

استخدام الأدوية من قبل المسنين

دور الصيدلة في تعزيز الالتزام بالدواء
2019



International
Pharmaceutical
Federation

Colophon

Copyright 2018 International Pharmaceutical Federation (FIP)

International Pharmaceutical Federation (FIP)

Andries Bickerweg 5

2517 JP The Hague

The Netherlands

www.fip.org

جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز تخزين أي جزء من هذا المنشور في أي نظام استرجاع أو نسخه بأي شكل أو وسيلة – إلكترونية أو ميكانيكية أو تسجيل، أو غير ذلك دون الإشارة إلى المصدر. لا يتحمل FIP مسؤولية أي أضرار تحدث نتيجة استخدام أي بيانات ومعلومات من هذا التقرير. تم اتخاذ جميع التدابير لضمان دقة البيانات والمعلومات المقدمة في هذا التقرير.

المؤلفون:

مايكل فرومر إيه إم، أستاذ وكبير الموظفين التنفيذيين في كلية سيدي الطبيبة

باريزا أصلاني، أستاذ تحسين استخدام الأدوية، كلية الصيدلة في سيدي

تيموثي تشن، أستاذ إدارة الدواء، كلية الصيدلة في سيدي

ديفيد تيلر، أستاذ الطب، كلية الطب في سيدي

كلية الطب والصحة، جامعة سيدي

ترجمه إلى العربية:

فراس درويش الحججي، أستاذ الصيدلة السريرية والممارسة الصيدلانية، كلية الصيدلة في جامعة العلوم التطبيقية الخاصة – عمان، الأردن

التدقيق اللغوي: بنان مخللاتي ، جامعة قطر ، كلية الصيدلة

المحررون:

إيما باولينو، الرئيس التنفيذي المؤقت ، FIP

غونزالو سوزا بينتو، مدير التطوير والدعم المهني، FIP

لين-نام وانغ، مدير التواصل ، FIP

الاقتباس المقترح:

الاتحاد الصيدلاني الدولي (FIP). استخدام الأدوية من قبل المسنين: دور الصيدلة في تعزيز الالتزام بالدواء. لاهاي، الاتحاد الدولي للصيدلة، 2019.

صورة الغلاف: © Jeff Baumgart | Shutterstock.com

الفهرس

3	كلمة افتتاحية - من رئيس الاتحاد الصيدلاني الدولي (FIP)	3
	شكر وتقدير	3
	الملخص التنفيذي	4
1.	الفصل الأول: المقدمة	6
1.1	تمهيد	6
1.2	أهداف التقرير و الغرض منه	7
1.3	النطاق و المصطلحات	7
1.4	المنهجية	8
1.5	هيكلية هذا التقرير	9
1.6	المراجع	9
2.	الالتزام و عدم الالتزام بالدواء	10
2.1	سياق استخدام الأدوية عند كبار السن	10
2.1.1	لمحة عامة	10
2.1.2	تسلسل المواقف و الأحداث	10
2.1.3	خصائص المرضى المسنين	11
2.1.4	عدم الإلتزام "المتعمد" و "غير المتعمد" و التشارك في اتخاذ القرار في الرعاية الصحية	12
2.1.5	الالتزام بالدواء في حالات مرضية محددة	12
2.2	مهام و مسؤوليات الصيدلانية	13
2.3	مقاييس الإلتزام بالدواء	14
2.4	المراجع	14
3.	خيارات لتعزيز الإلتزام بالدواء	16
3.1	مقدمة	16
3.2	المبادرات على مستوى النظام الصحي	16
3.3	تثقيف و تدريب العاملين في المجال الصحي	17
3.4	تقديم المشورة و التعليم للمرضى و مقدمي الرعاية لهم	18
3.4.1	نظرة عامة	18
3.4.2	حالات صحية محددة	18
3.4.3	مشاركة المرضى	20
3.4.4	تقديم المشورة و التعليم في مرحلة المتابعة	21
3.4.5	الاستشارة الهاتفية	21
3.4.6	مكان الاستشارات الصيدلانية	21
3.5	دور مقدمي الرعاية للمريض	22
3.6	تعدد الأدوية، و أنظمة العلاج المعقدة، و مراجعة الأدوية	22
3.7	التعبئة و التغليف، الأدوات المساعدة في تناول الجرعة و أنظمة التذكير	23
3.8	الاستنتاج	23
3.9	المراجع	24
4.	المبادرات الحالية لتعزيز الإلتزام بالدواء	27
4.1	تجميع البيانات	27
4.2	الادراك و الإلتزام	27
4.3	استهداف احتياجات المسنين	28
4.4	البرامج و الخدمات الصيدلانية الحالية	28
4.4.1	الأدوات المساعدة في تناول الجرعة	28
4.4.2	أنظمة التذكير	28
4.4.3	صرف الدواء على مراحل	28
4.4.4	المشورة و تقديم الخدمات الصيدلانية المعرفية	28
4.5	تعزيز الإلتزام في حالات صحية و أدوية محددة	29

29	التدريب المقدم للصيدلة حول الالتزام بالدواء	4.6
29	تمويل الخدمات الصيدلانية	4.7
29	مبادرات في دول فردية	4.8
	إسبانيا 29	4.8.1
	أستراليا 30	4.8.2
	أيرلندا 31	4.8.3
	بلجيكا 32	4.8.4
	الدنمارك 33	4.8.5
	سنغافورة 34	4.8.6
	سويسرا 34	4.8.7
	هولندا 35	4.8.8
	المراجع 36	4.9
	التدخلات الصيدلانية الفعالة 38	5
	التأثيرات المترتبة على هذه المراجعة 38	5.1
38	القضايا المنهجية في تقييم التدخلات	5.2
	نظرة عامة 38	5.2.1
39	عدم تجانس مواضيع البحث المحتملة	5.2.2
39	اختيار المشاركين و التحيز في الاختيار	5.2.3
	عدم تجانس التدخلات 39	5.2.4
39	عدم وجود معايير محددة في قياس أو تصنيف الالتزام بالدواء	5.2.5
	الحلول المنهجية الممكنة 40	5.2.6
	صياغة التدخلات لتحسين الالتزام 40	5.3
	المراجع 41	5.4
	الملحق أ: البحث في الأعمال المنشورة 41	
	الملحق ب. الاستبيان 43	

كلمة افتتاحية - من رئيس الاتحاد الصيدلاني الدولي (FIP)

يؤدي التقدم في عمر السكان وما ينتج عنه من زيادة في عدد الأشخاص الذين يتناولون أدوية متعددة لمعالجة الأمراض المزمنة إلى الحاجة إلى تطوير خدمات موجهة لتحسين الرعاية على مستوى المجتمع وتحسين نوعية حياة المرضى، كما ينبغي أن يكون تمكين الناس من عيش حياة أطول وأفضل هو الهدف الرئيسي لكل نظام صحي، وعلى مقدمي الرعاية الصحية أن يعملوا جنبًا إلى جنب مع المرضى والمجتمع الأوسع لتحقيق هذا الهدف.

في عام 2003، نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) تقريرًا عن الالتزام بالعلاجات للمرضى الذين يعانون من حالات مزمنة، وأدى تحليل البيانات التي تم جمعها في العديد من الدراسات في كل من البلدان المتقدمة والنامية إلى استنتاج مفاده أن عدم الالتزام بالدواء هو مسألة عامة، حيث أن حوالي 50٪ من المرضى لا يتناولون أدويتهم كما هو مقرر.

يلتزم الاتحاد الصيدلاني الدولي (FIP) بتحسين الصحة في العالم عن طريق سد الثغرات في تطوير الأدوية وتوزيعها و صرفها واستخدامها بشكل مسؤول، علمًا أن ضعف الالتزام بالعلاج في الحالات المزمنة مرتبط بالنتائج الصحية الأسوأ وزيادة التكاليف الصحية. يهدف هذا التقرير إلى تحديد ووصف التدخلات الصيدلانية والبرامج التي تؤدي إلى تحسينات في الالتزام بالأدوية من قبل المسنين، واستعراض ومراجعة المعلومات المتاحة عن فاعلية تلك التدخلات.

تشير نتائج البحث في الدراسات والأبحاث العلمية الواردة في هذا التقرير أن الصيادلة يمكن أن يكون لهم دور إيجابي على الالتزام بالدواء من خلال تقديم مجموعة من الخدمات، لا سيما في صيدليات المجتمع. مع ذلك، فإنه من الملاحظ أيضًا أن المقابل المادي لتوفير تلك الخدمات في الصيدلية هو في حدوده الدنيا، والعديد من التشريعات تخلو تمامًا من نظام الأجر مقابل الخدمة. ومن أجل ضمان استدامة الخدمات المقدمة لتشجيع الالتزام بالدواء، يجب أن تكون هناك نظم محددة للأجور، وسيؤدي العمل على تفعيل وتطوير ذلك إلى تحسين إدراك أهمية تلك الخدمات، والاستغلال الأمثل للموارد المخصصة لتقديمها، وتوثيق أفضل للخدمات المقدمة وتأثيرها على النتائج الصحية للمرضى. يجب أن يدعم توزيع الموارد ليس فقط التدخلات التي تؤدي إلى أفضل النتائج الصحية الممكنة وفقًا لتفضيلات الفرد والمجتمع، بل أيضًا تلك التي تولد مزايا اقتصادية، وتقلل الهدر وتخلق فرص عمل جديدة.

يعتقد FIP اعتقادًا راسخًا بأن التدخلات الرامية إلى تحسين الالتزام بالعلاج تمثل عائدًا جيدًا على الاستثمار، وهذا يتماشى مع النتائج التي توصلت إليها منظمة الصحة العالمية WHO في تقريرها، والذي يخلص إلى أن "زيادة فعالية التدخلات لتحسين الالتزام بالعلاج يمكن أن يكون لها تأثير أكبر بكثير على صحة السكان من أي تطوير في بعض العلاجات الطبية".

يعتبر هذا التقرير دليلًا على أن الصيادلة في جميع أنحاء العالم يساهمون بالفعل في تحقيق هذا الهدف، وأنهم ملتزمون في تقديم الدعم للمرضى المسنين بطرق متنوعة، ونحن على ثقة من أن هذا المنشور قد يلهم صناعات السياسات والمنظمات المهنية والمؤسسات التعليمية وزملاءنا الصيادلة حتى يتكاتفوا ويوسعوا دورهم في تحسين الالتزام بالعلاجات من قبل المرضى المسنين، مما يؤدي إلى نظم صحية أكثر استدامة ومرضى أطول عمرًا وأكثر صحة.

د. كارمن بينيا

شكر وتقدير

يمثل هذا التقرير بحثًا تم بتكليف من الاتحاد الصيدلاني الدولي وقام به باحثون في كلية الصيدلة وكلية الطب بجامعة سيدني التابعين لكلية الطب والصحة، جامعة سيدني، أستراليا.

يود فريق المشروع أن يشكر جميع المشاركين الذين وافقوا على المساهمة في هذا التقرير، وأيضا تقديم الشكر للمنظمات الأعضاء في FIP على مساهماتها.

تم إنتاج محتوى هذا التقرير بشكل مستقل من قبل المؤلفين والمحررين والمساهمين في البرامج.

تم تقديم الدعم المالي لـ "استخدام الأدوية من قبل المسنين: دور الصيدلة في تعزيز الالتزام بتناول الدواء" من قبل شركة فايزر، كما تم دفع مقابل مادي للمستشار الأول ومستشار المشروع (مايكل فرومر وديفيد تيلر) مقابل مساهمتهما في هذا المشروع، أما رئيس المشروع وعضو المشروع (باريسا أصلاني و تيموثي تشين)، كإداريين في FIP فلم يتلقيا مكافأة مادية لإسهامهما في المشروع.

الملخص التنفيذي

يعد عدم الالتزام بالأدوية سببًا مهمًا لفشل العلاج ومشكلة صحية عامة وأساسية على مستوى العالم، وتكون عواقب عدم الالتزام بتناول الدواء أكبر لدى كبار السن، لأنهم غالبًا ما يحتاجون إلى أدوية متعددة للحالات المرضية المزمنة والاعتلالات المصاحبة، وعادة ما يواجهون صعوبة أكبر في إدارة أدويتهم بسبب تراجع الوظائف الإدراكية والذاكرة والحركة والتحكم اليدوي لديهم، كما أن التزايد في أعداد كبار السن يفاقم من مشكلة عدم الالتزام بتناول الدواء على المستوى السكاني ويخلق ضرورة ملحة إلى إيجاد استراتيجيات فعالة لتعزيز الالتزام الدوائي.

يستعرض هذا التقرير المعرفة المتوفرة حول هذه الاستراتيجيات، ويحدد على وجه الخصوص البرامج الصيدلانية والتدخلات التي أثبتت كفاءتها. تضمن إعداد التقرير (1) مراجعة سردية للدراسات المنشورة، و (2) تجميع لدراسات البرامج وغيرها من المعلومات التي قدمتها المنظمات الأعضاء في الاتحاد الصيدلاني الدولي حول التدخلات والبرامج ذات الصلة والتي تحسن الالتزام بالدواء في بلدانها، ولا سيما تلك المستهدفة لالتزام المسنين بالدواء.

مع أن مشكلة الالتزام بالدواء تم ادراكها و وصفها منذ العصور القديمة، و على الرغم من أنه تم إجراء مجموعة كبيرة من الأبحاث التقييمية على نطاق واسع من التدخلات ، فإنه لم يتم التوصل إلى مجموعة موحدة من الحلول لهذه المشكلة، حيث يرجع السبب في ذلك جزئياً إلى صعوبات في إجراء البحوث على الالتزام الدوائي، بعض هذه الصعوبات متأصلة في التعقيد والتنوع في تسلسل الأحداث التي تبدأ بأدراك الحاجة إلى علاج دوائي و تنتهي بالتناول الفعلي للأدوية. تتعلق الصعوبات الأخرى بقياس الالتزام بالدواء والحاجة إلى الاعتماد على مؤشرات ذات صلاحية متغيرة، فيتم استخدام هذه المؤشرات بشكل غير متسق، كما تتباين الحدود المعرفة لمستويات الالتزام المناسبة أو المقبولة.

تتمتع الصيدلة بمكانة بارزة في هذا التسلسل من الأحداث ولها دور أساسي في تعزيز ومراقبة الالتزام بالدواء، وتشمل المساهمات المحورية للصيدلة على التعليم و تقديم المشورة للمرضى و مقدمي الرعاية لهم، و تقديم المساعدة لهم في كيفية تناول جرعة الدواء، و تحضير و صرف الأدوية، و تذكيرهم بتناول الأدوية و إعادة صرفها، و متابعة المرضى لتحديد الصعوبات في استخدام الأدوية و حلها. و مع ذلك ، فعلى الرغم من دورها الرئيسي في ما يتعلق بالأدوية، فإن الصيدلة تعد معزولة بعض الشيء عن المهن الصحية الأخرى المعنية بالتعامل مع المرضى، هذه العزلة - و التي تنعكس على النظام الصحي و الجهات التمويلية و كذلك الاختلافات المهنية - تحد من نطاق التدخلات التي يمكن أن تحسن الالتزام بالدواء في حال كانت المهن الصحية المعنية قادرة على العمل معاً بطريقة أكثر تكاملاً.

بالرغم من أن الأدلة القوية على فعالية مبادرات محددة لتعزيز الالتزام بالدواء محدودة، إلا أن مثل هذه الأدلة المتاحة تدعم التدخلات التالية:

- خدمة العلاج الجديد، و التي تشمل على التعليم والاستشارة للمرضى من قبل الصيدلة عند صرف الأدوية الموصوفة حديثاً، مع المتابعة والتوجيه وجهًا لوجه و عبر الهاتف خلال الأسابيع اللاحقة.
- مراجعة و تثقيف المرضى و مقدمي الرعاية من قبل الصيدلة عند صرف الأدوية المتكررة، مع التركيز المستمر عندما يتطلب تحديد و تناول الجرعة تقنية محددة، مثل استخدام الأدوية المستنشقة.
- توفير الأدوات المساعدة في قياس و تناول الجرعة التي تسهل أخذ الجرعة الصحيحة في الوقت الصحيح.
- نظم أو طرق لتذكير المرضى بأخذ أدويتهم على النحو الصحيح.
- تبسيط العلاج عن طريق إدارة تعدد الأدوية، بما في ذلك التوفيق بين الأدوية الموصوفة من أكثر من معالج أو في أماكن الرعاية المختلفة، و تقليل مرات تناول الجرعات.

بالنظر إلى عدد النقاط التي من الممكن التدخل بها بدءاً من التشخيص مروراً بصرف الدواء إلى تناوله ، قد لا يكون من المستغرب أن يكون للتدخلات المتعددة تأثير أكبر نسبياً من التدخلات الفردية. هناك ثلاثة عناصر متداخلة ضرورية في كل هذه التدخلات.

الأول هو التواصل الفعال مع المريض و من يريعه من قبل جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية، ويشمل التواصل الفعال ما يلي: (1) إشراك المريض (و من يريعه، حيثما ينطبق ذلك) في عملية صنع القرار حول العلاج واختيار الأدوية؛ (2) تقييم الحالة الإدراكية للمريض ومستوى الثقافة الصحية لديه، و توجيه الحوار للتأكد من إمكانية إشراكه في عملية صنع القرار هذه؛ (3) بناء وإدامة العلاقة بين أعضاء فريق الرعاية الصحية، و لا سيما الأطباء و التمريض والصيدلة، حتى يتمكن الصيدلة من الوصول إلى جميع المعلومات السريرية ذات الصلة؛ (4) تمكين الصيدلية من أداء دورها المحوري في تعزيز الفهم للخطة العلاجية و تبديد أي مفاهيم خاطئة قد تؤدي إلى عدم الالتزام المتعمد؛ (5) الاستفادة من تكنولوجيا التواصل المعاصرة للمتابعة مع المرضى (أو من يريعاهم) ؛ و (6) تنفيذ الخدمات الصيدلانية لدعم المرضى الذين يتناولون أدوية جديدة.

العنصر الثاني هو جعل الأمر سهلاً قدر الإمكان على المرضى كبار السن لأخذ أدويتهم بشكل صحيح، و هذا يستلزم: (1) إبقاء نظم العلاج بسيطة بقدر الإمكان منذ البداية؛ (2) مراجعة نظم العلاج (مثلاً عن طريق المراجعة المنزلية للأدوية من قبل الصيدلة) لتحديد حالات تعدد الأدوية و إدارتها؛ (3) توفير أدوات قياس و تناول الجرعة لتساعد المرضى (أو من يريعاهم) على تناول الدواء الصحيح بالجرعة الصحيحة في الوقت المناسب، و تتبع ما تناوله أو لم يتناوله من الدواء؛ (4) تمكين أفراد الأسرة من دعم المريض بالالتزام بنظام العلاج الخاص به؛ و (5) اتباع أو تقديم طرق لتذكير المرضى بصرف و تناول الأدوية.

العنصر الثالث هو الحفاظ على هذا الجهد. لا يعد أي من التدخلات الموضحة أعلاه ذاتي الاستدامة، و لا يمكن أن يتحسن الالتزام بالدواء بشكل مستمر إلا مع استمرار المساهمة في تلبية احتياجات المريض من خلال (i) تكرار الرسائل كلما سنحت الفرصة (عند إعادة صرف الوصفات الطبية على سبيل المثال) ، (ii) التساؤل المتكرر عما إذا كان تناول الدواء يسبب أية مشاكل و العمل على معالجة أي مشكلة قد تنشأ عن العلاج، و يفضل أن يتم ذلك بالتشاور مع الوصف (المعالج)، و (3) الملاحظة المنتظمة لتقنيات تناول الجرعة، و إجراء التصحیحات عند الضرورة (مع الأدوية المستنشقة على سبيل المثال).

إن معظم هذه الطرق تنطبق على المرضى من جميع الأعمار، و خاصة البالغين، و مع ذلك ، و كما ذكر سابقاً فإن التحدي يزداد مع كبار السن لأنهم من أكثر المستخدمين للأدوية، و أنظمة علاجهم غالباً ما تكون معقدة، مع تراجع في قدراتهم الإدراكية، و حيث أنه من الصعب على مقدمي الرعاية الصحية ملاحظة التراجع الخفيف أو المبكر في القدرات الإدراكية للمرضى في لقاءات موجزة، يجب أن يتلقى جميع مقدمي الرعاية الصحية، و لا سيما الصيدلة، تدريباً و ربما مساعدة حتى لا تفوتهم أية علامات تدل على التراجع الإدراكي لدى المرضى، و ليطمئنون من مراعاة ذلك في تواصلهم و مشورتهم و تصرفاتهم.

1. الفصل الأول: المقدمة

1.1 تمهيد

يعد الالتزام بالعلاج تحديًا كبيرًا للأشخاص من جميع الأعمار، وخاصة كبار السن، كما أن لعدم الالتزام بالدواء عواقب سريرية واقتصادية جمة. يعتمد تقدير العواقب السريرية على نوع الحالة المراد استخدام الدواء فيها وفعالية ذلك الدواء ودرجة عدم الالتزام بالعلاج، بالإضافة إلى الخصائص العلاجية للدواء وتأثيراته، أما العواقب الاقتصادية فتتجه إلى المشكلات التي كان من الممكن منعها عن طريق الاستخدام الصحيح للأدوية، و النتائج السلبية المؤدية إلى زيادة استخدام الخدمات الصحية والإدخال إلى المستشفيات، فكثيرًا ما تهدر الأدوية المصروفة و غير المستخدمة كما قد تكون الأدوية البديلة في تلك الحالة أكثر تكلفة و/ أو أقل فاعلية. عالميًا، يمثل عدم الالتزام بالدواء تكلفة يمكن تجنبها تقدر بحوالي 269 مليار دولار أمريكي سنويًا – أي ما يعادل 4.6٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في العالم.¹

ومع تزايد أعداد كبار السن في العديد من البلدان المتقدمة والنامية،² فإنه من المرجح أن تزداد العواقب الناتجة عن عدم الالتزام بالدواء، حيث تمتاز الأمراض المزمنة المعقدة والمشاكل الصحية المتعددة المصاحبة لها بالانتشار الواسع لدى كبار السن، الأمر الذي يتطلب استمرار استخدام العديد من الأدوية والتي تؤخذ بطرق وأوقات مختلفة، وكثيرًا ما يواجه المرضى من المسنين صعوبة أكبر في تناول أدويتهم بسبب التراجع في وظائفهم الإدراكية والذاكرة والتنقل والقدرة على التحكم اليدوي.

تذكر دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2015 (The 2015 Global Burden of Disease Study)³ الأمراض الحادة والمزمنة التي تسبب العبء الأكبر لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا، ووفقًا للأدلة العلاجية المثبتة والممارسات المقبولة فإن معظم هذه الحالات قابلة للعلاج أو التحسين أو الوقاية أو التخفيف بواسطة المستحضرات الصيدلانية. إن الحالات التي تمثل أكبر عدد من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (disability-adjusted life-years - DALYs) والتي يتم خسارتها في جميع أنحاء العالم بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا هي:

- مرض نقص تروية القلب
 - السكتة الدماغية
 - مرض الانسداد الرئوي المزمن
 - مرض السكري
 - أمراض الأعضاء الحسية (مثل الجلوكوما أو الماء الأزرق في العين)
- أما المشاكل الصحية والأمراض الأخرى المهمة في زيادة عبء المرض في هذه الفئة العمرية فتتمثل ب:

- آلام الظهر والرقبة
- التهابات الجهاز التنفسي السفلي
- مرض الكلى المزمن
- مرض ارتفاع ضغط الدم
- مرض الزهايمر
- سرطان الرئة

يشير الالتزام بالدواء - و المعروف بمزيد من التفصيل أدناه - إلى الاستخدام الصحيح للدواء، وتحقيقه يتطلب مشاركة المرضى وكذلك من يتناولون الأدوية لأسباب وقائية. وتعني المشاركة هنا الثقة والاحترام المتبادل بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية - و الذين عليهم أيضًا تفهم مخاوف المريض ورغباته و دوافعه وتوقعاته - والتعاون في وضع أهداف الوقاية و/أو العلاج.⁴

كما يجب على العاملين في مجال الصحة إدراك أن عدم الالتزام بالدواء قد يكون غير مقصود (على سبيل المثال بسبب النسيان أو الصعوبة في تدبير الدواء) أو عن قصد (ناتج عن عدم رغبة المريض أو عدم قدرته على صرف الوصفة الطبية، أو عدم الرغبة في البدء أو الاستمرار في أخذ دواء على النحو الموصى به من قبل مقدم الرعاية الصحية).

وكما قال تشارلز إيفريت كوب - والذي كان حينها الجراح العام للولايات المتحدة - منذ أكثر من 30 عامًا: "ليس للأدوية فعالية عند المرضى الذين لا يأخذونها".⁵ يعد هذا القول الساخر للطبيب كوب والأهمية الفائقة لإشراك المريض أفكارًا أساسية في هذا التقرير.

1.2 أهداف التقرير والغرض منه

الهدف من هذا التقرير هو تحديد و وصف التدخلات الصيدلانية و البرامج التي تؤدي إلى تحسينات في الالتزام بالدواء من قبل المسنين، و استعراض المعلومات المتاحة و المتعلقة بفعاليتها.

تمت كتابة التقرير بتكليف من الاتحاد الصيدلاني الدولي (FIP)، حيث بنوي FIP و منظمات الأعضاء استخدامه في تحديد كيفية تقديم المشورة إلى الحكومات و المنظمات الأخرى بشأن دور الصيدلة في تعزيز التزام المسنين بالدواء.

تم وضع التصور لهذا المشروع في السياق الوبائي لزيادة بروز الأمراض المزمنة و عوامل الخطر ذات الصلة بها في كل من البلدان المتقدمة و النامية بحسب دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2015 (The 2015 Global Burden of Disease Study).³ إن الأدوية و كيفية إدارة استخدامها هما عاملان أساسيان في معالجة تلك الحالات، لذلك فإن تطوير و تنفيذ التدخلات و البرامج و السياسات لضمان الاستخدام المناسب و الصحيح للأدوية يشكلان تحديًا حاسمًا في مجال الرعاية الصحية.

1.3 النطاق و المصطلحات

يحدد هذا التقرير و يصف و يقيم التدخلات و البرامج الصيدلانية التي تهدف إلى تعزيز الالتزام بالدواء من قبل المسنين، و يقتصر على العوامل التي تؤثر على استخدام الأدوية على النحو المنصوص عليه أو الموصى به طبيًا، فهو لا يسعى إلى تقييم جودة القرارات الطبية التي تؤدي إلى الوقاية من المرض أو علاجه باستخدام الأدوية، أو لتقييم ما إذا كانت الأدوية توصف بشكل صحيح أم لا.

يشير مصطلح "التدخلات و البرامج الصيدلانية" إلى الخدمات المقدمة من قبل الصيدلة، أو البرامج التي يقومون بها أو لها علاقة بمهنة الصيدلة، و تشمل:

1. التدخلات التي يتم يقوم بها الصيدلة فقط، و كذلك الخدمات المقدمة من المهن الصحية المتعددة و من ضمنها الصيدلة
2. الخدمات التي تستهدف المرضى الأفراد و كذلك تلك التي تستهدف المجتمعات أو السكان
3. خدمات تحسين الالتزام بالدواء و التي تكون خاصة بالمسنين، و أيضًا الخدمات التي لا تكون خاصة بالمسنين ولكن يمكن تطبيقها بشكل معقول عليهم
4. الخدمات التي تشمل مقدمي الرعاية الشخصية لكبار السن (أفراد الأسرة على سبيل المثال)
5. الخدمات التي قد يكون لها نتائج متعددة، و يكون الالتزام بالدواء من قبل المسنين واحدًا منها

يركز هذا التقرير على الخدمات الصيدلانية التي من الممكن تنفيذها (أو تم تنفيذها) في ممارسة المهنة، كما يغطي العوامل التي تسهل تنفيذ تلك الخدمات و العوامل التي تمنعها أو تعيق تنفيذها، أما التدخلات التي طبقت فقط لغرض البحث فلم يتم تناولها في هذا التقرير، كما يتم توفير البيانات الاقتصادية حيثما أمكن؛ و عند توفر مثل تلك البيانات يتم تدقيق تكاليف تقديم الخدمات و ترتيبات المكافآت لأولئك الذين يقدمون الخدمات الصيدلانية.

تم تعريف مصطلح "مقدم الرعاية" على أنه الشخص الذي يقدم الرعاية و المساعدة و الدعم لشخص آخر لإدارة حالته الصحية بما في ذلك تناول الدواء، و بذلك يشير هذا المصطلح إلى الوالدين أو الأبناء البالغين أو الأزواج أو أفراد الأسرة الآخرين.

أما مصطلح "دواء" فيشير إلى العقاقير الدوائية - المواد الفعالة دوائياً مع استطببات مثبتة في العلاج أو الوقاية من المرض أو الأعراض، ولا يغطي التقرير العقاقير التكميلية أو التقليدية أو العلاج الطبيعي، كما أنه مقتصر في الغالب على الأدوية التي يتم تناولها عادة من قبل المريض أو بمساعدة مقدم الرعاية للمريض (فموياً أو عن طريق الجهاز التنفسي أو موضعياً أو عن طريق الحقن التي تؤخذ ذاتياً)، أما الأدوية يتطلب إعطاؤها شخص متخصص بالرعاية الصحية فتم استبعادها.

يتناول التقرير الخدمات الصيدلانية التي لها تطبيق عام في الالتزام بالدواء، وكذلك الخدمات ذات الصلة بظروف معينة أو أنواع معينة من الدواء أو مرضى بخصائص محددة، ويشمل الأدوية المستخدمة ضمن نطاق الرعاية الصحية - للوقاية والعلاج والحد من المرض ومقاومته وتخفيف أعراضه وكذلك في الرعاية التلطيفية، كما أن الوقاية كمصطلح يتضمن الوقاية الأولية من الأمراض ومنع التفاقم أو الانتكاس والوقاية من المضاعفات.

ويعرف "الالتزام بالدواء" بأنه "المدى الذي يتطابق فيه سلوك المريض في تناول الدواء و/ أو تنفيذ تغييرات في نمط الحياة مع التوصيات المتفق عليها من مقدم الرعاية الصحية"⁶ وبذلك فإن الالتزام بالدواء يتعلق باستخدام الأدوية وفقاً لنظام محدد، والذي قد يكون:

1. نظام موضوع أو موصى به من قبل إخصائي الرعاية الصحية، أو
2. استخدام دواء بدون وصفة طبية يوصي به بوضوح إخصائي الرعاية الصحية المعالج بما يتوافق مع توصيات الرعاية الصحية أو مصنع الدواء أو الإرشادات العلاجية المعتمدة صحياً.

لم يتم تعريف "المسنين" على وجه التحديد لغرض هذا التقرير، وغالباً ما يتم وصف أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة بكبار السن، و تغطي هذه المراجعة المواد التي تشير إلى "المسنين" أو "كبار السن".

تعني "الفعالية" تحقيق (1) المستويات المطلوبة من الالتزام بالدواء، (2) النتائج الوقائية أو العلاجية المرغوبة والتي يمكن أن تعزى بشكل معقول إلى تدخل أو برنامج معين، أو (3) توليفة من (1) و (2).

يعطي هذا التقرير الأولوية للخدمات الصيدلانية التي يتوفر لها وصف منشور و دليل على فعاليتها، كما يغطي الخدمات التي تتوفر بها أدلة الفعالية ولكنها غير منشورة، أما التدخلات والبرامج التي تم تطبيقها ولم تقيّم فلا يتم إعطاؤها أولوية كبيرة.

حيثما أمكن يقوم التحليل بتحديد مكونات التدخلات والبرامج التي قد تفسر نتائجها، وسوف يسرد التقرير المعايير التي يمكن للهيئات والمنظمات استخدامها في اختيار الخدمات التي يتم تمويلها و/ أو الترويج لها، كما يتم دراسة القواسم المشتركة بين التدخلات أو البرامج الفعالة أو بين مكوناتها البارزة، وذلك للمساعدة في هذا الاختيار.

1.4 المنهجية

يتكون المشروع من ثلاث مراحل.

تضمنت المرحلة الأولى مراجعة للدراسات المنشورة باتباع الخطوات التالية:

- a. البحث عن الدراسات باستخدام مجموعة من قواعد البيانات الإلكترونية المناسبة للدراسات المنشورة، بما في ذلك PubMed و Google Scholar و Medline. قائمة مصطلحات البحث موجودة في الملحق أ.
- b. البحث بطريقة "كرة الثلج" وذلك باستخدام قوائم المراجع داخل المنشورات المحددة.
- c. تحديد الدراسات ذات الصلة والمنشورة بشكل غير رسمي، ولا سيما فيما يتعلق بالتدابير التي اتخذتها المنظمات الأعضاء في FIP لتعزيز الالتزام بالدواء.
- d. تحديد معايير الاختيار للمقالات ذات الصلة.
- e. اختيار المقالات ذات الصلة.
- f. التقييم والمراجعة السردية للمقالات المختارة.

ركزت المرحلة الأولى على مقالات مكتوبة باللغة الإنجليزية.

تضمنت المرحلة الثانية تجميعاً دقيقاً لدراسات الحالات وغيرها من المعلومات التي قدمها أعضاء FIP بشأن التدخلات والبرامج ذات الصلة لتحسين الالتزام بالدواء في بلدانهم، وتم طلب تلك الحالات من خلال نموذج أعده مؤلفو هذا التقرير ووزعته FIP، كما هو مرفق في الملحق ب.

تضمنت المرحلة الثالثة إعداد مشروع تقرير لتقديمه إلى اللجنة التنفيذية ل FIP، ومن ثم إعداد تقرير نهائي يأخذ بالاعتبار ما ورد من تعليقات وملاحظات.

1.5 هيكلية هذا التقرير

يحتوي هذا التقرير على خمسة فصول، بما في ذلك هذا الفصل.

يستطلع الفصل الثاني الالتزام وعدم الالتزام بالدواء من الجانب النظري والعملي، ويتوسع في التعريف الوارد في القسم 1.3، كما يختبر الفارق المميز بين عدم الالتزام المتعمد وغير المتعمد، ويحدد العوائق التي تحول دون الالتزام بالدواء ويؤكد بشدة على أهمية مشاركة المرضى في برامج الوقاية أو العلاج، هذا بالإضافة إلى ما يرد فيه من تصنيف للالتزام بالدواء واستعراض القضايا المتعلقة بأمراض معينة وفئات من الأدوية، وأيضاً تحديد طرق قياس الالتزام بالدواء وآثاره، مع إشارة خاصة إلى استخدام الأدوية من قبل المسنين.

يركز الفصل الثالث على العوامل التي تؤثر على الالتزام بالدواء، ويصف الاستراتيجيات التي تعتمد على المريض والنظام الصحي لتيسير الالتزام عند المسنين، كما يتحرى الأدلة على دور الصيدلة في رصد ودعم وتعزيز الالتزام بالدواء، سواء بصفته الفردية كمقدمين للرعاية الصحية أو كأعضاء في فرق متعددة التخصصات الطبية والصحية.

أما الفصل الرابع فيصف التدخلات والبرامج الصيدلانية لتعزيز الالتزام بالدواء من قبل المسنين، وذلك باستخدام المعلومات التي توفرها المنظمات الأعضاء في FIP كما هو موضح في الجزء الثالث من قسم المنهجية (انظر القسم 1.4).

يقوم الفصل الخامس بتوليف النتائج الواردة في الفصلين الثالث والرابع ويربطها بالمبادئ الواردة في الفصل الثاني، ويستعرض الطرق المستخدمة في الدراسات التي تقيم التدخلات المصممة للتحسين ويناقش فرص وقيود المنهجيات المتبعة، ثم يلخص الطرق والوسائل التي لها فرصة نجاح عالية لإدارة مشكلة عدم الالتزام بالدواء.

1.6 المراجع

1. Aitken M, Gorokhoivich L. Advancing the responsible use of medicines. Applying levers for change. A report prepared for the Minister's Summit of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 3 October 2012. IMS Institute for Healthcare Informatics, New York, 2012.
2. National Institutes of Health & World Health Organization. Global Health and Aging. NIH Publication no 11-7737. US Department of Health & Human Services, Washington DC, 2011.
3. Kassebaum NJ and GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted-life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and health life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388:1603–58.
4. Ajayi T. The difference between noncompliance and defiance. New England Journal of Medicine Catalyst, 2017. <https://catalyst.nejm.org/the-difference-between-noncompliance-and-defiance/>
5. AZQuotes. C Everett Koop Quotes. www.azquotes.com/author/8211-C_Everett_Koop (undated).
6. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, Geneva, 2003.

2. الالتزام وعدم الالتزام بالدواء

2.1 سياق استخدام الأدوية عند كبار السن

2.1.1 لمحة عامة

يعتمد تطوير التدخلات لتحسين الالتزام بالدواء على فهم ما يحفز الناس على الالتزام بنظام العلاج الموصى به ومعرفة أسباب عدم الالتزام. يتناول هذا الفصل هذه العناصر الأساسية، ودرس القرارات والأحداث التي تجري ما بين تحديد الحاجة إلى العلاج وتناول الدواء، واصلًا كيف لهذه القرارات والأحداث أن تؤثر على الالتزام بالدواء، كما يستعرض خصائص المرضى المسنين ويحدد تلك التي تؤثر على الالتزام بالدواء وأي منها قابلة للتعديل.

2.1.2 تسلسل المواقف والأحداث

عند دراسة فرص تعزيز الالتزام بالدواء فإنه من المفيد التمعن في تسلسل المواقف، والأحداث والذي يبدأ مع وجود مشكلة صحية للفرد وينتهي باستخدام ذلك الفرد لدواء موصوف أو موصى به وفق نظام صحي محدد. المشاركون في التسلسل هم:

- الشخص الذي يستخدم أو قد يستخدم الدواء، والمشار إليه في هذا التقرير باسم "المريض"؛
- مقدم الرعاية للمريض (إذا كان هناك مقدم رعاية)، والذي من الممكن أن يكون الزوج أو الزوجة أو أحد أفراد الأسرة أو شخصًا آخر، أو أخصائيًا في المجال الصحي، وغالبًا ما يكون ممرضًا؛
- مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن الإدارة السريرية لصحة للمريض - وعادةً ما يكون طبيبًا ممارسًا، وأحيانًا ممرضة أو أحد العاملين في القطاع الصحي أو الطبي، أو فريقًا من مقدمي الرعاية الصحية؛
- واحد أو أكثر من الصيادلة، والذين لديهم دور محوري بسبب خبرتهم في إدارة الدواء.

يمكن وصف هذا التسلسل في ستة مراحل تكون متتالية في العادة، لكنها قد تتداخل.

تتكون المرحلة الأولى من التشخيص و صياغة خطة العلاج و وصف الدواء، حيث يتم تشخيص الفرد على أنه مصاب بمرض أو متلازمة أو إصابة، أو أنه قد يستفيد من التدخل الوقائي، وعلى أساس ذلك التشخيص وما يفضله المريض يتم صياغة خطة العلاج والتي قد تحتوي على أدوية أو قد تخلو منها، فإن كان المريض بحاجة إلى دواء فعندئذ يتم اختيار دواء مناسب و وصفه. عادة ما يكون قرار التشخيص والعلاج من اختصاص الطبيب الممارس أو مقدم الرعاية الصحية غير الصيدلي، على الرغم من أنه في بعض المناطق يمكن للصيادلة المعتمدين و المؤهلين من ذوي الكفاءة أن يقوموا أيضًا بوصف و/ أو تعديل الأدوية الموصوفة ضمن العلاج. عمومًا، فإن القرارات حول العلاج مع المريض في نموذج الرعاية الصحية المعاصرة تتم تشاركياً.

تتضمن المرحلة الثانية قرارًا بالتصرف (أو عدم التصرف) بشأن التشخيص و العلاج الموصوف. يقع هذا القرار على عاتق المريض، ولكن يجوز تفويض تحمل مسؤوليته إلى مقدم الرعاية (إذا كان موجودًا)، كما أن هناك العديد من العوامل التي قد تؤثر على قرار التصرف، وتشمل رغبة أو تفضيل المريض (و/ أو مقدم الرعاية) وقناعاته، بالإضافة إلى مدى تفاعله مع المشكلة الصحية فكريًا و عاطفيًا والحافز لفعل شيء حيال ذلك. الذاكرة (مثل تذكر صرف الوصفة الطبية) تعد من العوامل المهمة الأخرى، وكذلك سهولة الحصول على العلاج و تكلفة الدواء و قدرة المريض على تحمل تكاليفه، و النتيجة هي أن المريض (أو القائم بالرعاية) قد يقرر التصرف - أي صرف الوصفة الطبية - أو اتخاذ قرار بعدم التصرف، أو إهمال الموضوع.

المرحلة الثالثة هي تزويد الدواء و توزيعه، حيث يعتمد التزويد على تصنيع و/ أو استيراد الأدوية، أما التوزيع فيمكن أن يتم من قبل المصنعين أو المستوردين أو مستودعات الأدوية، حيث يقوم الموزع بتخزين الأدوية وإيصالها فعليًا إلى من يصرفها، والذي عادة ما يكون صيدليًا.

يأتي صرف الدواء في المرحلة الرابعة، وقد تكون هذه هي الفرصة الأولى في التسلسل لتعامل الصيدلي مع المريض. يشرف الصيدلي على تخزين الكميات الضرورية من الأدوية في الصيدلية، و يقرأ الوصفة الطبية ثم يتناول الدواء المحدد و يصرفه للمريض، حيث تعتبر عملية صرف الدواء خدمة ذات أهمية بالغة في الجانب المهني للرعاية الصحية، و سوف يتم تناولها في القسم 2.2 لاحقًا.

المرحلة الخامسة هي البدء، حيث يبدأ المريض (ربما تحت إشراف مقدم الرعاية) بتناول الدواء الجديد، و يكون التوقع هنا هو أن يتم الاستمرار بعد هذه الخطوة بشكل صحيح، ولكن هناك عوامل عدة قد تؤثر على التزام المريض باتباع النظام الموصوف. تعتبر مرحلة البدء أساسية و ربما مؤثرة: فإذا شعر المريض منذ البداية بالضيق من الدواء (لأن تناوله صعب أو مزعج أو أنه يسبب له تأثيرات جانبية)، فقد يرفض مواصلة تناوله، كما قد تنعكس توقعات المرضى على سلوكهم في تناول الدواء من خلال الإسقاط بدلاً من التجربة، فقد يأخذ المريض جرعة أقل من الموصى بها من أجل تقييم تأثير الدواء أو الكشف عن الآثار الجانبية، أو قد يأخذ جرعة أعلى سعياً للحصول على تأثير أسرع أو أقوى، و كلاهما من أشكال عدم الالتزام.

أما المرحلة السادسة فهي المثابرة، حيث يستمر المريض في تناول الدواء مع أو بدون اتباع الجرعة الموصوفة و موعد تناولها و عدد مراتها، بالإضافة إلى المدة اللازم استمرار تناول الدواء بها و الإرشادات الأخرى (مثل قبل أو مع أو بعد تناول الطعام). هناك العديد من العوامل التي تؤثر على المثابرة، بما في ذلك تفاعل المريض مع مرحلة البدء و وجود حافز عند المريض و/ أو مقدم الرعاية، و كذلك عوامل الذاكرة و سهولة

الجرعة وسهولة تناول الدواء و توافر الدواء باستمرار، بالإضافة إلى وجود تغير في المنتج - بما في ذلك المظهر و التعبئة و التغليف – و أدوات التذكير بتناول الدواء و الجرعات.

من حيث المبدأ، تعتبر هذه المراحل الستة متسلسلة بالمعنى الزمني، ولكنها في الواقع متداخلة، فالكيفية التي تنفذ بها الخطوات في المرحلة الواحدة تؤثر حتمًا على ما يحدث في المراحل اللاحقة. على سبيل المثال، يمكن أن تؤثر جودة التواصل بين مقدم الرعاية الصحية والمريض حول التشخيص والوصفة الطبية على قرار التصرف والبدء و المثابرة، كما يمكن للذاكرة أن تؤثر على قرار التصرف ومرحلي البدء و الثبات.

تتضمن المراحل الستة الآثار التالية:

- يتطلب استخدام الأدوية العديد من القرارات والإجراءات و التفاعلات، فهي عملية معقدة من المنظور الشامل، وللصيدلة دور محوري في هذا التسلسل.
- هناك درجة عالية من التفاعل بين مختلف عناصر النظام الصحي، يشمل هذا التفاعل على أقل تقدير المريض (مع أو بدون مقدم الرعاية) و من يقوم بالتشخيص و وضع مخطط العلاج و وصف الدواء، وكذلك الجهات المصنعة و الموردة للدواء و الموزعة له، و الصيدلي. كما أنها تشتمل على آليات تنظيمية و مراقبة الجودة و التمويل، و التي مع أنها تسبق التسلسل المبين سابقًا ولكنها تحدد مسار العديد من العمليات في التسلسل. يتطلب الاستخدام الفعال للأدوية – وخاصة الاستخدام المستمر لها في الحالات المزمنة - تفاعلات بين عناصر ليس بينها رابط قوي بالضرورة في معظم النظم الصحية و تفتقر إلى طرق التواصل الطبيعية.
- حيثما كانت هنالك حاجة مستمرة إلى دواء، كما يحدث عادة في حالة المرضى الذين يعانون من حالات مزمنة، سوف تتكرر المراحل في كل مرة يتم فيها إصدار وصفة طبية متكررة، و في هذه الحالة سوف تركز المرحلة الأولى على المراقبة و إعادة التقييم بدلاً من التشخيص الأولي، و غالبًا ما يتم إغفال مرحلة البدء (الخامسة) إلا إذا تم تغيير نظام الدواء أو خصائصه الفيزيائية، و هذا ما قد يحدث إذا تغير الاسم التجاري للدواء أو قام المُصنِّع بتغيير التغليف أو مظهر الدواء أو لونه أو أي من مميزاته.
- إن العديد من العمليات المندمجة تحت كل مرحلة من المحتمل أن تكون قابلة للتعديل، و هذا يخلق العديد من الفرص لتحسين الالتزام، فكما ذكر أعلاه، فإن للصيدلة دور محوري في التسلسل، لذلك فإن التدخلات الصيدلانية لتحسين الالتزام بالدواء لديها أكبر إمكانيات النجاح.
- نظرًا لتعقيد التسلسل، فإنه من المرجح أن اتباع تدخلات متعددة أو تدخلات ذات أوجه متعددة سيكون لها أكبر الأثر على الالتزام بالدواء.

2.1.3 خصائص المرضى المسنين

خلال النصف الأول من القرن العشرين، كان الارتفاع في متوسط العمر المتوقع يعزى بشكل رئيس إلى النقص في الوفيات بين الرضع والأطفال، و لكن منذ عام 1960، فإن الزيادة في طول العمر كان سببها و بشكل متزايد انخفاض معدل الوفيات بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا، فأدى ذلك إلى تزايد عدد كبار السن في معظم البلدان المتقدمة، و بالتالي زيادة انتشار أمراض الشيخوخة و تقلص أداء أعضاء الجسم و وظائفه،¹ مما يولد دورة دائمة من فقدان الوظائف الجسدية و المرض و العجز، و مع استمرار هذه الدورة تتراكم العديد من الإعتلالات الصحية، مما يؤدي إلى استخدام العديد من الأدوية التي لا تخلو من التفاعلات فيما بينها، و بالتالي، فإن تعدد الأدوية غالبًا ما يؤدي إلى تفاقم هذه الدورة، كما أن اختلال التأثيرات الدوائية يسبب تراجع الأداء الوظيفي للجسم مما يزيد الصورة تعقيدًا.

يعاني كبار السن من مشاكل صحية، أكثرها شيوعًا هي ضعف الحواس (تراجع حاستي السمع والبصر) و الضعف الإدراكي (مما يؤدي إلى تدهور الذاكرة و الارتباك) و ضعف العضلات و العظام و اختلال التنسيق الحركي و التوازن، كما أن أمراض القلب و الأوعية الدموية و الجهاز التنفسي و العصبي و العضلي الهيكلي تسرع من فقدان الجسم لقدراته الوظيفية، و بالمقابل تزداد تعقيدًا بسبب فقدان الوظيفة التدريجي.

غالبًا ما تؤدي الإعاقة إلى استخدام غير منتظم أو خاطئ للأدوية، أو إلى عدم الالتزام بها، و تتراوح مظاهرها المحددة من اتخاذ القرار غير الملائم حول استخدام الأدوية وصولًا إلى النسيان، و فقدان القدرة على التحكم اليدوي عند التعامل مع الأقراص و الكبسولات و أغلفتهم.

و مع ذلك، فإن مدى العجز الفعلي للشخص يعكس التفاعل بين ظاهرتين مختلفتين: (i) مستوى القدرة الوظيفية للفرد، و (ii) خصائص بيئة الفرد.² بالإمكان إجراء تعديلات على البيئة، و هذه التعديلات بدورها لديها القدرة على تحسين الالتزام بالدواء، و في هذا السياق فإن "البيئة" لا تشمل فقط المكان الذي يعيش فيه الشخص، بل أيضًا الأشياء الموجودة في ذلك المكان، و القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية مثل الصيدلية، و أيضًا الدعم المقدم من قبل الآخرين.

من السمات الهامة لتراجع الإدراك هو أن التدهور في كثير من الأحيان لا يمكن ملاحظته حتى يصبح متقدمًا جدًا، و غالبًا ما يلزم أن يكون هناك اختبار محدد للكشف عن علامات ضعف القدرات الإدراكية و الخرف في المراحل المبكرة، و أحيانًا حتى في المراحل المتوسطة، و قد لا يكتشف مقدمو الرعاية الصحية مدى الإعاقة إذا كانت لقاءاتهم قصيرة نسبيًا مع المرضى، و بالتالي قد يفشلون في تلبية احتياجات المريض. و فيما يتعلق بالالتزام بالدواء، فينبغي على مقدمي الرعاية الصحية أن يتلقوا تدريبًا خاصًا في التعامل مع المرضى المسنين الذين يعانون من

تراجع في القدرة الإدراكية و مشاكل الجهاز العصبي، و من الواضح أن هذا ينبغي أن ينطبق على الصيدلة في عملهم في صرف الأدوية و تقديم الاستشارة للمريض و متابعة حالتهم.

2.1.4 عدم الالتزام "المتعمد" و "غير المتعمد" و التشارك في اتخاذ القرار في الرعاية الصحية

كما هو مذكور في الفصل الأول، يعرف الالتزام بالدواء بأنه "مدى توافق سلوك المريض في تناول الدواء و/ أو تغيير نمط الحياة مع التوصيات المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية".³ و بغض النظر عما إذا كان متعمداً أو غير متعمد، فإن عدم التزام المريض قد يؤدي به إلى إهمال الدواء تماماً أو تناوله بشكل مختلف عن التعليمات المحددة فيما يتعلق بالجرعة أو توقيتها أو عدد مراتها و/ أو مدة العلاج، كما قد يؤثر على واحد أو أكثر من الأدوية في خطة العلاج.

يحدث عدم الالتزام بالدواء "غير المتعمد" عندما لا يلتزم المريض بنظام العلاج لأسباب خارجة عن إرادته، أي أن المريض لا يتبع التوصيات المتفق عليها ولكنه لم يتخذ قراراً واعياً برفض هذه التوصيات،⁴ و ذلك قد يعود لأسباب خارجية (لعدم توفر الدواء على سبيل المثال)، أو ذاتية (مثل أن يكون بسبب ضعف الذاكرة)، أو مجموعة من العوامل أو الأسباب الخارجية والذاتية (مثل أن يكون تغليف الدواء مربكاً للمريض ذو القدرة الإدراكية المحدودة، أو أن تكون الطباعة غير واضحة للمريض ضعيف النظر، أو صعوبة التعامل مع تغليف الدواء للمريض الذي يعاني من محدودية التحكم اليدوي).

أما عدم الالتزام بالدواء "المتعمد" فينطوي على قرار متعمد أو واع بعدم اتباع توصيات مقدم الرعاية الصحية، و التعريف المناسب له هو "قرار مطبق من جانب المرضى بالتخلي عن العلاج الموصوف (بالتوقف عن تناوله أو تخطي أخذ الجرعة أو التغيير في نظام العلاج)".⁴

و من الجدير بالذكر أن عدم الالتزام المتعمد يعبر عن رغبة من جانب المريض في عدم تناول الدواء كما هو مقرر. إذا كان المريض يرغب في الالتزام بالدواء لكنه غير قادر على فعل ذلك لعدم إمكانية أو صعوبة الحصول عليه، فهذا يكون بالمعنى الحرفي مثالاً على عدم الالتزام غير المتعمد، و لكن من الناحية الأخرى، فإن اتخاذ المريض لقرار عدم صرف الوصفة الطبية يمكن أن يطلق عليه بحد ذاته اسم عدم التزام متعمد.

كما أن هناك فكرة أكثر تعقيداً تم تضمينها في "إطار مخاوف الضرورة" اقترحها هورن وزملاؤه،⁵ حيث يناقشون بأن المريض يوازن بين "التقدير الذاتي للحاجة الشخصية للعلاج (معتقدات الضرورة) مقابل المخاوف بشأن النتائج السلبية المحتملة". في التحليل التلوي أو التجميعي (meta-analysis) لـ 94 دراسة، تم التوصل إلى أن "زيادة الالتزام بالدواء كانت مرتبطة بقناعة أقوى بضرورة العلاج"، حيث كانت احتمالية وجود قناعة عالية عند المرضى الملتزمين بالعلاج أنهم بحاجة إليه أعلى بنسبة تقارب الـ 75% من المرضى غير الملتزمين بالعلاج، و كان للمرضى الملتزمين نصف احتمالية المرضى غير الملتزمين من حيث وجود مخاوف لديهم بشأن علاجهم). كما أظهر التحليل أيضاً أن تلك النتائج كانت مستقلة عن البلد الذي أجريت فيه كل دراسة و عن الطريقة المستخدمة في قياس الالتزام بالدواء.

يوفر "إطار مخاوف الضرورة" وسيلة لصنع القرار المشترك في الرعاية الصحية. تقليدياً، كانت العلاقة بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية - وخاصة الأطباء - علاقة أبوية، حيث يضع مقدمو الرعاية الصحية الخطة العلاجية و يطبقون قيمهم في اتخاذ القرارات العلاجية. و مع ذلك فقد طالب المرضى خلال العقد الماضي بعلاقة أكثر تبادلية، حيث "يتم التفاوض على الخطة العلاجية و معرفة ما عند المريض من قيم و قناعات بحيث يقوم مقدم الرعاية الصحية بدور استشاري فيما يتعلق بأهداف المريض و قراراته"،⁶ و قد تم تبني مفهوم المشاركة في اتخاذ القرار بحماس في أمريكا الشمالية و العديد من الدول الأوروبية،⁷ و هذا المفهوم المتعلق بالدور الاستشاري ينسجم مع روح الممارسة في صيدلية المجتمع، و من الواضح أن تطبيقه مع المرضى المسنين الذين يعانون من ضعف في القدرات الإدراكية محدد بعض الشيء، و مع ذلك، فإن مشاركة المرضى الواعين في اتخاذ القرار من المرجح أن يعزز استقلاليتهم و فعاليتهم الذاتية، أي تحسين دافعيتهم و قدرتهم على تقييم بيتهم و التحكم بها و اتخاذ القرارات المناسبة المتعلقة برفاهم و تنفيذها. قد لا تشمل المشاركة في صنع القرار للمريض فحسب، بل أيضاً مقدم الرعاية للمريض.

2.1.5 الالتزام بالدواء في حالات مرضية محددة

تختلف أهمية الالتزام بالدواء حسب الأدوية المختلفة و الحالة المرضية، و تحدد العديد من الدراسات التجريبية (وليس جميعها) مستوى مقبولاً من الالتزام بالدواء، مثل أخذ الأدوية الصحيحة بشكل صحيح في أكثر من 80% من الجرعات.⁸

و مع ذلك، فبالنسبة للأدوية التي لها تأثير وقائي أو فسيولوجي حاسم، فقد يؤدي فقدان جرعة واحدة إلى زيادة خطر حدوث مشكلة حادة أو تفاقم حالة المريض، كما أن فقدان جرعة واحدة قد يؤدي إلى سلسلة من الجرعات الضائعة و فشل العلاج الناتج عن ذلك. تعد الأدوية التنفسية التي تؤخذ عن طريق الاستنشاق لعلاج الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن مثالاً مهماً في هذا الصدد، فالالتزام الصارم بالعلاج الموصى به أمر أساسي لفعالية هذه الأدوية، و الالتزام هنا لا يشير فقط إلى الجرعة الصحيحة و عدد مرات تناولها، و لكن أيضاً إلى تقنية الاستنشاق الصحيحة باستمرار.⁹

في حالات أخرى فإنه من غير المحتمل أن يكون فقدان جرعة واحدة مصدر قلق مهم، ومع ذلك فقد يصبح المرضى الملتزمون بالعلاج بدقة قلقين عندما يدركون أنهم قد فاتهم تناول جرعة، وقد يكون من المفيد أن يتمكن هؤلاء المرضى من طلب المشورة من الصيدلي أو من الطبيب، بحيث يمكن استغلال مثل هذه اللقاءات لتعزيز أهمية الالتزام بالدواء.

2.2 مهام ومسؤوليات الصيدلية

في معظم البلدان، تعمل صيدلية المجتمع في سياق تجارة التجزئة، بحيث تكون منفصلة مادياً وتنظيمياً ومالياً عن مقدمي الرعاية الصحية المرخصين لوصف الأدوية. الغالبية العظمى ممن يصفون الدواء هم من الأطباء الممارسين؛ أما الآخرون فهم الممرضات والصيدلة وإخصائيو فحص النظر، ويتم تحديد نطاق الأدوية التي يصرح لمقدمي الرعاية الصحية وصفها من خلال نطاق ممارستهم المهنية، وغالباً ما يُطلب من الممرضات في المناطق الريفية والنائية تولى دور الواصف للعلاج، ويتم منحهم الترخيص لذلك، حيث يندر توفر مقدمي رعاية صحية آخرين.

اشتملت التجارب المعشاة (randomized trials) عن الصيدلة واصفي الأدوية على تعاون الطبيب والصيدلاني¹⁰ أو مجموعات من صيدلة المجتمع والتمريض،¹¹ وتابعت تلك الدراسات قياسات ضغط الدم لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم أو مرضى السكري الذين لديهم ارتفاع في ضغط الدم، حيث أظهرت المجموعات التي قامت بالتدخل التدخل من خلال صيدلي واصف للعلاج انخفاضات أكبر في ضغط الدم من المجموعات الضابطة أو المرجعية، علماً أن قيام الصيدلي بوصف الدواء يتطلب تراخيص خاصة.

وعلى الرغم من ترخيصهم لوصف بعض الأدوية في بعض المواقع، فإن الدور الرئيس للصيدلة في التسلسل الوارد في القسم 2.1.2 هو تحضير و صرف الأدوية الموصوفة، وإدارة عملية تحضير و صرف الأدوية لديها بحد ذاتها العديد من المكونات كما هو مذكور أدناه، ومفصل أكثر في الفصل 3.

- التأكد من توافر الصيدلية على الأدوية المطلوبة أو الوصول إليها و تخزينها بشكل صحيح و أن تكون ضمن تواريخ الصلاحية، بالإضافة إلى مطابقتها لشروط تسجيل الدواء.
- استقبال الوصفة الطبية، و ذلك بتسلمها باليد (عادة بواسطة المريض أو مقدم الرعاية) أو إلكترونياً.
- تفسير الوصفة الطبية فيما يتعلق باسم الدواء و تركيبته و عياراته أو تركيزه، بالإضافة إلى معرفة الكمية الواجب صرفها و توصيات الواصف من حيث الجرعة و عدد المرات و أية تعليمات لتناول الدواء.
- التحقق من أن هذه المعايير تتفق مع الدواء.
- التحقق من أن الوصفة الطبية تتوافق مع ما يعرفه الصيدلي عن العلاج الحالي للمريض الحديث، فيما يتعلق بالجرعة و اسم الدواء و تركيبته و شكله الصيدلاني.
- التحقق من التفاعلات مع الأدوية الأخرى التي يأخذها المريض.

- تجهيز عبوة الدواء أو إعادة تعبئتها بشكل يساعد المريض على تناوله مع الأدوية الأخرى التي يأخذها المريض.
- التوضيح للمريض و/ أو مقدم الرعاية استطببات الدواء و تأثيره و الآثار الجانبية الشائعة (خاصة المهمة و التي يجب التحذير منها)، و الترتيبات الخاصة بالحصول على كميات إضافية قبل استهلاك الكمية المصروفة بالكامل.
- الإجابة على أي أسئلة من المريض و/ أو مقدم الرعاية.

وبالتالي، فيما يتعلق بتحضير و صرف الدواء فإن لدى الصيدلي فرصة للتواصل المباشر مع المريض و/ أو مقدم الرعاية، و بذلك يمكن تقييم احتياجات و رغبات المريض و توفير التعليم له في الوقت المناسب؛ و قد ثبت أن هذا يعزز الالتزام بالدواء (انظر القسم 3.4). إن صفات و خصائص المريض و رغباته هي محددات هامة لما يتم صرفه فعلياً، فهل سيحدث تشويش لدى المريض بسبب استبدال الدواء باسم جديد من نفس النوع أو تغيير في مظهر الدواء الذي سبق له تناوله؟ هل لدى المريض تفضيل لتناول الأقراص أم الكبسولات؟ هل يعاني المريض من ضعف النظر مما يستلزم طباعة الملصق بخط كبير؟ هل يعاني المريض من ضعف معين مما يسبب صعوبة في فتح العبوة؟ رداً على هذه الأسئلة، قد يمتلك الصيدلاني أو لا يمتلك المرونة في اختيار المنتج الذي سيتم صرفه، فعلى سبيل المثال قد يكون الصيدلي قادراً على الاختيار بين الأدوية الجنيسة، و أيضاً بين المستحضرات المختلفة في عبواتها.

إذاً، يتم تعزيز الالتزام بالدواء عن طريق التواصل الفعال بين الواصف و المريض و بين الصيدلي و المريض (أو مقدم الرعاية) في وقت صرف الدواء، و من المثبت أن العلاقة الضعيفة بين الواصف و المريض تؤثر سلباً على الالتزام بالدواء،¹² و أن العاملين في المجال الصحي يمكنهم التأثير بشكل إيجابي على درجة الالتزام.¹³ و عادة ما يختلف التواصل من حيث الدرجة و المحتوى إذا كان المريض يتناول الدواء للمرة الأولى مع لو كانت الوصفة الطبية مكررة، و مع ذلك، فمن الملاحظ أن الصيدلي لا يستطيع في كثير من الأحيان الوصول حتى إلى المعلومات السريرية الأساسية المتعلقة بالمريض صاحب الوصفة الطبية، مثل التشخيص و الأمراض أو المشاكل الصحية الأخرى، و قد لا يكون لديه معلومات

عن الأدوية الأخرى الموصوفة لذلك المريض ما لم يتم صرفها في نفس الصيدلية، ومن الجدير بالذكر أيضًا أن الصيدلي والواصف لا يتواصلان بشكل روتيني إلا من خلال الوصفة المكتوبة. كل هذه العوامل تحد من نطاق الدور الاستشاري للصيدلي.

توفر السجلات الصحية الشاملة (أو السجلات الصحية الإلكترونية) و السجلات الصيدلانية آلية لتحسين الالتزام بالدواء وتعزيز سلامة الدواء من خلال منح الصيدلة إمكانية الوصول الشامل إلى معلومات الأدوية الخاصة بالمرضى، حيث كان لفرنسا زيادة تطورها في عام 2007 عندما وفر قانون الصحة العامة الفرنسي الأساس القانوني لإنشاء الملف الصيدلاني "Dossier Pharmaceutique" (DP)، والذي يدرج جميع الأدوية التي تم صرفها للمريض في أية صيدلية مجتمع فرنسية خلال الأربعة أشهر السابقة، بما في ذلك الأدوية بدون وصفة، ويجب على كل صيدلية تقديم هذه الخدمة، علمًا أن إنشاء DP يتم فقط بموافقة المريض، كما يمكن للمرضى التراجع عن تلك الموافقة في أي وقت.

يتم جمع البيانات في موقع صرف الدواء وتخزينها في سيرفر (خادم) آمن ومركزي، ويحق فقط للصيدلة ومن يسمح لهم القانون صرف الدواء أن يصلوا إلى البيانات، وبحلول أيار (مايو) 2014 قامت 22،297 صيدلية مجتمع فرنسية - أي ما يقرب من 99٪ من جميع صيدليات المجتمع في فرنسا - بتشغيل نظام DP حيث تم إنشاء حوالي 32 مليون سجل صيدلاني.¹⁴

2.3 مقاييس الالتزام بالدواء

من المهم تقدير مدى الالتزام بالدواء، والفشل في معرفة ما إذا كان المريض ملتزمًا بنظام العلاج أم لا ولأي درجة يصل ذلك الالتزام قد يؤدي إلى افتراض أن الدواء الفعال (في الحقيقة) هو غير فعال، وبالتالي يقوم من يصفون الدواء بإجراء تغييرات غير ضرورية، بما في ذلك الزيادات التي يحتمل أن تكون خطيرة في مستوى الجرعات أو مرات تناول الجرعات.¹⁵

من حيث المبدأ، يمكن قياس الالتزام بالدواء أو مراقبته إما بشكل مباشر أو غير مباشر.

تتضمن الطرق المباشرة قياس مستويات الدواء أو المستقلب في الأنسجة أو سوائل الجسم (في العادة الدم أو البول أو اللعاب)، وهذه الطرق مضمونة ولكنها تصلح فقط لتلك الأدوية أو المستقلبات التي يمكن قياسها بشكل عملي، كما أنها تتطلب أخذ عينات وقد تكون مكلفة، وتوفر معلومات محدودة حول نمط الالتزام بالدواء، والذي عادة ما يعكس الاستخدام الحديث فقط للدواء.¹⁵

تتضمن الطرق غير المباشرة ما يلي:

- استخدام قواعد بيانات الوصفات الطبية لحساب المؤشرات المختلفة على أساس الفترات الزمنية بين إعادة صرف الوصفات، وقد تم تحديد العديد من هذه المؤشرات.¹⁵
- استخدام أجهزة تغليف الكترونية للأدوية، تكون مصممة لرصد الالتزام بتناول الدواء وتذكير المرضى بأخذ الجرعة التالية، وتناقش كذلك في القسم 3.7.
- "تعداد الحبوب"، وتشمل عمليات تفتيش أو مراجعة دورية لعبوات الأدوية للتأكد من أعداد الأقراص أو الكبسولات المأخوذة والتي يفترض أنها قد استهلكت.
- لتقارير الذاتية للمرضى، أو تقارير مقدمي الرعاية، والتي يتم تجميعها من خلال المقابلات الشخصية أو اليوميات أو الاستبيانات أو عبر الإنترنت، وقد يكون للمرضى ومقدمي الرعاية توقعات أو ملاحظات مختلفة حول مدى الالتزام بالدواء.¹²

معظم أساليب قياس الالتزام بالدواء هي أكثر ملاءمة للدراسات البحثية أو التقييمية منها من المراقبة الروتينية وتعزيز الالتزام. يستخدم الباحثون مجموعة متنوعة من الأساليب والمؤشرات، ولا يوجد هناك منهج موحد لقياس الالتزام بالدواء، وكنتيجه لذلك، فإنه غالبًا ما يكون من المستحيل مقارنة نتائج الدراسات المختلفة وتوليف نتائجها في المراجعات المنهجية (systematic reviews)، كما أن التحليلات التجميعية تكون غير مجدوية.⁸

ومع ذلك، يمكن في كثير من الأحيان الحصول على معلومات عملية عن نمط التزام المريض بالدواء من قبل الواصف أو الصيدلي، فعندما يكون لدى المريض علاقة جيدة مع الواصف و/ أو الصيدلاني، يمكن أن يؤدي تسلسل الأسئلة المدروس بعناية إلى نقاش مفيد يكشف عن ثغرات في الالتزام بالدواء ويساعد بشكل كبير في تحديد مشاكل المتعلقة بالدواء القابلة للحل.¹⁶

2.4 المراجع

1. Vallin J, Meslé F. The segmented trend line of highest life expectancies. *Population and Development Review* 2009;35: 159–82.
2. Freedman VA, Agree EM, Martin LG, et al. Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992–2001. *The Gerontologist* 2006;46: 124–7.

3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva, WHO, 2003.
4. Mukhtar O, Weinman J, Jackson SHD. Intentional non-adherence to medications by older adults. *Drugs & Aging* 2014;31:149–57.
5. Horne R, Chapman SCE, Parham R, et al. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One* 2013;8(12):e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>.
6. Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice. In: Edwards A, Elwyn G (eds). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford, Oxford University Press, 2009, pp3–10.
7. Coulter A. What's happening around the world? In: Edwards A, Elwyn G (eds). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford, Oxford University Press, 2009, pp160–3
8. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library*, 2014; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
9. van Boven JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, et al. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *European Respiratory Journal* 2017;49(5):1700076. <https://doi.org/10.1183/13993003.00076-2017>.
10. Carter BL, Ardery G, Dawson JD, et al. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Archives of Internal Medicine* 2009;169:1996–2002.
11. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, et al, A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist and Nurse Care on Improving Blood Pressure Management in Patients With Diabetes Mellitus Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists–Hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*.2008;168(21):2355–2361. doi:10.1001/archinte.168.21.2355
12. Smith D, Lovell J, Weller C, et al. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One* 2017;12(2):e0170651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170651>.
13. Iverson MD, Vora RR, Servi ABA, et al. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and prescribers. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2011;34(2):72–81.
14. Pharmaceutical Group of the European Union. Expert Panel Opinion on the Definition of Primary Care – PGEU Response. Brussels, PGEU, 2016.
15. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, 2015; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>.
16. Usherwood T. Encouraging adherence to long-term medication. *Australian Prescriber* 2017;40:147–50.

3. خيارات لتعزيز الالتزام بالدواء

3.1 مقدمة

- تم استخدام مجموعة واسعة من الأساليب لتعزيز الالتزام بالدواء، ويمكن تجميع الطرق الرئيسية على النحو التالي:
1. السياسات والتشريعات على مستوى النظام الصحي والتي وضعت بهدف ضمان توفر الأدوية الضرورية للناس بجودة عالية، مع الدعم المناسب لتناولها والالتزام بها.
 2. تعليم وتدريب المتخصصين في الرعاية الصحية، ولا سيما أولئك المسؤولين عن وصف الأدوية و صرفها و متابعة المرضى الذين لديهم احتياج مستمر للدواء.
 3. تقديم المشورة والتثقيف للمرضى ومقدمي الرعاية لهم عن الفكرة من طريقة علاجهم والأمور المتعلقة بالدواء وأنظمة العلاج. يحدث هذا عادة في وقت صرف الأدوية، خاصة الأدوية الجديدة، ويمكن أن يحدث أيضًا عند صرف وصفة الدواء المتكرر.
 4. المتابعة بعد صرف الدواء للمرة الأولى، وذلك إما عن طريق المقابلة وجهًا لوجه أو عن طريق الهاتف، أو عن طريق فحص الأدوات المساعدة في تناول الجرعة، وهذا يعزز الالتزام بالدواء ويوفر فرصة للاستفسار عن المشكلات المتعلقة بالدواء.
 5. التخفيف من عبء الالتزام بالدواء، سواء خلال جلسات مراجعة العلاج أو في مرحلة المتابعة والنقاش مع المريض، وقد ينطوي ذلك على "إيقاف وصف دواء" للحد من تعدد الأدوية (الأدوية المتعددة - الموصوفة أو التي لا تحتاج إلى وصفة طبية)، أو تغيير جداول الجرعة، أو تغيير التركيبة أو الشكل الصيدلاني لتسهيل استخدام الدواء، وإدارة المشكلات المتعلقة به.
 6. العبوات والأدوات المساعدة في تناول الدواء، وكلاهما يجعل أخذ الدواء أسهل ويعمل كأداة تذكير مما يسهل الالتزام بالدواء، كما يمكنهم أيضًا مساعدة العاملين في المجال الصحي في مراقبة استخدام المرضى للدواء.
 7. أنظمة لتسهيل تكرار الوصفات والتزود بالدواء للاستخدام المستمر.

وقد تم استخدام واحدة أو أكثر من هذه الأساليب لتعزيز الالتزام بالدواء.

3.2 المبادرات على مستوى النظام الصحي

في جميع البلدان تقريبًا، تشكل الصيدلة جزءًا من الأنظمة الوظيفية والهيكلية التي تشكل النظام الصحي، وإجراء مراجعة تفصيلية لمبادرات النظام الصحي المتعلقة بالصيدلة هي خارج نطاق هذا التقرير، ومع ذلك، لا بد من الإشارة إلى المساهمات الرئيسية للصيدلة في السياسة الصحية والتنظيم ومدى امتثالها وغيرها من المهن الصحية للقوانين والتشريعات، وآليات تنظيم التكاليف المادية، وبشكل عام، تتمثل الأهداف الرئيسية للسياسة الصيدلانية على مستوى النظام الصحي في توفير إمدادات موثوقة من الأدوية عالية الجودة والتي تعتبر ضرورية للسكان، وتنظيم التكاليف للحكومات والخدمات الصحية والمستهلكين.

في العديد من النظم الصحية، يمتد الإطار التنظيمي ليشجع على الاستخدام الجيد للأدوية، ويشكل التشجيع على الالتزام بالدواء عنصرًا أساسيًا في ذلك.¹ هذا بالإضافة إلى أنه، ومن خلال اليقظة على جودة الأدوية المقدمة للمرضى، تساعد الصيدلة على منع بيع واستخدام الأدوية التي لا تنطبق عليها المواصفات والأدوية المزورة، والتي تفيد التقارير انتشارها بشكل خاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.²

وعلى المستوى الوطني وحتى العالمي، تتمتع الصيدلة بسجل حافل من الأنشطة التي تسلط الضوء على الكلفة الانسانية والاقتصادية لعدم الالتزام بالدواء واقتراح ترتيبات تنظيمية وتمويلية مصممة لتعزيز الالتزام بالدواء، وفي إطار شامل، من الأمثلة على ذلك برنامج الاستخدام الرشيد للأدوية (Quality Use of Medicines Programme) في أستراليا،¹ والذي كفل تخصيص الموارد الوطنية لمجموعة واسعة من الأنشطة الجارية، وبعضها مابين في الفصل 4. في إطار أكثر تحديدًا، فإن للصيدلة دور رائد في مجال علاج الربو ومرض الانسداد الرئوي

المزمّن على مستوى المهن الصحية المتعددة، ولا سيما الدعوة إلى "وضع مشكلة عدم الالتزام باستخدام أدوية الاستنشاق التنفسية في درجة أعلى في أجندة السياسة العامة" في أوروبا.³

تقدم صيدلية المجتمع مساهمة كبيرة في الرعاية الأولية على الصعيدين الإقليمي والمحلي، على الرغم من أن إمكاناتها باعتبارها جهة رئيسية للرعاية الأولية هي بالتأكيد غير مدركة بالكامل، والعائق في ذلك هو عدم وجود تكامل في النظام الصحي مما يبقي العاملين في المجالات الصحية منعزلين عن بعضهم بدلاً من تمكينهم من العمل معًا لتلبية احتياجات المريض، وبقاء ذلك الحاجز يشكل عامل توتر بين الأطباء والصيدلة، حيث يميل الأطباء إلى عدم إدراك المساهمة الكبيرة التي من الممكن أن تقدمها الصيدلية في رعاية المرضى، في حين يعتقد الصيدلة أن الأطباء "غير متقبلين لمبادرات الصيدلية".⁴

في بعض الأحيان تكون الدعوة للالتزام بالدواء نتيجة ثانوية للعناصر التنظيمية التي تهدف في المقام الأول لخدمة أهداف أخرى، فعلى سبيل المثال، تفرض العديد من الجهات التنظيمية ضوابط على من يسمح له وصف دواء معين، والاستطببات التي يمكن وصفه لها، والكمية التي يمكن صرفها، وعدد الوصفات الطبية المتكررة التي يمكن إصدارها دون مطالبة المريض بمراجعة سريرية. تهدف هذه الضوابط في المقام الأول إلى ضمان الاستخدام الآمن والمناسب للأدوية والحد من التكاليف، ولكنها قد تساعد أيضًا في تعزيز الالتزام بالدواء من خلال خلق ظروف علاجية تشرك المرضى وتسمح للمسؤولين عن صرف الدواء بالمشاركة الفاعلة في التسلسل الوارد في القسم 2.1.2، ومن الجدير بالاهتمام أيضًا أنها تتطلب إلزامية جمع وتدقيق المعلومات عن الوصفات الطبية و صرفها، وبالتالي إنشاء آلية لرصد الالتزام بالدواء على مستوى السكان.⁵

واضحةً مبدأ السلامة كهدف، تحدد الآليات التنظيمية في العديد من البلدان متطلبات الشكل والتعبئة والتغليف والكتابة على المنتج الدوائي، وكما سيتم مناقشته في القسم 3.7، فإن كلاً من شكل المستحضر وتغليفه وتعبئته ووضوح الملصقات على العبوات من زجاجات وعلب وأشرطة لها إمكانية كبيرة للتأثير على الالتزام بالدواء.

كما تعد آليات ضبط التكلفة مهمة في تعزيز الالتزام بالدواء، على الرغم من - وربما من المستغرب - أن للتكلفة تأثير أقل على الالتزام بالدواء في فئة المسنين والذين يعانون من أمراض مزمنة من غيرهم، ففي استطلاع وطني تم إجراؤه في أستراليا في عامي 2016 و 2017 سئل المشاركون: "منذ العام الماضي، هل قمت (أنت) وبسبب التكلفة بتأجيل صرف دواء موصوف أو عدم الحصول على دواء موصوف؟"، بالمجمل، أجاب 7.3% من المستطلعين ب "نعم"، ومع ذلك، أجاب عدد أقل ممن هم بعمر 65 سنة أو أكثر ب "نعم" - تراوحت النسب بين 6.5% إلى 10.4% في أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64، ومن 2.0 إلى 2.8% في أولئك الذين هم بعمر 65 سنة أو أكثر، بالإضافة إلى ذلك، قال عدد أقل من أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة "نعم" - 4.5% من أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، مقابل 8.9% من الآخرين.⁶ كما أظهرت مراجعة منهجية وتحليل تجميحي في عينات من المرضى المؤمنين للعلاج في القطاع العام وبمتوسط عمر 72 سنة وجود زيادة كبيرة في عدم الالتزام بالأدوية التي كان مطلوبًا منهم المشاركة في تحمل تكلفتها.⁷

3.3 تثقيف وتدريب العاملين في المجال الصحي

بديهياً يبدو أنه المرجح أن العاملين في مجال الصحة ومن لديهم دور في التسلسل المبين في القسم 2.1.2، ولا سيما الصيدلة، سيكونون أكثر فاعلية في تحسين الالتزام بالدواء عند المرضى المسنين إذا غطت برامجهم التعليمية المشاكل المتعلقة بالالتزام والتقنيات اللازمة لتعزيزه.⁸ وبينما تختلف المناهج الحديثة في الصيدلة في تصميمها وهيكلها، فهي تصدى بثبات للمجالات الأساسية الثلاث للتعلم التي سادت لعدة عقود: المجال الإدراكي، والذي يغطي المهارات العقلية والمعرفة؛ والمجال العاطفي، والمرتببط بالسلوك؛ والمجال الحركي، ويشمل المهارات اليدوية والحركية.⁹

بشكل عام، تتضمن مناهج الصيدلة في مراحل الدراسة الجامعية والدراسات العليا محاضرات ودروساً توضيحية وتطبيقات حول أخذ التاريخ الدوائي للمريض، ويتاح للطلاب فرصة لاكتساب خبرة مباشرة في أخذ التاريخ الدوائي والذي يغطي التأثيرات والتفاعلات لكل من الأدوية الموصوفة والأدوية بدون وصفة طبية، بالإضافة إلى الأعراض الجانبية والحساسية.

ومع ذلك، لا يتم تدريب طلاب الصيدلة عادةً على أخذ التاريخ المرضي، وهو أحد المهارات الرئيسية التي يتم تدريسها لطلاب الطب، ومن شأن التعاون في التعلم بين المهن الذي يشارك فيه طلاب الطب والصيدلة أن يمنح كلا الفريقين خبرة أخذ التاريخ الطبي المرضي والتاريخ الدوائي.

كما تتناول مناهج الصيدلة الجامعية التعليم والتدريب على مبادئ تقديم المشورة وتثقيف المرضى فيما يتعلق باستخدام الأدوية والالتزام بها، سواء بشكل عام أو فيما يتعلق بمجموعة واسعة من الحالات الصحية والأمراض.

عادة ما يعطى التدريب المخصص لتقديم المشورة وتوعية المرضى كمساق في مرحلة الدراسات العليا أو كجزء من دورة التطوير المهني المستمر خارج إطار الدراسة الجامعية، وفي حين أن التقييمات المنشورة حول التدخلات الصيدلانية لتعزيز الالتزام بالدواء تذكر أحياناً التدريب الصيدلاني، فإنه نادراً ما يتوفر معلومات مفصلة عن ذلك التدريب، مع أنه من الملاحظ وفرة المعلومات المفصلة في التقارير عن الخدمات الدوائية الجديدة والمراجعات المنزلية للأدوية والخدمات المستهدفة لحالات مرضية معينة مثل ارتفاع ضغط الدم.

تم تناول أحد النماذج والتي تتعلق بتدريب الصيادلة على تقديم الخدمات المستهدفة في دراسة أسترالية، شكلت فيها نظرية التعلم الاجتماعي الأساس النظري لبرنامج التدريب، والذي تضمن توفير دليل القراءة الذاتية والمحاضرات وورش العمل، ودراسة الحالات المرضية وتقييم الكفاءة التي تغطي تطبيق المعرفة والمهارات السريرية. قدمت تلك الدراسة تفاصيل عن برنامج تدريب لإعداد الصيادلة لتقديم الخدمات التي تستهدف الالتزام بالدواء لعلاج ارتفاع ضغط الدم، ونوهت هذه الدراسة بالتحسن في قدرة الصيادلة وثقتهم، ومع ذلك، لم يتم تقييم مدى التغيير في الالتزام بالدواء تحديداً وفي نتائج المرضى.¹⁰

ركز تقييم التدريب الخاص بالصيادلة المؤهلين على حالات محددة، وخاصة ارتفاع ضغط الدم، وشملت نتائج التقييم مدى رضا الصيادلة عن التدريب والالتزام والنتائج الصحية مثل التغييرات في ضغط الدم.

فيما يتعلق بالنتائج الصحية، أظهرت تجربة منضبطة معشاة (randomised controlled trial)¹¹ عن "الرعاية الصيدلانية المعززة" التي يقدمها صيادلة معتمدون لوصف الأدوية الخافضة للضغط تأثيراً مفيداً على ضغط الدم الانقباضي للمرضى؛ حيث كان المرضى من سكان الريف، ولم تتفقد الدراسة بفئة المسنين العمرية.¹²

3.4 تقديم المشورة والتعليم للمرضى ومقدمي الرعاية لهم

3.4.1 نظرة عامة

في واقع الأمر، فإن المرضى أنفسهم هم من يحددون ما إذا كانوا يتبعون "التوصيات المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية" بشأن استخدام الأدوية، ولأي درجة، ويتأثر سلوكهم بشكل كبير بأفراد أسرهم أو بمقدمي الرعاية لهم، ويترتب على ذلك أن أية فرصة لتقديم المشورة والتعليم للمرضى ومن حولهم تنطوي على إمكانات كبيرة لتحسين فهمهم الخاص لأوضاعهم الصحية وعلاجهم والالتزام بذلك.

إن الشرح للمريض والحوار معه في وقت صرف الوصفات الطبية سواء الجديدة أو المعادة هي مسؤوليات صيدلانية طبيعية ومعترف بها عالمياً، ومن خلال تقديم الاستشارة الصيدلانية، من الممكن للصيادلة أن:¹³

- يطلب من المريض التعبير عن ما يقلقه بشأن الأدوية وأيضا عن قناعاته وتفضيلاته
- يقيم الالتزام بالدواء
- يقيم استخدام أدوات تناول ومتابعة العلاج، وتقديم التعليم والتوجيه حسب الضرورة
- يحاول إيجاد حل لأي مشكلة مرتبطة بالدواء
- يشرح علاج الحالة الصحية
- يشرح عوامل نمط الحياة التي قد تؤثر على كل من استخدام الأدوية والحالة الصحية، مثل التدخين وتناول الكحول
- يناقش في أية صعوبات تتعلق بالحصول على الأدوية واستخدامها وتخزينها
- يتحدث عن الشكل الصيدلاني للدواء واحتمالية أن يكون التغيير (على سبيل المثال، من أقراص إلى شراب) مفيداً
- يحصل على تاريخ استخدام الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والتي يستخدمها المريض، بما في ذلك المكملات العلاجية، ويشرح عن أي آثار جانبية محتملة وتفاعلات
- ينشئ ملفاً لحالة المريض وعلاجاته ويضع خطة عمل لأية إجراءات تنشأ عن الاستشارة
- يقدم المعلومات المكتوبة (مثل نشرة الدواء) بالشكل المناسب
- يراجع أية قياسات سريرية متوفرة قد تعكس الالتزام بالدواء (على سبيل المثال، هيموجلوبين HbA1C ومستويات الجلوكوز في الدم للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري)

النقطة الأولى - مطالبة المريض التعبير عن ما يقلقه بشأن الأدوية وأيضا عن قناعاته وتفضيلاته - ترفع المريض من أن يكون دوره سلبيًا إلى علاقة شراكة مع من يصف الدواء ومن يصرفه، وتستند الشراكة إلى أن يكون التواصل بالاتجاهين بدلاً من التعامل مع المريض كمتلق سلبي لمشورة وقرارات مقدمي الرعاية الصحية، ويعد هذا النهج جزءاً من التوافق ويمكن أن يؤدي إلى تحسين الالتزام بالأدوية. تشمل التدخلات المقترحة لتعزيز الشراكة على تشجيع المرضى، عن طريق الإعلانات، على طرح الأسئلة على الصيدلي، ومع ذلك، فقد ثبت أن التدخلات التي تستهدف الصيادلة لها تأثير إيجابي أكبر على التزام المرضى بالدواء من تلك التي تستهدف المرضى أنفسهم، وتتضمن هذه التدخلات مقابلات مدروسة أو نماذج أسئلة لمساعدة الصيادلة على تحديد طبيعة المشاكل المتعلقة بالأدوية فيما يتعلق بأمراض مثل الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) وارتفاع ضغط الدم.¹⁴

3.4.2 حالات صحية محددة

تم تقييم نماذج مختلفة من المشورة والتعليم معظمها يتعلق بحالات طبية محددة أو مجموعات من الحالات، وفيما يلي بعض الأمثلة التوضيحية.

مرض الزهايمر

قيمت دراسة يابانية خدمة بقيادة صيدلانية لتحسين الالتزام بعلاج دونبزيل (donepezil) من خلال إعطاء معلومات للمرضى وعائلاتهم حول مرض الزهايمر وأهمية العلاج الدوائي الثابت، حيث أحيل المرضى إلى الخدمة من قبل الطبيب مقدم الرعاية الأولية، و تم تزويد الصيدلي الاستشاري بالبيانات السريرية والوظيفية عن كل مريض مشارك، ومن ثم التقى بالمرضى وأفراد أسرهم. شمل عملية التعليم على معلومات عن كيفية حفظ و تناول الدواء وتأثيرات دواء donepezil بما في ذلك التأخر في ظهور تلك التأثيرات، وطبيعة عمله في تحسين الأعراض و/ أو تأخير تقدمها، وفوائد وجود مقدمي الرعاية، كما تم إعطاء استشارة صيدلانية ثانية بعد أربعة أسابيع من الأولى. تم إدخال جميع مستخدمي donepezil في مقارنة غير متزامنة من المرضى الذين بدأوا العلاج به قبل و بعد تقديم الخدمة، فكان معدل الاستمرارية بتناول الدواء لسنة واحدة بين المرضى الذين تلقوا هذه الخدمة 73% مقارنة بـ 49% بين أولئك الذين لم يتلقوا هذه الخدمة.¹⁵

الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن

في سياق الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن، لا يعتبر الالتزام فقط تناول أو استخدام الأدوية الموصوفة، ولكن أيضا اتباع التقنية الصحيحة لاستخدام أجهزة الاستنشاق (مثل البخاخات). يضيف البخاخ تعقيداً لعملية تحسين الالتزام بعلاجات الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن، فقد وجدت دراسة مراجعة منهجية للأخطاء في استخدام أجهزة الاستنشاق أن تقنية الاستنشاق كانت غير صحيحة في ما يقرب من الثلث عند أكثر من 59500 اختبار ملاحظ للتقنية الموصوفة، وذلك في 144 بحثاً منشوراً، وأن معدل انتشار التقنية غير الصحيحة للاستنشاق لم يتحسن بدرجة كبيرة على مدار 40 عامًا،¹⁶ ويشير الباحثون إلى احتمالية تلقي المرضى لتعليمات غير كافية من الشخص المسؤول عن إرشادهم، كما يؤكد الباحثون على المكونات المقبولة لتعليم المريض - وهي التوجيه الدقيق مع العرض (الشرح العملي) و ملاحظة الأداء، و تكرار التعليم، و المطابقة الفردية لأجهزة الاستنشاق و المريض (ممكّن من خلال اختيار النوع الملائم من أجهزة الاستنشاق أو البخاخات المتنوعة)، و استخدام الفيديو للتوجيه، و كذلك المساعدة عن طريق الحاسوب أو المواد المكتوبة. لم تركز المراجعة المنهجية على أية فئة عمرية محددة، مع أن التحليل الاحصائي تم بشكل منفصل للأطفال، ولم تسلط الضوء على دور الصيدلة في التعليم المقترح للمريض، ومع ذلك، فمن الواضح أن المشكلة تنطبق على جميع الفئات العمرية للبالغين، وربما بدرجة أكثر لدى المسنين، كما أن الصيادلة الذين يصرفون أجهزة الاستنشاق يجب عليهم أن يعلموا و يتابعوا تقنية الاستنشاق لدى المرضى. كما لوحظ في القسم 2.1.5، حظيت الدعوة إلى وضع مشكلة عدم الالتزام باستخدام الأدوية التنفسية في درجة أعلى في جدول أعمال السياسة العامة باهتمام في الاتحاد الأوروبي.³

أمراض القلب و الأوعية الدموية

أبرزت دراسة نوعية لاستكشاف تصورات الصيادلة بشأن مشاركتهم في دعم المرضى المصابين بأمراض القلب و الأوعية الدموية بأن نطاق ممارستهم يشمل تقديم المشورة للمرضى حول وضعهم الصحي، و تعديل نمط الحياة، و التخفيف من عوامل الخطر المرضية، بالإضافة إلى تقديم المشورة بشأن الأدوية و الالتزام بها، و اعتبرت غالبية صيادلة المجتمع الـ 21 المشاركين في الاجتماع أن لديهم معرفة كافية عن أمراض القلب و الأوعية الدموية للقيام بما ذكر نحو صحيح، و مع ذلك، فقد أعرب أولئك الذين قدموا مستوى أعلى من الرعاية عن اهتمامهم بإمكانية التخصص و الاعتمادية للخدمات الصيدلانية فيما يتعلق بأمراض القلب و الأوعية الدموية.⁴ غالبًا ما يرتبط مرض القلب و الأوعية الدموية عند المسنين بالضعف الإدراكي، و كما هو مذكور في القسم 2.1.3 لا يتم الانتباه لضعف الإدراك في كثير من الأحيان، و على سبيل المثال وجدت دراسة أجريت على 251 من المحاربين القدامى في العيادات الخارجية في الولايات المتحدة الأمريكية و الذين يعانون من قصور في القلب ارتفاعاً مدهشاً في معدل انتشار ضعف الإدراك غير المشخص وصل إلى 58%، و أن ضعف القدرات الإدراكية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بضعف الالتزام بالأدوية،¹⁷ مما يشير هذا إلى الحاجة لملاحظة ضعف الإدراك من قبل الصيادلة على وجه الخصوص عند تقديم المشورة و التعليم للمرضى، و يعزز من أهمية إشراك مقدمي الرعاية للمرضى.

الاكتئاب

إن المرضى الذين يتناولون أدوية مضادة للاكتئاب لديهم نسبة عالية من مشاكل عدم الالتزام، و في هذه الحالة فإن للمشورة الصيدلانية القدرة على تحسين ذلك الالتزام. في دراسة عن ممارسات الاستشارة الصيدلانية، تم استخدام مرضى لمحاكاة ثلاثة سيناريوهات: مريض متردد في بدء العلاج و يتلقى مضاد للاكتئاب لأول مرة؛ و مريض يلمس عدم وجود تأثير للدواء بعد أسبوعين من بدء مضاد الاكتئاب؛ و مريض ثالث يرغب في التوقف عن مضادات الاكتئاب بعد ثلاثة أشهر بسبب التحسن. خلصت الدراسة إلى أنه على الرغم من أن الصيادلة قد قدموا معلومات عن المخاطر و المنافع، إلا أن تغطيتهم للقضايا المتعلقة بالالتزام بالدواء لم تكن كاملة.¹⁸

مرض السكري النوع الثاني

في دراسة مراجعة منهجية في عام 2015 عن الالتزام بكل من ادوية علاج السكري التي تؤخذ فمويًا و الأنسولين، تم تحديد 52 دراسة استوفت معايير الاشتغال، و بشكل عام فقد كانت النتائج غير متسقة، مع وجود بعض التدخلات المتقاربة و التي أعطت نتائج معاكسة لنتائج الالتزام بالدواء المقاس بطرق مماثلة - على سبيل المثال، التدخلات من خلال التعليم المستمر، و الرسائل النصية للمتابعة على أساس مستويات الجلوكوز في الدم، و خطط الرعاية المقدمة من قبل الصيدلي.¹⁹ في ضوء النتائج العالية نسبياً من عدم الالتزام بالأدوية المضادة لمرض السكر، و مع أهمية السيطرة على مرض السكري، فإن الدليل المكتوب و المفصل متاح للصيادلة لتقديم الدعم للمرضى الذين يعانون من مرض السكري.¹³

ارتفاع ضغط الدم

تم إجراء دراسة تقييمية حول نتيجة الالتزام بأدوية ضغط الدم قبل وبعد التدخل المقدم من قبل صيدلية المجتمع في المناطق الريفية في مونتانا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أظهرت الدراسة زيادة في الالتزام بالدواء من 73% إلى 89%. تألف التدخل من استشارات قصيرة وتوفير المواد التعليمية المعتمدة لذلك المرض، وتلقت الصيدليات المشاركة تمويلًا لتوفير برنامج التدخل وضمان توافق الوصفات الطبية الصادرة عن الأطباء وتوفير التغذية الراجعة لهم.²⁰

اضطرابات الالتهابات المناعية (Immune-mediated inflammatory disorders)

في دراسة مراجعة منهجية للتدخلات بهدف تحسين الالتزام بالدواء عند المرضى الذين يعانون من اضطرابات مناعية وتشمل دراسات عن مرضى العيادات الخارجية البالغين المصابين بالصدفية والتهاب المفاصل الصدفي، ومرض كرون، والتهاب القولون التقرحي، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والتهاب الفقرات (spondyloarthritis)، والتصلب اللويحي المتعدد (multiple sclerosis)، تم تحديد ما مجموعه 1538 استهدافًا، حققت من بينها 15 دراسة لمعايير الاشتغال. تضمنت التدخلات الواردة في هذه الدراسات ما يلي: (1) التدخلات التعليمية، والتي تشمل المعرفة بالمرض وآليات عمل الدواء والفوائد والآثار الجانبية للأدوية الموصوفة، وعواقب عدم الالتزام بالعلاج؛ (2) التدخلات السلوكية، وكيفية تعزيز و/أو تحسين الالتزام بالدواء من خلال وسائل التذكير والمقابلات التحفيزية؛ (3) التدخلات السلوكية الإدراكية، والمصممة لتغيير أنماط التفكير أو السلوك للمساعدة على الالتزام بالدواء؛ و (4) تدخلات متعددة الجوانب، تجمع بين أي من (1) إلى (3). و عموماً، خلصت النتائج بأن التدخلات متعددة المكونات كانت فعالة في تحسين الالتزام في معظم تلك الاضطرابات.²¹

هشاشة العظام

تم التوصل إلى إمكانية الوقاية من الاعتلالات والوفيات المرتبطة بترقق العظام عن طريق العلاج الدوائي منذ أكثر من عقدين،²² وقد ركزت دراسة مع مجموعة نقاش مكونة من مرضى يعانون من هشاشة العظام على تجربة المرضى مع الأطباء، ومع ذلك فقد ذكرت أن العوامل التي تؤثر على الالتزام بعلاج هشاشة العظام تشمل نقص المعرفة عن هشاشة العظام وصعوبة التعامل مع الأدوية أو عدم تذكر أخذها. بعض الحلول المقترحة، والتي شملت المساعدة في تناول جرعات الدواء والتثقيف المقدم للمرضى من قبل مقدمي الرعاية الصحية من غير الأطباء، هي بلا شك ضمن نطاق ممارسة الصيدلي في عملية صرف الدواء.²³ كما سلطت دراسة مراجعة منهجية الضوء على الحاجة إلى أن يشارك الصيدلاني في تقديم المشورة للمرضى فيما يخص المدة المثلى للعلاج وأهمية اتباع توصيات أدلة الممارسة السريرية في حالة أخذ المريض لـ "إجازة من الدواء" مع المراقبة وإعادة التقييم عند البدء بالعلاج من جديد.²⁴

3.4.3 مشاركة المرضى

بشكل عام، تم تصميم التدخلات التعليمية (أو التثقيفية) لزيادة الكفاءة الذاتية للمرضى وتحسين فهمهم لحالتهم وأدويتهم، حيث تزداد فعالية تعليم المرضى عادةً إذا أُتيح لهم فرصة المشاركة في قرارات معالجتهم والأدوية الخاصة بهم، ومن خلال المراقبة الذاتية.

في دراسة مراجعة منهجية نشرت حديثاً حول التدخلات لتحسين الالتزام بالدواء بين المرضى الذين تبلغ أعمارهم أكثر من 65 عامًا مع ضعف في القدرة الإدراكية ويعيشون في المجتمع (أي خارج دور المسنين ومراكز الرعاية)، تم تحديد دراستين تقيمان التدخلات التعليمية، حيث اشتملت التدخلات على تقديم معلومات شفوية أو كتابية أو مرئية، أو مزيجًا منها.²⁵ أظهرت كلتا الدراستان وجود ارتباط بين البرامج التعليمية والتحسين في الالتزام بالدواء.^{26، 15}

في الغالب يتم تقديم التثقيف للمرضى عبر التواصل بالكلام بين الواصف و/أو من يصرف الدواء والمريض، وغالبًا ما يتم استكمال ذلك التواصل بمواد مكتوبة، وقد تم تقييم أشكال التواصل الأخرى وتقنيات الوسائط المتعددة التي تستخدم أكثر من طريقة واحدة على نطاق واسع، وهي تشمل خليطًا من (1) النص، والرسومات الثابتة، والصور الفوتوغرافية أو الرسوم البيانية، (2) الفيديو والرسوم المتحركة، و (ج) الصوت. تتمثل المزايا المتوقعة لاستخدام وسائط متعددة في برامج تعليم المرضى فيما يلي:

- يجد المرضى الذين لم ينالوا قسطًا كافيًا من التعليم فرصة أسهل للوصول إلى تقنيات الوسائط المتعددة أكثر من الوسائل التقليدية سواءً كانت منطوقة أو مكتوبة.²⁷
- عندما يكون هناك حاجز لغوي محسوس، فإنه بالإمكان ترجمة المواد متعددة الوسائط بسهولة أكبر من العثور على خدمات الترجمة الشفهية للاستشارة الفردية.
- يمكن تلقي المعلومات بالوتيرة التي يفضلها المريض، على عكس التواصل بالكلام.
- يمكن تكرار المعلومات عند الطلب.
- إن منصات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة والتي يمكن استخدامها لتوصيل التعليم للمرضى هي أجهزة محمولة و/أو يمكن الوصول إليها بواسطة الإنترنت، مما يسمح للمرضى ومقدمي الرعاية لهم بالوصول إلى المعلومة في الوقت والمكان المطلوب، وبتكلفة منخفضة.
- يمكن تعديل المعلومات أو تخصيصها لتلبية الاحتياجات الخاصة لكل مريض على حده.

على الرغم من كل هذه المزايا المحتملة، فإن دراسات المراجعة المنهجية لم تجد اختلافًا في التأثير على الالتزام بالدواء بين التعليم متعدد الوسائط والرعاية المعتادة أو حتى عدم تقديم الخدمة للمرضى، وقد تم الاستناد في ذلك إلى دليل متوسط القوة من الدراستين (شملتتا

4552 شخصًا) الذين فحصنا الالتزام بالدواء كنتاج، من بين 24 دراسة استوفت معايير الاشتمال في المراجعة المنهجية، وعلى الرغم من أن الدراسات الـ 24 كانت قد ركزت على المبادرات التعليمية، فإن التدخلات التي قمن بتقييمها تضمنت مكونات أخرى، مثل تقديم المشورة والعلاج السلوكي المعرفي وأشكال الدعم الأخرى، علمًا بأن تأثير تعدد الوسائط على النتائج لا يمكن فصله عن تأثيرات هذه المكونات. في المحصلة، كانت المعلومات عن تنوع وجودة التدخلات غير كافية، ولم يكن من الممكن توحيد البيانات وذلك بسبب الدرجة الكبيرة من عدم التجانس في المقارنات المستخدمة والنتائج المقاسة.²⁸

3.4.4. تقديم المشورة والتعليم في مرحلة المتابعة

قد يتم تقديم المشورة والتعليم من قبل الصيدلي في سياق المتابعة، وكذلك في وقت صرف الأدوية. ومن الأمثلة على ذلك خدمة الدواء الجديد (New Medicine Service NMS)، والتي تم تطبيقها في إنجلترا،²⁹ واستنساخها في إيرلندا³⁰ (انظر الفصل 4)، ومؤخرًا في النرويج.³¹ في إنجلترا، يبدأ تدخل NMS عندما يأخذ المريض وصفة طبية إلى صيدلية المجتمع لصرف دواء لم يسبق له تناوله، وتتكون الخدمة من مقابلتين للمتابعة إما وجهًا لوجه أو عبر الهاتف، وذلك مع الصيدلي بعد 7 - 14 - 21 - 35 يومًا على التوالي بعد صرف الدواء. الهدف من كل مقابلة هو معرفة ما إذا كان المريض يعاني من أية صعوبات مع الدواء، وحلها أو تديرها بشكل مناسب وتعزيز الالتزام بالدواء، وقد أظهر تقييم رسمي لهذه الخدمة (NMS) أنها حسنت الالتزام بالدواء مقارنة بالممارسة المعتادة، وأن هذا "يعني زيادة في المكاسب الصحية وتقليل للكلفة".²⁹

3.4.5. الاستشارة الهاتفية

يعد تقديم الصيدلي للاستشارات عبر الهاتف طريقة فعالة في إيصال النصيحة المتعلقة بالالتزام بالدواء، ولا سيما في مرحلة المتابعة، حيث تم استخدام الاستشارة الهاتفية كوسيلة لتقديم الدعم لكل من المرضى ومقدمي الرعاية، وكما هو الحال مع جميع خدمات المشورة فإنها تستلزم التدريب، وأيضًا من المهم أن يدرك القائمون على تقديم المشورة عبر الهاتف أن "لغة الجسد" تكون غائبة في هذه الحالة.

في إحدى التجارب في هونج كونج حول الاستشارة الهاتفية الصيدلانية (مقابل "الرعاية المعتادة")، توزع (بشكل عشوائي) مجموعة من المرضى المستقرين صحيًا ممن يتعالجون بخمسة أدوية أو أكثر وغير ملتزمين بالعلاج لتلقي التدخل والذي يتألف من ستة إلى ثمانية مكالمات هاتفية من الصيدلي كل منها لمدة 15 دقيقة على مدى عامين. كانت الفئة العمرية للمشاركين 34 - 96 عامًا و بمتوسط 71 عامًا، وأجريت معهم المكالمات الهاتفية في منتصف الفترة بين زيارات العيادة، وفي كل مكالمة هاتفية كان الصيدلي يسأل عن نظام علاج المريض ويوضح أية مفاهيم خاطئة عنه، كما كان يجيب على الأسئلة حول الآثار الجانبية، ويؤكد على أهمية الالتزام بالأدوية والعناصر الأخرى لنظام العلاج، كما كان يركز أيضًا على السلوكيات الصحية. أصبح أكثر من نصف هؤلاء الذين تم اختيارهم عشوائيًا ولم تقدم لهم الاستشارة الهاتفية ملتزمين بالدواء دون اتخاذ أي تدخل آخر، أما في مجموعة التدخل، فإن نسبة أكبر من المرضى غير الملتزمين منذ البداية أصبحوا ملتزمين بالدواء، وظلت نسبة أكبر من المرضى الملتزمين منذ البداية مستمرة في الالتزام بالدواء، بالإضافة إلى ذلك، فقد لوحظ أن درجة الالتزام العالية بالدواء كانت مرتبطة مع انخفاض معدل الوفيات بشكل كبير، وخلص الباحثون إلى أن الجانب المهم للتدخل كان في الحقيقة هو أنه قدم تعزيزات دورية والتي كان لها الأثر الفاعل في استمرار الالتزام بالعلاج.³²

عالج تدخل صيدلاني بسيط عبر الهاتف بشكل خاص الحواجز التي تحول دون الالتزام بالدواء عند مرضى مسنين يعانون من ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري ويتناولون أدوية مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (angiotensin-converting enzyme inhibitors) أو مانعات مستقبلات الأنجيوتنسين II (angiotensin II receptor blockers). كان المرضى من المشمولين في خطة الصحة الأمريكية US Medicare Advantage، مما مكن من تجميع وتحليل البيانات التشخيصية والوصفات الطبية و صرفها، حيث اتبع الصيدلي في الخطة الصحية نصًا معتمدًا تم تصميمه خصيصًا ليتضمن مقدمة، ثم تنبيهًا للمرضى حول تأخرهم في إعادة صرف وصفاتهم، وأسئلة مستهدفة لتحديد العوائق التي تحول دون الالتزام بالدواء، ثم قدم الصيدلي توصيات للتعامل مع القضايا التي تم تحديدها. كانت معظم محادثات المكالمات الهاتفية تستغرق من ثلاث إلى خمس دقائق، كما كان يمكن للصيدلي التواصل مع أطباء المرضى أو الصيدليات لحل تلك المشاكل، وعلى مدى فترة ستة أشهر بعد التدخل، تمكن المرضى الذين تلقوا التدخل من تحقيق درجة التزام أفضل بكثير تم قياسها من خلال المؤشرات القياسية، على الرغم من أن مستويات الالتزام بالدواء لدى المشاركين بالدراسة بقيت دون المستوى الأمثل. كانت معيقات الالتزام الأكثر شيوعًا هي الذاكرة و "أمور تتعلق بالطبيب"، مثل صعوبة تحديد المواعيد.³³

وقد تم الإقرار على نطاق واسع بأهمية تقديم الدعم لمقدمي الرعاية للمرضى الذين يعانون من ضعف إدراكي كبير أو خرف.³⁴ ومن أجل ذلك فقد تم إعداد بروتوكول لدراسة مراجعة منهجية للتدخلات الهاتفية التي يقدمها العاملون في المجال الصحي لتثقيف مقدمي الرعاية للمرضى البالغين وتقديم الدعم النفسي-الاجتماعي لهم،³⁵ وسوف تتم مناقشة ذلك لاحقًا في القسم 3.5.

3.4.6. مكان الاستشارات الصيدلانية

اهتمت العديد من المنشورات بأهمية المكان (المنطقة أو الحيز) والخصوصية داخل الصيدليات بحيث يمكن للصيادلة والمرضى ومن يعتنون بهم التشاور بسرية ودون عائق، فعلى سبيل المثال، تنص المبادئ التوجيهية للجمعية الصيدلانية في أستراليا لتقديم خدمات الالتزام بالأدوية¹³ على أن المنطقة يجب أن تكون:

- مفصولة عن منطقة البيع والصرف لتوفير الخصوصية والسرية، وحتى لا يقوم آخرون بسماع حديث المريض والصيدلي

- مفروشة بحيث يمكن لكل من الصيدلي و المريض الجلوس، و أن تكون واسعة بما يكفي لجلوسهم و لوضع أية معدات أو وثائق قد تكون ضرورية
- محددة كمنطقة للاستشارات الخاصة.
- يعد وجود منطقة استشارية خاصة إلزاميًا بموجب القانون في بعض البلدان، مثل البرتغال .

3.5 دور مقدمي الرعاية للمريض

لقد تبين أن وجود مقدمين للرعاية (من يعتنون بالمريض) يعيشون مع المرضى يساعد في تحسين الالتزام بالدواء لدى المرضى الذين يعانون من ضعف في القدرة الإدراكية، بمن في ذلك الذين يعانون من ضعف خفيف في الإدراك، و مع ذلك، فإنه من النادر وجود مقدم للرعاية في غياب عوامل أخرى من الأرجح أيضًا أنها تؤثر على الالتزام، و بالتالي فقد يكون من الصعب تمييز الفائدة المنسوبة إلى وجود مقدم الرعاية مع المريض.³⁶

في العديد من الحالات، يقع تقديم الرعاية للمريض على عاتق أفراد الأسرة وغيرهم من مقدمي الرعاية غير الرسميين (من غير المهنيين الصحيين)، أي أولئك الذين لا يتقاضون أجرًا مقابل تقديم الرعاية. إن العبء الجسدي و الاجتماعي و العاطفي و المالي على مقدمي الرعاية غير الرسميين لأمر حقيقي، و هناك نقاش حول أن وجود دعم مقدم من خبير أو متخصص مهني يمكن أن يخفف من هذا العبء على مقدمي الرعاية، و من الواضح أن الهاتف يعد وسيلة ملائمة لتوفير الدعم لمقدمي الرعاية، خصوصًا عندما يكون مقدم الرعاية مقيمًا مع المريض.³⁴

وقد حددت مراجعة منهجية للدراسات التي تستخدم تدخلات الرعاية الصحية عن بعد و المصممة لتحسين النتائج الصحية لمقدمي الرعاية الأسرية 4250 مقالة، 65 منها استوفت معايير الاشتمال، من بينها كانت 33 مقالة عن مقدمي رعاية من أفراد الأسرة للمرضى البالغين و المستن. كانت التقنيات المستخدمة هي الفيديو و الإنترنت و الهاتف و القياس عن بعد/ الرصد عن بعد، و شملت التدخلات التي تم تقديمها من خلال هذه التقنيات التعليم و المشورة و دعم اتخاذ القرار و الدعم النفسي الاجتماعي و العلاج السلوكي الإدراكي و التدريب على حل المشكلات و الدعم الاجتماعي و المتابعة و تقديم الرعاية السريرية. في 62 من أصل 65 مقالة تم تحقيق تحسن في نتائج مقدمي الرعاية، حيث تضمنت النتائج تحسن الصحة النفسية (تراجع في معدلات القلق و الاكتئاب و الضغط العصبي و العبء و الغضب و الانعزال) و التحسن في المعرفة و في مهارات تقديم الرعاية و كذلك التحسن في نوعية الحياة و التطور في الدعم الاجتماعي و الأداء الاجتماعي.³⁷

3.6 تعدد الأدوية، و أنظمة العلاج المعقدة، و مراجعة الأدوية

يعد تعدد الأدوية (polypharmacy) - غالبًا ما يعتبر أنه استخدام خمسة أدوية أو أكثر³⁸ - شائعًا بين كبار السن الذين يعيشون في المجتمع. و تشير كل من الأدلة البحثية و المنطقية³⁹ إلى أن كلاً من تعدد الأدوية الموصوفة و نظام العلاج المعقد يثران سلبًا على الالتزام بالدواء، حيث وجد أن الالتزام بالدواء يتناسب عكسيًا مع تواتر الجرعة،⁴⁰ و عادة ما تميل الأدوية المتعددة إلى أن تكون مترافقة مع الاعتلالات الصحية المصاحبة، و وجود الأمراض أو الاعتلالات المصاحبة بحد ذاته قد يضعف الالتزام بالدواء.³⁶ في بعض الحالات، يمكن أن يكون تعدد الأدوية تعبيرًا عن الإفراط في التشخيص، و الذي يحدث عندما يكون التشخيص صحيحًا بالنسبة للمعايير المهنية المتبعة و لكن العلاج المصاحب له احتمالية منخفضة لإفادة الشخص الذي تم تشخيصه.⁴¹ بشكل عام هناك إدراك متزايد للإفراط في التشخيص في الرعاية الصحية المعاصرة.

و وفقًا لبروتوكول منشور، فهناك مراجعة منهجية تجري لدراسة التدخلات التي تستهدف تحسين الالتزام بالدواء عند كبار السن ممن وصف لهم أدوية متعددة.⁴² كما أن دراسة مراجعة منهجية سابقة للعناية الصيدلانية قد وجدت أن هناك ثلاثة طرق ناجحة، و هي: المتابعة المنتظمة للمريض جنبًا إلى جنب مع استخدام أداة تنظيم الجرعات متعددة الحجات؛ و التعليم الجماعي مترافقًا مع بطاقات الدواء الفردية؛ و مراجعة الأدوية من قبل الصيدلانية مع التركيز على تبسيط نظام العلاج.⁴³

تعد مراجعة الأدوية هي النهج القوي لحل مشكلة تعدد الأدوية، و التي يمكن إجراؤها في الصيدلية أو المنزل (أو دار الرعاية) للمريض كبير السن الذي يعاني من أمراض مزمنة، و قد أصدرت شبكة الرعاية الصيدلانية في أوروبا (The Pharmaceutical Care Network Europe) تصنيفًا لأنواع مراجعة الأدوية وفقًا للدرجة تغطيتها، و تم وصف أربعة أنواع:⁴⁴

- النوع 1: مراجعة بسيطة للأدوية تعتمد على معلومات التاريخ المرضي المتوفرة في الصيدلية، و قد يكشف هذا النوع التفاعلات الدوائية، و بعض الآثار الجانبية، و الجرعات غير المعتادة و بعض الأمور المتعلقة بالالتزام بالدواء.
- النوع 2 أ: مراجعة دوائية متوسطة تعتمد على المعلومات التي يتم الحصول عليها مباشرة من المريض، بما في ذلك التاريخ الدوائي، و بالإضافة إلى النتائج التي يتم الحصول عليها من المراجعة من النوع الأول، قد يكشف هذا النوع عن تفاعلات الأدوية مع الغذاء، و ما يتعلق بفعالية العلاج، و الآثار الجانبية، و المشكلات المتعلقة بالأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية.
- النوع 2 ب: مراجعة دوائية متوسطة تعتمد على المعلومات التي يتم الحصول عليها من الطبيب العام، و قد يتم الحصول على معلومات إضافية حول استجابات الأدوية المستخدمة، و الأدوية التي يتم أخذها بدون استجابات.
- النوع الثالث: مراجعة دوائية متقدمة تعتمد على تاريخ الدواء و معلومات عن المريض و المعلومات السريرية، كما من الممكن الحصول على معلومات إضافية حول مشاكل الجرعات.

أثبتت مراجعة الأدوية فعاليتها بشكل واضح،⁴⁵⁻⁴⁶ ولكنها غالبًا ما تسبب صعوبات لوجستية، فمراجعة الأدوية في المنزل، على وجه الخصوص، تستهلك الكثير من وقت الصيدلة وتبعدهم عن عملهم في صرف الأدوية، وغالبًا ما يكون المقابل المادي غير كافٍ أو متأخر، وحتى تكون مراجعة الأدوية أكثر فعالية يجب وجود علاقة عمل جيدة بين الصيدلي وطبيب المريض، كما أن هناك ضرورة إلى أخذ الموافقة من المريض والتي قد يكون من الصعب الحصول عليها إذا كان المريض يعاني من ضعف الإدراك. ومع ذلك، فعندما يتم التغلب على هذه المشاكل اللوجستية، توفر مراجعة الدواء آلية جيدة جدًا لإدارة حالة الأدوية المتعددة.

3.7.3.7 التعبئة والتغليف، الأدوات المساعدة في تناول الجرعة وأنظمة التذكير

كانت شرائط الدواء - رقائق بلاستيكية ذات جيوب أو حجرات تحتوي على أقراص أو كبسولات ومختومة برقاقة من الألومونيوم⁴⁷ - تستخدم على نطاق واسع منذ عدة عقود. في بعض الشرائط يكتب على كل جيب أو حجرة اسم يوم من أيام الأسبوع، وهذا النوع من التعبئة والتغليف يعمل كمساعد بسيط لتناول الجرعة، وهو مفيد بشكل خاص لاستخدام الأدوية التي تعتمد على الالتزام بالجرعات اليومية، مثل مضادات التخثر التي تؤخذ فمويًا. وبالنسبة للمرضى الملتزمين بأخذ أدويتهم، فإن هذا النوع من التغليف يساعد بشكل لا شعوري في منع فقدان الجرعة، ويقدم إجابة بسيطة على السؤال الذي غالبًا ما يتم التفكير به: "هل تناولت حبوب دوائي اليوم أم لا؟".

إن إعادة تعبئة الأقراص والكبسولات في أداة تنظيم الجرعات متعددة الحجرات تعتبر وسيلة شائعة وموثوقة لمساعدة المرضى الذين يحتاجون إلى تناول أدوية متعددة وجرعات متعددة كل يوم،⁴⁸ وتوضع في الأداة جميع الأقراص والكبسولات اللازم تناولها في كل وقت من اليوم وفي كل يوم من أيام الأسبوع، حيث يقوم الصيدلي بتوزيع الأدوية في حجرات الأداة، والتي يتم إغلاقها لمنع وقوع محتواها من الدواء أو اختلاط الجرعات فيما بينها. عمومًا، يدعم صيدلة المجتمع استخدام أداة تنظيم الجرعات متعددة الحجرات، ولكنهم يعتقدون أنها قد لا تكون آلية مناسبة لتعزيز الالتزام بالدواء، حيث أن نظام علاج المريض قد يتغير، أو عندما يريد المريض أن يكون له دور فاعل في علاجه.⁴⁹ وبالطبع، يمكن استخدام هذه الأدوات فقط للأشكال الصيدلانية الصلبة على شكل أقراص أو كبسولات.

أما التقييمات الحديثة فقد ركزت على الوسائل الإلكترونية المساعدة لتناول الجرعة والتي تعرف بأنها "أجهزة أو أدوات تعزيز الالتزام الإلكترونية المدمجة في تغليف الدواء الموصوف". تم اختراع مجموعة متنوعة من هذه الأجهزة، ويحتوي بعضها على أنظمة تذكير تشتمل على منبهات مسموعة أو مرئية، وأخرى تقوم في الواقع بتحضير جرعات الأدوية التي يجب تناولها وفقًا للجدول المحدد، وكذلك نوع يقوم بإرسال تنبيهات إلى مقدمي الرعاية أو المتخصصين في الرعاية الصحية إذا لم تؤخذ الجرعة⁵⁰ وذلك باستخدام أنظمة برمجية للأجهزة المختلفة مثل الهاتف المحمول وأجهزة الكمبيوتر. تمت دراسة فعالية نظم المعلومات (ليست مقصورة على أنظمة التنبيه لتناول الدواء) التي ترسل تنبيهات إلى مقدم الرعاية الصحية في المرضى المسنين، فكان المرضى ومن يقدمون الرعاية لهم متحمسين لاستخدام هذه الأنظمة، أما مقدمي الرعاية الصحية الذين تلقوا التنبيهات فكانوا غالبًا غير مستجيبين بشكل كافٍ لحل المسائل المتعلقة بالمرضى في الوقت المناسب.⁵¹

كانت تقييمات الأجهزة الإلكترونية بشكل عام ملتبسة، وهذا قد يعكس تنوع السياقات السريرية التي استخدمت فيها، ففي دراسة مراجعة منهجية،⁵² تم فحص 32 دراسة راعت التوزيع العشوائي (معشاة) وخمسة دراسات لم تكن معشاة تتعلق بمجموعة كبيرة من الأجهزة الإلكترونية، وكانت لجميع الأجهزة الميزات التالية: أنها سجلت تناول الجرعات؛ وقامت بتخزين سجلات عن الالتزام بالدواء؛ وقدمت تذكيرات سمعية وبصرية لأخذ الأدوية؛ وكان لديها شاشات رقمية؛ وقدمت رصداً وتبليغاً آتياً عن الالتزام بالدواء، وعمومًا، فإن النتائج لم تدعم فاعلية تلك الأجهزة. كانت الدراسات التي تمت مراجعتها متباينة من حيث الجودة، وكانت تأثيرات الأجهزة على الالتزام بالدواء متباينة للغاية.

توفر الروبوتات إمكانية دمج وظائف الأجهزة الموجودة، والتي تركز دائمًا على جانب واحد من استخدام الدواء مثل التنبيه، ومؤخرًا تم تطوير جهاز لإدارة جميع جوانب استخدام الأدوية لمرضى الرعاية المنزلية من كبار السن الذين يتناولون أدوية لفترات طويلة الأجل، فعند الأوقات المحددة لتناول الجرعات يصدر الجهاز رسالة تذكير صوتية وإشارة مسموعة وإشارة ضوئية وعرض نص مكتوب، ومن ثم يُطلب من المريض الضغط على زر في مقدمة الجهاز، والذي بدوره يقوم بإصدار كيبس يحتوي على الأدوية المطلوبة، وإذ أنسي المريض استصدار كيبس الدواء، يرسل الجهاز إشارة تنبيه إلى مركز الرعاية المنزلية، ويمكن بعد ذلك لموظف من المركز أن يتدخل. يبقى التنبيه نشطًا حتى يتم حل المشكلة التي تسببت فيه، ويتم نقل الجرعات غير المستخدمة إلى حجرة مغلقة في الجهاز إذا لم يتم استخدامها خلال فترة زمنية محددة مسبقًا. يقوم الجهاز بتسجيل البيانات على الأكياس التي تم إصدارها أولم تستخدم، كما أنه آمن ومحمي ضد التلاعب ويسجل محاولات العبث به. وقد أظهرت دراسة تجريبية أن الجهاز مقبول للمرضى المواطنين على تناول الدواء وأيضًا للموظفي خدمة الرعاية المنزلية، وأنه قد يكون له قيمة خاصة لكبار السن الذين يعيشون بمفردهم، وبعد إجراء هذه الدراسة التجريبية، أجريت تحسينات على الجهاز لضمان سلامته ولتحسين موثوقيته.⁵³

3.8 الاستنتاج

بشكل عام، وخاصة عند كبار السن وسواء تم إشراك مقدم الرعاية للمريض أو لم يتم، لم يظهر أي تدخل نجاحًا في التغلب على عدم الالتزام بالدواء، ومع ذلك، فمن الواضح أن التواصل الجيد بين الصيدلي والمريض سيقول من عدم الالتزام. يمكن للأدوات الميكانيكية المعدلة أو

الالكترونية المساعدة في تناول الجرعات أن تكون مفيدة لبعض المرضى وليس جميعهم، فهي ذات فائدة ممكنة أكبر للمرضى الذين يعانون من النسيان و الارتباك المرتبط بأخذ الأدوية في حالة عدم الالتزام بالدواء غير مقصود، و سيكون تحسين الاتصال بين جميع المعنيين برعاية المريض، مصحوبًا بالتعلم المستمر و التثقيف، أكثر الوسائل نجاعة و قدرة على التقليل من انتشار عدم الالتزام بالدواء.

3.9 المراجع

1. Department of Health. Quality Use of Medicines. Canberra, Australian Government, 2011. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/nmp-quality.htm>
2. World Health Organization. Substandard and falsified medical products. Fact sheet. Geneva, WHO, 2017.
3. van Boven JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, et al. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *European Respiratory Journal* 2017;49(5):1700076 [<https://doi.org/10.1183/13993003.00076-2017>].
4. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. Challenges in the care of clients with established cardiovascular disease: lessons learned from Australian community pharmacists. *PLoS One* 2014;9(11):e113337.
5. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, 2015; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>.
6. Australian Bureau of Statistics. Patient Experiences in Australia, 2016-17: Summary of Findings. ABS Catalogue No 4839.0. Canberra, Australian Government, 2017 (accessed online – www.abs.gov.au).
7. Sinnott S-J, Buckley C, O’Riordan D, et al. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly-insured patients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e64914.
8. Usherwood T. Encouraging adherence to long-term medication. *Australian Prescriber* 2017;40:147–50
9. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. New York, David McKay Company Inc, 1956.
10. Bajorek BV, Lemay KS, Magin PJ, et al. Preparing pharmacists to deliver a targeted service in hypertension management: evaluation of an interprofessional training program. *BMC Medical Education* 2015;15:157 [<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0434-y>]
11. Charrois TL, McAlister FA, Cooney D, et al. Improving hypertension management through pharmacist prescribing: the rural Alberta clinical trial in optimizing hypertension (Rural RxACTION): trial design and methods. *BMC Implementation Science*, 2011;11:94 [<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-94>].
12. Tsuyuki RT, Houle SK, Charrois TL, et al, RxACTION Investigators. Randomized trial of the effect of pharmacist prescribing on improving blood pressure in the community: the Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension (RxACTION). *Circulation* 2015;132(2):93–100.
13. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing MedsCheck and Diabetes MedsCheck services. Canberra, PSA, 2017.
14. Stevenson FA, Cox K, Britten N, et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations* 2004;7:235–45.

15. Watanabe N, Yamamura K, Suzuki Y, et al. Pharmacist-based donepezil outpatient consultation service to improve medication persistence. *Patient Preference and Adherence* 2012;6:605–11.
16. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, on behalf of the Aerosol Drug Management Improvement Team. Systematic review of errors in inhaler use. Has patient technique improved over time? *Chest* 2016;150(2):394–405 [https://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.041].
17. Hawkins KA, Kilian S, Firek A, et al. Cognitive impairments and medication adherence in outpatients with heart failure. *Heart & Lung* 2012;41:572–82.
18. Chong WW, Aslani P, Chen T. Adherence to antidepressant medications: an evaluation of community pharmacists' counseling practices. *Patient Preference and Adherence* 2013;7:813–25.
19. Sapkota S, Brien J, Greenfield J, et al. A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with Type 2 diabetes — impact on adherence. *PLoS One* 2015;10(2):e0118296 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118296].
20. Oser CS, Fogle CC, Bennett JA. A project to promote adherence to blood pressure medication among people who use community pharmacies in rural Montana, 2014–2016. *Preventing Chronic Disease* 2017;14:E52 [doi: 10.5888/pcd14.160409].
21. Depont F, Berenbaum F, Filippi J, et al. Interventions to improve adherence in patients with immune-mediated inflammatory disorders: a systematic review. *PLoS One* 2015;10(12):e0145076 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145076].
22. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. *JAMA* 2001;285: 785–95.
23. Iverson M, Vora R, Servi ABA, et al. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and providers. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2011;34(2):72–81 [doi: 10.1097/JPT.0bo13e3181ffo3b4].
24. Murphy-Menezes M. Role of the pharmacist in medication therapy management service in patients with osteoporosis. *Clinical Therapeutics* 2015;37(7):1573–86 [https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.03.023].
25. Kröger E, Tatar OP, Vedel I, et al. Improving medication adherence among community-dwelling seniors with cognitive impairment: a systematic review of interventions. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39:641–56.
26. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563–71.
27. Wofford JL, Smith ED, Miller DP. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review 2005;59(2):148-157. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.011
28. Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, et al. Multimedia educational interventions for consumers about prescribed and over-the-counter medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;CD008416.
29. Elliott RA, Tanajewski L, Gkountouras G, et al. Cost-effectiveness of support for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: an economic evaluation of the New Medicine Service (NMS) compared with normal practice. *Pharmacoeconomics* 2017;35(12):1237–55.

30. McCool S, Logan P. IPU New Medicine Service (NMS) pilot 2017 report. Dublin, Irish Pharmacy Union, 2017.
31. ClinicalTrials.gov. Effectiveness of “Medinstart”. US National Library of Medicine, 2017. [<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02261402>].
32. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333(7567):522.
33. Abughosh SM, Wang X, Serna O, et al. A pharmacist telephone intervention to identify adherence barriers and improve adherence among nonadherent patients with comorbid hypertension and diabetes in a Medicare Advantage plan. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy* 2016;22(1):63–73; [<https://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.1.63>].
34. Salfi J, Ploeg J, Black AE. Seeking to understand telephone support for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research* 2005;27:701–21.
35. Corry M, Smith V, Neenan K, et al. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for educating and psychosocially supporting informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Library* 2017; doi: 10.1002/14651858.CD012533.
36. Smith D, Lovell J, Weller C, et al. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One* 2017;12(2):e0170651.
37. Chi N-C, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2015;21(1):37–44. [<https://doi.org/10.1177/1357633X14562734>].
38. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*. 2017;17:230. doi:10.1186/s12877-017-0621-2.
39. Haynes RB, Ackloo E, Sahaota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
40. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics* 2001;23:1296–310.
41. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
42. Cross AJ, Elliott RA, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *The Cochrane Library* 2016;10:CD012419.
43. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs and Aging* 2008;25(4):307–24.
44. Pharmaceutical Care Network Europe. Statement on medication review 2013. Zuidlaren, PCNE, 2013.
45. Messerli M, Blozik E, Vriends N, et al. Impact of a community pharmacist-led medication review of medicines use in patients on polypharmacy — a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 2016;16:145 [doi: 10.1186/s12913-016-1384-8].
46. Chia BY, Cheen MHH, Gwi XY, et al. Outcomes of pharmacist-provided medication review in collaborative care for adult Singaporeans receiving hemodialysis. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39(5):1031–8.

47. Therapeutic Goods Administration. TGA Medicine Labelling and Packaging Review. Consultation Paper. Canberra, Department of Health and Ageing, Australian Government, 2012.
48. Hersberger KE, Boeni F, Arnet I. Dose-dispensing service as an intervention to improve adherence to polymedication. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2013;6:413–21.
49. Stewart D, Mc Donald C, MacLeod J, et al. The behaviors and experiences of the community pharmacy team on the provision of multi-compartment compliance aids. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 2018;14(4):347–55. [https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.004]
50. Paterson M, Kinnear M, Bond C, et al. A systematic review of electronic multi-compartment medication devices with reminder systems for improving adherence to self-administered medications. *British Journal of Pharmacology* 2017;25(3):185–94.
51. de Jong CC, Ros WJG, van Leeuwen M, et al. The challenge of involving elderly patients in primary care using an electronic communication tool with their professionals: a mixed methods study. *Journal of Innovation in Health Informatics* 2017;24(3):275–83.
52. Checchi KD, Huybrechts KF, Avorn J, et al. Electronic medication packaging devices and medication adherence. A systematic review. *JAMA* 2014;312(12):1237–47.
53. Rantanen P, Parkkari T, Leikola S, et al. An in-home advanced robotic system to manage elderly home-care patients' medications: a pilot safety and usability study. *Clinical Therapeutics* 2017;39(5):1054–61.

4. المبادرات الحالية لتعزيز الالتزام بالدواء

4.1 تجميع البيانات

كما هو مذكور في القسم 1.4 قامت بعض المنظمات الأعضاء في FIP بتقديم معلومات عن التدخلات و البرامج المعنية بتحسين الالتزام بالدواء في بلدانها، ولتوفير تلك المعلومات، أكمل المستجيبون استبياناً أعده مؤلفو هذا التقرير، و يرد نموذجه في المرفق (ب)، و تم استلام الردود من منظمات تعمل في أستراليا و بلجيكا و الدنمارك و أيرلندا و هولندا و سنغافورة و إسبانيا و سويسرا.

يقدم هذا الفصل لمحةً عامةً عن الردود (الأقسام 4.2-4.7) و وصفاً موجزاً للمبادرات في كل بلد (الأقسام الفرعية في القسم 4.8).

4.2 الادراك و الالتزام

كان من الواضح أن المنظمات الممثلة لمهنة الصيدلة في جميع الدول المستجيبة قد أدركت أهمية الالتزام بالدواء من منظور المريض، كما كان هناك اعتراف بالانتشار الواسع لعدم الالتزام بالدواء و عواقبه ليس فقط بالنسبة للمرضى كأفراد، و إنما أيضاً بالنسبة لمقدمي الرعاية و من يصفون الدواء و الصيادلة و غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية و المجتمع ككل، و عندما تم إجراء تقديرات لتكلفة عدم الالتزام بالدواء، كانت التكاليف كبيرة، فعلى المستوى العالمي، يمثل عدم الالتزام بالدواء ما نسبته 57٪ من "التكلفة الإجمالية التي يمكن تجنبها بسبب استخدام الأدوية دون المستوى الأمثل"، و 4.6٪ من مجموع النفقات الصحية.¹

و في كل بلد من البلدان التي ردت على الاستبيان، تم القيام بمبادرات هامة لتعزيز الالتزام بالدواء، و كان لدى معظمها سجل حافل من الاستثمارات القيمة لدعم التدخلات المتعددة، حيث تنوعت تلك التدخلات لتطبق على مستوى السياسات و مستوى المجتمع و مستوى المريض، و كانت معتمدة بشكل كبير على مهنة الصيدلة. لم تركز العديد من التدخلات التي وصفوها حصرياً على الالتزام بالدواء - بل كان الالتزام بالدواء واحداً من مجموعة من النتائج المرجوة.

تم توجيه معظم التدخلات المذكورة إلى المرضى الذين يعانون من مجموعة واسعة الأمراض، مع أن العديد منها كانت قد صممت للمساهمة في إدارة واحدة أو عدد صغير من الحالات الصحية المحددة، لا سيما الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن و ارتفاع ضغط الدم و أمراض الأوعية الدموية التي تتطلب تناول أدوية خفض الدهون.

4.3 استهداف احتياجات المسنين

توجد أدلة قوية تبين أن كبار السن يحتاجون إلى، ويوصف لهم، أدوية أكثر ممن هم أصغر سنًا، وأن انتشار عدم الالتزام بالدواء نسبته أعلى لدى المسنين، ويرجع ذلك أساسًا إلى الصعوبات التي يواجهها كبار السن في الحصول على أدويتهم والتعامل معها. ومع أن العديد من المبادرات التي وصفها المستجيبون لم تستهدف المسنين على وجه التحديد، فإنها تقترح في الغالب حلولًا ذات صلة بالمسنين. وحيثما يتم ذكر كبار السن أو المسنين على وجه التحديد، فإن هذا المصطلح (كبار السن أو المسنين) يُقصد به عمومًا على أنه يشير إلى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا.

4.4 البرامج و الخدمات الصيدلانية الحالية

4.4.1 الأدوات المساعدة في تناول الجرعة

كثيرًا ما وردت التدخلات التي تشتمل على استخدام الأدوات المساعدة في تناول الجرعة، وكان من الواضح أن اقتراح الأدوات المساعدة في تناول الجرعة كان بمبادرة من الصيدلي خلال مناقشته مع المريض و/ أو من يقدم الرعاية له، وليس بناءً على تعليمات ممن وصف الدواء، وغالبًا ما كان يتم طرح فكرة الأدوات المساعدة في تناول الجرعة في صيدلة المجتمع؛ وفي حالة واحدة (الدنمارك)، تم إدخال برنامج وطني لدعم انتاج عبوات مزودة بنظم آلية، كما توفرت في بعض الولايات في أستراليا مبادئ توجيهية رسمية بشأن العمليات الصيدلانية لإنتاج الأدوات المساعدة في تناول الجرعة.

و يبدو أن معظم البرامج الوطنية التي شملت تقديم أدوات مساعدة في تناول الجرعة تقدم حلولًا تتكون من تحضير الأدوية وتوفيرها في عبوات معتمدة على الأوقات التي ينبغي فيها تناول تلك الأدوية، ومع ذلك، فإن القليل من تلك البرامج، وهي تحديدًا المبادرات السويسرية و المبادرة الإسبانية *Adhiere*، قد أضافت أنظمة إلكترونية مثل الموزعات الإلكترونية للجرعات.

4.4.2 أنظمة التذكير

غالبًا ما كان الصيدالون يقومون بالتذكير بالأدوية، عادةً عبر الهاتف (باستخدام الهواتف المحمولة بشكل متزايد) أو عن طريق البريد الإلكتروني، كما أن للتذكير عبر الهاتف المحمول أهميته خصوصًا لدى المرضى الذين يتناولون أدوية متعددة لفترات طويلة.

4.4.3 صرف الدواء على مراحل

كان لبعض الأنظمة الصحية في بعض الدول، وأبرزها أستراليا، قواعد صرف للأدوية تسمح للصيدالون بصرف أو تزويد الأدوية للمرضى على أقساط دورية مع عدد محدود من الجرعات، مما يخلق آلية يستطيع الصيدالون من خلالها الإشراف على التزام أولئك المرضى بالدواء، كما تم أيضًا وضع قواعد محددة لصرف الأدوية تسمح للصيدالون بالاستمرار بتزويد المرضى بالأدوية إذا نفذت جرعاتهم ولم يتمكنوا من الحصول على وصفة معادة في الوقت المناسب، وهي عملية تعرف باسم "التزويد المستمر بالدواء".

4.4.4 المشورة وتقديم الخدمات الصيدلانية المعرفية

كانت خدمات المشورة الصيدلانية أكثر المبادرات التي تم تداولها بحيث تكون مصممة لتعزيز الالتزام بالدواء، حيث تم تقديم المشورة عند صرف الأدوية للمريض لأول مرة وعند صرفها المتكرر، وكذلك وقت متابعة العلاج. يجب النظر إلى المشورة من قبل الصيدالون في مستويين: (1) النصيحة التي يقدمها الصيدالون عادة عند صرف الدواء، و (2) الخدمات المعرفية الأعلى والأبعد من تلك النصيحة ولها برامج محددة تهدف لتعزيزها.

بينما كان الأطباء ومن يصفون الدواء يقدمون معلومات عن التشخيص و خطط العلاج، كان الصيدالون في العادة يتحملون مسؤولية تقديم المشورة للمرضى ومقدمي الرعاية فيما يتعلق بالأدوية، وقد بُذلت جهود خاصة في كل مرة كان يتم فيها إدخال أدوية جديدة إلى علاج المرضى، كما بدأ تنفيذ برامج وطنية مهمة لدعم إدخال أدوية جديدة في بعض المناطق (انظر الأقسام 4.5 و 4.8.3 و 4.8.5 التالية)، حيث خضعت هذه البرامج للتقييم، و بينت الأدلة أنها أدت إلى أنها أدت إلى تحسن كبير في الالتزام بالدواء.

كما تحمل الصيدالون أيضًا مسؤولية مناقشة التعديلات أو التغييرات في الدواء مع المرضى ومن يرعاهم، ويمكن أن تشمل هذه التغييرات إضافة أدوية أو التخلي عن أدوية من نظام العلاج، أو تغييرات في جرعة الدواء أو مرات تناوله، وتغيير الأسماء التجارية للأدوية أو الشركات المصنعة لها، مع ما يترتب على ذلك من أن الأقراص أو الكبسولات المصروفة ستبدو غير مألوفة لدى المرضى، وفي الحالات التي كان فيها الصيدلي غير متأكد من وصفة طبية أو أبدى المريض أو مقدم الرعاية مخاوفه لدى الصيدلي بشأن وصفة طبية، أتاح البرامج عندئذ إشراك و اصف الدواء في النقاش.

شكلت المقابلات التحفيزية عنصرًا هامًا في الخدمات المعرفية، وبشكل عام، كانت أهداف المقابلات التحفيزية هي مناقشة مخاوف المرضى حول الأدوية ومساعدتهم على علاج أو تخفيف أي آثار جانبية، وشرح أهمية الالتزام بالدواء. أشار العديد من المستجيبين إلى إجراء مراجعات الأدوية في المنزل في المناطق المعنية، فقد أتاحت مراجعات الأدوية في المنزل الفرصة للصيدلة للتحقيق في المشاكل التي يواجهها المرضى مع أدويتهم، و اقتراح طرق لإدارة مشكلات تعدد الأدوية والتفاعلات الدوائية و المضاعفات المتعلقة بالعلاج، كما مكنت مثل هذه المراجعات الصيدلة من تقييم استخدام الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (الأدوية بدون وصفة) و الأدوية البديلة، و النظر فيما إذا كانت هذه الأدوية قد تتفاعل مع الأدوية الموصوفة للمرضى أم لا، و مع ذلك، وبالرغم من منافعها المحتملة، فإن بعض العوائق الرئيسية المتعلقة بالوقت و الأمور اللوجستية كانت تحول دون استخدامها بشكل دائم، فكانت مراجعات الأدوية في المنزل توصى من قبل الطبيب أو واصف الدواء أو تتطلب مشاركته و موافقته.

4.5 تعزيز الالتزام في حالات صحية و أدوية محددة

في حين تم توجيه العديد من المبادرات الصيدلانية لتعزيز الالتزام بالدواء في مجموعة واسعة من الحالات الصحية وأنواع متعددة من الأدوية، يوجد مبادرات صيدلانية أخرى لتعزيز الالتزام في حالات صحية محددة.

فعلى سبيل المثال، أدار الصيدلة في الدنمارك برامج لإرشاد المرضى للاستخدام الصحيح لأجهزة الاستنشاق الخاصة بأدوية علاج الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن، و رصد و تعزيز الاستخدام الصحيح لها بشكل مستمر. كما شكل صيدلة المجتمع في بلجيكا نواة مجموعات متعددة التخصصات من مقدمي الرعاية الصحية تهدف إلى تعزيز الالتزام ببرامج و أدوية علاج ترقق العظام. و في سويسرا يشارك الصيدلة في برامج تشمل مقدمي الرعاية الصحية للحالات المرضية المزمنة، وعلى وجه التحديد فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) و التصلب اللويحي المتعدد و النوع الثاني من داء السكري و متلازمة الأيض و المرضى الذين يتناولون أدوية سرطان عن طريق الفم، و وجهت جهود الصيدلة الإسبان أيضًا لدعم الالتزام عند مرضى الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن، فضلًا عن ارتفاع ضغط الدم.

تم تقديم خدمة الدواء الجديد (NMS)، و التي تستهدف المرضى من جميع الأعمار ممن كانوا يتناولون الأدوية التي يجب استخدامها لفترة طويلة و الموصوفة حديثًا، في إنجلترا في عام 2011 و اختبارها في أيرلندا في عام 2017. خلال خدمة NMS، قدم الصيدلة برنامج تعليم منظم و التزام بالدواء للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن تم تشخيصه حديثًا، و ترد الحالات الصحية و الأدوية التي تغطيها خدمة NMS الأيرلندية في القسم 4.8.3.

و أيضًا تلزم وزارة الصحة الدنماركية الصيدليات بتقديم خدمة الدواء الجديد، و التي أدخلت في عام 2016، حيث تتكون خدمة NMS الدنماركية من استشارتين مع صيدلي يستغرق كل منهما حوالي 10 دقائق، تقدم الاستشارة الأولى في الصيدلية، و تكون عادة في اليوم الذي يتم فيه صرف الدواء الجديد لأول مرة، و الثانية بعد ثلاثة إلى أربعة أسابيع، و يمكن إجراؤها في الصيدلية أو عبر الهاتف.

4.6 التدريب المقدم للصيدلة حول الالتزام بالدواء

دائمًا ما تغطي المناهج المتعلقة بالبرامج الدراسية للصيدلة الالتزام بالدواء و الموضوعات ذات الصلة، و عادة ما تكون تحت عنوان مثل "التدريب السريري"، و الذي يشمل العلوم السريرية الأساسية و معالجة المرضى و إدارة أدويتهم، و يتمثل أحد مكوناته الرئيسية في التدريب على كيفية أخذ التاريخ المرضي أو أدوية المريض، بما في ذلك الأدوية الموصوفة و الأدوية بدون وصفة و الأدوية البديلة و حدوث تحسس أو تفاعلات غير طبيعية للأدوية.

أما بالنسبة للصيدلة المؤهلين، لم تتطلب معظم مبادرات تعزيز الالتزام بالدواء تدريبًا خاصًا أو اعتمادًا معينًا، و كان الاستثناء الرئيسي هو التدريب و الخبرة الأولية التي تخضع للإشراف و الاعتمادات اللازمة من أجل الحصول على تصريح لإجراء المراجعات المنزلية للأدوية.

4.7 تمويل الخدمات الصيدلانية

في معظم الحالات تم توفير التمويل للخدمات الصيدلانية لتعزيز الالتزام بالدواء من قبل الحكومات، و في كثير من الأحيان من ميزانية الصحة العامة، و غالبًا ما كان يتم توفير التمويل على أساس رسوم مقابل الخدمة.

في بعض الدول، يمكن للصيدلة فرض رسوم بسيطة منفصلة عن رسوم صرف الدواء، و ذلك لقاء خدمات معينة من ضمنها صرف الدواء في أداة تنظيم الجرعات.

كما تم توفير بعض التمويل الإضافي من خلال جمعيات أو نقابات الصيدلة، و في بعض الأحيان من خلال منح من الصناعة الدوائية مقدمةً لبرامج محددة.

4.8 مبادرات في دول فردية

4.8.1 إسبانيا

فيما يلي مبادرتان من إسبانيا، مشروع AdherenciaMED وبرنامج Adheérete.

مشروع AdherenciaMED

يهدف مشروع AdherenciaMED إلى تطوير نهج شامل لتحسين الالتزام بالدواء، بما في ذلك استراتيجيات و بروتوكولات لإدماجها في الممارسة الصيدلانية اليومية، و هو يركز على جانبين: (1) التدريب المحدد للصيدلة لتقديم الدعم و تعزيز التدخلات عالية الجودة، و (2) تصميم الخدمة التي يمكن تنفيذها في المجتمع. إنه موجه إلى الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن و علاج ارتفاع ضغط الدم.

تم إجراء دراسة تجريبية لتقييم مدى قابلية البرنامج للتطبيق و تقييم مدى تأثيره، و بعد ذلك، بدأت دراسة مدتها ستة أشهر في أيلول (سبتمبر) 2017 في ست مقاطعات إسبانية. يتم الآن انتظار نتائج الدراسة، و إذا كانت مواتية، فسيتم التوسع في البرنامج ليشمل حالات صحية الأخرى و أجزاء أخرى من إسبانيا.

برنامج Adhiérete

كان الهدف الأساسي لبرنامج Adhiérete، و الذي طُبّق في الفترة من 2013 إلى 2014، هو تقييم الالتزام بالعلاج عند المرضى المسنين الذين يعانون من أمراض مزمنة، و يعالجون بأدوية متعددة، و غير ملتزمين بالدواء، من خلال الخدمات الصيدلانية، أما الأهداف الثانوية فتشمل تقييم تناسب تكلفة البرنامج و جودة حياة المريض، و الكشف عن المشاكل المتعلقة بالأدوية، و تخفيف النتائج السلبية المرتبطة بالأدوية، و تقييم فعالية و كفاءة الوصفات الإلكترونية، و تعزيز العلاقات بين المرضى من جهة و الأطباء و الصيدلة من جهة أخرى، و تقييم استخدام أنظمة الاتصالات و التكنولوجيا الجديدة فيما يتعلق بالالتزام بالدواء و جودة الوصفات الطبية.

اشتمل البرنامج على تجربة معيشة مع 60 صيدلية مجتمع و 225 مريضًا، حيث أشركت كل صيدلية مجتمع خمسة مرضى، استخدم إثنان منهم نظام جرعات شخصي مخصص لدعم الالتزام بالدواء، و استخدم آخرون تطبيقًا للهاتف المحمول، و استخدم مريض واحد نظام جرعات شخصي مع أداة تنبيه. كشفت التجربة تحسنًا كبيرًا في الالتزام بالدواء في المجموعة المستهدفة، و تضمنت النتائج زيادة في الالتزام بالعلاجات من 35% إلى 76%، و تحسنًا في نوعية الحياة، و تراجعًا بمقدار الثلث في المشاكل المتعلقة بالأدوية، و مستويات مرتفعة من رضا المرضى.

4.8.2. أستراليا

أصدرت الجمعية الصيدلانية في أستراليا (PSA) إرشادات لأفضل الممارسات لتقديم خدمات الالتزام بالدواء، و قد أدخلت هذه الخدمات ضمن اتفاقية مدتها خمس سنوات بين الحكومة الأسترالية و نقابة الصيدلة في أستراليا، و هي منظمة مهنية وطنية تدعم أصحاب الصيدليات و يعترف بها القانون. تغطي هذه الاتفاقية الفترة من 2015 إلى 2020، و بدأ تنفيذ تدابير محددة لتقديم خدمات الالتزام الدوائي في عام 2017، شملت: الأدوات المساعدة في تناول الجرعة و صرف الدواء على مراحل و الاستمرار في الصرف و خدمات الصيدلة السريرية التعاونية و مراجعة الأدوية في المنزل، و يتم التفاوض على اتفاقية جديدة كل خمس سنوات، علمًا أن اتفاقية 2015-2020 هي الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع.

الأدوات المساعدة في تناول الجرعة

أصدرت PSA دليلًا لمساعدة الصيدلة في تقديم الأدوات المساعدة في تناول الجرعة،² و كما ورد في القسمين 3.5 و 4.4، فإن الأداة المساعدة في تناول الجرعة هي أداة أو وسيلة يمكن استخدامها كجزء من الطريقة المنسقة لإدارة الدواء، و الغرض منها هو ضمان تناول المرضى للدواء الصحيح في الوقت الصحيح و في الجرعة الصحيحة و بطريقة آمنة و صحية.

و كما هو مذكور في القسم 3.7، يمكن استخدام الأدوات المساعدة في تناول الجرعة لأية أدوية صلبة على شكل أقراص أو كبسولات، و يشير الدليل الأسترالي للأدوات المساعدة في تناول الجرعة إلى المرضى باعتبارهم من جميع الأعمار، على الرغم من أن معظم المستفيدين هم من كبار السن على الأرجح، و بموجب الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع فإن البيانات التي تقيّم استخدام الأدوات المساعدة في تناول الجرعة تركز على طرق إيصال الدواء و تكاليف الرعاية الصحية، و ليس على نتائج المرضى، و بينما (كما هو مذكور) تم إعداد مبادئ توجيهية شاملة و أدلة لمساعدة الصيدلة و طلاب الصيدلة على الحصول على تدريب حول توفير وسائل و أدوات المساعدة على الجرعة في سياق تدريبهم الأوسع على صرف الأدوية، فإنه لا يوجد تدريب محدد أو اعتمادات تتعلق بالأدوات المساعدة في تناول الجرعة.

صرف الدواء على مراحل

صرف الدواء على مراحل - و هي العملية التي يزود فيها الصيدلة الأدوية للمرضى على أقساط دورية بحيث تحتوي على كمية أقل مما هو موصوف أو محدد - هي أيضًا مبادرة وطنية مدعومة بموجب الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع، و يمكن اتباع طريقة صرف الدواء على مراحل مع جميع الحالات الصحية، و لكنها تطبق غالبًا على الأدوية المعرضة لسوء الاستخدام أو الإدمان، و من الجدير ذكره أن تقييم طريقة صرف الدواء على مراحل هو جزء من الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع.

الاستمرار في الصرف

الاستمرار في صرف الدواء يعني تزويد المريض بالدواء المناسب من قبل الصيدلي عند وجود حاجة مستعجلة له وليس بالإمكان الحصول على وصفة طبية لذلك الدواء في الوقت الحالي، ويشترط للاستمرار في الصرف أن يكون الدواء من الأدوية الموصوفة للمريض أصلاً مع عدم وجود تغيير على أدوية المريض والذي تمت مراجعة حالته الصحية من قبل الطبيب أو واصف الدواء و تقرر الإبقاء على نظام علاجه. تدعم الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع مبدأ الاستمرار في الصرف و يمكن تطبيقه على مجموعة كبيرة من الحالات الصحية و أنواع الأدوية والفئات العمرية، ولا يتم جمع بيانات محددة عن الاستمرار في الصرف أو عن تأثيره على الالتزام بالدواء.

خدمات الصيدلة السريرية التعاونية

"MedsCheck" و "Diabetes MedsCheck" هي خدمات صيدلة سريرية منظمة و تعاونية يتم إجراؤها في الصيدلية، و تشمل على مراجعة الأدوية التي يستخدمها المريض و التشاور و جهازها لوجه مع الصيدلي و تثبيت المعلومات المتعلقة بأدويته و وضع خطة عمل و التنسيق للمشورة في مرحلة المتابعة.

يركز MedsCheck على التعليم و المعالجة الذاتية، كما يهدف إلى تحديد المشاكل المتعلقة بالعلاج (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر عدم الالتزام بالدواء)، و تحسين الاستخدام الفعال للأدوية و تقديم المعلومات حول الأدوية و الاستخدام الأمثل لها و تخزينها.³

أما Diabetes MedsCheck فيركز على أدوية مرض السكري من النوع الثاني، و كذلك استخدام أجهزة القياس و تعليم المرضى و المعالجة الذاتية و الالتزام بعلاج داء السكري، و الهدف من ذلك هو ضبط و تحسين استخدام المريض للأدوية و أجهزة القياس لمرض السكري و تحسين السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم و الحد من خطر حدوث مضاعفات، و هو يستهدف المرضى غير القادرين على الوصول إلى خدمات التعليم أو الخدمات الصحية الأخرى المتعلقة بمرض السكري في مجتمعهم في الوقت المناسب، و من خلال خدمة التشاور في MedsCheck يمكن للصيدلي إحالة المريض إلى خدمات سريرية مناسبة أخرى مثل الأدوات المساعدة في تناول الجرعة و صرف الدواء على مراحل.

و حتى تكون الصيدلية مؤهلة للحصول على مقابل مادي ل MedsChecks و Diabetes MedsCheck، يجب عليها تقديم الخدمات بما يتوافق مع جميع القواعد الموضحة في الاتفاقية السادسة للممارسة في صيدليات المجتمع، و حتى يستفيد المريض من تلك الخدمات يجب ألا يكون قد تلقى خدمة مماثلة خلال الـ 12 شهرًا السابقة، و أن يكون مكان إقامته في المنزل ضمن المجتمع و يتناول خمسة أدوية أو أكثر من الأدوية الموصوفة علاجياً، أو أنه قد تعرض مؤخرًا لحدث صحي أو طبي كبير أو تشخيص جديد من شأنه أن يؤثر على حالته الصحية، أو أن يتكون علاجه من أدوية ذات خطورة في إلحاق آثار جانبية. يجب أن يكون الصيدلي معتمدًا ليصبح مزودًا للخدمة، و يمكنه المطالبة برسوم عشرين خدمة كحد أقصى في الشهر.

مراجعة الأدوية في المنزل

مراجعة الدواء في المنزل هي مراجعة سريرية شاملة لأدوية المريض في منزله بواسطة صيدلي معتمد، و ذلك بناءً على إحالة أو تنسيق من الطبيب العام للمريض، و الهدف منها هو تحديد المشاكل الموجودة أو المحتملة ذات الصلة بالأدوية و منعها و حلها و تحسين العلاج الدوائي، و بالإضافة إلى الفوائد المباشرة التي تعود على المريض، توفر الخدمة معلومات لمقدمي الرعاية الصحية المشاركين في رعاية المريض و تحسين معرفتهم و فهمهم للأدوية، و تعزز علاقة التعاون بين أعضاء فريق الرعاية الصحية.

تتوفر مراجعات الأدوية في المنزل فقط للمرضى الذين يعيشون في المجتمع ممن هم أكثر عرضة لمخاطر سوء استخدام الدواء، و يجب أن يؤكد الطبيب العام المعالج حاجتهم للخدمة و أنهم سوف يستفيدون من تلك المراجعة.

و من أجل إجراء مراجعات الأدوية في المنزل، يجب أن يكون الصيادلة معتمدين من قبل الجمعية الأسترالية للصيدلة الاستشارية، و هي جهة اعتماد رئيسية للخدمات المعرفية الصيدلانية، أو يجب عليهم اجتياز اختبار للاعتراف بهم كصيادلة مجازون لرعاية المسنين و ذلك تحت إشراف جمعية صيدلة المستشفى.

4.8.3. أيرلندا

سلط اتحاد الصيدلة الأيرلندي الضوء على مثال التطبيق التجريبي لخدمة الدواء الجديد، و التي تم إطلاقها في عام 2017 (IPU, 2017) و معالجة الحالات و الأدوية المذكورة أدناه.

مرض ارتفاع ضغط الدم مدرات الثيازيد (Thiazide diuretics) و المدرات الشبيهة

مانعات مستقبلات بيتا (Beta-adrenergic blockers)

أدوية ارتفاع الضغط الموسعة للأوعية (Vasodilator antihypertensives)

أدوية ارتفاع الضغط التي تعمل مركزياً (Centrally-acting antihypertensives)

مانعات مستقبلات ألفا (Alfa-adrenoreceptor blockers)

الأدوية المثبطة لنظام الرينين-أنجيوتنسين (Drugs affecting the renin-angiotensin system)

مانعات قنوات الكالسيوم (Calcium-channel blockers)	مضادات الصفائح الدموية/ مضادات التخثر الفموية (Oral anticoagulants)
مضادات صفائح الدم (Antiplatelet drugs)	الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن
معززات المستقبلات الأدرينالية (Adrenoceptor agonist)	
مضادات المسكارين الموسعة للقصبات (Antimuscarinic bronchodilators)	
الثيوفيلين (Theophylline)	
موسعات القصبات المركبة (Compound bronchodilator preparations)	
الستيرويدات القشرية (Corticosteroids)	
كروموجلليكيت (Cromoglycate) والأدوية المشابهة	
معززات مستقبلات الليكوترايين (Leukotriene receptor agonists)	
مانعات انزيم الفوسفودايستريز النوع 4 (Phosphodiesterase type 4 inhibitors)	مرض السكري النوع الثاني
الانسولين قصير ومتوسط وطويل المفعول	
الأدوية المضادة للسكري	
أدوية الجابابنتينويد (بريجابالين و جابابنتين) (Gabapentinoid agents – pregabalin and gabapentin)	الألم المزمن
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (أميتريبتيلين و نورتريبتيلين) (Tricyclic antidepressants – amitriptyline and nortriptylin)	
كاربامازيبين (Carbamazepine)	
دولوكسيتين (Duloxetine)	
الأدوية الأفيونية (Opioids)	
الليجنوكيين للاستخدام الخارجي (Topical lignocaine)	
الكابسيسين للاستخدام الخارجي (Topical capsaicin)	

إن خدمة الدواء الجديد (NMS) هي تدخل منظم يقدم من قبل الصيدلي داخل صيدلية المجتمع، ويتألف من المشورة و الدعم بشأن تناول الدواء و ذلك للأدوية الموصوفة حديثاً لحالات محددة من الأمراض المزمنة، ويتم تقديمها خلال أسبوعين من بدء العلاج، وكان أول من تبناها هي الخدمة الصحية الوطنية (National Health Service - NHS) في إنجلترا في عام 2011، و في مراجعة لخدمة NMS المقدمة في إنجلترا أجريت في عام 2016 تبين حصول تحسن بنسبة 10% في الالتزام بالأدوية الجديدة في مجموعة التدخل (التي تلقت خدمة NMS) مقارنةً مع المجموعة الضابطة من المرضى الذين حصلوا على خدمة الممارسة الاعتيادية؛ حيث تم تعريف الالتزام بالدواء بأنه عدم فقدان أية جرعة (أن يكون عدد الجرعات المفقودة صفراً) خلال الأيام السبعة السابقة، وذلك وفقاً لتقرير المريض في 10 أسابيع⁴.

في البرنامج التجريبي الأيرلندي، تلقى المرضى في خدمة NMS تدخلاً، هما: (1) مقابلة منظمة مع صيدلي خلال 7 إلى 14 يوماً بعد صرف الدواء الجديد لأول مرة؛ و (2) تقييم من قبل الصيدلي للدواء الجديد، وذلك عن طريق سجل أدوية المريض و مقياس نسبة الأيام المغطاة (Proportion of Days Covered - PDC).⁵ حقق المشروع التجريبي الأيرلندي تحسناً بنسبة 9% في الالتزام بالدواء كما تم قياسه باستخدام PDC، وكان التدخل مقبولاً بشكل جيد من قبل المرضى والصيدال.⁶

4.8.4. بلجيكا

قدمت نقابة الصيدال البلجيكية معلومات عن مبادرتين: الأولى هي دراسة مدتها ثلاثة أشهر تُعرف باسم إيكاروس ICAROS - وهي اختصار لتأثير تدخل صيدلة المجتمع على استخدام الأدوية و معدلات الالتزام بالدواء عند مرضى هشاشة العظام - أجريت في عام 2016؛ والثانية هي مبادرة وطنية مستمرة تعرف باسم صيدلي العائلة.

إيكاروس

كان الهدف من ICAROS هو تقييم جدوى تدخل صيدلية المجتمع على مرضى هشاشة العظام، و التأكد من فحص جودة العلاج الدوائي و الالتزام به، حيث شملت الدراسة 105 من صيدال المجتمع (80 منهم أكملوا الدراسة)، و استهدفت المرضى القادرين على الحركة و الذين استخدموا دواءً واحدًا أعلى الأقل لمرض هشاشة العظام في الأشهر الـ 12 السابقة، و تتألف الأدوية من البايوسفونيت (bisphosphonate) و رانيليت السترونيتيوم (strontium ranelate) و دينوسوماب (denosumab) و مُعدلات مستقبلات هرمون الاستروجين الانتقائية (selective oestrogen-receptor modulators) و تيريباراتايد (teriparatide). قبل التدخل، تلقى الصيدال تدريبات على مهارات الاتصال و مواد تعليمية و إمكانية الوصول إلى أداة مساعدة عن طريق الانترنت، و خلال التدخل كان يتم إجراء جلسة استشارية بشكل شخصي لكل مريض مشارك مع الصيدلي، بحيث تغطي استخدامهم لدواء هشاشة العظام و كذلك الكالسيوم و فيتامين د و أي مشاكل متعلقة بالدواء،

ويقوم الصيادلة بتسجيل البيانات حول التزام المريض بالدواء والمشاكل المتعلقة بالأدوية ثم يقدمون النصيحة لهم، و بعد أربعة إلى ثمانية أسابيع كان يقوم الصيادلة بالاتصال مع المرضى للاستفسار عما إذا كان قد تم الأخذ بمشورتهم وما إذا كانت المشاكل المتعلقة بالأدوية قد تم حلها. كانت نتائج الدراسة إيجابية حول مدى قبول التدخل عند كل من الصيادلة و المرضى، على الرغم من أن معدل مشاركة المرضى كان أقل من 60%.

صيدي العائلة

في هذا البرنامج الوطني الجديد لصيدي الأسرة، يتابع الصيادلة الأدوية المستخدمة من قبل المرضى المصابين بأمراض مزمنة و يقدمون المشورة بشأن الاستخدام الصحيح لها، كما يتأكد الصيدلي أيضًا من أن خطة العلاج الخاصة بالمريض صحيحة ومحدثة وأنها في متناول الأعضاء الآخرين في فريق الرعاية الصحية، وخاصة طبيب الأسرة. في هذا البرنامج يُطلب من صيادلة العائلة تسجيل جميع الأدوية التي يتم صرفها بشكل منتظم في كل من سجل المريض الخاص بالصيدلية والسجل المشترك، وفي كل مرة يزور فيها المريض الصيدلية يتم التأكد من المعلومات الخاصة بكل من الأدوية الموصوفة والأدوية التي يتم صرفها بدون وصفة طبية و توحيدها و تصحيحها إذا لزم الأمر، ومن ثم إعطاؤها للمريض.

بدأ برنامج صيدي العائلة في عام 2017، و من المتوقع أن يكون بمثابة مبادرة مستمرة، و يتم تطبيقه تحت إشراف الجمعيات المهنية الصيدلانية و المعهد الوطني للتأمين على الصحة و الإعاقة، حيث أنه يقدم التمويل، و لا توجد متطلبات اعتماد محددة للصيدلة المشاركين.

4.8.5. الدنمارك

حددت جمعية الصيدليات الدنماركية أربع مبادرات ذات صلة بالالتزام بالدواء، وهي: خدمة الدواء الجديد؛ و خدمة تقييم تقنية الاستنشاق؛ و الأدوية متعددة الجرعات و المراجعة الدوائية.

خدمة الدواء الجديد

يتم إدخال المرضى في خدمة الدواء الجديد من قبل الصيدلي أو عن طريق الإحالة من قبل الطبيب العام، حيث تتكون الخدمة، و التي تم البدء بتطبيقها في عام 2016، من استشارتين خصوصيتين، بحيث تقدم الأولى في الوقت الذي يصرف فيه المريض دواءً جديدًا للمرض مزمن تم تشخيصه حديثاً، أما الاستشارة الثانية فيتم تقديمها بعد ثلاثة إلى أربعة أسابيع و ذلك إما وجهًا لوجه أو عبر الهاتف. في أثناء الاستشارة، يقوم الصيدلي بتصنيف المشاكل و المخاوف المتعلقة بالأدوية و يناقش امكانية تحسين طريقة تناول الدواء و يقدم معلومات إضافية حول الحالة المرضية و العلاج.

تم إدراج خدمة الدواء الجديد ضمن التشريعات الصيدلانية الدنماركية و يلتزم الصيادلة بتقديمها، و يتم تمويلها من خلال اتفاقية بين جمعية الصيدليات الدنماركية و وزارة الصحة، و هي مجانية للمريض، كما أنها لا تتطلب اعتمادية محددة.

خدمة تقييم تقنية الاستنشاق

تم تصميم خدمة تقييم تقنية الاستنشاق، و التي بدأت في عام 2006، للأشخاص الذين يعانون من الربو و مرض الانسداد الرئوي المزمن، و الذين تلقوا تعليمات حول تقنية الاستنشاق و تم تقديم عرض لهم حول طريقة الاستنشاق، و بينما تستهدف الخدمة المستخدمين لأول مرة، فهي متوفرة أيضًا للمستخدمين الآخرين، حيث يتلقى المريض الإرشاد حول كيفية تحضير جهاز الاستنشاق و كيفية حمله و كيفية الاستنشاق و كيفية إغلاق جهاز الاستنشاق و حفظه، و كذلك استخدام جرعات متعددة، و أيضًا غسيل الفم، و يقوم طاقم الصيدلية بتوثيق النصائح المقدمة لكل مريض في نموذج التسجيل، و إذا لزم الأمر، يتم تكرار استعراض طريقة الاستنشاق و تقييم أسلوب المريض حتى يتمكن المريض من استخدام جهاز الاستنشاق بثقة و بشكل صحيح، كما يتم إحالة المريض إلى الطبيب إذا كان لديه مشاكل مستمرة في استخدام جهاز الاستنشاق، أو لا يستجيب للدواء المستنشق.

يتم توفير الخدمة بموجب اتفاق بين جمعية الصيدليات الدنماركية و وزارة الصحة، و هي ممولة من قبل الحكومة الدنماركية و مجانية للمريض، و يتم الدفع للصيدلة على أساس رسوم مقابل الخدمة.

لا يوجد تدريب رسمي على تقديم هذه الخدمة، و المهارات المطلوبة هي جزء من الكفايات المتوقع توافرها عند الصيدلي، و مع ذلك، فيجب أن يتم اعتماد الصيدلة مقدي الخدمة، و يستند ذلك إلى فحص بأسئلة متعدد الخيارات و توثيق خمسة حالات حول تقديم الخدمة.

تم تقييم هذه الخدمة و تبين أنها مقبولة و فعالة.⁷

الأدوية متعددة الجرعات

بموجب التشريع الذي صدر في عام 2001، يتعين على الصيادلة الدنماركيين توفير الأدوية في عبوات تسمح بالتحكم في الجرعة، و قد تم تحديد هذا باعتباره ذا قيمة خاصة للمرضى الأكبر سنًا. تم اعتماد صيدليات المؤقّرة ل"عبوة الجرعات" من قبل الوكالة الدانمركية للأدوية، و يشمل هذا الاعتماد إذنًا لتكيب ماكينات صرف تعمل تلقائيًا على إصدار عبوات الجرعات، و خلصت دراسة نوعية أجريت عام 2008 إلى ما يلي: "الانطباع العام عن التحليل هو أن الصرف التلقائي للجرعات في الرعاية الصحية الأولية هو تقنية تتمتع بفرص جيدة لتحسين علاج

المرضى الضعفاء على وجه الخصوص، ولكن هناك مخاطر مرتبطة بالعديد من العوائق المحتملة⁸. يتم دفع رسوم صرف الجرعة من قبل المرضى الأفراد، ولكن قد يتم تعويضها إذا كانت الأدوية المصروفة مشمولة في سداد التكاليف.

المراجعة الدوائية

تم تقديم خدمة المراجعة الدوائية في الدنمارك في عام 2010، وقد قامت جمعية الصيدليات الدنماركية بتطوير البرنامج بما في ذلك الكتيبات الإرشادية والأدلة وبيانات اعتماد الصيدلة لإجراء المراجعات، حيث يركز الاعتماد على التقارير المكتوبة عن الحالات الصحية وتقديم خمس خدمات وفقاً للإرشادات، وتتم مراجعات الدواء من قبل الصيدلة بشكل متقطع، ويقوم المرضى أو المؤسسات بالدفع مقابل الخدمة. مزيد من المعلومات متاحة من:

<https://www.pharmakon.dk/apotek-primaersundhedssektor/forskning/international/>

4.8.6. سنغافورة

تم الإبلاغ عن مبادرات متنوعة لتعزيز الالتزام بالدواء والمكونات الأخرى للاستخدام الجيد للأدوية في سنغافورة، وهي مبنية أدناه.

خدمة إدارة الأدوية

تشتمل خدمة إدارة الأدوية على مقابلة الصيدلي وجهاً لوجه مع كل مريض، وتتضمن إجراء مراجعة شاملة للأدوية وتدقيقها، وتستهدف بشكل خاص المرضى الذين يحصلون على الأدوية من أكثر من طبيب، أو يتناولون خمسة أو أكثر من الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، أو لديهم نظام دوائي جديد و/أو معقد، أو لديهم استفسارات أو مشاكل مع أدويتهم. تم تصميم المقابلة للتأكد من الجرعات الفعلية المتناولة وأية أعراض غير معالجة والتأثيرات الجانبية للأدوية، كما يتلقى المرضى أيضًا تثقيفًا بشأن مرضهم وتنظيم أدويتهم، ويتم تحديث قائمة الأدوية في قاعدة البيانات الطبية الإلكترونية وتقديم نسخة للمريض وللمن يقدم الرعاية له، وإذا لزم الأمر، يتم مناقشة المعلومات مع واصفي الدواء.

تم تقديم الخدمة منذ عام 2006، وهي متوفرة في معظم الصيدليات والعيادات وأقسام الصحة العامة، كما أنها خدمة غير ممولة، ولكن من الممكن فرض رسوم على المرضى مقابلها. يتلقى الصيدلة التدريب على تقديم الخدمة "داخليًا"، ويشمل مبادئ الخدمة وإدارة الأمراض المزمنة.

تم تقديم "خدمة إدارة الأدوية" في مستشفى سنغافورة العام في سنة 2012 بحيث تكون متخصصة بتقديم الدعم الدوائي للمرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن ويتلقون غسيل الكلى، خاصة أولئك الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالدواء، وتشتمل على فرق تضم ثلاثة أخصائيين في أمراض الكلى وصيدليًا ومنسقًا للعناية الكلوية وممرضًا سريريًا ومساعدين سريريين. يجري الصيدلي مراجعة شاملة للأدوية ويقدم المشورة اللازمة، كما ويسلم إخصائي أمراض الكلى المتواجد قائمة الأدوية التي تمت مراجعتها وأية توصيات لحل المشاكل المتعلقة بالأدوية. يتم تدريب الصيدلة المشاركين على أداء هذا الدور بشكل محدد، بحيث تغطي الموضوعات المتعلقة بغسيل الكلى ومرض الكلى المزمن ومضاعفاته، وتنظيم العلاج الدوائي⁹.

برنامج الرعاية الانتقالية المسنين (ACTION)، خدمة مراجعة الأدوية

يهدف برنامج ACTION، والذي بدأته حكومة سنغافورة لتحسين نتائج المرضى المسنين بعد الخروج من المستشفى، إلى تسهيل انتقال المرضى من المستشفى إلى منازلهم وتحسين استخدام الأدوية.

يتضمن البرنامج خدمة مراجعة الأدوية في المنزل، وعلى الصيدلة الذين يقومون بالمراجعات المنزلية أن يكون لديهم خبرة سنة واحدة على الأقل في خدمة إدارة الأدوية، وبالإضافة إلى ذلك يجب أن يخضعوا لبرنامج تدريبي مدته ستة أسابيع يقوم به صيدلي من ذوي الخبرة في مراجعات الأدوية المنزل، كما يجب الإشراف عليهم عند إجراء المراجعات قبل السماح لهم بالعمل بشكل مستقل¹⁰.

4.8.7. سويسرا

تم تحديد أربعة برامج بواسطة اتحاد صيدلة سويسرا pharmaSuisse وهي: فحص تعدد الأدوية (polymedication) والذي بدأ في عام 2010؛ والملء الأسبوعي لمنظم جرعات الأدوية في الصيدلية والذي بدأ في عام 2004؛ و البرنامج المهني المشترك للحالات المزمنة

(SISCare) والذي بدأ في عام 2011؛ و الموزع الإلكتروني للجرعات عند تعدد الأدوية (بدأ في عام 2014). لا يعد أي من البرامج الأربعة مخصصًا للمسنين على وجه التحديد، ولكن معظم المستفيدين منها هم من كبار السن.

فحص تعدد الأدوية (polymedication)

يتضمن فحص polymedication مراجعة "النوع 2أ" (انظر القسم 3.6) في التصنيف المحدد من قبل شبكة الرعاية الصيدلانية في أوروبا،¹¹ والمرضى الذين تنطبق عليهم الشروط هم أولئك الذين يستخدمون أربعة أدوية مختلفة على الأقل مغطاة من قبل التأمين الصحي خلال الأشهر الثلاثة السابقة، وتستند هذه المراجعة إلى تاريخ الدواء ومعلومات المريض، ويمكن إجراؤها إذا كان المريض قادرًا على تقديم المعلومات. تغطي المراجعة كل من الأدوية الموصوفة والأدوية بدون وصفة طبية، واستكشاف التفاعلات الدوائية، والجرعات غير المعتادة، وأمور الالتزام بالدواء، والتفاعلات بين الدواء والغذاء، وأمور الفعالية والآثار الجانبية، حيث تتم المراجعة في الصيدليات على وجه الحصر بواسطة صيدلي وبواقع مراجعتين كحد أقصى لكل مريض سنويًا، ويتم دفع حوالي 40 يورو لكل صيدلي لكل مراجعة ويتم تغطيتها من قبل التأمين الصحي الأساسي في سويسرا.

الملء الأسبوعي لمنظم جرعات الأدوية في الصيدلية

في إطار مبادرة الملء الأسبوعي لمنظم جرعات الأدوية في الصيدلية، يقوم الصيادلة بإعداد علب أو أشرطة الجرعات الأسبوعية لمرضى العيادات الخارجية الذين يعانون من حالات مزمنة ويتناولون ثلاثة أدوية مختلفة على الأقل، والقصد الوحيد من هذه المبادرة هو تحسين الالتزام بالدواء. من الجدير ذكره هو أن المبادرة ليست خاصة للمرضى المسنين، ويمكن أن تبدأ عن طريق وصفة طبيب أو بناءً على اقتراح الصيدلي بعد إجراء فحص تعدد الأدوية، وفي الحالة الأخيرة تقتصر المكافأة المادية على ثلاثة أشهر؛ وفي نهاية هذه الفترة قد يطلب المرضى من الطبيب وصفة طبية أو موافقة للاستمرار. يتم دفع حوالي 18 يورو في الأسبوع للصيدلي.

البرنامج المهني المشترك للحالات المزمنة (SISCare)

يهدف SISCare إلى تحسين سلامة وفعالية نظام العلاج، ويشمل إجراء المقابلات التحفيزية ورصد الالتزام بالدواء وإدارة المخاطر، حيث يغطي فيروس نقص المناعة (HIV) والتصلب اللويحي المتعدد ومرض السكري من النوع الثاني واستخدام أدوية السرطان التي تؤخذ عن طريق الفم ومتلازمة الأيض. يتم إجراء SISCare من قبل منظمة Sispha، وهي منظمة قائمة على تعاون التخصصات المتعددة من صيادلة وأطباء الأسرة وتابعة لعيادة جامعة لوزان. يتم تغطية تكلفة البرنامج بواسطة التأمين الصحي الأساسي في سويسرا.

الموزع الإلكتروني للجرعات عند تعدد الأدوية

الموزع الإلكتروني للجرعات هو جهاز إمداد دوائي إلكتروني جديد مصمم لدعم كبار السن ممن يستخدمون أدوية متعددة، كما يتم تطبيقه في سياق العلاج بمساعدة الأفيونيات، واضطرابات تعاطي المخدرات، وفيروس نقص المناعة (HIV) والأمراض النفسية.¹² الهدف من استخدام الموزع الإلكتروني للجرعات هو تحسين الالتزام بالدواء ورفع جودة الحياة، وهناك دراسة تجري لتقييمه، ويتم تمويل المبادرة عن طريق التأمين الصحي الأساسي في سويسرا ومن أموال الجامعة.

4.8.8. هولندا

حددت نقابة الصيادلة الملكية الهولندية (KNMP) مثالين على الخدمات الوطنية المعتمدة لتحسين الالتزام بالدواء، وهما: "برنامج مراقبة العلاج وتحسينه" و "برنامج الاستشارة الهاتفية"، ويقوم المعهد الهولندي لبحوث الخدمات الصحية (NIVEL) بإعداد تقرير شامل عن التدخلات المرتكزة على الأدلة، وذلك بالتعاون الوثيق مع اتحاد المرضى الهولندي ومؤسسة Sint Maartenskliniek Nijmegen الطبية و KNMP، والذي من من المقرر صدوره في ربيع عام 2019.

برنامج مراقبة العلاج وتحسينه

يستهدف برنامج مراقبة العلاج وتحسينه (MeMo) الذي بدأ تطبيقه في عام 2010 المسنين بشكل خاص، ويبدأ بجلسات استشارية منظمة وموحدة للمرضى عند بدء ومتابعة العلاجات المزمنة، ويتبع ذلك مرحلة مستمرة يتم فيها مراقبة التزام المرضى بالأدوية بشكل شهري باستخدام خوارزميات البحث الموحدة المطبقة على قاعدة بيانات الصيدلية، وعندما يتم اكتشاف حادثة توقف عن صرف أو تناول دواء يتم استدعاء التدخلات المصممة خصيصًا لدعم الالتزام بالدواء وتحسين العلاج الدوائي.

بالنسبة لمرضى هشاشة العظام، ارتبط برنامج MeMo بانخفاض معدل التوقف عن تناول علاج البايفوسفونيت إلى النصف بعد سنة واحدة، أي من 32% إلى 16%، أما المرضى الذين يتناولون أدوية لخفض الدهون فقد تراجع معدل تركهم لتناول الدواء بعد عام واحد من 26% إلى 14%، كما تعتبر نتائج برنامج MeMo للربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن واعدة بتحسينات في تنظيم العلاج ونوعية حياة المرضى، ولكنها غير متوفرة بعد.

يتم تشغيل برنامج MeMo بالكامل من قبل الصيادلة، ولا يحتاج إلى بيانات اعتماد محددة، وهو ممول من رسوم صرف الدواء.

برنامج الاستشارة الهاتفية

يتكون برنامج الاستشارة الهاتفية من مكالمة هاتفية مرتبة لكل مريض بعد 7 إلى 21 يومًا من صرف وصفة طبية جديدة، وهو يهدف إلى تحسين الالتزام بالدواء من خلال تزويد المرضى بالمعلومات، و السؤال عن سلوكهم الفعلي في تناول الدواء، و معالجة المشاكل و الموانع العملية (الآثار الجانبية على سبيل المثال) و الحسية (مثل المخاوف المتعلقة بالدواء، أو قلة الحاجة إليه).

و في التقرير التقييمي للبرنامج فقد تبين أن كفاءته تختلف حسب الفئات المختلفة من الأدوية، فقد نتج عنه تحسينات في الالتزام بمشطات نظام الرينين أنجيوتنسين و العقاقير التي تخفض نسبة الدهون، و كذلك أدوية البيفوسفونيت، ولكن ليس في الالتزام بأدوية الاكتئاب،¹³ علمًا أن البرنامج قد تم تشغيله فقط على أساس بحثي محلي.

4.9 المراجع

1. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines. Apply levers for change. A report for the Ministers Summit, Danish Ministry of Health, Welfare and Sport, 3 October 2012. IMS Institute for Healthcare Informatics*, Washington DC, 2012. [*Now the IQVIA Institute for Human Data Science.]
2. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing dose administration aid services. Sixth Community Pharmacy Agreement. Canberra, PSA Ltd, 2017.
3. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing MedsCheck and Diabetes Medscheck services. Canberra, PSA Ltd, 2017.
4. Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Quality & Safety* 2016; 25(10):747–58.
5. National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion. Calculating Proportion of Days Covered (PDC) for antihypertensive and antidiabetic medications: an evaluation guide for grantees. Bethesda, Technical & Training Assistance Support Center, NCCDPHP, Centers for Disease Control, 2015.
6. McCool S, Logan P. IPU New Medicine Service (NMS) Pilot Report. Dublin, Irish Pharmacy Union, 2017.
7. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fonnesbaek L, Hepler CD, Holst H, Froekjaer B. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc.* 2001 Jul-Aug; 41(4):551-9.
8. Herborg H, Haugboelle LS, Lee A. Automated dose dispensing in Danish primary health care — a technology under construction. *Pharmacy Practice* 2008; 6(2):103–12.
9. Chia BY, Cheen MHH, Gwee XY, et al. Outcomes of pharmacist-provided medication review in collaborative care for adult Singaporeans receiving haemodialysis. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39(5):1031–8.
10. Cheen MHH, Goon CP, Ong WC, et al. Evaluation of a care transition program with pharmacist-provided home-based medication review for elderly Singaporeans at high risk of readmissions. *International Journal for Quality in Health Care* 2017; 29(2):200–05.
11. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE statement on medication review, V3.01012013. Zuidlaren, PCNE, 2013.

12. Allemann SS, Duersteler KM, Strasser J, et al. Novel remote electronic medication supply model for opioid-dependent outpatients with polypharmacy — first long-term case study. *Harm Reduction Journal* 2017; 14:56–62.
13. Kooij MJ. Supporting patients: pharmacy-based interventions to improve medication adherence. Doctoral Dissertation. Utrecht University Repository, 2015. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/317469>.

5. التدخلات الصيدلانية الفعالة

5.1. التأثيرات المترتبة على هذه المراجعة

هنالك سبعة تأثيرات رئيسية مترتبة على هذه المراجعة: أولاً، إن عدم الالتزام بالأدوية عند كبار السن يمثل مشكلة مستمرة و ملموسة على نطاق واسع، وذلك على الرغم من إدخال العديد من التدخلات لتعزيز الالتزام بالدواء، كما أن عدم الالتزام بالدواء له تكلفة عالية من الناحيتين الإنسانية والاقتصادية.

ثانياً، للصيدلة مكانة بارزة في تسلسل الأحداث المرتبطة باستخدام الأدوية، ولها دور أساسي في تعزيز ومراقبة الالتزام بالدواء، و عدا عن المرضى أنفسهم، لا يساهم أي من المعنيين باستخدام الدواء في سلسلة الأحداث هذه بنفس القدر الذي يقوم به الصيدلاني، أو حتى لديهم مثل هذه الرؤية الشاملة. تشمل المساهمات المحورية للصيدلانية تثقيف وإرشاد المرضى و مقدمي الرعاية لهم، و توفير وكذلك تقديم مساعدات تناول الجرعة في كثير من الأحيان، و صرف الأدوية، و التذكير بتناول الأدوية وإعادة صرف الوصفات الطبية المتكررة، و متابعة المرضى لتحديد الصعوبات في استخدام الأدوية وحلها.

ثالثاً، على الرغم من موقعها المركزي من حيث توفير الأدوية فإن الصيدلة تعتبر معزولة نوعاً ما عن غيرها من المهن الصحية المشاركة في إدارة المرضى، وعلى سبيل المثال، هناك القليل من التفاعل بين من يصفون العلاج (وهم عادة ما يكونون من الأطباء الممارسين) و الصيدلاني. هذه العزلة، و التي تعكس التفاوت في النظام الصحي و الجهات الممولة و كذلك التصورات المهنية المتبادلة، تحد من نطاق التدخلات التي يمكن أن تحسن الالتزام بالدواء إذا كان المشاركون المعنيون قادرين على العمل معاً بطريقة أكثر تكاملاً.

رابعاً، هناك مؤشرات قياس للالتزام بالدواء يتم استخدامها بشكل غير متسق، كما تختلف محددات مستويات الالتزام المناسبة أو المقبولة. لا تخفي التناقضات بحد ذاتها حقيقة أن الالتزام بالدواء يمثل مشكلة في تقديم الرعاية الصحية، ولكنها كبيرة بما يكفي لتعقيد مراقبة الالتزام و تقييم التدخلات.

خامساً، هناك مجموعة كبيرة من الأبحاث الوصفية و التحليلية و التقييمية حول الالتزام بالدواء، و مع ذلك فإن الكثير من تلك الأبحاث محدودة و ضيقة النطاق، كما هو موضح في القسم 5.2 لاحقاً، كما أنها غير متجانسة فيما يتعلق بتصميم البحث و تحديد و قياس النتائج، و نتيجة لذلك، فحتى الآن قام عدد قليل نسبياً من الدراسات التحليلية بتقييم التدخلات بما يكفي من الوضوح و الاتساق و الدقة لتوليد استنتاجات صحيحة و قابلة للتعميم، كما تم إجراء العديد من دراسات المراجعات المنهجية الرئيسية و المصممة جيداً لتقييم التدخلات لتحسين الالتزام بالدواء، و لكنهم كانوا دائماً يجدون الكثير من عدم التجانس للسماح بتوحيد واثق للنتائج.

سادساً، على الرغم من محدودية وجود دليل قوي على فعالية مبادرات محددة لتعزيز الالتزام بالدواء، إلا أن هناك أدلة متوفرة تدعم التدخلات التالية:

1. خدمات الأدوية الجديدة، و التي تشمل تعليم وإرشاد المرضى من قبل الصيدلاني عند صرف أدوية جديدة لهم، مع المتابعة معهم وجهًا لوجه و تقديم الاستشارة الهاتفية خلال الأسابيع اللاحقة.
2. مراجعة و تعليم وإرشاد المرضى و القائمين على رعايتهم من قبل الصيدلاني عند صرف الأدوية المعتادة، مع الاستمرار في تقديم الدعم عندما يتطلب تناول الجرعة تقنية محددة، خاصة - على سبيل المثال - استخدام الأدوية المستنشقة.
3. توفير أدوات تناول الجرعة و التي تساعد على تسهيل تناول الجرعة الصحيحة في الوقت الصحيح.
4. أنظمة تذكير المرضى بأخذ الأدوية الخاصة بهم على النحو المنصوص عليه.
5. تبسيط نظم المعالجة الدوائية عن طريق معالجة مشكلة تعدد الأدوية و تقليل معدل تناول الجرعات.

بالنظر إلى عدد نقاط التدخل الممكنة بدءاً من التشخيص و حتى صرف الدواء ثم تناوله، فربما ليس من المستغرب أن تظهر التدخلات المتعددة في كثير من الأحيان تأثيراً أكبر نسبياً من التدخلات الفردية.

سابعاً، تنطبق معظم النقاط المذكورة أعلاه على المرضى من جميع الأعمار، و خاصة البالغين، و مع ذلك، فإن المسنين هم من مستخدمي الأدوية بشكل كبير و غالباً ما يتبعون نظاماً علاجياً معقداً، و مما يزيد من التحدي هو تراجع القدرات الإدراكية أو المعرفية لديهم، و خصوصاً إذا كان هذا التراجع في القدرات الإدراكية خفيفاً أو مبكراً بحيث يصعب على مقدمي الرعاية الصحية ملاحظته في لقاءات قصيرة مع المرضى. يجب أن يتلقى الصيدلاني تدريبات و ربما أشكالاً أخرى من الدعم حتى لا يفوتهم أي من علامات التراجع الإدراكي أو المعرفي لدى المرضى، و ليتمكنوا من مراعاة الصعوبات عند المرضى خلال التواصل معهم و نصحتهم و متابعتهم.

5.2. القضايا المنهجية في تقييم التدخلات

5.2.1 نظرة عامة

تواجه الأبحاث المتعلقة بعدم الالتزام بالدواء و تقييم التدخلات لتحسين الالتزام بالأدوية تحديات منهجية، حيث أن مشكلة عدم الالتزام بالدواء ليست جديدة و فرص التدخلات كبيرة، و كما هو موضح في القسم 5.1 و في مواضع أخرى من هذا التقرير، فإن حجم البحث و التقييم الذي تم إجراؤه يعد كبيراً، و مع ذلك، و على الرغم من هذا الجهد، برز عدد قليل نسبياً من الاستنتاجات النهائية حول ما يجب القيام به.

يمكن مراقبة الالتزام بالدواء بدقة وإدارته في سياق دراسة سريرية لدواء تم إدخاله حديثاً (أو استقلاب جديد للدواء)، وفي هذه الحالة، يتم تحديد نظام العلاج في بروتوكولات تفصيلية، كما أن الموارد والقدرات تكون متوفرة لتطبيق النظام بصرامة، ويكون المشاركون متطوعين وغالباً ما يكونون متحمسين للامتثال لبروتوكول الدراسة.

ومع ذلك، فإن الحفاظ على الدقة والكفاءة في الدراسات القائمة على الملاحظة والتجارب السريرية المحتوية على برامج تدخلية (والمختلفة عن الدراسات الدوائية) ينطوي على بعض الصعوبات الخاصة، وهذه تنشأ من:

- عدم تجانس الأفراد المشاركين في البحث وحالتهم الصحية، مما يؤدي إلى العديد من الآثار المربكة المحتملة.
- اختيار المرضى أو المشاركين للدراسة، والذي يعتمد غالباً على أولئك الراغبين بالمشاركة بدلاً من الذين يتم اختيارهم للمشاركة، مما يؤدي إلى وجود احتمالية لتحيزات في الاختيار ونقص الموثوقية الخارجية (قابلية التعميم أو النقل إلى مجموعات أخرى)، وفي بعض الحالات قد يؤدي إلى عدم توفر أعداد كافية من المشاركين.
- عدم تجانس التدخلات، مع تدخلات مرجعية عادة ما تحدث ضمن التدخلات الأخرى المتزامنة أو المبدئية والتي قد تؤثر على الالتزام بالدواء، والتي لا يتم توثيقها عادة كعامل إرباك محتمل.
- عدم الدقة أو التفصيل في وصف أو شرح التدخلات، مما يجعل من المستحيل التحديد أو الربط بين أي من عناصر التدخلات والآثار الظاهرة لها، وتحد من إمكانية النقل أو التعميم من أي تدخلات أخرى قد تبدو ناجحة.
- عدم وجود معايير محددة وعدم الدقة في قياس أو تصنيف الالتزام بالدواء، مما يؤدي مرة أخرى إلى عدم التجانس بين الدراسات.

5.2.2 عدم تجانس مواضيع البحث المحتملة

يمثل المرضى الأكبر سنًا شريحةً واسعةً من المجتمع من حيث العمر واللياقة البدنية والقدرة على التنقل، وكذلك القدرة الإدراكية واستخدام الأدوية. لا تقوم العديد من الدراسات المذكورة في هذا التقرير بمعالجة أو تعديل النتائج بناءً على هذه الخصائص، كما لا تتناول بالعادة توزع فئة كبار السن عبر مجموعات المقارنة، وبالأخذ بعين الاعتبار أن مجموعات الدراسة غالباً ما تكون صغيرةً نسبياً، فمن غير المرجح أن يتم توزيع الخصائص (سواء كانت مسجلة أم لا) بالتساوي عبر مجموعات المقارنة، حتى لو كانت موزعة عشوائياً، مما يتيح الفرصة لخلق ظروف من التشويش المحتمل، مع ما يترتب على ذلك من تحريف للنتائج والاستنتاجات.

5.2.3 اختيار المشاركين والتحيز في الاختيار

يعد اختيار المرضى أو المشاركين عنصراً أساسياً في تخطيط وتنفيذ الأبحاث التقييمية. تقدم العديد من المقالات والدراسات المذكورة في هذا التقرير معلومات غير كافية عن اختيار المرضى أو توزع الأفراد على مجموعات المقارنة، ويشير منطق التقييم إلى أنه يجب مقارنة المرضى الذين يتلقون تدخلاً مرجعياً (التدخل المنوي دراسة تأثيره) بأولئك الذين لا يتلقون ذلك التدخل، أو يجب مقارنة المرضى الملتزمين بالدواء مع المرضى غير الملتزمين، ومع ذلك، يعتمد إدخال الأفراد للمشاركة في الدراسات على الراغبين بذلك بدلاً من أولئك الذين يتوجب اختيارهم للمشاركة، وتؤدي هذه العوامل إلى التحيز في الاختيار وتحد من الموثوقية الخارجية (قابلية التعميم أو النقل إلى مجموعات أخرى) للنتائج.

5.2.4 عدم تجانس التدخلات

تقدم العديد من المقالات والدراسات المذكورة في هذا التقرير أيضاً تفاصيل قليلة ولكن مهمة حول التدخلات التي قاموا بتقييمها، وبالنظر إلى أن العديد من التدخلات قد تضمنت على ما يبدو تدخلاً مرجعياً كواحد من عدد من الأنشطة المتزامنة التي قد تؤثر على الالتزام بالدواء والتي قد تختلف بين مجموعات المقارنة، فقد كان من الصعب في بعض الأحيان تمييز الطبيعة الدقيقة للتدخل.

وفي الواقع، فقد لاحظ Nieuwlaat والباحثون المشاركون معه في دراسة مراجعة منهجية¹ أن أيًا من التدخلات التي ذكرت كان لديها عوامل نجاح مشتركة، كما تم إجراء مقارنات عامة للتدخلات المعقدة مع الرعاية المعتادة بدلاً من التدخلات البسيطة، لذلك كان من الصعب عزو التحسن في الالتزام بالدواء والنتائج السريرية إلى جوانب معينة من التدخل، وكذلك تحديد كيفية نقل أو تعميم التدخلات الناجحة نوعاً ما إلى أماكن أخرى.

5.2.5 عدم وجود معايير محددة في قياس أو تصنيف الالتزام بالدواء

صنفت بعض الدراسات سلوك تناول المرضى للدواء بشكل ثنائي على أنه "ملتزم" أو "غير ملتزم" بالدواء، وذلك اعتماداً على عتبة أو حد تم التوصل إليه سابقاً، بينما استخدم آخرون مؤشرات محددة مسبقاً لإنشاء متغيرات ممتدة، مثل "نسبة الأيام المغطاة" (PDC) بناءً على الفواصل الزمنية الفعلية والمتوقعة بين صرف عبوات الأدوية، وتعتبر معظم التجارب السريرية نسبة الأيام المغطاة $PDC \leq 80\%$ بأنها "ملتزم"، ولكن هذا متباين، حيث يعني التباين هنا أنه قد يكون من الصعب أو المستحيل تقديم تحليلات تلوية أو تجميعية (meta-analyses) صالحة، وحتى الجمع بين نتائج دراستين أو أكثر بشكل مبسط.

كان التحقق من الالتزام بالدواء غير متجانس أيضاً عبر الدراسات، حيث تعتمد بعض الدراسات على التقديرات "المباشرة" والتي يتم الحصول عليها عن طريق سؤال المرضى عن استخدامهم للأدوية، أو عن طريق "تعداد حبوب الأدوية" بشكل دوري، أو عن طريق استخدام الأدوات المساعدة على تناول الجرعة والتي تقوم بعدد الأقراص أو الكبسولات المأخوذة من العبوة. يمكن أيضاً تقدير الالتزام بشكل غير مباشر عن

طريق قياس مستويات الأدوية أو مستقبلاتها في سوائل الجسم، أو عن طريق قياس الظواهر الفسيولوجية (مثل ضغط الدم عند المريض الذي يتناول الأدوية الخافضة لضغط الدم). قد تكون طرق القياس المعقدة ممكنة في الدراسات البحثية مثل التجارب المعشاة لدراسة فعالية الأدوية، ولكنها في الغالب غير ملائمة في الممارسة السريرية الاعتيادية، وبالطبع، فمن الضروري تقييم صحة طريقة القياس غير المباشر، كما أنه ليس من الواضح دائماً أن المتغير الفسيولوجي المقاس هو مؤشر صحيح على الالتزام بالدواء.

5.2.6 الحلول المنهجية الممكنة

بينما نتجت بعض المعلومات المفيدة من دراسات المراجعات المنهجية للتدخلات لتحسين الالتزام بالدواء، فإن قيمة أي مراجعة منهجية تعتمد على صحة وجودة البحث الذي تتم مراجعته، فقد لفتت أعمال المراجعات المنهجية المنشورة في السنوات الأخيرة الانتباه باستمرار إلى نقاط الضعف المنهجية لكل من التجارب المنضبطة والدراسات الرصدية القائمة على الملاحظة التي تقيم هذه التدخلات، حيث خلصت جميع المراجعات المنهجية إلى أن التحليل التلوي (meta-analysis) غير ممكن وذلك بسبب عدم التجانس.

و من وجهة نظر منهجية، كانت أقوى الدراسات هي تجارب معشاة ومنضبطة (randomized controlled trials) أو دراسات قائمة على الملاحظة (observational studies) أجريت في النظم الصحية المنظمة والتي تجمع بيانات شاملة عن المرضى المسجلين، ولأسباب تتعلق بالتمويل أكثر من رعاية المرضى، فلدى هذه الأنظمة القدرة على تتبع المرضى من خلال التسلسل (انظر القسم 3.1) الذي يبدأ من عرض الحالة وتشخيصها مروراً بصرف الدواء وحتى تناوله، بما في ذلك الوصفات المكررة، وبالتالي يمكنهم توليد بيانات كمية متسقة و معقولة حول الالتزام بالدواء.

و من أجل التمكن من مراقبة الالتزام بالدواء وتقييم التدخلات الجديدة والحالية، يجب على الباحثين مراعاة النقاط التالية:

- تحديد التدخلات بالتفصيل، مع سرد وصف جميع الأنشطة المكونة التي تم اعتمادها.
- وصف عينة الدراسة من المرضى بالتفصيل، مع الإشارة إلى طريقة اختيار العينة، وكذلك معايير الاشتمال والاستبعاد.
- تقديم بيانات عن معدلات الاستجابة في مرحلتها إشراك المرضى والمتابعة، وكذلك معدلات الانسحاب من الدراسة.
- تعريف الالتزام بالدواء، وتشجيع الباحثين في موضوع استخدام الأدوية والالتزام بها، قدر الإمكان، على استخدام مجموعة صغيرة من المؤشرات بحيث يمكن إجراء مقارنات صحيحة بين الدراسات.
- جمع البيانات عن المعوقات المحتملة مثل المشاكل الصحية المصاحبة (خاصة الحالة الإدراكية) والعلاجات المتزامنة، و/ أو تقسيم عينة الدراسة إلى عوامل مثل العمر والجنس.

و على الرغم من أن دراسات المراجعات المنهجية التي أجريت حتى الآن قد قدمت معلومات مفيدة، إلا أنه لا يوجد ما يبرر إجراء مزيد من المراجعات المنهجية إلى أن يتم نشر مجموعة كبيرة من الأبحاث المراعية للنقاط الخمسة المذكورة أعلاه.

5.3 صياغة التدخلات لتحسين الالتزام

تعد مشكلة الالتزام بالدواء مشكلة قديمة. تقدم Decorum (و معناها اللياقة أو الذوق)، وهي إحدى أعمال أبقراط التي يعود تاريخها إلى القرن الأول أو الثاني الميلادي، النصيحة التالية: راقب... أخطأ المرضى، والتي غالباً ما تجعلهم يكذبون بخصوص ما يوصف لهم، لأنه بعدم تناولهم للمشروبات غير المستساغة أو المسهلات أو غيرها، يموتون أحياناً.

و بعد ذلك بما يقرب من ألفي عام، كتب هاينز ومن معه من باحثين²:

... إن زيادة فعالية تدخلات الالتزام بالدواء قد يكون لها تأثير أكبر بكثير على صحة الناس من أي تطور في علاجات طبية محددة.

علاوة على ذلك، لاحظ براون و بوسل³:

أن الطبيعة المتعددة العوامل المتعلقة بضعف الالتزام بالأدوية تعني أن بذل جهد دائم ومنسق هو وحده الذي يضمن تحقيق الالتزام الأمثل بالدواء لتحقيق الفوائد الكاملة للعلاجات الحالية.

إن الكلمات "المستدامة"، "المتسقة" و "الجهد" تتضمن طبيعة التدخلات الرئيسية التي تعتبر دائماً أو عادة ما تكون فعالة بالنسبة للمرضى المسنين، والعناصر المهمة لهذه التدخلات هي كما يلي:

1. التواصل الفعال مع المريض و من يرعاه من قبل جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية، وهذا يشمل: (1) إشراك المريض (و القائم بالرعاية، عند الحاجة) في عملية صنع القرار بشأن العلاجات والخيارات في الأدوية؛ (2) تقييم الحالة الإدراكية للمريض و مستوى الثقافة الصحية، و توجيه النقاش لضمان تمكن المريض من المشاركة في عملية صنع القرار هذه؛ (3) إنشاء و تمكين التواصل بين أعضاء فريق الرعاية الصحية، و خاصة الأطباء و الممرضين و الصيدالين، حتى يتمكن الصيدالين من الوصول إلى جميع المعلومات السريرية ذات الصلة؛ (4) تمكين الصيدليني من أداء دورها المحوري في تثقيف المريض و إسداء المشورة بشأن الأدوية و الالتزام بها، و ذلك لتقوية فهم الخطة العلاجية و تبديد أي مفاهيم خاطئة قد تؤدي إلى عدم الالتزام المقصود؛ (5) الاستفادة من التكنولوجيا المعاصرة، و لا سيما الهواتف المحمولة، لمتابعة المرضى (أو مقدمي الرعاية) لمعرفة ما إذا كان المرضى يتناولون أدويتهم بشكل

صحيح وما إذا كانت هناك أية صعوبات في تناولها أو أن هناك آثار جانبية؛ و (6) تنفيذ الخدمات الصيدلانية المتعلقة بدعم المرضى الذين يتناولون أدوية جديدة.

2. تسهيل الأمر قدر الإمكان على المرضى الأكبر سنًا في تناول أدويتهم بشكل صحيح، وهذا يستلزم: (1) الحفاظ على نظام العلاج بالأدوية بسيطًا قدر الامكان من البداية؛ (2) مراجعة الأدوية (على سبيل المثال من خلال مراجعات الأدوية المنزلية التي تجرى من قبل الصيدلة) للكشف عن مشكلة تعدد الأدوية وحلها؛ (3) تقديم الأدوات المساعدة على تناول الجرعة والتي تساعد المرضى (أو مقدمي الرعاية) على تناول الدواء الصحيح والجرعة الصحيحة في الوقت المناسب، وتتبع ما أخذه أو لم يأخذه من جرعات؛ (4) تمكين أفراد الأسرة من دعم المريض في الالتزام بنظام العلاج الخاص به؛ و (5) توفير وسائل التنبيه، سواء لأخذ الأدوية أو لصرف الوصفات الطبية المعادة.

3. استمرارية الجهد. إن أي من التدخلات المذكورة أعلاه ليس قادرًا على الاستمرار ذاتيًا، كما أن الالتزام لا يمكن أن يتحسن بشكل دائم دون استمرار التدخلات لاحتياجات المريض، وذلك من خلال: (1) تكرار الرسالة كلما سنحت الفرصة (عندما يتم إعادة صرف الوصفات الطبية، مثلًا)؛ (2) الاستفسار بشكل متكرر عما إذا كان تناول الدواء يسبب أية مشاكل، ومعالجة أية مشاكل قد تظهر، ويفضل أن يتم ذلك بالتشاور مع واصل الدواء؛ و (3) مراقبة تقنيات تناول الجرعة بشكل منتظم ومستمر، وإجراء التصحيحات عند الضرورة (على سبيل المثال، مع تقنية الاستنشاق لمرضى الربو أو مرض الانسداد الرئوي المزمن).

وكما تشير تجربة الألفي سنة الماضية، فإن عدم الالتزام بالأدوية يمثل مشكلة مستمرة لن يحلها أي تدخل بشكل كامل، ومع ذلك، يمكن القيام بالكثير لتعزيز الالتزام بالدواء وتقليل عدم الالتزام، و بالتالي تحسين النتائج العلاجية.

5.4 المراجع

1. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. The Cochrane Library, 2014; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
2. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008;(2):CD000011.
3. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings 2011;86(4):304–14. doi: 10.4065/mcp.2010.0575.

الملحق أ: البحث في الأعمال المنشورة

استخدم البحث في الأعمال المنشورة، والذي شكل أساس هذا التقرير، قواعد البيانات الإلكترونية التالية والتي تم الوصول إليها عن طريق مكتبة جامعة سيدني:

- مكتبة كوكرين (Cochrane Library) (قاعدة بيانات المراجعات المنهجية)
- EMBASE
- Google Scholar
- PubMed – Medline
- Science Direct

أما مصطلحات البحث المستخدمة فكانت كما هو مذكور أدناه (باللغة الانجليزية).

دور الصيدلي:

Adherence
Adherence training
Adherence education
Adherence and elderly
Adherence and carers and family
Adherence and spouses/partners
Pharmacists and adherence

الالتزام بالدواء وأمراض معينة:

Adherence and high blood pressure
Adherence and asthma
Adherence and chronic obstructive pulmonary disease
Adherence and inhalers
Adherence and HIV
Adherence and cancer drugs
Adherence and oncology services
Adherence and demented patients
Adherence and psychiatric patients

الالتزام بالدواء وأفعال أو حالات أخرى

New Medicine Service
New prescription
Adherence and electronic devices
Adherence and remote areas
Adherence and community-based elderly

و بالإضافة إلى البحث الرسمي في الأعمال المنشورة من خلال قواعد البيانات، تم فحص المراجع المذكورة في كل مقالة مختارة، و بالتالي تم العثور على مراجع إضافية، كما تم إجراء بحث مخصص لاحق من خلال مكتبة كوكرين و Google Scholar و PubMed

الملحق ب. الاستبيان

تم إرسال نموذج الاستبيان التالي إلى المنظمات الأعضاء في FIP، وكان الغرض منه الحصول على معلومات حول المبادرات ذات الصلة و البرامج في البلدان الأعضاء، حيث تم جمع المعلومات التي تم الحصول عليها و مناقشتها في الفصل 4.

تدخلات الصيدلة و برامج تعزيز الالتزام بالأدوية لدى المسنين
كما تعلمون، فقد كلفنا FIP بإعداد تقرير عن تدخلات و برامج الصيدلة لتعزيز الالتزام بالأدوية لدى كبار السن.

كما ناقشنا في مؤتمر سيول في أيلول (سبتمبر)، سيحتوي التقرير على معلومات حول المبادرات الرئيسية ذات الصلة في كل بلد (تمت مناقشة بعض منها خلال اجتماع سيول).

نحن ندعوك الآن لتقديم معلومات حول أمثلة عن تدخلات و برامج الصيدلة لتعزيز الالتزام لدى كبار السن، و سنكون سعداء لمعرفة التدخلات التي تستهدف على وجه التحديد كبار السن و كذلك التدخلات الموجهة إلى فئات عمرية أوسع و من ضمنها كبار السن.

إن العناوين أدناه تدل على أنواع المعلومات التي نبحث عنها.

سوف نقوم بتجميع الردود في قسم من التقرير، ثم نرسل مسودة هذا القسم إليك للمراجعة قبل تقديم مشروع التقرير بالكامل إلى مجلس FIP.

سنكون ممتنين للغاية لتلقي ردكم بحلول 3 كانون الثاني (يناير) 2018. يرجى إرساله بالبريد الإلكتروني إلى Michael - michael.frommer@sydney.edu.au

شكرا جزيلًا.

باريسا أصلاي
تيم تشن
مايكل فرومر

الاسم:

المؤسسة أو المنظمة و عنوانها:

البريد الإلكتروني:

1. يرجى تحديد مثال أو أكثر من الأمثلة الرئيسية لخدمات الصيدلة أو البرامج التي تعزز الالتزام بالأدوية لدى المسنين في بلدك.

2. لكل من هذه الأمثلة، يرجى الإجابة على ما يلي:

2.1 هل تركز المبادرة بالكامل على الالتزام بالدواء، أم أن الالتزام هو أحد الجوانب من مجموعة أوسع من التدخلات؟
أ. تركز حصراً على الالتزام

ب. هو جانب واحد من مجموعة أوسع من التدخلات
إذا كان الجواب (ب)، يرجى ذكر المجالات الأخرى التي يتم توجيه التدخل فيها:

2.2 هل المبادرة خاصة بمرض معين و/ أو حالة صحية أو مجموعة من الأمراض/ الحالات الصحية، أم أنها غير محددة؟
أ. غير محددة

ب. محددة
إذا كان الجواب (ب)، فيرجى الإشارة إلى المرض (الأمراض) و/ أو الحالات الصحية

2.3 هل المبادرة خاصة بدواء معين أو فئة من الأدوية، أم أنها تنطبق على مجموعة واسعة من أنواع الأدوية؟
أ. غير محددة

ب. محددة
إذا كان الجواب (ب)، فيرجى الإشارة إلى الدواء (الأدوية)

- 2.4. هل تستهدف المبادرة المسنين على وجه التحديد، أم أنها موجهة إلى مجموعة واسعة من الفئات العمرية؟
 - أ. كبار السن علو وجه التحديد
 - ب مجموعة واسعة من الفئات العمرية
 3. يرجى وصف المبادرة أو البرنامج.
 4. ما هي النتائج المرجوة للمبادرة أو البرنامج، وكيف يتم تقييم هذه النتائج؟
 5. هل يتم تقديم المبادرة أو البرنامج على المستوى الوطني، أو على مستوى الولاية/ المقاطعة، أو على مستوى أضيقي؟
 6. متى بدأت المبادرة أو البرنامج؟
 7. هل انتهت المبادرة أو البرنامج، أم أنها لا تزال تقدم بفاعلية؟ وإذا انتهت، متى تم ذلك؟
 8. هل كان الهدف من المبادرة أو البرنامج هو تقديمها بشكل مستمر، أم بشكل منقطع أو دوري؟
 9. ما هو اسم الهيئة (أو الهيئات و المنظمات) التي تقدم المبادرة أو البرنامج؟
 10. كيف يتم تمويل المبادرة أو البرنامج؟
 11. هل يتم تنفيذ المبادرة حصرياً بواسطة الصيادلة، أم أنها متعددة التخصصات الصحية؟ إذا كانت متعددة التخصصات، ما هو دور الصيادلة؟
 12. كيف يتم تدريب الصيادلة واعتمادهم لتقديم المبادرة أو البرنامج؟
 13. يرجى ذكر أي منشورات أو تقارير تصف أو تقيم المبادرة أو البرنامج.
 14. يرجى ذكر أو إرفاق أية مقالات إعلامية توفر معلومات إضافية.
- تعليقات أخرى أو معلومات إضافية:
- شكراً جزيلاً لك على توفير المعلومات للاستبيان.

International
Pharmaceutica
Federation

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands

-

T +31 (0)70 302 19 70

F +31 (0)70 302 19 99

fip@fip.org

-

www.fip.org

| Adherence_Arabic/2018/06

تم إنتاج هذه الترجمة ورعايتها بواسطة



EASTERN MEDITERRANEAN
REGIONAL PHARMACEUTICAL
FORUM منتدى الشرق الأوسط الصيدلاني



Jordan Pharmacists Association