



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΑΧΤΣΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2018



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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΑΧΤΣΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2. ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	4
2.1. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία.....	5
2.1.1. Υπηρεσία διακοπής καπνίσματος.....	5
2.1.2. Υπηρεσία διαχείρισης του σακχαρώδους διαβήτη(ΣΔ).....	8
2.1.3. Υπηρεσία διαχείρισης των επιπέδων της χοληστερόλης και των λιπιδίων. Μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.....	10
2.1.4. Υπηρεσία διαχείρισης του σωματικού βάρους.....	13
2.1.5. Υπηρεσία συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή και αυτοδιαχείρισης.....	15
3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ.....	19
3.1. Η εμπειρία του Καναδά.....	19
3.2. Η εμπειρία της Αυστραλίας.....	22
3.3. Η εμπειρία του Ηνωμένου Βασιλείου.....	24
3.4. Η εμπειρία της Νορβηγίας.....	27
4. ΕΓΧΩΡΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
4.1. Η Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	30
4.2. Τα κοινοτικά φαρμακεία στην ελληνική επικράτεια.....	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
5.1. Καθορισμός του ερευνητικού ερωτήματος.....	35
5.2. Μεθοδολογία.....	35
5.3. Περιβάλλον της έρευνας.....	36

5.4. Πληθυσμός – Δείγμα.....	36
5.5. Μεθοδολογικά εργαλεία.....	37
5.6. Στατιστική ανάλυση.....	39
5.7. Δυσχέρειες – Περιορισμοί.....	40
5.8. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	40
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	56
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	60
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	66
9.1. Παράρτημα ερωτηματολογίου της έρευνας.....	66

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το «ταξίδι» της εκπόνησης αυτής της διατριβής δεν θα ήταν το ίδιο χωρίς μία ομάδα ανθρώπων που προσέφεραν απλόχερα την συμπαράσταση τους σε ακαδημαϊκό και σε προσωπικό επίπεδο. Γι' αυτό νιώθω την ανάγκη να τους ευχαριστήσω.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, για την στήριξη και την υπομονή που επέδειξαν όλους αυτούς τους μήνες, με την υπόσχεση να αναπληρώσω τον χρόνο που τους στερήθηκα.

Θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διατριβής μου κ. Δάφνη Καϊτελίδου για τις σημαντικές και καθοριστικές συμβουλές καθώς και την καθοδήγηση που μου παρείχε.

Ακόμη, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου, στους συναδέλφους κ. Ιωάννη Αποστόλου, κ. Μαρία – Ελένη Γούση και κ. Σταμάτιο Γρηγορίου για την πολύτιμη συμμετοχή τους στην συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων γιατί δίχως την συμβολή τους δεν θα ήταν δυνατόν να ολοκληρωθεί το ερευνητικό κομμάτι της διατριβής.

Τέλος, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στην κ. Κυριακή Μπακιρτζή για την σημαντική της βοήθεια στην μετάφραση και απόδοση του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός Η παρούσα μελέτη διερευνά το ενδιαφέρον των ασθενών για την χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας εάν αυτές προσφέρονταν από τα κοινοτικά φαρμακεία της Ελλάδας.

Μέθοδος Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά και οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν την πιθανότητα χρήσης μελλοντικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μία κλίμακα Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, μέτρια, αρκετά και πολύ πιθανό). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Αύγουστο έως τον Οκτώβριο 2018 και η επιλογή του δείγματος έγινε με βάση την ευκολία συλλογής των δεδομένων από τους επισκέπτες/ασθενείς τοπικών κοινοτικών φαρμακείων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS.

Αποτελέσματα Οι υπηρεσίες που συγκέντρωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά στην κλίμακα πιθανότητας χρήσης και συγκεκριμένα στην απάντηση «Πολύ πιθανό», ήταν αυτές όπου ο φαρμακοποιός δίνει συμβουλές για τις παρενέργειες των φαρμάκων (59,6%) και την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή (47,4%) καθώς και για τον σωστό τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών (48,2%). Οι συμμετέχοντες υποστήριζαν λιγότερο τις υπηρεσίες ενημέρωσης για την διακοπή του καπνίσματος και την παχυσαρκία (31,6%) καθώς και τη συμβουλευτική για την υιοθέτηση ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής (22,8%). Οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες και οι χρόνιοι πάσχοντες ξεχώρισαν την υπηρεσία παρακολούθησης των δεικτών υγείας μετά την έναρξη της αγωγής ενώ οι νεότεροι την αυτό-παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας.

Συμπεράσματα Οι ερωτηθέντες ενδιαφέρονταν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς. Υποστηρίζαν κυρίως τις υπηρεσίες που αφορούσαν στην καλύτερη ενημέρωση για την φαρμακευτική αγωγή τους και στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων παθήσεων.

ABSTRACT

Aim The study is investigating the patients' interest in using primary care pharmacy services in case they were offered by community pharmacies in Greece.

Methods A questionnaire was translated and adapted to Greek and the participants were asked to evaluate their likelihood of using future primary care services on a five-point Likert-type scale. The study was conducted from August to October 2018. The sample was selected based on the feasibility of data collection from the visitors/patients of local community pharmacies. Data analysis was performed with the IBM SPSS statistical package.

Findings The services that ranked higher in the likelihood of using scale and specifically the ones answered with "very likely" were : a pharmacist advising about the side effects of medications(59,6%) or the medication adherence(47,4%) and also receiving advice and/or training on how to use medical devices correctly (48,2%). Participants were less supportive of smoking cessation and obesity preventing services (31,6%) and advising about a healthy lifestyle (22,8%). Elderly participants and chronic patients stood out for their preference for post-treatment health follow-up service while younger for the self-monitoring health status service.

Conclusions Participants were interested in having access to primary care services by community pharmacists. Participants were more supportive of receiving information about their medication and help in self-management of chronic diseases.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί είναι οι πλέον προσβάσιμοι στο κοινό επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Παρέχουν φαρμακευτικά σκευάσματα σύμφωνα με την ιατρική συνταγή που έχει συνταγογραφήσει ο θεράπων ιατρός ή, όταν τους επιτρέπεται από το νόμο, χωρίς ιατρική συνταγή. Εκτός από τη εξασφάλιση της προμήθειας φαρμάκων, οι επαγγελματίες τους δραστηριότητες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών. Η επεξεργασία των ιατρικών συνταγών δεν συνεπάγεται απλή παράδοση της φαρμακευτικής αγωγής αλλά απαιτεί την επαλήθευση της νομιμότητας, της ασφάλειας και της καταλληλότητας της παράλληλα με τον έλεγχο του φαρμακευτικού ιστορικού του ασθενούς (εφόσον είναι διαθέσιμο). Παράλληλα, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί συνεχίζουν την παραγωγή σε μικρή κλίμακα εξατομικευμένων σκευασμάτων προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς, στα ειδικά διαμορφωμένα εργαστήρια τους σύμφωνα πάντα με τις ορθές πρακτικές παρασκευής και διανομής. Τέλος διατηρούν ενεργή συμμετοχή στην προαγωγή της δημόσιας υγείας μέσω της συμμετοχής τους σε εκστρατείες σε εθνικό και τοπικό επίπεδο (κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, AIDS/HIV) (WHO, 1994).

Παράλληλα με τον βασικό πυρήνα των αρμοδιοτήτων τους, διεθνώς αλλά και στην Ευρώπη ειδικότερα παρατηρείται η ολοένα και μεγαλύτερη συμμετοχή των κοινοτικών φαρμακείων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ). Η Π.Φ.Υ είναι το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας λειτουργώντας ως «πυλωρός» ή «φίλτρο» των περιστατικών, πριν αυτά προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα. Η Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των ατόμων, καθώς και την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην αντιμετώπιση της νόσου και στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις αποκαλύπτουν τον αποφασιστικό ρόλο της Π.Φ.Υ και τη συσχέτιση αυτής με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων (Πετρελης & Δομαγερ, 2016).

Το εύρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών που προσφέρονται από τα κοινοτικά φαρμακεία στην Ευρώπη είναι μεγάλο με σημαντική ανταπόκριση του κοινού σε δράσεις που σχετίζονται με αυτές. Αυτό εξηγεί και το πλήθος των πηγών και των ερευνών σχετικά με το θέμα στην διεθνή βιβλιογραφία. Η Π.Φ.Υ αποτελεί πρώτη προτεραιότητα στην χάραξη των πολιτικών υγείας των χωρών και ιδιαίτερα για την Ελλάδα. Ωστόσο, η συμμετοχή των φαρμακείων στις δράσεις αυτές παραμένει για πολλούς λόγους αβέβαιη χωρίς ουσιαστικά να έχει προβλεφθεί από το νομικό πλαίσιο, με μη μετρήσιμα αποτελέσματα στην βελτίωση της

υγείας και άγνοια της δυναμικής της στον πληθυσμό της χώρας. Σύμφωνα με την παραπάνω συλλογιστική, γεννήθηκε το ερευνητικό ερώτημα, ποιος είναι πραγματικά ο ρόλος των κοινοτικών φαρμακείων στην Π.Φ.Υ και ποια θα ήταν η ανταπόκριση των ασθενών σε χώρες που δεν έχουν ανεπτυγμένες τέτοιες υπηρεσίες. Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να απαντηθεί το παραπάνω ερώτημα, το οποίο εκφράζεται σε δύο σκέλη και ταυτίζεται με την διαίρεση σε δύο τμήματα της παρούσας μελέτης.

Για το πρώτο γενικό μέρος, πραγματοποιήθηκε εκτενής ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, προκειμένου να διερευνηθεί σε βάθος το είδος και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα μέσω κοινοτικών φαρμακείων στην διεθνή σκηνή. Στο 2^ο Κεφάλαιο εξετάζονται υπηρεσίες όπως η μέτρηση διαφόρων παραμέτρων υγείας (αρτηριακή πίεση, επίπεδα γλυκόζης), η διακοπή καπνίσματος και η διαχείριση του σωματικού βάρους, οι οποίες ανήκουν στον κύριο κορμό των υπηρεσιών αυτών. Στο 3^ο Κεφάλαιο δίνονται παραδείγματα από την διεθνή εμπειρία για την υιοθέτηση ανάλογων υπηρεσιών από πιο προηγμένα, σε σχέση με το ελληνικό, συστήματα υγείας. Για το δεύτερο ερευνητικό μέρος και προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, διεξήχθη στον Δήμο Αλεξανδρούπολης μία έρευνα μέσω ερωτηματολογίων για την ανταπόκριση του ελληνικού κοινού στην πιθανότητα υιοθέτησης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία της περιοχής τους. Τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής εξετάζονται στο 6^ο Κεφάλαιο. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Όπως κάθε προσπάθεια, έτσι και η παρούσα αντιμετώπισε περιορισμούς και δυσχέρειες, δεδομένων των ορίων που τίθενται από μία μεταπτυχιακή διατριβή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες ο ρόλος των φαρμακοποιών έχει ξεπεράσει τα στενά όρια του παραδοσιακού ρόλου τους που περιορίζονταν στην χορήγηση και συσκευασία φαρμακευτικών σκευασμάτων και στην παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων. Οι φαρμακοποιοί θεωρούνται ολοένα και περισσότερο αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας ανεξάρτητα με το που απασχολούνται μέσα σε αυτό (Pande, et al., 2013).

Η έννοια του «Φαρμακοποιού των Επτά Αστέρων», που διατυπώθηκε από μία συμβουλευτική επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συνοψίζει τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές που πρέπει να φέρουν οι σύγχρονοι και μελλοντικοί φαρμακοποιοί για να ανταπεξέλθουν στους επτά νέους ρόλους που καλούνται να αναλάβουν. Οι ρόλοι αυτοί ξεπερνούν τους παραδοσιακούς και περιλαμβάνουν τον φαρμακοποιό ως φροντιστή που παρέχει υπηρεσίες που αποτελούν συνέχεια του υπόλοιπου συστήματος υγείας. Ο φαρμακοποιός καλείται να λαμβάνει τις απαραίτητες αποφάσεις για την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των υγειονομικών πόρων. Να δρα σαν επαγγελματία υγείας που αλληλεπιδρά με αυτοπεποίθηση από την ιδανική θέση του μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Σαν ηγέτης που διαθέτει συμπόνια, συμπάθεια και ικανότητα επικοινωνίας και σαν αποτελεσματικός διαχειριστής του έμφυχου και άψυχου δυναμικού. Τέλος καλείται να αναλάβει τον ρόλο του εκπαιδευτή και του δασκάλου που φέρει την ευθύνη της κατάρτισης των νεότερων γενεών αλλά που δεν σταματά να επιμορφώνεται και ο ίδιος καθ' όλη την σταδιοδρομία του. «Οι φαρμακοποιοί πρέπει να μάθουν πως να μαθαίνουν», τονίζει η επιτροπή (Third WHO Consultant Group, 1997).

Οι φαρμακοποιοί είναι η τρίτη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως, με τα κοινοτικά φαρμακεία να αποτελούν τον κλάδο όπου απασχολούνται συχνότερα. Τα κοινοτικά φαρμακεία έχουν αναγνωριστεί ως μία εύκολα προσβάσιμη και οικονομικά αποδοτική πλατφόρμα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε όλον τον κόσμο (Steed, et al., 2014).

Η ευρεία αναγνώριση της ανάγκης για βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων στην υγεία από τη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων συμβάλλει στις διεθνείς μεταβολές στην φαρμακευτική πρακτική στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βασική πτυχή αυτής της εξέλιξης είναι η μετακίνηση πέρα από την προμήθεια φαρμάκων προς ρόλους που αξιοποιούν τις εξειδικευμένες γνώσεις τους, για την προώθηση της ασφαλούς και αποτελεσματικής χρήσης των σκευασμάτων. Πρακτικά, αυτό σημαίνει νέες προοπτικές για

τους φαρμακοποιούς στα κοινοτικά φαρμακεία (Campbell, et al., 2017). Η φαρμακευτική πρακτική αλλάζει δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή υπηρεσιών περισσότερο επικεντρωμένων στον ασθενή και λιγότερο στο προϊόν (Costa, et al., 2017) Οι υπηρεσίες αυτές, που απευθύνονται στον ασθενή, στοχεύουν είτε στην διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής είτε στο γενικότερο πλαίσιο της διατήρησης της καλής υγείας του. Οι φαρμακοποιοί μπορούν να διατηρούν και να επεξεργάζονται το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και να συνδράμουν στην ορθολογική συνταγογράφηση και χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Επίσης, καλούνται να εξασφαλίζουν την πλήρη κατανόηση από τον ασθενή του δοσολογικού σχήματος και της μεθόδου χορήγησης της φαρμακευτικής του αγωγής και να βοηθούν στην βελτίωση της συμμόρφωσης του σε αυτήν (Pande, et al., 2013).

Η προσβασιμότητα των φαρμακείων της κοινότητας αποτελεί το λόγο της ταχείας εξέλιξης του ρόλου τους. Τα κοινοτικά φαρμακεία μπορούν ακόμη να παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και καθοδήγησης για θέματα δημόσιας υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνεται η τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών και να προωθηθεί ένας πιο υγιής τρόπος ζωής (Steed, et al., 2014). Αυτό συνεπάγεται την ενεργή συμμετοχή τους σε εκστρατείες για την διακοπή του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και την πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων όπως το HIV/AIDS, η φυματίωση και η διάρροια. Τέλος, οι φαρμακοποιοί καλούνται να συνεισφέρουν στην διαχείριση χρόνιων παθήσεων και στη διατήρηση της ψυχικής υγείας (Pande, et al., 2013).

2.1. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία

2.1.1. Υπηρεσία διακοπής καπνίσματος

Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως την κύρια αιτία εμφάνισης διαφόρων νόσων και πρόωρου θανάτου. Η χρήση καπνού εκτιμάται ότι οδηγεί στο θάνατο 7 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως. Εάν οι σημερινές τάσεις συνεχιστούν, μέχρι το 2030 το κάπνισμα θα συμβάλει στο θάνατο περισσότερων από 8 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως, ενώ το 80% των θανάτων αυτών προβλέπεται ότι θα συμβεί στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Οι καπνιστές είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου, όπως της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα και ιδιαίτερα των πνευμόνων ενώ παράλληλα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, εγκεφαλικού επεισοδίου, εμφυσήματος και άλλων θανατηφόρων νόσων. Επιπλέον, το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με σοβαρή νοσηρότητα. Τέλος το κάπνισμα αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση την κοινωνία (Taylor, et al., 2017).

Οι παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να πετύχουν περισσότερα οφέλη σε όρους επέκτασης του προσδόκιμου ζωής παράλληλα με τα οικονομικά οφέλη, σε σχέση με άλλες ιατρικές παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα παρεμβάσεις αντιμετώπισης των νόσων που σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού. Η νικοτίνη είναι εξαιρετικά εθιστική αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι το 70% των ενεργών καπνιστών από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα. Παρόλο που πολλοί καπνιστές προσπαθούν να διακόψουν μόνοι τους το κάπνισμα, η συμβουλευτική από επαγγελματίες υγείας δείχνει να αυξάνει τον αριθμό των προσπαθειών διακοπής καθώς και τις περιπτώσεις χρήσης αποτελεσματικών φαρμακευτικών σκευασμάτων που σχεδόν διπλασιάζουν ή τριπλασιάζουν τα ποσοστά επιτυχούς διακοπής (Taylor, et al., 2017).

Η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος ωστόσο απαιτεί τόσο την εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών διακοπής όσο και στρατηγικών που είναι προσβάσιμες σε μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού (Costello, et al., 2011). Μία προσέγγιση είναι η φαρμακοθεραπεία, όπως τα σκευάσματα Υποκατάστασης της Νικοτίνης (Nicotine Replacement Treatment, NRT) και άλλες φαρμακευτικές επιλογές όπως η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία και οι δύο επιλογές εμφανίζουν στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού διακοπής έναντι ενός εικονικού φαρμάκου (placebo) (PDQ, 2018). Τα NRT θεωρούνται πιο προσιτές επιλογές καθώς ανήκουν στα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα. Ωστόσο, η έρευνα προτείνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας μπορούν να βελτιωθούν εάν στους καπνιστές παρέχονται σύντομες συμβουλευτικές συνεδρίες από κάποιον επαγγελματία υγείας (Costello, et al., 2011). Οι Stead et al (2016), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός των δύο παρεμβάσεων εμφανίζει σημαντικά αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας σε σχέση με την συνηθισμένη κλινική πρακτική και παροχή φροντίδας.

Οι φαρμακοποιοί δύναται να αποτελούν μία αποτελεσματική κατηγορία επαγγελματιών υγείας για την ανάληψη δράσεων και παρεμβάσεων για την διακοπή του καπνίσματος, εκμεταλλευόμενοι τόσο τις επιλογές στην φαρμακοθεραπεία που προσφέρονται, όσο και την εγγύτητα τους στην κοινότητα και την συχνή διεπαφή τους με έναν μεγάλο αριθμό ατόμων μέσω των κοινοτικών φαρμακείων. Μία μεγάλη συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε το 2016, και ακολουθήθηκε από μέτα-ανάλυση των δεδομένων της, αποδεικνύει ακριβώς την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των κοινοτικών φαρμακοποιών στην διακοπή του καπνίσματος. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση αξιολογήθηκαν για την αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε τύπου παρέμβασης για την διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με την συνηθισμένη παροχή φροντίδας. Η συνηθισμένη φροντίδα αφορούσε μια ελάχιστη παρέμβαση όπως η παρατήρηση και οι ad hoc συμβουλές διακοπής. Οι παρεμβάσεις

διακοπής καπνίσματος έπρεπε να αναφέρουν ένα σχετικό αποτέλεσμα συμπεριφοράς των συμμετεχόντων (διακοπή ή υποτροπή). Τα άτομα που συμμετείχαν στις παρεμβάσεις των κοινοτικών φαρμακείων εμφάνισαν διπλάσιες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με αυτούς που είχαν δεχτεί κάποια μορφή συνηθισμένης φροντίδας (Brown, et al., 2016).

Παράλληλα, από την ανασκόπηση προέκυψε ακόμη μία ενδιαφέρουσα πτυχή για τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος μέσω των κοινοτικών φαρμακείων. Οι υπηρεσίες αυτές αποδείχθηκαν οικονομικά αποδοτικότερες από τις ίδιες υπηρεσίες εάν προσφέρονταν από διαφορετικό κανάλι. Συγκεκριμένα, σε σύγκριση με μία αυτο-προσπάθεια διακοπής, το οριακό κόστος ανά QALY υπολογίστηκε στις £2600 για τις υπηρεσίες διακοπής μέσω φαρμακείου και στις £4800 για τις ίδιες υπηρεσίες μέσω ομαδικών συνεδριών στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παράλληλα, ο δείκτης του οριακού κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER) για κάθε άτομο που διακόπτει αποτελεσματικά το κάπνισμα, με τη βοήθεια κοινοτικού φαρμακοποιού, ήταν μόλις μεταξύ £79 και £509 για υπηρεσίες που περιελάμβαναν συμβουλευτικές συνεδρίες και χρήση NRT (Brown, et al., 2016).

Η βιβλιογραφία έχει αποδείξει την σημασία και την αξία των υπηρεσιών αυτών και τον ρόλο των κοινοτικών φαρμακείων, ωστόσο σε ορισμένα μέρη του κόσμου παρατηρείται ότι οι φαρμακοποιοί είναι απρόθυμοι και ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να αναλάβουν δράση. Ως εκ τούτου, δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς. Ωστόσο, έχει δειχθεί ότι η χρησιμοποίηση του δυναμικού αυτού κοινού επαγγελματιών υγείας σε αυτόν τον τομέα θα επιτρέψει στους γιατρούς να επικεντρωθούν περισσότερο στον απαιτητικό τομέα εργασίας τους. Η στάση αυτή των φαρμακοποιών αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες. Αφενός στην μικρή αναγνώριση του ρόλου τους στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος από τα συστήματα υγείας και αφετέρου στην υποβάθμιση της αξίας των υπηρεσιών αυτών από τους ίδιους υπέρ πιο δημοφιλών εναλλακτικών όπως η διαχείριση του ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη και του υπέρταστικού ασθενή. Η ενεργός συμμετοχή των φαρμακοποιών στη διαχείριση της διακοπής καπνίσματος προϋποθέτει τον επαυξημένο ρόλο τους στο ευρύ δίκτυο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα του καπνιστή. Αυτό θα δημιουργήσει μια αίσθηση ευθύνης όσον αφορά στην διαχείριση του καπνιστή στο σύνολο του και όχι απλώς την διαχείριση του μικρού κλάσματος που αφορά στην διακοπή του καπνίσματος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας των ασθενών (Lee, et al., 2011).

2.1.2. Υπηρεσία διαχείρισης του σακχαρώδους διαβήτη(ΣΔ)

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες χρόνιες ασθένειες παγκοσμίως και συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα, θνησιμότητα και κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Ο διαβήτης χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Διακρίνεται σε τρεις τύπους: Τύπου I (πλήρης αδυναμία παραγωγής ινσουλίνης), τύπου II (ξεκινά με αντίσταση στην ινσουλίνη και καταλήγει σε ανεπάρκεια) και διαβήτη κύησης. Ο ΣΔII είναι ο επικρατέστερος, αποτελώντας το 90% των διαβητικών ασθενών σε όλο τον κόσμο. Παράλληλα, ο επιπολασμός του αυξάνει παγκοσμίως και τα επίπεδα του πλησιάζουν εκείνα της παγκόσμιας επιδημίας παχυσαρκίας (Hughes, et al., 2017).

Οι ενήλικες διαβητικοί έχουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο να υποστούν κάποιο καρδιαγγειακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Οι μικροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ τον καθιστούν την κύρια αιτία τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας και ακρωτηριασμών στις αναπτυγμένες χώρες. Αυτές οι επιπλοκές έχουν δραματικές επιπτώσεις για το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η βελτιστοποίηση της θεραπείας των διαβητικών ασθενών είναι ένα δύσκολο έργο και απαιτεί τόσο εκπαίδευση του ασθενή όσο και παροχή κινήτρων. Ο στόχος είναι η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η αύξηση του σωματικού βάρους και η υπογλυκαιμία, και με θετικές ή ουδέτερες επιδράσεις στα επίπεδα των λιπιδίων και στην αρτηριακή πίεση. Η σωστή επιλογή φαρμακευτικής αγωγής συμβάλει στην αύξηση του ελέγχου και στην μείωση της πιθανότητας εμφάνισης αλληλεπιδράσεων (Hughes, et al., 2017).

Τα κοινοτικά φαρμακεία παρέχουν μία μεγάλη γκάμα προϊόντων για τους διαβητικούς ασθενείς είτε πρόκειται για συνταγογραφούμενα σκευάσματα είτε μη συνταγογραφούμενα, μετρητές γλυκόζης αίματος, ταινίες μέτρησης γλυκόζης, βελόνες και συμπληρώματα διατροφής. Παράλληλα, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί θεωρούνται οι πιο προσιτοί επαγγελματίες υγείας καθώς δεν απαιτούν ραντεβού για να τους επισκεφθεί ο ασθενής ενώ έχουν και το υψηλότερο επίπεδο επαφής με τους ασθενείς. Ως εκ τούτου, είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών (Hughes, et al., 2017). Οι Bukhsh, et al.,(2018) επιβεβαιώνουν ότι οποιαδήποτε παρεμβάση στα κοινοτικά φαρμακεία για τους ασθενείς με ΣΔII οδήγησε σε σημαντική μείωση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) σε σύγκριση με την συνήθη περίθαλψη. Ωστόσο, ο συνδυασμός εκπαίδευσης του διαβητικού ασθενή από εξειδικευμένο φαρμακοποιό και παροχής κατάλληλης φαρμακευτικής περίθαλψης έδειξαν τη μέγιστη αποτελεσματικότητα για τη μείωση των επιπέδων της HbA1c.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη εστίαζαν σε τομείς της περίθαλψης όπως οι επιπλοκές του ΣΔ και η αυτοδιαχείριση του διαβητικού ασθενή (συμμόρφωση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και αυτο-μέτρηση). Παράλληλα, εμφάνισαν θετικές επιδράσεις και σε άλλες κλινικές παραμέτρους εκτός της HbA1c, όπως ο BMI(Δείκτης Μάζας Σώματος), η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα των ασθενών (Bukhsh, et al., 2018). Η βελτίωση της συμμόρφωσης στην κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ενισχύει τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία. Για τον λόγο αυτό, πολλές χώρες εφαρμόζουν προγράμματα υποστήριξης των ασθενών με την παροχή εξατομικευμένων στρατηγικών αρωγής για την συμμόρφωση στην φαρμακακευτική τους αγωγή (Kjarjul, et al., 2018). Οι ΗΠΑ με το Medication Therapy Management(MTM), ο Καναδάς με τα MedChecks, το Ηνωμένο Βασίλειο με τα Medicines Use Reviews (MURs) και η Αυστραλία με τα Home Medication Reviews(HMRs), αποτελούν μερικά τέτοια παραδείγματα. Οι Kharjul, et al., (2018) αναφέρουν στην μελέτη τους ότι στους ασθενείς που λάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή per os και παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης, τα επίπεδα της HbA1c ήταν υψηλότερα και συνέχιζαν να αυξάνουν κατά περίπου 0,1% (1mmol/mol) κάθε 10 εβδομάδες ενώ αντίθετα στους ασθενείς με υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης ήταν εμφανής η πτωτική τάση στα επίπεδα της HbA1c.

Παράλληλα μία μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2018 και αξιολογούσε την αποτελεσματικότητα των τηλεφωνικών παρεμβάσεων κοινοτικών φαρμακοποιών σε διαβητικούς ασθενείς κατέληξε ότι όσοι ασθενείς ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης εμφάνισαν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης και αυτοπερίθαλψης σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν την συνηθισμένη περίθαλψη (Sarayani, et al., 2018). Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα σε έρευνα σε ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς (άνω των 65 ετών) στην οποία τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση των επιπέδων HbA1c της τάξης του 0,83% για την ομάδα παρέμβασης που ακολούθησε ένα εξάμηνο πρόγραμμα παρεμβάσεων από εξειδικευμένους στον διαβήτη φαρμακοποιούς ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά εισαγωγών σε νοσοκομεία μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας αναφοράς (Chen, et al., 2015)

Η παρακολούθηση/μέτρηση των επιπέδων της HbA1c των διαβητικών ασθενών αλλά και του γενικού πληθυσμού μέσω κοινοτικών φαρμακείων είναι μία κοινή πρακτική σε πολλές χώρες του κόσμου η οποία στηρίζεται στην μεγάλη επισκεψιμότητα των σημείων αυτών και στην άρτια επιστημονική υπόσταση του προσωπικού τους. Τα αποτελέσματα και για τις δύο περιπτώσεις είναι υποστηρικτικά του ρόλου του φαρμακοποιού. Στην περίπτωση των διαβητικών ασθενών τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι στην πλειοψηφία τους (59,1%) τα

επίπεδα της HbA1c ήταν πάνω από το όριο-στόχο ενώ για τους ασθενείς με ΣΔΙ τα ευρήματα ελλιπούς γλυκαιμικού ελέγχου ήταν ακόμα υψηλότερα (67,4%) (Papastergiou, et al., 2015). Η εφαρμογή πρωτοκόλλου παρακολούθησης στον γενικό πληθυσμό είχε σαν αποτέλεσμα τον εντοπισμό ατόμων με μέτριο έως υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔΠ που αντιστοιχούσε στο 22% των συμμετεχόντων καθώς και ατόμων με μη διαγνωσμένο ΣΔΠ (1%) (Risoy, et al., 2018). Τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι απαιτούνται κλινικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου του πληθυσμού στα κοινοτικά φαρμακεία.

Η σημασία των παρεμβάσεων δεν περιορίζονται μόνο στα θετικά αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών αλλά επεκτείνονται και στις ευεργετικές επιδράσεις τους στα οικονομικά του συστήματος υγείας. Η προσθήκη της παρέμβασης φαρμακοποιού στην πρωτοβάθμια φροντίδα οδήγησε σε μείωση κατά \$190 του κόστους για περίθαλψη ανά διαβητικό ασθενή σε σχέση με την συνηθισμένη περίθαλψη. Η μείωση του κόστους οφείλεται στην πρόληψη εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού επεισοδίου (μείωση 0,3%) σε σύγκριση με την συνηθισμένη περίθαλψη. Τέλος στην κλίμακα κοινωνικής προθυμίας για την αποζημίωση των \$4000 για 1% ετήσια μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακού επεισοδίου, η παρέμβαση ήταν κατά 95% πιο αποδοτική από πλευράς κόστους σε σχέση με την συνήθη πρακτική στην παροχή περίθαλψης (Simpson, et al., 2015)

2.1.3. Υπηρεσία διαχείρισης των επίπεδων της χοληστερόλης και των λιπιδίων.

Μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου

Οι καρδιαγγειακές νόσοι είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως αντιπροσωπεύοντας το ένα τρίτο των θανάτων σε όλο τον κόσμο. Τα περισσότερα καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλονται σε τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και η παχυσαρκία. Παρά την σημαντική πρόοδο στη θεραπεία των νοσημάτων αυτών, ο επιπολασμός των ανεπαρκώς ελεγχόμενων παραγόντων κινδύνου εξακολουθεί να είναι σε υψηλά επίπεδα. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι σχεδόν το 50% των ασθενών με ΣΔΠ δεν επιτυγχάνουν τα όρια-στόχους στα επίπεδα ούτε της χοληστερόλης ούτε της αρτηριακής πίεσης ενώ μόλις το 13% των ασθενών επιτυγχάνει τον τριπλό στόχο-όριο (HbA1c, αρτηριακή πίεση και χοληστερόλη) (Tsuyuki, et al., 2016)

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί είναι προσίτιοι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα που βλέπουν συχνά ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Ως εκ τούτου, είναι

τοποθετημένοι κατά τέτοιο τρόπο μέσα στο σύστημα υγείας ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν ασθενείς με ή χωρίς υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, να αξιολογούν και να βοηθούν στη διαχείριση της. Η συμβολή τους είναι σημαντική στην μείωση του εκτιμώμενου κινδύνου για καρδιαγγειακό συμβάν στην ομάδα παρέμβασης (διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακοί έλεγχοι επιπέδων και μηνιαίες αξιολογήσεις). Η μείωση ήταν της τάξης του 21% σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν την συνηθισμένη φροντίδα. Αξιοσημείωτη ήταν επίσης η μείωση τόσο στα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα (-0,2 mmol/l LDL-C) όσο και στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (-9,37 mm Hg) σε σχέση με την ομάδα αναφοράς ενώ παρατηρήθηκε και αύξηση (0,92%) στον έλεγχο του γλυκαιμικού δείκτη (Tsuayuki, et al., 2016).

Η αντιλιπιδαιμική φαρμακευτική αγωγή, αν και πολύ σημαντική στην βελτίωση των δεικτών των καρδιαγγειακών νοσημάτων, συνήθως δεν λαμβάνεται σωστά από τους ασθενείς με αποτέλεσμα να επηρεάζονται τα αποτελέσματα της στην μείωση των λιπιδίων στο αίμα (van Driel, et al., 2016). Έχει παρατηρηθεί ότι μόλις το 50% των ασθενών, στους οποίους συνταγογραφείται κάποια αντιλιπιδαιμική αγωγή εξακολουθούν να την λαμβάνουν έξι μήνες μετά (Manigault & Lewis, 2015). Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι ο αυξημένος κίνδυνος καρδιακών προσβολών και εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Οι λόγοι της μη συμμόρφωσης είναι πολλοί και περιλαμβάνουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής, την πιθανή πολυπλοκότητα στη λήψη, το κόστος και τέλος το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία (Manigault & Lewis, 2015).

Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την σημασία της φαρμακοθεραπείας και την μείωση των κινδύνων καρδιαγγειακής νόσου συμβάλει στην ευαισθητοποίηση τους για την κατάσταση της υγείας τους και τροποποιεί την συμπεριφορά τους. Η βιβλιογραφία έχει καταδείξει την σημασία των επεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας στο κομμάτι της συμμόρφωσης των ασθενών. Μία πρόσφατη ανασκόπηση συνέκρινε την εντατική περίθαλψη που περιελάμβανε παρεμβάσεις διαφόρων παρόχων υγείας, και φαρμακοποιών μέσα σε αυτούς, με την συνηθισμένη περίθαλψη και κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης εμφάνισαν σχεδόν διπλάσια ποσοστά στην συμμόρφωση τους. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα σημαντικές επιδόσεις και στην μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα. Βραχυπρόθεσμα, οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση 17,15mg/dL στα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και 19,51mg/dL στην LDL-c ενώ μακροπρόθεσμα (διάστημα μεγαλύτερο από έξι μήνες) η μείωση ανήλθε σε 17,57mg/dL στα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης του αίματος (van Driel, et al., 2016).

Οι παράγοντες επικινδυνότητας για καρδιαγγειακό νόσημα αντιπροσωπεύουν το 90% του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και έμφραγμα του μυοκαρδίου στον γενικό πληθυσμό. Αυτό ισοδυναμεί με τεράστια μείωση των επεισοδίων αυτών σε περίπτωση μη έκθεσης των ατόμων στους παράγοντες κινδύνου. Τα αποτελέσματα, μίας έρευνας που διεξήχθη μέσω κοινοτικών φαρμακείων με σκοπό τον εντοπισμό «σιωπηλών» παραγόντων επικινδυνότητας στον γενικό πληθυσμό, είναι χαρακτηριστικά της σημερινής κατάστασης. Ένας στους τρεις ενήλικες, συνήθως νεαρότερων ηλικιακών ομάδων, εντοπίστηκε με κάποιον προηγουμένως άγνωστο σε αυτόν παράγοντα κινδύνου. Οι παράγοντες αυτοί παραμένουν για χρόνια μη διαγνωσμένοι σε αντίθεση με τους προληπτικούς ελέγχους για κακοήθειες (μαστού, προστάτη) που είναι ευρέως διαδεδομένοι. Όπως προκύπτει, η σημασία μίας ενεργητικής διαδικασίας παρακολούθησης μέσω των κοινοτικών φαρμακείων θα μπορούσε να αποτελέσει μία αποτελεσματική εναλλακτική λύση έναντι της δημόσιας προληπτικής ιατρικής εξέτασης ιδίως σε νεότερες ηλικιακές ομάδες και εξαιτίας της συνήθως μικρής συμμετοχής των ατόμων σε αυτές τις δημόσιες προσπάθειες/παρεμβάσεις (Rohla, et al., 2016).

Μία πιο πρόσφατη έρευνα επιβεβαιώνει εκ νέου τα παραπάνω και τον ρόλο των φαρμακοποιών ως επαγγελματίες υγείας στην πρώτη γραμμή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι Jahangard-Rafsanjani et al (2017), κατέληξαν σε ανάλογα συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (50,8%) παρουσίασαν έναν τουλάχιστον παράγοντα επικινδυνότητας για καρδιαγγειακή νόσο που δεν γνώριζαν πριν από την έρευνα. Ένας στους τρεις συμμετέχοντες έπασχε από δυσλιπιδαιμία (υψηλές τιμές LDL ή χαμηλές τιμές HDL). Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι υπηρεσίες παρακολούθησης μέσω κοινοτικών φαρμακείων μπορούν να εντοπίσουν ενήλικες που πιθανόν να χρειάζονται αντιυπερτασική αγωγή. Ο επιπολασμός της μη ελεγχόμενης και μη πρότερα διαγνωσμένης υπέρτασης μεταξύ των ασθενών που τελικά υποβλήθηκαν σε σχετική θεραπευτική αγωγή κυμαίνονταν στο 32%. Συνολικά 15,9% των συμμετεχόντων έλαβαν φαρμακευτική αγωγή και το ίδιο ποσοστό έλαβε κατάλληλη συμβουλευτική για τον περιορισμό των παραγόντων επικινδυνότητας.

Ωστόσο, ο ρόλος του κοινοτικού φαρμακοποιού στην διαχείριση των δυσλιπιδαιμικών ασθενών παρουσιάζει μία ακόμα σημαντική πτυχή. Αυτήν που καταδεικνύουν οι Tsuyuki, Rosenthal & Pearson, (2016) στην έρευνα τους για τα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών μετά τις παρεμβάσεις των κοινοτικών φαρμακοποιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους ίδιους. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά καθώς η ομάδα παρέμβασης πέτυχε σε ποσοστό 43% τις τιμές-όρια της LDL-c σε σύγκριση με το 18% της ομάδας αναφοράς ενώ παράλληλα η μείωση στα επίπεδα της LDL-

c ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς που ακολούθησαν το πρόγραμμα παρεμβάσεων και συνταγογράφησης από τους φαρμακοποιούς σε σχέση με την ομάδα που δέχθηκε την συνηθισμένη φροντίδα (1,12 mmol/L έναντι 0,42mmol/L) (Tsuyuki, et al., 2016).

2.1.4. Υπηρεσία διαχείρισης του σωματικού βάρους

Η αύξηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων δημιουργεί σημαντική κλινική και δημόσια επιβάρυνση, αυξάνοντας το κόστος για την υγεία και τις κοινωνικές δαπάνες (Gordon, et al., 2011). Πολλοί παράγοντες και κυρίως οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η αυξημένη κατανάλωση τροφής και η μειωμένη σωματική άσκηση, έχουν συμβάλει στην επιδημία της παχυσαρκίας. Η μείωση του σωματικού βάρους αποτελεί πρόκληση για μεγάλη μερίδα των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων και συχνά αναζητούν βοήθεια και υποστήριξη για να επιτύχουν τους στόχους τους (Boardman & Avery, 2014).

Η παχυσαρκία αποτελεί μείζον πρόβλημα των αναπτυγμένων χωρών σε όλο τον κόσμο και συνδέεται με έναν μεγάλο αριθμό ασθενειών ως αποτέλεσμα μεταβολικών συνεπειών, όπως οι στεφανιαίες νόσοι, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ). Μία μέτρια μείωση του σωματικού βάρους κατά 5-10% μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και να μειώσει την νοσηρότητα, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στη διαχείριση της παχυσαρκίας. Τα κοινοτικά φαρμακεία βρίσκονται σε ιδανική θέση για να παρέχουν πρωτοβουλίες και υπηρεσίες διαχείρισης βάρους λόγω της προσβασιμότητας τους και της δυνατότητας τους να εντοπίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται σε πιθανό κίνδυνο (Um, et al., 2013).

Οι επιστημονικά καταρτισμένοι φαρμακοποιοί είναι σε θέση να εφαρμόσουν στρατηγικές αλλαγής του τρόπου ζωής σε περιβάλλοντα όπως τα κοινοτικά φαρμακεία. Σε αντίθεση με την απλή χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαχείρισης της φαρμακοθεραπείας (Medication Therapy Management, MTM) μπορεί να περιλαμβάνει έναν επιστήμονα υγείας που εργάζεται μαζί με τον ασθενή για την υιοθέτηση ενός ευρύτερου σχεδίου υγιεινού τρόπου ζωής σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότερη χρήση της αγωγής τους (Lenz & Monaghan, 2008)

Σε καταστάσεις πραγματικής ζωής, οι παρεμβάσεις διαχείρισης βάρους σε κοινοτικά φαρμακεία εστιάζουν κυρίως σε τρεις περιοχές/τομείς : την διατροφή, την φυσική άσκηση και την αλλαγή στην συμπεριφορά. Στη διατροφή εστιάζουν στον έλεγχο του μεγέθους των μερίδων του φαγητού, στη μείωση της κατανάλωσης τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη

και στην αύξηση της κατανάλωσης τροφών χαμηλής ενέργειας αλλά πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά. Στην φυσική άσκηση στόχος είναι να επιτευχθούν 150-300 λεπτά μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητας ή 75-150 λεπτά έντονης σωματικής δραστηριότητας ή κάποιος συνδυασμός των παραπάνω την εβδομάδα. Παράλληλα, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να διατηρούν ημερολόγιο καταγραφής των γευμάτων τους και της δραστηριότητας τους στα πλαίσια της αυτοδιαχείρισης της περίπτωσης τους. Στόχος είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς τους μέσω του καθορισμού στόχων και του σχεδιασμού δράσης και αντιμετώπισης της κατάστασης της υγείας τους (Um, et al., 2015).

Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών, με βάση τις αναμενόμενες μεταβολές στο βάρος των ασθενών, είναι παραπάνω από ενθαρρυντικά. Όλοι οι συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα εμφάνισαν μέτρια μείωση του βάρους τους, με το 32% αυτών να πετυχαίνει μείωση μεγαλύτερη του 5%. Η μέση μείωση βάρους ήταν -3,5kg και περιφέρειας μέσης -2,0cm για τους πρώτους τρεις μήνες του προγράμματος ενώ οι συμμετέχοντες ανέφεθηκαν στην άνεση της διεπαφής με τον φαρμακοποιό και περιέγραψαν όλη τη διαδικασία σαν μία θετική εμπειρία (Um, et al., 2015). Η έρευνα των Boardman & Avery (2014) έδειξε παρόμοια ή και καλύτερα αποτελέσματα, με μέση μείωση βάρους -3,07kg και περιφέρειας μέσης -3,87cm στους πρώτους τρεις μήνες του προγράμματος, που παρακολουθούνταν οι συμμετέχοντες από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς.

Οι παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία εκτιμάται ότι κοστίζουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο περίπου £4,2 δισεκατομμύρια ετησίως. Οι παχύσαρκοι είναι πέντε φορές πιο πιθανό να πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) σε σύγκριση με τα άτομα με φυσιολογικό σωματικό βάρος ενώ η συσσώρευση κοιλιακού βάρους έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ΑΥ. Στο τέλος του εξάμηνου προγράμματος διαχείρισης βάρους σε κοινοτικά φαρμακεία εκτός από την μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI), η μέση μείωση της συστολικής πίεσης ήταν της τάξης του -9,5mmHg και της διαστολικής πίεσης -4,7mmHg (Boardman & Avery, 2014). Μία διαφορετική προσέγγιση είναι η υιοθέτηση της διαίτας DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), που περιλαμβάνει διαιτητικές προσεγγίσεις με σκοπό την μείωση της αρτηριακής υπέρτασης. Η DASH δείχνει θετικά αποτελέσματα στην μείωση της συστολικής πίεσης (8-14mmHg) και περιλαμβάνεται στην φαρέτρα που χρησιμοποιούν οι επιστήμονες υγείας (Lenz & Monaghan, 2008).

Ο κίνδυνος του ΣΔ δείχνει ισχυρή συσχέτιση τόσο με τον αυξημένο ΔΜΣ όσο και με την περιφέρεια της μέσης. Η πρόγνωση για τους παχύσαρκους ασθενείς είναι συχνά χειρότερη από ότι για τα άτομα με φυσιολογικό σωματικό βάρος με την ίδια ασθένεια (π.χ διαβήτης). Δύο στους τρεις ασθενείς με ΣΔ εμφανίζουν και ΑΥ. Όπως αναμένεται, η διαίτα DASH θεωρείται

επωφελής για τα άτομα που πάσχουν ταυτόχρονα από ΣΔ και ΑΥ. Τα αποτελέσματα της είναι ευεργετικά για τα επίπεδα λιπιδίων του αίματος ενώ συμβάλει και στη μείωση της HbA1C κατά 1,7 ποσοστιαίες μονάδες και της γλυκόζης νηστείας κατά 29% (Campell, 2017). Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαχείρισης της διατροφής στα πλαίσια της DASH θα είχε σημαντικά κλινικά οφέλη για την κατάσταση της υγείας των διαβητικών ασθενών υπό την επίβλεψη και συχνή παρακολούθηση του κοινοτικού φαρμακοποιού.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης κύησης (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) είναι μία μορφή της νόσου που οφείλεται στην ανοχή στη γλυκόζη που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για την βελτίωση των αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης σε ασθενείς με GDM εφαρμόζονται εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, συνήθως με ενέσιμη ινσουλίνη, και στρατηγικές διαχείρισης της διατροφής και του τρόπου ζωής. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η κατανάλωση τροφής με βάση την δίαιτα DASH οδήγησε σε μειωμένο αριθμό καισαρικών τομών (το 90% των περιπτώσεων GDM καταλήγει σε καισαρική τομή), μειωμένη ανάγκη εκκίνησης θεραπείας με ινσουλίνη και χαμηλότερα ποσοστά μικρόσωμων βρεφών (Asemi, et al., 2014). Η συνεργασία των επιστημόνων υγείας για την αποτελεσματικότερη παρακολούθηση των περιπτώσεων αυτών μπορεί να εφαρμοστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα με τη βοήθεια του δικτύου των κοινοτικών φαρμακείων και την αξιοποίηση του κατάλληλα εκπαιδευμένου επιστημονικού προσωπικού τους.

2.1.5. Υπηρεσία συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή και αυτοδιαχείρισης

Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των επιστημονικά τεκμηριωμένων (evidence-based) θεραπειών για χρόνιες παθήσεις αλλά και οξεία περιστατικά, αποτελεί ουσιαστική κλινική και οικονομική επιβάρυνση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγείας. Ωστόσο, επειδή τα ποσοστά υπο-διάγνωσης και υπο-συνταγογράφησης έχουν βελτιωθεί σημαντικά, μεγάλο κομμάτι του προβλήματος φαίνεται να αποτελεί η λανθασμένη λήψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τους ίδιους τους ασθενείς. Μία ευρεία ποικιλία παρεμβάσεων έχουν αναπτυχθεί για την βελτίωση της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή, με μικρή ωστόσο επιτυχία. Οι λόγοι είναι αφενός ότι δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς τα μοναδικά και προσωπικά εμπόδια/φραγμούς του κάθε ασθενή ή το κάνουν μόνο για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και αφετέρου πολλές από αυτές τις παρεμβάσεις δεν έχουν υιοθετηθεί ευρέως εξαιτίας των υψηλών απαιτήσεων σε ανθρώπινους πόρους (Choudhry, et al., 2018)

Οι παρεμβάσεις στα πλαίσια της φαρμακευτικής φροντίδας στοχεύουν στην προώθηση

της ποιότητας ζωής ενός ασθενή μέσω της παροχής υπεύθυνων υπηρεσιών διαχείρισης της αγωγής τους. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί διαθέτουν λεπτομερείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη και τη διαχείριση των ασθενειών και αυτό τους τοποθετεί ιδανικά μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την παροχή παρεμβάσεων φαρμακευτικής περίθαλψης (Milosavljevic, et al., 2018)

Η αρτηριακή υπέρταση είναι η δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και επηρεάζει περίπου το 1/3 του ενήλικου πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες. Η κατάλληλη αντιυπερτασική αγωγή μπορεί να βελτιώσει τα καρδιαγγειακά αποτελέσματα εφόσον οι ασθενείς την λαμβάνουν τακτικά. Περίπου οι μισοί ασθενείς εγκαταλείπουν την αγωγή μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη της. Η συνεισφορά των κοινοτικών φαρμακοποιών στην βελτίωση της συμμόρφωσης είναι εμφανής στην ομάδα παρέμβασης (61,8%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που έλαβε την συνήθη φροντίδα (39,2%) σε αρχικά μη-συμμορφούμενους ασθενείς. Ωστόσο ο θετικό αντίκτυπος του προγράμματος συμβουλευτικής και παρακολούθησης διαπιστώθηκε και στην μείωση της συστολικής πίεσης με διαφορά 5,3mm Hg υπέρ της ομάδας παρέμβασης. Αυτή η βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών θα μπορούσε μακροπρόθεσμα να μειώσει τον κίνδυνο ενός μεγάλου καρδιαγγειακού επεισοδίου κατά 20-30%. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην παροχή εξατομικευμένων συμβουλών στους υπερτασικούς ασθενείς (Stewart, et al., 2014).

Η μη συμμόρφωση στην βραχυπρόθεσμη αγωγή με αντιβιοτικά θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες σπατάλης φαρμακευτικών σκευασμάτων που με τη σειρά της οδηγεί σε κατάχρηση τους, στην ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής και προκαλεί σημαντική ρύπανση του περιβάλλοντος. Οι συνήθεις λόγοι είναι ότι οι ασθενείς ξέχασαν να πάρουν την αγωγή τους ή ότι σταμάτησαν την αγωγή τους επειδή ένιωσαν καλύτερα. Διάφορες παρεμβάσεις αποσκοπούν στην βελτίωση της συμμόρφωσης, μία από αυτές περιλαμβάνει τη συμβουλευτική και την εκπαίδευση των ασθενών στα φαρμακεία τη στιγμή που παραλαμβάνουν την αγωγή τους. Η έρευνα των West & Cordina (2018) έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρέμβασης των φαρμακοποιών και της βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών που λάμβαναν αντιβιοτική αγωγή. Οι ασθενείς που είχαν ενημερωθεί για την μικροβιακή αντοχή και την αναποτελεσματικότητα της λανθασμένης λήψης της αγωγής τους ήταν πιο επιμελείς. Η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης πρέπει να υποστηρίζεται από βελτιωμένες φαρμακευτικές πρακτικές οι οποίες όχι μόνο να ενισχύουν τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών αλλά και να μειώνουν το κόστος της περίθαλψης μέσω του περιορισμού της σπατάλης των πόρων (West & Cordina, 2018).

Το άσθμα και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων που επηρεάζουν χιλιάδες ασθενείς. Χαρακτηρίζονται αμφοτέρως από επεισόδια δύσπνοιας, σφίξιμο στο στήθος και βήχα. Η ελλιπής αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε εξάρσεις και αυξημένη ανάγκη για επείγουσα περίθαλψη. Η θεραπεία στηρίζεται τόσο σε φαρμακολογικές όσο και σε μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (διακοπή καπνίσματος, εμβολιασμός κ.α). Η εκπαίδευση των ασθενών είναι καθοριστικής σημασίας για την προώθηση και αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς στην αυτοδιαχείριση της νόσου του με έμφαση στην συμμόρφωση στην αγωγή, στην σωστή χρήση των συσκευών εισπνοών και στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Ανάλογες παρεμβάσεις σε κοινοτικά φαρμακεία είχαν σαν αποτέλεσμα βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών με αποτέλεσμα αυξημένα ποσοστά ελέγχου του άσθματος στην ομάδα παρέμβασης (56,38% έναντι 15,71%) και χαμηλότερη συχνότητα νοσηλείας (6,38% έναντι 31,2%) (Abraham, et al., 2018). Βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας παρατηρήθηκε και στους ασθενείς με ΧΑΠ χάρη της αύξησης της συμμόρφωσης τους στην φαρμακευτική τους αγωγή, μία κατηγορία ασθενών όπου η μη συμμόρφωση τους εκτιμάται στο 30-70% (Alton & Farndon, 2018).

Η αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη είναι πρόκληση, διότι οι ασθενείς πρέπει να υιοθετήσουν αρκετές πρακτικές αυτοθεραπείας/αυτοδιαχείρισης στην καθημερινότητα τους όπως οι διατροφικές συνήθειες, η διαχείριση του βάρους, η συμμόρφωση με την φαρμακευτική τους αγωγή και η παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης (Jahangard-Rafsanjani, et al., 2014). Η αυτό-παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της διαχείρισης του ΣΔ (Mansell, et al., 2016). Παραδοσιακά οι συσκευές μέτρησης γλυκόζης στο αίμα παραλαμβάνονται από ένα κοινοτικό φαρμακείο, θέτοντας τους φαρμακοποιούς της κοινότητας σε ιδανική θέση για να την εκπαίδευση των ασθενών που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με ΣΔ. Η εκπαίδευση των ασθενών μπορεί να αφορά όλα ή κάποια από τα παραπάνω. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Jahangard-Rafsanjani, et al (2014) έδειξαν μεγαλύτερη μείωση της HbA1C στην ομάδα παρέμβασης χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά (-1,03 έναντι -0,52) το οποίο επιβεβαιώνουν και οι Mansell, et al (2016) στην δική τους έρευνα (-1,69 έναντι -0,70). Ωστόσο, και οι δύο μελέτες επιβεβαιώνουν την βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή και της αυτοδιαχείρισης των ασθενών. Μετά την παρέμβαση των κοινοτικών φαρμακοποιών οι ασθενείς εμφάνισαν μειωμένο Δείκτη Μάζας Σώματος, αυξημένα ποσοστά αυτό-παρακολούθησης της γλυκόζης του αίματος και βελτίωση των ποσοστών συμμόρφωσης τους (χαμηλή συμμόρφωση πριν την παρέμβαση 51% και μετά την παρέμβαση 24%) (Jahangard-Rafsanjani, et al., 2014).

Η λανθασμένη και ακατάλληλη χρήση φαρμάκων στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι μία αυξανόμενη και ανησυχητική τάση παγκοσμίως παράλληλα με την συνεχή γήρανση του πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ευάλωτοι σε προβλήματα που προκαλούνται ή αφορούν την φαρμακευτική τους αγωγή όπως οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και η χαμηλή συμμόρφωση (Kallio, et al., 2018). Εκτιμάται ότι η συμμόρφωση σε χρόνια φαρμακευτική αγωγή δεν ξεπερνά το 50% στο σύνολο του γενικού πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες (Milosavljevic, et al., 2018). Παράλληλα, το 6 με 17% των εκτάκτων νοσοκομειακών εισαγωγών αφορά ηλικιωμένους ασθενείς με προβλήματα σχετιζόμενα με την φαρμακευτική τους αγωγή (drug-related) (Wuyts, et al., 2018). Η συμμετοχή κοινοτικών φαρμακοποιών σε παρεμβάσεις διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς είχε θετικό αντίκτυπο στην συμμόρφωση και στην πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με την αγωγή τους (Kallio, et al., 2018). Στόχος των υπηρεσιών υγείας σε αυτή την κατηγορία ασθενών θα πρέπει να είναι μία πιο ολιστική προσέγγιση στη διαχείριση της φαρμακοθεραπείας τους, στην οποία μπορούν να συμβάλουν και τα κοινοτικά φαρμακεία.

3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Ο τομέας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εξελίσσεται και βελτιώνεται πολύ αργά για να αντιμετωπίσει την αυξανόμενη τάση των χρόνιων ασθενειών. Η εποχή μας επιβάλλει την εξεύρεση λύσεων με σκοπό τον μετασχηματισμό της φαρμακευτικής πρακτικής. Ήδη μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών της υγείας χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση χρονίως πασχόντων ασθενών χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας μέσω κοινοτικών φαρμακείων μπορούν να επιτύχουν τον τριπλό στόχο: καλύτερη ποιότητα φροντίδας, καλύτερα αποτελέσματα υγείας και χαμηλότερο κόστος (Svarcaite, 2016). Μερικά επιτυχημένα παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών αναφέρονται παρακάτω και τα αποτελέσματα τους έχουν καταγραφεί στην διεθνή βιβλιογραφία.

3.1. Η εμπειρία του Καναδά

Ο ρόλος του φαρμακοποιού και του κοινοτικού φαρμακείου στο καναδικό Σύστημα Υγείας έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια και χωρίς αμφιβολία θα εξελιχθεί επιπλέον τα επόμενα. Παραδοσιακά, τα κοινοτικά φαρμακεία έχουν αναλάβει το ρόλο να εκτελούν ιατρικές συνταγές, να παρέχουν συμβουλές και πληροφορίες για τις φαρμακευτικές αγωγές και να απαντούν σε ερωτήσεις και απορίες για προϊόντα που πωλούνται από τα ράφια τους. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότεροι φαρμακοποιοί εγκαταλείπουν τη θέση τους πίσω από τον πάγκο και αναλαμβάνουν ένα πιο ενεργό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Το πεδίο δράσης των φαρμακοποιών επεκτείνεται, γεγονός που τους επιτρέπει να αναλάβουν νέες αρμοδιότητες που δεν ανήκουν στο σύνηθες φάσμα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Μία τέτοια περίπτωση είναι η δυνατότητα που παρέχεται στους καναδούς φαρμακοποιούς όλων των επαρχιών να ανανεώνουν την συνταγογράφηση μιας αγωγής χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση του θεράποντα ιατρού με μοναδική υποχρέωση να στείλουν μία ενημέρωση στον συνταγογράφο. Σκοπός του Συστήματος Υγείας είναι να εξασφαλίσει την συνέχιση της αγωγής και την απρόσκοπτη πρόσβαση στα φάρμακα ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των χρονίως πασχόντων ασθενών. Στο ίδιο πλαίσιο επιτρέπεται και η συνταγογράφηση από φαρμακοποιούς σε κάποιες επαρχίες για δευτερεύουσας σημασίας παθήσεις όπως οι δερματίτιδες και τα επιφανειακά τραύματα. Έρευνες έδειξαν ότι στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αυτοί αναζητούν βοήθεια σε ώρες που δεν είναι διαθέσιμη πρωτοβάθμια ιατρική μονάδα (π.χ. σαββατοκύριακα) και επισκέπτονται τα φαρμακεία για βοήθεια νωρίτερα, από

την στιγμή εμφάνισης των συμπτωμάτων, απ' ότι θα επισκέπτονταν ένα ιατρείο. Ωστόσο, παραμένει να αποδειχθεί η σημασία τους στην εξοικονόμηση υγειονομικών πόρων (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Οι φαρμακοποιοί έχουν αποδείξει την σημασία του αναβαθμισμένου ρόλου τους στην διαχείριση και στην πρόληψη ασθενειών και των κινδύνων που συνεπάγονται αυτές. Οι μελέτες έδειξαν σημαντική πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση του κοινοτικού φαρμακοποιού, ενώ παράλληλα οι παρεμβάσεις αυτές αξιολογήθηκαν ως αποδοτικές από πλευράς κόστους σε σύγκριση με αντίστοιχες παρεμβάσεις σε άλλο περιβάλλον όπως αυτό του ιατρείου. Η υψηλή Αρτηριακή Πίεση και τα υψηλά επίπεδα Χοληστερόλης είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και πρόωρου θανάτου. Η σημασία των παρεμβάσεων στο κοινοτικό φαρμακείο διαφαίνεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος σε τέτοια προγράμματα εμφάνισαν μείωση της συστολικής πίεσης τους κατά 5,6 mm Hg σε διάστημα έξι μηνών ενώ το σύστημα εξοικονόμησε 131\$ ανά ασθενή στο ίδιο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις δαπάνες από ένα πιθανό εκδηλωθέν καρδιαγγειακό επεισόδιο. Θετικό αντίκτυπο στα επίπεδα της Χοληστερόλης στο αίμα είχαν και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις σε ασθενείς με Δυσλιπιδαιμία, με τους ασθενείς να πετυχαίνουν ευκολότερα τα επιθυμητά επίπεδα LDL ($\leq 100\text{mg/DL}$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Οι παρεμβάσεις για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) αφορούσαν εκτός από την παρακολούθηση των επιπέδων της HbA1c και την συνταγογράφηση ινσουλίνης από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς για ασθενείς με διαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II και μη ρυθμισμένα επίπεδα HbA1c. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 51% των συμμετεχόντων κατάφερε να σταθεροποιήσει τα επίπεδα της HbA1c εντός των επιθυμητών ορίων ($\leq 7\%$) για χρονικό διάστημα 26 εβδομάδων. Ωστόσο, απαιτείται επιπλέον διερεύνηση για τον οικονομικό αντίκτυπο παρόμοιων παρεμβάσεων από τα κοινοτικά φαρμακεία για την ρύθμιση ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Σχετικά μικρός αριθμός μελετών ασχολούνται με την παροχή πρωτοβάθμιας φαρμακευτικής φροντίδας σε ασθματικούς και ασθενείς με Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Στις περιπτώσεις αυτές η παρέμβαση του κοινοτικού φαρμακοποιού αφορούσε στην παροχή στους ασθενείς κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού, στη συμβουλευτική σχετικά με την άρτια τεχνική εισπνοών και χρήση των ιατρικών συσκευών και τέλος στην επίβλεψη της φαρμακευτικής συμμόρφωσης τους με την αγωγή που τους συνταγογραφήθηκε για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας τους. Τα αποτελέσματα μετρήθηκαν είτε ως βελτίωση του ρυθμού ροής (Peak flow rate) στην ομάδα παρέμβασης σε

σχέση με την ομάδα αναφοράς (63,7% έναντι 61,8%) είτε ως μείωση του ποσοστού νοσηλείας (9% έναντι 35%) με σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τον αντίκτυπο της συμμετοχής των φαρμακοποιών της κοινότητας στη διαχείριση ασθενών με άσθμα και ΧΑΠ για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την πραγματική σχέση κόστους – οφέλους. Τέτοια στοιχεία θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν μία πιθανή κλιμάκωση της υπηρεσίας αυτής στο προσεχές μέλλον (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Γενικά η ανασκόπηση της φαρμακευτικής αγωγής (medication review) είναι μία υπηρεσία φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς από έναν πάροχο υγείας όπως ο φαρμακοποιός με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος από τον ενδιαφερόμενο και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας του. Η κατάλληλη ανασκόπηση μπορεί να συμβάλει στην αυξημένη συμμόρφωση του ασθενούς και στα βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία του. Η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής (medication management), από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνει την ενεργή συμμετοχή του φαρμακοποιού στην ασθενοκεντρική φροντίδα υγείας με σκοπό την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φαρμακευτικής θεραπείας συμπεριλαμβανομένης της ανασκόπησης των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της. Το καναδικό Σύστημα Υγείας εξασφαλίζει στους ασθενείς παρόμοιες υπηρεσίες από τα κοινοτικά φαρμακεία με σκοπό την αποφυγή χρήσης περιττών φαρμάκων καθώς και επιζήμιων αλληλεπιδράσεων (Canadian Pharmacists Association, 2016).

Το καναδικό κοινοτικό φαρμακείο έχει αναβαθμίσει το ρόλο του κατά την διάρκεια των ετών ωστόσο οι προκλήσεις παραμένουν. Η διαθεσιμότητα ποιοτικών αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα αλλά και τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας, είναι μία από αυτές τις συνεχείς προκλήσεις. Παρόλο που έχουν προκύψει περισσότερα δεδομένα τα τελευταία δύο χρόνια, εξακολουθούν να υπάρχουν ζητήματα με κάποιες από τις έρευνες(πχ χρήση μελετών τύπου πριν και μετά αντί για τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές). Παρόλα αυτά, η ανάγκη σύνδεσης των παρεμβάσεων με τα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών και το κόστος παραμένει μία μεγάλη ανησυχία. Τέλος, μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις τόσο από την πλευρά των κοινοτικών φαρμακείων όσο και από την κυβερνητική πλευρά είναι τα κατάλληλα μοντέλα αποζημίωσης των υπηρεσιών. Η αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τα κοινοτικά φαρμακεία αποτελεί βασικό παράγοντα στην πράξη καθώς μπορεί να παροτρύνει διαφορετικές συμπεριφορές. Παρόλο που το σύστημα ασφάλισης μπορεί να επιθυμεί να πληρώσει για μία υπηρεσία από τα φαρμακεία κοινότητας, θα πρέπει να αξιολογηθούν οι μηχανισμοί αποζημίωσης λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον

οποίο μπορούν να αποζημιώνονται και οι υπόλοιποι πάροχοι για την ίδια υπηρεσία (Canadian Pharmacists Association, 2016).

3.2. Η εμπειρία της Αυστραλίας

Ο παραδοσιακός ρόλος του κοινοτικού φαρμακοποιού είναι η εκτέλεση των ιατρικών εντολών και η παροχή συμβουλευτικής για την φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, αυτό το μοντέλο είναι προσανατολισμένο στο προϊόν και όχι στον ασθενή παρόλη την θετική διάθεση των φαρμακοποιών σε πιο ασθενοκεντρικές διαδικασίες. (Moles & Stehlik, 2015). Η «Εκτη Συμφωνία για τα Κοινοτικά Φαρμακεία» που υπογράφηκε μεταξύ της κυβέρνησης της Κοινοπολιτείας και του Pharmacy Guild of Australia, μίας ισχυρής ομάδας συμφερόντων ιδιοκτητών φαρμακείων, επιτρέπει στους κοινοτικούς φαρμακοποιούς να υπερβούν του πρωταρχικού τους ρόλου.

Τα προγράμματα προσήλωσης/συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή έχουν ως σκοπό να βελτιώσουν την συμμόρφωση των χρονίως πασχόντων ασθενών μέσα από το περιβάλλον του κοινοτικού φαρμακείου. Ένα από αυτά προσφέρει βοηθήματα στην χορήγηση των καθημερινών δόσεων (Dosage Administration Aids, DAA), όπου ουσιαστικά τα φαρμακεία αναλαμβάνουν την ανασυσκευασία όλων των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνουν οι ασθενείς σε συσκευασίες πολλαπλών δόσεων. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται καλύτερη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής τους και αποφεύγονται τα λάθη κατά την λήψη. Η Σταδιακή Προμήθεια, είναι μία ακόμα υπηρεσία που απευθύνεται όμως σε ψυχικά ασθενείς, εξαρτημένα άτομα και σε αυτούς που δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν με ασφάλεια τα φάρμακα τους. Οι ασθενείς λαμβάνουν την αγωγή τους μόνο για έναν συγκεκριμένο αριθμό ημερών κάθε φορά (Australian Government Department of Health, 2015).

Τα προγράμματα διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής σκοπεύουν στην ποιοτική χρήση των φαρμάκων και στην μείωση τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών όσο και των εισαγωγών στα νοσοκομεία από την λανθασμένη πρόσληψη τους. Η υπηρεσία MedsChecks που παρέχεται στα κοινοτικά φαρμακεία στοχεύει στην εκπαίδευση των ασθενών και στην αυτό-διαχείριση τους. Μέσω αυτής παρέχεται μία ανασκόπηση της αγωγής από τον φαρμακοποιό όπου επισημαίνονται τα ευρήματα και οι συστάσεις του μετά από ενδελεχή εξέταση του ιστορικού του ασθενούς (Moles & Stehlik, 2015). Οι συχνότερες περιπτώσεις είναι οι ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (ΣΔΙΙ) και οι αρρυθμιστοι διαβητικοί ασθενείς (Diabete's MedsChecks).

Ο αυξανόμενος ρυθμός εμφάνισης ΣΔ II εγείρει ανησυχίες σχετικά με την ικανότητα του αυστραλιανού συστήματος υγείας να πετύχει την άρτια διαχείριση της νόσου, υπηρεσία που παρέχεται αποκλειστικά από τους γενικούς γιατρούς. Στα πλαίσια του αναβαθμισμένου ρόλου τους στο σύστημα υγείας, τα κοινοτικά φαρμακεία θα μπορούσαν να διεξάγουν ελέγχους για την έγκαιρη ανίχνευση και πρόληψη προβλημάτων υγείας όπως μετρήσεις των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα με σκοπό την πρόωπη ανίχνευση συστηματικών προβλημάτων υγείας. Λόγω της προσβασιμότητας τους, της διαθεσιμότητας τους και της συχνής επαφής, οι φαρμακοποιοί της κοινότητας είναι ιδανικά τοποθετημένοι για να παρέχουν ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και πρόληψης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις όπως ο ΣΔ (Hendrie, et al., 2014).

Στα πλαίσια του Προγράμματος Εκπαίδευσης και Διαχείρισης του Διαβήτη (Diabetes Management Education Program, DMEP) οι φαρμακοποιοί ανέλαβαν την συμβουλευτική και την καθοδήγηση ασθενών με διαγνωσμένο ΣΔ II. Οι παρεμβάσεις αφορούσαν τον καθορισμό προσωπικών και εξατομικευμένων στόχων για την θεραπεία του κάθε ασθενή, την παροχή ενημερωτικού υλικού για την εκπαίδευση τους και φυσικά την παρακολούθηση της εξέλιξης της κατάστασης της υγείας τους για έξι μήνες. Το αποτέλεσμα ήταν η μείωση των επεισοδίων υπερ και υπογλυκαιμίας στην ομάδα παρέμβασης (OR 0,34 έναντι OR 0,54) που αντιστοιχεί σε μείωση 1,86 ημερών χωρίς γλυκαιμικά επεισόδια ανά ασθενή ανά μήνα. Παράλληλα, η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας του DMEP σε σχέση με την συνήθη φαρμακευτική φροντίδα ήταν AU\$43 (US\$39) για κάθε μέρα που ένας ασθενής δεν εμφάνισε κάποιο γλυκαιμικό επεισόδιο. Όλα τα παραπάνω μεταφράζονται εύκολα σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και εξοικονόμηση υγειονομικών πόρων (Hendrie, et al., 2014).

Το άσθμα είναι μία νόσος με υψηλό παγκόσμιο επιπολασμό, συμπεριλαμβανομένης και της Αυστραλίας. Το άσθμα προσθέτει ένα επιπλέον βάρος στους κλινικούς γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι διαχειρίζονται επίσης τα αυξημένα περιστατικά σε άλλες χρόνιες παθήσεις. Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι παρά τις βελτιώσεις στη θνησιμότητα, ο έλεγχος του άσθματος παραμένει γενικά ανεπαρκής και η φροντίδα μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Έτσι, απαιτείται κάποια καινοτομία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τη διαχείριση της νόσου και το ενδιαφέρον είναι αυξημένο για τη συμμετοχή άλλων επαγγελματιών υγείας όπως οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί. Οι παρεμβάσεις τους αφορούσαν εκπαίδευση και παρακολούθηση των ασθενών με ανεπαρκή έλεγχο της νόσου και τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά. Το 61% ασθενών παρουσίασε καλό ή ικανοποιητικό έλεγχο μετά το πέρας των παρεμβάσεων σε σχέση με το 29% κατά την έναρξη του προγράμματος ενώ σημαντική βελτίωση σημειώθηκε και στον χειρισμό των συσκευών

εισπνοής με το ποσοστό να αυξάνεται από 17-33% (ανάλογα με τη συσκευή) σε 57%-72%. Τέλος μεταξύ των αρχικών και των τελικών επισκέψεων παρατηρήθηκε μείωση τόσο του κινδύνου μη συμμόρφωσης με την θεραπευτική αγωγή όσο και της χρήσης ανακουφιστικής αγωγής για οξεία συμβάντα (Armour, et al., 2013).

Ορισμένες χώρες έχουν θέσει σαφή στρατηγική για το μέλλον της δημόσιας υγείας. Η ατζέντα τους επικεντρώνεται στη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής και όπου είναι δυνατόν στην εξάλειψη των απειλών για την υγεία του πληθυσμού. Ένα σκέλος της ατζέντας αυτής είναι η δημιουργία δικτύων επαγγελματιών της υγείας που εργάζονται εντός της κοινότητας και παρέχουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση βασικών ζητημάτων δημόσιας υγείας. Στην Αυστραλία έχουν θέσει ψηλά στις προτεραιότητες του συστήματος υγείας την πρόληψη και την διακοπή του καπνίσματος και οι φαρμακοποιοί της κοινότητας φαίνεται να αποτελούν ένα σημαντικό συστατικό για την επιτυχία του σκοπού αυτού. Οι παρεμβάσεις που επέλεξαν περιελάμβαναν εκτός από την παροχή συμβουλών και μία υπηρεσία φωτογήρανσης που παρέχονταν μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή και καταδείκνυε τις επιζήμιες επιπτώσεις του καπνίσματος στην εμφάνιση του προσώπου των καπνιστών. Η τελευταία είχε σημαντική επιτυχία ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες καπνιστών. Τα ποσοστά διακοπής ήταν σημαντικά μεγαλύτερα στην ομάδα παρέμβασης (13,8%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (1,3%) μέσα στους έξι μήνες διάρκειας του προγράμματος παρακολούθησης. Παράλληλα, η υπηρεσία αυτή θεωρήθηκε οικονομικά αποδοτικότερη σε σχέση με την συνήθη φροντίδα που λαμβάνουν οι ενήλικοι καπνιστές (Brown, et al., 2016).

3.3. Η εμπειρία του Ηνωμένου Βασιλείου

Η συνεχής γήρανση του πληθυσμού και το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής οδήγησαν το αγγλικό σύστημα υγείας να διαχειρίζεται έναν μεγάλο αριθμό πολύπλοκων ασθενών με πολλές συνυπάρχουσες παθήσεις και πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές. Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη συνεισφορά σε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους από το σύστημα περίθαλψης. Ωστόσο, με το παρόν φόρτο εργασίας και τα ζητήματα χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να μην προβλέπεται να βελτιωθούν σημαντικά τα επόμενα χρόνια έχει καταστεί εμφανές ότι απαιτούνται νέα μοντέλα περίθαλψης για την υποστήριξη των ασθενών, ιδίως των χρονίως πασχόντων ώστε να διασφαλιστεί η διατήρηση της υψηλής ποιότητας φροντίδας. Το κοινοτικό φαρμακείο αποτελεί μία πτυχή των νέων μοντέλων υπηρεσιών που αναπτύσσονται στο σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και παρέχονται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Twigg, et al., 2018).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει στους πολίτες μέσω των κοινοτικών φαρμακείων υπηρεσίες που τις διακρίνει σε τρία επίπεδα. Στις Βασικές Υπηρεσίες συγκαταλέγονται η εκτέλεση ιατρικών εντολών, η επαναληπτική χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής χωρίς την έγκριση του θεράποντα ιατρού, η προώθηση ενός υγιούς τρόπου ζωής και η παροχή συμβουλευτικής για την προώθηση της αυτό-διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής και του αυτό-ελέγχου (PSNC, 2015)

Το επόμενο επίπεδο είναι οι Προηγμένες Υπηρεσίες που άπτονται της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στις οποίες παρέχεται η υπηρεσία της ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής (Medicine Use Review, MUR). Ο φαρμακοποιός διεξάγει μία ανασκόπηση της αγωγής όπου αξιολογεί τη χρήση των φαρμάκων από τον ασθενή και προσπαθεί να εντοπίσει προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίζει. Σκοπός της υπηρεσίας αυτής είναι να ενημερώσει διεξοδικά τον ασθενή για την αγωγή που λαμβάνει και να βελτιώσει την συμμόρφωση του σε αυτήν. Η πλειοψηφία των MUR προσφέρονται σε ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές νόσους (άσθμα, ΧΑΠ), ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα υψηλού κινδύνου (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιπηκτικά, αντιαιμοπεταλιακά και διουρητικά) και ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο καρδιαγγειακού επεισοδίου. Οι συνεδρίες διεξάγονται σε ιδιωτικό χώρο για να εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (PSNC, 2015).

Οι Twigg, et al., στην έρευνα τους μεταξύ 378 ασθενών που προσήλθαν σε κάποιο κοινοτικό φαρμακείο και ολοκλήρωσαν το 12μηνο πρόγραμμα συμβουλευτικής και ανασκόπησης της αγωγής τους κατέληξαν στα παρακάτω συμπεράσματα. Οι περισσότεροι δείκτες υγείας τους βελτιώθηκαν σημαντικά όπως η μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 2,90 mmHg σε σχέση με την έναρξη του προγράμματος αλλά και της διαστολικής κατά 1,81 mmHg. Παράλληλα, παρατηρήθηκε βελτίωση της συμμόρφωσης με την φαρμακευτική τους αγωγή και της ποιότητας ζωής τους (με βάση τους αντίστοιχους ποιοτικούς δείκτες) ενώ η υπηρεσία θεωρήθηκε οικονομικά αποδοτική με βάση το όριο των £20.000/QALY που έχει θεσπίσει το NHS (Twigg, et al., 2018).

Μία ακόμα υπηρεσία που παρέχεται στο επίπεδο αυτό είναι η συμβουλευτική όταν συνταγογραφείται ένα καινούργιο φάρμακο στην αγωγή ενός ασθενή για χρόνια χρήση (New Medicine Service, NMS). Στόχος της είναι να βελτιώσει την κατανόηση του ασθενή για την νέα φαρμακευτική αγωγή του και να αξιοποιήσει στο έπακρο το όφελος από την χρήση του. Έρευνες έχουν δείξει ότι μετά από 10 ημέρες θεραπείας, τα 2/3 των ασθενών αναφέρουν ανεπιθύμητες ενέργειες, δυσκολία στη λήψη και ανάγκη επιπλέον πληροφόρησης για το νέο σκεύασμα που τους συνταγογραφήθηκε. Η NMS καλύπτει αυτό ακριβώς, το κενό γνώσεων που προκύπτει ως ανάγκη του ασθενή. Η ενημέρωση γίνεται με συνεδρίες όπου παρέχονται

πληροφορίες και συμβουλές για την νέα αγωγή. Αν ο ασθενής έπειτα από τις συνεδρίες αντιμετωπίζει ακόμη σημαντικό πρόβλημα, ο φαρμακοποιός τον παραπέμπει σε έναν θεράποντα ιατρό. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται σε ιδιωτικό χώρο για να εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (PSNC, 2015).

Στα πλαίσια των MUR λαμβάνει χώρα μία πιο εξειδικευμένη υπηρεσία για τους ασθενείς που κάνουν χρήση συσκευών αναπνοής ή άλλων ιατρικών συσκευών. Στόχος της είναι να βοηθήσει τους χρήστες να κατανοήσουν και να χρησιμοποιούν καλύτερα τις συσκευές που τους έχουν συνταγογραφηθεί. Συνεπώς δίνονται σαφείς και αναλυτικές οδηγίες και καθορίζεται πλήρως ο τρόπος χρήσης ενώ προσδιορίζονται παράλληλα τα σημεία της πιθανώς λανθασμένης χρήσης που οδηγούν στην αναποτελεσματική θεραπεία του ασθενή. Τέλος, ο φαρμακοποιός συμβουλεύει τον ασθενή για τον ασφαλή και κατάλληλο τρόπο αποθήκευσης αλλά και απόρριψης των συσκευών που δεν είναι πλέον κατάλληλες προς χρήση. Η υπηρεσία διεξάγεται και αυτή σε ιδιωτικό χώρο για να εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (PSNC, 2015).

Το τρίτο και τελευταίο επίπεδο αφορά υπηρεσίες που προσφέρει το NHS ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού μιας ευρύτερης περιοχής με σκοπό να καλύψει τις ιδιαίτερες, τοπικές απαιτήσεις τους μέσω των κοινοτικών φαρμακείων σε όλη την επικράτεια του. Οι υπηρεσίες αυτές άπτονται της δημόσιας υγείας όπως η διακοπή του καπνίσματος και η διαχείριση του σωματικού βάρους, υπηρεσίες συμβουλευτικής σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ και υπηρεσίες έκτακτης αντισύλληψης και παρακολούθησης σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ακόμη, περιλαμβάνονται υπηρεσίες διαχείρισης της έξαρσης φθειρών σε παιδιατρικούς πληθυσμούς και ο αντιγριπικός εμβολιασμός για την πρόληψη της εποχιακής γρίπης (PSNC, 2015).

Παρόλο που οι ασθενείς και η κοινή γνώμη τοποθετούνται θετικά σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας μέσω των κοινοτικών φαρμακείων, η αντίληψη ότι ο ρόλος του φαρμακοποιού της κοινότητας υπερβαίνει της προμήθειας φαρμακευτικών σκευασμάτων παραμένει χαμηλή. Οι ασθενείς εξακολουθούν να αναζητούν τον θεράποντα ιατρό τους για οποιοδήποτε θέμα αφορά την κατάσταση της υγείας τους. Για την πλήρη και επιτυχή ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στο σύστημα υγείας οι κλινικές δεξιότητες των κοινοτικών φαρμακοποιών πρέπει να αναγνωρίζονται και να αγκαλιάζονται τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους ιατρούς. Ακόμη, πρέπει να αντιμετωπιστούν ζητήματα όπως η μειωμένη αυτοπεποίθηση των φαρμακοποιών, η αναδιοργάνωση του φόρτου εργασίας τους και η πιθανή σύγκρουση με το εμπορικό κομμάτι του εργασιακού τους ρόλου. Ωστόσο, η ευκολία

πρόσβασης και η άνεση στην επαφή παραμένουν από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του σημερινού κοινοτικού φαρμακείου στο Ηνωμένο Βασίλειο (Hindi, et al., 2017).

3.4. Η εμπειρία της Νορβηγίας

Η Νορβηγία διαθέτει ένα από τα αραιότερα δίκτυα κοινοτικών φαρμακείων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα φυσικά σημεία ανήκουν στον βασικό κορμό υπηρεσιών και δεν διαφέρουν από τις υπόλοιπες χώρες που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Η πρόληψη, ο εντοπισμός και η επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την φαρμακευτική αγωγή των ασθενών είναι κεντρικής σημασίας. Αυτό απαιτεί τόσο εκτεταμένη επαφή με τον συνταγογράφο όσο και καθοδήγηση και συμβουλευτική προς τον ασθενή. Ακόμη, σε συνεργασία με τις αρχές της χώρας και τις υγειονομικές υπηρεσίες τα κοινοτικά φαρμακεία συμμετέχουν σε εθνικές και τοπικές εκστρατείες προαγωγής της δημόσιας υγείας, όπως η εκστρατεία κατά της χρήσης προϊόντων καπνού (Apotekforeningen, 2009). Ωστόσο, εκτός από τα παραπάνω έχουν εισάγει στην καθημερινή τους πρακτική και μία σειρά υπηρεσιών που άπτονται της Π.Φ.Υ..

Ο καρκίνος του δέρματος αντιπροσωπεύει το 1/3 των περιπτώσεων διαγνωσθέντος καρκίνου παγκοσμίως. Η πρόγνωση της νόσου συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με το στάδιο της ταυτοποίησης της και κατά συνέπεια απαιτούνται αποτελεσματικές προσεγγίσεις για τον εντοπισμό των ύποπτων αλλοιώσεων σε πρώιμο στάδιο. Η βασική στρατηγική που χρησιμοποιείται επί του παρόντος για τον εντοπισμό του σε αρχικό στάδιο είναι απ τη μία η ευαισθητοποίηση του κοινού για το μελάνωμα και η αυτό-παραπομπή του σε γενικό ιατρό όταν οι σπίλοι παρουσιάσουν μεταβολές στην όψη τους. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς που θα αναγνωρίσουν τις αλλοιώσεις και θα παραπέμψουν σε ειδικό δερματολόγο. Παράλληλα, το κοινό θα πρέπει να έχει επαρκή πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες υγείας (Kjone, et al., 2016).

Μία προσέγγιση για την βελτίωση της έγκαιρης ταυτοποίησης είναι η παροχή υπηρεσίας σάρωσης μέσω των κοινοτικών φαρμακείων. Λόγω των εκτεταμένων ωρών λειτουργίας, της παρουσίας εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, την ευκολία στην πρόσβαση και την διαθεσιμότητα χώρων διαβούλευσης, τα κοινοτικά φαρμακεία χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την παροχή υπηρεσιών έγκαιρης διάγνωσης στα πλαίσια της αποστολής τους στον τομέα της δημόσιας υγείας. Το 2014 η υπηρεσία αυτή διέγνωσε το 4,1% των περιπτώσεων μελανώματος που καταχωρήθηκαν στο Νορβηγικό Μητρώο Καρκίνου. Στην πλειοψηφία τους (88%) οι ανταποκρινόμενοι θα χρησιμοποιούσαν

και πάλι παρόμοια υπηρεσία ενώ το 99% θεώρησε ότι το φαρμακείο αποτελεί έναν κατάλληλο χώρο για τέτοιους είδους υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η χρήση των κοινοτικών φαρμακείων ως πρώτης γραμμής αναγνωριστικό βήμα για τον διαχωρισμό των ασθενών που χρήζουν παρακολούθησης και αυτών που δεν χρήζουν, δίνει στους γενικούς και ειδικούς γιατρούς περισσότερο κλινικό χρόνο για τους ασθενείς που χρειάζονται κάποιου είδους σοβαρότερη παρέμβαση (Kjone, et al., 2016).

Οι ασθενείς με άσθμα και ΧΑΠ βασίζονται σε εισπνεόμενες φαρμακευτικές αγωγές για την διαχείριση της νόσου τους. Πολλοί ασθενείς διατρέχουν κίνδυνο μικρότερης επίδρασης της αγωγής τους λόγω λανθασμένης χρήσης των συσκευών εισπνοών. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η εκπαίδευση στις τεχνικές εισπνοής οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα ανταπόκρισης στην θεραπεία και ότι οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί βρίσκονται σε ιδιαίτερα ευνοϊκή θέση να παρέχουν τέτοια εκπαίδευση, καθώς είναι οι πιο εύκολα προσβάσιμοι επαγγελματίες υγείας. Οι νορβηγικές αρχές χορήγησαν κονδύλια από τον εθνικό προϋπολογισμό για να αποζημιώσουν μία υπηρεσία Αξιολόγησης της Τεχνικής Εισπνοών (Inhalation Technique Assessment Service, ITAS) μέσω κοινοτικών φαρμακείων. Η υπηρεσία περιελάμβανε την ανίχνευση και διόρθωση των σφαλμάτων στην τεχνική των εισπνοών, για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς ξέρουν πως να χρησιμοποιούν τον εισπνευστήρα τους, καθώς και παροχή πρακτικών συμβουλών σχετικά με την συσκευή τους (Wabo Ruud, et al., 2018).

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν περισσότερο από ενθαρρυντικά. Η αναλογία των ασθενών με βέλτιστη τεχνική αυξήθηκε, σε σχέση με την αρχική τιμή, από 8% στο 72% και αντίστοιχα με ικανοποιητική τεχνική από 31% στο 86% την περίοδο μετά το τέλος της παρέμβασης ενώ τρεις μήνες μετά την παρέμβαση τα ποσοστά παρέμειναν υψηλά στο 52% για την βέλτιστη τεχνική και στο 75% για την ικανοποιητική. Το σημαντικό στοιχείο ήταν ότι η έρευνα περιλάμβανε τόσο νέους όσο και παλιούς χρήστες συσκευών εισπνοών, με ευεργετικά αποτελέσματα και για τις δύο κατηγορίες χρηστών. Η πλειοψηφία των ασθενών που χρησιμοποιούν εισπνευστήρες συχνά παρερμηνεύουν τη ορθότητα της δικής τους τεχνικής εισπνοών και τείνουν να την υπερεκτιμούν. Κάνοντας τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τα δικά τους λάθη, υπηρεσίες όπως η ITAS, μπορεί να οδηγήσουν σε ακριβέστερη αντίληψη της προσωπικής τους τεχνικής εισπνοών (Wabo Ruud, et al., 2018).

Εκτιμάται ότι περίπου 100.000-200.000 Νορβηγοί έχουν μη διαγνωσμένο διαβήτη τύπου II. Η ασθένεια μπορεί να αναπτυχθεί αργά και τα συμπτώματα να είναι διάχυτα, επομένως τα μη διαγνωσμένα άτομα έχουν την τάση να υποτιμούν τον κίνδυνο της ασθένειας αυτής. Παρόλα αυτά, με έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία είναι δυνατόν να προληφθούν ή να καθυστερήσουν οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές όπως η διαβητική

αμφιβληστροειδοπάθεια, η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Ένας λόγος για την προσφορά υπηρεσιών εκτίμησης του κινδύνου της νόσου στα κοινοτικά φαρμακεία είναι ότι ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων τα επισκέπτονται. Στη Νορβηγία, τα κοινοτικά φαρμακεία είχαν 50 εκατομμύρια επισκέπτες το 2015. Σε έρευνα το 22% των συμμετεχόντων βρέθηκε σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ και το 1,4% είχαν τιμές HbA1c > 6,5% (το κατώφλι του ΣΔ). Δύο από τους τελευταίους διαγνώστηκαν με ΣΔ από τον θεράποντα ιατρό τους. Η μελέτη επιβεβαιώνει ότι είναι εφικτό να εφαρμοστεί ένα τέτοιο εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου στα κοινοτικά φαρμακεία με θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και την δημόσια υγεία (Risoy, et al., 2018)

4. ΕΓΧΩΡΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) δεν υπήρξε ποτέ σε υψηλή προτεραιότητα στις υγειονομικές πολιτικές στην Ελλάδα. Ο νοσοκομοκεντρικός χαρακτήρας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της ΠΦΥ φαίνεται να υποσκελίζουν την οποιαδήποτε προσπάθεια συγκρότησης οργανωμένων δομών αυτού του θεσμού (Πετρελής & Δομαγερ, 2016).

4.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην χώρα μας παρέχεται από έναν συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν τρεις βασικοί οδοί παράδοσης των υπηρεσιών υγείας (Economou, et al., 2017):

1. μέσω του Ε.Σ.Υ, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας(ΕΚΑΒ), των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων
2. μέσω των τοπικών αρχών και των ΜΚΟ, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας που προσφέρονται δωρεάν από τους δήμους και τις οργανώσεις, οι οποίες καλύπτουν μόνο ένα στενό φάσμα ασθενών και χρησιμοποιούνται κυρίως από πρόσφυγες και μετανάστες
3. μέσω του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών ιατρείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων, τα οποία χρηματοδοτούνται από άμεσες πληρωμές ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης όμως παράλληλα μπορούν να συμβληθούν και με τον ΕΟΠΥΥ.

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που είναι υπεύθυνο για την παροχή της Π.Φ.Υ. απαρτίζεται από τις παραπάνω δομές και έχει δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Πρώτο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τον δημόσιο, ωστόσο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σημειώνεται τα τελευταία χρόνια σημαντική αύξηση της χρήσης των δημοσίων δομών υγείας. Δεύτερον, καθώς δεν υφίσταται σύστημα «gatekeeping» ούτε σύστημα παραπομπής, οι ασθενείς μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω επίσκεψης σε έναν γιατρό στις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις αστικές περιοχές, στα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές και στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων (Economou, et al., 2017).

Επί του παρόντος, η καθοδήγηση και πλοήγηση των ασθενών θεωρείται προβληματική λόγω της σωρείας προβλημάτων/εμποδίων που υπάρχουν. Προβλήματα στην διαθεσιμότητα

των υπηρεσιών λόγω της έλλειψης προσωπικού και υποδομών, στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (άτυπες πληρωμές, έλλειψη ασφάλισης) και στην κάλυψη τόσο γεωγραφική όσο και κατά την επαφή λόγω λειτουργικών προβλημάτων ή έλλειψης εμπιστοσύνης στον λειτουργό υγείας (Passa, et al., 2018). Το νέο Σχέδιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (2017) που προβλέπεται να εφαρμοστεί πλήρως μέχρι το τέλος του 2020, προσπαθεί να αντιμετωπίσει κάποιες από τις δυσλειτουργίες του τωρινού συστήματος. Προβλέπει λοιπόν την δημιουργία ενός εθνικού, αποκεντρωμένου και προσανατολισμένου στην κοινότητα δικτύου Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) που θα στελεχώνονται από πολυεπιστημονικές ομάδες ειδικών και θα είναι το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας (Economou, et al., 2017). Σκοπός τους θα είναι η έγκαιρη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και κατ' επέκταση την μεθοδική αποφόρτιση των δημόσιων δομών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (Μακρακίς, 2018).

Στα πλαίσια των ΤΟ.Μ.Υ. θα λειτουργήσει και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού που έχει ήδη θεσμοθετηθεί με τον Ν1397/1983. Ο συγκεκριμένος θεσμός έχει αφομοιωθεί στην συνείδηση της κοινής γνώμης στο Ηνωμένο Βασίλειο ως ο κορμός της Π.Φ.Υ. και κομμάτι της βελτίωσης του επιπέδου υγείας των πολιτών. Τα οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού αυτού θα είναι πολλαπλά, τόσο για τους ασθενείς όσο και για το υγειονομικό σύστημα και κατ' επέκταση τον κρατικό προϋπολογισμό. Ολιστική διαχείριση της υγείας του ασθενή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών αποτελούν τους πυλώνες του νέου θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Ωστόσο, τα εγχώρια εμπόδια στην εφαρμογή του είναι πολλά, με κυριότερα την έλλειψη κινήτρων προσέλκυσης οικογενειακών γιατρών, την αποποιούμενη επιστημονική αναβάθμιση της ειδικότητας των γενικών γιατρών και την κουλτούρα-νοοτροπία της κοινωνίας και ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Μακρακίς, 2018).

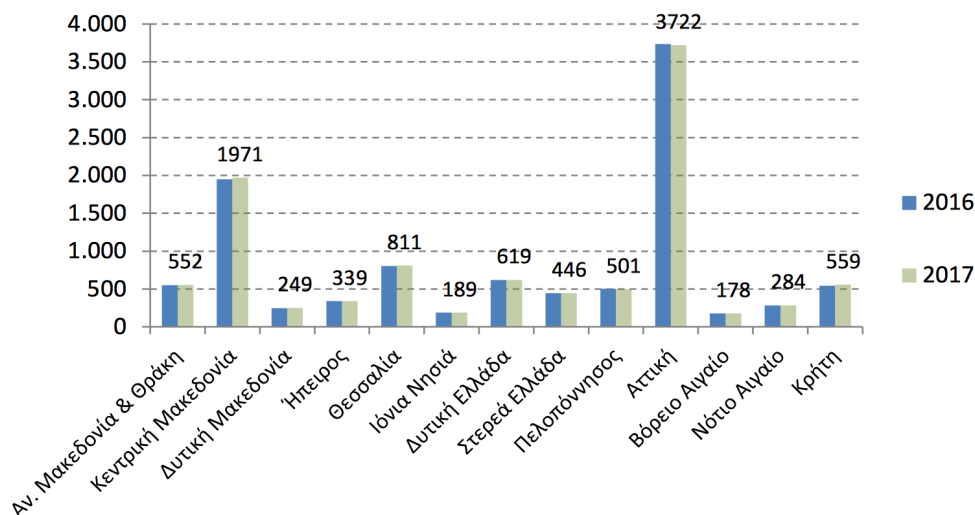
4.2. Τα κοινοτικά φαρμακεία στην ελληνική επικράτεια

Ο ρόλος και η συμπεριφορά των φαρμακοποιών σε λειτουργούντα κοινοτικά φαρμακεία στην Ελλάδα ρυθμίζεται από τον κώδικα φαρμακευτικής δεοντολογίας. «Ο φαρμακοποιός οφείλει να ασκεί προσωπικώς την φαρμακευτική και να παρασκευάζει και να παραδίδει αυτοπροσώπως τα φάρμακα στους αρρώστους...». Η προηγούμενη φράση ορίζει δύο παραδοσιακούς ρόλους, αυτούς της διάθεσης φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων (dispensing) ή παρασκευής (compounding) και διάθεσης γαληνικών σκευασμάτων στους ασθενείς. «Ο φαρμακοποιός είναι υποχρεωμένος να παρέχει την συνδρομή του στο έργο της κοινωνικής υγιεινής και να συνεργάζεται με τις κρατικές αρχές για την προστασία και τη

διαφύλαξη της δημόσιας υγείας», αναφέρεται στον ρόλο και την συμμετοχή των κοινοτικών φαρμακείων στην προώθηση και διατήρηση της υγείας των πολιτών. Τέλος, «ο φαρμακοποιός οφείλει να δίδει σαφείς οδηγίες χρήσεων των χορηγούμενων φαρμάκων...» και «...οφείλει να προτρέπει τους ασθενείς να επισκεφτούν τον ιατρό για τα προβλήματα της υγείας τους», με σαφή αναφορά για την διαδικασία χορήγησης και επεξήγησης του δοσολογικού σχήματος στους ασθενείς καθώς και καθοδήγησης εντός του συστήματος υγείας. Τα παραπάνω συμπίπτουν με τους αντίστοιχους ρόλους των κοινοτικών φαρμακοποιών σε άλλες χώρες του κόσμου και της Ευρώπης (βλ. Καναδάς, Ηνωμένο Βασίλειο), με τη διαφορά ότι στην Ελλάδα ο ρόλος τους περιορίζεται επίσημα και αποκλειστικά σε αυτές τις πτυχές.

Ο ρόλος των ελληνικών κοινοτικών φαρμακείων στην παροχή υπηρεσιών υγείας που άπτονται της Π.Φ.Υ είναι μέχρι και σήμερα περιορισμένος και ασαφής. Η πρώτη νομοθετημένη αναφορά στα κοινοτικά φαρμακεία και στο δικαίωμα τους να συμμετέχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έγινε στο ΦΕΚ115/α/7-8-2017 με τον Ν4486 όπου αναφέρει «...και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε.». Αν και τα παραπάνω είναι μία αρχή για να εντάσσονται τα φαρμακεία στη λογική της Π.Φ.Υ., υπάρχει ακόμα πολύς δρόμος ώστε να υπάρξουν συγκεκριμένες δράσεις και ενεργητική συμμετοχή τους σε αυτήν.

Στο αντίποδα του περιορισμένου επίσημου ρόλου τους στην Π.Φ.Υ. τα κοινοτικά φαρμακεία έχουν να αντιτάξουν την ευκολία της πρόσβασης και την διαθεσιμότητα των φυσικών σημείων. Από τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ ο αριθμός των φαρμακείων στην Ελλάδα αυξήθηκε μέσα στη διετία 2016-2017 (Γράφημα 4.2.1). Στο τέλος του 2015 ανερχόταν σε 10.362 φαρμακεία ενώ στο τέλος του 2017 ο αριθμός τους έφτασε στα 10.420 κοινοτικά φαρμακεία. Αυτό αντιστοιχεί κατά Μέσο Όρο σε 9,7 φαρμακεία/10.000 κατοίκους, σημειώνοντας την μεγαλύτερη αναλογία φαρμακείων/κατοίκων στην Ευρώπη. Το ποσοστό κυμαίνεται από το υψηλότερο 11,2 στην Θεσσαλία μέχρι το χαμηλότερο 8 στην Στερεά Ελλάδα, ορίζοντας ένα πυκνό δίκτυο σημείων με ποσοστό τουλάχιστον 1 φαρμακείο/1.000 κατοίκους σε όλη την έκταση της χώρας. Παράλληλα, απασχολούν 11.251 πτυχιούχους φαρμακοποιούς, μία αναλογία 10,4 φαρμακοποιών/10.000 κατοίκους (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Η αντίστοιχη αναλογία για γενικούς ιατρούς είναι 3,5/10.000 κατοίκους και για παιδίατρος 3,2/10.000 κατοίκους (ΕΛΣΤΑΤ, 2015).



Γράφημα 4.2.1: Αριθμός φαρμακείων ανά περιφέρεια 2016, 2017(ΕΛΣΤΑΤ,2017)

Η βιβλιογραφία συνηγορεί επίσης ότι τα κοινοτικά φαρμακεία αποτελούν από τους πλέον επισκέψιμους χώρους υγείας στην Ελλάδα. Τα δεδομένα από την έρευνα «Υγεία και Ευημερία» καταδεικνύουν ότι πανελλαδικά το 79,9% του μελετούμενου πληθυσμού επισκέφθηκε τουλάχιστον μία φορά ένα φαρμακείο στην διάρκεια ενός έτους. Με τα ποσοστά να είναι συντριπτικά στις ηλικίες άνω των 65 (89,7%). Σχεδόν το 1/3 του πληθυσμού (27,5%) επισκέπτεται μία φορά/μήνα κάποιο φαρμακείο (12 επισκέψεις/χρόνο), ποσοστό τριπλάσιο από αυτούς που επισκέπτονται έναν ειδικό παθολόγο στο ίδιο χρονικό διάστημα (4,3 επισκέψεις/χρόνο) ενώ στο σύνολο του πληθυσμού ο Μέσος Όρος επισκέψεων σε ένα φαρμακείο είναι 9,8 επισκέψεις/χρόνο, ποσοστό που ξεπερνά κατά πολύ τις 5,8 επισκέψεις/χρόνο σε ειδικό ψυχίατρο (την πιο συχνά επισκεπτόμενη ιατρική ειδικότητα) (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

Ωστόσο, οι μέχρι τώρα προσπάθειες στον τομέα του φαρμάκου στοχεύουν κυρίως στην απελευθέρωση της αγοράς, μέσω της αύξησης της αποτελεσματικότητας. Τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί αφορούν τις πολλαπλές άδειες ιδρύσεως φαρμακείων από έναν φαρμακοποιό, τη δυνατότητα σύναψης εταιρικών σχημάτων μεταξύ φαρμακοποιών και ιδιωτών, την απελευθέρωση του ωραρίου λειτουργίας και τον περιορισμό του κέρδους των ιδιωτικών φαρμακείων (Economou, et al., 2017). Αντίθετα, οι μεταρρυθμίσεις θα έπρεπε να στοχεύουν στην ενίσχυση της ασθενοκεντρικής περίθαλψης, με έμφαση στην ολοκληρωμένη παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης (με χρήση του υπάρχοντος και αναξιοποίητου ανθρώπινου δυναμικού) και εκτεταμένη αξιοποίηση της τεχνολογίας με σκοπό την βελτίωση της υγείας και την αύξηση της συμμόρφωσης των ασθενών καθώς και την ικανοποίηση του παρόχου (Lionis, et al., 2017)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Καθορισμός του ερευνητικού ερωτήματος

Το σημείο εκκίνησης για κάθε ερευνητική προσπάθεια αποτελεί κάποιος προβληματισμός. Στην παρούσα διατριβή το αρχικό ερέθισμα προήλθε από το τρίπτυχο οικονομική κρίση και περιορισμός των υγειονομικών δαπανών, αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών και ο ρόλος του κοινοτικού φαρμακοποιού. Η έρευνα αυτή αποτελεί μία προσπάθεια αποτύπωσης της διάθεσης των ασθενών έναντι μίας νέας προσπάθειας στον χώρο της υγείας, που αποτελεί το παρόν για πολλές χώρες στον κόσμο και πιθανόν το μέλλον για την Ελλάδα. Ωστόσο, το παρόν θέμα απαιτεί περεταίρω ανάλυση και σε βάθος διερεύνηση σε ασφαλώς μεγαλύτερη έκταση.

Η παραπάνω συλλογιστική αναδεικνύει και το ερευνητικό ερώτημα της μελέτης, το οποίο είναι αν σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο και συρρικνούμενο περιβάλλον όπως της υγείας ο κοινοτικός φαρμακοποιός μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας που άπτονται του επιστημονικού του ρόλου και κατάρτισης, τότε ποια η θέση των ασθενών απέναντι σε αυτόν τον νέο ρόλο. Ο χρόνος που μελετάται στην παρούσα εργασία είναι το μέλλον και οι αντιδράσεις των ασθενών στην πιθανότητα ενσωμάτωσης του νέου αυτού ρόλου στο σύστημα υγείας.

Αν και παρόμοιες μελέτες υφίστανται σε πολλές χώρες του κόσμου με πιο ανεπτυγμένο σύστημα υγείας από το ελληνικό, στην χώρα μας οι προσπάθειες που έγιναν αφορούν κυρίως αρθρογραφία και όχι ερευνητικό έργο. Η σπουδαιότητα της παρούσας διατριβής έγκειται στην διερεύνηση των ερωτημάτων αυτών σε δείγμα του γενικού πληθυσμού σε πραγματικές συνθήκες κοινοτικού φαρμακείου. Ωστόσο, δεν αποσκοπεί να είναι τίποτα παραπάνω από μία αδρή απεικόνιση της στάσης του πληθυσμού και ευελπιστεί να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση γενικότερα και ειδικότερα της ανταπόκρισης του ελληνικού κοινού στον αναβαθμισμένο ρόλο του φαρμακοποιού της κοινότητας.

5.2. Μεθοδολογία

Αρχικά πραγματοποιήθηκε εκτενής ανασκόπηση της διαθέσιμης και σχετικής βιβλιογραφίας με σκοπό να διερευνηθεί σε βάθος η έκταση του πεδίου των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στα κοινοτικά φαρμακεία στην Ευρώπη αλλά και στον κόσμο. Εν συνεχεία η ανασκόπηση συγκεκριμενοποιήθηκε στο κομμάτι της αναζήτησης αξιόπιστων εργαλείων για την μέτρηση της διάθεσης και της στάσης των ασθενών απέναντι στις νέες προσφερόμενες

υπηρεσίες από τα κοινοτικά φαρμακεία. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις εγκυρότερες μηχανές αναζήτησης για θέματα υγείας όπως το Pubmed και το Cochrane και περιελάβανε μελέτες αποκλειστικά στα αγγλικά καθώς η ελληνική βιβλιογραφία επί του θέματος είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Care), κοινοτικό φαρμακείο (community pharmacy), προσδοκίες των ασθενών (patients expectations). Αποτέλεσμα της ανασκόπησης ήταν ο εντοπισμός ενός κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου συμβατό με το θέμα της παρούσας μελέτης, που χρησιμοποιήθηκε μετά από τις κατάλληλες τροποποιήσεις, πληροφορίες για το οποίο αναφέρονται παρακάτω.

5.3. Περιβάλλον της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον Δήμο Αλεξανδρούπολης, από τον Αύγουστο μέχρι τον Οκτώβριο 2018 και αφορούσε τους πολίτες που επισκέπτονται τα κοινοτικά φαρμακεία της περιοχής. Ο Δήμος Αλεξανδρούπολης σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής της ΕΛΣΤΑΤ αποτελεί ένα μικρό τμήμα του πληθυσμού της χώρας μόλις το 0,61%. Από τα στοιχεία του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου προέκυψε ότι ο αριθμός των λειτουργούντων φαρμακείων στον καλλικρατικό δήμο Αλεξανδρούπολης ανέρχονται στα 63. Το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού από φαρμακεία είναι παρόμοιο με της υπόλοιπης χώρας και ισοδυναμεί με 1 φαρμακείο ανά 1150 κατοίκους, ποσοστό από τα υψηλότερα στην Ευρώπη αλλά και στον κόσμο γενικότερα.

Σε σχέση με τις μονάδες υγείας στην πόλη εδρεύει ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και ένα Πολυϊατρείο που ανήκει στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Οι δείκτες υγείας του νομού Έβρου, που δίνουν μία αντιπροσωπευτική εικόνα και του προφίλ του μεγαλύτερου δήμου του νομού, εμφανίζουν διαφορές σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα. Το προσδόκιμο ζωής κυμαίνεται στα 79,9 χρόνια σε σχέση με τα 81 χρόνια στο σύνολο της χώρας. Αντίθετα, ο αδρός δείκτης θνησιμότητας (CDR) εμφανίζεται αυξημένος (12,26 /1000 κατοίκους) σε σχέση με το 10,15/1000 κατοίκους στον συνολικό πληθυσμό της χώρας (Μακαρωνης, 2016).

5.4. Πληθυσμός - Δείγμα

Ο υπό μελέτη πληθυσμός της έρευνας αποτελούνταν από πολίτες που επισκέφθηκαν κάποιο από τα συμμετέχοντα στη μελέτη κοινοτικά φαρμακεία της περιοχής. Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα ήταν να έχουν προσέλθει οικειοθελώς στο φαρμακείο για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας τους, να είναι δημότες του οικείου Δήμου και να

μιλούν την ελληνική γλώσσα. Δυνητικά λοιπόν πληθυσμός πηγή αποτέλεσε το σύνολο του πληθυσμού του Δήμου Αλεξανδρούπολης χωρίς επιπλέον κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα.

Η διάθεση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω των υπεύθυνων φαρμακοποιών και παρουσία τους, με σκοπό την αρτιότερη συμπλήρωση τους. Παράλληλα, στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες ήταν τακτικοί επισκέπτες των φυσικών σημείων, σαφώς εξοικειωμένοι με το προσωπικό και τον χώρο, συνεπώς δεν προέβαλαν σημαντικές αντιστάσεις για την συμμετοχή τους στην μελέτη ενώ συχνά διέθεταν ανεπτυγμένη σχέση εμπιστοσύνης με τον/την υπεύθυνο/η φαρμακοποιό. Το ποσοστό απόκρισης ήταν πολύ υψηλό και αντικατοπτρίζει όλα τα παραπάνω. Διανεμήθηκαν 115 ερωτηματολόγια και τελικά συνελέγησαν 114, με αποτέλεσμα το ποσοστό απόκρισης να είναι 99,1%. Οι πολίτες μπορούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα χωρίς να έχουν κλείσει κάποιο ραντεβού, τις εργάσιμες ημέρες και ώρες των φυσικών σημείων (φαρμακείων). Το ωράριο λειτουργίας των κοινοτικών φαρμακείων της περιοχής είναι Δευτέρα – Τετάρτη 08:00-14:00 και Τρίτη-Πέμπτη-Παρασκευή 08:00-14:00 και 17:30-21:00. Το εύρος των ωρών συμμετοχής διευκόλυνε ιδιαίτερα τους εργαζόμενους της πρωινής βάρδιας που αδυνατούσαν να συμμετέχουν τις πρωινές ώρες λειτουργίας των φαρμακείων.

Δεν επιλέχθηκε η λύση της δημοσίευσης και συλλογής των ερωτηματολογίων μέσω του διαδικτύου αντίθετα προτιμήθηκε αυτή της κατά πρόσωπο και επί τόπου συμπλήρωσης. Σκοπός ήταν να εξασφαλιστεί η συμμετοχή μόνο ατόμων που έχουν επαφή και επισκέπτονται τα φυσικά σημεία και διαθέτουν έστω και μερική ή μικρή σε έκτασης γνώση του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα κοινοτικά φαρμακεία.

5.5. Μεθοδολογικά εργαλεία

Η εκπόνηση της μελέτης περιελάμβανε την διανομή κατάλληλου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε αντίστοιχη έρευνα που διεξήγαγε ομάδα ερευνητών στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα(ΗΑΕ), ύστερα από την αντίστοιχη άδεια χρήσης που έλαβε ο συγγραφέας από την συγγραφική ομάδα (Hasan, et al., 2015). Σκοπός τους μεταξύ των άλλων, ήταν να διερευνήσουν την πιθανότητα χρήσης από τους ασθενείς μελλοντικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας αν αυτές προσφέρονταν από τα κοινοτικά φαρμακεία της περιοχής τους. Πέρα από την συνάφεια με το θέμα της παρούσας εργασίας, το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε επιπλέον εξαιτίας και της ομοιογένειας που υπάρχει στην μορφή των κοινοτικών φαρμακείων σε Ελλάδα και ΗΑΕ. Και στις δύο χώρες οι υπηρεσίες που

προσφέρονται στα φαρμακεία θεωρούνται «παραδοσιακές», δηλαδή υπηρεσίες με επίκεντρο το προϊόν και με ελάχιστη ή πλημμελής έκταση στην προσωποποιημένη φαρμακευτική περίθαλψη.

Το ερωτηματολόγιο, αρχικά αποδόθηκε στα ελληνικά από τον συγγραφέα και στη συνέχεια μεταφράστηκε στα αγγλικά (αντίστροφη μετάφραση) από δίγλωσσο άτομο σχετικό με το αντικείμενο της παρούσας έρευνας. Η ελληνική έκδοσή του διαμοιράστηκε μέσω ενός κοινοτικού φαρμακείου σε 30 άτομα δοκιμαστικά με σκοπό οι απαντήσεις τους να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση του βαθμού εσωτερικής αξιοπιστίας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου μέσω του συντελεστή Cronbach A. Διαπιστώθηκε ότι τα ερωτήματα με τα οποία δομήθηκε το ερωτηματολόγιο αξιολογούσαν τους παράγοντες για τους οποίους είχαν δημιουργηθεί με αποδεκτή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach A 0,793). Είναι σαφές ότι το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον οι 30 συμμετέχοντες στην πιλοτική φάση δεν εξέφρασαν παράπονα για τη δομή ή την σύνταξη του ερωτηματολογίου. Τέλος, το αρχικό κείμενο του ερωτηματολογίου αναθεωρήθηκε και βελτιώθηκε περαιτέρω ώστε να καταλήξει στην τελική του έκδοση.

Η τελική έκδοσή του διαμοιράστηκε μέσω τριών κοινοτικών φαρμακείων της ευρύτερης αστικής ζώνης, της Αλεξανδρούπολης. Η επιλογή των σημείων έγινε ώστε να καλύπτουν όλο το γεωγραφικό εύρος της πόλης, ένα κοινοτικό φαρμακείο στο κέντρο της αστικής περιοχής και αντίστοιχα ένα φαρμακείο στην δυτική και ένα ακόμα στην ανατολική ζώνη της πόλης. Παράλληλα, κριτήριο της επιλογής τους ήταν η διαπροσωπική σχέση του συγγραφέα με τους υπεύθυνους φαρμακοποιούς, γεγονός που διευκόλυνε την αποδοχή της συμμετοχής τους στην μελέτη.

Εν συντομία, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τον αριθμό των επισκέψεων τους σε κοινοτικά φαρμακεία και το πλήθος των φαρμακείων που επισκέφθηκαν τους τελευταίους 2 μήνες, αν κατά κανόνα λαμβάνουν την αγωγή τους από ένα φαρμακείο, την διαθεσιμότητα ασφαλιστικής κάλυψης για την φαρμακευτική τους αγωγή και την ύπαρξη ή όχι χρόνιας νόσου που αντιμετωπίζεται με κατάλληλη αγωγή.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει στοιχεία για την εκτίμηση της πιθανότητας χρήσης από τους συμμετέχοντες μελλοντικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν την πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές σε μία κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων: Καθόλου Πιθανό = 1, Λίγο Πιθανό = 2, Μέτρια Πιθανό = 3, Αρκετά Πιθανό = 4 και Πολύ Πιθανό = 5. Οι υπηρεσίες που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο είναι αυτές που θεωρούνται διεθνώς,

από διάφορους οργανισμούς, ως φαρμακευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, προς το παρόν παρέχονται μόνο σε πολύ μικρή μη θεσμοποιημένη έκταση στα κοινοτικά φαρμακεία στην Ελλάδα. Αυτές οι υπηρεσίες είναι οι εξής: αξιολόγηση δεικτών υγείας για χρόνιες παθήσεις, παρακολούθηση της εξέλιξης χρόνιας νόσου, συμβουλευτική για την αυτό-παρακολούθηση και τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών, ενημέρωση και παροχή βοήθειας και συμβουλών για την πρόληψη και την καλή υγεία, καθοδήγηση σχετικά με την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και τέλος τήρηση ιατρικού ιστορικού και δυνατότητα παρέμβασης του φαρμακοποιού στη διαχείριση της αγωγής.

5.6. Στατιστική ανάλυση

Αρχικά τα δεδομένα εισήχθησαν στο Microsoft Excel και στη συνέχεια το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση τους είναι το IBM SPSS (Statistical package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 22. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα, κατηγοριοποιήθηκαν και στη συνέχεια εξήχθησαν τα αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1984), η επιλογή του είδους της στατιστικής μεθόδου γίνεται με βάση το είδος των μεταβλητών, τους σκοπούς της έρευνας και την αντίστοιχη βιβλιογραφία σε παρόμοιες μελέτες. Η στατιστική ανάλυση που επιλέχθηκε είναι η περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση ασχολείται με μεθόδους οργάνωσης, σύνοψης και παρουσίασης δεδομένων (Παρασκευόπουλος, 1990). Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας και με βάση την περιγραφική ανάλυση εξήχθησαν πίνακες, διαγράμματα και γραφήματα για την παρουσίαση των πρωτογενών δεδομένων από τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν. Ακόμη, για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της απλής λογιστικής παλινδρόμησης. Για την διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική διασπορά και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).

Στην περίπτωση που 2 ή και περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις κλίμακες πιθανότητας χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά με την παλινδρόμηση παρουσιάζονται οι

συντελεστές b (beta coefficient), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p value.

Το προκαθορισμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία κ.α) και οι υπόλοιπες πληροφορίες της πρώτης ενότητας (επισκέψεις σε φαρμακεία, χρονιότητα νόσου, ύπαρξη ασφάλειας υγείας) ενώ οι εξαρτημένες οι πέντε κλίμακες πιθανότητας χρήσης των μελλοντικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

5.7. Δυσχέρειες – Περιορισμοί

Η δυσχέρεια που προέκυψε κατά τα πρώιμα στάδια της έρευνας ήταν η εύρεση του κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου για να ικανοποιεί την λογική της διερεύνησης του συνόλου των ερωτημάτων της μελέτης αυτής ενώ η έλλειψη αντίστοιχων μελετών και καταγραφών στον ελληνικό χώρο και ιδιαίτερα στο χώρο του ελληνικού φαρμακείου με την σχεδόν ανύπαρκτη βιβλιογραφία, δεν επιτρέπουν την σύγκριση των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής. Τέλος, το χαμηλό επίπεδο εξοικείωσης των πολιτών με την συμμετοχή σε επιστημονική έρευνα μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου αποτέλεσε ένα σημαντικό πρόβλημα κατά την διαδικασία συλλογής τους.

Ως περιορισμός του ερευνητικού έργου αναφέρεται η γενίκευση των αποτελεσμάτων γεγονός που οφείλεται στην απουσία αντίστοιχων μελετών με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η σύγκριση των χαρακτηριστικών του δείγματος με αυτά του συνόλου του γενικού πληθυσμού της χώρας (Μακαρωνης, 2016). Ακόμη, στους περιορισμούς συγκαταλέγονται τόσο η επιλογή των φυσικών σημείων διανομής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, που επιλέχθηκαν με βάση την ευκολία προσέγγισης των υπεύθυνων φαρμακοποιών και όχι με βάση κάποια μέθοδο τυχαιοποίησης όσο και το μικρό μέγεθος και η επιλογή του δείγματος της έρευνας που αποτελείται στο σύνολο του από τακτικούς επισκέπτες/ασθενείς των φαρμακείων, με σαφή εξοικείωση με το προσωπικό και τον χώρο.

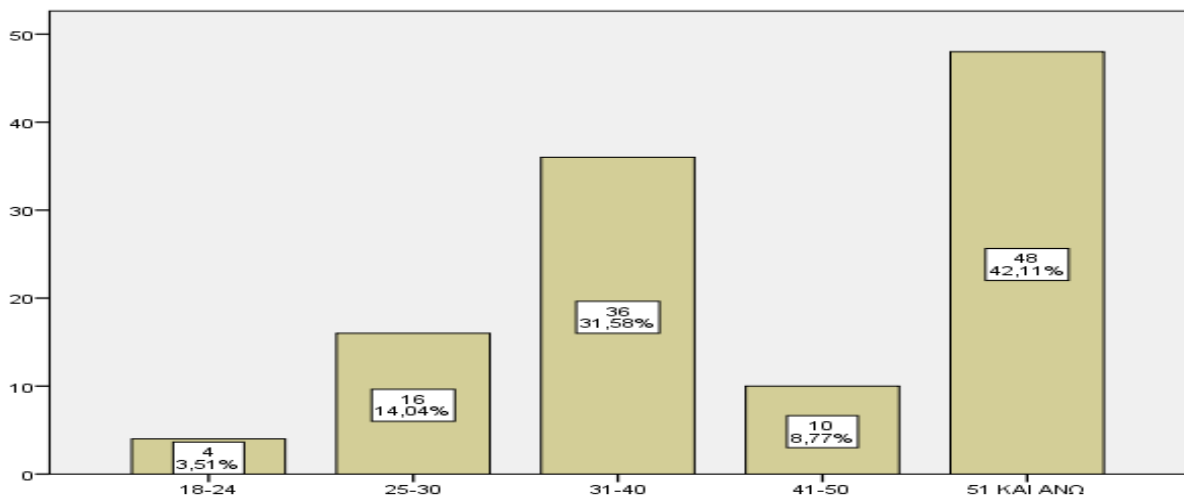
5.8. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Κατά την περαίωση της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας και δεν προέκυψαν ηθικά ζητήματα. Η έρευνα αποτελεί πνευματικό δημιούργημα του ερευνητή και δεν χρηματοδοτήθηκε από κανέναν φορέα ή οργανισμό (Μακαρωνης, 2016). Κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν υπήρξε καμία παρέμβαση στην εκδήλωση των απόψεων των συμμετεχόντων παρά μόνο επεξήγηση του

γενικού πλαισίου της έρευνας όπως αυτή περιγράφεται και στο εισαγωγικό σημείωμα του ερωτηματολογίου. Οι ερωτώμενοι συμμετείχαν εθελοντικά και ύστερα από την πληροφορημένη συγκατάθεση τους ενώ τηρήθηκαν οι αρχές της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας, του απορρήτου και της δημόσιας γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων της έρευνας (Μακαρωνης, 2016).

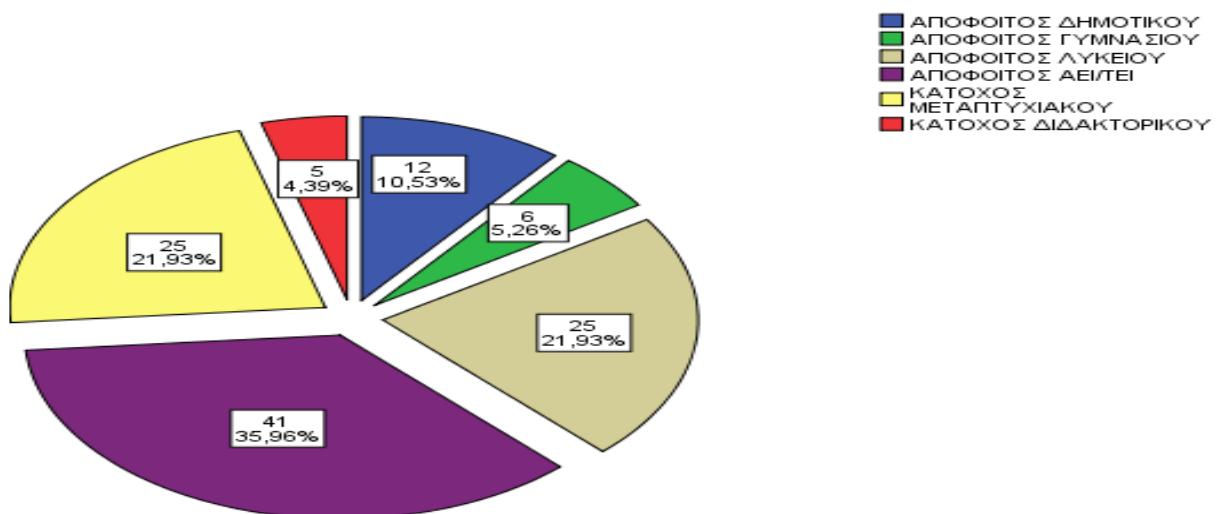
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που περιγράφονται παρακάτω αφορούν τους συμμετέχοντες στην έρευνα και προέκυψαν μετά από την στατιστική ανάλυση των σχετικών ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν. Τα δημογραφικά στοιχεία τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.1. Η κατανομή των δύο φύλων είναι παρόμοια καθώς το 52% (N 59) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 48% (N 55) άνδρες. Η μέση ηλικία τους ήταν 37,1 έτη με την ηλικιακή ομάδα των 51 και άνω, να είναι αυτή που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων (Γράφημα 6.1).



Γράφημα 6.1: Αναλογία ερωτηθέντων ανά ηλικιακή ομάδα

Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες είχαν τουλάχιστον ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση συμπεριλαμβανομένου του Γενικού ή Τεχνικού Λυκείου και οι περισσότεροι κατείχαν κατ' ελάχιστο ένα προπτυχιακό τίτλο σπουδών (Γράφημα 5.2).

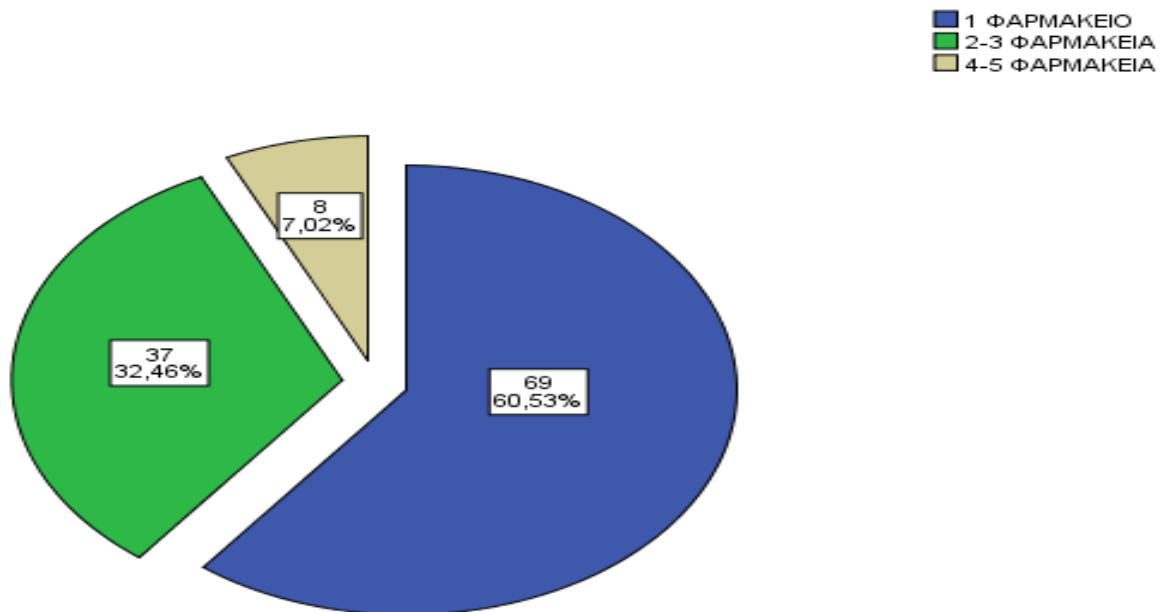


Γράφημα 6.2: Αναλογία ερωτηθέντων και μορφωτικού επιπέδου

Πίνακας 6.1: Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων και άλλες πληροφορίες

Μεταβλητές	Τιμές	N (%)
Φύλο	Ανδρας	55 (48,25)
	Γυναίκα	59 (51,75%)
Ηλικία	18-24	4 (3,51%)
	25-30	16 (14,04%)
	31-40	36 (31,58%)
	41-50	10 (8,77%)
	51 και άνω	48 (42,11%)
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος δημοτικού	12 (10,5%)
	Απόφοιτος γυμνασίου	6 (5,3%)
	Απόφοιτος λυκείου	25 (21,9%)
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	41 (36%)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	25 (21,9%)
	Κάτοχος διδακτορικού	5 (4,4%)
Χώρα καταγωγής	Ελλάδα	112 (98,2)
	Βουλγαρία	2 (1,8%)
Επαγγελματική αποκατάσταση	Εργαζόμενος/η	78 (68,4%)
	Άνεργος/η	7 (6,1%)
	Συνταξιούχος	26 (22,8%)
	Φοιτητής/τρια	3 (2,6%)
Τομέας απασχόλησης	Δημόσιο	1 (13,2%)
	Ιδιωτικός τομέας	39 (34,2%)
	Ελεύθερος επαγγελματίας	24 (21,1%)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	44 (38,6%)
	Έγγαμος/η	62 (52,4%)
	Διαζευγμένος/η	3 (2,6%)
	Χήρος/α	5 (4,4%)
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής από το ίδιο φαρμακείο	Ναι	83 (72,8%)
	Όχι	31 (27,2%)
Επίσκεψη σε διαφορετικά φαρμακεία τους 2 τελευταίους μήνες	1 φαρμακείο	69 (60,53%)
	2-3 φαρμακεία	37 (32,46%)
	4-5 φαρμακεία	8 (7,02%)
Συχνότητα επίσκεψης κάποιου/ων φαρμακείου/ων	1 φορά την εβδομάδα	12 (10,5%)
	2-3 φορές την εβδομάδα	6 (5,3%)
	Περισσότερο από 3 φορές την εβδομάδα	1 (0,9%)
	1 φορά τον μήνα	63 (55,3%)
	2-3 φορές τον μήνα	31 (27,2%)
	Περισσότερο από 3 φορές τον μήνα	1 (0,9%)
Ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας	Ναι	110 (96,5%)
	Όχι	4 (3,5%)
Ύπαρξη κάποιας χρόνιας νόσου(Υψηλή Χοληστερίνη, Υπέρταση, Διαβήτη, κ.α.)	Ναι	50 (43,9%)
	Όχι	64 (56,1%)

Η αντιπροσώπευση του ελληνικού στοιχείου ήταν σημαντική (98%) ενώ φάνηκε να προτιμούν να προμηθεύονται την φαρμακευτική τους αγωγή από το ίδιο φαρμακείο κάθε φορά (73%) και σε αυτό συνηγορεί και το γεγονός πως ο μέσος όρος φαρμακείων που επισκέφθηκαν τους τελευταίους δύο μήνες ήταν μόλις 1,4 φαρμακεία (Γράφημα 6.3). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διέθεταν ασφάλεια υγείας και μόλις το 44% έπασχε από κάποια χρόνια νόσο.

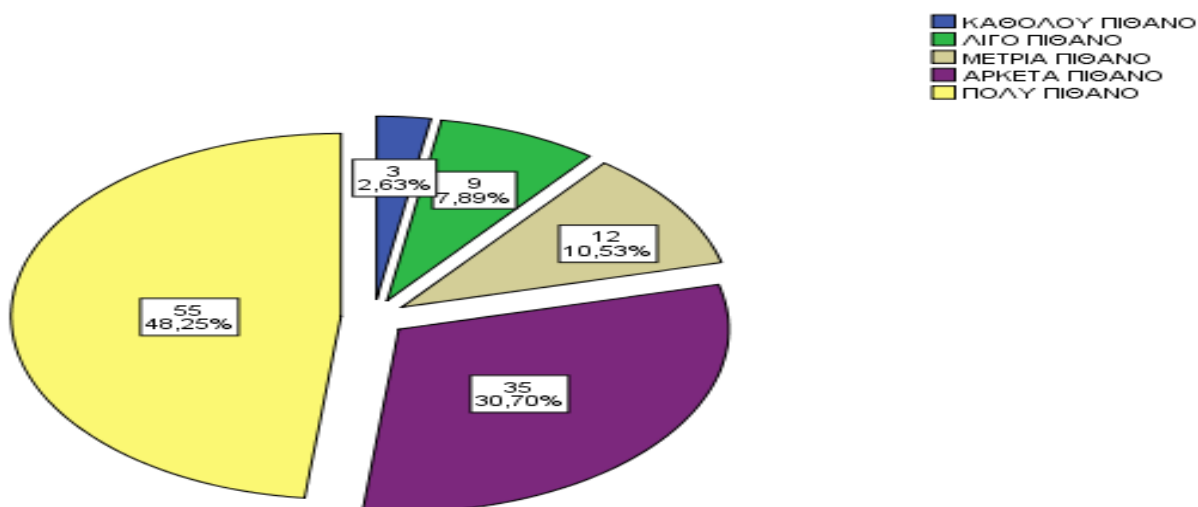


Γράφημα 6.3: Αναλογία επισκέψεων σε φυσικά φαρμακεία τους δύο τελευταίους μήνες

Στον Πίνακα 6.2 παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία για τις μελλοντικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας τις οποίες οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν. Οι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τις περισσότερες από τις υπηρεσίες που αναφέρονταν στο ερωτηματολόγιο. Ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες όπου ο φαρμακοποιός τους εξηγεί διάφορες πτυχές της αγωγής τους όπως η συμμόρφωση σε αυτήν ή ακόμη οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες (Γράφημα 6.4). Η τελευταία ήταν η υπηρεσία που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό στην απάντηση «Πολύ πιθανό». Ακόμη ήταν υπηρεσία με την μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης σε σχέση με τις υπόλοιπες και απ' τα δύο φύλα, καθώς και απ τις νεαρότερες (25-30 και 31-40) αλλά και γηραιότερες (51+) ηλικιακές ομάδες. Επιλέχθηκε ως την πιο πιθανή υπηρεσία προς χρήση από τους κατόχους απολυτηρίου λυκείου αλλά και από τους αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και από τους χρονίως πάσχοντες και μη πάσχοντες.

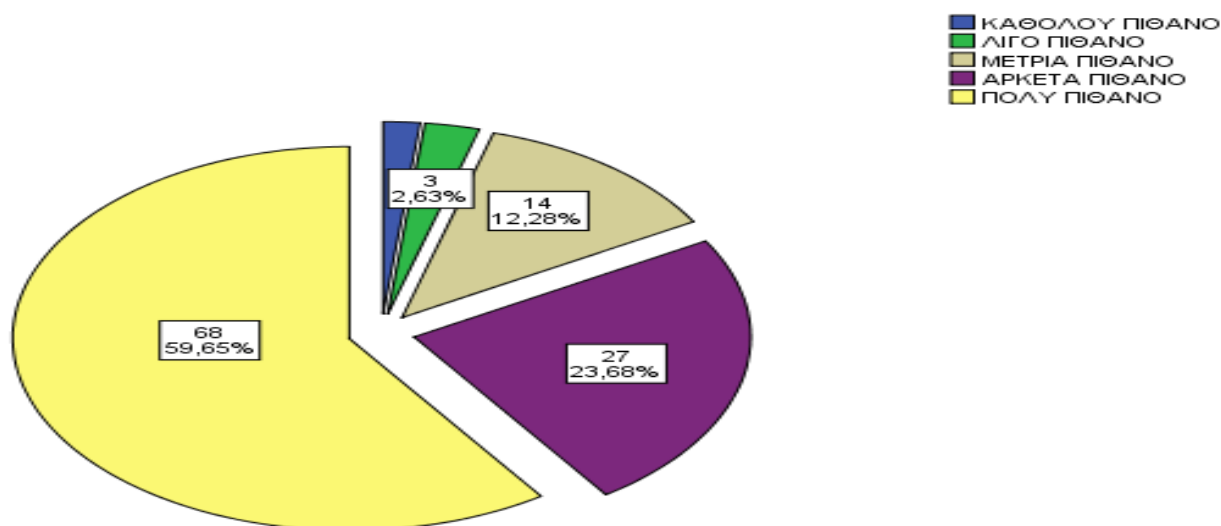
Πίνακας 6.2: Πιθανότητα χρήσης μελλοντικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας

	Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Αξιολόγηση των δεικτών υγείας όπως η Αρτηριακή Πίεση, τα επίπεδα Γλυκόζης στο αίμα (πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων της πάθησης δηλαδή προληπτικά)	3 (2,6)	9 (7,9)	12 (10,5)	46 (40,4)	44 (38,6)
Παρακολούθηση και καταγραφή της Αρτηριακής Πίεσης, των επιπέδων Γλυκόζης μετά την έναρξη της θεραπείας που έχει προτείνει ο θεράπων Ιατρός	3 (2,6)	11 (9,6)	8 (7)	46 (40,4)	46 (38,6)
Παροχή συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας	3 (2,6)	11 (9,6)	16 (14)	36 (31,6)	48 (42,1)
Παροχή συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	3 (2,6)	9 (7,9)	12 (10,5)	35 (30,7)	55 (48,2)
Παροχή ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη ασθενειών, όπως η διακοπή του καπνίσματος και ο έλεγχος του σωματικού βάρους	10 (8,8)	18 (15,8)	20 (17,5)	30 (26,3)	36 (31,6)
Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της υιοθέτησης σωστής διατροφής και της επαρκούς σωματικής άσκησης	8 (7)	22 (19,3)	24 (21,1)	34 (29,8)	36 (22,8)
Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση όσον αφορά στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	3 (2,6)	5 (4,4)	11 (9,6)	41 (36)	54 (47,4)
Παροχή εντύπων πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή	1 (0,9)	6 (5,3)	16 (14)	41 (36)	50 (43,9)
Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή	2 (1,8)	3 (2,6)	14 (12,3)	27 (23,7)	68 (59,6)
Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής	4 (3,5)	7 (6,1)	10 (8,8)	44 (38,6)	49 (43)



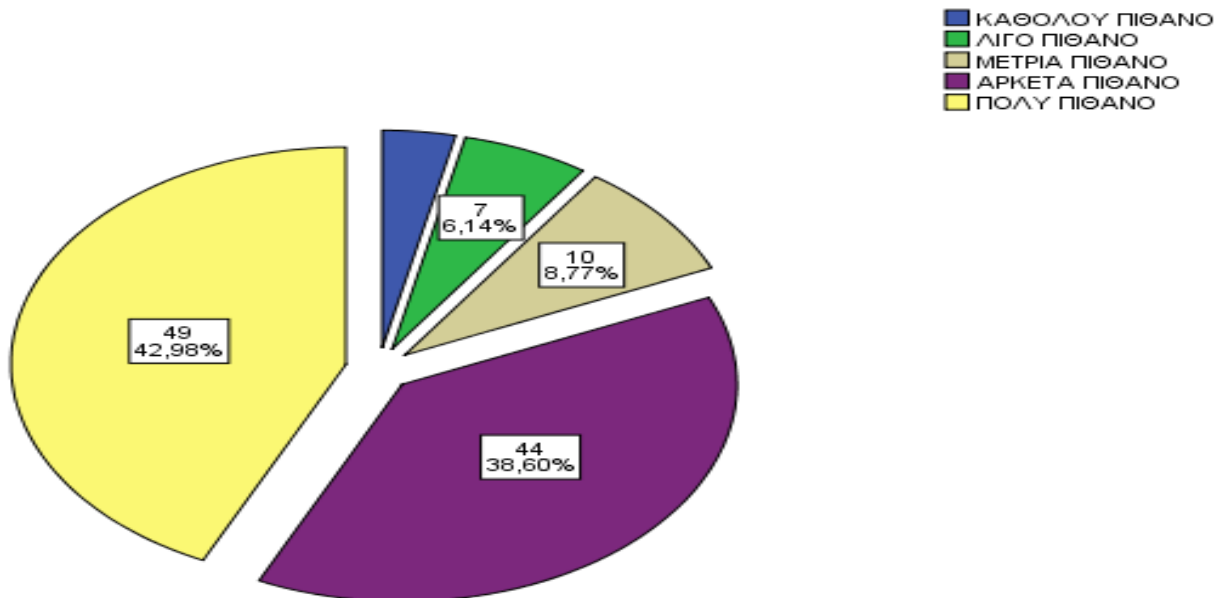
Γράφημα 6.4: Πιθανότητα χρήσης της υπηρεσίας ενημέρωσης για πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής

Παράλληλα η παροχή συμβουλών και εκπαίδευσης για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών ήταν μία από τις υπηρεσίες με τα υψηλότερα ποσοστά στην παρούσα έρευνα στην απάντηση «Πολύ πιθανό» (Γράφημα 6.5). Η υπηρεσία αυτή ήταν η δεύτερη κατά σειρά στην πιθανότητα χρήσης «πολύ πιθανό», σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες, από το γυναικείο φύλο, τους μη πάσχοντες από χρόνια νόσο και τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ακόμη, ήταν επικρατούσα επιλογή για την ηλικιακή ομάδα 25-30.



Γράφημα 6.5: Πιθανότητα χρήσης της υπηρεσίας παροχής συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών.

Η έντυπη παροχή πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή όπως ο τρόπος και η συχνότητα λήψης ή ακόμη οι απαραίτητες ειδικές συνθήκες κατά τη χορήγηση που πιθανολογείται να χρησιμοποιηθεί σημαντικά από την ηλικιακή ομάδα 31-40 και τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ακόμη, η ανασκόπηση από τον φαρμακοποιό του συνόλου της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς (Γράφημα 6.6) βρίσκεται πολύ ψηλά στις πιθανότητες χρήσης από τους άνδρες συμμετέχοντες.



Γράφημα 6.6: Πιθανότητα χρήσης της υπηρεσίας ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής από τον φαρμακοποιό

Οι ερωτηθέντες ήταν λιγότερο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες όπου ένας φαρμακοποιός παρέχει ενημέρωση και μέσα για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία. Οι άνδρες ήταν λιγότερο πρόθυμοι να την χρησιμοποιήσουν σε σχέση με τις γυναίκες συμμετέχουσες ενώ οι νεαρότερες ηλικιακές ομάδες ήταν πιο πρόθυμες να την χρησιμοποιήσουν σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες.

Παράλληλα, η συμβουλευτική για θέματα διατήρησης της καλής υγείας ήταν η υπηρεσία που συγκέντρωσε το μικρότερο ποσοστό στην απάντηση «Πολύ πιθανό» από τους συμμετέχοντες. Ακόμη, οι δύο παραπάνω υπηρεσίες συγκέντρωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά στην απάντηση «Καθόλου πιθανό». Η συγκεκριμένη υπηρεσία συγκέντρωσε το μικρότερο ποσοστό πιθανότητας χρήσης και για τα δύο φύλα καθώς και στους αποφοίτους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 6.3: Επίδραση(%) του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και της καταγωγής στην πιθανότητα χρήσης των μελλοντικών υπηρεσιών υγείας

		Φύλο		Ηλικία					Μορφωτικό Επίπεδο						Καταγωγή	
		1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2
Αξιολόγηση των δεικτών υγείας προληπτικά	1	0,9	1,8	0	0	0,9	0,9	0,9	0	0	1,8	0,9	0	0	2,6	0
	2	6,1	1,8	0,9	0	4,4	0,9	1,8	0,9	0	1,8	2,6	1,8	0,9	7,9	0
	3	6,1	4,4	0	1,8	3,5	1,8	3,5	0	2,6	0,9	3,5	2,6	0,9	10,5	0
	4	18,4	21,9	1,8	7	12,3	2,6	16,7	6,1	0,9	10,5	13,2	9,6	0	40,4	0
	5	16,7	21,9	0,9	5,3	10,5	2,6	19,3	4	1,8	7	15,8	7,9	2,6	36,8	1,8
Παρακολούθηση και καταγραφή δεικτών υγείας μετά την έναρξη της θεραπείας	1	0,9	1,8	0	0	0,9	0,9	0,9	0	0	1,8	0,9	0	0	2,6	0
	2	7,9	1,8	0,9	0	4,4	0,9	3,5	0,9	0	1,8	4,4	1,8	0,9	9,6	0
	3	3,5	3,5	0	0	2,6	0,9	3,5	0,9	0,9	1,8	0,9	2,6	0	7	0
	4	18,4	21,9	2,6	7,9	14,9	3,5	11,4	4,4	1,8	7,9	14	11,4	0,9	40,4	0
	5	17,5	22,8	0	6,1	8,8	2,6	22,8	4,4	2,6	8,8	15,8	6,1	2,6	38,6	1,8
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης	1	0,9	1,8	0	0	1,8	0	0,9	0,9	0	0	1,8	0	0	2,6	0
	2	6,1	3,5	0	0,9	1,8	2,6	4,4	0	0,9	2,6	4,4	0,9	0,9	9,6	0
	3	10,5	3,5	2,6	0	7	0,9	3,5	0	0,9	2,6	5,3	4,4	0,9	14	0
	4	14,9	16,7	0,9	3,5	13,2	1,8	12,3	6,1	1,8	7	9,6	7	0	31,6	0
	5	15,8	26,3	0	9,6	7,9	3,5	21,1	3,5	1,8	9,6	14,9	9,6	2,6	40,4	1,8
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	1	1,8	0,9	0	0	0,9	0	1,8	0	0	0	2,6	0	0	2,6	0
	2	6,1	1,8	0,9	0	2,6	0,9	3,5	0	0	0,9	3,5	1,8	1,8	7,9	0
	3	7,9	2,6	0	0,9	3,5	1,8	4,4	0,9	1,8	2,6	1,8	3,5	0	10,5	0
	4	14	16,7	2,6	2,6	11,4	2,6	11,4	5,3	2,6	7,9	8,8	5,3	0,9	28,9	1,8
	5	18,4	29,8	0	10,5	13,2	3,5	21,1	4,4	0,9	10,5	19,3	11,4	1,8	48,2	0
Παροχή ενημέρωσης για την πρόληψη ασθενειών όπως η διακοπή καπνίσματος	1	4,4	4,4	0	0,9	1,8	0,9	5,3	0,9	0,9	2,6	3,5	0,9	0	8,8	0
	2	9,6	6,1	0	0	5,3	1,8	8,8	4,4	0	3,5	3,5	3,5	0,9	14,9	0,9
	3	11,4	6,1	1,8	0	6,1	0,9	8,8	3,5	2,6	3,5	5,3	2,6	0	16,7	0,9
	4	12,3	14	1,8	6,1	8,8	1,8	7,9	0,9	0	5,3	14	5,3	0,9	26,3	0
	5	10,5	21,1	0	7	9,6	3,5	11,4	0,9	1,8	7	9,6	9,6	2,6	31,6	0
Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας	1	4,4	2,6	0,9	0	0,9	0,9	4,4	0,9	0	1,8	4,4	0	0	7	0
	2	9,6	9,6	0,9	0,9	6,1	1,8	9,6	4,4	0,9	5,3	3,5	3,5	1,8	18,4	0,9
	3	14	7	0,9	2,6	7	2,6	7,9	3,5	3,5	2,6	8,8	2,6	0	20,2	0,9
	4	13,2	16,7	0,9	5,3	10,5	2,6	10,5	0,9	0	7,9	11,4	8,8	0,9	29,8	0
	5	7	15,8	0	5,3	7	0,9	9,6	0,9	0,9	4,4	7,9	7	1,8	22,8	0
Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή	1	0,9	1,8	0	0	1,8	0	0,9	0	0	0	1,8	0,9	0	2,6	0
	2	3,5	0,9	0	0	0,9	0,9	2,6	0,9	0	0,9	1,8	0,9	0	4,4	0
	3	7	2,6	0	0,9	3,5	0	5,3	0,9	0,9	1,8	3,5	2,6	0	9,6	0
	4	17,5	18,4	3,5	4,4	10,5	2,6	14,9	2,6	1,8	8,8	16,7	5,3	0,9	36	0
	5	19,3	28,1	0	8,8	14,9	5,3	18,4	6,1	2,6	10,5	12,3	12,3	3,5	45,6	1,8
Παροχή έντυπων πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή	1	0	0,9	0	0	0,9	0	0	0	0	0	0,9	0	0	0,9	0
	2	4,4	0,9	0	0,9	0,9	1,8	1,8	0,9	2,6	0,9	0	0	0,9	5,3	0
	3	10,5	3,5	0	0,9	4,4	0,9	7,9	1,8	0	2,6	5,3	4,4	0	14	0
	4	15,8	20,2	0,9	5,3	10,5	4,4	14,9	4,4	1,8	9,6	15,8	3,5	0,9	35,1	0,9
	5	17,5	26,3	2,6	7	14,9	1,8	17,5	4,4	1,8	9,6	14	14	2,6	43	0,9

		Φύλο		Ηλικία					Μορφωτικό επίπεδο						Καταγωγή	
		1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2
Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή	1	0,9	0,9	0	0,9	0,9	0	0	0	0,9	0	0,9	0	0	1,8	0
	2	2,6	0	0	0	1,8	0	0,9	0	0	0	0,9	0,9	0,9	2,6	0
	3	7,9	4,4	0,9	0	3,5	2,6	5,3	1,8	1,8	2,6	3,5	2,6	0	12,3	0
	4	10,5	13,2	0,9	2,6	7	1,8	11,4	1,8	0,9	6,1	10,5	3,5	0,9	23,7	0
	5	26,3	33,3	1,8	10,5	18,4	4,4	24,6	7	1,8	13,2	20,2	14,9	2,6	57,9	1,8
Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής	1	2,6	0,9	0	0	0,9	0,9	1,8	0	0,9	0	2,6	0	0	3,5	0
	2	4,4	1,8	0,9	0	0,9	0,9	2,6	1,8	0	1,8	1,8	0,9	0	6,5	0
	3	4,4	4,4	0,9	0	0,9	0,9	3,5	1,8	0	1,8	2,6	1,8	0,9	7,9	0,9
	4	17,5	21,1	1,8	6,1	2,6	2,6	16,7	4,4	2,6	8,8	14	7,9	0,9	37,7	0,9
	5	19,3	23,7	0	7,9	3,5	3,5	17,5	2,6	1,8	9,6	14,9	11,4	2,6	43	0

Απαντήσεις: 1=Καθόλου Πιθανό, 2=Λίγο Πιθανό 3=Μέτρια Πιθανό, 4=Αρκετά Πιθανό, 5=Πολύ Πιθανό. Φύλο: 1=Άνδρας, 2=Γυναίκα. Ηλικία: 1=18-24, 2=25-30, 3=31-40, 4=41-50, 5=51+. Μορφωτικό Επίπεδο: 1=Απόφοιτος Δημοτικού, 2=Απόφοιτος Γυμνασίου, 3=Απόφοιτος Λυκείου, 4=Απόφοιτος Α.Ε.Ι ή Τ.Ε.Ι, 5=Κάτοχος Μεταπτυχιακού, 6=Κάτοχος Διδακτορικού. Χώρα καταγωγής: 1=Ελλάδα, 2=Βουλγαρία

Οι συμμετέχουσες εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά στις μεγαλύτερης πιθανότητας κλίμακες σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους άνδρες συμμετέχοντες. Ωστόσο, από το σύνολο ξεχωρίζουν αυτές που προτίμησαν περισσότερο και συγκέντρωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Κάποιες έχουν αναφερθεί παραπάνω όπως η ενημέρωση για πιθανές ανεπιθύμητες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευσης για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών. Παράλληλα, θα πρέπει να αναφερθούν και δύο ακόμη, η παροχή συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας και η παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση την φαρμακευτική αγωγή που ξεχώρισαν μεταξύ των υπολοίπων.

Οι άνδρες αντίστοιχα εκτός από όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω ξεχώρισαν και αυτοί με τη σειρά τους την υπηρεσία ενημέρωσης για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, καθιστώντας μία από τις κορυφαίες επιλογές και για τα δύο φύλα.

Στις ηλικιακές ομάδες παρατηρούνται ομοιότητες και διαφορές. Έχει αναφερθεί η σημαντική πιθανότητα χρήσης της υπηρεσίας ενημέρωσης για τις ανεπιθύμητες ενέργειες από όλες τις ηλικιακές ομάδες ωστόσο οι νεαρότερες ηλικίες προτίμησαν υπηρεσίες όπως η παροχή συμβουλών για την αυτό-παρακολούθηση της υγείας τους και του τρόπου χρήσης ιατρικών συσκευών. Αντίθετα, οι μεγαλύτερη σε ηλικία ασθενείς ξεχώρισαν την υπηρεσία παρακολούθησης των δεικτών υγείας μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

Πίνακας 6.4: Επίδραση(%) της επαγγελματικής αποκατάστασης, του τομέα απασχόλησης, της οικογενειακής κατάστασης και της λήψης αγωγής από το ίδιο φαρμακείο στην πιθανότητα χρήσης των μελλοντικών υπηρεσιών υγείας

		Επαγγελματική αποκατάσταση				Τομέας απασχόλησης			Οικογενειακή κατάσταση				Από το ίδιο φαρμακείο	
		1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2
Αξιολόγηση των δεικτών υγείας προληπτικά	1	1,8	0	0	0	1,3	1,3	0	0,9	1,8	0	0	1,8	0,9
	2	5,3	0	1,8	0,9	2,6	3,8	1,3	5,3	2,6	0	0	3,5	4,4
	3	9,6	0	0,9	0	2,6	6,4	3,8	3,5	7	0	0	8,8	1,8
	4	27,2	3,5	8,8	0,9	5,1	17,9	16,7	15,8	21,9	0	0	28,9	11,4
	5	24,6	2,6	10,5	0,9	7,7	20,5	9	13,3	21,1	2,6	1,8	29,8	8,8
Παρακολούθηση και καταγραφή δεικτών υγείας μετά την έναρξη της θεραπείας	1	2,6	0	0	0	1,3	2,6	0	1,8	0,9	0	0	0,9	1,8
	2	5,3	0,9	2,6	0,9	2,6	3,8	1,3	5,3	3,5	0	0,9	4,4	5,3
	3	6,1	0	0,9	0	1,3	3,8	2,6	1,8	4,4	0	0,9	5,3	1,8
	4	29,8	2,6	6,1	1,8	5,1	20,5	17,9	16,7	22,8	0	0,9	28,1	12,3
	5	24,6	13,2	0	0	9	19,2	9	13,2	22,8	2,6	1,8	34,2	6,1
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης	1	1,8	0	0,9	0	1,3	1,3	0	1,8	0,9	0	0	0,9	1,8
	2	7	0,9	1,8	0	3,8	5,1	1,3	2,6	6,1	0	0,9	4,4	5,3
	3	8,8	0,9	1,8	0	2,6	6,4	3,8	7,9	6,1	0	0	7,9	6,1
	4	25,4	0	5,3	0,9	5,1	15,4	15,4	12,3	17,5	0	1,8	22,8	8,8
	5	25,4	4,4	12,3	0	6,4	21,8	10,3	14	23,7	2,6	1,8	36,8	5,3
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	1	1,8	0	0,9	0	0	1,3	1,3	0,9	0,9	0	0,9	2,6	0
	2	6,1	0	0,9	0,9	5,1	2,6	1,3	3,5	4,4	0	0	3,5	4,4
	3	7	0,9	2,6	0	1,3	6,4	2,6	3,5	7	0	0	7	3,5
	4	21,1	0,9	7	1,8	5,1	12,8	14,1	11,4	17,5	0	1,8	20,2	10,5
	5	32,5	4,4	11,4	0	7,7	26,9	11,5	19,3	24,6	2,6	1,8	39,5	8,8
Παροχή ενημέρωσης για την πρόληψη ασθενειών όπως η διακοπή καπνίσματος	1	5,3	0,9	2,6	0	0	5,1	2,6	3,5	4,4	0	0,9	6,1	2,6
	2	10,5	0	5,3	0	1,3	11,5	3,8	5,3	8,8	0	1,8	10,5	5,3
	3	9,6	0,9	6,1	0,9	3,8	5,1	3,8	4,4	11,4	0	1,8	9,6	7,9
	4	19,3	0	5,3	1,8	9	7,7	11,5	13,2	13,2	0	0	21,9	4,4
	5	23,7	4,4	3,5	0	5,1	20,5	9	12,3	16,7	2,6	0	24,6	7
Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας	1	3,5	0,9	1,8	0,9	0	3,8	1,9	3,5	2,6	0	0,9	5,3	1,8
	2	11,4	0	7	0,9	3,8	10,3	3,8	8,8	8,8	0	1,8	12,3	7
	3	14,9	0,9	5,3	0	6,4	11,5	3,8	7	10,5	1,8	1,8	14	7
	4	21,9	0,9	6,1	0,9	5,1	11,5	14,1	9,6	20,2	0	0	22,8	7
	5	16,7	3,5	2,6	0	3,8	12,8	7,7	9,6	12,3	0,9	0	18,4	4,4
Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή	1	2,6	0	0	0	0	3,8	0	2,6	0	0	0	1,8	0,9
	2	3,5	0	0,9	0	2,6	1,3	1,3	1,8	0,9	0	1,8	2,6	1,8
	3	5,3	0,9	3,5	0	3,8	1,3	2,6	2,6	7	0	0	5,3	4,4
	4	24,6	1,8	7	2,6	6,4	16,7	11,5	14	21,1	0	0,9	27,2	8,8
	5	32,5	3,5	11,4	0	6,4	26,9	15,4	17,5	25,4	2,6	1,8	36	11,4
Παροχή έντυπων πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή	1	0,9	0	0	0	0	1,3	0	0,9	0	0	0	0,9	0
	2	4,4	0	0,9	0	0	2,6	3,8	1,8	1,8	0,9	0,9	3,5	1,8
	3	8,8	0,9	4,4	0	2,6	5,1	3,8	4,4	8,8	0	0,9	9,6	4,4
	4	24,6	0,9	9,6	0,9	10,3	15,4	10,3	14,9	19,3	0	1,8	28,1	7,9
	5	29,8	4,4	7,9	1,8	6,4	25,6	12,8	16,7	24,6	1,8	0,9	30,7	13,2

		Επαγγελματική αποκατάσταση				Τομέας απασχόλησης			Οικογενειακή κατάσταση				Από το ίδιο φαρμακείο	
		1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2
Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή	1	1,8	0	0	0	0	2,6	0	1,8	0	0	0	1,8	0
	2	1,8	0,9	0	0	0	1,3	1,3	0,9	1,8	0	0	0	2,6
	3	7,9	0	3,5	0,9	2,6	3,8	5,1	3,5	7	0,9	0,9	9,6	2,6
	4	16,7	0,9	6,1	0	6,4	7,7	10,3	7,9	14,9	0	0,9	16,7	7
	5	40,4	4,4	13,2	1,8	10,3	34,6	14,1	24,6	30,7	1,8	2,6	44,7	14,9
Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής	1	1,8	0,9	0,9	0	0	1,3	1,3	0,9	1,8	0,9	0	2,6	0,9
	2	3,5	0	1,8	0,9	1,3	2,6	1,3	3,5	1,8	0	0,9	1,8	4,4
	3	5,3	0	2,6	0,9	1,3	2,6	3,8	3,5	3,5	0	1,8	5,3	3,5
	4	25,4	2,6	9,6	0,9	5,1	19,2	14,1	15,8	21,1	0	1,8	27,2	11,4
	5	32,5	2,6	7,9	0	11,5	24,4	10,3	14,9	26,3	1,8	0	36	7

Απαντήσεις: 1=Καθόλου Πιθανό, 2=Λίγο Πιθανό 3=Μέτρια Πιθανό, 4=Αρκετά Πιθανό, 5=Πολύ Πιθανό. Επαγγελματική αποκατάσταση: 1=Εργαζόμενος, 2= Άνεργος, 3=Συνταξιούχος, 4= Φοιτητής/τρια. Τομέας απασχόλησης: 1= Δημόσιο, 2=Ιδιωτικό, 3= Ελεύθερος επαγγελματίας, Οικογενειακή κατάσταση: 1=Άγαμος, 2=Έγγαμος, 3=Διαζευγμένος, 4=Χήρος/α. Λήψη αγωγής από το ίδιο φαρμακείο: 1=Ναι, 2=Όχι,

Η οικογενειακή κατάσταση επηρέασε και αυτή την επιλογή υπηρεσιών από τις δύο στατιστικά μεγαλύτερες ομάδες, τους άγαμους και τους έγγαμους συμμετέχοντες. Παρατηρήθηκε συμφωνία στην διάθεση χρήσης της υπηρεσίας ενημέρωσης για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ωστόσο οι άγαμοι συμμετέχοντες ξεχώρισαν και την υπηρεσία παροχής συμβουλών για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Οι έγγαμοι προτίμησαν την υπηρεσία ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής από τον φαρμακοποιό.

Το 83% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι προτιμά να λαμβάνει την αγωγή του από το ίδιο φαρμακείο. Οι ίδιοι έκριναν ως πολύ πιθανή την χρήση τόσο της υπηρεσίας ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής όσο και αυτή της παρακολούθησης των δεικτών υγείας μετά την έναρξη της αγωγής. Επίσης, ξεχώρισαν την υπηρεσία συμβουλευτικής για την αυτό-παρακολούθηση της υγείας.

Η χρονιότητα ή όχι μιας νόσου δείχνει να επηρεάζει την πιθανότητα χρήσης μίας μελλοντικής υπηρεσίας υγείας. Η υπηρεσία με τις μεγαλύτερες πιθανότητες χρήσης σε όλη την κατηγορία(χρόνιοι και μη χρόνιοι πάσχοντες) ήταν η υπηρεσία συμβουλευτικής για τις παρενέργειες της αγωγής, ωστόσο οι χρονίως πάσχοντες ξεχώρισαν δύο ακόμη υπηρεσίες. Αυτές είναι η παρακολούθηση των δεικτών υγείας μετά την έναρξη της αγωγής και η παροχή συμβουλών για την αυτό-παρακολούθηση της υγείας τους. Αντίθετα, οι μη χρόνια πάσχοντες έκριναν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν την υπηρεσία εκπαίδευσης για τη χρήση ιατρικών συσκευών.

Πίνακας 6.5: Επίδραση(%) του αριθμού των διαφορετικών φαρμακείων που επισκέφθηκαν τους τελευταίους 2 μήνες, της συχνότητας επίσκεψης, της ύπαρξης ασφάλειας υγείας και της ύπαρξης χρόνιας νόσου στην πιθανότητα χρήσης των μελλοντικών υπηρεσιών υγείας

		Πόσα διαφορετικά φαρμακεία			Συχνότητα επίσκεψης σε φαρμακείο/α						Ασφάλεια υγείας		Χρόνια νόσος	
		1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
Αξιολόγηση των δεικτών υγείας προληπτικά	1	1,8	0,9	0	0	0	0	1,8	0,9	0	2,6	0	2,6	0
	2	3,5	2,6	1,8	1,8	0	0	5,3	0,9	0	7,9	0	1,8	6,1
	3	5,3	5,3	0	0	0,9	0	6,1	2,6	0,9	10,5	0	3,5	7
	4	29,8	10,5	0	2,6	0,9	0,9	26,3	9,6	0	37,7	2,6	18,4	21,9
	5	20,2	13,2	10,3	6,1	3,5	0	15,8	13,2	0	37,7	0,9	17,5	21,1
Παρακολούθηση και καταγραφή δεικτών υγείας μετά την έναρξη της θεραπείας	1	0,9	0,9	0,9	0	0	0	0	0,9	1,8	2,6	0	1,8	0,9
	2	4,4	3,5	1,8	1,8	0	0	7	0,9	0	9,6	0	2,6	7
	3	5,3	1,8	0	1,8	0	0	2,6	2,6	0	7	0	2,6	4,4
	4	25,4	14	0,9	1,8	1,8	0,9	24,6	10,5	0,9	37,7	2,6	14,9	25,4
	5	24,6	12,3	3,5	5,3	3,5	0	20,1	11,4	0	39,5	0,6	21,9	18,4
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης	1	0,9	1,8	0	0,9	0	0	0,9	0,9	0	2,6	0	1,8	0,9
	2	4,4	4,4	0,9	0,9	0,9	0	4,4	2,6	0,9	9,6	0	5,3	4,4
	3	7	5,3	1,8	0,9	0	0	10,5	2,6	0	14	0	3,5	10,5
	4	21,9	7,9	1,8	3,5	0,9	0,9	16,7	9,6	0	28,9	2,6	12,3	19,3
	5	26,3	13,2	2,3	4,4	3,5	0	22,8	11,4	0	41,2	0,9	21,1	21,1
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	1	2,6	0	0	0	0	0	2,6	0	0	2,6	0	1,8	0,9
	2	5,3	1,8	0,9	0	0	0	4,4	2,6	0,9	7,9	0	3,5	4,4
	3	5,3	5,3	0	1,8	0,9	0	7	0,9	0	10,5	0	5,3	5,3
	4	16,7	11,4	2,6	2,6	1,8	0,9	14	11,4	0	29,8	0,9	13,2	17,5
	5	30,7	14	3,5	6,1	2,6	0	27,2	12,3	0	45,6	2,6	20,2	28,1
Παροχή ενημέρωσης για την πρόληψη ασθενειών όπως η διακοπή καπνίσματος	1	6,1	2,6	0	0	0,9	0	5,3	2,6	0	8,8	0	5,3	3,5
	2	7,9	5,3	2,6	1,8	0,9	0	8,8	4,4	0	14,9	0,9	8,8	7
	3	8,8	7,9	0,9	2,6	0	0	7,9	7	0	16,7	0,9	7	10,5
	4	18,7	7	0,9	2,6	0,9	0,9	14,9	6,1	0,9	26,3	0	11,4	19,3
	5	19,3	9,6	2,6	3,5	2,6	0	18,4	7	0	29,8	1,8	11,4	20,2
Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας	1	4,4	1,8	0,9	0	0	0	5,3	1,8	0	7	0	3,5	3,5
	2	12,3	5,3	1,8	2,6	0,9	0	10,5	5,3	0	18,4	0,9	8,8	10,5
	3	10,5	9,6	0,9	2,6	0,9	0	12,3	5,3	0	19,3	1,8	11,4	9,6
	4	19,3	9,6	0,9	2,6	0,9	0,9	16,7	7,9	0,9	29,8	0	11,4	18,4
	5	14	6,1	2,6	2,6	2,6	0	10,5	7	0	21,9	0,9	8,8	14
Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή	1	2,6	0	0	0	0	0	2,6	0	0	2,6	0	0,9	1,8
	2	2,6	1,8	0	0	0	0	1,8	2,6	0	4,4	0	2,6	1,8
	3	4,4	5,3	0	0,9	0,9	5,3	2,6	0	0	9,6	0	3,5	6,1
	4	22,8	11,4	1,8	0,9	2,6	0,9	19,3	11,4	0,9	36	0	16,7	1,3
	5	28,1	15,8	3,5	8,8	1,8	0	26,3	10,5	0	43,9	3,5	20,2	27,2
Παροχή έντυπων πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή	1	0,9	0	0	0	0	0	0,9	0	0	0,9	0	0	0,9
	2	2,6	0,9	1,8	0,9	0,9	0	1,8	1,8	0	5,3	0	2,6	2,6
	3	8,8	5,3	0	0,9	0	0	10,5	2,6	0	14	0	7	7
	4	26,3	9,6	0	1,8	2,6	0,9	21,1	8,8	0,9	33,3	2,6	15,8	20,2
	5	21,9	16,7	5,3	7	1,8	0	21,1	14	0	43	0,9	18,4	25,4

		Πόσα διαφορετικά φαρμακεία			Συχνότητα επίσκεψης σε φαρμακείο/α						Ασφάλεια υγείας		Χρόνια νόσος	
		1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή	1	0,9	0,9	0	0	0,9	0	0,9	0	0	1,8	0	0,9	0,9
	2	0,9	0,9	0,9	0,9	0	0	1,8	0	0	2,6	0	0	2,6
	3	8,8	2,6	0,9	1,8	0	0	7	3,5	0	12,3	0	4,7	7,9
	4	15,8	7,9	0	1,8	0	0,9	16,7	3,5	0,9	23,7	0	12,3	11,4
	5	34,2	20,2	5,3	6,1	4,4	0	28,9	20,2	0	56,1	3,5	26,3	33,3
Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής	1	1,8	1,8	0	0	0	2,6	0,9	0	3,5	0	0,9	2,6	
	2	3,5	1,8	0,9	0,9	0	0	3,5	1,8	0	6,1	0	1,8	4,4
	3	4,4	3,5	0,9	1,8	0,9	0	4,4	1,8	0	7,9	0,9	2,6	6,1
	4	26,3	10,5	1,8	4,4	1,8	0,9	21,1	9,6	0,9	36	2,6	19,3	19,3
	5	24,6	14,9	3,5	3,5	2,6	0	23,7	13,2	0	43	0	19,3	23,7

Απαντήσεις: 1=Καθόλου Πιθανό, 2=Λίγο Πιθανό 3=Μέτρια Πιθανό, 4=Αρκετά Πιθανό, 5=Πολύ Πιθανό. Πόσα διαφορετικά φαρμακεία επισκέφθηκαν σε 2 μήνες: 1=1 φαρμακείο, 2=2-3 φαρμακεία, 3=4-5 φαρμακεία. Συχνότητα επίσκεψης σε φαρμακεία: 1=1 φορά την εβδομάδα, 2=2-3 φορές την εβδομάδα, 3=περισσότερες από 3 φορές την εβδομάδα, 4=1 φορά το μήνα, 5=2-3 φορές τον μήνα, 6=περισσότερες από 3 φορές τον μήνα, Ύπαρξη ασφάλειας υγείας: 1= Ναι, 2=Όχι. Ύπαρξη χρόνιας νόσου: 1=Ναι, 2=Όχι

Το 60,53% των συμμετεχόντων επισκέφθηκε μόλις ένα φαρμακείο τους τελευταίους δύο μήνες, επισημαίνοντας πιθανώς μεταξύ άλλων την πιστότητα των ασθενών στα κοινοτικά φαρμακεία από τα οποία εξυπηρετούνται. Οι υπηρεσίες που ξεχώρισε αυτή η ομάδα, πέρα από την ενημέρωση για τις πιθανές παρενέργειες που ήταν η κορυφαία υπηρεσία στην μελέτη, ήταν η ενημέρωση για την βελτίωση της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή και η παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών. Οι τρεις παραπάνω υπηρεσίες συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά στην κλίμακα «Πολύ πιθανό».

Στον Πίνακα 6.6 παρουσιάζονται οι τιμές p-value που υπολογίστηκαν μετά την διμεταβλητή συσχέτιση ανάμεσα στις ανεξάρτητες και τις εξαρτημένες μεταβλητές. Προέκυψαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του $p < 0,2$ μεταξύ των κλιμάκων πιθανότητας χρήσης των διαφόρων υπηρεσιών υγείας και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.7.

Πίνακας 6.6: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες και εξαρτημένες μεταβλητές (p-value)

	Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό επίπεδο	Καταγωγή	Επαγγελματική απασχόληση	Τομέας απασχόλησης	Οικογενειακή κατάσταση	Αγωγή από το ίδιο φαρμακείο	Επίσκεψη σε διαφορετικά φαρμακεία	Συχνότητα επίσκεψης	Υπαρξη ασφάλειας υγείας	Υπαρξη χρόνιας νόσου
Αξιολόγηση των δεικτών υγείας προληπτικά	0,345	0,775	0,297	0,519	0,810	0,729	0,648	0,302	0,076	0,331	0,680	0,185
Παρακολούθηση και καταγραφή δεικτών υγείας μετά την έναρξη της θεραπείας	0,216	0,325	0,910	0,556	0,561	0,706	0,603	0,039	0,375	0,782	0,685	0,294
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης	0,087	0,08	0,773	0,592	0,259	0,606	0,7	0,007	0,746	0,577	0,426	0,337
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	0,054	0,580	0,212	0,331	0,732	0,218	0,523	0,086	0,694	0,306	0,821	0,921
Παροχή ενημέρωσης για την πρόληψη ασθενειών όπως η διακοπή καπνίσματος	0,153	0,264	0,154	0,394	0,175	0,253	0,187	0,222	0,591	0,929	0,689	0,548
Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας	0,118	0,795	0,094	0,555	0,237	0,588	0,323	0,649	0,780	0,969	0,516	0,750
Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή	0,188	0,584	0,955	0,688	0,711	0,211	0,012	0,6	0,069	0,687	0,330	0,902
Παροχή έντυπων πληροφοριών για την φαρμακευτική αγωγή	0,038	0,714	0,003	0,970	0,936	0,645	0,456	0,846	0,044	0,852	0,570	0,880
Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή	0,259	0,770	0,337	0,848	0,720	0,456	0,873	0,055	0,533	0,209	0,591	0,485
Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής	0,554	0,786	0,770	0,279	0,432	0,836	0,04	0,029	0,919	0,997	0,303	0,606

Πίνακας 6.7: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα πιθανότητας χρήσης της κάθε υπηρεσίας υγείας

Εξαρτημένη Μεταβλητή	Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p	Μεταβλητότητα της εξαρτημένης
Παροχή συμβουλών αυτό-παρακολούθησης	Φύλο	0,397	0,13 έως 0,780	0,043	15,6%
	Αγωγή από το ίδιο φαρμακείο	-0,862	-1,302 έως -0,422	0,001	
Παροχή συμβουλών για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών	Φύλο	0,552	0,172 έως 0,931	0,005	9,2%
Παροχή έντυπων πληροφοριών σχετικά με την αγωγή	Φύλο	0,363	0,028 έως 0,698	0,034	7,6%
Ανασκόπηση της φαρμακευτικής αγωγής	Αγωγή από το ίδιο φαρμακείο	-0,612	-1,039 έως -0,186	0,005	7,5%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της συμμετοχής ανδρών σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης της υπηρεσίας παροχής συμβουλών για την αυτό-παρακολούθηση της υγείας
- Η μείωση της πιθανότητας λήψης της αγωγής από το ίδιο φαρμακείο σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας χρήσης της παραπάνω υπηρεσίας
- Η αύξηση της συμμετοχής ανδρών σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας χρήσης της υπηρεσίας παροχής συμβουλών για την χρήση ιατρικών συσκευών
- Η αύξηση της συμμετοχής ανδρών σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας χρήσης και της υπηρεσίας παροχής έντυπων πληροφοριών σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή
- Η μείωση της πιθανότητας λήψης της αγωγής από το ίδιο φαρμακείο σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας χρήσης της υπηρεσίας ανασκόπησης της αγωγής.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι μία από τις ελάχιστες στον ελληνικό χώρο για την διερεύνηση των τύπων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που θα ήταν πιθανό να χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς εάν παρέχονταν μέσω κοινοτικών φαρμακείων. Τα στοιχεία της θα μπορούσαν να διευκολύνουν τα κοινοτικά φαρμακεία στον σχεδιασμό των μελλοντικών υπηρεσιών φροντίδας που θα ικανοποιούσαν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών.

Στα πλαίσια του ερωτηματολογίου δεν έγινε κάποια αναφορά εάν οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για μελλοντικές υπηρεσίες αντίθετα γινόταν σαφές, από το εισαγωγικό σημείωμα, ότι οι υπηρεσίες αυτές καλύπτονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς. Για τον λόγο αυτό δεν είναι γνωστό αν οι απαντήσεις τους θα διαφοροποιούνταν εάν θα έπρεπε να επιβαρυνθούν για τις υπηρεσίες αυτές.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της μελέτης αυτής απάντησε ότι θα ήταν πιθανό να χρησιμοποιήσει όλες τις προτεινόμενες υπηρεσίες υγείας μέσω των κοινοτικών φαρμακείων. Οι δημοφιλέστερες υπηρεσίες, μεταξύ των ερωτηθέντων, ήταν αυτές στις οποίες είτε λάμβαναν περισσότερες πληροφορίες σχετικές με την φαρμακευτική τους αγωγή είτε εκπαιδεύονταν στην αυτοδιαχείριση και παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας τους. Οι λιγότερο δημοφιλείς αφορούσαν την παρέμβαση του φαρμακοποιού σε παράγοντες πέρα από την φαρμακευτική αγωγή και ήταν γενικότερου περιεχομένου διασφάλισης της καλής υγείας.

Οι παραπάνω δημοφιλείς υπηρεσίες δεν παρέχονται στα κοινοτικά φαρμακεία ή αν παρέχονται έχουν ευκαιριακό χαρακτήρα και αυτό οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην περιορισμένη πρόσβαση των φαρμακοποιών στα ιατρικά δεδομένα των ασθενών. Μία μελέτη στην Αυστραλία έδειξε ότι η προθυμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν την υπηρεσία της ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής από τα κοινοτικά φαρμακεία στηρίζονταν εν μέρη στην επιθυμία τους για περισσότερη πληροφόρηση σε σχέση με την αγωγή που ακολουθούσαν. Παράλληλα, σε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο σημειώθηκε ότι, η επιθυμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τις παρεχόμενες από φαρμακοποιούς πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, υποκινούνταν από την αναζήτηση πληροφοριών για τα φαρμακευτικά σκευάσματα που τους χορηγήθηκαν (Hasan, et al., 2015).

Σε μικρότερο βαθμό οι συμμετέχοντες ήταν υποστηρικτικοί στη χρήση των υπηρεσιών συμβουλευτικής και εκπαίδευσης στον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών και στην αυτό-παρακολούθηση της χρόνιας νόσου τους. Τα κοινοτικά φαρμακεία είναι κατάλληλα τοποθετημένα για να παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες, δεδομένου ότι υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένες στην Ελλάδα (Σκρουμπελος & Κυριοπουλος, 2010), ο επιπολασμός του ΣΔ και των καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται

παγκοσμίως και τέλος εξαιτίας της καλής γεωγραφικής διασποράς των φυσικών σημείων σε όλη την επικράτεια.

Οι λιγότερο δημοφιλείς υπηρεσίες ήταν αυτές που αφορούσαν την διακοπή ή τον περιορισμό επιβαρυντικών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δεν είναι επαρκώς εξοικειωμένοι με τον τρόπο με τον οποίο ένας φαρμακοποιός θα μπορούσε να τους βοηθήσει για παράδειγμα, με τη διαχείριση του βάρους τους (O'Neal & Crosby, 2013) όσο και στην αντίληψη ότι συχνά στην συμβουλευτική υπεισέρχεται μία σύγκρουση συμφερόντων εξαιτίας του πιθανού οικονομικού οφέλους από την πώληση των αντίστοιχων προϊόντων υγείας (Um, et al., 2012).

Οι γυναίκες ως ο βασικός φροντιστής των παιδιών και της οικογένειας γενικότερα, τείνουν να είναι συνήθως αυτές που επισκέπτονται πρώτες ένα κοινοτικό φαρμακείο. Η μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών στη έρευνα, ακόμη και σε μικρό σχετικά ποσοστό, θα μπορούσε πιθανόν να επηρεάσει θετικά τη γενικότερη στάση στην χρησιμοποίηση των προτεινόμενων υπηρεσιών. Το φύλο φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών στη συγκεκριμένη μελέτη. Οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά στην κλίμακα «Πολύ πιθανό» σε όλες τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες σε σχέση με τους άνδρες, φαινόμενο που εμφανίζεται και σε παρόμοιες διεθνείς έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο (Hasan, et al., 2015).

Η συμμετοχή των ανδρών φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα χρήσης ορισμένων υπηρεσιών, ακόμη και αν η συμμετοχή τους είναι μικρότερη από αυτήν των γυναικών στην παρούσα μελέτη. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη αυξημένη ικανοποίηση που συνήθως εμφανίζουν οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αντίστοιχες έρευνες, μπορεί να συμβάλει στην επιτυχία τέτοιων δράσεων στα πλαίσια της εκκίνησης τους στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποτελούν σημαντικό κομμάτι των τακτικών επισκεπτών στα κοινοτικά φαρμακεία. Η φροντίδα των γηριατρικών ασθενών είναι μία ιδιαίτερη αποστολή, δεδομένου ότι το κλειδί της έγκειται στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και στην πρόληψη των επιβλαβών συνεπειών τόσο της φαρμακευτικής αγωγής(συνήθως τείνουν στην πολυφαρμακία) όσο και της ίδιας της ασθένειας. Οι ενδείξεις είναι ισχυρές για το ρόλο του φαρμακοποιού στην φροντίδα αυτών των ασθενών με αποτέλεσμα τη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και κατά συνέπεια τον περιορισμό των επειγόντων επισκέψεων στα νοσοκομεία (Lee, et al., 2015).

Η αυτό-διαχείριση ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τις κλινικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες, μαζί με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που είναι σύμφυτες με τη ζωή με μία χρόνια νόσο. Οι παρεμβάσεις αυτό-διαχείρισης όπως η αυτό-παρακολούθηση μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές μειώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (McBain, et al., 2015). Οι παρεμβάσεις των φαρμακοποιών με σκοπό την πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών και την βελτίωση του αυτο-ελέγχου σε νεαρούς διαβητικούς ασθενείς με ΣΔ ΙΙ βοήθησε στην βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και στην μείωση των τιμών της HbA1c (Hughes, et al., 2017). Η επιλογή των υπηρεσιών αυτών από τις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων της έρευνας αυτής, δείχνει ότι θα μπορούσαν να έχουν πραγματικό αντίκτυπο στην βελτίωση του επιπέδου ζωής τους.

Η μη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή θεωρείται ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Η χαμηλή συμμόρφωση σχετίζεται, μεταξύ άλλων, και με το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών είναι γενικά λιγότερο μορφωμένοι από τους κατοίκους των αστικών κέντρων. Παρόλα αυτά, ο επιπολασμός της μη συμμόρφωσης φτάνει μέχρι το 63,4%, στις αστικές περιοχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Magnabosco, et al., 2015). Στην παρούσα έρευνα, τόσο η υψηλού όσο και η χαμηλού μορφωτικού επιπέδου συμμετέχοντες ξεχώρισαν την αντίστοιχη υπηρεσία, κάνοντας σαφή την σπουδαιότητα της για το σύνολο του πληθυσμού της περιοχής.

Οι χρόνιες παθήσεις καταναλώνουν το 70-80% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη παγκοσμίως. Ο ρόλο του κοινοτικού φαρμακοποιού στην διαχείριση χρόνιων ασθενειών είναι αδιαμφισβήτητος. Η παρούσα έρευνα ξεχώρισε μεταξύ των χρόνιων ασθενών και η βιβλιογραφία επαληθεύει, ότι ο έλεγχος των κρίσιμων δεικτών υγείας όπως η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα γλυκόζης έχουν θετική επίδραση στα αποτελέσματα υγείας των ασθενών και η μεγαλύτερη συμμετοχή των κοινοτικών φαρμακοποιών στη διαχείριση των χρόνιων νόσων μπορεί να επηρεάσει θετικά την δημόσια υγεία (Omboni & Caserini, 2017).

Η πιστότητα των ασθενών και η δημιουργία ενός μόνιμου συνδέσμου με τον φαρμακοποιό θεωρείται συνήθως κομβικής σημασία για την επιτυχία ανάλογων ενεργειών. Η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι και οι «μη πιστοί» ασθενείς, δηλαδή εκείνοι που δεν προμηθεύονται την αγωγή τους από το ίδιο φαρμακείο, προτιμούν και επηρεάζουν σημαντικά την πιθανότητα χρήσης συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Αναδεικνύοντας έναν διαφορετικό δρόμο για τους σχεδιαστές των δράσεων αυτών και ένα πιθανώς διαφορετικό κομμάτι στην συμπεριφορά των Ελλήνων ασθενών.

Η επιλογή υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις της κάθε ομάδας ασθενών, ίσως αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία των δράσεων αυτών. Με βάση τα

αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι κάθε ηλικιακή ομάδα ξεχώρισε μία διαφορετική υπηρεσία ενώ το ίδιο συνέβη και με τους χρόνιους και μη ασθενείς. Η ανάπτυξη μίας ραχοκοκαλιάς αρχικών υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει το ξεκίνημα για την ενσωμάτωση ακόμη περισσότερων υπηρεσιών στο μέλλον, όταν οι συνθήκες θα το επιτρέψουν. Ανάλογες έρευνες μπορούν να αποτελέσουν οδηγό για τις ρυθμιστικές αρχές και τα κοινοτικά φαρμακεία για την επιτυχή εκκίνηση του νέου αυτού εγχειρήματος.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς είναι έτοιμοι και διατίθενται να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν αυτές παρασχεθούν μέσω των φαρμακείων της κοινότητας. Προκειμένου οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί να αποτελέσουν μία αποτελεσματική ομάδα παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει απ την μία, να ενστερνιστούν τον ρόλο αυτό και ότι αυτός συνεπάγεται(νέες ικανότητες, αποτελεσματική επικοινωνία κ.α) και απ την άλλη να εξασφαλίσουν μία διάταξη του χώρου που να επιτρέπει την προστασία της ιδιωτικότητας των ασθενών τους (Hasan, et al., 2015).

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abraham, T., Huggins, C., Diaz-Fuentes, G. & Roglieri, J., 2018. Combining pharmacy expertise with asthma educator certification: Assessing the impact on inner-city asthma patients. *Journal of Asthma*, July.

Alton, S. & Farndon, L., 2018. The impact of community pharmacy-led medicines management support for people with COPD. *British Journal of Community Nursing*, June, 23(6), pp. 266-271.

Apotekforeningen, 2009. *Pharmacies and Pharmaceuticals in Norway 2009*, Oslo: Apotekforeningen.

Armour, C. και συν., 2013. Feasibility and Effectiveness of an Evidence-Based Asthma Service in Australian Community Pharmacies: A Pragmatic Cluster Randomized Trial. *Journal of Asthma*, 50(3), pp. 302-309.

Asemi, Z., Samimi, M., Tabassi, Z. & Esmailzabeh, A., 2014. The effect of DASH diet on pregnancy outcomes in gestational diabetes: a randomised controlled clinical trial. *European Journal Of Clinical Nutrition*, Τόμος 68, pp. 490-495.

Australian Government Department of Health, 2015. *Sixth Community Pharmacy Agreement*, s.l.: Australian Government.

Boardman, H. & Avery, A., 2014. Effectiveness of a community pharmacy weight management programme. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(4), pp. 800-806.

Brown, T. και συν., 2016. *Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation and weight management, including meta-analysis for smoking cessation*, s.l.: BMJ Open.

Bukhsh, A. και συν., 2018. Efficacy of Pharmacist Based Diabetes Educational Interventions on Clinical Outcomes of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Network Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, April. Τόμος 9.

Campbell, C., Braund, R. & Morris, C., 2017. *Beyond the four walls: an exploratory survey of location, employment and roles of pharmacists in primary health care*, Dunedin: Journal of Primary Health Care.

Campbell, A., 2017. DASH Eating Plan: An Eating Pattern for Diabetes Management. *Diabetes Spectrum - American Diabetes Association*, May, 30(2), pp. 76-81.

Canadian Pharmacists Association, 2016. *A Review of Pharmacy Services In Canada and the Health and Economic Evidence*, Ottawa: Canadian Pharmacists Association.

Chen, J.-h. και συν., 2015. Pharmaceutical care of elderly patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(88).

Choudhry, N. και συν., 2018. Effect of a Remotely Delivered Tailored Multicomponent Approach to Enhance Medication Taking for Patients With Hyperlipidemia, Hypertension, and Diabetes The STIC2IT Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(9), pp. 1182-1189.

Costa, F. και συν., 2017. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading?. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*, May, pp. 1-12.

Costello, M. J. και συν., 2011. Effectiveness of pharmacist counseling combined with nicotine replacement therapy: a pragmatic randomised trial with 6987 smokers. *Cancer Causes & Control*, 22(2), pp. 167-180.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A., 2017. *Health System in Transition: Greece Health system review*, Brussels: WHO.

Gordon, J., Watson, M. & Avenell, A., 2011. *Lightening the load? A systematic review of community pharmacy-based weight management interventions*, s.l.: International Association for the Study of Obesity.

Hasan, S. και συν., 2015. Patient expectations and willingness to use primary care pharmacy services in the United Arab Emirates. *International Journal of Pharmacy Practise*, 23(5), pp. 340-348.

Hendrie, D. και συν., 2014. Cost-Effectiveness of Reducing Glycaemic Episodes Through Community Pharmacy Management of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Primary Prevent*, 35(6), pp. 439-449.

Hindi, A., Schafheute, E. & Jacobs, S., 2017. Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review. *Health Expectations*, 21(2), pp. 409-428.

Hughes, J. D., Wibowo, Y., Sunderland, B. & Hoti, K., 2017. The role of the pharmacist in the management of type 2 diabetes: current insights and future directions. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, January, Issue 6, pp. 15-27.

Jahangard-Rafsanjani, Z. και συν., 2017. A community pharmacy-based cardiovascular risk screening service implemented in Iran. 15(2), p. 919.

Jahangard-Rafsanjani, Z. και συν., 2014. Effect of a Community Pharmacist-Delivered Diabetes Support Program for Patients Receiving Specialty Medical Care A Randomized Controlled Trial. *The Diabetes Educator*, 41(1), pp. 127-135.

Kallio, E. και συν., 2018. Community Pharmacists' Contribution to Medication Reviews for Older Adults: A Systematic Review. *Journal of thw American Geriatrics Society*, 66(8), pp. 1613-1620.

Kjarjul, M., Braund, R. & Green, J., 2018. The influence of pharmacist-led adherence support on glycaemic control in people with type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Pharmacy*, February.

Kjone, R. και συν., 2016. Dermatological cancer screening: Evaluation of a new community pharmacy service. *Research in Social And Administrative Pharmacy*, 13(6), pp. 1214-1217.

-Lee, M. L., Hassali, M. A., Shafie, A. A. & Aziz, A. M. A., 2011. Challenges of Pharmacist-Managed Smoking Cessation Services—A Viewpoint. *Nicotine & Tobacco Research*, June, 13(6), pp. 504-505.

Lee, J., Alshehri, S., Kutbi, H. & Martin, J., 2015. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, Issue 4, pp. 101-111.

Lenz, T. & Monaghan, M., 2008. Lifestyle modifications for patients with hypertension. *Journal of American Pharmacists Association*, August, 48(4), pp. 92-102.

Lionis, C. και συν., 2017. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(255), pp. 1-13.

Magnabosco, P. και συν., 2015. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), pp. 20-27.

Manigault, K. & Lewis, K., 2015. Pharmacists Role in Cholesterol Management: Addressing Challenges and Barriers. *Journal of Pharmacy Practice*, 28(1), pp. 35-43.

Mansell, K., Evans, C., Tran, D. & Sevany, S., 2016. The association between selfmonitoring of blood glucose, hemoglobin A1C and testing patterns in community pharmacies: Results of a pilot study. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(1), pp. 28-37.

McBain, H., Shipley, M. & Newman, S., 2015. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Service Research*, 15(565).

Milosavljevic, A., Aspden, T. & Harrison, J., 2018. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *International Journal of Pharmacy Practise*.

Moles, R. J. & Stehlik, P., 2015. International Perspectives On Pharmacy Practise. Pharmacy Practice In Australia. *The Canadian Journal Of Hospital Pharmacy*, 68(5), pp. 418-426.

Omboni, S. & Caserini, M., 2017. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. *British Medical Journal*, 5(1).

O'Neal, K. & Crosby, K., 2013. Patients' perceptions of a pharmacist-managed weight management clinic in a community setting. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(1), pp. 129-136.

Pande, S., Hiller, J., Nkansah, N. & Bero, L., 2013. *The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health services utilisation and costs in low and middle-income countries*, s.l.: John Wiley & Sons .

Papastergiou, J., Folkins, C. & Li, W., 2015. Community pharmacy-based A1c screening: a Canadian model for diabetes care. *International Journal of Pharmacy Practice*, Τόμος 24, pp. 189-195.

Passa, G. και συν., 2018. Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 17(3), pp. 214-233.

PDQ, 2018. *Cigarette Smoking: Health Risks and How to Quit. Health Professional Version*, s.l.: PDQ.

PSNC, 2015. *NHS Community Pharmacy services - A Summary*, London: PSNC.

Risoy, A. J., Kjome, R. L. S., Sanberg, S. & Solvik, U. O., 2018. Risk assessment and HbA1c measurement in Norwegian community pharmacies to identify people with undiagnosed type 2 diabetes – A feasibility study. *Public Library of Science*, 23 February, pp. 1-13.

Risoy, A. J., Kjome, R. L. S., Sandberg, S. & Solvik, U. O., 2018. Risk assessment and HbA1c measurement in Norwegian community pharmacies to identify people with undiagnosed type 2 diabetes – A feasibility study. *PLOS*, 13(2).

Rohla, M. και συν., 2016. Systematic screening for cardiovascular risk at pharmacies. *Open Heart*, 8 August.

Sarayani, A. και συν., 2018. Efficacy of a telephone-based intervention among patients with type-2 diabetes; a randomized controlled trial in pharmacy practice. *International Journal of Clinical Pharmacy*, February.40(345).

Simpson, S. και συν., 2015. Cost-effectiveness analysis of adding pharmacists to primary care teams to reduce cardiovascular risk in patients with Type 2 diabetes: results from a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 18 June, Issue 32, pp. 899-960.

Stead, L., Koilpillai, P., Fanshawe, T. & Lancaster, T., 2016. *Combines pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation*, s.l.: John Wiley & Sons Ltd.

Steed, L. και συν., 2014. *Community pharmacy interventions for health promotion: effects on professional practice and health outcomes(protocol)*, s.l.: John Wiley & Sons.

Stewart, K. και συν., 2014. A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 19 May, 39(5), pp. 527-534.

Svarcaite, J., 2016. *Overview of Community Pharmacy Services in Europe*, Brussels: PGEU.

Taylor, G. και συν., 2017. *Internet-based interventions for smoking cessation*, s.l.: John Willey & Sons, Ltd.

Third WHO Consultant Group, 1997. *The Role of Pharmacist In The Health Care System*, Vancouver: WHO.

Tsuyuki, R., Hamarneh, Y., Jones, C. & Hemmelgarn, B., 2016. The Effectiveness of Pharmacist Interventions on Cardiovascular Risk The Multicenter Randomized Controlled RxEACH Trial. *American College of Cardiology Foundation*, 21 June, 67(24), pp. 2846-54.

Tsuyuki, R., Rosenthal, M. & Pearson, G., 2016. A randomized trial of a community- based approach to dyslipidemia management: Pharmacist prescribing to achieve cholesterol targets (RxACT Study). *Canadian Pharmaceutical Journal*, 149(6), pp. 283-292.

Twigg, M. και συν., 2018. The pharmacy care plan service: Service evaluation and estimate of cost- effectiveness. *Research in Social & Administrative Pharmacy*.

Um, I. και συν., 2012. Consumer perspectives about weight management services in a community pharmacy setting in NSW, Australia. *Health Expectations*, 17(4), pp. 579-592.

Um, I. και συν., 2013. Weight management in community pharmacy: what do the experts think?. *International Journal of Clinical Pharmacy*, June, 35(3), pp. 447-454.

Um, I. και συν., 2015. Developing and testing evidence-based weight management in Australian pharmacies: A Healthier Life Program. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 15 April, 37(5), pp. 822-833.

-van Driel, M. και συν., 2016. *Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication (Review)*, s.l.: John Wiley & Sons, Ltd.

Wabo Ruud, K. και συν., 2018. Evaluation of a structured pharmacist-led inhalation technique assessment service for patients with asthma and COPD in Norwegian pharmacies. *Patient Education And Counseling*, 101(10), pp. 1828-1837.

West, M. & Cordina, M., 2018. Educational intervention to enhance adherence to short-term use of antibiotics.. Στο: *Research in Social and Administrative Pharmacy*. s.l.:Elsevier.

WHO, 1994. *The role of pharmacist in the health care system* , Delhi: WHO.

Wuyts, J. και συν., 2018. Studying the impact of a medication use evaluation for polymedicated older patients by the community pharmacist (SIMENON): study protocol. *BMC Health Services Research*, 18(1).

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011. *Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης "Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας"*, Αθήνα: s.n.

ΕΛΣΤΑΤ, 2015. *Ελληνική Στατιστική αρχή*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.statistics.gr/el/statistics>
[Πρόσβαση 10 10 2018].

ΕΛΣΤΑΤ, 2017. *Παρακολούθηση στοιχείων Φαρμακείων, Φαρμακοποιών και Φαρμακαποθηκών: Έτους 2017*, Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ.

Μακαρωνης, Ν., 2016. *Ελληνική Κρίση: Ο εν δυνάμει ρόλος του εθελοντικού κινήματος στον τομέα της υγείας*, Λευκωσία: Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Μακρακης, Α., 2018. Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 17(2), pp. 88-101.

Παρασκευοπουλος, Ι., 1984. *Στοιχεία περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής*. Αθήνα: Ιδίου.

Παρασκευοπουλος, Ι., 1990. *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Προσωπική Έκδοση.

Πετρελης, Μ. & Δομαγερ, Φ.-Ρ., 2016. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), pp. 365-379.

Σκρουμπελος, Α. & Κυριοπουλος, Γ., 2010. *Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΕΣΔΥ.

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

9.1. Παράρτημα ερωτηματολογίου της έρευνας

Αγαπητή/ε κυρία/ε

Σήμερα συζητείται διεθνώς η αναβάθμιση του ρόλου του φαρμακοποιού στο σύστημα υγείας μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας που διαφοροποιούνται του παραδοσιακού ρόλου του και καλύπτονται πλήρως από την κοινωνική ασφάλιση(ΕΟΠΥΥ).

Στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διατριβής μου στο **Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου** διεξάγω μία μελέτη για την διερεύνηση της πιθανότητας χρήσης από τους πολίτες μελλοντικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αν αυτές προσφέρονταν από τα ιδιωτικά φαρμακεία της περιοχής τους χωρίς επιβάρυνση του ασθενή. **Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική.** Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή σας είναι πάρα πολύ σημαντική για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 20 λεπτά. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας.

Ονομάζομαι **Αχτσίς Στέργιος** είμαι φαρμακοποιός και είμαι υπεύθυνος για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν τη μελέτη αυτή.

Το όνομα, η διεύθυνση εργασίας, το τηλέφωνο και η ηλεκτρονική διεύθυνση (email) του ερευνητή με τον οποίο μπορείτε να επικοινωνήσετε για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία είναι τα εξής: Αχτσίς Στέργιος, Λεωφόρος Δημοκρατίας 152, Αλεξανδρούπολη, 2551029523, stergios.achtsis@st.ouc.ac.cy.

- Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήστε μπλε ή μαύρο στυλό.
- Συμπληρώστε με X στο πλαίσιο που ανταποκρίνεται καλύτερα στην απάντηση σας.
- Εάν συμπληρώστε με X σε λανθασμένο πλαίσιο, γεμίστε με χρώμα το πλαίσιο αυτό και συμπληρώστε με X στο πλαίσιο που ανταποκρίνεται καλύτερα στην απάντηση σας.

Για τον ερευνητή

Κωδικός συμμετέχοντα:

Ημερομηνία συμπλήρωσης:/...../.....

Τόπος συμπλήρωσης:

ΕΝΟΤΗΤΑ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποιο είναι το φύλο σας : Άνδρας Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας(σε έτη);

3. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο:

Απόφοιτος/η Δημοτικού Απόφοιτος/η Γυμνασίου

Απόφοιτος/η Λυκείου Απόφοιτος/η Α.Ε.Ι ή Τ.Ε.Ι

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Κάτοχος Διδακτορικού

4. Ποια είναι η χώρα καταγωγής σας;

Ελλάδα Κύπρος Αλβανία Βουλγαρία

Αρμενία Γεωργία Άλλο(προσδιορίστε)

5. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

Εργαζόμενος/η Άνεργος/η Συνταξιούχος Φοιτητής/τρια

6. Αν είστε εργαζόμενος/η σε ποιο τομέα απασχολείστε;

Δημόσιο Ιδιωτικό Είμαι ελεύθερος επαγγελματίας

7. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η Έγγαμος/η Διεζευγμένος/η Χήρος/α

8. Λαμβάνετε την φαρμακευτική αγωγή σας από το ίδιο φαρμακείο κάθε φορά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Πόσα διαφορετικά φαρμακεία έχετε επισκεφθεί τους τελευταίους 2 μήνες;

10. Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιο/α φαρμακείο/α;(συμπληρώστε κατάλληλα τα κενά)
.....φορά/ες την εβδομάδα ήφορά/ες τον μήνα.

11. Διαθέτετε ασφάλεια υγείας (Αν ανήκετε στην κατηγορία των Ανασφάλιστων Ασθενών του Ν4368/2016 επιλέξτε το ΟΧΙ);

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Πάσχετε από κάποια χρόνια νόσο(Υψηλή Χοληστερίνη, Υπέρταση, Διαβήτη, Άσθμα, Νόσο του Θυρεοειδούς Αδένα κ.α.);

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΝΟΤΗΤΑ 2. ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ.

Πόσο πιθανό θα ήταν να χρησιμοποιήσετε μία από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση που προσφέρονταν από ειδικά εξειδικευμένο φαρμακοποιοί* από τα ιδιωτικά φαρμακεία στην περιοχή σας;

**Η εξειδίκευση περιλαμβάνει κατάλληλη εκπαίδευση (σεμινάρια και πρακτική εφαρμογή) και ο/η φαρμακοποιός διαθέτει την αντίστοιχη βεβαίωση δεξιοτήτων και γνώσεων.*

1. Αξιολόγηση των δεικτών υγείας σας όπως η Αρτηριακή Πίεση, τα επίπεδα Γλυκόζης στο αίμα και Χοληστερόλης στο αίμα με βάση τα διεθνή πρωτόκολλα παρακολούθησης και μέτρησης σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους (πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων της πάθησης δηλαδή προληπτικά).

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

2. Παρακολούθηση και καταγραφή της Αρτηριακής Πίεσης, των επιπέδων Γλυκόζης και της Χοληστερόλης στο αίμα σας μετά την έναρξη της θεραπείας που έχει προτείνει ο θεράπων Ιατρός σας.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

3. Παροχή συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο αυτό-παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας σας, όπως η χρήση συσκευών μέτρησης γλυκόζης στο αίμα για τους διαβητικούς ασθενείς ή σπιρομέτρων για τους ασθματικούς ασθενείς.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

4. Παροχή συμβουλών/εκπαίδευσης για τον τρόπο χρήσης ιατρικών συσκευών όπως οι συσκευές εισπνοών διαφόρων μορφών (inhaler, turbohaler) ή οι πένες(στυλό) έγχυσης ινσουλίνης.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

5. Παροχή ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη ασθενειών, όπως η διακοπή του καπνίσματος και ο έλεγχος του σωματικού σας βάρους αλλά και υποστήριξης με προτροπή για χρήση θεραπειών υποκατάστασης της Νικοτίνης ή με μέτρηση και συστηματική καταγραφή του σωματικού βάρους.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

6. Παροχή συμβουλών για την διατήρηση της καλής υγείας σας, συμπεριλαμβανομένης της υιοθέτησης σωστής διατροφής και της επαρκούς σωματικής άσκησης.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

7. Παροχή συμβουλών και υποστήριξης για την συμμόρφωση σας όσον αφορά στη λήψη της φαρμακευτικής σας αγωγής.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

8. Παροχή εντύπων με πληροφορίες για την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνετε. Συγκεκριμένα αφορά όλα τα Συνταγογραφούμενα και Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα που λαμβάνετε και αναφέρεται σε πληροφορίες για τον τρόπο και τη συχνότητα λήψης τους καθώς και σε θέματα όπως, η κατανάλωση ή όχι αλκοόλ ή ακόμη η αλλαγή του τρόπου ζωής σας λόγω της χρήσης τους.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

9. Ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες από την φαρμακευτική σας αγωγής.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό

10. Ο εξειδικευμένος φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος να επανεξετάζει το σύνολο της φαρμακευτικής σας αγωγής και αν το θεωρήσει απαραίτητο να παρέχει πληροφορίες στον θεράποντα Ιατρό, για πιθανές αλλαγές σε αυτήν.

Καθόλου Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Μέτρια Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Πολύ Πιθανό