ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Χρήση εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) από γενικούς ιατρούς στην Κρήτη: μια μελέτη μικτής μεθοδολογίας.

Implementation of prevention tools for Cardiovascular Disease (CVD) by General Practitioners in Crete; a mixed methodology study.

Καρύδα Μάρθα

Ειδικευόμενη Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής

Επιβλέποντες:

1. **Λιονής Χρήστος**
   Ομότιμος Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Συμβουλευτική Επιτροπή:

2. **Παπαδάκη Σοφία, PhD, MHA Αναπληρώτρια καθηγήτρια Τμήμα Καρδιολογίας, Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Οτάβα.**
3. **Μαριλένα Αναστασάκη, MSc, PhD(c) Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης**
4. **Βασιλόπουλος Θεόδωρος, MD,MSc,GP, Τοπικός Συντονιστής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ηράκλειο Κρήτης.**

Ηράκλειο, [Φεβρουάριος 2023]

© 2023

Καρύδα Μάρθα

ALL RIGHTS RESERVED

Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας αξίζουν θερμές ευχαριστίες πρωτίστως στον αξιότιμο Ομότιμο Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, κο Λιονή Χρήστο, για την πολύτιμη καθοδήγησή του, την επιμονή αλλά και τη στήριξή του εντός και εκτός του πλαισίου των μεταπτυχιακών μου σπουδών, αλλά και την κα Παπαδάκη Σοφία, Αναπληρώτρια καθηγήτρια Τμήματος Καρδιολογίας, Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Οτάβα για την πολύτιμη συμβολή της κατά την οργάνωση και συγγραφή της μελέτης που ακολουθεί.

Επιπλέον, ευχαριστώ την κα Αναστασάκη Μαριλένα για τα σχόλιά της στο πρωτόκολλο και το τελικό κείμενο της εργασίας, καθώς και τον κο Βασιλόπουλο Θεόδωρο, για τη συνεχή υποστήριξη, το αμείωτο ενδιαφέρον και την επιστημονική καθοδήγηση που παρείχαν, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, αλλά κυρίως κατά τη διεξαγωγή της μελέτης.

Τέλος να ευχαριστήσω θερμά όλες και όλους τις/ τους συναδέλφους που στήριξαν την προσπάθεια μας για να διερευνήσουμε την κλινική πρακτική τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τιμώντας μας με τη συμμετοχή τους.

«η ιδανική συνθήκη για να πραγματοποιήσουν τα άτομα μία συμπεριφορά είναι όταν την αξιολογούν ως θετική, όταν βιώνουν κοινωνική πίεση για την υλοποίησή της και όταν πιστεύουν ότι κατέχουν τα μέσα και τις ευκαιρίες για να την υλοποιήσουν.

Ajzen, 1991

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 5

ABSTRACT 7

1. **ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9**

1.1 Εισαγωγικα σχολια 9
1.2 Θεωρια της σχεδιαζομενης συμπεριφορας 10
1.3 Προληψη ΚΑΝ στην κλινικη πραξη συμφωνα με τις κατευθυντηριες οδηγιες της Ευρωπαϊκης Καρδιολογικης Εταιρειας (European Society of Cardiology, ESC) 2021 (11) 12
1.4 Σκοπος και επιμερους στοχοι της μελετης 17

2. ΥΛΙΚΟ, ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 18

2.1 Ειδος μελετης 18
2.2 Σχεδιασμος της μελετης 18
2.3 Τοπος και χρονοδιαγραμμα διεξαγωγης της μελετης 19
2.4 Υλικο, πληθυσμος μελετης και μεθοδοι 19
2.5 Στατιστικη αναλυση 24

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 25

3.1 Αποτελεσματα ποιοτικης μελετης 25
3.2 Αποτελεσματα ποσοτικης μελετης 27

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 40

4.1 Κυρια ευρηματα 40
4.2 Τα ευρηματα της μελετης κατω απο το φως της βιβλιογραφιας 42
4.3 Δυνατα και αδυναμα σημεια 45
4.4 Απηχηση της μελετης 46
4.5 Συμπερασμα 46
4.6 Χρηματοδοτηση 46

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 48

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 52

ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ 52
ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 54
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ/ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ 56
Πινακας 12. Κωδικοποιηση ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 64
ΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗΣ 68
Πινακας 13. Συμβολα μετεγγραφης 76

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τίτλος εργασίας: Χρήση εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) από γενικούς ιατρούς στην Κρήτη: μια μελέτη μικτής μεθοδολογίας.

Της: Μάρθας Καρύδα, Ειδικευόμενη Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, Βενιζέλειο- Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτης.

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Χρήστου Λιονή, Ομότιμος Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

2. Σοφίας Παπαδάκη, PhD, MHA Αναπληρώτρια καθηγήτρια Τμήμα Καρδιολογίας, Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Οτάβα.

Συμβουλευτική επιτροπή:

1.Μαριλένα Αναστασάκη, MSc, PhD(c) Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

2.Βασιλόπουλος Θεόδωρος, MD, MSc, GP, Τοπικός Συντονιστής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ηράκλειο Κρήτης.

Ημερομηνία: Φεβρουάριος 2023

Λέξεις κλειδιά:

@primary prevention, @cardiovascular disease @general practicioners @primary care

Εισαγωγή: Η Καρδιαγγειακή Νόσος (ΚΑΝ), αποτελεί μία από τις μείζονες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Στο επίκεντρο της επιστημονικής έρευνας, τίθεται μεταξύ άλλων, η καθημερινή πρακτική των Γενικών Ιατρών (ΓΙ) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ως ένας αναστρέψιμος παράγοντας για την πενιχρή εφαρμογή πρόληψής της νόσου.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει το βαθμό κατά τον οποίο οι ΓΙ που εργάζονται σε υπηρεσίες της ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου Κρήτης χρησιμοποιούν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ και από ποιους παράγοντες επηρεάζεται πιθανώς η χρησιμοποίηση τους.

Μεθοδολογία: Μελέτη μικτής μεθοδολογίας μεταξύ ΓΙ που εργάζονται σε δημόσιες δομές ΠΦΥ στο νομό Ηρακλείου. Η ποιοτική μελέτη βασίστηκε στη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ). Με δειγματοληψία σκοπιμότητας, συμμετείχαν 3 ΓΙ σε ομάδα εστιασμένης συζήτησης (focus group) σχετικά με τη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ. Από θεματική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν θεματικοί άξονες, οι οποίοι συμπεριλήφθηκαν στο ηλεκτρονικό αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο της συγχρονικής μελέτης. Σε αυτή ρωτήθηκαν ΓΙ, που συμμετείχαν

με ευκαιριακή δειγματοληψία, για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την εργασία, το ιστορικό υγείας τους, την εξοικείωση με τις οδηγίες για την πρόληψη της ΚΑΝ και τη συμπεριφορά τους ως προς τη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ, η οποία εκτιμήθηκε άμεσα από τους συμμετέχοντες, αλλά και έμμεσα βάσει των θεμάτων της ποιοτικής μελέτης. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Για τις ποιοτικές μεταβλητές δίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά, ενώ για τις ποσοτικές μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ANOVA, independent samples' t-test, chi-square test και Pearson's correlation coefficient για τη διερεύνηση μονοπαραγοντικών συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών, ενώ διενεργήθηκαν και πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Από την ποιοτική μελέτη, σύμφωνα με τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ΓΙ, η χρήση εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ 1. θεωρούν ότι α) μειώνει τη συνολική επιβάρυνση ασθενούς, επαγγελματία και συστήματος υγείας, β) προάγει την εφαρμογή ορθής ιατρικής πρακτικής, γ) περιορίζεται από την ελλιπή κατάρτιση, 2. υπόκειται σε κοινωνική πίεση από α) συναδέλφους ιατρούς, β) ασθενείς, γ) κατευθυντήριες οδηγίες, 3. εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα που αισθάνονται, και αυτή από α) το επίπεδο κατάρτισης, β) την παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου. Στην ποσοτική μελέτη προσκλήθηκαν 133 ΓΙ και συμμετείχαν 48, κυρίως γυναίκες (n= 29, 60.4%), ηλικίας 25-40 ετών (n=25, 52.1%), με 0-1 άτομα ως συνεργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό (58.3%). Σχεδόν όλοι (97.9%) θεωρούν την ειδικότητα της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής (ΓΟΙ) ως την πλέον υπεύθυνη για εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης ΚΑΝ στο γενικό πληθυσμό, βασιζόμενοι/ες στις οδηγίες της ESC/AHA (87.5%) με κύριο εργαλείο το HEART Score (64.6%). Όταν οι συμμετέχοντες/ουσες εκτίμησαν άμεσα τη σχετική συμπεριφορά τους εμφάνισαν θετική αποτίμηση σε όλες τι συνιστώσες. Στην έμμεση εκτίμηση, θετική αποτίμηση εμφάνισε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος (Μ.Τ. =24.86, Τ.Α.= 14.43), ενώ η στάση και τα υποκειμενικά πρότυπα αρνητική (Μ.Τ.= -23,94 και -6.14 αντίστοιχα). Οι συμμετέχοντες/ ουσες, που φάνηκε να επηρεάζονται από τα υποκειμενικά πρότυπα, εμφάνισαν χαμηλότερη πιθανότητα (OR= 0.3666, 95%CI-0.138-0.970) να χρησιμοποιήσουν ηλεκτρονικές εφαρμογές για την πρόληψη ΚΑΝ, πέραν αυτών που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς, ενώ αυτοί/ές που αισθάνονται αποτελεσματικοί εμφάνισαν υψηλότερη πιθανότητα (OR=2.144, 95%CI=1.093-4.207). Μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς βρέθηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά (pvalue<0.001) με την πρόθεση εφαρμογής εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ στους επόμενους 10 ασθενείς.

Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της μελέτης, φάνηκε ότι ο βαθμός ελέγχου που αισθάνονται οι ΓΙ για να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης ΚΑΝ στην ΠΦΥ, σχετίζεται με το επίπεδο κατάρτισής τους και την παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου. Ταυτόχρονα φαίνεται να επιδρά θετικά στην πρόθεσή τους να τα χρησιμοποιήσουν, αναδεικνύοντας ένα πιθανό πεδίο έρευνας και παρέμβασης για βελτίωση της πρωτογενούς πρόληψης της ΚΑΝ.

ABSTRACT

Title: Implementation of prevention tools for Cardiovascular Disease (CVD) by General Practitioners in Crete; a mixed methodology study.

By: Martha Karyda, Medical Trainee in General and Family Medicine, Venizeleio- Pananeio General Hospital, Heraklion, Crete.

Supervisors: 1. Christos Lioni, Professor of General Practice and Primary Health Care, Director of the Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete.

2. Sofia Papadakis, PhD, MHA Assistant Professor. Division of Cardiology, Faculty of Medicine, University of Ottawa.

Advisory committee: 1. Marilena Anastasaki, MSc, PhD(c) Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete.

2. Theodoros Vasilopoulos, MD, MSc, GP Regional Coordinator in P.H.C., Heraklion, Crete

Date: February 2023

Key words: @primary prevention, @cardiovascular disease @general practicioners @primary care

Background: Cardiovascular Disease (CVD) is one of the dominant causes of death worldwide. The scientific field has prioritized its research to the clinical practice of General Practicioners (GPs) in Primary Health Sector (PHC), as a modifiable factor that affects the implementation of prevention tools for CVD in PHC.

Aim: This study aims to research the level of implementation of prevention tools for CVD by GPs in PC and possible determinants that influence that use.

Methods/ Design: A mixed methodology study occurring in GPs, who work in rural public PHC units, in Heraklion, Crete, Greece. The qualitative study was designed according to methodology of Theory of Planned Behaviour (TPB). Through purposive sampling, 3 GPs participated in a focus group as for the implementation of prevention tools for CVD. The data were thematically analyzed resulting in main themes, which were included into the questionnaire of the following cross sectional study. In terms of this, GPs who participated through opportunistic sampling, were questioned about their demographic features, their employment, the health profile, the familiarization with the guidelines of CVD prevention and their behavior according to the implementation of preventive tools of CVD in PHC. The last one was evaluated both directly by the participants and indirectly by application of qualitative study's themes. Descriptive statistical analysis was used for the data analysis. Absolute and relative frequencies are provided for the qualitative variables, whereas mean and standard deviation for the quantitative ones. ANOVA, independent samples' t-test, chi-square test were conducted, while also Pearson's correlation coefficient (Pearson's r) for the univariate correlations between variables and multivariate regression models.

Results: By the qualitative survey and according to the GPs' opinion, the implementation of prevention tools of CVD 1. is considered i) to reduce the total burden to patients, professionals and health system, ii) promotes the implementation of lege artis medical practice, iii) is limited by the insufficient training, 2. is affected by social pressure delivered by i) collegues, ii) patients, iii) guidelines, 3. depends on their perceived effectiveness, which is influenced by i) the training level and ii) the presence of an organized institutional framework. At the quantitative survey, 133 GPs were invited while 48 of them participated, with majority of female (n= 29, 60.4%), age between 25- 40 yo (n=25, 52.1%) and cooperating with less than one nurse (58.3%). Almost all participants (97.9%) acknowledge the General (Family) Medicine as the most responsible for the primary prevention of CVD, based on ESC/ AHA guidelines (87.5%) and mainly with the HEART Score (64.6%). All components of TPB had positive tendency, when participants evaluated directly their own behavior. As for the indirect measurements, the perceived behavioral control had positive result (m= 5.04, sd= 1.07), while attitude and subjective norms had negative values (m= -23.94 and -6.14, respectively). The participants, who are affected by their subjective norms, had lower probability (OR= 0.3666, 95%CI-0.138-0.970) to use other digital applications for the CVD prevention, apart from those available from the competent agencies, oppositely to those who feel able to enact this behavior who had higher probability (OR=2.144, 95%CI=1.093-4.207). Only the perceived behavioral control was found to influence the intention of implementation of prevention tools of CVD in next 10 patients, with statistical significance (pvalue<0.001).

Conclusion:

The survey's results indicate that the level of control that GPs feel they have in order to imply prevention tools of CVD in PHC is correlated to the training level and the presence of an organized institutional framework. Furthermore it seems to affect positively their intention to use these tools, highlighting this way a possible field for further research and interventions, in order to improve the primary prevention of CVD.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγικά σχόλια

Η συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) καθώς και η κρισιμότητά της για τη δημόσια υγεία, έχουν αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως μία από τις μείζονες αιτίες θανάτου και νοσηρότητας της τελευταίας δεκαετίας (1), εγείροντας και την αντίστοιχη ανάγκη για ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψής της.

Η επιστημονική κοινότητα, σε μία προσπάθεια να επιβραδύνει την ετήσια επίπτωση των νοσημάτων αυτών, έχει αναπτύξει νέες τεχνικές και εργαλεία, με σκοπό την ανίχνευση ατόμων με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΑΝ και των επιπλοκών της στο γενικό πληθυσμό. Οι επιστημονικές εταιρίες, μεταξύ των οποίων και η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία (European Society of Cardiology, ESC), επικεντρώνονται στην παροχή υπηρεσιών εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου, έγκαιρης παρέμβασης και εκπαίδευσης του/ της ασθενούς από τον/την Γενικό/ή Ιατρό (ΓΙ) (3). Με το παγκόσμιο φορτίο της νόσου να συνεχίζει να αυξάνεται, αρκετές μελέτες επιχειρούν να διερευνήσουν την πενιχρή εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης από τους Γενικούς Ιατρούς (ΓΙ) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως μία από τις βασικές και αναστρέψιμες αιτίες για την αύξηση αυτή (3,4). Μάλιστα κάποιες από αυτές επικεντρώνονται στη μελέτη της συμπεριφοράς των ΓΙ για τη διερεύνηση πιθανών αιτιών αλλά και λύσεων σε επίπεδο ασθενούς, επαγγελματία ή συστήματος υγείας (5,6).

Σε αυτό το πλαίσιο διενεργήθηκε και η μελέτη SPIMEU, ένα διευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα με συμμετοχή και ΓΙ του Νομού Ηρακλείου, που εστιαζόταν στην εφαρμογή δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου για τα καρδιομεταβολικά νοσήματα σε επιλεγμένες χώρες μέλη της ΕΕ και στη συζήτηση εφικτών προγραμμάτων στοχευμένης πρόληψής τους (www.spimeu.org). Στη συστηματική ανασκόπηση του προγράμματος αναγνωρίσθηκαν ευοδωτικοί και περιοριστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την απόφαση των ΓΙ να εφαρμόσουν πρωτογενή πρόληψη των καρδιομεταβολικών νοσημάτων στους/ στις ασθενείς τους, και συμπυκνώθηκαν σε πέντε βασικές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, διακρίθηκαν *δομικοί φραγμοί*, με συχνότερους την έλλειψη χρόνου και το επιπρόσθετο φόρτο εργασίας, την απουσία εφικτής ή αποτελεσματικής συμβουλευτικής, την ανεπαρκή χρηματοδότηση και προβλήματα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Έπειτα αναφέρονται οι *οργανωτικοί φραγμοί*, όπως ο ασαφής καθορισμός ρόλων μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων για την εφαρμογή πρόληψης και η έλλειψη ανθρώπινου και υλικοτεχνικού δυναμικού, αλλά και *οργανωτικοί διευκολυντές (facilitators)*, όπως η κατανόηση της σημασίας της εφαρμογής πρόληψης, η συνεργασία με άλλες ειδικότητες, με κοινωνικές ομάδες και θεσμούς και νεότερες τεχνολογικές εφαρμογές. *Σε επίπεδο επαγγελματιών*, ως περιοριστικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η έλλειψη δεξιοτήτων συμβουλευτικής και εκπαίδευσης και η ελλιπής γνώση και εμπειρία, ενώ ως προωθητικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η επαρκής εκπαίδευση και γνώση, η

κινητοποίηση των ίδιων των ασθενών και το θήλυ φύλο των ΓΙ. *Σε επίπεδο ασθενούς* αναγνωρίσθηκαν ως κύριοι φραγμοί η μειωμένη συμμόρφωση και η ανησυχία που τους προκαλείται, ενώ όσον αφορά την *στάση των επαγγελματιών υγείας* φάνηκε ότι η θετική αξιολόγηση της σημασίας της πρόληψης και της αποδοχής της διευκολύνει την εφαρμογή της, ενώ αντίθετα μία αρνητική στάση την παρεμποδίζει. (4) (6)

Ο ενισχυτικός ρόλος της γνώσης, τόσο του/ της επαγγελματία υγείας όσο και του/ της ασθενούς, φαίνεται να πρωταγωνιστεί στη βιβλιογραφία με δεδομένα τόσο εντός όσο και εκτός Ευρώπης. Στην Αυστραλία μελέτες δείχνουν ότι η αυξημένη ηλικία και η πτωχή γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών από μέρους του/της ιατρού επιδρούν δυσμενώς στην πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ η εκπαίδευση του ασθενούς, η αξιολόγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό και η χρήση ηλεκτρονικών εργαλείων παρακολούθησης ασθενών, όπως μία εφαρμογή παθολογικής εκτίμησης του κινδύνου, επιδρούν θετικά στην ουσιαστική πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων (7). Ποικίλες ηλεκτρονικές εφαρμογές έχουν δοκιμαστεί σε μία προσπάθεια υπερκέρασης των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης και γνώσης των επαγγελματιών, με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα, αφού δεν μπορούν να παρέμβουν στην αρχική πρόθεση του/ της κλινικού ιατρού να εφαρμόσει προγράμματα πρόληψης της ΚΑΝ και άρα να τα χρησιμοποιήσει.

Από τη βιβλιογραφία, λοιπόν, αντανακλάται η σημασία που έχει η στάση του/ της Ιατρού ως προς την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων για την τελική εφαρμογή της. Για αυτό αναζητήθηκαν θεωρίες που μπορούν να αναλύσουν τη σχέση της στάσης με την πρόθεση και την ίδια τη συμπεριφορά και επιλέχθηκε η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ), ώστε να χρησιμοποιηθεί ως βάση για την αναζήτηση προσδιοριστών που επηρεάζουν την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από τους/ τις ΓΙ της ΠΦΥ.

Η ΘΣΣ παρέχει ένα κατάλληλο υπόβαθρο για την εκτίμηση και πρόβλεψη συμπεριφορών. Ιδιαίτερα σε επίπεδο συμπεριφορών κλινικών ιατρών, εκτιμά με επιτυχία το βαθμό συμμόρφωσής τους με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, με τελικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Διακρίνοντας τους παράγοντες που επιδρούν στην πρόθεση αλλαγής συμπεριφοράς ενός/μίας ιατρού, δημιουργεί μετρήσιμες μεταβλητές που εύκολα μπορούν να υποβληθούν στα υποκείμενα μελέτης, ενώ οι μελετητές μπορούν να εξάγουν ασφαλή, ποσοτικά συμπεράσματα για μία κοινωνική/ νοητική διαδικασία. Παράλληλα μπορούν να αναδείξουν συγκεκριμένες παθογένειες των επιμέρους σταδίων που μεσολαβούν ως την επιτέλεση μίας συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία αυτής της θεωρίας, να ανιχνεύσουμε συγκεκριμένα πεδία δυνητικών παρεμβάσεων για πιθανά προγράμματα προαγωγής της υγείας (8).

1.2 Θεωρία της σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς

Η θεωρία της σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς (ΘΣΣ), όπως και ο πρόδρομός της η θεωρία της δικαιολογημένης συμπεριφοράς, αναπτύχθηκαν από ερευνητές, κυρίως

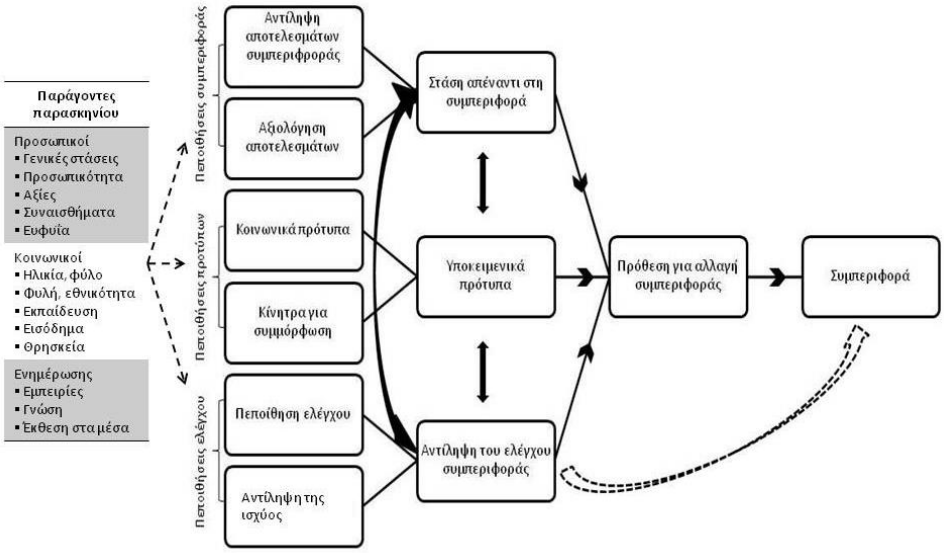
του τομέα της ψυχολογίας, σε μία προσπάθεια να εξηγήσουν και πιθανά να προβλέψουν τις ανθρώπινες συμπεριφορές. Σύμφωνα με αυτές, κεντρικό ρόλο στην υιοθέτηση μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς από ένα άτομο διαδραματίζει η «πρόθεσή» του να την πραγματοποιήσει, δηλαδή οι παράγοντες που επηρεάζουν μία συμπεριφορά και αποτελούν ενδείξεις του κόπου που θα καταβάλουν τα άτομα ώστε να την εκτελέσουν. Εν συντομία, θεωρούν ότι όσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση ενός ατόμου να δεσμευτεί με μία συμπεριφορά, τόσο πιο πιθανό είναι να την υιοθετήσει. Αναλύοντας τις συνιστώσες που επιδρούν στη διαμόρφωση των ανθρώπινων προθέσεων ο Ajzen και οι συνεργάτες του, θεώρησαν αρχικά, ότι προσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι οι βασικοί καταλύτες στη διαδικασία αυτή. Τους προσωπικούς παράγοντες συνόψισαν στον όρο «στάση απέναντι στη συμπεριφορά» και τους κοινωνικούς στον όρο «υποκειμενικά πρότυπα». Η «στάση απέναντι στη συμπεριφορά» αντιπροσωπεύει τη συνολική αξιολόγηση του ατόμου ως προς την υλοποίηση της συμπεριφοράς ενδιαφέροντος, απαρτιζόμενη από δύο επιμέρους συνιστώσες· τις πεποιθήσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς, «πεποιθήσεις συμπεριφοράς», και την αντίστοιχη θετική ή αρνητική επίκριση για καθένα από αυτά τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς «αξιολόγηση αποτελεσμάτων». Από την άλλη, τα «υποκειμενικά πρότυπα» αντιπροσωπεύουν την κοινωνική πίεση, από την οποία πιθανόν επηρεάζεται η δράση του ατόμου ως προς τη συμπεριφορά αυτή, και απαρτίζονται από δύο συνιστώσες που φαίνεται να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους· τις «πεποιθήσεις προτύπων», δηλαδή τις πεποιθήσεις των ατόμων για το πώς αξιολογούν τη συμπεριφορά τους πρόσωπα σημαντικά για αυτούς που λειτουργούν ως πρότυπα, και τα «κίνητρα για συμμόρφωση», δηλαδή τη θετική ή αρνητική αξιολόγηση του ατόμου για κάθε μία επιμέρους πεποίθηση των προτύπων, λειτουργώντας ταυτόχρονα και ως κίνητρα για τη δράση. Αργότερα, συμπληρώθηκε ο όρος της «αντίληψης του ελέγχου συμπεριφοράς», που αφορά στην αίσθηση του ατόμου ως προς την αποτελεσματικότητα και την ικανότητά του να πραγματοποιήσει την εκάστοτε συμπεριφορά. Διακρίνεται στην «πεποίθηση ελέγχου», δηλαδή το βαθμό ελέγχου που κατέχει ένα άτομο πάνω στη συμπεριφορά, και την «αντίληψη της ισχύος», δηλαδή το βαθμό αυτοπεποίθησης που νιώθει το άτομο ώστε να την υλοποιήσει ή όχι. Με λίγα λόγια, η θεωρία αυτή προτείνει ότι η ιδανική συνθήκη για να πραγματοποιήσουν τα άτομα μία συμπεριφορά είναι όταν την αξιολογούν ως θετική, όταν βιώνουν κοινωνική πίεση για την υλοποίησή της και όταν πιστεύουν ότι κατέχουν τα μέσα και τις ευκαιρίες για να την υλοποιήσουν. (9)

Παράλληλα εντοπίζονται καταστάσεις, οι οποίες δρώντας στο παρασκήνιο, μπορούν να οδηγήσουν στη θετική έκβαση των τριών κύριων παραγόντων και, τελικώς, στην υλοποίηση της συμπεριφοράς από το άτομο. Οι ερευνητές διέκριναν τις καταστάσεις αυτές σε τρεις κύριες υποκατηγορίες και αναγνώρισαν τους επικρατέστερους προσδιοριστές τους ως εξής:

- Προσωπικοί παράγοντες: γενικές στάσεις, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, αξίες, συναισθήματα, ευφυΐα
- Κοινωνικοί παράγοντες: ηλικία, φύλο, φυλή, εθνικότητα, εκπαίδευση, εισόδημα, θρησκεία

- Παράγοντες ενημέρωσης: εμπειρίες, γνώσεις, έκθεση στα μέσα ενημέρωσης

Όλα τα παραπάνω μπορούν να επιδράσουν στις πεποιθήσεις της συμπεριφοράς, των προτύπων και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου ενός ατόμου με ξεχωριστό και συχνά απρόβλεπτο τρόπο. Έχουν δηλαδή μία ποικίλη και όχι γραμμική επίδραση με όλους τους κύριους παράγοντες, οι οποίοι, σύμφωνα με τη θεωρία, καθορίζουν την πρόθεση για υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Μία απλουστευμένη μορφή της θεωρίας παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Εικόνα 1. Διάγραμμα θεωρίας σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς (10)

Για τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά που μελετούμε, απαιτείται σύμφωνα με τη ΘΣΣ, μία αρχική μελέτη εξαγωγής. Η μελέτη αυτή αποτελεί μία πιλοτική ποιοτική μελέτη, που σκοπό έχει να ανιχνεύσει τις έμμεσες μετρήσεις των τριών κύριων παραγόντων της ΘΣΣ. Πιο συγκεκριμένα, ως άμεσες μετρήσεις ορίζουμε αυτές που εκφράζονται από τα ίδια τα άτομα σχετικά με τις στάσεις, τα υποκειμενικά πρότυπα και την αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς τους, ενώ ως έμμεσες μετρήσεις ορίζουμε τις αποκρίσεις των ατόμων σχετικά με τις επιμέρους υποκατηγορίες κάθε δομικής συνιστώσας της θεωρίας, όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω. Τα διαφορετικά αυτά είδη μετρήσεων καταλήγουν σε διαφορετικές υποθέσεις σχετικά με το γνωσιακό-συμπεριφορικό υπόβαθρο που καθορίζει τη συμπεριφορά που μελετάμε, αν και μπορούν να αλληλεπικαλύπτονται. Τελικά ο συνδυασμός τους προσφέρει μία ευρύτερη ανάλυση της κάθε συνιστώσας, καθώς οι βαθμολογίες που θα προκύψουν τελικά από καθεμία τεχνική για κάθε έναν παράγοντα θα έχουν θετική συσχέτιση μεταξύ τους.

1.3 Πρόληψη ΚΑΝ στην κλινική πράξη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (European Society of Cardiology, ESC) 2021 (11)

Η γνώση και η εκπαίδευση αναδεικνύονται από τη βιβλιογραφία ως κύριοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την πρόθεσή των ΓΙ να εφαρμόσουν πρωτοβάθμια πρόληψη της ΚΑΝ στα ιατρεία τους. Παρακάτω παρατίθενται εν συντομία οι ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ESC, πάνω στις οποίες θα βασιστεί η εκτίμηση της γνώσης, της εκπαίδευσης, της εξοικείωσης με τις συστάσεις αλλά και της κλινικής πρακτικής των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη.

Σκοπός των τελευταίων αναθεωρημένων κατευθυντήριων οδηγιών της ESC, που δημοσιεύθηκαν το 2021, είναι ο περιορισμός των καρδιαγγειακών συμβαμάτων μέσω της μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Συγκεκριμένα επιχειρούν να ενισχύσουν την από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας με τρόπο εξατομικευμένο και ασθενοκεντρικό, ώστε να επιτευχθεί μια αποτελεσματική διαδικασία διαλογής (screening), και τελικώς μία συνολική βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η ευκαιριακή μέθοδος screening αφορά στην εφαρμογή προληπτικών μέσων σε κάθε ευκαιρία επαφής με τον/ την ασθενή και φαίνεται να επιδρά θετικά στην πρόωρη ανίχνευση νοσημάτων, δηλαδή στο επίπεδο πρωτοβάθμιας πρόληψης, για αυτό και έχει επιλεγεί ως επίκεντρο της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, κεντρικό ρόλο στην πρωτοβάθμια πρόληψη της ΚΑΝ διαδραματίζει η εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης ΚΑΝ που εμφανίζει κάθε άτομο, ο οποίος καθορίζεται από κύριους και δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου.

Οι κύριοι ή συμβατικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

1. Χοληστερόλες και συγκεκριμένα οι αθηρογόνες λιποπρωτεΐνες, δηλαδή αυτές που αποτελούνται από από-λιποπρωτεΐνη Β, και συμπυκνώνονται στον όρο μη υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (**Non-high-density lipoprotein cholesterol, Non- HDL-C**). Από αυτές κυρίαρχο ρόλο στην κλινική πράξη διαδραματίζει, για πρακτικούς κυρίως λόγους, η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη **LDL-C (low-density lipoprotein cholesterol**).
2. **Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ)**: Πολλαπλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι αυξημένα επίπεδα ΑΠ, και κυρίως της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ), αποτελούν σαφή παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη τόσο Αθηροσκληρωτικής (ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease) όσο και μη- αθηροσκληρωτικής ΚΑΝ. Το απόλυτο όφελος από τη μείωση της ΣΑΠ φαίνεται να εξαρτάται από τον απόλυτο κίνδυνο ΚΑΝ και την απόλυτη μείωση της ΣΑΠ, τηρώντας πάντα ζητήματα ασφαλείας και ανοχής του κάθε ατόμου, βάσει του βιολογικού φύλου, της ηλικίας, των συννοσηροτήτων και των συμπεριφορών υγείας του/ της ασθενούς.
3. **Κάπνισμα**: Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΚΑΝ στους/ στις καπνιστές/ στριες κάτω των 50 ετών είναι πενταπλάσιος έναντι των μη καπνιστών/στριών, ενώ το παθητικό κάπνισμα ή τα μη καπνιζόμενα προϊόντα νικοτίνης ενοχοποιούνται επίσης για πιθανή αύξηση του κινδύνου. Τέλος, το μακροχρόνιο κάπνισμα φαίνεται πιο καταστροφικό για το γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό.
4. **Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)**: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔτ1), ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) καθώς και ο Προδιαβήτης αποτελούν

κλινικές οντότητες, οι οποίες ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς και το θεραπευτικό έλεγχό τους, μπορούν να αυξήσουν εώς και κατά δύο φορές τον κίνδυνο ASCVD, με τις γυναίκες με ΣΔτ2 να εμφανίζουν ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο. Επίσης, οι ασθενείς με ΣΔ συχνά εμφανίζουν και άλλους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ΚΑΝ, όπως δυσλιπιδαιμία ή/και υπέρταση, με αποτέλεσμα να προκύπτει μία συνεργική αύξηση του απόλυτου κινδύνου ΚΑΝ, στα άτομα αυτά.

5. **Παχυσαρκία:** Η κατανομή του σωματικού λίπους φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό κριτήριο για το ορισμό της παχυσαρκίας ως μείζονα παράγοντα κινδύνου, έναντι του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ/ Body Mass Index, BMI), καθώς φαίνεται ότι η υπεροχή του σπλαχνικού λίπους, δηλαδή η **κεντρική παχυσαρκία**, επιφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ΚΑΝ έναντι της υπεροχής του υποδόριου λίπους (περιφερική παχυσαρκία). Γι' αυτό έχει καθιερωθεί να συστήνεται η χρήση της **περιμέτρου μέσης,** ως κύριου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΚΑΝ, με κατώφλι παρέμβασης τα άνω των 102εκ. για το ανδρικό βιολογικό φύλο και άνω των 88εκ. για το γυναικείο.

Οι δευτερεύοντες ή ενδεχόμενοι παράγοντες κινδύνου αφορούν σε προσωπικές πληροφορίες υγείας που επιδρούν στον υπολογισμό του συνολικού κινδύνου ΚΑΝ, λιγότερο όμως από τους κύριους και από όσο αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Από την ESC προτείνονται ως τέτοιοι το ψυχολογικό στρες (με δοσο-εξαρτώμενη επίδραση), η εθνικότητα (με τις φυλές της νότιας Ασίας να εμφανίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο), το σύνδρομο ευθραυστότητας, το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης ΚΑΝ και γενετικοί παράγοντες, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (με τα χαμηλότερα στρώματα να εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο) και την περιβαλλοντική ρύπανση. Επιπρόσθετα αναφέρονται απεικονιστικές μέθοδοι και εργαστηριακοί δείκτες, που χρήζουν όμως περαιτέρω μελέτης.

Παρόμοιο ρόλο με τους παραπάνω προσδιοριστές διαδραματίζουν και οι κλινικές καταστάσεις οι οποίες συνυπάρχουν στο άτομο. Μεταξύ αυτών οι βασικότερες είναι η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ), όπου η θνησιμότητα αυξάνεται ανάλογα με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, η Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ), η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η οποία μοιράζεται κοινούς παράγοντες κινδύνου με την ΚΑΝ, νεοπλασματικά νοσήματα και οι θεραπείες τους και φλεγμονώδη νοσήματα όπως η Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ). Άλλες κλινικές καταστάσεις είναι η οικογενής υπερχοληστερολαιμία, οι λοιμώξεις, η ημικρανία με αύρα, διαταραχές ύπνου και αποφρακτική υπνική άπνοια, διαταραχές ψυχικής σφαίρας, χρόνιος αλκοολισμός, μη αλκοολική λιπώδης διήθηση ήπατος και καταστάσεις σχετιζόμενες με το βιολογικό φύλο, όπως γυναικολογικές (πολυκυστική νόσος ωοθηκών), μαιευτικές (προεκλαμψία) και ανδρολογικές (στυτική δυσλειτουργία).

Η πρώιμη ανίχνευση των παραπάνω παραγόντων, και ιδιαίτερα των κύριων, μαζί με την ηλικία, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την ταξινόμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Και αυτό γιατί όσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος, τόσο

μεγαλύτερο είναι το όφελος από την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και άρα μικρότερος ο αριθμός των ατόμων που χρήζουν θεραπείας.

Για την ταξινόμηση του κινδύνου η ESC προτείνει τη διάκριση των ασθενών βάσει του καρδιαγγειακού τους προφίλ σε:

- **Φαινομενικώς υγιή άτομα**, δηλαδή άτομα χωρίς εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική ΚΑΝ, ΣΔτ2 ή σοβαρές συννοσηρότητες. Για αυτό τον πληθυσμό προτείνεται η χρήση του αλγορίθμου SCORE2 (Systematic Coronary Risk Estimation2) για την εκτίμηση του δεκαετή κινδύνου για θανατηφόρο και μη-θανατηφόρο καρδιαγγειακό επεισόδιο σε άτομα ηλικίας μεταξύ 40 εώς και 69 ετών, με παράγοντες κινδύνου άνευ θεραπείας ή σταθερούς για πολλά χρόνια. Για μεγαλύτερες ηλικίες ασθενών, όπου η σχέση μεταξύ παραγόντων κινδύνου και εμφάνισης ΚΑΝ εξασθενεί και παράλληλα αυξάνεται ο ανταγωνιστικός κίνδυνος της θνησιμότητας από άλλες αιτίες, προτείνεται το SCORE2-OP (SCORE2- Older Persons), με το οποίο εκτιμάται ο πενταετής και δεκαετής κίνδυνος για θανατηφόρα, και μη, καρδιαγγειακά επεισόδια σε εμφανώς υγιή άτομα άνω των 70 ετών. Τέλος, και τα δύο εργαλεία έχουν βαθμονομηθεί σε τέσσερις ομάδες χωρών, βάση της εθνικής καρδιαγγειακής θνησιμότητας που δημοσιεύεται για κάθε μία από αυτές από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Μεταξύ αυτών, η Ελλάδα και η Κύπρος ανήκουν στις χώρες με μέτριο καρδιαγγειακό κίνδυνο, άρα οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να χρησιμοποιούν τα διαγράμματα SCORE2 και SCORE2- OP για πληθυσμούς μέτριου καρδιαγγειακού κινδύνου.
- **Ασθενείς με ΧΝΝ,** δηλαδή άτομα με διαταραχές της νεφρικής δομής ή λειτουργίας, βάση της αλβουμινουρίας (albumin-to-creatinine ratio, ACR) και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate, GFR), για διάστημα άνω των τριών μηνών, με επιπτώσεις στην υγεία. Ασθενείς με ήπια ή μέτρια ΧΝΝ ορίζονται ως **υψηλού** καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ ασθενείς με σοβαρή ΧΝΝ ως πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.
- **Ασθενείς με οικογενή υπερχοληστερολαιμία,** κυρίως ετερόζυγη αλλά και σπάνια ομόζυγη μορφή, θεωρούνται εξ αρχής ως υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και χρήζουν αντιμετώπισης από εξειδικευμένα κέντρα. Η κλινική υποψία του συνδρόμου τίθεται σε κάθε περίπτωση εκσεσημασμένης αύξησης των λιπιδίων ή σχετικού οικογενειακού ιστορικού, ενώ για την κλινική διάγνωσή της εφαρμόζονται τα κριτήρια Dutch Clinical Lipid Network criteria(12), με ή χωρίς τη διενέργεια γενετικού ελέγχου για την επιβεβαίωση της διάγνωσης.
- **Ασθενείς με ΣΔ**, τύπου 2 ή τύπου 1 άνω των 40 ετών, εμφανίζουν καρδιαγγειακό κίνδυνο ανάλογο με τη βαρύτητα της νόσου. Έτσι, τα άτομα με ΣΔ και σοβαρή βλάβη οργάνου στόχου ταξινομούνται ως πολύ υψηλού κινδύνου. Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς θεωρούνται υψηλού κινδύνου, εκτός από τα άτομα με καλά ρυθμιζόμενο ΣΔ μικρής διάρκειας (κάτω των 10 ετών), χωρίς βλάβη οργάνου στόχου και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου για ΚΑΝ που θεωρούνται μέτριου καρδιαγγειακού κινδύνου.
- **Ασθενείς με εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική ΚΑΝ**, δηλαδή ασθενείς με κλινικά καταγεγραμμένη ή απεικονιστικά αδιαμφισβήτητη παρουσία της νόσου

θεωρούνται πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Ως κλινική παρουσία της νόσου ορίζεται η παρουσία προηγηθέντος ΟΕΜ/ Οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, ανάγκης επαναγγείωσης στεφανιαίων ή άλλων αρτηριών, ΑΕΕ ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου, αορτικού ανευρύσματος ή ΠΑΝ.

Έπειτα, ακολουθεί η εκτίμηση του πιθανού οφέλους από τη θεραπεία, φαρμακευτική ή μη, κατά τη διάρκεια της από κοινού λήψης αποφάσεων, βάσει των προτιμήσεών του/της ασθενούς, των πιθανών επιβλαβών επιδράσεων και του κόστους της θεραπείας. Σε γενικές γραμμές, το όφελος, που μπορεί να αναμένει ένα άτομο, εξαρτάται από το φορτίο παραγόντων κινδύνου και ανταγωνιστικών κινδύνων που εμφανίζει καθώς και τη διάρκεια της θεραπείας. Συγκεκριμένα προτείνεται η χρήση του συνολικού κινδύνου ζωής, LIFE-CVD (LIFEtime-perspective CardioVascular Disease), που αποτελεί μία εκτίμηση της ηλικίας στην οποία υπάρχει 50% πιθανότητα ένα άτομο να έχει βιώσει ένα θανατηφόρο, ή μη, καρδιαγγειακό επεισόδιο ή, κατά περίπτωση, τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου πριν τα 90 ή 95 έτη ζωής. Πέραν της ευκολίας στην κατανόηση και τη χρήση του, βελτιώνει την προσήλωση του/της ασθενούς στη θεραπεία, την αυτο-αποτελεσματικότητά του/της και την κινητοποίησή του/της για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη θεραπεία.

Τόσο για την εκτίμηση του κινδύνου όσο και για την εκτίμηση του θεραπευτικού οφέλους παρέχονται από τη βιβλιογραφία μία πλειάδα κλινικών εργαλείων τα οποία διακρίνονται κυρίως από τον πληθυσμό στον οποίο στοχεύουν (13). Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στα εργαλεία τα οποία αφορούν το γενικό πληθυσμό της Ευρώπης και προτείνονται από την ESC, ενώ είναι διαθέσιμα ελεύθερα στο διαδίκτυο για ασθενείς και επαγγελματίες υγείας από το https://u-prevent.com. Εκτός από τα εργαλεία που προαναφέρθηκαν, προτείνεται για ασθενείς με ΣΔτ2 χωρίς κλινικές ενδείξεις αθηρωσκληρωτικής ΚΑΝ η χρήση της κλίμακας ADVANCE (μελέτη Action in Diabetes and Vascular disease), για την εκτίμηση του κινδύνου για θανατηφόρο, ή μη, καρδιαγγειακό επεισόδιο μέσα στα επόμενα 4 χρόνια (14). Παράλληλα, προτείνεται η εφαρμογή του μοντέλου DIAL (the Diabetes Lifetime-perspective prediction tool) για την πρόβλεψη του θεραπευτικού οφέλους ως προς τον δεκαετή και το συνολικό κίνδυνο ζωής για ΚΑΝ καθώς και το προσδόκιμο ζωής ελεύθερης ΚΑΝ, μετά από εξατομικευμένη δια βίου πρόληψη για ΚΑΝ (15). Για ασθενείς με εγκατεστημένη ΚΑΝ προτείνεται η χρήση της κλίμακας SMART (Secondary Manifestations of ARTerial disease), για την εκτίμηση του εξατομικευμένου υπολειπόμενου κινδύνου νέου θανατηφόρου, ή μη, καρδιαγγειακού συμβάματος μέσα στα επόμενα 10 έτη ζωής (16), ή και το μοντέλο SMART-REACH (Secondary Manifestations of Arterial Disease-Reduction of Atherothrombosis for Continued Health), για την εκτίμηση του δια βίου κινδύνου για νέο επεισόδιο ΚΑΝ, του προσδόκιμου ζωής ελεύθερης νέου επεισοδίου καθώς και των ετών ζωής που μπορούν να προστεθούν στο προσδόκιμο ζωής έπειτα από εντατικοποίηση της υπάρχουσας θεραπείας (17). Σημειώνεται ότι το παραπάνω μοντέλο δεν έχει εγκριθεί σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Κύπρος, αλλά εφαρμόζεται κατά σύμβαση. Τέλος, χάριν βιβλιογραφικής πληρότητας αναφέρονται ενδεικτικά άλλες κλίμακες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση του κινδύνου ΚΑΝ, όπως οι QRISK3,

JBS 3 risk calculator, ASSIGN score, PROCAM score, CUORE, ASCVD-risk estimation plus, Framingham score, Reynolds risk score και GLOBORISK που αναφέρονται σε υγιή πληθυσμό, η UKPDS risk engine V2 για άτομα με ΣΔτ2, καθώς και οι MAGGIC risk calculator και Seattle Heart Failure model για ασθενείς με ΚΑ(13).

1.4 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει το πρόβλημα της αναποτελεσματικής εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης από τους Γενικούς Ιατρούς (ΓΙ) στην ΠΦΥ, παρά την ύπαρξη επιμέρους οδηγιών, αναζητώντας πιθανές συσχετίσεις με παράγοντες που περιγράφονται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την πολυετή εμπειρία ειδικών στον τομέα της πρωτοβάθμιας πρόληψης σε τοπικό, κυρίως, επίπεδο. Ως βάση της μελέτης τέθηκε το ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το βαθμό κατά τον οποίο οι ΓΙ, που εργάζονται σε υπηρεσίες της ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου Κρήτης, χρησιμοποιούν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ και από ποιους παράγοντες επηρεάζεται πιθανώς η χρησιμοποίηση τους. Βασιζόμενη σε στοιχεία της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και με έμφαση στη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, η έρευνα που διενεργήθηκε επιχείρησε να καταγράψει περιορισμούς και ευοδώσεις στην εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από τους/ τις ΓΙ στην ΠΦΥ, ώστε να προτείνει λύσεις και να συμβάλλει στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας με δράσεις προαγωγής της υγείας από τους/τις επαγγελματίες υγείας.

2. ΥΛΙΚΟ, ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Είδος μελέτης

Πρόκειται για μία μελέτη μικτής μεθοδολογίας σχετικά με την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ από ΓΙ που εργάζονται σε δημόσιες δομές ΠΦΥ σε αστικές και αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου.

2.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Αρχικά διενεργήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ώστε να αναζητήσει πληροφορία σχετική με τους προσδιοριστές της συμπεριφοράς των ιατρών όσον αφορά τη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ. Επίσης αναζητήθηκε πληροφορία για τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της ΚΑΝ καθώς και για τη ΘΣΣ.

Στη συνέχεια διεξήχθη μία μελέτη μικτής μεθοδολογίας, όπως προτείνεται από τη Μεθοδολογία της ΘΣΣ για τις περιπτώσεις εκείνες όπου αναζητούνται συγκεκριμένοι παράγοντες που επιδρούν στις τρεις προβλεπτικές συνιστώσες και άρα στην πρόθεση για τη συμπεριφορά. Οι παράγοντες αυτοί αναζητήθηκαν αρχικά από μία πιλοτική ποιοτική μελέτη με ομάδα εστίασης και οργανώθηκαν σε θεματικές κατηγορίες, αντίστοιχα με τις δομικές συνιστώσες της ΘΣΣ. Έπειτα εντάχθηκαν στο αυτοαναφερόμενο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο της ακόλουθης ποσοτικής φάσης της μελέτης, όπου αξιολογήθηκαν από τους συμμετέχοντες ΓΙ ως προς την πρόθεσή τους να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης ΚΑΝ στους/ στις ασθενείς τους.

Στα αρχικά στάδια απαιτείται ο ορισμός των παραγόντων της ΘΣΣ που θα μελετηθούν, υπό την «αρχή της συμβατότητας». Σύμφωνα με αυτή, όλες οι μετρήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο για κάθε μία συνιστώσα της ΘΣΣ οφείλουν να πληρούν το ίδιο επίπεδο γενικότητας. Η αρχή αυτή εγγυάται την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου με συστηματικό τρόπο και δυνατότητα επαναληψιμότητας, την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων και τη συνολική εγκυρότητα των μετρήσεων της μελέτης. Για την υιοθέτηση της αρχής της συμβατότητας ορίσαμε την υπό μελέτη συμπεριφορά, και βάσει αυτού κάθε συνιστώσα και υποσυνιστώσα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΜΕΛΕΤΗΘΟΥΝ, ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΘΣΣ.

Συνιστώσες και οι Υποσυνιστώσες τους	*Περιγραφή*
Συμπεριφορά*	η χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ σε κάθε επίσκεψη ενήλικου/ης ασθενούς στο ιατρείο ΠΦΥ.
Στάση	η συνολική αξιολόγηση των ΓΙ ως προς την εφαρμογή εργαλείων

	πρόληψης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ.
➢ Πεποιθήσεις συμπεριφοράς	οι πεποιθήσεις των ΓΙ για τις συνέπειες της εφαρμογής αυτής.
➢ Αξιολόγηση αποτελεσμάτων	η επίκριση των ΓΙ για καθένα από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς.
Υποκειμενικά πρότυπα	η προσωπική εκτίμηση των ΓΙ για την κοινωνική πίεση που δέχονται, ώστε να εφαρμόσουν ή όχι εργαλεία πρόληψης ΚΑΝ σε στην ΠΦΥ.
➢ Πεποιθήσεις προτύπων	οι πεποιθήσεις των ΓΙ για το πώς αξιολογούν τα πρότυπά τους την εφαρμογή πρόληψης ΚΑΝ στους/ στις ασθενείς τους.
➢ Κίνητρα για συμμόρφωση	η αξιολόγηση των ΓΙ για κάθε μία επιμέρους πεποίθηση των προτύπων τους.
Αντίληψη ελέγχου συμπεριφοράς	ο βαθμός που ο/η ΓΙ αισθάνεται ικανός/ή να εφαρμόζει εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ στο ιατρείο του/της.
➢ Πεποίθηση ελέγχου	ο βαθμός ελέγχου που αισθάνεται ο/η ΓΙ ότι κατέχει πάνω στην εφαρμογή των παραπάνω, ο οποίος προκύπτει από την επίδραση τόσο εξωτερικών όσο και εσωτερικών παραγόντων που την ενισχύουν ή τη δυσχεραίνουν.
➢ Αντίληψη ισχύος	ο βαθμός αυτοπεποίθησης και αποτελεσματικότητας που αισθάνεται ο/η ΓΙ για την εφαρμογή των παραπάνω.
Γενική πρόθεση	Η πρόθεση των ΓΙ να χρησιμοποιούν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ στο ιατρείο τους στην ΠΦΥ.
Δήλωση πρόθεσης	Η πρόθεση των ΓΙ να χρησιμοποιήσουν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ στους επόμενους 10 ασθενείς που θα προσέλθουν στο ιατρείο τους.
* Ο ορισμός της συμπεριφοράς προκύπτει σύμφωνα με τα κριτήρια TACT, δηλαδή Target (στόχος: οι ενήλικοι/ες ασθενείς), Act (δράση: χρήση εργαλείων εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου), Context (γενικό πλαίσιο: ιατρείο ΠΦΥ), Time (χρόνος: σε κάθε επίσκεψη).	

2.3 Τόπος και χρονοδιάγραμμα διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Νομό Ηρακλείου Κρήτης, επιλέγοντας ως συμμετέχοντες ΓΙ που εργάζονται σε δημόσιες δομές ΠΦΥ, αγροτικών και αστικών περιοχών του νομού, μετά από έγκριση της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (7ης ΥΠΕ) (Βλ. Παράρτημα).

Ο σχεδιασμός του ερευνητικού πρωτοκόλλου της μελέτης διήρκησε περίπου δύο μήνες ώστε να λάβει τη σχετική άδεια διεξαγωγής της από την Επιτροπή Βιοηθικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και της 7ης ΥΠΕ. Η συλλογή και καταγραφή των δεδομένων ολοκληρώθηκε σε περίπου δύο μήνες. Έπειτα τα δεδομένα αυτά αναλύθηκαν στατιστικά σε χρονικό διάστημα περίπου ενός μήνα και η ολοκλήρωση της μελέτης με τη συγγραφή και παρουσίασή της ολοκληρώθηκε σε άλλο έναν μήνα.

2.4 Υλικό, πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

Για την αρχική βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις κλειδιά οι όροι primary prevention, cardiovascular disease, general practicioners στις βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScolar. Επίσης αναζητήθηκε πληροφορία σχετικά με τη ΘΣΣ για το σχεδιασμό της μελέτης και των κατευθυντήριων οδηγιών για την πρόληψη της ΚΑΝ. Από τις υπάρχουσες επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν ως βάση οι οδηγίες της ESC 2021(11), λόγω της ευρείας χρήσης τους στον ελλαδικό χώρο, αλλά και επειδή αποτελούν την πιο πρόσφατη οδηγία με έμφαση στην πρόληψη της νόσου.

Ποιοτική μελέτη

Στην αρχική φάση συγκροτήθηκε μια πιλοτική ποιοτική μελέτη, με σκοπό να αναζητήσει πιθανούς προωθητικούς και περιοριστικούς παράγοντες που μεσολαβούν στην επίδραση κάθε μίας συνιστώσας ως προς την τελική πρόθεση των ΓΙ να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ στο ιατρείο τους.

Οι συμμετέχοντες σε αυτή επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία πριν τη συλλογή δεδομένων. Κριτήρια ένταξης ήταν η απασχόληση σε δημόσια δομή ΠΦΥ του νομού Ηρακλείου και η πολύχρονη προϋπηρεσία στην ΠΦΥ. Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου προσκλήθηκαν, τον Οκτώβριο του 2022, τρία άτομα που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ αγροτικών και αστικών περιοχών του νομού Ηρακλείου, διαφόρων εργασιακών βαθμίδων και μονάδων υγείας. Όλοι αποδέχτηκαν την πρόσκληση και συμμετείχαν έπειτα από γραπτή ενημερωμένη συναίνεσή τους.

Για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε η μέθοδος της ομάδας εστίασης (focus group)(18). Με τη χρήση ηλεκτρονικής εφαρμογής συναντήσεων διεξήχθη μια ημιδομημένη συζήτηση, βάσει ενός οδηγού συνέντευξης με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις (Βλ. Παράρτημα. Οδηγός Συνέντευξης) με συντονισμό της ερευνήτριας, η οποία διήρκησε περίπου 30 λεπτά. Η συζήτηση καταγράφηκε εξ ολοκλήρου και έπειτα απομαγνητοφωνήθηκε υιοθετώντας ένα συνοπτικό σύστημα μετεγγραφής. (Βλ. Παράρτημα. Σύμβολα Μετεγγραφής).

Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων επιλέχθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης (19). Η ίδια ερευνήτρια μελέτησε τα δεδομένα και τα κωδικοποίησε ως προς το περιεχόμενό τους σε διακριτούς κώδικες, οι οποίοι μετά από περαιτέρω ανάλυση ομαδοποιήθηκαν και αντιστοιχήθηκαν σε θεματικές κατηγορίες ή θέματα, με βάση τις τρεις βασικές συνιστώσες της ΘΣΣ (Πιν.12). Από αυτά, επιλέχθηκαν τα θέματα που τονίστηκαν περισσότερο και συχνότερα από τους/τις συμμετέχοντες, ώστε να συγκριθούν με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και να χρησιμοποιηθούν τελικώς στο ερωτηματολόγιο της δεύτερης φάσης.

Ποσοτική μελέτη

Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη με πληθυσμό στόχο τους ΓΙ που εργάζονται στην ΠΦΥ του Ν. Ηρακλείου. Κριτήριο ένταξης αποτέλεσε η εργασία ως ΓΙ σε δημόσια δομή ΠΦΥ, αστικού τύπου και μη, του Νομού Ηρακλείου. Για τη

διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, και έπειτα από σχετική άδεια της 7ης ΥΠΕ, στάλθηκε μία ηλεκτρονική πρόσκληση το Δεκέμβριο του 2022 στις δημόσιες μονάδες υγείας ΠΦΥ του νομού και από εκεί προωθήθηκε σε 133 ΓΙ που εργάζονται σε αυτές. Λόγω του αρχικά χαμηλού ποσοστού απόκρισης, η πρόσκληση στάλθηκε ξανά δύο εβδομάδες μετά. Προς την ίδια κατεύθυνση, πραγματοποιήθηκαν διαπροσωπικές επισκέψεις στις μονάδες υγείας προς ενημέρωση των εργαζόμενων ΓΙ, με μία κατά συστάδες τυχαιοποίηση των συναντήσεων κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων συλλογής των δεδομένων. Τελικά, με ευκαιριακή δειγματοληψία και έπειτα από γραπτή ενημερωμένη συναίνεσή των συμμετεχόντων, το μέγεθος του δείγματος συγκροτήθηκε από 48 ΓΙ (N= 48).

Για τη συλλογή δεδομένων, κατασκευάστηκε ένα αυτοαναφερόμενο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναζητούνται πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία), το επίπεδο εκπαίδευσης (επίπεδο σπουδών, προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε αριθμό ανά έτος), τα εργασιακά δεδομένα τους (δομή απασχόλησης, προϋπηρεσία σε χρόνια, φόρτο εργασίας, αριθμός συνεργατών νοσηλευτικού προσωπικού) και δεδομένα για το προφίλ υγείας τους. Έπειτα ακολουθούν ερωτήσεις, σχετικά με τις απόψεις τους για την εφαρμογή πρόληψης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ, τα εργαλεία και τις κατευθυντήριες οδηγίες που χρησιμοποιούν και τέλος δίδονται παραδείγματα κλινικών περιστατικών, ώστε να αξιολογηθεί το επίπεδο εξοικείωσης με τις οδηγίες στην κλινική πράξη. Τα παραπάνω βασίστηκαν στις οδηγίες της ESC 2021 «Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice» (11), αλλά και στα ευρήματα της ομάδας εστίασης. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με τη στάση, τα υποκειμενικά πρότυπα και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, ως προς την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ στην ΠΦΥ. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων καθορίστηκε βάσει των θεμάτων που προέκυψαν από την εστιασμένη συζήτηση, με σκοπό να ανιχνευθεί πιθανή επίδρασή τους στην πρόθεση των ΓΙ να εφαρμόσουν την υπό μελέτη συμπεριφορά. Η κατασκευή και οργάνωση των ερωτήσεων καθώς και οι υπολογισμοί που απαιτούνται για την ανάλυσή τους παρουσιάζονται παρακάτω.

- *Μέτρηση πρόθεσης:*

  Η πρόθεση των ΓΙ για εφαρμογή εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ στην ΠΦΥ αποτελεί την πιθανή έκβαση που διερευνάται στην παρούσα μελέτη. Για τη μέτρησή της επιλέχθηκε η μέθοδος της Γενικευμένης Πρόθεσης (Generalised Intention), μεταξύ αυτών που προτείνονται από τη ΘΣΣ, εξαιτίας της ευρείας χρήσης της από τη βιβλιογραφία, διευκολύνοντας πιθανή σύγκρισής της με άλλες μελέτες, καθώς και της οικονομίας χρόνου που προσφέρει. Βάσει αυτής, η γενική πρόθεση εκτιμήθηκε με το μέσο όρο των απαντήσεων σε τρεις ερωτήσεις, στοχεύοντας σε επαρκή εσωτερική συνοχή, ενώ εκτιμήθηκε και η δήλωση πρόθεσης με μία ερώτηση.

- *Μέτρηση τάσεων συμπεριφοράς:*

Η τάση ενός συμμετέχοντος ΓΙ να εφαρμόσει εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ, αποτελεί μεταβλητή υπό μελέτη για την παρούσα μελέτη και μπορεί να μετρηθεί με άμεσο και άμεσο τρόπο, καθώς και με το συνδυασμό τους.

Για την άμεση μέτρηση της τάσης παρατέθηκαν τέσσερις προτάσεις με την προτεινόμενη συμπεριφορά, ώστε να αξιολογηθούν με χρηστικούς και εμπειρικούς τρόπους με διπολικό τρόπο διατεταγμένοι σε 7-βάθμια κλίμακα Likert. Στις απαντήσεις μίας ερώτησης εναλλάσσονται θετικά και αρνητικά τελικά σημεία της κλίμακας, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος για μεροληπτικά σφάλματα απαντήσεων (response bias), πχ σετ απαντήσεων (response set) και στυλ απαντήσεων (response style). Σε αυτή την περίπτωση, επανακωδικοποιήθηκαν όλες οι απαντήσεις, έτσι ώστε στο τελικό άκρο της κλίμακας να αντιστοιχούν οι θετικές απαντήσεις. Τελικώς, μετρήθηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων, ώστε να προκύψει η βαθμολογία για κάθε τάση που μετράμε.

Η έμμεση μέτρηση αφορά στις επιμέρους πεποιθήσεις συμπεριφοράς και τις αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων αυτών, οι οποίες μετρήθηκαν βάσει των θεμάτων που προέκυψαν από τη μελέτη εξαγωγής. Συγκεκριμένα, τα θέματα που αφορούν σε πεποιθήσεις συμπεριφοράς παρατίθενται σε 7-βάθμια κλίμακα Likert, ως μεταβλητές μονής κατεύθυνσης που εκφράζουν πιθανότητα. Οι επιμέρους αξιολογήσεις για κάθε θεματική πεποίθησης συμπεριφοράς τέθηκαν σε μορφή διπολικής κλίμακας (-3, +3), αφού αφορούν σε διπλής κατεύθυνσης αποκρίσεις (θετική- αρνητική αξιολόγηση), συγκροτώντας άλλες τέσσερις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η μέτρηση προκύπτει σύμφωνα με τη μαθηματική φόρμουλα:

A = (a * e) + (b * f) + (c * g) + (d * h), όπου

A= συνολική βαθμολογία τάσης
a, b, c, d: οι βαθμολογίες των επιμέρους πεποιθήσεων συμπεριφοράς
e, f, g, h: οι βαθμολογίες των αξιολογήσεων των αποτελεσμάτων για κάθε μία επιμέρους πεποίθηση συμπεριφοράς.

Τελικώς, εάν η συνολική βαθμολογία τάσης είναι θετικός αριθμός, τότε προκύπτει ότι ο/η συγκεκριμένος/η ΓΙ τάσσεται υπέρ της εφαρμογής εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ σε κάθε επίσκεψη ενήλικου ασθενούς στο ιατρείο ΠΦΥ όπου απασχολείται, ενώ αντίθετα εάν η συνολική βαθμολογία είναι αρνητική, τότε τάσσεται κατά αυτής της συμπεριφοράς.

- *Μέτρηση υποκειμενικών προτύπων:*

Τα υποκειμενικά πρότυπα αποτελούν μεταβλητή που διερευνάται στη μελέτη αυτή και μετρήθηκαν επίσης με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Ακολουθώντας την ίδια διαδικασία, συντάχθηκαν τρείς ερωτήσεις για την άμεση μέτρηση των υποκειμενικών προτύπων. Οι πεποιθήσεις των υποκειμενικών προτύπων, που βασίζονται στις θεματικές κατηγορίες της μελέτης εξαγωγής, παρατέθηκαν σε

τρεις ερωτήσεις, όπως παραπάνω, και οι αξιολογήσεις τους που δρουν ως κίνητρα για συμμόρφωση σε άλλες τρεις, αντίστοιχα. Από την εφαρμογή των παραπάνω στη μαθηματική φόρμουλα που ακολουθεί προκύπτει η έμμεση μέτρηση των υποκειμενικών προτύπων.

N = (a * d) + (b * e) + (c * f), όπου

N= συνολική βαθμολογία υποκειμενικών προτύπων
a, b, c: οι βαθμολογίες των επιμέρους πεποιθήσεων των προτύπων
d, e, f: οι βαθμολογίες των κινήτρων προς συμμόρφωση που σχετίζονται με κάθε επιμέρους πηγή κοινωνικής πίεσης

- *Μέτρηση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς:*

  Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπριφοράς αποτελεί την τρίτη μεταβλητή υπό μελέτη και μετρήθηκε επίσης με άμεσο και έμμεσο τρόπο.

  Ακολουθώντας την ίδια διαδικασία, κατά την άμεση μέθοδο μέτρησης του αντιλαμβανόμενου έλεγχου συμπεριφοράς των ΓΙ, τέθηκαν τρεις ερωτήσεις και έπειτα από επανακωδικοποίηση των απαντήσεων σε μία εξ αυτών, βαθμολογούνται εξάγοντας έναν μέσο όρο των απαντήσεων.

  Κατά την έμμεση μέθοδο, χρησιμοποιούνται οι πεποιθήσεις ελέγχου που προκύπτουν και πάλι από τις θεματικές κατηγορίες της μελέτης εξαγωγής. Οι συμμετέχοντες ερωτώνται, σε τέσσερις ερωτήσεις, ως προς την ισχύ για που αισθάνονται οι ίδιοι να ασκούν σε τέσσερις επιλεγμένες πεποιθήσεις για την τελική απόφαση εφαρμογής της συμπεριφοράς,. Η αξιολόγηση προκύπτει και πάλι βάσει της μαθηματικής φόρμουλας:

  PBC = (a * d) + (b * e) + (c * f), όπου
  PBC = συνολική βαθμολογία του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς
  a, b, c: οι βαθμολογίες των επιμέρους πεποιθήσεων ελέγχου
  d, e, f: : οι βαθμολογίες των αντιλήψεων ισχύος που σχετίζεται με κάθε επιμέρους πεποίθηση ελέγχου.

Όλοι οι παραπάνω υπολογισμοί μέτρησης των μεταβλητών συμπυκνώνονται στον Πίνακα 11 του Παραρτήματος.

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τη ΘΣΣ, οι άμεσες εκτιμήσεις της στάσης, των υποκειμενικών προτύπων και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς αντανακλούν καλύτερα την πρόθεση του ατόμου να την πραγματοποιήσει και για αυτό χρησιμοποιήθηκαν ως μεταβλητές για την πρόβλεψή της. Αναλυτικότερα ισχύει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η πρόθεση, τόσο πιθανότερο είναι να ακολουθήσουν τη συμπεριφορά, επίδραση η οποία επηρεάζεται από το βαθμό του αντιλαμβανόμενου ελέγχου που εμφανίζουν τα άτομα. Οι έμμεσες μετρήσεις αντανακλούν τους πιθανούς

προσδιοριστές που επηρεάζουν την επίδραση κάθε μίας συνιστώσας ξεχωριστά στην τελική πρόθεση του ατόμου.(20)

2.5 Στατιστική ανάλυση

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας α=0.05 (δίπλευρη). Η ανάλυση έγινε στο λογισμικό IBMSPSS 26.00. Συγκεκριμένα, τα βήματα που εφαρμόσθηκαν ήταν τα εξής. Αρχικά, έγινε επανακωδικοποίηση και όπως ορίζει ο Πίνακας 11, υπολογίσθηκαν νέες μεταβλητές οι οποίες αφορούσαν στις έμμεσες και άμεσες μετρήσεις για τους παράγοντες της ΘΣΣ. Μετά την τελική μορφή της βάσης δεδομένων, έγινε έλεγχος κανονικότητας σε όλες τις μεταβλητές μέσω του binomial test και ραβδογραμμάτων. Όπως φάνηκε η κατανομή ήταν κανονική (pvalue> 0.05) και έτσι επιλέχθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι.

Στο επόμενο στάδιο, υπολογίσθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία για τις ποιοτικές μεταβλητές μέσω συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων (n, %), καθώς και για τις ποιοτικές οι οποίες εκφράστηκαν ως μέση τιμή (Μ.Τ.) και τυπική απόκλιση (Τ.Α.). Έπειτα, εφαρμόσθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson’s r για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ παραγόντων μεθοδολογίας σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς καθώς και της γενικής πρόθεσης και της δήλωσης πρόθεσης (ερώτηση 33). Οι συσχετίσεις αυτές συμπεριέλαβαν τόσο τους άμεσους παράγοντες όσο και τους έμμεσους. Τέλος, δημιουργήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης, τα οποία σταθμίσθηκαν ως προς τους συγχυτικούς παράγοντες δηλαδή το φύλο και την ηλικία. Στην πρώτη περίπτωση μοντέλου, ορίσθηκε ως έκβαση η διχοτόμος ποιοτική μεταβλητή χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών με πιθανές απαντήσεις όχι ή ναι και κατηγορία αναφοράς το όχι. Έτσι εφαρμόσθηκε το binary logistic regression. Στη δεύτερη περίπτωση η εξαρτημένη μεταβλητή (έκβαση) ήταν η ποσοτική μεταβλητή της δήλωσης πρόθεσης. Έτσι, εφαρμόσθηκε ένα linear regression με τους άμεσους παράγοντες ως συ-μεταβλητές. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα αποτελέσματα ελέγχθηκαν για πιθανές διαφοροποιήσεις ως προς το δημογραφικό και επαγγελματικό προφίλ των συμμετεχόντων (μέσω ANOVA, independent samples t-test και chi-square test) αλλά δε βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά. Έτσι, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για το σύνολο του δείγματος.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης

Στο στάδιο αυτό συμμετείχαν τρείς άρρενες Γενικοί Ιατροί, με πολύχρονη προϋπηρεσία σε δημόσιες δομές της ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου (6 εώς 22 έτη). Δύο εξ αυτών κατέχουν θέση συντονιστή διευθυντή, ενώ καθένας τους ξεχωριστά εργάζεται σε Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ) αστικής περιοχής, σε Κέντρο Υγείας (ΚΥ) αγροτικής περιοχής και σε Περιφερειακό Ιατρείο (ΠΙ) αγροτικής περιοχής, αντίστοιχα.

Όλοι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν καθημερινά στην κλινική τους πράξη εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ, με πρώτο το Hellenic Score 2, ενώ ένας ανέφερε το SCORE2 OP και το Lifetime CVD SCORE. Επίσης όλοι συμφώνησαν ότι *«προφανώς δεν απευθυνόμαστε σε όλους»*, αλλά σε κάθε ασθενή *«κατηγοριοποιείς και εξατομικεύεις με το ποιον έχεις απέναντί σου»*. Και αυτό γιατί *«θα πρέπει να έχουν τα red flags»*, γιατί το καθένα από αυτά αναφέρεται σε διαφορετική ηλικιακή ομάδα ασθενών, ενώ για ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως οι σακχαροδιαβητικοί, προτιμούν άλλα εργαλεία, αφού *«ας μην ξεχνούμε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται αντίστοιχο καρδιαγγειακού συμβάματος»*.

Έπειτα τα δεδομένα αναλύθηκαν και κατανεμήθηκαν ξεχωριστά για κάθε μία από τις κύριες συνιστώσες της ΘΣΣ, ακολουθώντας τη δομή της συζήτησης σύμφωνα με τους άξονες της ΘΣΣ.

<u>ΣΤΑΣΗ- πεποιθήσεις για την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ και αξιολόγηση αποτελεσμάτων:</u>

Στην ενότητα αυτή συζητήθηκαν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ και οργανώθηκαν σε τρεις θεματικούς άξονες, όπως παρατίθενται παρακάτω.

1. Μικρότερη συνολική επιβάρυνση ασθενούς, επαγγελματία και συστήματος υγείας:

Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν έμφαση στην αρνητική επίπτωση που έχει η πιθανή επιβάρυνση των εμπλεκόμενων στην τελική εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ. Περισσότερο και συχνότερα (n=4) τονίστηκε η έλλειψη χρόνου των επαγγελματιών, «*ο χρόνος είναι το βασικό μειονέκτημα για τους περισσότερους λόγω του φόρτου και του μεγάλου αριθμού ασθενών.», «Πιθανόν η έλλειψη χρόνου να αναγκάζει κάποιους ή να το κάνουν λάθος ή να το παραβλέψουνε»*.

Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες που ακολουθούν αναφέρθηκαν με την ίδια συχνότητα (n=2), αλλά έπειτα από ανάλυση της μη λεκτικής επικοινωνίας, φαίνεται ότι δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία που έχει η αποφυγή της επιβάρυνσης του ασθενούς, *«να καθοδηγήσουμε με λιγότερο κόστος και λιγότερη ταλαιπωρία τον ασθενή μας, που είναι πάρα πολύ σημαντικό»*. Παράλληλα, επισημάνθηκε η αποφυγή επιβάρυνσης συναδέλφων τους και του συστήματος υγείας «*αποφεύγοντας και άσκοπες*

παραπομπές», ενώ αναγνωρίσθηκε η αρνητική επίπτωση που έχει η απουσία οργανωμένου σχεδίου του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) στην εφαρμογή πρόληψης της ΚΑΝ από τους/ τις ιατρούς της ΠΦΥ («*δεν υπάρχει και η επίσημη στάση του Υπουργείου και όλου του συστήματος, ... δεν υπάρχει δηλαδή αυτή η σε εισαγωγικά υποχρέωση ότι πρέπει να καταγράφουμε όλα αυτά τα δεδομένα, τα οποία θα μας φέρουν και όλα τα αποτελέσματα και τα οφέλη, οπότε μην έχοντας ίσως και αυτή την υποχρέωση υπάρχει αδιαφορία σε εισαγωγικά και από τους γιατρούς γιατί βλέπουμε ότι δεν υπάρχει κανένα οργανωμένο σχέδιο.»*

2. Εφαρμογή ορθής (lege artis) κλινικής πρακτικής:

Όλοι οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι *«η ιατρική κατά κύριο λόγο είναι τέχνη»* και για το λόγο αυτό όλα τα εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ που προτείνονται από τη βιβλιογραφία θα πρέπει να εξατομικεύονται από τον/ την ιατρό σε κάθε ασθενή, αφού ένα τέτοιο εργαλείο «*προσπαθεί να βάλει στην ίδια καρδάρα όλους τους ασθενείς, ε κι εκεί πρέπει να μπει η τέχνη του γιατρού».* Η ασθενοκεντρική αυτή πρακτική φαίνεται, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, να βοηθάει σε πολλά διαφορετικά επίπεδα, όπως η τελική ολιστική φροντίδα που παρέχεται στον/ στην ασθενή, αφού αναδύονται όλα τα προβλήματα υγείας του/ της και όχι μόνο αυτά που αφορούν στην ΚΑΝ. Επίσης συνεισφέρει σε επικοινωνιακό επίπεδο τόσο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αφού «*μας βοηθάει να έχουμε και μία κοινή γλώσσα μεταξύ μας οι ιατροί»,* όσο και με τους/ τις ασθενείς, αφού «*χτίζουν και έναν καινούριο σύνδεσμο εμπιστοσύνης με τους ασθενείς».* Τέλος, αναφέρθηκε ότι η χρήση των εργαλείων αυτών μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ανορθόδοξη χρήση φαρμάκων, αφού μπορείς «*να αποφύγεις άσκοπη χρήση φαρμάκων και μη σκόπιμη και μάλλον αργοπορημένη χρήση φαρμάκων».*

3. Ελλιπής κατάρτιση (γνώση και εκπαίδευση).

Στο θέμα αυτό αναφέρθηκαν μόνο παράγοντες που περιορίζουν τους/ τις ΓΙ στη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ, με κυρίαρχο την έλλειψη γνώσεων που εκφράζεται ως αδυναμία αναγνώρισης του κατάλληλου εργαλείου, ως «*έλλειψη εκπαίδευσης βασικά και πληροφορίας»* και εξοικείωσης τελικά με τις προτάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών. Επιπλέον, δόθηκε έμφαση στην άγνοια της κλινικής σημασίας των εργαλείων αυτών τόσο ως προς τη χρήση τους («*εξίσου πάρα πάρα πολύ σημαντικό είναι ότι αρκετοί συνάδελφοι αγνοούν το πως πρέπει να προσεγγίσουν και με τα κατάλληλα εργαλεία έναν τέτοιο εν δυνάμει ασθενή»),* όσο και ως προς τη σπουδαιότητα του αποτελέσματός τους στη λήψη της από κοινού με τον/ την ασθενή κλινικής απόφασης για τη διαχείριση του προβλήματος υγείας.

<u>ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ (Πεποιθήσεις περί του κινήτρου και κίνητρα για συμμόρφωση):</u>

Όλοι οι ΓΙ τόνισαν ότι η κλινική τους πρακτική κυρίως βασίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες και η πιθανότητα να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ δεν επηρεάζεται από άλλα πρόσωπα ή ομάδες. Αντίθετα ανέδειξαν την

προσωπική πρόθεση των επαγγελματιών ως κινητοποιό δύναμη («*Όπως και από τη μεριά των γιατρών μπορεί και η δική τους εσωτερική επιθυμία, η όρεξη, το να το ψάξουν τόσο πολύ να τους ωθεί να το κάνουν»*), καθώς και το όφελος των ασθενών όταν τα προβλήματά τους επιλύονται με βάση την τεκμηριωμένη σύγχρονη ιατρική πρακτική. «*εμείς οφείλουμε βάσει των οδηγιών και βάσει της δουλειάς μας να εκτιμήσουμε εξατομικευμένα τον κίνδυνο σε κάθε άνθρωπο. Ανεξαρτήτως της γνώμης είτε προτρεπτικής είτε αποτρεπτικής που μπορεί να έχουν οι άλλοι. Γιατί το τελικό σημείο θα είναι ό,τι θα είναι το όφελος των ασθενών.»*. Μετά από περαιτέρω εμβάθυνση, αναγνώρισαν επίσης τους ίδιους τους ασθενείς, τους ειδικούς ιατρούς, δηλαδή τους καρδιολόγους, και τους άλλους ΓΙ ως πιθανά πρότυπα που επηρεάζουν την πρακτική άλλων συναδέλφων και όχι τη δική τους.

ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: πεποιθήσεις περί του ελέγχου και η αντιλαμβανόμενη ισχύς τους στην επίδραση της συμπεριφοράς:

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν για άλλη μία φορά ότι η γνώση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την αυτοπεποίθηση, την αυτογνωσία και την αποτελεσματικότητα των ΓΙ στην εφαρμογή πρόληψης της ΚΑΝ. «*Λοιπόν εγώ θα πω μια κουβέντα: η γνώση. καμία άλλη. Μόνο η γνώση.»* Συμπληρωματικά αναφέρθηκε από δύο συμμετέχοντες η σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ενώ ένας ανέφερε την παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου «*το οργανωμένο θεσμικό πλαίσιο που να είναι επισήμως και υποχρεωτικό να γίνεται.»* και οικονομικών κινήτρων, «*να υπάρχει και ένα bonus παραγωγικότητας».*

3.2 Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης

Στον πίνακα 2 παρατίθενται τα περιγραφικά στοιχεία για το δημογραφικό και επαγγελματικό προφίλ των συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (n=29, 60.4%), ανήκαν κυρίως στις ηλικιακές ομάδες των 25-40 ετών (n=25, 52.1%) και 41-50 ετών (n=15, 31.3%). Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι παρακολουθούν συνολικά <500 ασθενείς (n=19, 39.5%), με πάνω από 41 επισκέψεις ασθενών ανά εβδομάδα (n= 38, 79.2%), ενώ το 20.8% (n=10) δήλωσε ότι έχει >100 επισκέψεις/εβδομάδα. Επιπρόσθετα, 28 συμμετέχοντες (58.3%) δήλωσαν ότι συνεργάζονται στην κλινική πράξη με 0-1 νοσηλευτές και 15 συμμετέχοντες (31.3%) δήλωσαν 2-3 νοσηλευτές. Τέλος, στην ερώτηση για τα χρόνια νοσήματα των ίδιων των συμμετεχόντων φάνηκε ότι είναι συχνό φαινόμενο, με το κάπνισμα (n=21, 43.8%), τη δυσλιπιδαιμία (n=11, 22.9%), την παχυσαρκία (n=10, 20.8%) και την αρτηριακή υπέρταση (n=11, 22.9%) να κατέχουν τις πρώτες θέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (N, %) ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ (N=48)

Χαρακτηριστικά	**n**	**%**
Φύλο		
Άνδρας	19	39.6

Γυναίκα	29	60.4
Ηλικία		
25-40	25	52.1
41-50	15	31.3
51-60	8	16.7
Βαθμίδα εκπαίδευσης		
Διδακτορικό	2	4.2
Μεταπτυχιακό	18	37.5
Πτυχίο ΑΕΙ	28	58.3
Κατά μέσο όσο σε πόσα εκπαιδευτικά σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια κ.λπ. συμμετέχετε ανά έτος;		
0-5	34	70.8
6-10	12	25
11-15	1	2.1
16-20	1	2.1
Είδος δομής ΠΦΥ που δραστηριοποιείστε την τρέχουσα περίοδο		
Γενικό Νοσοκομείο	5	10.4
Κέντρο Υγείας	33	68.8
Περιφερειακό Ιατρείο	4	8.3
Τοπική Μονάδας Υγείας	6	12.5
Πόσα χρόνια εργάζεστε σε δομή ΠΦΥ		
<5	23	47.9
5-10	5	10.4
11-20	15	31.3
21-30	5	10.4
Μέγεθος λίστας ασθενών που παρακολουθείτε;		
<500	19	39.6
500-999	9	18.8
1000-1499	6	12.5
1500-2000	7	14.6
>2000	7	14.6
Περίπου πόσες επισκέψεις ασθενών δέχεστε στο ιατρείο σας/εβδομάδα;		
0-20	3	6.3
21-40	7	14.6
41-60	11	22.9
61-80	8	16.7
81-100	9	18.8
>100	10	20.8
Με πόσους νοσηλευτές συνεργάζεστε στην κλινική σας πράξη (αριθμός/βάρδια);		
0-1	28	58.3
2-3	15	31.3
4-5	4	8.3
≥6	1	2.1
Είστε ο/η ίδιος/α ασθενής από κάποιο από τα παρακάτω χρόνια νοσήματα ή νοσογόνες καταστάσεις; (Πολλαπλής επιλογής)		

Κάπνισμα	21	43.8
Αλκοολισμός	2	4.2
Παχυσαρκία	10	20.8
Αρτηριακή Υπέρταση	6	12.5
Δυσλιπιδαιμία	11	22.9
Σακχαρώδης Διαβήτης	1	2.1
Ουρική Νόσος	1	2.1

Στον πίνακα 3 συνοψίζονται οι συμπεριφορές των ΓΙ στην εφαρμογή πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σχεδόν όλοι (97.9%) θεωρούν την ειδικότητα της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής (ΓΟΙ) ως την πλέον υπεύθυνη για εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης ΚΑΝ στο γενικό πληθυσμό, ενώ αρκετοί δήλωσαν και την καρδιολογία. Στην ερώτηση αν χρησιμοποιούν άλλες ηλεκτρονικές εφαρμογές πέρα από τα πληροφοριακά συστήματα που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς, οι 28 (58.3%) απάντησαν θετικά, ενώ οι 20 (41.7%) αρνητικά. Το συχνότερο σε χρήση εργαλείο εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου φάνηκε να είναι το HEART Score (n=31, 64.6%) και αμέσως μετά ακολουθούν τα υπολογιστικά μοντέλα από το διαδίκτυο ή/και τις ιατρικές εφαρμογές (n=18, 37.5%). Τέλος, η κλινική τους πράξη για την ανίχνευση ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νοσηρότητα στηρίζεται για τους/τις περισσότερους/ες στις ESC/AHA κατευθυντήριες οδηγίες (n=42, 87.5%), για κάποιους/ες στην κλινική εμπειρία (n=24, 50%), ενώ 17 συμμετέχοντες (35.4%) δήλωσαν και τα δύο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ (ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ) ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ (N=48), ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ.

Συμπεριφορές	**n**	**%**
Ποια από τις παρακάτω ειδικότητες θεωρείται ως την πλέον υπεύθυνη για εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα στο γενικό πληθυσμό; (πολλαπλής επιλογής)		
Καρδιολογία	11	22.9
Εσωτερική Παθολογία	5	10.4
Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική	47	97.9
Αγγειολογία/ Αγγειοχειρουργική	0	0
Νεφρολογία, Παιδιατρική	0	0
Καμία από τις παραπάνω	0	0
Εκτός από τα πληροφοριακά συστήματα που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς, χρησιμοποιείτε κάποια άλλη ηλεκτρονική εφαρμογή στην καθημερινή σας πράξη στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου;		
Όχι	20	41.7
Ναι	28	58.3
Ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου		

χρησιμοποιείτε κυρίως στην καθημερινή κλινική πράξη; (πολλαπλής επιλογής)		
HEART score	31	64.6
Hellenic Score	3	6.3
Hellenic Score 2	1	10
FRAMINGHAM score	6	12.5
Lifetime CVD Risk	8	16.7
SCORE2	11	22.9
SCORE2- OP	8	16.7
Υπολογιστικά μοντέλα παρεχόμενα από το διαδίκτυο ή/και ιατρικές εφαρμογές	18	37.5
Κανένα από τα παραπάνω	4	8.3
Σε ποιο από τα παρακάτω βασίζεστε στην κλινική σας πράξη για την ανίχνευση ατόμων που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας; (Πολλαπλής επιλογής)		
ESC/AHA Guidelines	42	87.5
Κλινική εμπειρία	24	50
Και στα δύο	17	35.4
Κανένα από τα παραπάνω	1	2.1

Στον πίνακα 4 συνοψίζονται οι συμπεριφορές ώστε να γίνει μια αδρή αποτίμηση του επιπέδου εξοικείωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Για παράδειγμα, σε φαινομενικά υγιή ενήλικα κάτω των 70 ετών που προσέρχεται στο ιατρείο σας για οποιοδήποτε λόγο, οι περισσότεροι (n=24, 50%) δήλωσαν ότι θα εφάρμοζαν το HEARTSCORE στα πλαίσια screening για ΚΑΝ, ακολουθούμενο από το SCORE2 για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου (n=8, 16.7%). Στην αντίστοιχη ερώτηση για ασθενή άνω των 70 ετών, δήλωσαν πάλι το HEARTSCORE (n=21, 43.8%) και το SCORE2-OP για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου (n=9, 19.8%) ή κανένα από τα παραπάνω (n=8, 16.7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ (ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ) ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ (N=48) ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ, ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.

Συμπεριφορές	**n**	**%**
Σε φαινομενικά υγιή ενήλικα <u>κάτω των 70 ετών</u> που προσέρχεται στο ιατρείο σας για οποιοδήποτε λόγο, ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εφαρμόζετε στα πλαίσια screening για ΚΑΝ;		
HEARTSCORE	24	50
SCORE	6	12.5
SCORE2 για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου	0	0
SCORE2 για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου	0	0
SCORE2 για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου	**8**	**16.7**
SCORE2 για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου	3	6.3
SCORE2-OP για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου	0	0
SCORE2-OP για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου	0	0

SCORE2-OP για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου	0	0
SCORE2-OP για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου	1	2.1
Κανένα από τα παραπάνω	6	12.5
Σε φαινομενικά υγιή ενήλικα <u>άνω των 70 ετών</u> που προσέρχεται στο ιατρείο σας για οποιοδήποτε λόγο, ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εφαρμόζετε στα πλαίσια screening για ΚΑΝ;		
HEARTSCORE	21	43.8
SCORE	3	6.3
SCORE2 για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου	0	0
SCORE2 για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου	3	6.3
SCORE2 για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου	2	4.2
SCORE2 για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου	0	0
SCORE2-OP για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου	0	0
SCORE2-OP για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου	1	2.1
SCORE2-OP για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου	**9**	**18.8**
SCORE2-OP για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου	1	2.1
Κανένα από τα παραπάνω	8	16.7
Ποιο/α α από τα παρακάτω αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση ΚΑΝ;		
Ολική χοληστερόλη	34	70.8
non HDL χοληστερόλη	**28**	**58.3**
Αρτηριακή Πίεση	**46**	**95.8**
Καρδιακή Ανεπάρκεια	10	20.8
Πνευμονική Εμβολή- Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση	8	16.7
Καπνιστική συνήθεια	**44**	**91.7**
Σακχαρώδης Διαβήτης	**45**	**93.8**
Παχυσαρκία	**42**	**87.5**
Σύνδρομο Ευπάθειας	9	18.8
Ηλικία	**41**	**85.4**
Ποιο/ποια από τα παρακάτω αποτελούν πιθανούς τροποποιητές κινδύνου για την εμφάνιση ΚΑΝ;		
Frailty	20	41.7
Πολυφαρμακία	11	22.9
προτιμήσεις ασθενούς	13	27.1
ημικρανία με αύρα	2	4.2
στυτική δυσλειτουργία	5	10.4
πρόσληψη αλκοόλ	22	45.8
στρες	26	54.2
ατμοσφαιρικοί ρύποι και εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα	8	16.7
κανένα από τα παραπάνω	4	8.3
όλα τα παραπάνω	**16**	**33.3**
Κατά την εργαστηριακή μέτρηση των λιπιδίων, ποιο από τα παρακάτω καθορίζει κυρίως το μέγεθος του κινδύνου για ΚΑΝ;		
Total Chol	11	22.9
HDL	1	2.1
non- HDL	**21**	**43.8**

TGL	4	8.3
Lp(a)	7	14.6
όλα τα παραπάνω	12	25
κανένα από τα παραπάνω	2	4.2
Γυναίκα ασθενής 47 ετών, κάτοικος της περιοχής ευθύνης σας, προσέρχεται στο ιατρείο σας για εκτίμηση των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος, τις οποίες διενήργησε στα πλαίσια ετήσιου γενικού προσυμπτωματικού ελέγχου (τσεκ-απ). Από τα αποτελέσματα εμφανίζει παθολογικές τιμές λιπιδίων και συγκεκριμένα: Chol: 220mg/dl, LDL-C: 155mg/dl, TGLs: 250mg/dl. Πρόκειται για καπνίστρια (~ 30py) χωρίς άλλες συννοσηρότητες.		
Τι κίνδυνο εμφανίζει για πιθανή εμφάνιση καρδιαγγειακού συμβάματος (θανατηφόρου ή μη) τα επόμενα 10 χρόνια;		
Πολύ υψηλό	4	8.3
Υψηλό	**12**	**25**
Μέτριο	21	43.8
Χαμηλό	11	22.9
Ποια θα ήταν η ενδεδειγμένη αρχική διαχείριση της συγκεκριμένης ασθενούς ως προς τον κίνδυνο της για εμφάνιση ΚΑΝ;		
Να εξετάστε τους τροποποιήσιμους παράγοντες, τον δια βίου κίνδυνο για ΚΑΝ και τα πιθανά οφέλη της θεραπείας, τις προτιμήσεις της ασθενούς	**33**	**68.8**
Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140 και LDL-C< 100mg/dl	**18**	**37.5**
Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140mmHg και LDL-C< 70mg/dl	3	6.3
Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140 και LDL-C< 55mg/dl	0	0
Γυναίκα ασθενής 58 ετών κάτοικος της περιοχής ευθύνης σας, προσέρχεται στο ιατρείο σας για εκτίμηση των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος της ίδιας στα πλαίσια ετήσιου γενικού προσυμπτωματικού ελέγχου (τσεκ-απ). Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό ΟΕΜ προ περίπου 10ετίας που αντιμετωπίστηκε άμεσα με πρωτογενή αγγειοπλαστική και μακροπρόθεσμα με αντιθρομβωτική θεραπεία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εμφανίζει LDL-C 264mg/dl.		
Τι τάξεως κίνδυνο για εμφάνιση ΚΑΝ εμφανίζει η συγκεκριμένη ασθενής;		
Πολύ υψηλό κίνδυνο	**42**	**87.5**
Υψηλό κίνδυνο	6	12.5
Μέτριο κίνδυνο	0	0
Χαμηλό κίνδυνο	0	0
Ποια θα ήταν η αρχική σας αντιμετώπιση για τη διαχείριση αυτής της ασθενούς;		
A. Διακοπή καπνίσματος & Προτάσεις τροποποίησης τρόπου ζωής	20	41.7
B. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο ΣΑΠ <130-140mmHg	12	25
C. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 100mg/dl ή μείωση ≥50% της αρχικής τιμής	2	4.2
D. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 70mg/dl ή μείωση ≥50% της αρχικής τιμής	9	18.8
E. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 55mg/dl ή μείωση ≥50%	37	77.1

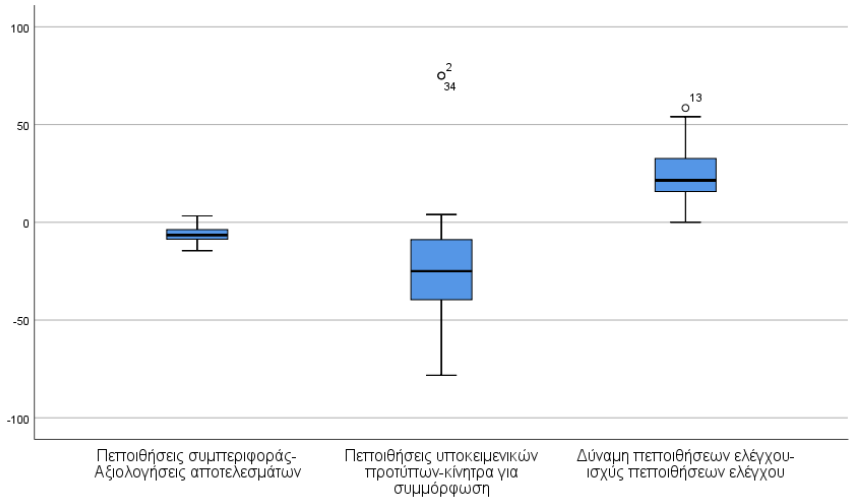
της αρχικής τιμής			
F.	*Αντιθρομβωτική θεραπεία*	16	33.3
G.	***A+ B+ D +F***	**1**	**2.1**
H.	*κανένα από τα παραπάνω*	0	0
I.	*όλα τα παραπάνω*	0	0

Στον πίνακα 5 παρατίθενται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς για την έμμεση αποτίμηση της συμπεριφοράς των ΓΙ, ως προς την εφαρμογή εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της ΚΑΝ στην κλινική πράξη. Στους παράγοντες για την εκτίμηση των έμμεσων πεποιθήσεων βρέθηκαν αρκετές αρνητικές τάσεις. Για παράδειγμα, οι πεποιθήσεις συμπεριφοράς-αξιολόγησης αποτελεσμάτων, είχαν μέση τιμή -6.14 (Τ.Α.=4.02). Αντιστοίχως, κυμάνθηκαν και οι πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων και τα κίνητρα για συμμόρφωση. Αντίθετα, η δύναμη πεποιθήσεων ελέγχου και η ισχύς εμφάνισαν θετικές τάσεις (Μ.Τ.= 24.86, Τ.Α=0.96). Οι τάσεις αυτές απεικονίζονται και στα boxplots του γραφήματος 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΕΣΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΓΙ) ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

Παράγοντες (έμμεσες μετρήσεις)	**N** *(σύνολο συμμετεχόντων που απάντησαν σε όλες τις σχετικές ερωτήσεις)*	**Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)**	**Ελάχιστη τιμή**	**Μέγιστη τιμή**
Πεποιθήσεις συμπεριφοράς-Αξιολογήσεις αποτελεσμάτων	48	- 6.14 (4.02)	-14.5	3.25
Πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων - Κίνητρα για συμμόρφωση	48	-23.94 (29.77)	-78.22	75
Δύναμη πεποιθήσεων ελέγχου- Ισχύς πεποιθήσεων ελέγχου	48	24.86 (14.43)	0	58.5

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΕΣΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΓΙ) ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.



Στον πίνακα 6 (Γράφημα 2) παρατίθενται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς για την άμεση αποτίμηση της συμπεριφοράς των ΓΙ ως προς την εφαρμογή εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της ΚΑΝ στην κλινική πράξη. Αντίθετα, με τους έμμεσους παράγοντες, εδώ φάνηκε ότι υπήρχαν θετικής τάσης συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, οι στάσεις εμφάνισαν μέση τιμή 4.89 (Τ.Α.=0.74), τα υποκειμενικά πρότυπα είχαν την ίδια μέση τιμή 4.89 (Τ.Α.=0.73) και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς είχε την υψηλότερη μέση τιμή (Μ.Τ.=5.04, Τ.Α.=1.07). Η γενική πρόθεση και η δήλωση πρόθεσης εμφάνισαν αυξημένες μέσες τιμές (5.43 και 6.33, αντίστοιχα).

Τέλος, στον ίδιο πίνακα παρατίθενται οι δείκτες αξιοπιστίας των υπο-κλιμάκων καθώς και της ολικής κλίμακας (Cronbach's alpha=0.79). Όλες οι υπο-κλίμακες είχαν υψηλή αξιοπιστία με Cronbach's alpha≥0.77).

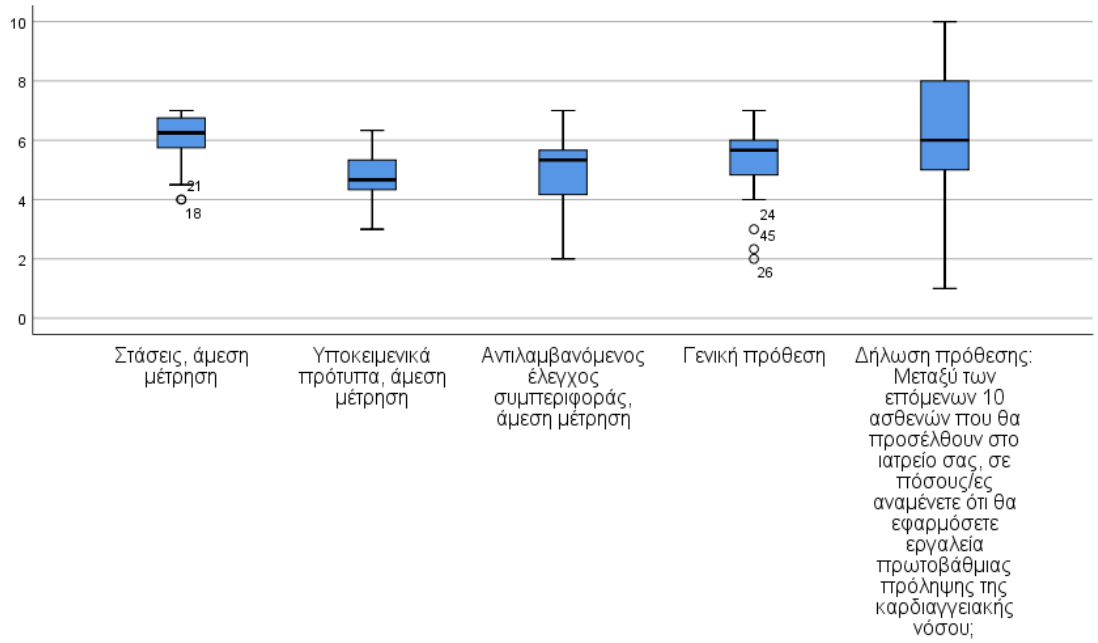
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΓΙ) ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Παράγοντες (άμεσες μετρήσεις)	**N** *(σύνολο συμμετεχόντων που απάντησαν σε όλες τις σχετικές ερωτήσεις)*	**Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)**	**Ελάχιστη τιμή**	**Μέγιστη τιμή**	**Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha***

Στάσεις	48	4.89 (0.74)	4	7	0.81
Υποκειμενικά πρότυπα	48	4.89 (0.73)	3	6.33	0.78
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	48	5.04 (1.07)	2	7	0.79
Γενική πρόθεση	48	5.43 (1.11)	2	7	0.77
Δήλωση πρόθεσης	48	6.33 (2.05)	1	10	-

*Η συνολική εσωτερική συνοχή της κλίμακας ήταν a=0.79

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΓΙ) ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΣΤΗΝ ΠΦΥ.



Στον πίνακα 7 και στον πίνακα 8 έγινε έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των έμμεσων και άμεσων παραγόντων της σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς αντίστοιχα, μεταξύ τους και ως προς τη δήλωση πρόθεσης. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις εμφανίζονται με έντονα γράμματα. Για παράδειγμα, αναφορικά με τους έμμεσους παράγοντες, βρέθηκε ότι οι πεποιθήσεις συμπεριφοράς-αξιολόγησης αποτελεσμάτων είχαν μια ελαφρά θετική συσχέτιση με τις πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων (r=0.35, pvalue=0.01). Η δήλωση πρόθεσης βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με χαμηλή ισχύ με τις πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων (r= -0.378, pvalue=0.008) αλλά θετικά (μέτρια συσχέτιση) με τη δύναμη και την ισχύ των πεποιθήσεων ελέγχου (r=0.456, pvalue=0.001).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΜΜΕΣΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (PEARSON'S R)

Παράγοντες	**Πεποιθήσεις συμπεριφοράς-Αξιολογήσεις αποτελεσμάτων**	**Πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων-Κίνητρα για συμμόρφωση**	**Δύναμη πεποιθήσεων ελέγχου- Ισχύς πεποιθήσεων ελέγχου**	**Δήλωση πρόθεσης**
	Pearson's r (Pvalue)			
Πεποιθήσεις συμπεριφοράς-Αξιολογήσεις αποτελεσμάτων	-	**0.350 (0.01)**	-0.171 (0.245)	-0.216 (0.14)
Πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων-Κίνητρα για συμμόρφωση	**0.350 (0.01)**	-	-0.207 (0.159)	**-0.378 (0.008)**
Δύναμη πεποιθήσεων ελέγχου- Ισχύς πεποιθήσεων ελέγχου	-0.171 (0.245)	-0.207 (0.159)	-	**0.456 (0.001)**

Όσον αφορά στους άμεσους παράγοντες (Πίνακας 8), η δήλωση πρόθεσης φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με όλους τους παράγοντες. Βρέθηκαν ελαφριές συσχετίσεις, με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς να έχει μια μέτρια θετική συσχέτιση με τη δήλωση συμμετοχής (r=0.555, pvalue<0.001).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΜΕΣΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ (PEARSON'S R)

Παράγοντες	**Στάσεις συμπεριφοράς**	**Υποκειμενικά πρότυπα**	**Αντιλαμβανόμενος έλεγχος**	Γενική πρόθεση	Δήλωση πρόθεσης
	Pearson's r (Pvalue)				
Στάσεις	-	**0,265 (0.04)**	**0.165 (0.264)**	**0.334 (0.02)**	**0.348 (0.01)**
Υποκειμενικά πρότυπα	**0.265 (0.04)**	-	**0.319 (0.02)**	0.181 (0.21)	**0.354 (0.01)**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	0.165 (0.264)	**0.319 (0.02)**	-	0.118 (0.423)	**0.555 (<0.001)**
Γενική πρόθεση	**0.334 (0.02)**	0.181 (0.21)	0.118 (0.423)	-	**0.496 (<0.001)**

Στον πίνακα 9, συνοψίζονται οι παράγοντες βάσει της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα χρήσης άλλων ηλεκτρονικών εφαρμογών, πέραν αυτών που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς στην καθημερινή πρακτική στην ΠΦΥ για τη διαχείριση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, τα υποκειμενικά πρότυπα και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς φάνηκαν να δρουν στατιστικώς σημαντικά αλλά με διαφορετικό τρόπο στη χρήση εφαρμογών. Τα υποκειμενικά πρότυπα εμφάνισαν μειωμένη πιθανότητα (OR=0.3666, 95%CI= 0.138-0.970), ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς είχε υψηλή πιθανότητα (OR=2.144, 95%CI=1.093-4.207).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ (BINARY LOGISTIC REGRESSION) ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ (ΠΕΡΑΝ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ), ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΝ.

Παράγοντες	**Odds Ratio[a]**	**95%CI**	**Pvalue**
Στάσεις	0.873	0.355-2.147	0.768
Υποκειμενικά πρότυπα	0.366	0.138-0.970	**0.043**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	2.144	1.093-4.207	**0.027**

[a]Ως έκβαση ορίσθηκε η διχοτόμος ποιοτική μεταβλητή χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών με πιθανές απαντήσεις όχι ή ναι και κατηγορία αναφοράς το όχι. Μοντέλα παλινδρόμησης σταθμισμένα ως προς την ηλικία και το φύλο.

Ομοίως ο πίνακας 10 εξετάζει το ρόλο των παραγόντων της θεωρίας σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς ως προς την τελική άμεση δήλωση πρόθεσης, δηλαδή την ερώτηση «Μεταξύ των επόμενων 10 ασθενών που θα προσέλθουν στο ιατρείο σας, σε πόσους/ες αναμένετε ότι θα εφαρμόσετε εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου;». Στην περίπτωση αυτή, μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς βρέθηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά (b-.901, t=3.786, pvalue<0.001) με την πρόθεση εφαρμογής εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου στους επόμενους 10 ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ (LINEARREGRESSION) ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΑΜΕΣΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ*, ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΝ.

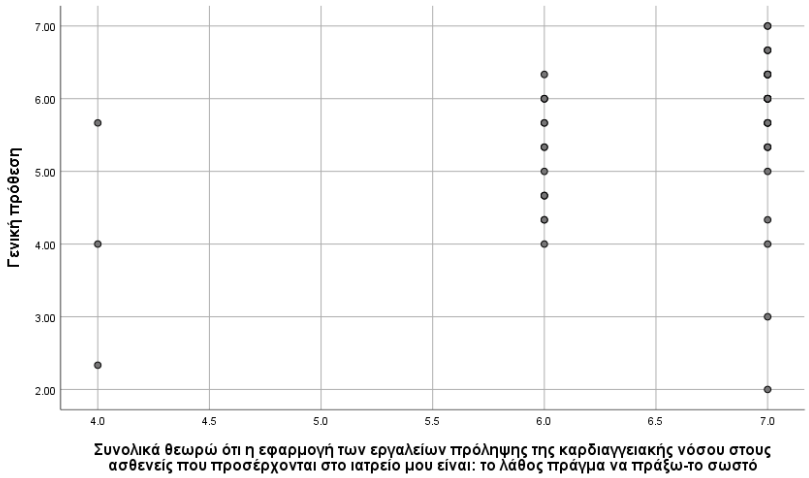
Παράγοντες	**B**	**t**	**95%CI**	**Pvalue**
Στάσεις	0.642	1.908	-0.036-1.320	0.063

Υποκειμενικά πρότυπα	0.395	1.116	-0.319-1.109	0.271
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	0.901	3.786	0.422-1.381	**<0.001**

*Ως έκβαση ορίσθηκε η ποσοτική μεταβλητή δήλωση πρόθεσης (ερώτηση: Μεταξύ των επόμενων 10 ασθενών που θα προσέλθουν στο ιατρείο σας, σε πόσους/ες αναμένετε ότι θα εφαρμόσετε εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου; κλίμακα 1-10). Μοντέλα παλινδρόμησης σταθμισμένα ως προς την ηλικία και το φύλο.

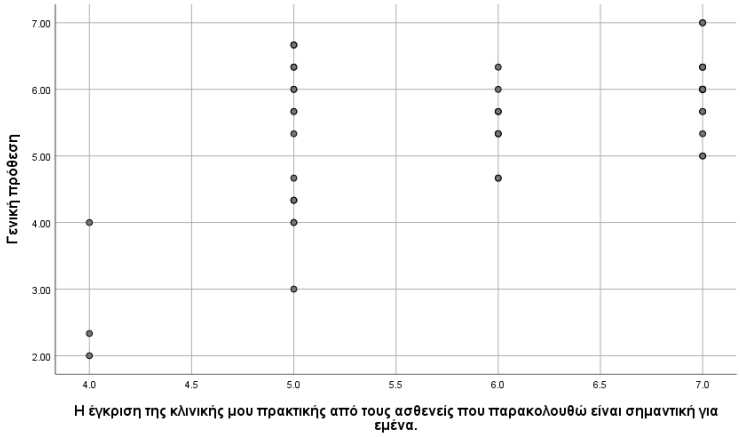
Τέλος πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχετίσεων μεταξύ κάθε ερώτησης ξεχωριστά και της τελικής γενικής πρόθεσης και της δήλωσης πρόθεσης. Από τους ελέγχους αυτούς στατιστική σημαντικότητα εμφάνισε η ερώτηση «Συνολικά θεωρώ ότι η εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς, που προσέρχονται στο ιατρείο μου, είναι: 1:Το λάθος πράγμα να πράξω- 7: Το σωστό πράγμα να πράξω», που αποτελεί άμεση μέτρηση της στάσης, με την άμεση γενική πρόθεση (Pearson’s r=0,433, Pvalue=0,006) (Γράφημα 3)

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. ΓΡΑΦΗΜΑ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ "ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ: 1: ΤΟ ΛΑΘΟΣ ΠΡΑΓΜΑ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΑΞΩ- 7: ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΠΡΑΓΜΑ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΑΞΩ" ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ (PEARSON’S R=0,433, PVALUE=0,006).



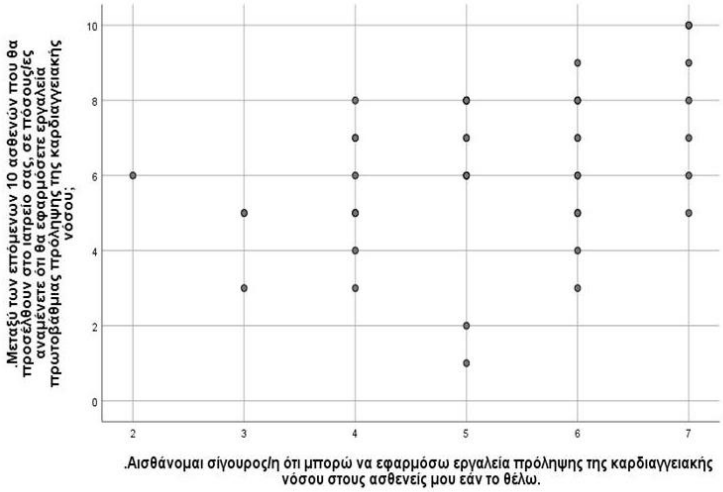
Επίσης θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη γενική πρόθεση, εμφάνισε η ερώτηση «Η έγκριση της κλινικής μου πρακτικής από τους ασθενείς που παρακολουθώ είναι σημαντική για εμένα. (1: καθόλου, 7: εξαιρετικά)», που αποτελεί κίνητρο για συμμόρφωση (Pearson’s r=0,544, Pvalue< 0,001) (Γράφημα 4).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ "Η ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΟΥ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΩ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ" ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ (PEARSON'S R=0,544, PVALUE<0,001).



Τέλος, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη δήλωση πρόθεσης εμφάνισε η ερώτηση «Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να εφαρμόσω εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου εάν το θέλω. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)», που αποτελεί άμεση μέτρηση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς (Pearson's r=0596, Pvalue=0,005) (Γράφημα 5). Από τις συσχετίσεις των υπόλοιπων ερωτήσεων με τη γενική πρόθεση και τη δήλωση πρόθεσης, δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ " ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η ΟΤΙ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΩ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΟΥ ΑΝ ΘΕΛΩ" ΜΕ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ (PEARSON'S R=0596, PVALUE=0,005)



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Κύρια ευρήματα

Μέσα από τη μικτή αυτή μελέτη επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από ΓΙ της ΠΦΥ, αναζητώντας το βαθμό χρήσης τους καθώς και πιθανούς προσδιοριστές της, υπό το πρίσμα των στάσεων και πεποιθήσεών των ίδιων των ΓΙ.

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες ΓΙ στην αρχική ποιοτική μελέτη, η χρήση εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ θεωρούν ότι α) μειώνει τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς, επαγγελματία και συστήματος υγείας, β) προάγει την εφαρμογή lege artis ιατρικής πρακτικής, γ) περιορίζεται από την ελλιπή κατάρτιση. Επίσης θεωρούν ότι δέχονται κοινωνική πίεση για την εφαρμογή τους από α) συναδέλφους ιατρούς, β) ασθενείς, γ) κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ η αποτελεσματικότητα που αισθάνονται για την εφαρμογή τους επηρεάζεται από α) το επίπεδο κατάρτισης και β) την ύπαρξη οργανωμένου θεσμικού πλαισίου.

Στην ποσοτική μελέτη που ακολούθησε, το δείγμα απαρτίστηκε κυρίως από νεαρούς/ές ΓΙ, όλων των ειδών δημόσιων δομών ΠΦΥ, με μέτριο φόρτο εργασίας και μειωμένο συνεργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό. Φαίνεται ότι αναγνωρίζουν την ειδικότητα της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής (ΓΟΙ) ως την πλέον υπεύθυνη για εφαρμογή πρόληψης της ΚΑΝ στο γενικό πληθυσμό, βασιζόμενοι/ες στις οδηγίες της ESC/AHA με κύριο εργαλείο το HEART Score.

Όσον αφορά τη μελέτη της συμπεριφοράς τους, οι άμεσες εκτιμήσεις της στάσης, των υποκειμενικών προτύπων και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς εμφάνισαν θετική αποτίμηση, καθώς και ελαφρά θετική συσχέτιση με την πρόθεση που δήλωσαν οι συμμετέχοντες να εφαρμόζουν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ στο ιατρείο τους. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι μάλλον τάσσονται υπέρ της εφαρμογής εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ, δέχονται κοινωνική πίεση και αισθάνονται ικανοί για την εφαρμογή τους, ενώ γενικά δηλώνουν ότι προτίθενται να τα εφαρμόσουν. Συγκεκριμένα για τη στάση, φάνηκε ότι όταν οι ΓΙ αξιολογούν την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης ΚΑΝ ως το σωστό πράγμα να πράξουν, τότε προτίθενται να εφαρμόσουν τα εργαλεία αυτά στην καθημερινή κλινική πρακτική τους.

Η μέτρηση της γενικής πρόθεσης και της δήλωσης πρόθεσης εμφάνισαν σχετικά υψηλές τιμές, υποδεικνύοντας ικανοποιητική πρόθεση των συμμετεχόντων και άρα ότι πιθανά θα εφαρμόσουν ή εφαρμόζουν ήδη εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ. Παράλληλα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, που μεσολαβεί στην επίδραση των άλλων συνιστωσών ως προς πρόθεση, εμφάνισε σχετικά υψηλή τιμή κατά την περιγραφική ανάλυση και μέτρια θετική συσχέτιση με τη δήλωση πρόθεσης. Αυτό υπονοεί ότι η σχετικά υψηλή πρόθεση που εμφάνισαν οι συμμετέχοντες μπορεί μάλλον να προβλέψει το βαθμό υλοποίησης της εφαρμογής εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ στην καθημερινή πρακτική τους. Επιπρόσθετα, η σιγουριά των συμμετεχόντων να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης της ΚΑΝ εμφανίζει μέση θετική συσχέτιση με την πρόθεση που δήλωσαν ώστε να τα εφαρμόσουν στους επόμενους 10 ασθενείς που θα προσέλθουν στο ιατρείο τους, υποδεικνύοντας πιθανά ότι η αίσθηση σιγουριάς

συμβάλλει περισσότερο στη συγκρότηση της αυτοπεποίθησης που απαιτείται για την τελική εφαρμογή.

Για την έμμεση μέτρηση της στάσης, των υποκειμενικών προτύπων και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς, χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές που προέκυψαν από την πιλοτική μελέτη, ώστε να ελεγχθούν ως πιθανοί προσδιοριστές της κάθε μίας συνιστώσας, όπως ορίζεται από τη ΘΣΣ.

Όσον αφορά την έμμεση μέτρηση της στάσης, χρησιμοποιήθηκαν η επιβάρυνση του ασθενούς και του συστήματος υγείας, η έλλειψη χρόνου και η πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων υγείας ήδη από το στάδιο της πρόληψης, καταγράφοντας αρνητική στάση. Αυτό υποδηλώνει, ότι πιθανά οι παραπάνω παράγοντες επιδρούν περιοριστικά στην στάση των ΓΙ ως προς την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ, χωρίς να επιτευχθεί η ανίχνευση του βαθμού αυτής της επίδρασης.

Στην έμμεση εκτίμηση της κοινωνικής πίεσης που δέχονται από τους καρδιολόγους, τους άλλους ΓΙ και τους ασθενείς, τότε φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες δέχονται κοινωνική πίεση ώστε να μην εφαρμόζουν τα εργαλεία πρόληψης ΚΑΝ στους/στις ασθενείς τους, η οποία μάλιστα συσχετίζεται αρνητικά με τη δηλωμένη πρόθεσή τους να τα εφαρμόζουν. Ίσως μόνον οι ασθενείς ασκούν κοινωνική πίεση στους ΓΙ για την εφαρμογή των εργαλείων, όπως φάνηκε από έλεγχο συσχετίσεων του κάθε υποκειμενικού προτύπου μεμονωμένα με τη γενική πρόθεση συμπεριφοράς των συμμετεχόντων. Το γεγονός αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της πιλοτικής συζήτησης, όπου εκεί οι ΓΙ είχαν αρχικά προβάλλει ως πιθανό πρότυπο μόνο τις κατευθυντήριες οδηγίες που οδηγούν στο όφελος των ασθενών, ενώ απαιτήθηκε περαιτέρω εμβάθυνση ώστε να αναδειχθούν άλλα πιθανά πρότυπα.

Για την έμμεση μέτρηση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς, χρησιμοποιήθηκαν από την πιλοτική μελέτη η επαρκής γνώση και εκπαίδευση, καθώς και η παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου και οικονομικών κινήτρων, ως πιθανοί εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες, που επηρεάζουν το βαθμό ελέγχου, που αισθάνονται οι ΓΙ ότι κατέχουν πάνω στην εφαρμογή των εργαλείων που μελετώνται. Από τη θετική αποτίμηση που προέκυψε στην περιγραφική ανάλυση, συμπεραίνουμε ότι τα παραπάνω πιθανώς δρουν προωθητικά στην εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από τους/τις ΓΙ. Επίσης, φάνηκε μία ασθενής θετική συσχέτιση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς με τη δήλωση πρόθεσης, για την οποία αποδείχθηκε μόνο η μετρίως θετική συσχέτιση της σιγουριάς που αισθάνεται ο/η επαγγελματίας για την εφαρμογή αυτή. Τέλος, μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς βρέθηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά με την πρόθεση εφαρμογής εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ στους επόμενους 10 ασθενείς.

Για τη χρήση άλλων εργαλείων, πέραν των προτεινόμενων από τους αρμόδιους φορείς, φάνηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις με τα υποκειμενικά πρότυπα και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, αντίθετης όμως κατεύθυνσης. Συγκεκριμένα, τα υποκειμενικά πρότυπα εμφάνισαν μειωμένη πιθανότητα, υποδεικνύοντας ότι οι ΓΙ που δέχονται κοινωνική πίεση για χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ, έχουν μειωμένη πιθανότητα να αναζητήσουν και να χρησιμοποιήσουν άλλα εργαλεία για τη

διαχείριση των ασθενών τους. Αντίθετα όταν αισθάνονται ικανοί να εφαρμόσουν τα προτεινόμενα εργαλεία με επιτυχία εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα, περίπου διπλάσια, να αναζητήσουν νέα εργαλεία.

4.2 Τα ευρήματα της μελέτης κάτω από το φως της βιβλιογραφίας

Η παρούσα μελέτη διερευνά τη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από ΓΙ της ΠΦΥ, αναζητώντας πιθανούς προσδιοριστές της. Από αυτούς που εντοπίστηκαν, οι συμμετέχοντες της μελέτης εξαγωγής τόνισαν περισσότερο, ότι η έλλειψη χρόνου, γνώσης και εκπαίδευσης των ΓΙ είναι οι παράγοντες εκείνοι που κυρίως περιορίζουν τη χρήση σχετικών εργαλείων, ενώ ακολουθούν η επιβάρυνση των εμπλεκόμενων μερών (ασθενείς, επαγγελματίες, σύστημα υγείας), η ορθή πρακτική και η απουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου. Σύμφωνα με μία σουηδική συστηματική ανασκόπηση, φαίνεται ότι οι παραπάνω παράγοντες επιδρούν με παρόμοιο τρόπο στην εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης για όλα τα νοσήματα και όχι μόνο της ΚΑΝ(21), εγείροντας την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό της συνολικής στρατηγικής πρόληψης που εφαρμόζεται στα πλαίσια της ΠΦΥ.

Η έλλειψη χρόνου συμπεριλαμβάνεται ως ένας από τους κύριους περιοριστές στην εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης της ΚΑΝ στις περισσότερες σχετικές μελέτες, σε διαφορετικές χώρες και διαφορετικά συστήματα υγείας (6,22–25). Στο δημόσιο τομέα της ΠΦΥ στον ελλαδικό χώρο οι ΓΙ καλούνται να παρακολουθήσουν σταθερά ένα μεγάλο αριθμό ατόμων, εώς και 2.000 (Ν. 4931/2022)(26), καθώς και να διαχειριστούν όλα τα επείγοντα περιστατικά. Το γεγονός αυτό μαζί με το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και την έλλειψη παραϊατρικών ειδικοτήτων στις δομές ΠΦΥ, καταλήγει να συμπυκνώνει υπέρογκο έργο στους/ες ΓΙ, και αυτοί/ές με τη σειρά τους πιθανά παραμερίζουν τη διαχείριση πιθανών τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου έναντι των χρόνιων ή οξέων συμβαμάτων, για τα οποία προσέρχονται. Τα ευρήματα μας αναδεικνύουν το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συνεργάζονται με μόλις 0 με 1 νοσηλευτές/τριες. Αντίθετα, δεν αντανακλάται το αυξημένο εργασιακό φορτίο, αφού πάνω από τους μισούς δήλωσαν ότι παρακολουθούν συστηματικά λιγότερους από 1000 ασθενείς, ενώ οι επισκέψεις ασθενών ανά εβδομάδα ποικίλουν μεταξύ των συμμετεχόντων. Πιθανά, το γεγονός αυτό οφείλεται στη νεαρή ηλικία των συμμετεχόντων, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να είναι και ένας λόγος που δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντικά συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων στην παρούσα μελέτη.

Η αυξημένη εργασιακή επιβάρυνση των επαγγελματιών επιδρά πιθανώς αρνητικά στη γνώση και εκπαίδευσή τους, λόγω της έλλειψης χρόνου. Στο δείγμα που μελετήθηκε, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ και συμμετέχουν κατά μέσο όρο σε λιγότερες από 5 εκπαιδευτικές δράσεις (σεμινάρια, συνέδρια κλπ) ανά έτος. Όσον αφορά τις γνώσεις τους περί της εφαρμογής πρόληψης ΚΑΝ, τόσο στην πιλοτική συζήτηση, όσο και στο ερωτηματολόγιο οι περισσότεροι ΓΙ δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν σχετικά εργαλεία και κατευθυντήριες οδηγίες στην καθημερινή τους πρακτική. Επικρατέστερο αναδείχθηκε το HEART Score, που αποτελεί το σταθμισμένο στην Ελλάδα

αντίστοιχο εργαλείο Score, όπως αυτό προτείνεται από τις οδηγίες της ESC/ AHA 2016(2). Παρόλα αυτά, οι τελευταίες αναθεωρημένες οδηγίες συστήνουν δύο νέους αλγόριθμους που έχουν ήδη τυποποιηθεί για χώρες όπως η Ελλάδα, το Score 2 για άτομα εώς και 60 ετών και το Score2-OP για μεγαλύτερες ηλικίες, για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου (11). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ναι μεν συμμόρφωση με τις οδηγίες, αλλά πιθανά ελλειμματική επικαιροποίηση των γνώσεών τους, ενώ τα ευρήματα φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης EURIKA, όπου συμμετείχαν και ΓΙ από την Ελλάδα (27). Παρόμοια τάση βρέθηκε και στην κλινική εφαρμογή σε κλινικά παραδείγματα, όπου οι συμμετέχοντες έδειξαν σχετικά καλή αναγνώριση του κινδύνου που εμφανίζουν τα άτομα για εμφάνιση ΚΑΝ, κυρίως για πολύ αυξημένο κίνδυνο, ενώ στην αντιμετώπιση, όπου γενικά οι απαντήσεις ποικίλαν, κοινός παρανομαστής ήταν η αρχική παρέμβαση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. Η άγνοια της κλινικής σημασίας των εργαλείων, η αδυναμία επιλογής του κατάλληλου κατά περίπτωση εργαλείου αλλά και η μη εξατομικευμένη μέθοδός τους, αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες της συζήτησης, ως πιθανοί λόγοι που αποτρέπουν τους/ τις ΓΙ από τη χρήση τους. Άλλοι λόγοι που αναφέρονται από τη βιβλιογραφία είναι γενικότερα προβλήματα με τις κατευθυντήριες οδηγίες (6), όπως άγνοια της διαχείρισης μετά την αρχική εφαρμογή εργαλείων (7), ελλιπή εμπιστοσύνη (23), η υπερβολικά θεωρητική (24) και μη ρεαλιστική προσέγγισή τους (27).

Παράλληλα, αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι συνδυάζουν τα παραπάνω με την κλινική εμπειρία, γεγονός καλά τεκμηριωμένο από μελέτες (23) και διαχρονικά επίκαιρο από τη φύση του επαγγέλματος που αποτελεί τέχνη, όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε στην αρχική συζήτηση. Μάλιστα, τονίστηκε η σημασία των παραπάνω εργαλείων στην επικοινωνία με τον/ την ασθενή και τη διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης για την από κοινού λήψη αποφάσεων. Η προσκόλληση στην κλινική εμπειρία, φαίνεται να μην είναι χαρακτηριστικό μόνο των ΓΙ, αφού η ESC με τη μελέτη EUROASPIRE II συνέκρινε τις γνώσεις, την πρακτική και τις απόψεις ΓΙ και καρδιολόγων, δείχνοντας ότι η ομάδα των εξειδικευμένων ιατρών, βασίζεται περισσότερο στην κλινική εμπειρία από τους/τις ΓΙ, παρά το ίδιο επίπεδο γνώσεων που αναδείχθηκε στις δύο ομάδες (22). Η κινητοποίηση και η συμμόρφωση του/ της ασθενούς, που επιτυγχάνεται με τα σχετικά εργαλεία, θα μπορούσε να περιορίζει τη χρήση τους για την καθοδήγηση της θεραπείας, έναντι της παραδοσιακής διαχείρισης των διακριτών παραγόντων κινδύνου μεμονωμένα (23). Βέβαια, ελοχεύουν κίνδυνοι όταν η λήψη αποφάσεων βασίζεται κυρίως στην κλινική εμπειρία και όχι στις επίσημες οδηγίες (25).

Η απουσία ενός οργανωμένου θεσμικού πλαισίου για την εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης της ΚΑΝ, αποθαρρύνει τους/ις επαγγελματίες από τη χρήση των προτεινόμενων εργαλείων, αφού δεν είναι υποχρεωτική όπως τονίστηκε από τους συμμετέχοντες, τους στερεί βασικά κίνητρα, πχ οικονομικά, αλλά και στατιστικά στοιχεία σε τοπικό επίπεδο, χρήσιμα τόσο στην κλινική όσο και στην ερευνητική πράξη. Στη μελέτη SPIMEU το θεσμικό αυτό πλαίσιο συμπυκνώνεται ως έλλειψη υλικοτεχνικού και ανθρώπινου δυναμικού (6), ενώ άλλες μελέτες τονίζουν την

έλλειψη κοινής στρατηγικής και τυποποιημένης μεθόδου για συστηματική πρόληψη έναντι της ευκαιριακής πρόληψης (screening) που φαίνεται να επικρατεί (23) καθώς και την ελλιπή χρηματοδότηση και την απουσία κινήτρων προς τους/ τις επαγγελματίες (27).

Παρότι σε αρκετές μελέτες φάνηκε ότι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση & το εργασιακό περιβάλλον και φορτίο των ΓΙ επηρεάζουν πιθανώς τη χρήση εργαλείων πρόληψης για ΚΑΝ, στην παρούσα μελέτη δεν αποδείχθηκε καμία συσχέτιση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τη γνώση και εκπαίδευση, πέραν της προσπάθειας που γίνεται κυρίως από επιστημονικές εταιρίες για ελεύθερη πρόσβαση σε επικαιροποιημένες και τεκμηριωμένες πληροφορίες, έχουν δοκιμαστεί σε ερευνητικό επίπεδο διάφορα εργαλεία. Πρόκειται κυρίως για ηλεκτρονικές εφαρμογές που υποκαθιστούν τη γνώση του/της κλινικού ιατρού ή την καθοδηγούν, ενώ ταυτόχρονα τους/τις υποχρεώνει να ακολουθήσουν τα προκαθορισμένα βήματα. Μία τέτοια προσπάθεια έγινε στην Αυστραλία, όπου διερευνήθηκε η επίδραση μίας ολοκληρωμένης παρέμβασης με καθοδηγούμενη από υπολογιστή κλινική απόφαση, εργαλεία ανατροφοδότησης του ασθενούς και εκπαίδευση των ΓΙ. Φάνηκε ότι η παρέμβαση επιδρά θετικά στη συνολική μέτρηση των παραγόντων κινδύνου, αλλά όχι στην κλιμάκωση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, κυρίως για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου (28). Σε άλλη αντίστοιχη παρέμβαση με έμφαση στην τροποποίηση του τρόπου ζωής των ασθενών, οι συμμετέχοντες ΓΙ ανέφεραν ότι οι προτεινόμενες από την παρέμβαση τεχνικές αποτελούσαν ήδη μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής τους (29). Τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι τα υποβοηθούμενα από υπολογιστές εργαλεία, μπορούν ναι μεν να προσφέρουν μερικώς βελτίωση στην εφαρμογή της πρόληψης ΚΑΝ στην ΠΦΥ, άλλα όχι συνολικά καθώς δεν εξαλείφουν τους παράγοντες που αποτρέπουν τους επαγγελματίες από τη χρήση τους, αδυνατούν να συνυπολογίσουν τον εξατομικευμένο υπολειπόμενο κίνδυνο που εμφανίζει κάθε ασθενής και δεν προσφέρουν συνέχεια στη φροντίδα, πέραν της αναγνώρισης του κινδύνου. Στον αντίποδα, διερευνήθηκε πάλι στην Αυστραλία, η συμπερίληψη του υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου στις αναφορές των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων λιπιδαιμικού προφίλ. Από την ποιοτική αυτή μελέτη αναδείχθηκε ότι λειτουργεί ευοδωτικά έναντι όλων των περιορισμών που συμπεριλήφθηκαν, και κυρίως αυτών που δρουν σε επίπεδο επικοινωνίας, κινητοποίησης και συμμόρφωσης του/ της ασθενούς (23). Πέρα από αυτά, μία αντίστοιχη πρόταση θα μπορούσε να βελτιώσει την εφαρμογή πρόληψης ΚΑΝ από τους/ τις ΓΙ της χώρας μας, ώστε αρχικά να συμπεριλάβουν τον υπολογισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου στη διαχείριση των ασθενών, αλλά και να επικαιροποιήσουν πιθανά κενά στη γνώση τους, όπως αναδείχθηκε στη μελέτη μας η χρήση του παλαιότερου SCORE έναντι των νεότερων SCORE2 και SCORE-OP2, καθώς και η χρήση της μέτρησης της ολικής χοληστερόλης έναντι των νεότερων οδηγιών που συστήνουν τη μέτρηση της non- HDL χοληστερόλης.

Άλλες μελέτες διερεύνησαν το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην εφαρμογή πρόληψης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ. Σε μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή

στην Ολλανδία φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συμμορφώνεται καλύτερα από το ιατρικό με τις κατευθυντήριες οδηγίες, αφού παρείχαν παρεμβάσεις του τρόπου ζωής σε περισσότερους ασθενείς και ταυτόχρονα διερευνούσαν συχνότερα τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με τους/ τις ΓΙ που συμμετείχαν (30). Η συμπερίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση της ΚΑΝ στην ΠΦΥ θα μπορούσε να εφαρμοσθεί και στην Ελλάδα, ως υποστηρικτικό μέτρο έναντι της έλλειψης χρόνου των επαγγελματιών, αλλά πιθανώς οργανωτικοί και εκπαιδευτικοί φραγμοί, όπως το μειωμένο προσωπικό και η ανεπαρκής ακαδημαϊκή εκπαίδευσή τους στο πεδίο αυτό, να μπλόκαρε την επιτυχία μίας τέτοιας προσπάθειας.

4.3 Δυνατά και αδύναμα σημεία

Πρόκειται για μία μελέτη μικτής μεθοδολογίας, προσφέροντας έτσι μία βαθύτερη και πολύπλευρη διερεύνηση της χρήσης εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από ΓΙ της ΠΦΥ. Επίσης, για τη μελέτη της συμπεριφοράς αυτής επιλέχθηκε μια καλά τεκμηριωμένη θεωρία, αυτή της ΘΣΣ, με αποδεδειγμένα αποτελέσματα των εφαρμογών της σε συμπεριφορές υγείας, ασθενών και επαγγελματιών.

Από την άλλη πλευρά εντοπίστηκαν μερικά αδύναμα σημεία. Στην ποιοτική μελέτη, επιλέχθηκε η μέθοδος της ομάδας εστίασης, η οποία υστερεί στην ανίχνευση των αυθόρμητων απαντήσεων των συμμετεχόντων έναντι των προσωπικών συνεντεύξεων, αν και δεν αποκλείεται από τη Μεθοδολογία της ΘΣΣ. Επίσης, εντοπίζεται πιθανή παρουσία συστηματικού σφάλματος μεροληψίας των συμμετεχόντων, λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος, αλλά και του ερευνητή, καθώς ο σχεδιασμός, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων έγιναν από την ίδια ερευνήτρια.

Στο ποσοτικό τμήμα της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ευκαιριακή δειγματοληψία, αντίθετα από την τυχαιοποιημένη που είχε επιλεγεί στον αρχικό σχεδιασμό, καθώς το εκτιμώμενο ικανό μέγεθος προσκλήσεων στους/ στις συμμετέχοντες συνέπεσε σχεδόν με το συνολικό πληθυσμό των ΓΙ που εργάζονται σε δημόσιες δομές ΠΦΥ του Νομού Ηρακλείου. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε να σταλεί πρόσκληση στο σύνολο του πληθυσμού. Από αυτούς/ές ανταποκρίθηκαν μόνο 48 άτομα, σχηματίζοντας ένα μικρό σχετικά δείγμα και ένα μεγάλο ποσοστό μη απόκρισης. Οι προσπάθειες για μείωση του ποσοστού αυτού δεν είχαν αξιόλογη επιτυχία. Βασικές αιτίες αποτελούν ο διαμοιρασμός των ΓΙ στα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ) της ενδοχώρας που δυσχεραίνει την πρόσβαση για τις προσωπικές ενημερώσεις, η ηλεκτρονική μορφή της πρόσκλησης και του ερωτηματολογίου, αφού οι περισσότεροι συμμετέχοντας δεν είχαν δει το αρχικό email μέσα στο μεγάλο όγκο μηνυμάτων που λαμβάνουν κάθε ημέρα, ενώ από τους τελικούς συμμετέχοντες οι μισοί δηλώνουν κάτω των 40 ετών, γεγονός που αναδεικνύει την αδράνεια των μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματιών, που αποτελούν και την πλειοψηφία στην περιοχή. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο, γεγονός που δεν εξαλείφει

πιθανά σφάλματα πληροφορίας. Τέλος η μελέτη συμπεριέλαβε ΓΙ του Ν. Ηρακλείου, καθιστώντας αδύνατη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό τους.

4.4 Απήχηση της μελέτης

Η μελέτη αυτή επιχείρησε να μελετήσει την πρόθεση για χρήση και την ίδια τη χρήση εργαλείων πρόληψης της ΚΑΝ από τους ΓΙ, σε κάθε επίσκεψη ενήλικου ασθενούς στα ιατρεία τους καθώς και τους παράγοντες (προσδιοριστές) που επηρεάζουν τη σχετική συμπεριφορά τους, ώστε να ανιχνεύσει πιθανές λύσεις για την βελτίωση της διαχείρισης της νόσου σε επίπεδο πρωτοβάθμιας.

Μεταξύ των παραγόντων που μελετήθηκαν φάνηκε ότι η επαρκής γνώση και εκπαίδευση και η παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου και οικονομικών κινήτρων διαδραματίζουν προωθητικό ρόλο στην ικανότητα που αισθάνονται οι ΓΙ να εφαρμόσουν τα εργαλεία αυτά αλλά και στην τελική πρόθεση για εφαρμογή τους. Έτσι προκύπτει ως πιθανό πεδίο παρέμβασης με αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα, η συγκρότηση τακτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη της ΚΑΝ στην ΠΦΥ, ώστε να διασφαλιστεί η επάρκεια των γνώσεων των επαγγελματιών. Τον οργανωτικό ρόλο θα μπορούσαν να έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες, επιστημονικές εταιρίες, τοπικοί φορείς (πχ 7^{η} ΥΠΕ) ή και εθνικοί φορείς. Οι τελευταίοι, που αποτελούν θεσμικούς φορείς, θα μπορούσαν χρησιμοποιώντας μεταξύ άλλων και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, να συγκροτήσουν ένα οργανωμένο πλαίσιο εφαρμογής πρόληψης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ. Μία τέτοια προσπάθεια θα πρόσφερε ένα καθολικό πλαίσιο εφαρμογής της, ενώ αν ήταν υποχρεωτικό, θα εξάλειφε και τυχόν ατομικούς παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή.

4.5 Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, από τα αποτελέσματα της μελέτης, φάνηκε ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας, που επιδρά θετικά στην πρόθεση των ΓΙ, να εφαρμόσουν εργαλεία πρόληψης ΚΑΝ στο ιατρείο τους, ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς. Αναλυτικότερα σε αυτή την κατηγορία συμπεριλήφθηκαν, έπειτα από την αρχική ποιοτική μελέτη και την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, η επαρκής γνώση και εκπαίδευση, η παρουσία οργανωμένου θεσμικού πλαισίου και οικονομικών κινήτρων. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ταυτόχρονα πιθανούς παράγοντες παρέμβασης, ώστε να επιτευχθεί υψηλότερο και ποιοτικότερο επίπεδο διαχείρισης της ΚΑΝ στην ΠΦΥ και τελικά βελτίωσης της επίπτωσης της νόσου αλλά και των επιπλοκών της στην κοινότητα, μετά από περεταίρω μελέτη, ιδιαίτερα στον ελλαδικό χώρο.

4.6 Χρηματοδότηση

Η μελέτη χρησιμοποίησε ηλεκτρονικά μέσα για την επικοινωνία με τους συμμετέχοντες, τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, γεγονός που μηδενίζει το

κόστος υλοποίησής της. Για το λόγο αυτό, δεν απαιτήθηκε εξωτερική χρηματοδότηση, αλλά θα διεξήχθη με ιδίους πόρους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death (09 December 2020). 2020.

2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, κ.ά. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315–81.

3. Lionis C, Anastasaki M, Bertsias A, Angelaki A, Carlsson AC, Gudjonsdottir H, κ.ά. High variability in implementation of selective-prevention services for cardiometabolic diseases in five european primary care settings. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):1–15.

4. Sønderlund AL, Hollander M, Carlsson AC. Determinants of Successful Implementation of Selective Prevention of Cardio-metabolic Diseases across Europe SPIM-EU Work Package 2 : An evidence-based toolbox for the design and implementation of selective prevention of cardio-metabolic disease. :1–21.

5. De Waard AKM, Hollander M, Korevaar JC, Nielen MMJ, Carlsson AC, Lionis C, κ.ά. Selective prevention of cardiometabolic diseases: Activities and attitudes of general practitioners across Europe. Eur J Public Health. 2019;29(1):88–93.

6. Wändell PE, De Waard AKM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, De Wit N, κ.ά. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. Fam Pract. 2018;35(4):383–98.

7. Greaves K, Smith A, Agostino J, Kunarajah K, Stanton T, Korda R. Cross-sectional survey describing general practitioners' absolute cardiovascular disease risk assessment practices and their relationship to knowledge, attitudes and beliefs about cardiovascular disease risk in Queensland, Australia. BMJ Open. 2020;10(8):1–10.

8. Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Foy, R., Kaner, E. F. S., Smith, L. and Bonetti D. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers. Newctle Tyne UK Cent Health Serv Res Univ Newctle Tyne [Διαδίκτυο]. 2004; Διαθέσιμο στο: http://openaccess.city.ac.uk/1189/

9. Ajzen I. The theory of planned behavior. τ. 50, Organizational behavior and human decision processes. 1991. 179–211 σ.

10. Ajzen I. Attitudes, Personality and Behavior (Second Edition). 2005. 117–146 σ.

11. Visseren FLJ, MacH F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, κ.ά. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227–337.

12. World Health Organization. Familial Hypercholesterolaemia (FH)- Report of a second WHO Consultation. Geneva, SwitzerlandQ World Health Organization, 1999. (WHO publication no WHO/HGN/FH/CONS/99.2).

13. Rossello X, Dorresteijn JA, Janssen A, Lambrinou E, Scherrenberg M, Bonnefoy-Cudraz E, κ.ά. Risk prediction tools in cardiovascular disease prevention: A report from the ESC Prevention of CVD Programme led by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) in collaboration with the Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) and the As. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020;9(5):522–32.

14. Kengne AP, Patel A, Marre M, Travert F, Lievre M, Zoungas S, κ.ά. Contemporary model for cardiovascular risk prediction in people with type 2 diabetes. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2011;18(3):393–8.

15. Berkelmans GFN, Gudbjörnsdottir S, Visseren FLJ, Wild SH, Franzen S, Chalmers J, κ.ά. Prediction of individual life-years gained without cardiovascular events from lipid, blood pressure, glucose, and aspirin treatment based on data of more than 500 000 patients with Type 2 diabetes mellitus. Eur Heart J. 7 Σεπτέμβριος 2019;40(34):2899–906.

16. Dorresteijn JAN, Visseren FLJ, Wassink AMJ, Gondrie MJA, Steyerberg EW, Ridker PM, κ.ά. Development and validation of a prediction rule for recurrent vascular events based on a cohort study of patients with arterial disease: The SMART risk score. Heart. 2013;99(12):866–72.

17. Kaasenbrood L, Bhatt DL, Dorresteijn JAN, Wilson PWF, D'Agostino RB, Massaro JM, κ.ά. Estimated life expectancy without recurrent cardiovascular events in patients with vascular disease: The SMART-REACH model. J Am Heart Assoc. 2018;7(16).

18. Nagle B, Williams N. Methodology Brief Introduction To focus groups. Center for Assessment, Planning & Accountability. 8 Αύγουστος 2013;

19. Τσιώλης Γ. Θεματική Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο- ΠΜΣ 'Επιστήμες της Αγωγής'; 2017 σ. 2–31.

20. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. Hum Behav Emerg Technol. Οκτώβριος 2020;2(4):314–24.

21. Tandjung R, Eisner, Zoller, Rosemann T, Huber, Tandjung R, κ.ά. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. Int J Gen Med. Δεκέμβριος 2011;853.

22. Heeley EL, Peiris DP, Patel AA, Cass A, Weekes A, Morgan C, κ.ά. Cardiovascular risk perception and evidence-practice gaps in Australian general practice (the AusHEART study) [Διαδίκτυο]. τ. 192, ESEARCH The Medical Journal of Australia. 2010 σ. 254–9. Διαθέσιμο στο: www.mja.com.au

23. Chapman N, McWhirter RE, Schultz MG, Ezzy D, Nelson MR, Sharman JE. General practitioner perceptions of assessment and reporting of absolute cardiovascular disease risk via pathology services: a qualitative study. Fam Pract. 2021;38(2):173–80.

24. Graham IM, Stewart M, Hertog MG. Factors impeding the implementation of cardiovascular prevention guidelines: findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο: https://academic.oup.com/eurjpc/article/13/5/839/5933312

25. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster JA, Foster E, Turakhia MP, Skelding KA, κ.ά. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. BMC Fam Pract. Δεκέμβριος 2008;9(1):42.

26. Νόμος 4931/2022. Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις. (ΦΕΚ Α 94-13.05.22).

27. Dallongeville J, Banegas JR, Tubach F, Guallar E, Borghi C, Backer GD, κ.ά. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors: the EURIKA study. Eur J Prev Cardiol. Ιούνιος 2012;19(3):541–50.

28. Peiris D, Usherwood T, Panaretto K, Harris M, Hunt J, Redfern J, κ.ά. Effect of a Computer-Guided, Quality Improvement Program for Cardiovascular Disease Risk Management in Primary Health Care: The Treatment of Cardiovascular Risk Using Electronic Decision Support Cluster-Randomized Trial. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. Ιανουάριος 2015;8(1):87–95.

29. Schütze H, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice? Aust J Prim Health. 2012;18(2):129.

30. Voogdt-Pruis HR, Van Ree JW, Gorgels APM, Beusmans GHMI. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. Int J Nurs Stud. Ιούλιος 2011;48(7):798–807.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

ACR: albumin-to-creatinine ratio
ASCVD: Atherosclerotic Cardiovascular Disease
BMI: Body Mass Index
CAC score: Coronary artery calcium score
CCTA: Contrast computed tomography angiography
CRP: C-reactive protein
CVD: Cardiovascular Disease
ESC: European Society of Cardiology
GFR: glomerular filtration rate
HF: Heart Failure
hs-cTn: High-sensitivity cardiac Troponin
LDL: low- density lipoprotein
LDL-C: Low-density lipoprotein cholesterol
LIFE-CVD: LIFEtime-perspective CardioVascular Disease
Non-HDL-C: Non-high-density lipoprotein cholesterol
NPs: Natriuretic peptides
SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation
SCORE2: Systematic Coronary Risk Estimation2
SCORE2-OP: Systematic Coronary Risk Estimation2- Older Persons
SMART: Secondary Manifestations of ARTerial disease
SMART-REACH: Secondary Manifestations of ARTerial Disease-REduction of Atherothrombosis for Continued Health
WHO: World Health Organization
ΑΕΕ: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση
ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση
ΓΙ: Γενικός/οί Ιατρός/οί
ΓΟΙ: Γενική Οικογενειακή Ιατρική
ΔΑΠ: Διαστολική Αρτηριακή Υπέρταση
ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος
ΔΥ: Δημόσια Υγεία
ΘΣΣ: Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς
ΚΑ: Καρδιακή Ανεπάρκεια
ΚΑΝ: Καρδιαγγειακή Νόσος
ΚΜ: Κολπική Μαρμαρυγή
ΟΕΜ: Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
ΠΑΝ: Περιφερική Αρτηριακή Νόσος

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΡΑ: Ρευματοειδή Αρθρίτιδα
ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Υπέρταση
ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΔτ1: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1
ΣΔτ2: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1. Πόσα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας έχετε έως σήμερα;
2. Χρησιμοποιείτε εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στην καθημερινή κλινική σας πράξη;
   - Αν ναι, ποια είναι αυτά;
   - Αν όχι, γιατί; Τι σας εμποδίζει;
3. Πραγματοποιείτε εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους ασθενείς που σας επισκέπτονται;
   - Αν ναι, πώς;
   - Αν όχι, γιατί?
4. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα πλεονεκτήματα εφαρμογής των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
5. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα μειονεκτήματα εφαρμογής των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
6. Σύμφωνα με την οπτική και την εμπειρία σας, υπάρχουν άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
7. Υπάρχουν ομάδες ή άτομα που θα σας επιδοκίμαζαν ώστε να εφαρμόζετε εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας τακτικής επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
8. Υπάρχουν ομάδες ή άτομα που θα σας αποδοκίμαζαν αν εφαρμόζετε εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας τακτικής επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
9. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν την άποψη των άλλων ατόμων ή ομάδων που προαναφέρατε σχετικά με την εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια μιας τακτικής επίσκεψής του/της στο ιατρείο σας;
10. Τι θα σας βοηθούσε στο να χρησιμοποιείτε τακτικά τα διαθέσιμα εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου κατά την καθημερινή κλινική σας πράξη;
11. Τι θα σας εμπόδιζε από το να χρησιμοποιείτε τα διαθέσιμα εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου κατά τη διάρκεια της καθημερινής κλινικής σας πράξης;
12. Υπάρχουν άλλα ζητήματα που σας απασχολούν σχετικά με την εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου κατά την καθημερινή κλινική σας πράξη;

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αριθμός Ερώτησης	**Μορφή απάντησης**	**Ερωτήσεις που χρήζουν αντίστροφης βαθμολόγησης**	**Ερωτήσεις που χρήζουν ανάλυσης εσωτερικής συνοχής**	**Ερωτήσεις που χρήζουν πολλαπλασιασμού**	**Συνιστώσα που μετράται**
1 εώς 4	1 εώς 7			1 x 11, 2 x 10, 3 x 12, 4 x 9	Πεποιθήσεις συμπεριφοράς-Αξιολογήσεις αποτελεσμάτων
9 εώς 12	-3 εώς +3	9, 10			
13 εώς 15	-3 εώς +3			13 x 18, 14 x 19, 15 x 17	Πεποιθήσεις υποκειμενικών προτύπων
17 εώς 19	1 εώς 7				Κίνητρα για συμμόρφωση
5 εώς 8	1 εώς 7			5 x 20, 6 x 21, 7 x 22, 8 x 23	Δύναμη πεποιθήσεων ελέγχου
20 εώς 23	-3 εώς +3				Ισχύς πεποιθήσεων ελέγχου
16 (i-iv)	1 εώς 7	16ii	16i εώς 16iv (16ii έπειτα από επανακωδικοποίηση)		Στάσεις, άμεση μέτρηση
24, 26, 30	1 εώς 7	24	24 (έπειτα από επανακωδικοποίηση), 26, 30		Υποκειμενικά πρότυπα, άμεση μέτρηση
27,28,32	1 εώς 7	32	27, 28 και 32 (έπειτα από επανακωδικοποίηση)		Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, άμεση μέτρηση
25, 29, 31	1 εώς 7		25, 29, 31		Γενική πρόθεση
33	0 εώς 10				Δήλωση πρόθεσης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ/ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

ΜΕΡΟΣ 1ο

1. Δημογραφικά
   a. Φύλο
      - Άνδρας
      - Γυναίκα
      - Άλλο
   b. Ηλικία
      - 25-40
      - 41-50
      - 51-60
      - >60
2. Εκπαίδευση
   a. Βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει
      - Πτυχίο ΑΕΙ
      - Μεταπτυχιακό
      - Διδακτορικό
   b. Κατά μέσο όρο σε πόσα σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια κλπ συμμετέχετε ανά έτος
      - 0-5
      - 6-10
      - 11-15
      - 16-20
      - >20
3. Εργασία
   a. Δομή στην οποία δραστηριοποιείστε την τρέχουσα περίοδο
      - ΚΥ
      - ΠΙ
      - ΤΟΜΥ
      - ΓΝ
   b. Πόσα χρόνια εργάζεστε σε δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ);
      - <5
      - 5-10
      - 11-20
      - 21-30
      - 31-40
      - >40
   c. Ποιο είναι περίπου το μέγεθος της λίστας ασθενών τους/τις οποίους/ες παρακολουθείτε;

- <500
- 500-999
- 1000-1499
- 1500-2000
- >2000

d. Πόσες επισκέψεις ασθενών πραγματοποιείτε ανά εβδομάδα;
   - 0-20
   - 21-40
   - 41-60
   - 61-80
   - 81-100
   - >100

e. Με πόσους/ες νοσηλευτές/ τριες συνεργάζεστε στην κλινική σας πράξη;
   - 0-1
   - 2-3
   - 4-5
   - ≥6

4. Προφίλ Υγείας Επαγγελματία
   a. Είστε ο/η ίδιος/α ασθενής από κάποιο από τα παρακάτω χρόνια νοσήματα ή νοσογόνες καταστάσεις;
      - Κάπνισμα
      - Αλκοολισμός
      - Παχυσαρκία
      - Αρτηριακή Υπέρταση
      - Δυσλιπιδαιμία
      - Σακχαρώδης Διαβήτης
      - Ουρική Νόσος
      - Κανένα

5. Εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα
   a. Ποια από τις παρακάτω ειδικότητες θεωρείται ως την πλέον υπεύθυνη για εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα στο γενικό πληθυσμό;
      - Καρδιολογία
      - Εσωτερική Παθολογία
      - Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική
      - Αγγειολογία/ Αγγειοχειρουργική
      - Νεφρολογία, Παιδιατρική
      - Καμία από τις παραπάνω
   b. Εκτός από τα πληροφοριακά συστήματα που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς, χρησιμοποιείτε κάποια άλλη ηλεκτρονική εφαρμογή στην καθημερινή

σας πράξη στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου;

- Ναι
- Όχι

c. Ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου χρησιμοποιείτε κυρίως στην καθημερινή κλινική πράξη;
   - HEART score
   - Hellenic Score
   - Hellenic Score 2
   - FRAMINGHAM score
   - Lifetime CVD Risk
   - SCORE2
   - SCORE2- OP
   - Υπολογιστικά μοντέλα παρεχόμενα από το διαδίκτυο ή/και ιατρικές εφαρμογές
   - Κανένα από τα παραπάνω

d. Σε ποιο από τα παρακάτω βασίζεστε στην κλινική σας πράξη για την ανίχνευση ατόμων που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας;
   - ESC/AHA Guidelines
   - Κλινική εμπειρία
   - Κανένα από τα παραπάνω

e. Σε φαινομενικά υγιή ενήλικα κάτω των 70 ετών που προσέρχεται στο ιατρείο σας για οποιοδήποτε λόγο, ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εφαρμόζετε στα πλαίσια screening για ΚΑΝ;
   - HEARTSCORE
   - SCORE
   - SCORE2 για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου
   - SCORE2 για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου
   - SCORE2 για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου
   - SCORE2 για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου
   - SCORE2-OP για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου
   - SCORE2-OP για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου
   - SCORE2-OP για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου
   - SCORE2-OP για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου
   - Κανένα από τα παραπάνω

f. Σε φαινομενικά υγιή ενήλικα άνω των 70 ετών που προσέρχεται στο ιατρείο σας για οποιοδήποτε λόγο, ποιο από τα παρακάτω εργαλεία εφαρμόζετε στα πλαίσια screening για ΚΑΝ;
   - HEARTSCORE
   - SCORE
   - SCORE2 για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου

- SCORE2 για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου
- SCORE2 για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου
- SCORE2 για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου
- SCORE2-OP για πληθυσμούς πολύ υψηλού κινδύνου
- SCORE2-OP για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου
- SCORE2-OP για πληθυσμούς μετρίου κινδύνου
- SCORE2-OP για πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου
- Κανένα από τα παραπάνω

g. Ποιο/α α από τα παρακάτω αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση ΚΑΝ;
   - Ολική χοληστερόλη
   - non HDL χοληστερόλη
   - Αρτηριακή Πίεση
   - Καρδιακή Ανεπάρκεια
   - Πνευμονική Εμβολή- Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση
   - Καπνιστική συνήθεια
   - Σακχαρώδης Διαβήτης
   - Παχυσαρκία
   - Σύνδρομο Ευπάθειας
   - Ηλικία

h. Ποιο/ποια από τα παρακάτω αποτελούν πιθανούς τροποποιητές κινδύνου για την εμφάνιση ΚΑΝ;
   - Frailty
   - Πολυφαρμακία
   - προτιμήσεις ασθενούς
   - ημικρανία με αύρα
   - στυτική δυσλειτουργία
   - πρόσληψη αλκοόλ
   - στρες
   - ατμοσφαιρικοί ρύποι και εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα
   - κανένα από τα παραπάνω
   - όλα τα παραπάνω

i. Κατά την εργαστηριακή μέτρηση των λιπιδίων, ποιο από τα παρακάτω καθορίζει κυρίως το μέγεθος του κινδύνου για ΚΑΝ;
   - Total Chol
   - HDL
   - non- HDL
   - TGL
   - Lp(a)
   - όλα τα παραπάνω
   - κανένα από τα παραπάνω

j. Γυναίκα ασθενής 47 ετών, κάτοικος της περιοχής ευθύνης σας, προσέρχεται στο ιατρείο σας για εκτίμηση των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος, τις οποίες διενήργησε στα πλαίσια ετήσιου γενικού προσυμπτωματικού ελέγχου (τσεκ-απ). Από τα αποτελέσματα εμφανίζει παθολογικές τιμές λιπιδίων και συγκεκριμένα: Chol: 220mg/dl, LDL-C: 155mg/dl, TGLs: 250mg/dl. Πρόκειται για καπνίστρια (~ 30py) χωρίς άλλες συννοσηρότητες.
   - Τι κίνδυνο εμφανίζει για πιθανή εμφάνιση καρδιαγγειακού συμβάματος (θανατηφόρου ή μη) τα επόμενα 10 χρόνια;
     - Πολύ υψηλό
     - Υψηλό
     - Μέτριο
     - Χαμηλό
   - Ποια θα ήταν η ενδεδειγμένη αρχική διαχείριση της συγκεκριμένης ασθενούς ως προς τον κίνδυνο της για εμφάνιση ΚΑΝ;
     - Να εξετάσετε τους τροποποιήσιμους παράγοντες, τον δια βίου κίνδυνο για ΚΑΝ και τα πιθανά οφέλη της θεραπείας, τις προτιμήσεις της ασθενούς
     - Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140 και LDL-C< 100mg/dl
     - Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140mmHg και LDL-C< 70mg/dl
     - Να παρέμβετε φαρμακευτικά με στόχο ΣΑΠ< 130-140 και LDL-C< 55mg/dl

k. Γυναίκα ασθενής 58 ετών κάτοικος της περιοχής ευθύνης σας, προσέρχεται στο ιατρείο σας για εκτίμηση των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος της ίδιας στα πλαίσια ετήσιου γενικού προσυμπτωματικού ελέγχου (τσεκ-απ). Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό ΟΕΜ προ περίπου 10ετίας που αντιμετωπίστηκε άμεσα με πρωτογενή αγγειοπλαστική και μακροπρόθεσμα με αντιθρομβωτική θεραπεία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εμφανίζει LDL-C 264mg/dl.
   - Τι τάξεως κίνδυνο για εμφάνιση ΚΑΝ εμφανίζει η συγκεκριμένη ασθενής;
     - Πολύ υψηλό κίνδυνο
     - Υψηλό κίνδυνο
     - Μέτριο κίνδυνο
     - Χαμηλό κίνδυνο
   - Ποια θα ήταν η αρχική σας αντιμετώπιση για τη διαχείριση αυτής της ασθενούς;

     A. Διακοπή καπνίσματος και προτάσεις τροποποίησης τρόπου ζωής
     B. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο ΣΑΠ <130-140mmHg
     C. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 100mg/dl ή μείωση ≥50% της αρχικής τιμής

D. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 70mg/dl ή μείωση ≥50% της αρχικής τιμής
E. Φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο LDL-C< 55mg/dl ή μείωση ≥50% της αρχικής τιμής
F. Αντιθρομβωτική θεραπεία
G. A+ B+ D +F
H. κανένα από τα παραπάνω
I. όλα τα παραπάνω

ΜΕΡΟΣ 2ο

Συμπεριφορά των Γενικών Ιατρών (ΓΙ) ως προς την εφαρμογή εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) στην κλινική πράξη.

Σημειώνεται ότι στις παρακάτω ερωτήσεις οι απαντήσεις δίνονται με 7 βάθμια κλίμακα Likert ή με 7βάθμια κλίμακα θετικού και αρνητικού προσήμου, -3,-2,-1,0,1,2,3, σύμφωνα με την οδηγία που ακολουθεί εντός της παρένθεσης. Εξαίρεση αποτελεί η τελευταία ερώτηση όπου η απάντηση δίνεται με επιλογή αριθμού 1 εώς 10.

1. Η εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου συνεπάγεται μείωση της συνολικής επιβάρυνσης του/ της ασθενούς (οικονομική, κοινωνική κλπ). (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
2. Δεν υπάρχει αρκετός χρόνος σε μία τακτική επίσκεψη ενός/ μίας ασθενή για την εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
3. Εάν εφαρμόσω τα εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου, θα ανιχνεύσω πρώιμα οποιοδήποτε πρόβλημα. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
4. Η εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου συνεπάγεται μείωση της συνολικής επιβάρυνσης στο σύστημα Υγείας. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
5. Θεωρώ ότι κατέχω επαρκή γνώση για την εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
6. Θεωρώ ότι έχω εκπαιδευτεί επαρκώς για την εφαρμογή πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
7. Η απουσία οργανωμένου και υποχρεωτικού θεσμικού πλαισίου με περιορίζει στην εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
8. Η απουσία οικονομικών κινήτρων με περιορίζει στην εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
9. Η επιβάρυνση του συστήματος Υγείας είναι…(-3: εξαιρετικά ανεπιθύμητη, +3: εξαιρετικά επιθυμητή)
10. Η σπατάλη χρόνου σε μία τακτική επίσκεψη ενός/ μίας ασθενή είναι … (-3: εξαιρετικά ανεπιθύμητη, +3: εξαιρετικά επιθυμητή)

11. Η μείωση της συνολικής επιβάρυνσης του/ της ασθενούς (οικονομική, κοινωνική κλπ) είναι…. (-3: εξαιρετικά ανεπιθύμητη, +3: εξαιρετικά επιθυμητή)
12. Η πρώιμη ανίχνευση πιθανών προβλημάτων υγείας σχετιζόμενων με το καρδιαγγειακό σύστημα είναι... (-3: εξαιρετικά ανεπιθύμητη, +3: εξαιρετικά επιθυμητή)
13. Οι καρδιολόγοι θεωρούν ότι η εφαρμογή εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου από τους ΓΙ είναι… (-3: εξαιρετικά ανεπιθύμητη, +3: εξαιρετικά επιθυμητή)
14. Οι ασθενείς που προσέρχονται στο ιατρείο μου (-3: δεν εγκρίνουν, +3 εγκρίνουν) την εφαρμογή των εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου από μέρους μου.
15. Οι άλλοι ΓΙ (-3: δεν εφαρμόζουν, +3: εφαρμόζουν) τα εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς που προσέρχονται στα ιατρεία τους.
16. Συνολικά θεωρώ ότι η εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς, που προσέρχονται στο ιατρείο μου, είναι:
    i. 1: Επιβλαβής- 7: Ευεργετική
    ii. 1: Ευχάριστη- 7: Δυσάρεστη
    iii. 1: Το λάθος πράγμα να πράξω- 7: Το σωστό πράγμα να πράξω
    iv. 1: Λανθασμένη πρακτική (mal practice)- 7: Ορθή πρακτική (lege artis)
17. Το να κάνω ότι κάνουν οι άλλοι ΓΙ είναι σημαντικό για εμένα**.** (1: καθόλου, 7: εξαιρετικά)
18. Το να κάνω αυτό που θεωρούν οι καρδιολόγοι ότι θα πρέπει να κάνω είναι σημαντικό για εμένα. (1: καθόλου, 7: εξαιρετικά)
19. Η έγκριση της κλινικής μου πρακτικής από τους ασθενείς που παρακολουθώ είναι σημαντική για εμένα. (1: καθόλου, 7: εξαιρετικά)
20. Εάν γνωρίζω εις βάθος τα εργαλεία που χρησιμοποιώ, η εφαρμογή τους από μέρους μου είναι… (-3: λιγότερο πιθανή-+3: πολύ πιθανή)
21. Εάν εκπαιδευτώ επαρκώς στα εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου, η εφαρμογή τους από μέρους μου είναι… (-3: λιγότερο πιθανή-+3: πολύ πιθανή)
22. Εάν συγκροτηθεί οργανωμένο και υποχρεωτικό θεσμικό πλαίσιο, η εφαρμογή των εργαλείων πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους/ στις ασθενείς μου από μέρους μου είναι… (-3: λιγότερο πιθανή-+3: πολύ πιθανή)
23. Εάν τεθούν οικονομικά κίνητρα, η εφαρμογή των πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους/ στις ασθενείς μου από μέρους μου είναι… (-3: λιγότερο πιθανή-+3: πολύ πιθανή)
24. Οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εμένα θεωρούν ότι **ΔΕΝ** θα πρέπει να εφαρμόζω εργαλεία εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου στους/στις ασθενείς που προσέρχονται στο ιατρείο μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
25. Αναμένεται από τους ΓΙ να εφαρμόζουν τα εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε κάθε επίσκεψη όλων των ενήλικων ασθενών που προσέρχονται στα ιατρεία μας. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)

26. Αισθάνομαι κοινωνική πίεση να εφαρμόσω εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
27. Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να εφαρμόσω εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου εάν το θέλω. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
28. Εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα εάν θα εφαρμόσω εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου κατά την επίσκεψή τους στο ιατρείο μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
29. Θέλω να εφαρμόζω εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε όλους/ες τους/τις ασθενείς μου σε κάθε επίσκεψή τους στο ιατρείο μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
30. Αναμένεται από εμένα να εφαρμόζω εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου κατά την επίσκεψή τους στο ιατρείο μου, ως μέρος των καθηκόντων μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
31. Σκοπεύω να εφαρμόζω εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε όλους/ες τους/τις ασθενείς μου σε κάθε επίσκεψή τους στο ιατρείο μου. (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνώ απόλυτα)
32. Η εφαρμογή εργαλείων πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς μου κατά την επίσκεψή τους στο ιατρείο μου είναι για εμένα. (1: εύκολη, 7: δύσκολη)
33. Μεταξύ των επόμενων 10 ασθενών που θα προσέλθουν στο ιατρείο σας, σε πόσους/ες αναμένετε ότι θα εφαρμόσετε εργαλεία πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου; (0-10)

Πίνακας 12. Κωδικοποίηση Ποιοτικών Δεδομένων

Κείμενο απομαγνητοφώνησης	**Κωδικός (απόλυτη συχνότητα)**	**Θέμα**	**Κατηγορία θεωρίας**
-Σ1: να καθοδηγήσουμε με λιγότερο κόστος και λιγότερη ταλαιπωρία τον ασθενή μας, που είναι πάρα πολύ σημαντικό. *-Σ2: Πολύ σωστά!*	ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (2)	ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΤΑΣΗ (Πεποιθήσεις συμπεριφοράς και αξιολόγηση αποτελεσμάτων)
-Σ1: Δεν αναλωνόμαστε σε plus εξετάσεις που πιθανόν είναι αχρείαστες ή σε γενικευμένες εξετάσεις που πιθανόν προτάσσουν κάποιοι άλλοι συνάδελφοι που δεν τα χρησιμοποιούν και είναι παντελώς αχρείαστες και οικονομικά επιβαρύνουν και το σύστημα υγείας *-Σ2: Πολύ σωστά!*	ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (2)		
-Σ1: αποφεύγοντας και άσκοπες παραπομπές. *-Σ2: Ναι ναι.*	ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ (2)		
-Σ3: δεν υπάρχει και η επίσημη στάση του.. της..εε. του Υπουργείου και όλου του συστήματος ότι θα πρέπει να έχουμε δεδομένα, να έχουμε δείκτες, να καταγράφονται οι δείκτες, να μην, δεν υπάρχει δηλαδή αυτή η σε εισαγωγικά υποχρέωση ότι πρέπει να καταγράφουμε όλα αυτά τα δεδομένα, τα οποία θα μας φέρουν και όλα τα αποτελέσματα και τα οφέλη, οπότε μην έχοντας ίσως και αυτή την υποχρέωση υπάρχει αδιαφορία σε εισαγωγικά και από τους γιατρούς γιατί βλέπουμε ότι δεν υπάρχει κανένα οργανωμένο σχέδιο. *-Σ2: Πολύ σημαντικό αυτό που είπε ο Σ3.*	ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (2)		
-Σ2: Έλλειψη χρόνου. *-Σ1: Θα συμφωνήσω με το Σ2.* *-Σ3: Ισχύει. Ισχύει το ίδιο, ότι ο χρόνος είναι το βασικό μειονέκτημα για τους περισσότερους λόγω του φόρτου και του μεγάλου αριθμού ασθενών.* *- Σ1: Εε θα ξαναγυρίσω πίσω σε αυτά που είπαμε την πρώτη φορά. Πιθανόν η έλλειψη χρόνου να αναγκάζει κάποιους ή να το κάνουν λάθος ή να το παραβλέψουνε*	ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ(4)		
-Σ2: να αποφύγεις άσκοπη χρήση φαρμάκων και μη σκόπιμη και μάλλον αργοπορημένη χρήση φαρμάκων ή άλλων εεε... και να τους δώσεις τις κατάλληλες οδηγίες για να αποφύγει μελλοντικό κίνδυνο.	ΑΝΟΡΘΟΔΟΞΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (1)	ΕΦΑΡΜΟΓΗ LEGE ARTIS ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ	
-Σ2: ποσοτικοποιείς τον κίνδυνο τον οποίο θεωρητικά διατρέχει ο ασθενής απέναντί σου, τον εξατομικεύεις… Έτσι σε κάθε ασθενή που έρχεται και μόνο το γεγονός αυτό μπορεί να σε οδηγήσει να του δώσεις οδηγίες για να διακόψει το κάπνισμα, με να το... να ρυθμίσει την αρτηριακή του πίεση, να χάσει βάρος κοκ, με αποτέλεσμα την πρόληψη. *-Σ1: Σ1: Επιπλέον από αυτά που είπε ο Σ 2*	ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (2)		

-Σ3: φιλτράρεις και επιλέγεις συγκεκριμένους ασθενείς οι οποίοι μπορεί να είναι υψηλού καρδιαγγεια κού κινδύνου, ώστε αυτούς τους συγκεκριμένους και αν τους διερευνήσεις και λίγο παραπάνω, μπορεί να ανακαλύψεις μια υπάρχουσα ήδη καρδιαγγειακή βλάβη όπου να τη θεραπεύσεις ήδη από την πρόληψη	ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ (1)		
-Σ3: μας βοηθάει να έχουμε και μία κοινή γλώσσα μεταξύ μας οι ιατροί	ΚΟΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (1)		
-Σ2: προσπαθεί να βάλει στην ίδια καρδάρα όλους τους ασθενείς, ε κι εκεί πρέπει να μπει η τέχνη του γιατρού εε δεν περιλαμβάνει, περιλαμβάνει τους βασικούς παράγοντες κινδύνου, όλα αυτά τα εργαλεία περιλαμβάνουν τους βασικούς παράγοντες κινδύνου. εεε υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται και οι οποίοι, και στους οποίους οφείλεται και ο υπολειπόμενος κίνδυνος. Άρα δε φτάνει μόνο η μέτρηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με αυτό, με αυτά τα εργαλεία, πρέπει να υπάρχει και η τέχνη του γιατρού της Πρωτοβάθμιας, γιατί η ιατρική κατά κύριο λόγο είναι τέχνη, ώστε να εξατομικεύσει και να δει αν αποκρύπτεται και κάτι άλλο που αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στον ασθενή αυτό. Αυτό είναι το κύριό του μειονέκτημα. *-Σ1: Τώρα αυτό που είπε ο Σ2, κι εγώ επαναλαμβάνω και συμφωνώ μαζί του.* *- Σ3: Εγώ θα συμφωνήσω και με το Σ2 ότι τα εργαλεία δεν μετράνε όλες τις παραμέτρους οπότε δεν μπορούμε να εφησυχαστούμε ότι ένα αρνητικό ας πούμε ή καλό αποτέλεσμα μας εξαλείφει τον όποιο κίνδυνο, γιατί υπάρχουν πάρα πολλοί άλλοι παράμετροι, όπως το ψυχοκοινωνικό κομμάτι, η κληρονομικότητα που δεν μετριούνται και μπορεί να αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο.*	ΜΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ (3)		
-Σ1: χτίζουν και μια.. έναν καινούριο σύνδεσμο εμπιστοσύνης με τους ασθενείς,	ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (1)		
- Σ 2: Μη κατανόηση της σπουδαιότητας του υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου. *-Σ1: εξίσου πάρα πάρα πολύ σημαντικό είναι ότι αρκετοί συνάδελφοι αγνοούν το πως πρέπει να προσεγγίσουν και με τα κατάλληλα εργαλεία έναν τέτοιο εν δυνάμει ασθενή.*	ΑΓΝΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ (2)	ΕΛΛΕΙΠΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ (ΓΝΩΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ)	
-Σ2: Ναι. Και μη γνώση του κατάλληλου εργαλείου. *-Σ1: Είναι έλλειψη εκπαίδευσης βασικά και πληροφορίας.* *- Σ3: Ισχύει. Ισχύει το ίδιο … το ότι πολλοί μπορεί να μην είναι up to date στο θέμα της πρόληψης με όλα αυτά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται βάσει την κατευθυντήριων οδηγιών ότι υπάρχουν αυτά τα εργαλεία τα οποία βοηθάνε πάρα πολύ στην κατηγοριοποίηση του κινδύνου.*	ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΝΩΣΕΩΝ (*3)		
-Σ2: Όσον αφορά το επαγγελματικό κομμάτι σίγουρα οι γιατροί της δευτεροβάθμιας θα μπορέσουν να αποτρέψουν ή να αποτρέψουν ένα γενικό ιατρό να χρησιμοποιήσει ένα τέτοιο εργαλείο κι αυτό μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. *- Σ 1: Εάν εννοούμε από λοιπές επαγγελματικές ομάδες σίγουρα θα αποτελέσει ένα τροχοπέδη από τους ειδικούς. Αν θέλουμε να είμαστε ειλικρινείς ή από τους πιο εξειδικευμένους.*	ΙΑΤΡΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (2)	ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ	**ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ** (Πεποιθήσεις περί του κινήτρου και κίνητρα για συμμόρφωση)

-Σ2: Ένα άλλο είναι τα social media και οι αλληλεπιδράσεις σε ομάδες γιατρών ,οι οποίοι, στους οποίους πολλές φορές αν απευθυνθεί μπορεί να λάβει διάφορες γνώμες μεταξύ των οποίων και αποτρεπτικές στο να χρησιμοποιεί τέτοια εργαλεία. *- Σ 1: θα συμφωνήσω με το Σ2 σε όλα αυτά που είπε* *-Σ3: ή και η αδιαφορία κάποιων γιατρών, όπου να είναι πιο εύκολη για αυτούς το να είναι αποτρεπτική η όποια κριτική μπορεί να γίνει από άλλους συναδέλφους.*	ΑΛΛΟΙ ΓΙ (3)		
-Σ3: Όπως και από τη μεριά των γιατρών μπορεί και η δική τους εσωτερική επιθυμία, η όρεξη, το να το ψάξουν τόσο πολύ να τους ωθεί να το κάνουν και να επιβραβεύονται από τις αντίστοιχες γνώμες είτε και ασθενών είτε και συναδέλφων	ΑΣΘΕΝΕΙΣ (1)	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	
-Σ1: Από 'κεί και μετά άν μιλήσουμε μόνο, αποκλειστικά για τους χρήστες και λήπτες πρακτικά υπηρεσιών υγείας, αν και εφόσον το εντάξεις στο λεξιλόγιό σου το εργαλείο στα πλαίσια του ιστορικού, νομίζω όχι *-Σ3: Όπως και από τη μεριά των γιατρών μπορεί και η δική τους εσωτερική επιθυμία, η όρεξη, το να το ψάξουν τόσο πολύ να τους ωθεί να το κάνουν και να επιβραβεύονται από τις αντίστοιχες γνώμες είτε και ασθενών είτε και συναδέλφων* *-Σ1: Δεν θα με επηρέαζε καμία γνώμη και από κανένα ειδικό εμένα προσωπικά.*	ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΡΟΤΥΠΩΝ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ (3)	ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	
-Σ2: Με ενδιαφέρει η ολιστική προσέγγιση του ασθενή και γι' αυτό ακριβώς πέρα από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, που τον εκτιμώ, η δική μου δουλειά είναι να εκτιμήσω και όλο το πλήθος των επιβαρυντικών παραγόντων που συμπληρώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τον οποίο μόνο ένας γιατρός της κοινότητας, δίπλα στον ασθενή και στην οικογένειά του γνωρίζοντας τις συνθήκες ζωής και εργασίας του μπορεί να εκτιμήσει	ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (1)		
-Σ3: θεωρητικά αν όλη αυτή η βάση της πυραμίδας πήγαινε, πήγαιναν όλοι σε ένα καρδιολόγο για παράδειγμα, ναι θα μπορούσανε να είχαν κάνει και οι καρδιολόγοι σε όλο αυτό τον πληθυσμό την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με τα score και όλη τη διερεύνηση. Επειδή όμως αυτό δεν γίνεται κι επειδή εμείς μπορούμε να δούμε πάρα πολύ κόσμο ο οποίος δεν θα πήγαινε ποτέ στον καρδιολόγο, εμείς οφείλουμε βάσει των οδηγιών και βάσει της δουλειάς μας να εκτιμήσουμε εξατομικευμένα τον κίνδυνο σε κάθε άνθρωπο. Ανεξαρτήτως της γνώμης είτε προτρεπτικής είτε αποτρεπτικής που μπορεί να έχουν οι άλλοι. Γιατί το τελικό σημείο θα είναι ότι θα είναι το όφελος των ασθενών.	ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ- ΟΦΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (1)		
-Σ2: Λοιπόν εγώ θα πω μια κουβέντα: η γνώση. καμία άλλη. Μόνο η γνώση. *-Σ1: Θα συμπληρώσω…* *-Σ3: Κι εγώ συμπληρώνοντας..*	ΓΝΩΣΗ (3)	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ	ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: πεποιθήσεις περί του ελέγχου και η αντιλαμβανόμενη ισχύς τους στην επίδραση της συμπεριφοράς.

-Σ1: Θα συμπληρώσω και η εκπαίδευση. *- Σ3: Κι εγώ συμπληρώνοντας…*	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (2)		
-Σ3: Κι εγώ συμπληρώνοντας σε αυτά τα δύο το οργανωμένο θεσμικό πλαίσιο που να είναι επισήμως και υποχρεωτικό να γίνεται. Η καταγραφή των δεδομένων. Να έχουμε data. Να έχουμε δεδομένα. Να έχουμε στοιχεία τα οποία να αποτυπώνονται όχι απλά να νομίζουμε ότι τα έχουμε κάνει και να μην τα ξέρει κανένας άλλος.	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (1)	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
-Σ3: να υπάρχει και ένα bonus παραγωγικότητας. Δηλαδή αν ένας γιατρός μπορεί να επιτυγχάνει στόχους, οι οποίοι όμως να αποδεικνύονται με δεδομένα, να μπορεί να έχει κάποιο κέρδος.	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ (1)		

ΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗΣ

-Ερ: Πόσα χρόνια περίπου δραστηριοποιείται ο καθένας σας ξεχωριστά επαγγελματικά στην Πρωτοβάθμια στο Νομό Ηρακλείου;
-Σ1: Εγώ είμαι από το 2001 στο ΚΥ Αγίας Βαρβάρας.
-Σ2: Εγώ από το 2000.
-Σ3: Κι εγώ στο Ηράκλειο μέσα από το 2016 με ανάμεικτες συμβάσεις.
-Ερ: Άρα όλοι λίγο ή πολύ 10 με 20 χρόνια ας πούμε.
-Σ3: όχι 10 αλλά περίπου [μορφασμός γέλιου].
-Ερ: Ναι εντάξει...περίπου.
-Ερ: Χρησιμοποιείτε εσείς στο ιατρείο σας εργαλεία πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε καθημερινή βάση; Κι αν ναι, ποια προτιμάτε;
(...)
-Ερ: Όποιος θέλει παίρνει το λόγο εκτός αν προτιμάτε... [διακοπή από Σ. 3]
-Σ3: Ας πάρουν τη σειρά οι παλαιότεροι. [γέλιο]
-Σ2: Εγώ νομίζω ότι πάει αλφαβητικά. [γέλια από όλους]
-Ερ: Όπως θέλετε εσείς.
-Σ2 : Εγώ χρησιμοποιώ το Hellenic Health Score και το Heart Score OP, το αμερικάνικο.
-Ερ: Ωραία... και up to date άρα.
-Σ1: Θα συμφωνήσω με το Σ2, εεε κατά κύριο λόγο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας χρησιμοποιούμε τα στανταρισμένα εργαλεία που ουσιαστικά επιδιώκουν οι κατευθυντήριες οδηγίες στο κομμάτι της Πρωτοβάθμιας.
-Ερ: Ωραία.
-Σ3: Συμφωνώ κι εγώ με τους προλαλήσαντες το Hellenic Score 2 είναι αυτό που πλέον χρησιμοποιείται κατά κόρον.
-Ερ: Τέλεια. Εεε και οι 3 σας τα χρησιμοποιείτε στην κλινική σας πράξη, αν μπορούσατε όμως να βρείτε κάποιο λόγο που συνάδελφοί δεν τα χρησιμοποιούν, που τους εμποδίζουν, τι θα μπορούσατε να παρατηρήσετε;
-Σ2: Έλλειψη χρόνου
-Ερ: Ναι
-Σ2: Μη κατανόηση της σπουδαιότητας του υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου.
-Ερ: Έλλειψη γνώσεων δηλαδή.
-Σ2: Ναι. Και μη γνώση του κατάλληλου εργαλείου.
-Σ1: Θα συμφωνήσω με το Σ2. Το βασικό είναι βέβαια η έλλειψη χρόνου εεε αλλά και το δεύτερο εξίσου πάρα πάρα πολύ σημαντικό είναι ότι αρκετοί συνάδελφοι αγνοούν το πως πρέπει να προσεγγίσουν και με τα κατάλληλα εργαλεία έναν τέτοιο εν δυνάμει ασθενή. Είναι έλλειψη εκπαίδευσης βασικά και πληροφορίας.
-Ερ: Ωραία
-Σ3: Ισχύει. Ισχύει το ίδιο, ότι ο χρόνος είναι το βασικό μειονέκτημα για τους περισσότερους λόγω του φόρτου και του μεγάλου αριθμού ασθενών. Και το ότι πολλοί μπορεί να μην είναι up to date στο θέμα της πρόληψης με όλα αυτά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται βάσει την κατευθυντήριων οδηγιών ότι υπάρχουν αυτά τα εργαλεία τα οποία βοηθάνε πάρα πολύ στην κατηγοριοποίηση του κινδύνου.

-Ερ: [γνέφει καταφατικά]. Ωραία και έχετε κάποια κριτήρια για το σε ποιους ασθενείς θα χρησιμοποιηθούν ή αφορούν σε όλους τους ασθενείς που θα επισκεφθούν το ιατρείο σας, ενήλικους ασθενείς εννοούμε προφανώς.
-Σ2: Επειδή αυτά τα δύο το ένα αφορά ασθενείς 40-50 ετών, το δεύτερο αφορά ασθενείς ανεξαρτήτου ηλικίας αν θέλουμε να υπολογίσουμε 10ετή κίνδυνο χρησιμοποιούμε το εργαλείο για το 10ετή κίνδυνο, αν θέλουμε να κάνουμε Lifetime risk, δια βίου δηλαδή κίνδυνο θα χρησιμοποιήσουμε το αντίστοιχο εργαλείο και στους διαβητικούς χρησιμοποιούμε άλλο εργαλείο.
-Ερ: Ωραία. Βάλατε άρα ήδη άλλα δύο επιπλέον εργαλεία...
-Σ1: Ναι τα οποία συμφωνώ απόλυτα με το Σ2, ας μην ξεχνούμε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται αντίστοιχο καρδιαγγειακού συμβάματος. Προφανώς δεν απευθυνόμαστε σε όλους.
-Ερ: Ωραία
-Σ1: θα πρέπει να έχουν τα red flags
-Σ3: συμφωνώ και με τους δύο. Κατηγοριοποιεί ς και εξατομικεύεις με το να…, με το ποιον έχεις απέναντί σου, δηλαδή σε ένα νεαρό πολύ νεαρό άτομο δεν υπάρχει ίσως και τόσο λόγος, γιατί δεν έχεις και τόσα πολλά δεδομένα για να τον κατηγοριοποιήσεις αλλά μετά τα 45 (έτη ζωής) πρέπει όλους να τους διερευνούμε και να τους κατατάσσουμε σε κάποιον κίνδυνο, ανεξαρτήτου ιστορικού ή όχι.
-Ερ: Ωραία άρα εν κατακλείδι όλοι συμφωνείτε πάνω από 40 - 45 ασθενείς για την εφαρμογή των εργαλείων καθολικά & σε διαφορετικές ηλικίες ανάλογα με το ιστορικό. Εεε εντάξει εσείς είστε, φαίνεται ότι είστε γνώστες της πρωτοβάθμιας πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου, ποια θεωρείτε ότι είναι τα πλεονεκτήματα της.... εεε… αυτού του τρόπου πρόληψης με την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου που είπατε κλπ; Γιατί δηλαδή θα πρέπει να τα χρησιμοποιούμε, ποια είναι τα πλεονεκτήματα τους.
[αμήχανη σιωπή. προσπαθούν να πάρουν το λόγο πολλοί ταυτόχρονα]
-Σ 2: Να πω εγώ πρώτος;
-Ερ: Απαντήστε ναι.
-Σ3: Επειδή έχει πάει με τη σειρά αυτή γι' αυτό σε αφήνουμε.
[γέλια από όλους]
-Σ2: Τα πλεονεκτήματα είναι ότι αποφεύγεις άσκοπη απ... εμμ... το βασικό πλεονέκτημα είναι ότι εεε με αυτό τον τρόπο ποσοτικοποιείς τον κίνδυνο τον οποίο θεωρητικά διατρέχει ο ασθενής απέναντί σου, τον εξατομικεύεις εεε μπορείς με αυτό τον τρόπο να αποφύγεις άσκοπη χρήση φαρμάκων και μη σκόπιμη και μάλλον αργοπορημένη χρήση φαρμάκων ή άλλων εεε... και να τους δώσεις τις κατάλληλες οδηγίες για να αποφύγει μελλοντικό κίνδυνο. Έτσι σε κάθε ασθενή που έρχεται και μόνο το γεγονός αυτό μπορεί να σε οδηγήσει να του δώσεις οδηγίες για να διακόψει το κάπνισμα, με να το... να ρυθμίσει την αρτηριακή του πίεση, να χάσει βάρος κοκ, με αποτέλεσμα την πρόληψη. Αυτό που χρειάζεται να κάνει κάθε γιατρός στην πρωτοβάθμια.
-Σ1: Επιπλέον από αυτά που είπε ο Σ2, καταρχήν ο εξατ. εεε... οο ... το σκορ που βγάζουμε και τον εξατομικευμένο κίνδυνο εεε μας βάζει σε μία πιο συγκεκριμένη διαδικασία να καθοδηγήσουμε με λιγότερο κόστος και λιγότερη ταλαιπωρία τον ασθενή μας, που είναι πάρα πολύ σημαντικό. Δεν αναλωνόμαστε σε plus εξετάσεις που πιθανόν είναι αχρείαστες

ή σε γενικευμένες εξετάσεις που πιθανόν προτάσσουν κάποιοι άλλοι συνάδελφοι που δεν τα χρησιμοποιούν και είναι παντελώς αχρείαστες και οικονομικά επιβαρύνουν και το σύστημα υγείας.
-Σ2: Πολύ σωστά!
-Σ1: εεε ένα άλλο πλεονέκτημα είναι ότι εφόσον συγκεντρώνουμε όλα αυτά που χρειάζονται βάσει του εξατομικευμένου κινδύνου, μπορούμε αυτόματα εμείς οι ίδιοι να διαχειριστούμε τον ασθενή αποφεύγοντας και άσκοπες παραπομπές. Μέχρι εκεί δηλαδή που φτάνουμε, που φτάνει η φαρέτρα μας. Δεν ξέρω αν έγινα σαφής.
-Σ2: Ναι ναι.
-Ερ: Ναι ναι αρκετά σαφής ναι. Σ3 (έχεις) κάτι να προσθέσεις;
-Σ3: Να συμπληρώσω κι εγώ ότι με αυτή την κατηγοριοποίηση που μπορούμε να κάνουμε, μπορούμε να... εκτός του ότι θα..., όπως είπανε και οι προλαλ... οι υπόλοιποι δύο, εξατομικεύεις και εξοικονομείς κόστος και δαπάνες, φιλτράρει ς και επιλέγεις συγκεκριμένους ασθενείς οι οποίοι μπορεί να είναι υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, ώστε αυτούς τους συγκεκριμένους και αν τους διερευνήσεις και λίγο παραπάνω, μπορεί να ανακαλύψεις μια υπάρχουσα ήδη καρδιαγγειακή βλάβη όπου να τη θεραπεύσεις ήδη από την πρόληψη. Πρωτογενής δηλαδή χωρίς να του συμβεί κάποιο σύμβαμα. Οπότε γλιτώνεις πολλά σε κάποιους τέτοιους συγκεκριμένους ασθενείς. Και μας βοηθάει να έχουμε και μία κοινή γλώσσα μεταξύ μας οι ιατροί, διότι όταν το χρησιμοποιούμε όλοι αυτό τον κίνδυνο, άρα έχουμε όλοι την ίδια κατηγοριοποίηση, ξέρουμε όλοι ότι έχουμε τους ίδιους στόχους, που πρέπει να φτάσει ο ασθενής με τις εξετάσεις του, τη θεραπεία που πρέπει να του δώσουμε βάσει όλων των οδηγιών που είναι κοινές για εμάς, οπότε μιλάμε όλοι την ίδια γλώσσα.
-Σ1: επίσης Ερ αν μου επιτρέπεις, θα σου πω και κάτι λίγο πιο extreme.
-Ερ: Ναι.
-Σ1: Παράλληλα, αυτοί οι λίγοι γενικοί ιατροί που το καταφέρνουν, χτίζουν και μια.. έναν καινούριο σύνδεσμο εμπιστοσύνης με τους ασθενείς, γιατί κακά τα ψέματα, ο απλός χρήστης υπηρεσιών υγείας στο μυαλό του δεν το έχει ότι ο γενικός ιατρός μπορεί να το φτάσει μέχρι τέρμα το κομμάτι αυτό. Και σε κάποια στιγμή ή θα εγκαταλείψει το επίπεδο της πρωτοβάθμιας ή επειδή δεν γνωρίζει ακριβώς αυτό που μπορεί να του προσφέρει ο γενικός ιατρός, μοιραία απευθύνεται σε ειδικό.
-Ερ: Ωραία. Κι αν μπορούσατε να βρείτε κάποια μειονεκτήματα ; Θα μπορούσατε να σκεφτείτε κάτι;
-Σ2: Το βασικό μειονέκτημα είναι ότι είναι ένας μπούσουλας, ο οποίος προσπαθεί να βάλει στην ίδια καρδάρα όλους τους ασθενείς ε κι εκεί πρέπει να μπει η τέχνη του γιατρού εε δεν περιλαμβάνει, περιλαμβάνει τους βασικούς παράγοντες κινδύνου, όλα αυτά τα εργαλεία περιλαμβάνουν τους βασικούς παράγοντες κινδύνου. εεε υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται και οι οποίοι, και στους οποί ους οφείλεται και ο υπολειπόμενος κίνδυνος. Άρα δε φτάνει μόνο η μέτρηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με αυτό, με αυτά τα εργαλεία, πρέπει να υπάρχει και η τέχνη του γιατρού της Πρωτοβάθμιας, γιατί η ιατρική κατά κύριο λόγο είναι τέχνη, ώστε να εξατομικεύσει και να δει αν αποκρύπτεται και κάτι άλλο που αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στον ασθενή αυτό. Αυτό είναι το κύριό του μειονέκτημα. Ναι ολοκλήρωσα εγώ.

-Ερ: Ωραία.
-Σ1: Εε θα ξαναγυρίσω πίσω σε αυτά που είπαμε την πρώτη φορά. Πιθανόν η έλλειψη χρόνου να αναγκάζει κάποιους ή να το κάνουν λάθος ή να το παραβλέψουνε. Τώρα αυτό που είπε ο Σ2, κι εγώ επαναλαμβάνω και συμφωνώ μαζί του, ίσως θα έπρεπε να σκεφτούμε κάποια εργαλεία πιο απλά, εε σε λιγότερο χρόνο, που να μπορούν να σταθούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας.
-Ερ: Ωραία.
-Σ1: Αν θες να πάρεις δηλαδή ένα πλοκάμι διαφορετικό.
-Σ3: Εγώ θα συμφωνήσω και με το Σ2 ότι τα εργαλεία δεν μετράνε όλες τις παραμέτρους οπότε δεν μπορούμε να εφησυχαστούμε ότι ένα αρνητικό ας πούμε ή καλό αποτέλεσμα μας εξαλείφει τον όποιο κίνδυνο, γιατί υπάρχουν πάρα πολλοί άλλοι παράμετροι ,όπως το ψυχοκοινωνικό κομμάτι, η κληρονομικότητα που δεν μετριούνται και μπορεί να αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο.
-Ερ: Σωστά. Αυτά άρα. Δεν ξέρω άμα θέλετε κάτι άλλο να προσθέσετε όσον αφορά παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν έναν Γενικό Ιατρό για να εφαρμόσει αυτά τα εργαλεία πέρα από καθαρά πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα. Αν και πιστεύω είπατε ήδη αρκετά, αρκετούς παράγοντες. Δεν ξέρω, υπάρχει κάτι άλλο που θέλετε να προσθέσετε;
-Σ2: Όχι.
-Ερ: Μάλλον όχι ε;
-Σ1: Κι από μένα όχι.
-Σ3: Εγώ ίσως θα μπορούσα να σκεφτώ ότι δεν υπάρχει και η επίσημη στάση του.. της..εε. του Υπουργείου και όλου του συστήματος ότι θα πρέπει να έχουμε δεδομένα, να έχουμε δείκτες, να καταγράφονται οι δείκτες, να μην, δεν υπάρχει δηλαδή αυτή η σε εισαγωγικά υποχρέωση ότι πρέπει να καταγράφουμε όλα αυτά τα δεδομένα, τα οποία θα μας φέρουν και όλα τα αποτελέσματα και τα οφέλη, οπότε μην έχοντας ίσως και αυτή την υποχρέωση υπάρχει αδιαφορία σε εισαγωγικά και από τους γιατρούς γιατί βλέπουμε ότι δεν υπάρχει κανένα οργανωμένο σχέδιο.
-Ερ: Ωραία.
-Σ2: Πολύ σημαντικό αυτό που είπε ο Σ3.
-Ερ: Πολύ σημαντικό ναι. Ναι και νομίζω και αρκετοί θα το έθεταν, το θεσμικό τουλάχιστον κομμάτι, όχι απαραίτητα τόσο συγκεκριμένα. Ωραία εεε... Τώρα, θεωρείτε ότι υπάρχουν κάποιες ομάδες ή άτομα συγκεκριμένα τα οποία βάσει της γνώμης τους καθορίζουν το αν θα χρησιμοποιήσει ο κάθε Γενικός Ιατρός στο ιατρείο του αυτά τα εργαλεία, εννοώντας ότι το να επιδοκιμάσει κάποιος την τεχνική μου αυτή εγώ θα το κάνω περισσότερο ή αντίστροφα το να το από δοκιμάσει μάλλον θα το αφήσω. Μπορείτε να εντοπίσετε τέτοια άτομα ή ομάδες που μπορεί να επηρεάσουν την εφαρμογή τέτοιων εργαλείων από ένα γενικό ιατρό;
-Σ2: Όσον αφορά το επαγγελματικό κομμάτι σίγουρα οι γιατροί της δευτεροβάθμιας θα μπορέσουν να αποτρέψουν ή να αποτρέψουν ένα γενικό ιατρό να χρησιμοποιήσει ένα τέτοιο εργαλείο κι αυτό μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα θα μπορούσε ένας εεε, ένα εργαλείο που υπερεκτιμά τον κίνδυνο σε κάποιους ασθενείς να οδηγήσει το γενικό ιατρό σε υπερέκθεση του ασθενούς αυτού σε άσκοπες εξετάσεις επεμβατικού τύπου, οι οποίες θα μπορέσουν ίσως να τον απογοητεύσουν και να τον

οδηγήσουν στο να μην το πολυ-χρησιμοποιεί πια. Και αυτό βέβαια μέσα από την αρνητική, αρνητικό feedback που θα έχει από τους γιατρούς της δευτεροβάθμιας, τους ειδικούς γιατρούς, τους εξειδικευμένους, οι οποίοι θα τον αποτρέπουν στις παραπομπές πια, όταν κάποια περιστατικά δεν θα έχουν την κατάληξη που αυτός νομίζει ότι θα έχουν. Ένα άλλο είναι τα social media και οι αλληλεπιδράσεις σε ομάδες γιατρών ,οι οποίοι, στους οποίους πολλές φορές αν απευθυνθεί μπορεί να λάβει διάφορες γνώμες μεταξύ των οποίων και αποτρεπτικές στο να χρησιμοποιεί τέτοια εργαλεία.

-Ερ: Ωραία.

-Σ1: θα συμφωνήσω με το Σ2 σε όλα αυτά που είπε εε ωστόσο ξαναγυρίζουμε πίσω σε αυτό που είπαμε: θα πρέπει να γίνεται εκτός από σωστός χειρισμός, να υπάρχει και η απαραίτητη γνώση να μεταφράσεις όλο αυτό το αποτέλεσμα. Δεν θα πρέπει να αποτελεί ένα απόλυτο εργαλείο αν δεν βάλεις πραγματικά και την τέχνη σου, ένα καλό ιστορικό, ώστε να αποφύγεις μέχρι ποιο βήμα πρέπει να φτάσεις τον ασθενή.

-Ερ: θεωρείς όμως ότι αυτή η συμπεριφορά θα μπορούσε να επηρεαστεί είτε θετικά είτε αρνητικά από άλλα άτομα ή ομάδες; είτε με τρόπο ...

-Σ1: Εάν εννοούμε από λοιπές επαγγελματικές ομάδες σίγουρα θα αποτελέσει ένα τροχοπέδη από τους ειδικούς. Αν θέλουμε να είμαστε ειλικρινείς ή από τους πιο εξειδικευμένους. Από 'κεί και μετά εάν μιλήσουμε μόνο, αποκλειστικά για τους χρήστες και λήπτες πρακτικά υπηρεσιών υγείας, αν και εφόσον το εντάξεις στο λεξιλόγιό σου το εργαλείο στα πλαίσια του ιστορικού, νομίζω όχι. Θα αποτελεί ευχάριστη έκπληξη γι' αυτούς η καινούρια δεδομένη πληροφορία που θα προσπαθήσεις να αντλήσεις μέσα από αυτή τη κουβέντα. θα είναι δηλαδή λίγο πρωτόγνωρη γι' αυτούς.

-Ερ: Ωραία.

-Σ3: Κι εγώ θεωρώ ότι είναι μικτές οι επιδράσεις που μπορεί να υπάρχουνε, δηλαδή μπορεί να υπάρχουνε και θετικές επιβραβεύσεις γιατί το αναγνωρίζουν και το αναδεικνύουν σαν κάτι θετικό το να γίνεται αυτή η οργανωμένη πρόληψη με αυτό τον τρόπο, όπως και αρνητικές γιατί θεωρούν ότι μπορεί να επεμβαίνουμε στα δικά τους χωράφια σε εισαγωγικά, να αναλωνόμαστε σε εξετάσεις, σε διαδικασία τέλος πάντων διερεύνησης που θεωρούν ότι είναι καθαρά εξειδικευμένο το κομμάτι. Όπως και από τη μεριά των γιατρών μπορεί και η δική τους εσωτερική επιθυμία, η όρεξη, το να το ψάξουν τόσο πολύ να τους ωθεί να το κάνουν και να επιβραβεύονται από τις αντίστοιχες γνώμες είτε και ασθενών είτε και συναδέλφων ή και η αδιαφορία κάποιων γιατρών, όπου να είναι πιο εύκολη για αυτούς το να είναι αποτρεπτική η όποια κριτική μπορεί να γίνει από άλλους συναδέλφους. Γιατί κακά τα ψέματα δεν έχουμε όλοι την ίδια όρεξη να κάνουμε κάποια πράγματα κι αυτό μπορεί να αποτυπωθεί παντού.

-Ερ: Ναι όντως. θεωρείτε ότι μπορείτε να βρείτε τι είναι αυτό που κυρίως μας επηρεάζει στο να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας, δηλαδή το να μας πει ένα θετικό ο ειδικός για την πρακτική μας, ποιος είναι ο παράγοντας που θα μας κάνει όντως να εφαρμόσουμε παραπάνω αυτό το εργαλείο ή και ορθότερα. Ψάχνω δηλαδή τι είναι αυτό που μας...

-Σ2: Δεν την κατάλαβα την ερώτηση.

-Ερ: Ναι τί είναι αυτό που μας επηρεάζει στην άποψη των άλλων ώστε να εφαρμόσουμε την τεχνική αυτή είτε καλύτερα είτε να αδιαφορήσουμε γι' αυτή; Το έθεσα καλύτερα; Καταλάβατε;

-Σ2: Όχι.
-Σ3: Εγώ χειρότερα.
-Ερ: θέλω να πω ότι εάν ας πούμε ένας ειδικός γιατρός είναι πολύ αντίθετος σε αυτή την πρακτική, στο να εφαρμόζουν, στο να πηγαίνουν ας πούμε έτοιμοι οι ασθενείς με τον καρδιαγγειακό τους κίνδυνο, μπορεί εμένα να με επηρεάσει άρα να μην το εφαρμόζω τόσο πολύ το εργαλείο στους επόμενους ασθενείς. Η ερώτηση είναι αν μπορούμε να βρούμε τι είναι τελικά αυτό που θα με επηρέαζε για να μην εφαρμόσω; Με πονάει η άποψη του άλλου; Είναι θέμα οικονομικό;
-Σ2: Κοίταξε. Εξ ορισμού η ερώτηση δεν θέτεται σε σωστή βάση κατά τη γνώμη μου, διότι ένας ειδικός γιατρός έχει το βιοποριστικό του κομμάτι. Δηλαδή, εξ ορισμού θα κάνει από ελάχιστες παρεμβατικές μέχρι πιο μεγάλες παρεμβατικές πράξεις για να εξασκήσει την επιστήμη που έχει σπουδάσει. Δηλαδή εάν είναι ένας καρδιολόγος θα κάνει όλη τη γκάμα των εξετάσεων, δεν θα τον ενδιαφέρει τόσο πολύ εε να του.. να έρθει ο άλλος ... [διακοπή σύνδεσης]
-Σ3: Εγώ το Σ2 δεν τον ακούω τώρα.
-Ερ: Ναι λίγο χάνεται
-Σ1: Κι εγώ το ίδιο. Τέλος πάντων έχω την αίσθηση ότι και ο Σ2 θέλει να πει.
[ακατάληπτη παρέμβαση του Σ2 λόγω κακής ποιότητας σύνδεσης]
-Ερ: Όχι όχι, έχει πρόβλημα με τη σύνδεση. θα του στείλω ένα μήνυμα.
Σ1: Ωραία. Από εμένα πολύ λίγο θα πρέπει να επηρεαστούμε από το τί πιστεύει ο ειδικός.. (παύση. σιωπή)
-Ερ: Χάσαμε και τον Σ1;
-Σ1: ...της πρωτοβάθμιας υγείας της οποία ς εμείς εξασκούμε. Δεν θα με επηρέαζε καμία γνώμη και από κανένα ειδικό εμένα προσωπικά.
-Σ2: Ακριβώς. Εγώ, επειδή χάθηκε λίγο, να ολοκληρώσω. Οι ειδικοί είναι συγκεκριμένη η δουλειά τους και είναι να εφαρμόζουν αυτά που έχουνε μάθει, τις τεχνικές, για να ελέγχουν το όργανο στο οποίο έχουν ασκηθεί σε κάθε ασθενή που είναι στο ιατρείο τους. Το θέμα είναι ποιος ασθενής θα έρθει. Αυτός ο τυχαίος που θα περάσει απ' έξω; Ασθενής που θα έχει παραπεμφθεί με συγκεκριμένη υποψία και για συγκεκριμένο λόγο; Ποιο είναι το σωστό; Το σωστό φυσικά είναι το δεύτερο, άρα εμένα δεν με ενδιαφέρει η γνώμη ή τέλος πάντων οι εξετά σεις που κάνει ένας ειδικός. Με ενδιαφέρει η ολιστική προσέγγιση του ασθενή και γι' αυτό ακριβώς πέρα από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, που τον εκτιμώ, η δική μου δουλειά είναι να εκτιμήσω και όλο το πλήθος των επιβαρυντικών παραγόντων που συμπληρώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τον οποίο μόνο ένας γιατρός της κοινότητας, δίπλα στον ασθενή και στην οικογένειά του γνωρίζοντας τις συνθήκες ζωής και εργασίας του μπορεί να εκτιμήσει. Είναι οι λεγόμενοι τροποποιητές του καρδιαγγειακού κινδύνου που δεν μπαίνουν σε κανένα score.
-Σ3: Κι εγώ θεωρώ ότι ο δικός μας ο χώρος είναι ένα χωράφι εντελώς διαφορετικό από το χωράφι των ειδικών. Εμείς είμαστε στη βάση της πυραμίδας, η πρωτοβάθμια είναι στη βάση της πυραμίδας, όπου εκεί είναι όλος ο όγκος του πληθυσμού. θεωρητικά αν όλη αυτή η βάση της πυραμίδας πήγαινε, πήγαιναν όλοι σε ένα καρδιολόγο για παράδειγμα, ναι θα μπορούσανε να είχαν κάνει και οι καρδιολόγοι σε όλο αυτό τον πληθυσμό την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με τα score και όλη τη διερεύνηση. Επειδή όμως αυτό δεν

γίνεται κι επειδή εμείς μπορούμε να δούμε πάρα πολύ κόσμο ο οποίος δεν θα πήγαινε ποτέ στον καρδιολόγο, εμείς οφείλουμε βάσει των οδηγιών και βάσει της δουλειάς μας να εκτιμήσουμε εξατομικευμένα τον κίνδυνο σε κάθε άνθρωπο. Ανεξαρτήτως της γνώμης είτε προτρεπτικής είτε αποτρεπτικής που μπορεί να έχουν οι άλλοι. Γιατί το τελικό σημείο θα είναι ότι θα είναι το όφελος των ασθενών.

-Ερ: Ωραία, άρα βλέπω πως οι περισσότεροι δεν καθορίζετε τη συμπεριφορά σας στο ιατρείο με βάση τη γνώμη των άλλων, αλλά κυρίως με οδηγίες, με θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή κλπ. Ωραία και φτάνουμε στο τέλος. Θα ήθελα αν μπορείτε να μου πείτε τι θα βοηθούσε ή τί θα εμπόδιζε την εφαρμογή από περισσότερους γιατρούς και με ορθότερο τρόπο την εφαρμογή των εργαλείων πρόληψης που συζητάμε. Τι λείπει δηλαδή που θα βοηθούσε ή θα εμπόδιζε την εφαρμογή αυτή.

(…)

-Ερ: Όποιος θέλει παίρνει το λόγο.

-Σ3: Σ2;

(…)

-Σ3: Ο Σ2 μάλλον δεν είναι μέσα.

-Σ2: Ναι ναι. Είχα ένα πρόβλημα με τη σύνδεση. Λοιπόν εγώ θα πω μια κουβέντα: η γνώση. καμία άλλη. Μόνο η γνώση.

-Ερ: Τέλεια.

-Σ1: Θα συμπληρώσω και η εκπαίδευση.

-Ερ: Πάνε πακέτο αυτά.

-Σ1: Ναι.

-Σ3: Κι εγώ συμπληρώνοντας σε αυτά τα δύο το οργανωμένο θεσμικό πλαίσιο που να είναι επισήμως και υποχρεωτικό να γίνεται. Η καταγραφή των δεδομένων. Να έχουμε data. Να έχουμε δεδομένα. Να έχουμε στοιχεία τα οποία να αποτυπώνονται όχι απλά να νομίζουμε ότι τα έχουμε κάνει και να μην τα ξέρει κανένας άλλος. Και επιπλέον αυτού να υπάρχει και ένα bonus παραγωγικότητας. Δηλαδή αν ένας γιατρός μπορεί να επιτυγχάνει στόχους, οι οποίοι όμως να αποδεικνύονται με δεδομένα, να μπορεί να έχει κάποιο κέρδος.

-Ερ. Ωραία. Και μόνο μια μικρή διευκρίνηση για αυτό που είπες εσύ Σ3, επειδή ας πούμε στα θεραπευτικά πρωτόκολλα στη συνταγογράφηση έχει ενταχθεί ένας τρόπος να καταγράφονται κάποια δεδομένα, επειδή είναι κάτι που υπάρχει, θα έλεγες πως αυτό βοηθάει ή εμποδίζει την πρωτοβάθμια πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου;

-Σ3: Να ξεκινήσω εγώ επειδή με ρώτησε εμένα ή να το πάρουμε πάλι με τη σειρά;

-Ερ: Ναι, όχι. Το ρωτάω διευκρινιστικά επειδή το έθεσες εσύ για το να υπάρχουν τα θεσμικά πλαίσια και καταγραφής και...

-Σ3: Το συγκεκριμένο κομμάτι όπως λειτουργεί δεν θεωρώ ότι είναι ένας τρόπος καταγραφής δεδομένων, διότι μπορείς να καταγράψεις ό, τι θες, με όποιο τρόπο θες. Και δεν έγινε με το σκεπτικό των δεδομένων και του οφέλους. Έγινε απλώς για οικονομικούς λόγους θεωρώ. το κομμάτι της ΗΔΙΚΑ όσον αφορά τα πρωτόκολλα. Μπορεί να υπάρξει άλλη βάση δεδομένων όπου εκεί να καταγράφονται επισήμως ο καρδιαγγειακός κίνδυνος, επισήμως τα αποτελέσματα εξετάσεων, επισήμως οι στόχοι που μπορεί να θέσεις και το αν τους επιτυγχάνει ς. Και όχι επειδή το γράφεις εσύ σε έναν υπολογιστή, επειδή περνάς έναν

αριθμό και θες το πρωτόκολλο και το περνάει. Όπου έτσι θα καταγράφονται επίσημα αυτά τα δεδομένα και εκεί δεν θα μπορεί να το αμφισβητήσει κανένας.
-Σ1: Συμφωνώ απόλυτα. Άλλωστε είναι γνωστό, ας μην κρυβόμαστε, ότι παραπάνω από 2/3 των πρωτοκόλλων, αν όχι δεν είναι μεγαλύτερος ο αριθμός σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι fake. Όλοι γνωρίζουμε, όλοι μας έχουν πάρει κάποιοι συνάδελφοι και μας ρωτάνε: θέλω να περάσω την τάδε ουσία στα τάδε milligram, δεν μου το περνάει με τίποτα, πες μου τι αριθμούς πρέπει να βάλω για να περάσει το συγκεκριμένο σκεύασμα. Άρα σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να αποτελεί επίσημο τρόπο εκχώρησης και εκχώρησης data. Σε καμιά των περιπτώσεων. θα πρέπει να είναι εντελώς συλλογικό και βάσει πολλαπλών κατευθυντήριων οδηγιών και
ποικίλων εργαλείων, αν θέλουμε να έχουμε τους σωστούς αριθμούς.
-Ερ: Τέλεια, ωραία. Ήταν λίγο προβοκατόρικη η ερώτηση μου γιατί υπάρχουν ήδη, αλλά πολύ ωραία μου το απαντήσατε. Εεε δεν ξέρω αν υπάρχει κάτι άλλο...
-Σ3: Και να σου προσθέσω πάνω σ' αυτό που είπε τώρα και ο Σ1 ότι το κομμάτι των πρωτοκόλλων της ΗΔΙΚΑ, ας πάρουμε τη δυσλιπιδαιμία που είναι σε άμεση σχέση με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, εμείς θα περάσουμε τα αποτελέσματα των λιπιδίων, των υπέρταση και θα βγουν τα αποτελέσματα με βάση το score. Αλλά όπως είπαμε το score δεν σου αποτυπώνει τον πραγματικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Μπορεί να υπάρχουν και άλλοι παράμετροι, ο ι οποίοι δεν φαίνονται, οι οποίοι όμως εσένα για αυτόν τον συγκεκριμένο ασθενή να σου αυξάνουν, να θεωρείς ότι έχει πολύ παραπάνω καρδιαγγειακό κίνδυνο απ' ότι [κακής ποιότητας καταγραφή ήχου. πιθανά «βγάζει»] το score, άρα να θες να πετύχεις στόχο πολύ χαμηλότερο. Και το πρωτόκολλο της ΗΔΙΚΑ να μην σε αφήνει για παράδειγμα.
-Ερ: Να μην το αντιλαμβάνεται καν. Ναι. Ωραία, πολύ ωραία. Δεν ξέρω αν θέλετε κάτι άλλο, να προσθέσετε, κάποιο ζήτημα που σας απασχολεί σχετικά με την εφαρμογή αυτών των εργαλείων από τους Γενικούς Ιατρούς στο Νομό.
-Σ1: Νομίζω αν μπορούσες, θα είχες εξαιρετικά σχόλια αν έκανες το ίδιο ζουμ, γιατί εδώ τώρα είναι λίγο bias. Εμείς οι τρεις δεν αποτελούμε... με καταλαβαίνεις. Για πήγαινε και σε λίγο πιο χαμηλές ταχύτητες, θα είχαν πολύ ενδιαφέρον οι απαντήσεις. Και θα έχει πολλές άγνωστες λέξεις το ερωτηματολόγιο σου δυστυχώς. Καταλαβαίνεις.
-Ερ: Ναι, αυτό θα είναι που θα βγει από το άλλο ερωτηματολόγιο. Εγώ επίτηδες ήθελα να έχω άτομα σαν κι εσάς σ' αυτή των πρώτη κουβέντα, ούτως ώστε να πάρουμε το πρότυπο, ας πούμε, και μετά να δούμε τι όντως συμβαίνει στην πλειοψηφία των γενικών ιατρών. Αλλά όντως σήμερα η κουβέντα ήταν λίγο συζήτηση για τις κατευθυντήριες οδηγίες. Δηλαδή όλα ήταν πολύ up to date. Αλλά ναι αυτό θα προκύψει από το επόμενο κομμάτι.
-Σ1: Ωραία. Ενδιαφέρον. Εγώ ευχαριστώ πολύ.
-Ερ: Εγώ σας ευχαριστώ πάρα πολύ.
-Σ3: Ευχαριστούμε πολύ κι ευχόμαστε καλή συνέχεια στην εργασία με καλά αποτελέσματα, καλή καταγραφή και αίσιο τέλος.
-Σ2: Ευχαριστούμε πολύ και καλό αποτέλεσμα στην προσπάθεια.

Πίνακας 13. Σύμβολα μετεγγραφής

Σύμβολο	**Έννοια**
(…)	Σημαντική παύση
[γέλιο]	Πληροφορία μη λεκτικής επικοινωνίας, που αναφέρεται από την ερευνήτρια
Ερ.	Ερευνήτρια
Σ1, Σ2, Σ3	Συμμετέχοντες 1, 2 και 3 αντίστοιχα