

ارتباط تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه

*مریم شعبانی همدان^۱ زاله محمد علیها^۲ ربابه شکرآبی^۳ آغا فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بقای بعد از پیوند، نیاز به تبعیت از رژیم داروهای سرکوب کننده ایمنی را ایجاب می کند، لذا عدم تبعیت از این دسته داروها سبب پس زدن پیوند، کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های مراقبت و مرگ و میر می شود. بررسی کیفیت زندگی این بیماران ممکن است برای کشف عدم تبعیت مفید باشد. هدف این پژوهش تعیین ارتباط بین تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مقطعی بود که بر روی بیماران پیوند کلیه که سن بالای ۱۸ سال داشته، ۳ ماه از پیوند آنها گذشته و تمایل به همکاری داشتند انجام شد. حجم نمونه ۲۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری به روش مستمر انجام شد، بدین ترتیب که افراد واجد شرایط ذکر شده در این پژوهش شرکت کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه و تبعیت از داروهای سرکوب کننده ایمنی توسط نمونه ها تکمیل شد. اطلاعات جمع آوری شده توسط نسخه ۱۵ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد، جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون کای اسکوتر، آزمون لوجستیک رگرسیون و آتا مطابق با مورد استفاده گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه ($4/039 \pm 21/75$) است و ۵۷/۸٪ بیماران از رژیم دارویی خود تبعیت نمی کنند. بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت ($r=0/23$ و $p < 0/001$) بدین منظور که با تبعیت نکردن از رژیم دارویی، کیفیت زندگی کاهش می یابد.

نتیجه گیری کلی: بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه ارتباط معنی دار وجود دارد. لذا پرستاران باید در مراقبت و آموزش به این بیماران به تبعیت از رژیم دارویی به عنوان یک عامل ارتقا دهنده سلامتی توجه کنند.

کلید واژه ها: تبعیت از رژیم دارویی - داروهای سرکوب کننده ایمنی - کیفیت زندگی - پیوند کلیه

تاریخ دریافت: ۸۸/۵/۲۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۸

◆ این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۲۴۳۵۹۶۱۱۹ Email: Maryamshabanyi@yahoo.com

^۲ مربی گروه داخلی - جراحی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ مربی گروه آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ مربی گروه آمار زیستی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

پیوند کلیه هم اکنون به عنوان یک روش موثر در درمان نارسایی مزمن پیشرفته کلیه است. دهها هزار پیوند در تمامی دنیا صورت گرفته و در بعضی از مراکز سالیانه پنجاه تا صد پیوند کلیه انجام می شود^(۱). در ایران رقم پیوند کلیه ۲۴ مورد به ازای هر یک میلیون نفر است که این رقم در کشورهای در حال توسعه ۵ تا ۲۰ مورد و در کشورهای پیشرفته ۲۰ تا ۴۰ مورد است. کشور ایران با بیش از بیست هزار عمل پیوند در منطقه مقام اول را به خود اختصاص داده است^(۲).

عمل پیوند کلیه بیمار را از بسیاری از محدودیتهای ناشی از دیالیز رهایی می بخشد، اما نباید به عنوان علاج قطعی نارسایی کلیه تلقی شود، این عمل در واقع یک ادامه درمان با اثرات جانبی و عوارض بالقوه خود محسوب می شود^(۳).

بقای بعد از پیوند، نیاز به تبعیت از رژیم داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را تاکید می کند^(۴).

ترکیب قدرتمند داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، نتایج عالی کوتاه مدت دارد و بقای پیوند را با احتمال کم کردن پس زدن حاد تضمین می کند^(۵).

بسیار واضح است که مزایای رژیم درمانی تنها زمانی به دست می آید که بیمار از درمان تجویز شده به طور دقیق و منطقی استفاده کند^(۶).

گیرندگان پیوند همانند بیماران مزمن باید به مدت طولانی از رژیم دارویی خود تبعیت کنند تا از پس زدن پیوند جلوگیری نموده و مرگ و میر را کاهش دهند. به همین دلیل درجه بالایی از تبعیت نسبت به داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی تجویز شده، ضروری به نظر می رسد^(۷).

عدم تبعیت از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی یک موضوع مهم در بیماران پیوند کلیه است. حدود ۲۰ درصد از بیماران پیوند کلیه، از این دسته از داروها تبعیت نمی کنند. سهم عدم تبعیت در از دست دادن پیوند حدود ۱۶ درصد و در پس زدن حاد پیوند حدود ۲۰ درصد می باشد.

همچنین تحقیقات گذشته، نشان داده که نقص در مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی در گیرندگان عضو وجود دارد. علیرغم خطرهای ناشی از عدم تبعیت، ۲۰ تا ۲۵ درصد از بالغین گیرنده پیوند قلب و کبد و کلیه نسبت به

مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی خود تبعیت ندارند و انتظار می رود عدم تبعیت باعث ایجاد ۲۰ تا ۹۰ درصد پس زدن حاد پیوند، و ۱۶ تا ۲۳ درصد از دست دادن پیوند در گیرندگان عضو باشد. هزینه های اقتصادی بالا نتایجی هستند که هر ساله به این افراد تحمیل می شود^(۸).

بسیاری از بیماران به دنبال عوارض ناشی از مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، از رژیم دارویی خود تبعیت نمی کنند و در نهایت این امر به کاهش کیفیت زندگی می انجامد. علاوه بر این، عوارض جانبی ناشی از مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی تاثیر می گذارد^(۸).

سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ارتباط نزدیکتر بیمار با پزشک و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می گردد و همین مساله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود، آشنایی با شرایط سلامتی شان، آشنایی با مزایا و معایب درمانهای مختلف و پر رنگتر کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می شود^(۹).

سنجش کیفیت زندگی به منظور دستیابی به آمار ضروری جهت سیاست گذاری و برنامه ریزی در اهداف اجتماعی و بالینی کاربرد متعددی دارد. سنجش کیفیت زندگی برای طیف وسیعی از تصمیم گیری ها اهمیت دارد، زیرا از یک طرف در اخذ تصمیمات بالینی برای مددجو و از طرف دیگر در اخذ تصمیمات اجتماعی برای برنامه ریزی و اتخاذ خط مش مهم می باشد^(۹،۸).

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بود.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع مقطعی بود که به منظور تعیین ارتباط بین تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه انجام شد. نمونه گیری در حدود دو ماه و نیم به طول انجامید.

جامعه مورد نظر در این پژوهش را کلیه بیماران پیوندی که ۳ ماه از پیوند آنها گذشته و بالای ۱۸ سال سن داشتند، تشکیل می داد و حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد برابر با ۲۳۰ نفر برآورد شد. نمونه های پژوهش نیز به روش مستمر از میان جامعه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای حذف نمونه شامل افرادی بود که معلولیت ذهنی و جسمی داشتند.

در این مطالعه تبعیت از رژیم دارویی متغیر مستقل و کیفیت زندگی متغیر وابسته بود.

منظور از تبعیت از رژیم دارویی، رفتار شخص در زمینه مصرف داروهای تجویز شده بود که با پرسشنامه تبعیت از رژیم داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی سنجیده شد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای درجه بندی شده و شامل ۴ سؤال است. این گزینه ها شامل هیچوقت = ۳، به ندرت = ۲، گاهی اوقات = ۱ و بیشتر اوقات = ۰ بوده و مددجویان بهترین گزینه ای که نحوه مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی شان را در سه ماه گذشته نشان می داد، انتخاب کردند. ملاک تبعیت در این پرسشنامه، عدد ۱۲ می باشد. یعنی فردی تابع محسوب می شود که به هر ۴ سؤال، پاسخ هیچوقت دهد و حتی اگر مددجویی، تنها به یک سؤال پاسخ غیر از هیچوقت، می داد، جزو دسته عدم تبعیت قرار می گرفت و تکمیل آن برای مددجوی ۵ دقیقه طول کشید. (این پرسشنامه برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت).

و منظور از کیفیت زندگی نوعی احساس خوب بودن ناشی از رضایت و یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی است که برای فرد با اهمیت تلقی می شود. کیفیت زندگی شامل جنبه های مختلف سلامتی و کار، اقتصادی و اجتماعی، روحی و روانی و خانوادگی است. برای سنجش این متغیر از پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه که حاوی ۷۰ سؤال بوده و از دو بخش (۳۵ سوال در هر بخش) تشکیل شده است، استفاده گشت.

قسمت اول، رضایت بیماران و قسمت دوم میزان اهمیتی که آنها برای همان گویه ها قائل بودند، را اندازه گیری می کرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای در قسمت اول از خیلی راضی = ۶ تا خیلی ناراضی = ۱ و در قسمت دوم از خیلی بی اهمیت = ۱ تا خیلی مهم = ۶ درجه بندی می شود و عبارات هر دو قسمت مشابه با یکدیگر بود. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی (سلامتی و عملکرد، اقتصادی - اجتماعی روانی - معنوی، و خانوادگی) را مورد سنجش قرار می داد. جنس مربوط به افراد متأهل (۷۲/۲٪) و کمترین فراوانی مربوط به مطلقه (۴/۳٪) بود. اکثریت شرکت کنندگان سطح

پرسشنامه به صورت خود ایفا و مصاحبه قابل کاربرد است و تکمیل آن ۱۰ دقیقه طول می کشد. طیف نمرات برای هر نمره کلی کیفیت زندگی از ۰ تا ۳۰ بود. کل امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی به سه گروه (مطلوب، کمی مطلوب و نامطلوب) طبقه بندی شد. به این صورت که اعداد بین (۹-۰) را به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب، (۱۹-۱۰) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و (۳۰-۲۰) کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته شد.

اعتبار علمی ابزارها از طریق اعتبار محتوی از نوع صوری مشخص شد. اعتماد علمی هر دو پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای تبعیت از رژیم دارویی = ۰/۷۵ و برای کیفیت زندگی = ۰/۸ به دست آمد. اعتماد علمی ابزار تبعیت از رژیم داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی توسط Chisholm و همکاران^(۱۰) در سال ۲۰۰۵ در بررسی بیماران پیوند کلیه، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد و اعتماد علمی ابزار کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۲ توسط فرانس و پاورس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ گزارش شده است^(۱۱).

پژوهشگر بعد از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی ایران و مراجعه به مراکز مورد نظر، پس از توضیح درباره اهداف پژوهش و تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت نامه کتبی، اطلاعات مورد نیاز را از انجمن حمایت از بیماران کلیوی و کلینیک شفای وابسته به این انجمن در تهران جمع آوری نمود. ۲ پرسشنامه تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران پیوندی توسط نمونه ها تکمیل گشت. جهت پاسخ دهی به سوالات پژوهش از آزمونهای کای اسکوتر و رگرسیون لجستیک بسته به کاربرد، استفاده شد.

یافته ها

آنالیز داده ها نشان داد که میانگین سنی شرکت کننده گان در پژوهش ۴۱/۶۹ سال (SD=۱۲/۱۷۴) بود (حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۶۸ سال). درصد فراوانی مردان و زنان به ترتیب برابر ۵۵/۲ و ۴۴/۸ نفر بود. بیشترین فراوانی وضعیت تاهل در هر دو تحصیلات دبیرستانی و دیپلم داشتند (۲۸/۷٪) و اقلیت آنها در سطح دانشگاهی (۱۰/۴٪) بودند. بیشترین فراوانی وضعیت

توزیع فراوانی در بررسی تبعیت (هر دو جنس) مربوط به کسانی می شد که از رژیم دارویی خود تبعیت نداشتند و برابر با $57/8$ بود و در بررسی ارتباط تبعیت از رژیم دارویی با تک تک متغیرهای ذکر شده، معلوم شد که تبعیت با سن $X^2 = 7/873$ و $P=0/049$ و طول مدت مصرف داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی ($X^2=9/948$ و $P=0/410$) و تعداد دفعات پیوند کلیه ($X^2 = 4/376$ و $P=0/036$) ارتباط معنی دار دارد. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که تبعیت با تعداد دفعات پیوند ($B=1/041$) ارتباط بیشتری دارد. همچنین بین کیفیت زندگی با متغیرهای تعداد دفعات مصرف داروی پیوند در طول روز ($X^2=0/043$ و $P=6/273$) و تعداد بیمارهای مزمن ($X^2=19/611$) $X^2=0/003$ ، $P=0/003$ ارتباط معنی دار وجود داشت و کیفیت زندگی با تعداد دفعات مصرف داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی ($B=-0/468$) ارتباط بیشتری دارد. همچنین بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت. ($X^2=12/204$ و $P<0/0001$) و تبعیت از رژیم دارویی با بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی ($X^2=12/189$ و $P<0/0001$) و بعد اقتصادی و اجتماعی کیفیت زندگی ($X^2=11/322$ و $P=0/003$) و بعد روانی و معنوی ($X^2=5/669$ و $P=0/017$) ارتباط معنی دار دارد. و تبعیت از رژیم دارویی با بعد سلامتی و عملکرد بیشتری ارتباط را دارد ($r \text{ ETA} = 0/233$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش فوق نشان داد که بین تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه ارتباط معنادار وجود دارد ($P<0/0001$) Fredericks و همکاران در تحقیقی که روی نوجوانان پیوند کبد انجام دادند، ارتباط معنی داری را بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی گزارش کردند. آنها متوجه شدند که عدم تبعیت سبب کاهش کیفیت زندگی می شود^(۱۲). Akman و همکاران در تحقیقی که روی بیماران در لیست عمل پیوند کلیه انجام دادند، تفاوت معنی داری را بین نمره تبعیت و کیفیت زندگی و نمره افسردگی گزارش کردند. آنها دریافتند که بیماران با عدم تبعیت، کیفیت زندگی پایین تر و نمرات افسردگی بیشتر دارند. همچنین ذکر کردند که عدم تبعیت در طول دیالیز

اشتغال متعلق به زنان خانه دار ($0/34/8$) و کمترین فراوانی متعلق به دانشجویان ($0/09$) بود، بیشترین فراوانی تعداد فرزندان را (۳ فرزند و بیشتر) ($0/43$) و کمترین فراوانی ($0/12/6$) را افرادی که دارای یک فرزند بودند، تشکیل دادند و میانگین تعداد فرزندان در این پژوهش برابر $1/83$ با $SD=1/2$ بود. اکثر شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی متوسط ($0/50/6$) داشتند و درصد کمی را هم وضعیت اقتصادی خوب ($0/3/5$) تشکیل می داد. بیشتر واحدهای های مورد پژوهش شهری بودند ($0/88/7$) و تعداد کمی ($0/10/9$) از آنها در روستا زندگی می کردند. بیشترین فراوانی طول مدت انجام پیوند کلیه (طول مدت مصرف داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی) بین ۲ تا ۵ سال ($0/53$) و کمترین فراوانی بین ۱۶ تا ۲۱ سال ($0/3$) بود. میانگین طول مدت انجام پیوند کلیه (طول مدت مصرف داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی) برابر با $5/008$ سال ($SD=3/9$) بود و بیشترین توزیع فراوانی نوع رژیم دارویی را رژیم دارویی سسل سیت-ساندیمون-پردنیزون ($0/76/52$) و کمترین توزیع فراوانی را رژیم دارویی (فقط سسل سیت) ($0/04$) تشکیل داد. بیشترین توزیع فراوانی تعداد سایر داروهای مصرفی، ۳ دارویی $88/7$ درصد و کمترین توزیع فراوانی مربوط به تک دارویی $0/4$ درصد بود. میانگین تعداد سایر داروهای مصرفی برابر با $2/96$ درصد ($SD=2/56$) و بیشترین فراوانی تعداد دفعات مصرف داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی در طول روز را ۲ بار در روز $71/7$ و کمترین فراوانی مربوط به ۳ بار در روز ($11/3$) بود. میانگین تعداد دفعات مصرف داروی سرکوب کننده ایمنی در طول روز برابر با $2/45$ ($SD=0/768$) بود. بیشترین فراوانی تعداد دفعات انجام پیوند را اولین بار پیوند ($0/90$) تشکیل داد و بقیه افراد در گروه دومین بار پیوند قرار گرفتند. بیشترین فراوانی نوع دهنده پیوند، مربوط به زنده-غریبه برابر با ۹۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به زنده-فامیل ($0/2/6$) بود. بیشترین توزیع فراوانی بیماریهای مزمن مربوط به گزینه بیماری ندارم و برابر با $39/6$ درصد بود. بیشترین توزیع فراوانی نوع بیماری مزمن مربوط به فشار خون ($0/47/96$) و کمترین آن مربوط به سایر بیماریها (کولیت-آسم - G6PD - لوپوس) برابر با $1/8$ درصد بود. بیشترین

ممکن است یک عامل خطر مشابه برای بعد از عمل پیوند کلیه باشد^(۱۳).

Komorovsky تفاوت معنی‌داری را بین کیفیت زندگی بیماران قلبی و نمرات تبعیت آنها نشان دادند و در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که تعداد کم داروها، نمره بالای سلامت اجتماعی و نمره کم افسردگی و اضطراب پیشگویی کننده رفتارهای تبعیت بهتر در بیماران بازتوانی قلبی است^(۱۴). لذا با توجه به نتایج تحقیقات می‌توان از تبعیت به عنوان یک جزء مهم در امر مراقبت و درمان نام برد که تاثیر به سزایی روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی دارد و پیشنهاد می‌شود که تبعیت از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی به عنوان یک آموزش ضروری در امر مراقبت در این بیماران تبدیل گردد. در این میان پرستاران به دلیل حضورشان در تمام عرصه‌های مراقبت سلامتی و نزدیکی‌شان به مردم و نقش‌پذیری آنها در تمامی زمینه‌ها، در اجرای راهکارهای بهبود تبعیت بسیار موثر

فهرست منابع

هستند. آنها با سؤال پرسیدن از بیمار در مورد داروهای مصرفی و عوارض آن و تاثیرشان روی کیفیت زندگی و شناسایی و آموزش به بیمارانی که از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی خود، تبعیت نمی‌کنند می‌تواند از نارسایی پیوند یا حتی مرگ بیمار جلوگیری کند^(۱۵).

پیشنهاد می‌شود پژوهشی با عنوان بررسی دلایل عدم تبعیت از رژیم درمانی در بیماران پیوند کلیه انجام گیرد و همچنین پژوهشی با عنوان بررسی دلایل پس زدن پیوند در بیماران پیوندی انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگر از کلیه کارکنان زحمتکش انجمن حمایت از بیماران کلیوی و کلینیک شفای وابسته به این انجمن کمال تشکر را دارد.

- 1- Harrison's principles of internal medicine, Disorder of the kidney & urinary tract, Translated & supervised by: Tarbiat Mohammad, tarbiat Ali, Tehran, Nooredanesh publication; 1385. p:147.
- 2- Peivande kolie: Available: <http://www.hamshahronline.ir/News>. Accessed October 17 2007.
- 3- Phipps, FD Monahan, M Neighbors, CJ Green. Medical sergical nursing, Health and Illness perspectives Europe, middle est and african edition. 8th ed. Elsevier; 2007. p: 1036-1037
- 4 - Kugler C, Fisher S, Gottlieb J & etall. Syptom experience after lung transplantation : impact on quality of life & adherence ;2007. 21: 590.
- 5- Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. *Transplant Proc* 2007;39(5):1287-300.
- 6- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.
- 7- Denharynck K , Waregem A , Belgien. Explorating risk factor of non-adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant recipients: improving methodology & reorienting research goals, PhD Thesis, University of Basel ;2006:1-7
- 8- Mann R.A. The Importance of medication adherence & immunosuppressant regime in renal transplant recipients. *Transplantation Express Report*; 2004.6(4):1-4.
- 9- Kates S. The Science of quality of life . 6th ed. Quality of life and technology center; 2000 p. 459, 676,684.
- 10- Chisholm M A, Vollenweider L J, Mulloy L L, Jagadeesan M, Wynn J J, Rogers H E, Wade W E, Dipro J T. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. *J Transplant*; 2005. 70(8):1240-1244.
- 11- Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:2.
- 12- Fredericks EM, Magee JC, Opiari-Arrigan L, Shieck V, well A, Lopez MJ. Adherence and health-related quality of life in adolescent liver transplant recipients. *Pediatr Transplant*; 2008. 12(3): 1-9.
- 13 - Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Ozdemir FN, Haberal M. Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. *Transpl Int*; 2007. 20(8) 682-7.
- 14- Komorovsky R, Desideri, Rozbowski P, Sabbadin D, Celegon L, Gregori D. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. *Int J Nurs Stud*; 2007. 10:1-7.
- 15- Eduardo S. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World health organization e; 2003. p.25.

The Relationship Between Medication Adherence and Quality of Life in Renal Transplant Patients

*M. Shabany-Hamedan¹ MSc J. Mohammad-Aliha² MSc R. Shekarabi³ MSc
AF. Hosseini⁴ MSc

Abstract

Background and Aim: Post-kidney transplant survival relies on patient adherence to the intake of immunosuppressive medication. Non-adherence to immunosuppressive drugs leads to rejection, graft loss, dialysis, lower quality of life, increased costs and mortality. Quality of life may be useful to identify non-adherence. The aim of the current study was to examine the relationship between medication adherence and quality of life in renal transplant patients.

Materials and Method: This was a descriptive cross-sectional study in which 230 patients who were more than 18 years old and at least 3 month elapsed from their graft participated. Data were collected by Immunosuppressant Therapy Adherence Scale (2005) and Quality of Life in Kidney Transplant Patient questionnaires. Data were analyzed by SPSS, version 15.

Results: Finding showed that the mean score and standard deviation of quality of life were 21.65 and 4.039, respectively, and 57.8% of patients were non-adherent. A statistically significant and indirect relationship was found between adherence and quality of life ($p < 0.001$, $r_{ETA} = 0.23$).

Conclusion: Regarding the results that showed the relationship between adherence and quality of life in patients, nurses should consider immunosuppressant adherence in teaching and caring as a health promoting strategy.

Keywords: Medication adherence - Immunosuppressants - Quality of life – Renal transplantation

Received: 14 Aug 2009

Accepted: 30 Oct 2010

◆ This article has been excerpted from MS dissertation

¹ MSc in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Tell: 09124359619 Email: maryamshabanyi@yahoo.com

² Senior Lecturer in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

³ Senior Lecturer in Nursing, Department of Nursing Education and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

⁴ Senior Lecture in Statistics, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran