

PACIENTŲ, SERGANČIŲ LĒTINIŲ SISTOLINIŲ ŠIRDIES NEPAKANKAMUMU, VAISTŲ VARTOJIMO PROBLEMOS IR JŲ ĮTAKA GYVENIMO KOKYBEI

Raimondas Kubilius¹, Ieva Česnavičiūtė², Laura Pereckaitė², Algirdas Rudys²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Kardiologijos klinika,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija

Raktažodžiai: lėtinis širdies nepakankamumas, gydymo režimo laikymasis, gyvenimo kokybė ir pilnatvė, požūris į medikamentinį gydymą.

Santrauka

Darbo tikslas. Išsiaiškinti pacientų, sergančių lėtinio sistoliniu širdies nepakankamumu, vaistų vartojimo problemas ir jų įtaką pacientų gyvenimo kokybei ir pilnatvei.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose, Kardiologijos klinikoje. Sergantiesiems lėtinio sistoliniu širdies nepakankamumu atlikta anoniminė apklausa. Vaistų vartojimo elgsenai iširti ir gyvenimo kokybei bei pilnatvei įvertinti taikyti šie klausimynai: modifikuotas D. E. Morisky ir bendroji vaistų vartojimo taisyklių laikymosi anketa (MMAS-8), Minesotos, Gyvenimo pilnatvės, vizualinė sveikatos būklės įvertinimo skalė. Iširti respondentų sociodemografiniai požymiai, išanalizuota medicininė informacija. Darbo uždaviniai buvo įvertinti pacientų, sergančių lėtinio sistoliniu širdies nepakankamumu, vaistų vartojimo įpročius ir elgseną bei nušatyti, kokios priežastys dažniausiai trukdo laikytis paskirto gydymosi režimo namuose ir įvertinti, kaip gydytojo rekomendacijų nesilaikymas lemia paciento, sergančio lėtinio sistoliniu širdies nepakankamumu, gyvenimo kokybę ir pilnatvę.

Rezultatai. Iširta 100 ligonių, iš jų – 55 proc. moterų ir 45 proc. vyrų. Vidutinis pacientų amžius – 66,53 m. SN ± 7,95 m. 80 proc. pacientų netaisyklingai vartojo jiems paskirtus vaistus. Dažniausios gydymo režimo nesilaikymo priežastys buvo užmaršumas (24 proc.), ilga vartojimo trukmė (24 proc.), informacijos trūkumas (22 proc.). Emocinė sveikata statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp pui-

kiai ir blogai ($p < 0,05$) bei tarp vidutiniškai ir blogai ($p < 0,05$) vartojančių vaistus pacientų, tačiau statistiškai nereikšminga tarp pacientų, kurie gerai ar vidutiniškai laikosi vaistų vartojimo režimo ($p > 0,05$). Gyvenimo pilnatvė geresnė tų respondentų, kurie laikosi paskirto gydytojo vaistų vartojimo režimo ($p < 0,05$), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vidutiniškai ir blogai vartojančių vaistus pacientų nėra ($p > 0,05$).

Išvados. Dauguma pacientų nesilaikė vaistų vartojimo nurodymų. Pagerėjus savijautai apie pusę respondentų nutraukia paskirtų vaistų vartojimą, ketvirtadalis pablogėjus savijautai nebevartoja vaistų ir apie tai nepraneša gydytojui. Likusieji savo nužiūra didina vaistų dozes ar išvykdami ilgesniam laikui vaistus palieka namuose, o pamiršę išgerti vaistus, dvigubina dozę. Gydymo režimo pažeidimą labiausiai lemia: užmaršumas, ilga vartojimo trukmė, pinigų bei informacijos stoka ir nepatogus vaistų vartojimo būdas.

Gydytojo rekomendacijų nesilaikymas neigiamai veikia paciento gyvenimo kokybę ir pilnatvę. Kuo blogiau vartojami vaistai, tuo atitinkamai praštesnė savijauta bei mažesnis gyvenimo pilnatvės indeksas.

Įvadas

Širdies nepakankamumas (ŠN) – kliniškai apibrėžiamas kaip sindromas, kai pakitus širdies struktūrai ar funkcijai, ji nepajėgi aprūpinti gyvybiškai svarbių organų krauju, kuris būtinas medžiagų apykaitos procesams užtikrinti žmogaus organizme [1-4]. Sergamumas širdies nepakankamumu pasaulyje siekia 1–2 proc. visos populiacijos [5], iš kurių 6–10 proc. sudaro vyresni nei 65 metų amžiaus žmonės. Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) sergamumas ŠN sudaro 0,5–1 proc. visos populiacijos [5], tai yra apie 5,2 mi-

lijono gyventojų. Europoje ŠN nuštatomas 0,4–2 proc. visų gyventojų [6]. 2005 m. ŠN sirgo 14 milijonų gyventojų, o 2020 m. prognozuojamas sergamumo padidėjimas iki 30 milijonų atvejų [7]. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra nuo 2001 metų nepakito. Pirmaujanti mirties priežastis yra kraujotakos sistemos ligos, nuo kurių 2011 m. mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,3 proc. visų mirusiųjų [8].

Per paskutinį dešimtmetį gyvenimo pilnatvės ir kokybės vertinimas tapo toks pats svarbus kaip ir įpraštai atliekami instrumentiniai tyrimo metodai [9]. Gyvenimo pilnatvės ir kokybės samprata leidžia subjektyviai įvertinti, kiek pacientas jaučiasi ligotas bei prisitaikęs prie savo ligos [10]. Svarbiausias pacientų, sergančių lėtiniu širdies nepakankamumu, gydymo tikslas yra ne tik sumažinti sergamumo ir mirštamumo rodiklius, bet ir gerinti su sveikata susijusias gyvenimo pilnatvę ir kokybę [11–13].

Medikamentinis gydymas – vienas iš svarbiausių širdies nepakankamumo gydymo programos sudedamųjų dalių, derinamas su nemedikamentiniu, intervenciniu bei chirurginiu gydymu, gerinantis pacientų išgyvenamumą, gyvenimo kokybę ir pilnatvę, mažinantis rehospitalizacijų kiekį [14–16]. Vis dėlto dažnai vietoje laukiamų teigiamų pokyčių, taikant šiuolaikinius gydymo algoritmus, tenka nusivilti dėl pacientų gydymo režimo nesilaikymo [17]. Vertinant šiuos duomenis ryškėja šio klausimo aktualumas medicinine, socialine bei ekonomine prasmėmis.

Darbo tikslas: išsiaiškinti pacientų, sergančių lėtiniu sistoliniu širdies nepakankamumu, vaistų vartojimo problemas ir jų įtaką pacientų gyvenimo kokybei ir pilnatvei.

Darbo objektas ir metodika

Tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose, Kardiologijos klinikoje. Anoniminei apklausai atrinkti pacientai, sergantys lėtiniu sistoliniu širdies nepakankamumu, kuriems buvo paskirtas ilgalaikis medikamentinis gydymas. Buvo atsižvelgiama į funkcinę klasę pagal Niujorko širdies asociaciją (NYHA) ir echokardioskopijos duomenis – širdies išmetimo frakcija mažesnė nei 50 proc. Tyrimo populiaciją sudarė 100 respondentų (išdalintos 109 anketos, negražintos – 9). Moterų buvo 55 (55 proc.), vyrų – 45 (45 proc.). Amžiaus vidurkis 66,53 m. \pm 7,95 m., min. – 45 m., maks. – 88 m.

Vaistų vartojimo elgsenai ištirti ir gyvenimo kokybei bei pilnatvei įvertinti taikyti šie klausimynai: modifikuotas D. E. Morisky ir vaistų vartojimo taisyklių laikymosi anketa (MMAS-8), Minesotos, Gyvenimo pilnatvės, vizualinė sveikatos būklės įvertinimo skalė. Minesotos klausimyno anketa susideda iš 21 klausimo, atspindinčio tipiškus ŠN simptomus, fizinį aktyvumą, so-

cialinius ryšius, seksualinį aktyvumą, darbą ir emocijas.

Gyvenimo pilnatvės klausimyne pacientas vertino problemos sunkumą penkių sveikatos aspektų – gebėjimo savimi pasirūpinti, judėjimo, įpraštinės veiklos, skausmo/diskomforto, nerimo/depresijos. Sveikatos būklės įvertinimo skalėje tiriamasis turėjo pasirinkti skaitinę išraišką, kuri geriausiai atitiko, kiek jis jaučiasi ligotas ar neįgalus savo gyvenimo požiūriu tuo metu (intervale nuo 0 – blogiausia iki 100 – geriausia). Papildomai buvo klausama, kokios priežastys trukdo tinkamai vartoti vaistus, kas jiems galėtų pagelbėti juos vartoti reguliariai ir kiek lėšų per mėnesį skiria vaistų įsigijimui.

Ištirti respondentų sociodemografiniai požymiai (lytis, amžius, darbinė padėtis (studentas (-ė), dirbantysis (-čioji), senjoras (-ė), namų šeimininkas (-ė), bedarbis (-ė), neįgalus (-i), išsilavinimas (pradinis, vidurinis, profesinis, aukštasis neuniversitetinis, nebaigtas aukštasis, aukštasis universitetinis, mokslinis laipsnis), gyvenamoji vieta (didmiestis, rajono centras, miestelis, kaimo tipo gyvenvietė), išanalizuota medicininė informacija (kiek laiko serga sistoliniu širdies nepakankamumu, kuriai funkciniai klasifikacijai priskiriamas (-a) pagal NYHA), kokia lėtinio sistolinio širdies nepakankamumo kilmė (išeminė, hipertenzinė, idiopatinė), ligos paūmėjimų kiekis per metus, dėl kurių teko lankytis pas gydytoją ar gulėti ligoninėje. Statistinė duomenų analizė atlikta, naudojant statistinių duomenų analizės paketą „IBM SPSS Statistics 21“. Aprašomosios statistikos metodu apskaičiuotos skaitinės charakteristikos: bendras štebėjimų skaičius (N), vidurkis (M), standartinė vidurkio paklaida (SP). Kiekybinių duomenų vidurkiams palyginti buvo naudojamas t-testas, kokybinių duomenų analizei – chi kvadrato testas. Skirtumas buvo laikomas statistikai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai

Tyrimo populiaciją sudarė 100 respondentų, iš jų 55 moterys ir 45 vyrai. Tirtųjų ŠN kilmė: išeminė 46 proc., hipertenzinė 44 proc., idiopatinė 10 proc. Amžiaus vidurkis 66,53 m. \pm 7,95 m., min. – 45 m., max. – 88 m.

Tiriamųjų pasiskirstymas:

- Pagal gyvenamąją vietą: 52 proc. didmiestyje, 25 proc. rajone, 14 proc. miestelyje, 9 proc. kaimo tipo gyvenvietėje.

- Pagal išsilavinimą: 4 proc. pradinis, 13 proc. vidurinis, 42 proc. profesinis, 12 proc. aukštasis neuniversitetinis, 6 proc. nebaigtas aukštasis, 22 proc. aukštasis universitetinis ir 1 proc. mokslinis laipsnis.

- Pagal užsiėmimą: 39 proc. dirbantys, 43 proc. senjorai, 13 proc. namų šeimininkės, 2 proc. bedarbiai ir 3 proc. neįgalieji.

Funkcinė klasė pagal NYHA: I 6 proc., II 51 proc., III

34 proc., IV 9 proc.

Atlikus MMAS-8 paaiškėjo, kad 80 proc. pacientų pažeidė vaistų vartojimo režimą ir tik penktadalis – vartojo vaistus, kaip jiems paskyrė gydytojas. Didžioji dalis respondentų (76 proc.) paskirto gydymo režimo nuštojo laikytis po 3 mėnesių.

46 proc. pacientų nuštoja vartoti vaistus, kai pasijaučia geriau. Vaistų vartojimą dėl blogos savijautos nutraukė 26 proc. ir apie tai nepranešė gydytojui ar vaistininkui. Per pastarąsias dvi savaites savo vaistų neišgėrė 23 proc. respondentų. Net 22 proc. pacientų didina vaistų dozes, jei nesijaučia geriau po įprastų rekomenduojamų vaisto dozių vartojimo. 21 proc. apklaustųjų pamiršo pasiimti vaistus vykdami į keliones. Neišgėrė vaistų, kitą kartą vaistų dozę dvigubino 10 proc. apklaustųjų (1 grafikas).

Dažniausios gydymo režimo nesilaikymo priežastys buvo užmaršumas (24 proc.), ilga vartojimo trukmė (24 proc.), informacijos trūkumas (22 proc.), pinigų stoka (19 proc.), nepatogus vartojimo būdas (11 proc.). Reikšmingo

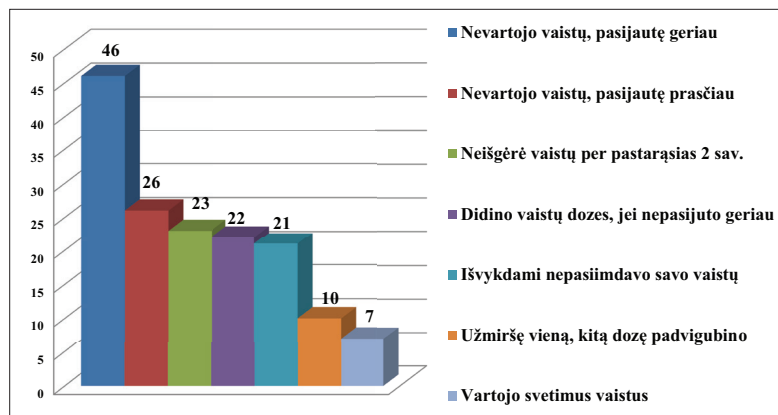
skirtumo tarp vyrų ir moterų vaistų vartojimo įpročių nėra ($p>0,05$) (2 grafikas).

Kaime ar miestelyje gyvenantys pacientai dažniau vartoja vaistus savo nuožiūra nei tie, kurie gyvena mieste ar rajono centre ($p<0,05$).

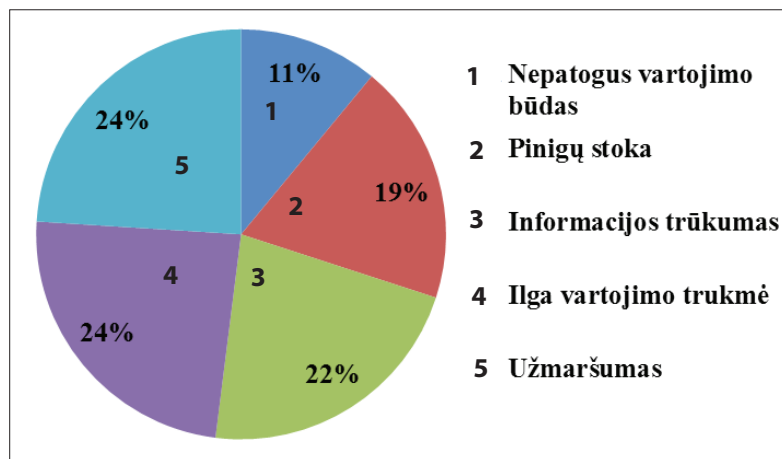
Vaistams išleidžiamų pinigų suma nelemia geresnės gyvenimo kokybės bei bendros sveikatos būklės ($p>0,05$). Emocinė sveikata statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp puikiai ir blogai ($p<0,05$) bei tarp vidutiniškai ir blogai ($p<0,05$) vartojančių vaistus pacientų, tačiau statistiškai nereikšminga tarp pacientų, kurie gerai ar vidutiniškai laikosi vaistų vartojimo režimo ($p>0,05$).

Kuo lėtinio ŠN funkcinė klasė pagal NYHA sunkesnė, tuo labiau pacientai jaučiasi ligoti bei neįgalūs ($p<0,05$), tačiau esant I ir II – reikšmingo skirtumo tarp vizualinio skaitinio sveikatos būklės įvertinimo nėra ($p>0,05$).

Gyvenimo pilnatvė geresnė tų respondentų, kurie laikosi paskirto gydytojo vaistų vartojimo režimo ($p<0,05$), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vidutiniškai ir blogai vartojančių vaistus pacientų nėra ($p>0,05$).



1 grafikas. Gydymo režimo nesilaikymo struktūra



2 grafikas. Dažniausios gydymo režimo nesilaikymo priežastys

Diskusija

Medikamentinis gydymas – neatsiejama širdies nepakankamumo gydymo programos dalis, gerinanti pacientų išgyvenamumą, gyvenimo kokybę ir pilnatvę, mažinanti rehospitalizacijų kiekį. Per paskutinį dešimtmetį toks pat svarbus tapo pacientų gyvenimo kokybės ir pilnatvės vertinimas. Deja, dažnas sveikatos būklės pablogėjimą ir komplikacijas lemiantis reiškinys yra vaistų režimo nesilaikymas. Atliktas tyrimas parodė, kad 80 proc. pacientų pažeidė vaistų vartojimo režimą ir tik penktadalis – vartojo vaistus, kaip skyrė gydytojas. Šie duomenys atitinka kitų autorių gautus rezultatus, kurie teigia, kad netinkamas vaistų vartojimas, sergant įvairiomis lėtinėmis ligomis, vidutiniškai pasitaiko 25 proc. atvejų, o neretai siekia 50–80 proc., ypač esant būklėms, kai nėra kliniškai ryškių ligos simptomų, pavyzdžiui, arterinės hipertenzijos ar hiperlipidemijos atvejais [19, 20]. Efektyviam kardiovaskulinių ligų gydymui itin svarbi paciento motyvacija ir žinojimas apie vaistų vartojimo reikšmę. 46 proc. iš pažeidusių režimą, nuštoja vaistus vartoti, kai pasijaučia geriau. Jei pacientams būtų geriau paaiškinti organizme vykstantys procesai, suprastų, kad reguliarius vaistų vartojimas yra daug efektyvesnis. 26 proc. vaistų vartojimą nutraukė dėl blogos savijautos,

net 22 proc. pacientų didina vaistų dozes, jei nesijaučia geriau po įprastų rekomenduojamų vaisto dozių. Apie šiuos ketinimus reikia pranešti gydytojui arba vaistininkui. Net 21 proc. apklaustųjų pamiršo pasiimti vaistus vykdami į keliones. Neišgėrę vaistų, kitą kartą vaistų dozę dvigubino 10 proc. apklaustųjų. Senjorai sudarė 43 proc. respondentų, todėl galima manyti, kad atminties sutrikimai, regos problemos, lėtesnis naujos informacijos įsisavinimas, gyvenimo būdo pokyčiai apsunkina gydymo režimo laikymąsi [21]. Gyvenimo pilnatvė ir emocinė sveikata statistiškai reikšmingai geresnė tų respondentų, kurie laikosi paskirto gydytojo vaistų vartojimo režimo ($p < 0,05$). S. Wmala ir bendraautorai [22] nuostatė, kad blogesnis socioekonominis statusas susijęs su netinkamu vaistų vartojimo režimu. Mūsų duomenimis, 19 proc. apklaustųjų pinigų šoką nurodė kaip priežastį nesilaikyti tinkamo medikamentų vartojimo režimo. Kaime ar miestelyje gyvenantys pacientai dažniau vartoja vaistus savo nuožiūra nei tie, kurie gyvena mieste ar rajono centre ($p < 0,05$). Sergančiam asmeniui labai svarbu suvokti gydymo reikalingumą, manyti, kad vaistas yra efektyvus, saugus ir pasitikėti gydytoju. Gydytojo ir paciento santykiai yra labai svarbus veiksnys, kalbant apie gydymo režimo laikymąsi. Paciento įtraukimas į sprendimų priėmimus, skatinimas aktyviai dalyvauti gydymo procese bei pokalbiai apie ligą pagerina gydymo režimo laikymąsi [23-25]. Paciento ir gydytojo bendradarbiavimas didina ligonio pasitenkinimą gydymu, skatina atsakingumą už savo veiksmus. Ypač pabrėžiamas gydytojo vaidmuo šiame procese: jis turėtų skatinti ir palaikyti dialogą su pacientu [26]. Pacientų taip pat buvo pasiteirauta, kas jiems padėtų vaistus vartoti tinkamai, gauti rezultatai pavaizduoti stulpeline diagrama, tai tik dar kartą patvirtina, kad liko bendravimo spraga tarp gydytojo ir paciento (3 grafikas).

Praktinės rekomendacijos. Pacientų, sergančių ŠN, pagrindiniai medikamentinio gydymo tikslai yra palengvinti simptomus (pavyzdžiui, sumažinti edemą, dusulį, pagerinti fizinio krūvio toleravimą), išvengti hospitalizavimų ir padidinti išgyvenamumą. Visa tai prisideda prie šių pacientų gyvenimo kokybės ir pilnatvės gerinimo. Mirštamumo ir hospitalizavimų sumažėjimas geriausiai atspindi veiksmingą ŠN gydymą.

Reikalingos multidisciplininės priemonės, planuojant sergančiųjų ŠN gydymą (I klasės rekomendacija, A lygio įrodymai). Šiam tikslui įgyvendinti patariama įtraukti gydytojų komandą, sudarytą iš kardiologo, šeimos gydytojo, slaugytojų, vaistininkų ir kitų kompetentingų ir specialiai apmokytų darbuotojų. Tokia sistema sumažintų atskirtį tarp visuomenės ir ligoninės bei užtikrintų optimalią ir individualią pacientų priežiūrą bei gydymo

tęstinumą.

Svarbiausi multidisciplininės pacientų priežiūros komponentai:

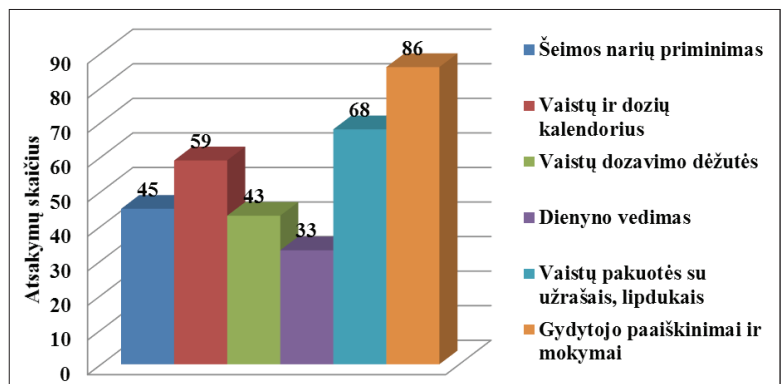
- Pacientų mokymas.
- Pacientų įtraukimas į simptomų stebėseną ir lankstų diuretikų vartojimą.
- Pacientų priežiūra po išrašymo iš stacionaro (reguliarūs vizitai pas šeimos gydytoją ir kardiologą, konsultacijos telefonu, nuotolinė stebėseną).
- Geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (būklės sekimas vizitų ir pokalbių telefonu metu; rekomenduojamas nuotolinės pacientų stebėsenos sistemos plėtojimas).
- Lengviau prieinama pagalba būklės dekomensacijos metu.
- Reguliarus kūno masės kitimų, mitybinės būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir laboratorinių tyrimų rezultatų stebėjimas.
- Psichosocialinė pagalba pacientams ir jų artimiesiems ar slaugytojams.

Išvados

80 proc. pacientų nesilaikė vaistų vartojimo nurodymų. Pagerėjus savijautai apie pusę respondentų nutraukia paskirtų vaistų vartojimą, ketvirtadalis pablogėjus savijautai nebevartoja vaistų ir apie tai nepraneša gydytojui. Likusieji savo nuožiūra didina vaistų dozes ar išvykdami ilgesniam laikui vaistus palieka namuose, o pamiršę išgerti vaistus, dvigubina dozę.

Gydymo režimo pažeidimą labiausiai lemia: užmaršumas, ilga vartojimo trukmė, pinigų bei informacijos stoka ir nepatogus vaistų vartojimo būdas.

Gydytojo rekomendacijų nesilaikymas neigiamai veikia paciento gyvenimo kokybę ir pilnatvę. Kuo blogiau vartojami vaistai, tuo atitinkamai prastesnė savijauta bei mažesnis gyvenimo pilnatvės indeksas.



3 grafikas. Priemonės, kurios pacientams padėtų geriau laikytis gydymo režimo

Be to, holistinei sergančiųjų ŠN priežiūrai užtikrinti svarbu gydyti gretutines ligas (anemiją, aštmą, piktybinius navikus, psichines ligas, cukrinį diabetą, inkštų ligas ir miego sutrikimus). Jos gali bloginti paciento būklę ir ligos prognozę. Išskiriami keli veiksniai, susiję su gretutinėmis ligomis ir sunkinantys ŠN kontrolę:

- Gretutinės ligos gali riboti ŠN gydymui skiriamus vaistus (esant sutrikusiai inkštų funkcijai, nerekomenduojami renino – angiotenzino sistemos inhibitoriai).

- Gretutinių ligų gydymui vartojami vaistai gali pasunkinti ŠN (pavyzdžiui, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, skiriami artritų gydymui).

- Gretutinių ligų ir ŠN gydymui skiriami vaistai gali sąveikauti tarpusavyje (β-adrenoblokatoriai ir β-adrenoreceptorių agonistai obstrukcinėms plaučių ligoms gydyti).

Visa tai apsunkina visapusišką paciento priežiūrą, sumažina jo pasitikėjimą gydymu ir skatina nepakankamą gydymo režimo laikymąsi.

Esant IV funkciniai NYHA klasei, negaliai, sunkiai kontroliuojamam širdies nepakankamumui, kai pririekia dažnų hospitalizavimų, kai negalima širdies transplantacija ar mechaninės kraujotaką užtikrinančios priemonės ar kai numatoma nedidelė išgyvenimo tikimybė, svarbu užtikrinti paliatyvią priežiūrą. Jos metu turi būti dažnai tiriama paciento fizinė, psichinė ir psichologinė būklė. Daug dėmesio skiriama visiškam ŠN ir gretutinių ligų simptomų gydymui [27].

Literatūra

1. Myers J. Principles of exercise prescription for patients with chronic heart failure. *Heart Failure Review* 2008;13:61-68. <http://dx.doi.org/10.1007/s10741-007-9051-0>
2. Pozehl B, Duncan K, Krueger S, VerMaas P. Adjunctive effects of exercise training in heart failure patients receiving maximum pharmacologic therapy. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2004.
3. Keteyian SJ. Exercise rehabilitation in chronic heart failure. *Coronary Artery Disease*. 2006;17 (3):233–7. <http://dx.doi.org/10.1097/00019501-200605000-00005>
4. Pangonytė D., Stalioraitytė E., Kazlauskaitė D., Žiuraitienė R., Stanionienė Z., Kerpauškienė S. Sergančiųjų išemine širdies liga širdies geometrijos pokyčiai. *Medicina*, 2008; 44(1):8–11.
5. Rosamond W, Flegal K, Furie K. et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117:e25-e146. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187998>
6. Mošterd A, Hoes AW, de Bruyne MC. et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population. *Eur. Heart J* 1999;20:447–455. <http://dx.doi.org/10.1053/ehj.1998.1239>
7. Hulsmann M, Quittan M, Berger R, Crevenna R, Springer C, Nuhr M. et. al. Muscle strength as a predictor of long-term survival in Severe congestive heart failure. *The Eur Journal of Heart Failure* 2004; 6:101–107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2003.07.008>
8. Adlienė R., Andreikėnaitė V., Brimienė V. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius: Nacionalinė sveikatos taryba, 2014.
9. Gronefeld GC, Lिलienthal J, Kuck KH. et al. Impact of rate versus rhythm control on quality of life in patients with persistent atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2003;24:1430-1436. [http://dx.doi.org/10.1016/S0195-668X\(03\)00261-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0195-668X(03)00261-6)
10. Staniūtė M. Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos pokyčiai ilgalaikio stebėjimo metu. Daktaro disertacija: Biomedicinos mokslai, slauga (11B). Kaunas, 2007.
11. Lewis EF, Lamas GA, Meara EO, Granger CB, Dunlap ME, McKelvie RS. et. al. Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM *Eur Journal of Heart Failure* 2007;9: 83–91. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470114735.hawley00353>
12. Smart N, Marwick TH. Exercise training for patients with heart failure: A systematic review of factors that improve mortality and morbidity. *The American Journal of Medicine* 2004; 116(10):693–706. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.11.033>
13. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *The Eur Journal of Heart Failure* 2005; 7:572–582. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.06.006>
14. Cutler DM, Wendy Everett W. Thinking Outside the Pillbox – Medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med* 2010; 362: 1553–1555. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1002305>
15. Granger BB, Ekman I, Granger ChB, Östergren J, Olofsson B, Michelson E, McMurray JJV, Yusuf S, Pfeffer MA, Swedberg K. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *European Journal of Heart Failure* 2009; 11: 1092–1098. <http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfp142>
16. Veazie PJ, Cai S. A Connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. *Medical Hypotheses* 2007; 68: 335–342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2006.04.077>
17. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The Challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2005; 1(3): 189–199.
18. Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G. et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF

- Pilot). *European Journal of Heart Failure* 2014; 15: 808–817.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hft050>
19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487–97.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra050100>
 20. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension* 2004; 18, 607–613.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721>
 21. Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J et al. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1215–1221.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x>
 22. Wamala S. Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 134–40.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm011>
 23. Shumaker SA, & Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 1991; 10:102– 111.
<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.10.2.102>
 24. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A Meta-Analysis *Health Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association, Inc. 2004; (23)2:207–218.
 25. Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009 August; 47(8): 826–834.
<http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
 26. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2005; 1(3): 189–199.
 27. McMurray JV, Adamopoulos S, Anker SD. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* 2012; 33: 1787-1847.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>

**PROBLEMS OF MEDICATION ADHERENCE,
 AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE
 IN PATIENTS WITH CHRONIC SYSTOLIC HEART
 FAILURE**

R. Kubilius, I. Česnavičiūtė, L. Pereckaitė, A. Rudys

Key words: chronic heart failure, medication adherence, quality of life, fullness of life, beliefs about medicine.

Summary

Objective. To determine the problems of medication adherence, and their impact on the quality and fullness of life in patients with chronic systolic heart failure.

Materials and methods. Our research was executed in the Clinic of Cardiology at Kaunas Clinics of Lithuanian University of Health Sciences. Chosen patients ill with chronic heart failure answered the anonymous survey which consisted of the following questionnaires: the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLHFQ), the EQ-5D health questionnaire, and the visual scale of the fullness of life. The sociodemographic features and medical information of the patients were obtained and analyzed. The tasks of our work were these: to evaluate the medication habits of the patients ill with chronic heart failure, to identify the obstacles to adhere to the medication regimen at home, and to estimate the impact of poor medication adherence on quality and fullness of life of the mentioned patients.

Results. Total of 100 patients were surveyed, including 55 percent of women and 45 percent of men. The mean age of participants was 66,53 (SD ± 7,95 years). 80 percent of patients did not adhere to the medication properly. The main obstacles were forgetfulness (21,3%), long duration of medication administration (21,3%), and the lack of information (20,1%). Statistically, emotional health was worse among the patients who poorly adhered to the medication recommendations, compared to those whose adherence was mediocre and good. However, we did not find statistically significant difference of emotional health among the patients who adhered to their medication well and satisfactorily. The fullness of life is as higher as the medication adherence is better, but there is no significant difference between mediocre and poor adherence.

Conclusions. Most patients do not adhere to their medication properly. Half of the patients cease to administer their medication when they start to feel better, and a quarter of patients quit their medication without consulting their doctor as their condition gets worse. The rest of the patients adjust the dose of medicine themselves, forget to take their medication when they have to leave home for a longer period of time, or double the dose of medicine when they forget to take one. Forgetfulness, long duration of medication, lack of funds and information, and inconvenient administration of the medicine are the main reasons of poor adherence to regimen. It also negatively influences the quality and fullness of life. The poorer the medication adherence the worse the wellbeing and the lower the index of the fullness of life.

Correspondence to: ievutecesna@gmail.com

Gauta 2016-02-25