

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αθανασία Κίκηρα, Αθανασία Τσάμη

ΠΜΣ «Νευρολογικά Νοσήματα-Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις»,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

DOI: 10.5281/zenodo.810432

Περίληψη

Η συμμόρφωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια προς τη θεραπεία είναι ένας από τους βασικούς στόχους της καθημερινής κλινικής πράξης. **Σκοπός** της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση προς τη θεραπεία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ερευνητικών και ανασκοπικών μελετών που έχουν δημοσιευτεί κυρίως στη PubMed. **Αποτελέσματα:** Η συμμόρφωση προς τη θεραπεία αφορά τη λήψη φαρμάκων, την καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους, τη διακοπή του καπνίσματος, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τους περιορισμούς ως προς τη λήψη υγρών, νατρίου και της χρήσης αλκοόλ. Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση του βαθμού συμμόρφωσης θα πρέπει να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την παροχή συμβουλευτικής στήριξης, την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης, την απλοποίηση της δοσολογίας των σχημάτων, κ.ά. Ειδικότερα, η εκπαίδευση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να στοχεύει στη συστηματική αξιολόγηση και βελτίωση της ικανότητας αυτοφροντίδας των ασθενών. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερο κίνδυνο μη συμμόρφωσης έχουν οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα, οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και όσοι δεν διέθεταν ισχυρή πίστη στην αναγκαιότητα της θεραπείας τους. **Συμπεράσματα:** Η συμμόρφωση των ασθενών αποτελεί βασική αρχή της θεραπείας της καρδιακής ανεπάρκειας.

Λέξεις κλειδιά: Συμμόρφωση ασθενών-καρδιακή ανεπάρκεια-θεραπεία

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Κίκηρα Αθανασία, Αθήνα, e-mail: Athanasiakikira@gmail.com

REVIEW ARTICLE

TREATMENT ADHERENCE IN HEART FAILURE PATIENTS

Athanasia Kikira, Athanasia Tsami

Post-graduate program, Neurological Disorders - Evidence Based Practice

Department of Nursing, TEI of Athens

Abstract

Adherence to treatment of patients with heart failure is one of the main goals of everyday clinical practice. The **purpose** of the present study was to review literature concerning the factors affecting treatment adherence of patients with heart failure. The **methodology** followed included a review of research and other studies published on pubmed. **Results:** Adherence to treatment includes taking drugs, daily measurement of body weight, smoking cessation, management of symptoms, and restriction of sodium and fluid and alcohol use. Interventions to improve the level of adherence should include education, counseling support, evaluation of anxiety and depression, simplifying dosing regimens, etc. In particular, the education of patients with heart failure should target to the systematic evaluation and improvement of self-care. Finally, the results showed that at higher risk of non-compliance are the elderly, patients with depressive symptoms, patients of low level of education and those who do not have a strong belief in the necessity of the treatment. **Conclusions:** Patient adherence is a basic principle of treatment of heart failure.

Keywords: adherence-heart failure patients-treatment

Corresponding author: Kikira Athanasia Athens, e-mail: Athanasiakikira@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί κλινικό σύνδρομο με ραγδαία αύξηση, παγκοσμίως. Περίπου 900.000 άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο πάσχουν σήμερα από καρδιακή ανεπάρκεια.¹ Η επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζεται με την ηλικία, με μέση ηλικία τα 76 έτη κατά την πρώτη διάγνωση^{2,3,4} Η ενώ μελέτη της Minnesota, έδειξε ότι, ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας σε πληθυσμό άνω των 45 χρόνων ήταν 2,2%.⁴ Άτομα άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 75% των περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας στις ΗΠΑ ενώ στην Ευρώπη άτομα άνω των 70 χρόνων αποτελούν το 88% των νέων περιπτώσεων.⁵

Η συχνότητα εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας αναμένεται να αυξηθεί λόγω της επιβίωσης των ατόμων με ισχαιμική καρδιακή νόσο και τις περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες που αφορούν τη νόσο. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι περισσότερες πληροφορίες για την καρδιακή ανεπάρκεια βασίζονται σε επιλεγμένους πληθυσμούς (ασθενείς μετά από νοσηλεία σε καρδιολογική κλινική, σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε εξωτερικά ιατρεία καρδιακής ανεπάρκειας, ή ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξώθησης), η πραγματική επιδημιολογία της νόσου είναι σήμερα δεν είναι πλήρως γνωστή.^{5,6,7}

Η νόσος έχει κακή πρόγνωση και συγκεκριμένα, το 30-40% των ασθενών που έχει διαγνωστεί με καρδιακή ανεπάρκεια

αποβιώνει εντός ενός έτους αλλά στη συνέχεια, η θνησιμότητα φαίνεται να είναι μικρότερη από 10% ανά χρόνο.^{9,10,11}

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί μια αλληλεπίδραση μεταξύ της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες και της επακόλουθης πρόγνωσης.¹²

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στο πλαίσιο της από κοινού λήψης αποφάσεων και να λάβουν μέτρα με επίκεντρο τον ασθενή έχοντας ως απώτερο στόχο τη βελτίωση της συμμόρφωσης. Είναι σημαντικό, οι ασθενείς να αναπτύξουν ρεαλιστικές προσδοκίες από τη πορεία της νόσου και να υιοθετούν ατομική ευθύνη όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και τη θεραπεία.¹²

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τη συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Συμμόρφωση ασθενών

Ο όρος συμμόρφωση αποτελεί μια έννοια ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και πολύ περισσότερο για ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Ο όρος συμμόρφωση αναφέρεται στο βαθμό "όπου η συμπεριφορά των ασθενών συμβαδίζει με τις οδηγίες που αφορούν τόσο τη φαρμακευτική αγωγή όσο τις αλλαγές στον

τρόπο ζωής". Όσον αφορά τον όρο "συμμόρφωση στη θεραπεία" αυτός αναφέρεται στο κατά πόσο έλαβε ο ασθενής σωστά τα φάρμακα του σε ποσοστιαία αναλογία ημερών.¹²⁻¹⁸

Ο όρος συμμόρφωση θεωρείται πλέον μη ευδόκιμος καθώς δεν αναγνωρίζει τον ασθενή ως ενεργό μέλος όσον αφορά τη θεραπεία του και άρχισε προοδευτικά να αντικαθίσταται από τον όρο "adherence". Ο όρος αυτός θεωρείται ως επικρατέστερος διότι αφενός λαμβάνει υπόψη την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία αφετέρου σχετίζεται με τις χρόνιες παθήσεις. Η εξασφάλιση μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή συμμόρφωση.¹²⁻¹⁸

Δεδομένου ότι, η συμμόρφωση είναι δυνατόν να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της ασθένειας, απαιτείται η επανεκτίμησή της σε τακτά χρονικά διαστήματα. Δυστυχώς, δεν υπάρχει ένας παγκόσμια αποδεκτός τρόπος μέτρησης της συμμόρφωσης ή έστω κάποιος κλινικός δείκτης που να προβλέπει αξιόπιστα το βαθμό συμμόρφωσης. Συνήθως, η εκτίμηση της συμμόρφωσης διερευνάται με αυτοαναφορές των ασθενών, γεγονός, που υποκρύπτει πολλούς κινδύνους καθώς οι ασθενείς συχνά είναι απρόθυμοι να αναφέρουν το βαθμό συμμόρφωσής τους και έχουν την τάση να αποκρύπτουν τις παρεκκλίσεις τους. Συνεπώς, οι

αυτοαναφορές των ασθενών κυρίως διαμέσου των ερωτηματολογίων έχουν το υποκειμενικό στοιχείο του ασθενή και θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.¹²⁻¹⁸

Επιπλέον, υπάρχουν και οι αντικειμενικές αξιολογήσεις για τη συμμόρφωση όπως : α) το χρονοδιάγραμμα των δόσεων μιας φαρμακευτικής αγωγής, β) το ειδικό σύστημα ηλεκτρονικής παρακολούθησης φαρμάκων που είναι όμως υψηλού κόστους (σύστημα που καταγράφει την ημερομηνία και την ώρα, που ανοίχτηκε ένα φάρμακο), και γ) η βάση δεδομένων στα φαρμακεία για τον έλεγχο της συνταγογράφησης, η οποία όμως συχνά παρουσιάζει ελλείψεις καθώς οι ασθενείς αλλάζουν φαρμακεία ή παρατηρείται αποτυχία καταγραφής των δεδομένων. Θεωρείται ότι, η συνδυαστική αξιολόγηση υποκειμενικών και αντικειμενικών μεθόδων έχει μεγαλύτερη ακρίβεια ως προς μέτρηση της συμμόρφωσης.¹²⁻¹⁸

Η αποτυχία συμμόρφωσης των ασθενών προς τη θεραπεία αποτελεί σε παγκόσμια κλίμακα ένα δισεπίλυτο πρόβλημα υγείας και ορίζεται με τον όρο "nonadherence". Η μη συμμόρφωση επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην έκβαση της νόσου, όπως για παράδειγμα σημαντική σωματική, οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση του πάσχοντα. Η μη συμμόρφωση αφορά τη πρόωρη διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, την παράλειψη δόσεων ενός φαρμάκου, τη σωστή δόση σε λάθος χρόνο, την ακατάλληλη θερμοκρασία συντήρησης

φαρμάκων, την παράλειψη οδηγιών για αλλαγές του τρόπου ζωής και πολλά άλλα.¹⁸⁻

21

Συμμόρφωση και καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί κλινικό σύνδρομο που εύκολα αντιμετωπίζεται με φάρμακα και παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, ωστόσο, η αποτυχία συμμόρφωσης προς τη θεραπεία οδηγεί σε κακές κλινικές εκβάσεις, σε επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, επιπλοκές, επιδείνωση της νόσου, αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης ακόμα και θάνατο.²²⁻²⁶

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τους Johansson και συν.,²⁷ το 2009, οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες στις ΗΠΑ για τους νοσηλευόμενους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λόγω υπερφόρτωσης υγρών υπολογίζεται περίπου σε 37,2 δισεκατομμύρια \$.

Η εκπαίδευση φαίνεται να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη συμμόρφωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι Oliveira και συν.,²⁵ υποστηρίζουν ότι, τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζονται με καλύτερη συμμόρφωση προς τη θεραπεία. Οι Fonarow και συν.,^{24,26} τονίζουν ότι, τα συστήματα εντός νοσοκομείου μπορεί να βελτιώσουν την εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και να συμβάλλουν στη μείωση των νοσηλειών και της θνησιμότητας.

Σύμφωνα με τους Stut και συν.,²⁸ πολλοί παράγοντες είναι δυνατόν να ευθύνονται για το χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Πρώτον, παρά τις ισχύουσες κατευθυντήριες γραμμές, ο αριθμός των νοσηλευτών που ασχολούνται με την εκπαίδευση αυτών των ασθενών είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών τους. Δεύτερον, πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν γνωστική εξασθένηση, το οποίο κάνει προβληματική την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων. Τρίτον, ορισμένοι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν κατάθλιψη, η οποία είναι δυνατόν να υπονομεύει τα κίνητρα και την ικανότητά τους να υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές φροντίδας και να συμμορφωθούν προς αυτές. Τέταρτον, η ίδια η γνώση μπορεί να μην είναι επαρκής ώστε μπορέσουν οι ασθενείς να διαπραγματευτούν με τις σημαντικές προκλήσεις που αφορούν την τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Οι van der Wal και συν.,²⁹ έδειξαν ότι, τα πιο σημαντικά εμπόδια για τη συμμόρφωση προς τις ιατρικές οδηγίες ήταν η αυξημένη διούρηση κατά τη διάρκεια της νύχτας (57%), η γεύση των τροφών (51%) και η περιορισμένη δυνατότητα να βγουν έξω (33%). Ένα εμπόδιο που σχετιζόταν με την αποτυχία να ζυγίζονται καθημερινά ήταν η λήθη (26%). Οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα και οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν περισσότερα εμπόδια για τη συμμόρφωση. Η αυτο-

αναφερόμενη συμμόρφωση ως προς τη λήψη φαρμάκων ήταν σχεδόν 99%, ως προς τη δίαιτα 77% και το καθημερινό ζύγισμα 33%.

Οι Nieuwenhuis και συν.,³⁰ μελέτησαν 648 ασθενείς που νοσηλεύονταν με καρδιακή ανεπάρκεια μέσης ηλικίας 69 ± 12 έτη, με μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας $33 \pm 14\%$. Η συμμόρφωση αξιολογήθηκε μέσω της αυτο-αξιολόγησης κατά την έναρξη της παρακολούθησης και 1, 6, 12, και 18 μήνες μετά. Από την έναρξη έως 18 μήνες παρακολούθησης, η μακροχρόνια συμμόρφωση με τη διατροφή και τον περιορισμό των υγρών κυμαίνονταν από 77% έως 91% και από 72% έως 89%, αντίστοιχα. Σε αντίθεση, μικρότερη ήταν η συμμόρφωση με το καθημερινό ζύγισμα (34% έως 85%) και την άσκηση (48% έως 64%). Οι ασθενείς που ήταν σε λειτουργική κατηγορία II σύμφωνα με την ταξινόμηση New York Heart Association δεν συμμορφώνονταν με τον περιορισμό των υγρών.

Όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων, οι van der Wal και συν.,³¹ ανέφεραν επίπεδα συμμόρφωσης που κυμαίνονταν από 10% έως και 98%. Οι διαφορές αυτές αποδίδονται στον τρόπο μέτρησης. Οι ίδιοι ερευνητές υποστήριξαν ότι, η συμμόρφωση προς τη φαρμακευτική αγωγή και τον τρόπο ζωής αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που επηρεάζεται από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, παράγοντες

σχετιζόμενους με το σύστημα υγείας και τη θεραπεία και τέλος με παράγοντες σχετιζόμενους με τον ασθενή. Δεδομένου ότι, η μη-συμμόρφωση είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να απευθύνονται σε όλους αυτούς τους παράγοντες. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως τη χρήση β-αναστολέων, α-MEA και αναστολέων αλδοστερόνης, τα οποία παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών ενώ η προσθήκη διουρητικών βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους, διότι βοηθά στην αποσυμφόρηση, αυξάνοντας την αποβολή των υγρών και του άλατος. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια να έχουν κατανοήσει το όφελος από τη λήψη των φαρμάκων τους.

Οι Granger και συν.,³² παρατήρησαν απώλεια της εμπιστοσύνης στη φαρμακευτική αγωγή λόγω της έξαρσης των συμπτωμάτων που κλιμακώνεται με την πάροδο του χρόνου. Η διακοπή της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής οφείλεται στην παύση των συμπτωμάτων, το οποίο οδηγεί τους ασθενείς σε λαθεμένη εντύπωση ότι το φάρμακο δεν είναι πλέον απαραίτητο. Οι παρεμβάσεις που υπενθυμίζουν στους ασθενείς να λάβουν τα φάρμακά τους, είναι μια αποτελεσματική μακροπρόθεσμη παρέμβαση. Ο στόχος είναι να αναπτυχθεί μια παρέμβαση που θα ενισχύει τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ακόμα και στο πλαίσιο των επαναλαμβανόμενων

συμπτωμάτων και θα αναγνωρίζει την αξία της θεραπείας.

Οι Percival και συν.,³³ τονίζουν ότι, κεντρικό ρόλο στη συμμόρφωση έχει ο τρόπος που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τη νόσο. Ειδικότερα, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που διαθέτουν ισχυρή πίστη στην αναγκαιότητα της θεραπείας τους είναι πιο πιθανό να επιδείξουν καλύτερη συμμόρφωση. Πολύ συχνά, οι αντιλήψεις ή οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τη σπουδαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής δεν συζητούνται με τους επαγγελματίες υγείας για πολλούς λόγους, όπως η επιθυμία των ασθενών να μην τους απογοητεύσουν για τη συνταγογράφηση, ο φόβος των ασθενών να μην υποτιμηθούν οι ανησυχίες τους ή να θεωρηθούν αδικαιολόγητες, η αποτυχία των επαγγελματιών υγείας να διερευνούν τέτοια ευαίσθητα θέματα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν κάθε συζήτηση που αφορά την άποψη του ασθενούς για το όφελος της φαρμακευτικής αγωγής, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή να περιγράψει τις ανησυχίες που μπορεί να επηρεάσουν τη συμμόρφωση. Οι ανησυχίες αυτές θα μπορούσαν στη συνέχεια να συζητηθούν και να τεθούν ρεαλιστικοί και ειλικρινείς στόχοι. Για παράδειγμα, μπορεί να ρυθμιστεί ο χρόνος ή η δόση των διουρητικών ώστε να διατηρούνται οι κοινωνικές δραστηριότητες.

34-38

Η συμμόρφωση στον περιορισμό των υγρών ποικίλλει στις διάφορες μελέτες με ποσοστά που κυμαίνονται από 23-45% ή και 73%. Ένας σημαντικός λόγος για αυτή τη διαφορά θα μπορούσε να είναι η διαφορά στο συνιστώμενο περιορισμό υγρών. Σε κάποιες κατευθυντήριες γραμμές, ο περιορισμός των υγρών είναι πολύ λιγότερο αυστηρός (1500-2500 ml) από τον περιορισμό σε μελέτες (ως επί το πλείστον 1500 mL) και ως εκ τούτου, ήταν ευκολότερο για τους ασθενείς να συμμορφώνονται με το συνιστώμενο περιορισμό.³⁹⁻⁴¹

Οι Johansson και συν.,²⁷ χαρακτηρίζουν τον περιορισμό των υγρών ως σημαντική παράμετρο στην αυτο-φροντίδα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ενώ οι Reilly και συν.,⁴² έδειξαν ότι, οι ασθενείς που τηρούσαν τον περιορισμό των υγρών μπορεί μεν να είχαν μεγαλύτερη δίψα όμως παρουσίαζαν λιγότερα συμπτώματα και είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι Waldréus και συν.,⁴³ έδειξαν τη δίψα ως ιδιαίτερα ενοχλητικό σύμπτωμα που σχετιζόταν με τη θεραπεία, την κατάσταση της καρδιακής ανεπάρκειας και τα δημογραφικά στοιχεία. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και γενικότερα μετά τη διάγνωση, ο κυριότερος παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η επιτυχής αυτοφροντίδα των ασθενών. Ως αυτοφροντίδα ορίζεται η διεργασία διατήρησης της υγείας μέσω υγιεινών

πρακτικών και η διαχείριση της ασθένειας και των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από αυτή. Η ενίσχυση της αυτοφροντίδας απαιτεί στρατηγικές που ενδυναμώνουν τους ασθενείς να αναλάβουν οι ίδιοι τη φροντίδα τους με απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Αποτελεί συνεχή, εξελικτική διαδικασία ανάλογη των αναγκών των ασθενών σε κάθε στάδιο της νόσου.⁴⁴

Σύμφωνα με τους Rees και συν.,⁴⁵ είναι σημαντικό οι ασθενείς να συζητούν για την αυτο-φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης του τρόπου ζωής με έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος διαθέτει χρόνο και είναι πρόθυμος να τους ακούσει. Οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών στη φροντίδα επηρεάζουν σημαντικά τη συμμόρφωση ως προς τη θεραπεία.

Οι Spalring και συν.,³⁴ και οι Harkness και συν.,³⁵ υποστήριξαν ότι, η αυτοδιαχείριση είναι το θεμέλιο για τη ζωή σε μια χρόνια πάθηση, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, τόνισαν ότι, οι ασθενείς μπορούν μεν συχνά να θυμούνται τις συμβουλές αυτοφροντίδας των επαγγελματιών υγείας παρόλα αυτά δεν είναι σε θέση να ενσωματώσουν αυτή τη γνώση στην καθημερινή ζωή. Συχνά, οι πρωτότερες εμπειρίες διαχείρισης διευκολύνουν τους ασθενείς να εφαρμόσουν τις στρατηγικές αυτοφροντίδας στη καθημερινή ζωή.

Η ηλικία φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στη συμμόρφωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Αναλυτικότερα, το 77% του συνόλου των εισαγωγών συμβαίνει στους ηλικιωμένους με τη θνητότητα να είναι τριπλάσια σε ασθενείς ηλικίας 65–74 ετών σε σύγκριση με εκείνους ηλικίας 25–54 ετών. Η καρδιακή ανεπάρκεια σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία μπορεί να μην εκδηλώνεται με τα τυπικά συμπτώματα της νόσου αλλά με νευρολογικά συμπτώματα, σύγχυση ή γαστρεντερικές διαταραχές. Δυστυχώς η πρόγνωση είναι πτωχή, η νόσος συνεπάγεται τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος και είναι σχεδόν βέβαιο ότι οι ασθενείς αυτοί υποθεραπεύονται. Η συμμόρφωση σε αυτή την ηλικία επηρεάζεται από πλήθος άλλων παραγόντων, όπως η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (αποτελεί τη συχνότερη αιτία στους ηλικιωμένους), η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, η πολυφαρμακία, οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η δυσκολία συμμετοχής σε ειδικά προγράμματα αποκατάστασης.⁴⁶ Δεδομένου ότι, η καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους απαιτούνται περισσότερες μελέτες, ως προς τη σχέση ηλικίας και συμμόρφωσης.⁴⁶

Τέλος, η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ιατρικο-νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή καθώς επίσης η επαρκής κοινωνική στήριξη μέσω ενός οργανωμένου δικτύου έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Οι

νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν τακτικά τους ασθενείς πριν αποφασίσουν σχετικά με μια παρέμβαση προκειμένου να ανακαλύψουν τα περιθώρια βελτίωσης. Οι παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που αφορούν τη βελτίωση της συμμόρφωσης σχετίζονται με θέματα αύξησης της γνώσης, αύξησης των κινήτρων και την παροχή βοήθειας σε πρακτικής φύσεως θέματα.³⁸

Σύμφωνα με τους Manning και συν.,⁴⁷ οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας κυρίως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ομοίως, οι Δημητρέλης και συν.,⁴⁸ τονίζουν τη σημαντική θέση που έχουν οι νοσηλευτές στη ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πράγματι, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, πλήθος προγραμμάτων παρακολούθησης και ενίσχυσης της αυτοδιαχείρισης αναπτύχθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα. Παρότι, τα προγράμματα αυτά ήταν διαφορετικά ως προς τη δομή και τη φιλοσοφία τους, εντούτοις φάνηκε να μειώνουν τις επανεισαγωγές, να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και ορισμένα από αυτά, να επιτυγχάνουν μείωση του κόστους.

Οι Kent και συν.,⁴⁹ υποστηρίζουν ότι, η εκπαίδευση από μόνη της είναι λιγότερο αποτελεσματική συγκριτικά με ένα συνδυασμό εκπαίδευσης που θα περιλαμβάνει χρήση προσωπικών

ημερολογίων όπως για παράδειγμα στο καθημερινό ζύγισμα. Επιπλέον, η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες.⁵⁰ Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για παρεμβάσεις που προωθούν συμπεριφορές αυτο-φροντίδας όπως επίσης διερεύνηση του αντίκτυπου μιας παρέμβασης για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (π.χ. περισσότερο από 12 μήνες) καθώς η πλειοψηφία της έρευνας επικεντρώνεται σε σύντομα χρονικά διαστήματα (π.χ. 3 μήνες).

Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης προς τη θεραπεία. Η ασθένεια, εκτός από τα εξαντλητικά σωματικά συμπτώματα, χαρακτηρίζεται από αλλαγές ρόλων, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, πρόωρη συνταξιοδότηση, οικονομική επιβάρυνση και μεταβολές στην κοινωνική στήριξη. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικό βαθμό κατάθλιψη και αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών οι οποίες εν συνεχεία μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και θνητότητας. Πολλές φορές, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλληλεπικαλύπτονται με τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας, τα οποία περιλαμβάνουν κόπωση, δυσκολία ύπνου, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, αδυναμία συγκέντρωσης και αλλαγή στην όρεξη. Η όλη κατάσταση είναι περίπλοκη και δεν θεωρείται ξεκάθαρο εάν η

κατάθλιψη οδηγεί σε χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης προς τη θεραπεία ή η χαμηλή συμμόρφωση συμβάλλει στην επιδείνωση της νόσου και εν συνεχεία στην εκδήλωση κατάθλιψης. Ομοίως, η συχνότητα εμφάνισης άγχους είναι υψηλή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και περιλαμβάνει συμπτώματα όπως ανησυχία, φόβο, τρόμο, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, δύσπνοια και κόπωση.⁵¹⁻⁵³

Η μετανάλυση των DiMatteo και συν.,⁵³ έδειξε την κατάθλιψη ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Πιθανώς, η κατάθλιψη σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση και γνωστική εξασθένηση, καταστάσεις, που επιδρούν αρνητικά στο βαθμό συμμόρφωσης. Οι Luyster και συν.,⁵⁴ που μελέτησαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μέσης ηλικίας 70 ετών, εκ των οποίων το 77% ήταν άνδρες, έδειξαν ότι, τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σχετίζονται με τις φτωχότερη συμμόρφωση. Οι Navidian⁵⁵ έδειξαν ότι, η εκπαίδευση ως προς την αυτοφροντίδα είχε χαμηλότερα αποτελέσματα επί των καταθλιπτικών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Σε μια μελέτη μετα-ανάλυση από Grenard και συν.,⁵⁶ σχετικά με την κατάθλιψη και τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, όπου διερευνήθηκαν 31 μελέτες, τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμόρφωση σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν 1,76 φορές μικρότερη συγκριτικά με μη καταθλιπτικούς ασθενείς.

Συμπεράσματα

Η προσπάθεια συμμόρφωσης προς τη θεραπευτική αγωγή είναι χρήσιμο να ξεκινά από την περίοδο της νοσηλείας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης υπό την ηγεσία ενός ειδικού ενδονοσοκομειακού συστήματος.

Αποτελεί πρόκληση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας, η ανάπτυξη της ικανότητας των ασθενών να συμμορφώνονται στην πολυσύνθετη θεραπευτική αγωγή και να υιοθετούν συμπεριφορές για τη βελτίωση της υγείας τους και την πρόληψη των επιπλοκών.

Οι κλινικοί νοσηλευτές έχουν ουσιαστικό ρόλο στην ενίσχυση της εκπαίδευσης των ασθενών. Το μονοπάτι φαίνεται ότι λειτουργεί με την εξής αλληλουχία : εκπαίδευση, ενίσχυση αυτοφροντίδας και επιτυχή συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες..

Βιβλιογραφία

- 1) Petersen S, Rayner M, Wolstenholme J. Coronary heart disease statistics: heart failure supplement. British Heart Foundation, London, 2002.

- 2) Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, et al. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J.* 1999;20(6):421–428.
- 3) Davies M, Hobbs F, Davis R, Roalfe AK, Hare R, Wosornu D, et al. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Echocardiographic Heart of England Screening study: a population based study. *Lancet.* 2001;358(9280):439–444.
- 4) Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC Jr, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheffer RJ, et al. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *JAMA: Journal of the American Medical Association.* 2003;289(2):194–202.
- 5) Farré N, Vela E, Clèries M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, Moliner P, et al. Real world heart failure epidemiology and outcome: A population-based analysis of 88,195 patients. Lazzeri C, ed. *PLoS ONE.* 2017;12(2):e0172745.
- 6) Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med.* 2006;355(3):251–259.
- 7) Dunlay SM, Weston SA, Jacobsen SJ, Roger VL. Risk factors for heart failure: a population based case control study. *Am J Med.* 2009;122(11):1023–1028.
- 8) Fox KF, Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Gibbs JS, Underwood SR, et al. Coronary artery disease as the cause of incident heart failure in the population. *Eur Heart J.* 2001;22(3):228–236.
- 9) Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, Kritchevsky SB, Psaty BM, Smith NL, Newman AB, et al. Epidemiology of incident heart failure in a contemporary elderly cohort: the health, aging, and body composition study. *Arch Intern Med.* 2009;169(7):708–715.
- 10) Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA, et al. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart.* 2000;83:505–510.
- 11) Hobbs FD, Roalfe AK, Davis RC, Davies MK, Hare R, et al. Prognosis of all-cause heart failure and borderline left ventricular systolic dysfunction: 5 year mortality follow-up of the Echocardiographic Heart of England Screening Study (ECHOES) *Eur Heart J.* 2007;28(9):1128–1134.
- 12) Unverzagt S, Meyer G, Mittmann S, Samos F-A, Unverzagt M, Prondzinsky R. Improving Treatment Adherence in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis of Pharmacological and Lifestyle Interventions. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2016;113(25):423-430.
- 13) World Health Organization. Adherence to long-term therapies—evidence for action 2003.
- 14) LaFleur J, Oderda GM. Methods to measure patient adherence with medication regimens. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2004;18:81–87.
- 15) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487–497.
- 16) Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Annu Rev Nurs Res.* 2000;18:48–90.
- 17) Κατρανά Π, Φώτος Ν, Μπροκαλάκη Η. Η επίδραση της κατάθλιψης στη συμμόρφωση

- στη θεραπευτική αγωγή ασθενών με στεφανιαία νόσο. Συστηματική Ανασκόπηση 20ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Νοσηλευτικό Συνέδριο με τα μάτια στο μέλλον. Διαθέσιμο στο : <http://docplayer.gr/16529038-l-epidrasitiskatathlipsis-sti-symmorfosi-sti-therapeytiki-agogi-asthenon-me-stefaniaia-noso-systimatiki-anaskopisi.html>. Πρόσβαση: 1/10/2016.
- 18) Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *MedGenMed*. 2007;9(3):58.
 - 19) van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Adherence in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006 ;27(4):434-40.
 - 20) Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, de Oliveira Brun A. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):165-70.
 - 21) Moretti C, D'Ascenzo F, Omede P, Sciuto F, Presutti DG, Di Cuia M, et al. Thirty-day readmission rates after PCI in a metropolitan center in Europe: incidence and impact on prognosis. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2015;16(3):238-245.
 - 22) Gandhi J, McCue A, Cole R. Nonadherence in the Advanced Heart Failure Population. *Curr Heart Fail Rep*. 2016;13(2):77-85.
 - 23) Fountain LB. Heart Failure Update: Chronic Disease Management Programs. *FP Essent*. 2016;442:31-40.
 - 24) Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiade M, Greenberg BH, OPTIMIZE-HF Investigators and Hospitals et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med*. 2008;168(8):847-854.
 - 25) Oliveira MM, Sampaio EE, Aras Júnior R. Therapeutic adherence and functional capacity in heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2015;105(3):322.
 - 26) Fonarow GC. How well are chronic heart failure patients being managed? *Rev Cardiovasc Med*. 2006;7 Suppl 1:S3-11.
 - 27) Johansson P, van der Wal MH, Strömberg A, Waldréus N, Jaarsma T. Fluid restriction in patients with heart failure: how should we think? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(5):301-4.
 - 28) Stut W, Deighan C, Cleland JG, Jaarsma T. Adherence to self-care in patients with heart failure in the Heart Cycle study. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1195-206.
 - 29) van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart Lung*. 2007;36(4):253-61.
 - 30) Nieuwenhuis MM1, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, Postmus D, van der Wal MH. Long-term adherence with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure. *Am J Cardiol*. 2012;110(3):392-7.
 - 31) van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol*. 2008;125(2):203-208.
 - 32) Granger BB, Ekman I, Hernandez AF, Sawyer T, Bowers MT, DeWald TA, Zhao Y, et al. Bosworth HB. Results of the Chronic Heart Failure Intervention to Improve Medication Adherence study: A randomized intervention in high risk patients. *Am Heart J*. 2015;169(4):539-48.

- 33) Percival M, Cottrell WN, Jayasinghe R. Exploring the beliefs of heart failure patients towards their heart failure medicines and self care activities. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(4):618-25.
- 34) Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Harkness K, Clark AM. Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *J Adv Nurs.* 2015;71(11):2478-89.
- 35) Harkness K, Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Clark AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(2):121-35.
- 36) Currie K, Strachan PH, Spaling M, Harkness K, Barber D, Clark AM. The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;14(6):525-35
- 37) Jaarsma T, Nikolova-Simons M, van der Wal MH. Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: an in-depth look. *Heart Lung.* 2012;41(6):583-9.
- 38) Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, de Oliveira Brun A. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(1):165-70.
- 39) Jaarsma T, Abu-Saad HH, Dracup K, Halfens R. Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scand J Caring Sci.* 2000;14:112-119.
- 40) De Geest S, Scheurweghs L, Reynders I, Pelemans W, Droogne W, Van Cleemput J, et al. Differences in psychosocial and behavioral profiles between heart failure patients admitted to cardiology and geriatric wards. *Eur J Heart Fail.* 2003;5:557-567.
- 41) Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J.* 2003;24:1014-1023.
- 42) Reilly CM, Higgins M, Smith A, Culler SD, Dunbar SB. Isolating the benefits of fluid restriction in patients with heart failure: A pilot study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;14(6):495-505.
- 43) Waldréus N, Hahn RG, Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. *Eur J Heart Fail.* 2013;15(2):141-9.
- 44) Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκη αυτοφροντίδας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2015;14(1):2-3.
- 45) Rees S, Williams A. Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Libr Syst Rev.* 2009;7(13):492-582.
- 46) Αντωνακούδης Γ.Χ, Πουλιμένος Λ.Ε, Πατέστος Δ.Π, Θηραίος Ε, Αντωνακούδης ΧΓ. Καρδιακή ανεπάρκεια σε ηλικιωμένους Ιδιαίτερα κλινικά και θεραπευτικά προβλήματα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2011;28(1):33-38
- 47) Manning S. Bridging the gap between hospital and home: a new model of care for reducing readmission rates in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(5):368-76.
- 48) Δημητρέλλης Δ., Αγγελή-Κρανιδιώτη Γ. Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια

- καρδιακή ανεπάρκεια. Νοσηλευτική. 2006; 45(1):41–49.
- 49) Kent B, Cull E, Phillips NM. A systematic review of the effectiveness of current interventions to assist adults with heart failure to comply with therapy and enhance self-care behaviours. *JBI Libr Syst Rev.* 2011;9(59):2572-2626.
- 50) Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal.* 2011;5(1):15-22.
- 51) Polikandrioti M, Christou A, Morou Z, Kotronoulas G, Evagelou H, Kyritsi H. Depression in patients with congestive failure. *Health science Journal* 2010;4(1):37-47.
- 52) Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialis D, Elisaf M. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic J Cardiol.* 2015;56(1):26-35.
- 53) DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for nonadherence with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000;160(14):2101-7.
- 54) Luyster FS, Hughes JW, Gunstad J. Depression and anxiety symptoms are associated with reduced dietary adherence in heart failure patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(1):10-7.
- 55) Navidian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. The Effect of Self-Care Education on the Awareness, Attitude, and Adherence to Self-Care Behaviors in Hospitalized Patients Due to Heart Failure with and without Depression. *PLoS One.* 2015;10(6):e0130973.
- 56) Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione M, McGlynn EA, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine.* 2011;26:1175–82.