



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ «ATRIAL FIBRILLATION EFFECT ON
QUALITY-OF-LIFE (AFEQT)» ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΑΪΛΑΧΙΔΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΩΣΤΑΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ

**ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
«ATRIAL FIBRILLATION EFFECT ON QUALITY-OF-LIFE (AFEQT)» ΩΣ
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**

Παναγιώτης Ταϊλαχίδης

Λεόκης 21

Θεσσαλονίκη

Ptailachidis@yahoo.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ.....	8
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Τύποι και συμπτώματα ανωμαλιών καρδιακών ρυθμών.....	9
1.3 Η κολπική μαρμαρυγή.....	10
1.4 Επιδημιολογία της κολπικής μαρμαρυγής.....	12
1.5 Αιτίες εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής.....	13
1.6 Μορφές κολπικής μαρμαρυγής	15
1.7 Συμπτώματα και επιπλοκές κολπικής μαρμαρυγής.....	16
1.8 Διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής.....	17
1.9 Θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.....	18
1.10 Προφύλαξη από την νόσο	20
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ.....	20
2.1 Ποιότητα ζωής	20
2.2 Έννοια και μέτρηση της ποιότητας ζωής.....	25
2.3 Η σχέση Υγείας και Ποιότητας Ζωής.....	26
2.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με κολπική μαρμαρυγή	27
3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	36
4.1 Δείγμα	36
4.2 Δεοντολογία.....	37
4.3 Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα	38
4.4 Πολιτισμική προσαρμογή	39
4.5 Στάθμιση	39
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	40
4.7 Περιορισμοί μελέτης.....	41
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
5.1 Περιγραφή πληθυσμού μελέτης.....	41
5.2 Περιγραφικά αποτελέσματα του AFEQT	42
5.3 Διαφορές στην ποιότητα ζωής ανά φύλο, ηλικία και θεραπεία	42
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : AFEQT, Ελληνική έκδοση, Αγγλική έκδοση.....	57

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή μορφή αρρυθμίας και αποτελεί το δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου, μετά την υψηλή αρτηριακή πίεση, για την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Αρκετές έρευνες τονίζουν, ότι το ερωτηματολόγιο Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών με κολπική μαρμαρυγή, το οποίο έχει βρεθεί ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο. Στην Ελλάδα δεν αναφέρεται κάποιο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να σταθμιστεί το ερωτηματολόγιο AFEQT στον ελληνικό πληθυσμό και να διαπιστωθεί κατά πόσο μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών με κολπική μαρμαρυγή.

Μέθοδος: Για τη μετάφραση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η διεθνώς αναγνωρισμένη μεθοδολογία της διγλωσσικής μετάφρασης (bilingual translation). Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 102 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή στο Κέντρο Υγείας Εύοσμου Θεσσαλονίκης.

Αποτελέσματα: Η ελληνική εκδοχή του AFEQT πέρασε από πολιτισμική προσαρμογή και δοκιμάστηκε για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες και βρέθηκε να έχει υψηλή εσωτερική συνοχή ελέγχου (Cronbach alpha 0,97), επανελέγχου (Spearman rho: 0,93) και φαινομενικής εγκυρότητας (M=8). Η ελληνική εκδοχή του AFEQT, όπως προέκυψε από τη μεταφραστική διαδικασία, αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με κολπική μαρμαρυγή.

Λέξεις κλειδιά: κολπική μαρμαρυγή, ποιότητα ζωής, AFEQT, στάθμιση, Ελλάδα

ABSTRACT

Introduction: Atrial fibrillation is the most common form of arrhythmia and is the second most important risk factor after high blood pressure, for the stroke event. Several studies emphasize that the questionnaire Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) is a useful tool to measure the quality of life of patients with atrial fibrillation, which has been found to be valid and reliable. In Greece is not referred a questionnaire to assess the quality of life of these patients.

Objectives: The purpose of this paper is to validate the AFEQT questionnaire to the Greek population and to determine whether it can be a reliable tool to measure the quality of life of Greek patients with atrial fibrillation.

Methods: For the translation of the questionnaire used the internationally recognized methodology of bilingual translation (bilingual translation). The questionnaire was distributed to 102 patients with atrial fibrillation in Urban Health Center of Evosmos in Thessaloniki.

Results: The Greek version of AFEQT that went through cultural adaptation and tested its psychometric properties, it was found to have high internal consistency test (Cronbach alpha 0, 97), retest (Spearman rho: 0, 93) and face validity (M=8). The Greek version of AFEQT, as a result of the translation process, is a valid and reliable tool for assessing quality of life of patients with atrial fibrillation.

Keywords: atrial fibrillation, quality of life, AFEQT, validation, Greece

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή μορφή αρρυθμίας που παρατηρείται και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Braganca et al., 2009). Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής είναι η υπέρταση, ενώ άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι ο διαβήτης, η ηλικία άνω των 75 ετών, η καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και το χαμηλό κλάσμα (<35%) εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ESC Guidelines, 2010). Συνηθισμένα συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής σύμφωνα με διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί περιλαμβάνουν δύσπνοια, πόνο στο στήθος, κούραση, ζαλάδα, διαταραχές ύπνου (Πυργάκης, χ.χ.; ESC Guidelines, 2010; Braganca et al., 2009). Σύμφωνα με τον Γαβριηλίδη (2013), η κολπική μαρμαρυγή συνοδεύεται επίσης από αυξημένη συχνότητα θρομβοεμβολικών συμβαμάτων, καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιακή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, αλλά και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής και μειωμένης ικανότητας προς άσκηση.

Αρκετοί ερευνητές (Grönefeld και Hohnloser, 2003; Braganca et al., 2009; Havranek, 2009; Peinado et al., 2010; Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Pontoppidan, 2012; Raine et al., 2015) επισημαίνουν ότι η κολπική μαρμαρυγή έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Διάφορα εργαλεία έχουν προταθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή όπως το γενικό (generic) ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-36 (Βεσκούκη και συν, χ.χ). Ωστόσο, δεν συνοδεύονται από ερωτήσεις σχετικές με την κολπική μαρμαρυγή και ως εκ τούτου, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να συνοδεύεται από ειδικά εργαλεία (disease specific) στα οποία θα υπάρχουν συμπληρωματικές ερωτήσεις σχετικές με τη νόσο. Για αυτό το λόγο, δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια για αυτήν την ομάδα ασθενών. Για παράδειγμα, οι Braganca et al. (2009) έχουν δημιουργήσει ένα δικό τους ερωτηματολόγιο βασισμένο στο SF-36 και κλινικά αποτελέσματα.

Αρκετές έρευνες, όμως, τονίζουν ότι το ερωτηματολόγιο AFEQT (Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life) αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης

της ποιότητας ζωής ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή, το οποίο έχει βρεθεί ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Dorian et al., 2013; Wynn et al., 2014; Raine et al., 2015). Το AFEQT αποτελείται από 20 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται ως εξής: 4 ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα, 8 ερωτήσεις σχετικά με καθημερινές δραστηριότητες, 6 ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση της ασθένειας και 2 ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από τη θεραπεία. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία επταβάθμια κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο AFEQT αναπτύχθηκε από τους Spertus et al. (2011), αλλά δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να σταθμιστεί το ερωτηματολόγιο AFEQT στον ελληνικό πληθυσμό και να διαπιστωθεί κατά πόσο μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή.

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο AFEQT μεταφράστηκε στα Ελληνικά από δύο ανεξάρτητους ορκωτούς μεταφραστές. Αφού οι δύο μεταφραστές συμφώνησαν σε μια τελική μετάφραση του ερωτηματολογίου, στη συνέχεια, ένας τρίτος ορκωτός μεταφραστής μετέφρασε το ερωτηματολόγιο στα αγγλικά, ούτως ώστε να διαπιστωθεί ότι συμφωνεί με την αρχική του έκδοση. Συνεπώς, επιλέχθηκε η διγλωσσική μετάφραση. Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας, καθώς το δείγμα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αποκλειστικά ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή, όπως αυτή βεβαιώνεται από την αρμόδια ιατρό στο Κέντρο Υγείας Εύοσμου Θεσσαλονίκης.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής. Το πρώτο κεφάλαιο εξετάζει την πάθηση της κοιλιακής μαρμαρυγής, τους τύπους και τα συμπτώματα των ανωμαλιών των καρδιακών ρυθμών, την επιδημιολογία, τις αιτίες εμφάνισης, τις μορφές, τα συμπτώματα, τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και την προφύλαξη από τη νόσο. Το δεύτερο κεφάλαιο εξετάζει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή. Αρχικά γίνεται αναφορά στον όρο 'ποιότητα ζωής', στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην έννοια και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, στη σχέση της υγείας με την ποιότητα ζωής, καθώς και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή. Το τρίτο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία

της έρευνας. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αποτελεί τη συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας.

1. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Ο ρυθμός με τον οποίο λειτουργεί η καρδιά ενός ενήλικα σε κατάσταση ηρεμίας, σε φυσιολογικά όρια είναι 60 έως 100 κτύποι το λεπτό. Κάθε κατάσταση στην οποία παρατηρείται διαταραχή του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιάς, ονομάζεται *καρδιακή αρρυθμία*. Υπάρχουν διάφορες αρρυθμίες, κάποιες από τις οποίες είναι εντελώς αθώες, κάποιες ωστόσο μπορεί να είναι πάρα πολύ σοβαρές έως θανατηφόρες. Μια από τις πιο σημαντικές και συχνές μορφές αρρυθμίας, είναι η Κολπική Μαρμαρυγή, ΚΜ (atrial fibrillation) (Parageorgiou et al., 1996).

Αναφορικά με την επιδημιολογία της νόσου, η Κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή διαταραχή του καρδιακού ρυθμού και επηρεάζει το 2% του γενικού πληθυσμού (ESC Guidelines, 2010; Camm, 2011; Zoni-Berisso et al., 2014). Ο κίνδυνος εκδήλωσης Κολπικής Μαρμαρυγής ανέρχεται στο 25% μετά την ηλικία των 40 ετών (Lloyd-Jones, 2004). Το 70% περίπου των περιστατικών Κολπικής Μαρμαρυγής εκδηλώνονται σε άτομα ηλικίας 65-85 ετών, ενώ ο κίνδυνος εκδήλωσης της αυξάνεται με την ηλικία (Fuster, et al., 2011). Όσο περνούν οι δεκαετίες τόσο αυξάνεται η συχνότητά της και υπολογίζουμε ότι σε ανθρώπους άνω των 80 ετών παρατηρείται σε ποσοστό που υπερβαίνει το 10%» (Τούτουζας και συν., 2001).

Τα προσεχή έτη ο επιπολασμός της Κολπικής Μαρμαρυγής αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2050 ο επιπολασμός της θα έχει τουλάχιστον διπλασιαστεί (ESC Guidelines, 2010; Naccarelli, et al., 2009).

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 100000 ασθενείς που πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή (Καρόγιαννης & Καρόγιαννης, 2011).

Ο καρδιακός ρυθμός στην Κολπική Μαρμαρυγή μπορεί να ξεπεράσει τους 150 χτύπους το λεπτό κατά την ώρα της ανάπαυσης και να διαρκέσει από κάποια λίγα λεπτά, μέχρι πάνω από μια ώρα. Στην περίπτωση που η Κολπική Μαρμαρυγή είναι μόνιμη, μπορεί να διαγνωστεί με ένα απλό καρδιογράφημα. Η προχωρημένη ηλικία και η υπέρταση, είναι οι κυριότερες αιτίες της νόσου, ενώ η άσκηση και η διατροφή έχουν να κάνουν με την αντιμετώπιση και την πρόληψη της ασθένειας. Η Κολπική Μαρμαρυγή, σε αντίθεση με κοιλιακή μαρμαρυγή, δεν απειλεί άμεσα την ζωή του ασθενούς. Τα συμπτώματα ίσως τρομάζουν, όμως υπάρχουν πολλά άτομα που για χρόνια ζουν χωρίς προβλήματα, ενώ πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή (Πυργάκης, 2015).

Οι γιατροί μέχρι την δεκαετία του '90 θεωρούσαν την ασθένεια σαν μια απλή διαταραχή. Σήμερα είναι γνωστό ότι η Κολπική Μαρμαρυγή όταν είναι χρόνια, μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό και καρδιακή ανεπάρκεια. Θεωρείται ότι η ίδια και οι θρόμβοι που προκαλεί, είναι η αιτία του 25% των εγκεφαλικών επεισοδίων (Ακύρου, 2005).

1.2 Τύποι και συμπτώματα ανωμαλιών καρδιακών ρυθμών

Ένα από τα συμπτώματα της νόσου είναι οι ανωμαλίες στους καρδιακούς ρυθμούς. Επειδή οι περισσότεροι των ανθρώπων δεν είναι εξοικειωμένοι με το αίσθημα αυτό, κάποια άτομα όταν το αισθανθούν, λόγω ανησυχίας αγχώνονται και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί ασυνήθιστος πόνος. Αυτό όμως συμβαίνει σπάνια. Συνήθως εκείνο που συμβαίνει στα άτομα είναι οι έκτακτες συστολές, που είναι ο πιο συνηθισμένος χτύπος ανώμαλου ρυθμού. Βέβαια, οι έκτακτες συστολές συμβαίνουν σε όλα τα άτομα, είτε το γνωρίζουν είτε όχι. Συνεπώς, δεν θα πρέπει να θεωρούνται αφύσικες, εκτός αν παρουσιάζονται συχνά ή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ή όταν προκαλούν συμπτώματα. Το αίσθημα παλμών δεν δείχνει οπωσδήποτε κάποια ανωμαλία η οποία πρέπει να

θεραπευτεί. Οι έκτακτες συστολές πολλές φορές αυξάνονται ή γίνονται πιο αντιληπτές σε περίοδο άγχους (Πυργάκης, 2015).

Η Κολπική Μαρμαρυγή προκαλείται όταν οι δύο κόλποι της καρδιάς ουσιαστικά δεν συστέλλονται για να προωθήσουν το αίμα προς τις κοιλίες. Η προώθηση του αίματος γίνεται μηχανικά λόγω της διαφοράς πίεσεως μεταξύ των κόλπων και κοιλιών. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι οι δύο κόλποι δεν εμφανίζουν ορθή ηλεκτρική διέγερση. Η αριστερή και η δεξιά άνω κοιλότητα παύουν να έχουν αποτελεσματικές κανονικές συστολές και αρχίζουν να χτυπούν με ρυθμό 300 έως 400 φορές το λεπτό, με τρόπο χαοτικό. Αποτελεί συνηθισμένο καρδιακό πρόβλημα, καθώς κάθε χρόνο καταγράφονται χιλιάδες τέτοιες περιπτώσεις (π.χ. στην Αμερική πάνω από 2 εκατομμύρια πάσχουν από καρδιακή μαρμαρυγή και κάθε χρόνο καταγράφονται 160000 νέες περιπτώσεις) (Σαχανίκη-Καρδάση και Πάνου, 2004; Κρεμαστινός, 2005).

1.3 Η Κολπική Μαρμαρυγή

Όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό ατόμων πασχόντων από Κολπική Μαρμαρυγή αυξάνεται, όσο αυξάνεται η ηλικία. Το γεγονός πιθανόν να οφείλεται στις αλλαγές που γίνονται στις δομικές και στις ηλεκτρικές ιδιότητες των άνω κοιλοτήτων της καρδιάς και οι οποίες συμβάλουν στην απορρύθμιση του φυσιολογικού κολπικού ρυθμού. Στην φάση αυτή διακόπτεται η δραστηριότητα του φλεβόκομβου και τον καρδιακό ρυθμό τον αναλαμβάνει η μαρμαρυγή. Καθώς οι κόλποι δέχονται συνεχόμενα ηλεκτρικά ερεθίσματα, τα στέλνουν στον κολποκοιλιακό κόμβο ο οποίος λειτουργεί σαν μια ηλεκτρική πύλη ή σαν ένας σταθμός αναμετάδοσης και εμποδίζει την συνεχόμενη ροή των ερεθισμάτων στις κοιλότητες άντλησης (Toh et al., 2010).

Πολλά ερεθίσματα ωστόσο περνούν σε ακανόνιστα διαστήματα, με αποτέλεσμα ο ρυθμός να είναι πολύ ακανόνιστος, με διαφορετικά διαστήματα μεταξύ των καρδιακών κτύπων. Σε κατάσταση ηρεμίας, ο παλμός κυμαίνεται μεταξύ 60 και 150 κτύπων το λεπτό, μπορεί όμως να είναι και πιο ταχύς (μορφή ταχυκαρδίας). Βέβαια υπάρχει και περίπτωση ταχύτερος να είναι ο καρδιακός

κτύπος, οπότε η Κολπική Μαρμαρυγή θεωρείται σαν μια μορφή ταχυκαρδίας. Ο καρδιακός κτύπος πραγματοποιείται τόσο ακανόνιστα, που πολλές φορές οι γιατροί τον αποκαλούν «ακανόνιστα-ακανόνιστο», για να τονίσουν την διαφορά ανάμεσα στον ρυθμό του παλμού και στις αλλαγές που προκαλεί η κολποκοιλιακή απόφραξη 2^{ου} βαθμού ή οι πρόωροι κτύποι (Toh et al., 2010).

Αν η Κολπική Μαρμαρυγή είναι υπερβολικά γρήγορη, μπορεί ο ασθενής να αισθανθεί πόνο στο στήθος, ζαλάδα, κόπωση ή δύσπνοια. Χωρίς τις κολπικές συστολές η καρδιά δεν μπορεί να κτυπά αποτελεσματικά, άτομα τα οποία έχουν αδύναμο καρδιακό μυ, εμφανίζουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Εάν σε ένα άτομο, λόγω Κολπικής Μαρμαρυγής, παρουσιάζονται μεγάλες περιόδους ταχυκαρδίας, ο μυς της καρδιάς μπορεί να αδυνατίσει και να εμφανίσει *διατακτική μυοκαρδιοπάθεια* (Σαχανίκη-Καρδάση και Πάνου, 2004; Κρεμαστινός, 2005).

Η σοβαρότερη συνέπεια της Κολπικής Μαρμαρυγής είναι η πιθανή δημιουργία θρόμβου σε κάποιο κόλπο. Στην Κολπική Μαρμαρυγή ο μη φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός έχει σαν αποτέλεσμα το αίμα να μην εξωθείται όσο θα έπρεπε. Επειδή το αίμα δεν εξωθείται σωστά δημιουργείται θρόμβος ο οποίος εισχωρεί στην κυκλοφορία του αίματος και μεταφέρεται συνήθως στον εγκέφαλο. Ο θρόμβος φράσσει τη ροή του αίματος σε ένα μέρος του εγκεφάλου με αποτέλεσμα το σημείο αυτό να μην οξυγονώνεται σωστά. Έτσι προκαλείται αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και βλάβη στον εγκέφαλο. Εάν ο θρόμβος φράξει μια αρτηρία κάποιας άλλης περιοχής, τότε η διακοπή της ροής του αίματος, θα δημιουργήσει βλάβη αλλού, π.χ. στα νεφρά (Κοντόπουλου, 1991; Ακύρου, 2005; Boron και Boulaep, 2008).

Η Κολπική Μαρμαρυγή όμως δεν προκαλεί πάντα θρόμβους. Τα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, τα οποία δεν έχουν κάποια άλλη επιβαρυντική νόσο, όπως διαβήτης, υπέρταση, ιστορικό εγκεφαλικού, αδύναμη κοιλία της καρδιάς, διόγκωση της κολπικής κοιλότητας ή άλλες ανωμαλίες των βαλβίδων της καρδιάς, πάσχουν μόνο από Κολπική Μαρμαρυγή, έχουν πολύ λιγότερο κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό, ακόμη και αν η ασθένεια δεν υποχωρήσει (Κρεμαστινός, 2005). Ωστόσο χρειάζεται λήψη κατάλληλου φαρμάκου για την απομάκρυνση

της πιθανότητας δημιουργίας θρόμβων στους κόλπους και πρόκλησης εγκεφαλικού.

1.4 Επιδημιολογία της Κολπικής Μαρμαρυγής

Η ΚΜ αποτελεί την πιο κοινή καρδιακή αρρυθμία. Συνήθως ξεκινά με επεισόδια παροξυσμικά (Παροξυσμική Κολπική Μαρμαρυγή, ΠΚΜ). Κάποιοι ασθενείς όταν λαμβάνουν αγωγή για τις αρρυθμίες, παρουσιάζουν αποκλειστικά ΠΚΜ. Όμως τα πιο πολλά από τα περιστατικά ΠΚΜ ακολουθούνται από ΚΜ μόνιμης μορφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι η διαφορά της ΠΚΜ με την μόνιμη ΚΜ, είναι ο χρόνος που διαρκούν οι αρρυθμίες. Στην πρώτη περίπτωση η διάρκεια των αρρυθμιών είναι λιγότερη των 7 ημερών, με το μεγαλύτερο πλήθος επεισοδίων να τελειώνουν μέσα σε 48 ώρες. Στην δεύτερη περίπτωση η διάρκεια των αρρυθμιών είναι μεγαλύτερη της μιας εβδομάδος και προοδευτικά παρουσιάζεται ηλεκτροφυσιολογική αναδόμηση και στους δύο κόλπους, καθιστώντας την αρρυθμία σταθερή και πιο μεγάλης διάρκειας. Παρόλα αυτά αν και έχουν γίνει πολυετείς έρευνες, οι κύριοι μηχανισμοί οι οποίοι διέπουν την μετάβαση από την μία φάση στην άλλη, δηλαδή από την παροξυσμική στην μόνιμη, δεν είναι τελείως κατανοητοί και τόσο η θεραπεία όσο και η πρόβλεψη, μπορούν να βελτιωθούν πολύ περισσότερο (Martins et al., 2014; Zoni-Berisso et al., 2014).

Την τελευταία εικοσαετία η ΚΜ συγκαταλέγεται μεταξύ των κυρίαρχων προβλημάτων της δημόσιας υγείας και αιτία αύξησης των δαπανών για την υγεία. Τα ποσοστά εμφάνισης της ΚΜ αυξάνονται λόγω της δυνατότητας που υπάρχει σήμερα αντιμετώπισης χρόνιων καρδιακών, αλλά και άλλων παθήσεων (Zoni-Berisso et al., 2014).

Η ΚΜ εξαρτάται από την ηλικία και το φύλλο. Στις νέες ηλικίες, κάτω των 49 ετών, το ποσοστό εμφάνισης της ανέρχεται σε 0,12 έως 0,16%. Στις ηλικίες 60 με 70 το ποσοστό ανεβαίνει σε 3,7 έως 4,2%, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες άνω των 80 ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 18%, δηλαδή 1,8 στα δέκα άτομα πάσχουν από ΚΜ. Επιπλέον, οι άνδρες προσβάλλονται περισσότερο

από τις γυναίκες, με αναλογία 1,2:1, δηλαδή σε κάθε μια γυναίκα που ασθενεί από ΚΜ, αντιστοιχούν 1,2 άντρες που πάσχουν από την ίδια ασθένεια. Τέλος, ανά 1000 άτομα ετησίως τα περιστατικά ΚΜ κυμαίνονται μεταξύ 0,21 και 0,41, ενώ το 50% των ασθενών εμφανίζει την μόνιμη μορφή της νόσου και 1 στους 4 την εμφανίζει με επεισόδια ΠΚΜ (Zoni-Berisso et al., 2014). Στην Ελλάδα από τους 116.594 κατοίκους ηλικίας >20 ετών που μελετήθηκαν (Δήμος Ιωαννίνων), ο συνολικός επιπολασμός της κολπικής μαρμαρυγής ήταν 1,3% στον πληθυσμό ηλικίας >20 ετών, ενώ στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 40 και 60 ετών ήταν 2% και 3,6% αντίστοιχα. Στον πληθυσμό ηλικίας 80 ετών και άνω, ο επιπολασμός εκτιμάται ότι ήταν 6,8% (Goudevenos J, 1999). Μια μελέτη ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, σε 4 χωριά της βόρειας Ελλάδας, κατέδειξε ότι ο επιπολασμός της μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής ήταν πολύ μεγαλύτερος, 5%, σε άτομα άνω των 65 ετών, 6,6% στους άνδρες και 3,6% στις γυναίκες (Ninios I, et al 2010).

Μεταξύ των ανεξάρτητων παραγόντων εμφάνισης της, εντάσσονται η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αντρικό φύλλο. Ο μηχανισμός, όμως ο οποίος συνδέει το αίτιο με το αποτέλεσμα, ακόμη δεν έχει εξακριβωθεί. Άγνωστες παραμένουν τόσο η αιτιολογία της νόσου, όσο και η εξήγηση της επιδημιολογίας της. Ίσως να μην υπάρχει μόνο μία αιτία εμφάνισης, καθώς η ΚΜ δεν αποτελεί συγκεκριμένη κλινική οντότητα, αλλά είναι αποτέλεσμα διάγνωσης ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), Αποτελεί κύρια αιτία εγκεφαλικού (Δάκος, 2007), άρα οδηγεί σε θνησιμότητα, επίσης έχει σχετιστεί με τις διάφορες μορφές άνοιας και κυρίως την άνοια τύπου Alzheimer (Bunch et al., 2010), για την οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας στις νεότερες ηλικίες.

Η επίδραση την οποία έχει η ΚΜ στη θνησιμότητα και την θνητότητα, συνδυαζόμενη με τις συνέπειες της κοινωνικοοικονομικής της αρρυθμίας (συχνή εισαγωγή στο νοσοκομείο) αποτελέσαν αιτία εντατικής έρευνας και αναζήτησης των μηχανισμών εμφάνισης της.

1.5 Αιτίες εμφάνισης Κολπικής Μαρμαρυγής

Οι συσπάσεις της καρδιάς προκαλούνται από ηλεκτρικό ρεύμα πολύ χαμηλής έντασης, που ξεκινά από μια περιοχή της καρδιάς ειδική, η οποία ονομάζεται *φλεβόκομβος*. Ο φλεβόκομβος αποτελεί τον φυσιολογικό βηματοδότη της καρδιάς και βρίσκεται στον δεξιό κόλπο. Μια ομάδα κυττάρων δημιουργούν τον φλεβόκομβο. Τα κύτταρα αυτά παράγουν ηλεκτρικό ρεύμα, το οποίο διαμοιράζεται από ειδικές κυτταρικές οδούς, διεγείροντας ολόκληρη την καρδιά και κάνοντας την να χτυπά όπως το ρολόι. Αν ο φλεβόκομβος παρουσιάσει πρόβλημα, τότε δημιουργούνται διάφορες ηλεκτρικές εστίες, οι οποίες δουλεύουν μη οργανωμένα, μη καταφέρνοντας να προκαλέσουν συστολή των κόλπων, που είναι απαραίτητη για την σωστή προώθηση του αίματος (Toh et al., 2010).

Η εμφάνιση της ΚΜ συμπίπτει με την ανάπτυξη μη φυσιολογικών ηλεκτρικών κυκλωμάτων, μέσα στους δύο κόλπους της καρδιάς, με συνέπεια η καρδιά να αναγκάζεται να χτυπά γρήγορα και ακατάστατα. Οι κοιλίες και οι κόλποι συστέλλονται ακανόνιστα με συνέπεια να προκύπτει χτύπημα της καρδιάς αποδιοργανωμένο, οι κόλποι να χτυπούν χαοτικά και οι χτύποι να φτάνουν τους 150 με 200 το λεπτό. Ο σφυγμός σε τέτοιες καταστάσεις είναι τελείως άρρυθμος, από όπου και η παλαιότερη ονομασία της πάθησης «*πλήρης αρρυθμία*» (Δάκος, 2007).

Η Κολπική Μαρμαρυγή μπορεί να είναι ιδιοπαθής, δηλαδή χωρίς παθολογικό υπόστρωμα, μπορεί όμως να είναι και δευτεροπαθής, δηλαδή να αποτελεί εύρημα κάποιας άλλης πάθησης, κυρίως καρδιοπάθειας. Μεταξύ των πιθανών καρδιακών αιτίων, συγκαταλέγονται οι ρευματικές βαλβιδοπάθειες, η καρδιακή ανεπάρκεια, οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η μυοκαρδίτιδα, κ.ά. Υπάρχουν όμως και μη καρδιακά αίτια, όπως η θυρεοτοξίκωση, ο υπερθυρεοειδισμός, οι λοιμώξεις των πνευμόνων, η υπερβολική κατανάλωση ποτών αλκοολούχων, όπως και διάφορα φάρμακα (Κοντόπουλου, 1991; Τούτουζας και συν., 2001).

Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της Κολπικής Μαρμαρυγής είναι η υπέρταση, ενώ μέτριοι παράγοντες κινδύνου είναι ο διαβήτης, η ηλικία άνω των 75 ετών, η καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και το

χαμηλό κλάσμα (<35%) εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ESC Guidelines, 2010). Συνηθισμένα συμπτώματα της Κολπικής Μαρμαρυγής περιλαμβάνουν δύσπνοια, πόνο στο στήθος, κούραση, ζαλάδα, διαταραχές ύπνου (Braganca et al., 2009). Σύμφωνα με τον Γαβριηλίδη (2013), η Κολπική Μαρμαρυγή συνοδεύεται επίσης από αυξημένη συχνότητα θρομβοεμβολικών συμβαμάτων, καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιακή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, αλλά και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής και μειωμένης ικανότητας προς άσκηση.

1.6 Μορφές Κολπικής Μαρμαρυγής

Με βάση τη διάρκεια, τη συχνότητα εμφάνισης και τον τρόπο τερματισμού των αρρυθμικών επεισοδίων διακρίνονται στις εξής μορφές κλινικών συνδρόμων Κολπικής Μαρμαρυγής (Ζαβός, 2015; Πυργάκης, 2015):

1. **Η παροξυσμική**, η οποία διαρκεί λιγότερο από μία εβδομάδα και η αποκατάσταση της γίνεται χωρίς κάποια ιατρική παρέμβαση ή φαρμακευτική αγωγή.
2. **Εμμένουσα**, η οποία διαρκεί περισσότερο από μία εβδομάδα ή απαιτείται φαρμακευτική ή ηλεκτρική ανάταξη για τη διακοπή της. Αντιστοιχεί στο 25% των περιπτώσεων κολπικής μαρμαρυγής και η επίπτωση της εξέλιξης σε χρόνια κολπική μαρμαρυγή ανέρχεται σε 12%/διετία.
3. **Η μόνιμη**, η οποία διαρκεί περισσότερο από ένα έτος και χρίζει άμεσης ιατρικής παρακολούθησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιτευχθεί αποκατάσταση του φυσιολογικού φλεβοκομβικού ρυθμού (θεραπεύσιμη), ενώ σε άλλες είναι αδύνατο (μόνιμη).

Τελευταία έχουν δοθεί κάποιοι νέοι ορισμοί των μορφών της ΚΜ, οι ακόλουθοι:

- Πρωτοδιαγνωσθείσα ΚΜ
- Επί μακρόν εμμένουσα ΚΜ (διάρκεια μεγαλύτερη του ενός έτους)\
- Παροξυσμική ΚΜ (διαρκεί περίπου 48 ώρες)
- Σιωπηλή ΚΜ

Πολλές φορές ένας ασθενής μπορεί από το ένα είδος να μεταπίπτει στο άλλο, σε διάφορα διαστήματα χρονικά.

1.7 Συμπτώματα και επιπλοκές Κολπικής Μαρμαρυγής

Όταν οι άρρυθμοι σφυγμοί έχουν συχνότητα από 70 μέχρι 100 χτύπους το λεπτό σε κατάσταση ηρεμίας, η ΚΜ δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Εάν όμως η συχνότητα ξεπεράσει τα προηγούμενα όρια και κυρίως ξεπεράσει τους 130 παλμούς, τότε εμφανίζει έντονα συμπτώματα. Όταν οι χτύποι ξεπεράσουν τους 170 με 200 το λεπτό, τότε ο ασθενής μπορεί να υποστεί οξύ πνευμονικό οίδημα ή να πέσει η πίεση του και να λιποθυμήσει. Όταν η ΚΜ είναι γρήγορη μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια, κόπωση, ζαλάδα ή πόνο στο στήθος. Το πιο συνηθισμένο πάντως σύμπτωμα είναι το αίσθημα παλμών, δηλαδή ένα φτερούγισμα ή ταχυπαλμία στο στήθος (Θερμόπουλος, 2015).

Οι επιπλοκές της ΚΜ είναι πιο σημαντικές από τα συμπτώματα. Καθώς η λειτουργία των κόλπων υποβοηθά την καρδιακή συστολή, εάν παύσει η λειτουργία τους λόγω κολπικής μαρμαρυγής, η συστολή της καρδιάς γίνεται μόνο από τις κοιλίες, οι οποίες ασκούν το κυρίως καρδιακό έργο. Όμως, δίχως τις κολπικές συστολές η καρδιά χτυπά, αλλά λιγότερο αποτελεσματικά και μπορεί η ικανότητα της να σπρώχνει το αίμα να μειωθεί από 20 μέχρι 30%. Η ΚΜ η οποία συνδυάζεται με γρήγορη καρδιακή συχνότητα που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να προκαλέσει αδυναμία του καρδιακού μυός και συνεπώς καρδιακή ανεπάρκεια (Δάκος, 2007).

Άλλη επιπλοκή της ΚΜ είναι η αύξηση του κινδύνου δημιουργίας θρόμβου σε έναν από τους κόλπους της καρδιάς, καθώς οι κόλποι λόγω μη σωστής συστολής, εγκλωβίζουν το αίμα, το οποίο μπορεί να παραμείνει ακίνητο σε κάποια περιοχή τους. Το στάσιμο αίμα είναι δυνατόν να πήξει και να σχηματίσει θρόμβους, κυρίως στον αριστερό κόλπο, μέσα στον οποίο υπάρχει μια πτυχή (ωτίον) η οποία μοιάζει με κρύπτη και το αίμα που λιμνάζει εκεί μπορεί να δημιουργήσει θρόμβο, ο οποίος μπορεί να εκτοξευθεί με μορφή εμβόλου. Όταν ο θρόμβος εισέλθει στην κυκλοφορία, δύναται να προκαλέσει

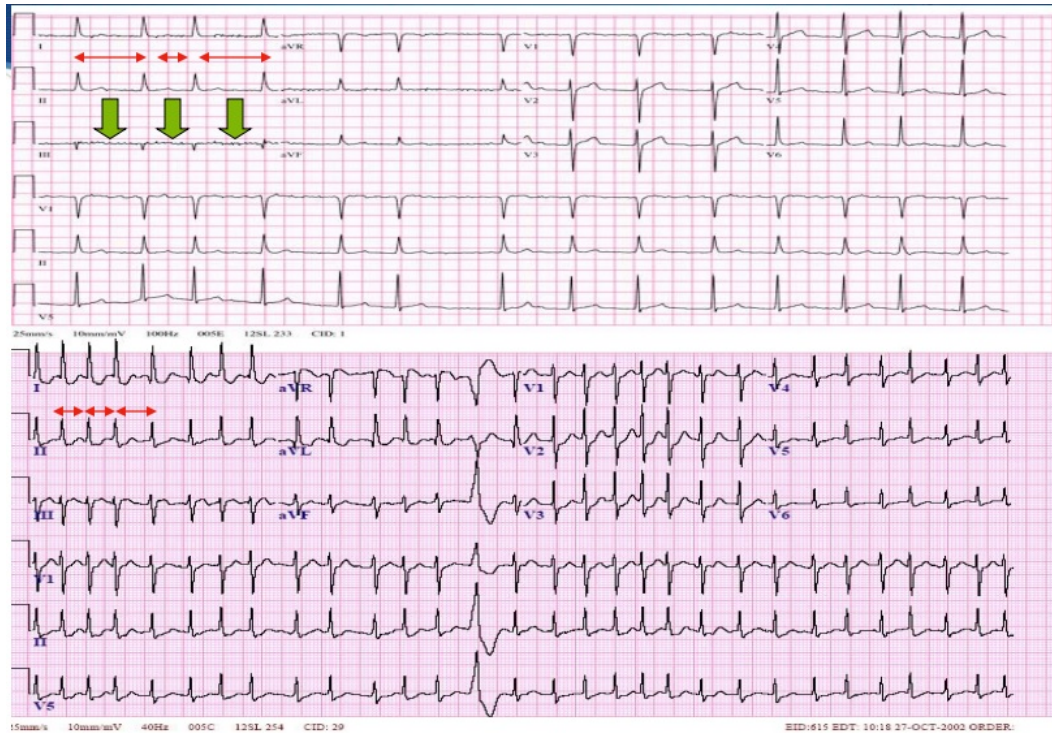
περιφερικό εμβολικό επεισόδιο, αυξάνοντας τις πιθανότητες για εγκεφαλικό σε άτομα με ΚΜ κατά 5 έως 7 φορές (Ζαβός, 2015).

1.8 Διάγνωση της Κολπικής Μαρμαρυγής

Η διάγνωση της ΚΜ γίνεται με βάση την κλινική εξέταση, δηλαδή την ακρόαση του ανώμαλου καρδιακού ρυθμού. Ένα απλό καρδιογράφημα αρκεί για την διάγνωση της μόνιμης ΚΜ (Εικόνα 1). Πρόβλημα αρχίζει να υφίσταται όταν η ΚΜ είναι παροξυσμικής μορφής (ΠΚΜ), οπότε ίσως χρειαστεί η τοποθέτηση holter ρυθμού, δηλαδή η τοποθέτηση ενός καταγραφέα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος για 24 ώρες. Ενδείκνυται ακόμη και το υπερηχοκαρδιογράφημα, παράλληλα με αιματολογικές εξετάσεις, έλεγχο ηλεκτρολυτών και εξετάσεις για τον θυρεοειδή (Ζαβός, 2015; Θερμόπουλος, 2015).

Η πιθανότητα εμφάνισης ΚΜ αυξάνει παρουσία άλλης καρδιακής νόσου. Εκτός από την ηλικία, επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΚΜ, αποτελούν και άλλα προβλήματα υγείας, όπως οι λοιμώξεις, οι πνευμονοπάθειες, ο υπερθυρεοειδισμός, κ.ά. Εκείνο που πρέπει να γνωρίζουν οι πάσχοντες από ΚΜ, είναι ότι η συγκεκριμένη ασθένεια δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά ύπαρξη οργανικής καρδιακής νόσου.

Γενικά το κάπνισμα πρέπει να αποφεύγεται. Σε έρευνα την οποία δημοσίευσε το περιοδικό *Circulation*, παρακολούθηθηκαν για 17 χρόνια, 15000 ασθενείς. Η μελέτη κατέληξε ότι το 57% το σύνολο των επεισοδίων της ΚΜ σχετίζεται με το κάπνισμα, την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και την αρτηριακή υπέρταση. Σχέση επίσης φαίνεται να έχει και η διατροφή. Το αλκοόλ και η καφεΐνη συμβάλουν στον ταχύ ρυθμό των κόλπων, για αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται μετά την αποκατάσταση της ΚΜ (Θερμόπουλος, 2015).



Εικόνα 1.1. Καρδιογράφημα για την διάγνωση της ΚΜ

Πηγή: Θερμόπουλος, 2015

1.9 Θεραπεία της Κολπικής Μαρμαρυγής

Εάν η ΚΜ οφείλεται σε υπερδραστηριότητα του θυρεοειδή, τότε απαιτείται κατάλληλη θεραπεία ή συγκεκριμένη αντιμετώπιση. Άτομο εμφανίζουν γρήγορο καρδιακό ρυθμό κατά τη διάρκεια της ΚΜ, συνήθως θεραπεύονται με φάρμακα που στοχεύουν στη μείωση της ηλεκτρικής μετάδοσης των ερεθισμάτων στην κοιλία, από τον κολποκοιλιακό κόμβο. Τα φάρμακα για την θεραπεία της ΚΜ έχουν σα βασικό χαρακτηριστικό τους βήτα αναστολείς, τους αναστολείς διαύλου ασβεστίου και δακτυλίτιδας. Οι πιο πολλοί συνηθίζουν στο να κτυπά η καρδιά τους με ακανόνιστο ρυθμό όταν αυτός δεν είναι πολύ γρήγορος. Υπάρχουν άτομα που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή. Αν τα συμπτώματα συνεχίζονται παρά τη θεραπεία, τότε ο γιατρός θα πρέπει να αλλάξει την αγωγή ή ακόμη να προχωρήσει σε αγωγή χωρίς χρήση φαρμάκων (Parageorgiou et al., 1996; Κρεμαστινός, 2005).

Η συνηθέστερη θεραπεία χωρίς φάρμακα, είναι η διακοπή του κολποκοιλιακού ερεθισματοαγωγού συστήματος (διακοπή ραδιοσυχνότητας με

καθετήρα). Με τον τρόπο αυτό εμποδίζεται η μετάδοση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων μεταξύ της άνω και κάτω κοιλότητας της καρδιάς. Στη συνέχεια ο έλεγχος του καρδιακού ρυθμού γίνεται από έναν εμφυτεύσιμο βηματοδότη. Οι κόλποι μετά την διακοπή παραμένουν σε μαρμαρυγή και χρειάζεται μακροχρόνια χρήση αιμολυτικών φαρμάκων. Στη διακοπή ραδιοσυχνότητας τοποθετείται έναν καθετήρα, ειδικά σχεδιασμένος, κοντά στον κολποκοιλιακό κόμβο και μεταδίδεται μια ειδική μορφή ενέργειας στον ιστό της καρδιάς. Η ενέργεια δημιουργεί ουλώδη ιστό και έτσι επουλώνει το σημείο και εμποδίζει με αυτόν τον τρόπο την μετάδοση ηλεκτρικών ερεθισμάτων (Ζαβός, 2015).

Η μέθοδος είναι αποτελεσματική στις περισσότερες των περιπτώσεων όταν δεν φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, μπορούν να εφαρμοστούν εναλλακτικές θεραπείες. Μια τέτοια θεραπεία είναι η διαδικασία Maze, που απαιτεί επέμβαση ανοιχτής καρδιάς, όμως γίνεται προσπάθεια η μέθοδος να εξελιχτεί, ώστε να γίνεται και με καθετήρα. Υπάρχουν και άλλες τεχνικές οι οποίες βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, τέτοιες τεχνικές είναι: η χρήση εμφυτεύσιμων κολπικών απινιδωτών και κάποιες άλλες τεχνικές σχετικές με την λειτουργία των κόλπων (Κοντόπουλου, 1991; Σαχανίκη-Καρδάση και Πάνου, 2004).

Συνοψίζοντας τις θεραπείες της ΚΜ και στην προσπάθεια ταξινόμησης τους, αναφέρονται τα παρακάτω. Οι θεραπείες της ΚΜ στοχεύουν στις εξής τρεις παραμέτρους (Boron & Boulpraep, 2008):

1. Τον έλεγχο της συχνότητας. Επιτυγχάνεται με την δακτυλίτιδα, που πολλές φορές συνδυάζεται με β-αναστολείς ή βεραπαμίλη.
2. Την πρόληψη των εμβολικών επιπλοκών. Επιτυγχάνεται με αντιπηκτική θεραπεία (βαρφαρίνη, κ.ά.) ή εναλλακτικά με ασπιρίνη ή και κλοπιδογρέλη. Ειδικό score υπολογίζει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου και την αντίστοιχη αντιπηκτική αγωγή. Ο αιματολογικός δείκτης INR ελέγχει την πήκτικότητα του αίματος.
3. Την αποκατάσταση και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Αυτό επιτυγχάνεται με ηλεκτρική καρδιομετατροπή της ΚΜ. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και αντιαρρυθμικά φάρμακα. Η αποκατάσταση είναι συνάρτηση της χρονιότητας και του υποστρώματος, δηλαδή αν υπάρχει

καρδιακή ή μη καρδιακή υποκείμενη νόσος. Με χρόνια χορήγηση φαρμάκων αντιαρρυθμικών, όπως προπαφαιρόνη και αμιωδαρόνη, επιτυγχάνεται η διατήρηση του ρυθμού. Στην περίπτωση ΠΚΜ καλύτερη επιλογή είναι η ηλεκτρική κατάλυση των εστιών στους κόλπους που βρίσκονται γύρω από τις πνευμονικές φλέβες (ablation πνευμονικών φλεβών).

1.10 Προφύλαξη από την νόσο

Η προφύλαξη στην ΚΜ αφορά κυρίως την προφύλαξη από τα εμβολικά επεισόδια (εγκεφαλικά) όπως έχει ήδη αναφερθεί. Σε κάθε περίπτωση η πιστή εφαρμογή των οδηγιών που λαμβάνονται από τον θεράποντα ιατρό, είναι απολύτως απαραίτητη, ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές της αρρυθμίας και κατά συνέπεια των εμβολικών επεισοδίων, εφαρμόζοντας πιστά την φαρμακευτική αγωγή, αλλά και την διατροφή η οποία συνιστάται στον ασθενή (Καρόγιαννης & Καρόγιαννης, 2011).

Ως προς την διατροφή οι ασθενείς με ΚΜ, θα πρέπει να προσέξουν την μη πήξη του αίματος, λόγω των θρομβώσεων. Το διαιτολόγιο του ασθενούς θα πρέπει να έχει συνταχθεί με τέτοιο τρόπο, που να μην στερεί τρόφιμα αγαπητά στον ασθενή, ταυτόχρονα όμως με το εξατομικευμένο διαιτολόγιο, να του εξασφαλίζει ποιότητα ζωής, χωρίς εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου (Πυργάκης, 2015).

Ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο για έναν ασθενή με ΚΜ, θα πρέπει να μην περιέχει τρόφιμα τα οποία εμφανίζουν πηκτική δράση, όπως αυτά τα οποία περιέχουν την λιποδιαλυτή βιταμίνη Κ-κινόνη, τα οποία είναι: τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά (σπανάκι, λάχανα, παντζάρι, κουνουπίδι, μπρόκολο), ειδικά όταν μαγειρευτούν, το σογιέλαιο και το συκώτι. Τρόφιμα τα οποία περιέχουν σε μικρή ποσότητα βιταμίνη Κ, επιτρέπεται να καταναλώνονται σε φυσιολογικές ποσότητες. Τέτοια τρόφιμα είναι ο μαϊντανός, το ακτινίδιο, το μαρούλι και κάποια είδη βατόμουρων (Καρόγιαννης & Καρόγιαννης, 2011). Τέλος, συνιστάται περιορισμός του αλκοόλ και πλήρης διακοπή της χρήσης καπνού,

καθώς και τα δύο αυξάνουν τους παλμούς της καρδιάς, όταν καταναλώνονται σε αυξημένες ποσότητες.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

2.1 Ποιότητα ζωής

Στη σύγχρονη εποχή, η επιστήμη της ιατρικής δεν εστιάζει αποκλειστικά στις πρακτικές ή τις θεραπείες των ασθενών αλλά και στις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην ποιότητα της ζωής ενός ασθενή. Έτσι έχει διαμορφωθεί το επιστημονικό πεδίο της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών, μέσω του οποίου ουσιαστικά διαμορφώνεται ένα πλαίσιο με βάση την υποκειμενική άποψη του ασθενή και την εμπειρία του από μία θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους εξωτερικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ζωή του και ειδικότερα την ποιότητα της (Januzzi and Pasternak, 2007). Συνδυάζονται με αυτόν τον τρόπο τόσο οι αντικειμενικοί όσο και οι υποκειμενικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ενός ασθενή. Για να πραγματοποιηθεί μία μελέτη ποιότητας ζωής των ασθενών, είναι απαραίτητο να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο μελέτης που να περιλαμβάνει την θεωρητική προσαρμογή καθώς και την κατάλληλη μεθοδολογία μέτρησης των υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Jackson, 2011).

Είναι γενικώς αποδεκτό, πως δεν υπάρχει ένας κοινός και απόλυτα δεκτός ορισμός, για την ποιότητα ζωής – παρόλα αυτά, η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί, ως το λειτουργικό αποτέλεσμα μιας ασθένειας και της επακόλουθης θεραπείας της πάνω σε ένα ασθενή, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή (Coelho et al., 2005). Σύμφωνα με τους Gill και Feinstein (1994), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής αντιδρά και αντιλαμβάνεται την ποιότητα της υγείας του και κατά συνέπεια την κατάσταση της υγείας του. Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη που έχει ο άνθρωπος, σχετικά με τη θέση που

κατέχει ως προς το σύστημα αξίων της κοινωνίας, μέσα στην οποία ζει και δραστηριοποιείται (Νάκου, 2001). Σύμφωνα με τους Sabbah et al. (2013), η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ευημερία ενός ατόμου, σε σωματικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο, διαστάσεις που του επιτρέπουν να ζει μία ικανοποιητική και σταθερή ζωή.

Στη σύγχρονη εποχή ο ορισμός της ποιότητας ζωής έχει αλλάξει από τα αρχαία χρόνια και συνδέεται κυρίως με το βιοτικό επίπεδο των ατόμων ή το επίπεδο διαβίωσης τους. Αυτό είναι φυσικό καθώς οι ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου έχουν αλλάξει και οι περισσότερες κοινωνίες είναι καταναλωτικές. Επίσης, στη σύγχρονη εποχή, η ποιότητα ζωής συνδέεται και με άλλες έννοιες οι οποίες δεν υπήρχαν κάποιες δεκαετίες πριν, όπως ο ελεύθερος χρόνος, η παιδεία, η αναψυχή και η κοινωνικοποίηση των ατόμων. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως η έννοια της ποιότητας ζωής αλλάζει και διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του ανθρώπου και τις τάσεις της εποχής (Αλμπάνη, 2007). Επίσης, η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να αλλάζει ανάλογα με τις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου, καθώς για κάποιους η ποιότητα ζωής μπορεί να ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα για κάποιους η ποιότητα ζωής μπορεί να συνδέεται με την καθημερινότητα τους, με την οικονομική τους κατάσταση, με τις παροχές του κράτους σε κοινωνικά ζητήματα ή θέματα που αφορούν την υγεία, ή ακόμα με την πλουσιοπάροχη ζωή ή τις πολιτιστικές και κοινωνικές τους δραστηριότητες (Σαρρής, 2001; Αλμπάνη, 2007).

Παρόλο που η ερμηνεία της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι διαφορετική από διαφορετικά άτομα, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που είναι γενικά αποδεκτοί σχετικά με αυτή. Τέτοιοι παράγοντες είναι η μείωση και εξάλειψη της εγκληματικότητας, η προστασία του περιβάλλοντος, η μείωση της διαφθοράς καθώς και άλλων συνθηκών διαβίωσης που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ζωή των ατόμων (Αλμπάνη, 2007). Επίσης, άξιο αναφοράς είναι πως η ποιότητα ζωής μπορεί να συνδέεται για το κάθε άτομο με τις προσωπικές του αντιλήψεις και συμπεριφορές και να επηρεάζεται από ψυχολογικούς, οικονομικούς, πνευματικούς, πολιτικούς και άλλους παράγοντες της καθημερινότητας. Η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να επηρεαστεί από τις προσωπικές απόψεις του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση των

κοινωνικών ή οικογενειακών παραγόντων που επηρεάζουν την καθημερινότητα του (Νάκου, 2001).

Ο κάθε άνθρωπος κρίνει με διαφορετικό τρόπο την ποιότητα της ζωής του, ανάλογα με τις προσωπικές του αντιλήψεις και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Ειδικότερα, ο άνθρωπος ανάλογα με την ηλικία του, το υφιστάμενο επίπεδο της υγείας του, το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει καθώς και τις προσδοκίες του, διαμορφώνει διαφορετική αντίληψη για την ποιότητα της ζωής του (Νάκου, 2001). Πιο απλά, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα υγείας μπορεί να θεωρούν ότι δεν επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους καθώς δεν επηρεάζουν τις λειτουργίες τους, σε αντίθεση με νεότερα άτομα που κάποια προβλήματα θα μπορούσαν να επηρεάσουν την καθημερινότητά τους και τις λειτουργίες που αναπτύσσουν σε αυτή.

Συνεπώς, πέρα από την ποιότητα υγείας, αναπτύσσεται και ένας άλλος ορισμός, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η οποία στηρίζεται σε τρεις βασικούς άξονες, εκ των οποίων ο πρώτος είναι η υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, ο δεύτερος, η επίδραση της κατάστασης της υγείας του ατόμου στη λειτουργικότητά του και τέλος ο περιορισμός της λειτουργικότητας στις εκφάνσεις της ζωής, οι οποίες είναι αναγκαίες ώστε το άτομο, να μπορέσει να επιτύχει τους στόχους που έχει θέσει. Συνηθέστερα, η έννοια ποιότητα ζωής συνδέεται με την ευεξία, η οποία εμφανίζεται, είτε ως αντικειμενικός παράγοντας της ζωής ενός ατόμου, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων (Gill & Feinstein, 1994; Ζυγά και συν., 2008).

Στις περιπτώσεις όπου μελετάται η ποιότητα ζωής των ασθενών ουσιαστικά λαμβάνονται υπόψη παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ζωή των ασθενών σε σχέση με την ασθένεια τους (Townsend-White et al., 2012). Όταν ένας ασθενής λαμβάνει μία θεραπεία, μπορεί να αυξήσει τα χρόνια ζωής του αλλά αυτό δεν είναι μόνο το ζητούμενο. Αυτό που απασχολεί την ιατρική κοινότητα είναι αν τα χρόνια αυτά που ζουν οι ασθενείς είναι ποιοτικά ή προκαλούν άλλα προβλήματα στους ασθενείς και στην καθημερινότητά τους. Αν

και αρχικά η ποιότητα ζωής των ασθενών συνδεόταν με βάση μετρήσεις σχετικές με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα, πλέον συνδέονται και με την ποιότητα σε σχέση με την υγεία των ασθενών (Townsend-White et al., 2012).

Οι Townsend-White et al., (2012), ορίζουν την ποιότητα ζωής ως τη «διαφορά μεταξύ της ιδανικής και της πραγματικής κατάστασης μιας κοινωνίας ή κοινότητας με αυτή να μπορεί να οριστεί ως η μέτρηση των παραγόντων καθώς και το πώς αυτοί αξιολογούνται από τους κατοίκους τονίζοντας την σημασία που προσδίδουν οι κάτοικοι στους παράγοντες αυτούς». Επίσης, στην έρευνα τους συνδέουν την έννοια της αστικοποίησης με την ποιότητα ζωής. Υποστηρίζουν πως η αστικοποίηση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής, επειδή οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων σε μία πόλη συνδέονται με την άσχημη ποιότητα ζωής, με τις ψυχολογικές διαταραχές που προκαλούνται, με την μειωμένη κοινωνική ζωή, με υψηλά επίπεδα μοναξιάς και άλλων διαταραχών όπως το άγχος (Townsend-White et al., 2012).

Στην έρευνα του Jackson (2011), η έννοια της ποιότητας ζωής αναφέρεται ως μία σύνθετη έννοια με πολλές και διαφορετικές διαστάσεις όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι κοινωνικές δραστηριότητες, οι συναισθηματικές καταστάσεις των ατόμων, η προσωπική ανάπτυξη και προοπτική καθώς και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η ιατρική κοινότητα όπως προαναφέρθηκε, τα τελευταία χρόνια έχει προσπαθήσει να μελετήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα κυριότερα μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για την μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών τα οποία είναι το μοντέλο ικανοποίησης, το μοντέλο συνδυασμού ικανοποίησης και σημαντικότητας και τέλος το μοντέλο κοινωνικών ρόλων και λειτουργικότητας (Ζυγά και συν., 2008; Jackson, 2011).

Για τον λόγο αυτό εισήχθηκαν δείκτες για τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας μέσω της συνεκτίμησης και ποσοτικής έκφρασης κοινωνικών, ψυχικών και βιολογικών παραμέτρων που για τις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις η προσέγγιση αυτή είναι ανέφικτη. (Αμπραχίμ και Παπανικολάου, 2009). Οι συχνότεροι χρησιμοποιούμενοι δείκτες για την αξιολόγηση και σύγκριση του επιπέδου υγείας είναι οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να εκφράσουν την

συχνότητα ή την έκβαση ποικίλων παθολογικών καταστάσεων ή νόσων στους διάφορους πληθυσμούς και επιτρέπουν τοπικές και διεθνείς συγκρίσεις (Ιωαννίδης, 2007). Για την Ευρωπαϊκή Διάσταση της Ποιότητας Ζωής, η στρατηγική της Λισαβόνας διαμορφώνει ένα κοινό πλαίσιο δημόσιας πολιτικής για την επίτευξη των στόχων της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής. Μάλιστα, εκπρόσωποι των κοινωνικών επιστημών υποστήριξαν ότι η κοινωνική ποιότητα αποτελεί βασική συνιστώσα για τη χάραξη της ευρωπαϊκής πολιτικής (Υφαντόπουλος, 2007; Αμπραχίμ και Παπανικολάου, 2009).

Συνεπώς, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών σχετίζεται με τον τρόπο που ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την πραγματική του κατάσταση, όπως είναι η εμπειρία που έχει βιώσει λόγω της εκδήλωσης και της εξέλιξης μίας νόσου (Coelho et al., 2005). Διαφορετικά, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί τον καθρέφτη της ευημερίας που αισθάνεται ένα άτομο σε πνευματικό και σωματικό επίπεδο, κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων του (Dunderdale et al., 2007).

Η έννοια της ποιότητας ζωής σχετίζεται όχι μόνο με την ευημερία ενός ατόμου σε προσωπικό επίπεδο, αλλά με την ευρύτερη ευημερία και ανάπτυξη της κοινωνίας, καθώς συνδέεται με τη σωματική, την κοινωνική και την ψυχική υγεία των ατόμων, που αποτελούν μέρος της κοινωνίας αυτής (Αμπραχίμ και Παπανικολάου, 2009). Διάφοροι είναι οι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν έναν άνθρωπο ως προς το επίπεδο της υγείας του και την ποιότητα ζωής που απολαμβάνει. Τέτοιοι παράγοντες είναι το εισόδημα του, οι περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες, ο τρόπος και οι συνθήκες εργασίας, το μέρος και η ποιότητα της κατοικίας του, η διατροφή, το εκπαιδευτικό σύστημα, το μορφωτικό επίπεδο, ο γενικότερος τρόπος ζωής, οι κοινωνικές σχέσεις, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθώς και η νοσοκομειακή περίθαλψη κ.τ.λ (Σαρρής, 2001).

2.2 Έννοια και μέτρηση της ποιότητας ζωής

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την έννοια της ποιότητας ζωής και οι οποίοι μπορούν να αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Για να μπορέσει να γίνει σωστή μέτρηση της ποιότητα ζωής είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένοι δείκτες, οι οποίοι πρέπει να διαχωριστούν σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες. Οι υποκειμενικοί δείκτες εξετάζουν την ευημερία των ατόμων και την ικανοποίηση που νιώθουν από το περιβάλλον στο οποίο ζουν και δρουν, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις όπως οι ατομικές διαφορές, τις προδιαθέσεις γενετικού τύπου, τις δυναμικές των συμπεριφορών, τις δραστηριότητες τους και τις διαφορετικές προσωπικότητες τους (Υfantopoulos, 2001).

Από την άλλη μεριά, οι αντικειμενικοί δείκτες αφορούν την ικανοποίηση που νιώθουν τα άτομα σχετικά με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις τους. Περιλαμβάνονται επίσης οι κοινωνικές διαστάσεις, η εθνική και κοινωνική ταυτότητα των συμμετεχόντων, τα συλλογικά και ατομικά δικαιώματα, η υγειονομική κατάσταση και οι πιθανές δυνατότητες συνεχιζόμενης βελτίωσης του επιπέδου διαβίωσης. Όπως είναι φυσικό, στον κλάδο της υγείας η ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να αξιολογείται με βάση την ικανοποίηση του ή την δυσαρέσκεια που μπορεί να νιώθει με την ζωή του σε σχέση με τους στόχους και προοπτικές που έχει κάθε χρονική στιγμή της ζωής του (Ζυγά και συν., 2008; Αμπραχίμ και Παπανικολάου, 2009).

2.3 Η σχέση Υγείας και Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής και η υγεία εξαρτώνται και από την ευεξία και ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου. Ειδικότερα, άλλοι παράγοντες, που μπορούν να συσχετιστούν με την υγεία, είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση, η αυτογνωσία και η ηθική. Οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου και η υγεία είναι πολλοί και οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι: οι κλιματικές συνθήκες, το εισόδημα, ο τρόπος ζωής, η εκπαίδευση, η διατροφή, οι συνθήκες εργασίας, η ιατροφαρμακευτική παροχή και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου (Κυριόπουλος, 2010).

Σημαντικός παράγοντας είναι το εισόδημα καθώς μπορεί να επηρεάσει το προσδόκιμο ζωής, την βρεφική θνησιμότητα και άλλες μεταβλητές που συνδέονται με την υγεία ανάλογα με το ύψος εισοδήματος των ατόμων. Εξίσου σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής και την υγεία του ανθρώπου είναι και οι συνθήκες εργασίας καθώς δημιουργούνται ανισότητες μεταξύ μιας νόσου και τον θάνατο όπως για παράδειγμα τα εργατικά ατυχήματα (Υφαντόπουλος, 2007).

Η ανεργία και η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει διαπιστωθεί πως είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η απειλή απώλειας της εργασίας μπορεί να προκαλέσει αύξηση της θνησιμότητας ή της νοσηρότητας. Η αύξηση της ανεργίας μπορεί επίσης να επηρεάσει την θνησιμότητα καθώς και να προκαλέσει άλλες ψυχικές διαταραχές (Πατελάρου & Βιβιλάκη, 2008). Η διατροφή είναι ακόμη ένας παράγοντας που επηρεάζει την υγεία. Ειδικότερα, στις σύγχρονες κοινωνίες ο συνδυασμός κακής διατροφής με τις πολλές ώρες που αφιερώνει ο άνθρωπος σε καθιστική ζωή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας. Επιπρόσθετά, το κάπνισμα και το αλκοόλ μπορεί να επηρεάσουν την υγεία καθώς προκαλούν πρόβλημα καρδιοπάθειας ή και μορφές καρκίνου (WHO, 1979).

2.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Επίσης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, προκαλούν αναπηρίες στους ασθενείς, που μπορούν να τους προκαλέσουν σημαντικά προβλήματα, τα οποία μειώνουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, είναι πολύ πιθανό, οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα να μη βιώνουν μία ομαλή ζωή καθώς αντιμετωπίζουν πολλές επιπτώσεις των νοσημάτων που σχετίζονται με πολλαπλές διαστάσεις της καθημερινότητας (Βεσκούκη και συν., 2011).

Σύμφωνα με τους Aliot et al. (2014) οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα έχουν αξιολογήσει τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) στους συμπτωματικούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν δυσανεξία ή αντοχή στην αντιαρρυθμική θεραπεία, ή εκείνους που αντιμετωπίστηκαν με εκτομή (Αμπραχιμ και Παπανικολάου, 2009). Η επίδραση της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) στην καθημερινότητα στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν λιγότερο έντονα προβλήματα, ή στους ασυμπτωματικούς ασθενείς δεν είναι, συνεπώς, επαρκώς γνωστή ή κατανοητή. Επίσης, εμπόδια για τις μελέτες, οι οποίες αξιολογούν άμεσα την ΣΥΠΖ, έχουν αποτελέσει τα μικρά μεγέθη δείγματος και η έλλειψη ομάδων ελέγχου (Ζυγά και συν., 2008). Ένας επιπλέον παράγοντας σύγχυσης κατά την αξιολόγηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΜ είναι η παρουσία συνοδών καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η καρδιαγγειακή νόσος, παρά η κολπική δυσρυθμία, μπορεί να κυριαρχήσει στις ανησυχίες του ασθενή σχετικά με την υγεία. Είναι, επομένως, σημαντικό στις κλινικές έρευνες να γίνει διαχωρισμός της επίδρασης της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με ΚΜ, από εκείνη σε ασθενείς με άλλες καρδιακές παθήσεις. Οι έρευνες περιορίστηκαν επίσης από συστηματικά σφάλματα, τα οποία προκλήθηκαν από ερωτηματολόγια, τα οποία δεν ήταν αυτοδιαχειριζόμενα από ασθενείς (Aliot et al., 2014).

Επί του παρόντος, η διαχείριση της ΚΜ έχει ως στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων και την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών που σχετίζονται με την ΚΜ. Είναι σημαντικό, επομένως, η διαχείριση και θεραπεία της ΚΜ να λαμβάνει υπόψη της, όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά επίσης και τους ατομικούς παράγοντες των ασθενών, όπως η ψυχολογική ευεξία (Januzzi and Pasternak, 2007). Οι ασθενείς με ΚΜ είναι γνωστό ότι βιώνουν ψυχολογική καταπόνηση, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως άγχος και/ή κατάθλιψη, οδηγώντας ενδεχομένως σε αυξημένη θνησιμότητα, νοσηρότητα, και χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Το ένα τρίτο των ασθενών με ΚΜ, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν εμφανή συμπτώματα, και δεν έχουν γνώση της πάθησής τους, θα αναφέρουν χαμηλότερη ΠΖ από ό, τι οι αντίστοιχοι ασθενείς με φλεβοκομβικό ρυθμό. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς σε επιλεγμένους πληθυσμούς παρουσιάζουν επεισόδια σιωπηλής ΚΜ (Aliot et al., 2014).

Με βάση όσα αναφέρουν οι Aliot et al. (2014), στην αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων, τα οποία προκύπτουν από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στην ΚΜ, έχει συμπεριληφθεί η ανεκτικότητα στην άσκηση, και η διάρκεια του ρυθμού μετά την ανάταξη ως καταλήξεις της έρευνας. Ωστόσο, αυτές οι καταλήξεις δεν συσχετίζονται ικανοποιητικά με την υποκειμενική αξιολόγηση των συμπτωμάτων των ασθενών. Τα μέτρα ΠΖ λαμβάνουν υπόψη τους τις υποκειμενικές βελτιώσεις της ευεξίας, οι οποίες προκύπτουν από τον πόνο, και τις ψυχολογικές, συναισθηματικές, και σωματικές ενοχλήσεις, καθώς επίσης και από τις ενδεχόμενες επιβαρύνσεις και παρενέργειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες προκαλούν συμπτωματική βελτίωση, αλλά οδηγούν στη μείωση της ευεξίας (Aliot et al. 2014). Ως αποτέλεσμα, η ΠΖ καθίσταται σε αυξανόμενο βαθμό ένα σημαντικό μέτρο του κλινικού αποτελέσματος στην ΚΜ, παρ' ότι, επί του παρόντος, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για την αξιολόγησή του σε ασθενείς με ΚΜ. Καθώς συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες στην ΠΖ μία τεχνική αξιολόγησης, η οποία είναι σε θέση να εξετάσει όλα τα διαφορετικά στοιχεία, θα ήταν ιδανική. Ένας μεγάλος αριθμός εργαλείων είναι διαθέσιμο για την αξιολόγηση της ΠΖ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι έρευνες της ΠΖ στην ΚΜ σπάνια να χρησιμοποιούν τις ίδιες βαθμολογίες (Ζυγά και συν., 2008).

Σύμφωνα με την μελέτη των Reynolds et al. (2008) έχουν χρησιμοποιηθεί τουλάχιστον 34 διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της ΠΖ σε δημοσιευμένες έρευνες της ΚΜ μέχρι σήμερα, αντικατοπτρίζοντας μία προφανή έλλειψη ομοφωνίας επί μίας μοναδικής βέλτιστης προσέγγισης. Αυτή η ποικιλομορφία δυστυχώς, μερικές φορές, εμποδίζει τις συγκρίσεις μεταξύ ερευνών. Στις γενικές κλίμακες μέτρησης της ΠΖ στις έρευνες της ΚΜ, οι οποίες χρησιμοποιούνται πιο συστηματικά, συμπεριλαμβάνονται το Βραχύ Έντυπο Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων Έρευνας Υγείας (SF-36), το Βραχύ Έντυπο-12 (SF-12), το οποίο προέρχεται από το SF-36, και το EuroQOL/EQ-5D. Το SF-36 αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο με 36 μέρη, το οποίο αξιολογεί οκτώ έννοιες που σχετίζονται με την υγεία: την αντίληψη της γενικής υγείας, τη σωματική λειτουργία, την κοινωνική λειτουργία, τους περιορισμούς των ρόλων εξαιτίας σωματικών προβλημάτων, του σωματικού πόνου, της νοητικής υγείας, των περιορισμών των ρόλων εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, και της

ζωτικότητα. Εκτός αυτών των οκτώ υποκλιμάκων, το SF-36 παράγει επίσης περιληπτικές βαθμολογίες του σωματικού (BΣΣ) και του νοητικού στοιχείου (BNΣ). Το SF-36 είναι το πιο ευρέως διαθέσιμο επαληθευμένο γενικό εργαλείο, και έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη μίας μεγάλης ποικιλίας καρδιακών, και μη, παθήσεων. Η επίδοσή του ήταν αρκετά ικανοποιητική σε ορισμένες από τις προγενέστερες έρευνες της ΚΜ, με τις μεγαλύτερες αλλαγές να παρατηρούνται συνήθως στις κλίμακες που σχετίζονται με τη σωματική λειτουργία (Reynolds et al., 2008).

Το SF-12 προήλθε από το SF-36 μέσω της επιλογής 12 ερωτημάτων από την αρχική έρευνα, τα οποία φαίνονταν να διαθέτουν τις περισσότερες πληροφορίες. Οι βαθμολογίες BΣΣ και BNΣ από το SF-12 φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλό συσχετισμό με εκείνες που προήλθαν από το SF-36.

Το EuroQoL αποτελεί ένα περιγραφικό σύστημα, το οποίο καλύπτει πέντε διαστάσεις της κατάστασης της υγείας: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, και άγχος/κατάθλιψη, με την καθεμία από αυτές να χαρακτηρίζεται από τρία επίπεδα, τα οποία κυμαίνονται από «κανένα πρόβλημα», μέχρι «σοβαρά προβλήματα». Έχει επαληθευτεί εκτενώς, διαθέτει μακρό ιστορικό χρήσης σε μία ποικιλία ιατρικών παθήσεων, καθώς και το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι διαθέτει μία μέθοδο, η οποία τυγχάνει ευρείας αποδοχής (την EQ-5D), για μετασχηματισμό των μη επεξεργασμένων βαθμολογιών σε σταθμίσεις χρηστικότητας με βάση τις προτιμήσεις (Reynolds et al., 2008).

Στα ισχυρά σημεία των γενικών εργαλείων μέτρησης της ΠΖ στις έρευνες της ΚΜ συμπεριλαμβάνονται η εκτενής επαλήθευση και γενίκευσή τους, καθώς και ο πλούτος των ήδη συλλεγμένων δεδομένων από ασθενείς με ΚΜ. Η μεγαλύτερη αδυναμία των γενικών μέτρων είναι ότι, με βάση τον σχεδιασμό, αντικατοπτρίζουν την γενική υγεία και λειτουργία, και, κατά συνέπεια, οι βαθμολογίες μεταξύ των ασθενών με ΚΜ επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τις συννοσηρές παθήσεις. Αυτό καθιστά τα γενικά μέτρα ενδεχομένως λιγότερο επιδεκτικά αλλαγής σε πολλούς

ασθενείς με ΚΜ μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα υγείας.

Οι Reynolds et al. (2008) υποστηρίζουν πως παρ' ότι ορισμένες έρευνες της ΚΜ έχουν χρησιμοποιήσει ερωτηματολόγια που αναφέρονται συγκεκριμένα στην καρδιακή λειτουργία, μόνο λίγες από αυτές σχεδιάστηκαν συγκεκριμένα για ασθενείς με ΚΜ. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη από αυτές είναι ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων Αρρυθμίας: Συχνότητα και Σοβαρότητα. Ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετία του 1980 για την αξιολόγηση της επίδρασης της πρώιμης εκτομής καθετήρα και των τεχνολογιών βηματοδότησης σε μία ποικιλία αρρυθμιών. Ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων ζητά από τους ερωτηθέντες να αξιολογήσουν τη συχνότητα (από το 0 ως το 4) και τη σοβαρότητα (από το 1 ως το 3) 16 συμπτωμάτων που συχνά σχετίζονται με την ΚΜ. Επομένως, οι βαθμολογίες της συχνότητας και της σοβαρότητας κυμαίνονται από το 0 ως το 64, και από το 0 ως το 48, αντίστοιχα (Reynolds et al., 2008).

Ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων είναι εύκολος στη χρήση του, επιδεικτικός αλλαγής, και έχει αξιοποιηθεί σε έναν αυξανόμενο αριθμό ερευνών της ΚΜ. Μειονεκτήματα του Καταλόγου Ελέγχου Συμπτωμάτων είναι ο μη συγκεκριμένος χαρακτήρας ορισμένων συμπτωμάτων (π.χ. «πονοκέφαλος», «πρόβλημα συγκέντρωσης», «κακή όρεξη»), και η έλλειψη αξιολόγησης της λειτουργικής κατάστασης ή ικανοποίησης του ασθενή. Για τους λόγους αυτούς, ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων είναι πιθανώς ανεπαρκής ως αυθύπαρκτο εργαλείο μέτρησης της ΠΖ, και ορισμένοι ερευνητές επέλεξαν να κατασκευάσουν τις δικές τους κλίμακες συμπτωμάτων, χρησιμοποιώντας έναν μικρότερο στοιχείων, τα οποία σχετίζονται ειδικότερα την ΚΜ. Τα δημοσιευμένα στοιχεία επαλήθευσης για τις κλίμακες που αναφέρονται ειδικά στην ΚΜ είναι πολύ περιορισμένα (Reynolds et al., 2008).

Η ΚΜ είναι μερικές φορές εντελώς ασυμπτωματική. Το 12-21% των ασθενών με τεκμηριωμένη ΚΜ, οι οποίοι συμπεριλήφθηκαν σε αρκετές μεγάλες έρευνες, δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα που αφορά τα βασικά ερωτήματα. Έχει επίσης δειχθεί πρόσφατα, ότι ασθενείς με συμπτωματική παροξυστική ΚΜ συχνά

παρουσιάζουν ασυμπτωματικά επεισόδια πριν και μετά τις παρεμβάσεις ελέγχου ρυθμού. Η επίδραση της ΚΜ στην ΠΖ επηρεάζεται, επομένως, σε μεγάλο βαθμό από το τμήμα του πληθυσμού της ΚΜ, το οποίο μελετάται (Αλμπάνη, 2007).

Το μεγαλύτερο μέρος της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας για την ΠΖ προέρχεται από μελέτες παρεμβάσεων ελέγχου της αξιολόγησης και/ή ελέγχου του ρυθμού, και, επομένως παρουσιάζει τάση προς επιλογή υψηλά συμπτωματικών ασθενών. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι οι βαθμολογίες αναφοράς στα βασικά μέτρα, όπως το SF-36, τείνουν να είναι πολύ χαμηλότερες από τις νόρμες του πληθυσμού σε αυτές τις μελέτες. Παρ' όλα αυτά, έχουν επίσης ολοκληρωθεί αρκετές σημαντικές έρευνες της ΠΖ σε λιγότερο επιλεγμένους ασθενείς ΚΜ, οι οποίες υποδηλώνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών με ΚΜ έχουν στην πραγματικότητα μειωμένη ΠΖ (Ζυγά και συν., 2008).

Σε μία διατμηματική μελέτη, οι Dorian et al. (2000) μέτρησαν την ΠΖ σε 142 σχετικά νέους ασθενείς με ΚΜ (με μέσο όρο ηλικίας τα 58 έτη), οι οποίοι αναφέρονται σε τέσσερις κλινικές αρρυθμίας, χρησιμοποιώντας το SF-36, την Κλίμακα Συγκεκριμένων Δραστηριοτήτων, και τον Κατάλογο Ελέγχου Συμπτωμάτων ΚΜ. Οι ασθενείς με ΚΜ είχαν σημαντικά χειρότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες από ό, τι τα υγιή υποκείμενα ελέγχου, και παρόμοιες βαθμολογίες με ασθενείς με πιο ήπια καρδιακή ανεπάρκεια ή προηγούμενα στεφανιαία επεισόδια.

Η ερευνητική ομάδα δημοσίευσε τα αποτελέσματα της ΠΖ για μία μεγάλη κοόρτη (n = 963) με έναρξη παρακολούθησης πλησίον της έναρξης νόσησης, ασθενών με ΚΜ, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για 2,5 χρόνια στο αρχείο FRACTAL (Reynolds et al., 2006). Κατά τον χρόνο των πρώτων επεισοδίων τους ΚΜ, οι ασθενείς του αρχείου FRACTAL είχαν βαθμολογίες ΒΣΣ και ΒΝΣ, οι οποίες προέρχονταν από το SF-12, και ήταν κάτω των αντίστοιχων νορμών του πληθυσμού που είχαν προσαρμοστεί με βάση την ηλικία, και οι βαθμολογίες του Καταλόγου Ελέγχου Συμπτωμάτων ΚΜ αρκετά πάνω από τα ιστορικά υγιή υποκείμενα ελέγχου, παρ' ότι, όπως αναμενόταν, οι βαθμολογίες δεν ήταν τόσο χαμηλές, όσο στις συνήθεις κλινικές δοκιμές. Με τη θεραπεία, οι βαθμολογίες

ΠΖ βελτιώθηκαν για να προσεγγίσουν τις νόρμες του πληθυσμού μέσα σε 3-6 μήνες, και γενικά παρέμειναν σταθερές από εκεί και έπειτα.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν έχουν διαπιστώσει όλες οι μελέτες πληθυσμού χειροτέρευση της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΜ. Μία σημαντική ομάδα, στην οποία τα ερωτήματα παραμένουν σχετικά με τη συγκεκριμένη επίδραση της ΚΜ πάνω στην ΠΖ, είναι οι ηλικιωμένοι. Σε μία σειρά, 52 «ηλικιωμένοι» (με μέση ηλικία τα 77 έτη) με «χρόνια» ΚΜ συγκρίθηκαν με 48 υποκείμενα ελέγχου αντίστοιχης ηλικίας με φλεβοκομβικό ρυθμό. Δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά στο SF-36, μεταξύ των ομάδων αυτών (Howes et al., 2001). Γίνεται φανερό πως αν και υπάρχουν λίγες έρευνες στην ΚΜ, υπάρχουν πολλά εργαλεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σχετικά με την σύνδεση της με την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Αρκετοί ερευνητές (Grönefeld & Hohnloser, 2003; Braganca et al., 2009; Havranek, 2009; Peinado et al., 2010; Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Pontoppidan, 2012; Raine et al., 2015) επισημαίνουν ότι η Κολπική Μαρμαρυγή έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι Thrall et al. (2006), υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή έχουν σημαντικά φτωχότερη ποιότητα ζωής τόσο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό όσο και συγκριτικά με άλλους ασθενείς, με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα.

Οι Βεσκούκη και συν. (χ.χ), στην έρευνα τους διενήργησαν έρευνα σε 150 ασθενείς, οι οποίοι υπέφεραν από διάφορα νοσήματα καρδιαγγειακής φύσης, όπως είναι το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η στηθάγχη, η Κολπική Μαρμαρυγή και η καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ασθενείς, φάνηκε ότι αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες εκ των οποίων, τα περισσότερα από αυτά είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τον σωματικό πόνο που αισθάνονται ενώ τα προβλήματα που σχετίζονται με ζητήματα συναισθηματικής φύσης, είναι ιδιαίτερα περιορισμένα.

Σύμφωνα με τους Aliot et al. (2014), η ποιότητα ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή, είναι σημαντικά μειωμένη καθώς οι αρρυθμίες, δε τους επιτρέπουν να πραγματοποιούν εύκολα τις καθημερινές τους δραστηριότητες και

βελτιώνεται όταν επιτυγχάνεται η ρύθμιση των αρρυθμιών, ανεξαρτήτως της στρατηγικής που θα ακολουθήσουν οι ασθενείς. Αντίθετα ο Camm (2010), υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή δε βελτιώνεται σημαντικά από διάφορες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται με το σκοπό της ρύθμισης του προβλήματος των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Camm (2010), η ποιότητα ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή είναι ιδιαίτερα χαμηλή και σχεδόν στο ίδιο επίπεδο με τους ασθενείς που έχουν υποστεί έμφραγμα. Πρέπει να αναφερθεί, ότι η ποιότητα ζωής των υπό μελέτη ασθενών, διαμορφώνεται από το αν η κολπική μαρμαρυγή είναι συμπτωματική ή ασυμπτωματική καθώς οι ασθενείς με συμπτωματική μαρμαρυγή βιώνουν πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής, ειδικότερα αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, ενώ στην περίπτωση της ασυμπτωματικής μαρμαρυγής, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από την ψυχολογία του ασθενούς, η οποία βελτιώνεται κατά την απομάκρυνση από την εκδήλωση του περιστατικού (Camm, 2010).

Από την έρευνα των Revelkova & Bulava (2015), προέκυψε ότι οι ασθενείς με Κολπική Μαρμαρυγή βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με αποτέλεσμα να μη μπορούν να πραγματοποιήσουν εύκολα αρκετές καθημερινές τους λειτουργίες. Τα ευρήματα της προαναφερθείσας έρευνας κατέδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή βελτιώνεται σημαντικά με την κατάλυση των ραδιοσυχνοτήτων μέσω καθετήρα. Επίσης, έγινε σαφές, πως η ποιότητα ζωής των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή περιορίζεται όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών.

Οι Provenier & Droogmans (2010), υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή, είναι ιδιαίτερα χαμηλή καθώς κυριεύονται από έντονα συναισθήματα άγχους και φόβου σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου. Επίσης, το άγχος, γίνεται ακόμη μεγαλύτερο όταν οι υπό εξέταση ασθενείς, αναγκάζονται να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, με σκοπό να αποφευχθεί η επιδείνωση των συμπτωμάτων της κολπικής μαρμαρυγής. Ειδικότερα, επηρεάζονται οι νεότεροι ασθενείς καθώς περιορίζεται η ικανότητά τους για εργασία και για άλλες καθημερινές λειτουργίες τους.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό, πως όλες οι έρευνες καταλήγουν πως η Κολπική Μαρμαρυγή, περιορίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς δε τους επιτρέπει να συνεχίσουν τις ίδιες δραστηριότητες, που είχαν πριν την εκδήλωσή τους και τους επιβάλλει να ακολουθήσουν ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, ο οποίος περιορίζει την εκδήλωση των επιπτώσεων της νόσου. Συνεπώς, είναι σαφές, ότι η Κολπική Μαρμαρυγή επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών τόσο σε σωματικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο. Για αυτό το λόγο, δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια για αυτήν την ομάδα ασθενών. Για παράδειγμα, οι Braganca et al. (2009) έχουν δημιουργήσει ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο στο SF-36 και σε κλινικά αποτελέσματα.

Αρκετές έρευνες, όμως, τονίζουν ότι το ερωτηματολόγιο Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών με κολπική μαρμαρυγή, το οποίο έχει βρεθεί ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Dorian et al., 2013; Wynn et al., 2014; Raine et al., 2015) και ανταποκρίνεται στην κλινική αλλαγή των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή (Pontorpidan, 2012).. Το AFEQT αποτελείται από 20 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται ως εξής: μία βαθμολογία συμπτωμάτων που αποτελείται από 4 μέρη, μία βαθμολογία Καθημερινών Δραστηριοτήτων που αποτελείται από 8 μέρη, μία βαθμολογία Θεραπευτικών Προβλημάτων που αποτελείται από 6 μέρη, και μία κλίμακα Ικανοποίησης από τη Θεραπεία που αποτελείται από 2 μέρη. Τα 3 πρώτα από αυτά τα πεδία μπορεί να ομαδοποιηθούν για να σχηματίσουν μία Συνολική βαθμολογία. Η βαθμολογία αυτή ήταν σε θέση να διακρίνει μεταξύ ασθενών με ασυμπτωματική και συμπτωματική Κολπική Μαρμαρυγή, καθώς επίσης και μεταξύ ασθενών, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα Κολπικής Μαρμαρυγής εντός 4 εβδομάδων, έναντι 4 εβδομάδων από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία επταβάθμια κλίμακα Likert. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT), αξιολογεί την ποιότητα ζωής των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή σε μία βαθμολογία από 0 έως 100, όπου το 100 αντιστοιχεί στην ιδανική ποιότητα ζωής ενώ το 0 αναφέρεται στην χαμηλότερη αξιολόγηση. Το ερωτηματολόγιο AFEQT δημιουργήθηκε από τους Spertus et al. (2011), αλλά δεν έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Στην συγκεκριμένη μελέτη ανταποκρινόταν περισσότερο στις μεταβολές Ποιότητας Ζωής των ασθενών που σχετίζονταν με τη φαρμακολογική θεραπεία και τη θεραπεία εκτομής, σε σύγκριση με τα γενικά ερωτηματολόγια SF-36 και EQ-5D. Το AFEQT είχε τον ίδιο βαθμό ανταπόκρισης με τα AFSCCL και AFSS, τα οποία αναφέρονται ειδικά στη συγκεκριμένη ασθένεια (Pontoppidan, 2012).

3. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα, να ακολουθήσει πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT). Με τη διαδικασία αυτή πρόκειται να προκύψει το πρώτο αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Δείγμα

Ο πληθυσμός της μελέτης που χρησιμοποιήθηκε για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου συμπεριέλαβε 102 συνεχόμενους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, που προσήλθαν για εξέταση στο Κέντρο Υγείας Εύοσμου Θεσσαλονίκης. Το

συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας επιλέχθηκε καθώς ο ερευνητής είχε εύκολη πρόσβαση και μπορούσε να έρθει σε άμεση και γρήγορη επαφή με την υπεύθυνη. Για τη στάθμιση ενός ερωτηματολογίου δεν είναι αναγκαία η χρήση τυχαιοποιημένων πληθυσμών και η χρήση convenience sampling χρησιμοποιείται ευρύτατα από ερευνητές διεθνώς για αυτό το σκοπό. Για παράδειγμα, η χρήση της βολικής δειγματοληψίας επιλέχθηκε και στην έρευνα των Hatfield et al. (2016) για την ανάπτυξη και εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου για παιδιά, αλλά και στην έρευνα των Lo et al. (2016) για τη μετάφραση και εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου για ασθενείς μετά από εγκεφαλικό. Επίσης, η βολική δειγματοληψία σε δείγματα πιλοτικών ερευνών χρησιμοποιήθηκε και από τους Dyett et al. (2014) για την αξιολόγηση ενός ερωτηματολογίου για χορτοφάγους.

Τα κριτήρια εισαγωγής στην παρούσα έρευνα ήταν: 1. Διάγνωση της Κολπικής Μαρμαρυγής, 2. Ηλικία άνω των 18 ετών, 3. Άτομα που η νοητική, ψυχική και σωματική τους κατάσταση τους επέτρεπε την αυτοσυμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούσαν: 1. Η άρνηση του ασθενή να συμμετέχει, 2. Άτομα που η νοητική, ψυχική και σωματική τους κατάσταση τους δεν τους επέτρεπε να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν στο χώρο αναμονής πριν ή μετά την επίσκεψη τους στο Κέντρο Υγείας.

4.2 Δεοντολογία

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αφορούν μία έρευνα είναι η συναίνεση των ασθενών, ο σεβασμός του ιατρικού απορρήτου και η αδειοδότηση από συγκεκριμένους φορείς (Ezekiel et al., 2008). Προκειμένου να διασφαλιστεί η ηθική της προτεινόμενης έρευνας, τα βήματα που θα έγιναν είναι τα εξής:

1. Ο ερευνητής απευθύνθηκε στο Κέντρο Υγείας Εύοσμου Θεσσαλονίκης, και έλαβε τη συναίνεση και την άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Ο ερευνητής ενημέρωσε την αρμόδια ιατρό σχετικά με το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία των ασθενών, τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, την αμεροληψία του ερευνητή, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, το εργαλείο συλλογής δεδομένων που θα χρησιμοποιηθεί, καθώς και τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Επίσης,

αποσαφηνίστηκε ότι η έρευνα αυτή δεν προκαλεί κάποιου είδους βλάβη στους ασθενείς και ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας. Η συμμετέχουσα ιατρός συμφώνησε να λάβει μέρος στη μελέτη εθελοντικά, χωρίς τη λήψη οποιασδήποτε αμοιβής.

2. Η αρμόδια ιατρός ενημέρωσε, τόσο προφορικά, όσο και μέσω μίας συνοδευτικής επιστολής στο ερωτηματολόγιο, τους ασθενείς, σχετικά με το σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, την αμεροληψία του ερευνητή, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί, καθώς και τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Επίσης, αποσαφηνίστηκε ότι η έρευνα αυτή δεν προκαλεί κάποιου είδους βλάβη στους ασθενείς και ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας. Τέλος, οι συμμετέχοντες ασθενείς κλήθηκαν να υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης και τονίστηκε ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, αλλά ταυτόχρονα πολύ σημαντική. Οι ασθενείς που συμμετείχαν δεν έλαβαν κάποια αμοιβή για τη συμμετοχή τους.
3. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την επιτροπή βιοηθικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (335/2016).

4.3 Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα

Για τη μετάφραση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η διεθνώς αναγνωρισμένη μεθοδολογία της διγλωσσικής μετάφρασης (bilingual translation) (Harkness & Schoua-Glusberg, 1998; WHO, 2016). Αρχικά, το ερωτηματολόγιο AFEQT μεταφράστηκε στα Ελληνικά από δύο ανεξάρτητους ορκωτούς μεταφραστές. Οι δύο μεταφραστές καταλήξαν στην ελληνική μετάφραση. Στη συνέχεια, ένας τρίτος ορκωτός μεταφραστής μετέφρασε την ελληνική μετάφραση και πάλι στα αγγλικά, έτσι ώστε να διαπιστωθεί εάν συμφωνεί με την αρχική του έκδοση (forward/backward translation). Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι έχει ληφθεί άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τον Αμερικανό δημιουργό του, ο οποίος

ενέκρινε και την αγγλική μετάφραση της ελληνικής έκδοσης, επικυρώνοντας την μεταφραστική διαδικασία.

4.4 Πολιτισμική προσαρμογή

Η ελληνική μετάφραση διανεμήθηκε σε 20 συνεχόμενους Έλληνες ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή στο Κέντρο Υγείας Εύοσμου. Οι ασθενείς ήταν γυναίκες στο 57,1% (n=12) και είχαν μέσο όρο ηλικίας 62 έτη (τ.α. $\pm 8,5$, ελάχιστο 48, μέγιστο 83). Οι ασθενείς ερωτήθηκαν κατά πόσο κατάλαβαν την κάθε ερώτηση, εάν διάλεξαν εύκολα την απάντηση, αλλά και τους ζητήθηκε να υποδείξουν εναλλακτικές εκφράσεις, σε ερωτήσεις που πιθανόν δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν. Οι ερωτήσεις στις οποίες χρειάστηκε να ρωτήσουν ώστε να είναι σίγουροι ότι κατανόησαν αφορούν τις ερωτήσεις 2 και 3 του ερωτηματολογίου, καθώς δεν συνοδεύονταν από την ιατρική επεξήγηση στην παρένθεση. Καθώς οι ασθενείς ήταν περισσότερο εξοικειωμένοι με τους όρους αρρυθμία και ασυστολία, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω σχόλια διαμορφώθηκε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

4.5 Στάθμιση

A) Δοκιμασίες αξιοπιστίας

Μέτρηση ομοιογένειας (Internal Consistency)

102 ασθενείς με Κοιλιακή Μαρμαρυγή κλήθηκαν να συμπληρώσουν την Ελληνική μετάφραση του AFEQT. Η εσωτερική συνέπεια/ ομοιογένεια ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Croanbach alpha.

Μέθοδος της επαναληπτικής μέτρησης (Test-retest reliability)

Για να ελεγχθεί η επαναληψιμότητα των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων χωρίς να έχει μεσολαβήσει κάποια παρέμβαση, οι 102 ασθενείς κλήθηκαν τηλεφωνικά να συμπληρώσουν ξανά το ερωτηματολόγιο μετά την παρέλευση δύο με τεσσάρων εβδομάδων από την πρώτη φορά. Η χρήση της τηλεφωνικής συνέντευξης στη δεύτερη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου- ενώ έχει

προηγηθεί μία πρώτη κατά πρόσωπο συνέντευξη- είναι μια αποδεκτή μέθοδος επανελέγχου, που έχει αποδειχθεί ότι παράγει συγκρίσιμα αποτελέσματα με την κατά πρόσωπο συνέντευξη από τους Cohen & Vinson (1995). Επιπρόσθετα, έχει αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα για την οικονομία χρόνου και την ελαχιστοποίηση της ενδεχόμενης ταλαιπωρίας των συμμετεχόντων από άσκοπες μετακινήσεις για τους σκοπούς της μελέτης.

B) Δοκιμασίες εγκυρότητας

Φαινομενική εγκυρότητα (Face Validity)

Οι 102 ασθενείς που συμμετείχαν κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το ερωτηματολόγιο πετυχαίνει να μετρήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή;» με τη βοήθεια μιας 10-βαθμιας κλίμακας. Με τον τρόπο αυτό καταγράφηκε το πόσο φαίνεται έγκυρο το εργαλείο αυτό στους ασθενείς. Ωστόσο, προκειμένου να επιτευχθεί η φαινομενική εγκυρότητα, ο ερευνητής έδωσε το τελικό ερωτηματολόγιο στην αρμόδια ιατρό του Κέντρου Υγείας, ώστε να αποφανθεί αν όντως το περιεχόμενο των ερωτήσεων είναι κατανοητό και εννοιολογικά σχετικό με αυτό που μετράει. Η μέθοδος αυτή αναφέρεται από τους Ουζούνη & Νακάκη (2011) ως ένας τρόπος επίτευξης της φαινομενικής εγκυρότητας.

Συγκλίνουσα εγκυρότητα (Convergent Validity)

Μιας και δεν υπάρχει κάποιο ερωτηματολόγιο αναφοράς για να συγκριθεί το AFEQT, αναζητήθηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του με ένα διεθνώς αναγνωρισμένο, αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το SF-12, ακολουθώντας τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου (Spertus et al., 2011). Για το λόγο αυτό αναζητήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής κλίμακας AFEQT και των τεσσάρων υποκλιμάκων της και των δυο παραμέτρων που μετρά το SF-12, της φυσικής (Physical Component Summary, PCS) και συναισθηματικής λειτουργίας (Mental Component Summary, MCS).

4.6 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (v17.0). Για την περιγραφή του πληθυσμού μελέτης σύμφωνα με το φύλο και τη χορηγούμενη θεραπεία χρησιμοποιήθηκαν τόσο ποσοστά, όσο και απόλυτοι αριθμοί. Για την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, καθώς και οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές. Ο έλεγχος της κανονικότητας με το Kolmogorov-Smirnov, έδειξε ότι οι ποσοτικές μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και για αυτό χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ.

Για την εξέταση της υπόθεσης ότι το φύλο των ασθενών επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney. Το Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθούν διαφορές στο σκορ του ερωτηματολογίου μεταξύ των τριών ομάδων φαρμακευτικών αγωγών. Για όλες τις συσχετίσεις μεταξύ συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman rho. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας με τη μέθοδο της επαναληπτικής μέτρησης (Test-retest reliability) χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon Signed Ranks Test. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του ελέγχθηκε με τη χρήση του δείκτη Cronbach's alpha. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφή πληθυσμού μελέτης

Τα 102 άτομα που συμμετείχαν στην στάθμιση της Ελληνικής μετάφρασης του AFEQT αποτελούνταν από 47 γυναίκες (46,1%) και 55 άνδρες (53,9%). Είχαν μέση ηλικία 70 ετών (τ.α. $\pm 9,2$, ελάχιστο 52, μέγιστο 87). Όλοι τους ήταν υπό θεραπεία: υπό ασενοκουμαρόλη 54 (52,9%), υπό κάποια νεώτερη θεραπεία (rivaroxaban/dabigatran/apixaban) 44 (43,1%), ενώ 4 (3,9%) δεν ελάμβαναν καμία από τις παραπάνω αγωγές.

5.2 Περιγραφικά αποτελέσματα του AFEQT

Το σκορ του AFEQT υπολογίζεται ως εξής:

$$100 - \left[\frac{\text{(Σύνολο σοβαρότητας όλων των ερωτήσεων που απαντήθηκαν-αριθμός ερωτήσεων που απαντήθηκαν)} \times 100}{\text{Συνολικός αριθμός των ερωτήσεων που απαντήθηκαν} \times 6} \right]$$

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν λιγότερο από 10 λεπτά. Οι μέσοι όροι τόσο του συνολικού AFEQT και των υποκλιμάκων του παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1: Οι μέσοι όροι του συνολικού AFEQT και των υποκλιμάκων του.

	Μ.Ο. (±Τ.Α., Ελάχιστο-Μέγιστο)
AFEQT συνολικό	72,9 (±17,2, 26-100)
AFEQT- Συμπτώματα	73,1 (±19,4, 25-100)
AFEQT-Καθημερινές Δραστηριότητες	73,4 (±17,8, 25-100)
AFEQT-Ανησυχία για Θεραπεία	72,2 (±16,6, 25-100)
AFEQT-Ικανοποίηση απο Θεραπεία	72,0 (±19,2, 25-100)

5.3 Διαφορές στην ποιότητα ζωής ανά φύλο, ηλικία και θεραπεία

Συγκρίθηκαν οι μέσοι όροι τόσο του συνολικού AFEQT, όσο και των υποκλιμάκων του στα δύο φύλα (άνδρες 74,3 έναντι 71,3, και αντιστοίχως AFEQT-Συμπτώματα: 74,4 έναντι 71,6, AFEQT-Καθημερινές Δραστηριότητες: 74,6 έναντι 71,9, AFEQT-Ανησυχία για Θεραπεία: 73,8 έναντι 70,5 και AFEQT-Ικανοποίηση απο Θεραπεία: 71,4 έναντι 72,8). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε καμία από τις παραπάνω συγκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p>0,05$).

Η ηλικία των ασθενών βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής. Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman rho βρέθηκε: -0,73, $p < 0,001$ στη συσχέτιση με το συνολικό AFEQT, -0,66 ($p < 0,001$) με AFEQT- Συμπτώματα, -0,73 ($p < 0,001$) με AFEQT-Καθημερινές Δραστηριότητες, -0,68 ($p < 0,001$) με AFEQT-Ανησυχία για Θεραπεία και τέλος, -0,56 ($p < 0,001$) με AFEQT-Ικανοποίηση απο Θεραπεία.

Στάθμιση

A) Δοκιμασίες αξιοπιστίας

Μέτρηση ομοιογένειας (Internal Consistency)

Η εσωτερική ομοιογένεια βρέθηκε πολύ υψηλή για το σύνολο των 20 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου (συντελεστής Croanbach alpha: 0,97), αλλά και για τις τέσσερις υποκλίμακες: Συμπτωμάτων (0,90), Καθημερινών Δραστηριοτήτων (0,93), Ανησυχίας για την Θεραπεία (0,91), και Ικανοποίησης από τη Θεραπεία (0,83).

Μέθοδος της επαναληπτικής μέτρησης (Test-retest reliability)

Ο μέσος όρος του AFEQT κατά την αρχική συμπλήρωση ήταν 72,9 ($\pm 17,2$, ελάχιστο 26, μέγιστο 100), ενώ κατά την επαναληπτική μέτρηση 72,6 ($\pm 17,4$, ελάχιστο 27, μέγιστο 100). Τα αποτελέσματα παρουσίαζαν πολύ ισχυρή συσχέτιση (συντελεστής Spearman rho: 0,93, $p < 0,001$) και το Wilcoxon Signed Ranks Test επιβεβαίωσε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p > 0,05$) μεταξύ των δύο μετρήσεων στους 102 ασθενείς, επικυρώνοντας την αξιοπιστία του Ελληνικού AFEQT.

B) Δοκιμασίες εγκυρότητας

Φαινομενική εγκυρότητα (Face Validity)

Στην ερώτηση για το πόσο έγκυρο φαίνεται το εργαλείο αυτό στους ασθενείς σε μια 10-βαθμια κλίμακα, υπολογίστηκε η μέση τιμή, στις απαντήσεις των συμμετεχόντων (εύρος απαντήσεων από 3 έως 10). Η μέση τιμή βρέθηκε ίση με 8.

Συγκλίνουσα εγκυρότητα (Convergent Validity)

Οι υποκλίμακες του AFEQT συγκρίθηκαν με τις δύο υποκλίμακες του SF-12. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, όπου διαπιστώθηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής κλίμακας AFEQT και των τεσσάρων υποκλιμάκων της και των δυο παραμέτρων που μετρά το SF-12, της φυσικής (Physical Component Summary, PCS) και συναισθηματικής λειτουργίας (Mental Component Summary, MCS). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι κλίμακες του AFEQT και του SF δεν μετράνε τα ίδια πράγματα. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε η μεθοδολογία των Αμερικανών.

Πίνακας 4.3: Συντελεστές Spearman από τις συσχετίσεις του AFEQT και των υποκλιμάκων του με το SF-12

	SF-12 PCS	SF-12 MCS
AFEQT συνολικό	0,78**	0,73**
AFEQT- Συμπτώματα	0,72**	0,72**
AFEQT-Καθημερινές Δραστηριότητες	0,76**	0,72**
AFEQT-Ανησυχία για Θεραπεία	0,74**	0,69**
AFEQT-Ικανοποίηση απο Θεραπεία	0,71**	0,53**

**p<0,001

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Κολπική Μαρμαρυγή έχει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσούν από την πάθηση, όπως αναφέρεται από

αρκετούς ερευνητές (Grönefeld και Hohnloser, 2003; Braganca et al., 2009; Havranek, 2009; Peinado et al., 2010; Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Pontoppidan, 2012; Raine et al., 2015). Το ερωτηματολόγιο Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT), αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή, το οποίο έχει βρεθεί ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Spertus et al., 2011; Piccini et al., 2012; Dorian et al., 2013; Wynn et al., 2014; Raine et al., 2015).

Η παρούσα μελέτη εστίασε στη δημιουργία της ελληνικής μετάφρασης του AFEQT που πέρασε από πολιτισμική προσαρμογή και δοκιμάστηκε για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Βρέθηκε να έχει υψηλή εσωτερική συνοχή ελέγχου, επανελέγχου και φαινομενικής εγκυρότητας. Επίσης διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας AFEQT και αυτής του SF-12.

Στην μελέτη των Gareth και συν. (2014), συγκρίθηκε η ταξινόμηση κατά EHRA με τρία μέτρα της ποιότητας ζωής (OoL): το ερωτηματολόγιο Επίδρασης της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής ειδικά για την Κολπική Μαρμαρυγή (AFEQT), δύο συστατικά στοιχεία του εργαλείου EQ-5D, ένα βοηθητικό εργαλείο χρηστικότητας που σχετίζεται με την υγεία, και το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον υπολογισμό κόστους-αποτελεσματικότητας, και την Κλίμακα Οπτικού Ανάλογου (VAS), η οποία παρουσιάζει την αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών. Στη συνέχεια προτάθηκε μία απλή τροποποίηση [τροποποιημένο EHRA (mEHRA)] για να βελτιωθεί η διάκριση στο σημείο όπου λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις για τη θεραπεία. Συλλέχθηκαν τα προσδοκώμενα στοιχεία ποιότητας ζωής, και κλάσεων κατά EHRA όπως κατανεμήθηκαν από τον κλινικό ιατρό, από 362 ασθενείς με Κολπική Μαρμαρυγή (AF). Παρατηρήθηκε μια σταδιακή, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλάσης κατά EHRA, και της βαθμολογίας AFEQT, αλλά και VAS. Το βοηθητικό εργαλείο χρηστικότητας που σχετιζόταν με την υγεία παρουσίαζε σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ των Κλάσεων 2 και 3 ($P < 0,001$). Με βάση την αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών, και του AFEQT που αναφέρεται ειδικά στη συγκεκριμένη πάθηση, η βαθμολογία EHRA μπορεί να θεωρηθεί ως χρήσιμη ημιποσοτική ταξινόμηση. Η βαθμολογία mEHRA

παρουσιάζει σαφέστερη διάκριση της χρηστικότητας υγείας για αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του κόστους παρεμβάσεων όπως η εκτομή, όπου τα συμπτώματα της Κλάσης 2β φαίνεται να αποτελούν το κατάλληλο όριο θεραπείας.

Οι Lodge και συν. (χ.χ.) στην μελέτη τους βρήκαν πως η Εκτομή Καθετήρα (CA) έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την Ποιότητα Ζωής (QoL) των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή (AF). Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες ότι η Εκτομή Καθετήρα μπορεί να είναι λιγότερο ωφέλιμη σε ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς τα ανταγωνιστικά συνοδά νοσήματα ενδέχεται να αναιρέσουν τυχόν βελτίωση της Ποιότητας Ζωής. Στην έρευνα τους αξιολόγησαν την Ποιότητα Ζωής 131 διαδοχικών ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε Εκτομή Καθετήρα για Κολπική Μαρμαρυγή, κατά την έναρξη, και στους 6 μήνες μετά την Εκτομή Καθετήρα. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο ειδικά για τη συγκεκριμένη ασθένεια, το ερωτηματολόγιο Επίδρασης της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής (AFEQT), και ένα ερωτηματολόγιο γενικής υγείας, το EQ5D, και στα δύο χρονικά σημεία. Από τους 131 ασθενείς, 18 ήταν ηλικίας 50 ετών (Ομάδα Α), 88 μεταξύ 50 και 69 ετών (Ομάδα Β), και 25 άνω των 70 ετών κατά τον χρόνο της εκτομής (Ομάδα Γ).

Η Ποιότητα Ζωής των γηραιότερων ασθενών κατά την έναρξη ήταν συγκρίσιμη με εκείνη των νεότερων. Υπήρχε σημαντική βελτίωση της Ποιότητας Ζωής στους 6 μήνες μετά την Εκτομή Καθετήρα για τις βαθμολογίες AFEQT και στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Οι βαθμολογίες EQ5D παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στις Ομάδες Β και Γ, όχι όμως και στην Ομάδα Α. Η βελτίωση της Ποιότητας Ζωής ήταν περισσότερο εμφανής στους ασθενείς της Ομάδας Γ, τόσο για τη βαθμολογία AFEQT (27,79), όσο και για αυτήν του EQ5D (0,150), σε σύγκριση με τις ομάδες Α και Β, $p < 0,001$.

Άλλη μία έρευνα που μελέτησε την ποιότητα ζωής των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή είναι αυτή των Suter και συν., (2014). Οι ερευνητές άντλησαν κλινικά και δημογραφικά στοιχεία 219 ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή από τα ιατρικά αρχεία τους, και περιγράφηκε η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρησιμοποιώντας το εργαλείο Επίδρασης της Κολπικής

Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής (AFEQT, εύρος 0-100, με την υψηλότερη βαθμολογία να αντιπροσωπεύει υψηλότερη Ποιότητα Ζωής), ως μέρος μία διαρκούς μελέτης παρατήρησης θεραπείας της Κολπικής Μαρμαρυγής.

Στην ομάδα εκτομής καθετήρα, το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής χορηγήθηκε προ της εκτομής της Κολπικής Μαρμαρυγής. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για την εξέταση της σχέσης μεταξύ κλινικών παραγόντων και υψηλής ποιότητας ζωής για ασθενείς με Κολπική Μαρμαρυγή, διαχωρίζοντας αυτούς που είχαν υποβληθεί σε εκτομή καθετήρα, και εκείνους που είχαν υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία. Το άνω τεταρτημόριο της ομάδας θεραπείας ειδικά για την κατανομή με βάση το AFEQT αντιπροσώπευε υψηλή Ποιότητα Ζωής (Βαθμολογία AFEQT>80 στην ομάδα εκτομής, >95 στην ομάδα ιατρικής θεραπείας) (Suter και συν., 2014).

Σε πολυμεταβλητά μοντέλα, προσαρμοσμένα στην ηλικία, το φύλο, τον τύπο Κολπικής Μαρμαρυγής (παροξυσμική, επίμονη, χρόνια επίμονη), το αν είναι ενεργός καπνιστής, τη στεφανιαία καρδιακή νόσο, το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, υπέρτασης, σακχαροδιαβήτη, αποφρακτικής υπνικής άπνοιας, και κατανάλωσης οινοπνεύματος, καθώς επίσης και τον αριθμό των απορριφθέντων αντιαρρυθμικών φαρμάκων, και τον τύπο εκτομής (κρυοεκτομή έναντι εκτομής ραδιοσυχνότητας), το ανδρικό φύλο συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες (OR = 0,26, 95% CI = 0,08, 0,90), και η επίμονη Κολπική Μαρμαρυγή με υψηλότερες πιθανότητες υψηλής ποιότητας ζωής όσον αφορά ειδικά την Κολπική Μαρμαρυγή, στην ομάδα εκτομής καθετήρα (OR = 3,07, 95% CI 1,18, 7,99). Κανένας δημογραφικός ή κλινικός παράγοντας δεν συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής των ασθενών που επέλεξαν να υποβληθούν σε ιατρικό έλεγχο ρυθμού (Suter και συν., 2014).

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή οδήγησε στη δημιουργία της πρώτης μεταφρασμένης και σταθμισμένης κλίμακας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή στην Ελληνική γλώσσα, καλύπτοντας ένα μεγάλο ερευνητικό κενό. Το πολύτιμο αυτό ερευνητικό εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον σε επιδημιολογικές μελέτες για την καταγραφή της ποιότητας ζωής, αλλά και της διερεύνησης των παραγόντων που την

επηρεάζουν. Τέλος, στην εποχή που η άσκηση ιατρικής βάσει αποδείξεων υπαγορεύει την ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών, η χρήση του εργαλείου αυτού θα είναι εξαιρετικά χρήσιμη και στην αξιολόγηση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων μέσα από την επίπτωσή τους στην ποιότητα ζωής των Ελλήνων ασθενών με κολπική μαρμαρυγή.

Η παρούσα μελέτη δοκίμασε την εγκυρότητα και αξιοπιστία του πρώτου εργαλείου για την μέτρηση της ποιότητας ζωής σε Έλληνες ασθενείς, έχει ωστόσο και κάποιους περιορισμούς. Ο πρώτος αφορά στο ότι οι ασθενείς προερχόταν μόνο από τη Βόρεια Ελλάδα. Αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί περιορισμός, ιδίως με βάση το στόχο αυτής, που είναι η στάθμιση του ερωτηματολογίου AFEQT στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, μιας και η παρούσα μελέτη δεν στοχεύει στην επιδημιολογική καταγραφή της ποιότητας ζωής στους Έλληνες ασθενείς, η χρήση τυχαιοποιημένου δείγματος από την Ελληνική επικράτεια δεν είναι αναγκαία. Συμπεριλαμβάνοντας ασθενείς προερχόμενους τόσο από ένα μεγάλο αστικό κέντρο, όσο και από ευρύτερη επαρχιακή περιοχή- με ασθενείς και από τις γύρω αγροτικές περιοχές- και επιδιώκοντας την ισομερή αντιπροσώπευση τόσο του ανδρικού, όσο και του γυναικείου φύλου, ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας εκπροσωπεί την πλειοψηφία των Ελλήνων ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή.. Σε μία μελλοντική επιδημιολογική έρευνα, θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής ασθενών που κατοικούν σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας.

Ο δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι οι ασθενείς της παρούσας μελέτης προέρχονται από το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας.. Εάν και είναι πιθανόν να υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής ως , σχετιζόμενες με τη διαφορετική οικονομική κατάσταση, αυτές δεν αναμένεται να επηρεάσουν τη διαδικασία στάθμισης ενός ερωτηματολογίου. Ο τρίτος περιορισμός της παρούσας έρευνας σχετίζεται με το γεγονός ότι αναζητήθηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα του AFEQT με το διεθνώς αναγνωρισμένο, αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το SF-12. Ωστόσο,

υπάρχουν και άλλα ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής που έχουν βρεθεί ότι είναι αξιόπιστα και έγκυρα, όπως είναι το SF-36, το 15-D και το Euroqol EQ-5D (Υφαντόπουλος, 2007). Ως εκ τούτου, σε μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξεταστεί επίσης η συγκλίνουσα εγκυρότητα του AFEQT με αυτά τα ερωτηματολόγια. Ένας τελευταίος περιορισμός αφορά στην χρήση της έκφρασης «ποιότητας ζωής» στην ερώτηση προς τους ασθενείς που αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της φαινομενικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου. Εάν και αυτή ήταν η έκφραση που περιγράφει με τον πλέον κατάλληλο τρόπο το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, υπάρχει η πιθανότητα να μην έγινε πλήρως κατανοητή από το σύνολο των ερωτηθέντων. Παρόλο αυτά, η σχετικά υψηλή βαθμολογία που έλαβε το ερωτηματολόγιο και σε αυτή την ερώτηση από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ενισχύει την φαινομενική του εγκυρότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Ακύρου, Δ. (2005). Εγχειρίδιο καρδιολογικής νοσηλευτικής, Γ' έκδοση, Αθήνα.
2. Αλμπάνη, Ε. (2007). Πώς οι Εκπαιδευτικές Ανάγκες των Εργαζόμενων Νοσηλευτών Επηρεάζουν την Ποιότητα Παροχής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Αθήνα.
3. Αμπραχιμ, Σ. και Παπανικολάου, Κ. (2009). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επεμβατική καρδιολογία. Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
4. Βεσκούκη, Γ., Ρίζου, Ι., & Γαλλίου, Γ. (2011), Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιαγγειακά Νοσήματα. Επιστημονικά Χρονικά 16 (2): 70-76.
5. Ζαβός, Ν. (2015). Atrial Fibrillation. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Καρδιολογική Κλινική.

<http://cardio.med.uth.gr/index.php/gr/component/content/article/2-uncategorised/71-atrial-fibrillation>

6. Ζυγά, Σ., Σαράφης, Π., Κολοβός, Π., Καλοκαιρινού, Α. (2008). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ευρωπαϊκή εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα. 8^ο Πανελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, Νεάπολη, 3-5/10/2008. (τόμος περιλήψεων, σελ. 51)
7. Δάκος, Γ. (2007), Η χρονοφασματική ανάλυση του κοιλιακού επάρματος Ρ με το κυματίδιο morlet στη διερεύνηση της παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Θερμόπουλος, Μ. (2015), Κοιλιακή μαρμαρυγή: Όλα τα συμπτώματα, οι παράγοντες κινδύνου και οι κανόνες πρόληψης. Ανακτήθηκε από: <http://www.iatropedia.gr/ygeia/kolpiki-marmarygi-ola-ta-symptomata-oi-paragontes-kindynou-kai-oi-kanones-prolipsis/56865/>
9. Ιωαννίδης Ι. (2007), Κλινική Επιδημιολογία, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων.
10. Καρόγιαννης, Κ., & Καρόγιαννης, Ν. (2011), Κοιλιακή μαρμαρυγή και Σύνδρομο Brugada. *Achaiki Iatriki* 30 (1): 59-66.
11. Κοντόπουλου, (1991). Επίτομη Καρδιολογία. University studio press, Θεσσαλονίκη.
12. Κρεμαστινός, Δ. (2005). Επίτομη Κλινική Καρδιολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα.
13. Κυριόπουλος Γ. (2010), Η υγεία στη δίνη της Οικονομικής Κρίσης. Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
14. Νάκου Σ. (2001), Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 18 (3): 254-266.
15. Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011), Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. *Νοσηλευτική* 50 (2): 231-239.
16. Πατελάρου Ε., & Βιβιλάκη Β. (2008), Παράγοντες κινδύνου και προσδιοριστές υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 47 (1): 78-85.
17. Πυργάκης, Β. (2015), Κοιλιακή μαρμαρυγή: Ενημέρωση Ασθενών. Ελληνική Καρδιολογική Εταιρία. Ανακτήθηκε από: http://www.hcs.gr/content/KOLPIKI_MARMARYGI

18. Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
19. Σαχανίκη-Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ. (2004). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2ος τόμος, Β' έκδοση, Αθήνα.
20. Τούτουζας, ΠΚ., Στεφαναδής, Χ. και Μπουντούλας Χ. (2001). Καρδιακές Παθήσεις, Τόμος Β, Β' έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Α.Ε. Αθήνα.
21. Τσίμτσιου, Ζ., Παπαχαρίτου, Σ., Νακοπούλου, Ε., Χατζηχρήστου Δ., & Derogatis, L.R. (2007), Γλωσσολογική και πολιτισμική αξιολόγηση της κλίμακας σεξουαλικών αντιλήψεων του Derogatis Sexual Functioning Inventory στην ελληνική γλώσσα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (4): 363-368.
22. Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007), Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (1): 6-18.

Ξενόγλωσση

23. Aliot, E., Botto, G.L., Grijns, HJ., & Kirchhof, P. (2014), Quality of life in patients with atrial fibrillation: how to assess it and how to improve it. *Eurpace* 16 (6): 787-796
24. Beaumont, R. (2012), An introduction to Principal Component Analysis & Factor Analysis Using SPSS 19 and R (psych package). Ανακτήθηκε από: <http://www.floppybunny.org/robin/web/virtualclassroom/stats/statistics2/pca1.pdf>
25. Boron, W.F., & Boulpaep, E.L. (2008), *Medical Physiology*. Philadelphia: Elsevier.
26. Braganca, E.O., Filho, B.L., Maria, V.H., Levy, D., & de Paola, A.A. (2009), Validating a new quality of life questionnaire for atrial fibrillation patients. *International Journal of Cardiology* 143 (3): 391-398.
27. Bunch, T.J., Weiss, J.P., Crandall, B.G., May, H.T., Bair, T.L., Osborn, J.S., Anderson, J.L., Muhlestein, J.B., Horne, B.D., Lappe, D.L., & Day, J.D. (2010), Atrial fibrillation is independently associated with senile, vascular, and Alzheimer's dementia. *Heart Rhythm* 7 (4): 433-437.

28. Camm AJ. Stroke prevention in atrial fibrillation-the unmet need and morbidity burden. *Eur Cardiol* 2011; 7(3):187-195.
29. Camm, J. (2010), Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation. *Revista Española de Cardiología* 63, 1393-1395.
30. Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., Ferreira, A., Cerqueira-& Gomes, M. (2005), Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1: 19-36.
31. Cohen, B.B., & Vinson, D.C. (1995), Retrospective self-report of alcohol consumption: test-retest reliability by telephone. *Alcohol Clinical and Experimental Research* 19: 1156-1161.
32. Dorian, P., Jung, W., Newman, D., Paquette, M., Wood, K., Ayers, G.M., Camm, J., Akhtar, M., & Luderitz B. (2000), The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: Implications for the assessment of investigational therapy. *Journal of the American College of Cardiology* 36: 1303–1309.
33. Dunderlale, K., Furze, G., Thompson, D., Beer, S., & Miles, J. (2007), Health related quality of life from the perspective of patients with chronic heart failure. *British Journal of Cardiology* 14: 207-2012.
34. Dyett, P., Rajaram, S., Haddad, E.H., & Sabate, J. (2014), Evaluation of a Validated Food Frequency Questionnaire for Self-Defined Vegans in the United States. *Nutrients* 6 (7): 2523-2539.
35. European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2010; 31(19):2369-2429.
36. Finkelstein, S. (1992), Power in top management teams: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal* 35 (3): 505-538.
37. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2011; 123(10): e269-e367.

38. Gareth J. Wynn, D., Todd, D., Webber, M. Bonnett, L., McShane, J., Kirchhof, P., Gupta, D., (2014). The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification. *European Society of Cardiology*.
39. Goudevenos J, Vakalis JN, Giogiakas V. An epidemiological study of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation in northwest Greece. *Europace* 1999; 1(226-233).
40. Gill, T.M., & Feinstein, A.R, (1994), A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 272: 619-625.
41. Grönefeld, G.C., & Hohnloser, S.H. (2003), Quality of life in atrial fibrillation: an increasingly important issue. *European Heart Journal Supplements* 5: 25-33.
42. Harkness, J.A., & Schoua-Glusberg, A. (1998), Questionnaires in translation. *ZUMA-Nachrichten Spezial*, January, 87-126.
43. Hatfield, M., Parsons, R., & Ciccarelli, M. (2016), The development and validation of the Healthy Computing Questionnaire for Children (HCQC). *Work* 54 (2): 389-399.
44. Havranek, E.P. (2009), Atrial Fibrillation Through the Patient's Eyes. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* 2: 213-214.
45. Howes, C.J, Reid, M.C., Brandt, C., Ruo, B., Yerkey, M.W., Prasad, B., Lin, C., Peduzzi, P., Ezekowitz, M.D. (2001), Exercise tolerance and quality of life in elderly patients with chronic atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* 6: 23–29.
46. Jackson, R. (2011), Challenges of residential and community care: 'the times they are a-changing'. *Journal of Intellectual Disability Research* 55: 933-944. Januzzi, L.J. and Pasternak, R.C. (2007). Depression, hostility, and social isolation in patients with coronary artery disease. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 1: 77 – 85.
47. Lloyd-Jones DM. Lifetime risk for atrial fibrillation. *Circulation* 2004; 110:1042-1046.
48. Lo, S.H., Chang, A.M., & Chau, J.P. (2016), Translation and Validation of a Chinese Version of the Stroke Self-Efficacy Questionnaire in Community-Dwelling Stroke Survivors. *Top Stroke Rehabilitation* 23 (3): 163-169.

49. Lodge B, Wynn G, Das M, Webber M, Cabrera S, Gupta D, Todd D, (χ.χ). Age and Quality of Life in Catheter Ablation of Atrial Fibrillation. *Institute of Cardiovascular Medicine and Science*, Liverpool Heart and Chest Hospital, Liverpool, UK.
50. Martins, R.P., Kaur, K., Hwang, E., Ramirez, R.J., et al. (2014), Dominant frequency increase rate predicts transition from paroxysmal to long-term persistent atrial fibrillation. *Circulation* 129 (14): 1472–1482.
51. May, E.C., Spottiswoode, S.J.P., & Faith, L.V. (2010), A Methodological Issue in the Study of Correlation between Psychophysiological Variables. *European Journal of Parapsychology* 25: 5-24.
52. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. *Am J Cardiol* 2009;104(11):1534-1539.
53. Ninios I, et al. Prevalence, clinical correlates and treatment of permanent atrial fibrillation among the elderly: insights from the first prospective population-based study in rural Greece. *J Thomb Thrombolysis* 2010; 90-96.
54. Palys, T. (2008), 'Purposive sampling', in Given, L.M. (ed.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, Sage, Los Angeles, pp. 697-698.
55. Papageorgiou, P., Monahan, K., Boyle, N.G., Seifert, M.J., et al. (1996), Site-Dependent Intra-Atrial Conduction Delay: Relationship to Initiation of Atrial Fibrillation. *Circulation* 94 (3): 384–389.
56. Peinado, R., Arribas, F., Ormaetxe, J.M., & Badia, X. (2010), Variation in Quality of Life With Type of Atrial Fibrillation. *Revista Española de Cardiología* 63 (12): 1402-1409.
57. Pevelkova, Z., & Bulava, A. (2015), Nursing and quality of life in patients with atrial fibrillation before and after radiofrequency ablation. *Neuro Endocrinol Lett* 35: 49-53.
58. Piccini, J.P., Holmes, D., Thomas, L., Fonarow, G.C., et al. (2012), Comparison of symptoms and quality of life in atrial fibrillation: results from the Orbit-AF registry. *Journal of the American College of Cardiology* 59 (13): doi:10.1016/S0735-1097(12)60622-6.
59. Pontoppidan, J. (2012), The Impact of Atrial Fibrillation Ablation on Quality of Life. *Journal of Atrial Fibrillation* 5 (3): 110-117.

60. Proviener, F., & Droogmans, S. (2010). Atrial Fibrillation and Flecainide-Safety, Effectiveness and Quality of Life Outcomes. *European Cardiology* 6 (3): 44-49.
61. Raine, D., Langley, P., Shepherd, E., Lord, S., et al. (2015), Effect of catheter ablation on quality of life in patients with atrial fibrillation and its correlation with arrhythmia outcome. *Open Heart* 2 (1): doi:10.1136/openhrt-2015-000302.
62. Reynolds, M.R., Ellis, E., & Zimetbaum, P., (2008), Quality of life in Atrial Fibrillation: Measurement Tools and Impact of Interventions. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* 19 (7): 762-768.
63. Reynolds, M.R., Lavelle, T., Essebag, V., Cohen, D.J., Zimetbaum, P. (2006), Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: The Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study. *American Heart Journal* 152: 1097–1103.
64. Sabbah, S., Habib-Nayany, M.F., Darqaei, Z., Hauser, F.E., et al. (2013), Retinal region of polarization sensitivity switches during ontogeny of rainbow trout. *Journal of Neuroscience* 17: 7438-7438.
65. Spertus, J., Paul Dorian, M.P.H., Bubien, R., Steve Lewis, M.S.N., et al. (2011), Development and Validation of the Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-Life (AFEQT) Questionnaire in Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* 4: 15-25.
66. Suter, D. Saczynski, J., Floyd, K., Browning, C., Rosenthal, L., McManus, D. (2014). Quality of Life in Symptomatic Patients with Atrial Fibrillation: Preliminary Data from the InRhythm Study. *American Heart Association, Inc.*
67. Thrall, G., Lane, D., Carroll, D., & Lip, GY. (2006), Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review: *American Journal of Medicine* 119 (5): 1-19.
68. Toh, N., Morita, H., Nagase, S., Taniguchi, M., et al. (2010), Atrial electrophysiological and structural remodeling in high – risk patients with Brugada syndrome: assessment with electrophysiology and echocardiography. *Heart Rhythm* 7: 218–224.
69. Townsend-White C., Phaml A., & Vassos M. (2012), Systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and

- challenging behaviors. *Journal of Intellectual Disability Research* 56: 270-284.
70. Tsimtsiou, Z., Haidich, A.B., Kokkali, S., Dardavesis, T., et al. (2014), Greek Version of the Internet Addiction Test: A Validation Study. *Psychiatric Quarterly* 85 (2): 187-195.
71. Wang, J-S. (2003), Assessment of learner satisfaction with asynchronous electronic learning systems. *Information & Management* 41: 75-86.
72. World Health Organization (WHO). Process of translation and adaptation of instruments. Ανακτήθηκε από: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
73. Zoni-Berisso, M., Lercari, F., Carazza, T., & Domenicucci, S. (2014), Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clinical Epidemiology* 6: 213–220.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : AFEQT, Ελληνική έκδοση

Ερωτηματολόγιο για την Επίπτωση της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής (AFEQT)

1^η Ενότητα Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής

Πάσχετε από κολπική μαρμαρυγή επί του παρόντος;

Ναι Όχι

Εάν Όχι, πότε ήταν η τελευταία φορά που αντιληφθήκατε ότι είχατε επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής;

(Παρακαλώ σημειώστε μία απάντηση, η οποία περιγράφει καλύτερα την κατάσταση σας)

___ νωρίτερα σήμερα

___ πριν από 1 μήνα μέχρι και 1 χρόνο

___ μέσα στην περασμένη εβδομάδα

___ πριν από περισσότερο από 1 χρόνο

___ μέσα στον προηγούμενο μήνα

___ δεν αντιλήφθηκα ποτέ ότι πάσχω από κολπική

μαρμαρυγή

2^η Ενότητα Τα παρακάτω ερωτήματα αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο η κολπική μαρμαρυγή επηρεάζει την ποιότητα ζωής σας.

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, πόσες ενοχλήσεις είχατε, ως αποτέλεσμα της κολπικής μαρμαρυγής σας, κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων από:

(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάσταση σας)

	Καμία ενόχληση ή Χωρίς το σύμπτωμα	Σπάνιες ενοχλήσεις	Ελάχιστες ενοχλήσεις	Μέτριες ενοχλήσεις	Αρκετές ενοχλήσεις	Πολλές ενοχλήσεις	Πάρα πολλές ενοχλήσεις
1. Καρδιακοί παλμοί: περυγισμός, «χαμένοι» χτύποι ή ταχυκαρδία	1	2	3	4	5	6	7
2. Ακανόνιστος καρδιακός παλμός	1	2	3	4	5	6	7
3. Μεγάλη παύση μεταξύ χτύπων	1	2	3	4	5	6	7
4. Λιποθυμία ή ζάλη	1	2	3	4	5	6	7

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, είχατε κανέναν περιορισμό εξαιτίας της κολπικής μαρμαρυγής σας κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων στην:

(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάσταση σας)

	Κανένας περιορισμός	Σπάνιοι περιορισμοί	Ελάχιστοι περιορισμοί	Μέτριοι περιορισμοί	Αρκετοί περιορισμοί	Πολλοί περιορισμοί	Πάρα πολλοί περιορισμοί
5. Ικανότητα ψυχαγωγικής δραστηριότητας, φυσικής άσκησης και χόμπι	1	2	3	4	5	6	7
6. Ικανότητα ρομαντικής σχέσης και δραστηριοτήτων με φίλους και την οικογένειά σας	1	2	3	4	5	6	7

Ερωτηματολόγιο για την Επίπτωση της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής (AFEQT)

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, πόση δυσκολία είχατε, ως αποτέλεσμα της κολπικής μαρμαρυγής σας, κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων στην:

(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σας)

	Καμία δυσκολία	Σπάνιες δυσκολίες	Ελάχιστες δυσκολίες	Μέτριες δυσκολίες	Αρκετές δυσκολίες	Πολλές δυσκολίες	Πάρα πολλές δυσκολίες
7. Πραγματοποίηση οποιασδήποτε δραστηριότητας λόγω κόπωσης ή εξάντλησης	1	2	3	4	5	6	7
8. Πραγματοποίηση φυσικής δραστηριότητας λόγω δύσπνοιας	1	2	3	4	5	6	7
9. Γυμναστική	1	2	3	4	5	6	7
10. Έντονο περπάτημα	1	2	3	4	5	6	7
11. Έντονο περπάτημα σε ανηφόρα ή ανέβασμα από τις σκάλες με τα ψώνια χωρίς διάλειμμα	1	2	3	4	5	6	7
12. Πραγματοποίηση έντονης δραστηριότητας (όπως να σηκώνετε ή να μεταφέρετε βαριά έπιπλα), τρέξιμο, ή κουραστικά αθλήματα (όπως τένις)	1	2	3	4	5	6	7

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, πόση ανησυχία σας προκάλεσαν τα παρακάτω συναισθήματα, ως αποτέλεσμα της κολπικής μαρμαρυγής σας, κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων:

(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σας)

	Καμία ανησυχία	Σπάνιες ανησυχίες	Ελάχιστες ανησυχίες	Μέτριες ανησυχίες	Αρκετές ανησυχίες	Πολλές ανησυχίες	Πάρα πολλές ανησυχίες
13. Φόβος ή ανησυχία για ξαφνική εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής	1	2	3	4	5	6	7
14. Φόβος για μακροπρόθεσμη επιδείνωση άλλων παθήσεων λόγω της κολπικής μαρμαρυγής	1	2	3	4	5	6	7

Ερωτηματολόγιο για την Επίπτωση της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ποιότητα Ζωής (AFEQT)

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, πόση ανησυχία σας προκάλεσαν τα παρακάτω συναισθήματα, ως αποτέλεσμα της θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής σας, κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων:
(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σας)

	Καμία ανησυχία	Σπάνιες ανησυχίες	Ελάχιστες ανησυχίες	Μέτριες ανησυχίες	Αρκετές ανησυχίες	Πολλές ανησυχίες	Πάρα πολλές ανησυχίες
15. Ανησυχία για παρενέργειες των φαρμάκων	1	2	3	4	5	6	7
16. Ανησυχία για επιπλοκές ή παρενέργειες επεμβάσεων, όπως αφαίρεση καθετήρα, χειρουργική επέμβαση και τοποθέτηση βηματοδότη	1	2	3	4	5	6	7
17. Ανησυχία για παρενέργειες των αντιπηκτικών, όπως ρινορραγία, αιμορραγία των ούλων κατά το βούρτσισμα, έντονη αιμορραγία από κόψιμο, ή μώλωπες	1	2	3	4	5	6	7
18. Φόβος ή ανησυχία για δυσχέρεια στις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω της θεραπείας	1	2	3	4	5	6	7

Σε μια κλίμακα από 1 ως το 7, συνολικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε **προς το παρόν** από:
(Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σας)

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Έτσι κι έτσι	Λίγο	Πολύ λίγο	Πάρα πολύ λίγο
19. Το πόσο καλά η θεραπεία που ακολουθείτε ελέγχει την κολπική σας μαρμαρυγή;	1	2	3	4	5	6	7
20. Τον βαθμό στον οποίο η θεραπεία σας <i>απάλλαξε</i> από τα συμπτώματά της κολπικής μαρμαρυγής;	1	2	3	4	5	6	7

Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire

Section 1. Occurrence of atrial fibrillation

Name or ID: _____

Are you currently in atrial fibrillation? Yes No

If **No**, when was the last time you were aware of having had an episode of atrial fibrillation? (Please check one answer which best describes your situation)

- earlier today 1 month to 1 year ago
 within the past week more than 1 year ago
 within the past month I was never aware of having atrial fibrillation

Section 2. The following questions refer to how atrial fibrillation affects your quality of life.

On a scale of 1 to 7, over the past 4 weeks, as a result of your atrial fibrillation, how much were you bothered by: (Please circle one number which best describes your situation)

	Not at all bothered Or I did not have this symptom	Hardly bothered	A little bothered	Moderately bothered	Quite a bit bothered	Very bothered	Extremely bothered
1. Palpitations: Heart fluttering, skipping or racing	1	2	3	4	5	6	7
2. Irregular heart beat	1	2	3	4	5	6	7
3. A pause in heart activity	1	2	3	4	5	6	7
4. Lightheadedness or dizziness	1	2	3	4	5	6	7

On a scale of 1 to 7, over the past 4 weeks, have you been limited by your atrial fibrillation in your: (Please circle one number which best describes your situation)

	Not at all limited	Hardly limited	A little limited	Moderately limited	Quite a bit limited	Very limited	Extremely limited
5. Ability to have recreational pastimes, sports, and hobbies	1	2	3	4	5	6	7
6. Ability to have a relationship and do things with friends and family	1	2	3	4	5	6	7

On a scale of 1 to 7, over the past 4 weeks, as a result of your atrial fibrillation, how much difficulty have you had in: (Please circle one number which best describes your situation)

	No difficulty at all	Hardly any difficulty	A little difficulty	Moderate difficulty	Quite a bit of difficulty	A lot of difficulty	Extreme difficulty
7. Doing any activity because you felt tired, fatigued, or low on energy	1	2	3	4	5	6	7
8. Doing physical activity because of shortness of breath	1	2	3	4	5	6	7
9. Exercising	1	2	3	4	5	6	7
10. Walking briskly	1	2	3	4	5	6	7
11. Walking briskly uphill or carrying groceries or other items, up a flight of stairs without stopping	1	2	3	4	5	6	7
12. Doing vigorous activities such as lifting or moving heavy furniture, running, or participating in strenuous sports like tennis or racquetball	1	2	3	4	5	6	7

Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire

On a scale of 1 to 7, over the past 4 weeks as a result of your atrial fibrillation, how much did the feelings below bother you? (Please circle one number which best describes your situation)

	Not at all Bothered	Hardly bothered	A little bothered	Moderately bothered	Quite a bit bothered	Very bothered	Extremely bothered
13. Feeling worried or anxious that your atrial fibrillation can start anytime	1	2	3	4	5	6	7
14. Feeling worried that atrial fibrillation may worsen other medical conditions in the long run	1	2	3	4	5	6	7

On a scale of 1 to 7, over the past 4 weeks, as a result of your atrial fibrillation treatment, how much were you bothered by: (Please circle one number which best describes your situation)

	Not at all bothered	Hardly bothered	A little bothered	Moderately bothered	Quite a bit bothered	Very bothered	Extremely bothered
15. Worrying about the treatment side effects from medications	1	2	3	4	5	6	7
16. Worrying about complications or side effects from procedures like catheter ablation, surgery, or pacemakers therapy	1	2	3	4	5	6	7
17. Worrying about side effects of blood thinners such as nosebleeds, bleeding gums when brushing teeth, heavy bleeding from cuts, or bruising.	1	2	3	4	5	6	7
18. Worrying or feeling anxious that your treatment interferes with your daily activities	1	2	3	4	5	6	7

On a scale of 1 to 7, overall, how satisfied are you at the present time with: (Please circle one number which best describes your situation)

	Extremely satisfied	Very satisfied	Somewhat satisfied	Mixed with satisfied and dissatisfied	Somewhat dissatisfied	Very dissatisfied	Extremely dissatisfied
19. How well your current treatment controls your atrial fibrillation?	1	2	3	4	5	6	7
20. The extent to which treatment has relieved your symptoms of atrial fibrillation?	1	2	3	4	5	6	7

Name or ID: _____