



READY4THERAPY

GHID DE BUZUNAR

adresat personalului medical care ajută
persoanele ce trăiesc cu HIV în luarea
deciziilor privind tratamentul

Terapia Antiretrovirală (ART) Combinată a redus drastic morbiditatea și mortalitatea cauzate de HIV^{1,2}. În practica clinică, succesul ART necesită o strânsă colaborare între personalul medical și pacienții de-a lungul timpului. Colaborarea debutează cu un proces decizional comun privind momentul și modalitatea de inițiere a ART. Odată luată decizia de a începe, pacienții trebuie să integreze



READY4THERAPY

Dunja Nicca^{1,2}, Jan Fehr³, David Haerry⁴, Wolf Langewitz⁵

- 1 Departamentul de Boli Infecțioase și Igienă Spitalicească, Spitalul Cantonal St. Gallen
- 2 Departamentul de Asistență Clinică, Spitalul Universitar Basel
- 3 Divizia de Boli Infecțioase și Igienă Spitalicească, Spitalul Universitar Zürich
- 4 Coordonator de Proiect, Positive Council Switzerland, www.positivrat.ch
- 5 Departamentul de Medicină Psihosomatică, Spitalul Universitar Basel

ediția a 3-a 2014

Susținut de: MSD, Gilead, Janssen, USB, USZ, KSSG

Nota autorului: Denumirile instrumentelor de diagnosticare la care se face referire au fost traduse pentru prezenta ediție

administrarea medicației în viața zilnică, iar siguranța medicației trebuie urmărită. Întrucât ART este un tratament fără un final definit, pacienții trebuie să se mențină aderenți la ART de-a lungul multor ani. În acest scop, pacienții trebuie să fie motivați și să-și dezvolte deprinderi în acest sens, iar toxicitățile trebuie monitorizate atent^{3,4}.

Recomandările internaționale de îngrijire și tratament oferă educație personalului medical privind acordarea de ajutor pacienților la luarea deciziilor de începere sau modificare a ART^{5,6}. Recomandările de tratament reflectă criteriile bazate pe dovezi pentru evaluarea nevoilor și opțiunilor de tratament ale pacienților. De asemenea, recomandările furnizează sugestii pentru monitorizarea regimurilor ART, cu privire la siguranță și toxicitate.

Succesul tratamentului cu un anumit regim de administrare depinde, însă, de pregătirea fiecărui pacient pentru a începe, urma și se menține aderent la ART de-a lungul timpului^{3,7,8}. Un pacient poate întâmpina dificultăți în a găsi motivația pentru începerea ART, din cauza credințelor sale legate de sănătate. Alt pacient are greutăți în

identificarea strategiilor pentru administrarea la timp a medicamentelor, din pricina unui program de lucru neregulat și a fricii de dezvoltare a diagnosticului la locul de muncă. Un pacient care a aderat la ART de-a lungul anilor fără probleme poate începe brusc să uite să își ia tratamentul. După cum ilustrează aceste exemple, barierele în calea ART resimțite de pacienți pot fi diferite și individuale, necesitând acordarea de ajutor calificat^{11,17}.

Acest ghid de buzunar a fost conceput pentru a susține personalul medical în practica clinică de susținere a pacienților în pregătirea pentru ART. Se pune accentul pe etapa inițială a luării deciziei privind terapia, dar sunt incluse, de asemenea, strategii pentru susținerea implementării și menținerii aderenței.

Ghidul prezintă strategii fundamentate pe dovezi disponibile, rezultate din cercetare și pe experiența clinică de specialitate. El poate fi folosit de personalul medical pentru a dezvolta o relație de parteneriat cu pacientul dar și pentru dezvoltarea propriilor deprinderi de susținere a pacientului în adoptarea ART.

Primul pas către un tratament antiretroviral de lungă durată eficient este începerea sau reînceperea ART cu succes. Stabilirea momentului potrivit începerii ART este un proces cu două etape. Prima constă în stabilirea nevoii pacientului de ART, pe baza ghidului.

A doua etapă o reprezintă evaluarea și susținerea stadiului de pregătire al pacientului pentru a începe ART. Aceste procese de regulă debutează cu prima consultație și continuă pe parcursul întâlnirilor succesive. Există multe bariere în calea ambilor pași, atât legate de pacient, cât și de terapeut.

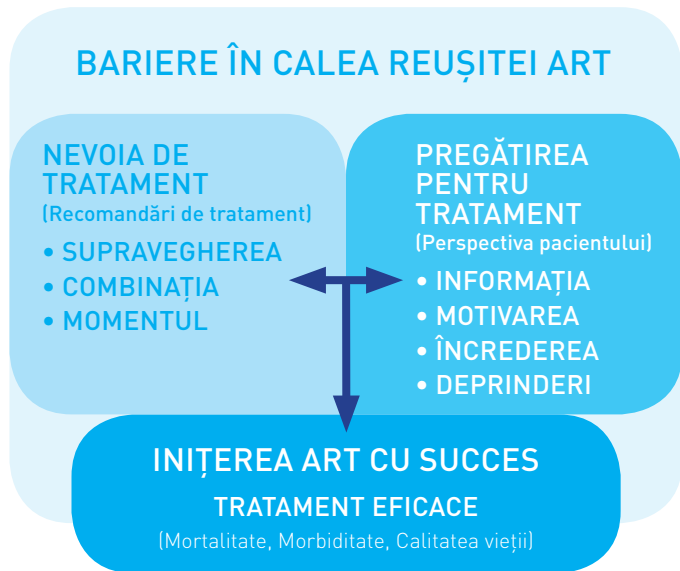


Figura 1: Procesul inițierii ART cu succes

Pacienții parcurg următoarele stadii în luarea deciziei de a iniția ART (vezi și figura 2). Țineți cont de faptul că pacienții pot rămâne într-un stadiu pentru multă vreme, ori pot regresa de la stadii avansate la stadii incipiente ^{9,10,12,13}.

Descrierea stadiilor este ilustrată de citate aparținând unui bărbat homosexual de 48 de ani și unei femei de 38 de ani cu antecedente de folosire a drogurilor ilicite. Ambii au vorbit despre experiențele proprii în luarea deciziei de a iniția ART, în cadrul unui studiu calitativ ¹⁴.

1. PRECONTEMPLAREA

Pacientul nu intenționează să se angajeze într-un regim ART și nu își dă seama de riscurile potențiale la adresa sănătății legate de lipsa medicației. – sau – Pacientul s-a gândit să înceapă ART, dar preferă să evite subiectul și amână cât mai mult momentul inițierii terapiei.

“Nu m-am gândit prea mult la asta, dar mi-am închipuit pe cineva care trebuie să înghită o grămadă de pastile – asta m-a făcut să vreau să țin cât mai departe de mine toate acestea.”
(bărbat de 48 de ani)

2. CONTEMPLAREA

Pacientul se gândește să ia o decizie privind ART la un moment dat în următoarele câteva luni. Conștient de argumentele pro și contra, pacientul resimte emoții contradictorii privind decizia.

“Atunci mi-am dat seama că va trebui să încep în următorii câțiva ani. Când am primit rezultatele de laborator înaintea vacanței de vară anul trecut – acela a fost momentul în care am început să mă gândesc cu adevărat la asta.”
(bărbat de 48 de ani)

“Cântărești mereu lucrurile, în interior ești nehotărât cu privire la ce ar trebui să faci. Ce e mai important din punct de vedere personal? E greu să comunicai asta medicului. Și apoi sunt de luat în considerare efectele secundare, deși sper și într-o îmbunătățire.”
(femeie de 38 de ani)

3. PREGĂTIREA

Pacientul a luat decizia de a începe ART. – sau – Pacientul a luat decizia informată de a refuza ART.

“Mi-am format o imagine clară privind regimul de administrare abia în momen-

tul în care am luat decizia. Atunci m-am confruntat cu tot ceea ce înseamnă de fapt. De-acum va trebui să iau aceste pastile la 7 dimineața și din nou la 7 seara. Până atunci, într-un fel n-am vrut să vizualizez asta.”

(bărbat de 48 de ani)

4. ACȚIUNEA

Pacientul adoptă un regim ART și integrează administrarea medicației în rutina sa zilnică.

6 “Mi-am dat seama că aș putea lua medicamentele care mi se potrivesc. Am găsit oarecum liniștitor faptul că există medicamente care îmi permit să duc o viață normală.”

(femeie de 38 de ani)

5. MENȚINERE

Pacientul continuă tratamentul de-a lungul timpului, în pofida provocărilor cum ar fi evenimente dificile în viață ori modificări ale tratamentului inițiate de medic.

Cercetările demonstrează că pacienții aflați în terapie antiretrovirală iau permanent decizii cu privire la administrarea medicației și continuitate, de exemplu adaptarea dozei și orarului, pauze de medicație. Tiparele stabile de administrare a medicației se pot modifica în timp⁴.

În această privință, deciziile privind terapia au caracter continuu.

BARIERE ÎN CALEA OBTÎNERII ADERENȚEI LA ART LEGATE DE PACIENT

Numeroase bariere de-a lungul perioadei de tratament influențează negativ deciziile pacientului privind ART^{11,15,16,17}. În acest ghid de buzunar prezentăm câteva bariere care pot fi detectate cu ajutorul instrumentelor structurate de evaluare. Este important ca personalul medical să recunoască aceste bariere, întrucât ele pot influența în mod negativ stadiul de pregătire și aderența pacientului la ART.

Acestea sunt întrebările folosite în evaluarea clinică, adresate pacienților pentru a detecta depresia și consumul dăunător de alcool și droguri recreaționale (pentru detalii vezi referințele de mai jos).

DEPRESIE: PHQ-2 sau PHQ-9¹⁸

Meta-analiza indică o legătură consecventă între depresie și ART, care nu se limitează la pacienții cu depresie clinică. De aceea, evaluarea și intervenția cu scopul reducerii gravității simptomului depresiv, chiar și la niveluri subclinice, este importantă¹⁹.

Întrebați: “În ultimele două săptămâni, cât de des ați fost deranjați de oricare dintre următoarele probleme? 1. Interes ori plăcere redusă de a face ceva; 2. V-ați simțit abătut, deprimat sau lipsit

de speranță.”

Răspunsuri: Deloc (0) / în câteva zile (1) / în mai mult de jumătate din numărul zilelor (2) / Aproape zilnic (3). Dacă pacientul are un scor de 2 sau mai mult, continuați cu următoarele întrebări:

Întrebați: “3. Aveți dificultăți în a adormi sau a rămâne adormit, ori dormiți prea mult; 4. V-ați simțit oșos sau lipsit de energie; 5. Apetitul a fost redus sau ați mâncat prea mult; 6. Sentimente negative la adresa propriei persoane – ori ați simțit că ați eșuat, sau că v-ați dezamăgit pe dumneavoastră sau familia; 7. Ați avut probleme de concentrare în activități zilnice, precum citirea cu dificultate a ziarului sau privitul la televizor; 8. V-ați mișcat sau ați vorbit atât de lent încât ceilalți au sesizat asta. Sau dimpotrivă – ați fost atât de surescitat și agitat încât v-ați aflat în mișcare mai mult decât de obicei; 9. Gândul că mai bine ați muri, ori gândul de a vă face rau.

Evaluare: Sensitivitatea și specificitatea PHQ-2 au fost de 86% și 78% cu un scor de 2 sau mai mult pentru depresie majoră. Pentru PHQ-9, au fost de 74% și 91% cu un scor de 10 sau mai mult. Interpretările pentru scorurile PHQ-9 sunt: 1-4 grad mic de depresie / 5-9 depresie ușoară / 10-14 depresie moderată / 15-19 depresie moderat severă / 20-27 depresie severă¹⁸.

BARIERE ÎN CALEA OBTÎNERII ADERENȚEI LA ART LEGATE DE PACIENT

CONSUMUL DĂUNĂTOR DE ALCOOL: FAST^{20,21}

Consumul de alcool: Meta-analiza indică o asociere semnificativă și robustă între consumul de alcool și non-aderența la ART. Totuși, un număr de variabile moderează această asociere, de pildă asocierea alcool-aderență a fost semnificativ mai puternică în contextul unui consum mai redus de droguri cu administrare intravenoasă²².

Întrebați BĂRBAȚII: "Cât de des beți opt sau mai multe pahare la aceeași ocazie?"

Întrebați FEMEILE: "Cât de des beți șase sau mai multe pahare la aceeași ocazie?"

Răspunsuri: Niciodată / Mai rar decât o dată pe lună / Lunar / Săptămânal / Zilnic sau aproape zilnic

Întrebați: "Cât de des vi s-a întâmplat în ultimul an să nu vă mai amintiți ce s-a petrecut în seara precedentă pentru că ați băut?"

Răspunsuri: Niciodată / Mai rar decât o dată pe lună / Lunar / Săptămânal / Zilnic sau aproape zilnic

Întrebați: "În ultimul an s-a întâmplat ca o rudă ori un prieten, sau un doctor ori asistent să fie îngrijorat de cât de mult beți și să vă sugereze să reduceți consumul de alcool?"

Răspunsuri: Nu / Da, o dată / Da, de mai multe ori.

Evaluare: Sensitivitate 93%, Specificitate 88%. Dacă răspunsul la întrebarea 1 este "niciodată", atunci pacientul nu abuzează de alcool și vă puteți opri aici. În caz contrar, continuați și acordați scoruri răspunsurilor la întrebările 1,2,3 după cum urmează: Niciodată = 0 / Mai rar decât o dată pe lună = 1 / Lunar = 2 / Săptămânal = 3 / Zilnic sau aproape zilnic = 4.

Acordați scor răspunsului la întrebarea 4 astfel: Nu = 0 / Da, o dată = 2 / Da, de mai multe ori = 4. Scorul general pentru consum abuziv de alcool este 3 sau mai mult.

TULBURĂRI COGNITIVE²⁴

Incidența tulburărilor cognitive asociate cu HIV este ridicată și poate influența decizia pacientului și aderența la ART²³. Recomandăm detectarea tulburărilor cognitive. Se pot folosi următoarele întrebări, însă evaluarea lor încă nu este bine pusă la punct.

Întrebați: "Aveți frecvent pierderi de memorie, de exemplu uitați evenimente speciale, chiar și mai recente, întâlniri programate etc.? Simțiți că sunteți mai lent când judecați, planificați activități

BARIERE ÎN CALEA OBTÎNERII ADERENȚEI LA ART LEGATE DE PACIENT

ori rezolvați probleme? Vă este dificil să vă mențineți atenția, de pildă în timpul unei conversații, când citiți o carte sau vă uitați la un film?"

Răspunsuri: niciodată / foarte rar / hotărât da

Evaluare: în cazul unui răspuns pozitiv ("hotărât da") se recomandă o evaluare suplimentară.

Alte bariere des întâlnite care ar trebui să fie identificate și reduse sunt:

BARIERE LEGATE DE STIGMATIZARE

Teama de stigmatizare și resimțirea discriminării sociale influențează negativ aderența la ART și nivelul de susținere socială²⁵. Este important de observat că prezența cel puțin a unei persoane de ajutor apropiate și informate este în mod clar favorabilă sănătății pacientului^{26,27}. Gestionarea dezvăluirii bine planificate a diagnosticului poate fi susținută²⁸.

BARIERE LEGATE DE SISTEM ȘI DE PERSONALUL MEDICAL

Studiile au relevat existența multor pacienți care se confruntă cu bariere de sistem, cum ar fi asigurarea medicală inadecvată și furnizarea pe perioadă limitată

a medicamentelor, ori bariere legate de personalul medical, cum ar fi recomandări de tratament care reduc șansele utilizatorilor de droguri intravenoase de a li se administra ART^{17,29}. Este important de observat că dovezile furnizate de meta-analiză nu susțin limitarea accesului utilizatorilor de droguri intravenoase la ART din cauza riscului crescut de rezistență la ART³⁰.

EVALUAREA STADIULUI DE PREGĂTIRE PENTRU ART

Chiar și personalul medical experimentat poate să nu fie conștient de cele mai intime gânduri și sentimente ale unui pacient. Iar studiile au arătat în mod repetat că personalul medical nu poate prezice întotdeauna momentul în care un pacient este pregătit pentru inițierea ART sau capacitatea acestuia de a adera la programul de tratament^{11,31}. Având în vedere că personalul medical ar trebui să adapteze strategia de tratament la comportamentul individual al unui

pacient, acestea constituie neajunsuri semnificative.

Totuși, adoptarea unui stil de comunicare centrat pe pacient poate ajuta personalul medical să identifice gândurile și sentimentele acestuia, cu privire la începerea, înstituirea și menținerea aderenței la ART. Înțelegerea acestor aspecte va fi de folos personalului medical în a stabili nivelul de pregătire al pacientului și în a oferi susținerea adecvată în acord cu acest nivel.

INTERVIEWAREA CENTRATĂ PE PACIENT

Folosiți tehnicile următoare pentru desfășurarea interviului centrat pe pacient, pentru a evalua stadiul de pregătire al acestuia pentru ART și pentru a alege tipul de intervenție adecvat³².

STABILIREA AGENDEI DE DISCUȚIE³²

Stabiliți limitele de timp, întocmiți o listă cu subiectele de abordat și obțineți acordul pacientului înainte de a începe interviul. Iată un exemplu de interviu pentru inițierea ART:

Medic: "Avem la dispoziție cam 30 de minute pentru a discuta astăzi. Dacă avem nevoie de mai mult timp, vom programa o

noastră întâlnire. Astăzi aș vrea să discutăm despre medicația folosită pentru a trata infecția cu HIV. Doriți să vorbim și despre altceva?"

Pacient: "Nu."

Dacă răspunsul este "da" (plus un subiect propus de pacient), medicul răspunde: "În regulă, avem două subiecte pentru astăzi. Să începem!" Sau: "V-ar deranja dacă am aborda acest subiect la următoarea noastră întâlnire? Altfel, s-ar putea să nu reușim să finalizăm ceea ce avem de discutat astăzi."

EVALUAREA STADIULUI DE PREGĂTIRE PENTRU ART

FOLOSIREA ÎNTREBĂRILOR DESCHISE

Uneori, reacția unui pacient la un subiect atunci când se convine asupra agendei oferă un indiciu privind stadiul de pregătire al acestuia. Întrebările deschise se pot folosi pentru a cuprinde cât mai multe aspecte legate de inițierea terapiei.

Exemplu: "Astăzi aș dori să discutăm despre medicația HIV." Faceți o PAUZĂ pentru a da ocazia pacientului să arate ce simte despre acest subiect. Un moment de ezitare sau un refuz deschis poate indica faptul că pacientul încă nu s-a gândit să înceapă ART sau că este reticent (PRECONTEMPLARE). În acest caz, medicul trebuie să stabilească motivele ce stau la baza opiniei pacientului. Dacă pacientul răspunde în mod pozitiv, probabil că acesta a atins deja stadiul de CONTEMPLARE sau chiar de PREGĂTIRE.

După ce a obținut răspunsuri spontane din partea pacientului, în cursul procesului de convenire a agendei, medicul poate introduce întrebări, clare și deschise cu scopul de a-și forma o imagine cât mai completă a nivelului de pregătire al acestuia, cum ar fi:

- "Ce ați auzit sau ați citit despre medicamentele folosite pentru tratarea HIV?"
- "Ce părere aveți despre aceste medicamente?"
- "Cum vi s-ar părea să luați aceste medicamente?"
- "Nu demult am vorbit despre terapia antiretrovirală – care sunt gândurile și sentimentele dumneavoastră despre asta acum?"

După ce ați pus întrebări deschise în cursul interviului, următoarele strategii pot încuraja răspunsuri narative³²:

Așteptarea: După ce pacientul a spus ceva, mențineți contactul vizual lăsând câteva secunde să treacă (> 3 sec).

Ecoul: Pacient: "...pastilele oricum nu-mi vor face nici un bine!" Medic: "nici un bine...?" (PAUZĂ) Pacient: "Nu, pentru că eu..."

Oglindirea sau reflectarea: "Îmi pareți destul de dezamăgit...?"

Rezumarea: "Permiteți-mi să rezum ceea ce mi-ați spus. Ați avut experiențe neplăcute cu medicamentele în trecut..."

STADIILE DE PREGĂTIRE PENTRU TRATAMENT

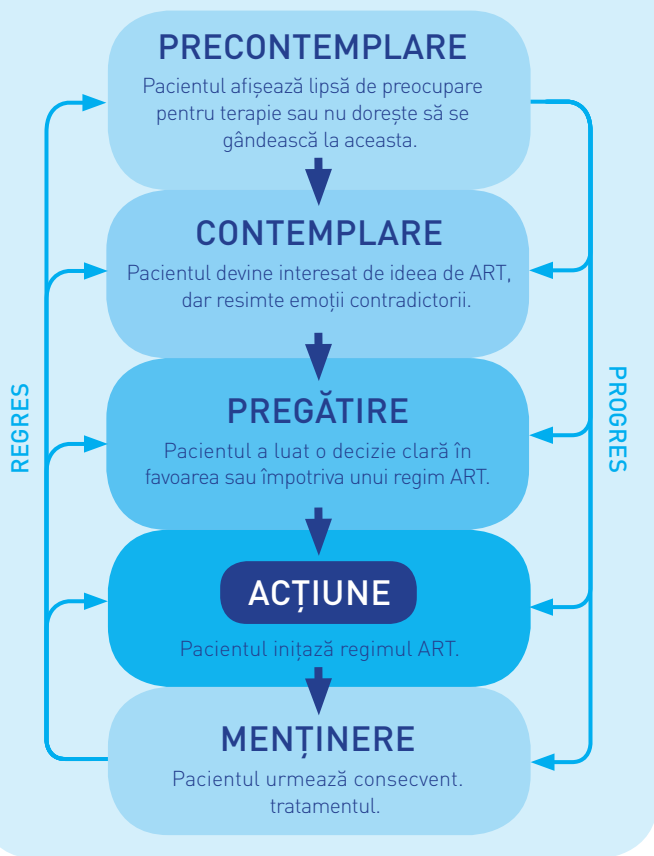


Figura 2: Schimbări în stadiul de pregătire

FORMULAREA UNEI IPOTEZE PRIVIND STADIUL DE PREGĂTIRE

La sfârșitul interviului, medicul ar trebui să înțeleagă care sunt gândurile și sentimentele pacientului cu privire la inițierea ART și aderarea la regim. Pe baza acestei înțelegeri, medicul poate lua o decizie informată privind stadiul de pregătire al pacientului. Aceasta va fi de ajutor medicului în planificarea și punerea în practică a intervențiilor specifice stadiului.

Pentru pacienții care nu răspund pozitiv la intervenții, reevaluați atent stadiul de pregătire. Ipoteza privind stadiul de pregătire al pacientului poate să fi fost eronată de la început, ori pacientul poate să fi progresat la următorul stadiu, ori poate să fi regresat la un stadiu inferior de pregătire, după cum ilustrează Figura 2.

INTERVENȚIILE SPECIFICE STADIULUI

Intervențiile specifice stadiului ajută pacienții să progreseze către stadiile următoare. Folosiți intervențiile enumerate mai jos conform stadiului atins de pacient. Alegeți strategiile cele mai potrivite cu circumstanțele pacientului pentru intervențiile specifice stadiului.

Evaluați atent efectul fiecărei intervenții și reevaluați în mod continuu stadiul de pregătire al pacientului. Progresul de la un stadiu la altul cere timp și susținere continuă. Regresul unui pacient către un stadiu anterior nu trebuie să fie un motiv

pentru a abandona intervențiile specifice stadiului.

1. PRECONTEMPLARE

- Identificați sentimentele pacientului privind modul în care infecția HIV îi afectează viața , evaluați credințele despre boală.
- Identificați sentimentele pacientului cu privire la ART, evaluați credințele privind terapia.
- Pe baza credințelor pacientului privind boala și terapia, explicați pe scurt ce înseamnă să trăiești cu HIV și de ce un

INTERVENȚIILE SPECIFICE STADIULUI

regim ART poate fi de ajutor. Scopul este de a încuraja, nu de a amenința ori înspăimânta pacientul.

- Stabiliți o relație de încredere cu pacientul pentru a încuraja continuarea discuției la o întâlnire ulterioară.

EXEMPLU (informații individualizate pe baza credințelor privind terapia)

Pacient: "Medicația nu este o opțiune pentru mine. Am văzut prieteni suferind de pe urma efectelor secundare. Prefer să trăiesc bine și să mor când îmi vine timpul."

Medic: "Mă îngrijorează faptul că planul dumneavoastră s-ar putea să nu funcționeze așa cum vă doriți." PAUZĂ "Ar fi în regulă să vă spun de ce?"

Pacient: "Da."

Soignant: "Mă tem că sistemul dumneavoastră imunitar va fi din ce în ce mai slăbit fără terapie. Și, cu un sistem imunitar slăbit, aveți toate șansele să dezvoltăți probleme de sănătate care nu vă vor deveni fatale imediat, dar vă vor produce suferințe. Alt aspect de avut în vedere este faptul că medicamentele noi provoacă mai puține efecte secundare și sunt mai ușor de tolerat. Mulți dintre pacienții mei duc o viață activă fără probleme legate de HIV. Situația este mult diferită față de acum 10 ani." PAUZĂ

2. CONTEMPLARE

- Întrebați pacientul ce gândește despre avantajele și dezavantajele ART folosind cunoștințele despre circumstanțele și emoțiile/sentimentele personale pentru a obține răspunsuri mai detaliate.
- Recunoașteți faptul că orice ambivalență – un răspuns "da, dar..." – face, în mod firesc, parte din proces și oferă pacientului timp de gândire.
- Oferiți informații cum ar fi pliante despre avantajele și dezavantajele ART pentru a susține pacientul în căutarea de informații.
- Cereți pacientului să-și imagineze cum ar fi dacă ar urma un regim ART. Explorați diverse scenarii și ce ar însemna ele pentru pacient.
- Încurajați pacientul să simtă că ar putea adopta un regim ART în propria viață relatându-i poveștile de succes cu regimuri ART ale altor pacienți.

EXEMPLU (discuție despre avantaje și dezavantaje)

Medic: "Îmi spuneți că ezitați să inițiați terapia antiretrovirală pentru că vă deranjează să luați medicamente în public și vă temeți de efectele secundare. DE ASEMENEA, mi-ați împărtășit și ideea că ART v-ar ajuta să vă simțiți mai puțin obosit și să vă mențineți sănătatea. Pare

că nu vă puteți hotărî ce să faceți?"

Pacient: "Da, într-un fel da."

Medic: "Ar fi de folos dacă am petrece puțin timp evaluând avantajele și dezavantajele?"

3. PREGĂTIRE

Când pacientul a decis în favoarea unui regim ART:

- Discutați despre opțiunile de terapie individualizată incluzând cel mai simplu regim de administrare posibil.
- Discutați despre efectele regimului și despre posibilele efecte colaterale.
- Explicați importanța aderenței la un regim în prevenirea mutațiilor rezistente.
- Împreună cu pacientul, întocmiți un plan detaliat privind integrarea regimului în viața sa personală.
- Discutați despre resursele sociale disponibile și despre modul în care pacientul poate implica persoane de ajutor apropiate în gestionarea medicației.
- Identificați resursele, precum și posibilele bariere în calea aderenței și, dacă este necesar, puneți în practică intervențiile adecvate.
- Propuneți și discutați despre instrumente cum ar fi cutiile pentru medicamente, dispozitive de amintire și tehnologii de comunicație.
- Oferiți instrucții în folosirea cutiilor electronice pentru medicamente și furnizați feedback cu privire la efec-

tele asupra pacientului de o manieră constructivă, neamenințătoare.

- Evaluați încrederea pacientului în propria eficacitate de autoadministrare a medicației (judecata pacientului privind propria capacitate de a gestiona medicația în viața de zi cu zi conform discuției cu personalul medical) folosind o scară Likert cu 10 grade (lipsit de încredere 1 până la deplină încredere 10) ³³.

EXEMPLU (evaluarea încrederii în propria eficacitate) ³³

Medic: "Vă propun să vorbim acum despre regimul de administrare și despre cum se iau medicamentele. Pe o scară de la 1 la 10, câtă încredere aveți că puteți gestiona ART odată început, de la 1 care înseamnă lipsit de încredere până la 10 care înseamnă deplină încredere?"

Pacient: "Cinci."

Pentru numere sub șapte, îmbunătățiți încrederea pacientului întrebând:

Medic: "De ce sunteți la cinci și nu la patru?" sau "Ce v-ar trebui ca să urcați la șase?"

Dacă pacientul a decis împotriva unui regim ART:

- Luați act de decizie.
- Menționați că modificarea circumstanțelor, fie de natură personală, fie de natură clinică, va necesita reevaluarea situației și ar putea fi necesar să discutați din nou despre ART.

INTERVENȚIILE SPECIFICE STADIULUI

4. ACȚIUNE

- Programați întâlniri la intervale regulate pentru a verifica dacă țintele stabilite sunt atinse și pentru a stabili noi ținte.
- Discutați despre diverse situații, cum ar fi vacanțele, teama de dezinfectare, efectele secundare, sau probleme de memorie care pot afecta aderența pacientului la ART.
- Stabiliți dacă pacientul ar putea beneficia de pe urma unei administrări a medicamentelor mai bine structurate, de exemplu terapie supravegheată zilnic (DOT), sau terapie supravegheată zilnic modificată (mDOT), inclusiv susținere educațională.
- Oferiți informații și susținere pentru gestionarea posibilelor efecte colaterale.
- Oferiți feedback pozitiv, încurajator. Propuneți folosirea continuă a cutiilor electronice pentru medicamente și oferiți feedback privind aderența. Evaluați în mod regulat aderența și, dacă pacientul întâmpină dificultăți, discutați-le fără a judeca sau a acuza.

EXEMPLU : (Folosirea instrumentelor structurate de monitorizare a aderenței pentru rezolvarea problemelor

specifice începutului aderenței) Odată inițiat ART, aderența trebuie monitorizată în mod regulat. Tiparele de aderență ale pacientului se pot modifica în timp și este bine ca problemele să fie evaluate înainte ca non-aderența să devină vizibilă în markerii de laborator³⁴. Următoarele două întrebări din Chestionarul de Aderență al Studiului de Cohortă HIV Elvețian^{34,35} au funcționat bine în practica clinică³⁴:

Întrebați: "Administrarea regulată a medicamentelor poate fi dificilă. În ultimele patru săptămâni, de câte ori ați sărit peste o doză din medicația HIV?"
Răspunsuri: în fiecare zi, mai des decât o dată pe săptămână, o dată pe săptămână, o dată la două săptămâni, o dată pe lună, niciodată.

Întrebați: "Ați sărit peste mai mult de o doză la rând?"

Răspunsuri: Da / Nu

Evaluare: Orice problemă trebuie evaluată ulterior.

Pentru cele două întrebări combinate (aderența la administrare: procentul de doze administrate în raport cu totalul dozelor prescrise / pauză de medicație: fără medicație timp de 24 h) sensibilitatea și specificitatea au fost 87.5% și respectiv 78.8%, după monitorizarea electronică a evenimentului³⁵.

5. MENȚINERE

La intervale regulate și/sau în contextul unor evenimente de viață semnificative (de ex. sarcină, divorț, decesul unor apropiați, boală gravă, relație nouă):

- Explorați în continuare motivația, strategiile de succes și dificultățile, cu ajutorul unui interviu centrat pe pacient.
- Continuați să folosiți instrumente structurate de evaluare a aderenței.

Pentru pacienți cu un grad satisfăcător de aderență: Arătați respect și explorați strategii de succes pentru a învăța de la alți pacienți.

Pentru pacienții cu probleme de motivație sau aderență scăzută:

- Arătați înțelegere și discutați posibilele bariere cu ajutorul unui interviu centrat pe pacient.
- Planificați și evaluați strategii de susținere împreună cu pacientul (de ex. ajutor în gestionarea simptomelor inclusiv probleme de sănătate mintală, intensificarea susținerii sociale, ajutor pentru momentul dezbaterii diagnosticului, folosirea sau reluarea folosirii dispozitivelor, sisteme de amintire ori de feedback, discutarea problemelor de motivare, luarea în considerare a adaptării regimului de administrare ART, susținere în stabilizarea condițiilor de viață)³⁶.

În concluzie, tratamentul antiretroviral reușit este condiționat de colaborarea dintre pacienți motivați, cu bune deprinderi, și personal medical cu deprinderi corespunzătoare. Pentru personalul medical, încurajarea pacienților poate include deprinderi care se pot învăța și dezvolta în mod continuu. Pentru programe de instruire care susțin dezvoltarea deprinderilor echipelor medicale vedeți:

www.ready4therapy.ch/team

- 1 Hogg, R.S. (2008). Life expectancy of Individuals on combination antiretroviral therapy in high income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. *Lancet*, 372 (9635), 293-299.
- 2 Hogg, R.S., Yip, B., Chan, K.J., Wood, E., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S. (2001). Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA*, 286, 2568-2577.
- 3 A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, Dobbels F, Fargher E, Morrison V, Lewek P, Matyjaszczyk M, Msheila C, Clyne W, Aronson JK, Urquhart J; ABC Project Team. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 May;73(5):691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x. Review. PMID: 22486599 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 4 Glass, T.R., Battegay, M., Cavassini, M., DeGeest, S., Furrer, H.J.; Vernazza, P.L., P.L., Hirschel, B., Bernasconi, E., Rickenbach, M., Günthard, H.F., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study. (2010). Longitudinal analysis of patterns and predictors of changes in self reported adherence to antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 54(2), 197-203.
- 5 The European AIDS Clinical Society [EACS]. (2012). Guidelines [Version 6]. Available at http://www.europeanaidsclinicalsociety.org/images/stories/EACS-Pdf/eacsguidelines-v6_english.pdf
- 6 Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2012). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. October 14, 2011; 1-167. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- 7 Södergard, B., Höfer, S., Halvarsson, M., Sönnberg, A., Tully, M.P., Lindblad, A.K. (2007). A structural equation modeling approach to the concepts of adherence and readiness in antiretroviral treatment. *Patient Education and Counseling* 67, 108-116.
- 8 Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G.A., Angel, J.B., Macpherson, P.A., G., Cooper, C.L., Cameron, Figure 2: Changes in stages of readiness D.W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18 (7), 830-838.
- 9 Highstein, G.R., Willey, C., Mundy, L.M. (2006). Development of Stage of Readiness and Decisional Balance Instruments: Tools to Enhance Clinical Decision-Making for Adherence to Antiretroviral Therapy. *AIDS and Behavior*, 10 (5), 563-573.
- 10 Nordquist, O., Södergard, B., Tully, M.P., Sönnberg, A., Lindblad, A.K. (2006). Assessing and achieving readiness to initiate HIV medication. *Patient Education and Counseling*, 62, 21-30.
- 11 Fehr, J., Nicca, D., Senti, P., Wolf, E., Wagels, T., Kiss, A., Bregenzler, T., Vernazza, P., Jäger, H., Spirig, R., Battegay, M. and the Swiss HIV Cohort Study (2005). Starting or changing therapy - a prospective study exploring antiretroviral decision-making. *Infection*, 33 (4), 249-256.
- 12 Ficke, D.L., Farris, K.B. (2005). Use of the Transtheoretical Model in the Medication Use Process. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39, 1325-1330.
- 13 Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- 14 Nicca, D., Fehr, J., Battegay, M., Spirig, R. (2005). Ready for antiretroviral therapy? Therapy decision making experiences of persons living with HIV. *Pflege*, 18, 289-298.
- 15 Deschamps, A.E., Graeve, V.D., van Wijngaerden, E., De Saer, V., Vandamme, A.M., van Vaerenbergh, K. et al. (2004). Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*, 18 (11), 644-657.
- 16 Glass, T.R., De Geest, S., Weber, R., Vernazza, P.L., Rickenbach, M., Furrer, H., Bernasconi, E., Cavassini, M., Hirschel, B., Battegay, M., Bucher, H.C. (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 41 (3), 385-92.
- 17 Vervoort, S.C., Borleffs, J.C., Hoepelman, A.I., Grypdonck, M.H. (2007). Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS*, 21(3), 271-281.
- 18 Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Fishman, T., Fallon, K., Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in Primary Care Population. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348-353.
- 19 *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Oct 1; 58(2):181-7. doi: 10.1097/QAI.0b013e318224490a. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA.
- 20 Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. *BMC Public Health*. 2013 Apr 4;13(1):301. [Epub ahead of print] PMID: 23556543 [PubMed - as supplied by publisher]
- 21 http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/manual_fastalcohoi.pdf
- 22 *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Oct 1;52(2):180-202. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181b18b6e. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis. Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM.
- 23 Rackstraw, S. (2011). HIV related neurocognitive impairment - a review. *Psychol Health Med*, 16(5), 548-563.
- 24 Simioni, S., Cavassini, M., Annoni, J.M., Rimbaud Abraham, A., Bourquin, I., Schiffer, V., Calmy, A., Chave, J.P., Giacobini, E., Hirschel, B., DuPasquier, R.A. (2010). Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS*, 24, 1243-1250.
- 25 Mahajan, A.P., Sayles, J.N., Patel, V.A., Remien, R.H., Ortiz, R., Szekeles, G., Coates, T.J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 Suppl 2, 67-79.
- 26 Young, J., DeGeest, S., Spirig, R., Flepp, M., Rickenbach, M., Furrer, H.J., Bernasconi, E., Hirschel, B., Telenti, A., Vernazza, P., Battegay, M., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study Group. (2004). Stable partnership and progression to AIDS or death in HIV infected patients receiving highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. *British Medical Journal*, 328(4730), 15-xx.
- 27 Simoni, J.M., Frick, P.A., Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 25(1), 74-81.
- 28 Eustace, R.W., Ilagan, P.R. (2010). HIV disclosure among HIV positive individuals: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2094-103.
- 29 Beach, M.C., Keruly, J., Moore, R.D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med*, 21(6), 661-665.
- 30 Werb, D., Mills, E.J., Montaner, J.S., Wood, E. (2010). Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 10(7), 464-469.
- 31 Miller, L.G., Liu, H., Hays, R.D., Golin, C.E., Beck, C.K., Asch, S.M., Ma, Y., Kaplan, A.H., Wenger, N.S. (2002). How well do clinicians estimate patient's adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med*, 17(1), 1-11.
- 32 Langewitz W: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesick W (Hrsg.) UeXküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, Elsevier, Urban & Fischer, 2011, 338-347.
- 33 Cameron KA, Ross EL, Clayman ML, Bergeron AR, Federman AD, Bailey SC, Davis TC, Wolf MS (2010). Measuring patients' self-efficacy in understanding and using prescription medication. *Patient Educ Couns*. 2010 Sep;80(3):372-6. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.029. Epub 2010 Jul 21.
- 34 Glass, T.R., De Geest, S., Hirschel, B., Battegay, M., Furrer, H.J., Cavassini, M., Vernazza, P., Bernasconi, E., Rickenbach, M., Weber, R., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study. (2008). Self reported nonadherence to antiretroviral therapy repeatedly assessed by two questions predicts treatment failure in virologically suppressed patients. *Antiviral Therapy*, 13, 77-85.
- 35 Deschamps, A.E., DeGeest, S., Vandamme, A.M., Bobbaers, H., Peetermans, W.-E., VanWijngaerden, E. (2008). Diagnostic Value of Different Adherence Measures Using Electronic Monitoring and Virologic Failure as Reference Standards. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(9), 1-9.
- 36 Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 Feb;7(1):44-51. doi: 10.1007/s11904-009-0037-5. Review. PMID: 20425057 [PubMed - indexed for MEDLINE]



READY4THERAPY