

Wpływ akceptacji choroby na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków Effect of acceptance of illness on treatment adherence in atrial fibrillation patients

Andrzej Martynow¹, Kamila Lefek², Barbara Wierzbicka², Anna Chudiak³,
Katarzyna Lomper³, Beata Jankowska-Polańska³

¹ Zakład Opieki Zdrowotnej, 55-010 Świąta Katarzyna

² Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Studenckie Koło Naukowe

³ Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,

¹ Department of Health Care, 55-010 St. Catherine

² Wrocław Medical University, Department of Clinical Nursing, Student Scientific

³ Wrocław Medical University, Department of Clinical Nursing

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, akceptacja choroby, stosowanie się do zaleceń terapeutycznych

Key words: atrial fibrillation, acceptance of illness, compliance, adherence

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Migotanie przedsionków jest najczęściej występującym trwałym rodzajem arytmii. Do uzyskania pozytywnych skutków leczenia, niezbędne jest przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych oraz współpraca z personelem medycznym. Istotnym czynnikiem wpływającym na stosowanie się pacjentów do planu terapeutycznego jest również akceptacja choroby. Celem pracy była ocena wpływu akceptacji choroby na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 105 pacjentów z migotaniem przedsionków (śr. wieku 72,6; SD=6,9). W badaniu wykorzystano kwestionariusz oceny stosowania się do zaleceń terapeutycznych MMAS-8 (*ang. Morisky Medication Adherence Scale*) oraz kwestionariusz akceptacji choroby AIS (*ang. Acceptance of Illness Scale*).

Wyniki: W zakresie kwestionariusza AIS ankietowani uzyskali średnio 22,67 pkt, co odpowiada średniemu poziomowi akceptacji choroby. Wyniki pokazały, że 25% pacjentów miało niski, 30% średni, a 45% wysoki poziom przestrzegania zaleceń. Chorzy o wysokim poziomie AIS uzyskiwali

wysoki poziom adherence (MMAS-8=8), natomiast pacjenci o niskim poziomie AIS uzyskali niski poziom adherence (MMAS=5.51). Analiza korelacji wykazała silny, istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem stosowania się do zaleceń terapeutycznych a poziomem akceptacji choroby ($r=0,7408$; $p=0,01$).

Wnioski: Akceptacja choroby istotnie wpływa na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków. Wyższy poziom AIS warunkuje lepsze stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w zakresie leczenia przeciwzakrzepowego oraz antyarytmicznego w migotaniu przedsionków.

Abstract

Introduction and aim of the study: Atrial fibrillation is the most common durable type of arrhythmia. To obtain the positive effects of treatment it necessary that the patient respects the therapeutic recommendations and cooperates with the medical staff. An important factor affecting the patients adherence to the therapeutic plan is the acceptance of the illness. The aim of the study was to assess the effect of the acceptance of illness on treatment adherence in atrial fibrillation patients.

Material and methods: The study involved 105 patients with atrial fibrillation (mean age 72,6; SD=6,9). The study used a medication adherence questionnaire MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale) and the acceptance of illness questionnaire AIS (ang. Acceptance of Illness Scale).

Results: In the AIS questionnaire, the respondents received an average score of 22.67 points, which corresponds to the average level of acceptance of the illness. The results showed that 25% of the patients had low, 30% had medium, and 45% had high treatment adherence. Patients with high levels of AIS achieved high levels of treatment adherence (MMAS-8 = 8), while patients with low levels of AIS achieved low treatment adherence (MMAS-8 = 5.51). Correlation analysis showed a strong, statistically significant relationship between the level of treatment adherence and the level of illness acceptance ($r = 0.7408$; $p = 0.01$).

Conclusions: The acceptance of illness significantly affects the treatment adherence in atrial fibrillation patients. The higher level of AIS determines better anticoagulation and antiarrhythmic treatment adherence in atrial fibrillation patients.

Wstęp

Migotanie przedsionków (*ang. Atrial fibrillation, AF*) jest najczęściej występującym trwałym rodzajem arytmii. W dostępnej literaturze jego rozpowszechnienie szacuje się na 0,5-1%.^{1,2} W samych Stanach Zjednoczonych w 2010 roku odnotowano prawie 1,2 miliona nowo zdiagnozowanych przypadków oraz prognozowano wzrost liczby zachorowań do 5,2 milionów w roku 2030.³ Należy podkreślić, że dane te nie są do końca dokładnie oszacowane, ponieważ u 10-25% przypadków dochodzi do rozwoju bezobjawowej arytmii.⁴

¹Go A.S., Hylek E.M., Philips K.A. i wsp. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implication for rhythm management and stroke prevention. The Anticoagulation and Risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. JAMA. 2001; 285: 2370–2375.

²Murphy N.F., Simpson C.R., Jhund P.S. i wsp. A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland. Heart. 2007; 93: 606–612.

³Colilla S., Crow A., Petkun W. i wsp. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. Am J Cardiol. 2013; 112: 1142–7.

⁴Rho R.W., Page R.L. Asymptomatic atrial fibrillation. Progr Cardiovasc Dis. 2005; 48: 78–87

Obecnie obserwuje się dodatnią korelację pomiędzy wzrostem zachorowalności a wiekiem - częstotliwość występowania AF zwiększa się wraz ze starzeniem populacji. Widoczny wzrost zachorowania w ostatnich latach uzależniony jest głównie od wydłużania się wieku osób hospitalizowanych. Około 70% pacjentów stanowią osoby w wieku pomiędzy 65 a 85 rokiem życia.⁵ Ze względu na zjawisko starzenia się populacji szacuje się, że do 2050 roku liczba chorych wzrośnie nawet 2,5-krotnie^{6,7}. Ponadto w populacji osób w wieku podeszłym często występują schorzenia współistniejące, takie jak: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca czy wady zastawkowe, które istotnie przyczyniają się do wystąpienia arytmii. Przewiduje się, że do 2050 roku liczba chorych może zwiększyć się 2,5-krotnie.⁸

Migotanie przedsionków stanowi jeden z czynników wzrostu śmiertelności, a nawet dwukrotnie zwiększa ryzyko zgonu. Częste epizody AF mogą prowadzić do powstania licznych powikłań, z których najbardziej niebezpiecznym jest udar mózgu. Szacuje się, że ryzyko udaru wśród chorych z AF jest nawet 5-cio krotnie wyższe w porównaniu z populacją ogólną.⁹ Zaburzenia rytmu serca są uznawane za najczęstszą przyczynę wzrostu ryzyka zatorowo-zakrzepowego. Jako potencjalne mechanizmy występowania udaru w populacji z AF wymienia się między innymi powstawanie skrzeplin, których konsekwencją jest zatorowość naczyń mózgowych.¹⁰ W ramach profilaktyki udarów zaleca się wdrożenie u chorych doustnej terapii przeciwzakrzepowej.¹¹ Zwiększone ryzyko wystąpienia incydentów niedokrwienia mózgu obserwuje się głównie w populacji wieku podeszłego jednak jest one związane z nieodpowiednim oraz brakiem ciągłości leczenia przeciwzakrzepowego.¹²

Do uzyskania pozytywnych skutków leczenia, niezbędne jest przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych (*ang. compliance*) oraz współpraca z personelem

⁵Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. i wsp. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention. The Anticoagulation and Risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. JAMA. 2001; 285: 2370–2375.

⁶Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y.H. i wsp. Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z migotaniem przedsionków [w:] Kardiologia Polska 2010, supl VII, 492.

⁷Woźakowska-Kapłon B., Gorczyca-Michta I., Filipiak K.J. i wsp. Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków – propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych [w:] Forum Medycyny Rodzinnej 2013(7); 1: 1.

⁸Koźlak E., Kiliszek M. Migotanie przedsionków – leczenie zabiegowe czy farmakologiczne? 160 – 161. Kasprzak D., Piewka M.: Kardiologia – co nowego? Cornetis, Wrocław, 2011.

⁹Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. 1991; 22: 983–988.

¹⁰Zimetbaum P., Waks J.W., Ellis E.R. i wsp. Role of Atrial Fibrillation Burden in Assessing Thromboembolic Risk. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. 2014;7:1223-1229.

¹¹Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. Kardiologia Polska 2016; 74, 12: 1359–1469.

¹²Robert-Ebadi H., Righini M. Anticoagulation in the Elderly. Pharmaceuticals. 2010;3:3543–3569.

medycznym (*ang. adherence*).¹³ Niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych jest szczególnie częstym zjawiskiem wśród osób chorych przewlekle, zwłaszcza w wieku podeszłym. Brak prawidłowego poziomu compliance i adherence u chorych z AF często jest wynikiem obaw przed wystąpieniem działań niepożądanych stosowanych leków.¹⁴ Istotnym czynnikiem wpływającym na stosowanie się pacjentów do planu terapeutycznego jest również akceptacja choroby. Pogodzenie się z zaistniałą sytuacją zdrowotną wpływa na poprawę compliance i adherence chorego. Akceptacja sytuacji zdrowotnej, przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz regularne przyjmowanie leków istotnie sprzyjają profilaktyce incydentów zakrzepowo - zatorowych, a także nagłym epizodom arytmii wśród pacjentów z migotaniem przedsionków.¹⁵

Terapia przeciwwzakrzepowa jest skuteczna tylko wówczas kiedy jest przyjmowana regularnie i zgodnie z zaleceniami. Wykazano, że 30% chorych przerywa leczenie doustnym antykoagulantem (VKA, *ang. Vitamin K Antagonist*) w ciągu roku od jej rozpoczęcia, a połowa pacjentów nie podejmuje kontynuacji leczenia w przeciągu 3 lat od wdrożenia.^{16,17} Co najgorsze aż 50% chorych z migotaniem przedsionków w ogóle nie podejmuje się rozpoczęcia doustnej terapii przeciwwzakrzepowej ze względu na obawy przed skutkami ubocznymi.¹⁸

Ocena akceptacji choroby umożliwia rozpoznanie specyficznych dla pacjenta z AF potrzeb i problemów, dzięki czemu możliwa jest optymalizacja i zindywidualizowanie prowadzonej terapii.¹⁹ Prawidłowo dobrane i zindywidualizowane leczenie może wpływać na wyższy poziom adherence wśród chorych.

¹³Kubica A., Grześk G., Sinkiewicz W. i wsp.: Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica Exc.* 2010,5, 54–57.

¹⁴Gaciong Z., Kuna P.: Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii. *Medycyna po Dyplomie*, 2008, 3, 2-5.

¹⁵Szydlarska D., Grzesiuk W., Dębski M. i wsp. Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. Roku życia. *Geriatrics* 4; 165-169, Warszawa 2010.

¹⁶Hylek E.M., Evans-Molina C., Shea C. i wsp. Major hemorrhage and tolerability of warfarin in the first year of therapy among elderly patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2007; 115: 2689–2696.

¹⁷Gallagher A.M., Rietbrock S., Plumb J. i wsp. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? *J ThrombHaemost.* 2008; 6: 1500–1506.

¹⁸De Breucker S., Herzog G., Pepersack T. Could geriatric characteristics explain the under-prescription of anticoagulation therapy for older patients admitted with atrial fibrillation? A retrospective observational study. *Drugs Aging*. 2010; 27: 807–813.

¹⁹Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklik M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2014(18); 3: 143-150.

Cel pracy

Ocena wpływu akceptacji choroby na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków.

Materiał i metody

Badaniem objęto 105 pacjentów (55 kobiet) z migotaniem przedsionków, hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym we Wrocławiu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (KB 53/20164).

Kryteria włączenia do badania:

- zdiagnozowane migotanie przedsionków,
- stosowanie doustnej antykoagulacji przez minimum 6 miesięcy
- świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia z badania:

- ciężki stan kliniczny chorego (stan niestabilności hemo-dynamicznej)
- migotanie przedsionków rozpoznane po raz pierwszy (pierwszy napad arytmii)
- brak świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu.

W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze: kwestionariusz oceny stosowania się do zaleceń terapeutycznych MMAS-8 (*ang. Morisky Medication Adherence Scale*) oraz kwestionariusz akceptacji choroby AIS (*ang. Acceptance of Illness Scale*). Do uzyskania podstawowych danych socjodemograficznych oraz klinicznych wykorzystano analizę dokumentacji medycznej.

Kwestionariusz MMAS-8 został opracowany przez D. E. Morisky'ego w celu określenia stopnia w jakim pacjenci stosują się do zaleceń terapeutycznych.²⁰ Zawiera 8 pytań dotyczących regularności stosowania leków. Badany może uzyskać od 0 do 8 punktów, przy czym im wyższy wynik tym wyższy poziom adherence. Uzyskanie przez chorego 8 punktów oznacza wysoki adherence, 6-7,99 punktów oznacza średni poziom adherence, natomiast uzyskanie mniej niż 6 punktów świadczy o niskim adherece, a co za tym idzie nieodpowiednim stosowaniem się do zaleceń lekarskich.²¹ Kwestionariusz został

²⁰Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 1986, 24: 67-74.

²¹Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hyper* 2008; 10(5): 348-354.

wykorzystany za zgodą D. E. Morisky'ego po podpisaniu pisemnego porozumienia. Adaptacji narzędzia do warunków polskich dokonała Jankowska-Polańska i wsp.²²

Kwestionariusz AIS został stworzony przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen. Polska adaptacja została opracowana przez Z. Juczyńskiego.²³ Narzędzie składa się z 8 stwierdzeń. Osoba badana może ocenić każde z nich w skali od 1 do 5, gdzie: 1 oznacza – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Maksymalny wynik jaki może uzyskać badany to 40 punktów. Suma punktów służy ocenie poziomu akceptacji choroby: 8-18 punktów świadczy o braku akceptacji choroby, 19-29 punktów oznacza średni poziom akceptacji choroby, natomiast 30-40 punktów to akceptacja sytuacji zdrowotnej na dobrym poziomie. [21]

Do analizy statystycznej wykorzystano pakiet oprogramowania Statistica wersji 11. Za przyjęty poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Ocenę wpływu akceptacji na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów z migotaniem przedsionków przeprowadzono wśród 105 pacjentów, w tym 55 kobiet i 50 mężczyzn, w wieku od 57 do 89 lat ($\bar{x} = 72,6$; $SD = 6,9$). 84% ankietowanych stosowało antagonistów witaminy K (VKA), a 16% nowe doustne antykoagulanty (NOAC). Najczęściej występującą chorobą współistniejącą było nadciśnienie tętnicze, które występowało wśród 75% osób badanych, natomiast najrzadziej pojawiały się choroby układu oddechowego (12%), choroba niedokrwienna serca (25%), cukrzyca (41%), niewydolność serca (35%) oraz nadczynność tarczycy (24%) chorych. Podstawowe dane socjodemograficzne i kliniczne przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne i kliniczne badanej grupy.

Czynnik	Kategoria	Liczba	Procent
Płeć	Mężczyzna	55	52%
	Kobieta	50	48%
	Brak danych	0	0%
Miejsce zamieszkania	Wieś	44	42%
	Miasto	61	58%
	Brak danych	0	0%
Stan cywilny	kawaler/ panna	1	1%
	żonaty/ mężatka	62	59%

²²Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Chudiak A. i wsp. Psychometric properties of the Polish version of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive adults. *Patient Preference and Adherence* 2016; 10, 1759-1766.

²³Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocii zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 171–174.

	rozwiedziony / rozwódka	2	2%
	wdowiec / wdowa	40	38%
Wykształcenie	Podstawowe	31	30%
	Zawodowe	35	33%
	Średnie	30	29%
	Wyższe	9	9%
	Brak danych	0	0%
Miejsce zamieszkania	Mieszkam sam	9	9%
	Mieszkam z rodziną	94	90%
	Mieszkam w placówce zorganizowanej	2	2%
	Brak danych	0	0%
Występowanie choroby w rodzinie	Tak	52	50%
	Nie	46	44%
	Nie wiem	7	7%
	Brak danych	0	0%
Nadciśnienie tętnicze	Nie	26	25%
	Tak	79	75%
	Brak danych	0	0%
Choroba niedokrwienna serca	Nie	79	75%
	Tak	26	25%
	Brak danych	0	0%
Cukrzyca	Nie	62	59%
	Tak	43	41%
Niewydolność serca	Brak danych	0	0%
	Nie	68	65%
	Tak	37	35%
	Brak danych	0	0%
Choroby układu oddechowego	Nie	92	88%
	Tak	13	12%
	Brak danych	0	0%
Wcześniejszy atak niedokrwienny (TIA)	Nie	90	86%
	Tak	15	14%
	Brak danych	0	0%
Nadczynność tarczycy	Nie	80	76%
	Tak	25	24%
	Brak danych	0	0%
Antagoniści witaminy K (VKA)	Nie	16	15%
	Tak	89	85%
	Brak danych	0	0%
Nowe doustne antykoagulanty (NOAC)	Nie	88	84%
	Tak	17	16%
	Brak danych	0	0%

Do oceny poziomu akceptacji choroby posłużoną się skalą AIS. W badanej grupie ankietowani uzyskali średnio 22,67 pkt, co odpowiada średniemu poziomowi akceptacji choroby. Odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki uzyskane w skali akceptacji choroby (AIS) dla całej grupy pacjentów.

AIS	Śr	Me	SD	Min	Max
RAZEM	22,67	22	8,7406	8	40
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,60	2	1,4715	1	5
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	2,69	3	1,4231	1	5
3. Choroba sprawia, że czasami czuję się niepotrzebny.	3,14	3	1,4440	1	5
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	2,70	2	1,4286	1	5
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	3,29	3	1,3281	1	5
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	3,10	3	1,3624	1	5
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym.	2,46	2	1,3158	1	5
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	2,93	3	1,4092	1	5

Badaną populację podzielono na 3 grupy w zależności od stopnia akceptacji choroby. Największą grupę stanowiły osoby o średnim poziomie akceptacji choroby i znajdowało się w niej 50 osób. Najmniejszą grupą, która liczyła 21 osób, były osoby o wysokim stopniu akceptacji choroby. 34 osoby nie akceptowały swojej choroby. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Podział badanej populacji na grupy ze względu na poziom akceptacji choroby.

Kategoria	Liczba	Procent
brak akceptacji choroby	34	32%
średni poziom akceptacji choroby	50	48%
wysoki poziom akceptacji choroby	21	20%

Analiza wyników kwestionariusza MMAS-8 pokazała, że wśród badanych pacjentów, 30% z nich przyznało, że kiedyś zdarzyło im się zapomnieć o zażyciu przypisanego leku przeciwzakrzepowego. 11% respondentów odpowiedziało, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni były dni, w których nie zażyli zaleconego leku z innego powodu niż zapomnienie. 15% ankietowanych przyznało, że zmniejszyło dawkę lub przestało zażywać lek bez konsultacji z lekarzem, ponieważ poczuł się gorzej po jego zażyciu. 97% pacjentów, zawsze pamiętało o zabieraniu ze sobą leków w podróż. Wszyscy badani odpowiedzieli, że poprzedniego dnia przyjęli leki zgodnie z planem leczenia. 10% respondentów deklaroowało, że zdarzyło im się przerwać stosowanie leku, gdy odczuli, że objawy choroby są pod kontrolą. 12% badanych osób przyznało, że kiedyś mieli kłopot z przyjmowaniem leków zgodnie z ustalonym planem leczenia. 57% pacjentów zadeklarowało, że nigdy nie mieli trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich przepisanych leków, 18% odpowiedziało, że raz na jakiś czas, 24% przyznało, że czasami, a 1% zazwyczaj. Powyższe dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza MMAS-8 dla całej badanej grupy.

Pytania	Odpowiedź	n	%
1. Czy zdarzyło się Panu/Pani zapomnieć o zażyciu tabletki leku na migotanie przedsionków?	Nie	74	70%
	Tak	31	30%
2. Pacjentom czasem zdarza się nie przyjąć leków z powodów innych niż zapomnienie. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni były dni, w których nie zażył Pan/nie zażyła Pani leku na migotanie przedsionków?	Nie	93	89%
	Tak	12	11%
3. Czy kiedykolwiek zdarzyło się Panu/Pani zmniejszyć dawkę lub przestać zażywać lek na migotanie przedsionków bez poinformowania lekarza, ponieważ poczuł(a) się Pan/Pani gorzej po zażyciu?	Nie	89	85%
	Tak	16	15%
4. Czy zdarzyło się Panu/Pani zapomnieć o zabraniu ze sobą leku na migotanie przedsionków, gdy opuszczał(a) Pan/Pani dom lub udawał(a) się w podróż?	Nie	102	97%
	Tak	3	3%

5. Czy zażył(a) Pan/Pani lek na migotanie przedsionków wczoraj?	Nie	0	0%
	Tak	105	100%
6. Czy zdarzyło się Panu/Pani przerwać przyjmowanie leku gdy odczuł(a) Pan/Pani, że objawy są pod kontrolą?	Nie	94	90%
	Tak	11	10%
7. Przyjmowanie codziennie leków to prawdziwy kłopot dla niektórych ludzi. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani kłopot z przyjmowaniem leków zgodnie z ustalonym planem leczenia?	Nie	92	88%
	Tak	13	12%
8. Jak często ma Pan/Pani trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich leków na migotanie przedsionków?	nigdy/rzadko	60	57%
	raz na jakiś czas	19	18%
	czasami	25	24%
	zazwyczaj	1	1%

Notes: Use of the ©MMAS-8 is protected by the US copyright laws. Permission for use is required. A licensure agreement is available from Donald E Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; dmorisky@gmail.com.

Analiza wyniku MMAS-8 pokazała, że 25% badanych ma niski adherence, 30% średni adherence, a 45% wysoki adherence. Poszczególne dane przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Podział badanej grupy według MMAS-8.

MMAS-8	Liczba osób	Procent
Poziom niski	26	25%
Poziom średni	32	30%
Poziom wysoki	47	45%

Notes: Use of the ©MMAS-8 is protected by the US copyright laws. Permission for use is required. A licensure agreement is available from Donald E Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; dmorisky@gmail.com.

Wpływ akceptacji choroby na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych

Ankietowani o wysokim poziomie akceptacji choroby uzyskiwali maksymalną liczbę punktów kwestionariusza MMAS-8 ($M = 8$), natomiast pacjenci o niskim poziomie akceptacji

choroby uzyskali średnio 5,51 punktu (SD=1,0037). Oznacza to, iż osoby o wysokim poziomie akceptacji choroby, lepiej stosują się do zaleceń terapeutycznych, niż osoby nieakceptujące swojego stanu zdrowia. Powyższe dane przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wyniki kwestionariusza MMAS-8 w zależności od stopnia akceptacji choroby.

Poziom AIS	Wyniki kwestionariusza MMAS-8							
	Śr	N	SD	Min.	Maks.	Dolny	Me	Górny
Brak akceptacji choroby	5,51	34	1,0037	3,5	8	4,75	5,50	6
Średni poziom akceptacji choroby	7,61	50	0,5651	5,75	8	7,5	7,88	8
Wysoki poziom akceptacji choroby	8,00	21	0,0000	8,0	8	8	8,00	8
Razem	7,01	105	1,2538	3,5	8	6	7,75	8

Notes: Use of the ©MMAS-8 is protected by the US copyright laws. Permission for use is required. A licensure agreement is available from Donald E Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; dmorisky@gmail.com.

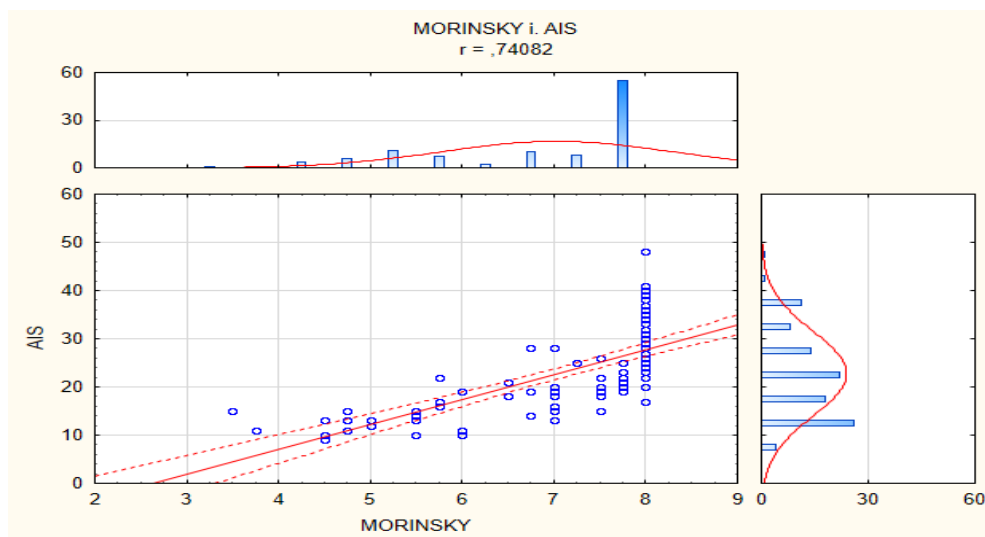
Korelacje pomiędzy wynikiem kwestionariusza MMAS-8, a skalą akceptacji choroby AIS

Celem sprawdzenia czy istnieje związek pomiędzy kwestionariuszem MMAS-8 a skalą akceptacji choroby AIS, obliczono korelację Pearsona dla wymienionych zmiennych. Analiza wykazała silny, istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem stosowania się do zaleceń terapeutycznych a poziomem akceptacji choroby ($r=0,7408$; $p=0,01$). Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym wyższy poziom adherence wśród badanych. Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli 7 oraz na ryc. 1.

Tabela 7. Współczynniki korelacji pomiędzy kwestionariuszem MMAS-8 a skalą AIS.

	AIS
MMAS-8	$r=0,7408$
	$p=0,01$

Notes: Use of the ©MMAS-8 is protected by the US copyright laws. Permission for use is required. A licensure agreement is available from Donald E Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; dmorisky@gmail.com.



Ryc. 1. Współczynniki korelacji pomiędzy kwestionariuszem MMAS-8 a skalą AIS.

Notes: Use of the ©MMAS-8 is protected by the US copyright laws. Permission for use is required. A licensure agreement is available from Donald E Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772; dmorisky@gmail.com.

Dyskusja

Niski compliance i adherence jest jednym z głównych czynników niepowodzenia terapii antykoagulacyjnej oraz antyarytmicznej u pacjentów z migotaniem przedsionków. Wśród czynników non-adherence wymienia się złożony schemat przyjmowania leków oraz brak zrozumienia przez samego chorego oraz jego najbliższych konieczności przestrzegania zaleceń terapeutycznych.^{24,25} Wpływ na adherence mają również takie czynniki jak status ekonomiczny i koszty leczenia, obawy przed stosowaniem leków, zapominanie, niepokój związany z leczeniem, brak odpowiednich instrukcji dotyczących farmakoterapii, obawy przed uzależnieniem czy skutkami ubocznymi oraz poziom niepełnosprawności, który wzrasta wraz z wiekiem.²⁶ Nie bez znaczenia jest również akceptacja choroby, która może

²⁴Krousel-Wood M.A, Islam T., Webber L.S., Re R.S., Morisky D.E., Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am J Manag Care.* 2009; 15(1): 59–66.

²⁵Morisky D.E., DiMatteo M.R.^b Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. *J Clin Epidem* 2011; 64: 258-263.

²⁶Garkina S.V., Vavilova T.V., Lebedev D.S. Compliance and adherence to oral anticoagulation therapy in elderly patients with atrial fibrillation in the era of direct oral anticoagulants. *J Geriatr Cardiol.* 2016; 13(9): 807–810.

korzystnie wpływać na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych oraz poziom współpracy z personelem medycznym.²⁷

W badanej grupie tylko 20% pacjentów akceptowało swoją chorobę na wysokim poziomie, u 32% ankietowanych akceptacja nie wystąpiła, a pozostałe 48% badanych osiągnęło średni poziom akceptacji choroby. Problem akceptacji choroby jest dość powszechnym zagadnieniem w literaturze, szczególnie w grupie chorych przewlekle. W badaniach Jankowskiej-Polańskiej i wsp. wśród 105 pacjentów hospitalizowanych z powodu NT poziom AIS był dobry u 41% ankietowanych, średni u 40%, a u 19% odnotowano brak akceptacji choroby.²⁸ Badania Uchmanowicz I., w których wzięło udział 110 osób z niewydolnością serca podkreślają, że ważnym elementem wpływającym na poprawę rokowania u pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi jest akceptacja choroby.²⁹ Dostępna literatura podkreśla, że na akceptację choroby może mieć wpływ wiele czynników. W badaniach Obiegło M. i wsp. wśród 100 pacjentów z niewydolnością serca wykazano, że akceptacja choroby wywiera znaczący wpływ na społeczne, emocjonalne i fizyczne funkcjonowanie oraz odczuwanie dolegliwości bólowych. Ponadto osoby z niższym jej poziomem częściej miały mniej siły do działania, odczuwały silniejszy ból, negatywne emocje, zaburzenia snu, a także występowała u nich izolacja społeczna i ograniczona sprawność ruchowa.³⁰

W badaniach własnych, wysoki poziom adherence występował jedynie u 47 osób, co stanowiło 45% badanej populacji. Do zaleceń terapeutycznych nie stosowało się aż 25% ankietowanych. Pozostali respondenci mieli średni poziom adherence i stanowili 30% wszystkich badanych. Nasze badanie oceniało poziom adherence do leczenia antykoagulacyjnego bez uwzględnienia podziału na VKA oraz NOAC (ang. New Oral Anticoagulants) jednak dostępna literatura podaje, że przerwanie lub brak dostosowania się do zaleceń terapeutycznych jest mniej prawdopodobne w grupie chorych przyjmujących NOAC. Jest to uwarunkowane brakiem konieczności ciągłego monitorowania, stałym dawkowaniem oraz mniejszym ryzykiem interakcji z innymi lekami.³¹ Badania Pudło i wsp.

²⁷ Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P. i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* 2007; LX, 5-6

²⁸ Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklík M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2014(18); 3: 143-150.

²⁹ Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontologia Polska* 2015, 1, 3-10

³⁰ Obiegło M., Uchmanowicz I., Wleklík M. i wsp. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016; 15(4): 241-247.

³¹ Beyer-Westendorf J., Förster K., Ebertz F. i wsp. Drug persistence with rivaroxaban therapy in atrial fibrillation patients — results from the Dresden non-interventional oral anticoagulation registry. *Europace.* 2015; 17: 530-538.

podkreślają, że znaczna część ankietowanych pacjentów z chorobami układu krążenia nie przestrzega zaleceń farmakologicznych. We wspomnianym badaniu spośród 300 respondentów, aż 73% badanych osób przyznało, że zdarzyło im się pominąć dawkę leku, 61% nie przyjmowało leków o stałych porach, a 47% respondentów pomijało kolejne dawki leku³². W badaniach Szydłarskiej i wsp. wśród 90 pacjentów oddziału wewnętrznego i 335 osób leczonych ambulatoryjnie, aż 75% ankietowanych zapominało o przyjęciu leku przy dobrym samopoczuciu.[17]

Badania własne ukazały, że akceptacja choroby ma pozytywny wpływ na stosowanie się do zaleceń lekarskich. Brak akceptacji choroby, łączy się z niższym poziomem compliance i adherence. Akceptacja choroby odgrywa istotną rolę we wszystkich chorobach przewlekłych. W badaniu Sobów, osoby cierpiące na depresję miały problemy ze stosowaniem się do zaleceń terapeutycznych. Osoby te gorzej współpracowały, miały problemy z regularnym przyjmowaniem zaleconych leków, nie stawiały się na wizyty kontrolne i nie wykonywały zleconych badań. Konsekwencją współistnienia depresji jest gorszy przebieg choroby, zwiększona śmiertelność oraz większe koszty leczenia.³³ Potwierdzeniem mogą być również badania Kurowskiej przeprowadzone wśród 77 pacjentów z cukrzycą typu 2, które wykazały, że im lepiej chory zna oraz akceptuje swoją chorobę, tym większą ma motywację do rozwiązywania trudnych i problemowych sytuacji oraz bierze aktywny udział w procesie leczenia.³⁴ W obecnie dostępnej literaturze naukowej, nie ma badania, które dostarczałoby informacji dotyczących wpływu akceptacji choroby na stosowanie się do zaleceń pacjentów z migotaniem przedsionków. Badania własne wykazały, że akceptacja choroby ma pozytywny wpływ na poziom adherence. Biorąc pod uwagę, jak istotnym problemem jest niestosowanie się do zaleceń lekarskich i brak współpracy z zespołem terapeutycznym, należy dążyć do poprawy adherence i compliance. Ważnym aspektem jest akceptacja choroby oraz wsparcie zarówno ze strony zespołu terapeutycznego na każdym etapie leczenia.³⁵

³² Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. Zdrowie Publiczne, Wrocław, 2012.

³³ Sobów T. Przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych, 2011, 24; 8: 682-687.

³⁴ Kurowska K., Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. Diabetologia praktyczna. 2011, 12; 3: 113-119.

³⁵ Kardas P., Lewek P. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Terapia 2012; 20: 19-22.

Wnioski

1. Akceptacja choroby ma istotny wpływ na poziom dostosowania się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków.
2. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym lepsze stosowanie się do zaleceń terapeutycznych odnośnie leczenia przeciwzakrzepowego oraz antyarytmicznego w migotaniu przedsionków.

Lista piśmiennictwa:

1. Beyer-Westendorf J., Förster K., Ebertz F. i wsp. Drug persistence with rivaroxaban therapy in atrial fibrillation patients—results from the Dresden non-interventional oral anticoagulation registry. *Europace*. 2015;17:530–538.
2. Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y.H. i wsp. Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z migotaniem przedsionków [w:] *Kardiologia Polska* 2010, supl VII, 492.
3. Colilla S., Crow A., Petkun W. i wsp. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. *Am J Cardiol*. 2013; 112: 1142–1147.
4. De Breucker S., Herzog G., Pepersack T. Could geriatric characteristics explain the under-prescription of anticoagulation therapy for older patients admitted with atrial fibrillation? A retrospective observational study. *Drugs Aging*. 2010; 27: 807–813.
5. Gaciong Z., Kuna P.: Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii. *Medycyna po Dyplomie*, 2008,3,2-5.
6. Gallagher A.M., Rietbrock S., Plumb J. i wsp. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? *J Thromb Haemost*. 2008;6:1500–1506.
7. Garkina S.V., Vavilova T.V., Lebedev D.S. Compliance and adherence to oral anticoagulation therapy in elderly patients with atrial fibrillation in the era of direct oral anticoagulants. *J Geriatr Cardiol*. 2016; 13(9): 807–810.
8. Go A.S., Hylek E.M., Philips K.A. i wsp. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implication for rhythm management and stroke prevention. The AnTicoagulation and RIsk factors in Atrial fibrillation (ATRIA) study. *JAMA*. 2001; 285: 2370–2375.

9. Hylek E.M., Evans-Molina C., Shea C. i wsp. Major hemorrhage and tolerability of warfarin in the first year of therapy among elderly patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2007; 115: 2689–2696.
10. Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklík M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2014(18); 3: 143–150.
11. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Chudiak A. i wsp. Psychometric properties of the Polish version of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive adults. *Patient Preference and Adherence* 2016;10, 1759-1766.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 171–174.
13. Kardas P., Lewek P.: Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. *Terapia* 2012; 20: 19-22.
14. Kasprzak D., Piewka M.: Kardiologia – co nowego? Cornetis, Wrocław, 2011.
15. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. *Kardiologia Polska* 2016; 74, 12: 1359–1469.
16. Koźlak E., Kiliszek M. Migotanie przedsionków – leczenie zabiegowe czy farmakologiczne? 160 – 161.
17. Krousel-Wood M.A, Islam T., Webber L.S., Re R.S., Morisky D.E., Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am J Manag Care*. 2009; 15(1): 59–66.
18. Kubica A., Grześk G., Sinkiewicz W. i wsp.: Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica Exc.* 2010,5, 54–57.
19. Kurowska K., Lach B. :Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia praktyczna*. 2011, 12; 3: 113-119.
20. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hyper* 2008; 10(5): 348-354.
21. Morisky D.E., DiMatteo M.R. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. *J Clin Epidem* 2011; 64: 258-263.
22. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 1986, 24: 67-74.

23. Murphy N.F., Simpson C.R., Jhund P.S. i wsp. A national survey of the prevalence, incidence, primary Scotland. *Heart*. 2007; 93: 606–612.
24. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P. i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek*. 2007; LX, 5-6.
25. Obiegło M., Uchmanowicz I., Wleklik M. i wsp. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016; 15(4) :241-247.
26. Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. *Zdrowie Publiczne*, Wrocław, 2012.
27. Rho R.W., Page R.L. Asymptomatic atrial fibrillation. *Progr Cardiovasc Dis*. 2005; 48: 78–87.
28. Robert-Ebadi H., Righini M. Anticoagulation in the Elderly. *Pharmaceuticals*. 2010; 3: 3543–3569.
29. Sobów T.: Przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 24; 8: 682-687.
30. Szydłarska D., Grzesiuk W., Dębski M. i wsp. Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. roku życia. *Geriatrics* 4; 165-169, Warszawa 2010.
31. Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontologia Polska* 2015, 1, 3-10.
32. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. 1991; 22: 983–988.
33. Wożakowska-Kapłon B., Gorczyca-Michta I., Filipiak K.J. i wsp. Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków – propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych [w:] *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013(7); 1: 1.
34. Zimetbaum P., Waks J.W., Ellis E.R. i wsp. Role of Atrial Fibrillation Burden in Assessing Thromboembolic Risk. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2014; 7: 1223-1229.