεύω ότι αυτό έχει να κάνει καθαρά με τον επαγγελματία υγείας που εργάζεται εκεί.»(ΣΕΥ9)

Στη συνέχεια παράθεσε ορισμένα νοσοκομεία που προσφέρουν υπηρεσίες καρδιακής αποκατάστασης σε συγκεκριμένες ομάδες καρδιαγγειακών ασθενών και όχι σε όλους.

«Ξέρω ότι αυτό γίνεται από το Ωνάσειο. Νομίζω ότι γίνεται και από το Λαϊκό που είναι και Πανεπιστημιακό. Και το Αρεταίειο έχει επίσης αυτό το κομμάτι. Και από κει και μετά, γνωρίζω από προσωπική πείρα λόγω του πατέρα μου, ότι η ένταξη

καρδιοπαθών στο συγκεκριμένο κομμάτι έχει ξεκινήσει σε ένα μικρό βαθμό να γίνεται και στο Κρατικό της Νίκαιας. Δεν γνωρίζω κάποιον άλλο φορέα που να γίνεται αυτό...» (ΣΕΥ9)

4.3 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στην συγκεκριμένη θεματική κατηγορία, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι μπορούν να υποστηρίξουν τον ρόλο του επισκέπτη υγείας σε ένα τομέα αποκατάστασης όπως η ΚΑ με βάση τα επαγγελματικά τους δικαιώματα και την προπτυχιακή τους κατάρτιση, δηλαδή το επίπεδο σπουδών τους. Οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες οδήγησαν στην ταξινόμηση 2 υποκατηγοριών:

✚ **Θετική απάντηση**

✚ **Θετική απάντηση αλλά όχι προσωπική επιλογή**

Θετική απάντηση

Περίπου οι μισοί (ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6 και ΣΕΥ10) έδωσαν θετική απάντηση σχεδόν αμέσως και ανέφεραν ότι από την στιγμή που ο τομέας της αποκατάστασης είναι στα επαγγελματικά τους δικαιώματα, έγκειται στον ρόλο τους. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα:

«Απόλυτα. Με βάση τα επαγγελματικά μου δικαιώματα, το καθηκοντολόγιο, την πολυετή εμπειρία μου και με την συνεχιζόμενη επιμόρφωση μου, μπορώ να τον υποστηρίξω πλέον απόλυτα». (ΣΕΥ2)

«Ακολουθώντας τα επαγγελματικά του δικαιώματα, μπορεί να υποστηρίξει το ρόλο του παντού». (ΣΕΥ5)

Οι υπόλοιποι (ΣΕΥ1, ΣΕΥ6 και ΣΕΥ10) επισημαίνουν για ακόμα μια φορά ότι ο ρόλος του επισκέπτη υγείας αφορά όλα τα επίπεδα της πρόληψης.

«Φυσικά, ο ρόλος του επισκέπτη υγείας αφορά τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση. Γιατί και ένας άνθρωπος ο οποίος νοσεί ή νόσησε, χρειάζεται παρακολούθηση. Είτε αυτή έγκειται -δεν εννοώ μόνο στην φαρμακευτική, στο αν ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή του που είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αλλά καλή ώρα και τώρα που συζητάμε για τα καρδιαγγειακά, είναι το πως θα μπορέσει αυτός ο άνθρωπος να αλλάξει κάποιους κανόνες». (ΣΕΥ1)

«Φυσικά. Ο επισκέπτης υγείας έχει ρόλο σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Έχει πολύ σημαντικό ρόλο και στα χρόνια νοσήματα και στην αποκατάσταση και στην επανένταξη». (ΣΕΥ10)

«Ναι γιατί όχι; Στην ουσία αυτό κάνω απλά στο κομμάτι της ψυχικής υγείας. Αυτό το βλέπω κυρίως και μετά νοσηλείας. Δηλαδή μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτεί κάποιος οπότε θα μπει μετά ώστε να επαναφέρει κάποιες λειτουργικότητες που είχε. Ποτέ δεν θα είναι ο ίδιος άνθρωπος μετά τη νοσηλεία. Πάντα θα χάσει κάτι». (ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ6 αποδίδει στον ρόλο των επισκεπτών υγείας και τον χαρακτηρισμό «αποκαταστασιακός», για να δώσει περαιτέρω έμφαση ότι η αποκατάσταση σαν τομέας ανήκει στην ταυτότητα τους. Επιπλέον, αναφέρει ότι η γνωριμία με πολλούς ασθενείς γίνεται μέσω των υπηρεσιών αποκατάστασης και έτσι αναζητούν τις υπηρεσίες του για επανένταξη.

«Αλλά αποκαταστασιακό ρόλο έχεις, ναι. Και πολλοί άνθρωποι έρχονται στο χώρο και αναζητούν... αναζητούν! Γνωρίζουν τον επισκέπτη με σκοπό την αποκατάσταση. Και την επαναφορά δεξιοτήτων και ικανοτήτων που είχαν πριν ή έχασαν μετά τη νοσηλεία. Θέλουν να επαναταχθούν. Και αναλαμβάνει ο επισκέπτης υγείας, επειδή ταιριάζουν σε αυτό το προφίλ.» (ΣΕΥ6)

Παρόλα αυτά, τρεις από τους συμμετέχοντες (ΣΕΥ3, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ11) δήλωσαν ότι ενώ πιστεύουν ότι μπορούν να συμμετέχουν στα προγράμματα ΚΑ, θεωρούν ότι ταιριάζει περισσότερο στον επαγγελματικό τους ρόλο δομές που αφορούν πρωτοβάθμιο επίπεδο πρόληψης.

Θετική απάντηση αλλά όχι προσωπική επιλογή

Ο ΣΕΥ3 θεωρεί ότι απαιτούνται συγκεκριμένες συνθήκες ώστε να επιτευχθεί μια ομαλή συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα και να μπορέσει να υποστηρίξει τον επαγγελματικό του ρόλο στον τομέα αυτό.

«Φυσικά. Αν όντως υπήρχαν οι συνθήκες ώστε εγώ ως επισκέπτης υγείας να μπορούσα να συνεργαστώ σωστά πχ με έναν γιατρό και με την ομάδα και να δούμε σε συνεργασία τον ασθενή, θεωρώ ότι σαφώς θα μπορούσα να βοηθήσω πάρα πολύ και να έχουμε μια ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση του προβλήματος.» (ΣΕΥ3)

Παρόλα αυτά, επισημαίνει ότι, κυρίως λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων στο συγκεκριμένο τομέα, αφορά περισσότερο άλλες ειδικότητες και επαγγελματίες υγείας από ότι τους επισκέπτες υγείας.

«Παρόλα αυτά θεωρώ ότι στο κομμάτι της αποκατάστασης επειδή είναι ένα κομμάτι που η αλήθεια είναι ότι εγώ δεν έχω ιδιαίτερη εργασιακή γνώση και επαφή με το κομμάτι αυτό, πιστεύω ότι ίσως υπάρχουν άλλες ειδικότητες που θα μπορούσαν να προσφέρουν περισσότερα από μας.»(ΣΕΥ3)

Η ΣΕΥ8 από την άλλη πλευρά, ενώ παραδέχεται ότι δεν είναι ένας τομέας που την εκφράζει επαγγελματικά, ειδικά όταν αφορά νοσοκομειακή δομή, θα μπορούσε να υποστηρίξει καλύτερα το ρόλο της στην εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση και ειδικότερα στην κοινότητα, ώστε να έχει περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς και να αναπτύξει περισσότερο το επάγγελμά της.

«Ναι, αλλά δεν είναι κοντά μου. Σε αυτό που θέλω να κάνω. Εξάλλου και εφόσον μιλάμε για τον φορέα εργασίας μου διότι είναι ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, είναι πανεπιστημιακό νοσοκομείο είναι εκ των πραγμάτων δύσκολο. Εάν εργαζόμουν στην κοινότητα... σε πρωτοβάθμιο επίπεδο θα ήταν σαφώς ευκολότερο για μένα διότι θα είχα πολύ περισσότερη επαφή με τα περιστατικά αυτά. Εκεί θα μπορούσα να κάνω περισσότερα πράγματα, θα είχα περισσότερο χρόνο να διαθέσω. Ναι, μόνο σε αυτή την περίπτωση.» (ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ11 παρόλο που πιστεύει ότι είναι μια ακόμα πτυχή της επαγγελματικής της ταυτότητας η ΚΑ, προτιμά την πρόληψη σε πρωτογενές επίπεδο. Να ασχολείται δηλαδή με υγιείς πληθυσμούς, πριν εμφανίσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα.

«Χίλια τα εκατό είναι μέσα στο ρόλο του επισκέπτη υγείας. Παρόλα αυτά, για μένα το πιο σημαντικό κομμάτι που παίζει ρόλο ο επισκέπτης υγείας -για μένα σαν άνθρωπος- είναι το κομμάτι του πριν. Οτιδήποτε μπορείς να κάνεις, προαγωγή υγείας δηλαδή, πριν φτάσουν οι άνθρωποι αυτοί σε αυτό το σημείο.»(ΣΕΥ11)

- **ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

Σε αυτή τη θεματική ενότητα, διερευνώνται οι αντιλήψεις των επισκεπτών υγείας σχετικά με το που πιστεύουν ότι είναι μεγαλύτερη η συμβολή του ρόλου τους στην ΚΑ σε συνάρτηση με την επαγγελματική τους ταυτότητα. Για χάρη διευκόλυνσης των συμμετεχόντων και αποφυγής αποπροσανατολισμού, οι φάσεις της ΚΑ χωρίστηκαν σε δύο επίπεδα, ενδονοσοκομειακό (Φάση I και II) και εξωνοσοκομειακό (Φάση III και IV) όπου ο ασθενής παρακολουθείται επ'άοριστον. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων οδήγησαν στην ταξινόμηση τους σε δύο υποκατηγορίες:

- ✚ **Εξωνοσοκομειακή/Έμφαση στο σπίτι και στην κοινότητα**

- ✚ **Και στις δύο φάσεις**

Εξωνοσοκομειακή/Έμφαση στο σπίτι και στην κοινότητα

Πάνω από τους μισούς, δηλαδή επτά συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ2, ΣΕΥ3, ΣΕΥ5, ΣΕΥ7, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ11) θεώρησαν ότι καλύτερες συνθήκες για ανάπτυξη του ρόλου τους παρέχει το εξωνοσοκομειακό επίπεδο όπου έχουν τη δυνατότητα να δώσουν έμφαση στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης στο σπίτι και στην κοινότητα.

«Εγώ θα έλεγα εξωνοσοκομειακά. Θεωρώ ότι εξωνοσοκομειακά ο επισκέπτης υγείας μπορεί να κάνει σοβαρή δουλειά ώστε ο ασθενής να αποφύγει μελλοντικά σοβαρότερα προβλήματα, στο κομμάτι της δευτερογενούς πρόληψης.»(ΣΕΥ3)

«Ενδονοσοκομειακά θα μπορούσες να πας, εννοείται ότι θα μπορείς να συμμετέχεις υποστηρικτικά αλλά ο κύριος ρόλος μας είναι στην κοινότητα. Αυτοί οι άνθρωποι - κατά τη δική μου ταπεινή άποψη- χρειάζονται ναι μεν, άμεση παρέμβαση στην αποκατάσταση του επεισοδίου αλλά είναι το μετά. Για να παρέχουμε μια πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση. Το πριν είναι το πιο σημαντικό, αλλά από τη στιγμή που συμβαίνει ή έχει συμβεί το επεισόδιο, είναι το μετά.» (ΣΕΥ1)

Η ΣΕΥ1 συμπληρώνει στο σκεπτικό της τη συνέχιση της φροντίδας, της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των ασθενών από το νοσοκομείο στο σπίτι. Θεωρεί ότι εκτός από τον ασθενή πρέπει να περιλαμβάνονται και οι φροντιστές του ατόμου αλλά και τα μέλη της οικογένειας.

«Μια χρόνια παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας. Γιατί συνήθως εγώ το θεωρώ δεδομένο, είναι ότι και οι φροντιστές αυτών των ανθρώπων χρειάζονται κατεύθυνση και στήριξη. Άρα θα στοχεύσεις στην οικογένεια. Στο σπίτι.»(ΣΕΥ1)

Ο ΣΕΥ2 πιστεύει ότι το νοσοκομείο δρα ως περιοριστικός παράγοντας καθώς ο ασθενής βρίσκεται σε οξεία φάση, γεγονός που δυσκολεύει τόσο την εκπαίδευση όσο και την αλλαγή στη συμπεριφορά που πρέπει να επιτευχθεί.

«Όταν είναι στο νοσοκομείο δεν μπορείς να κάνεις πολλά πράγματα... Ούτως ή άλλως όταν ο άλλος βρίσκεται στην οξεία φάση ενός τέτοιου περιστατικού, δεν μπορείς να μιλήσεις ούτε για τροποποίηση των συνθηκών διαβίωσης, ούτε για δίαιτες ούτε για άσκηση. Όταν θα βγει, ξεκινάει ο δευτερογενής ρόλος μας με όλα αυτά που αναφέραμε προηγουμένως, με την εκπαίδευσή, την προσπάθεια να τον ευαισθητοποιήσουμε στην αλλαγή του τρόπου ζωής και τη βελτίωση όλων των παραγόντων κινδύνου. Μέσα από την εντατική παρακολούθηση.»(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ5 κατέχει παρόμοια άποψη με αυτή του ΣΕΥ2, καθώς θεωρεί ότι ενδονοσοκομειακά λόγω του άγχους και του έντονου στρες δεν μπορούν να περαστούν σωστά τα μηνύματα της εκπαίδευσης όπως γίνεται στην κατ'οίκον επίσκεψη, αντικείμενο κατεξοχήν του επισκέπτη υγείας.

«Εξωνοσοκομειακά. Γιατί στο νοσοκομείο έχει γίνει το συμβάν, έχει το στρες και δεν μπορείς να περάσεις μηνύματα. Όταν είναι στη φάση του στρες και του άγχους και του φόβου... θα πρέπει να είναι σε ήρεμη κατάσταση και θεωρώ καλύτερα στην κατ'οίκον επίσκεψη, που είναι και στο χώρο του και δεν έχει το στρες του νοσοκομείου...Γίνεται καλύτερη επικοινωνία και περνάς πιο εύκολα μηνύματα.»(ΣΕΥ5)

Η ΣΕΥ8 επισημαίνει τη σημασία της σωστής οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας και του διαχωρισμού των επιπέδων φροντίδας ώστε ο επισκέπτης υγείας να μπορεί να έχει ως πεδίο δράσης την κοινότητα, στην ΚΑ.

«Εάν το σύστημα υγείας μπορούσε να λειτουργήσει φυσιολογικά, με την έννοια η πρωτοβάθμια να έχει οτιδήποτε αφορά την πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια και τα λοιπά, τότε θα μπορούσαμε να έχουμε κατά τη γνώμη τη δική μου, πεδίο δράσης στην κοινότητα.»(ΣΕΥ8)

Δικαιολογεί την επιλογή αυτή, λόγω του ότι η επιστροφή του ασθενή μετά το καρδιαγγειακό συμβάν είναι το σπίτι και στόχος η ένταξη στην κοινότητα, όπου και δραστηριοποιούνται οι περισσότεροι επισκέπτες υγείας.

«Οι άνθρωποι αυτοί εφόσον παραδείγματος χάρη κάνουν μια κάνουν μια νοσηλεία για ένα καρδιαγγειακό νόσημα, για μια υποψία καρδιαγγειακού συμβάματος ή οτιδήποτε άλλο, μετά φεύγουν και επιστρέφουν στην κοινότητα. Άρα λοιπόν εκεί που ήταν πριν. Στόχος λοιπόν δικός μας νομίζω θα ήταν περισσότερο το να τους παρακολουθήσουμε στην κοινότητα.»(ΣΕΥ8)

Ο ΣΕΥ7 υποστηρίζει ότι ο κύριος ρόλος του επισκέπτη υγείας είναι στην κοινότητα καθώς εκεί μπορεί να διασυνδέσει υπηρεσίες και να δημιουργήσει συνεργασίες με άλλους φορείς.

«Εγώ νομίζω ότι μπορεί σε όλες τις φάσεις να βοηθήσει ο επισκέπτης υγείας αλλά κυρίως ο ρόλος του είναι στην κοινότητα. Θα πρέπει να υπάρχουν συνεργασίες. Πρέπει να εξασφαλιστούν συνεργασίες με τα ιδρύματα δηλαδή να υπάρχουν παραπομπές στις δομές που ασχολούνται με χρόνιους πάσχοντες.»(ΣΕΥ7)

Η ΣΕΥ11 πιστεύει στην σημαντικότητα και των δύο επιπέδων καρδιακής αποκατάστασης αλλά δίνει περισσότερη βαρύτητα στο εξωνοσοκομειακό, στην κοινότητα όπου πιστεύει ότι έχει μεγαλύτερη απόδοση ο ρόλος ως επαγγελματίας υγείας.

«Και οι δύο φάσεις θεωρώ ότι είναι σημαντικές. Αν και θεωρώ λίγο παραπάνω το εξωνοσοκομειακό κομμάτι. Εκεί έρχεσαι και του υπενθυμίζεις κάποια πράγματα. Πρόσεξε αυτό, πρόσεξε εκείνο. Οπότε θεωρώ πώς στην κοινότητα είναι πιο σημαντικός ο ρόλος μας. Έχεις μεγαλύτερη απόδοση ως επαγγελματίας υγείας.»(ΣΕΥ11)

Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η άποψη της ΣΕΥ10, που πιστεύει ότι ο επισκέπτης υγείας μπορεί να δουλέψει και στα δύο επίπεδα, συμβάλλοντας στο καθένα με διαφορετικό τρόπο.

«Καταρχήν πιστεύω ότι και στα δύο μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο. Από την εμπειρία μου, αν και δεν έχω δουλέψει αρκετά ενδονοσοκομειακά, πιστεύω όμως ότι και ενδονοσοκομειακά υπάρχουν πράγματα που μπορεί να κάνει ο επισκέπτης υγείας στην καρδιακή αποκατάσταση».(ΣΕΥ10)

Όμως, η ενασχόλησή της σε δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την οδηγεί στο να επιλέξει την εξωνοσοκομειακή φάση της καρδιακής αποκατάστασης.

«Αλλά εγώ θα δώσω βάση στο εξωνοσοκομειακό και στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας που απασχολούμαι τα τελευταία χρόνια. Θεωρώ ότι μπορεί να διαδραματίσει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο στην εξωνοσοκομειακή γιατί ούτως ή άλλως ενδονοσοκομειακά είναι πιο προστατευμένο το περιβάλλον που βρίσκεται ο άνθρωπος, κυρίως όταν νοσηλεύεται.» (ΣΕΥ10)

Και συνεχίζει:

«Μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο εξωνοσοκομειακό, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, που πολλές φορές οι άνθρωποι φεύγουν πάρα πολύ αγχωμένοι και ανήσυχτοι από το νοσοκομείο για το πώς θα είναι η ζωή τους από δω και στο εξής, και ο επισκέπτης υγείας μπορεί σ' αυτό να παίξει καθοριστικό ρόλο. Στην αποκατάσταση του και στο να μπορέσει ο άνθρωπος να φτιάξει το πρόγραμμα της ζωής του με γνώμονα την καλύτερη υγεία και την αποφυγή και άλλων επιπλοκών από το πρόβλημα υγείας που έχει. Πώς μπορεί δηλαδή να έχει έναν τρόπο ζωής που δεν θα το βάλει σε επιπλέον κινδύνους και θα προστατεύσει την υγεία του».(ΣΕΥ10)

Και στις δύο φάσεις







Μόνο δύο επισκέπτριες υγείας, η ΣΕΥ4 και η ΣΕΥ9 πιστεύουν ότι ο ρόλος του επισκέπτη υγείας είναι εξίσου σημαντικός και στις δύο φάσεις, καθώς η ενδονοσοκομειακή φάση προσφέρει άμεση πρόσβαση στον ασθενή και ενημέρωση ενώ η εξωνοσοκομειακή προσφέρει μακροχρόνια παρακολούθηση και υποστήριξη.

«Αν σου πω ότι δεν υπάρχει! Ότι είναι σημαντικός και στα δύο. Εγώ πιστεύω ότι είναι το ίδιο σημαντικός και στις δύο. Εγώ το ίδιο βάρος δίνω και στα δύο.»(ΣΕΥ4)

«Και στα δυο. Βοηθάει και στις 2 φάσεις πολύ. Και στην κοινότητα αλλά και στο πρώτο και δεύτερο στάδιο ενδονοσοκομειακά, που ότι πιο σύντομο και ότι πιο άμεσο μπορεί να γίνει βοηθάει περαιτέρω».(ΣΕΥ9)

• ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην συγκεκριμένη θεματική ενότητα, να περιγράψουν τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να συμβάλλει ένας επισκέπτης υγείας στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, προέκυψαν συνολικά 9 υποκατηγορίες:

-  **Εκπαίδευση μέσω εξατομικευμένων και στοχευμένων παρεμβάσεων αγωγής υγείας**
-  **Συνεχής αξιολόγηση αναγκών, δεξιοτήτων και προόδου ασθενών**
-  **Εκπαίδευση οικείου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος**
-  **Συμβουλευτική με στόχο την αλλαγή συμπεριφορών**
-  **Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας**
-  **Συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα για δημιουργία θεμάτων**

εκπαίδευσης

- ✚ Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας
- ✚ Διασύνδεση μεταξύ ασθενούς και διεπιστημονικής ομάδας/ θεράποντα γιατρού
- ✚ Διενέργεια προ συμπτωματικών ελέγχων (screeningtests)

Εκπαίδευση ασθενών μέσω εξατομικευμένων και στοχευμένων παρεμβάσεων αγωγής υγείας

Όλοι οι συμμετέχοντες μίλησαν για την εκπαίδευση και τις εξατομικευμένες παρεμβάσεις μέσω προγραμμάτων αγωγή υγείας, που αποτελούν σημαντικό εργαλείο του επισκέπτη υγείας, σε κάθε επίπεδο πρόληψης. Πιο συγκεκριμένα, η ΣΕΥ1 και ο ΣΕΥ3 αναφέρουν:

«Κάνουμε προσπάθεια να μιλήσουμε τον ασθενή, να τον κατευθύνουμε σε ένα υγιή τρόπο ζωής, που αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αλλαγή στις συνήθειες του. Την αλλαγή στην καθημερινότητά του. Να συμπεριλάβει πχ αλλαγή στις διατροφικές του συνήθειες. Να προσπαθήσει αυτός ο άνθρωπος που μπορεί ποτέ του να μην γυμνάστηκε, να βάλει κάποιο χρόνο άθλησης στην καθημερινότητά του. Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Δηλαδή, αυτό για μένα είναι στο πως εμπλέκεται ο ρόλος του ΕΥ σε σχέση με τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης σε ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης». (ΣΕΥ1)

«Οι συμβουλές για άσκηση επίσης είναι πού σημαντικές γιατί βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Γενικές οδηγίες για σωστή διατροφή ώστε να μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και να βελτιώσει και τις συνθήκες υγείας του. Το κάπνισμα που είναι πολύ σημαντικός παράγοντας επίσης επιβάρυνσης και υπεύθυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Σημαντικό είναι και το αλκοόλ. Οπότε δρώντας συμβουλευτικά και εκπαιδύοντας τον.»(ΣΕΥ3)

Ο ΣΕΥ6 περιγράφει πιο αναλυτικά το σκεπτικό των παρεμβάσεων:

«Αν έχει θέμα με το βάρος του, στοχεύουμε στο βάρος. Αν έχει θέμα με άγχος, υποστήριξη όσον αφορά με το άγχος κάποιες τεχνικές διαχείρισης του άγχους κτλ. Αν έχει θέμα με φάρμακα, υποστήριξη στο γιατί δεν μπορεί να πάρει τα φάρμακα σωστά. Αν δεν έχει σωστή αγωγή, γιατί; Επικοινωνία με τον γιατρό γιατί δεν καλύπτει την αγωγή. Πιο τακτικές μετρήσεις και ούτω κάθε εξής. Εκπαίδευση είτε ατομική είτε ομαδική. (ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ2 διαχωρίζει τον επαγγελματικό του ρόλο από αυτόν των νοσηλευτών καθώς διευκρινίζει ότι το αντικείμενο εργασίας του επισκέπτη υγείας είναι η εκπαίδευση και η διαχρονική παρακολούθηση του ασθενή, όχι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

«Εμείς δεν έχουμε άμεση νοσηλεία ούτε νοσηλευτική παρέμβαση, ούτε κάνουμε πρακτικά πράγματα στον ασθενή μας. Δουλειά μας είναι να βελτιώσουμε όσο μπορέσουμε όλους τους παράγοντες κινδύνου. Με την συνεχή εκπαίδευση. Αυτό που νομίζω ότι είναι το Α και το ω είναι η εκπαίδευση και η συνεχής παρακολούθηση».(ΣΕΥ2)

Βέβαια, αναφέρει τη σημαντικότητα της συμμόρφωσης του ασθενή στις θεραπευτικές οδηγίες και την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών για την επιτυχία της παρέμβασης.

«Οτιδήποτε και να υπάρχει σε εξέλιξη, ιατροφαρμακευτική, αν ο ίδιος ο ασθενής δεν τηρεί όλα αυτά που πρέπει και δεν εφαρμόζει τις κλινικές οδηγίες, δεν μπορείς να έχεις το επιθυμητό αποτέλεσμα με τίποτα.»(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ5 επεσήμανε τη διαφορά μεταξύ εκπαίδευσης και απλής συμβουλευτικής, καθώς τονίζει τις ιδιαίτερες επικοινωνιακές δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο επισκέπτης υγείας ώστε να μεταφέρει σωστά τα μηνύματα αλλά και να αντιληφθεί εγκαίρως αν κάποιο μήνυμα έχει παρερμηνευθεί ή δεν έχει κατανοηθεί από το ασθενή.

«Πάντα με εξατομικευμένη προσέγγιση και την εκπαίδευση των ασθενών. Το οποίο βέβαια, η εκπαίδευση, δεν σημαίνει ότι κάνω συμβουλευτική απλά. Θέλει και ιδιαίτερες δεξιότητες επικοινωνίας. Για να μπορέσεις να περάσεις τα μηνύματα που θέλεις.»(ΣΕΥ5)

Και συνεχίζει:

«Σε κάθε ραντεβού να περνάς ελάχιστα μηνύματα, στην πορεία να αξιολογείς από αυτά τα μηνύματα στο επόμενο ραντεβού ποια έχουν κατανοηθεί ή έχουν παρερμηνευτεί. Τι έχει, από τους στόχους που θα έχεις βάλει μαζί του, τι έχει εφαρμόσει και αν έχει τροποποιήσει. Και έτσι να πηγαίνει το ένα ραντεβού μετά το άλλο για να μπορέσεις να πετύχεις το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Αν θεωρούμε ότι με την εκπαίδευση που κάνουμε ότι τα έχει κατανοήσει, ότι τα έχει εφαρμόσει, είναι μεγάλο λάθος.»(ΣΕΥ5)

Η συμμετοχή του ασθενή σε όλη τη διαδικασία είναι κάτι που εξίσου θεωρεί σημαντικό και απαραίτητο.

«Να μπορέσεις να συζητήσεις μαζί του και να συναποφασίσεις μαζί του ποια θα είναι η λύση για να παρακαμφθεί το εμπόδιο. Επομένως θεωρώ ότι... η εκπαίδευση είναι μία πολύπλοκη διαδικασία. Δεν είναι μία απλή διαδικασία. Θα πρέπει λοιπόν να έχεις συνεχόμενη επαφή μαζί με τον ασθενή σου, αλλιώς τα αποτελέσματα δεν θα είναι τα καλύτερα δυνατά». (ΣΕΥ5)

Την ίδια οπτική πάνω σε αυτό το θέμα φαίνεται ότι έχει και ο ΣΕΥ6, στο παρακάτω απόσπασμα:

«Από εκεί και έπειτα έχει να κάνει με τον άνθρωπο που θα έχεις ενεπλάκη, είναι να τον έχεις βάλει συμμετέχο σε αυτό. Να κάνει ο ίδιος πράγματα για τον εαυτό του.» (ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ11 πιστεύει ότι ο επισκέπτης υγείας μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά, προάγοντας την υγεία του ασθενή βάση των στοχευμένων παρεμβάσεων που κάνει για να επιτύχει μια βελτίωση στο επίπεδο υγείας του ή να διατηρηθεί στο ίδιο επίπεδο αν δεν υπάρχει κάποια άλλη εναλλακτική προσέγγιση. Πολύ χαρακτηριστικά, αναφέρει:

«Με την εκπαίδευση, προάγεις την υγεία του, το να είναι καλά. Να ακολουθεί όλα αυτά που πρέπει για να μην έχει προβλήματα μελλοντικά με την καρδιά του. Αν έχει να μη φτάσουν σε κακό επίπεδο και αν φτάσει σε αυτό το επίπεδο πώς να το διατηρήσει και θα το βελτιώσει.»(ΣΕΥ11)

Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η άποψη της ΣΕΥ10:

«Εκτός από τα εμβόλια που είναι πολύ σημαντική απασχόληση για τον επισκέπτη υγείας, κυρίως τώρα στα χρόνια της πανδημίας... υπάρχουν και άλλα πράγματα που

έχουν να κάνουν με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Υπάρχουν πάρα πολύ πολλά κομμάτια τα οποία μπορεί να ασχοληθεί, με γνώμονα πάντα την βελτίωση της ζωής των ατόμων, κυρίως μιας τόσο ιδιαίτερης ομάδας ανθρώπων που έχουν πολύ προβλήματα σοβαρά την καρδιά τους.»(ΣΕΥ10)

Συνεχής αξιολόγηση αναγκών, δεξιοτήτων και προόδου ασθενών

Κάποιοι συμμετέχοντες πρόσθεσαν στην εκπαίδευση και τη συνεχή αξιολόγηση των αναγκών αλλά και δεξιοτήτων του ασθενή, με σκοπό την αναδιαμόρφωση της παρέμβασης ώστε να μην αποκλίνει από τους στόχους που έχουν τεθεί. Σε αυτό το θέμα, οι ΣΕΥ3, ΣΕΥ6, ΣΕΥ7 και ΣΕΥ10 αναφέρουν:

«Παρακολουθώντας και αξιολογώντας τις ανάγκες του σε τακτά χρονικά διαστήματα».(ΣΕΥ3)

«Μια συλλογή εγγράφων από προηγούμενες νοσηλείες, παθήσεις κτλ. Αξιολόγηση των αναγκών. Το βαθμό της πάθησης και που βρίσκεται αυτή τη στιγμή. Τι -με βάση τα δεδομένα που έχουμε ως τώρα- τι μελλοντική εξέλιξη έχει με βάση την πορεία της νόσου και το πού βρίσκεται ο ίδιος. Από εκεί και έπειτα μετά την αξιολόγηση αυτή και σε συνεργασία αναγκαστικά με την ομάδα και κάποιον καρδιολόγο, ένα σχέδιο δράσης στοχευμένο σ' αυτόν. Ανάλογα τι υφίσταται σε αυτόν τον άνθρωπο.»(ΣΕΥ6)

«Παρέχοντας στοχευμένες παρεμβάσεις και εκπαιδύοντας τον ασθενή λαμβάνοντας υπόψιν όλους τους επιβαρυντικούς παράγοντες που εμποδίζουν το έργο μου. Παρέχοντας εξειδικευμένες γνώσεις και δημιουργώντας υποστηρικτικό περιβάλλον σε αυτούς που δεν έχουν. Τους ευαισθητοποιείς, τους ενημερώνεις, αξιολογείς συνεχόμενα τις ανάγκες και την πρόδό τους.»(ΣΕΥ7)

«Δεν ξέρω πώς γίνεται και όλοι οι επισκέπτες υγείας νομίζουν ότι ο ρόλος μας είναι μόνο στην πρωτογενή, αλλά υπάρχουν πολύ σημαντικά πράγματα που μπορούμε να κάνουμε και στη δευτερογενή και τριτογενή (πρόληψη). Και εκεί κάνουμε εκπαίδευση, αγωγή υγείας, ευαισθητοποίηση. Διαρκή αξιολόγηση αναγκών και δεξιοτήτων...»(ΣΕΥ10)

Η ΣΕΥ5 επισημαίνει την ανάγκη για συνεχόμενη παρακολούθηση κατά την διαδικασία αξιολόγησης, ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος αλλά και για να έχει ο επισκέπτης υγείας μια πιο σαφή εικόνα των εμποδίων που προκύπτουν ώστε να παρέμβει.

«Θέλει ραντεβού τακτικά. Θα πρέπει λοιπόν να γίνεται η παρέμβαση, να ελέγχεται τι έχει κατανοηθεί για να προχωράμε στο επόμενο στάδιο και στην επόμενη παρέμβαση που πρέπει να γίνει. Δεν μπορείς να του περνάς πολλά μηνύματα σε ένα ραντεβού και να σταματάς. Αυτό θέλει μία συνεχόμενη παρακολούθηση η οποία θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα έτσι ώστε να μην χάνεται η επαφή και να μη χάνεται χρόνος. Να μαθαίνεις ποια από αυτά εφαρμόζονται, ποια δεν εφαρμόζονται. Ποιες είναι οι δυσκολίες που έχουνε εμφανιστεί και δεν μπορούν να εφαρμοστούν».(ΣΕΥ5)

Εκπαίδευση οικείου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Η εκπαίδευση του οικείου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποτέλεσε αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαίδευσης του ασθενή. Η οικογένεια και οι οικείοι,

παίζουν μεγάλο ρόλο στην καθημερινότητα και στην ψυχολογική ευημερία του ασθενή και περιλαμβάνοντάς τους στις παρεμβάσεις, συνδράμουν στην καλύτερη υποστήριξη της φροντίδας του και βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι ΣΕΥ3, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6, ΣΕΥ7 και ΣΕΥ10 χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«Θα συμπεριλάμβανα ακόμα το οικείο, το οικογενειακό του περιβάλλον, τους ανθρώπους με τους οποίους ζει, στο χώρο που ζει. Με σκοπό και οι ίδιοι να συνδράμουν στην καλύτερη υποστήριξη και φροντίδα του».(ΣΕΥ3)

«Επίσης, το οικείο περιβάλλον θα πρέπει να εκπαιδευτεί παράλληλα. Γιατί παίζει μεγάλο ρόλο στην καθημερινότητά τους. Όταν δηλαδή επικρίνουν μία συμπεριφορά, υπάρχουν αντιδράσεις. Αλλά θα πρέπει να γνωρίζουν κάποια πράγματα για να μην κάνουν κριτική πάνω στη συμπεριφορά. Εκεί θα κάνεις μία άλλη παρέμβαση πάνω σε αυτό το κομμάτι.»(ΣΕΥ5)

«Και επικοινωνία με τουλάχιστον ένα συγγενικό... ένα μέλος της οικογένειάς του, που θα είναι και το σημείο αναφοράς σε περίπτωση που χρειαστούν είτε κάποιες έκτακτες πληροφορίες όταν ο ίδιος δεν είναι σε θέση που να μπορεί να μας δώσει τις πληροφορίες που χρειάζονται και γενικά να υπάρχει μια επαφή με ένα συγγενικό πρόσωπο αλλά και να ενταχθεί στο γενικότερο πλαίσιο της εκπαίδευσης, μιας και είναι το υποστηρικτικό του περιβάλλον.» (ΣΕΥ6)

«Είμαστε συνεχώς δίπλα στον ασθενή και στην οικογένειά του, παρέχοντάς τους εκπαίδευση και υποστήριξη. Θεωρώ εξίσου σημαντικό και τα μέλη της οικογένειας για μένα να εκπαιδευτούν από την διεπιστημονική ομάδα για να διαδραματίσουν και αυτά ένα πολύ σημαντικό ρόλο και να λειτουργήσουν σαν ασπίδα για αυτό τον άνθρωπο.»(ΣΕΥ10)

Ο ΣΕΥ7 επισημαίνει και το πολύπλοκο ζήτημα των συννοσηροτήτων, οι οποίες δημιουργούν περαιτέρω κινδύνους και επιπλοκές στον ασθενή αλλά δυσκολεύουν και την οικογένεια στην διαχείρισή τους.

«Θα αντιμετωπίσει ολιστικά και τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του. Δηλαδή ένας ασθενής ο οποίος έχει συννοσηρότητα, έχει πλέον καρδιακή ανεπάρκεια μετά από ένα έμφραγμα μυοκαρδίου και έχει και σακχαρώδη διαβήτη, θα πρέπει να εκπαιδευτεί όλη η οικογένεια ή να ενημερωθεί ή να εκπαιδευτεί όλο μαζί, για τις ανάγκες πλέον του ασθενή». (ΣΕΥ7)

Ο ΣΕΥ2 θέτει και το πρόβλημα της έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ειδικά ανθρώπων που προέρχονται από άλλες χώρες:

«Επίσης, θα εκπαιδευα το οικείο περιβάλλον. Οι πιο στενοί. Οι γνωστοί άλλοι, που λέμε. Οικογένεια, σύντροφοι. Ενδεχομένως κάποιοι φίλοι Υπάρχει το μεγάλο ποσοστό που δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον άμεσο. Ειδικά έτσι όπως έχει διαμορφωθεί η κοινωνία. Ή όταν επειδή έχουμε και πάρα πολλούς πλέον αλλοδαπούς στην Ελλάδα, μετανάστες, δεν ξέρω πως να το πω. Που δεν έχουν άμεσο υποστηρικτικό περιβάλλον.»(ΣΕΥ2)

Ενώ θεωρεί ότι η εκπαίδευση μέσω των παρεμβάσεων πρέπει να εξαπλωθεί και να περιλαμβάνει και τις κοινωνικές υπηρεσίες, με σκοπό την ευρύτερη δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου για όσους το έχουν ανάγκη.

Σε πολλές περιπτώσεις ίσως και κοινωνικές υπηρεσίες. Ενδεχομένως και κάποιες κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να έχουν μία πιο άμεση επαφή και εκπαίδευση και

αυτοί. Να μπορούν τουλάχιστον να αντιλαμβάνονται ότι κάποια περιστατικά ότι δεν πάνε καθόλου καλά». (ΣΕΥ2)

Συμβουλευτική με στόχο την αλλαγή συμπεριφορών

Απώτερος στόχος όλων των παρεμβάσεων αγωγής και προαγωγής υγείας, όπως τονίζουν ο ΣΕΥ3 και η ΣΕΥ8, είναι η αλλαγή των συμπεριφορών υγείας και εν τέλει η εγκαθίδρυση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, προσαρμοσμένου στις απαιτήσεις και ανάγκες τους ασθενούς, που θα οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας του.

«Ως επισκέπτες υγείας μπορούμε να παίξουμε πολύ σημαντικό ρόλο και συμβουλευτικό είτε με την εκπαίδευση και την οδηγία και κατεύθυνση, να καταφέρουμε αλλαγή συμπεριφορών, βλαπτικών συμπεριφορών και σαφώς ο επισκέπτης υγείας μπορεί να έχει πολύ σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της υγείας χρόνιων ασθενών». (ΣΕΥ3)

«Οι συμβουλές για άσκηση επίσης είναι πού σημαντικές γιατί βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Γενικές οδηγίες για σωστή διατροφή ώστε να μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και να βελτιώσει και τις συνθήκες υγείας του. Το κάπνισμα που είναι πολύ σημαντικός παράγοντας επίσης επιβάρυνσης και υπεύθυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Σημαντικό είναι και το αλκοόλ. Οπότε δρώντας συμβουλευτικά και εκπαιδεύοντας τον.»(ΣΕΥ3)

Η ΣΕΥ8 αναφέρει ότι ο τρόπος προσέγγισης κατά τη συμβουλευτική διαδικασία πρέπει να λαμβάνει υπόψιν και τις ανάγκες αλλά και την ηλικία του ασθενούς, με στόχο την σωστή συμμόρφωση του ίδιου και την εφαρμογή των συμβουλών. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η διαδικασία.

«Τους εκπαιδεύεις, τους κινητοποιείς. Τους λες συμβουλευτικά κάποια πράγματα, κάτι το οποίο θεωρώ από προσωπική εμπειρία ότι είναι πολύ βοηθητικό να ακούσουν οι άνθρωποι είναι ότι... «Κοίτα να δεις... δεν απαγορεύεται τίποτα να φας». (ΣΕΥ8)

Και συνεχίζει:

«Είναι πολύ σημαντικό. Ειδικά όταν πρόκειται για ανθρώπους μεγάλης ηλικίας οπότε συμβαίνουν και τα καρδιαγγειακά. «Μπορείς να φας ότι θέλεις. Δεν απαγορεύεται τίποτα. Πρόσεξε όμως με τι συχνότητα θα το κάνεις και σε τι ποσότητα θα το φας». Και λίγο τους εξηγείς κάποια πράγματα και αρχίζουν λίγο να το δέχονται πιο εύκολα. Εύκολο για εμάς να το κάνουμε και για αυτούς να το δεχτούν.»(ΣΕΥ8)

Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας

Ο ΣΕΥ3 και ΣΕΥ6 θεωρούν ότι ο επισκέπτης υγείας είναι ο ιδανικός επαγγελματίας υγείας για να δημιουργήσει το αίσθημα ασφάλειας που έχει ανάγκη ο ασθενής και να τον στηρίξει ψυχολογικά ώστε να περάσουν ευκολότερα και τα υπόλοιπα μηνύματα, κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας.

«Γενικά η συνδρομή του επισκέπτη υγείας είναι το να έρθει κοντά σε αυτόν τον ασθενή, ο οποίος και να νιώθει και μεγαλύτερη ασφάλεια σχετικά με το κομμάτι της στήριξης. Το ψυχολογικό.» (ΣΕΥ3)

«...Μια επικοινωνία με τον ίδιο για το τι είδους συνεργασία πρόκειται να έχουμε κτλ. Δεν γίνονται όλα αυτά από την πρώτη συνάντηση αλλά στις πρώτες

συναντήσεις και θα επικεντρωνόμουν στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης.» (ΣΕΥ6)

Συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα για δημιουργία θεμάτων εκπαίδευσης

Η ΣΕΥ4 ανέφερε τον ρόλο του επισκέπτη υγείας μέσα στην διεπιστημονική ομάδα και την συμβολή του στη δημιουργία θεματικών ενοτήτων με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή ως προς το νόσημά του και τους παράγοντες κινδύνου.

«Συνεργασία με τους υπόλοιπους στην διεπιστημονική ομάδα για να δημιουργούνται θεματικές ανάλογα με το πρόβλημα όπως πχ ας πούμε θεματική για το σακχαρώδη διαβήτη. Θεματική για τα λίπη. Θεματική για την άσκηση. Θεματική για τον ύπνο. Άρα στην εκπαίδευση.»(ΣΕΥ4)

Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας

Ο ΣΕΥ6, μεταξύ άλλων, αποδίδει τον χαρακτηρισμό του συντονιστή στον επισκέπτη υγείας, καθώς πιστεύει ότι είναι ο κατάλληλος για μια τέτοια θέση βάση των γνώσεων που έχει αλλά και των ιδιαίτερων ικανοτήτων του.

«...εφόσον έχεις όλο το επιτελείο θα το πω εγώ έτσι, επαγγελματιών και ειδικοτήτων, ένας επισκέπτης υγείας θεωρώ ότι είναι το πιο σημαντικό κομμάτι του τροχού σ' αυτό το πλαίσιο. Όχι μόνο γιατί σαν επαγγελματίας έχει τις γνώσεις, τις ικανότητες και θα μπορούσε να συνεισφέρει... γιατί μπορεί να συνδέσει τα επαγγέλματα μεταξύ τους αλλά και να τα συντονίσει. Κάτι το οποίο δυστυχώς δυσκολεύονται οι ειδικότητες μεταξύ τους από ότι έχω δει.»(ΣΕΥ6)

Διασύνδεση ασθενούς και διεπιστημονικής ομάδας/ θεράποντα γιατρού

Ο ΣΕΥ6 τόνισε την σημασία του επαγγελματικού του ρόλου στην διασύνδεση του ασθενούς με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας ή τον θεράποντα γιατρό. Αναφέρθηκε ειδικά στην σχέση γιατρού-ασθενή και στην επικοινωνία μεταξύ τους, που ενισχύεται από τον επισκέπτη υγείας, παρέχοντας τακτική ενημέρωση και συνεισφέροντας σε μια πιο ολιστική αντιμετώπιση. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Οπότε είναι και ο συνδεδεμένος κρίκος ανάμεσα σε έναν γιατρό, έναν ασθενή κτλ. Γιατί κακά τα ψέματα και σε ένα ιδανικό πλαίσιο αν και εφόσον υπάρχουν όλες οι ειδικότητες... προφανώς ο καρδιολόγος δεν θα μπορεί να τους δει όλους σε τόσο τακτική βάση. Ο επισκέπτης υγείας δρα μεσολαβητικά. Έχοντας αυτόν τον άνθρωπο και βλέποντάς τον σε πιο τακτική βάση και αναλαμβάνοντας όλα τα υπόλοιπα που είπα πριν στην εκπαίδευση του κτλ, στην ψυχοεκπαίδευση και ούτω κάθε εξής... μπορεί βλέποντας κάποια αλλαγή στον άνθρωπο ή κάτι που χρειάζεται να γίνει, να έχει άμεση επικοινωνία, να δρα συνδεδεμένα με τον γιατρό έτσι ώστε να υπάρχει πιο ολιστική αντιμετώπιση. Στον ασθενή.»(ΣΕΥ6)

Διενέργεια προσυμπτωματικών ελέγχων (screeningtests)

Η ΣΕΥ4 ήταν η μόνη συμμετέχουσα που ανέφερε τη σημασία της διενέργειας των προσυμπτωματικών ελέγχων, εξαιρετικό εργαλείο στην δευτερογενή πρόληψη. Δεν παρέλειψε να αναφερθεί και στην διεπιστημονική συνεργασία κατά τη διάρκεια των ελέγχων.

«Και φυσικά screening test τα οποία θα γινόταν με τη βοήθεια και με τη συνεργασία των γιατρών και των νοσηλευτών.»(ΣΕΥ4)

- **ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η θεματολογία της εκπαίδευσης των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση ήταν ένα ζήτημα που απασχόλησε όλους τους συμμετέχοντες. Σχεδόν όλοι προσπάθησαν να εντάξουν στις προτάσεις τους όσον το δυνατόν περισσότερους παράγοντες κινδύνου που πρέπει να τροποποιηθούν μέσω των προγραμμάτων, για να εξασφαλιστεί η βελτίωση στην πορεία της νόσου και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Από τις απαντήσεις, δημιουργήθηκαν 7 υποκατηγορίες και αφορούν:

- ✚ Άσκηση και Διατροφή
- ✚ Απώλεια βάρους μέσω διατροφής/ Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας
- ✚ Κάπνισμα και Αλκοόλ
- ✚ Τακτικοί Έλεγχοι και Παρακολούθηση
- ✚ Ψυχική υγεία/ Ψυχολογική υποστήριξη
- ✚ Διαχείριση συν νοσηροτήτων
- ✚ Συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή

Άσκηση και διατροφή

Για τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, οι 9 από τους 10 συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ3, ΣΕΥ4, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6, ΣΕΥ7, ΣΕΥ8, ΣΕΥ10 και ΣΕΥ11) ανέφεραν χωρίς δεύτερη σκέψη την αξία της συστηματικής άσκησης και της ισορροπημένης διατροφής. Η ΣΕΥ1, ο ΣΕΥ3 και η ΣΕΥ5 αναφέρουν:

«Σίγουρα την άσκηση και τη διατροφή. Και την παρακολούθηση.»(ΣΕΥ1)

«Θα εστίαζα στη σωστή διατροφή, στην καθημερινή ήπια άσκηση.»(ΣΕΥ3)

«Δηλαδή ένα πρόγραμμα που θα είχε μέσα και τη διατροφή και την άσκηση»(Σ4)

«Η διατροφή και η άσκηση είναι τα πρώτα που θα κάνεις.» (ΣΕΥ5)

Η ΣΕΥ11 τονίζει την αναγκαιότητα ένταξης σταδιακής άσκησης σε συνδυασμό με διατροφή:

«Θα προσπαθούσα να είναι ένα πλήρες πρόγραμμα. Τώρα είναι πολλά τα πράγματα που πρέπει να εκπαιδεύσεις έναν άνθρωπο με ένα καρδιαγγειακό πρόβλημα. Δεν είναι ένα. Οπότε πιστεύω ότι θα προσπαθούσα να βάλω λίγο από όλα. Τη σπουδαιότητα του να προσέχει με την αγωγή του, τη γυμναστική του... Τουλάχιστον ένα περπάτημα. Και σίγουρα θα έχει μέσα και τη διατροφή. Σταδιακά, χωρίς να τους πιέζω. Αυτό θεωρώ είναι πιο αποδοτικό, σε οποιοδήποτε κομμάτι. (ΣΕΥ11)

Ο ΣΕΥ6 τονίζει ότι η άσκηση δεν πρέπει να είναι οποιουδήποτε είδους αλλά να είναι εξειδικευμένη, λαμβάνοντας υπόψιν το καρδιαγγειακό νόσημα και τους περιορισμούς του.

«...εκπαίδευση στη διατροφή, διακοπή καπνίσματος, άσκηση. Εξειδικευμένη άσκηση, αναλόγως τους περιορισμούς.»(ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ7 αναφέρει μεταξύ άλλων στο θέμα της διατροφής, ότι πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψιν και τυχόν συννοσηρότητες πχ διαβήτη οπότε να προσαρμοστεί κατάλληλα το διατροφικό πλάνο και η συμβουλευτική. Ενδεικτικά, αναφέρει:

«Σαν θεματολογία... Καταρχάς τρόπος ζωής. Διατροφή. Γνώσεις και δεξιότητες. Πώς θα πρέπει να είναι τα γεύματα του για την απώλεια του βάρους του, ανάλογα βέβαια και με τις συννοσηρότητες.»(ΣΕΥ7)

Απώλεια βάρους μέσω διατροφής/ Αντιμετώπιση παχυσαρκίας

Η ΣΕΥ10 εστιάζει στο όφελος της σωστής διατροφής, της απώλεια βάρους που δρα προστατευτικά έναντι άλλων παραγόντων κινδύνου στα καρδιαγγειακά και στον διαβήτη όπως η παχυσαρκία:

«Ιδανικά εγώ θα εστίαζα πάρα πολύ στην απώλεια βάρους, στη διατροφή. Η απώλεια βάρους που πολλές φορές είναι απαραίτητη σε ανθρώπους που έχουν προβλήματα καρδιαγγειακά» (ΣΕΥ10)

Άποψη που συμμερίζεται και η Σ8, όπως φαίνεται στο παρακάτω απόσπασμα:

«Νομίζω ότι θα το αντιμετώπιζα λίγο πιο στοχευμένα υπό την έννοια του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου. Παράγοντας κινδύνου να είναι η παχυσαρκία. Άρα θα στόχευα στο να μπορέσει να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία πχ με τη διατροφή. Που άρα λοιπόν θα μπορεί να αντιμετωπίσει μελλοντικά και το πρόβλημα το καρδιαγγειακό του. Δηλαδή να υπάρχει ένας καλός έλεγχος μια καλή, σωστή εκπαίδευση. Τι ποσότητες μπορεί να φάει, πόσο συχνά μπορεί να φάει το κάθε τρόφιμο.»(ΣΕΥ8)

Κάπνισμα και αλκοόλ

Η ΣΕΥ3, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ10 ανέφεραν και τη διακοπή του καπνίσματος αλλά και τη χρήση του αλκοόλ, μεταξύ άλλων παραγόντων κινδύνου:

«...στο κάπνισμα που είναι πολύ σημαντικός παράγοντας και υπεύθυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως και στο αλκοόλ επίσης.»(ΣΕΥ3)

«...Στην διακοπή του καπνίσματος...»(ΣΕΥ10)

«Τι μπορεί να καταναλώσει από αλκοόλ και με τι συχνότητα. Σε ότι αφορά το κάπνισμα να έχει διακοπή καπνίσματος.»(ΣΕΥ8)

Τακτικοί έλεγχοι και παρακολούθηση

Τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης από επαγγελματίες υγείας επεσήμανε η ΣΕΥ6.

«Τα πάντα πιστεύω. Τακτική παρακολούθηση σίγουρα...»(ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ8 πρότεινε συστηματικούς ελέγχους, ειδικά όταν υπάρχουν και άλλα νοσήματα.

«Έναν τακτικό έλεγχο ενδεχομένως από έναν πνευμονολόγο, παθολόγο... Εφόσον υπάρχει ξανά κάποιο άλλο πρόβλημα, να έχει ένα συστηματικό έλεγχο ανά ένα ενάμιση χρόνο από έναν οφθαλμίατρο.» (ΣΕΥ8)

Ψυχική υγεία/ Ψυχολογική υποστήριξη

Στο κομμάτι της ψυχικής υγείας, αναφέρθηκαν τέσσερις από τους 11 συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ6, ΣΕΥ10 και ΣΕΥ11) και επεσήμαναν την σημαντική συμβολή του επαγγελματικού τους ρόλου στην αποδοχή της νόσου από τον ίδιο τον ασθενή αλλά

και στην μετέπειτα ψυχολογική υποστήριξή του.

«Βασικό είναι και το ψυχικό κομμάτι, ο ψυχικός τομέας, είναι πολύ σημαντικός. Εκεί λοιπόν καλείσαι να αλλάξεις όπως σου είπα έναν τρόπο ζωής. Όπου εκεί θα πρέπει και ο άνθρωπος καταρχήν, να μπορέσει να αποδεχθεί το συμβάν, οπότε θέλει ψυχολογική υποστήριξη και στο μετά. Δηλαδή, μετά την αποδοχή στο τι κάνουμε από εκεί και πέρα.»(ΣΕΥ1)

«Και σίγουρα θα έχει μέσα και το ψυχολογικό κομμάτι, δηλαδή το ότι φρόντισε τον εαυτό σου... Θεωρώ ότι για να μιλήσεις σε έναν τέτοιο άνθρωπο θα πρέπει να τα βάλεις όλα μέσα» (ΣΕΥ11)

Η ΣΕΥ10 θεωρεί σημαντική την ψυχολογική υποστήριξη στην αντιμετώπιση των φοβιών που προκύπτουν μετά από ένα τραυματικό συμβάν όπως ένα έμφραγμα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Στην ψυχολογική ένας υποστήριξη γιατί όταν ένας άνθρωπος παθαίνει έμφραγμα και φτάνει τόσο κοντά στο θάνατο μετά αρχίζει να φοβάται, ίσως έχει αποκτήσει και κάποιες φοβίες. Αγχώνεται πάρα πολύ για τη ζωή του στο μέλλον.»(ΣΕΥ10)

Ο ΣΕΥ6 αναφέρει ότι η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να δοθεί είτε με τη μορφή ατομικής συνεδρίας είτε μέσω ομάδων (supportgroups).

«Ψυχολογική υποστήριξη είτε ατομική είτε σε ομάδες.»(ΣΕΥ6)

Διαχείριση συννοσηροτήτων

Η συμβολή του επισκέπτη υγείας στη διαχείριση των συννοσηροτήτων αναφέρθηκε από δύο συμμετέχοντες, τον ΣΕΥ7 και την ΣΕΥ8, οι οποίοι επισημαίνουν:

«Αν κάποιος είναι διαβητικός, έχει καρδιακή ανεπάρκεια και έχει και μία χρόνια νεφρική νόσο. Αυτοί οι ασθενείς είναι συνήθως με πολλές συννοσηρότητες και θέλουνε μία προσέγγιση συγκεκριμένη, ολιστική. Εξατομικευμένη και ολιστική.»(ΣΕΥ7)

Η ΣΕΥ8, μάλιστα, θεωρεί σημαντική παράμετρο στη δημιουργία μιας εξατομικευμένης παρέμβασης το κομμάτι των συννοσηροτήτων και τον διαχωρισμό των ασθενών ανά νοσηρότητα, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο στοχευμένος και μεθοδικός ο έλεγχος και περιορισμός των παραγόντων κινδύνου. Συγκεκριμένα, αναφέρει:

«...θα διαχωρίζω τον πληθυσμό ανάλογα με το τι πρόβλημα υγείας έχει ο καθένας. Υπάρχει καρδιαγγειακό, υπάρχει συννοσηρότητα με τι; Τι άλλα προβλήματα υγείας υπάρχουν; Και αντίστοιχα θα έκανα παρεμβάσεις λίγο πιο στοχευμένες. Δηλαδή αν πρόκειται για άτομα με συννοσηρότητες πρώτα από όλα πρέπει να έχεις ένα σωστό έλεγχο των υπόλοιπων πραγμάτων. Για να μπορεί να μην υπάρχει υποτροπή ουσιαστικά. Νομίζω ότι θα το αντιμετώπιζα λίγο πιο στοχευμένα υπό την έννοια του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου.» (ΣΕΥ8)

Συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή

Οι συμμετέχοντες ΣΕΥ3, ΣΕΥ4, ΣΕΥ5 και ΣΕΥ6 θεώρησαν την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή μεγάλο κομμάτι της συμβολής του ρόλου τους, είτε αφορά την ίδια την νόσο είτε κάποια συννοσηρότητα όπως πχ ο σακχαρώδης διαβήτης.

«Θα εστίαζα στον έλεγχο των φαρμάκων».(ΣΕΥ3)

«...θα ήταν ένα πρόγραμμα που θα είχε μέσα και τη συμμόρφωση στην αγωγή, και την εκπαίδευση. Να είναι ολιστικό. Έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής, όλα αυτά.»(ΣΕΥ4)

«Παρακολούθηση στη φαρμακευτική αγωγή και συμμόρφωση.»(ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ5 περιέγραψε την εμπλοκή του επαγγελματικού ρόλου της εκπαιδευτικής διαδικασία σε ένα διαβητικό ασθενή, με καρδιακή ανεπάρκεια:

«...την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, παράλληλα. Γιατί πχ αν είναι και διαβητικός, ο οποίος έχει ξεκινήσει ινσουλίνη, θα πρέπει να γίνονται κάποιες μετρήσεις άρα θα πρέπει να τον μάθεις να μετράει το σάκχαρό του. Οι μετρήσεις που βλέπει, να τις κατανοεί και να ξέρει τι πρέπει να κάνει με την ινσουλίνη του. Πώς να την τροποποιήσει». (ΣΕΥ5)

Επίσης, επεσήμανε την επιτακτική ανάγκη για σαφείς και επικυρωμένες οδηγίες που πρέπει να δίνονται υπό την μορφή γραπτού κειμένου, για την τήρηση της σωστής εκπαιδευτικής διαδικασίας αλλά και την συνεχή αξιολόγηση των δεξιοτήτων του ασθενούς:

«Και αυτά όλα πρέπει να υπάρχουν με γραπτές και σαφείς οδηγίες. Δεν μπορείς να λες αόριστα πράγματα, πρέπει να είναι συγκεκριμένες οι οδηγίες που δίνονται. Αν σε περίπτωση καταλάβουμε σαν επαγγελματίες ότι αυτό δεν είναι εφικτό από τους ίδιους, τους βάζουμε στις μετρήσεις, έρχονται, ελέγχουμε εμείς τις μετρήσεις και δίνουμε εμείς τις οδηγίες».(ΣΕΥ5)

• ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να περιγράψουν πώς θα στελέχωναν ένα πρόγραμμα ΚΑ, που να περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματίες υγείας, ώστε να προσφέρει όσον τον δυνατόν περισσότερες υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης και να παρέχει ολιστική φροντίδα. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων επισκεπτών υγείας, η στελέχωση ταξινομήθηκε σε δύο υποκατηγορίες, με βάση το πλαίσιο που θα παρείχε υπηρεσίες:

- 🚦 **Ολιστική ΚΑ (συνδυασμός ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής ΚΑ)**
- 🚦 **Εξωνοσοκομειακή ΚΑ**

Ολιστική καρδιακή αποκατάσταση

Πέντε από τους συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΕΥ6, ΣΕΥ8, ΣΕΥ10 και ΣΕΥ11) δεν διαχώρισαν τις φάσεις της ΚΑ και περιέγραψαν την γενική στελέχωση των προγραμμάτων ΚΑ, που πιστεύουν ότι θα συνεισφέρουν, προσεγγίζοντας τον ασθενή, ολιστικά. Η ΣΕΥ1 τονίζει τη σημασία στη δημιουργία μιας ετερογενούς διεπιστημονικής ομάδας, που θα συμπεριλαμβάνει διαφορετικούς κλάδους επαγγελματιών υγείας για να προσφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον ασθενή και στο κοινωνικό σύνολο.

«... σε ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να υπάρχει ουσιαστική διεπιστημονική ομάδα. Που θα συμπεριλαμβάνει ανθρώπους διαφόρων ειδικοτήτων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ολιστική προσέγγιση αυτού του ατόμου ώστε να μπορέσεις να έχεις ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα. Πώς θα μπορούσες να κατευθύνεις αυτόν τον άνθρωπο. Και δεν σημαίνει ότι κάποιος επειδή έχει ένα καρδιαγγειακό νόσημα ή έχει βιώσει ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο ότι όλα τα υπόλοιπα στη ζωή του είναι οκ.»(ΣΕΥ1)

Και συμπληρώνει την περιγραφή της με την αναφορά της σύνθεσης της ομάδας ΚΑ, περικλείοντας και τον επισκέπτη υγείας μέσα σε αυτήν:

«Εννοείται θα επέλεγα ένα γιατρό καρδιολογικής ειδικότητας, εννοείται έναν νοσηλευτή, εννοείται έναν επισκέπτη υγείας. Εννοείται έναν κοινωνικό λειτουργό, εννοείται έναν ψυχολόγο και μετά από εκεί και πέρα ανάλογα και με τα σύνοδα νοσήματα...» (ΣΕΥ1)

Ο ΣΕΥ6 θεωρεί ότι η καταλληλότερη στελέχωση ομάδας ΚΑ πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνει έναν καρδιολόγο, έναν διατροφολόγο και νοσηλευτή με την προϋπόθεση να ασκεί καθαρά νοσηλευτικό ρόλο και να διενεργεί νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

«Επισκέπτης υγείας! (γέλια) Καρδιολόγος. Διατροφολόγος σίγουρα.. Αν μπορούσαν να γίνουν και εξετάσεις, ένας νοσηλευτής σίγουρα. Να αναλάμβανε ίσως ένα καθαρά νοσηλευτικό ρόλο.»(ΣΕΥ6)

Συνεχίζει, δίνοντας βάση στο τομέα της ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα στην παροχή εξειδικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης όπου πιστεύει ότι ο ψυχολόγος είναι ο ιδανικός επαγγελματίας για την ενίσχυση της υπηρεσίας, καθώς κατέχει την κατάλληλη εκπαίδευση και τις απαιτούμενες γνώσεις.

«Σίγουρα έναν ψυχολόγο. Γιατί θα χρειαστεί στο κομμάτι της ψυχολογικής υποστήριξης. Γιατί μπορεί να χρειαστεί να πάμε σε κάτι πιο βαθύ από μια απλή ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχουν πιο βαθιά θέματα. Ή κάποια εξελικτική πορεία νόσου. Που είναι ή τετελεσμένη ή δύσκολη στη διαχείριση. Με συνεχόμενη επιβάρυνση. Οπότε σίγουρα έναν ψυχολόγο.»(ΣΕΥ6)

Επιπλέον, θίγει το ζήτημα της κοινωνικής υποστήριξης και επιλέγει έναν κοινωνικό λειτουργό. Συγκεκριμένα, αναφέρει:

«Έναν κοινωνικό λειτουργό γιατί ξέχασα και λίγο να αναφέρω και το κομμάτι της κοινωνικής διάστασης που αφορά τους ανθρώπους αυτούς. Δηλαδή μπορεί εμείς να λέμε στον άνθρωπο να τρώει σωστά, να λέμε στον άνθρωπο να χάσει βάρος, και ο άνθρωπος μπορεί να μην έχει ούτε ένα επίδομα, να μην το παίρνει. Οπότε σίγουρα έναν κοινωνικό λειτουργό γιατί μπορεί να χρειαστεί κοινωνικοπρονοιακή υποστήριξη.»(ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ6 είναι ο μοναδικός συμμετέχοντας που προσθέτει την έννοια της αποκατάστασης μέσω εργοθεραπείας. Θεωρεί πώς ένας εργοθεραπευτής θα χρειαστεί απλά όχι άμεσα.

«Και σε δεύτερο ίσως χρόνο όχι απαραίτητα, έναν εργοθεραπευτή. Γιατί έχω δει ότι ο ρόλος του εργοθεραπευτή πλέον μπορεί να ενταχθεί σε όλα. Δημιουργεί νέες προοπτικές. Δηλαδή με τους τρόπους του και με τα εργαλεία αξιολόγησης που έχει, μπορούμε να δούμε και άλλα κομμάτια. Για κάποιο νευροαναπτυξιακό, είτε για κάποιο έλλειμμα. Λεπτής κινητικότητας. Δραστηριοποίησης. Οτιδήποτε. Να τον βοηθήσει δηλαδή να πετύχει έναν στόχο.» (ΣΕΥ6)

Τέλος, εκτός από στελέχωση της ομάδας ΚΑ, προσθέτει και την διασύνδεση με εξωτερικές υπηρεσίες παροχής υγείας.

«Τώρα αν μπορούσε να γίνει συνεργασία με ένα κέντρο εξετάσεων θα ήταν εξαιρετικό.» (ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ8 αναφέρει ότι η σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας θα γινόταν σε συνάρτηση με τις συννοσηρότητες ώστε να καλυφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις νοσημάτων. Χαρακτηριστικά, αναφέρει:

«Αφού δημιουργούσα ομάδες ασθενών, ανάλογα με το τι καρδιολογικό πρόβλημα υπάρχει και τι συννοσηρότητα, που συνήθως συνυπάρχει δυστυχώς... Και ανάλογα με αυτό θα το εξατομίκευα. Ανάλογα θα στελέχωνα και τη διεπιστημονική ομάδα.»(ΣΕΥ8)

Τονίζει μεταξύ άλλων ότι ένας επισκέπτης υγείας θα ήταν κατάλληλος για το κομμάτι της εκπαίδευσης ενώ ένας νοσηλευτής για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αναφέρει και την συνεργασία με έναν διαιτολόγο, όμως θεωρεί ότι δεν είναι απαραίτητο να είναι μόνιμο μέλος, αλλά θα μπορούσε να αποτελεί μια εξωτερική συνεργασία όποτε κρινόταν απαραίτητο.

«Πάντοτε πρέπει να υπάρχει γιατρός. Πάντοτε πρέπει να υπάρχει επισκέπτης υγείας για να κάνει την εκπαίδευση. Σαφέστατα πρέπει να υπάρχει κατά τη γνώμη μου ένας νοσηλευτής ο οποίος θα μπορούσε κάλλιστα να κάνει τις αντίστοιχες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Και κατά τη γνώμη μου θα έπρεπε να υπάρχει μια συνεργασία με έναν διαιτολόγο. Όχι να είναι μόνιμος αλλά για άτομα τα οποία τον χρειάζονται.»(ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ10 δεν διευκρινίζει την κατάλληλη ιατρική ειδικότητα για να στελεχώσει την ομάδα, παρόλα αυτά θεωρεί ότι όλες οι ειδικότητες είναι απαραίτητες για τη σύνθεση μιας ομάδας ΚΑ όπως ο νοσηλευτής, ο επισκέπτης υγείας, ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός γιατρός. Επισημαίνει ότι όλοι μαζί μπορούν να στηρίξουν όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, παρέχοντας ο καθένας υπηρεσίες από τη δική του επαγγελματική θέση.

«Θεωρώ ότι ένας γιατρός... Γενικά θεωρώ ότι όλοι, ο καθένας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο. Και ο νοσηλευτής και ο επισκέπτης υγείας και ο ψυχολόγος πολύ σημαντικός και ο κοινωνικός λειτουργός, γιατί μετά από ένα καρδιακό πρόβλημα διαταράσσονται οι ισορροπίες όχι μόνο στον ίδιο τον άνθρωπο αλλά και στην ίδια την οικογένεια, καθώς αποκτά ένα άτομο που είναι υψηλού κινδύνου και υψηλής ευαισθησίας για τη μετέπειτα ζωή του.»(ΣΕΥ10)

Η ΣΕΥ11 πλαισιώνει την διεπιστημονική ομάδα με δύο ιατρικές ειδικότητες, έναν καρδιολόγο και έναν φυσίατρο ενώ από τους επαγγελματίες υγείας, επιλέγει έναν διατροφολόγο, νοσηλευτές και πολλούς συναδέλφους επισκέπτες υγείας. Παράλληλα, δίνει βάρος στην άσκηση και επιλέγει έναν γυμναστή με κάποια μετεκπαίδευση ώστε να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες. Και τέλος προτείνει εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις με την ένταξη ενός βελονιστή.

«Θα επέλεγα έναν διατροφολόγο, έναν καρδιολόγο. Κανέναν βελονιστή γιατί καμιά φορά βοηθάνε και εκείνοι με διάφορους τρόπους. Έναν φυσίατρο. Θα είχα και ένα γυμναστή αλλά που να είχε κάποια μετεκπαίδευση, κάποια εξειδίκευση με κάποιο μεταπτυχιακό στους ανθρώπους τους συγκεκριμένους για να μπορεί να γνωρίζει ποιες ακριβώς ασκήσεις θα βοηθήσουν και θα τονώσουν την καρδιά τους. Και συνήθως ένα πρόγραμμα που έχει τόσους ανθρώπους, εννοείται ότι χρειάζεται και αρκετούς συναδέλφους επισκέπτες υγείας. Αλλά και οι νοσηλευτές γιατί όλοι είναι σημαντικοί σε αυτό το κομμάτι.»(ΣΕΥ11)

Εξωνοσοκομειακή καρδιακή αποκατάσταση

Δύο από τους συμμετέχοντες (ΣΕΥ3 και ΣΕΥ4), χωρίς κάποια διευκρίνιση από την ερευνήτρια, θέλησαν να περιγράψουν τη στελέχωση της διεπιστημονικής ομάδας που αφορά ένα πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής ΚΑ. Και οι δύο συμμετέχοντες είχαν ως κοινό σημείο την τοποθέτηση του επισκέπτη υγείας στην ομάδα της ΚΑ.Ο ΣΕΥ3 θεωρεί ότι από όλες τις ιατρικές ειδικότητες, ένας οικογενειακός γιατρός ταιριάζει καλύτερα στο προφίλ ενός προγράμματος εξωνοσοκομειακής ΚΑ, μιας και αφορά την κοινότητα και πιστεύει ότι με αυτό τον τρόπο ο επισκέπτης υγείας θα προσεγγίσει καλύτερα όλα τα μέλη της οικογένειας, παρέχοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης.

«Όταν μιλάμε για εξωνοσοκομειακή, θα τη στελέχωνα με τον οικογενειακό ιατρό. Με τον επισκέπτη υγείας.»(ΣΕΥ3)

Η ένταξη του ψυχολόγου, όπως αναφέρει, θα ενισχύσει την ομάδα διακοπής εξαρτησιογόνων ουσιών όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Και ίσως να έβαζα και το κομμάτι το ψυχολογικό που θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό στο να τον βοηθήσει να κόψει τις κακές συνήθειες πιο εύκολα. Θα στελέχωνα το πρόγραμμα με κάποιο ψυχολόγο.» (ΣΕΥ3)

Η ΣΕΥ4 μιλώντας για αποκατάσταση στην κοινότητα και στο σπίτι, θεωρεί ως ιδεατή επιλογή τον καρδιολόγο, μιας και είναι εξειδικευμένος σε αυτές τις παθήσεις. Τονίζει με έντονο ύφος την σύνδεση του επισκέπτη υγείας και τη συμβολή του στην κατ'οίκον επίσκεψη, όπου εκεί μπορεί να τη συνδυάσει με την εκπαίδευση των ασθενών. Στην διεπιστημονική ομάδα προσθέτει νοσηλεύτη και διατροφολόγο.

«Μιλάμε για εξωτερική, για την καρδιακή αποκατάσταση στην κοινότητα. Κοίτα. Ο ιδανικός είναι ο καρδιολόγος. Ο νοσηλεύτης. Ο διατροφολόγος. Ο επισκέπτης υγείας, για την κατ'οίκον επίσκεψη. Που έχω λυσάξει εγώ για την κατ'οίκον επίσκεψη. η εκπαίδευση των ασθενών και η κατ'οίκον επίσκεψη είναι συγκοινωνούντα δοχεία. Ο επισκέπτης υγείας επίσης να είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη και εκπαίδευση της φαρμακοθεραπείας»». (ΣΕΥ4)

Τέλος, δεν θεωρεί ότι η ένταξη του φυσικοθεραπευτή ή γυμναστή θα ταίριαζε στο συγκεκριμένο εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα. Αλλά θεωρεί σημαντικό να ενταχθούν εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος, που όμως δεν δίνει περαιτέρω λεπτομέρειες για το ποιοι είναι.

«Δεν θα έβαζα φυσικοθεραπευτή ή γυμναστή αλλά ίσως να έβαζα ειδικούς για τη διακοπή του καπνίσματος»». (ΣΕΥ4)

ΑΞΟΝΑΣ 4^{ος} : ΒΙΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Η πέμπτη ερευνητική ερώτηση συμπίπτει με τον τέταρτο θεματικό άξονα και διερευνά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετικά με την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και τη διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να περιγράψουν τα βιώματα που έχουν αποκομίσει κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και να περιγράψουν τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίζονται δύσκολες καταστάσεις στην καθημερινή πρακτική. Τέλος τους ζητήθηκε να προτείνουν λύσεις που αφορούν τα προγράμματα

δευτερογενούς πρόληψης και το πλαίσιο της καρδιακής αποκατάστασης αλλά και να περιγράψουν τι πρέπει να γίνει από την πλευρά του κράτους. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, προέκυψαν 3 κύριες κατηγορίες:

- ✚ Βιώματα κατά την παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης
- ✚ Τρόποι διαχείρισης προβλημάτων
- ✚ Προτεινόμενες λύσεις

Βιώματα κατά την παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης

Στην πρώτη ενότητα όπου περιγράφονται τα βιώματα των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας κατά την παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες, και μέσα σε αυτές προέκυψαν και άλλες υποκατηγορίες:

1. Θετικά Βιώματα

- ✚ Επαγγελματική ικανοποίηση
- ✚ Αναγνώριση και εκτίμηση έργου
- ✚ Άσκηση καθηκόντων
- ✚ Αυτονομία

2. Αρνητικά βιώματα

- ✚ Μη αναγνωρισιμότητα επαγγελματικού ρόλου/ Σύγχυση επαγγελματικού ρόλου
- ✚ Μη αποδοχή ρόλου
- ✚ Επαγγελματικός ανταγωνισμός
- ✚ Απουσία δια βίου εκπαίδευσης
- ✚ Ασαφή επαγγελματικά όρια
- ✚ Αλλότρια καθήκοντα για κάλυψη αναγκών υπηρεσίας

ΘΕΤΙΚΑ ΒΙΩΜΑΤΑ

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιέγραψαν εργασιακές εμπειρίες από τις οποίες συνδύασαν τον επαγγελματικό τους ρόλο με κάποιο θετικό συναίσθημα.

Επαγγελματική ικανοποίηση

Ο ΣΕΥ2 και ο ΣΕΥ7 ανέφεραν ότι η επαγγελματική τους ικανοποίηση συνδέεται άρρηκτα με την επαγγελματική τους ταυτότητα. Ο ΣΕΥ2 εντοπίζει ότι το αίσθημα ικανοποίησης οφείλεται κυρίως στη βελτίωση του επιπέδου υγείας δύσκολων περιστατικών που έχει αναλάβει.

«Η απόλυτη ικανοποίηση. Του να μπορείς κάποια περιστατικά, που ήξερες ότι για τον α χ ψ λόγο δεν πάνε καλά, να τα βελτιώνεις είναι πάρα πολύ σημαντικό».(ΣΕΥ2)

Ο ΣΕΥ7 θεωρεί ότι μέσω προσωπικού αγώνα, κέρδισε την εμπιστοσύνη του φορέα εργασίας του και του δόθηκαν τα απαραίτητα εφόδια για να ασκήσει τα καθήκοντά του σε μεγαλύτερη κλίμακα, κάνοντας δράσεις και στην κοινότητα.

«Μετά από πολύ αγώνα, προσωπικά είμαι απόλυτα ικανοποιημένος. Μου έχει δοθεί ο χώρος, τα μέσα ακόμα και το προσωπικό για δράσεις στην κοινότητα.»(ΣΕΥ7)

Παρόμοια άποψη εκφέρει και η ΣΕΥ8 όπου θεωρεί ότι η καλή συμπεριφορά εκ μέρους εργαζομένων και ασθενών αλλά και η παροχή βασικού υλικοτεχνικού

εξοπλισμού είναι αρκετά για να νιώθει επαγγελματική ικανοποίηση.

«Δεν έχω τέτοια θέματα, με άσχημη συμπεριφορά ή οτιδήποτε άλλο. Οι άνθρωποι δηλαδή όταν έρχονται είναι ευτυχώς συνειδητοποιημένοι ότι θα πάω εκεί και θα με βοηθήσουν. Άρα λοιπόν είναι συνεννοήσιμοι και ήρεμοι. Και οι οικογένειες τους. Διότι έρχονται για να λάβουν βοήθεια, πάνε σε κάποιο καλό ιατρείο το οποίο θα έχει αποτέλεσμα. Οι άνθρωποι κατανοούν, τους έχω εξηγήσει ότι όταν έρχονται μέσα στο ιατρείο ο καθένας τους, έχει την ευχέρεια και την άνεση να πει οτιδήποτε. Να ρωτήσετε το οτιδήποτε. Νομίζω ότι είναι ευχαριστημένοι οπότε δεν δημιουργούν προβλήματα..»(ΣΕΥ8)

Και προσθέτει:

«Ούτε έχω κάποιο πρόβλημα στη συνεργασία με το γιατρό. Έχω δικό μου χώρο όπου είναι πολύ βασικό, είναι εξοπλισμένος, έχω φέρει οτιδήποτε χρειάζομαι. Οπότε δεν έχω θέμα ούτε με τα υλικά. Και εντάξει έχω υπολογιστή έχω τηλέφωνο, δεν έχω πρόβλημα.» (ΣΕΥ8)

Ο ΣΕΥ6 περιγράφει τον τρόπο που εργάζεται ένας επισκέπτης υγείας και τις παρεμβάσεις που επιλέγει να κάνει, προσαρμοσμένες στον πληθυσμό-στόχο που έχει διαλέξει και πιστεύει ότι από τη στιγμή που έχει δυνατότητα να το κάνει, είναι ικανοποιημένος. Χαρακτηριστικά, αναφέρει:

«Ο επισκέπτης υγείας όπως προανέφερα έχει πολλές αρμοδιότητες ανάλογα σε ποια υπηρεσία είναι. Ο ρόλος μας είναι κατά βάση ενημερωτικός. Δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης στην κοινότητα. Ο επισκέπτης υγείας ανάλογα με το που θέλει να παρέμβει, διαλέγει ουσιαστικά πληθυσμό-στόχο, και ανάλογα με τον πληθυσμό-στόχο αναδιαμορφώνει το ενημερωτικό του υλικό. Παρεμβαίνει και στην κοινότητα, με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση. Υπάρχουν αρκετά εμπόδια αλλά παρόλα αυτά εν τέλει κάνουμε τη δουλειά μας και αυτό αρκεί.»(ΣΕΥ6)

Αναγνώριση και εκτίμηση έργου

Η αναγνώριση και η εκτίμηση έργου είναι κάτι που απασχολεί όλους τους επαγγελματίες, ειδικότερα τους επισκέπτες υγείας και ο ιδιωτικός τομέας, σύμφωνα με τη ΣΕΥ4 συμβάλλει στην επίτευξη αυτού του σκοπού:

«Ο ιδιωτικός τομέας... άπαξ και έχουν απέναντί τους έναν εργαζόμενο, έναν επισκέπτη υγείας ο οποίος τον βλέπουν και κυρίως οι γιατροί, έτσι; Βλέπουν ότι γνωρίζει, έχει εμπειρία, είναι πρόθυμος και δουλεύει...Η αντιμετώπιση είναι εξαιρετική. Υπάρχει αναγνώριση. Και υπάρχει εκτίμηση για το έργο του.»(ΣΕΥ4)

Άσκηση καθηκόντων

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η άσκηση των καθηκόντων τους χωρίς εμπόδια είναι από μόνη της μια θετική εμπειρία.

«Ο επισκέπτης υγείας θεωρώ ότι είναι ένας πολύ σημαντικός επαγγελματίας υγείας όπως προανέφερα και εννοείται ότι το κομμάτι στο οποίο και δίνω και την μεγαλύτερη βαρύτητα είναι η πρόληψη. Είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό να μπορείς να δουλέψεις ως επισκέπτης υγείας πάνω στην αγωγή υγείας και στην εκπαίδευση.» (ΣΕΥ3)

Η ΣΕΥ5 πιστεύει ότι η κατάκτηση της άσκησης των επαγγελματικών δικαιωμάτων προέρχεται από συνεχή προσωπικό και επαγγελματικό αγώνα.

«Εγώ μέχρι τώρα, στα 35 χρόνια που εργάζομαι δεν είχα τέτοιο πρόβλημα. Δούλευα προς όλες τις κατευθύνσεις και στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση και στη διαχείριση του διαβήτη. Δούλευα και εντός κέντρου και εκτός κέντρου, στην κοινότητα. Επομένως... τουλάχιστον τα επαγγελματικά μου δικαιώματα... τα άσκησα πλήρως. Οπότε έχω ευχάριστες εμπειρίες. Αυτό όμως δεν στο χαρίζει κανείς. Το κατακτάς.»(ΣΕΥ5)

Η ΣΕΥ9 και η ΣΕΥ11 θεωρούν ότι είναι μεγάλη ευκαιρία να μπορείς να δουλέψεις στο αντικείμενο σου, κάνοντας τα καθήκοντά σου:

«Είναι πάρα πολύ καλό κομμάτι αν το δουλεύεις καθαρά. Αν δουλεύεις καθαρά στο δικό σου κομμάτι και αν σε αφήνουν να δουλέψεις καθαρά στο δικό σου κομμάτι. Προσωπικά, με συγγενείς ασθενών ή με ασθενείς ή και με τον φορέα μου τον ίδιο, γραφειοκρατικά δεν έχω κάποιο παράπονο ή πρόβλημα.»(ΣΕΥ9)

Αυτονομία

Η ΣΕΥ10 τόνισε την διττή υπόσταση του επαγγέλματος του επισκέπτη υγείας, όπου μπορεί να εργάζεται και να λειτουργεί ως αυτόνομος επαγγελματίας υγείας αλλά μπορεί και να λειτουργεί ως μέλος σε μια ομάδα που απαρτίζεται και από άλλους επιστήμονες υγείας, συνεισφέροντας στον κοινό στόχο.

«Όπως είπα και προηγουμένως, ο επισκέπτης υγείας μπορεί να απασχοληθεί ως μέλος σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, -αλλά μπορεί και από μόνος του, αυτόνομα. Υπάρχουν πάρα πολύ πολλά κομμάτια τα οποία μπορεί να ασχοληθεί και να αφορούν όλες τις ηλικίες.»(ΣΕΥ10)

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΙΩΜΑΤΑ/ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν συγκριτικά περισσότερες αρνητικές εμπειρίες και αφορούσαν σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη που έχουν οι άλλοι για τον επαγγελματικό τους ρόλο και πώς αυτός επηρεάζει την καθημερινή τους πρακτική.

Μη αναγνωρισιμότητα και σύγχυση επαγγελματικού ρόλου

Η ΣΕΥ1 και η ΣΕΥ10 μεταφέρουν τον έντονο προβληματισμό τους σχετικά με την αναγνωρισιμότητα του επαγγέλματός τους, τόσο στον χώρο εργασίας όσο και στις συνεργασίες τους με το κοινό. Συγκεκριμένα, η ΣΕΥ1 αναφέρει:

«Ο ΕΥ αν και είναι ένα επάγγελμα που είναι αρκετά χρόνια, δεν είναι ιδιαίτερα γνωστός ο ρόλος του στον ελλαδικό χώρο. Συνήθως μας παρουσιάζουν, μας θεωρούν ότι είμαστε οι ιατρικοί επισκέπτες. Κατά κύριο λόγο. Και αυτό δημιουργεί σύγχυση, προβλήματα. Ως επαγγελματίας υγείας, ως επισκέπτρια υγείας αντιμετωπίζουμε έντονο πρόβλημα αναγνωσιμότητας.»(ΣΕΥ1)

Το πρόβλημα της μη αναγνωρισιμότητας του επαγγελματικού τους ρόλου είναι πιο έντονο στην επαρχία, όπως τονίζει η ΣΕΥ10:

«Τουλάχιστον εγώ που είμαι σε μία επαρχιακή πόλη, λέγοντας επισκέπτης υγείας οι πιο πολλοί σε κοιτάνε περίεργα. Δεν σε ξέρουν ως επαγγελματία. Σίγουρα στην αρχή σε αντιμετωπίζουν με δυσπιστία, μετά που βλέπουν πόσο πολύ προσπαθείς να ασχολείσαι μαζί τους, πόσο σε νοιάζει αυτό που λες να γίνεται αντιληπτό και κατανοητό, είναι πολύ πιο εύκολα τα πράγματα. Δηλαδή στην αρχή είναι πολύ δύσκολο να τους προσεγγίσεις, μετά τα καταφέρνεις.»(ΣΕΥ10).

Ασαφή όρια

Ο ΣΕΥ3 αναφέρει ένα συχνό πρόβλημα που βιώνουν αρκετοί εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας, λόγω έλλειψης οργάνωσης των ίδιων των υπηρεσιών και άλλων παραγόντων.

«...θεωρώ ότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες, διότι υπάρχουν κάποια ασαφή όρια σε σχέση με τα καθήκοντα διαφόρων ειδικοτήτων και γενικά υπάρχουν και τα συμφέροντα τα συντεχνιακά να το πω έτσι.»(ΣΕΥ3)

Επαγγελματικός ανταγωνισμός

Η ΣΕΥ9 τονίζει το πρόβλημα της ανταγωνιστικότητας που έχει δημιουργηθεί μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και συνεχίζει να δικαιωνίζεται.

«Υπάρχει μεγάλος ανταγωνισμός με τους άλλους κλάδους. Το ότι μπορούν όμως να δουν έναν επισκέπτη που έχει πολλές γνώσεις, που έχει πολύ μεγάλη όρεξη και να θεωρούν ότι πάει να τους «καπελώσει» σε ένα χώρο εργασίας, αυτό είναι πολύ άσχημο.»(ΣΕΥ9)

Η ΣΕΥ10 αναφέρει το ίδιο πρόβλημα και στον δικό της χώρο εργασίας:

«Το πιο δύσκολο είναι ότι θα χρειαστεί να πάω τουαλέτα ας πούμε και ο νοσηλευτής θα έχει κάνει ήδη το εμβόλιο ή τη δουλειά μου πίσω από την πλάτη μου.»(Σ10)

Και συνεχίζει:

«Στην αρχή για να είμαι ειλικρινής, στεναχωριόμουν πάρα πολύ. Μου έχει συμβεί φυσικά και τα κλάματα να βάλω, να σκεφτώ να αποχωρήσω από τη δουλειά μου για αυτό το λόγο, γιατί ήταν τόσο έντονα τα πράγματα που αισθανόμουν και δεν υπάρχει κανένας λόγος να υπάρχω εκεί. Σιγά σιγά το ξεπέρασα.»(ΣΕΥ10)

Αλλότρια καθήκοντα για κάλυψη αναγκών υπηρεσίας

Το θέμα των αλλότριων καθηκόντων με σκοπό την κάλυψη των αναγκών της κάθε υπηρεσίας, επισημαίνουν οι ΣΕΥ9 και ΣΕΥ11, όπου αναγκάζονται να κάνουν νοσηλευτικές βάρδιες ή να μετακινούνται σε άλλα τμήματα, παραλείποντας το έργο τους ως επισκέπτριες υγείας. Χαρακτηριστικά παραθέτουν:

«Εγώ και πολλοί άλλοι συνάδελφοί μου ενώ έχουμε προσληφθεί στο κομμάτι του εμβολιασμού, αλλά ανήκουμε στη νοσηλευτική υπηρεσία. Κάνουμε και νοσηλευτικές βάρδιες. Και δεν μιλάω τώρα για μια εβδομάδα που μπορεί να τύχει λόγω αδειών. Αυτό εννοείται ότι το κάνεις και δεν είναι παράλογο. Αλλά μιλάω επί καθημερινής βάσεως. Αν τύχει κάτι που εγώ όμως δεν μπορώ να ανταπεξέλθω, νομικά ok, είμαι καλυμμένη. Με την έννοια ότι δεν έπρεπε να είμαι εκεί, έτσι; Αλλά συναισθηματικά; Θα είσαι καλυμμένη αν τύχει κάτι;»(ΣΕΥ9)

«Υπάρχει στη δομή που δουλεύω και το κομμάτι του επισκέπτη υγείας και προσπαθεί να ασκηθεί αλλά δυστυχώς όμως μέχρι ενός ορίου. Είτε αυτό το καθορίζει κάποιος παλαιότερος είτε κάποιος προϊστάμενος είτε ο δήμος είτε το ίδιο το υπουργείο υγείας. Υπάρχουν στιγμές που είμαστε σε ήπιες καταστάσεις και μπορεί ο καθένας να δουλέψει στο αντικείμενο του. Όταν είναι ας πούμε οι εμβολιασμοί σε έξαρση, όταν είναι ο covid γενικά σε έξαρση, τότε όχι. Πάμε ο καθένας σε ότι τμήμα έχει ανάγκη.»(ΣΕΥ11)

Απουσία Δια βίου εκπαίδευσης/ Εξειδίκευσης

Την ανάγκη για επίσημη εκπαίδευση και εξειδίκευση όλων των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των επισκεπτών υγείας, τονίζει ο ΣΕΥ2:

«...δεν υπάρχει θεσμοθετημένο πλαίσιο, δεν υπάρχει θεσμοθετημένη εκπαίδευση. Οι περισσότεροι ότι μαθαίνουμε, τα μαθαίνουμε μόνοι μας, παρακολουθώντας τις εξελίξεις και τις επιστημονικές εκδηλώσεις. Δεν υπάρχει κάποια εξειδίκευση που να λένε καθορισμένα πέντε πράγματα που εφαρμόζουμε στην κλινική πρακτική».(ΣΕΥ2)




Έλλειψη υποδομών

Η έλλειψη σωστών υποδομών δημιουργεί πολλά λειτουργικά προβλήματα και εμποδίζει αρκετούς επαγγελματίες στην άσκηση του έργου τους, όπως στην περίπτωση του ΣΕΥ2.

«Από άποψη επαγγελματική είναι ένα πολύ δύσκολο κομμάτι γιατί δεν υπάρχουν οι αντίστοιχες υποδομές να υποστηρίξουν το έργο μου.» (ΣΕΥ2)

• ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Σε αυτήν την ενότητα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να περιγράψουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην εργασιακή τους καθημερινότητα, προσπαθώντας να εφαρμόσουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, εντοπίστηκαν τρεις κύριες κατηγορίες εμποδίων και αυτές είναι:

-  **Ασθενείς και οικείο περιβάλλον**
-  **Σύστημα υγείας**
-  **Συνεργασίες**

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το πρώτο εμπόδιο που όρισαν οι συμμετέχοντες, είναι οι ίδιοι ασθενείς αλλά και το οικείο τους περιβάλλον (οικογένεια, συγγενείς, σύντροφοι κτλ). Από τις απαντήσεις των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας, προέκυψαν 8 υποκατηγορίες:

- **Δυσπιστία**
- **Μεγάλος όγκος πληροφορίας**
- **Αδυναμία κατανόησης θεραπευτικής οδηγίας**
- **Άρνηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης**
- **Αδυναμία αποδοχής νόσου**
- **Αντίσταση στην τροποποίηση συμπεριφοράς**
- **Έλλειψη/ Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος**
- **Αδυναμία πρόσβασης σε δομές υγείας**

Δυσπιστία

Η ΣΕΥ1 και η ΣΕΥ10 αναφέρουν το θέμα της δυσπιστίας ως ένα σοβαρό εμπόδιο στην ανάπτυξη σχέσης με τους ασθενείς αλλά και με τους φροντιστές τους, όπως επίσης και στην ακολουθία οδηγιών κατά την εκπαίδευση.

«Τώρα με τις οικογένειες και με τους ασθενείς εννοείται ότι θα έχεις θέματα, θα αντιμετωπίζεις μια δυσπιστία, μια στρεσογόνο κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσεις και είναι λογικό»(ΣΕΥ1)

«Καταρχήν αυτό είναι ένα από ένα πολύ δύσκολο κομμάτι που έχεις θίξει τώρα. Και αυτός είναι ο καθημερινός μου αγώνας. Να αναδείξω μέσα από τη δουλειά μου χωρίς πολλά λόγια και χωρίς πολλές τυμπανοκρουσίες, μόνο μέσα από τη δουλειά μου, με πολύ ωραίο τρόπο, ποια είναι η δουλειά του επισκέπτη και τι μπορεί να κάνει. Υπάρχει πολύ μεγάλη δυσπιστία απέναντι στο επάγγελμα το οποίο εγώ εκπροσωπώ. Οπότε ήταν αρχικά πάρα πολύ δύσκολο να πειστούν ότι υπάρχει και αυτό το επάγγελμα.» (ΣΕΥ10)

Όγκος πληροφορίας

Ο ΣΕΥ2 επισημαίνει ότι στην καθημερινή του πρακτική, αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με την μετάδοση μεγάλου όγκου πληροφοριών στους ασθενείς, ιδίως με αυτούς που μόλις διαγνώστηκαν με κάποιο νόσημα και πρέπει να γίνει άμεσα η ενημέρωση και η εκπαίδευση.

«Το βασικότερο είναι η πολλή πληροφορία. Όταν εμείς όλα αυτά τα έχουμε κατακτήσει μετά από διάβασμα και εξειδίκευση και όλα για να φτάσει σε σημείο να τα λες και να τους εκπαιδεύεις... Οπότε αυτά που θες εσύ να τους πεις έχεις μετά την απαίτηση αυτοί σε 10 με 15 λεπτά να τα αφομοιώσουν. Πρώτον, να τα καταλάβουν, να τα αφομοιώσουν και μετά να πάνε στο σπίτι και να τα εφαρμόσουν. Αυτό είναι το πιο δύσκολο από όλα.» (ΣΕΥ2)

Αδυναμία κατανόησης θεραπευτικής οδηγίας

Η ΣΕΥ8 εντοπίζει την αδυναμία της κατανόησης των δοθέντων θεραπευτικών οδηγιών ως ένα βασικό πρακτικό εμπόδιο, που δυσχεραίνει το έργο της. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Κάποιες δυσκολίες είναι κατανόησης. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι δεν κατανοούν.. Δυσκολία αυτό είναι πρακτική περισσότερο, να μην μπορέσεις να μεταδώσεις να αποτελεσματικά αυτό το οποίο λες. Γιατί εκείνη την ώρα το καταλαβαίνουν αλλά είναι μέχρι εκείνη την ώρα.» (ΣΕΥ8)

Άρνηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (ΣΕΥ3, ΣΕΥ4, ΣΕΥ6, ΣΕΥ8 και ΣΕΥ11), παραδέχονται ότι η άρνηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης και συνακόλουθα η τήρηση θεραπευτικών οδηγιών, αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης.

«Κλασσικές δυσκολίες είναι συμμόρφωσης.» (ΣΕΥ8)

Η ΣΕΥ3 προσθέτει στους λόγους της άρνησης, την αδυναμία αντίληψης της σοβαρότητας του προβλήματος τόσο από τους ασθενείς όσο και από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

«...πολλές φορές οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασης τους. Οπότε ουσιαστικά υποτιμούν τις οδηγίες που προσπαθείς να τους περάσεις.. Και φυσικά το οικογενειακό περιβάλλον που επίσης δεν αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της κατάστασης του ανθρώπου που έχουν, και δεν είναι τόσο ενεργοί στο να συνδράμουν και να βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.» (ΣΕΥ3)

Η Σ11 αντιμετωπίζει παρόμοιες καταστάσεις από συγγενείς ασθενών και αναφέρει:

«Επίσης και από συγγενείς συναντάς τύπους που σου λένε ότι πρέπει να πεις κάτι καλό στον άνθρωπο. Αν πεις κάτι διαφορετικό τότε αρχίζουν να λένε «Μην τον αγχώνεις, σταμάτα τι λες και τι κάνεις εκεί!», δεν αντιλαμβάνονται την κατάσταση».(ΣΕΥ11)

Η ΣΕΥ4 θεωρεί ότι ενώ οι ασθενείς την εμπιστεύονται μετά από τόσα χρόνια και δέχονται το έργο που τους προσφέρει μέσω της πρόληψης, δεν ακολουθούν παρόλα αυτά τις θεραπευτικές οδηγίες και δεν τηρούν το πρόγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής τους.

«Το μόνο πρόβλημα είναι στο θέμα της θεραπείας. ...ευτυχώς που μετά από τόσα χρόνια που βρισκόμαστε εδώ έχουμε κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Καταλαβαίνουν ότι κάνουμε σοβαρή δουλειά και ότι κάνουμε δουλειά για αυτούς. Δεν έχουμε κανένα απολύτως πρόβλημα όσον αφορά την πρόληψη. Τη δέχονται την πρόληψη.»(ΣΕΥ4)

Εντοπίζει την δυσκολία κυρίως σε ασθενείς μέσης ηλικίας, με ήδη εγκατεστημένες πεποιθήσεις υγείας και συγκεκριμένο τρόπο ζωής.

«Όμως όσον αφορά για κάποιους που έχουν κάποιο πρόβλημα, η δυσκολία εντοπίζεται ιδίως στις ηλικίες άνω των 55-60 γιατί οι μικρότεροι το καταλαβαίνουν. Οι ηλικίες 55-60 και οι άνθρωποι χαμηλού κοινωνικού στρώματος... ίσως και μόρφωσης... αντιστέκονται στη θεραπεία. Πολλές φορές δεν παίρνουν την θεραπευτική τους αγωγή, πιστεύουν ότι όταν βλέπουν τις μετρήσεις τους σωστές από κάποια στιγμή και μετά, πιστεύουν ότι δεν το χρειάζονται άλλο το φάρμακο και το σταματούν.»(ΣΕΥ4)

Αντίστοιχο πρόβλημα εντοπίζει και η ΣΕΥ11 στην εργασία της:

«Σίγουρα υπάρχει το πατροπαράδοτο «το ξέρω εγώ, δεν είναι ανάγκη να μου λες εσύ». Κυρίως σε ηλικιωμένους είναι πιο έντονο. «Εγώ ξέρω παιδί μου, έχω τόσα χρόνια παραπάνω από εσένα». Έχουν αυτό το στυλ. Βλέπεις αντιδράσεις πάρα πολύ έντονες και αντιστάσεις...»(ΣΕΥ11)

Ο ΣΕΥ6 αναφέρει την σημασία της εγκατεστημένης ψυχικής νόσου στη φαρμακευτική συμμόρφωση και στην τήρηση των οδηγιών. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Με τους ασθενείς. Επειδή όμως εγώ είμαι σε φορέα που κυριαρχεί η ψυχική νόσος, αναγκαστικά θα αναφερθώ στην ψυχική νόσο. Που δυσκολεύει σε όλα. Στο να τηρήσουν ένα πρόγραμμα. Στο να παίρνουν σωστά τα φάρμακα. Να παίρνουν τα φάρμακα στην ώρα τους. Στο να μην παραλείπουν συγκεκριμένα φάρμακα επειδή δεν πιστεύουν ότι δεν θα τους βοηθήσουν. Στο να μην παραμελούν την καρδιολογική τους αγωγή θεωρώντας ότι δεν είναι το κύριο... ότι έλα δεν θα γίνει και κάτι. Στο να υπάρχει συνεχόμενη συμμόρφωση, να μην σταματούν τα φάρμακα μετά από λίγο γιατί θεωρούν ότι κάποια αλλαγή τους πείραξε». (ΣΕΥ6)

Αδυναμία αποδοχής νόσου

Η μη αποδοχή ενός νοσήματος τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον δυσχεραίνει την επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την μετέπειτα πορεία της νόσου, επισημαίνει ο ΣΕΥ6:

«Επίσης, στο συγγενικό περίγυρο υπάρχει μια δυσκολία. Στην επικοινωνία με τον

οικογενειακό περίγυρο. Που οι ίδιοι, αν δεν υπάρχει συννοσηρότητα, οι ίδιοι δυσκολεύονται στο να αποδεχτούν τη νόσο και χρειάζονται ψυχοεκπαίδευση πάνω σε αυτό. Στο να δεχτούν ότι ο άνθρωπός τους νοσεί, είτε ψυχικά είτε καρδιολογικά, εντάξει; Νομίζω αυτό είναι άρρηκτα συνδεδεμένο.»(ΣΕΥ6)

Αντίσταση τροποποίησης συμπεριφοράς

Ο ΣΕΥ3 και η ΣΕΥ5 αναφέρουν την αντίσταση στην τροποποίηση συμπεριφοράς λόγω χρόνιου μη υγιεινού τρόπου ζωής και διαφορετικής νοοτροπίας όσο αυξάνεται το όριο ηλικίας. Ενδεικτικά, αναφέρουν:

«Άλλη δυσκολία είναι ότι οι χρόνιες συνήθειες δε τους είναι εύκολο να μπορούν να τις αλλάξουν οπότε εκεί υπάρχει μια δυσκολία ως προς το να μπορέσεις να περάσεις το μήνυμα. Θα πρέπει να γίνει άμεσα αλλαγή αρκετών συνηθειών»(ΣΕΥ3)

«Δυσκολίες πάντα αντιμετωπίζεις. Όταν έχεις να κάνεις με ηλικίες όπου έχουν εγκατασταθεί συμπεριφορές, δεν τροποποιούνται εύκολα. Αν δεν έχουν υιοθετήσει ή σε πάρα πολύ μικρή ηλικία, αυτά τα βρίσκεις μπροστά σου και θέλει πάρα πολύ δουλειά και συνεχόμενη παρέμβαση για να τροποποιηθούν και όχι πλήρως, μερικώς»(ΣΕΥ5)

Χρονιότητα νοσημάτων

Η χρονιότητα των περισσότερων νοσημάτων όπως είναι τα καρδιαγγειακά, οδηγεί πολλές φορές αγανάκτηση και ψυχικό burnout, με αποτέλεσμα να οδηγούνται πολλές φορές οι ασθενείς σε παραίτηση και εγκατάλειψη τήρησης του θεραπευτικού προγράμματος, όπως πού χαρακτηριστικά τονίζει η ΣΕΥ5:

«Και κάποιοι που μπορεί να το εφαρμόσουν κατά γράμμα ότι έχουμε πει αλλά επειδή αυτό έχει μία χρονιότητα και κουράζονται και μπορεί να σταματήσουν. Να εκεί θα πρέπει να παρέμβεις να επανενεργοποιήσεις όλη τη διαδικασία.»(ΣΕΥ5)

Έλλειψη/ Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Η ΣΕΥ2, ΣΕΥ7 και ΣΕΥ8 επισημαίνουν την αξία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και παραθέτουν τι συμβαίνει όταν αυτό απουσιάζει ή δεν είναι ικανό να στηρίξει τον ασθενή:

«Στα σημαντικά ζητήματα θα ήθελα να βάλω το εξής: ότι υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον. Σε τέτοιες οικίες συναντούμε πολλά ζητήματα. Χώρους σκοτεινούς, χαμηλές κλίνες, ακατάλληλο περιβάλλον, έλλειψη υγιεινής και πολλές φορές και ζητήματα ασφαλείας στους ασθενείς. Ένας ασθενής ο οποίος έχει ζητήματα παράλληλα με τα προβλήματα υγείας που έχει, με τις συννοσηρότητες, με τον διαβήτη, ενδεχόμενα με την καρδιακή ανεπάρκεια κτλ μπορεί να έχει και άνοια. Ή να είναι ένας υπερήλικας και εκεί δεν μπορούμε να έχουμε μία εκπαίδευση έτσι όπως θα πρέπει να ναι. Και εκεί θέλουμε το περιβάλλον του. Όταν δεν υπάρχει περιβάλλον ή όταν ή το περιβάλλον δεν είναι ικανό για φροντίδα ή να ακολουθήσει οδηγίες εκεί έχουμε ιδιαίτερες δυσκολίες».(ΣΕΥ7)

Ο ΣΕΥ2 θέτει και τον προβληματισμό στο ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν αντιλαμβάνονται ότι αν ο ασθενής δεν έχει υποστηρικτικό περιβάλλον, δεν μπορεί να τηρήσει όλα όσα έχει διδαχθεί και πρέπει να ακολουθήσει.

«Επί της ουσίας το πιο έτσι που θα προσδιόριζα εγώ το πιο ανησυχητικό, είναι ότι

πολλά άτομα δεν έχουν την υποστήριξη, κυρίως οι μεγάλοι, δεν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον. Πολύς κόσμος είναι μόνος του και αυτό είναι που δεν εκτιμάται... οι περισσότεροι κοιτάμε αν ήρθε, τον είδαμε, αυτό είναι, γεια σας. Από εκεί και πέρα τώρα ποιος θα κάνει όλα αυτά που λέμε... Αν θα μπορέσει να τα κάνει. Αν έχει τα λεφτά να τα κάνει. Και εκεί πού βρίσκεται, μπορεί να τα κάνει;»(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ8 επισημαίνει ότι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά στην κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών και υπάρχουν λιγότερες παρανοήσεις σε σύγκριση με έναν ασθενή που δεν έχει.

«Τους λες, τους εξηγείς, τους γράφεις αλλά δυστυχώς πολλές φορές δεν έχουν υποστηρικτικό δίκτυο ή υποστηρικτικό περιβάλλον στο σπίτι τους και μέχρι να πάνε στο σπίτι οι άνθρωποι αυτοί πολλές φορές μπερδεύονται». (ΣΕΥ8)



Αδυναμία πρόσβασης σε δομές υγείας

Ο ΣΕΥ2 καταθέτει ένα σημαντικό εμπόδιο στην παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης που αφορά την αδυναμία πρόσβασης των ασθενών σε δομές υγείας, οι οποίοι ζουν σε αποκεντρωμένες περιοχές.

«Αυτοί που είναι σε απομακρυσμένες περιοχές δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση. Οπότε βλέπουμε τώρα ασθενείς μετά από 2 με 2,5 χρόνια, τους είχαμε χάσει εντελώς. Οι οποίοι δυστυχώς έχουνε και απορυθμιστεί ή μπορεί να έχουν εγκατασταθεί οι μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές σε αυτό το διάστημα.» (ΣΕΥ2)

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συμμετέχοντες εντόπισαν αρκετά εμπόδια που σχετίζονται με το σύστημα υγείας και δυσκολεύουν την εφαρμογή στρατηγικών και παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του, μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο υποκατηγορίες:

-  **Μεγάλος όγκος ασθενών/ Μειωμένος χρόνος εκπαίδευσης ασθενών**
-  **Έλλειψη διαχρονικής παρακολούθησης**

Μεγάλος Όγκος Ασθενών/ Μειωμένος χρόνος εκπαίδευσης ασθενών

Το φόρτο εργασίας λόγω μεγάλου όγκου ασθενών είναι ένα πρακτικό εμπόδιο που καλείται να αντιμετωπίσει τόσο ο ΣΕΥ2 όσο και η ΣΕΥ8, κατά την άσκηση του έργου τους. Ο ΣΕΥ2 αναφέρει ότι ο μεγάλος όγκος ασθενών που έρχεται στο χώρο εργασίας του, δυσκολεύει αρκετά την διαχείριση του διαθέσιμου χρόνου εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα να μην δίνεται ο απαραίτητος χρόνος στον ασθενή, προσαρμοσμένος στις νοητικές και συμπεριφορικές ανάγκες του.

«Και ο μεγάλος όγκος των ασθενών. Γιατί αντικειμενικά δεν γίνεται να βλέπεις 50 άτομα και να κάνεις και ποιοτική δουλειά και με τα 50 άτομα σε μια βάρδια, λόγω της πίεσης του χρόνου. Αναγκαστικά δεν έχεις πολύ χρόνο για εκπαίδευση. Ο κάθε ασθενής χρειάζεται το χρόνο του. Έχει διαφορετικά προβλήματα, θέλει διαφορετική προσέγγιση, έχει διαφορετικό χρόνο στην αντίληψη, έτσι; Δεν αντιλαμβάνονται όλοι ότι τους λες με τη μία.»(ΣΕΥ2)

Η ΣΕΥ8 επηρεάζεται διαφορετικά, καθώς δεν τηρείται ποτέ το εργασιακό της ωράριο αφού δεν μπορεί να μοιραστεί ο φόρτος εργασίας:

«Δεν σχολάζω ποτέ στην ώρα μου, σχολάζω πάντοτε πιο αργά. Δεν υπάρχει δηλαδή η δυνατότητα να μοιραστεί ο φόρτος εργασίας και για αυτό προκύπτουν όλα τα προβλήματα.» (ΣΕΥ8)

Έλλειψη διαχρονικής παρακολούθησης

Οι ΣΕΥ2 και ΣΕΥ6 αναφέρθηκαν στα προβλήματα που δημιουργούνται από την έλλειψη διαχρονικής παρακολούθησης των ασθενών λόγω ελλειμάτων του συστήματος υγείας, όπως η υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οι μη επανδρωμένες δομές και η μη συνέχιση της φροντίδας εκτός νοσοκομείων.

«...έτσι όπως διαμορφώθηκαν τα τελευταία τρία χρόνια με τον covid και αυτά... έχει υποβαθμιστεί πάρα πολύ η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλες τις παθήσεις σε σχέση με τη φροντίδα που παρέχεται. Ότι δεν υπάρχει μία συνέχεια στη φροντίδα είναι πολύ βασικό. ...μέχρι να ξαναέρθει στο επόμενο ραντεβού, μετά από 4-5μήνες, αν θα τον δει κανένας κι αν θα τον δούμε, αν όλα αυτά που του είπαμε αν τα κάνει σωστά... Δυστυχώς δεν υπάρχει followup.»(ΣΕΥ2)

Ο ΣΕΥ6 δηλώνει ότι η αδυναμία τακτικής παρακολούθησης πολλές φορές οδηγεί σε υποτροπή του νοσήματος και περαιτέρω επιπλοκές.




«Αυτό που έχω δει εγώ μέχρι στιγμής είναι η δυσκολία στο να βρεθεί κάποιος να αναλάβει να τους υποστηρίξει. Όχι μόνο στο κομμάτι της φαρμακευτικής οργάνωσης αλλά και στο κομμάτι της παρακολούθησης. Αυτό που έχω δει κυρίως είναι ότι οι άνθρωποι δεν έχουν τακτική παρακολούθηση. Ένας λόγος που έχουν υποτροπή, είτε είναι ψυχική είτε είναι σε καρδιολογικό επίπεδο, είναι επειδή σε κανένα επίπεδο, ούτε πρωτοβάθμιο, ούτε δευτεροβάθμιο δεν υπάρχει τακτική παρακολούθηση ή ενημέρωση έστω.»(ΣΕΥ6)

Ακόμα και χρησιμοποιώντας την ίδια του την επαγγελματική ταυτότητα, δυσκολεύεται να εξυπηρετήσει τους ασθενείς στον να τους παραπέμψει σε άλλη αρμόδια ειδικότητα για να αντιμετωπιστεί ένα ζήτημα υγείας.

«Από εκεί και έπειτα σαν επαγγελματίας δυσκολεύομαι όχι μόνο να τους στο να τους βοηθήσω πάνω σε αυτό αλλά και να τους βρω μια τακτική παρακολούθηση. Δεν υφίσταται καν. Είναι πολύ δύσκολο δηλαδή. Κλείνοντας ένα ραντεβού μια φορά ανά τρίμηνο ή ανά εξάμηνο δεν θεωρώ ότι είναι παρακολούθηση. Θεωρώ ότι είναι απλά ένα μικρό συμμάζεμα σ' αυτό.»(ΣΕΥ6)

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι συνεργασίες και σχέσεις είτε εντός διεπιστημονικής ομάδας είτε εκτός, αποτελούν αξιοσημείωτη κατηγορία στη δημιουργία εμποδίων. Μέσα σε αυτήν, εντοπίστηκαν τρεις υποκατηγορίες:

-  **Δυσχερής επικοινωνία**
-  **Διαπροσωπικές συγκρούσεις**
-  **Δυσκολία αποδοχής επαγγελματικού ρόλου στον χώρο εργασίας**

Δυσχερής επικοινωνία

Σημαντικός παράγοντας που δυσχεραίνει το έργο του επισκέπτη υγείας είναι η έλλειψη επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας που καλείται να συνεργαστεί, προς εξυπηρέτηση του ασθενή. Ενδεικτικά, ο ΣΕ6 αναφέρει:

«Και με τους γιατρούς των ασθενών έχω πρόβλημα. Εννοώ τους προσωπικούς. Οι οποίοι, αν υπάρχουν, έτσι; Αν δεν υπάρχουν, καλείσαι να τους βρεις και αν τους βρεις είναι ανά τρίμηνο ή ανά εξάμηνο. Αν καλέσεις σε δημόσιο νοσοκομείο, καλή τύχη. Και εκεί δυσκολεύομαι και εγώ. Δεν μπορώ να κάνω παρέμβαση. Πώς να κάνεις παρέμβαση χωρίς τον θεράπων γιατρό, χωρίς να μπορείς να έχεις μια επικοινωνία μαζί του;»(ΣΕΥ6)

Διαπροσωπικές συγκρούσεις

Η ΣΕΥ9 αναφέρει ως εμπόδιο στην άσκηση του έργου της τις διαπροσωπικές συγκρούσεις εντός της ομάδας, οι οποίες αναπόφευκτα επεκτείνονται και δημιουργούν και λειτουργικά προβλήματα.

«Ότι υπάρχουν κάποια προβλήματα μέσα, υπάρχουν. Όχι με μένα προσωπικά, με συναδέλφους άλλους με άλλους συναδέλφους και αυτό, το ότι υπάρχουν θέματα μεταξύ άλλων συναδέλφων επηρεάζει όλους εμάς τους υπόλοιπους. Επηρεάζει όλη τη λειτουργία της ομάδας... αυτό δημιουργεί κάποια προβλήματα περιφερειακά, δηλαδή επηρεάζει εμάς και σε θέματα ωραρίου ακόμα και σε θέματα όπως σε ποιο δωμάτιο θα κάτσεις, στο τι θα κάνεις εκεί.»(ΣΕΥ9)

Δυσκολία αποδοχής επαγγελματικού ρόλου στον χώρο εργασίας

Ο ΣΕΥ7 επισημαίνει ότι η έλλειψη οργάνωσης και ταξινόμησης κάποιων υπηρεσιών υγείας, δημιουργεί αμφισημία στο που ανήκουν κάποιοι εργαζόμενοι, με αποτέλεσμα να μην αποδέχονται όλες οι υπηρεσίες τον επαγγελματικό τους ρόλο και τα καθήκοντά τους και να τους αναγκάζουν να εκτελούν αλλότρια.

«Ανάλογα σε ποιον φορέα εργάζεσαι. Και ανάλογα το πόσο πιστεύει ο φορέας σου τη δουλειά σου. Είμαστε επαγγελματίες υγείας οι οποίοι, κάποιοι ανήκουν στη Νοσηλευτική υπηρεσία, εμείς οι παλιότεροι δηλαδή που έχουμε διδαχθεί και νοσηλευτική δύο χρόνια, είμαστε και πιο κοντά στη Νοσηλευτική... άλλοι είναι λίγο μακριά από τη νοσηλευτική... και κάποιοι οργανισμοί δυσκολεύονται να αποδεχτούν το ρόλο μας. Και τις δράσεις μας. Κάποιοι συνάδελφοι το πετυχαίνουν με πολύ κόπο, κάποιοι δεν έχουν καταφέρει να το πετύχουν. Όχι πάντα με δική τους ευθύνη.» (ΣΕΥ7)

• ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Στην παρούσα ενότητα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες της έρευνας να περιγράψουν πώς διαχειρίζονται τα κυριότερα προβλήματα που προκύπτουν και τους εμποδίζουν να εφαρμόζουν στρατηγικές και παρεμβάσεις δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης, στον φορέα εργασίας τους. Σύμφωνα με τις δοθείσες απαντήσεις, οι τρόποι διαχείρισης κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κύριες κατηγορίες, παρόμοιες με τα εμπόδια στην προηγούμενη ενότητα. Αυτές είναι:

 **Ασθενείς/ Οικείο Περιβάλλον**

 **Συνεργασίες**

Παρατηρείται ότι απουσιάζει η κατηγορία του συστήματος, καθώς οι συμμετέχοντες δεν έδωσαν κάποια απάντηση που να αφορούσε το πως διαχειρίζονται τα εμπόδια που τους θέτει το ίδιο το σύστημα υγείας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Στην κατηγορία που αφορά τους ασθενείς και τον τρόπο διαχείρισης τους,

προέκυψαν βάση των απαντήσεων τέσσερα υποκατηγορίες, οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- ✚ Έγκυρες γνώσεις και ευθύτητα
- ✚ Συχνή επικοινωνία και διαρκής υποστήριξη
- ✚ Συνεχόμενη παρέμβαση
- ✚ Υπέρβαση εργασιακού ωραρίου

Έγκυρες γνώσεις και ευθύτητα

Η ΣΕΥ1 θεωρεί ηθικό καθήκον να προσφέρει έγκυρες πληροφορίες και να είναι συνεχώς ενημερωμένη με τις τελευταίες εξελίξεις που αφορούν τον τομέα της υγείας και το επάγγελμά της, αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο την παραπληροφόρηση. Θέτει την ειλικρίνεια ως βασικό προσόν στην ανάπτυξη σχέσης μεταξύ ασθενή και επισκέπτη υγείας.

«Προσπαθώ να είμαι όσο το δυνατό καλύτερα ενημερωμένη. Αν δεν είμαι, ζητώ συγγνώμη, και την επόμενη φορά αν μου τεθεί μια ερώτηση που δεν γνωρίζω -γιατί δεν μπορεί ο κάθε επαγγελματίας να είναι παντογνώστης- την επόμενη φορά θα ενημερωθώ και θα απαντήσω σωστά. Γιατί από το να ενημερώσεις και να κατευθύνεις έναν άνθρωπο λάθος, πόσο μάλλον έναν άνθρωπο που έχει υποστεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, το θεωρώ πιο έντιμο». (ΣΕΥ1)

Συχνή επικοινωνία και διαρκής υποστήριξη

Ο ΣΕΥ3 και ο ΣΕΥ6 επισημαίνουν ότι η συχνή επικοινωνία και στήριξη, δρα αποτελεσματικά στη διαχείριση των ασθενών και στην έγκαιρη πρόληψη πιθανών προβλημάτων που αναμένεται να εμφανιστούν. Ο ΣΕΥ3 τονίζει ότι με το να είναι κοντά στον ασθενή, τον βοηθάει να αξιολογεί καλύτερα την κατάστασή του και τις ανάγκες του:

«Προσπαθώ να επικοινωνώ όσο το δυνατόν πιο συχνά, να έχω επαφή με τον ασθενή, ώστε να μπορώ να παρατηρώ αν όντως τηρεί τις συμβουλές τις οποίες έχουμε δώσει. Γενικά προσπαθούμε ο ασθενής να είναι κοντά και στη μονάδα ώστε να έχουμε μια εικόνα και να μπορούμε να αντιληφθούμε αν όντως τηρεί τις οδηγίες που έχει λάβει από εμάς. Να είμαστε δίπλα του ανά πάσα στιγμή». (ΣΕΥ3)

Ο ΣΕΥ6, εξηγεί ότι με την συνεχή επικοινωνία επιτυγχάνει την συμβουλευτική καθοδήγηση.

«Υποστήριξη στους ίδιους. Τους εξηγώ τι είναι σημαντικό. Τους εξηγώ ότι καμία πάθηση δεν είναι πιο σημαντική από την άλλη. Όλα πρέπει να τα βλέπουμε με τον ίδιο βαθμό σοβαρότητας, έτσι; Όπως εξηγώ ότι για το σάκχαρό τους θα πρέπει να παίρνουν τα φάρμακά τους για να έχουν τη μέτρηση της γλυκόζης στο αίμα τους σε φυσιολογικό επίπεδο, το ίδιο ισχύει και για τα ψυχιατρικά φάρμακα θα πρέπει να τα παίρνουν για να ελέγχουν τα συναισθήματά τους. Το ίδιο ισχύει και για τα καρδιολογικά φάρμακα. Θα πρέπει να τα παίρνουν για να είναι σε μια ισορροπία. Να μην κουράζονται εύκολα, να μπορούν να ελέγχουν τον καρδιακό ρυθμό. Να μην έρχονται σε αρρυθμίες.» (ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ5 θεωρεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαχείρισης των προβλημάτων τη συνεχή παρέμβαση, εμπλουτισμένη με στοιχεία του χαρακτήρα της όπως υπομονή και επιμονή.

Συνεχόμενη παρέμβαση

Η ΣΕΥ5 θεωρεί ότι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών είναι να εξοπλιστεί με υπομονή, να επιμένει και να κάνει συνεχείς παρεμβάσεις.

«Με υπομονή, επιμονή και συνεχόμενη παρέμβαση».(ΣΕΥ5)




Υπέρβαση Εργασιακού Ωραρίου

Η ΣΕΥ8 αναφέρει ότι ο μόνος τρόπος να διαχειριστεί τα εμπόδια που προκύπτουν είναι να κάνει υπέρβαση του εργασιακού ωραρίου ώστε να εξυπηρετηθούν οι ασθενείς, που είναι και η προτεραιότητά της.

«Κάνω υπερωρίες. Αυτό, δεν μπορώ να κάνω κάτι άλλο δυστυχώς. Εγώ δηλαδή το αντιμετωπίζω με το να κάθομαι περισσότερη ώρα στη δουλειά, να αφιερώνεις το χρόνο που απαιτείται για να γίνει αυτή η δουλειά. Να εξυπηρετηθούν οι άνθρωποι αυτοί και να μπορέσουν να κάνουν οτιδήποτε θέλουν. Να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα τους. Εγώ δηλαδή έτσι το αντιμετωπίζω.»(ΣΕΥ8)

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ

Στην κατηγορία που αφορά τις συνεργασίες μεταξύ των επισκεπτών υγείας και της διεπιστημονικής ομάδας αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας, πέρα από την ομάδα, ταυτοποιήθηκαν τρεις υποκατηγορίες:

-  **Δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου και ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας**
-  **Ενδυνάμωση επαγγελματικής ταυτότητας μέσω διεκδίκησης επαγγελματικών αντικειμένων**
-  **Προσαρμογή σε συνθήκες**

Δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου και ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας

Τέσσερις από τους έντεκα συμμετέχοντες (ΣΕΥ1, ΣΕΥ3, ΣΕΥ6 και ΣΕΥ7) ανέφεραν τη σημασία της ανάπτυξης της διεπιστημονικής συνεργασίας με κοινό στόχο την βελτίωση της υγείας του ασθενή και την υποστήριξη του οικείου περιβάλλοντός του.

Η ΣΕΥ1 δεν διστάζει να αναφέρει ότι καταφεύγει σε άμεση επικοινωνία με έναν άλλο επαγγελματία υγείας για να διευκολύνει την εξυπηρέτηση του ασθενή.

«Αν είναι κάτι επείγον, ακόμα και εκείνη τη στιγμή, θα κάνω ένα τηλεφώνημα σε έναν άλλο επαγγελματία υγείας ή γιατρό για να ζητήσω μια περαιτέρω βοήθεια όσον αφορά την πληροφόρηση του ατόμου».(ΣΕΥ1)

Ο ΣΕΥ6 προσθέτει την σημασία της προβολής της επαγγελματικής ιδιότητας που ανήκει σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή τομέα υγείας, για διευκόλυνση της επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας.

«Με την επικοινωνία και προσπάθεια συνεργασίας με τους υπόλοιπους. Αν δω ότι κάτι με ξεπερνά, που είναι πολύ συχνό... πχ έχει μια αγχώδη διαταραχή και χρειάζεται ψυχολόγο, θα γίνει παραπομπή σε ψυχολόγο. Κάποιοι γιατροί λέγοντάς τους και την ιδιότητά μου... που βρίσκομαι... και χρησιμοποιώντας το ότι ο επισκέπτης υγείας εντάσσεται στην κοινωνική υπηρεσία του κέντρου, οπότε παίρνω τηλέφωνο λέγοντας ότι είμαι από την κοινωνική υπηρεσία του κέντρου ημέρας... υπάρχει καλή συνεργασία και μπορώ να τους βρω. Αρκετοί δίνουν και τα

προσωπικά τους τηλέφωνα σε κάποια περίπτωση έκτακτης ανάγκης, οπότε έχουμε μια τέτοια συνεργασία.»(ΣΕΥ6)

Ο ΣΕΥ7 επισημαίνει την ανάγκη δημιουργίας υποστηρικτικού δικτύου με όσον το δυνατόν περισσότερες εμπλεκόμενες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, για να παρέχουν ένα ασφαλές και φιλικό περιβάλλον στους ασθενείς, και ειδικά σε αυτούς που δεν έχουν καμία στήριξη από το οικείο περιβάλλον τους. Χαρακτηριστικά, αναφέρει:

«Προσπαθούμε να διασυνδέσουμε τους ασθενείς με υπηρεσίες του δήμου όπως το Βοήθεια στο Σπίτι, με την Κοινωνική υπηρεσία του Δήμου αλλά και με ανεξάρτητες οργανώσεις, μη κυβερνητικές, ακόμα και με την εκκλησία. Και προσπαθούμε να δημιουργήσουμε περιβάλλον όσον το δυνατόν περισσότερο ικανό έτσι ώστε να έχει ο ασθενής καλύτερη φροντίδα, εμείς καλύτερο και αποδοτικότερο περιβάλλον εργασίας με στόχο την καλύτερη έκβαση για τον ασθενή. Με τις καλύτερες εκβάσεις μάλλον για τον ασθενή. Προσπαθούμε να δημιουργήσουμε έναν υποστηρικτικό κλοιό με τις υπηρεσίες που σας είπα.»(ΣΕΥ7)

Παράλληλα, τονίζει τη σημασία της εμπλοκής φροντιστών και άλλων επαγγελματιών υγείας μεμονωμένα, με στόχο την καλύτερη απόδοση φροντίδας στον ασθενή.

«Προσπαθώ να κινητοποιήσουμε κι άλλους επαγγελματίες υγείας, και άλλους φροντιστές έτσι ώστε καλύτερη φροντίδα ο ασθενής.»(ΣΕΥ7)

Ο ΣΕΥ3 προσπαθεί να συμβάλλει στην τόνωση των οικογενειακών δεσμών και τονίζει την σημασία της ενότητας των μελών οικογένειας σε συνάρτηση με την βελτίωση της υγείας του ασθενή και την ψυχική του υγεία.

«Θα πρέπει λοιπόν να είναι ενωμένοι και μαζί σαν οικογένεια, να προσπαθήσουν ο ένας να συνδράμει και να βοηθήσει τον άλλο ώστε να μπορέσουν συλλογικά να επιτύχουν ένα ικανοποιητικό στόχο γιατί αλλιώς δε γίνεται. Να μην αφήσουν δηλαδή τον ασθενή μόνο του σε αυτή την ιστορία.»(ΣΕΥ3)

Ενδυνάμωση επαγγελματικής ταυτότητας μέσω διεκδίκησης επαγγελματικών αντικειμένων

Η διεκδίκηση αντικειμένων εργασίας του κλάδου τους φαίνεται να είναι υψίστης σημασίας για την επαγγελματική ταυτότητα των ΣΕΥ10 και ΣΕΥ11, καθώς μέσω αυτής της διαδικασίας ενδυναμώνουν τον επαγγελματικό τους ρόλο και μπορούν να διαχειρίζονται καλύτερα δύσκολες καταστάσεις. Συγκεκριμένα, η ΣΕΥ10 αναφέρει:

«Γιατί δεν είχα προηγούμενη εμπειρία οπότε μου φαινόταν πάρα πολύ δύσκολα να τα διαχειριστώ όλα αυτά. Το μόνο που βοήθησε είναι ότι έπρεπε να δυναμώσω εγώ η ίδια και να κάνω ακόμα πιο έντονη την παρουσία μου και τα λόγια μου.»(ΣΕ10)

Και συνεχίζει, τονίζοντας τον ρόλο που παίζει η αντίληψη του κάθε επαγγελματία για το επάγγελμα του και πώς αυτός θέλει να το πρεσβεύει:

«Σε αυτό βέβαια, για εμένα, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και το πόσο κάποιος τον ενδιαφέρει το επάγγελμα... το πόσο κάποιος διεκδικεί και ασχολείται... Γιατί για μένα το βασικότερο θέμα είναι να είμαι χρήσιμη στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας σαν επαγγελματίας υγείας. Αυτό είναι το βασικότερο μου κίνητρο.»(ΣΕΥ10)

Η ΣΕΥ11 θεωρεί απαραίτητο να αποφεύγει να ασκεί αλλότρια καθήκοντα και να

διεκδικεί περισσότερα αντικείμενα που αναδεικνύουν τον ρόλο της ως επισκέπτρια υγείας.

«Κάνοντας υπομονή, και προσπαθώντας κάθε μέρα να κάνω πράγματα που πρεσβεύουν το επάγγελμά μου. Να μην αναλώνομαι σε αλλότρια καθήκοντα. Να διεκδικώ για τον κλάδο μου και να δείχνω τι μπορεί να κάνει ένας επισκέπτης υγείας.» (ΣΕΥ11)

Προσαρμογή σε συνθήκες

Η ΣΕΥ9 αναφέρει ως έναν τρόπο διαχείρισης προβλημάτων την εκούσια αποφυγή αντιπαραθέσεων, κρατώντας ουδέτερη στάση και θεωρεί ότι προσαρμόζεται η αντίδρασή της ανάλογα με το πρόβλημα.

«Η που δεν θα μιλήσω και θα κάνω ότι δεν ακούω. Η που αν ζητηθεί η γνώμη μου, θα πω απλά τη γνώμη μου. Ανάλογα την περίπτωση και το πρόβλημα.»(ΣΕΥ9)

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ

Σε αυτή την ενότητα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας να προτείνουν λύσεις που αφορούν το πλαίσιο καρδιακής αποκατάστασης και τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Επιπροσθέτως, τους ζητήθηκε να περιγράψουν τι ενέργειες πρέπει να γίνουν από τη πλευρά του κράτους, όσον αφορά τα παραπάνω ζητήματα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, οι δύο ερωτήσεις συγχωνευτήκαν σε μια ενιαία, καθώς οι συμμετέχοντες ταύτισαν τις ενέργειες της πολιτείας με τις λύσεις που ζητήθηκε να προτείνουν οι ίδιοι. Οπότε διακρίθηκαν εν τέλει 9 κατηγορίες:

- ✚ **Δημιουργία οργανωμένου πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης**
- ✚ **Οργάνωση διαδικασιών και προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης**
- ✚ **Διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης**
- ✚ **Καλύτερη οργάνωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**
- ✚ **Ενίσχυση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακή φροντίδας**
- ✚ **Στελέχωση δομών και υπηρεσιών υγείας**
- ✚ **Περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας**
- ✚ **Ενσωμάτωση υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλεαποκατάστασης και χρήση νέων τεχνολογιών**
- ✚ **Ελεγκτικός μηχανισμός για τήρηση νόμων των επαγγελματικών δικαιωμάτων**

Δημιουργία ολοκληρωμένου πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης

Τέσσερις από τους έντεκα συμμετέχοντες απάντησαν ότι είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης που θα παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες και θα υποστηρίζει τους καρδιαγγειακούς ασθενείς.

«Το ιδανικό θα ήταν να υπήρχε μια δομή, αν όχι κέντρο ημέρας, έστω ένα κέντρο το οποίο θα ασχολείται εξειδικευμένα με τις καρδιολογικές παθήσεις. Να συσταθεί με τις ειδικότητες που προανέφερα. Να συσταθεί με αυτό το στόχο. Να έχει ως πληθυσμό-στόχο τους καρδιοπαθείς».(ΣΕΥ6)

«Η πολιτεία πρέπει με τη σειρά της να θεσμοθετήσει και να οργανώσει τέτοιες

υπηρεσίες ώστε να ενισχυθεί το πλαίσιο καλύτερα»(ΣΕΥ7)

Η ΣΕΥ1 επισημαίνει το γενικότερο πρόβλημα που υφίσταται στον τομέα της αποκατάστασης, που είναι η παντελής έλλειψη στρατηγικών αποκατάστασης, όπως επίσης και η δημιουργία κέντρων καρδιακής αποκατάστασης.

«Χωλαίνουμε στον τομέα της υγείας αλλά και της αποκατάστασης. Θα πρέπει επιτέλους να γίνει μια ουσιαστική, με στρατηγική παρέμβαση του κράτους στην υγεία. Εκτός από στρατηγικές πρόληψης, να σχεδιαστούν στρατηγικές αποκατάστασης. Μιας και μιλάμε συγκεκριμένα για την καρδιακή αποκατάσταση, να γίνουν ενέργειες και εκεί. Να δημιουργηθούν εξειδικευμένες δομές».(ΣΕΥ1)

Η ΣΕΥ10 προτείνει τη δημιουργία μικρών ανεξάρτητων μονάδων καρδιακής αποκατάστασης, επανδρωμένες με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που να προσφέρουν ολοκληρωμένα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης.

«Οπότε να υπήρχαν μικρές μονάδες... να υπήρχανε λίστες με τα ονόματα όλων αυτών που έχουν περάσει διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα.. και αυτές οι μονάδες να τα περιλαμβάνουν όλα. Να μην χρειάζεται ο άνθρωπος μετά ας πούμε να ψάχνει το γιατρό του. Επίσης, ο γιατρός δεν μπορεί να είναι όλες οι ειδικότητες σε μία. Θα σου πει κάποια βασικά πράγματα αλλά αλλιώς θα στα πει μια ομάδα ανθρώπων που έχει ασχοληθεί με αυτό το κομμάτι, που θα σου δώσει όλες τις πληροφορίες που μπορεί να χρειάζεσαι. Και θα σε παρακολουθεί.»(ΣΕΥ10)

Και συνεχίζει, περιγράφοντας το πλαίσιο λειτουργίας τους και τη διασύνδεσή και των τριών επιπέδων πρόληψης μέσω των υπηρεσιών τους:

«...να μπορούν να κάνουν δράσεις και να δίνουν ένα συνολικό πλαίσιο αποκατάστασης, πρόληψης σε όλους αυτούς τους ανθρώπους. Αλλά και να κάνουν πρόληψη και στους ανθρώπους, της ομάδας ανθρώπων που δεν έχουν θέμα. Δηλαδή να πηγαίνουν και εκείνοι που θεωρούνται υψηλού κινδύνου και οι υγιείς και να είναι εξειδικευμένα στα καρδιαγγειακά.» (ΣΕΥ10)

Τέλος, αναφέρθηκε στην σημασία της επανένταξης και της μακροχρόνιας παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων για αποφυγή υποτροπής, όπως χαρακτηριστικά τονίζει:

«Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα. Γιατί ακόμα και να έχουν ενταχθεί θα υπάρξουν φορές που θα παρεκκλίνουν. Μπορεί ένας που έπαθε έμφραγμα ας πούμε, να συνέβη γιατί κάπνιζε πολύ. Και ο άνθρωπος με όλα αυτά τα άγχη, να ξαναρχίσει το τσιγάρο από το πουθενά. Ξανά. Ενώ μπορεί να το έχει κόψει. Πρέπει να είσαι εκεί για να το προλάβεις. Αυτό είναι πρόληψη.»(ΣΕΥ10)

Οργάνωση διαδικασιών και προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης

Ο ΣΕΥ2 επισημαίνει την πραγματική φύση του προβλήματος που είναι η αντίληψη της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία δυσχεραίνουν και την οικονομική κατάσταση της χώρας. Πιστεύει ότι η οργάνωση των υπηρεσιών καρδιακής αποκατάστασης θα ωφελήσει όλα τα επίπεδα και θα βελτιώσει την οικονομία.

«Πρώτο και κύριο να αντιληφθεί το πρόβλημα. Ένα δεύτερο να καταλάβει το πρόβλημα το τωρινό, δηλαδή το ότι ένα έμφραγμα πέραν του κόστους που έχει τη στιγμή της νοσηλείας, όσες μέρες κρατήσει, ότι αυτό σε βάθος πενταετίας δεκαετίας

και επιβίωσης του ασθενούς, τι προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει όλο αυτό.»

Και προσθέτει:

«Δεν ξέρω αν είναι θέμα άγνοιας της πολιτείας γιατί η επιστημονική κοινότητα το γνωρίζει. Το θέμα είναι ότι υπάρχει μεγάλη αναντιστοιχία της επιστημονικής γνώσης με την πολιτική βούληση και τη λήψη αποφάσεων γιατί ο ένας κάνει ιατρική και ο άλλος κάνει πολιτική και οικονομία. Το βασικότερο είναι να αντιληφθούν πραγματικά σε βάθος χρόνου ποια θα είναι τα πολλαπλά οφέλη από την οργάνωση υπηρεσιών και διαδικασιών ώστε να βελτιώσει όσο περισσότερο μπορεί όλο αυτό το πλαίσιο. (ΣΕΥ2)

Διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης

Η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας με αυτών της αποκατάστασης αναφέρθηκε από τέσσερις συμμετέχοντες (ΣΕΥ3, ΣΕΥ5, ΣΕΥ6 και ΣΕΥ10) ως η ιδανικότερη προτεινόμενη λύση.

«... να υπάρχει μια καλύτερη διασύνδεση με τις δομές, σαφώς.»(ΣΕΥ3)

«...να υπάρξει διασύνδεση υπηρεσιών. Και αυτό που λέω είναι ότι φταίει και αυτό στη γενικότερη κατάσταση του συστήματος υγείας» (ΣΕΥ5)

«Στην ουσία μια διασύνδεση των τριών επιπέδων της πρόληψης. Διασύνδεση με νοσοκομεία. Και με βήμα στην κοινότητα.»(ΣΕΥ6)

Η ΣΕΥ10 επισημαίνει ότι δεν αρκεί μια οργάνωση ενός κέντρου καρδιακής αποκατάστασης αλλά να δικτυωθεί με διάφορες υπηρεσίες και φορείς ώστε να προσφέρονται οι μέγιστες υπηρεσίες.

«Λοιπόν σαν χώρα πάσχουμε γενικά στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στην δικτύωση μεταξύ τους. Πολλές υπηρεσίες δεν επικοινωνούν μεταξύ τους οπότε το να οργανώσει κάποιος ένα κέντρο αποκατάστασης είναι πάρα πολύ σημαντικό απλά χρειάζονται πάρα πολλά που πρέπει να γίνουν».(ΣΕΥ10)

Καλύτερη οργάνωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΣΕΥ8 θέτει την βελτιστοποίηση της οργάνωσης των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για να εξυπηρετούνται όλα τα περιστατικά που δεν χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας και με αυτόν τον τρόπο θα επωφελούνται οι δομές καρδιακής αποκατάστασης, καθώς δεν θα έχουν μεγάλο όγκο υπηρεσιών και θα παρέχεται πιο ποιοτική φροντίδα.

«Με ότι μπορεί να συνεπάγεται και να εννοείται από αυτό, καλύτερη οργάνωση Πρωτοβάθμιας. Να μπορούν να αντιμετωπιστούν τα απλά καθημερινά προτού προκύψει κάποιο εξειδικευμένο πρόβλημα και χρειαστεί να παραπεμφθούν στον ειδικό. Σαφέστατα θα μπορούσαν να κάνουν και οι όλοι καλύτερα τη δουλειά τους γιατί θα ήταν πιο ποιοτική εφόσον θα υπήρχε περισσότερη ευχέρεια χρόνου. Θα ήταν πιο ποιοτική η παροχή υπηρεσιών υγείας. Να μην φορτώνει το σύστημα οπότε να παρέχεται εξειδικευμένη βοήθεια στην ουσία σε συγκεκριμένο πλαίσιο.»(ΣΕΥ8)

Ενίσχυση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακή φροντίδας

Ο ΣΕΥ7 υποστηρίζει την ενίσχυση των ήδη υπάρχοντων υπηρεσιών και δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας στην κοινότητα, που εξυπηρετούν ήδη

καρδιαγγειακούς ασθενείς και παρέχουν υπηρεσίες καρδιακής αποκατάστασης.

«Δεν ξέρω αν μπορούν να προκύψουν εξειδικευμένες δομές για την καρδιακή ανεπάρκεια αλλά οι υπηρεσίες που λειτουργούν, η κατ'οίκον φροντίδα, η κατ'οίκον νοσηλεία, μπορούν να εξυπηρετήσουν και να συμβάλλουν στους χρόνους πάσχοντες. Αυτό που θα πρότεινα... είναι η περαιτέρω ανάπτυξη δομών κατ'οίκον φροντίδας, οι οποίες ουσιαστικά θα έχουν στόχο την μετανοσοκομειακή φροντίδα σε χρονίως πάσχοντες, με όλο το πλαίσιο δηλαδή μαζί με την αποκατάσταση τους. Δηλαδή δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη έτσι ώστε να αμβλυνοθούν τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι πάσχοντες και να κλείσουν το κενό το οποίο υπάρχει μεταξύ αυτών των ασθενών στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες». (ΣΕΥ7)

Στελέχωση δομών και υπηρεσιών υγείας

Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με προσωπικό αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα ακόμα και σήμερα, και απασχολεί σε μεγάλο βαθμό την ΣΕΥ1 και τον ΣΕΥ3, καθώς αναγκάζονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας να ασκούν αλλότρια καθήκοντα λόγω της έλλειψης προσωπικού. Συγκεκριμένα, αναφέρουν:

«Θα πρέπει να προσληφθούν άνθρωποι και να επανδρωθούν οι δομές; Είτε αυτές είναι στην πρωτοβάθμια, είτε στη δευτεροβάθμια είτε στην τριτοβάθμια; Γιατί δεν υπάρχουν άνθρωποι. Γιατί έτσι αναγκάζομαστε να κάνουμε αλλότρια. Με αποτέλεσμα να πηγαίνει η δουλειά μας σε δεύτερη μοίρα πολλές φορές». (ΣΕΥ1)

«Από την πλευρά της πολιτείας, το σημαντικό που θα πρέπει να γίνει είναι να ενισχυθούν οι δομές υγείας με προσωπικό. Να καλυφθούν κενά ώστε να μη δημιουργούνται τρύπες με αποτέλεσμα να αναγκάζονται οι επαγγελματίες υγείας με αλλότρια καθήκοντα». (ΣΕΥ3)

Περαιτέρω εκπαίδευση/ εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας

Το θέμα της συνέχισης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας θίγεται από τους ΣΕΥ1 και ΣΕΥ2, όπου μεταξύ άλλων αναφέρουν ότι αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορούν να υποστηρίξουν τον επαγγελματικό τους ρόλο.

Η ΣΕΥ1 προτείνει τη δημιουργία ενός πανελληνίου δικτύου εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας από επίσημο κρατικό φορέα, καθώς η απουσία του δημιουργεί κενά στην γνώση και στην καθημερινή πρακτική τους.

«Να δημιουργηθεί ένα δίκτυο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Εκπαίδευσης. Γιατί δεν είναι ωραίο στο 2022 ας πούμε οι επαγγελματίες να μην έχουν κάποιον οργανωμένο φορέα εκπαίδευσης πάνω σε τέτοια θέματα.» (ΣΕΥ1)

Ο ΣΕΥ2 τονίζει ότι μια κατοχύρωση εξειδίκευσης και άλλων κλάδων πέρα του ιατρικού, θα προσφέρει πολλαπλά οφέλη και στους επαγγελματίες υγείας και στους πολίτες.

«Και από κει και πέρα εξειδίκευση όλων των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με τις καινούργιες κατευθυντήριες, σύμφωνα με την επιστημονική γνώση, σύμφωνα επιστημονικές κατακτήσεις, την ιατρική, την τεχνολογία... Η Βιοϊατρική εξελίσσεται υπερβολικά γρήγορα και εμείς οφείλουμε αν θέλουμε να είμαστε σωστοί επαγγελματίες αλλά και το κράτος σαν κράτος να πει ότι παρέχω αυτά που χρειάζεται στους πολίτες του, για να έχει και σε βάθος χρόνου πολλαπλό όφελος. Πρέπει να είσαι update.» (ΣΕΥ2)

Ενσωμάτωση υπηρεσιών τηλεϊατρικής/ τηλεαποκατάστασης και χρήσης νέων τεχνολογιών

Ο ΣΕΥ2 επισημαίνει την χρησιμότητα των εφαρμογών και τεχνολογικών προϊόντων της τηλεϊατρικής, όταν αυτά εφαρμόζονται στον τομέα της καρδιακής αποκατάστασης, με τη μορφή της τηλεαποκατάστασης. Επιπροσθέτως, τονίζει την συμβολή των επισκεπτών υγείας, κάνοντας χρήση των νέων τεχνολογιών.

«Γιατί δεν υπάρχει μία συνέχεια στη φροντίδα. Εκεί βέβαια μπορεί να βοηθήσει η τηλεϊατρική, με όλα τα καινούργια τεχνολογικά προϊόντα και τις εφαρμογές. Ακόμα και εκεί έχουμε εμείς σαν επισκέπτες υγείας μεγάλο ρόλο, στην τηλεαποκατάσταση. Μπορούμε και εκεί να βοηθήσουμε». (ΣΕΥ2)

Ελεγκτικός μηχανισμός για τήρηση νόμων και των επαγγελματικών δικαιωμάτων

Η ΣΕΥ5 θεωρεί ότι το κράτος, μη τηρώντας τους νόμους και με την απουσία ελεγκτικών μηχανισμών, οδηγεί σε δημιουργία αντιπαραθέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και σε καταπάτηση των επαγγελματικών δικαιωμάτων. Ως προτεινόμενη λύση, αναφέρει τη θέσπιση ελεγκτικών μηχανισμών για τον έλεγχο των νόμων και την τήρηση τους από τις υπηρεσίες, για αποφυγή επικαλύψεων και ασαφειών καθηκόντων στα επαγγέλματα υγείας.

«Η πολιτεία να σεβαστεί τα επαγγελματικά δικαιώματα του καθενός και να τηρήσει κατά γράμμα τους νόμους, οι οποίοι δεν έχουν εφαρμοστεί ποτέ. Αυτό δημιουργεί συγκρούσεις, δημιουργεί αντιπαραθέσεις... Αν το Υπουργείο θέσει συγκεκριμένα πλαίσια που πρέπει να εργάζεται ο κάθε επαγγελματίας υγείας δεν θα υπάρχουν οι προστριβές και διαφωνίες. Ούτε θα αλληλεπικαλύπτονται. Στέλνει τους νόμους ναι, αλλά οι δομές και υπηρεσίες δεν τις εφαρμόζουν. Θα πρέπει λοιπόν όταν νομοθετείς και περνάς νομοσχέδια, να στέλνεις και να επιβεβαιώνεις ότι εφαρμόζονται. Να υπάρχει ελεγκτικός μηχανισμός.(ΣΕΥ5)»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εν λόγω έρευνα προσανατολίστηκε στη διερεύνηση και την καταγραφή των απόψεων και αντιλήψεων, μέσω των εμπειριών τους, των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας που εργάζονται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) και παρέχουν υπηρεσίες δευτερογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης -όπως αυτή ορίζεται στην ΚΑ. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες, με τρόπο ώστε να διευκολυνθεί η απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων και στη συνέχεια η εξαγωγή συμπερασμάτων. Σε αυτό το σημείο συνοψίζονται τα ευρήματα της παρούσας έρευνας με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και γίνεται μια προσπάθεια συσχέτισής τους συγκριτικά με την συναφή βιβλιογραφία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 1: ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΡΟΛΟ ΟΝΤΑΣ ΜΕΛΗ ΜΙΑΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο ήταν το πώς αντιλαμβάνονται οι επισκέπτες υγείας τον ρόλο τους ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας. Το ερώτημα αυτό απαντήθηκε ενδελεχώς εφόσον τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες επισκέπτες υγείας αντιλαμβάνονται τον επαγγελματικό τους ρόλο ως μοναδικό και διακριτό, ότι κατέχουν σημαντική θέση μέσα στην ομάδα, ισότιμοι με τα υπόλοιπα μέλη ως προς τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις και την επαγγελματική τους άποψη, εξυπηρετώντας τους κοινούς σκοπούς της ομάδας με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή. Έχουν στενή και αλληλεξαρτώμενη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη ενώ αποτελούν σύνδεσμο ανάμεσα στη διεπιστημονική ομάδα και τον ασθενή αλλά και με τους άλλους επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται από αντίστοιχες διεθνείς έρευνες των σχετικά με την αντίληψη της επαγγελματικής ταυτότητας των επισκεπτών υγείας, είτε μεμονωμένα είτε μέσα σε ομάδα^{12,165}. Πιστεύουν ότι η άσκηση των επαγγελματικών δικαιωμάτων τους μέσα στην ομάδα αλλά και γενικότερα στο χώρο εργασίας πρεσβεύει τις αρχές του επαγγέλματος, επαληθεύει την επαγγελματική τους ταυτότητα και βοηθά στην ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου. Συνδέουν την επαγγελματική ικανοποίηση με την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων και δικαιωμάτων. Αντίληψη που καθρεφτίζεται και στις έρευνες της Seaman, όπου οι συμμετέχοντες επισκέπτες υγείας έχουν ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα όταν ακολουθούν τις αρχές του επαγγελματικού τους ρόλου, ασκώντας τα επαγγελματικά τους δικαιώματα^{229,230}.

Οι συμμετέχοντες είναι θετικοί με την παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης, καθώς πιστεύουν ότι θα ενισχύσει το ρόλο τους και θα εμπλουτίσει τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και δεξιότητές, ενώ αρκετοί πιστεύουν ότι αποτελεί κομμάτι της επαγγελματικής τους ταυτότητας καθώς περιέχεται στα επαγγελματικά τους δικαιώματα και οι παροχή τους πραγματοποιείται στις δομές της ΠΦΥ. Αντίστοιχα, η έρευνα των Whittaker και συνεργατών, περιγράφει την σύνδεση της

επαγγελματικής ταυτότητας με τον προσανατολισμό στην πρακτική άσκηση²³¹ όπως επίσης και η έρευνα των Cowley και Frost²³².

Η ανάθεση και εκτέλεση αλλότριων καθηκόντων πιστεύουν ότι τους απομακρύνει από τους επαγγελματικούς τους στόχους, μειώνει την απόδοση τους στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και πρόληψης τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην υπηρεσία που εργάζονται λόγω έλλειψης διαθέσιμου χρόνου, δημιουργεί συγκρούσεις με άλλες επαγγελματικές ομάδες και ασάφεια στο αντικείμενο τους ενώ μακροπρόθεσμα αλλοιώνει την επαγγελματική τους ταυτότητα και επηρεάζει τις πρακτικές τους ως επαγγελματίες υγείας. Αντίληψη που επαληθεύεται και από τις έρευνες της Seaman^{229,230}, αλλά και των Cowley και συνεργατών¹⁶².

Οι περισσότεροι έχουν αρμονικές και συνεργατικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας αλλά θεωρούν ότι οι ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, σε στελέχωση εξειδικευμένου προσωπικού με ξεκάθαρα καθήκοντα και ρόλους, οδηγούν σε άσκηση αλλότριων καθηκόντων και αποτελούν το ιδανικό υπόστρωμα για τη δημιουργία επικαλύψεων καθηκόντων και εμποδίων στην ανάπτυξη και διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου. Απόψεις που αντικατοπτρίζονται στις έρευνες των Pollard²³³, Wackerhausen²³⁴ και Adams²³⁵, σχετικά με τη συνεργασία των μελών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα και τα εμπόδια που τις επηρεάζουν. Επιπλέον αναγνωρίζουν ως παράγοντες που εμποδίζουν την ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου την έλλειψη επαγγελματικής αναγνωσιμότητας, την άρνηση αποδοχής του επαγγέλματος τους από άλλη επαγγελματική ομάδα, τα σαφή αλλά όχι αποδεκτά επαγγελματικά όρια και καθήκοντα τόσο από την ίδια την υπηρεσία όσο και από την ίδια την διεπιστημονική ομάδα. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και οι έρευνες της Seaman^{229,230}. Η παρούσα έρευνα προσθέτει ως επιπρόσθετο εμπόδιο ανάπτυξης του επαγγελματικού ρόλου των επισκεπτών υγείας τις αντικρουόμενες απόψεις που έχουν οι ίδιοι οι επισκέπτες υγείας για την άσκηση και φύση των καθηκόντων τους σε ένα πλαίσιο εργασίας, αποτρέποντάς τους να ακολουθήσουν μια κοινή πρακτική.

Ως τρόπους προστασίας της επαγγελματικής ταυτότητας και των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων εντός της ομάδας προτείνουν την ανάπτυξη τεχνικών επικοινωνίας και γόνιμου διαλόγου, την υποστήριξη μέσω νόμιμων διαδικασιών (νομοθεσίας, προσφυγή σε ανώτερη αρχή), την οριοθέτηση, την ανάδειξη του έργου τους, τη μείωση του χρόνου άσκησης αλλότριων καθηκόντων, την ανάπτυξη αλληλεγγύης και διεπιστημονικής συνεργασίας και την ενίσχυση της επαγγελματικής ταυτότητας μέσω δια βίου εκπαίδευσης και εμπλουτισμού γνώσεων. Η σημασία της εκπαίδευσης και η σύνδεση με την επαγγελματική ταυτότητα περιγράφεται παρομοίως στην έρευνα της Seaman²²⁹ και συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Ένας μόνο επισκέπτης υγείας δήλωσε ότι δεν χρειάζεται προστασία της επαγγελματικής ταυτότητας καθώς πιστεύει ότι οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της αποφέρουν εποικοδομητικά στοιχεία που μακροπρόθεσμα ωφελούν την δυναμική και την απόδοση της ομάδας, εύρημα που συμφωνεί με την διεθνή βιβλιογραφία^{236,237}.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 2: ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η σχέση των ΕΥ με τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε επίπεδο δευτερογενούς

πρόληψης σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων χαρακτηρίζεται ως άμεση, στενή και αλληλένδετη. Πιστεύουν ότι ο ρόλος τους θα ενισχύσει τις στρατηγικές πρόληψης και θα αποτελέσει ισχυρό σύμμαχο στην αντιμετώπιση και διαχείρισή των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πιστεύουν επίσης ότι ο ρόλος τους αφορά σε μεγάλο βαθμό τη διασύνδεση της διεπιστημονικής ομάδας και του θεράποντα γιατρού με τον ασθενή και την οικογένεια αλλά και την ευρύτερη κοινότητα. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι συμβάλλουν μέσω της εκπαίδευσης, της καθοδήγησης, της διαχείρισης συννοσηροτήτων και της διαρκής επαναξιολόγησης πρακτικών και δεξιοτήτων του ασθενή. Όλες οι παραπάνω απόψεις συμφωνούν με τα ευρήματα των ερευνών των Bush¹², Salisbury¹⁷⁶ και Firth^{18,177}.

Επιπλέον, συμμετέχουν στην πρόληψη επανεμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου και των επιπλοκών, ανιχνεύουν ασθενείς υψηλού κινδύνου και πραγματοποιούν παρεμβάσεις αγωγής και προαγωγής υγείας, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και από την έρευνα των Curples και συνεργατών¹¹.

Τέλος, αντιλαμβάνονται την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ ως σύνολο στρατηγικών πρόληψης επανεμφάνισης του καρδιαγγειακού συμβάματος μέσω της εκπαίδευσης, στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου και μέσω εξειδικευμένων παρεμβάσεων πρόληψης και αγωγής υγείας, όπως ομοίως παρατηρείται και στην έρευνα της Salisbury¹⁷⁶.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 3: ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ -ΟΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι συμμετέχοντες επισκέπτες και επισκέπτριες υγείας πιστεύουν ότι οι εξειδικευμένες παρεμβάσεις των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ, έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, συμβάλλουν στην βελτιστοποίηση της ρύθμιση της νόσου τους και των συννοσηροτήτων ενώ η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων αυξάνουν την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της νόσου και βοηθάνε στην αποδοχή της, συμφωνώντας με τη διεθνή βιβλιογραφία^{5,8}.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 4: ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΘΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΥΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παρατηρήθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων απουσία γνώσεων ή ανεπαρκείς γνώσεις, βασιζόμενες σε εμπειρικά δεδομένα και εικασίες σχετικά με την ύπαρξη και λειτουργία των προγραμμάτων ΚΑ στην Ελλάδα. Δεν γνώριζαν ούτε ποια στελέχωση προβλέπεται για τη διεξαγωγή των προγραμμάτων ούτε ποια ακριβώς είναι η δομή τους και η μοναδική επισκέπτρια υγείας που είχε γνώση αυτών των προγραμμάτων ήταν μέσω προσωπικής εμπειρίας, από συγγενικό πρόσωπο. Παρόλα αυτά, αντιλαμβάνονται την ΚΑ ως αποκατάσταση λειτουργίας καρδιάς μετά από το καρδιαγγειακό συμβάν μέσω εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση της αυτοφροντίδας, συνδέοντας την άμεσα με την επαγγελματική τους ταυτότητα. Αποδέχονται το ρόλο τους στην ΚΑ καθώς οι περισσότεροι πιστεύουν ότι έγκειται στα επαγγελματικά τους δικαιώματα και καθήκοντα και μπορούν να υποστηρίξουν το ρόλο τους ως μέλη της ομάδας ΚΑ. Κάποιοι

προσανατολίζονται περισσότερο στην πρωτογενή πρόληψη παρόλο που πιστεύουν ότι μπορούν να υποστηρίξουν το ρόλο τους στην ΚΑ.

Η πλειοψηφία θεωρεί πεδίο δράσης του ΕΥ την κοινότητα και το σπίτι οπότε θεωρούν ότι ο ρόλος τους θα απέδιδε περισσότερο και θα είχε περισσότερες δυνατότητες ανάπτυξης και μεγαλύτερης συμβολής στην εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Κάποιοι θεωρούν ότι ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του επαγγέλματός τους, τους δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξουν τον ρόλο τους και στις δύο φάσεις, χωρίς να περιορίζεται από το πλαίσιο. Αντίστοιχες απόψεις περιγράφονται και στην έρευνα της Bush όπου διερευνάται ο ρόλος των επισκεπτών υγείας στην ΚΑ¹².

Κοινή αντίληψη όλων των συμμετεχόντων ήταν ότι η συμβολή του ΕΥ στην ΚΑ έγκειται στην εκπαίδευση τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος, στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, στη διασύνδεση των υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας, στο συντονισμό της ομάδας ΚΑ, στη δημιουργία κατάλληλης και εξατομικευμένης εκπαιδευτικής θεματολογίας σε συνεργασία με την ομάδα ΚΑ, στη συμβουλευτική με στόχο την τροποποίηση συμπεριφορών υγείας και στη διενέργεια προσυπνωματικών ελέγχων για ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου ή που χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Όλες οι παραπάνω απόψεις περιγράφονται ομοίως στην έρευνα της Salisbury¹⁷⁶ και του Campbell¹⁴.

Όσον αφορά τη θεματολογία των προγραμμάτων ΔΠ στην ΚΑ ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην εξειδικευμένη άσκηση και υγιεινή διατροφή, στην απώλεια βάρους για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των παραγόντων κινδύνου, στους τακτικούς ελέγχους και στη συνεχόμενη παρακολούθηση, στη διαχείριση συννοσηροτήτων, στην συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή αλλά και στη ψυχική υγεία, με την ψυχολογική υποστήριξη. Τα συγκεκριμένα ευρήματα συμφωνούν με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες^{2,16,65}. Τέλος, περιέγραψαν την στελέχωση των προγραμμάτων ΚΑ με βάση την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας τονίζοντας τον ρόλο του ΕΥ ως αναπόσπαστο μέλος της ομάδας ΚΑ μαζί με τον γιατρό, τον διαιτολόγο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τον νοσηλευτή. Κάποιοι περιέγραψαν τη στελέχωση της εξωνοσοκομειακής ΚΑ προσθέτοντας την ειδικότητα του οικογενειακού γιατρού και του γυμναστή στην ομάδα ΚΑ.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 5: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΒΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΝΤΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

Ο διαχωρισμός των εμπειριών έγινε με θετικό και αρνητικό πρόσημο. Στα θετικά βιώματα συγκαταλέγονται η επαγγελματική ικανοποίηση, η αναγνώριση και η εκτίμηση έργου ως ΕΥ από τρίτους, η άσκηση καθηκόντων με βάση τα επαγγελματικά δικαιώματα και ο βαθμός αυτονομίας. Αντίστοιχες έρευνες συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, συνδέοντας την αυτονομία με την επαγγελματική ικανοποίηση και προσδίδοντας τους το πρόσημο της θετικής εμπειρίας, όπως των Seaman²²⁹, Wilesky²³⁸ και Hedai²³⁹. Στα αρνητικά βιώματα, περιλαμβάνονται όλες οι δυσκολίες και τα εμπόδια που συναντούν στην καθημερινή εργασιακή τους πρακτική. Αυτά αφορούν την αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου από τρίτους (μη αναγνωρισιμότητα, μη αποδοχή, σύγχυση), τον επαγγελματικό ανταγωνισμό με άλλον επαγγελματία ή επαγγελματική ομάδα π.χ νοσηλευτές, την απουσία μιας οργανωμένης δια βίου εκπαίδευσης, τα ασαφή επαγγελματικά όρια, ο

περιορισμός του ρόλου ως μονοδιάστατος και τα αλλότρια καθήκοντα για την κάλυψη αναγκών. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας καθρεφτίζονται και στα ευρήματα πολλαπλών ελληνικών ερευνών, όπου περιγράφονται η διεπιστημονική συνεργασία και οι συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με άλλους επαγγελματίες υγείας και πως αυτές αποτελούν εμπόδια στην καθημερινή κλινική πρακτική τους^{135,145,240}.

Τα εμπόδια που συναντούν κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης αφορούν τους ασθενείς και το οικείο περιβάλλον τους, το σύστημα υγείας και τις συνεργασίες των επισκεπτών υγείας με άλλους επαγγελματίες υγείας εντός και εκτός ομάδας ΚΑ. Όσον αφορά τους ασθενείς, η αδυναμία κατανόησης θεραπευτικής οδηγίας λόγω μεγάλου όγκου εξειδικευμένων πληροφοριών, η άρνηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης, η αδυναμία αποδοχής νόσου, η αντίσταση στην τροποποίηση συμπεριφοράς και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος που ευθύνεται με τη σειρά της για όλα τα παραπάνω εμπόδια και επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Όσον αφορά το σύστημα υγείας εντοπίζονται δύο κύρια προβλήματα όπως ο μεγάλος όγκος ασθενών που αναπόφευκτα οδηγεί σε μείωση του χρόνου της εκπαίδευσης των ασθενών και η έλλειψη διαχρονικής παρακολούθησης και κατ' επέκταση συνέχισης της φροντίδας. Όλα τα παραπάνω συμφωνούν με πλήθος ερευνών τόσο στην ελληνική^{50,57,82} όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία^{4-5,7-9}.

Οι επισκέπτες υγείας, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, διαχώρισαν σε δύο κύριες κατηγορίες τους τρόπους αντιμετώπισης των καθημερινών τους προβλημάτων και αφορούν τόσο τους ασθενείς και το οικείο περιβάλλον τους όσο και τις συνεργασίες. Παρατηρείται ότι απουσιάζουν οι τρόποι διαχείρισης προβλημάτων από το σύστημα υγείας. Όσον αφορά τους ασθενείς, πιστεύουν ότι οι έγκαιρες γνώσεις και η ευθύτητα απέναντι στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, αυξάνει το αίσθημα εμπιστοσύνης και την επαγγελματική αξιοπιστία, όπως επίσης και η συχνή επικοινωνία, η διαρκής υποστήριξη και η συνεχόμενη παρέμβαση. Μια επισκέπτρια υγείας ανέφερε ότι έχοντας ως επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή, η υπέρβαση ωραρίου αποτελεί σημαντικό τρόπο επίλυσης. Όσον αφορά τις συνεργασίες μόνο μέσα από τη δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου και την ανάπτυξη της διεπιστημονικής συνεργασίας, την ενδυνάμωση της επαγγελματικής ταυτότητας μέσω της διεκδίκησης των επαγγελματικών αντικειμένων αλλά και τη προσαρμογή στις εκάστοτε συνθήκες, επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση των επαγγελματικών δυσκολιών.

Οι ΕΥ ταύτισαν τις προτεινόμενες λύσεις που τους ζητήθηκαν με τις κινήσεις του κράτους και τις προσπάθειες αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργούνται από το μη οργανωμένο πλαίσιο ΚΑ, από την έλλειψη στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης, από την μη συνέχιση παροχής φροντίδας μετά το νοσοκομείο. Πρότειναν τη δημιουργία ενός οργανωμένου πλαισίου ΚΑ, την οργάνωση των διαδικασιών και των προγραμμάτων ΚΑ, την διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης, την καλύτερη οργάνωση της ΠΦΥ, την ενίσχυση των δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας, την επαρκή στελέχωση των δομών και υπηρεσιών υγείας και την επιτακτική ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας για να μπορούν αν υποστηρίξουν το ρόλο τους σε οπουδήποτε πλαίσιο. Επιπροσθέτως, η ενσωμάτωση υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλεαποκατάστασης

όπως και η χρήση νέων τεχνολογιών θα βελτιώσουν και θα ενισχύσουν τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας όπως οι ΕΥ. Τέλος, επισήμαιναν την σημασία της ύπαρξης ελεγκτικού μηχανισμού για την τήρηση των νόμων και την αποφυγή καταπάτησης των επαγγελματικών δικαιωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεγαλύτερη δυσκολία για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν να βρεθεί ελεύθερος χρόνος για να λάβουν χώρα οι συνεντεύξεις, λόγω φόρτου εργασίας. Καθώς και η ερευνήτρια είναι επισκέπτρια υγείας, όπως και οι συνεντευξιαζόμενοι, το ωράριο εργασίας ήταν με τους περισσότερους συμμετέχοντες κοινό, οπότε δεν ήταν δυνατό να οριστεί συνάντηση μέσα την εβδομάδα, εντός εργασιακού ωραρίου. Οι μόνες διαθέσιμες ώρες για να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις ήταν πριν ή μετά το πέρας της εργασίας, γεγονός που δυσκόλευε τις συναντήσεις, διότι δεν ήταν εύκολο και βολικό για όλους να αφιερώσουν χρόνο από τον -ήδη- ελάχιστο ελεύθερο χρόνο τους για τη συνέντευξη, ενώ η γεωγραφική διασπορά του δείγματος δυσχέραινε περισσότερο την ομαλή διαδικασία των συνεντεύξεων, καθώς ήταν αδύνατο να καλυφθεί η χιλιομετρική απόσταση μέσα στο διαθέσιμο χρόνο .

Η ερευνήτρια όφειλε να προσαρμοστεί στα δεδομένα του προγράμματος του εκάστοτε ερωτώμενου. Έτσι, οι συναντήσεις που καθορίστηκαν έπρεπε να γίνουν με την συγκατάθεση των ερωτώμενων, στα μέρη και τις ώρες που όριζαν εκείνοι. Η ερευνήτρια, επίσης, προσέφερε εναλλακτικές λύσεις για την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων όπως βιντεοκλήση ή τηλεφωνική επικοινωνία, ώρες που επίσης εξυπηρετούσαν τους συνεντευξιαζόμενους. Τελικά, σε μεγάλο ποσοστό, δηλαδή οι 8 στους 11 συμμετέχοντες, επέλεξαν εν τέλει την τηλεφωνική επικοινωνία.

Αναφορικά με τους περιορισμούς που μπορεί να αντιμετώπισε η συγκεκριμένη έρευνα, μπορούμε να αναφέρουμε πως πιθανόν η επαγγελματική ταυτότητα της ερευνήτριας να λειτούργησε ως τέτοιος. Λειτουργώντας μέσα στον ίδιο επαγγελματικό χώρο και έχοντας, ενδεχομένως, και προσωπική επαφή με κάποιους συνεντευξιαζόμενους, πιθανόν να χρειάστηκε περισσότερος χρόνος και κόπος για να πειστούν όλοι για το ασφαλές πλαίσιο και το αμιγώς ερευνητικό κίνητρο μίας τέτοιας διαδικασίας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το δείγμα της έρευνας είναι σχετικά μικρό και αποτελείται από επισκέπτες υγείας που εργάζονται σε πολλά και διαφορετικά αντικείμενα, οπότε σημαίνει ότι δεν θα ήταν αντικειμενικό το να αναγάγουμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα στον γενικό πληθυσμό του επαγγέλματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις των επισκεπτών/τριων υγείας ως προς τη συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη αλλά και την σημασία της τελευταίας σε ένα πρόγραμμα ΚΑ. Επιπροσθέτως, εξετάστηκαν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης και αποκατάστασης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, καθώς δεν υπάρχει αντίστοιχη βιβλιογραφική αναφορά για τη σχέση του επισκέπτη υγείας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα και τα εμπόδια που καλούνται να αντιμετωπίσουν στην καθημερινή τους πρακτική. Παρατηρούνται ελάχιστες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία, και απουσία της συγκεκριμένης θεματολογίας κατά την τελευταία δεκαετία.

Η έρευνα ανάδειξε έναν αριθμό προβληματισμών και ευκαιριών για μελλοντική έρευνα, και εκεί έγκειται η χρησιμότητά της. Μέσω της έρευνας αναδείχθηκε ο πολυδιάστατος ρόλος των ΕΥ στην Ελλάδα, από τις προσωπικές μαρτυρίες των συμμετεχόντων και την περιγραφή των επαγγελματικών τους πρακτικών. Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε η αναγκαιότητα ύπαρξης των επισκεπτών/τριων υγείας ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ΚΑ, συμβάλλοντας στην καλύτερη δυνατή και ολιστική φροντίδα των καρδιαγγειακών ασθενών και στην προώθηση της δευτερογενούς πρόληψης. Λόγω της αναμφισβήτητης και πολύτιμης σχέσης του ΕΥ με την οικογένεια και την κοινότητα, προτείνεται επιπροσθέτως η συμμετοχή των ΕΥ σε προγράμματα ΚΑ που αφορούν και παιδιατρικό πληθυσμό.

Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει, ότι παρόλο που οι επισκέπτες υγείας είναι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν όλα τα προσόντα και το θεωρητικό υπόβαθρο να απασχοληθούν στον τομέα της καρδιακής αποκατάστασης, εντούτοις δεν συμβαίνει στην Ελλάδα. Αξίζει να αναφερθεί, ότι ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ΚΑ περιγράφεται ξεκάθαρα σε δύο μόνο ξενόγλωσσες έρευνες^{12,176}, ενώ δεν έχει διεξαχθεί καμία αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα λόγω έλλειψης οργανωμένου πλαισίου ΚΑ και απουσίας εργασιακής απασχόλησης των επισκεπτών υγείας στα ήδη υπάρχοντα κατακερματισμένα προγράμματα ΚΑ, τόσο στον ιδιωτικό τομέα όσο και στο δημόσιο. Μέσω της παρούσας έρευνας εμπλουτίστηκε τόσο η ελληνική όσο και η ξενόγλωσση βιβλιογραφία, και μειώθηκε η υφιστάμενη απόσταση ανάμεσα στο βιβλιογραφικό κενό που συναντάται και την υπάρχουσα γνώση, σχετικά με το ρόλο και τη συνεισφορά του επισκέπτη υγείας μέσω των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ αλλά και τα οφέλη από τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα.

Με βάση τα παραπάνω, διαπιστώθηκε, η ανάγκη για δημιουργία ενός οργανωμένου πλαισίου ΚΑ, που θα παρέχει υπηρεσίες πρόληψης σε ευρύτερο πληθυσμό-στόχο, προωθώντας την έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας, με επίκεντρο τη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, προτείνεται η ενίσχυση των υπαρχουσών δομών υγείας και αποκατάστασης με επισκέπτες υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης και συμβάλλοντας στην ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος έργου.

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν διαθέσιμες ελληνικές έρευνες που να αναδεικνύουν το ρόλο του ΕΥ σε όλα τα αντικείμενά του όπως η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων ή η εκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους. Παρατηρείται μικρός αριθμός βιβλιογραφικών ερευνών που εστιάζουν στις πρακτικές αλλά και στα βιώματα των ΕΥ και αυτές επικεντρώνονται κυρίως στην ΠΦΥ και την πρωτογενή πρόληψη. Συνιστάται να διεξαχθεί μια πολυκεντρική έρευνα για καταγραφή πρακτικών και τομέων εργασίας των επισκεπτών υγείας, σε μεγαλύτερη κλίμακα αλλά και των αντιλήψεων τους σχετικά με τον ρόλο τους, μέσω μικτών μεθόδων, ώστε να υπάρχει αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος του συγκεκριμένου επαγγελματικού κλάδου και ποικιλομορφία απόψεων.

Παρόλο που η διεπιστημονική συνεργασία και η διεπιστημονική ομάδα είναι σημαντικές στην διαχείριση του ασθενούς και στην ποιότητα ζωής του, δεν υπάρχουν διαθέσιμες έρευνες που να διερευνούν τη σχέση του ΕΥ με άλλα επαγγέλματα υγείας, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές αλλά και τη θέση και συνεισφορά του επισκέπτη υγείας στη διεπιστημονική ομάδα. Συνεπώς, προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα του ρόλου του επισκέπτη υγείας με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Υπάρχουν αναρίθμητες διεθνείς έρευνες σχετικά με την σχέση της δευτερογενούς πρόληψης και της ΚΑ και τα οφέλη που προκύπτουν για τους καρδιαγγειακούς ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και για την κοινότητα, σε αντίθεση με την ελληνική βιβλιογραφία, όπου είναι ελάχιστες οι αναφορές και οι περισσότερες επικεντρώνονται στην ευεργετική δράση της φυσικοθεραπείας. Προτείνεται, λοιπόν, περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης και της ΚΑ, από τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε αυτά.

Τέλος, ένα σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η ανάδειξη της αναγκαιότητας για δια βίου εκπαίδευση και εξειδίκευση από επίσημους φορείς, ώστε να εξελιχθεί ο επαγγελματικός ρόλος του κάθε επαγγελματία υγείας και να ενισχυθεί το μοντέλο της διεπιστημονικής ομάδας, προσφέροντας μέγιστα οφέλη τόσο στον ασθενή όσο και στην κοινότητα. Με βάση το παραπάνω εύρημα, συνίσταται δημιουργία πιστοποιημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και εξειδίκευσης για όλους τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΝΟΨΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

Οι επισκέπτες υγείας αποδέχονται τον ρόλο τους στην ΚΑ αρκεί να ασκούν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα, να έχουν σαφείς και ξεκάθαρους ρόλους όπως και τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ΚΑ, να αντιμετωπίζονται ως ισότιμα μέλη και να τους δίνεται η δυνατότητα να προσφέρουν στο μέγιστο της υπηρεσίες τους, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας υγείας του ασθενή μέσω της τροποποίησης των συμπεριφορών υγείας του. Οι ΕΥ επιθυμούν να είναι μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας ώστε να συμβάλλουν στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας, η οποία με την προσθήκη τους εμπλουτίζεται με νέα επαγγελματικά αντικείμενα και καινούργιες κλινικές δεξιότητες. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενσωμάτωσή τους είναι η διάθεση για συνεργασία και η δέσμευση όλων των μελών στην επίτευξη των κοινών τους στόχων, προς όφελος του ασθενή.

Δεν επιθυμούν να απομακρύνονται από την ουσία της επαγγελματικής τους ταυτότητας, που είναι το τρίπτυχο της πρόληψης, της αγωγή υγείας και της εκπαίδευση των ασθενών, ενώ θεωρούν ότι θα έχουν μεγαλύτερη και καλύτερη επαγγελματική απόδοση στην εξωνοσοκομειακή φάση των προγραμμάτων ΚΑ, όπου θα επιβεβαιώνουν τον ρόλο τους ως συνδυαστικό κρίκο ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στους ασθενείς, και κατ'επέκταση στην κοινότητα, με τις κατόικον επισκέψεις. Διευρύνοντας την παροχή υπηρεσιών τους μέσω της δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ, διευρύνουν και τον ωφελούμενο πληθυσμό μέσω της επέκτασης του φάσματος της πρόληψης και συμβάλλουν στην συνέχιση της παρακολούθησης και φροντίδας των ευπαθών ομάδων, μειώνοντας τις ανισότητες στην υγεία. Η εκπαίδευση στη χρήση νέων τεχνολογιών και η συμμετοχή τους στα προγράμματα καρδιακής τηλεαποκατάστασης, θα ενισχύσουν τις προαναφερθείσες προσπάθειες, ενώ θα εξελίξουν το επαγγελματικό τους ρόλο σύμφωνα με τις επιταγές της σύγχρονης εποχής.

Θεωρούν ότι η δευτερογενής πρόληψη αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ΚΑ, οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή αλλά και του οικείου περιβάλλοντος, ενώ είναι λιγότερο επεμβατική και οι δράσεις της είναι μακροχρόνιες. Η δευτερογενής πρόληψη μπορεί να ενισχυθεί με τον εμπλουτισμό των ομάδων ΚΑ με κατάλληλους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας όπως οι ΕΥ, οι οποίοι θα προωθούν την ουσία και το έργο της στην κοινότητα. Οι ΕΥ φάνηκε ότι έχουν άμεση ανάγκη για συνεχόμενη εκπαίδευση και πιστοποίηση δεξιοτήτων, για ενδυνάμωση του επαγγελματικού τους ρόλου και εξέλιξη των επαγγελματικών τους πρακτικών και δεξιοτήτων. Μέσω της εκπαίδευσης και την αποκόμιση νέων γνώσεων και ικανοτήτων, ωφελείται τόσο η διεπιστημονική ομάδα όσο και το κοινωνικό σύνολο, καθώς η ποιότητα του επιπέδου παροχής υπηρεσιών αυξάνεται.

Τέλος, η ΚΑ είναι το ιδανικό επαγγελματικό πλαίσιο για ανάδειξη του ρόλου του ΕΥ και της αύξησης της αναγνωρισιμότητας του επαγγελματικού τους κλάδου, συνδέοντας ενδονοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό επίπεδο, προωθώντας την αγωγή υγείας. Ο ΕΥ με βάση τα επαγγελματικά του προσόντα και τις εξειδικευμένες γνώσεις του στον τομέα της πρόληψης, καθίσταται ο ιδανικός υποψήφιος επαγγελματίας υγείας για να στελεχώσει την ομάδα ΚΑ και να ενισχύσει τον ρόλο της δευτερογενούς πρόληψης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (non communicable diseases) αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως, γεγονός που οδηγεί στην επιτακτική ανάγκη ύπαρξης προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, παρέχοντας υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης, μέσω διεπιστημονικής ομάδας, με σκοπό την μείωση των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νόσων και της επανεμφάνισης καρδιακών συμβαμάτων. Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί βασικό πάροχο τέτοιων υπηρεσιών πρόληψης και αναπόσπαστο μέλος διεπιστημονικής ομάδας, τόσο σε ενδονοσοκομιακό όσο και σε εξωνοσοκομιακό επίπεδο.

Σκοπός: Η διερεύνηση των απόψεων, των αντιλήψεων και των εμπειριών των επισκεπτών/τριών υγείας για το ρόλο τους στην καρδιακή αποκατάσταση.

Υλικό και μέθοδος: Ακολουθήθηκε ποιοτική προσέγγιση και συγκεκριμένα διερευνητική και περιγραφική έρευνα, ακολουθώντας το παράδειγμα του Hunter²⁹ σε δείγμα 11 επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας από δημόσιες και ιδιωτικές δομές, πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς περίθαλψης, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Οι απαντήσεις επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν μέσω της μεθόδου της θεματικής ανάλυσης και κατόπιν κατηγοριοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν τα δεδομένα ανά θεματικό άξονα, με στόχο την απάντηση των πέντε τιθέντων ερευνητικών ερωτημάτων. Επομένως, με βάση την παραπάνω διαδικασία, δημιουργήθηκαν τέσσερις κύριοι θεματικοί άξονες: (1) αντιλήψεις των επισκεπτών υγείας σχετικά με την επαγγελματική τους ταυτότητα και το ρόλο τους στη διεπιστημονική ομάδα, (2) δευτερογενής καρδιαγγειακή πρόληψη και ο ρόλος του επισκέπτη υγείας, (3) ο ρόλος των επισκεπτών υγείας στην Καρδιακή Αποκατάσταση και (4) βιώματα κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και προτεινόμενες λύσεις.

Αποτελέσματα: Οι επισκέπτες υγείας αντιλαμβάνονται την επαγγελματική τους ταυτότητα συνυφασμένη με την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και εκπαίδευσης των ασθενών. Θεωρούν ότι η παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση συμβαδίζει απόλυτα με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Θεωρούν ότι κατέχουν σημαντική θέση μέσα στην διεπιστημονική ομάδα ως διασυνδεδετικοί κρίκοι με τον ασθενή και την κοινότητα, παρόλα αυτά επιθυμούν να συνεργάζονται ως ισότιμα μέλη μέσα σε αυτήν, έχοντας ως επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή. Η επικοινωνία αποτελεί σημαντικό στοιχείο μιας επιτυχημένης διεπιστημονικής συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού στόχου και τη διατήρηση της επαγγελματικής τους ταυτότητας μέσα στην ομάδα. Είναι θετικοί ως προς τη συμμετοχή τους στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και πιστεύουν ότι θα συμβάλλουν σε αυτά, παρέχοντας ένα εύρος υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης και εξατομικευμένων προληπτικών παρεμβάσεων, μέσω της εκπαίδευσης των ασθενών και του συμβουλευτικού τους ρόλου. Αντιλαμβάνονται τον επαγγελματικό τους ρόλο περισσότερο συνυφασμένο με την παροχή υπηρεσιών καρδιακής αποκατάστασης σε εξωνοσοκομιακό επίπεδο και θεωρούν ζωτικής σημασίας την συμβολή της δευτερογενούς πρόληψης στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, τόσο για την ποιότητα ζωής του ασθενή όσο και για τη μακροχρόνια διαχείριση του νοσήματός του. Στα θετικά βιώματα κατά την

εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης συγκαταλέγονται η επαγγελματική ικανοποίηση, η αναγνώριση και εκτίμηση του έργου τους και η αυτονομία στην άσκηση καθηκόντων ενώ στα αρνητικά τους βιώματα, η συχνή μη αναγνωριστικότητα του επαγγελματικού τους ρόλου, ο επαγγελματικός ανταγωνισμός, τα αλλότρια καθήκοντα λόγω αναγκών του φορέα και τα ασαφή επαγγελματικά όρια. Τέλος, προτείνουν τη δημιουργία και οργάνωση ενός ολοκληρωμένου δικτύου καρδιακής αποκατάστασης, την ενίσχυση των υπάρχοντων δομών υγείας και αποκατάστασης και διασύνδεσης τους, ενώ για την ενίσχυση του επαγγελματικού τους ρόλου προτείνουν δια βίου εξειδικευμένες εκπαιδεύσεις από πιστοποιημένους φορείς.

Συμπεράσματα: Ο επισκέπτης υγείας έχοντας ως χαρακτηριστικό τον πολυδιάστατο ρόλο του σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της πρόληψης και αποτελώντας αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, συμβάλλοντας στη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τον ασθενή και την κοινότητα, αποτελεί ιδανικό και κατάλληλο υποψήφιο για τη στελέχωση της ομάδας καρδιακής αποκατάστασης, προσφέροντας υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς.

Λέξεις-κλειδιά: επισκέπτης υγείας, καρδιακή αποκατάσταση, δευτερογενής πρόληψη, ρόλος του επισκέπτη υγείας στην καρδιακή αποκατάσταση, ομάδα καρδιακής αποκατάστασης.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of death from non-communicable diseases but also the main cause of morbidity, disability and mortality worldwide, which leads to the imperative need for cardiac rehabilitation programs, providing secondary prevention services, through a multidisciplinary team, in order to reduce the effects of cardiovascular diseases and the recurrence of heart events. The health visitor is a key provider of such prevention services and an integral member of a multidisciplinary team, both inpatient and outpatient level.

Purpose: To explore the opinions, perceptions and experiences of health visitors about their role in cardiac rehabilitation.

Material and method: A qualitative approach was followed, namely exploratory and descriptive research, following Hunter's paradigm²⁹ in a sample of 11 health visitors from public and secondary structures, primary, secondary and tertiary care, using semi-structured interviews as a data collection tool. The answers were processed and analyzed through the method of thematic analysis and then the data were categorized and coded per thematic axis, with the aim of answering the five research questions. Therefore, based on the above process, four main thematic axes were created: (1) perceptions of health visitors regarding their professional identity and their role in the interdisciplinary team, (2) secondary cardiovascular prevention and the role of the health visitor, (3) the role of health visitors in Cardiac Rehabilitation and (4) experiences in implementing secondary cardiac prevention strategies and proposed solutions.

Results: Health visitors perceive their professional identity as a concept intertwined with the provision of prevention services and patient education. They consider the provision of secondary prevention services in cardiac rehabilitation to be perfectly consistent with their professional role. They see themselves as having an important place within the interdisciplinary team as liaisons with the patient and the community, yet they wish to work together as equal members within it, focusing on the needs of the patient. Communication is an important element of a successful interdisciplinary collaboration to achieve the common goal and maintain their professional identity within the team. They are positive about their participation in cardiac rehabilitation programs and believe they will contribute to them by providing a range of secondary prevention services and personalized preventive interventions through patient education and their advisory role. They perceive their professional role as more intertwined with the provision of cardiac rehabilitation services at an outpatient level and consider the contribution of secondary prevention to cardiac rehabilitation programs to be vital, both for the patient's quality of life and for the long-term management of their disease. Positive experiences during the implementation of secondary prevention strategies include professional satisfaction, recognition and appreciation of their work and autonomy in the performance of tasks, while negative experiences include the frequent non-recognition of their professional role, professional competition, other tasks due to needs of the body and unclear professional boundaries. Finally, they propose the creation and organization of an integrated cardiac rehabilitation network, the strengthening of the existing health and rehabilitation structures and their interconnection, while to strengthen their professional role they propose lifelong specialized trainings from certified agencies.

Conclusions: The health visitor, having as a characteristic his multidimensional role in the entire range of prevention services and being an integral member of the interdisciplinary team, contributing to the interconnection of health services with the patient and the community, is an ideal and suitable candidate for the staffing of the cardiac rehabilitation team, offering secondary prevention services to cardiovascular patients.

Key words: health visitor, cardiac rehabilitation, secondary prevention, health visitor role in cardiac rehabilitation, cardiac rehabilitation team.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιακουμιδάκης Κ, Μπροκαλάκη Η. Συμμετοχή Ασθενών με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια σε Ολοκληρωμένα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Νοσηλευτική* 2014, 53(2): 141–149.
2. Piepoli MF, Corrà U, Adamopoulos S, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Cupples M, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology: A Policy Statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *Eur J PrevCardiol.* 2014;21(6):664–81
3. Καδδά Ο. Προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και δευτερογενής πρόληψη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2015; (14)2 : 78-80
4. Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C. et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2005; 23(6), 636–648.
5. Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 116(10), 682–692.
6. British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR). *Standards & Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation*, 3rd ed. 2017;15.
7. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J PrevCardiol.* 2020;20.
8. Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. Meta-Analysis: Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease. *Annals of Internal Medicine*, 2005; 143(9), 659.
9. Tod A.M, Lacey E.A, McNeill F. “I’m still waiting...”: barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *J AdvNurs.* 2002;40(4):421–31.
10. Turner S. Cardiac rehabilitation programme management. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1997; 4(6), 309–315.
11. Cupples ME, McKnight A. Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ.* 1994;309(6960):993–6.
12. Bush H., Gilhooly M., Salisbury C et al. Health visitors and cardiac rehabilitation. *Community Practitioner.*2003;76(5): 171-174.
13. Harris DE, Record NB. Cardiac rehabilitation in community settings. *J CardiopulmRehabilPrev.* 2003;23(4):250.
14. Campbell N.C, Grimshaw J.M, Ritchie L.D, Rawles J.M. Outpatient cardiac rehabilitation: are the potential benefits being realised? *J R CollPhysiciansLond.* 1996;30(6):514–9.
15. Centre for Health and Social Support. Study to assess the added value of health visitor input to the Heart Manual rehabilitation programme for patients after myocardial infarction. 1999;37-38.
16. Carr N. Supported recovery: The Heart Manual tool. *Practnurs.* 2003;14(9):396–400.
17. Iqbal Z, Chambers R, Woodmansey P. Implementing the National Service Framework for

- Coronary Heart Disease in Primary Care. 2001; 127-129.
18. Firth D, Wright V, Chamberlain MA. The assessment of the value of health visitors in the rehabilitation team. *Rheumatol Rehabil.* 1976;15(3):188–90.
 19. Διάταγμα υπ' αριθ. 351/1989 ΦΕΚ 159/A/14-6-1989 (άρθρο 3). Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας κα δ) του τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.
 20. Σακελλάρη Ε. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. *Εφαρμογές Καλών πρακτικών ομάδας ΠΦΥ.* 2015; 8: 108-116.
 21. Bryar R., Griffiths J. *Practice Development in Community Nursing: Principles and Processes.* 2003; (3)40-42.
 22. Λάγιου Α., Στοικίδου Μ. Δημόσια Υγεία: Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας. *Τεχνολογικά Χρονικά* 2008; 15: 50-53.
 23. Sakellari E. Health Visitors: Professionals promoting community health. *Editorial. International Journal Of Occupational Health and Public Health Nursing* 2016; (3)1-3.
 24. McCarney R, Shapley M, Goodwin R, Croft P. The introduction of a routine monitoring system in primary care for patients with a first episode of cardiovascular disease. *J AdvNurs.* 2000;31(6):1376–82.
 25. Brigham L. Leading in practice: a case study of how health visitors share and develop good practice. *Community Practitioner.* 2012; (85)5, 25-29.
 26. Σχέδιο Νόμου του Υπουργείου Υγείας: «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας- Ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας». Κεφ.Β. Πρόγραμμα Πρόληψης των Κινδύνων για την Υγεία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ». Άρθρο 5.
 27. Σχέδιο Νόμου του Υπουργείου Υγείας: «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας- Ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας». Κεφ.Β. Πρόγραμμα Πρόληψης των Κινδύνων για την Υγεία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ». Άρθρο 13. Επισκέπτες Υγείας.
 28. Προγράμματα τριτογενούς πρόληψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα: θεωρητικό υπόβαθρο, περιεχόμενο, προσεγγίσεις και αποτελεσματικότητα- [Βαρβάρα Λιανοπούλου]/ 2021
 29. Hunter D., McCallum J., and Howes D. Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care* 4.1 (2019).
 30. British Heart Foundation – Αύγουστος 2022. Διαθέσιμο στο:
 31. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). 2016. Δελτίο τύπου αιτιών θανάτου. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/3294ea15-ae49-4f35-862e-e4fe11448d88>
 32. WHO, NCD portal/ Country Profile/ 2019. Διαθέσιμο στο: <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/GRC#mor3>
 33. Λεμπιδάκης Δ., Λουλακάκης Μ., Χαμηλός Μ., Σκαλίδης Ε. Στεφανιαία νόσος: Ένας κατά συρροή δολοφόνος ζει δίπλα μας. 25/11/21. Διαθέσιμο στο: <https://www.hcs.gr/astheneis-koino/stefaniaia-nosos/>
 34. Handler C., Coghlan G, γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Στεφανιάδης Χ., & επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Παπαδημητρίου Ε., Κουρούκλης Σ., Σιάσος Γ., Μαρίνος Γ., *Προληπτική Καρδιολογία*, 2010, εκδόσεις Πασχαλίδης
 35. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133:38-360.
 36. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ελλάδος, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα 2008-2012. Διαθέσιμο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>

37. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016;37:2315-81.
38. Burroughs Pena M. & Bloomfield G., Cardiovascular Disease Research and the Development Agenda in Low- and Middle-Income Countries *GLOBAL HEART, VOL. 10, NO. 1, 2015* 71 March 2015: 71-73
39. Καραγιάννη Μ. Η συνύπαρξη καρδιαγγειακών νοσημάτων και άνοιας σε ηλικιωμένα άτομα. [Internet] 2019. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/74666?lang=el>
40. Γακη Ε. Ψυχολογική δυσφορία και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. [Internet]. 2019. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91704?lang=el>
41. Κούβαρη Μ. Διατροφικές συνεπειες και καρδιαγγειακοςκινδυνος σε ασθενεις με καρδιακηανεπαρκεια: Επιδημιολογική μελέτη. [Internet]. 2017 Διαθέσιμο στο: <https://estia.hua.gr/file/lib/default/data/18398/theFile>
42. Καλιακούδα Μ. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τα καρδιαγγειακανοσηματα. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. [Internet]. 2018. Διαθέσιμο στο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/5370>
43. Ευαγγελοπούλου Ε.Ι. Επιδημιολογική μελέτη της πολυνοσηρότητας στον ελληνικό πληθυσμό. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.* 2019;36(6):754-762
44. Παρδάλη Μ. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Συννοσηρότητα. 2016
45. Πάπα Α, Δημακίδη Ε. Διαβήτης και Αγγειοπάθειες: Επίδραση του τρόπου ζωής. [Intenet] 2020. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.lib.hmu.gr/handle/20.500.12688/9713>
46. Βασιλείου Σ. Γυναικεία καρδιά και κατάθλιψη [Internet]. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής; 2021. Διαθέσιμο στο: <https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/handle/11400/830?show=full>
47. Χαριστού Ε. Η Σημασία της Πρόληψης στον τομέα της Υγείας. Θεσσαλονίκη. [Internet].2014 Διαθέσιμο στο: <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/16015/3/CharistouEuangeliaMsc2014.pdf>
48. ΣΤΡΕΚΛΑ Ε.Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. [Internet].2015. Διαθέσιμο στο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6225/Strekla.pdf?sequence=2>
49. Τούντας Γ. Η νέα Στρατηγική Προαγωγής Υγείας στην Κοινωνία και Υγεία / εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα 2000.
50. Μπακόπουλου Χ. Καταγραφή εφαρμογής κατευθυντηριων οδηγιων προγραμματων καρδιακης αποκαταστασης ασκησης σε ασθενεις με στεφανιαία νοσο. Διπλωματική εργασία. [Internet]. 2019.
51. Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ.Ρ, Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπωματικού ελέγχου. [Internet]. 2016. Διαθέσιμο στο: www.vima-asklipiou.gr.
52. Κρουστάλλη Ε. Παράγοντες στεφανιαίας νόσου και ο ρόλος του νοσηλευτή στην προληψη. 2014
53. Κακαλέτσης Ν., Σαββόπουλος Χ., Χατζητόλιος Α.Ι. Δευτερογενής Πρόληψη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων. *Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση.* 2015;107: 164-174
54. Τζιδημοπούλου Ν.Π. Πρωτογενης προληψη της στεφανιαιας νοσου. 2020.
55. Grill E., Reinhardt J., StuckiG., Prevention, Tertiary, *Encyclopedia of Public Health,* 2008
56. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cardiac rehabilitation. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no. 150). [July 2017]. Διαθέσιμο στο: <http://www.sign.ac.uk>
57. Χριστοφής Α. Εμπόδια στην καρδιακή αποκατάσταση μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. ΕΚΠΑ. Αθήνα. 2020; 24-25, 52- 57.

58. Αναγνωστοπούλου Ε. Ετοιμότητα για άσκηση ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση καρδιάς και παράγοντες που την επηρεάζουν. [Internet]. 2018. Διαθέσιμο στο: <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/object/2814528/file.pdf>
59. Davis P, Lin V, Gauld R. Public health in Australia and New Zealand. In: Global Public Health. London, England: Oxford University Press; 2009. p. 225–48.
60. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *IsrMedAssoc J*. 2000;2(7):498–500.
61. Kaplan RM, Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2007;28(1):321–44. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144141>
62. Hemann BA, Bimson WF, Taylor AJ. The Framingham Risk Score: an appraisal of its benefits and limitations. *Am Heart Hosp J* [Internet]. 2007 Spring;5(2):91–6. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17478974/>
63. Buckley JP. The changing landscape of cardiac rehabilitation; from early mobilisation and reduced mortality to chronic multi-morbidity management. *Disabil Rehabil*. 2021;43(24):3515–22.
64. European heart health charter. Article 7. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* [Internet]. 2007;14(3):357–65 Διαθέσιμο στο: <https://ehnheart.org/projects/euroheart/european-heart-health-charter.html>
65. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, Limacher M, Pina IL, Southard D, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group: A statement for healthcare professionals from the American heart association and the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation writing group. *Circulation* [Internet]. 2000;102(9):1069–73. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10961975/>
66. Certo CM. History of cardiac rehabilitation. *Phys Ther*. 1985;65(12):1793–5.
67. WHO Expert Committee on Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, World Health Organization. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: report of a WHO Expert Committee [meeting held in Geneva from 23 to 29 July 1963]. Genève, Switzerland: World Health Organization. 1964.
68. World Health Organization (WHO). Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Genève, Switzerland: World Health Organization. [Internet]. 1993. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38455>
69. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cardiac rehabilitation. Edinburgh: SIGN; 2002. (SIGN publication no. 57). [July 2003]. Διαθέσιμο στο: https://www.scotphn.net/wp-content/uploads/2015/11/Cardiac_Rehabilitation.pdf
70. ESC 2021 Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. [Internet]. 2021. Διαθέσιμο στο: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2021-ESC-Guidelines-on-cardiovascular-disease-prevention-in-clinical-practice>
71. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J PrevCardiol*. 2019;26(8):824–835.
72. Werner Benzer , Bernhard Rauchb, Jean-Paul Schmid et al., Exercise based cardiac rehabilitation in twelve European countries results of the European cardiac rehabilitation registry. *International Journal of Cardiology*. 2017;228:58–67.
73. Humphrey R, Guazzi M, Niebauer J. Cardiac Rehabilitation in Europe. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2004; 56 (5) 551–556.

74. Menezes A R, Lavie C J, Milani RV et al. Cardiac Rehabilitation in the United States Progress in Cardiovascular Diseases. 2014;56(5): 522-529.
75. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014;(6):CD007131.
76. Santiago de Araújo Pio C, Marzolini S, Pakosh M, et al. Effect of Cardiac Rehabilitation Dose on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. MayoClinProc. 2017;92(11):1644-1659.
77. Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Grace SL. A review of cardiac rehabilitation delivery around the world. ProgCardiovascDis [Internet]. 2017;60(2):267–80. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28844588/>
78. Supervia M, Turk-Adawi K, Lopez-Jimenez F, Pesah E, Ding R, Britto RR, et al. Nature of cardiac rehabilitation around the globe. EClinicalMedicine [Internet]. 2019;13:46–56. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6733999/>
79. Turk-Adawi K, Sarrafzadegan N, Grace SL. Global availability of cardiac rehabilitation. Nat Rev Cardiol [Internet]. 2014;11(10):586–96. Διαθέσιμο στο: <https://www.nature.com/articles/nrcardio.2014.98>
80. Μαγγανά Μ, Μιχόπουλος Α. Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην Αποκατάσταση Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Νοσηλευτική 2014, 53(2): 150–156.
81. Turk-Adawi KI, Grace SL. Narrative review comparing the benefits of and participation in cardiac rehabilitation in high-, middle- and low-income countries. Heart Lung Circ [Internet]. 2015;24(5):510–20. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950614007768>
82. Κουγιουμτζόγλου Ε. Καρδιακή αποκατάσταση: λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Διπλωματική Εργασία. 2018
83. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, Brewer LC, Brown TM, Forman DE, et al. Home-based cardiac rehabilitation: A scientific statement from the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation, the American heart association, and the American college of cardiology. Circulation [Internet]. 2019;140(1):e69–89. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31097258/>
84. Babu AS, in conjunction with the International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCP), Lopez-Jimenez F, Thomas RJ, Isaranuwatthai W, Herdy AH, et al. Advocacy for outpatient cardiac rehabilitation globally. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16(1). Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1658-1>
85. Williams MA, Ades PA, Hamm LF, Keteyian SJ, LaFontaine TP, Roitman JL, et al. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: an update. Am Heart J [Internet]. 2006;152(5):835–41. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17070142/>
86. Papatthanassiou G. The Upgraded Role of Specialists and their Field of Responsibilities in Physical Medicine and Rehabilitation in Modern Cardiac Restoration. Hellenic Cardiac Review 2014;55 (6) 500-504.
87. Regulations under health act, no. 63 of 1977, 1999 [Internet]. Wiego.org. Διαθέσιμο στο: <https://www.wiego.org/resources/regulations-under-health-act-no-63-1977-1999>
88. Sari D M, Wijaya LCG. Cardiac rehabilitation via telerehabilitation in COVID-19 pandemic situation. Egypt Heart J [Internet]. 2021;73(1):31. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33779873/>
89. Nkonde-Price C, Reynolds K, Najem M, Yang S-J, Batiste C, Cotter T, et al. Comparison of home-based vs center-based cardiac rehabilitation in hospitalization, medication adherence, and risk factor control among patients with cardiovascular disease. JAMANetwOpen [Internet]. 2022;5(8):e2228720. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9412228/>

90. Kim C, Choi HE, Jang JH, Song JH, Kim B-O. Do patients maintain proper long-term cardiopulmonary fitness levels after cardiac rehabilitation? A retrospective study using medical records. *Ann Rehabil Med* [Internet]. 2021;45(2):150–9. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985317/>
91. Roth GA, Vaduganathan M, Mensah GA. Impact of the COVID-19 pandemic on cardiovascular health in 2020: JACC state-of-the-art review. *JAmCollCardiol* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 2];80(6):631–40. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9341480/>
92. Rosen K, Patel M, Lawrence C, Mooney B. Delivering Telerehabilitation to COVID-19 Inpatients: A Retrospective Chart Review Suggests It Is a Viable Option. *HSS journal : the musculoskeletal journal of Hospital for Special Surgery*. 2020:1-7.
93. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *European journal of preventivecardiology*. 2015;22(1):35- 74.
94. de Sousa Pinto JM, Martín-Nogueras AM, Calvo-Arenillas JI, Ramos-González J. Clinical benefits of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J CardiopulmRehabilPrev* [Internet]. 2014;34(5):355–9. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24866357/>
95. Triest FJ, Singh SJ, Vanfleteren LE. Cardiovascular risk, chronic obstructive pulmonary disease and pulmonary rehabilitation: Can we learn from cardiac rehabilitation? *ChronRespirDis* [Internet]. 2016;13(3):286–94. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720190/>
96. Sinha SS, Gurm HS. The double jeopardy of chronic obstructive pulmonary disease and myocardial infarction. *Open Heart* [Internet]. 2014;1(1):e000010. Διαθέσιμο στο: <https://openheart.bmj.com/content/1/1/e000010.short>
97. Scherrenberg M, Wilhelm M, Hansen D, Völler H, Cornelissen V, Frederix I, et al. The future is now: a call for action for cardiac telerehabilitation in the COVID-19 pandemic from the secondary prevention and rehabilitation section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2021;28(5):524–40. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32615796/>
98. McCreery C, Cradock K, Fallon N, Duffy R, Doherty VO, Kingston C. Cardiac Rehabilitation Guidelines 2013. Dublin: Irish Association of Cardiac Rehabilitation. [Internet].2013 Διαθέσιμο στο: <http://www.iacr.info/about/guidelines/>
99. Stefanakis M, Batalik L, Antoniou V, Pepera G. Safety of home-based cardiac rehabilitation: A systematic review. *HeartLung* [Internet]. 2022;55:117–26. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956322000978>
100. Palagkas T., Lagou I.M., Pepera G. Cardiac rehabilitation and innovative therapeutic approaches after mitral valve surgery / *Archives of Hellenic Medicine* 2022, 39(2):197–207
101. Tikkanen AU, Oyaga AR, Riaño OA, Álvaro EM, Rhodes J. Paediatric cardiac rehabilitation in congenital heart disease: a systematic review. *CardiolYoung*. 2012. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251378/>
102. Limperopoulos, C, Majnemer, A, Shevell, MI, et al. Functional limitations in young children with congenital heart defects after cardiac surgery. *Pediatrics* 2001; 108: 1325–1331
103. Curran T, Gauthier N, Duty SM, Pojednic R. Identifying elements for a comprehensive paediatric cardiac rehabilitation programme. *CardiolYoung* [Internet]. 2020;30(10):1473–81. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32778199/>
104. Rhodes J, Curran TJ, Camil L et al. Impact of cardiac rehabilitation on the exercise function of children with serious congenital heart disease. *Pediatrics*. 2005 Dec;116(6):1339-45.

105. Wittekind S, Mays W, Gerdes Y et al. A Novel Mechanism for Improved Exercise Performance in Pediatric Fontan Patients After Cardiac Rehabilitation. *PediatrCardiol*. 2018 Jun;39(5):1023-1030.
106. McRae RO, Lyman A, Staropoli S, Huang JH. Barriers to completion of a novel pediatric cardiac rehabilitation program. *Prog PediatrCardiol* [Internet]. 2021;62(101404):101404. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1058981321000783>
107. Akamagwuna U, Badaly D. Pediatric cardiac rehabilitation: A review. *Curr Phys Med Rehabil Rep* [Internet]. 2019;7(2):67–80. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1007/s40141-019-00216-9>
108. Μικές Χ. Νοσηλευτική παρακολούθηση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.[Internet]. 2021. Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teiwest.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/9813/%CE%9C%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A3%20%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%9B%CE%91%CE%9C%CE%A0%CE%9F%CE%A3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
109. Mampuya WM. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovasc Diagn Ther* [Internet]. 2012;2(1):38–49. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839175/>
110. Tsioufis Konstantinos et al. Country Report: Greece- August 2015. European Society of Cardiology. European Association of Preventive Cardiology. 2015;1-10. Διαθέσιμο στο: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Country%20of%20the%20month/Documents/Greece-country-of-the-month-full-report.pdf>
111. Heart Failure Policy Network. Heart failure policy and practice in Europe: Greece. 2020; 11-15. London: HFPN. Διαθέσιμο στο: <https://www.hfpolicynetwork.org/wp-content/uploads/Heart-failure-policy-and-practice-in-Europe-Greece.pdf>
112. Υπουργείο Υγείας. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Κατευθυντήριες οδηγίες: Πρωτόκολλα Θεραπευτικής Άσκησης στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα. 2018;4. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/diagnwtika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/5417-diagnwtika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs-kardiaggeiakwn-noshmatwn>
113. Goel K, Lennon RJ, Tilbury RT, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. *Circulation* [Internet]. 2011;123(21):2344–52. Διαθέσιμο στο: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.110.983536>
114. Bethell HJN. Exercise-based cardiac rehabilitation. *Medicine (Abingdon)* [Internet]. 2006;34(5):195–6. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S135730390600140X>
115. Noy K. Cardiac rehabilitation: structure, effectiveness and the future. *BrJNurs* [Internet]. 1998;7(17):1033–40. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9830899/>
116. Piepoli M.F, CorràU, DendaleP, FrederixI, PrescottE, SchmidJP, etal. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *EurJPrevCardiol*. 2016;23(18):1994–2006.
117. De Vos C, Li X, Van Vlaenderen I, Saka O, Dendale P, Eysen M, et al. Participating or not in a cardiac rehabilitation programme: factors influencing a patient’s decision. *Eur J PrevCardiol* [Internet]. 2013;20(2):341–8. Διαθέσιμο στο: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/20/2/341/5927996>

118. Ali, M. et al. Factors affecting outpatient cardiac rehabilitation attendance after acute myocardial infarction and coronary revascularization — a local experience. *Journal of Pakistan Medicine Association*. 2012;62(4):347-51.
119. Borg, S. et al. Factors associated with non-attendance at exercise-based cardiac rehabilitation. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*. 2019;11(13):1-10.
120. Parashar, S. et al. Predictors of Early and Late Enrollment in Cardiac Rehabilitation, Among Those Referred, After Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association Circulation*. 2012;126:1587-95.
121. McKee G, Biddle M, O' Donnell S, Mooney M, O' Brien F, Moser DK. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: what influences patients' intentions to attend? *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2014;13(4):329–37. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113496686>
122. Patel, K.S. & Brown, J.D. Disparities in the Use of Cardiac Rehabilitation after a Myocardial Infarction in the United States. *Journal of Medicine*. 2019;8(1006):1-7
123. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 1991;325(4):274-276.
124. Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton AM, Qamar A, Vaduganathan M, Pandey A, et al. Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults hospitalized with Acute Myocardial Infarction. *Circulation*. 2019;139(8):1047- 1056
125. Walli-Attai M, Joseph P, Rosengren A, Chow CK, Rangarajan S, Lear SA, et al. Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2020;396(10244):97-109.
126. Aragam, K.G. et al. Trends and disparities in referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal*. 2010;44(3):671-719
127. Σπυροπούλου Κ. Φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση σε ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια. 2016. Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teiwest.gr/xmlui/handle/123456789/3876>
128. Γεώργας Δ. Κοινωνική Ψυχολογία. Τόμος Β'. 1995. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
129. Πάντζου Π. Η δυναμική των ομάδων. Στο: Κουλιεράκης Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας: Συμπεριφορές Υγείας. Πρότυπα και Μεταβολές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2000; ΔΜΥ/61, Τόμος Β.
130. Τσίρου ΣΒ. Οργανωσιακή κουλτούρα και αλλαγή. 2004. Διαθέσιμο στο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/688>
131. Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Qual Health Care* [Internet]. 2000;9(2):111–9. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/9/2/111.short>
132. Mayo AT, Woolley AW. Teamwork in health care: Maximizing collective intelligence via inclusive collaboration and open communication. *AMA J Ethics*. 2016;18(9):933–40.
133. Κουλούρη Α. Ποιότητα και οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας. 2018 ; Διαθέσιμο στο: "http://oceanis.lib2.uniwa.gr/xmlui/handle/123456789/4577"/>"123456789/4577
134. Παπαλόη Ε. Στάσεις, συμπεριφορά, συναισθηματική νοημοσύνη & οργανωσιακή νοσηματοδότηση σε Οργανισμούς Δια Βίου Μάθησης. Στο: ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Γ. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Οικονομίας & Βιώσιμης Ανάπτυξης.
135. Ιορδανίδου Δ. Επικοινωνία και διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Αποτύπωση των θέσεων των ιατρών και διερεύνηση της ποιότητας συνεργασίας με τους νοσηλευτές σε δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο της πανδημίας SARS-COVID-19. [Internet] 2021. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/92112>

136. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010. Geneva, Switzerland: WHO. [Internet]. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
137. Jackson AC, Higgins RO, Murphy BM, Rogerson M, Le Grande MR. Cardiac rehabilitation in Australia: A brief survey of program characteristics. *Heart Lung Circ.* 2018;27(12):1415–20.
138. Stavropoulos, D.N., & A.S. Hornby. *Oxford Greek-English Learner's Dictionary* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press. 1988
139. Μπαμπινιώτη, Γ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. 2005. Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας.
140. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* [Internet]. 2006;29(6):351–64. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17330451/>
141. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev.* 2008;24 Suppl 1(S1):S106-9
142. Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., et-al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J InterprofCare.* 2009;23(1), 41–51
143. Βωνιάτη Λ. και συν. Συνεργατική προσέγγιση στη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας-ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE. 2022;39(1):129-134
144. Babiker A, El Hussein ME, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, Assiri A, Al Saadi M, Al Zamil F. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *SudanJPaediatr* 2014; 14(2):9-16.
145. Ιγνατιάδου Μ. Οργανωσιακό κλίμα, Διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία ιατρών – νοσηλευτών στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Διπλωματική Εργασία. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. 2018.
146. Τσολακίδης Ι.Γ. Διερεύνηση της επαγγελματικής ταυτότητας, της επαγγελματικής ανάπτυξης και της επιμόρφωσης εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. [Internet]. 2018 Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/44601>
147. Παπαστάμου Σ. Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία. 2008. Νέα βελτ. έκδ. – Αθήνα. Εκδόσεις Πεδίο.
148. Barker Caza B, Creary S. The construction of professional identity. In: *Perspectives on Contemporary Professional Work*. Cheltenham, England: Edward Elgar Publishing; 2016;259–85.
149. Brookes K, Davidson PM, Daly J, Halcomb EJ. Role theory: A framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems. *ContempNurse* [Internet]. 2007;25(1–2):146–55. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.146>
150. Moscovici S. Society and theory in social psychology. The context of social psychology: A critical assessment [Internet]. 1972;438. Διαθέσιμο στο: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1973-28845-006.pdf>
151. Burke PJ, Stets JE. *Identity Theory*. New York, NY: Oxford University Press; 2009.
152. Φρυδάκη Ε. Η επαγγελματική ταυτότητα του εκπαιδευτικού και το μέλλον της διδασκαλίας. Αθήνα: Κριτική, 2015.
153. Αθανασιάδου Δ. Οι αντιλήψεις των δασκάλων για την επαγγελματική τους αυτονομία, τον ρόλο τους και την ταυτότητά τους: Η περίπτωση δύο Δημοτικών σχολείων. [Internet]. 2018. Διαθέσιμο στο: <http://ikee.lib.auth.gr/record/296078?ln=e>

154. Καρανικόλα Μ. Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων νοσηλευτών. Διδακτορική διατριβή. [Internet]. 2006. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/16106>
155. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior. In: Political Psychology. New York, NY, US: Psychology Press; 2004;276–93.
156. Rodgers CR, Scott KH. The development of the personal self and professional identity in learning to teach. In: Handbook of Research on Teacher Education. 3rd Edition. London, England: Routledge; 2008;732–55.
157. Φωτοπούλου Β.Σ. Επαγγελματική ταυτότητα σε σχηματισμό: προπτυχιακοί φοιτητές αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τον εαυτό τους ως εκπαιδευτικό. Επιστήμες Αγωγής 2019;(3):211-232.
158. Κυρίτση Ν. Διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την Παραλειπούμενη Νοσηλευτική Φροντίδα. Η σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση. Διπλωματική εργασία. [Internet]. 2020. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91842>
159. Μαλαβάζος Θ. Ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός στο χώρο της υγείας. στασεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών εναντί των Ρομά. Διπλωματική εργασία. [Internet]. 2021. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/92224>
160. Health visitor implementation plan 2011 to 2015 [Internet]. Gov.uk. 2011. Διαθέσιμο στο: <https://www.gov.uk/government/publications/health-visitor-implementation-plan-2011-to-2015>
161. Smith MA. Health visiting: the public health role. J Adv Nurs. 2004;45(1):17–25.
162. Cowley S, Whittaker K, Malone M, Donetto S, Grigulis A, Maben J. Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. IntJNursStud [Internet]. 2015;52(1):465–80. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25304286/>
163. Fanner M, Whittaker K, Cowley SA. Being orientated towards social justice: Learning for health visitor practice. Nurse Educ Today. 2022;116(105386):105386.
164. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, et al. Healthcaresystemsinttransition: Cyprus. 2004. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107622?locale-attribute=pt&show=full>
165. Baldwin S. Exploring the professional identity of health visitors. NursTimes [Internet]. 2012;108(25):12–5. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22856095/>
166. Canales MK, Drevdahl DJ. Community/public health nursing: is there a future for the specialty? Nurs Outlook. 2014;62(6):448–58.
167. Machin AI, Machin T, Pearson P. Maintaining equilibrium in professional role identity: a grounded theory study of health visitors' perceptions of their changing professional practice context: Professional role identity: HV perceptions. J Adv Nurs [Internet]. 2012;68(7):1526–37. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05910.x>
168. Ellefsen B. Changes in health visitors' work. J Adv Nurs [Internet]. 2001;34(3):346–55. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01764.x>
169. Iwasaki, R., Kageyama, M., and Nagata, S. The structure of the perceived professional identity of Japanese public health nurses. Public Health Nursing. 2018;35: 220-27.
170. Institute of Health Visiting (iHV). Health visiting In England: A vision for the future. 2019. Διαθέσιμο στο: <http://files.localgov.co.uk/healthvisiting.pdf>
171. Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας. Γνωστικό Αντικείμενο της Κατεύθυνσης Κοινωνικής Υγείας. 2015. Διαθέσιμο στο: <https://pch.uniwa.gr/>

172. Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας (2014). Πρόγραμμα Σπουδών. Διαθέσιμο στο: <https://pch.uniwa.gr/wp-content/uploads/sites/84/2018/12/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1-CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CF%83%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%B4%CF%89%CC%81%CE%BD.pdf>
173. Υγειονομικός Χάρτης. Στατιστικά & Δεδομένα για την Υγεία. Ανθρώπινο δυναμικό. 2012. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/index_el
174. Μάρκου Σ. Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ): απόψεις των Επισκεπτών/τριών Υγείας για το ρόλο τους ως Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΕΠ) σε Σχολικές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας. Τμήμα Νηπιαγωγών. [Internet]. 2018. Διαθέσιμο στο: <https://dspace.uowm.gr/xmlui/handle/123456789/1065>
175. Ν.4238_2014_Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.),αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις [Internet]. Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10453-n-4238-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y-allagh-skopoy-e-o-p-y-y-kai-loipes-diatakseis>
176. Salisbury,H. Health visitors' role in cardiac rehabilitation. Health Visitor. 1994;67(8):262-264.
177. Firth D, Roberts M, Wright JG, Heath P, Wright V. The value of health visitors in a rehabilitation unit. Rheumatology (Oxford) [Internet]. 1973;12(3):143–7. Διαθέσιμο στο: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-abstract/12/3/143/1775005>
178. ΦουντούκηΑ., ΘεοφανίδηςΔ. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. [Internet]. 2012. Διαθέσιμο στο: <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/363/>
179. Καρδιάσμένου Τ., Σωτήρη Γ. Ελληνική πραγματικότητα. Υπηρεσίες αποκατάστασης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες και παιδιά με χρόνια νόσημα που εδρεύουν στο νομό Αττικής. Πτυχιακή εργασία. 2014.
180. Cupples ME, McKnight A. A five year follow up study of patients at high cardiovascular risk who took part in a randomised controlled trial of health promotion. BMJ. 1999; 319: 687-8.
181. Κονταρη Μ.Α. Ο ρόλος του κοινωνικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση. [Internet]. 2018. Διαθέσιμο στο: <http://repository.teiwest.gr/xmlui/handle/123456789/7053>
182. Grubic N, Peng YP, Walker M, Brooks SC, CARES Surveillance Group. Bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator use after out-of-hospital cardiac arrest: Uncovering disparities in care and survival across the urban-rural spectrum. Resuscitation [Internet]. 2022;175:150–8. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35469933/>
183. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1: Executive summary: 2020 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation [Internet]. 2020;142(16_suppl_2):S337–57. Διαθέσιμο στο: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000918>
184. Ρεκουμής Ι. Οι Αντιλήψεις των Εκπαιδευομένων στην Επείγουσα Υποστήριξη της Ζωής. Νοσηλευτική. 2016;55(4): 381-386.
185. Dracup K, Heaney DM, Taylor SE, Guzy PM, Breu C. Can family members of high-risk cardiac patients learn cardiopulmonary resuscitation? ArchInternMed [Internet]. 1989;149(1):61–4. Διαθέσιμο στο: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/610965>
186. Zackoff MW, Tegtmeier K, Dewan M. Family comes first: The importance of high-quality cardiopulmonary resuscitation training for caregivers. Pediatr Crit Care Med

- [Internet]. 2020;21(2):210–1. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032272/>
187. Vargas-SánchezBE, Salazar-ArteagaMM, Rotta-RottaADC, Dueñas-CarbajalRGetal. Effectiveness of the Family and Friends CPR course in learning cardiopulmonary resuscitation in relatives of patients with high cardiovascular risk or who have suffered a cardiovascular event. *IberoamJMed*. 2021;3(4):307.
188. Cartledge S, Bray JE, Leary M, Stub D, Finn J. A systematic review of basic life support training targeted to family members of high-risk cardiac patients. *Resuscitation* [Internet]. 2016;105:70–8. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27208554/>
189. ERC. BLSInstructorCourseManual- ERC 2015 EDITION.
190. ΛαλοπούλουΜ. Εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με τη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή σε γενικό δημόσιο νοσοκομείο: αξιολόγηση της αυτοεκτιμώμενης ικανότητας του εκπαιδευόμενου στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής.[Internet] 2018. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91047>
191. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation* [Internet]. 2000;47(1):59–70. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11004382/>
192. King R, Heisler M, Sayre MR, et al. Identification of factors integral to design-ing community-based CPR interventions for high-risk neighborhood residents. *Prehospital Emergency Care*. 2015;19:308–12
193. Σοφίτης Π., Σχοινοπλοκάκη Ι. Βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση: διερεύνηση γνώσεων φοιτητών νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης. 2008
194. Ιορδανίδου Ε. Εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση των γονέων στον Δήμο Θέρμης στην προσχολική ηλικία. 2017
195. GreifR. etal. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης Κατευθυντήριες οδηγίες για την Αναζωογόνηση. Κεφάλαιο 10. Εκπαίδευση και εφαρμογή των αρχών της αναζωογόνησης. [Internet]. 2015. Διαθέσιμο στο: https://anesthesia.gr/download/TOMOS_25/15.-Ekpaideysh-Kai-Efarmogh-Arxwn-Anazwogonhshs.pdf
196. Πεππέρα Γ. και συνεργάτες. Η δευτερογενής πρόληψη μέσω της καρδιακής αποκατάστασης: Οδηγίες για φυσική δραστηριότητα και προγράμματα άσκησης. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*. [Internet]. 2017;56:(5). Διαθέσιμο στο: <http://www.helleniccardiol-gr.gr/index.php/hjc/article/view/48>
197. Ross MH, Botha HP. Community participation in cardiac rehabilitation. *S Afr Med J* [Internet]. 1979;56(26):1126–8. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/233045/>
198. Jones A, Davies DH, Dove JR, Collinson MA, Brown PM. Identification and treatment of risk factors for coronary heart disease in general practice: a possible screening model. *Br Med J (Clin Res Ed)* [Internet]. 1988;296(6638):1711–4. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3135890/>
199. Jackson Cath et al. Specialist health visitor-led weight management intervention in primary care: exploratory evaluation. *J AdvNurs*. 2007 Apr;58(1):23-34.
200. Campbell N, Grimshaw J, Rawles J, Ritchie L. Cardiac rehabilitation: the agenda set by post-myocardial-infarction patients. *Health Educ J*. 1994;53(4):409–20.
201. Jones D.A. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentrerandomised controlled trial. *BMJ* 1996;313:1517

202. Ρούπα Α., Τσάρας Κ., Παπαθανασίου Ι. Κάπνισμα: η σχέση με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*. 2015;20(1): 41-53
203. Byrne M, Doherty S, Murphy AW, McGee HM, Jaarsma T. The CHARMS Study: cardiac patients' experiences of sexual problems following cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2013;12(6):558–66. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23389480/>
204. Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian J Androl* [Internet]. 2015;17(1):32–9. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.4103/1008-682X.135982>
205. Park JJ, Doo SW, Kwon A, Kim DK, Yang WJ, Song YS, et al. Effects of sexual rehabilitation on sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *World J Mens Health* [Internet]. 2023;41(2):330–41. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.5534/wjmh.220124>
206. Byrne M, Doherty S, Murphy AW, McGee HM, Jaarsma T. Communicating about sexual concerns within cardiac health services: do service providers and service users agree? *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013;92(3):398–403. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113001195>
207. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, et al. Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(1):24–9.
208. Γεωργοπούλου Α.Μ, Γαζέπη Μ, Τσίχλη Μ. Προγράμματα άσκησης, θεραπείας και ψυχολογικής φροντίδας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. [Internet]. 2009. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.lib.hmu.gr/handle/20.500.12688/1543?locale-attribute=en>
209. Byrne M, Doherty S, Fridlund BGA, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016;2(2):CD010988. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26905928/>
210. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J* 2011; 26(3): 155-159.
211. VanderWal M. H.L. Jaarsma T. VanVeldhuisen D. J. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it?. Review. *The European Journal of Heart Failure*. 2005;(7): 5-17.
212. Στεφάνογλου Δ. Καρδιακή ανεπάρκεια και τηλεπαρακολούθηση : μια ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.[Internet]. 2015. Διαθέσιμο στο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/9168>
213. Στέφανος Ματζούκας. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*. 2007; 46(1):88-98
214. Lune H, Berg B. *Qualitative research methods for the social sciences*. Pearson. 2017
215. Gray, D.E. *Doing Research in the Real World*, 4th Ed. SAGE, London. 2017
216. Aliyu AA, Singhry IM, Adamu H, Abubakar M. Ontology, epistemology and axiology in quantitative and qualitative research: Elucidation of the research. In: *Proceedings of The Academic Conference: Mediterranean Publications & Research International on New Direction and Uncommon Vol 2 No 1 22nd December*. [Internet]. University of Agric, Abekuta, Abekuta, Ogun State, Nigeria. 2015. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/318721927_ONTOLGY_EPISTEMOLOGY_AND_AXIOLOGY_IN_QUANTITATIVE_AND_QUALITATIVE_RESEARCH_ELUCIDATION_OF_THE_RESEARCH_PHILOSOPHICAL_MISCONCEPTION
217. Ίσαρη Φ., Πούρκος Μ. Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας.[Internet]. 2015; 40-44, 81-93. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826>

218. Crotty M. The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process. Thousand Oaks, California: Sage; 1998.
219. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2011.
220. Hilla B., VanderWaltCh., VanRensburg G. Θεμελιώδης Αρχές της Μεθοδολογίας της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας. 2012; 135-145, 157, 179
221. Maxwell JA. Qualitative Research Design : An Interactive Approach . 2012
222. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. Glob Qual Nurs Res. 2017;4:2333393617742282
223. Mason J. Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. 2017;171-172.
224. Ιωσηφίδης Θ. Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Κριτική; 2008.
225. Τσιώλης Γ. Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης (επιμ.), Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Θεωρητικές – Μεθοδολογικές Συμβουλές και Μελέτες Περίπτωσης. Πανεπιστήμιο Κρήτης. 2018.
226. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. ResNursHealth [Internet]. 2010;33(1):77–84. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20362>
227. Whitehead D, Ferguson S. Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for evidence based. 4th ed. Elsevier. 2017
228. Συμέου Λ. Εγκυρότητα και αξιοπιστία στην ποιοτική εκπαιδευτική έρευνα: Παρουσίαση, αιτιολόγηση και πράξη. Πρακτικά 5 ου Πανελληνίου Συνεδρίου Παιδαγωγικής Εταιρείας Ελλάδας. 2017;(2):333-339.
229. Seaman HE. Establishing health visitors' professional identity. JHealthVisit [Internet]. 2022;10(8):334–46. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.12968/johv.2022.10.8.334>
230. Seaman HE. Health visitors' professional identity and their lived experience of service change [Internet]. UH Research Archive; 2021. Διαθέσιμο στο: <https://uhra.herts.ac.uk/handle/2299/25198>
231. Whittaker, K. and Carter, B. 'Modernising health visiting practice whilst keeping compassion in care'. Journal of Child Health Care. 2013;17(2):111-113. Διαθέσιμο στο: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1367493513492902>
232. Cowley, S. and Frost, M. The principles of health visiting: Opening the door to public health practice in the 21st century. London: Unite/CPHVA. 2010.
233. Pollard, K. C. Introduction: Background and overview of the book'. In Pollard, K. C., Thomas, J. and Miers, M. (eds.) Understanding interprofessional working in health and social care. 2010. London: Palgrave Macmillan.
234. Wackerhausen, S. 'Collaboration, professional identity and reflection across boundaries'. Journal of Interprofessional Care. 2009;23(5):455-473.
235. Adams, M., Robert, G. and Maben, J. "Catching up": The significance of occupational communities for the delivery of high quality home care by community nurses'. Health (London). 2013;7(4):422-438
236. Cherrington D. Organizational Behavior. Simon & Schuster Inc. Massachusetts, 1989.
237. Miller K. Διαχείριση συγκρουσιακών Διαδικασιών στο: Οργάνωση και Επικοινωνία Προσεγγίσεις και Διαδικασίες. Μετάφραση Κωνσταντοπούλου Μ. Εκδόσεις Δίαυλος. Αθήνα, 2006.
238. Wilensky, H. L. 'The professionalization of everyone?'. The American Journal of Sociology. [Internet]. 1964;70(2):137-158. Διαθέσιμο στο: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/223790>
239. Heldal, F. Managerial control versus professional autonomy in organizational change: Tearing down the walls and fighting fire with fire'. Journal of Change Management. 2015;15(3):188-209. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1080/14697017.2015.1028573>
240. Κουλούρη Δ και συν. Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης [Internet]. Διαθέσιμο στο:

<https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/46616/14936.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος της Μεταπτυχιακής διατριβής στην Αναζωογόνηση, της Μαρίας Ζαφειροπούλου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του ΕΚΠΑ. Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων και των απόψεων των επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην καρδιακή αποκατάσταση.

Διαδικασία: Θα διεξαχθούν ημι-δομημένες συνεντεύξεις, γύρω από το θέμα που προαναφέρθηκε και η συζήτηση θα ηχογραφείται με την άδεια μου. Η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ανώνυμη και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας.

Προστασία προσωπικών δεδομένων/ανωνυμία: Τα στοιχεία μου θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Εμπιστευτικότητα: Όλες οι πληροφορίες που θα δώσω κατά τη διάρκεια της έρευνας θα κρατηθούν πλήρως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας.

Ενδεχόμενοι κίνδυνοι: Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή μου στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθώ δυσφορία κατά την απάντησή μου σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, θα ζητήσω να παραλειφθούν.

Αποζημίωση για τη συμμετοχή: Δεν θα έχω κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή μου στην παρούσα έρευνα.

Ενδεχόμενη σύγκρουση συμφερόντων: Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

Ηχογράφηση: Έχω το δικαίωμα να διακόψω την ηχογράφηση που αφορά οποιαδήποτε ερώτηση που δεν θέλω να απαντήσω. Οι απομαγνητοφωνήσεις θα κωδικοποιούνται και θα φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος που πρόσβαση θα έχει μόνο η κύρια ερευνήτρια.

Δικαιώματα των συμμετεχόντων στην έρευνα: Μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψω τη συμμετοχή μου χωρίς να υποστώ καμία κύρωση. Αν έχω οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, θα επικοινωνήσω με την ερευνήτρια.

Δηλώνω ότι έχω κατανοήσει τα πιο πάνω και δίνω την πλήρη συγκατάθεση μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ερωτώμενου:

Ερευνήτριας:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΧΩΡΙΣΜΕΝΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΘΕΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΞΟΝΕΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 1: ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΡΟΛΟ ΟΝΤΑΣ ΜΕΛΗ ΜΙΑΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ 1: Αντιλήψεις των επισκεπτών υγείας σχετικά με την επαγγελματική τους ταυτότητα ως μονάδες και ως μέλη ομάδας
1.Α) Πώς αντιλαμβάνεσαι την επαγγελματική σου ταυτότητα στον φορέα που εργάζεσαι; Β) Πιστεύεις ότι τα καθήκοντά σου στον χώρο εργασίας σου επαληθεύουν την επαγγελματική σου ταυτότητα ως επισκέπτης/ επισκέπτρια υγείας;
2. Θεωρείς ότι αλλάζοντας πλαίσιο εργασίας (π.χ από την πρόληψη στην αποκατάσταση) αλλοιώνεται ή ενισχύεται η επαγγελματική σου ταυτότητα;
3.Α) Περίγραψε μου πως λειτουργείς ως ΕΥ μέσα στη διεπιστημονική ομάδα στον φορέα που εργάζεσαι. Β) Πως αντιλαμβάνεσαι τον εαυτό σου ως ΕΥ σε συνάρτηση με άλλους επαγγελματίες υγείας, με τους οποίους συνεργάζεσαι;
4.Α) Έχεις βιώσει ποτέ επικάλυψη/ ασάφεια/ σύγκρουση του επαγγελματικού σου ρόλου/ καθήκοντα με άλλον επαγγελματία υγείας ή με άλλη επαγγελματική ομάδα στον φορέα που εργάζεσαι; Β) Πώς πιστεύεις ότι μπορείς να προστατέψεις την επαγγελματική σου ταυτότητα όταν είσαι μέλος μια διεπιστημονικής ομάδας ώστε να αποφευχθούν όλα τα παραπάνω;
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 2: ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ 2: Δευτερογενής καρδιακή πρόληψη και ο ρόλος του επισκέπτης υγείας
5) Περίγραψε μου με δύο λόγια τι σχέση έχει ένας επισκέπτης υγείας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης;
6) Πώς αντιλαμβάνεσαι την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης όπως αυτή ορίζεται στην καρδιακή αποκατάσταση;
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 3: ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ -ΟΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ
7) Πώς πιστεύεις ότι μπορούν να βοηθήσουν τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης στην μακροχρόνια διαχείριση καρδιαγγειακών ασθενών;
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 4: ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΘΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΥΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ 3: Ο ρόλος των επισκεπτών υγείας στην Καρδιακή Αποκατάσταση
8.Α) Πώς αντιλαμβάνεσαι τον όρο Καρδιακή Αποκατάσταση (ΚΑ); Β) Γνωρίζεις αν στην Ελλάδα υπάρχει κάποιο οργανωμένο και ολοκληρωμένο πλαίσιο (πχ να περιλαμβάνει και προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης όχι μόνο φυσιοθεραπεία) και τι επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει;
9.Α) Θεωρείς ότι ως επισκέπτης/τρια υγείας και έχοντας τη δυνατότητα να εργαστείς στον τομέα της αποκατάστασης (με βάση τα επαγγελματικά σου δικαιώματα/ πρόγραμμα σπουδών), μπορείς να υποστηρίξεις το ρόλο σου σε ένα πλαίσιο αποκατάστασης όπως η καρδιακή αποκατάσταση;

B) Και αν ναι, σε ποια φάση πιστεύεις ότι είναι σημαντικότερη η συμβολή του ΕΥ, ενδονοσοκομειακά (φάση I και II) ή εξωνοσοκομειακά στην κοινότητα (επ'αόριστον παρακολούθηση ασθενούς)

10.A) Περιέγραψε μου πώς μπορείς να συμβάλλεις ως Ε.Υ στην ΚΑ και στα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης που περιλαμβάνει.

B) Τι πρέπει να περιλαμβάνει κατά τη γνώμη σου ένα ιδανικό πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης στην καρδιακή αποκατάσταση για να παρέχει ολιστική φροντίδα στον ασθενή;

Γ) Ποια θεωρείς την ιδανική στελέχωση ενός προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης ώστε να προσφέρει υπηρεσίες ολιστικής φροντίδας στους καρδιαγγειακούς ασθενείς;

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 5:

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΒΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΝΤΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ 4: Βιώματα κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης και προτεινόμενες λύσεις

11) Περιγράψέ μου με βάση τις προσωπικές σου εμπειρίες τι σημαίνει να είσαι ΕΥ και να ασκείς τα καθήκοντά σου παρέχοντας υπηρεσίες δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης (όπως ορίζεται στην ΚΑ) στην Ελλάδα

12.A) Περιγράψέ μου τι δυσκολίες αντιμετωπίζεις όταν εφαρμόζεις στρατηγικές δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης;

B) Πώς διαχειρίζεσαι τα προβλήματα που προκύπτουν;

13. A) Τι λύσεις θα προτείνατε όσον αφορά το μη οργανωμένο πλαίσιο της ΚΑ στην Ελλάδα;

B) Τι πιστεύετε ότι πρέπει να γίνει από την πλευρά του κράτους;