



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ ΒΗΤΑ-2 ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ
(SABA) ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ
ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ASTHMA RIGHT CARE»

ΣΠΑΝΙΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ
Πα.Γ.Ν.Η

- Επιβλέποντες:
1. ΤΣΙΑΛΙΓΙΑΝΝΗ ΙΩΑΝΝΑ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΚΡΗΤΗΣ
 2. ΤΖΑΝΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΚΡΗΤΗΣ
 3. ΔΕΣΠΩ ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Ηράκλειο, ΜΑΙΟΣ 2021

© 2021

ΣΠΑΝΙΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ALL RIGHTS RESERVED

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εκπονήθηκε κατά την διάρκεια μιας πολύ δύσκολης πανδημίας για όλη την χώρα. Μέσα σε αυτές τις αντίξοες συνθήκες κάποιοι άνθρωποι αξίζουν τις θερμότερες ευχαριστίες μου για την συμβολή τους και την υπομονή τους να ασχοληθούν.

Την κα. Τσιλιγιάννη Ιωάννα, επιβλέπουσα Καθηγήτρια της μεταπτυχιακής μου εργασίας, που μέσα σε όλη αυτή τη βαριά και επίπονη ατμόσφαιρα των ημερών αφιέρωσε χρόνο, κόπο και υπομονή στην καθοδήγησή μου σε μια πρωτόγνωρη για μένα εμπειρία.

Ευχαριστώ επίσης τον Διευθυντή του Μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Λιονή για την συνεχή καθοδήγηση σε όλη την διάρκεια των μαθημάτων αυτά τα δύο χρόνια, όπως και τους συνεπιβλέποντες καθηγητές κ. Τζανάκη Νικόλαο και κα. Ιεροδιακόνου Δέσπω, για τον χρόνο που αφιέρωσαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους εκείνους του συναδέλφους που χωρίς δεύτερη σκέψη, δέχθηκαν να συμμετέχουν και να βοηθήσουν με τον τρόπο του ο καθένας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω και την οικογένειά μου που έδειξε κατανόηση και με υποστήριξε ηθικά και ψυχικά, σε μια περίοδο που μάλλον το αντίστροφο θα έπρεπε να ισχύει.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	<i>I</i>
<i>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</i>	<i>II</i>
1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
1.1 Εισαγωγή	4
1.2 Σκοπός - Μεθοδολογία	4
1.3 Αποτελέσματα	7
1.4 Συμπεράσματα	9
2 ABSTRACT	10
2.1 Introduction	10
2.2 Aim - Methodology	10
2.3 Results	13
2.4 Conclusion	15
3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
3.1 Ιστορική αναδρομή	16
3.2 Διάγνωση - αντιμετώπιση	17
3.3 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας	20
4 ΣΚΟΠΟΣ	28
5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	29
6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	30
7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	31
8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	42
9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	48
10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	51
Πίνακας 1	51
Πίνακας 2	52
Πίνακας 3	52
Πίνακας 4	53
11 ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	53
11.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	56
11.2 ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	60
11.3 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ	62
11.4 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥΣ	64
11.5 ΧΑΡΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ	65
11.6 ΚΑΡΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΩΝ	65

11.7 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....	66
11.8 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ.....	70
11.9 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	70
11.10 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΩΝ	71
ΕΓΚΡΙΣΗ IPCRG/ARC	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73

1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1.1 Εισαγωγή

Με αφορμή τον θάνατο 195 ασθενών που έπασχαν από άσθμα μέσα σε ένα χρόνο στην Αγγλία, την περίοδο 2012-2013, διερευνήθηκαν οι πιθανές αιτίες και διαπιστώθηκε η υπερβολική συνταγογράφηση για ορισμένους τύπους βρογχοδιασταλτικών (SABA), η μειωμένη συνταγογράφηση άλλων (LABA), η ανεπαρκής χορήγηση και συμμόρφωση στη συνταγογράφηση κορτικοστεροειδών (ICS) και η λάθος δοσολογία μεμονωμένων ή συνδυασμών των παραπάνω σκευασμάτων για την αντιμετώπιση των κρίσεων άσθματος. Επιπλέον, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε συνέχεια στην ιατρική παρακολούθηση και στην εκπαίδευση για την διαχείριση του άσθματος αυτών των ασθενών, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια τεκμηριωμένη εικόνα για την κατάστασή τους και τον κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν. Προέκυψε έτσι η ανάγκη δημιουργίας μιας μεθοδολογίας για την ενημέρωση και ανάδειξη των προβλημάτων, καθοδήγηση και βελτίωση του τρόπου διαχείρισης του άσθματος από τους ασθενείς, με τη συμβολή όλων των επαγγελματιών υγείας που έχουν άμεση ή έμμεση επίδραση στη διαχείριση της νόσου π.χ. γιατροί, επαγγελματίες υγείας και φαρμακοποιοί, στην πρωτοβάθμια/δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

1.2 Σκοπός - Μεθοδολογία

Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας (Φαρμακοποιοί, Γεν. Ιατροί) γνωρίζουν βασικές αρχές στη θεραπευτική προσέγγιση της διαχείρισης του άσθματος, με ιδιαίτερη έμφαση στην συχνή χρήση των εισπνεόμενων SABA. Επίσης να εκτιμήσει την πρόθεση αλλά και την δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας ώστε να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν μια νέα αντίληψη στους ασθενείς και κατ' επέκταση στην κοινωνία-πολιτεία για την αναγκαιότητα του σωστού τρόπου

χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων αλλά και της γενικότερης φιλοσοφίας της Σωστής Διαχείρισης του Άσθματος (Asthma Right Care-ARC).

Η μεθοδολογία του ερευνητικού έργου στηρίχθηκε στην πρωτοβουλία της IPCRG (*International Primary Care Respiratory Group*). Έγινε προσπάθεια καταγραφής απόψεων και εφαρμοζόμενων πρακτικών, ομάδων επαγγελματιών υγείας και διερευνήθηκε η δυνατότητα αναπροσαρμογής αυτών των απόψεων και πρακτικών σύμφωνα με τις προτάσεις της πρωτοβουλίας του ARC. Το ARC είναι μια πρωτοβουλία που γεννήθηκε μέσα από την IPCRG δημιουργώντας ένα Ευρωπαϊκό δίκτυο ανθρώπων που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, φαρμακοποιοί). Προσπαθούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν την σωστή διαχείριση του άσθματος, μειώνοντας την κακή χρήση των εισπνεόμενων SABA. Το άσθμα πρέπει να πάψει να αποτελεί αντικείμενο αντιμετώπισης ως μιας έκτακτης ανάγκης και διαχείρισης μόνο των οξέων συμπτωμάτων αλλά να καθιερωθεί ένα μοντέλο διαχείρισής του ως ένα χρόνια νόσημα.

Στην μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε ένα δείγμα ευκολίας που αποτελείται από δέκα Ιατρούς (Γενικής Ιατρικής) και τριάντα Φαρμακοποιούς της περιοχής του Ηρακλείου Κρήτης. Το κριτήριο επιλογής των ερωτώμενων ήταν μόνο η ιδιότητά τους (Γεν. Ιατροί, Φαρμακοποιοί), και αφορούσε εκείνους που δραστηριοποιούνται στο Ηράκλειο Κρήτης.

Έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από την καθηγήτρια κ. Τσιλιγιάννη Ιωάννα και την κ. Άννα Μανιδάκη (συνεργάτης). Το ερωτηματολόγιο είναι δομημένο σε 3 ενότητες. Στην πρώτη ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις όπου ο συμμετέχον θα πρέπει να επιλέξει μέσα από μια σειρά διαβαθμισμένων απαντήσεων σε κλίμακα Likert, ενώ στην δεύτερη και τρίτη ενότητα ο συμμετέχον δίνει συμπληρωματική συνέντευξη. Οι πρώτες δύο ενότητες ερωτήσεων είναι κοινές και για τις δύο ομάδες ερωτηθέντων (Γεν. Ιατρούς - φαρμακοποιούς). Η τρίτη ενότητα

εξειδικεύεται ανάλογα με την ειδικότητα του ερωτώμενου (Γεν. Ιατρός ή φαρμακοποιός).

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η εκτίμηση του βαθμού κατανόησης της σημασίας της σωστής διαχείρισης του άσθματος και της δυνατότητας προσέγγισης που μπορεί να έχουν οι επαγγελματίες υγείας στον χώρο εργασίας τους, ώστε να μπορέσουν να επηρεάσουν τον ασθενή με άσθμα και να μπορέσουν να τον κατευθύνουν σε μια πιο ορθή και μακροπρόθεσμα σταθερή συμπεριφορά όσον αφορά την διαχείριση του άσθματος.

Στην συνέχεια παρουσιάστηκαν τα εργαλεία της πρωτοβουλίας ARC: Ο Χάρακας για τη Σωστή Διαχείριση του Άσθματος και οι Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων. Τα εργαλεία της πρωτοβουλίας ARC και το ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα από την Καθηγήτρια κ. Τσιλιγιάννη Ιωάννα και την κ. Άννα Μανιδάκη (συνεργάτης) Για την χρήση τους στη συγκεκριμένη έρευνα έχει δοθεί άδεια χρήσης από την IPCRG.

Χάρακας για τη Σωστή Διαχείριση του Άσθματος

Asthma Slide Rule

1. Questions for prescriber to ask themselves and a person with asthma
 Using the slide rule, how much short-acting beta₂ agonist (SABA, also known as reliever/rescue/asthalin/relief) inhaler would you think was acceptable for a person with asthma to take in a year, week or day before you thought a review was necessary? What made you choose that?

	Increasing SABA use											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Number of SABA inhalers/ix per year*	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400
Puffs of SABA used per year†	4	8	12	16	18	20	22	24	26	28	30	32
Puffs of SABA used per week	<1	1	2	2	3	>=3	4	>4	5	6	>6	7
Puffs of SABA used per day	Symptoms											

*Some devices do not contain 200 puffs. Check the number in the device you prescribe/choose or use, and modify these messages accordingly.
 †Suggestion: Try asking a person with asthma the following question before asking question 1: "In the past 4 weeks, how often have you used your reliever/inhaler each day?"

Asthma Right Care Guidance Notes available at www.pcrs-uk.org/asthma/rightcare 05-13811 Rev-07/Rev - Aug 2016

ASTHMA RIGHT CARE

PCRS

Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων



Έγινε η καταγραφή των απαντήσεων και των συνεντεύξεων και αντιστοίχως ποσοτική και ποιοτική τους ανάλυση. Εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου για το ποιοτικό τμήμα. Δημιουργήθηκαν κατηγορίες / υποκατηγορίες που απορρέουν από το περιεχόμενο του υπό ανάλυση υλικού. Για την ανάλυση τα αποτελέσματα αποτυπώθηκαν σύμφωνα με τις ποιοτικές απαντήσεις με τη μορφή συχνοτήτων (N,%) και επιλεγμένες μεταβλητές απεικονίζονται υπό τη μορφή διαγραμμάτων.

1.3 Αποτελέσματα

Από τις απαντήσεις στις κοινές διαβαθμισμένες ερωτήσεις, 18 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 60%) πιστεύουν ότι δεν ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες στη χώρα μας ενώ 6 στους 10 Γενικούς Ιατρούς (ποσοστό 60%) πιστεύει ότι ακολουθούνται. Είδαμε ότι ενώ όλοι οι Γεν. Ιατροί (ποσοστό 100%) είναι ενήμεροι για τις Εθνικές/Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, 17 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 56,57%) δεν είναι. Επίσης μόνο 5 στους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 16,67%) θεωρεί ότι αφιερώνουν χρόνο για την εκπαίδευση των ασθενών με άσθμα σε αντίθεση με 15 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 50%) οι οποίοι πιστεύουν ότι δεν αφιερώνουν καθόλου ενώ όλοι οι Γεν. Ιατροί πιστεύουν ότι αφιερώνουν αρκετό χρόνο (ποσοστό 100%). Είδαμε ότι 7 στους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 70%) και 13 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 43,33%) δεν πιστεύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να αναζητήσουν μόνοι τους

τις πληροφορίες σχετικά με το άσθμα, ενώ 10 στους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 33,33%) συμφωνούν με αυτή τη τοποθέτηση.

Οι 3 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 30%) και 18 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 60%) δεν έχουν αποκρυσταλλώσει άποψη για τον τρόπο συνταγογράφησης του συνδυασμού των κορτικοστεροειδών με τα SABA, 3 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 30%) και 5 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 16,67%) θεωρούν αναμενόμενη την σωστή αναλογία 6:1 (ICS:SABA) κατά την συνταγογράφηση ενώ 4 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 13,33%) και 4 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 40%) πιστεύει ότι η συνήθης αναλογία συνταγογράφησης είναι 2:1.

Οι 6 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 60%) και 14 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 46,67%) δεν συμφωνούν με την τοποθέτηση ότι η υπερβολική χρήση του Aerolin είναι πρόβλημα στο άσθμα αλλά όχι στην ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια), σε αντίθεση με 10 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 33,33%) και 4 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 40%) που συμφωνούν.

Το μέτωπο κατά της κατάχρησης των SABA και υπέρ της σωστής ενημέρωσης και διαχείρισης θα πρέπει να είναι αντικείμενο των Γεν. Ιατρών σύμφωνα με την γνώμη 3 από τους 10 Γεν. Ιατρών (ποσοστό 30%) και 15 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 50%), ενώ 7 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 70%) και 26 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 86,67%) πιστεύουν ότι θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο των πνευμονολόγων. Τέλος 18 από τους 30 φαρμακοποιούς (ποσοστό 60%) θεωρούν ότι η διαχείριση του άσθματος αφορά και τους Φαρμακοποιούς, ενώ 4 από τους 30 (ποσοστό 13,33%) διαφωνεί, ενώ 7 από τους 10 Γεν. Ιατρούς (ποσοστό 70%) διαφωνεί έως και απόλυτα και μόνο 3 από τους 10 (ποσοστό 30%) δείχνουν αναποφάσιστοι.

Από την ενότητα των συνεντεύξεων βλέπουμε μια «απομόνωση» ανάμεσα στους διάφορους κλάδους των επαγγελματιών υγείας που προέρχεται από τη δυσκολία ή την αποφυγή της επικοινωνίας ανάμεσά τους,

με αποτέλεσμα τον μικρό βαθμό ουσιαστικής συνδυαστικής παρέμβασης στη σωστή διαχείριση του άσθματος. Από τους επαγγελματίες υγείας που ρωτήθηκαν, οι φαρμακοποιοί θεωρούν ότι έχουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με το άσθμα ενώ οι Γεν. Ιατροί έχουν καλό επίπεδο ενημέρωσης.

Οι Γεν. Ιατροί στηρίζονται στους τυπικούς τρόπους διάγνωσης (κλινικές εξετάσεις, κλινική εικόνα, επανέλεγχος) χωρίς ιδιαίτερη εξατομίκευση, ενώ αναγνωρίζουν την αξία των ICS και την ανάγκη ελέγχου των SABA. Επίσης θεωρούν τον φόρτο εργασίας και την έλλειψη πρόθεσης από τους ίδιους τους ασθενείς, ως κύρια αιτία για την ελλιπή εκπαίδευση των ασθενών στην αντιμετώπιση των κρίσεων άσθματος και στην χρήση των εισπνευστικών συσκευών. Θεωρούν δύσκολη την προσέγγιση των ασθενών για περαιτέρω συμβουλευτική και εκπαίδευση.

Οι φαρμακοποιοί δεν είναι ενημερωμένοι για την πρωτοβουλία της GINA, έχουν γνώση για την νομοθεσία αναφορικά με τον περιορισμό στην διάθεση χωρίς συνταγογράφηση των SABA αλλά θεωρούν δύσκολη την εφαρμογή της στην πράξη. Θεωρούν ότι ο σύγχρονος τρόπος λειτουργίας του Ελληνικού φαρμακείου δεν είναι δόκιμος για την σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή με άσθμα ενώ εκφράζουν και την ενδεχόμενη ανεπάρκεια για να προσφέρουν μια τέτοια υπηρεσία, ζητώντας κάποια εκπαίδευση – ενημέρωση.

Όλα τα παραπάνω δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που ρωτήθηκαν δεν έχουν παρεμβατική ισχύ και διάθεση να τροποποιήσουν τον τρόπο διαχείρισης του άσθματος

1.4 Συμπεράσματα

Ενώ είναι αρκετά γνωστές οι εθνικές/διεθνείς οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την διαχείριση του άσθματος, εντούτοις εφαρμόζονται μερικώς. Επίσης μέρος των επαγγελματιών υγείας, κατά κύριο λόγο οι φαρμακοποιοί, δηλώνουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με το άσθμα και την διαχείριση του. Ο χρόνος που αφιερώνεται στην εκπαίδευση των

ασθενών για τη σωστή τεχνική εφαρμογής των εισπνευστικών συσκευών δεν είναι αρκετός είτε λόγω φόρτου εργασίας είτε λόγω έλλειψης διάθεσης από τους ίδιους τους ασθενείς. Δεν είναι πάντα εφικτή η αμφίδρομη επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια συντονισμού στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου του ασθενή. Είναι όμως αποδεκτό ότι το μέτωπο για την σωστή αντιμετώπιση και διαχείριση του τρόπου διάθεσης των SABA πρέπει να διευρυνθεί είτε και σε άλλες ιατρικές ειδικότητες εκτός από τους πνευμονολόγους αλλά και σε άλλους κλάδους όπως οι φαρμακοποιοί.

2 ABSTRACT

2.1 Introduction

On the occasion of the death of 195 patients suffering from asthma within a year in England, in the period 2012-2013, the possible causes were investigated and excessive prescribing for certain types of bronchodilators (SABA), reduced prescribing of others (LABA), inadequate administration and compliance with the prescription of corticosteroids (ICS) and the wrong dosage of individual or combinations of the above formulations for the treatment of asthma attacks were found. In addition, it was found that there was no continuity in the medical monitoring and training for asthma management of these patients, so that there was no documented picture of their condition and the risk they are at. Thus, the need arose to create a methodology for informing and highlighting the problems, guiding and improving the way asthma is managed by patients, with the contribution of all health professionals who have a direct or indirect influence on the management of the disease, e.g. doctors, health professionals and pharmacists, in primary/secondary health care.

2.2 Aim - Methodology

The aim of the study was to determine whether health professionals (Pharmacists, General Practitioners) know basic principles in the therapeutic

approach of asthma management, with particular emphasis on the frequent use of inhaled SABA. It should also assess the intention and the ability of health professionals to influence and shape a new perception in patients and by extension in society-state about the necessity of the right way to use inhaled medicines and the general philosophy of Proper Asthma Management (Asthma Right Care-ARC).

The methodology of the research project was based on the initiative of IPCRG (International Primary Care Respiratory Group). An attempt was made to record views and practices, groups of health professionals and the possibility of adjusting these views and practices in line with the proposals of the ARC initiative was investigated. ARC is an initiative born through IPCRG creating a European network of people related to primary health care (doctors, nursing staff and pharmacists). They try to influence and shape the proper management of asthma, reducing the misuse of inhaled SABA. Asthma should no more be treated as an emergency and only acute symptoms should be managed, but a model for its management as a chronic disease should be established.

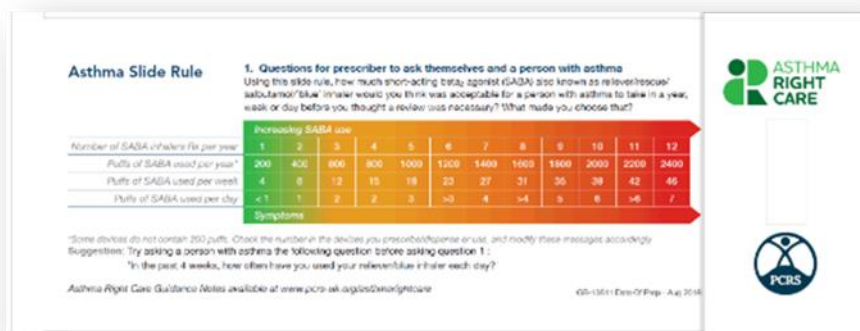
In our study we used a sample of convenience consisting of ten Doctors (General Practitioners) and thirty Pharmacists of the region of Heraklion, Crete. The criterion for the selection of the respondents was only their capacity (Gen. Doctors, Pharmacists), and concerned those operating in Heraklion, Crete.

A questionnaire created by Professor Tsiligianni Ioanna and Anna Manidaki (associate) was used. The questionnaire is structured in 3 sections. In the first section there are questions where the participant should choose from a series of graded answers on a Likert scale, while in the second and third sections the participant gives a supplementary interview. The first two question sections are common to both groups of respondents (Gen. Practitioners - Pharmacists). The third unit is specialized according to the specialty of the respondent (General Practitioner or Pharmacist).

The aim of the questionnaire is to assess the degree of understanding of the importance of proper asthma management and the accessibility that health professionals may have in their workplace, so that they can influence the patient with asthma and be able to direct them to a more correct and long-term stable behaviour in terms of asthma management.

Then the tools of the ARC initiative were presented: The Ruler for the Proper Management of Asthma and the Questions and Challenges Cards. The tools of the ARC initiative and the questionnaire are translated and weighted by Professor Tsiligianni Ioanna and Anna Manidaki (associate). Their use in this research has been licensed by IPCRG.

Ruler for the Proper Management of Asthma



Questions and Challenges Cards



The answers and interviews were recorded and their quantitative and qualitative analysis accordingly. Content analysis was applied for the quality

part. Categories / subcategories derived from the content of the material under analysis were created. For the analysis the results were captured according to the qualitative answers in the form of frequencies (N, %) and selected variables are depicted in the form of diagrams.

2.3 Results

Of the answers to the common classified questions, 18 out of 30 pharmacists (60%) believe that guidelines are not followed in our country while 6 out of 10 General Practitioners (60%) believe that they are followed. We saw that while all the Gen. Practitioners (100%) are aware of national/international guidelines, 17 out of 30 pharmacists (56.57%) are not. Also, only 5 out of 30 pharmacists (16.67%) consider that they devote time to the education of asthma patients, as opposed to 15 out of 30 pharmacists (50%) who believe that they do not devote at all while all Gen. Practitioners believe that they spend enough time (100%). We saw that 7 out of 10 Gen. Practitioners (70%) and 13 out of 30 pharmacists (43.33%) do not believe that patients can search for asthma information on their own, while 10 out of 30 pharmacists (33.33%) agree with this position.

3 of the 10 Gen. Practitioners (30%) and 18 out of 30 pharmacists (60%) have not crystallized an opinion on how to prescribe the combination of corticosteroids with SABA, 3 out of 10 Gen. Practitioners (30%) and 5 out of 30 pharmacists (16.67%) consider the correct ratio of 6:1 (ICS: SABA) when prescribing expected, while 4 out of 30 pharmacists (13.33%) and 4 out of 10 Gen. Practitioners (40%) believe that the usual prescribing ratio is 2:1.

6 out of 10 Gen. Practitioners (60%) and 14 out of 30 pharmacists (46.67%) do not agree with the position that excessive use of Aerolin is a problem in asthma but not in COPD (Chronic Obstructive Pulmonary

Disease), in contrast to 10 out of 30 pharmacists (33.33%) and 4 out of 10 Gens. Doctors (40%) who agree.

The front against the abuse of SABA and in favor of proper information and management should be the subject of the Gen. Practitioners according to the opinion of 3 of the 10 Gen. Practitioners (30%) and 15 out of 30 pharmacists (50%), while 7 out of 10 Gen. Practitioners (70%) and 26 out of 30 pharmacists (86.67%) believe that it should be the subject of pneumonologists. Finally, 18 out of 30 pharmacists (60%) consider that the management of asthma also concerns pharmacists, while 4 out of 30 (13.33%) disagree, while 7 out of 10 Gen. Practitioners (70%) disagree up to thoroughly and only 3 out of 10 (30%) seem undecided.

From the interviews section we see an "isolation" between the different branches of health professionals that comes from the difficulty or avoidance of communication between them, resulting in a small degree of substantial combined intervention in the proper management of asthma. Of the health professionals surveyed, pharmacists believe they have a lack of information about asthma while the Gen. Practitioners have a good level of awareness.

The Gen. Practitioners rely on the typical diagnostic modes (clinical examinations, clinical picture, retesting) without much individualization, while recognizing the value of ICS and the need to control SABA. They also consider the workload and lack of intention by the patients themselves as the main cause of the patients' lack of education in the treatment of asthma attacks and the use of inhalation devices. They find it difficult to approach patients for further counseling and education.

Pharmacists are not aware of GINA's initiative, they are aware of the legislation regarding the restriction on the availability without prescribing of SABA but they find it difficult to implement it in practice. They believe that the modern way of operation of the Greek pharmacy is not appropriate for the proper information and education of the patient with asthma while they

also express the possible inadequacy to offer such a service, asking for some education – information.

All of the above shows that the health professionals surveyed do not have the interventional power and willingness to modify the way asthma is managed

2.4 Conclusion

While national/international guidelines from health professionals regarding the management of asthma are quite well-known, they are nevertheless partially implemented. Also, some health professionals, mainly pharmacists, report a lack of information about asthma and its management. The time devoted to educating patients about the correct technique of application of inhalation devices is not enough either because of workload or because of lack of mood by the patients themselves. It is not always possible to communicate two-way between health professionals, resulting in insufficient coordination in monitoring the course of the patient's disease. However, it is accepted that the front for the proper treatment and management of the way SABA is disposed of should be broadened either to other medical specialties apart from pneumonologists but also to other disciplines such as pharmacists.

3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άσθμα είναι μια χρόνια πάθηση των πνευμόνων με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: απόφραξη των αεραγωγών που είναι αναστρέψιμη (αλλά όχι εντελώς σε ορισμένους ασθενείς) είτε αυτόματα ή με φαρμακευτική αγωγή, φλεγμονή των αεραγωγών και επαυξημένη αντίδραση των αεραγωγών σε διάφορα ερεθίσματα. Οι πιο κοινές μορφές του διακρίνονται σε αλλεργικό άσθμα, μη αλλεργικό άσθμα, άσθμα ενηλίκων (late-onset asthma), άσθμα σε παχυσαρκία και άσθμα σε περιορισμό της αναπνευστικής λειτουργίας ⁽¹⁾. Είναι μια χρόνια νόσος και η αντιμετώπισή της στηρίζεται σε τέσσερις πυλώνες: την εκπαίδευση των ασθενών, τον περιβαλλοντικό έλεγχο, την ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία και σε διεθνώς καθορισμένους αλγόριθμους για την αξιολόγηση της σοβαρότητας και την παρακολούθηση της πορείας της εξέλιξής του ⁽²⁾. Το ηλικιακό εύρος εμφάνισης του άσθματος ξεκινά από την παιδική ηλικία και φτάνει έως τις προχωρημένες ηλικίες. Οι επιπτώσεις που επιφέρει δεν είναι μόνο ατομικές, αλλά εκτείνονται σχεδόν σε όλο το φάσμα του κοινωνικού ιστού αφού περιλαμβάνει σημαντική οικονομική επιβάρυνση όσον αφορά τις άμεσες (υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, φάρμακα) και έμμεσες (απουσία ασθένειας από την εργασία, αναπηρία, άλλες) δαπάνες ⁽³⁾. Το κόστος του αρρυθμιστού άσθματος την περίοδο 2019-2038 εκτιμάται ότι θα είναι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής 963,5 δις \$ ⁽⁴⁾.

3.1 Ιστορική αναδρομή

Το άσθμα ως πάθηση έχει αναφερθεί από την περίοδο των αρχαίων Ελλήνων και έχει καταγραφεί στο *Corpus Hippocraticum* (460 – 370 π.χ.) περιγράφοντας μια κατάσταση δυσκολίας στην αναπνοή που ήταν πιο βαριά από την δύσπνοια αλλά ηπιότερη από την ορθόπνοια ⁽⁵⁾. Από τότε παρόλο που ήταν μια διαδεδομένη πάθηση δεν υπήρχαν οδηγίες για την καλύτερη διάγνωση και φαρμακευτική αντιμετώπιση μέχρι την εμφάνιση μιας επιδημίας θανάτων από άσθμα τη δεκαετία του 1960 ⁽⁶⁾. Αυτή η έλλειψη διαγνωστικής διαδικασίας και φαρμακευτικών οδηγιών για το άσθμα,

οδήγησε σε εντατική έρευνα και την έκδοση των πρώτων Εθνικών Οδηγιών για την διάγνωση και αντιμετώπιση του Άσθματος από την Θωρακική Εταιρία Αυστραλίας και Νέας Ζηλανδίας το 1989 ⁽⁷⁾. Έκτοτε πολλές Εθνικές και Διεθνείς οδηγίες έχουν εκδοθεί έχοντας η κάθε μια τον δικό της προσανατολισμό και τρόπο προσέγγισης δίχως όμως μέχρι σήμερα να έχει βρεθεί για αυτήν την παγκόσμια νόσο μια κοινή οδός για την βέλτιστη στρατηγική διαχείρισής της.

3.2 Διάγνωση - αντιμετώπιση

Το άσθμα θα λέγαμε ότι είναι μια πάθηση άμεσα συσχετισμένη με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Σχετίζεται με όλες της πτυχές της καθημερινότητας, διατροφή, περιβάλλον, εργασία, αλκοόλ, κάπνισμα, εισόδημα, δεν έχει ηλικιακό περιορισμό και εμφανίζει μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα ⁽⁸⁾. Το 2015 περίπου 400.000 άνθρωποι πέθαναν από άσθμα σε παγκόσμια κλίμακα⁽⁹⁾, ενώ το 2017 εκτιμήθηκε ότι 25,2 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν άσθμα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής⁽¹⁰⁾. Πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας δείχνει ότι το 8,6% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα έχει άσθμα (<http://www.myasthma.gr/to-ασθμα-στην-ελλάδα>). Είναι μια ετερογενής πάθηση η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών που είναι συνδεδεμένη με διάφορους κυτταρικούς τύπους όπως τα Τ κύτταρα, τα μαστοκύτταρα, τα ηοσινώφιλα, τα βασεόφιλα, τα ουδετερόφιλα και τα λεμφοκύτταρα. Προσδιορίζεται δε από το ιστορικό των αναπνευστικών συμπτωμάτων όπως είναι συριγμός κατά την αναπνοή, ταχύπνοια, σφίξιμο στο στήθος, βήχας (που μπορεί να ποικίλει σε συχνότητα και σε ένταση) και δύσπνοια⁽¹¹⁾. Η διαγνωστική προσέγγιση, θα πρέπει να ξεκινήσει με την αναγνώριση των συμπτωμάτων και την καταγραφή ενός ιστορικού όπου θα εξακριβωθούν πιθανοί παράγοντες όπως αλλεργίες, κάπνισμα, κ.α. Θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με την χρήση διαγνωστικών εξετάσεων όπως η σπιρομετρία, αλλεργικά τεστ και ταυτοποίηση πιθανών αλλεργιογόνων παραγόντων στο οικιακό – εργασιακό

περιβάλλον ⁽¹²⁾. Τέλος ανάλογα με το επίπεδο της θεραπευτικής παρέμβασης το άσθμα διακρίνεται σε ήπιο, μέτριο, σοβαρό και πολύ σοβαρό άσθμα ⁽¹⁾. Αλγόριθμοι έχουν αναπτυχθεί για την έγκαιρη διάγνωση και σωστή αξιολόγηση της κατάστασης ενός ασθενή με άσθμα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ⁽¹⁾ με πιο επίκαιρο αυτό της πρωτοβουλίας της GINA (Βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [Πίνακας 1, GINA2021](#)).

Η ανακάλυψη των διαφόρων δραστικών ουσιών που δρουν στους αεραγωγούς αλλά και των εισπνευστικών συσκευών ατομικής χρήσης (MDI) έφεραν την επανάσταση στον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης του άσθματος και των κρίσεων άσθματος.

Η φαρμακευτική αγωγή διακρίνεται σε ανακουφιστική και ρυθμιστική. Η ρυθμιστική έχει την έννοια της καθημερινής μακροχρόνιας χρήσης για να διατηρείται το άσθμα υπό έλεγχο κυρίως μέσω της αντιφλεγμονώδους δράσης τους. Τέτοιες ουσίες είναι τα κορτικοστεροειδή, τα LABAs, η θεοφυλλίνη, η Anti-IgE και άλλες πιο νέες που έχουν να κάνουν με την ανοσοθεραπεία. Σε όλες τις παραπάνω θεραπευτικές επιλογές υπάρχουν και οι ανίστοιχες ανεπιθύμητες ενέργειες που θα καθορίσουν τελικά τον χρόνο χρήσης, τη δοσολογία και τον πιθανό συνδυασμό τους, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα του ασθενή. Ενώ όμως η από του στόματος χορήγηση αυτών των δραστικών ουσιών παρουσιάζει τις γνωστές παρενέργειες (λόγο υψηλής δοσολογίας και μακροχρόνιας χορήγησης), η εισπνεόμενη μορφή τους είναι σε πολύ μικρότερη περιεκτικότητα, γεγονός που μειώνει αισθητά τις παρενέργειες αλλά αυξάνει την αποτελεσματικότητα, αφού έχουν άμεση απορρόφηση από τον βλεννογόνο των πνευμόνων και άρα άμεση επιτόπια δράση. (Βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [Πίνακας 2](#), Laube et al, Eur. Respir J. 2011).

Η ανακουφιστική θεραπεία από την άλλη έχει καθαρά στόχο την παροδική ανακούφιση του ασθενή από την οξεία φάση μιας κρίσης άσθματος. Κύριος εκπρόσωπος είναι οι βραχείας δράσεως β2 διεγέρτες, τα SABA (Short-acting B₂-Agonists), τα οποία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν είναι απαραίτητα, στην χαμηλότερη δυνατή δόση και με τη

χαμηλότερη συχνότητα. Αυξημένη χρήση σε συχνότητα και σε δοσολογία αποτελεί ένδειξη για την απώλεια του ελέγχου του άσθματος και υποδηλώνει την ανάγκη για επανεκτίμηση του θεραπευτικού σχήματος ⁽¹³⁾. Η δράση των SABA στηρίζεται στην άμεση επίδρασή τους ως διεγέρτες στους βήτα-2 αδρενεργικούς υποδοχείς των βρογχικών μυών και προσφέρει βραχείας διάρκειας βρογχοδιαστολή (4-6 ώρες) με ταχεία έναρξη δράσης (5 λεπτά). Η χρήση των SABA έφερε μια επανάσταση στην διαχείριση των κρίσεων άσθματος. Ήταν η πρώτη επιλογή για την διαχείριση των πρώτων σταδίων του άσθματος, δίνοντας μια άλλη υπόσταση στην αξία του σκευάσματος. Οι ασθενείς απολάμβαναν μια γρήγορη και εντυπωσιακή ανακούφιση που όμως δεν είχε διάρκεια και οδηγούσε σε επαναλαμβανόμενες χρήσεις δίχως ουσιαστική βελτίωση. Και αυτό διότι ενώ αντιμετώπιζαν την δυσφορία που ακολουθούσε τις κρίσεις άσθματος, δεν αντιμετώπιζαν την αιτία που τις προκαλούσε, την φλεγμονή, οδηγώντας σε αναζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, την χρήση συστηματικών πια αντιφλεγμονωδών, με όλες εκείνες τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των συστηματικώς χορηγούμενων κορτικοστεροειδών. Επικράτησε η λανθασμένη άποψη ότι η βαρύτητα της κατάστασης ενός ασθενή με άσθμα ήταν συνδεδεμένη με την ποσότητα των εισπνεόμενων που έπρεπε να χορηγηθούν για να ελεγχθεί η ασθένεια ενώ ο έλεγχος της πάθησης είχε συσχετισθεί με την παρουσία ή όχι των συμπτωμάτων⁽¹⁴⁾. Η υπερβολική δε χρήση είναι συνδεδεμένη με τον ελλιπή έλεγχο του άσθματος και οδήγησε μεγάλο ποσοστό ασθενών σε νοσηλεία στα επείγοντα ή/και το θάνατο σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έκαναν καθόλου χρήση SABA⁽¹⁵⁾. Στην Σουηδία μελέτη εννέα χρόνων (2006-2014) οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η αυξημένη και λανθασμένη χρήση των εισπνεόμενων SABA είχε άμεση συσχέτιση με την αυξημένη εμφάνιση παροξύνσεων άσθματος και θανάτων ⁽¹⁶⁾.

3.3 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Ο τρόπος διάθεσης των ανακουφιστικών αυτών φαρμάκων σε συνδυασμό με τον ρόλο των επιστημόνων υγείας, είναι ένας από τους λόγους που οδήγησαν στην υπερβολική τους χρήση. Παγκόσμια υπάρχει μία τάση απελευθέρωσης του τρόπου διάθεσης ορισμένων κατηγοριών φαρμακευτικών ουσιών όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAID's), ορισμένα αντιμυκητιασικά, αντισταμινικά, αντιόξινα και άλλα μετά από πίεση τόσο των φαρμακευτικών εταιρειών κατόχων πρωτότυπων φαρμάκων, αλλά και κατ' επιλογή των ίδιων των κρατών που έτσι θα ανακούφιζαν σε κάποιο βαθμό την επιβάρυνση των Εθνικών συστημάτων υγείας από το κόστος συνταγογράφησης αυτών των φαρμάκων. Οι φαρμακοποιοί επίσης υποστήριξαν αυτή την επιλογή θεωρώντας ότι έτσι θα αναδείξουν τον πραγματικό τους ρόλο αλλά και ότι θα αυξήσουν και τα οικονομικά τους οφέλη μιας και η απελευθέρωση της διάθεσης οδηγεί και σε απελευθέρωση της τιμής του φαρμάκου⁽¹⁷⁾. Σε πολλές χώρες αυτή η αρχική τάση εμφανίζει πια σοβαρούς λόγους αναθεώρησης μιας και παρατηρείται μια υπερβολή στην ποσότητα φαρμάκων που καταναλώνει ο ασθενής χωρίς να καταφεύγει στον ιατρό, δημιουργώντας καταστάσεις πολυφαρμακίας και αύξησης τελικά της ανάγκης για χρήση των υπηρεσιών υγείας⁽¹⁸⁾. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 2001 έχουν ορισθεί ποια φάρμακα μπορούν να χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή καθορίζοντας τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις για αυτό⁽¹⁹⁾. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και τα SABA, όχι σε όλες τις χώρες αλλά σε μεγάλο αριθμό αυτών. Στη χώρα μας χορηγούνται μόνο με συνταγή, σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία, αλλά η πολύ χαμηλή τιμή τους (5,17 euro) τα κάνει προσιτά, κατά παρέκκλιση της νομοθεσίας, από τους ασθενείς οι οποίοι προτιμούν να τα αγοράσουν χωρίς συνταγογράφηση από το φαρμακείο παρά να μούνε στην διαδικασία να επισκεφτούν το ιατρό τους για να τους τα συνταγογραφήσει. Ο φαρμακοποιός στα πλαίσια της «καλύτερης εξυπηρέτησης» του ασθενή, κατά παρέκκλιση της νομοθεσίας, διαθέτει τα εισπνεόμενα SABA χωρίς συνταγή. Έτσι όμως δεν μπορεί να

ελέγξει το ιστορικό κατανάλωσης του ασθενή, δεν διαθέτει, λόγω του φόρτου εργασίας, χρόνο για να μπορέσει να επικοινωνήσει τις ιδιαιτερότητες της χρήσης, την αξιολόγηση του βαθμού συμμόρφωσης, τη σωστή χρήση και την συνολική κατάσταση του ασθενή. Ακόμα και σε περιπτώσεις αναγνώρισης μια καταχρηστικής κατάστασης αδυνατεί να παρέμβει είτε για να μην χαλάσει την καλή «πελατειακή» σχέση είτε γιατί δεν μπορεί να επικοινωνήσει με τον θεράποντα ιατρό ώστε να συζητήσει το πρόβλημα.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της εκπαίδευσης και καθοδήγησης των ασθενών είναι ζωτικός. Καθορίζει την προσαρμοστικότητα των ασθενών και την ικανότητα να διαχειριστούν σωστά μια κρίσιμη κατάσταση. Δίνει στον ασθενή την ικανότητα ελέγχου και εκτίμησης της καθημερινότητας από την οπτική της προσαρμογής στις τρέχουσες συνθήκες, κάνοντας τις σωστές επιλογές αποφυγής. Η επικουρική χρησιμοποίηση άλλων μεθόδων όπως η κινησιοθεραπεία, η συνδυαστική αντιμετώπιση σε θέματα όπως το σωματικό βάρος, η διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος και η ελάττωση του αλκοόλ, έχουν οδηγήσει σε μεγάλη βελτίωση της κλινικής εικόνας αλλά και της επιβίωσης αυτών των ασθενών ⁽²⁰⁾. Σε αυτό το πλαίσιο έρχεται η προσπάθεια απαγκίστρωσης από την σχεδόν αποκλειστική χρήση των SABA ως τρόπο διαχείρισης και η συνειδητοποίηση ότι ο συνδυασμός χαμηλής δόσης ICS και LABA's προσφέρει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έναντι της φλεγμονής άρα και των εκδηλώσεών της. Και εδώ σύγχρονοι αλγόριθμοι δείχνουν τους τρόπους που θα πρέπει να γίνεται αυτή η σταδιακή μείωση της χρήσης των SABA και η συνεχής χρήση των ICS-LABA's σε χαμηλές δόσεις ώστε να επιτυγχάνεται αυτή η μακροχρόνια σταθερότητα και διαχειρισσιμότητα του άσθματος (Βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [Πίνακας 3](#) GINA 2021⁽¹⁾).

Η διαρκής επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον θεράποντα ιατρό προσφέρει την δυνατότητα προσαρμογής του είδους και των δόσεων των εισπνεόμενων, καθορίζοντας και τον βαθμό συμμόρφωσης του ασθενή στις οδηγίες. Εδώ υπεισέρχεται η ανάγκη της αναζήτησης της εκατέρωθεν

επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας καθώς και η ταύτιση της αντίληψης για το τι είναι σωστή διαχείριση άσθματος. Για τον μη σωστά εκπαιδευμένο ασθενή συνήθως είναι η δυνατότητα περιορισμού των κρίσεων με συχνή χρήση των εισπνεόμενων φαρμάκων ενώ για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας είναι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών που θα οδηγήσουν σε απουσία παροξύνσεων⁽²¹⁾. Σύμφωνα με τις νεότερες διεθνείς οδηγίες ένας ασθενής με σωστή διαχείριση του άσθματος θα πρέπει να έχει απαλλαχθεί από τις κρίσεις άσθματος τόσο στη διάρκεια της ημέρας όσο και της νύχτας, να έχει ανάγκη από λιγοστή έως καθόλου χρήση των εισπνεόμενων SABA (όχι πάνω από δύο εισπνοές την εβδομάδα) , ενώ το θεραπευτικό του σχήμα θα πρέπει να περιέχει ICS/LABA συνδυασμό στις χαμηλότερες δυνατόν δόσεις, να ζει μια φυσιολογική, παραγωγική και ενεργή καθημερινότητα επιτυγχάνοντας την βέλτιστη αναπνευστική λειτουργία⁽²²⁾. Αντίθετα εμφάνιση των συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της ημέρας και χρήση των SABA συχνότερα, τα νυχτερινά συμπτώματα και η περιορισμένη ικανότητα στις δραστηριότητες του ασθενή υποδεικνύουν τον ελλιπή έλεγχο του άσθματος ⁽²³⁾.

Παράγοντας για την σωστή διαχείριση του άσθματος είναι και ο σωστός τρόπος χρήσης των εισπνευστικών συσκευών. Η μη σωστή και μη επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση των ασθενών οδηγεί σε υποτροπές, παροξύνσεις και τελικά στην απορρύθμισή τους ⁽²⁴⁾. Λανθασμένος τρόπος χρήσης οδηγεί σε μειωμένη ποσότητα του φαρμάκου που εισέρχεται στο αναπνευστικό σύστημα άρα και μειωμένη δόση και κατά συνέπεια μειωμένη αποτελεσματικότητα. Το γεγονός αυτό προκαλεί στον ασθενή ανασφάλεια, αμφισβήτηση για την αποτελεσματικότητα του χορηγούμενου φαρμάκου, απώλεια εμπιστοσύνης στον επαγγελματία υγείας, επανάληψη της χορήγησης περισσότερες φορές από τις καθορισμένες από την ιατρική οδηγία ⁽²⁵⁾. Η εκπαίδευση των ασθενών για τον σωστό τρόπο χορήγησης των εισπνεόμενων φαρμάκων αλλά και η επεξήγηση της δράσης ανάλογα με το είδος της δραστικής ουσίας ⁽²⁶⁾ θα μπορούσε να αυξήσει την εμπιστοσύνη

τους στον επαγγελματία υγείας και στο χορηγούμενο φάρμακο ενώ θα μπορούσε να βελτιώσει τον έλεγχο, την συμμόρφωση και τη διαχείριση του άσθματος⁽²⁷⁾.

Η υπερβολική εξάρτηση από SABA έχει τις ρίζες της σε μια πολυπαραγοντική βάση. Αρχικά ήταν η πρώτη ουσία που χορηγήθηκε συστηματικά στους ασθενείς με άσθμα, όταν το άσθμα θεωρούνταν ότι είναι μια απλή βρογχοσύσπαση⁽²⁸⁾ ενώ η εμφάνιση των κορτικοστεροειδών ήρθε πολύ αργότερα. Ακόμα και τότε όμως η χορήγηση SABA θεωρούνταν ως το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση των πρώτων σταδίων του άσθματος χάρη στην γρήγορη και ικανοποιητική ανακούφιση του ασθενή από τις κρίσεις, μη αντιμετωπίζοντας βέβαια το φλεγμονώδες υπόβαθρο του άσθματος. Η καθιέρωση λοιπόν της χρήσης των βρογχοδιασταλτικών δεν μπόρεσε να ανατραπεί από την εμφάνιση των κορτικοστεροειδών ακόμα και όταν πια ήταν ξεκάθαρη η εικόνα της αιτιολογίας. Αυτό οδήγησε στις μεγάλες κρίσεις σε επίπεδο επιδημίας που αναφέρθηκαν.

Η γρήγορη ταχύτητα δράσης των βρογχοδιασταλτικών σε αντιδιαστολή με τον χρόνο που χρειάζεται για φτάσει σε ικανοποιητικά επίπεδα η αντιφλεγμονώδης δράση των κορτικοστεροειδών, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα, αποτέλεσε έναν παράγοντα που ευνόησε την υπερβολική χρήση τους. Ο ασθενής μέσα από την κακή πληροφόρηση - εκπαίδευση αμφιβάλλει για το θεραπευτικό αποτέλεσμα των κορτικοστεροειδών, εδώ υπεισέρχεται και η γενική φοβία απέναντι στην χρήση των κορτικοστεροειδών, δεν μπορεί να διαχειριστεί το χρονικό διάστημα της προσαρμογής στη θεραπεία και καταφεύγει στην αύξηση της χρήσης των SABA που του προσφέρουν την άμεση «ανακούφιση»⁽²⁹⁾. Και ενώ οι διεθνείς οδηγίες καθορίζουν ότι ο μέγιστος αριθμός SABA συσκευών σε ετήσια βάση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 3⁽²²⁾, δεδομένα δείχνουν μια υπερβολική κατανάλωση⁽³⁰⁾. Σύμφωνα δε με τις νεότερες οδηγίες της GINA2021 η επιλογή πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση των ασθματικών κρίσεων είναι ο συνδυασμός χαμηλής δόσης ICS-LABA

(φορμοτερόλης που έχει επίσης ταχεία δράση) και η αποφυγή της χρήσης των SABA⁽¹⁾ ελαχιστοποιώντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης παροξύνσεων σε σύγκριση με την χρήση των SABA.

Μεγάλη ευθύνη σε αυτή την εδραίωση της υπερβολικής χρήσης φέρουν και οι επαγγελματίες υγείας. Η μακροχρόνια εγκαθιδρυμένη άποψη της χρήσης των SABA, μέχρι και την εμφάνιση των ICS ως μέσο ρύθμισης της φλεγμονώδους υπόστασης του άσθματος, δεν προσαρμόστηκε πλήρως στα νέα δεδομένα ή η προσαρμογή έγινε με πολύ αργούς ρυθμούς, αποτυγχάνοντας να φέρουν μια ισορροπημένη και διακριτή χρήση ανάμεσα στα φάρμακα ανακούφισης και ρύθμισης του άσθματος. Η συχνή παρακολούθηση ενός ασθενούς με άσθμα δεν είναι πάντα εύκολη, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μια τάση υπερβολής στην συνταγογράφηση των SABA χωρίς όμως την αντίστοιχη προσθήκη των κορτικοστεροειδών (ICS) ως μακροπρόθεσμο τρόπο ρύθμισης του⁽³¹⁾. Ο κύριος φαινομενικά λόγος είναι η προσπάθεια της «καλύτερης» ανακούφισης του ασθενή όταν η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι εύκολη. Ενώ ακόμα και όταν η πρ επιτυγχάνεται και η κατάσταση του ασθενή είναι επιβαρυνμένη, γίνεται χορήγηση συστηματικά ή από το στόμα κορτικοστεροειδών και βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων⁽³²⁾. Έτσι δεν μπορεί να αντιληφθεί ο ασθενής την αξία της σωστής χρήσης των ρυθμιστικών εισπνεόμενων φαρμάκων και την λελογισμένη χρήση των SABA. Από την άλλη ο «φόβος» των παρενεργειών από την χρήση των κορτικοστεροειδών (σάκχαρο, οστεοπόρωση, κατακράτηση υγρών) και η πιθανή συνύπαρξη μη διαγνωσμένων υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων κάνει τους ιατρούς να είναι πιο συγκρατημένοι⁽¹³⁾ και φειδολοί στην χρήση των ICS.

Διεθνώς έχουν καθιερωθεί διάφορα εργαλεία για την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος με πιο χαρακτηριστικά το ACQ (Asthma Control Questionnaire) και το ACT (Asthma Control TestTM)^(33,34)(Βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [Πίνακας 4](#), Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test). Άλλα σημαντικά εργαλεία επίσης

είναι το PAAP (Personalized Asthma Action Plan)⁽³⁵⁾ όπου ο ίδιος ο ασθενής πια καταγράφει και παίρνει αποφάσεις μέσα από έναν απλό οδηγό με οδηγίες πχ για συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, την αντιμετώπιση των κρίσεων άσθματος και τους τρόπους βελτίωσης της καθημερινότητας.

Η προσπάθεια αλλαγής της νοοτροπίας στον τρόπο διαχείρισης του άσθματος θα πρέπει να ξεκινήσει με τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Από τη σκοπιά των ιατρών, είναι αναγκαία η συνεχής ενημέρωση πάνω στις νέες θεραπευτικές δυνατότητες και τις διεθνείς οδηγίες εφαρμογής τους. Είναι απαραίτητη η κατανόηση των εθνικών οδηγιών και της νομοθεσίας στο θέμα της συνταγογράφησης και η βέλτιστη χρήση των διαγνωστικών μέσων. Η προσέγγιση των ασθενών, βοηθώντας τους να προσαρμόσουν τον τρόπο ζωής (διατροφή, κάπνισμα, απώλεια βάρους, αποφυγή περιβαλλοντικών επιβαρυντικών παραγόντων) και τον τρόπο διαχείρισης του άσθματος αξιοποιώντας εργαλεία όπως το PAAP⁽³⁶⁾, θα οδηγούσε στην μείωση της εξάρτησης από τα SABA. Η παρότρυνση για επανέλεγχο σε τακτά χρονικά διαστήματα για την επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό της καλύτερης πιθανής αγωγής, η επιμελής εκπαίδευση στην σωστή χρήση των εισπνευστικών συσκευών, η καταγραφή από τον ασθενή των κρίσεων και του τρόπου αντιμετώπισης τους, η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στην καταγραφή της καθημερινότητάς του (έξυπνες συσκευές, εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα) είναι ορισμένα από τα βήματα που θα δώσουν μια άλλη «πνοή» στην καθημερινότητα του ασθενή. Θα δώσουν στο ιατρό εφόδια για να μπορέσει να αξιολογήσει και να εκτιμήσει με πιο αντικειμενικό τρόπο την συνολική εικόνα του ασθενή και να αποφασίσει μαζί του για εκείνα τα βήματα που θα βελτίωναν την διαχείριση του άσθματος και την ποιότητα ζωής γενικότερα⁽³⁷⁾.

Οι φαρμακοποιοί θα μπορούσαν, με την εκπαίδευση των ασθενών για την σωστή χρήση των εισπνευστικών συσκευών, τη εκπαίδευσή τους για τη διαχείριση και την ανάκτηση του ελέγχου μετά από μια κρίση άσθματος και την συζήτηση πάνω στα υπέρ και τα κατά της χρήσης των SABA, να

περιορίσουν την χρήση τους. Το φαρμακείο είναι συνήθως ο πρώτος σταθμός αναζήτησης οδηγιών και ο φαρμακοποιός πρόσωπο εμπιστοσύνης για τον ασθενή. Η ενημέρωση και η βελτίωση της γνώσης των φαρμακοποιών πάνω στις νέες οδηγίες διαχείρισης και αντιμετώπισης των παροξύνσεων, των νέων απόψεων για τους κινδύνους και τα οφέλη πάνω στην ορθή ή καταχρηστική αντίστοιχα χρήση των SABA, θα μπορούσε να αποτελέσει έναν άριστο αγωγό διάχυσης της πληροφορίας, της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης προς τους ασθενείς με άσθμα. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αυτή η ιδιαίτερη σχέση να γίνει βήμα για την καθοδήγηση και την ευαισθητοποίηση για την ορθολογική και σωστή χρήση των εισπνεόμενων θεραπειών (38,39). Η συνειδητοποίηση της δυναμικής αυτής της παρεμβατικής ικανότητας από την πλευρά τους θα πρέπει να αναδειχθεί και να υπερκεράσει τις όποιες αντικειμενικές ή μη δυσκολίες. Ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη γνώσεων, η έλλειψη μέσων, η φτώχη ή ελλιπής επικοινωνία με τους ιατρούς, η δυσκολία προσέγγισης των ασθενών που πολλές φορές παρουσιάζουν άρνηση στο γεγονός της πάθησής τους λόγω προκατάληψης ή είναι αρρυθμιστοι εφαρμόζοντας την αρχική οδηγία του ιατρού που έλαβαν σε πρώτο χρόνο, είναι κάποια από τα εμπόδια που θα πρέπει να προσπεράσουν(40).

Η τήρηση των εθνικών οδηγιών διάθεσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων γενικότερα αλλά και ειδικότερα των σχετιζόμενων με το άσθμα θα πρέπει να ενεργοποιηθεί και ίσως να αυστηροποιηθεί περισσότερο από όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές (κράτος, ιατροί, φαρμακοποιοί, ελεγκτικοί μηχανισμοί) καθώς λόγο του ιδιαίτερα χαμηλού κόστους (ενδεικτική τιμή στην Ελλάδα 5,17 euro) των SABA, οι ασθενείς προτιμούν να το αγοράσουν απευθείας από το φαρμακείο (over the counter) από το να το συνταγογραφήσουν.

Η πολυφαρμακία είναι ένα ευρύτερο φαινόμενο που καλύπτει και την περίπτωση της κακής συμμόρφωσης και διαχείρισης του άσθματος και όχι μόνο. Ειδικά οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ακολουθώντας μια

υποσυνείδητη επιταγή της μορφής «καλύτερα να έχω παρά να μου λείψει», συχνά εφοδιάζονται, ασκώντας και μια σχετική πίεση στον συνταγογράφο, με πλεονάζοντα αριθμό σκευασμάτων δημιουργώντας ένα «απόθεμα ασφαλείας» το οποίο όμως, δεν ανταποκρίνεται πιά στην αρχική διάγνωση, έχει ξεπεραστεί η αρχική οδηγία χρήσης, η αρχική συμμόρφωση παρεκκλίνει, οι επισκέψεις στον ιατρό-φαρμακοποιό γίνονται πιο αραιά και η διαχείριση και χρήση των σκευασμάτων γίνεται πια με την δική τους λανθασμένη κρίση.

Η πρωτοβουλία ARC (Asthma Right Care) έρχεται να ενώσει όλες αυτές τις προκλήσεις σε μια ενιαία πρωτοβουλία στην οποία περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Κάτω από την αιγίδα της IPCRG (International Primary Care Respiratory Group) δημιούργησε προκλήσεις που απευθύνονται σε ιατρούς, σε φαρμακοποιούς και σε νοσηλευτές. Κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με έναν ασθενή με ελλιπή διαχείριση του Άσθματος, χρησιμοποιώντας κατάλληλα εργαλεία επικοινωνίας και προσέγγισης, όπως ο Χάρακας για τη Σωστή Διαχείριση του Άσθματος και οι Κάρτες Ερωτήσεων και προκλήσεων που απευθύνονται τόσο στους ίδιους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους ασθενείς, να προσπαθήσουν, ο καθένας από την δική του επιστημονική πλευρά, να αναδείξουν το πρόβλημα, να εντοπίσουν την αιτία και να προσδιορίσουν τις δυνατότητες που υπάρχουν για την αντιμετώπισή του. Στόχος είναι να ευαισθητοποιήσουν τους ασθενείς με άσθμα ώστε να συνειδητοποιήσουν την πραγματική τους κατάσταση και να τους δώσουν να καταλάβουν τη σημασία της σωστής διαχείρισής του. Να σταματήσει να υπάρχει ασυνέχεια στην ιατρική παρακολούθηση και στην εκπαίδευση για την διαχείριση του άσθματος αυτών των ασθενών και μην υπάρχει μια τεκμηριωμένη εικόνα για την κατάστασή τους και τον κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν ⁽⁴¹⁾

Δίνει την δυνατότητα της προσωπικής ανασκόπησης και βελτίωσης των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, εντοπίζοντας τυχόν ανάγκες για αναγνώριση, επικαιροποίηση και ενημέρωση της γνώσης τους πάνω στην

διαχείριση του άσθματος, στις νέες θεραπείες, σε νέες τεχνολογίες προβολής και διαχείρισης. Δίνει χώρο όμως και στους ίδιους για να προχωρήσουν ένα βήμα παραπέρα, εφαρμόζοντας ενδεχόμενους νέους τρόπους κοινωνικής προσέγγισης του προβλήματος και ενεργοποίησης (κοινωνικά μέσα δικτύωσης, κοινωνικά forum, ομάδες εργασίας). Τους προσφέρει εργαλεία επικοινωνίας και αφύπνισης, δίνοντας παραδείγματα για τη χρήση τους, ενώ προσπαθεί να αναπτύξει έναν ενεργό διάυλο αμφίδρομης επικοινωνίας με διαδραστικά εργαστήρια, σεμινάρια και οπτικοακουστικά μέσα, καλώντας να συμπράξουν όλοι οι εμπλεκόμενοι.

Η σπουδαιότητα της συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην προσπάθεια μείωσης της εξάρτησης από τους SABA έχει αναδειχθεί σε κάθε πτυχή της. Η μεγιστοποίηση του βαθμού και του χρόνου επικοινωνίας των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους ασθενείς, είναι ο δρόμος για την καλύτερη αντίληψη των προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του ο ασθενής και για την ασφαλέστερη και γρηγορότερη επαναφορά σε μια ρυθμισμένη και ολοκληρωμένη διαχείριση του άσθματος. Αυτό θα του επιτρέψει να επιστρέψει στην κανονικότητα, να αποκτήσει παραγωγική υπόσταση και να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργό μέλος.

4 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας (Φαρμακοποιοί, Γεν. Ιατροί) γνωρίζουν βασικές αρχές στη θεραπευτική προσέγγιση της διαχείρισης του άσθματος, με ιδιαίτερη έμφαση στην συχνή χρήση των εισπνεόμενων SABA, και να καταγράψει την πρόθεση των επαγγελματιών υγείας να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν μια νέα αντίληψη στους ασθενείς και κατ' επέκταση στην κοινωνία-πολιτεία για την αναγκαιότητα του σωστού τρόπου χρήσης των εισπνεόμενων SABA/ICS αλλά και να υιοθετήσουν την γενικότερη φιλοσοφία της Σωστής Διαχείρισης του Άσθματος (Asthma Right Care).

5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν ένα δείγμα ευκολίας που αποτελούνταν από τους επαγγελματίες υγείας του Ηρακλείου Κρήτης από τους οποίους συγκεντρώθηκαν απαντήσεις μετά από συνέντευξη. Η έρευνα διεξήχθη το χρονικό διάστημα από Σεπτέμβριο του 2020 μέχρι και τον Απρίλιο του 2021 στην περιοχή της πόλης του Ηρακλείου Κρήτης. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν Φαρμακοποιοί που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα (ΝΦ=30) και ιατροί γενικής ιατρικής (ΝΙ=10). Άλλα κριτήρια επιλογής δεν τέθηκαν παρά μόνο η αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα. Η μελέτη έγινε με την διαδικασία της συνέντευξης, σε συνδυασμό με την χρήση ερωτηματολογίου σε κλίμακα Likert (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11](#)) το οποίο δημιουργήθηκε σταθμίστηκε και παραχωρήθηκε από την καθηγήτρια κ. Τσιλιγιάννη Ιωάννα και την κ. Άννα Μανιδάκη (συνεργάτης), και τις Κάρτες Προκλήσεων και τον Χάρακα όπως αυτά παραχωρήθηκαν μετά από άδεια από την πρωτοβουλία της ARC (<https://www.ipcrg.org/asthmarightcare>). Αφού ενημερώθηκαν, τους ζητήθηκε η συγκατάθεση για την συμμετοχή τους. Στην συνέχεια, σε χρόνο και τόπο της επιλογής των συμμετεχόντων, πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεντεύξεις, όπου σε κάθε συμμετέχοντα, έγινε μια μικρή παρουσίαση της πρωτοβουλία της ARC και τι πραγματεύεται, ενώ στην συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και τους έγινε παρουσίαση των εργαλείων της ARC.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει τρεις ενότητες ερωτήσεων. Στην πρώτη ενότητα (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ](#)) έχουμε ερωτήσεις όπου ο συμμετέχον θα πρέπει να επιλέξει μέσα από μια σειρά διαβαθμισμένων απαντήσεων, ενώ στην δεύτερη (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.2 ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ](#)) τρίτη και ενότητα ερωτήσεων (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.3 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ](#) - [11.4 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥΣ](#)) ο ερωτώμενος δίνει συμπληρωματική συνέντευξη. Οι

πρώτες δύο ενότητες είναι κοινές και για τις δύο ομάδες ερωτηθέντων. Η τρίτη και η τέταρτη ενότητα εξειδικεύονται ανάλογα με την ειδικότητα του ερωτώμενου (Γεν. Ιατρός ή Φαρμακοποιός). Σε όλα τα στάδια των ερωτήσεων – συνεντεύξεων, η καταγραφή των απαντήσεων - απόψεων έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή.

Στην συνέχεια τους παρουσιάσθηκαν ο Χάρακας για την σωστή αντιμετώπιση του Άσθματος (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.5](#)) και οι Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.6](#)). Και τα δύο αυτά εργαλεία της ARC στοχεύουν στην πρόκληση συζητήσεων και στην ενεργοποίηση της αμφιβολίας για την ορθότητα της μέχρι σήμερα συμπεριφοράς στη αντιμετώπιση και διαχείριση του Άσθματος. Ζητήθηκε να αξιολογήσουν και να τοποθετηθούν για την χρησιμότητα ή μη της χρήσης τους ως μέθοδο για την καλύτερη αξιολόγηση και διαχείριση του Άσθματος. Η καταγραφή των απόψεων και εδώ έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή.

6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με την καταγραφή των απαντήσεων και των απόψεων και ποσοτική και ποιοτική τους ανάλυση. Εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου για το ποιοτικό τμήμα. Δημιουργήθηκαν κατηγορίες/υποκατηγορίες που απορρέουν από το περιεχόμενο του υπό ανάλυση υλικού. Μετά από επανειλημμένους ελέγχους οι αρχικές κατηγορίες και υποκατηγορίες ομαδοποιήθηκαν με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά τους σε μια λίστα. Οι νέες κατηγορίες και υποκατηγορίες υπέστησαν έναν τελικό έλεγχο και έτσι προέκυψε η τελική λίστα κατηγοριών και υποκατηγοριών, ενώ ακολούθησε η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η παράθεση των συμπερασμάτων. Για την ανάλυση τα αποτελέσματα αποτυπώθηκαν σύμφωνα με τις ποιοτικές απαντήσεις με τη μορφή συχνοτήτων (N,%) και επιλεγμένες μεταβλητές απεικονίστηκαν υπό τη μορφή διαγραμμάτων.

7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των απαντήσεων των ερωτώμενων στις γενικές κοινές ερωτήσεις επιλογής του ερωτηματολογίου (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ [11.7](#)) προκύπτει ότι 18 από τους 40 επαγγελματίες υγείας (ποσοστό 45%) πιστεύει ότι δεν ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση του Άσθματος, ενώ 19 από τους 40 (ποσοστό 47,5%) θεωρούν ότι ακολουθούνται από αρκετά έως πάρα πολύ. Από τους 40 ερωτηθέντες 15 (ποσοστό 37,5%) θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας επενδύουν λίγο χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με το άσθμα, 14 (ποσοστό 35%) ότι επενδύουν αρκετό χρόνο, 5 (ποσοστό 12,5%) πολύ χρόνο ενώ μόλις 3 (ποσοστό 7,5%) αφιερώνουν πάρα πολύ χρόνο.

Στη ερώτηση αν θεωρούν ότι ο αριθμός των εισπνευστικών συσκευών που χρησιμοποιούνται κατ' έτος είναι ένας «καλός» δείκτης για ανεπαρκή έλεγχο του άσθματος, 15 από τους 40 (ποσοστό 37,5%) συμφωνούν, 11 (ποσοστό 27,5%) διαφωνούν, 8 (ποσοστό 20%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν ενώ 3 (ποσοστό 7,5%) συμφωνούν απόλυτα.

Στην ερώτηση αν η ιδανική αναλογία των SABA προς τα κορτικοστεροειδή που θα έπρεπε να συνταγογραφούνται σε ετήσια βάση είναι 1:6 αντί για την πιθανότερη στις μέρες μας 2:1, 21 από τους 40 (ποσοστό 52,5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 8 (ποσοστό 20%) διαφωνούν και 8 από τους 40 (ποσοστό 20%) συμφωνούν. Στην ερώτηση αν θεωρούν ότι η υπερβολική χρήση των SABAs έχει τον ίδιο αντίκτυπο σε έναν ασθενή με άσθμα με έναν ασθενή με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), 21 από τους 40 (ποσοστό 52,5%) διαφωνούν/διαφωνούν απόλυτα και 17 (ποσοστό 42,5%) συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα.

Στην ερώτηση αν το κοινωνικό στίγμα μπορεί να επιδεινώσει τον έλεγχο του άσθματος (π.χ. φόβος/δισταγμός χρήσης μιας εισπνευστικής συσκευής σε δημόσιο χώρο), 23 από τους 40 διαφώνησαν/διαφώνησαν απολύτως (ποσοστό 57,5%), 13 (ποσοστό 32,5%) συμφωνούν ενώ 1 (ποσοστό 2,5%) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Στην ερώτηση αν η προκατάληψη έναντι στα

κορτικοστεροειδή και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες τους μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση τον έλεγχο του άσθματος, 22 από τους 40 (ποσοστό 55%) συμφώνησαν/συμφώνησαν απολύτως, 12 (ποσοστό 30%) διαφώνησαν, ενώ 3 (ποσοστό 7,5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Από τους 40 επιστήμονες υγείας που ερωτήθηκαν, 35 (ποσοστό 87,5%) συμφωνούν/συμφωνούν απολύτως ότι η σωστή ενημέρωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χρήσης των SABA, θα μπορούσε να βελτιώσει την υπέρμετρη χρήση τους, ενώ 2 (ποσοστό 5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Στην ερώτηση αν θα συμβούλευαν έναν ασθενή με υπέρμετρη χρήση των SABA (πάνω από 4 εισπνευστικές συσκευές το χρόνο) να επισκεφτεί το ιατρό του, 27 από τους 40 (ποσοστό 67,5%) συμφωνούν/συμφωνούν απολύτως, 8 (ποσοστό 20%) διαφωνούν, ενώ 2 (ποσοστό 5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Οι 20 από τους 40 (ποσοστό 50%) διαφωνούν με την τοποθέτηση ότι οι ασθενείς μπορούν να αναζητήσουν πληροφορίες για την σωστή διαχείριση του άσθματος κάπου αλλού (π.χ. διαδίκτυο, νοσηλεύτες) και δεν έχουν χρόνο για την εκπαίδευσή τους, σε αντίθεση με τους 10 (ποσοστό 25%) που διαφωνεί με αυτή την τοποθέτηση, ενώ 4 ποσοστό (10%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Οι 18 από τους 40 (ποσοστό 45%) συμφωνούν ότι δεν διαθέτουν χρόνο για να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (απώλεια βάρους, άσκηση, διακοπή του καπνίσματος) για την ανακούφιση από το Άσθμα, 14 (ποσοστό 35%) διαφωνούν και 5 (ποσοστό 12,5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Στην ερώτηση για την βελτίωση που θα μπορούσε να επιφέρει στην διαχείριση του άσθματος ο σχεδιασμός ενός PersonalAsthmaActionPlan (PAAP) μαζί με τον ασθενή και την αντίστοιχη μείωση της χρήσης των SABA, 36 από τους 40 (ποσοστό 90%) συμφώνησαν/συμφώνησαν απολύτως, ενώ 1 (ποσοστό 2,5 %) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Από τους 40 επαγγελματίες υγείας, οι 20 (ποσοστό 50%) συμφωνούν απόλυτα ότι ο παροδικός τρόπος δράσης του Aerolin είναι γνωστός στους ασθενείς, 13

(ποσοστό 32,5%) απλά συμφωνούν ενώ 4 (ποσοστό 10%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Στην ερώτηση αν θα έπρεπε ένας ασθενής στην περίπτωση εξάντλησης του σκευάσματος να παραπεμφθεί στα επείγοντα (ΤΕΠ), 19 από τους 40 (ποσοστό 47,5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 11 (ποσοστό 27,5%) διαφωνούν/διαφωνούν απολύτως, 7 (ποσοστό 17,5%) συμφωνούν /συμφωνούν απόλυτα. Στην συνέχεια για την ίδια περίπτωση, 16 από τους 40 (ποσοστό 40%) συμφωνεί ότι θα έπρεπε να δίνεται από τα Φαρμακεία ως φάρμακο επείγουσας ανάγκης, 12 (ποσοστό 30%) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, 5 (ποσοστό 7,5%) συμφωνούν απόλυτα ενώ 4 (ποσοστό 10%) διαφωνούν απολύτως.

Οι 29 από τους 40 (ποσοστό 72,5%) συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα με την οδηγία της GINA ότι η χορήγηση χαμηλής δόσης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών θα διατηρήσει σε χαμηλά επίπεδα τη χρήση των SABA και θα έχουμε βελτίωση της ασθματικής κατάστασης του ασθενή, 5 (ποσοστό 10%) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, ενώ 3 (ποσοστό 7,5%) διαφωνεί.

Τέλος ως προς το ερώτημα ποιοι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να ασχολούνται με τη χρήση των SABA, οι 15 από τους 40 (ποσοστό 37,5%) διαφωνεί με την τοποθέτηση ότι θα έπρεπε να ασχολούνται οι Γενικοί Ιατροί, 18 (ποσοστό 45%) συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα και 4 (ποσοστό 10%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Στην αντίστοιχη ερώτηση για τους Πνευμονολόγους, οι 33 από τους 40 (ποσοστό 82,5%) συμφωνούν/συμφωνούν απολύτως και 4 (ποσοστό 10%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Για το αν θα έπρεπε να ασχολούνται με το Aerolin οι Νοσηλευτές, από τους 40 επαγγελματίες υγείας που ρωτήθηκαν, 15 (ποσοστό 37,5%) διαφωνούν, 10 (ποσοστό 25%) συμφωνούν, 7 (ποσοστό 17,5%) συμφωνούν απολύτως ενώ 5 (ποσοστό 10%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Αντίστοιχα και για τους Φαρμακοποιούς, 23 από τους 40 (ποσοστό 57,5%) συμφωνούν/συμφωνούν απολύτως, 11 (ποσοστό 27,5%)

διαφωνούν/διαφωνούν απολύτως, ενώ 3 (ποσοστό 7,5%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, [11.8](#), [11.9](#), [11.10](#)).

Από το τμήμα απαντήσεων των κοινών ερωτήσεων που προέκυψαν από την συνέντευξη (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, [11.2](#) Κοινές Ερωτήσεις) βλέπουμε ότι ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ερωτήθηκαν γνωρίζουν την σημασία που έχει η χρήση των SABA για το Άσθμα, διακρίνουμε έντονη την αγωνία ειδικά στους φαρμακοποιούς για περαιτέρω ενημέρωση των ίδιων αλλά και την ανάγκη αυτή η γνώση να περάσει και στους ασθενείς *...θα πρέπει να ενημερωθούμε εμείς πρώτα σωστά και μετά να προσπαθήσουμε να ενημερώσουμε τους πελάτες μας...*(Μ.Δ. φαρμακοποιός, 45 ετών) ενώ οι Γεν. Ιατροί εμφανίζονται με αυτοπεποίθηση και γνώση για τα βήματα της σωστής αντιμετώπισης *...όλα έχουν να κάνουν με την σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση του ασθενή...*(Γ.Φ. Γεν. Ιατρός, 33 ετών).

Για την υπερβολική εξάρτηση των ασθενών από τα SABA είναι κοινός τόπος η άποψη της γρήγορης ανακούφισης, της κακής διαχείρισης του άσθματος με συχνές κρίσεις που οδηγούν σε συχνότερη χρήση, της οργανικής εξάρτησης αλλά και της οικονομικότερης λύσης *...είναι τόσο φθηνό και εύκολα προσβάσιμο, ούτε συνταγή ούτε τίποτα...* (Φ.Μ. Γεν. Ιατρός 36 ετών), ενώ αναγνωρίζουν και την ελλιπή εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας *...δεν προλαβαίνεις ούτε συμβουλή, ούτε ενημέρωση...* (Τ.Γ. Φαρμακοποιός, 34 ετών) και την ανάγκη για πιο σωστή αντιμετώπιση αυτών των ασθενών με την ενημέρωση, την συμβουλή, την παρακολούθηση, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και πιο οργανωμένων κεντρικά μηχανισμών *...αν υπήρχαν ιατρεία Άσθματος, έλεγχος στη συνταγογράφηση και στενότερη παρακολούθηση θα ήταν και ο ασθενής καλύτερα ελεγχόμενος...*(Χ.Ν. Γεν. Ιατρός, 42 ετών).

Ενώ σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες ενδιαφέρθηκαν για την πρωτοβουλία ARC και ενδιαφέρθηκαν για τον σκοπό, την φιλοσοφία και τα εργαλεία του κινήματος *...είναι εντυπωσιακό πόσα μπορείς να κάνεις όταν οργανωθείς...*(Δ.Μ. Φαρμακοποιός, 49 ετών), σχεδόν όλοι την ίδια στιγμή

επικαλέστηκαν το φόρτο εργασίας και την έλλειψη χρόνου για να μπορέσουν να συμμετέχουν ενεργά, αλλά θα ήθελαν παρ' όλα αυτά να ενημερωθούν ...που να βρεις χρόνο και για τέτοιες δραστηριότητες...(Μ.Π. Γεν. Ιατρός 47 ετών).

Στην ερώτηση για τον εντοπισμό εμποδίων σε μια προσπάθεια αλλαγής τόσο σε εθνικό επίπεδο αλλά και στον εργασιακό τους χώρο, όλοι σχεδόν οι επαγγελματίες επικαλέστηκαν την έλλειψη παιδείας, την νοοτροπία που έχει αναπτύξει ο ασθενής ...πως να αλλάξεις μυαλά σε έναν λαό που έχει μάθει με αυτό τον τρόπο να αντιμετωπίζει το πρόβλημα...γρήγορα και εύκολα...με νοοτροπία ετών δεν τα βάζεις...(Χ.Ν. Γεν. Ιατρός, 42 ετών) ενώ και εδώ έμφαση δίνεται στην έλλειψη χρόνου και στην έλλειψη σωστής ενημέρωσης ...θέλει χρόνο να γίνουν τέτοιες αλλαγές και σωστή ενημέρωση από την αρχή...(Μ.Π. Γεν. Ιατρός 47 ετών). Επίσης τέθηκε το θέμα της γραφειοκρατίας καθώς και του διαφορετικού βαθμού εμπιστοσύνης ανάλογα με τον επαγγελματία υγείας ...το μεγαλύτερο εμπόδιο σε όποια αλλαγή είναι η γραφειοκρατία που πνίγει κάθε ριζική αλλαγή...δεν κάνει καμμία αλλαγή αν δεν το πει πρώτα ο ιατρός...πως να σε πιστέψει, κάνει λάθος ο Ιατρός του;...(Ρ.Τ. Φαρμακοποιός 52 ετών). Σε προσωπικό επίπεδο όλοι οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν την βούληση για μια τέτοια αλλαγή αλλά το μεγαλύτερο εμπόδιο είναι η έλλειψη χρόνου, ο φόρτος εργασίας και η σωστή εκπαίδευσή τουςαν βρεθεί ο ειδικός που να μας εκπαιδεύσει και ποιος θα τον πληρώσει;...(Τ.Γ. Φαρμακοποιός 36 ετών).

Οι κύριοι παράγοντες που ευθύνονται για την λανθασμένη χρήση των SABA είναι η έλλειψη σωστής επικοινωνίας με τον ασθενή, λάθος στην ενημέρωση, έλλειψη σωστής εκπαίδευσης, πλημμελής παρακολούθηση, αλόγιστη αγορά ...δεν προλαβαίνεις να τα εξηγήσεις όλα όταν περιμένουν άλλοι δέκα απέξω...(Χ.Ν. Γεν. Ιατρός, 42 ετών), ...δεν μπορείς να τον φέρεις με το ζόρι για επανέλεγχο...αφού το αγοράζει σχεδόν τζάμπα από το φαρμακείο...(Κ.Σ. Γεν. Ιατρός 57 ετών), η κακή συμμόρφωση με τις οδηγίες που δεν ανανεώθηκαν-προσαρμόστηκαν με αποτέλεσμα ο ασθενής να

αυθαιρετεί στη χρήση τους...*ήρθε μια φορά πριν από ένα χρόνο και δεν τον ξαναείδα...*(Γ.Σ. Γεν. Ιατρός 38 ετών).

Ο εντοπισμός ενός αρρυθμιστου ασθενή με άσθμα στο χώρο του φαρμακείου, μπορεί να προκύψει μόνο από έναν εκπαιδευμένο σωστά φαρμακοποιό, που θα μπορούσε να επικοινωνήσει με τον ασθενή και μέσα από την συζήτηση να φανερωθεί ο βαθμός της έντασης του προβλήματος ή/και παρακολουθώντας τυχόν συνταγογράφηση, πράγμα σχεδόν αδύνατον ...*σε κοιτά ύποπτα και στο κόβει αμέσως...έλεγχο θα μου κάνεις στην αρρώστια μου...ξέρεις εσύ και δεν ξέρει αυτός που τα έγραψε...φέρ' τα να πάω αλλού...*(Μ.Π. Φαρμακοποιός 49 ετών), ενώ στο χώρο του ιατρείου είναι πιο εύκολο συζητώντας με τον ασθενή, καταγράφοντας το ιστορικό των ασθματικών του κρίσεων, ελέγχοντας το ιστορικό της συνταγογράφησης ...*παίρνοντας το ιστορικό του, με την φυσική εξέταση, κοιτάω και τον ιατρικό του φάκελο...*(Φ.Μ. Γεν. Ιατρός 33 ετών).

Ο περιορισμός της χρήσης – εξάρτησης από τα SABA θα μπορούσε να επιτευχθεί με τον αυστηρότερο έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τον περαιτέρω περιορισμό της διάθεσης, δεδομένου ότι η νομοθεσία για τον τρόπο διάθεσης υπάρχει, απλά δεν τηρείται τόσο πιστά από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας ...*ο τρόπος υπάρχει απλά δεν τον χρησιμοποιούμε....*(Φ.Μ. Γεν. Ιατρός 33 ετών), ...*άμα δεν του το δώσω εγώ θα πάει στο επόμενο φαρμακείο, άσε που θα τον χάσω και από πελάτη...*(Μ.Λ. Φαρμακοποιός 49 ετών) ενώ υπάρχει και η άποψη ότι η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή είναι ένας ικανός τρόπος ελέγχου της χρήσης άρα και της ζήτησης και της διάθεσης...*άμα δεν του εξηγήσεις τον κίνδυνο δεν είναι σε θέση να το αντιληφθεί μόνος του....*(Δ.Μ. Φαρμακοποιός 49 ετών).

Πάντως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες της GINA όσον αφορά την εβδομαδιαία χρήση εισπνευστικών συσκευών με SABA (έως 2 φορές την εβδομάδα), αποτελούν το καλύτερο δείκτη για ένα ελεγχόμενο ασθματικό ασθενή. Όταν όμως τους ζητήθηκε να κάνουν την αντίστοιχη αναγωγή σε ετήσια βάση τότε οι

απαντήσεις σε κάποιους διαφοροποιήθηκαν, σε βαθμό που ανατρέπεται η προηγούμενη τοποθέτησή τους ...έως 6 το έτος...(Π.Γ. Φαρμακοποιός ετών 27).

Καθολική ήταν η εκτίμηση για την χρησιμότητα και την αποδοτικότητα της χρήσης του Χάρακα από τα εργαλεία της πρωτοβουλίας της ARC ζητώντας όμως και την ανάλογη εκπαίδευση για την χρήση του ...να αναλάβει κάποιος να έρθουν να μας εκπαιδεύσουν και τότε και εμείς θα το χρησιμοποιούμε...(Κ.Σ. Φαρμακοποιός ετών 48). Στο πλαίσιο της χρήσης μεταφορών και παρομοιώσεων, για να μπορέσουν να εξηγήσουν στον ασθενή την χρήση των SABA και την διαφοροποίηση τους από τα ρυθμιστικά εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, οι ερωτηθέντες δεν ανταποκρίθηκαν, πιστεύοντας ότι θα αντιμετώπιζαν έλλειψη κατανόησης από τους ασθενείς...ο ασθενής δεν είναι σε θέση πάντα να επικοινωνήσει με τέτοιες μεθόδους... χαμηλό το επίπεδο συνήθως...(Μ.Μ. Γεν. Ιατρός ετών 30). Στην ερμηνεία των όρων διάσωση και ανακούφιση, για ένα ασθματικό ασθενή, οι επαγγελματίες υγείας το περιέγραψαν ως...προσωρινή απελευθέρωση...ένα βάρος που σηκώνεται από πάνω τους...(Χ.Σ. Φαρμακοποιός 49 ετών)...μια δεύτερη ανάσα...(Φ.Μ. Γεν. Ιατρός ετών 43).

Όλοι οι επαγγελματίες συμφώνησαν ότι ο πλέον αρμόδιος για την σωστή πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενή στην πρώτη του «επαφή» με τα SABA είναι ο Ιατρός του. Η πληρότητα και η ορθότητα της πληροφορίας που θα του δοθεί, θα καθορίσει και την μελλοντική συμμόρφωση του ασθενή καθώς και το βαθμό σωστής διαχείρισης των ασθματικών του κρίσεων, του περιοδικού επανελέγχου και επανεκτίμησης της κατάστασης και προσαρμογής της χρήσης της εισπνευστικής αγωγής. Κάθε προσπάθεια παρέμβασης από το Φαρμακοποιό για την διόρθωση τυχόν σφαλμάτων στην τεχνική εισπνοών ή στην περίπτωση κατάχρησης είναι άτοπη καθώς ...ξέρεις εσύ και δεν ξέρει ο Ιατρός που μου τα έδωσε...(Γ.Μ. Φαρμακοποιός 41 ετών), ενώ η σύσταση για επανέλεγχο και αξιολόγηση της κατάστασής του ασθενή θα πρέπει να δίνεται εξ' αρχής από τον θεράποντα Ιατρό αν δεν του

ζητήσεις να ξαναέρθει για επανέλεγχο τότε θα τον δεις μόνο όταν η κατάσταση φτάσει στο απροχώρητο, δηλαδή αρρυθμιστο ... (Π.Γ. Ιατρός 55 ετών).

Στην ερώτηση για την αξιολόγηση της συνταγογραφούμενης ποσότητας κορτικοστεροειδών που θα σήμαινε μικρή συμμόρφωση των ασθενών, το 65% το προσδιόρισε στα 12 ετησίως ενώ το 12,5% σε πάνω από 12 ετησίως. Αντίστοιχα στην περίπτωση των SABA η ποσότητα που θα πρέπει να σημαίνει κίνδυνο για υπερβολική εξάρτηση προσδιορίζεται σε 12 ετησίως (30%), ενώ το 8% το προσδιορίζει σε περισσότερα από 1 την εβδομάδα. Τέλος όλοι πιστεύουν στην δύναμη των Social Media και των MME, ότι μπορούν να επηρεάσουν την κοινή γνώμη και ότι μπορούν να αφυπνίσουν το κοινό ώστε να ευαισθητοποιηθεί και να αναζητήσει τρόπους για τον έλεγχο και την ρύθμιση του Άσθματος, αλλά θα πρέπει αυτή η προσπάθεια αφύπνισης να γίνεται επανειλημμένα, αν και το target group θα είναι οι νεότεροι σε ηλικία και οι πιο εξοικειωμένοι με την χρήση των Social Media, το μήνυμα από τα MME θα είχε πιο μεγάλο εύρος αποδοχής στον κοινωνικό ιστό αλλά... *ποιος θα αναλάμβανε ένα τέτοιο κόστος...* (Μ.Ε. Φαρμακοποιός 41 ετών).

Από τις ερωτήσεις της συνέντευξης που απευθύνονται μόνο στους Γεν. Ιατρούς (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, [11.3](#)), προκύπτει ότι οι Γεν. Ιατροί είναι ενημερωμένοι για τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA και για τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την χορήγηση των SABA, αναγνωρίζουν τον ρόλο των ICS στην ρύθμιση του άσθματος και των SABA στην ανακούφιση ειδικά στην έναρξη της θεραπείας ...*σκοπός είναι να επιτύχουμε τον έλεγχο της φλεγμονής με τα ICS ενώ η χρήση κατ'επίκληση των SABA θα μας δώσει την απαιτούμενη ανακούφιση στην κρίση...* (Π.Γ. Γεν. Ιατρός 55 ετών).

Η απόφαση για το είδος και τον τύπο της φαρμακευτικής αγωγής που θα χορηγήσουν σε έναν ασθενή με άσθμα δεν διαφέρει. Όλοι βασίζονται στις εξετάσεις (διαγνωστικές) που θα υποβάλουν τον ασθενή, στην κλινική του εικόνα, στην εκτίμηση του βαθμού συμμόρφωσης και στον επανέλεγχο.

Κανείς δεν ανέφερε ως κριτήριο επιλογής τον βαθμό ή την επιδεκτικότητα εκπαίδευσης του ασθενή. Όλοι θα συνταγογραφούσαν SABA ως μέσο ανακούφισης - συμπτωματική θεραπεία ενώ ορισμένοι ήταν πιο περιοριστικοί *...μόνο για περιορισμένη χρήση πρώτης ανάγκης...*(Φ.Μ. Γεν. Ιατρός 43 ετών).

Όλοι θα συνταγογραφούσαν με βάση τις κατευθύνσεις της GINA έως 2 εισπνευστικές συσκευές με SABA το χρόνο, ενώ κανείς δεν θα το χορηγούσε με επαναλαμβανόμενη συνταγή. Επίσης θεωρούν το χρονικό διάστημα 3 μηνών ως εύλογο για να επανεξετάσουν, επανεκτιμήσουν και να αναπροσαρμόσουν την θεραπευτική τους αγωγή, αλλά διαπιστώνουν ότι μόνο οι ασθενείς που παραμένουν αρρυθμιστοι αναζητούν την επανεξέταση...*όσο νιώθουν καλά δεν σκέφτονται καν τον επανέλεγχο...*(Κ.Σ. Γεν. Ιατρός 57 ετών). Η συζήτηση με τους ασθενείς για την διαχείριση του άσθματος και των ασθματικών κρίσεων δεν είναι εκτεταμένη αλλά περιορίζεται στις βασικές οδηγίες χρήσης των εισπνευστικών συσκευών και στους βασικούς κανόνες αντιμετώπισης μιας ασθματικής κρίσης *...εκτός και αν εκφράσουν μόνοι τους (οι ασθενείς) απορίες οπότε η κουβέντα μπορεί να διευρυνθεί...αλλά συνήθως το αποφεύγουν...μάλλον νιώθουν ντροπή...*(Μ.Π. Γεν. Ιατρός 47 ετών) ενώ αρκετοί ασθενείς, ειδικά σε μικρότερες ηλικίες, νιώθουν περιορισμό και υστέρηση απέναντι στους άλλους και αυτό τους κάνει να νιώθουν μειονεκτικά. Θεωρούν την ενημέρωση σχετικά με την δράση και τις επιπτώσεις των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του άσθματος σημαντική στο σύνολό τους, αλλά λίγοι πιστεύουν στην απλοποίηση του τρόπου επικοινωνίας ώστε να γίνει καλύτερα κατανοητός ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς *... τις περισσότερες φορές βγαίνει αυθόρμητα ανάλογα με τον συνομιλητή...*(Π.Ε. Γεν. Ιατρός 35 ετών).

Στις αντίστοιχες απαντήσεις της συνέντευξης που έγιναν μόνον με τους φαρμακοποιούς (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, [11.4](#)), διαπιστώθηκε ότι ενώ όλοι οι Φαρμακοποιοί γνωρίζουν τις Εθνικές Οδηγίες συνταγογράφησης, δεν υπάρχει και η αντίστοιχη γνώση για την πρωτοβουλία της GINA. Οι 17 από

τους 40 ερωτηθέντες, δεν γνώριζαν για τις οδηγίες ή για την ίδια την πρωτοβουλία...είναι κάτι που έχει ενταχθεί στην εθνική νομοθεσία;...(Δ.Μ. Φαρμακοποιός 49 ετών), όμως όλοι εκδήλωσαν την επιθυμία να μπορούσαν να ενημερωθούν για αυτή την Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία....*αρκεί να υπήρχε χρόνος και διάθεση...*(Μ.Ε. Φαρμακοποιός 41 ετών).

Αν και οι περισσότεροι έχουν αντιληφθεί σε αρκετές περιπτώσεις παράληψη ή μερική εκτέλεση συνταγών εισπνευστικών φαρμάκων σχετιζόμενων με το Άσθμα, εντούτοις δεν δηλώνουν προθυμία για να ενημερώσουν τον Ιατρό του ασθενή...*δεν μου πέφτει λόγος...υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορεί να μην τα θέλει, οικονομικοί, έχει περίσσειμα, δεν βλέπει αποτέλεσμα...*(Μ.Τ. Φαρμακοποιός 38 ετών). Όλοι οι Φαρμακοποιοί έχουν δώσει SABA χωρίς συνταγή, ...*σε περιπτώσεις ασθματικής κρίσης (κατ'επίκληση του ασθενή)...*(Τ.Γ. Φαρμακοποιός 36 ετών) ή ...*μετά από τηλεφωνική οδηγία του Ιατρού του...*(Ρ.Γ. Φαρμακοποιός 36 ετών).

Η διαπίστωση της σωστής ή όχι χρήσης των εισπνευστικών συσκευών δεν είναι πάντα δόκιμη στο χώρο του φαρμακείου ...*ιδιαίτερα αν έχει κόσμος, πως να του ζητήσεις να σου δείξει πως το χρησιμοποιεί...*(Α.Ρ. Φαρμακοποιός 40 ετών), εκτός από τις περιπτώσεις που ... *το ζητάει ο ίδιος ιδιαίτερα αν είναι η πρώτη του φορά...*(Σ.Κ. Φαρμακοποιός 62 ετών). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα ήθελε να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει του ασθενείς για την σωστή τεχνική χρήσης των εισπνευστικών συσκευών, αλλά θα ήθελε να παρακολουθήσει κάποια ενημέρωση με την μορφή κάποιων σεμιναρίων, ενώ υπήρχαν και φαρμακοποιοί που πιστεύουν ότι ...*η εκπαίδευση του ασθενή είναι δουλειά του Ιατρού πριν αυτός φύγει από το ιατρείο του...*(Α.Π. Φαρμακοποιός 32 ετών).

Αν και η νομοθεσία είναι ξεκάθαρη όσο αφορά τον τρόπο διάθεσης των SABA από τα φαρμακεία, οι περισσότεροι φαρμακοποιοί θα έδιναν το σκεύασμα σε έναν ασθενή χωρίς συνταγή, στην περίπτωση που αυτός εμφανιζόταν στο φαρμακείο με μια κρίση άσθματος, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εφημερίας, εκτιμώντας ότι ο χρόνος που θα χρειαστεί ο ασθενής

να φτάσει σε μια πρωτοβάθμια μονάδα υγείας – ΤΕΠ μπορεί να αποβεί μοιραίος...*δεν θα μπορούσα να αφήσω τον ασθενή ακάλυπτο μέχρι να φτάσει στα ΤΕΠ ή σε ένα Κέντρο Υγείας...*(Χ.Ν. Φαρμακοποιός 38 ετών).

Η γνώση των φαρμακοποιών πάνω στη δράση των ICS και των SABA είναι ελλιπής*δεν ξέρω ακριβώς τον μηχανισμό των ICS αλλά τα SABA ανοίγουν τους αεραγωγούς...θα τα έδινα (τα SABA) σε μια κρίση άσθματος...*(Κ.Σ. Φαρμακοποιός 48 ετών). Θεωρούν θεμελιώδη τη σωστή και συχνή επικοινωνία ανάμεσα στο Ιατρό και το Φαρμακοποιό, αλλά η καθημερινότητα τους έχει αποδείξει ότι αυτό είναι δύσκολο αν όχι ανέφικτο σε ορισμένες περιπτώσεις ...*οι περισσότεροι είναι απλησίαστοι και αν θεωρήσουν ότι παρεμβαίνεις στην δουλειά τους τότε τα πράγματα γίνονται χειρότερα...μόνο με τους νεότερους Ιατρούς είναι εύκολη η επικοινωνία γιατί και αυτοί σε χρειάζονται τουλάχιστον στην αρχή...*(Χ.Σ. Φαρμακοποιός 49 ετών).

Η επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς και τους φαρμακοποιούς γενικότερα είναι άμεση μέσα στο χώρο του φαρμακείου και περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πτυχές που έχουν να κάνουν με την υγεία τους ή την πάθησή τους. Κατά γενική ομολογία όμως είναι περιορισμένη χρονικά και αυτό δεν αφήνει πολλές επιλογές για την διερεύνηση ιδιαίτερων θεμάτων. Συνήθως περιορίζεται στα θέματα που απασχολούν τον ασθενή εκείνη τη στιγμή...*σε ρωτά για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει εκείνη τη στιγμή...αν αυτό έχει να κάνει με τις εισπνοές του, τότε θα το συζητήσουμε και αυτό...*(Λ.Ε. Φαρμακοποιός 40 ετών). Ο ρόλος του φαρμακοποιού στο πρόβλημα της κακής και υπερβολικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα μπορούσε να είναι συμβουλευτικός αλλά και αυτός της σωστής εκπαίδευσης των ασθενών για τη σωστή διαχείριση του Άσθματος και της χρήσης των εισπνευστικών φαρμάκων. Ο χώρος του φαρμακείου όπως λειτουργεί σήμερα, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ο φαρμακοποιός έρχεται σε επικοινωνία με τους ασθενείς και οι ελλείψεις σε κατάρτιση και σε διαθέσιμο χρόνο δεν διευκολύνουν τον φαρμακοποιό να επιτελέσει ένα τόσο σοβαρό

και σημαντικό έργο *...χρειαζόμαστε κατάρτιση σε βάθος...*(Μ.Λ. Φαρμακοποιός 49 ετών).... *μόνο συμβουλές χωρίς εξειδικευμένη γνώση είναι επικίνδυνο...*(Χ.Σ. Φαρμακοποιός 49 ετών)..... *ο διαθέσιμος χρόνος είναι τόσο λίγος που δεν αρκεί ...*(Μ.Ε. Φαρμακοποιός 41 ετών).

8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε η ελλιπής εφαρμογή των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για την διαχείριση και αντιμετώπιση του άσθματος και η έλλειψη στην ενημέρωση ορισμένων επαγγελματιών υγείας (Φαρμακοποιοί). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι συνθήκες εργασίας κάτω από τις οποίες δραστηριοποιούνται οι επαγγελματίες υγείας, λειτουργούν αποτρεπτικά στην αφιέρωση του απαραίτητου χρόνου για την σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών με άσθμα, ενώ βλέπουμε ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες (GINA⁽⁴¹⁾, GOLD⁽⁴²⁾) θεωρούν ζωτικής σημασίας τέτοιες δράσεις. Επίσης διακρίνουμε μια απομόνωση ανάμεσα στους διάφορους κλάδους των επαγγελματιών υγείας, που οφείλεται στην δυσκολία επικοινωνίας ή και την αποφυγή της, που οδηγεί στην ελαχιστοποίηση της συνεργασίας για τη σωστή διαχείριση ενός ασθενή με άσθμα.

Οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι οι ασθενείς με άσθμα εμφανίζονται διστακτικοί σε δραστικές αλλαγές στον τρόπο διαχείρισης του άσθματος, ειδικά όταν αυτές οι αλλαγές έρχονται σε αντίθεση με την πρώτη οδηγία που δόθηκε πολλές φορές πριν από μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ αποφεύγουν ή δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τις οδηγίες που αφορούν την επανεξέταση και αξιολόγηση τους, ειδικά με τον τρόπο που λειτουργεί το Σύστημα Υγείας της χώρας μας, όπως βλέπουμε και διεθνώς⁽⁴³⁾.

Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν την ανάγκη αλλαγής αυτής της νοοτροπίας τόσο σε ατομικό όσο και σε εθνικό επίπεδο και συμφωνούν για την χρησιμότητα μεθόδων όπως οι κάρτες ερωτήσεων και προκλήσεων και ο χάρακας σωστής διαχείρισης του άσθματος της πρωτοβουλίας ARC, αλλά

θεωρούν ότι τέτοιου είδους πρωτοβουλίες θα έπρεπε να οργανώνονται εθνικά και να αποτελούν μέρος μιας γενικότερης εθνικής πολιτικής για την οργάνωση, δημιουργία υποδομών και την προώθηση τέτοιων δράσεων. Διεθνώς όμως τέτοιες πρωτοβουλίες από ομάδες επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων μας έχουν δώσει σημαντικά αποτελέσματα [\(44,45\)](#), δείχνοντας ότι ακόμα και σε τοπικό - περιφερειακό επίπεδο είναι δυνατή μια τέτοια παρέμβαση, ουσιαστικά πιέζοντας και δημιουργώντας έδαφος για την δημιουργία τέτοιων εθνικών πολιτικών.

Στην παρούσα μελέτη είδαμε ένα μέρος των επαγγελματιών υγείας να πιστεύουν ότι δεν ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση του Άσθματος. Όλοι οι σχετικοί οργανισμοί, έχουν εκδώσει πλειάδα τέτοιων οδηγιών οι οποίες αναβαθμίζονται συνεχώς με νέα στοιχεία και μεθόδους, που θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τον επαγγελματία υγείας αλλά και τον ασθενή, ώστε να γίνει η διάγνωση αλλά και η διαχείριση του άσθματος πολύ πιο εύκολη και εύστοχη⁽⁴⁶⁾.

Μεγάλο μέρος αυτής της καθοδήγησης αποτελεί και η σωστή εκπαίδευση των ασθενών όχι μόνο στον τρόπο διαχείρισης μιας ασθματικής χρήσης και τη σωστή χρήση των εισπνευστικών τους συσκευών αλλά και παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής τους (κάπνισμα, βάρος, διατροφή, αλλεργιογόνα), που θα αυξήσουν τον βαθμό συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες και την αποτελεσματικότητα τους ενάντια στο άσθμα⁽⁴⁷⁾. Στην μελέτη μας όμως διαπιστώνουμε ότι παραδέχονται την έλλειψη χρόνου για να μπορέσουν να δημιουργήσουν ένα τέτοιο υπόβαθρο επικοινωνίας με τους ασθενείς, την έλλειψη μέσων και δομών που θα μπορούσαν να στηρίξουν μια τέτοια πρωτοβουλία, την δική τους ανασφάλεια ή ανεπάρκεια πολλές φορές με αποτέλεσμα να αποφεύγουν και οι ίδιοι μια τέτοια δράση και να αφήνουν τους ασθενείς να αναζητούν πληροφορίες μόνοι τους.

Ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ερωτήθηκαν γνωρίζουν την σημασία που έχει η χρήση των SABA για το Άσθμα, διακρίνουμε έντονη την αγωνία ειδικά στους φαρμακοποιούς για περαιτέρω ενημέρωση των ίδιων

αλλά και την ανάγκη αυτή η γνώση να περάσει και στους ασθενείς ενώ οι Γεν. Ιατροί εμφανίζονται με αυτοπεποίθηση και γνώση για τα βήματα της σωστής αντιμετώπισης.

Για την υπερβολική εξάρτηση των ασθενών από τα SABA είναι κοινός τόπος τόσο στη παρούσα μελέτη όσο και διεθνώς η άποψη της γρήγορης ανακούφισης, της κακής διαχείρισης του άσθματος με συχνές κρίσεις που οδηγούν σε συχνότερη χρήση, της οργανικής εξάρτησης αλλά και της οικονομικότερης λύσης, ενώ αναγνωρίζουν και την ελλιπή εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών από τους ίδιους τους επαγγελματίες και την ανάγκη για πιο σωστή αντιμετώπιση αυτών των ασθενών με την συμβουλή, την παρακολούθηση, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και πιο οργανωμένων κεντρικά μηχανισμών⁽⁴⁸⁾.

Σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες ενδιαφέρθηκαν για την πρωτοβουλία ARC, ενδιαφέρθηκαν για τον σκοπό, την φιλοσοφία και τα εργαλεία του κινήματος, αλλά σχεδόν όλοι την ίδια στιγμή, επικαλέστηκαν το φόρτο εργασίας και την έλλειψη χρόνου για να μπορέσουν να συμμετέχουν ενεργά, αλλά θα ήθελαν παρ' όλα αυτά να ενημερωθούν. Τα εμπόδια που αναδείχθηκαν σε μια προσπάθεια αλλαγής τόσο σε εθνικό επίπεδο αλλά και στον εργασιακό χώρο ήταν η έλλειψη παιδείας, η νοοτροπία που έχει αναπτύξει ο ασθενής, ενώ έμφαση δίνεται στην έλλειψη χρόνου και στην έλλειψη σωστής ενημέρωσης. Επίσης τέθηκε το θέμα της γραφειοκρατίας καθώς και του διαφορετικού βαθμού εμπιστοσύνης ανάλογα με τον επαγγελματία υγείας. Σε μια αντίστοιχη προσπάθεια αλλαγής στην Ισπανία η ενδυνάμωση των σχέσεων συνεργασίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Φαρμακοποιοί – Γεν. Ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας) με τελικό στόχο την καλύτερη ενημέρωση και καθοδήγηση των ασθενών με άσθμα, έδειξε ότι υπάρχει μεγάλο εύρος βελτίωσης και δυνατότητα συμμόρφωσης των ασθενών με τις νεότερες οδηγίες για την διαχείριση του άσθματος, την ευαισθητοποίηση των ασθενών με άσθμα απέναντι στους κινδύνους που αντιμετωπίζουν με την αλόγιστη χρήση των SABA καθώς και την ανάγκη

μιας εθνικής στρατηγικής για τον περιορισμό διάθεσης τους μόνο με συνταγογράφηση⁽⁴³⁾

Οι κύριοι παράγοντες που εντοπίζονται για την λανθασμένη χρήση των SABA είναι η έλλειψη σωστής επικοινωνίας με τον ασθενή, λάθος στην ενημέρωση, έλλειψη σωστής εκπαίδευσης, πλημμελής παρακολούθηση, αλόγιστη αγορά, η κακή συμμόρφωση με τις οδηγίες που δεν ανανεώθηκαν-προσαρμόστηκαν με αποτέλεσμα ο ασθενής να αυθαιρετεί στη χρήση τους. Ο εντοπισμός ενός αρρυθμιστού ασθενή με άσθμα στο χώρο του φαρμακείου μπορεί να προκύψει μόνο από έναν εκπαιδευμένο σωστά φαρμακοποιό που θα μπορούσε να επικοινωνήσει με τον ασθενή και μέσα από την συζήτηση να φανερωθεί ο βαθμός της έντασης του προβλήματος ή/και παρακολουθώντας τυχόν συνταγογράφηση, πράγμα σχεδόν αδύνατον. Στο χώρο του ιατρείου είναι πιο εύκολο, συζητώντας με τον ασθενή, καταγράφοντας το ιστορικό των ασθματικών του κρίσεων και ελέγχοντας το ιστορικό της συνταγογράφησης. Σχετική βιβλιογραφία όμως παρουσιάζει ακριβώς το αντίθετο με την καθιέρωση ειδικών προγραμμάτων για φαρμακεία⁽⁴⁹⁾ που βελτίωσαν κατά πολύ την εικόνα του ασθενή.

Στην πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας ισχύει η άποψη ότι ο περιορισμός της χρήσης – εξάρτησης από τα SABA θα μπορούσε να επιτευχθεί με τον αυστηρότερο έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τον περαιτέρω περιορισμό της διάθεσης, δεδομένου ότι η νομοθεσία για τον τρόπο διάθεσης υπάρχει, απλά δεν τηρείται τόσο πιστά από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας, ενώ υπάρχει και η άποψη ότι η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή είναι ένας ικανός τρόπος ελέγχου της χρήσης άρα και της ζήτησης και της διάθεσης. Στο πλαίσιο της χρήσης μεταφορών και παρομοιώσεων για να μπορέσουν να εξηγήσουν στον ασθενή την χρήση των SABA και την διαφοροποίηση τους από τα ρυθμιστικά εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή οι ερωτηθέντες δεν ανταποκρίθηκαν πιστεύοντας ότι θα αντιμετώπιζαν έλλειψη κατανόησης από τους ασθενείς. Και η διεθνής κοινότητα προσπαθεί να θέσει ξανά υπό περιορισμό τον τρόπο διάθεσης των

SABA^(1,19,42), ενώ το θέμα της σωστής επικοινωνίας επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι ένα σκαλοπάτι προς τη σωστή κατεύθυνση για το σκοπό αυτό⁽⁵⁰⁾.

Πάντως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες της GINA⁽⁴⁾, όσον αφορά την εβδομαδιαία χρήση εισπνευστικών συσκευών με SABA (έως 2 φορές την εβδομάδα), αποτελούν το καλύτερο δείκτη για ένα ελεγχόμενο ασθματικό ασθενή. Όταν όμως τους ζητήθηκε να κάνουν την αντίστοιχη αναγωγή σε ετήσια βάση τότε οι απαντήσεις σε κάποιους διαφοροποιήθηκαν σε βαθμό που ανατρέπεται η προηγούμενη τοποθέτησή τους δείγμα της αβεβαιότητας και έλλειψης εμπιστοσύνης στις ίδιες τις δυνατότητες και γνώσεις τους.

Καθολική ήταν η εκτίμηση και στη μελέτη μας αλλά και διεθνώς (www.ipcr.org/asthmarightcare), για την χρησιμότητα και την αποδοτικότητα της χρήσης του Χάρακα για τη σωστή αντιμετώπιση του Άσθματος και των Καρτών Ερωτήσεων και Προκλήσεων από τα εργαλεία της πρωτοβουλίας της ARC και αναζητήθηκε και η ανάλογη εκπαίδευση για την χρήση του.

Όλοι οι επαγγελματίες συμφώνησαν ότι ο πλέον αρμόδιος για την σωστή πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενή στην πρώτη του «επαφή» με τα SABA είναι ο Ιατρός του. Η πληρότητα και η ορθότητα της πληροφορίας που θα του δοθεί, θα καθορίσει και την μελλοντική συμμόρφωση του ασθενή το βαθμό σωστής διαχείρισης των ασθματικών του κρίσεων, του περιοδικού επανελέγχου, της επανεκτίμησης της κατάστασης και προσαρμογής της χρήσης της εισπνευστικής αγωγής. Κάθε προσπάθεια παρέμβασης από το Φαρμακοποιό, για την διόρθωση τυχόν σφαλμάτων στην τεχνική εισπνοών ή στην περίπτωση κατάχρησης είναι άτοπη, καθώς δεν απολαμβάνει την απαιτούμενη εμπιστοσύνη από τον ασθενή, ενώ η σύσταση για επανέλεγχο και αξιολόγηση της κατάστασής του ασθενή θα πρέπει να δίνεται εξ' αρχής από τον θεράποντα Ιατρό.

Η δύναμη των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης και των ΜΜΕ, αναγνωρίζεται σε μεγάλο βαθμό από τους επαγγελματίες υγείας, ότι μπορούν να επηρεάσουν την κοινή γνώμη και ότι μπορούν να αφυπνίσουν το κοινό ώστε να ευαισθητοποιηθεί και να αναζητήσει τρόπους για τον έλεγχο και την ρύθμιση του Άσθματος, όπως φαίνεται και από την διεθνή βιβλιογραφία⁽⁴⁸⁾. Θα πρέπει αυτή η προσπάθεια αφύπνισης να γίνεται επανειλημμένα και σε συνδυασμό με την επανεξέταση του ασθενή, ενώ ανάλογα με το μέσο διαφοροποιείται και ο αποδέκτης. Με την χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης το target group θα είναι οι νεότεροι σε ηλικία και οι πιο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία⁽⁵¹⁾, ενώ το μήνυμα από τα ΜΜΕ θα είχε πιο μεγάλο εύρος αποδοχής στον κοινωνικό ιστό και στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι Φαρμακοποιοί γνωρίζουν τις Εθνικές Οδηγίες συνταγογράφησης και διάθεσης των SABA, αλλά δεν υπάρχει και η αντίστοιχη γνώση για την πρωτοβουλία της GINA⁽¹⁾. Αν και οι περισσότεροι έχουν αντιληφθεί σε αρκετές περιπτώσεις παράληψη ή μερική εκτέλεση συνταγών εισπνευστικών φαρμάκων σχετιζόμενων με το Άσθμα, εντούτοις δεν δηλώνουν προθυμία για να ενημερώσουν τον Ιατρό του ασθενή. Η διαπίστωση της σωστής ή όχι χρήσης των εισπνευστικών συσκευών δεν είναι πάντα δόκιμη στο χώρο του φαρμακείου, εκτός από τις περιπτώσεις που ο ασθενής το ζητά ο ίδιος. Αν και η νομοθεσία είναι ξεκάθαρη όσο αφορά τον τρόπο διάθεσης των SABA από τα φαρμακεία, οι περισσότεροι φαρμακοποιοί θα έδιναν το σκεύασμα σε έναν ασθενή χωρίς συνταγή, στην περίπτωση που αυτός εμφανιζόταν στο φαρμακείο με μια κρίση άσθματος, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εφημερίας, εκτιμώντας ότι ο χρόνος που θα χρειαστεί ο ασθενής να φτάσει σε μια πρωτοβάθμια μονάδα υγείας – ΤΕΠ μπορεί να αποβεί μοιραίος ή μετά από προφορική εντολή του Ιατρού του ασθενή. Η γνώση των φαρμακοποιών πάνω στη δράση των ICS και των SABA είναι ελλιπής. Θεωρούν θεμελιώδη τη σωστή και συχνή επικοινωνία ανάμεσα στο Ιατρό και το Φαρμακοποιό,

όπως και στην διεθνή βιβλιογραφία^(42,52) αλλά η καθημερινότητα τους έχει αποδείξει ότι αυτό είναι δύσκολο αν όχι ανέφικτο σε ορισμένες περιπτώσεις

Η επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς και τους φαρμακοποιούς γενικότερα είναι άμεση μέσα στο χώρο του φαρμακείου και περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πτυχές που έχουν να κάνουν με την υγεία τους ή την πάθησή τους. Κατά γενική ομολογία όμως είναι περιορισμένη χρονικά και αυτό δεν αφήνει πολλές επιλογές για την διερεύνηση ιδιαίτερων θεμάτων αλλά συνήθως περιορίζεται στα θέματα που απασχολούν τον ασθενή εκείνη τη στιγμή.

Ο ρόλος του φαρμακοποιού στο πρόβλημα της κακής και υπερβολικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα μπορούσε να είναι καθοριστικός. Να συμβουλεύει ώστε να βοηθά τον ασθενή να έχει επίγνωση για τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την διέγερση του άσθματος, τον τρόπο δράσης των ανακουφιστικών εισπνεόμενων φαρμάκων ώστε να κατανοήσει ο ασθενής τους κινδύνους από την υπερβολική χρήση και να εκπαιδεύει τους ασθενείς για τη σωστή διαχείριση του Άσθματος και της χρήσης των εισπνευστικών φαρμάκων^(53,54). Δυστυχώς ο χώρος του φαρμακείου όπως λειτουργεί σήμερα, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ο φαρμακοποιός έρχεται σε επικοινωνία με τους ασθενείς και οι ελλείψεις σε κατάρτιση και σε διαθέσιμο χρόνο δεν διευκολύνουν τον φαρμακοποιό να επιτελέσει ένα τόσο σοβαρό και σημαντικό έργο.

9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η αδυναμία προσέγγισης περισσότερων επαγγελματιών υγείας εν μέσω των περιορισμών της πανδημίας Covid-19 οδήγησε στον μικρό αριθμό δείγματος, που περιορίζει την γενίκευση των συμπερασμάτων. Επίσης μια γενικευμένη καχυποψία και άρνηση από τους επαγγελματίες υγείας αποτέλεσαν τα κύρια εμπόδια αυτής της έρευνας. Από τους τριάντα (30) Φαρμακοποιούς μόνο είκοσι επτά (27) δέχθηκαν να απαντήσουν. Επίσης δεν απαντήθηκαν ορισμένες ερωτήσεις από κάποιους επαγγελματίες υγείας,

κυρίως λόγο ανασφάλειας για την ορθότητα της απάντησης, παρόλο που τονίσθηκε κατηγορηματικά ότι η έρευνα είχε σκοπό την καταγραφή απόψεων και όχι γνώσεων.

10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι ενώ σε όλους τους επαγγελματίες υγείας είναι αντιληπτή η κρισιμότητα και η αναγκαιότητα μιας παρέμβασης στην διαχείριση του άσθματος, τελικά αυτή η πρωτοβουλία θα πρέπει να έχει κεντρικό σχεδιασμό και εφαρμογή σε ένα πολυδιάστατο πλαίσιο. Να περιλαμβάνει τους διακριτούς ρόλους των επαγγελματιών υγείας, την καλύτερη εφαρμογή της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας, την αξιοποίηση και ευρύτερη διαθεσιμότητα των νέων τεχνολογιών στο χώρο της ιατρικής διάγνωσης και αξιολόγησης του Άσθματος, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των εμπλεκομένων επαγγελματιών υγείας σε νέες θεραπείες και τεχνικές διαχείρισης του άσθματος αλλά και επικοινωνίας τόσο με τους ασθενείς όσο και μεταξύ τους.

Η διάθεση χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας στην σωστή και ολοκληρωμένη επικοινωνία με τον ασθενή, είτε πρόκειται για τον χώρο του Ιατρείου είτε στο χώρο του Φαρμακείου, θα πρέπει να ενταχθεί στην ρουτίνα της καθημερινής επαφής μαζί τους, ώστε να μην μένουν οι ασθενείς με απορίες που θα προκαλέσουν ανασφάλεια, λανθασμένες εντυπώσεις, λάθος εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασής τους, λανθασμένη διαχείριση και τελικά απορρύθμιση του ασθενή. Θα πρέπει να ενεργοποιηθεί η ευρεία χρήση των πολυμέσων επικοινωνιακά και εκπαιδευτικά για την καλύτερη ενημέρωση των ασθενών. Να διευκολυνθεί η πρόσβαση των ασθενών στην διαδικασία της επανεξέτασης και της επαναξιολόγησης του άσθματος. Να γίνεται διεξοδική ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών αλλά και των φροντιστών τους με κάθε ευκαιρία και σε κάθε επαφή με τους επαγγελματίες υγείας. Η σωστή διαχείριση του άσθματος πρέπει να αποτελεί τμήμα της

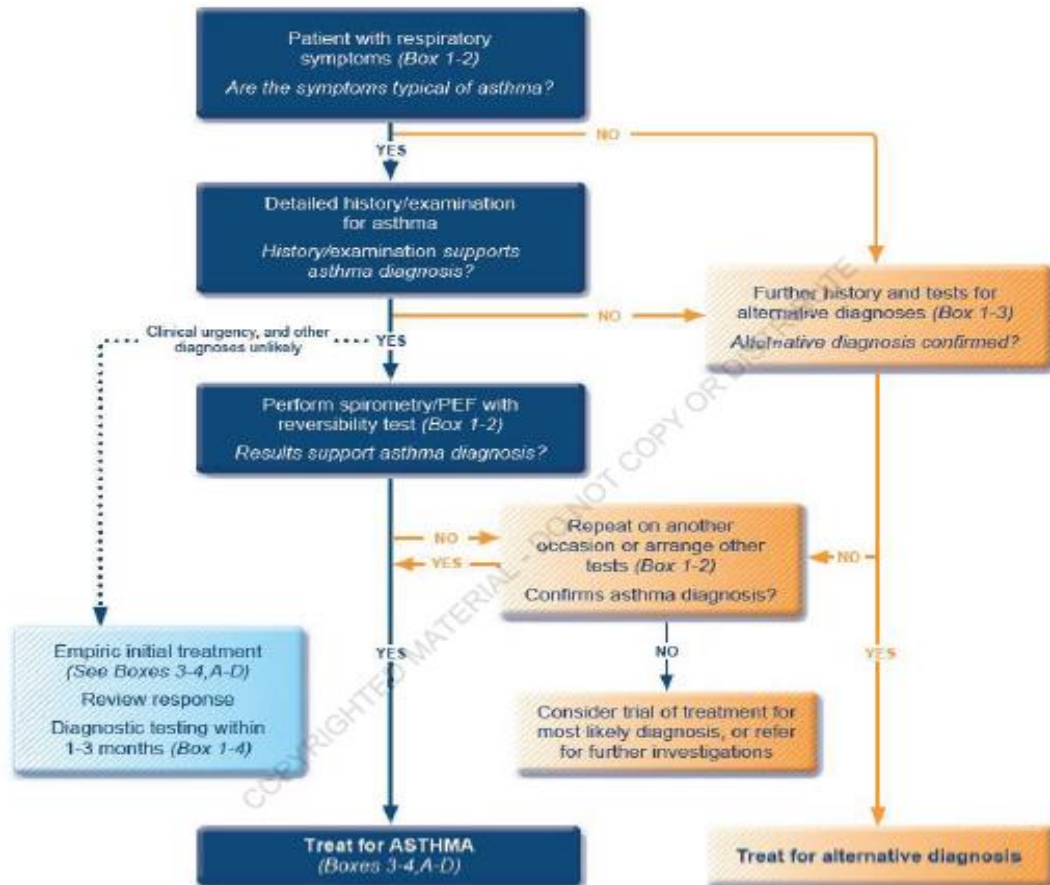
καθημερινής ρουτίνας και όχι περιστασιακή επιλογή ανάγκης όταν πια η κατάσταση φτάσει σε κρίσιμο επίπεδο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

Αλγόριθμος έγκαιρης διάγνωσης και αξιολόγησης ενός ασθενή με άσθμα (GINA 2021)

Box 1-1. Diagnostic flowchart for clinical practice – initial presentation



ICS: inhaled corticosteroids; PEF: peak expiratory flow (highest of three readings). When measuring PEF, use the same meter each time as the value may vary by up to 20% between different meters; pm: as-needed; SABA: short-acting beta₂-agonist.

Bronchodilator reversibility may be lost during severe exacerbations or viral infections, and in long-standing asthma, and it usually decreases with inhaled corticosteroid treatment. If bronchodilator reversibility is not found at initial presentation, the next step depends on the availability of tests and the clinical urgency of need for treatment. See Box 1-3 (p.27) for diagnosis of asthma in patients already taking controller treatment.

Πίνακας 2

Ο ρόλος των εισπνεόμενων φαρμάκων

Γιατί εισπνεόμενα φάρμακα;

- Χορήγηση στο όργανο στόχο - πνεύμονα
- Μικρότερη συστηματική έκθεση της δραστικής ουσίας
- Άμεση έναρξη δράσης



Από τι εξαρτάται η εναπόθεση του φαρμάκου

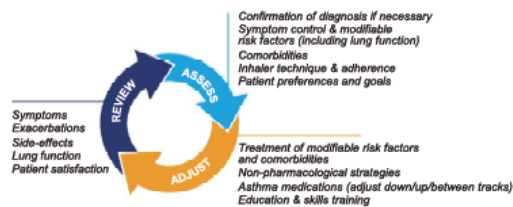
- Μέγεθος σωματιδίων
- Εισπνευστική ροή ασθενούς
- Κατάσταση αεραγωγών
- Τεχνική χρήσης της συσκευής

Leube et al., Eur Respir J 2011; 37: 1308-1331

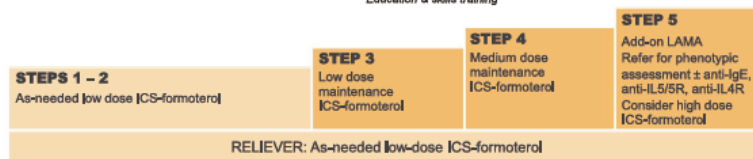
Πίνακας 3

Θεραπευτική Προσέγγιση του Άσθματος σύμφωνα με τις νέες οδηγίες της GINA 2021

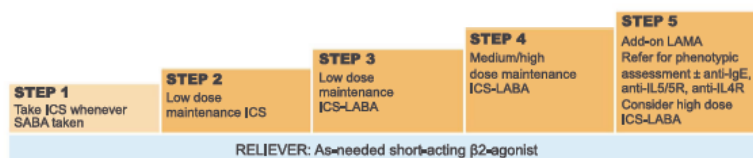
**Adults & adolescents
12+ years**
Personalized asthma management
Assess, Adjust, Review
for individual patient needs



CONTROLLER and PREFERRED RELIEVER
(Track 1). Using ICS-formoterol as reliever reduces the risk of exacerbations compared with using a SABA reliever



CONTROLLER and ALTERNATIVE RELIEVER
(Track 2). Before considering a regimen with SABA reliever, check if the patient is likely to be adherent with daily controller



Other controller options for either track

Low dose ICS whenever SABA taken, or daily LTRA, or add HDM SLIT	Medium dose ICS, or add LTRA, or add HDM SLIT	Add LAMA or LTRA or HDM SLIT, or switch to high dose ICS	Add azithromycin (adults) or LTRA; add low dose OCS, but consider side-effects
--	---	--	--

Πίνακας 4

Υπόδειγμα ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του ελέγχου του Άσθματος

ACT – Asthma control Test: ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο του άσθματος

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά το άσθμα σε impόδισε να αποτεκνείας στα καθήκοντά σου στη δουλειά, το σχολείο, τις σπουδές ή το σπίτι:

Συνήχως	1	Πολύ συχνά	2	Σίχνα	3	Ελάχιστα	4	Ποτέ	5
---------	---	------------	---	-------	---	----------	---	------	---

2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά ένιωσες δύσπνοια:

Συχνότερα από μία φορά την ημέρα	1	Μία φορά την ημέρα	2	2 ή 3 φορές την εβδομάδα	3	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	4	Ποτέ	5
----------------------------------	---	--------------------	---	--------------------------	---	------------------------------	---	------	---

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τα συμπτώματα του άσθματος (αναπνευστικός σπασμός, βήχας, δύσπνοια, σφύριμο ή φωνός στο στήθος) σε ζήτησαν κατά τη διάρκεια της νύχτας ή ναυνηρα από το κρεβάτι το πρωί:

4 ή περισσότερες νύχτες την εβδομάδα	1	2 έως 3 νύχτες την εβδομάδα	2	Μία φορά την εβδομάδα	3	Μία ή δύο φορές	4	Ποτέ	5
--------------------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------	---	-----------------	---	------	---

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά χρησιμοποίησες το ανακουμτικό σου φάρμακο ή τον νεφροποιητή σου (π.χ. Albuterol, ClacastolR, SalbutamolR):

3 ή περισσότερες φορές την ημέρα	1	1 ή 2 φορές την ημέρα	2	2 ή 3 φορές την εβδομάδα	3	Μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο	4	Ποτέ	5
----------------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------	---	----------------------------------	---	------	---

5. Θεωρείς ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες το άσθμα σου ήταν:

Καθόλου υπό έλεγχο	1	Ελάχιστα υπό έλεγχο	2	Κάπως υπό έλεγχο	3	Μερισσοιακά υπό έλεγχο	4	Απόλυτα υπό έλεγχο	5
--------------------	---	---------------------	---	------------------	---	------------------------	---	--------------------	---

Αποτελέσματα	
20-25	Τα συμπτώματα του άσθματος ενδέχεται να ελέγχονται καλά
16-19	Τα συμπτώματα του άσθματος ενδέχεται να μην ελέγχονται καλά
5-15	Τα συμπτώματα του άσθματος ενδέχεται να μην ελέγχονται καθόλου καλά

<https://www.asthmacontroltest.com/>

11 ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Δημιουργήθηκε σταθμίστηκε και παραχωρήθηκε από την καθηγήτρια κ. Τσιλιγιάννη Ιωάννα και την κ. Άννα Μανιδάκη (συνεργάτης)

Αριθμός Ερωτηματολογίου	
Όνοματεπώνυμο Συμμετέχοντα	
Ειδικότητα	
Έτος Γέννησης	

Ερωτηματολόγιο.

ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

(Asthma Right Care - ARC)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον Οκτώβριο του 2017, το Παγκόσμιο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τα Αναπνευστικά Νοσήματα (IPCRG) (www.ipcr.org/aboutus), ηγήθηκε μιας προσπάθειας δημιουργίας ενός κοινωνικού κινήματος με σκοπό την αλλαγή στη διαχείριση του άσθματος.

Η Σωστή Διαχείριση Άσθματος (AsthmaRightCare) ξεκίνησε πιλοτικά με υποστήριξη από την AstraZeneca σε τέσσερις χώρες (Αγγλία, Πορτογαλία,

Ισπανία, Καναδά) με σκοπό την παρακίνηση συνομιλιών σε πολιτικό και κλινικό επίπεδο σχετικά με την ανάγκη παρακολούθησης της διαχείρισης του άσθματος. Και αφού θα έχει καλλιεργηθεί ένα πρόσφορο έδαφος για αλλαγή, τότε η πρωτοβουλία αυτή θα βρίσκεται εκεί για να προσφέρει επιλογές για τη σωστή φροντίδα του άσθματος. Η λογική της δημιουργίας και εφαρμογής των κοινωνικών κινήματων για την υγεία εφαρμόζεται.

Μόνο το 40% των ατόμων στα οποία συνταγογραφείται θεραπεία για άσθμα στην πραγματικότητα λαμβάνει τη θεραπεία. Από αυτά μόνο το 30% κάνει σωστή χρήση, οπότε αν πολλαπλασιάσει κανείς το 40% επί 30% θα διαπιστώσει ότι μόνο το 12% των ασθενών λαμβάνουν τη σωστή θεραπεία σωστά.

Το πρόβλημα που αποφασίσαμε να αντιμετωπίσουμε πρώτα ήταν η υπερβολική εξάρτηση στη σαλβουταμόλη (Aerolin). Συγκεκριμένα, η παρακίνηση συνομιλιών και η δημιουργία προτάσεων για το πώς θα πρέπει να γίνει η συζήτηση προκειμένου να αναδειχθεί το πρόβλημα της υπερβολικής εξάρτησης από το Aerolin στα πλαίσια της διαχείρισης του άσθματος.

Τεκμήρια/Παρατηρήσεις που μας οδήγησαν στη δημιουργία αυτού του προγράμματος

- Ενώ υπάρχει υπερβολική εξάρτηση, δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το ποια είναι η "υπερβολική εξάρτηση".
- Οι αρχικές συζητήσεις σχετικά με το Aerolin που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη χρήση του φαρμάκου στο μέλλον συμβαίνουν σε πολλά μέρη, π.χ. τα φαρμακεία, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, καθώς και τα ιατρεία γενικών ιατρών-οικογενειακών ιατρών, πνευμονολόγων, παθολόγων.
- Δεν γνωρίζουμε πραγματικά τι κάνουν οι ασθενείς εάν δεν παρακολουθούνται τακτικά.
- Μεταξύ των εργαζομένων που ενδιαφέρονται για μη-αναπνευστικά περιστατικά, το άσθμα θεωρείται χαμηλή προτεραιότητα για αλλαγή.

- Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τη θεραπεία με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή για το άσθμα, ενώ η υπερβολική χρήση σαλβουταμόλης οδηγεί σε υψηλή θνησιμότητα, νοσηρότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σε ποιο βαθμό ιατροί και ασθενείς το γνωρίζουν και τι κάνουν γι' αυτό δεν είναι γνωστό τουλάχιστον στη χώρα μας.
- Χωρίς διάθεση για αλλαγή, είναι δύσκολο να ληφθούν και να υιοθετηθούν τα μηνύματα που σχετίζονται με την βελτίωση της φροντίδας για το άσθμα.

Στα πλαίσια της πρωτοβουλίας ARC δημιουργήθηκαν κάποια πολύ χρήσιμα εργαλεία

1. Ο Χάρακας για τη Σωστή Αντιμετώπιση του Άσθματος

Ο Χάρακας για τη Σωστή Αντιμετώπιση του Άσθματος αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ξεκινήσουν σχετικές για το θέμα συνομιλίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας (γιατρών που συνταγογραφούν, φαρμακοποιών, νοσηλευτών) και ασθενών.

Ο Χάρακας συνοδεύεται από ένα έντυπο με οδηγίες με πιθανές δράσεις και ερωτήσεις που πρέπει να ρωτήσει κάποιος όταν τον χρησιμοποιεί, οι οποίες προσαρμόζονται ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται ο επαγγελματίας.

Asthma Slide Rule

1. Questions for prescriber to ask themselves and a person with asthma
Using the slide rule, how much short-acting beta₂ agonist (SABA) also known as 'reliever/inhaler' inhalers would you think was acceptable for a person with asthma to take in a year, week or day before you thought a review was necessary? What made you choose that?

Number of SABA inhalers per year	Increasing SABA use											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Puffs of SABA used per year*	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400
Puffs of SABA used per week	4	8	12	15	18	20	27	31	36	38	42	46
Puffs of SABA used per day	< 1	1	2	2	3	>3	4	>4	5	6	>6	7
Symptoms												

*Some devices do not contain 200 puffs. Check the number in the device you prescribe/prepare and modify these messages accordingly.
Suggestion: Try asking a person with asthma the following question before asking question 1:
"In the past 4 weeks, how often have you used your reliever/inhaler each day?"

Asthma Right Care Guidance Notes available at www.pcrs-uk.org/asthma/rightcare 05-13611 Dem-09/Rep - Aug 2016

ASTHMA RIGHT CARE
PCRS

2. Οι Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων

Οι Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων είναι ένας τρόπος για να ξεκινήσει μια συζήτηση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών σχετικά με τη χρήση/εμπιστοσύνη στις εισπνευστικές συσκευές Aerolin. Οι Κάρτες Ερωτήσεων και Προκλήσεων είναι ένας τρόπος για να ξεκινήσει μια συζήτηση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών σχετικά με τη χρήση/εμπιστοσύνη στις εισπνευστικές συσκευές Aerolin.



Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε στον ακόλουθο σύνδεσμο:

<https://www.ipcrg.org/asthmarightcare>

11.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

<p>Η τρέχουσα διαχείριση του άσθματος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα και υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία μεταξύ της κλινικής πράξης και των κατευθυντήριων οδηγιών. Πιστεύετε ότι ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες στη χώρα μας;</p>									
Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ					
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Οι επαγγελματίες υγείας επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με το άσθμα.</p>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<p>Ο αριθμός εισπνευστικών συσκευών Aerolin που χρησιμοποιούνται σε ένα έτος αποτελεί δείκτη για ανεπαρκή έλεγχο του άσθματος. Συμφωνείτε ότι αυτός είναι ένας “καλός” δείκτης;</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Η αναλογία Aerolin προς άλλο κορτικοστεροειδές που συνταγογραφείται σε ένα έτος στις μέρες μας είναι περισσότερο πιθανό να είναι 2:1 ενώ η ιδανική αναλογία είναι 1:6. Συμφωνείτε;</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η υπερβολική χρήση Aerolin είναι πρόβλημα στο άσθμα, αλλά όχι στην ΧΑΠ.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Το κοινωνικό στίγμα μπορεί να επιδεινώσει τον έλεγχο του άσθματος (π.χ. φόβος/δισταγμός χρήσης μιας εισπνευστικής συσκευής σε δημόσιο χώρο).</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η αποφυγή λήψης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών λόγω φόβου ανεπιθύμητων παρενεργειών μπορεί να επιδεινώσει τον έλεγχο άσθματος.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η ενημέρωση των ασθενών για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χρήσης του Aerolin θα μπορούσε να βελτιώσει την υπέρμετρη χρήση του</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

<p>Μια δήλωση που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε στην συζήτηση με τους ασθενείς είναι η ακόλουθη: "Αν έχετε άσθμα και χρησιμοποιείτε περισσότερες από 4 μπλε εισπνευστικές συσκευές/Aerolin σε έναν χρόνο, χρειάζεστε επανεξέταση από τον ιατρό σας." Συμφωνείτε;</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με το άσθμα, επειδή πιστεύουν ότι είναι εύκολο να βρουν οι ασθενείς τις πληροφορίες κάπου αλλού και δεν έχουν το χρόνο. Συμφωνείτε;</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση από το άσθμα (απώλεια βάρους, άσκηση κ.λ.π.)</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Ο σχεδιασμός και υιοθέτηση από τον ασθενή, σε συνεργασία με τον ιατρό, ενός πλάνου για την βήμα προς βήμα διαχείριση του άσθματος (PersonalAsthmaActionPlan) θα μπορούσε να βελτιώσει την αντιμετώπιση και διαχείριση των κρίσεων ενώ από την άλλη να μειώσει την υπερβολική χρήση του Aerolin.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Πιστεύετε ότι είναι γνωστή η δράση που έχει το Aerolin στο άσθμα; Θα βοηθούσε εάν εξηγούσατε ότι το φάρμακο αυτό δρα ανοίγοντας τον αεραγωγό όπως ακριβώς φουσκώνοντας ένα μπαλόνι και αφήνοντας περισσότερο αέρα να μπαίνει μέσα (δράση παροδική);</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Όταν τα Κέντρα Υγείας /ιατρεία των γενικών ιατρών είναι κλειστά και ο ασθενής έχει μείνει χωρίς Aerolin θα πρέπει να παραπεμφθεί σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.</p>				

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Το Aerolin θα έπρεπε να είναι διαθέσιμο στα φαρμακεία και να χορηγείτε ως φάρμακο επείγουσας ανάγκης για το άσθμα όταν τα Κέντρα Υγείας /ιατρεία των γενικών ιατρών είναι κλειστά και ο ασθενής έχει μείνει χωρίς Aerolin.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Εάν συνταγογραφήσετε χαμηλή δόση εισπνεόμενου κορτικοστεροειδούς (ICS), θα διατηρήσετε σε χαμηλό επίπεδο τη χρήση του Aerolin και θα βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενή.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Γενικοί Ιατροί.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Πνευμονολόγοι.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Νοσηλευτές.</p>				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<p>Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Φαρμακοποιοί.</p>				

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	------------------------------	---------	--------------------

11.2 ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Είχατε υπόψη σας ότι η χρήση Aerolin είναι τόσο σημαντικό ζήτημα στο άσθμα; Τώρα που το γνωρίζετε σκοπεύετε να κάνετε κάτι για αυτό;
Ποιο θα λέγατε ότι είναι το πρόβλημα της υπερβολικής εξάρτησης από Aerolin; Πως μπορείτε να το διαχειριστείτε?
Θα σας ενδιέφερε να συμμετέχετε σε μια προσπάθεια αλλαγής όπως το κίνημα ‘‘AsthmaRightCare’’; Με ποιο τρόπο νομίζετε ότι μπορείτε να συμβάλετε στην προσπάθεια αυτή; (Το κίνημα ‘‘AsthmaRightCare’’ έχει σκοπό την παρακίνηση συνομιλιών και τη δημιουργία προτάσεων για το πώς θα πρέπει να γίνει η συζήτηση προκειμένου να αναδειχθεί το πρόβλημα της υπερβολικής εξάρτησης από το Aerolin στα πλαίσια της διαχείρισης του άσθματος)
Ποιο πιστεύετε ότι θα ήταν το μεγαλύτερο εμπόδιο σε μια τέτοια προσπάθεια αλλαγής στη χώρα μας γενικά;
Ποιο πιστεύετε ότι θα ήταν το μεγαλύτερο εμπόδιο σε μια τέτοια προσπάθεια αλλαγής στον δικό σας επαγγελματικό χώρο;
Ποιο πιστεύετε ότι θα ήταν το μεγαλύτερο εμπόδιο σε μια τέτοια προσπάθεια αλλαγής προσωπικά για εσάς;
Σε περίπτωση που πιστεύετε ότι γίνεται λανθασμένη χρήση Aerolin από τους ασθενείς, ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι ευθύνονται για αυτό;
Πιστεύετε ότι υπάρχει τρόπος να ανιχνεύσετε τη λανθασμένη/ελλιπή διαχείριση του άσθματος; Πως μπορεί να γίνει αυτό (πχ παρακολουθώντας την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ρωτώντας τον ίδιο τον ασθενή);

<p>Πιστεύετε ότι θα μπορούσε να διασφαλιστεί ο έλεγχος της υπερβολικής χρήσης-εξάρτησης από το Aerolin μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης? Μπορείτε να σκεφτείτε κάποιον άλλο τρόπο?</p>
<p>Για έναν καλά-ελεγχόμενο ασθενή με άσθμα, πόσες φορές πιστεύετε ότι ο ασθενής θα έπρεπε να χρησιμοποιήσει την εισπνευστική συσκευή Aerolin (μπλε) σε μια εβδομάδα;</p>
<p>Ποια είναι κατά τη γνώμη σας η ιδανική αναλογία Aerolin που θα πρέπει να συνταγογραφείται σε ένα έτος;</p>
<p>Στο εξωτερικό οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν τον "Χάρακα Σωστής Διαχείρισης του Άσθματος". Ο Χάρακας αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έναρξη σχετικών με το θέμα συνομιλιών μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών που συνταγογραφούν, φαρμακοποιών) και ασθενών. Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τη χρήση Aerolin (συνταγογράφηση, δοσολογία, επανεξέταση, κ.α.). Στη χώρα μας πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμο εργαλείο και θα είχε αποτελέσματα;</p>
<p>Στο εξωτερικό χρησιμοποιούν την παρακάτω μεταφορά για να εξηγήσουν πότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν ανακουφιστικά και/ή ρυθμιστικά φάρμακα για το άσθμα:</p> <p>"Έχετε διαρροή στο σπίτι σας. Μπορείτε να κάνετε ένα από τα δύο πράγματα: Να χρησιμοποιήσετε έναν κουβά ή να καλέσετε έναν υδραυλικό.</p> <p>"</p> <p>Εσείς τι θα χρησιμοποιούσατε;</p>
<p>Στο εξωτερικό χρησιμοποιούν την παρακάτω μεταφορά για το άσθμα.</p> <p>"Το εισπνεόμενο ρυθμιστικό διατηρεί το άσθμα κοιμισμένο. Το εισπνεόμενο/ανακουφιστικό φάρμακο το "ζαλίζει" μόνο." Εσείς θα χρησιμοποιούσατε αυτή τη μεταφορά; Τι θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε εναλλακτικά;</p>
<p>Στο εξωτερικό χρησιμοποιούν την παρακάτω μεταφορά</p>

<p>“Χρησιμοποιώντας την (μπλε) εισπνευστική συσκευή Aerolin είναι σαν να μισοσβήνεται μια φωτιά, αλλά για να σβήσετε τα κάρβουνα και τη φωτιά, χρειάζεστε το εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές (ICS)”</p> <p>Εσείς χρησιμοποιείτε κάτι αντίστοιχο; Τι θα χρησιμοποιούσατε;</p>
<p>Τι σημαίνει ο όρος "διάσωση" ή "ανακούφιση" στη θεραπεία άσθματος για τον ασθενή; Πιστεύετε ότι θα μπορούσε ένας άλλος όρος να είναι πιο κατάλληλος; Ποιος θα ήταν αυτός;</p>
<p>Στην πρώτη συνταγογράφηση του Aerolin για το άσθμα ποιος δίνει πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με το άσθμα και τη χρήση του Aerolin όταν αυτό συνταγογραφείται; Επηρεάζει αυτό το πως θα διαχειριστείτε στο μέλλον τη χορήγησή του;</p>
<p>Πόσες χορηγηθείσες συσκευές εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών (ICS) για το άσθμα θα έπρεπε να σημάνουν καμπανάκι κινδύνου στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;(Για χαμηλή συμμόρφωση)</p>
<p>Πόσες χορηγηθείσες εισπνευστικές συσκευές Aerolin θα έπρεπε να σημάνουν καμπανάκι κινδύνου στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;(Για υπερβολική εξάρτηση)</p>
<p>Πιστεύετε ότι μια καμπάνια στα ΜΜΕ και στα SocialMedia σχετικά με την ορθή διαχείριση του Άσθματος θα μπορούσε να επηρεάσει την κοινή γνώμη;</p>

11.3 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

<p>Είστε ενήμεροι για τις εθνικές/διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες;</p>
<p>Γνωρίζετε για ποιο λόγο χρησιμοποιείται το Aerolin και τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή στο άσθμα; Πως τα χρησιμοποιείτε εσείς;</p>
<p>Πως αποφασίζετε τι φαρμακευτική αγωγή θα χορηγήσετε στον ασθενή; Λαμβάνετε υπόψη τα συμπτώματα του κάθε ασθενή για να προσαρμόσετε τη θεραπεία; Την συνοσηρότητα;</p>

Σε ποιες περιπτώσεις συνταγογραφείτε Aerolin;
Έχετε κάποιο όριο στον αριθμό των Aerolin που συνταγογραφείτε ετησίως (ποιο είναι αυτό ανά ασθενή); Γιατί επιλέξατε τον συγκεκριμένο αριθμό;
Χορηγείτε το Aerolin ως επαναλαμβανόμενη συνταγή;
Ποιος είναι ο αριθμός Aerolin ετησίως ανά ασθενή που θα σας ανησυχούσε;
Μετά από ποιο χρονικό διάστημα χρήσης Aerolin θα συστήνατε στον ασθενή επανεξέταση;
Ποιο είναι το χρονικό διάστημα που θεωρείτε ότι θα πρέπει να μεσολαβεί μεταξύ της συνταγογράφησης και της επανεξέτασης;
Συζητάτε με τους ασθενείς σας θέματα σχετικά με τη διαχείριση του άσθματος; Είναι η χρήση Aerolin ένα από αυτά; Είναι η χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών ένα από αυτά;
Χρησιμοποιείτε μεταφορές για να συνομιλήσετε με τον ασθενή; Ποιες;

11.4 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥΣ

Είστε ενήμεροι για τις εθνικές/διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες;
Θα σας ενδιέφερε να ενημερωθείτε για τις εθνικές/διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ώστε να μπορείτε να ενημερώσετε τον ιατρό/ασθενή;
Έχετε παρατηρήσει οι ασθενείς να μην εκτελούν τις επαναλαμβανόμενες συνταγές ρουτίνας για τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή/Aerolin για το άσθμα; Εάν ναι, ενημερώνετε τον ιατρό και με ποιόν τρόπο;
Έχετε παρατηρήσει οι ασθενείς να ζητάνε να αγοράσουν Aerolin χωρίς συνταγογράφηση; Τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση; Ενημερώνετε τον ιατρό και με ποιόν τρόπο;
Ελέγχετε πιθανή λανθασμένη εισπνευστική τεχνική σε ασθενείς με άσθμα; Εάν ναι, θα ενημερώνετε τον ιατρό/ασθενή για το πρόβλημα; Με ποιόν τρόπο θα το κάνατε αυτό;
Θα σας ενδιέφερε να διδάξετε την εισπνευστική τεχνική; Ποια επιπλέον κατάρτιση θεωρείτε ότι χρειάζεστε για να το κάνετε αυτό;
Ποιοι λόγοι κατά τη γνώμη σας είναι αποδεκτοί για τον φαρμακοποιό ώστε να χορηγήσει επειγόντως και χωρίς συνταγή ένα Aerolin για το άσθμα;
Γνωρίζετε για ποιο λόγο χρησιμοποιείται το Aerolin και τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή στο άσθμα; Πως τα χρησιμοποιείτε εσείς;
Θεωρείτε σωστό να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ ιατρού και φαρμακοποιού; Κατά τη γνώμη σας είναι αυτό εφικτό;
Με ποιο τρόπο επικοινωνείτε με τους ασθενείς; Ποια είναι τα θέματα τα οποία συνήθως συζητάτε; Είναι η σωστή χρήση Aerolin ένα από αυτά;
Ποιος θεωρείτε ότι θα μπορούσε να είναι ο ρόλος σας αναφορικά με την χρήση των εισπνεόμενων (αγορά εισπνεόμενων χωρίς συνταγογράφηση, παρακίνηση συνομιλιών, οδηγίες για τεχνική για την νόσο γενικότερα); Θα χρησιμοποιούσατε τον χάρακα; Τις κάρτες; Γιατί όχι; Τι θα έπρεπε να γίνει ώστε να το κάνετε;

11.5 ΧΑΡΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Asthma Slide Rule



1. Questions for prescriber to ask themselves and a person with asthma
Using this slide rule, how much short-acting beta₂ agonist (SABA; also known as 'reliever/rescue' salbutamol/'blue' inhaler would you think was acceptable for a person with asthma to take in a year, week or day before you thought a review was necessary? What made you choose that?

Number of SABA inhalers (ix per year)	Increasing SABA use											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Puffs of SABA used per year*	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400
Puffs of SABA used per week	4	8	12	16	19	23	27	31	36	39	42	46
Puffs of SABA used per day	<1	1	2	2	3	>3	4	>4	5	6	>6	7
Symptoms												

*Some devices do not contain 200 puffs. Check the number in the device you prescribe/dispense or use, and modify these messages accordingly.
Suggestion: Try asking a person with asthma the following question before asking question 1: "In the past 4 weeks, how often have you used your reliever/blue inhaler each day?"

Asthma Right Care Guidance Notes available at www.pcrs-uk.org/asthma/rightcare

GS-13611 Dev/O' Prep - Aug 2016

11.6 ΚΑΡΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΩΝ



QUESTION & CHALLENGE CARDS
Pharmacists




QUESTION & CHALLENGE CARDS
All Practitioners and Patients




QUESTION & CHALLENGE CARDS
Health and Care Professionals



11.7 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Αναλυτική κατανομή των απαντήσεων των διαβαθμισμένων ερωτήσεων σε κλίμακα Likert

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΚΟΙΝΕΣ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
1	<p>Η τρέχουσα διαχείριση του άσθματος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα και υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία μεταξύ της κλινικής πράξης και των κατευθυντήριων οδηγιών. Πιστεύετε ότι ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες στη χώρα μας;</p>				
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	18	6	10	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	45%	15%	25%	7,5%
2	<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Οι επαγγελματίες υγείας επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με το άσθμα.</p>				
	1-2 Διαφωνώ απόλυτα	3-4 Διαφωνώ	5-6 Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	7-8 Συμφωνώ	9-10 Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	15	14	5	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	37,5%	35%	12,5%	7,5%
3	<p>Ο αριθμός εισπνευστικών συσκευών Aerolin που χρησιμοποιούνται σε ένα έτος αποτελεί δείκτη για ανεπαρκή έλεγχο του άσθματος. Συμφωνείτε ότι αυτός είναι ένας "καλός" δείκτης;</p>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	11	8	15	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	27,5%	20%	37,5%	7,5%
4	<p>Η αναλογία Aerolin προς άλλο κορτικοστεροειδές που συνταγογραφείται σε ένα έτος στις μέρες μας είναι περισσότερο πιθανό να είναι 2:1 ενώ η ιδανική αναλογία είναι 1:6. Συμφωνείτε;</p>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	8	21	5	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	20%	52,5%	12,5%	7,5%
5	<p>Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η υπερβολική χρήση Aerolin είναι πρόβλημα στο άσθμα, αλλά όχι στην ΧΑΠ.</p>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	21	0	14	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	50%	0,00%	35%	7,5%

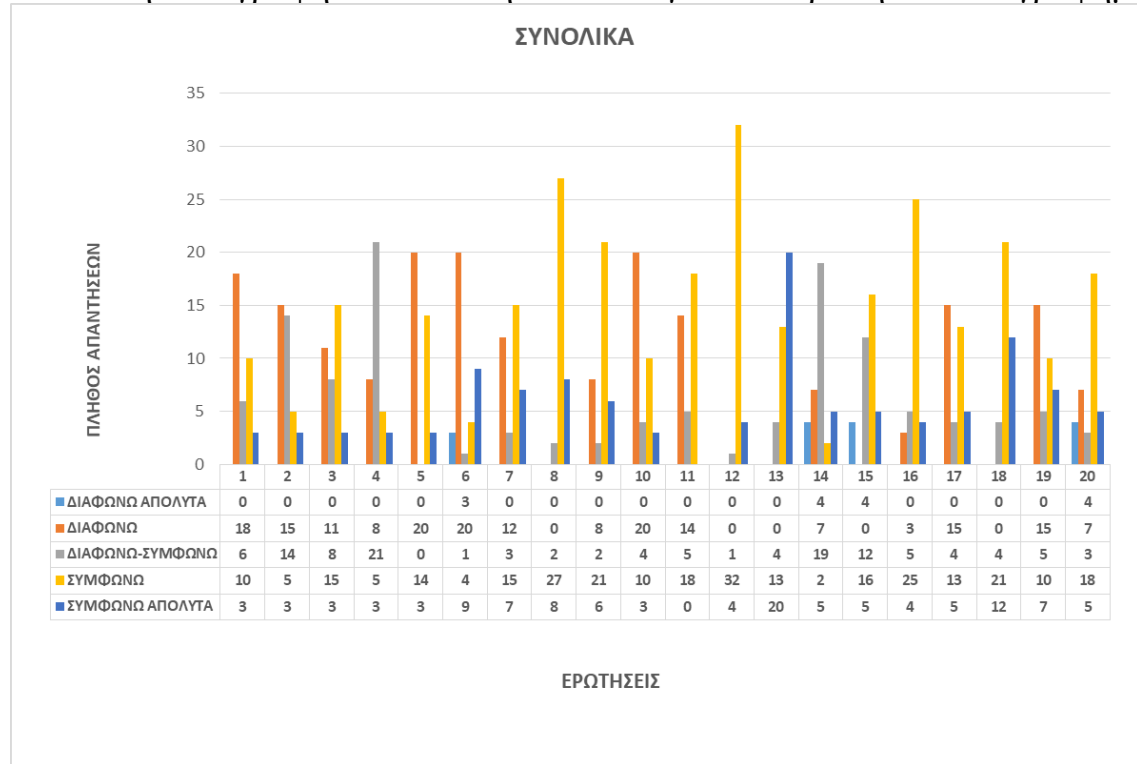
6	Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Το κοινωνικό στίγμα μπορεί να επιδεινώσει τον έλεγχο του άσθματος (π.χ. φόβος/δισταγμός χρήσης μιας εισπνευστικής συσκευής σε δημόσιο χώρο).				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	3	20	1	4	9
ΠΟΣΟΣΤΑ	7,5%	50%	2,5%	10%	22,5%
7	Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η αποφυγή λήψης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών λόγω φόβου ανεπιθύμητων παρενεργειών μπορεί να επιδεινώσει τον έλεγχο άσθματος.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	12	3	15	7
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	31%	7,5%	37,5%	17,5%
8	Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Η ενημέρωση των ασθενών για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χρήσης του Aerolin θα μπορούσε να βελτιώσει την υπέρμετρη χρήση του				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	0	2	27	8
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	0,00%	5%	67,5%	20%
9	Μια δήλωση που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε στην συζήτηση με τους ασθενείς είναι η ακόλουθη: "Αν έχετε άσθμα και χρησιμοποιείτε περισσότερες από 4 μπλε εισπνευστικές συσκευές/Aerolin σε έναν χρόνο, χρειάζεστε επανεξέταση από τον ιατρό σας. Συμφωνείτε;				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	8	2	21	6
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	20%	5%	52,5%	15%
10	Οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με το άσθμα, επειδή πιστεύουν ότι είναι εύκολο να βρουν οι ασθενείς τις πληροφορίες κάπου αλλού και δεν έχουν το χρόνο. Συμφωνείτε;				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	20	4	10	3
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	50%	10%	25%	7,5%
11	Οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν αρκετό χρόνο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση από το άσθμα (απόλεια βάρους, άσκηση κ.λπ.)				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	14	5	18	0
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	35%	12,5%	45%	0%
12	Ο σχεδιασμός και υιοθέτηση από τον ασθενή, σε συνεργασία με τον ιατρό, ενός πλάνου για την βήμα προς βήμα διαχείριση του άσθματος (PersonalAsthmaActionPlan) θα μπορούσε να βελτιώσει την αντιμετώπιση και διαχείριση των κρίσεων ενώ από την άλλη να μειώσει την υπερβολική χρήση του Aerolin.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	0	1	32	4
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	0,00%	2,5%	80%	10%

13	Πιστεύετε ότι είναι γνωστή η δράση που έχει το Aerolin στο άσθμα; Θα βοηθούσε εάν εξηγούσατε ότι το φάρμακο αυτό δρα ανοίγοντας τον αεραγωγό όπως ακριβώς φουσκώνοντας ένα μπαλόνι και αφήνοντας περισσότερο αέρα να μπαίνει μέσα (δράση παροδική);				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	0	4	13	20
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	0,00%	10%	32,5%	50%
14	Όταν τα Κέντρα Υγείας /ιατρεία των γενικών ιατρών είναι κλειστά και ο ασθενής έχει μείνει χωρίς Aerolin θα πρέπει να παραπεμφθεί σε ένα Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	4	7	19	2	5
ΠΟΣΟΣΤΑ	10%	17,5%	47,5%	5%	12,5%
15	Το Aerolin θα έπρεπε να είναι διαθέσιμο στα φαρμακεία και να χορηγείται ως φάρμακο επείγουσας ανάγκης για το άσθμα όταν τα Κέντρα Υγείας /ιατρεία των γενικών ιατρών είναι κλειστά και ο ασθενής έχει μείνει χωρίς Aerolin.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	4	0	12	16	5
ΠΟΣΟΣΤΑ	10%	0	30%	40%	12,5%
16	Παρακαλούμε δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας με την παρακάτω άποψη: Εάν συνταγογραφήσετε χαμηλή δόση εισπνεόμενου κορτικοστεροειδούς (ICS), θα διατηρήσετε σε χαμηλό επίπεδο τη χρήση του Aerolin και θα βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενή.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	3	5	25	4
ΠΟΣΟΣΤΑ	0	7,5%	12,5%	62,5%	10%
17	Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Γενικοί Ιατροί.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	15	4	13	5
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	37,5%	10%	32,5%	12,5%
18	Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Πνευμονολόγοι.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	0	4	21	12
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	0,00%	10%	52,5%	30%
19	Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Νοσηλεύτες.				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0	15	5	10	7
ΠΟΣΟΣΤΑ	0,00%	37,5%	12,5%	25%	17,5%

20	Από τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση Aerolin θα έπρεπε να ασχολούνται οι Φαρμακοποιοί.				
	Διαφωνό απόλυτα	Διαφωνό	Ούτε συμφωνό ούτε διαφωνό	Συμφωνό	Συμφωνό απόλυτα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	4	7	3	18	5
ΠΟΣΟΣΤΑ	10%	17,5%	7,5%	45%	12,5%

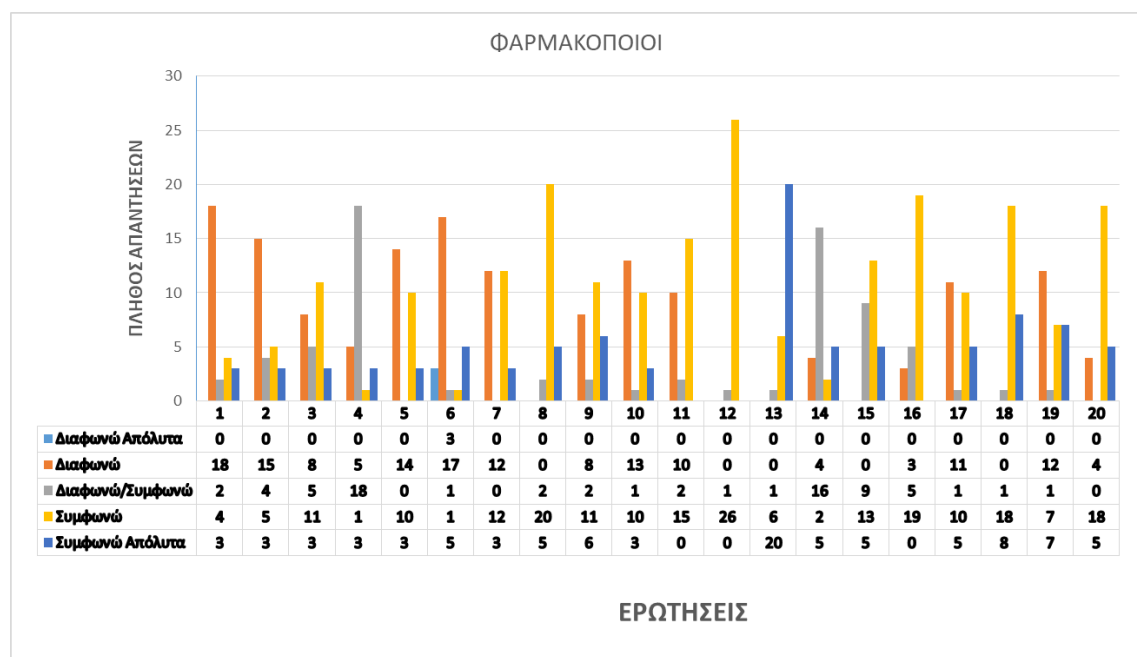
11.8 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ

Συνολική καταγραφή των απαντήσεων των γενικών ερωτήσεων σε γράφημα



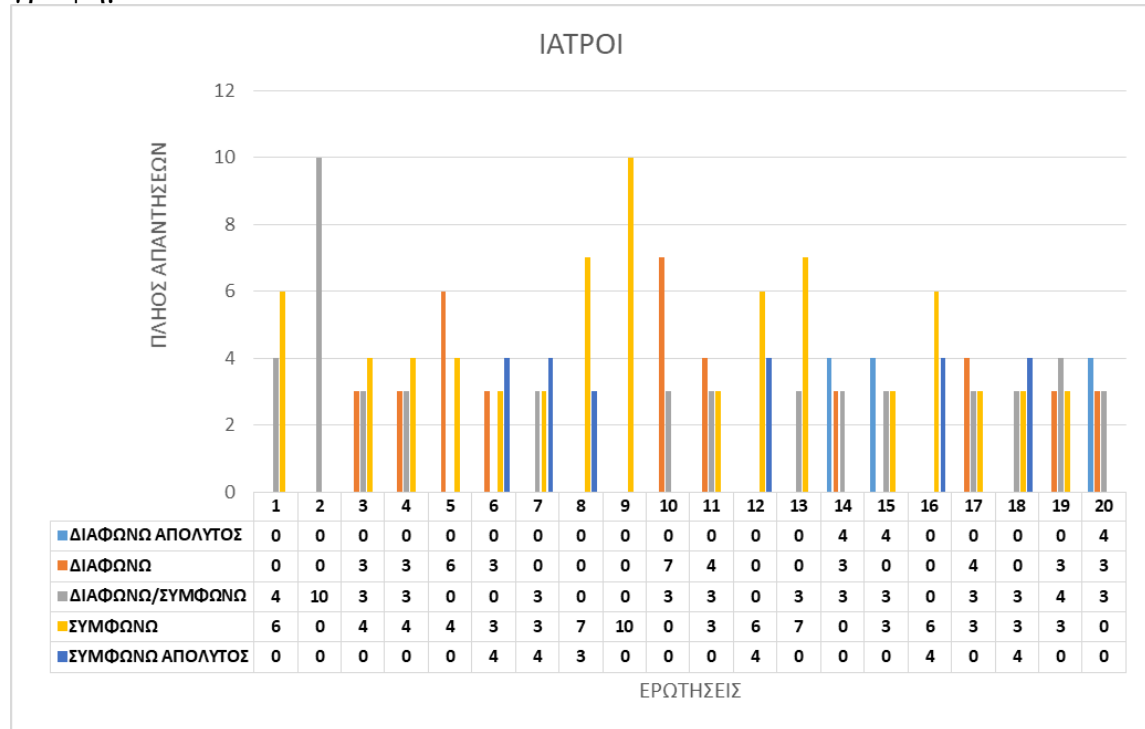
11.9 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Καταγραφή των απαντήσεων των γενικών ερωτήσεων των Φαρμακοποιών σε γράφημα



11.10 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΩΝ

Καταγραφή των απαντήσεων των γενικών ερωτήσεων των Ιατρών σε γράφημα



ΕΓΚΡΙΣΗ IPCRG/ARC



Tel: +44 1324 578698
BusinessManager@ipcr.org
www.ipcr.org

Ioanna Tsiligianni
By email

23rd March 2021

Dear Ioanna,

SABA overreliance in asthma care. Evaluation of the Asthma Right Care adaptation

Following your request regarding the supervision of a master thesis by a pharmacist on the topic above, we are writing to confirm that you have permission to use the IPCRG Asthma Right Care Question and Challenge Cards and the Reliever Reliance Test.

Yours sincerely

Nicola Connor
Business Manager



The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) is a charity registered in Scotland working internationally (SC No: 030266) and a company limited by guarantee (Company number 250266)
Registered Office: 4th Floor, 115 George Street, Edinburgh, Scotland, EH2 4JN
Tel: +44 1324 578698
www.theipcr.org

Current Members: Australia, Bangladesh, Brazil, Bulgaria, Canada, Chile, China, Cyprus, Finland, France, Germany, Greece, India, Ireland, Italy, Kyrgyz Republic, Malaysia, Montenegro, Netherlands, New Zealand, Norway, Pakistan, Portugal, Republic of North Macedonia, Romania, Singapore, Spain, Sri Lanka, Sweden, Turkey, Uganda, UK, USA, Vietnam

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2021. Available from: www.ginasthma.org
2. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Program. Expert Panel on the Management of Asthma. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. No. 91. National Asthma Education Program, Office of Prevention, Education, and Control, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, 1991.
3. Bousquet J, Bousquet PJ, Godard P, Daures JP. The public health implications of asthma. *Bull World Health Organ.* 2005 Jul;83(7):548-54. PMID: 16175830; PMCID: PMC2626301.
4. Yaghoubi M, Adibi A, Safari A, FitzGerald JM, Sadatsafavi M. The Projected Economic and Health Burden of Uncontrolled Asthma in the United States. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019 Nov 1; 200(9):1102-1112. doi: 10.1164/rccm.201901-0016OC. PMID: 31166782; PMCID: PMC6888652.
5. Keeney EL. The history of asthma from Hippocrates to Meltzer. *J Allergy.* 1964 May-Jun;35:215-26. doi: 10.1016/0021-8707(64)90004-8. PMID: 14160430.
6. Anderson, H & Gupta, Ramyani & Strachan, David & Limb, Elizabeth. (2007). 50 Years of asthma: UK trends from 1955 to 2004. *Thorax.* 62. 85-90. 10.1136/thx.2006.066407.
7. Woolcock A, Rubinfeld AR, Seale JP, Landau LL, Antic R, Mitchell C, Rea HH, Zimmerman P. Thoracic society of Australia and New Zealand. Asthma management plan, 1989. *Med J Aust.* 1989 Dec 4-18;151(11-12):650-3. PMID: 2593911
8. Dharmage SC, Perret JL, Custovic A. Epidemiology of Asthma in Children and Adults. *Front Pediatr.* 2019 Jun 18;7:246. doi: 10.3389/fped.2019.00246. PMID: 31275909; PMCID: PMC6591438.
9. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med.* 2017 Sep;5(9):691-706. doi: 10.1016/S2213-2600(17)30293-X. Epub 2017 Aug 16. Erratum in: *Lancet Respir Med.* 2017 Oct;5(10):e30. PMID: 28822787; PMCID: PMC5573769.
10. Centers for Disease Control and Prevention. 2017 National Health Interview Survey (NHIS) Data. Table 3-1. Compiled March 18, 2019. Accessed June 24, 2019 <https://www.cdc.gov/asthma/nhis/2017/table3-1.htm>.

11. Ye, Q., He, XO. & D'Urzo, A. A Review on the Safety and Efficacy of Inhaled Corticosteroids in the Management of Asthma. *Pulm Ther* **3**, 1–18 (2017). <https://doi.org/10.1007/s41030-017-0043-5>
12. Baur X, Sigsgaard T, Aasen TB, Burge PS, Heederik D, Henneberger P, Maestrelli P, Rooyackers J, Schlünssen V, Vandenplas O, Wilken D; ERS Task Force on the Management of Work-related Asthma. Guidelines for the management of work-related asthma. *Eur Respir J*. 2012 Mar;39(3):529-45. doi: 10.1183/09031936.00096111. Erratum in: *Eur Respir J*. 2012 Jun;39(6):1553. PMID: 22379148.
13. Crompton G. A brief history of inhaled asthma therapy over the last fifty years. *Prim Care Respir J*. 2006 Dec;15(6):326-31. doi: 10.1016/j.pcrj.2006.09.002. Epub 2006 Nov 7. PMID: 17092772; PMCID: PMC6730840.
14. Royal College of Physicians. Why asthma still kills: the National Review of Asthma Deaths (NRAD) confidential enquiry report 2014. <http://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/why-asthma-still-kills>. Accessed April 2020.
15. Silver HS, Blanchette CM, Kamble S, Petersen H, Letter MA, Meddis D, Gutierrez B. Relationship between short-acting β_2 -adrenergic agonist use and healthcare costs. *Am J Manag Care*. 2011 Jan;17(1):19-27. PMID: 21348565.
16. Nwaru BI, Ekström M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Overuse of short-acting β_2 -agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J*. 2020 Apr 16;55(4):1901872. doi: 10.1183/13993003.01872-2019. PMID: 31949111; PMCID: PMC7160635.
17. Gibson P, Henry D, Francis L, Cruickshank D, Dupen F, Higginbotham N, Henry R, Sutherland D. Association between availability of non-prescription beta 2 agonist inhalers and undertreatment of asthma. *BMJ*. 1993 Jun 5;306(6891):1514-8. doi: 10.1136/bmj.306.6891.1514. PMID: 8518681; PMCID: PMC1677936.
18. Marathe PA, Kamat SK, Tripathi RK, Raut SB, Khatri NP. Over-the-counter medicines: Global perspective and Indian scenario. *J Postgrad Med*. 2020 Jan-Mar;66(1):28-34. doi: 10.4103/jpgm.JPGM_381_19. PMID: 31898596; PMCID: PMC6970327.
19. DIRECTIVE 2001/83/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use (OJ L 311, 28.11.2001, p. 67) https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83_consol_2012/dir_2001_83_cons_2012_en.pdf.
20. Anastasaki M, Trigoni M, Pantouvaki A, Trouli M, Mavrogianni M, Chavannes N, Pooler J, van Kampen S, Jones R, Lionis C, Tsiligianni I. Establishing a pulmonary rehabilitation programme in primary care in

- Greece: A FRESH AIR implementation study. *Chron Respir Dis*. 2019 Jan-Dec;16:1479973119882939. doi: 10.1177/1479973119882939. PMID: 31742441; PMCID: PMC6864042.
21. National Heart Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3) (National Heart Lung and Blood Institute, 2007).
 22. National Asthma Council Australia Australian Asthma Handbook 2.0. (National Asthma Council Australia, 2019).
 23. Global Initiative for Asthma. 2019 GINA Main Report. www.ginasthma.org/reports (2019).
 24. Binuraj C, Jose J, Dilsha F, et al. Assessment of errors during inhaler usage among asthma and COPD patients. *J. Evolution Med. Dent. Sci*. 2020;9(01):14-17, DOI: 10.14260/jemds/2020/4
 25. McFadden ER Jr. Improper patient techniques with metered dose inhalers: clinical consequences and solutions to misuse. *J Allergy Clin Immunol*. 1995 Aug;96(2):278-83. doi: 10.1016/s0091-6749(95)70206-7. PMID: 7636071.
 26. O'Byrne PM, Jenkins C, Bateman ED. The paradoxes of asthma management: time for a new approach? *Eur Respir J*. 2017 Sep 9;50(3):1701103. doi: 10.1183/13993003.01103-2017. PMID: 28889114.
 27. Partridge MR, van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulm Med*. 2006 Jun 13;6:13. doi: 10.1186/1471-2466-6-13. PMID: 16772035; PMCID: PMC1483837.
 28. Tanaka A. Past, present and future therapeutics of asthma: a review. *J. Gen. Fam. Med*. 2015;16:158–169
 29. Beasley R, Bird G, Harper J, Weatherall M. The further paradoxes of asthma management: time for a new approach across the spectrum of asthma severity. *Eur Respir J*. 2018 Nov 1;52(5):1800694. doi: 10.1183/13993003.00694-2018. PMID: 30385601.
 30. Worth H, Criée CP, Vogelmeier CF, Kardos P, Becker EM, Kostev K, Mokros I, Schneider A. Prevalence of overuse of short-acting beta-2 agonists (SABA) and associated factors among patients with asthma in Germany. *Respir Res*. 2021 Apr 16;22(1):108. doi: 10.1186/s12931-021-01701-3. PMID: 33863317; PMCID: PMC8051057.
 31. Yang JF, Chaudhuri R, Thomson NC, Ramparsad N, O'Pray H, Barclay S, MacBride-Stewart S, McCallum C, Sharma V, McSharry C, Murray D, Shepherd M, Lee WN. Insights into frequent asthma exacerbations from a primary care perspective and the implications of UK National Review of Asthma Deaths recommendations. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2018 Sep 19;28(1):35. doi: 10.1038/s41533-018-0103-9. PMID: 30232329; PMCID: PMC6145932.

32. Sá-Sousa A, Almeida R, Vicente R, Nascimento N, Martins H, Freitas A, Fonseca JA. High oral corticosteroid exposure and overuse of short-acting beta-2-agonists were associated with insufficient prescribing of controller medication: a nationwide electronic prescribing and dispensing database analysis. *Clin Transl Allergy*. 2019 Sep 23;9:47. doi: 10.1186/s13601-019-0286-3. PMID: 31559008; PMCID: PMC6755705.
33. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft TB. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Jan;113(1):59-65. doi: 10.1016/j.jaci.2003.09.008. PMID: 14713908.
34. Schuler M, Faller H, Wittmann M, Schultz K. Asthma Control Test and Asthma Control Questionnaire: factorial validity, reliability and correspondence in assessing status and change in asthma control. *J Asthma*. 2016;53(4):438-45. doi: 10.3109/02770903.2015.1101134. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26539757.
35. Gatheral TL, Rushton A, Evans DJ, Mulvaney CA, Halcovitch NR, Whiteley G, Eccles FJ, Spencer S. Personalised asthma action plans for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 10;4(4):CD011859. doi: 10.1002/14651858.CD011859.pub2. PMID: 28394084; PMCID: PMC6478068.
36. Reddel HK, Bateman ED, Becker A, Boulet LP, Cruz AA, Drazen JM, Haahtela T, Hurd SS, Inoue H, de Jongste JC, Lemanske RF Jr, Levy ML, O'Byrne PM, Paggiaro P, Pedersen SE, Pizzichini E, Soto-Quiroz M, Szeffler SJ, Wong GW, FitzGerald JM. A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. *Eur Respir J*. 2015 Sep;46(3):622-39. doi: 10.1183/13993003.00853-2015. Epub 2015 Jul 23. PMID: 26206872; PMCID: PMC4554554.
37. Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, Vollmer WM; Better Outcomes of Asthma Treatment (BOAT) Study Group. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010 Mar 15;181(6):566-77. doi: 10.1164/rccm.200906-0907OC. Epub 2009 Dec 17. PMID: 20019345; PMCID: PMC2841026
38. Azzi EA, Kritikos V, Peters MJ, Price DB, Srour P, Cvetkovski B, Bosnic-Anticevich S. Understanding reliever overuse in patients purchasing over-the-counter short-acting beta₂ agonists: an Australian community pharmacy-based survey. *BMJ Open*. 2019 Aug 14;9(8):e028995. doi: 10.1136/bmjopen-2019-028995. PMID: 31412998; PMCID: PMC6701672.
39. Late Breaking Abstract – Over prescription of short-acting beta2-agonists in asthma management? Pharmacy reports from 91,673 patients in Poland Maciej Kupczyk, Wojciech Barg, Grażyna Bochenek, Grzegorz Brożek, Dorota Brzostek, Piotr Dąbrowiecki, Andrzej Dąbrowski, Rafał Dobek, Radosław Gawlik, Aleksandra Kucharczyk, Izabela Kupryś-Lipińska,

- Agnieszka Mastalerz-Migas, Edyta Zagrajek, Marek L. Kowalski
European Respiratory Journal Sep 2019, 54 (suppl 63) OA2107; DOI:
10.1183/13993003.congress-2019.OA2107
40. García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Kenny P, Martínez-Martínez F, Faus MJ, Benrimoj SI. Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. *Respir Med.* 2013 Sep;107(9):1346-55. doi: 10.1016/j.rmed.2013.05.014. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23810267.
 41. Bloom CI, Walker S, Quint JK. Inadequate specialist care referrals for high-risk asthma patients in the UK: an adult population-based cohort 2006-2017. *J Asthma.* 2021 Jan;58(1):19-25. doi: 10.1080/02770903.2019.1672723. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31550948.
 42. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2021 report; 2020. Available from: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>. Accessed July30, 2021.
 43. Braido F. Failure in asthma control: reasons and consequences. *Scientifica (Cairo).* 2013;2013:549252. doi: 10.1155/2013/549252. Epub 2013 Dec 18. PMID: 24455432; PMCID: PMC3881662.
 44. Fathima M, Saini B, Foster JM, Armour CL. A mixed methods analysis of community pharmacists' perspectives on delivering COPD screening service to guide future implementation. *Res Social Adm Pharm.* 2019 Jun;15(6):662-672. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.08.007. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30131254.
 45. Solidoro P, Braido F, Baratta F, Bagnasco D, Esposito R, Aggeri M, Brusa P. FEV6 assessment in spirometric abnormalities screening: the first population-based study in Italian pharmacies. *Panminerva Med.* 2013 Mar;55(1):87-92. PMID: 23474666.
 46. Kaplan AG, Correia-de-Sousa J, McIvor A; Global Policy Steering Group on Improving Asthma Outcomes. Global Quality Statements on Reliever Use in Asthma in Adults and Children Older than 5 Years of Age. *Adv Ther.* 2021 Mar;38(3):1382-1396. doi: 10.1007/s12325-021-01621-0. Epub 2021 Feb 14. PMID: 33586006; PMCID: PMC7882466.
 47. Rothe T, Spagnolo P, Bridevaux PO, Clarenbach C, Eich-Wanger C, Meyer F, Miedinger D, Möller A, Nicod LP, Nicolet-Chatelain G, Sauty A, Steurer-Stey C, Leuppi JD. Diagnosis and Management of Asthma - The Swiss Guidelines. *Respiration.* 2018;95(5):364-380. doi: 10.1159/000486797. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29614508.
 48. George M. Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. *Respir Care.* 2018 Jun;63(6):818-831. doi: 10.4187/respcare.05905. PMID: 29794213.
 49. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, Saini B, Smith L, Stewart K. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax.*

- 2007 Jun;62(6):496-502. doi: 10.1136/thx.2006.064709. Epub 2007 Jan 24. PMID: 17251316; PMCID: PMC2117224.
- 50.Gruffydd-Jones K, Hansen K. Working for Better Asthma Control: How Can We Improve the Dialogue Between Patients and Healthcare Professionals? *Adv Ther.* 2020 Jan;37(1):1-9. doi: 10.1007/s12325-019-01131-0. Epub 2019 Oct 29. PMID: 31664695.
- 51.Baptist AP, Thompson M, Grossman KS, Mohammed L, Sy A, Sanders GM. Social media, text messaging, and email-preferences of asthma patients between 12 and 40 years old. *J Asthma.* 2011 Oct;48(8):824-30. doi: 10.3109/02770903.2011.608460. Epub 2011 Aug 24. PMID: 21864099.
- 52.<https://www.ipcrg.org/sites/ipcrg/files/content/attachments/2021-09-13/SABA%20OTC%20Case%20Study%20-%20FINAL.pdf>.
- 53.Mubarak N, Hatah E, Khan TM, Zin CS. A systematic review and meta-analysis of the impact of collaborative practice between community pharmacist and general practitioner on asthma management. *J Asthma Allergy.* 2019 May 24;12:109-153. doi: 10.2147/JAA.S202183. PMID: 31213852; PMCID: PMC6538034.
- 54.Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, Van Tongelen I, Annemans L, Remon JP, Brusselle G. Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement. *Eur Respir J.* 2008 Apr;31(4):790-9. doi: 10.1183/09031936.00112007. Epub 2007 Dec 19. PMID: 18094011.
- 55.Albassam A, Almohammed H, Alhujaili M, Koshy S, Awad A. Perspectives of primary care physicians and pharmacists on interprofessional collaboration in Kuwait: A quantitative study. *PLoS One.* 2020 Jul 20;15(7):e0236114. doi: 10.1371/journal.pone.0236114. PMID: 32687539; PMCID: PMC7371165.