



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ,
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ
ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΙΑΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΑΡΤΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2016

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ,
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ
ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΙΑΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΑΡΤΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΡΕΡΙΑΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	18
1.1. Η Διεθνής Διάσταση της Κρίσης.....	18
1.2. Κοινωνικές Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα.....	20
1.3. Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία.....	21
1.4. Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα.....	23
1.4.1. Επιπτώσεις στις Δαπάνες Υγείας.....	23
1.4.2. Επιπτώσεις στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας.....	24
1.4.3. Επιπτώσεις στη Φαρμακευτική Περίθαλψη.....	25
2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	27
2.1. Επιπολασμός Καρδιαγγειακών Νοσημάτων.....	28
2.2. Θνησιμότητα Καρδιαγγειακών Νοσημάτων.....	30
2.3. Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων.....	32
2.3.1. Κόστος Περίθαλψης.....	32
2.3.2. Απώλεια Παραγωγικότητας.....	34
3. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	36
3.1. Συμμόρφωση ή Προσήλωση Εννοιολογική Αποσαφήνιση.....	36
3.2. Μη Συμμόρφωση στη Θεραπεία.....	38
3.2.1. Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Μη Συμμόρφωσης.....	39
3.2.2. Επιπτώσεις της Μη Συμμόρφωσης.....	42
3.2.3. Επιπτώσεις της Μη Συμμόρφωσης στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα.....	44
3.3. Παρεμβάσεις για την Αντιμετώπιση της Μη Συμμόρφωσης.....	46

3.4 Αξιολόγηση της Συμμόρφωσης.....	48
3.5 m- Health και Φαρμακευτική Συμμόρφωση.....	50

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	54
4.1 Σκοπός και Στόχος της Έρευνας.....	54
4.2 Πληθυσμός.....	54
4.3 Ερωτηματολόγιο.....	55
4.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας.....	56
4.5 Συλλογή Δεδομένων.....	57
4.6 Στατιστική Ανάλυση.....	58
4.7 Περιορισμοί.....	60
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	61
5.1 Τα Αποτελέσματα της Περιγραφικής Στατιστικής.....	61
5.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	61
5.1.2 Οικονομικά Χαρακτηριστικά του υπό Μελέτη Πληθυσμού.....	62
5.1.3 Δαπάνες Υγείας.....	64
5.1.4 Επίπεδο Υγείας και Φαρμακευτικής Περίθαλψης.....	66
5.2 Τα Αποτελέσματα της Ανάλυσης Συσχετίσεων.....	72
ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	87

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο.....	102
Παραχώρηση Αδειών Διεξαγωγής Έρευνας.....	112
Πίνακες Αποτελεσμάτων.....	118

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου μελέτης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Όλγα Σίσκου για την πολύτιμη καθοδήγησή της, συμπαράσταση και εκτίμηση που μου έδειξε.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου Κώστα και τα παιδιά μου Θεοφάνη, Δημήτρη και Θανάση για την υπομονή τους και την αμέριστη συμπαράστασή τους στα τρία αυτά χρόνια που διήρκησε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά την αγαπητή μου φίλη και συμφοιτήτρια Μαρία Μονοκρούσου για την ηθική συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφερε τόσο κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας όσο και του μεταπτυχιακού προγράμματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση που επηρεάζει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα έχει προκαλέσει δυσμενείς επιπτώσεις στη φαρμακευτική περίθαλψη. Η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης είχε ως αποτέλεσμα τη μετακύλιση μεγάλου τμήματος του χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά, δυσχέρεια και αποκλεισμό στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας καθώς και μείωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης των ασθενών. Η μη συμμόρφωση των ασθενών, ειδικά αυτών με καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τα συστήματα υγείας καθώς μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια ή αποτυχία της ιατρικής παρέμβασης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού προφίλ με τη φαρμακευτική αγωγή σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

Μεθοδολογία: Ο υπό μελέτης πληθυσμός N=509 ήταν δείγμα ευκολίας, αφορούσε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα 18 ετών και άνω, κάτοικοι του νομού Άρτας και των όμορων νομών, ασφαλιστικά καλυμμένοι σε διάφορα ταμεία ή ανασφάλιστοι. Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2016. Από τα 580 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της μελέτης απαντήθηκαν τα 509 με το ποσοστό ανταπόκρισης να ανέρχεται στο 87,75%. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που αναπτύχθηκε από την ερευνήτρια και υπό την καθοδήγηση της επιβλέπουσας της εργασίας και βασίστηκε στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Η διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τεστ αξιοπιστίας (test- retest) κατά το οποίο το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 27 ασθενείς ενώ, για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v 21.0.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού (93,1%) αγοράζει τα φάρμακά του και τα χρησιμοποιεί σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συμμόρφωση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα στο πλαίσιο που αφορά τις δαπάνες υγείας (p-value= <0,006) και όχι τη μείωση του εισοδήματος, καθώς βρέθηκε ότι δεν επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση των ασθενών (p-value= <0,728). Η φαρμακευτική συμμόρφωση επηρεάζεται από το φύλο,

καθώς οι άνδρες έχουν υψηλότερη συμμόρφωση από τις γυναίκες (p -value= $<0,019$) και από το μορφωτικό επίπεδο καθώς τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν υψηλότερη συμμόρφωση από τα άτομα με υποχρεωτική εκπαίδευση (p -value= $<0,095$). Επίσης, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα βρέθηκε ότι έχουν υψηλότερη συμμόρφωση από τους ασθενείς που χρησιμοποιούν μόνο γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα (p -value= $<0,004$) ή πρωτότυπα και γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα (p -value= $<0,028$).

Συμπέρασμα: Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η οικονομική κρίση έχει μειώσει σημαντικά το εισόδημα των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Η μείωση του εισοδήματος ωστόσο δεν βρέθηκε να επηρεάζει άμεσα τη φαρμακευτική συμμόρφωση καθώς οι ασθενείς έχουν κάνει περικοπές σε άλλους τομείς προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα έξοδά τους. Η φαρμακευτική συμμόρφωση επηρεάζεται στο βαθμό που οι ασθενείς αναγκάζονται να περικόψουν δαπάνες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη. Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε ότι έχουν σχέση με τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και το κόστος επιμερισμού και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής.

ABSTRACT

The economic crisis which has affected Greece in recent years, has caused adverse effects in medical treatment. The effort to reduce pharmaceutical expenditure resulted not only in the passing of a large part of the financial burden on households but also in distress and exclusion in healthcare access and reduction of patient adherence to doctors' medical prescriptions. Non-adherence of patients, especially those with cardiovascular diseases, is a major problem for health systems as it can lead to heart failure or failure of medical intervention.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the degree of adherence of patients with cardiovascular disease and of different socioeconomic profile, with medication during the economic crisis.

Methods: The study population $N = 509$ was a convenient sample, involving patients with cardiovascular disease 18 years and older, residents of Arta prefecture and neighboring prefectures, insurance - covered in various funds or uninsured. The survey was conducted from January to June 2016. Of the 580 questionnaires that were used for the needs of the study, 509 of them were answered, with the response rate rising to 87.75%. For the survey a structured questionnaire with closed questions was used, developed by the researcher under the guidance of her work supervisor and based on Greek and international literature. Validation of the questionnaire was performed with a test-retest method during which the questionnaire reliability test (test- retest) was given to 27 patients, while for data analysis the statistical package SPSS v 21.0 was used.

Results: The survey results show that the majority of the study population 93,1% buy their medicines and use them according to medical guidelines. The economic crisis has a negative impact on patients' adherence to the framework concerning health costs ($p\text{-value} = <0,006$) but it does not affect income reduction as it was found that it does not directly affect the adherence of the patients ($p\text{-value} = < 0,728$). The pharmaceutical adherence is influenced by gender since men have a higher adherence than women ($p\text{-value} = <0,019$), and by the educational level as those with a secondary education certificate have higher adherence than people with a compulsory education one ($p\text{-value} = <0,095$). Furthermore, patients using novel pharmaceutical compositions were found to have higher adherence than the patients

using only generic pharmaceutical formulations (p-value = <0,004) or original and generic pharmaceutical formulations (p-value = <0,028).

Conclusion: The present study found that the economic crisis has significantly reduced the income of patients with cardiovascular disease. The reduction of income though was not found to influence pharmaceutical adherence as patients have made cuts in other areas in order to carry out their expenses. The pharmaceutical adherence is affected to the extent that patients are forced to cut spending even on health care. Gender and educational level were found to relate to the observance of medication treatment, as well as the cost-sharing and the type of medication.

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ

ΑΕΕ: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

ΑΕΙ: Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση

ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση

ΔΝΤ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛ.Ι.ΚΑΡ: Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΣΔΥ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΙΕΚ: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΚΑ: Καρδιακή Ανεπάρκεια

ΚΑΠΗ: Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΑΤΕΕ: Κέντρα Ανώτερης Τεχνικής & Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

ΟΝΕ: Οικονομική και Νομισματική Ένωση

ΟΣΣ: Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΣΝ: Στεφανιαία Νόσο

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

ACPM: American College of Preventive Medicine

AHA: American Heart Association

CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services

DALYs: Disability-Adjusted Life Years

EHN: European Heart Network

EPF: European Patients Forum

HRQoL: Health-Related Quality of Life

MMAS: Morisky Medication Adherence Scale

MOD: Medication Organisation Device

MPR: Medication Possession Ratio

NCCSDO: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation

NCPIE: National Council on Patient Information and Education

NEHI: New England Healthcare Institute

NIH: National Institutes of Health

PCI: Percutaneous Coronary Intervention

SMS: Short Messaging Service

WHO: World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διεθνής και η ελληνική οικονομία βρίσκονται αντιμέτωπες με τη μεγαλύτερη ύφεση μετά το τέλος του Β΄ παγκοσμίου πολέμου. Η χρηματοοικονομική κρίση που ξεκίνησε στην αγορά στεγαστικών δανείων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ) το καλοκαίρι του 2007 μετατράπηκε ραγδαία σε κρίση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος και μεταφέρθηκε στην πραγματική οικονομία με ταχείς ρυθμούς. Μια σειρά από γεγονότα, που μέχρι πριν μερικά χρόνια φάνταζαν απίθανο να συμβούν, οδήγησαν τους παγκόσμιους ρυθμούς ανάπτυξης σε απότομη πτώση και εκτόξευσαν την ανεργία και την ανασφάλεια στο σύνολο σχεδόν των χωρών (Χαρδούβελης, 2009). Στην προσπάθεια να αποφευχθεί μια νέα παγκόσμια ύφεση ανάλογη εκείνης της δεκαετίας του 1930, η προσπάθεια των ασκούντων οικονομική πολιτική στράφηκε προς την εφαρμογή δημοσιονομικής λιτότητας. Το κυρίαρχο δόγμα όριζε την ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής των εθνικών οικονομιών σε χαμηλότερα ποσοστά δημοσίου ελλείμματος και χρέους στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) ώστε να μην κλονιστεί η αξιοπιστία τους στις διεθνείς αγορές ομολόγων (Μιχοπούλου, 2014).

Η μεταφορά της κρίσης από τον χρηματοοικονομικό τομέα στην πραγματική οικονομία ανέδειξε τα μεγάλα προβλήματα της ελληνικής οικονομίας. Υψηλό δημόσιο και εξωτερικό χρέος (το 2009 το δημόσιο χρέος είχε αγγίξει το 115,1% του ΑΕΠ ενώ το εξωτερικό χρέος ανήλθε στο 82,5% του ΑΕΠ) χαμηλή ανταγωνιστικότητα και προβλήματα στην οργάνωση. Οι πιέσεις των αγορών και οι υποβαθμίσεις των οίκων αξιολόγησης δυσχέραναν την χρηματοδότηση του ελληνικού δημοσίου με αποτέλεσμα η Ελλάδα να υπογράψει το Μνημόνιο το οποίο περιλάμβανε οικονομική υποστήριξη από τις χώρες της ευρωζώνης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) (Βαρουφάκης και συν., 2011). Προϋπόθεση για την χρηματοδότηση της ελληνικής οικονομίας ήταν η δρομολόγηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, που απαιτούσαν άμεση και αποτελεσματική μείωση των δημόσιων ελλειμμάτων, με δραματική μείωση κυρίως των δημόσιων (κοινωνικών) δαπανών, μειώσεις μισθών για να τονωθεί η ανταγωνιστικότητα και φορολογικές αυξήσεις για τη συλλογή εσόδων (Μιχοπούλου, 2014).

Σε μια χώρα όπως η Ελλάδα που οι δαπάνες υγείας κατά την περίοδο 2005-2009 ήταν υπεύθυνες για το 21% του ελλείμματος της ελληνικής οικονομίας, απορροφούσαν το 1/10 του ΑΕΠ, ενώ δημιουργούσαν το 1/5 του εθνικού ελλείμματος ήταν οι πρώτες που τέθηκαν

υποψήφιος στο στόχαστρο των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής. Ειδικά, όταν αυτές οι δαπάνες κατευθύνονται σε ένα σύστημα υγείας που οι δείκτες αποδοτικότητας ήταν πολύ χαμηλοί. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μειώσεις που έγιναν δεν ήταν στοχευμένες, ενώ οι περικοπές στις δαπάνες δεν αντιμετώπισαν τα πραγματικά αίτια της έκρηξης του κόστους πριν την κρίση. Οι όποιες πολιτικές επικεντρώθηκαν κυρίως στη γρήγορη και εύκολη δημοσιονομική προσαρμογή, αγνοώντας την ανάγκη για διορθωτικές μεταρρυθμίσεις και το δικαίωμα των ατόμων να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώσουν (Goranitis et al., 2014).

Λόγω των ειδικών συνθηκών που διαμορφώνονται κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρείται χειροτέρευση της ψυχικής και σωματικής υγείας των πολιτών. Επίσης, τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία περιορίζουν τους πόρους της κοινωνικής ασφάλισης και μειώνουν τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών, δυσχεραίνοντας την πρόσβαση και τη χρήση βασικών παροχών, όπως τα φάρμακα. Οι δαπάνες που αφορούν το φάρμακο επιβαρύνουν κυρίως τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και ιδιαίτερα αυτούς που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει επιπτώσεις στους ασθενείς, η συμμετοχή των οποίων στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε σημαντικά, την ίδια στιγμή που τα εισοδήματα έχουν μειωθεί κατά 30% περίπου. Ιδιαίτερα οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα σε τακτική βάση καθυστερούν να εκτελέσουν ή και δε λαμβάνουν τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμία πληρωμής της σχετικής δαπάνης (διαΝΕΟσις, 2016).

Το αυξημένο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης έχει άμεσες επιπτώσεις στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς, ιδιαίτερα από τους χρόνιους ασθενείς ένα μεγάλο μέρος των οποίων πάσχει από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η χαμηλή προσήλωση οδηγεί σε μειωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα με συνέπεια την αύξηση των ιατρικών επισκέψεων, των εισαγωγών και των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο (Muszbek, 2008). Η φαρμακευτική συμμόρφωση αποτελεί θέμα το οποίο βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κλινικών γιατρών, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και άλλων ενδιαφερόμενων φορέων. Η μη τήρηση είναι συχνή και συνδέεται με αρνητικές εκβάσεις για την υγεία και υψηλότερο κόστος περίθαλψης. Το ποσοστό της μη τήρησης είναι πιθανό να αυξηθεί καθώς ο αριθμός των ασθενών που λαμβάνουν καρδιαγγειακά φάρμακα αυξάνεται. Προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι αυτή δεν αποτελεί μόνο πρόβλημα των ασθενών, αλλά επηρεάζεται τόσο

από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation, 2005).

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια ανάδειξης του κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει συμβάλει στην πιθανή μη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού και ποια η επίδραση της ενδεχόμενης χαμηλής συμμόρφωσης ως προς την υγεία του πληθυσμού. Καθώς η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη συντριπτική πλειοψηφία των ελλήνων πολιτών και ιδιαίτερα τις ευπαθείς ομάδες όπως αυτή των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι σημαντικό τόσο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας όσο και για τους ασθενείς να μπορέσουν να αναγνωρίσουν τις σημαντικές επιπτώσεις της φαρμακευτικής συμμόρφωσης στο σύστημα υγείας καθώς και στην ποιότητα ζωής και στη συνέχεια με στοχευμένες παρεμβάσεις να μπορέσουν να βελτιώσουν το βαθμό συμμόρφωσης. Η αποτύπωση της άποψης των ασθενών μέσω του ερωτηματολογίου αφορά ζητήματα όπως το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και σε φάρμακα, τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, τα κριτήρια επιλογής των σκευασμάτων, την επίδραση των εφαρμοσμένων πολιτικών στο κόστος διαχείρισης της νόσου και την σύγκριση σε σχέση με προ κρίσης κατάσταση.

Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα ως προς τη φαρμακευτική αγωγή και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού και την ανάδειξη των αιτιών που πιθανών παρεμποδίζουν την συμμόρφωση αυτή. Ο υπό μελέτη πληθυσμός (N=509) αφορά ενήλικες άνδρες και γυναίκες της Άρτας και των όμορων νομών, όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και εκπαιδευτικών επιπέδων, οι οποίοι επισκέπτονται ιδιωτικά καρδιολογικά ιατρεία χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς και καρδιολογικά ιατρεία συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ, καρδιολογικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων καθώς και καρδιολογικές κλινικές. Επίσης, στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν και ασθενείς που επισκέπτονται δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές υγείας όπως κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία. Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από την ερευνήτρια βασισμένο σε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από την ερευνήτρια αφού είχαν εξασφαλιστεί οι απαιτούμενες άδειες από την διοίκηση των μονάδων όπου έλαβε χώρα η μελέτη (Παράρτημα). Πριν από κάθε συνέντευξη ζητούνταν η ενημερωμένη συγκατάθεση των ασθενών.

Τα κεφάλαια που ακολουθούν στο Γενικό μέρος αναφέρουν εν συντομία το ιστορικό της έναρξης της οικονομικής κρίσης και τις κοινωνικές επιπτώσεις αυτής, καθώς και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στην υγεία των πολιτών. Παρέχουν πληροφορίες για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Γίνεται εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου της φαρμακευτικής συμμόρφωσης και αναφέρονται οι επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης καθώς και παρεμβάσεις βελτίωσης. Στο Ειδικό μέρος παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης, η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας και ακολουθούν η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1 Η Διεθνής Διάσταση της Κρίσης

Η χρηματοπιστωτική κρίση εκδηλώθηκε αρχικά, τον Αύγουστο του 2007, στις ΗΠΑ και επιδεινώθηκε ραγδαία το φθινόπωρο του 2008 με την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Τα αίτια της κρίσης επικεντρώνονται κυρίως στην αγορά κατοικιών στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην αδυναμία πολλών δανειστών να αποπληρώσουν τα δάνειά τους. Το οικονομικό περιβάλλον στις αρχές του 2000 ενθάρρυνε τις τράπεζες να αποδεχτούν μεγαλύτερους κινδύνους, δανείζοντας σε πιστωτές με επισφαλή χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα οι τράπεζες των ΗΠΑ να αυξήσουν την παροχή δανείων στη δευτερεύουσα αγορά κατοικιών, ενώ οι ευκολίες δανεισμού να οδηγήσουν στην αύξηση της ζήτησης και της τιμής τους (Βαρουφάκης και συν., 2011).

Όταν το 2006 το επιτόκιο της Κεντρικής Τράπεζας των Ηνωμένων Πολιτειών ανήλθε στο 5,25% από 1%, που ήταν το 2004, η πληρωμή των δόσεων των επισφαλών στεγαστικών δανείων όπως και των ομολόγων που ήταν καλυμμένα με τα δάνεια αυτά έγινε αδύνατη. Οι κατασχέσεις κατοικιών δεν ήταν αρκετές για να εξυπηρετηθούν τα δάνεια, καθώς η τιμή των ακινήτων είχε ήδη μειωθεί κατά μεγάλο ποσοστό, μια και η ζήτηση ήταν πλέον σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Βαρουφάκης και συν., 2011). Η ικανότητα των τραπεζών να απορροφήσουν τους κινδύνους βρέθηκε σε χαμηλά επίπεδα λόγω της ανεπαρκούς κεφαλαιακής βάσης αλλά και του τεράστιου βραχυπρόθεσμου δανεισμού με αποτέλεσμα την κατάρρευση μεγάλων τραπεζικών και ασφαλιστικών οργανισμών (Κολλίντζας & Ψαλιδόπουλος, 2009).

Η οικονομική κρίση συγκλόνησε το οικοδόμημα της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ONE), που από τις αρχές του 2000 είχε δημιουργήσει την ευρωζώνη και το ευρώ. Τα συσσωρευμένα προβλήματα λειτουργίας της, που επί μία δεκαετία συγκαλύπτονταν, με το ξέσπασμα της κρίσης βγήκαν στο παρασκήνιο (Τόλιος, 2011). Η κρίση επεκτάθηκε γρήγορα και στις χώρες τις ΕΕ, σηματοδοτώντας την απαρχή της μεγαλύτερης μεταπολεμικής κρίσης (Χαρδούβελης, 2009). Η χρηματοοικονομική κρίση πέρασε στην πραγματική οικονομία μέσω της απροθυμίας των πιστωτικών ιδρυμάτων να χορηγήσουν δάνεια και μέσω της καταστροφής του πλούτου των νοικοκυριών και των επιχειρήσεων. Το εξωτερικό εμπόριο

κατέρρευσε ενώ για πρώτη φορά στα τελευταία τριάντα χρόνια μειώθηκε η κατανάλωση. Συνέπεια όλων αυτών ήταν η μείωση του ΑΕΠ παγκοσμίως, η μείωση της απασχόλησης και η αύξηση της ανεργίας (Κολλίντζας & Ψαλιδόπουλος, 2009). Επιπλέον, η μείωση των δημοσίων εσόδων λόγω της ύφεσης και η ανάγκη πρόσθετων κρατικών δαπανών, σε συνδυασμό με τα μέτρα στήριξης των τραπεζών αύξησαν τα ελλείμματα και τις δανειακές ανάγκες του δημοσίου και ανέβασαν το κόστος δανεισμού, ιδιαίτερα των περιφερειακών οικονομιών της ευρωζώνης (Τόλιος, 2011).

Η κρίση του δημοσίου χρέους ορισμένων χωρών της ΕΕ, απείλησε ευθέως τη σταθερότητα της οικονομικής και νομισματικής ένωσης. Η Ελλάδα βρέθηκε στο επίκεντρο ως η πιο αδύναμη οικονομία της ζώνης του ευρώ, με μεγάλα ελλείμματα και σοβαρά διορθωτικά προβλήματα (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Η αδυναμία ενίσχυσης της αξιοπιστίας της Ελλάδας, καθώς παρέμειναν έντονες οι αμφιβολίες για το αν θα μπορούσε να διαχειριστεί την κρίση, έθεταν σε κίνδυνο το ίδιο το ευρώ (Βαρουφάκης και συν., 2011). Επιπλέον, η συνεχής υποβάθμισή της από τους οίκους αξιολόγησης καθώς και η αύξηση των ελληνικών spread είχε ως αποτέλεσμα ο δανεισμός από τις αγορές να καταστεί σχεδόν απαγορευτικός (Κότιος και συν., 2012).

Τον Απρίλιο του 2010 οι Υπουργοί Οικονομικών των χωρών της ζώνης του ευρώ καταλήγουν σε συμφωνία για την παροχή δέσμης χρηματοοικονομικής βοήθειας στην Ελλάδα, ύστερα από αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Στις 5 Μαΐου του 2010 έπειτα από μία σειρά διαπραγματεύσεων, σχετικά με το ύψος και τους όρους της χρηματοδότησης, η Ελλάδα υπογράφει το Μνημόνιο, το οποίο περιλαμβάνει υποστήριξη ύψους € 80 δις από τις χώρες της ΕΕ και € 30 δις από το ΔΝΤ. Προϋπόθεση για την χρηματοδότηση ήταν η δρομολόγηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ενώ η Ελλάδα έμπαινε σε καθεστώς τριμηνιαίας αξιολόγησης ώστε να διαπιστώνεται ο βαθμός επίτευξης της δημοσιονομικής πειθαρχίας (Βαρουφάκης και συν., 2011). Στην ελληνική οικονομία η κρίση ξεκίνησε ως κρίση ρευστότητας, εξελίχθηκε σε κρίση δημοσίου χρέους για να καταλήξει σε γενικευμένη οικονομική, κοινωνική και πολιτική κρίση (Kotios et al., 2011).

1.2 Κοινωνικές Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα

Με την εφαρμογή του Μνημονίου η Ελλάδα εισήλθε σε μια μακρά περίοδο αυστηρών δημοσιονομικών περικοπών, οικονομικής εποπτείας και υποχρεωτικών μεταρρυθμίσεων με στόχο την εξυπηρέτηση του δημοσίου χρέους. Επειδή, η δημιουργία νέων φορολογικών εσόδων και η αποφυγή κάθε δαπάνης ήταν τα κύρια εργαλεία του πακέτου, το αποτέλεσμα ήταν να παραταθεί η ύφεση της ελληνικής οικονομίας προκαλώντας μεγάλα ρήγματα στην κοινωνική συνοχή (Χριστοδουλάκης, 2011). Το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα 2012-2015 με τα μέτρα λιτότητας που περιλάμβανε είχε ως αποτέλεσμα τη σοβαρή επιδείνωση του εισοδηματικού και βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων πολιτών (Ρομπόλης, 2012). Συγκεκριμένα τα μέτρα οδήγησαν σε μεγάλη αύξηση της ανεργίας, περικοπές μισθών, συντάξεων και επιδομάτων, αύξηση άμεσων και έμμεσων φόρων, περικοπές κοινωνικών δαπανών, κ.α (Τόλιος, 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛΣΤΑΤ) (2016), την περίοδο της οικονομικής κρίσης το ΑΕΠ της Ελλάδος μειώθηκε από τα € 226 δις το 2010 σε €176 δις το 2015 (- 22,1 %), η ανεργία αυξήθηκε από 10,2% το 2009 (505.110 άνεργοι), στο 24% το 2015 (1.149.716 άνεργοι) με την μεγαλύτερη αύξηση να έχει σημειωθεί το 2013 όπου η ανεργία έφτασε το 27,5%. Οι μακροχρόνιοι άνεργοι αποτελούσαν το 40,4% του συνόλου των ανέργων το 2009, ενώ το ποσοστό αυτό έφτασε το 73,1% το 2015 (OECD, 2016). Η ανεργία στις γυναίκες είναι υψηλότερη σε σχέση με αυτή των ανδρών. Το 2010 ανήλθε στο 12,1% για τους άνδρες και στο 18,3% για τις γυναίκες, ενώ αντίστοιχα το 2015 αυξήθηκε σε 20,5% για τους άνδρες και το 28,3% για τις γυναίκες (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και η απώλεια εισοδήματος επιδεινώνουν τις κοινωνικές συνθήκες στην Ελλάδα. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (2015), ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εισόδημα από εργασία έχει διπλασιαστεί, ενώ το 14,4% περίπου του εργατικού δυναμικού έχει μείνει χωρίς εργασία για ένα έτος ή και περισσότερο. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό ενηλίκων ηλικίας 18-60 ετών που ζει σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο επί του συνόλου των ατόμων αυτής της ομάδας από 8,4% που ήταν το 2009 έφτασε στο 18,1% το 2015. Από τη μελέτη των δεικτών για τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού της χώρας προκύπτει ότι η στέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών δεν αφορά

μόνο το φτωχό πληθυσμό αλλά και μέρος του μη φτωχού πληθυσμού. Από το 2009 και μετά παρατηρείται αύξηση της υλικής στέρησης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες, με αποτέλεσμα να στερείται βασικά αγαθά, ανέρχεται σε 22,2% το 2015 από 11% το 2009, ενώ ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανέρχεται στο 35,7% το 2015 από 27,6 % το 2009 (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

1.3 Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία

Η υγεία του πληθυσμού μιας χώρας έχει άμεση σχέση με την οικονομία της. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση την υγείας καθώς παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή καθώς και για άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλό εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία του πληθυσμού. Έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, χειροτέρευση της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία και υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών. Όσον αφορά τη σωματική υγεία οι επιπτώσεις αφορούν τα λοιμώδη και καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ σε ότι αφορά την ψυχική υγεία παρατηρείται μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με την παρατηρούμενη αύξηση των αυτοκτονιών (διαΝΕΟσις, 2016).

Για παράδειγμα, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 οι ριζικές οικονομικές και πολιτικές μεταρρυθμίσεις στη Ρωσία και τη Λιθουανία οδήγησαν σε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας. Ενώ αντίστοιχα η πιο μετριοπαθείς αυτές αλλαγές που συνέβησαν στη Λευκορωσία είχαν ως αποτέλεσμα τη μικρότερη αύξηση της θνησιμότητας. Η πτώση του προσδόκιμου ζωής κατά έξι έτη που συνέβηκε από το 1990-1994 οφείλονταν στις ενδογενείς κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές ανακατατάξεις που συνόδευσαν τη διάλυση της Ένωσης Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών (ΕΣΣΔ) (Leon, 2007). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η αύξηση της θνησιμότητας στη Ρωσία σημειώθηκε κυρίως μεταξύ των ανδρών σε παραγωγική ηλικία η οποίοι ήταν άνεργοι, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, άγαμοι

και ζούσαν σε αστικές περιοχές. Οι θάνατοι σε μεγάλο βαθμό οφείλονταν στην υπερβολικοί κατανάλωση αλκοόλ, στα ατυχήματα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bohk & Rau, 2015).

Σύμφωνα με τους Kentikelenis et al. (2011) η υγεία ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες έχει επιδεινωθεί, ενώ αριθμός των ατόμων που αναφέρουν ότι η υγείας τους ήταν «κακή» ή «πολύ κακή» έχει αυξηθεί. Το 2015 το 28,5% του πληθυσμού αυτό-αξιολογούσε την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή, ενώ στο διάστημα 2007-2014 παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού αυτών που ανέφεραν «πολύ καλή» και «καλή» υγεία (διαΝΕΟσις, 2016). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ (2016) το ποσοστό του πληθυσμού που έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα ή χρόνια πάθηση αυξήθηκε κατά 25,2% το 2014 (49,7%) σε σχέση με το 2009 (39,7%). Κατά την περίοδο 2009-2011 η Ελλάδα γνώρισε υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω των επιδημιών μεγάλης κλίμακας όπως η υψηλή θνησιμότητα της γρίπης Α (H1N1) το 2009, η αύξηση των κρουσμάτων του ιού του Δυτικού Νείλου (WNV) το 2010 και το 2011, καθώς και αύξηση της εγχώριας μετάδοσης κρουσμάτων ελονοσίας την περίοδο 2009-2011 (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Χαρακτηριστική είναι επίσης η σημαντική αύξηση των περιστατικών λοίμωξης HIV κατά 10% , της Ηπατίτιδας Α κατά 187,5%, ενώ η Μηνιγγίτιδα και η Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος αυξήθηκαν κατά 87% και 35% αντίστοιχα κατά το χρονικό διάστημα 2011-2013 (Καϊτελίδου, 2014; Kaitelidou et al., 2014). Τέλος η αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα κατά την περίοδο 2010-2015 αυξήθηκε κατά 55,5% το 2013 και 39% το 2015 (διαΝΕΟσις, 2016)

Η ανεργία εμφανίζεται ως σημαντικός παράγοντας για την αύξηση των αυτοκτονιών τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών (Skroumpelos et al., 2014). Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά την περίοδο της κρίσης από 5-7% ετησίως με τα ποσοστά των ανδρών να είναι υψηλότερα έναντι των γυναικών. Η εθνική γραμμή πρόληψης αυτοκτονιών ανέφερε ότι το 25% των ατόμων που τηλεφώνησαν το 2010 αντιμετώπισαν οικονομικές δυσκολίες. Η βία έχει επίσης αυξηθεί με τις ανθρωποκτονίες και τις κλοπές να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί μεταξύ 2007 και 2009 (Κατσαδώρας και συν., 2011; Kentikelenis et al., 2011). Σε έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ (2016) για την ψυχική υγεία το 2014 το 4,7% του πληθυσμού δήλωσε ότι πάσχει από κατάθλιψη, αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%), με το 33% του ποσοστού να είναι άνδρες και το 67% γυναίκες. Επίσης, το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω πάσχει από αγχώδεις διαταραχές, ενώ το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές.

1.4 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το ΔΝΤ και την ΕΕ το 2010 οδήγησε στην υπογραφή του πρώτου Μνημονίου το οποίο συνοδεύτηκε από την εφαρμογή μέτρων λιτότητας και περιορισμού των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, αλλά και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν εντάσσονται σε ένα ευρύ φάσμα επιλογών που ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μέτρα που σχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας και μέτρα για τον έλεγχο του κόστους (Οικονόμου, 2013).

Σύμφωνα με τα Μνημόνια, μέχρι το 2012 η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 1%. Κατά τη διετία 2011-2012 θα πρέπει να επιτευχθεί μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κατά € 2 δις σε σχέση με τα επίπεδα του 2010, εκ των οποίων, το 1 δις θα πρέπει να έχει εξοικονομηθεί μέχρι το τέλος του 2011, ενώ η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να υπερβεί τα € 2,88 δις το 2012. Το κόστος των νοσοκομείων θα πρέπει να μειωθεί τουλάχιστον κατά 10% το 2011 και κατά 5% το 2012 πλέον του προηγούμενου έτους. Στα επιπρόσθετα μέτρα για το 2011 και τη μεσοπρόθεσμη δημοσιονομική στρατηγική μέχρι το 2015, περιλαμβάνονται περικοπές στις φαρμακευτικές δαπάνες και τις δαπάνες υγείας κατά τουλάχιστον €310 εκατ. το 2011 και επιπλέον €697 εκατ. το 2012, €349 εκατ. το 2013, €303 εκατ. το 2014 και €463 εκατ. το 2015 (Οικονόμου, 2013; Υπουργείο Οικονομικών, 2011).

1.4.1 Επιπτώσεις στις Δαπάνες Υγείας

Σύμφωνα, με τον ΟΟΣΑ (2016) η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε από 9,76% το 2009 στο 8,2% το 2015. Το 2012 η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από το 1% του ΑΕΠ, ενώ το 2013 το ποσοστό αυτό υπολογίζεται στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από το

μέσο όρο της ΕΕ (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8% στην ΕΕ και το 8% στην Ευρωζώνη (διαΝΕΟσις, 2016). Για το 2015, η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, ποσοστό που υπολείπεται σημαντικά από το αντίστοιχο άλλων ανεπτυγμένων χωρών. Το 65% του πληθυσμού, το 2011, ανέφερε ότι κατέβαλε ιδιωτικές δαπάνες για περίθαλψη, ενώ το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σημαντικά σε 93% το 2015. Το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2014 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε σχέση με το 2009 (€ 105,8 το 2014 έναντι € 34,4 το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, αντανακλώντας τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών και την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη του φαρμάκου (διαΝΕΟσις, 2016).

1.4.2 Επιπτώσεις στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η οικονομική κρίση ελάττωσε σημαντικά τα ποσοστά υγειονομικής ασφάλισης του πληθυσμού, καθώς ένα μεγάλο μέρος έμεινε άνεργο ή επέλεξε να μην συνεχίσει το αυτό-χρηματοδοτούμενο ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας του λόγω οικονομικής αδυναμίας (διαΝΕΟσις, 2016). Η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού 21% ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ. Η ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία το 2013 μειώθηκε κατά 21%, καλύπτοντας το 79% του πληθυσμού από 100% που ήταν πριν την οικονομική κρίση (διαΝΕΟσις, 2016; OECD, 2015).

Οι πολίτες αναγκάστηκαν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους ως προς τη λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας προκειμένου να μειώσουν τη δαπάνη, καθώς δεν μπορούσαν να καλύψουν τα έξοδα (διαΝΕΟσις, 2016). Το 2009 το 73,5% του πληθυσμού που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο, με το ποσοστό αυτό να φτάνει το 94,1% το 2010. Μεταξύ 2009 και 2010 υπήρξε αύξηση κατά 24% των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και 6% αύξηση το 2011 σε σχέση με το 2010. Παράλληλα σημειώθηκε μείωση της τάξης του 25-30% των εισαγωγών στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Kentikelenis et al., 2011; Kentikelenis & Papanicolas, 2011). Ενώ

συμφώνα με την ΕΛΣΤΑΤ (2016) το ποσοστό των ατόμων με ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν ικανοποιήθηκαν αυξήθηκε από 4,1% το 2009 σε 14,2% το 2015

Οι Kentikelenis et al. (2011) αναφέρουν ότι ένας ακόμη δείκτης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες είναι η αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από ΜΚΟ, καθώς ένα ποσοστό 22% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας λόγω του οικονομικού κόστους. Ενώ το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, ενώ το 11,3% τις ίδιες πληθυσμιακής ομάδας δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν τα φάρμακα που τους είχαν συσταθεί από το γιατρό (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

1.4.3 Επιπτώσεις στη Φαρμακευτική Περίθαλψη

Τα μέτρα που έχουν ληφθεί για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως η αύξηση του ποσοστού των γενοσήμων φαρμάκων στο 60% και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων, έχουν προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες όπως, αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών, δυσχέρεια και αποκλεισμό στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, αύξηση της δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία στους χρόνιους πάσχοντες, μείωση της συμμόρφωσης των ασθενών και μετακύλιση μεγάλου τμήματος του χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά (Κυριόπουλος, 2015; Skroumpelos et al., 2014).

Η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από 2,9% του ΑΕΠ το 2009 στο 2,35% του ΑΕΠ το 2014 (OECD, 2016). Όσον αφορά τα γενόσημα φάρμακα παρά τη μικρή αύξηση που επήλθε στο μερίδιο αγοράς, αυτή παραμένει περιορισμένη σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, λόγω έλλειψης κινήτρων και αδυναμίας ελέγχου του φαινομένου της υποκατάστασης φθηνότερων γενοσήμων φαρμάκων από άλλα ακριβότερα. Επίσης η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος φαρμάκων αυξήθηκε από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014, ενώ το 2015 είχε σταθεροποιηθεί στο 25%, όταν τα εισοδήματα έχουν μειωθεί κατά περίπου 30% (διαΝΕΟσις, 2016).

Από το διάστημα 2012 έως 2014 η κατανάλωση φαρμάκων αυξήθηκε ενώ και οι κατά κεφαλήν πωλήσεις παρέμειναν υψηλές σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ. Παρόλα αυτά, ένας

στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης περικειμένου να καλύψει το κόστος των φαρμάκων, ενώ ένας στους πέντε καθυστερεί να εκτελέσει ή και δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης. Επίσης, από το 2013 έως το 2014 αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που δηλώσαν διακοπή της υπολιπιδαιμικής φαρμακευτικής αγωγής λόγω υψηλού κόστους, από 13% σε 16,5% (διαΝΕΟσις, 2016).

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, καθώς κατέχουν την πρώτη θέση στις αιτίες θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών τόσο στην Ευρώπη όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Θεωρούνται η «μάστιγα» των δυτικών κοινωνιών λόγω της βιομηχανοποίησης, της αστικοποίησης και της υιοθέτησης συγκεκριμένου τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η διατροφή που συνιστούν και τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου των αντίστοιχων νοσημάτων (Υπουργείο Υγείας, 2008).

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2016) τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μια ομάδα διαταραχών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων και περιλαμβάνουν:

- Τη Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ)
- Την Ισχαιμική Καρδιοπάθεια
- Την Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ)
- Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ)
- Την Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ)

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων ICD-10 του ΠΟΥ ταξινομούνται με κωδικό I00 – I99, με τα κυριότερα από αυτά όπως η ΣΝ να ταξινομείται με κωδικό I20-I25, το ΑΕΕ I60 – I69 και η ΑΥ I10 – I15 (WHO, 2009)

Τα εμφράγματα και τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι συνήθως οξεία γεγονότα και προκαλούνται κυρίως από την απόφραξη αγγείων εμποδίζοντας τη ροή του αίματος προς την καρδιά ή τον εγκέφαλο. Η πιο κοινή αιτία είναι η αθηρωμάτωση, κατά την οποία τα εσωτερικά τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων αποφράσσονται από λιπίδια, τα οποία υφίστανται δομικές τροποποιήσεις, ενώ παράλληλα συρρέουν λευκοκύτταρα από το αίμα και φλεγμονώδεις παράγοντες. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί επίσης να προκληθούν από την αιμορραγία ενός αιμοφόρου αγγείου του εγκεφάλου ή από θρόμβους αίματος. Η αιτία των καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων είναι η παρουσία ενός συνδυασμού παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υπερβολική και συνακόλουθα επιβλαβής χρήση του αλκοόλ, η υπέρταση, ο διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία (WHO, 2016).

2.1 Επιπολασμός Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών νοσημάτων αναμένεται να αυξηθεί κατά ~10% για τα επόμενα 20 χρόνια εάν δεν υπάρξει καμία αλλαγή στην τρέχουσα πολιτική αντιμετώπισής τους, ενώ οι άμεσες δαπάνες θα αυξηθούν σχεδόν τρεις φορές. Το άμεσος κόστος θα συνεχίσει να αποτελεί ένα σχετικά σταθερό και μεγάλο μερίδιο των συνολικών ιατρικών δαπανών, ενώ μέχρι το 2030 εκτιμάται ότι > 40% των ενηλίκων στις ΗΠΑ, ή 116 εκατ. άνθρωποι, θα έχουν μία ή περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις (American Heart Association AHA, 2011). Σύμφωνα με την AHA, (2008) σε έρευνα του 2005 το 6,5% των ερωτηθέντων ανέφεραν ιστορικό ΣΝ. Οι άνδρες είχαν υψηλότερο επιπολασμό σε σύγκριση με τις γυναίκες για OEM 5,5% έναντι 2,9%, για στηθάγχη και ΣΝ 8,2% έναντι 5% και για μία ή περισσότερες από αυτές τις παθήσεις 8,2% έναντι 3,4%. Ο επιπολασμός της ΑΥ στις ΗΠΑ για το 2012 εκτιμήθηκε στο 36,2% για άτομα ≥ 20 ετών, αυτό ισοδυναμεί με 80 εκατ. άτομα εκ των οποίων 38,3 εκατ. άνδρες και 41,7 εκατ. γυναίκες. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι μέχρι το 2030 ~ 41,4% των ενηλίκων θα έχουν υπέρταση δηλαδή μία αύξηση της τάξης του 8,4% από το 2012 (AHA, 2016)

Οι Sanchis-Gomar et al. (2016) αναφέρουν ότι 15,5 εκατ. άτομα ≥ 20 ετών στις ΗΠΑ πάσχουν από ΣΝ ενώ ο επιπολασμός αυξάνεται με την ηλικία και το φύλο. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι μέχρι το 2030 η επικράτηση της ΣΝ θα αυξηθεί ~18% σε σχέση με το 2013. Υπολογίζεται ότι το 2016 περίπου 660.000 άτομα στις ΗΠΑ θα έχουν ένα νέο στεφανιαίο επεισόδιο και 305.000 ένα επαναλαμβανόμενο. Επίσης, 750.000 άτομα θα υποστούν ένα νέο ή επαναλαμβανόμενο OEM, από αυτά ~21%, 160.000 θα είναι χωρίς συμπτώματα. Έχει υπολογιστεί ότι κάθε 42 δευτ. ένας Αμερικανός θα υποστεί OEM (AHA, 2016). Υπολογίζεται ότι 6,6 εκατ. άτομα ≥ 20 ετών στις ΗΠΑ έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ κάθε χρόνο ~795.000 άνθρωποι βιώνουν ένα νέο ή ένα υποτροπιάζον εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό ή αιμορραγικό). Από αυτά τα 610.000 είναι πρώτα επεισόδια ενώ τα 185.000 επαναλαμβανόμενα. Το 2013 το ΑΕΕ ήταν υπεύθυνο για ένα στους 20 θανάτους, ενώ κατά μέσο όρο κάθε 40 δευτ. ένα άτομο παθαίνει ΑΕΕ και κάθε 4 λεπτά κάποιος πεθαίνει από αυτό. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι μέχρι το 2030 επιπλέον 3,4 εκατ. άτομα ηλικίας ≥ 18 ετών θα έχουν υποστεί ένα ΑΕΕ, μία αύξηση 20,5% στον επιπολασμό σε σχέση με το 2012 (AHA, 2016).

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες 20.000 έως 40.000 άτομα ανά εκατομμύριο πληθυσμού πάσχουν από στηθάγχη. Ο επιπολασμός της ασθένειας αυξάνεται απότομα με την ηλικία και στα δύο φύλα, από 0,1- 1% στις γυναίκες ηλικίας 45-54 ετών, σε 10-15% στις ηλικίες 65-74 και από 2-5% στους άντρες ηλικίας 45-54 ετών, σε 10-20% στις ηλικίες 65-74 (Fox et al., 2006). Ο συνολικός επιπολασμός των ατόμων που ανέφεραν καρδιαγγειακά νοσήματα το 2015 σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (European Social Survey), για όλες τις χώρες της ΕΕ, ήταν 9,2% και για τα δύο φύλλα εκτός από πέντε χώρες στις οποίες >10% των ανδρών δήλωσε ότι πάσχει από καρδιαγγειακά νοσήματα και τέσσερις χώρες που το ποσοστό αυτό αφορούσε τις γυναίκες (Townsend et al., 2016). Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 το ποσοστό του πληθυσμού που νοσηλεύτηκε με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα αυξήθηκε σε 34 χώρες της Ευρώπης, ενώ σε 15 χώρες το ποσοστό αυτό μειώθηκε (Townsend et al., 2015).

Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι το 2010 στην Ευρώπη ο ετήσιος αριθμός εξελθόντων από νοσοκομεία λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν ~2.500 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 2000 η αντίστοιχη αναλογία ανέρχονταν σε 2.234 ανά 100.000 κατοίκους. Όσον αφορά τη ΣΝ ο αριθμός των εξελθόντων από το 2006 και μετά είναι σχεδόν σταθερός διαμορφούμενος σε 800 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ για το ΑΕΕ η αντίστοιχη αναλογία κυμαίνεται σε 440-450 ανά 100.000 η οποία είναι σχεδόν σταθερή από το 2004 και μετά (Nichols, 2013). Η νοσηρότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και μειώνεται με την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης. Σε έρευνα ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε ποσοστό 9,8% ανέφεραν ιστορικό για μία ή περισσότερες από αυτές τις παθήσεις σε σχέση με το 5% των ατόμων που έχουν αποφοιτήσει από κολέγιο (ΑΗΑ, 2008). Το 80% των καρδιαγγειακών νοσημάτων εκδηλώνονται σε άτομα που προέρχονται από τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Το OEM στην Ελλάδα επηρεάζει περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, 2008). Οι Pitsavos et al. (2003) αναφέρουν ότι σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο η συντριπτική πλειονότητα ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Επίσης, σύμφωνα με τη μελέτη ΑΤΤΙΚΗ που διεξήχθη από το Μάιο του 2001 έως το Δεκέμβριο του 2002 σε 4.056 κατοίκους του νομού Αττικής η ΣΝ επιπολάζει σε ποσοστό <1% των συμμετεχόντων στις ηλικίες <45ετών, σε ποσοστό 3% στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ 45-55 ετών και >14%

στους ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες της μελέτης (Παναγιωτάκος και συν., 2014). Οι Κουρλαμπά και συν. (2006) στη μελέτη GREECS (Οκτώβριο του 2003 έως Σεπτέμβριο του 2004) στην οποία συμμετείχαν 2.172 ασθενείς, αναφέρουν ότι η ετήσια επίπτωση του Οξέως Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΟΣΣ) στην Ελλάδα, ήταν 22,6 συμβάντα ανά 10.000 άτομα. Επίσης, σε μελέτη των Vemmos et al. (1999) που διεξήχθη από το Νοέμβριο του 1993 έως τον Οκτώβριο του 1995 σε 555 ασθενείς που εισήχθησαν για πρώτη φορά με ΑΕΕ, ο επιπολασμός της νόσου για τους άνδρες ηλικίας 45 έως 84 ετών ήταν 362,4 ανά 100.000 άτομα και για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 276,1 ανά 100.000. Ο συνολικός επιπολασμός του ΑΕΕ και στα δύο φύλα για την ίδια ηλικιακή ομάδα ήταν 319,4 ανά 100.000 άτομα.

2.2 Θνησιμότητα Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως σκοτώνοντας 17,5 εκατ. άτομα ετησίως, δηλαδή τρεις στους 10 θανάτους αποδίδονται σε αυτά (Oti et al., 2016). Στην Ευρώπη αποτελούν την σημαντικότερη αιτία θανάτου προκαλώντας πάνω από 4,35 εκατ. θανάτους κάθε έτος (ehn, 2016). Σύμφωνα με στοιχεία της AHA (2010) το 2006 2.300 Αμερικανοί πέθαιναν καθημερινά από καρδιαγγειακά νοσήματα, κατά μέσο όρο ένας θάνατος κάθε 38 δευτ. Εξ αυτών, περισσότεροι από 151.000 πέθαναν σε ηλικία <65 ετών, ενώ το 33% των θανάτων συνέβησαν πριν από την ηλικία των 75 ετών, όταν το προσδόκιμο ζωής ήταν τα 77,7 έτη. Στην ΕΕ τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου με περισσότερους από 1,9 εκατ. θανάτους κάθε έτος, ενώ αποτελούν το 40% όλων των θανάτων (43% στις γυναίκες και 36% στους άνδρες) (ehn, 2016). Στην Ελλάδα, το 2012 το ποσοστό θανάτων από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στο σύνολο των θανάτων ανήλθε στο 43% ενώ το 2013 ανήλθε στο 41,5% με κύριο αίτιο τα καρδιακά νοσήματα 65% (διαΝΕΟσις, 2016; ΕΛΣΤΑΤ, 2014).

Πάνω από το 1/3 των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα στην ΕΕ οφείλονται στην ΣΝ ενώ μόλις πάνω από το 1/4 στο ΑΕΕ. Η ΣΝ ευθύνεται για πάνω από 681.000 θανάτους στην ΕΕ κάθε χρόνο (15% των ανδρών και 13% των γυναικών), ενώ το ΑΕΕ είναι η δεύτερη αιτία θανάτου με πάνω από 460 χιλ. θανάτους κάθε χρόνο, ένας στους 12 άνδρες (8%) και μία στις 10 γυναίκες (11%) (ehn, 2016). Αντίθετα τα ποσοστά θνησιμότητας της Ισχαιμικής

Καρδιοπάθειας έχουν μειωθεί σε όλες σχεδόν της χώρες του ΟΟΣΑ, με μια μέση μείωση 45% από το 1990 (OECD, 2015). Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι η ΑΥ (Αρτηριακή Πίεση > 115mm/Hg) είναι υπεύθυνη για 7,1 εκατ. θανάτους ετησίως παγκοσμίως και την απώλεια 64,3 ετών ζωής λόγω αναπηρίας, κακής υγείας ή πρόωρου θανάτου (Halpern et al., 2006). Στην ΕΕ η θνησιμότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων παρουσιάζει μείωση παρότι υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ανδρών και γυναικών που ζουν με καρδιαγγειακές παθήσεις και οφείλεται στην αυξημένη μακροζωία και τη βελτιωμένη επιβίωση των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα (ehn, 2016).

Τα 3/4 των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα παγκοσμίως συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα καθώς οι πολίτες αυτών των χωρών δεν έχουν το όφελος των προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των ατόμων με υψηλούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, σε σύγκριση με τα άτομα στις χώρες με υψηλό εισόδημα. Επίσης, τα άτομα των χωρών αυτών δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Ως αποτέλεσμα η διάγνωση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο και τα άτομα πεθαίνουν πρόωρα συχνά στα πιο παραγωγικά τους χρόνια (WHO, 2016).

Η αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες οφείλεται κυρίως στην αύξηση των ασθενειών αρτηριοσκλήρυνσης, λόγω της αστικοποίησης, της αύξησης των παραγόντων κινδύνου (παχυσαρκία, διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, κλπ), της σχετικά μικρής ηλικίας στην οποία εκδηλώνονται, στα μεγάλα μεγέθη του πληθυσμού, όπως και στο υψηλό ποσοστό των ατόμων που είναι νέοι ή μεσήλικες σε αυτές τις χώρες (Yusuf et al., 2001). Για παράδειγμα, περίπου οι μισοί από τους θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα στις αναπτυσσόμενες χώρες σημειώθηκαν σε ηλικίες κάτω των 70 ετών, σε αντίθεση με το 1/4 περίπου στις αναπτυγμένες χώρες. Η αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα αναμένεται να δημιουργήσει περισσότερα προβλήματα στο μέλλον στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς μεταξύ 1990 και 2020 η θνησιμότητα της ισχαιμικής καρδιοπάθειας αναμένεται να αυξηθεί (120% στις γυναίκες, 137% στους άνδρες) πολύ περισσότερο από ότι στις αναπτυγμένες χώρες (29% στις γυναίκες, 107% στους άνδρες) (Murray & Lopez, 1996; Yusuf et al., 2001).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η θνησιμότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων έχει μειωθεί σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος. Ένας συνδυασμός παρεμβάσεων στο πληθυσμό σε

επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης και ατομικών στρατηγικών συνέβαλαν στην τάση αυτή. Επίσης, η ανάπτυξη υψηλών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως η δημιουργία μονάδων εντατικής θεραπείας και η ανάπτυξη χειρουργικών επεμβάσεων, σχετίζονται με την μείωση των επιπλοκών καθώς και την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών (WHO, 2011). Σημαντικό επίσης ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα έχει η φαρμακευτική αγωγή. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός θεραπείας με φάρμακα όπως, ασπιρίνη, β- αναστολείς, διουρητικό και στατινή, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση κατά 75% της πιθανότητας να εμφανίσουν έμφραγμα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου ή έχουν ήδη υποστεί ένα. Προκειμένου όμως να επιτευχθεί η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να υπάρχει ένας υψηλός βαθμός προσήλωσης στην αγωγή από τους ασθενείς (WHO, 2006).

2.3 Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

2.3.1 Κόστος Περίθαλψης

Η ΑΗΑ (2016), αναφέρει ότι καθώς ο πληθυσμός γερνάει οι δαπάνες για τις καρδιαγγειακές παθήσεις αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά στις ΗΠΑ. Μεταξύ 2012 και 2030, το πραγματικό συνολικό άμεσο κόστος των καρδιαγγειακών νοσημάτων προβλέπεται να αυξηθεί, από \$ 396 δις σε \$ 918 δις. Από το σύνολο αυτό, το 60,5% δαπανάται σε νοσοκομειακή περίθαλψη, το 15,6% σε φάρμακα, το 10,8% σε γιατρούς, το 6,8% για κατ' οίκο νοσηλεία, το 5,3% για φροντίδα στο σπίτι και το 1,1% για λοιπά έξοδα. Η απώλεια της παραγωγικότητας (υπολογιζόμενη σε χρηματικές μονάδες) για όλα τα καρδιαγγειακά νοσήματα εκτιμάται ότι θα αυξηθεί από \$ 183 δις το 2012 σε \$ 290 δις το 2030, μια αύξηση της τάξης του 58%. Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την αύξηση της κατά κεφαλήν ιατρικής δαπάνης είναι οι κύριοι λόγοι του αυξημένου κόστους των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η γήρανση του πληθυσμού έχει μικρότερη επίπτωση στις έμμεσες δαπάνες από ότι στις άμεσες λόγω των χαμηλότερων ποσοστών απασχόλησης μεταξύ των ηλικιωμένων. Οι ετήσιες δαπάνες σε άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις ηλικίας 65 έως 79 ετών αναμένεται να αυξηθούν κατά 238%, από \$ 135 δις σε \$ 457 δις ανά έτος, ενώ μέχρι το 2018 το κόστος σε άτομα ηλικίας 65 έως 79 ετών αναμένεται να υπερβεί το κόστος μεταξύ των ατόμων ηλικίας 45 έως 64 ετών με καρδιαγγειακές παθήσεις (ΑΗΑ, 2011).

Σύμφωνα με τον Gaziano (2005), οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές προκλήσεις που συνδέονται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και αφορούν το κόστος των συστημάτων υγείας τους και των εθνικών οικονομιών τους. Στη Νότια Αφρική το 2% έως 3% του ΑΕΠ, περίπου το 25% των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, δαπανήθηκαν για τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Pestana et al., 1996). Μία ένδειξη των μελλοντικών δαπανών που θα χρειαστούν οι αναπτυσσόμενες χώρες για την αντιμετώπιση των καρδιακών παθήσεων μπορεί να προέρχονται από τις τρέχουσες δαπάνες των αναπτυγμένων χωρών. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ από το 2011 έως το 2012 το ετήσιο κόστος των καρδιαγγειακών νοσημάτων εκτιμάται στα \$ 316,6 δις εκ των οποίων τα \$ 193,1 δις αφορούν άμεσες δαπάνες και τα \$123,5 δις έμμεσες δαπάνες (AHA, 2010; Hodgson & Cai, 2001).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες ένα μεγάλο ποσοστό των καρδιαγγειακών νοσημάτων αφορά άτομα που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία, με αποτέλεσμα ο αντίκτυπος στην οικονομική βιωσιμότητα αυτών των χωρών να είναι μεγάλος. Σε έρευνα που έγινε σε πέντε αναπτυσσόμενες χώρες (Βραζιλία, Ινδία, Κίνα, Νότια Αφρική και Μεξικό) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, με συντηρητικές εκτιμήσεις, τουλάχιστον 21 εκατ. παραγωγικά χρόνια χάνονταν λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων κάθε χρόνο (Gaziano, 2005; Harikrishnan et al., 2014). Το γεγονός ότι οι αναπτυγμένες χώρες δαπανούν το 10% του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με το 6% που δαπανούν οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αποδεικνύει τα μελλοντικά προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν τα υγειονομικά συστήματα αυτών των χωρών λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Gaziano, 2005).

Στην ΕΕ τα καρδιαγγειακά νοσήματα υπολογίζεται ότι κοστίζουν στην οικονομία € 169 δις ανά έτος ποσό που αντιπροσωπεύει ένα συνολικό ετήσιο κατά κεφαλήν κόστος € 372. Από το συνολικό κόστος το 54% περίπου οφείλεται στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το 24 % σε απώλεια της παραγωγικότητας και το 22% αφορά το κόστος της άτυπης φροντίδας των ατόμων με καρδιακές παθήσεις. Επιπλέον, στις χώρες με υψηλή συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων παρατηρείται επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης (ehp, 2016). Υπολογίζεται ότι για τη νοσηλεία ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα στην ΕΕ απαιτούνται πάνω από 126 εκατ. ημέρες νοσηλείας ετησίως (277 ημέρες νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους). Το κόστος για τα συστήματα υγείας ανήλθε στα €105 δις για το 2003 με τις δαπάνες αυτές να αντιπροσωπεύουν το 12% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Το 57% του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης αφορούσε την ενδονοσοκομειακή

περίθαλψη (€ 60 δις), ενώ το 27% τις φαρμακευτικές δαπάνες (€ 28,4 δις). Περίπου 4,4 εκατ. άτομα (1% του πληθυσμού της ΕΕ) με καρδιαγγειακή νόσο αντιμετωπίζουν σοβαρά εμπόδια στην καθημερινότητά τους. Ωστόσο, 2,850 εκατ. άτομα από αυτά έλαβαν άτυπη φροντίδα για την οποία απαιτήθηκαν 2,950 δις ώρες και κόστισε € 29 δις (Leal et al., 2006). Στην Ελλάδα το συνολικό κόστος από τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανέρχεται στα € 2,4 δις ετησίως. Τα € 1,55 δις από αυτά αφορούν υγειονομικές δαπάνες (άμεσο κόστος), κυρίως φάρμακα και ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (€ 800 και € 650 εκατ. αντίστοιχα) και κατά πολύ λιγότερο επισκέψεις σε τακτικά ή επείγοντα ιατρεία (ΕΣΔΥ, 2013). Σε μεταγενέστερη έρευνα των Siskou et al. (2016) βρέθηκε ότι το κόστος των παθήσεων του κυκλοφορικού στην Ελλάδα κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με αυτό των χωρών της ΕΕ αντιπροσωπεύοντας το 1/6 των συνολικών δαπανών υγείας.

2.3.2 Απώλεια Παραγωγικότητας

Στις ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, το 17% του συνόλου των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα (Disability-Adjusted Life Years - DALYs) που καταγράφονται οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα, καθιστώντας τα τη δεύτερη μεγαλύτερη μεμονωμένη αιτία μετά τις νευροψυχιατρικές διαταραχές, ενώ στις λιγότερο αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό των DALYs είναι μεγαλύτερο από εκείνο των νευροψυχιατρικών διαταραχών. Συνολικά, πάνω από 12 εκατ. DALYs χάνονται κάθε χρόνο λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ΕΕ (ehn, 2016). Το 2006 στην ΕΕ η παραγωγικότητα λόγω πρώιμων θανάτων (2 εκατ. θάνατοι) υπολογίστηκε σε περίπου € 24,4 δις ενώ χάθηκαν 2,180 εκατ. παραγωγικά χρόνια. Η νοσηρότητα υπολογίστηκε ότι κόστισε € 28 δις και χάθηκαν 268,5 εκατ. εργάσιμες ημέρες, δηλαδή 591 ημέρες ανά 1000 κατοίκους (Leal et al., 2006). Το 2002 στην Αγγλία και την Ουαλία 150.565 χρόνια εργασίας χάθηκαν λόγω των πρώιμων θανάτων από ΣΝ, το 71% αυτών των χρόνων χάθηκαν εξαιτίας της θνησιμότητας στους άνδρες ηλικιακού φάσματος 45–46 ετών, ενώ το κόστος εκτιμάται περίπου στο £ 1,81 δις (Liu et al., 2002). Στην Ελλάδα το ίδιο έτος η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελούσε την αιτία για 111.885 χαμένα DALYs και αποτελούσαν το 8% του συνόλου των χαμένων ετών ζωής από όλες τις αιτίες κατά το 2002 (Υπουργείο Υγείας, 2008)

Σύμφωνα με τους Djarv et al., (2012) στα άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις ο δείκτης ποιότητας ζωής (Health-Related Quality of Life - HRQoL) είναι χαμηλός λόγω της υψηλής

νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην καθημερινότητα των ατόμων. Επίσης, η κακή HRQoL ήταν δύο φορές πιο συχνή στα άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις σε σχέση με τα άτομα χωρίς καμία καρδιακή πάθηση, ενώ μεταξύ των παθήσεων η στηθάγχη και η κολπική μαρμαρυγή είχαν υψηλότερο ποσοστό για κακή HRQoL. Σύμφωνα με την AHA, (2016) εάν εξαλειφθούν όλες οι μορφές καρδιαγγειακών παθήσεων το προσδόκιμο ζωής θα μπορούσε να αυξηθεί κατά σχεδόν 7 έτη, ενώ εάν εξαλειφθούν όλες οι μορφές καρκίνου, η εκτιμώμενη αύξηση θα μπορούσε να ήταν μόνο 3 έτη. Η απώλεια παραγωγικότητας στην ΕΕ λόγω της θνησιμότητας και νοσηρότητας υπολογίζεται σε περισσότερα από άνω των € 35 δις, αντιπροσωπεύοντας το 21% του συνολικού κόστους των καρδιαγγειακών παθήσεων. Υπολογίζεται ότι περίπου τα 2/3 της απώλειας παραγωγικότητας οφείλονται σε πρόωρους θανάτους (€ 24,4 δις) και το 1/3 αποδίδεται στην ασθένεια (€ 10,8 δις) (ehn, 2016).

3. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η συμμόρφωση των ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ενώ η αποτυχία των ασθενών να ακολουθήσουν τις συστάσεις των επαγγελματιών υγείας περιορίζει την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων (DiMatteo, 1994; Fenerty et al., 2012). Από τις πρώτες μελέτες που αφορούσαν την συμμόρφωση των ασθενών το 1968 (Davis, 1968), πολλές προσπάθειες έχουν γίνει προκειμένου να γίνει κατανοητή, να προβλεφθεί αλλά και να ενισχυθεί η συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες (Varmeire et al., 2001), καθώς η ανεπαρκής συμμόρφωση συμβάλλει στην αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και των δαπανών που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη (Donovan, 1995). Το 30 - 50% των ασθενών αναμένεται να επιδείξουν κακή συμμόρφωση όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή ανεξάρτητα από την εξέλιξη της νόσου, την πρόγνωση και το υπόβαθρο (Griffith, 1990; Morris & Schulz, 1992), ενώ η αποτυχία των ασθενών με χρόνιες παθήσεις να τηρήσουν το θεραπευτικό σχήμα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τόσο την έκβαση της ασθένειας όσο και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Fenerty et al., 2012).

3.1 Συμμόρφωση ή Προσήλωση Εννοιολογική Αποσαφήνιση

Οι περισσότεροι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν τον όρο «συμμόρφωση» (compliance) αντί για τον όρο «προσήλωση» (adherence) αν και αυτές οι δύο έννοιες είναι εντελώς διαφορετικές (Delamater, 2006). Ως «συμμόρφωση» έχει οριστεί «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου συμπίπτει με την ιατρική συμβουλή» (Haynes, Taylor & Sackett, 1979), ενώ ο όρος «προσήλωση» σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2003) περιγράφει «σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου, σε σχέση με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και των αλλαγών στον τρόπο ζωής, συμβαδίζει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από ένα επαγγελματία υγείας».

Η έννοια της «συμμόρφωσης» αμφισβητήθηκε από τους Donovan και Blake (1992), καθώς αντανάκλα μια γενικότερη στάση ενός πατερναλιστικού, αυταρχικού συστήματος υγείας όπου ο επαγγελματίας υγείας ως «ειδικός» ορίζει τη διάγνωση και τη θεραπεία, ενώ ο ασθενής,

παθητικός δέκτης των εντολών δεν έχει άλλη επιλογή από τη συμμόρφωση και την υπακοή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Αντίθετα η έννοια της «προσήλωσης» προϋποθέτει την ενεργή, εθελοντική και συνεργατική συμμετοχή του ασθενή σε μία αμοιβαία και αποδεκτή συμπεριφορά προκειμένου να παράγει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα (Delamater, 2006; Ho et al., 2009; Meichenbaum & Turk, 1987). Οι Donovan και Blake (1992), υποστηρίζουν ότι μολονότι ο γιατρός είναι αυτός που προτείνει μία συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, ο ασθενής τελικά είναι εκείνος που αποφασίζει κατά πόσο θα τηρήσει τις ιατρικές οδηγίες, εάν θα πάρει τα φάρμακα, σε ποια δοσολογία και σε ποια χρονική στιγμή. Η απόφαση δηλαδή του ασθενή βασίζεται στην προσωπική ανάλυση που διεξάγει ο ίδιος σχετικά με το κόστος και το όφελος της προτεινόμενης θεραπείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τον ασθενή δεν αποτελεί απαραίτητα παρεκτροπή ή ένδειξη παθολογικής συμπεριφοράς αλλά είναι αποτέλεσμα συνειδητής απόφασης στην οποία οδηγείται στηριζόμενος στην πληροφόρηση που διαθέτει καθώς και στις πεποιθήσεις και στα συναισθήματά του όσον αφορά το πρόβλημα της υγείας του. Οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τον ασθενή αναγνωρίζοντάς του την ικανότητα του να μπορεί να παίρνει αποφάσεις που αφορούν την υγεία του και τη ζωή του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Άρα η προσήλωση ως έννοια συνεπάγεται ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα επιλογής και σε αμοιβαία συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας θέτουν τους θεραπευτικούς στόχους και τη θεραπευτική αγωγή (Delamater, 2006; Ho et al., 2009).

Η συμμόρφωση εκτιμάται με το δείκτη Medication Possession Ratio (MPR) που ορίζεται ως το ποσοστό του συνολικού αριθμού ημερών σε μια συγκεκριμένη περίοδο για τις οποίες ο ασθενής έλαβε σωστά την φαρμακευτική αγωγή του (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013 ; Λυρίτης, 2013; Φράγκου και συν., 2015). Ένα MPR >80% θεωρείται καλή συμμόρφωση, από 20-79% μέτρια συμμόρφωση, ενώ σε ποσοστό <20% θεωρείται κακή συμμόρφωση (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013 ; Pharmaceutical Group of the European Union, 2008)

3.2 Μη Συμμόρφωση στη Θεραπεία

Η μη συμμόρφωση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή είναι ένα ζήτημα που αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία για τον κόσμο της υγειονομικής περίθαλψης. Την τελευταία δεκαετία μεγάλοι οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ, το National Institutes of Health (NIH) και το National Council on Patient Information and Education (NCPPIE) έχουν εντοπίσει ότι η κακή προσήλωση αποτελεί σημαντικό θέμα για τη δημόσια υγεία καθώς οι ασθενείς που δε τηρούν τη φαρμακευτική αγωγή οδηγούν σε σημαντική αύξηση το κόστος των συστημάτων υγείας αλλά και της φαρμακευτικής βιομηχανίας (Desai et al., 2014; Forissier, 2011).

Οι δαπάνες στο εθνικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ αυξήθηκαν κατά 5,8% φτάνοντας τα \$ 3,2 τρις το 2015 ή \$9.900 ανά άτομο αντιπροσωπεύοντας το 17,8% του ΑΕΠ της χώρας (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, 2015), ενώ οι προβλέψεις δείχνουν ότι το ποσό αυτό θα ανέλθει στο 20% έως το 2020 (CMS, 2011). Το 20% με 30% των χρημάτων που δαπανούνται στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ θεωρείται σπατάλη. Οι πάροχοι και οι διαχειριστές του συστήματος υγείας προσπαθούν να συγκρατήσουν το κόστος μέσω της μείωσης της σπάταλης και της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Η μη τήρηση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή σχετίζεται με χαμηλά θεραπευτικά αποτελέσματα, κακή εξέλιξη της νόσου και ένα κόστος δισεκατομμυρίων σε άμεσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης οι οποίες θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (Iuga & McGuire, 2014)

Σύμφωνα με τους Munger, Van Tassel & LaFleur (2007), η μη τήρηση στη φαρμακευτική αγωγή ορίζεται ως η παθητική αποτυχία του ασθενούς να ακολουθήσει μια συνταγογραφούμενη θεραπευτική αγωγή. Κατά μέσο όρο, το 1/3 έως και το 1/2 των ασθενών δε συμμορφώνονται με το προκαθορισμένο θεραπευτικό σχήμα, ενώ οι πρώτοι μήνες θεραπείας παρουσιάζουν και τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής. Η μη τήρηση μπορεί να είναι είτε ακούσια, είτε εκούσια. Η ακούσια μη τήρηση συμβαίνει όταν ο ασθενής ξεχάσει να πάρει το φάρμακό του, δεν είναι σε θέση να ανοίξει το κουτί ή δεν καταλαβαίνει τις οδηγίες. Η εκ προθέσεως μη τήρηση συμβαίνει όταν ο ασθενής αποφασίσει να λάβει το φάρμακό του σε διαφορετικές χρονικές στιγμές ή και καθόλου για λόγους όπως η ανησυχία του σχετικά με την μακροχρόνια χρήση του ή επειδή αισθάνεται καλύτερα (European Patients Forum, 2014).

3.2.1 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Μη Συμμόρφωσης

Προκειμένου να βελτιωθεί η προσήλωση των ασθενών στην αγωγή πρέπει να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες για τους οποίους οι ασθενείς δεν λαμβάνουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Iuga & McGuire, 2014). Σε μία έρευνα 10.000 ασθενών, ο πιο συχνός λόγος για την μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αναφέρθηκε η λήθη με ποσοστό 24%, ακολούθησαν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες 20%, το κόστος 17% και η αντίληψη ότι η φαρμακευτική αγωγή θα έχει μικρή επίδραση στη νόσο 14% (BCG, 2003; Iuga & McGuire, 2014;). Ο ΠΟΥ (2003) έχει κατηγοριοποιήσει τους πιθανούς λόγους για τη μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε πέντε κατηγορίες που περιλαμβάνουν, τον ασθενή, τη νόσο, τη θεραπεία, το σύστημα υγείας και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Ho et al., 2009).

Οι παράγοντες που αφορούν τον ασθενή είναι η ηλικία, το φύλλο, η φυλή, η οικονομική κατάσταση, η μόρφωση, οι πεποιθήσεις /συμπεριφορές και οι αντιλήψεις / προσδοκίες του ασθενή για τη θεραπεία (ΠΟΥ, 2003; Φράγκου και συν., 2015). Μελέτες σε ηλικιωμένους ασθενείς ≥ 65 ετών με υπέρταση έδειξαν ότι μόνο το 20% εμφάνισαν καλή προσήλωση (MPR $>80\%$). Επίσης, σε μελέτη που αφορούσε ασθενείς με υπέρταση και ελάχιστα οικονομικά εμπόδια διαπιστώθηκε ότι ο ανεπαρκής έλεγχος της ΑΠ ήταν υψηλότερος στους αφροαμερικανούς (63%) σε σύγκριση με τους λευκούς (50%) ενώ μια συγκριτική ανάλυση έδειξε ότι η χρήση αντιυπερτασικής αγωγής ήταν ακόμη χαμηλότερη στους Ισπανόφωνους (52,5%) σε σύγκριση με τους αφροαμερικανούς (72,6%) και τους λευκούς (63,6%). Η γλωσσική ανεπάρκεια, οι πολιτιστικές πεποιθήσεις καθώς και οι στάσεις απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη θεωρήθηκαν υπεύθυνες για αυτά τα αποτελέσματα (Munger, Van Tassell & LaFleur, 2007; Sudano & Baker, 2001).

Ένα 45% των ασθενών, σε μελέτες που έγιναν, δε τηρούσε τη φαρμακευτική αγωγή διότι φοβόταν τις παρενέργειες των φαρμάκων, ενώ άλλοι λόγοι που αναφέρθηκαν ήταν η εντύπωση ότι έπαιρναν ήδη αρκετά φάρμακα, ο φόβος μην εθιστούν καθώς και η ανησυχία τους για το τι θα σκεφτούν οι άλλοι για τα φάρμακα που έπαιρναν (Gagen, 2014). Σε έρευνα που έγινε το 1995 στις ΗΠΑ ένα υψηλό ποσοστό ασθενών δεν ήταν σε θέση να διαβάσει και να κατανοήσει βασικές γραπτές ιατρικές οδηγίες. Συγκεκριμένα, το 41,6% δεν μπορούσε να καταλάβει τις οδηγίες για λήψη της φαρμακευτικής αγωγής με άδειο στομάχι, το 26% δε ήταν σε θέση να καταλάβει τις πληροφορίες σχετικά με το πότε είχε προγραμματιστεί το επόμενο

ιατρικό ραντεβού, ενώ το 59,5% δεν μπορούσε να κατανοήσει ένα έγγραφο συγκατάθεσης (Williams et al., 1995).

Οι παράγοντες που επηρεάζονται από τη νόσο είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ο βαθμός βελτίωσης της ασθένειας, η διαθεσιμότητα της αποτελεσματικής αγωγής καθώς και το επίπεδο αναπηρίας σωματικό ή διανοητικό του ασθενή (ΠΟΥ, 2003). Σε γενικές γραμμές τα ποσοστά προσήλωσης είναι χαμηλότερα στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις σε σύγκριση με τους ασθενείς με οξείες παθήσεις. Ο Delamater (2006) αναφέρει ότι έρευνες έχουν δείξει χαμηλή συμμόρφωση όταν τα συμπτώματα ποικίλουν ή όταν δεν είναι εμφανή καθώς οι ασθενείς μπορεί να μη θεωρούν απαραίτητη την αυστηρή τήρηση λήψης της φαρμακευτικής τους αγωγής (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013).

Η έλλειψη συμπτωμάτων στα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένας από τους πιο συχνούς λόγους που οι ασθενείς διακόπτουν τη θεραπεία ή δε λαμβάνουν τα φάρμακά τους στα απαιτούμενα χρονικά διαστήματα. Η χαμηλή συμμόρφωση ενθαρρύνεται από τη χρόνια και συχνά ασυμπτωματική φύση της υπέρτασης και της δυσλιπιδαιμίας (Musbek et al., 2008). Μια μελέτη σε ασθενείς με ΣΝ έδειξε ότι πάνω από το 25% διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή μέσα σε έξι μήνες, ενώ σε μελέτη ασθενών που λάμβαναν στατίνες διαπιστώθηκε ότι η τήρηση ήταν σχεδόν 80% κατά τους πρώτους τρεις μήνες της θεραπείας, ενώ μειώθηκε στο 56% εντός έξι μηνών και μόνο ένας στους τέσσερις ασθενείς είχε προσήλωση >80% μετά από πέντε έτη (New England Healthcare Institute , 2009).

Οι παράγοντες που αφορούν τη θεραπεία είναι η πολυπλοκότητα του θεραπευτικού σχήματος, η διάρκεια της θεραπείας, η συχνότητα αλλαγής του θεραπευτικού σχήματος, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η πολυφαρμακία (ΠΟΥ, 2003). Μελέτη σε ασθενείς με ΑΥ έδειξε ότι η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από τη λήψη της αντιυπερτασικής αγωγής οδήγησε στη μη τήρηση της αγωγής ή ακόμη και στη διακοπή της. Επίσης, η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση καθώς μία αναδρομική μελέτη έδειξε ότι το 20% των ασθενών με ΑΥ που έπαιρναν συνδυασμένη θεραπεία σε ένα χάπι συνέχισε να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή για 12 μήνες σε σχέση με τους ασθενείς που έπαιρναν την ίδια θεραπεία σε δύο χάπια. Η πολυφαρμακία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην τήρηση, ιδίως όταν το σχήμα απαιτεί τη λήψη φαρμάκων περισσότερες από μία φορές την ημέρα, καθώς πολλοί ασθενείς δεν καταλαβαίνουν τις πολύπλοκες φαρμακευτικές αγωγές και δυσκολεύονται στο να τις

οργανώσουν και να τις προγραμματίσουν (Dezii, 2000; Munger, Van Tssell & LaFleur, 2007). Σύμφωνα με τους Nakano και Shirotake (2013) σε έρευνα 1.250 ασθενών που λάμβαναν καρδιαγγειακά φάρμακα το 25,% είχε χαμηλή προσήλωση και το 74,5% υψηλή εάν η αγωγή τους αποτελούνταν από τρία ή και λιγότερα φάρμακα. Στους ασθενείς που χορηγούνταν από τέσσερα έως έξι διαφορετικά φάρμακα το 46,3% παρουσίασε χαμηλή συμμόρφωση και το 53,7% υψηλή, ενώ οι ασθενείς που λάμβαναν από επτά ή και περισσότερα διαφορετικά φάρμακα το 34,6% είχε χαμηλή προσήλωση και το 65,4% υψηλή.

Οι παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας είναι η κακή επικοινωνία μεταξύ των επιστημών υγείας και του ασθενή, η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η ελλιπής οργάνωση των συστημάτων υγείας, η έλλειψη γνώσεων/εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η αδυναμία εκπαίδευσης / παρακολούθησης των ασθενών (ΠΟΥ, 2003; Φράγκου και συν, 2015). Οι Makaryus και Friedman (2005), διαπίστωσαν ότι <50% των ασθενών ήταν σε θέση να αναφέρουν όλα τα φάρμακά τους και ακόμη λιγότεροι γνώριζαν το σκοπό των φαρμάκων που τους συνταγογραφήθηκε μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι παράγοντες του συστήματος, όπως η εκπαίδευση του ασθενή, μπορεί να επηρεάσει το βαθμό συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή μετά το εξιτήριο. Η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την ορθή διαχείριση και τη σημασία της σωστής δασολογικά λήψης του θεραπευτικού σχήματος συμβάλλει στη βελτιωμένη προσήλωση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σε ασθενείς με OEM (Fenerty et al., 2012; Ho et al., 2009).

Η καλύτερη συμμόρφωση συσχετίστηκε με την καλύτερη επικοινωνία και με τη μεγαλύτερη άνεση του ασθενούς να συζητήσει τα προβλήματα που αφορούσαν την αγωγή του με τον επαγγελματία υγείας. Οι ασθενείς που θεωρούσαν πως ο γιατρός δεν είχε αφιερώσει αρκετό χρόνο και προσοχή στην αξιολόγηση της ανάγκης τους για θεραπεία είχαν 19% υψηλότερο κίνδυνο μη συμμόρφωσης σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν καλύτερη επικοινωνία (American College of Preventive Medicine, 2011). Επίσης, βρέθηκε πως η προθυμία του επαγγελματία υγείας να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή για να εξηγήσει την αγωγή καθώς και ένα καλύτερο σύστημα παρακολούθησης βελτίωσε τη συμμόρφωση των ασθενών κατά 57% (Φράγκου και συν., 2015). Τέλος, οι Svensson et al. (2000) διαπίστωσαν ότι η προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με ΑΥ είχε σχέση με την εμπιστοσύνη του ασθενή στο γιατρό του, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ποιότητα της σχέσης πάροχου - ασθενή είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της συμμόρφωσης (Ho et al., 2009)

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επιδρούν τη συμμόρφωση είναι η φτώχεια, η ανεργία, το υψηλό κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, η έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, το υψηλό κόστος μετακίνησης, τα οικογενειακά προβλήματα (Φράγκου και συν., 2015; ΠΟΥ, 2003). Οι Munger, Van Tssell & LaFleur, (2007) αναφέρουν ότι το υψηλό κόστος των αντιυπερτασικών φαρμάκων συμβάλει στη μη τήρηση της αγωγής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Γκάνα, το 93% των ασθενών δε συμμορφώθηκαν με την αντιυπερτασική αγωγή ενώ το 96% αυτών των ασθενών ανέφερε ως κύρια αιτία το υψηλό κόστος των φαρμάκων. Σε μελέτη των Maciejewski et al. (2010) μια αύξηση \$5 στις συν-πληρωμές των ασθενών για την αγορά φαρμάκων επηρέασε αρνητικά τη φαρμακευτική συμμόρφωση, ενώ σε μία αναδρομική μελέτη του 2008 η προσήλωση κυμαίνονταν στο 89% όταν ο ασθενής έπρεπε να πληρώσει λιγότερο από \$10, ενώ το ποσοστό μειωνόταν στο 77% όταν η οικονομική επιβάρυνση ξεπερνούσε το προαναφερθέν ποσό (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013).

Ο περιορισμός επίσης της συνταγογράφησης (προτεινόμενη λίστα φαρμάκων) μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή προσήλωση. Ασθενείς της Medicaid που λάμβαναν αγωγή για υπέρταση είχαν 39% πιθανότητες να διακόψουν τη θεραπεία μόλις τέθηκε σε εφαρμογή η λίστα φαρμάκων σε σύγκριση με ασθενείς της Medicaid που ένα χρόνο πριν δεν είχαν περιορισμό στη συνταγογράφηση. Επίσης, πριν από τη λίστα φαρμάκων το 17% των ασθενών με ΑΥ διέκοψε τη θεραπεία ενώ το ποσοστό αυξήθηκε στο 21% μετά την εφαρμογή της λίστας φαρμάκων (Wilson et al., 2005).

3.2.2 Επιπτώσεις της Μη Συμμόρφωσης

Η μη τήρηση είναι ευρέως διαδεδομένη και ποικίλη ανάλογα με την ασθένεια, τα χαρακτηριστικά του ασθενή καθώς και το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης. Τα ποσοστά της μη προσήλωσης κυμαίνονται από 25-50%. Στις ΗΠΑ σχεδόν το μισό του συνόλου των ενηλίκων έχουν τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα ενώ το ποσοστό των Αμερικανών που παίρνουν ένα τουλάχιστον συνταγογραφούμενο φάρμακο αυξήθηκε από 38% την περίοδο 1988-1994 σε 49% την περίοδο 2007-2010. Την ίδια στιγμή ο αριθμός των ενηλίκων που λαμβάνουν τρία ή και περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα έχει διπλασιαστεί (Iuga & McGuire, 2014).

Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα στις αναπτυγμένες χώρες κυμαίνεται κατά μέσο όρο στο 50%, ενώ, τα ποσοστά είναι ακόμη χαμηλότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες δεδομένης της σπανιότητας των πόρων υγείας και των ανισοτήτων στην πρόσβαση υγειονομικών υπηρεσιών. Η κακή τήρηση των μακροχρόνιων θεραπειών διακυβεύει σοβαρά την αποτελεσματικότητα της λήψης της θεραπείας και αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα για την υγεία του πληθυσμού, τόσο από την άποψη της ποιότητας ζωής όσο και από την άποψη των οικονομικών επιπτώσεων. Για παράδειγμα η χαμηλή προσήλωση έχει αναγνωριστεί ως η κύρια αιτία του μη ικανοποιητικού ελέγχου της ΑΠ, ενώ η καλή προσήλωση βελτιώνει τον έλεγχο της και μειώνει τις επιπλοκές από την ΑΥ (ΠΟΥ, 2003).

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις επιπλοκές από την μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής με αποτέλεσμα την αύξηση της ανάγκης για έξω- νοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα. Σε μία μελέτη, ασθενείς με διαβήτη και καρδιαγγειακή πάθηση που είχαν χαμηλή προσήλωση είχαν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας 12,1% έναντι 6,7% των ασθενών που είχαν καλή προσήλωση. Ομοίως, ασθενείς με ΑΥ που είχαν υψηλή συμμόρφωση είχαν 19% αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας σε σύγκριση με το 28% των ασθενών με χαμηλή συμμόρφωση (NEHI, 2009). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η χαμηλή προσήλωση στην αγωγή με β- αναστολείς και στατίνες από ασθενείς που έχουν επιβιώσει μετά από ΟΕΜ αυξάνει το κίνδυνο θανάτου (Mugner et al., 2007)

Η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή έχει αρνητικές συνέπειες και στα συστήματα υγείας ειδικά σε αυτή την περίοδο της οικονομικής αβεβαιότητας. Η μη συμμόρφωση οδηγεί σε αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και αποτελεί σημαντική πηγή σπατάλης των δαπανών υγείας (ACPM, 2011). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ δείχνουν ότι ειδικά η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η αλλαγή του τρόπου ζωής σχετίζονται άμεσα με την αύξηση του κόστους φροντίδας (PGEU, 2008). Η οικονομική επιβάρυνση υπολογίζεται από \$ 100 δις έως \$300 δις ανά έτος (ACPM, 2011). Στις ΗΠΑ η μη συμμόρφωση κοστίζει ετησίως \$ 100 δις σε νοσηλεία και \$ 2.000 ανά ασθενή σε ιατρικές επισκέψεις (Chisholm-Burns & Sprivey, 2012) ενώ στην ΕΕ εκτιμάται ότι θα κοστίζει € 1,25 δις σε ετήσια βάση και 194.500 θανάτους (PGEU, 2008). Το 10% έως 20% των νοσοκομειακών και κατ' οίκο νοσηλίων οφείλονται στη μη συμμόρφωση, ενώ σε έρευνα έχει βρεθεί ότι η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 5,4 φορές του κινδύνου για νοσηλεία, επανεισαγωγή ή πρόωρο θάνατο για τους ασθενείς με ΑΥ,

2,5 φορές αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας σε ασθενείς με διαβήτη και 40% αύξηση των εισαγωγών στα γηροκομεία (ACPM, 2011)

Στη φαρμακευτική βιομηχανία η μη συμμόρφωση κοστίζει περισσότερο από \$ 30 δις χαμένα έσοδα λόγω της χαμηλής κατανάλωσης φαρμάκων. Για ένα φαρμακευτικό προϊόν με αξία πωλήσεων \$ 1 δις μια αύξηση στη συμμόρφωση των ασθενών της τάξης του 5% οδηγεί σε αύξηση των κερδών κατά \$ 30 έως \$ 40 εκατ. (PGEU, 2008). Εκτιμάται, ότι σε 36% ανέρχονται οι απώλειες από τις προσδοκώμενες πωλήσεις ενός φαρμακευτικού σκευάσματος από τη μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ επιπλέον έσοδα χάνονται και από την μείωση των πωλήσεων του φαρμάκου λόγω της αρνητικής εντύπωσης που δημιουργείται όσον αφορά την αποτελεσματικότητά του (Forissier, 2011).

3.2.3 Επιπτώσεις της Μη Συμμόρφωσης στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Παρά τις όποιες φαρμακευτικές εξελίξεις για την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής παραμένει κάτω του βέλτιστου (Njie et al., 2015). Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές που προκύπτουν από την ΑΥ, τη δυσλιπιδαιμία και το ΣΔ μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική αναπηρία, νοσηρότητα ή ακόμη και στο θάνατο. Για κάθε αύξηση 20 mm/Hg της συστολική ΑΠ και για κάθε αύξηση 10 mm/Hg της διαστολικής ΑΠ διπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικού επεισοδίου. Παρόλα αυτά η φαρμακευτική συμμόρφωση προς αυτά τα φάρμακα είναι χαμηλή, ακόμη και μεταξύ των ασθενών που έχουν βιώσει ήδη ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο. Παρά το γεγονός ότι η αντιυπερτασική θεραπεία έχει θετικό προφίλ ασφαλείας και ανεκτικότητας και μειώνει τον κίνδυνο για ΑΕΕ κατά 30% περίπου και για ΟΕΜ κατά 15%, στοιχεία από μία σειρά μελετών δείχνουν ότι το 50% έως 80% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία για ΑΥ δεν ήταν προσκολλημένοι στο θεραπευτικό σχήμα (Brawn & Bussell, 2011). Είναι εντυπωσιακό ότι οι μισοί τουλάχιστον από τους ένα δις υπερτασικούς ασθενείς ανά τον κόσμο αδυνατούν να επιτύχουν τους στόχους για τον έλεγχο της ΑΠ (Gupta et al., 2010)

Οι Jackevicius et al. (2008) διαπίστωσαν ότι σχεδόν το 1/4 των ασθενών (~24%) δεν έλαβαν τα καρδιολογικά τους φάρμακα από την έβδομη ημέρα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας αυξήθηκε κατά ένα έτος σε ασθενείς με ΟΕΜ που είχαν χαμηλή προσήλωση. Μεταξύ των ασθενών που δεν τήρησαν τη φαρμακευτική

αγωγή με ασπιρίνη, στατίνες και β- μπλόκερ μετά από OEM, διαπιστώθηκε ότι ~34% των ασθενών σταμάτησε τουλάχιστον ένα φάρμακο και 12% σταμάτησε και τα τρία φάρμακα μέσα σε ένα μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Σύμφωνα, με τους Shin et al. (2013) το 39,1% των ασθενών με OEM οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (percutaneous coronary intervention-PCI), στην πρώτη αγγειογραφία παρακολούθησης, η οποία διεξάγεται έξι με εννέα μήνες μετά από την επέμβαση, παρουσίασαν επαναστένωση. Μεταξύ αυτών των ασθενών η χαμηλή συμμόρφωση ήταν πιο συχνή σε εκείνους τους ασθενείς με >1 έτος μετά την PCI, σε σύγκριση με εκείνους με <1 έτος από την PCI. Επίσης σε μελέτη ασθενών με ΚΑ το 11% λάμβαναν λιγότερο από το 80% των προβλεπόμενων χαπιών (Ho et al., 2009).

Η μη ορθή τήρηση των καρδιαγγειακών φαρμάκων έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η μη τήρηση της αγωγής με στατίνες το χρόνο μετά την νοσηλεία για OEM αύξησε τον κίνδυνο θνησιμότητας ~12% έως 25% (Rasmussen et al., 2007). Στους ασθενείς με ΣΝ η χαμηλή προσήλωση συσχετίστηκε με αύξηση κατά 10% έως 40% του κινδύνου εισαγωγής στο νοσοκομείο και αύξηση 50% έως 80% του κινδύνου θνησιμότητας. Μία μελέτη έδειξε ότι ασθενείς με OEM και επικαλυμμένα stent (drug eluting stent) που διέκοψαν την αγωγή με κλοπιδογρέλη μέσα σε ένα μήνα από την έξοδό τους από το νοσοκομείο είχαν αυξημένες πιθανότητες να έχουν μια δυσμενή έκβαση στην υγείας τους συμπεριλαμβανομένων της επανανοσηλείας και της θνησιμότητας, τους επόμενους 11 μήνες. Ενώ, η χαμηλή συμμόρφωση σε ασθενείς με ΚΑ συσχετίστηκε με αύξηση των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Ho et al., 2009).

3.3 Παρεμβάσεις για την Αντιμετώπιση της Μη Συμμόρφωσης

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο προληπτικά όσο και σε επίπεδο διαχείρισης. Την ίδια στιγμή η διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις είναι δύσκολο να επιτευχθεί λόγω του όγκου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και της χρόνιας διάρκειας της φαρμακευτικής αγωγής (Nakano & Shirotake, 2013). Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που συμβάλουν στη μη συμμόρφωση των ασθενών φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής (ACPM, 2011).

Καθοριστικό ρόλο στην προσήλωση έχει η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Οι ασθενείς που εμπιστεύονται το γιατρό τους έχουν καλύτερη αμφίδρομη επικοινωνία. Τόσο η επικοινωνία όσο και η εμπιστοσύνη είναι δύο στοιχεία κρίσιμα για τη βελτίωση της συμμόρφωσης (ACPM, 2011). Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η εμπιστοσύνη του ασθενή στο γιατρό του συσχετίζεται θετικά, με την αποδοχή του ασθενή στη χρήση νέων φαρμάκων, την πρόθεσή του να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες, να κατανοήσει την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και να αλλάξει τον τρόπο ζωής του προκειμένου να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του (ACPM, 2011; Piette et al., 2005). Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, ο γιατρός θα πρέπει να κατανοήσει τις πεποιθήσεις / αντιλήψεις του ασθενή, να βρει την κατάλληλη αγωγή και σε συνεργασία με τον ασθενή να αποφασίσουν από κοινού για τη θεραπευτική αγωγή που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή (ACPM, 2011).

Ένα σημαντικό πρόβλημα στην επικοινωνία γιατρού/ασθενή είναι ο χρόνος. Μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς διακόπτονται από το γιατρό τους κατά μέσο όρο μετά από 22 δευτ., ενώ αν επιτρέπεται να μιλούν ελεύθερα ο ασθενής θα μιλήσει αρχικά για λιγότερο από δύο λεπτά. Η υπομονή και η ελεύθερη ροή της συνομιλίας μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη προσήλωση, καλύτερα αποτελέσματα στην έκβαση της υγείας του ασθενή και λιγότερες επισκέψεις παρακολούθησης (ACPM, 2011). Σύμφωνα με τους Zolnierek και DiMatteo (2009) οι ασθενείς που επικοινωνούν με το γιατρό τους έχουν 19% υψηλότερη προσήλωση, ενώ η εκπαίδευση των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας βελτιώνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή κατά 12%. Στατιστικά οι πιθανότητες συμμόρφωσης των ασθενών είναι 2,26 φορές υψηλότερη εάν επικοινωνεί σωστά με τον γιατρό του, ενώ η

συμμόρφωση είναι 1,62 φορές υψηλότερη στους ασθενείς που ο γιατρός τους έχει εκπαιδευτεί σε δεξιότητες επικοινωνίας.

Η εκπαίδευση για καλύτερη επικοινωνία είναι απαραίτητη για τη δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος που θα προωθεί το διάλογο, τη συμφωνία και τη δημιουργία μιας σχέσης συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Αυτό απαιτεί την ένταξη της επικοινωνίας στο σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας υγείας που αφορά όχι μόνο τους γιατρούς αλλά και τους νοσηλευτές και τους φαρμακοποιούς οι οποίοι συχνά είναι πιο κοντά στον ασθενή. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να θεωρηθούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών καθώς μπορεί να έχουν σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία (EPF, 2014). Επίσης, η εκπαίδευση επιδρά σημαντικά στη βελτίωση της συμμόρφωσης. Σε μία μελέτη ασθενών με ΑΥ, η εκπαίδευση τόσο του ασθενούς όσο και του γιατρού συνδέθηκε με βελτίωση της ΑΠ σε σχέση με την εκπαίδευση μόνο του γιατρού (Brown & Bussell, 2011). Η τήρηση ενισχύεται με πληροφοριακές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί και αφορούν την εκπαίδευση και παρακίνηση των ασθενών. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν τη χρήση εκπαιδευτικών μέσων όπως συνεδρίες, βίντεο ή γραπτό υλικό, και τα οποία βασίζονται στην ιδέα ότι οι ασθενείς που κατανοούν την ασθένειά τους και την θεραπεία τους έχουν καλύτερη προσήλωση (Kripalani et al., 2007). Μία μελέτη μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών που λάμβαναν τρία ή περισσότερα φάρμακα διαπίστωσε ότι η εκπαίδευση που τους παρείχε ο φαρμακοποιός και αφορούσε την φαρμακευτική τους αγωγή βελτίωνε την προσήλωση κατά 12% (NEHI, 2009).

Μέχρι σήμερα οι όποιες παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν με στόχο την τήρηση της αγωγής είχαν μέτρια επιτυχία. Σε γενικές γραμμές οι μονόπλευρες παρεμβάσεις υπήρξαν λιγότερο επιτυχείς από ότι οι σύνθετες καθώς οι λόγοι της μη τήρησης είναι πολύ-παραγοντικοί. Οι μονόπλευρες παρεμβάσεις που έχουν επιδείξει κάποια επιτυχία περιλαμβάνουν κυρίως τη μείωση των αριθμών των ημερήσιων δόσεων, στρατηγικές κινήτρων, φάρμακα σε ειδικά δοχεία (blister) ή την εκπαίδευση, παρακολούθηση και ανατροφοδότηση του ασθενούς (Ho et al., 2009). Οι Smith et al., (2008) αναφέρουν ότι η προσήλωση αυξήθηκε κατά 17% σε ασθενείς με OEM και λήψη φαρμακευτικής αγωγής με β-αναστολείς που τους είχε σταλεί με αλληλογραφία ενημερωτικό φυλλάδιο που αφορούσε την συγκεκριμένη αγωγή. Οι σύνθετες παρεμβάσεις έχουν δείξει καλύτερη βελτίωση τόσο στη τήρηση όσο και στα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής. Για παράδειγμα, παρεμβάσεις που αποτελούνταν από την εκπαίδευση του ασθενή, τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε συσκευασία

υπενθύμισης και συχνές επισκέψεις στο γιατρό (κάθε δύο μήνες) σε σχέση με τη συνήθη αντιμετώπιση, έδειξε βελτίωση της συμμόρφωσης ~30% σε ασθενείς με ΑΥ (Ho et al., 2009).

Ενώ η τήρηση της φαρμακοθεραπείας είναι ένα περίπλοκο θέμα οι παρεμβάσεις για την προώθηση της τήρησης μπορεί και πρέπει να είναι απλές (ACPM, 2011). Οι Atreja et al. (2005) ομαδοποιούν τις παρεμβάσεις για την προώθηση της προσήλωσης υπό το μνημονικό όρο “**SIMPLE**” :

Simplifying regimen characteristics (Απλοποίηση της αγωγής)

Imparting knowledge (Μετάδοση της γνώσης)

Modifying patient beliefs and human behavior (Τροποποίηση των πεποιθήσεων των ασθενών και της ανθρώπινης συμπεριφοράς)

Patient communication (Επικοινωνία με τον ασθενή)

Leaving the bias (Αντιμετώπιση των προκαταλήψεων)

Evaluating adherence (Αξιολόγηση της συμμόρφωσης)

το οποίο βοηθά στην κατηγοριοποίησή τους. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς των ασθενών συχνά απαιτούν ένα συνδυασμό όλων των παραπάνω στρατηγικών.

3.4 Αξιολόγηση της Συμμόρφωσης

Ο εντοπισμός του βαθμού συμμόρφωσης είναι πολύ σημαντικός καθώς βοηθά στη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών και στην εκπαίδευσή τους (Korb-Savoldelli et al., 2012). Εάν ένας επαγγελματίας υγείας δεν είναι σε θέση να εντοπίσει το βαθμό συμμόρφωσης του ασθενή του είναι αδύνατον γι’ αυτόν να διορθώσει το πρόβλημα. Ως εκ τούτο καθίσταται επιτακτική η ανάγκη μέτρησης και αξιολόγησης της συμμόρφωσης με αξιοπιστία (Atreja et al., 2005). Οι μετρήσεις προσήλωσης πρέπει να είναι ακριβείς και να επιτρέπουν την κατανόηση των εμποδίων της μη συμμόρφωσης. Οι πληροφορίες που θα αποκτηθούν από την μέτρηση της προσήλωσης θα βοηθήσουν στο να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή έκβαση στην υγεία του ασθενή. Η επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της συμμόρφωσης εξαρτάται από τον τρόπο αξιοποίησης της πληροφορίας, τους διαθέσιμους πόρους και την ευκολία με την οποία ο ασθενής θα αποδεχθεί τη μέθοδο (Korb-Savoldelli et al., 2012).

Οι μέθοδοι αξιολόγησης διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Οι άμεσες μέθοδοι περιλαμβάνουν την παρατήρηση της θεραπείας, τη μέτρηση του επιπέδου του φαρμάκου ή του μεταβολισμού του στο αίμα και τη μέτρηση του βιολογικού δείκτη στο αίμα (Ho et al., 2009). Αν και τα αποτελέσματα των άμεσων μεθόδων θεωρούνται πιο αξιόπιστα, σε σύγκριση με των έμμεσων, εντούτοις υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση τους. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορεί να κρύψουν το φάρμακο στο στόμα τους και να το απορρίψουν στη συνέχεια ή μπορεί να υπάρχουν παρεκκλίσεις στο μεταβολισμό του φαρμάκου που μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα ορού (Ho et al., 2009; Osterberg & Blaschke, 2005).

Οι έμμεσοι μέθοδοι αξιολόγησης περιλαμβάνουν ερωτηματολόγια ασθενών, αυτό- αναφορές, καταμέτρηση χαπιών, ποσοστό εκτελούμενων συνταγών, εκτίμηση της κλινικής ανταπόκρισης των ασθενών, ηλεκτρονικές οθόνες φαρμάκων, μέτρηση των φυσιολογικών δεικτών και ημερολόγια ασθενών (Ho et al., 2009; Osterberg & Blaschke, 2005). Τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται συχνά καθώς είναι χαμηλά σε κόστος και εύκολα στη συμπλήρωση. Η πιο συχνή χρησιμοποιούμενη μέθοδος αξιολόγησης είναι η τεσσάρων σημείων κλίμακα φαρμακευτικής συμμόρφωση του Morisky (Morisky Medication Adherence Scale - MMAS- 4) η οποία είχε αναπτυχθεί για την πρόγνωση της τήρησης των καρδιαγγειακών φαρμάκων και των έλεγχου της ΑΠ αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε για πολλές χρόνιες παθήσεις (Ho et al., 2009; Korb-Savoldelli et al., 2012).

Πρόσφατα προστέθηκαν τέσσερα επιπλέον στοιχεία και η ενημερωμένη έκδοση MMAS-8 έχει καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες από την αρχική έκδοση. Οι βαθμολογίες που ο προκύπτουν από το MMAS διακυμαίνονται από το μηδέν έως το 8. Υπάρχουν τρία επίπεδα προσήλωσης: το χαμηλό με βαθμολογία από μηδέν έως <6, το μεσαίο με βαθμολογία από έξι έως <8 και το υψηλό με βαθμολογία οκτώ (Korb-Savoldelli et al., 2012). Τα πλεονεκτήματα του MMAS είναι η απλότητα των ερωτημάτων και η ευκολία της βαθμολόγησης. Μπορεί να δοθεί στον άρρωστο κατά την διάρκεια της συνέντευξης με έναν επαγγελματία υγείας προκειμένου να ξεπεραστούν εμπόδια όπως η μη συμπλήρωση από αυτούς που δεν μπορούν να διαβάσουν (Al-Qazaz et al., 2010).

3.5 m - Health και Φαρμακευτική Συμμόρφωση

Το 2013, τα παγκόσμια ποσοστά διάχυσης της κινητής τηλεφωνίας ανήλθαν στο 96%. Καθώς η χρήση του κινητού τηλεφώνου εξαπλώνεται ραγδαία, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, ένα νέο μοντέλο, η εξ αποστάσεως παροχή υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο. Στην πραγματικότητα το κινητό τηλέφωνο είναι η τεχνολογία με την μεγαλύτερη διεισδυτικότητα και αποδοχή στην ιστορία του κόσμου σε χώρες τόσο με υψηλά όσο και με χαμηλά εισοδήματα (Anglada-Martinez et al., 2015). Η χρήση των κινητών τεχνολογιών στον τομέα της υγείας καθώς και η ανάπτυξη καινοτόμων εφαρμογών για την αντιμετώπιση των προτεραιοτήτων της υγείας έχει εξελιχθεί σε ένα νέο τομέα της ηλεκτρονικής υγείας (e- health) την κινητή υγεία (m- health) (Yasmin et al., 2016).

Η διαχείριση της συμμόρφωσης με m- health εφαρμογές είναι εφικτή και γίνεται εύκολα αποδεκτή από τους ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ενώ μπορεί να αυξήσει τη τήρηση ακόμη και σε ασθενείς με υψηλά αρχικά επίπεδα προσήλωσης (Brath et al., 2013). Η πιο συχνή παρέμβαση m-health είναι η αποστολή μηνυμάτων (Short Messaging Service - SMS) ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις. Το περιεχόμενο των SMS μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση σε θέματα υγείας, υπενθύμιση για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή διαδραστικά αυτοματοποιημένα μηνύματα (Gandapur et al., 2016). Οι Park et al., (2014) χρησιμοποίησαν τη δυνατότητα αποστολής SMS για να υπενθυμίσουν και να εκπαιδεύσουν ασθενείς με ΣΝ σχετικά με τη χρήση των καρδιολογικών φαρμάκων. Ενώ άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν τα SMS σε συνδυασμό με την αποστολή μίας μικρής επιστολής και την ελεύθερη και απευθείας πρόσβαση σε μία πλατφόρμα μηνυμάτων. Η πλατφόρμα έστειλε πληροφορίες, σχετικά με την κατάσταση της νόσου και την τήρηση της αγωγής στους ασθενείς σε τακτά χρονικά διαστήματα υπό την επίβλεψη μιας νοσηλεύτριας και ενός γιατρού. Οι πληροφορίες αυτές περιλάμβαναν SMS, εικόνες και περιεχόμενα από πολυμέσα που σχετίζονταν με τη νόσο (Gandapur et al., 2016).

Ορισμένες φαρμακευτικές εταιρείες έχουν επενδύσει στην κατασκευή έξυπνων χαπιών, τα οποία περιέχουν ένα τσιπ στο εσωτερικό τους. Το τσιπ μεταδίδει ένα μοναδικό, ιδιωτικό ψηφιακό κωδικό με την αναγνώριση του φαρμάκου, τη δόση και το χρόνο κατάποσης όταν αυτό έρθει σε επαφή με τα στομαχικά υγρά. Τα υγρά του στομάχου λειτουργούν ως πηγή τροφοδοσίας και ενεργοποιούν το τσιπ προκειμένου να μεταδώσει το ψηφιακό κωδικό σε

έναν αισθητήρα που λειτουργεί με μπαταρία. Ο αισθητήρας είναι είτε με την μορφή επιθέματος ή ενσωματωμένος κάτω από το δέρμα του ασθενή και στέλνει τις πληροφορίες σε μια συσκευή με δυνατότητα Bluetooth. Επίσης, μπορεί να ανιχνεύσει και να μεταδώσει πληροφορίες σχετικά με τον καρδιακό ρυθμό, τη σωματική δραστηριότητα ή την αδράνεια. Τα δεδομένα μπορεί να μεταδοθούν στον ασθενή, στο φροντιστή του ή στο γιατρό του (Forissier, 2011, MPR, 2014).

Διαδεδομένες είναι επίσης και οι συσκευές οργάνωσης της φαρμακευτικής αγωγής MOD (Medication Organisation Device). Οι MODs έχουν σχεδιαστεί προκειμένου να βοηθήσουν τους ασθενείς με πολλαπλά φάρμακα στη λήψη τους και να διευκολύνει την αναγνώριση τυχόν χαμένων δόσεων. Βασικός σκοπός των MODs είναι να μειώσει το βάρος των πολύπλοκων φαρμακευτικών αγωγών (Watson et al., 2016). Τα MODs μπορεί να περιέχουν αισθητήρες που να ανιχνεύουν, σε πραγματικό χρόνο, εάν η συσκευή έχει ανοιχτεί και να υπολογίζουν τον αριθμό των χαπιών που παραμένουν στη συσκευή. Τα δεδομένα μεταδίδονται ασύρματα από τη συσκευή σε ένα computer server όπου αναλύονται για τυχόν χαμένες δόσεις ή λάθη. Η ανάλυση των δεδομένων σε πραγματικό χρόνο διευκολύνει την παρακολούθηση της μη συμμόρφωσης καθώς ενημερώνει άμεσα με ένα τηλεφώνημα ή SMS των ασθενή ή τους φροντιστές του. Επίσης, τα δεδομένα μπορούν να σταλούν στο γιατρό του ασθενή όταν απαιτείται άμεση παρέμβαση όπως αλλαγή της δόσης ή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής (MPR, 2014).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση (Desai et al., 2014; Donovan, 1995; Forissier, 2011 ;NEHI, 2009; ΠΟΥ, 2003) έδειξε ότι η μη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή που τους συνίσταται αποτελεί σημαντικό πρόβλημα που δύναται να οδηγήσει σε ανεπάρκεια ή πλήρη αποτυχία της ιατρικής παρέμβασης με επιζήμιες συνέπειες για την υγεία τους. Οι ασθενείς πολύ συχνά βρίσκονται στη δεινή θέση να χρειαστούν νοσηλεία, πολλές φορές μακρόχρονη καθώς και πιο σύνθετη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται σε κόστος τα ασφαλιστικά τους ταμεία και τα δημόσια νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης έχει αρνητικές συνέπειες στην αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών του συστήματος υγείας καθώς και στη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων. Η οικονομική κρίση που επηρεάζει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα έχει οδηγήσει σε περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των δικαιούχων περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η όποια προσπάθεια κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση, ιδιαίτερα σε αυτή τη

δύσκολη οικονομική περίοδο, ενδεχόμενος να βοηθήσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας στη σχεδίαση εκείνων των πολιτικών που θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ANTIKEIMENO KAI METHODOLOGIKH PROSEGGIΣH

4.1. Σκοπός και Στόχος της Έρευνας

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα με τη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό τους προφίλ την περίοδο οικονομικής κρίσης και η ανάδειξη των αιτιών που πιθανόν να παρεμποδίζουν τη συμμόρφωση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της μελέτης είναι:

- 1) η διερεύνηση του βαθμού που η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει τη φαρμακευτική συμμόρφωση των ασθενών,
- 2) ο προσδιορισμός των επιμέρους ομάδων ασθενών που μπορεί να είναι επιρρεπείς στη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και
- 3) η ανάδειξη στοχευμένων παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να τεθούν σε εφαρμογή από τους σχεδιαστές πολιτικής υγείας ώστε να βελτιωθεί η φαρμακευτική συμμόρφωση των συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

4.2 Πληθυσμός

Ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν δείγμα ευκολίας και αφορούσε ασθενείς ≥ 18 ετών με καρδιαγγειακά νοσήματα (ΑΥ, ΣΝ, ΑΕΕ, κλπ), άνδρες και γυναίκες, όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και επιπέδων εκπαίδευσης. Είχαν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και σχετικά καλή κατάσταση υγείας που τους επέτρεπε να λάβουν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα, στην έρευνα έλαβαν μέρος ασθενείς που επισκέπτονταν τα εξωτερικά καρδιολογικά ιατρεία, καθώς και ασθενείς που νοσηλεύονταν με προϋπάρχουσα καρδιολογική πάθηση και τα ερωτήματα αφορούσαν στη συμμόρφωση της συνήθους φαρμακευτικής αγωγής που λάμβανε ο ασθενής στο σπίτι. Οι δομές υγείας που έλαβε χώρα η έρευνα ήταν το Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Φιλιατών, το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, το Κέντρο Υγείας Φιλιπιάδας και το Κέντρο Υγείας Ηγουμενίτσας. Επίσης, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Αγρινίου και του Δήμου Άρτας. Για την διεξαγωγή της έρευνας

ζητήθηκαν και δόθηκαν άδειες από τα αρμόδια όργανα των ανωτέρω δομών (οι συγκεκριμένες άδειες επισυνάπτονται στο Παράρτημα).

4.3 Ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις αποτελούμενο από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε γενικές ερωτήσεις περί των οικονομικών δυνατοτήτων των ασθενών, η δεύτερη αφορούσε τις δαπάνες υγείας, η τρίτη το επίπεδο υγείας και τη φαρμακευτική περίθαλψη και η τέταρτη δημογραφικά στοιχεία (το πλήρες ανάπτυγμα του ερωτηματολογίου επισυνάπτεται στο Παράρτημα).

Το μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού προσδιορίστηκε με βάση τον αριθμό των μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο αριθμός των συμμετεχόντων έπρεπε να είναι τουλάχιστον πέντε φορές μεγαλύτερος (ιδανικά δέκα φορές μεγαλύτερος) από τον αριθμό των στοιχείων του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013). Το ερωτηματολόγιο αθροιστικά αποτελούνταν από 28 ερωτήματα. Τα επτά αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία και τα υπόλοιπα 21 αποτελούσαν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα. Για οκτώ από αυτά τα ερωτήματα οι δυνατές απαντήσεις προσδιορίζονταν μέσω πενταβάθμιας κλίμακας. Για τα υπόλοιπα 13 ερωτήματα υπήρχε δυνατότητα δίτιμων απαντήσεων. Λαμβάνοντας υπόψη τη δομή και το πλήθος των μεταβλητών και βασιζόμενοι στη βιβλιογραφία, για τον υπολογισμό του ιδανικού μεγέθους εκτιμήθηκε ότι απαιτούνταν τουλάχιστον 500 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Στο ερωτηματολόγιο επελέγησαν οι κλειστού τύπου ερωτήσεις διότι διευκολύνουν τη μέτρηση και τη σύγκριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις (όπου οι συμμετέχοντες αποτυπώνουν ελεύθερα την δική τους απάντηση), οι οποίες συχνά δημιουργούν προβλήματα ερμηνείας και κωδικοποίησης των απαντήσεων (Γαλάνης, 2009).

Για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια βασίστηκε σε ανάλογες δημοσιευμένες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα (Βουρλιωτάκη &

Κεφαλογιάννης, 2013; Maciejewski et al. 2010; Munger, 2007; Piette et al., 2011; Reed et al. 2008; Van Tassell & LaFleur, 2007; Wilson et al., 2005). Η διαμόρφωση του τελικού ερωτηματολογίου έγινε με τη συνεργασία επαγγελματιών υγείας, επιστημόνων που ασχολούνται με τα οικονομικά και τη διοίκηση του τομέα της υγείας υπό την καθοδήγηση της επιβλέπουσας της εργασίας.

4.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας

Η διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τεστ αξιοπιστίας, κατά το οποίο το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 27 ασθενείς οι οποίοι σε διάστημα 20 ημερών συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δύο φορές (test- retest). Αρχικά, γίνεται εκτίμηση της αξιοπιστίας μέσω του δείκτη Cronbach's τόσο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πριν όσο και μετά από 20 ημέρες. Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι 0,765 και 0,816 αντίστοιχα (Πίνακας 4.1). Φαίνεται ότι η εκτίμηση αυτή είναι αρκετά ευσταθής, με μικρές αποκλίσεις να προκύπτουν για το κάθε ένα από τα οκτώ ερωτήματα που διαμορφώνουν την έννοια της συμμόρφωσης. Στην συνέχεια έγινε test – retest για κάθε μία από τις ερωτήσεις 17.1 – 17.8, καθώς αποτελούν την ενότητα της συμμόρφωσης με την αγωγή και τις οδηγίες του ιατρού, με το δείκτη Intraclass Correlation Coefficient. Οι τιμές και στις δύο περιπτώσεις είναι υψηλές με μικρές αποκλίσεις. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η ερώτηση 17.8 *«Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;»* που ο δείκτης αξιοπιστίας είναι 0,649. Ο βαθμός αυτός πιθανόν να επηρεάζεται από το γεγονός ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν κατανέμονται σε όλο το εύρος των απαντήσεων από «1» έως και «5» και η κατανομή εστιάζεται κυρίως στην απάντηση «4» και «5» (*«τις περισσότερες φορές»* και *«συνεχώς»*) με αποτέλεσμα η ερώτηση 17.8 τείνει να είναι μια ερώτηση με πρακτικά δύο απαντήσεις και όχι σε συνεχή κλίμακα (Πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.1: Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha κατά την 1^η και 2^η διανομή του ερωτηματολογίου

Διανομή Ερωτηματολογίου	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha	N of Items
		Based on Standardized Items	
1η	0,765	0,768	8
2η	0,817	0,822	8

Πίνακας 4.2: Διερεύνηση της Αξιοπιστίας των ερωτημάτων 17.1- 17.8

α/α	Ερωτήσεις		Intraclass Correlation	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
17.1	Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά;	Single Measures	0,765	0,548	0,886
		Average Measures	0,867	0,708	0,939
17.2	Θυμόσατε να λαμβάνετε την αγωγή σας τις ώρες που πρέπει;	Single Measures	0,946	0,885	0,975
		Average Measures	0,946	0,939	0,987
17.3	Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής διατροφής που ορίζει ο ιατρός;	Single Measures	0,782	0,576	0,894
		Average Measures	0,877	0,731	0,944
17.4	Εφαρμόζεται τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωής σας;	Single Measures	0,735	0,498	0,870
		Average Measures	0,847	0,665	0,930
17.5	Ακολουθείτε πρόγραμμα για φυσική άσκηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	Single Measures	0,911	0,815	0,958
		Average Measures	0,953	0,898	0,979
17.6	Η διατροφή σας έχει αλλάξει σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας και σε σχέση με παλαιότερες διατροφικές σας συνήθειες;	Single Measures	0,897	0,788	0,952
		Average Measures	0,946	0,881	0,975
17.7	Θεωρείτε καλύτερες τις τωρινές διατροφικές συνήθειες που σας πρότεινε ο ιατρός σας;	Single Measures	0,894	0,781	0,950
		Average Measures	0,944	0,877	0,974
17.8	Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;	Single Measures	0,481	0,130	0,724
		Average Measures	0,649	0,231	0,840

4.5 Συλλογή Δεδομένων

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε την περίοδο μεταξύ Δεκεμβρίου 2015 με Ιανουάριο 2016 σε 27 ασθενείς, ενώ το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε την περίοδο Φεβρουάριου – Ιουνίου 2016. Τα άτομα ενημερώνονταν με γραπτό και προφορικό τρόπο για τους σκοπούς της έρευνας και τους τρόπους διασφάλισης της ανωνυμίας τους. Εφόσον συμφωνούσαν να λάβουν μέρος (πληροφορημένη συγκατάθεση) συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο μέσω προσωπικής συνέντευξης από την ίδια την ερευνήτρια ή από συνάδελφό της που είχε εκπαιδευτεί από την ίδια την ερευνήτρια ειδικά για το σκοπό αυτό . Ο συγκεκριμένος τρόπος συλλογής των δεδομένων παρότι επίπονος και χρονοβόρος προτιμήθηκε προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη ανταπόκριση και πληρότητα/ορθότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Από τα 580 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν απαντήθηκαν πλήρως και συμπεριελήφθησαν στην έρευνα τα 509 (ποσοστό ανταπόκρισης 87,75%)

4.6 Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή εκτιμήθηκε από το μέσο όρο των απαντήσεων που δόθηκαν στο σχετικό μέρος του ερωτηματολογίου. Οι δυνητικές απαντήσεις ελάμβαναν τιμές από 1 έως 5 με το 5 να δηλώνει τη μέγιστη συμμόρφωση και το 1 την ελάχιστη. Στην ερώτηση «Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά;» έγινε αντιστροφή της βαθμολογίας καθώς ειδικά στη συγκεκριμένη ερώτηση η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλή συμμόρφωση. Θεωρήθηκε ότι τιμές από 1 έως ≤ 2 δηλώνουν χαμηλή συμμόρφωση, τιμές από 2 έως $\leq 3,5$ δηλώνουν μέτρια συμμόρφωση και τιμές από $>3,5$ έως 5 δηλώνουν υψηλή συμμόρφωση.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v 21.0. Για τις ανάγκες της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος T-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα μετά από έλεγχο για τη συμμετρία των δεδομένων με βάση το κριτήριο Shapiro wilk αλλά και γραφικούς ελέγχους QQ plot. Για τις ερωτήσεις κλειστού τύπου με περισσότερες από δύο πιθανές απαντήσεις χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ακολουθούμενη από πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Bonferroni. Σε όλες τις περιπτώσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Στην περίπτωση που σε περισσότερες από δύο ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τη φαρμακευτική συμμόρφωση. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Προκειμένου να βρεθεί ποιες ανεξάρτητες μεταβλητές θα συσχετιστούν με την εξαρτημένη (τη φαρμακευτική συμμόρφωση) έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση (Bourliwτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013; Maciejewski et al.; Munger, Van Tassel & LaFleur, 2007; Wilson et al., 2005). Οι παράγοντες/μεταβλητές που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, για τις οποίες διερευνήθηκε η ύπαρξη σχέσης με τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού είναι:

- Φύλο
- Επίπεδο Σπουδών
- Ικανότητα αντιμετώπισης μηνιαίων οικογενειακών εξόδων
- Αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας
- Μείωση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης
- Ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού/οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της κρίσης
- Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας
- Μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων
- Φαρμακευτικά σκευάσματα

- Βαθμός χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Έναρξη χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με την οικονομική κρίση
- Χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω μειωμένου κόστους
- Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας

Οι παράγοντες/μεταβλητές οι οποίοι σταθμίστηκαν από το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ως προς την επίδραση στη φαρμακευτική συμμόρφωση είναι:

- Ικανότητα αντιμετώπισης μηνιαίων οικογενειακών εξόδων.
- Αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας
- Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας
- Ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού/οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της κρίσης
- Μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων
- Φαρμακευτικά σκευάσματα
- Χρήση Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω μειωμένου κόστους
- Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας
- Φύλο
- Επίπεδο Σπουδών

4.7 Περιορισμοί

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελεί δείγμα ευκολίας για επίσπευση της διαδικασίας συλλογής δεδομένων. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι ο μελετώμενος πληθυσμός δεν είναι αντιπροσωπευτικός του συνόλου του πληθυσμού (Landers & Behrend, 2015; Trochim & Donnelly, 2008;). Τα αποτελέσματα της μελέτης βασίστηκαν στις απαντήσεις του που δόθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς κατά τις προσωπικές συνεντεύξεις. Για το λόγο αυτό, πιθανό να εμφανίζει περιορισμούς όσον αφορά την εγκυρότητά της λόγω της επιθυμίας των ασθενών να εμφανιστούν (ενώπιον της ερευνήτριας) συμμορφωμένοι στη θεραπεία τους. Επιπλέον, δεν περιλαμβάνονται άλλες χρήσιμες πληροφορίες για τον καθορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την συμμόρφωση των ασθενών, όπως για παράδειγμα

διάφορες κλινικές πληροφορίες που μπορεί να αφορούν την κλινική διάγνωση, τους τύπους των δασολογικών σχημάτων, την παρελθούσα συμπεριφορά συμμόρφωσης του ασθενούς σε προηγούμενες θεραπείες κλπ. γεγονός το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαφοροποίηση των συμπερασμάτων (Field, et al., 2006).

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Τα Αποτελέσματα της Περιγραφικής Στατιστικής

5.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 50,3% ήταν άνδρες και το 49,7% γυναίκες, ενώ η μέση τιμή ηλικίας ήταν τα 68,46 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία (98%) είχαν Ελληνική υπηκοότητα και το 63,1% είχαν υποχρεωτική εκπαίδευση (Πίνακας 5.1).

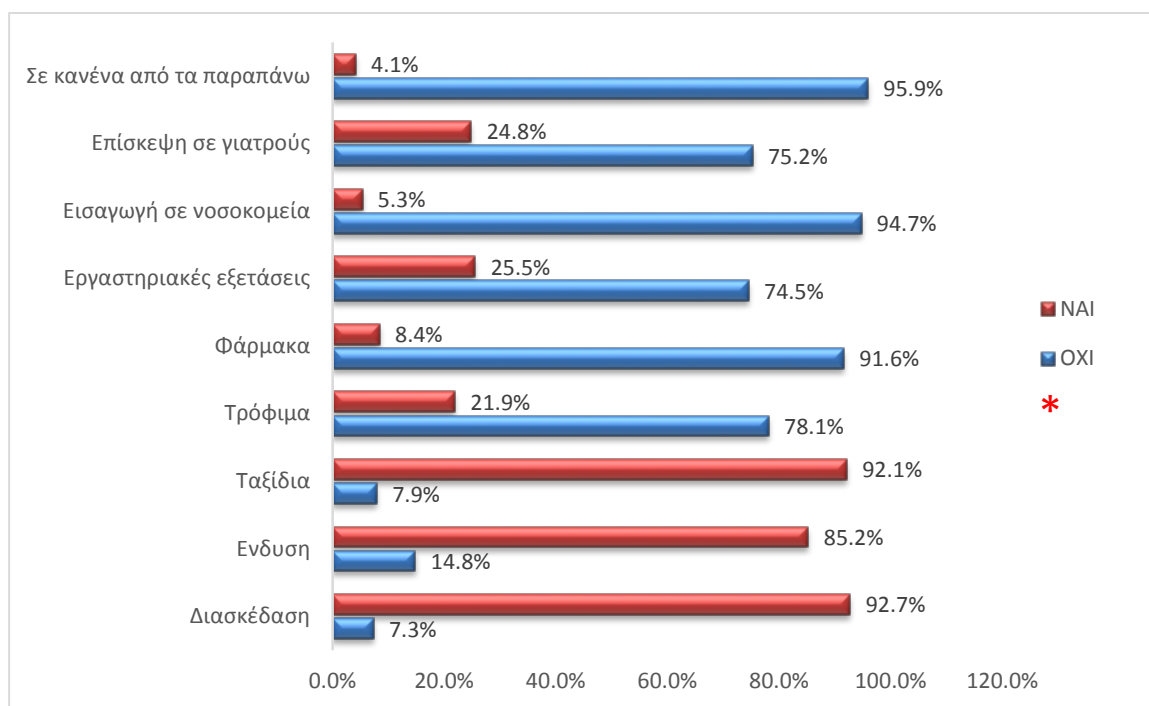
Το ~62% δεν είχαν κανένα άνεργο στην οικογένεια σε σύγκριση με το ~25% που είχαν ένα άνεργο και το ~10% δύο ανέργους. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (97%) ήταν ασφαλισμένοι (Πίνακας 5.1).

Πίνακας 5.1: Δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού

	Ποσοστό (N)
Φύλο	
Άνδρες	50,3% (256)
Γυναίκες	49,7% (253)
Υπηκοότητα	
Ελληνική	98% (499)
Από χώρες εντός ΕΕ	1% (5)
Από χώρες εκτός ΕΕ	1% (5)
Επίπεδο Σπουδών	
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	63,1% (317)
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση & ΙΕΚ	23,5% (118)
ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ	5,2% (26)
ΑΕΙ	6,4% (32)
Μεταπτυχιακό	0,6% (3)
Διδακτορικό	1,2% (6)
Ηλικία	
Μέση Τιμή	68,46 έτη
Τυπική Απόκλιση	12,08 έτη
Άνεργοι στην Οικογένεια	
Κανένας	62,4% (315)
Ένας	24,6% (124)
Δύο	10,3% (52)
Τρείς	1,8% (9)
Περισσότεροι	1% (5)
Ασφαλισμένοι	
Ναι	97% (493)
Όχι	3% (15)
Ταμείο	
ΙΚΑ	36,1% (179)
ΟΠΑΔ	20,4% (101)
ΟΓΑ	30,4% (151)
ΟΑΕΕ	8,9% (44)
ΝΑΤ	0,2% (1)
ΤΣΜΕΔΕ	1% (5)
Άλλο	3% (15)

5.1.2 Οικονομικά Χαρακτηριστικά του υπό Μελέτη Πληθυσμού

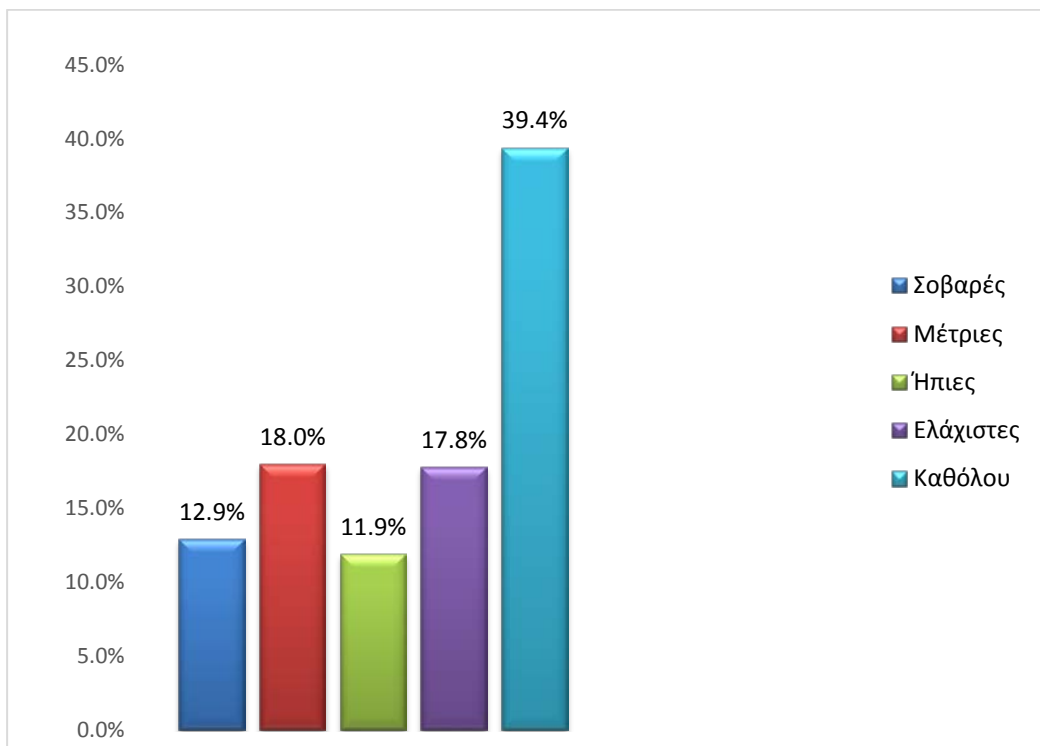
Το 56,1 % των ερωτηθέντων δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα σε αντίθεση με το 43,9%. Η συντριπτική πλειοψηφία έχει αναγκαστεί να κάνει περικοπές στη διασκέδαση (92,7%), στην ένδυση (85,2%) και στα ταξίδια (92,1%), αντίθετα περικοπές δεν έγιναν σε τομείς που αφορούσαν την υγεία όπως η εισαγωγή σε νοσοκομεία (94,7%), τα φάρμακα (91,6%), η επίσκεψη σε γιατρούς (75,2%) και οι εργαστηριακές εξετάσεις (74,5%) (Εικόνα 5.1) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας Ι).



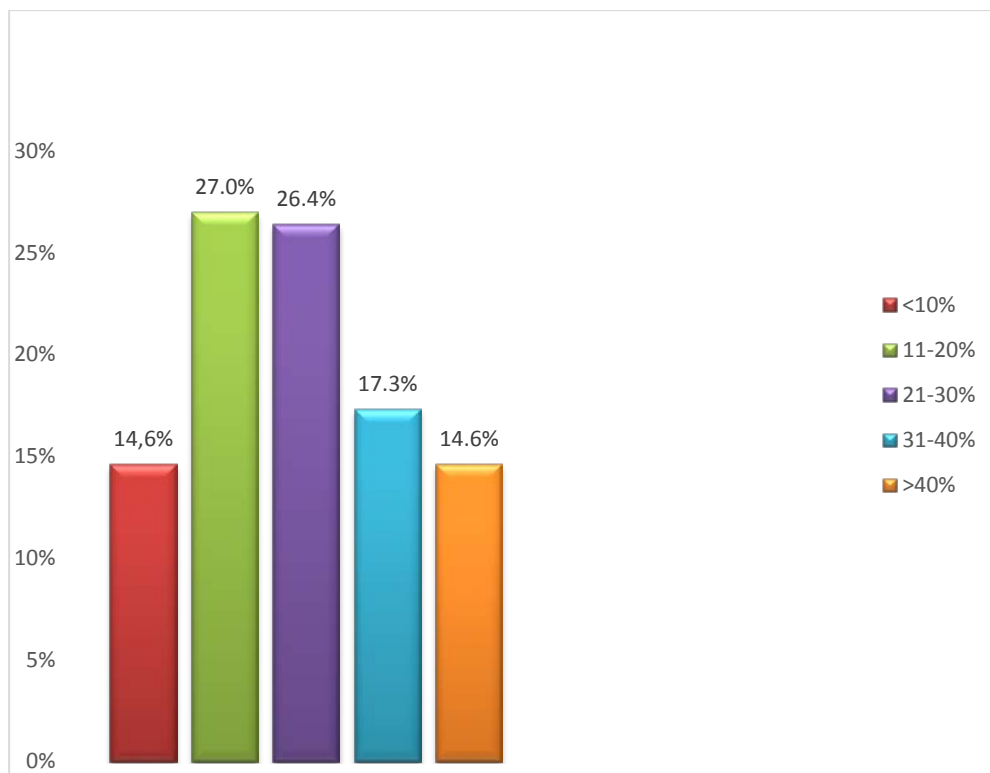
* Τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% καθώς οι ασθενείς είχαν δικαίωμα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων

Εικόνα 5.1: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς έχετε αναγκαστεί εσείς ή / και η οικογένειά σας να κάνετε κάποια περικοπή»;

Ένα 47,7% του υπό μελέτη πληθυσμού αντιμετωπίζει μέτριες έως ελάχιστες οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας του ενώ το 39,4% δεν αντιμετωπίζει καθόλου οικονομικές δυσκολίες (Εικόνα 5.2). Το 95,1% των ερωτηθέντων έχει υποστεί μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό του εισόδημα, ενώ το 53,4% δήλωσε ότι η ποσοστιαία μεταβολή που υπέστη κυμαίνεται από 11% - 30% (Εικόνα 5.3) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας Ι).



Εικόνα 5.2: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Εσείς ή η οικογένειά σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας»;



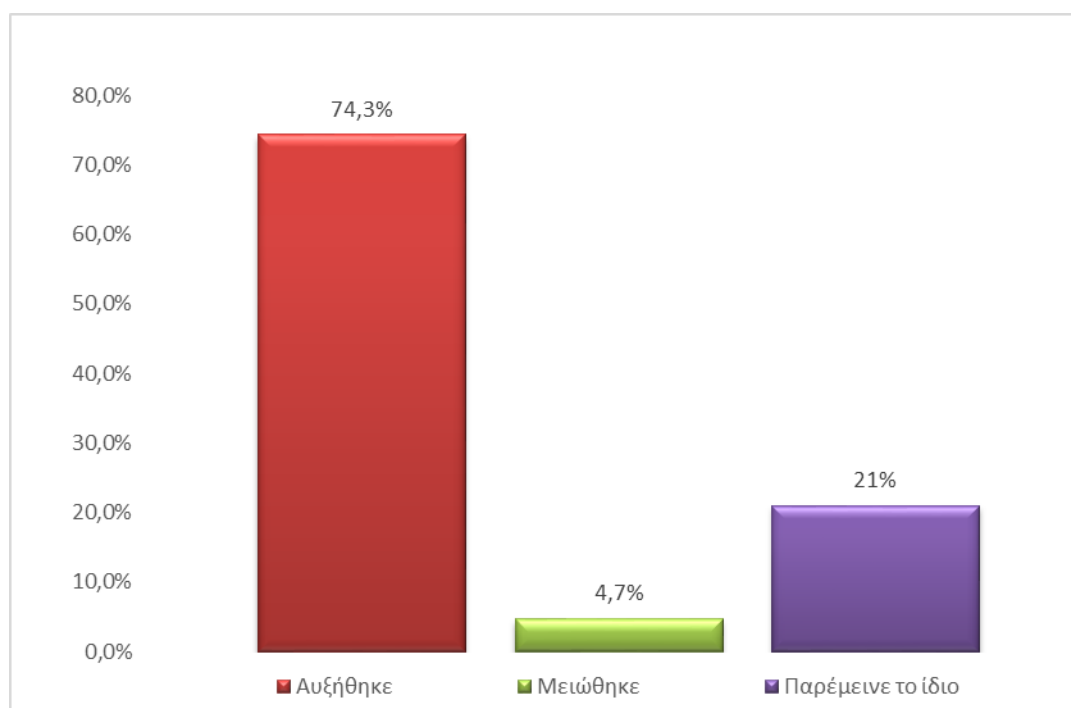
Εικόνα 5.3: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Ποια ποσοστιαία μεταβολή έχει υποστεί το ατομικό ή το οικογενειακό σας εισόδημα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης»;

5.1.3 Δαπάνες Υγείας

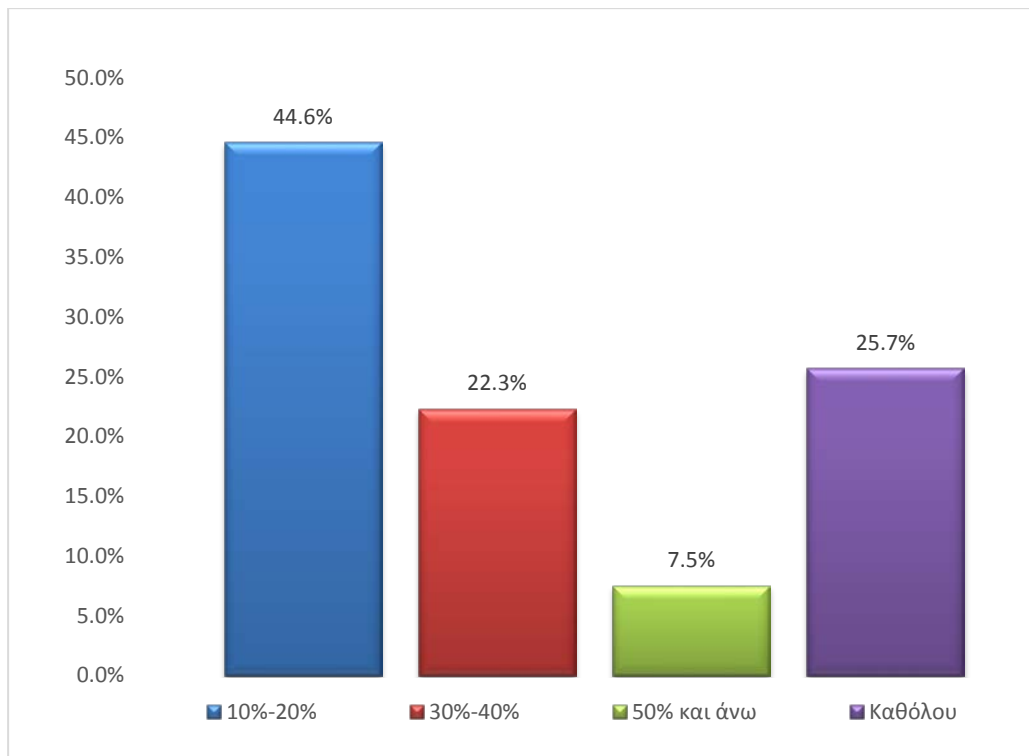
Το 47,2% των ερωτηθέντων δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθει στις δαπάνες υγείας (Πίνακας 5.2), ενώ στο 74,3% του υπό μελέτη πληθυσμού το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθησή του φαρμάκων αυξήθηκε και μόνο στο 4,7% μειώθηκε (Εικόνα 5.4). Η μείωση του εισοδήματος και η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων επηρέασε κατά 10% - 20%, το 44,6% των ερωτηθέντων ενώ το ~26% απάντησε ότι δεν επηρεάζεται καθόλου (Εικόνα 5.5). Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού 88,3% δήλωσε ότι πριν την οικονομική κρίση λάμβανε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας 5.2) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας II).

Πίνακας 5.2 Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στα ερωτήματα «Έχετε την οικονομική δυνατότητα να αντεπεξέλθετε στις δαπάνες υγείας»; και «Πριν την οικονομική κρίση λαμβάνετε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή»;

Ερώτηση	Ναι	Όχι
Έχετε την οικονομική δυνατότητα να αντεπεξέλθετε στις δαπάνες υγείας;	52,8%	47,2%
Πριν την οικονομική κρίση λαμβάνετε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή;	88,3%	11,7%



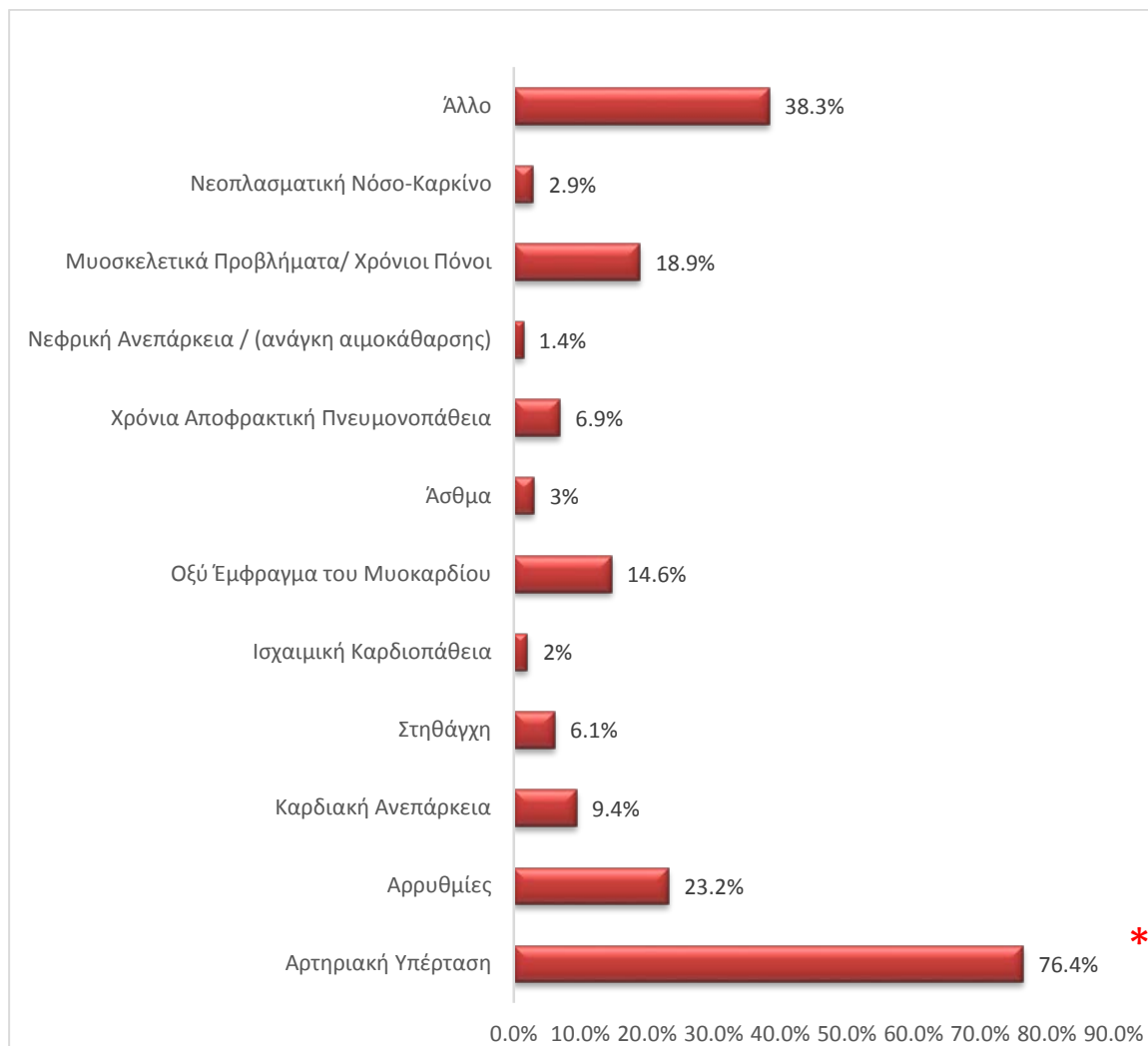
Εικόνα 5.4 : Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων»;



Εικόνα 5.5 : Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Η μείωση του εισοδήματος και η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων σε τι ποσοστό επηρέασε την αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων»;

6.1.4 Επίπεδο Υγείας και Φαρμακευτικής Περίθαλψης

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (99,9%) πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα και παίρνει φάρμακα σε συνεχή βάση από αυτούς το 76,4% πάσχουν από Αρτηριακή Υπέρταση, το 23% από αρρυθμίες και το 14,6% από ΟΕΜ. Ένα μεγάλο ποσοστό 38,3% αναφέρει τη συνύπαρξη και άλλης πάθησης, από αυτούς το ~70% παίρνει αγωγή για δυσλιπιδαιμία και το ~26% για ΣΔ (Εικόνα 5.6) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας IV).

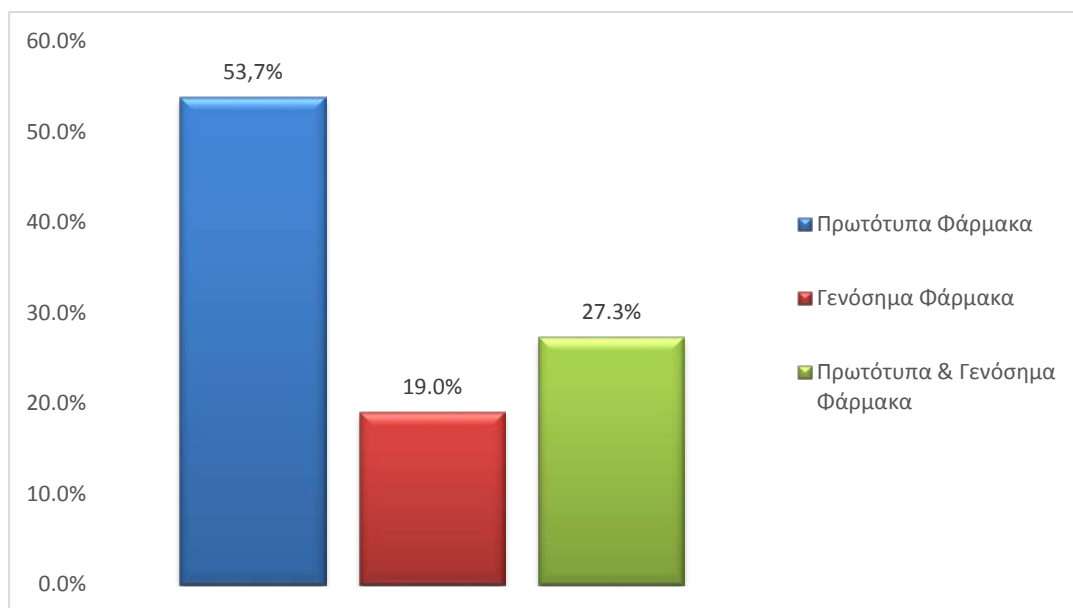


* Τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% καθώς οι ασθενείς είχαν δικαίωμα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων

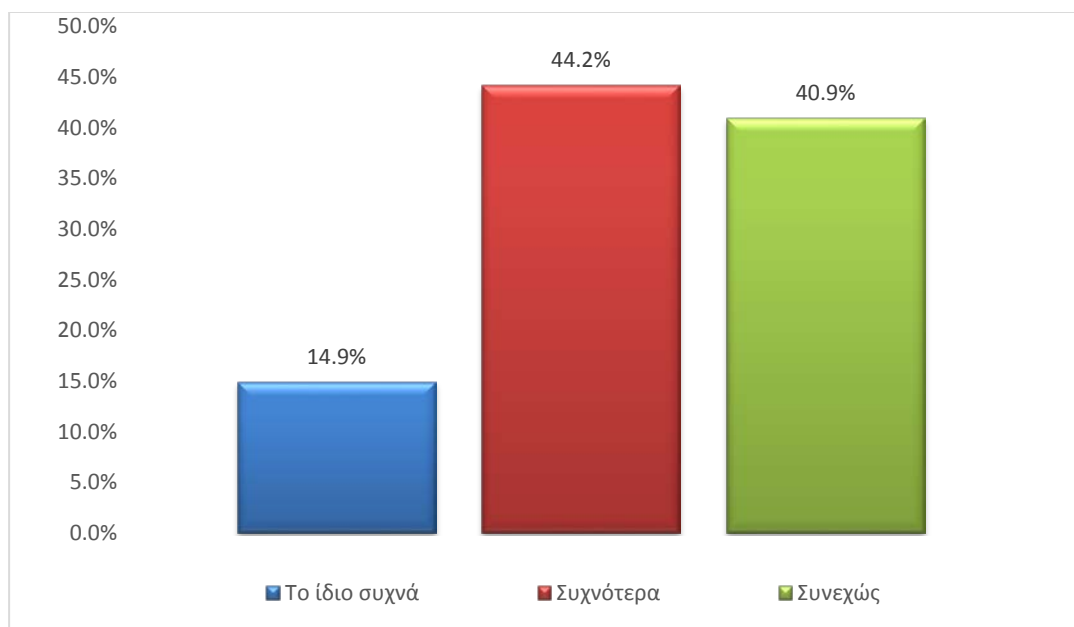
Εικόνα 5.6 : Η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων καρδιαγγειακών και άλλων νοσημάτων στον υπό μελέτη πληθυσμό

Το ~54% των ερωτηθέντων λαμβάνει πρωτότυπα φάρμακα σε σύγκριση με το 19% που λαμβάνει γενόσημα και το 27% που λαμβάνει ταυτόχρονα και πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα (Εικόνα 5.7). Από τους ερωτηθέντες που λαμβάνουν γενόσημα φάρμακα το 44% απάντησε ότι τα χρησιμοποιεί συχνότερα την τρέχουσα περίοδο σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση (Εικόνα 5.8). Επίσης το 82,4% άρχισε να χρησιμοποιεί γενόσημα φάρμακα μετά την οικονομική κρίση, ενώ το 62,4% δηλώνει ότι η χρήση τους, τους διευκολύνει στο να παραμείνουν πιστοί στην αγωγή (Πίνακας 5.3). Επιπλέον, το 61,6% του υπό μελέτη πληθυσμού που λαμβάνει μόνο πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή δήλωσε ότι δεν

θα χρησιμοποιούσε γενόσημα φάρμακα στο μέλλον λόγω μειωμένου κόστους (Πίνακας 5.3) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας II).



Εικόνα 5.7: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Τι είδους φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε, επί του παρόντος»;



Εικόνα 5.8: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα την τρέχουσα περίοδο συχνότερα σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση»;

Πίνακας 5.3: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων αναφορικά με το κατά πόσο τα γενόσημα φάρμακα διευκολύνουν στο να είναι πιστοί στην αγωγή και κατά πόσο θα τα χρησιμοποιούσαν στο μέλλον

Ερώτηση	Ναι	Όχι
Διευκολύνει η χρήση γενοσήμων φαρμάκων ώστε να είστε πιστός/ή στην αγωγή;	62,4%	37,6%
Στο μέλλον θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους;	38,4%	61,6%

Το ~93% του υπό μελέτη πληθυσμού αγοράζει τα φάρμακα και τα χρησιμοποιεί σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, ενώ το ~10% τα αγοράζει αλλά κάποιες φορές κάνει οικονομία στις δόσεις (Πίνακας 5.4). Επίσης, το ~70% δεν αναφέρουν πρόβλημα με τη λήψη των φαρμάκων σε καθημερινή βάση, ενώ το ~93 % δήλωσε ότι θυμάται να λάβει την αγωγή τις ώρες που πρέπει (61,2% συνεχώς, 31,9% τις περισσότερες φορές) (Πίνακας 5.5)

Πίνακας 5.4: Η συμμόρφωση του υπό μελέτη πληθυσμού με τη φαρμακευτική αγωγή

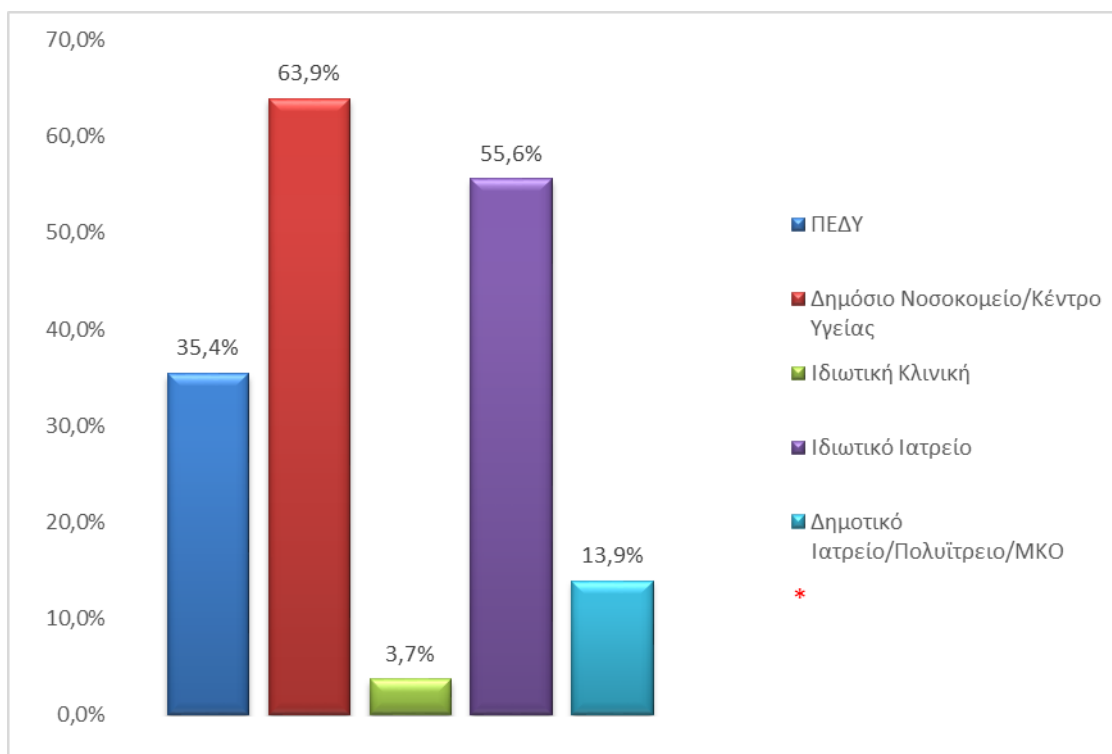
16.	Τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:	Ναι N (%)	Όχι N (%)
1.	Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιείτε σύμφωνα με τη συνταγογράφηση του γιατρού;	470 (93,1%)	35 (6,9%)
2.	Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα αλλά δεν θεωρείτε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσετε όλες τις φορές;	29 (6%)	456 (94%)
3.	Τα αγοράζετε αλλά κάποιες φορές κάνετε οικονομία στις δόσεις;	49 (10,1%)	437 (89,9%)
4.	Δεν τα αγοράζετε όλες τις φορές γιατί δε το θεωρείτε απαραίτητο;	16 (3,3%)	469 (96,7%)
5.	Μερικές φορές δεν τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;	44 (9,1%)	441 (90,9%)
6.	Σταματήσατε να τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;	13 (2,7%)	472 (97,3%)

Το 70,3% των ερωτηθέντων δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα στη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής καθημερινά και το 61,2% θυμάται να τη λαμβάνει τις ώρες που πρέπει. Το ~ 57% (19% συνεχώς, 38,3% τις περισσότερες φορές) ακολουθεί πιστά τη δίαιτα που ορίζει ο γιατρός, ενώ το ~53,5% εφαρμόζει τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωής. Όσον αφορά το πρόγραμμα φυσικής άσκησης μόνο το 12,8% (συνεχώς) και το 24,4% (τις περισσότερες φορές) το ακολουθεί σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σε σχέση με το 19,8% (λίγες φορές) και το 16% (καθόλου). Επιπλέον, το 55,5% του μελετώμενου πληθυσμού έχει αλλάξει τη διατροφή του σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, ενώ περίπου το ίδιο ποσοστό (53%) θεωρεί ότι οι διατροφικές αυτές συνήθειες είναι καλύτερες σε σχέση με τις παλαιότερες. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία 88% έχει κατανοήσει την ασθένειά του και τα προβλήματα που δημιουργεί (Πίνακας 5.5)

Πίνακας 5.5: Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές οδηγίες του υπό μελέτη πληθυσμού

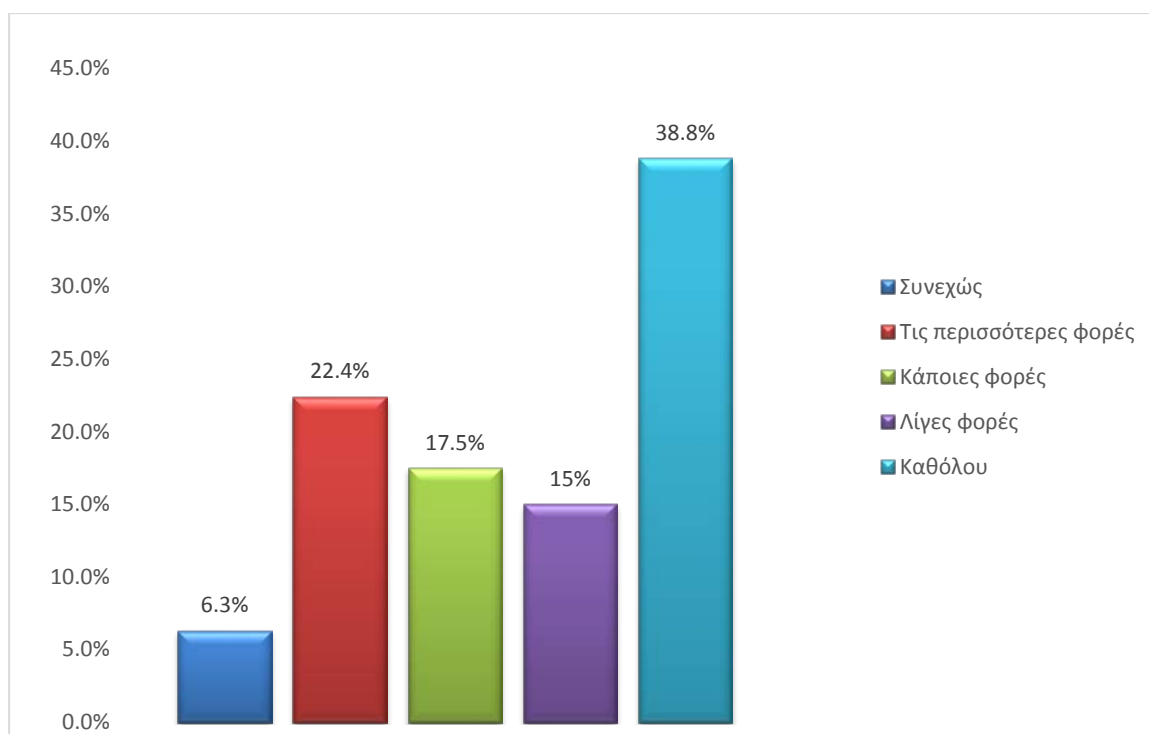
17.	Συμμόρφωση Ασθενών στη Λήψη της Φαρμακευτικής τους Αγωγής και τις Συμβουλές του Θεράποντος Ιατρού	Συνεχώς N (%)	Τις περισσότερες φορές N (%)	Κάποιες φορές N (%)	Λίγες φορές N (%)	Καθόλου N (%)
1.	Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά;	23 (4,6%)	19 (3,8%)	35 (6,9%)	73 (14,5%)	355 (70,3%)
2.	Θυμόσαστε να λαμβάνετε την αγωγή σας τις ώρες που πρέπει;	309 (61,2%)	161 (31,9%)	26 (5,1%)	2 (0,4%)	7 (1,4%)
3.	Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής που ορίζει ο ιατρός;	95(19%)	192 (38,3%)	128 (25,5%)	48 (9,6%)	38 (7,6%)
4.	Εφαρμόζετε τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωής σας;	77 (15,3%)	185 (36,9%)	145 (28,9%)	69 (13,7%)	26 (5,2%)
5.	Ακολουθείτε πρόγραμμα για φυσική άσκηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	64 (12,8%)	122 (24,4%)	135 (27%)	99 (19,8%)	80 (16%)
6.	Η διατροφή σας έχει αλλάξει σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας και σε σχέση με παλαιότερες διατροφικές σας συνήθειες;	82 (16,4%)	195 (39,1%)	106 (21,2%)	82 (16,4%)	34 (6,8%)
7.	Θεωρείτε καλύτερες τις τωρινές διατροφικές συνήθειες που σας πρότείνει ο ιατρός σας;	108 (21,8%)	154 (31,1%)	124 (25,1%)	67 (13,5%)	42 (8,5%)
8.	Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;	269 (53,7%)	172 (34,3%)	35 (7%)	12 (2,4%)	13 (2,6%)

Ένα μεγάλο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού επισκέπτεται ιατρούς που εργάζονται σε δημόσιους φορείς υγειονομικής περίθαλψης όπως το ΠΕΔΥ (35,4%) και το Δημόσιο Νοσοκομείο/Κέντρο Υγείας (63,9%), ωστόσο, μεγάλο θεωρείται το ποσοστό των ερωτηθέντων που επισκέπτονται ιδιώτες ιατρούς (55,6%) (Εικόνα 5.9). Επίσης, οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν το 22,4% των ερωτηθέντων σε σχέση με την απόφασή τους να επισκεφτούν κάποια μονάδα υγείας ή να κάνουν κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε σύγκριση με το 38,8% που δεν επηρεάζεται καθόλου (Εικόνα 5.10). Τέλος, ένα ~ 42% έχουν μειώσει τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας τους (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας ΙΙΙ).



* Τα ποσοστά δεν αθροίζονται στο 100% καθώς οι ασθενείς είχαν δικαίωμα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων

Εικόνα 5.9: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται».



Εικόνα 5.10: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Κατά πόσο οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν την απόφασή σας να επισκεφτείτε μονάδες υγείας ή να κάνετε κάποιο εργαστηριακό έλεγχο»;

5.2 Τα Αποτελέσματα της Ανάλυσης Συσχετίσεων

Η συμμόρφωση των ασθενών με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού βρέθηκε ότι σχετίζεται με το φύλο των ασθενών καθώς οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερη συμμόρφωση σε σχέση με τις γυναίκες (p -value= 0,001). Το εκπαιδευτικό επίπεδο επίσης βρέθηκε ότι επηρεάζει τη φαρμακευτική συμμόρφωση (p -value= 0,004). Αντίθετα, η ηλικία βρέθηκε ότι δεν επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού (p -value= 0,527) (Πίνακας 5.6α).

Επιπρόσθετα, η συμμόρφωση των ασθενών βρέθηκε ότι σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που απάντησαν ότι μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά έξοδα είχαν υψηλότερη συμμόρφωση σε σχέση με αυτούς που απάντησαν ότι δεν μπορούσαν (p -value=0,001) (Πίνακας 5.6α). Επίσης, οι

ασθενείς που δεν αντιμετώπιζαν καθόλου ή αντιμετώπιζαν ελάχιστες οικονομικές δυσκολίες είχαν καλύτερη συμμόρφωση από τους ασθενείς με μέτριες ή ήπιες οικονομικές δυσκολίες, ενώ τη χαμηλότερη συμμόρφωση όλων είχαν οι ασθενείς με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες (p-value= <0,001) (Πίνακας 5.6α)

Αντίθετα, φαίνεται πως η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή δεν επηρεάζεται από τη μείωση του οικογενειακού εισοδήματος που μπορεί να υπέστησαν οι ασθενείς από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, (p- value= 0,779) (Πίνακας 5.6α)

Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση «Ποια ποσοστιαία μεταβολή έχει υποστεί το ατομικό ή το οικογενειακό σας εισόδημα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης» σε σχέση με την συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού), δείχνει ότι η συμμόρφωση των ασθενών που υπέστησαν μεταβολή εισοδήματος <10% (p-value= <0,001) διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τη συμμόρφωση των ασθενών που υπέστησαν μεταβολή εισοδήματος από 11% έως >40%. Συνολικά, προκύπτει ότι σημαντικά καλύτερη συμμόρφωση έχουν οι ασθενείς στους οποίους η μείωση του εισοδήματός τους περιορίστηκε σε <10% συγκριτικά με όλες τις άλλες κατηγορίες (Πίνακας 5.6α).

Επιπλέον, οι ασθενείς που είχαν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερη συμμόρφωση σε σχέση με τους ασθενείς που απάντησαν πως δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας (p-value= <0,001) (Πίνακας 5.6α).

Πίνακας 5.6α: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη φαρμακευτική συμμόρφωση.

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Συμμόρφωση	Τιμή p
	Mean/Std. Deviation	
Φύλο		0,001
Άνδρες	3,8592 (0,72819)	
Γυναίκες	3,6491 (0,68485)	
Επίπεδο Σπουδων		0,004
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	3,6660 (0,70186)	
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	3,9554 (0,63236)	
ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ	3,7534 (0,71525)	
ΑΕΙ	3,8320 (0,95862)	
Μεταπτυχιακό	4,4167 (0,19094)	
Διδακτορικό	3,7083 (0,71443)	
Ικανότητα αντιμετώπισης μηνιαίων οικογενειακών εξόδων.		0,001
Ναι	3,8779 (0,67708)	
Όχι	3,6669 (0,72952)	
Αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας		0,000
Σοβαρές	3,2114 (0,77990)	
Μέτριες	3,639 (0,70247)	
Ήπιες	3,7 (0,68666)	
Ελάχιστες	3,9675 (0,62565)	
Καθόλου	3,9107 (0,64159)	
Μείωση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος από το ξεκίνημα της οικονομικής		0,779
Ναι	3,7567 (0,71524)	
Όχι	3,7979 (0,69667)	
Ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού / οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της οικονομικής κρίσης		0,000
<10	4,0965 (0,65841)	
11-20%	3,7335 (0,67529)	
21-30%	3,791 (0,69676)	
31-40%	3,5853 (0,66821)	
>40%	3,614 (0,80885)	
Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας		0,000
Ναι	3,9348 (0,66889)	
Όχι	3,5635 (0,71185)	

Η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής για την αγορά των αναγκαίων φαρμάκων βρέθηκε να επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών ($p\text{-value} = 0,006$). Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως η συμμόρφωση είναι υψηλότερη στα άτομα που το ποσοστό συμμετοχής για την αγορά των φαρμάκων τους παρέμεινε το ίδιο σε σχέση με τα άτομα που το ποσοστό συμμετοχής τους αυξήθηκε (Πίνακας 5.6β).

Σε σχέση με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων (πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα) και τη φαρμακευτική συμμόρφωση βρέθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμμόρφωση των ασθενών και στη λήψη συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων ($p\text{-value} = <0,001$). Η συμμόρφωση των ασθενών που λαμβάνουν πρωτότυπα φάρμακα διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τη συμμόρφωση των ασθενών που λαμβάνουν γενόσημα φάρμακα και των ασθενών που λαμβάνουν και πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα. Επιπλέον, προκύπτει ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν γενόσημα και πρωτότυπα φάρμακα ή μόνο γενόσημα φάρμακα έχουν χαμηλότερη συμμόρφωση συγκριτικά με όσους ασθενείς λαμβάνουν μόνο πρωτότυπα φάρμακα (Πίνακας 5.6β).

Η συμμόρφωση των ασθενών που δεν χρησιμοποιούν γενόσημα φάρμακα διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τη συμμόρφωση των ασθενών που χρησιμοποιούν γενόσημα φάρμακα είτε συχνότερα είτε συνεχώς ($p\text{-value} = >0,001$). Επιπλέον, προκύπτει ότι η συμμόρφωση των ασθενών που χρησιμοποιούν συχνότερα γενόσημα φάρμακα δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τη συμμόρφωση των ασθενών που χρησιμοποιούν συνεχώς γενόσημα φάρμακα. Συνολικά τη μεγαλύτερη συμμόρφωση έχουν οι ασθενείς που δε χρησιμοποιούν καθόλου γενόσημα φάρμακα (Πίνακας 5.6β).

Επίσης, ο χρόνος έναρξης χρήσης γενοσήμων φαρμάκων σχετίζεται με τη φαρμακευτική συμμόρφωση καθώς οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν γενόσημα φάρμακα πριν την οικονομική κρίση έχουν υψηλότερη συμμόρφωση από τους ασθενείς που άρχισαν να τα χρησιμοποιούν μετά την οικονομική κρίση ($p\text{-value} = 0.039$) (Πίνακας 5.6β). Η συμμόρφωση των ασθενών βρέθηκε επίσης ότι ήταν σημαντικά υψηλότερη όταν σκέφτονταν να μη χρησιμοποιήσουν γενόσημα φάρμακα στο μέλλον λόγω μειωμένου κόστους ($p\text{-value} = 0,001$) (Πίνακας 5.6β).

Τέλος, βρέθηκε ότι η συμμόρφωση είναι σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς που δεν μείωσαν τις εργαστηριακές εξετάσεις σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν μειώσει τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνταν για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας ($p\text{-value} = <0,001$) (Πίνακας 5.6β)

Πίνακας 5.6β: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη φαρμακευτική συμμόρφωση

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Συμμόρφωση	Τιμή ρ
	Mean/Std. Deviation	
Μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων		0,006
Αυξήθηκε	3,7182 (0,69409)	
Μειώθηκε	3,5796 (0,90822)	
Παρέμεινε το ίδιο	3,9469 (0,70530)	
Φαρμακευτικά σκευάσματα		0,000
Πρωτότυπα φάρμακα	3,8785 (0,70524)	
Γενόσημα φάρμακα	3,5569 (0,65475)	
Πρωτότυπα & Γενόσημα φάρμακα	3,6676 (0,72612)	
Βαθμός χρήσης Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την τρέχουσα περίοδο		0,000
Το ίδιο συχνά	4,0332 (0,72709)	
Συχνότερα	3,5036 (0,65435)	
Συνεχώς	3,6389 (0,71158)	
Έναρξη χρήσης Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με την οικονομική κρίση		0,039
Πρίν	3,8631 (0,81703)	
Μετά	3,5774 (0,66960)	
Χρήση Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων και προσήλωση στη		0,182
Ναι	3,6789 (0,73337)	
Όχι	3,5524 (0,65474)	
Χρήση Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω μειωμένου κόστους		0,001
Ναι	3,6869 (0,73632)	
Όχι	3,9617 (0,63659)	
Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας		0,000
Ναι	3,4767 (0,71419)	
Όχι	3,9654 (0,63935)	

Η γραμμική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε αφορούσε στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$), που επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση. Οι μεταβλητές αυτές είναι:

οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς εξαιτίας του προβλήματος υγείας, η οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας, η μείωση του εισοδήματος >40% καθώς και η μείωση των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της. Επίσης, βρέθηκε ότι η φαρμακευτική συμμόρφωση επηρεάζεται από τα φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνουν οι ασθενείς καθώς και από το φύλλο των ερωτηθέντων (Πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7: Γραμμική Παλινδρόμηση των Ανεξάρτητων Μεταβλητών με τη Φαρμακευτική Συμμόρφωση

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b		Τιμή p
Αντιμέτωπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας	-0,185	0,328	-0,042	0,000
Φαρμακευτικά σκευάσματα				
Πρωτότυπα vs Γενόσημα	0,147	0,085	0,171	0,004
Πρωτότυπα vs Πρωτότυπα & Γενόσημα	0,107	0,054	0,367	0,038
Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας (Ναι vs Όχι)	0,092	0,058	0,233	0,006
Ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού / οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της οικονομικής κρίσης				
>40% vs 20-40%	0,074	-0,058	0,205	0,091
>40% vs 0-20%	0,112	0,079	0,222	0,021
Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας (Ναι vs Όχι)	-0,360	-0,498	-0,222	0,003
Φύλο (Άνδρες vs Γυναίκες)	0,144	0,023	0,264	0,019

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγκεκριμένη εργασία επιδιώκει να αναδείξει το ρόλο των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Η συμμόρφωση των ασθενών έχει αναγνωριστεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η αποτυχία των ασθενών να ακολουθήσουν τις συστάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης περιορίζει σημαντικά την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι συχνή μεταξύ των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ανεπαρκής προσήλωση έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλει στην αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων, επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής του ασθενή και αυξάνει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Fenerty et al., 2012). Συνήθως, οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα λαμβάνουν αγωγές με πολλά φάρμακα και για μεγάλο χρονικό διάστημα για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η φαρμακευτική συμμόρφωση στη διαχείριση της ασθένειάς τους.

Παρά τα όποια αποτελέσματα άλλων ερευνών (Gagen, 2014 ; Musbek et al., 2008; Nakano & Shirotake 2013 ; Wilson et al., 2005) το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας είχε υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης στη χρήση των φαρμάκων. Συγκεκριμένα, το 93,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τα φάρμακα τα αγοράζει σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιεί σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της ενότητας, οι απαντήσεις δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δε μείωσε ή διέκοψε τα φάρμακα που λαμβάνει για την πάθησή του. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας ήταν ηλικιωμένοι με χρόνια νόσημα καθώς σε έρευνες έχει αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια νοσήματα έχουν υψηλό βαθμό συμμόρφωσης (Hertz, Unger, & Lustik, 2005; Jing et al., 2008; Nakano & Shirotake, 2013).

Στη μελέτη βρέθηκε ότι οι άνδρες παρουσίασαν μεγαλύτερη συμμόρφωση σε σχέση με τις γυναίκες (p -value=0,001). Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν χαμηλότερη συμμόρφωση από τους άνδρες (Mugner, Van Tassel & LaFleur, 2007). Οι Van Wijk et al., (2004) σε έρευνα που αφορούσε τη συμμόρφωση ασθενών με την αντιυπερτασική τους αγωγή αναφέρουν ότι η μη τήρηση ήταν υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και αυξάνονταν εάν η διάρκεια της θεραπείας ήταν μεγαλύτερη από έξι μήνες. Επίσης, η μελέτη PACE των Wang et al., (2005) που αφορούσε ασθενείς >65ετών, έδειξε χαμηλή συμμόρφωση

στην αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή στις γυναίκες. Οι Chen et al., (2014) αναφέρουν ότι οι αιτίες που οι άντρες με ΑΥ είχαν υψηλότερη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή σχετίζονταν λιγότερο με την κουλτούρα και περισσότερο με τους παράγοντες κινδύνου της νόσου. Οι ασθενείς με υψηλή ΑΥ και με λίγα ή ακαθόριστα συμπτώματα είχαν υψηλή συμμόρφωση. Αντίθετα, στις γυναίκες ασθενείς η προσήλωση σχετίζονταν λιγότερο με τους παράγοντες κινδύνου της ΑΥ και περισσότερο με τη διαχείριση της νόσου. Αυξημένες ικανότητες διαχείρισης της νόσου σχετίζονταν με υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης, ενώ αντίθετα ο μειωμένος αυτοέλεγχος συνδέονταν με χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης.

Η υψηλότερη ευρεθείσα συμμόρφωση των ανδρών έναντι των γυναικών ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι η σωστή και στην ώρα της λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί μέριμνα της συζύγου η οποία ήταν υπεύθυνη για τη φαρμακευτική τους αγωγή σύμφωνα με τις δηλώσεις των ιδίων των ανδρών προς την ερευνήτρια. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Field et al., (2006) σε έρευνα που αφορούσε ασθενείς με ΚΑ και τη σωστή διαχείριση των φαρμάκων. Οι άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι τη διαχείριση των φαρμάκων και των συνταγών την είχε αναλάβει η συμβία τους διότι ήταν καλύτερα οργανωμένη.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν καταγράφεται ο αριθμός των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς. Εντούτοις, οι Siskou et al., (2016) αναφέρουν ότι στην Ελλάδα το 2013 οι γυναίκες δαπάνησαν, από τις τρέχουσες δαπάνες υγείας που αφορούσαν παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, το 48% σε φάρμακα, το 22% σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας και διαγνωστικές εξετάσεις και το 30% σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίστοιχα, οι άνδρες δαπάνησαν το 38% σε φάρμακα, το 17% σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας και διαγνωστικές εξετάσεις και το 45% σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Η διαφορά του ποσοστού της φαρμακευτικής δαπάνης μεταξύ γυναικών και ανδρών ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να λαμβάνουν περισσότερα φάρμακα σε σχέση με τους άνδρες. Μελέτες αναφέρουν (Dezii, 2000; Munger, Van Tassell & LaFleur, 2007) ότι η πολυφαρμακία επιδρά αρνητικά στη φαρμακευτική συμμόρφωση των ασθενών. Είναι πιθανόν και στη συγκεκριμένη έρευνα ένας από τους λόγους που οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη φαρμακευτική συμμόρφωση έναντι των ανδρών να είναι και αυτός.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων βρέθηκε ότι επηρεάζει τη φαρμακευτική συμμόρφωση, ειδικά των ατόμων που έλαβαν υποχρεωτική εκπαίδευση σε σύγκριση με τα

άτομα που έλαβαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (p -value= 0,002). Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρει ότι οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν και υψηλότερο βαθμό συμμόρφωσης καθώς έχουν καλύτερη γνώση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία και ως εκ τούτου είναι πιο συνεργάσιμοι (Alkatheri & Albekairy, 2013; Ghods & Nasrollahzadeh, 2003; Jin et al., 2008). Παρόλα αυτά κάποιες μελέτες διαπίστωσαν (Kyngas & Lahdenpera, 1999; Senior, Marteau & Weinman, 2004) ότι οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν καλύτερη φαρμακευτική συμμόρφωση καθώς έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις συμβουλές του θεράποντος ιατρού.

Το συντριπτικό ποσοστό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα 94,9% δήλωσε ότι έχει υποστεί μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό του εισόδημα, το 56% δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στα μηνιαία οικογενειακά του έξοδα, το ~96% έχει αναγκαστεί να κάνει περικοπές σε διάφορους τομείς, ενώ το 41,7% έχει μειώσει τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας του. Σύμφωνα, με τους Τούντα και Σουλιώτη (2015) στην έρευνα HELLAS HEALTH VI αναφέρουν ότι ένας στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων, ενώ ένας στους πέντε καθυστερεί να εκτελέσει ή και δε λαμβάνει τη συνταγή λόγω αδυναμία πληρωμής της σχετικής δαπάνης. Μελέτες αναφέρουν ότι η μείωση του εισοδήματος στερεί από τους ανθρώπους τη δυνατότητα περίθαλψης, τους αναγκάζει να μειώσουν ή ακόμη και να διακόψουν τη φαρμακευτική αγωγή και την πρόληψη (Ευκαρπίδης, 2011). Λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα έχει μειωθεί, ο υψηλός, αριθμός των ασθενών που καταναλώνουν φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή. Επίσης το 11,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει φάρμακα που έχουν συσταθεί από γιατρό (διαNEOσις, 2016). Στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011) αναφέρουν ότι το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή εμποδίων στην πρόσβαση, ενώ πάνω από τέσσερις στους δέκα Έλληνες ανέφερε δυσκολίες στην πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις (ΕΣΔΥ, 2011; διαNEOσις, 2016)

Το ~74,5% των ερωτηθέντων δήλωσε πως το ποσοστό συμμετοχής για την αγορά των αναγκαίων για την πάθησή τους φαρμάκων αυξήθηκε και μόνο στο 21% παρέμεινε το ίδιο. Στην Ελλάδα, η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης συνοδεύτηκε με μέτρα όπως αύξηση της συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων φαρμάκων, διεύρυνση της λίστας

των φαρμάκων που δε συνταγογραφούνται (αρνητική λίστα), επιβολή συμμετοχής ύψους ενός ευρώ για κάθε συνταγή που εκτελείται, κλπ. Σε μελέτη των Siskou et al., (2014) αναφέρεται ότι το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (σε εμβολάγια) η οικονομική συμμετοχή για τους χρήστες ήταν μηδενική έναντι 13% το 2012. Επίσης, το ποσοστό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στα οποία η θεσπισμένη οικονομική συμμετοχή των χρηστών ήταν 25% αυξήθηκε από 53% το 2012 σε 77% το 2013. Η μέση θεσπισμένη συμμετοχή των νοικοκυριών για φαρμακευτικά σκευάσματα για το 2013 εκτιμήθηκε σε 18% έναντι 13,3% το 2012. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πως η αύξηση του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων επιδρά αρνητικά στη συμμόρφωση των ασθενών (Reed et al., 2008). Η χαμηλή συμμόρφωση είναι συχνή μεταξύ ασθενών με χρόνια νοσήματα καθώς και ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα για την πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών σε μακροχρόνιες θεραπείες όπως η ΑΥ, η υψηλή χοληστερόλη και ο διαβήτης (Piette et al., 2005). Σε μια πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι περίπου το 1/4 των ηλικιωμένων ασθενών σταμάτησαν να λαμβάνουν τα φάρμακά τους λόγω του υψηλού κόστους, ενώ οι ασθενείς που πλήρωσαν οι ίδιοι το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν χαμηλή συμμόρφωση σε σχέση με τους ασθενείς που το κόστος της αγωγής καλύφθηκε από την ασφάλειά τους (Aziz et al., 2016; Zhenq et al., 2012).

Πολλές χρόνιες θεραπείες, που είναι ιδιαίτερα ακριβές, παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης καθώς οι ασθενείς αδυνατούν να καλύψουν το πρόσθετο κόστος. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με ΣΔ δύσκολα μπορούν να αντιμετωπίσουν το κόστος του αντιδιαβητικού φαρμάκου και το αυξανόμενο κόστος που συνδέεται με την υγιεινή διατροφή. Η επιβάρυνση αυτή επιδεινώνεται από την πρόσθετη ανάγκη να καλυφθεί το κόστος της ταυτόχρονης αντιυπερτασικής και υπολιπιδαιμικής αγωγής που οι ασθενείς με ΣΔ συνήθως λαμβάνουν ταυτόχρονα με την αντιδιαβητική αγωγή. Παρόλο, που το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών με ΣΔ στην Ελλάδα έχει μειωθεί από το 25% της συνολικής τιμής για την από του στόματος αντιδιαβητική αγωγή στο 10% και τη σημαντική μείωση των τιμών των ακριβών αντιδιαβητικών σκευασμάτων, η συμμετοχή των ασθενών για τη θεραπεία της δυσλιπιδαιμίας, που συνήθως συνυπάρχει με το ΣΔ, αυξήθηκε από το 10% το 2010 στο 25% το 2011. Για το λόγο αυτό, πολλοί ασθενείς διαφωνούν στη χορήγηση μιας ακριβής αντιδιαβητικής αγωγής ή μειώνουν τη συχνότητα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Aloumanis & Papanas, 2014).

Σε έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.) το 2015 σε σύνολο 1.842 συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι το 17,4% των ερωτηθέντων διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή λόγω κόστους και το 11,8% θεωρούσε το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής μεγάλο ή δυσβάσταχτο. Από τα άτομα που λάμβαναν αγωγή για δυσλιπιδαιμία μόνο το 26% είχαν πετύχει το στόχο της θεραπευτικής αγωγής ενώ το 58% δε λάμβανε καμία οδηγία από τον γιατρό του για τη διατροφή που θα έπρεπε να ακολουθήσουν (διαΝΕΟσις, 2016; iatropedia, 2016). Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2013 μεταξύ 288 ασθενών που έπασχαν από χρόνια νόσημα μόνο το 51,8% των ασθενών με δυσλιπιδαιμία λάμβαναν σωστά την φαρμακευτική τους αγωγή, ενώ μεταξύ των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα το ποσοστό αυτό ανέρχονταν στο 75,6%. Το υπόλοιπο 24,4% δήλωσε ότι είχε διακόψει την αγωγή ή παρέλειπε τις δόσεις (Tsiligianni et al., 2014).

Σύμφωνα με τους Siskou et al. (2015), αμφισβητείται το κατά πόσο, ο επιμερισμός του κόστους ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του κάθε ασθενή, είναι αποτελεσματικός ως μέτρο. Εκτός του ότι το συγκεκριμένο μέτρο είναι σχεδόν αδύνατον να εφαρμοστεί, επισημαίνει τις κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές συνέπειες της κατανομής του κόστους για τις διάφορες ομάδες ασθενών. Η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας για το μέσο πολίτη πιθανόν να μην έχει επίδραση κάποια δυσμενή επίδραση στην υγεία του. Ωστόσο, οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες επηρεάζονται δυσμενώς, επιδεινώνοντας επιπλέον την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας τους. Μελέτες αναφέρουν (Huberet al., 2012) ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα πλήττονται δυσανάλογα από την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τα άτομα με υψηλό εισόδημα. Όπως επίσης και οι ασθενείς με άσχημη κατάσταση υγείας οι οποίοι επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο από μία τέτοια αύξηση σε σύγκριση με τα υγιή άτομα.

Πολλοί ασθενείς με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν χαμηλή φαρμακευτική συμμόρφωση λόγω του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής, ιδιαίτερα οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα, χρόνια προβλήματα υγείας και ανασφάλιστοι. Η αύξηση του κόστους των φαρμάκων είναι μία αναχρονιστική μορφή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, η οποία απαιτεί από τους φτωχούς να πληρώσουν περισσότερα για την υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με τους πλούσιους. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας θα πρέπει, αντί να στοχεύουν στους ασθενείς μέσω της αύξησης του κόστους των φαρμάκων, να επικεντρωθούν στα κίνητρα που αντιμετωπίζουν οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί, καθώς οι ομάδες αυτές φέρουν μεγάλο μέρος της ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη

διαθεσιμότητα, τη χρήση και το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Gemmill, Thomson & Mossialos, 2008). Επιπλέον, θα πρέπει να εφαρμοστούν πρακτικές και ισορροπημένες πολιτικές κατανομής του κόστους που δε θα αποτελούν εμπόδιο για φθηνά και αποτελεσματικά φάρμακα και που θα παράγουν οφέλη για την υγεία σε ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού (Sinnott et al., 2013). Με δεδομένη τη σημασία της φαρμακευτικής συμμόρφωσης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι παρεμβάσεις που μειώνουν το κόστος των φαρμάκων μπορεί να επιτύχουν σημαντικά αποτελέσματα στη νοσηρότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε κοινοτικό επίπεδο (Piette et al., 2005).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το υψηλό ποσοστό ~54 % των ασθενών που κάνει χρήση πρωτότυπων φαρμάκων καθώς και το υψηλό ποσοστό 61,6% που δήλωσε πως δεν θα χρησιμοποιούσε στο μέλλον γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους. Επιπλέον, από τους ασθενείς που χρησιμοποιούν γενόσημα φάρμακα η πλειοψηφία 82,4% άρχισε να τα χρησιμοποιεί μετά την οικονομική κρίση, ενώ το 62,4% των ερωτηθέντων απάντησε πως η χρήση τους διευκολύνει να παραμείνουν πιστοί στην αγωγή. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση (Romanelli & Segal, 2014; Mano et al., 2014; van Wijk et al., 2006) έδειξε πως σε ασθενείς με ΑΥ και δυσλιπιδαιμία στους οποίους έγινε αντικατάσταση της χρήσης φαρμάκων με συγκεκριμένες εμπορικές ονομασίες με άλλα γενόσημα συνέχισαν να έχουν υψηλό ποσοστό συμμορφώσεις και δεν διέκοψαν την αγωγή τους.

Επιπλέον, μία βιβλιογραφική ανασκόπηση 20 μελετών μεταξύ των ετών 2000 και 2011 που αφορούσε τα γενόσημα φάρμακα έδειξε ότι αν και η αντικατάσταση της φαρμακευτικής αγωγής με γενόσημα σκευάσματα ήταν καλά αποδεκτή από την πλειοψηφία των ασθενών εντούτοις περίπου το ένα τρίτο των ασθενών είχε αρνητική στάση απέναντι στη χρήση γενοσήμων κάτι που ενδεχομένως να οδήγησε σε χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης. Οι εξηγήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς για την αρνητική τους στάση ήταν η άποψη πως οι χαμηλότερες τιμές στα φάρμακα συνδέονται και με μειωμένη ποιότητα. Σημαντικό επίσης είναι να επισημανθεί ότι οι απόψεις των ασθενών για τα γενόσημα ποικίλλουν ανάλογα με τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όπως η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και η ηλικία. Ενώ ένας παράγοντας που επηρέασε σημαντικά την αποδοχή των γενοσήμων φαρμάκων από τους ασθενείς ήταν το οικονομικό όφελος που αποκόμισαν από τη χρήση τους (Hakonsen & Toverud, 2012).

Σε έρευνα των Τούντα και Σουλιώτη (2015) σε 1.001 άτομα μόνο ένας στους τρεις γνώριζε καλά τι είναι τα γενόσημα φάρμακα, ενώ μόνο ένας στους πέντε τα εμπιστεύονταν. Η χαμηλή εμπιστοσύνη ήταν αποτέλεσμα της στερεότυπης θέσης, καθώς το 63% των ερωτηθέντων είχε περιορισμένη γνώση για τα γενόσημα. Επιπρόσθετα, το 83% των ερωτηθέντων δεν ζητούσαν από το γιατρό τους να τους προτείνει γενόσημο φάρμακο, το 44% δήλωσε ότι αυτό οφείλονταν στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς τα συγκεκριμένα σκευάσματα, ενώ ένας στους τρεις δήλωσε ότι εμπιστεύονταν το γιατρό του όσον αφορά στην επιλογή του φαρμάκου που θα του πρότεινε. Η παρούσα εργασία δεν διευκρινίζει για ποιους λόγους οι ασθενείς αρνούνται να χρησιμοποιήσουν γενόσημα φάρμακα, το γεγονός όμως πως οι χρήστες πρωτότυπων φαρμάκων έχουν υψηλότερο βαθμό συμμόρφωσης σε σχέση με τους ασθενείς που κάνουν χρήση γενοσήμων σκευασμάτων χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η πολιτική μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα έθεσε σε προτεραιότητα μεταρρυθμίσεις όπως η επέκταση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων. Το 2015 τα γενόσημα φάρμακα κατείχαν μερίδιο 21-22% επί του όγκου και 22-24% επί της αποζημιούμενης δαπάνης, τη στιγμή που τα νέα φάρμακα καταλάμβαναν διαρκώς μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς επί των πωλήσεων. Για κάθε δύο παλαιά φάρμακα μόνο το ένα υποκαθίσταται από γενόσημα, ενώ το άλλο υποκαθίσταται από νεότερο και δαπανηρότερο. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην πολύ χαμηλή τιμή ορισμένων γενοσήμων που τα οδηγεί στην απόσυρση και στο φαινόμενο της υποκατάστασης με ακριβότερα φάρμακα (διαΝΕΟσις, 2016). Η αντικατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα αποτελεί πλέον ένα βασικό συστατικό των πολιτικών διαχείρισης υγειονομικού κόστους στην Ελλάδα. Το συγκεκριμένο μέτρο έχει επιτύχει ήδη μεγάλες εξοικονομήσεις σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Η προσπάθεια διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά μπορεί να επιφέρει σημαντική εξοικονόμηση (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016). Σημαντικός παράγοντας για την αύξηση της κατανάλωσής τους είναι η αυστηρή επιβολή μελετών βιοϊσοδυναμίας που θα διασφαλίζουν την ποιότητά τους καθώς μέχρι πρότινος επικρατούσαν στον ελληνικό πληθυσμό σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά στην ασφάλεια και τα θεραπευτικά αποτελέσματα τέτοιων φαρμάκων με αποτέλεσμα οι ασθενείς που λαμβάνουν γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα να παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης (Vandoros & Stargardt, 2013).

Επιπλέον, μελέτες έδειξαν ότι η φαρμακευτική συμμόρφωση δεν επηρεάστηκε σε ασθενείς με υπέρταση και δυσλιπιδαιμία στους οποίους έγινε υποκατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με γενόσημα. Η διερεύνηση των στάσεων των ασθενών για τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων

μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη στρατηγικών που θα ενισχύσουν τη διείσδυση γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά και θα αξιοποιήσουν τις εξοικονομήσεις από τη χρήση τους (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016). Παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αύξηση της διείσδυσης χωρίς να επηρεαστεί ο βαθμός συμμόρφωσης των ασθενών είναι εθνικές εκστρατείες ενημέρωσης, προκειμένου να υπάρχει σωστή και εμπεριστατωμένη πληροφόρηση, καθώς και εκδόσεις εγχειριδίου με τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα και τις αξιολογήσεις της θεραπευτικής τους ισοδυναμίας με σκοπό την πληροφόρηση των καταναλωτών και των επαγγελματιών υγείας για τα κυκλοφορούντα γενόσημα φάρμακα (Kobayashi et al., 2011).

Καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της τήρησης της αγωγής έχουν οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι πρέπει να αναγνωρίσουν στον ασθενή το δικαίωμα να λαμβάνει μέρος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την ασθένειά του. Για το λόγο αυτό, οι όποιες αποφάσεις λαμβάνονται πρέπει να έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτός θα πρέπει να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και γιατρού μέσα από την οποία οι επαγγελματίες υγείας με σαφήνεια θα παρέχουν στους ασθενείς οδηγίες/συμβουλές που θα βελτιώνουν τη συμμόρφωση (Delamater, 2006). Παρεμβάσεις που αφορούν την εκπαίδευση των ασθενών, απλοποιημένα θεραπευτικά σχήματα, οικονομικά αποτελεσματικές θεραπείες καθώς και εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες μπορεί να αξιοποιηθούν ώστε να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος (Fernety et al., 2012)

Επίσης, η σωστή πληροφόρηση του ασθενή τόσο για την ασθένειά του όσο και για τις επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς του και σε υψηλά ποσοστά τήρησης. Συνήθως οι γιατροί δεν αναγνωρίζουν και δεν αντιμετωπίζουν σωστά το κενό αυτό πληροφόρησης ή πολλές φορές χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους με τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι εξοικειωμένοι. Η χρήση εικονογραφικού και οπτικοακουστικού υλικού αντί γραπτών οδηγιών καθώς και έγκυρων ιατρικών διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης μπορεί να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα (Brown & Bussell, 2011).

Οι φαρμακοποιοί μπορεί επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη φαρμακευτική συμμόρφωση με υπηρεσίες που περιλαμβάνουν την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των φαρμάκων, καθώς είναι οι πιο ειδικοί σε θέματα φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής, παροχή συμβουλών σχετικά με τη σημασία της τήρησης καθώς και το σχεδιασμό ενός

σχεδίου δράσης που θα αφορά τη φαρμακευτική αγωγή. Στην Ελλάδα οι ασθενείς ακολουθούν πιο εύκολα τη συμβουλή του φαρμακοποιού τους, παρά του γιατρού τους, επειδή είναι πιο προσβάσιμος και πιο οικείος. Σε έρευνα των Τούντα και Σουλιώτη (2015) βρέθηκε ότι το 64% των ερωτηθέντων είχε εμπιστοσύνη στο φαρμακοποιό τους. Η υπερβολική οικειότητα όμως μπορεί και να αποτελεί μειονέκτημα, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε παρεκκλίσεις από τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013)

Το πρώτο βήμα για τη βελτίωση της προσήλωσης είναι η αναγνώριση του προβλήματος και στη συνέχεια η εφαρμογή απλών στρατηγικών στην καθημερινή πρακτική που θα βελτιώσουν την τήρηση. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που αφορούν τη συμμόρφωση μπορεί να έχει πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών από οποιαδήποτε βελτίωση συγκεκριμένων ιατρικών θεραπειών (NCCSDO, 2009). Υπάρχουν ακόμα πολλές προκλήσεις όσον αφορά την περαιτέρω κατανόηση των λόγων της μη συμμόρφωσης και το σχεδιασμό καλύτερων παρεμβάσεων για τη βελτίωσή της, καθώς η επίτευξη της συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένα σημαντικό στόχο προκειμένου να αποκομιστούν τα μέγιστα οφέλη της θεραπευτικής αγωγής (Ho et al., 2005). Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επιδιώξει να κατανοήσει τους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς των ασθενών που επηρεάζουν τη συμμόρφωση και την ανάπτυξη και δοκιμή καινοτόμων παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν τους ασθενείς στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Kripalani, Yao & Haynes, 2007).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσσες

Βαρουφάκης, Γ. Πατώκος, Τ. Τσερκέζης, Λ. Κουτσοπέτρος, Χ. (2011), *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη το 2011*, ΙΝΕ, Αθήνα.

Βουρλιωτάκη, Ε.Γ. Κεφαλογιάννης, Ν.Κ. (2013) “ Συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή: Τι γνωρίζουμε σήμερα και πώς μπορούμε να παρέμβουμε”, *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, Vol. 26 (4) , p.p:229-236

Γαλάνης, Π. (2013) “Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 30(1), p.p: 97-110

Γαλάνης, Π. (2009) “Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 26(5), p.p:699-711.

διαΝΕΟσις, (2016) *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση*, Αθήνα

ΕΛΣΤΑΤ, (2016) *Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*, Αθήνα

ΕΛΣΤΑΤ, (2016) *Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα*, Αθήνα

ΕΣΔΥ, (2013) *Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα*, Αθήνα

Ευκαρπίδης, Α. (2011) “Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο”, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Vol. 4 (3), p.p: 48-52

Καϊτελίδου, Δ. (2014) “Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας”, *Νοσηλευτική*, Vol. 53 (2), p.p 129-132

Κατσαδώρος, Δ. (ed) *Γραμμή Βοήθειας για την ανατροπή των αυτοκτονιών 1018: χαρακτηριστικά των καλούντων, Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2010, 21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, 5-7 Μαΐου 2011*

Κολλίντζας, Τ. Ψαλιδόπουλος, Μ. (2009) “Οι κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισής τους”, *Οικονομία & Αγορές*, Vol 4 (8), p.p 2–9

Κότιος, Α. Γαλανός, Γ. Ρουκανάς, Σ. (2012) “Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης”, *Σειρά Ερευνητικών Εργασιών*, Vol 18(1), p.p 1-26

Κουρλαμπά, Γ. Πίτσαβος, Χ. Παναγιωτάκος, Δ. Αντωνούλας, Α. Ζόμπολος, Σ. Κόγιας, Γ. και συν. (2006) “Επιδημιολογία του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στην Ελλάδα Σκοποί, σχεδιασμός και αρχικά χαρακτηριστικά των ασθενών της επιδημιολογικής μελέτης GREECS”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 23(4), p.p:365-374

- Κυριόπουλος, Γ. (2015) “ Φαρμακευτική πολιτική: ψευδοεπιστημονικά τεχνάσματα και ιδεολογικοπολιτικές αυταπάτες”, *Χρόνος*, Vol. 27, [online] available from: < <http://www.chronosmag.eu/index.php/g-pls-f-pl-pseps-s-elgpl-p.html> > [accessed 15/7/2016]
- Μιχοπούλου, Σ. (2014) *Κρίση χρέους, οικονομική λιτότητα και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη*, ΙΝΕ, Αθήνα
- Ξανθοπούλου, Σ. Κατσαλιάκη, Κ. (2016) “ Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης”, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 33(5), p.p: 583-595
- Οικονόμου, Χ. (2013) “Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία”, *Foreign Affairs The Hellenic Edition*, [online] available from < <http://foreignaffairs.gr> > [accessed 12/7/2016]
- ΟΟΣΑ, (2015) *OECD 360 Ελλάδα 2015*, Παρίσι
- Παναγιωτάκος, Δ. Χρυσόχου, Χ. Κοτρογιάννης Ι. Πίτσαβος, Χ. (2014) *Η επιδημιολογία της καρδιαγγειακής νόσου. Η Ελληνική εμπειρία*, Εντατική Εκπαίδευση στην Ενδοκρινολογία: 9^{ος} Κύκλος: Λιπίδια –Μεταβολικό Σύνδρομο, p.p: 387-411
- Παπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα
- Ρομπόλης, Σ. (2012) *Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος: από το κράτος πρόνοιας στο κράτος φιλανθρωπίας*, εκδ. Επίκεντρο, Αθήνα
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, (2014) *Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης. Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008 – 2013*, Αθήνα
- Τόλιος, Γ. (2011) *Κρίση, «απεχθές» χρέος και αθέτηση πληρωμών Το ελληνικό... δίλημμα!*, εκδ. ΤΟΠΟΣ, Αθήνα
- Τούντας, Γ. Σουλιώτης, Κ. (2015) *Πανελλαδική Έρευνα Υγείας HELLAS HEALTH VI*, ΙΚΠΙ, Αθήνα
- Υπουργείο Οικονομικών, (2011) *Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής*, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας, (2008) *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 - 2012*, Αθήνα
- Φράγκου, Α. Αποστολάρα, Π. Καλοκαιρινού, Α. (2015) “ Συμμόρφωση στη Θεραπεία και ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας: Η περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών”, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Vol.8 (4) p.p 29-36
- Χαρδούβελης, Γκ. (2009) “Η κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές”, *Οικονομία & Αγορές*, Vol 4 (8), p.p 19 – 43

Χριστοδουλάκης, Ν. (2011) *Σώζεται ο Τιτανικός; Από το Μνημόνιο ξανά στην ανάπτυξη*, εκδ. ΠΟΛΙΣ, Αθήνα

Αγγλικές

- Alkatheri, A. Albekairy, A. (2013) “Does the patients’ educational level and previous counseling affect their medication knowledge?”, *Ann Thorac Med*, Vol. 8(2), p.p: 105-108
- Aloumanis, K. Papanas, N. (2014) “Greek financial crisis: consequences in the healthcare of diabetes and its complications”, *Hippokratia*, Vol. 18(1), p.p: 4-6
- Al-Qazaz, H.Kh. Hassali, M.A. Sulaiman, S.A. Sundram, S. Morisky, D.E. (2010) “The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: Translation and validation of the Malaysian version”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 90 (2), p.p: 216-221
- American Heart Association (2011) “Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States”, *Circulation*, Vol. 123 (8), p.p: 933-944
- American Heart Association (2010) “Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update”, *Circulation*, Vol. 121(7), p.p e46-e215
- American Heart Association (2008) “Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee”, *Circulation*, Vol. 117 (4), p.p: e25- e146
- American Heart Association (2010) “Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update A Report From the American Heart Association”, *Circulation*, Vol. 121(7), p.p: e46-e215
- American Heart Association (2016) “Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update”, *Circulation*, Vol. 133(4), p.p e46-e358
- Anglada-Martinez, H. Riu-Viladoms, G. Rovira-Illamola, M. Sotoca-Momblona, J.M. Codina-Jane, C. (2015) “Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review”, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 69 (1), p.p:9-32
- Atreja, A. Bellam, N. Levy, S. (2005) “Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple”, *MedGenMed*, Vol. 7(1), p.p: 4
- Aziz, H. Hatah, E. Bakry, M.M. Islahudin, F. (2016) “How payment scheme affects patients’ adherence to medications? A systematic review”, *Dovepress*, Vol.10, p.p: 837-850
- Bohk, C. Rau, R. (2015) “ Impact of Economic Conditions and Crises on Mortality and its Predictability”, *Kolner Z Soz Sozpsychol*, Vol. 67 (1), p.p: 271-294
- Brath, H. Morak. J. Kastenbauer, T. modre-Osprian, R. Strohner-Kastenbauer, H. Schwarz, M. et al. (2013) “Mobile health (mHealth) based medication adherence measurement – a pilot trial using electronic blisters in diabetes patients”, *BrJ Clin Pharmacol*, Vol.76 (1), p.p:47-55

Brown, M., Bussell, J. (2011) “Medication Adherence: WHO Cares?”, *Mayo Clinic Proceeding*, Vol. 86 (4), p.p : 304-314

Centers for Medicare and Medicaid Services, (2011) *NHE Projections 2010–2020*, DC: US Department of Health and Human Services, Washington

Chen, SL. Lee, WL. Lianq, T. Liao, IC. (2014) “Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study”, *J Adv Nurs*, Vol. 70(9), p.p:2031-2040

Chisholm-Burns, M.A. Sprivey, C.A. (2012) “The 'cost' of medication nonadherence: Consequences we cannot afford to accept”, *journal of the American Pharmacists Association*, Vol. 52 (6), p.p : 823-826

Davis, M.S. (1968) “Variations in patients' adherence with doctors' advice: an empirical analysis of patterns o communication”, *Am J Public Health Nations Health*, Vol. 58 (2), p.p 274-288

Delamater, A. (2006) “Improving Patient Adherence”, *Clinical Diabetes*, Vol. 24(2), p.p:71-77

Desai, A. Mahajan, N. Sewlikar, S. Pillai, R. (2014) “Medication adherence: the critical step to wards better patient outcome, *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, Vol. 3 (5) p.p: 748-754

Dezii, C.M, (2000) “A retrospective study of persistence with single-pill combination therapy vs. concurrent two-pill therapy in patients with hypertension”, *Care Managed*, Vol. 9 (9), p.p: S2-S6

Djarv, T. Wikman, A. Lagergren, P. (2012) “Number and burden of cardiovascular diseases in relation to health-related quality of life in a cross-sectional population-based cohort study”, *BMJ Open*, Vol. 2 (5), p.p e001554 [online] available from: < <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001554> > [accessed 20/7/2016]

DiMatteo, M.R. (1994) “Enhancing patient adherence to medical recommendations”, *Jama*, Vol. 271(1), p.p:79–83

Donovan, J.L. (1995) “Patient decision making. The missing ingredient in adherence research”, *Int J Technol Assess Health Care*, Vol.11(3), p.p:443–455

Donovan, J.L. Blake, D.R (1992) “Patient non-adherence: Deviance or reasoned decision – making?”, *Social Science and medicine*, Vol. 34(5), p.p: 507-513

Eraker, S.A. Kirscht, J.P. Becker, M.H. (1984) “Understanding and improving patient adherence”, *Ann Intern Med*, Vol. 100(2), p.p :258–268

European Patients Forum, (2014) *Adherence and Concordance*, EPF position paper-draft for consultation, Belgium

Fenerty, S.D. West, C. Davis, S. Kaplan, S. Feldman, S. (2012) “The effect of reminder systems on patients’ adherence to treatment”, *Dovepress*, Vol. 6, p.p:127-135

Field, K. Ziebland, S. McPherson, A. Lehman, R. (2006) “ ‘Can I come off the tablets now?’ A qualitative analysis of heart failure patients’ understanding of their medication”, *Family Practice*, Vol. 23(6), p.p: 624-630

Forissier, T. (2011) *Patient Adherence: The next Frontier in Patient Care*, Vision & Reality, 9th Edition, Global Research Report by Capgemini Consulting

Fox, K. Garcia, M.A.A. Ardissino, D. Buszman, P. Camici, P.G. Crea, F. (2006) “Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary”, *European Heart Journal*, Vol. 27(11), p.p:1341-1381

Gagen, H. (2014) *White paper: Understanding the psychological blocks in medicine-taking: How pharma can help*, Boehringer Ingelheim, United Kingdom

Gandapur, Y. Kianoush, S. Kelli, H.M. Misra, S. Urrea, B. Blaha, M.J. et al. (2016) “The role of mHealth for improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review”, *European Heart Journal*, [online] available from: < <http://dx.doi.org/10.1093/ehjqcco/qcw018> > [accessed 20/8/2016]

Gaziano, A.T. (2005) “Cardiovascular Disease in the Developing World and Its Cost-Effective Management”, *Circulation*, Vol. 112 (23), p.p 3547-3553

Gemmill, M. Thomson, S. Mossialos, E. (2008) “What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries”, *Int J Equity Health*, Vol.7 (12), p.p:1-22

Ghods, A.J. Nasrollahzadeh, D. (2003) “Nonadherence with immunosuppressive medications after renal transplantation”, *Exp Clin Transplant*, Vol. 1(1), p.p: 39-47

Goranitis, I. Siskou, O. Liaropoulos, L.. (2014) “Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece”, *Health Policy*, Vol. 117 (3), p.p:279-284

Griffith, S. (1990) “A review of the factors associated with patient adherence and the taking of prescribed medicines”, *Br J Gen Pract*, Vol.40(332), p.p:114–116

Gupta, A. Arshad, S. Poulter, N. (2010) “Antihypertensive Agents, Adherence Adherence, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents”, *Hypertension*, Vol. 55, p.p:399-407

Hakonsen, H. Toverud, E.L. (2012) “A review of patient perspectives on generics substitution: what are the challenges for optimal drug use”, *Generics and Biosimilars Initiative Journal*”, Vol. 1(1), p.p: 28-32

- Harikrishnan, S. Leeder. S. Huffman, M. Panniyammakal, J. Prabhakaran, D. (2014) *A race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*, Centre for Chronic Disease Control, New Delhi, India
- Haynes, R.B. Taylor D.W. Sackett, D.L. (1979) *Adherence in health care*, Md., Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Helpert, T. M. Khan, Z.M. Schmier, J.K Burnier, M. Caro, J.J, Cramer, J. et al. (2006) “Recommendations for Evaluating Adherence and Persistence With Hypertension Therapy Using Retrospective Data” *Hypertension*, Vol. 47, p.p 1039-1048
- Hertz, R.P. Unger, A.N. Lustik, M.B. (2005) “ Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance”, *Clin Ther*, Vol. 27(7), p.p:1064–1073
- Ho, P.M. Bryson, C.L. Rumsfeld, J.S (2009) “Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes”, *Circulation*, Vol. 119(23), p.p :3028-3035
- Hodgson, T.A. Cai L. (2001) “ Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities”, *Med Care*, Vol. 39 (6), p.p 599–615.
- Huber, C.A, Ruesch, P. Mielck, A. Bocken, J. Rosemann, T. Meyer, P.C. (2012) “Effects of cost sharing on seeking outpatient care: A propensity – matched study in Germany and Switzerland” *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 18(4), p.p:781-787
- Iuga, A.O. McGuire, M.J. (2014) “Adherence and health care costs”, *Dovepress*, Vol. 7, p.p: 35-44
- Jackevicius, C. Li, P. Tu, J. (2008) “Prevalence, Predictors, and Outcomes of Primary Nonadherence After Acute Myocardial Infarction” *Circulation*, Vol. 117 (8), p.p: 1028-1036
- Jin, J. Sklar,G.E. Min Sen Oh, V. Chuen Li, S. (2008) “Factors affecting therapeutic adherence: A review from the patient’s perspective”, *Ther Clin Risk Manag.*,Vol. 4(1), p.p:269-286
- Kaitelidou, D. Kalogeropoulou, M. Galanis, P. Charalambous, G. Liaropoulos, L. (2014) “Impact of Economic Crisis on the Greek Health Care System and on the Population Health”, *Value in Health*, Vol 17 (7), p.p A446
- Kentikelenis, A. Karanikolos, M. Papanikolas, I. Basu, S. McKee, M. Stuckler, D. (2011) “Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy”, *The Lancet*, Vol.378 (9801), p.p 1457-1458
- Kentikelenis, A. Papanikolas, I. (2011) “Economic crisis, austerity and the Greek public health system” *The European Journal of Public Health*, vol. 22 (1), p.p 4-5

Kobayashi, E Karigome, H. Sakurada, T. Satoh, N. Ueda, S. (2011) “Patients’ attitudes towards generic drug substitution in Japan”, *Health Policy*, Vol. 99(1), p.p: 60-65

Korb-Savoldelli, V. Gillaizeau, F. Pouchot, J. Lenain, E. Postel-Vinay, N. Plouin, P.F. et al. (2012) “Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults”, *The Journal of Clinical Hypertension*, Vol. 14 (7), p.p: 429-434

Kotios, A. Galanos, G. Pavlidis, G. (2011) “Greece and the Euro: The Chronicle of an Expected Collapse”, *Intereconomics*, Vol. 46 (5), pp. 263-269

Kripalani, S. Yao, X. Haynes, R. (2007) “Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. A Systematic Review”, *The Journal of the American Medical Association*, Vol, 167 (6), p.p: 540-549

Kyngas, H. Lahdenpera, T. (1999) “Adherence of patients with hypertension and associated factors”, *J Adv Nurs*, Vol. 29(4), p.p:832-839

Landers, R. Behrend, T. (2015) “An Inconvenient Truth: Arbitrary Distinctions Between Organizational, Mechanical Turk, and Other Convenience Samples”, *Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 8(2), p.p: 142-146

Leal, J. Luengo-Fernández, R. Gray, A. Petersen. S. Rayner, M. (2006) “Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union”, *European Heart Journal*, Vol. 27, p.p 1610-1619

Leon, D. (2007) “Commentary: Preston and mortality trends since the mid-1970s”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 36 (3), p.p: 500-501

Liu, J.L.Y. Maniadaki, N. Gray, A. Rayner, M. (2002) “The economic burden of coronary heart disease in the UK”, *Heart*, Vol. 88, p.p 597-603

Maciejewski, M.L. Bryson, C.L. Perkins, M. Blough, D.K. Cunningham, F.E. Fortney, J.C (2010) “Increasing Copayments and Adherence to Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemic Medications”, *Am J Manag Care*, Vol. 16(1), p.p: 20-34

Makaryus, A. Friedman, E. (2005) “Patients' Understanding of Their Treatment Plans and Diagnosis at Discharge”, *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 80 (8), p.p :991-994

Mano, Y. Fukushima, S. Kuroda, H. Ohshima, H. Kato, Y. Ohuchi, K. et al. (2015) “Adherence to changing from brand-name to generic atorvastatin in newly treated patients: a retrospective cohort study using health insurance claims”, *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, Vol. 1 (12), p.p: 2-8

Meichenbaum, D. Turk, D.C. (1987) *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner’s Guidebook*, NY: Plenum Press, New York

Morris, L.S. Schulz, R.M. (1992) “Patient adherence – an overview”, *J Clin Pharm Ther*, Vol.17(5), p.p:283–295

Munger, M. Van Tassel, B. LaFleur, J. (2007) “Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor”, *MedGenMed*, Vol. 9(3), p.p:58

Murray, C.J.L Lopez, A.D (1996) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Harvard University press, Boston

Muszbek, N. Brixner, D. Benedict, A. Keskinaslan, A. Khan, Z. M. (2008) “The economic consequences of nonadherence in cardiovascular disease and related conditions: a literature review”, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 62(2), p.p:338-351

Nakano, M. Shirotake, S. (2013) “Construction of a three-dimensional model of cardiovascular disease and deployment of a new method of fostering patient adherence to instruction”, *Dovepress*, Vol. 7, p.p: 579-587

NCCSDO, (2005) *Concordance, adherence and adherence in medicine taking*, UK

Nichols, M. Townsend, N. Scarborough, P. Rayner, M. (2013) “Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update” *European Heart Journal*, Vol. 34 (39), p.p: 3028-3034

Njie, G. Finnie, R. Acharya, S. Jacob, V.Proia, K. Hopkins, D. et al, (2015) “Reducing Medication Costs to Prevent Cardiovascular Disease: A Community Guide Systematic Review”, *Preventing Chronic Disease*, Vol. 12 (E 208)

OECD, (2015) *Health at a Glance 2015*, France

Oti, S. van de Vijver, S. Gomez, G. Agyemang, C. Egondi, T. Kyobutungi, C. et al. (2016) “Outcomes and costs of implementing a community-based intervention for hypertension in an urban slum in Kenya”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol, 94, p.p 501-509, online available from: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/7/15-156513.pdf> > [accessed 17/7/2016]

Osterberq, L. Blaschke, T. (2005) “Adherence to Medication”, *N Emgl J Med*, Vol. 353 (5), p.p: 487-497

Park, L.G. Howie-Esquivel, J. Chunq, M.L. Dracup, K. (2014) “A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial”, *Patient Education & Counseling*, Vol. 94 (2), p.p: 261-268

Pestana, J.A. Steyn, K. Leiman, A. Hartzenberg, G.M. (1996) “ The direct and indirect costs of cardiovascular disease in South Africa in 1991”, *S Afr Med J*, VOL. 86 (6), p.p 679-684

Pharmaceutical Group of the European Union, (2008) *Targeting adherence: Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacists’ Intervention*, Brussels

- Piette, J. Heisler, M. Krein, S. (2005) "The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 165 (15), p.p: 1749-1755.
- Piette, J. Rosland, A.M. Silveira, M. Hayward, R. McHorney, C. (2011) "Medication cost problems among chronically ill adults in the US: did the financial crisis make a bad situation even worse?", *Dovepress*, Vol. 5, p.p: 187-194
- Pitsavos, C. Panagiotakos, D. Chrysohoou, C. Stefanadis, C. (2003) "Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study", *BioMed central*, Vol. 3(32), p.p:1-9
- Rasmussen, J. Chong, A. Alter, D. (2007) "Relationship Between Adherence to Evidence-Based Pharmacotherapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction", *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 297(2), p.p: 177-186
- Reed, M. Brand, R. Newhouse, J. Selby, J. Hsu, J. (2008) "Coping with Prescription Drug Cost Sharing: Knowledge, Adherence, and Financial Burden", *Health Services Research*, Vol. 43(2), p.p:785-797
- Romanelli, R. Segal, J. (2014) "Predictors of Statin Adherence after Switching from Branded to Generic Agents among Managed-Care Beneficiaries", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 29(10). p.p: 1372-1378
- Sanchis-Gomar, F. Perez-Quilis, C. Leischik, R. Lucia, A. (2016) "Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome", *Ann Transl Med*, Vol. 4(13), p.p: 256
- Senior, V. Marteau, T.M. Weinman, J. (2004) "Self-reported adherence to cholesterol-lowering medication in patients with familial hypercholesterolaemia: the role of illness perceptions", *Cardiovasc Drugs Ther.*, Vol. 18(6), p.p: 475-481
- Shin, E.S. Hwanq, S.Y. Jeonq M.H. Lee. E.S (2013) "Relationships of Factors Affecting Self-care Adherence in Acute Coronary Syndrome Patients Following Percutaneous Coronary Intervention" *Asian Nursing Research*, Vol. 7 (40), p.p: 205-211
- Simou, E. Koutsogeorgou, E. (2014) "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, Vol. 115 (2-3), p.p 111-119
- Sinnott, S.J. Buckley, C. O'Riordan, D. Bradley, C. Whelton, H. (2013) "The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis", *PLoS One*, Vol. 8 (5). p.p: e64914
- Siskou, O. Kaitelidou, D. Litsa, P. Georgiadou, G. Alexopoulou, H. Paterakis, P. et al. (2014) "Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece:

Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates”, *Value in Health Regional Issues*, Vol. 4, p.p:107-114

Siskou, O. Schneider, M. Craig, M. Kaitelidou, D. Priftis, C. Kani, C. et al. (2016) *Health Expenditure by Disease Age and Gender in Greece HEDIC, ISPOR 19th Annual European, Vienna, 28 October-2 November*

Siskou, O. Stokou, H. Mamas, T. Kaitelidou, D.Galanis, P. Tsavalias, K. et al. (2015) “Evaluating Cost Sharing Measures in Public Primary Units in Greece: Cost Sharing Measures in Primary Care”, *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare*, Vol. 4(4), p.p:52-62

Skroumpelos, A. Pavis, E. Pasaloglou, S. Kyriopoulos, J. (2014) “Catastrophic Health Expenditures and Chronic Condition Patients in Greece”, *Value in Health*, Vol 17 (7), p.p: A501-A502

Skroumpelos, A. Zavras, D. Kyriopoulos, I. Nokolaidis, G. Kyriopoulos, J. (2014) “The Impact of Economic Crisis on Suicide Rates in Greece”, *Value in Health*, Vol 17 (7), p.p: A465

Smith, D. Kramer, J. Perrin, N. Platt, R. Roblin, D. Lane, K. et al. (2008) “A Randomized Trial of Direct-to-Patient Communication to Enhance Adherence to β -Blocker Therapy Following Myocardial Infarction”, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 168 (5), p.p: 477-483

Svensson, S. Kjellgren, K. Ahlner, J. Saljo, R. (2000) “Reasons for adherence with antihypertensive medication”, *International Journal of Cardiology*, Vol. 76 (2-3), p.p: 157–163

Sudano, JJ. Baker DW. (2001) “ Antihypertensive medication use in Hispanic adults: a comparison with black adults and white adults”, *Med Care*, Vol. 39 (6), p.p: 575-587

Townsend, N. Nichols, M. Scarborough, P. Rayner, M. (2015) “Cardiovascular disease in Europe — epidemiological update 2015”, *European Heart Journal*, Vol. 36, p.p: 2696-2705

Townsend, N. Wilson, L. Bhatnagar, P. Wickramasinghe, K. Rayner, M. Nichols, M. (2016) “Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016”, *European Heart Journal*, Vol. 0, p.p:1-14

Trochim, W. Donnelly, J. (2008) *The research methods knowledge base*, Mason, OH: Atomic Dog.

Tsiligianni, I.G. Papadokostakis, P. Prokopiadou, D. Stefanaki, I. Tsakountakis, N. Lionis, C. (2014) “Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a rural population in Crete, Greece”, *Quality in Primary Care*, Vol. 22(5), p.p: 238-244

Vandoros, S. Stargardt, T. (2013) “Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis”, *Health Policy*, Vol. 109(1), p.p: 1-6

Van Wijk, BL. Klungel, O.H. Heerdink, E.R de Boer, A. (2006) “Generic substitution of antihypertensive drugs: does it affect adherence?”, *Ann Pharmacother.*, Vol. 40(1), p.p: 15-20

Vemmos, K. Bots, M. Tsibouris, P. Zis, V. Grobbee, D. Stranjalis, G. et al. (1999) “Stroke Incidence and Case Fatality in Southern Greece The Arcadia Stroke Registry”, *Stroke*, Vol. 30(2), p.p: 363-370

Vermeire, E. Hearnshaw, H. Van Royen, P. Denekens, J. (2001) “Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review”, *J Clin Pharm Ther*, Vol: 26(5), p.p:331–342

Wang, P. Avorn, J. Brookhart, A. Mogun, H. Schneeweiss, S. Fischer, M. et al. (2005) “Effects of Noncardiovascular Comorbidities on Antihypertensive Use in Elderly Hypertensives”, *Hypertension*, Vol. 46(2), p.p:273-279

Watson, S.J. Aldus, C.F. Bond, C. Bhattacharya, D. (2016) “Systematic review of the health and societal effects of medication organisation devices”, *BioMedCentral*, Vol. 16 (202)

WHO, (2003) *Adherence to Long – Term Therapies. Evidence for Action*, Geneva, Switzerland

WHO, (2011) *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*, Geneva, Switzerland

WHO Regional Office for Europe, (2006) *Gaining Health the European strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Copenhagen, Denmark

WHO, (2009) *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Geneva

Williams, M.V. Parker, R.M Baker, D.W. Parikh, N.S. Pitkin, K. Coates, W.C et al. (1995) “Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals” *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 274 (21), p.p:1677-1682

Wilson, J. Axelsen, K. Tang, S. (2005) “Medicaid Prescription Drug Access Restrictions: Exploring the Effect on Patient Persistence With Hypertension Medications”, *Am J Manag Care*, Vol. 11, p.p: 27-34

Yasmin, F. Banu, S.M. Zakir, R. Ali, L. Souares, A. (2016) “Positive influence of short message service and voice call interventions on adherence and health outcomes in case of chronic disease care: a systematic review”, *BMC Med Inform Decis Mak*, Vol. 16 (46), p.p: 3-

Yusuf, S. Reddy, S. Ounpuu, S. Anand, S. (2001) “ Global Burden of Cardiovascular Diseases Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization”, *Circulation*, Vol. 104 (22), p.p 2746-2753

Zhenq, B. Poulouse, A. Fulford, M. Holbrook, A. (2012) “A pilot study on cost-related medication nonadherence in Ontario”, *J Popul Ther Clin Pharmacol*, Vol. 19(2), p.p: e239-e247

Zolnierok, K. DiMatteo, M.R. (2009) “Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis” *Med Care*, Vol. 47 (8), p.p: 826-834

Ιστοσελίδες

ACPM, (2011) Medication Adherence Clinical Reference [online] available from: < http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef > [accessed 12/8/2016]

BCG, (2003) The Hidden Epidemic Finding a Cure for Unfilled Prescriptions and Missed Doses [online] available from: < <http://www.bcg.com/documents/file14265.pdf> > [accessed 10/8/2016]

CMS, (2015) NHE Fact Sheet. Historical NHE, 2015 [online] available from: < <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet.html> > [accessed 12/8/2016]

ΕΛΣΤΑΤ, (2014) Αιτίες θανάτου έτους 2012 [online] available from: < www.statistics.gr/el/statistics > [accessed 7/7/2016]

ΕΛΣΤΑΤ, (2016) Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν [online] available from: < www.statistics.gr/el/statistics > [accessed 7/7/2016]

ΕΣΔΥ, (2011) Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης [online] available from: < http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias > [accessed 7/9/2016]

ehn, (2016) European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition [online] available from: < www.ehnheart.org > [accessed 15/7/2016]

iatropedia, (2016) Η πολυετής οικονομική κρίση «μάτωσε» τις καρδιές των Ελλήνων... [online] available from < <http://www.iatropedia.gr/eidiseis/polyetis-oikonomiki-krisi-matose-tis-kardies-ton-ellinon/56958/> > > [accessed 26/9/2016]

InformationWeek, (2009) Top iPhone Apps For Health Pros, Patients [online] available from: < http://www.informationweek.com/government/leadership/top-iphone-apps-for-health-pros-patients/d/d-id/1084267?page_number=1 > [accessed 18/8/2016]

MPR, (2014) Smarter Pills: Improving Medication Adherence with Technology [online] available from: < <http://www.empr.com/medical-technology/smarter-pills-improving-medication-adherence-with-technology/article/368075/> > [accessed 19/8/2016]

NEHI, (2009) Thinking Outside the Pillbox A System –Wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease [online] available from: < http://www.nehi.net/writable/publication_files/file/pa_issue_brief_final.pdf > [accessed 13/8/2016]

OECD, (2016) Health spending [online] available from: < <https://data.oecd.org> > [accessed 13/7/2016]

OECD, (2016) Pharmaceutical Spending [online] available from: < <https://data.oecd.org> > [accessed 13/7/2016]

OECD, (2016) Youth unemployment rate [online] available from: < <https://data.oecd.org> > [accessed 7/7/2016]

WHO, (2016) Cardiovascular diseases (CVDs) [online] available from: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> > [accessed 15/7/2016]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

www.ouc.ac.cy

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Εισαγωγικά για την έρευνα

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακευτική τους αγωγή και πως αυτή ενδέχεται να έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα. Πως δηλαδή η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος των ασθενών, η ανεργία, η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στην αγορά των απαραίτητων για την πάθησή τους φαρμάκων, καθώς και τα επιπλέον μέτρα που έχουν εφαρμοστεί λόγω του Μνημονίου και αφορούν τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης έχουν επηρεάσει τους ασθενείς στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Η έρευνα αυτή γίνεται στο πλαίσιο Διατριβής που εκπονείται για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας».

Εσείς είστε ένας/μία από εκείνους/-νες που έχετε επιλεγεί για να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικές με τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική τους αγωγή υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης. Πρέπει να γνωρίζετε ότι έχουν ληφθεί όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δε χρειάζεται πουθενά να γράψετε το όνομά σας, να το υπογράψετε ή με οποιοδήποτε άμεσο ή έμμεσο τρόπο να αποκαλύψετε την ταυτότητά σας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι προαιρετική και έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Όλες οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της μελέτης και στη συνέχεια θα καταστραφούν. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν διαρκεί περισσότερο από δέκα λεπτά.

Σας ευχαριστώ για τη θετική σας ανταπόκριση.

Γεωργία Σιατή

Έντυπο Ενημερωμένης Συγκατάθεσης για Συμμετοχή σε Έρευνα

Ημερομηνία

Υπογραφή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ

1. Μπορείτε να ανταπεξέλθετε στα μηνιαία οικογενειακά σας έξοδα;

1) Ναι 2) Όχι

2. Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς έχετε αναγκαστεί εσείς ή / και η οικογένειά σας να κάνετε κάποια περικοπή (μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερα από ένα);

1) Διασκέδαση 2) Ένδυση 3) Ταξίδια 4) Τρόφιμα 5) Φάρμακα
6) Εργαστηριακές εξετάσεις 7) Εισαγωγή σε νοσοκομεία 8) Επίσκεψη σε
γιατρούς 9) Σε κανένα από τα παραπάνω

3. Εσείς ή η οικογένειά σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας;

1) Σοβαρές 2) Μέτριες 3) Ήπιες 4) Ελάχιστες 5) Καθόλου

4. Από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης υπεστήκατε μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;

1) Ναι 2) Όχι

5. Ποια ποσοστιαία μεταβολή έχει υποστεί το ατομικό ή το οικογενειακό σας εισόδημα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης ;

1) <10% 2) 11– 20% 3) 21 -30% 4) 31-40% 5) >40%

B. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

6. Έχετε την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθετε στις δαπάνες υγείας;

- 1) Ναι 2) Όχι

7. Το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθηση σας φαρμάκων:

- 1) Αυξήθηκε 2) Μειώθηκε 3) Παρέμεινε το ίδιο

Αν στις ερωτήσεις 4 και 7 επιλέξετε το 1, τότε απαντήστε την ερώτηση 8. Διαφορετικά συνεχίστε με την ερώτηση 9).

8. Η μείωση του εισοδήματός σας και η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων σε τι ποσοστό επηρέασε την αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων;

- 1) 10% – 20% 2) 30%-40% 3) 50% και άνω 4) καθόλου

9. Πριν την οικονομική κρίση λαμβάνατε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή;

- 1) Ναι 2) Όχι

Γ. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

10. Πάσχετε από κάποια χρόνια πάθηση και παίρνετε φάρμακα σε συνεχή βάση;

- 1) Ναι 2) Όχι

(Αν ΝΑΙ προσδιορίστε την/τις παθήσεις. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία)

- 1) Αρτηριακή Υπέρταση (υψηλή πίεση)
- 2) Αρρυθμίες
- 3) Καρδιακή Ανεπάρκεια
- 4) Στηθάγχη
- 5) Ισχαιμική Καρδιοπάθεια
- 6) Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
- 7) Άσθμα

- 8) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- 9) Νεφρική Ανεπάρκεια / (ανάγκη αιμοκάθαρσης)
- 10) Μυοσκελετικά Προβλήματα – Χρόνιοι Πόνοι
- 11) Νεοπλασματική Νόσο – Καρκίνο
- 12) Άλλο (προσδιορίστε)

11. Τι είδους φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε, επί του παρόντος;

- 1) Πρωτότυπα Φάρμακα 2) Γενόσημα Φάρμακα 3) Πρωτότυπα & Γενόσημα Φάρμακα

(Αν στην ερώτηση 11 απαντήσατε 1, συνεχίστε με την ερώτηση 15. Αν απαντήσατε 2 ή & 3, τότε συμπληρώστε τις ερωτήσεις 12, 13 & 14 και παραλείψτε την ερώτηση 15)

12. Χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα την τρέχουσα περίοδο συχνότερα σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση;

- 1) Το ίδιο συχνά 2) Συχνότερα 3) Συνεχώς

13. Αρχίσατε να χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα πριν ή μετά την οικονομική κρίση;

- 1) Πριν 2) Μετά

14. Διευκολύνει η χρήση γενοσήμων φαρμάκων ώστε να είστε πιστός/ή στην αγωγή;

- 1) Ναι 2) Όχι

15. Στο μέλλον θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους;

- 1) Ναι 2) Όχι

16. Τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

- 1) Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιείτε σύμφωνα με τη συνταγογράφηση του γιατρού;

- 2) Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα αλλά δεν θεωρείτε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσετε όλες τις φορές;
- 3) Τα αγοράζετε αλλά κάποιες φορές κάνετε οικονομία στις δόσεις;
- 4) Δεν τα αγοράζετε όλες τις φορές γιατί δε το θεωρείτε απαραίτητο;
- 5) Μερικές φορές δεν τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;
- 6) Σταματήσατε να τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;

17. Συμμόρφωση Ασθενών στη Λήψη της Φαρμακευτικής τους Αγωγής και τις Συμβουλές του Θεράποντος Ιατρού

	Συνεχώς 5	Τις περισσότερες φορές 4	Κάποιες φορές 3	Λίγες φορές 2	Καθόλου 1
1) Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Συνεχώς 5	Τις περισσότερες φορές 4	Κάποιες φορές 3	Λίγες φορές 2	Καθόλου 1
2) Θυμόσαστε να λαμβάνετε την αγωγή σας τις ώρες που πρέπει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής που ορίζει ο ιατρός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Εφαρμόζετε τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωής σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ακολουθείτε πρόγραμμα για φυσική άσκηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Η διατροφή σας έχει αλλάξει σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας και σε σχέση με παλαιότερες διατροφικές σας συνήθειες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Θεωρείτε καλύτερες τις τωρινές διατροφικές συνήθειες που σας πρότεινε ο ιατρός σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται στο (έχετε τη δυνατότητα να τσεκάρετε πάνω από 1 τετράγωνο).

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) ΠΕΔΥ | <input type="checkbox"/> |
| 2) Δημόσιο Νοσοκομείο/ Κέντρο Υγείας | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ιδιωτική Κλινική | <input type="checkbox"/> |
| 4) Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> |
| 5) Δημοτικό Ιατρείο / Πολυιατρεία / Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις | <input type="checkbox"/> |

19. Κατά πόσο οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν την απόφασή σας να επισκεφτείτε μονάδες υγείας ή να κάνετε κάποιο εργαστηριακό έλεγχο;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Κάποιες φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Μειώσατε τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας σας;

1) Ναι 2) Όχι

Δ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

21. Είστε:

1) Άνδρας 2) Γυναίκα

22. Ηλικία

23. Υπηκοότητα

1) Ελληνική 2) Από χώρες εκτός Ε.Ε 3) Από χώρες εντός Ε.Ε 4) Άλλο

24. Επίπεδο Σπουδών:

- 1) Υποχρεωτική Εκπαίδευση
- 2) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση & ΙΕΚ
- 3) ΤΕΙ / ΚΑΤΕΕ
- 4) ΑΕΙ
- 5) Μεταπτυχιακό
- 6) Διδακτορικό

25.Υπάρχουν άνεργοι στην οικογένειά σας;

- 1) Κανένας 2) Ένας 3) Δύο 4) τρεις 5) περισσότεροι

26. Είστε ασφαλισμένος/ η;

- 1) Ναι 2) Όχι

27. Σε ποιο ταμείο:

- 1) ΙΚΑ
- 2) ΟΠΑΔ
- 3) ΟΓΑ
- 4) ΟΑΕΕ
- 5) ΝΑΤ
- 6) ΤΣΜΕΔΕ
- 7) Άλλο (Προσδιορίστε)

Σας ευχαριστώ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ 04/02/2016

Αριθμ. Πρωτ. 5221

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΡΟΣ

κα Σιατή Γεωργία
μεταπτυχιακή φοιτήτρια
ΕΑΠ Κύπρου

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: Το με ημερομηνία 02/02/2016 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω αιτήματός σας και λαμβάνοντας υπόψη την από 01/02/2016 επιστολή του ΕΑΠ Κύπρου, εγκρίνουμε την συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα με τη φαρμακευτική αγωγή σε περίοδο οικονομικής κρίσης», με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΚΑΙ ΠΕΔΥ ΚΥ ΠΕΡΙΦ. ΗΠΕΙΡΟΥ
-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΚΑΙ ΠΕΔΥ ΚΥ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤ. ΑΙΤ/ΝΙΑΣ

ΘΕΩΡΟΥΝΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΟΠΛΕΥΟΜΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΝΟΜΟΣ ΠΡΕΒΕΖΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΖΗΡΟΥ
«ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΔΙΚΑΙΟΥ-ΔΗΜΟΥ ΖΗΡΟΥ»
Ταχ. Δ/ση : Πλ. Γενηματά
Ταχ. Κ. : 48200 Φίλιπιάδα
Τηλ. & Φαξ : 2683031223
e-mail : paidthes@otenet.gr

Αριθμ.πρωτ.: 698

Ημερ.: 10/5/16

ΘΕΜΑ «Έγκριση αιτήματος για συλλογή ερευνητικών δεδομένων»

Κατόπιν αιτήσεως της Στατή Γεωργίας του Αθανασίου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με την οποία ζητεί να της επιτραπεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου ΖΗΡΟΥ, με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας, κάνουμε δεκτό το αίτημα της προκειμένου να ολοκληρώσει την έρευνα της»


Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΚΑΡΑΠΑΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΡΤΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ-
ΠΑΙΔΕΙΑΣ- ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ- ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΔΗΜΟΥ ΑΡΤΑΙΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
Ταχ. Δ/ση: Περιφερειακή Οδός
Α' Παιδικός Σταθμός
Τ.Κ. 47132 ΑΡΤΑ
Τηλ. 2681021000
Fax: 2681024441
Email:paid46@otenet.gr
Πληροφορίες: Γκαρτζώνη Ελένη

Αρτα 03-02-2016

Αριθ. Πρωτ. 148

ΘΕΜΑ: «Έγκριση αιτήματος για συλλογή ερευνητικών δεδομένων»

Κατόπιν αιτήσεως της Σιατή Γεωργίας του Αθανασίου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με την οποία ζητεί να της επιτραπεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Αρταίων, με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας, κάνουμε δεκτό το αίτημά της προκειμένου να ολοκληρώσει την έρευνά της.


Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΧΑΡΑΚΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ –
Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Φιλιάτες : 5-7-2016

Αριθ. Πρωτ. : Α29β/ 8056

Προς : κ. ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΙΑΤΗ
Δημητρίου 1
ΤΚ 47100
ΑΡΤΑ

Θέμα: Διαβίβαση πρακτικού Συνεδρίασης

Σχετ.: Οι υπ'αρ.7226/16-6-2016 αίτηση

Σχετικά με το περιληπτικά αναγραφόμενο θέμα και σε συνέχεια της ανωτέρω σχετικής, σας διαβιβάζω κατόπιν εντολής του Προέδρου του Ε.Σ. σε φωτοαντίγραφο την υπ'αρ.12/4-7-2016 σχετική απόφαση συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου –Κ.Υ. Φιλιατών που σας αφορά.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε/Σ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΦΙΛΙΠΠΟΥ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
12^{ης} ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΟΥ Γ.Ν.-Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ

Σήμερα 4-7-2016, ημέρα ΔΕΥΤΕΡΑ και ώρα 12:00 συνήλθε σε συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.-Κ.Υ. Φιλιατών μετά από προφορική πρόσκληση του Προέδρου του.

α) Πρόεδρος: **κ.ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**, Δ/ντής Καρδιολογικής κλινικής

β) Τα μέλη:

1)

2) **.ΚΩΝ/ΝΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ** Δ/ντής Ουρολογικής κλινικής

3) **κ. ΠΕΤΡΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΗΣ** Επ.Α' Πνευμονολογίας

4)

5) **κ. ΜΑΡΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ** Ειδικευόμενη Π/Θ

6) **κα ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ** ΤΕ Νοσηλευτικής

7) **κα ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ ΜΠΕΣΙΚΟΥ** ΤΕ Φυσικοθεραπευτών

γ) Γραμματέας: **Χρήστος Φιλίππου**

Δεν παρευρέθησαν ο κ.Σ.ΠΑΚΟΣ και ΑΘ.ΚΙΤΣΟΣ λόγω απουσίας τους από την υπηρεσία.

ΘΕΜΑ 1^ο: Περί «Άδειας συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων»

Τίθεται υπ' όφιν του Επιστημονικού Συμβουλίου από τον Πρόεδρο το με αρ.πρωτ.7226/16-6-2016 έγγραφο που κατατέθηκε από την **κα ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΙΑΤΗ** με το οποίο στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διατριβής με θέμα «Διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού προφίλ με τη φαρμακευτική αγωγή σε περίοδο οικονομικής κρίσης» ζητά να της επιτραπεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

Το Ε.Σ. λαμβάνοντας υπ' όφιν τα ανωτέρω μετά από διαλογική συζήτηση των μελών του και αφού προηγουμένως εξέτασαν τον φάκελο με τα σχετικά στοιχεία

Α π ο φ α σ ί ζ ε ι

Ομόφωνα να επιτραπεί στην **κα ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΙΑΤΗ** η συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διατριβής με θέμα «Διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού προφίλ με τη φαρμακευτική αγωγή σε περίοδο οικονομικής κρίσης» με την υποχρέωση να μη παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία και να μην

Τμ. Προσωπικού
Χρ. Φιλίππου

επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο μας, καθώς και να υπάρξει τήρηση των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΤΡΑΦΟ
Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ του Ε.Σ.

Χρήστος Φιλίππου

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ
ΠΕΤΡΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ

ΜΑΡΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ
ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ ΜΠΕΣΣΙΚΟΥ

Γρ. Προσωπικού
Χρ. Φιλίππου

Πίνακας Ι: Οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις		N (%)
1. Μπορείτε να αντεπεξέλθετε στα μηνιαία οικογενειακά σας έξοδα	Ναι	223 (43,9%)
	Όχι	285 (56,1%)
2. Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς έχετε αναγκαστεί εσείς ή / και η οικογένειά σας να κάνετε κάποια περικοπή;	Διασκέδαση	471 (92,7)
	Ένδυση	433 (85,2%)
	Ταξίδια	469 (92,1%)
	Τρόφιμα	111 (21,9)
	Φάρμακα	43 (8,4%)
	Εργ. Εξετάσεις	130 (25,5%)
	Εισαγωγή σε νοσοκομεία	27 (5,3%)
	Επίσκεψη σε γιατρούς	126 (24,8%)
	Σε κανένα από τα παραπάνω	21 (4,1%)
3.Εσείς ή η οικογένειά σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας;	Σοβαρές	62 (12,9%)
	Μέτριες	91 (18%)
	Ήπιες	60 (11,9%)
	Ελάχιστες	90 (17,8%)
	Καθόλου	199 (39,4%)
4. Από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης υπεστήκατε μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;	Ναι	483 (95,1%)
	Όχι	25 (4,9%)
5.Ποια ποσοστιαία μεταβολή έχει υποστεί το ατομικό ή το οικογενειακό σας εισόδημα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης ;	<10%	72 (14,6%)
	11-22%	133 (27%)
	21-30%	130 (26,4%)
	31-40%	85 (17,3%)
	>40%	72 (14,6%)

Πίνακας II: Φαρμακευτική περίθαλψη του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις		N (%)
Έχετε την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθετε στις δαπάνες υγείας;	Ναι	269 (52,8%)
	Όχι	240 (47,2%)
Το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων:	Αυξήθηκε	378 (74,3%)
	Μειώθηκε	24 (4,7%)
	Παρέμεινε το ίδιο	107 (21%)
Η μείωση του εισοδήματός σας και η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων σε τι ποσοστό επηρέασε την αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων;	10-20%	184 (44,%)
	30-40%	92 (22,3%)
	50% και άνω	31 (7,5%)
	καθόλου	106 (25,7%)
Πριν την οικονομική κρίση λαμβάνετε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	446 (88,3%)
	Όχι	59 (11,7%)
Τι είδους φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε, επί του παρόντος;	Πρωτότυπα Φάρμακα	272 (53,8%)
	Γενόσημα Φάρμακα	96 (19%)
	Πρωτότυπα & Γενόσημα Φάρμακα	138 (27,3%)
Χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα την τρέχουσα περίοδο συχνότερα σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση;	Το ίδιο συχνά	36 (14,9%)
	Συχνότερα	107 (44,2%)
	Συνεχώς	99 (40,9%)
Αρχίσατε να χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα πριν ή μετά την οικονομική κρίση;	Πριν	42 (17,6%)
	Μετά	197 (82,4%)
Διευκολύνει η χρήση γενοσήμων φαρμάκων ώστε να είστε πιστός/ή στην αγωγή;	Ναι	148 (62,4%)
	Όχι	89 (37,6%)
Στο μέλλον θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους;	Ναι	112 (38,4%)
	Όχι	180 (61,6%)

Πίνακας III: Απαντήσεις του υπό μελέτη πληθυσμού σχετικά με αποφάσεις που αφορούν την ασθένειά τους

Ερωτήσεις		N (%)
Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται στο	ΠΕΔΥ	180 (35,4%)
	Δημόσιο	
	Νοσοκομείο/Κέντρο	
	Υγείας	325 (63,9%)
	Ιδιωτική Κλινική	19 (3,7%)
	Ιδιωτικό Ιατρείο	283 (55,6%)
	Δημοτικό	
	Ιατρείο/Πολυϊατρεία/Μη Κυβερνητικές	
Οργανώσεις	71 (13,9%)	
Κατά πόσο οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν την απόφασή σας να επισκεφτείτε μονάδες υγείας ή να κάνετε κάποιο εργαστηριακό έλεγχο;	Συνεχώς	32 (6,3%)
	Τις περισσότερες φορές	114 (22,4%)
	Κάποιες Φορές	89 (17,5%)
	Λίγες Φορές	76 (14,9%)
	Καθόλου	197 (38,7%)
Μειώσατε τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας σας;	Ναι	212 (41,7%)
	Όχι	269 (58,2%)

Πίνακας IV: Παθήσεις του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις	N (%)
Πάσχετε από κάποια χρόνια πάθηση και παίρνετε φάρμακα σε συνεχή βάση;	
Ναι	503 (99%)
Όχι	5 (1%)
Παθήσεις	
Αρτηριακή Υπέρταση	389 (76,4%)
Αρρυθμίες	118 (23,2,%)
Καρδιακή Ανεπάρκεια	48 (9,4%)
Στηθάγχη	31 (6,1%)
Ισχαιμική Καρδιοπάθεια	10 (2%)
Οξύ έμφραγμα του Μυοκαρδίου	74 (14,6%)
Άσθμα	15 (3%)
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	35 (6,9%)
Νεφρική Ανεπάρκεια/(ανάγκη αιμοκάθαρσης)	7 (1,4%)
Μυοσκελετικά Προβλήματα-Χρόνιοι Πόνοι	96 (18,9%)
Νεοπλασματική Νόσο-Καρκίνο	15 (2,9%)
Άλλο	195 (38,3%)