

Συγκριτική Μελέτη Ποιότητας Ζωής Ασθενών που Λαμβάνουν Ανταγωνιστές Βιταμίνης Κ και Νεότερα από του Στόματος Αντιπηκτικά

ΕΛΕΝΗ ΛΑΣΚΑΡΙΔΟΥ,¹
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΚΑΤΖΟΥΛΗΣ²

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

² Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Λέξεις Ευρητηρίου:

Αντιπηκτική αγωγή, Ανταγωνιστές βιταμίνης Κ,
Νέα από του στόματος αντιπηκτικά,
Ποιότητα ζωής, SF-36

Ελένη Λασκαρίδου RN, Msc
Νοσηλεύτρια TE

Διεύθυνση Επικοινωνίας:
Σόλωνος 8, Νέο Ηράκλειο, ΤΚ 14122
Τηλ: +30 6938149177
E-mail: elaskaridi@gmail.com

Η καθιερωμένη αντιπηκτική θεραπεία τα τελευταία 50 χρόνια για την πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή είναι οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ (VKA). Η βαρφαρίνη είναι ο κύριος εκπρόσωπος τους, ενώ στην Ελλάδα χρησιμοποιείται κυρίως ασενοκουμαρόλη. Βέβαια η θεραπεία με VKA ενέχει σίγουρα και περιορισμούς κατά τη θεραπεία. Αυτοί λοιπόν οι περιορισμοί έχουν ως αποτέλεσμα την υποχρησιμοποίηση του φαρμάκου, τον ανεπαρκή έλεγχο του INR και κατ' επέκταση τη συχνή διακοπή της αγωγής με VKA.¹ Είναι φυσικό λοιπόν οποιαδήποτε εναλλακτική λύση παρουσιαστεί, η οποία να είναι πιο βολική, πιο αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία σε αυτό το χώρο να είναι καλοδεχούμενη από τους ασθενείς.² Πρόσφατα λοιπόν προστέθηκαν στην φαρέτρα των γιατρών καινούρια φάρμακα, είναι τρία νέα από του στόματος αντιπηκτικά (NOAC) με διαφορετικό τρόπο δράσης από αυτόν των VKA. Αυτά είναι νταμπιγκατράνη, ριβαροξαμπάνη και η απιξαμπάνη. Οι ανταγωνιστές βιταμίνης Κ, όπως η βαρφαρίνη, ασενοκουμαρόλη και rhenprocoumpton απαιτούν φαρμακευτική παρακολούθηση κυρίως εξαιτίας των περιορισμένων θεραπευτικών πλαισίων και των πολυάριθμων αλληλεπιδράσεων φαγητών και φαρμάκων. Η σχέση μεταξύ της παρακολούθησης των VKA και της ισορροπίας αποτελεσματικότητας / ασφάλειας είναι αποδεδειγμένη.^{3,4} Η ραγδαία αύξηση των ερευνών αποτιμά τη σχέση υγείας – ποιότητας ζωής ως ένα σημαντικό αποτέλεσμα στους υπό αντιπηκτική αγωγή ασθενείς δείχνοντας ότι η παρακολούθηση αυτών των ασθενών τους οδηγεί σε περισσότερη αντιπηκτική σταθερότητα, μείωση της συχνότητας αιμορραγίας και λιγότερα ισχαιμικά επεισόδια.⁵⁻¹¹ Ωστόσο, ενεργές αλλαγές στον τρόπο ζωής πιθανόν μπορεί να είναι προβληματικές για πολλούς ασθενείς. Ποιοτικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η συχνή παρακολούθηση των αιματολογικών τεστ και οι επισκέψεις στην κλινική, το άγχος που συνδέεται με δυσμενή γεγονότα, η αυτονομία των ασθενών, οι διαιτολογικοί περιορισμοί, και η επίδραση των αντιπηκτικών φαρμάκων στις φυσικές δραστηριότητες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση υγείας ποιότητα ζωής.⁵ Επιπλέον, είναι συχνά επιδιωκόμενο ότι η δια στόματος αντιπηκτική αγωγή θα πρέπει να παραμείνει περισσότερο από μια μακρά περίοδο, μερικές φορές για το υπόλοιπο της ζωής των ασθενών. Τα πλεονεκτήματα των NOAC, περιλαμβάνουν ευρεία θεραπευτικά πλαίσια, διατομική και ενδοατομική μεταβλητότητα της σχέσης δόση – αποτέλεσμα, και μόλις μερικές γνωστές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις στη γενετική και τον μεταβολισμό. Συνεπώς, η κλινική τους χρήση είναι εύκολο να διαχειριστεί και η συχνότητα παρακολούθησης και προσαρμογής της δόσης δεν θεωρείται απαραίτητη. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές καταστάσεις στις οποίες να ενδέχεται να χρειάζεται βοήθεια στην αξιολόγηση των αντιπηκτικών αποτελεσμάτων, ακόμα και των NOAC όπως η ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη ή δαβιγατράνη.^{12,13}

Σ' αυτήν την έρευνα λοιπόν μελετάται συγκριτικά η ποιότητα ζωής των ατόμων που λαμβάνουν είτε την μία είτε την άλλη θεραπεία. Οι ασθενείς που συμμετείχαν λάμβαναν αντιπηκτική

αγωγή για τουλάχιστον 6 μήνες πριν συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ανεξαρτήτου αιτιολογίας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στο σύνολό τους από τους ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους σε καρδιολογική κλινική δημοσίου νοσοκομείου της Αθήνας. Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται το δείγμα των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 V2 με σκοπό την καταγραφή και σύγκριση της ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν VKA ως αντιπηκτικό και των ατόμων που λαμβάνουν NOACs για αντιπηκτική αγωγή.

Πίνακας	
Φύλο (n=130)	
Άνδρες n=70 (%)	53,85
Γυναίκες n=60 (%)	46,15
Ηλικία (mean±sd)	68,4±13,20
Αντιπηκτική αγωγή	
NOACs n=65(%)	50
VKA n=65 (%)	50

Μέθοδος

Σχεδιασμός Μελέτης – Επιλογή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε είναι το SF 36 V₂. Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70-90% περίπου), καθώς και η εγκυρότητα (reliability) και η αξιοπιστία (validity) του εργαλείου SF-36.^{14,15} Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα πλέγμα (εικόνα 1) 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις.¹⁶ Οι επιλεγμένες ερωτήσεις αντλήθηκαν από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά πρόκριναν οι ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι ερωτήσεις αυτές συνθέτουν 8 κλίμακες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία:¹⁷

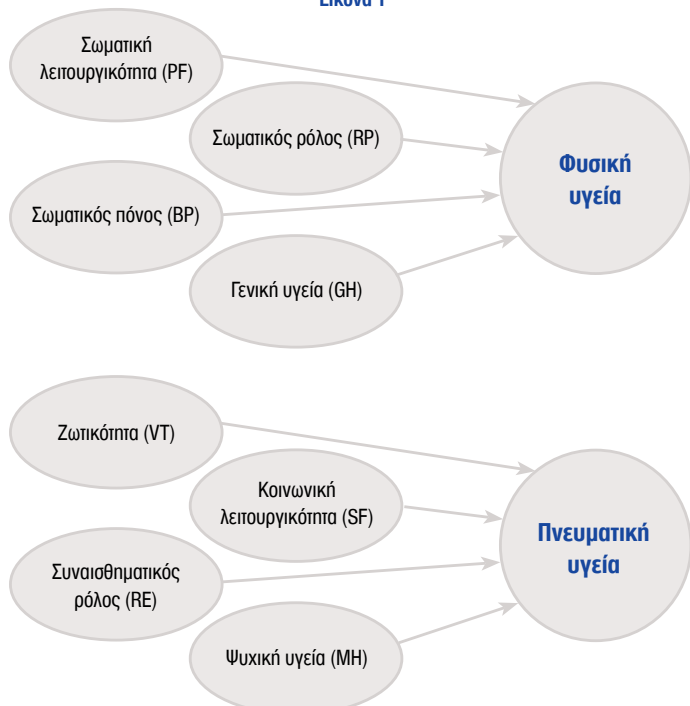
- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary)
- RP: Σωματικός ρόλος(role–physical)
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain)
- GH: Γενική υγεία (general health)
- VT: Ζωτικότητα (vitality)
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary)
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role–emotion)
- MH: Ψυχική υγεία (mental health)

Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας.^{18,19} Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε. Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο²⁰:

$$\text{Μετασχηματισμός βαθμολογίας κλίμακας} = \left[\frac{\text{Πραγματική βαθμολογία κλίμακας - χαμηλότερη βαθμολογία κλίμακας}}{\text{Πιθανή διακύμανση βαθμολογίας κλίμακας}} \right] \times 100$$

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί στην ελληνική γλώσσα^{21,22} και έχει εφαρμοστεί σε πολλές μελέτες.²³

Εικόνα 1



Το ερωτηματολόγιο αφού επιλέχθηκε από την ερευνητική ομάδα ζητήθηκε κατόπιν αίτησης από την εταιρεία που κατέχει τα πνευματικά δικαιώματα. Το ερωτηματολόγιο απεστάλη σε εμάς μεταφρασμένο από την προαναφερθείσα εταιρεία. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το έτοιμο λογισμικό που εστάλη από την Quality Metric μαζί με τα ερωτηματολόγια. Ο αριθμός δε των ερωτηματολογίων που εστάλησαν από την Quality Metric ήταν προκαθορισμένος από την αρχή. Συμπληρώθηκαν 130 ερωτηματολόγια, πιο συγκεκριμένα συμπληρώθηκαν 65 ερωτηματολόγια από ασθενείς που έπαιρναν VKA (Σκέλος Α) και 65 από ασθενείς που λάμβαναν NOACs (Σκέλος Β).

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα όπως προκύπτουν από την ανάλυση του λογισμικού Quality Metric μετά την εισαγωγή των δεδομένων από τα απαντημένα ερωτηματολόγια.

- Το επί τοις % ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν VKA (θα αναφέρονται στο εξής Α' Σκέλος) που συγκριτικά με την νόρμα του γενικού πληθυσμού εμφανίζει αυξημένο ρίσκο κατάθλιψης είναι 54% συγκριτικά με 18% του γενικού πληθυσμού.
- Στους ασθενείς που λαμβάνουν NOACs (θα αναφέρονται στο εξής Β' Σκέλος) το ποσοστό αυτό είναι 66%.
- Συνολικά η σωματική υγεία στους ασθενείς που λαμβάνουν VKA (Α' Σκέλος) και στους ασθενείς που λαμβάνουν NOACs (Β' Σκέλος).
- Το επί τοις % ποσοστό των ασθενών του Α' Σκέλους αλλά και του Β' Σκέλους σύμφωνα με τις νόρμες του Quality Metric 2009 χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες
 - Πάνω από τις φυσιολογικές τιμές (>Φ.Τ.)
 - Κάτω από τις φυσιολογικές τιμές (<Φ.Τ.)
 - Στις φυσιολογικές τιμές (Φ.Τ.)

Σωματική Υγεία

Σωματική Υγεία		
	VKA	NOACs
	Α ΣΚΕΛΟΣ	Β ΣΚΕΛΟΣ
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	41,12	39,35
Σωματικός Ρόλος (RP)	38,87	38,69
Σωματικός Πόνος (BP)	47,17	41,34
Γενική Υγεία (GH)	43,43	42,84
ΣΥΝΟΛΟ	44,08	42,36

	Α ΣΚΕΛΟΣ VKA	Β ΣΚΕΛΟΣ NOACs
>Φ.Τ.	14	8
>Φ.Τ.	53	58
Φ.Τ.	3	34

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων στο σκέλος Α και Β για την σωματική υγεία και πιο συγκεκριμένα τους τέσσερις παράγοντες που την καθορίζουν (P.F = Σωματική Λειτουργικότητα, R.P = Σωματικός Ρόλος, B.P = Σωματικός Πόνος, G.H = Γενική Υγεία). Στο εξής θα αναφέρονται PF, RP, BP, GH αντίστοιχα, προκύπτουν ποσοστά επί τοις % που βρίσκονται πάνω, κάτω στις φυσιολογικές για τον γενικό πληθυσμό τιμές.

VKa			
%	> Φ.Τ	< Φ.Τ	Φ.Τ
PF	14	56	30
RP	8	73	20
BP	33	42	24
GH	12	55	33
NOACs			
%	> Φ.Τ	< Φ.Τ	Φ.Τ
PF	9	60	31
RP	8	72	20
BP	11	65	25
GH	11	66	23

Πνευματική Υγεία

Το παρακάτω κείμενο αφορά στην πνευματική υγεία ασθενών που λαμβάνουν VKA (Α' Σκέλος) και ασθενών που λαμβάνουν NOACs (Β' Σκέλος). Το επί τοις % ποσοστό του Α' Σκέλους αλλά και του Β' Σκέλους σύμφωνα με τις νόρμες Quality Metric 2009 χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

Πάνω από τις φυσιολογικές τιμές του γενικού πληθυσμού (>Φ.Τ.)

Κάτω από τις φυσιολογικές τιμές του γενικού πληθυσμού (<Φ.Τ.)

Στις φυσιολογικές τιμές του γενικού πληθυσμού (Φ.Τ.)

	VKA	NOACs
Ζωτικότητα (VT)	48,28	45,41
Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF)	42,88	41,45
Συναίσθηματικός Ρόλος (RE)	39,1	34,26
Ψυχική Υγεία (MH)	40,08	39
ΣΥΝΟΛΟ	41,92	39,25

	A. VKA	B. NOACs
>Φ.Τ.	14	5
<Φ.Τ.	59	77
Φ.Τ.	27	18

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων στο σκέλος Α και Β για την πνευματική υγεία και πιο συγκεκριμένα τους τέσσερις παράγοντες που την καθορίζουν (V.T= Ζωτικότητα, S.F = Κοινωνική Λειτουργικότητα, R.E = Συναισθηματικός Ρόλος, M.H = Ψυχική Υγεία. Στο εξής θα αναφέρονται VT, SF, RE, MH αντίστοιχα) προκύπτουν ποσοστά επί τοις % που βρίσκονται πάνω, κάτω και στις φυσιολογικές για τον γενικό πληθυσμό τιμές.

VKA			
%	> Φ.Τ	< Φ.Τ	Φ.Τ
VT	26	44	26
SF	21	58	21
RE	24	67	24
MH	14	62	14
NOACs			
%	> Φ.Τ	< Φ.Τ	Φ.Τ
VT	14	57	29
SF	14	57	29
RE	6	85	9
MH	6	68	26

Συζήτηση - Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας λοιπόν όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων που την απαρτίζουν, δηλαδή αυτών που λαμβάνουν VKA και αποτελούν το Α' Σκέλος και αυτών που λαμβάνουν τα NOACs και αποτελούν το Β' Σκέλος. Πιο συγκεκριμένα τα ποσοστά κακής ψυχικής υγείας των δύο ομάδων έχουν ελάχιστη διαφορά, καθώς το Α' Σκέλος παρουσιάζει ποσοστό 54%, ενώ το Β' Σκέλος 66% αντίστοιχα. Ταυτόχρονα παρατηρείται ότι και για τις δύο ομάδες το ποσοστό κακής ψυχικής υγείας είναι πολύ υψηλό. Εδώ θα ήταν σκόπιμο να ληφθεί υπόψη ότι η έρευνα διεξήχθη στην Ελλάδα, η οποία είναι μια χώρα που βρίσκεται σε κατάσταση οικονομικής κρίσης με υψηλά ποσοστά ανεργίας, με πολλές περιπτώσεις εργαζόμενων, των οποίων μειώθηκε ο μισθός τους ή η σύνταξή τους ή έχασαν ξαφνικά την δουλειά τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες λοιπόν πιθανόν να επηρέασαν την ψυχική κατάσταση των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα της

συγκεκριμένης έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε (SF 36v2) επικεντρώνεται σε επιμέρους παράγοντες της Σωματικής αλλά και της Πνευματικής Υγείας των ερωτώμενων. Πιο συγκεκριμένα η Σωματική Υγεία αναφέρεται στη Σωματική Λειτουργικότητα (PF), η οποία παρουσιάζει ποσοστό 41,12% για το Α' Σκέλος και 39,35% για το Β' Σκέλος, στο Σωματικό Ρόλο (RP), ο οποίος παρουσιάζει 38,87% για το Α' Σκέλος και 38,69% για το Β' Σκέλος, στο Σωματικό Πόνο (BP) που παρουσιάζει ποσοστό 47,17% για το Α' Σκέλος και ποσοστό 41,34% για το Β' Σκέλος, καθώς και στη Γενική Υγεία (GH) όπου το Α' Σκέλος έχει ποσοστό 43,43%, ενώ το Β' Σκέλος 42,84%, ενώ το Συνολικό Ποσοστό είναι 44,08% για το Α' Σκέλος και 42,36% για το Β' Σκέλος. Και εδώ λοιπόν παρατηρείται ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές ούτε στο Σύνολο αλλά ούτε και στους επιμέρους παράγοντες. Ωστόσο από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που αφορούν στη Σωματική Υγεία για το Α' Σκέλος είναι πάνω από τις Φυσιολογικές Τιμές (>ΦΤ) 14 τοις εκατό, κάτω από τις Φυσιολογικές Τιμές (<ΦΤ) 53 τοις εκατό και στις Φυσιολογικές Τιμές (ΦΤ) μόλις 3 τοις εκατό, ενώ για το Β' Σκέλος 8 είναι πάνω από τις Φυσιολογικές Τιμές (>ΦΤ), 58 είναι κάτω από τις Φυσιολογικές τιμές (<ΦΤ) και 34 άτομα στη φυσιολογική τιμή. Έτσι πιο συγκεκριμένα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που αφορούν στην Σωματική Υγεία και πιο συγκεκριμένα στους επιμέρους τομείς που μελετήθηκαν, όπως είναι η Σωματική Λειτουργικότητα (PF), ο Σωματικός Ρόλος (RP), ο Σωματικός Πόνος (BP) και η Γενική Υγεία (GH), η εκάστοτε ομάδα παρουσιάζει ποσοστό επί τοις % Πάνω (>ΦΤ) και Κάτω (<ΦΤ) από τις φυσιολογικές τιμές και ποσοστό στις Φυσιολογικές Τιμές (ΦΤ). Πιο συγκεκριμένα το Α' Σκέλος παρουσιάζει για την PF 14% >ΦΤ, 56% <ΦΤ και 30% ΦΤ, για τον RP παρουσιάζει 8% >ΦΤ, 73% <ΦΤ και 20% ΦΤ, για τον BP παρουσιάζει 33% >ΦΤ, 42% <ΦΤ και 24% ΦΤ, ενώ για την GH παρουσιάζει 12% >ΦΤ, 55% <ΦΤ και 33% ΦΤ. Το Β' Σκέλος αντίστοιχα παρουσιάζει στην PF 9% >ΦΤ, 60% <ΦΤ και 31% στην ΦΤ, στον RP 8% >ΦΤ, 72% <ΦΤ και 20% ΦΤ, για τον BP 11% >ΦΤ, 65% <ΦΤ και 25% ΦΤ, ενώ για την GH 11% >ΦΤ, 66% <ΦΤ και 23% στις ΦΤ.

Μελετάται επίσης και η Πνευματική Υγεία των συμμετεχόντων. Οι επιμέρους τιμές του Α' Σκέλους ως προς την Ζωτικότητα (VT) είναι 48,28, ως προς την Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF) είναι 42,88, ως προς τον Συναισθηματικό Ρόλο (RE) 39,1 και ως προς την Ψυχική Υγεία (MH) είναι 40,8 στο Σύνολο το Α' Σκέλος είναι 41,92. Οι τιμές του Β' Σκέλους ως προς την Ζωτικότητα (VT) είναι 45,21, ως προς την Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF) είναι 41,45, ως

προς τον Συναισθηματικό Ρόλο (RE) 34,26 και ως προς την Ψυχική Υγεία (MH) είναι 39 ενώ στο Σύνολο το Β' Σκέλος είναι 39,25. Έτσι λοιπόν το ποσοστό πάνω από τις Φυσιολογικές Τιμές (>ΦΤ) του Α' Σκέλους είναι 14, ενώ του Β' Σκέλους 5, το ποσοστό κάτω από τις Φυσιολογικές Τιμές (<ΦΤ) του Α' Σκέλους είναι 59 ενώ του Β' Σκέλους 77. Ενώ στις Φυσιολογικές Τιμές (ΦΤ) το ποσοστό του Α' Σκέλους είναι 27 και του Β' Σκέλους 18.

Σύγκριση ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν είτε ανταγωνιστές βιταμίνης Κ είτε τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (NOACs), για τουλάχιστον 6 μήνες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 V2. Από την μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι τελικά οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ τους εκ των αποτελεσμάτων ως προς την ποιότητα ζωής τους.

Σε ποσοστό επί τοις % και αναλυτικά στους τέσσερις επιμέρους παράγοντες που επηρεάζουν την Πνευματική Υγεία το Α' Σκέλος ως προς την Ζωτικότητα (VT) παρουσιάζει 26% ποσοστό >ΦΤ, 44% ποσοστό <ΦΤ και 26% στις ΦΤ, ως προς την Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF) παρουσιάζει 21% >ΦΤ, 58% <ΦΤ και 21% στις ΦΤ, ως προς τον Συναισθηματικό Ρόλο (RE) παρουσιάζει 24% ποσοστό >ΦΤ, 67% ποσοστό <ΦΤ και 24% ποσοστό στις ΦΤ, τέλος ως προς την Ψυχική Υγεία (MH) το Α' Σκέλος παρουσιάζει ποσοστό 14% >ΦΤ, 62% ποσοστό <ΦΤ και 14% ποσοστό στις ΦΤ. Σε ποσοστό επί τοις % και αναλυτικά στους τέσσερις επιμέρους παράγοντες που επηρεάζουν την Πνευματική Υγεία το Β' Σκέλος ως προς την Ζωτικότητα (VT) παρουσιάζει 14% >ΦΤ, 57% <ΦΤ και 29% στις ΦΤ, ως προς την Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF) παρουσιάζει 14% >ΦΤ, 57% <ΦΤ και 29% στις ΦΤ, ως προς τον Συναισθηματικό Ρόλο (RE) παρουσιάζει ποσοστά 6% >ΦΤ, 85% <ΦΤ και 9% ποσοστό στις ΦΤ, ενώ ως προς την Ψυχική Υγεία (MH) παρουσιάζει ποσοστό 6% >ΦΤ, 68% <ΦΤ και 26% ποσοστό στις ΦΤ.

Βλέπουμε λοιπόν συμπερασματικά ότι και τα δύο Σκέλη Α' και Β' δεν παρουσιάζουν παρά ανεπαίσθητες διαφορές, οι οποίες δεν επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα τις συγκρίσεις. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην μη ειδικότητα του ερωτηματολογίου να αναδείξει την πτυχή εκείνη της ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή ή ακόμα και στο περιορισμένο δείγμα ασθενών. Είναι σημαντικό κατά την κρίση μας να γίνουν περισσότερες μελέτες γύρω από το θέμα αυτό.

Βιβλιογραφία

1. Πατσούρας Δ., Βακάλης Ι., Γιόγιακας Β., Γουδέβενος Ι. Χρησιμοποίηση Αντιπηκτικής Θεραπείας σε ασθενείς με μη βαλβιδική κοιλική μαρμαρυγή. Ελλ. Καρδιολ. Επιθ. 1998;39:237-240.
2. Tsiara S., Papas K., Boutsis D., Laffan M. New oral anticoagulants: should they replace heparins and warfarin? Hellenic J. Cardiol. 2011;521:52-67h.
3. Bloomfield HE., Taylor BC., Krause A. et al. Safe and Effective Anticoagulation in the Outpatient Setting: A Systematic Review of the Evidence. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011 VA Evidence-based Synthesis Program Reports.
4. Samsa GP., Matchar DB. Relationship between test frequency and outcomes of anticoagulation: a literature review and commentary with implications for the design of randomized trials of patient self-management. J Thromb Thrombolysis. 2000;9:283-292.
5. Silva de Assis MC., Nascimento Cruz L., Zuchinali P., Rohde LE., Rejane Rabelo E. Does treatment guided by vitamin K in the diet alter the quality of life of anticoagulated patients? Nutr Hosp. 2012;27(4):1328-1333.
6. Matchar DB., Samsa GP., Cohen SJ., Oddone EZ., Jurgelski AE. Improving the quality of anticoagulation of patients with atrial fibrillation in managed care organizations: results of the managing anticoagulation services trial. Am J Med. 2002;113(1):42-51.
7. Cromheede ME., Levi M., Colly LP., et al. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomized cross-over comparison. Lancet. 2000;356(8):97-102.
8. Gadisseur AP., Breukink-Engbers WG., van der Meer FJ., van den Besselaar AM., Sturk A., Rosendaal FR. Comparison of the quality of oral anticoagulant therapy through patient self-management and management by specialized anticoagulation clinics in the Netherlands. Arch Intern Med. 2003;163:2639-2646
9. Casais P., Meschengieser SS., Sanchez-Luceros A., Lazzari MA. Patients' perceptions regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. Curr Med Res Opin. 2005;21(7):1085-1090.
10. Gadisseur AP., Kaptein AA., Breukink-Engbers WG., van der Meer FJ., Rosendaal FR. Patient

- self-management of oral anticoagulant care vs management by specialized anticoagulation clinics: positive effects on quality of life. *J Thromb Haemost.* 2004;2(4):584–591.
11. Davis NJ., Billett HH., Cohen HW., Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother.* 2005;39(4):632–636.
 12. Mani H., Kasper A., Lindhoff-Last E. Measuring the anticoagulant effects of target specific oral anticoagulants-reasons, methods and current limitations. *J Thromb Thrombolysis.* 2013;36(2):187–194.
 13. Mismetti P., Laporte S. New oral antithrombotics: a need for laboratory monitoring. *For. J Thromb Haemost.* 2010;8(4):621–626.
 14. Brazier Je, Harper R, Jones Nm, O'cathain A, Thomas Kj, Ush- Erwood T Et Al. Validating The Sf-36 Health Survey Question- Naire: New Outcome Measure For Primary Care. *Br Med J* 1992, 305:160–164
 15. Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Criterion Validity And Relia- Bility Of The Sf-36 In A Population Sample. *Qual Life Res* 1994, 3:7–12
 16. Hays Rd, Sherbourne Cd, Mazel Rm. The Rand 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ* 1993, 2:217–227
 17. Ware Je, Snow Kms, Kosinski Mma, Gamdek Bms. Sf-36 Health Survey Manual And Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts, 1997
 18. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A Comparative Review Of Generic Quality Of Life Instruments. *Pharmacoeconomics* 2000, 17:13–45
 19. Dorman PJ, Dennis M, Sandercock P. How Does Scores On The Euroqol Related To Scores On The SF-36 After Stroke? *Stroke* 1999, 10:2146–2151
 20. Ware Je, Sherbourne Cd. The Medical Outcome Study, 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36): Conceptual Framework And Item Selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
 21. Υφαντοπουλος Γ, Πιερακος Γ, Ζανακης Β. Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Ηπατίτιδα C. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:288–296
 22. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating And Norming Of The Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005,14:1433–1438
 23. Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E. Construct Validation Of The Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005,14:1959–1965

Comparative study on quality of life of patients using vitamin K antagonists versus new oral anticoagulants

Eleni Laskaridou RN, Msc,¹ Konstantinos Gatzoulis²

¹ Department of cardiology, General Hospital of Attica "KAT"

² First Department of Cardiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece.

Corresponding author: Eleni Laskaridou, Electronic address: elaskaridi@gmail.com

Abstract

The standard anticoagulation therapy in the last 50 years for the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation are the vitamin K antagonists (VKA). The use of VKA certainly poses and restrictions during treatment. So these restrictions result in underuse of medication, insufficient control of INR and hence the frequent interruption of treatment with VKA. So it is natural any alternative presented, which is more convenient, more effective and safe treatment in this area is welcomed by patients. So recently added to the arsenal of physicians new drugs, are three new oral anticoagulants (NOACs) with a different mode of action than the VKA. These are: dabigatran, rivaroxaban and apixaban.

In this research therefore studied comparatively the quality of life of patients receiving either one or the other treatment for at least six months. The survey was conducted using the SF-36 V2 questionnaire to record and compare the quality of life of people receiving VKA anticoagulant and people taking the new oral anticoagulants.

From this study it was found that ultimately the two groups did not show particular differences between them from the results in terms of quality of life. It was observed that both patient groups showed similar levels of physical and mental health and did not differ significantly in their assessment with their quality of life questionnaire.

KEYWORDS:

Anticoagulation, vitamin K antagonist, new oral anticoagulants, quality of life, SF-36