

Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση

Μαρία Ζαφειροπούλου^{1,2}, Γεώργιος Μανομενίδης⁵, Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου^{1,3}, Μανώλης Καρανικόλης^{1,4}, Νικολέττα Ιακωβίδου^{1,7}, Θεόδωρος Ξάνθος^{1,6}

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα (MSc) «Αναζωογόνηση», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα
2. Επισκέπτρια Υγείας, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
3. Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Λέκτορας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος
4. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
5. Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
6. Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)
7. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου σε ασθενείς με μη μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης (ΚΑ), με απώτερο σκοπό την μείωση των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νόσων και της επανεμφάνισής τους. Βασικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών πρόληψης έχει ο επισκέπτης υγείας (ΕΥ) τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο.

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι απόψεις, οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες των ΕΥ σχετικά με το ρόλο τους στην ΚΑ.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 11 ΕΥ. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Από την μελέτη προέκυψε ότι οι ΕΥ αντιμετωπίζουν εμπόδια στο ρόλο τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και προκλήσεις (θετικές και αρνητικές) που σχετίζονται με την εφαρμογή των στρατηγικών της καρδιακής πρόληψης. Θεωρούν ότι έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών τους στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης ενώ για τη διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την εφαρμογή του έργου τους προτείνουν εκτός από τη χρήση των ατομικών μηχανισμών διαχείρισης των πρακτικών δυσκολιών και τη δημιουργία εκπαιδευτικού υποστηρικτικού δικτύου.

Συμπέρασμα: Οι ΕΥ έχουν σημαντικό ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα της καρδιακής αποκατάστασης, και προτείνεται η ενίσχυση των υπάρχουσών δομών υγείας και αποκατάστασης με επιπλέον προσωπικό.

Λέξεις Κλειδιά: αντιλήψεις, δευτερογενής πρόληψη, επισκέπτης υγείας, καρδιακή αποκατάσταση, ποιοτική μελέτη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Ζαφειροπούλου
e-mail: zafemari@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 06/11/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Ζαφειροπούλου Μ., Μανομενίδης Γ., Εκμεκτζόγλου Κ., Καρανικόλης Μ., Ιακωβίδου Ν. & Ξάνθος Θ. (2024). Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 59-70, <https://doi.org/10.24283/hjns.202425>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι ΕΥ κατέχουν όλες τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης στην ΚΑ
- Οι ΕΥ έχουν ρόλο συνδετικού κρίκου ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και τους ασθενείς
- Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ που θα παρέχουν, υπηρεσίες πρόληψης στην ΚΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (non communicable diseases) αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως (Λιανοπούλου 2021). Υπολογίζεται ότι περίπου 620 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με καρδιαγγειακές παθήσεις σε όλο τον κόσμο, δηλαδή 1 στους 13 ανθρώπους παγκοσμίως νοσεί από κάποια καρδιαγγειακή νόσο (British Heart Foundation 2023). Με τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις, ένας μεγαλύτερος αριθμός ασθενών επιβιώνει από τα θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια, με επιπτώσεις όμως τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη χρονιότητα της νόσου και τις επιπλοκές της, όσο και για το σύστημα υγείας το οποίο καλείται να επιφορτιστεί με το αυξημένο κόστος υπηρεσιών υγείας και φροντίδας (Buckley 2021).

Η καρδιακή αποκατάσταση (ΚΑ) αποτελεί μια πολυδιάστατη επαρκώς τεκμηριωμένη διεπιστημονική παρέμβαση με σκοπό τη μακροχρόνια διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών (Γιακουμιάκης & Μπροκολάκη 2014). Ορίζεται 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 υγείας» (Balady et al 2000, Παναουδάκη-Μπροκαλάκη & Χατζηνευστρατίου, 2014). Η Αμερικάνικη Ένωση Καρδιολογίας την κατατάσσει ως θεραπευτική παρέμβαση με ένδειξη κλάσης Ι (υποχρεωτική), επιπέδου Α και θεωρείται σημαντικό παρεμβατικό εργαλείο της Δημόσιας υγείας (Piepoli et al 2014).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών και μετα-αναλύσεων στην διεθνή βιβλιογραφία κάνει αναφορά τόσο στα βραχυπρόθεσμα όσο και στα μακροπρόθεσμα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών σε προγράμματα ΚΑ (Turk-Adawi & Grace 2015, Kabboul et al 2018) εξυπηρετώντας τον απώτερο στόχο, που είναι η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στην κοινότητα (Καδδά 2015). Επιπροσθέτως, συμβάλλει στη μείωση των επαναλαμβανόμενων νοσηλειών 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 παθήσεων (Taylor et al 2004, Clark et al 2005, Kotseva et al 2016, Ambrosetti et al 2021).

Για να προσφερθεί στον ασθενή μια πολυδιάστατη και ολοκληρωμένη φροντίδα ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της ΚΑ, 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 ασθενή (Piepoli et al 2014, BACR 2017). Βιβλιογραφικά, εντοπίζονται πολλαπλές αναφορές σχετικά με την εμπλοκή του ΕΥ σε προγράμματα ΚΑ στα οποία αυτός παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης (Salisbury 1994, Campbell et al 1996, Cupples et al 1996, CRHS 1999, Harris & Record 2003, Bush et al 2003). Ωστόσο, η ΚΑ ως ολοκληρωμένο πλαίσιο φαίνεται να απουσιάζει σχεδόν εντελώς από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και παρέχεται σε ελάχιστα εξειδικευμένα δημόσια κέντρα (Tsioufis et al 2015), με τα περισσότερα προγράμματα ΚΑ να περιορίζονται ως επί το πλείστον σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο που περιλαμβάνει την ενδυνάμωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλο καρδιολογικό νόσημα μέσω της φυσικής δραστηριότητας (Μαγγανά & Μιχαλόπουλος 2014, ΚΕΣΥ 2018).

Η σημαντικότητα του ρόλου του ΕΥ στον ευρύτερο τομέα της αποκατάστασης ως αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, είναι ευρέως αποδεκτή καθώς συμβάλλει στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών του μέσω της εκπαίδευσής τους (Firth et al 1973, Chamberlain 1977, Cowley et al. 2007).

Στην Ελλάδα ο ΕΥ είναι ο επαγγελματίας υγείας που κατέχει τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (ΦΕΚ 1989, Υπουργείο Υγείας 2017, Υπουργείο Υγείας 2020) και αποτελεί συνδετικό 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 στον κοινωνικό αποκλεισμό (Σακελλάρη 2015).

Παρά τη σημαντικότητα του ρόλου του ΕΥ στα προγράμματα ΚΑ, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη συμβολή του στον τομέα της αποκατάστασης είναι περιορισμένα (Bush 2003). Παρατηρείται, παγκοσμίως,

έλλειψη νεότερων δεδομένων λόγω της σταδιακής αντικατάστασης του ρόλου τους από τους κοινοτικούς νοσηλευτές (Heery et al. 2019). Καθώς η γνώση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα είναι περιορισμένη, πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των ΕΥ σχετικά με το ρόλο τους στην ΚΑ. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα περιλάμβαναν σαν οδηγό τις παρακάτω ερωτήσεις:

- α) Πώς αντιλαμβάνονται οι ΕΥ τον επαγγελματικό τους ρόλο όντας μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας;
- β) Ποια είναι η αντίληψη των ΕΥ για τη συμβολή τους στην δευτερογενή πρόληψη στην ΚΑ;
- γ) Ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης;
- και δ) Πώς διαχειρίζονται οι ΕΥ τις προκλήσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Για το σκοπό της μελέτης ακολουθήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία διερευνητικού-περιγραφικού τύπου για την σε βάθος κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Whitehead & Ferguson 2017), καθώς στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά οι εμπειρίες και οι απόψεις των συμμετεχόντων, όπως οι ίδιοι τις επικοινωνούν (Ματζούκας 2007, Hilla et al 2012).

Η συγκεκριμένη προσέγγιση βρέθηκε ότι είναι η καταλληλότερη για τη διερεύνηση σε βάθος του συγκεκριμένου φαινομένου καθώς 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 δεχτεί (Lune & Berg 2017, Hunter et al 2019). Εξάλλου, 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 περισσότερο (Grey 2017, Hunter et al 2019).

Δείγμα μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, επιλέχθηκε η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας για τη συμμετοχή ΕΥ οι οποίοι είχαν τουλάχιστον ένα έτος κλινικής εμπειρίας στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς -είτε για την κύρια νόσο είτε για κάποια από τις συννοσηρότητες τους- σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑ, και εργάζονταν σε δομές τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Συλλογή Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκαν οι ημι-

δομημένες συνεντεύξεις στη διάρκεια των οποίων οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να μιλήσουν για τις αντιλήψεις τους σχετικά με το ρόλο τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στην ΚΑ.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικά και δια ζώσης, από τα μέσα έως και τα τέλη Οκτώβρη του 2022. Η διάρκεια των προσωπικών συνεντεύξεων δεν ξεπέρασε τα 45 λεπτά, με μέσο όρο τα 35. Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και στην συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν σε γραπτό λόγο ενώ η συλλογή σταμάτησε όταν έφτασε στο σημείο του «θεωρητικού κορεσμού», δηλαδή δεν προέκυπταν νέα δεδομένα που να περιγράφουν το υπό μελέτη φαινόμενο (Rubin & Rubin 1995).

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η διεξαγωγή της έρευνας αρχικά εγκρίθηκε από την επιτροπή ηθικής δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν και ακολουθήθηκαν όλες οι βασικές αρχές δεοντολογίας που αφορούν στην ερευνητική διαδικασία, όπως η πληροφορημένη συγκατάθεση, η αρχή της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας και η αρχή της προστασίας από βλάβη στην έρευνα (Ισαρη & Πουρκός 2015). Προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και η συναίνεση των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε με ενυπόγραφο έντυπο συμφωνίας βάσει του κανονισμού προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR). Το έντυπο ενημέρωσης για συμμετοχή/ συγκατάθεση στην έρευνα δόθηκε είτε δια ζώσης για να συμπληρωθεί είτε στάλθηκε ηλεκτρονικά σε όλους τους συμμετέχοντες και συντάχθηκε με βάση τις αρχές της δεοντολογίας στην έρευνα (Τσιώλης 2018).

Ανάλυση των δεδομένων

Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν σύμφωνα με τις αρχές της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου για να εντοπιστούν, να περιγραφούν και να «θεματοποιηθούν» επαναλαμβανόμενα νοηματικά μοτίβα, που προκύπτουν από τα δεδομένα (Ισαρη & Πούρκος 2015, Τσιώλης 2018). Τα δεδομένα της μελέτης ήταν τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων. Πριν από την έναρξη της ανάλυσης, τα κείμενα των συνεντεύξεων διαβάστηκαν πολλές φορές για να αποκτηθεί μια συνολική και ολοκληρωμένη εικόνα των δεδομένων (Ματζούκας 2007). 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 στοιχείων του (Hilla et al 2012). Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση του υπάρχοντος κωδικοποιημένου κειμένου. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν καθορίστηκαν από το σκοπό της έρευνας και χωρίστηκαν σε θεματικές (Τσιώλης 2018).

Για τη διασφάλιση της πιστότητας και της αξιοπιστίας των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της

τριγωνοποίησης (triangulation), η οποία αποτελεί την “εφαρμογή και τον συνδυασμό διαφορετικών ερευνητικών μεθοδολογιών στη διερεύνηση του ίδιου φαινομένου” (Denzin & Lincoln 1994) ενώ παράλληλα επιτρέπει την επίτευξη της πληρότητας στην κατανόηση του φαινομένου (Μπελλάλη 2006).

Η τριγωνοποίηση στην παρούσα μελέτη, διασφαλίστηκε με τη συμμετοχή τριών ερευνητών που ασχολήθηκαν με την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Για τη διασταύρωση των δεδομένων και των

αποτελεσμάτων στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν άλλοι δυο ερευνητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 11 ΕΥ, από τους οποίους οι 7 ήταν γυναίκες και οι 4 ήταν άντρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 41.9 έτη και ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας τα 27,3 έτη. Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΕΤΗ)	ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΤΟΜΕΑΣ
ΣΕΥ1	Γ	35	9	Δ	ΤΟΜΥ
ΣΕΥ2	Α	42	12	Δ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΣΕΥ3	Α	48	14	Δ	ΤΟΜΥ
ΣΕΥ4	Γ	50	21	Ι	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΣΕΥ5	Γ	62	35	Δ	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΣΕΥ6	Α	36	6	Ι/Δ	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΣΕΥ7	Α	50	26	Δ	ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΕΥ8	Γ	35	14	Δ	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΕΥ9	Γ	36	4	Δ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ
ΣΕΥ10	Γ	33	5	Δ	ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΕΥ11	Γ	34	2	Δ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

*Α= Άνδρας/ Γ= Γυναίκα, Δ=Δημόσιο/ Ι=Ιδιωτικό, Ι/Δ= Ιδιωτικό Δημόσιου Δικαίου

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και αναλύοντας τα δεδομένα των συνεντεύξεων με βάση τις αρχές της θεματικής ανάλυσης, βρέθηκε ότι οι ΕΥ αντιμετωπίζουν πλήθος προκλήσεων και δυσκολιών που έχουν να κάνουν με το ρόλο τους μέσα στην διεπιστημονική ομάδα. Προτάσεις και μέτρα βελτίωσης

για την αντιμετώπιση των προβλημάτων προτείνονται με απώτερο σκοπό την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας στην ΚΑ. Όσον αφορά τις αντιλήψεις των ΕΥ σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο μέσα στην διεπιστημονική ομάδα, εντοπίστηκαν τρία θέματα και πέντε υποθέματα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Θέματα και υποθέματα των αντιλήψεων των ΕΥ σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Ο ρόλος στη διεπιστημονική ομάδα	α) Η επαλήθευση και η προσαρμογή της επαγγελματικής ταυτότητας
2. Τα εμπόδια μέσα στην ομάδα	α) Ασάφεια/σύγχυση/ σύγκρουση ρόλων
3. Διεκδίκηση ρόλου μέσα στην διεπιστημονική ομάδα	α) Οριοθετώντας το επάγγελμα β) Εκπαίδευση και εξειδίκευση γ) Δημιουργία συνεργατικού κλίματος

Ο ρόλος στη διεπιστημονική ομάδα

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ΕΥ, θεωρούν ότι η επαγγελματική τους ταυτότητα επιβεβαιώνεται και κατοχυρώνεται από τα επαγγελματικά τους δικαιώματα τα οποία περιλαμβάνουν την πρόληψη, την αγωγή υγείας και την εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους.

«Έχω απόλυτα ξεκάθαρο και συγκεκριμένο ρόλο στον φορέα που εργάζομαι. Κάνω πρόληψη. Αγωγή υγείας. Εκπαίδευση. Είμαι επισκέπτρια υγείας» (ΣΕΥ1)
«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)

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

Οι ΕΥ αναφέρουν ότι ο ρόλος τους μέσα στην διεπιστημονική ομάδα στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης είναι σημαντικός, ωστόσο θα πρέπει να αναπροσαρμοστεί καθώς καλούνται να συμμετέχουν σε πολλά διαφορετικά αντικείμενα, τα οποία κάποιες φορές αλλοιώνουν το χαρακτήρα του ρόλου τους και δεν τους επιτρέπουν να αναπτύξουν το έργο τους όσο αυτοί θα ήθελαν.

«...πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε όπως εγώ πάρα πολλά διαφορετικά αντικείμενα και άρα ίσως αλλοιώνεται ο χαρακτήρας του ρόλου μας»(ΣΕΥ8)

«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. (ΣΕΥ10)

«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. (ΣΕΥ8)

Τα εμπόδια μέσα στην ομάδα

Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν την ύπαρξη εμποδίων στην ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου με κυριότερα αυτά της ασάφειας, της σύγχυσης και της σύγκρουσης του ρόλου τους με τους άλλους επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας.

«... 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 περιέργα. 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)

«...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)

«... κάποιιοι 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)

Διεκδίκηση ρόλου μέσα στην διεπιστημονική ομάδα

Στο πλαίσιο της προσπάθειας που κάνουν οι ΕΥ για να διεκδικήσουν και να εδραιώσουν τον επαγγελματικό τους ρόλο μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, προτείνουν την οριοθέτηση, την εξειδίκευση και την περαιτέρω εκπαίδευση τους, παράλληλα όμως με τη δημιουργία ενός συνεργατικού κλίματος.

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

«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 καθήκοντά μου. Προσπαθώντας όσο το δυνατόν να μειώσω το χρόνο που με απασχολεί σε άλλα καθήκοντα».(ΣΕΥ3)

«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)

«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)

Σχετικά με τις αντιλήψεις των ΕΥ για τον ρόλο τους στην παροχή δευτερογενούς πρόληψης στα προγράμματα ΚΑ εντοπίστηκαν δύο θέματα και πέντε υποθέματα (Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Θέματα και Υποθέματα για τις αντιλήψεις των ΕΥ για τον ρόλο τους στην δευτερογενή πρόληψη στην ΚΑ

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Ο ρόλος του ΕΥ στην ΚΑ	α) Ο συνδυαστικός κρίκος ανάμεσα σε ασθενή και διεπιστημονική ομάδα β) Η εκπαίδευση του ασθενή γ) Η διαχείριση συννοσηροτήτων δ) Η προαγωγή και η αγωγή υγείας
2. Εκπαίδευση στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου	α) Υιοθέτηση υγιεινών προτύπων - υποστήριξη

Ο ρόλος του ΕΥ στην ΚΑ

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες ΕΥ ο ρόλος τους

στην ΚΑ περιλαμβάνει τον προγραμματισμό σχεδίου στρατηγικών καρδιαγγειακής πρόληψης (συμβουλευτική

ρύθμισης και διαχείρισης σωματικού βάρους των ασθενών, τροποποίηση αρτηριακής πίεσης και λιπιδίων, γλυκαιμικό έλεγχο, διακοπή καπνίσματος και ψυχολογική υποστήριξη), τη διασύνδεση της διεπιστημονικής ομάδας με τον ασθενή και την οικογένεια του, την εκπαίδευση, την καθοδήγηση και τη διαχείριση των συννοσηροτήτων που μπορεί να έχει ο ασθενής μαζί με τις καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και τη διαρκή επαναξιολόγηση των πρακτικών και των δεξιοτήτων του ασθενή τους:

«Οπότε είναι και ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε έναν γιατρό, έναν ασθενή κτλ. Γιατί κακά τα ψέματα και σε ένα ιδανικό πλαίσιο αν και εφόσον υπάρχουν όλες οι ειδικότητες... 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 συνδεδετικά με τον γιατρό έτσι ώστε να υπάρχει πιο ολιστική αντιμετώπιση. Στον ασθενή.»(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 πρόοδό τους.»(ΣΕΥ7)

«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)

«...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)

Εκπαίδευση στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου

Το σύνολο των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η συμβολή του ΕΥ στην ΚΑ εντοπίζεται κυρίως στην εκπαίδευση του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος, στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, στη δημιουργία κατάλληλης και εξατομικευμένης εκπαιδευτικής θεματολογίας αλλά και στη συμβουλευτική που έχει στόχο την τροποποίηση συμπεριφορών υγείας και τη διενέργεια προσωπικών ελέγχων για την ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου ή που χρήζουν άμεσης παρέμβασης.

«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)

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

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

«Ο επισκέπτης υγείας, για την κατ'οίκον επίσκεψη. Η εκπαίδευση των ασθενών και η κατ'οίκον επίσκεψη είναι συκοινωνούντα δοχεία. Ο επισκέπτης υγείας επίσης να είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη και εκπαίδευση της φαρμακοθεραπείας.» (ΣΕΥ4)

Όσον αφορά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης

Πίνακας 4: Θέματα και Υποθέματα για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Οι θετικές προκλήσεις	α) Η επαγγελματική ικανοποίηση
2. Οι αρνητικές προκλήσεις	α) Η ασάφεια ρόλου και επαγγελματικών ορίων β) Η απουσία εκπαίδευσης και υποδομών γ) Οι δυσκολίες με τους ασθενείς

Οι θετικές προκλήσεις

Οι συμμετέχοντες ΕΥ παρά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην εφαρμογή του έργου τους αντλούν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης είτε μέσω της αναγνωρισιμότητας του έργου τους από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας

είτε μέσα από τα αποτελέσματα που βλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παρακολουθούν.

«Η απόλυτη επαγγελματική ικανοποίηση. Του να μπορείς κάποια περιστατικά, που ήξερες ότι για τον α x ψ λόγο δεν πάνε καλά, να τα βελτιώνεις είναι πάρα πολύ σημαντικό».

(ΣΕΥ2)

«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)

Οι αρνητικές προκλήσεις

Οι συμμετέχοντες όρισαν αρκετούς παράγοντες με αρνητικό πρόσημο που πιστεύουν ότι δυσχεραίνουν το έργο τους στην ΚΑ των ασθενών που παρακολουθούν και περιλαμβάνουν την ασάφεια του επαγγελματικού τους ρόλου αλλά και των ορίων τους καθώς και την απουσία εκπαίδευσης και κατάλληλων υποδομών.

«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)

«...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)

«...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)

Από την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τον τρόπο που οι ΕΥ διαχειρίζονται τις προκλήσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν, προέκυψαν τρία θέματα και τρία υποθέματα. (Πίνακας 5)

Πίνακας 5: Θέματα και υποθέματα για πως διαχειρίζονται οι ΕΥ τα προβλήματα και τις προκλήσεις που προκύπτουν

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Οι ατομικοί μηχανισμοί	α) Η προσωπική παρέμβαση
2. Δίκτυο εξειδικευμένων μονάδων καρδιακής αποκατάστασης	α) Οργάνωση πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης
3. Εκπαίδευση και εξειδίκευση των ΕΥ	α) Δυνατότητα εκπαίδευσης

Οι ατομικοί μηχανισμοί

Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινή πρακτική με τους ασθενείς τους, μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη χρήση ατομικών μηχανισμών που περιλαμβάνουν τη συνεχόμενη παρακολούθηση τους και παρέμβαση όταν αυτό είναι αναγκαίο αλλά και τη δημιουργία ενός διασυνδεδεμένου δικτύου μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την δημιουργία ενός ισχυρού υποστηρικτικού πλαισίου.

«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)

«Προσπαθούμε να διασυνδέσουμε σας ασθενείς με υπηρεσίες του δήμου σας 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... Προσπαθούμε να δημιουργήσουμε έναν υποστηρικτικό κλοιό με σας υπηρεσίες που σας είπα». (ΣΕΥ7)

«Με υπομονή, επιμονή και συνεχόμενη παρέμβαση». (ΣΕΥ5)

Δίκτυο εξειδικευμένων μονάδων καρδιακής αποκατάστασης

Πολλοί από τους συμμετέχοντες θεωρούν ότι η δημιουργία ενός οργανωμένου δικτύου εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ που θα απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό ικανό να επιτυγχάνει τη διασύνδεση των επιπέδων πρόληψης, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση των δυσκολιών που προκύπτουν σε καθημερινή βάση.

«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)

«...Να δημιουργηθούν εξειδικευμένες δομές». (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)

«Στην ουσία μια διασύνδεση των τριών επιπέδων της πρόληψης. Διασύνδεση με νοσοκομεία. Και με βήμα στην κοινότητα». (ΣΕΥ6)

Εκπαίδευση και εξειδίκευση των ΕΥ

Η μετεκπαίδευση και περαιτέρω εξειδίκευση των ιδίων των ΕΥ μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην καλύτερη παροχή ποιοτικής φροντίδας στο στάδιο της ΚΑ, καθώς απουσιάζει πλήρως στην Ελλάδα.

«Να δημιουργηθεί ένα δίκτυο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Εκπαίδευση. Γιατί δεν είναι ωραίο στο 2022 ας πούμε οι επαγγελματίες να μην έχουν κάποιον οργανωμένο φορέα εκπαίδευσης πάνω σε τέτοια θέματα.»(ΣΕΥ1)

«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)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας ποιοτικής έρευνας ήταν να διερευνήσει εις βάθος τις απόψεις αλλά και τις εμπειρίες των ΕΥ που εργάζονται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και εφαρμόζουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης, σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ανεξαρτήτως ηλικιαίου ΚΑ, καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένη προσέγγιση ΚΑ που να εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας.

Τα βασικά ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι οι ΕΥ διεκδικούν την ίδια αντιμετώπιση ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ΚΑ αλλά παράλληλα αποζητούν να έχουν ξεκάθαρο και διακριτό ρόλο, που έχει να κάνει με την επαγγελματική τους ταυτότητα και αυτά που ορίζονται από τα επαγγελματικά τους δικαιώματα. Συνδέουν άμεσα την επαγγελματική ικανοποίηση με την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων και δικαιωμάτων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, επιβεβαιώνονται από αντίστοιχες διεθνείς μελέτες σχετικά με την αντίληψη της επαγγελματικής ταυτότητας των ΕΥ όπου επισημάνθηκε πως όταν οι ΕΥ ακολουθούν τις αρχές του επαγγελματικού τους ρόλου, ασκώντας τα επαγγελματικά τους δικαιώματα όπως αυτά ορίζονται εκ του νόμου τότε έχουν ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα μέσα στην ομάδα (Baldwin 2018) και διαθέτουν αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση όταν επιτυγχάνεται ο βαθμός αυτονομίας τους ως επαγγελματίες υγείας (Seaman 2021, Seaman 2022). Απόψεις που συγκλίνουν και με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Επισκεπτών Υγείας που υποδηλώνει ότι «απαιτείται ισχυρή αίσθηση επαγγελματικής ταυτότητας...» για να διασφαλιστεί ότι οι επισκέπτες υγείας εκπληρώνουν τον ρόλο τους (IHV 2019).

Από τη μελέτη προέκυψε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ΕΥ, να πιστεύει ότι η δευτερογενής πρόληψη αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ΚΑ καθώς συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή αλλά και του οικείου περιβάλλοντος, είναι λιγότερο επεμβατική και η δράση της είναι μακροχρόνια (Pieroli et al 2014, Ambrosetti et al 2021). Αναφέρει ότι 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

(Firth et al. 1973, Chamberlain 1977, Salisbury et al 1994, Campbell et al. 1996). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Ross και Botha (1979) σχετικά με τα ευεργετικά οφέλη των προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής ΚΑ στην κοινότητα, στα οποία δύναται να συμμετέχουν και ΕΥ από την ΠΦΥ, οι οποίοι θα επιβλέπουν την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, από τους ασθενείς, στο σπίτι, κάνοντας ανάλογες παρεμβάσεις, ενισχύοντας περαιτέρω το έργο της ομάδας ΚΑ (Ross & Botha 1979). Σε άλλη πιλοτική μελέτη με σκοπό την διερεύνηση της ενσωμάτωσης των ΕΥ στο Heart Manual Project. Που αφορούσε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, στην κοινότητα, η συνολική εμπλοκή των ΕΥ (αγωγή υγείας, παραπομπές σε άλλους επαγγελματίες υγείας, συμβουλευτική κτλ) ήταν πολύτιμη και άκρως βοηθητική (CHSR 1999).

Διευρύνοντας την παροχή υπηρεσιών τους μέσω της δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ, οι ΕΥ διευρύνουν και τον ωφελούμενο πληθυσμό μέσω της επέκτασης του φάσματος της πρόληψης και συμβάλλουν στην συνέχιση της παρακολούθησης και φροντίδας των ευπαθών ομάδων, μειώνοντας έτσι τις ανισότητες στην υγεία (Cowley 2015, Sakellari 2016). Ανάλογα ευρήματα παρατηρούνται και σε διεθνείς έρευνες, στις οποίες εντοπίζεται ο ενεργός ρόλος των ΕΥ σε προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης ΚΑ σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον (Salisbury et al 1994, Campbell et al 1996, Cupples 1996, McCarney et al 2000). Σε αντίθεση έρχονται άλλες έρευνες, όπου συστήνουν εξειδικευμένους νοσηλευτές ως τους καταλληλότερους επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη του έργου της ΚΑ στην κοινότητα, καθώς οι τελευταίοι δύναται να γεφυρώσουν το χάσμα ανάμεσα στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, συμπεριλαμβάνοντας περισσότερες νοσηλευτικές διεργασίες (Fearnside et al. 1999, Tod et al 2002, Wood et al. 2004).

Οι συμμετέχοντες ΕΥ θεωρούν ότι θα έχουν μεγαλύτερη και καλύτερη επαγγελματική απόδοση στην εξωνοσοκομειακή φάση των προγραμμάτων ΚΑ, όπου θα επιβεβαιώνουν τον ρόλο τους ως συνδεδειγμένοι κρίκοι ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στους ασθενείς, και κατ' επέκταση στην κοινότητα, με τις κατ' οίκον επισκέψεις. Απόψεις που αντικατοπτρίζονται και στο άρθρο της Turner (1997) όπου συστήνεται η συμμετοχή των ΕΥ και των νοσηλευτών της ΠΦΥ στην δεύτερη (εξωνοσοκομειακή) φάση των προγραμμάτων ΚΑ (Turner 1997). Ο ρόλος των ΕΥ στην διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα και την κοινότητα περιγράφεται επίσης σε πολλές έρευνες όπου θεωρούν τον ΕΥ ιδανικό για την ενίσχυση της συνέχισης της φροντίδας και της συνεχόμενης παρακολούθησης (follow up) καρδιαγγειακών ασθενών (Trotter et al 1981, Noy 1988, McCarney et al, 2000, Griffiths & Horne 2013) αλλά και της επικοινωνιακής βελτίωσης μεταξύ χρηστών και των υπηρεσιών υγείας (Tod et al. 2002, Clark et al. 2005).

Οι ΕΥ συνδέουν την ΚΑ με τον επαγγελματικό τους ρόλο καθώς θεωρούν ότι σχετίζεται με την εκπαίδευση

των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της κατάστασής και της προαγωγής της αυτοφροντίδας τους (Δημητρίδης & Κρανιδιώτη 2006, Κρουστάλλη 2020). 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 (Καρδιασμένου & Σωτήρη 2014). Η σημαντικότητα του εκπαιδευτικού ρόλου των ΕΥ στα προγράμματα ΚΑ περιγράφεται εύστοχα στην έρευνα της Salisbury και συν. (1994), όπου σκιαγραφεί την εμπλοκή των ΕΥ σε ένα μοντέλο -προγράμματος ΚΑ- που καθοδηγείται από την εκπαίδευση στην υγεία και αφορά καρδιοπαθείς και φροντιστές, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Salisbury 1994).

Ο ενεργός ρόλος των ΕΥ στην εκπαίδευση των ασθενών αναδείχθηκε επίσης μέσα από την τριετή τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αγωγής υγείας των Cupples και συν. (1996), που είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την επίδραση της αγωγής υγείας σε ασθενείς με στηθάγχη. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι ο ρόλος του ΕΥ ως μέλος της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι 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 ανάγκη (Cupples 1996).

Σε αντίθεση έρχεται το άρθρο της Brown (2009), που υπογραμμίζει τον ρόλο και τις δυνατότητες του εξειδικευμένου νοσηλευτή ΚΑ (cardiac rehabilitation specialist nurse) στην Αγγλία, ως απαραίτητη ειδικότητα στελέχωσης προγραμμάτων ΚΑ (Brown 2009). Παρομοίως, στην πολυκεντρική τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Jones και West (1996) δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα, από τη συμμετοχή των ΕΥ στην εκπαίδευση διαχείρισης του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέσω ψυχολογικών παρεμβάσεων, με κλινικό ψυχολόγο (Jones & West 1996).

Οι ΕΥ στην καθημερινή τους πρακτική έρχονται αντιμέτωποι τόσο με θετικές όσο και αρνητικές προκλήσεις. Παρόμοιες θετικές προκλήσεις περιγράφονται εκτεταμένα και σε άλλες μελέτες και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την επαγγελματική ικανοποίηση (Machin et al 2012, Seaman 2022) και την ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα που λαμβάνουν (CHNR 1999, Seaman 2021) αλλά και τις αρνητικές προκλήσεις που αφορούν τις συγκρούσεις λόγω της ασάφειας των ρόλων και της έλλειψης προσωπικού (Κεραμιδά 2016, Ιγνατιάδου 2018, Ιορδανίδου 2021).

Η ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και πιστοποίηση των δεξιοτήτων των ΕΥ, τέθηκε σαν πρόταση βελτίωσης και αντιμετώπισης των δυσκολιών και προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθώς μέσα από αυτές αναμένεται η ενδυνάμωση του επαγγελματικού τους ρόλου και η εξέλιξη των επαγγελματικών τους πρακτικών και δεξιοτήτων. Ανάλογη πρόταση αναφέρεται και στην έρευνα των Fearnside και συν. (1999) όπου ένα αναγνωρισμένο

πρόγραμμα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην ΚΑ, θα ωφεληθεί σημαντικά τόσο στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών αποκατάστασης και επανένταξης όσο και στην αύξηση της αναγνώρισης των κατευθυντήριων οδηγιών από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας που μέχρι πρότινος δεν τις εφαρμόζαν σχεδόν καθόλου (Fearnside et al. 1999). Μέσω της εκπαίδευσης και της αποκόμιση νέων γνώσεων και ικανοτήτων, ωφελείται τόσο η διεπιστημονική ομάδα όσο και το κοινωνικό σύνολο, καθώς η ποιότητα του επιπέδου παροχής υπηρεσιών αυξάνεται (Ιγνατιάδου 2018, Ιορδανίδου 2021).

Προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλει και η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ, με κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό, προσφέροντας υψηλές υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης στους χρήστες των υπηρεσιών τους, διασυνδέοντας όλα τα επίπεδα πρόληψης και οδηγώντας στην ορθότερη διαχείριση των περιστατικών. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται το εθνικό σύστημα υγείας αλλά και την οικονομία της χώρας, μέσω της μείωσης του δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία και στην ομαλή και γρήγορη επαναφορά των ασθενών στην εργασία τους (Taylor et. al 2004, Clark 2005, Kotseva et al. 2016, Κρουστάλλη 2020).

Περιορισμοί Μελέτης

Η παρούσα έρευνα είχε ορισμένους περιορισμούς που δεν επέτρεψαν στα αποτελέσματα της να αντικατοπτρίσουν πλήρως την πραγματικότητα που επικρατεί. Η διερευνητική-περιγραφική ποιοτική προσέγγιση είναι μια νέα, ευέλικτη, υβριδική μέθοδος, που όμως δεν είναι αρκετά καθιερωμένη όπως άλλες πχ η θεμελιωμένη θεωρία ή η φαινομενολογία, οι οποίες στηρίζονται σε συγκεκριμένα μεθοδολογικά βήματα ώστε να μειωθούν όσο το περισσότερο τα σφάλματα (Whitehead & Ferguson 2017). Η έλλειψη θεωρητικού υποβάθρου στην συγκεκριμένη περίπτωση, δημιούργησε επιπλέον περιορισμούς και προβλήματα στην ερμηνεία και ταχύτερη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων (Lune & Berg 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αναδεικνύει τις αντιλήψεις των ΕΥ για το ρόλο που έχουν στην ΚΑ. Τα ευρήματα επικεντρώνονται στα εμπόδια και τις δυσκολίες που έχουν οι ΕΥ λόγω της ασάφειας του ρόλου τους και της ανάγκης για περαιτέρω εκπαίδευση στην ΚΑ. Μολονότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο στην εφαρμογή προγραμμάτων προώθησης της δευτερογενούς πρόληψης της ΚΑ μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας και των καρδιαγγειακών ασθενών, εντούτοις αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει στο ΕΣΥ.

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων οι ΕΥ προτείνουν τη χρήση ατομικών μηχανισμών διαχείρισης και τη 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 και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση των υπάρχουσών δομών υγείας και ΚΑ με ΕΥ, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης και συμβάλλοντας στην ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος έργου, προς όφελος των ασθενών και την προώθηση της υγείας.

Συνεισφορά ερευνητών

Η ΜΖ ήταν η κύρια ερευνήτρια, η οποία είχε τη σύλληψη του σκοπού και του σχεδιασμού της έρευνας, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συμμετείχε στην ερμηνεία

των αποτελεσμάτων, στη συγγραφή του κειμένου και την συλλογή της βιβλιογραφίας. Ο ΓΜ συνέβαλε στο σχεδιασμό της έρευνας, συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, στη συγγραφή του κειμένου και έκανε τις τελικές διορθώσεις του κειμένου. Ο ΚΕ συμμετείχε στο σχεδιασμό της έρευνας, αξιολόγησε τη συγγραφή του κειμένου και είχε τη γενική εποπτεία της παρούσας έρευνας. Ο ΜΚ και η ΙΝ συμμετείχαν εξίσου στην γενική εποπτεία της έρευνας. Ο ΘΞ συμμετείχε στην γενική εποπτεία της έρευνας και αξιολόγησε τη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ambrosetti M. et al. (2021) 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. *European journal of preventive cardiology*. 28(5):460–495.
- Balady G. J. et al. (2000) "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," *Circulation*, 102(9): 1069–1073.
- Baldwin S. (2018) Exploring the professional identity of health visitors. *Nursing Times*. 108(25):12–5.
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR) (2017) Cardiovascular disease prevention and rehabilitation: the six core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. 3rd edition. Available at: https://www.bacpr.org/_data/assets/pdf_file/0026/39437/BACPR_Standards_and_Core_Components_2017.pdf
- British Heart Foundation (2023) Global heart & circulatory diseases factsheet.(Online) Available at: <https://www.bhf.org.uk/-/media/files/for-professionals/research/heart-statistics/bhf-cvd-statistics-global-factsheet.pdf?rev=e61c05db17e9439a8c2e4720f6ca0a19&hash=6350DE1B2A19D939431D876311077C7B>
- Brown A. (2009) The role of a cardiac rehabilitation specialist nurse. *British journal of cardiac nursing*. 4(5):230–232
- Buckley J.P. (2021) The changing landscape of cardiac rehabilitation; from early mobilisation and reduced mortality to chronic multi-morbidity management. *Disability and rehabilitation*. 43(24):3515–3522.
- Bush H. et al. (2003) Health visitors and cardiac rehabilitation. *Community Practitioner*. 76(5): 171–174.
- Campbell N. C. et al. (1996) Outpatient cardiac rehabilitation: are the potential benefits being realised? *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 30(6): 514–519.
- Centre for Health and Social Support. (1999) Study to assess the added value of health visitor input to the Heart Manual rehabilitation programme for patients after myocardial infarction. Fife Primary Care NHS Trust.
- Chamberlain M. A. (1977) The value of health visitors in rehabilitation in the community. *Rheumatology*. 16(4):250–253
- Γιακουμίδης Κ & Μπρακαλάκη Η. (2014) Συμμετοχή Ασθενών με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια σε Ολοκληρωμένα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Νοσηλευτική*. 53(2): 141–149.
- Clark A. M. et al. (2005) Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of internal medicine*, 143(9): 659.
- Cowley S. et al (2007). What do health visitors do? A national survey of activities and service organization. *Public health*, 121(11): 869–879
- Cowley S. et al. (2015) Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 52(1):465–80.
- Cupples M. E., McKnight A., O'Neill C. & Normand C. (1996). The effect of personal health education on the quality of life of patients with angina in general practice. *Health Education Journal*. 55(1):75–83.
- Denzin N. K & Lincoln Y.S. (1994) Introduction: entering the field of qualitative research. In: Denzin N K, Lincoln YS, eds. *A Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Δημητράκης Δ. & Κρανιδιώτη Γ.Α (2006) Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*. 45(1), 41–49
- Fearnside E. et al (1999) Current provision of cardiac rehabilitation in England and Wales. *Coronary Health Care*. 3:121–127
- Firth D. et al. (1973) The value of health visitors in a rehabilitation unit. *Rheumatology*. 12(3):143–7.
- Gray D.E. (2017). *Doing Research in the Real World*. 4th Ed. London. SAGE Publications.
- Griffiths J. & Horne M. (2013) Long-term conditions: Is there a role for health visitors? *Journal of Health Visiting*. 1(11), 634–638.
- Harris D. E. & Record N. B. (2003) Cardiac rehabilitation in community settings. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*. 23(4):250–259.
- Heery S., Gibson I., Dunne D. & Flaherty G. (2019). The role of public health nurses in risk factor modification within a high-risk cardiovascular disease population in Ireland- a qualitative analysis. *European journal of Cardiovascular Nursing*. 18(7): 584–592
- Hilla B., VanderWalt Ch. & VanRensburg G. (2012) Θεμελιώδης Αρχές της Μεθοδολογίας της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας. 3η έκδοση. Αθήνα. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Hunter D., McCallum J., & Howes D. (2019) Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*. 4(1).
- Ιγνατιάδου Μ. (2018) Οργανωσιακό κλίμα, Διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία ιατρών – νοσηλευτών στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Institute of Health Visiting (IHV) (2019). Attributes of a Specialist Community Public Health Nurse – Health Visitor and School Nurse. In: Institute of Health Visiting (IHV) Recommended National Curriculum: Specialist Community Public Health Nursing – Health Visiting/School Nursing (0-19 Child Public Health Nursing Services). Available at: <https://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/>

- Recommended-National-Curriculum-FINAL-19.3.19.pdf
- Ιορδανίδου Δ. (2021) 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. Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ. (2015). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. Διαθέσιμο σε: <https://hdl.handle.net/11419/5826>
- Jones D.A & West R.R. (1996) Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 313: 1517
- Kabboul N. et al. (2018). Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of clinical medicine*. 7(12):514.
- Καδδά Ο. (2015). Προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και δευτερογενής πρόληψη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Το Βήμα του Ασκληπιού. (14)2:78-80.
- Καρδιασμένου Τ. & Σωτήρη Γ. (2014) Υπηρεσίες Αποκατάστασης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες και παιδιά με χρόνιο νόσημα που εδρεύουν στο νομό Αττικής. Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Αθηνών.
- Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). (2018) Κατευθυντήριες Οδηγίες: Πρωτόκολλα Θεραπευτικής Άσκησης στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα. Διαθέσιμο σε: https://www.phed.uoa.gr/fileadmin/depts/phed.uoa.gr/www/uploads/KESY_-_PROTOKOLLA_THERAPEYTIKIS_ASKISIS_STIN_KARDIAKI_ANEPARKEIA.pdf
- Κεραμιδά Λ. (2016) Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Kotseva K. et al. (2016) 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*. 23(6): 636–648.
- Κρουστάλη Ε. Κ (2020) Εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και ο ρόλος στη συμμόρφωση τους στη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής. Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ.
- Λιανοπούλου Β. (2021) Προγράμματα τριτογενούς πρόληψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα: θεωρητικό υπόβαθρο, περιεχόμενο, προσεγγίσεις και αποτελεσματικότητα. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Lune H. & Berg B. (2017) *Qualitative research methods for the social sciences*. Pearson.
- Μαγγανά Μ., & Μιχόπουλος Α. (2014). Ο Ρόλος Των Νοσηλευτών Στην Αποκατάσταση Ασθενών Με Καρδιακή Ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 53(2):150–156.
- Machin A. I, Machin T., Pearson P. (2012) 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. *Journal of Advanced Nursing*. 68(7):1526–37.
- Ματζούκας Στ. (2007) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*. 46(1):88-98.
- McCarney R. et al (2000) The introduction of a routine monitoring system in primary care for patients with a first episode of cardiovascular disease. *Journal of Advanced Nursing*. 31(6):1376–82
- Μπελλάλη, Θ. (2006). Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 23:298–307
- Noy K. (1998) Cardiac rehabilitation: structure, effectiveness, and the future. *British Journal of Nursing*. 7(17):1033–40.
- Παναγιωτάκης-Μηροκαλάκη, Η. & Χατζνευστραίου, Α. (2014) Καρδιακή Αποκατάσταση. In *Νόσος της Καρδίας και Νοσηλευτική Φροντίδα*. Ολιστική Προσέγγιση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. pp.565-83.
- Piepoli, M. F. et al. (2014) 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. *European journal of preventive cardiology*. 21(6):664–681
- Προεδρικό Διάταγμα (1989) υπ' αριθ.351/1989. ΦΕΚ 159/Α/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. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/proedriko-diatagma-351-1989-phek-159a-14-6-1989.html>
- Ross M. H. & Botha H.P. (1979) Community participation in cardiac rehabilitation. *South African Medical Journal*. 56(26):1126–8.
- Rubin H.J & Rubin I.S (1995) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. 2nd edition. London Sage Publications
- Σακελλάρι Ε. (2015) Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Στο: Καλοκαιρινού Α. και συν. (2016). Εφαρμογές Καλών πρακτικών ομάδας ΠΦΥ. [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. 8: 108-116. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3309>
- Sakellari E. (2016) Health Visitors: Professionals promoting community health. Editorial. *International Journal Of Occupational Health and Public Health Nursing*. (3)1-3
- Salisbury, H. (1994) Health visitors' role in cardiac rehabilitation. *Health visitor*. 67(8):262–264.
- Seaman H.E. (2021) Health visitors' professional identity and their lived experience of service change. *UH Research Archive*.
- Seaman H. E. (2022) Establishing health visitors' professional identity. *Journal of Health Visitors*. 10(8):334–46.
- Taylor, R. S. et al. (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.
- Tod, A. M., Lacey, E. A. and McNeill, F. (2002) 'I'm still waiting...': barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of advanced nursing*, 40(4):421–431.
- Trotter J.M et al (1981) Problems of the oncology outpatient: role of the liaison health visitor. *British Medical Journal*. (Clinical Research Edition). 282 (6258),122-124.
- Tsioufis K. et al. (2015) Country Report: Greece- August 2015. *European Society of Cardiology. European Association of Preventive Cardiology*. 2015;1-10.
- Τσιώλης Γ. (2018) Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης (επιμ.), Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Θεωρητικές –Μεθοδολογικές Συμβουλές και Μελέτες Περίπτωσης. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Turk-Adawi KI, Grace SL. (2015) Narrative review comparing the benefits of and participation in cardiac rehabilitation in high-, middle- and low-income countries. *Heart Lung Circulation*. 24(5):510–20. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950614007768>
- Turner S. (1997) Cardiac rehabilitation programme management. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*. 4(6):309–315.
- Whitehead D. & Ferguson S. (2017) *Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for evidence based*. 4th edition. Elsevier.
- Wood D. et al. (2004) Coronary Heart Disease. In: Stevens A., Raftery J., Mant J. & Simpson S. *Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*. 2nd edition. Radcliffe Publishing.
- Υπουργείο Υγείας (2017) Επισκέπτες Υγείας. Άρθρο 13. Στο: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διαθέσιμο σε: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2037>
- Υπουργείο Υγείας (2020) Πρόγραμμα Πρόληψης των Κινδύνων για την Υγεία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ». Άρθρο 5. Στο: Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας: Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας-Ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο σε: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=3047>

Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach

Maria Zafeiropoulou^{1,2}, George Manomenidis⁵, Konstantinos Ekmektzoglou^{1,3}, Manolis Karamanolis^{1,4}, Nikoletta Iakovidou^{1,7}, Theodoros Xanthos^{1,6}

1. Postgraduate Program (MSc) "Resuscitation", Medical School of Athens, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

2. Health Visitor, Primary Education

3. Academic Scholar, Medical School of Athens, Lecturer, European University of Cyprus, Nicosia, Cyprus

4. Professor of the Faculty of Medicine of the Greek Academy of Sciences

5. Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing (Didymoteicho Branch), International University of Greece

6. Professor at the University of Western Attica (PADA)

7. Professor at the Faculty of Medicine, EKPA

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death from non-communicable diseases and the leading cause of morbidity, disability, and mortality worldwide. Therefore, the need for cardiac rehabilitation (CR) programs is imperative, with the ultimate purpose of reducing the effects of cardiovascular diseases and their recurrence. The health visitor (HV) has a key role in the provision of prevention services both at the in-hospital and out-of-hospital level.

Purpose: To explore the opinions, perceptions, and experiences of HVs regarding their role in CR.

Material and method: A qualitative study was carried out with semi-structured interviews of 11 HVs. The data was analyzed using the method of thematic analysis.

Results: The study revealed that HVs' face obstacles in their role as members of the interdisciplinary team, as well as challenges (positive and negative) related to the implementation of cardiac prevention strategies. They consider that they have a very important role in education and modification of their patients' behavior in the context of secondary prevention, as well as in problem management during the implementation of the proposed project. In addition, they have a key role in introducing the usage of individual mechanisms for managing practical difficulties and the creation of an educational support network.

Conclusion: HVs have an important role in the interdisciplinary team of cardiac rehabilitation, and it is recommended to strengthen the existing health and rehabilitation structures with additional staff.

Key words: perceptions, secondary prevention, health visitor, cardiac rehabilitation, qualitative study

Corresponding author: Maria Zafeiropoulou
e-mail: zafemari@hotmail.com

Date of submission: 06/11/2023
Publication date: June 2024

Citation: Zafeiropoulou M., Manomenidis G., Ekmektzoglou K., Karamanolis M., Iakovidou N. & Xanthos T. (2024). Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 59-70, <https://doi.org/10.24283/hjns.202425>