**Aderenca ndaj mjekimit. Roli i profesionistëve të shëndetit.**

*“Barnat nuk veprojnë në pacientë që nuk i marrin ato”* - C. Everett Koop, 1985

**PERMBAJTJA**

1. **Përkufizimi i aderencës ndaj mjekimit.**
2. **Metodologjitë për vlerësimin e aderencës**
3. **Llojet dhe arsyet e mos-aderencës ndaj barnave**
4. **Ndërhyrjet për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit**
5. **Aderenca ndaj mjekimit në semundje të ndryshme/ Si arrihet përmirësimi?**
6. **Aderenca ndaj mjekimit në grupe të vecanta individësh**
7. **Roli i profesionistëve të shëndetit në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit**
8. **Roli i farmacistëve në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit**
9. **Kosto e kujdesit shëndetësor e shkaktuar si pasojë e mosaderimit ndaj mjekimit**
10. **Shembuj pyetësorësh nëpërmjet të cilëve vlerësohet aderenca ndaj mjekimit**

**Tema.1**

**Përkufizimi i aderencës ndaj mjekimit.**

**Hyrje**

Aderenca ndaj mjekimit përkufizohet si niveli i respektimit të administrimit të barnave nga pacientët sipas mënyrës së përshkruar nga profesionistët e shëndetit.

Mungesa e aderencës nga ana e pacientëve rezulton në efekte jo të duhura terapeutike, nivele më të larta hospitalizimi dhe si rrjedhim rritje të kostos së kujdesit shëndetësor.

Mos-aderimi ndaj mjekimit mund të rezultojë nga faktorëqë shkaktohen në mënyrë të pavullnetshme si harresa nga ana e pacientit, dhe nga faktorë të tjerë si psh: frika nga efektet anësore të barnave, kosto e lartë, regjimi terapeutik kompleks, cilësia e jetës, rutina dhe oraret e ngjeshura gjatë ditës, kohëzgjatja e terapisë, keqkuptimi i këshillave mjekësore, marrdhënia jo e duhur profesionist shëndeti-pacient, stresi, mungesa e përkrahjes sociale, mungesa e arsimit etj.

Duke qenë se profesionistët e shëndetit janë në kontakt të vazhdueshëm me pacientët marrdhënia e tyre me ta përbën një ndër faktorët kryesorë që ndikon gjerësisht në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit.

Profesionistët e shëndetit luajnë një rol shumë të rëndësishëm në zbatimin e administrimit të barnave në mënyrën e duhurnga pacienti nëpërmjet këshillimit në lidhje me mënyrën e veprimit të barnave dhe efekteve anësore që ato shkaktojnë, rregullimit të orareve të administrimit të barnave duke i përshtatur me rutinën e përditshme të pacientit, dhënies së këshillave për marrjen e barnave gjatë udhëtimit, këshillimit për administrimin e principeve aktive të njëjta me kosto më të ulët, parandalimit të ndërveprimeve barna- barna apo barna- suplemente bimore, këshillimit të pacientit për zbatimin e disa teknikave që ndihmojnë në nxitjen e kujtesës per administrimin e barnave në sasinë dhe kohën e duhur etj.

Bashkëpunimi ndërmjet profesionistëve të shëndetit për trajtimin e problematikave të ndryshme që lidhen me mos aderencën ndaj mjekimit mbetet gjithashtu thelbësor në ruajten e shëndetit të pacientit dhe rritjen e cilësisë së jetës.

**Përkufizimi i aderencës ndaj mjekimit**

Aderenca ndaj mjekimit përkufizohet si shkalla e respektimit të administrimit të barnave nga pacientët sipas mënyrës së përshkruar nga profesionistët e shëndetit

Pra e thënë në mënyrë më të thjeshtë ‘aderencë ndaj mjekimit” zakonisht i referohet marrjes ose jo të barnave nga pacientët ashtu siç është përshkruar në recetë nga mjeku (p.sh. një herë në ditë) dhe në mënyrë të vazhdueshme, ashtu siç është këshilluar nga mjeku.

Mungesa e aderencës është një shqetësim në rritje për profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe sistemet shëndetësore për shkak të evidentimit që ky është një fenomen jo vetëm prevalent, por edhe i lidhur me mos arritjen e rezultateve të pritshme si dhe me kosto trajtimi më të larta.

Deri më sot, në praktikën klinike rutinën aderenca e pacientit ndaj trajtimit pothuajse nuk matet, ndërkohë që masat ndërhyrëse për të përmirësuar aderencën janë të rralla.

Aderenca përkufizohet si “përfshirje aktive, e vullnetshme dhe bashkëpunuese e pacientit ne një mënyrë sjellje të pranuar reciprokisht (nga mjeku dhe pacienti) që ka për qëllim arritjen e një rezultati terapeutik efektiv”.

Ky term nënkupton se pacienti ka të drejtën për të zgjedhur dhe së bashku me ofruesin e kujdesit shëndetësor përcaktojnë qëllimet e mjekimit dhe regjimin e duhur.

Aderenca klasifikohet në:

1.Primare (receta plotësohet nga pacienti)

2. Sekondare (barnat merren siç përshkruhet nga mjeku)

Në bazë të të dhënave farmaceutike, në literaturë, nga studime të realizuar në pacientë të ndryshëm ka rezultuar se pacientët me medikamente ne dispozicion 80% të kohës përgjithësisht janë kategorizuar si aderentë ndaj mjekimit. Ndonëse kjo ndarje dikotomike është disi arbitrare, ajo është përdorur nga shumica e studimeve të raportuara në literaturë ne lidhje me vlerësimin e aderencës ndaj mjekimit si në studimet observacionale, ashtu edhe në studimet klinike të randomizuara. Megjithatë, një analizë e kryer kohët e fundit tregon se vazhdon të ketë një pakësim të mëtejshëm të vlerave të LDL kolesterolit dhe të presionit të rritur të gjakut kur aderenca ndaj trajtimit rritet akoma më shumë se 80% (d.m.th nga 80% deri në 100%), gjë që sugjeron se niveli optimal i aderencës ndaj trajtimit mund të jetë më e lartë se vlera 80%.

Sigurisht, për gjendje të tilla si trajtimi i infeksionit nga virusi i imunodeficiencës së njeriut, ose për barna të tillë si kontraceptivët oralë vlera 80% mund të jetë shumë e ulët.

Ndonëse vlera 80% në sëmundjet vaskulare duket se është e arsyeshme, përqindja që shërben për t’i kategorizuar pacientët si aderentë ndaj mjekimit kardiovaskular duhet të marrë në konsideratë përveç të tjerave edhe medikamentin specifik, formulimin e tij (p.sh. marrjen një herë apo dy herë në ditë) si dhe kushtet specifike të sëmundjes.

Mos-aderenca ndaj barnave mund të variojë nga humbja e 1 doze së barit deri në humbjen e të gjitha dozave të të gjitha barnave për disa ditë. Mosndjekja e udhëzimeve në lidhje me dietën ose edhe marrjen e lëngjeve ose mos marrja e barnave në intervale kohore të përcaktuara nga mjeku gjithashtu përbën mos-aderencë ndaj mjekimit. Ndër faktorët që ndikojën në mosrespektimin e marrjes së barnave në mënyrën e duhur janë faktorët që lidhen me pacientin, të tillë si përdorimi aktiv i alkoolit ose ilaçeve, si dhe komunikim i dobët ndërmjet pacientit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor si dhe faktorë të tjerë që pengojnë aderimin ndaj mjekimit, si janë kompleksi i regjimit ose kohëzgjatja e terapisë, të cilët e bëjnë të vështirë që pacienti të ndjekë mjekimin në mënyrën e duhur.

Mos-aderenca mund të jetë:

1. Pavarësisht nga shkaku, mosaderimi primar nënkupton mungesën e marrjes të ilaceve nga pacienti. Psh: Pacienti merr recetën nga mjeku por receta nuk ekzekutohet në farmaci.
2. Sekondare. Mosaderimi sekondar lidhet me mungesën e administimit të barnave ashtu sic është përshkruar nga mjeku.

Aderenca ndaj mjekimit është ndarë në dy koncepte kryesore aderenca dhe persistenca.

Edhe pse në koncept këto dy terma janë të ngjashme, aderenca nënkupton intensitetin me të cilin janë përdorur barnat gjatë kohëzgjatjes së terapisë, ndërsa persistenca nënkupton kohëzgjatjen në tërësi të mjekimit të përdorur.

Nga ky këndvështrim, mosmarrja e dozës të barit në vaktin e caktuar ka të bëjë me aderencën ndaj mjekimit, ndërsa mos marrja e barit për një apo disa ditë, apo ndërprerja para kohe e trajtimit ka të bëjë me persistencën.

Studimet tregojnë që mos-aderenca ndaj trajtimit është një fenomen prevalent dhe i lidhur me mos arritjen e rezultateve të pritshme si dhe me kosto trajtimi më të larta.

Mos-aderenca ndaj terapisë ka për tendencë të rritet me plakjen e popullatës dhe me marrjen e më shumë barnave sidomos në trajtimin e sëmundjeve kronike.

Përgjithësisht, duke u bazuar në studime nxjerrim konkluzionin se individët që janë me të moshuar dhe ata të cilët vuajnë nga disa sëmundje kronike (pra marrin politerapi) janë më të prirur të shfaqin një mungesë të aderencës ndaj mjekimit.

Arritja e qëllimeve terapeutike dhe rezultateve afatgjata kërkon një partneritet me pacientët.

Eshtë fakt, që deri më sot, në praktikën klinike aderenca e pacientit ndaj trajtimit pothuajse nuk matet dhe masat ndërhyrëse për të përmirësuar aderencën janë të rralla. Për këtë arsye, aderenca ndaj trajtimit është quajtur "kufiri i ardhshëm në përmirësimin e cilësisë" dhe është një pjesë e rëndësishme e kërkimeve që bëhen në fushën e faktorëve që ndikojnë në ecurinë e sëmundjeve të ndryshme kronike.

**Tema 2. Metodologjitë për vlerësimin e aderencës**

Ekzistojnë metoda të ndryshme për të vlerësuar aderencën e pacientëve ndaj trajtimit. Sipas studiuesit Osterberg këto metoda janë kategorizuar në metoda të drejtpërdrejta (direkte) ose indirekte.

Metodat e drejtpërdrejta (direkte) përfshijnë vrojtimin e drejtpërdrejtë të marrjes së trajtimit, matjen e niveleve të barnave ose metabolitëve ne gjak ose lëngje të tjera biologjike, si dhe matjen e markuesve biologjikë në gjak.

**Metodat direkte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Testi** | **Avantazhet** | **Disavantazhet** |
| Vrojtimi i drejtpërdrejtë i marrjes se preparateve | Më e saktë | Pacientët mund të fshehin tabletat në gojën e tyre dhe t'i nxjerrin ato më vonë |
| Matjen e nivelit të preparatit ose metabolitëve në gjak. | Objektive | Ndryshime në metabolizëm që mund të ndikojnë në nivelet e barit në serum ; e kushtueshme |
| Matjen e markuesve biologjik në gjak. | Objektive | Kërkon teste sasiore të kushtueshme dhe mbledhjen e fluideve trupore.  Jo praktike për përdorimin rutinë në praktikën klinike |

*Vrojtimi i drejtpërdrejtë* i marrjes se preparateve nga profesionistët e shëndetit është një metodë me e saktë e cila mund të sigurojë prova të aderimit ndaj mjekimit, por në disa raste mund të jetë jo praktike dhe jo plotësisht e saktë (Pacientët mund të fshehin tabletat në gojën e tyre dhe t'i nxjerrin ato më vonë). Për më tepër, vëzhgimet e drejtpërdrejta janë të mundura vetëm për pacientët e shtruar në spital ose të institucionalizuar, për këtë arsye kjo nuk është një metodë praktike për t’u përdorur në një numër të madh popullsie.

*Matja e nivelit të preparatit ose metabolitëve në gjak*.

Megjithëse kjo metodë konsiderohet si adekuate dhe precize dhe mund të ofrojë prova të forta mbi aderencën e mjekimit, ka disa variabla që duhet të merren parasysh.

Metabolizmi i barnave, variacioni individual në farmakokinetikën e barnat, ndërveprimet ilaçe-ilaçe dhe ndërveprimet ilaçe-ushqime mund të ndërhyjnë në saktësinë e metodës, duke e bërë atë të pazbatueshmë për disa ilaçe që kanë kohë të gjatë përgjysmimi.

Metoda është e përshtatshme për matjen e aderimit vetëm gjatë një regjimi terapie dhe ajo nuk ofron të dhëna plotësuese për shkaqet e mosaderencës si dhe nuk raporton për ndonjë arsye të mosaderencës.

Gjithashtu kjo metodë konsiderohet mjaft e shtrenjtë, dhe mund të gjykohet si metodë ndërhyrëse nga disa pacientë. Kjo metodë paraqet nje problematikë dhe te disa pacientë që fillojnë të marrin mjekimin e tyre para ekzaminimeve të ardhshme. Parametri matur, prania e ilaçit (ose metabolitit), thjesht gjeneron një rezultat po / jo. Prandaj kjo metodë nuk ofron informacion shtesë në lidhje me modelet ose nivelet e aderimit ose faktorët që mund të ndikojnë në to.

**Metodat indirekte**

Metodat indirekte të vlerësimit të aderencës përfshijnë pyetësorët për pacientët, vetë raportimet e pacientëve, numërimin e tabletave, vlerësimin e përgjigjes klinike të pacientit, monitorimin elektronik të mjekimit, matjen e markuesve fiziologjikë, si dhe ditarët e pacientëve. Ndër metodat indirekte më të përdorura janë vetë-raportimet e pacientëve, llogaritja e tabletave, dhe ripërsëritja e recetave në farmaci.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Testi** | **Avantazhet** | **Disavantazhet** |
| Pyetësorët për pacientët, raportimet nga vetë pacientët | E thjeshtë, pa shpenzime, shumë e vlefshme në klinikë, prediktive | Kohëzgjatja midis dy vizitave mjekësore e gjatë.  Rezultate të manipuluara lehtë nga pacienti. Dëshira për të raportuar vlerësim tepër optimist të aderencës |
| Numërimi i tabletave | Objektive,e matshme dhe e lehtë për tu kryer. | Të dhënat ndryshohen lehtë nga pacienti  (P.sh. hedhja e pilulave ). Nuk jep informacion të saktë për kohën e marrjes së medikamentit |
| Vlerësimi i përgjigjes klinike të pacientit | Metode e lehtë për tu kryer . | Faktorë të tjerë pervec aderencës ndaj mjekimit  mund të ndikojnë në pergjigjen klinike |
| Monitorimi elektronik i mjekimit | E saktë; Rezultatet janë kuantifikuar lehtë; | E shtrenjtë; kërkohen rivizita dhe  doënloadim të dhënash nga kontenitorë ilacesh |
| Matjen e markuesve fiziologjikë (psh matja e normave të zemrës te pacientët kardiake) | E lehtë në realizim | Markuesit mund të mungojnë për arsye të ndryshme  (P.sh. si rezultat i rritjes së metabolizmit,  përthithjes të ulët, mungesës së  përgjigjes) |
| Ditaret e pacientëve | Ndihmojnë në rikujtim | Ndryshohen lehtësisht nga pacienti |
| Kur pacienti është fëmijë: pyetësor  për prindin apo kujdestarin e tij | Mënyrë e thjeshtë dhe objektive | Mund të ndryshohen të dhënat lehtësisht |

*Pyetësorët për pacientët, raportimet nga vetë pacientët*

Metodat e vetë-raportimit konsiderohen si metodat më të lira dhe të thjeshta për matjen e aderencës ndaj mjekimit. Pyetësorët e vetëraportimit mund të shpërndahen nëpërmjet internetit, ose realizohen nëpërjet intervistimit të pacientëve duke gëzuar kështu një nivel të lartë shkalle popullariteti në hulumtimin e aderimit si dhe një përshtatje në grupe të ndryshme pacientësh.

Këto metoda përgjithësisht kanë tendencë të mbivlerësojnë shkallën e aderimit ndaj një mjekimi.

Pyetësorët e vetëraportimit shërbejnë jo vetëm për vlerësimin e aderimit ndaj një bari të caktuar por gjithashtu mund të japin informacion shtesë në lidhje me qëndrimet, sjelljet dhe synimet e pacientëve.

Në varësi të llojit të informacionit që synohet për të mbledhur nëpërmjet këtyre pyetësorëve ata grupohen në pyetësorë që vlerësojnë:

• Vetëm sjelljen e pacientit ndaj marrjes së barnave

• Sjelljen ndaj marrjes së barnave dhe faktorët që pengojnë aderimin ndaj mjekimit

• Vetëm faktorët që pengojnë aderimin ndaj mjekimit

• Vetëm besimet që lidhen me aderimin ndaj mjekimit

• Faktorët që pengojnë aderimin ndaj mjekimit dhe besimet që lidhen me aderimin.

Ndër pyetësorët që janë përdorur më tepër në studime të llojeve të ndryshme për vlerësimin e aderencës ndaj mjekimit përmendim:

1. Pyetësori i cilësuar si ‘Shkalla e Raportimit të Aderimit ndaj Mjekimit’
2. Pyetësor i përdorur në Reumatologji
3. Pyetësori rreth besimit që kanë pacientët te mjekimi
4. Pyetësori Morisky (Shkalla Morisky)
5. Pyetësori i cilësuar si ‘Shkalla e Raportimit të Aderimit ndaj Mjekimit’,

u realizua në vitin 2000 dhe në të u përfshinë 10 pyetje të cilat kërkonin një përgjigje po ose jo. Ky pyetësor vlerësonte besimin dhe faktorët që pengonin aderimin ndaj mjekimit gjatë javës së fundit të marrjes së mjekimit dhe u përdor kryesisht te pacientët me skizofreni.

Dy variacione të këtij pyetësori të cilët përfshnin 5-6 pyetje u realizuan për të vlerësuar aderencën ndaj mjekimit te pacientët që vuanin nga astma, sëmundja pulmonare obstruktive kronike, diabeti, artrit rheumatoid.

1. Pyetësor i përdorur në Reumatologji

Pyetësor i përdorur në Reumatologji është pyetësori i vetëm i ndërtuar posaçërisht për t'u përdorur te pacientët me semundje inflamatore reumatike.

Ai ndërtohet nga 19 sektorë, përgjigjet e dhëna për secilët vlerësohen sipas shkallës Likert me pikë nga 1 te 4 dhe rezultati varion nga 0 (mosrespektim i plotë) në 100 (aderim i përsosur).

Ky pyetësor jep një informacion të saktë në lidhje me pengesat dhe besimin e pacientëve ndaj terapisë dhe jep kryesisht informacion për pacientët që e përdornin një terapi të caktuar për herë të parë.

1. Pyetësori rreth besimit që kanë pacientët te mjekimi

Nëpërmjet këtij pyetësori përvec matjes së shkallës së aderencës arrihet të merret dhe një informacion suplementar në lidhje me bindjet e përgjithshme dhe specifike si dhe shqetësimet që lidhen me një mjekim të caktuar.

Ky pyetësor u ndërtua nga intervisat që u realizuan te pacientët që mjekoheshin nga sëmundje kronike, në lidhje me besimin e tyre kundrejt mjekimit.

Pyetësori përbëhet nga dy seksione: Seksioni i Përgjithshëm (me 18 nën-seksione), i cili vlerëson besimet e përgjithshme në lidhje me barnat, dhe seksioni specifik (me 16 nën-seksione), i cili hulumton besimet në lidhje me mjekimin e përshkruar për përdorim personal. Të dy pjesët (me një total prej 34 deklaratash) mund të përdoren në kombinim ose veç e veç.

Pyetësori i besimit është përkthyer dhe përshtatur për t'u përdorur në disa vende dhe është përdorur gjerësisht në pacientët me astmë, diabet, çrregullime psikiatrike dhe kardiake.

Të gjithë nën-seksionet kanë një opsion pesë pikësh përgjigje në shkallë Likert, dhe variojnë nga përgjigja plotësisht pajtohem në përgjigjen plotësisht nuk pajtohem.

Koha e shkurtër e administrimit e bën këtë pyetësor një instrument potencialisht të zbatueshëm në çdo ditë gjatë praktikës klinike.

1. Pyetësori Morisky (Shkalla Morisky)

Shkalla Morisky është metodë e vetë-raportimit efikase dhe e përdorur gjerësisht. Ky pyetësor përbëhet nga 4 ose 8 pika (pyetje) dhe ka treguar se është parashikuese (prediktive) për aderencën ndaj mjekimit.

Përveç kësaj është gjetur (nga Gehi) se vetë-raportimi i mos aderencës ndaj trajtimit nga vetë pacienti, mbështetur në një pyetje të vetme (Në muajin e kaluar, sa shpesh i keni marrë barnat tuaja ashtu siç i ka përshkruar mjeku?), që i është bërë pacientëve me sëmundje të njohura të arterieve koronare, është i shoqëruar me ngjarje të padëshiruara kardiake, përfshirë vdekjen nga sëmundja koronare e zemrës, infarkti i miokardit dhe goditja cerebrale.

Megjithatë, matja e aderencës ndaj trajtimit nga vetë-raportimi i pacientit mund të ndikohet

për shkak të kujtesës së dobët të pacientit ose nga dëshira sociale, raste këto në të cilat pacientët i raportojnë ofruesve të kujdesit shëndetësor një vlerësim tepër optimist të aderencës ndaj mjekimit ndërkohë që ata nuk janë aspak aderues ndaj trajtimit.

*Numërimi i tabletave*

Numërimi i tabletave është një metodë e thjeshtë që llogarit numrin e dozave që janë marrë ndërmjet takimeve me mjekun, dhe e krahason atë me numrin e përgjithshëm të dozave që pacienti ka marrë. Pas kësaj llogaritet një raport aderimi.

Kjo është një metodë e drejtpërdrejtë dhe me kosto të ulët që mund të aplikohet lehtësisht për lloje të ndryshme formulimesh (tableta, inhalues).

Mund të vlerësojë një aderim mesatar, por mund mos japë një informacion specifik për aderimin ditor ose modelet e aderimit.

Llogaritjet e numrit të tabletave janë të lehta për t'u kryer dhe rezultate e përftuara prej kësaj metode janë të krahasueshme me ato të përftuara nga monitorimi elektronik i medikamenteve.

Kjo metodë e vlerësimit të aderencës përdoret shpesh në studimet klinike të randomizuara dhe të kontrolluara. Megjithatë, edhe pse i thjeshtë për t'u realizuar, kontrolli i numrit të tabletave nuk jep informacion të saktë për kohën e marrjes se medikamentit dhe ekziston rreziku i manipulimit nga pacienti (p.sh., hedhja e tabletës).

E meta tjetër e kësaj metode është që nuk provon marrjen aktuale të një bari. Ndryshimet e mundshme në regjimin e dozimit duhet gjithashtu të merren parasysh, veçanërisht në kushte kronike.

*Monitorimi elektronik i mjekimit*

Matja e aderencës duke përdorur bazat elektronike të të dhënave (farmaci, regjistra) bazohet në supozimin se modelet e përshkruarjes së recetave përkojnë me marrjen e ilaçeve sipas mënyrës së përshkruar. Kjo kërkon ekzistencën e një sistemi të centralizuar, elektronik dhe konsiderohet si metodë jo e kushtueshme për të matur aderimin.

Të dhënat e recetave ofrojnë një vlerësim të përafërt të aderimit, pasi ofrojnë informacion mbi posedimin e ilaçeve dhe jo prova për marrjen reale të ilaçeve, për këtë arsye në disa raste mund të konkludohet në një mbivlerësim të shkallës së aderimit.

Kjo metodë jep mundësinë për të vlerësuar mosaderimin ndaj mjekimit në një masë të madhe popullsie gjatë një periudhe të gjerë kohore.

Kjo është një ndër metodat e përdorura më shpesh siç vlerësohet nga raportimet në literaturë sidomos në vendet ku është praktikë rutinë, akti i rimbushjes (ripërsëritjes) së recetës dhe shpeshtësia me të cilën nevojitet që të ripërsëritet receta reflekton aspekte të ndryshme të sjelljes së pacientit lidhur me aderencën.

Nga ana tjetër, aderenca ndaj trajtimit e vlerësuar përmes të dhënave të marra në farmaci lidhur me ripërsëritjen e recetës korrelon me ecurinë klinike në një gamë të gjerë pacientësh.

Aktualisht, dy mënyrat më të përdorura për vlerësimin e aderencës ndaj mjekimit të mbështetura në të dhënat e përftuara nga farmacitë janë raporti i posedimit te mjekimit dhe përqindja e ditëve të mbuluara, të cilat në thelb janë të përcaktuara nga numri i dozave që ka dhënë farmacisti për një periudhë të caktuar kohore. Dallimi kryesor në mes këtyre dy mënyrave është se maksimumi i ditëve të mbuluara, që tregon edhe për një aderencë të plotë është 1.0, ndërsa raporti i posedimit te mjekimit në rastin e tepricave mund të ketë një vlerë më të madhe se 1.0.

Përdorimi i të dhënave farmaceutike lidhur me ripërsëritjen e recetës megjithatë kërkon që pacientët t'i marrin barnat e tyre brenda një sistemi të mbyllur farmaceutik.

Përveç kësaj, raporti i posedimit te mjekimit dhe përqindja e ditëve të mbuluara me mjekim korrelojnë mirë me sasinë e dozave të marra por jo me kohën e dozimit. Për këtë arsye vlerësimi i aderencës ndaj trajtimit nëpërmjet këtyre metodave është më i vështirë kur ndërmjet pacientëve ndryshon kohëzgjatja e ndjekjes.

Ana negative e kësaj metodë është se nuk na siguron shumë informacion në lidhje me pengesat ose faktorët që lidhen me mosaderimin.

Nëpërmjet studimit të regjistrave, ne mundemi të marrim të dhëna të vlefshme për shkaqet e ndërprerjes së terapisë (si joefikasiteti, efekte të dyshuara të padëshiruara të barnave etj.) dhe në këtë mënyrë mund të realizohet dhe përcaktimi i regjimit të trajtimit të pacientit.

*Matja e markuesve fiziologjikë*

Është një metodë e lehtë në përdorim por jo gjithmonë e saktë si pasojë e mungesës së këtyre markuesve në gjak për arsye të ndryshme si nxitja e metabolizmit, përthithja e ulët etj.

*Ditarët e pacientëve*

Konsiderohet si një metodë e lehtë dhe jo e kushtueshme por jo shumë efikase duke qënë se të dhënat mund të manipulohen shpeshherë nga pacienti.

**Ndryshimet midis metodave**

Edhe pse metodat direkte konsiderohen të jenë më të fuqishme se metodat indirekte, edhe këto metoda të vlerësimit të aderencës kanë kufizimet e tyre. Për shembull, pacientët mund të fshehin tabletat në gojën e tyre dhe t'i hedhin ato më vonë, ose mund të kenë ndryshime në metabolizëm që mund të ndikojnë në nivelet e barit në serum. Për më tepër, metodat direkte nuk janë praktike për përdorim rutinë në praktikën klinike.

Që një metodë të jetë ideale në matjen e aderimit duhet të jetë: e lehtë për t'u zbatuar në çdo mjedis, e saktë, jo e shtrenjtë dhe e aftë të ofrojë informacion shtesë në lidhje me pengesat, besimet ose shqetësimet e mundshme që pacientët mund të kenë.

Zgjedhja për përdorimin e një metode duhet të bazohet gjithashtu në reagimin e pacientit, dhe si do të përdoren rezultatet përfundimtare.

Sidoqoftë, deri më tani nuk ekziston një metodë ideale, secila metodë ka përparësitë e tyre dhe disavantazhet që kufizojnë përdorimin e tyre në disa raste. Përdorimi i dy (ose nëse është e mundur më shumë) metodave mund të ofrojë informata më të sakta dhe të plota në lidhje me aderimin e trajtimit dhe gjithashtu mund të konfirmojë përgjigjet e pacientëve.

Secila prej metodave ka përparësitë dhe mangësitë e veta dhe përdorimi i një metode specifike për të matur aderencën ndaj trajtimit do të varet nga skenari klinik dhe disponueshmëria e të dhënave.

**Metodologjitë për vlerësimin e persistencës.**

Për vlerësimin e persistencës ndaj mjekimit, gjithashtu përdoren mënyra dhe metoda të ndryshme. Këto mënyra dhe metoda mund të vlerësojnë persistencën ndaj një bari specifik (persistencën ndaj trajtimit) ose ndaj një grupi barnash (persistencën ndaj regjimit të trajtimit ose terapisë). Përveç kësaj, ka shumë propozime lidhur me përkufizimin dhe metodat e vlerësimit të persistencës ndaj mjekimit, përfshirë numrin e recetave vjetore, minimumin e ripërsëritjeve të recetës, sekuencën e ripërsëritjeve të recetës ose metodën e përqindjes se ditëve te mbuluara.

Megjithatë çdo metodë ka anët e forta dhe kufizimet e saj dhe aktualisht nuk ka një konsensus të përgjithshëm në lidhje me mënyrën apo metodën më të përshtatshme që duhet të përdoret për të përcaktuar dhe për të vlerësuar aderencën dhe persistencën ndaj mjekimit.

Në kushtet e mungesës së një kriteri standart, vlerësimi i aderencës dhe persistencës ndaj mjekimit në praktikën klinike dhe në studime kërkimore paraqet vështirësi dhe sfida.

**Tema 3. Llojet dhe arsyet e mos aderencës ndaj barnave**

Arsyet për një aderencë jo të mirë ndaj barnave janë shpesh multifaktoriale.

Mosaderenca ndaj barnave ndahet në dy kategori: Mos-aderim primar dhe mos-aderim dytësor.

Mos-aderimi primar ndodh kur një bar i ri është i përshkruar për një pacient, por pacienti nuk arrin të marrë barin (ose alternativën e tij të përshtatshme) brenda një periudhe të pranueshme kohe pas përshkrimit fillestar.

Mos-aderimi dytësor ndodh kur pacienti nuk merr barnat që i janë përshkruar në recetë ashtu si është përshkruar nga mjeku.

Mosaderenca ndaj barnave gjithashtu mund të jetë e qëllimshme ose e paqëllimshme. Mosaderenca e qëllimshme është një proces racional vendimmarrje në të cilin është pacienti që pas peshimit të efekteve dhe përfitimeve që ofron bari përkundrejt efekteve të padëshiruara të tij, vendos për devijim të vetëdijshëm nga terapia.

Mosaderenca e paqëllimshme është një proces pasiv në të cilën pacienti është i pakujdesshëm apo harron të aderojë ndaj regjimit trajtues.

Duke u bazuar në të dhënat nga monitorimet elektronike, dallohen gjashtë mënyra të përgjithshme të ekzekutimit të regjimit të përshkruar:

1) aderencë gati perfekt

2) marrja e pothuajse të gjitha dozave me disa mospërputhje të vogla kohore

3) mosmarrja e rastësishme e një doze ndër dozat ditore dhe mospërputhje kohore

4) marrja me ndërprerje 3-4 here në vit,

5) marrja me ndërprerje çdo muaj ose ndërprerjet e shpeshta

6) marrja e pak dozave ose asnjë doze.

Devijimet me të mëdha në marrjen e barnave janë mosmarrja e dozave ose vonesa në marrjen e dozave. Për këtë arsye ndodh shpesh që pacientët të përmirësojnë marrjen e barnave pas një vizite mjekësore apo ndonjë takimi këshillues me personelin shëndetësor, gjë që quhet apo njihet si “aderencë ndaj bluzave të bardha”.

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka bërë një kategorizim të arsyeve me të shpeshta të mos aderencës në pesë grupe të mëdha që përfshijnë pacientin, kushtin apo gjendjen shëndetësore, terapinë, faktorët socioekonomik, dhe faktorët që janë të lidhur me sistemin shëndetësor.



**Faktorët që lidhen me pacientin dhe që shoqërohen me mos aderencën ndaj trajtimit përfshijnë:**

* Harresa
* Arsimi. Mosha
* Faktorët psikosocial
* Marrdhënia pacient- profesionistë shëndeti
* Shkalla e informimit në lidhje me preparatet
* Vështirësitë fizike
* Konsumimi i alkoolit- duhanit
* Rutina dhe oraret e ngjeshura gjatë ditës
* Historiku i të pasurit një kompliancë të mirë
* Depresioni

Kushtet apo gjendjet shëndetësore që janë asimptomatike dhe me natyrë kronike, që kërkojnë terapi me kohëzgjatje të madhe gjithashtu shoqërohen me mos aderencë ndaj trajtimit.

Ndër **faktorët e lidhur me terapinë**, ata që mund të ndikojnë në aderencën ndaj mjekimit janë:

* Kompleksiteti i trajtimit
* Frika nga efektet anësore të medikamenteve
* Kohëzgjatja e trajtimit
* Rruga e administrimit
* Shija dhe era e preparatit
* Kushtet që kërkohen për ruajtjen e preparateve

Niveli i kompleksitetit në regjimin e barnave të një pacienti mund të ndikojë në shkallën në të cilën ata do të marrin ilaçet e tyre siç përshkruhet.

Në një studim te pacientë që vuanin nga sëmundje kardiovaskulare, studiuesit zbuluan se ata që merrin një terapi më komplekse kishin një shkallë aderimi më të ulët në krahasim me ata që merrnin një terapi më pak komplekse.

Në vlerësimin e kompleksitetit terapeutik, studiuesit morën në konsideratë faktorë të tillë si numri i recetave të mbushura, numri në klasa të ndryshme të barnave, numri i mjekëve të ndryshëm që përshkruan recetat dhe numri i vizitave në farmaci që kërkohen për të mbushur recetën.

Ky studim sugjeron që strategjitë për të zvogëluar barrën e faktorëve që lidhen me kompleksitetin e recetave dhe modelet e shpërndarjes së recetave duhet të merren parasysh nga ofruesit e shëndetit kur hartojnë programin e mjekimit të një pacienti (Choudry et al. 2011).

Një studim tjetër tregoi se ulja e frekuencës së dozimit të një pacienti, ulja e numrit të barnave të ndryshme si dhe përdorimi i paketimeve speciale mund të jetë efektiv për përmirësimin e aderimit (Conn et al. 2009).

**Faktorët socio-ekonomike**

* Kosto e lartë e medikamenteve
* Përkrahja sociale
* Niveli i ulët arsimor

Faktorët socioekonomikë të tillë si niveli i ulët arsimor dhe niveli i ulet i informimit shëndetësor janë gjetur të jenë të lidhur me mos aderencën.

Shumë studiues kanë zbuluar se rritja e pagesave shtesë të barnave të rimbursueshme nga pacienti zvogëlon aderimin e pacientit dhe rrit përdorimin e shërbimeve spitalore.

Kjo u vërtetua nëpërmjet një studimi i cili tregoi në mënyrë të veçantë se kur pagesat shtesë të barnave u dyfishuan për një popullatë pacientësh të siguruar, përdorimi i barnave të përshkruara ra. Kjo rënie ishte prej 45 përqind në rastin e AIJS dhe 26 përqind në rastin e barnave antihipertensivë dhe barnave kundër depresionit.

Për të ndihmuar në përmirësimin e shëndetit të të punësuarve të tij një punëdhënës zbatoi një program të menaxhimit të sëmundjes në dy grupe të të punësuarve. U zbulua se kur programi i menaxhimit të sëmundjes u kombinua me stimuj ekonomikë (bashkëpagesa të barnave të reduktuara) për pesë klasa të barnave të përdorura në sëmundje kronike, aderimi i pacientit në katër prej klasave të barnave u rrit 7 deri në 13 përqind (Figura 2).

Përdorimi i këtij modelimi ekonomik treguan se kjo rritje e aderimit të punonjësve mund të çojë në reduktimin e përdorimit të shërbimeve të tjera mjekësore, duke kompensuar kështu kostot që lidhen me përdorimin shtesë të barnave të inkurajuara nga programi (Chernew et al. 2010).



Rritja e përqindjes së marrjes së barnave

ACE inhibitor Beta bllokues Antidiabetik Statina

**Faktorët që lidhen me gjëndjen shëndetësore**

* Simptomat e sëmundjes
* Graviteti i saj

**Faktorët që lidhen me sistemin shëndetësor**

Edhe pse pacientet shpesh akuzohen si arsyeja kryesore mos aderencës, edhe faktorët e lidhur me sistemin shëndetësor mund të kenë një impakt të konsiderueshëm mbi mos aderencën e pacientit ndaj barnave. Makaryus është një studiues i cili ka zbuluar se pas nxjerrjes nga spitali < 50% e pacienteve ishin të aftë të listonin emrat e barnave që përmbante trajtimi i tyre, dhe akoma më pak e dinin arsyen e marrjes së këtyre barnave, gjë që tregon se faktorët e sistemit shëndetësor siç janë edukimi i pacientit para nxjerrjes nga spitali mund të ndikoje në aderencën e tyre pas

nxjerrjes nga spitali. Në mbështetje të kësaj ideje është edhe një studim i cili zbuloi se këshillimi para nxjerrjes nga spitali ishin të lidhura me përmirësimin e aderencës pas daljes nga spitali në të sëmurët me infarkt të miokardit. Në një studim kualitativ u zbulua se afërsisht një e treta e vizitave të lidhura me hipertensionin në të cilat pacientëve nuk iu mat presioni i gjakut, personeli shëndetësor nuk pyeti fare për marrjen e medikamenteve dhe për më tepër, pyetjet me përgjigje “po” ose “jo” nga mjeku nuk mundësonin diskutim për barnat dhe mënyrën e sakte të marrjes se tyre. Gjithashtu aderenca ndaj barnave antihipertensivë ështe e lidhur me besimin te mjeku, gjë që tregon se cilësia e marrëdhënies pacient-mjek ka shume rëndësi për aderencën. Edhe pse pacientet janë të përqendruar në marrjen e barnave ashtu siç përshkruhen nga mjeku, ka dhe shume faktorë të tjerë jashtë pacientit që mund të cenojnë aderencën ndaj trajtimit.

Tabelë përmbledhëse

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategoritë e mosaderencës** | **Shembuj** |
| Sistemi shëndetësor | Cilësi e ulet e marrëdhënies pacient-personel shëndetësor ; komunikim i varfër; mungesë aksesi për kujdesin shëndetësor; mungese e vazhdueshmërisë se kujdesit |
| Gjendja shëndetësore | Sëmundje kronike asimptomatike (mungese force fizike); çrregullime mendore (depresioni) |
| Pacienti | Dëmtime fizike (problem me shikimin apo çrregullime të shkathtësisë); probleme konjitive; psikologji/sjellje; mosha e re; raca jo e bardhe |
| Terapia | Kompleksiteti i regjimit; efektet e padëshiruara |
| Socioekonomia | Literature e varfër; kosto të larta të medikamenteve; ndihme sociale e varfër |

**Parashikuesit madhorë të aderencës jo të mirë ndaj mjekimit**

* Mungesa e besimit të pacientit ndaj përfitimeve të trajtimit
* Marrëdhënie e dobët ndërmjet pacientit dhe mjekut
* Pa përshtatshmëria e kontrollit ndjekës të trajtimit
* Prezenca e problemeve psikologjike, në vecanti depresioni
* Prezenca e dëmtimit të aftësive konjitive
* Prezenca e barrierave ndaj mjekimeve dhe trajtimit mjekësor
* Trajtimi i sëmundjeve asimptomatike
* Efektet anësore të mjekimit
* Mungesa e kuptimit të thellë të pacientit për sëmundjen
* Takimet (vizitat) mjekësore të humbura
* Kompleksiteti i trajtimit
* Kostoja e mjekimit

**Tema 4. Ndërhyrjet për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit.**

Metodat që mund të përdoren për të përmirësuar aderencën mund të grupohen si më poshtë:

* Edukimi i pacienteve
* Marrëdhënia e farmacistëve dhe mjekëve me pacientët
* Bashkëveprimi mjek- farmacist
* Përdorimi i teknologjive të disponueshme
* Përmirësimi i orarëve të dozimit
* Rritja e numrit të orëve gjatë së cilave qëndrat e kujdesit shëndetësor janë të hapura, pra kohë më e shkurter pritjeje për pacientët
* Sinkronizimi i barnave
* Mbeshtetja financiare

*Edukimi i pacienteve*

Ndërhyrjet edukative që përfshijnë pacientët, familjarët e tyre, apo të dyja palët mund të jenë efektive në përmirësimin e aderencës.

Terapitë e reja fillojnë me premtime të mëdha për pacientët, por kur një profesionist shëndeti nuk e përgatit një pacient për të gjitha rezultatet e mundshme, ai ose ajo mund të ndalojë marrjen e barit për arsye të ndryshme. Nëse një pacient fillon të ndihet më mirë pas disa ditësh pas marrjes së terapisë, ai ose ajo mund të mendojë se terapia nuk është më e nevojshme. Nëse pacienti ndihet më keq, ai mund të ndërpresë terapinë për të shmangur efektet anësore që përjeton.

Nëse pacienti nuk përjeton asnjë ndryshim, ai ose ajo mund të konkludojë se ilaçi nuk po funksionon.

Në pacientët që fillojnë një terapi të re mjekimi, mjekët zakonisht mund të kalojnë më pak se një minutë duke u treguar pacientëve të tyre se si funksionon një bar i ri për ta dhe si duhet të presin të ndihen pas marrjes së tij dhe duhet ti lënë kohë pacientit të pyesë për paqartësitë që ka. Farmacisti është më pas hallka e fundit e sistemit që ka mundësinë të plotësojë çdo boshllëk në lidhje me paqartësitë që pacienti ka, dhe siguron një nivel shtesë të shërbimit për pacientët.

Sa më shumë kohë që farmacistët kalojnë me një pacient për të shpjeguar gjendjen e tij, si funksionon bari dhe pse është e rëndësishme të merren barna vazhdimisht, aq më të mëdha janë shanset që pacienti të jetë aderues ndaj terapisë. Pacientët që vuajnë nga një sëmundje kronike kanë më shumë gjasa të qëndrojnë aderues ndaj terapisë pasi të ndihen të sigurt se barnat e tyre po ndikojnë pozitivisht në mirëqenien e tyre të përgjithshme.

*Marrëdhënia e farmacistëve dhe mjekëve me pacientët.*

Pacientët shohin dhe ndërveprojnë me farmacistin e tyre shumë më shpesh sesa me mjekun e tyre. Farmacistët duhet të shpënzojnë të paktën disa minuta për të biseduar dhe për të krijuar një marrëdhënie me çdo pacient.

Farmacistët duhet të pyesin pacientët se si ndihen, nëse një dozë e re po funksionon më mirë ose nëse ata po përjetojnë ndonjë efekt të ri anësor. Të gjitha këto pyetje mund të nxisin fillimin e një bisede dhe të lejojnë një pacient të shprehet në lidhje me shqetësimet që ka, shqetësime këto që mund të rezultojnë në mos-aderimin ndaj terapisë më vonë. Meqenëse pacientët mund të kenë më shumë pyetje pasi janë në vazhdimësi të marrjes së një terapie sesa para se të fillojnë terapinë, një dialog i rregullt dhe i hapur pacient- farmacist është i rëndësishëm për ndërtimin e besimit.

Së fundi, rritja e komunikimit ndërmjet mjekut dhe pacientit është gjithashtu një strategji kyçe dhe efektive në rritjen e aftësisë së pacientit për të ndjekur një regjim mjekësor të caktuar.

*Bashkëveprimi mjek- farmacist*.

Komunikimi i mirë midis mjekëve dhe farmacistëve është thelbësor në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit. P.sh: Farmacistët mund të lidhen me një mjek dhe të japin informacione të tilla si psh: “Kemi 30 pacientë të përbashkët që vijnë në farmacinë time. Shumica janë aderues ndaj terapisë së tyre, por ka disa faktorë pengues të mundshëm që unë kam vënë re në lidhje me aderimin ndaj mjekimit te disa pacientë.

Nëpërmjet këtij bashkëpunimi arrihet të kuptohet se të dy palët janë në të njëjtin ekip të kujdesit shëndetësor i cili vlerëson përmirësimin e rezultateve të pacientit.

Në këtë mënyrë pacientëve i jepet ndjenja e përkatësisë në një ekip që rregullisht komunikon për kujdesin e tyre dhe i kjo gjë i bën këta pacientë të ndihen më të sigurt.

*Përdorimi i teknologjive të disponueshme.*

Në shumë vende të Europës disponimi i sistemeve të vendosura për të monitoruar dhe gjurmuar aderimin e pacientit, komunikimin në mënyrë proaktive dhe dokumentimin e ndërveprimeve mund ti kursejë farmacive shumë kohë dhe kosto në përmirësimin e rezultateve të pacientit.

Farmacitë herë pas here duhet të kërkojnë mjete raportimi që sigurojnë qasje në kohë reale në profilet e pacientëve. Për shembull, nëpërmjet PrescribeWellness me disa klikime, mund të identifikohen pacientët me diabet, hipertension që nuk janë aderues të terapisë së tyre aktuale.

Disa sisteme të farmacive gjithashtu kanë aftësinë për të nxjerrë në pah pacientët jo-aderues nëpëmjet ndërveprimit që ata kanë shfaqur në farmaci.

Fatkeqësisht në vendin tonë përdorimi i teknologjive që sigurojnë me kalimin e kohës identifikimin e pacientëve jo aderues mungon dhe ky është një problem madhor i cili nuk con vetëm në rritje te morbiditetit dhe mortalitetit të pacientëve por dhe në kosto shëndetësore shumë të larta.

*Përmirësimi i orarëve të dozimit dhe thjeshtimi i dozimit*

Strategjitë e përmirësimit të orarëve të dozimit përfshijnë: përdorimin e kutive të tabletave ose smartphoneve për të organizuar dozën ditore, thjeshtëzimin e regjimit të dozave që merren përgjatë ditës dhe mënyrat për të kujtuar pacientët që të marrin mjekimin. Pacientët që nuk respektojnë vizitën mjekësore të planifikuar zakonisht janë ata që kanë nevojë për më shumë ndihmë për të përmirësuar aftësinë e tyre për të aderuar më mirë ndaj regjimit mjekësor.

Pacientë të tillë shpeshherë përfitojnë nga asistenca në skedulimin klinik dhe nga ajo që quhet ‘‘trajnimi për të kujtuar marrjen e dozës‘‘ që të rrisin aderencën e tyre. Strategjitë e skedulimit klinik për të përmirësuar aderencën përfshijnë bërjen e vizitave të herëpashershme të kontrollit, të përshtatshme dhe të efektshme për pacientin.

Gjithnjë e më shumë, pacientët po marrin kontrollin e rezultateve të tyre dhe po shikojnë mjete për menaxhimin e kujdesit të tyre shëndetësor.

Gjithashtu dozimi i thjeshtë (një pilulë, një herë në ditë) ndihmon në maksimizimin e aderimit ndaj mjekimit.

Disponueshmëria e formave farmaceutike me clirim të zgjatur ka thjeshtëzuar shumë regjimin e dozimit, veçanërisht për pacientët me sëmundje kronike të cilët shpesh marrin më shumë se një bar për të menaxhuar gjendjen e tyre.

Krahasuar me përdorimin e 2 ose më shumë barnave të ndara është zbuluar se terapitë e kombinuara me dozë fikse zvogëlojnë aderencën e pacientit me 26 përqind.

Për shembull, 32 milion amerikanë përdorin tre ose më shumë ilaçe çdo ditë, ndërsa mesatarja e sëmundjeve kronike dhe barnave të administruar për pacientët e moshës 75 vjecare është përkatësisht 3 dhe 5.

Në figurën e mëposhtme është paraqitur grafikisht shkalla mesatare e aderimit në varësi të marrjes së një, dy, tre apo kater dozave ditore te barnave.



Shkalla mesatare e aderimit

Një Dy Tre Katër

Numri i dozave ditore

Nga studimet ka rezultuar gjithashtu se nga kombinimi i dozës fikse të dy barnave antidiabetike rritet aderimi i pacientëve me gati 13 % krahasuar me marrjen e dy barnave të ndara.

*Rritja e numrit të orëve gjatë së cilave qëndrat e kujdesit shëndetësor janë të hapura, pra kohë më e shkurter pritjeje për pacientët.*

Vonesat në takimin me pacientet dhe problemet me transportimin dhe parkimin mund të ulin vullnetin e pacientit për t’iu përshtatur një regjimi mjekësor dhe për të ndjekur takimet e kontrollit me mjekun në vazhdimësi.

Një mënyrë shumë efikase është caktimi paraprak i një takimi me mjekun, në rastin kur është e mundur.

*Sinkronizimi i barnave*.

Koordinimi i të gjitha recetave që pacientët marrin në të njëjtën kohë çdo muaj siguron një mungesë të ndërprerjes së terapisë. Sinkronizimi i barnave ndihmon gjithashtu në menaxhimin e kohës dhe krijimin e më shumë mundësive për këshillim. Ky sinkronizim lejon një vëllim më të parashikueshëm të recetave ditore për një farmaci.

Pasi vëllimi të jetë më i parashikueshëm, farmacitë mund të caktojnë stafin dhe të porosisin inventarin në mënyrë më efikase.

*Mbeshtetja financiare*

E fundit, por sigurisht jo më pak e rëndësishmja, përballueshmëria ekonomike e barnave duhet të diskutohet me të gjithë pacientët, veçanërisht gjatë kohërave të vështira ekonomike.

Eksploroni opsione të tilla si alternativa të ilaçeve me kosto më të ulët dhe opsione që ju rekomandon farmacia (p.sh. produkte xhenerike në vend të atyre patentë).

Pjesa me e madhe e metodave përmirësuese të aderencës përfshijnë kombinimin e ndërhyrjeve në mënyrën e sjelljes ndaj trajtimit dhe përforcimin e tyre, me rritjen e nivelit të shërbimit, dhënien e një informacioni edukativ për gjendjen e pacientit dhe trajtimit që ai merr, si dhe forma të tjera të mbikqyrjes apo përkujdesjes.

Metodat që kanë rezultuar të suksesshme nga ana e tyre janë komplekse dhe intensive dhe për këtë arsye nevojitet të zhvillohen strategji inovative që janë më praktike dhe që mund të përdoren si rutinë në praktikën klinike. Meqenëse ekzistojnë shumë faktorë që kontribuojnë në aderencën e dobët ndaj mjekimit, kërkohet një trajtim multifaktorial sepse një trajtim vetëm në një drejtim nuk mund të jetë efektiv për të gjithë pacientët.

**Tema 5. Aderenca ndaj mjekimit në semundje të ndryshme/ Si arrihet përmirësimi?**

**Aderenca ndaj mjekimit antihipertensiv**

Mos aderenca ndaj mjekimit haset rëndom në pacientët me sëmundje të sistemit kardiovaskular. Pas shtrimit në spital të pacientëve me infarkt akut të miokardit, sipas studimeve nga Jackevicius u gjet se rreth 1/4 e tyre (24%) ditën e shtatë të daljes nga spitali nuk shkonin të merrnin barnat.

Në një studim tjetër është gjetur se midis pacienteve që në dalje i ishte përshkruar një recetë me aspirinë, statinë dhe betabllokues, rreth 34% prej tyre e ndërprisnin njërin prej barnave të përshkruar dhe 12% prej tyre i ndërprisnin të tri barnat një muaj pas daljes nga spitali.

Përveç periudhës që ndjek daljen nga spitali, duket se ka një rënie progresive të aderencës ndaj barnave kardioprotektivë (p.sh. statinave, betabllokuesve) me kalimin e kohës.

Newby ka gjetur se vetë-raportimi nga pacienti i përdorimit të qëndrueshëm të barnave kardiakë përgjatë 6 deri 12 muajve ishte i ulët, me rreth tre te katërtat e pacientëve që raportonin një përdorim të vazhdueshem të aspirinës (71 %), kurse më pak se gjysma raportonin një përdorim të vazhdueshem të betabllokueseve (46 %), të barnave ulës të nivelit të lipideve (44 %) dhe të të gjithë medikamenteve (21 %).

Një tjetër studim ka treguar se vetëm 40% e pacientëve janë ende duke u trajtuar me statina 2 vjet pas shtrimit në spital për sindromën koronare akute, dhe se aderenca ishte edhe më e ulët në pacientët që marrin statina për sëmundjen kronike të arterieve koronare.

Edhe pse periudha menjëherë pas nxjerrjes nga spitali duket të jetë një periudhe me rrezik veçanërisht të lartë, mos aderenca ndaj mjekimit për sëmundjen e arterieve koronare duket se vazhdon të përkeqësohet edhe në termin afatgjatë.

Për gjendjet e tjera kardiovaskulare, prevalenca e mos aderencës ndaj mjekimit ndryshon në mënyrë shumë të theksuar në varësi të popullsisë së studiuar dhe medikamenteve specifikë të vlerësuar. Për shembull, nëpërmjet një studimi gjatë së cilit janë përdorur të dhënat nga MEMS (medication event monitor), është gjetur se rreth gjysma e të gjithë pacientëve të cilëve i janë përshkruar barna antihipertensivë kanë ndërprerë marrjen e barnave brenda 1 viti nga marrja për herë të parë të recetës.

Në të kundërt, Bramley ishte ai i cili zbuloi se 75 % e pacientëve në monoterapi për hipertension ishin shumë aderentë ndaj trajtimit, e vlerësuar kjo si një raport i posedimit të mjekimit prej 80% deri 100%.

Në pacientët me insuficiencë kardiake, studimet e aderencës ndaj trajtimit kanë vlera të mos aderencës ndaj mjekimit që ndryshonin shumë ndërmjet tyre. Për shembull, në një studim është gjetur një përqindje persistence prej 79% për frenuesit e sistemit reninë - angiotensinë, 65% për betabllokuesit, 56% për spironolaktonin dhe 83% për statinat 5 vjet pas shtrimit në spital për shkak të insuficiencës kardiake.

Edhe pse prevalenca e mos aderencës ndaj mjekimit është e përhapur në popullsinë kardiovaskulare, ndryshueshmëria e metodave të vlerësimit të përdorimit të barnave (p.sh. vetë-raportimet ose të dhënat e mbledhura në farmaci nga ripërsëritja e recetave) bën që krahasimet ndërmjet të gjithë studimeve dhe ndërmjet të gjithë gjendjeve kardiovaskulare të jenë të vështira.

Janë bërë shume studime për të vlerësuar lidhjen që ekziston midis aderencës ndaj mjekimit dhe rezultateve klinike të përftuara. Në përgjithësi, këto studime janë fokusuar në ato barna të cilëve u është provuar efikasiteti në testet klinike të kryera dhe tashme kërkohet të shihet efikasiteti i tyre në kushtet e përdorimit të përditshëm në praktikën klinike. Metodat me të përdorura për vlerësimin e aderencës në këto studime janë të dhënat e marra nga farmacitë dhe vetë-raportimet e pacienteve. Aderenca e lartë (për definicion e përcaktuar si marrje e barnave nga 80-100%) ndaj barnave antihipertensivë shoqërohet me rezultate me të larta përsa i përket kontrollit të presionit të gjakut krahasuar me aderencën në nivel mesatar ose të ulet. Nga ana tjetër, mosaderenca ndaj barnave që përdoren për trajtimin e sëmundjeve kardiovaskulare shoqërohet me rritje të rrezikut për morbiditet dhe mortalitet. P.sh: mosaderenca ndaj barnave në vitin e parë që ndjek hospitalizimin për shkak të infarktit të miokardit shoqërohet me një rritje prej 12% deri në 15% të rrezikut relativ për mortalitet.

Në sëmundjen kronike të arterieve koronare, mosaderenca ndaj barnave kardioprotektivë (β-bllokuesve, statinave dhe/ose ACE inhibitorëve) shoqërohet me një rritje në 10-40% të rrezikut për rihospitalizim dhe rritje prej 50-80% të rrezikut relativ për mortalitet.

Një tjetër studim ka treguar se pacientet që kuroheshin në mënyre të ndërprerë me Clopidogrel që në muajin e parë pas shtrimit në spital për infarkt akut të miokardit dhe ata me vendosje të stenteve “që çlirojnë bar” ishin më shumë të predispozuar për të pasur një rezultat të pavaforshëm, duke përfshirë rihospitalizimin apo mortalitetin, në 11 muajt në vijim.

Në mënyrë të ngjashme, aderenca jo e mirë ndaj barnave që përdoren për trajtimin e insuficiencës kardiake kronike shoqërohet me një rritje të numrit të vizitave për shkaqe kardiovaskulare urgjente. Këto studime, dhe shumë të tjera, tregojnë efikasitetin e barnave të përdorura në praktiken klinike për sëmundjet kardiovaskulare dhe ritheksojnë rëndësinë që ka marrja e këtyre barnave sipas përshkrimit të mjekut dhe duke respektuar këshillat e tij në mënyre të përpiktë.

*Strategjitë e mundshme që mund të ndiqen për përmirësimin e aderencës në këtë grup pacientësh*

Kontrolli i vazhdueshëm i presionit të gjakut kërkon që pacientet me hipertension të ndjekin mjekimin dhe regjimin dietetik. Megjithatë, terapia antihipertensive mund të ketë efekte anësore të padëshiruara dhe ofron qetësim të pakët simptomatik, meqë hipertensioni shpesh nuk shkakton simptoma. Pavarësisht se sa efektivisht klinicisti i komunikon përfitimet e terapisë antihipertensive tek pacienti, pacientët janë ata që kanë përgjegjësinë finale për marrjen e mjekimit. Meqë aderenca rritet kur pacientët përfshihen në vendimmarrjen mjekësore për trajtimin e tyre dhe monitorimin e trajtimit, modeli tradicional i mjekut autoritar duhet të zëvendësohet nga modeli më i dobishme i marrjes së një vendimi të përbashkët nga mjeku dhe pacientit.

Pacienti duhet të marrë pjesë aktivisht në përzgjedhjen dhe përshtatjen e trajtimit medikamentoz dhe në ndryshimet e stilit të jetesës në mënyrë që të maksimizojë efektshmërinë e regjimit terapeutik. Vetë monitorimi i presionit të gjakut gjithashtu mund të rrisë aderencën. Thjeshtëzimi i instruksioneve dhe skemës mjekuese për pacientin është esencial, ashtu si edhe minimizimi i numrit total të dozave të marra gjatë ditës është gjetur të jetë më i rëndësishëm në rritjen e aderencës sesa minimizimi i numrit total të barnave.

Kur identifikohet aderencë e pa përshtatshme ndaj mjekimit dhe kur strategjitë e pranishme për përmirësimin e aderencës nuk e kanë arritur nivelin target të presionit të gjakut, përzgjedhja e agjentëve antihipertensivë ‘‘më tolerantë’’, efekti i të cilëve nuk varet nga gjysmëjeta ose kanë gjysmëjetë plazmatike më të gjatë (në këto raste efikasiteti i këtyre barnave nuk do varet ndjeshëm nga dozat e vonuara ose të humbura), do të ndihmojë që të mbahet një presion i qëndrueshëm i gjakut, pavarësisht aderencës jo perfekte.

Kur zgjidhet ndërmjet klasave madhore të agjentëve antihipertensive (kalcibllokues, ACE-inhibitorë, ARB, alfa-bllokues, vazodilatatorë direktë), mjeku duhet të zgjedhë barin me gjysmëjetë më të gjatë në çdo klasë. Efekti antihipertensiv i disa barnave, si i diuretikëve tiazidikë, nuk varet nga përqendrimet plazmatike apo gjysmëjeta e barit, dhe për këto barna koha e dozimit nuk është dhe aq e rëndësishme për aderencën.

Medikamentet më tolerantë si tiazidikët ose formulimet e modifikuara si patch-et transdermale të klonidinës, janë më të prirur të arrijnë një rezultat të pranueshëm terapeutik. Një tjetër strategji e përdorur në një studim të kryer në një grup të përzgjedhur pacientesh me hipertension refraktar, ishte monitorimi objektiv i aderencës duke përdorur monitorë elektronikë.

Në më shumë se 30% të pacientëve fillimisht të identifikuar me hipertension refraktar, u arrit në një kontroll të presionit të gjakut thjesht si rezultat i monitorimit dhe vetëm 20% e pacientëve u identifikuan me aderencë të ulur. Kontrolli i mëtejshëm i presionit të gjakut u arrit në një nëngrup të subjekteve me aderencë të dobët që ranë dakord me vazhdimin e monitorimit dhe përshtatjes së mjekimit.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga diabeti melitus.**

Diabeti melitus është një problem shëndetësor me prevalencë të lartë (tipi 1 dhe tipi 2), që nënkupton kosto të larta për sistemin shëndetësor.

Pacientët me diabet melitus kanë një probabiliteti të mortalitetit pothuajse dy herë më të madhe sesa njerëzit e moshës së ngjashme që nuk vuajnë nga diabet.

Shumica e pacientëve me diabet shpeshherë kanë kontroll të dobët të glicemisë.

Përveç kësaj, sëmundja mund të jetë asimptomatike dhe ndërhyrja terapeutike në kurimin e saj mund të kërkojë ndryshime të mëdha të zakoneve të individëve në kontekste të caktuara, duke e bërë kështu të vështirë ndjekjen e terapisë.

Është vërtetuar se pacientët me diabet që nuk i marrin vazhdimisht barnat e diabetit siç janë përshkruar nga mjeku janë 2.5 herë më shumë të predispozuar të shtrohen në spital sesa ata që i ndjekin përshkrimet e mjekut në lidhje me terapinë më shumë se 80 përqind të kohës.

Kjo tregohet dhe në mënyrë skematike më poshtë:



Shkalla e hospitalizimit

|  |
| --- |
| Shkalla e aderencës |

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

- Vendosni një raport komunikues me pacientin

- Njihuni me axhendën e pacientit dhe perceptimin e tij mbi sëmundjen, në mënyrë që të keni më shumë informacion në lidhje me besimin që ai ka për aderencën.

- Njihuni me një "ditë tipike të zakonshme" për të kuptuar ndikimin e sëmundjes në jetën e pacientit (vaktet, punë, aktivitete sportive etj.)

- Shkëmbimi i informacionit midis mjekut dhe pacientit, edhe përmes përdorimit të mjeteve të vlerësimit të aderencës

- Favorizimi i vetëkontrollit si metodë e vetë-përgjegjësisë në menaxhimin e sëmundjes dhe vendosja për qëllimet e individualizuara (mosha, situatat individuale, etj.)

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga HIV**

HIV është një sëmundje kronike, por pa kurim. Shkalla e aderencës ndaj mjekimit për të mbajtur nën kontrroll këtë sëmundje duhet të jetë prej më shumë se 95%, por rreth 50-60% e pacientëve nuk e arrijnë këtë shifër. Përveç kësaj, regjimi i trajtimit të të barnave në këtë sëmundje është kompleks, efektet anësore të padëshiruara janë të shpeshta dhe ka një ndikim të lartë të sëmundjes në jetën e pacientëve.

Mosrespektimi i marrjes së trajtimit si e ka përshkruar mjeku zvogëlon përfitimet imunologjike të antiretroviraleve dhe në këtë mënyrë pacientët mund të preken më shpejt ndaj infeksioneve oportuniste, rritet rreziku i rezistencës ndaj ilaçeve dhe probabiliteti i transmetimit të HIV.

Faktorët që lidhen me pacientin që kontribuojnë në mos marrjen e trajtimit antiretroviral përfshijnë harresën, lodhjen dhe ndjenjën e të qënit i pashpresë, mungesën e simptomave dhe ashpërsinë e sëmundjes. Për më tepër, mungesa e mbështetjes nga një partner, perceptimet negative ndaj ilaçeve antiretrovirale ndikojnë në aderimin ndaj mjekimit.

Individët e infektuar nga HIV janë në shumë raste të diskriminuar nga shoqëria dhe kjo shkakton te këta individë depresion i cili mund të ndikojë dhe në aderimin ndaj mjekimit.

Si pasojë gjithmonë duhet të miratohen strategji për të siguruar ruajtjen e privatësisë dhe konfidencialitetin.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

- Vendosni një raport komunikues me pacientin. Pacientët shpeshherë kanë nevojë dhe për një mbështetje psikologjike nga profesionisti i shëndetit.

- Sigurohuni që pacienti ka kuptuar gjithcka ne lidhje me barant që i keni përshkruar (Sa tableta? Të cfarë madhësie? Sa herë në ditë? A ka ndonjë kufizim në të ushqyer?)

-Këshilloni pacientin të ndajë ilacet ditore në mëngjes dhe ti vendosë në një kuti ilacesh. Kjo mund ta ndihmojë atë të kontrrollojë nëse ka harruar ndonjë dozë. Gjithashtu mund të këshilloni pacientin të përdorë disa tabela për të memorizuar marrjen e medikamenteve.

Shembuj të këtyre tabelava janë paraqitur më poshtë.

-Pyesni herë pas here pacientin në lidhje me efektet anësore të barnave.

-Njihuni me axhendën e pacientit dhe perceptimin e tij mbi sëmundjen, në mënyrë që të keni më shumë informacion në lidhje me besimin që ai ka për aderencën.

-Njihuni me një "ditë tipike të zakonshme" për të vlerësuar se si përshtatet terapia si dhe përgatitjen e pacientit për efektet anësore të mundshme dhe se si ato mund të ndikojnë në jetën e tyre të përditshme

 

**Tabela për të memorizuar marrjen e medikamenteve**

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga hiperlipidemia.**

Një në 6 pacientë me hiperlipidemi nuk rikthehet për të realizuar kontrollin mjekësor te mjeku. Për më tepër, në këto pacientë përgjithësisht gjendja është asimptomatike dhe kjo e bën të vështirë perceptimin e rrezikut. Nga ana tjetër, trajtimet medikamentoze në këtë sëmundje do të merren gjatë gjithë jetës, dhe kjo mund të cojë jo vetëm në shfaqje të efekteve anësore të padëshiruara nga një mjekim i gjatë por dhe në një kosto e cila në disa raste mund të mos përballohet nga pacienti. Strategjitë e mundshme që mund të ndiqen për përmirësimin e aderencës në këtë grup pacientësh janë:

-Shmangia e krijimit të përshtypjes se përdorimi i barit zëvendëson nevojën për dietë, aktivitet sportiv dhe ndërprerjen e pirjes së duhanit. Kjo mund të kërkojë një "shkëmbim informacioni" midis mjekut dhe pacientit. Pra mjeku duhet gjithmonë të këshillojë pacientët e tij jo vetëm në lidhje me terapinë e përshkruar por dhe ne lidhje me dietën, dhe stilin e jetesës së tyre.

-Përfshirja e pacientit në vendim marrje ndaj mjekimit të tij. Duke qënë se në këtë sëmundje marrja e mjekimit do jetë e përjetshme, një rëndësi të vecantë ka lejimi i pacentit të shprehë mendimin e tij në lidhje me terapinë.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga sëmundjet osteomuskulare**

Dhimbja dhe kufizimi i aktiviteteve janë sëmundje të cilat e privojnë shumë njeriun për shkak të ndikimit që ato kanë në jetën e përditshme.

Ashtu si dhe në pjesën tjetër të sëmundjeve kronike, vetëm 50% e pacientëve me artrit reumatoid ndjekin trajtimin sipas këshillave të mjekut.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

- Vlerësimi i një "dite tipike" për të vlerësuar efektet, përvojën e dhimbjes dhe kufizimet

- Eksplorimi i perceptimeve në lidhje me sëmundjen, ilaçet dhe efektet anësore.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që përdorin trajtim kontracepsioni**

Sipas studimeve ka rezultuar se një në çdo 4 receta e përshkruar me kontraceptive orale nuk blihet fare nga pacientët në farmaci. "Harrimi i pilulës" është një situatë shumë e zakonshme.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup individësh janë:

- Jepni informacion të qartë

-Duke qënë se faktori kryesor i mungesës së aderencës në këtë rast është harresa këshillat në lidhje me teknikat e paketimit të ilaçeve me kalendar si dhe vendosja e alarmeve janë strategji shumë të rëndësishme në rritjen e aderencës ndaj mjekimit.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga sëmundjet psikiatrike**

Sëmundjet psikiatrike janë një grup sëmundjesh që mund të ulin aftësinë e pacientit për të marrë barna për shkak të harresës, çrregullimeve njohëse dhe emocionale si dhe ndryshimit të rutinës së tyre ditore.

Këto semundje janë sëmundje kronike ose shpesh të përsëritura dhe efektet anësore të padëshiruara janë të shpeshta. Në lidhje me aderimin ndaj mjekimit në çrregullimin bipolar, me kalimin e kohës individët e moshuar janë më pak aderentë sesa individët e rinj.

Gjysma e pacientëve që vuajnë nga depresioni zakonisht e ndërpresin mjekimin tre muaj pas fillimit të terapisë. Shkalla e aderencës te pacientët me skizofreni vlerësohet të jetë 50- 60%, dhe te ata që vuajnë nga çrregullimet afektive bipolare shkalla e aderencës është shumë e ulët, varion në 35 %.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

-Eksploroni perceptimet e sëmundjes për të vlerësuar mundësitë e aderencës; për shembull: aderimi ndaj mjekimit nuk ka gjasa të ndodhë në një pacient me hipomani që nuk mendon se është i sëmurë, ose në një pacient me depresion.

Ky eksplorim i perceptimeve të sëmundjes mund të bëhet duke përdorur teknikat e përshkrimit të një "dite tipike".

- Përdorimi i barnave të reja antidepresive dhe antipsikotikë të cilët kanë më pak efekte anësore se sa medikamentet e vjetra, dhe rrjedhimisht aderimi ndaj tyre do rezultojë me i lartë.

- Përdorimi i formave farmaceutike që funksionojnë si depo neuroleptike janë shpesh trajtimi i zgjedhur për pacientët me skizofreni të cilët nuk i përmbahen një regjimi të caktuar me barna oral.

-Përdorimi i përkujtuesve praktikë, përfshirë veprimet familjare.

-Vlerësoni rëndësinë që pacienti i kushton aderencës dhe besimin e tij në arritjen e saj.

Fatkeqësisht, këto ndërhyrje kërkojnë personel të trajnuar nëse aderimi në rritje duhet të ruhet; pa këto burime, aderimi fillon dhe ulet me kalimin e kohës.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga astma bronkiale dhe sëmundja pulmonare obstruktive kronike**

Përdorimi i bronkodilatatorëve, megjithëse ekzistojnë metoda të ndryshme të përdorimit të tyre, mund të jetë i vështirë për shumë pacientë që vuajnë nga astma kështu që aderenca ndaj këtij mjekimi është 20-70%. Në shumicën e studimeve, është raportuar një normë 30% e mosaderencës.

Faktorët demografikë nuk lidhen me aderimin. Numri i klasave të përshkruara të ilaçeve të frymëmarrjes, numri i ilaçeve të frymëmarrjes në recetën e fundit, numri i dozave në ditë, vaksinimi (pneumokoku, gripi) dhe përdorimi i një pajisje elektronike për të kujtuar kohën e administrimit të ilaçeve janë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me aderimin.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

-Eksploroni perceptimet në lidhje me sëmundjen dhe ilaçet.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga sëmundjet e veshkave**

Mosrespektimi i regjimit të trajtimit mund të ketë një efekt të dëmshëm në shëndetin e pacientëve me dializë, të rrisë vdekshmërinë, sëmundshmërinë dhe rritjen e shfrytëzimit të shërbimit të kujdesit shëndetësor si dhe koston e shtrimit në spital.

Faktorët që lidhen me pacientin, financimi shëndetësor, barra e kujdestarëve dhe faktorët që lidhen me sistemin shëndetësor janë identifikuar si faktorë që ndikojnë në aderencën në këtë grup pacientësh. Kuptimi i faktorëve që ndikojnë në aderim mund ti ndihmojë profesionistët e shëndetit të hartojnë strategji për të promovuar aderimin dhe përmirësimin e mirëqenies midis pacientëve me dializë.

**Aderenca ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga sëmundjet gastrike**

Rreth 40% e dështimeve në çrrënjosjen e Helicobacter Pylori vijnë si pasojë e mungesës së aderimit ndaj trajtimit.

Nga ana tjetër, frenuesit e pompës protonike përbëjnë në shumë vende grupin farmakologjik më të shitur. Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

- Shkëmbimi i informacionit pacient-mjekësor dhe negocimi i vendimmarrjes.

- Vlerësoni rëndësinë që pacienti i kushton aderimit ndaj mjekimit dhe besimin e tij në arritjen e tij.

**Tema 6. Aderenca ndaj mjekimit në grupe të vecanta individësh**

*Aderenca ndaj mjekimit te të moshuarit*

Të moshuarit përfaqësojnë një grup shumë të rëndësishëm të pacientëve për shkak të numrit të tyre, dhe shumë kompleks për shkak të pranisë së multimorbiditetit, numrit të madh të ilaceve që përdorin, niveleve të larta të ndërveprimeve të ilaçeve, efekteve anësore të padëshiruara, variacioneve metabolike tipike të moshës, si dhe ndryshimeve të shqisave dhe përkeqësimit konjiktiv që ata mund të paraqesin.

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

-Eksplorimi i perceptimeve në lidhje me sëmundjen dhe barnat

-Thjeshtimi i trajtimit

-Sistemet praktike për të përgatitur marrjen e barnave në lidhje me dozën, orarin etj, të tilla si alarme, ditarë etj.

-Njihni axhendën e pacientit, eksploroni perceptimet e sëmundjes dhe vlerësoni rëndësinë që pacienti i kushton aderimit dhe besimin në arritjen e tij.

*Aderenca ndaj mjekimit te adoleshentët*

Te ky grup pacientësh konsultimi është zakonisht i vështirë sepse ata zakonisht janë të pavëmëndshëm dhe koha e konsultimit zakonisht është e shkurtër.

Ata i japin një rëndësi të madhe konfidencialitetit. Nga ana tjetër, simptomat e pasqaruara nga ana mjekësore janë të zakonshme midis fëmijëve dhe adoleshentëve dhe mund të jenë shumë të dëmshme për ta.

Edhe pas trajektoreve të gjata diagnostike dhe / ose terapeutike, shumë nga këta fëmijë dhe prindërit e tyre ndihen të pakënaqur me këshillat dhe terapitë që u janë dhënë; për shembull, kur te ky grup rekomandohet realizimi i fizioterapisë, aderimi është shumë i ulët (27%).

Strategjitë e mundshme për të përmirësuar aderencën ndaj mjekimit në këtë grup pacientësh janë:

-Ruani konfidencialitetin.

-Njihuni me axhendën e pacientit, eksploroni perceptimet e sëmundjes, vlerësoni rëndësinë që pacienti i kushton aderimit

-Kur është e mundur zëvëndësoni barin e përdorur me një tjetër më të pëlqyeshëm

-Përfshini anëtarët e familjes dhe miqtë e shkollës në mënyrën e trajtimit. Kjo është një strategji e vlefshme për maksimizimin e aftësisë së fëmijëve për t'iu përmbajtur trajtimit mjekues.

-Fitoni vëmëndjen e pacientit.

*Aderenca ndaj mjekimit te personat me aftësi të kufizuara*

Shumica e personave me aftësi të kufizuara vuajnë nga probleme shëndetësore të herë pas hershme. Ata shpesh kanë sëmundje të shumta që kërkojnë mjekim të vazhdueshëm. Disa kategori të variablave parashikues janë raportuar në këtë grup pacientësh si roli i vazhdimësisë së kujdesit mjekësor dhe roli i strukturës familjare. Është vënë re që te këta pacientë në krahasim me ata që ishin të martuar, individët e ve dhe të divorcuarit kanë një aderim më të keq ndaj terapisë. Gjithashtu shanset për të pasur aderim më të madh ndaj trajtimit për pacientët që marrin ndihmë nga një anëtar i familjes janë më të mëdha se te ata që nuk e marrin këtë lloj ndihme.

**Tema 7. Roli i profesionistëve të shëndetit në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit**

Profesionistët e shëndetit luajnë një rol unik dhe të rëndësishëm në besimin e pacientëve në lidhje me përfitimet dhe rreziqet që vijnë si pasojë e marrjes apo jo të medikamenteve të përshkruara për ta. Një faktor shumë i rëndësishëm në aderencën ndaj mjekimit mbetet pajtimi midis pacientit dhe profesionistit të shëndetit – ose e shpjeguar ndryshe shkalla në të cilën pacientët dhe profesionistët e shëndetit bien dakord nëse, kur dhe si duhet të merret një bar.

Prandaj, aderimi kërkon që pacienti të besojë se ka një përfitim për barin që i përshkruan mjeku dhe pajtohet me të gjitha udhëzimet që i jepen.

Roli i mjekut është të fitojë besimin e pacientit, të kuptojë besimin që ka pacienti ndaj sistemit, të diskutojë në mënyrë interaktive me pacientin duke bërë marrëveshje me të kur dhe si të marrë barnat e përshkruara si dhe të diskutojë çështje të kostos për tu siguruar që barnat do të merren dhe se udhëzimet do të ndiqen.

Ndërtimi i besimit dhe zhvillimit të aftësive komunikuese ndërmjet profesionistit të shëndetit dhe pacientit kërkon kohë, përpjekje, njohuri dhe praktikë.

Pa dyshim që pengesa më e shprehur për përmirësimin e komunikimit profesionist shëndeti - pacient është koha.

Studimet kanë treguar se disa pacientë ndërpriten nga mjeku i tyre pasi kanë folur mesatarisht 22 sekonda. Është treguar gjithashtu se nëse lejohet që pacienti të flasë lirshëm, ai do të fliste fillimisht mesatarisht për dy minuta.

Durimi i profesionistit të shëndetit për të realizuar një bisedë më të gjatë me pacientin mund të rezultojë në aderencë më të mirë ndaj mjekimit, më pak vizita vijuese dhe ndërveprime të mëvonshme më të shkurtra dhe më të përqendruara.

Profesionistët e shëndetit presin që pacientët e tyre të ndjekin gjithmonë udhëzimet e tyre për marrjen e ilaçeve. Megjithatë, sipas disa hulumtimeve edhe profesionistët mjekësorë nuk ndjekin në mënyrë të përsosur marrjen e barnave të tyre. Sipas një studimi respektimi i terapisë nga mjekët dhe infermierët ishte 77% për barnat që merreshin për mjekime afatshkurtra dhe 84% për barnat që merreshin për mjekime afatshkurtra.

Pra duket e paarsyeshme të presësh që pacientët mund të arrijnë aderim më të mirë se profesionistët e shëndetit pa ndërhyrjen dhe ndihmën e tyre.

Ndërsa aderimi ndaj barnave është një temë komplekse, ndërhyrjet për të rritur aderimin duhet të trajtohen si jo komplekse dhe të thjeshta nga ana e profesionistëve të shëndetit.

Më poshtë paraqiten disa hapa që mund të ndjekë një profesionist shëndeti për të nxitur pacientët e tij të jenë më aderentë ndaj mjekimit.

**Thjeshtimi i trajtimit.**

Kompleksiteti i trajtimit shpeshherë mund të ndikojë në aderimin ndaj mjekimit. Mjekët duhet të përpiqen të thjeshtojnë regjimin e trajtimit atëherë kur është e mundur nëpërmjet:

•Rregullimit të kohës, frekuencës, sasisë dhe dozës.

Barnat që merren një herë në ditë preferohen më shpesh nga pacientët, por nëse kostoja për këtë lloj trajtimi është e lartë kjo përbën një pengesë të madhe dhe nuk është një zgjidhje .

•Përshtatja e trajtimit me aktivitetet e jetës së përditshme të pacientëve. Nëse marrja e më pak barnave nuk është një opsion, një mjek duhet të përpiqet të përshtasë marrjen e ilaçeve me aktivitetet që bën pacienti çdo ditë.

• Rekomandimi që të gjitha ilaçet të merren në të njëjtën kohë të ditës (nëse nuk ka ndërveprime midis barnave ose edhe me ushqimin)

• Shmangia e përshkrimit të ilaçeve me kërkesa të veçanta (dozimi para gjumit, shmangia e vakteve)

• Ndarja e regjimit të ilaçeve në hapa të thjeshtë që mund të zbatohen në mënyrë të njëpasnjëshme. o Sigurohuni që pacienti e kupton çdo hap

• Inkurajimi i përdorimit të kutive që organizojnë barnat dhe vendosja e alarmeve për tu rikujtuar.

• Marrja parasysh e ndryshimit të situatës (më shumë biseda, më shumë përsëritje) kundrejt ndryshimit të pacientit. Me fjalë të tjera, një ofrues duhet të rregullojë trajtimin përkundrejt pacientit.

**Shkëmbimi i njohurive**

Aderimi rritet kur një pacient e kupton gjendjen e tij dhe përfitimet e trajtimit. Vetëm edukimi i pacientit nuk është i efektshëm në përmirësimin e aderimit, por përmirësimi mund të ndodhë kur edukimi kombinohet me thjeshtimin e trajtimit.

Hapat që duhet të ndjekë një profesionist shëndeti janë:

• Përqendrohuni në marrjen e vendimeve të përbashkëta mjek- pacient

• Inkurajoni diskutimet me pacientët.

• Jepni udhëzime të qarta (të shkruara dhe verbale) për të gjitha recetat

o Kufizoni udhëzimet në 3 ose 4 pika kryesore

o Përdorni gjuhë të thjeshtë, të përditshme

o Përdorni informacione me shkrim ose fletëushëzues dhe edukim verbal në të gjitha takimet

• Përfshini familjen dhe miqtë në diskutim kur është e përshtatshme

• Siguroni faqe interneti cilësore për pacientët që dëshirojnë të kenë informacione shtesë mbi trajtimin nga interneti

• Sugjeroni vetë-udhëzim të kompjuterizuar për kushte komplekse kronike

• Jepni këshilla konkrete se si të përballohen kostot e mjekimit

• Përforconi të gjitha diskutimet, veçanërisht për pacientët me arsim të ulët

**Modifikoni bindjet e pacientit dhe sjelljen e tij.**

Përdorimi i ndjeshmërisë së perceptuar nga profesionisti i shëndetit është e domosdoshme në të gjitha vizitat e pacientëve, pasi që vetëm njohuritë nuk janë të mjaftueshme për rritjen e aderencës, veçanërisht ato që përfshijnë ndryshimet komplekse të sjelljes.

Hapat që duhet të ndjekë një profesionist shëndeti janë:

• Nxisni pacientët të vetë-menaxhojnë gjendjen e tyre

o Pyesni pacientët për nevojat e tyre. Krijoni një dialog të hapur me secilin pacient dhe pyesni rreth pritjeve, nevojave dhe përvojave të tij në marrjen e ilaçeve.

o Pyesni pacientët se çfarë mund t'i ndihmojë ata të bëhen dhe të qëndrojnë aderues

• Sigurohuni që pacientët të kuptojnë se do të rrezikohen nëse nuk marrin ilaçet e tyre

• Kërkojini pacientëve të përshkruajnë pasojat e mos marrjes së ilaçeve të tyre

• Bëni pacientët të ritheksojnë përfitimet pozitive të marrjes së ilaçeve të tyre

• Siguroni shpërblime për aderimin ndaj mjekimit

o Shpërbleni pacientët me sende të vogla të tilla si psh:pastrues duarsh xhepi ose ulje të pagesës kur ato përdorin shërbime të tjera si përdorimin e ndonjë pajisje mjekësore

**Siguroni komunikim dhe besim.**

Modifikimi i besimit është i mundur vetëm kur ekziston një nivel i lartë besimi nga pacienti.

Stili i komunikimit të një profesionisti shëndeti është një nga parashikuesit më të fortë të besimit që ka një pacient te mjeku apo farmacisti i tij. Shumë mjekë nuk kanë një komunikim të duhur me pacientët dhe kjo është vërtetuar dhe nga studimet e mëposhtme:  
• Të paktën 50% e pacientëve largohen nga zyra duke mos kuptuar se çfarë u është thënë

• Mjekët nuk dëgjojnë rreth 50% të problemeve psikosociale dhe psikologjike të pacientëve.

• Mjekët i ndërpresin pacientët për një periudhe mesatarisht 22 sekonda gjatë përshkrimet nga ana e pacientëve të problemeve apo pyetjeve në lidhje me terapinë.

• 54% e problemeve të pacientit dhe 45% e shqetësimeve të pacientit nuk dëgjohen nga mjeku dhe as nuk shprehen nga pacienti.

• 71% e pacientëve thonë se një ndër arsyet kryesore të përdorimit jo të duhur te barnave ështe marrëdhënia jo e mirë që kane me mjekun.

Mënyrat për të përmirësuar komunikimin përfshijnë:

• Përmirësimi i aftësive të intervistimit.

• Praktikimi i dëgjimit aktiv. Dëgjimi aktiv është një proces ndërveprues dhe kërkon vëmendje të kujdesshme me synimin për të kuptuar pacientin.

Ai përfshin teknika të tilla si:

o Konfirmimi që mesazhi nga pacienti është dëgjuar (reagime, pyetje, kërkesa për qartësi dhe shenja të tjera të marrjes së mesazhit)

o Parafrazimi i saktë i vërejtjeve të pacientit

o Përdorimi i shenjave verbale dhe joverbale për të treguar mirëkuptim dhe ndjeshmëri

o Dhënia e informacioneve pacientit, si përgjigje gjatë një diskutimi

o Sigurimi i përgjigjeve të nevojshme dhe vëzhgimi i pranimit ose ngurimit të pacientit

• Dhënia e mbështetjes emocionale.

Një mjek duhet të sigurohet që të trajtojë pacientin si individ dhe jo vetëm semundjen.

Bëni që pacienti të ndihet unik dhe i veçantë.

Ofrimi i ndjeshmërisë në fillim të diskutimit.

Ofrimi i prekjes fizike për të treguar kujdes, për të dhënë dhembshuri, për t'iu përgjigjur nevojave emocionale dhe ruajtur shpresën dhe qëndrimin pozitiv.

• Sigurimi i një informacion të qartë, të drejtpërdrejtë dhe të plotë.

Një profesionist shëndeti (mjek apo farmacist) duhet të flasë gjuhë të thjeshtë (në nivelin gjuhësor të pacientit) e cila të kuptohet plotësisht nga pacienti.

Flisni drejtpërdrejt, mos përdorni eufemizma ose shmangni subjekte prekëse.

Jepni udhëzime të shkurtra, por të plota.

Bëni pacientin të përsërisë udhëzimet.

• Marrja e mendimit të pacientit në vendimet e trajtimit.

Ekziston një spektër i autonomisë së pacientit në përfshirjen në marrjen e vendimeve në lidhje me trajtimin e tyre.

Disa pacientë duan autoritet të plotë në vendosjen e terapisë së tyre ndërsa të tjerët nuk dëshirojnë të përfshihen fare. Pacientë më të rinj dhe ata me më arsimi të lartë dëshirojnë më shumë të përfshihen në vendimet në lidhje me trajtimin e tyre. Në përgjithësi, sa më e rëndë të jetë sëmundja, aq më pak autonomi dëshirohet.

•Jepini kohë të përshtatshme pacientëve për të bërë pyetje. Rritni nivelin e komoditetit te një pacienti nëpërmjet:

o Krijimit të një ambienti të sigurt ku pacientët të ndihen komod kur diskutojnë

o Përdorimit të gjuhës së thjeshtë në vend të gjuhës teknike ose zhargonit mjekësor

o Ulja (në vend të qëndrimit në këmbë) për të arritur nivelin e syve me një pacient

o Përdorimit të piktogrameve

o Lejimit të pacientëve të shkruajnë udhëzimet e dhëna

• Fitimin e besimit të pacientëve.

Ekzistojën teste të cilat mund të plotësohen nga ofruesit e shëndetit në lidhje me faktin nëse duhet të përmirësojnë besimin e pacientit te ta apo jo. Profesionisti i shëndetit nëpërmjet këtyre testeve mund të vlerësojë vetveten (ose t'u kërkojë pacientëve t'a vlerësojnë). Një nga këta teste është përshkruar dhe më poshtë ku vlerësimi bëhet në një shkallë nga 1 në 5 (1 = fuqishëm) nuk bie dakort; 5 = pajtohem plotësisht) për pesë deklarata. Një rezultat më i lartë tregon një nivel më të lartë besimi.

|  |  |
| --- | --- |
| **Shkalla e deklaratës** | **Deklarata** |
| **1 2 3 4 5** | Ndjej që pacientët e mi mund të më thonë gjithçka dhe nuk i gjykoj ose i ndërpres |
| **1 2 3 4 5** | Shumica e pacientëve të mi i besojnë gjykimit tim në lidhje me kujdesin e tyre mjekësor |
| **1 2 3 4 5** | Unë i di kostot e ilaçeve që përshkruaj dhe e konsideroj koston si një faktor në vendimmarrje |
| **1 2 3 4 5** | Unë nuk u jap lajme të këqija pacientëve të mi, dhe fal (injoroj) sjelljet jo të duhura shëndetësore |
| **1 2 3 4 5** | Nëse bëj një gabim në trajtim, nuk përpiqem t'ia fsheh pacientit tim |

Mjekët gjithashtu mund të përfshijnë stafin e tyre të zyrës në aktivitete që përmirësojnë komunikimin me pacientët e tyre dhe, nga ana tjetër që ndikojnë në përmirësimin e aderencës. Disa nga aktivitetet që mund të përdoren nga personeli i zyrës së ofruesit të kujdesit shëndetësor për të rritur aderimin janë:

• Përmirësimi i komoditetit dhe caktimet e takimeve me lehtësi

• Sigurimi i programeve të vetë-menaxhimit në shtëpi

• Sigurimi i këshillimit, monitorimit të përsëritur

• Përdorimi i monitorimit të automatizuar të telefonit ose të ndihmës kompjuterike të pacientit

• Dërgimi i mesazheve rikujtuese për takimet dhe recetat

• Mësimi i strategjive të sjelljes

**Mos paragjykoni.**

Një numër i madh i provave konkludon se në bazë të etnicitetit dhe marrdhënieve socio-ekonomike ekzistojnë pabarazi në lidhje me rezultatet shëndetësore në të gjitha kushtet e sëmundjes dhe llojet e kujdesit, duke përfshirë kujdesin parandalues.

Disa nga strategjitë e mjekëve që rrisin partneritetin pacient / mjek dhe ndihmojnë ne kapërcimin e pabarazive janë:

• Mësoni më shumë rreth shkrim-leximit jo të duhur shëndetësor dhe si ndikon në rezultatet e pacientit

o Përfshini njohuri të reja në praktikën tuaj

• Kontrolloni vetë-efikasitetin në lidhje me kujdesin për popullatat e pacientëve me larmi etnike dhe shoqërore

• Rishikoni stilin e komunikimit për të parë nëse është në qendër të pacientit

• Pranoni paragjykimet në vendimmarrjen mjekësore (të qëllimshme ose të paqëllimshme)

• Njihni disonancën e racës / etnisë dhe gjuhës së pacientit

o Njihni demografinë e përgjithshme të një popullate pacientësh

o Pyetni konkretisht për qëndrimet, besimet dhe normat kulturore në lidhje me mjekimin

o Edukimi përshtatur në nivelin e të kuptuarit të pacientit

•Përdorni "fotonovela"\* tërheqëse dhe miqësore në edukimin e pacientit.

\*Fotonovelat janë si libra komik, të cilat përpilohen duke përdorur fotografi dhe nënshkrime.

Ato janë një formë vizuale dhe krijuese e përçimit të një mesazhi te një popullatë e larmishme.

**Vlerësoni aderencën ndaj mjekimit.**

Problemi i mosaderencës nënvlerësohet në mënyrë uniforme nga profesionisti i shëndetit.

Nëse nuk dyshohet për një fakt, atëherë nuk mund të korrigjohet.

Matja e aderencës mund të çojë në pajtueshmëri më të mirë të pacientit.

• Vetë-raportimet janë mjeti më i përdorur për të matur aderimin. Pyesni pacientët thjesht dhe drejtpërdrejt nëse janë duke ndjekur regjimin e tyre të mjekimit

• Pyesni për aderencën ndaj mjekimit në çdo takim

• Ndihmoni në eleminimin e faktorëve që pengojnë aderencen dhe mungesën e pranimit të informacionit mjekësor

• Nëse vetë-raportimi ende lë pyetje në lidhje me aderimin, provoni numërimin e tabletave ose matjen e nivelit të barnave në serum apo urinë.

• Rishikoni në mënyrë periodike kutitë ruajtëse të ilaçeve të pacientit, duke shënuar datat e rinovimit

**BISEDAT MIDIS PROFESIONISTIT TË SHËNDETIT DHE PACIENTIT**

Profesionistët e shëndetit duhet të përpiqen të mos ndërpresin pacientin kur ato shprehen në lidhje me trajtimin e tyre. Përqendrimi në kujdesin shënetësor, me në qendër pacientin do ta përfshijë pacientin në vendimmarrje.

Një profesionist shëndeti mund t'i përdorë këto skripte verbale të thjeshta kur bashkëvepron me pacientët.

*Thjeshtimi i Regjimit*

• “Unë besoj se kalimi i një mjekimi një herë në ditë do të jetë më i lehtë për tu menaxhuar.

Për fat të keq, do të kushtojë pak më shumë por do të sigurojë kontroll më të mirë dhe do t'ju ofrojë lehtësi të shtuar. A është ky një opsion që ju do të ishit të gatshëm ta konsideronit? "

(Lëreni pacientin të vendosë për përfitimin e kostos)

• “Në mënyrë që ky ilaç të funksionojë në mënyrë efektive, do të duhet ta merrni këtë ilaç dy herë në ditë. A mund ta merrni atë në mëngjes dhe darkë për t'ju ndihmuar të mbani mend apo ju keni një kohë tjetër më të përshtatshme? " (Kordiononi kohën e marrjes së barnave duke u bazuar në aktivitetet e jetës së përditshme të pacientit)

• "Më tregoni për të gjitha barnat që merrni dhe le të përcaktojmë së bashku nëse mund t'i merrni të gjitha në mëngjes.”

(Zgjidhni kohën gjatë ditës kur pacienti është më i predispozuar të përqendrohet në marrjen e ilaçeve)

• “Ju duhen dy ilaçe të ndryshme për të kontrolluar gjendjen tuaj. Unë mund të përshkruaj dy barna të ndryshme ose një bar që është një produkt i kombinuar.

Produkti i kombinuar ka shumë të ngjarë të kushtojë më shumë. Cili opsioni do t'i përshtatej më mirë nevojave tuaja? " (Lëreni pacientin të vendosë në lidhje me koston apo komoditetin

• “Vazhdoni dhe plotësoni të treja këto receta. Filloni me këtë bar në fillim nesër. Dhe shtoni dy barnat e tjerë kur të ndiheni rehat, por jo më vonë se 3 javë nga sot. ”

(Gradualisht ndihmoni një pacient në një regjim kompleks)

• “Këtu është receta juaj dhe këtu janë udhëzimet e shkruara. Merrni dy tableta dy herë në ditë. Më thoni se si do t'i përfshini këto ilaçe në rutinën tuaj ditore? ”

(Lejoni pacienti të përsërisë udhëzimet me fjalët e tyre)

• “Farmacistja do të shkruajë udhëzime në shishen e barit tuaj, por këtu janë disa fotografi [piktograme\*] që mund t’ju vijnë në ndihmë. Bashkangjiteni këtë në një kalendar dhe shënoni kur merrni çdo pilulë. ”

“Këtu është një broshurë që përshkruan gjendjen tuaj. Ruajeni, pasi kam shënuar mënyrën e marrjes së pilulës suaj në anën e pasme.

Telefoni im i zyrës është gjithashtu këtu; telefononi nëse keni ndonjë pyetje. ” (Përforconi udhëzimet verbale me informacione të shkruara; siguroni qasje për pyetje)

Piktogramë\*: Më poshtë paraqiten disa shembuj piktogramash



Lexo të dhënat mbi barin



Nëse bari ju shkakton marrje mëndsh mos drejtoni automjetin.



Mos merrni barna të tjerë së bashku me këtë bar



Merre barin në mëngjes

• “Ndonjëherë mund të jetë e vështirë të mbani mend të merrni të gjitha ilaçet tuaja.

A është e mundur të pyesni gruan juaj për t'ju ndihmuar të mbani mend të merrni këtë ilaç? " (Përfshini anëtarët e familjes)

• “Është e rëndësishme të merrni këtë ilaç çdo ditë’’.

Sidoqoftë, nëse kostoja imponon një vështirësi financiare për ty, të lutem më njofto menjëherë dhe ne mund të shikojmë mundësi të tjera mjekimi.

" (Ndihmoni në optimizimin e aderimit duke pasur parasysh koston)

*Modifikimi i bindjeve të pacientit.*

• “A keni marrë ndonjëherë ndonjë bar çdo ditë dhe a mendoni se do të keni ndonjë problem me të? " (Pyesni për nevojat e pacientit tuaj)

• “Pas këtij operacioni, do të duhet të merrni 3 pilula shtesë.

Çfarë mund të bëj për t'ju ndihmuar në këtë ndryshim? "

(Bisedat përshtatëse për nevojat specifike të pacientit)

• "A mund të më thuash se çfarë mendon se do të ndodhë nëse ndërpret marrjen e ilaçeve?" (Siguroni pacientët të dinë rreziqet që mund të lindin kur një terapi ndërpritet)

• "A keni ndonjë frikë ose shqetësim në lidhje me ilaçet që unë ju kam përshkruar?"

(Identifikoni pengesat)

*Siguroni komunikim.*

• "Pra, ajo që po thoni është se stomaku ju dhemb vetëm natën."

(Konfirmo mesazhin e pacientit)

• “Ju më treguat për afshet e nxehta dhe djersitjet e shpeshta gjatë natës; tani mund të më tregoni sa shpesh ju ndodh” (Parafrazoni vërejtjet e pacientit)

• “Unë shikoj që keni dhimbje; duhet të jetë shumë e pakëndshme dhe stresuese për ju.

" (Siguroni ndjeshmëri)

• “Ju thatë se keni urth nga ky ilaç, kështu që keni ndërprerë marrjen e tij. Jam i lumtur që e provove dhe gjithashtu i lumtur që ma treguat këtë fakt sepse ne mund të gjejmë një bar tjetër pa këtë efekt anësor ”. (Jepni komente pacientit)

• “Hmm, ju dëgjoj, por dua të di më shumë. A mund të përshkruani simptomat e djeshme? "

(Nxisni dialog)

• “Duket sikur nuk jeni të kënaqur me sugjerimin tim.

Për cilën pjesë të këtij plani mjekimi nuk jeni dakort? "

(Shikoni reagimin e pacientit; përfshini pacientin në vendimmarrje)

*Mos paragjykoni*

• “Unë jam i interesuar në atë cka familja juaj mendon për marrjen e tre ilaceve të reja.

Ju lutem mund të më tregoni?"

• "Le te luajme nje loje. Unë do të tregoj një nga këto barna dhe dua që ju të më tregoni në cilën orë dhe ditë duhet ti merrni”

(Përdorni angazhime interaktive dhe ndërhyrje të përshtatshme gjuhësore për pacientët)

• “Unë kam një broshurë për të shpjeguar më tej vendimet që kemi marrë sot ( siguroni pacientit fotonovela si udhëzues për pacientin).

A do të jeni në gjendje ti lexoni këtë javë? " (Edukim i përshtatur për pacientin")

*Vlerësimi i aderimit*

"A harroni ndonjëherë të merrni ilaçet tuaja?"

(Bëni pyetje të drejtpërdrejta)

• "A e shihni ndonjëherë veten jo aq të kujdesshëm për marrjen e ilaçeve tuaja?"

(Pyesni shpesh për aderencën)

• "Kur ndiheni më mirë, ndonjëherë a e ndërprisni marrjen e ilaçeve?" (Njihni mungesën e pranueshmërisë)

• "Ndonjëherë, kur ndiheni më keq, ndaloni së marri ilaçin tuaj?"

(Identifikoni faktorët që pengojnë aderimin)

**Tema 8. Roli i farmacistëve në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit**

Duke qenë se farmacisti është profesionisti i shëndetit i cili është në kontakt të vazhdueshëm me pacientët marrdhënia e tij me ta përbën një ndër faktorët kryesorë që ndikon gjerësisht në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit.

Në përgjithësi pacientet nuk janë shumë të hapur me mjekun trajtues për sa i përket mënyrës se zbatimit të trajtimit që marrin duke anashkaluar pjesën ku pyeten se sa herë kanë harruar ta marrin barin apo sa herë e kanë marrë atë jashtë orarit. Studimet (bazuar në vetë raportimet) tregojnë se vetëm 10% e pacienteve i zbatojnë plotësisht udhëzimet e mjekut lidhur me marrjen e barnave.

Duke qene se nivelet e barnave nuk mund të maten nëpërmjet ekzaminimeve laboratorike rutinë është e vështire të përcaktohet nëse pacienti është aderent ndaj terapisë.

Megjithatë është detyra e mjekut përshkrues që të insistoje mbi rëndësinë e aderencës ndaj trajtimit dhe të përshkruajë një regjim trajtimi të lehte për tu zbatuar nga pacienti.

Farmacistët duhet të kenë një rol aktiv në vlerësimin, edukimin, planifikimin shëndetësor, përpjekjen strategjike për të implementuar tek pacientet një sjellje optimale përsa i përket vete-përkujdesjes shëndetësore si dhe në promovimin e rritjes së aderencës ndaj trajtimit.

Vëmendje e veçantë nevojitet që pacientët të kuptojnë dhe të përmirësojnë aderencën afatgjatë ndaj trajtimit.

Farmacistët duhet të bashkëpunojnë me pjesëtaret e tjerë të stafit shëndetësor për të siguruar përshkrimin e barnave.

Edhe pse përbën vetëm një faktor në arritjen evetëkujdesjes optimale të pacientit dhe aderencës ndaj trajtimit, edukimi i përshtatshëm është pjesë e themelit të susksesit.

Farmacisti luan një rol shumë të rëndësishëm në zbatimin e administrimit të barnave në mënyrën e duhurnga pacienti nëpërmjet këshillimit në lidhje me mënyrën e veprimit të barnave dhe efekteve anësore që ato shkaktojnë, rregullimit të orareve të administrimit të barnave, dhënies së këshillave për marrjen e barnave gjatë udhëtimit, këshillimit për administrimin e principeve aktive të njëjta me kosto më të ulët, parandalimit të ndërveprimeve barna- barna apo barna- suplemente bimore, këshillimit të pacientit për zbatimin e disa teknikave që ndihmojnë në nxitjen e kujtesës per administrimin e barnave në sasinë dhe kohën e duhur etj.

Farmacistët mund të luajnë një rol integral në përmirësimin e ecurisë së sëmundjes dhe vetëkujdesjes së pacientit duke i edukuar pacientët mbi kompleksitetin e trajtimit që ata marrin, duke përfshirë këtu dhe efektet anësore të pranishme ose të mundshme të barnave dhe sidomos rëndësinë e vazhdueshmërisë së trajtimit. Pacientet që marrim këtë edukim paraprak janë me të predispozuar për të zbatuar në mënyrë të saktë regjimin e trajtimit të tyre se ata që nuk e marrin këtë edukim.

Kur mjeku përshkruan një bar të ri, mund të mos arrijë që t’i bëjë të qartë pacientit momente kritike të trajtimit gjë që kontribon në keqkuptimin e udhëzimeve lidhur me përdorimin apo nevojën e përdorimit, që nga ana e tyre bëjnë që marrja e duhur e trajtimit nga pacientit shpesh të dështojë. Roli i farmacistëve që merren me edukimin pas daljes nga spitali të pacientit duhet të jetë komplementar me atë të infermierëve dhe mjekëve me qëllim që të nxitet arritja e një aderence më të madhe ndaj trajtimit.

Javët e para të trajtimit përbëjnë edhe momentin kritik për trajtimin sepse janë koha kur shumë pacientë ndërpresin marrjen e mëtejshme të tij.

Për pasojë, ndërhyrja e vazhdueshme e farmacistëve që pikësynon aderencën në fazat e hershme mund të ketë ndikim pozitiv në rezultatet shëndetësore afatgjata.

Këto ndërhyrje përfshijnë edukimin e pacientit, kujtimin e pacientit për të marre medikamentin në orarin e caktuar, thirrjet telefonike dhe thjeshtëzimin e regjimit të trajtimit.

**Roli i farmacistëve në përmirësimin e aderencës ndaj barnave**

Më poshtë paraqiten disa teknika që ndjekin farmacistët për të maksimizuar aderencën ndaj mjekmit te pacientët e tyre**:**

***Edukimi i pacientit nga farmacisti***

Informacionet që duhet ti jepen pacientëve nga farmacisti i tyre janë renditur më poshtë:

* Informimi në lidhje me mënyrën e veprimit të barnave dhe efekteve të padëshiruara, të parashikuara ose kalimtare
* Doza e përshtatshme, si duhet të merret dhe kur
* Si duhet të veprohet në rast se harron pa marrë një dozë
* Efektet e padëshiruara serioze
* Efektet e padëshiruara të parashikuara ose kalimtare
* Kur duhet të kërkohet këshillimi me mjekun
* Me cilin mjek duhet të këshillohen
* Dhënies së këshillave për marrjen e barnave gjatë udhëtimit
* Ndërveprimet barna- barna apo barna- suplemente bimore
* Ushqimi, barnat e tjerë apo barnat pa recetë që mund të ndikojnë në efektivitetin e barit

***Thjeshtësimi i regjimit të trajtimit***

Disa nga këshillat që duhet ti jepen pacientëve nga farmacisti:

* Këshillimit të pacientit për zbatimin e disa teknikave që ndihmojnë në nxitjen e kujtesës per administrimin e barnave në sasinë dhe kohën e duhur
* Kutitë e barnave: si të përdoren
* Këshillimi për dozim të mjekimit një herë në ditë
* Rregullimi i orareve të administrimit të barnave
* Përdorimi i shumë barnave. Këshilla në lidhje me trajtimin kur pacienti vuan nga disa sëmundje kronike dhe merr disa barna.

***Ndihmesa ekonomike***

* Këshillimit për administrimin e principeve aktive të njëjta me kosto më të ulët
* Këshillimi i duhur ndërmjet barnave xhenerikë dhe patentë.

***Ndihmesa pas largimit nga farmacia***

* Kujtesa e pacientëve me telefon, me shkrim

***Edukimi i farmacistëve***

Farmacistët duhet të jenë në cdo kohë të informuar në lidhje me :

* Kur duhet të merren në konsideratë barnat e rinj
* Përdorimi i barnave xhenerike. Në cilat raste duhet të këshillohen.
* Informacionet në lidhje me udhëzimet mbi ndërveprimin e barnave

***Bashkëpunimi farmacistë- profesionistë shëndeti në kujdesin ndaj pacientit dhe edukimin mjekësor të tij***

* Zhvillimi i një marrdhënie të bazuar në besim dhe komunikim të hapur

Bashkëpunimi i farmacistit me profesionistët e tjerë të shëndetit për trajtimin e problematikave të ndryshme që lidhen me mos aderencën ndaj mjekimit mbetet gjithashtu thelbësor në ruajten e shëndetit të pacientit dhe rritjen e cilësisë së jetës.

**Tema 9. Kosto e kujdesit shëndetësor e shkaktuar si pasojë e mosaderimit ndaj mjekimit**

Mos aderenca ndaj mjekimit është një problem kritik jo vetëm klinik por edhe ekonomik.

Pothuajse gjysma e të gjithë të rriturve dhe afërsisht 8% e fëmijëve (të moshës 5–17 vjeç) në të gjithë botën vuajnë nga një sëmundje kronike. Ky fakt së bashku me plakjen e popullatës, po rrit nga dita në ditë kërkesën për burimet e kujdesit shëndetësor.

Nëse barnat do të merren në mënyrën e duhur kjo do ndikojë pozitivisht në koston e kujdesit shëndetësor, por nëse mos-aderimi ndaj terapive afatgjata për sëmundjet kronike vlerësohet të jetë afërsisht 50% , ky përbën një problem të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor.

Duke pasur parasysh që përqindja e popullsisë që nuk ndjek administrimin e barnave në mënyrën e përshkruar nga mjeku është e lartë, përpjekjet që po realizohen sot për të përmirësuar aderimin ndaj mjekimit japin një mundësi për të rritur rezultatet shëndetësore dhe efikasitetin e sistemit shëndetësor.

Kostot vjetore që rezultojnë nga mos-aderenca ndaj barnave variojnë nga 100 deri në 290 bilion dollarë amerikanë në SHBA; 1,25 bilion euro në Evropë dhe afërsisht 7 bilion dollarë në Australi.

Për më tepër, 10% e shtrimeve në spital tek të rriturit dhe të moshuarit i atribuohen mosrespektimit të marrjes së barnave në mënyrën e duhur, dhe këto shtrime rezultojnë pikërisht nga ekzistenca e pacientëve tipik jo-aderues që kërkojnë tre vizita mjekësore shtesë në vit, duke çuar në një rritje të kostos së trajtimit prej 2000 dollarë në vit.

*Llojet e kostove*

Kostot u përcaktuan si indikator që lidhen me mos-aderencën ndaj barnave, e cila matet me një vlerë monetare në studime të ndryshme.

Në këto kosto përfshihen:

1. Kosto direkte (Është kosto që lidhet drejtpërdrejt me sëmundjen dhe përballohet nga sistemi i kujdesit shëndetësor, komuniteti dhe familjet e pacientëve)
2. Kosto indirekte (Është kosto e cila shkaktohet kryesisht nga humbja e produktivitetit në shoqëri si rezultat i problemit shëndetësor ose sëmundjes)

Një nga mënyrat më të drejtpërdrejta për të studiuar kosto-efikasitetin e barnave është krahasimi i kostove totale të kujdesit shëndetësor te popullatat e pacientëve që i marrin barnat e përshkruara nga mjeku në mënyrën e duhur përkundrejt atyre që nuk ndjekin terapinë në mënyrën e duhur. Studiuesit kanë zbuluar një marrëdhënie të drejtë midis marrjes së barnave siç përshkruhen nga mjeku dhe kostove më të ulëta të kujdesit shëndetësor.

Sipas një studimi të realizuar në SHBA u zbulua se përdorimi i barnave me recetë uli ndjeshëm shpenzimet nga shtrimet në spital (Stuart et al. 2009). Konkretisht, për çdo bar shtesë të marrë me recetë, kostot e spitalit u ulën me 104 $.

Në një studim tjetër në SHBA, studiuesit vlerësuan se nga të gjithë shtrimet në spital të lidhura me barnat, 33 deri 69 % ishin për shkak të aderimit të dobët ndaj barnave, me një kosto rezultuese prej afro 100 miliardë dollarë në vit (Osterberg dhe Blaschke 2005).

Kohët e fundit, një raport i botuar nga Instituti Shëndetësor i New England (NEHI) vlerësoi se 290 miliardë dollarë të shpenzuara për mjekimin e sëmundjeve kronike mund t'i atribuohen problemeve të lidhura me barnat, nga të cilat mosaderenca ndaj barnave përbën një arsye kryesore.

Sipas literaturës është raportuar një gamë edhe më e gjerë e kompensimeve të kostove për pacientët në kushte të veçanta kronike që paraqesin aderencë të mirë ndaj barnave.

Studimet kanë treguar se për çdo rritje $ 1.00 në kostot që lidhen me shpenzimet e barnave me recetë për pacientët aderues, kostoja mjekësore ulet me më shumë se 1.00 $. Përqindja se sa është rënia ndryshon në varësi të gjendjes së një pacienti. Konkretisht, për çdo dollar shtesë të shpenzuar për barna te pacientët aderues:

U vlerësua një ulje e kostove totale të kujdesit shëndetësor me 7,00 dollarë për pacientët me diabet, 5.00 dollarë për pacientët me kolesterol të lartë dhe 4.00 dollarë për pacientët me presion të lartë të gjakut.

Gjatë një studimi të realizuar ne grupe pacientësh me insuficiencë kongjestive të zemrës, u vu re se pacientët që ishin aderues ndaj barnave rezultonin me më pak shtrime në spital, incidencë më të ulët të vizitave dhe si rrjedhim kosto të përgjithshme mjekësore 23 % më e ulët se ajo e pacientëve jo aderues ndaj mjekimit (Esposito et al. 2009).

Për më tepër, në një studim të fundit të një kampioni kombëtar të pacientëve me diabet, studiuesit krahasuan midis njerëzve që rritën aderimin ndaj barnave rezultatet midis 2006 dhe 2007 (d.m.th., ishin jo-aderues në 2006 dhe aderues në 2007) ndaj atyre që mbetën jo-aderues gjatë kësaj kohe. Ata zbuluan se pacientët që rritën aderimin ndaj banave të tyre të diabetit kishin 13 % më pak probabilitet të shtroheshin në spital ose ti nënshtroheshin vizitave mjekësore në krahasim me ata që mbetën jo-aderues.

Ata gjithashtu krahasuan rezultatet midis pacientëve që ulën aderimin e tyre gjatë kësaj kohe dhe pacientëve që mbetën aderues. Për pacientët me aderim më të ulët, ata llogaritën se kishin 15 % më shumë probabilitet për tu shtruar në spital apo për tju nënshtruar vizitave mjekësore në krahasim me pacientët që qëndruan aderues.

Duke u bazuar në këto rezultate studiuesit vlerësuan se masat e marra për të rritur aderimin mund të gjeneronin një kursim të mundshëm të kujdesit shëndetësor prej 8.3 miliardë dollarësh .

Figura 1 ilustron rezultate duke krahasuar marrëdhënien midis kostove të kujdesit shëndetësor dhe niveleve të ndryshme të aderimit ndaj barnave midis pacientëve diabetik.

Shpenzimet mesatare vjetore në lidhje me diabetin



Kosto e barnave

Kosto mjekësore

Përqindja e nivelit të aderencës

Në këtë shembull, niveli i përgjithshëm vjetor i shpenzimeve të kujdesit shëndetësor për pacientët me diabet që paraqesin një aderim të ulët ndaj barnave (8,867 dollarë) ishte pothuajse dy herë më i madh sesa për ata pacientë me nivele të larta aderuese ndaj trajtimit (4,570 dollarë).

Eshtë e rëndësishme të theksohet se duke pasur nivele më të larta aderimi, gjithsej shpenzimet për barnat janë më të larta; megjithatë, kostot e përgjithshme të kujdesit shëndetësor mbeten më të ulëta kur krahasohen me kostot e shkaktuara nga pacientët me aderim të ulët.

Përqendrimi në aderimin e ilaçeve midis individëve me gjendje kronike është thelbësor sepse duke synuar këtë grup pacientësh për aderim të përmirësuar, ka të ngjarë të rezultojë në një kosto-efektivitet më të mirë të përdorimit dhe shpërndarjes së kujdesit shëndetësor.

**Tema 10: Shembuj pyetësorësh nëpërmjet të cilëve vlerësohet aderenca ndaj mjekimit**

*1.Pyetësor i cili vlerëson qëndrimin e pacientëve ndaj barnave* (Hogan et al, 1983)

Ky pyetësor plotësohet nga pacienti dhe përfshin një seri pyetjesh (secila me përgjigje e vërtetë / e gabuar), që kanë të bëjnë me aspekte të ndryshme të perceptimeve dhe përvojave të pacientit ndaj mjekimit.

Pyetësori zakonisht ndërtohet nga 30 pyetje, por shpeshherë është përdorur dhe një formë e shkurtër e tij e ndërtuar nga 10 pyetje.

Pacientit duhet t'i kërkohet të lexojë çdo deklaratë në pyetësor dhe të vendosë nëse ata besojnë të jetë e vërtetë ose e gabuar (ose kryesisht e vërtetë / e gabuar). Ata duhet t'i rrethojnë përgjigjet e tyre në pyetësor.

Ky pyetësor përmban 15 pyetje që një pacient që është plotësisht aderues ndaj barnave (dhe kështu pritet të ketë një përgjigje subjektive 'pozitive' ndaj barnave) do t'i përgjigjej si "E vërtetë" dhe 15 pyetjeve të tjera një pacient i tillë do ti përgjigjej si 'E gabuar'.

Për të llogaritur rezultatin nga një grup përgjigjesh, secilës përgjigje ‘pozitive’ i jepet një rezultat plus një, dhe secilës përgjigje ‘negative’ i jepet një rezultat minus një.

Në tabelën vijuese, përgjigjet ‘pozitive’ (rezultati = plus një) tregohen me tekst Bold (me ngjyrë të theksuar). Në pyetjen e parë për shembull, një përgjigja 'E gabuar' do të shënonte plus një dhe një përgjigje e 'Saktë' do të shënonte minus një.

Rezultati i përgjithshëm për secilin pacient llogaritet si shuma e rezultateve pozitive, minus rezultatet negative. Një rezultat i përgjithshëm pozitiv tregon një përgjigje subjektive pozitive (aderuese) dhe një rezultat total negativ tregon një përgjigje subjektive negative (jo aderuese).

Ky pyetësor është përdorur gjerësisht dhe kryesisht në pacientët që vuajnë nga shëndeti mendor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pyetja | Përgjigja |
|  | Sapo filloj të ndihem mirë nuk kam më nevojë të marr barna. | V/**G** |
|  | Për mendimin tim efektet pozitive të barnave janë më të mëdha se negativet. | **V**/G |
|  | Shpeshherë ndihem e çuditshme, "e varur" ndaj barnave. | V/**G** |
|  | Edhe kur nuk jam në spital më duhet të marr barnat rregullisht. | **V**/G |
|  | Nëse marr barna, e bëj për shkak të presionit nga njerëzit e tjerë. | V/**G** |
|  | Unë jam më i vetëdijshëm për atë që po bëj, për atë që po ndodh rreth meje, kur i marr barnat që më ka përshkruar mjeku. | **V**/G |
|  | Marrja e barnave nuk do të më dëmtojë. | **V**/G |
|  | Unë marr barna sipas zgjedhjes time të lirë. | **V**/G |
|  | Medikamentet më bëjnë të ndihem më i relaksuar. | **V**/G |
|  | Unë nuk ndihme ndryshe nëse i marr apo jo barnat. | V/**G** |
|  | Efektet e padëshiruara të barnave janë gjithmonë të pranishme. | V/**G** |
|  | Medikamentet më bëjnë të ndjehem i lodhur . | V/**G** |
|  | Unë i marr barnat vetëm kur ndihem i sëmurë . | V/**G** |
|  | Medikamentet janë helme me veprim të ngadaltë. | V/**G** |
|  | Unë kam një marrdhënie më të mirë me njerëzit që më rrethojnë kur i marr barnat. | **V**/G |
|  | Nuk mund të përqendrohem dot gjatë kohës që marr barna. | V/**G** |
|  | Unë e di më mirë se mjekët se kur duhet të ndërpresë marrjen e barnave | V/**G** |
|  | Veprimet e mia janë më të sakta kur marr barnat. | **V**/G |
|  | Më mirë preferoj të ndihem i sëmurë se të marr barnat. | V/**G** |
|  | Është e panatyrshme që mendja dhe trupi im të kontrollohen nga barnat. | V/**G** |
|  | Mendimet e mia janë më të qarta kur marr barnat. | **V**/G |
|  | Unë duhet të vazhdoj të marr barnat edhe nëse unë ndjehem mirë. | **V**/G |
|  | Marrja e barnave do të më ndihmojë të mos kem kriza. | **V**/G |
|  | Është në dorën e mjekut të vendosë kur duhet të ndërpres mjekimin tim. | **V**/G |
|  | Disa veprime mund ti bëj më lehtë nëse nuk jam duke i marr barnat. | V/**G** |
|  | Unë jam më i lumtur dhe ndihem më mirë kur jam duke marrë barnat. | **V**/G |
|  | Barnat që me jepen janë për të kontrolluar sjelljen që njerëzit e tjerë (jo unë vetë) nuk i pëlqejnë. | V/**G** |
|  | Unë nuk nidhem më mirë pas marrjes së barnave | V/**G** |
|  | Unë e kontrrolloj me mirë veten kur marr barnat. | **V**/G |
|  | Duke marrë barnat mund të parandaloj sëmundjen. | **V**/G |

V = e vërtetë, G = e gabuar \*

Përgjigjet e paraqitura me shkronja të zeza vlerësohen +1; përgjigjet me shkronja normale vlerësohen -1

*2.Pyetësori sipas Morisky*

Pyetësori sipas Morisky është ndër pyetësorët më të përdorur për të vlerësuar aderencën ndaj mjekimit te pacientët që vuajnë nga sëmundje të ndryshme kronike.

Ky pyetësor përbëhet nga 8 pyetje të vetë – raportimit të aderencës, që kanë lidhje me përdorimin e mjekimit dhe arsyet e mosaderencës.

Pikëzimi i vetë – raportimit të aderencës sipas Morisky është një metodë e përdorur gjerësisht për vlerësimin e aderencës ndaj trajtimit.

Pyetjet në këtë pyetësor marrin një përgjigje, “Po” ose “Jo” duke e bërë plotësimin e pyetësorit nga pacienti të thjeshtë dhe të shpejtë. Arsyet e mos aderencës identifikohen në rast se ndonjë apo më shumë nga pyetjet merr përgjigje pohuese.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pyetja | Përgjigja |
|  | A ju ka ndodhur që të harroni të pini barnat tuaja? | Po/ Jo |
|  | Gjatë dy javëve të fundit, a mbani mend ndonjë ditë që nuk i keni marrë barnat tuaja? | Po/ Jo |
|  | A ju ka ndodhur ndonjëherë të pakësoni dozën e barit ose ta ndërprisni marrjen e tij pa lajmëruar mjekun sepse jeni ndjerë më keq pasi e keni marrë atë? | Po/ Jo |
|  | A ju ka ndodhur ndonjëherë të harroni të merrni me vete barnat tuaja kur largoheni nga shtëpia | Po/ Jo |
|  | A i keni marrë të gjithë barnat tuaja dje? | Po/ Jo |
|  | A e keni ndërprerë ndonjëherë marrjen e barit kur kuptoni që simptomat janë nën kontroll ? | Po/ Jo |
|  | A ju ka ndodhur ndonjëherë që të ndiheni i bezdisur nga nevoja për të zbatuar me korrektësi planin e trajtimit? | Po/ Jo |
|  | Sa shpesh ju ndodh që të keni vështirësi për tu kujtuar për të pirë të gjithë barnat? | Asnjëherë, Ndonjëherë, Zakonisht, Vazhdimisht |

Cdo përgjigje ‘Po’ vlerësohet me +1 dhe cdo përgjigjë ‘Jo’ vlerësohet me 0.

Një aderencë e lartë vlerësohet me një pikëzim = 0

**Perfundime**

* Mos – aderenca ndaj mjekimit është një shqetësim në rritje për profesionistët e kujdesit shëndetësor për shkak të evidentimit që ky është një fenomen jo vetëm prevalent por edhe i lidhur me mos arritjen e rezultateve të pritshme si dhe me kosto trajtimi të larta.
* Roli i profesionistëve të shëndetit në përmirësimin e aderencës ndaj mjekimit merr një rëndësi të veçantë në ditët e sotme.
* Profesionistët e shëndetit duhet të ketë një rol aktiv në vlerësimin, edukimin, planifikimin shëndetësor, përpjekjen strategjike për të implementuar te pacientët një sjellje optimale përsa i përket vetë-përkujdesjes shëndetësore si dhe në rritjen e aderencës ndaj mjekimit.
* Rritja e komunikimit ndërmjet profesionistëve të shëndetit dhe pacientit është një strategji kyce dhe efektive në rritjen e aftësisë së pacientit për të ndjekur një regjim mjekësor të caktuar, në arritjen e rezultateve klinike më të mira dhe uljen e kostove mjekësore.
* Bashkëpunimi ndërmjet profesionistëve të shëndetit për trajtimin e problematikave të ndryshme që lidhen me mos aderencën ndaj mjekimit mbetet gjithashtu thelbësor në ruajten e shëndetit të pacientit dhe rritjen e cilësisë së jetës.