



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Mgr piel. Justyna Zachciał

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

**Analiza wybranych czynników wpływających
na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych
u biorców przeszczepu nerki**

Analysis of selected factors affecting adherence with
therapeutic recommendations in renal transplant recipients

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk o zdrowiu

Promotor

Dr hab. Mirosław Banasik, prof. UMW

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wrocław 2022

Streszczenie

Wstęp: Przeszczep nerki (RT) jest uznawany za optymalne postępowanie w leczeniu nerkozastępczym biorąc pod uwagę przeżywalność pacjentów i wysoką jakość życia (QoL). Pomimo, że korzyści wynikające z RT są dobrze poznane, zauważa się coraz częściej te negatywne aspekty, takie jak ścisły schemat leczenia i jego skutki uboczne, częste wizyty lekarskie, epizody odrzucania przeszczepu, podatność na infekcje oraz niepewność i niepokój związany z potencjalną utratą przeszczepu. Przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących leczenia immunosupresyjnego ma kluczowe i bezdyskusyjne znaczenie dla krótko- i długoterminowych wyników leczenia u biorców przeszczepów. Identyfikacja czynników wpływających na niskie przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków immunosupresyjnych jest zasadniczym wyzwaniem dla multidyscyplinarnych zespołów medycznych w zapobieganiu powikłaniom po transplantacji lub utracie przeszczepu.

Cele: Nadrzędnym celem było zbadanie czynników związanych przestrzeganiem przyjmowania leków immunosupresyjnych oraz zależności między adherencją medyczną a wynikami klinicznymi wśród biorców przeszczepu nerki. Dokonano także identyfikacji czynników socjodemograficznych, klinicznych i psychologicznych w aspekcie adherencji medycznej. Zweryfikowano zależności pomiędzy adherencją medyczną, a poziomem akceptacji choroby, objawami lęku i depresji, wiekiem pacjentów oraz postrzeganą QoL.

Materiał i metody: W ramach niniejszego projektu badawczego zakwalifikowano dorosłych pacjentów po przeszczepie nerki w wyniku zdiagnozowanej schyłkowej przewlekłej choroby nerek (CKD) hospitalizowanych w Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w latach 2018-2020. W pierwszym badaniu udział wzięło 210 pacjentów, w tym 97 kobiet (46,19%) i 113 mężczyzn (53,81%), natomiast do drugiego badania zakwalifikowano 190 chorych, w tym 89 kobiet (46,84%) i 101 mężczyzn (53,16%). Wszyscy pacjenci, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariuszy w obecności pielęgniarki. Wykorzystano autorski kwestionariusz danych socjodemograficznych oraz adekwatne, do założeń i celów badania, walidowane narzędzia badawcze: (1) Wskaźnik Kruchości Tilburga (TFI), (2) Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), (3) Skala Akceptacji Choroby (AIS), (4) Kwestionariusz Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL-BREF), (5) Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), (6) Skala Adherencji Zaleceń i Przyjmowania Leków (ARMS), oraz (7) Bazylejska Skala Oceny Przestrzegania Leczenia Immunosupresyjnego (BAASIS).

Wyniki: Pierwsza praca z cyklu: średnia ocena ogólna w skali ARMS wyniosła $14,71 \pm 1,87$ pkt. Wynik Q3 wskazywał, że 75% pacjentów uzyskało mniej niż 15 punktów, co ukazuje wysokie zachowania związane z adherencją. Średnie wyniki dla podskali przyjmowanie leków wynosiły $8,65 \pm 1,33$ pkt., a dla podskali uzupełnianie leków było to $6,06 \pm 1,31$ pkt. Średnia punktacja AIS wyniosła 30,49 pkt., co daje 3,81 pkt. na pytanie i wskazuje, że badani mieli tendencję do akceptacji swojej choroby. Wyniki analiz regresji liniowej wykazały, że istotnym predyktorem niższego całkowitego wyniku ARMS były: miejsce zamieszkania ($p=0,012$), wyższy poziom akceptacji choroby (AIS, $p=0,025$), wyższy poziom jakości życia (WHOQOL-BREF) w wymiarze percepcji zdrowia ($p=0,046$), fizycznym ($p=0,025$), psychologicznym ($p=0,039$) i środowiskowym ($p=0,006$). Natomiast model regresji wielorakiej ukazał, że tylko miejsce zamieszkania istotnie wpływało na poprawę całkowitego wyniku ARMS ($p=0,029$). Wyniki analiz regresji liniowej wykazały, że istotnym predyktorem gorszego wyniku podskali przyjmowania leków ARMS były: współistniejąca hipercholesterolemia ($p=0,007$) oraz nasilenie zespołu kruchości (TFI, $p=0,039$); a predyktorami lepszego wyniku podskali przyjmowania leków ARMS były: wyższy poziom akceptacji choroby (AIS, $p=0,037$) oraz wyższy poziom jakości życia (WHOQOL-BREF) w wymiarze fizycznym ($p=0,008$). Natomiast model regresji wielorakiej ukazał, że poziom zdolności poznawczych (MMSE) były istotnym predyktorem gorszego wyniku podskali przyjmowania leków ARMS ($p=0,032$). Wyniki analiz regresji liniowej wykazały, że istotnym predyktorem lepszego wyniku podskali uzupełniania leków i recept ARMS były: wyższy poziom jakości życia (WHOQOL-BREF) w wymiarze środowiskowym ($p=0,028$) oraz lepsze wyniki kruchości (TFI) w domenie społecznej ($p=0,037$). Natomiast model regresji wielorakiej ukazał, że istotnymi predyktorami lepszego wyniku podskali uzupełniania leków i recept ARMS były: edukacja zawodowa ($p=0,035$) oraz poziom jakości życia (WHOQOL-BREF) w wymiarze środowiskowym ($p=0,028$); natomiast predyktorem gorszego wyniku była współistniejąca hipercholesterolemia ($p=0,049$). Druga praca z cyklu: zespół kruchości stwierdzono u 57,98% pacjentów (TFI); objawy depresji wykazywało jedynie 3,16% chorych a lęku 7,89% chorych (HADS); 30% pacjentów wykazywało zaburzenia poznawcze bez demencji, 12,11% łagodną demencję, a 1 chory cierpiał na umiarkowaną demencję (MMSE). Średni wynik BAASIS wynosił $97,95 \pm 5,75$ pkt. Wyniki analiz regresji liniowej wykazały, że istotnymi predyktorami lepszej samooceny przestrzegania zaleceń dotyczących leków immunosupresyjnych BAASIS były starszy wiek pacjentów ($b=0,13$; $p<0,001$), dłuższy czas od przeszczepu nerki ($b=-0,13$; $p=0,02$) oraz większy poziom lęku ($b=-0,25$; $p=0,029$) i gorsze funkcjonowanie poznawcze ($b=-0,351$; $p=0,015$). Lepsze przestrzeganie zaleceń w samoocenie pacjentów BAASIS dotyczyło osób: zamieszkujących tereny wiejskie ($b=2,019$; $p=0,028$); będących na emeryturze ($b=5,993$; $p<0,001$), rencistów ($b=5,027$; $p<0,001$) i bezrobotnych ($b=6,667$; $p=0,038$); oraz ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym ($b=2,888$; $p=0,006$). Model regresji wielorakiej

wykazał, że status emeryta ($b=4,11$, $p=0,007$) i rencisty ($b=3,51$, $p=0,012$), a także współistniejące nadciśnienie tętnicze ($b=2,74$, $p=0,013$) były istotnymi predyktorami wyższej samooceny adherencji medycznej BAASIS. Wyniki analiz regresji liniowej wykazały, że istotnymi predyktorami zaburzonej implementacji zasad przestrzegania zaleceń dotyczących leków immunosupresyjnych BAASIS były płeć męska ($p=0,032$), młodszy wiek ($p=0,017$), status emerytalny ($p<0,001$), współistniejąca hipercholesterolemia ($p = 0,029$) oraz lepsze funkcjonowanie poznawcze ($p=0,031$). Model regresji wielorakiej wykazał, że status emerytalny ($p=0,007$) powodował obniżenie skłonności do zachowań „nieadherentnych”, a współistniejąca hipercholesterolemia ($p=0,025$) zwiększała narażenie na problemy z wdrażaniem zaleceń odnośnie przyjmowania leków immunosupresyjnych.

Wnioski: (1) Gorsze przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia immunosupresyjnego po RT związane jest z niższym poziomem akceptacji choroby; natomiast lepsza adherencja zależy od większego poziomu QoL w wymiarze fizycznym i środowiskowym. (2) Pacjenci mieszkający na wsi, posiadający wykształcenie zawodowe oraz niebędący aktywni zawodowo, a także dłuższy czas od przeszczepu i starszy wiek pacjentów są cechami socjodemograficznymi sprzyjającymi właściwej adherencji. (3) Niekorzystne znaczenie w kontekście przestrzegania zaleceń związanych z leczeniem immunosupresyjnym po RT ma również współistniejąca hipercholesterolemia.

Słowa kluczowe: adherencja medyczna, akceptacja choroby, badanie przekrojowe, dane demograficzne, jakość życia, jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, leczenie nerkozastępcze, leki immunosupresyjne, perspektywa biopsychospołeczne, poziom lęku, przewlekła choroba nerek, przewlekła niewydolność nerek, stan psychiczny, symptomy depresji, transplantacja nerki, zespół kruchości.