



Viti i VIII-të i Botimit, Nr.2,
Dhjetor 2017

RËNDËSIA E ADERENCËS NË TRAJTIMIN ME BARNA

Aida Dama*, Vera Halili* (Ostreni), Joana Mihani**

*Fakulteti i Shkencave Mjekësore, Albanian University

**Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Hyrje: Në dekadat e fundit zhvillimet e shpejta të shkencave biomjekësore kanë sjellë zbulimin dhe përdorimin terapeutik të shumë barnave për mjekimin e patologjive të ndryshme. Por krahas zbulimeve befasuese të shkencave mjekësore, ka dalë në pah një problem shqetësues: një numër i madh pacientësh nuk e ndjekin regjimin e përshkruar terapeutik në mënyrë korrekte.

Qëllimi: Qëllimi i këtij punimi është të analizojë aderencën në trajtimin mjekësor në disa patologji kronike, si dhe të evidentojë faktorët që ndikojnë në aderencën jo të mirë ndaj mjekimit. Gjithashtu, të njihen disa strategji të mundshme për përmirësimin e aderencës, me qëllim përdorimin me efikasitet të lartë të barnave dhe njëkohësisht reduktimin e kostove të kujdesit shëndetësor.

Materiale dhe metoda: Për realizimin e këtij studimi u mbështetëm në hulumtimin e literaturës bashkëkohore për të paraqitur disa konsiderata shkencore mbi ndikimin e aderencës në efektivitetin e terapisë farmakologjike.

Rezultate: Gjatë studimit u vu re se një numër i konsiderueshëm pacientësh nuk respektojnë këshillat e mjekut për një administrim korrekt të barnave. U morën në studim terapia me barna antihipertensivë, antiastmatikë, antidiabetikë dhe antireumatizmal. Në terapinë me barna antihipertensivë përqindja e aderences bie pas 6 muajve të parë të trajtimit dhe vetëm 51% janë aderentë në terapinë afatgjatë të tyre. Në terapinë me barna antiastmatikë studimet demonstrojnë një aderencë të dobët si në fëmijë, dhe në të rritur, shifër e cila varion nga 30-70%. Në barnat antidiabetikë u vu re që 78% e pacientëve rezultojnë të jenë aderentë.

Përfundime: Në përfundim të këtij studimi mund të pohojmë se aderenca e dobët ndaj terapisë farmakologjike kompromenton efektivitetin e terapisë dhe rrit kostot e kujdesit shëndetësor. Është me rëndësi të veçantë edukimi i pacientëve dhe roli i sistemit shëndetësor në zbatimin e disa reformave në ndihmë të përmirësimit të aderencës së pacientëve ndaj terapisë me barna.

Fjalë kyçe: *aderencë, antiastmatik, antidiabetik, antihipertensiv*

THE IMPORTANCE OF ADHERENCE TO MEDICAL TREATMENT

Abstract

Opening: In the last decades the quick development of biomedical science has brought the discovery and the usage of many therapeutic medicaments for the purpose of curing different pathological diseases. At the same time, we are facing a serious problem, a large

number of patients don't follow the health care professional's prescriptions in a correct manner.

Purpose: The purpose of this study is to analyze the adherence to medical treatment in some chronic pathologies and to identify factors that influence adherence to the treatment. Also, identify some potential adherence-enhancing strategies for the purpose of using high-efficiency drugs and reducing the cost of healthcare.

Materials and Methods: To accomplish this study, we based our work on modern literature, in order to present some scientific considerations on the influence of adherence upon medicament efficiency.

Results: During the study, it was noticed that a considerable number of patients don't follow the doctor advice on a correct administration of medicament. In particular, we studied the adherence to antihypertensive, antiasthmatic, antirheumatic and antidiabetic pills. In antihypertensive pills the percentage of adherence falls after the first 6 months, and only 51% are adherent in their long-term therapy. In antiasthmatic pills, a weak adherence is constantly demonstrated on kids and adults, the percentage varies from 30% to 70%. In antidiabetic pills, it was noticed that 78% of the patients were adherents.

Conclusions: In the end of this study, we can confirm that weak adherence to pharmacological therapy compromises the effectiveness of therapy and increases the costs of health care. It is of particular importance education of patients and the role of the health system in implementing some reforms to improve patient adherence to drugs.

Key words: *adherence, antiasthmatic, antidiabet, antihypertensive, antirheumatic*

HYRJE

Zhvillimet e shumta në shkencat bio-mjekësore kanë bërë të mundur zbulimin dhe përdorimin e shumë barnave efikas në mjekimin e patologjive të ndryshme. Por krahas zbulimeve të dobishme, ka dalë në pah edhe një problem shqetësues që lidhet me mosrespektimin e terapisë me barna nga ana e pacientit. Është pranuar që pacientët jo pak herë nuk i zbatojnë këshillat e mjekut. Për këtë fenomen janë përdorur disa terma, ku më i hershmi është termi “kompliancë”, i përdorur në 1970, që nënkupton shkallën në të cilën një pacient ndjek ose plotëson një procedurë diagnostike, mjekuese, ose parandaluese. Më pas hyri në përdorim termi “persistencë” që nënkupton vazhdimin e pandërprerë të trajtimit gjatë një periudhe kohore. Ai përfshin edhe marrjen e barnave siç përshkruhet, dhe konsultimin e vazhdueshëm të mjeku për marrjen e recetave. Pikërisht “aderenca e pacientit” shihet gjerësisht si një kombinim i kompliancës dhe persistencës. Ajo është përcaktuar si masa në të cilën një pacient ndjek një regjim terapeutik të përshkruar, që në vetvete përfshin administrimin e një bari dhe respektimin e këshillave të mjekut për të arritur një kontroll të suksesshëm të sëmundjes (1). Problemet që lidhen me kompliancën, aderencën ose persistencën janë më shqetësuese në rastin e sëmundjeve kronike që kërkojnë një mjekim afatgjatë ose gjatë gjithë jetës së pacientit.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), aderenca përfshin sjellje të shumta që lidhen me shëndetin, të cilat shtrihen përtej administrimit të barnave të përshkruara dhe përkufizohet si “Shkalla në të cilën sjellja e një personi: marrja e barnave, ndjekja e një dietë, dhe/ ose ndryshimi i stilit të jetesës, korrespondon me rekomandimet e dhëna nga një ofrues i kujdesit shëndetësor” (1). Duhet bërë një ndarje ndërmjet termave ‘kompliancë’ dhe ‘aderencë’. Diferenca kryesore është se aderenca kërkon që pacienti të pajtohet me rekomandimin. Pacientët duhet të jenë partnerë aktivë me profesionistët e shëndetit në kujdesin e tyre dhe komunikimi i mirë mes pacientit dhe profesionistit të shëndetit është një domosdoshmëri për një praktikë efektive klinike (2). Duke qenë se aderenca është një tregues që mat sjelljen e pacientëve ndaj regjimeve terapeutike afatgjata,

të cilat përdoren në rastin e sëmundjeve kronike, OBSH ka miratuar përkufizimin e mëposhtëm për sëmundjet kronike: ‘Sëmundjet të cilat kanë një ose më shumë nga karakteristikat e mëposhtme: janë të përhershme, shkaktojnë paafësi që mbetet, janë shkaktuar nga ndryshime patologjike jo të kthyeshme, kërkojnë trajnim të veçantë të pacientit për rehabilitim, ose pritet të kërkojë një periudhë të gjatë vëzhgimi, mbikëqyrje apo kujdesi’.

Rëndësia e llogaritjes së aderencës

Studime të shumta kanë treguar se si rezultat i mungesës së aderencës, janë rritur sëmundshmëria dhe vdekshmëria nga një shumëllojshmëri e gjerë e patologjive, si dhe ka rritje të kostove të kujdesit shëndetësor (2, 3). Njohja e vlerave të aderencës ndaj një bari apo regjimi terapeutik është thelbësore për një vlerësim të saktë të efektivitetit dhe kosto-efektivitetin e një terapie dhe për të qenë të sigurt se ndryshimet në treguesit shëndetësorë mund t’i atribuohen regjimit terapeutik të rekomanduar dhe jo aderencës. Matja e aderences ofron një informacion të dobishëm shtesë që nuk mund të ofrohet vetëm nga matja treguesve shëndetësor, por kjo mbetet vetëm një vlerësim i një sjelljeje të përkohshme të pacientit. Matja e aderencës ka rëndësi edhe në aspektin rregullator, sepse në shumë vende të botës studimet e aderencës janë të rëndësishme për marrjen e autorizimit për tregtimin e barnave. Njohja e barrierave ndaj aderencës do të ndihmonte padyshim në përcaktimin e zgjidhjeve të mundshme për kapërcimin e tyre.

Metodat më të përdorshme në vlerësimin e aderencës

Nëpërmjet metodës së matjes ne mund të bëjmë një studim për të vlerësuar aderencën. Për të përcaktuar standardin e artë në matjen e aderencës duhen pasur parasysh disa kërkesa minimale, si:

- ❖ Vlefshmëria: të provuarit e administrimit të barit nga pacienti, duke dhënë një pasqyrë të detajuar në lidhje me kohën dhe dozën e administruar;
- ❖ Besueshmëria dhe ndjeshmëria ndaj ndryshimit: rezultate të qëndrueshme për aderencë të pandryshueshme dhe rezultate të ndryshueshme kur aderenca ndryshon;
- ❖ Realizueshmëria: pacienti nuk duhet të jetë i vetëdijshëm për matjen e aderencës dhe nuk duhet të jetë në gjendje të censurojë rezultatin.

Nga pikëpamja etike është e dëshirueshme që pacientët të dinë se përdorimi i barnave që marrin është duke u studiuar, vetëdija se ai/ajo është duke u monitoruar, mund të rrisë aderencën e pacientit. Duhet theksuar gjithashtu se metoda e vlerësimit duhet të jetë e lehtë për t’u përdorur dhe duhet të jetë joinvazive. Për fat të keq, nuk ekziston një metodë e vetme që përmbush këto cilësi, prandaj aderenca mund të matet me mënyra të ndryshme, të paraqitura në tabelën më poshtë (2).

Tabela 1. Metodat e vlerësimit të aderencës (2)

Metodat e vlerësimit aderencës.		
Metoda e vlerësimit	Avantazhet	Disavantazhet
Subjektive		
Vetëraportimi	E thjeshtë për t’u përdorur	Nuk ka dëshmi se bari është marrë/ gëlltitur në të vërtetë
	Lehtësisht e përdorshme	Jo e saktë
	Joinvazive	Pacienti është i vetëdijshëm për monitorimin
	E ndjeshme për mosaderencën	
	Jo e kushtueshme	

Vlerësimi i mjekut	E thjeshtë për t'u përdorur Jo invazive Jo e kushtueshme	Jo e saktë
Direkte		
Markerët biologjik (Përqendrimi i barit/ i metabolitëve)	Në mënyrë objektive provon administrimin e barnave E saktë	Pacienti i vetëdijshëm që po monitorohet Invazive E shtrenjtë Ndryshon me ndryshimet individuale në metabolizmin
Indirekte		
Recetat e farmacive	Jo e kushtueshme Jo invazive Pacienti nuk e di që po monitorohet	Nuk ka evidencë që bari është administruar
Numërimi i tabletave	E lehtë për t'u përdorur Jo e kushtueshme Jo invazive	Nuk ka evidencë që bari është administruar
Monitorimi elektronik	Objektive Jep informacion shtesë mbi intervalin e dozimit E thjeshtë për t'u përdorur	Pacienti e di që po monitorohet
Pyetësorët	Jo invazive Mund të validohet	Pacienti e di që po monitorohet

Aderenca e dobët në trajtimin e sëmundjeve kronike është një problem shumë i madh në mbarë botën (4, 5). Në vitet e fundit, OBSH ka raportuar se në vendet e zhvilluara adherenca ndaj terapive afatgjata është në shkallën rreth 50% dhe është shumë më e ulët në vendet në zhvillim. Në një sondazh të vitit 2007 të kryer nga Shoqata Kombëtare e Farmacistëve në ShBA u zbulua se (3):

- 49% e të anketuarve pruan që kanë harruar të marrin një bar që i është përshkruar;
- 31% e të intervistuarve nuk kanë blerë barnat e përshkruara;
- 29% e të anketuarve kishin ndaluar së marri një bar para përfundimit të terapisë;
- 24% e të anketuarve kishin marrë më pak se doza e rekomanduar.

Faktorët që ndikojnë në aderencë

Aderenca është e vështirë për t'u "trajtuar", sepse ajo është një fenomen shumëdimensional dhe shpesh ndikohet nga shumë faktorë njëkohësisht. Disa nga këto faktorë janë nën kontrollin e pacientit. Megjithatë, shumica e faktorëve janë pjesë e sistemit të kujdesit shëndetësor. Faktorët sipas sistemit të klasifikimit të OBSH klasifikohen si (3):

Faktorë të lidhur me pacientin:

- Njohuri të pamjaftueshme lidhur me sëmundjen dhe terapinë;
- Perceptimet rreth diagnozës dhe rreziqeve shëndetësore lidhur me sëmundjen dhe trajtimin;
- Keqkuptimi i udhëzimeve të mjekut dhe ndërprerja përpara kohe e terapisë;
- Harresë e pacientit.

Faktorët që lidhen me sistemin shëndetësor dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor (mjekët):

1. Rimbursimi jo i plotë i barnave;
2. Sistemi shëndetësor që nuk siguron akses për të gjitha barnat;

3. Barriera që lidhen me ofruesit e shërbimit shëndetësor - mungesa e njohurive/trajnimit të mjekëve, mungesë e kapaciteteve intelektuale;

4. Marrëdhënie e dobët pacient - mjek: koha e kaluar, stili i komunikimit, ndjekja dhe monitorimi i aderencës.

Faktorë të lidhur me terapinë:

- Efektiviteti dhe toleranca e barit;
- Rruga e administrimit;
- Kohëzgjatja e trajtimit;
- Kompleksiteti i regjimit terapeutik;
- Dështimet e mëparshme të trajtimit;
- Ndryshimet e shpeshta në trajtimin.

Faktorë të lidhur me gjendjen e pacientit/ sëmundjen:

- Ashpërsia e simptomave;
- Niveli i aftësisë së kufizuar (fizike, psikologjike, sociale dhe profesionale);
- Shkalla e avancimit dhe ashpërsia e sëmundjes;
- Disponueshmëria e trajtimeve efektive.

Faktorët socio-ekonomikë:

- Demografikë, si: raca, mosha dhe gjinia e pacientit;
- Të ardhurat;
- Mungesa e një rrjeti efektiv të mbështetjes sociale;
- Kultura dhe besëtytnitë rreth sëmundjes apo trajtimi.

QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është të analizojë aderencën ndaj terapisë së përdorur në disa patologji kronikësi dhe të evidentojë faktorët që ndikojnë në aderencën ndaj mjekimit. Bazuar në rëndësinë që ka aderenca për një trajtim farmakologjik të suksesshëm, të njihen disa strategji të mundshme për përmirësimin e aderencës, me qëllim përdorimin me efikasitet të lartë të barnave, dhe njëkohësisht reduktimin e kostove të kujdesit shëndetësor.

METODOLOGJIA

Për realizimin e këtij studimi u mbështetëm në hulumtimin e literaturës bashkëkohore botërore për të paraqitur disa konsiderata shkencore mbi ndikimin e aderencës në efektivitetin dhe kosto-efektivitetin e një terapie. Më konkretisht, u analizua aderenca ndaj regjimeve terapeutike të ndjekura nga pacientët për disa patologji kronike, si: barnat antihipertensivë, antiastmatikë, antidiabetikë dhe antireumatizmalë.

REZULTATET

Studime të aderencës në disa sëmundje kronike

WHO vlerëson: Në 2020 numri i të prekurve me të paktën një gjendje kronike të shkaktuar nga aderenca jo e mirë, do të rritet në 157 milionë.

Studimi i aderencës në barnat antidiabetikë

Në një studim realizuar nga Boccuzzi SJ et al. (6), morën pjesë pacientë nga mosha 18 deri në mbi 65 vjeç, nga ku 53.6% ishin meshkuj. Shkalla e persistencës 12-mujore për grupin e barnave

me rruge orale ishte e ulët, duke filluar nga 31% për frenuesit e alfa-glukozidazës në 60% për metforminën; aderenca 70-80%. Gjatë 12 muajve të parë të terapisë, 36% e pacientëve që mbeten në terapi në 12 muaj, kishin një ose më shumë modifikime në terapi. Numri mesatar i ndryshimeve të terapisë u rrit me gjatësinë e ndjekjes së pacientit, me më shumë se gjysmën e të gjithë pacientëve që ndiqnin të paktën një ndryshim terapie gjatë kohëzgjatjes së mjekimit.

Në një studim realizuar nga Paes AH et al. në vitin 1992 (7), është vlerësuar ndikimi i frekuencës së dozave në aderencën e pacientëve me diabet të tipit të parë. Subjektet ishin 91 pacientë diabetikë që përdorin agjentë oralë antidiabetikë. Aderenca ndikohet nga frekuenca e dozave. Aderenca rezultoi mesatarisht prej 79% në rastin e një doze të marrë një herë në ditë dhe 38% në rastin e një doze tri herë në ditë. Reduktimi i frekuencës së dozës mund të përmirësojë aderencën, por në të njëjtën kohë, rrit rrezikun e mbipërdorimit.

Në një tjetër studim (1) ku morën pjesë 46 pacientë me moshë mesatare 57 ku 69,6% e tyre ishin femra dhe shumica kishin diabet të tipit 2 (82,6%), koha mesatare nga diagnoza ishte 12,5 vjet. Sëmundjet shoqëruese ishin: hipertension arterial (56,5%), dislipidemi (43,5%), dhe obesitet (41,3%). Për sa i përket terapisë: 58,7% ishin duke marrë agjentët oralë antidiabetikë; 30,4% agjentët oralë antidiabetikë plus insulinë dhe 10,9% insulinë. Të dhënat janë mbledhur duke përdorur një pyetësor adresuar pacientëve. Nga 46 (100%) subjekte të studiuara: 78,3% ishin aderentë dhe 21,7% ishin jo aderentë për terapi me barna. Duke qenë se te diabetikët ku mjekimi vetëm me tableta ka dështuar, mjekimi me metforminë këshillohet të vazhdohet, madje mund të vazhdohen edhe antidiabetikët e tjerë si glimepiridi, glibenclamidi, etj., mirëpo zëvendësimi i tyre me insulina analoge me veprim të vonuar ka rezultuar më efikas për shkak të dy vetive të rëndësishme. Së pari, veprimi i tyre vazhdon deri 24 orë, pra injektohen një herë në ditë. Së dyti, nuk kanë veprim maksimal, por veprimi i tyre është i njëtrajtshëm gjatë 24 orëve.

Studimi tjetër realizuar nga Riaz M et al. (8) viti 2014. janë përfshirë në studim një total prej 194 pacientësh (mashkull 94, femër 100), me moshë mesatare 17.9 ± 6.4 vjeç, kohëzgjatja mesatare e diabetit 5.37 ± 4.96 vjet (38.1% > 5 vjet, 61.9% < 5 vjet). Njëqind e katërmëdhjetë (58.5%) pacientë nuk u përmbaheshin këshillave ushqimore, 82 (42.3%) nuk ushtronin aktivitetin fizik, ndërsa 88.1% e të anketuarve nuk ishin aderentë ndaj regjimit të tyre të insulinës. Faktorët që lidhen me mungesën e aderencës ishin profesioni dhe niveli arsimor i prindërve të të anketuarve, kohëzgjatja e diabetit, historia familjare e diabetit, frekuenca e vizitave në klinikën diabetike, njohuritë e lidhura me diabetin, mungesa e mbështetjes familjare dhe frika nga hipoglicemia.

Studimi i aderencës në barnat antiastmatikë

Një tjetër studim (1) krahasoi trajtimin me kortikosteroidë që inhalohen me interval dozimi një herë në ditë me kortikosteroidë që merren dy herë në ditë. Aderenca u mat nëpërmjet dozatorëve me inhalatorë dhe raportimit nga pacientët. Eksperimenti kishte një kohëzgjatje prej 12 muajsh dhe pacientëve nuk u ishte thënë që po vëzhgohej aderenca. Në fund të studimit aderenca rezultoi të ishte në mënyrë të konsiderueshme më e lartë në grupin e barnave që merreshin një herë në ditë (aderenca: një herë në ditë 93,3%; dy herë në ditë 89,5%). U pa se aderenca për *montelukast* ishte më e lartë se për *fluticasone*, por gjatë 12 muajve, aderenca për të dy mjekimet ra në mënyrë drastike (në fund të vitit, pjesëmarrësit merrnin 23% të dozës së përshkruar të kortikosteroidëve inhalatorë dhe 31% të *montelukast*).

Në studimin e realizuar nga Yeung M. et al. (9) u përdor një monitor elektronik për të ndjekur përdorimin e kortikosteroidëve inhalatorë nga pacientët përgjatë një periudhe nga 2-3 javë. Kur pacientët ishin të vetëdijshëm se po monitoroheshin, 60% prej tyre ishin plotësisht aderentë, 20% ishin pjesërisht aderent (duke marrë vetëm 70% të dozës së përshkruar) dhe 20% ishin krejtësisht

jo aderent. Sidoqoftë, kur pacientët nuk ishin në dijeni të monitorimit, 6 nga 11 prej tyre morën midis 30% dhe 51% të dozës së përshkruar. Vështirësia në përdorim të inhalatorit nga këta pacientë e thekson aderencën jo të mirë në astmë, njëkohësisht këto mjete janë të kushtueshme, si dhe kërkojnë kujdes në përdorim dhe një udhëzim të mirë nga ana e specialistëve të kujdesit shëndetësor në mënyrën e përdorimit.

Studimi i aderences në barnat antihipertensivë

Sipas të dhënave në literaturë (10), aderimi jo i mirë vërehet te pacientët mbi 65 vjeç, me kohëzgjatje të gjatë të terapisë me antihipertensivë dhe që kanë efekte anësore të raportuara. Mungesa e aderencës ndaj medikamenteve kardioprotektive ka rritur rrezikun e hospitalizimeve të pacientëve me sëmundje kardiovaskulare (10% deri në 40%) dhe vdekshmërinë (50% - 80%). Vlera e aderencës për barnat antihipertensivë luhet te rreth 50%. Përqindja e aderences bie pas 6 muajve të parë të trajtimit. Thjeshtimi i regjimit dozues (ulja e numrit të dozave ditore), si dhe kombinimi në një tabletë të vetme në vend të dhënies së dy dozave, veç ishin dy faktorë që ndikonin në rregullimin e aderencës. Aderenca e mirë zvogëlon rrezikun për stroke dhe infarkt miokardi. Duke ulur dozat, duket me efektive, prandaj kjo gjë duhet të vihet në plan të parë.

Edhe në Shqipëri janë kryer disa studime mbi aderencën e barnave. Një studim i vitit 2013, i realizuar nëpërmjet vetëraportimit të pacientëve të hospitalizuar në pavijonin e reumatologjisë në QSUT përmes plotësimit të një pyetësi standard, tregon se nga një total prej 125 pacientësh me artritis reumatoid (AR), 111 (88.8%) ishin femra dhe 14 (11.2%) meshkuj, mosha mesatare e pacientëve 52.04 ± 8.35 vjeç, vetëm 30.8% e pacientëve janë plotësisht aderent ndaj trajtimit me barna antireumatizmale, kurse 69.2% janë jo aderentë ndaj trajtimit.

Tri arsyt më të rëndësishme janë: kostoja e mjekimit, harresa në marrjen e mjekimit dhe efektet anësore të mjekimit. Kostoja e lartë dhe mospërfshirja e barnave në skemën e rimbursimit bëjnë që kostoja e mjekimit të jetë faktori më i rëndësishëm për mungesën e aderencës afërsisht për 50% të pacientëve të intervistuar. Vlerat e aderencës të llogaritura për popullatën shqiptare me AR, janë shumë të ulëta në krahasim me rezultatet e përfituara nga studime të ngjashme në botë, ku ato luhaten në një aderencë rreth 50-60%.

DISKUTIME DHE PËRFUNDIME

Nga të dhënat në literaturë u vu re se një numër i konsiderueshëm pacientësh nuk respektojnë këshillat e mjekut për një administrim korrekt të barnave. U morën në studim barnat antihipertensivë, antiastmatikë, antireumatizmale dhe antidiabetikë. Në barnat antihipertensivë përqindja e aderences bie pas 6 muajve të parë dhe vetëm 51% janë aderentë në terapinë afatgjatë të tyre. Në barnat antiastmatikë është demonstruar vazhdimisht një aderencë e dobët, si në fëmijë dhe në të rritur, shifër e cila varion nga 30 - 70%. Në barnat antidiabetikë u vu re që 78% e pacientëve rezultuan të ishin aderentë. Nga krahasimi i tyre konkludojmë që pacientët diabetikë paraqesin nivel më të lartë të aderencës. Nga sa më sipër, është i rëndësishëm studimi i strategjive për përmirësim të aderencës te pacientët.

Bazuar në të dhënat në literaturë (11, 12, 13, 14), strategji të mundshme për përmirësimin e aderencës janë: ndërhyrja në përshkrim si një regjim i thjeshtuar dozimi, mekanizëm i thjeshtuar çlirimi, riformulimi apo kombinimi i barnave, edukimi i pacientit, strategji të ndryshme kujtese për pacientët, aksesit në sigurimet shëndetësore, reduktimi i kostove të mjekimit, si dhe me rëndësi është roli i personelit mjekësor rreth menaxhimit të aderencës. Në një studim të *Capgemini Consulting* u gjet se influencuesit më të rëndësishëm në aderencën e pacientëve ishin mjekët dhe politikat shëndetësore. Mjekët rezultuan të kishin maksimumin e influencës në aderencën e barnave duke

qenë se ata gëzojnë besimin e pacientëve, të cilët presin udhëzime dhe këshilla prej tyre, por për mungesë të kohës, mjekët nuk janë në gjendje t'ua theksojnë rëndësinë e aderencës pacientëve dhe të fokusohen në përshtatjen e një regjimi terapeutik sipas karakteristikave të pacientëve. Influencues të tjerë janë pacientë të tjerë, familja dhe mediat që ofrojnë informacion lidhur me shëndetin. Edhe farmacistët luajnë rol kyç në përmirësimin e aderencës, pasi janë hallka më e aksesueshme ndërmjet profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe kanë njohuritë me të zgjeruara në lidhje me barnat (15). Njëpërmjet praktikimit të kujdesit farmaceutik ata mund të parandalojnë ndërveprime, mund të parandalojnë ose të minimizojnë veprimet e padëshiruara të barnave, të monitorojnë vlerën dhe efektivitetin e një terapie, si dhe aftësinë e pacientit për ta marrë mjekimin në mënyrën e duhur, të japin këshilla rreth stilit të jetesës në mënyrë që të optimizojnë efektet terapeutike të një regjimi mjekësor.

Në përfundim të këtij studimi, mund të pohojmë se aderenca e dobët dhe komplainca jo e mirë ndaj terapisë farmakologjike kompromenton efektivitetin e terapisë dhe rrit koston e kujdesit shëndetësor që lidhet me gjendjet patologjike kronike. Përmirësimi i aderencës mund të jetë investimi më i mirë për të trajtuar në mënyrë efektive sëmundjet kronike.

Është e nevojshme një qasje multidisiplinore ndaj aderencës, një veprim i koordinuar midis personelit mjekësor, kërkuesve shkencorë, planifikuesve të shëndetit dhe ligjvënësve.

REFERENCA

1. Sabate E. Adherence to long-term strategies-Evidence for Action. World Health Organization, 2003.
2. Lars Osterberg, M. D. , and Terrence Blaschke, M. D. Adherence to medication. The New England Journal of Medicine.
3. Patient Adherence: The Next Frontier in Patient Care; Vision & Reality, 9th Edition; Global Research Report by Capgemini Consulting.
4. Andree Bates, "Ensuring Profitable Patient Adherence Programs", Eularis, March 2010.
5. Andrew Moscop A. Expert patients will help manage chronic disease. BMJ. 2001 Sep 22; 323(7314): 653.
6. Boccuzzi SJ et al. Utilization of oral hypoglycemic agents in a drug-insured U. S. population. Diabetes Care, 2001, 24:1411–1415.
7. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ: Impact of dosage frequency on patient compliance. Diabetes Care 20: 1512–1517, 1997.
8. Riaz M1, Basit A2, Fawwad A3, Yakoob Ahmedani M4, Ali Rizvi Z5. Factors associated with non-adherence to insulin in patients with type 1 diabetes. Pak J Med Sci. 2014 Mar;30(2): 233-9.
9. Yeung M et al. Compliance with prescribed drug therapy in asthma. Respiratory Medicine, 1994, 88: 31–35.
10. Bernard S Bloom. "Daily regimen and compliance with treatment. Fewer daily doses and drugs with fewer side effects improve compliance". BMJ. 2001 Sep 22; 323(7314): 647.
11. Ashish Atreja, MD, MPH, Naresh Bellam, MD, MPH, Susan R. Levy, PhD. Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. MedGenMed. 2005; 7(1): 4.
12. Halpern MT, Khan ZM, Schmier JK et al: Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. Hypertension 2006;47;1039-1048.
13. Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J. M. , Hill, M. N. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research Ann Behav Med 19 3 1997 239–263.
14. Patel MX, David AS: Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. Psychiatry 2004; 10: 41-45.
15. Murray MD, Young J, Hoke S, Tuw, et al: Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure. A randomized trial. Ann Intern Med 2007; 146: 714-725.