



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ορθολογική συνταγογράφηση και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Σχεδιασμός μιας μελέτης σκοπιμότητας μιας
εκπαιδευτικής παρέμβασης σε γιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**Μπαγιαρτάκη Γεωργία
Οικονομολόγος**

**Επιβλέπων: Χρήστος Λιονής, Καθηγητής
Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης**

Ηράκλειο, Μάρτιος 2013

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντά μου, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης κο. Χρήστο Λιονή για την καθοδήγησή του και για τον δημιουργικό του σχολιασμό που συνέβαλαν στην εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Επιπλέον, θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετέχω στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα OTC SocioMed και να ζήσω την εμπειρία της συμμετοχής ενός Ευρωπαϊκού προγράμματος, περνώντας με αυτό τον τρόπο από την θεωρία, στην πράξη.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλη την ομάδα του προγράμματος OTC SocioMed, για την άριστη συνεργασία και το δημιουργικό κλίμα, ευχόμενη στο μέλλον να ξανασυνεργαστούμε.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και όλα μου τα αγαπημένα πρόσωπα που με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα. και με ενθαρρύνουν σε κάθε μου προσπάθεια..Να είναι καλά..

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή	σελ.5
1.1.Η χρήση φαρμάκων στην Π.Φ.Υ.....	σελ.5
1.1.1. Ορθολογική συνταγογράφηση.....	σελ.6
1.1.2. Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.....	σελ.8
1.2.Αίτια μη ορθής χρήσης φαρμάκων στην Π.Φ.Υ.....	σελ.10
1.3.Συνέπειες μη ορθής χρήσης φαρμάκων στην Π.Φ.Υ.....	σελ.11
1.3.1. Συνέπειες στη δημόσια υγεία.....	σελ.11
1.3.2. Συνέπειες στην οικονομία.....	σελ.14
1.4.Ο ρόλος του ιατρού γενικής ιατρικής στην Π.Φ.Υ.....	σελ.15
1.5.Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα OTC SOCIOMED.....	σελ.16
1.6.Ερευνητικά ερωτήματα.....	σελ.17
1.7.Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	σελ.17
2. Μεθοδολογία	σελ. 18
2.1.Θεωρητικό υπόβαθρο.....	σελ.18
2.2.Αναφορά στη μελέτη σκοπιμότητας.....	σελ.20
2.3.Τόπος εφαρμογής και δείγμα εκπαιδευτικής παρέμβασης.....	σελ.21
2.4.Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: οι πηγές πληροφόρησης.....	σελ.21
2.4.1. Προηγηθείσα εργασία στο πλαίσιο του προγράμματος OTC SOCIOMED.....	σελ.21
2.4.2. Βιβλιογραφική αναζήτηση.....	σελ.22
2.5.Δείκτες έκβασης της μελέτης σκοπιμότητας.....	σελ.24
3. Αποτελέσματα	σελ.25
3.1.Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: τα συστατικά της.....	σελ.25
3.1.1. Εντατικό μονοήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο.....	σελ.26
3.1.2. Επιπρόσθετα εκπαιδευτικά εργαλεία.....	σελ.26
3.2.Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	σελ.28
3.2.1. Ερωτηματολόγιο μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου.....	σελ.28
3.2.2. Ερωτηματολόγιο για στάσεις απέναντι στα ΜΗΣΥΦΑ.....	σελ.29
3.2.3. Ερωτηματολόγιο θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς.....	σελ.29
3.2.4. Φόρμα φαρμακευτικής αγωγής ασθενών.....	σελ.29
3.3.Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: το χρονοδιάγραμμα.....	σελ.30
3.4.Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: η αξιολόγησή της.....	σελ.31

4. Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	σελ.33
4.1.Σημαντικότητα της μελέτης.....	σελ.33
4.2.Περιορισμοί μελέτης	σελ.33
4.3.Συνέπειες της μελέτης	σελ.34
4.4.Συμπεράσματα	σελ.34
Βιβλιογραφία.....	σελ.36
Παράρτημα.....	σελ.44

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Ορθολογική συνταγογράφηση και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο σχεδιασμός μιας μελέτης σκοπιμότητας μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης σε γιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Της: Μπαγιαρτάκη Γεωργίας

Υπό την επίβλεψη του: Χ. Λιονή

Ημερομηνία: Μάρτιος, 2013

Εισαγωγή: Η κατάχρηση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων στη γενική ιατρική αποτελεί ένα σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η μη ορθολογική συνταγογράφηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και της αύξησης της μικροβιακής αντίστασης, αλλά και στην οικονομία. Ωστόσο το θέμα φαίνεται πως δεν έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή.

Σκοπός: Ο σχεδιασμός μια μελέτης σκοπιμότητας μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης σε γιατρούς στην Π.Φ.Υ με στόχο την αλλαγή των στάσεων τους απέναντι στην μη ορθολογική συνταγογράφηση και στην κατάχρηση ΜΗΣΥΦΑ που θα πραγματοποιηθεί σε πέντε χώρες.

Μεθοδολογία: 28 γιατροί από κάθε χώρα επιλέχθηκαν συμμετείχαν και κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου). Η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ), αποτελέσματα προηγούμενων πακέτων εργασίας και μιας συστηματικής ανασκόπησης αποτέλεσαν τις πηγές του σχεδιασμού της εκπαιδευτικής παρέμβασης. Η μελέτη εστίαζε στα σημεία: αποδοχή, πρακτικότητα, εφαρμογή και περιορισμένος έλεγχος αποτελεσματικότητας.

Αποτελέσματα: Μια πολύπλευρη εκπαιδευτική παρέμβαση σχεδιάστηκε που περιελάμβανε ένα εντατικό μονοήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο, ανάρτηση αφίσας, μηνύματα-υπενθυμίσεις και επισκέψεις εκπαιδευμένων επαγγελματιών στους χώρους εργασίας της ομάδας παρέμβασης για περίοδο τεσσάρων εβδομάδων. Η αξιολόγηση πριν και μετά την παρέμβαση σε κάθε ομάδα, θα διερευνούσε το επίπεδο στο οποίο οι γιατροί μετέβαλαν τις προθέσεις και στάσεις τους απέναντι σε θέματα συνταγογράφησης και ΜΗΣΥΦΑ. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων περιελάμβαναν: Ερωτηματολόγιο ΘΣΣ, Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ, Φόρμα Φαρμακευτικής αγωγής ασθενών, ερωτηματολόγιο Μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Η ανάλυση των δεδομένων θα παρείχε πληροφορίες σχετικά με τα σημεία εστίασης της μελέτης.

Συμπεράσματα: Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της μελέτης σκοπιμότητας θα παρέχει σημαντικές πληροφορίες που απαιτούνται για τον σχεδιασμό μιας μελέτης μεγαλύτερης κλίμακας εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη θα βοηθήσει τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας σχετικά με θέματα αλλαγής συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών ιδιαίτερα σε χώρες της νότιας Ευρώπης, όπως η Ελλάδα.

Όροι κατά Mesh:

Ορθή Χρήση Φαρμάκων, Ορθολογική συνταγογράφηση, Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μελέτη σκοπιμότητας

Abstract

Title: Rational Prescribing and Over The Counter Medicines (OTCs) in Primary Care. The design of a feasibility study of an educational intervention among general practitioners in Primary Care.

By: Bagiartaki Georgia

Supervisors: C. Lionis

Date:

Introduction: Abuse of prescriptions and over-the-counter (OTC) medicines in general practice is a common phenomenon in Southern Europe and there is evidence that irrational prescribing in primary care can introduce considerable consequences in the field of public health, due to adverse reactions and increase of antimicrobial resistance, as well as in the economy. Moreover, abuse of OTC medicine is steadily rising and concerns about inappropriate treatment and adverse drug reactions have been raised, this subject does not appear to have received the attention it deserves in general practice/family practice research, particularly in Europe.

Aim: To design a feasibility study of an educational intervention among physicians serving primary care sector, aiming to change practitioners' attitudes towards irrational prescribing and abuse of OTCs that will be implemented in five European Countries.

Methods: 28 GPs of each participating country were recruited and allocated in the intervention or control group. The Theory of Planned Behavior, findings of previous Work Packages of the OTC SOCIOMED and a systematic review provide the sources of the design of the educational intervention. The feasibility study aimed to assess to what extent the intervention is acceptable, implementable, practical, and predicts efficacy

Results: A multifaceted intervention was implemented, including a one-day intensive training program, a poster presentation, and regular visits of trained professionals to the workplaces of participants, but also reminder messages and emails over a 4-week period.

A pre- and post-test evaluation design was employed and quantitative and qualitative data were collected at pre- and post intervention level in order to explore the intention of physicians to prescribe medicines as well as their attitudes and practices regarding OTC medicines. The data collection tools included: TPB questionnaire, the Complimentary questionnaire, the Patient Medication form, the One-day seminar questionnaire. Analysis of the collected data provided all necessary information for the focus points of the intervention.

Conclusions: The design and implementation of the feasibility study will provide valuable information required to design a larger study aimed at assessing the effectiveness of such educational interventions. Moreover, it could also help inform health policy-makers regarding issues

of the management of behavioral changes in the prescribing patterns of physicians, particularly in Southern European countries, like Greece.

Mesh Terms: Rational use of medicines, rational prescribing, OTC medicines, primary Care, feasibility study

1. Εισαγωγή

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελούσε και αποτελεί ένα σημαντικό θέμα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το επίκεντρο πολλών ερευνών στον τομέα των πολιτικών υγείας [1]. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών τείνουν να εστιάζουν στον χώρο της νοσοκομειακής φροντίδας [2], ενώ σημαντικές πηγές βλάβης στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν έχουν ακόμη διερευνηθεί πλήρως [3]. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελέτης, οι ιατροί γενικής ιατρικής δεν τηρούν λεπτομερή καταγραφή ιατρικών φακέλων και δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για κρίσιμα ζητήματα [4]. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι η συνταγογράφηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στους ασθενείς και να οδηγήσει σε εισαγωγές στο νοσοκομείο, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων [5]. Ακόμα, μια πρόσφατη μελέτη τόνισε ότι η συνταγογράφηση με υψηλό κίνδυνο ήταν πιο συχνή σε ασθενείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στους οποίους τα συνταγογραφούμενα φάρμακα προορίζονταν για μακροχρόνια χρήση [3].

Ένα άλλο θέμα σχετικό με την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η χρήση των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) ή over-the-counter (OTC) medicines, φάρμακα που διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή. Οι ασθενείς, έχοντας πρόσβαση σε μεγάλο όγκο πληροφοριών, αποκτούν περισσότερες γνώσεις γύρω από την υγεία και είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ευκολότερα τα συμπτώματα ασθενειών και να αντιμετωπίσουν καθημερινά προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία τους [6]. Αν και η κατάχρηση ΜΗΣΥΦΑ αυξάνεται σταθερά [7] και υπάρχουν ανησυχίες για ακατάλληλη θεραπεία και ανεπιθύμητες ενέργειες [8], το θέμα αυτό δεν φαίνεται να έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή που απαιτείται στον τομέα της γενικής ιατρικής, και ιδιαίτερα στις χώρες της Ευρώπης [9, 10].

Προβλήματα σχετιζόμενα με την κατάχρηση συνταγογραφούμενων και μη, φαρμάκων και τις ακόλουθες συνέπειες στην δημόσια υγεία αλλά και στην οικονομία, φαίνεται να είναι πιο σοβαρά σε χώρες χωρίς οργανωμένο σύστημα Π.Φ.Υ, όπως η Ελλάδα. Στην Ελλάδα, οι ασθενείς μπορούν να προμηθευθούν αντιβιοτικά χωρίς ιατρική συνταγή με αποτέλεσμα η χώρα να εμφανίζει από τα υψηλότερα ποσοστά αντιμικροβιακής αντίστασης στην Ευρώπη [11]. Επιπλέον, η κατάσταση φαίνεται πως επιδεινώνεται καθώς οι ασθενείς της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα έχουν την τάση να ανταλλάσσουν φάρμακα με συγγενείς και φίλους, χωρίς τις οδηγίες των ιατρών γενικής ιατρικής [9].

1.1. Η χρήση φαρμάκων στην Π.Φ.Υ

Η Ορθή χρήση φαρμάκων έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό θέμα των πολιτικών της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) ο όρος ορθή χρήση φαρμάκων (rational use of medicines) απαιτεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα κατάλληλα για την κάθε

κλινική ανάγκη, στην κατάλληλη δοσολογία, για το κατάλληλο χρονικό διάστημα στο χαμηλότερο κόστος για τον ασθενή και το κράτος [12].

Τα σημαντικότερα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση φαρμάκων είναι:

1) Η Υπερδοσολογία, που προκύπτει είτε από την υπερσυνταγογράφηση είτε από την υπερκατανάλωση φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη) και αναφέρεται κυρίως στην χρήση και συνταγογράφηση αντιβιοτικών, αντιδουηρρητικών, παυσίπων, ενέσεων και φαρμακευτικών σκευασμάτων για βήχα και κρύωμα. Υπάρχουν περιπτώσεις χωρών, όπου η κατανάλωση των παραπάνω φαρμάκων υπερβαίνει κατά μεγάλο ποσοστό την επίπτωση των ασθενειών για τις οποίες θεραπεύουν [12,13].

2) Η Πολυφαρμακία ή παράλληλη κατανάλωση φαρμάκων: Ο αριθμός των φαρμάκων ανά συνταγή είναι συχνά μεγαλύτερος από τον απαιτούμενο, με μέσο όρο συνταγογραφούμενων φαρμάκων από 2.4 έως 10. Επιπλέον, οι ασθενείς έχουν την τάση να καταναλώνουν επιπλέον φάρμακα τα οποία προμηθεύονται χωρίς ιατρική συνταγή, τα πλέον γνωστά ΜΗΣΥΦΑ [12,14].

Η πολυφαρμακία είναι ιδιαίτερα συχνή σε άτομα άνω των 60 ετών που έχουν υψηλό επιπολασμό σε χρόνια νοσήματα, αναπηρία και εξάρτηση, σε σύγκριση με άτομα κάτω των 60 ετών. Για τον λόγο αυτό, είναι πιο πιθανό να ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας και επιπλέον συχνά ακολουθούν παράλληλες φαρμακευτικές αγωγές προκειμένου να θεραπεύσουν ταυτόχρονες νόσους [15].

3) Η Λανθασμένη χρήση φαρμάκων, που αναφέρεται ως η χρήση μη κατάλληλου φαρμάκου για θεραπεία συγκεκριμένης πάθησης, η κατανάλωση φαρμάκων αμφίβολης αποτελεσματικότητας, ή σε λανθασμένη δοσολογία, ή η χρήση φαρμάκων με αβέβαιη ασφάλεια και προκύπτει είτε από την μη ορθολογική συνταγογράφηση είτε από ακατάλληλη χρήση φαρμάκων από τους ίδιους τους ασθενείς. [12]

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να ορίσουμε την έννοια της Ορθολογικής Συνταγογράφησης και των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων.

1.1.1 Ορθολογική συνταγογράφηση

Η συνταγογραφία αποτελεί ένα πολύπλοκο και δύσκολο θέμα των πολιτικών της υγείας, το οποίο έχει λάβει σήμερα σημαντικές διαστάσεις. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις μη ορθολογικής συνταγογραφικής πρακτικής από ιατρούς, οι πιο συχνές εκ των οποίων είναι: υπο-συνταγογράφηση, υπερ-συνταγογράφηση και ακατάλληλη συνταγογράφηση [16]. Ως ακατάλληλη (inappropriate prescribing) συνταγογράφηση αναφέρεται η χρήση φαρμάκων που ενδέχεται να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες στον ασθενή και παράλληλα υπάρχει ένδειξη για την ύπαρξη ίσης ή μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας εναλλακτικού φαρμάκου με χαμηλότερο κίνδυνο για την θεραπεία της ίδιας πάθησης. Η μη ορθολογική συνταγογράφηση περιλαμβάνει επίσης την χρήση

φαρμάκων σε μεγαλύτερη συχνότητα και για μεγαλύτερο διάστημα από το κλινικώς υποδεικνυόμενο, την χρήση πολλαπλών φαρμάκων τα οποία έχουν αναγνωριστεί ότι προκαλούν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή με άλλες ασθένειες από τις οποίες πάσχει παράλληλα ο ασθενής και πιο σημαντικά, την μη συνταγογράφηση ευεργετικών φαρμάκων τα οποία συστήνονται κλινικά, αλλά δεν συνταγογραφούνται για μη ορθολογικούς λόγους [17].

Μελέτες έχουν εντοπίσει μια σειρά από παράγοντες στους οποίους οφείλεται η μη ορθολογική συνταγογράφηση σε ατομικό, περιβάλλοντικό και οργανωτικό επίπεδο. Αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη εκπαίδευσης, την χαμηλή αντίληψη της σημαντικότητας του θέματος και την έλλειψη επίγνωσης των λαθών [18].

Προκειμένου να αποφεύγονται περιπτώσεις μη ορθολογικής συνταγογράφησης, ο κάθε θεράπωντας γιατρός θα πρέπει να ακολουθεί τα σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, παρακάτω βήματα-οδηγίες Ορθολογικής συνταγογράφησης:

- i. Προσδιορισμός του προβλήματος του ασθενή
- ii. Προσδιορισμός του αντικειμένου προς θεραπεία
- iii. Επαλήθευση καταλληλότητας της Π(ροσωπικής) - θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή
- iv. Έναρξη θεραπείας
- v. Πληροφορίες, οδηγίες και προειδοποιήσεις
- vi. Παρακολούθηση (και διακοπή) της θεραπείας

Ο Π.Ο.Υ συνιστά επίσης, τη χρήση καταλόγου Π(ροσωπικών) φαρμάκων, έννοια η οποία περιλαμβάνει τη φαρμακευτική ουσία, τη φαρμακομορφή, το δοσολογικό σχήμα και τη χρονική διάρκεια της θεραπείας, με φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στον Πρότυπο Κατάλογο Σημαντικών Φαρμάκων του ΠΟΥ και στο Εθνικό Συνταγολόγιο και είναι εγκεκριμένα από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο Φ). Η επιλογή των Π-φαρμάκων ακολουθεί την εξής διαδικασία: καθορισμός διάγνωσης, καθορισμός θεραπευτικής επιδίωξης, κατάλογος αποτελεσματικών φαρμάκων, επιλογή ομάδας φαρμάκων βάσει επιστημονικών κριτηρίων και τέλος επιλογή Π-φαρμάκου. Η επιλογή αυτή θα πρέπει να στηρίζεται στην αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, καταλληλότητα και στο κόστος. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν παρόμοια φάρμακα θα πρέπει να προτιμώνται τα φάρμακα που έχουν ερευνηθεί διεξοδικά, με τα ευνοϊκότερα φαρμακοκινητικά στοιχεία, τα οποία παράγονται σε αξιόπιστες βιομηχανικές εγκαταστάσεις με συγκεκριμένα κριτήρια (GLP, GMP) [19].

Τέλος, ο Π.Ο.Υ ορίζει ως δείκτες συνταγογραφικής πρακτικής [20]

- Το μέσο αριθμό συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά ασθενή
- Το ποσοστό των συνταγογραφούμενων γενόσημων φαρμάκων

- Το ποσοστό των περιπτώσεων που συνταγογραφήθηκε αντιβιοτικό
- Το ποσοστό των περιπτώσεων που συνταγογραφήθηκε φαρμακευτικό σκεύασμα ενέσιμης μορφής
- Το ποσοστό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τη Λίστα

1.1.2 ΜΗ Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ)

Παρόλο που η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής είναι υπόθεση του θεράποντα ιατρού και μόνο, με συνέπεια τα φάρμακα να πρέπει να αγοράζονται και να καταναλώνονται από τους ασθενείς μόνο κατόπιν της συνταγογράφησης τους από τον γιατρό, πλέον είναι γεγονός, ότι κυκλοφορούν ευρέως φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία μπορούν να αγοραστούν χωρίς ιατρική συνταγή, τα γνωστά ως Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ή Over The Counter (OTC) medicines.

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβέρνησης [21] ως ΜΗ ΣΥνταγογραφούμενα ΦΑρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ορίζονται από την ελληνική νομοθεσία, τα φαρμακευτικά προϊόντα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και τα οποία όμως διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία.

Προκειμένου ένα προϊόν να χαρακτηριστεί ως ΜΗΣΥΦΑ ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) έχει θέσει τις εξής προϋποθέσεις:

- i. Να είναι ευρείας κατανάλωσης
- ii. Να είναι μη ενέσιμης μορφής
- iii. Να προορίζονται για ελαφριές παθήσεις, εύκολα αναγνωρίσιμες από τον ασθενή
- iv. Να μην περιέχουν σοβαρές παρενέργειες οι οποίες να θέσουν σε κίνδυνο τον ασθενή
- v. Να προστατεύουν τον ασθενή από κακή χρήση και να μη δημιουργούν εθισμό
- vi. Οι δραστικές ουσίες να μην είναι πρόσφατα εγκεκριμένες
- vii. Να κυκλοφορούν ήδη σε πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως ΜΗΣΥΦΑ
- viii. Να έχουν μεγάλο θεραπευτικό εύρος και να αφορούν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού

Στην κατηγορία των ΜΗΣΥΦΑ περιλαμβάνονται: αναλγητικά, γαστρεντερολογικά, φάρμακα για κρυολόγημα, προϊόντα υγιεινής, βιταμίνες και καλλυντικά [22].

Σύμφωνα με τα παραπάνω, αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα, έπειτα από την κατάλληλη τεκμηρίωση μπορούν να εναλλαχθούν από συνταγογραφούμενα σε μη συνταγογραφούμενα. Στην περίπτωση αυτή, η δραστική ουσία που περιέχεται είναι σε τέτοια ποσότητα, ώστε να μην προκαλεί παρενέργειες στον χρήστη από μη ορθολογική χρήση [23].

- **Η νέα τάση της αυτοθεραπείας**

Οι ασθενείς, έχοντας αυξημένο βαθμό πρόσβασης στα μέσα πληροφόρησης, επηρεάζονται και είναι σε θέση να διαμορφώνουν άποψη για το είδος της αγωγής που επιθυμούν με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να καταλήγουν να επιλέγουν ως λύση την αυτοθεραπεία [24].

Σε περιπτώσεις που η αυτοθεραπεία εφαρμόζεται σωστά, τα αποτελέσματα είναι ορατά, τόσο για την βελτίωση της υγείας του ασθενούς, όσο για την αποσυμφόρηση και οικονομική ελάφρυνση των ασφαλιστικών φορέων και νοσοκομειακών μονάδων, μέσω της μείωσης της επιβάρυνσης εξαιτίας των ιατρικών επισκέψεων των ασφαλισμένων και της μείωσης του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, άρα και τον δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών [25].

Την μέθοδο της αυτοθεραπείας και τη χρήση των ΜΗΣΥΦΑ επιλέγουν κυρίως ασθενείς της τρίτης ηλικίας. Σύμφωνα με έρευνα, οι ηλικιωμένοι, αποτελώντας το 13% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού, καταναλώνουν το 25-35% των συνολικών ΜΗΣΥΦΑ, ποσοστό που αναμένεται να αυξηθεί, καθώς αυξάνεται η γήρανση του πληθυσμού [26], ενώ άλλες έρευνες αναφέρουν ότι 28% των ηλικιωμένων καταναλώνει ΜΗΣΥΦΑ σε ημερήσια βάση προκειμένου να αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας. Οι κύριες ασθένειες που επιλέγουν να θεραπεύσουν με τη μέθοδο της αυτοθεραπείας και τη χρήση ΜΗΣΥΦΑ είναι πυρετός, καταρροή, βήχας, ναυτία, δυσκοιλιότητα, διάρροια, δυσπεψία, πονόλαιμος, μυϊκοί πόνοι.

Σύμφωνα με προβλέψεις η αγορά των ΜΗΣΥΦΑ θα συνεχίσει να επεκτείνεται στο μέλλον, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι επιλέγουν την αυτοθεραπεία ως εύκολη, γρήγορη και φτηνή λύση στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Έρευνα στις Η.Π.Α αναφέρει ότι το 73% των ερωτηθέντων προτιμά την λύση της αυτοθεραπείας και τη χρήση ΜΗΣΥΦΑ από την ιατρική επίσκεψη [27]. Ακόμα, πολλά φάρμακα αλλάζουν κατηγορία και μετατρέπονται από συνταγογραφούμενα σε ΜΗΣΥΦΑ [6].

Επιπλέον, το κράτος ενθαρρύνει την κατανάλωση των ΜΗΣΥΦΑ, καθώς εξοικονομεί χρήματα από τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών [8]. Στα πλαίσια προσπάθειας εκτίμησης του κόστους-οφέλους από την κατανάλωση ΜΗΣΥΦΑ στην Ελλάδα το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (Ι.Ο.Β.Ε) πραγματοποίησε σχετική έρευνα, όπου αναφέρει ότι η μετατροπή ποσοστού 5% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε μη συνταγογραφούμενα θα απέφερε όφελος 141 εκ. ευρώ, ποσοστό 0.1% του Α.Ε.Π για το ελληνικό κράτος. Το όφελος αυτό προκύπτει από τις λιγότερες ιατρικές επισκέψεις, τις λιγότερες ιατρικές συνταγές καθώς τα ΜΗΣΥΦΑ δεν αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, την εξοικονόμηση χρόνου των ασθενών από την μείωση των ιατρικών επισκέψεων και τις λιγότερες ημέρες απουσίας από την εργασία [28]. Άλλη έρευνα αναφέρει ότι οι συνολικές ετήσιες αποταμιεύσεις από τη μετακίνηση ενός μόνο ποσοστού 5% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες υπολογίζονται σε 16 δις. Ευρώ [29].

1.2 Αίτια μη ορθής χρήσης φαρμάκων στην Π.Φ.Υ

Τα προβλήματα γύρω από την χρήση των φαρμάκων μπορούν να διακριθούν σε τρία επίπεδα: Το τοπικό, την φροντίδα υγείας και το εθνικό.

Παρόλο που η μη ορθολογική συνταγογράφηση έχει την μεγαλύτερη ευθύνη για την έκταση του προβλήματος, δεν εγγυάται ότι τα φάρμακα καταναλώνονται με τον σωστό τρόπο. Η μη συμμόρφωση με τις οδηγίες του θεράποντα αποτελεί συχνό φαινόμενο π.χ η κατανάλωση αντιβιοτικών σε δόσεις υπο-θεραπευτικές. Οι συνηθέστεροι λόγοι μη συμμόρφωσης των ασθενών είναι: ανεπαρκής πληροφόρηση από τους γιατρούς και έλλειψη χρημάτων από τους ίδιους. Επιπλέον, σε πολλές χώρες το 60-80% των ασθενειών αυτοθεραπεύονται και συχνά με μη κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή [12].

Συγκεκριμένα για τα ΜΗΣΥΦΑ, η χρήση τους βασίζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό στην αυτοδιάγνωση του ασθενή, όμως είναι πολύ μικρό το ποσοστό των καταναλωτών που έχει το κατάλληλο κλινικό και φαρμακολογικό υπόβαθρο. Επιπλέον, η δυνατότητα να διαφημίζονται μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση και ανακριβείς αντιλήψεις για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια ενός φαρμάκου καθώς και για τα συμπτώματα μιας νόσου, καθώς οι γιατροί δεν τους αφιερώνουν τον απαιτούμενο χρόνο για την ορθολογική χρήση φαρμάκων, την διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής και τις ανεπιθύμητες ενέργειες [30]. Η διαφήμιση μέσω του διαδικτύου ενδέχεται να κρύβει κινδύνους, καθώς πολλές ιστοσελίδες δεν είναι ασφαλείς και δεν παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την ποιότητα και ασφάλεια των διαφημιζόμενων φαρμάκων. Επίσης, οι καταναλωτές δεν γνωρίζουν πως πολλά φάρμακα, με διαφορετική εμπορική ονομασία και για διαφορετικές ενδείξεις, περιέχουν την ίδια δραστική ουσία, και ειδικότερα όταν προμηθεύονται φάρμακα μέσω συγγενών και φίλων. Απαιτείται λοιπόν η κατάλληλη πληροφόρηση στον ασθενή σχετικά με την ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και ορθή χρήση των ΜΗΣΥΦΑ [31].

Μερικά παραδείγματα κατάχρησης φαρμάκων σε περιπτώσεις φαρμακοθεραπείας είναι: η χρήση αντιβιοτικών και αντιδιουρητικών για μη σοβαρή διάρροια, η χρήση (ακριβών) φαρμάκων για βήχα και γρίπη για μη σοβαρή γρίπη, η χρήση αναλγητικών για χαμηλό πυρετό [7]. Επίσης η κατανάλωση φαρμάκων επηρεάζεται και από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, όπως οι πεποιθήσεις και οι προτιμήσεις των καταναλωτών για συγκεκριμένες φαρμακευτικές εταιρείες [12].

Το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης της Μη ορθής Χρήσης Φαρμάκων, αποδίδεται στους γιατρούς της Π.Φ.Υ, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου η συνταγογραφία αποτελεί συχνά τον μοναδικό λόγο προσέλευσης του ασθενούς στην Π.Φ.Υ και ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων [32]. Η έλλειψη κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών σχετικά με την ορθή χρήση φαρμάκων και την ορθολογική συνταγογράφηση, κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες, όπως η ζήτηση των ασθενών για συγκεκριμένα φάρμακα, η στάση του θεράποντα

απέναντι στο ρίσκο, προηγούμενη συνταγογραφική εμπειρία και η προώθηση φαρμάκων υπό την πίεση των φαρμακευτικών ευθύνονται σημαντικά για την διάσταση του προβλήματος [33,34]. Επιπλέον, είναι γεγονός, ότι οι γιατροί, προτού συνταγογραφήσουν κάποιο φάρμακο, δεν ρωτούν τον ασθενή εάν παράλληλα καταναλώνει κάποιο ΜΗΣΥΦΑ, παρόλο που τα ΜΗΣΥΦΑ χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδρασή τους με άλλα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τροφές και αλκοόλ [32].

Σε εθνικό επίπεδο, η έλλειψη ή αδυναμία υλοποίησης φαρμακευτικών πολιτικών αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην υλοποίηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της χρήσης φαρμάκων. Σημαντικά στοιχεία που συμβάλλουν στην εφαρμογή μιας φαρμακευτικής μεταρρύθμισης είναι η επαρκής πληροφόρηση, ο έλεγχος, το σύστημα διανομής και η τακτική εποπτεία [35].

1.3. Οι συνέπειες της μη ορθής χρήσης φαρμάκων στην Π.Φ.Υ

1.3.1 Δημόσια υγεία

Οι επιπτώσεις της μη ορθής χρήσης φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη) στη δημόσια υγεία μελετώνται συνεχώς. Ως πιο σοβαρές αναφέρονται οι δυσμενείς, πιθανώς θανατηφόρες ανεπιθύμητες ενέργειες εξαιτίας για παράδειγμα κατάχρησης αντιβιοτικών ή φαρμάκων αυτοθεραπείας (ΜΗΣΥΦΑ), η περιορισμένη δραστικότητα-αποτελεσματικότητα λόγω υποδοσολογίας φαρμάκων, η αύξηση αντιμικροβιακής αντίστασης λόγω εκτεταμένης ή λανθασμένης κατανάλωσης αντιβιοτικών και η φαρμακευτική εξάρτηση η οποία μπορεί να προκύψει από καθημερινή χρήση παυσιπόνων και ηρεμιστικών [36].

i. Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων

Η βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα των πολιτικών της υγείας. Οι περισσότερες έρευνες, έχουν επικεντρωθεί στη νοσοκομειακή φροντίδα, μη δίνοντας την ανάλογη σημασία σε σημαντικές πηγές βλάβης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η συνταγογραφία ευθύνεται για 6.5.% των εισαγωγών στα νοσοκομεία εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, 50% εκ των οποίων, θα μπορούσαν ωστόσο να είχαν αποφευχθεί [3].

Όσον αφορά την κατανάλωση ΜΗΣΥΦΑ, οι κριτικές αναφέρουν ότι, καθώς κανένα φάρμακο δεν μπορεί να θεωρηθεί απολύτως ασφαλές, δεν θα πρέπει να καταναλώνονται χωρίς ιατρική επίβλεψη, διότι δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη η σχέση τους με αλληλεπιδράσεις, κύηση, χρήση από παιδιά και ηλικιωμένους, οδήγηση, επιδράσεις στην εργασία, τροφές ή αλκοόλ, καθώς, σε πολλές χώρες δεν λειτουργεί σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων ενεργειών κατανάλωσης ΜΗΣΥΦΑ [30]. Η εφαρμογή της αυτοθεραπείας σε μεγάλο βαθμό, καθώς και σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η ιατρική παρακολούθηση, μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της φαρμακευτικής

κατανάλωσης, εφόσον ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ακολουθήσει την ορθή χρήση των φαρμάκων [37]. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφέρουμε την εκτενή χρήση αναλγητικών ΜΗΣΥΦΑ τα οποία έχουν σχετιστεί με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ενώ αρχικά, είχε κατηγορηθεί ως παράγοντας κινδύνου η φαινασετίνη που περιέχεται στα αναλγητικά, άλλες μελέτες στη συνέχεια, εντόπισαν συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και άλλων αναλγητικών ουσιών όπως η παρακεταμόλη, η ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα [32]. Επιπλέον, μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με τις παρενέργειες φαρμάκων ως αίτιο εισαγωγής στον νοσοκομείο, η Ασπιρίνη φέρεται ως η κύρια υπεύθυνη για το 18% των εισαγωγών, τα διουρητικά για το 12% και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs) για το 27% [5].

Άλλες έρευνες γύρω από τις ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων συνταγογραφούμενων και μη, σημειώνουν ότι κάθε 1 στις 16 εισαγωγές σε νοσοκομεία φαίνεται ότι αποδίδονται σε ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, καθώς και για το 4% των κατελιημμένων κλινών. Ωστόσο, είναι ανησυχητικό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των φαρμάκων θεωρούνται προβλέψιμες από την φαρμακολογία και γι' αυτό το λόγο θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί [5].

Σύμφωνα με μελέτες, ένας στους τρεις ανθρώπους της τρίτης ηλικίας που καταναλώνουν τουλάχιστον πέντε φάρμακα θα εμφανίσουν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκων, τα 2/3 εκ των οποίων θα χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση. Από αυτές, το 95% αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών θεωρούνται επίσης προβλέψιμες και 28% αποτρίψιμες [38].

Ακόμα, πάνω από 2% των εισαγόμενων σε νοσοκομεία ασθενών από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων πεθαίνουν. Με άλλα λόγια, οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων είναι υπεύθυνες για τον θάνατο 0.15% του συνόλου των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία [5].

Τέλος, η μη ορθή χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων μπορεί συχνά να οδηγήσει σε ψυχολογική αλλά και σωματική εξάρτηση. Η δυνατότητα των ΜΗΣΥΦΑ να χρησιμοποιούνται σε μη ελεγχόμενες ποσότητες μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του καταναλωτή καθώς, η εκτεταμένη χρήση τους δύναται να καταστείλει συμπτώματα μιας σοβαρότερης ασθένειας η οποία απαιτεί ιατρική επίβλεψη [32]. Ακόμα, οι άνθρωποι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαρμάκων για να επιτύχουν ένα αίσθημα ευεξίας, θεραπεύοντας μη σχετικές ασθένειες ή για μη ιατρικούς λόγους. Η κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με συνταγογραφούμενα ή μη φάρμακα μπορεί να καταστείλει ή να αυξήσει τη δραστηριότητα των φαρμάκων και να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων. Επιπλέον, ο συνδυασμός συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων μπορεί να επιφέρει δυσάρεστα αποτελέσματα ή αντιδράσεις [39].

ii. Μικροβιακή αντοχή

Η συνταγογράφηση αντιβιοτικών ιδιαίτερα στην Π.Φ.Υ έχει αυξηθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία στις ευρωπαϊκές χώρες. Η ακατάλληλη συνταγογράφηση αντιβιοτικών παραμένει ένας ουσιαστικός παράγοντας για την αύξηση της μικροβιακής αντίστασης με τους ιατρούς γενικής ιατρικής να ευθύνονται για την πλειοψηφία των συνταγογραφήσεων αντιβιοτικών. Αποτέλεσμα είναι η αύξηση της μικροβιακής αντίστασης και η έξαρση των νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς, με συνέπεια την αύξηση της νοσηρότητας, της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών, της θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών και τελικά την οικονομική επιβάρυνση των Συστημάτων Υγείας [39].

Αναλυτικά, σύμφωνα με καταγραφές από το ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption), η Ελλάδα κατατάσσονταν στις πρώτες θέσεις των χωρών της Ευρώπης στην εξωνοσοκομειακή - κατανάλωση αντιβιοτικών, με σταδιακή αύξηση από το 1997 (25.06 DID) έως το 2005 (34.73 DID) (DID: Καθορισμένη Ημερήσια Δόση ανά 1000 κατοίκους ανά ημέρα). Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, η Ελλάδα παραμένει στις υψηλότερες θέσεις με συνολική εξωνοσοκομειακή κατανάλωση αντιμικροβιακών για το έτος 2009 να ανέρχεται στα επίπεδα του 38.60 DID στη χώρα μας, επίπεδα σχεδόν διπλάσια συγκριτικά με το μέσο όρο που καταγράφηκε στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. [41].

Τα υψηλά ποσοστά αντιμικροβιακής αντοχής και η κατάχρηση αντιβιοτικών αποτελούν μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Μελέτη που εξέταζε τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην Ευρώπη, εντόπισε σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες. Πιο συγκεκριμένα, σε χώρες που εμφάνιζαν υψηλή κατανάλωση αντιβιοτικών, ο αριθμός των συνταγών ανερχόταν σημαντικά κατά την περίοδο των γριπών και κρυολογημάτων, κάτι όμως που δεν συνέβαινε στις χώρες με πιο περιορισμένες συνταγογραφικές συνήθειες. Πιο σημαντικά, οι χώρες που παρουσίαζαν τα υψηλότερα ποσοστά αντιμικροβιακής αντίστασης, εμφάνιζαν και τη μεγαλύτερη κατανάλωση αντιβιοτικών[42]. Επιπλέον, στην Ευρώπη η κατανάλωση αντιβιοτικών είναι μικρότερη στις χώρες του Βορρά, μέση στις ανατολικές χώρες και υψηλότερη στις νότιες χώρες [11].

Το πρόβλημα της ακατάλληλης συνταγογράφησης αντιβιοτικών φαίνεται πως είναι μεγαλύτερο στον χώρο της Π.Φ.Υ. Έρευνα έδειξε ότι σε επισκέψεις ασθενών σε γιατρούς στην Π.Φ.Υ, μόνο το 56,3 % αυτών κατέληξε στην κατάλληλη κλινική συνταγογράφηση. Η πιο συνηθισμένη αιτία μη κατάλληλης συνταγογράφησης, ήταν η μη απαραίτητη συνταγογράφηση αντιβιοτικών, κάτι που συντελεί σημαντικά σε αυξημένο κόστος τόσο για τον ασθενή όσο και για το κράτος, ανεξάρτητα από τον φορέα που επωμίζεται το φαρμακευτικό κόστος, καθώς η άσκοπη κατανάλωση αντιβιοτικών δεν προσφέρει κανένα όφελος στον ασθενή και επιπλέον κρύβει σοβαρές πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η μη κατάλληλη συνταγογράφηση αντιβιοτικών, μπορεί να οφείλεται στην πίεση που ασκείται στους ιατρούς γενικής ιατρικής, είτε λόγω του περιορισμένου χρόνου που διαθέτουν για την εξυπηρέτηση του κάθε ασθενούς, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς που επιμένουν στην συνταγογράφηση αντιβιοτικών. Οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην βελτίωση της συνταγογραφικής πρακτικής πρέπει να είναι προσανατολισμένες στους Ιατρούς γενικής ιατρικής ή/και στους ασθενείς [43] καθώς, η κατάλληλη συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην Π.Φ.Υ αποτελεί το πρώτο βήμα για την ορθολογική χρήση αντιβιοτικών και μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην μείωση της μικροβιακής αντίστασης, η οποία έχει προκληθεί λόγω της εκτεταμένης χρήσης των αντιβιοτικών, δεδομένου τόσο του κόστους που σχετίζεται με την εκτεταμένη χρήση αντιβιοτικών όσο και των συνέπειες στην υγεία των ασθενών, χρήζοντας το θέμα ως υψηλής προτεραιότητας τη δημόσια υγεία [42]

1.3.2 Συνέπειες στην οικονομία

Η μη ορθή χρήση φαρμάκων τεκμηριώνεται ότι επιδρά στον προϋπολογισμό του κάθε νοικοκυριού και στον εθνικό προϋπολογισμό της κάθε χώρας. Πολλά οικονομικά επιχειρήματα συνδέουν την βελτίωση της συνταγογραφικής πρακτικής με τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Η πολυφαρμακία, η υπερσυνταγογραφία, η συνταγογραφία ακριβών φαρμακευτικών σκευασμάτων, σε λανθασμένη δοσολογία, για λανθασμένο χρονικό διάστημα αποτελούν σημαντικές ενδείξεις σπατάλης, και υπάρχουν ενδείξεις ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες θα μπορούσαν να μειωθούν μέχρι και 70% εάν ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες [12, 44].

Πιο συγκεκριμένα, οι εξωνοσοκομειακές δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες της Ελλάδας, ήταν οι υψηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση και σημαντικά πάνω από τον μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, το 2009 οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούσαν το 2.4% του Α.Ε.Π (περίπου 5.1 δις. ευρώ), ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 1.5% του Α.Ε.Π [45]. Οι φαρμακευτικές δαπάνες εξελίσσονται σημαντικά από το 1998 (0.8% ΑΕΠ) και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Το 2010 παρόλο που σημειώθηκε μια μικρή πτώση, το ποσοστό συνεχίζει να παραμένει υψηλό αποτελώντας το 1.8% του ΑΕΠ (3.9 δις. ευρώ) [35].

Επιπλέον, η μη συμμόρφωση των ασθενών με την θεραπεία, αποτελεί μια ακόμα σπατάλη. Έρευνες αναφέρουν ότι η πιθανότητα της επιλογής κατάλληλης θεραπείας από τον θεράποντα και η σωστή χρήση από τον ασθενή, συνδυασμός των οποίων θα οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος εκτιμάται στο 20-40% των περιπτώσεων [12].

Όμως, αυτό αποτελεί μόνο μέρος του προβλήματος, καθώς υπάρχουν και άλλες δαπάνες που θα μπορούσαν να είχαν περιορισθεί αν επιλέγονταν η σωστή θεραπεία για την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων. Στις δαπάνες αυτές ανήκουν οι αυξημένες επισκέψεις στα ιατρικά κέντρα,

η μετάδοση ασθενειών σε άλλους και η απουσία από την εργασία. Τα έμμεσα αυτά κόσθη πολλές φορές φαίνεται πως ξεπερνούν τα άμεσα κόσθη, τις φαρμακευτικές δαπάνες [46].

Ακόμα, σημαντικό είναι και το ύψος των δαπανών για αγορά ΜΗΣΥΦΑ. Αναφέρουμε ενδεικτικά ότι, το 2008 οι Ευρωπαίοι καταναλωτές ξόδεψαν €4.193 εκατομμύρια για αγορά αναλγητικών φαρμάκων, που αντιστοιχεί στο 14% των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις ΗΠΑ είναι €2.021 εκατομμύρια και 16.5.% [47].

Σημαντικό είναι και το κόστος που οφείλεται στην αύξηση της μικροβιακής αντοχής. Το εκτιμώμενο οικονομικό κόστος από τις μολύνσεις, εξαιτίας της αντιμικροβιακής αντίστασης, βασιζόμενο στις επιπλέον εισαγωγές στα νοσοκομεία και στις επιπλέον νοσοκομειακές δαπάνες, εκτιμάται για το έτος 2007 στα 900 εκ. ευρώ συνολικά για την Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιρλανδία και Νορβηγία. Ακόμα, οι δαπάνες εξωνοσοκομειακής φροντίδας εκτιμήθηκαν στα 10 εκ. ευρώ, ενώ η απώλεια παραγωγικότητας εξαιτίας των ημερών απουσίας από την εργασία υπολογίστηκαν σε 150 εκ. ευρώ και τέλος, η απώλεια παραγωγικότητας εξαιτίας των θανάτων των ατόμων από μολυσματικές ασθένειες λόγω της αντιμικροβιακής αντοχής εκτιμήθηκαν σε 450 εκ. ευρώ ετησίως. Το συνολικό, λοιπόν, κόστος που επιβαρύνει την κοινωνία και προκύπτει ως αποτέλεσμα της αυξημένης μικροβιακής αντοχής φτάνει το 1.5 δις. Ευρώ σε ετήσια βάση [48].

Καθώς λοιπόν υπολογίζεται το πραγματικό κοινωνικό κόστος εξαιτίας της μη ορθής χρήσης φαρμάκων, φαίνεται πως αποτελεί τη μεγαλύτερη σπατάλη στον τομέα των φαρμακευτικών δαπανών και κατ' επέκταση ολόκληρης της οικονομίας του κράτους, καθιστώντας το θέμα της βελτίωσης της χρήσης των φαρμάκων ως επιτακτικό [44].

1.4 Ο ρόλος του ιατρού γενικής ιατρικής της Π.Φ.Υ στην ορθή χρήση φαρμάκων

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μη Ορθής Χρήσης Φαρμάκων, ιδιαίτερο σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του γενικού ή οικογενειακού γιατρού στην Π.Φ.Υ. Ως οικογενειακός γιατρός ορίζεται ως «Ο γιατρός που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης του ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Η σύνθεση ατών των λειτουργιών είναι μοναδική. Σκοπός του είναι πρώιμη διάγνωση. Λαμβάνει υπόψη του βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση της υγείας και της νόσου. Συνεργάζεται με άλλους συναδέλφους ιατρούς και μη και αποδέχεται την επαγγελματική του ευθύνη απέναντι στην κοινότητα.» [49].

Καθώς η συνταγογραφία αποτελεί τη συχνότερη αιτία επίσκεψης των ασθενών στις δομές της Π.Φ.Υ. και ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων οι ιατροί γενικής ιατρικής αποτελούν την κύρια ομάδα στόχος για θέματα βελτίωσης της συνταγογραφίας [50].

Οι κύριες μορφές των παρεμβάσεων στους ιατρούς γενικής ιατρικής αποτελούν η εποπτεία της συνταγογραφικής πρακτικής (π.χ ηλεκτρονική συνταγογράφηση), η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και οικονομικών κινήτρων καθώς και η συνεχής εκπαίδευση [35].

Ακόμα, καθώς και η κατανάλωση ΜΗΣΥΦΑ ολοένα και επεκτείνεται, οι ειδικοί του ιατρικού χώρου πρέπει να ανταποκριθούν σε έναν πιο ενεργό ρόλο διότι, σύμφωνα με έρευνες εκπαιδευμένοι Ιατροί γενικής ιατρικής μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της κατάχρησης των ΜΗΣΥΦΑ και να βελτιώσουν την ασφάλεια και κατ' επέκταση την υγεία των ασθενών τους [40]. Συγκεκριμένα οι γιατροί και ιδιαίτερα οι γιατροί της Π.Φ.Υ θα πρέπει να βρίσκονται σε επαγρύπνηση για ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων και την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση αυτών. Αυτό φυσικά απαιτεί να αναπτύξουν μεγαλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή και να έχουν ρόλο σύμβουλου σχετικά με την κατανάλωση ΜΗΣΥΦΑ. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να γίνουν πιο δεκτικοί απέναντι στο θέμα της αυτοθεραπείας και κατανάλωσης ΜΗΣΥΦΑ, προκειμένου οι ασθενείς να ενθαρρυνθούν και να ζητούν τη συμβουλή του θεράποντα ιατρού [27]

1.5 Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα OTC SOCIOMED

Στο πλαίσιο αυτό, σχεδιάστηκε ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα, χρηματοδοτούμενο από το 7ο Πλαίσιο Στήριξης (FP7) με τίτλο “Assessing the Over-The-Counter Medications in Primary Care And Translating The Theory Of Planned Behaviour Into Interventions (OTC SOCIOMED) ” (EU 7th framework project n° 223654-06/05/08)”.

Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι να εκτιμήσει την έκταση του προβλήματος της κατάχρησης ΜΗΣΥΦΑ σε χώρες της Νότιας Ευρώπης και να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους Ιατρούς γενικής ιατρικής, φαρμακοποιούς και ασθενείς σχετικά με την μη ορθολογική συνταγογράφηση και την μη ορθή χρήση των φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη).

Ένας επιπλέον στόχος είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μιας πιλοτικής εκπαιδευτικής παρέμβασης, που ενδεχομένως να μπορούσε μελλοντικά να υιοθετηθεί ως πολιτική, καθώς οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ότι μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για την βελτίωση της συνταγογραφικής πρακτικής, που στη συνέχεια θα οδηγήσει σε μείωση του φαινομένου της πολυφαρμακίας και στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών [19]. Οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι λοιποί γιατροί που υπηρετούν στην ΠΦΥ αποτελούν την ιδανική ομάδα στόχος για την υλοποίηση των παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, στο 5^ο πακέτο εργασίας (WP5) εντάσσεται η εφαρμογή μιας παρέμβασης βασισμένη στα προηγούμενα πακέτα εργασίας (WP3 & WP4) με σκοπό την μεταβολή των πεποιθήσεων και στάσεων των ιατρών γενικής ιατρικής της Π.Φ.Υ απέναντι στην ορθολογική συνταγογράφηση και στην ορθή χρήση φαρμάκων καθώς και

την αξιολόγηση τέτοιου είδους παρεμβάσεων, μέσω της εκτίμησης της επίδρασής της στην πρόθεση για συμπεριφορά. Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στα πλαίσια του 5^{ου} Πακέτου Εργασίας (WP5).

1.6 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που κατεύθυναν τη μελέτη ήταν:

1. Με ποιο τρόπο η επιλεγείσα θεωρία (Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στο σχεδιασμό μιας μελέτης σκοπιμότητας;
2. Ποια τα μέσα εκπαίδευσης που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης σε ιατρούς γενικής ιατρικής της Π.Φ.Υ;
3. Ποια εργαλεία θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της παρέμβασης;

1.7. Σκοπός και στόχοι μελέτης

Στα πλαίσια του προγράμματος OTC SOCIOMED, κρίθηκε ως απαραίτητος, ο σχεδιασμός μιας μελέτης σκοπιμότητας με σκοπό να εξετάσει αν μια εκπαιδευτική παρέμβαση στον χώρο της Π.Φ.Υ με στόχο την βελτίωση της συνταγογραφικής πρακτικής και την ορθή χρήση ΜΗΣΥΦΑ, η οποία θα μπορούσε ενδεχομένως να υλοποιηθεί σε ένα μεγαλύτερο πλαίσιο.

Σκοπός λοιπόν αυτής της εργασίας είναι ο σχεδιασμός μιας μελέτης σκοπιμότητας για μια εκπαιδευτική παρέμβαση σε ιατρούς γενικής ιατρικής που εργάζονται στην Π.Φ.Υ.

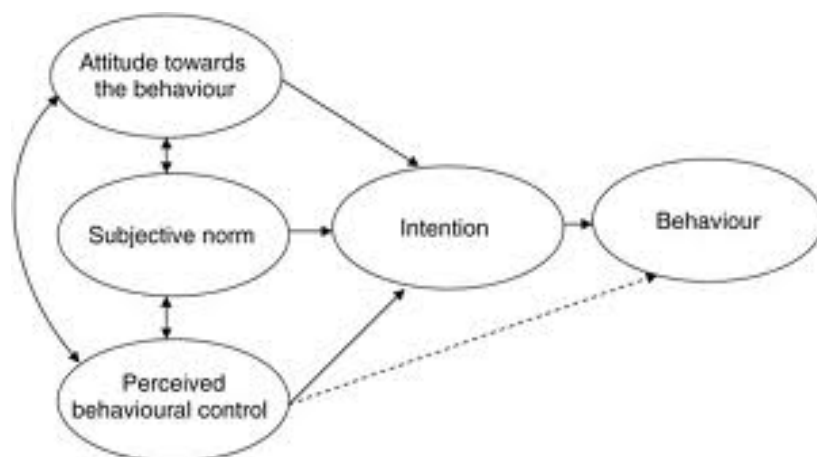
Οι αντικειμενικοί στόχοι της εργασίας είναι:

- Να παρουσιάσει τα κύρια συστατικά της μελέτης σκοπιμότητας για τη εκπαιδευτική παρέμβαση, υιοθετώντας εργαλεία από την επιλεγείσα θεωρία της ψυχολογίας, για να προβλέψει την κλινική συμπεριφορά των ιατρών γενικής ιατρικής
 - Να αναπτύξει τα εκπαιδευτικά εργαλεία που θα συνθέσουν το περιεχόμενο της εκπαιδευτικής παρέμβασης.
 - Να προτείνει δείκτες έκβασης πάνω στους οποίους θα βασιστεί η αξιολόγηση της παρέμβασης.
 - Να υποδείξει ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα διενέργειας της εκπαιδευτικής παρέμβασης
 - Να υποδείξει τρόπους ανάλυσης των δεδομένων

2. Μεθοδολογία

2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) χρησιμοποιήθηκε ως το θεωρητικό πλαίσιο για τον σχεδιασμό της μελέτης σκοπιμότητας, καθώς έχει αναγνωριστεί ως ένα πολύτιμο εργαλείο για τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με τις συνταγογραφικές πρακτικές των ιατρών γενικής ιατρικής στην Π.Φ.Υ και επιπλέον, έχει ήδη χρησιμοποιηθεί και στα προηγούμενα πακέτα εργασίας του προγράμματος [51]. Η θεωρία αυτή διευκολύνει την πρόβλεψη της συμπεριφοράς για τις καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι είναι πιθανό να μην έχουν τον έλεγχο της βούλησής τους [52]. Η ΘΣΣ αναπτύχθηκε από τον Ajzen (1991) και αναζητά τα αίτια που οι άνθρωποι υιοθετούν συγκεκριμένες συμπεριφορές. Σύμφωνα με την ΘΣΣ, οι προθέσεις ενός ατόμου αποτελούν μια καλή πρόβλεψη της συμπεριφοράς τους. Όσο πιο ισχυρή είναι η πρόθεση να ακολουθήσει μια συμπεριφορά, τόσο πιο πιθανό είναι τελικά να την υιοθετήσει. Η θεωρία αναφέρει ότι η πρόθεση του ατόμου να ασχοληθεί με μία συγκεκριμένη δραστηριότητα καθορίζεται από α) τις στάσεις του ατόμου αυτού απέναντι στη συμπεριφορά (behavioural attitudes), β) τις υποκειμενικές νόρμες-πρότυπα ή επιρροή των κοινωνικών προτύπων (subjective norms) και γ) τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο (perceived behavioural control) [53].



Απεικόνιση 1: Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς [52]

Στάσεις προς τη Συμπεριφορά: Σύμφωνα με τους Ajzen και Fishbein (1980) οι στάσεις προς τη συμπεριφορά, αφορούν τις συμπεριφορικές πεποιθήσεις (behavioural beliefs) που έχει ένα άτομο [54]. Με άλλα λόγια, οι στάσεις αναφέρονται στη λειτουργία ατομικών στάσεων που συνδέονται με τις συνέπειες της εμπλοκής με τη συμπεριφορά και τις προσωπικές εκτιμήσεις που προκύπτουν από τις συνέπειες αυτές, υποδηλώνοντας ότι τα άτομα συμπεριφέρονται αναλόγως με την στάση που υιοθετούν ως προς την εκάστοτε συμπεριφορά [55]. Σε περίπτωση λοιπόν που ένα άτομο πιστεύει ότι η δική του συμπεριφορά «X» θα έχει θετικές συνέπειες, τότε το άτομο αυτό θα

έχει θετική στάση απέναντι σε αυτή τη συμπεριφορά και αντιθέτως, εάν πιστεύει ότι η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς «X» θα επιφέρει αρνητικά επακόλουθα, θα κρατάει αρνητική στάση απέναντι στη συμπεριφορά.

Υποκειμενικές νόρμες: Η τελική διαμόρφωση και υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς ενδέχεται να επηρεαστεί από τις ρυθμιστικές ή κανονιστικές πεποιθήσεις «normative beliefs», δηλαδή από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που πρόκειται να υιοθετήσει μια συμπεριφορά και αναφέρεται στην εντύπωση ενός ατόμου, σε σχέση με τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των άλλων, για τη συμπεριφορά που πρόκειται να υιοθετήσει και το κίνητρο συμμόρφωσης του ατόμου με αυτές τις προσδοκίες [56]. Σημαντικά άτομα ή άτομα που αποπνέουν σεβασμό, μπορεί να ασκήσουν επιρροή στο να ακολουθηθεί μία ασφαλής επιλογή, που σύμφωνα με αυτούς είναι η σωστή. Με απλά λόγια, αν το άτομο πιστεύει ότι πρόσωπα ή φορείς που τον επηρεάζουν, πιστεύουν ότι πρέπει να ακολουθήσει μια «X» συμπεριφορά, τότε το άτομο αυτό δέχεται μια μορφή κοινωνικής πίεσης ως προς το να ενεργήσει με τη συμπεριφορά «X» [54]. Συχνά, η ισχύς των αντιλήψεων αυτών, εξαρτάται από το πόσο μεγάλη είναι η αξία των άλλων για εμάς και κατά πόσο υπάρχει η διάθεση, για να υπακούσουμε τις επιθυμίες τους. Αν το κίνητρο ενός ατόμου, να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες κάποιου άλλου προσώπου, είναι ισχυρό, τότε και η πιθανότητα να δράσει κατά τον τρόπο που του υποδεικνύεται είναι μεγάλη, ειδικά αν η εκτίμηση για το άτομο αυτό, είναι υψηλή και τότε τα πρόσωπα αυτά, μπορεί να ασκήσουν επιρροή στη λήψη μιας απόφασης, τροποποιώντας με τον τρόπο αυτό, την πρόθεση που είχε το άτομο και κατ' επέκταση το τελικό αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς [57].

Ο Αντιληπτός Συμπεριφορικός Έλεγχος: Αναφέρεται στον βαθμό που το άτομο θεωρεί την εκτέλεση της συμπεριφοράς εύκολη ή δύσκολη και διαμορφώνεται από τις πεποιθήσεις ελέγχου (control beliefs) [56]. Οι πεποιθήσεις ελέγχου σχετίζονται με την ύπαρξη συγκεκριμένων «αντικειμενικών παραγόντων» οι οποίοι, ανάλογα με την αντίληψη του ατόμου, διευκολύνουν ή εμποδίζουν την εκδήλωση της συμπεριφοράς του [58]. Με άλλα λόγια, η προσθήκη του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου στη θεωρία του Ajzen, παρείχε πληροφορίες, σχετικά με τα πιθανά εμπόδια στη δράση, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από το άτομο και θεωρείται ότι εξηγεί, γιατί η πρόθεση δεν επιτρέπει την πρόβλεψη της συμπεριφοράς. Το πεδίο των προσωπικών αντιλήψεων σε σχέση με το είδος συμπεριφοράς, το οποίο είναι γενικότερα το επιθυμητό, χρησιμοποιείται προκειμένου να βοηθήσει, ώστε η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, να είναι και η επιδιωκόμενη. Οι αντιλήψεις, ασκούν ισχυρή επιρροή στη στάση του ατόμου σχετικά με την επιθυμία κάποιας ειδικής συμπεριφοράς. Αυτές οι αντιλήψεις, αν και γενικές στη φύση τους, υποκρύπτουν και προδιαθέτουν τη στάση ενός ατόμου προς ειδικές συμπεριφορές. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς, είναι και

αυτός που ασκεί την μεγαλύτερη επιρροή, τόσο στην ατομική πρόθεση για να υιοθετηθεί μία συμπεριφορά, όσο και στην πραγματική καθιέρωση της [53].

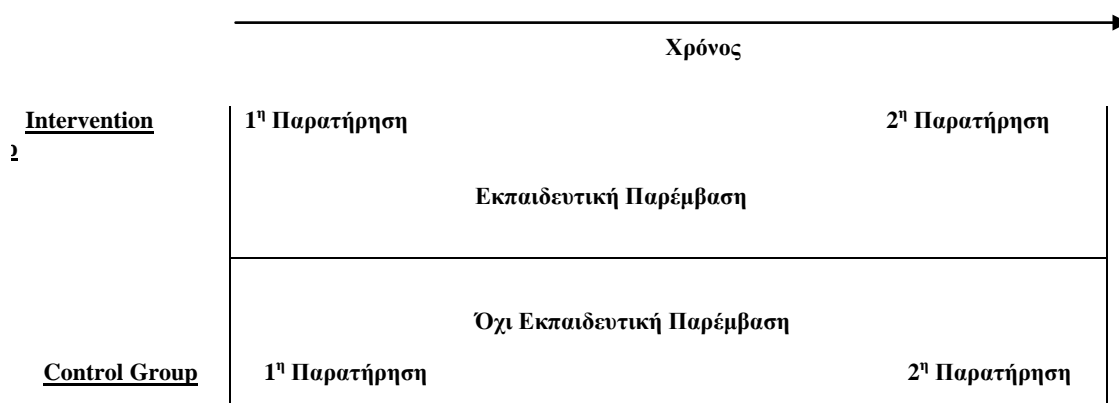
2.2 Αναφορά στη μελέτης σκοπιμότητας

Η μελέτη σκοπιμότητας σχεδιάστηκε με σκοπό να συμβάλλει στους ερευνητές του προγράμματος OTC SOCIOMED να προετοιμάσουν μια μεγάλης κλίμακας παρέμβαση που θα είχε στόχο να μεταβάλλει την συνταγογραφική συμπεριφορά και την στάση απέναντι στα ΜΗΣΥΦΑ των ιατρών γενικής ιατρικής στην ΠΦΥ.

Η επιλογή της μελέτης σκοπιμότητας έγινε καθώς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι μελέτες σκοπιμότητας αποτελούν μελέτες που πραγματοποιούνται πριν από την κύρια έρευνα και χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμήσουν σημαντικές παραμέτρους που θα συμβάλλουν σημαντικά στον σχεδιασμό της κύριας μελέτης [59].

Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένη μελέτη ήταν ημι-πειραματικός (quasi-experimental design) και περιελάμβανε μια ομάδα παρέμβασης και μια ομάδα ελέγχου, καθώς και έναν μικρό αριθμό εγκαταστάσεων φροντίδας υγείας. Οι συμμετέχοντες ιατροί γενικής ιατρικής κατανεμήθηκαν με συμβατικό τρόπο, ανάλογα με το Κέντρο Υγείας στο οποίο υπηρετούν, στην ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Και στις δύο ομάδες υπήρχε 1^η Παρατήρηση – Συλλογή Δεδομένων. Στη συνέχεια η ομάδα παρέμβασης θα λάμβανε την εκπαιδευτική παρέμβαση, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν θα τη λάμβανε. Τέλος, μετά το πέρας περιόδου τεσσάρων εβδομάδων από την διεξαγωγή της εκπαιδευτικής παρέμβασης, και στις δύο ομάδες ακολούθησε 2^η Παρατήρηση – Συλλογή Δεδομένων.

Πίνακας 1. Σχηματική αναπαράσταση μελέτης



2.3. Τόπος εφαρμογής και δείγμα εκπαιδευτικής παρέμβασης

Πέντε γεωγραφικά καθορισμένες περιοχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιλέχθηκαν στην Ελλάδα, Τουρκία, Γαλλία, Μάλτα και Κύπρο. Υποψήφιοι συμμετέχοντες στην μελέτη ήταν όλοι οι ιατροί γενικής ιατρικής που εργάζονται στις περιοχές αυτές.

Στην Ελλάδα, οι περιοχές της Π.Φ.Υ που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν ήταν το Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου μαζί με τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου, το Κέντρο Υγείας Χάρακα και το Κέντρο Υγείας Βιάννου μαζί με τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν σε αυτά. Το Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου αποτέλεσε την Ομάδα Ελέγχου και τα Κέντρα Υγείας Χάρακα και Βιάννου την Ομάδα Παρέμβασης. Η επιλογή των παραπάνω Κέντρων Υγείας έγινε λόγω εύκολης προσβασιμότητας και συλλογής δεδομένων. Ο συνολικός πληθυσμός αναφοράς της κάθε ομάδας είναι περίπου 20.000 κάτοικοι και το κάθε Κέντρο Υγείας ανήκει σε διαφορετικό Δήμο [60].

Παρόλο που στις μελέτες σκοπιμότητας δεν απαιτείται ο υπολογισμός της ισχύς της μελέτης, ως μέγεθος δείγματος ορίζεται απλά ένας ικανοποιητικός αριθμός προκειμένου να υπολογιστούν οι απαραίτητες παράμετροι (π.χ ποσοστό ανταπόκρισης). Στη παρούσα μελέτη, μέσω της εφαρμογής t-test για σύγκριση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και παρέμβασης, υπολογίστηκε ως μέγεθος δείγματος 14 άτομα ανά ομάδα για κάθε χώρα, προκειμένου να επιτευχθεί 20% επίδραση σε βασικά μεγέθη. Το μέγεθος δείγματος εκτιμήθηκε, ορίζοντας ισχύς μελέτης 80%, προκειμένου να ανιχνευτεί διαφορά 20% μεταξύ των ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση, στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε 0.5, τυπική απόκλιση 4,7 και ποσοστό αποχώρησης 15%. [61]

2.4. Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: πηγές πληροφόρησης

2.4.1 Προηγούμενα εργασία στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Προγράμματος OTC SOCIOMED

Στα προηγούμενα πακέτα εργασίας 3 και 4 (Work Package 3, Work Package 4) του προγράμματος OTC SOCIOMED, μέσω της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς εκτιμηθήκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις και στάσεις των ιατρών γενικής ιατρικής, φαρμακοποιών και ασθενών απέναντι στο θέμα της συνταγογραφίας και σύστασης φαρμάκων ΜΗΣΥΦΑ. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών αποτέλεσαν τις κατευθυντήριες, για τον σχεδιασμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα παραδοτέα των προηγούμενων πακέτων εργασίας του OTC SOCIOMED (Παραδοτέα 3.1, 4.1, 4.2) έχουμε τα εξής συμπεράσματα:

- Οι Μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης ΜΗΣΥΦΑ σε σχέση με χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης.

- Οι γυναίκες εμφανίζονται να καταναλώνουν μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη) σε σχέση με τους άντρες.
- Η πλειοψηφία των γιατρών δήλωσαν ότι είχαν συνταγογραφήσει φάρμακα σε περισσότερους από το 60% των ασθενών τους τον προηγούμενο μήνα και αναμένονταν να συνταγογραφήσουν τουλάχιστον ένα φάρμακο στα 2/3 των ασθενών τους με χρόνια νόσημα.
- Στις χώρες Ελλάδα, Μάλτα και Τσεχία η πρόθεση να συνταγογραφήσουν ήταν μεγαλύτερη στους άντρες γιατρούς, οι οποίοι είχαν την τάση να συνταγογραφήσουν/ συστήσουν περισσότερα φάρμακα στους ασθενείς τους, σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους.
- Επιπλέον, στις χώρες Τουρκία, Τσεχία και Μάλτα η θετική στάση των γιατρών απέναντι στα φάρμακα συσχετιζόταν σημαντικά με την τάση τους να συνταγογραφούν/ συστήνουν φάρμακα.
- Η κοινωνική πίεση φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την πρόθεση για συνταγογραφία/ σύσταση φαρμάκων στις μεσογειακές χώρες και ιδιαίτερα στις Ελλάδα, Μάλτα και Τουρκία.
- Τέλος, η ηλικία των θεράποντων γιατρών παρουσίαζε συσχέτιση με πρόθεση για συνταγογράφηση/ σύσταση φαρμάκων, όπου οι γιατροί μικρότερης ηλικίας εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερη πρόθεση να συνταγογραφούν χωρίς καλή τεκμηρίωση, σε σχέση με τους μεγαλύτερης ηλικία συναδέλφους τους.

2.4.2 Βιβλιογραφική αναζήτηση

Για τον καλύτερο σχεδιασμό της μελέτης σκοπιμότητας, και με δεδομένο το γεγονός ότι η εφαρμογή παρεμβάσεων στον τομέα των ΜΗΣΥΦΑ εξακολουθεί να είναι ένα παραμελημένο αντικείμενο στον τομέα της γενικής ιατρικής στην Π.Φ.Υ, διεξήχθη μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα αποτελέσματα της οποίας θα παρουσιαστούν σε ξεχωριστή εργασία, παρόλα αυτά, θα αναφέρουμε ενδεικτικά τα αποτελέσματα που θεωρούνται ότι είναι τα πιο σχετικά για τους σκοπούς του προγράμματος OTC-Socio Med και τον σχεδιασμό της μελέτης σκοπιμότητας [62]. Αρχικά, η γεωγραφική κατανομή των δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών έδειξαν ότι υπάρχει ένα κενό γνώσεων σχετικά με τη συνταγογραφική συμπεριφορά των γιατρών στις χώρες της Νότιας Ευρώπης / Μεσογείου σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και με άλλες χώρες ανεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες.

Επιπλέον, η συστηματική ανασκόπηση επεσήμανε ένα σημαντικό κενό. Δεν βρέθηκε σχεδόν καμία δημοσιευμένη έρευνα που να αναφέρεται στις συνταγογραφικές συνήθειες του γιατρού ή τις τάσεις όσον αφορά τη χρήση ή την κατάχρηση των ΜΗΣΥΦΑ σε περιοχές της Νότιας Ευρώπης / Μεσογείου. Μια πιο προσεκτική αξιολόγηση των συμπεριλαμβανομένων μελετών σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια ποιότητας, έδειξαν έλλειψη τεκμηριωμένης μεθοδολογίας

Η πλειοψηφία των μελετών δεν ανέφεραν στοιχεία σχετικά με την κατανομή των συμμετεχόντων σε ομάδα ελέγχου ή παρέμβασης και η τυχαιοποίηση υπήρχε σχεδόν στις μισές μελέτες, ενώ ο υπολογισμός της ισχύος της έρευνας δεν ήταν πάντα εμφανής. Αξίζει να σημειωθεί ως μια γενική παρατήρηση, ότι ο σχεδιασμός τέτοιων μελετών θα μπορούσαν να επωφεληθούν σε μεγάλο βαθμό από την εφαρμογή τεκμηριωμένων κατευθυντήριων γραμμών.

Εμείς επιλέξαμε να προσπαθήσουμε να έχουμε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα και να αναφέρουμε σχετικά όσον το δυνατόν περισσότερες σχετικές πλευρές για την καλύτερη ενημέρωση σε παρόμοιες μελλοντικές προσπάθειες.

Επιπλέον, δεν βρέθηκαν μελέτες που να χρησιμοποιούν θεωρίες από τις κοινωνικές επιστήμες, όπως η ΘΣΣ και που προσπάθησαν να σχεδιάσουν μια διεπιστημονική παρέμβαση.

Η συστηματική ανασκόπηση αποκάλυψε περιορισμένα στοιχεία όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα στη γενική ιατρική και κανένα στοιχείο σχετικά με τα ΜΗΣΥΦΑ, την διάθεση και κατανάλωσή τους.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις φαίνονται να είναι οι πιο πολλά υποσχόμενες για τη βελτίωση της ορθολογικής συνταγογραφικής συμπεριφοράς [63, 64]. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται την τελευταία δεκαετία είναι κυρίως: εκπαιδευτικό υλικό και οδηγίες ορθής πρακτικής [65-70], μηχανογραφημένες πληροφορίες και χρονοδιαγράμματα [71], συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες ή διαλέξεις [63, 72-80], εκπαιδευτικές επισκέψεις στους χώρους εργασίας [81-82], αναπληροφόρηση είτε μηχανογραφημένη, είτε απευθείας από τους ασθενείς [83], υπενθυμίσεις [84], εικονογραφήματα [85], χρήση γνώμης ασθενών και εκπαιδευτών [86-89] και ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια [80]. Συστηματικές ανασκοπήσεις υποστηρίζουν υψηλή αποτελεσματικότητα των διαρθρωτικών [90] και πολύπλευρων παρεμβάσεων [91], εστιάζοντας σε διαφορετικούς στόχους, συγκρινόμενες με απλές και μεμονωμένες παρεμβάσεις. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα υλοποίησης πολυκεντρικών παρεμβάσεων και αποτελεσμάτων που είναι κλινικά σχετιζόμενα και ανταποκρίνονται σε μια μελέτη σκοπιμότητας.

Αυτές οι μελέτες μελετήθηκαν με μεγαλύτερη λεπτομέρεια προκειμένου να μας βοηθήσουν να διαμορφώσουμε τη δική μας παρέμβαση. Θα πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, το παρατηρήσιμο αποτέλεσμα δεν διατηρήθηκε για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και αν η παρέμβαση ενδεχομένως να είχε επιτύχει, η ποιότητά της εκτιμήθηκε ως ποσοτικό αποτέλεσμα και / ή δεν υπήρχαν ειδικά - επιλεγμένοι ποιοτικοί δείκτες για την αξιολόγηση της μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας σκοπιμότητας της παρέμβασης, η πλειοψηφία των ερευνών στόχευε στη μείωση του αριθμού των συνταγών και σε ένα συγκεκριμένο σημείο χρονικό σημείο μετά την εφαρμογή της παρέμβασης [92].

- **Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας:** Η συγκεκριμένη έρευνα εγκρίθηκε από τις Εθνικές Υπηρεσίες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε Γαλλία, Ελλάδα, Κύπρο, Μάλτα και Τουρκία εντός του 7ου Πλαισίου Στήριξης του προγράμματος OTC SOCIOMED με Νο 223654.

2.5. Δείκτες έκβασης της μελέτης σκοπιμότητας

Η συγκεκριμένη μελέτη σκοπιμότητας σχεδιάστηκε προκειμένου να εστιάσει σε τέσσερα σημεία: 1) Αποδοχή (Acceptability), 2) Εφαρμογή (Implementation), 3) Πρακτικότητα (Practicality) και 4) Περιορισμένος Έλεγχος Αποτελεσματικότητας (Limited Efficacy Testing).

Η Αποδοχή θα εξετάσει τον βαθμό στον οποίο η παρέμβαση κρίνεται ως κατάλληλη, ικανοποιητική ή ελκυστική από τους συμμετέχοντες γιατρούς, δηλαδή την ικανοποίηση, πρόθεση για επανάληψη και αντιληπτή καταλληλότητα. Η Εφαρμογή αναφέρεται στον βαθμό που η νέα παρέμβαση θα διεκπεραιωθεί επιτυχώς στους συμμετέχοντες σε ένα μερικώς ορισμένο αλλά όχι πλήρως ελεγχόμενο πλαίσιο, δηλαδή θα εξεταστεί ο βαθμός εκτέλεσης, την επιτυχία ή αποτυχία εφαρμογής και στις πηγές που ήταν απαραίτητες για την εκτέλεση της παρέμβασης. Η Πρακτικότητα αναφέρεται στον βαθμό που η νέα αυτή παρέμβαση θα διεκπεραιωθεί στους συμμετέχοντες με τη χρήση των υπάρχουσών μέσων και πηγών, χωρίς παρεμβολή εξωτερικών παραγόντων. Με άλλα λόγια θα αναλυθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ευκολία ή δυσκολία εφαρμογής της, την αποδοτικότητα, ταχύτητα και ποιότητα εφαρμογής, τις θετικές ή αρνητικές συνέπειες που θα έχει συμμετέχοντες καθώς και την ικανότητα των συμμετεχόντων να διεκπεραιώνουν παρεμβάσεις. Τέλος, ο Περιορισμένος έλεγχος της αποτελεσματικότητας, αναφέρεται στις προσδοκώμενες μεταβολές σε βασικές μεταβλητές εξαιτίας της παρέμβασης [93].

3. Αποτελέσματα

Ο σχεδιασμός της μελέτης σκοπιμότητας θα αποτελέσει το πρωταρχικό βήμα πριν την υλοποίηση μιας ολοκληρωμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης στους γιατρούς της Π.Φ.Υ. Η κατάλληλη επιλογή της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς ως το θεωρητικό υπόβαθρο, αναγνωρισμένο, χρήσιμο εργαλείο για την αλλαγή της συμπεριφοράς στην γενική ιατρική [94], η ανάλυση των αποτελεσμάτων των προηγούμενων πακέτων της OTC SOCIOMED, μαζί με την συστηματική ανασκόπηση, αποτέλεσαν τα εργαλεία-πηγές κλειδιά για τον σχεδιασμό του περιεχομένου τόσο του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου, αλλά και καθόλης της διαδικασίας της μελέτης μας.

3.1 Σχεδιασμός της εκπαιδευτικής παρέμβασης: τα συστατικά της

Από τις πηγές που αναλύθηκαν πρωτίτερα, προτείνονται τα κύρια συστατικά για την εκπαιδευτική παρέμβαση:

1. Η υλοποίηση ενός εντατικού μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου.
2. Η ανάρτηση ενός πόστερ-αφίσας στον χώρο εργασίας των ιατρών γενικής ιατρικής με μηνύματα κλειδιά για ορισμένο χρονικό διάστημα.
3. Οι συχνές επισκέψεις ενός συνεργάτη υγείας στον χώρο εργασίας των γιατρών.
4. Η αποστολή μηνυμάτων και ηλεκτρονικών μηνυμάτων ως μορφές υπενθυμίσεων κατά τη διάρκεια περιόδου τεσσάρων εβδομάδων.

3.1.1. Μονοήμερο εντατικό εκπαιδευτικό σεμινάριο

Πιο συγκεκριμένα, όλοι οι ιατροί γενικής ιατρικής που συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης της κάθε χώρας, θα προσκληθούν να παρακολουθήσουν ένα εντατικό, μονοήμερο, εκπαιδευτικού περιεχομένου σεμινάριο. Την ομάδα των ομιλητών θα συνθέτει εξειδικευμένο, επιστημονικό προσωπικό από τον χώρο της υγείας και της έρευνας. Η θεματολογία του σεμιναρίου προτείνεται να περιέχει:

- Εισαγωγικά στοιχεία στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με παρουσίαση του σκοπού, των στόχων και της μεθοδολογίας
- Την αλλαγή της συμπεριφοράς ως πρόκληση στην Π.Φ.Υ
- Παράγοντες που επηρεάζουν την ορθή συνταγογράφηση και πρακτική στην Π.Φ.Υ μέσα από εμπειρικές έρευνες
- Τις στάσεις και συνταγογραφικές πρακτικές των Ιατρών γενικής ιατρικής

- Συνταγογράφηση βασιζόμενη σε ενδείξεις: Αναφορά κριτηρίων άριστης συνταγογραφικής πρακτικής
- Συζήτηση και απόψεις των συμμετεχόντων
- Τρόποι εκπαίδευσης ασθενών σχετικά με ορθή χρήση ΜΗΣΥΦΑ

Επιπλέον, οι εξειδικευμένοι ομιλητές θα ενημερώσουν τους ιατρούς γενικής ιατρικής για την διαθέσιμη βιβλιογραφία για την ορθολογική συνταγογραφική πρακτική, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων και τους κινδύνους που σχετίζονται με την κατάχρηση των φαρμάκων. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν είναι: διαλέξεις, ρολοπαίγνια και συζητήσεις μεταξύ μικρών ομάδων [95].

Τέλος, το εκπαιδευτικό σεμινάριο θα περιλαμβάνει διαδραστικές εκπαιδευτικές μεθόδους και διάφορα κλινικά σενάρια, προκειμένου να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων [96].

3.1.2. Επιπρόσθετα εκπαιδευτικά εργαλεία

Υποστηρικτικά εργαλεία όπως αφίσες (Φιγούρα 3), θα τοποθετηθούν στον χώρο εργασίας (Κέντρο Υγείας Χάρακα) και μηνύματα στο κινητό και στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (Φιγούρα 4) θα σταλούν στους γιατρούς της ομάδας παρέμβασης ως υπενθυμίσεις [97]. Το περιεχόμενο των παραπάνω εργαλείων θα είναι σύντομα, εύστοχα μηνύματα-προτάσεις σχετικά με την ορθή χρήση φαρμάκων, την σύσταση ΜΗΣΥΦΑ καθώς και την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και την ορθολογική συνταγογράφηση. Επιπλέον, οι τακτικές επισκέψεις καταρτισμένων επιστημονικών συνεργατών στον χώρο εργασίας (Κέντρο Υγείας Χάρακα και Βιάννου) της ομάδας παρέμβασης κατά τη διάρκεια των τεσσάρων εβδομάδων, θα λειτουργήσουν ως επιπλέον υπενθύμιση των στόχων του προγράμματος.

Απεικόνιση 2: Αφίσα που θα τοποθετηθεί στον χώρο εργασίας της Ομάδας Παρέμβασης

Γνωρίζετε ότι:

Με βάση τα πρώτα αναλυθέντα αποτελέσματα της μελέτης με τίτλο «Εκτίμηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μετάφραση της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς σε παρεμβάσεις», στο πλαίσιο του 7ου Πλαισίου-Προγράμματος [7th Framework Programme (FP7)] της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

Οι γιατροί συνταγογραφούν ένα φάρμακο τουλάχιστον για τα δύο τρίτα των ασθενών που τους επισκέπτονται.	Οι γιατροί συνταγογραφούν συχνά χωρίς ενδείξεις, αλλά κατά την απαίτηση των ασθενών.	Κατά τον τελευταίο μήνα, η πλειοψηφία των γιατρών δήλωσε ότι έχει συνταγογραφήσει φάρμακα για περισσότερο από 60% των ασθενών τους.
Οι γιατροί έδειξαν μια θετική στάση στην τεκμηριωμένη συνταγογράφηση φαρμάκων.	Η πλειοψηφία των ασθενών καταναλώνει φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού.	Η διασφάλιση της υγείας των ασθενών αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα της υγειονομικής περιερίθαλψης!

Τα παραπάνω συνηγορούν στην αναγκαιότητα τακτικού ελέγχου των OTC (Over The Counter drugs-μη συνταγογραφούμενα φάρμακα) σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς. Πιθανές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και ο ρόλος της συν-νοσηρότητας θα πρέπει να εξετάζονται σε κάθε επίσκεψη.

Πίνακας 2: Κύρια Σημεία που θα σταλούν ως Υπενθυμίσεις μέσω sms ή email στους Γ.Ι της ομάδας παρέμβασης [98, 99]

<u>Συμπεράσματα-Οδηγίες προς Γενικούς Ιατρούς</u>
Ο γενικός γιατρός οφείλει να συζητά με τον ασθενή σχετικά με τη χρήση των OTC (ΜΗ Συνατογραφούμενα Φάρμακα)
Περιοδική τηλεφωνική ή/και προσωπική επαφή ιατρού με ασθενή για συμβουλευτική καθοδήγηση σχετικά με τη λήψη μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων
Ο γενικός γιατρός οφείλει να ρωτάει και να καταγράφει τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα που οι ασθενείς λένουν περιοδικά-κατά καιρούς από τους ασθενείς
Ο γενικός ιατρός δεν θα πρέπει να συνταγογραφεί φάρμακα που έχουν αγοραστεί ήδη από το φαρμακείο από τον ίδιο με δική του πρωτοβουλία
Ο γενικός γιατρός οφείλει να ελέγχει τα φάρμακα που συνατογραφούνται από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων
Ο γενικός ιατρός οφείλει να ελέγχει αν ο ασθενής παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς σύμφωνα με έρευνες 35% ασθενών που λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες
Ο γενικός ιατρός οφείλει να ενημερώνει τον κάθε ασθενή για τα φάρμακα που λαμβάνουν και τις ενδεχόμενες επιδράσεις αυτών με άλλα φάρμακα
Ο γιατρός οφείλει να συμβουλεύει τον ασθενή ότι η «ανταλλαγή» φαρμάκων με το συγγενικό ή φιλικό φάρμακο δεν αποτελεί ορθή πρακτική και εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία τους

<u>Πριν συνταγογραφήσετε ένα φάρμακο σκεφτείτε:</u> (Medication Appropriate Index)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Υπάρχει ένδειξη για τη λήψη του συγκεκριμένου φαρμάκου; ➤ Είναι το φάρμακο αυτό αποτελεσματικό για την ασθένεια; ➤ Είναι σωστή η δοσολογία; ➤ Έχουν δοθεί οι σωστές οδηγίες; ➤ Είναι οι οδηγίες πρακτικές; ➤ Υπάρχουν κλινικά σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα; ➤ Υπάρχουν κλινικά σημαντικές φαρμακευτικές παρενέργειες; ➤ Υπάρχει περιττή επικάλυψη με άλλα φάρμακα; ➤ Είναι η διάρκεια της θεραπείας αποδεκτή; ➤ Είναι το φάρμακο η λιγότερο δαπανηρή εναλλακτική λύση σε σύγκριση με άλλα φάρμακα ίσης αποτελεσματικότητας;

Περιοδική ανασκόπηση / αναθεώρηση φαρμακευτικής αγωγής – Πεδίο ευθύνης γενικού γιατρού

Οδηγίες Ορθής Συνταγογραφικής Πρακτικής

- Τοξικότητα
- Διάρκεια
- Δοσολογία
- Αλληλεπιδράσεις

3.2. Σχεδιασμός εκπαιδευτικής παρέμβασης: εργαλεία συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να διερευνηθούν όλες οι παράμετροι, ήταν επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας των κατάλληλων εργαλείων συλλογής δεδομένων για την αξιολόγηση της εκπαιδευτικής παρέμβασης

- Για την εκτίμηση των αλλαγών των στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφορών των γιατρών απέναντι σε θέματα ορθολογικής συνταγογράφησης
- Για την εκτίμηση των αλλαγών των στάσεων και συμπεριφορών των γιατρών απέναντι στα ΜΗΣΥΦΑ
- Για την εκτίμηση της αλλαγής της συνταγογραφικής πρακτικής των γιατρών (ποσότητα φαρμάκων, είδος φαρμακευτικών ουσιών)
- Για την εκτίμηση της αποδοχής, πρακτικότητας, εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου καθώς και ολόκληρης της διαδικασίας που ακολουθήθηκε.

3.2.1. Ερωτηματολόγια μονοήμερου σεμιναρίου

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε από την ομάδα συνεργατών του προγράμματος OTC SOCIOMED και στοχεύουν στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου, θα συμπληρωθούν μονάχα από τους γιατρούς που συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης και θα παρακολουθήσουν το εκπαιδευτικό σεμινάριο.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο θα συμπληρωθεί πριν την έναρξη του σεμιναρίου και περιέχει πέντε ερωτήματα σχετικά με τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων για την χρησιμότητα, ποιότητα του σεμιναρίου που θα ακολουθήσει. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο θα δοθεί μετά την λήξη του σεμιναρίου και αποτελείται από εννέα ερωτήσεις στις οποίες ζητείται από τους συμμετέχοντες γιατρούς να αξιολογήσουν το σεμινάριο που θα έχουν παρακολουθήσει. Οι απαντήσεις και στα δύο ερωτηματολόγια είχαν μορφή κλίμακας Likert 1-7, όπου το 1=διαφωνώ απόλυτα και 7=συμφωνώ απόλυτα.

3.2.2. Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ

Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος συμπληρώνεται και από τις δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου και αποτελείται από συνολικά 11 ερωτήσεις κυρίως ανοιχτού-κλειστού τύπου, καθώς και μορφής σεναρίων βασισμένα σε πραγματικά κλινικά γεγονότα. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να αντλήσει πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις των γιατρών απέναντι στο θέμα των ΜΗΣΥΦΑ και βασίστηκε για τη δημιουργία του, στα αποτελέσματα των Πακέτων Εργασίας 3 και 4. (βλ. Παράρτημα)

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου συμπληρώνεται μονάχα από τους γιατρούς που συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης και αποτελείται από 3 ερωτήσεις (κλίμακας Likert και ανοιχτού τύπου), στόχος των οποίων είναι η συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων σχετικά με την συνολική αξιολόγηση της παρέμβασης.

3.2.3. Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ)

Το ερωτηματολόγιο της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς δημιουργήθηκε αρχικά προκειμένου να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του OTC SOCIOMED (3ο Πακέτο Εργασίας) και συμπληρώθηκε και από τις δύο ομάδες γιατρών, την ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου [100]. Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε και δοκιμάστηκε στην Ελλάδα και στη συνέχεια μεταφράστηκε σε έξι γλώσσες. Στην φάση της μελέτης σκοπιμότητας χρησιμοποιήθηκε μια σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου, το οποίο θα συμπληρωθεί και από τις δύο συμμετέχουσες ομάδες πριν και μετά την παρέμβαση, έχοντας ως κύριο στόχο να διερευνήσει το μέγεθος της αλλαγής στις στάσεις, κοινωνικές νόρμες, αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο και προθέσεις σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων και την ορθολογική συνταγογράφηση [101]. Αποτελείται από δύο μέρη: 18 ερωτήσεις γενικών πληροφοριών για συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και 15 ερωτήσεις βασισμένες στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Η βασική εστίαση ήταν οι τρεις προθέσεις απέναντι στη συνταγογράφηση. Η πρώτη ως Γενικευμένη Πρόθεση (Generalized Intention) απέναντι στη συνταγογράφηση, Δήλωση Πρόθεσης Εκτέλεσης 1 (Intention Performance Statement 1) που δηλώνει τις προσδοκίες των ιατρών γενικής ιατρικής να συνταγογραφούν φάρμακα, και Δήλωση Πρόθεσης Εκτέλεσης 2 (Intention Performance Statement 2) που εκφράζει τις προσδοκίες των ιατρών γενικής ιατρικής να συνταγογραφούν χωρίς τεκμηριωμένα στοιχεία. Όλα οι απαντήσεις των ερωτήσεων, εκτός από τις Προθέσεις Εκτέλεσης 1 και 2 είχαν τη μορφή κλίμακας Likert από 1-7, ενώ οι Προθέσεις Εκτέλεσης ήταν κλίμακας Likert από 1-10.

3.2.4. Φόρμα Φαρμακευτικής Αγωγής Ασθενών

Η συνταγογραφική πρακτική και συμπεριφορά των γιατρών θα εξεταστεί μέσω της συμπλήρωσης και ανάλυσης της φαρμακευτικής αγωγής πέντε ασθενών από κάθε γενικό γιατρό που

συμμετέχουν είτε στην ομάδα παρέμβασης, είτε στην ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς των οποίων οι φαρμακευτικές αγωγές θα αναλυθούν πρέπει να πληρούν τα κριτήρια: ηλικία άνω των 65 ετών και να πάσχουν από τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα.

Η επιλογή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας οφείλεται στο γεγονός ότι η πολυφαρμακία και η χρήση μη κατάλληλων φαρμάκων σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και ο πιθανός κίνδυνος κατανάλωσης ενός φαρμάκου ενδέχεται να είναι μεγαλύτερος από την πιθανή ωφέλεια [102].

Οι παραπάνω φόρμες θα συμπληρωθούν από τους ιατρούς γενικής ιατρικής πριν, αλλά και μετά από την παρέμβαση, προκειμένου να εξεταστεί κάποια διαφορά στον αριθμό ή στην ουσία των συνταγογραφούμενων φαρμάκων [67, 74].

Όλα τα ερωτηματολόγια είναι αυτοσυμπληρούμενα, θα παραδοθούν στους γιατρούς από εκπαιδευμένους συνεντευκτές κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας μαζί τους και η συμπλήρωση αυτών δεν θα ξεπερνά χρονικά τα 15 λεπτά.

3.3. Σχεδιασμός εκπαιδευτικής παρέμβασης: χρονοδιάγραμμα

Στον Πίνακα 3 περιγράφεται αναλυτικά το χρονοδιάγραμμα που θα ακολουθηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της πραγματοποίησης της μελέτης σκοπιμότητας, τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 3: Αναλυτικό χρονοδιάγραμμα προγράμματος εκπαιδευτικής παρέμβασης

<u>Ημερομηνία</u>	<u>Ομάδα Παρέμβασης</u>	<u>Ομάδα Ελέγχου</u>
T₀ : 07-11 Οκτωβρίου 2011	Διανομή-Συλλογή-Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων TPB, Complimentary και Patient Medication Form	Διανομή-Συλλογή-Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων TPB, Complimentary και Patient Medication Form
T₁ : 12 Οκτωβρίου 2011	Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Συμπλήρωση ερωτηματολογίων πριν και μετά από το σεμινάριο.	Καμία δραστηριότητα
T₂ : 19 Οκτωβρίου 2011 T₃ : 22 Οκτωβρίου & 3 Νοεμβρίου 2011 T₄ : 27 Οκτωβρίου 2011	Διανομή και ανάρτηση Poster Αποστολή μηνυμάτων	Καμία δραστηριότητα Καμία δραστηριότητα
T₅ : 09 Νοεμβρίου 2011	Τηλεφωνική Υπενθύμιση στους ιατρούς σχετικά με ορθολογική συνταγογράφηση και αναγκαιότητα του τακτικού ελέγχου των Ο.Τ.Κ Αποστολή email με τα κύρια σημεία συμπεράσματα-οδηγίες προς Γενικούς Ιατρούς που προέκυψαν από το μονοήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο για την συνταγογράφηση φαρμάκων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Καμία δραστηριότητα
T₆ : 15-18 Νοεμβρίου 2011	Διανομή-Συλλογή-Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων TPB, Complimentary και Patient Medication Form	Διανομή-Συλλογή-Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων TPB, Complimentary και Patient Medication Form

3.4. Σχεδιασμός εκπαιδευτικής παρέμβασης: ανάλυση δεδομένων

Τα τέσσερα σημεία τα οποία θα εξεταστούν μέσω της υλοποίησης της μελέτης σκοπιμότητας είναι: Αποδοχή, Εφαρμογή, Πρακτικότητα καθώς και Περιορισμένος Έλεγχος Αποτελεσματικότητας παρόλο που οι μελέτες σκοπιμότητας δεν εστιάζουν σε αυτό πρωταρχικά.

1) **Αποδοχή και Πρακτικότητα:** Η περιγραφική ανάλυση ερωτήσεων τόσο στο Complimentary questionnaire, αλλά και στο ερωτηματολόγιο του Μονοήμερου σεμιναρίου θα χρησιμοποιηθούν για την εξέταση της αποδοχής της παρέμβασης από την ομάδα των ιατρών γενικής ιατρικής της ομάδας παρέμβασης.

Η αποδοχή της μελέτης σκοπιμότητας θα ερευνηθεί μέσω των ποσοστών ανταπόκρισης των συμμετεχόντων χωρών, καθώς και από την ανάλυση των απαντήσεων που θα δοθούν από τους ιατρούς γενικής ιατρικής της ομάδας παρέμβασης μετά τη λήξη του εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Το ποσοστό αυτό δηλώνει το ποσοστό των ατόμων που θα συμπληρώσουν όλα τα ερωτηματολόγια καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας της έρευνας. Η ανάλυση αξιοπιστίας θα υποδείξει ένα καλό δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας των σχετικών ερωτήσεων του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου με τη χρήση του Cronbach's alpha.

Επιπλέον, η αποδοχή εκτιμήθηκε και από την ανάλυση ερωτήσεων τόσο στο Complimentary questionnaire, όσο και στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες ιατρούς στο μονοήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις του Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ σχετικά με την Αποδοχή, ζητούσαν από τους συμμετέχοντες ιατρούς της ομάδας παρέμβασης να αξιολογήσουν την οργάνωση, το περιεχόμενο και το εκπαιδευτικό υλικό του σεμιναρίου σε μια κλίμακα Likert 1-7, όπου το 1 αποτελεί το αρνητικό άκρο και το 7 το θετικό. Στο Ερωτηματολόγιο μετά το Μονοήμερο Εκπαιδευτικό σεμινάριο, οι αντίστοιχες ερωτήσεις αφορούσαν τον βαθμό ανταπόκρισης του σεμιναρίου στις προσδοκίες τους, την αξιολόγηση των ομιλητών και την αξιολόγηση του σεμιναρίου συνολικά.

Η πρακτικότητα της παρέμβασης εξετάστηκε μέσω της ανάλυσης ερωτήσεων που σχετίζονται με την καθημερινότητα των γιατρών και ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με θέματα συνταγογραφίας και χρήσης ΜΗΣΥΦΑ. Οι ερωτήσεις αυτές εμπεριέχονταν στο Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ και στο Ερωτηματολόγιο του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Η ανάλυση αξιοπιστίας θα υποδείξει ένα καλό δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας των σχετικών ερωτήσεων του μονοήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου με τη χρήση του Cronbach's alpha.

Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις στο Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ σχετικά με την εκτίμηση της πρακτικότητας ζητούν από τους γιατρούς της ομάδας παρέμβασης να αξιολογήσουν σε κλίμακα Likert (1-7, όπου 1=διαφωνώ απόλυτα, 7=συμφωνώ απόλυτα), τον βαθμό στον οποίο η

παρέμβαση θα αλλάξει την άποψή τους απέναντι στα ΜΗΣΥΦΑ. Επίσης, οι ερωτήσεις σχετικά με τη χρησιμότητα του σεμιναρίου στο μελλοντικό τους έργο, εάν η θεματολογία του σεμιναρίου θα αλλάξει την πρακτική τους όσον αφορά τη διάθεση για συνταγογράφηση και τέλος, εάν τα θέματα του σεμιναρίου θα αλλάξουν την αντιμετώπισή τους όσον αφορά τη χρήση ΜΗΣΥΦΑ, που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο που θα συμπληρωθεί επίσης από την ομάδα παρέμβασής μετά την λήξη του εκπαιδευτικού σεμιναρίου, αποτελούν τα εργαλεία για την εκτίμηση της πρακτικότητας της παρέμβασης.

2) **Εφαρμογή:** Η συνολική διαδικασία που θα ακολουθηθεί από την κάθε χώρα επιβεβαιώνει την εφαρμογή της πιλοτικής μελέτης.

3) **Περιορισμένη Αποτελεσματικότητα:** Προκειμένου να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης θα χρησιμοποιηθούν το ερωτηματολόγιο της ΘΣΣ, το ερωτηματολόγιο για τα ΜΗΣΥΦΑ και η φόρμα για την φαρμακευτική αγωγή των ασθενών που θα συμπληρωθούν από την ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου πριν και μετά την παρέμβαση. Η ανάλυση των απαντήσεων θα δείξουν πιθανές αλλαγές στις προθέσεις των ιατρών γενικής ιατρικής μετά την παρέμβαση συγκριτικά με τις προθέσεις τους στην αρχή της μελέτης. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ΘΣΣ έχει εξακριβωθεί στα προηγούμενα πακέτα εργασίας ως ικανοποιητική.

Διαφορές των διάμεσων, πριν και μετά την διενέργεια της παρέμβασης θα ξεταστούν στην ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου.

Ο έλεγχος X^2 ανεξάρτητων ομάδων θα χρησιμοποιηθεί για σύγκριση κατηγορικών δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ των χωρών και μεταξύ των ομάδων.

DOT-plots θα χρησιμοποιηθούν για παρουσίαση αποτελεσμάτων του Ερωτηματολογίου ΘΣΣ πριν και μετά την παρέμβαση σε κάθε χώρα, σε κάθε ομάδα.

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney θα χρησιμοποιηθεί για έλεγχο των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων.

Το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis θα εφαρμοστεί για διερεύνηση διαφορών μεταξύ των χωρών.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έχει επιλεγεί να είναι 95% και για την ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 19.

4. Συζήτηση – Συμπεράσματα

4.1. Η σημασία της μελέτης

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να περιγράψει τον σχεδιασμό και την μεθοδολογία μιας μελέτης σκοπιμότητας μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης για την αλλαγή της συμπεριφοράς των ιατρών γενικής ιατρικής σχετικά με την ορθολογική συνταγογράφηση και την ορθή χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Αξιίζει να αναφερθεί, ότι μέχρι σήμερα, δεν έχει σχεδιαστεί και πραγματοποιηθεί αντίστοιχη εκπαιδευτική παρέμβαση στον συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο και είναι γεγονός ότι η ορθολογική συνταγογράφηση, η χρήση ΜΗΣΥΦΑ και οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν μείζονα θέματα στον χώρο της υγείας. Η Ελλάδα, εν αντιθέσει με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χαρακτηρίζεται από έλλειψη εφαρμογής ουσιαστικών πολιτικών που αφορούν τον έλεγχο και την εποπτεία των φαρμακευτικών δαπανών και ενώ, κρίνεται ιδιαίτερα κρίσιμο και επιτακτικό τόσο για τις δημόσιες δαπάνες, όσο και για την δημόσια υγεία η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και η αποτελεσματική χρήση των φαρμάκων.

Η συγκεκριμένη μελέτη εκτιμάται ως επίκαιρη, καθώς η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρή οικονομική και κοινωνική κρίση και υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γιατροί και φαρμακοποιοί συνταγογραφούν και πωλούν αντίστοιχα, φάρμακα, σε μεγάλο μέρος ασθενών κάτω από συνθήκες κοινωνικής πίεσης. Πιο συγκεκριμένα, αποτελέσματα των προηγούμενων πακέτων του προγράμματος OTC SOCIOMED έδειξαν ότι οι γιατροί συνταγογραφούσαν φάρμακα σε πάνω από το 60% των ασθενών τους και η πρόθεση τους να συνταγογραφούν επηρεάζεται σημαντικά από την κοινωνική πίεση, φαινόμενο ιδιαίτερα έντονο στις χώρες Ελλάδα, Μάλτα και Τουρκία. Επιπλέον, κάτι ήδη γνωστό, το οποίο όμως επιβεβαιώθηκε και από τα αποτελέσματα της μελέτης, ήταν η τάση των φαρμακοποιών στην Ελλάδα και Κύπρο να χορηγούν συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ασθενείς χωρίς επίδειξη της ιατρικής συνταγής, σε σχέση με τους φαρμακοποιούς στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Ακόμα, φαίνεται ότι οι φαρμακοποιοί οι οποίοι είχαν σημαντικά θετική στάση απέναντι στη χρήση φαρμάκων και ιδιαίτερα, εκείνοι στους οποίους ασκούσαν κάποια μορφή κοινωνικής πίεσης, εμφάνιζαν μεγαλύτερη πρόθεση να συστήσουν και να πουλήσουν κάποιο φαρμακευτικό σκεύασμα, συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν σημαντικά θετική στάση απέναντι στα φάρμακα και τους ασκούσαν λιγότερη κοινωνική πίεση.

4.2. Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να εντοπίσει την ενδεχόμενη επίδραση μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης σε ιατρούς γενικής ιατρικής της Π.Φ.Υ πάνω στη συνταγογραφική τους πρακτική, μέθοδος που έχει εφαρμοστεί και προτείνεται από την διεθνή βιβλιογραφία [68]. Επιπλέον, η

παρέμβαση στηρίχθηκε σε συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο, την Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, καθώς σύμφωνα επίσης με την διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει απόδειξη ότι το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο συνδέεται με την αλλαγή της συμπεριφοράς στα θέματα της συνταγογραφίας [103].

Ωστόσο, μια αδυναμία της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι η υλοποίηση της παρέμβασης περιορίστηκε και εστίασε μονάχα στην ομάδα στόχος των ιατρών γενικής ιατρικής της Π.Φ.Υ και δεν συμπεριέλαβε ομάδα ασθενών και φαρμακοποιών, καθώς οι ομάδες αυτές εμπλέκονται άμεσα στα θέματα συνταγογραφίας και ΜΗΣΥΦΑ. Τέλος, η συγκεκριμένη πιλοτική μελέτη εφαρμόστηκε μονάχα σε προκαθορισμένες περιοχές της κάθε χώρας και έτσι δεν μπορεί να υποστηριχτεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων της.

4.3. Συνέπειες της μελέτης

Η παρούσα μελέτη σκοπιμότητας θα αποτελέσει τη βασική πηγή πληροφορίας, προκειμένου να υλοποιηθεί μια αντίστοιχη παρέμβαση μεγαλύτερης κλίμακας, παρέχοντας χρήσιμες προτάσεις και οδηγίες στους υπεύθυνους άσκησης πολιτικής στον χώρο της Π.Φ.Υ, για τη μεταβολή της συνταγογραφικής πρακτικής των γιατρών και της στάσης τους απέναντι στη χρήση ΜΗΣΥΦΑ, ώστε να οδηγηθούν στην υιοθέτηση των αρχών της ορθής συνταγογραφικής πρακτικής και στον περιορισμό της κατάχρησης των ΜΗΣΥΦΑ.

Σε γενικότερο πλαίσιο, η μελέτη σκοπιμότητας μπορεί να παρέχει σημαντικό όγκο πληροφοριών τόσο στους γιατρούς της ΠΦΥ όσο και στους φορείς άσκησης πολιτικών της υγείας για περαιτέρω έρευνα στα θέματα ορθολογικής συνταγογράφησης και ορθή χρήση ΜΗΣΥΦΑ, καθώς αποτελούν μείζονα θέματα και χρήζουν άμεσης παρέμβασης ιδιαίτερα στις Μεσογειακές χώρες.

4.4. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη κατέληξε στο σχεδιασμό της μελέτης σκοπιμότητας μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης, σε ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Μέσω της μελέτης διαμορφώθηκαν τα εργαλεία και οι μέθοδοι αξιολόγησης της εκπαιδευτικής παρέμβασης, που θα ακολουθηθούν στην εφαρμογή της σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες. Τέλος, μπορεί να διαμορφώσει κατευθυντήριες οδηγίες για την αλλαγή στη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών γενικής ιατρικής, καθώς το θεωρητικό υπόβαθρο προέρχεται από τις κοινωνικές επιστήμες με δυνατότητα εφαρμογής σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό αλλά και συνεχιζόμενη εκπαίδευσης επίπεδο.

Προοπτικά, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και αξιολόγηση τέτοιου είδους παρεμβάσεων, αναμένεται να συμβάλλει στην κατανόηση της επίδρασή τους στους γιατρούς και θα βοηθήσει τους

ερευνητές να επιλέξουν και να αναπτύξουν στοχευόμενες στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην αποτελεσματικότητά τους, όταν αυτές εφαρμοστούν σε μεγαλύτερο πλαίσιο με συμμετέχοντες όχι μόνο γιατρούς, αλλά και φαρμακοποιούς και ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. Donaldson SL. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:1.
2. Stelfox, HT, Palmisani, S, Scurlock, C, Orav EJ, .Bates, DW. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:174–17.
3. Guthrie B, McCowan C, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Barnett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. *BMJ*. 2011; 21:342.
4. Gaal S, van Laarhoven E, Wolters R, Wetzels R, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care has many aspects: an interview study in primary care doctors and nurses. *J EvalClinPract*. 2010; 16:639-43.
5. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ*. 2004; 329:15-9.
6. DeLorme D, Huh J, Reid L.N, Soontae A. The state of public research on over-the-counter drug advertising. *Int J Pharm Healthcare Marketing*. 2010; 4(3):208-31.
7. Lessenger JE, Feinberg SD. Abuse of prescription and over-the-counter medications. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21:45-54.
8. Hughes F. G, McElnay J. C, Hughes C. M, McKenna P. Abuse/Misuse of Non-Prescription drugs. *Pharm World Sci*. 1999; 21:251-255.
9. Tsiligianni IG, Delgatty C, Alegakis A, Lionis C. A household survey on the extend of home medication storage. A cross-sectional study from rural Crete, Greece. *Eur J Gen Pract*. 2012 Mar;18(1):3-8. doi: 10.3109/13814788.2011.604674.
10. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J ClinPharmacol*. 2000;56:501-9.
11. Goosens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with ESAC Project Group. *Lancet*. 2005; 365:579-587.
12. Le Grand A, Hogerzeil H, Haaijer-Ruskamp F. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning*. 1999; 14:89-102.
13. The world medicines situation. WHO; 2004.
14. Isenalumhe AE, Oviawe O. Polypharmacy:its cost burden and barrier to medical care in a drug-oriented health care system. *Int J Health Serv*. 1988; 18(2):335-42.
15. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005; 17(4):123-32.

16. Aronson JK. A prescription for better prescribing. *Br J Clin Pharmacol.* 2006; 61(5):487–491.
17. Gallagher P, Barry P, O’Mahiny D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther.* 2007; 32(2):113-21.
18. Ross A, Loke Y. Do educational improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67(6):662–670.
19. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. *Guide to Good Prescribing. WHO/Action programme on essential drugs.* Geneva; 1994.
20. *Policy perspectives on Medicines, promoting rational use of medicines: core components.* WHO; September 2002.
21. Εφημερίδα Κυβερνήσεως, τεύχος δεύτερο, αριθμός φύλλου 284; 2004.
22. Anderson S.P, Ciliberto F, Liaukonyte J. *Getting into your Head(ache).* Marketing Science Institute. 2008.
23. Soller RW. Evolution of self-care and over-the-counter medications. 1998;20:134-40.
24. Beazoglou T, Kyriopoulos J. Quality and cost control of health care. The case of pharmaceuticals in USA and Greece. In: Kyriopoulos J (ed) *Health Systems in the World- From evidence to policy.* Athens: Papazisis; 2004.
25. Kamat V.R and Nichter M. Pharmacies, Self medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Soc Sci Med.* 1998; 47(6):779-794.
26. *Nonprescription Drug Manufacturers Association: Self-medication in the ‘90s: Practice and perceptions.* Washington, DC 1992.
27. Bienkinsopp A, Bradley C. Over the counter drugs: patients, society and the increase in self-medication. *Br Med J.* 1996;312:629-32.
28. Κουσουλάκου, Χ, Φραγκουλάκης Β: Η αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα: μια προσέγγιση των επιπτώσεων σε όρους κόστους-οφέλους. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών; 2005.
29. *Better regulation of non prescribed medicines.* WSMI; 2007.
30. Mintzes B. How does direct to consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *CMAJ.* 2003; 169(5):405-412.
31. *The benefits and risks of self-medication.* WHO Drug Information. 2000;14:1.
32. Κούτης Α, Λιονής Χ, Αλαμάνος Γ, Τσαμανλουράκη Κ, Σασαράλης Σ, Tomson Y, et.al. Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ένα Κέντρο Υγείας στην Κρήτη. *Mat Med Gr.* 1991; 19:515-20.

33. Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ*. 2003;326:13.
34. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. *Fam Pract*. 2003;20(1):61-8.
35. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *European Economy*; 2012 doi: 10.2765/27111.
36. Hakkarainen KM, Hedna K, Petzold M, Hägg S. Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reaction-a meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(3).
37. Heard KJ, Ries NL, Dart RC, Bogdan GM, Zallen RD, Daly F. Overuse of non-prescription analgesics by dental clinic patients. *BMC Oral Health*. 2008;8:33.
38. Pham C, Dickman R. Minimizing drug adverse drug events. *Am Fam Physician*. 2007;76(12):1837-1844.
39. The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI); 2000
40. Kontarakis N, Tsiligianni IG, Papadokostakis P, Giannopoulou E, Tsironis L, Moustakis V. Antibiotic prescriptions in primary health care in a rural population in Crete, Greece. *BMC Res Notes*. 2011;4:38.
41. European Surveillance of Antimicrobial Consumption Yearbook 2009. European Center for Disease Prevention and Control; 2009.
42. Ranji SR, Steinman MA, Shojania KG, Gonzales R. Interventions to reduce unnecessary antibiotic prescribing. A systematic review and quantitative analysis. *Med Care*. 2008;46:847-62.
43. Caminal J, Rovira J. Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain). *Eur J Public Health*. 2005;15(3): 276-281.
44. Pharmaceuticals and Health Sector Reform in the Americas: An Economic Perspective: The Cost-Burden of Irrational drug use. WHO; 1998.
45. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing; 2011 http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
46. The economic and human costs of rational and irrational prescribing. Guide to Drug Financing Mechanisms. WHO; 1998.
47. Stosic R, Dunagan F, Palmer H, Fowler T, Adams I. Responsible self-medication: Perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *Int J Pharm Pract*. 2011; 19(4):236-45.
48. The Bacterial Challenge. Time to React. Technical Report ECDC; 2009.

49. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE; 2011 edition.
50. UEMO Statement on prescribing drugs in general practice. European Union of General Practitioners [Internet] [cited 2013 March 01] available from: <http://www.uemo.eu/uemo-policy/114.html>.
51. Tsiantou V, Shea S, Martinez L, Agius D, Basak O, Faresjo T, Moschandreas J, Samoutis G, Lionis C. Eliciting salient beliefs on prescribing in general practice to inform the construction of a questionnaire based on the Theory of Planned Behavior. *Fam Pract*. Forthcoming.
52. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psych*. 1986;22:453-474.
53. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179-211.
54. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. England Cliffs: Prentice Hall Inc;1980.
55. Theodorakis Y. Prediction of athletic participation: A test of planned behavior theory. *Perceptual and Motor Skills*. 1992;74:371-379.
56. Walker A, Watson M, Grimshaw J, Bond C. Applying the theory of planned behaviour to pharmacists' beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines. *FamPract*. 2004;21:670-6.
57. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*. 2001; 40(4):471-99.
58. Ajzen I: Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. [Internet] [cited 2013 March 01] available from <http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/>.
59. Arain M, Campbell M, Cooper C, Lancaster G. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol*. 2010; 10:67. doi: 10.1186/1471-2288-10-6.
60. Γεωγραφικά και Πληθυσμιακά Δεδομένα των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη. Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας. Στατιστικά δεδομένα υγείας και πρόνοιας. Τεύχος 3.1; Σεπτέμβριος 2003.
61. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*.1992; 112:1.155-159.
62. Petelos E, Angelaki A, Voulgaraki D, Tatsioni A, Lionis C. Systematic Review on the effectiveness of interventions for Rational Prescribing and the use of "Over-the-Counter" drugs (OTCs) in General Practice and Primary Health Care. 2013. In progress.

63. Esmaily HM, Silver I, Shiva S, Gargani A, Maleki-Dizaji N, Al-Maniri A, Wahlstrom R. Can rational prescribing be improved by an outcome-based educational approach? A randomized trial completed in Iran. *J Contin Educ Health Prof.* 2010;30:11-8.
64. Ilet KF, Johnson S, Greenhill G. Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics advisor (academic detailer). *Br J of Clin Pharmacol.* 2000;49(2):168-173.
65. Goldstein MK, Lavori P, Coleman R, Advani A, Hoffman BB. Improving adherence to guidelines for hypertension drug prescribing: cluster-randomized controlled trial of general versus patient-specific recommendations. *Am J Manag Care.* 2005;11:677-85.
66. Shrestha N, Samir KC, Baltussen R, Kafle KK, Bishai D, Niessen L. Practical approach to lung health in Nepal: better prescribing and reduction of cost. *Trop Med Int Health.* 2006;11:765-72.
67. Fretheim A, Oxman AD, Håvelsrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjørndal. A Rational prescribing in primary care (RaPP): a cluster randomized trial of a tailored intervention. *PLoS Med.* 2006;3:e134.
68. Martens JD, van der Aa A, Panis B, van der Weijden T, Winkens RA, Severens JL: Design and evaluation of a computer reminder system to improve prescribing behaviour of GPs. *Stud Health Inform Technol.* 2006;124:617-23.
69. Watson M, Gunnell D, Peters T, Brookes S, Sharp D. Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial. *J Health Serv Res Policy.* 2001;6:207-13.
70. Søndergaard J, Andersen M, Støvring H, Kragstrup J: Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2003;21:47-51.
71. Bennett JW, Glasziou P, Del Mar C, De Looze F. A computerised prescribing decision support system to improve patient adherence with prescribing. A randomised controlled trial. *Aust Fam Physician.* 2003;32:667-71.
72. Lawton BA, Rose SB, Elley CR, Dowell AC, Fenton A, Moyes SA: Exercise on prescription for women aged 40 to 74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BJSM.* 2009;43:120-123.
73. Little P, Moore M, Warner G, Dunleavy J, Williamson I. Longer term outcomes from a randomised trial of prescribing strategies in otitis media. *Br J Gen Pract.* 2006;56:176-82.
74. Akici A, Kalaça S, Ugurlu MU, Karaalp A, Cali S, Oktay S. Impact of a short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;57:310-21.

75. Lundborg CS, Wahlström R, Oke T, Tomson G, Diwan VK. Influencing prescribing for urinary tract infection and asthma in primary care in Sweden: a randomized controlled trial of an interactive educational intervention. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:801-12.
76. Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Muñoz O, Reyes H, Tomé P, Libreros V, Gutiérrez G. Improving physician prescribing patterns to treat rhinopharyngitis. Intervention strategies in two health systems of Mexico. *SocSci Med.* 1996; 42:1185-94.
77. Anderson JF, McEwan KL, Hruddy WP. Effectiveness of notification and group education in modifying prescribing of regulated analgesics. *CMAJ.* 1996; 154:31-9.
78. Ekedahl A, Andersson SI, Hovelius B, Molstad S, Liedholm H, Melander A. Drug prescription attitudes and behavior of general practitioners: Effects of a problem-oriented educational program. *Eur J Clin Pharmacol.* 1995;47:381-7.
79. Angunawela II, Diwan VK, Tomson G. Experimental evaluation of the effects of drug information on antibiotic prescribing: a study in outpatient care in an area of Sri Lanka. *Int J Epidemiol.* 1991;20:558-64.
80. Puga AE, Baker R, Paul S, Villoro-Valdes R. Effect of educational outreach on general practice prescribing of antibiotics and antidepressants: a two-year randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27:195-201.
81. De Santis G, Harvey KJ, Howard D, Mashford ML, Moulds RF. Improving the quality of antibiotic prescription patterns in general practice. The role of educational intervention. *Med J Aust.* 1994;160:502-5.
82. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Fam Pract.* 2002;19:529-36.
83. Gehlbach SH, Wilkinson WE, Hammond WE, Clapp NE, Finn AL, Taylor WJ, Rodell MS. Improving drug prescribing in a primary care practice. *Med Care J.* 1984;22:193-201.
84. Hagström B, Mattsson B, Rost IM, Gunnarsson RK. What happened to the prescriptions? A single, short, standardized telephone call may increase compliance. *Fam Pract.* 2004;21:46-50.
85. O'Connell DL, Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ.* 1999;318:507-11.
86. Garjani A, Salimnejad M, Shamsmohamadi M, Baghchevan V, Vahidi RG, Maleki-Dijazi N, Rezazadeh H. Effect of interactive group discussion among physicians to promote rational prescribing. *East Mediterr Health J.* 2009;15: 408-15.

87. Braybrook S, Walker R: Influencing NSAID prescribing in primary care using different feedback strategies. *Pharm World Sci.* 2000;22:39-46.
88. Madridejos-Mora R, Amado-Guirado E, Pérez-Rodríguez MT: Effectiveness of the combination of feedback and educational recommendations for improving drug prescription in general practice. *Med Care.* 2004;42:643-8.
89. Senn L, Burnand B, Francioli P, Zanetti G. Improving appropriateness of antibiotic therapy: randomized trial of an intervention to foster reassessment of prescription after 3 days. *J Antimicrob Chemother.* 2004;53:1062-7.
90. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003;362:1225-1230.
91. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care.* 2001;39:112-15.
92. Majumdar SR, Soumerai SB. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. *CMAJ.* 2003 Jul 8;169(1): 30-1.
93. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, et al. How We Design Feasibility Studies. *Am J Prev Med.* 2009;36:452-457
94. Conner M, Norman P: Predicting Health Behaviour. Buckingham. UK: Open University Press;1995.
95. Magrini N, Formoso G, Marata A, et al: Randomised controlled trials for evaluating the prescribing impact of information meetings led by pharmacists and of new information Formats in General Practice in Italy. *BMC Health Serv Res* 2007;7:158.
96. Watkins C, Timmb A, Gooberman-Hilla R, Harvey I, Hainesd A, Donovan J. Factors affecting feasibility and acceptability of a practice-based educational intervention to support evidence-based prescribing: a qualitative study. *Fam Pract.* 2004;21:661-9.
97. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother.* 2007;60:638-44.
98. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, Hanlon JT. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet.* 2007;370:173-84
99. A Guide to patient medication review. Northern Health and Social Services Board. September 2003.
100. Tsiantou V, Shea S, Martinez L, representatives of the OTC SOCIOMED research team, Lionis C: Studying General Practitioners intention to prescribe based on the Theory of

Planned Behaviour: a qualitative study towards the development of a questionnaire. 2011, in progress.

101. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, et al. Constructing Questionnaires based on the Theory of Planned Behaviour: A Manual for Health Services Researchers. Centre for Health Services Research. University of Newcastle. UK: 2004.
102. Hooft C, Jong G, Dieleman J, Verhamme K, Cammen T, Stricker B, Sturkenboom M: Inappropriate prescribing in older adults 2002 Beers criteria-a population-based cohort study. *J Clin Pharmacol.* 2005;60(2):137-144.
103. Hrisos S, Eccles M, Johnston M, Francis J, Kaner EF, Steen N, Grimshaw J. An intervention modelling experiment to change GPs' intentions to implement evidence-based practice: using theory-based interventions to promote GP management of upper respiratory tract infection without prescribing antibiotics. *BMC Health Serv Res.* 2008;14:8-10.

Παράρτημα

1. Ερωτηματολόγιο για ΜΗΣΥΦΑ (Complimentary Questionnaire)



Αξιολόγηση των ΜΗ ΣΥνταγογραφούμενων ΦΑρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.) στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μετάφραση της θεωρίας της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) σε παρεμβάσεις

Complimentary Questionnaire on OTC Medicines

Τόπος και ημερομηνία:.....

Ώρα:.....

Κωδικός Ερωτώμενου:.....

© Το παρόν ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από τον Καθ. Δρ. Χ. Λιονή και την ομάδα του στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης

1. Νομίζετε ότι είναι σημαντικό να περιληφθούν στις επισκέψεις πληροφορίες σχετικά με τη χρήση ΟΤC; Αν ναι, πόσο συχνά; (Μια μόνο απάντηση)
- α) Σε κάθε επίσκεψη
 - β) Σε ορισμένες επισκέψεις στη διάρκεια της εβδομάδας
 - γ) Σε ορισμένες επισκέψεις στη διάρκεια του μήνα
 - δ) Μόνο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς
 - Ε) Δεν είναι απαραίτητο
2. Γιατί νομίζετε ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούν-επιλέγουν τα ΟΤC φάρμακα; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)
- α) Είναι εύκολα διαθέσιμα
 - β) Πιστεύουν ότι είναι ασφαλή επειδή διατίθενται εύκολα
 - γ) Πιστεύουν ότι οι φαρμακοποιοί μπορούν να προτείνουν τα κατάλληλα φάρμακα με βάση τα συμπτώματα
 - δ) Δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε μια ιατρική επίσκεψη
 - ε) Εξοικονομούν χρόνο και χρήμα από μια επίσκεψη στο γιατρό
 - στ) Δεν ξέρω/ Δεν έχω ρωτήσει ποτέ
 - ζ) Άλλο (προσδιορίστε)
3. Θα μπορούσαν οι γενικοί γιατροί να έχουν ουσιαστικό ρόλο για τη διαβούλευση και την αλλαγή της στάσης του ασθενούς για τη χρήση των ΟΤC;
- α) Ναι
 - β) Όχι
4. Έχετε έναν ασθενή ο οποίος χρησιμοποιεί συχνά φαρμάκων ΟΤC, ανταλλάσσει φάρμακα με μέλη της οικογένειάς του, με τους γείτονες, με το φιλικό του περιβάλλον ή συμβουλευτεί τον φαρμακοποιό του και αγοράζει φαρμακευτικά σκευάσματα χωρίς ιατρική συνταγή. Τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση; (Μια μόνο απάντηση)
- α) Θα ενημερώσετε αμέσως τον ασθενή για τους κινδύνους που συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά του
 - β) Θα ενημερώσετε άλλο μέλος της οικογένειας του ασθενούς για τη συμπεριφορά του
 - γ) Θα παρακολουθήσετε την πορεία της υγείας του ασθενούς και θα παρέμβετε όταν είναι απαραίτητο
 - δ) Δε θα κάνετε τίποτα, εξαιτίας του περιορισμένου χρόνου που διαθέτετε για κάθε ασθενή.
5. Για ποιούς λόγους θεωρείτε σημαντικό τον έλεγχο των ΟΤC? (Επιλέξτε όσα ισχύουν)
- α) Είναι σημαντικό για την ασφάλεια του ασθενούς
 - β) Είναι σημαντικό για τη μείωση των κρατικών δαπανών
 - γ) Δεν το θεωρώ σημαντικό καθώς δεν υπάρχουν κίνδυνοι από τη χρήση τους
 - δ) Δεν το θεωρώ σημαντικό

ε) Άλλο (προσδιορίστε)

6. Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι ο ιατρός δεν διερευνά την κατανάλωση OTC φαρμάκων στους ασθενείς του και δεν τους παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)

α) Δεν θεωρείται σημαντικό θέμα

β) Δεν υπάρχει επαρκής γνώση

γ) Θεωρεί ότι οι ασθενείς δεν θα αλλάξουν τη στάση τους, ούτως ή άλλως

δ) Δεν έχει αρκετό χρόνο

ε) Άλλο (προσδιορίστε)

7. Με ποιους ανθρώπους, πιστεύετε ότι μπορείτε να συνεργαστείτε προκειμένου να ελέγξετε την κατάχρηση των OTC; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)

α) Άλλους γιατρούς

β) Με άλλες ειδικότητες του υγειονομικού τομέα. π.χ. νοσηλευτές

γ) Φαρμακοποιούς

δ) Ασθενείς

ε) Με όλους τους παραπάνω

στ) Άλλο (προσδιορίστε)

8. Ένας ασθενής που επισκέπτεται το Κέντρο Υγείας σας, σας ζητά να του συνταγογραφήσετε φαρμακευτικό σκεύασμα που έχει ήδη αγοράσει από το φαρμακείο χωρίς ιατρική συνταγή. Τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση; (Μια μόνο απάντηση)

α) Το συνταγογραφείτε

β) Το συνταγογραφείτε, αφού ενημερώσετε τον ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την κατανάλωση αυτού του φαρμάκου

γ) Το συνταγογραφείτε για τελευταία φορά, αφού ενημερώσετε τον ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την κατανάλωση αυτού του φαρμάκου

δ) Δεν το συνταγογραφείτε

9. Σας επισκέπτεται στο Κέντρο Υγείας σας ένας αντιπρόσωπος του ασθενούς (συγγενής, φίλος κλπ) και σας ζητά να συνταγογραφήσετε για τον ασθενή φάρμακα που έχουν ήδη αγοραστεί από το φαρμακείο χωρίς ιατρική συνταγή. Τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση; (Μια μόνο απάντηση)

α) Τα συνταγογραφείτε

β) Τα συνταγογραφείτε, αφού έχετε ενημερώσει το τρίτο πρόσωπο για τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την κατανάλωση αυτού του φαρμάκου

γ) Ζητάτε να προσέλθει ο ίδιος ο ασθενής προκειμένου να συνταγογραφήσετε τα φάρμακα

δ) Δεν τα συνταγογραφείτε

10. Σας επισκέπτεται ασθενής που πάσχει από χρόνιο νόσημα . Του αφιερώνετε χρόνο για να συζητήσετε σχετικά με τα φάρμακα που του συνταγογραφείτε; (Μια μόνο απάντηση)

- α) Ναι πάντα
- β) Δεν είναι απαραίτητο, αφού τα φάρμακα του είναι ήδη γνωστά
- γ) Μόνο όταν κάτι αλλάζει στην κατάσταση της υγείας του
- δ) Όχι, λόγω του περιορισμένου χρόνου

11. Ένας ασθενής που σας επισκέπτεται για τακτική εξέταση σας ζητά να του συνταγογραφήσετε ιατρικό σκεύασμα που του/της έχει προτείνει άλλος/άλλη γιατρός. Τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση; (Μια μόνο απάντηση)

- α) Το συνταγογραφείτε
- β) Το συνταγογραφείτε αφού ενημερώσετε τον ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους
- γ) Το συνταγογραφείτε αφού επικοινωνήσετε με το γιατρό που συνέστησε το φάρμακο
- δ) Δεν το συνταγογραφείτε

Μετά την παρέμβαση:

1. Η παρέμβαση αυτή άλλαξε την άποψή σας και τα OTC φάρμακα:

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---------------	-----------------

2. Πώς αξιολογείτε το σεμινάριο στα παρακάτω επίπεδα? (Κυκλώστε την απάντηση)

Οργάνωση σεμιναρίου	1 2 3 4 5 6 7 Δεν απαντώ
Περιεχόμενο σεμιναρίου	1 2 3 4 5 6 7 Δεν απαντώ
Εκπαιδευτικό υλικό	1 2 3 4 5 6 7 Δεν απαντώ

3. Ποιοι είναι κατά τη γνώμη σας οι τρόποι με τους οποίους μπορεί αυτή η παρέμβαση να βελτιωθεί ,ώστε να είναι περισσότερο αποτελεσματική;

- α).....
- β).....
- γ).....

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

2. Ερωτηματολόγιο ΘΣΣ (Theory of planned behavior questionnaire)



Αξιολόγηση των ΜΗ ΣΥνταγογραφούμενων ΦΑρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μετάφραση της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) σε παρεμβάσεις

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (CA)

σχεδιασμένο για προσωπικές συνεντεύξεις με γενικούς ιατρούς ως παρόχους συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Όνομα συνεντευκτή:

Κωδικός ερωτώμενου: .../...../...../.....

Τόπος και ημερομηνία:

Εισαγωγή στη συνέντευξη:

Πριν ξεκινήσετε τη συνέντευξη, ενημερώστε τον ερωτώμενο ότι η συνέντευξη είναι ανώνυμη και ότι όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες θα θεωρούνται αυστηρώς εμπιστευτικές.

Πείτε του/της ότι σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τους λόγους για τους οποίους οι γενικοί ιατροί ενδέχεται να συνταγογραφούν ή να μην συνταγογραφούν συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, και ότι θα είμαστε ευγνώμονες εάν μπορεί να απαντήσει ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με το γεγονός αυτό. Ενημερώστε τους ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, και ότι απλώς θα εκτιμούσατε τις αρχικές τους σκέψεις.

© Το παρόν ερωτηματολόγιο (CA) συντάχθηκε από τον Καθ. Δρ. Χ. Λιονή και την ομάδα του στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης Κυρία Βασιλική Τσιάντου, κυρία Sue Shea

Σημείωση: Το Μέρος Α, «ερωτήσεις γενικών πληροφοριών» του παρόντος ερωτηματολογίου αποτελεί μέρος του Ερωτηματολογίου Α που συντάχθηκε από τον Καθ. L.J. Slikkerveer και την ομάδα του στο Πανεπιστήμιο του Leiden

Χρησιμοποιείται κατόπιν αδείας.

Οδηγίες προς τους συμμετέχοντες

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη. Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι η συνέντευξη είναι *ανώνυμη* και ότι όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες θα αντιμετωπιστούν ως *αυστηρώς εμπιστευτικές*.

Παρακαλούμε απαντήστε το ερωτηματολόγιο **βάσει της προσωπικής σας εμπειρίας** και όχι με βάση αυτό που θεωρείτε ιδανικό και επιθυμητό στη συνταγογράφηση φαρμάκων.

Πολλές ερωτήσεις στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιούν κλίμακες βαθμολόγησης με 7 βαθμίδες. Παρακαλούμε, σημειώστε με κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τη γνώμη σας.

Για παράδειγμα, αν σας ζητηθεί να δηλώσετε τη συμφωνία ή τη διαφωνία σας σε μια τέτοια κλίμακα σχετικά με την ερώτηση «*Η ατμοσφαιρική ρύπανση στην πόλη μου είναι μεγάλη*» οι 7 βαθμίδες θα μπορούσαν να αντιστοιχούν στις παρακάτω εκφράσεις :

1. Η ατμοσφαιρική ρύπανση στην πόλη μου είναι μεγάλη

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Σχεδόν διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Σχεδόν συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	

Αν συμφωνείτε αρκετά με αυτή τη δήλωση, βάσει της προσωπικής σας εμπειρίας επιλέξτε το 6

1. Η ατμοσφαιρική ρύπανση στην πόλη μου είναι μεγάλη

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6 <input checked="" type="radio"/>	7	Συμφωνώ απόλυτα
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Σχεδόν διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Σχεδόν συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	

Αν σχεδόν συμφωνείτε με αυτή τη δήλωση, βάσει της προσωπικής σας εμπειρίας, επιλέξτε το 5

1. Η ατμοσφαιρική ρύπανση στην πόλη μου είναι μεγάλη

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5 <input checked="" type="radio"/>	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Σχεδόν διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Σχεδόν συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	

Αν σχεδόν διαφωνείτε με αυτή τη δήλωση, βάσει της προσωπικής σας εμπειρίας, επιλέξτε το 3

1. Η ατμοσφαιρική ρύπανση στην πόλη μου είναι μεγάλη

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Σχεδόν διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Σχεδόν συμφωνώ	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	

Κατά τη διαμόρφωση της βαθμολογίας σας, σας παρακαλούμε να είστε βέβαιοι ότι:

1. Διαβάσατε προσεκτικά όλες τις ερωτήσεις
2. Απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις
3. Δε σημειώσατε με κύκλο περισσότερους από έναν αριθμούς σε μία κλίμακα.
4. Σε ορισμένες ερωτήσεις ο μικρότερος αριθμός δεν σημαίνει τη χειρότερη γνώμη αλλά την καλύτερη. **Παρακαλούμε, δώστε προσοχή στα τελικά σημεία των κλιμάκων**
5. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις ακόμα και αν φαίνεται ότι επαναλαμβάνονται.

Σας ευχαριστούμε πολύ

ΜΕΡΟΣ Α: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

0. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟ

0.0	Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε παρουσία συνεντευκτή;	1. Ναι 2. Όχι
0.1	Χώρα	1. Ελλάδα 2. Μάλτα 3. Κύπρος 4. Τουρκία 5. Γαλλία 6. Δημοκρατία της Τσεχίας 7. Σουηδία 8. Άλλη:.....
0.2	Αριθμός της περιφέρειας	1/.....
0.3	Κατηγορία ερωτώμενου	1. ιατρός 2. φαρμακοποιός 3. άλλη:
0.4	Φύλο ερωτώμενου	1. Άνδρας 2. Γυναίκα
0.5	Είδος περιοχής υπηρεσιών	1. αγροτική 2. ημιαστική 3. Αστική 4.άλλο:.....
0.6	Τόπος συνέντευξης	1. κατοικία 2. μονάδα υπηρεσιών υγείας 3. φαρμακείο 4. σουπερμάρκετ/κατάστημα 5.άλλο:.....

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1.1	Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;/...../.....
1.2	Ποια είναι η παρούσα οικογενειακή σας κατάσταση;	1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η/συζών σύντροφος 3. διαζευγμένος /η 4. Χήρος/α
1.3	Ποια είναι η υπηκοότητά σας;	1. Ελληνική 2. Μαλτέζικη 3. Κυπριακή 4. Τουρκική 5. Γαλλική 6. Τσεχική 7. Σουηδική 8.άλλη:.....
1.4	Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;	1. πανεπιστημιακή 2. μεταδιδακτορική (ειδικότητα) 3.άλλη:.....
1.5	Ποια είναι η ιατρική σας ειδικότητα;	1. καμία ειδικότητα 2. γενική ιατρική 3. curative care 4. κοινωνική ιατρική

5. κλινική ειδικότητα
6.άλλη:.....

1.6 Πόσα χρόνια εμπειρίας έχετε μετά τη λήψη της ειδικότητας; 1. λιγότερα από 5
2. 5-10 χρόνια
3.περισσότερα από 10 χρόνια

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.3 Πόσους εγγεγραμμένους ασθενείς έχετε κατά προσέγγιση στο ιατρείο σας; (Ποιος είναι ο πληθυσμός αναφοράς/ευθύνης του ιατρείου σας;) 1. δεν γνωρίζω
2.....

3.4 Σε τι ποσοστό υπολογίζετε ότι ανέρχεται ο αριθμός των τακτικών ασθενών εκ του συνόλου του πληθυσμού αναφοράς στο ιατρείο σας; 1. δεν γνωρίζω
2.

4. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.2 Υπό ποιο οργανωσιακό καθεστώς λειτουργεί το ιατρείο σας; 1. δεν γνωρίζω
2. δημόσιο
3. ιδιωτικό
4. συνδυασμό
5.άλλο:.....

4.3 Ποιο είναι το οργανωσιακό είδος του ιατρείου σας; 1. ανεξάρτητο
2. εμπορικό
3. αλυσίδα/όμιλος
4.ιατρικό κέντρο/νοσοκομείο
5. άλλο:.....

ΜΕΡΟΣ Β.

Κατά τη γνώμη μου η συνταγογράφηση/σύσταση φαρμάκου είναι:

5.3	Επιβλαβής (για τον ασθενή)	1	2	3	4	5	6	7	Ωφέλιμη (για τον ασθενή)
-----	----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

5.4	Ευχάριστη (για εμένα)	1	2	3	4	5	6	7	Δυσάρεστη (για εμένα)
-----	-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

5.5	Καλή πρακτική	1	2	3	4	5	6	7	Κακή πρακτική
-----	---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

5.6	Άχρηστη	1	2	3	4	5	6	7	Χρήσιμη
-----	---------	---	---	---	---	---	---	---	---------

5.10 Σημαντικοί για εμένα άνθρωποι θέλουν να συνταγογραφήσω φάρμακα

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5.11 Αισθάνομαι ότι υπάρχει κοινωνική πίεση να συνταγογραφήσω φάρμακα

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5.12 Οι περισσότεροι από τους συναδέλφους μου συνταγογραφούν φάρμακα συστηματικά

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5.13 Είμαι πεπεισμένος ότι είμαι σε θέση να λαμβάνω λογικές αποφάσεις συνταγογράφησης φαρμάκων

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5.14 Η απόφαση να συνταγογραφήσω φάρμακα επαφίεται απολύτως στην κρίση μου

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5.15 Το να αποφασίσω να συνταγογραφήσω φάρμακα είναι για εμένα

Δύσκολο	1	2	3	4	5	6	7	Εύκολο
---------	---	---	---	---	---	---	---	--------

5.20 Προσδοκώ ότι θα συνταγογραφώ φάρμακα στους ασθενείς μου

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5.21 Θέλω να συνταγογραφώ φάρμακα στους ασθενείς μου

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5.22 Σκοπεύω να συνταγογραφώ φάρμακα στους ασθενείς μου

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5.24 Αν σας επισκεφτούν 10 ασθενείς, σε πόσους θα περιμένετε να συνταγογραφήσετε φάρμακα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.25 Αν 10 ασθενείς χωρίς καλά καταγεγραμμένη τεκμηρίωση σχετικά με το ιατρικό τους ιστορικό σας επισκεφτούν, σε πόσους θα περιμένετε να συνταγογραφήσετε φάρμακα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Φόρμα Φαρμακευτικής Αγωγής Ασθενών (Patient Medication Form)

Ασθενή	Ηλικία	Τηλέφωνο / ΑΜΚΑ	Αιτιολογία Επίσκεψης	Χρόνιο Νόσημα (δείτε τη λίστα)	Συ-νοσηρότητα (δείτε τη λίστα)	Αριθμός Φαρμάκων	Φαρμακευτική Αγωγή (Δραστική ουσία σε ΚΕΦΑΛΑΙ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)	Σχόλια
Ασθενή 1:			1) Συνταγογράφηση 2) Για κλινική εξέταση του χρόνιου νοσήματος 3) Για εργαστηριακή εξέταση 4) Για πρόληψη / Εμβολιασμός 5) Επείγον περιστατικό 6) Άλλο (διευκρινίστε)...					
Ασθενή 2:			1) Συνταγογράφηση 2) Για κλινική εξέταση του χρόνιου νοσήματος 3) Για εργαστηριακή εξέταση 4) Για πρόληψη / Εμβολιασμός 5) Επείγον περιστατικό 6) Άλλο (διευκρινίστε)...					
Ασθενή 3:			1) Συνταγογράφηση 2) Για κλινική εξέταση του χρόνιου νοσήματος 3) Για εργαστηριακή εξέταση 4) Για πρόληψη / Εμβολιασμός 5) Επείγον περιστατικό 6) Άλλο (διευκρινίστε)...					
Ασθενή 4:			1) Συνταγογράφηση 2) Για κλινική εξέταση του χρόνιου νοσήματος 3) Για εργαστηριακή εξέταση 4) Για πρόληψη / Εμβολιασμός 5) Επείγον περιστατικό 6) Άλλο (διευκρινίστε)...					

Κατάλογος – Συνοπτική λίστα των πιο συνηθισμένων Χρόνιων Νόσων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- 00 Καμία
- 01 Αλλεργία
- 02 Αναιμία
- 03 Στεφανιαία Νόσος
- 04 Αγγώδης Διαταραχή
- 05 Άσθμα
- 06 Κακοήθεια
- 07 Καταρράκτης
- 08 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Εμφύσημα, Χρόνια Βρογχίτιδα)
- 09 Κατάθλιψη
- 10 Δερματίτιδα
- 11 Σακχαρώδης Διαβήτης
- 12 Δυσπεψία
- 13 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση
- 14 Γλαύκωμα
- 15 Πονοκέφαλος
- 16 Βαρηκοΐα
- 17 Υπερλιπιδαιμία
- 18 Υπέρταση
- 19 Φλεγμονώδης Νόσος Εντέρου (Νόσος Crohn / Ελκώδης Κολίτιδα)
- 20 Οστεοαρθρίτιδα
- 21 Οστεοπόρωση
- 22 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- 23 Διαταραχές Όρασης
- 24 Αϋπνίες
- 25 Ιγμορίτιδα
- 26 Αμυγδαλίτιδα
- 27 Ίλιγγος
- 28 Άλλο...

4. Ερωτηματολόγια Μονοήμερου Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου (One day training Questionnaire)

4.1 Ερωτηματολόγιο πριν το Εκπαιδευτικό Σεμινάριο (Before Seminar)

www.otcsociomed.uoc.gr



Αξιολόγηση των ΜΗ ΣΥνταγογραφούμενων ΦΑρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μετάφραση της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) σε παρεμβάσεις



Κωδικός ερωτώμενου: .../...../...../.....

Τόπος και ημερομηνία:

Πριν το σεμινάριο:

1. Η ενημέρωση που είχατε για το σκοπό του εκπαιδευτικού προγράμματος πριν από το σεμινάριο ήταν επαρκής;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---------------	-----------------

2. Θεωρείτε ότι η θεματολογία του σεμιναρίου είναι χρήσιμη για εσάς;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---------------	-----------------

3. Θεωρείτε ότι τα θέματα του σεμιναρίου έχουν εφαρμογή στην καθημέρα κλινική πράξη;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------

4. Θεωρείτε ότι τα θέματα του σεμιναρίου μπορούν δυνητικά να αλλάξουν την ποσοτική και ποιοτική σας διάθεση για συνταγογράφηση;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------

5. Θεωρείτε ότι τα θέματα του σεμιναρίου μπορούν δυνητικά να αλλάξουν την αντιμετώπιση σας όσον αφορά την χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------

4.1 Ερωτηματολόγιο μετά το Εκπαιδευτικό Σεμινάριο (After the Seminar)

www.otcsociomed.uoc.gr



Αξιολόγηση των ΜΗ ΣΥνταγογραφούμενων ΦΑρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μετάφραση της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) σε παρεμβάσεις



Κωδικός ερωτώμενου: .../...../...../.....

Τόπος και ημερομηνία:

Μετά το σεμινάριο

1. Βαθμολογήστε τον βαθμό ανταπόκρισης του σεμιναρίου στις προσδοκίες που είχατε πριν το παρακολουθήσετε.

Καθόλου	1 2 3 4 5 6 7	Πολύ
---------	---------------	------

2. Πως αξιολογείτε την οργάνωση του σεμιναρίου;

Χαμηλή	1 2 3 4 5 6 7	Υψηλή
--------	---------------	-------

3. Πως αξιολογείτε το περιεχόμενο του σεμιναρίου;

Χαμηλό	1 2 3 4 5 6 7	Υψηλό
--------	---------------	-------

4. Θεωρείτε ότι το σεμινάριο αυτό ήταν εφαρμόσιμο ;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------

5. Πως βαθμολογείτε συνολικά το σεμινάριο;

Αδιάφορο	1 2 3 4 5 6 7	Πολύ ενδιαφέρον
----------	---------------	--------------------

6. Πως βαθμολογείτε την ποιότητα των εισηγητών στον ρόλο τους;

Χαμηλή	1 2 3 4 5 6 7	Υψηλή
--------	---------------	-------

7. Πως βαθμολογείτε την χρησιμότητα του σεμιναρίου για το μελλοντικό σας έργο;

Καθόλου χρήσιμο	1 2 3 4 5 6 7	Πολύ χρήσιμο
--------------------	---------------	-----------------

8. Θεωρείτε ότι τα θέματα του σεμιναρίου άλλαξαν την πρακτική σας όσον αφορά τη διάθεση για συνταγογράφηση;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------

9. Θεωρείτε ότι τα θέματα του σεμιναρίου άλλαξαν την αντιμετώπιση σας όσον αφορά την χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

Διαφωνώ απόλυτα	1 2 3 4 5 6 7	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------------	--------------------