

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

**Γνώση και προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ασθενών με
κολπική μαρμαρυγή**

ΜΕΣΥΡΗ ΑΘΗΝΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2018

**Γνώση και προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ασθενών με
κολπική μαρμαρυγή**

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

**Γνώση και προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ασθενών με
κολπική μαρμαρυγή**

ΜΕΣΥΡΗ ΑΘΗΝΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, Ν. ΦΩΤΟΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΟΜΟΤΙΜΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, Η.ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, Κ. ΓΙΑΚΟΥΜΙΔΑΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο/Η υποφαινόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρόπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Μεσύρη Αθηνά

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	10
2.1 Ορισμός-Είδη κολπικής μαρμαρυγής	10
2.2 Επιδημιολογία	11
2.3 Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου	11
2.4 Κλινικές εκδηλώσεις	18
2.5 Επιπλοκές	18
2.6 Διαγνωστική προσέγγιση	19
2.7 Εκτίμηση θρομβοεμβολικού κινδύνου	22
2.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση	23
2.8.1 Φαρμακευτική αγωγή	23
2.8.2 Μη φαρμακευτικά μέτρα	25
3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	28
3.1 Γενικά	28
3.2 Μέθοδοι εκπαίδευσης	28
3.3 Εμπόδια κατά την εκπαίδευση	29
3.4 Ρόλος του νοσηλευτή	31
4. ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	32
4.1 Ορισμός	32
4.2 Σχετιζόμενοι παράγοντες	33
4.3 Εκτίμηση της προσήλωσης	35
4.4 Στρατηγικές ενίσχυσης της προσήλωσης	37
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	39

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ	42
7. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	42
7.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	42
7.2 Δείγμα	42
7.3 Μεθοδολογία	43
7.4 Ηθική και Δεοντολογία	45
7.5 Στατιστική Ανάλυση	45
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	47
8.1 Περιγραφή δείγματος - Δημογραφικά / Κλινικά χαρακτηριστικά	47
8.2 Αποτελέσματα συσχετίσεων	54
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	68
10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	71
11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	72
12. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	73
13. ABSTRACT	75
14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	85

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η συνηθέστερη καρδιακή αρρυθμία, με περίπου 5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο και σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ).

Η θεραπεία με αντιπηκτική αγωγή σε ασθενείς με ΚΜ μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης της νόσου. Η αναποτελεσματική αντιπηκτική αγωγή σε άτομα με ΚΜ ως επί το πλείστον οφείλεται σε πτωχή προσήλωση στην αγωγή. Η ελλιπής προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή σε άτομα με χρόνια νόσημα είναι παγκόσμιο πρόβλημα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η προσήλωση σε μακροχρόνια θεραπεία για χρόνια νοσήματα φτάνει το 50% στις αναπτυγμένες χώρες και είναι ακόμη χαμηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η έλλειψη προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή είναι πιθανό να αυξηθεί μελλοντικά, καθώς τα όρια ηλικίας αυξάνονται με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι ασθενείς να λαμβάνουν περισσότερα φάρμακα για τη θεραπεία χρονίων νοσημάτων. Πολλοί παράγοντες έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την ελλιπή προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή. Ανάμεσά τους διακρίνεται και το έλλειμμα γνώσης που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο και για τη θεραπευτική αγωγή. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της γνώσης των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή, ο προσδιορισμός του βαθμού προσήλωσής τους σε αυτή και ο εντοπισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στη μη προσήλωση.

Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας είναι μια ξεχωριστή εμπειρία, καθώς μέσα από αυτή ο ερευνητής δύναται να ταξιδέψει και να ξεπεράσει τα όρια του και να αποκομίσει σημαντικές για την προσωπική εξέλιξη του εμπειρίες. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Νικόλαο Φώτο, επιβλέποντα Καθηγητή μου, ο οποίος παρέμεινε δίπλα μου καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας και με την επιμονή και καθοδήγησή του κατάφερα να την ολοκληρώσω. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω την Ομότιμη Καθηγήτρια, κυρία Ηρώ Μπροκαλάκη για την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που μου παρείχε για την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστώ όλους τους ασθενείς που δέχτηκαν να πάρουν μέρος στη μελέτη, καθώς και για την βοήθεια των συγγενικών τους προσώπων. Τέλος, ευχαριστώ όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου και ιδιαίτερα την γιαγιά μου, η οποία με στήριξε και με ενθάρρυνε καθόλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία παγκοσμίως και προσβάλλει το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται ιδιαίτερα σε άτομα ηλικίας >80 ετών και εκτιμάται ότι εντός των επόμενων 40 ετών ο επιπολασμός της ΚΜ θα διπλασιαστεί, ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού (Yip et al., 2018).

Η ΚΜ αυξάνει κατά 5 φορές τον κίνδυνο για πρόκληση θρομβοεμβολικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Η φαρμακευτική και επεμβατική αντιμετώπιση της νόσου, εφόσον είναι επιτυχής, μειώνει σημαντικά αυτό τον κίνδυνο. Ωστόσο, σε διάφορες φάσεις της θεραπευτικής προσέγγισης της ΚΜ και όταν η νόσος είναι χρόνια, απαιτείται η από του στόματος λήψη αντιπηκτικής αγωγής. Η ελλιπής προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου και συνδέεται με αυξημένο αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο και υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας (Björck S., 2018). Συνεπώς, η επιτυχής διαχείριση της ΚΜ εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο ο ασθενής προσηλώνεται στην αντιπηκτική αγωγή.

Στην ΚΜ, όπως και σε άλλα χρόνια νοσήματα, η επιτυχής διαχείριση της νόσου και η πρόληψη επιπλοκών βασίζονται στη γνώση που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο και ειδικότερα για τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους. Έχει βρεθεί ότι όσο λιγότερες οι είναι οι γνώσεις των ασθενών, τόσο μικρότερη η προσήλωσή τους στη θεραπευτική αγωγή, με τις προαναφερθείσες αρνητικές συνέπειες.

Από τα ανωτέρω είναι εμφανής η ανάγκη να αναπτυχθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της προσήλωσης των ασθενών με ΚΜ στην αντιπηκτική τους αγωγή. Βεβαίως, ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με τη πτωχή προσήλωση, που αποτελεί και το ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας μελέτης, είναι προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη παρεμβάσεων αντιμετώπισης του προβλήματος. Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η προσήλωση των ασθενών με ΚΜ στην αντιπηκτική αγωγή και η γνώσεις τους για τη νόσο και τη θεραπεία αποτελούν την αφορμή για τη διενέργεια της παρούσας μελέτης.

2. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

2.1 Ορισμός - Είδη κολπικής μαρμαρυγής

Η ΚΜ είναι η πιο συχνή διαταραχή του καρδιακού ρυθμού. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συνήθως όμως εκδηλώνεται μετά τα 60 έτη. Το χαρακτηριστικό της ΚΜ είναι ο ακανόνιστος ρυθμός της καρδιακής λειτουργίας. Ο φυσιολογικός καρδιακός παλμός είναι σύγχρονος, δηλαδή κάθε συστολή των κόλπων αντιστοιχεί σε μία συστολή των κοιλιών. Φυσιολογικά, για τη σύσπαση της καρδιάς και την εξώθηση του αίματος προς το σώμα, το ηλεκτρικό ερέθισμα ξεκινά από μία περιοχή του δεξιού κόλπου της καρδιάς που ονομάζεται φλεβόκομβος (βηματοδότης της καρδιάς). Το ηλεκτρικό αυτό σήμα ταξιδεύει από τους κόλπους στις κοιλίες μέσω μίας ερεθισματοαγωγού πύλης, που καλείται κολποκοιλιακός κόμβος. Ο φλεβόκομβος παράγει ηλεκτρικό ερέθισμα με φυσιολογική συχνότητα και αυτό μεταδίδεται στους κόλπους και στη συνέχεια στις κοιλίες με ένα πολύπλοκο δίκτυο ινών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι δύο κόλποι και οι δύο κοιλίες να συστέλλονται σαν σύνολο με φυσιολογικό ρυθμό (60-80 φορές το λεπτό), οπότε εξασφαλίζεται η φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς. Στην ΚΜ παράγονται πολυάριθμα ηλεκτρικά ερεθίσματα στους κόλπους, οι οποίοι συσπώνται με μεγάλη συχνότητα και ασύγχρονα και καταργείται η 1 προς 1 αντιστοιχία των συστολών μεταξύ κόλπων και κοιλιών. Κάποια από τα πολυάριθμα ηλεκτρικά ερεθίσματα που παράγονται στους κόλπους, περνούν στις κοιλίες, οι οποίες συσπώνται και αυτές σε ακανόνιστο ρυθμό. Λόγω της διαταραχής αυτής οι κοιλότητες της καρδιάς (ειδικότερα οι κόλποι) δε συσπώνται αποτελεσματικά και λιμνάζει μέσα τους ποσότητα αίματος, οπότε αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας θρόμβου.

Υπάρχουν διάφορα είδη ΚΜ. Η πιο συχνή είναι η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, η έναρξη της οποίας γίνεται αιφνιδίως και διακόπτεται (αυτοανατάσσεται) χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Μπορεί να διαρκέσει από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι και αρκετές ώρες. Άλλο είδος είναι η εμμένουσα ΚΜ, η οποία δεν αυτοανατάσσεται, διαρκεί πολλές ώρες ή ημέρες και για να αναταχθεί απαιτείται παρέμβαση. Τέλος, υπάρχει και η μόνιμη ΚΜ, στην οποία η φαρμακευτική παρέμβαση είναι ως επί το πλείστον αναποτελεσματική, με μόνη διέξοδο κάποια από τις επεμβατικές μεθόδους (Fuster et al., 2006). Οι ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ είναι νεότεροι και έχουν χαμηλότερα επίπεδα συννοσηρότητας και συχνότητας άλλων καρδιακών παθήσεων από εκείνους με μόνιμη ΚΜ (Gomez-Doblas et al., 2014).

2.2 Επιδημιολογία

Η ΚΜ ανήκει στις υπερκοιλιακές αρρυθμίες και είναι η πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία παγκοσμίως. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) 2,5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ΚΜ και ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2050. Υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός της νόσου στις ΗΠΑ είναι 10% για άτομα ηλικίας >80 ετών (Yiin et al., 2018).

Η γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη έχει κάνει την ΚΜ συχνότερη, ιδιαίτερα σε ηλικίες >60 ετών. Επιπλέον, εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, με αναλογία ανδρών-γυναικών 1,2 προς 1 (Zoni-Berisso et al., 2014). Αναμένεται, εντός των επόμενων 15 ετών, ο αριθμός των Ευρωπαίων με ΚΜ να φθάσει τα 14-17 εκατομμύρια. Συγκεκριμένα, 7-8,5 εκατομμύρια άνθρωποι θα εμφανίσουν μόνιμη ΚΜ, 3,5-4,2 επίμονη ΚΜ και 3,5-4,2 παροξυσμική ΚΜ (Krijthe et al., 2013). Επίσης, το 2030 στην Ευρώπη ο αριθμός των νέων κρουσμάτων με ΚΜ ανά έτος (ετήσια επίπτωση) υπολογίζεται στα 120.000-215.000.

Οι ασθενείς με ΚΜ έχουν πενταπλάσιο και διπλάσιο κίνδυνο για ΑΕΕ και αιφνίδιο θάνατο, αντίστοιχα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Δεδομένου ότι η ΚΜ σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, η αναμενόμενη αύξηση του αριθμού των ασθενών με ΚΜ θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία (Zoni-Berisso et al., 2014).

2.3 Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου

Οι κόλποι της καρδιάς στην ΚΜ συστέλλονται με συχνότητα που μπορεί να φτάσει μέχρι και τις 400 συστολές το λεπτό και μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου ένα μέρος των διεγέρσεων αυτών μεταβιβάζεται προς τις κοιλίες, κάνοντας τις να πάλλονται με συχνότητα 90-170/λεπτό. Η ΚΜ μπορεί να πυροδοτηθεί από ένα ή περισσότερα πρώιμα έκτοπα ερεθίσματα. Τα πρώιμα έκτοπα ερεθίσματα, αποδιοργανώνουν τον κολπικό ρυθμό και το κολπικό μυοκάρδιο, το οποίο προσπαθώντας να ανταποκριθεί αποκτά μία υποτυπώδη και άναρχη συσταλτικότητα που ονομάζεται μαρμαρυγή των κόλπων ή ΚΜ. Η αρρυθμιογόνος εστία είναι η αιτία για την έναρξη της ΚΜ, που στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει λόγω των πρόωρων κολπικών συσπάσεων που προκύπτουν από έκτοπες βηματοδοτικές εστίες στις πνευμονικές φλέβες. Είναι πλέον γνωστό ότι οι εστίες ταχείας έκτοπης δραστηριότητας, οι οποίες συχνά εντοπίζονται σε ανατομικές δομές που

εκτείνονται από τον αριστερό κόλπο στα εγγύτερα τμήματα των πνευμονικών φλεβών, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην έναρξη της ΚΜ σε ανθρώπους.

Οι διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες προκαλούν μια σύνθετη σειρά παθοφυσιολογικών μεταβολών στους κόλπους, συμπεριλαμβανομένης της κολπικής ίνωσης, της φλεγμονής, της αγγειακής αναδιαμόρφωσης, της ισχαιμίας και της αστάθειας στη συγκέντρωση ιόντων ασβεστίου (Ca^{++}). Αυτές οι αλλαγές ενισχύουν την τάση των κόλπων να αναπτύξουν ή και να διατηρήσουν την ΚΜ (Kirchhof et al., 2016).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΚΜ. Μερικοί από αυτούς είναι τροποποιήσιμοι, συμπεριλαμβανομένων της αρτηριακής υπέρτασης, της παχυσαρκίας, της άπνοιας ύπνου, νοσημάτων του θυρεοειδούς ή άλλων οργάνων, της κατανάλωσης αλκοόλ και διαφόρων νοσημάτων του μυοκαρδίου και των βαλβίδων της καρδιάς. Οι μη τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό και τη φυλή. Οι παράγοντες κινδύνου της ΚΜ έχουν επίσης αποδειχθεί χρήσιμοι για την πρόβλεψη της εξέλιξης της παροξυσμικής και της εμμένουσας ΚΜ. Είναι αξιοσημείωτο ότι πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη της ΚΜ συμβάλλουν επίσης στην εξέλιξη της ΚΜ, στις υποτροπές της μετά από θεραπεία και στις επιπλοκές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη αρρυθμία (π.χ. ΑΕΕ).

Ακολουθεί η αναφορά των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ΚΜ.

Αρτηριακή υπέρταση

Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) είναι πολύ συχνή στους ασθενείς με ΚΜ και τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συμβολή της υψηλής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στην παρουσία της ΚΜ. Οι ασθενείς με ΑΥ έχουν 1,7 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ σε σύγκριση με τα άτομα με φυσιολογική ΑΠ και 1 στις 6 περιπτώσεις ΚΜ έχει αποδοθεί στην ΑΥ. Η ΑΥ διπλασιάζει τον κίνδυνο της ΚΜ, και σε συνδυασμό με τον αυξημένο επιπολασμό της στο γενικό πληθυσμό, καταλαμβάνει τη σημαντικότερη θέση από όλους τους παράγοντες κινδύνου. Η χρόνια, μη επαρκώς ρυθμιζόμενη ΑΥ οδηγεί σε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, διάταση του αριστερού κόλπου, ανομοιογένεια της κολπικής αγωγιμότητας και ίνωση, καταστάσεις οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΚΜ. Εκτός των άλλων η ΑΥ είναι ένας σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας της χρόνιας νεφρικής νόσου, με τις τελευταίες μελέτες να αναδεικνύουν την προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, ως ισχυρό παράγοντα κινδύνου για τη νεοεμφανιζόμενη ΚΜ, ανεξάρτητα από την ύπαρξη υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και της διάτασης του αριστερού κόλπου. Μάλιστα, σε ηλικιωμένα άτομα με υψηλό

επιπολασμό καρδιαγγειακών παθήσεων, η συστολική ΑΠ ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ΚΜ.

Οι Conen et al., (2009) αναφέρουν ότι οι τιμές της ΑΠ που βρίσκονται κοντά στο ανώτατο φυσιολογικό όριο (συστολική 130-139 mmHg και διαστολική 85-89 mmHg) προβλέπουν τον κίνδυνο για εμφάνιση ΚΜ σε υγιείς άνδρες και οι γυναίκες μέσης ηλικίας. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι οριακές τιμές της ΑΠ είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας επανεμφάνισης της αρρυθμίας.

Η μείωση του κινδύνου εμφάνισης της ΚΜ, μέσω του ελέγχου της ΑΠ δεν έχει αποδειχθεί. Επομένως, η ρύθμιση της ΑΠ σε ασθενείς χωρίς καρδιαγγειακή νόσο δεν συνιστάται σήμερα για την πρόληψη της ΚΜ (January et al., 2014). Ωστόσο, η ρύθμιση της ΑΠ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της ΚΜ, σε ότι αφορά στον θρομβοεμβολικό κίνδυνο, αφού η ΑΥ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πρόκληση ΑΕΕ σε ασθενείς με ΚΜ (Jared et al., 2015)

Βαλβιδοπάθειες

Περίπου το 30% των ασθενών με ΚΜ πάσχει από βαλβιδοπάθεια. Οι ρευματικής αιτιολογίας βαλβιδοπάθειες έχουν μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ευρείας χρήσης αντιβιοτικών έναντι του υπεύθυνου για το ρευματικό πυρετό β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου της ομάδας Α. Στα αρχικά στάδια της στένωσης ή της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας η διάταση του αριστερού κόλπου μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση ΚΜ. Αντίθετα, η ΚΜ συναντάται σε μεταγενέστερα στάδια της αορτικής βαλβιδοπάθειας (Bhardwaj, 2012).

Μυοκαρδιοπάθειες

Οι μυοκαρδιοπάθειες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ, ιδιαίτερα σε άτομα νεαρής ηλικίας. Αναμένεται η εμφάνιση παροξυσμικής ή εμμένουσας ΚΜ στο 25% των ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, μία ή και περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Crandall et al., 2009).

Καρδιακή ανεπάρκεια

Η ΚΜ και η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνυπάρχουν σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (22%-42%). Η μελέτη Framingham έδειξε ότι σε ασθενείς με ΚΑ, η επίπτωση της ΚΜ ήταν 4,5% σε άτομα ηλικίας >50 ετών. Επιπλέον ήταν συχνότερη στις γυναίκες και σε ηλικιωμένους ασθενείς (Mahmood et al., 2013).

Ανεξάρτητα από το ποια παθολογική κατάσταση εμφανίστηκε πρώτα (ΚΜ ή ΚΑ), οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής και μη καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας, τόσο εκείνοι με προϋπάρχουσα όσο και εκείνοι με

νεοεμφανιζόμενη ΚΜ. Η ΚΑ μπορεί να εμφανιστεί ως επακόλουθο της ΚΜ, από την ταχεία μορφολογική μεταβολή της κοιλιακής και κοιλιακής δομής και λειτουργίας (μυοκαρδιοπάθεια που προκαλείται από ταχυκαρδία). Επιπλέον, η ΚΜ και η ΚΑ μπορεί σε μερικούς ασθενείς να έχουν κοινή αιτία (π.χ. γενετική ή επίκτητη προδιάθεση για καρδιακή δυσλειτουργία) (Anter et al., 2009).

Οξειδωτικό στρες

Το οξειδωτικό στρες έχει βρεθεί ότι παίζει ρόλο στην παθογένεση της ΚΜ. Πράγματι, ο επιπολασμός της ΚΜ αυξάνεται με την ηλικία, όπως και το οξειδωτικό στρες. Η γήρανση, το περιβαλλοντικό άγχος, η φλεγμονή και η ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης μπορεί να προκαλέσουν οξειδωτική βλάβη στους κόλπους της καρδιάς. Οξειδωτικές αλλαγές υπάρχουν στον ιστό των κόλπων της καρδιάς σε ασθενείς με ΚΜ και σχετίζονται με την αύξηση της έκφρασης των γονιδίων που εμπλέκονται στην παραγωγή οξειδωτικών ουσιών. Η οξειδωτική βλάβη που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της ΚΜ μπορεί να συμβάλει στη διαδικασία αναδιαμόρφωσης του καρδιακού μυός, που διευκολύνει τη διαίονιση της αρρυθμίας (Neuman et al., 2007).

Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατανάλωση οινοπνεύματος φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ΚΜ. Σε μία μελέτη (Women's Health Study) φάνηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ των αυξημένων ποσοτήτων αλκοόλ και του κινδύνου ανάπτυξης ΚΜ μεταξύ γυναικών. Στην ομάδα των γυναικών που κατανάλωναν τουλάχιστον δύο αλκοολούχα ποτά την ημέρα (δηλαδή 14 ποτά την εβδομάδα), υπήρχε αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ΚΜ κατά 60% σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν κατανάλωναν συστηματικά αλκοόλ. Η μελέτη έδειξε ότι η κατανάλωση μέτριων ποσοτήτων αλκοόλ δε σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ΚΜ, αλλά ότι υψηλές ποσότητες κατανάλωσης αλκοόλ σε τακτική βάση μπορεί να προκαλέσουν ΚΜ. Τα ευρήματά της συγκεκριμένης μελέτης υποδεικνύουν επίσης ότι το όριο κινδύνου για την εμφάνιση ΚΜ είναι σημαντικά χαμηλότερο στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες. Επίσης, ο περιορισμός ή/και η διακοπή της πρόσληψης αλκοόλ είναι σημαντικός παράγοντας για την αύξηση του ποσοστού επιτυχίας στη θεραπεία της ΚΜ και στη μείωση της πιθανότητας επανεμφάνισης (Conen et al., 2009).

Έλλειψη σωματικής άσκησης

Πρόσφατες μελέτες έχουν εντοπίσει σχέση μεταξύ της ελλιπούς σωματικής δραστηριότητας και της εμφάνισης ΚΜ. Σε μία μελέτη 64.561 ανθρώπων (Qureshi et al, 2015) βρέθηκε ότι οι άνθρωποι με μειωμένη σωματική δραστηριότητα είχαν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε

ασθενείς θα μπορούσε να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης της ΚΜ. Τα παχύσαρκα άτομα θα μπορούσαν να ωφεληθούν περισσότερο με το να εντάξουν στην καθημερινότητα τους μέτρια σωματική δραστηριότητα. Αντίθετα, μελέτες έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο κατά 5 φορές για εμφάνιση ΚΜ σε αθλητές αντοχής, δηλαδή σε άτομα με τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας για παρατεταμένη χρονική περίοδο. Μία εξήγηση για το παράδοξο αυτό είναι ότι τόσο η μακροχρόνια έντονη σωματική άσκηση όσο και ο καθιστικός τρόπος ζωής αυξάνουν τη χρόνια συστηματική φλεγμονή.

Αν και υπάρχει σχέση μεταξύ άσκησης αντοχής και ΚΜ, αυτό αντιπροσωπεύει ένα μικρό κλάσμα ασθενών και μία υποομάδα ατόμων που βρίσκονται ήδη σε χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΚΜ. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι η καθημερινή ή μέτρια σωματική άσκηση θέτει τους ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ και υπάρχουν ενδείξεις ότι η ελαφριά έως μέτρια άσκηση μπορεί να μειώσει αυτό τον κίνδυνο. Επιπλέον, η αυξημένη φυσική κατάσταση συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο. Λαμβάνοντας υπόψη τα άλλα καρδιαγγειακά οφέλη που έχει η σωματική άσκηση, προτείνεται τακτική, μέτριας έντασης σωματική άσκηση ως μέρος της πρόληψης και διαχείρισης της ΚΜ (Miller et al, 2015).

Αποφρακτική υπνική άπνοια

Η διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο περιλαμβάνουν την αποφρακτική υπνική άπνοια (ΑΥΑ), την κεντρική υπνική άπνοια, την περιοδική αναπνοή (συμπεριλαμβανομένης της αναπνοής Cheyne-Stokes) και τον υποαερισμό που σχετίζεται με τον ύπνο. Η ΑΥΑ προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη μερική ή/και ολική απόφραξη των ανώτερων αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία περιόδων άπνοιας και επακόλουθη μερική αφύπνιση του ατόμου για να αυξήσει τον αερισμό των πνευμόνων. Αυτή η κατάσταση μπορεί να συμβαίνει για δεκάδες φορές κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα την πρόκληση υποξαιμίας. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΑΥΑ περιλαμβάνουν την παχυσαρκία, το άρρεν φύλο, τη μεγάλη ηλικία, την εμμηνόπαυση, την κατακράτηση υγρών και το κάπνισμα (Miller et al., 2015).

Εκτιμάται ότι το 50% των ατόμων που πάσχουν από ΚΜ, ταυτόχρονα πάσχουν και από ΑΥΑ και ότι οι ασθενείς με ΑΥΑ έχουν 4 φορές περισσότερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι η ΑΥΑ προκαλεί διάφορες καρδιακές αρρυθμίες κατά τη διάρκεια του ύπνου (Digby & Baranchuk, 2015).

Θυρεοειδοπάθεια

Η επίδραση του θυρεοειδούς αδένος στην καρδιακή λειτουργία μεσολαβείται με την παραγωγή τριϊωδοθυρονίνης (T_3). Μέσω ενός αριθμού ενδιάμεσων βημάτων, η T_3 ενεργοποιεί την ρενίνη, η οποία, μαζί με την έκκριση ερυθροποιητίνης, της οποίας η παραγωγή διεγείρεται από την T_3 , έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο όγκο αίματος και αύξηση της καρδιακής παροχής. Στον υποθυρεοειδισμό, οι συνηθέστερες καρδιακές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την ΑΥ και τη φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Επιπλέον, ο υποθυρεοειδισμός συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης, λόγω υπερλιπιδαιμίας και ΑΥ. Ο ρόλος του υποθυρεοειδισμού στην ανάπτυξη της ΚΜ είναι αμφιλεγόμενος. Σε μεγάλη μελέτη κοόρτης, ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός βρέθηκε να σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο ΚΜ. Όπως αναφέρθηκε, ο υποθυρεοειδισμός συνδέεται με την αθηροσκλήρωση, η οποία είναι η κύρια αιτία της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και της καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό είναι ένα πιθανό μονοπάτι για το πώς ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση ΚΜ (Bielecka-Dabrowa et al., 2009).

Στον υπερθυρεοειδισμό, οι συχνές καρδιακές εκδηλώσεις είναι αίσθημα παλμών, συστολική υπέρταση, αυξημένη μάζα της αριστερής κοιλίας, αυξημένη καρδιακή παροχή, στηθάγχη. Ο υπερθυρεοειδισμός πιστεύεται ότι προάγει την ΚΜ, λόγω μειωμένης κολπικής ανερέθιστης περιόδου και αυξημένου συμπαθητικού τόνου με παράλληλα μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (Bielecka-Dabrowa et al., 2009).

Παχυσαρκία

Το υπερβολικό σωματικό βάρος συχνά αναφέρεται ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΚΜ. Τα δεδομένα από διεξαχθείσες μελέτες έχουν δείξει σημαντική σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και εμφάνισης ΚΜ. Ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma$) έχει σχετιστεί με αυξημένο μέγεθος αριστερού κόλπου, το οποίο με τη σειρά του, συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο για ΚΜ (Frost et al., 2014). Ο αυξημένος όγκος περικαρδιακού λίπους έχει, επίσης, περιγραφεί σε παχύσαρκα άτομα και σχετίζεται με την εμφάνιση, τη σοβαρότητα και την επανεμφάνιση της ΚΜ μετά από θεραπεία, ανεξάρτητα από το $\Delta\text{Μ}\Sigma$, γεγονός που υποδηλώνει τοπική δράση του περικαρδιακού λίπους. Ο αυξημένος όγκος περικαρδιακού λίπους μπορεί να οδηγήσει και σε αλλοίωση της κολπικής ηλεκτροφυσιολογίας. Τέλος, η παχυσαρκία συμβάλλει στην πρόκληση χρόνιας συστηματικής φλεγμονής η οποία διαδραματίζει βασικό ρόλο στην έναρξη και διαίωση της ΚΜ (Abed et al., 2013). Πρόσφατη κλινική μελέτη έδειξε ότι η μείωση του βάρους, στο πλαίσιο μίας προσπάθειας απώλειας βάρους, έχει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της ΚΜ. 150 υπέρβαροι ασθενείς με συμπτωματική ΚΜ, τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα που τους

παρέχονταν συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση του βάρους και με ήπια καθημερινή σωματική άσκηση, έναντι της συνήθους θεραπείας για την ΚΜ. Σε 15 μήνες, η ομάδα διαχείρισης βάρους είχε μειωμένη συχνότητα επεισοδίων ΚΜ, μειωμένη διάρκεια αυτών των επεισοδίων και χαμηλότερη βαθμολογία στη βαρύτητα των συμπτωμάτων (Abed et al., 2013).

Σακχαρώδης διαβήτης

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι το σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και ο πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος που ανακλάται από τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης A1c (HbA1c) συνδέονται ανεξάρτητα με την εμφάνιση ΚΜ. Στη μελέτη «Framingham Heart», ο ΣΔ σχετίστηκε σημαντικά με τον κίνδυνο για ΚΜ και στα 2 φύλα. Στην ίδια γραμμή, η μελέτη VHAH ανέφερε ότι ο ΣΔ είναι ένας ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΚΜ. Η υπεργλυκαιμία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της καρδιακής νευροπάθειας, ενεργοποιώντας τον κυτταρικό μεταβολισμό και τις βιολογικές οδούς που σχετίζονται με την οξειδωση. Η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος σε ασθενείς με ΣΔ μπορεί να προκληθεί από σχετιζόμενες με υπεργλυκαιμία παθοφυσιολογικές οδούς όπως ο σχηματισμός τελικών προϊόντων προχωρημένης γλυκοποίησης (AGEs), αυξημένο οξειδωτικό στρες με αυξημένη παραγωγή ελεύθερων ριζών και ενεργοποίηση πρωτεϊνοκινάσης (Benjamin et al, 1994; Sattar et al., 2008).

Οικογενειακό ιστορικό

Τα άτομα που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με ΚΜ έχουν 40% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, τα συμπτώματα της ΚΜ είναι πιο σοβαρά σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό σε σχέση με αυτούς χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η άρρυθμη λειτουργία της καρδιάς στην ΚΜ μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια προβλήματα στην κυκλοφορία του αίματος, με συνέπεια να μην οξυγονώνεται σωστά ο εγκέφαλος. Μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι τα λεγόμενα μικρά και «σιωπηλά» ΑΕΕ, στα οποία είναι πιο ευάλωτοι οι άνθρωποι με καρδιακές αρρυθμίες (Gundlun et al., 2016).

Ηλικία

Πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι >10% των ατόμων ηλικίας >75 ετών εμφανίζει ΚΜ. Ο επιπολασμός της ΚΜ αυξάνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία. Περίπου το 5% των ατόμων ηλικίας >65 ετών και το 10% των ατόμων ηλικίας ≥ 80 ετών πάσχουν από ΚΜ. Ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας >40 ετών κινδυνεύει να εμφανίσει ΚΜ. Επιπλέον, η ηλικία είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για ΑΕΕ (Marinigh et al., 2010).

2.4 Κλινικές εκδηλώσεις

Στην ΚΜ, η καρδιακή συχνότητα μπορεί να ξεπεράσει τους 150 παλμούς/λεπτό σε ώρα ανάπαυσης και μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά μέχρι και πάνω από μία ώρα. Η κλινική εικόνα της ΚΜ διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Η ΚΜ μπορεί να είναι συμπτωματική ή ασυμπτωματική. Σε απουσία συμπτωμάτων οι άνθρωποι με ΚΜ δεν γνωρίζουν την κατάστασή της υγείας τους, μέχρι να ανακαλυφθεί τυχαία κατά τη διάρκεια εξέτασης, στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ή στην 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή.

Σε συμπτωματικούς ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί αίσθημα παλμού, αίσθημα κόπωσης κατά τη σωματική άσκηση, δύσπνοια και σε πιο σοβαρές καταστάσεις σημεία και συμπτώματα οξείας ΚΑ, όπως ζάλη, απώλεια συνείδησης και τραυματισμός λόγω πτώσης, γενική αίσθηση αγωνίας, δύσπνοια κατά την ηρεμία, έντονος βήχας ή συριγμός, αδυναμία συγκέντρωσης ή μειωμένη εγρήγορση (Shiel, 2018).

2.5 Επιπλοκές

Οι πιο σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενή με ΚΜ είναι το θρομβοεμβολικό ΑΕΕ, η ισχαμία του μυοκαρδίου, το οξύ πνευμονικό οίδημα και το συγκοπτικό επεισόδιο.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από την ΚΜ δεν οφείλεται στην αρρυθμία αυτή καθαυτή αλλά στη λίμναση του αίματος στον αριστερό κόλπο. Σε ασθενείς με ΚΜ ο αριστερός κόλπος της καρδιάς, αποδιοργανώνεται, δε συστέλλεται ικανοποιητικά και ποσότητα αίματος λιμνάζει, διευκολύνοντας τη δημιουργία θρόμβων. Οι θρόμβοι αυτοί μπορεί μέσω της κυκλοφορίας να φτάσουν στα αγγεία του εγκεφάλου και να προκαλέσουν ΑΕΕ. Ο κίνδυνος πρόκλησης ΑΕΕ σε ασθενείς με ΚΜ αυξάνει ανάλογα με τη συνύπαρξη παραγόντων κινδύνου. Έχει αναπτυχθεί κατάλληλο εργαλείο εκτίμησης θρομβοεμβολικού κινδύνου (CHA₂DS₂Vasc-Score), το οποίο μπορεί να προβλέψει την πιθανότητα για ΑΕΕ, ανάλογα με το πόσους παράγοντες κινδύνου έχει κάποιο άτομο με ΚΜ (Dagres et al., 2009).

Το οξύ πνευμονικό οίδημα εμφανίζεται αιφνίδια με αύξηση της πίεσης των πνευμονικών τριχοειδών (>25 mmHg) και εξαγγείωση υγρού στις κυψελίδες. Εμφανίζεται σε άτομα με χρόνια καρδιοπάθεια και κυρίως άτομα με ΚΑ. Το οξύ πνευμονικό οίδημα

συχνά οφείλεται σε διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, π.χ. σε παροξυσμό ΚΜ, αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης ή σε στηθαγική κρίση (Sovari, 2007).

Τα τελευταία χρόνια περιγράφεται η εμφάνιση ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας, λόγω της διάτασης που προκαλεί στον αριστερό κόλπο η ΚΜ. Η διάταση διαταράσσει τη μιτροειδή βαλβίδα και προκαλεί ανεπάρκεια σύγκλισης καλά στη συστολή της καρδιάς, στέλνοντας αίμα προς τους πνεύμονες (Holmes et al., 2016). Εκτός από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν, η ΚΜ επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών όταν εμφανίζεται, με την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο για την αντιμετώπισή της και φυσικά με την ανάγκη για μακροχρόνια λήψη φαρμάκων.

2.6 Διαγνωστική προσέγγιση

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού υγείας και η κλινική εξέταση καθίσταται αναγκαία για τη διάγνωση της ΚΜ. Επίσης, υπάρχουν διαγνωστικές μέθοδοι που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της ΚΜ.

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού υγείας του ασθενούς περιλαμβάνει τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή, τα συμπτώματα που τον οδήγησαν στο νοσοκομείο καθώς και υπάρχον γνωστό νόσημα. Επιπλέον, σημαντικό είναι να αναφερθεί το ατομικό ιστορικό επεμβάσεων, το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που τυχόν λαμβάνει.

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ορισμένες από τις κλινικές εκδηλώσεις της ΚΜ και συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση του προβλήματος. Αρχικά, αξιολογείται η γενική κατάσταση του ασθενούς με επισκόπηση των άκρων, της κοιλίας και του θώρακος. Επιπλέον γίνεται ψηλάφηση και αξιολόγηση του σφυγμού και ακρόαση της καρδιάς με στηθοσκόπιο και αξιολογούνται τα ζωτικά του σημεία (αναπνοές, θερμοκρασία, σφυγμός, αρτηριακή πίεση) (Ashley & Niebauer, 2004).

Ακολουθεί η αναφορά των διαγνωστικών μεθόδων που επιτρέπουν την επιβεβαίωση ύπαρξης της ΚΜ:

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Αποτελεί μη επεμβατική και χαμηλού κόστους εξέταση για τον εντοπισμό της ΚΜ και οποιασδήποτε καρδιακής αρρυθμίας. Στην ΚΜ οι κόλποι εκπολώνονται με συχνότητα

>200φορές/λεπτό. Η δραστηριότητα αυτή προκαλεί επάρματα στο ΗΚΓ που ποικίλλουν σε πλάτος, σχήμα και χρονισμό, αντικαθιστούν τα κύματα P, ενώ υπάρχει ακανόνιστη κοιλιακή απόκριση. Τα κύματα P στο ΗΚΓ παύουν να είναι ευδιάκριτα, λόγω της γρήγορης εκπόλωσης των κόλπων και διακρίνονται πλέον τα μαρμαρυγικά κύματα f, ορατά στις απαγωγές II, III, aVF, V. Ο κολποκοιλιακός κόμβος δέχεται αμέτρητα ερεθίσματα, λειτουργεί όμως, ως φραγμός παραμένοντας ανερέθιστος για τα περισσότερα, επιτρέποντας μόνο ένα μέρος των ερεθισμάτων να φτάσει στις κοιλίες. Η άρρυθμη κοιλιακή διέγερση που εγκαθίστανται οδηγεί σε πλήρη αρρυθμία (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη,2014).

Holter ρυθμού

Το holter ρυθμού είναι η μη επεμβατική μέθοδος καταγραφής της καρδιακής συχνότητας και του ρυθμού. Πρόκειται για μία φορητή συσκευή, η οποία καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς επί 24 ή 48 ώρες. Η συσκευή αυτή συνδέεται με ηλεκτρόδια με το θώρακα του εξεταζόμενου, τοποθετούμενη σε ειδική θήκη, η οποία προσαρμόζεται στον ιματισμό (π.χ. ζώνη του παντελονιού) ή αναρτάται από τον ώμο. Το holter ρυθμού καταγράφει και αποθηκεύει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς. Ο ασθενής επιστρέφει τη συσκευή στο ιατρείο μετά από το προκαθορισμένο χρονικό διάστημα. Με τη χρήση ειδικού προγράμματος στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ανιχνεύονται επεισόδια οποιασδήποτε καρδιακής αρρυθμίας, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΜ (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Δυναμική υπερηχογραφία καρδιάς

Η δυναμική υπερηχογραφία καρδιάς (stress-echo) είναι υπερηχογράφημα καρδιάς κατά τη διάρκεια κόπωσης, η οποία προκαλείται φαρμακευτικά με την ενδοφλέβια χορήγηση δοβουταμίνης. Πριν την εξέταση ο ασθενής πρέπει να είναι νήστις για 4 ώρες και να μην καταναλώσει την ίδια μέρα ροφήματα και τροφές που περιέχουν καφεΐνη (π.χ. καφές, σοκολάτα, ροφήματα τύπου cola), παρά μόνο νερό. Σε περίπτωση που ο ασθενής ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή πρέπει να το αναφέρει στον ιατρό σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο να διακόψει ή να τροποποιήσει την αγωγή για την ημέρα τη εξέτασης. Η μέγιστη διάρκεια της εξέτασης είναι 30 λεπτά. Μέσω της συγκεκριμένης εξέτασης γίνεται εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας, ανιχνεύεται πιθανή μειωμένη αιματική ροή στο μυοκάρδιο, λόγω στένωσης στεφανιαίων αγγείων και ανιχνεύονται πρώιμες κολπικές συστολές που πυροδοτούν την ΚΜ (Marwick, 2003).

Διοισοφαγική υπερηχογραφία καρδιάς

Η συγκεκριμένη εξέταση διενεργείται με τη χρήση συσκευής υπερήχων, συνδεδεμένης με ενδοσκόπιο, ώστε να λαμβάνονται υπερηχογραφικές εικόνες της καρδιάς μέσα από τον οισοφάγο. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που ο υπερηχογραφικός έλεγχος είναι δυσχερής (π.χ. παχύσαρκα άτομα) και για την καλύτερη απεικόνιση συγκεκριμένων ανατομικών δομών της καρδιάς, όπως οι βαλβίδες. Σε άτομα με ΚΜ, το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα της καρδιάς αποσκοπεί στον εντοπισμό θρόμβων στον αριστερό κόλπο της καρδιάς, καθώς ο εντοπισμός τους μέσω του διαθωρακικού υπερηχογραφικού ελέγχου είναι δυσχερής (Cuncha, 2017).

Εξετάσεις αίματος

Οι αιματολογικές εξετάσεις αφορούν κυρίως στις ορμόνες του θυρεοειδούς και στον έλεγχο της πήξης του αίματος για όσους ασθενείς λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά. Γίνεται ποσοτικός έλεγχος των ορμονών T3 και T4, οι οποίες εκκρίνονται από τον θυρεοειδή αδένα, ρυθμίζοντας και επηρεάζοντας σημαντικά τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Τόσο ο υπερθυρεοειδισμός όσο και ο υποθυρεοειδισμός προκαλούν αλλαγές στην καρδιακή παροχή, στην ΑΠ και στην περιφερειακή αγγειακή αντίσταση (Bielecka-Dabrowa et al., 2009).

Ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος περιλαμβάνει την εκτίμηση του χρόνου προθρομβίνης και του INR (International Normalized Ratio). Οι ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά (αναστολείς της βιταμίνης Κ) πρέπει να ελέγχονται τακτικά (κάθε 20-30 ημέρες) για την τιμή του INR, ώστε να εκτιμάται από τον ιατρό τους η ορθή λήψη του αντιπηκτικού. Τιμές INR εντός θεραπευτικού εύρους θεωρούνται αυτές μεταξύ 2 και 3. Η διατήρηση του INR σε αυτά τα επίπεδα, συνίσταται για την προφύλαξη της δημιουργίας θρόμβων και των θρομβοεμβολικών επιπλοκών (Neil, 2012).

Ακτινογραφία θώρακα

Η ακτινογραφία θώρακα παρέχει πληροφορίες για παθολογικές καταστάσεις που αφορούν την καρδιά και τους πνεύμονες. Οι συνήθης τομές είναι η οπισθοπρόσθια και η πλάγια προβολή. Μέσω της ακτινογραφίας γίνεται εκτίμηση του μεγέθους της καρδιάς και ανίχνευση παθολογικών καταστάσεων όπως για παράδειγμα η διόγκωση καρδιακών κοιλοτήτων. Η εκτίμηση του μεγέθους της καρδιάς υπολογίζεται με τον καρδιοθωρακικό δείκτη διαιρώντας το πηλίκο της μέγιστης εγκάρσιας διαμέτρου της καρδιάς με τη μέγιστη εγκάρσια διάμετρο του θώρακα. Η φυσιολογική τιμή του καρδιοθωρακικού δείκτη είναι <0,5 (Μπροκαλάκη-Παναανουδάκη, 2014).

2.7 Εκτίμηση Θρομβοεμβολικού κινδύνου

Η ΚΜ αυξάνει τον κίνδυνο για ΑΕΕ κατά 4-5 φορές σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Τα ΑΕΕ που προκαλούνται εξαιτίας της ΚΜ έχουν συνήθως βαρύτερη συμπτωματολογία από τα ΑΕΕ με άλλα υποκείμενα αίτια (Mozzaffarianetal., 2015). Το ΑΕΕ παρουσιάζει υψηλή θνητότητα και αποτελεί σημαντική αιτία αναπηρίας, με μεγάλη επιβάρυνση για τον ασθενή και την οικογένειά του (Dagres et al., 2009).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί υπάρξει ειδικά διαμορφωμένο εργαλείο εκτίμησης θρομβοεμβολικού κινδύνου (CHA₂DS₂Vasc-Score), με το οποίο ένα άτομο κατατάσσεται σε «χαμηλού», μέσου» και «υψηλού» κινδύνου για την πρόκληση θρομβοεμβολικού επεισοδίου και ΑΕΕ και προτείνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης (Lip, 2011). Η βαθμολογία στο CHA₂DS₂Vasc-Score κυμαίνεται από 0 έως 9 και όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος θρομβοεμβολικής νόσου. Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό της βαθμολογίας είναι οι ακόλουθοι: (Charmanetal, 2017).

- Ύπαρξη συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (1 βαθμός)
- Ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης (1 βαθμός)
- Ηλικία 65-74 έτη (1 βαθμός)
- Ηλικία >75 έτη (2 βαθμοί)
- Θήλυ φύλο (1 βαθμός)
- Ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη (1 βαθμός)
- Ατομικό ιστορικό παροδικού ΑΕΕ (2 βαθμοί)
- Ατομικό ιστορικό οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου ή περιφερικής αγγειακής νόσου (1 βαθμός)

Εάν ο ασθενής έχει βαθμολογία στο CHA₂DS₂-VASc \geq 2, προτείνεται αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ(ασεκουμαρόλη, κ.α.),με στόχο INR 2-3. Επίσης, νεότερης γενιάς από του στόματος αντιπηκτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια για την πρόληψη θρομβοεμβολικού επεισοδίου σε ασθενείς με ΚΜ, χωρίς την ανάγκη τακτικού ελέγχου του INR (Lip, 2015).

2.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της ΚΜ περιλαμβάνει την αποκατάσταση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού ή τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας σε περίπτωση ταχυκαρδίας, καθώς και την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού (ανάταξη ή καρδιομετατροπή) μπορεί να γίνει ηλεκτρικά ή φαρμακευτικά. Η διατήρηση, στη συνέχεια, του καρδιακού ρυθμού γίνεται με αντιαρρυθμικά φάρμακα. Στις περιπτώσεις που δεν είναι ανατάξιμη η ΚΜ, χορηγούνται φάρμακα για να διατηρείται η συχνότητα των σφυγμών σε κανονικά επίπεδα και να εμποδίζεται η ταχυκαρδία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ΚΜ αντιμετωπίζεται με κατάλυση (ablation) των υπεύθυνων αρρυθμογόνων εστιών στην καρδιά και στις πνευμονικές φλέβες. Για την πρόληψη των θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι απαραίτητη η λήψη αντιπηκτικής αγωγής με τακτική παρακολούθηση της πήκτικότητας του αίματος (INR) για ορθή ρύθμιση (στην περίπτωση λήψης κουμαρινικών αντιπηκτικών) (AHA, 2018).

2.8.1 Φαρμακευτική αγωγή

Υπάρχουν κυρίως τρεις κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ΚΜ: τα αντιπηκτικά φάρμακα, τα φάρμακα επίτευξης και διατήρησης φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού και τα φάρμακα για τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας.

Τα αντιπηκτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να εμποδίσουν τον σχηματισμό θρόμβων και την εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Τα κουμαρινικά είναι αντιπηκτικά που χορηγούνται από το στόμα για καταστάσεις που χρήζουν μακροχρόνιας αγωγής (ασενοκουμαρόλη, βαρφαρίνη). Η αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά προϋποθέτει την εκτίμηση της πήκτικότητας του αίματος σε τακτικά χρονικά διαστήματα με τη μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης και τον υπολογισμό του INR (International Normalized Ratio). Αναλόγως της τιμής του INR ρυθμίζεται η καθημερινή δόση των κουμαρινικών. Οι τιμές INR μεταξύ 2-3 θεωρείται ότι εξασφαλίζουν τον άριστο συνδυασμό επαρκούς αντιπηκτικής δράσης και χαμηλού κινδύνου εκδήλωσης αιμορραγίας. Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά παρουσιάζουν αλληλεπιδράσεις με διάφορα φάρμακα και τροφές, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η αποτελεσματικότητά τους και να αυξάνεται ο κίνδυνος είτε για εκδήλωση αιμορραγίας είτε για πρόκληση ΑΕΕ (January et al., 2014). Οι τροφές που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη δράση των κουμαρινικών αντιπηκτικών είναι τα χόρτα και τα πράσινα λαχανικά, εκείνες δηλαδή που περιέχουν βιταμίνη Κ, με αποτέλεσμα να επιβάλλεται η

αύξηση της δόσης του φαρμάκου για την επίτευξη του επιθυμητού εύρους του INR. Τρόφιμα, τα οποία περιέχουν σε μικρό ποσοστό την βιταμίνη Κ θα πρέπει να καταναλώνονται σε φυσιολογικές ποσότητες (Park et al., 2015). Τα κυριότερα φάρμακα που επηρεάζουν τη δραστηριότητα των κουμαρινικών είναι τα αντιβιοτικά, όπως οι κεφαλοσπορίνες και τα αντιμυκητιασικά, καθώς και αρκετά φάρμακα τα οποία συγχωρηγούνται σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα, όπως η αμιωδαρόνη και οι στατίνες. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ ενισχύσει την τη δράση των κουμαρινικών φαρμάκων και αυξάνει τον κίνδυνο για αιμορραγία (Voskoboiniketal., 2017).

Τα τελευταία χρόνια έχουν εισέλθει στην κλινική πρακτική νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα (dabigatran, rivaroxaban, apixaban), που έχουν σταθερή αντιπηκτική δράση και για αυτό το λόγο δεν απαιτείται έλεγχος του INR για την ρύθμιση της δόσης (Stardar et al., 2016). Τα κύρια προβλήματα που σχετίζονται με τα νεότερα αντιπηκτικά είναι η έλλειψη αντιδότων και αντενδείκνυνται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, επειδή μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία. Επίσης, τα συγκεκριμένα φάρμακα έχουν μικρό χρόνο ημίσειας ζωής, με αποτέλεσμα η παράλειψη έστω και μίας δόσης να οδηγεί σε κατακόρυφη αύξηση του κινδύνου θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Η επιλογή του αντιπηκτικού φαρμάκου πρέπει να γίνεται ανάλογα με όλους τους παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικό επεισόδιο και σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς (Chan et al., 2015).

Τα φάρμακα για την επίτευξη και διατήρηση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού (προπαφαιρόνη, σοταλόλη, φλεκαϊνίδη, αμιωδαρόνη, κ.α.) έχουν ως στόχο την ανάταξη του καρδιακού ρυθμού σε άτομα με ΚΜ και μη υποτροπή της αρρυθμίας. Η προπαφαιρόνη κι η φλεκαϊνίδη χρησιμοποιούνται για τη φαρμακευτική ανάταξη της ΚΜ και τη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Η προπαφαιρόνη επιβραδύνει την εισροή των ιόντων νατρίου εντός των καρδιακών μυϊκών κυττάρων, προκαλώντας μείωση στην ανταπόκριση των κυττάρων στα ερεθίσματα. Αντενδείκνυται η χρήση της σε ασθενείς με μη ελεγχόμενη καρδιακή ανεπάρκεια, βραδυκαρδία και διαταραχές αγωγιμότητας. Η φλεκαϊνίδη χρησιμοποιείται περισσότερο για την πρόληψη των υποτροπών ΚΜ. Μπορεί να προκαλέσει κολποκοιλιακό αποκλεισμό, μείωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου και επιδείνωση προϋπάρχουσας καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η αμιωδαρόνη δρα σε ένα ευρύ φάσμα διαύλων ιόντων στο μυοκάρδιο, συμπεριλαμβανομένων των διαύλων νατρίου, ασβεστίου και καλίου. Η κύρια δράση της αμιωδαρόνης είναι η παράταση της διάρκειας του δυναμικού ενεργείας και της ανερέθιστης περιόδου (Waks et al., 2016).

Επίσης, σε ασθενείς με ΚΜ χρησιμοποιούνται φάρμακα, τα οποία δεν ανατάσσουν την αρρυθμία, αλλά δρουν στο ερεθισματογωγό σύστημα της καρδιάς, με σκοπό να ελαττώσουν τη συχνότητα των κοιλιακών συστολών και να περιορίσουν τα συμπτώματα. Πρόκειται για τους β-αποκλειστές (τιμολόλη, προπρανολόλη, κ.α.), οι οποίοι αποκλείουν τους αδρενεργικούς υποδοχείς σε καρδιά και αγγεία. Οι β-αναστολείς δρουν ως αντιαρρυθμικά φάρμακα, με αποτέλεσμα να μειώνουν τις δράσεις του συμπαθητικού συστήματος στην αγωγιμότητα του μυοκαρδίου. Οι β-αποκλειστές χορηγούνται για τον έλεγχο της φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας και τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας στη ΚΜ. Χορηγούνται επίσης σε στεφανιαία νόσο, ενώ είναι χρήσιμοι σε περιπτώσεις συνδρόμου μακρού QT. Η χορήγηση β-αποκλειστών πρέπει να αποφεύγεται, σε άτομα με ιστορικό βρογχικού άσθματος ή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Επίσης, προκαλούν υπόταση, βραδυκαρδία, ακόμα και κολποκοιλιακό αποκλεισμό (Zimetbaum, 2012).

2.8.2 Μη φαρμακευτικά μέτρα

Ηλεκτρική ανάταξη

Η ηλεκτρική ανάταξη ή αλλιώς ηλεκτρική καρδιομετατροπή χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση της εμμένουσας ΚΜ (αποκατάσταση του φυσιολογικού κολπικού ρυθμού). Κατά την ηλεκτρική ανάταξη χορηγείται μικρή ποσότητα ηλεκτρικού ρεύματος διαμέσου του θωρακικού τοιχώματος, μέσω εξωτερικού απινιδιστή, προκειμένου να αναταχθεί η αρρυθμία. Η ηλεκτρική ανάταξη μπορεί να προγραμματιστεί και να γίνει με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Διενεργείται υπό ήπια καταστολή, με την ενδοφλέβια χορήγηση βραχείας δράσης κατασταλτικού φαρμάκου. Η καρδιομετατροπή στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυγχάνει τον τερματισμό της αρρυθμίας, αλλά δεν μπορεί να εξασφαλίσει την μη υποτροπή της (Sucu et al., 2009).

Κατάλυση μέσω καθετήρα (Catheterablation)

Η κατάλυση μέσω καθετήρα είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιεί ενέργεια ραδιοσυχνότητας για να καταστραφούν επιλεκτικά περιοχές καρδιακού ιστού που προκαλούν πρόβλημα στο καρδιακό ρυθμό. Η κατάλυση με καθετήρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η φαρμακευτική αγωγή είναι αναποτελεσματική στον έλεγχο του

ρυθμού και των συμπτωμάτων της νόσου. Η επεμβατική διαδικασία πραγματοποιείται σε ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο από εξειδικευμένο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος της θεραπείας είναι η αποκατάσταση και η παραμονή του φυσιολογικού ρυθμού, η μείωση των υποτροπών της ΚΜ και ο έλεγχος των συμπτωμάτων του ασθενούς. Πριν την επέμβαση, ο ασθενής υποβάλλεται σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης θρόμβου στον αριστερό κόλπο.

Συνήθως ο ασθενής διακόπτει, εάν λαμβάνει, αντιπηκτικά φάρμακα για 1 ή 2 ημέρες, ακολουθώντας στο διάστημα αυτό αγωγή με υποδόριες ενέσεις ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Πρέπει, επίσης, πριν την επέμβαση να υποβληθεί σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα για να αποκλειστεί η ύπαρξη θρόμβου στον αριστερό κόλπο. Συνηθέστερα η επέμβαση γίνεται χωρίς γενική αναισθησία, μόνο με τοπική αναισθησία στο σημείο εισόδου των καθετήρων (συνήθως στη μηριαία φλέβα). Αρχικά, γίνεται η εισαγωγή στην καρδιά, μέσα από το φλεβικό σύστημα των διαγνωστικών καθετήρων, δηλαδή μικροσκοπικών εύκαμπτων καλωδίων, που συνδεόμενα με ειδικό καταγραφικό συστηματογράφουν την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς. Εν συνεχεία, από την δεξιά μηριαία φλέβα γίνεται η εισαγωγή ενός μακρού θηκαριού με βελόνα που δια μέσου του φλεβικού συστήματος καταλήγει στον δεξιό κόλπο της καρδιάς. Με αυτό το σύστημα γίνεται η παρακέντηση του ωοειδούς τμήματος, για να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στον αριστερό κόλπο. Αμέσως μετά προωθείται στον αριστερό κόλπο ένας κυκλικός καθετήρας που εφαρμόζει στο στόμιο κάθε μίας από τις 4 πνευμονικές φλέβες, να καταγράφει την ηλεκτρική της δραστηριότητα και ο καθετήρας κατάλυσης που παράγει ενέργεια υψίσυχνου ρεύματος και κατά αυτόν τον τρόπο μπορεί δια της παραγόμενης θερμότητας να καταστρέψει μικρή περιοχή ιστού. Με τον καθετήρα κατάλυσης γίνονται κυκλοτερείς βλάβες γύρω από τα στόμια των 4 πνευμονικών φλεβών, με στόχο την πλήρη ηλεκτρική τους απομόνωση. Η διαδικασία αυτή φαίνεται πως είναι αρκετή για τις περιπτώσεις της παροξυσμικής ΚΜ. Για περιπτώσεις επίμονης ΚΜ, πιθανόν απαιτείται περισσότερη χαρτογράφηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας και επιπλέον καταλύσεις σε άλλες θέσεις του αριστερού ή και του δεξιού κόλπου.

Αμέσως μετά την επέμβαση χορηγείται ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και ξεκινάει νέου η διακοπείσα από του στόματος αντιπηκτική αγωγή. Ο ασθενής μπορεί να κινητοποιηθεί λίγες ώρες μετά το τέλος της επέμβασης και την επόμενη ημέρα εξέρχεται από το νοσοκομείο. Στον ασθενή μπορεί να χορηγηθεί για ένα διάστημα 2-3 μηνών αντιαρρυθμική φαρμακευτική αγωγή, με σκοπό να προληφθούν ενδεχόμενα αρρυθμικά επεισόδια που μπορεί να συμβούν το πρώτο διάστημα μετά την κατάλυση, τα οποία όμως

συνηθέστερα παρέρχονται. Ο ασθενής πρέπει να επανεκτιμάται σε τακτά διαστήματα με ηλεκτροκαρδιογράφημα και Holter ρυθμού.

Η κατάλυση της ΚΜ είναι μια ασφαλής επέμβαση. Όπως όμως συμβαίνει με οποιαδήποτε επεμβατική πράξη, έτσι και στην κατάλυση της ΚΜ υπάρχει μικρός κίνδυνος επιπλοκών. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν αιμορραγία στη θέση εισαγωγής των καθετήρων, καρδιακό επιπωματισμό, στένωση πνευμονικών φλεβών, εμβολικό επεισόδιο, κολπο-οισοφαγικό συρίγγιο (Haegeli & Calkins, 2014).

Εμφύτευση βηματοδότη

Στις περιπτώσεις εκείνες που η ΚΜ εναλλάσσεται με περιόδους βραδυκαρδίας είναι απαραίτητη η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη. Ο βηματοδότης έχει την ικανότητα να αισθάνεται τη βραδυκαρδία και να βηματοδοτεί την καρδιά προκειμένου να διατηρήσει μία φυσιολογική συχνότητα. Ορισμένοι τύποι βηματοδοτών έχουν επίσης τη δυνατότητα να αισθάνονται την ΚΜ και να βηματοδοτούν τους κόλπους καταστέλλοντας την αρρυθμία.

Η εμφύτευση βηματοδότη γίνεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με τοπική αναισθησία στοάνω τμήμα του δεξιού ή αριστερού ημιθωρακίου, κάτω από την κλείδα. Τα βηματοδοτικά ηλεκτρόδια προωθούνται στις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς διαμέσου της κεφαλικής φλέβας και στη συνέχεια συνδέονται με τη βηματοδοτική γεννήτρια που εμφυτεύεται υποδόρια σε ειδικό θύλακο. Οι κυριότερες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από την τοποθέτηση βηματοδότη είναι: αιμάτωμα και επιμόλυνση τραύματος, διάτρηση καρδιακής κοιλότητας, τρώση-ερεθισμός διαφράγματος, αιμοθώρακας, πνευμοθώρακας, εμβολή αέρα, και κάκωση βηματοδοτικών ηλεκτροδίων (Kotsakou et al., 2015).

Διακοπή καπνίσματος και περιορισμός κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης

Το αλκοόλ και η καφεΐνη μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της καρδιακής συχνότητας, επιτείνοντας τις κλινικές εκδηλώσεις της ΚΜ. Προτείνεται, λοιπόν, λοιπόν στους ασθενείς με ΚΜ να αποφύγουν-διακόψουν το κάπνισμα (ενεργητικό, παθητικό) και να περιορίσουν την κατανάλωση αλκοόλ και προϊόντων που περιέχουν καφεΐνη (καφές, σοκολάτα, τσάι, ροφήματα τύπου cola). Σε μία μελέτη έγινε παρακολούθηση για 17 χρόνια 15.000 ασθενών με ΚΜ και βρέθηκε ότι 57% των επεισοδίων της ΚΜ σχετίζονται με το κάπνισμα, την αρτηριακή υπέρταση και την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη (Huxley & Woodward, 2011).

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

3.1 Γενικά

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών. Η εκπαίδευση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε θετικά για την υγεία αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της προσήλωσης στη φαρμακευτική και μη-φαρμακευτική αγωγή, της ποιότητας ζωής και της γνώσης των ασθενών για τη νόσο τους. Η εκπαίδευση των ασθενών πρέπει να σχεδιάζεται και να εφαρμόζεται με απώτερο στόχο την καλύτερη δυνατή αυτοδιαχείριση της νόσου, παρέχοντας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία αλλά και την συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων (Bosch-Capblanc et al., 2007; Keleher et al., 2009). Επιπλέον, μέσω της αποτελεσματικής εκπαίδευσης μειώνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, η διάρκεια νοσηλείας και οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο (Merriman., 2008). Ο Οργανισμός για την έρευνα και την ποιότητα στον τομέα της Υγείας (AHRQ) πραγματοποίησε έρευνα το 2009, η οποία έδειξε ότι οι ασθενείς, που έχουν κατανοήσει τις οδηγίες που έχουν λάβει πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχουν 30% μικρότερη πιθανότητα για επανεισαγωγή στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν ή δεν κατανόησαν τις οδηγίες.

3.2 Μέθοδοι εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο ή ομάδες ανθρώπων μαθαίνουν να συμπεριφέρονται με τρόπο που να ευνοεί την προαγωγή, τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας (Rankin & Stallings, 2001). Η εκπαιδευτική διαδικασία περιλαμβάνει την αναγνώριση και αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς για εκπαίδευση, την εφαρμογή της εκπαιδευτικής διαδικασίας (διδασκαλία, συμβουλευτική) και την συνεχή από τους επαγγελματίες υγείας παρακολούθηση (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Η εκπαιδευτική διαδικασία διακρίνεται σε 5 διακριτά στάδια: (Stromberg, 2005)

- Στο 1^ο στάδιο γίνεται η εκτίμηση της γνώσης του ασθενούς και των κινήτρων του.
- Στο 2^ο στάδιο διερευνώνται οι μαθησιακοί φραγμοί και προσδιορίζονται οι μαθησιακές ανάγκες των ασθενών.

- Το 3^ο στάδιο περιλαμβάνει συζήτηση με τον ασθενή για τον προγραμματισμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης και τον καθορισμό στόχων.
- Στο 4^ο στάδιο παρέχεται πληροφόρηση στον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον.
- Το 5^ο στάδιο περιλαμβάνει την αξιολόγηση της όλης διαδικασίας.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρέπει να είναι συνεχείς και προσαρμοσμένες στις ανάγκες και την κατάσταση κάθε ασθενή. Για την επίτευξη της εκπαιδευτικής παρέμβασης, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να χρησιμοποιούν απλή και κατανοητή ορολογία, και αναλυτικές οδηγίες για τους ασθενείς και το υποστηρικτικό δίκτυο αυτών (Maningat et al., 2014). Η εκπαιδευτική παρέμβαση μπορεί να επιτευχθεί ομαδικά ή εξατομικευμένα για κάθε ασθενή, άμεσα με προσωπική επαφή ή έμμεσα με την χρήση οπτικοακουστικών μέσων. Για την εκπαίδευση χρησιμοποιείται έντυπο υλικό (π.χ φυλλάδια, βιβλία) και οπτικο-ακουστικά μέσα, όπως είναι οι βιντεοταινίες, ηλεκτρονικές ιστοσελίδες και προγράμματα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Επιπλέον, μπορεί να παρέχεται συμβουλευτική μέσω δωρεάν τηλεφωνικών αριθμών (Grancelli & Ferrante, 2007).

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικές. Για αυτό το λόγο πριν το πέρας κάθε συνεδρίας πρέπει ο ασθενής να συμμετέχει στην επανεξέταση του σχεδίου φροντίδας, να ελέγχεται το επίπεδο κατανόησης των πληροφοριών που δέχθηκε, ενώ πρέπει να έχει τη δυνατότητα έκφρασης ανησυχίας ή υποβολής ερωτήσεων σχετικά με το πλάνο φροντίδας (Coulter, 2007).

3.3 Εμπόδια κατά την εκπαίδευση

Για την αποτελεσματική εκπαίδευση και παροχή πληροφοριών στους ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την εκπαιδευτική παρέμβαση. Η αναγνώριση των δυνητικών φραγμών όπως είναι η ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κλπ βοηθούν τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας να καθορίσουν ποιά εργαλεία θα χρησιμοποιήσουν, ώστε να γίνει αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη η εκπαίδευση.

Ακολουθεί η αναφορά των κυριότερων εμποδίων κατά την εκπαίδευση ενός ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας:

Ηλικία

Σύμφωνα με την Cutilli C. (2007), σε μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι η γήρανση του ατόμου επιδρά αρνητικά στην ικανότητά του να δέχεται, να επεξεργάζεται και να κατανοεί πληροφορίες κατά τη διάρκεια μίας εκπαιδευτικής διαδικασίας. Στα ηλικιωμένα άτομα η οπτική και η ακουστική οξύτητα ελλοτώνονται, καθιστώντας δύσκολο για το άτομο να λάβει πληροφορίες. Επιπλέον, η γήρανση μπορεί να προκαλέσει μείωση στις γνωστικές ικανότητες κατά την επεξεργασία και κατανόηση πληροφοριών, καθώς και διαταραχές μνήμης. Η αλλοιωμένη νοητική ικανότητα λόγω παθολογικής νόσου, όπως η νόσος του Alzheimer, μπορεί να δημιουργήσει ένα εμπόδιο για αποτελεσματική διδασκαλία. Συνεπώς με την απώλεια της ραχπρόθεσμης μνήμης και με δεδομένο το μεγάλο όγκο των παρεχόμενων πληροφοριών, καθιστάται αδύνατον ο ασθενής να μπορεί να θυμηθεί ορθά όλες τις πληροφορίες που έλαβε μέσω της εκπαίδευσης (Cutilli, 2007).

Υγειονομική παιδεία

Υγειονομική παιδεία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων νοσημάτων. Αφορά, επίσης και την ικανότητα των ατόμων να εφαρμόζουν στην πράξη όλες αυτές τις πληροφορίες για θέματα υγείας, καθώς και στον συνεχή εμπλουτισμό των γνώσεών τους. Η ανατροφοδότηση με πληροφορίες για θέματα υγείας είναι μία δύσκολη διαδικασία για τους μη επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όταν η αναζήτηση πληροφοριών γίνεται σε μη έγκυρες πηγές, όπως διάφορες ιστοσελίδες στο διαδίκτυο και ο μη επιστημονικός τύπος. Η κατάσταση δυσχεραίνεται όταν οι επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλεύτες, κατά την εκπαίδευση των ασθενών χρησιμοποιούν δυσνόητους επιστημονικούς όρους και δεν αφιερώνουν τον απαιτούμενο χρόνο για ερωτήσεις και επεξηγήσεις (Beagle, 2011).

Γλώσσα

Ένα επιπλέον εμπόδιο που παρουσιάζεται κατά την εκπαίδευση ενός ασθενή, είναι το ενδεχόμενο η μητρική του γλώσσα να μην είναι η επίσημη γλώσσα της χώρας που διαμένει. Πρόκειται για φαινόμενο που είναι συχνότερο τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης, λόγω του μεταναστευτικού κύματος από χώρες της Βόρειας Αφρικής και της Μέσης Ανατολής. Η εκπαίδευση αυτών των ανθρώπων καθίσταται από δυσχερή έως αδύνατη, καθώς σπανίως γνωρίζουν κάποια διεθνώς αναγνωρισμένη γλώσσα, όπως τα αγγλικά. Συνεπώς, είναι επιβεβλημένη η συμμετοχή μεταφραστών, ενώ οι αρμόδιες

υπηρεσίες πρέπει να παρέχουν μεταφρασμένο έντυπο υλικό στη γλώσσα των εκαπιδευόμενων (Comerford, 2004).

Άλλα εμπόδια

Τέλος, άλλα εμπόδια που μπορεί να επηρεάσουν την εκπαιδευτική διαδικασία είναι η μειωμένη κινητικότητα των ασθενών, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μη δύναται να μετακινηθεί σε χώρους όπου πραγματοποιείται η εκπαίδευση. Επίσης ο πόνος είναι ένας παράγοντας που μπορεί να εμποδίσει την ικανότητα του ασθενούς να κατανοεί και να αφομοιώνει τις πληροφορίες. Επιπλέον, το άγχος εξαιτίας της νόσου και των αλλαγών που αυτή επιφέρει στην καθημερινότητα των ασθενών επηρεάζει αρνητικά τη δυνατότητα του ασθενούς να λαμβάνει, επεξεργάζεται και αφομοιώνει πληροφορίες (Beagley, 2011).

3.4 Ρόλος του νοσηλευτή

Η εκπαίδευση των ασθενών από τους νοσηλευτές καθίσταται σημαντική διότι ένας ενημερωμένος και εκπαιδευμένος ασθενής μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στην αυτοδιαχείριση της νόσου με αποτέλεσμα την έγκαιρη αναγνώριση σφαλμάτων, την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ή επιδείνωσης της νόσου. Ένας λόγος για τον οποίο οι ασθενείς έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι η έλλειψη κατανόησης των πληροφοριών που δέχτηκαν από τους επαγγελματίες υγείας, όπως για παράδειγμα για τη φαρμακευτική τους αγωγή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή καθίσταται σημαντικός κατά την εκπαίδευση των ασθενών και για την αύξηση της προσήλωσής τους στη θεραπευτική αγωγή. Έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις και βρισκόμενος περισσότερο από τον καθένα κοντά στον ασθενή και στους οικείους του, αποτελεί τον καταλληλότερο επιστήμονα υγείας για την εκπαίδευσή του. Η εκπαίδευση πρέπει να ξεκινά από την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο και να συνεχίζεται μετά την έξοδό του σε καθορισμένες συναντήσεις. Το εκπαιδευτικό πλάνο διαμορφώνεται από το νοσηλευτή εξατομικευμένα, με τη χρήση εποπτικών μέσων και έντυπου υλικού κατά τη διάρκεια συναντήσεων εντός και εκτός του νοσοκομείου. Ο νοσηλευτής, επικεντρώνεται στην εκπαίδευση σχετικά με τη φαρμακευτική και μη-φαρμακευτική αγωγή, καθώς και στην αύξηση της αυτοφροντίδας (Farahani, 2013).

4. ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

4.1 Ορισμός

Πληθώρα εννοιών έχουν χρησιμοποιηθεί για να ορίσουν την τήρηση των οδηγιών, που έχουν δοθεί από τους επιστήμονες υγείας, σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Τουλάχιστον τρεις όροι χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία για να την περιγράψουν. Πρόκειται για τη «συμμόρφωση», την «προσήλωση» και τη «συμφωνία-συνεργατικότητα» (Aronson, 2007).

Ο όρος συμμόρφωση (compliance) στη φαρμακευτική αγωγή υποδηλώνει μία πατερναλιστική στάση απέναντι στον ασθενή από τη θεραπευτική ομάδα. Εμπεριέχει την έννοια της υποταγής του ασθενούς στις οδηγίες-διαταγές του ιατρού και δεν προϋποθέτει την ισότιμη συμμετοχή του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη θεραπεία (Aronson, 2007).

Ο όρος προσήλωση (adherence) χρησιμοποιείται παράλληλα με τον όρο συμμόρφωση. Ωστόσο οι επιστήμονες υγείας, τα τελευταία χρόνια, τείνουν να χρησιμοποιούν κυρίως τον όρο προσήλωση, ο οποίος εμπεριέχει την ενεργητική συνεργασία του ασθενούς στη διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας (Osterberg & Terrence, 2005).

Ο όρος συνεργατικότητα (concordance) αποδίδεται ως η συμφωνία που επιτυγχάνεται μετά από διαπραγμάτευση του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας. Ο όρος προσδίδει ιδιαίτερη έμφαση στην ευθύνη του ασθενούς για τις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία του (Osterberg & Blaschke, 2005). Η συνεργατικότητα δε θα πρέπει να υποκαθιστά τους όρους προσήλωση και συμμόρφωση, καθώς αναφέρεται κυρίως στη σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας και τον καθορισμό θεραπευτικού πλάνου επικεντρωμένο στον ασθενή.

4.2 Σχετιζόμενοι Παράγοντες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η τήρηση ενός θεραπευτικού πλάνου μπορεί να επηρεαστεί από τους εξής παράγοντες: 1) τον ασθενή, 2) τη θεραπευτική αγωγή και 3) το Σύστημα Υγείας.

Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή

Γνωστικοί παράγοντες

Πρόκειται για την αντίληψη και τη γνώση των ασθενών σχετικά με τη νόσο και τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και ο βαθμός αφομίωσης και κατανόησης πληροφοριών που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας (WHO, 2003). Ασθενείς που θεωρούν ότι η φαρμακευτική αγωγή βοηθά στη διαχείριση της νόσου παρουσιάζουν αυξημένη προσήλωση σε σχέση με εκείνους που θεωρούν ότι η φαρμακευτική αγωγή τους βλάπτει. Επιπλέον, οι ασθενείς που θεωρούν ότι η νόσος τους περιορίζει σημαντικά στην καθημερινότητα τους φαίνονται να προσηλώνονται λιγότερο στις θεραπευτικές οδηγίες (Rajpura & Nayak, 2014). Επίσης, ασθενείς με ελλειπίες γνώσεις σχετικά με τη φύση της νόσου, τη φαρμακευτική αγωγή και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων παρουσιάζουν μειωμένη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή (Jin et al., 2008; Clarkesmith et al., 2013).

Προηγούμενη συμπεριφορά αυτοφροντίδας

Οι ελλιπής συμπεριφορά αυτοφροντίδας που είχε το άτομο πριν την εμφάνιση της νόσου είναι παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή και στα μη φαρμακευτικά μέτρα (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο επηρεάζει την προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, το υψηλό κόστος των φαρμάκων, η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου (οικογένεια, φίλοι), η ανεργία, σε συνδυασμό με την οικονομική ανέχεια της εποχής, έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η προσήλωση των ασθενών (WHO, 2003).

Κατάσταση υγείας του ασθενούς

Η συννοσηρότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη μη προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή. Από τη διεθνή βιβλιογραφία έχει βρεθεί ότι η ύπαρξη >2 συνοδών νοσημάτων μειώνει σημαντικά το βαθμό προσήλωσης. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η προσήλωση επηρεάζεται από την εκδήλωση συμπτωμάτων, τη σοβαρότητα της κυρίας

νόσου και των συνοδών νοσημάτων και από τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής θεραπείας (WHO, 2003).

Άλλοι παράγοντες

Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία, σχετίζονται με μειωμένη προσήλωση στις συσταθείσες οδηγίες των επαγγελματιών υγείας (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014). Επιπλέον, η φυλή φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό προσήλωσης σχετικά με την αναπλήρωση των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων και την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών που έχουν συσταθεί, με τους Καυκάσιους να προσηλώνονται περισσότερο σε σχέση με τους Αφροαμερικανούς (Gerber et al., 2010).

Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπευτική αγωγή

Η πολυπλοκότητα των θεραπευτικών σχημάτων, η μεγάλη διάρκεια της θεραπείας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων οδηγούν σε πτωχή προσήλωση (WHO, 2003). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα προσηλώνονται λιγότερο στη φαρμακευτική αγωγή, όσο αυξάνεται ο αριθμός των δισκίων και ο αριθμός των δόσεων ημερησίως. Ο βαθμός προσήλωσης επηρεάζεται από τη χρονική διάρκεια λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς φαίνεται υψηλότερη προσήλωση στους πρώτους 6 μήνες, ενώ ο βαθμός προσήλωσης μειώνεται σημαντικά μετά το πέρας 12 μηνών (Parketal., 2008). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων τείνουν να επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών, καθώς οι ασθενείς που έχουν γνώση των παρενεργειών των φαρμάκων παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά προσήλωσης σε σχέση με εκείνους που τις αγνοούν (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Παράγοντες σχετιζόμενοι με το Σύστημα Υγείας

Ο βαθμός προσήλωσης επηρεάζεται σημαντικά από τη σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας. Ασθενείς που δεν λαμβάνουν καθόλου τη φαρμακευτική αγωγή που τους έχει συσταθεί, συνειρίζονται με αυτή λίγο πριν και αμέσως μετά την επίσκεψη στο ιατρείο. Το φαινόμενο αυτό καλείται «προσήλωση στη λευκή μπλούζα» (Jimmy & Jose, 2011). Παράγοντας μη προσήλωσης φαίνεται να είναι η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Jin et al., 2008). Παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα Υγείας και επηρεάζουν αρνητικά την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή είναι η μειωμένη διάθεση και το υψηλό κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η δυσκολία πρόσβασης και προγραμματισμού συναντήσεων παρακολούθησης στις υπηρεσίες υγείας και η έλλειψη προσωπικού υγείας (WHO, 2003). Στη μελέτη των Turner et. al. (2009) φάνηκε πως η καθυστέρηση στην ανανέωση της συνταγογράφησης και της προμήθειας των φαρμάκων, επηρεάζεται από το υψηλό κόστος μετακίνησης των ασθενών.

4.3 Εκτίμηση της προσήλωσης

Η εκτίμηση της προσήλωσης μπορεί να γίνει με άμεσες ή έμμεσες μεθόδους.

Άμεσες μέθοδοι

Άμεση παρατήρηση

Η άμεση παρατήρηση θεωρείται έγκυρη και οικονομική μέθοδος για την εκτίμηση της προσήλωσης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή. Όμως, επειδή δεν καθίσταται δυνατή πάντοτε η παρακολούθηση των ασθενών από επαγγελματία υγείας ή από συγγενικό πρόσωπο δεν μπορεί να εφαρμοστεί για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να αποκρύψουν την αλήθεια σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής όπως για παράδειγμα να κρύψουν το φάρμακο μέσα στο στόμα τους και έπειτα να το απορρίψουν (Wai & Fresco, 2015).

Βιολογικές μέθοδοι

Η προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιβεβαιωθεί με ακρίβεια με τη χρήση βιολογικών παραμέτρων. Τα επίπεδα ενός φαρμάκου ή των μεταβολιτών του στο αίμα ή σε άλλα βιολογικά υγρά (ούρα, σίελος) παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το αν ο ασθενής λαμβάνει τη συσταθείσα φαρμακευτική αγωγή στη σωστή δοσολογία. Η μέθοδος αυτή έχει μεγάλη ακρίβεια, αλλά η εκτίμηση της προσήλωσης του ατόμου καθίσταται δυνατή μόνο κατά το πρόσφατο χρονικό διάστημα πριν την αξιολόγηση. Επιπλέον, η μέθοδος δε δύναται να εφαρμόζεται συχνά, διότι το κόστος είναι αρκετά μεγάλο. (Wai & Fresco, 2015).

Έμμεσες μέθοδοι

Συνέντευξη

Χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και βασίζεται στην ανάκληση συμπεριφορών αυτοφροντίδας 24ωρου ή μεγαλύτερου χρονικά διαστήματος. Παρέχει πληροφορίες με ακρίβεια λόγω του σύντομου χρονικού διαστήματος ανάκλησης, αλλά φαίνεται πως για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα οι απαντήσεις των ασθενών τείνουν να επηρεάζονται απο τυχόν επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου ή και απο την παρουσία νέου προβλήματος υγείας. Το θετικό στοιχείο της συνέντευξης με αναλυτικό ιστορικό είναι ότι δίνει στοιχεία για την αξιολόγηση της γενικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Η εγκυρότητα της μεθόδου περιορίζεται από το ενδεχόμενο η αξιολόγηση της πρόσφατης συμπεριφοράς να μην σχετίζεται με την μακροπρόθεσμη συμπεριφορά (Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη,2014).

Ημερολόγια

Είναι μια οικονομική και εύκολη μέθοδος, η οποία αφορά στη συστηματική ανάκληση της συμπεριφοράς του ασθενή. Η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν το άτομο καταγράφει την αλήθεια και δεν παραποιεί τις πληροφορίες είτε σκοπίμως είτε λόγω δυσκολίας στην καταγραφή. Απαιτεί εκπαίδευση του ασθενούς από τη θεραπευτική ομάδα για τη σωστή καταγραφή και χρήση του ημερολογίου (Gehi et al, 2017).

Ηλεκτρονική καταγραφή

Μέσω της τεχνολογίας, η οποία παρέχει πληθώρα εργαλείων, δύναται η συνεχής και λεπτομερής εκτίμηση της προσήλωσης ενός ατόμου στη θεραπευτική του αγωγή. Οι διαθέσιμες μέθοδοι είναι οι σαρωτές γραμμωτού κώδικα (barcode scanners), οι ηλεκτρονικοί ανιχνευτές που αξιολογούν με βάση την κίνηση τη φυσική δραστηριότητα και τα ηλεκτρονικά ημερολόγια. Ο σαρωτής γραμμωτού κώδικα απαιτεί την σάρωση της συσκευασίας του φαρμάκου με την ανάλογη συσκευή, έπειτα από την λήψη κάθε φαρμακευτικού δισκίου. Ένα ηλεκτρονικό τσιπ τοποθετείται στην συσκευασία των φαρμάκων και με αυτό τον τρόπο παρέχονται πληροφορίες σε ηλεκτρονική οθόνη σχετικά με την ώρα και τη μέρα που η συσκευασία ανοίχτηκε. Δεν παρέχει πληροφορίες όμως, για την ποσότητα των δισκίων που λήφθηκαν και αν όντως ο ασθενής έλαβε την φαρμακευτική αγωγή. Δυνατότητα εκτίμησης της προσήλωσης στις οδηγίες που αφορούν την φυσική δραστηριότητα, μπορεί να επιτευχθεί μέσω των ηλεκτρονικών ανιχνευτών. Πρόκειται για συσκευές που καταγράφουν την ημερομηνία και την συχνότητα διεξαγωγής σωματικής άσκησης και την ένταση της σωματικής δραστηριότητας.

Τα ηλεκτρονικά ημερολόγια εμφανίζουν προγραμματισμένες ερωτήσεις που υποβάλλονται καθημερινά στον ασθενή, ενώ υπάρχει δυνατότητα καταγραφής συμπτωμάτων (Gehi et al., 2007). Μεγάλο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτούνται γνώσεις για το χειρισμό της ηλεκτρονικής συσκευής, καθώς επίσης και δυνατότητα σύνδεσης στο διαδίκτυο.

Καταμέτρηση δισκίων και έλεγχος συνταγογράφησης

Η καταμέτρηση δισκίων μπορεί να πραγματοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας ή και από τα συγγενικά πρόσωπα των ασθενών. Καταμετράται καθημερινά ο αριθμός των δισκίων που έχουν απομείνει συγκριτικά με αυτά που θα έπρεπε να έχουν μείνει στη συσκευασία (Dew, 2009). Ο έλεγχος συνταγογράφησης είναι μία απλή και εύχρηστη μέθοδος, ωστόσο δεν παρέχει πληροφορίες σχετικά με το χρόνο λήψης των φαρμάκων. Βασική προϋπόθεση για τον ακριβή έλεγχο των συνταγογραφούμενων δόσεων, είναι οι ασθενείς να προμηθεύονται τη φαρμακευτική τους αγωγή από ένα κλειστό και οργανωμένο σύστημα

(Velligan, 2007). Για βέλτιστα αποτελέσματα, οι επαγγελματίες υγείας συνίσταται να χρησιμοποιούν περισσότερες από μία μεθόδους για την εκτίμηση της προσήλωσης, καθώς κάθε μέθοδος παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

4.4 Στρατηγικές ενίσχυσης της προσήλωσης

Προσαρμογή του θεραπευτικού πλάνου

Τα πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα επηρεάζουν αρνητικά την προσήλωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή (WHO, 2003). Απαιτείται λοιπόν, η απλοποίηση-τροποποίηση των δοσολογικών σχημάτων με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι προσαρμοσμένα με βάση το κοινωνικο-οικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο, καθώς και την καθημερινότητα του ασθενούς (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014). Προς αυτή την κατεύθυνση, τα τελευταία χρόνια κυκλοφορούν στην αγορά δισκία με 2-3 φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση πολλών χρονίων νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση. Με αυτό τον τρόπο οι ιατροί μπορούν να σχεδιάσουν τη φαρμακευτική αγωγή με λιγότερα δισκία και λιγότερες δόσεις ημερησίως, διευκολύνοντας τους ασθενείς να ακολουθήσουν τις οδηγίες τους. Με τη λήψη των σκευασμάτων με 2-3 φαρμακευτικές ουσίες η προσήλωση των ασθενών αυξάνεται κατά 25% σε σχέση με εκείνους που ακολουθούν πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα (Bangalore et al., 2007). Βεβαίως, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενή και οι παρεμβάσεις να είναι εξατομικευμένες και προσαρμοσμένες αναλόγως (Garcina et al., 2016).

Συμμετοχή ασθενούς στο σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου

Η συμμετοχή των ασθενών στο θεραπευτικό πλάνο είναι χαρακτηριστικό της ικανότητας, των γνώσεων και των κινήτρων τους για τη διαχείριση του προβλήματος υγείας τους (Cassano, 2016; Bate, 2016). Σε μία μετανάλυση 26 μελετών διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι σε ότι αφορά στην ενημέρωσή τους από τους επαγγελματίες υγείας και ότι θα ήθελαν να συμμετέχουν περισσότερο στις αποφάσεις για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσουν (Nunes et al., 2009). Επιπλέον, οι ασθενείς που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το θεραπευτικό πλάνο τους, είναι πιο πιθανό να συνεργαστούν, να κατανοήσουν τη φύση της νόσου και να αυξηθεί η γνώση τους σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή (Hoffmann et al., 2014; Hibbard & Greene, 2013).

Καθιέρωση συνηθειών

Η σύνδεση της λήψης του φαρμακευτικού σκευάσματος με τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου μέσω ηλεκτρονικών μεθόδων αφύπνισης, ημερολογίων κ.α., συμβάλλει θετικά στην ενίσχυση της προσήλωσης. Επιπλέον, μαζί με τη μέθοδο αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η μέθοδος υπενθύμισης για βέλτιστο αποτέλεσμα (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, 2014).

Βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να επηρεάζουν την προσήλωση των ασθενών. Άτομα που ζουν σε ημι-αστικές ή αγροτικές περιοχές πολλές φορές δεν έχουν άμεση ή και καθόλου πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης μέσων μαζικής μεταφοράς. Η έλλειψη προσωπικού υγείας, δυσχεραίνει τον προγραμματισμό συναντήσεων παρακολούθησης και την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων. Καθώς οι υπηρεσίες υγείας πολλές φορές δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένες, απαιτείται η αναβάθμιση υλικοτεχνικών υποδομών για να αποφευχθεί ταλαιπωρία των ασθενών λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής (Roxon, 2009).

Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα σημαντικό ζήτημα σε ασθενείς με χρόνιονόσημα. Η υποστήριξη, η οποία γίνεται μέσω τηλεφώνου, ηλεκτρονικών μέσων, συσκευών υπενθύμισης και επισκέψεων από θεραπευτικές ομάδες φαίνεται να συμβάλλει θετικά στην αυτοδιαχείριση μίας χρόνιας νόσου. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρέχουν το αίσθημα της ασφάλειας και να δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης και συμπαράστασης με τους ασθενείς που πάσχουν από μία χρόνια νόσο (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2014).

Συμβουλευτική

Η συνέντευξη κινητοποίησης (motivational interview) είναι η συμβουλευτική με επίκεντρο τον άνθρωπο, η οποία χρησιμοποιείται για την πρόκληση αλλαγής της συμπεριφοράς σχετικά με μία μεγάλη ποικιλία προβλημάτων υγείας και όχι μόνο (Rollnick & Miller, 1995). Οι άνθρωποι νιώθουν αμφίθυμία για την αλλαγή, αγωνίζονται να εξισορροπήσουν τις σκέψεις για το τι πρέπει να κάνουν με αυτό που στην πραγματικότητα κάνουν (Festinger, 1957). Μία τέτοια σύγκρουση συνήθως έχει ως αποτέλεσμα τα αισθήματα δυσφορίας που είναι γνωστά ως «γνωσιακή ασυμφωνία». Σκοπός της συμβουλευτικής είναι η ανάπτυξη απόκλισης μεταξύ των σκέψεων και των συμπεριφορών από τον ίδιο τον ασθενή, με σκοπό την επίλυση της εσωτερικής αμφιθυμίας και την τροποποίηση της λανθασμένης συμπεριφοράς αυτοφροντίδας (Ostlund, 2015).

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διεθνώς, πολλές μελέτες έχουν διενεργηθεί σχετικά με τη γνώση και την προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ασθενών με ΚΜ. Σε μελέτη που διεξήχθη σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες, αξιολογήθηκαν η γνώση και η προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή 1.147 ασθενών με ΚΜ. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν έπρεπε να παρακολουθείται η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος και αν έπρεπε να αποφεύγουν τη λήψη άλλων φαρμάκων ή να έχουν ειδική διαίτα παράλληλα με την αντιπηκτική αγωγή. Από αυτούς, 24% απάντησε ότι δεν γνώριζε τίποτα για τα ανωτέρω θέματα. Επιπλέον, οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν η θεραπεία με αντιπηκτική αγωγή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας και το 54% απάντησε ότι η αντιπηκτική αγωγή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο μικρής αιμορραγίας, ενώ το 26,1% θεώρησε ότι αυξάνεται γενικά ο κίνδυνος αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένης της επικίνδυνης για τη ζωή αιμορραγίας. Επίσης, το 26,6% των ασθενών της συγκεκριμένης μελέτης ανέφερε ότι ξεχνούσε τη λήψη των αντιπηκτικών φαρμάκων μία ή περισσότερες φορές (Walid et al. 2016).

Σύμφωνα με τον Rolls et al. (2017), οι ασθενείς με ΚΜ που είχαν ελλιπείς γνώσεις γενικά για θέματα υγείας είχαν λιγότερες γνώσεις για τα αντιπηκτικά φάρμακα. Ειδικότερα, οι ασθενείς αυτοί γνώριζαν σε μικρότερο βαθμό το λόγο λήψης του αντιπηκτικού φαρμάκου, το μηχανισμό δράσης του και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μάλιστα, μόνο το 16,7% των συμμετεχόντων της μελέτης μπορούσε να αναφέρει 3 ανεπιθύμητες ενέργειες που πρέπει να προσέχουν κατά τη λήψη του αντιπηκτικού τους φαρμάκου.

Σε άλλη μελέτη, που διεξήχθη το 2014, με συμμετοχή 144 ασθενών με ΚΜ, βρέθηκε ότι οι ασθενείς έχουν μειωμένη συμβολή στη λήψη απόφασης για την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι περισσότεροι δεν κατανοούν τους κινδύνους και τα οφέλη της αντιπηκτικής θεραπείας (Dantas et al., 2004). Επίσης, η ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αντιπηκτική θεραπεία φαίνεται πως βελτιώνει την γνώση τους σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή (Hoffmann et al., 2014).

Επίσης, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ελλιπή γνώση των ασθενών σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή και η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης από τους επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με ελλιπή έλεγχο πήκτικότητας και αυξημένη συχνότητα αιμορραγικών επεισοδίων (Matchar et al., 2002; Tang et al., 2003; Kaufman et al., 2017).

Σε μελέτη του Obamiro et al. (2018), συμμετείχαν 386 ασθενείς με ΚΜ υπό αντιπηκτική αγωγή. Από αυτούς, σχεδόν οι μισοί (54,9%) ανέφεραν υψηλό επίπεδο προσήλωσης στην από του στόματος αντιπηκτική αγωγή. Οι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν υψηλή

προσήλωση σε σύγκριση με τις γυναίκες. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 6% των συμμετεχόντων μπορούσε να εντοπίσει τρία πράγματα που θα μπορούσαν να κάνουν για να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Το 24% μπορούσε να αναφέρει τρεις παρενέργειες που θα έπρεπε να προσέξει κατά τη λήψη του φαρμάκου. Το 26% συμφώνησε ότι η παράλειψη μίας δόσης του φαρμάκου έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους. Τέλος, μόνο το 44% του δείγματος γνώριζε ότι η πιο σημαντική παρενέργεια των από του στόματος αντιπηκτικών φαρμάκων είναι η αιμοραγία.

Σε μελέτη των Desteghe et al. (2016) συμμετείχαν 466 ασθενείς, από τους οποίους ένας στους τρεις (33,7%) δεν γνώριζε ότι η ΚΜ μπορεί να προκαλέσει ΑΕΕ. Επιπλέον, μόνο το 64,8% των ασθενών γνώριζε την πιθανότητα αιμορραγίας σχετιζόμενη με την λήψη αντιπηκτικής αγωγής. Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, το 28,4% των ασθενών ανέφερε ότι δεν θα συμβουλευόταν το γιατρό για πιθανή τροποποίηση της αντιπηκτικής αγωγής. Το 58,3% των ασθενών δεν γνώριζαν τη σημασία της εξέτασης INR. Τέλος, το 78,6% των ασθενών που λάμβαναν ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ και το 57% των ασθενών που λάμβαναν νεότερα αντιπηκτικά δεν γνώριζαν τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση που παρέλειπαν μία δόση.

Οι Rolls et al. (2017), σε δείγμα 48 ασθενών, βρήκαν ότι το 47,9% των συμμετεχόντων ήταν προσηλωμένοι στην από του στόματος αντιπηκτική αγωγή. Οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο υγειονομικής παιδείας ήταν λιγότερο πιθανό να γνωρίζουν το λόγο που τους συνταγογραφήθηκε αντιπηκτική αγωγή, πώς λειτουργεί το φάρμακο στον οργανισμό, καθώς και λιγότερο πιθανό να γνωρίζουν έστω και μία παρενέργεια του φαρμάκου. Επιπλέον, μόνο το 16,7% όλων των συμμετεχόντων μπορούσε να αναφέρει 3 ανεπιθύμητες ενέργειες που πρέπει να προσέχουν κατά τη λήψη ενός αντιπηκτικού φαρμάκου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της γνώσης ασθενών με ΚΜ για την αντιπηκτική αγωγή και ο προσδιορισμός του βαθμού προσήλωσής τους σε αυτή.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι οι ακόλουθοι:

- Η συσχέτιση της γνώσης των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.
- Η συσχέτιση του βαθμού προσήλωσης των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.
- Η συσχέτιση της γνώσης των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή με το βαθμό προσήλωσής τους σε αυτή.

7. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

7.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Ως προς τον σχεδιασμό της πρόκειται για συγχρονική περιγραφική μελέτη.

7.2 Δείγμα

Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν ασθενείς με διαγνωσμένη ΚΜ, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε καρδιολογική κλινική γενικού νοσοκομείου της Αθήνας από το Δεκέμβριο του 2017 έως τον Απρίλιο του 2018. Η επιλογή των ασθενών πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας και το αρχικό μέγεθος του δείγματος ήταν 111 ασθενείς. Από αυτούς, 97 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Οι υπόλοιποι 14 ασθενείς δε συμμετείχαν στη μελέτη για τους ακόλουθους λόγους: απουσία συναίνεσης (11 ασθενείς), ανεπαρκής γνώση γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας (3 ασθενείς).

Κριτήρια εισαγωγής ασθενών στη μελέτη:

- Ασθενείς με διαγνωσμένη ΚΜ.
- Λήψη τουλάχιστον ενός αντιπηκτικού φαρμάκου.
- Ηλικία ≥ 18 ετών.

- Επαρκής γνώση γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας.
- Ενημερωμένη έγγραφη συναίνεση συμμετοχής στη μελέτη.

Κριτήρια αποκλεισμού ασθενών από τη μελέτη:

- Ατομικό ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής.
- Ατομικό ιστορικό άνοιας ή άλλης νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει τη μνήμη.
- Οποιαδήποτε διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.

7.3 Μεθοδολογία

Ερευνητικά εργαλεία

Η αξιολόγηση της γνώσης σχετικά με την αντιπηκτική θεραπεία, έγινε με το εργαλείο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT). Το AKT αναπτύχθηκε από τον Kehinde et al. το 2016. Το AKT είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην καθημέρα κλινική πράξη για τον προσδιορισμό των κενών στην γνώση για την αντιπηκτική αγωγή. Ενσωματώνει, τόσο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όσο και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, με την χρήση 20 στοιχείων γενικά για την αντιπηκτική αγωγή, καθώς και με οκτώ επιπλέον στοιχεία για άτομα που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με «1», εφόσον είναι σωστή και με «0», εάν είναι λανθασμένη. Εξαιρούνται οι ερωτήσεις 6, 18, 19 στο μέρος Α και η ερώτηση 6β στο Β μέρος, οι οποίες λαμβάνουν για κάθε σωστή απάντηση βαθμολογία έως και 3. Η μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι 35. Όση υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερη είναι και η γνώση σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή.

Για την εκτίμηση του βαθμού προσήλωσης των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «A14-scale». Δημιουργήθηκε από τον Janketal. το 2009 και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας για να προσαρμόσουν παρεμβάσεις για την ενίσχυση της προσήλωσης, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Το εργαλείο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert με 5 πιθανές απαντήσεις (από «πολύ συχνά» = 0 έως «ποτέ» = 4). Συνολική βαθμολογία 50-56 ορίζει τον ερωτώμενο ως προσηλωμένο στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ βαθμολογία <50 ως μη-προσηλωμένο.

Για την εκτίμηση των εμποδίων στην προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ), το οποίο δημιουργήθηκε από την Müller et al. το 2015 για την ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με τη μη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή. Πρόκειται για ένα αυτο-

συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από 16 λήμματα. Κάθε λήμμα έχει 4 δυνατές απαντήσεις, με εύρος βαθμολογίας από 1 έως 4. Πέντε λήμματα αναφέρονται σε εκούσια εμπόδια προσήλωσης (λήμματα 4, 5, 6, 7, 12), τέσσερα λήμματα σε ακούσια εμπόδια (λήμματα 2, 9, 10, 13), τέσσερα σε εμπόδια στη φαρμακευτική αγωγή (λήμματα 11, 14, 15α, 15β), και τρία λήμματα σχετίζονται με εμπόδια του Συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (στοιχεία 1, 3, 8). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο υψηλότερη η επιρροή του εμποδίου, το οποίο εκφράζεται στο ερώτημα.

Όλα τα εργαλεία μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα, έπειτα από άδεια των εχόντων τα πνευματικά δικαιώματα, με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης. Η μετάφραση από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από δύο ανεξάρτητους δίγλωσσους μεταφραστές με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας (επίπεδο Γ2/C2). Η αρχική αυτή μορφή της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ακολούθως δόθηκε σε δύο άλλους ανεξάρτητους μεταφραστές, με επίσης άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας, οι οποίοι πραγματοποίησαν αντίστροφη μετάφραση, από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα, χωρίς να έχουν γνώση της αρχικής αγγλικής έκδοσης. Οι δύο αυτές προκύπτουσες εκ' των μεταφράσεων εκδοχές του ερωτηματολογίου, μία στην ελληνική και μία στην αγγλική γλώσσα, συγκρίθηκαν μεταξύ τους, ώστε να αναζητηθούν και κατόπιν να διορθωθούν πιθανές εννοιολογικές διαφορές στα διάφορα ερωτήματα που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο. Στη φάση αυτή συνεκτιμήθηκαν οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές των δύο κειμένων και προέκυψε η τελική ελληνική έκδοση του εργαλείου.

Για τη συλλογή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (ανεξάρτητες μεταβλητές) των ασθενών που θα συμμετάσχουν στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η ερευνήτρια ερχόταν σε επικοινωνία με τους ασθενείς και επεξηγούσε το σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης. Ακολούθως, εξασφαλιζόταν η έγγραφη συναίνεση των ασθενών για συμμετοχή τους στη μελέτη. Μέσω δομημένης συνέντευξης και αναζήτησης στοιχείων από το φάκελο υγείας του ασθενούς συμπληρωνόταν το έντυπο συλλογής δημογραφικών και κλινικών δεδομένων. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώνονταν για το είδος των ερωτηματολογίων και τον τρόπο συμπλήρωσης τους, ενώ τους δινόταν η δυνατότητα να θέτουν ερωτήσεις. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν σε χώρο κατάλληλα διαμορφωμένο και απομονωμένο από άλλους ασθενείς. Μετά τη συμπλήρωση, η

ερευνήτρια έλεγχε για πιθανές παραλείψεις και ο ασθενής αποχωρούσε. Η συνολική διάρκεια της δομημένης συνέντευξης ήταν περίπου 15-20 λεπτά.

7.4 Ηθική και Δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων διενεργήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου (αρ. πρωτ: 343) και την Επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ (αρ. πρωτ: 234). Επιπρόσθετα, εξασφαλίστηκε η ενυπόγραφη συναίνεση των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, μετά από λεπτομερή ενημέρωσή τους ως προς το σκοπό και την ακολουθούσα ερευνητική μεθοδολογία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σεβασμό προς τον ασθενή και προς την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης θα τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας όπως διατυπώνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι.

7.5 Στατιστική Ανάλυση

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows (SPSS 22.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL., USA).

Έγινε χρήση περιγραφικής στατιστικής και οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή (mean) \pm σταθερή απόκλιση (Standard Deviation - SD), ενώ οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των δεδομένων και εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Αντίστοιχα, για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις εξαρτημένες μεταβλητές, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή $p < 0,05$.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Περιγραφή δείγματος - Δημογραφικά/Κλινικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συμμετείχαν 97 άτομα, με μέση ηλικία 71,88 έτη (SD=10,7 έτη). Στον πίνακα 1 αναγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναικείου φύλου (52,6%) και 60 (61,9%) από αυτούς ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής και μέσης εκπαίδευσης. Επίσης, οι περισσότεροι (75,3%) ήταν έγγαμοι και είχαν 1 τουλάχιστον παιδί (88,7%), ενώ 71 (73,2%) δεν εργάζονταν.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

		N	%
Φύλο	Άντρας	46	47,4
	Γυναίκα	51	52,6
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική/Μέση εκπαίδευση	60	61,9
	Ανώτατη	37	38,1
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	73	75,3
	Διαζευγμένος-η/ Χήρος-α	24	24,7
Παιδιά	Όχι	11	11,3
	Ναι	86	88,7
Συνθήκες διαβίωσης	Μόνος-η	20	20,6
	Οικογένεια/Σύντροφος/Λοιπά	77	79,4
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος-η	26	26,8
	Άνεργος-η/Συνταξιούχος/Οικιακά	71	73,2
BMI(kgr/m ²) , μέση τιμή (SD)		27,3 (5,09)	
BMI	Φυσιολογικό βάρος (18,5-24,9)	36	37,1
	Υπέρβαρος-η (25-29,9)	29	29,9
	Παχύσαρκος-η (>30)	32	33,0

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η συμπεριφορά υγείας των ασθενών σχετικά με την καπνιστική συνήθεια και τη λήψη αλκοόλ. Περίπου οι μισοί ασθενείς (42,3%) ήταν ενεργοί καπνιστές κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων, ενώ 44,3% δεν έκαναν συστηματική λήψη αλκοόλ.

Πίνακας 2. Καπνιστική συνήθεια ασθενών και χρήση αλκοόλ

		N	%
Κάπνισμα	Παρούσα χρήση	41	42,3
	Παλαιά χρήση και διακοπή	28	28,9
	Ποτέ	28	28,9
Συστηματική λήψη αλκοόλ	Παρούσα χρήση	21	21,6
	Παλαιά χρήση και διακοπή	33	34
	Ποτέ	43	44,3

Στον πίνακα 3 αναφέρονται στοιχεία σχετικά με την ΚΜ και την αντιμετώπισή της στους ασθενείς της μελέτης.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά της ΚΜ και αντιμετώπισή της στους ασθενείς της μελέτης.

		N	%
Είδος της κολπικής μαρμαρυγής	Παροξυσμική	56	57,7
	Εμμένουσα	3	3,1
	Μόνιμη	38	39,2
	Ιδιοπαθής	0	0
Διενέργεια συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης στο παρελθόν	Ναι	36	37,1
	Όχι	61	62,9
Διενέργεια ablation στο παρελθόν	Ναι	29	29,9
	Όχι	68	70,1
Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της ΚΜ (μήνες), μέση τιμή (SD)		32,3 (24,3)	
Αριθμός επισκέψεων σε ΤΕΠ για την ΚΜ στο τελευταίο έτος	1	77	79,4
	2	14	14,4
	3	4	4,1
	4	2	2,1

Το 57,7% των ασθενών είχε παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και το 39,2% μόνιμη. Στο 37,1% των ασθενών διενεργήθηκε συγχρονισμένη ηλεκτρική ανάταξη στο παρελθόν, ενώ 29 άτομα είχαν υποβληθεί σε κατάλυση με υψίσυχο ρεύμα (ablation). Επιπλέον, το 79,4% των συμμετεχόντων στη μελέτη έκανε μία επίσκεψη σε ΤΕΠ για την ΚΜ στη διάρκεια του τελευταίου έτους και το 14% έκανε δύο επισκέψεις.

Στον πίνακα 4 αναφέρεται η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών της μελέτης σχετικά με την αντιμετώπιση της ΚΜ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, 31 ασθενείς (32%) λάμβαναν αντιαιμοπεταλιακά, 46 (47,4%) ανταγωνιστή της βιταμίνης Κ (κουμαρινικό αντιπηκτικό), 50 (51,5%) νεότερο αντιπηκτικό και 91 ασθενείς (93,8%) λάμβαναν κάποιο αντιαρρυθμικό φάρμακο, με συχνότερη τη λήψη β-αποκλειστή (35,1%). Η μέση τιμή του INR, για όσους λάμβαναν κουμαρινικό αντιπηκτικό ήταν 2,8 (SD=0,9).

Πίνακας 4. Φαρμακευτική αγωγή των ασθενών της μελέτης σχετικά με την αντιμετώπιση της ΚΜ.

Φάρμακο	N	%
Αντιαιμοπεταλιακά	31	32,0
Ασπιρίνη	16	16,5
Διπυριδαμόλη	3	3,1
Κλοπιδογρέλη	12	12,4
Ανταγωνιστές βιταμίνης Κ	46	47,4
Ασенокουμαρόλη	41	42,3
Βαρφαρίνη	5	5,2
Νεότερα αντιπηκτικά	50	51,5
Dabigatran	7	7,2
Rivaroxaban	23	23,7
Apixaban	21	21,6
Αντιαρρυθμικά	91	93,8
β-αποκλειστές	34	35,1
Αποκλειστές διαύλων Ca	23	23,7
Δακτυλίτιδα	5	5,2
Αμιοδραρόνη	6	6,2
Σοταλόλη	21	21,6
Προπαφαινόνη	2	2,1

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στο χρονικό διάστημα και τη συχνότητα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής από τους ασθενείς. Το μέσο χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής ήταν 1,6 έτη (SD=0,6) και 2,5 έτη (SD=2), αντίστοιχα. Επίσης, 70,2% των ασθενών λάμβανε αντιπηκτική αγωγή 1 φορά την ημέρα και το 66% λάμβανε αντιαρρυθμική αγωγή ≥ 2 φορές/φορές την ημέρα.

Πίνακας 5. Διάρκεια και συχνότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

		N	%
Χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (έτη), μέση τιμή (SD)		1,6 (0,6)	
Χρονικό διάστημα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (έτη), μέση τιμή (SD)		2,5 (2)	
Συχνότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (καθημερινά)	Δεν λαμβάνουν	0	0
	1 φορά	68	70,2
	≥ 2 φορές	29	28,9
Συχνότητα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (καθημερινά)	Δεν λαμβάνουν	6	6,2
	1 φορά	27	27,8
	≥ 2 φορές	64	66,0

Στον Πίνακα 6 περιγράφονται οι επιπλοκές και η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Οι 46 από τους ασθενείς παρουσίασαν κάποια επιπλοκή. Συγκεκριμένα, 11 ασθενείς (11,3%) των ασθενών είχαν κάποιο θρομβοεμβολικό επεισόδιο στο παρελθόν και το 35 (36,1%) είχαν εμφανίσει αιμορραγία. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,2 ημέρες (SD=2,3).

Πίνακας 6. Επιπλοκές της νόσου και διάρκεια της πιο πρόσφατης νοσηλείας.

		N	%
Επιπλοκές	Θρομβοεμβολικό επεισόδιο	11	11,3
	Αιμορραγία	35	36,1
Διάρκεια πρόσφατης νοσηλείας (ημέρες), μέση τιμή (SD)		4,2 (2,3)	

Στον Πίνακα 7 αναφέρεται η παρουσία άλλων νοσημάτων εκτός της ΚΜ στους ασθενείς της μελέτης. Οι περισσότεροι ασθενείς (55,7%) έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση, ενώ 35,1% είχαν διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη και 41,2% έπασχαν από στεφανιαία νόσο. Μάλιστα, 14 ασθενείς (14,4%) έπασχαν από δύο τουλάχιστον άλλα νοσήματα.

Πίνακας 7. Παρουσία άλλων νοσημάτων εκτός της ΚΜ στους ασθενείς της μελέτης.

Νόσημα	N	%
Αρτηριακή Υπέρταση	54	55,7
Σακχαρώδης Διαβήτης	34	35,1
Στεφανιαία νόσος	40	41,2
Καρδιακή ανεπάρκεια	16	16,5
Αναπνευστική νόσος	6	6,2
Νεφρική νόσος	5	5,2
Ηπατική νόσος	1	1,0
Κακοήθεια	3	3,1

Σε ό,τι αφορά στο οικογενειακό ιστορικό (γονείς, αδέρφια) σχετικά με την ύπαρξη ΚΜ ή άλλων συχνών χρόνιων νοσημάτων, οι μισοί ασθενείς (50,5%) ανέφεραν την παρουσία ΚΜ, 31 ασθενείς (32%) αρτηριακής υπέρτασης και 27 ασθενείς (27,8%) σακχαρώδη διαβήτη.

Πίνακας 8. Οικογενειακό ιστορικό ΚΜ και άλλων χρόνιων νοσημάτων.

Νόσημα	N	%
Κολπική μαρμαρυγή	49	50,5
Αρτηριακή Υπέρταση	31	32,0
Σακχαρώδης Διαβήτης	27	27,8
Στεφανιαία νόσος	15	15,5
Καρδιακή ανεπάρκεια	9	9,3
ΑΕΕ	19	19,6
Κακοήθεια	3	3,1

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου του ερωτηματολογίου «Anticoagulant Knowledge Tool». Όπως φαίνεται στον πίνακα, σε όλες τις ερωτήσεις, πλην της τελευταίας, οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν σωστά. Πολύ υψηλά ποσοστά ορθών απαντήσεων διαπιστώθηκαν στις ερωτήσεις «πόσες φορές την ημέρα πρέπει να παίρνετε αυτό το φάρμακο» και «για πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεται να παίρνετε αυτό το φάρμακο (για παράδειγμα, 3 μήνες, 6 μήνες, για πάντα)», με 93,8% και 92,8% αντίστοιχα. Σε ορισμένες ερωτήσεις τα ποσοστά των ορθών απαντήσεων ήταν υψηλότερα των λανθασμένων, αλλά τα ποσοστά αυτά δε θεωρούνται ικανοποιητικά. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση «ποιο είναι το όνομα του αντιπηκτικού σας φαρμάκου», 79,4% απάντησαν ορθά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ερώτηση «ποια είναι η σημαντικότερη παρενέργεια αυτού του φαρμάκου» ήταν 73,2%. Τέλος, στην ερώτηση «να αναφέρετε 3 παρενέργειες που πρέπει να προσέξετε για την εμφάνισή τους κατά τη λήψη αυτού του φαρμάκου», μόνο 38 ασθενείς (39,2%) ανέφεραν τουλάχιστον μία παρενέργεια.

Πίνακας 9. Απαντήσεις σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου του ερωτηματολογίου «Anticoagulant Knowledge Tool».

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Ποιο είναι το όνομα του αντιπηκτικού σας φαρμάκου;	Απάντησε σωστά	77	79,4
	Απάντησε λάθος/Δε θυμόταν/Δεν απάντησε	20	20,6
Γιατί ο γιατρός σας συνταγογράφησε αυτό το φάρμακο;	Απάντησε σωστά	79	81,4
	Απάντησε λάθος/Δε θυμόταν/Δεν απάντησε	18	18,6
Πόσες φορές την ημέρα πρέπει να παίρνετε αυτό το φάρμακο;	Απάντησε σωστά	91	93,8
	Απάντησε λάθος/Δε θυμόταν/Δεν απάντησε	6	6,2
Για πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεται να παίρνετε αυτό το φάρμακο (για παράδειγμα, 3 μήνες, 6 μήνες, για πάντα);	Απάντησε σωστά	90	92,8
	Απάντησε λάθος/Δε θυμόταν/Δεν απάντησε	7	7,2
Ποια είναι η σημαντικότερη παρενέργεια αυτού του φαρμάκου;	Απάντησε σωστά	71	73,2
	Απάντησε λάθος/Δε θυμόταν/Δεν απάντησε	26	26,8
Να αναφέρετε 3 παρενέργειες που πρέπει να προσέξετε για την εμφάνισή τους κατά τη λήψη αυτού του φαρμάκου.	Έγραψαν τουλάχιστον 1 παρενέργεια	38	39,2
	Δεν έγραψαν τίποτα	59	60,8

Σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση, η μέση τιμή στο εργαλείο AKT ήταν 24,48 (SD=5,32), με ελάχιστη τιμή 10 και μέγιστη τιμή 34. Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας στην κλίμακα A-14 για την εκτίμηση της προσήλωσης των ασθενών στην αντιπηκτική τους αγωγή ήταν 47,16 (SD=6,9), με ελάχιστη και μέγιστη τιμή 31 και 56, αντίστοιχα. Από τους 97 ασθενείς της μελέτης, 42 (43,4%) ήταν προσηλωμένοι στην αντιπηκτική αγωγή (βαθμολογία ≥ 50) και οι υπόλοιποι 55 (56,6%) δεν ήταν προσηλωμένοι (βαθμολογία < 50). Τέλος, η μέση τιμή της βαθμολογίας στην κλίμακα ABQ, για την εκτίμηση των εμποδίων που επηρέαζαν την προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή, ήταν 27,69 (SD=5,68), με ελάχιστη και μέγιστη τιμή 15 και 36, αντίστοιχα.

8.2 Αποτελέσματα συσχετίσεων

Γνώση για την αντιπηκτική αγωγή

Στον Πίνακα 10 περιγράφεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο γνώσης για την αντιπηκτική αγωγή «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Όπως φαίνεται στον πίνακα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας και των μεταβλητών που ελέγχθηκαν.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

		Βαθμολογία σε AKT	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitney test
Φύλο	Άντρας	24,41 (5,54)	0,882
	Γυναίκα	24,55 (5,17)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική/Μέση εκπαίδευση	24,32 (5,29)	0,564
	Ανώτατη	24,76 (5,43)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	24,38 (5,56)	0,669
	Διαζευγμένος-η/ Χήρος-α/	24,79 (4,62)	
Παιδιά	Όχι	22,45 (4,86)	0,167
	Ναι	24,74 (5,34)	
Συνθήκες διαβίωσης	Μόνος-η	25,85 (4,77)	0,281
	Οικογένεια/Σύντροφος/Λοιπά	24,13 (5,42)	
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος-η	25 (4,63)	0,475
	Άνεργος-η/Συνταξιούχος/Οικιακά	24,3 (5,57)	
BMI	Φυσιολογικό βάρος	25,06 (5,7)	0,678*
	Υπέρβαρος-η	24,31 (5,32)	
	Παχύσαρκος-η	24 (4,97)	
Κάπνισμα	Παρούσα χρήση	23,71 (5,03)	0,149
	Παλαιά χρήση και διακοπή/Ποτέ	25,05 (5,49)	

*Kruskal-Wallistest.

Στον Πίνακα 11 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας με το είδος της ΚΜ, τη λήψη αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, της λήψη ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ, τη λήψη νεότερων αντιπηκτικών και την ύπαρξη επιπλοκών της ΚΜ. Συγκεκριμένα, περισσότερη γνώση για την ΚΜ είχαν οι ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ, όσοι δε λάμβαναν αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, όσοι λάμβαναν ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ, όσοι δε λάμβαναν νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα και όσοι ανέφεραν επιπλοκές της νόσου.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της.

		Βαθμολογία σε AKT	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitney test
Είδος της κοιλιακής μαρμαρυγής	Παροξυσμική	24,73 (5,03)	0,025*
	Εμμένουσα	20,33 (4,04)	
	Μόνιμη	24,45 (5,78)	
Διενέργεια συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης στο παρελθόν	Ναι	27,31 (6,27)	0,946
	Όχι	27,92 (5,35)	
Διενέργεια ablation στο παρελθόν	Ναι	24,07 (5,8)	0,580
	Όχι	24,66 (5,13)	
Αριθμός επισκέψεων σε ΤΕΠ	1-2	24,65 (5,3)	0,141
	3-4	22 (5,47)	
Συχνότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	24,35 (5,49)	0,728
	≥2 φορές	24,82 (4,93)	
Συχνότητα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	24,7 (5,15)	0,082
	≥2 φορές	24,38 (5,44)	
Αντιαιμοπεταλιακά	Ναι	21,26 (5,08)	<0,001
	Όχι	26 (4,75)	
Ανταγωνιστές βιταμίνης Κ	Ναι	29,02 (3,14)	<0,001
	Όχι	20,39 (3,07)	
Νεότερα Αντιπηκτικά	Ναι	20,39 (3,07)	<0,001
	Όχι	29,02 (3,14)	
Αντιαρρυθμικά	Ναι	24,41 (5,34)	0,599
	Όχι	25,67 (5,24)	

Επιπλοκές	Ναι	26,72 (4,66)	<0,001
	Όχι	22,47 (5,1)	
Συννοσηρότητα	Ναι (>2 νοσήματα)	24 (5,36)	0,589
	Όχι (≤2 νοσήματα)	24,57 (5,34)	

*Kruskal-Wallis test

Στον Πίνακα 12 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο γνώσης με την ηλικία. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο λιγότερη είναι και η γνώση των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT) με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας.

		Βαθμολογία σε AKT
Ηλικία (έτη)	r*	-0,242
	p	0,017
BMI (kg/m²)	r*	-0,083
	p	0,420
Χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (έτη)	r*	-0,056
	p	0,589
Χρονικό διάστημα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (έτη)	r*	-0,056
	p	0,589
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	r*	-0,143
	p	0,161

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Ακολούθως, έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» και ανεξάρτητες τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις ανωτέρω διμεταβλητές αναλύσεις. Τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT).

	β*	S.E**	P
Σταθερά	30,38 ⁺	0,76	< 0,001
Είδος ΚΜ	-0,71	0,32	0,031
Νεότερα αντιπηκτικά	-8,79	0,62	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης ⁺δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το είδος της ΚΜ και η λήψη νεότερων αντιπηκτικών σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το επίπεδο γνώσεων των ασθενών της μελέτης για την αντιπηκτική αγωγή. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η εμμένουσα ΚΜ και η λήψη νεότερων αντιπηκτικών σχετίζονται με μείωση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο της γνώσης κατά 0,71 και 8,79 μονάδες αντίστοιχα.

Προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή

Στον Πίνακα 14 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα προσήλωσης στην αντιπηκτική αγωγή «Α-14» με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Όπως φαίνεται στον πίνακα, οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης, καθώς και εκείνοι που ήταν εργαζόμενοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη προσήλωση σε σύγκριση με τους απόφοιτους υποχρεωτικής/μέσης εκπαίδευσης και όσους ήταν άνεργοι/συνταξιούχοι, αντίστοιχα.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Α-14» με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

		Βαθμολογία σε κλίμακα Α-14	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitney test
Φύλο	Άντρας	47,78 (7,38)	0,197
	Γυναίκα	46,61 (6,49)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική/Μέση εκπαίδευση	46,17 (6,87)	0,026
	Ανώτατη	48,78 (6,78)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	47,1 (7,21)	0,821
	Διαζευγμένος-η/ Χήρος-α/	47,38 (6,07)	
Αριθμός παιδιών	Δεν έχουν	47,36 (5)	0,549
	Έχουν 1-5 τέκνα	47,14 (7,15)	
Συνθήκες διαβίωσης	Μόνος-η	46,2 (7,53)	0,480
	Οικογένεια/Σύντροφος/Λοιπά	47,42 (6,78)	
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος-η	49,73 (5,15)	0,038
	Άνεργος-η/Συνταξιούχος/Οικιακά	46,23 (7,27)	
BMI	Φυσιολογικό βάρος	47,73 (8,02)	0,140*
	Υπέρβαρος-η	47,9 (5,86)	
	Παχύσαρκος-η	46,31 (6,58)	
Κάπνισμα	Παρούσα χρήση	46,34 (7,18)	0,345
	Παλαιά χρήση και διακοπή/Ποτέ	47,77 (6,72)	

*Kruskal-Wallis test.

Στον Πίνακα 15 περιγράφεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Α-14» με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της. Όπως φαίνεται στον πίνακα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας και των μεταβλητών που ελέγχθηκαν.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Α-14» με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της.

		Βαθμολογία σε κλίμακα Α-14	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitneytest
Είδος της κολπικής μαρμαρυγής	Παροξυσμική	48,43 (6,24)	0,062*
	Εμμένουσα	43 (10,39)	
	Μόνιμη	45,63 (7,36)	
Διενέργεια συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης στο παρελθόν	Ναι	46,22 (8,6)	0,837
	Όχι	47,72 (5,71)	
Διενέργεια ablation στο παρελθόν	Ναι	46,14 (6,95)	0,290
	Όχι	47,60 (6,91)	
Αριθμός επισκέψεων σε ΤΕΠ	1-2	47,34 (6,93)	0,238
	3-4	44,5 (6,68)	
Συχνότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	47,1 (6,75)	0,699
	≥2 φορές	47,32 (7,44)	
Συχνότητα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	48,73 (6,92)	0,082
	≥2 φορές	46,36 (6,83)	
Αντιαιμοπεταλιακά	Ναι	46,32 (7,43)	0,473
	Όχι	47,56 (6,69)	
Ανταγωνιστές Βιτ.Κ	Ναι	48,08 (6,14)	0,290
	Όχι	46,15 (7,63)	
Νεότερα αντιπηκτικά	Ναι	48,08 (6,14)	0,290
	Όχι	46,15 (7,63)	
Αντιαρρυθμικά	Ναι	47,08 (7,03)	0,857
	Όχι	48,5 (5,16)	
Επιπλοκές	Ναι	47,52 (7,07)	0,514
	Όχι	46,84 (6,83)	
Συννοσηρότητα	Ναι (>2 νοσήματα)	45,64 (6,97)	0,155
	Όχι (≤2 νοσήματα)	47,42 (6,92)	

*Kruskal-Wallis test.

Στον Πίνακα 16 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Α-14» με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα προσήλωσης με την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία και όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια νοσηλείας τόσο λιγότερη είναι η προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Α-14» με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας.

		Βαθμολογία σε κλίμακα Α-14
Ηλικία (έτη)	r*	-0,532
	p	<0,001
BMI (kg/m²)	r*	-0,167
	p	0,102
Χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (έτη)	r*	-0,077
	p	0,452
Χρονικό διάστημα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (έτη)	r*	-0,077
	p	0,452
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	r*	-0,241
	p	0,018

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Ακολούθως, έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «Α-14» και ανεξάρτητες τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις ανωτέρω διμεταβλητές αναλύσεις. Τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «Α-14».

	β^*	S.E**	P
Σταθερά	65,69 ⁺	4,47	<0,001
Ηλικία	-0,28	0,05	<0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης	2,66	1,24	0,034

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης ⁺δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το βαθμό προσήλωσης των ασθενών της μελέτης στην αντιπηκτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία κατά ένα έτος τότε μειώνεται η βαθμολογία στην προσήλωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή κατά 0,28 μονάδες και επίσης φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στην προσήλωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή κατά 2,66 μονάδες.

Εμπόδια στην προσήλωση

Στον Πίνακα 18 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο εμποδίων για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Όπως φαίνεται στον πίνακα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας και των μεταβλητών που ελέγχθηκαν.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

		Βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ABQ	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitney test
Φύλο	Άντρας	26,74 (5,61)	0,105
	Γυναίκα	28,55 (5,66)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική/Μέση εκπαίδευση	28,5 (5,11)	0,113
	Ανώτατη	26,38 (6,36)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	27,38 (5,82)	0,339
	Διαζευγμένος-η/ Χήρος-α/	28,63 (5,25)	
Αριθμός παιδιών	Δεν έχουν	27,45 (6,63)	0,991
	Έχουν 1-5 τέκνα	27,72 (5,6)	
Συνθήκες διαβίωσης	Μόνος-η	28,70 (5,95)	0,304
	Οικογένεια/Σύντροφος/Λοιπά	27,43 (5,62)	
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος-η	25,73 (5,91)	0,061
	Άνεργος-η/Συνταξιούχος/Οικιακά	28,41 (5,47)	
BMI	Φυσιολογικό βάρος	26,94 (6,02)	0,140*
	Υπέρβαρος-η	26,97 (5,57)	
	Παχύσαρκος-η	29,19 (5,27)	
Κάπνισμα	Παρούσα χρήση	28,56 (5,42)	0,164
	Παλαιά χρήση και διακοπή/Ποτέ	27,05 (5,84)	

*Kruskal-Wallis test

Στον Πίνακα 19 αναγράφεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας με το είδος της ΚΜ και τον αριθμό επισκέψεων των ασθενών σε ΤΕΠ για την ΚΜ στο τελευταίο έτος. Συγκεκριμένα, περισσότερα εμπόδια για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ανέφεραν όσοι έπασχαν από μόνιμη ΚΜ και όσοι επισκέφθηκαν 3-4 φορές το ΤΕΠ για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας στο τελευταίο έτος.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με χαρακτηριστικά της ΚΜ και μεθόδους αντιμετώπισής της.

		Βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ABQ	
		Μέση τιμή (SD)	P Mann-Whitney test
Είδος της κολπικής μαρμαρυγής	Παροξυσμική	26,79 (5,49)	0,025*
	Εμμένουσα	28,33 (0,57)	
	Μόνιμη	28,97 (6,01)	
Διενέργεια συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης στο παρελθόν	Ναι	27,31 (6,27)	0,802
	Όχι	27,92 (5,35)	
Διενέργεια ablation στο παρελθόν	Ναι	28 (5,71)	0,678
	Όχι	27,56 (5,71)	
Αριθμός επισκέψεων σε ΤΕΠ	1-2	27,34 (5,68)	0,013
	3-4	33 (2,09)	
Συχνότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	28,23 (5,62)	0,159
	≥2 φορές	26,36 (5,73)	
Συχνότητα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (καθημερινά)	Καμία/1 φορά	26,12 (6,16)	0,076
	≥2 φορές	28,5 (5,29)	
Αντιαιμοπεταλιακά	Ναι	27,61 (5,82)	0,840
	Όχι	27,73 (5,66)	
Ανταγωνιστές Βιτ.Κ	Ναι	27,16 (5,55)	0,242
	Όχι	28,28 (5,83)	
Νεότερα Αντιπηκτικά	Ναι	27,16 (5,55)	0,242
	Όχι	28,28 (5,83)	
Αντιαρρυθμικά	Ναι	27,84 (5,60)	0,400
	Όχι	25,5 (7,09)	
Επιπλοκές	Ναι	28,02 (5,67)	0,589
	Όχι	27,39 (5,74)	

Συννοσηρότητα	Ναι (>2 νοσήματα)	30,36 (4,7)	0,052
	Όχι (≤2 νοσήματα)	27,24 (5,74)	

*Kruskal-Wallis test

Στον Πίνακα 20 αναφέρεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο ABQ με την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία και η διάρκεια νοσηλείας τόσο περισσότερα είναι και τα εμπόδια που αναφέρουν οι ασθενείς στην προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) με την ηλικία, το BMI, το χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής και αντιαρρυθμικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας.

		Βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ABQ
Ηλικία (έτη)	r*	0,534
	p	<0,001
BMI (kgr/m²)	r*	0,164
	p	0,109
Χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (έτη)	r*	0,186
	p	0,068
Χρονικό διάστημα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (έτη)	r*	0,186
	p	0,068
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	r*	0,256
	p	0,011

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ) και ανεξάρτητες τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις ανωτέρω διμεταβλητές αναλύσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας 21. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ).

	β*	S.E**	P
Σταθερά	25,11 ⁺	1,26	<0,001
Ηλικία	0,25	0,05	<0,001
Διάρκεια νοσηλείας	0,72	0,23	0,003
Επισκέψεις σε ΤΕΠ	2,00	0,88	0,026

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης ⁺δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία, η διάρκεια νοσηλείας και ο αριθμός επισκέψεων στο ΤΕΠ για την ΚΜ στο τελευταίο έτος σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα εμπόδια για τη λήψη αντιπηκτικής αγωγής. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών κατά ένα έτος, η βαθμολογία τους αυξάνεται κατά 0,25 μονάδες. Επίσης, όταν η διάρκεια νοσηλείας τους αυξάνεται κατά μία μέρα τότε η βαθμολογία τους στα εμπόδια αυξάνεται κατά 0,72 μονάδες και τέλος, όσο μεγαλώνει ο αριθμός των επισκέψεων τους σε ΤΕΠ, τότε η βαθμολογία τους αυξάνεται κατά 2 μονάδες.

Συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων

Στους πίνακες 22, 23 και 24 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων εκτίμησης της γνώσης για την αντιπηκτική αγωγή (Anticoagulant Knowledge Tool), της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή (A-14) και των εμποδίων για την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή (Adherence Barrier Questionnaire). Όπως φαίνεται στον πίνακα 22, υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή και της προσήλωσής τους σε αυτή. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η γνώση για την αντιπηκτική αγωγή τόσο αυξάνεται και η προσήλωση στην αγωγή.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο AKT με τη βαθμολογία στην κλίμακα A-14.

		Βαθμολογία σε κλίμακα A-14
Βαθμολογία σε AKT	r*	0,335
	p	0,001

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 23, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή και των εμποδίων για την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η γνώση για την αντιπηκτική αγωγή τόσο μειώνονται τα εμπόδια στην προσήλωση των ασθενών.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο AKT με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ABQ.

		Βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ABQ
Βαθμολογία σε AKT	r*	-0,244
	p	0,016

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 24, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της προσήλωσης των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή και των εμποδίων για την προσήλωσή τους. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή τόσο μειώνονται τα εμπόδια στην προσήλωσή τους .

Πίνακας 24. Συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα A-14 με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ABQ.

		Βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ABQ
Βαθμολογία σε κλίμακα A-14	r*	-0,774
	p	<0,001

*Συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η εκτίμηση της γνώσης ασθενών με ΚΜ για την αντιπηκτική αγωγή και ο προσδιορισμός του βαθμού προσήλωσής τους σε αυτή. Συμμετείχαν 97 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε καρδιολογική κλινική γενικού νοσοκομείου της Αθήνας. Η ανάγκη για τη διενέργεια της παρούσας μελέτης βασίστηκε στη διαπίστωση από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι στην ΚΜ, όπως και σε άλλα χρόνια νοσήματα, η επιτυχής διαχείριση της νόσου και η πρόληψη επιπλοκών βασίζονται στη γνώση που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο και ειδικότερα για τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους (Costa et al., 2015). Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι όσο λιγότερες οι είναι οι γνώσεις των ασθενών, τόσο μικρότερη η προσήλωσή τους στη θεραπευτική αγωγή (Clarksmith et al., 2013; Souza et al., 2018).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το επίπεδο γνώσης των ασθενών για την από του στόματος αντιπηκτική αγωγή είναι ικανοποιητικό, αλλά όχι υψηλό (μέση τιμή στο ΑΚΤ: 24,48). Οι απαντήσεις σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ΑΚΤ είναι ενδεικτικές του επιπέδου γνώσης των ασθενών για συγκεκριμένες παραμέτρους της αντιπηκτικής αγωγής. Ειδικότερα, στην ερώτηση «ποιο είναι το όνομα του αντιπηκτικού σας φαρμάκου», 79,4% των ασθενών απάντησαν ορθά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ερώτηση «ποια είναι η σημαντικότερη παρενέργεια αυτού του φαρμάκου» ήταν 73,2%. Επιπλέον, στην ερώτηση «να αναφέρετε 3 παρενέργειες που πρέπει να προσέξετε για την εμφάνισή τους κατά τη λήψη αυτού του φαρμάκου», το 39,2% ανέφερε τουλάχιστον μία παρενέργεια, ποσοστό χαμηλό που παρατηρείται, επίσης, στη μελέτη των Obamiro et al. (2018), στην οποία μόνο το 24% των ασθενών μπορούσε να αναφέρει 3 παρενέργειες που θα έπρεπε να γνωρίζει σχετικά με τη λήψη του αντιπηκτικού φαρμάκου, καθώς και στη μελέτη των Rolls et al. (2017), όπου το 16,7% των συμμετεχόντων της μελέτης μπορούσε να αναφέρει 3 ανεπιθύμητες ενέργειες που πρέπει να προσέχουν κατά τη λήψη του αντιπηκτικού τους φαρμάκου.

Από τη στατιστικά ανάλυση βρέθηκε ότι το είδος της ΚΜ και η λήψη νεότερων αντιπηκτικών σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το επίπεδο γνώσης των ασθενών της μελέτης για την αντιπηκτική αγωγή. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η εμμένουσα ΚΜ και η λήψη νεότερων αντιπηκτικών σχετίζονται με μείωση της γνώσης για την αντιπηκτική αγωγή. Η ελλιπής γνώση των ασθενών που λαμβάνουν νεότερα αντιπηκτικά, μπορεί να ωφείλεται στο ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές τις Βιταμίνης Κ., ενδεχομένως να έχουν λάβει πιο εντατική εκπαίδευση για την πολυπλοκότητα και τους κινδύνους της θεραπείας από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για την τροποποίηση

της δόσης του φαρμάκου μετά απο μια μέτρηση του INR. Επιπλέον, οι συναντήσεις των ασθενών που λαμβάνουν τα νεότερα αντιπηκτικά με τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να υστερούν συγκριτικά με τους ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές της Βιταμίνης Κ και αυτό να αποτελεί αρνητικό παράγοντα στην απόκτηση επαρκούς γνώσης (Kirchhof et al., 2016).

Επίσης, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ελλιπής γνώση των ασθενών σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή και η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης από τους επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με ελλιπή έλεγχο της πήκτικότητας και αυξημένη συχνότητα αιμορραγικών επεισοδίων (Matchar et al., 2002; Tang et al., 2003; Kaufman et al., 2017). Στην παρούσα μελέτη 11,3% των ασθενών είχαν κάποιο θρομβοεμβολικό επεισόδιο στο παρελθόν και 36,1% είχαν εμφανίσει αιμορραγία. Φαίνεται ότι πολλοί ασθενείς δεν κατανοούν τους κινδύνους και τα οφέλη της αντιπηκτικής αγωγής, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Dantas et al., 2004).

Η πλειοψηφία (56,6%) των ασθενών της μελέτης δεν ήταν προσηλωμένοι στην αντιπηκτική αγωγή. Αυτό το εύρημα έρχεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες. Συγκεκριμένα, οι Rolls et al. (2017) βρήκαν ότι 52,1% των ασθενών με ΚΜ δεν ήταν προσηλωμένοι στην από του στόματος αντιπηκτική αγωγή και ο Mayet (2015) βρήκε ότι 53,6% των ασθενών με ΚΜ στη μελέτη του είχαν μέτριο έως χαμηλό βαθμό προσήλωσης. Η πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση έδειξε ότι όταν αυξάνεται η ηλικία των ασθενών της μελέτης παρουσιάζεται μείωση της προσήλωσής τους στην αντιπηκτική αγωγή. Φαίνεται ότι η γήρανση, επειδή συνοδεύεται από αυξημένη συννοσηρότητα και πολυφαρμακία, καθώς και έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, οδηγεί σε μείωση της προσήλωσης στην αντιπηκτική αγωγή. Τα ευρήματα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση ηλικίας και προσήλωσης είναι διαφορετικά από αυτά της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, οι Spivey et al. (2015) βρήκαν ότι η νεότερη ηλικία σχετίζεται με τη μη συμμόρφωση ασθενών με ΚΜ στη λήψη βαρφαρίνης. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα άλλων μελετών, στις οποίες διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να προσηλωθούν στην αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ, σε σύγκριση με εκείνους ηλικίας >75 ετών (Platt et al., 2008; Gomes et al., 2012; Deitelzweig et al., 2013; Zalesak et al., 2013; Macedo et al., 2015). Μόνο στη μελέτη των AL-Saikhan et al. (2018) βρέθηκε πτωχότερη συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών στη λήψη βαρφαρίνης.

Επίσης βρέθηκε ότι υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με υψηλά επίπεδα προσήλωσης. Είναι γνωστό από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι η ελλιπής προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή σχετίζεται με τη μη κατανόηση από τον ασθενή των πληροφοριών

σχετικά με την αγωγή (Jankowska-Polańska et al., 2011). Οι έχοντες ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να κατανοούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις πληροφορίες σχετικά με τη φύση της νόσου και τη φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα να προσηλώνονται περισσότερο στο θεραπευτικό πλάνο (Cruess et al., 2010).

Εκτός από την προσήλωση των ασθενών με ΚΜ στην αντιπηκτική αγωγή, εκτιμήθηκε και ύπαρξη εμποδίων για την προσήλωση, με τη χρήση της κλίμακας ABQ. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι ασθενείς της μελέτης ανέφεραν την ύπαρξη εμποδίων στην προσπάθειά τους για προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή. Μάλιστα, η μεγαλύτερη ηλικία, η αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και ο μεγάλος αριθμός επισκέψεων στο ΤΕΠ για την ΚΜ στο τελευταίο έτος βρέθηκε να σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ύπαρξη περισσότερων εμποδίων για τη λήψη αντιπηκτικής αγωγής. Η γήρανση επιδρά αρνητικά στην ικανότητα ενός ατόμου να δέχεται, να επεξεργάζεται και να κατανοεί πληροφορίες. Στα ηλικιωμένα άτομα η οπτική και η ακουστική οξύτητα ελλοτώνονται, καθιστώντας δύσκολο για το άτομο να λάβει πληροφορίες. Επιπλέον, η γήρανση μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανότητα επεξεργασίας και κατανόησης πληροφοριών, ενώ συχνές είναι και διαταραχές μνήμης (Cutilli, 2007). Από τα ανωτέρω εξηγείται η σχέση της μεγάλης ηλικίας με την ύπαρξη περισσότερων εμποδίων για προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή στους ασθενείς της μελέτης. Η αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και ο μεγάλος αριθμός επισκέψεων στο ΤΕΠ για την ΚΜ οφείλονται πιθανώς στην ελλιπή προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική τους αγωγή, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Pamboukian et al., 2008).

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης μεταξύ των γνώσεων των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή και της προσήλωσής τους σε αυτή. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η γνώση για την αντιπηκτική αγωγή τόσο αυξάνεται και η προσήλωση στην αγωγή, κάτι που προκύπτει και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Kimetal., 2011; Rocha, 2010; Wang et al., 2014). Φαίνεται ότι όσα περισσότερα γνωρίζει ένας ασθενής με χρόνιο πρόβλημα υγείας, όπως η ΚΜ, για τη θεραπεία του (δοσολογία, ενδείξεις, αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες, κ.α.), τόσο πιο εύκολα προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της αγωγής και την εντάσει πιο αποτελεσματικά στην καθημερινότητά του.

Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των ασθενών για την αντιπηκτική αγωγή και των εμποδίων για την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η γνώση για την αντιπηκτική αγωγή τόσο μειώνονται τα εμπόδια στην προσήλωση των ασθενών. Προφανώς, οι ασθενείς με επαρκή γνώση όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, μπορούν να συμμετέχουν στην

αυτοδιαχείριση της νόσου και είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν πιστά τις οδηγίες σε σύγκριση με τους ασθενείς με ανεπαρκή γνώση. Με την αύξηση παροχής πληροφοριών στους ασθενείς μπορούν να διαμορφωθούν ακριβείς πεποιθήσεις και αντιλήψεις γύρω από τη νόσο και τη φαρμακευτική αγωγή και οι ασθενείς να είναι πιο ικανοί και πρόθυμοι να προχωρήσουν σε μακροπρόθεσμη τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (Hoffmann et al., 2014; Hibbard & Greene, 2013).

Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της προσήλωσης των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή και των εμποδίων για την προσήλωσή τους. Δηλαδή, όσο μειώνονται τα εμπόδια τόσο αυξάνεται η προσήλωση των ασθενών στην αντιπηκτική αγωγή. Αρκετές μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη συγκεκριμένων εμποδίων για προσήλωση ασθενών στη θεραπευτική αγωγή. Ανάμεσά τους ξεχωρίζουν το υψηλό κόστος των φαρμάκων, η οικονομική δυσχέρεια (ανεργία, χαμηλό εισόδημα, κτλ.) και η ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής (Aslam et al., 2012; Hess et al., 2014; Gumbinger et al., 2015; Bertozzo et al., 2016). Όπως είναι αναμενόμενο, η απουσία αυτών των εμποδίων συνεπάγεται την αύξηση της προσήλωσης των ασθενών με ΚΜ στην αντιπηκτική αγωγή.

10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς όσον αφορά στο σχεδιασμό και στη διεξαγωγή της. Το μικρό μέγεθος του δείγματος, αλλά και το γεγονός ότι τα συλλεγόμενα δεδομένα προήλθαν από μία μόνο καρδιολογική κλινική περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ασθενών με ΚΜ. Η γνώση, ο βαθμός προσήλωσης και τα εμπόδια προσήλωσης αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τις αυτοαναφερόμενες δηλώσεις των ασθενών, μέσω της συμπλήρωσης των αντίστοιχων ερωτηματολογίων. Με αυτόν τον τρόπο, ενδέχεται να έγινε υποεκτίμηση των απόψεων των ασθενών, λόγω της πιθανής ύπαρξης τυχαίων σφαλμάτων ανάκλησης.

11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη μελέτη αυτή εκτιμήθηκε η γνώση ασθενών με ΚΜ σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή, ο βαθμός προσήλωσής τους σε αυτή, καθώς και τα εμπόδια για την προσήλωσή τους στην αγωγή. Βρέθηκε ότι το επίπεδο γνώσης των ασθενών για την από του στόματος αντιπηκτική αγωγή είναι ικανοποιητικό, αλλά όχι υψηλό, ενώ σχετίζεται με το είδος της ΚΜ και τη λήψη νεότερων αντιπηκτικών. Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν επαρκή προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή. Η ελλιπής προσήλωση βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεγάλη ηλικία και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ασθενών ανέφεραν σημαντική επιρροή εμποδίων που επηρεάζουν την προσήλωσή τους στην αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν περισσότερα εμπόδια προσήλωσης στην αντιπηκτική αγωγή σε σχέση με ασθενείς μικρότερης ηλικίας, καθώς και οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και αυξημένο αριθμό επισκέψεων στο ΤΕΠ για την ΚΜ στο τελευταίο έτος.

Από τα ανωτέρω προκύπτει η ανάγκη για εύρεση μεθόδων βελτίωσης των γνώσεων για την αντιπηκτική αγωγή και αύξησης της προσήλωσης σε αυτή των ασθενών με ΚΜ, με δεδομένο ότι η πιστή τήρηση των οδηγιών από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την πρόληψη επιπλοκών (ΑΕΕ, αιμορραγία, κ.α.) σε αυτούς τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν το προνόμιο της άμεσης επαφής με τον ασθενή, οφείλουν να εκπαιδεύσουν κατάλληλα τους ασθενείς με ΚΜ. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι αποτελεσματική, ώστε ο ασθενής με ΚΜ να γνωρίζει για τη νόσο του και τη φαρμακευτική αγωγή όλες εκείνες τις πληροφορίες που χρειάζεται για να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Οι νοσηλευτές μπορούν να σχεδιάσουν εκπαιδευτικά προγράμματα, ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ασθενών με ΚΜ, χρησιμοποιώντας κατάλληλα εργαλεία, τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία. Βεβαίως, η εκπαιδευτική διαδικασία πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενη σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να είναι αποτελεσματική.

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

ΜΕΣΥΡΗ ΑΘΗΝΑΣ

12. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η συχνότερη καρδιακή αρρυθμία και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η λήψη αντιπηκτικής αγωγής μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου και η αποτελεσματικότητα της αγωγής εξαρτάται από το βαθμό προσήλωσης των ασθενών σε αυτή.

Σκοπός: Η εκτίμηση της γνώσης ασθενών με ΚΜ για την αντιπηκτική αγωγή και του βαθμού προσήλωσής τους σε αυτή.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για συγχρονική περιγραφική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 97 ασθενείς με ΚΜ, που νοσηλεύονταν σε καρδιολογική κλινική γενικού νοσοκομείου της Αθήνας από το Δεκέμβριο του 2017 έως τον Απρίλιο του 2018. Για την συλλογή των δεδομένων έγινε χρήση των ακόλουθων εργαλείων: «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT), «A14-scale» και «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ). Για τη διαχείριση και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πακέτο IBM SPSS 22.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών της μελέτης ήταν 71,88 έτη (SD=10,7 έτη) και η πλειοψηφία ήταν γυναικείου φύλου (52,6%). Οι περισσότεροι ασθενείς (57,7%) έπασχαν από παροξυσμική ΚΜ. Το επίπεδο γνώσης των ασθενών για την από του στόματος αντιπηκτική αγωγή ήταν ικανοποιητικό, αλλά όχι υψηλό, όπως φάνηκε από τη μέση τιμή στο AKT (24,48). Η εμμένουσα ΚΜ και η λήψη νεότερων αντικητικών σχετίζονται με έλλειμμα γνώσης ($p=0,031$ και $p<0,001$, αντίστοιχα). Η πλειοψηφία των ασθενών της μελέτης (56,6%) δεν ήταν προσηλωμένοι στην αντιπηκτική αγωγή, ενώ οι ασθενείς της μελέτης ανέφεραν την ύπαρξη εμποδίων στην προσπάθειά τους για προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή. Οι

ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν ελλιπή προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ($p < 0,001$ και $p = 0,034$, αντίστοιχα), ενώ η ύπαρξη εμποδίων σχετίστηκε με τη μεγαλύτερη ηλικία, την αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και το μεγάλο αριθμό επισκέψεων στο ΤΕΠ για την ΚΜ ($p < 0,001$, $p = 0,003$ και $p = 0,026$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς της μελέτης δεν είναι προσηλωμένοι στην αντιπηκτική αγωγή, ενώ το επίπεδο γνώσης τους για την αντιπηκτική αγωγή είναι ικανοποιητικό, αλλά όχι υψηλό. Παράλληλα, η πλειοψηφία των ασθενών ανέφεραν σημαντική επιρροή των εμποδίων που επηρεάζουν την προσήλωσή τους στην αγωγή. Προφανώς, οι επαγγελματίες υγείας, με προεξέχοντες τους νοσηλευτές, οφείλουν να εστιάσουν στο πρόβλημα της ελλιπούς προσήλωσης των ασθενών με ΚΜ στην αντιπηκτική αγωγή και να ασχοληθούν συστηματικά με την εκπαίδευση αυτών των ασθενών.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING
POSTGRADUATE PROGRAM
DIRECTION: CLINICAL NURSING
SPECIALIZATION: NURSING OF CARDIOVASCULAR DISEASES

DISSERTATION
KNOWLEDGE AND ADHERENCE TO MEDICATION OF PATIENTS WITH
ATRIAL FIBRILLATION

BY MESIRI ATHINA

13. ABSTRACT

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia and is associated with an increased risk of thromboembolic stroke. Taking anticoagulant treatment may significantly reduce the risk of thromboembolic stroke and the effectiveness of treatment depending on the degree of adherence of patients to it.

Aim: To assess the knowledge of patients with AF for anticoagulant treatment and the level of adherence to this treatment.

Material and Methods: This is a cross-sectional study involving 97 patients with AF who were hospitalized at a cardiology clinic in General Hospital of Athens, Greece, from December 2017 to April 2018. For the data collection, the following tools were used: «Anticoagulant Knowledge Tool» (AKT), «A14-scale» and «Adherence Barrier Questionnaire» (ABQ). For the management and statistical analysis of the results, the IBM SPSS 22.0 package was used. The level of statistical significance was set at 0.05.

Results: The mean age of participants in the study was 71.88 years (SD=10.7 years) and the majority of them were females (52.6%). Most patients (57.7%) suffered from paroxysmal AF. The level of knowledge of patients for oral anticoagulation was satisfactory, but not high, as shown by the mean score at AKT (24.48). The type of AF, and in particular the persistent AF, as well as the reception of newer anticoagulants were associated with lack of knowledge ($p=0.031$ and $p<0.001$, respectively). The majority of patients (56.6%) were not adherent to anticoagulant treatment and they reported the existence of barriers in their efforts to adhere to treatment. Elderly and low-educated patients showed poor adherence to anticoagulant therapy ($p <0.001$ and $p = 0.034$, correspondingly), while the presence of obstacles was related to

older age, increased duration of hospitalization, and high number of visits to the emergency department for AF ($p < 0.001$, $p = 0.003$ and $p = 0.026$, respectively).

Conclusions: Most patients in the study are not adherent to anticoagulant therapy, and their level of knowledge about anticoagulation is satisfactory but not high. At the same time, the majority of patients reported a significant influence of barriers that affecting their adherence to treatment. Obviously, health care professionals, and nurses among them, should focus on the problem of poor adherence to anticoagulation and systematically engage in the education of those patients.

14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Agency for Healthcare Research and Quality (2009). Educating Patients Before They Leave the Hospital Reduces Readmissions, Emergency Department Visits and Saves Money. Viewed 28 April 2018, <https://archive.ahrq.gov/news/newsroom/press-releases/2009/red.html>
- Abed HS, Wittert GA, Leong DP, Masoumeh G et al (2013). Effect of Weight Reduction and Cardiometabolic Risk Factor Management on Symptom Burden and Severity in Patients With Atrial Fibrillation. *JAMA*. 310(19):2050-2060.
- Amara W, Larsen TB, Sciaraffia E et al (2016). Patients' attitude and knowledge about oral anticoagulation therapy: results of a self-assessment survey in patients with atrial fibrillation conducted by the European Heart Rhythm Association. *EP Europace*, 18(1): 151-155.
- Anter E, Jessup M, Callans DJ (2009). Atrial Fibrillation and Heart Failure Treatment Considerations for a Dual Epidemic. *Circulation*, 119:2516-2525.
- Ashley EA and Niebauer J (2004). *Cardiology Explained*, Chapter 2 Cardiovascular examination. Remedica, London.
- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA, (1994), Independent Risk Factors for Atrial Fibrillation in a Population-Based Cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA*, 271(11):840-844
- Beagley L (2011). Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(5): 331-337.
- Bhardwaj R (2012). Atrial fibrillation in a tertiary care institute – A prospective study. *Indian Heart J*, 64(5): 476–478.
- Bielecka-Dabrowa A, Mikhailidis DP, Rysz J, Banach M (2009). The mechanisms of atrial fibrillation in hyperthyroidism. *Thyroid Research*, 2:4.
- Berisso-Zoni, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. (2014). Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin Epidemiol*, 6: 213–220.
- Björck S, Palaszewski B, Friberg L, Bergfeldt L (2014). Atrial Fibrillation, Stroke Risk, and Warfarin Therapy Revisited A Population-Based Study. *Clin Epidemiol*. 6: 213–220.
- Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P, (2007). Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention

and health promotion activities. Cochrane Library, DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.

- Burkhart PV and Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*, 35: 207.
- Chapman A, St Hill C, Little M, Swanoski M, Scheiner S et al (2017). Adherence to treatment guidelines: the association between stroke risk stratified comparing CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc score levels and warfarin prescription for adult patients with atrial fibrillation. *BMC Health Serv Res*, 17: 127.
- Clarkesmith DE, Pattison HM, Lip GYH, Lane DA (2013). Educational intervention Improves anticoagulation control in atrial fibrillation patients: The TREAT randomized trial. *Plos One*, 8(9): e74037.
- Conen D, Tedrow UB, Cook NR, Moorthy MV, Buring JE, Albert CM(2008). Alcohol consumption and risk of incident atrial fibrillation in women. *JAMA*, 300:2489–96.
- Comerford L (2004). Issues in patient education. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(3): 203-209.
- Coulter A (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, vol. 335:24.
- Cutilli C (2007). Health Literacy in Geriatric Patients: An Integrative Review of the Literature. *Orthopaedic Nursing*. 26(1):43–48
- Dages N, Hindricks G, Kottkamp H, Sommer P, Gaspar T et al (2009). Complications of Atrial Fibrillation Ablation in a High-Volume Center in 1,000 Procedures: Still Cause for Concern?. *Journal Of Cardiovascular Electrophysiology*, 20: 9.
- Davis NJ, Billet HH, Cohen HW, Amsten JH (2005). Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother*, 39: 632-636.
- Dantas GC, Thompson BV, Manson JA, Tracy CS, Upshur REG (2004). Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BioMed Central Family Practice*, 5: 15.
- Digby C and BaranchukA (2012). Sleep Apnea and Atrial Fibrillation; 2012 Update. *Curr Cardiol Rev*. 8(4): 265–272.

- Flint AC, Conell C, Renet X, et al (2017). Statin adherence is associated with reduced recurrent stroke risk in patients with or without atrial fibrillation. *American Heart Association*, 48: 1788-1794.
- Frost J, Garside R, Cooper C, Britten N (2014). A qualitative synthesis of diabetes self-management strategies for long term medical outcomes and quality of life in the UK. *BMC Health Services Research*, 14:348.
- Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA et al (2006). ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation*, 114: 257-354.
- Gehi AK, Ali S, Na B, Whooley MA, (2007). Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Arch Intern Med*. 167(16):1798-803.
- Gerber S, Young IC, Arozullah M, Shoou-Yih, (2010). Racial differences in medication adherence: A cross-sectional study of medicare enrollees. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(2): 136-145.
- Holmes K, Gibbison B, Vohra HA (2017). Mitral valve and mitral valve disease. *BJA Education*, 17(1): 1–9.
- Grancelli O and Ferrante D (2007). Telephone interventions for disease management in heart failure. *BMJ*, 334(7600): 910–911.
- Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P et al (2014). Prevalence of Atrial Fibrillation in Spain. OFRECE Study Results. *Revista Espaniola De Cardiologia*, 67(4): 259-69.
- Haegeli LM and Calkins H (2014). Catheter ablation of atrial fibrillation: an update. *European Heart Journal*, 35(36): 2454–2459.
- Hendriks JML, Vrijhoef HJM, Crijnhans HJGM, Rocca PBL (2014). The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. *EP Europace*, 16(4): 491-499.
- Hibbard JH and Greene J(2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs, What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. *HEALTH AFFAIRS*, 32(2).

- Hoffmann TC, Legare F, Simmons MB, McNamara, McCaffery K et al (2014). Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother. *Med J Austral*, 201(1): 35-39.
- Huxley RR and Woodward M, (2011). Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *THE LANCET*, 378(9799): 1297-1305
- Jank S, Bertsche T, Schellberg D, Herzog W, Haefeli WE (2009). The A14-scale: development and evaluation of a questionnaire for assessment of adherence and individual barriers. *Pharmacy World & Science*, 31(4): 426-431.
- January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE et al (2014). Clinical Practice Guidelines: full text 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(21).
- Jin J, Sklar GE, Sen OhV, Li C (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1):269–286.
- Kaufman BG, Kim S, Pieper K, Allen LA, Gersh BJ et al (2017). Disease understanding in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. *Heart*, 104(6):494-501.
- Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practise*, 15(1): 16-24.
- Khan TI, Kamali F, Kesteven P, Avery P, Wynne H (2004). The value of education and self-monitoring in the management of warfarin therapy in older patients with unstable control of anticoagulation. *Brit J Haematol*, 126(4): 557-564.
- Kim JH, Kim GS, Kim EJ, Park S, Chung N, Chu SH (2011). Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in Korean patients taking warfarin. *J CardiovascNurs*, 26:466-74.
- Kirchhof PK, Benussi S, Kotecha D, AhlssonA, Atar D et al (2016). ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*, 37(38): 2893-2962.

- Kotsakou M, Kioumis I, Lazaridis G, Pitsiou G, Lampaki S, Papaiwannou A et al (2015). Pacemaker insertion. *Ann Transl Med*, 3(3): 42.
- Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GY, Hofman A et al (2013). Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *Eur Heart J*, 34(35): 2746–2751.
- Lam WY and Fresco P (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*, doi: 10.1155/2015/217047.
- Lane DA, Barker RV, Lip GYH (2015). Best practice for atrial fibrillation patient education. *Cur Pharm Des*, 21: 533-543.
- Lip YH (2015). The CHA₂DS₂-VASc score for stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation: a brief history. *European Heart Journal*, doi:10.1093/eurheartj/ehv431.
- Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ (2013) The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *THE LANCET*, 383(9921): 999–1008.
- Maningat P, Gordon BR, Breslow JL (2013). How Do We Improve Patient Compliance and Adherence to Long-Term Statin Therapy? *Curr Atheroscler Rep.*, 15(1): 291.
- Marinigh R, Lip GYH, Fiotti N, Giansante C, Lane DA, (2010). Age as a Risk Factor for Stroke in Atrial Fibrillation Patients: Implications for Thromboprophylaxis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(11): 827-837.
- Marwick HT (2003). Stress echocardiography. *Heart bmj*, 89(1): 113–118.
- Matchar DB, Samsa GP, Cohen SJ, Oddone EZ, Jurgelski AE (2002). Improving the quality of anticoagulation of patients with atrial fibrillation in managed care organizations: results of the managing anticoagulation services trial. *Am J Med*, 113(1): 42-51.
- Mayet AY (2015). Patient adherence to warfarin therapy and its impact on anticoagulation control. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 4(11): 29-34.
- Mozaffarian D, Furberg CD, Psaty BM, Siscovick D (2008). Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults: the cardiovascular health study. *Circulation*, 118(800): 7.

- Miller KM, Foster NC, Beck RW, Bergenstal RM, DuBose SN, DiMeglio LA et al (2015). Current State of Type 1 Diabetes Treatment in the U.S.: Updated Data From the T1D Exchange Clinic Registry *Diabetes Care*, 38(6): 971-978.
- Miller JD, Aronis KN, Chrispin J, Patil KD, Marine JE, Martin SS et al (2015). Obesity, Exercise, Obstructive Sleep Apnea, and Modifiable Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Factors in Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(25).
- Müller S, Kohlmann T, Wike T (2015). Validation of the Adherence Barriers Questionnaire - an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. *BMC Health Services Research*, 15:153.
- National Council on patient information and education (2007). Viewed June 2018, www.talkaboutrx.org.
- Neuman RB, Bloom HL, Shukrullah I, Darrow LA, Kleinbaum D, Jones DP (2007). Oxidative stress markers are associated with persistent atrial fibrillation. *Clin Chem Epub*, 53(9):1652-7.
- Obamiro KO, Chalmers L, Bereznicki LRE (2016). Development and validation of an Oral Anticoagulation Knowledge Tool (AKT). *PLoS ONE*, 11(6): e0158071.
- Obamiro KO, Chalmers L, Lee L, Bereznicki BJ, Bereznicki LRE (2018). Anticoagulation knowledge in patients with atrial fibrillation: An Australian survey. *Citation, Int J Clin Pract*, 72(3):e13072, doi: 10.1111/ijcp.13072.
- O'Brien EC, Simon DN, Allen LA et al (2014). Reasons for warfarin discontinuation in the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (OBIT-AF). *Am Heart J*, 168(4): 487-494.
- Osterberg L and Blaschke T (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353:487-497.
- Rankin S. and Stallings K. (2001). *Patient education, principles and practise*. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins.
- Rocha H, Rabelo E, Aliti G, and de Souza E (2010). Knowledge of Patients with Mechanical Valve Prostheses Concerning Chronic Oral Anticoagulant Therapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4): 696-702.
- Qureshi W, Mittal C, Patsias I, Garikapati K, Kuchipudi A, Cheema G et al (2014). Restarting Anticoagulation and Outcomes After Major Gastrointestinal Bleeding in Atrial Fibrillation. *The American Journal Of Cardiology*, 113(4): 662-668.

- Qureshi WT, Alirhayim Z, Blaha MJ, Juraschek SP, Keteyian SJ, Brawner CA et al (2015). Cardiorespiratory Fitness and Risk of Incident Atrial Fibrillation, Results From the Henry Ford Exercise Testing (FIT) Project. *Circulation*, 131:1827-1834.
- Rajpura J and Nayak R (2014). Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden, *JMCP*, 20(1): 58-56.
- Rollnick S and Miller WR (1995). What is Motivational Interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 23(4): 325-334.
- Rolls CA, Obamiro KO, Chalmers L, Bereznicki LRE (2017). The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. *Cardio Ther*, 35:6.
- Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, Blauw GJ, Buckley BM, De Craen AJ et al (2008). Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes?. *THE LANCET*, 371(9628):1927–1935.
- Skeppholm M and Friberg L (2014). Adherence to warfarin treatment among patients with atrial fibrillation. *Clin Res Cardiol*, 103(12): 998-1005.
- Sovari A (2016). Cellular and Molecular Mechanisms of Arrhythmia by Oxidative Stress. *Cardiol Res Pract.*, doi: 10.1155/2016/9656078.
- Spivey CA, Qiao Y, Liu X et al (2015). Discontinuation/Interruption of Warfarin Therapy in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation. *J Manag Care Spec Pharm*, 21(7): 245-253.
- Stromberg A (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail*, 7:363-369.
- Sucu M, Davutoglu V, Ozer O, (2009). Electrical cardioversion. *Ann Saudi Med.*, 29(3): 201–206.
- Voskoboinik A, Moskovitch JT, Harel N, Sanders P, M. Kistler PM, Kalman JM (2017). Revisiting pulmonary vein isolation alone for persistent atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Heart Rhythm*, 14(5):661-667.
- Wang Y, Kong MC, Lee LH, Ng HJ, Ko Y (2014). Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. *Thromb Res*, 133:550-4.

- Waks J and Zimetbaum P (2016). Antiarrhythmic Drug Therapy for Rhythm Control in Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 22(1): 3-19.
- WHO (2003). World Health Organization, Viewed June 2018, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Woodward M, Brindle P, Runstall-Pedoe H (2007). Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC), 93(2):172–176.
- Yin SC, Howard DP, Paul NL, Li L, Luengo-Fernandez R, Bull LM et al (2014). Age-Specific Incidence, Outcome, Cost, and Projected Future Burden of Atrial Fibrillation–Related Embolic Vascular Events: A Population-Based Study. *Circulation*, 130:1236-1244.
- Zimetbaum P (2012). Antiarrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation. *Circulation*, 125(2):381-389.
- Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S (2014). Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *PubMed*, 6: 213–220.
- Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, (2014). Νόσοι της καρδιάς και Νοσηλευτική φροντίδα, ολιστική προσέγγιση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών

Α/α:	Όνοματεπώνυμο:		
Νοσοκομείο: Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»	Τμήμα:		
Ημερομηνία:			
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ			
Φύλο	Άρρεν		
	Θήλυ		
Ηλικία (έτη)			
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Υποχρεωτική (Δημοτικό-Γυμνάσιο)		
	Μέση (Λύκειο)		
	Ανώτατη (ΤΕΙ / ΑΕΙ)		
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος		
	Διαζευμένος /-η , Χήρος /-α		
	Άγαμος		
Αριθμός παιδιών			
Συνθήκες Διαβίωσης	Μόνος		
	Οικογένεια / σύντροφος / λοιπό υποστηρικτικό δίκτυο		
Επαγγελματική Κατάσταση	Εργαζόμενος		
	Άνεργος		
	Συνταξιούχος		
	Οικιακά		
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ			
Είδος της κολπικής μαρμαρυγής	Παροξυσμική		
	Επίμονη		
	Μόνιμη		
	Ιδιοπαθής		
Διενέργεια συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης στο παρελθόν	Ναι		
	Όχι		
Διενέργεια ablation στο παρελθόν	Ναι		
	Όχι		
Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής (μήνες):			
Αριθμός επισκέψεων σε ΤΕΠ για την κολπική μαρμαρυγή (το τελευταίο έτος):			
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες):			
Φαρμακευτική αγωγή (εξωνοσοκομειακά)	Αντιαμοπεταλιακά	Ασπιρίνη	
		Διπυριδαμόλη	
		Κλοπιδογρέλη	
	Ανταγωνιστές της βιτ. Κ	Ασενοκουμαρόλη	
		Βαρφαρίνη	

	Νεότερα αντιπηκτικά	Dabigatran	
		Rivaroxaban	
		Apixaban	
	Αντιαρρυθμικά	β-αποκλειστές	
		Αποκλειστές διαύλων Ca	
		Δακτυλίτιδα	
		Αμιοδραρόνη	
		Σοταλόλη	
		Προπαφαινόνη	
		Ιμπουτιλίδη	
	Άλλο:		
	Άλλο:		
Χρονικό διάστημα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (έτη):			
Χρονικό διάστημα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (έτη):			
Συχνότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (καθημερινά)	1 φορά		
	2 φορές		
Συχνότητα λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής (καθημερινά)	1 φορά		
	2 φορές		
Επιπλοκές νόσου / θεραπειάς	Θρομβοεμβολικό επεισόδιο		
	Αιμορραγία		
Εργαστηριακός έλεγχος	INR (πρόσφατη τιμή):		
	INR (συχνότητα λήψης):		
Άλλο Χρόνιο Νόσημα	Αρτηριακή Υπέρταση		
	Σακχαρώδης Διαβήτης		
	Στεφανιαία νόσος		
	Καρδιακή ανεπάρκεια		
	Αναπνευστική νόσος		
	Νεφρική νόσος		
	Ηπατική νόσος		
	Μυοσκελετική νόσος		
	Κακοήθεια		
	Άλλο:		
Άλλο:			
Βάρος (Kgr):			
Ύψος (m):			
BMI (kgr/m²):			
Οικογενειακό ιστορικό (γονείς, αδέρφια)	Κολπική μαρμαρυγή		
	Αρτηριακή Υπέρταση		
	Σακχαρώδης Διαβήτης		
	Στεφανιαία νόσος		
	Καρδιακή ανεπάρκεια		
	ΑΕΕ		
	Κακοήθεια		

	Άλλο:	
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ		
Κάπνισμα	Παρούσα χρήση	
	Παλαιά χρήση και διακοπή	
	Ποτέ	
Αριθμός τσιγάρων / ημέρα (ενεργοί καπνιστές):		
Αλκοόλ (καθημερινή λήψη)	Παρούσα λήψη	
	Παλαιά λήψη και διακοπή	
	Ποτέ	

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Εισαγωγή

Σας ευχαριστούμε εκ' των προτέρων για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου και εκτιμούμε το χρόνο που διαθέτετε για να υποστηρίξετε αυτήν την έρευνα. Οι απαντήσεις σας, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών πληροφοριών, θα παραμείνουν ανώνυμες και εμπιστευτικές.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Παρακαλώ, συμπληρώστε τις ακόλουθες ερωτήσεις για να εκφράσετε τις απόψεις σας όσο το δυνατόν ακριβέστερα και όσο καλύτερα γνωρίζετε.

❖ Εάν δε γνωρίζετε την απάντηση σε μια ερώτηση, παρακαλείστε να γράψετε «Δεν ξέρω» στον διαθέσιμο χώρο.

❖ Εάν δεν είστε σίγουροι για την απάντηση σε μια ερώτηση πολλαπλών επιλογών, παρακαλούμε σημειώστε «Δεν είμαι σίγουρος» μεταξύ των παρεχόμενων επιλογών.

1^ο Τμήμα: Δημογραφικά στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

α) Άνδρας

β) Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Ποιό είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;

A. Δημοτικό

B. Γυμνάσιο

Γ. Λύκειο

Δ. ΤΕΙ/ΑΕΙ

Ε. Μεταπτυχιακό

Ζ. Διδακτορικό

4. Πόσο καιρό παίρνετε αντιπηκτική αγωγή από το στόμα;

α. Λιγότερο από 3 μήνες

β. 3 -12 μήνες

γ. 1-2 χρόνια

δ. Περισσότερο από 2 χρόνια

ε. Δεν παίρνω αντιπηκτική αγωγή

2^ο Τμήμα: Γνώσεις για την αντιπηκτική αγωγή

2.1 Γενικές Ερωτήσεις

1. Ποιο είναι το όνομα του αντιπηκτικού σας φαρμάκου;

.....

2. Γιατί ο γιατρός σας συνταγογράφησε αυτό το φάρμακο;

.....

3. Πώς λειτουργεί αυτό το φάρμακο στο σώμα σας;

.....

4. Πόσες φορές την ημέρα πρέπει να παίρνετε αυτό το φάρμακο;

.....

5. Για πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεται να παίρνετε αυτό το φάρμακο (για παράδειγμα, 3 μήνες, 6 μήνες, για πάντα);

.....

6. Γιατί είναι σημαντικό να παίρνετε αυτό το φάρμακο ακριβώς όπως σας είπε ο γιατρός σας;

.....

7. Είναι σημαντικό να παίρνετε αυτό το φάρμακο την ίδια ώρα κάθε μέρα;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

8. Είναι σωστό να διπλασιάσετε την επόμενη δόση αυτού του φαρμάκου εάν χάσετε μία δόση;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

9. Είναι πιθανό η παράλειψη μίας δόσης αυτού του φαρμάκου να επιδεινώσει την κατάστασή σας;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

10. Είναι σωστό να σταματήσετε να παίρνετε αυτό το φάρμακο όταν αισθάνεστε καλύτερα;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

11. Είναι ασφαλές να παίρνετε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα ενώ παίρνετε αυτό το φάρμακο;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

12. Είναι ασφαλές να λαμβάνετε συμπληρώματα βιταμινών και φυτικά σκευάσματαπαράλληλα με το φάρμακο αυτό, χωρίς να συμβουλευτείτε το γιατρό σας;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

13. Υπάρχει κάποιο όφελος λαμβάνοντας περισσότερο από αυτό το φάρμακο που σας έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός σας;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

14. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρενεργειώναπό αυτό το φάρμακο;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

15. Θα ενημερώνατε έναν χειρουργό, οδοντίατρο ή άλλο επαγγελματία υγείας ότι παίρνετε αυτό το φάρμακο προτού υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική διαδικασία;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

16. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που επισκέπτεστε ότι παίρνετε αυτό το φάρμακο;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

17. Ποια είναι η σημαντικότερη παρενέργεια αυτού του φαρμάκου;

.....

18. Να αναφέρετε 3 παρενέργειες που πρέπει να προσέξετε για την εμφάνισή τους κατά τη λήψη αυτού του φαρμάκου:

.....

.....

.....

19. Να αναφέρετε 3 πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να μειώσετε τον κίνδυνο εμφάνισης των παρενεργειών του φαρμάκου:

.....

.....

.....

20. Τι πρέπει να κάνετε, αν κατά λάθος πάρετε πολύ μεγάλη δόση από αυτό το φάρμακο;

.....

2.2

1. Ποιό είναι το εύρος του INR που πρέπει να πετύχετε;

2. Ποιό ήταν η τελευταία τιμή του INR;

3. Είναι αναγκαία η τακτική εξέταση του INR για να μάθετε πόσο καλά λειτουργεί αυτό το φάρμακο;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

4. Είναι δυνατόν οι τιμές INR πάνω από το στόχο που σας έχει τεθεί να είναι καλές για την υγεία σας;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

5. Είναι δυνατόν οι τιμές INR κάτω από το στόχο που σας έχει τεθεί να είναι κακές για την υγεία σας;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

6α. Είναι δυνατόν αυτά που τρώτε να επηρεάσουν την αντιπηκτική σας θεραπεία;

A. Ναι B. Όχι Γ. Δεν είμαι σίγουρος

6β. Εάν απαντήσατε «Ναι» στην προηγούμενη ερώτηση, να αναφέρετε 3 τρόφιμα που μπορούν να επηρεάσουν την αντιπηκτική σας θεραπεία.

.....

7. Να αναφέρετε μία βιταμίνη που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την αντιπηκτική σας θεραπεία.

.....

Κλίμακα A14

	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Όταν έχω παρενέργειες από ένα φάρμακο, σταματάω το φάρμακο τελείως	0	1	2	3	4
2. Όταν έχω παρενέργειες από ένα φάρμακο, σταματάω το φάρμακο για λίγο (μέρες ή εβδομάδες)	0	1	2	3	4
3. Όταν χειροτερεύει η αρρώστια μου, αυξάνω τη δόση του σχετικού με την αρρώστια φαρμάκου	0	1	2	3	4
4. Όταν ένα φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα, το σταματάω τελείως	0	1	2	3	4
5. Εάν είναι απαραίτητο, παίρνω μία επιπλέον δόση ή παραλείπω μία δόση (π.χ., δε λαμβάνω ένα χάπι λόγω ταξιδιού)	0	1	2	3	4
6. Όταν καλύτερεύει η αρρώστια μου, σταματάω τελείως το σχετικό με την αρρώστια φάρμακο	0	1	2	3	4
7. Όταν καλύτερεύει η αρρώστια μου, σταματάω για λίγο το σχετικό με την αρρώστια φάρμακο (μέρες ή εβδομάδες)	0	1	2	3	4
8. Όταν το κόστος του φαρμάκου είναι πολύ μεγάλο, σταματάω το φάρμακο τελείως	0	1	2	3	4
9. Παίρνω το φάρμακό μου λιγότερο συχνά ή το σταματάω για λίγο, ώστε να διαρκέσει περισσότερο η συνολική ποσότητα του φαρμάκου	0	1	2	3	4
10. Όταν αργά να ανανεώσω τη συνταγή, σταματάω το φάρμακο για λίγο	0	1	2	3	4
11. Δεν παίρνω καθόλου το φάρμακό μου, γιατί δεν πιστεύω ότι κάθε αρρώστια θεραπεύεται με φάρμακα	0	1	2	3	4
12. Κατά καιρούς σταματώ το φάρμακο για λίγο, γιατί δεν μου αρέσει να παίρνω φάρμακα συνεχώς	0	1	2	3	4
13. Ξεχνώ το φάρμακό μου	0	1	2	3	4
14. Δεν μπορώ να πάρω το φάρμακό μου, λόγω της κατάστασης της υγείας μου (π.χ. επειδή δεν μπορώ να ανοίξω τη συσκευασία ή να καταπιώ το χάπι)	0	1	2	3	4

**Ερωτηματολόγιο για τα εμπόδια στην προσήλωση
(Adherence Barriers Questionnaire-ABQ)**

	Ερωτήματα	Συμφωνώ απόλυτα	Γενικά συμφωνώ	Γενικά διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Καταλαβαίνω απόλυτα αυτά που οι γιατροί, οι νοσηλευτές ή ο φαρμακοποιός μου έχουν εξηγήσει μέχρι στιγμής.				
2	Μπορώ να αναφέρω τα ονόματα των φαρμάκων μου και τη δράση τους χωρίς δισταγμό.				
3	Εμπιστεύομαι το γιατρό μου και συμφωνώ με τη θεραπεία που ακολουθώ.				
4	Η θεραπεία μου με βοηθάει μόνο αν τη λαμβάνω έτσι όπως μου έχει συσταθεί.				
5	Παίρνω τα φάρμακα μου κάθε μέρα μηχανικά στην σωστή ώρα ή σε προκαθορισμένες περιστάσεις.				
6	Αισθάνομαι ότι η συμμετοχή στην πληρωμή των φαρμάκων είναι μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.				
7	Συχνά ξεχνώ πράγματα σε καθημερινή βάση.				
8	Συχνά αισθάνομαι άσχημα και μερικές φορές χάνω το θάρρος μου και γίνομαι μελαγχολικός.				
9	Συχνά έχω πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων μου, ή μου είναι δύσκολο να τηρώ πάντα τις οδηγίες του γιατρού				
10	Υπάρχουν εμπόδια στην υγειονομική μου περίθαλψη που πρέπει να ξεπεράσω.				
11	Πραγματικά θαχρειαστώβοήθειασε καθημερινή βάση(και ειδικότερα στην θεραπεία μουμετα φάρμακα). Αλλάδεν έχωκαμία βοήθεια.				
12	Πραγματικά φοβάμαι τις παρενέργειες των φαρμάκων μου.				
13α	Σε περίπτωση που έχω ήδη παρατηρήσει ή σε περίπτωση που θα παρατηρήσω παρενέργειες που σχετίζονται με τα φάρμακα μου: Έχω μιλήσει ή θα μιλήσω με τον γιατρό μου γι' αυτόςόσο το δυνατόν συντομότερα.				
13β	Σε περίπτωση που έχω ήδη παρατηρήσει ή σε περίπτωση που θα παρατηρήσω παρενέργειες που σχετίζονται με τα φάρμακα μου: Έχω ήδη σταματήσει ή θα σταματήσω τα φάρμακα μου ή πήρα/θα πάρω λιγότερα από αυτά.				

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τίτλος μελέτης: «Γνώση και προσήλωση στην αντιπηκτική αγωγή ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή».

Κύρια Ερευνήτρια: Μεσούρη Αθηνά, Υπογραφή: _____

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική μελέτη. Ενημερωθήκατε σε απλή γλώσσα, σχετικά με την προαναφερθείσα μελέτη για τα εξής:

- Ποιός είναι ο σκοπός της μελέτης.
- Για ποιό λόγο επιλεγήκατε.
- Πόσο χρόνο θα διαρκέσει η μελέτη.
- Τυχόν κινδύνους, οφέλη ή ταλαιπωρία που μπορεί να επιφέρει η μελέτη σε εσάς ή άλλους.
- Ποια άτομα ενδέχεται να δουν τα αρχεία της μελέτης.
- Με ποιό τρόπο θα τηρηθούν απόρρητα τα αρχεία της μελέτης.

Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν τη συμμετοχή σας στην μελέτη. Είστε ελεύθερος να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στην μελέτη.

Η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν έχει οποιαδήποτε επίπτωση στην μελλοντική φροντίδα που θα λάβετε ενδεχομένως στο παρόν Ίδρυμα.

Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν την ερευνητική μελέτη στην οποία συμμετέχετε προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, το οποίο ενέκρινε τη μελέτη ή ακόμα και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής.

Εάν υπογράψετε αυτό το έντυπο σημαίνει ότι έχετε ενημερωθεί προφορικά σχετικά με την ερευνητική μελέτη, συμπεριλαμβανομένων των παραπάνω στοιχείων και ότι συμφωνείτε να συμμετέχετε στην μελέτη οικειοθελώς.

Όνομα συμμετέχοντος

Υπογραφή συμμετέχοντος

Ημερομηνία

Συμφωνώ να συμμετάσχω στην παρούσα μελέτη, εφόσον διάβασα το παραπάνω κείμενο και επιβεβαιώνω ότι:

- Έχω πλήρως κατανοήσει όσα αφορούν τη μελέτη.
- Η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και είμαι ελεύθερος/η να την αποσύρω σε οποιοδήποτε χρόνο.