



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Σάρα Κινάμι Α.Μ : 688

Αναστασία Κορτζή ΑΜ: 502

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Ιανουάριος του 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1.1. Ορισμός	6
1.2. Μηχανισμοί καρδιακής ανεπάρκειας	6-7
1.3. Παθοφυσιολογία	7-8
1.4. Αίτια	8-9
1.5. Προδιαθεσικοί παράγοντες	9
1.6. Επιδημιολογία	9-10
1.7. Κλινικές εκδηλώσεις	10-11
1.8. Οξεία και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια	11
1.9. Πρόγνωση	11
1.10. Συνέπειες της καρδιακής ανεπάρκειας	12
1.11. Στάδια καρδιακής ανεπάρκειας	12
1.12. Διαγνωστικές εξετάσεις	13-14
1.13. Θεραπεία	14-16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	17
----------------------------------	----

2.2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	17
2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη λήψη ιστορικού	17-18
2.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη	18-19
2.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενδυνάμωση	19-21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο – Η ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1. Η έννοια της αυτοφροντίδας	22-24
3.2. Θεωρητικό μοντέλο ελλείμματος αυτοφροντίδας – Orem	25-28
3.3. Ανάγκη αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια..	28-30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Άρθρα	31-56
-------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο – ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Μελέτη περίπτωσης	57-61
-------------------------	-------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική και Ξενόγλωσση	62-67
-------------------------------	-------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια αδυναμία της καρδιάς να παραδώσει το αίμα με ρυθμό ανάλογο με τις απαιτήσεις των μεταβολικών ιστών σε κατάσταση ηρεμίας ή κατά τη διάρκεια ελαφριάς άσκησης. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενδυνάμωση των ασθενών για αυτοφροντίδα με καρδιακή ανεπάρκεια έχει σημαντικό ρόλο.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει το ρόλο του νοσηλευτή στην αυτοφροντίδα, στην καρδιακή ανεπάρκεια και στην ενδυνάμωση του ασθενή.

Μέθοδος: τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεκπεραίωση της δευτερογενούς έρευνας αντλήθηκαν από τις μηχανές αναζήτησης Pubmed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: η επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή δημιουργεί μία σχέση που μπορεί να αποβεί χρήσιμη για τη προαγωγή της υγείας, για την αυτοφροντίδα και για την υποστήριξη του ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια.

Συμπεράσματα: η αναγκαιότητα της αυτοφροντίδας στην καρδιακή ανεπάρκεια αυξάνεται συνεχώς όπως και ο αριθμός των ασθενών κάθε χρόνο. Η αυτοφροντίδα και η ενδυνάμωση του ασθενούς έχουν πρωταρχικό ρόλο στον νοσηλευτή. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενούς και στην προαγωγή της αυτοφροντίδας είναι σημαντικός.

Λέξεις κλειδιά: αυτοφροντίδα, ενδυνάμωση ασθενών, καρδιακή ανεπάρκεια, θεωρητικό μοντέλο ελλείμματος αυτοφροντίδας – Orem.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure is an inability of the heart to deliver blood at a rate commensurate with the requirements of the metabolic tissues at rest or during light exercise. The role of the nurse in empowering patients for self-care with heart failure plays an important role.

Purpose: The purpose of this paper is to analyze the role of the nurse in self-care, heart failure and patient empowerment.

Method: The data used to conduct the secondary search was retrieved from the Pubmed and Google Scholar search engines.

Results: the nurse's contact with the patient creates a relationship that can be useful in promoting health, self-care and supporting the patient with heart failure.

Conclusions: The need for self-care in heart failure is constantly increasing as the number of patients each year. The patient's self-care and empowerment have a primary role in the nurse. The nurse's role in educating the patient and promoting self-care is important.

Keywords: self-care, patient empowerment, heart failure, theoretical model of self-care deficit - Orem.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνεται συνεχώς λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής και της προόδου στη θεραπεία και στη διάγνωση της ασθένειας. Ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας, η μη έγκαιρη διάγνωση, η ελλιπής πρόγνωση και το έλλειμα της αυτοφροντίδας οδηγούν σε επανεισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Οι παρεμβάσεις έχουν κυρίως εκπαιδευτικό χαρακτήρα και αποσκοπούν στο να κατανοήσει ο ασθενής τη σημασία της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική θεραπεία, στους διατροφικούς και άλλους περιορισμούς και επιπροσθέτως να αποκτήσει την ικανότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματα επιδείνωσης της νόσου και να αναζητά έγκαιρα τη φροντίδα των ειδικών. Επομένως η αυτοφροντίδα είναι αναγκαία στην καρδιακή ανεπάρκεια και ο ρόλος που διαδραματίζει ο νοσηλευτής σε αυτή τη διαδικασία είναι καταλυτικός.

Τα προγράμματα αυτοφροντίδας έχουν δείξει ότι βοηθούν στην έκβαση των ασθενών, στην μείωση των συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας και στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Όταν επιτυγχάνονται τα παραπάνω, τότε μειώνονται οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο και συνάμα το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Η αυτοφροντίδα παρουσιάζει πολλές φορές μεγάλα εμπόδια, όσον αφορά στο πεδίο της μεταφοράς της γνώσης και των βασικών αρχών πρόληψης και θεραπείας από τους νοσηλευτές στους ασθενείς.

Η εκπαίδευση των ασθενών μπορεί να οριστεί ως η διαδικασία βελτίωσης των γνώσεων και των δεξιοτήτων, προκειμένου να επηρεαστούν οι στάσεις και οι συμπεριφορές που απαιτούνται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Περιλαμβάνει όλες τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες που απευθύνονται σε ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών της θεραπευτικής εκπαίδευσης, της αγωγής υγείας και της προαγωγής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Καρδιακή ανεπάρκεια αποκαλείται η παθοφυσιολογική κατάσταση κατά την οποία η λειτουργία της καρδιάς δεν ανταποκρίνεται στις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανιστεί ως κατάληξη πολλών διαφορετικών παθήσεων των δεξιών ή των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων και συνοδεύεται από αυξημένη θνητότητα (Inamdar & Inamdar., 2016).

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μία πάθηση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να διοχετεύσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος στο σώμα, ώστε να επιτελέσει τις φυσιολογικές του λειτουργίες (Inamdar & Inamdar., 2016).

Η καρδιά είναι μία αντλία, η οποία στέλνει το αίμα στους πνεύμονες προκειμένου να εμπλουτιστεί σε οξυγόνο, ώστε να τροφοδοτήσει τον υπόλοιπο οργανισμό με θρεπτικά στοιχεία. Αφού διενεργηθεί ο κύκλος της κυκλοφορίας του αίματος στον οργανισμό, η καρδιά παραλαμβάνει πάλι το αίμα ώστε να το ξαναστείλει στους πνεύμονες για τον εμπλουτισμό του σε οξυγόνο (Inamdar & Inamdar., 2016).

Η ανικανότητα λοιπόν της καρδιάς να εκπληρώσει αυτό το σημαντικό και ασταμάτητο έργο της ως αντλία, σημαίνει συσσώρευση του αίματος και κατ' επέκταση των υγρών του σώματος σε διάφορα σημεία του σώματος (Inamdar & Inamdar., 2016).

1.2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Οι καρδιακές παθήσεις προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω μηχανισμούς:

- Φόρτιση πίεσης: είναι αποτέλεσμα αυξημένης αντίστασης στην εξώθηση του αίματος από τις κοιλίες προς τις μεγάλες αρτηρίες και συνήθως οφείλεται σε αρτηριακή υπέρταση, στένωση της αορτικής βαλβίδας, πνευμονική υπέρταση ή στένωση της πνευμονικής βαλβίδας.

- Φόρτιση όγκου: χαρακτηρίζεται από τη είσοδο αυξημένης ποσότητας αίματος στην πάσχουσα κοιλία κατά τη διάρκεια της διαστολής και παρατηρείται σε ανεπάρκεια των κολποκοιλιακών ή των μηνοειδών βαλβίδων.
- Πρωτοπαθής ελάττωση της κοιλιακής συσταλτικότητας. Οφείλεται σε προσβολή των μυοκαρδιακών κυττάρων από μικροοργανισμούς, τοξίνες ή σε ισχαιμική νέκρωση των μυοκαρδιακών κυττάρων.
- Περιορισμός της κοιλιακής πλήρωσης: προκαλείται από στένωση κολποκοιλιακής βαλβίδας, εξωτερική συμπίεση ή διαταραχές στη χαλάρωση και στην ενδοτικότητα των κοιλιών (Inamdar & Inamdar., 2016).

1.3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κάθε παθολογική εκτροπή που προκαλεί μείωση της αποδόσεως του μυοκαρδίου μπορεί να συγκαταλεχθεί στον μακρύ και πολυσχιδή κατάλογο της αιτιοπαθογένειας της καρδιακής ανεπάρκειας. Μια θεμελιώδης διάκριση θα ήταν μεταξύ των παθογενετικών παραγόντων που προκαλούν ιστική ή δομική ή λειτουργική βλάβη στο μυοκάρδιο. Με την πάροδο του χρόνου, η αύξηση των φορτίων θα απολήξει σε ιστικές αλλοιώσεις στο μυοκάρδιο (Pearse & Cowie., 2014).

Στους συχνότερους παθογενετικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην εγκατάσταση καρδιακής ανεπάρκειας συμπεριλαμβάνονται:

- Μείωση της συσταλτικότητας
- Μείωση του όγκου παλμού
- Μείωση των καρδιακών εφεδρειών
- Αύξηση του καρδιακού ρυθμού
- Υπερτροφία
- Αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων
- Αύξηση της υδροστατικής πίεσεως στα τριχοειδή λόγω κατακρατήσεως υγρών και αγγειοσπασμού
- Συγκέντρωση υγρών στο διάμεσο χώρο
- Σχηματισμός οιδήματος
- Μείωση αναπνευστικών εφεδρειών (Pearse & Cowie., 2014).

Όλοι οι προαναφερόμενοι παθογενετικοί παράγοντες απολήγουν στην μείωση της καρδιακής εξωθήσεως και στην αύξηση της καταπονήσεως του μυοκαρδίου. Οι παράγοντες αυτοί προδιαθέτουν σε καρδιακή ανακοπή και μείωση της παροχής αίματος στην περιφέρεια (Pearse & Cowie., 2014).

1.4. ΑΙΤΙΑ

Συχνή αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος. Ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να νεκρώσει τμήμα της καρδιάς και κατ'επέκταση τη λειτουργικότητά της (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

Οι περισσότερες δομικές καρδιακές βλάβες, όπως βαλβιδοπάθειες αλλά και λοιμώξεις του μυοκαρδίου, είναι αναγνωρισμένα αίτια καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης, εξίσου σημαντικό αίτιο μπορεί να είναι και μία χρόνια αρρυθμιστή πάθηση, όπως η υπέρταση η οποία επί χρόνια καταπονεί την καρδιά, την εξαντλεί και καταλήγει σε αδυναμία της λειτουργικότητάς της (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

Οι κυριότερες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν καρδιακή ανεπάρκεια περιλαμβάνουν:

- Στένωση των αρτηριών που τροφοδοτούν με αίμα την καρδιά
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Βαλβίδες της καρδιάς οι οποίες παρουσιάζουν πρόβλημα
- Βλάβες της καρδιάς και κυρίως του μυός
- Βλάβες της καρδιάς εκ γενετής
- Μικροβιακές λοιμώξεις της βαλβίδας ή της καρδιάς
- Υπερθυρεοειδισμός
- Αλκοολισμός (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί από:

- Ισχαιμική καρδιοπάθεια, διατατική μυοκαρδιοπάθεια, μυοκαρδίτιδες κα. Οι οποίες προκαλούν γενικευμένη ή τοπική ελάττωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου

- Παθήσεις που προκαλούν αύξηση του μεταφόρτιου, όπως αρτηριακή υπέρταση, στένωση της αορτής, στένωση ισθμού της αορτής κα.
- Παθήσεις που προκαλούν αύξηση του προφόρτιου, όπως ανεπάρκεια της αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς, ανεπάρκεια τριγλώχινας, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, ανοικτός αρτηριακός πόρος κα.
- Παθήσεις που προκαλούν ελάττωση της κοιλιακής πλήρωσης, όπως στένωση μιτροειδούς, συμπίεστική περικαρδίτιδα, ενδοκοιλιακός όγκος κα.
- Αρρυθμίες με μεγάλη αύξηση ή ελάττωση της καρδιακής συχνότητας (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

1.5. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία και χαρακτηρίζονται ως προδιαθεσικοί είναι:

- Η λοίμωξη
- Η αναιμία
- Η θυρεωτοξίκωση και κύηση
- Οι αρρυθμίες
- Η ρευματική και άλλες μορφές μυοκαρδίτιδας
- Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα
- Η κατάχρηση σωματικής άσκησης, τροφών, υγρών, περιβαλλοντικοί και συγκινησιακοί παράγοντες
- Η αρτηριακή υπέρταση
- Το έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Η πνευμονική εμβολή (Pearse & Cowie., 2014).

1.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητά της αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια στο δυτικό κόσμο. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που επιβιώνουν σήμερα από καρδιακή προσβολή και

η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, συμβάλλουν στη συνολική αύξηση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (Λαμπρινού & Καλογήρου., 2010).

Η καρδιακή ανεπάρκεια έχει επιπολασμό πάνω από 20 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως. Υπάρχει αυξανόμενη τάση των ασθενών λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός είναι περίπου στο 1,5% του γενικού πληθυσμού και καταγράφονται 13-17 νέα περιστατικά ανά 10.000 κατοίκους κάθε χρόνο, ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 65 έτη (Λαμπρινού & Καλογήρου., 2010).

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πιθανότατα υπάρχουν 200.000 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και 30.000 περίπου νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια κακοήθης νόσος, πολλές φορές με χειρότερη πρόγνωση ακόμη και από τον καρκίνο. Αρκεί να σκεφθεί κανείς ότι η επιβίωση των ασθενών με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια στα 4 έτη είναι μόλις 50% (Λαμπρινού & Καλογήρου., 2010).

1.7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στα αρχικά στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας παρουσιάζονται:

- Εύκολη κόπωση
- Δυσκολία αναπνοής κατά την άσκηση
- Αίσθημα παλμών
- Αδυναμία, κόπωση ή ζάλη (Metra & Teerlink., 2017).

Όταν υπάρξει έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας της καρδιάς παρουσιάζονται:

- Κόπωση
- Δύσπνοια κατά τη προσπάθεια
- Οιδήματα κάτω άκρων
- Αύξηση σωματικού βάρους
- Δυσκολία κατά τον ύπνο
- Βήχας
- Καρδιακές αρρυθμίες
- Ψυχρά άνω και κάτω άκρα

- Αίσθημα δυσφορίας
- Μετεωρισμός κοιλίας (Metra & Teerlink., 2017).

1.8. ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας εξαρτώνται από την έκταση της υποκείμενης διαταραχής και την έκταση της εγκατάστασης από την οποία καθορίζεται και η συμμετοχή των αντιρροπιστικών μηχανισμών. Στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια υπάρχει ταχύτητα των παθοφυσιολογικών μεταβολών ενώ στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια υπάρχουν αντιρροπιστικοί μηχανισμοί (Delgado III & Willerson., 1999).

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζεται ξαφνικά και τα συμπτώματα είναι αρχικά σοβαρά. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να είναι συνέπεια καρδιακής προσβολής, η οποία έχει προκαλέσει βλάβη σε μια περιοχή της καρδιάς σας. Μπορεί επίσης να προκληθεί από μια ξαφνική αδυναμία του σώματος να αντισταθμίσει τη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Εάν εμφανίσετε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, μπορεί να είναι σοβαρή αρχικά, αλλά μπορεί να διαρκέσει για μικρό χρονικό διάστημα και να βελτιωθεί γρήγορα (Delgado III & Willerson., 1999).

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολύ συχνή. Τα συμπτώματα εμφανίζονται αργά με την πάροδο του χρόνου και σταδιακά επιδεινώνονται (Delgado III & Willerson., 1999).

1.9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η επιβίωση των ασθενών εξαρτάται από τα αίτια που έχουν προκαλέσει την καρδιακή ανεπάρκεια και από την εμφάνιση επιπλοκών. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως από οξύ πνευμονικό οίδημα, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική ή εγκεφαλική βλάβη, βρογχοπνευμονία, ουραιμία και σοβαρές αρρυθμίες. Όταν η αιτιολογική πάθηση αντιμετωπιστεί έγκαιρα με φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση τότε η επιβίωση είναι μακρά (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

1.10. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Στην καρδιακή ανεπάρκεια λόγω της μειωμένης προσφοράς αίματος στα όργανα εμφανίζεται αργότερα και νεφρική ανεπάρκεια. Επίσης εμφανίζεται ηπατική ανεπάρκεια κυρίως λόγω συμφορήσεως του αίματος σ' αυτό και επιπλέον αρρυθμίες κυρίως λόγω του ότι και τα κύτταρα της καρδιάς τροφοδοτούνται με λιγότερο οξυγόνο από όσο χρειάζονται (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

Επιπλέον εμφανίζεται λειτουργική ανεπάρκεια της μιτροειδούς και της τριγλώχινος βαλβίδας, λόγω διάτασης της αριστερής κοιλίας αρχικά και της δεξιάς κοιλίας αργότερα. Αυτή η διάταση διαστέλλει την βάση από όπου εκφύονται οι βαλβίδες, οπότε όταν κλείνουν αυτές δεν εφάπτονται πλήρως τα φύλλα τους και από την χαραμάδα που παραμένει, επιστρέφει αίμα από τις κοιλίες προς τα πίσω στους κόλπους. Βλέπουμε ότι έτσι δυστυχώς δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που επιδεινώνει την καρδιακή ανεπάρκεια (Gedela, Khan & Jonsson., 2015).

1.11. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Υπάρχουν τέσσερα λειτουργικά στάδια ανάλογα με τα συμπτώματα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά NYHA (New York Heart Association) (Inamdar & Inamdar., 2016).

- Στάδιο A: ασθενείς που είναι υψηλού κινδύνου εμφανίζουν καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά δεν παρουσιάζουν καμία δομική καρδιακή ανωμαλία
- Στάδιο B: ασθενείς που έχουν κάποια δομική ανωμαλία της καρδιάς αλλά δεν έχουν εμφανίσει ποτέ κλινικές εκδηλώσεις
- Στάδιο C: ασθενείς που παρουσιάζουν τρεχόντως ή είχαν αναπτύξει στο παρελθόν κλινικές εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας και έχουν δομικές ανωμαλίες της καρδιάς
- Στάδιο D: ασθενείς σε τελικό στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας που έχουν ανάγκη από εξειδικευμένες στρατηγικές όπως: μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας, συνεχής ενδοφλέβια έγχυση ινοτρόπων, μεταμόσχευση καρδιάς ή φροντίδα σε νοσοκομείο (Inamdar & Inamdar., 2016).

1.12. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η καρδιακή απεικόνιση παίζει κεντρικό ρόλο στη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και την καθοδήγηση της θεραπείας. Από τις διαθέσιμες απεικονιστικές μεθόδους, ο υπέρηχος καρδιάς, είναι η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση σε ασθενείς στους οποίους υποπτευόμαστε καρδιακή ανεπάρκεια. καθώς είναι εύκολα διαθέσιμη και χαρακτηρίζεται από ακρίβεια, ασφάλεια και χαμηλό κόστος (Metra & Teerlink., 2017).

Άλλες απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις είναι συμπληρωματικές και γίνονται όταν υπάρχει σαφής ένδειξη και με στόχο να απαντηθούν συγκεκριμένα κλινικά ερωτήματα (Metra & Teerlink., 2017).

- Ακτινογραφία θώρακος: δείχνει το μέγεθος και το σχήμα της καρδιάς, καθώς και τα μεγάλα αγγεία μέσα στο θώρακα
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα: είναι η απεικόνιση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς σε ειδικό χαρτί. Βοηθάει στη διάγνωση υποκείμενων νοσημάτων και παρέχει πληροφορίες για το μέγεθος της καρδιάς
- Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς: δεν απαιτείται ως εξέταση ρουτίνας στην εκτίμηση της καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο σε ειδικές περιπτώσεις, όπως σε ασθενείς, με βαλβιδοπάθεια, με υποψία αορτικού διαχωρισμού, ενδοκαρδίτιδας ή συγγενούς καρδιοπάθειας, καθώς και στον αποκλεισμό παρουσίας θρόμβου εντός του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή στους οποίους απαιτείται καρδιομετατροπή
- Υπερηχογράφημα καρδιάς – triplex: παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις διαστάσεις των καρδιακών κοιλοτήτων, τη λειτουργία των βαλβίδων, γίνεται μέτρηση του κλάσματος εξώθησης και μας δείχνει τη κινητικότητα των διαφόρων τμημάτων της καρδιάς
- Δυναμικό υπερηχογράφημα καρδιάς: μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση προκλητής ισχαιμίας, βιωσιμότητας μυοκαρδίου ή βαρύτητας μίας βαλβιδοπάθειας. Εφαρμόζεται είτε φαρμακευτικά είτε με σωματική κόπωση
- Μαγνητική τομογραφία καρδιάς: θεωρείται η καλύτερη εναλλακτική απεικονιστική μέθοδος σε ασθενείς με μη διαγνωστικά υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα (κυρίως για την απεικόνιση της δεξιάς

κοιλίας) και είναι η εξέταση εκλογής σε ασθενείς με σύμπλοκες συγγενείς καρδιοπάθειες. Επίσης, μπορεί να συμβάλλει στον καθορισμό της αιτιολογίας της καρδιακής ανεπάρκειας ιδιαίτερα στην μυοκαρδίτιδα, την αμυλοείδωση, τη σαρκοείδωση και άλλες σπανιότερες παθήσεις. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση της καθώς είναι μια εξέταση που δεν είναι εύκολα διαθέσιμη, απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό, έχει υψηλό κόστος και αμφισβητείται η ασφάλειά της σε ασθενείς με μεταλλικά εμφυτεύματα (πχ μεταλλικές βαλβίδες)

- Αξονική τομογραφία καρδιάς: χρησιμοποιείται εναλλακτικά για την απεικόνιση της ανατομίας των στεφανιαίων αγγείων, προκειμένου να αποφευχθούν οι επεμβατικές μέθοδοι σε ασθενείς με χαμηλή-μέτρια πιθανότητα να έχουν στεφανιαία νόσο ή σε ασθενείς με αμφίβολα ευρήματα λειτουργικών δοκιμασιών. Στόχος είναι να αποκλειστεί η στεφανιαία νόσος ως αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας
- Δοκιμασία κοπώσεως: κατά τη δοκιμασία κοπώσεως ελέγχεται η λειτουργία της καρδιάς κατά την άσκηση
- Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου: είναι μία απεικονιστική τεχνική με την οποία ελέγχεται η αιμάτωση του καρδιακού μυ
- Στεφανιογραφία: είναι μία εξέταση με την οποία σκιαγραφούνται οι στεφανιαίες αρτηρίες, εκεί παρατηρείται η μορφολογία και η ανατομία των στεφανιαίων αρτηριών και διαπιστώνονται τυχόν στενώσεις (Metra & Teerlink., 2017).

1.13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τα σημαντικά στάδια στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των υποκείμενων νοσημάτων τα οποία ευθύνονται για την εκδήλωση της νόσου. Η θεραπεία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στοχεύει στη βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης, της λειτουργικής τους ικανότητας και της ποιότητας ζωής τους, στο να αποτρέψει τις νοσηλείες σε νοσοκομεία και να μειώσει τη θνητότητα (Gomberg-Maitland, Baram & Fuster., 2014).

Ουσιαστικές τροποποιήσεις στον καθημερινό τρόπο ζωής μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας:

- Αρχικά η διακοπή του καπνίσματος προστατεύει τα στεφανιαία αγγεία, μειώνει την αρτηριακή πίεση και το καρδιακό έργο
- Επιπλέον, η ρύθμιση του σωματικού βάρους ως επίσης και ο καθημερινός περιορισμός λήψης κορεσμένων λιπαρών οξέων και χοληστερόλης -ως επιβαρυντικοί παράγοντες για στεφανιαία νόσο- μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας
- Σαφής σύσταση δίνεται για περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ στις περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας αφού, αφενός η χρήση του αλληλεπιδρά με την εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή, αφετέρου αποδυναμώνει τον καρδιακό μυ και επίσης αυξάνει τον αρρυθμολογικό κίνδυνο
- Σε σοβαρές περιπτώσεις συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας συνιστάται περιορισμός των υγρών και του άλατος, αφού έμμεσα οδηγεί σε κατακράτηση υγρών. Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια η συνιστώμενη καθημερινή πρόσληψη άλατος δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2mg
- Εάν συνυπάρχει αρτηριακή υπέρταση ή ο ασθενής είναι μεγαλύτερος από 50 ετών ο στόχος είναι 1,5 mg ημερήσια πρόσληψη άλατος
- Η αεροβική άσκηση βοηθά ουσιαστικά στη μείωση των αναγκών του μυοκαρδιακού ιστού
- Η αποφυγή έντονου συγκινησιακού φορτίου και στρεσογόνων παραγόντων οδηγεί ουσιαστικά στη μείωση του καρδιακού έργου, επομένως στη σταθεροποίηση και βελτίωση της νόσου
- Σε περιπτώσεις απνοϊκών κρίσεων κατά τη διάρκεια του ύπνου θα πρέπει να γίνει η σχετική μελέτη ύπνου και να δοθούν οι ανάλογες οδηγίες (Gomberg-Maitland, Baram & Fuster., 2014).

Τα νοσήματα των καρδιακών βαλβίδων που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο αντιμετωπίζονται κυρίως με χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδας. Η αντιμετώπιση των αρρυθμιών στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι σημαντική διότι προκαλούν επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου και επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας (Gomberg-Maitland, Baram & Fuster., 2014).

Η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στοχεύει στη μείωση του συνολικού κινδύνου, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην παράταση της επιβίωσης. Οι κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται είναι οι ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης – αγγειοτασίνης – αλδοστερόνης, β-αποκλειστές, διουρητικά, δακτυλίτιδα και αντιπηκτικά (Gomberg-Maitland, Baram & Fuster., 2014).

Η χειρουργική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας έχει σαν στόχο να σταματήσει τη περαιτέρω επιβάρυνση της καρδιάς και τη βελτίωση της λειτουργίας της. Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας περιλαμβάνουν:

- Υψηλού κινδύνου συμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις: αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντιμετώπιση βαλβιδοπάθειας
- Χειρουργική στη αριστερή κοιλία: επανορθωτική χειρουργική αριστερής κοιλίας, εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης αριστερής κοιλίας και μεταμόσχευση καρδιάς (Gomberg-Maitland, Baram & Fuster., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική του φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή με συνέπεια η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (Walker, Clendon & Nelson., 2015).

2.2. ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή που πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια:

- Μείωση του φόρτου της κυκλοφορίας του αίματος
- Ενίσχυση της κοιλιακής συστολής
- Αντιμετώπιση ή πρόληψη επιπλοκών
- Περιορισμός μεγάλης συσσωρεύσεων υγρών του σώματος (Grange., 2005).

Βασικό είναι ο ασθενής να βρίσκεται σε φυσική και συναισθηματική ανάπαυση. Η ανάπαυση μειώνει τις απαιτήσεις των ιστών σε οξυγόνο καθώς και τη δημιουργία και απομάκρυνση των μεταβολιτών (Grange., 2005).

2.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Η συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή θα πρέπει να γίνει από τον ιατρικό φάκελο, τη λογοδοσία, το προσωπικό, τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένεια του. Πριν από την έναρξη λήψης το νοσηλευτικού ιστορικού απαιτείται η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή (Craig, 2007).

Η επικοινωνία επιδρά θετικά ή αρνητικά στους ανθρώπους. Όταν μεταβιβάζει μηνύματα όπως ελπίδας, αισιοδοξίας, ψυχολογικής ενίσχυσης, μπορεί να χρησιμεύσει σαν θεραπευτικό μέσο. Αν όμως εκδηλώσει κριτική και απόρριψη μπορεί να προκαλέσει άγχος, ψυχικά τραύματα μέχρι και ψυχικές διαταραχές (Craig, 2007).

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς σχετίζεται κατά βάση με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και την περιγραφή των διαδικασιών στις οποίες υποβλήθηκε παράλληλα, τα συναισθήματα του και τις εμπειρίες που βίωσε (Craig, 2007).

Κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει υπόψη του τον τρόπο αντίδρασης του ασθενή, την αμηχανία που μπορεί να νιώθει, τον τρόπο που μιλάει και συμπεριφέρεται. Είναι σημαντικό να μπορεί ο νοσηλευτής να διακρίνει το ψεύτικο από τον αληθινό τρόπο επικοινωνίας (Craig, 2007).

2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο ασθενής με καρδιακή ανεπάρκεια έχει πολλές εισαγωγές στην καρδιολογική κλινική αλλά και στα επεμβατικά τμήματα όπως είναι το καρδιοχειρουργικό. Η περίοδος που είναι ο ασθενής στο τμήμα, είναι μία ευκαιρία για το νοσηλευτή να γνωρίσει τον ασθενή ώστε να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις που θα βοηθήσουν σημαντικά στην πορεία της εξέλιξης του ασθενή (Riley, J. et al., 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας, αλλά δεν είναι πάντα εύκολο. Ο ασθενής από προηγούμενες εμπειρίες στον νοσοκομείο μπορεί να έχει ευχάριστες ή δυσάρεστες εμπειρίες και ανάλογη είναι και η συμπεριφορά του. Σε όλα αυτά προστίθενται και η ευερεθιστότητα και η συναισθηματική φόρτιση τα οποία αποδίδονται σε φυσικά αίτια όπως η παρουσία και η παράταση της ασθένειας (Riley, J. et al., 2016).

Η ανησυχία που παρουσιάζει ο ασθενής ενδέχεται να εμφανιστεί ως ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απόσυρση, αθυμία και απροθυμία επικοινωνίας που καθιστούν δύσκολη τη σχέση του ασθενή με το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσεγγίζει τον ασθενή σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον, με κατανόηση, με υπομονή, με

ενθάρρυνση, να απαντά στις ερωτήσεις που έχει και να υπάρχει εμπιστοσύνη (Riley, J. et al., 2016).

Στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς σημαντικό ρόλο έχει και η εκπαίδευση του ασθενή η οποία μειώνει την ανησυχία, την αγωνία, την ένταση και το στρες με σκοπό να προσπαθεί ο ασθενής να αντιμετωπίσει με φυσιολογικό τρόπο την κατάσταση της ασθένειάς του. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, αυτό δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς (Riley, J. et al., 2016).

Ο ασθενής βιώνει το φόβο, σε πολλές περιπτώσεις όμως δεν εκδηλώνεται λεκτικά και κυριαρχεί η αμυντική στάση. Ο νοσηλευτής που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή πρέπει να εντοπίσει τις μη λεκτικές εκδηλώσεις του φόβου πχ. μορφασμοί, αμυντική στάση σώματος, τρεμάμενη φωνή, αποφυγή σωματικής επαφής κα. ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται συνεχώς στο να εκφράσει τον φόβο του και τις ανησυχίες του (Riley, J. et al., 2016).

Η παραπομπή του ασθενούς σε ενδονοσοκομειακές ή εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να γίνεται. Στις υπηρεσίες αυτές υπάρχουν κατάλληλα εκπαιδευμένοι και έμπειροι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να διαγνώσουν έγκαιρα τη συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς (Riley, J. et al., 2016).

2.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

Η ενδυνάμωση είναι η ικανότητα που μπορεί να διαθέτει ένα άτομο να υποκινεί – παρακινεί τον εαυτό του και τους ασθενείς. Ο νοσηλευτής δεσμεύεται εθελοντικά χωρίς να εξαναγκάζεται ή να ανατίθεται ή επιβάλλεται ο τρόπος της ενδυνάμωσης. Μέσο της ενδυνάμωσης είναι η αυτό-υποκίνηση και η αυτό-καθοδήγηση (Radhakrishnan & Anuchithra., 2016).

Η ενδυνάμωση ασθενούς ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς και των νοσηλευτών στην επιλογή διαχειριστικών αποφάσεων, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν αποφάσεις και επιλογές, κατόπιν ωφέλιμων για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Η ενδυνάμωση ασθενούς είναι μία φιλοσοφία όπου οι ασθενείς είναι ενεργοί

συμμετέχοντες στην διαδικασία της φροντίδας και όχι παθητικοί δέκτες αυτής και για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένοι αναφορικά με όλες τις παραμέτρους που αφορούν την υγεία τους, τη φυσική τους κατάσταση και το στάδιο της νόσου ώστε να αποκομίσουν το μεγαλύτερο δυνατόν όφελος στο πλαίσιο των κοινωνικών τους απαιτήσεων. Οι ενδυναμωμένοι ασθενείς θα αντιλαμβάνονται καλύτερα τον τρόπο να εξελιχθούν (Radhakrishnan & Anuchithra., 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επίδραση της ποιότητας ζωής του ασθενή, στην αυτοφροντίδα και στην ενδυνάμωση του ασθενή είναι ανάλογος με την εκπαίδευση τους στην διαχείριση αλλά και στην εκπαίδευση των ασθενών (Radhakrishnan & Anuchithra., 2016).

Η ενθάρρυνση της συμμετοχής των νοσηλευτών στις συναντήσεις με τους ασθενείς, με την συναίνεση τους έτσι ώστε να μπορούν να αντιληφθούν και να λάβουν τις απαραίτητες πληροφορίες από τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι μπορούν καλύτερα να κατανοήσουν τα βιώματα και τα συμπτώματα του ασθενούς αλλά και να κάνουν οι ίδιοι ερωτήσεις και σχόλια (Radhakrishnan & Anuchithra., 2016).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να λογίζονται σαν μία προέκταση του νοσούντος και όχι σαν μία ξεχωριστή οντότητα. Δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι οι επαγγελματίες υγείας φέρνουν πολύ σημαντικό φορτίο της νόσου του ασθενούς, εφόσον αισθάνονται συνεχώς υπεύθυνοι για την παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς, εξαντλώντας τις δικές τους εφεδρείες και καταλήγοντας με μεγάλη κόπωση που επέρχεται από την επιδείνωση της νόσου έτσι πολλές φορές μπορεί να χαρακτηριστούν κρυφοί ασθενείς που χρειάζονται υποστήριξη (Isokaanta & Johansson., 2006).

Η ενθάρρυνση θεωρείται αναγκαία και απαραίτητη, διότι οδηγεί το άτομο στην αξιοποίηση των δεξιοτήτων του, στην ανανέωση των δυνάμεών του και το οδηγεί στην επιτυχία. Είναι περισσότερο αποτελεσματική, όταν συνοδεύεται από επιδοκιμασία, διότι ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της μάθησης του αρρώστου έχει ως βασική αρχή να δίδει έμφαση στις ικανότητες του αρρώστου και όχι στις αδυναμίες του (Isokaanta & Johansson., 2006).

Ο καλύτερος τρόπος να μάθει ο άρρωστος είναι να του δοθεί η ευκαιρία της αυτενέργειας και η δυνατότητα να λύνει τις απορίες του, ενώ ο νοσηλευτής τον καθοδηγεί. Έτσι ο ασθενής ενθαρρύνεται και επιβραβεύεται σε κάθε του προσπάθεια.

Έτσι η υποστηρικτική-εκπαιδευτική φροντίδα του αρρώστου για τη συμμετοχή της οικογένειας, για να μάθει να εκτελεί θεραπευτικά προσανατολισμένη αυτό- φροντίδα μπορεί να τον βοηθήσει στη μεγαλύτερη ανεξαρτησία του. Το αποτέλεσμα αυτής της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ευεργετικό, διότι ελαχιστοποιεί τη συναισθηματική κατάπτωση και βοηθά τα άτομα να αποκτούν μια ρεαλιστική επίγνωση της υπολειμματικής τους ικανότητας (Radhakrishnan & Anuchithra., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο – Η ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αυτοφροντίδα ορίζεται το σύνολο ενεργειών που πράττονται από τους πολίτες, τις οικογένειες ή και από την κοινότητα με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ποιότητας υγείας των ασθενών (Omisakin & Ncama., 2011).

Η αυτοφροντίδα επικεντρώνεται στην ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της χρόνιας νόσου στην υγεία των ασθενών και ενισχύει τους ίδιους στην αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στην ποιότητα ζωής τους (Omisakin & Ncama., 2011).

Η θεωρία της αυτοφροντίδας δέχεται τον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία και τον εμπλουτίζει αναφέροντας ότι είναι η κατάσταση ευεξίας, η οποία σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου για την κατάστασή/ύπαρξή του, με τα αισθήματα ευχαρίστησης, ευτυχίας, απόλαυσης και προσδιορίζεται ως έννοια υποκειμενική (Omisakin & Ncama., 2011).

Το περιβάλλον είναι οτιδήποτε περιβάλλει το άτομο και το οποίο μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του για τη διεκπεραίωση δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας. Διακρίνεται σε α) φυσικό, χημικό και βιολογικό το οποίο περιλαμβάνει παράγοντες όπως η ατμόσφαιρα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, τα κατοικίδια, τις καιρικές συνθήκες, τα μικρόβια, και σε β) κοινωνικοοικονομικό και κοινωνικοπολιτισμικό, τα οποία περιλαμβάνουν παράγοντες από την οικογένεια και την κοινότητα όπως το φύλο και η ηλικία, οι ρόλοι, η κουλτούρα, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, οι πόροι της οικογένειας (Omisakin & Ncama., 2011).

Η νοσηλευτική αναφέρεται στις ενέργειες ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων ικανών να βοηθήσουν το άτομο ή άλλα άτομα να αντιμετωπίσουν πραγματικό ή πιθανό έλλειμμα αυτοφροντίδας καθώς και να βοηθήσουν να διατηρήσουν ή να αλλάξουν τον εαυτό τους ή το περιβάλλον τους (Omisakin & Ncama., 2011).

Βασικές προτάσεις της Orem για τη θεωρία της αυτοφροντίδας είναι :

- Η αυτοφροντίδα είναι μια εκλογικευμένη ανθρώπινη ρυθμιστική λειτουργία η οποία εκτελείται σκόπιμα με κάποιο βαθμό ολοκλήρωσης και αποτελεσματικότητας.
- Η αυτοφροντίδα είναι μια σκόπιμη και κατευθυνόμενη δράση η οποία επηρεάζεται από τη γνώση του ατόμου για το πώς η ανθρώπινη λειτουργία και ανάπτυξη μπορούν και πρέπει να διατηρηθούν σε ένα εύρος το οποίο είναι συμβατό με την ανθρώπινη ζωή και προσωπική υγεία και ευεξία κάτω από τις δεδομένες συνθήκες και περιστάσεις.
- Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει τη χρήση των απαραίτητων υλικών πόρων και ενέργειας με σκοπό να διασφαλιστούν οι πόροι και τα εφόδια που χρειάζονται για να λάβουν χώρα οι εσωτερικές λειτουργίες και η ανάπτυξη, για την εγκαθίδρυση και διατήρηση μιας ουσιαστικής και ασφαλούς σχέσης με το περιβάλλον.
- Η αυτοφροντίδα προσανατολίζεται σε εξωτερικές παρατηρήσιμες καταστάσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα των επιλογών και των ενεργειών των ατόμων πάνω στον εαυτό τους ή το περιβάλλον τους.
- Η αυτοφροντίδα η οποία προσανατολίζεται σε εσωτερικά αυτοελεγχόμενες ενέργειες, δεν είναι αισθητή και μπορεί να διδαχθεί από άλλα άτομα με την αναζήτηση των κατάλληλων πληροφοριών. Το άτομο που εκτελεί τις ενέργειες μπορεί να γνωρίζει ή να μην γνωρίζει τους λόγους εκτέλεσής τους και τις συνέπειές τους.
- Η αυτοφροντίδα η οποία διενεργείται στο χρόνο, μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένα σύνολο ενεργειών αυτοφροντίδας, οπότε υπάρχει επίγνωση των διαφορετικών ενεργειών και φροντίδων που διεξάγονται καθώς και των μεταξύ τους σχέσεων (Parissopoulos & Kotzabassaki., 2004).

Οι επαγγελματίες υγείας και οι φροντιστές εργάζονται σε συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στο πλαίσιο του μοντέλου η προσπάθεια επικεντρώνεται στον ασθενή και δημιουργούνται δυναμικές σχέσεις με τη διεπαγγελματική ομάδα και που δεν περιορίζεται σε μια απλή μεμονωμένη ευκαιριακή επίσκεψη. Είναι απαραίτητη η διαμόρφωση πρωτοκόλλων επίσκεψης στο σπίτι για την παροχή εργαλείων και καθοδήγησης ώστε οι ίδιοι ασθενείς να μπορούν να παρακολουθούν την πρόοδό τους, να ζητούν βοήθεια και να εκτελούν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας και φροντιστών (Carter., 1998).

Η ανάγκη για νοσηλεία ενός ασθενή προκύπτει όταν τα άτομα (ή συγγενείς τους και φιλικά πρόσωπα) παρουσιάζονται ως μη ικανοί να διατηρήσουν τη λεγόμενη «ισορροπία» μεταξύ της ικανότητας για αυτό-φροντίδα και των εξελισσόμενων ή μεταβαλλόμενων απαιτήσεων για τη διατήρηση αυτής της ικανότητας. Όταν οι απαιτήσεις για αυτό-φροντίδα είναι περισσότερες από τις ικανότητες για αυτό-φροντίδα, τότε απαιτείται η υποστήριξη του ασθενή στο σπίτι (Carter., 1998).

Οι ασθενείς πρέπει να «κινητοποιούνται», δηλαδή να ενεργοποιούνται ώστε να κατανοούν τον κεντρικό τους ρόλο στη διαχείριση της ασθένειάς τους και να έχουν τη θετική στάση που απαιτείται ώστε να παίξουν αυτόν τον ρόλο. Η προοπτική της «αλληλεπίδρασης» είναι σημαντική, διότι οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ομαδικές συνεδρίες, τηλεφωνικές κλήσεις ή ακόμη και σε απευθείας σύνδεση διαβουλεύσεων (Carter., 1998).

Η αυτοφροντίδα αναφέρεται στην υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης στην αντιμετώπιση μιας νόσου αλλά επίσης και στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων για την υγεία και την ευημερία. Ο χώρος της δράσης με αυτήν τη διευρυμένη έννοια της αυτοδιαχείρισης περιλαμβάνει στρατηγικές στην κοινότητα όπως επίσης και στο σύστημα υγείας (Parissopoulos & Kotzabassaki., 2004).

Η ανάγκη για νοσηλεία ενός ασθενή προκύπτει όταν ο ασθενής ή οι συγγενείς του ή τα φιλικά του πρόσωπα, παρουσιάζονται ως μη ικανοί να διατηρήσουν την λεγόμενη «ισορροπία» μεταξύ της ικανότητας για αυτό-φροντίδα και των εξελισσόμενων - μεταβαλλόμενων απαιτήσεων για τη διατήρηση αυτής της ικανότητας. Όταν οι απαιτήσεις για αυτοφροντίδα είναι περισσότερες από τις ικανότητες για αυτοφροντίδα, η νοσηλεία επιβάλλεται. Προς το σκοπό αυτό οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται με στόχο να αποκατασταθεί η ισορροπία μεταξύ ικανοτήτων και απαιτήσεων που δημιουργούνται (Carter., 1998).

Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η αυτοφροντίδα είναι απαραίτητο ο ασθενής να έχει πρόσβαση σε πόρους και εφόδια. Η αυτοφροντίδα δεν εξαρτάται μόνο από εξωτερικούς παράγοντες αλλά υπάρχουν και εσωτερικές αυτοελεγχόμενες ενέργειες και αυτό πραγματοποιείται μέσω της εκπαίδευσης και της διδασκαλίας αλλά και από τη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών (Parissopoulos & Kotzabassaki., 2004).

3.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ – OREM

Η θεωρία της Orem βασίζεται στην υπόθεση ότι οι ανάγκες και οι δραστηριότητες της αυτοφροντίδας είναι ο πρωταρχικός στόχος της άσκησης της νοσηλευτικής. Η Orem περιέγραψε τη γενική της θεωρία σχετικά με τη νοσηλευτική και δήλωσε ότι αυτή η γενική θεωρία είναι στην πραγματικότητα ένας συνδυασμός των ακόλουθων θεωριών: τη θεωρία της έλλειψης αυτοφροντίδας, η οποία παρέχει τα κριτήρια για την αναγνώριση των ατόμων που χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας, τη θεωρία της αυτοφροντίδας, που ερμήνευε την έννοια της αυτοφροντίδας και της αναγκαιότητας της, τη θεωρία των νοσηλευτικών συστημάτων, η οποία προσδιορίζει το ρόλο της νοσηλευτικής σε ότι αφορά την παροχή φροντίδας και τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική βοηθά τους ανθρώπους (Nies & McEwen., 2011).

Οι βασικές έννοιες αυτής της θεωρίας ανέκλυαν παρατηρώντας τη χρονολογική σειρά των γεγονότων που αφορούν την ασθένεια, σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Η θεωρία βασίζεται στην υπόθεση ότι η νοσηλευτική είναι η απάντηση στην αδυναμία του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του. Η νοσηλευτική αναλαμβάνει το ρόλο να εκτελεί ένα μέρος ή και το σύνολο των δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας, για λογαριασμό του ασθενούς (Nies & McEwen., 2011).

Μερικές από τις έννοιες της θεωρίας είναι τόσο άρρηκτα συνδεδεμένες με τον ατομοκεντρικό προσανατολισμό στη νόσο που η εφαρμογή τους στον πληθυσμό μπορεί να είναι ανεπιτυχής. Οι ατομικές ελλείψεις των ασθενών αποτελούν τον πυρήνα της συγκεκριμένης θεωρίας. Η ικανότητα της να πληροφορεί σχετικά με κοινοτικού επιπέδου προβλήματα και στρατηγικές προαγωγής υγείας είναι περιορισμένη (Nies & McEwen., 2011).

Οι έννοιες από τη θεωρία έλλειψης της αυτοφροντίδας της Orem είναι:

- Αυτοφροντίδα: οι ενέργειες που έχουν ως κέντρο τον εαυτό ή το περιβάλλον και ως στόχο τη ρύθμιση της λειτουργικότητας ενός ατόμου προς το συμφέρον της ζωής του, της άρτιας λειτουργικότητας και της ευεξίας του.

- Ανάγκη θεραπευτικής αυτοφροντίδας: τα μέτρα φροντίδας που ενίοτε απαιτούνται, ώστε να εκπληρωθούν οι υπάρχουσες προϋποθέσεις ρυθμιστικής δράσης για τη διατήρηση της ζωής και τη διατήρηση ή την προαγωγή υγείας, της ανάπτυξης και της γενικής ευεξίας.
- Δράση αυτοφροντίδας: η σύνθετη ικανότητα για δράση, η οποία ενεργοποιείται κατά την εκτέλεση πράξεων ή λειτουργιών αυτοφροντίδας
- Έλλειμμα αυτοφροντίδας: η σχέση μεταξύ των ενεργειών αυτοφροντίδας και της ανάγκης για θεραπευτική αυτοφροντίδα κατά την οποία η πράξη αυτοφροντίδας δεν επαρκεί για τη κάλυψη της δεδομένης ανάγκης θεραπευτικής αυτοφροντίδας.
- Νοσηλευτική δράση: η σύνθετη ικανότητα για δράση η οποία ενεργοποιείται από τους νοσηλευτές κατά τον προσδιορισμό των αναγκών, το σχεδιασμό και την άσκηση της νοσηλευτικής για άτομα με διάφορες μορφές ελλειμματικής αυτοφροντίδας.
- Νοσηλευτικό σύστημα: μία συνεχής σειρά ενεργειών που λαμβάνουν χώρα όταν οι νοσηλευτές ακολουθούν έναν ή περισσότερους τρόπους για να ανταποκριθούν στις δικές τους ενέργειες ή τις ενέργειες των περιθαλπόμενων ατόμων που φροντίζουν και οι οποίες στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών θεραπευτικής αυτοφροντίδας του ατόμου ή στη ρύθμιση των δικών του ενεργειών αυτοφροντίδας (Nies & McEwen., 2011).

Η θεωρία της Orem επικεντρώνεται στην τέχνη και την άσκηση της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική περιγράφεται ως τέχνη που παρέχει βοήθεια με δραστηριότητες αυτοφροντίδας όταν το άτομο είναι αδύναμο να εκτελέσει αυτές τις δραστηριότητες (Underwood., 1990).

Η Orem όταν λέει δραστηριότητες αυτοφροντίδας εννοεί όλες εκείνες τις ενέργειες που το άτομο εισάγει με προσωπική του πρωτοβουλία και εκτελεί προκειμένου να διατηρηθεί όχι μόνο στη ζωή αλλά να διατηρήσει την υγεία και την προσωπική του ευεξία (Underwood., 1990).

Κατά την Orem τα άτομα είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση της υγείας τους και η νοσηλευτική είναι μία διαπροσωπική διαδικασία χορήγησης άμεσης και αναγκαίας βοήθειας σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (Underwood., 1990).

Η ανάπτυξη της ικανότητας για αυτοφροντίδα επιτυγχάνεται μέσω της ευφυΐας, της καθοδήγησης και της εμπειρίας ζωής. Γι' αυτό οι θεραπευτικές τεχνικές βασίζονται περισσότερο στον ασθενή παρά στο νοσηλευτή ενθαρρύνοντας βήματα προς κινητοποίηση και αύξηση της ικανότητας για αυτοθεραπεία (Bozic, Brestovacki-Svitlica & Molutinovic., 2015).

Στις εργασίες της Orem δίνεται ελάχιστη προσοχή στη νοσηλευτική διάγνωση παρότι ο συσχετισμός μεταξύ της διάγνωσης και της νοσηλευτικής διεργασίας είναι προφανής. Ως διαδικασία η διάγνωση είναι μία διεργασία εκτίμησης του ασθενή από το νοσηλευτή, ενώ ως αποτέλεσμα είναι μία διαμορφούμενη κατάσταση σχετικά με τις απαιτήσεις του ασθενή για αυτοφροντίδα και του ατόμου που αναλαμβάνει την αυτοφροντίδα του (Bozic, Brestovacki-Svitlica & Molutinovic., 2015).

Κατά την Orem υπάρχει διαχωρισμός των διαστάσεων, αυτές είναι:

- Η σωματική διάσταση: αφορά τις κατηγορίες αναγκών αυτοφροντίδας όπως αέρα, νερού, τροφής, απέκκρισης, δραστηριότητας, ξεκούρασης και σωματικών κινδύνων. Η εκτίμηση των υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων για κάθε ανάγκη βοηθά το νοσηλευτή να ενισχύσει τον ασθενή ώστε να αναπτύξει ένα άριστο επίπεδο αυτοφροντίδας. Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αποκαταστήσει τις ανάγκες αυτοφροντίδας δίνοντας προσοχή στην αναπνοή, στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, στο μεταβολισμό, στην εντερική λειτουργία, στη δραστηριότητα, στη ξεκούραση και στην προστασία από κινδύνους
- Η συναισθηματική διάσταση: αφορά την ανάγκη για ενίσχυση των δεσμών στοργής, αγάπης, φιλίας, εγγύτητας και στη διαχείριση των ενορμήσεων
- Η γνωσιακή διάσταση: αναπτύσσει τη γνωσιακή διάσταση της αυτοφροντίδας, ο ασθενής μαθαίνει μέσα από τη καθημερινότητα της ζωής. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει με στόχο την πρόληψη γνωσιακών διαταραχών όπως της μνήμης και της μάθησης. Η άριστη λειτουργία ενθαρρύνεται από δραστηριότητες που διεγείρουν, εμπλέκουν και εξισορροπούν γνωστικές ικανότητες. Το σύστημα της Orem δίνει έμφαση στην προληπτική φροντίδα υγείας.
- Η κοινωνική διάσταση: η έννοια της κοινωνικοποίησης αφορά την προετοιμασία του ασθενή για ανάληψη ρόλων. Η δυνατότητα του να δεχθεί ρόλους επηρεάζεται από τη συναισθηματική του κατάσταση, την αυτοϊδέα και

τον τρόπο ζωής. Ο νοσηλευτής μπορεί να επηρεαστεί από τους παράγοντες αυτούς συγχρόνως με την ηλικία του ασθενή, το φύλο, την κουλτούρα, την κοινωνική θέση και τη νόσο.

- Πνευματική διάσταση: αφορά την αναζήτηση ενός φιλοσοφικού νοήματος στη ζωή. Ο στόχος της φροντίδας υγείας είναι να καταστήσει ικανά τα άτομα να κατανοήσουν τη νόσο. Η φιλοσοφία αυτή διδάσκει στον ασθενή να ζει με τα αποτελέσματα από τις παθολογικές καταστάσεις και να αναπτύσσει ένα τρόπο ζωής που προάγει τη συνεχή προσωπική ανάπτυξη (Bozic, Brestovacki-Svitlica & Molutinovic., 2015).

3.3. ΑΝΑΓΚΗ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η αυτοφροντίδα είναι ένα εκπαιδευμένο εργαλείο που επιτρέπει στους ανθρώπους να διατηρούν την υγεία τους και να αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους. Μαζί με την υγειονομική παιδεία, υποστηρίζει έγκαιρη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η αποτελεσματική υποστήριξη της αυτοφροντίδας στοχεύει στο να επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να ζουν ανεξάρτητα (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

Η συχνότητα εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνεται όλο και περισσότερο δεδομένου της αύξησης του μέσου όρου ζωής και της προόδου στη θεραπεία και διάγνωση της στεφανιαίας νόσου (Aghakhani, Maslarpak & Khademvatan., 2017).

Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας έχει στραφεί προς τη διερεύνηση της μείωσης ή και της πρόληψης των επιπλοκών της καρδιακής ανεπάρκειας οι οποίες σχετίζονται με αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ή και του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και συνεπώς την αύξηση των δαπανών για το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας (Aghakhani, Maslarpak & Khademvatan., 2017).

Ο κυριότερος παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην κατά το δυνατόν αποτελεσματικότερη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας δεδομένης της σωστής διάγνωσης και της κατάλληλης αντιμετώπισης είναι η αυτοφροντίδα των ασθενών (Aghakhani, Maslarpak & Khademvatan., 2017).

Η πρόκληση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η ανάπτυξη της ικανότητας των ασθενών να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους, να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται σημεία και συμπτώματα απορρύθμισης, να συμμορφώνονται στην πολυσύνθετη θεραπευτική αγωγή και να τροποποιούν παρούσες συμπεριφορές ή να εφαρμόζουν καινούργιες για τη βελτίωση της υγείας τους και την πρόληψη των επιπλοκών (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

Η φύση και η χρονιότητα της νόσου όπως επίσης και η πολύπλοκη θεραπευτική αγωγή απαιτούν συνδυασμό γνώσεων και μεθοδικής συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας. Πολλές φορές οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία ενεργού συμμετοχής λόγω του ελλείμματος γνώσεων, της απώλειας ενδιαφέροντος για την πορεία της νόσου και της αμφισβήτησης της θεραπείας και της αποτελεσματικότητας της (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

Η ενεργός συμμετοχή των πασχόντων στη θεραπεία ενισχύεται μέσω της λεπτομερούς πληροφόρησης και της αποτελεσματικής εκπαίδευσης. Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας προϋποθέτει την ενίσχυση της αυτοφροντίδας των ασθενών με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής τους (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

Η εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στην αυτοφροντίδα και η ενδυνάμωση τους ξεκινά από το νοσοκομειακό χώρο και συνεχίζεται και μετέπειτα. Η εκπαίδευση κυρίως αποσκοπεί στην αλλαγή συμπεριφορών του ασθενή και στη βελτίωση της φροντίδας που ο ίδιος παρέχει στον εαυτό του. Δεν είναι μόνο η γνώση του πως πράττεται η αυτοφροντίδα αλλά θεωρείται εγκεκριμένη και η τεχνική που την παρέχει. Άλλωστε η αυτοφροντίδα είναι η διατήρηση της υγείας μέσω υγιεινών συνθηκών ώστε να μπορεί η ασθένεια να είναι διαχειρίσιμη καθώς και τα συνοδά προβλήματα που μπορεί να την ακολουθούν (Aghakhani, Maslakpak & Khademvatan., 2017).

Οι ασθενείς που είναι σε μεγάλη ηλικιακή κατηγορία έχουν κακή αυτοφροντίδα συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς. Η μείωση της αυτοφροντίδας οφείλεται συνήθως στη δυσλειτουργία της όρασης, της ακοής και της γνώσης. Η δυσλειτουργία στο γνωστικό επίπεδο επηρεάζει αρνητικά την αφοσίωση των ηλικιωμένων σε μία δραστηριότητα αλλά και στην αυτοπεποίθηση τους. Η ικανότητα του ασθενή στην εμπλοκή του στην αυτοφροντίδα και στην αυτοεξυπηρέτηση επηρεάζεται από

πολλούς παράγοντες. Σημαντικό είναι και η ικανότητα λήψης αποφάσεων που έχει ο κάθε ασθενής ώστε να επηρεάσει την παραγωγή αυτοφροντίδας (Aghakhani, Maslakpak & Khademvatan., 2017).

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες καθώς η ασθένεια τους είναι μία πολύ δύσκολη νόσος με πολλές παρενέργειες. Πολλές φορές οι πάσχοντες δεν είναι συνεπείς στη διατήρηση της αυτοφροντίδας τους σε ικανοποιητικά επίπεδα. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σχετίζονται με το φόρτο των περιορισμών της καρδιακής ανεπάρκειας και την απαίτηση της νόσου σε ήπια άθληση και σε προσεγμένη διατροφή (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να έχουν και γνωστικές διαταραχές. Στις γνωστικές διαταραχές κατατάσσονται οι εξασθενημένες λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως είναι η προσοχή και η μνήμη, η γλώσσα και η μνήμη των εργασιών καθώς και η οπτικοχωρητική αίσθηση. Οι διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε άνοια, σε εγκεφαλικά επεισόδια αλλά και σε διαταραχές μνήμης (Sabry, Mosbah & Ali., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

4.1. Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study

Οι Chew και συν (2019), αναφέρουν ότι η συμπεριφορά στην αυτοφροντίδα είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στη καρδιακή ανεπάρκεια αλλά η απόδοση της παραμένει χαμηλή σε παγκόσμιο επίπεδο. Η μελέτη αυτή βασίζεται στην εκπαίδευση για αυτοφροντίδα και διευκρινίζει τα κίνητρα, τις προκλήσεις και τις εξατομικευμένες στρατηγικές για αυτοφροντίδα. Οι μελλοντικές επεμβάσεις αυτοφροντίδας με επίκεντρο το άτομο θα μπορούσαν να προσαρμοστούν σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης. Η καλύτερη αυτοφροντίδα θα μπορούσε να βελτιώσει τα αποτελέσματα των ασθενών, να μειώσει τη νοσηλεία και να ανακουφίσει την παγκόσμια επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να γενικευτούν σε υγιείς πληθυσμούς ως πρωτογενή πρόληψη.

4.2. Empowered to Self-Care: A Photovoice Study in Patients With Heart Failure

Οι Chew & Lopez (2018), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η νοσηλεία που σχετίζεται με τη καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να αποφευχθεί αν υπάρχει κατάλληλη αυτοφροντίδα. Η μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει την προώθηση της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα θέματα που προέκυψαν ήταν να γίνει αποδοχή της νέας τους ζωής, η εκτίμηση της ζωής τους, η διατήρηση της ποιότητας της ζωής τους και η δημιουργία νέων στόχων, αυτά θα πραγματοποιηθούν με την ενδυνάμωση των ασθενών για αυτοφροντίδα. Οι συμμετέχοντες ασθενείς είχαν αυτοφροντίδα μέσω ενεργειών και παθητικών διαδικασιών. Η υποστήριξη των ασθενών από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης χρησίμευσε ως παθητική διαδικασία και έδωσε έναυσμα στους ασθενείς να ενδυναμωθούν.

4.3. Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study

Οι Riley, Gabe & Cowie (2013), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η τηλεπαρακολούθηση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τους δίνει τη δυνατότητα αυτοφροντίδας. Η τηλεπαρακολούθηση χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την παροχή δομημένης παρακολούθησης. Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη θνησιμότητα. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη γνώση του βαθμού στον οποίο υποστηρίζει τον ασθενή να αναπτύξει δεξιότητες αυτο-φροντίδας. Οι ασθενείς ανέλαβαν μια ποικιλία δράσεων αυτοφροντίδας. Κατά τη διάρκεια της τρίμηνης συνέντευξης, οι τεχνολογικές δεξιότητες εμφανίστηκαν ιδιαίτερα στους λογαριασμούς ασθενών και χρησιμοποίησαν την τηλεπαρακολούθηση για να διευκολύνουν την επαγγελματική παρακολούθηση. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της εξάμηνης συνέντευξης οι ασθενείς περιέγραψαν πώς χρησιμοποίησαν την τηλεπαρακολούθηση για να υποστηρίξουν τις ενέργειές τους για αυτοφροντίδα. Τέτοιες ενέργειες βασίστηκαν στην κατανόηση της καρδιακής ανεπάρκειας που οι ασθενείς ανέπτυξαν από την προσωπική τους εμπειρία των συμπτωμάτων και την αλληλεπίδρασή τους με την τηλεπαρακολούθηση και τη νοσοκόμα τηλεπαρακολούθησης. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά στις ενέργειες αυτοθεραπείας ανεξάρτητα από την ηλικία των ασθενών, τη σοβαρότητα της καρδιακής ανεπάρκειας τους, από τότε που διαγνώστηκε με καρδιακή ανεπάρκεια ή ζούσε μόνος του. Η πλειονότητα των ασθενών χρησιμοποιούσε τηλεπαρακολούθηση καθημερινά και ανέπτυξε δεξιότητες αυτοφροντίδας για την παρακολούθηση της καρδιακής ανεπάρκειας. Τέτοιες δεξιότητες αναπτύχθηκαν κατά την εξάμηνη χρονική περίοδο της μελέτης. Τα ευρήματά μας δείχνουν πώς οι νοσηλευτές μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς να χρησιμοποιούν τηλεπαρακολούθηση για να αναπτύξουν την κατανόησή τους για την καρδιακή ανεπάρκεια και να τους ενδυναμώσουν για τη λήψη αποφάσεων αυτοφροντίδας.

4.4. Rationale and Design of EMPOWER, a Pragmatic Randomized Trial of Automated Hovering in Patients With Congestive Heart Failure

Οι Mehta και συν (2019), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας, θνησιμότητας και κόστους. Τα προγράμματα διαχείρισης ασθενειών έχουν δείξει υποσχέσεις, αλλά δεν διαθέτουν σταθερές ενδείξεις αποτελεσματικότητας και επεκτασιμότητας. Περιγράφουμε το κίνητρο, το σχεδιασμό και τις προγραμματισμένες αναλύσεις του EMPOWER (Ηλεκτρονική Παρακολούθηση Ασθενών Προσφέροντας Τρόπους Ενίσχυσης της Ανάκτησης), μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή μιας καινοτόμου παρέμβασης που ενσωματώνει συμπεριφορικές οικονομικές αρχές με τεχνολογία απομακρυσμένης παρακολούθησης ενσωματωμένη σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το EMPOWER είναι μια συνεχής, ρεαλιστική, τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που συγκρίνει τη συνήθη φροντίδα με μια αυτοματοποιημένη αιωρούμενη παρέμβαση που περιλαμβάνει κίνητρα σε επίπεδο ασθενούς για καθημερινή παρακολούθηση βάρους και τήρηση διουρητικών σε συνδυασμό με αυτοματοποιημένη ανατροφοδότηση στην πορεία της κλινικής φροντίδας, επιτρέποντας την απόκριση σε πραγματικό χρόνο σχετικά με τα κλινικά συμπτώματα. Το κύριο αποτέλεσμα είναι ο χρόνος επανεισδοχής για οποιαδήποτε αιτία. Οι αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας σχεδιάζονται για την αξιολόγηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και των αποτελεσμάτων της προσέγγισης για την υγεία. Η δοκιμή EMPOWER ενσωματώνει πρωτοποριακές προσεγγίσεις στο ανθρώπινο κίνητρο, που προέρχονται από τη συμπεριφορική οικονομία, με σύγχρονη τεχνολογία για την παροχή κλίμακας και εξαιρέσεων με χαμηλό κόστος. Η δοκιμή υλοποιείται επίσης μέσα στο πολιτογραφημένο περιβάλλον ενός συστήματος υγείας, όσο το δυνατόν περισσότερο εκμεταλλευόμενοι τα υπάρχοντα ταξίδια των ασθενών και τις ροές εργασίας των ιατρών. Ένας στόχος αυτού του ρεαλιστικού σχεδιασμού είναι να περιορίσει τη χρήση πόρων και επίσης να δοκιμάσει μια παρέμβαση που θα χρειαζόταν ελάχιστη τροποποίηση για να μεταφραστεί από την έρευνα σε έναν νέο τρόπο πρακτικής.

4.5. Health-care encounters create both discontinuity and continuity in daily life when living with chronic heart failure-A grounded theory study

Οι Ostman, Ung & Falk (2015), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η διαβίωση με καρδιακή ανεπάρκεια συνεπάγεται συχνά δια βίου επαφή με την υγειονομική περίθαλψη, περισσότερο ή λιγότερο συχνά, ανάλογα με τις κυμαινόμενες διαταραχές που δημιουργούν υγεία στην καθημερινή ζωή. Για να μειωθεί η συνεχής επίδραση στη ζωή, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει κατά προτίμηση να επικεντρωθούν στην υποστήριξη των ασθενών στη διαχείριση της καθημερινής τους ζωής, με βάση την προοπτική τους. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει πώς η αλληλεπίδραση στις συναντήσεις υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει είτε στη συνέχεια είτε στην ασυνέχεια στην καθημερινή ζωή των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της στάσης και της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας σε συναντήσεις με ασθενείς. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να σχεδιαστεί για να υποστηρίζει και να προωθεί τη στρατηγική σκέψη των ασθενών ενισχύοντας την εικόνα του εαυτού τους για να ενισχύσει τη συνέχεια στην καθημερινή ζωή. Η εμπειρία της ασυνέχειας βασίζεται στην επικρατούσα κουλτούρα υγειονομικής περίθαλψης που επικεντρώνεται στην ασθένεια και στην ιατρική περίθαλψη και την θεωρεί ανώτερη από την εμπειρία της ασθένειας σε μια καθημερινή ζωή. Προτείνουμε λοιπόν έντονα μια αλλαγή παραδείγματος στον οργανισμό και τον πολιτισμό της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να υποστηρίξει τους ασθενείς στις προσπάθειές τους να ζήσουν μια ουσιαστική, πλούσια ζωή, παρά τη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

4.6. Self-care behaviors among patients with heart failure

Οι Artinian και συν. (2002), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι ένας τρόπος για την αποφυγή συχνών νοσηλειών και την προώθηση θετικών αποτελεσμάτων μεταξύ της υγείας και των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι η ποσότητα και η ποιότητα της αυτοφροντίδας που έχει ο ασθενής είναι η κατάλληλη για την κατάσταση του ασθενούς. Στόχος των μελετητών είναι να εξετάσουν την απόδοση της αυτοφροντίδας, να περιγράψει τους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοφροντίδα και να περιγράψουν τη σχέση μεταξύ του επιπέδου γνώσεων που πρέπει να έχουν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και την πραγματική απόδοση των συμπεριφορών της αυτοφροντίδας.

4.7. Patient Education Tools: Using Pets to Empower Patients' Self-care—A Pilot Study

Οι Hodgson και συν (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι έξι εργαλεία εκπαίδευσης ασθενών σχεδιάστηκαν για να καθοδηγήσουν την αυτοφροντίδα των ασθενών ενεργοποιώντας τα κατοικίδια ζώα για να επηρεάσουν θετικά τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Διανεμημένο τόσο στους ιδιοκτήτες κατοικίδιων ζώων όσο και στους πρωτοβάθμιους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κάθε εργαλείο απευθύνεται σε έναν συγκεκριμένο τομέα υγείας και περιγράφει μια δραστηριότητα που σχετίζεται με τα κατοικίδια. Οι έρευνες αμφισβήτησαν πώς οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν τα εργαλεία και τον αντίκτυπό τους στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Οι ιδιοκτήτες κατοικίδιων μοιράστηκαν τα εργαλεία με την οικογένεια και τους φίλους τους. Οι πρωτοβάθμιοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποίησαν τα εργαλεία για να στοχεύσουν συγκεκριμένα προβλήματα υγείας. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι η συνεργασία με τα εργαλεία βελτίωσε τη σχέση με τους ασθενείς τους.

4.8. Supporting the Medically Fragile: Individualized Approach to Empowering Young Adults With Chronic Disease During the COVID-19 Pandemic

Οι Langmaid και συν. (2020), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι οι νεαροί ενήλικες με χρόνιες και σύνθετες ασθένειες αντιμετωπίζουν συστηματικά εμπόδια, κατακερματισμό της φροντίδας και αυξημένες ευπάθειες. Η νέα πανδημία κορονοϊού έχει αποδειχθεί ότι περιπλέκει περαιτέρω τον συντονισμό της φροντίδας για νεαρούς ενήλικες ασθενείς με ιατρικές και ψυχοκοινωνικές πολυπλοκότητες. Το πρόγραμμα BRIDGES Young Adult στο Boston Children Hospital έχει εμπειρία 6 ετών που υποστηρίζει και ενδυναμώνει τους νέους ενήλικες με χρόνιες ιατρικές παθήσεις και τις οικογένειές τους, μέσω συμβουλών εξωτερικών ασθενών με σκοπό να βοηθήσουν με την καθοδήγηση της ειδικότητας και την ανασυγκρότηση της φροντίδας κατά τη

διάρκεια της μετάβασης από την παιδιατρική σε φροντίδα ενηλίκων. Πρόσφατα, η ομάδα συμβούλων BRIDGES ανέπτυξε μια προσέγγιση που ανταποκρίνεται σε πανδημία για να διευκολύνει τον ατομικό σχεδιασμό έκτακτης ανάγκης και την ενδυνάμωση της αυτοδιαχείρισης για αυτούς τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Μέσω της χρήσης μιας εικονικής πλατφόρμας, πραγματοποιήθηκαν διαβουλεύσεις με μια πολυεπιστημονική ομάδα για την υποστήριξη ασθενών και οικογενειών με πλοήγηση συστήματος, προγραμματισμό εκ των προτέρων φροντίδας, ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης, διαχείριση χρόνιας φροντίδας και αντιμετώπιση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου κρίσης. Το BRIDGES είχε ως στόχο να εξοπλίσει τους ασθενείς και τις οικογένειες με γνώσεις και πόρους, σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον, ώστε να επιτρέψει τη βέλτιστη αυτοφροντίδα και αυτοσυνηγορία.

4.9. The Self-Care of Heart Failure Index: A psychometric study

Οι Koirala και συν. (2020), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι ο δείκτης αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας είναι ένα εμπειρικά δοκιμασμένο όργανο για τη μέτρηση της αυτοφροντίδας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια σε διαφορετικούς πληθυσμούς και πολιτισμούς. Για να αναπτυχθεί και να επικυρωθεί πολιτισμικά ο δείκτης αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας του Νεπάλ, εφαρμόστηκε ένας συνδυασμός των προτεινόμενων μεθόδων για διαπολιτισμικές μελέτες επικύρωσης, όπως μετάφραση, οπίσθια μετάφραση, κριτική από εμπειρογνώμονες της μεταφρασμένης έκδοσης και δοκιμή εγκυρότητας / αξιοπιστίας. Η εγκυρότητα του προσώπου και του περιεχομένου διασφαλίστηκε με την αξιολόγηση ειδικών. Η εγκυρότητα δομής εξετάστηκε χρησιμοποιώντας διερευνητική ανάλυση παράγοντα και επιβεβαιωτική ανάλυση παράγοντα. Οι σύνθετες βαθμολογίες αξιοπιστίας υπολογίστηκαν για κάθε υπο-κλίμακα του δείκτη αυτο-φροντίδας καρδιακής ανεπάρκειας του Νεπάλ. Ο δείκτης αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας του Νεπάλ είναι ένα θεωρητικά βασισμένο, πολιτιστικά αποδεκτό και κατάλληλο εργαλείο για χρήση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια του Νεπάλ. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να βελτιωθούν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες. Η πρόσβαση σε αξιόπιστα, έγκυρα και πολιτισμικά κατάλληλα εργαλεία είναι ζωτικής σημασίας για την περιγραφή της κατάστασης του προβλήματος, καθώς και για την

ανάπτυξη και την αξιολόγηση προσαρμοσμένων και στοχοθετημένων παρεμβάσεων πρακτικής αυτοφροντίδας για ασθενείς Νεπάλ που ζουν με καρδιακή ανεπάρκεια.

4.10. Determinants of Self-Care in Patients With Heart Failure: Observations From a Developing Country in the Middle East

Οι Massouh και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η αυτοφροντίδα αναγνωρίζεται ως μέσο για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας, ωστόσο μελέτες δεν έχουν εξετάσει αυτό που προβλέπει την επιτυχή αυτοφροντίδα σε συλλογικές κουλτούρες όπως ο Λίβανος. Η καλύτερη γνώση της καρδιακής ανεπάρκειας, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοπεποίθηση και η χαμηλότερη βαθμολογία New York Heart Association προέβλεπαν καλύτερη συντήρηση αυτοφροντίδας. Η καλύτερη γνώση, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοφροντίδας, χωρίς πρόσφατη νοσηλεία και η ανεργία προέβλεπε καλύτερη αυτοπεποίθηση. Η καλύτερη αυτοπεποίθηση, η συντήρηση και η γνώση της καρδιακής ανεπάρκειας προέβλεπαν καλύτερη διαχείριση αυτοφροντίδας. Η αυτοφροντίδα της καρδιακής ανεπάρκειας στο Λίβανο είναι μη βέλτιστη. Οι νοσηλευτές πρέπει να εντοπίσουν διευκολυντές και εμπόδια στην αυτοεξυπηρέτηση, ιδίως σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν τη γνώση της καρδιακής ανεπάρκειας, την εμπιστοσύνη και την υποστήριξη των φροντιστών αναμένεται να βελτιώσουν την αυτοφροντίδα σε Λιβανέζους ασθενείς.

4.11. Self-care confidence mediates self-care maintenance and management in patients with heart failure

Οι Massouh και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η επίδραση της αυτοπεποίθησης στην αυτοφροντίδα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αλλά λίγα είναι γνωστά αν εξηγεί την επίδραση άλλων καθοριστικών παραγόντων αυτοφροντίδας. Η αυτοπεποίθηση είναι ο μεσολαβητής στη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης και της αυτοφροντίδας. Η αυτοπεποίθηση εξηγεί την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και της γνώσης στην αυτοφροντίδα. Η υποστήριξη της αυτοπεποίθησης μπορεί να είναι βασικός στόχος για παρεμβάσεις για τη βελτίωση

της διαχείρισης των ασθενειών και των συμπεριφορών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

4.12. Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis

Οι Sokalski και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η καρδιακή ανεπάρκεια συμβάλλει σε συχνές νοσηλείες, μεγάλο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και υψηλή θνησιμότητα. Η διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας περιλαμβάνει την προσήλωση του ασθενούς σε αυστηρές πρακτικές αυτοφροντίδας (δηλαδή, αναγνώριση συμπτωμάτων, περιορισμός νατρίου και υγρών, παρακολούθηση βάρους, διατήρηση ενεργού τρόπου ζωής και τήρηση φαρμάκων καθώς και παρακολούθηση άλλων ιατρικών καταστάσεων). Αυτές οι πρακτικές μπορεί να είναι δύσκολο να εφαρμοστούν και να διατηρηθούν. Η κινητήρια συνέντευξη, αν και δεν έχει μελετηθεί εκτενώς σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, μπορεί να ενισχύσει την ικανότητα των ασθενών να εφαρμόζουν και να διατηρούν πρακτικές αυτοφροντίδας. Τα αποτελέσματα της μελέτης επικεντρώθηκαν στην τήρηση της αυτο-φροντίδας (δηλ. συντήρηση, διαχείριση, αυτοπεποίθηση), σωματική δραστηριότητα / άσκηση και γνώση της αυτο-φροντίδας. Η κινητήρια συνέντευξη έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες και έχει χρησιμοποιηθεί στο σπίτι, μέσω τηλεφώνου και σε νοσοκομεία / κλινικές, αν και οι προσωπικές παρεμβάσεις φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές. Η κινητήρια συνέντευξη είναι ένα δυνητικά αποτελεσματικό συμπλήρωμα για την ενίσχυση πρακτικών αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα υψηλής ποιότητας για την υποστήριξη αλλαγών στην κλινική πρακτική.

4.13. Nursing knowledge of the principles of self-care of heart failure in primary care: a multicentre study

Οι Dalfo-Pibernat και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Για την προετοιμασία των ασθενών αυτών για συμπεριφορές συντήρησης και αυτοφροντίδας, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν βασικές αρχές της συντήρησης και της αυτοφροντίδας. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να προσδιοριστεί ο βαθμός των γνώσεων των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σχετικά με τις αρχές αυτοφροντίδας και των μεταβλητών που σχετίζονται με αυτό. Οι γνώσεις που είχαν οι νοσηλευτές για τις αρχές της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν ικανοποιητικές και υψηλά ποσοστά εκπαίδευσης είχαν οι νοσηλευτές με διδακτορικό ή ειδική εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα.

4.14. Association between sleep quality and self-care in adults with heart failure: A systematic review

Οι Spedale και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η διαταραχή του ύπνου είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η διαταραχή του ύπνου μειώνει την ποιότητα ζωής και οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα των ασθενών να κάνουν επαρκή αυτοφροντίδα. Αν και κάποια έρευνα έχει αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ ποιότητας του ύπνου και της αυτοφροντίδας στην καρδιακή ανεπάρκεια, λείπει μια σύνθεση των πιο πρόσφατων διαθέσιμων στοιχείων. Τα συμπεράσματα της μελέτης αναφέρουν ότι αν και τα στοιχεία πρέπει να ενισχυθούν, η ποιότητα του ύπνου φαίνεται να επηρεάζει την αυτοφροντίδα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Ο μηχανισμός που διέπει την επίδραση της ποιότητας του ύπνου στην αυτοεξυπηρέτηση της καρδιακής ανεπάρκειας παραμένει ασαφής. Οι μελλοντικές αναλύσεις διαμήκους αλληλεπίδρασης θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες για την αποσαφήνιση αυτού του μηχανισμού.

4.15. Relationship Between Praying and Self-Care in Elderly with Heart Failure: A Cross-Sectional Study in West of Iran

Οι Kazeminezhad, Tarjoman και Borji (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της προσευχής και της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η καθημερινή προσευχή τόσο αυξάνεται και η αυτοφροντίδα. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης οι ερευνητές συνιστούν τις θρησκευτικές παρεμβάσεις όπως προσευχή στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια διότι αυξάνεται και τα ποσοστά της αυτοφροντίδας.

4.16. The effects of a self-regulation programme on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial

Οι Hsu, Chiang και Chiou (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η αυτοφροντίδα είναι σημαντική για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια για την πρόληψη της εξέλιξης της νόσου. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς έχουν κακή συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Η θεωρία της αυτοφροντίδας τονίζει ότι οι ασθενείς πρέπει να ξεκινήσουν την παρακολούθηση των συμπτωμάτων τους, να εντοπίσουν τα δικά τους προβλήματα και να κάνουν κατάλληλη συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Ωστόσο, οι μελέτες που επικεντρώνονται σε παρεμβάσεις που βασίζονται στη θεωρία αυτορρύθμισης για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι περιορισμένες. Η ομάδα παρέμβασης ανέφερε βελτιώσεις στις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των βαθμολογιών υπο-κλίμακας αυτοσυντήρησης και αυτοπεποίθησης, μετά από τέσσερις εβδομάδες του προγράμματος αυτορρύθμισης. Αυτή η μελέτη επιβεβαίωσε ότι ένα πρόγραμμα αυτορρύθμισης θα μπορούσε να βελτιώσει αποτελεσματικά τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Περαιτέρω μελέτες με πολυκεντρικές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και μεγαλύτερους πληθυσμούς ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση της επίδρασης αυτού του προγράμματος αυτορρύθμισης σε διάφορες περιοχές και χώρες.

4.17. The Influence of Caregiver Preparedness on Caregiver Contributions to Self-care in Heart Failure and the Mediating Role of Caregiver Confidence

Οι Vellone και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η συνεισφορά των φροντιστών στην καρδιακή ανεπάρκεια, στην αυτοφροντίδα και στη διαχείριση βελτιώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών, αλλά δεν είναι γνωστό αν η ετοιμότητα των φροντιστών στην αυτοφροντίδα και αν η εμπιστοσύνη που τους δείχνουν μεσολαβεί στη διαδικασία αυτή. Η εμπιστοσύνη που δείχνουν στον φροντιστή μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην αυτοφροντίδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας από τους φροντιστές σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια δεν επικεντρώνεται μόνο στη βελτίωση της ετοιμότητας των φροντιστών αλλά κυρίαρχο ρόλο έχει και η εμπιστοσύνη που τους δείχνουν.

4.18. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study

Οι Koirala και συν. (2020), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι Η αυτοφροντίδα βοηθά στη διατήρηση της υγείας, αποτρέπει επιπλοκές και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που ζουν με καρδιακή ανεπάρκεια. Η αυτοφροντίδα είναι κρίσιμη για τη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας. Ο περιορισμός των κοινωνιοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα είναι ζωτικής σημασίας για την προσαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων αυτοφροντίδας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση συσχετίστηκαν με υψηλότερη συντήρηση και διαχείριση αυτοφροντίδας. Η υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκε με καλύτερη αυτοφροντίδα. Η αυτοπεποίθηση ήταν μια ανεξάρτητη πρόβλεψη της συντήρησης, της διαχείρισης και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε προσαρμοσμένες αναλύσεις.

4.19. A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment

Οι Jaana, Sherrard και Pare (2019), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η τηλεπαρακολούθηση αξιοποιεί την τεχνολογία για την παρακολούθηση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για το πώς η τηλεπαρακολούθηση επηρεάζει τη στάση και τις πρακτικές αυτοφροντίδας ηλικιωμένων ασθενών. Αυτή η μελέτη εξετάζει τις επιπτώσεις τηλεπαρακολούθησης στην ενδυνάμωση και αυτοφροντίδα των ασθενών και διερευνά παράγοντες υιοθέτησης μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών. Οι παράγοντες αυτοφροντίδας, ενδυνάμωσης των ασθενών και υιοθεσίας αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας υπάρχουσες κλίμακες. Οι ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτήν τη μελέτη αντιλήφθηκαν την αξία της χρήσης τηλεπαρακολούθησης, δεν περίμεναν να είναι δύσκολο στη χρήση και δεν αντιμετώπισαν εμπόδια υιοθέτησης. Υπήρξε σημαντική βελτίωση της εμπιστοσύνης των ασθενών στην ικανότητά τους να αξιολογούν τα συμπτώματά τους, να τα αντιμετωπίζουν και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των μέτρων που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων. Ωστόσο, οι ασθενείς πραγματοποίησαν λιγότερες δραστηριότητες συντήρησης αυτοφροντίδας και η ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάστασή τους μειώθηκε. Η τηλεπαρακολούθηση μπορεί να βελτιώσει την εμπιστοσύνη των ηλικιωμένων στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους σε σχέση με την καρδιακή ανεπάρκεια. Αυτή η προσέγγιση διαχείρισης ασθενών θα πρέπει να συνδυαστεί με στοχευμένη εκπαίδευση προσανατολισμένη στις πρακτικές αυτοσυντήρησης και αυτοδιαχείρισης.

4.20. The effects and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care programme in patients with chronic heart failure: A study protocol

Οι Yu και συν. (2019), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η αξιολόγηση των επιπτώσεων ενός προγράμματος αυτοφροντίδας που βασίζεται στην ενδυνάμωση βασίζεται στις γνωστικές, στις ψυχολογικές και στις συμπεριφορικές πτυχές της αυτοφροντίδας και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία της μη

προγραμματισμένης χρήσης νοσοκομειακής φροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Το κύριο στοιχείο του προγράμματος βασίζεται στην ενδυνάμωση και ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι αυτοί που θα πρέπει να λάβουν τις αποφάσεις στην αυτοφροντίδα και να ενεργούν αυτόνομα στη διαχείριση της νόσου. Η συνεργατική προσέγγιση και οι διαδραστικές στρατηγικές διδασκαλίας χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη συντήρηση και διαχείριση της αυτοφροντίδας, την αντίληψη των συμπτωμάτων, την αυτοπεποίθηση, τη γνώση αυτοφροντίδας, την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας αξιολογείται μέσω του προγράμματος. Η καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με υψηλό επίπεδο εισαγωγής στο νοσοκομείο, εκ των οποίων το 40% μπορεί να αποφευχθεί μέσω αποτελεσματικής αυτοφροντίδας. Παρόλο που η αυτοπεποίθηση είναι γνωστή ότι βελτιώνει την αυτοφροντίδα, δεν έχει αναπτυχθεί δομημένη εκπαιδευτική μέθοδος για την ενίσχυση αυτού του χαρακτηριστικού. Αυτή η μελέτη αντιμετωπίζει αυτό το ερευνητικό κενό με μια αυστηρή εφαρμογή της θεωρίας και του ερευνητικού σχεδίου. Η μελέτη απεικονίζει την εφαρμογή του μοντέλου ενδυνάμωσης για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα θα ενημερώσουν τους τρόπους και τις αξίες αυτού του μοντέλου φροντίδας για να βελτιώσουν τη διαχείριση της νόσου αυτής της διευρυνόμενης κλινικής ομάδας.

4.21. Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology

Οι Kambhampati και συν. (2016), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η κοινή λήψη αποφάσεων, κεντρική για την τεκμηριωμένη ιατρική και την καλή φροντίδα των ασθενών, ξεκινά και τελειώνει με τον ασθενή. Είναι η διαδικασία με την οποία ένας γιατρός και ένας ασθενής λαμβάνουν από κοινού μια απόφαση για την υγεία αφού συζητήσουν επιλογές, πιθανά οφέλη και βλάβες και λαμβάνοντας υπόψη τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Η ενδυνάμωση του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για την κοινή λήψη αποφάσεων και συμβαίνει όταν ένας ασθενής αποδέχεται την ευθύνη για την υγεία του. Στη συνέχεια μπορούν να μάθουν να επιλύουν τα δικά τους προβλήματα με πληροφορίες και υποστήριξη από επαγγελματίες. Η ενδυνάμωση του

ασθενούς ξεκινά με τον πάροχο να αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς έχουν τελικά τον έλεγχο της φροντίδας τους και στοχεύει στην αύξηση της ικανότητας ενός ασθενούς να σκέφτεται κριτικά και να λαμβάνει αυτόνομες, ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με την υγεία του. Αυτό το άρθρο διερευνά τα διάφορα στοιχεία της κοινής λήψης αποφάσεων σε σενάρια όπως υπέρταση και υπερλιπιδαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια και διαβήτης. Διερευνά τα εμπόδια και τις δυνατότητες βελτίωσης της προσκόλλησης στα φάρμακα, της ευαισθητοποίησης για τις ασθένειες και της αυτοφροντίδας των χρόνιων παθήσεων.

4.22. The Impact of Tai Chi Exercise on Self-Efficacy, Social Support, and Empowerment in Heart Failure: Insights from a Qualitative Sub-Study from a Randomized Controlled Trial

Οι Yeh και συν. (2016), αναφέρουν στην μελέτη τους ότι η ποιοτική διερεύνηση των αντιληπτών σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων και της συνολικής εμπειρίας των ασθενών που σχετίζονται με μια παρέμβαση 12 εβδομάδων tai chi (TC) και μια εκπαιδευτική ομάδα σε μια κλινική δοκιμή ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Ταυτοποιήθηκαν θέματα που σχετίζονται με την εμπειρία της ασθένειας του ασθενούς, τις αντιλήψεις του εαυτού και τη σχέση με τους άλλους. Περιγράφηκαν συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά και φυσικά οφέλη. Τα κοινά θέματα προέκυψαν και από τις δύο ομάδες, όπως: κοινωνική υποστήριξη και αυτο-αποτελεσματικότητα που σχετίζονται με δραστηριότητα / άσκηση και διατροφή. Η ομάδα tai chi, ωστόσο, παρουσίασε επίσης μια πιο παγκόσμια ενδυνάμωση και αντιληπτό έλεγχο. Πρόσθετα θέματα στο TC περιελάμβαναν τη συνειδητοποίηση / αυτογνωσία, τη μειωμένη αντιδραστικότητα του στρες και τον ανανεωμένο κοινωνικό ρόλο. Αυτά τα θέματα αντικατοπτρίζουν βελτιώσεις στα ποσοτικά μέτρα που αναφέρθηκαν προηγουμένως (ποιότητα ζωής, αυτο-αποτελεσματικότητα και διάθεση) στο TC σε σύγκριση με τον έλεγχο. Οι ασθενείς στο TC ανέφεραν επίσης φυσικά οφέλη (π.χ. μειωμένος πόνος, βελτιωμένη ενέργεια, αντοχή, ευελιξία).

4.23. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Illness Perception in Heart Failure Patients: a Randomized Controlled Clinical Trial

Οι Kordshooli, Rakhshan και Ghanbari (2018), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια χρόνια ιατρική πάθηση που, παρά τις υπάρχουσες θεραπείες, περιλαμβάνει διαφορετικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου (όπως ικανότητα αυτο-φροντίδας). Η αντίληψη για την ασθένεια είναι μία από τις πιο σημαντικές μεταβλητές που φαίνεται να βελτιώνουν τις ικανότητες αυτο-αποτελεσματικότητας σε χρόνιες παθήσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια. Επομένως, αυτή η μελέτη στόχευε στη διερεύνηση της επίδρασης του μοντέλου ενδυνάμωσης της οικογένειας στην αντίληψη της νόσου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Σε αυτή τη μελέτη, τόσο οι ομάδες ελέγχου όσο και οι πειραματικές ομάδες ήταν ομοιογενείς με δημογραφικές πληροφορίες. Πριν από την παρέμβαση σε διαφορετικές διαστάσεις της αντίληψης της ασθένειας, όλες οι τιμές και στις δύο ομάδες ήταν ίδιες. Ωστόσο, μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σε όλες τις διαστάσεις της αντίληψης της ασθένειας. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι αυτό το μοντέλο τροποποιεί τις αντιλήψεις για την ασθένεια σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι καρδιακοί νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν το μοντέλο ενδυνάμωσης που βασίζεται στην οικογένεια ως θεραπεία για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

4.24. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure

Οι Uchmanowich και συν. (2017), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες με καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να έχουν προβλήματα με συμπεριφορές αυτοφροντίδας λόγω γνωστικών ελλειμμάτων. Τα ελλείμματα αυτοεξυπηρέτησης έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται σημαντικά με αρνητικά αποτελέσματα υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Ο στόχος αυτής της εργασίας ήταν να εκτιμήσει τα γνωστικά ελλείμματα και το επίπεδο ικανότητας αυτοφροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και να προσδιορίσει εάν υπάρχει σχέση μεταξύ γνωστικών ελλειμμάτων και αυτοφροντίδας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να έχουν χειρότερες

συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης λόγω των γνωστικών τους ελλειμμάτων. Η ηλικία ήταν η ισχυρότερη πρόβλεψη για χειρότερα αποτελέσματα. Οι πολυεπιστημονικές ομάδες υγείας πρέπει να δώσουν προσοχή στις ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών που ζουν με την ασθένειά τους για πολλά χρόνια και δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη λόγω της μόνης τους ζωής.

4.25. Detecting and Managing Cognitive Impairment to Improve Engagement in Heart Failure Self-Care

Οι Cameron, Gallagher και Pressler (2017), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η ήπια γνωστική εξασθένηση (MCI) είναι συχνή στη καρδιακή ανεπάρκεια και επηρεάζει την εμπλοκή των ασθενών στην αυτο-φροντίδα, αλλά συχνά δεν ανιχνεύεται. Η χρήση εργαλείων διαλογής, ακόμη και όταν είναι σύντομη, βελτιώνει την ανίχνευση MCI. Ωστόσο, το πιο ευαίσθητο, ειδικό και εφικτό μέτρο διαλογής προς χρήση στην πράξη δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί. Απαιτείται πλήρης νευροψυχολογική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της διάγνωσης της γνωστικής εξασθένησης και για τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων περιοχών του γνωστικού ελλείμματος. Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, φαίνεται να υπάρχουν διαφορετικές ομάδες γνωστικών ελλειμμάτων. Ο εντοπισμός αυτών των ελλειμμάτων μπορεί να βοηθήσει στην ενημέρωση της εφαρμογής συγκεκριμένων γνωστικών στρατηγικών κατάρτισης για τη βελτίωση των γνωστικών αλλαγών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και ενδεχομένως να ενισχύσει την εμπλοκή στην αυτοφροντίδα. Ο έλεγχος για γνωστική εξασθένηση είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια για να διασφαλιστεί ότι αποτρέπονται πιθανά ελλείμματα αυτοεξυπηρέτησης. Το βέλτιστο εργαλείο διαλογής δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί.

4.26. Educating Home Healthcare Nurses About Heart Failure Self-Care

Οι Ekong, Radovich και Brown (2016), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η ικανότητα των νοσηλευτών οικιακής υγειονομικής περίθαλψης να εκπαιδεύσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σχετικά με την κατάλληλη

αυτοφροντίδα είναι το κλειδί για τη μείωση των ποσοστών επανεισδοχής στο νοσοκομείο και άλλων δυσμενών αποτελεσμάτων. Τα στοιχεία δείχνουν, ωστόσο, ότι οι νοσηλευτές συχνά στερούνται τρέχουσας γνώσης σχετικά με την αυτοφροντίδα του καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον, η εκπαίδευση των ασθενών συχνά αποτυγχάνει να παράγει παιδεία στην υγεία. Έτσι, αυτή η εκπαιδευτική παρέμβαση για νοσηλευτές στο σπίτι περιλάμβανε περιεχόμενο σχετικά με βασικές πτυχές της διαχείρισης της καρδιακής ανεπάρκειας (π.χ. διατροφή, φάρμακα), καθώς και τον τρόπο χρήσης της μεθόδου διδασκαλίας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των ασθενών. Πριν και μετά τη δοκιμή (χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο της γνώσης των νοσηλευτών για τη καρδιακή ανεπάρκεια και το παιχνίδι ρόλων χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της παρέμβασης που παραδόθηκε σε 33 νοσηλευτές κατ'οίκον φροντίδας. Τα ευρήματα εξέθεσαν ελλείμματα γνώσεων σχετικά με τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε νάτριο, συμπτώματα που υποδηλώνουν επιδείνωση, προβληματική αύξηση βάρους, διαχείριση υγρών, καθώς και άλλα θέματα που σχετίζονται με τη καρδιακή ανεπάρκεια. Η εκπαίδευση ήταν εν μέρει αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των κενών γνώσης αυτών των νοσοκόμων. Η τεκμηριωμένη εκπαίδευση για νοσηλευτές οικιακής υγειονομικής περίθαλψης υποδηλώνει ότι όχι μόνο οι νοσηλευτές δεν διαθέτουν γνώσεις απαραίτητες για τη διδασκαλία της αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας, μπορεί επίσης να στερούνται αποτελεσματικών δεξιοτήτων εκπαίδευσης ασθενών, όπως η χρήση της μεθόδου διδασκαλίας.

4.27. Self-Care Among Older Adults With Heart Failure

Οι Attaallah, Klymkro και Hopp (2016), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι 5,7 εκατομμύρια Αμερικανοί ζουν με καρδιακή ανεπάρκεια σήμερα. Παρά το γεγονός ότι η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους που άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω εισάγονται στο νοσοκομείο, λίγες μελέτες περιγράφουν την αυτοφροντίδα σε αυτόν τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Πολλοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ως εμπόδια στην αυτο-φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της παρουσίας περιφερικής αρτηριακής νόσου. Παράγοντες που έχουν θετική επίδραση στην αυτοφροντίδα είναι το φύλο των ανδρών, ο αριθμός των παραπομπών καρδιολόγων και η αυτο-αποτελεσματικότητα. Υπήρχαν λίγες μελέτες που

περιέγραψαν τη σχέση μεταξύ της γνωστικής λειτουργίας και της αυτοφροντίδας. Υπάρχει έλλειψη ισχυρών στοιχείων για την υποστήριξη της συσχέτισης μεταξύ των αποτελεσμάτων της αυτοεξυπηρέτησης και της υγείας, όπως το ποσοστό επανεισδοχής, αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η επανεισδοχή 30 ημερών δεν είναι έγκυρη πρόβλεψη για τα αποτελέσματα της υγείας. Συνιστάται η αξιολόγηση των ψυχολογικών παραγόντων και των τρόπων χρήσης πόρων υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να επηρεάσουν την αυτοφροντίδα. Απαιτείται περισσότερη έρευνα που να ασχολείται με τον ρόλο των γνωστικών παραγόντων στην επιρροή της αυτοφροντίδας.

4.28. Limitations of self-care behaviour in heart failure patients-a qualitative research with approach Orem's theory

Οι Aboutalebι και συν. (2016), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να καθοριστούν οι περιορισμοί των συμπεριφορών αυτο-φροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν 24 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και 3 μέλη της οικογένειάς τους χρησιμοποιώντας δειγματοληπτική δειγματοληψία. Χρησιμοποιώντας ανάλυση περιεχομένου, αποκτήθηκαν 99 βασικοί κώδικες, 13 κατηγορίες και 4 θέματα, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών-κοινωνικοπολιτισμικών περιορισμών, ιατρικών καθεστώτων και περιορισμών ασθενειών, ατομικών και οικογενειακών περιορισμών και περιβαλλοντικών περιορισμών. Στα πρώτα βήματα της καρδιακής ανεπάρκειας, ο περιορισμός της γνώσης, η κρίση και η απόφαση προκαλούν τους περισσότερους περιορισμούς αυτοεξυπηρέτησης και στα προκαταρκτικά στάδια της νόσου, φυσικοί και ψυχολογικοί περιορισμοί οδηγούν στους περιορισμούς αυτοθεραπείας των ασθενών. Στην παρούσα μελέτη, οι περιορισμοί αυτοθεραπείας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν οικονομικοί κοινωνικοπολιτισμικοί περιορισμοί, περιορισμοί ασθενειών και ιατρικών καθεστώτων, ατομικοί και οικογενειακοί περιορισμοί και περιβαλλοντικοί περιορισμοί. Οι περιορισμοί της συμπεριφοράς αυτο-φροντίδας παρέχουν ένα πλαίσιο για τη δοκιμή των ασθενών για μάθηση και αλλαγή της συμπεριφοράς αυτο-φροντίδας. Υπάρχουν ενδείξεις συμπεριφοράς αυτο-φροντίδας που βοηθούν τις νοσοκόμες να καθορίσουν το απαιτούμενο εύρος και τον τύπο νοσηλευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς.

4.29. Prevalence of Continued Heart Failure (HF) Self-Care Deficits Utilizing Self-Care Index Questionnaire in Post Discharge HF Clinic Following Hospital Stay

Οι Pudlo και συν. (2017), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι οι οδηγίες εξιτηρίου χρησιμοποιούνται ως βασικό μέτρο και συχνά δεν υπάρχει κατάλληλη παρακολούθηση και επανεκτίμηση. Αν και τα στοιχεία της γνώσης / εκπαίδευσης της καρδιακής ανεπάρκειας υπήρχαν στο πλαίσιο αυτού του βασικού μέτρου, η λεπτομερής παρακολούθηση και επανεκτίμηση της εκπαίδευσης που έλαβε μετά την απαλλαγή δεν αξιολογείται πάντα. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, παρά τις πολλές συναντήσεις νοσοκομείων και ένα προσαρμοσμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, συνεχίζουν να έχουν υψηλό επιπολασμό ελλειμμάτων γνώσης όταν επανεξετάζονται σε περιβάλλον κλινικής μετά την έξοδο. Ένα βασικό μέτρο με έμφαση στην παροχή εξατομικευμένων, αποτελεσματικών και εξατομικευμένων ασθενών ή οικογένειας / φροντιστή κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και είναι απαραίτητη η κατάλληλη παρακολούθηση μετά την έξοδο, έτσι ώστε τα νοσοκομεία να εφαρμόσουν μέτρα για την παροχή αποτελεσματικής εκπαίδευσης των ασθενών και όχι μόνο να επικεντρωθούν στις οδηγίες για την απαλλαγή.

4.30. Patient Self-management in Chronic Heart Failure – Establishing Concordance Between Guidelines and Practice

Οι Toukhsati, Driscoll και Hale (2015), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια προοδευτική και εξουθενωτική ασθένεια με ένα ευρύ προφίλ συμπτωμάτων, διακεκομμένα κατά διαστήματα από περιόδους οξείας αποσυμπίεσης. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ενθαρρύνονται να αυτοδιαχειρίζονται την ασθένειά τους, όπως η τήρηση ιατρικών θεραπειών και η παρακολούθηση των συμπτωμάτων, για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της υγείας και της ποιότητας ζωής. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς καλούνται να συνεργαστούν με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας τους όσον αφορά τη φροντίδα τους. Ωστόσο, οι ασθενείς

γενικά δεν αυτοδιαχειρίζονται καλά, ακόμη και με εξειδικευμένη υποστήριξη. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης δεν έχουν ακόμη δείξει οφέλη νοσηρότητας ή θνησιμότητας. Οι προσεγγίσεις κοινωνικού δικτύου για αυτοδιαχείριση εξετάζουν τη διαθεσιμότητα και την κινητοποίηση όλων των πόρων, πέρα από εκείνους μόνο των ασθενών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με πλατφόρμες ηλεκτρονικής υγείας, οι προσεγγίσεις κοινωνικού δικτύου μπορούν να προσφέρουν ένα μέσο για τη βελτιστοποίηση προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης του μέλλοντος.

4.31. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke

Οι Riegel και συν. (2017), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η αυτοφροντίδα ορίζεται ως μια νατουραλιστική διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορά τόσο την πρόληψη όσο και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, με βασικά στοιχεία της συντήρησης αυτοφροντίδας, της παρακολούθησης αυτο-φροντίδας και της διαχείρισης αυτοφροντίδας. Σε αυτήν την επιστημονική δήλωση, περιγράφουμε τη σημασία της αυτοεξυπηρέτησης στην αποστολή της American Heart Association και το όραμα της οικοδόμησης πιο υγιών ζώων, απαλλαγμένων από καρδιαγγειακά νοσήματα και εγκεφαλικά επεισόδια. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές αυτοφροντίδας, όπως η διατροφή και η άσκηση, τα εμπόδια στην αυτο-φροντίδα και η αποτελεσματικότητα της αυτοφροντίδας στη βελτίωση των αποτελεσμάτων εξετάζονται, όπως και τα στοιχεία που υποστηρίζουν διάφορες ατομικές, οικογενειακές και κοινοτικές προσεγγίσεις στη βελτίωση της αυτοφροντίδας. Αν και υπάρχουν πολλές αποχρώσεις στις σχέσεις μεταξύ αυτο-φροντίδας και αποτελεσμάτων, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η αυτοφροντίδα είναι αποτελεσματική στην επίτευξη των στόχων του σχεδίου θεραπείας και δεν μπορεί να αγνοηθεί. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοεξυπηρέτηση σε κατευθυντήριες γραμμές βάσει αποδεικτικών στοιχείων.

4.32. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands

Οι Roin και συν. (2019), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής συνεπάγεται αυξημένο επιπολασμό καρδιακής ανεπάρκειας. Το Blittle είναι γνωστό για τη διατήρηση ειδικών γνώσεων για τη νόσο μετά την εκπαίδευση των ασθενών. Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε εάν η γνώση της αυτοεξυπηρέτησης και της καρδιακής ανεπάρκειας συνεχίζεται σε παρακολούθηση 9 μηνών μεταξύ ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια μετά από πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών στα Νησιά Φερόες. Η εκπαίδευση ασθενών με συγκεκριμένη νόσο εφαρμόζεται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία μπορεί να επιφέρει επίμονες βελτιώσεις στην αυτοφροντίδα και τις γνώσεις μετά από πολυεπιστημονικό πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών. Τα πολυτομεακά προγράμματα εξωτερικών ασθενών είναι ευεργετικά για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μεταβάλλουν τις γνώσεις και την αυτοφροντίδα.

4.33. Promoting Self-Care Capabilities of Patients: Nurses' Roles

Οι Wanchai και Armer (2018), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι ένας τρόπος για την αποκατάσταση της κατάστασης της υγείας των ασθενών είναι οι δυνατότητες αυτοφροντίδας. Αν και οι βασικοί παράγοντες κλιματισμού, όπως η ηλικία, το φύλο ή το οικογενειακό σύστημα φαίνεται να αποτελούν εμπόδια στις δυνατότητες αυτοφροντίδας του ασθενούς, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν αυτούς τους ασθενείς να βελτιώσουν τις δυνατότητες αυτοφροντίδας τους. Ο σκοπός αυτού του άρθρου ήταν να παρουσιάσει μεθόδους για την ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοθεραπείας των ασθενών. Παρουσιάζεται μια σύντομη επισκόπηση των μεθόδων για την ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοθεραπείας ασθενών με τις προοπτικές του συγγραφέα σχετικά με αυτό το ζήτημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δυνατότητες των ασθενών μπορούν να βελτιωθούν με τους ακόλουθους τρόπους: α) Ενσωματώνοντας παρακινητικές συνεντεύξεις, β) Νοσηλευτική καθοδήγηση, γ) Ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών, δ) Δημιουργία σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς και ε) Παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού για καλύτερη κατανόηση της αυτοφροντίδας.

4.34. Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory

Οι Abotalebidiariasari και συν. (2016), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η έναρξη και η τήρηση δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησης απαιτούν κίνητρο αυτοφροντίδας. Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Ιράν για να διερευνήσει τα κίνητρα αυτοφροντίδας μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν διαφορετικά κίνητρα για να κάνουν δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Ο φόβος του θανάτου, η αγάπη για τη ζωή, η επιθυμία να επιστρέψουν στην προηγούμενη κατάσταση υγείας και η πρόληψη ή η ανακούφιση των συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας ήταν τα ισχυρότερα κίνητρα των συμμετεχόντων για αυτοφροντίδα. Η κατανόηση των κινήτρων για αυτοφροντίδα μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, με βάση μια ολιστική προσέγγιση και μια τεκμηριωμένη πρακτική, μπορεί να βοηθήσει τις νοσοκόμες και τους γιατρούς να αναπτύξουν προγράμματα κινητοποίησης για την προώθηση συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

4.35. The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure

Οι Naji και συν. (2009), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η χρήση μοντέλων φροντίδας παρέχει μια κοινή μέθοδο μεταξύ δασκάλων, μαθητών και νοσοκόμων, η οποία φέρνει στην εκπαίδευση, τις υπηρεσίες και την έρευνα. Το μοντέλο αυτοφροντίδας της Orem έχει μελετηθεί ευρέως και εφαρμόζεται παγκοσμίως στη σύγχρονη νοσηλευτική. Αυτή η μελέτη αποσκοπεί στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας του μοντέλου αυτοθεραπείας της Orem στην ανάρρωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Η θεραπεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια χρειάζεται μακροχρόνιο έλεγχο και ο ασθενής είναι ο μόνος που μπορεί σταδιακά να βελτιώσει την καρδιακή του κατάσταση. Για να επιτευχθεί αυτή η κατάσταση, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η εφαρμογή του μοντέλου αυτοφροντίδας του Orem είναι πολύ αποτελεσματική για ασθενείς με καρδιακή

ανεπάρκεια. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερα ποσοστά αυτοφροντίδας, λιγότερη παραπομπή, λιγότερες νοσηλείες και καλύτερη ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών.

4.36. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update

Οι Jaarsma και συν. (2017), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η θεωρία ελλείμματος της αυτοφροντίδας σε χρόνια ασθένεια πλαισιώνεται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά της αυτοφροντίδας. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να συνοψίσει την πρόσφατη βιβλιογραφία καρδιακής ανεπάρκειας σχετικά με αυτούς τους σχετικούς παράγοντες, προκειμένου να δώσει μια επισκόπηση σχετικά με τους παράγοντες που θα μπορούσαν να θεωρηθούν κατάλληλοι για να κάνουν τις επεμβάσεις αυτοεξυπηρέτησης πιο επιτυχημένες. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια επιβεβαιώνουν ότι οι παράγοντες που περιγράφονται στη θεωρία της αυτοφροντίδας της χρόνιας ασθένειας είναι σχετικοί με τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι εμπειρίες και οι δεξιότητες, τα κίνητρα, οι συνήθειες, οι πολιτιστικές πεποιθήσεις και οι αξίες, οι λειτουργικές και γνωστικές ικανότητες, η εμπιστοσύνη και η υποστήριξη και η πρόσβαση στη φροντίδα είναι όλα σημαντικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ανάπτυξη ή τη βελτίωση των παρεμβάσεων για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και τις οικογένειές τους. Πρέπει να διερευνηθούν και να συμπεριληφθούν σε μελλοντικές μελέτες και προσπάθειες ανάπτυξης θεωρίας πρόσθετοι προσωπικοί και συμφραζόμενοι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν την αυτοφροντίδα.

4.37. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients

Οι Bagheri-Saweh, Lotfi και Ghasemi (2018), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια χρόνια ασθένεια που απαιτεί ειδικές συμπεριφορές δια βίου αυτοφροντίδας. Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να έχουν συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της νόσου τους. Επομένως,

αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε και διεξήχθη για να προσδιορίσει την κατάσταση των συμπεριφορών αυτο-φροντίδας και των σχετικών παραγόντων της. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι το επίπεδο συμπεριφορών αυτο-φροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν μέτριο. Επομένως, απαιτείται η εκμάθηση αυτοφροντίδας και η εκπαίδευση ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

4.38. How do patients develop self-care behaviors to live well with heart failure?: A focus group interview study

Οι Son, Lee και Kim (2019), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η καρδιακή ανεπάρκεια απαιτεί διακριτικές συμπεριφορές δια βίου αυτοφροντίδας. Ωστόσο, οι συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης στο πλαίσιο της καρδιακής ανεπάρκειας είναι ελάχιστα κατανοητές. Η διερεύνηση του τρόπου ανάπτυξης συμπεριφορών αυτοθεραπείας μεταξύ ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν τις προοπτικές των ασθενών και να προωθήσουν την αποτελεσματική εμπλοκή των ασθενών με την αυτοφροντίδα για μια υγιή μετάβαση στο να ζουν καλά με καρδιακή ανεπάρκεια. Η μελέτη δείχνει ότι οι ασθενείς παρακινούνται να συμπεριφέρονται σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας όταν αντιλαμβάνονται τη καρδιακή ανεπάρκεια ως χρόνια ασθένεια με μια αβέβαιη και απρόβλεπτη τροχιά ασθένειας και αποκτούν επαρκείς πληροφορίες για την υγεία. Επιπλέον, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελούν βασικά συστατικά για τη δημιουργία ενός γραφείου αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση και κοινωνική υποστήριξη και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να υιοθετούν συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης.

4.39. The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study

Οι Khademian, Ara και Gholamzadeh (2019), αναφέρουν στη μελέτη τους ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αυτοφροντίδας των ασθενών με υπέρταση είναι ουσιώδης. Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στον προσδιορισμό της επίδρασης της

μόρφωσης με βάση τη θεωρία Orem's σχετικά με την ποιότητα ζωής και την αυτο-αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με υπέρταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκπαίδευση αυτοφροντίδας με βάση τη θεωρία της Orem μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής των ασθενών με υπέρταση. Ως εκ τούτου, συνιστάται οι νοσοκόμες σε περίθαλψη εξωτερικών ασθενών ασθενείς με υπέρταση θα πρέπει να εφαρμόσουν αυτήν τη θεωρία.

4.40. Nurse's Role in Applying Telemedicine in the Management of Heart failure in Elderly

Η Anasonye αναφέρει στη μελέτη της ότι με την πρόσφατη ανάπτυξη της τεχνολογίας αναπτύχθηκε ενδιαφέρον για το πώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μπορούν να φροντίζονται από απόσταση με τη χρήση ψηφιακών συσκευών για τη μείωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, του θανάτου και της βελτίωσης της αυτό-συμμόρφωσης μέσω της συνεχούς παρακολούθησης. Ο στόχος της μελέτης ήταν να ανακαλύψει τον ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην εφαρμογή τηλεϊατρικής στη διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια απαντώντας στην ερευνητική ερώτηση ποιοι είναι οι ρόλοι που διαδραματίζουν οι νοσοκόμες στη χρήση τηλεϊατρικής στη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια; Ο συγγραφέας χρησιμοποίησε τη μέθοδο επισκόπησης της βιβλιογραφίας στην ποιοτική μελέτη όπου από 15 επιστημονικά άρθρα χρησιμοποιήθηκαν ως υλικό για τη μελέτη. Τα επιστημονικά άρθρα που επιλέχθηκαν αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση επαγωγικού περιεχομένου. Στη θεωρία εφαρμόστηκε η θεωρία του Orem για έλλειμμα αυτο-φροντίδας που απαιτείται για τη νοσηλευτική. Το αποτέλεσμα προσδιορίζει τους ρόλους νοσηλευτικής ως τεχνικούς, διοικητικούς και κεντρικούς ασθενείς με τη χρήση τεχνολογικών ψηφιακών επικοινωνιακών πληροφοριών και επικοινωνιών. Η μελέτη παρέχει γνώσεις για το πώς μπορεί να παρέχεται φροντίδα από απόσταση για ηλικιωμένο ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια προσδιορίζοντας τους ρόλους που διαδραματίζουν οι νοσοκόμες στη χρήση τηλεϊατρικής στη θεραπεία ηλικιωμένου ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, δεν είναι σαφές ποιοι από τους ρόλους συνέβαλαν περισσότερο στα επιτευχθέντα αποτελέσματα, επομένως απαιτείται περισσότερη έρευνα. Λόγω της περιορισμένης έρευνας σχετικά με το

θέμα, τον χρόνο, τα χρήματα και τον περιορισμό της γλώσσας, ο συγγραφέας χρησιμοποίησε μόνο δωρεάν διαθέσιμα άρθρα πλήρους κειμένου για τη μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο – ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η ποιοτική έρευνα έχει στόχο την κάλυψη σχέσεων ή συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες, την περιγραφή, την ανάλυση και κατανόηση κοινωνικών διαδικασιών, τη διατύπωση ή αναδιατύπωση κοινωνικών σχέσεων, θέσεων και ρόλων.

Η ποιοτική έρευνα είναι μία ομάδα ερευνητικών προσπελάσεων, στόχος των οποίων είναι να βοηθήσουν στην κατανόηση της εμπειρίας των προσώπων σε διάφορα ζητήματα. Οι ποιοτικές έρευνες τείνουν να επικεντρώνονται στη φυσική ιστορία των γεγονότων ή των σχέσεων.

Η προσωπική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην καρδιολογική κλινική έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην καρδιακή ανεπάρκεια και στη συχνότητα των ασθενών με αυτή την πάθηση. Στην πορεία και μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από τα θέματα που αφορούν την καρδιακή ανεπάρκεια, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδείξουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η παρούσα πτυχιακή να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς».

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός την ποιοτικής μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο τον οποίο τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι ασθένησε αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

ΜΕΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες απέναντι στο θέμα υγείας του ασθενούς, της ασθένειας του, της ποιότητας υγείας και της αυτοφροντίδας. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπο μελέτη κοινωνικά φαινόμενα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η κλινική περίπτωση αφορά τον ασθενή Η.Ι. ο οποίος είναι 82 ετών και προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία με θωρακικό άλγος, δύσπνοια, εφίδρωση και ταχυκαρδία. Ο ασθενής έχει ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή κατά την εισαγωγή ήταν ΑΠ: 160/90mmHg, ΣΦ:120/λεπτό, SatO₂:90% και Θ:37,2°C.

Από το ΗΚΓ εισαγωγής στα εξωτερικά ιατρεία επιβεβαιώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός και η κατάσταση του ST διαστήματος στις απαγωγές του κατώτερου τοιχώματος II, III και AVF και στις προκάρδιες απαγωγές V1 και V2, δηλαδή αλλοιώσεις ενδεικτικές υπενδοκαρδιας ισχαιμίας στο κατώτερο – οπίσθιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας.

Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε ήπια αυξημένος θωρακικός δείκτης με μικρή δεξιά πλευριτική συλλογή.

Το υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε φυσιολογικές διατάσεις αριστερής κοιλίας, ήπια υποκινησία του κατώτερου πλάγιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας 40% δηλαδή μετρίως επηρεασμένο.

Η στεφανιογραφία ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία, ενώ επίσης δεν φάνηκαν ενδείξεις σπασμού των στεφανιαίων αγγείων.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έδειξε ήπια υποκινησία του κατώτερου πλάγιου τοιχώματος και αυξημένη ένταση σήματος υποκαρδιακά στο κατώτερο πλάγιο τοίχωμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ο ασθενής είναι παντρεμένος, έχει 2 παιδιά και 5 εγγόνια. Είναι συνταξιούχος μηχανολόγος μηχανικός.

ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ασθενής νομίζει ότι νόσησε με καρδιακή ανεπάρκεια γιατί το τελευταίο διάστημα δεν πρόσεχε τη διατροφή του και η αρτηριακή του πίεση ήταν αρρυθμιστη. Επίσης σταμάτησε την καθημερινή του άσκηση που έκανε (περπάτημα) διότι πρόσεχε τη γυναίκα του που είχε σπάσει το πόδι της.

ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας με υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα. Τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά έχουν κακή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, ακόμη και όταν ακολουθούν μοντέρνες και εξελιγμένες θεραπείες. Αφορά συνήθως σε ηλικιωμένα άτομα και η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί το συχνότερο αίτιο εισαγωγών των ηλικιωμένων στο νοσοκομείο.

Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, η έγκαιρη και βελτιωμένη αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και η παράταση της επιβίωσης των ατόμων με καρδιαγγειακές παθήσεις οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας δημιουργώντας προκλήσεις στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τα προβλήματα ενός πληθυσμού με υψηλό ποσοστό συννοσηροτήτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η οστεοαρθρίτιδα. Συχνά, μη ειδικά σημεία και συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας

συγκαλύπτονται από αυτά άλλων χρόνιων μη-καρδιολογικών νοσημάτων, δημιουργώντας δυσκολίες στη διάγνωση, την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας και τη διαχείριση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Η καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω της συχνότητας της στον ηλικιωμένο πληθυσμό, θεωρείται από κάποιους ως γηριατρικό νόσημα. Η συννοσηρότητα, τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα και η ευθραυστότητα καθιστούν την καρδιακή ανεπάρκεια ως ένα πολύπλοκο σύνδρομο. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φροντίδα μόνο από τους καρδιολόγους, ακόμη και σε εξειδικευμένες κλινικές καρδιακής ανεπάρκειας, είναι δυνατό να μη λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα για άλλες συννοσηρότητες που συνυπάρχουν.

Για την παροχή ολιστικής και οργανωμένης μακροχρόνιας φροντίδας των ασθενών αυτών είναι σημαντική η συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων αποτελούμενων από εξειδικευμένους καρδιολόγους, γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, και άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας περιλαμβάνει τη συντονισμένη και αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια, ώστε αυτά να λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στο πλαίσιο της από κοινού λήψης αποφάσεων και να λάβουν μέτρα με επίκεντρο τον ασθενή έχοντας ως απώτερο σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να αναπτύξουν ρεαλιστικές προσδοκίες από τη πορεία της νόσου και να υιοθετούν ατομική ευθύνη όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και τη θεραπεία.

Η έννοια της αυτοφροντίδας χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Η αίσθηση της συνέχειας στην φροντίδα, η κατανόηση και η επίγνωση ως προς τα αποθέματα και τις δυσκολίες μας συνιστούν απαραίτητες δεξιότητες στην υπηρεσία της αυτοφροντίδας, οι οποίες μπορούν να λάβουν χώρα αποκλειστικά και μόνο μέσα στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων και πάνω στη βάση του σχετίζεσθε.

Αυτοφροντίδα είναι οι ενέργειες που κάνουν οι άνθρωποι από μόνοι τους για τον εαυτό τους, για τη διατήρηση της υγείας τους καθώς και για την πρόληψη και για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι ασθενείς πρέπει να κινητοποιούνται, δηλαδή να ενεργοποιούνται ώστε να κατανοούν τον κεντρικό τους ρόλο στη διαχείριση της ασθένειάς τους και να έχουν τη θετική στάση που απαιτείται ώστε να παίξουν αυτόν τον ρόλο. Η προοπτική της αλληλεπίδρασης είναι σημαντική, διότι οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ομαδικές συνεδρίες, τηλεφωνικές κλήσεις ή ακόμη και σε απευθείας σύνδεση διαβουλεύσεων.

Η αυτοφροντίδα αναφέρεται στην υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης στην αντιμετώπιση μιας νόσου αλλά επίσης και στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων για την υγεία και την ευημερία. Ο χώρος της δράσης με αυτήν τη διευρυμένη έννοια της αυτοδιαχείρισης περιλαμβάνει στρατηγικές στην κοινότητα όπως επίσης και στο σύστημα υγείας.

Η ανάγκη για νοσηλεία ενός ασθενή προκύπτει όταν ο ασθενής ή οι συγγενείς του ή τα φιλικά του πρόσωπα, παρουσιάζονται ως μη ικανοί να διατηρήσουν την λεγόμενη ισορροπία μεταξύ της ικανότητας για αυτοφροντίδα και των εξελισσόμενων και μεταβαλλόμενων απαιτήσεων για τη διατήρηση αυτής της ικανότητας.

Όταν οι απαιτήσεις για αυτοφροντίδα είναι περισσότερες από τις ικανότητες για αυτοφροντίδα, η νοσηλεία επιβάλλεται. Προς το σκοπό αυτό οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται με στόχο να αποκατασταθεί η ισορροπία μεταξύ ικανοτήτων και απαιτήσεων που δημιουργούνται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Λαμπρινού, Α. & Καλογήρου, Φ., 2010. Προγράμματα μη Φαρμακολογικής διαχείρισης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και η επίδραση τους στην έκβαση της νόσου. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 49(4), σελ.355-363.

Abotalebidiariasari, G. et al., 2016. Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Res Theory Nurs Pract.* 30(4), p.320-332.

Aboutalebi, G. et al., 2016. Limitations of self-care behaviour in heart failure patients-a qualitative research with approach Orems theory. *Biomedical Research.* p.437-442.

Aghakhani. A., Maslakkpak, H. & Khademvatan, K., 2017. A STUDY OF THE EFFECT OF SELF -CARE PROGRAM BASED ON OREM'S MODEL ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE. *Pharmacophore.* 8(6S), p.1-6.

Anasonye, NG., 2018. Nurse's Role in Applying Telemedicine in the Management of Heart failure in Elderly. *DeDiWe.* P.1-64.

Artinian, N. et al., 2002. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung.* 31(3), p.161-172.

Attaallah, S., Klymko, K. & Hopp, FP., 2016. Self-Care Among Older Adults With Heart Failure. *Gerontol Geriatr Med.* 2, p.1-10.

Bagheri-Saweh, MI., Lotfi, A. & Ghasemi, S., 2018. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *Int J of Biomed & Public Health.* 1(1), p.42-47.

Bozic, A., Brestovacki-Svitlica, B. & Milutinovic, D., 2015. Dorothea Orem's self-care theory and possibilities of its application. *Pregledni Profesionalni Clanak.* p.1-3.

Cameron, J., Gallagher, R. & Pressler, S., 2017. Detecting and Managing Cognitive Impairment to Improve Engagement in Heart Failure Self-Care. *Curr Heart Fail Rep.* 14(1), p.13-22.

- Carter**, P., 1998. Self-Care agency: The Concept and How It Is Measured. *Journal of nursing Measurement*. 6(2), p.195-207.
- Chew**, H. & Lopez, V., 2018. Empowered to Self-Care: A Photovoice Study in Patients With Heart Failure. *J Transcult Nurs*. 29(5), p.410-419.
- Chew**, H. et al., 2019. Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study. *Int J Behav Med*. 26(5), p.474-485.
- Craig**, L., 2007. A guide to taking a patient's history. *Art & Science Clinical Skills*. 22(13), p.42-48.
- Dalfo-Pibernat**, A. et al., 2020. Nursing knowledge of the principles of self-care of heart failure in primary care: a multicentre study. *Scand J Caring Sci*. 34(3), p.710-718.
- Delgado III**, R. & Willerson, J., 1999. Pathophysiology of Heart Failure. *Texas Heart Institute Journal*. 26(1), p.2-6.
- Ekong**, J., Radovich, P. & Brown, G., 2016. Educating Home Healthcare Nurses About Heart Failure Self-Care. *Home Healthc Now*. 34(9), p.500-506.
- Gadela**, M., Khan, M. & Jonsson, O., 2015. Heart Failure. *South Dakota Journal of Medicine*. 52, p.403-409.
- Gomberg-Maitland**, M., Baram, D. & Fuster, V., 2014., Treatment of Congestive Heart Failure. *Archives of Internal Medicine*. 161, p.342-352.
- Grange**, J., 2005. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*. 91(3), p.39-42.
- Hodgson**, K. et al., 2020. Patient Education Tools: Using Pets to Empower Patients' Self-care—A Pilot Study. *J Patient Exp*. 7(1), p.105-109.
- Hsu**, MY., Chiang, CW. & Chiou, AF., 2020. The effects of a self-regulation programme on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 19, p.1-11.
- Inamdar**, AA. & Inamdar, AC., 2016. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. *Journal of Clinical Medicine*. 5(62), p.1-28.

Isokaanta, V. & Johansson, A., 2006. EMPOWERMENTAL NURSING: Experiences of Empowerment and Disempowerment Made by Patients in Need of Long Term Nursing. *International Journal of Advances in Nursing Management*. 17(10), p.1-27.

Jaana, M., Sherrard, H. & Pare, G., 2019. A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment. *Health Informatics J*. 25(4), p.1800-1814.

Jaarsma, T. et al., 2017. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Self-Care and Health Outcomes*. 14, p.71-77.

Kambhampati, S. et al., 2016. Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. *Curr Cardiol Rep*. 18(5), p.49-58.

Kazeminezhad, B., Tarjoman, A. & Borji, M., 2020. Relationship Between Praying and Self-Care in Elderly with Heart Failure: A Cross-Sectional Study in West of Iran. *J Relig Health*. 59(1), p.19-28.

Khademian, Z., Ara, FK. & Gholamzadeh, S., 2019. The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Community Based*. 8(2), p.140-149.

Koirala, B. et al., The Self-Care of Heart Failure Index: A psychometric study. *J Clin Nurs*. 29(3-4), p.645-652.

Koirala, B. et al., Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon*. 6(92), p.15-20.

Kordshooli, KR., Rakhshan, M. & Ghanbari, A., 2018. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Illness Perception in Heart Failure Patients: a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Caring Sci*. 7(4), p.189-195.

- Langmaid, L.** et al., 2020. Supporting the Medically Fragile: Individualized Approach to Empowering Young Adults With Chronic Disease During the COVID-19 Pandemic. *J Adolesc Health*. 67(3), p.453-455.
- Massouh, A.** et al., 2020. Determinants of Self-Care in Patients With Heart Failure: Observations From a Developing Country in the Middle East. *J Transcult Nurs*. 31(3), p.294-303.
- Massouh, A.** et al., 2020. Self-care confidence mediates self-care maintenance and management in patients with heart failure. *Heart Lung*. 49(1), 30-35.
- Mehta, S.** et al., 2019. Rationale and Design of EMPOWER, a Pragmatic Randomized Trial of Automated Hovering in Patients With Congestive Heart Failure. *Cir Cardiovasc Qual Outcomes*. 12(4), p.55-70.
- Metra, M.** & Teerlink, J., 2017. *Heart failure*. The Lancet. 390(10106), p.1981-1995.
- Naji, H.** et al., 2009. The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure. *SID*. 14(4), p.174-179.
- Nies, M.** & McEwen, M., 2011. Community / Public Health Nursing: Promoting the Health of Population. *ELSEVIER*. p.53-54.
- Omisakin, FD.** 7 Ncama, BP., 2011. Self, self-care and self-management concepts: implications for self management education. *International Research Journals*. 2(12), p.1-6.
- Ostman, M., Ung, E.** & Falk, K., 2015. Health-care encounters create both discontinuity and continuity in daily life when living with chronic heart failure-A grounded theory study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 10(1), p.1-12.
- Parissopoulos, S.** & Kotzabassaki, S., 2004. Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS NURS WEB J*. 17, p.1-12.
- Pearse, S.** & Cowie, M., 2014. Heart failure: classification and Pathophysiology. *Heart Muscle Disease*. 42(10), p.556-561.

- Pudlo**, M. et al., 2017. Prevalence of Continued Heart Failure (HF) Self-Care Deficits Utilizing Self-Care Index Questionnaire in Post Discharge HF Clinic Following Hospital Stay. *Journal of Cardiac Failure*. 23(8), p.99-108.
- Radhakrishnan**, G. & Anuchithra. S., 2016. Nursing Empowerment for Quality Improvement. *International Journal of Advances in Nursing Management*. 4(3), p.1-5.
- Riegel**, B. et al., 2017. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *Journal of the American Heart Association*. 6(9), p.1-9.
- Riley**, J., Gabe, J. & Cowie, M., 2013. Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study. *J Clin Nurs*. 22(17-18), p.2444-2455.
- Riley**, J. et al., 2016. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Heart Failure Nurse Curriculum. *European Journal of Heart Failure*. 19, p.1-8.
- Roin**, T. et al., 2019. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. *International Journal of Circumpolar Health*. 78, p.1-9.
- Sabry**, SS., Mosbah, SK. & Ali, MM., 2018. Effect of Educational Program for Health Promoting Lifestyle among Patients with Hypertension. *Journal of Nursing and Health Science*. 7(3), p.1-10.
- Sokalski**, T. et al., 2020. Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *J Cardiovasc Nurs*. 35(2), p.107-115.
- Spedale**, V. et al., 2020. Association between sleep quality and self-care in adults with heart failure: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 16, p.1-7.
- Son**, YJ., Lee, YM. & Kim, EY., 2019. How do patients develop self-care behaviors to live well with heart failure?: A focus group interview study. *Collegian*. 26(4), p.448-456.
- Toukhsati**, S., Driscoll, A. & Hale, D., 2015. Patient Self-management in Chronic Heart Failure – Establishing Concordance Between Guidelines and Practice. *Card Fail Rev*. 1(2), p.128-131.

Uchmanowich, I. et al., 2017. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clin Interv Aging.* 3(12), p.1565-1572.

Underwood, PR., 1990. Orem's self-care model: principles and general applications. *Psychiatric and Mental Health Nursing.* p.175-187.

Vellone, E. et al., 2020. The Influence of Caregiver Preparedness on Caregiver Contributions to Self-care in Heart Failure and the Mediating Role of Caregiver Confidence. *J Cardiovasc Nurs.* 35(3), p.243-252.

Walker, L., Clendon, J. & Nelson, K., 2015. Nursing roles and responsibilities in general practice: tree case studies. *Qualitative Research.* 7(3), p.236-243.

Wanchai, A. & Armer, J., 2018. Promoting Self-Care Capabilities of Patients: Nurses' Roles. *JOJ Nursing & Health Care.* 7(4), p.1-4.

Yu, D. et al., 2019. The effects and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care programme in patients with chronic heart failure: A study protocol. *J Adv Nurs.* 75(12), p.3740-3748.

Yeh, G. et al., 2016. The Impact of Tai Chi Exercise on Self-Efficacy, Social Support, and Empowerment in Heart Failure: Insights from a Qualitative Sub-Study from a Randomized Controlled Trial. *PloS One.* 11(5).