



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καταναλωτική συνέπεια και συμμόρφωση στον φαρμακευτικό κλάδο»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Μάρκος Τσόγκας

Φρίξος Ντάτσιος

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2016

Ευχαριστίες

Το παρόν κείμενο αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στη διοίκηση επιχειρήσεων για στελέχη του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Πριν την παρουσίαση των θέσεων και των αποτελεσμάτων της εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου κατά την διάρκεια του προγράμματος και με βοήθησαν στην υλοποίησή του.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την Μαριάνθη Ψάχα, Country President & CPO Head της Novartis στην Σλοβακία, η οποία με παρακίνησε να ξεκινήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα και τον Αθανάσιο Κούσση, National Sales Manager της Novartis στην Ελλάδα, για την αμέριστη στήριξη του κατά την διάρκεια των δύο ετών του προγράμματος.

Θα ήθελα επίσης να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στους ιατρούς Αργυρή Πετροχείλου, παιδοπνευμονολόγο, επιμελήτρια Α΄ του τμήματος κυστικής ίνωσης του νοσοκομείου παιδών Αγία Σοφία, Αθανάσιο Καδίτη, επίκουρο καθηγητή παιδιατρικής – παιδιατρικής πνευμονολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Μαρία Φωτουλάκη, αναπληρώτρια καθηγήτρια παιδιατρικής – παιδιατρικής γαστρεντερολογίας του ΑΠΘ, Ιωάννη Κιουμή αναπληρωτή καθηγητή πνευμονολογίας – λοιμωξιολογίας του ΑΠΘ, Αικατερίνη Μανίκα επίκουρη καθηγήτρια πνευμονολογίας του ΑΠΘ, Αικατερίνη Μπρίνια, αλλεργιολόγο, που με βοήθησαν υπέρμετρα τόσο στο θεωρητικό κομμάτι της εργασίας όσο και στο ερευνητικό.

Θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέπων καθηγητή Μάρκο Τσόγκα, για την υποστήριξη του και για τις ουσιαστικές κουβέντες που κάναμε κατά την διάρκεια της εργασίας.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ στην οικογένεια μου και ειδικότερα στην Σωσώ και στην Ρένια που ήταν και είναι κοντά μου σε κάθε προσωπικό και επαγγελματικό μου βήμα.

Περιεχόμενα

I.	Γενικό Μέρος	1
1.	Εισαγωγή - Ορισμός	1
1.1	Τύποι μη-συμμόρφωσης.....	2
2.	Επιπτώσεις	4
3.	Παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση.....	10
3.1	Ασθενείς και φαρμακευτική συμμόρφωση	13
3.1.2	Αλφαριθμητισμός υγείας	13
3.1.3	Αυτό-αποτελεσματικότητα.....	14
3.2	Ιατρικό προσωπικό και φαρμακευτική συμμόρφωση	15
3.2.1	Επικοινωνία γιατρού - ασθενούς.....	16
3.2.2	Προβλήματα στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς	17
3.3	Σύστημα υγείας και φαρμακευτική συμμόρφωση	18
4.	Μέθοδοι καθορισμού-υπολογισμού-μέτρησης της φαρμακευτικής συμμόρφωσης	20
4.1	Έμμεσες μέθοδοι	20
4.1.1	Περίπτωση Μελέτης (Case study).....	21
4.1.2	Αυτό-αξιολόγηση – Κλίμακες μέτρησης συμμόρφωσης.....	23
4.1.3	Έλεγχος φαρμακείων	27
4.1.4	Ηλεκτρονικός Έλεγχος	27
4.2	Άμεσες μέθοδοι.....	30
4.2.1	Βιολογικοί δείκτες.....	30
4.2.2	Εποπτευόμενη δοσολογία.....	31
5.	Αξιολόγηση παρεμβατικών μεθόδων για την βελτίωση της συμμόρφωσης	32
5.1	Φαρμακευτική συμμόρφωση μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη	32
5.2	Φαρμακευτική συμμόρφωση και κλινική πράξη	33
5.3	Πληροφοριακά συστήματα υγείας και τήρηση ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών.	34
5.4	Φαρμακευτική συσκευασία.....	35
6.	Πάροχοι υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτική συμμόρφωση	36
6.1	Ο παράγοντας 'Ιατρός'	37
6.2	Ο παράγοντας 'Φαρμακοποιός'	39

6.3	Προτάσεις παρεμβάσεων	39
7.	Η συμμόρφωση στην θεραπεία χρόνιων παθήσεων	41
7.1	Υπέρταση.....	41
7.1.1	Πεποιθήσεις του ασθενούς και αντιμετώπιση της υπέρτασης.....	43
7.1.2	Η επιρροή δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στην θεραπεία της υπέρτασης	44
7.1.3	Ιατρικοί φραγμοί στην αποτελεσματική διαχείριση της υπέρτασης	45
7.2	Αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού	45
7.2.1	Η συμμόρφωση στη χρόνια αιμοκάθαρση.....	46
7.2.2	Η συμμόρφωση σε ασθενείς με νεφρικό μόσχευμα	47
7.3	Άσθμα - Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	49
7.4	Υπερλιπιδαιμία.....	50
7.5	Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	51
7.5.1	Παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	51
7.6	Ψυχωτικές ασθένειες.....	52
7.6.1	Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση ασθενών με ψυχωτικές ασθένειες	53
7.7	Καθοριστικοί προγνωστικοί παράγοντες της χαμηλής συμμόρφωσης στις χρόνιες παθήσεις.....	54
7.7.1	Παράγοντες σχετικοί με τους ασθενείς	54
7.7.2	Παράγοντες που συνδέονται με την πάθηση	54
	Ο παράγοντας χρόνος	54
	Η πολυπλοκότητα της θεραπείας	55
	Οι επαγγελματίες υγείας.....	55
8.	Σκοπός της μελέτης	56
II.	Ειδικό Μέρος.....	57
1.	Μέθοδοι.....	57
1.1	Ερωτηματολόγια.....	57
1.2	Πληθυσμός της μελέτης.....	57
1.3	Στατιστική Ανάλυση.....	58
2.	Αποτελέσματα.....	58
2.1.	Απαντήσεις ασθενών	58

2.1.1	Αντίληψη - Συμπεριφορά	58
2.1.2	Πειοιθήσεις γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή	63
2.1.3	Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	65
2.1.4	Σύστημα και επαγγελματίες υγείας.....	67
2.1.5	Φορείς υγείας και βελτίωση της συμμόρφωσης.....	71
2.2	Απαντήσεις Ιατρών	72
3.	Συμπεράσματα	76
	Βιβλιογραφία.....	78

I. Γενικό Μέρος

1. Εισαγωγή - Ορισμός

Η έλλειψη της συμμόρφωσης των ασθενών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα αποτελεί μία τεράστια πρόκληση για την παγκόσμια ιατρική κοινότητα. Η θεραπευτική συμμόρφωση, αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος είναι εξίσου σημαντικός τόσο αν εξεταστεί ιατρικά-ασθενοκεντρικά όσο και επιχειρηματικά. Τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της συμμόρφωσης σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση, φαίνεται να απασχολεί ολοένα και πιο έντονα τον επιστημονικό κόσμο, τους κρατικούς φορείς και τις φαρμακευτικές εταιρίες.

Το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν ακολουθούν τις οδηγίες των ιατρών, φαίνεται να προβληματίζει τον ιατρικό κόσμο εδώ και πολλούς αιώνες. Πριν από 2.000 χρόνια ο Ιπποκράτης προειδοποιούσε τους μαθητές του να «ελέγχουν τα λάθη που κάνουν οι ασθενείς τους στην εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας όπως π.χ. ψευδείς δηλώσεις σχετικά με τη λήψη των φαρμάκων που τους είχαν υποδειχθεί», καθώς και ότι «την αμέλεια του ασθενή, την χρεώνεται ο ιατρός του».

Η συμμόρφωση περιγράφεται αδρά ως η ανταπόκριση του ασθενούς στις απαιτήσεις του παρόχου περίθαλψης. Την δεκαετία του 1970, πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά μια πιο λεπτομερή περιγραφή του όρου συμμόρφωση (compliance)¹ σύμφωνα με την οποία η συμμόρφωση του ασθενούς ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου, όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων, συνοδευόμενη από δίαιτες ή αλλαγές του τρόπου ζωής, συμπίπτει με τις ιατρικές συμβουλές». Στην ιατρική λοιπόν, η συμμόρφωση, περιγράφει τον βαθμό σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν ή όχι τις υποδείξεις των επαγγελματιών υγείας (ιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κτλ). Δύο άλλοι δόκιμοι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για το συγκεκριμένο μέγεθος είναι η *αφοσίωσης* (adherence) και η *επιμονής* (persistence).

Όσον αφορά τον όρο αφοσίωση, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση ασθενούς που προμηθεύεται φαρμακευτικό σκεύασμα για θεραπεία διάρκειας ενός μήνα, και παρά τις υποδείξεις του ιατρού του, υποδιπλασιάζει τη δοσολογία καθυστερώντας την ολοκλήρωση της θεραπείας έναν ολόκληρο μήνα (π.χ. 1 χάπι κάθε δύο μέρες αντί σε καθημερινή βάση). Αυτό αντιστοιχεί σε αφοσίωση ασθενούς που βρίσκεται στα επίπεδα του 50%. Αντίστοιχα, με τον όρο επιμονή τονίζεται η απαίτηση για την συνεχή εφαρμογή μιας θεραπείας, κατά την διάρκεια μιας

συγκεκριμένης περιόδου. Για παράδειγμα αν ο προαναφερθέντας ασθενής, ο οποίος κάθε μήνα πρέπει να προμηθεύεται το φάρμακο του, ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του ιατρού του και από τον Ιανουάριο μέχρι τον Ιούνιο πηγαίνει κάθε μήνα στο φαρμακείο για να εκτελέσει την συνταγή του, αλλά τον Ιούλιο αποφασίσει από μόνος του να σταματήσει την θεραπεία, αυτό σημαίνει πως η επιμονή την συγκεκριμένη χρονική στιγμή είναι στο 0%. Η αφοσίωση και η επιμονή του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία καθορίζουν τη συμμόρφωσή του, δηλαδή το πόσο πιστός είναι στις οδηγίες και τις υποδείξεις του ιατρού του.

1.1 Τύποι μη-συμμόρφωσης

Η έλλειψη συμμόρφωσης χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: Στην πρωτογενή μη-συμμόρφωση (primary non-adherence), στην μη-συμμόρφωση με χαρακτηριστικό τα χαμηλά ποσοστά επιμονής στην θεραπεία (non-persistence) και στη μη-συμμόρφωση με χαρακτηριστικό τη χαλαρή στάση του ασθενούς απέναντι στην θεραπεία (non-conforming). Οι τρεις τύποι μη-συμμόρφωσης περιγράφονται αναλυτικότερα παρακάτω:

- **Primary non-adherence:** Ο ασθενής, εκ πεποιθήσεως, επιλέγει να μην λάβει φαρμακευτική αγωγή ή να μην ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού του π.χ. για περισσότερη άσκηση και πιο ισορροπημένη διατροφή.
- **Non-Persistence:** Αυτού του είδους η συμμόρφωση είναι σπάνια αποτέλεσμα κάποιας προσωπικής απόφασης του ασθενούς. Το πρόβλημα έγκειται συνήθως στην πλημμελή επικοινωνία ή συνεργασία μεταξύ ιατρού-ασθενούς, σχετικά με την θεραπεία που πρέπει να ακολουθηθεί. Οι παρερμηνεύσεις και τα λάθη στην εφαρμογή μιας θεραπείας προκαλείται πολλές φορές από παράγοντες όπως η δυσκολία πρόσβασης του ασθενούς σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδιωτικά ιατρεία, φαρμακεία), το κόστος της θεραπείας, καθώς και η έλλειψη εκπαίδευσης για την σωστή λήψη του φαρμάκου (π.χ. ενέσιμα, εισπνεόμενα).
- **Non-Conforming:** Αυτή η κατηγορία σχετίζεται με την λήψη της θεραπείας από τον ασθενή με τρόπο διαφορετικό από τον ιατρικά υποδεικνυόμενο. Υπάρχει πλήθος καταγεγραμμένων περιστατικών όπου οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα με λανθασμένη δοσολογία, δεν ακολουθούν τα προτεινόμενα χρονοδιαγράμματα, παραλείπουν δόσεις και λαμβάνουν, κατά το δοκούν,

μεγαλύτερες ποσότητες φαρμάκου από αυτές που τους είχαν αρχικά υποδειχτεί².

Υπάρχουν βέβαια και ασθενείς, οι οποίοι είναι σχετικά συμμορφωμένοι (partial compliance). Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να είναι πολύ τυπικός με την θεραπεία του καθόλη την διάρκεια της εβδομάδας, αλλά τα σαββατοκύριακα και τις αργίες να παραλείπει δόσεις ή ακόμα και να διακόπτει την θεραπεία του.

Τα ποσοστά της έλλειψης συμμόρφωσης φαίνεται πως ποικίλουν σημαντικά, με τα αποτελέσματα των επιστημονικών ερευνών να κυμαίνονται μεταξύ 10% και 92%. Η βιβλιογραφία δείχνει πως στις ανεπτυγμένες χώρες ο μέσος όρος συμμόρφωσης στις θεραπείες για τη χρόνια πάθηση της υπέρτασης, βρίσκεται στο 50%³. Οι μισοί ασθενείς δεν λαμβάνουν τα φάρμακά τους εκ πεποιθήσεως, λαμβάνοντας ενεργές αποφάσεις για την αγωγή τους^{4,5} ενώ οι άλλοι μισοί είτε δεν αντιλαμβάνονται την ορθή εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας, είτε η προτεινόμενη θεραπεία είναι μία ιδιαίτερα πολύπλοκη και δυσνόητη διαδικασία².

Η γνώση και η κατανόηση των διαφόρων τύπων μη-συμμόρφωσης, που συναντώνται στην κλινική πρακτική, θα έδινε τις βάσεις για τη διαμόρφωση στρατηγικών που θα στόχευαν στην αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει πολλές ενέργειες που περιλαμβάνονται στους προαναφερόμενους τύπους μη συμμόρφωσης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η λήψη των προβλεπόμενων δόσεων με λάθος τρόπο ή τη λάθος χρονική στιγμή, η αλλαγή της συχνότητας των δόσεων, η διακοπή λήψης της αγωγής νωρίτερα από τον προβλεπόμενο χρόνο ή διαλείμματα μεγάλης διάρκειας κατά τα οποία δεν λαμβάνεται η αγωγή, η αποφυγή επισκέψεων στο θεράποντα ιατρό, η συνειδητή ή ασυνείδητη μη τήρηση των συμβουλών του ιατρού και τέλος η μερική συμμόρφωση κατά την οποία ο ασθενής παραμένει συμμορφωμένος στην θεραπεία, μόνο για το άμεσο χρονικό διάστημα έπειτα από την επίσκεψη στον ιατρό του⁶. Από την στιγμή που ένας ασθενής ξεκινήσει μια φαρμακευτική θεραπεία, οι δύο συχνότερες συμπεριφορές, που έχουν να κάνουν με την έλλειψη συμμόρφωσης, είναι η λήψη φαρμάκων με λάθος χρονοδιάγραμμα και η παράληψη δόσεων σε καθημερινή βάση. Η λήψη περισσότερων δόσεων δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο.

Η κατανόηση, εκ μέρους του ασθενούς, των αιτιών βάσει των οποίων επιλέγεται μία συγκεκριμένη θεραπεία, αποτελεί το πρώτο βήμα για την επίτευξη μίας καλής συμμόρφωσης. Στην περίπτωση ωστόσο, που ο ασθενής πάσχει όχι από μία αλλά από πλήθος ασθενειών (π.χ. ηλικιωμένοι), και πρέπει να λαμβάνει πλήθος φαρμακευτικών σκευασμάτων, πολλές φορές επέρχεται σύγχυση, ο ασθενής μπερδεύεται, και αδυνατεί να διακρίνει ορθώς, την αντιστοιχία φαρμάκου - νοσήματος, την αλληλουχία λήψης των φαρμάκων, το ημερήσιο χρονοδιάγραμμα των λήψεων και τη δοσολογία. Για να έχουμε μια αποτελεσματική και επιτυχημένη φαρμακευτική θεραπεία, με τον ασθενή

να συμμορφώνεται σε αυτή, πρέπει πάντοτε να ακολουθούνται τα έξι (6) παρακάτω βήματα:

1. Διατήρηση μια σταθερής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς με προκαθορισμένες επισκέψεις.
2. Αποδοχή της θεραπείας από τον ασθενή.
3. Εκτέλεση της συνταγής στο φαρμακείο.
4. Λήψη του φαρμάκου με ορθό τρόπο.
5. Διαθεσιμότητα αποθέματος του φαρμάκου από τον ασθενή.
6. Έγκαιρη συνταγογράφηση για τον επόμενο διάστημα.

Τις περισσότερες φορές, όπως και στην συγκεκριμένη εργασία, ο όρος συμμόρφωση αναφέρεται, πιο συγκεκριμένα, στην φαρμακευτική συμμόρφωση, δηλαδή στο αν ο ασθενής λαμβάνει το σωστό φάρμακο, την σωστή στιγμή, στη σωστή δόση και με τον σωστό τρόπο. Αυτοί οι παράγοντες είναι αυτοί που καθορίζουν το αν η συμμόρφωση κάποιου ασθενούς κυμαίνεται σε υψηλά ή σε χαμηλά επίπεδα.

2. Επιπτώσεις

Το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη και απασχολεί ολοένα και περισσότερο τον ιατρικό κόσμο. Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης προκαλούν πλήθος αρνητικών κλινικών εκβάσεων, αποτελώντας σημαντικό παράγοντα κινδύνου⁷⁻⁹ με σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο¹⁰. Περίπου το 23% της κατ' οίκον και το 10% της νοσοκομειακής νοσηλείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι το αποτέλεσμα χαμηλών επιπέδων συμμόρφωσης στη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή¹¹. Οι ετήσιες δαπάνες για τις συνέπειες της έλλειψης συμμόρφωσης υπολογίζονται να είναι στα εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια¹². Οι εκτιμήσεις του κόστους νοσηλείας λόγω έλλειψης συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή είναι τόσο υψηλές όσο 13,35 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως μόνο στις ΗΠΑ¹³.

Πολλοί μη-εθελοντικοί οργανισμοί υγείας ανά τον κόσμο (W.H.O., N.I.H., N.C.P.I.E.) έχουν αναγνωρίσει την χαμηλή συμμόρφωση ως ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα με σοβαρό οικονομικό αντίκτυπο. Τα τελευταία χρόνια, η συμμόρφωση για πολλούς και διάφορους λόγους τείνει να μειώνεται σε παγκόσμια κλίμακα, με συνέπεια την διαρκή και αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας και της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Οι φαρμακευτικές θεραπείες αποτελούν το πιο ισχυρό εργαλείο υπέρ της πρόληψης και της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών. Ωστόσο, παρά τα γνωστά,

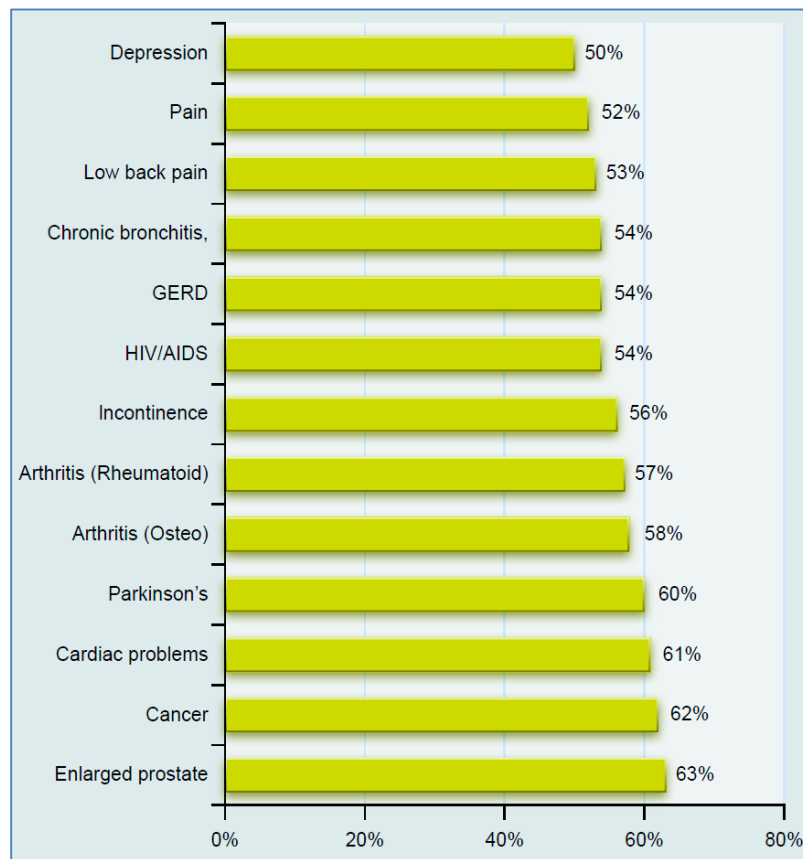
κοινώς αποδεκτά και ιδιαιτέρως σημαντικά οφέλη που προσφέρουν τα φάρμακα, η συμμόρφωση συνεχίζει να αποτελεί μία τεράστια πρόκληση τόσο για τους ιατρούς όσο και τους ασθενείς. Είναι αναμενόμενο και λογικό, ένας ασθενής ο οποίος παρουσιάζει χαμηλή συμμόρφωση και δεν ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρού του, να μην παρουσιάσει τη βελτίωση που αναμένεται. Αντίθετα, οι θεραπείες που του υποδεικνύονται να ακολουθήσει κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας και τελικά αποτυγχάνουν, όπως προκύπτει από ιατρικές μελέτες.

Τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική έρευνα εξελίσσεται με ιδιαίτερα γρήγορους ρυθμούς και οι ερευνητές παγκοσμίως έχουν ανακαλύψει νέα φάρμακα που επιδεικνύουν εκπληκτικά αποτελέσματα. Στις μελέτες που πραγματοποιούν για να αποδείξουν την αποτελεσματικότητα των νέων αυτών ουσιών, συγκρίνουν την νέα ουσία με παλαιότερα φάρμακα, που είναι ήδη διαθέσιμα στους ασθενείς. Τις περισσότερες φορές για να εγκριθεί ένα νέο σκεύασμα και να κυκλοφορήσει στην αγορά πρέπει να αποδείξει την θεραπευτική του ανωτερότητα έναντι άλλων σκευασμάτων. Είναι σημαντικό εδώ να τονιστεί, πως ακόμα και στην περίπτωση βελτιωμένων, καινοτόμων σκευασμάτων, η συμμόρφωση του ασθενούς παραμένει βαρύνουσα σημασία για να καταλήξουμε σε χειροπιαστά και βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Ας δούμε την περίπτωση των αντί-υπερτασικών φαρμάκων, των οποίων η εξέλιξη τα τελευταία 20 χρόνια είναι ραγδαία. Ιατρικές μελέτες έχουν αποδείξει πως τα νέα αντί-υπερτασικά σκεύασμα, σε σχέση με τα παλαιότερης τεχνολογίας, μπορούν να μειώσουν την θνητότητα ακόμα και κατά 50%. Δυστυχώς όμως στην κλινική πράξη δεν καταγράφεται το αντίστοιχο όφελος και ο λόγος πίσω από αυτό, φαίνεται να είναι η κακή συμμόρφωση των ασθενών με υπέρταση. Είναι εμφανές δηλαδή, πως σε αρκετές περιπτώσεις, η συμμόρφωση αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα εξασφάλισης θετικών αποτελεσμάτων από ένα φάρμακο, σε σχέση με την δραστική ουσία του ίδιου του φαρμάκου.

Οι ασθενείς που δεν ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες, όχι μόνο δεν καταφέρνουν να επιτύχουν υψηλά κλινικά αποτελέσματα από τις θεραπείες τους, αλλά ταυτόχρονα συμβάλουν στην αύξηση του κόστους περίθαλψης, τη μείωση της παραγωγικότητας της οικονομίας και τη συνολική επιβάρυνση της δημόσιας υγείας¹⁴. Εκτιμάται πως στις ΗΠΑ, από τις 3,2 δισεκατομμύρια συνταγές που δίνονται σε ασθενείς σε ετήσια βάση, τα φάρμακα που αφορούν τις μισές από αυτές δεν λαμβάνονται σωστά¹⁵. Η υψηλή συμμόρφωση είναι ακόμα πιο σημαντική για τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτης, υπέρταση κτλ). Ωστόσο, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλή συμμόρφωση, περίπου 50-60%, στις θεραπείες που τους υποδεικνύονται, ανεξάρτητα με τα ακλόνητα επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν ξεκάθαρα πως τα φάρμακα που λαμβάνουν όχι μόνο

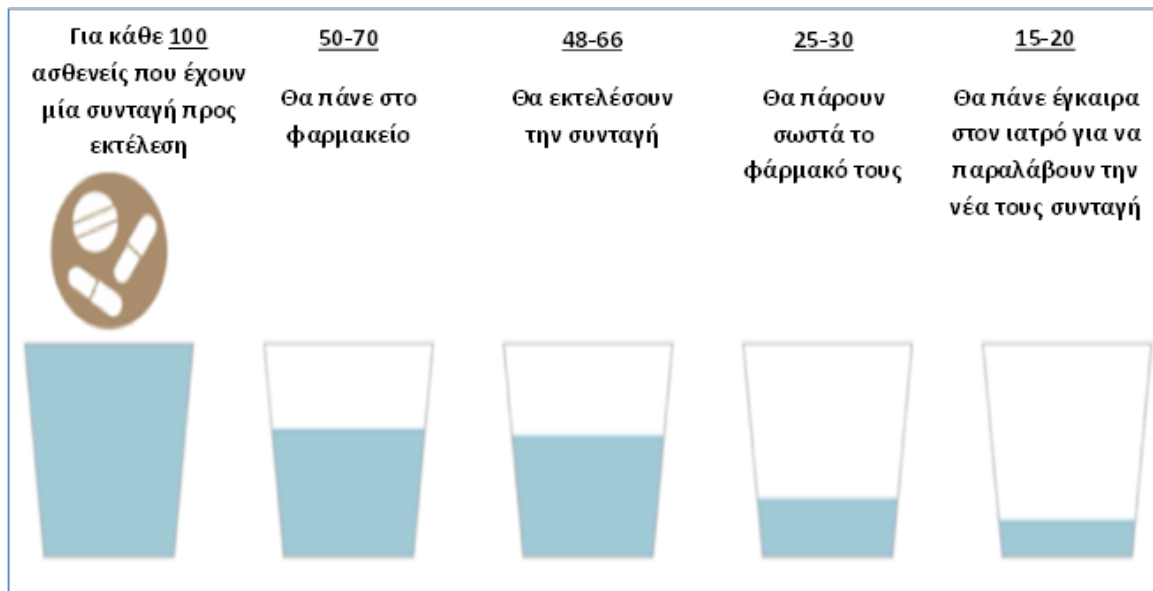
μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την κλινική τους εικόνα αλλά και να επεκτείνουν το προσδόκιμο ζωής τους¹⁶⁻²⁰.

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα ποσοστά συμμόρφωσης αμερικανών ασθενών σε συχνά εμφανιζόμενα νοσήματα²¹:



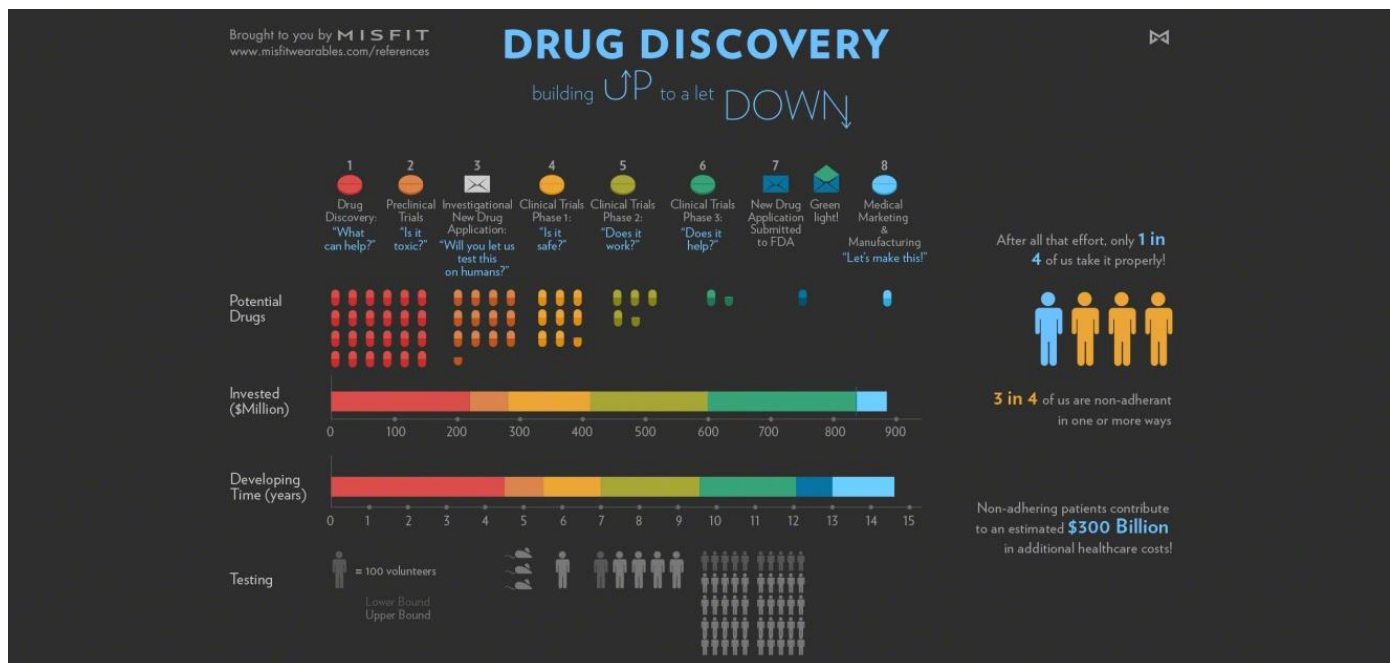
Διάγραμμα 1: Συμμόρφωση αμερικανών ασθενών σε συχνά εμφανιζόμενα νοσήματα
(Andree Bates. *Ensuring profitable patient adherence programs*. Eularis; March 2010)

Υπολογίζεται πως στις ΗΠΑ ένα ποσοστό των εισαγωγών σε νοσοκομεία, που κυμαίνεται ανάμεσα σε 33% και 66%¹⁵, καθώς και περίπου 125.000 θάνατοι ετησίως, οφείλονται στην χαμηλή φαρμακευτική συμμόρφωση²². Η παρακάτω εικόνα περιγράφει τη μεγάλη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των εκδιδόμενων συνταγών και την πραγματική λήψη φαρμάκων στις ΗΠΑ.



Εικόνα 1 : Περιγραφή ποσοστιαίας διαφοράς μεταξύ εκδιδόμενων συνταγών και των διαφόρων σταδίων της διαδικασίας λήψης φαρμάκων (National Association of Chain Drug Stores, Pharmacies: *Improving Health, Reducing Costs*, July 2010. Based on IMS Health data)

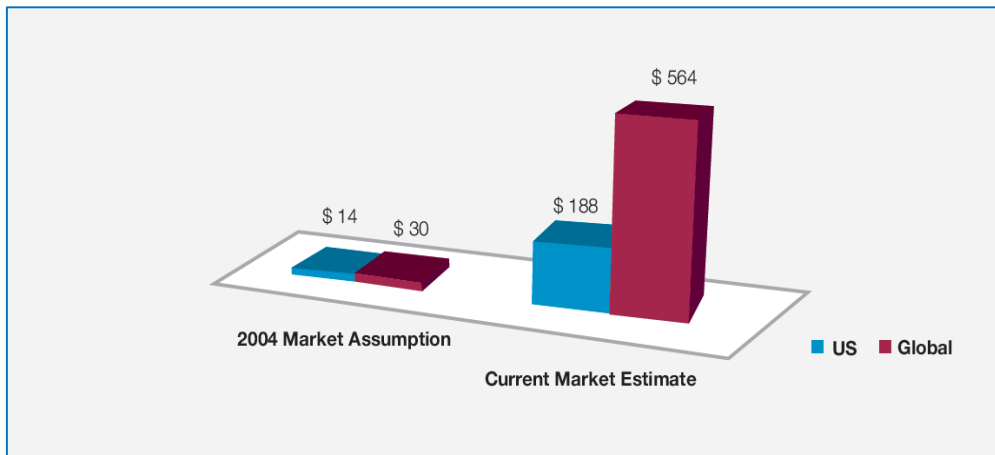
Το επιπρόσθετο κόστος που προκύπτει από την χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών στην Αμερική, επιβαρύνει τον ετήσιο προϋπολογισμό ιατρικής περίθαλψης με ένα ποσό που κυμαίνεται περίπου στα 300 δισεκατομμύρια δολάρια²³ (Εικόνα 2). Στην Ευρώπη τα κόστη είναι ανάλογου μεγέθους και πιο συγκεκριμένα η επιπρόσθετη δαπάνη για την υγεία αγγίζει στην Ε.Ε. τα 172 δισεκατομμύρια δολάρια ενώ οι πρόωροι θάνατοι φτάνουν περίπου στους 200,000 ανά έτος²⁴. Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει πως οι πόροι (οικονομικοί, ανθρώπινοι) που δαπανούνται σε Η.Π.Α. και Ε.Ε. για τα περιστατικά κακής συμμόρφωσης είναι τεράστιοι. Με τον καλύτερο έλεγχο της συμμόρφωσης, αυτά τα τεράστια χρηματικά ποσά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν διαφορετικά και να επενδυθούν σε άλλους τομείς και δραστηριότητες που θα στήριζαν τόσο την εγχώρια όσο και τη διεθνή κοινωνική-ανθρωπιστική πολιτική.



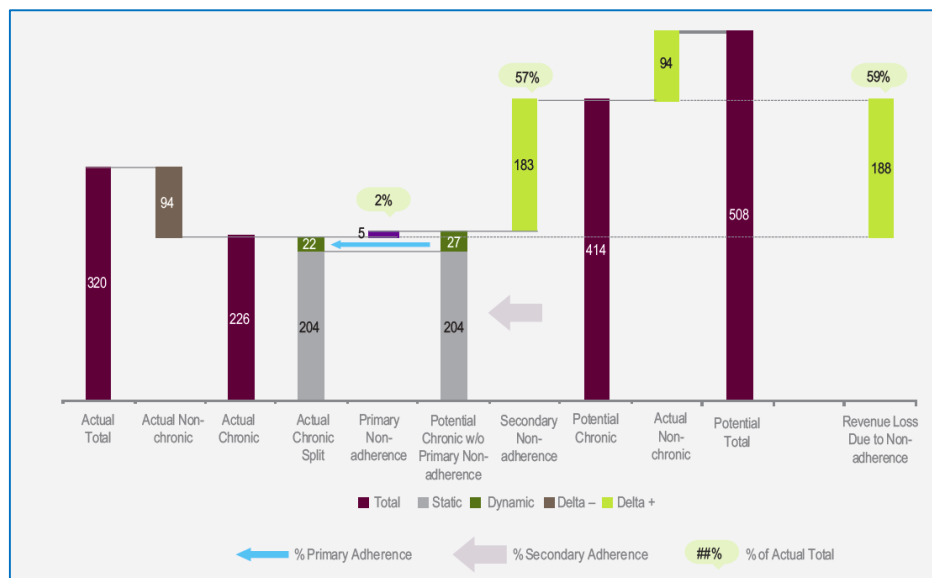
Εικόνα 2: Η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από τη μη-συμμόρφωση των ασθενών
(Πηγή: www.misfitwearables.com/references)

Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό, πως η χαμηλή συμμόρφωση επιδεινώνει τις νοσηρότητες και αυξάνει την θνησιμότητα¹⁴, επηρεάζοντας άμεσα τους ίδιους τους ασθενείς, και έμμεσα την οικογένεια, τους φίλους και τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο. Η χαμηλή συμμόρφωση εκτός από τον αρνητικό αντίκτυπο που έχει στην σωματική υγεία του ασθενούς, επηρεάζει σημαντικά και την ψυχολογική του κατάσταση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζονται οι προσωπικές και οι επαγγελματικές του σχέσεις, οι κοινωνικές του ευθύνες και οι οικογενειακές του υποχρεώσεις²⁵.

Η συμμόρφωση όπως είναι λογικό, εκτός από τον τεράστιο ρόλο που παίζει στις ζωές εκατομμυρίων ασθενών και τους προϋπολογισμούς οργανισμών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αποτελέσματα του φαρμακευτικού κλάδου. Χαμηλότερη συμμόρφωση συνεπάγεται και χαμηλότερες πωλήσεις. Εκτιμάται πως ο φαρμακευτικός κλάδος σε παγκόσμια κλίμακα, χάνει εξαιτίας της μη καλής συμμόρφωσης των ασθενών σε ετήσια βάση, το αστρονομικό ποσό των 564 δισεκατομμυρίων δολαρίων (Διάγραμμα 2). Εάν εξετάσουμε αναλυτικά την αγορά των Η.Π.Α. (Διάγραμμα 3), το ποσό ανέρχεται στα 188 δισεκατομμύρια δολάρια.



Διάγραμμα 2: Εκτιμώμενη ζημία στον φαρμακευτικό κλάδο εξαιτίας της χαμηλής συμμόρφωσης των ασθενών στις Η.Π.Α. και σε παγκόσμια κλίμακα
 (Capgemini Consulting. *Estimated Annual Pharmaceutical Revenue Loss Due to Medication Non-Adherence*; 21 November 2012)



Διάγραμμα 3: Εκτιμώμενη ζημία φαρμακευτικού κλάδου λόγω κακής συμμόρφωσης των ασθενών στις Η.Π.Α. και σε παγκόσμια κλίμακα
 (Capgemini Consulting. *Estimated Annual Pharmaceutical Revenue Loss Due to Medication Non-Adherence*; 21 November 2012)

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η συμμόρφωση καθορίζει υπέρμετρα την πορεία του κλάδου. Ζούμε σε μια εποχή που η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρεάζει όλες τις επιχειρήσεις του πλανήτη. Έτσι λοιπόν και οι φαρμακευτικές εταιρείες λειτουργούν σε μια ιδιαίτερη χρονική συγκυρία. Αυτό που κάνουν, όντας μέσα σε έναν ιδιαίτερα ανταγωνιστικό κλάδο, είναι καταρχήν να επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των κερδών τους από τα πρωτότυπα σκευάσματα που έχουν κατοχυρώσει έως ότου λήξει η πατέντα τους. Στη συνέχεια στοχεύουν να εκμεταλλευτούν στο έπακρο το portfolio τους, που πλέον αναπτύσσεται με πιο αργούς ρυθμούς σε σχέση με το παρελθόν, εξαιτίας της έλλειψης πόρων και της αβεβαιότητας της αγοράς αλλά και να διεκδικήσουν τα χρήματα που τους οφείλονται από κυβερνήσεις κρατών και φορείς που δυσκολεύονται να εξυπηρετήσουν τα χρέη τους. Εάν οι εταιρείες καταφέρουν τα παραπάνω θα μπορέσουν να παραμείνουν βιώσιμες και λειτουργικές. Συνεπώς, η συμμόρφωση αποτελεί καίριο παράγοντα για την βιωσιμότητα των φαρμακευτικών εταιρειών. Οι φαρμακευτικές εταιρείες, αν θέλουν να παραμείνουν ανταγωνιστικές, πρέπει να συνειδητοποιήσουν άμεσα, εάν δε το έχουν κάνει μέχρι τώρα, την τεράστια σημαντικότητα της συμμόρφωσης και να προσπαθήσουν να καλύψουν το τεράστιο κενό που υπάρχει μεταξύ πραγματικής και επιθυμητής συμμόρφωσης. Ο φαρμακευτικός κλάδος οφείλει να καινοτομήσει, να αλλάξει και οι εταιρείες που τον αντιπροσωπεύουν να δώσουν περισσότερη βαρύτητα στον ασθενοκεντρικό παρά στον εμπορικό τους χαρακτήρα.

3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (W.H.O.) έχει διατυπώσει στο παρελθόν ότι η συμμόρφωση επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες: 1) Σύστημα υγείας ή σχέση μεταξύ παρόχου-ασθενούς, 2) ασθένεια, 3) θεραπεία, 4) χαρακτηριστικά του ασθενούς, 5) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες¹⁴. Στα πλαίσια των πέντε παραπάνω πυλώνων έχουν παρατηρηθεί 100 με 250 διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπευτική συμμόρφωση^{26, 27}. Για το λόγο αυτό, η προσωποποιημένη αντιμετώπιση των ασθενών και οι απόλυτα προσαρμοσμένες θεραπευτικές λύσεις συνιστούν επιτακτική ανάγκη ώστε να αυξηθεί η συμμόρφωσή τους.

Οι μέχρι τώρα έρευνες πάνω στην θεραπευτική συμμόρφωση δεν έχουν καταφέρει να συσχετίσουν δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το βιοτικό επίπεδο με το αν συμμορφώνονται ή όχι στις υποδείξεις των ιατρών τους^{28, 29}. Ωστόσο, οι δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με το πολιτιστικό, κοινωνικοοικονομικό και

ψυχολογικό υπόβαθρο των ασθενών, επηρεάζοντας τις πεποιθήσεις, τις προσεγγίσεις και τις συμπεριφορές τους, που πολλές φορές αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την τήρηση υψηλής συμμόρφωσης³⁰. Είναι χαρακτηριστικό πως από τη δεκαετία του 1990, οι επιστημονικές έρευνες δεν επικεντρώνονται αποκλειστικά στους δημογραφικούς παράγοντες αλλά λαμβάνουν υπόψη τους και παραμέτρους όπως η σχέση ασθενούς-ιατρού και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τις θεραπείες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί μία μελέτη συμμόρφωσης τροφίμων, με διαταραχές κατάθλιψης, σε φυλακές των ΗΠΑ, όπου τα επίπεδα συμμόρφωσης στην αντικαταθλιπτική θεραπεία, κυμάνθηκαν με βάση συγκεκριμένους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, οι άνδρες δείχθηκε πως εμφανίζουν υψηλότερη συνολική συμμόρφωση από τις γυναίκες, ακόμα και μετά από έλεγχο άλλων παραγόντων. Ο λόγος ύπαρξης αυτής της διαφοράς δεν είναι σαφής. Προτάθηκε πως μερικές από τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, κυρίως η αύξηση του σωματικού βάρους, μπορεί να είναι πιο ανεκτή από τους άνδρες, παρά από τις γυναίκες³¹. Επιπλέον, οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, πιθανώς να φοβούνται τις δυσμενείς συνέπειες των φαρμάκων σε μία μελλοντική εγκυμοσύνη³².

Μία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹⁴, τονίζει με emphaticό τρόπο το πόσο σημαντική είναι η προσπάθεια που γίνεται τα τελευταία χρόνια για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στις μακροχρόνιες θεραπείες. Η έκθεση κατέληγε πως η συμμόρφωση είναι το αποτέλεσμα ενός συνόλου σύνθετων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, κάνουν τη δική τους ανάλυση κόστους-οφέλους είτε συνειδητά είτε υποσυνείδητα, ζυγίζοντας τα οφέλη τήρησης της θεραπείας (έλεγχος συμπτωμάτων, πρόληψη ιατρικών επιπλοκών) σε σχέση με τα μειονεκτήματα που ανακύπτουν στην καθημερινή τους ζωή (παρενέργειες, αλλοίωση τρόπου-ποιότητας ζωής, διαρκής προσπάθεια προσαρμογής)³³. Φαίνεται πως η χαμηλή συμμόρφωση σε μακροχρόνιες θεραπείες, προκύπτει σε περιπτώσεις που η θεραπεία είναι πολύπλοκη ή το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα (π.χ. υπέρταση, διαβήτης). Παλαιότερες έρευνες έχουν δείξει, πως η χαμηλή συμμόρφωση στην περίπτωση της λήψης πολλών φαρμάκων, προκαλείται από το γεγονός ότι ο ασθενής υποεκτιμά τη σοβαρότητα της κατάστασης και του νοσήματός του, ενώ παράλληλα πιστεύει πως τα φάρμακα που λαμβάνει προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες¹.

Οι δυσκολίες που εμφανίζονται, προκειμένου να εφαρμοστεί συμμόρφωση υψηλού επιπέδου, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Εμπόδια που σχετίζονται με την έλλειψη γνώσης που έχουν οι ασθενείς για το νόσημά τους και την θεραπεία του (π.χ. δεν γνωρίζουν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της θεραπείας που λαμβάνουν, άγνοια για τον ορθό τρόπο της φαρμακευτικής λήψης).
2. Εμπόδια που σχετίζονται με την συμπεριφορά των ασθενών, δηλαδή την έλλειψη ικανότητας που επιδεικνύεται σε πολλές περιπτώσεις, ώστε να επιτυγχάνεται καθημερινά ικανοποιητική διαχείριση του νοσήματος και της αντίστοιχης θεραπείας.
3. Συστημικές ή διαχειριστικές δυσκολίες που αναφέρονται στην δυσκολία πρόσβασης του ασθενούς στις διάφορες δομές υγείας²⁷.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση:

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση παραγόντων που επηρεάζουν την συμμόρφωση (CapGemini Consulting. *Patient Adherence: The Next Frontier in Patient Care*; 2011)

Patient-related factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inadequate knowledge of disease and treatment ■ Perceptions of diagnosis and health risks associated with disease and treatment ■ Misunderstanding of treatment instructions and follow-up routine ■ Forgetfulness and patient attitude
Healthcare system- and providers- (treatment team) related factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inadequate reimbursements – like type of health insurance; pharmacy benefit design ■ Poor medication distribution systems ■ Barrier to care by providers – lack of knowledge / training of providers, weaker capacity, inability to establish community support ■ Poor patient-provider relationship – time spent, communication style, follow ups and monitoring
Therapy-related factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Drug effectiveness and tolerability ■ Route of administration ■ Duration of treatment ■ Complexity of medical regimen ■ Previous treatment failures ■ Frequent changes in treatment
Condition / disease-related factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Severity of symptoms ■ Level of disability (physical, psychological, social and vocational) ■ Rate of progression and severity of the disease ■ Availability of effective treatments
Cost-related factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-payment ■ Out-of-pocket payment
Socio-economic factors	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demographics like age, race and sex of patient ■ Income status ■ Lack of effective social support network ■ Cultures and beliefs about illness or treatment

3.1 Ασθενείς και φαρμακευτική συμμόρφωση

Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι που προτάσσουν οι ασθενείς για την χαμηλή τους συμμόρφωση είναι ότι ξεχνάνε να πάρουν την θεραπεία τους (30%), έχουν άλλες προτεραιότητες κατά την διάρκεια της καθημερινότητας τους (16%), αποφασίζουν να παραλείψουν δόσεις (11%), τους χαρακτηρίζει έλλειψη πληροφόρησης (9%) καθώς επίσης και για διάφορους συναισθηματικούς λόγους. Αξιοσημείωτο είναι πως ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών (27%), δεν παρουσιάζει καμία απολύτως δικαιολογία παρότι ευθύνεται αποκλειστικά για αξιοσημείωτες αποκλίσεις από την προτεινόμενη φαρμακευτική θεραπεία³⁴. Άλλα αίτια που σχετίζονται με την χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση είναι η αυξημένη πολυπλοκότητα ή διάρκεια της θεραπείας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, η μεγάλη ηλικία, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, η κοινωνική απομόνωση και τα ψυχολογικά νοσήματα³⁵.

Γενικότερα, σημαντικοί δείκτες πρόβλεψης της συμμόρφωσης σε μοναδιαία νοσήματα είναι η απλότητα και διάρκεια της θεραπείας, το πόσο γνωστή και συνάμα αποδεκτή είναι η θεραπευτική κατηγορία του φαρμάκου που προτείνεται και τέλος η συχνότητα εμφάνισης και ο βαθμός έντασης των συμπτωμάτων της νόσου. Η σιγουριά ή αντίθετα η ανασφάλεια που νιώθει ένας ασθενής, αποτελεί ακόμα έναν παράγοντα πρόβλεψης της συμμόρφωσης. Κύριοι λόγοι χαμηλής συμμόρφωσης είναι η πρόκληση ανεπιθύμητων ενεργειών ή άλλων προβλημάτων από την θεραπεία, όπως η δυσκολία του ασθενούς να ακολουθήσει τις οδηγίες χορήγησης του φαρμάκου, η αδυναμία πληρωμής του φαρμάκου, οι διαφωνίες μεταξύ γιατρού-ασθενή για την αναγκαιότητα της θεραπείας και φυσικά η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Όλες οι προαναφερόμενες αντιξοότητες μπορούν πολλές φορές μετριαστούν ή ακόμα και να ξεπεραστούν από τους ασθενείς, ακόμα και χωρίς την συμβολή των επαγγελματιών υγείας.

3.1.2 Αλφαβητισμός υγείας

Με τον όρο αλφαβητισμός υγείας (health literacy), ορίζουμε την ικανότητα που έχει κάποιος να λαμβάνει, να διαβάζει, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί πληροφορίες υγείας με σκοπό να πραγματοποιεί ορθές επιλογές όσον αφορά τις ιατρικές οδηγίες και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτείνονται από τον ιατρό του³⁶. Ο αλφαβητισμός υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς δείκτες πρόβλεψης της συμμόρφωσης. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ, πάνω από 90 εκατομμύρια Αμερικανοί (39% του ενήλικου πληθυσμού) δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική πληροφορία γεγονός που συντελεί στην ελλιπή ενημέρωση, την άγνοια, την αδυναμία λήψης σωστών αποφάσεων και κατά επέκταση την αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος

υγείας. Δυστυχώς, το ποσοστό αυτό δεν φαίνεται να βελτιώνεται τα τελευταία χρόνια³⁷.

Περιπτώσεις χαμηλού αλφαριθμητισμού υγείας συναντάμε σε διάφορα συστήματα υγείας. Το εν λόγω χαρακτηριστικό εμφανίζεται πιο συχνά στους πιο ηλικιωμένους ασθενείς, σε ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σε μετανάστες και σε μέλη μειονοτήτων. Η αριθμητική, ή αλλιώς η ικανότητα που έχει κάποιος να κατανοεί τους αριθμούς και τις σχέσεις μεταξύ τους, είναι κάτι πολύ σημαντικό στον τομέα της υγείας, καθώς η κατανόηση ή μη της έννοιας των αριθμών, μπορεί να φέρει τα ανάλογα αποτελέσματα και τις ανάλογες εξελίξεις στις ζωές των ασθενών. Η σημαντικότητα της αριθμητικής έγκειται στην κατανόηση των ιατρικών δεικτών που σχετίζονται με το εκάστοτε νόσημα, των λεπτομερειών μιας θεραπείας και των σχετικών οδηγιών που μας δίνει ο ιατρός. Είναι θεμελιώδες, ο κάθε ασθενής να μπορεί να ζυγίσει το όφελος και το ρίσκο του φαρμάκου και των θεραπειών που ακολουθεί.

Οι ασθενείς χρειάζεται πολύ τακτικά να διαβάζουν ιατρικές οδηγίες και να πρέπει να κατανοούν πλήρως «τι» πρέπει να κάνουν και «πότε». Επίσης, οι ασθενείς ενδεχομένως να πρέπει να πραγματοποιούν αριθμητικές πράξεις. Για παράδειγμα είναι πολύ σύνηθες ένας ασθενής να πρέπει να κάνει υπολογισμούς για τη συνολική καθημερινή δόση ενός φαρμάκου που λαμβάνει ή το πέρασ της μηνιαίας θεραπείας του ώστε να κλείσει έγκαιρα ραντεβού με τον ιατρό του για την επόμενη συνταγογράφηση. Άλλες πολύ σημαντικές και ταυτόχρονα κρίσιμες ενέργειες, για τη πορεία της θεραπείας, που καλούνται να αναλάβουν οι ασθενείς, είναι η παρακολούθηση των συμπτωμάτων τους, η μέτρηση διαφόρων δεικτών (π.χ. τιμές σακχάρου, πίεσης, καρδιακού παλμού) και η ενημέρωση του θεράποντος ιατρού για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν από την φαρμακευτική αγωγή. Ειδικά για τους χρόνια πάσχοντες, ο παράγοντας του αλφαριθμητισμού υγείας διαδραματίζει σπουδαιότερο ρόλο από ότι για έναν μέσο ασθενή.

3.1.3 Αυτό-αποτελεσματικότητα

Το κλειδί για την αυτοδιαχείριση (self-management) ενός χρόνιου νοσήματος βρίσκεται στην αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) ή αλλιώς την ικανότητα που έχει ο ασθενής να ακολουθεί συγκεκριμένες διαδικασίες που θα τον οδηγήσουν στην επίτευξη ενός προσωπικού στόχου. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ενός ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η τήρηση ενός αυστηρού προγράμματος καθημερινής άθλησης με σκοπό την σταδιακή βελτίωση της πνευμονικής του λειτουργίας και την αύξηση των σπυρομετρικών του δεικτών. Ασθενείς με ανεπτυγμένη ικανότητα αυτό-αποτελεσματικότητας επιτυγχάνουν καλύτερη συμμόρφωση.

Τα προβλήματα συμμόρφωσης φαίνεται να γίνονται πιο έντονα σε περιπτώσεις που κάποιος άνθρωπος πάσχει από περισσότερα από ένα χρόνια νοσήματα, π.χ. υπέρταση και διαβήτη. Υπάρχει περίπτωση η θεραπευτική παρέμβαση για το ένα νόσημα να επηρεάζει αρνητικά το άλλο. Για παράδειγμα οι εισπνεόμενες αγωγές που λαμβάνουν οι ασθενείς με χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια (B2 διεγέρτες) δημιουργούν ταχυκαρδία, συνεπώς ο ασθενείς πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός σε περίπτωση που τυχαίνει να είναι και καρδιοπαθής. Επίσης, η διαφορά στις ώρες που πρέπει να λαμβάνονται οι θεραπείες μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα συμμόρφωσης. Σε αναλύσεις ποιοτικών μελετών σχετικά με την αντίσταση στην λήψη φαρμάκων, έχει φανεί ότι οι ασθενείς προβληματίζονται και ανησυχούν για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που ίσως προκύψουν από την αναγκαστική και μακροχρόνια λήψη της θεραπείας για το χρόνιο νόσημα τους³⁸. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς αποφασίζουν να μην πάρουν τα φάρμακά τους εκ πεποιθήσεως και όχι επειδή το ξεχνούν.

3.2 Ιατρικό προσωπικό και φαρμακευτική συμμόρφωση

Επειδή είναι οι ασθενείς αυτοί που λαμβάνουν τα φάρμακα, η περισσότερη προσοχή σχετικά με την έλλειψη συμμόρφωσης εστιάζεται σε αυτούς. Ωστόσο, πολύ σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη συμμόρφωσης και τη επίδειξη συνέπειας κατά τη διαχείριση του νοσήματος από τον ασθενή, είναι η συμπεριφορά και η στάση του ιατρού. Δυστυχώς όμως, αυτό είναι κάτι που δεν διδάσκεται στις ιατρικές σχολές, με συνέπεια οι περισσότεροι ιατροί να μην είναι ικανοί να αντιληφθούν τα προβλήματα συμμόρφωσης των ασθενών τους. Εκθέσεις έχουν δείξει πως οι ιατροί παραλείπουν πολλές και σημαντικές πληροφορίες, όταν συνταγογραφούν νέες θεραπείες για τους ασθενείς τους. Οι ιατροί συχνά δεν αναφέρουν στους ασθενείς τους πληροφορίες όπως το όνομα του φαρμάκου που τους συνταγογραφούν, τον σκοπό και την διάρκεια της θεραπείας, το σχήμα δοσολογίας, τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να λαμβάνουν το φάρμακό τους και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Συνολικά, πάνω από το 65% των περιπτώσεων, χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον μία παράληψη σημαντικής πληροφορίας από τον γιατρό, που σχετίζεται με την θεραπεία³⁹.

Άλλα εμπόδια και δυσκολίες ενδεχομένως σχετίζονται με την χαμηλή ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ του επαγγελματία υγείας (ιατρού, φαρμακοποιού, διοικητικές υπηρεσίες) και του ασθενούς. Παραδοσιακά, οι ιατροί έχουν παίξει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην επίτευξη καλής συμμόρφωσης επιλέγοντας προσωποποιημένες θεραπείες για τους ασθενείς τους και εμπλέκοντας στην αντιμετώπιση του νοσήματος το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Είναι εύκολα κατανοητό όμως, πως από την πλευρά του ο ιατρός πρέπει να δαπανήσει πολύτιμο χρόνο και πόρους για να πετύχει

μία ολοκληρωμένη επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του σε τακτική βάση. Η έλλειψη χρόνου στο καθημερινό και απαιτητικό πρόγραμμα των ιατρών είναι ένα μεγάλο και άλυτο μέχρι στιγμής πρόβλημα.

3.2.1 Επικοινωνία γιατρού - ασθενούς

Με βάση τα αποτελέσματα επιστημονικής μελέτης, που βασίστηκε σε απαντήσεις ασθενών, διαπιστώθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας μεταξύ ασθενούς-ιατρού, αυξάνουν τα επίπεδα συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή έως και 30% ⁴⁰. Η συμφωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού αξιολογήθηκε βάσει των ακόλουθων ερωτημάτων:

1. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο ιατρός σας, καταλαβαίνει γιατί ήρθατε σήμερα;
2. Πόσο καλά πιστεύετε ότι ο ιατρός σας, σας κατανόησε σήμερα;
3. Σε ποιο βαθμό εσείς και ο ιατρός συμφωνήσατε σχετικά με το κύριο πρόβλημα ή τις ανάγκες σας σήμερα;
4. Σε ποιο βαθμό εσείς και ο ιατρός να συμφωνήσατε σχετικά με το τι θα κάνετε για το πρόβλημα ή τις ανάγκες σας;
5. Σε ποιο βαθμό εσείς και ο ιατρός συμφωνήσατε σχετικά με το ρόλο που εσείς παίζετε στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία σας;
6. Σε ποιο βαθμό εσείς και ο ιατρός σας συμφωνήσατε σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τις διάφορες πτυχές της υγειονομικής σας περίθαλψης;

Είναι λοιπόν προφανές, ότι η σύγκλιση των απόψεων μεταξύ ασθενούς-ιατρού μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Στόχος της επικοινωνίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι α) η δημιουργία μίας καλής και σταθερής θεραπευτικής σχέσης, β) η ανταλλαγή πληροφοριών και γ) η λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, ο ιατρός χρειάζεται πληροφορίες για να διατυπώσει σωστή διάγνωση και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία, ενώ ο ασθενής χρειάζεται πληροφορίες για να κατανοήσει τη φύση της ασθένειάς του και να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του. Η θεραπευτική σχέση που αποσκοπεί στην ανάπτυξη του δεσμού ανάμεσα στα δύο συμβαλλόμενα μέρη, και αφορά τον καθορισμό των θεραπευτικών στόχων και τη διεκπεραίωση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, ορίζεται ως «θεραπευτική συμμαχία». Η δημιουργία μάλιστα της συναισθηματικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, στα πλαίσια της θεραπευτικής συμμαχίας, θεωρείται καθοριστικός παράγοντας στην ιατρική φροντίδα και υγεία⁴¹. Στον ιατρό ανήκει ο πολύ δύσκολος ρόλος να κρατήσει μια ισορροπία, εκδηλώνοντας ταυτόχρονα συναισθηματικό ενδιαφέρον για την κατανόηση του ψυχισμού του ασθενούς, και

συγχρόνως ικανότητες διαχείρισης, πράγμα που συχνά προϋποθέτει κάποια απόσταση⁴².

Έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλά χρόνια ότι η σχέση ιατρού και ασθενούς είναι μια περίπλοκη σχέση με δύσκολες ισορροπίες. Το 1968 όμως αποδείχθηκε ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στον τύπο επικοινωνίας του ιατρού και α) τη συμμόρφωση του ασθενούς, β) την ικανοποίηση του ασθενούς με την ιατρική φροντίδα, γ) την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και δ) την έκβαση της ασθένειας. Παλιότερα, ο ιατρός έπαιρνε τις αποφάσεις για τη θεραπεία, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Σήμερα, όλο και περισσότερο ακολουθείται το «συνεταιρικό πρότυπο» σχέσης ιατρού και ασθενούς, όπου η σχέση συνεργασίας βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, την αναγνώριση του ρόλου τους, την αμοιβαία πληροφόρηση και την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των αποφάσεων και στις συνέπειες αυτών. Επιπρόσθετα, σε μία πρόσφατη μελέτη αναφέρεται χαρακτηριστικά πως το να στείλει ο ιατρός επιστολή στον ασθενή μετά την επίσκεψη συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος, ενισχύει τη συμμόρφωση με τις οδηγίες του ιατρού, προάγει την εμπιστοσύνη μεταξύ τους και βελτιώνει τη σχέση τους⁴³. Είναι χαρακτηριστικό, ότι το εθνικό σύστημα υγείας (National Health Service, 2000) του Ηνωμένου Βασιλείου, συνιστά την αποστολή τέτοιας επιστολής σε κάθε ασθενή, κάθε φορά που επισκέπτεται κλινικό ιατρό οποιασδήποτε ειδικότητας.

3.2.2 Προβλήματα στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς

Η χρήση εξειδικευμένης ορολογίας από το ιατρικό προσωπικό, η οποία δεν είναι κατανοητή από τους ασθενείς, προκαλεί χάσμα στην μεταξύ τους επικοινωνία. Οι περισσότεροι ασθενείς αφομοιώνουν τις πληροφορίες για την ασθένειά τους, όταν αυτές παρέχονται με απλούς όρους. Έρευνες έχουν δείξει ότι, μόνο στο 1,5% των περιπτώσεων, οι ιατροί ρωτούν τους ασθενείς τους, εάν έχουν κατανοήσει το περιεχόμενο της συζήτησης κατά τη διάρκεια της εξέτασης⁴⁴. Γενικά, οι ιατροί δίνουν έμφαση στη σωστή διάγνωση, όμως δεν γνωρίζουν πώς να ανακοινώνουν τα άσχημα νέα και πόσες πληροφορίες πρέπει να δώσουν ώστε οι ασθενείς, συχνά σε κατάσταση άγχους, να μπορέσουν να τις συγκρατήσουν. Οι ιατροί διακόπτουν τους ασθενείς τους, κατά μέσο όρο, 18 δευτερόλεπτα αφού έχουν αρχίσει να εξηγούν τους λόγους για την επίσκεψή τους, με αποτέλεσμα να μην αναφέρονται όλα τα θέματα που απασχολούν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης⁴⁵. Σημαντικός παράγοντας βέβαια, είναι και η απόκρυψη πληροφοριών από τον ασθενή. Τα αποτελέσματα διαπολιτισμικής έρευνας της παγκόσμιας ψυχο-ογκολογικής εταιρείας, που πραγματοποιήθηκε το 1997, δείχνουν ότι στην Ελλάδα, η πλήρης αλήθεια σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση αποκαλύπτεται μόνο στο 24% των περιπτώσεων. Τέλος, η διεκπεραίωση των απαιτούμενων ιατρικών πράξεων, που αποτελεί καθήκον του ιατρικού προσωπικού,

χωρίς την ταυτόχρονη κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς, μπορεί να προκαλέσει χάσμα στην επικοινωνία.

Ο ασθενής με τη σειρά του, μπορεί να υποβαθμίσει την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, αποκρύπτοντας από αυτόν σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Παρακάτω, αναφέρονται χαρακτηριστικές συμπεριφορές ασθενών που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην θεραπευτική διαδικασία.

- i. Ο ασθενής δεν αποκαλύπτει στο γιατρό τις προσωπικές του στάσεις ή αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια και την προτεινόμενη αντιμετώπισή της.
- ii. Ο ασθενής δεν αποκαλύπτει πληροφορίες σχετικά με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, δηλαδή με τη συμμόρφωσή του στη θεραπεία.
- iii. Ο ασθενής, ακούσια, δεν αναφέρει πληροφορίες (π.χ. συμπτώματα) όταν δεν τις θεωρεί σχετικές με την πάθησή του.
- iv. Ο ασθενής αποκρύπτει συμπτώματα ή επιπλοκές από φόβο, όταν αντιλαμβάνεται ότι αυτά προκαλούνται, επειδή δεν ακολουθεί τις εντολές του ιατρού. Η ίδια συμπεριφορά παρατηρείται όταν υποθέτει ότι θα κατηγορηθεί για συμπτώματα που οφείλονται σε ενέργειές του, που ο ιατρός και το περιβάλλον του δεν εγκρίνουν.
- v. Ο ασθενής αποκρύπτει πληροφορίες λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης στον ιατρό, εξαιτίας προηγούμενου βιώματος με ιατρικό λάθος.
- vi. Ο ασθενής δεν αποκαλύπτει ότι συγχρόνως υποβάλλεται και σε παράλληλες θεραπείες (π.χ. εναλλακτικού τύπου θεραπείες, ομοιοπαθητική).

Η απόκρυψη πληροφοριών όχι μόνο επιδρά αρνητικά στη θεραπευτική σχέση αλλά μπορεί να έχει και δυσάρεστες συνέπειες για την έκβαση της ασθένειας. Η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι λεπτή υπόθεση, που χρήζει ευαισθητοποιημένης προσέγγισης και από τις δύο πλευρές. Η καλή επικοινωνία, η ανταλλαγή πληροφοριών και τα υψηλά επίπεδα συμφωνίας είναι βασικοί παράγοντες, για την πλήρη κατανόηση της φύσης της ασθένειας από το γιατρό, και για τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Η εμπιστοσύνη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την εδραίωση μιας υγιούς και αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης.

3.3 Σύστημα υγείας και φαρμακευτική συμμόρφωση

Για πολλούς ασθενείς, το κόστος της θεραπείας τους είναι άρρητα συνδεδεμένο με την ύπαρξη συμμόρφωσης ή όχι. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, το κόστος που πρέπει να καλύψει ο ασθενής για την προμήθεια κάποιου φαρμακευτικού σκευάσματος αποτελεί για αυτόν μία οικονομική επιβάρυνση. Η επιβάρυνση αυτή

γίνεται μεγαλύτερη όταν χρειάζεται να ακολουθήσει ακριβές θεραπείες και ειδικότερα όταν δεν υπάρχει η επιλογή για κάποιο οικονομικότερο γεννόσημο.

Έχει αποδειχθεί πως υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στο ποσοστό της τιμής του φαρμάκου, που δεν καλύπτεται από τους κρατικούς φορείς και πρέπει να αναπληρωθεί από τον ασθενή, και την συμμόρφωση. Ασθενείς που πάσχουν από χρόνια και πολλαπλά νοσήματα είναι πολύ πιθανό να παραλείψουν δόσεις ή ακόμα και να διακόψουν την θεραπεία τους, στην περίπτωση αύξησης της οικονομικής συμμετοχής τους. Αυτό, νομοτελειακά, έχει ως αποτέλεσμα περισσότερα συμπτώματα στους συγκεκριμένους ασθενείς, παροξύνσεις και επιδείνωση της καθημερινότητας τους και κατά επέκταση αυξημένη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και μεγάλη οικονομική επιβάρυνση στον προϋπολογισμό υγείας της εκάστοτε χώρας.

Οι πάροχοι και οι οργανισμοί υγείας μπορούν να «εκμεταλλευτούν» αυτή την κατάσταση. Θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν μία επιλεκτική μείωση ή ακόμα και εκμηδένιση του κόστους συμμετοχής για κάποιες ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως παραδείγματος χάριν τους ασθενείς που έχουν υπέρταση και χρειάζεται να λαμβάνουν σε καθημερινή βάση στατίνες, τους διαβητικούς που χρειάζονται ινσουλίνη και τους ασθματικούς ασθενείς που χρειάζονται κορτικοστεροειδή. Αυτή η πρόσφατη σχετικά ιδέα έχει οδηγήσει σε έναν νέο τρόπο ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης γνωστό διεθνώς ως «value based insurance design», που αποσκοπεί στην μείωση της συμμετοχής των ασθενών σε θεραπείες που θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές και μεγάλης συνολικά θεραπευτικής αξίας^{46, 47}. Μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει πως η μείωση των συμμετοχών στις συγκεκριμένες θεραπείες, έχει όντως βοηθήσει στην βελτίωση της συμμόρφωσης⁴⁸.

Υπάρχει επίσης η άποψη, ότι μία απλή μείωση στο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών, δεν αποτελεί από μόνο του ένα αποτελεσματικό μέτρο που θα βοηθήσει στην βελτίωση της συμμόρφωσης. Η οικονομική ανταμοιβή είναι ίσως κάτι που λείπει από την αρχική πρόταση και φαντάζει σαν μία πιο αποτελεσματική και ολοκληρωμένη μέθοδο, που θα βελτιώσει τη στάση των ασθενών απέναντι στις φαρμακευτικές τους θεραπείες. Επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει, πως με την χορήγηση οικονομικών κινήτρων έχει επιτευχθεί αύξηση των ποσοστών μείωσης του καπνίσματος αλλά και της απώλειας βάρους σε καπνιστές και υπέρβαρους αντίστοιχα^{49, 50}. Ωστόσο, η ιδέα της παροχής οικονομικών κινήτρων στους ασθενείς με καλή συμμόρφωση βρίσκεται σε σχετικά πρώιμο στάδιο. Αυτό συνεπάγεται λίγα επιστημονικά στοιχεία και ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, με σκοπό να διαπιστωθεί εάν η συγκεκριμένη μέθοδος θα αποτελέσει σε μακροχρόνιο ορίζοντα μία ιατρικά, θεραπευτικά και οικονομικά βιώσιμη λύση.

4. Μέθοδοι καθορισμού-υπολογισμού-μέτρησης της φαρμακευτικής συμμόρφωσης

Οι διαθέσιμες μέθοδοι για τον υπολογισμό της συμμόρφωσης μπορούν να χωριστούν σε άμεσες και έμμεσες. Η κάθε μέθοδος παρουσιάζει αρνητικά και θετικά στοιχεία και καμία μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί ως καλύτερη ή ανώτερη από κάποια άλλη.

4.1 Έμμεσες μέθοδοι

Οι έμμεσες μέθοδοι υπολογισμού της συμμόρφωσης περιλαμβάνουν την υποβολή ερωτήσεων προς τους ασθενείς σχετικά με το πόσο εύκολο είναι να λαμβάνουν τα φάρμακα τους, ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν για την πρόσβαση των επαγγελματιών υγείας, εάν είναι σε θέση να υπολογίζουν τις δόσεις που απομένουν για την ολοκλήρωση του κύκλου θεραπείας και αν πηγαίνουν έγκαιρα στο φαρμακείο ώστε να προλάβουν τις επόμενες δόσεις. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων για την καταγραφή της συμμόρφωσης, την καταγραφή ψυχολογικών δεικτών και την τήρηση ημερολογίου από τον ασθενή.

Η χρήση ερωτηματολογίου, η τήρηση ημερολογίου από τον ασθενή και η συλλογή κλινικών στοιχείων, αποτελούν σχετικά απλές και εύκολες μέθοδοι μέτρησης της συμμόρφωσης. Ωστόσο, πολλές φορές, ελλοχεύει ο κίνδυνος να μην ολοκληρωθεί σωστά η διαδικασία, καθώς είναι εύκολο να υπάρξουν κενά στην επικοινωνία και άρα και στην πληρότητα των απαντήσεων. Σαν συνέπεια, τα αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε ακριβή και τις περισσότερες φορές τείνουν να υπερεκτιμούν την συμμόρφωση σε σχέση με την πραγματικότητα.

Τα μοντέλα μέτρησης έχουν προσπαθήσει να αντικαταστήσουν τις απλές ερωτήσεις, που αναφέρονται αποκλειστικά στην χρονική στιγμή της ερώτησης (π.χ. «Έλαβε σήμερα ο ασθενής τα φάρμακα του; Ναι ή όχι;») με ερωτήσεις διευρυμένου χρονικού ορίζοντα. Για παράδειγμα, η συμμόρφωση τείνει να μεταβάλλεται μέσα στον χρόνο. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν σταματάει εντελώς τις θεραπείες που λαμβάνει. Αυτό που συμβαίνει, τις περισσότερες φορές, είναι η συμμόρφωση άλλοτε να μειώνεται και άλλοτε να αυξάνεται. Η διακύμανση αυτή μπορεί να προκληθεί από τα συμπτώματα και τη βαρύτητα της νόσου που ταλαιπωρούν τον ασθενή, καθώς επίσης από το κόστος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επιρροή που ασκούν οι παραπάνω παράγοντες ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή.

Οι ιατροί τις περισσότερες φορές συνηθίζουν να βασίζονται στη δική τους κρίση και εμπειρία για να καταλάβουν αν ο ασθενής τους συμμορφώνεται ή όχι. Δυστυχώς όμως και αυτός ο τρόπος, φαίνεται ότι δεν είναι ιδιαίτερα ακριβής.

Η συμμόρφωση συνήθως μετρίεται με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

1. Αυτό-αξιολόγηση του ασθενούς και ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.
2. Έλεγχος του συνταγολογίου.
3. Ηλεκτρονικά μέσα.

Οι τρεις αυτοί τρόποι δεν παρουσιάζουν πάντοτε ακριβή αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η αυτό-αξιολόγηση του ασθενούς βασίζεται στην εντύπωση που έχει ο ασθενής σχετικά με το αν και πότε λαμβάνει την θεραπεία του. Εφόσον δεν υπάρχει κάτι καταγεγραμμένο, είναι πολύ πιθανό τα στοιχεία που θα μεταφέρει στον ιατρό του να μην είναι ρεαλιστικά. Με τον έλεγχο του συνταγολογίου, ο ιατρός είναι σε θέση να δει πόσες και τι είδους συνταγές έγραψε στον ασθενή του και αν αυτές εκτελέστηκαν επιτυχώς. Ωστόσο, δεν είναι σε θέση να γνωρίζει αν πραγματοποιήθηκε η λήψη των φαρμάκων ή εάν έγιναν σωστά οι χορηγήσεις. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που η χρήση ηλεκτρονικών μέσων επιτρέπει στον ιατρό την εξακρίβωση των δόσεων του φαρμάκου που έλαβε ο ασθενής του μέσα σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Όμως τα μέσα αυτά, δεν είναι προσβάσιμα σε όλες τις χώρες, αφορούν συγκεκριμένες θεραπευτικές κατηγορίες και δεν μπορούν να αναγνωρίσουν ακόμα με ακρίβεια τί ώρα και με ποιό τρόπο, ορθό ή εσφαλμένο, έγιναν οι χορηγήσεις.

4.1.1 Περίπτωση Μελέτης (Case study)

Ας εξετάσουμε μία ιατρική μελέτη που αφορά μία καινοτόμα και πολλά υποσχόμενη θεραπεία για την κυστική ίνωση (cystic fibrosis), που περιλαμβάνει στην πράξη τις προαναφερθείσες θεωρητικές αναφορές της εργασίας⁵¹.

Η κυστική ίνωση (ΚΙ) αποτελεί την πιο συχνή κληρονομική θανατηφόρα νόσο της λευκής φυλής. Η αιτία του νοσήματος έχει να κάνει με μια συγκεκριμένη πρωτεΐνη. Ο ρόλος της συγκεκριμένης πρωτεΐνης σχετίζεται με τον έλεγχο και την ρύθμιση της ανταλλαγής ιόντων νατρίου και χλωρίου στα κύτταρα. Αυτό λοιπόν που συμβαίνει με τους ασθενείς με ΚΙ, είναι ότι η πρωτεΐνη αυτή είτε δεν εκφράζεται καθόλου στην επιφάνεια των κυττάρων τους, είτε υπολειτουργεί. Σαν συνέπεια προκαλείται στα όργανα του οργανισμού μία πολύ παχύρρευστη βλέννα, η οποία επιβαρύνει την καλή λειτουργία των οργάνων και ταυτόχρονα δημιουργεί ένα περιβάλλον το οποίο ευνοεί τον μικροβιακό αποικισμό. Η ΚΙ, ανάλογα με την κατάσταση της πρωτεΐνης, διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και έχουν καταγραφεί τουλάχιστον 2.000 μεταλλάξεις.

Οι μέχρι τώρα θεραπείες δεν είναι αιτιολογικές και στοχεύουν κυρίως στην μείωση των συμπτωμάτων. Το προσδόκιμο ζωής για τους ασθενείς με ΚΙ είναι περίπου τα 30 έτη. Οι θεραπείες της κυστικής ίνωσης παρουσιάζουν δύο ιδιαιτερότητες:

1. Η διάρκεια των θεραπειών που πρέπει να ακολουθούν οι ασθενείς σε καθημερινή βάση και για όλη τους την ζωή, κυρίως εξαιτίας των μορφών των φαρμάκων (εισπνεόμενα και ενδοφλέβια) και της ανάγκης για καθημερινή φυσιοθεραπεία, είναι τουλάχιστον δύο ώρες.
2. Το νόσημα, τουλάχιστον μέχρι και σήμερα, είναι θανατηφόρο. Συνεπώς, η ψυχολογία των ασθενών συνεχώς αμφιταλαντεύεται και πολύ συχνά αισθάνονται απελπισία και απαισιοδοξία, καθώς η πορεία της ζωής τους φαντάζει προδιαγεγραμμένη.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αν και μιλάμε για ένα νόσημα έντονα απειλητικό για τη ζωή, η συμμόρφωση των ασθενών με ΚΙ να είναι πολύ χαμηλή, της τάξης του 50%.

Τα τελευταία χρόνια η ιατρική έρευνα έχει δώσει μεγάλη βάση στην ανακάλυψη βιολογικών φαρμάκων που στοχεύουν στην αιτία της κυστικής ίνωσης, δηλαδή στην ρύθμιση και στην καλή λειτουργία της πρωτεΐνης που προαναφέραμε. Τα φάρμακα αυτά είναι πολλά υποσχόμενα και οι ασθενείς με ΚΙ παρακολουθούν σε καθημερινή βάση τις εξελίξεις και περιμένουν για το «μαγικό» φάρμακο που θα τους βοηθήσει να κερδίσουν την μάχη εναντίον του νοσήματός τους.

Ένα από αυτά τα καινοτόμα φάρμακα είναι το «Ivacaftor». Το συγκεκριμένο φάρμακο είναι το πρώτο που έχει κυκλοφορήσει ευρέως και η ένδειξη του αφορά στην σωστή ρύθμιση της λειτουργίας της πρωτεΐνης για κάποιες συγκεκριμένες μεταλλάξεις κυστικής ίνωσης. Η μορφή του φαρμάκου είναι το χάπι και ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει από ένα κάθε 12 ώρες (πρωί και βράδυ). Να σημειωθεί πως το κόστος της θεραπείας ανέρχεται στα 200.000 \$ σε ετήσια βάση.

Τα μέχρι τώρα ιατρικά αποτελέσματα έχουν δείξει εξαιρετική βελτίωση στην λειτουργία της πρωτεΐνης, μείωση των συμπτωμάτων, μείωση των παροξύνσεων και μείωση της ανάγκης για ενδοφλέβια αγωγή. Μιλάμε λοιπόν για μια πρωτοποριακή θεραπεία που αλλάζει την πορεία της νόσου και αυξάνει εντυπωσιακά το προσδόκιμο ζωής, ειδικότερα στους νεότερους ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, είναι λογικό να υποθέσουμε πως η συμμόρφωση των ασθενών στην συγκεκριμένη θεραπεία θα είναι πάρα πολύ υψηλή. Αυτό ακριβώς θέλησαν να διαπιστώσουν ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Κεντρικού Λάνκασαϊρ, δηλαδή ποια είναι τα επίπεδα συμμόρφωσης 12 ασθενών με ΚΙ, που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη τους και υποβλήθηκαν σε θεραπεία με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Οι τρόποι με τους οποίους μετρήθηκε η συμμόρφωση ήταν τρεις και αναφέρονται παρακάτω:

1. Αυτό-αξιολόγηση: Οι ασθενείς δήλωσαν στους ερευνητές εάν ελάμβαναν ή όχι τη θεραπεία.
2. Έλεγχος στα φαρμακεία: Συχνότητα εκτέλεσης των συνταγών από τους ασθενείς.
3. Ηλεκτρονικός έλεγχος: Ένας ηλεκτρονικός μηχανισμός ο οποίος θα είναι εγκαταστημένος στο καπάκι του μπουκαλιού του φαρμάκου και ο οποίος θα καταγράφει πόσες φορές ανοίχτηκε το καπάκι. Αυτός ο τρόπος ελέγχου αποτελεί τον πιο ρεαλιστικό και πιο κοντά στην πραγματικότητα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν εντυπωσιακά και δείχνουν στην πράξη πόσο δύσκολο είναι να ελεγχτεί η συμμόρφωση, ακόμα και αν μιλάμε για τη θαυματουργή θεραπεία ενός θανατηφόρου νοσήματος. Με την μέθοδο της αυτό-αξιολόγησης, οι ασθενείς δήλωσαν πως η συμμόρφωση τους ήταν **100%**, ο έλεγχος των φαρμακείων έδειξε πως το **84%** από αυτούς προμηθεύτηκε το φάρμακο σωστά και ο ηλεκτρονικός έλεγχος, μέτρησε την συμμόρφωση στο **61%**. Τρεις διαφορετικοί τρόποι, με τρία εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα. Σε τελική ανάλυση η χαμηλή, σε σχέση με την αναμενόμενη, συμμόρφωση που καταγράφηκε, ερμηνεύεται σαν η αμφισβήτηση των ασθενών για τα πραγματικά αποτελέσματα και τις βελτιώσεις που προσφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά και σαν ένα αίτημα αλλαγής πάνω στην αναλογία κόστους-οφέλους για τους παρόχους υγείας.

4.1.2 Αυτό-αξιολόγηση – Κλίμακες μέτρησης συμμόρφωσης

Υπάρχουν πολλά ερωτηματολόγια με τα οποία οι ασθενείς και οι ιατροί υπολογίζουν την φαρμακευτική συμμόρφωση. Τα ερωτηματολόγια αυτά διαφέρουν σε έκταση, λεπτομέρεια και εγκυρότητα.

Η κλίμακα Μορίσκυ (Morisky scale) είναι μία συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα υπολογισμού της συμμόρφωσης που αποτελείται από 8 απλές ερωτήσεις και της οποίας τα αποτελέσματα έχει αποδειχθεί πως τις περισσότερες φορές είναι έγκυρα. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται το εν λόγω ερωτηματολόγιο:

Πίνακας 2: Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην κλίμακα Μορίσκυ (Morisky scale)

Ερωτηματολόγιο -Morisky- 8 σημείων για τη φαρμακευτική συμμόρφωση
Ερωτήσεις
1. Παραλείπετε μερικές φορές να πάρετε το φάρμακο σας;
2. Είναι πιθανό για κάποιον να παραλείψει να πάρει το φάρμακο του, όχι επειδή το ξέχασε αλλά για διαφορετικούς λόγους (φόρτος εργασίας, ταξίδι, λήξη της συνταγής κτλ). Τις τελευταίες 2 εβδομάδες υπήρξαν κάποιες μέρες που παραλείψατε να πάρετε το φάρμακο σας για λόγους όπως οι παραπάνω;
3. Σας έχει τύχει ποτέ να παραλείψετε ή ακόμα και να διακόψετε το φάρμακο σας, χωρίς να ενημερώσετε τον ιατρό σας, γιατί νιώθατε χειρότερα μετά την λήψη του;
4. Όταν ταξιδεύετε ή πάτε διακοπές, υπάρχουν φορές που ξεχνάτε να πάρετε τα φάρμακά σας μαζί;
5. Λάβατε <u>όλα</u> σας τα φάρμακα χθες;
6. Όταν νιώθατε καλά και χωρίς συμπτώματα, υπάρχουν φορές που σταματάτε να παίρνετε το φάρμακο σας;
7. Το να παίρνετε φάρμακα σε καθημερινή βάση, μπορεί να είναι πολύ κουραστικό για πολλούς ανθρώπους. Εσείς έχετε νιώσει ποτέ κουρασμένος προσπαθώντας να παραμείνετε πιστός στην θεραπεία σας και στις οδηγίες του ιατρού σας;
8. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε δυσκολίες στο να θυμόσαστε να παίρνετε <u>όλα</u> σας τα φάρμακα; (ποτέ, λίγες φορές, μερικές φορές, συχνά, όλη την ώρα)
Απαντήσεις ασθενών: ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΝΑΙ: 1 ΟΧΙ: 0
ΠΟΤΕ: 0 ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ: 1

Η κάθε μία από τις 8 ερωτήσεις έχει ως στόχο να αξιολογήσει μία ειδική συμπεριφορά του ασθενούς που σχετίζεται με την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Αρχικά η κλίμακα αποτελείτο από 4 ερωτήσεις, ωστόσο η νέα διευρυμένη κλίμακα των 8 ερωτήσεων αποδείχθηκε ότι παρέχει καλύτερα και πιο λεπτομερή αποτελέσματα. Η βαθμολογία της κλίμακας Μορίσκυ ξεκινάει από το 0 και φθάνει έως το 10 και ερμηνεύονται ως εξής:

- Σκορ >8: Υψηλή συμμόρφωση
- Σκορ από 6 έως 8: Μέτρια συμμόρφωση
- Σκορ <6: Χαμηλή συμμόρφωση

Παρόμοιες κλίμακες μέτρησης της συμμόρφωσης είναι η «brief medication questionnaire» και η «drug attitude inventory» οι οποίες παρατίθενται παρακάτω, στους πίνακες 3 και 4 αντίστοιχα.

Πίνακας 3: Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην κλίμακα brief medication

Ερωτηματολόγιο της brief medication scale (BMQ1)	
Ερωτήσεις	
1.	Πόσα φάρμακα λαμβάνεται σε καθημερινή βάση;
2.	Σταματήσατε να παίρνετε από μόνος σας κάποιο φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο;
3.	Είναι δύσκολο για σας να θυμόσαστε όλες τις δόσεις;
4.	Είναι δύσκολο για σας να πληρώνεται το ποσό που χρειάζεται για να προμηθευτείτε το φάρμακο σας;
5.	Είναι δύσκολο για σας να προμηθευτείτε την συνταγή τον κατάλληλο χρόνο;
6.	Ανησυχείτε για τις μακροχρόνιες αντιδράσεις των φαρμάκων που λαμβάνετε;

Πίνακας 4: Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην κλίμακα drug attitude inventory

Ερωτηματολόγιο Drug attitude inventory (DAI-30)	
Ερωτήσεις	
1.	Δεν μου χρειάζεται να παίρνω φάρμακα όταν αισθάνομαι καλύτερα.
2.	Πιστεύω πως τα οφέλη από τα φάρμακα είναι περισσότερα από τις απειλές.
3.	Υπάρχουν φορές που νιώθω πως έχω "μπουχτίσει" από τα φάρμακα.
4.	Γνωρίζω καλύτερα από τον ιατρό μου πότε πρέπει να σταματήσω τα φάρμακα μου.
5.	Εάν παίρνω τα φάρμακα μου νιώθω πως δεν θα αρρωστήσω.
6.	Λαμβάνετε το φάρμακο σας τις σωστές ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας;
7.	Σας είναι δύσκολο να ακολουθείτε πιστά τις οδηγίες του ιατρού σας;

Μία άλλη κλίμακα αυτό-αξιολόγησης είναι η «Adherence estimator», η οποία αποτελείται από 3 σύντομες ερωτήσεις. Οι απαντήσεις που δίνουν οι ασθενείς είναι προκαθορισμένες και έχουν να κάνουν με το πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με τις ερωτήσεις. Η συγκεκριμένη κλίμακα (Εικόνα 3) έχει αναπτυχθεί από την φαρμακευτική εταιρεία Merck.

Adherence Estimator[®]

Your Patients Respond to 3 Quick Statements to Help You Gauge How They Feel About Taking a Newly Prescribed Oral Medication for Certain Chronic, Asymptomatic Conditions

Have your patient respond to the following statements, then click **Submit**:

Condition

Select a condition

1. I am convinced of the importance of my prescription medication.

Please select

2. I worry that my prescription medication will do more harm than good to me.

Please select

3. I feel financially burdened by my out-of-pocket expenses for my prescription medication.

Please select

Please select
Agree completely
Agree mostly
Agree somewhat
Disagree somewhat
Disagree mostly
Disagree completely

Εικόνα 3: Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της φαρμακευτικής συμμόρφωσης (adherence estimator) από την εταιρεία Merck

4.1.3 Έλεγχος φαρμακείων

Ένα σημαντικό κομμάτι της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την φαρμακευτική συμμόρφωση έχει προέλθει από ανάλυση δεδομένων που προέκυψαν από τα φαρμακεία. Οι πληροφορίες που προκύπτουν από τα φαρμακεία είναι πολύ σημαντικές γιατί αφορούν πολλές θεραπευτικές κατηγορίες, μεγάλους πληθυσμούς ασθενών και γενικά δεν κοστίζουν πολύ.

Η συμμόρφωση μπορεί να υπολογισθεί για έναν ασθενή ο οποίος είναι βέβαιο πως εκτελεί τις συνταγές του. Ένα αρχείο καταγραφής των συνταγών που έχουν ήδη εκτελεστεί αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο υπολογισμού της συμμόρφωσης. Ωστόσο, αυτό το αρχείο μπορεί να διατηρείται μόνο σε κεντρικά φαρμακεία που εξυπηρετούν πολλούς ασθενείς και σε σταθερή βάση (π.χ. φαρμακεία συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Ο υπολογισμός της συμμόρφωσης μέσω των φαρμακείων δίνει, συχνά, μεγαλύτερες τιμές από αυτές που ισχύουν στην πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει διότι με τον συγκεκριμένο τρόπο υπολογισμού δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε αν ο ασθενής έλαβε όντως την θεραπεία του ή όχι. Για να υπάρξουν εγγυημένα και ορθά αποτελέσματα με τη συγκεκριμένη μέθοδο, θα πρέπει η καταγραφή των εκτελεσμένων συνταγών να γίνεται με συνεχή τρόπο. Επομένως, ο ασθενής θα πρέπει να εξυπηρετείται από το ίδιο φαρμακείο, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Μια άλλη χρήσιμη πληροφορία που προκύπτει από τον έλεγχο των φαρμακείων, αφορά τις ποσότητες των φαρμάκων που διατίθενται στους ασθενείς. Στην περίπτωση που το φαρμακείο χορηγεί «πολλά» φάρμακα στους ασθενείς, ενδέχεται να γίνεται κατάχρηση φαρμάκων και πολυφαρμακία. Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό ένας ασφαλισμένος να μοιράζεται τα φάρμακα του με κοντινά του πρόσωπα, τα οποία δεν τη δυνατότητα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

4.1.4 Ηλεκτρονικός Έλεγχος

Ο όρος ηλεκτρονικός έλεγχος εμπεριέχει το σύστημα του ελέγχου, που αποτελείται από έναν μικροεπεξεργαστή, ο οποίος τοποθετείται στο μπουκάλι του φαρμάκου, και ενεργοποιείται, μέσω ενός διακόπτη, όταν μεταβάλλεται το ηλεκτρικό κύκλωμα που είναι ενσωματωμένο στο καπάκι του μπουκαλιού. Κάθε φορά που ενεργοποιείται το κύκλωμα, ο μικροεπεξεργαστής καταγράφει την ημερομηνία και την ώρα που ανοίχτηκε το μπουκάλι. Τέτοιες συσκευές φαίνονται στις παρακάτω εικόνες.

Medication Event Monitoring System (MEMS) TrackCap



- ◆ The MEMS TrackCap is a medication bottle cap containing microelectronics that record each time the bottle is opened and closed
- ◆ The TrackCap CR provides a means of measuring a patient's drug taking behavior

Measuring Adherence: Electronic Bottle Caps

- caps harbor chips that register each time a bottle is opened or closed



MEMScaps, Aardex Corp.



eCAP™ is designed to:

- ▶ be affordable
- ▶ be reusable
- ▶ be used where blister packaging is not feasible
- ▶ require no additional patient input
- ▶ yield comprehensive compliance data
- ▶ utilize the same data managing system as Med-ic
- ▶ eCAP and Med-ic can be used interchangeably

Uses:

- ▶ Clinical trials through phase IV
- ▶ Supervised opiate dispensing
- ▶ Product launches
- ▶ Patient compliance & retention programs
- ▶ Long term and post-marketing studies
- ▶ Co-branding and authentication
- ▶ Supply Chain Solutions (See: eCap/Secure)

Εικόνα 4.1-3: Συσκευές ηλεκτρονικού ελέγχου συμμόρφωσης

Τα συστήματα ηλεκτρονικού ελέγχου έχουν δυνατότητες καταγραφής και αποθήκευσης δεδομένων πολλών μηνών ενώ στην συνέχεια τα δεδομένα αυτά μπορούν να μεταφερθούν για περαιτέρω επεξεργασία σε κάποιον υπολογιστή. Μέσω των καταγεγραμμένων δεδομένων μπορεί να καθοριστεί ο θεραπευτικός αλγόριθμος που ακολουθεί ο ασθενής αναφορικά με την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Επίσης μπορούν να καταγραφούν πληροφορίες όπως η συχνότητα και οι μεταβολές της προγραμματισμένης ώρας, όσον αφορά τη λήψη του φαρμάκου.

Άλλα αποτελέσματα που μπορούν να αξιοποιηθούν μέσω της επεξεργασίας των καταγεγραμμένων δεδομένων είναι:

1. Το ποσοστό συμμόρφωσης: το σύνολο των ημερών τις οποίες ανοίχθηκε το μπουκάλι διαιρεμένες με το σύνολο των ημερών που ήταν ενεργοποιημένο το σύστημα του ηλεκτρονικού ελέγχου, και στην συνέχεια ο αριθμός που προκύπτει πολλαπλασιασμένος με το 100. Το ποσοστό που προκύπτει αντανακλά τις ημέρες που ο ασθενής έλαβε τουλάχιστον μία δόση. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ανοίξει το μπουκάλι μία συγκεκριμένη μέρα, αυτή η μέρα θεωρείται ως μέρα μη-συμμόρφωσης στην θεραπεία.
2. Το χρονικό διάστημα, μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται διαδοχικές λήψεις του φαρμάκου: Η ποσοτικοποίηση που προκύπτει από την παραπάνω μεταβλητή συνίσταται στο κλάσμα των δόσεων που τελικά ελήφθησαν, σε σχέση με το προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα. Παραδείγματος χάριν, εάν οι οδηγίες της συνταγής αναφέρουν πως ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει την θεραπεία του κάθε 12 ώρες, δηλαδή δύο φορές ανά ημέρα, τότε η νέα λήψη θεωρείται συμμορφούμενη αν πραγματοποιηθεί 10 με 14 ώρες μετά την τελευταία⁵².

Γενικότερα, υπάρχουν και άλλες συσκευές ηλεκτρονικού ελέγχου που χρησιμοποιούνται με σκοπό την βελτίωση της συμμόρφωσης, ενώ η επιστημονική κοινότητα σε συνεργασία με την φαρμακοβιομηχανία, προσπαθεί να αναπτύσσει διαρκώς νέα, βελτιωμένα μοντέλα. Για παράδειγμα, υπάρχουν συσκευές που καταγράφουν τους χρόνους λήψης φαρμάκων και στην συνέχεια προωθούν αυτόματα την πληροφορία μέσω ιντερνέτ στον επαγγελματία υγείας. Αυτός με την σειρά του μπορεί, άμεσα, να προβεί στις απαραίτητες συστάσεις προς τον ασθενή του ή ενδεχομένως και να μεταβάλει την μέχρι τώρα συνταγογραφούμενη θεραπεία του. Αξιοσημείωτο είναι πως τα τελευταία χρόνια, αναπτύσσονται συσκευές που εκτός από την καταγραφή της λήψης του φαρμάκου, μπορούν να ειδοποιούν τον ασθενή για την

ώρα λήψης μέσω κάποιου οπτικού ή ηχητικού σήματος, είτε ακόμα και με μήνυμα (SMS) στο κινητό.

Όμως, οι προαναφερθείσες συσκευές ούτε είναι διαδεδομένες μεταξύ των ασθενών, ούτε χρησιμοποιούνται μαζικά στην καθημερινή ιατρική πράξη από τους επαγγελματίες υγείας. Άλλο σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί το υψηλό οικονομικό τίμημα που απαιτείται για την απόκτησή τους. Σημαντικό και υπαρκτό πρόβλημα επίσης, παραμένει το γεγονός, πως πολλοί ασθενείς, φεύγοντας από το σπίτι, δεν παίρνουν μαζί τους ολόκληρη την συσκευασία του φαρμάκου, αλλά την ανοίγουν και παίρνουν μόνο όσα τεμάχια χρειάζονται (π.χ. 3 χάπια) μέχρι να επιστρέψουν. Σε αυτή την περίπτωση, η καταγραφή που πραγματοποιείται είναι εσφαλμένη, καθώς αντιστοιχεί σε 1 μόνο χάπι και όχι σε 3 που λαμβάνονται από το μπουκαλάκι. Επιπρόσθετα, για να πραγματοποιηθεί μια αποτελεσματική λήψη και ανάλυση των καταγεγραμμένων δεδομένων, είναι απαραίτητη η ύπαρξη συμβατού υπολογιστή. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς λαμβάνουν πολλά και διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα, η σωστή καταγραφή όλων των λήψεων και για όλα τα φάρμακα, είναι διαδικασία ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτό που γίνεται συνήθως, είναι να υπολογίζεται η συμμόρφωση των ασθενών για το ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, και στην συνέχεια να θεωρείται πως παραμένει αμετάβλητη και για τα υπόλοιπα σκευάσματα. Βέβαια, οι υποθέσεις αυτές, δεν είναι πάντα ορθές.

Εξαιτίας των παραπάνω περιορισμών, ο ηλεκτρονικός έλεγχος της συμμόρφωσης είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί με μεγάλη ακρίβεια και τις περισσότερες φορές η συμμόρφωση που υπολογίζεται κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Σύμφωνα με έρευνες, ο υπολογισμός της φαρμακευτικής συμμόρφωσης με ηλεκτρονικά μέσα δίνει 10% - 20% μικρότερες τιμές από αυτές που υπολογίζονται με άλλες μεθόδους, όπως η αυτό-αξιολόγηση⁵³ και τα δεδομένα των φαρμακείων⁵⁴.

4.2 Άμεσες μέθοδοι

4.2.1 Βιολογικοί δείκτες

Παραδείγματα άμεσων μεθόδων μέτρησης της φαρμακευτικής συμμόρφωσης αποτελούν οι αιματολογικές εξετάσεις και οι μετρήσεις που σχετίζονται άμεσα με την θεραπεία. Ως τέτοιες μπορούν να χαρακτηριστούν οι μετρήσεις της συγκέντρωσης και του μεταβολισμού της δραστικής ουσίας στο αίμα και στα ούρα. Ανάλογη άμεση μέθοδος αποτελεί ο εντοπισμός κάποιου βιοδείκτη, που έχει τοποθετηθεί στο φάρμακο, ώστε ο ερευνητής να είναι σε θέση να ανιχνεύει αν ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακό του ή όχι.

Ως ποσοτικά μέτρα της συμμόρφωσης, οι δείκτες αυτοί συχνά δεν δίνουν ορθά αποτελέσματα γιατί τα αποτελέσματα των εξετάσεων επηρεάζονται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και η παράλληλη διενέργεια άλλων θεραπειών. Ένα παράδειγμα είναι οι γενετικές διαφορές μεταξύ των ανθρώπων σε σχέση με το τον τρόπο και τον χρόνο, που ο οργανισμός τους απορροφά, μεταβολίζει και αποβάλλει τα φάρμακα. Είναι σημαντικό να τονίσουμε, εκτός από το γεγονός ότι αυτές οι εξετάσεις κοστίζουν ακριβά, ότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος τα αποτελέσματα να είναι παραπλανητικά, στις περιπτώσεις εκείνες που οι φαρμακευτικές θεραπείες έχουν μικρό χρόνο ημίσειας ζωής και ο ασθενής τις έχει λάβει σε λάθος χρονικά στιγμές ή απλά δεν έχει πραγματοποιήσει με ορθό τρόπο την τελευταία χορήγηση πριν την εξέταση.

Για να ξεπεραστούν οι προαναφερθείσες δυσκολίες, πραγματοποιούνται προσθήκες βιολογικών ουσιών στα φάρμακα, που δρουν ως «ιχνηλάτες». Οι ουσίες αυτές έχουν μεγάλους χρόνους ημίσειας ζωής και οι ιδιότητες τους δεν επηρεάζονται από τις υποκειμενικές διαφορές στους οργανισμούς των ασθενών^{55, 56}. Για κάποιες θεραπείες, οι συγκεκριμένες μετρήσεις είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματικές και χρησιμοποιούνται συχνά για την μέτρηση της συμμόρφωσης. Για παράδειγμα, οι τιμές συγκέντρωσης αντιεπιληπτικών μεσολαβητών στο αίμα, όπως η φαινοτοΐνη και το βαλπροϊκό οξύ, είναι ανάλογες με τα επίπεδα συμμόρφωσης που επιδεικνύουν οι επιληπτικοί ασθενείς κατά την θεραπεία τους. Υψηλή συγκέντρωση μεσολαβητών αντιστοιχεί σε υψηλή συμμόρφωση ενώ αντίστοιχα η χαμηλή συγκέντρωση φανερώνει χαμηλή συμμόρφωση.

4.2.2 Εποπτευόμενη δοσολογία

Αν εξαιρέσουμε περιπτώσεις όπως τις αντιφυματικές θεραπείες, τις θεραπείες με μεθαδόνη για την απόσυρση και την υποκατάσταση του στερεοτικού συνδρόμου και την παρακολούθηση των τιμών σακχάρου στα παιδιά με διαβήτη, η εποπτευόμενη δοσολογία δεν χρησιμοποιείται συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη. Σαν μέθοδος επίτευξης συμμόρφωσης είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματική. Ο ιατρός γνωρίζει με πάσα βεβαιότητα και λεπτομέρεια αν ο ασθενής έλαβε σωστά την θεραπεία του. Τα εμφανή μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι το πολύ υψηλό κόστος για το σύστημα υγείας και η δυσκολία για τον ασθενή να παραμείνει σε ένα κλειστό και ελεγχόμενο ιατρικό περιβάλλον για ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Για αυτούς τους λόγους η χρήση της μεθόδου πραγματοποιείται σε έκτακτες περιπτώσεις, όταν το κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται η έλλειψη συμμόρφωσης είναι πολύ υψηλό. Θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, εκτός από τα οικονομικά, εγείρονται και ηθικά διλλήματα γύρω από την μέθοδο της εποπτευόμενης δοσολογίας.

5. Αξιολόγηση παρεμβατικών μεθόδων για την βελτίωση της συμμόρφωσης

Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες σχετικά με την αξιολόγηση παρεμβατικών μεθόδων που αποσκοπούν στην βελτίωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Οι πιο πολλές μελέτες εστιάζουν σε νοσήματα που ταλαιπωρούν εκατομμύρια ασθενείς σε παγκόσμιο επίπεδο όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Όμως, οι παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να μην βελτιώνουν τη συμμόρφωση στα χρόνια αυτά νοσήματα, αφού οι έρευνες δεν έχουν καταλήξει σε απλές και εύχρηστες μεθόδους που να εφαρμόζονται στην καθημερινότητα των ασθενών και να παράγουν χειροπιαστά αποτελέσματα. Αντιθέτως, η συμμόρφωση στις βραχυχρόνιες θεραπείες βελτιώνεται ικανοποιητικά με απλές λύσεις, όπως η παροχή λεπτομερών γραπτών οδηγιών χορήγησης του φαρμάκου από τον ιατρό, τηλεφωνικές υπενθυμίσεις, εκπαιδευτικά προγράμματα ασθενών και συμβουλευτικές υπηρεσίες¹⁹. Ο ιατρικός κόσμος έχει την υποχρέωση να ανακαλύψει απλούς και οικονομικούς τρόπους, ανάλογα με τον στόχο κάθε θεραπευτικής κατηγορίας, για να επιτύχει αύξηση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης. Με αυτό τον τρόπο και εφόσον οι χρόνιες παθήσεις τεθούν υπό έλεγχο, θα προκύψει ένα πολύ μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό όφελος, ενώ ταυτόχρονα η έρευνα για την ανάπτυξη τέτοιων μεθόδων θα αποτελέσει έναν πολύ ελκυστικό τομέα για επενδύσεις.

5.1 Φαρμακευτική συμμόρφωση μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη

Η χαμηλή φαρμακευτική συμμόρφωση είναι πιο πιθανό να παρουσιαστεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Όσον αφορά ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται, η στιγμή της μετάβασης τους από τον χώρο του νοσοκομείου στην οικία τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Αυτό φαίνεται και από μελέτες, που έγιναν σε ασθενείς οι οποίοι είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και έδειξαν πως το 25% αυτών, παρουσίασαν χαμηλή ή μηδενική συμμόρφωση στις θεραπείες τους μετά το τέλος της νοσηλείας τους. Το 50% των ασθενών που παρέμειναν συμμορφωμένοι μετά το εξιτήριο, θα διακόψουν την θεραπεία τους κάποια στιγμή, σε διάστημα 6 έως 12 μηνών, ενώ μόνο το 40% θα ακολουθήσει τη φαρμακευτική αγωγή του (στατίνες) στα επόμενα 2 χρόνια^{57, 58}. Μία άλλη σημαντική διαπίστωση των ερευνών είναι πως οι ασθενείς, που παρουσίασαν χαμηλή συμμόρφωση μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, εμφάνισαν διπλάσιες πιθανότητες, από τους συμμορφούμενους, για εκ νέου νοσηλεία σε διάστημα εντός τριάντα (30) ημερών από την έξοδο τους⁵⁹.

Μερικές από τις μεθόδους που ακολουθούνται συνήθως από τους νοσοκομειακούς ιατρούς, για την διατήρηση και αύξηση της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ασθενών μετά το εξιτήριο τους, είναι η προσφορά συμβουλευτικών υπηρεσιών, η παροχή ψυχολογικής στήριξης με σκοπό την αναπτέρωση του ηθικού των ασθενών, η διατήρηση ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων χαμηλού κόστους και η επιλογή φαρμάκων με βολικά δοσολογικά σχήματα. Βέβαια, κάποιες πιο εξελιγμένες και δαπανηρές μέθοδοι, όπως η στρατηγική δημιουργίας κινήτρων, η εκπαίδευση ασθενών που εστιάζει στην λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων, οι τηλεφωνικές υπενθυμίσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό και οι βιντεοκλήσεις, ενδεχομένως να βοηθούσαν περισσότερο τους ασθενείς, να παραμείνουν συμμορφωμένοι στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα.

5.2 Φαρμακευτική συμμόρφωση και κλινική πράξη

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την διασφάλιση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης του ασθενούς, είναι η ικανότητά του να αφομοιώνει και να επεξεργάζεται τις πληροφορίες, που δίνονται από τον επαγγελματία υγείας. Στις περιπτώσεις που η επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών δεν είναι αποτελεσματική και υπάρχει υπόνοια ελλιπούς συμμόρφωσης, πρέπει να αναζητηθούν άλλοι επικοινωνιακοί δίαυλοι, που θα έχουν απήχηση στον ασθενή και θα βελτιώσουν τη συμμόρφωσή του. Όσον αφορά διαδικασίες όπως η επιμέλεια των εκτελούμενων συνταγών και το μέτρημα των υπολειπόμενων δόσεων, ιδιαίτερη και σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφερθεί από τους φίλους και το οικογενειακό περιβάλλον.

Οι παρακάτω παράγοντες ενδεχομένως να συμβάλλουν στην διατήρηση μιας ικανοποιητικής συμμόρφωσης, μέσω της ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων ενεργειών και την απλοποίηση του δασολογικού σχήματος και τρόπου χορήγησης:

- 1.** Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.
- 2.** Δοσολογικά βοηθήματα.
- 3.** Φαρμακευτικά σκευάσματα που παρουσιάζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι πιο αποδεκτά από την πλειοψηφία των ασθενών
- 4.** Βελτίωση των συνθηκών επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών

5.3 Πληροφοριακά συστήματα υγείας και τήρηση ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η καταχώριση και η ενημέρωση των περισσότερων στοιχείων που σχετίζονται με τις θεραπείες του ασθενούς, στο ψηφιακό ιστορικό του, αποτελούν πολύ σημαντικές εξελίξεις που βοηθάνε σημαντικά στην μέτρηση και τη βελτίωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης. Τα πληροφοριακά συστήματα υγείας (Health information technology systems – H.I.T.S.) μπορούν να συμβάλουν στη διασύνδεση μεταξύ ασθενών, παρόχων υπηρεσιών υγείας, φαρμακείων και αποθηκευμένων δεδομένων υγείας, και να βοηθήσουν σημαντικά στον καθορισμό της βέλτιστης θεραπείας και την διαρκή διαχείρισή της (follow up), με την χρήση ποιοτικών δεικτών.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε συνδυασμό με τα “H.I.T.S.”, προσφέρει σημαντικές δυνατότητες για την μέτρηση και την βελτίωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης, μέσω της αποστολής ειδοποιήσεων, από το φαρμακείο στον εκδότη της συνταγής, σχετικά με το αν η συνταγή εκτελέστηκε ή όχι. Όταν η συγκεκριμένη πληροφορία είναι διαθέσιμη ηλεκτρονικά, ιατροί από διάφορες ειδικότητες μπορούν να ενημερώνονται για τα φαρμακευτικά σκευάσματα που έχουν συνταγογραφηθεί στον ασθενή και να ελέγχουν τη συμμόρφωσή του. Επιπλέον, έχουν τη δυνατότητα να πληροφορηθούν αν ο ασθενής είναι αλλεργικός σε κάποια δραστική ουσία ή αν μία θεραπεία έχει δώσει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με κάποια άλλη. Πέραν πάσης αμφιβολίας, οι τεχνολογικές αυτές εξελίξεις βοηθάνε σημαντικά στην ήπια μετάβαση και την ομαλή συνέχεια της θεραπείας των ασθενών, από τον ιατρό του νοσοκομείου, όπου π.χ. νοσηλεύτηκαν σε μία παρόξυνση της ασθένειάς τους, στον ιδιώτη ιατρό που παρακολουθεί τον συγκεκριμένο ασθενή από την αρχή εκδήλωσης της νόσου.

Η συλλογή ολοένα και περισσότερων στοιχείων μέσω των πληροφοριακών συστημάτων, αναφορικά με τις συνήθειες και τον τρόπο που σκέπτονται οι ασθενείς, θα βοηθήσει σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση της θεραπείας, από τους ιατρούς. Με την αύξηση του όγκου της πληροφορίας, οι ερευνητές στο άμεσο μέλλον θα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν μοντέλα πρόβλεψης της συμμόρφωσης και να αναγνωρίζουν, μέσω της αξιολόγησης συγκεκριμένων δεικτών, τους ασθενείς που παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκλίνουν σε βάθος χρόνου, από τα επιθυμητά, υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης. Οι ασθενείς αυτοί θα «στοχοποιούνται» και θα ακολουθούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις θεραπείας, με απώτερο σκοπό την αύξηση της συμμόρφωσής τους. Η δημιουργία ηλεκτρονικού ιστορικού, η ανάπτυξη εφαρμογών με υπενθυμίσεις και η μοντελοποίηση των ασθενών, φαίνεται να αποτελούν τρόπους, οι οποίοι στο άμεσο μέλλον, θα εφαρμόζονται συχνά και μαζικά, αποβλέποντας στον έλεγχο και τη διαρκή βελτίωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης.

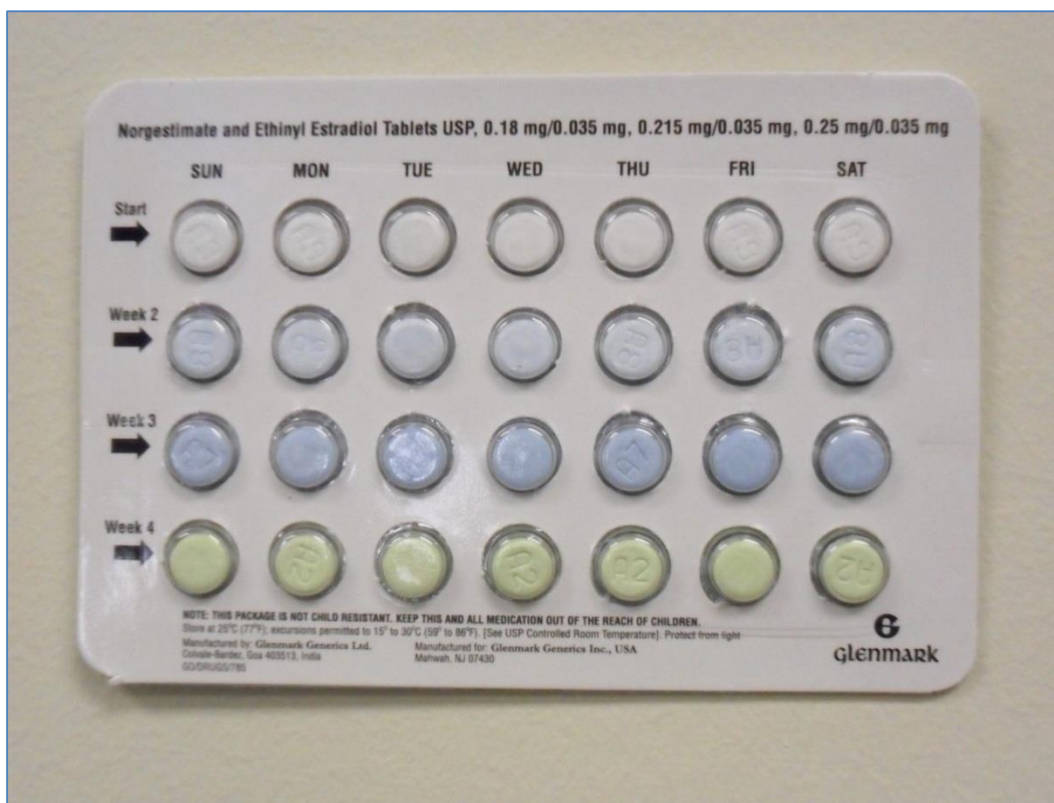
5.4 Φαρμακευτική συσκευασία

Με την χρήση καινοτόμων φαρμακευτικών συσκευασιών, μπορεί να επιτευχθεί αύξηση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης, με άμεση συνέπεια την αύξηση του θεραπευτικού οφέλους των θεραπειών, που λαμβάνουν από μόνοι τους οι ασθενείς (χάπια, σιρόπια, εισπνεόμενα). Για παράδειγμα, συσκευασίες που με κάποιον τρόπο ενσωματώνουν κάποιον ημερολογιακό μηχανισμό/έλεγχο, βοηθούν τον ασθενή να παραμείνει πιο προσηλωμένος στο δασολογικό σχήμα. Τα “calendar pill organizers” είναι πλαστικά διαφανή κουτιά που διαχωρίζονται κατάλληλα, ώστε να δημιουργούνται στην επιφάνειά τους μικροί χώροι όπου τοποθετούνται τα φάρμακα μιας συγκεκριμένης περιόδου, συνήθως τα χάπια μίας εβδομάδας (Εικόνα 5).



Εικόνα 5: Κουτάκια εβδομαδιαίας οργάνωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων (calendar pill organizers)

Αντίστοιχα, κάποια φάρμακα κυκλοφορούν σε ειδικές συσκευασίες-καρτέλες (calendar blister packaging) που βοηθούν τον ασθενή με τη χρονική σειρά των δόσεων, μέχρι το τέλος της θεραπείας του (Εικόνα 6).



Εικόνα 6: Ειδική συσκευασία φαρμακευτικού σκευάσματος που υποδεικνύει τη χρονική ακολουθία των δόσεων της θεραπείας (calendar blister packaging)

6. Πάροχοι υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτική συμμόρφωση

Τα αποτελέσματα μίας πρόσφατης μεγάλης μελέτης ανασκόπησης που έγινε για φάρμακα πρόληψης και θεραπείας καρδιαγγειακών παθήσεων και διαβήτη, έδειξαν πως οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της συμμόρφωσης, φαίνεται να αποδίδουν περισσότερο όταν σε αυτές δεν συμμετέχουν γιατροί, αλλά άλλοι επαγγελματίες υγείας⁶⁰. Αναλογιζόμενοι το υψηλό κόστος που αντιστοιχεί στον ιατρικό χρόνο σε σχέση με τον χρόνο κάποιου άλλου επαγγελματία υγείας, το συμπέρασμα αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον σχεδιασμό καινούριων παρεμβάσεων. Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται και η βιβλιογραφία γύρω από τις προσεγγίσεις ασθενών από ομάδες νοσηλευτών-ιατρών και φαρμακοποιών-ιατρών^{61, 62} με στόχο την αύξηση της συμμόρφωσης.

Στις αρχές της δεκαετίας του 80, κυρίως στον παιδιατρικό τομέα, αναγνωρίστηκε πως η μέχρι τότε ιατροκεντρική δομή του παγκόσμιου συστήματος υγείας, φαινόταν λανθασμένη καθώς δεν παρείχε την απαιτούμενη φροντίδα στα άρρωστα παιδιά με

χρόνιες παθήσεις. Η κοινή αυτή πεποίθηση τοποθέτησε το παιδί στο κέντρο του προβλήματος, με τις ειδικότητες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, λειτουργοί και θεραπευτές) γύρω του, παρέχοντας η καθεμία την δικιά της εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας. Αυτό το καινοτόμο μοντέλο για την εποχή, εξελίχθηκε στο ασθενοκεντρικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης (PCMH) που ακολουθείται στις περισσότερες χώρες του κόσμου και αναγνωρίζεται από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα⁶³.

Το μοντέλο αυτό κατέχει τα πρωτεία στην έκφραση της ιδέας μίας συνεχούς σχέσης και επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και των άμεσων προς αυτόν επαγγελματιών υγείας, δημιουργώντας έναν ανθρώπινο πυρήνα. Αυτός ο πυρήνας μπορεί να επεκταθεί περισσότερο και να συμπεριλάβει και άλλα μέλη που ενδεχομένως να είναι σημαντικά για τον εκάστοτε ασθενή όπως διαιτολόγους, γυμναστές και ψυχολόγους. Για να δουλέψει το συγκεκριμένο μοντέλο με αποτελεσματικό τρόπο πρέπει να μην υπάρχουν εμπόδια, τόσο κυριολεκτικά όσο και μεταφορικά. Πρέπει να υπάρχει άριστη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των μελών του πυρήνα, αφοσίωση στον κοινό τους σκοπό - τη βελτίωση της ζωής του ασθενούς - και διαθεσιμότητα όλων των απαραίτητων μέσων που θα συμβάλουν στην εύρυθμη λειτουργία του μοντέλου.

Όταν όλα τα παραπάνω υφίστανται, το μοντέλο PCMH μπορεί να συμβάλλει στην ποιοτική βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και την ανάπτυξη αισθήματος ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενή. Για να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση και στην θεραπευτική συμμόρφωση, το μοντέλο θα πρέπει να εξελιχθεί και να προσαρμοστεί στον εκάστοτε ασθενή, ακόμα περισσότερο.

6.1 Ο παράγοντας 'Ιατρός'

Οι ιατροί, έχοντας το κατάλληλο γνωστικό υπόβαθρο, μπορούν να ασκήσουν τη μεγαλύτερη δυνατή επιρροή, χωρίς να το αναγνωρίζουν πάντοτε, στους ασθενείς τους, και να προκαλέσουν βελτίωση στη συμμόρφωσή τους. Ο ρόλος τους ξεκινά από την περιγραφή του προβλήματος-νοσήματος στον ίδιο τον ασθενή. Εάν ο ασθενής κατανοήσει πλήρως την κατάσταση της υγείας του, τότε έχει εκπληρωθεί μία πρωταρχική προϋπόθεση για τη σωστή και συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος, σημαντικό μέρος του οποίου αποτελεί και η φαρμακευτική θεραπεία. Ωστόσο, πολλές φορές, κατά τη συζήτηση με τον ασθενή, οι ιατροί πραγματοποιούν επικοινωνιακά λάθη, που συνήθως προκύπτουν από το γεγονός, ότι ξεχνούν ότι απευθύνονται σε «κανονικούς» ανθρώπους και όχι σε συναδέλφους τους. Η ενημέρωση του ασθενούς με πολύ μεγάλο όγκο πληροφοριών, η χρήση εκτεταμένης επιστημονικής ορολογίας και η επιλογή ακατάλληλης χρονικής στιγμής για την επικοινωνία μαζί του, πολλές φορές φέρνουν τα αντίθετα αποτελέσματα. Η χρήση αποτελεσματικών τεχνικών επικοινωνίας

και η εξατομικευμένη προσέγγιση είναι παράμετροι, που μπορούν να συμβάλουν στην σωστή και ουσιώδη ενημέρωση του ασθενούς. Μετά-ανάλυση πολλών μελετών σε παγκόσμιο επίπεδο, έδειξε πως οι ασθενείς που έχουν κακή επικοινωνία με τον γιατρό τους έχουν 19% περισσότερες πιθανότητες να μη συμμορφωθούν στις υποδείξεις του, σε σύγκριση με αυτούς που έχουν καλή επικοινωνία με το γιατρό τους. Αυτό μεταφράζεται σε πάνω από 183 εκατομμύρια άσκοπες ιατρικές επισκέψεις, που λαμβάνουν χώρα λόγω της πλημμελούς επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς⁶⁴.

Ο ιδανικός διάλογος μεταξύ ιατρού και ασθενούς πρέπει να έχει την μορφή συνέντευξης και στόχο να αλλάξει την στάση του ασθενούς απέναντι στο νόσημά του. Στο πρώτο στάδιο, ο ασθενής περιγράφει το πώς βιώνει την κατάσταση του, ποιά θεωρεί πως είναι η επικινδυνότητα της νόσου του και σε τι βαθμό επηρεάζει την ζωή του. Ανάλογα με την περιγραφή του ασθενούς, ο ιατρός προσπαθεί να προσαρμοστεί, να συμπαρασταθεί, να τον προσεγγίσει κερδίζοντας την εμπιστοσύνη του, να επηρεάσει την άποψή του για το στάδιο εξέλιξης και τη σοβαρότητα του νοσήματος και τέλος να αλλάξει την συνολική του στάση ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του. Η διαδικασία είναι χρονοβόρα και απαιτητική, αλλά με την προοπτική επίτευξης ενός πολύ θετικού αποτελέσματος για τον ασθενή και το περιβάλλον του.

Σε επίπεδο συστήματος υγείας, ορισμένες από τις παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ασθενείς, και κυρίως αυτούς με χαμηλό αλφαριθμητικό υγείας, είναι ο σχεδιασμός και η διανομή, μέσω των ιατρών, ευκατανόητων ενημερωτικών φυλλαδίων για χρόνια νοσήματα, προγράμματα διαχείρισης χρόνια πασχόντων, βελτίωση των οδηγιών χορήγησης των φαρμάκων και η εκπαίδευση των ιατρών σε επικοινωνιακές τεχνικές.

Οι ιατροί οφείλουν να γνωρίζουν σε βάθος τους ασθενείς τους, να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν σημάδια που φανερώνουν έλλειψη συμμόρφωσης, να σκέφτονται τρόπους για να την αυξήσουν και να επεμβαίνουν σε κάθε ασθενή ξεχωριστά με εξατομικευμένες λύσεις. Ένας εύκολος και πρακτικός τρόπος για να διακρίνει ο γιατρός τη συμμόρφωση των ασθενών του, είναι ο έλεγχος της συχνότητας των ραντεβού στο ιατρείο του. Η ελάττωση της συχνότητας και η ακύρωση των επισκέψεων, όχι μόνο φανερώνουν χαμηλή συμμόρφωση, αλλά συνήθως αποτελούν και το πρώτο σημάδι κινδύνου για τη συνολική εγκατάλειψη της θεραπείας από τον άρρωστο (μηδενική συμμόρφωση). Άλλες απλές ενέργειες που βοηθούν στην αύξηση της συμμόρφωσης είναι οι υπενθυμίσεις μέσω τηλεφώνου, SMS και e-mail.

Όμως, στην καθημερινή κλινική πρακτική, ο μέσος ιατρός, λόγω της έντονης και αδιάκοπης εργασιακής του ενασχόλησης, δυσκολεύεται να αφιερώσει τον απαραίτητο χρόνο στον ασθενή του. Επομένως, όχι μόνο τα «πώς» και τα «γιατί» των ασθενών τους παραμένουν αναπάντητα, αλλά πολλές φορές οι γιατροί δεν ενδιαφέρονται για την

πορεία και εξέλιξη της θεραπείας, την εμφάνιση συμπτωμάτων και δεν ενημερώνουν για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφούν.

6.2 Ο παράγοντας ‘Φαρμακοποιός’

Ο ρόλος του φαρμακοποιού είναι καίριας σημασίας για τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Πολλές φορές, είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας στον οποίο απευθύνεται ο άρρωστος και αυτός που του εμπνέει τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη. Οι φαρμακοποιοί είναι πιο προσιτοί και ευκολότερα προσβάσιμοι - σε σύγκριση με τους γιατρούς - από τους ασθενείς, διαθέτουν εξαιρετικές επιστημονικές γνώσεις γύρω από τις φαρμακευτικές θεραπείες και την διαχείριση πλήθους νόσων, μπορούν να προσφέρουν ενημέρωση και πληροφορίες στους ασθενείς και έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν τη συμμόρφωσή τους. Οι παρεμβάσεις τους για τον έλεγχο της συμμόρφωσης ποικίλουν, από την παροχή ενημέρωσης σχετικά με τις θεραπείες - εστιάζοντας στα αναμενόμενα οφέλη της ορθής εφαρμογής τους - και την αναλυτική περιγραφή του τρόπου χορήγησης ειδικών φαρμάκων (π.χ. εισπνεόμενα), μέχρι την πραγματοποίηση υπενθυμίσεων για την εκτέλεση της μηνιαίας συνταγής, μέσω τηλεφωνικών κλήσεων.

6.3 Προτάσεις παρεμβάσεων

Οι μέθοδοι οι οποίες μπορούν να ακολουθηθούν με σκοπό την βελτίωση της συμμόρφωσης, χωρίζονται σε τέσσερεις γενικές κατηγορίες:

1. Επιμόρφωση των ασθενών.
2. Βελτιωμένα θεραπευτικά σχήματα.
3. Διευρυμένο ωράριο λειτουργίας των παρόχων υγείας (νοσοκομεία, ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα).
4. Βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών.

Για τους ασθενείς που λαμβάνουν πάνω από ένα φάρμακο τον μήνα, είναι σημαντικό η συνταγή που παίρνουν από τον ιατρό τους να περιλαμβάνει όλα τα σκευάσματα. Η ανάγκη αυτή γίνεται ακόμα πιο επιτακτική στις περιπτώσεις που κάποιος ασθενής παίρνει εξιτήριο μετά από νοσηλεία. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να «διαπραγματεύεται» την θεραπεία με τον ασθενή του και όχι να αποφασίζει από μόνος του. Εκτός από το κριτήριο του εύκολου και βολικού σχήματος, η ιδανική θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα του ασθενούς του, τις

πεποιθήσεις του και τις προτιμήσεις του, αναφορικά με το νόσημά του και την αντίστοιχη θεραπεία.

Τα περισσότερα προβλήματα συμμόρφωσης παρουσιάζονται στην αρχή της θεραπείας και προκαλούνται από τον ασθενή ο οποίος:

- Παρουσιάζει ελλιπείς γνώσεις γύρω από το νόσημα και την θεραπεία του.
- Δεν αποδέχεται την διάγνωση του ιατρού του ή/και την θεραπεία που του προτείνεται.
- Δεν έχει την ικανότητα να συμπεριλάβει την θεραπεία του στις καθημερινές του συνήθειες.
- Αμφιταλαντεύεται εσωτερικά, αν πρέπει ή όχι να λαμβάνει γενικά θεραπεία.

Οι πέντε πιο γνωστές στρατηγικές για να ξεπεραστούν τα παραπάνω προβλήματα είναι:

1. Αναγνώριση και περιγραφή του προβλήματος-νοσήματος με απλούς και συγκεκριμένους όρους.
2. Παρουσίαση των πιθανών λύσεων-θεραπειών.
3. Ανάπτυξη ενός πλάνου αντιμετώπισης του προβλήματος.
4. Εφαρμογή της λύσης.
5. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων⁶⁵.

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η οικονομική επιφάνεια των ασθενών μπορεί να επηρεάσει την συμμόρφωσή τους. Κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα παραμένουν πολύ ακριβά για ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα. Η συνταγογράφηση γεννοσήμων, με τιμές χαμηλότερες των πρωτοτύπων, θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος.

Λιγότερη έμφαση φαίνεται να έχει δοθεί στην αξιολόγηση των στρατηγικών που αποσκοπούν στην διατήρηση της συμμόρφωσης στα ίδια επίπεδα και όχι στην αύξησή της. Οι στρατηγικές που κινούνται προς αυτή την κατεύθυνση σχετίζονται κυρίως με συμπεριφορικές και εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, που πολλές φορές περιλαμβάνουν εκτός από τον ασθενή, άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι), φαίνεται να βελτιώνουν την συμμόρφωση. Αυτό συμβαίνει διότι, μέσω των συγκεκριμένων μεθόδων, οι χρόνιοι ασθενείς κάνουν επικοινωνιακά ανοίγματα στους κοντινούς τους ανθρώπους, με αποτέλεσμα να λαμβάνουν τόσο συναισθηματική (αγάπη, συμπαράσταση, εμπιστοσύνη) όσο και υλική (οικονομική, μεταφορές, βοήθεια σε καθημερινές δουλειές) υποστήριξη. Ο ασθενής τελικά, νιώθει πως οφείλει στους ανθρώπους που

εμπιστεύεται να είναι τουλάχιστον τυπικός με την διαχείριση της νόσου του, για να διατηρήσει μία καλή υγεία και να βρεθεί σε θέση να «ανταποδώσει» την στήριξη που του έχει δοθεί.

Ο συνδυασμός προφορικών και γραπτών οδηγιών μπορεί να βοηθήσει στην συμμόρφωση. Οι γραπτές οδηγίες σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς, πρέπει να αποτελούν ένα βασικό κομμάτι της επικοινωνίας με τον ιατρό σε κάθε επίσκεψη. Οι οδηγίες πρέπει να είναι να γραμμένες με απλό και κατανοητό τρόπο, ώστε να γίνονται εύκολα αντιληπτές και εφαρμόσιμες, ορθά και με συνέπεια, από τον ασθενή.

Ένας ακόμα τρόπος διασφάλισης της σωστής λήψης της θεραπείας, επιτυγχάνεται μέσω επαναλαμβανομένων επιδείξεων του τρόπου χορήγησης των φαρμάκων και της σωστής λειτουργίας των φαρμακευτικών συσκευών, από τον ιατρό. Αν και όλα τα φάρμακα συμπεριλαμβάνουν φύλλο οδηγιών, ο ασθενής σχεδόν ποτέ δε το μελετά, και όταν το κάνει βρίσκει τις περισσότερες φορές το περιεχόμενό του ακατανόητο. Η χρήση επεξηγηματικών και περισσότερο εκλαϊκευμένων εντύπων από τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά για φάρμακα με δύσκολους τρόπους λήψης και δοσολογικά σχήματα, θα αποτελούσε, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ένα καλό βοήθημα.

7. Η συμμόρφωση στην θεραπεία χρόνιων παθήσεων

7.1 Υπέρταση

Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος, όσον αφορά τη θεραπεία της υπέρτασης. Ωστόσο, ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης παραμένει περιορισμένος, με χαμηλά ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης στον πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου και σε άλλα μέρη του κόσμου⁶⁶. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση των περιστατικών στεφανιαίας νόσου, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, νεφρικής ανεπάρκειας, περιφερικής αγγειακής νόσου και καρδιακών προσβολών⁶⁷. Επομένως, ένας καλύτερος έλεγχος της νόσου θα βελτίωνε την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η κακή συμμόρφωση στην προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή, αποτελεί μία από τις αιτίες της αναντιστοιχίας των αποτελεσμάτων των κλινικών δοκιμών με τα αποτελέσματα στον πραγματικό κόσμο. Οι θεραπείες για την υπέρταση είναι εύκολα διαθέσιμες και η σημασία της βελτίωσης του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, μέσω αυτών, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο.

Η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητη για τη μείωση της πίεσης του αίματος, μειώνει τα προβλήματα που προκαλούν οι έντονες διακυμάνσεις της πίεσης και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων σε σχέση με το κόστος

τους. Σε αντίθεση με τα δεδομένα αυτά, οι έρευνες δείχνουν ότι τα επίπεδα συμμόρφωσης σε πληθυσμούς εξωτερικών ασθενών (που δεν έχουν κάνει εισαγωγή σε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης) δεν είναι υψηλά, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι της θεραπείας. Ως συμμορφωμένοι ασθενείς ορίζονται εκείνοι που έχουν αποδεχθεί τις συμβουλές του ιατρού τους, όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, και λαμβάνουν τα φάρμακά τους για το 80% της προβλεπόμενης χρονικής διάρκειας της αγωγής. Ορισμένοι ασθενείς δεν λαμβάνουν την φαρμακευτική αγωγή τους τακτικά, διακόπτοντας ακόμα και για 2,3 ή 4 συνεχόμενες ημέρες. Οι ασθενείς που παραιτούνται εντελώς από την θεραπεία τους είναι μη συμμορφωμένοι και υποχωρητικοί ταυτοχρόνως. Κατά την διάρκεια 1 έτους από την έναρξη της θεραπείας, ποσοστό 50% των ασθενών εμφανίζονται υποχωρητικοί, ενώ κατά την διάρκεια 5 ετών από την έναρξη της θεραπείας το 54-63% δεν συμμορφώνεται. Στην έκτη αναφορά της Εθνικής Επιτροπής Πρόληψης, Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Θεραπείας της Υπέρτασης (JNCVI), αναφέρεται πως το 68% του πληθυσμού της Αγγλίας γνωρίζει πως έχει υψηλή πίεση του αίματος (μεγαλύτερη από 140mmHg), αλλά μόνο το 7% εξ' αυτών ρυθμίζεται⁶⁸.

Ακόμα και αν οι ασθενείς λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή σε καθημερινή βάση, πιθανώς δεν τη λαμβάνουν τη σωστή χρονική στιγμή. Σε έρευνα, κατά την οποία έγινε χρήση ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής, της ημερομηνίας και του χρόνου που ανοίγεται η φαρμακευτική συσκευασία, το 25% των ασθενών δεν ελάμβανε τη φαρμακευτική αγωγή στον προβλεπόμενο χρόνο (ανά διαστήματα 6 ωρών). Το χρονοδιάγραμμα λήψης των φαρμάκων είναι σημαντικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της υπέρτασης και την επίτευξη του βέλτιστου οφέλους από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η μη συμμόρφωση των ασθενών οδηγεί σε μείωση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων και αυξάνει την πιθανότητα δυσμενών καταστάσεων, όπως την εισαγωγή τους σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης⁶⁹. Σε μία πρόσφατη, αναδρομική επανεξέταση χιλίων τυχαίως επιλεγμένων αρχείων ασθενών, που ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, δείχθηκε πως όταν αυξάνεται η συχνότητα λήψης της αγωγής, τότε μειώνονται σημαντικά οι επισκέψεις των ασθενών σε ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια. Σε πρόσφατη μελέτη που έγινε σε νοσοκομείο της Αθήνας, υπέρβαροι, υπερτασικοί ασθενείς που δεν ασκούσαν, παρουσίασαν μη-φυσιολογικές τιμές πίεσης παρόλο που ελάμβαναν αντί-υπερτασική αγωγή, έχοντας ενδεχομένως υποστεί βλάβη σε περισσότερα όργανα, πλέον του οργάνου-στόχου της αγωγής⁷⁰.

7.1.1 Πεποιθήσεις του ασθενούς και αντιμετώπιση της υπέρτασης

Παρά τις πολύχρονες ερευνητικές προσπάθειες, βασικά ερωτήματα παραμένουν άλυτα όπως, γιατί οι ασθενείς δεν λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή τους και τι μπορεί να γίνει για να αλλάξουν συμπεριφορά. Πρόσφατα, η έννοια της συμφωνίας ασθενούς-ιατρού έχει αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο ιατροί και ασθενείς αλληλεπιδρούν, υπογραμμίζοντας τη σημασία των αντιλήψεων των ασθενών. Στις μελέτες για την υπέρταση τα επίπεδα συμμόρφωσης ποικίλλουν αισθητά και εκτιμώνται από 20% έως 80%⁷¹. Οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν τα φάρμακά τους όπως προβλέπεται, μπορεί να πράττουν εσκεμμένα ή ακούσια. Πολλοί ασθενείς παρά το γεγονός ότι είναι μερικώς ή ελάχιστα συμμορφωμένοι, λαμβάνουν ορθολογικές αποφάσεις για τη φαρμακευτική τους αγωγή. Αυτό είναι ένα ζήτημα άξιο προβληματισμού, δεδομένου ότι οι ιατροί θεωρούν την ελλιπή συμμόρφωση ως συνέπεια αμέλειας και όχι ως συνειδητή απόφαση.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις των ασθενών όσον αφορά τη συμμόρφωση. Ως λόγοι συμμόρφωσης στην θεραπεία, θεωρούνται η πίστη στον ιατρό, ο φόβος των επιπλοκών και η επιθυμία ελέγχου της αρτηριακής πίεσης. Η μη συμμόρφωση έχει συσχετισθεί με την παρεξήγηση της κατάστασης, την λαθεμένη αντίληψη για τη βελτίωση της υγείας, τη γενική αποδοκιμασία των φαρμάκων και την ανησυχία για εμφάνιση παρενεργειών^{70, 72}. Πολλές είναι οι περιπτώσεις ασθενών που δε λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή τους, με σκοπό την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών⁷³. Για την πλειονότητα των ασθενών με υπέρταση, οι οποίοι δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, το γεγονός ότι αισθάνονται καλά μπορεί να ενθαρρύνει την κακή συμμόρφωση. Οι παρενέργειες μπορεί να είναι μη αποδεκτές σε μια κατάσταση που είναι ασυμπτωματική.

Αυτοί οι παράγοντες δεν επεξηγούν πλήρως τις αποφάσεις και τη συμπεριφορά των ασθενών. Για να γίνει αυτό, πρέπει να αναζητηθούν απαντήσεις σε μελέτες που καταπιάνονται με τις πεποιθήσεις των ασθενών για την υγεία και πως αυτές επηρεάζουν τη συμμόρφωση. Πολλές θεωρίες ψυχολογίας έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξετάσουν πως οι πεποιθήσεις που υπάρχουν για την υγεία, επηρεάζουν τη συμμόρφωση. Ένα από τα μοντέλα προτείνει, ότι οι ασθενείς αποτιμούν συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (π.χ. συμμόρφωση) βασιζόμενοι στην αντίληψή τους για τη σοβαρότητα μίας ασθένειας, την ευαισθητοποίησή τους σε αυτή, καθώς και τα οφέλη της στάσης τους⁷⁴. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς, περιγράφει την δράση ως δευτερεύουσα, σε σχέση με την πρόθεση. Με τη σειρά της, η πρόθεση προέρχεται από την διάθεση, τον έλεγχο της συμπεριφοράς και των απόψεις τρίτων (υποκειμενική νόρμα). Το μοντέλο της αυτορρύθμισης⁷⁵ αποδείχθηκε ως χρήσιμο πρότυπο, για την αξιολόγηση συγκεκριμένων πεποιθήσεων για την υγεία και πώς αυτές επηρεάζουν την

συμπεριφορά των ασθενών, ως προς την λήψη φαρμακευτική αγωγής⁷⁶⁻⁷⁹. Το μοντέλο προτείνει ότι οι συμπεριφορές, που σχετίζονται με την υγεία, επηρεάζονται έντονα από τις ιδέες που υπάρχουν γύρω από ορισμένα θέματα (απεικονίσεις της ασθένειας). Τα θέματα αυτά είναι η ταυτότητα, η χρονιότητα, τα αίτια, οι συνέπειες και ο έλεγχος της θεραπείας. Η συμμόρφωση θεωρείται ως ειδικό πρόβλημα για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι ασθενείς κρίνουν το κατά πόσον η προτεινόμενη θεραπεία είναι σύμφωνη με τις δικές τους πεποιθήσεις, προκειμένου να αποφασίσουν αν θα συμμορφωθούν με αυτή ή όχι. Σε δεύτερο επίπεδο, οι ασθενείς αξιολογούν τα αποτελέσματα της θεραπείας τους και πιθανόν διακόπτουν την θεραπευτική αγωγή, εάν θεωρήσουν ότι είναι ανεπιτυχής.

Με βάση μελέτη των Ross και συνεργατών, το 2004, οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση πιστεύουν ότι τα φάρμακα, τους είναι αναγκαία παρά τις ανησυχίες σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή⁸⁰. Οι ασθενείς θεωρούν ως αίτια της υπέρτασης, ψυχολογικούς παράγοντες ή παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο, όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτορρύθμισης, τα υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης συνδέονται με μια σειρά πεποιθήσεων σχετικά με την υγεία, όπως η αναγκαιότητα λήψης φαρμάκων, ο προσωπικός έλεγχος επί της ασθένειας και οι συναισθηματικές αποκρίσεις. Προτείνεται επίσης, ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία διαμεσολαβούν της σχέσης μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών (π.χ. ηλικία, φύλο) και συμμόρφωσης. Αυτό πιθανόν να εξηγεί και τις διαφορές που παρατηρούνται σε μελέτες για τη συμμόρφωση όταν πληθυσμοί που διαφέρουν, στην ηλικία, το φύλο και άλλες δημογραφικές μεταβλητές, εκφράζουν διαφορετικές πεποιθήσεις για την υγεία. Στην συγκεκριμένη μελέτη, οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι γυναίκες, λόγω κάποιων πεποιθήσεων τους για την υγεία, βρέθηκαν περισσότερο συμμορφωμένοι.

7.1.2 Η επιρροή δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στην θεραπεία της υπέρτασης

Παλαιότερα, οι περισσότεροι ερευνητές και κλινικοί ιατροί, προσπαθούσαν να στοιχειοθετήσουν μοντέλα πρόβλεψης της συμμόρφωσης των ασθενών, βασιζόμενοι σε δημογραφικά στοιχεία, κλινικές μεταβλητές, το ιστορικό των ασθενών καθώς και σε χαρακτηριστικά των χορηγούμενων φαρμάκων, όπως η δοσολογία και οι παρενέργειες που προκαλούν. Τα δημογραφικά στοιχεία δεν αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες για τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης, καθώς τα αποτελέσματα ερευνών θέλουν τον παράγοντα συμμόρφωση ανεξάρτητο από συγκεκριμένες δημογραφικές ομάδες.

Τα τελευταία χρόνια, ερευνητές και κλινικοί ιατροί έχουν εμπιστευτεί νεότερα φαρμακευτικά σκευάσματα ή συνδυασμούς αυτών, λόγω των μειωμένων παρενεργειών που προκαλούν. Το παραπάνω συμπέρασμα βασίστηκε σε μελέτες που

έδειξαν πως το πλήθος των παρενεργειών και η δοσολογία της αγωγής, σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση ασθενών. Συγκεκριμένα, το 69% των ασθενών που υφίστανται παρενέργειες αποδείχθηκαν υποχωρητικοί. Μία αναδρομική μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες για τη διάγνωση και τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, έδειξε πως τα ποσοστά επανάληψης της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνονται, όταν μειώνεται η χρονική διάρκεια της θεραπείας και όταν το αντί-υπερτασικό φάρμακο είναι ανταγωνιστής ασβεστίου ή αναστολέας της αγγειοτενσίνης. Οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί συμπεραίνουν πως αν ρυθμίσουν την φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε οι ασθενείς τους να επιφορτίζονται με ελάχιστο οικονομικό κόστος και παρενέργειες, τότε το δοσολογικό σχήμα δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και η συμμόρφωση αυξάνεται⁸⁰.

7.1.3 Ιατρικοί φραγμοί στην αποτελεσματική διαχείριση της υπέρτασης

Τα τελευταία χρόνια, έχει αποδειχθεί ότι οι κλινικοί ιατροί είναι ελαστικοί και οι πρακτικές τους δεν είναι αρκετά επιθετικές για την αποτελεσματική διαχείριση της υπέρτασης^{81, 82}. Παρά την αποδεδειγμένη θετική συσχέτιση μεταξύ συστολικής αρτηριακής πίεσης και καρδιαγγειακών νόσων, η επιστημονική κοινότητα μαστίζεται από μία αβεβαιότητα, για την σημασία της συστολικής αρτηριακής πίεσης^{83, 84}. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει ένα πλήθος φραγμών που εμποδίζουν την αποτελεσματική διαχείριση της ανεξέλεγκτης υπέρτασης, μεταξύ των οποίων ο περιορισμένος ιατρικός χρόνος, κακά πρότυπα ιατρικών πρακτικών, δυσμενείς παρενέργειες φαρμάκων και πολυπλοκότητα της συνταγογράφησης και της παρακολούθησης των υφιστάμενων θεραπευτικών σχημάτων⁸⁵. Βάση των ευρημάτων της μελέτης των Oliveria και συνεργατών, το 2002, φάνηκε πως ένας από τους σημαντικούς λόγος για τη χαλαρή αντιμετώπιση της υπέρτασης από τους γιατρούς, είναι η αποδοχή σχετικά αυξημένων τιμών συστολικής αρτηριακής πίεσης, από τους ασθενείς τους. Φαίνεται ότι οι γιατροί είναι εξοικειωμένοι με τις κατευθυντήριες γραμμές για την θεραπεία της υπέρτασης, αλλά δεν τις εφαρμόζουν στην καθημερινή πράξη.

7.2 Αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού

Σε άρθρο ανασκόπησης που εστιάζει στη συμμόρφωση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι, είτε υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, είτε έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, αναφέρεται πως το συνολικό κόστος που δαπανάται για τη θεραπεία επιπλοκών, που απορρέουν από την κακή συμμόρφωση των ασθενών, υπερβαίνει τα 950 εκατομμύρια δολάρια⁸⁶.

Η αιμοκάθαρση είναι μια σωτήρια διαδικασία, αλλά στην καλύτερη περίπτωση υποκαθιστά μόνο το 10% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Αυτό έχει ως

συνέπεια την εμφάνιση πολλών προβλημάτων υγείας, στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, όπως η κατακράτηση υγρών, άλατος, φωσφορικών, ο δευτερογενής υπερθυρεοειδισμός, η υπέρταση, η χρόνια αναιμία, η υπερλιπιδαιμία και οι καρδιακές παθήσεις. Περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι διαβητικοί, κατάσταση που οδηγεί σε πρόσθετες επιπλοκές, όπως είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Για την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων αυτών, οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται περιορισμένη λήψη υγρών, πολλαπλούς διατροφικούς περιορισμούς, βιταμίνη D, αντί-υπερτασικά φάρμακα, υπογλυκαιμικούς παράγοντες, ερυθροποιητίνη, συμπληρώματα σιδήρου και μια ποικιλία από άλλα φάρμακα. Ο μέσος ασθενής που κάνει αιμοκάθαρση, λαμβάνει 6 με 10 φάρμακα ημερησίως. Η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση είναι χρονοβόρες διαδικασίες, είτε πραγματοποιούνται σε κάποιο ιατρικό κέντρο, είτε στο σπίτι. Τα σύνθετα θεραπευτικά σχήματα που απαιτούνται για τη συγκεκριμένη πάθηση επιβαρύνουν τον ασθενή και δημιουργούν μεγάλη εξάρτηση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

7.2.1 Η συμμόρφωση στη χρόνια αιμοκάθαρση

Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης, είναι συνηθισμένο φαινόμενο στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση. Ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται, το 86% των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί συμμορφωμένο με μία ή περισσότερες πτυχές της θεραπείας του, αλλά στην πραγματικότητα ο μέσος όρος είναι κοντά στο 50%. Οι ασθενείς, πολλές φορές, δεν συμμορφώνονται με κάποιες πτυχές της θεραπείας τους, η οποία περιλαμβάνει, εκτός την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, τήρηση αυστηρών διατροφικών κανόνων και περιορισμούς ως προς την λήψη υγρών.

Οι παράγοντες που συνδέονται με την κακή συμμόρφωση των ασθενών που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση, είναι παρόμοιοι με εκείνους άλλων χρόνιων παθήσεων. Αν και υπάρχει αρκετά καλή συσχέτιση μεταξύ των βιολογικών μέτρων συμμόρφωσης (κάλιο ορού, φώσφορο ορού και βάρος), δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των βιολογικών και των κλινικών μέτρων της συμμόρφωσης. Κατά την αξιολόγηση πληθυσμών ασθενών, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών επιπέδων συμμόρφωσης κατά τη φαρμακευτική αγωγή, πριν και μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Σε ενήλικες ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, παρατηρήθηκε ότι οι δημογραφικοί παράγοντες της ηλικίας, της φυλής, του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και του μορφωτικού επιπέδου, μπορούν να επηρεάσουν τη συμμόρφωση μέσω των διαιτητικών συνηθειών, τη φαρμακευτική αγωγή και την λήψη υγρών. Σε μια μελέτη για τη φαρμακευτική συμμόρφωση 135 ασθενών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, παρατηρήθηκε πως

μόνο η φυλή ή η εθνικότητα, συνδέονται με την λήψη αντί-υπερτασικών φαρμάκων και προσδετών φωσφορικών, με ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης για τους έγχρωμους. Σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση, η συμμόρφωση δεν επηρεάστηκε από την ηλικία, τη φυλή ή το φύλο. Μερικοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει την χρήση του δημογραφικού προφίλ (π.χ. ηλικία, φυλή, και κοινωνικοοικονομική κατάσταση), για να προσδιορίσουν υποομάδες ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι οποίοι ενδέχεται να είναι μη συμμορφωμένοι, με μία ή περισσότερες πτυχές της θεραπείας. Σε μεγάλη μελέτη, με 1230 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε διάφορα κέντρα, μόνο 2 δημογραφικοί παράγοντες - η νεαρή ηλικία και η κατάσταση χηρείας - συσχετίστηκαν με κακή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Λίγες μελέτες συμμόρφωσης έχουν διεξαχθεί σε παιδιά που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Σε μελέτη που έγινε σε παιδιά και εφήβους, η χαμηλή συμμόρφωση με την διαδικασία της αιμοκάθαρσης (που αξιολογήθηκε από αυτό-αναφορές, την αύξηση βάρους, την αρτηριακή πίεση, τη συγκέντρωση καλίου και τα επίπεδα της ουρίας στον ορό του αίματος), συσχετίστηκε με την κακή προσαρμογή στην αιμοκάθαρση, το άγχος, την κατάθλιψη, την εφηβεία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την κακή οικογενειακή κατάσταση.

7.2.2 Η συμμόρφωση σε ασθενείς με νεφρικό μόσχευμα

Αν και η επιβίωση των ασθενών, με νεφρικά μοσχεύματα, δεν εξαρτάται πλέον από την αιμοκάθαρση, εξακολουθούν να υφίστανται πλήθος ιατρικών προβλημάτων η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί μεγάλο αριθμό φαρμάκων. Λόγω της σημαντικότητας των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, στην πρόληψη της οξείας απόρριψης του μοσχεύματος, οι περισσότερες μελέτες, για τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, έχουν ασχοληθεί με αυτή την κατηγορία φαρμάκων. Η κακή συμμόρφωση στα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, κυμαίνεται σε ποσοστά από 2% έως 26%. Η μη συμμόρφωση είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία καθυστερημένης (χρονικό διάστημα > 2 ετών μετά την επέμβαση) απόρριψης του μοσχεύματος και αντιστοιχεί σε ποσοστά μεγαλύτερα του 25% επί του συνόλου των απωλειών.

Στις μεταμοσχεύσεις, έχουν καθοριστεί αυστηρά κριτήρια για τον ορισμό της μη συμμόρφωσης. Η αξία των παραπάνω κριτηρίων επιβεβαιώνεται από μελέτες, που δείχνουν αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της οξείας απόρριψης, ακόμη και μετά από μικρές ατασθαλίες κατά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ως εκ τούτου, οι μη συμμορφωμένοι ασθενείς, είναι πιο πιθανό να χάσουν το μόσχευμά τους ή να πεθάνουν. Πολύ λιγότερες πληροφορίες υπάρχουν, σχετικά με τη συμμόρφωση παιδιών και εφήβων, μετά από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Η παρατεταμένη κακή συμμόρφωση παραμένει σημαντικό πρόβλημα, με δυνητικά σοβαρές συνέπειες. Όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα από την μεταμόσχευση νεφρού, τόσο αυξάνονται και οι

επιπτώσεις της κακής συμμόρφωσης. Η καθυστερημένη οξεία απόρριψη του μοσχεύματος, παρατηρείται πολύ συχνότερα σε μη συμμορφωμένους ασθενείς ενώ η κακή συμμόρφωση των ασθενών με νεφρικό μόσχευμα, αυξάνεται και ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Τα υψηλότερα ποσοστά μη συμμόρφωσης εμφανίζονται στις γυναίκες με νεφρικό μόσχευμα. Ορατές είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες κάποιων φαρμάκων (κορτικοστεροειδή, κυκλοσπορίνη), όπως το οίδημα προσώπου και η τριχοφυΐα, που αποτελούν σημαντικά αισθητικά προβλήματα για τις γυναίκες ασθενείς, ιδιαίτερα τις έφηβες. Μελέτες για την επίδραση της ηλικίας σε ασθενείς με νεφρικό μόσχευμα, κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο συμμορφωμένοι σε σχέση με τους νεότερους, με τα ποσοστά συμμόρφωσης να είναι ιδιαίτερα χαμηλά στους έφηβους. Σε μία άλλη αναφορά υποδηλώνεται πως το κοινωνικό δίκτυο έχει άμεση επίδραση στην φαρμακευτική συμμόρφωση των ασθενών με νεφρικό μόσχευμα, με χαμηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης να παρατηρούνται σε άγαμους έναντι έγγαμων ατόμων. Ορισμένες μελέτες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης για τους εξειδικευμένους επαγγελματίες έναντι των ανειδίκευτων εργαζομένων ενώ άλλες δεν εμφανίζουν διαφορές με βάση το μορφωτικό επίπεδο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Το χαμηλό εισόδημα συνδέεται με τη μειωμένη επιβίωση νεφρικού μοσχεύματος ενώ σε άλλες έρευνες, τα ποσοστά συμμόρφωσης είναι χαμηλότερα για έγχρωμους ή ισπανόφωνους, αλλά συσχετίζονται περισσότερο με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση από ό,τι με την φυλή.

Μελέτη, που διεξήχθη σε ασθενείς οι οποίοι προμηθεύονταν δωρεάν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, έδειξε πως αν και το ποσοστό μη συμμόρφωσης ήταν μόνο 5%, στους 5 πρώτους μήνες μετά την επέμβαση, αυξήθηκε στο 52%, μετά το δωδέκατο μήνα από την επέμβαση. Αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει την γενική διαπίστωση πληθώρας μελετών, ότι η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή μειώνεται, όσο αυξάνεται η διάρκεια της θεραπείας. Προτείνει επίσης ότι η πρόσβαση στα φάρμακα δεν είναι καθοριστικός παράγοντας συμμόρφωσης, καθώς η προσβασιμότητα σε κλινική ή νοσοκομείο δε φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση. Η κατάθλιψη και η αδυναμία αντίληψης του θεραπευτικού οφέλους οδηγούν στην αποφυγή της αντιμετώπισης του προβλήματος, και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη μη συμμόρφωση ασθενών με νεφρικό μόσχευμα. Η στάση των ασθενών και οι πεποιθήσεις τους συσχετίζονται με την κακή συμμόρφωση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη των χαμηλών επιπέδων συμμόρφωσης. Ο προσδιορισμός ασθενών, που είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν, μαζί με την προσεκτική ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και την εφαρμογή μεθόδων για τη βελτίωση της συμμόρφωσης, θα πρέπει να αποτελέσουν τους βασικούς στόχους, κάθε προγράμματος μεταμόσχευσης οργάνων.

7.3 Άσθμα - Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Η αναπνευστική οδός χρησιμοποιείται ευρέως για τη θεραπεία των αποφρακτικών παθήσεων των πνευμόνων. Η χρήση εισπνεόμενων αερολυμάτων επιτυγχάνει άμεση στόχευση των πνευμόνων, υψηλές συγκεντρώσεις φαρμάκου στον αεραγωγό και μείωση των συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών μέσω της ελαχιστοποίησης της ποσότητας του φαρμάκου στη συστηματική κυκλοφορία. Επομένως, η θεραπεία με εισπνεόμενα φάρμακα μεγιστοποιεί την θεραπευτική δράση στις χρόνιες παθήσεις των αεραγωγών, με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Το εθνικό ινστιτούτο καρδιάς, πνευμόνων και αίματος (NHLBI), ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ), η παγκόσμια πρωτοβουλία για την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (GOLD) και η παγκόσμια πρωτοβουλία για το άσθμα (GINA), συνιστούν τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα ως κύριο ρυθμιστικό παράγοντα της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και του άσθματος, στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με εισπνοές.

Η λήψη εισπνεόμενων αερολυμάτων για τη θεραπεία των πνευμονικών παθήσεων έχει πλεονεκτήματα, έναντι σκευασμάτων που λαμβάνονται διά στόματος ή παρεντερικά. Ωστόσο, υπάρχουν και μειονεκτήματα όπως σημαντικές πιθανότητες για κακή τεχνική κατά τη λήψη του αερολύματος, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υποδοσολογία και μειωμένη αποτελεσματικότητα⁸⁷. Η ακατάλληλη εφαρμογή της τεχνικής των εισπνοών αποτελεί κοινή πρακτική μεταξύ των ασθενών, τη στιγμή που μαζί με την φαρμακευτική αγωγή, την εκπαίδευση των ασθενών και τα κίνητρα, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο των συγκεκριμένων παθήσεων⁸⁸⁻⁸⁹. Στην μελέτη των Sen και των συνεργατών τους αξιολογήθηκαν οι επιπτώσεις που έχουν οι παράμετροι, γύρω από την εφαρμοζόμενη τεχνική εισπνοών, στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Μία σημαντική παράμετρος για την επιλογή της κατάλληλης τεχνικής είναι η διάρκεια της θεραπείας, αφού διαπιστώθηκε ότι η μέση διάρκεια της θεραπείας ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν σωστά τις συσκευές εισπνοών, από ότι σε αυτούς που τις χρησιμοποιούσαν λάθος. Ακόμα, η εκπαίδευση των ασθενών πάνω στη χρήση της συσκευής εισπνοών βρέθηκε να συσχετίζεται με την εφαρμογή της σωστής τεχνικής, σε αντίθεση με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών που δεν φάνηκε να επηρεάζει τον τρόπο χρήσης της συσκευής εισπνοών. Μία εντυπωσιακή παρατήρηση που έκαναν Τούρκοι επιστήμονες είναι πως οι ασθενείς που εφάρμοσαν κατάλληλη τεχνική εισπνοών, είχαν λάβει επαρκή αρχική εκπαίδευση για τη χρήση της συσκευής, ενώ το 90% των ασθενών που έκαναν κακή χρήση των συσκευών εισπνοής δεν είχαν εκπαιδευτεί για την ορθή χρήση τους⁹⁰.

7.4 Υπερλιπιδαιμία

Η υπερλιπιδαιμία είναι μία ασυμπτωματική νόσος, γεγονός που προκαλεί αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αποτυγχάνουν να συμμορφωθούν με την συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή. Η μακροχρόνια φαρμακοθεραπεία απαιτείται σε ασθενείς οι οποίοι δεν επωφελούνται επαρκώς από τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η δίαιτα ή η αυξημένη σωματική άσκηση⁹¹. Υπολογίζεται πως το 7% του ενήλικου πληθυσμού των Η.Π.Α., είναι υποψήφιο για αντί-υπερλιπιδαιμική φαρμακοθεραπεία⁹². Η πτώση των τιμών της ολικής χοληστερόλης και των χαμηλής-πυκνότητας λιποπρωτεϊνών, επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου⁹³. Η κακή συμμόρφωση στην αντί-υπερλιπιδαιμική αγωγή αποτελεί πιθανό παράγοντα πρόβλεψης για την αποτυχία της θεραπείας⁹⁴.

Η μελέτη των Sung και συνεργατών εστίασε στον βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακοθεραπεία, κατά την διάρκεια λήψης των αντί-υπερλιπιδαιμικών σκευασμάτων. Στην μελέτη αυτή ταυτοποιήθηκαν διάφορα χαρακτηριστικά, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη στόχευση ασθενών, με τάσεις μη-συμμόρφωσης στην θεραπεία. Ο ισχυρότερος παράγοντας πρόβλεψης της συμμόρφωσης, αποδείχθηκε να είναι τα αυτό-αναφερόμενα επίπεδα συμμόρφωσης⁹⁵. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλης ιατρικής μελέτης, που έδειξε την κακή συμμόρφωση κατά την έναρξη της θεραπείας, ως τον ισχυρότερο παράγοντα πρόβλεψης της χαμηλής συμμόρφωσης στις ιατρικές συμβουλές, δύο χρόνια αργότερα⁹⁶. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον η συμμόρφωση αποτελεί έμφυτο χαρακτηριστικό του ασθενούς ή η εμπειρία από προηγούμενες θεραπείες μπορεί να δημιουργήσει συνήθειες, που συνάδουν με υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην αντί-υπερλιπιδαιμική θεραπεία. Αντίθετα από το αναμενόμενο, οι ασθενείς που ανέφεραν λιγότερους σωματικούς πόνους, ήταν πιο πιθανό να συμμορφωθούν στη φαρμακοθεραπεία. Η συσχέτιση του σωματικού πόνου με τα επίπεδα συμμόρφωσης, είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και θα μπορούσε, δυνητικά, να σχετιστεί με τις δυσμενείς παρενέργειες των φαρμάκων. Οι παράγοντες που είχαν αντίστροφη σχέση με τη συμμόρφωση ήταν το γυναικείο φύλο, η χρονιότητα της ασθένειας και η πολυπλοκότητα του θεραπευτικού σχήματος. Στον πληθυσμό της συγκεκριμένης μελέτης, οι γυναίκες ασθενείς θεωρείται πιθανότερο να διακόψουν την θεραπεία λόγω της υψηλής πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών παρενεργειών.

Είναι ξεκάθαρο, πως όσο πιο άρρωστος είναι ένας ασθενής (φαρμακοθεραπείες για πολλαπλές παθήσεις) τόσο μικρότερη ικανότητα παρουσιάζει για τη διαχείριση πολύπλοκων θεραπευτικών σχημάτων. Η υπερλιπιδαιμία, κάποιες φορές, αποτελεί ασυμπτωματική κατάσταση και παραβλέπεται από τους ασθενείς, όταν συνυπάρχει με συμπτωματικές παθήσεις, όπως το άσθμα ή ο διαβήτης. Επιπλέον, η πολυπλοκότητα

του θεραπευτικού σχήματος έχει ισχυρή συσχέτιση με την κακή συμμόρφωση, εύρημα που είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες και ενισχύει την ανάγκη απλοποίησης του θεραπευτικού σχήματος. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με ιστορικό καλής συμμόρφωσης σε προηγούμενες θεραπείες που αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην τρέχουσα φαρμακοθεραπεία.

7.5 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Όπως περιγράφεται στην ανασκόπηση Μαντζώρου και Μαστρογιάννη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ένα συντριπτικό γεγονός για τον ασθενή, το σύντροφό του, και τους συγγενείς⁹⁷. Οι προσπάθειες αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, περιλαμβάνουν παρεμβάσεις στην υφιστάμενη ψυχολογική και σωματική κρίση που, την πρόληψη των αρνητικών επιδράσεων της κατάκλισης, την παροχή βασικών γνώσεων της κατάστασης και την προετοιμασία για τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η εκπαιδευτική διαδικασία, όταν είναι κατανοητή, αποτελεί καταλύτη για την ανάνηψη του ασθενούς, εφόσον η συναισθηματική του κατάσταση επιτρέπει τη λήψη και αξιοποίηση των παρεχόμενων πληροφοριών. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιμετωπίζει το άτομο ως μια ολότητα, καθώς η μαθησιακή ικανότητα και ετοιμότητα επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, την κουλτούρα, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και τις εμπειρίες της ζωής. Όταν ο ασθενής επανέρχεται και αντιλαμβάνεται τη νέα κατάσταση, ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να παράσχει πληροφορίες, να απαντάει σε ερωτήσεις του και να διεγείρει το ενδιαφέρον του, ώστε να τον προετοιμάσει για το δεύτερο στάδιο φροντίδας, στο σπίτι. Μετά το εξιτήριο, ενισχύονται οι θετικές συμπεριφορές, ο ασθενής μαθαίνει τη χρήση των φαρμάκων και αναπτύσσει ικανότητες για τη λύση προβλημάτων, σχετικών με τη φροντίδα της υγείας του.

7.5.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Η συμπεριφορά των ατόμων, με έμφραγμα του μυοκαρδίου, αποτελεί συνήθως τον κοινό στόχο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Με βάση το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, η πρόσβαση στις ακριβείς πληροφορίες θεωρείται ενδεδειγμένος τρόπος για την αλλαγή νοοτροπίας και συνηθειών. Παρόλα αυτά, μέχρι οι ασθενείς να δουν χειροπιαστά αποτελέσματα στον εαυτό τους, δεν υιοθετούν νέες πεποιθήσεις. Επομένως, η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος, σχετικού με την αλλαγή συμπεριφοράς, δεν θα πρέπει να εκτιμάται αμέσως μετά την πραγματοποίησή του. Όμως, η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρέπει να

μετράται όχι μόνο με γνωστικά κριτήρια, όπως ο βαθμός κατανόησης των σχετικών πληροφοριών αλλά και με συμπεριφορικά κριτήρια, όπως η συμμόρφωση προς το θεραπευτικό σχήμα. Σκοπός κάθε ρεαλιστικού εκπαιδευτικού προγράμματος για νοσηλευόμενους, θα πρέπει να είναι η ενθάρρυνση ασθενών και συγγενών, με απλό, φιλικό, μη επικριτικό τρόπο, για την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία τους. Γενικά, τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται, δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή μετάδοση γνώσης και δεξιοτήτων, αλλά να επιδιώκουν τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της μάθησης, ώστε να κατανοούν την κατάστασή τους, να αλλάζουν τον τρόπο ζωής του και συνειδητά, να συμμορφώνεται στις ιατρικές οδηγίες.

Έχει βρεθεί ότι οι συμπεριφορές συμμόρφωσης μειώνονται έπειτα από την ανάνηψη από το αρχικό έμφραγμα. Η μείωση ποικίλλει ανάλογα με τις οδηγίες του θεραπευτικού σχήματος και την υποστήριξη των συντρόφων, καθώς και την προσωπική αξία της συμμόρφωσης στην ιατρική οδηγία. Ερευνητές προσπάθησαν να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το σπίτι, η εργασία, η αναψυχή και οι κοινωνικές δραστηριότητες, με τις προθέσεις των ασθενών να συμμορφωθούν στις οδηγίες του γιατρού, καθώς και την πραγματική συμμόρφωση 6 έως 9 μήνες, μετά το έμφραγμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και οι ασθενείς είχαν σοβαρές προθέσεις να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες, υπήρξε σημαντική μείωση της συμμόρφωσης, ειδικά στο χώρο εργασίας⁹⁸. Αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιεύσεων, όπου οι ασθενείς θεώρησαν την εργασία τους ως επιβλαβή για την υγεία τους. Σε άλλη ερευνητική μελέτη, έγινε προσπάθεια να βρεθεί ο συνδυασμός κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων, νοημοσύνης, ικανότητας επίλυσης προβλημάτων και γνώσεων του ασθενούς, που αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για τη συμμόρφωση του ασθενούς. Η μελέτη έδειξε ότι το κίνητρο είναι ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας, επισημαίνοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα πάνω στις δομές και τις τεχνικές εκείνες που θα βελτιώσουν τα κίνητρα των ασθενών για συμμόρφωση⁹⁹. Η συμμόρφωση βρέθηκε να συσχετίζεται πολύ με τις πεποιθήσεις των ασθενών και του περίγυρού τους, γεγονός που υποδεικνύει τη σημαντική επίδραση που έχουν οι σύντροφοι των ασθενών στη συμμόρφωση. Έτσι, καθίσταται αναγκαία η ενσωμάτωση του συντρόφου στην διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς.

7.6 Ψυχωτικές ασθένειες

Τα οφέλη της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής για την θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι ευρέως αποδεκτά. Η αποτυχία λήψης της αγωγής έχει συσχετισθεί με υποτροπές, που μπορεί να προκαλέσουν σημαντική αναστάτωση στους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Σε αρκετές από αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς επανεισάγονται

για νοσηλεία. Παρόλα αυτά, αρκετοί από τους πάσχοντες δεν καταφέρνουν να είναι συνεπείς με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής τους. Στην πραγματικότητα, όπως αναφέρουν διάφοροι ερευνητές, ένα ποσοστό της τάξης του 75% των σχιζοφρενών θα σταματήσουν την λήψη της αγωγής τους, μέσα σε δύο χρόνια από την τελευταία νοσηλεία τους. Πολλοί από αυτούς επιπλέον, θα έχουν επανειλημμένες υποτροπές μέχρι να αποφασίσουν να μείνουν συμμορφωμένοι στην αγωγή τους. Όπως είναι φανερό, πολλοί ασθενείς αντιλαμβάνονται τη συστηματική λήψη της αγωγής τους, ως ένα τεράστιο βάρος.

7.6.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση ασθενών με ψυχωτικές ασθένειες

Σε αρκετές περιπτώσεις, οι ασθενείς απορρίπτουν τη φαρμακευτική τους αγωγή στις αρχές της θεραπευτικής διαδικασίας, γιατί δεν αισθάνονται κάποια άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματά τους. Η καθυστερημένη επίδραση της αγωγής μπορεί να δυσκολέψει πολύ τους ασθενείς να συνειδητοποιήσουν πως τα φάρμακα μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Πολύ συχνά, αυτοί που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μόλις αρχίσουν να αισθάνονται καλύτερα, αποφασίζουν από μόνοι τους ότι δε χρειάζονται πλέον τα φάρμακά τους. Γι αυτό, είναι πολύ σημαντική η πληροφόρηση για τους κίνδυνους υποτροπής που ελλοχεύουν με τη διακοπή της θεραπείας αλλά και τη χρονική καθυστέρηση εμφάνισης της υποτροπής αυτής. Η χρονική καθυστέρηση μεταξύ διακοπής της θεραπείας και επανεμφάνισης ή επιδείνωσης των συμπτωμάτων καθιστά δύσκολη τη συνειδητοποίηση από τον ασθενή για τη σχέση μεταξύ θεραπείας και πρόληψης μιας πιθανής υποτροπής. Πολλοί πάσχοντες από σχιζοφρένεια διακόπτουν την αγωγή τους επειδή εμφανίζουν δυσκολία στην ανάληψη ευθυνών σχετικά με την θεραπεία τους. Επιπρόσθετα, η αμέλεια, η έλλειψη ικανοποίησης, η απογοήτευση, η μοιρολατρία για την έκβαση της νόσου, η άρνηση του προβλήματος και η ύπαρξη παρενεργειών από την λήψη φαρμάκων είναι στοιχεία που δρουν ανασταλτικά για τη συμμόρφωση των ασθενών. Οι περισσότεροι ασθενείς πρέπει να μάθουν ότι το να παίρνουν τα φάρμακά τους είναι προτιμότερο, από το να ζουν με τις συνέπειες της διακοπής τους. Η καλή επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος, μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά προς αυτή τη κατεύθυνση.

7.7 Καθοριστικοί προγνωστικοί παράγοντες της χαμηλής συμμόρφωσης στις χρόνιες παθήσεις

7.7.1 Παράγοντες σχετικοί με τους ασθενείς

Οι περισσότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ελλιπή συμμόρφωση, είναι κοινοί για όλους τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Η λησμοσύνη, οι δυσμενείς παρενέργειες και ο άστατος τρόπος ζωής θεωρούνται παράγοντες ελλιπούς συμμόρφωσης. Η ικανοποίηση των ασθενών με το πλάνο θεραπείας τους και η θερμές σχέσεις μεταξύ ασθενούς - ιατρού, συνδέονται με τη βελτίωση της συμμόρφωσης. Η κλινική ή υποκλινική κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα μη συμμόρφωσης, στις χρόνιες παθήσεις. Στους νεότερους ασθενείς και σε αυτούς που πρόσφατα διαγιγνώσκονται με κάποια χρόνια ασθένεια, σημαντικά θέματα για την τήρηση συμμόρφωσης, είναι η αποδοχή της νόσου και της προτεινόμενης θεραπείας. Σε μια μεγάλη μελέτη για την υπέρταση, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με υπέρταση ήταν λιγότερο πιθανόν να επιμείνουν στη συνταγογραφούμενη θεραπεία, από ό, τι εκείνοι με εδραιωμένη υπέρταση (78% έναντι 97% στο τέλος του πρώτου έτους). Σε σχετική μελέτη, βρέθηκε πως η αντί-υπερτασική αγωγή που επιλέγεται, έχει σημαντική επίδραση στο χρονικό ορίζοντα, που ο ασθενής εμφανίζεται προσηλωμένος στη θεραπεία του. Λόγω του ότι η υπέρταση είναι συχνή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και σε ασθενείς με νεφρικό μόσχευμα, τα παραπάνω ευρήματα είναι συναφή με τους συγκεκριμένους πληθυσμούς.

7.7.2 Παράγοντες που συνδέονται με την πάθηση

Η σοβαρότητα της νόσου ή η σοβαρότητα της έκβασης, δεν οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπεία. Αυτό πιστοποιείται από τα σχετικά υψηλά ποσοστά μη συμμόρφωσης στις θεραπείες με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, που χορηγούνται έπειτα από μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων και με τις χημειοθεραπείες που λαμβάνονται διά του στόματος από καρκινοπαθείς και ασθενείς με λοίμωξη HIV.

Ο παράγοντας χρόνος

Σε ασθενείς με χρόνιες νόσους, τα ποσοστά συμμόρφωσης τείνουν να μειώνονται με τη πάροδο των ετών. Η συμμόρφωση βελτιώνεται αμέσως πριν από μια προγραμματισμένη επίσκεψη στον γιατρό, πιθανότατα λόγω συγκυριακής συνειδητοποίησης της κατάστασης από τους ασθενείς, παραμένει σε υψηλά επίπεδα για αρκετές ημέρες μετά την επίσκεψη και μειώνεται μέχρι να παρέλθει ένας μήνας. Ως

εκ τούτου, η αύξηση της συχνότητας των ιατρικών επισκέψεων μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Τα ενισχυμένα επίπεδα συμμόρφωσης, αμέσως πριν και μετά από κάθε κλινική επίσκεψη, έχουν βαπτιστεί ως "λευκή συμμόρφωση». Το φαινόμενο αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες υποθέσεις σχετικά με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, όταν αυτές γίνονται με βάση τα επίπεδα των φαρμάκων στο αίμα ή τα ούρα. Για φάρμακα με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής, τα επίπεδα συγκέντρωσης των ουσιών, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, μπορεί να κυμαίνονται κοντά στις επιθυμητές τιμές, όμως δεν αντανακλούν τα πραγματικά επίπεδα συγκέντρωσης, στο μεσοδιάστημα, μεταξύ δύο επισκέψεων.

Η πολυπλοκότητα της θεραπείας

Ο αριθμός των φαρμάκων που συνταγογραφούνται και η συχνότητα των δόσεων, μπορεί να επηρεάσουν τη συμμόρφωση του ασθενούς, με το δεύτερο να είναι πιο καθοριστικός παράγοντας για τη συμμόρφωση, από ότι το πρώτο. Αρκετές μελέτες έχουν βρει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ αριθμού δόσεων που προβλέπονται και συμμόρφωσης, με τη συμμόρφωσή να μειώνεται καθώς αυξάνει η συχνότητα της δοσολογίας. Σε μελέτη με διαβητικούς ασθενείς που έλαβαν υπογλυκαιμικούς παράγοντες, το ποσοστό συμμόρφωσης ανήλθε στο 74,8%, για ημερήσιες δόσεις και στο 38%, για 3 δόσεις ανά ημέρα. Πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών που ελάμβαναν ημερήσιες δόσεις, έλαβαν περισσότερες δόσεις από τις προβλεπόμενες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ως εκ τούτου, η μείωση της συχνότητας σε μία ημερήσια δόση μπορεί να επιφέρει την ακούσια συνέπεια, της υπερκατανάλωσης φαρμάκων.

Οι επαγγελματίες υγείας

Η συνεχής απαίτηση από τους ιατρούς για ταχύτερο κύκλο εργασιών, έχει μειώσει σημαντικά τον χρόνο που ασχολούνται με τον κάθε ασθενή. Κατά συνέπεια, επιστρατεύεται νοσοκομειακό και επικουρικό προσωπικό για να βοηθήσει με την εκπαίδευση και την παρακολούθηση των ασθενών. Αν και αυτή η προσέγγιση γενικώς θεωρείται επιτυχής, λίγες μελέτες είναι διαθέσιμες για την υποστήριξη αυτού του τρόπου διαχείρισης. Μελέτες με υπερτασικούς ασθενείς, υποδεικνύουν ότι η χρήση ειδικού προσωπικού δε μεταβάλλει ουσιαστικά τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και δε μειώνει τα ποσοστά πρόωρης εγκατάλειψης της θεραπείας. Οι περιπτώσεις που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, έχουν πολλές ευκαιρίες για την επικοινωνία τους με το νεφρολόγο και το προσωπικό. Το κατά πόσον η επιμήκυνση του χρόνου που δαπανάται, συζητώντας θέματα θεραπείας, βελτιώνει τη συμμόρφωση στον πληθυσμό, δεν έχει ακόμα μελετηθεί. Κατά τους πρώτους μήνες μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, οι συχνές επισκέψεις στην ομάδα μεταμόσχευσης επιτρέπουν

τη συζήτηση των θεμάτων συμμόρφωσης και την εκπαίδευση των ασθενών. Η καλή επικοινωνία μεταξύ χειρουργών και νεφρολόγων είναι αναγκαία, για την αποφυγή αντικρουόμενων συστάσεων και την πρόκληση σύγχυσης στους ασθενείς.

8. Σκοπός της μελέτης

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να ερευνήσει τις γνώσεις και τις συνήθειες των ασθενών σε σχέση με το νόσημα τους και τις θεραπείες που ακολουθούν καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που δύνανται να επηρεάσουν τη συμμόρφωση των ασθενών κατά τη θεραπεία παθήσεων με μικρή ή χρόνια διάρκεια θεραπείας. Στη μελέτη μας περιγράφονται τα δεδομένα που προέκυψαν, σε σχέση με την εμπλοκή μίας σειράς παραγόντων στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, σχετιζόμενων με τις πεποιθήσεις των ασθενών για την θεραπεία, τη σχέση ασθενούς-ιατρού και τα δημογραφικά στοιχεία. Απώτερος σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν να διερευνηθούν οι πιθανοί συσχετισμοί των παραγόντων που μελετήθηκαν, ως προς τη θετική ή την αρνητική τους επίδραση στη συμμόρφωση των ασθενών, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην κατανόηση του σύνθετου αυτού ζητήματος.

II.Ειδικό Μέρος

1. Μέθοδοι

1.1 Ερωτηματολόγια

Η μελέτη μας αφορά ποιοτική έρευνα με δύο ερωτηματολόγια, τα οποία προέκυψαν από τη σχετική βιβλιογραφία και τις προτάσεις επιλεγμένων επαγγελματιών του κλάδου. Το ένα ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από ασθενείς, με σκοπό να αποσαφηνιστούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους, για τη συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε γιατρούς, με στόχο την συλλογή στοιχείων και απόψεων από την πιο άμεσα εμπλεκόμενη, με τη φαρμακευτική συμμόρφωση, ομάδα επαγγελματιών υγείας. Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες διατήρησαν την ανωνυμία τους. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν διατηρήθηκαν απόρρητα και εμπιστευτικά και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

1.2 Πληθυσμός της μελέτης

Οι γιατροί έλαβαν το ερωτηματολόγιο μετά από προσωπική συνάντηση. Οι ασθενείς που συμμετείχαν, συμπλήρωσαν και υπέβαλαν το ερωτηματολόγιο κυρίως μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας Google. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος φαίνονται στον παρακάτω πίνακα και εμφανίζονται ως συχνότητες και ποσοστά επί του συνόλου.

Πίνακας 5 : Δημογραφικά στοιχεία πληθυσμού

Αριθμός συμμετεχόντων	188 (100%)
Άνδρες	48 (25,4%)
Γυναίκες	140 (74,6%)
Ηλικία	
18-25	5 (2,7%)
26-35	81 (43,1%)
36-55	89 (47,3%)
55 και άνω	13 (6,9%)
Εκπαίδευση	
Λύκειο	35 (18,5%)
ΙΕΚ	38 (20,1%)

ΑΕΙ/ΤΕΙ	73 (39,2%)
Μεταπτυχιακό	42 (22,2%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος-η	48 (25,5%)
Έγγαμος-η	130 (69,1%)
Χήρος-α	2 (1,1%)
Διαζευγμένος-η	8 (4,3%)
Επαγγελματική Κατάσταση	
Δημόσιος υπάλληλος	12(6,4%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	86(45,7%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	28(14,9%)
Συνταξιούχος	9 (4,8%)
Άνεργος	53 (28,2%)

1.3 Στατιστική Ανάλυση

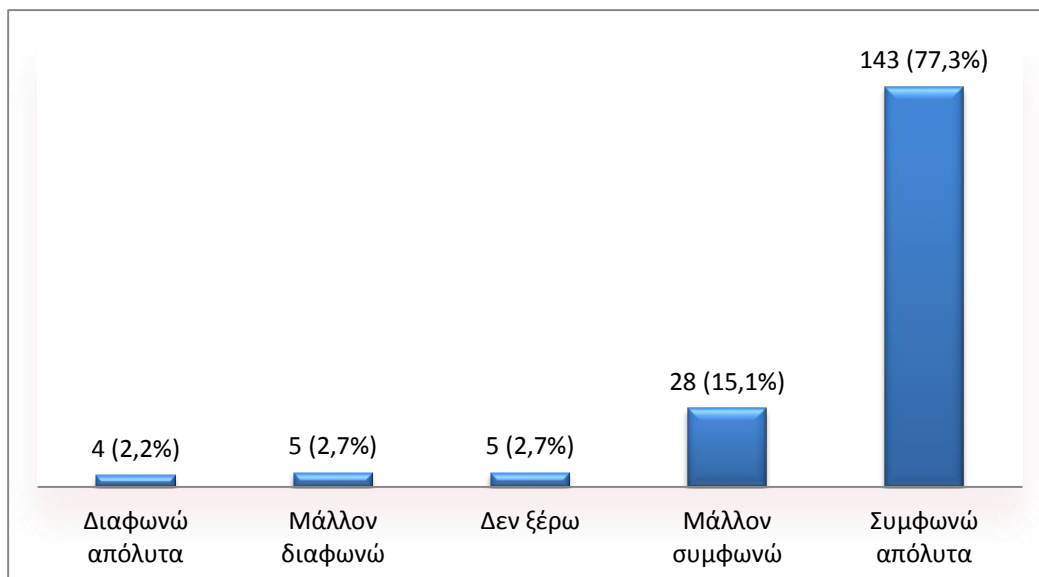
Η στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στη μελέτη μας είναι περιγραφική. Η περιγραφική ανάλυση αφορά τις αντίστοιχες ποιοτικές μεταβλητές που παρουσιάζονται με τη συχνότητά τους και ως ποσοστό επί τοις εκατό (%), εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται οπτικά με διαγράμματα για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων. Η έρευνά μας ολοκληρώνεται με την καταγραφή των συμπερασμάτων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα των παραπάνω στατιστικών αναλύσεων. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό Microsoft Excel 2007.

2. Αποτελέσματα

2.1. Απαντήσεις ασθενών

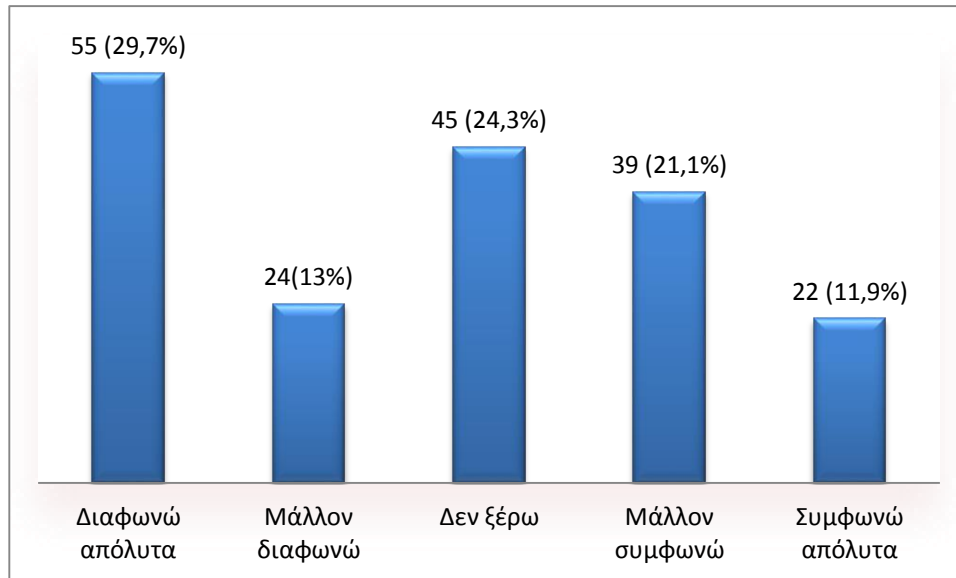
2.1.1 Αντίληψη - Συμπεριφορά

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (77,3%) υποστήριξε ότι η συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση, αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την υγεία τους (Διάγραμμα 4).



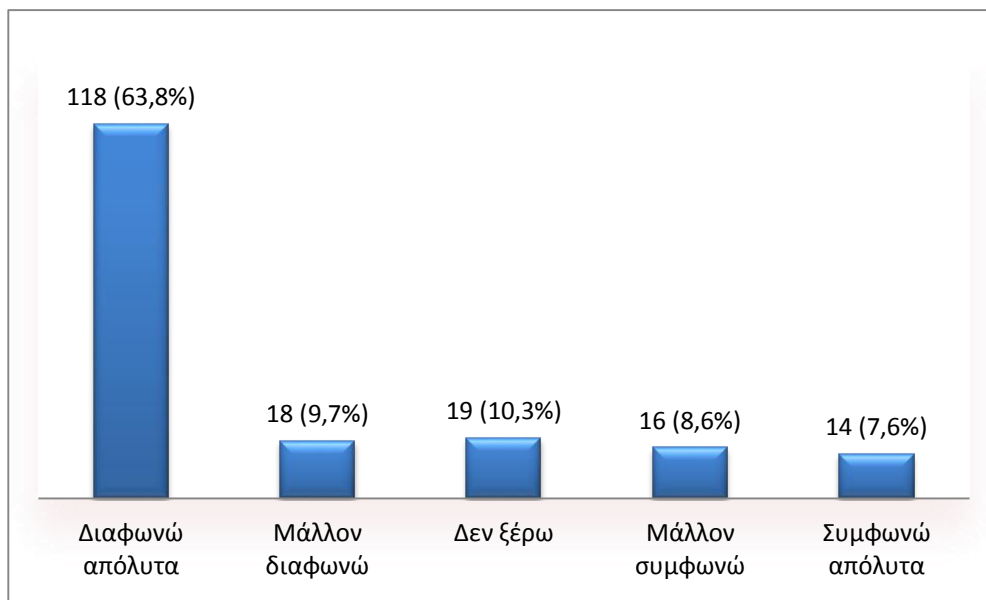
Διάγραμμα 4: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Είναι σημαντικό για την υγεία μου να λαμβάνω τα φάρμακά μου κάθε μέρα και χωρίς κενά»

Τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα όταν οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την ορθότητα του τρόπου, με τον οποίον λαμβάνουν την αγωγή τους (Διάγραμμα 5). Μόνο ο ένας στους τρεις (29,7%) δηλώνει απόλυτα βέβαιος ότι λαμβάνει τα φάρμακά του σωστά ενώ οι υπόλοιποι εκφράζουν αμφιβολίες. Το 11,9% κάνει λάθη κατά τη λήψη, ενώ το 50% των ερωτηθέντων έχει κατά πάσα πιθανότητα υποπέσει σε σφάλμα.

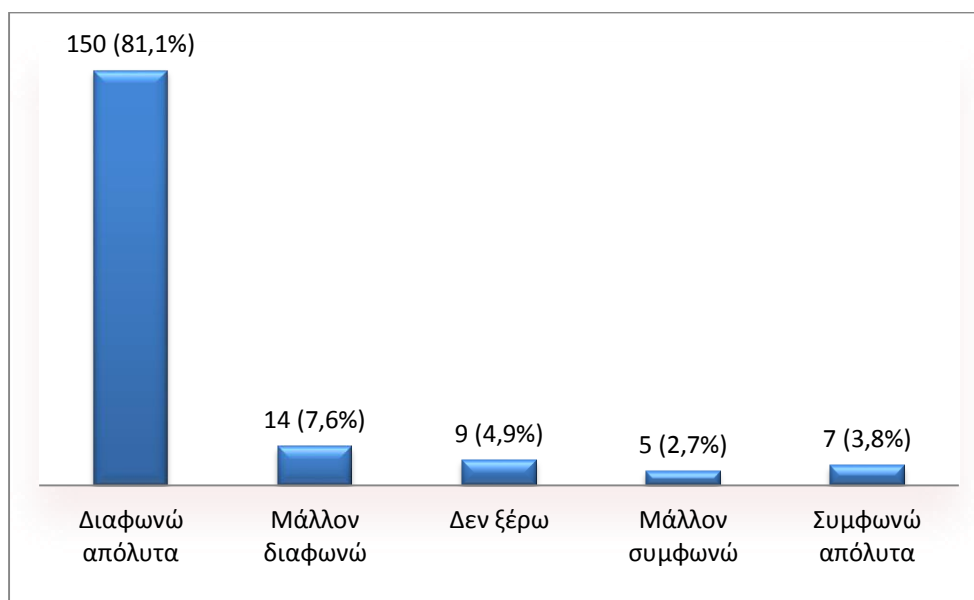


Διάγραμμα 5: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Υπάρχουν φορές που λαμβάνω το φάρμακό μου με λανθασμένο τρόπο (π.χ. σε λάθος ώρα, χωρίς να έχω φάει, με λανθασμένη χρήση της εισπνευστικής συσκευής κτλ)»

Ένα σημαντικό κομμάτι των ερωτηθέντων, της τάξης του 35%, διατυπώνει αμφιβολίες σχετικά με τη συνέχεια της θεραπείας κατά τη διάρκεια των διακοπών (Διάγραμμα 6), ενώ το κομμάτι του δείγματος που βιώνει αισθήματα ντροπής για την νόσο του και δεν θέλει να λαμβάνει την αγωγή του, όταν βρίσκεται εκτός της οικίας του, είναι μικρότερο του 20% (Διάγραμμα 7).



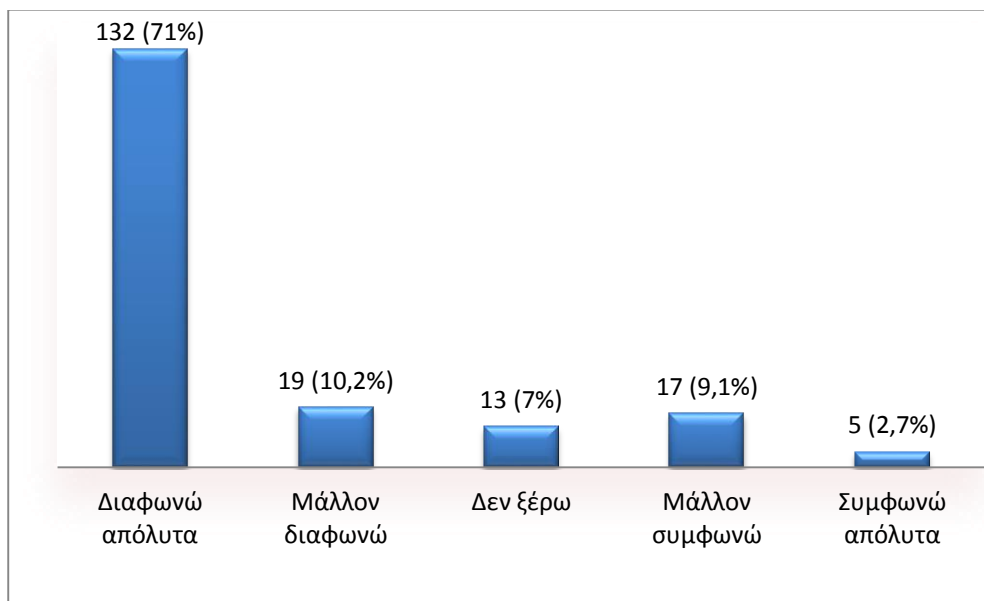
Διάγραμμα 6: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Όταν πάω διακοπές, υπάρχουν φορές που δεν παίρνω τα φάρμακα μαζί μου»



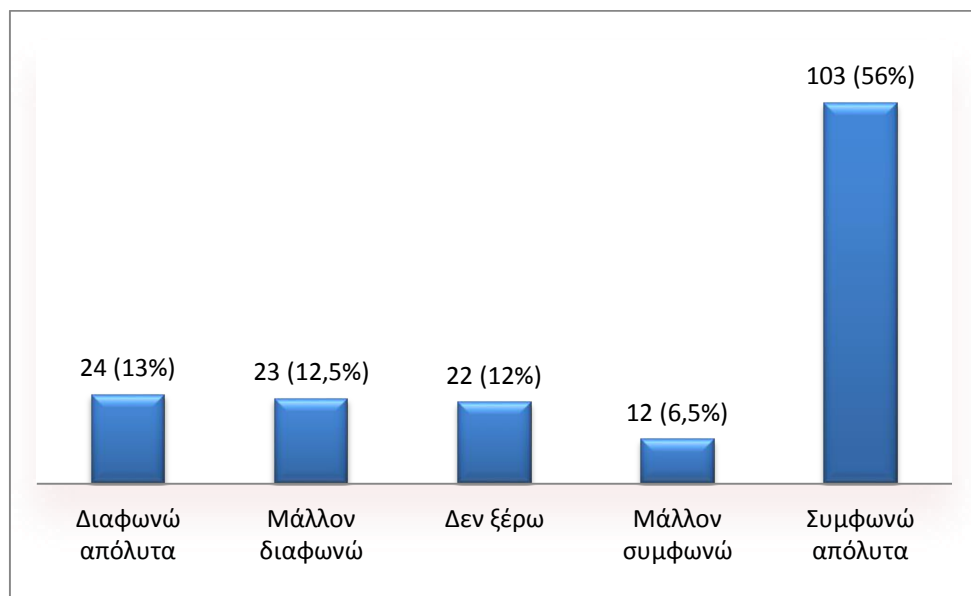
Διάγραμμα 7: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Ντρέπομαι να λαμβάνω τα φάρμακα μου εκτός σπιτιού»

Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, εάν κάποια στιγμή άρχιζαν να αισθάνονται καλύτερα, το 70% εξ' αυτών δεν θα αποφάσιζε από μόνο του, να διακόψει την θεραπευτική αγωγή (Διάγραμμα 8), όμως στην περίπτωση που θα έπαιρναν μία

τέτοια απόφαση, μόνο το 56% θα ενημέρωνε με απόλυτη βεβαιότητα τον θεράποντα ιατρό (Διάγραμμα 9).



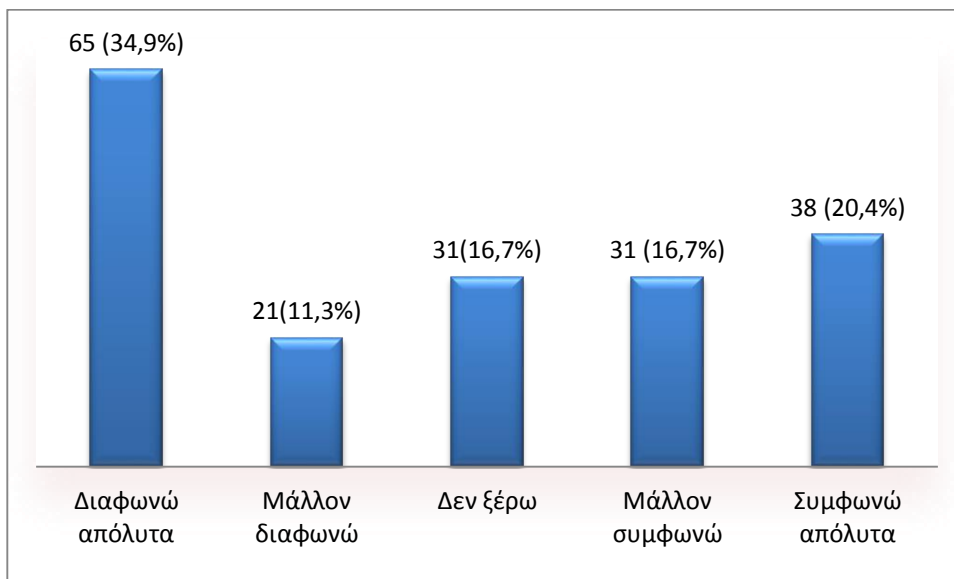
Διάγραμμα 8: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Σε περιόδους που είμαι καλά με την υγεία μου, διακόπτω από μόνος μου τα φάρμακά μου»



Διάγραμμα 9: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Σε περιόδους που αποφασίζω να σταματήσω να παίρνω φάρμακα, ενημερώνω πάντα τον ιατρό μου»

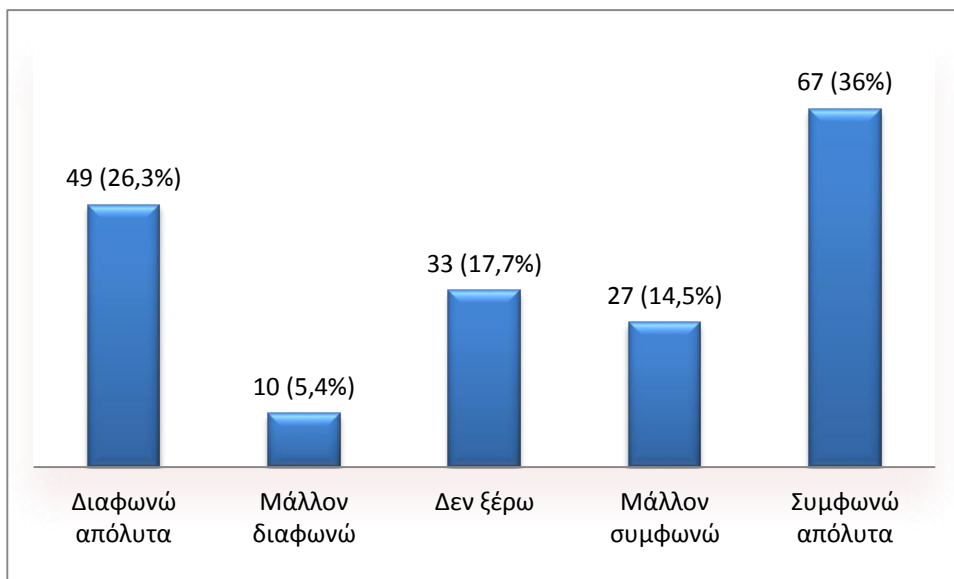
2.1.2 Πεποιθήσεις γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή

Οι ασθενείς φαίνεται να μοιράζονται ανάμεσα σε εκείνους, που κάποιες στιγμές εμφανίζουν σημάδια απογοήτευσης και δεν πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθούν, και σε εκείνους που βρίσκουν νόημα και σκοπό στη θεραπεία τους (Διάγραμμα 10).

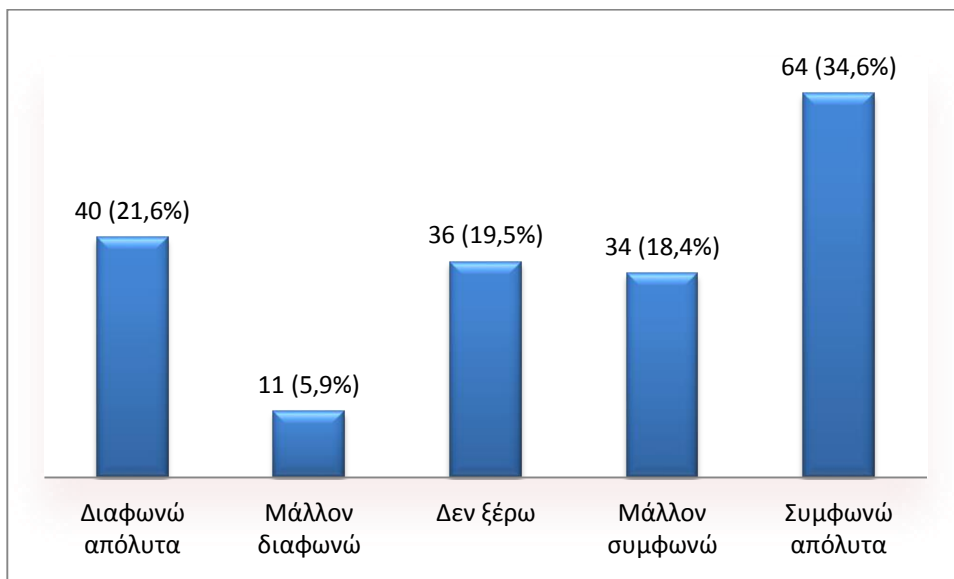


Διάγραμμα 10: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Υπάρχουν στιγμές που νιώθω ότι “δεν πάει άλλο” με τα φάρμακα που παίρνω»

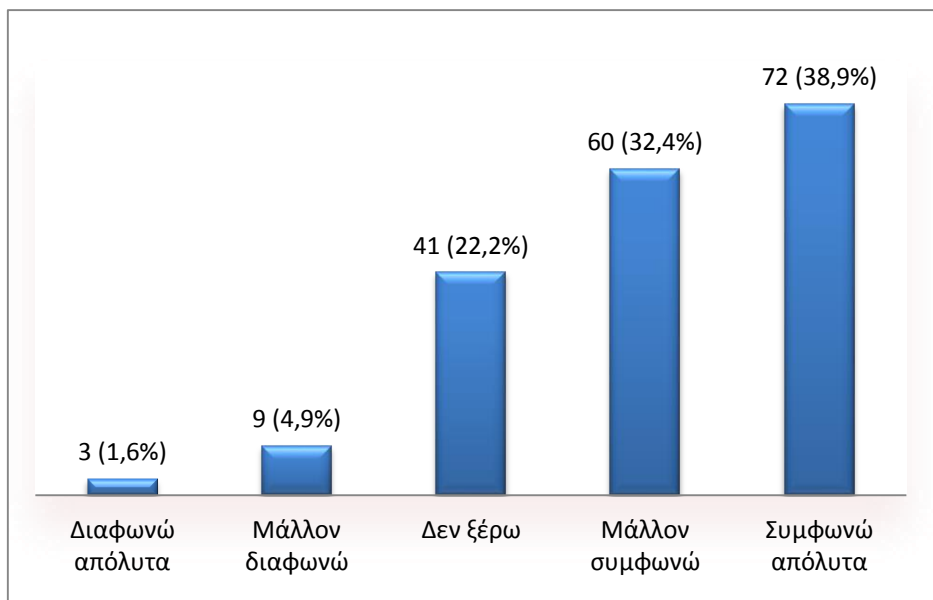
Η φύση της νόσου και η διάρκεια της θεραπείας παίζει καθοριστικό ρόλο στον ψυχισμό του ασθενούς, αφού οι περισσότεροι μάλλον ενοχλούνται ή θα ενοχλούνταν από μία χρόνια κατάσταση που απαιτεί σταθερή και πάγια αντιμετώπιση (Διάγραμμα 11). Οι απαντήσεις δεν άλλαξαν σημαντικά όταν απομονώθηκαν οι απαντήσεις των πασχόντων από κάποιο χρόνιο νόσημα, με τα ποσοστά να κυμαίνονται στο 27,1%, 3,6%, 17,1%, 12,9% και 39,3% αντίστοιχα. Ένας από τους κύριους λόγους της ύπαρξης ενοχλήσεων και επιφυλάξεων είναι ο φόβος για την εμφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών από τη λήψη χρόνιας φαρμακευτικής θεραπείας (Διάγραμμα 12). Παρόλο το δικαιολογημένο, ως ένα βαθμό, σκεπτικισμό γύρω από το θέμα της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) αναγνωρίζει τα ευεργετικά οφέλη των φαρμάκων έναντι των πιθανών κινδύνων που εγκυμονούν (Διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 11: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Με ενοχλεί το γεγονός, πως εξαιτίας του χρόνιου νοσήματός μου είμαι αναγκασμένος να λαμβάνω θεραπεία σε μακροχρόνια και σταθερή βάση»



Διάγραμμα 12: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Ανησυχώ για την μελλοντική εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τις θεραπείες που λαμβάνω»

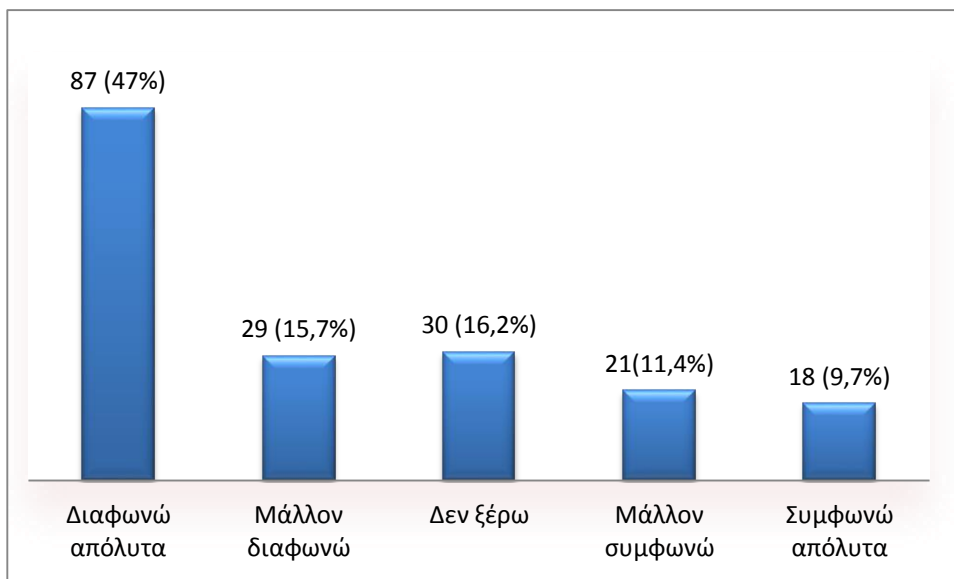


Διάγραμμα 13: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Πιστεύω πως τα οφέλη που προκύπτουν από την χρήση των φαρμάκων είναι μεγαλύτερα από τους κινδύνους»

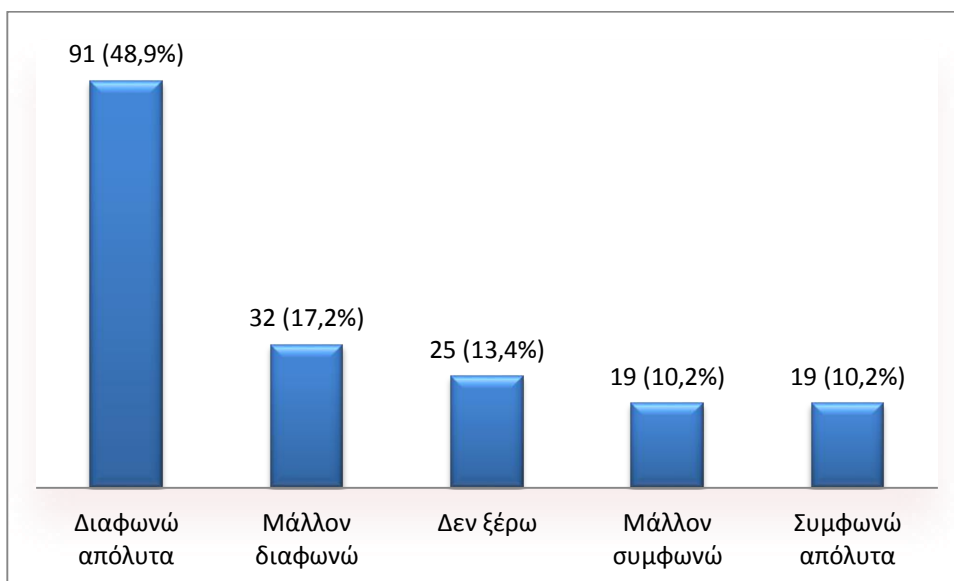
2.1.3 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Είναι ευτυχές το γεγονός ότι, ακόμα και σε αυτή την δύσκολη οικονομική συγκυρία, η πλειονότητα των ασθενών δεν αντιμετωπίζει οικονομική δυσκολία για την προμήθεια των αναγκαίων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ωστόσο, το 20% των ερωτηθέντων, που απάντησε ότι δυσκολεύεται να αγοράσει τα φάρμακά του, αποτελεί ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων με ένα σοβαρό και δυσεπίλυτο πρόβλημα (Διάγραμμα 14). Η κατανομή των απαντήσεων παραμένει όμοια όταν τίθεται το θέμα της απαιτητικής καθημερινότητας και του περιορισμένου χρόνου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπευτική διαδικασία δεν επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας ή οι αυξημένες υποχρεώσεις της καθημερινότητας. Όμως, για ένα ποσοστό της τάξης του 20%, οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται εμπόδιο για την ομαλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (Διάγραμμα 15).

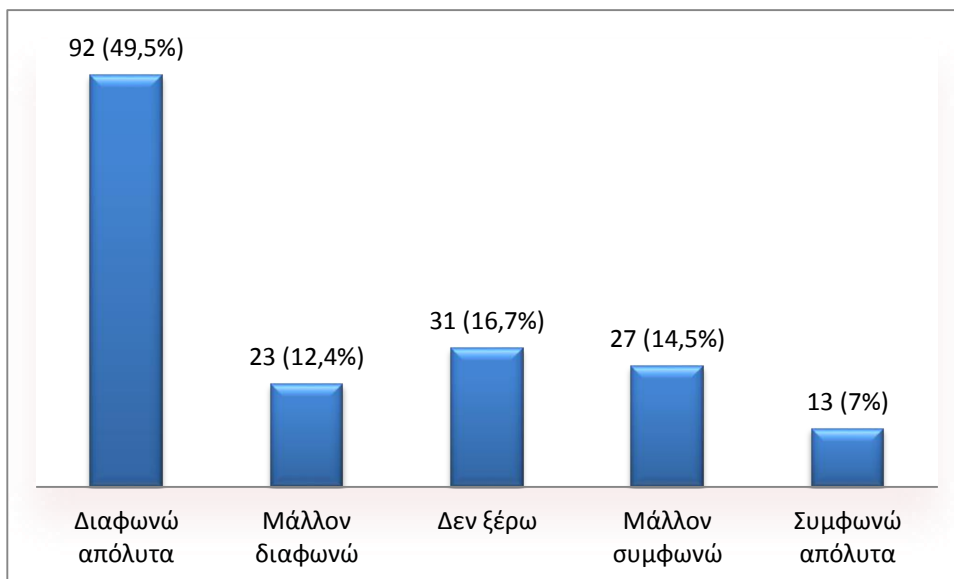
Τα τελευταία χρόνια, η καθημερινότητα, οι δραστηριότητες και οι αποφάσεις των ανθρώπων επηρεάζονται άμεσα από το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς ρωτήθηκαν, κατά πόσο η θεραπεία τους μπορεί να επηρεαστεί από το συγκεκριμένο κοινωνικό παράγοντα. Το 62% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι δεν επηρεάζονται, το 17% ότι δεν γνωρίζουν, ενώ το 21% παραδέχεται ότι το διαδίκτυο επηρεάζει τις αποφάσεις που λαμβάνει για τη θεραπεία του (Διάγραμμα 16).



Διάγραμμα 14: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Δυσκολεύομαι οικονομικά να προμηθεύομαι τα φάρμακά μου»



Διάγραμμα 15: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Ο φόρτος εργασίας και οι καθημερινές μου υποχρεώσεις με δυσκολεύουν στη σωστή λήψη της θεραπείας μου»

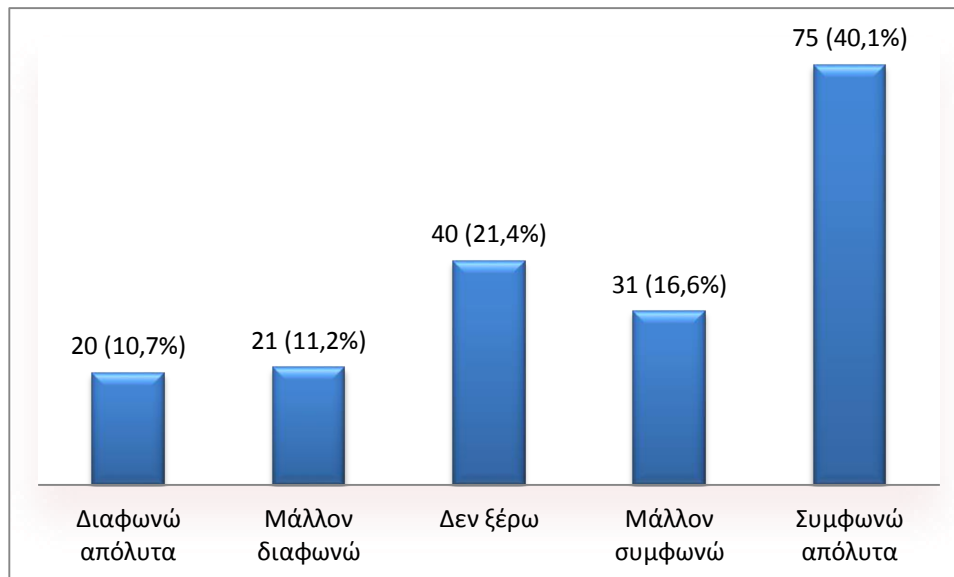


Διάγραμμα 16: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «*Το διαδίκτυο με επηρεάζει σε σχέση με την θεραπεία μου*»

Ενδιαφέρουσες είναι οι απαντήσεις των ασθενών, όταν τους ζητείται να προτείνουν τρόπους ή ενέργειες για τη βελτίωση της συμμόρφωσής τους, εάν το οικονομικό κόστος δεν αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα για τη θεραπευτική διαδικασία. Αρκετοί απαντούν ότι είναι ήδη αρκετά συμμορφωμένοι, κάποιοι προτείνουν μεθόδους υπενθύμισης ενώ άλλοι μιλάνε για πιο δραστικές, επεμβατικές λύσεις (π.χ. εγχείρηση) που θα ελαχιστοποιήσουν ή θα εξαλείψουν τα προβλήματα της υγείας τους. Υπάρχει βέβαια και η μερίδα εκείνη των ατόμων που αναζητά καλύτερη πληροφόρηση, καλύτερες συνθήκες περιθαλψής, καινοτόμες προσεγγίσεις και ψυχολογική υποστήριξη, στοιχεία που αποδεδειγμένα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση μίας νόσου.

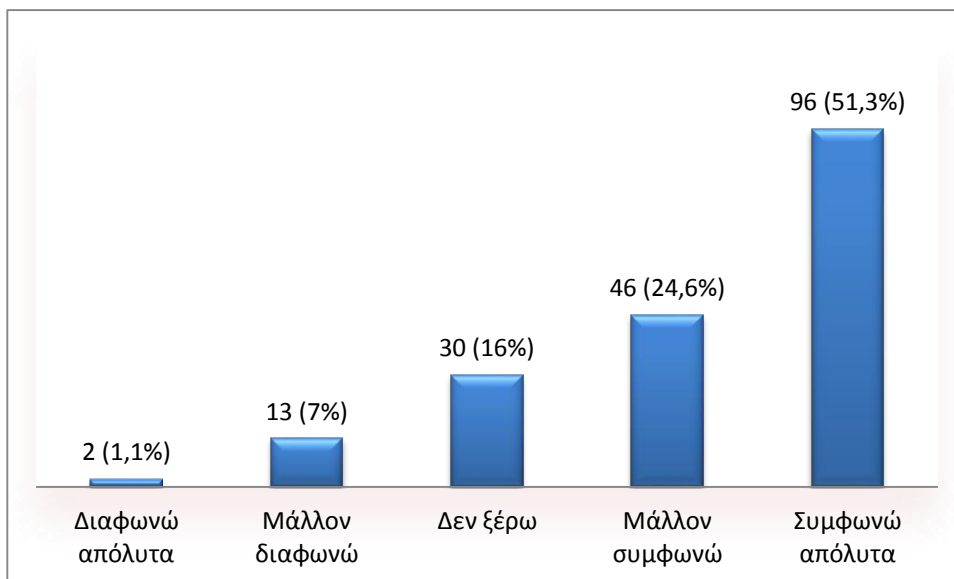
2.1.4 Σύστημα και επαγγελματίες υγείας

Η διαδικασία εκτέλεσης μιας συνταγής και προμήθειας του αντίστοιχου σκευάσματος θεωρείται από τους περισσότερους (περίπου 60%) ως εύκολη και γρήγορη διαδικασία. Από το 40% που υπολείπεται, το 20% αντιμετωπίζει προβλήματα που προκαλούν καθυστερήσεις και αναστολές στη θεραπευτική διαδικασία ενώ το άλλο 20%, είτε αντιμετωπίζει σποραδικά κάποια μικροπροβλήματα, είτε δεν ασχολείται καθόλου με τη διαδικασία (Διάγραμμα 17). Τα συγκεκριμένα εμπόδια μπορεί να αφορούν, από τη μία, διαδικαστικές δυσλειτουργίες και γραφειοκρατικά εμπόδια του συστήματος υγείας και, από την άλλη, καθυστερήσεις στις αγοραπωλησίες της εμπορικής αλυσίδας που προκαλούν ελλείψεις στη φαρμακευτική αγορά.

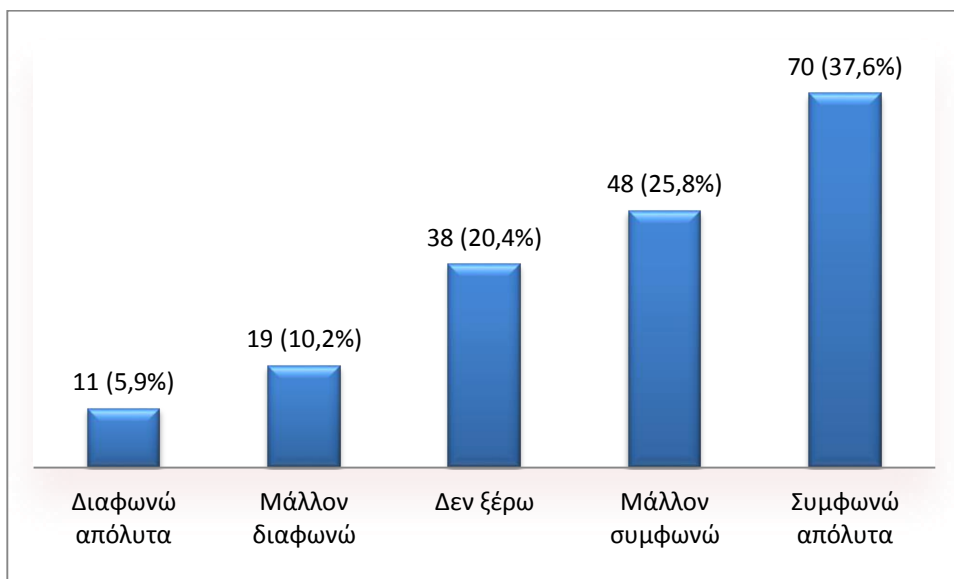


Διάγραμμα 17: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «*Η διαδικασία προμήθειας και εκτέλεσης της συνταγής είναι εύκολη και γρήγορη*»

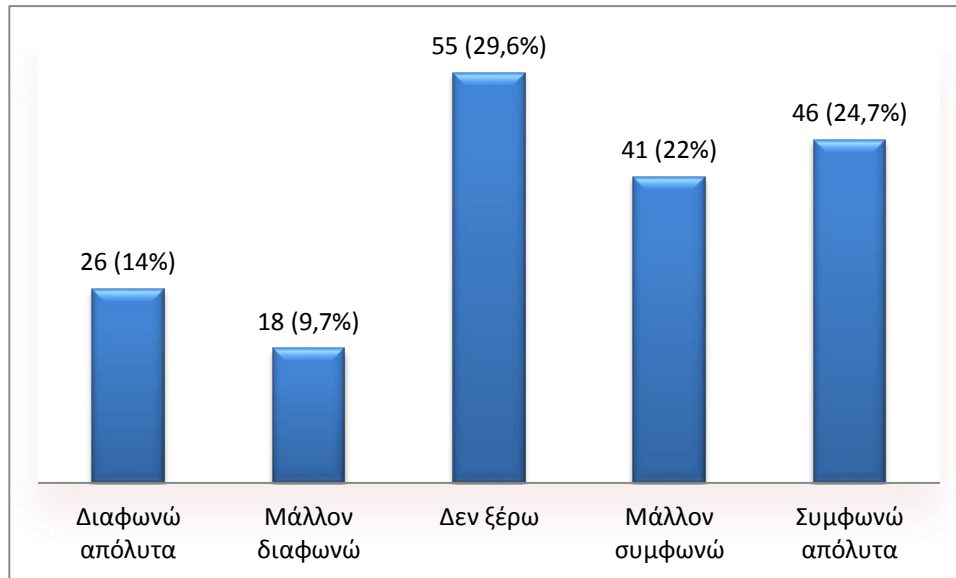
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών, οι τρεις στους τέσσερις (75%) θα εκφράσουν απορίες για το νόσημά τους και θα μοιραστούν τις ανησυχίες τους με τον ιατρό (Διάγραμμα 18), αλλά λιγότεροι (65%) θεωρούν ότι ο γιατρός αφιερώνει το χρόνο που απαιτείται για να δώσει τις ζητούμενες πληροφορίες (Διάγραμμα 19). Ο περιορισμένος χρόνος των γιατρών είναι κατά πάσα πιθανότητα η εξήγηση για τις διαφορούμενες απαντήσεις των ασθενών, στην ερώτηση για την ψυχολογική στήριξη που λαμβάνουν από τη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα. Περίπου ένας στους δύο (47%) νιώθει ότι λαμβάνει επαρκή ψυχολογική στήριξη, το 23% θεωρεί τη βοήθεια που παρέχεται ως ανεπαρκή ενώ το υπόλοιπο 30% δεν είναι σε θέση να απαντήσει ξεκάθαρα (Διάγραμμα 20). Όπως ήταν αναμενόμενο η συμμόρφωση της πλειοψηφίας των ασθενών (65%) δεν επηρεάζεται από τον φαρμακοποιό ενώ μόνο το 15% πιστεύει ότι επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα (Διάγραμμα 21). Αξίζει να σημειώσουμε ότι παράγοντες όπως η ιδιοσυγκρασία του φαρμακοποιού και ο χαρακτήρας του ασθενή μπορεί να επηρεάζουν τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση.



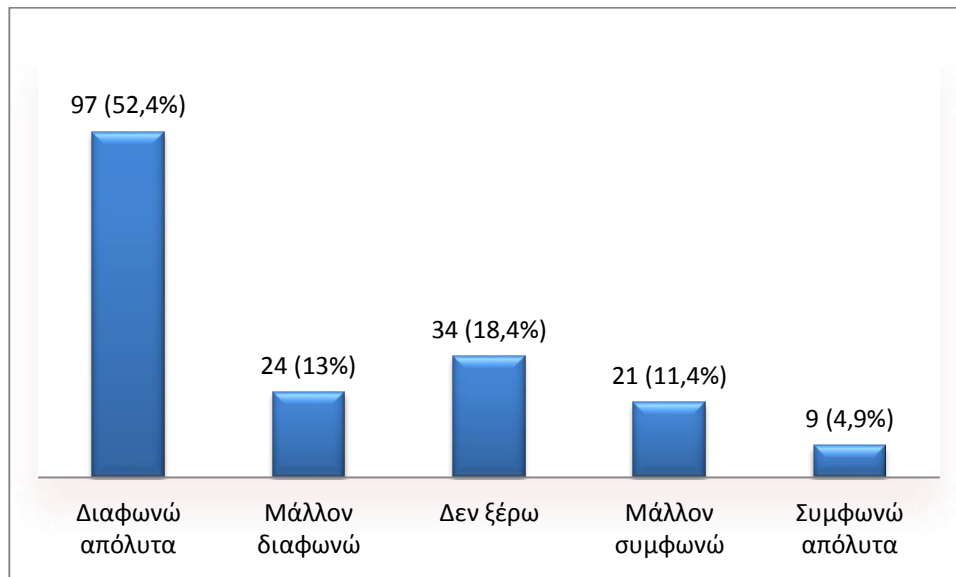
Διάγραμμα 18: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «*Εκφράζω πάντα στον ιατρό μου ερωτήσεις και ανησυχίες γύρω από το νόσημα και την θεραπεία μου*»



Διάγραμμα 19: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «*Ο ιατρός μου αφιερώνει επαρκή χρόνο για να μου δώσει πληροφορίες γύρω από την θεραπεία που μου προτείνει (είδος και ιδιότητες φαρμάκου, τρόπος δράσης, τρόπος λήψης, ανεπιθύμητες ενέργειες)*»



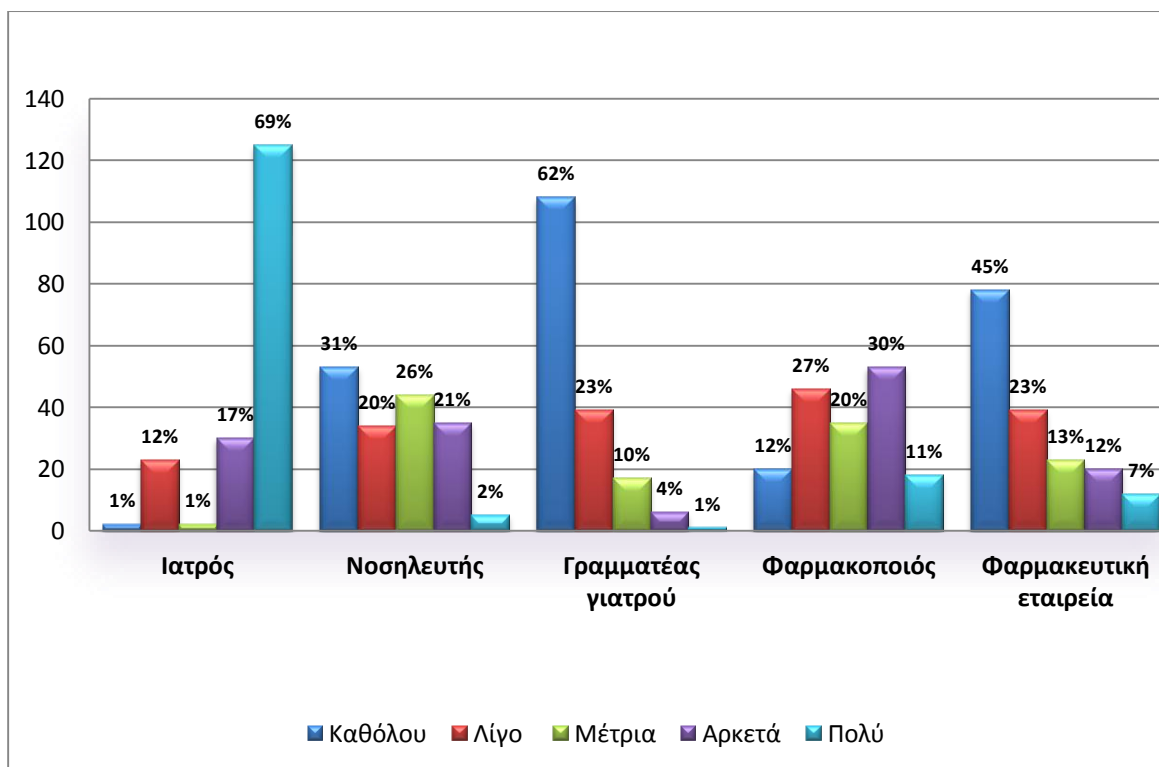
Διάγραμμα 20: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Ο ιατρός μου παρέχει επαρκή ψυχολογική υποστήριξη»



Διάγραμμα 21: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Ο φαρμακοποιός επηρεάζει την στάση μου απέναντι στην θεραπεία που μου προτείνει ο ιατρός μου (επιλογή θεραπείας, διακοπή, αλλαγή)»

2.1.5 Φορείς υγείας και βελτίωση της συμμόρφωσης

Στην παρούσα ενότητα διατυπώνονται οι απόψεις των ασθενών, για το πόσο σημαντική θεωρούν, για τη βελτίωση της φαρμακευτικής τους συμμόρφωσης, την επιρροή πέντε εμπλεκόμενων μερών - φορέων του τομέα υγείας (Διάγραμμα 22). Είναι ξεκάθαρο, σύμφωνα με το 85% των ερωτηθέντων, ότι ο γιατρός θεωρείται η ειδικότητα που μπορεί να συμβάλλει περισσότερο από κάθε άλλη, στη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών. Από την άλλη, ο γραμματέας του ιατρού και η φαρμακευτική εταιρεία, σύμφωνα με το 85% και το 68% των απαντήσεων αντίστοιχα, εμφανίζονται ως οι λιγότερο σημαντικοί παράγοντες για την εν λόγω διαδικασία. Ο νοσηλευτής και ο φαρμακοποιός βρίσκονται σε μία ενδιάμεση κατάσταση και επηρεάζουν, σύμφωνα με το 67% και 77% αντίστοιχα, από λίγο έως αρκετά τη διαδικασία της συμμόρφωσης.



Διάγραμμα 22: Οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Βαθμολογήστε αυτόν που θεωρείτε πως θα μπορούσε να βελτιώσει περισσότερο την φαρμακευτική σας συμμόρφωση (αντιστοιχίστε την κάθε επιλογή σημαντικότητας μία μόνο φορά)»

2.2 Απαντήσεις Ιατρών

Οι γιατροί που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, απαντώντας το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο, ορίζουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση με κοινό τρόπο. Η συμμόρφωση θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο για τους γιατρούς, ώστε να μπορέσουν να κρίνουν αν η θεραπεία έχει αποτελέσματα ή όχι, στον εκάστοτε ασθενή και να λάβουν τις κατάλληλες αποφάσεις για τη συνέχεια ή τη διακοπή της. Επιπλέον, είναι ο καλύτερος δυνατός τρόπος, για να αξιολογηθεί η προτεινόμενη θεραπεία με αντικειμενικότητα, συγκρίνοντας τα δεδομένα με αυτά από υπάρχουσες βιβλιογραφικές αναφορές.

Όσον αφορά τους νέους ασθενείς, η πρόβλεψη της συμμόρφωσής τους είναι δύσκολη. Πολλές φορές, ενώ φαινομενικά εμφανίζονται πρόθυμοι να ακολουθήσουν την αγωγή και να τηρήσουν στάση συνέπειας, στην πορεία δεν τα καταφέρνουν. Άλλωστε στις νέες ηλικίες (π.χ. εφηβεία) κάνουν την πρώτη τους εμφάνιση τα στοιχεία της αμφισβήτησης και της άρνησης για κάθε τι που εισηγείται ο στενότερος (οικογένεια) ή ο ευρύτερος κοινωνικός περίγυρος. Αυτός είναι και ο λόγος που για αυτές τις ηλικίες επιλέγονται απλές - όσον αφορά την οδό λήψεως του φαρμάκου, τη συχνότητα και τη διάρκεια της αγωγής - και διακριτικές θεραπείες που δεν περιορίζουν σημαντικά τη δραστηριότητα και την κοινωνική ζωή.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, οι γιατροί διακρίνουν, ως επί το πλείστον, την έλλειψη συμμόρφωσης, από την πορεία της υγείας του ασθενή. Η μικρή συχνότητα συνταγογράφησης, η έλλειψη ευνοϊκής ανταπόκρισης στην αγωγή και η ανυπαρξία θεραπευτικού αποτελέσματος συνήθως προδίδουν τη συμπεριφορά του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, οι γιατροί προσπαθούν να επαναπροσεγγίσουν τον ασθενή με κατανόηση και ανοικτές συζητήσεις που να εκθέτουν τους λόγους της συμπεριφοράς τους (π.χ. ημερήσιο πρόγραμμα, αμέλεια, φοβίες, οικονομικό κόστος). Μόλις επανακτάται το αίσθημα της εμπιστοσύνης, γίνεται επανεκτίμηση της κατάστασης και συζητείται σοβαρά η τροποποίηση της αγωγής με ένα σχήμα πιο αποδεκτό από τον ασθενή, απαλλαγμένο από κάθε είδους παρερμηνεία.

Οι ασθενείς δεν είναι εύκολο να κατηγοριοποιηθούν ως προς τη συμμόρφωσή τους. Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για το διαχωρισμό τους είναι η προσωπικότητα, η στάση απέναντι στη νόσο και ο τρόπος ζωής. Πλημμελή συμμόρφωση επιδεικνύουν άτομα με κατάθλιψη και διάθεση παρερμηνείας των αναμενόμενων θεραπευτικών αποτελεσμάτων ή παρενεργειών, που αρνούνται εξ' αρχής τη διάγνωση, τη λήψη αγωγής και την ανάγκη θεραπείας. Πολλοί παίρνουν αγωγή κατά δική τους βούληση ή προτιμούν εναλλακτικές θεραπείες (ομοιοπαθητική, βελονισμός) ενώ άλλοι λαμβάνουν την προτεινόμενη αγωγή μαζί με άλλα σκευάσματα

που οι ίδιοι θεωρούν κατάλληλα. Τα άτομα με ώριμη και θετική σκέψη, με κίνητρα για βελτίωση της υγείας τους, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης.

Τα συνήθη αίτια για την ελλιπή συμμόρφωση των ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι η κόπωση και οι δυσάρεστες παρενέργειες από την μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι πολλαπλές φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ένα νόσημα με κακή πρόγνωση, η κακή σχέση ιατρού - ασθενούς καθώς και η καθυστέρηση εμφάνισης ορατών αποτελεσμάτων, που οδηγούν στην απογοήτευση για την έκβαση της θεραπείας και τελικά στην παραίτηση. Στην περίπτωση οξέος νοσήματος, αιτίες για τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης αποτελούν η απότομη αλλαγή στον τρόπο ζωής που προκαλεί η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, η υποεκτίμηση της βαρύτητας της νόσου και η παρερμηνεία των αναμενόμενων παρενεργειών. Σε αυτά τα νοσήματα συχνά η αγωγή διακόπτεται, όταν ένας ασθενής με χαμηλά επίπεδα αυτό-οργάνωσης, αρχίσει να αισθάνεται καλύτερα.

Πέρα από τη φύση της ασθένειας υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία, τον ασθενή και περιβάλλον και δρουν ανασταλτικά για τη συμμόρφωση. Στη συνέχεια αναφέρονται οι παράγοντες που αναφέρονται στις απαντήσεις των γιατρών, ανά κατηγορία.

- Παράγοντες που σχετίζονται με την θεραπεία
 - Πολύπλοκο σχήμα θεραπείας (>2 φορές/ημέρα, δύσκολος τρόπος χορήγησης)
 - Θεραπεία που απαιτεί βάθος χρόνου
 - Συχνές παρενέργειες
 - Περίπλοκος τρόπος συντήρησης φαρμάκων
 - Υψηλό κόστος

- Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή
 - Τρόπος ζωής
 - Έλλειψη ελεύθερου χρόνου (π.χ. πολλές υποχρεώσεις-ασχολίες)
 - Η φύση της εργασίας του (π.χ. ωράριο) δυσκολία με παρενέργειες
 - Χαρακτήρας
 - Πεποιθήσεις
 - Η χρονιότητα της νόσου
 - Κατάθλιψη – απογοήτευση
 - Έλλειψη πληροφόρησης, παρερμηνεία κατάστασης
 - Υποεκτίμηση της νόσου

- Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον
 - Έλλειψη κατανόησης - υποστήριξης από το οικογενειακό, φιλικό, επαγγελματικό περιβάλλον
 - Συνθήκες ζωής - εργασίας
 - Οικογενειακές υποχρεώσεις,
 - Κακή σχέση ιατρού-ασθενούς
 - Έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης

Ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος για να μπορέσει κάποιος να βοηθήσει τους ασθενείς να συνειδητοποιήσουν και να παραδεχτούν το πρόβλημα της μη συμμόρφωσης είναι η ανοικτή συζήτηση μαζί τους χωρίς την ύπαρξη επικριτικής διάθεσης. Αναφέροντας παραδείγματα άλλων ασθενών, με κακή συμμόρφωση, ο ασθενής μπορεί να ταυτιστεί και να ενταχθεί σε ένα σύνολο ατόμων, αποφεύγοντας την απομόνωση, και ταυτόχρονα να ενημερωθεί για τις συνέπειες της μη συμμόρφωσης. Σημαντικό και αποτελεσματικό στοιχείο αποτελεί η ειλικρίνεια της προσέγγισης, που αφενός αναγνωρίζει τις δυσκολίες για την επίτευξη υψηλής συμμόρφωσης και αφετέρου τονίζει τα οφέλη που θα προκύψουν για τον ασθενή. Η αντιμετώπιση αυτής της συμπεριφοράς απαιτεί την εύρεση των πραγματικών αιτίων που την προκαλούν, ώστε να αναζητηθούν κατάλληλες λύσεις προς τη σωστή κατεύθυνση. Με την επανεμφάνιση της εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού – ασθενούς ξεκινά η προσπάθεια αναπροσαρμογής της αγωγής στα μέτρα του ασθενούς, με πλήρη ενημέρωση για το υποκείμενο νόσημα και την θεραπεία του, ανάλυση των προβληματισμών και των δυσκολιών που έχει και την κατάληξη σε ένα κοινώς αποδεκτό θεραπευτικό σχήμα.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του ιατρικού προσωπικού, η ενημέρωση για τις επιπτώσεις της ελλιπούς συμμόρφωσης γίνεται κατά κύριο λόγο από τον θεράποντα ιατρό, εφόσον βέβαια το επιτρέπει ο πολύτιμος ιατρικός χρόνος. Δεδομένου ότι ο διαθέσιμος ιατρικός χρόνος πολλές φορές δεν επαρκεί, σαν εναλλακτική λύση προτείνεται το διαδίκτυο. Από την άλλη, κάποιοι ασθενείς υποεκτιμούν τη σημασία της συμμόρφωσης, θεωρώντας ότι οι αποκλίσεις από την προτεινόμενη θεραπεία δεν αποτελούν πρόβλημα και βρίσκονται υπό τον απόλυτο έλεγχό τους. Άλλοι ασθενείς, συνήθως με κίνητρα για βελτίωση της υγείας τους και οργανωμένη καθημερινότητα, αναγνωρίζουν τη σημασία της συμμόρφωσης και ακολουθούν πιστά τις ιατρικές προτάσεις ώστε να έχουν το μέγιστο δυνατό όφελος.

Η επικοινωνία του θέματος της συμμόρφωσης μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους όπως η διανομή εξειδικευμένων ενημερωτικών φυλλαδίων για κάθε πάθηση, η διοργάνωση συνεδρίων και ημερίδων, η ανοικτή συζήτηση σε κάθε επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό. Οι γιατροί οφείλουν να κάνουν σεμινάρια με εξειδίκευση στην «ψυχολογία-προσέγγιση του ασθενούς», ένα θέμα το οποίο το ιατρικό προσωπικό

πάσχει να αντιμετωπίσει με ολοκληρωμένο τρόπο. Η εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών θα τονώσει τη στάση του ιατρικού προσωπικού, κάνοντάς τη περισσότερο ενεργητική και θα δημιουργήσει καλύτερες προϋποθέσεις προσέγγισης. Η ανοικτή συζήτηση με τον ασθενή, παρουσία μελών του οικογενειακού του περιβάλλοντος για τα οφέλη της αγωγής και τις λεπτομέρειες της θεραπείας συντελεί στη βελτίωση των επιπέδων συμμόρφωσης.

Ο ρόλος των άλλων επαγγελματιών υγείας θεωρείται καθοριστικός για την επίτευξη υψηλής συμμόρφωσης στην αγωγή και συνεπώς τη βελτίωση της έκβασης πολλών νοσημάτων. Άλλωστε οι ασθενείς πολλές φορές ανοίγονται ευκολότερα σε μη ιατρούς. Απαραίτητη προϋπόθεση καθίσταται τουλάχιστον μία σχετική συμφωνία μεταξύ των εισηγήσεων των άλλων επαγγελματιών με αυτές του θεράποντα ιατρού. Το αντίθετο, μόνο σύγχυση και ανασφάλεια θα μπορούσε να προκαλέσει στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές συχνά παίζουν σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της συμμόρφωσης, καθώς οι ασθενείς συζητάνε με αυτούς ευκολότερα τα θέματα αυτά. Από την άλλη, στην περίπτωση νοσοκομειακής νοσηλείας, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη σωστή χορήγηση της θεραπείας αλλά και την εκπαίδευση των ασθενών. Μία άλλη ομάδα επαγγελματιών υγείας που μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών είναι οι ψυχολόγοι, οι οποίοι μπορούν να εντοπίσουν τα βαθύτερα αίτια που οδηγούν στην ελλιπή συμμόρφωση και να προτείνουν ριζικές λύσεις.

Το ιατρικό προσωπικό πιστεύει πως το κράτος σε συνεργασία με την ιδιωτική πρωτοβουλία μπορεί να παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία που θα βελτιώσουν τη συμμόρφωση. Το Υπουργείο Υγείας, ο ΕΟΠΥΥ και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα πρέπει να ενισχύσουν δράσεις για τη βελτίωση της συμμόρφωσης, με την διοργάνωση ενημερωτικών δράσεων, την υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων ελέγχου ποιότητας της περίθαλψης και την παροχή κινήτρων στους ασθενείς.

3. Συμπεράσματα

Η έλλειψη συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή τους, και πιο συγκεκριμένα η προσπάθεια ελαχιστοποίησής της, αποτελεί εξέχουσας σημασίας ζήτημα, για την επίτευξη των βέλτιστων κλινικών αλλά και οικονομικών αποτελεσμάτων. Λαμβάνοντας υπόψη τα υπάρχοντα αποτελέσματα διεθνών ερευνών που αφορούν τις αρνητικές επιδράσεις της μη συμμόρφωσης - δυσμενής έκβαση και τελικά αποτυχία της θεραπείας, επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας και του φαρμακευτικού τομέα - γίνεται κατανοητή η επιτακτική ανάγκη επίλυσης του θεμελιώδους αυτού προβλήματος. Ωστόσο, προκειμένου να διατυπωθούν αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση όλων των εκφάνσεων του προβλήματος, καθίσταται αναγκαία η συστηματική εξέταση των παραγόντων που το επηρεάζουν. Εκτός των άλλων, η κατανόηση των παραγόντων που δημιουργούν έλλειψη συμμόρφωσης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τον ολοκληρωμένο σχεδιασμό αντιμετώπισης οξέων και χρόνιων παθήσεων. Η παρούσα έρευνα στοχεύει, μέσω των αποτελεσμάτων και των συσχετισμών που προκύπτουν, να δώσει τη πληρέστερη δυνατή εικόνα των παραγόντων που καθορίζουν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή και να παρουσιάσει τις επιπτώσεις, που απορρέουν από τη μη-συμμόρφωση, για το άτομο και συνολικά για την κοινωνία.

Η βελτίωση του επίπεδου συμμόρφωσης των ασθενών είναι η συνισταμένη πολλών συνιστωσών όπως πολλές συνιστώσες έχει άλλωστε και το ίδιο το πρόβλημα. Το πρώτο βήμα προς την επίτευξη βελτίωσης της συμμόρφωσης φαίνεται να είναι μία καλή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή, που θα διέπεται από αίσθημα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και υγιή επικοινωνία. Σε καμία περίπτωση, ωστόσο, δε θα πρέπει να υποβαθμίζεται η σχέση του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του, που μπορούν να ασκήσουν επικουρικό πλην όμως σπουδαίο ρόλο στην τήρηση του προτεινόμενου θεραπευτικού σχήματος. Ο ασθενής δε χρειάζεται επίπληξη αλλά υποστήριξη, τόσο από τον ιατρό, όσο και από τον κοινωνικό του περίγυρο, εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για την υγεία του, που θα του δώσει κίνητρο και ώθηση για τη συνέχεια της θεραπείας του, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με κάποια χρόνια πάθηση. Ο θεράπων ιατρός μπορεί ακόμη να συμβάλλει προς την ίδια κατεύθυνση με προσεκτική αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή, όπου είναι αναγκαίο, που να προσαρμόζεται στο πρόγραμμα και τις συνήθειες του ασθενή, καθώς και με τη συνταγογράφηση φαρμάκων με τις ελάχιστες δυσάρεστες παρενέργειες. Οι οδηγίες του γιατρού θα πρέπει να είναι σαφείς και να κοινοποιούνται στα μέλη της οικογένειας του ασθενή.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στη συμμόρφωση είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση των πολιτών από το κρατικό σύστημα υγείας με τη στήριξη εμπλεκόμενων ιδιωτικών φορέων, όπως οι φαρμακευτικές εταιρείες. Οι

κρατικοί φορείς οφείλουν να ενημερώνουν τους ασθενείς για τη σημασία που έχει η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, όπως προτείνεται από το γιατρό, για τη διατήρηση μίας καλής υγείας και τα οφέλη μίας καλής ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε μέσω ενημερωτικών προγραμμάτων του υπουργείου υγείας, είτε μέσω διαδικτύου, είτε μέσω κάποιας εκπαιδευτικής- διαφημιστικής εκστρατείας. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί, ενδεχομένως, να συρρικνωθεί ο φόβος και η προκατάληψη που υπάρχει για τους γιατρούς και τα φάρμακα και να καλλιεργηθεί εκείνη η παιδεία στους ασθενείς που θα δίνει έμφαση στη σημασία που έχει η εξέταση, η πρόληψη και η θεραπεία.

Μεγάλη πρόκληση στις μέρες μας, όπου η πλειοψηφία των ανθρώπων ζει στις πόλεις με έντονους ρυθμούς, κατακλύζεται από πλήθος πληροφορίας και ο ελεύθερος χρόνος είναι περιορισμένος, για τη βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης αποτελεί η εύρεση του αποδοτικότερου τρόπου υπενθύμισης στους ασθενείς, για τη λήψη της αγωγής τους. Είναι αρκετές οι περιπτώσεις ασθενών, με σοβαρά προβλήματα υγείας, που γνωρίζουν την επικινδυνότητα της κατάστασής τους και ενώ έχουν καλές προθέσεις όσον αφορά την τήρηση των ιατρικών οδηγιών δε συμμορφώνονται αφού ξεχνούν να παίρνουν τα φάρμακά τους. Το πρόβλημα αυτό ωστόσο, μπορεί να αντιμετωπιστεί με τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι νέες τεχνολογίες, όπως για παράδειγμα τα έξυπνα κινητά τηλέφωνα (smartphones). Στις μέρες μας, όλο και περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν καθημερινά τις ειδικές εφαρμογές (mobile applications) που σχεδιάζονται για τα συγκεκριμένα τηλέφωνα και παρέχουν πλήθος υπηρεσιών, μεταξύ των οποίων και υπηρεσίες υπενθύμισης για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η συνεισφορά αυτών των εφαρμογών είναι τεράστια και η υπενθύμιση μετατρέπεται σε μια εύκολη και απλή διαδικασία, καθώς το κινητό είναι η μόνη συσκευή που συνοδεύει το σύγχρονο άνθρωπο τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Επομένως, οι δυνατότητες των νέων αυτών συσκευών να ειδοποιούν, να υπενθυμίζουν και να παροτρύνουν τον ασθενή να τηρήσει τη θεραπεία του δημιουργούν μία πολλά υποσχόμενη λύση για τη βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης.

Σε ευρύτερη κλίμακα, στα θετικά επακόλουθα του υψηλού επιπέδου φαρμακευτικής συμμόρφωσης περιλαμβάνονται η μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία και κατ' επέκταση, η μείωση του κόστους νοσηλείας και θεραπείας των ασθενών. Εκτός από τα προφανή οφέλη για το εθνικό σύστημα υγείας, η επίτευξη του μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος, ως συνέπεια της συμμόρφωσης, αυξάνει την εμπιστοσύνη του κοινού προς τα φαρμακευτικά σκευάσματα, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την περαιτέρω ανάπτυξη της φαρμακευτικής βιομηχανίας και την παραγωγή αποτελεσματικότερων προϊόντων.

Βιβλιογραφία

- [1] Haynes R, Taylor D, Sackett D. Compliance in Healthcare. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979.
- [2] Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J* 2011; 26(3): 155-159.
- [3] Luscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens Suppl* 1985; 3(1): S3-9.
- [4] Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract* 1994; 44(387): 465-468.
- [5] Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med* 1985; 20(1): 29-37.
- [6] Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4(1): 269-286.
- [7] Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, Judson FN, Sbarbaro JA, Reves RR. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis. Epidemiology and effect on the outcome of treatment. *Chest* 1997; 111(5): 1168-1173.
- [8] Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 712-724.
- [9] Smith DL. Compliance packaging: a patient education tool. *Am Pharm* 1989; NS29(2): 42-5, 9-53.
- [10] Hanson RW. Physician-patient communication and compliance. In: Gerner KE, Nehemkis, A.M, editor. *Compliance: The Dilemma of the Chronically Ill*. New York: Springer Publishing Co, 1986. pp. 182-212.
- [11] Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133(1): 21-30.
- [12] DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *Jaapa* 2004; 17(11): 18-21.

- [13] Sullivan S, Kreling, D.H., Hazlet, T.K. . Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: a literature analysis and cost of hospitalization estimate. *J Res Pharmaco Econ* 1990; 2: 19–33.
- [14] Sabate E. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. . Geneva: World Health Organization, 2003.
- [15] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353(5): 487-497.
- [16] Avorn J, Monette J, Lacour A, Bohn RL, Monane M, Mogun H, LeLorier J. Persistence of use of lipid-lowering medications: a cross-national study. *Jama* 1998; 279(18): 1458-1462.
- [17] Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *Jama* 2002; 288(4): 455-461.
- [18] Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J* 1996; 17 Suppl A: 16-20.
- [19] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(2): CD000011.
- [20] Mallion JM, Baguet JP, Siche JP, Tremel F, de Gaudemaris R. Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. *J Hypertens Suppl* 1998; 16(1): S75-9.
- [21] Bates A. *Ensuring profitable patient adherence programs*. Eularis 2010.
- [22] Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A. Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Can J Public Health* 1998; 89(5): 116-118.
- [23] Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy* 2014; 7: 35-44.
- [24] Kaustuv BK, Kuotsu Importance of medication adherence in ensuring effective and cost-efficient healthcare. *International journal of pharmacy and pharmaceutical sciences* 2014; 6(2): 5-8.
- [25] Stuart BC, Simoni-Wastila L, Zhao L, Lloyd JT, Doshi JA. Increased persistency in medication use by U.S. Medicare beneficiaries with diabetes is associated with lower hospitalization rates and cost savings. *Diabetes Care* 2009; 32(4):647-649.

- [26] Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *J Adv Nurs* 1996; 24(2): 244-250.
- [27] Bosworth H. *Improving Patient Treatment Adherence: A Clinical Guidebook*. New York: NY: Springer, 2010.
- [28] Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(3): CD005182.
- [29] Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26(5): 331-342.
- [30] Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns* 2011; 85(3): 468-474.
- [31] Baillargeon J, Contreras S, Grady JJ, Black SA, Murray O. Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatr Serv* 2000; 51(11): 1444-1446.
- [32] Mogul KM. Psychological considerations in the use of psychotropic drugs with women patients. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36(10): 1080-1085.
- [33] Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 1992; 34(5): 507-513.
- [34] Cramer J, Spilker, B. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press, 1991.
- [35] Haynes RT, DW. Sackett, DL. *Compliance in Healthcare*. Baltimore: MD:John Hopkins University Press, 1981.
- [36] https://en.wikipedia.org/wiki/Health_literacy
- [37] Bohlman LP, A. Kindig, DA. *Institute of Medicine, Health literacy, A prescription to end confusion*. Washington DC: National Academies Press, 2004.
- [38] Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 2005; 61(1): 133-155.

- [39] Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. *Arch Intern Med* 2006; 166 (17): 1855-1862.
- [40] Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med* 2004; 2(5): 455-461.
- [41] Παπαδημητρίου ΓΝ, Παπακώστας, Ι.Γ. Η σχέση γιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας. *Ιατρική* 2002; 82: 44-56.
- [42] Καρκανιάς Α. Ψυχοογκολογική διάσταση γενετικής του καρκίνου. *Ελλην. Ογκολ.* 2006; 42: 103–106.
- [43] Brodie T, Lewis DR. A survey of patient views on receiving vascular outpatient letters. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 39(1): 5-10.
- [44] Frankel BR, Piercy, F.P. The relationship among selected supervisor, therapist and client behaviors. *Journal of Marital and Family* 2007; 16: 407–421.
- [45] Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101(5): 692-696.
- [46] Chernew ME, Shah MR, Wegh A, Rosenberg SN, Juster IA, Rosen AB, Sokol MC, Yu-Isenberg K, Fendrick AM. Impact of decreasing copayments on medication adherence within a disease management environment. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27(1): 103-112.
- [47] Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Schneeweiss S, Solomon DH, Berman C, Jan S, Liu J, Lii J, Brookhart MA, Mahoney JJ, Shrank WH. At Pitney Bowes, value-based insurance design cut copayments and increased drug adherence. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(11): 1995-2001.
- [48] Shrank WH, Hoang T, Ettner SL, Glassman PA, Nair K, DeLapp D, Dirstine J, Avorn J, Asch SM. The implications of choice: prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions. *Arch Intern Med* 2006; 166(3): 332-337.
- [49] Volpp KG, John LK, Troxel AB, Norton L, Fassbender J, Loewenstein G. Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial. *Jama* 2008; 300(22): 2631-2637.
- [50] Volpp KG, Troxel AB, Pauly MV, Glick HA, Puig A, Asch DA, Galvin R, Zhu J, Wan F, DeGuzman J, Corbett E, Weiner J, Audrain-McGovern J. A randomized, controlled

- trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med* 2009; 360(7): 699-709.
- [51] Abbott J, Bilton D. Adherence to Ivacaftor is suboptimal. *J Cyst Fibros* 2015; 14(5): 547-548.
- [52] Rudd P, Ahmed S, Zachary V, Barton C, Bonduelle D. Improved compliance measures: applications in an ambulatory hypertensive drug trial. *Clin Pharmacol Ther* 1990; 48(6): 676-685.
- [53] Kimmerling M, Wagner G, Ghosh-Dastidar B. Factors associated with accurate self-reported adherence to HIV antiretrovirals. *Int J STD AIDS* 2003; 14(4): 281-284.
- [54] Waterhouse DM, Calzone KA, Mele C, Brenner DE. Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring. *J Clin Oncol* 1993; 11(6): 1189-1197.
- [55] Maenpaa H, Javela K, Pikkarainen J, Malkonen M, Heinonen OP, Manninen V. Minimal doses of digoxin: a new marker for compliance to medication. *Eur Heart J* 1987; 8 Suppl I:31-37.
- [56] Pullar T, Birtwell AJ, Wiles PG, Hay A, Feely MP. Use of a pharmacologic indicator to compare compliance with tablets prescribed to be taken once, twice, or three times daily. *Clin Pharmacol Ther* 1988; 44(5): 540-545.
- [57] Newby LK, LaPointe NM, Chen AY, Kramer JM, Hammill BG, DeLong ER, Muhlbaier LH, Califf RM. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation* 2006; 113(2): 203-212.
- [58] Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *Jama* 2002; 288(4): 462-467.
- [59] Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. *Med Care* 2005; 43(3): 246-255.
- [60] Cutrona SL, Choudhry NK, Stedman M, Servi A, Liberman JN, Brennan T, Fischer MA, Brookhart MA, Shrank WH. Physician effectiveness in interventions to improve cardiovascular medication adherence: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2010; 25(10): 1090-1096.

- [61] Carter BL, Bergus GR, Dawson JD, Farris KB, Doucette WR, Chrischilles EA, Hartz AJ. A cluster randomized trial to evaluate physician/pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10(4): 260-271.
- [62] Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009; 169(19): 1748-1755.
- [63] Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2): CD002098.
- [64] Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47(8): 826-834.
- [65] Russel M. *Behavioral Counseling in Medicine; Strategies for Modifying At-risk Behavior*. New York: NY: Oxford University Press, 1986.
- [66] He FJ, MacGregor GA. Cost of poor blood pressure control in the UK: 62,000 unnecessary deaths per year. *J Hum Hypertens* 2003; 17(7): 455-457.
- [67] The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157(21): 2413-2446.
- [68] Garfield FB, Caro JJ. Compliance and hypertension. *Curr Hypertens Rep* 1999; 1(6): 502-506.
- [69] Μαστρογιάννης Δ, Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε, Μαντζώρου Μ, Νούλα Μ, Μιχαλίτση Χ. Διερεύνηση της συμμόρφωσης υπερτασικών ασθενών ε ένα νοσοκομείο της Αθήνας. *Interscientific Health Care* 2011; 3: 14-23.
- [70] Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med* 1997; 102(2A): 43-49.
- [71] Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2001; 54 Suppl 1: S57-60.
- [72] Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol* 2000; 76(2-3): 157-163.
- [73] Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, Ilersich AL. Relationship between daily dose frequency and adherence to

- antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther* 2002; 24(2): 302-316.
- [74] Becker M. The Health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs* 1974; 2: 376–423.
- [75] Leventhal H. Illness perceptions: theoretical foundations. In: Petrie K, Weinmann J, editors. *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: Harwood, 1997. pp. 19-45.
- [76] Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47(6): 555-567.
- [77] Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health* 1999; 14(1): 1-24.
- [78] Hand C, Adams M. How do attitudes to illness and treatment compare with self-reported behaviour in predicting inhaler use in asthma? *Primary Care Respir J* 2002; 11: 9–12.
- [79] Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Bmj* 1996; 312(7040): 1191-1194.
- [80] Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens* 2004; 18(9): 607-613.
- [81] Hedner T, Falk M. Physician and patient evaluation of hypertension-related risks and benefits from treatment. *Blood Press Suppl* 1997; 1: 26-34.
- [82] Waeber B, Brunner HR, Metry JM. Compliance with antihypertensive treatment: implications for practice. *Blood Press* 1997; 6(6): 326-31.
- [83] Hansson L, Hedner T, Himmelman A. The growing importance of systolic blood pressure. *Blood Press* 1998; 7(3): 131-132.
- [84] O'Donnell CJ, Kannel WB. Cardiovascular risks of hypertension: lessons from observational studies. *J Hypertens Suppl* 1998; 16(6): S3-7.
- [85] Kjellgren KI, Ahlner J, Dahlof B, Gill H, Hedner T, Saljo R. Patients' and physicians' assessment of risks associated with hypertension and benefits from treatment. *J Cardiovasc Risk* 1998; 5(3): 161-166.

- [86] Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care* 2003; 9(2): 155-171.
- [87] Dolovich MB, Ahrens RC, Hess DR, Anderson P, Dhand R, Rau JL, Smaldone GC, Guyatt G. Device selection and outcomes of aerosol therapy: Evidence-based guidelines: American College of Chest Physicians/American College of Asthma, Allergy, and Immunology. *Chest* 2005; 127(1): 335-371.
- [88] De Blaquiere P, Christensen DB, Carter WB, Martin TR. Use and misuse of metered-dose inhalers by patients with chronic lung disease. A controlled, randomized trial of two instruction methods. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140(4): 910-916.
- [89] Ho SF, MS OM, Steward JA, Breay P, Burr ML. Inhaler technique in older people in the community. *Age Ageing* 2004; 33(2): 185-188.
- [90] Şen E, Gónólló U, Ekici Z, Kurşun N. Assessment of inhaler technique and treatment compliance of hospitalized patients and outpatients in a university hospital. . *Ankara Universitesi Tıp Fakultesi Mecmuası* 2006; 59: 1-6.
- [91] Maenpaa H, Manninen V, Heinonen OP. Compliance with medication in the Helsinki Heart Study. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 42(1): 15-19.
- [92] Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. The Expert Panel. *Arch Intern Med* 1988; 148(1): 36-69.
- [93] Castelli WP. Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham study. *Am J Med* 1984; 76(2A): 4-12.
- [94] McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, Doliszny KM, Folsom AR, Blackburn H, Luepker RV. Recent Trends in Acute Coronary Heart Disease - Mortality, Morbidity, Medical Care, and Risk Factors. *New England Journal of Medicine* 1996; 334(14): 884-890.
- [95] Sung JC, Nichol MB, Venturini F, Bailey KL, McCombs JS, Cody M. Factors affecting patient compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population. *Am J Manag Care* 1998; 4(10): 1421-1430.
- [96] Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992; 15(5): 447-468.

- [97] Μαντζώρου Μ, Μαστρογιάννης Δ. Επίδραση της διδασκαλίας του εμφραγματία στη συμμόρφωση και στην αλλαγή του τρόπου ζωής του. Νοσηλευτική 2006; 45: 199–206.
- [98] McMahon M, Miller P, Wikoff R, Garrett MJ, Ringel K. Life situations, health beliefs, and medical regimen adherence of patients with myocardial infarction. Heart Lung 1986; 15(1): 82-86.
- [99] Mills G, Barnes R, Rodell DE, Terry L. An evaluation of an inpatient cardiac patient/family education program. Heart Lung 1985; 14(4): 400-406.