



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

ΜΑΡΙΑ ΜΟΝΟΚΡΟΥΣΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2016

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ
ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΜΑΡΙΑ ΜΟΝΟΚΡΟΥΣΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	10
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	17
1.1 Η αρχή της οικονομικής κρίσης.....	17
1.2 Αντίκτυπος στην Ελληνική οικονομία και στα ελληνικά νοικοκυριά.....	17
1.3 Μνημόνιο και υγεία.....	20
2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ.....	22
2.1 Γενικά στοιχεία για την συμμόρφωση.....	22
2.2 Αποσαφήνιση του όρου «συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή».....	23
2.3 Έρευνες σχετικές με τη συμμόρφωση στη θεραπεία.....	24
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών.....	26
2.5 Επικοινωνία μεταξύ γιατρού και περιβάλλοντος χρόνιων ασθενών.....	28
3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	31
3.1 Επιδημιολογικά δεδομένα χρόνιων παθήσεων.....	31
3.2 Αναφορά στις πληθυσμιακές ομάδες της τρίτης ηλικίας-πληθυσμιακή Γήρανση.....	32
3.3 Χρόνιοι ασθενείς.....	34
4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ.....	36
4.1 Οι οικονομικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης.....	36
4.2 Δομές υγείας των χρόνιων ασθενών.....	38

5. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ	41
5.1 Τρόποι βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών	41
5.2 Εφαρμογές m-health	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	46
6.1. Σκοπός και στόχος της έρευνας	46
6.2 Πληθυσμός	47
6.3 Ερωτηματολόγιο	47
6.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας	48
6.5 Συλλογή Δεδομένων	50
6.6 Στατιστικές Αναλύσεις	51
6.7 Περιορισμοί	53
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	54
7.1 Περιγραφική ανάλυση	54
7.1.1 Δημογραφικά στοιχεία	54
7.1.2 Οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος	55
7.1.3 Δαπάνες υγείας	57
7.1.4 Επίπεδο υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης	57
7.2 Αποτελέσματα διμεταβλητών	64
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Ερωτηματολόγιο	87
Παραχώρηση αδειών	97
Πίνακες Αποτελεσμάτων	100

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Όλγα Σίσκου για τη συνεργασία και την καθοδήγηση που είχα από μέρος της καθ όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για τη στήριξη που είχα κατά τη διάρκεια της φοίτησης μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα του ΑΠΚΥ. Η παρότρυνση και η εμπύχωση που μου έδιναν αποτέλεσαν ώθηση για την ολοκλήρωση της προσπάθειας μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τη συμφοιτήτρια μου και στενή μου φίλη, Γεωργία Σιατή. Μετά από τρία χρόνια στο εν λόγω μεταπτυχιακό πρόγραμμα, πέρα από τις γνώσεις στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο απέκτησα και μια πολύ καλή φίλη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ένταξη της Ελλάδας σε μνημονιακό καθεστώς επέφερε αλλαγές στο δημοσιονομικό προφίλ της χώρας. Η ανάγκη για την επιβολή μεταρρυθμίσεων και τη λήψη μέτρων, ώστε να επιτευχθεί η απόκτηση της χαμένης αξιοπιστίας της χώρας οδήγησε σε μέτρα, μείωσης δαπανών σε πολλούς τομείς όπως αυτός της υγείας. Η μείωση των δημοσίων δαπανών, η ταυτόχρονη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, η αύξηση σε θεσμοθετημένες συμπληρωμές καθώς και η ελαχιστοποίηση των δημόσιων παροχών υγείας οδήγησε τους ασφαλισμένους σε περιορισμούς τόσο στην πρόσβαση σε δομές υπηρεσιών υγείας όσο και στην αγορά των απαραίτητων συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη διερευνάται ο βαθμός συμμόρφωσης των χρόνιων ασθενών στη φαρμακευτική τους αγωγή σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Σκοπός της διερεύνησης είναι να εξεταστεί κατά πόσο οι οικονομικές εξελίξεις έχουν επηρεάσει δείγμα του ηλικιωμένου πληθυσμού στο να ανταπεξέλθει σε βασικούς τομείς της ζωής του που συσχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του και την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη όπου συμμετείχαν χρόνιοι ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, 60 ετών και άνω, (N=500), κάτοικοι των Δήμων Ωραιοκάστρου, Πυλαία Χορτιάτη και του Δήμου Δέλτα του Νόμου Θεσσαλονίκης, ασφαλιστικά καλυμμένοι σε διάφορα ταμεία ή ανασφάλιστοι. Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2016. Από τα 540 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της μελέτης απαντήθηκαν τα 500, με το ποσοστό ανταπόκρισης να ανέρχεται στο 92,59%. Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις, που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της μελέτης από φοιτήτριες του ΑΠΚΥ υπό την εποπτεία της επιβλέπουσας της εργασίας και η ανάπτυξη του οποίου στηρίχτηκε στη βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του, με την μέθοδο ελέγχου-επανελέγχου, σε 25 άτομα. Ο υπό μελέτη πληθυσμός που συμμετείχε ήταν δείγμα ευκολίας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v 21.0.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος (95,6%) δήλωσε ότι έχει υποστεί μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και έχει κάνει περικοπές σε τομείς, όπως η διασκέδαση, η ένδυση, τα ταξίδια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα όμως δεν έχει κάνει περικοπές στην αγορά φαρμάκων αν και το 67,2% απάντησε, ότι η συμμετοχή στο κόστος για την αγορά τους έχει

αυξηθεί. Η χρήση γενοσήμων αυξήθηκε μετά την οικονομική κρίση με το 48% να δηλώνει ότι τα χρησιμοποιεί επί του παρόντος και 46,6% να απαντά ότι άρχισε να τα χρησιμοποιεί μετά την οικονομική κρίση. Σημαντικό είναι το ποσοστό 39,6%, που απάντησε ότι τα γενόσημα φάρμακα διευκολύνουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, ενώ το 27,2% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θα αγόραζαν γενόσημα στο μέλλον λόγω μειωμένου κόστους.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία επηρεάζεται από το κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα (p -value= 0,003) αλλά και από το κατά πόσο μπορούν να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας (p -value= 0,027) γεγονός που αποδεικνύει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε ζητήματα υγείας. Επίσης, το επίπεδο μόρφωσης επηρεάζει τη φαρμακευτική συμμόρφωση με τους ασθενείς που ανήκουν στο υποχρεωτικό μορφωτικό επίπεδο να έχουν χαμηλότερη συμμόρφωση (p -value= 0,007) σε αντίθεση με όσους ανήκουν σε υψηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης. Ένα σημαντικό επίσης εύρημα της μελέτης είναι οι διαφορές στη συμμόρφωση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του υπό μελέτη πληθυσμού. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη συμμόρφωση (p -value= 0,006) σε σύγκριση με τους άνδρες ασθενείς. Τέλος, υψηλότερη είναι συμμόρφωση όσων χρησιμοποιούν γενόσημα σκευάσματα σε αντίθεση με όσους ασθενείς χρησιμοποιούν γενόσημα ή γενόσημα και πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα (p -value= 0.038).

Συμπεράσματα: Η οικονομική κρίση δημιούργησε νέα δεδομένα σε πολλούς τομείς της δημόσιας ζωής ένας εκ των οποίων είναι η υγεία. Τα μέτρα για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης προώθησαν την εμφάνιση κοινωνικών ανισοτήτων, που είχαν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή υπηρεσιών από το κράτος και τη αδυναμία προμήθειας υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες.

Η στροφή των πολιτών σε δημόσιες δομές υγείας, οι αλλαγές στο σκηνικό των υπηρεσιών υγείας με την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών δημιούργησε έντονα προβλήματα ειδικά σε ασθενείς των 60 και άνω, όπου η χρόνια χρήση φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας. Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή φαινόμενο με αυξητικές διαστάσεις και συνέπειες σε υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό διάσταση.

Τα αποτελέσματα δείχνουν, ότι οι χρόνιοι ασθενείς, δεν κάνουν εκπτώσεις ή παραχωρήσεις όσον αφορά την υγεία τους. Η πεποίθηση, ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής τους προλαμβάνει δυσάρεστες καταστάσεις έχει μια ισχυρή βάση και ως εκ τούτου επιλέγουν να

μειώσουν τα παρεπόμενα έξοδα, όπως η ψυχαγωγία και τα ταξίδια, προκειμένου να εξοικονομήσουν χρήματα για τη θεραπεία τους.

ABSTRACT

Greece's entry into a memorandum regime brought changes in the financial profile of the country. The need to impose reforms and measures to achieve the acquisition of the lost credibility of the country has led to measures such as reducing costs in many areas such as health. The reduction of public spending, the simultaneous increase of private spending and the increase in statutory co-payments as the minimizing of the public health benefits led policyholders to limitations in access to health services structures and the market for necessary prescription drugs.

Purpose: This study investigated the compliance of chronic patients on their medication during the economic crisis. The purpose of the investigation is to examine whether the economic developments have affected sample of the elderly population to handle key areas of life associated with their health status and the use of health services.

Methods: The population that was under study were citizens, from the Municipalities of Oreokastro, Delta and Pilea Hortiatias under the Prefecture of Thessaloniki, who are covered by insurance in various social security funds or uninsured. The questionnaire that was used was structured with closed questions, and developed for the needs of the study by OUC students under the supervision of their professor. The questionnaire was tested for reliability, by the control-retest method on 25 people. The sample that involved was a convenience sample. The statistical package SPSS19 was used for the data analysis.

Results: The majority of the sample (95.6%) has a reduction in the monthly family income and has made cuts in areas such as entertainment, clothing, and travel. According to the results the sample has not made cuts in drug market while 67.2% replied that the cost contribution for purchasing drugs has increased. The use of generics has increased since the economic crisis with 48% stating that currently use them and 46.6% saying that it started to use them after the economic crisis. A significant percentage of 39.6%, replied that generics facilitate compliance with treatment, while 27.2% of respondents said they would buy generics in future, because of the reduced costs.

On compliance to treatment, the answers are mostly positive. A rate of 95.6% said they bought drugs in accordance with the prescription, while 86% believe in the feasibility of their use. The 85.8% of respondents replied compliance to treatment and a non reduction of the dosage, as the 93.4% of the sample considers it is necessary to buy drugs. Finally 91.4% of

respondents proceeded with the procurement of medicines after consultation with the pharmacist even though they don't have the required amount of money. The majority of respondents in the survey who answered the questionnaire came from rural areas with high income and low education. But although their financial ability, they address to the public health structures and take under consideration the cost of medication in the future as an important factor for purchasing their medication

Conclusions: The economic crisis has created new standards in many areas of public life, one of which is health. Measures to tackle the economic crisis promoted the emergence of social inequalities, which resulted in reduced provision of services by the state and the weakness in supplying health services by citizens.

Shifting at public health facilities, changes in the setting of health services by increasing pharmaceutical expenditure created serious problems especially in patients 60 and over when chronic use of drugs is vital. The above resulted in the emergence of the phenomenon of non-compliance to the treatment an effect with increasing dimensions and consequences on health, social and economic dimension.

The results show that chronic patients do not take discounts or concessions on their health. Beliefs that taking their medication prevents unpleasant situations have a strong base and therefore choose to reduce the incidental expenses, such as entertainment and travel, in order to save money for their treatment.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΝΤ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

ΕΕ : Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΣΔΥ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

ΚΑΠΗ: Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Μ.Δ.Ν: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΧΑΠ: Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια

HIV: Human Immunodeficiency Virus

M health: Mobile Health

NCDs: Noncommunicable diseases

S.M.S: Short Message Service

S.P.S: Social Problem Solving

WHO: World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική ένωση (ONE) το 2001 ήταν ένα σημαντικό βήμα προς ένα νέο και αισιόδοξο μέλλον για τη χώρα. Προσδοκίες, ότι η εισαγωγή της Ελλάδας σε ένα κύκλο αναπτυγμένων ήδη χωρών, θα επιτάχυνε τους ρυθμούς ανάπτυξης της χώρας και θα επέφερε σημαντικά οφέλη τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία, φάνηκε να μην ικανοποιήθηκαν πλήρως. Η ανάπτυξη που καταγράφηκε τα επόμενα χρόνια από το 2001 έως και το 2007 έφτασε στο 4,2% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), όμως αφορούσε κυρίως την εσωτερική ζήτηση και κατανάλωση καθώς σημειώθηκε σημαντική αύξηση των εισοδημάτων και της πιστωτικής επέκτασης, με τις επενδύσεις σε ακίνητα να είναι ο πρωτοστάτης της οικονομικής δραστηριότητας για την εφταετία του 2001-2007. Ως συνέπεια αυξήθηκε ο δανεισμός για την κάλυψη νέων αναγκών της κοινωνίας που πλέον βάδιζε προς μια καταναλωτική προτίμηση σε υπηρεσίες και αγαθά. Ενώ οι εκάστοτε κυβερνήσεις συνέχιζαν να αγνοούν τις προειδοποιήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και διεθνών οργανισμών για την αναγκαιότητα εφαρμογής σημαντικών μεταρρυθμίσεων στο δημοσιο-πολιτικό και οικονομικό σκηνικό της χώρας (Bank Of Greece, 2014).

Όλα τα παραπάνω βρίσκουν αδύναμη όχι μόνο την Ελλάδα αλλά και ολόκληρη την ΕΕ στην οικονομική κρίση που ξέσπασε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) με την κατάρρευση της αμερικάνικης τράπεζας επενδύσεων Lehman brothers, μιας και οι ευρωπαϊκές τράπεζες ήταν επενδυτές στην αμερικάνικη αγορά ακινήτων. Χώρες όπως η Αγγλία, η Γερμανία και η Γαλλία πλήρωσαν αδρά τη στήριξη των τραπεζών τους ώστε να αποφευχθεί η πλήρης κατάρρευση του ευρωπαϊκού τραπεζικού συστήματος (European Commission, 2014). Η Ελλάδα δέχθηκε ισχυρό πλήγμα από την κρίση με την μεσαία τάξη να βάλλεται περισσότερο. Η αύξηση της ανεργίας, με συνέπεια την απώλεια της ασφαλιστικής ικανότητας και η μείωση των εισοδημάτων είτε λόγω της ανεργίας είτε λόγω μείωση των αμοιβών, ως μέτρο των κυβερνήσεων για εξοικονόμηση πόρων, ανάγκασε του πολίτες να στραφούν σε υπηρεσίες δημοσίου χαρακτήρα, όπως αυτόν της υγείας, με αποτέλεσμα τον κορεσμό και την αδυναμία του συστήματος υγείας να καλύψει τις απαιτούμενες ανάγκες (Καρακιουλάφη et al., 2014).

Η κρίση πλήττει τους χρόνιους ασθενείς, κυρίως τα άτομα της τρίτης ηλικίας με χαμηλά και πλέον μειωμένα εισοδήματα. Η αύξηση της συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη εξαναγκάζει μέρος των ασθενών να μη συμμορφώνονται στη θεραπεία, εφόσον αδυνατούν να

καλύψουν τη αγορά των φαρμάκων τους. Έτσι παραλείπουν φαρμακευτικά σκευάσματα ή μειώνουν τη χρήση των απαραίτητων φαρμάκων ελαχιστοποιώντας τη δοσολογία (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013). Οι έρευνες των τελευταίων 30 ετών έχουν αποδείξει τη σημαντικότητα του φαινομένου της συμμόρφωσης και τον αντίκτυπο που έχει στην κοινωνία και γενικότερα στα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Vermeire, et al., 2001). Τα ποσοστά των ασθενών και κυρίως των χρόνιων ασθενών που αποκλίνουν από τη φαρμακευτική τους αγωγή είναι ιδιαίτερα αυξημένα ενώ οι παράγοντες που την επηρεάζουν πέρα από τους οικονομικούς είναι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικογενειακοί, κλπ (World Health Organization , 2003).

Η προσπάθεια σχεδιασμού στρατηγικών για τον έλεγχο και την εξάλειψη του φαινομένου απασχολεί διεθνείς οργανισμούς. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού, ασθενή και οικογενειακού περιβάλλοντος παίζει καθοριστικό ρόλο στη συμμόρφωση. Όπως και η εκπαίδευση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να κατανοήσουν την ασθένεια τους και τον τρόπο διαχείρισης της (nursingcareplans, 2016). Με δεδομένο ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πολλούς τομείς της καθημερινότητας των πολιτών, ένας εκ των οποίων η υγεία, είναι σημαντικό οι σχεδιαστές πολιτικών υγείας να δώσουν βαρύτητα στο φαινόμενο της συμμόρφωσης και να εφαρμόσουν προγράμματα μέσω στρατηγικού σχεδιασμού για την αντιμετώπιση του. Οι επιπτώσεις του φαινομένου δεν περιορίζονται μόνο στην πορεία της ασθένειας αλλά και στη οικονομική επιβάρυνση που προστίθεται στις δαπάνες υγείας. Οι Luga και McGuire (2014) αναφέρουν ότι στις ΗΠΑ οι δαπάνες υγείας για το 2010 υπερέβησαν τα 2,7 τρις δολάρια ποσό που αντιπροσωπεύει το 17,9% του ΑΕΠ της χώρας. Ενώ τονίζουν ότι μέχρι το 2020 η αύξηση των δαπανών υγείας θα αντιπροσωπεύει το 20% του ΑΕΠ των ΗΠΑ (Luga & McGuire, 2014).

Παραθέτοντας παράδειγμα για τις οικονομικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία η παράλειψη τριών ημερήσιων δόσεων διουρητικών φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε κατακράτηση υγρών με αποτέλεσμα την πνευμονική συμφόρηση. Το κόστος θεραπείας της παραπάνω επιπλοκής ανέρχεται στα 10,400 \$ ανά επεισόδιο ενώ η συμμετοχή του ασθενή για το κόστος δυο νοσηλειών μέσα στην ίδια χρονιά εξαιτίας της κατακράτησης υγρών ανέρχεται στα 57\$ την ημέρα. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με το ύψος του κόστους της μιας εκ των τριών δόσεων την ημέρα να ανέρχεται στα 5 cent, τεκμηριώνοντας με αυτό τον τρόπο τις οικονομικές επιβαρύνσεις είτε στον ασφαλιστικό φορέα είτε στον ίδιο τον ασθενή εφόσον δε συμμορφώνεται στη θεραπεία (Urquhart, 1996).

Πέρα από τις οικονομικές επιπτώσεις η μη συμμόρφωση στη θεραπεία έχει και κλινικές επιπτώσεις στην πορεία της υγείας του ασθενή. Σε έρευνα των Dobbels et all (2004) μεταξύ 84 μεταμοσχευμένων ασθενών συμμορφωμένων στη θεραπεία και 17 μη συμμορφωμένων, το 11,8 % των μη συμμορφωμένων παρουσίασε οξεία απόρριψη έναντι του 2,4% των συμμορφωμένων στη θεραπεία και το 13,3% των μη συμμορφωμένων υποβλήθηκε σε επαναμεταμόσχευση έναντι του 2,5% των συμμορφωμένων (Dobbels et all, 2004).

Η παρούσα μελέτη μέσα από την έρευνα του φαινομένου της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία και στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού, επιχειρεί να διερευνήσει κατά πόσο η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάζει τη συμμόρφωση και την πορεία της υγείας των χρόνιων ασθενών ηλικίας 60+ ετών. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν χρόνιοι ασθενείς (N=500), άνδρες και γυναίκες, 60 ετών και άνω, κάτοικοι των Δήμων Ωραιοκάστρου, Πυλαία Χορτιάτη και του Δήμου Δέλτα του Νόμου Θεσσαλονίκης. Η μελέτη περιλάμβανε τη συμπλήρωση δομημένου ερωτηματολογίου όπου οι ερωτηθέντες αποτύπωναν τη γνώμη τους σε θέματα που αφορούσαν την υγείας τους, τη λήψη φαρμάκων, τον τρόπο ζωής τους, το εάν και πόσο επηρεάστηκε η οικονομική τους κατάσταση μετά την κρίση και ποιες μονάδες υγείας επισκέπτονταν. Οι συμμετέχοντες στη διαδικασία αποτελούν τμήμα όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και βαθμίδων εκπαίδευσης. Κάνουν χρήση ιδιωτικών παρόχων υγείας, συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ή όχι καθώς και δημόσιων δομών φροντίδας πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου επιπέδου.

Για τους σκοπούς της μελέτης αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο βασισμένο τόσο σε ξενόγλωσση όσο και σε ελληνική βιβλιογραφία. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από την ερευνήτρια μετά την εξασφάλιση των απαιτούμενων αδειών από τους Δήμους, των οποίων ο πληθυσμός πήρε μέρος στη διαδικασία (Παράρτημα). Πριν από κάθε συνέντευξη ζητούνταν η ενημερωμένη συγκατάθεση του ερωτώμενου. Ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί εν συντομία για την οικονομική κρίση, τις επιπτώσεις στα ελληνικά νοικοκυριά και τα μέτρα που λήφθηκαν με την υπογραφή των Μνημονίων. Επίσης γίνεται προσπάθεια αποσαφήνισης του όρου της φαρμακευτικής συμμόρφωσης, της αποτύπωσης των παραγόντων που την επηρεάζουν, της καταγραφής των επιπτώσεων της μη συμμόρφωσης στην υγεία των ασθενών καθώς και παρουσίαση τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται ο στόχος και ο σκοπός της μελέτης, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της έρευνας, η συζήτηση τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1. Η αρχή της οικονομικής κρίσης

Η χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία ξεκίνησε το καλοκαίρι του 2006, έμελε να κατέχει καθοριστικό ρόλο στην παγκόσμια οικονομική κρίση. Η κατάρρευση τραπεζών, τον Σεπτέμβριο του 2008, έδωσε το έναυσμα για το ξεκίνημα της μεγαλύτερης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης επηρεάζοντας χώρες, όπως η Ελλάδα, με χαμηλό ανταγωνισμό, υψηλό επίπεδο χρέους και μεγάλο έλλειμμα στον προϋπολογισμό (Ozturk & Sozdemir, 2015). Η “Μαύρη Παρασκευή” του 2008 έφερε σημαντικές αναταράξεις σε κλάδους παγκόσμιας εμβέλειας, όπως οι τράπεζες, οι βιομηχανίες και το εμπόριο με άμεσο αντίκτυπο στις οικονομίες χωρών και στα συστήματά τους, καθώς και στην αύξηση των ποσοστών της ανεργίας. Τα κράτη της Ε.Ε προσπάθησαν να ανατρέψουν και να συγκρατήσουν τις εξελίξεις, οι οποίες επηρέασαν τις διαφορετικές οικονομίες των χωρών μελών της, έχοντας γνώση των ιδιαιτεροτήτων τους αλλά και των αναγκών τους και δίνοντας έμφαση στην εναρμόνιση με τη νέα κατάσταση που προέκυπτε. Με κύριο στόχο την ενίσχυση της ρευστότητας στο χώρο της οικονομίας, η Ευρώπη προσπαθεί να ενισχύσει τη ζήτηση και τις επενδύσεις σε μακροπρόθεσμο επίπεδο έχοντας όμως ως βάση το σύμφωνο σταθερότητας που προωθεί τη νομισματική σταθερότητα και τη δημοσιονομική πειθαρχία. Το πρόβλημα εντοπίζεται στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη και ειδικά όσων τα συστήματα κοινωνικής προστασίας χολώνουν, παράμετρος που δημιουργεί προβλήματα στην κοινωνική ζωή με κύριο χαρακτηριστικό τη δραματική αύξηση της ανεργίας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

1.2 Αντίκτυπος στην Ελληνική οικονομία και στα ελληνικά νοικοκυριά

Το 2009 η κρίση βρίσκει την Ελλάδα χρεωμένη με το ποσό των €290 δις κυρίως μέσα από συσσωρευμένα ελλείμματα που ξεκινούν από τη δεκαετία του 1980, όταν το δημόσιο έλλειμμα ανερχόταν στο 8,1 % και το χρέος στο 26% επί του ΑΕΠ. Στην επόμενη δεκαετία το έλλειμμα συνέχισε να αυξάνεται αγγίζοντας το 8,4% και το χρέος εκτινάχθηκε από το 71% του ΑΕΠ στο 115,1% στο διάστημα 2000-2009 (Καμπόλης & Τραυλός, 2009). Την όλη κατάσταση δυσχεραίνουν γεγονότα τόσο σε εγχώριο όσο και σε διεθνές επίπεδο, που θα

αποτελέσουν το εφιαλτήριο, ώστε οι οργανισμοί αξιολογήσεων να στρέψουν το βλέμμα τους στην Ελλάδα και το δημοσιονομικό της ζήτημα. Αρχικά, η νεοεκλεγείσα κυβέρνηση του 2009 θα ανακοινώσει ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα ανέρχεται στο 12,7 % του ΑΕΠ, ποσοστό που δεν συμβαδίζει με τις ανακοινώσεις της προηγούμενης κυβέρνησης, που ανερχόταν στο 6%. Με σχετικές αναθεωρήσεις η κυβέρνηση του 2009 ανεβάζει το δημοσιονομικό έλλειμμα στο 15,4%. Το δεύτερο διεθνές περιστατικό είναι η υπογραφή μνημονίου χρεών εξάμηνης διάρκειας από την κυβέρνηση του εμιράτου του Περσικού Κόλπου με τους πιστωτές της, μέσω δικών της συμφερόντων εταιρεία (Gibson, et all, 2011).

Το 2010 η Ελλάδα αναγκάζεται να στραφεί σε δανεισμό για να καλύψει τις ανάγκες της και προσπαθεί να υποβιβάσει τις δυσοίωνες προβλέψεις κάτι που τελικά δεν επιτυγχάνεται. Με την φημολογία για πτώχευση να παίρνει σημαντικές διαστάσεις η κυβέρνηση τελικά στρέφεται προς βοήθεια στην ΕΕ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Παράλληλα εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας με μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις καθώς η κυβέρνηση απέτυχε τη συγκέντρωση των απαιτούμενων εσόδων από την προσπάθεια πάταξης της φοροδιαφυγής (Paris, et all, 2011). Τα παραπάνω έχουν αντίκτυπο στην ελληνική οικονομία και κατά επέκταση στα νοικοκυριά, με συρρίκνωση των εισοδημάτων ως αποτέλεσμα της αύξησης της ανεργίας, καθώς παρατηρείται σημαντική αύξηση της ζήτησης εργασίας και παράλληλα μείωση της προσφοράς εργασίας από τους εργοδότες (Ινστιτούτο Εργασίας, 2015).

Η ανακατανομή των εισοδημάτων αποτέλεσμα της εφαρμογής μνημονιακών μέτρων είχε, ως αποτέλεσμα τη μείωση των ημερομίσθιων και των εισοδημάτων κυρίως της μεσαίας τάξης. Αντίθετα παρατηρείται αύξηση των εταιρικών κερδών εφόσον ο έλεγχος της φοροδιαφυγής είναι αδύνατος (Magoulis, et all, 2015). Από το 2008 έως το 2014 εντείνεται η τεράστια αύξηση της ανεργίας με τον αριθμό των ανέργων να φτάνει το εκατομμύριο στο τέλος του 2014, φανερόντας με αυτό τον τρόπο τις σκληρές συνέπειες της οικονομικής πολιτικής και της μακροχρόνιας λιτότητας τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (INE,2015). Με βάση στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (2014) η μείωση των εισοδημάτων στην Ελλάδα την περίοδο 2007-2012 ήταν η μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών μελών του με την απώλεια να καταγράφεται ως την τέταρτη μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών μελών της ευρωζώνης.

Η κρίση του χρέους δοκιμάζει την ελληνική πολιτεία, κατ επέκταση την κοινωνία και αναπόφευκτα τον κλάδο της υγείας. Ειδικότερα, δυσμενείς επιδράσεις επηρέασαν τόσο τις επιδόσεις όσο και τα οικονομικά του συστήματος υγείας, με συνακόλουθα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη και στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η στροφή των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας δημόσιου και ασφαλιστικού χαρακτήρα (Βαγιάνος και συν., 2010). Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας μετά την οικονομική κρίση κρίνεται απαραίτητη για την γνωστοποίηση των νέων δεδομένων και την καλύτερη κατανομή των εναπομείναντων πόρων (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016).

Η αξιολόγηση των λειτουργικών δεικτών των νοσοκομείων της χώρας έδειξε ότι σημειώθηκε αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία της τάξης του 24% και ταυτόχρονα μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών στα εξωτερικά ιατρεία σε ποσοστό που ανέρχεται στο 9% καθώς και μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών στα εργαστήρια κατά 11% (Βαγιάνος και συν, 2010). Η μείωση των δαπανών για την υγεία είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση σε κλίνες, ιατρικό προσωπικό και φαρμακεία. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2016) το 2014 καταγράφηκε μείωση των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων με το ποσοστό να ανέρχεται στο 4,24% σε αντίθεση με το 2009 που το ποσοστό ανερχόταν στο 4,9%. Με βάση τους δείκτες απόδοσης των νοσοκομείων παρατηρήθηκε μείωση του κόστους ανά ασθενή με τη δαπάνη να ανέρχεται το 2009 στα €1.350,90 ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης τα ποσά έφτασαν το 2010 στα €973,10, το 2011 στα €943,21 και το 2012 στα €872,37. Επιπλέον το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας μειώθηκε σημαντικά σε όλα τα νοσοκομεία, εκτός από τα νοσοκομεία με 101 έως 250 κλίνες στα οποία παρατηρήθηκε αύξηση της τάξης των 10 € το 2012 (262,43 €). Παράλληλα σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις στη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας με τη χαμηλότερη τιμή να παρουσιάζεται το 2011 που ήταν 4 ημέρες. (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016). Ενώ καταγράφηκε μία μικρή μείωση στους γιατρούς με τον αριθμό τους για το 2009 να ανέρχεται σε 69.030 και το 2014 σε 68.807. Τη χρονική περίοδο 2009-2010 ο αριθμός των φαρμακείων στην επικράτεια ήταν 10.094 για το 2009 και 10.804 για το 2010 (ΕΛΣΤΑΤ 2016). Ενώ τέλος, μειώσεις στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας παρατηρήθηκαν στα ιδιωτικά θεραπευτήρια με το ποσοστό να κυμαίνεται μεταξύ του 18% και 25% (Βαγιάνος και συν., 2010).

1.3. Μνημόνιο και υγεία

Η Ελληνική κυβέρνηση στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση υπογράφει μνημόνιο συνεργασίας με την ΕΕ και το ΔΝΤ. Στο μνημόνιο υπάρχουν μέτρα που αφορούσαν τον τομέα της υγείας με τη σταθεροποίηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία και συγκεκριμένα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τόσο σε εξωνοσοκομειακό όσο και σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο σε ποσοστό <1,5% του ΑΕΠ για το 2013 και <1,3% του ΑΕΠ για το 2014 (Μνημόνιο Συνεννόησης, 2013).

Η οικονομική κρίση αλλά και οι μετέπειτα μνημονιακές πολιτικές έρχονται να αντιμετωπίσουν ένα προβληματικό σύστημα υγείας που υπήρχε στην Ελλάδα με χαρακτηριστικά, όπως η έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού της διοίκησης, η ελλιπής και άνιση κατανομή του ανθρωπίνου δυναμικού αλλά και των πόρων τόσο σε οικονομικό όσο και σε επίπεδο παροχών, και η έλλειψη αξιολόγησης των δομών, των υπηρεσιών και των παροχών (Economou et al., 2014). Οι ελληνικές κυβερνήσεις προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία παρατηρείται κυρίως σε άτομα της τρίτης ηλικίας καθώς σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία εντοπίζεται η προώθηση και αγορά ακριβότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Το φαινόμενο αυτό εν μέρει εξηγείται από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής λόγω της επίτευξης νέων ιατρικών και φαρμακευτικών θεραπευτικών αγωγών (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2012).

Τα αποτελέσματα του μνημονίου στην υγεία είχαν ως αποτέλεσμα οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, οι οποίες υπέστησαν σημαντικές μειώσεις στα έσοδα τους, να περιορίσουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς θα έπρεπε να καταβάλλουν αρκετά αυξημένο αντίτιμο ιδίως σε παροχές που είτε δεν καλύπτονταν από τον ασφαλιστικό φορέα είτε η ασφαλιστική κάλυψη ήταν ανύπαρκτη λόγω ανεργίας. Στα παραπάνω αποτελέσματα έρχεται να προστεθεί η αύξηση του ποσοστού ζήτησης δημοσίων υπηρεσιών υγείας κατά 20% κάτι που επιβάρυνε τις ήδη βεβαρυσμένες δημόσιες δομές υγείας ενώ στον αντίποδα παρατηρείται μείωση του ποσοστού ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας απόρροια της μείωσης των εισοδημάτων (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Ο Κυριόπουλος (2016) αναφέρει, ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας αλλά και της αύξησης του ποσοστού των αυτοκτονιών ιδιαίτερα σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες που πλήγηκαν από την ανεργία και υπέστησαν σημαντική μείωση των εσόδων τους (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2016). Η Ελλάδα συνεχίζει να βρίσκεται σε κατάσταση ύφεσης παρόλο που τα μέτρα που λήφθηκαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις αλλά και τις μεταρρυθμίσεις που ζήτησε η Τρόικα, να συνεχίζουν να μη έχουν θετικά αποτελέσματα για τον κλάδο της υγείας. Η οποιαδήποτε προσπάθεια δεν είχε την αναμενόμενη επιτυχία καθώς η εφαρμογή των πολιτικών μέτρων έγινε με γρήγορες διαδικασίες και ως εκ τούτου δεν είχαν μελετηθεί οι επιπτώσεις και οι παρενέργειες στην κοινωνία γενικότερα. Κατά γενική ομολογία η όποια προσπάθεια των κυβερνήσεων είχε ως αποτέλεσμα την περικοπή δαπανών και παροχών υγείας προς του πολίτες (Economou et all, 2014).

2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ

2.1. Γενικά στοιχεία για τη Συμμόρφωση

Η απόδοση που δόθηκε στον ορό συμμόρφωση, από πολλούς ερευνητές είναι η συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Όμως η συμμόρφωση περικλείει πολλαπλές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και επεκτείνονται πέρα από την απλή συμμόρφωση στην συνταγογραφημένη φαρμακευτική θεραπεία (WHO, 2003). Το πρόβλημα της μη συμμόρφωσης των ασθενών εντοπίζεται χρονολογικά από την εποχή του Ιπποκράτη με τους γιατρούς της εποχής να προσπαθούν να εντοπίσουν τα αίτια που οδηγούσαν τους ασθενείς στο να μη συμμορφώνονται με τη θεραπεία τους και τον ίδιο να τονίζει ότι «την αμέλεια του ασθενή τη χρεώνεται τελικά ο γιατρός του». Παραθέτοντας στοιχεία σύγχρονων στατιστικών επιδημιολογικών μελετών προκύπτει ότι το 30% με 60% των ασθενών απέχει από τα όρια της συμμόρφωσης της θεραπείας του, είτε αυτή αφορά τη λήψη του συνταγογραφούμενου φαρμάκου, είτε τη λήψη της απαραίτητης δοσολογίας μη τηρώντας το απαραίτητο χρονικό διάστημα της θεραπείας, είτε τέλος τη διαμόρφωση της θεραπευτικής αγωγής κατά βούληση από τον ίδιο τον ασθενή (Health management, 2013).

Το απαραίτητο χρονικό διάστημα στη θεραπεία ή αλλιώς παραμονή στη θεραπεία αναφέρεται ως το χρονικό διάστημα που προκύπτει από την έναρξη έως το τέλος της θεραπείας, όπου και υπάρχει προκαθορισμένο χρονικό διάστημα ανάμεσα στις δόσεις που απαιτούνται για τη θεραπεία. Έτσι υποδεικνύεται το γεγονός πότε η μη συμμόρφωση μεταλλάσσεται σε μη παραμονή στη θεραπεία, όπως αναλύεται στο σχήμα 1(Φράγκου και συν, 2015).



Εικόνα 1: Σχηματική αναπαράσταση της Συμμόρφωσης – παραμονής στη Θεραπεία

Πηγή: Cramer et al., 2008

Συγκεκριμένα στην ηλικιακή ομάδα των 60 και άνω η έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή διαπιστώνεται, ότι είναι ένα συνεχιζόμενο πρόβλημα δημιουργούμενο από παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με τον ίδιο τον ασθενή και την αγωγή που καλείται να ακολουθήσει, όσο και με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην όλη διαδικασία (Φασόη-Μπάρκα & Κέλεση-Σταυροπούλου, 2015).

2.2. Αποσαφήνιση του όρου «συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή»

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική τους αγωγή είναι η διαφορά μεταξύ δυο όρων που χρησιμοποιούνται για να υποδηλωθεί η παρακολούθηση της θεραπείας. Σε διεθνές επίπεδο καταγράφεται έντονη διαφωνία μεταξύ των ερευνητών ως προς την ορθότητα της χρήσης των όρων αυτών (Ναλμπαντίδης και συν., 2011) Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2003) η διαφορά αναφέρεται μεταξύ των δυο όρων της συμμόρφωσης (compliance) και της προσκόλλησης (adherence). Ως συμμόρφωση εννοείται *«ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ασθενή συμπίπτει με την ιατρική οδηγία»*. Αντίθετα ως προσκόλληση εννοείται *«σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ασθενή συμβαδίζει με τις αποδεκτές από μέρους του οδηγίες που δίνονται από το γιατρό του και αφορά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και των αλλαγών στον τρόπο ζωής του»*

Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (2012) δίνοντας μια αποσαφήνιση του όρου μέσα από την επιστήμη της ψυχολογίας αναφέρονται στις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς και πως αυτές κινούνται στα πλαίσια δυο μοντέλων υγείας του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας αναφέρεται στη σωματική διάσταση της υγείας και στη φυσιολογική της λειτουργία η οποία και καθορίζεται με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις αγνοώντας την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης (Τούντας, 2007). Στον αντίποδα το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κατανοεί πως η νόσος επηρεάζεται από πολλαπλά επίπεδα αλλά και πως η υποκειμενική εμπειρία του ανθρώπου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ακριβή διάγνωση, έκβαση και τέλος στην ανθρωπιστική φροντίδα (Λυκούρας, 2016).

Οι σχέσεις λοιπόν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (2012), επηρεάζονται ανάλογα με το ποιο μοντέλο ακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς σύμφωνα με το βιοϊατρικό εναποθέτουν την υγεία τους στα χέρια των θεραπειών και ακολουθούν τη θεραπεία χωρίς να έχουν κάποιο ενεργό ρόλο ή άποψη στην όλη διαδικασία. Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ενισχύει την παθητικότητα του ασθενή ο οποίος δεν συμμετέχει στη διαδικασία της θεραπείας με αποτέλεσμα να αγνοείται η δυνατότητα αυτοθεραπείας του ασθενή και η αποδυνάμωση των ευθυνών του στη θεραπευτική διαδικασία. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με την ισχύουσα κατάσταση στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, όπου οι επαγγελματίες προσπαθούν να πείσουν τον ασθενή να συνειδητοποιήσει, ότι η κατάσταση της υγείας του επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά του, καθώς και ότι είναι σημαντικό να αντιληφθεί την κατάσταση της υγείας του επαναπροσδιορίζοντας τη στάση ζωής του με απώτερο όφελος τη βελτίωση της υγείας του. Η συνεργασία μεταξύ των δυο πλευρών αλλά και σε δεύτερο επίπεδο με την οικογένεια του ασθενή παράγει ουσιαστικά αποτελέσματα που αφορούν την έκβαση της νόσου. Η σημαντικότητα του να έχουν γνώσεις ψυχολογίας οι θεραπευτές, στρέφοντας το ενδιαφέρον τους στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή τα οποία και θα επηρεάσουν την έκβαση της νόσου, θα αποτελέσουν βοήθημα για την εξομάλυνση ή εξάλειψη στοιχείων του ασθενή που επικεντρώνονται σε συμβουλές για τη θεραπεία τους από τον οικογενειακό ή φιλικό περίγυρο και επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012)

2.3 Έρευνες σχετικές με τη συμμόρφωση στη θεραπεία

Αποτελέσματα ερευνών 30 χρόνων έδειξαν, ότι η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή είναι ένα σύνθετο και επίκαιρο θέμα ειδικά όταν αφορά ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Οι επιπτώσεις στη δημόσια υγεία είναι κυρίως η αύξηση του οικονομικού φορτίου που επιβαρύνει το εκάστοτε σύστημα υγείας κάθε χώρας. Ένα και ίσως το πιο σημαντικό πρόβλημα που ανέκυψε κατά τη διάρκεια των ερευνών, για τις οποίες εκδηλώθηκε ενδιαφέρον από το 1972, είναι ότι δεν υπήρξε σαφείς τρόπος μέτρησης της μη συμμόρφωσης γεγονός που εμπόδισε τη δημιουργία βασικής μονάδας μέτρησης του φαινομένου και είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων στην έρευνα (Vermiere et all, 2001). Ο ΠΟΥ (2003) σε σχετική έρευνα για τη συμμόρφωση σε μακροχρόνιες θεραπείες αναφέρει ότι το ποσοστό της

μη συμμόρφωσης σε παγκόσμιο επίπεδο αγγίζει το 50% αναφορικά με ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Αναφέροντας παραδείγματα αναπτυσσομένων χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο το 43% του πληθυσμού της Κίνας που πάσχει από υπέρταση συμμορφώνεται στην θεραπεία, το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη και συμμορφώνεται στη θεραπεία ανέρχεται μεταξύ του 40% με 70%. Ενώ το ποσοστό των ασθενών με ΧΑΠ που συμμορφώνεται στην θεραπεία στην Αυστραλία ανέρχεται στο 43% (WHO, 2003).

Σύμφωνα με τους Jimmy και Jose (2011) η συμμόρφωση στη θεραπεία διαχωρίζεται σε τρεις τύπους. Στον πρώτο τύπο ο ασθενής δεν ξεκινά τη θεραπεία αν και συνταγογραφημένη. Στο δεύτερο τύπο ο ασθενής σταματά τη θεραπεία χωρίς να συμβουλευτεί τον ιατρό του και στον τρίτο τύπο ο ασθενής δε συμμορφώνεται στις οδηγίες του ιατρού και μειώνει η αφαιρεί δόσεις από τη θεραπεία. Σε ότι αφορά τους χρόνιους ασθενείς άνω των 60 ετών έχει εκτιμηθεί ότι λαμβάνουν το λιγότερο μια συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση. Ενώ από αποτελέσματα έρευνας έχουν δείξει ότι τα ποσοστά συμμόρφωσης στη θεραπεία είναι αυξημένα όταν ο ασθενής λαμβάνει μια δόση φαρμάκου καθημερινά Στην ίδια έρευνα τονίζεται συμπερασματικά η δυνατότητα βελτίωσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία με τη συνταγογράφιση φαρμάκων ημερήσιας δόσης (Coleman et al., 2012).

Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί η έρευνα των Grant et al, (2003) αναφορικά με τη συμμόρφωση σε περιπτώσεις πολυφαρμακίας σε ασθενείς με διαβήτη τύπου II. Σε δείγμα 128 ασθενών κυρίως λευκών γυναικών ηλικίας 66 χρόνων κατά μέσο όρο (± 12) τα αποτελέσματα της συμμόρφωσης στη θεραπεία ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά σχετικά με τα φάρμακα του διαβήτη. Τα επιπλέον φάρμακα που συνταγογραφούνταν για άλλες παθήσεις, όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία κλπ δεν επηρέασαν τη συμμόρφωση στην αγωγή. Μη συμμόρφωση παρατηρήθηκε μόνο σε περιπτώσεις λήψης χαπιών τα οποία προκαλούσαν παρενέργειες γεγονός που δεν αναφέρθηκε στον ιατρό τους και αποτέλεσε χρόνια κατάσταση.

Σε μελέτη των Hinkin et all (2010), που διήρκησε ένα μήνα, σε 148 ασθενείς μεταξύ των 25 και 69 ετών που προσβλήθηκαν από τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας έγινε παρακολούθηση της συμμόρφωσης τους στη θεραπεία, ενώ παράλληλα υποβλήθηκαν σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες αλλά και σε δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον μιας και το μεγαλύτερο μέρος της ομάδας πέτυχε προσήλωση στη θεραπεία κατά 80,7% με τα νεαρότερα άτομα να φτάνουν το 78,3% της συμμόρφωσης. Συσχετίζοντας τα παραπάνω ποσοστά με τα αποτελέσματα των

νευροψυχολογικών διαδικασιών η έρευνα έδειξε ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα 50 ετών και πάνω ήταν ικανά να πετύχουν ποσοστό προσήλωσης 95% σε αντίθεση με τα νεαρότερα άτομα που μόνο το 26% εξ αυτών πέτυχαν προσήλωση στη θεραπεία 95%. Παρά το ότι τα αποτελέσματα ήταν προϊόντα βραχυπρόθεσμης μελέτης εντοπίστηκε μια πιθανή συσχέτιση της μη συμμόρφωσης με τις νευροψυχολογικές λειτουργίες με τη γνωστική εξασθένηση να επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών στο φαρμακευτικό σχήμα που πρέπει να ακολουθήσουν. Τα παραπάνω οδηγούν στην αρνητική εξέλιξη της νόσου και την επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας του ασθενούς (Hinkin et all 2010).

Σε έκθεση της Αμερικάνικης Ένωσης Φαρμακοποιών (2013) εξετάστηκε η μοντελοποίηση παλινδρόμησης, δηλαδή η σχέση δυο μεταβλητών στην προκειμένη περίπτωση η σχέση φαρμακοποιού-ασθενή, ως στατιστική τεχνική για τον προσδιορισμό δεικτών που θα έχουν ως σκοπό την πρόβλεψη της τήρησης της φαρμακοθεραπείας. Οι εν λόγω δείκτες δείχνουν τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και φαρμακοποιού, την οικονομική κατάσταση του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στο κόστος της θεραπείας, τη σημαντικότητα της λήψης της αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, το βαθμό ενημέρωσης για το επίπεδο υγείας τους, και τις παρενέργειες των φαρμάκων. Τα παραπάνω ανοίγουν το δρόμο στους παρόχους υγείας και τους φαρμακοποιούς για την εύρεση τρόπων αντιμετώπισης των χαμηλών ποσοστών συμμόρφωσης (NCPA, 2013).

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών

Η επιτυχία μιας θεραπείας έγκειται κατά ένα μέρος στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπευτική του αγωγή ενώ η μη τήρησή της αποτελεί κίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα η συμμόρφωση στη θεραπεία ως φαινόμενο επηρεάζεται από γενικότερους οικονομικούς ή κοινωνικούς παράγοντες προκαλώντας καταστάσεις οι οποίες έχουν άμεσο αντίκτυπο στην προάσπιση της υγείας του ατόμου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς είναι το είδος και ο βαθμός σοβαρότητας της ασθένειας, οι δημογραφικοί παράγοντες, η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή, η δομή υγείας όπου λαμβάνει τη θεραπεία ο ασθενής, τα φάρμακα που απαιτούνται για τη θεραπεία και η ορισμένη δοσολογία από τον ιατρό, το μοντέλο

πεποίθησης για την υγεία και τέλος κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (Σιδηροπούλου, 2016).

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες τη μη συμμόρφωση επηρεάζουν επιπλέον εμπόδια οικονομικής φύσεως τα οποία και δυσκολεύουν την τήρηση. Πιο συγκεκριμένα η αύξηση των συμπληρωμών, οι ακριβές θεραπείες, η περιπλοκότητα της αγωγής, η έλλειψη γνώσεων σχετικά με την ασθένεια, οι παρενέργειες, εφόσον δεν τηρείται η αγωγή, αλλά και ζητήματα που αφορούν τους παρόχους υγείας, καθώς και εμπιστοσύνης ασθενούς και θεραπευτή (Gellad et al., 2009).

Ο ΠΟΥ (2003) προσδιορίζει πέντε διαστάσεις που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών κατονομάζοντας τη συμμόρφωση ως φαινόμενο πολυπαραγοντικό και ανατρέποντας την πεποίθηση ότι η συμμόρφωση επηρεάζεται μόνο από τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Ειδικότερα οι πέντε διαστάσεις που με βάση την αλληλεπίδραση τους επηρεάζουν την προσήλωση του ασθενούς στη θεραπεία του είναι οι εξής:

Παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας και σχετίζονται με την ανεπάρκεια των συστημάτων υγείας αλλά και την απουσία δομών υγείας ικανών να υποστηρίξουν σχετικά προγράμματα, καθώς επίσης η έλλειψη γνώσεων από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και η σχετική αδυναμία εκπαίδευσης τους για την παρακολούθηση και στήριξη ασθενών που δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία τους.

Παράγοντες που αφορούν τη θεραπεία του ασθενούς και σχετίζονται με το είδος τη θεραπείας που καλείται να ακολουθήσει ο ασθενής, παλαιότερες αποτυχημένες θεραπείες, αλλά και το χρονικό διάστημα των εναλλαγών θεραπείας, όπως και το χρονικό διάστημα βελτίωσης των συμπτωμάτων από το ξεκίνημα της αγωγής.

Παράγοντες που δέχονται επηρεασμό από την ίδια την πάθηση, καθώς κάθε πάθηση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και βαθμό σοβαρότητας τα οποία και ανταποκρίνονται ή επηρεάζονται ανάλογα από την κάθε διαθέσιμη θεραπεία.

Παράγοντες κοινωνικοοικονομικού επιπέδου όπως η έλλειψη μορφωτικού επιπέδου, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, η ανεργία, η πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς, τα πιστεύω του και ο επηρεασμός που δέχεται από τον οικογενειακό και φιλικό του περίγυρο, αλλά και η

κατοικία σε απομακρυσμένες περιοχές χωρίς δομές υγείας σε κοντινή απόσταση. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει το κόστος της θεραπευτικής αγωγής που εμποδίζει τη σωστή λήψη αυτής.

Παράγοντες που βασίζονται σε ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή και αφορούν την οικονομική κατάστασή του, τα πιστεύω του, τις πεποιθήσεις του και τι περιμένει από τη θεραπεία που θα δεχθεί καθώς και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα αυτής (WHO, 2003).

Υπάρχουν επίσης και παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή καθώς και εμπόδια που επηρεάζουν μια τέτοια επικοινωνία. Η σχέση ιατρού ασθενή είναι μια ιδιαίτερη σχέση που θα πρέπει να διέπεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, κυρίως του ασθενή προς τον ιατρό, αλλά και από τη δημιουργία μιας συναισθηματικής σχέσης, όπου το συναισθηματικό στοιχείο θα δράσει καταλυτικά στη δημιουργία αμοιβαίας επικοινωνίας μεταξύ τους. Η βιβλιογραφία παραθέτει αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις επίτευξης αυτής της επικοινωνίας δίνοντας έμφαση στο συγκεκριμένο ρόλο τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή στη διαδικασία της θεραπείας. Στόχος των θεωρητικών προσεγγίσεων είναι η αποτελεσματική λειτουργία της δυάδας αλλά και πιο συγκεκριμένα η οριοθέτηση του στόχου του γιατρού να επαναφέρει την υγεία του ασθενούς αλλά και η οριοθέτηση από πλευράς ασθενούς να βοηθήσει στην ίαση του επικοινωνώντας με τον γιατρό και τηρώντας τη θεραπεία του (Βένιου & Τεντολούρης, 2013).

2.5 Επικοινωνία μεταξύ ιατρού και συγγενικού περιβάλλοντος χρόνιων ασθενών

Η αλλαγή στο προφίλ της οικογένειας, τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον αντίκτυπο που έχει σε πολλούς τομείς όπως αυτόν της υγείας. Η δημιουργία περισσότερων μονογονεϊκών οικογενειών, η αύξηση των διαζυγίων αλλά και η απομάκρυνση από την εστία της οικογένειας για διάφορους λόγους αποτελούν αιτίες μη σωστής διαχείρισης της ασθένειας. Ο πιο σημαντικός λόγος είναι η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια σε περιπτώσεις ασθένειας με όποια επιβάρυνση αυτή η έλλειψη μπορεί να επιφέρει στην κατάσταση της υγείας (Λιόνης, 2011). Η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού εμποδίζεται εφόσον υπάρχει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο από τον ασθενή και τους οικείους του, αλλά και χαμηλό κοινωνικό υπόβαθρο ή φυλετικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις που εμποδίζουν τη σωστή πληροφόρηση του ιατρού, εφόσον αποκρύπτονται σημαντικά στοιχεία

για τη διαδικασία της θεραπείας (Βένιου & Τεντολούρης, 2013). Τα παραπάνω έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία και για αυτό η εκπαίδευση του ιατρού στην τεχνική της επικοινωνίας, όπως και στην ιατρική επιστήμη είναι σημαντική για τη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν οι ιατροί στους ασθενείς για να παραμείνουν πιστοί στην θεραπεία (Zolnierek & Di Matteo, 2009).

Το συγγενικό περιβάλλον του ασθενή μπορεί να αποτελέσει τον κύριο παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας εφόσον παραμεριστούν οι παραπάνω παράμετροι. Η επίτευξη διαπροσωπικών σχέσεων με το οικογενειακό περιβάλλον θα έχει θετικά αποτελέσματα ως προς τη συμμόρφωση στη θεραπεία εφόσον η επικοινωνία του ιατρού με τους συγγενείς επιτευχθεί (Fong Ha & Longnecker, 2010). Με αυτό τον τρόπο θα ολοκληρωθεί η συλλογή πληροφοριών όχι μόνο σε σχέση με την ασθένεια και το πώς τη διαχειρίζεται ο ασθενής ώστε να αποφευχθεί η μη συμμόρφωση στη θεραπεία, αλλά και πληροφορίες σχετικά με τους δεσμούς στο εσωτερικό της οικογένειας, το πώς αντιλαμβάνονται την ασθένεια και πόσο επιθυμούν να γίνουν μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας (Λιόνης, 2011).

Σύμφωνα με έρευνα των Cherlin, et al. (2005), που διεξήχθη σε 206 οικογένειες καρκινοπαθών ασθενών τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν αρκετά αποθαρρυντικά σχετικά με την επικοινωνία ιατρών και οικογενειών των ασθενών. Οι διάλογοι επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή αλλά και με το οικογενειακό του περιβάλλον είναι πολύ εύκολο να διαταραχθούν. Τα προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού, ασθενή αλλά και συγγενών, όπως αποτυπώθηκαν στη βιβλιογραφία, προέκυψαν μετά από συμβάντα ιατρικών λαθών τα οποία ο ασθενής και οι συγγενείς απέδωσαν σε ελλιπή επικοινωνία με τον ιατρό αλλά και στην απουσία συμπαθείας προς τον ασθενή για την κατάσταση του (Βένιου & Τεντολούρης, 2013). Οι Cherlin, et al. (2005) αναφέρουν ότι στο 20,8% των οικογενειών δεν υπήρξε καμία πληροφόρηση από το θεράποντα ιατρό, για το εάν η ασθένεια μπορούσε να θεραπευτεί καθώς επίσης και για το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς, το 32,2 % ανέφερε ότι δεν υπήρξε καμία συζήτηση για την ένταξη του σε δομές φροντίδας για ασθενείς τελικού σταδίου ενώ το 23,5 % των οικογενειών ανέφεραν ότι η συζήτηση για τη μη αναστρέψιμη κατάσταση του ασθενή έγινε στον πρώτο μήνα μετά το θάνατο του ασθενή, ενώ κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, το 41,1% ανέφερε ότι έγινε η συζήτηση για τη δυνατότητα εισαγωγής του ασθενή σε δομές φροντίδας για ασθενείς τελικού σταδίου.

Σημαντικός παράγοντας επίσης στην επικοινωνία και κατά προέκταση στην πορεία της θεραπείας είναι η παραπληροφόρηση από τον ιατρό σε περίπτωση που δεν είναι απόλυτα σίγουρος για την έκβαση της θεραπείας και προκαλεί αβεβαιότητα και δυσκολία στην επικοινωνία θέλοντας να προασπίσει την επαγγελματική του αξιοπιστία (Βένιου & Τεντολούρης, 2013). Η επιτυχία της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και οικογένειας θα πρέπει να στηρίζεται στους παρακάτω παράγοντες, πρώτα από όλα στη γνωστοποίηση ότι η ασθένεια είναι ανίατη, όσον αφορά ασθενείς τελικού σταδίου, σε δεύτερο χρόνο να δίνονται πληροφορίες για το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς και τέλος στη συζήτηση για τη χρήση εναλλακτικών δομών φροντίδας ή ξενώνων για τη αξιοπρεπή φροντίδα του ασθενούς τελικού σταδίου πέρα από τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Επιπροσθέτως, η επιτυχία της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς δε θα ωφελήσει για τους λόγους που προαναφέρθηκαν αλλά θα οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα και παρεμβάσεις που κοινό στόχο έχουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση του ασθενούς (Zolnierek & Di Matteo, 2009). Κάθε τέτοια συζήτηση έχει ένα μεγάλο βαθμό δυσκολίας κατανόησης και αποδοχής από τους συγγενείς. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να γίνεται σε πρώιμο στάδιο, κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος, για την κατανόηση των πληροφοριών και για την ανάληψη πρωτοβουλιών για δράση από την οικογένεια (Cherlin, et al 2005).

3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Επιδημιολογικά δεδομένα χρόνιων παθήσεων

Όσον αφορά επιδημιολογικά δεδομένα¹ χρόνιων παθήσεων, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο διαβήτης, η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και το Alzheimer, η ΕΣΔΥ (2013) αναφέρει, ότι στην Ελλάδα 2,5 εκατ. ενήλικες πάσχουν από υπέρταση, ενώ το 2025 οι υπέρτασικοί ασθενείς θα αντιστοιχούν στο 29% του παγκόσμιου πληθυσμού που συγκριτικά με το 2000 η αύξηση του ποσοστού ανέρχεται στο 60%. Επιπροσθέτως να αναφερθεί ότι η υπέρταση είναι η αιτία για 7,1 εκατ. προώρους θανάτους ενώ ευθύνεται για το 62% των εγκεφαλικών, το 49% των ισχαιμικών επεισοδίων, και το 10% των περιπτώσεων νεφρικής ανεπάρκειας οι οποίες βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Επίσης, το 2,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, στην Ελλάδα, δήλωσε ότι υπέστη αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή υφίσταται τις χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού. Το ποσοστό παρουσιάζει αύξηση 23,5% σε σχέση με το 2009 (1,7%) (ΕΣΤΑΤ, 2014).

Αναφορικά με τον διαβήτη στην ΕΕ το 2040 τα άτομα που θα πάσχουν από ΣΔ θα ανέρχονται στα 71 εκατ. σε σχέση με το 2015 που ανέρχονταν σε 59,8 εκατομμύρια (International Diabetes Federation, 2015), ενώ είναι η τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το 2010 ο απόλυτος επιπολασμός της ασθένειας έφτασε το 8,8%. Οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες αύξησαν το κόστος θεραπείας και τη συμμετοχή στο 55% επί του συνόλου των δαπανών (ΕΣΔΥ, 2013). Επίσης, το 2009 το 3,46% του πληθυσμού δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και εμφύσημα, το 1,45% από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το 2,17% από στεφανιαία νόσο ή και στηθάγχη, το 2,09% από καρδιακή ανεπάρκεια και το 5,68% από αρρυθμία (ΕΛΣΤΑΤ, 2011).

Σύμφωνα με τους Mayeux και Stern (2012) το 2005 ο πληθυσμός που έπασχε από άνοια έφτανε τους 24,2 εκατ. ασθενείς με 4,6 εκατ. νέες περιπτώσεις να προσθέτονται κάθε χρόνο. Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η πρώτη αιτία άνοιας στο δυτικό κόσμο με τον επιπολασμό της συνεχώς να αυξάνεται γεωμετρικά με την πάροδο της ηλικίας. Στην ηλικία των 65-69

¹ «Ως επιδημιολογία ορίζεται «η μελέτη της κατανομής και της εξέλιξης διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον ανθρώπινο πληθυσμό και των παραγόντων που τις διαμορφώνουν ή μπορούν να τις επηρεάσουν» (Λάγιου και συν., 2005). Η επιστήμη της επιδημιολογία θεωρείται σημαντικό κομμάτι της δημόσιας υγείας που έχει ως σκοπό τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών, με τη χρήση διαφόρων μεθόδων, όπως η επιτήρηση και η περιγραφικές μελέτες με στόχο τη συλλογή δεδομένων από πληθυσμούς και δείγματα τους, ώστε να προσχωρήσει σε έλεγχο υποθέσεων σχετικών με θέματα υγείας (WHO, 2016)».

ανέρχεται στο 1,4%, στην ηλικία των 80-84 δεκαπλασιάζεται, ενώ στην πενταετία 85-89 εικοσαπλασιάζεται (ΕΣΔΥ, 2013). Τα στοιχεία για τη Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αναφέρουν ότι σε παγκόσμια κλίμακα υπάρχουν 44 εκατ. ασθενείς. Μέχρι το 2020 θα αποτελεί την τρίτη κύρια αίτια θανάτου, καταγράφοντας 6 εκατ. θανάτους ετησίως, ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της πάθησης κυμαίνεται στο 1% για όλες τις ηλικίες. Αυτό που παρατηρείται είναι η αύξηση της νόσου σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10% σε ηλικίες κοντά στα 40 έτη ενώ η επικράτηση της νόσου μεγαλώνει με την αύξηση της ηλικίας (Charman, et al, 2006). Στην Ελλάδα τα ποσοστά επιπολασμού της νόσου ανέρχονται στο 8,4% για την ηλικία των 35 ετών. Το κόστος νοσηλείας ασθενών φτάνει τα €7.000 ετησίως εφόσον η νοσηλεία γίνεται 2-3 φορές το χρόνο, παράλληλα η απόκλιση μεταξύ αποζημίωσης από ασφαλιστικούς φορείς και κόστους νοσηλείας είναι μεγάλη εφόσον η ανάγκη για εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι απαραίτητη (ΕΣΔΥ, 2013).

3.2 Αναφορά στις πληθυσμιακές ομάδες της τρίτης ηλικίας-πληθυσμιακή γήρανση

Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια με το ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας να μεταβάλλεται αυξητικά τόσο στον Ευρωπαϊκό όσο και στον Ελληνικό χώρο. Η μεταβολή αυτή συμβάλλει στη δημιουργία ανισορροπίας μεταξύ του ενεργού και ανενεργού πληθυσμού εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του εργασιακά ικανού πληθυσμού αυξάνοντας παράλληλα τις δυσμενείς επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και στην κοινωνία γενικότερα (Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, 2016). Το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται στις χώρες του ΟΟΣΑ λόγω της προόδου και της ευζωίας, της αύξησης του μορφωτικού επιπέδου αλλά και της ευκολότερης πρόσβασης σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας, σε επιστημονικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση φτάνει τα 79,5 έτη σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ που ανέρχεται στα 79 έτη (OECD, 2009). Μεταξύ του 2004 και του 2013 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε κατά 1,8 χρόνια. Συγκριτικά με τις χώρες μέλη της ΕΕ το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων για το 2013 παρουσιάζεται αυξημένο για τους μεν άνδρες 0,8 έτη ενώ για τις γυναίκες 0,3 έτη (Eurohex, 2016).

Η γήρανση του πληθυσμού έχει ως αποτέλεσμα την επίδραση του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στην κοινωνική προστασία, τα συστήματα υγείας, στα δημόσια οικονομικά, και κατά επέκταση στα συστήματα συνταξιοδότησης. Συνεπώς τίθενται ερωτήματα και δημιουργούνται προϋποθέσεις για τη δημιουργία υπηρεσιών υγείας προσαρμοσμένες στην υιοθέτηση μιας κουλτούρας πρόληψης όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα. Κάτι τέτοιο θα δρούσε θετικά στην επιθυμητή μείωση των δαπανών στον δημόσιο τομέα αλλά και στη φροντίδα ανθρώπων υπό εξάρτηση (Europra, 2006). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2015) η μακροβιότητα έχει πλεονεκτήματα για όσους τη βιώνουν μιας και τους δίνεται η δυνατότητα να επαναπροσδιορίσουν ζητήματα ζωής και καταστάσεις, ώστε να κάνουν νέα ξεκινήματα. Η βιολογική γήρανση, τελείται με αλλοιώσεις σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο, οι οποίες δεν είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την μεγάλη ηλικία του ατόμου μιας και υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων στην τρίτη ηλικία, οι οποίοι χαίρουν άκρας υγείας. Η γήρανση προϋποθέτει ένα σύνολο παραγόντων πέραν αυτών της υγείας όπως η συνταξιοδότηση, η αλλαγή σκηνικού, είτε μέσα στην οικογένεια είτε στο ευρύ περιβάλλον, που σηματοδοτούν την αρχή της.

Στην προσπάθεια ανάπτυξης ενός δημόσιου διαλόγου για τη δημόσια υγεία σημαντικό είναι να εξεταστούν προσεγγίσεις που, αν όχι αποσυνδέουν, μειώνουν το αίσθημα της απώλειας της ζωής στην τρίτη ηλικία (WHO, 2015). Η προώθηση δραστηριοτήτων, όπως η συνέχιση της εκπαίδευσης των ηλικιωμένων ή το ξεκίνημα αυτής, η ανάληψη νέων ρόλων σε επίπεδο οικογένειας αλλά και κοινωνικού συνόλου, το ξεκίνημα μιας νέας επαγγελματικής δραστηριότητας θα μεγιστοποιήσουν σημαντικά την επανένταξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας στην ενεργό δράση αλλά και την επίτευξη της ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης. Βασική προϋπόθεση των παραπάνω είναι η καλή κατάσταση της υγείας, αλλά και η ανάπτυξη κατάλληλων δράσεων για την επίτευξη τέτοιων στόχων (WHO, 2015). Η ΕΕ με τη συμμετοχή των χωρών μελών της δημιούργησε καινοτόμες συνεργασίες με φορείς, επιχειρήσεις και επαγγελματίες υγείας για την ομαλή μετάβαση στην τρίτη ηλικία αλλά και την εξασφάλιση προϋποθέσεων, ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να προσφέρουν στην κοινωνία και την οικογένεια. Σκοπός των παραπάνω είναι να μειωθεί η πίεση που ασκείται στα συστήματα υγείας και φροντίδας. Η δημιουργία στρατηγικού σχεδίου αντιμετώπισης της συγκεκριμένης καινοτόμου δράσης περιλαμβάνει την προαγωγή της πρόληψης παθήσεων, τη δημιουργία και χρήση τεχνολογικών εφαρμογών στην υπηρεσία των ηλικιωμένων που ζουν

σε απομακρυσμένες περιοχές, τη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και της αυτοεξυπηρέτησης τους με τη βοήθεια πρότυπων υπηρεσιών (Euroopa, 2015).

3.3. Χρόνιοι ασθενείς

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2014) οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες (Non Communicable Diseases- NCDs) ή οι λεγόμενες χρόνιες ασθένειες είναι αυτές οι οποίες δε μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, έχουν μεγάλη διάρκεια και βραδεία εξέλιξη. Χωρίζονται σε τέσσερις βασικούς τύπους/κατηγορίες: τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο, τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Ένα κύριο χαρακτηριστικό των χρόνιων παθήσεων είναι ότι οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και παράγοντες της ιδιοσυγκρασίας του ασθενή και όχι σε μικροβιακούς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1990). Οι χρόνιοι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μια κατάσταση που απαιτεί στενή παρακολούθηση σε βάθος χρόνου και συνεχή συνεργασία με το θεράποντα ιατρό τους. Οι ασθενείς σε πρώτο στάδιο μετά τη διάγνωση αντιμετωπίζουν «*το αρχικό σοκ*» την «*αντιπαράθεση*» με τη νέα κατάσταση και στη συνέχεια την «*υποχώρηση*» στην ασθένεια οπότε και αποδέχονται και μεταβάλλουν την έως πρότινος πορεία της ζωής τους στη νέα κατάσταση (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008).

Όταν ο χρόνιος ασθενής επανέρχεται στην καθημερινότητά, του, αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα υγείας του, είναι αναπόφευκτο να επηρεαστούν ζητήματα της καθημερινότητας του που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία του. Τα ζητήματα αυτά αφορούν την επαγγελματική του αποκατάσταση, τη συναισθηματική του σταθερότητα, τις σχέσεις με τον περίγυρο του κλπ (Γιαβασόπουλος και Γουρνή, 2008). Η αναποτελεσματική αντιμετώπιση των παραπάνω, που αποτελούν κύριο συστατικό της ζωής του χρόνιου ασθενή, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών με κύριο εκπρόσωπο την κατάθλιψη. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η κατάθλιψη εμφανίζεται σε χρόνιους ασθενείς κατά 30-40% περισσότερο από ότι το γενικό πληθυσμό, ενώ τα ποσοστά αυξάνονται όταν γίνεται αναφορά σε ηλικιωμένους χρόνιους ασθενείς. Επίσης έχει τεκμηριωθεί, ότι η κατάθλιψη επηρεάζει την πορεία της ασθένειας και γενικότερα τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Wong et al, 2011).

Πέρα από τη συμβατική αντιμετώπιση της κατάθλιψης μέσω παρακολούθησης από ειδικούς, τη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και την τήρηση αυτής, σημαντικό όφελος θα δώσει η χρησιμοποίηση συγκεκριμένων τεχνικών για την αντιμετώπιση της. Μια από αυτές είναι ο έλεγχος των συναισθημάτων, που μέσω της ρύθμισης τους αποφεύγονται και αναστέλλονται ή εκφράζονται και αναγνωρίζονται (Ridder et all, 2008). Κατά γενική ομολογία η χρήση της ψυχοθεραπευτικής οδού για τη βοήθεια των χρόνιων ασθενών στην αντιμετώπιση της κατάστασης τους κρίνεται απαραίτητη. Τα δεδομένα που έρχονται στην επικαιρότητα μέσα από έρευνες εντείνουν την αναγκαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών με σκοπό την αυτοδιαχείριση του εαυτού τους και την επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο αλλά και το βαθμό επίδρασης αυτής της υποστήριξης σε ενδοοικογενειακό επίπεδο για τη διαχείριση της χρόνιας ασθένειας (Ridder et all, 2008).

4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

4.1 Οι οικονομικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης

Το θέμα της υγείας για πολλές χώρες είναι ένα βασικό ζήτημα συζήτησης καθώς ο τομέας της υγείας απορροφά ένα μεγάλο μέρος της ετήσιας δαπάνης ενός κρατικού προϋπολογισμού. Τα ποσά που δαπανώνται στην αγορά φαρμάκων είναι τεράστια και ειδικά όταν πρόκειται για ασθενείς χρόνιων παθήσεων καθώς η ανάγκη προμήθειας φαρμάκων είναι επαναλαμβανόμενη και χρόνια (Chisholm et al., 2012). Όπως προαναφέρθηκε η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή δεν έχει μόνο αρνητικά αποτελέσματα στη θεραπεία του ασθενούς, εφόσον δεν ακολουθούνται κατά γράμμα οι κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά ισοδυναμεί και με αρνητικά αποτελέσματα για τους παρόχους υγείας μιας και αποτυγχάνουν και οι ίδιοι να εφαρμόσουν τις συνήθεις πρακτικές των κατευθυντήριων οδηγιών σε θέματα υγείας που τελικά οδηγούν στη μη συμμόρφωση (Cleemput & Kesteloot, 2002).

Οι επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες θεωρούνται ακόμα μεγαλύτερες με κύρια υπαιτιότητα τη σπανιότητα των πόρων σε ότι έχει να κάνει με την υγεία και με τις ανισότητες που εμφανίζονται στην πρόσβαση στην περίθαλψη και σε δομές υγείας. Η μη επίτευξη της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή αυξάνει την απόσταση μεταξύ της αποτελεσματικότητας και της αναποτελεσματικότητας στις παρεμβάσεις υγείας ιδίως σε θέματα που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Η εξάπλωση του προβλήματος στο χώρο της υγείας αυξάνεται λαμβάνοντας υπόψη την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δεν προσδίδουν στη μη συμμόρφωση την απαραίτητη προσοχή, αποδεχόμενοι απλά τη στάση των ασθενών που είναι η άρνηση στο να ακολουθήσουν τη θεραπεία τους (Cleemput & Kesteloot, 2002).

Όσον αφορά τα συστήματα υγείας είναι σημαντικό να συζητηθούν οι αρνητικές επιπτώσεις που προκαλεί η μη συμμόρφωση. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος οικονομικών ζητημάτων που διαιωνίζεται αυξάνοντας παράλληλα την οικονομική ζημία στο εκάστοτε σύστημα υγείας. Το κόστος της χρήσης υπηρεσιών υγείας αυξάνεται με συνέπεια τη μετακύλιση αυτής της αύξησης στους ασθενείς τόσο από το κράτος όσο και από τους εργοδότες έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση των συμπληρωμών αλλά και του κόστους εργασίας σε μια προσπάθεια κάλυψης της απώλειας (Iuga & McGuire, 2014). Τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με προκλήσεις τη στιγμή που η ζήτηση για την εύρεση πόρων

που θα βοηθήσουν στην εξέλιξη τους είναι δύσκολη. Η αναγκαιότητα για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού έχει ως γνώμονα τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή με την υλοποίηση υποστηρικτικών πολιτικών (WHO, 2003). Η βελτίωση της συμμόρφωσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ασφαλή θεραπεία του ασθενή αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών των συστημάτων υγείας μιας και η επιτυχία στη συμμόρφωση της θεραπείας θα αποτελέσει σημαντικότερο επίτευγμα από ότι η εφαρμογή μιας εξελιγμένης θεραπείας (Eu-patient, 2016).

Δίνοντας συγκεκριμένο παράδειγμα για τις οικονομικές επιπτώσεις σε χρόνιες ασθένειες γίνεται αναφορά στους καρδιαγγειακούς χρόνιους ασθενείς. Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία πέρα από την κακή παρακολούθηση της νόσου και τις αρνητικές συνέπειες που προκαλούνται σε μακροπρόθεσμο επίπεδο δημιουργεί και σημαντικά ζητήματα στα οικονομικά κόστη και στη συσχέτιση κόστους- αποτελεσματικότητας και φαρμακευτικών παρεμβάσεων (Muszbek et all, 2007). Σύμφωνα με τα παραπάνω η επιμονή και η συμμόρφωση στη θεραπεία αυξάνει το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων, αντίθετα η μη συμμόρφωση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ιατρικών επισκέψεων, τις εισαγωγές σε νοσοκομεία και την παραμονή σε αυτά αυξάνοντας έτσι τους ιατρικούς πόρους που δεν αφορούν τα φαρμακευτικά σκευάσματα αλλά τις υπηρεσίες.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία πέρα από τον αντίκτυπο στο κόστος δρα και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε ασθενείς με οστεοπόρωση που υποβάλλονται σε από του στόματος θεραπεία καταγράφηκε το κόστος της θεραπείας με την απλή λήψη του φαρμάκου όσο και με τη συμμόρφωση και επιμονή στη θεραπεία αλλά και η ποιότητα ζωής του ασθενή σε έτη (Hiligsmann, et all, 2012). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως με τη συνήθη λήψη του φαρμάκου το κόστος της θεραπείας άγγιζε τα €10,279 ενώ με την επίτευξη πλήρους συμμόρφωσης στη θεραπεία και με την υιοθέτηση των συμβούλων του θεράποντα ιατρού το κόστος της θεραπείας έπεφτε κατακόρυφα στα €3,909 ανά ασθενή. Παράλληλα παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που εκφράζεται ως κόστος σε ευρώ ανά ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής που κερδήθηκε με τη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Για παράδειγμα σε μία θεραπεία οστεοπόρωσης με το κόστος της να φτάνει τα €20.000 ο ασθενής που θα λαμβάνει απλά την αγωγή θα επιτύχει επιμήκυνση της ζωής κατά 1,95 χρόνια ενώ ο ασθενής που θα είναι πλήρως συμμορφωμένος στην αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού θα επιτύχει αύξηση της διάρκειας ζωής κατά 5,12 χρόνια (Hiligsmann, et all, 2012).

Σε παρατήρηση αναδρομικής μελέτης στην Ισπανία για την εισαγωγή σε νοσοκομεία ασθενών με μικρό ιστορικό συνοσηρότητας που δε συμμορφώθηκαν στη θεραπεία προέκυψε ότι το 76% των περιπτώσεων έλαβαν το 75% της προβλεπόμενης θεραπείας, γεγονός που αύξησε την είσοδο και τις ημέρες νοσηλείας τους περισσότερο από το παγκόσμιο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα παραμονής σε νοσοκομείο που είναι 8,6 ημέρες. (Payero, et all, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη, ότι η έλλειψη συμμόρφωσης οδηγεί σε αύξηση των εισαγωγών, η διαμόρφωση του λόγου κόστους αποτελεσματικότητας ανά θεραπεία διαφέρει ανάλογα με το βαθμό συμμόρφωσης. Σε αναδρομική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε το 2012 και διεξήχθη σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Ισπανίας δυναμικότητας 1250 κλινών το κόστος, για τους διαβητικούς ασθενείς με συμμόρφωση στη θεραπεία από 80% έως 100%, ανέρχεται στα \$4,570 ενώ για όσους η συμμόρφωσης κυμαίνεται από 0% έως 19% το ποσό ανέρχεται στα \$8,867.

Στην ίδια μελέτη σχετικά με δυσλιπιδαιδικούς ασθενείς με συμμόρφωση στη θεραπεία από 80% έως 100% το κόστος έφτανε τα \$3,924 ενώ από 0% έως 19% το κόστος έφτανε τα \$6,888 (Payero, et all, 2014).

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί σημαντικό ζήτημα μιας και όχι μόνο επηρεάζεται η βελτίωση και η ποιότητα ζωής αλλά και τα ποσά που δαπανούνται ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Το συνολικό κόστος της μη συμμόρφωσης στην Ε.Ε ανέρχεται σε €1,25 δις. ετησίως με τον αριθμό των θανάτων εξαιτίας του φαινομένου να φτάνει τους 194,000 ετησίως. Στις ΗΠΑ το έμμεσο και άμεσο κόστος της μη συμμόρφωσης έφτασε τα \$177 δις. για το 2002, ενώ στην Αγγλία το κόστος της μη συμμόρφωσης έφτασε τα €12 εκατ. για το 2004 (Eu-patient , 2016).

4.2 Οι δομές υγείας των χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων ασθενών

Σύμφωνα με τους Nolte και McKee (2008) η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων σε επίπεδο φροντίδας υπολείπεται των βασικών απαιτήσεων, όπως η υιοθέτηση κοινών κατευθυντήριων οδηγιών για την πάθηση καθώς και πρακτικών που θα πρέπει να εφαρμοστούν τη χρονική περίοδο κατά την οποία γίνεται η διάγνωση της πάθησης. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και η οποία βασίστηκε στα ιατρικά αρχεία ασθενών οι McGleen et all, (2003)

αναφέρουν ότι στους χρόνιους ασθενείς χορηγούνταν το ήμισυ της απαραίτητης φροντίδας από αυτό που αναμενόταν να λάβουν, με επακόλουθο την υπολειμματική αντιμετώπιση της ασθένειας και την εμφάνιση αρνητικών συνεπειών στην ευημερία του πληθυσμού. Η δημιουργία προγραμμάτων φροντίδας ενισχύει τις βάσεις για τη σωστή διαχείριση των χρόνιων ασθενών παρέχοντας σημαντική βελτίωση στην παρακολούθηση της πορείας της υγείας τους. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων έγκειται στην εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας σε βάθος χρόνου με στόχο τη σωστή περίθαλψη του ασθενή. Ωστόσο παρά τα τεράστια ποσά που δαπανούνται, (για παράδειγμα στις ΗΠΑ δαπανήθηκαν \$1δισ μόνο το 1999 για την εφαρμογή προγραμμάτων φροντίδας και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων), τα δεδομένα που αποκομίστηκαν δεν ήταν αρκετά για να αποδείξουν την επιτυχία του εγχειρήματος (Weingarten et al., 2002).

Τη δεδομένη χρονική στιγμή το Ελληνικό σύστημα υγείας υπόκειται σε αλλαγές, αποτέλεσμα των μνημονιακών πολιτικών που ακολουθούνται τα τελευταία χρόνια και ως εκ τούτου παρουσιάζονται ελλείψεις στις δομές υγείας κυρίως στο κομμάτι της χρηματοδότησής τους (Economou, 2010). Αυτό που παρατηρείται είναι η υπολειτουργία ή η παντελής έλλειψη δημόσιων δομών υγείας, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, όπως πχ δομές για τους ψυχικά ασθενείς (Περιτογιάννης et al., 2014).

Σε ότι αφορά τις δομές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας που σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την τρίτη ηλικία η απουσία θεσμοθετημένης παροχής υπηρεσιών αλλά και η έλλειψη πληροφοριών για τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως και η δυνατότητα πρόσβασης σε τέτοιου είδους υπηρεσίες, δημιουργεί κωλύματα σε σχέση με την ανάπτυξη τους. Με τη χρηματοδότηση να αποτελεί το κύριο πρόβλημα, ένα μεγάλο μέρος από τις συντάξεις των πασχόντων παρακρατείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, ως έξοδα περίθαλψης, σύμφωνα με το νόμο 3984/2011. Πέραν του δημοσίου τομέα στη μακροχρόνια φροντίδα εμπλέκεται και ο ιδιωτικός τομέας μέσω συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία. Το ποσοστό όμως των χρόνιων ασθενών που βρίσκεται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια είναι μικρό μιας και οι οικογένειες, λόγω της οικονομικής κρίσης, επιλέγουν να κρατήσουν τους ασθενείς στο οικογενειακό περιβάλλον, ώστε η σύνταξη τους να προστίθεται στον οικογενειακό προϋπολογισμό. Τα τελευταία χρόνια στη μακροχρόνια φροντίδα προστίθενται κέντρα ημερήσιας φροντίδας αλλά και υπηρεσίες που λειτουργούν με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πετμεζίδου et al., 2015).

Σημαντικό ρόλο στα παραπάνω έχουν οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τις δομές. Με γνώμονα την επιτυχία της θεραπείας του ασθενή ο σχεδιασμός και η εφαρμογή θεραπευτικού προγράμματος μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία στη λειτουργία της εκάστοτε δομής. Η σωστή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τις δομές φροντίδας θα βοηθήσει στο γρήγορο εντοπισμό των ασθενών που δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία. Χρέος των επαγγελματιών υγείας είναι να μελετηθούν τέτοιου είδους περιπτώσεις ώστε να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι(Φράγκου, και συν, 2015). Μια δομή χρόνιων ασθενών θα πρέπει να απαρτίζεται από ειδικότητες, όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κλινικοί φαρμακοποιοί κλπ, πέρα από τις βασικές που είναι οι γιατροί και οι νοσηλεύτες που στόχο θα έχουν την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας του ασθενή. Η συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες και η βέλτιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας θα βοηθήσει στη διαχείριση για τη θεραπεία του χρόνιου ασθενή (Wagner, 2000). Μέσα λοιπόν από οργανωμένες δράσεις η βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί κυρίαρχο στόχο αλλά και υποχρέωση της δημόσιας πολιτικής εφόσον τελείται επί το πλείστον υπό την ευθύνη του κρατικού μηχανισμού (Βουλή των Ελλήνων, 2005).

5. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ, ΤΗΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

5.1 Τρόποι βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών

Σύμφωνα με τα όσα προαναφέρθηκαν αυτό που προκύπτει είναι η ανάγκη εύρεσης και εφαρμογής τρόπων βελτίωσης της συμμόρφωσης. Σύμφωνα με τον WHO (2003) είναι σημαντικό η δημιουργία στρατηγικών πολιτικών σε εθνικό επίπεδο και όχι σε παγκόσμιο, ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης, επικεντρώνοντας στην ανάγκη επίλυσης του προβλήματος και όχι στη δημιουργία νέων θεραπειών ή στη βελτίωση των ήδη υπάρχουσών. Πριν όμως από τη σχεδίαση, υλοποίηση και εφαρμογή οποιασδήποτε πολιτικής θα πρέπει να υπάρξει αξιολόγηση του προβλήματος, ώστε να εντοπιστούν τα αίτια του, αλλά και να διευκρινιστούν οι επιπτώσεις σε κλινικό και οικονομικό επίπεδο (Brown & Bussell, 2011).

Παραδοσιακά η μέτρηση της συμμόρφωσης των ασθενών γίνεται με έμμεσο ή άμεσο τρόπο. Ο έμμεσος τρόπος αναφέρεται στη χημική ουσία που ανιχνεύεται στο αίμα του ασθενούς, κάτι το οποίο δεν μπορεί να καλύψει όλο το φάσμα της φαρμακευτικής αγωγής και περιορίζεται μόνο σε ένα φάρμακο μιας και η εφαρμογή της μέτρησης είναι δαπανηρή (Vermiere et al., 2001).

Η αξιολόγηση της μη συμμόρφωσης μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη συλλογή πληροφοριών είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τον οικογενειακό του περίγυρο, το γιατρό του, από εκπαιδευμένους αξιολογητές ή ακόμα και εξετάζοντας αποτελέσματα βιοχημικών αναλύσεων που διενεργούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Gottlieb, 2000). Στην περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών η προσπάθεια αξιολόγησης του επιπέδου της μη συμμόρφωσης στο οποίο βρίσκονται μπορεί να μην επιτευχθεί με τη βοήθεια μεθόδων, όπως αυτός, της άμεσης συνέντευξης ή των ερωτήσεων κλειστού τύπου, ή των ερωτήσεων κρίσεως. Στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα η αξιολόγηση μπορεί να εφαρμοστεί μέσω μεθόδων, όπως μια απλή συζήτηση για το πώς λαμβάνουν την αγωγή τους, ώστε να εντοπιστούν τα προβλήματα που οδηγούν στη μη συμμόρφωση και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα (McLaughlin et al., 2005).

Αναζητώντας τρόπους για την επίλυση του προβλήματος οι Atreja et al., (2005) αναφέρουν έξι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της μη συμμόρφωσης. Αυτές είναι:

- i. η απλοποίηση του θεραπευτικού σχήματος,

- ii. η επικοινωνία με τον ασθενή,
- iii. η μετάδοση της γνώσης σχετικά με την πάθηση,
- iv. η προσπάθεια αλλαγής στα πιστεύω και τις πεποιθήσεις του ασθενούς αφήνοντας πίσω τις προκαταλήψεις και επεμβαίνοντας σε στοιχεία της προσωπικής του ζωής
- v. και τέλος η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Σύμφωνα με το American College of Preventive Medicine (2006) η συμμόρφωση είναι σημαντικό κομμάτι της θεραπείας του ασθενούς και των αποτελεσμάτων αυτής. Η επίτευξη αυτής είναι δύσκολη σε μια διαδικασία που σκοπό έχει την επιτυχή θεραπεία του ασθενή. Έτσι, γίνεται ιδιαίτερη μνεία στην εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή που δρα ως καταλύτης στην επικοινωνία μεταξύ των δυο μερών.

Σε σχετική έρευνα ασθενών με HIV έγινε προσπάθεια επίλυσης του φαινομένου μέσω ενός κοινωνικού πλαισίου επίλυσης προβλημάτων (Social Problem Solving, SPS). Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν η συσχέτιση της μη συμμόρφωσης του ασθενή με την ψυχολογία τόσο έμμεσα όσο και άμεσα (Mallory, et al 2006). Στρατηγικές με βάση την ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος που έχουν στόχο τη συμμόρφωση στη θεραπεία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Συγκεκριμένα η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει, ως σκοπό την εξακρίβωση πεποιθήσεων που προκαλούν τη μη συμμόρφωση και την εξάλειψη αυτών. Ως μέσο για την επίτευξη των παραπάνω χρησιμοποιείται η τεχνική των συνεντεύξεων κινητοποίησης που έχουν ως κύρια επιδίωξη την επίλυση της αμφιθυμίας σε ότι αφορά την ευεργετική χρήση των φαρμάκων και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Ell et al., 2015).

Σε 70 τυχαίοποιημένες μελέτες που αφορούσαν τη δημιουργία προγραμμάτων διαχείρισης της φαρμακευτικής συμμόρφωσης έδειξαν, ότι οι παρεμβάσεις που έγιναν σε βραχείες θεραπείες είχαν μεγαλύτερη επιτυχία, από ότι στις παρεμβάσεις που έγιναν σε μακροχρόνιες θεραπείες. Όσον αφορά τις μακροχρόνιες θεραπείες σε σύνολο 83 παρεμβάσεων, οι 36 είχαν βελτίωση στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής αλλά από αυτές μόνο οι 25 είχαν θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σχεδόν το σύνολο των προγραμμάτων διαχείρισης που ήταν αποτελεσματικά στις μακροχρόνιες θεραπείες ήταν περίπλοκα καθώς συμπεριελάμβαναν έναν συνδυασμό παρεμβάσεων που αφορούσαν πληροφορίες σχετικά με την αγωγή και τη νόσο, υπενθυμίσεις για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια και στον ασθενή και υποστηρικτική φροντίδα. (Bosthworth et al., 2001).

5.2 Εφαρμογές m health

Η εξάπλωση των τεχνολογιών και η υπέρμετρη χρήση του διαδικτύου σηματοδότησαν εδώ και δεκαετίες την εισαγωγή σε μια νέα εποχή, όπου η πληροφόρηση και η επικοινωνία έχουν εισβάλει πλέον στην καθημερινότητα ακόμα και στις πιο οικονομικά αδύναμες χώρες αφήνοντας πίσω βασικές δομές ανάπτυξης αυτών των χωρών (WHO, 2011). Η υγεία είναι ένας από τους τομείς που η ανάπτυξη και η εξάπλωση τεχνολογικών εφαρμογών έχουν αυξηθεί σημαντικά. Αυτό αποδίδεται στη δημιουργία εξελίξεων τόσο σε διεθνές όσο και σε εγχώριο επίπεδο που αφορούν αλλαγές στην κοινωνία και την πολιτιστική κουλτούρα των χωρών που έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ασθενειών ή την μετάλλαξη των ήδη υπαρχουσών (ΕΣΔΥ, 2016). Τα παραπάνω αυξάνουν την ανάγκη δημιουργίας εξατομικευμένων μορφών ιατρικής φροντίδας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα συμβαδίζοντας με τις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά (WHO 2011).

Η εισαγωγή των τεχνολογιών Mobile Health (m-Health) είναι μια νέα μορφή διαχείρισης ασθενειών, στη συγκεκριμένη περίπτωση χρόνιων ασθενειών, με σημαντικά περιθώρια ανάπτυξης που θα βοηθήσει τους ασθενείς να διαχειριστούν καλύτερα την υγεία τους και κατά επέκταση να συμμορφώνονται στη θεραπεία (Lopez et al., 2014). Για το αυτό σκοπό έχουν δημιουργηθεί εξατομικευμένες συσκευές παρακολούθησης για διάφορες χρόνιες παθήσεις, όπως η αρτηριακή υπέρταση, αλλά και για την αξιολόγηση εξετάσεων όπως τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (Muse, 2016). Ακόμα, υφίσταται διαχωρισμός των παρεμβάσεων στην υγεία μέσω ηλεκτρονικής μορφής σε δυο κατηγορίες, σε αυτές τις αυτόματης ανίχνευσης και υπενθύμισης και σε αυτές των προσωπικών συσκευών με ηλεκτρονική εξάρτηση. Η m Health όμως πέρα από την εξατομικευμένη φροντίδα υγείας μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην αντιμετώπιση του προβλήματος της μη συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία τους. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κένυα σε ασθενείς με AIDS τα αποτελέσματα της εφαρμογής m Health βοήθησαν σημαντικά στη βελτίωση της συμμόρφωσης της θεραπείας. Οι ασθενείς λάμβαναν ένα γραπτό μήνυμα SMS (Short Message Service) ως υπενθύμιση για τη λήψη της θεραπεία τους με αποτέλεσμα τη βελτίωσή της (Piette et al., 2014).

Έως το 2011 τα αποτελέσματα μόνο μιας μελέτης έδειξαν ότι η m health είχε θετικά αποτελέσματα στη συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή τους με παράλληλα θετικό

πρόσημο στα κλινικά αποτελέσματα. Ενώ τελευταίες μελέτες έδειξαν, ότι η αυξημένη χρήση της τεχνολογίας δεν υποκαθιστά τη διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Grager & Bosworth, 2011). Σύμφωνα με τους Martinez et al., (2015) σε σχετική έρευνα για την αποτελεσματικότητα της m Health σε χρόνιους ασθενείς και τη συμμόρφωση στη θεραπεία τα συμπεράσματα υπήρξαν θετικά, ως προς τη συμβολή της m health. Οι παρεμβάσεις έγιναν με τη μορφή γραπτών μηνυμάτων σε επίπεδο υπενθύμισης της θεραπείας και ειδικά σε διαβητικούς ασθενείς. Η γρήγορη εξέλιξη τέτοιου είδους εφαρμογών και η άμεση επικαιροποίηση τους προσθέτει νέα δεδομένα. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι πιθανόν να μην μπορεί να προσδιορίσει την επιτυχία της αρχικής εφαρμογής μακροπρόθεσμα, εφόσον ένα μεγάλο ποσοστό χρόνιων ασθενών μεγάλης ηλικίας ή δε γνωρίζουν να χρησιμοποιούν m Health εφαρμογές ή τις χρησιμοποιούν σε ένα μικρό ποσοστό

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

6.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας

Η αρνητική επίδραση της μη συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπευτική τους αγωγή εγείρει σημαντικά ζητήματα που αφορούν τις επιπτώσεις στη γενική υγεία του πληθυσμού, όπως και στην αύξηση των δαπανών για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων σε προχωρημένο στάδιο, τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωιμότερο στάδιο.

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο απαιτεί διευθέτηση. Η αποσαφήνιση των αιτιών που προκαλούν τη μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή από τους ηλικιωμένους και η κατανόηση του περιβάλλοντος (κυρίως οικονομικού) μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα τέτοιου είδους φαινόμενα, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη λήψη αποτελεσματικών μέτρων πολιτικής υγείας με στόχο την αύξηση της συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ασθενών (Φράγκου, Αποστολάρα, Καλοκαιρινού, 2015).

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή από τους χρόνιους ηλικιωμένους ασθενείς και η ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με το φαινόμενο. Επιχειρείται να δοθούν απαντήσεις σε βασικά ερευνητικά ερωτήματα όπως:

- Σε ποιο βαθμό έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τη συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών στη λήψη της θεραπευτικής τους αγωγής.
- Ποιες κοινωνικές πληθυσμιακές ομάδες έχουν επηρεαστεί.

Πιο συγκεκριμένα στόχοι της μελέτης είναι: α) η περιγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων ενός δείγματος πληθυσμού από Δήμους του Νομού Θεσσαλονίκης για τις αυξήσεις στην συμμετοχή στο κόστος, β) η περιγραφή των επιπτώσεων του μέτρου στη συμπεριφορά τους, ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας και γ) η διερεύνηση σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων των πολιτών και των κοινωνικο/δημογραφικών τους στοιχείων. Ως επιμέρους στόχο η εργασία είχε τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο για τη διερεύνηση της συμμόρφωσης ειδικά προσαρμοσμένο στην ελληνική πραγματικότητα.

6.2 Πληθυσμός

Ο μελετώμενος πληθυσμός (δείγμα ευκολίας), ήταν ασθενείς άνω των 60 ετών, ασφαλισμένοι στο δημόσιο, στον ιδιωτικό τομέα, ή ανασφάλιστοι καλυπτόμενοι υγειονομικά μέσω ειδικών προβλέψεων, οι οποίοι και είχαν απευθυνθεί σε Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, σε ιδιώτες ιατρούς ή σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα έλαβαν μέρος άτομα της τρίτης ηλικίας των ΚΑΠΗ του Δήμου Πυλαίας Χορτιάτη, του Δήμου Ωραιοκάστρου και του Δήμου Δέλτα. Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκαν και λήφθηκαν άδειες από τις αρμόδιες υπηρεσίες, όπου αυτό ήταν απαραίτητο (επισυνάπτονται στο Παράρτημα). Το επιθυμητό μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού προσδιορίστηκε με βάση τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο αριθμός των συμμετεχόντων έπρεπε να είναι τουλάχιστον 5 φορές μεγαλύτερος, (ιδανικά 10 φορές μεγαλύτερος), από τον αριθμό των στοιχείων του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013). Λαμβάνοντας υπόψη τη δομή και το πλήθος των μεταβλητών για τον υπολογισμό του ιδανικού μεγέθους εκτιμήθηκε ότι απαιτούνται 500 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Συνολικά, χρησιμοποιήθηκαν 540 ερωτηματολόγια εκ των οποίων απαντήθηκαν τα 500 με το ποσοστό ανταπόκρισης να ανέρχεται στο 92,59%.

6.3 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 ερωτήματα, τα επτά από αυτά αφορούν δημογραφικά στοιχεία και τα υπόλοιπα 21 αποτελούν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα. Οκτώ από αυτά τα ερωτήματα απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας, ενώ οι ερωτηθέντες στα υπόλοιπα 12 ερωτήματα είχαν τη δυνατότητα δίτιμων απαντήσεων.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις αποτελούμενο από τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα υπήρχαν γενικές ερωτήσεις περί των οικονομικών δυνατοτήτων των ερωτηθέντων, στη δεύτερη οι ερωτήσεις αφορούσαν τις δαπάνες υγείας, στην τρίτη το επίπεδο υγείας και τη φαρμακευτική περίθαλψη και στην τέταρτη δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία (το πλήρες ανάπτυγμα του ερωτηματολογίου επισυνάπτεται στο Παράρτημα).

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

2013; Σιδηροπούλου, 2016; Gellad et all, 2009; WHO, 2003) όπως και στις απόψεις ειδικών επιστημόνων .Την τελική επιμέλεια και έγκριση του ερωτηματολογίου είχε η επιβλέπουσα της παρούσης διατριβής.

6.4 Έλεγχος αξιοπιστίας

Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε τεστ αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 25 άτομα τα οποία σε διάστημα 20 ημερών έπρεπε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο δύο φορές, διαδικασία του test – retest.

Η ανάλυση της αξιοπιστίας διενεργήθηκε στις ερωτήσεις 17.1 – 17.8. Οι παραπάνω ερωτήσεις αφορούν την ενότητα που σχετίζεται με τη συμμόρφωση, την αγωγή και τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού. Αρχικά γίνεται εκτίμηση της αξιοπιστίας μέσω του δείκτη Cronbach's τόσο για τη χορήγηση του ερωτηματολογίου πριν όσο και μετά από 20 ημέρες.

Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι πολύ υψηλός και στις δύο περιπτώσεις και ίσος με 0,835 και 0,780 αντίστοιχα (Πίνακας 6.1.). Η εκτίμηση των τιμών είναι αρκετά ευσταθής με μικρές αποκλίσεις να προκύπτουν από το κάθε ένα από τα 8 ερωτήματα που διαμορφώνουν την έννοια της «συμμόρφωσης».

Πίνακας 6.1: 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	0,835	0,839	8
2η	0,780	0,787	8

Στο test-retest που έγινε με το δείκτη Intraclass correlation coefficient για τις ερωτήσεις 17.1 – 17.8, οι τιμές ήταν πολύ υψηλές δείχνοντας μικρές αποκλίσεις κατά τις δύο χρονικές στιγμές. Εξαιρέση στις πολύ υψηλές τιμές είναι η ερώτηση 17.2 που αφορά τη λήψη της αγωγής στη σωστή ώρα. Η τιμή είναι 0,648 και αυτό οφείλεται στην μεγάλη συχνότητα απαντήσεων στα υποερωτήματα «4» και «5», χωρίς δηλαδή το εύρος των άλλων επιλογών. Να σημειωθεί το «μη προβληματικό» βέβαια αυτής της τιμής (Πίνακας 6.2).

Η τιμή για την ερώτηση 17.8 κυμαίνεται σε σημαντικά χαμηλά επίπεδα και αφορά την «πλήρη κατανόηση της ασθένειας». Ο δείκτης αξιοπιστίας ισούται με 0,426 και δείχνει διαφορά στον τρόπο απάντησης στη συγκεκριμένη ερώτηση. Πιθανώς όμως στο χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει να αλλάζει πραγματικά η κατανόηση της ασθένειας από τους ασθενείς και να είναι πραγματική αυτή η διαφορά που αντανακλάται στην χαμηλή τιμή του δείκτη (Πίνακας 6.2).

Πίνακας 6.2: 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	0,750	0,510	0,881
		Average Measures	0,875	0,675	0,937
17.2	Θυμόσατε να λαμβάνετε την αγωγή σας τις ώρες που πρέπει;	Single Measures	0,479	0,112	0,731
		Average Measures	0,648	0,201	0,845
17.3	Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής διατροφής που ορίζει ο ιατρός;	Single Measures	0,806	0,608	0,910
		Average Measures	0,893	0,757	0,953
17.4	Εφαρμόζεται τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωή σας;	Single Measures	0,735	0,471	0,879
		Average Measures	0,848	0,640	0,935
17.5	Ακολουθείτε πρόγραμμα για φυσική άσκηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	Single Measures	0,658	0,355	0,836
		Average Measures	0,794	0,523	0,911
17.6	Η διατροφή σας έχει αλλάξει σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας και σε σχέση με παλαιότερες διατροφικές σας συνήθειες;	Single Measures	0,653	0,346	0,833
		Average Measures	0,790	0,514	0,909
17.7	Θεωρείτε καλύτερες τις τωρινές διατροφικές συνήθειες που σας πρότεινε ο ιατρός σας;	Single Measures	0,678	0,394	0,844
		Average Measures	0,808	0,565	0,916
17.8	Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;	Single Measures	0,271	0,131	0,597
		Average Measures	0,426	0,301	0,747

6.5 Συλλογή δεδομένων

Το τεστ αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2016. Τα ερωτηματολόγια για το κύριο μέρος της έρευνας χορηγήθηκαν την περίοδο Φεβρουάριο - Μάιο της ίδιας χρονιάς. Τα άτομα ενημερώνονταν με 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 συνέντευξης από τον ερευνητή. Να σημειωθεί ότι η έρευνα απευθυνόταν σε άτομα της τρίτης ηλικίας με όχι υψηλό μορφωτικό επίπεδο στην πλειοψηφία τους.

Η διαδικασία της συνέντευξης για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε για να αποφευχθούν λάθη στην κατανόηση του ερωτηματολογίου. Από τα 540 ερωτηματολόγια απαντήθηκαν πλήρως και συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα τα 500.

6.6 Στατιστικές αναλύσεις

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 εκτίμηση της συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή έγινε από το μέσο όρο των απαντήσεων που δόθηκαν στο σχετικό μέρος του ερωτηματολογίου, μετά την αντιστροφή της βαθμολογίας στην ερώτηση «Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά;». Στην συγκεκριμένη ερώτηση το «καθόλου» βαθμολογήθηκε με «5» και το «συνεχώς» με «1». Σε όλο το ερωτηματολόγιο (εκτός από την παραπάνω ερώτηση) το «5» δηλώνει τη μέγιστη δυνατή συμμόρφωση και το «1» τη λιγότερο δυνατή. Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων θεωρείται ότι βαθμολογία από 1 έως ≤ 2 η συμμόρφωση είναι χαμηλή, από 2 έως $\leq 3,5$ η συμμόρφωση είναι μέτρια, ενώ από 3,5 έως 5 η συμμόρφωση θεωρείται υψηλή.

Ο έλεγχος T-test χρησιμοποιήθηκε για δύο ανεξάρτητα δείγματα μετά από έλεγχο για τη συμμετρία των δεδομένων με βάση το κριτήριο Shapiro wilk αλλά και γραφικούς ελέγχους QQ plot. Όσον αφορά 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 και η ανάλυση έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v 21.0.

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 έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση παρόμοιων μελετών (Παπαθεοδώρου & Μίσσος, 2013; Briesacher, Gurwitz & Sumera, 2007; Luga & McGuire, 2004; Ogburn & Marks, 2014) 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:

- Το φύλο
- Το επίπεδο εκπαίδευσης
- Η ικανότητα αντιμετώπισης μηνιαίων οικογενειακών εξόδων
- Η αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας
- Η μείωση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος από το ξεκίνημα της κρίσης
- Η ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού/οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της κρίσης
- Η δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας
- Η μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων
- Τα φαρμακευτικά σκευάσματα
- Ο βαθμός χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Η έναρξη χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με την οικονομική κρίση
- Η χρήση γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω μειωμένου κόστους
- Η μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας

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

- Φαρμακευτικά σκευάσματα
- Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας
- Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας.

6.7 Περιορισμοί

Οι περιορισμοί που εντοπιστήκαν όσον αφορά τη διαδικασία λήψης των συνεντεύξεων και τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων είναι ότι, πιθανολογείται η μη αξιόπιστη απόδοση απαντήσεων σε ερωτήματα που αφορούν τις ασθένειες από τις οποίες πάσχουν οι ερωτηθέντες και εάν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα. Το παραπάνω εξηγείται ως εξής: οι ερωτηθέντες είναι κάτοικοι μικρών κοινοτήτων ευάλωτων σε ταμπού και προκαταλήψεις. Ως εκ τούτου η αποφυγή φανέρωσης της πραγματική πάθησης από την οποία πάσχουν τους προσδίδει το αίσθημα της ασφάλειας και της αποφυγής αρνητικών σχολιασμών από τρίτους, ιδίως στον ανδρικό πληθυσμό. Στη δεύτερη περίπτωση οι ερωτηθέντες επηρεασμένοι από τις πολιτικές εξελίξεις και θέλοντας να δώσουν την εικόνα ότι έχουν οικονομικά ζητήματα ίσως να απέκρυψαν την πραγματική τους οικονομική κατάσταση. Έτσι στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι δυσκολεύονται στα μηνιαία έξοδα τους. (Bosworth, 2012; Gottlieb, 2016).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Περιγραφική Ανάλυση

7.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

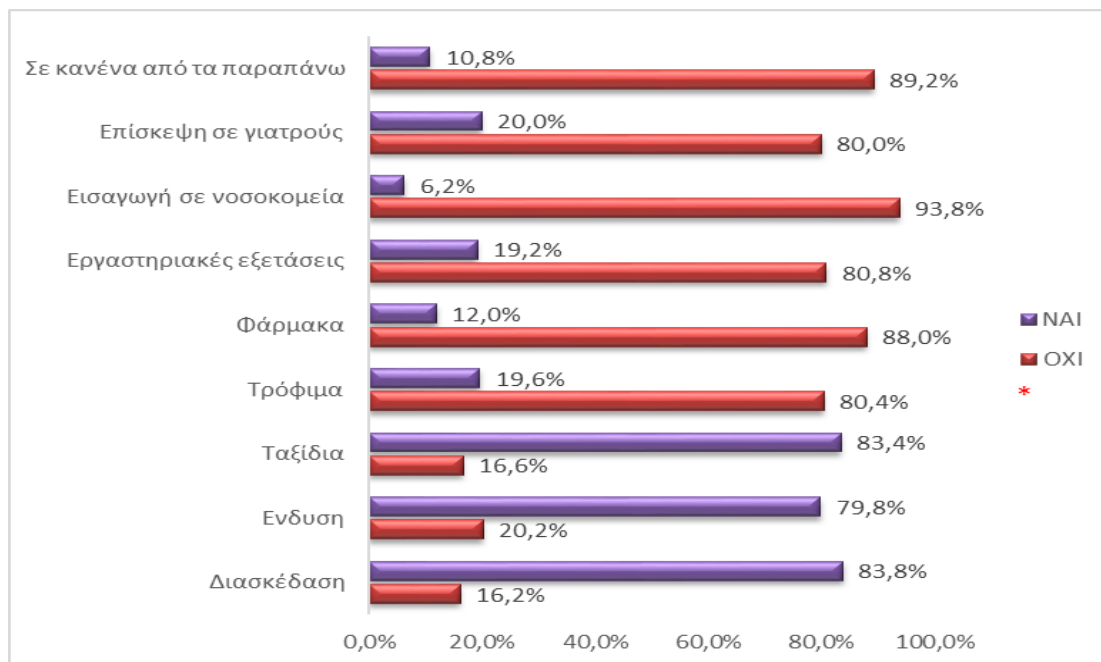
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες 54%, ελληνικής υπηκοότητας 100% και απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης 56,6%. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν τα 68,46 έτη (Τυπική Απόκλιση=12,08). Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων δεν πλήττεται από την ανεργία ούτε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους (73,9%). Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων έχουν ασφαλιστική κάλυψη (98,4%), με το ΙΚΑ να είναι ο κύριος ασφαλιστικός φορέας (52,%) ενώ ακολουθούν τα υπόλοιπα ταμεία όπως ΟΠΑΔ (13,9%), ΟΓΑ (14,8%) και ΟΑΕΕ (12,3%) (Πίνακας 7.1)

Πίνακας 7.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

	Ποσοστό (N)
Φύλο	
Άνδρες	46% (230)
Γυναίκες	54% (270)
Υπηκοότητα	
Ελληνική	99,8% (498)
Από χώρες εντός ΕΕ	
Από χώρες εκτός ΕΕ	0,2% (1)
Επίπεδο Σπουδών	
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	56,8% (283)
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση & ΙΕΚ	25,9% (129)
ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ	5,6% (28)
ΑΕΙ	9,8% (49)
Μεταπτυχιακό	1,6% (8)
Διδακτορικό	0,2% (1)
Ηλικία	
Μέση Τιμή	71,69 έτη
Τυπική Απόκλιση	8,06 έτη
Άνεργοι στην Οικογένεια	
Κανένας	73,9% (366)
Ένας	14,9% (74)
Δύο	7,5% (37)
Τρεις	2,0% (10)
Περισσότεροι	1,6% (8)
Ασφαλισμένοι	
Ναι	98,4% (490)
Όχι	1,6% (8)
Ταμείο	
ΙΚΑ	52,5% (261)
ΟΠΑΔ	13,9% (69)
ΟΓΑ	14,9% (74)
ΟΑΕΕ	12,3% (61)
ΝΑΤ	0,6% (3)
ΤΣΜΕΔΕ	1% (5)
Άλλο	4,8% (24)

7.1.2 Οικονομικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

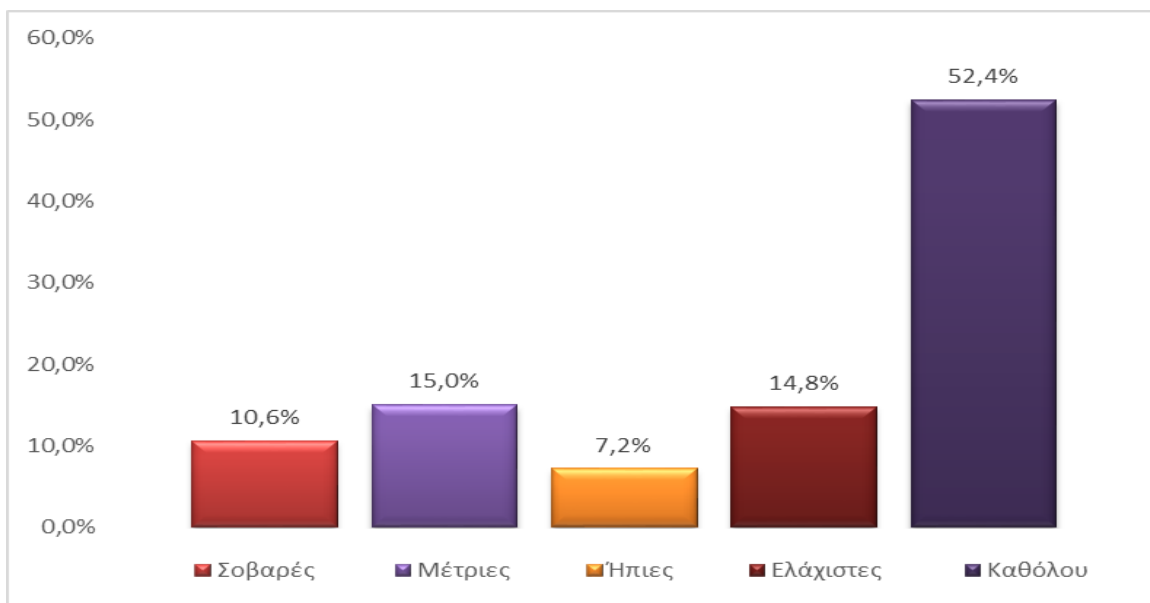
Το 62,3% των ερωτηθέντων απάντησε ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα. Ένα μεγάλο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού ανέφερε ότι έκανε περικοπές σε περικοπές στη διασκέδαση (83,8%) και στα ταξίδια (83,4%), αντίθετα περικοπές δεν έγιναν σε τομείς που αφορούσαν την υγεία όπως η εισαγωγή σε νοσοκομεία (93,8%), τα φάρμακα (88%), ενώ ένα ποσοστό ~11% δεν έκανε καμία περικοπή (Εικόνα 7.1) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας Ι).



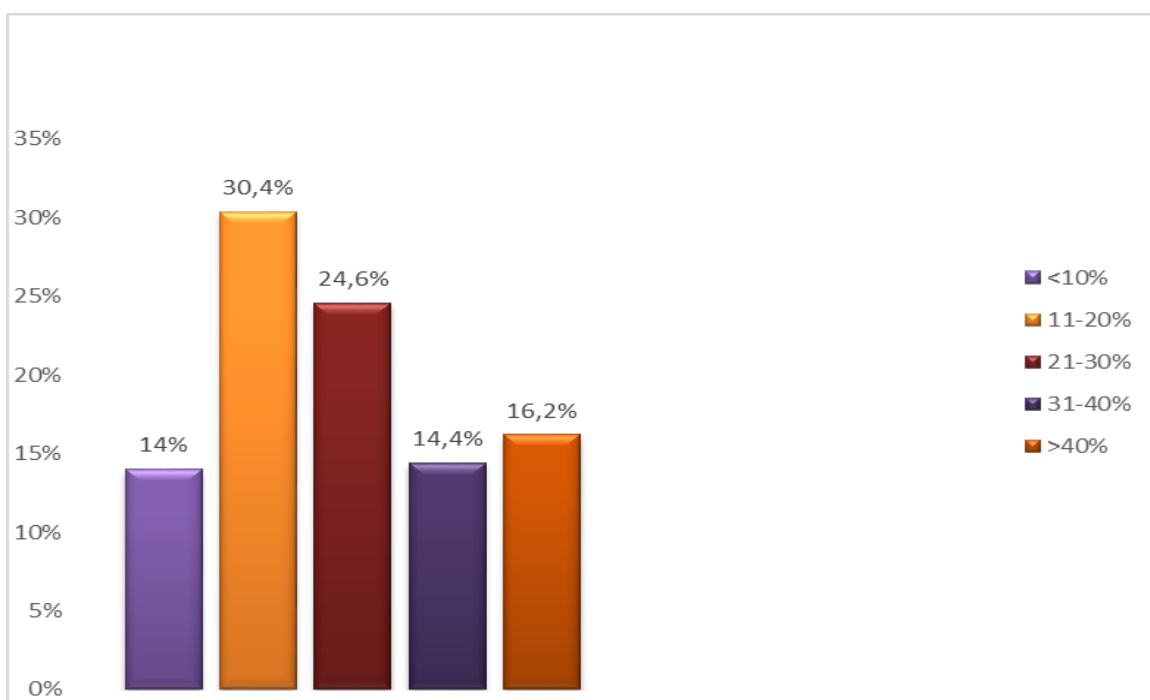
* Τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% καθώς οι ασθενείς είχαν δικαίωμα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων

Εικόνα 7.1: 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»;

Η συντριπτική πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού 95,6% υπέστη περικοπή του εισοδήματός του από την αρχή της οικονομικής κρίσης. Το 37% του δείγματος αντιμετωπίζει μέτριες έως ελάχιστες οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας του ενώ το 52,4% δεν αντιμετωπίζει καθόλου οικονομικές δυσκολίες (Εικόνα 7.2). Το 55% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η ποσοστιαία μεταβολή που υπέστη κυμαίνεται από 11% - 30% (Εικόνα 7.3) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας Ι).



Εικόνα 7.2: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Εσείς ή η οικογένειά σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας»;



Εικόνα 7.3: 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»;

7.1.3 Δαπάνες Υγείας

Το 68% των ερωτηθέντων μπορούν να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας. Στο 67,2% του υπό μελέτη πληθυσμού το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθησή του φαρμάκων αυξήθηκε και μόνο στο 8,2% μειώθηκε. Η μείωση του εισοδήματος και η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής επηρέασε κατά 10-20% το 38,3% των ερωτηθέντων, ενώ το 46,4% απάντησε ότι δεν επηρεάζεται καθόλου. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού 89,3% δήλωσε ότι λαμβάνει πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με το 10,7% αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας II).

7.1.4 Επίπεδο Υγείας και Φαρμακευτικής Περίθαλψης

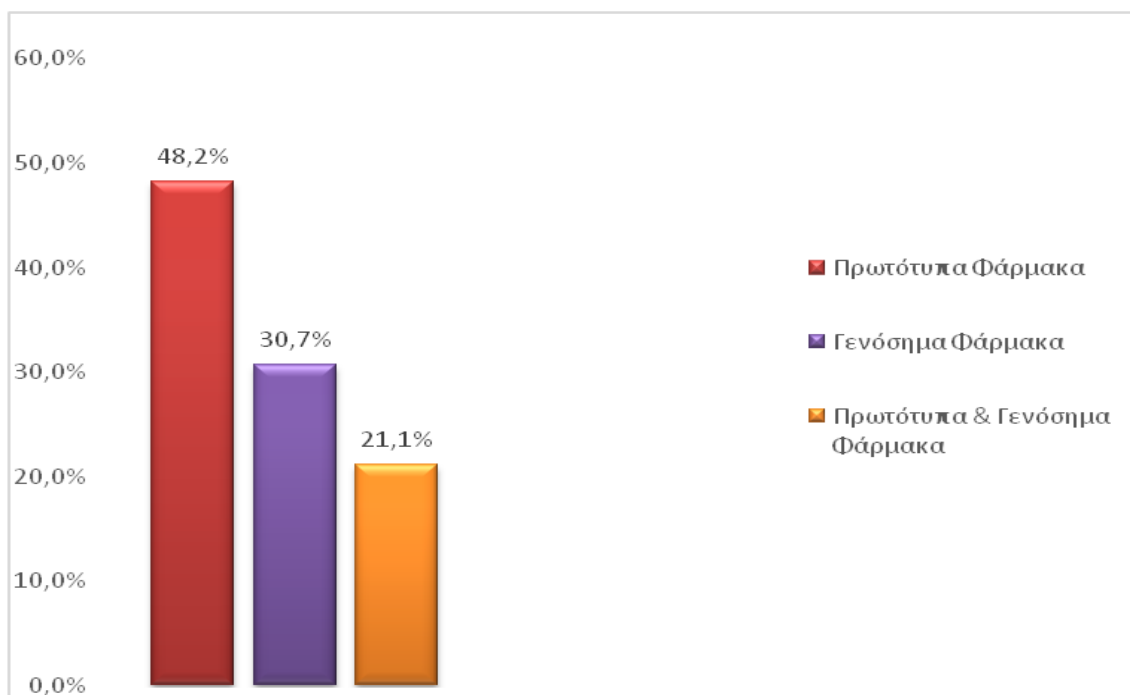
Η σχεδόν απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε θετικά για την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας 97,6%. Από αυτούς το 68,2% δήλωσε ότι έπασχε από Αρτηριακή Υπέρταση, το 13,3% από αρρυθμίες και το 35,4% από Μυοσκελετικά προβλήματα. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος 46,8% αναφέρει τη συνύπαρξη και άλλης πάθησης (Εικόνα 7.4) με το 18,6% να πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας IV).



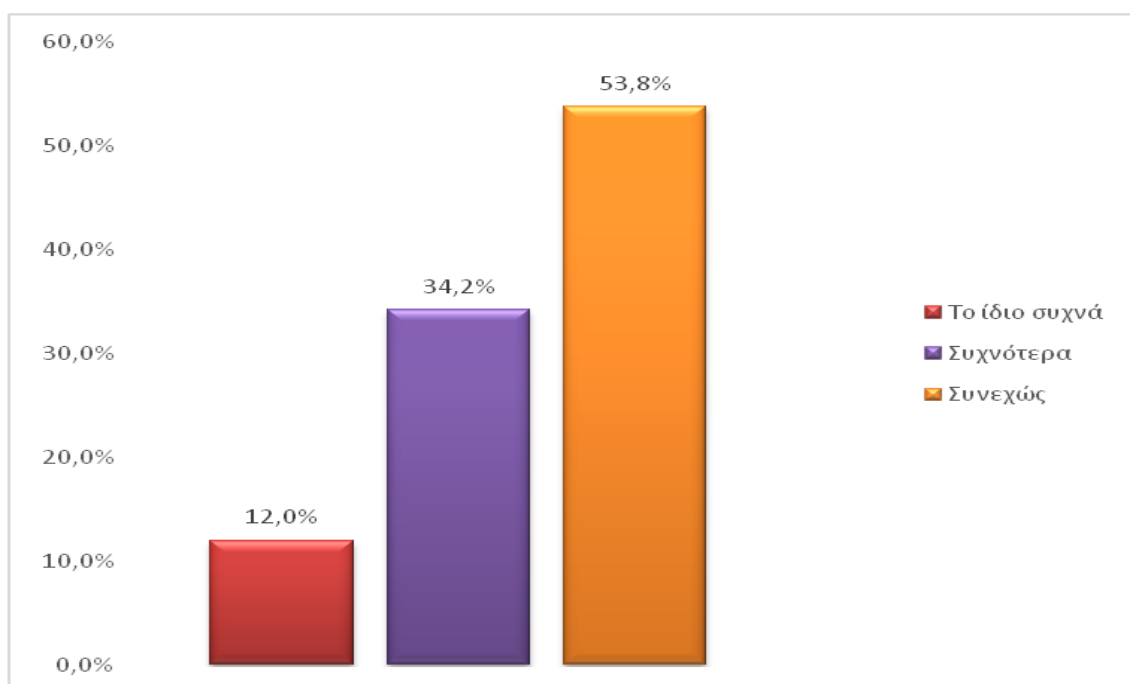
* Τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% καθώς οι ασθενείς είχαν δικαίωμα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων

Εικόνα 7.4: Η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων καρδιαγγειακών και άλλων νοσημάτων στον υπό μελέτη πληθυσμό

Η 48,2% του υπό μελέτη πληθυσμού λαμβάνει πρωτότυπα φάρμακα σε σύγκριση με το 30,7% που λαμβάνει γενόσημα (Εικόνα 7.5). Από τους ερωτηθέντες που λαμβάνουν γενόσημα φάρμακα το 53,8% απάντησε ότι τα χρησιμοποιεί συνεχώς την τρέχουσα περίοδο σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση (Εικόνα 7.6). Επίσης το 88,6% άρχισε να χρησιμοποιεί γενόσημα φάρμακα μετά την οικονομική κρίση (Εικόνα 7.7), ενώ το 75,6% δήλωσε ότι η χρήση τους, τους διευκολύνει στο να παραμείνουν πιστοί στην αγωγή (Πίνακας 7.3). Επιπλέον, το 55,5% του υπό μελέτη πληθυσμού που λαμβάνει μόνο πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή δήλωσε ότι δεν θα χρησιμοποιούσε γενόσημα φάρμακα στο μέλλον λόγω μειωμένου κόστους (Πίνακας 7.3) (αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα: Πίνακας II).



Εικόνα 7.5: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Τι είδους φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε, επί του παρόντος»;



Εικόνα 7.6: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Χρησιμοποιείται γενόσημα φάρμακα την τρέχουσα περίοδο συχνότερα σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση»;

Πίνακας 7.3: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων κατά πόσο τα γενόσημα φάρμακα τους διευκολύνουν 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;	75,6%	24,4%
Στο μέλλον θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους;	55,5%	44,5%

Σε περίπου ίδια ποσοστά κυμαίνονται οι ασθενείς που αγοράζουν τα φάρμακα τους σύμφωνα με τη συνταγογράφηση του ιατρού 96% με τους ασθενείς που συνεχίζουν να τα αγοράζουν έστω και όταν δεν έχουν χρήματα 92,3%. Ενώ ένα μικρό μέρος του υπό μελέτη πληθυσμού (13,5%) δήλωσε ότι τα αγοράζει αλλά κάνει οικονομίες στις δόσεις (Πίνακας 7.4)

Στην ερώτηση αν η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής δημιουργεί προβλήματα η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε αρνητικά 71%. Υψηλό ήταν το ποσοστό θετικής ανταπόκρισης στο ερώτημα αναφορικά με το αν θυμούνται να λαμβάνουν την αγωγή την ώρα που πρέπει με την πλειοψηφία να απαντά θετικά 67,8%. Χαμηλότερα κυμάνθηκαν τα ποσοστά σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες τις οποίες οι ασθενείς έχουν αλλάξει σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού (35,6% τις περισσότερες φορές), ενώ τα ποσοστά για φυσική άσκηση ήταν πιο χαμηλά 26,8% (τις περισσότερες φορές) και 17% (λίγες φορές) (Πίνακας 7.5).

Πίνακας 7.4: Η συμμόρφωση του υπό μελέτη πληθυσμού με τη φαρμακευτική αγωγή

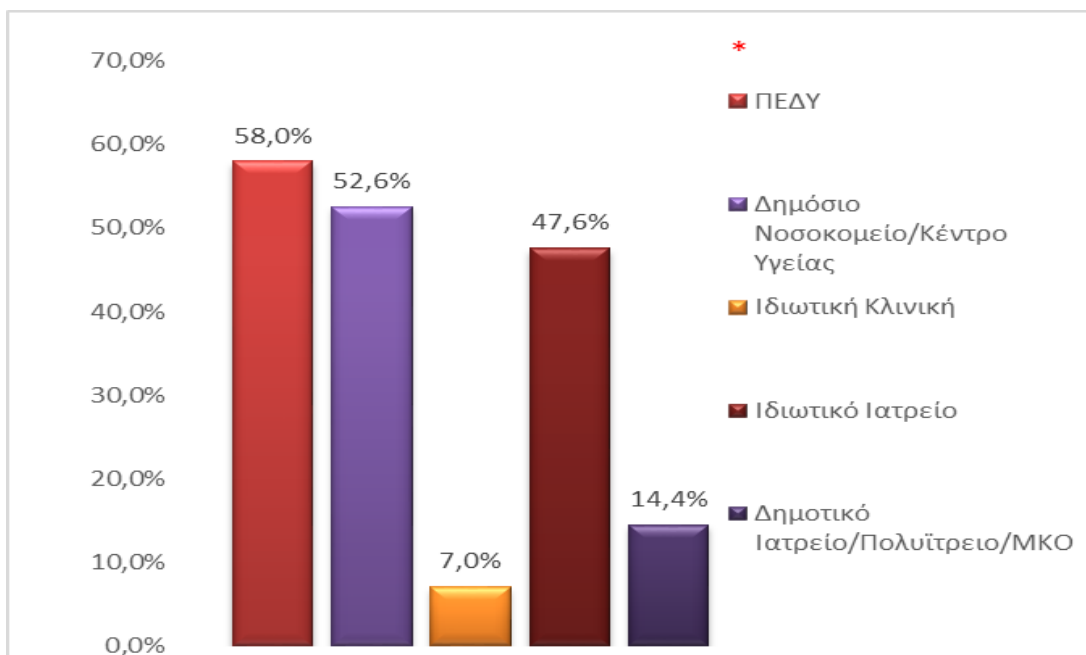
16.	Τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:	Ναι N (%)	Όχι N (%)
1.	Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιείτε σύμφωνα με τη συνταγογράφηση του γιατρού;	478 (96%)	20 (4%)
2.	Τα αγοράζετε σχεδόν πάντα αλλά δεν θεωρείτε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσετε όλες τις φορές;	61 (12,4%)	430 (87,6%)
3.	Τα αγοράζετε αλλά κάποιες φορές κάνετε οικονομία στις δόσεις;	67 (13,5%)	429 (86,5%)
4.	Δεν τα αγοράζετε όλες τις φορές γιατί δε το θεωρείτε απαραίτητο;	27 (5,5%)	467 (94,5%)
5.	Μερικές φορές δεν τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;	38 (7,7%)	457 (92,3%)
6.	Σταματήσατε να τα αγοράζετε γιατί δεν έχετε τα χρήματα;	14 (2,8%)	480 (97,2%)

Πίνακας 7.5: Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές οδηγίες του δείγματος

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;	43 (8,6%)	22 (4,4%)	28 (5,6%)	52 (10,4%)	355 (71%)
2. Θυμόσαστε να λαμβάνετε την αγωγή σας τις ώρες που πρέπει;	339 (67,8%)	122 (24,4%)	24 (4,8%)	8 (1,6%)	7 (1,4%)
3. Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής που ορίζει ο ιατρός;	138 (27,7%)	174 (34,9%)	103 (20,6%)	41 (8,2%)	43 (8,6%)
4. Εφαρμόζετε τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού για αλλαγή στο τρόπο ζωής σας;	127 (25,4%)	207 (41,4%)	85 (17%)	47 (9,4%)	34 (6,8%)
5. Ακολουθείτε πρόγραμμα για φυσική άσκηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	107 (21,4%)	134 (26,8%)	85 (17%)	64 (12,8%)	110 (22%)
6. Η διατροφή σας έχει αλλάξει σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας και σε σχέση με παλαιότερες διατροφικές σας συνήθειες;	88 (17,7%)	177 (35,6%)	102 (20,5%)	58 (11,7%)	72 (14,5%)
7. Θεωρείτε καλύτερες τις τωρινές διατροφικές συνήθειες που σας πρότεινε ο ιατρός σας;	113 (22,7%)	193 (38,8)	96 (19,3%)	47 (9,5%)	48 (9,7%)
8. Έχετε κατανοήσει πλήρως την ασθένεια σας και τα προβλήματα που σας δημιουργεί;	269 (53,9%)	157 (31,5%)	37 (7,4%)	17(3,4%)	19 (3,8%)

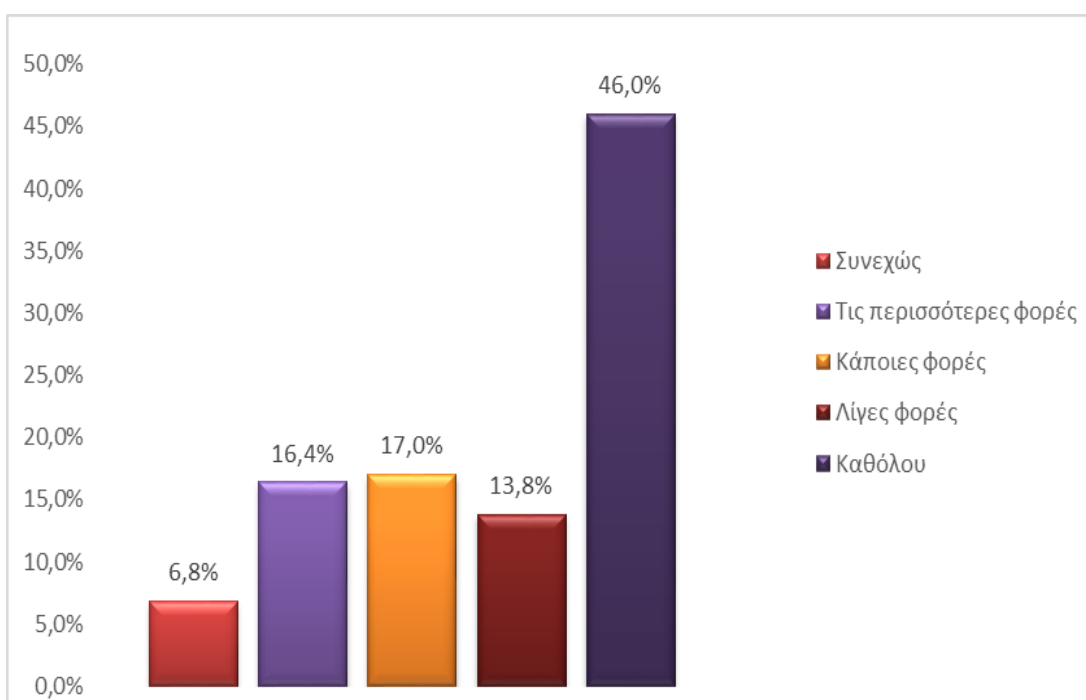
Οι ερωτηθέντες σε μεγάλο ποσοστό 58% επισκέπτονται δημόσιες μονάδες υγείας (ΠΕΔΥ) και 52,6% Δημόσιο Νοσοκομείο/Κέντρο Υγείας με τα χαμηλότερα ποσοστά να παρουσιάζονται σε ιδιωτικές κλινικές 7% (Εικόνα 7.9).

Επίσης, ένα ποσοστό 21,5% δήλωσε ότι επηρεάζεται από τις οικονομικές εξελίξεις προκειμένου να επισκεφτεί κάποια μονάδα υγείας (Εικόνα 7.8), ενώ το ~ 29% των ατόμων μείωσαν τις εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας τους. Αναλυτικότερα αποτελέσματα στο Παράρτημα: Πίνακας III).



Εικόνα 7.7: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται».

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



Εικόνα 7.8: Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στο ερώτημα «Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται».

7.2 Τα Αποτελέσματα των Διμεταβλητών Αναλύσεων

Στην έρευνα βρέθηκε, ότι η συμμόρφωση των ασθενών στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού επηρεάζεται από το φύλο του υπό μελέτη πληθυσμού. Συγκεκριμένα οι άνδρες είχαν υψηλότερη συμμόρφωση από τις γυναίκες (p -value= 0,006) (Πίνακας 7.2α).

Επίσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε, ότι επηρεάζει τη φαρμακευτική συμμόρφωση (p -value= 0,004). Συγκεκριμένα η μέση τιμή των ασθενών με υποχρεωτική εκπαίδευση είναι 3,6897 και αυτών με δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι 3,9362 η διαφορά μεταξύ των δυο μέσων τιμών είναι στατιστικά σημαντική και συνεπώς οι ασθενείς με δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερη συμμόρφωση σε σύγκριση με τους ασθενείς με υποχρεωτικό επίπεδο εκπαίδευσης (p -value= 0,007). Επιπλέον, οι ασθενείς απόφοιτοι ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ παρουσίαζαν υψηλότερη συμμόρφωση από τους ασθενείς με υποχρεωτικό επίπεδο εκπαίδευσης (p -value= 0,007).

Η μέση τιμή της συμμόρφωσης των ασθενών που δήλωσαν, ότι μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα είναι 3,8836 και βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p -value= 0,003) σε σύγκριση με τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα και η οποία είναι 3,6948. (Πίνακας 7.2α)

Από τις απαντήσεις στην ερώτηση «Εσείς ή η οικογένεια σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας» (p -value= 0,892) προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμμόρφωση των ασθενών στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τις συμβουλές του θεράποντα ιατρού. Αυτό σημαίνει ότι η συμμόρφωση των ασθενών είναι ανεξάρτητη του επιπέδου των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένεια του (Πίνακας 7.2α)

Επίσης, φαίνεται πως η μέση τιμή της συμμόρφωσης της ομάδας που υπέστησαν μείωση στο μηνιαίο εισόδημά τους δε διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τη μέση τιμή των ασθενών που δεν υπέστησαν μείωση στο μηνιαίο εισόδημα (p -value= 0,687) δηλαδή η συμμόρφωση δε φάνηκε να επηρεάζεται από τη μείωση του οικογενειακού εισοδήματος των ασθενών (Πίνακας 7.2α)

Ανεξάρτητο φαίνεται να είναι το επίπεδο της ποσοστιαίας μεταβολής του ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της οικονομικής κρίσης με το βαθμό συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή καθώς, δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές (p-value= 0,319) (Πίνακας 7.2α)

Αντίθετα , ότι η συμμόρφωση των ασθενών στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τις συμβουλές του θεράποντα ιατρού επηρεάζεται από την οικονομική δυνατότητα αυτών να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας. Καθώς η συμμόρφωση είναι υψηλότερη, όταν ο ασθενής έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθει στις δαπάνες υγείας, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα (P-value= 0,027) (Πίνακας 7.2α).

Πίνακας 7.2α: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη φαρμακευτική συμμόρφωση. Στον Πίνακα λείπουν παρενθέσεις

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Συμμόρφωση	Τιμή p
	Mean / Std. Deviation	
Φύλο		
Άνδρες	3,9034 (,70497)	0,006
Γυναίκες	3,7310 (,68878)	
Επίπεδο Σπουδών		
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	3,6897 (,70632)	0,004
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	3,9362 (,63142)	
ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ	4,1723 (,65190)	
ΑΕΙ	3,9187 (,73677)	
Μεταπτυχιακό	3,9063 (,74026)	
Διδακτορικό	4,0000 (0)	
Ικανότητα αντιμετώπισης μηνιαίων οικογενειακών εξόδων.		
Ναι	3,8836 (0,71179)	0,003
Όχι	3,6948 (0,66524)	
Αντιμέτωπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας του προβλήματος υγείας		
Σοβαρές	3,8019 (0,63993)	0,892
Μέτριες	3,8000 (0,70351)	
Ήπιες	3,7382 (0,65111)	
Ελάχιστες	3,8786 (0,76075)	
Καθόλου	3,8056 (0,04353)	
Μείωση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος από το ξεκίνημα της οικονομικής		
Ναι	3,8076 (0,7686)	0,687
Όχι	3,8693 (0,56494)	
Ποσοστιαία μεταβολή του ατομικού / οικογενειακού εισοδήματος από την έναρξη της οικονομικής κρίσης		
<10	3,8929 (0,67408)	0,319
11-20%	3,7985 (0,67592)	
21-30%	0,61326 (0,5530)	
31-40%	0,87042 (0,10258)	
>40%	0,72127 (0,8014)	
Οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες υγείας		
Ναι	3,8578 (0,71149)	0,027
Όχι	3,7094 (0,66876)	

Η μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής για την αγορά των αναγκαίων φαρμάκων βρέθηκε να μην επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών ($p\text{-value} = 0,842$). Αντίθετα, η φαρμακευτική συμμόρφωση βρέθηκε να επηρεάζεται από το είδος των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Συγκεκριμένα, όσοι λάμβαναν πρωτότυπα φάρμακα βρέθηκε να έχουν υψηλότερη συμμόρφωση συγκριτικά με όσους λάμβαναν πρωτότυπα και γενόσημα ή μόνο γενόσημα ($p\text{-value} = 0,038$). Έτσι προκύπτει, ότι η συμμόρφωση των ασθενών που λαμβάνουν πρωτότυπα φάρμακα διαφέρει στατιστικά σημαντικά, από τη συμμόρφωση των ασθενών που λαμβάνουν γενόσημα φάρμακα καθώς και των ασθενών που κάνουν χρήση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων. Επίσης, όσον αφορά τους ασθενείς που λαμβάνουν γενόσημα φάρμακα η συμμόρφωση δε διαφέρει στατιστικά σημαντικά, από τη συμμόρφωση των ασθενών που λαμβάνουν και πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα. Συνεπώς συμπεραίνεται ότι η συμμόρφωση στην αγωγή είναι υψηλότερη στους ασθενείς που κάνουν χρήση πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με τους ασθενείς που κάνουν χρήση γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων ή γενόσημων και πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων (Πίνακας 7.2β).

Τέλος βρέθηκε, ότι η συμμόρφωση είναι σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς που δε μείωσαν τις εργαστηριακές εξετάσεις σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν μειώσει τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων ($p\text{-value} = <0,004$) (Πίνακας 7.2β)

Πίνακας 7.2β: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη φαρμακευτική συμμόρφωση. Λείπουν παρενθέσεις

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Συμμόρφωση	Τιμή p
	Mean / Std. Deviation	
Μεταβολή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων		0,842
Αυξήθηκε	3,8068 (0,71011)	
Μειώθηκε	3,8693 (0,72914)	
Παρέμεινε το ίδιο	3,7965 (0,67150)	
Φαρμακευτικά σκευάσματα		0,038
Πρωτότυπα φάρμακα	3,8857 (0,70887)	
Γενόσημα φάρμακα	3,7047 (0,73672)	
Πρωτότυπα & Γενόσημα φάρμακα	3,7764 (0,60350)	
Βαθμός χρήσης Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την τρέχουσα περίοδο		0,590
Το ίδιο συχνά	3,8281 (0,74376)	
Συχνότερα	3,7624 (0,69996)	
Συνεχώς	3,7025 (0,65938)	
Έναρξη χρήσης Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με την οικονομική κρίση		0,975
Πρίν	3,7333 (0,87391)	
Μετά	3,7375 (0,65625)	
Χρήση Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων και προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή		0,234
Ναι	3,7665 (0,66416)	
Όχι	3,6515 (0,73889)	
Χρήση Γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω μειωμένου κόστους		0,287
Ναι	3,8396 (0,74527)	
Όχι	3,9382 (0,68488)	
Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας		0,004
Ναι	3,6670 (0,70163)	
Όχι	3,8663 (0,69371)	

Η γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε και αφορούσε στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$), που επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση. Στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι μεταβλητές/παράγοντες που δεν επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση είναι :

Η δυνατότητα των ερωτηθέντων της έρευνα να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα, καθώς βρέθηκε ότι η συμμόρφωση δεν επηρεάζεται από τη μείωση του εισοδήματος (p -value= 0,304), αλλά από τις μειώσεις που αφορούν τις δαπάνες υγείας (p -value= 0,003) (Πίνακας 7.2).

Τέλος, το μοντέλο σταθμίστηκε, ως προς την επίδραση του φύλου, της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ασφάλισης των συμμετεχόντων. Καμία από τις παραμέτρους αυτές δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική για την συμμόρφωση των ασθενών και τα παρατηρούμενα επίπεδα σημαντικότητας ήταν 0,062 για το φύλο, 0,083 για το επίπεδο σπουδών, 0,548 για την ηλικία και 0,74 για την ασφάλιση (Πίνακας 7.7).

Πίνακας 7.2: Γραμμική Παλινδρόμηση των Ανεξάρτητων Μεταβλητών με τη Φαρμακευτική Συμμόρφωση

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b		Τιμή p
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
Μείωση της συχνότητας των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ασθένειας (Ναι vs Όχι)				
	-0,360	-0,498	-0,222	0,003

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία οι απαντήσεις που δόθηκαν στην πλειοψηφία τους έχουν θετικά αποτελέσματα. Το 96% δήλωσε, ότι αγοράζει τα φάρμακα του σύμφωνα με τη συνταγή του ιατρού, ενώ το 13,5% τα αγοράζει αλλά κάνει οικονομία στις δόσεις. Η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας προέρχεται από αγροτικές περιοχές με υψηλό εισόδημα και με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Όμως, παρόλη την οικονομική ευρωστία απευθύνονται σε δημόσιες δομές υγείας (ΠΕΔΥ 58% & δημόσια νοσοκομεία 52,6%) . Αν και είναι δύσκολο οι ηλικιωμένοι ασθενείς να συμμορφωθούν με τη θεραπεία φαίνεται, ότι η σωστή καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας βοηθά σημαντικά στην τήρηση της συμμόρφωσης υιοθετώντας μεθόδους, όπως προφορικές και γραπτές οδηγίες (Stewart & Caranasos, 1989).

Τα στοιχεία που προέκυψαν από την παλινδρόμηση δείχνουν, ότι η μη συμμόρφωση στη θεραπεία είναι υψηλότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Σε έρευνα που αφορούσε ασθενείς με AIDS το ποσοστό των γυναικών που συμμορφώνονταν στη θεραπεία έφτανε το 46% σε αντίθεση με τους άνδρες που το ποσοστό συμμόρφωσης έφτανε το 73%. Οι παράγοντες που προκάλεσαν τη διαφορά των ποσοστών συμμόρφωσης μεταξύ των φύλων ήταν τόσο κοινωνικοί όσο και συμπεριφοριστικοί. Η χαμηλή συμμόρφωση των γυναικών σχετίστηκε κυρίως με τη χρήση αλκοόλ και ηρωίνης (Berg et al., 2004). Η μελέτη των Chen et al, (2014) αναφέρει, ότι η υψηλότερη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή στους άντρες με ΑΥ σχετιζόνταν 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. Ενώ η προσήλωση στις γυναίκες ασθενείς λιγότερο με τους παράγοντες κινδύνου της ΑΥ και περισσότερο με τη διαχείριση της νόσου. Αυξημένα επίπεδα διαχείρισης είχαν ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης, ενώ ο μειωμένος αυτοέλεγχος είχε, ως αποτέλεσμα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης.

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει τη φαρμακευτική συμμόρφωση είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών (p -value= 0,004). Βρέθηκε, ότι οι ασθενείς με δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν καλύτερη συμμόρφωση από τους ασθενείς με υποχρεωτικό επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τους Alkatheri & Albekairy (2013) σε μελέτη που αφορούσε ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης είχαν χαμηλή συμμόρφωση λόγω της μη κατανόησης της φαρμακευτικής αγωγής. Κατά την έξοδό

τους από το νοσοκομείο, ιδίως σε μονάδες υγείας με αυξημένη κίνηση, οι ασθενείς λαμβάνουν γραπτά τις οδηγίες για τη θεραπεία τους. Ωστόσο ο αναλφαβητισμός τους καθώς και η έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές εμποδίζουν την κατανόηση της θεραπείας. Οι ασθενείς έχοντας ως μονή πληροφόρηση τις προφορικές οδηγίες του ιατρού αδυνατούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν τις γραπτές οδηγίες του ιατρού και του φαρμακοποιού (Clayton et all, 2012).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων το 62,3%, απάντησε, ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν στα μηνιαία οικογενειακά τους έξοδα. Όμως, το 89,2% των ερωτηθέντων απάντησε, ότι έχει κάνει περικοπές σε διάφορους τομείς, σε αντίθεση με το 10,8% που δεν έχουν προβεί σε καμία περικοπή στην καθημερινότητά τους. Οι παραπάνω περικοπές αποτελούν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα, καθώς και των πολιτικών λιτότητας αποτυπώνοντας την επιδείνωση του επιπέδου διαβίωσης των πολιτών (Παπαθεοδώρου & Μίσσος, 2013). Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ παρατηρείται η αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων στην Ελλάδα αρχής γενώμενης από το 2009 με την έναρξη της κρίσης, όπου η εν λόγω τιμή έφτανε το 0,331 του δείκτη Gini², ενώ το 2014 η τιμή έφτασε το 0,343 (OECD 2014).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) το 22,2% του πληθυσμού στερούνταν βασικών αγαθών το 2015 σε σχέση με το 21,5% το 2014, και το 20,3% το 2013 (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Γίνεται έτσι επιλογή δαπανών από τα νοικοκυριά δίνοντας προτεραιότητα σε είδη πρώτης ανάγκης, κυρίως διατροφής και υγείας (φάρμακα και εξετάσεις), και μειώνοντας την κατανάλωση για την κάλυψη δευτερευουσών αναγκών όπως ταξίδια, διασκέδαση, ένδυση (Παπαθεοδώρου & Μίσσος, 2013).

Σχόλιο 2: «Συντελεστής Gini ορίζεται ο δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος ως ο λόγος των αθροιστικών μεριδίων του πληθυσμού, κατανεμημένου ανάλογα με το ύψος του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος, προς το αθροιστικό μερίδιο του συνολικού ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος όλου του πληθυσμού. Εάν υπήρχε πλήρης εισοδηματική ισότητα (π.χ. όλα τα άτομα ελάμβαναν το ίδιο εισόδημα) ο συντελεστής Gini θα ήταν 0%. Συντελεστής Gini 100% θα σήμαινε ότι υπάρχει πλήρης εισοδηματική ανισότητα και το όλο το εθνικό εισόδημα είναι συγκεντρωμένο σε ένα άτομο. Για παράδειγμα, συντελεστής Gini 30%, σημαίνει ότι η διαφορά ανάμεσα στα εισοδήματα 2 τυχαίων ατόμων θα διέφερε κατά 30% του μέσου εισοδήματος.» (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Ένα μεγάλο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού (67,3%) δήλωσε πως το ποσοστό συμμετοχής για την αγορά των αναγκαίων για την πάθηση τους φαρμάκων αυξήθηκε. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται διεθνώς αύξηση της τιμής των φαρμάκων με την Ελλάδα να μην αποτελεί εξαίρεση στην παραπάνω τάση (ΕΚΔΑ, 2016). Η αιτιολογία που δίνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες για την αύξηση των τιμών είναι το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της έρευνας, ενώ οι επικριτές των εταιριών και κυρίως τα ΜΜΕ αποδίδουν το υψηλό κόστος στις πρακτικές προώθησης των σκευασμάτων και όχι στην έρευνα (Ogburn & Marks, 2014).

Η αύξηση της τιμής των φαρμάκων επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση στη θεραπεία μιας και ένα μεγάλο ποσοστό συνταγογραφούμενων θεραπειών λόγω αυξημένου κόστους δεν τηρείται από τους ασθενείς (Luga & McGuire, 2014). Το βάρος της αύξησης του κόστους μετατίθεται στους ασθενείς είτε μέσω των αυξημένων συμπληρωμών, είτε μέσω των εργοδοτών που προσπαθούν να καλύψουν την απώλεια. Με βάση έρευνα των Linjakumru, et al. (2002) στη Φιλανδία οι ηλικιωμένοι ασθενείς και πιο ειδικά οι χρόνιοι ασθενείς είναι οι μεγαλύτεροι καταναλωτές φαρμάκων με το κόστος των φαρμάκων να φτάνει το 40% του συνόλου των δαπανών του πληθυσμού της χώρας.

Ως εξήγηση για την αύξηση των δαπανών στις ηλικίες 60 και άνω οι Yang et al., (2003) αναφέρουν την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την αντίστοιχη μείωση της θνησιμότητας. Επίσης, διαπιστώνεται αύξηση των δαπανών υγείας 24 μήνες πριν το τέλος της ζωής του ασθενή με τη μεγαλύτερη αύξηση να καταγράφεται το τελευταίο εξάμηνο της ζωής του. Γεγονός που οφείλετε στην αύξηση των μηνιαίων ποσοστών θνησιμότητας με την πάροδο της ηλικίας. Η γήρανση δεν είναι η μοναδική αιτία για τις υψηλές συνολικές δαπάνες περίθαλψης στους ηλικιωμένους, καθώς οι άνθρωποι ξοδεύουν περισσότερο όταν βρίσκονται κοντά στο θάνατο. Αντί αυτού οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλότερες κατά μέσο όρο στις μεγαλύτερες ηλικίες, διότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είναι κοντά στο τελευταίο έτος της ζωής του. Σε μεταγενέστερη μελέτη των Siskou et al (2016) παρατηρείται, ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται στις ηλικίες από τα 60 και άνω σε σχέση με τον πληθυσμό. Οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία αντιπροσωπεύουν το 25% του πληθυσμού απορροφούν περισσότερο από το 50% των τρεχουσών δαπανών υγείας. Πιο συγκεκριμένα το 1/6 των τρεχουσών δαπανών υγείας κατευθύνθηκαν στο 1/18 του πληθυσμού που αντιπροσωπεύει την ηλικιακή ομάδα 80+.

Σύμφωνα με τους Briesacher, Gurwitz, και Sumerai (2007) άτομα τις τρίτης ηλικίας, σε καθεστώς πολυφαρμακίας, στην προσπάθειά τους να μειώσουν το κόστος της θεραπείας, λαμβάνουν συνειδητά μειωμένη τη φαρμακευτική τους αγωγή διαιωνίζοντας ένα σημαντικό αλλά και συνηθισμένο πλέον πρόβλημα. Όμως η διερεύνηση της σχέσης κόστους και μη συμμόρφωσης έδειξε, ότι οι ασθενείς δεν θα παρασυρθούν τελικά από τον κίνδυνο της μη συμμόρφωσης γιατί ακόμα και να αυξηθούν οι συμπληρωμές θα τηρήσουν κατά ένα ποσοστό τη θεραπεία τους. Επίσης υπάρχει και η μερίδα των ασθενών οι οποίοι συνεχίζουν να συμμορφώνονται στη θεραπεία τους ανεξάρτητα από το κόστος (Briesacher, Gurwitz & Sumerai, 2007). Η αύξηση των συμπληρωμών επηρεάζει τη συμμόρφωση στη θεραπεία ακόμη και στην περίπτωση της μονοθεραπείας και δεν αποτελεί αποτέλεσμα ανταγωνισμού μεταξύ πρωτότυπων και γενόσημων σκευασμάτων αλλά καθαρά αποτέλεσμα της αύξησης των συμπληρωμών (Barron et al., 2008).

Σχετικά με τη μελλοντική αγορά γενόσημων φαρμάκων λόγω μειωμένου κόστους η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε θετικά με ποσοστό 55,5%. Ένα από τα αποτελέσματα της μείωσης των εισοδημάτων, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, ήταν η στροφή των ασθενών στην αγορά γενόσημων φαρμάκων. Αν και οι αρχικές επιφυλάξεις, ήταν μεγάλες σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των γενόσημων παρατηρείται βελτίωση στη γνώμη των πολιτών για την χρήση γενόσημων μιας και δεν υπάρχουν αποκλίσεις στην ποιότητα τους αποτέλεσμα της επιβολής μελετών βιοϊσοδυναμίας (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016). Πέρα όμως από την ποιότητα σημαντικό κομμάτι έχει η μείωση του κόστους. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ του 1997 και 2000 έδειξε, ότι η χρήση πανομοιότυπων φαρμάκων με τα πρωτότυπα θα μπορούσε να μείωση το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε \$5,9 δις. ετησίως (Choudhry, Denberg & Qaseem, 2016). Η συμμόρφωση στη θεραπεία με τη χρήση γενόσημων ποικίλει ανάλογα με την πάθηση. Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συμμορφώθηκαν στη θεραπεία με τη χρήση γενόσημων σε αντίθεση με άλλες παθήσεις.

Σύμφωνα με τη Siskou et al (2015) η θεσπισμένη συμμετοχή στο κόστος της φροντίδας υγείας δημιουργεί επιπλέον θέματα τόσο σε υγειονομικό, όσο και σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο φέρνοντας στην επιφάνεια ανισότητες εφόσον εμπλέκονται διαφορετικές ομάδες πληθυσμού. Η κατανομή του κόστους δεν θα επηρεάσει ασθενείς με μέσο εισόδημα αλλά άτομα που βρίσκονται σε ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά ομάδες. Τα αποτελέσματα θα είναι άμεσα ειδικά στην πορεία της υγείας τους προωθώντας την

επιδείνωση της. Τα παραπάνω τεκμηριώνονται με αναφορές μη κυβερνητικών οργανώσεων που σημειώνουν την αύξηση των επισκέψεων χρόνιων ασθενών στα πολυϊατρεία τους. Η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, το ποσοστό της οποίας φτάνει το 23%, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην αύξηση του κόστους των συμπληρωμών για την αγορά φαρμάκων (Siskou, et all, 2014). Συμπερασματικά αυτό που είναι σημαντικό είναι η ελαχιστοποίηση των συμπληρωμών αν όχι η ύπαρξη των μηδενικών συμπληρωμών ώστε να μειωθεί σημαντικά η μη συμμόρφωση στη θεραπεία (Briesacher, et all. 2009).

Οι αλλαγές που προέκυψαν στο τομέα της υγείας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση κοινωνικών ανισοτήτων. Η καθημερινότητα των πολιτών και ειδικά 60 και άνω χρόνιων ασθενών άλλαξε, μιας και οι μειώσεις σε συντάξεις, η αύξηση των συμπληρωμών και η μειωμένη παροχή υπηρεσιών από το κράτος οδήγησε στην αύξηση του ποσοστού της μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία είναι ένα θέμα που απασχολεί την παγκόσμια κοινότητα με τα αποτελέσματα του φαινομένου να είναι αρνητικά για την οικονομία, την υγεία και την κοινωνία. Η εύρεση τρόπων αντιμετώπισης και βελτίωσης του φαινομένου είναι αναγκαία. Σε αυτό σημαντικό ρόλο έχουν οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία, όπως οι ασθενείς, οι γιατροί, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή μια συστηματικής προσέγγισης διαφόρων τεχνικών παρά μια ενιαία μέθοδος αντιμετώπισης θα μπορούσε να είναι η λύση για τη βελτίωση αν όχι η πλήρης αντιμετώπιση του φαινομένου (Jimmy, Jose, 2011).

Συνδυασμοί στρατηγικών, όπως η εκπαίδευση των ασθενών και η βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού ασθενή, η απλούστευση των θεραπειών, αλλά και η αυξημένη παρακολούθηση των ασθενών είναι παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Maningat, Gordon, Breslow, 2013). Η εισαγωγή νέων τεχνολογικών εφαρμογών θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά διαδικασίες, δίνοντας τη δυνατότητα σε ασθενείς να επιτύχουν υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης στη θεραπεία (McKethan, Benner, Brookhart, 2012). Οι Martin et al (2005) αναφέρουν ότι η εκτίμηση του μεγέθους της συμμόρφωσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού, ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο (Martin, Williams, Haskard, DiMatteo, 2005).

Μια ασθένεια δε σταματά με τη διάγνωση της νόσου και τη συνταγογράφηση της θεραπείας. Είναι ένας κύκλος που χρήζει συνεχή παρακολούθηση και προσήλωση στο στόχο που είναι η θεραπεία και η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης των χρόνιων ασθενών. Στην Ελλάδα ένα μεγάλο ποσοστό χρόνιων ασθενών δεν έχουν πρόσβαση σε μονάδες υγείας ή ακόμα δεν έχουν τη στοιχειώδη μόρφωση ώστε να αντιλαμβάνονται την πορεία που πρέπει να ακολουθήσουν για να συμμορφωθούν στη θεραπεία τους (Περιτογιάννης et al., 2014).

Η δημιουργία τοπικών δομών υγείας με σκοπό την πρόληψη, την επικοινωνία των ασθενών με καταρτισμένο προσωπικό λαμβάνοντας γνώση για τη συνεχή ροή δεδομένων που αφορούν τη πάθηση τους θα επιτρέψει τη βελτίωση των ποσοστών συμμόρφωσης στη θεραπεία μειώνοντας το βασικό ίσως αρνητικό αποτέλεσμα του φαινομένου που είναι οι δαπάνες υγείας (Wagner, 2000).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσσες

- Βαγιάνος, Δ. Βέττας, Ν. Μεγήρ, Κ. (2010), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία, [online] available from < http://users.uoi.gr/kammas/Meghir_et_al_2010.pdf > [accessed] 26/9/2016
- Βένιου, Α. Τεντολούρης, Ν, (2013) “Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol 30 (5). p.p 613-618
- Βουλή των Ελλήνων, (2005) *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Απόσπασμα από τα επίσημα πρακτικά της Ρ7Α 27/7/2005 συνεδρίαση της ολομέλειας της Βουλής
- Γιαβασόπουλος, Ε. Γουρνή, Π. (2008) “Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς”, *Το Βήμα του Ασκληπιείου*, Vol. 7(1), p.p:12-39
- διαΝΕΟσις, (2016) *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση*, Αθήνα
- ΕΚΔΑ, (2016) *Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου*, Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2013) *Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2012*, Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2011) “ *ΕΘΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2009*” Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2016) “*ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2014*”, Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2016) *Υλική στέρηση και συνθήκες διαβίωσης έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών έτους 2015*, Αθήνα
- ΕΣΔΥ, (2013) *Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα*, Αθήνα
- Ι.Ν.Ε, (2015) *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Αθήνα.
- Καρακιουλάφη, Χ Σπυριδάκης, Μ. Γιαννακοπούλου, Ε. Κάραλης, Δ. Σώρος, Γ. (2014) “*Ανεργία και εργασιακή επισφάλεια. Διαστάσεις σε καιρό κρίσης*” ΙΝΕ, Αθήνα
- Καστανιώτη, Α. Πολύζος, Π. (2016) “Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net.”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol 33(2),p.p: 98-206
- Κυριόπουλος, Ι (2011), Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας, ΕΣΔΥ, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ Τσιάντου, Β. (2010) “Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 27(5), p.p: 834-840

- Λυκούρας, Λ. (2016) *Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο*, Αθήνα.
- Μάινα, Α. Κιενά, Ε. (1996) “Νέες τεχνολογίες και νοσοκομείο: προκαταρκτική κοινωνιολογική έρευνα”, *Το σύγχρονο νοσοκομείο*, Vol. 2(3)
- Μαλλιάρου, Μ. Σαράφης, Π. (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Vol. 11(1), p.p: 202-212.
- Μνημόνιο Συνεννόησης, (2013) *Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής*, Αθήνα
- Μνημόνιο 2, (2012), *Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικολογικής Πολιτικής*, Αθήνα
- Ναλμπαντίδης, Γ. Γαρέφας, Α, Αβραμίδης Ι. (2011) “Η προσκόλληση των ασθενών στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol.11(29), p.p: 508-510
- Νικολούτσου, Ι. (2010), Το αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων, *ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ*, [online] available from < <http://www.neahygeia.gr/pdf/N%20YGEIA%2078.pdf> > [accessed 30/9/2016]
- Ξανθοπούλου, Σ. Κατσαλιακη, Κ. (2016) Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 33(5), p.p:583-595
- Παπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος, Φ. (1990), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
- Παπαθεοδώρου, Χ. Μίσσος, Β. (2013) *Ανισότητα, Φτώχεια και οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην ΕΕ*, ΙΝΕ, Αθήνα
- Περιτογιάννης, Β. Ληξουριώτης, Χ. Μαυρέας, Β. (2014) “Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol.31 96), p.p: 699-677
- Πετμεζίδου, Μ. Παπαναστασίου, Σ. Πεμπετζόγλου, Μ. Παπαθεοδώρου Χ. Πολυζωίδης Π. (2015), *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδας στην Ελλάδα*, ΙΝΕ, Αθήνα
- Σίσκου, Ο. Καιτελίδου, Δ. Θεοδώρου, Μ. Λιαρόπουλος, Λ. (2008) Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το ελληνικό παράδοξο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 25 (5), p.p: 663-672
- Τούντας, Γ.Κ (2007) Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, *ΙΑΣΠΙΣ* Ανακτήθηκε από: < <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=783> > [Πρόσβαση στις 21/5/2016].
- Φασόη-Μπάρκα, Γ. Κέλεση, Σταυροπούλου, Μ. (2015) “Χρόνια προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους. Η σημασία της συμβουλευτικής στη συμμόρφωσή τους με το θεραπευτικό σχήμα”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Vol. 14(1), p.p:34-44.

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

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

American College of Preventive Medicine (2016) medication adherence - improving health outcomes-a time tool for healthcare providers Ανακτήθηκε από <http://www.acpm.org/?MedAdhereTTProviders> Πρόσβαση [14/8/2016].

Limone, B. Sobeieraj, D.M. Lee, S. Roberts, M.S. Kaur, R. Alam, T. (2012) “Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease” *Journal of managed care pharmacy September 2012 Volume 18 No 7 pp 527-539*

Atreja, A. Bellam, N. Levy, S. (2005) “Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple” *Medcenmed March*, Vol. 7(1), p.p: 4

Bank Of Greece (2014) *The chronicle of the great crisis, The bank of Greece 2008-2013*, Athens

Barron, J. Wahl,P. Fisher, M. Plauschinat, C. (2008) “Effect of Prescription Copayments on Adherence and Treatment Failure with Oral Antidiabetic Medications” *P& T*, Vol. 33(9), p.p:532-536, 539-540, 553

Berg, K. Demas, P. Howard, A. Schoenbaum, E. Gourevitch, M. Arnsten, J. (2004) “Gender Differences in Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy”, *J Gen Intern Med*, Vol.19(11), p.p: 1111-1117

Bosworth, H. Granger, B. Mendys,P. Brindis, R. Burkholder, R. Czajkowski, S. et al., (2011) “Medication adherence: A call for action”, *American Heart Journal*, Vol. 162(3), p.p: 412-424

Bosworth, H (2012) *Enhancing Medication Adherence: The Public Health Dilemma*, SpringerHealthcare, British Library

Briesacher, B. Andrade, S. Fouayzi, H. Chan, A. (2009) “Medication Adherence and the Use of Generic drug Therapies” *Am J Manaq Care*, Vol. 15(7), p.p: 450-456

Briesacher, B. Gurwitz, J. Sumerai, S. (2007) “Patients At-Risk for cost Related Medication Adherence: A Review of the Literature”, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 22(6), p.p: 864-871

- Brown, M. Bussel, J. (2001) "Medication Adherence WHO care's" *Mayo Clinic proceedings*, Vol. 86(4), p.p:304-314
- Chapman, K.R. Mannino, D.M. Soriano, J.B. Vermeire, P.A. Buist, A.S. Thun, M.J. et al., (2006) "Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease" *European Respiratory Journal* ,Vol 27, p.p:188-207
- 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
- Cherlin, E. Fried, T. Prigerson, H. Schulman-Green, D. Johnson-Hurzeler, R. Bradley, E. (2005) "Communication between Physicians and Family Caregivers about Care at the End of Life: When Do Discussions Occur and What Is Said?" *J. Palliat Med.*Vol. 8(6), p.p: 1176-1185.
- Chisholm-Burns, M. Spirey, C. (2012) "the 'cost' of medication no adherence: Consequences we cannot afford to accept" *JAPHA*, Vol. 52(6), p.p:823-826
- Choudhry, N. Denberg, T. Qaseem, A. (2016) "Improving Adherence to Therapy and Clinical Outcomes While Containing Costs: Opportunities From the Greater Use of Generic Medications: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians", *American College of Physicians*, Vol.164, p.p:41-49
- Clayton, M. (2012) "mproving illiterate patients understanding and adherence to discharge medication", *BMJ Qual Improv Report*, Vol. 1(1), p.p:1-4
- Cleemput, I. Kesteloot, K. (2002) "Economic implications of non-compliance in health care" *The Lancet*, Vol. 359(9324), p.p: 2129-2130
- Coleman, G.I. Limone, B. Sobeieraj, D.M. Lee, S. Roberts, M.S. Kaur, R. et al. (2012) "Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease" *Journal of managed care pharmacy*, Vol. 18(7), p.p: 527-539
- Cramer, J.A. Roy, A. Burrell, A. Fairchild, C.J. Fuldeore, M.J. Ollendorf, D.A. et al. (2008). "Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions", *Value in Health*, Vol.11, p.p: 44-47
- Dobbels, F. De Geest, S. van Cleemput, J. Droogne, W. Vanhaecke, J. (2004) "Effect of late medication non-compliance on outcome after heart transplantation: A 5-year follow-up", *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, Vol. 23(11), p.p:1245-1251
- Dunbar, J. Stephens, M.K.M. (2001) "Treatment adherence in chronic disease" *Journal of clinical epidemiology Elsevier*, Vol. 54(12), p.p: 57-60

Economou, C. Kaitelidou, D. Kentikelenis, A. Sissouras, A. Maresso, A.I (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, WHO, European Observatory on Health System and Policies

El-Mallakh, P. Findlay, J. (2015) “Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services”, *Neuropsychiatric Disease and treatment*, Vol.11, p.p: 1077-1090

Eu-patient, (2016) Improving the sustainability of healthcare systems through better adherence to therapies: a multi-stakeholder approach, Ανακτήθηκε από < <http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence---joint-briefing-paper.pdf>> Πρόσβαση [12/7/2016]

Fong Ha, G Longnecker, N. (2010) “Doctor-Patient Communication: A Review”, *The Ochner Journal spring*, Vol. 10(1), p.p: 38-43

Gellad, W. Grenard, G. McGlynn, E.(2009) *A Review of Barriers to Medication Adherence: A Framework for Driving Policy Options*, Technical Report RAND, Pittsburgh

Gibson, H. Hall, S. Tavlas, G. (2011). *The Greek financial crisis: growing imbalances and sovereign spreads*, Working paper Bank of Greece

Gottlieb, H. (2000) “Medication Nonadherence: Finding Solutions to a Costly Medical Problem”, *Drug Benefit Trends*, Vol. 12(6), p.p: 57-62

Gottlieb, H. (2016) “*Medication Nonadherence: Finding Solutions to a Costly Medical Problem*”, *Medscape*, p.p: 4, Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/409940>

Grager, B. Bosworth, H. (2011) “Medication Adherence: Emerging Use of Technology”, *Current Opinion in Cardiology*, Vol. 26(4), p.p: 279-287

Grant, R. Devita, N. Singer, D. Meigs, J. (2003) “Polypharmacy and Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes”, *Diabetes care*, Vol. 26 (5), p.p:1408-1412

Hinkin, C. Hardy, D.J. Mason, K.I. Castellon, S.A, Durvasula, R.S. Lam, M.N Stefaniak, M. (2004) “*Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse*” Vol1(18), p.p:19-25

Iuga, A. McGuire, M. (2014) “Adherence and health care costs”, *Dove press*, vol.7, p.p: 35-44

Jimmy, B. Jose, J. (2011) “*Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice*”, *Oman medical journal*, Vol. 26(3), p.p: 155-159

Johnson, M.O. Elliot, T. R. Neilands, T.B. Morin, S.F. Chesney, M.A. (2006) “A social problem-solving model of adherence to HIV medications”, *Health Psychology*, Vol. 25(3), p.p: 355-363

Kesselheim, A (2011) “The backlash against bioequivalence and the interchangeability of brand-name and generic drugs” *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 183 (12), p.p:1350-1351

Lieberman, M.A. Fisher, L. (1995) “The impact of chronic illness on the health and well-being of family members”, *Gerontologist*, Vol. 35(1), p.p: 94-102

Linjankumpu, T. Hartikainen, S. Klaukka, T. Veijola, J. Kivela, S-L. Isoaho, R. (2002) “Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly”, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 55(8), p.p: 809-817

Luga, A. McGuire, M. (2014) “Adherence and health care costs”, *Dovepress Risk Management and Health Care Policy*, Vol. 7, p.p:35-44

Magoulios, G. Kydros, D. Athianos, S. (2015) “The Economic Crisis (2008) and Effects on Income. The Case of Greece” *Procedia Economics and Finance*, Vol. 19, p.p: 27-36

Maningat, P. Gordon, B. Breslow, J. (2013) “How Do We Improve Patient Compliance and Adherence to Long-Term Statin Therapy?”, *Curr Atheroscler Rep.*, Vol. 15(1), p.p:291

Martin, L. Williams, S Haskard, K. DiMatteo, R. (2005) “The challenge of patient adherence”, *Ther Clin Risk Manag*, Vol. 1(3), p.p: 189-199

Martinez, A. Viladoms, R. Conde, M, Illamola, R. Momblona, J.M. Jane, C. (2015) “Does m-Health Increase Adherence to Medication? Results of a Systematic Review”, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 69(1), p.p: 9-32

Mayeux, R. Stern, Y. (2012) “*Epidemiology of Alzheimer Disease*”, *Cold Spring Harb Perspect Med*, Vol.2(8)

McGlynn, E. Asch, S. Adams, J. Keeseey, J. Hicks, j. De Cristofaro, A. Kerr, E. (2003) “The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States” *New England Med Journal*, Vol 348, p.p: 2635- 2645

Mckethan, A. Benner, J. Brookhart, A. (2012) “Seizing The Opportunity To Improve Medication Adherence”, *Health Affairs Blog*, online available from: < <http://healthaffairs.org/blog/2012/08/28/seizing-the-opportunity-to-improve-medication-adherence/> > [accessed 15/12/2016]

- Mclaughlin, E. Raehl, C.I. Treadway, A.K. Sterling, T.L. Zoller, D.P. Bond, C. (2005) “Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?” *Drugs aging*, Vol. 22 (3), p.p: 231-255
- Muse, E. (2016) “Improving medical adherence in cardiovascular disease management with m Health technologies”, *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes*, [online] available from <
<http://ehjqcco.oxfordjournals.org/content/early/2016/07/19/ehjqcco.qcw034>> [accessed 15/9/2016]
- Muszbek, N. Brixner, D. Benedict, A. Keskinaslan, A. Khan, Z.M (2008) “The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review” *International journal of clinical practice*, Vol. 62(2), p.p:338
- 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”, *Patient preference and adherence*, Vol.7, p.p: 579-587
- NCPA (2013) ‘*Medication Adherence in America A national Report*’ America
- Nguyen, T. La Caze, A. Cottrell, N. (2014) “What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review” *British Pharmacological Society*, Vol.77(3), p.p: 427-445
- Nolte, E. Mckee, M (2008) “Caring for people with chronic conditions: an introduction health system perspective” *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Open University Press, New York
- OECD, (2009) *Health at a Glance OECD indicators*, Paris
- Ofman, J. (2002) “Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports”, *BMJ* Ανακτήθηκε από <
<http://www.bmj.com/content/325/7370/925?linkType=FULL&resid=325/7370/925&journalCode=bmj>> Πρόσβαση [10/8/2016]
- Ozturk, S. Sozdemir, A. (2015) “Effects of Global Financial Crisis on Greece Economy”, *Procedia economics and finance*, Vol. 23, p.p: 568-575
- Paris, A. Dedes, S. Lampridis, N. (2011) “Greek financial crisis”, *Global, Business and Management Research: An international journal*, Vol. 3 (3 & 4)

- Payero, A. Lopez de Castro, M. Samartin, U. Vila A, M. Lopez C, V. Corrales C, P. (2014) “Medication non-adherence as a cause of hospital admissions”, *Farm Hosp*, Vol.38(4), pp:328-333
- Piette, J. Newman, S. Sussman J. (2014) “The Potential Impact of Intelligent Systems for Mobile Health Self-Management Support: Monte Carlo Simulations of Text Message Support for Medication Adherence”, *Springer*, Ανακτήθηκε από <
<http://web.eecs.umich.edu/~baveja/Papers/PietteRL.pdf>> Πρόσβαση [14/8/2016].
- Ridder, D. Geenen, R. van Middendorp, H. (2008) “Psychological adjustment to chronic disease”, *Lancet*, Vol. 327 (9634), p.p:246-255
- 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
- Urquhart, J. (1996) “Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact”, *European Heart Journal*, Vol. 17 (A), p.p: 8-15
- Stewart, R. Caranasos, G. (1989) “Medication Compliance in the Elderly” *Medical Clinics of North America*, Vol. 73(6), p.p:1551-1563
- Vermeire, E. Hearnshaw, H. Van Royen, P. Denekens, J. (2001) “Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review” *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol.26, p.p: 331-342
- Yang, Z. Norton, E. Stearns, S. (2003) “Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol. 58B(1), p.p: S2-S10
- Wagner, E. (2000) “The role of patient care teams in chronic disease management” *The bmj*, Vol. 26(320), p.p: 569-572
- Weingarten, S. Henning, M. Badamgarav, E. Knight, K. Hasselblad, V. Gano, A. WHO, (2003) *Adherence to Long – Term Therapies. Evidence for Action*, Geneva, Switzerland

WHO, (2011) *m Health New horizons for health through mobile technologies second global survey on e Health*, Switzerland

WHO, (2014) *Global Status Report on non-communicable diseases Attaining the nine global noncommunicable diseases targets a shared responsibility*, Switzerland

Wong, W.S. Chen, p.p Yap, J. Mak, K.H. Tam, B.K. Fielding, R. (2011) “ Assessing depression in patients with chronic pain: A comparison of three rating scales”, *J Affect Disord.*, Vol. 133(1-2), p.p: 179-187

Zolnierek, K. B. Di Matteo, M.R (2009) “Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis”, *Med care*, Vol. 47(8). p.p: 826-834

Ιστοσελίδες

Eurohex, (2016) Advanced research on European health expectancies, Ανακτήθηκε από <<http://www.eurohex.eu/index.php?option=countryreports>> Πρόσβαση [22/8/2016]

Europa, (2006), Το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης: μετατροπή μιας πρόκλησης σε ευκαιρία, Ανακτήθηκε από <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=URISERV%3Ac10160>> [Πρόσβαση στις 22/7/2016]

EUROPA, (2015) Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, Ανακτήθηκε από < http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan> [Πρόσβαση στις 4/7/2016]

Healthsystemsblogspot, (2013), “Η σημασία της συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή” Ανακτήθηκε από < <http://healthsystemsc.blogspot.gr/2013/09/blog-post.html> > Πρόσβαση [15/6/2016].

Καμπόλης, Χ. Τραυλός, Ν (2009) Πέντε βασικές αιτίες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, *Η Καθημερινή* [online] Ανακτήθηκε από: <<http://www.kathimerini.gr/362723/article/oikonomia/die8nhs-oikonomia/pente-vasikes-aities-ths-xrhmatopistwtikhhs-krisis>> [Πρόσβαση στις 4/6/2016]

Med Scape The Importance of Integrating Medication Adherence Into Pharmacoeconomic Analyses, Ανακτήθηκε από <http://www.medscape.com/viewarticle/761532_5> Πρόσβαση [15/9/2016]

Μουντοκαλάκης, Θ.(2005), “Πως να επιτύχετε τη συνεργασιμότητα των αρρώστων σας στην αντιμετώπιση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου”, Ανακτήθηκε από <<http://www.hypertension.gr/Content/sem-annual05-03-01.aspx>> [Πρόσβαση στις 5/6/2016]

nursingcareplans (2016) Σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας που αφορούν σε εκπαίδευση ασθενών. Αναποτελεσματική Διαχείριση Θεραπευτικής Αγωγής (Από το άτομο), Ανακτήθηκε από <http://www.nursingcareplans.gr/nursingcareplans/wp-content/uploads/2015/05/33_-Ineffective_Therapeutic_Regimen_Management.pdf> Πρόσβαση [16/8/2016]

OECD, (2014) Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath, Ανακτήθηκε από <<http://www.oecd.org/social/societyataglance.htm>> Πρόσβαση [16/8/2016]

ΣΦΕΕ, (2012) Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα και στοιχεία 2012 Ανακτήθηκε από <www.sfee.gr> [Πρόσβαση στις 30/6/2016].

WHO, (2015) Ageing and health Ανακτήθηκε από <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>> [Πρόσβαση στις 4/7/2016].

WHO, (2016) Epidemiology Ανακτήθηκε από <<http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>> Πρόσβαση [1/10/2016].

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.

Μαρία Μονοκρούσου

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 λαμβάνετε 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) Καθόλου 2) Συχνά 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; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 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 / Πολυϊατρεία / 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) τρείς 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
ΔΗΜΟΣ ΔΕΛΤΑ
Κοινωνικός Πολιτιστικός Οργανισμός
Δήμου Δέλτα

Ημερ. 3/2/2016
Αριθμ. Πρωτ: 64

ΚΑΠΗ Δήμου Δέλτα

Θέμα: «Έγκριση αιτήματος για τη διεκπεραίωση διαδικασίας συλλογής ερευνητικών δεδομένων».

Ύστερα από αίτηση της Μαρίας Μονοκρούσου με αριθμ πρωτ 64/03-02-2016, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου στο πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με την οποία αιτείται τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από τα ΚΑΠΗ του Δήμου Δέλτα με σκοπό την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας, το αίτημα της γίνεται δεκτό ώστε να ολοκληρωση την έρευνα της.

Ο Πρόεδρος
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΥ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ ΔΕΛΤΑ
ΧΑΛΚΙΔΗΣ Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ &
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΗΜΟΥ
ΩΡΑΙΟΚΑΣΤΡΟΥ
Ταχ. Δ/ση: Κτίριο Παύλος Μελάς
Ταχ. Κωδ. :57013
Τηλ.2310-695653

Ωραιόκαστρο : 03-02-2016
Αριθμ. Πρωτ. : 76

ΘΕΜΑ: «Έγκριση αιτήματος για συλλογή ερευνητικών δεδομένων»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

**Η Πρόεδρος του Δημοτικού Οργανισμού Πολιτισμού Πρόνοιας
και Αλληλεγγύης Ωραιοκάστρου βεβαιώνει ότι:**

Κατόπιν αιτήσεως με αριθμ. πρωτ.:76/03-02-2016 της Μονοκρούσου Μαρίας του Δημητρίου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με την οποία ζητεί να της επιτραπεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δημοτικού Οργανισμού Πολιτισμού, Πρόνοιας & Αλληλεγγύης Δήμου Ωραιοκάστρου, με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας,
κάνουμε δεκτό το αίτημα της προκειμένου να ολοκληρώσει την έρευνά της.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΕΦΘΥΜΗ ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΥ ΠΥΛΑΙΑΣ - ΧΟΡΤΙΑΤΗ
Ταχ. Διεύθυνση: Απ. Σαμανίδη 21
Τ.Κ. 552 36
Τηλ.: 2313 301-058

Πανόραμα, 8/2/2016
Αριθ. Πρωτ.: 53

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Κατόπιν αιτήσεως με αρ.πρωτ. 44/1.2.2016 της **Μονοκρούσου Μαρίας του Δημητρίου**, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υψηρεαίων Υγείας», με την οποία ζητεί να της επιτραπεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Κέντρου Κοινωνικής Προστασίας Αλληλεγγύης και Παιδείας Δήμου Πυλαίας - Χορτιάτη (ΚΕ.Κ.Π.Α.Π.) με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας, κάνουμε δεκτό το αίτημα της προκειμένου να ολοκληρώσει την έρευνα της.



Πίνακας Ι: Οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις		N (%)
1. Μπορείτε να αντεπεξέλθετε στα μηνιαία οικογενειακά σας έξοδα	Ναι	311 (62,3%)
	Όχι	188 (37,7%)
2. Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς έχετε αναγκαστεί εσείς ή / και η οικογένειά σας να κάνετε κάποια περικοπή;	Διασκέδαση	419 (83,8)
	Ένδυση	399 (79,8%)
	Ταξίδια	417 (83,4%)
	Τρόφιμα	98 (19,6%)
	Φάρμακα	60 (12,0%)
	Εργ. Εξετάσεις	96 (19,2%)
	Εισαγωγή σε νοσοκομεία	31 (6,2%)
	Επίσκεψη σε γιατρούς	100 (20%)
	Σε κανένα από τα παραπάνω	54 (10,8%)
	3.Εσείς ή η οικογένειά σας αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας του προβλήματος υγείας σας;	Σοβαρές
Μέτριες		75 (15%)
Ήπιες		36 (7,2%)
Ελάχιστες		74 (14,8%)
Καθόλου		262 (52,4%)
4. Από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης υπεστήκατε μείωση στο μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;	Ναι	478 (95,6%)
	Όχι	22 (4,4%)
5.Ποια ποσοστιαία μεταβολή έχει υποστεί το ατομικό ή το οικογενειακό σας εισόδημα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης ;	<10%	70 (14,1%)
	11-22%	152 (30,5%)
	21-30%	123 (24,7%)
	31-40%	72 (14,5%)
	>40%	81 (16,3%)

Πίνακας II: Φαρμακευτική περίθαλψη του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις		N (%)
Έχετε την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθετε στις δαπάνες υγείας;	Ναι	340 (68%)
	Όχι	160 (32%)
Το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά των αναγκαίων για την πάθησή σας φαρμάκων:	Αυξήθηκε	336 (67,3%)
	Μειώθηκε	41 (8,2%)
	Παρέμεινε το ίδιο	122 (24,4%)
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%	183 (38,3%)
	30-40%	65 (13,6%)
	50% και άνω	8 (1,7%)
	καθόλου	222 (46,4%)
Πριν την οικονομική κρίση λαμβάνατε πρωτότυπη φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	444 (89,3%)
	Όχι	53 (10,7%)
Τι είδους φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε, επί του παρόντος;	Πρωτότυπα Φάρμακα	240 (48,2%)
	Γενόσημα Φάρμακα	153 (30,7)
	Πρωτότυπα & Γενόσημα Φάρμακα	105 (21,1%)
Χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα την τρέχουσα περίοδο συχνότερα σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική κρίση;	Το ίδιο συχνά	32 (12%)
	Συχνότερα	91 (34,2%)
	Συνεχώς	143 (53,8%)
Αρχίσατε να χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα πριν ή μετά την οικονομική κρίση;	Πριν	30 (11,4%)
	Μετά	233 (88,6)
Διευκολύνει η χρήση γενοσήμων φαρμάκων ώστε να είστε πιστός/ή στην αγωγή;	Ναι	198 (75,6%)
	Όχι	64 (24,4%)
Στο μέλλον θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε γενόσημα φάρμακα λόγω μειωμένου κόστους;	Ναι	136 (55,5%)
	Όχι	109 (44,5%)

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

Ερωτήσεις	N (%)	
Επισκέπτεστε ιατρούς οι οποίοι εργάζονται στο	ΠΕΔΥ	290 (58%)
	Δημόσιο	
	Νοσοκομείο/Κέντρο	
	Υγείας	263 (52,6%)
	Ιδιωτική Κλινική	35 (7%)
	Ιδιωτικό Ιατρείο	238 (47,6%)
Δημοτικό	Ιατρείο/Πολυϊατρεία/Μ	
	η Κυβερνητικές	
	Οργανώσεις	72 (14,4%)
Κατά πόσο οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν την απόφασή σας να επισκεφτείτε μονάδες υγείας ή να κάνετε κάποιο εργαστηριακό έλεγχο;	Συνεχώς	34 (6,8%)
	Τις περισσότερες φορές	82 (16,4%)
	Κάποιες Φορές	85 (17%)
	Λίγες Φορές	69 (13,8%)
	Καθόλου	230 (46%)
Μειώσατε τη συχνότητα των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας σας;	Ναι	143 (28,7%)
	Όχι	356 (71,3%)

Πίνακας IV: Παθήσεις του υπό μελέτη πληθυσμού

Ερωτήσεις		N (%)
Πάσχετε από κάποια χρόνια πάθηση και παίρνετε φάρμακα σε συνεχή βάση;	Ναι	488 (97,6%)
	Όχι	12 (2,4%)
Παθήσεις	Αρτηριακή Υπέρταση	341 (68,2%)
	Αρρυθμίες	69 (13,3%)
	Καρδιακή Ανεπάρκεια	59 (11,8%)
	Στηθάγχη	11 (2,2%)
	Ισχαιμική Καρδιοπάθεια	12 (2,4%)
	Οξύ έμφραγμα του Μυοκαρδίου	48 (9,6%)
	Άσθμα	22 (4,4%)
	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	47 (9,4%)
	Νεφρική Ανεπάρκεια/(ανάγκη αιμοκάθαρσης)	13 (2,6%)
	Μυοσκελετικά Προβλήματα-Χρόνιοι Πόνοι	177 (35,4%)
	Νεοπλασματική Νόσο-Καρκίνο	46 (9,2%)
	Άλλο	234 (46,8%)