

«Σχολή»

«Πρόγραμμα Σπουδών»

Πτυχιακή / Διπλωματική Εργασία

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων.

Στάσεις ιατρών και πολιτών.»

«ΤΣΑΒΕΛΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Επιβλέπων καθηγητής: «ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΡΩΝΗ»

ΠΑΤΡΑ,ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

[Πληκτρολογήστε εδώ]

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων.  
Στάσεις ιατρών και πολιτών.»

«ΤΣΑΒΕΛΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ»

«ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ,ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«ΔΕΛΤΣΙΔΟΥ ANNA»

«ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ,ΕΑΠ»

ΠΑΤΡΑ ,ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

«Ευχαριστίες ή Αφιέρωση»

ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ ΤΗΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΟΥ,ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΡΩΝΗ,ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ,ΤΙΣ ΕΥΣΤΟΧΕΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΑΡΕΙΧΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΩΣ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.ΕΠΙΣΗΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩΘΕΡΜΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ,ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ.ΤΕΛΟΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ,ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΩΘΗΣΗ ΠΟΥ ΜΟΥ ΕΔΩΣΑΝ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται πολύ έντονα τα τελευταία χρόνια αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή των απόψεων πολιτών, και ιατρών για την αλόγιστη χρήση φαρμάκων.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Εργαλείο της μελέτης αποτέλεσε ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχη μελέτη για πολίτες στην Κύπρο, ενώ στους γιατρούς χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτό με ειδικές προσαρμογές. Στη μελέτη συμμετείχαν 105 γιατροί με μέση ηλικία 42 έτη και 162 πολίτες με μέση ηλικία 46 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 54% των γιατρών και 78% των πολιτών πιστεύουν ότι η κατάχρηση φαρμάκων γίνεται για ψυχολογικούς λόγους. 65% των γιατρών αναφέρει ότι η χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων συμβαίνει αρκετά, ενώ μόλις το 34% των ασθενών αναφέρει ότι κάνει χρήση τέτοιων φαρμάκων. 67% των γιατρών απάντησαν ότι τα λάθη στη συνταγογράφηση οφείλονται στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την έρευνα συμπεραίνεται ότι για την αλόγιστη χρήση φαρμάκων ευθύνονται τόσο οι γιατροί όσο και οι πολίτες. Γιατροί και πολίτες συμφωνούν ότι η κατάχρηση φαρμάκων οφείλεται σε ψυχολογικούς λόγους. Συστήνεται να γίνει περαιτέρω έρευνα στον ελλαδικό χώρο σχετικά με την υπερκατανάλωση φαρμάκων και σε άλλες περιοχές και με μεγαλύτερο δείγμα, προκειμένου να αποτυπωθεί ακριβέστερα η κατάσταση.

### Λέξεις – Κλειδιά

συνταγογραφούμενα φάρμακα, μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, ιατροί, πολίτες, συνταγογράφηση, ενημέρωση, υπερδοσολογία, ανεπιθύμητες ενέργειες

## «Irrational use of prescription and over-the-counter medications.

### Attitudes of doctors and citizens.»

«ALEXANDRA TSAVELI»

(στην αγγλική γλώσσα)

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In developed and developing countries, there has been a sharp decline in the use of prescription and over-the-counter drugs in recent years. The purpose of this paper was to record the views of citizens and doctors for the irrational use of drugs.

**METHODOLOGY:** The tool of the study was a questionnaire that had been used in a similar study for citizens in Cyprus, while the doctors were given this questionnaire with special adjustments. The study involved 105 doctors with a mean age of 42 years and 162 citizens with a mean age of 46 years.

**RESULTS:** The results showed that 54% of doctors and 78% of citizens believe that drug abuse is done for psychological reasons. 65% of doctors report that the use of over-the-counter drugs is quite common, while only 34% of patients report that they use such drugs. 67% of doctors answered that prescribing errors are due to health professionals and patients.

**CONCLUSIONS:** The investigation concludes that both doctors and citizens are responsible for the reckless use of drugs. Doctors and citizens agree that drug abuse is due to psychological reasons. It is recommended that further research be conducted in Greece on drug overdose in other areas and with a larger sample, in order to more accurately capture the situation.

### Keywords

irrational use, prescription drugs, over-the-counter drugs

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	ix
1. ΦΑΡΜΑΚΑ.....	ix
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	ix
1.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	x
1.3. ΙΣΤΟΡΙΑ.....	xi
2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xiii
2.1. ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΛΟΓΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xiv
2.1.1. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	xiv
2.1.2. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xv
2.1.3. ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xvi
2.1.4. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	xvii
3. ΑΛΟΓΙΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xviii
3.1. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xix
3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡ-ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xxi
3.2.1. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ.....	xxi
3.2.2. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	xxiii
3.2.3. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ.....	xxiv
3.2.4. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	xxvi
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	xxix
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	xxx
1. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ.....	xxx
2. ΟΡΓΑΝΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	xxx
3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	xxxι
4. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	xxxii
5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	xxxiii
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	xxxiv
1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΑΤΡΩΝ.....	xxxiv
1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ.....	xxxiv
1.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	xxxv
1.3. ΑΠΟΨΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΗ-ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	xxxviii
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	xliii
2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	xliii
2.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	xliv
2.3. ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	xlvi
2.4. ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	lii
3. ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ.....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί</b>

ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	lxxiii
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	lxxviii
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	lxxix



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1. ΦΑΡΜΑΚΑ

#### 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Στη φαρμακολογία, ως φάρμακο ορίζεται μια χημική ουσία, συνήθως γνωστής δομής, η οποία, όταν χορηγείται σε έναν ζωντανό οργανισμό, παράγει ένα βιολογικό αποτέλεσμα. Ένας άλλος ορισμός που δίνεται είναι ότι το φάρμακο είναι μια χημική ουσία που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία, την πρόληψη ή τη διάγνωση μιας νόσου ή για την προαγωγή της ευημερίας. Παραδοσιακά τα φάρμακα παράγονταν με εκχύλιση από φυτά με θεραπευτικές ιδιότητες, αλλά πλέον παράγονται ευρέως με οργανική σύνθεση. Τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό περιορισμένης διάρκειας δράση ή σε τακτική βάση για την αντιμετώπιση χρόνιων διαταραχών (Atanasov, et al., 2015).

Τα φάρμακα, επομένως, λαμβάνονται για να θεραπεύσουν ή να βελτιώσουν οποιαδήποτε συμπτώματα μιας ασθένειας ή ιατρικής πάθησης. Η χρήση μπορεί επίσης να είναι προληπτική με σκοπό μελλοντικά οφέλη, χωρίς να αντιμετωπίζει τυχόν υπάρχουσες ή προϋπάρχουσες ασθένειες ή συμπτώματα. Τα φάρμακα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τον τρόπο διανομής τους: φάρμακα που δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για τη χορήγησή τους (μη συνταγογραφούμενα φάρμακα – ΜΥΣΥΦΑ), τα οποία διατίθενται σε φαρμακεία και σούπερ μάρκετ χωρίς ειδικούς περιορισμούς και φάρμακα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, τα οποία πρέπει να συνταγογραφούνται από ιατρό με άδεια συνταγογράφησης του συγκεκριμένου φαρμάκου (Atanasov, et al., 2015).

Το φάσμα των διαθέσιμων μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Τα φάρμακα παράγονται συνήθως από φαρμακευτικές εταιρείες και συχνά κατοχυρώνονται με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για να παρέχουν στον κατοχού του έργου αποκλειστικά δικαιώματα για την παραγωγή τους. Αυτά που δεν είναι κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (ή με διπλώματα ευρεσιτεχνίας που έχουν λήξει) καλούνται γενόσημα φάρμακα, επειδή μπορούν να παραχθούν από άλλες εταιρείες χωρίς περιορισμούς ή άδειες από τον κάτοχο του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (Atanasov, et al., 2015).

## 1.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με το Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), τα φάρμακα ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: τα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αυτά για τα οποία δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και τα lifestyle φάρμακα. Στα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανήκουν αυτά που η χρήση τους από τους πολίτες -χωρίς την επίβλεψη ειδικού- δε θεωρείται ασφαλής. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην τοξικότητα των ουσιών που περιέχουν, στις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα ή και στα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται κατά τη χρήση τους (Μουρτζίκου, κά., 2015).

Τα συνταγογραφούμενα σκευάσματα κατηγοριοποιούνται περαιτέρω σε σκευάσματα που χορηγούνται με απλή ιατρική συνταγή, ειδική ιατρική συνταγή ή ιατρική συνταγή περιορισμένης χρήσης. Με απλή ιατρική συνταγή χορηγούνται τα φάρμακα που είναι επικίνδυνα αν λαμβάνονται χωρίς ιατρική παρακολούθηση ή οι πολίτες τα χρησιμοποιούν υπέρμετρα, θέτοντας σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία. Με ειδική ιατρική συνταγή χορηγούνται φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως δυνητικά ναρκωτικά ή ψυχοτρόπα ή φάρμακα που υπέρμετρη ή παρατεταμένη χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση. Με ιατρική συνταγή περιορισμένης χρήσης χορηγούνται συνήθως καινούρια φάρμακα, για τα οποία δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες ή μπορεί να επηρεάσουν τον ασθενή τόσο που να χρειαστεί ειδική αγωγή και για αυτό η χορήγησή τους γίνεται μέσα σε νοσοκομείο (ΔΥΓ3(Α)/83657 /24-01-2006).

Στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κατατάσσονται σκευάσματα τα οποία γενικά είναι ασφαλή προς κατανάλωση από το ευρύ κοινό, όταν καταναλώνονται τηρώντας τις οδηγίες χρήσης που αναγράφονται στη συσκευασία. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό οι οδηγίες αυτές να γράφονται σε απλή διάλεκτο, κατανοητή από το ευρύ κοινό (Μουρτζίκου, κά., 2015).

Στην κατηγορία των lifestyle φαρμάκων κατατάσσονται σκευάσματα που δε στοχεύουν στην αντιμετώπιση σοβαρών ή απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, αλλά προβλημάτων που σχετίζονται με την ηλικία ή το σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως η παχυσαρκία, η τριχοπτωση η στυτική δυσλειτουργία ή η αντισύλληψη (Μουρτζίκου, κά., 2015).

Βάσει της δραστηριότητάς τους, στο εθνικό συνταγολόγιο τα φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες (Εθνικό Συνταγολόγιο-ΕΟΦ):

- Φάρμακα παθήσεων πεπτικού συστήματος
- Φάρμακα παθήσεων κυκλοφορικού συστήματος
- Φάρμακα παθήσεων αναπνευστικού συστήματος
- Φάρμακα παθήσεων κεντρικού νευρικού συστήματος
- Φάρμακα κατά των λοιμώξεων
- Φάρμακα παθήσεων ενδοκρινών αδένων – ορμόνες
- Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη γυναικολογία, μαιευτική και επί διαταραχών της σύρσης
- Αντινεοπλασματικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα
- Φάρμακα παθήσεων αίματος και θρέψης
- Φάρμακα αρθροπαθειών και μυοσκελετικών παθήσεων
- Φάρμακα οφθαλμικών παθήσεων
- Φάρμακα παθήσεων ωτών – ρινός – στοματοφάρυγγα
- Φάρμακα παθήσεων δέρματος
- Ενεργητική – παθητική ανοσοποίηση
- Φάρμακα αναισθησίας
- Σκιαγραφικές ουσίες στις απεικονιστικές τεχνικές
- Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων

### 1.3. ΙΣΤΟΡΙΑ

Η ιστορική αναδρομή των φαρμάκων ξεκινάει στα αρχαία χρόνια με τον άνθρωπο να αναζητά τη θεραπεία για διάφορες ασθένειες στη φύση. Η έναρξη της φαρμακολογίας ουσιαστικά έγινε τυχαία, συνειδητοποιώντας πως η βρώση συγκεκριμένων φυτών είχε ιδιαίτερα φαρμακολογικά αποτελέσματα, όπως η πρόκληση διάρροιας ή εμετού ή το αντίθετο. Η αφήγηση και καταγραφή αυτών των παρατηρήσεων από γενιά σε γενιά οδήγησε στην ανάπτυξη της επιστήμης της Φαρμακολογίας. Ένας αιγυπτιακός πάπυρος που χρονολογείται το 1550π.Χ. περιέχει ένα μεγάλο πλήθος ασθενειών με αντίστοιχες συνταγές για την αντιμετώπισή τους. Οι Αιγύπτιοι μάλιστα ήταν αυτοί που

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
μετέφεραν τις γνώσεις τους περί Φαρμακολογίας στους Έλληνες φιλοσόφους (Lord et al., 2011).

Σταδιακά τα φυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται όλο και ευρύτερα, αρχικά ατόφια και στη συνέχεια έπειτα από ειδική επεξεργασία, πχ. βράσιμο, εκχύλιση, κλπ. Ο Ιπποκράτης στην Αρχαία Ελλάδα τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. δίδασκε με τη φράση: «Φάρμακο ας γίνει η τροφή σας και η τροφή σας ας γίνει φάρμακό σας», υποδεικνύοντας την αξία της τροφής στη θεραπεία οποιασδήποτε πάθησης. Η χρήση των φυτών ως θεραπεία συνεχίστηκε κατά αποκλειστικότητα μέχρι και το πρώτο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπου με την ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, σταδιακά άρχισαν να μελετώνται τα επιμέρους συστατικά των φυτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και να κατανοείται η δράση καθενός από αυτά. Έτσι, τα ολικά εκχυλίσματα φυτών άρχισαν σιγά σιγά να αντικαθίστανται από καθαρότερες μορφές των δραστικών ουσιών που ήταν χρήσιμες, μειώνοντας παράλληλα πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες που συνόδευαν τα φάρμακα μέχρι τότε (Forsch et al., 2010).

Ο 20<sup>ος</sup> αιώνας αποτέλεσε μια εποχή σταθμό, με πολλές ανακαλύψεις στον τομέα της Φαρμακολογίας. Τη δεκαετία του 1920 ανακαλύφθηκαν οι πρώτες βιταμίνες, καθώς και ασθένειες που οφείλονταν στην έλλειψη αυτών. Την ίδια περίοδο άρχισε η ανάπτυξη πολλών νέων φαρμάκων και των πρώτων εμβολίων για την πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών που έπλητταν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Τη δεκαετία του 1940 ξεκίνησε και η ανακάλυψη και ανάπτυξη των αντιβιοτικών. Η μέγιστη ανάπτυξη ξεκίνησε από το 1960, όπου η επιστήμες της Βιολογίας, της Χημείας και της Φαρμακολογίας συνεργάστηκαν συστηματικά φέρνοντας στο προσκήνιο πολλά νέα φάρμακα, αντιμετωπίζοντας σημαντικό μέρος των παθήσεων που αντιμετώπιζαν οι άνθρωποι. Επιπλέον, τα φάρμακα μπήκαν στην καθημερινότητα των ανθρώπων και άρχισαν να χρησιμοποιούνται ευρέως. Η ανάπτυξη και η ένταξη της ρομποτικής και του αυτοματισμού στη Φαρμακοβιομηχανία στο τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα βοήθησε και στη μαζική παραγωγή των φαρμάκων (Baehren et al., 2010).

Ο 21<sup>ος</sup> αιώνας χαρακτηρίζεται σε όλους τους τομείς ιδιαίτερα επαναστατικός. Η δραματική ανάπτυξη όλων των επιστημονικών κλάδων οδήγησε στη μείωση του κόστους της παραγωγής φαρμάκων, στην ανάπτυξη φαρμάκων με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, ενώ αναπτύσσονται και τα φάρμακα νέας γενιάς. Τα φάρμακα αυτά έχουν στοχευμένη δράση και είναι εξατομικευμένα, ανάλογα με το γενετικό

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
προφίλ κάθε ασθενή και υπόσχονται βέλτιστη και άμεση αποτελεσματικότητα  
(Baehren et al., 2010).

## 2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η διαδικασία έγκρισης κυκλοφορίας των φαρμάκων είναι μία λεπτομερής διαδικασία που ελέγχεται από διάφορους φορείς προκειμένου να προωθηθεί η προστασία της Δημόσιας Υγείας και της υγείας των ασθενών αντιστοίχα. Πριν εγκριθεί η κυκλοφορία ενός φαρμάκου είναι απαραίτητο να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά και η ασφάλειά του, εξασφαλίζοντας ότι η χορήγηση του φαρμάκου στους ασθενείς -πέρα από το επιτρεπτό εύρος των μη σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών- θα είναι επαρκώς ασφαλής. Συγκεκριμένα, οι ανεπιθύμητες παρενέργειες που επιτρέπεται να έχει κάθε φάρμακο αντισταθμίζονται και εξαρτώνται από την αποτελεσματικότητά του. Δηλαδή, ένα φάρμακο που θα προστατεύει ένα άτομο από μία θανατηφόρα ασθένεια (πχ. οι χημειοθεραπείες για τον καρκίνο) επιτρέπεται να έχει περισσότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες σε σχέση με ένα φάρμακο που απλά καταπολεμάει τον πονοκέφαλο (Μπαμπάτσικου και Κόκολη, 2018).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (European Medicines Agency - EMA) είναι ένας οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση και την εποπτεία των φαρμακευτικών προϊόντων. Ο EMA ιδρύθηκε το 1995, με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τη φαρμακευτική βιομηχανία, καθώς και έμμεση επιχορήγηση από τα κράτη μέλη, έχοντας ως στόχο να εναρμονίσει (αλλά όχι να αντικαταστήσει) το έργο των υφιστάμενων εθνικών ρυθμιστικών αρχών για την ιατρική. Το σχέδιο υλοποιήθηκε αποσκοπώντας αρχικά στο να μειώσει τις ετήσιες δαπάνες ύψους 350 εκατομμυρίων ευρώ των εταιρειών παραγωγής φαρμάκων που προέκυπταν από την ανάγκη να λάβουν ξεχωριστές εγκρίσεις από κάθε κράτος μέλος, αλλά και για να εξαλείψουν τις προστατευτικές τάσεις των κυρίαρχων κρατών που αρνούσαν να εγκρίνουν νέα φάρμακα, που ενδέχεται να ανταγωνίζονται εκείνων που έχουν ήδη παραχθεί από εγχώριες φαρμακευτικές εταιρείες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί επί του παρόντος την πηγή περίπου του ενός τρίτου των νέων φαρμάκων που εισέρχονται στην παγκόσμια αγορά κάθε χρόνο.

Ο EMA ιδρύθηκε μετά από περισσότερο από επτά χρόνια διαπραγματεύσεων μεταξύ των κυβερνήσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αντικατέστησε την Επιτροπή Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων και την Επιτροπή Κτηνιατρικών Φαρμακευτικών Προϊόντων, παρόλο που και οι δύο αναγεννήθηκαν ως βασικές επιστημονικές συμβουλευτικές επιτροπές. Ο οργανισμός είχε έδρα στο Λονδίνο πριν από την ψηφοφορία του Ηνωμένου Βασιλείου για απόσυρση από την Ευρωπαϊκή Ένωση και μετεγκαταστάθηκε στο Άμστερνταμ τον Μάρτιο του 2019 (Hrabovszki, 2019).

Η αρμόδια αρχή έγκρισης κυκλοφορίας φαρμάκων στην Ελλάδα είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ). Ο οργανισμός αυτός εκδίδει την άδεια κυκλοφορίας του προϊόντος στην αγορά και στη συνέχεια το Υπουργείο Ανάπτυξης καθορίζει την τιμή του προϊόντος. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, ο ΕΟΦ αποτελεί την αρμόδια αρχή στην Ελλάδα και η έγκριση κυκλοφορίας μόνο από τον ΕΟΦ δεν αρκεί, αλλά θα πρέπει να συναποφασιστεί από το ανώτερο Υπουργείο. Ο ρόλος των Αρχών Υγείας, όπως είναι ο ΕΟΦ και ο EMA, είναι να παρακολουθούν την αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, έτσι ώστε να τις αξιολογήσουν και να κατευθύνουν τον ιατρικό και γενικό πληθυσμό σε ασφαλέστερη χρήση του φαρμάκου. Μετά την αρχική άδεια κυκλοφορίας συνεχίζεται η συνεχής αξιολόγηση της σχέσης οφέλους και κινδύνου κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος και διατηρείται η άδεια κυκλοφορίας μόνο εφόσον τα οφέλη υπερτερούν του κινδύνου (Μπαμπάτσικου και Κόκολη, 2018).

## **2.1. ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΛΟΓΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Οι κύριες διαμάχες που υπάρχουν σχετικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα περιλαμβάνουν την πρόσβαση των ασθενών σε φάρμακα που βρίσκονται υπό ανάπτυξη και δεν έχουν ακόμη εγκριθεί, η υπερκατανάλωση φαρμάκων, η τιμολόγηση και τα περιβαλλοντικά θέματα που προκύπτουν.

### **2.1.1. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο έχουν δημιουργήσει διατάξεις για τη χορήγηση πρόσβασης σε φάρμακα πριν από την έγκριση για ασθενείς που έχουν εξαντλήσει όλες

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές και δεν ταιριάζουν με τα κριτήρια εισόδου σε κλινικές δοκιμές. Τα προγράμματα αυτά διέπονται από κανόνες που ποικίλουν ανάλογα με τη χώρα που χορηγούνται, τα διαθέσιμα δεδομένα, τον τρόπο προώθησης και ελέγχου της διανομής φαρμάκων. Η χορήγηση αυτών των φαρμάκων γίνεται στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας, της διευρυμένης πρόσβασης ή της εθελοντικής προσφοράς ασθενών, προκειμένου να βοηθήσουν στην προώθηση της επιστήμης (Helene, 2010).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ζήτηση πριν από την έγκριση του φαρμάκου γίνεται μέσω του IND (Investigational New Drug) για μια ομάδα θεραπείας ή για ένα μόνο ασθενή. Αυτοί οι μηχανισμοί, οι οποίοι εμπίπτουν στην κατηγορία των προγραμμάτων διευρυμένης πρόσβασης, παρέχουν πρόσβαση σε φάρμακα για ομάδες ασθενών ή άτομα που κατοικούν στις ΗΠΑ. Έξω από τις ΗΠΑ, τα προγράμματα Named Patient παρέχουν ελεγχόμενη πρόσβαση σε φάρμακα πριν από την έγκρισή τους, ανταποκρινόμενα σε αιτήματα των γιατρών για λογαριασμό συγκεκριμένων ασθενών, προτού τα φάρμακα αυτά χορηγηθούν στη χώρα όπου διαμένει ο ασθενής. Μέσα από αυτά τα προγράμματα, οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε φάρμακα που βρίσκονται σε μεταγενέστερο στάδιο κλινικών δοκιμών ή που έχουν εγκριθεί σε άλλες χώρες για μια πραγματική, ανεκπλήρωτη ιατρική ανάγκη, πριν λάβουν άδεια κυκλοφορίας στη χώρα διαμονής του ασθενούς (Helene, 2010).

### 2.1.2. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ένα από τα καλύτερα τεκμηριωμένα παραδείγματα υπερβολικής χρήσης φαρμάκων τόσο σε συνταγογραφημένα όσο και σε μη συνταγογραφημένα φάρμακα είναι η ακατάλληλη χρήση αντιβιοτικών, ένα παγκόσμιο πρόβλημα με σημαντικές συνέπειες για την κροβιακή αντοχή. Πολλές μελέτες έχουν εντοπίσει ακατάλληλη χρήση αντιβιοτικών σε ασθενείς με ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Μια συστηματική ανασκόπηση της υπερβολικής χρήσης στο αμερικανικό σύστημα, που έγινε το 2012, παρουσίασε 59 μελέτες που τεκμηριώνουν την υπερβολική χρήση αντιβιοτικών για λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (Korenstein, et al., 2012). Στην Ευρώπη υπάρχουν υψηλά ποσοστά συνταγογράφησης αντιβιοτικών για ιογενείς λοιμώξεις στην Πολωνία, τη Σουηδία και

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
το Ηνωμένο Βασίλειο με τους μισούς των ασθενείς να λαμβάνουν περιττά αντιβιοτικά, υποδηλώνοντας υπερβολική χρήση.

Μια άλλη περίπτωση υπερκατανάλωσης φαρμάκων, είναι το Bevacizumab, μια δαπανηρή και γενικά αναποτελεσματική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, η οποία δε συνιστάται από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αριστείας (NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων. Εντούτοις, το φάρμακο δικαιολογείται από το Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας στην Κολομβία για όλες τις ενδείξεις καρκίνου, με μεγάλο κόστος για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας (Brownlee, et al., 2017). Παρομοίως, οι παράγοντες διέγερσης της ερυθροποίησης όπως η εποετίνη a και b και η δαρβαποετίνη έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως και ακατάλληλα στη Ρουμανία για τη θεραπεία της προκαλούμενης από ριμπαβιρίνη αναιμίας σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και μεταμοσχεύσεις οργάνων ελλείπει αποδεικτικών στοιχείων (Lopert, et al., 2013).

### 2.1.3. ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα βασικά φάρμακα, όπως ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι «αυτά τα φάρμακα που ικανοποιούν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης της πλειοψηφίας του πληθυσμού· πρέπει συνεπώς να είναι πάντα διαθέσιμα σε επαρκείς ποσότητες και σε κατάλληλες μορφές δοσολογίας και σε τιμές που η κοινότητα μπορεί να αντέξει οικονομικά» (WHO - Technical Report Series, 2016). Πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα περισσότερα από τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στον κατάλογο των βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ -εκτός του τομέα των φαρμάκων κατά του HIV- δεν έχουν κατοχυρωθεί με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας στον αναπτυσσόμενο κόσμο και η έλλειψη ευρείας πρόσβασης στα φάρμακα αυτά αποτελεί θεμελιώδες ζήτημα στην οικονομική ανάπτυξη. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα πραγματοποιούν εκστρατείες για την επίτευξη πρόσβασης σε βασικές φαρμακευτικές ουσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη διεκδίκηση πόρων που πρέπει να επενδυθούν για την αντιμετώπιση ασθενειών που εμφανίζονται κυρίως στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ο Δείκτης Πρόσβασης στην Ιατρική παρακολουθεί το πόσο καλά οι φαρμακευτικές εταιρείες διαθέτουν τα προϊόντα τους στον αναπτυσσόμενο κόσμο.



Ορισμένοι έχουν εγείρει δεοντολογικές αντιρρήσεις ειδικά όσον αφορά τα φαρμακευτικά διπλώματα ευρεσιτεχνίας, τα οποία επιτρέπουν στους κατόχους τους να κοστολογούν τα φάρμακα σε υψηλές τιμές, με αποτέλεσμα οι φτωχοί άνθρωποι στον ανεπτυγμένο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά (Banta, 2001).

#### 2.1.4. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ο περιβαλλοντικός αντίκτυπος των φαρμάκων και των προϊόντων προσωπικής φροντίδας είναι αμφισβητούμενος. Τα PPCPs (pharmaceuticals and personal care products – φαρμακευτικής και προσωπικής χρήσης προϊόντα) είναι προϊόντα που χρησιμοποιούνται από ιδιώτες για λόγους προσωπικής υγείας ή καλλυντικά και τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται από την αγροτική βιομηχανία για την τόνωση της ανάπτυξης ή της υγείας των ζώων. Τα PPCPs περιλαμβάνουν μια ποικίλη συλλογή χιλιάδων χημικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων θεραπευτικών φαρμάκων, κτηνιατρικών φαρμάκων, αρωμάτων και καλλυντικών. Τα PPCPs έχουν ανιχνευθεί σε υδάτινα συστήματα σε ολόκληρο τον κόσμο και εκείνα που παραμένουν και συσσωρεύονται στο περιβάλλον ονομάζονται Περιβαλλοντικοί Επιβλαβείς Φαρμακευτικοί Ρύποι. Οι επιπτώσεις αυτών των χημικών ουσιών στον άνθρωπο και στο περιβάλλον δεν είναι ακόμη γνωστές, αλλά μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν επιστημονικές ενδείξεις ότι επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία (U.S. EPA., 2020).

### 3. ΑΛΟΓΙΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η αλόγιστη χρήση ορίζεται από τους Chassin και Galvin (1998) ως η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων με τέτοιο τρόπο που το δυναμικό βλάβης υπερβαίνει το δυναμικό ωφέλειας, μια κατάσταση που παρουσιάζεται όλο και συχνότερο σε όλο τον κόσμο. Η άμεση μέτρηση της αλόγιστης χρήσης απαιτεί ορισμό της κατάλληλης περιθάλψης, κάτι που είναι συχνά δύσκολο. Η χρήση φαρμάκων μπορεί να αναπαρασταθεί με μια συνεχή γραμμή, όπου στο ένα άκρο βρίσκονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που είναι γενικά ωφέλιμα όταν χρησιμοποιούνται στον κατάλληλο ασθενή, όπως η χρήση ινσουλίνης σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και στο άλλο άκρο τα φαρμακευτικά σκευάσματα που είναι εντελώς αναποτελεσματικά, μάταια ή παρουσιάζουν τόσο υψηλό κίνδυνο βλάβης σε όλους τους ασθενείς που δεν πρέπει ποτέ να χορηγούνται, όπως ο συνδυασμός των φαρμάκων fenfluramine-phentermine για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Sachdev, et al., 2002).

Η υπερδιάγνωση αποτελεί επίσης ένα φλέγον ζήτημα στις μέρες μας και μπορεί να προκύψει όταν διευρυνθεί ο ορισμός της νόσου, με αποτέλεσμα πληθυσμοί που προηγουμένως θεωρούνταν "κανονικοί" ή υγιείς, να χαρακτηρίζονται πλέον ως ασθενείς. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται και ως υπερσυνταγογράφηση και μπορεί να οδηγήσει σε λήψη φαρμάκων ουσιαστικά υγιών ασθενών, στους οποίους το πιθανό όφελος είναι μικρό και αντισταθμίζεται από τις βλάβες που πιθανώς θα προκληθούν από την αλόγιστη χρήση των φαρμάκων. Μια ανασκόπηση των πρόσφατων κατευθυντήριων γραμμών διάγνωσης των ΗΠΑ έδειξε ότι για δέκα από τις δεκαέξι κατευθυντήριες γραμμές που μελετήθηκαν, ο ορισμός της νόσου είχε διευρυνθεί και δυνητικά οδηγούσε σε υπερβολική χρήση φαρμάκων (Moynihan, et al., 2013). Η μείωση των φυσιολογικών ορίων χοληστερόλης στο αίμα που οδηγούν σε διάγνωση χοληστερίνης οδήγησε σε αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού σε πολλές χώρες που λαμβάνει φάρμακα με ασαφές όφελος (van Staa, et al., 2013). Ένας ευρύτερος ορισμός της χρόνιας νεφροπάθειας που χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες, ενώ είναι δυνητικά επωφελής για την εξασφάλιση ασφαλούς δοσολογίας φαρμάκων, έχει οδηγήσει σε μεγάλο αριθμό ασυμπτωματικών ηλικιωμένων που χαρακτηρίζονται ως ασθενείς, παρότι δεν έχουν θετικούς δείκτες ούρων που να υποδεικνύουν νεφρική βλάβη (Moynihan, et al., 2013).

### 3.1. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η αύξηση της χρήσης των φαρμάκων σε πολλές χώρες τα τελευταία χρόνια είναι πλέον καλά αναγνωρισμένη, με τη φαρμακοποίηση να αποτελεί ένα κοινό φαινόμενο και να ορίζεται ως: «η διαδικασία με την οποία οι κοινωνικές, οι συμπεριφορικές ή οι σωματικές συνθήκες αντιμετωπίζονται ή θεωρούνται ότι βρίσκονται σε ανάγκη ιατρικής περίθαλψης από ιατρούς ή ασθενείς» (Bell and Figert, 2012). Είναι επίσης γενικά αποδεκτό ότι ορισμένα φάρμακα υπερχρησιμοποιούνται (WHO, 2011a), κάτι που αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τα άτομα λόγω των παρενεργειών που αντιμετωπίζουν, αλλά και για την ευρύτερη κοινωνία. Το πιο γνωστό παράδειγμα υπερβολικής χρήσης είναι τα αντιβιοτικά, όπου η ευρεία χρήση στον άνθρωπο και στα ζώα οδήγησε στην αύξηση της αντίστασης των μολυσματικών μικροοργανισμών σε πολλά αντιβιοτικά και συνεπώς, στην αυξημένη αναποτελεσματικότητά τους (WHO, 2011a). Η αυξανόμενη αντίσταση των μικροοργανισμών απειλεί να καταρρίψει την ικανότητα της κοινωνίας να αντιμετωπίσει τις βακτηριακές λοιμώξεις, γεγονός που οδήγησε στο να γίνει αντιληπτή η υπερβολική χρήση αντιβιοτικών, αν και η αντίσταση δεν είναι από μόνη της ικανή για να μετρηθεί η έκταση της υπερβολικής χρήσης αντιβιοτικών ή των αιτιών της (Williams et al., 2009).

Τα στοιχεία για την επέκταση της χρήσης φαρμάκων στις περισσότερες χώρες είναι σαφή. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του NHS σχετικά με τη συνταγογράφηση, στην Αγγλία το 1989 ο μέσος αριθμός συνταγών που χορηγήθηκαν ανά άτομο ήταν 8,0, αριθμός που αυξήθηκε σε 18,7 το 2012. Η άνοδος από το 1989 συνέβη και μετά την εισαγωγή μερικών από τα σημαντικότερα νέα φάρμακα του εικοστού αιώνα: τα αντιβιοτικά, αντισταμινικά και «δευτερεύοντα ηρεμιστικά» όπως το Librium και το Valium, η χρήση των οποίων εξαπλώθηκε γρήγορα. Ο ΠΟΥ (WHO, 2011b) αναφέρει ότι η κατανάλωση φαρμάκων είχε αυξηθεί τα προηγούμενα δέκα χρόνια σε όλες τις χώρες, με τις χώρες χαμηλού εισοδήματος να παρουσιάζουν υψηλότερη αύξηση από τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στις ΗΠΑ υπήρξε μια πρόσφατη βουτιά στην κατά κεφαλήν χρήση φαρμάκων, κάτι που οφείλεται σχεδόν σίγουρα στην οικονομική κρίση του 2008, η οποία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στις ΗΠΑ, δεδομένου ότι πολλοί Αμερικανοί, ακόμη και όταν ασφαρίζονται, πρέπει να πληρώσουν μεγάλο μέρος του κόστους του φαρμάκων. Ωστόσο, μακροπρόθεσμα και στις ΗΠΑ η χρήση έχει επεκταθεί σημαντικά και η χώρα πλέον έχει την υψηλότερη

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
κατά κεφαλήν δαπάνη για φάρμακα στον κόσμο (WHO, 2011b). Η λήψη συνταγής συνήθως απαιτεί πρόσβαση σε ένα γιατρό. Σε πολλές χώρες σημειώθηκε επίσης αύξηση στον αριθμό των ιατρών ανά κάτοικο (World Bank, 2014) και στο φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων.

Για να εξεταστεί εάν ένα φάρμακο χρησιμοποιείται υπερβολικά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα φάρμακα συνταγογραφούνται για δύο διαφορετικούς σκοπούς. Αρχικά, συνταγογραφούνται για τη θεραπεία υφιστάμενων ασθενειών ή καταστάσεων που συνήθως οδηγούν το άτομο να αισθανθεί αδιαθεσία και να μην είναι σε θέση να συνεχίσει τις συνήθειες δραστηριότητές του. Στην προκειμένη περίπτωση, η υποκειμενική ευημερία και η κοινωνική λειτουργικότητα είναι καθοριστικοί δείκτες της ασθένειας, αν και οι κλινικοί γιατροί συνήθως βασίζονται στις διαγνώσεις τους όχι μόνο σε αυτές τις αναφορές, αλλά και σε άλλα δεδομένα, τα οποία σχετίζονται κυρίως με βιολογικές διαδικασίες, όπως η θερμοκρασία, η καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση, και μερικές φορές ειδικές εξετάσεις, για παράδειγμα η παρουσία ορισμένων μικροοργανισμών ή η βιοψία. Εάν εντοπιστεί ασθένεια, ο κλινικός ιατρός λαμβάνει επίσης απόφαση σχετικά με τη θεραπεία υπό το πρίσμα της αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενούς, με αποτέλεσμα συνήθως να συνταγογραφείται ένα φάρμακο. Ενώ οι θεραπείες για ορισμένες καταστάσεις μπορεί να αποκαταστήσουν την υγεία του ατόμου, συχνά δε συμβαίνει και η ασθένεια γίνεται χρόνια και συνιστάται μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή με στόχο να βελτιωθούν ορισμένα από τα συμπτώματα και / ή για την αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης (Busfield, 2015).

Υπάρχει, ωστόσο, ένας δεύτερος και ολοένα και συχνότερος λόγος για τον οποίο συνταγογραφούνται φάρμακα: για προληπτικούς σκοπούς μείωσης του κινδύνου εμφάνισης μελλοντικών ασθενειών. Στην περίπτωση αυτή η εξέταση από το γιατρό δείχνει ότι υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης μιας ασθένειας και χρησιμοποιείται ένα φάρμακο για τη μείωση αυτού του κινδύνου, παρόλο που το άτομο δεν αισθάνεται άρρωστο και μπορεί να εκτελέσει τα συνηθισμένα καθήκοντά του. Οι εμβολιασμοί αποτελούν τις σημαντικότερες προληπτικές θεραπείες, αλλά σήμερα ίσως το πιο γνωστό παράδειγμα είναι η συνταγογράφηση των στατίνων που μειώνουν τη χοληστερόλη, προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακού και εγκεφαλικού επεισοδίου. Η απόφαση για σύσταση θεραπείας βασίζεται στην παρατήρηση των επιπέδων σωματικών διεργασιών, που ονομάζονται «βιοδείκτες»,

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
όπως π.χ. η χοληστερόλη και η αρτηριακή πίεση, με τιμές εκτός των φυσιολογικών ορίων. Αυτό δημιουργεί αυτό που ο Greene (2007) ονομάζει «συνταγογράφηση με αριθμούς» από τη στιγμή που εξαρτάται η συνταγογράφηση από την εφαρμογή αριθμητικών παραμετρών Ένα χαρακτηριστικό της χρήσης φαρμάκων για το σκοπό αυτό είναι ότι η υποκείμενη αξιολόγηση γίνεται με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα της ασθένειας σε πληθυσμούς ή ομάδες με δεδομένα χαρακτηριστικά. Ως αποτέλεσμα, η χρήση φαρμάκων από μεγάλες ομάδες των ατόμων συνιστάται συχνά, ακόμη και αν το επίπεδο κινδύνου είναι σχετικά μικρό. Περαιτέρω, η χρήση μπορεί να συνιστάται για μεγάλες χρονικές περιόδους, αυξάνοντας επίσης τη συνολική χρήση. Σε αυτή τη διαδικασία τα επίπεδα βιοδεικτών εκτός των ορίων που κρίνονται φυσιολογικά, αντιμετωπίζονται με τη σειρά τους ως οιονοί ασθενειών (Viera, 2011). Ως εκ τούτου, ορισμένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης ορίζονται ως προϋπέρταση, ενώ ορισμένα επίπεδα γλυκόζης αίματος ορίζονται ως προδιαβήτης, και οι δύο θεωρούνται ότι χρειάζονται θεραπεία.

## **3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡ-ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η υπερ-κατανάλωση φαρμάκων αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα στη σημερινή κοινωνία. Οι τέσσερις κύριες κατηγορίες φαρμάκων που υπερ-καταναλώνονται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα παυσίπονα, τα αντιβιοτικά και τα συμπληρώματα διατροφής, όπως είναι οι βιταμίνες.

### **3.2.1. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ**

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποτελούν το πιο εμφανές παράδειγμα υπερ-συνταγογράφησης ψυχοφαρμάκων, δεδομένης της ευρείας χρήσης τους, αφού αντιπροσωπεύουν το 5% όλων των φαρμάκων που συνταγογραφούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων είναι επίσης αυτή που χορηγείται ως πρώτη θεραπεία σε ψυχιατρικές ασθένειες πριν από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία ψυχοτρόπων φαρμάκων, με τη συχνότητα συνταγογράφησης να έχει σχεδόν διπλασιαστεί από την αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα (Stephenson, et al., 2013). Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης, της αυξημένης

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.» ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού σε σχέση με αυτήν ή και τα δύο (Partridge, et al., 2012). Ωστόσο, πολλές έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να επιδείξουν ελάχιστη ή ανύπαρκτη αποτελεσματικότητα σε ήπια έως μέτρια επίπεδα της νόσου, τα οποία εμφανίζουν οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη (Fournier, et al., 2010). Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας που θα έπρεπε να εφαρμόζεται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Επιπλέον, ενδιαφέρον είναι ότι η σύνθεση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που διατίθενται στους ασθενείς έχει αλλάξει ελάχιστα την τελευταία δεκαετία και δεν αναμένεται να επανεξεταστεί στο εγγύς μέλλον (Stephenson, et al., 2013). Πολλές εταιρείες φαρμάκων παρασκευάζουν και κυκλοφορούν στην αγορά φαινομενικά «ολοκαίνουργια» αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία στην πραγματικότητα έχουν τους ίδιους ενεργούς μεταβολίτες παλαιότερων φαρμάκων που βρίσκονται ήδη στην αγορά. Ανεξάρτητα από το τι υποστηρίζουν αυτές οι εταιρείες, η αποτελεσματικότητας αυτών των φαρμάκων είναι, στην καλύτερη περίπτωση, οριακά ενισχυμένα και οι φαρμακευτικές εταιρείες κατηγορούνται ότι εκμεταλλεύονται την κατάσταση, δεδομένου ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν το "μαγικό χάπι" για τη θεραπεία της κατάθλιψης με τα εξασθενητικά συμπτώματά της (Cresswell, et al., 2007).

Η κατάχρηση των ψυχιατρικών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των προαναφερθέντων αντικαταθλιπτικών, αποφέρει ένα πραγματικά βαρύ κόστος. Πολλές και σημαντικές βλάβες μπορούν να εκδηλωθούν λόγω αυτού, όπως το οικονομικό βάρος τόσο για τον ασθενή όσο και για τους φορολογούμενους (Zuvekas, 2005). Επιπλέον, οι γιατροί και οι ασθενείς εφησυχάζονται και παραμελούν την αναζήτηση εναλλακτικών θεραπειών της ασθένειας (Siriwardena, 2010). Ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα είναι οι δυσμενείς ιατρογενείς εκβάσεις των φαρμακολογικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της τοξικότητας και των δυσάρεστων παρενεργειών, ιδιαίτερα όσον αφορά τον ευάλωτο πληθυσμό. Μια μελέτη που περιλάμβανε 60.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος για τη θνησιμότητα όλων των αιτιών σε διάστημα ενός έτους αυξάνεται με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Coupland, 2011).

Μια άλλη μελέτη των Arfken et al. (2005) έδειξε ότι τα αντικαταθλιπτικά, ειδικά εκλεκτικοί αναστολείς επαναρρόφησης σεροτονίνης όπως Prozac και Zoloft,

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
συνδέονται με αύξηση κατά περισσότερο από δύο φορές του κινδύνου πτώσης σε ηλικιωμένους ενήλικες ( $\geq 60$  ετών). Αυτό αποδεικνύει ότι, σε σύγκριση με το ευρύ κοινό, ο κίνδυνος τραυματισμού, σοβαρής αιμορραγίας και σημαντικού νευρολογικού και μυοσκελετικού τραύματος αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό. Αυτά τα τραύματα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα και δυνητικά θανατηφόρα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

### 3.2.2. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η κατάχρηση αναλγητικών είναι το ταχύτερα αναπτυσσόμενο πρόβλημα φαρμάκων στην Αμερική και χαρακτηρίζεται ως επιδημία από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων (CDC). Το 2010, περίπου δώδεκα εκατομμύρια Αμερικανοί ηλικίας άνω των δώδεκα ετών - ή περίπου ένας στους είκοσι Αμερικανοί - ανέφεραν μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων παυσίπων. Ομοίως, δύο εκατομμύρια άνθρωποι ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν παυσίπονα χωρίς συνταγή για πρώτη φορά μέσα στο τελευταίο έτος. Η κατάχρηση των παυσίπων πλήττει ακόμη και το χώρο της μαιευτικής, αφού μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι κάθε μία ώρα γεννιέται ένα μωρό στις Ηνωμένες Πολιτείες με συμπτώματα στέρησης οπιοειδών. Παρά τις προσπάθειες για την καταπολέμηση του προβλήματος, η κατάχρηση συνταγογραφούμενων παυσίπων συνεχίζεται να αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό. Οι πωλήσεις παυσίπων συνταγών αυξήθηκαν κατά 300% την τελευταία δεκαετία: οι πωλήσεις αυξήθηκαν από 1,75 κιλά ανά 10.000 άτομα το 1999 σε περίπου 7,1 κιλά ανά 10.000 άτομα το 2010. Δυστυχώς, η κατάχρηση συνταγογραφούμενων παυσίπων συχνά οδηγεί σε υπερβολικές δόσεις φαρμάκων και μπορεί να επιφέρει το θάνατο. Μάλιστα, το 2010 τα συνταγογραφούμενα αναλγητικά ήταν υπεύθυνα για το θάνατο σχεδόν 17.000 ατόμων, αριθμός που ξεπερνάει ακόμη και τους θανάτους που προέρχονται από υπερβολική δόση κοκαΐνης και ηρωίνης (Shepherd, 2014).

Ενώ και άλλοι τύποι συνταγογραφούμενων φαρμάκων καταχράσσονται επίσης συχνά, τα παυσίπονα-φάρμακα που ταξινομούνται στα οπιοειδή αναλγητικά βρίσκονται στο επίκεντρο του προβλήματος της κατάχρησης συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αυτά τα φάρμακα ανακουφίζουν από τον πόνο μειώνοντας την ένταση των σημάτων πόνου που φτάνουν στον εγκέφαλο. Τα αναλγητικά οπιοειδή περιλαμβάνουν τα ακόλουθα κοινά φάρμακα: Υδροκωδόνη (Vicodin, Lortab, Lorcet), Οξυκωδόνη (OxyContin), Oxymorphone (Orpana), Προποξυφαίνη (Darvon), Υδρομορφόνη (Dilaudid),

Μεπεριδίνη (Demerol), Διφαινοξυλικό (Lomotil), Μορφίνη (Kadian, Avinza, MS Contin), Κωδεΐνη, Fentanyl (Duragesic), και Μεθαδόνη (Shepherd, 2014).

Στην έξαρση της επιδημίας των συνταγογραφούμενων αναλγητικών συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες. Αρχικά, οι καταχρήστες χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, όπως αγορά εκ μέρους ιατρών, πληρωμές με μετρητά και πληρωμή για συνταγογράφηση. Μερικοί αδίστακτοι γιατροί και φαρμακοποιοί μάλιστα επιτρέπουν την κατάχρηση παράνομων αναλγητικών, ενώ άλλοι γιατροί δε διαθέτουν επαρκή κατάρτιση για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάχρησης των συνταγογραφούμενων αναλγητικών, με αποτέλεσμα, να συνταγογραφούν παυσίπωνα σε καταχρηστικούς ασθενείς. Η πλειοψηφία των φαρμακείων τα τελευταία χρόνια έχουν λάβει μέτρα για την καταπολέμηση της χρήσης ναρκωτικών και τη μείωση της χορήγησης συνταγογραφούμενων παυσίπωνων (Shepherd, 2014).

### 3.2.3. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Τα αντιμικροβιακά φάρμακα συγκαταλέγονται στα πιο συχνά αγοράσιμα φάρμακα παγκοσμίως (Col και O'Connor, 1987). Πρόκειται για βασικές θεραπείες, ειδικά στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπου οι μολυσματικές ασθένειες αποτελούν κοινή αιτία θανάτου. Η κρίσιμη σημασία για την επιτυχία της αντιμικροβιακής θεραπείας είναι η χρήση καλά ανεκτών φαρμάκων με δραστικότητα έναντι κοινών παθογόνων. Η αντιμικροβιακή αντοχή συρρικνώνει το φάσμα των αντιμικροβιακών φαρμάκων και αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας (Boucher, et al., 2009). Αν και η αντίσταση συνήθως συναντάται στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν επίσης την απειλή της μικροβιακής αντοχής. Ένα σημαντικό ποσοστό υγιών ανθρώπων σε αναπτυσσόμενες χώρες αποικίζεται με πολυανθεκτικά βακτήρια (Bartoloni, et al., 2011). Τα κοινά βακτηριακά παθογόνα όπως το *Escherichia coli*, το *Salmonella spp* ή το *Streptococcus pneumoniae* συχνά είναι ανθεκτικά σε πολλά φάρμακα σε αυτές τις περιοχές. Το *Mycobacterium tuberculosis*, συμπεριλαμβανομένου του πολυανθεκτικού *M. tuberculosis*, είναι επίσης συνηθισμένο σε χώρες με χαμηλό έως μεσαίο εισόδημα και έχουν ανακαλυφθεί στελέχη εξαιρετικά ανθεκτικά σε φάρμακα (Glaziou, et al., 2009). Αντίθετα με την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε αντιμικροβιακά, ιδιαίτερα σε νέες κατηγορίες φαρμάκων και φάρμακα



«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.» που είναι διαθέσιμα συχνά δεν έχουν δραστηριότητα έναντι αυτών των πολυανθεκτικών βακτηρίων που συναντώνται όλο και πιο συχνά (Okeke, et al., 2005).

Σε αντίθεση με τη βόρεια Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, όπου τα αντιμικροβιακά φάρμακα για εξωτερικούς ασθενείς περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό μόνο στη χρήση με συνταγή, η πρόσβαση σε αντιμικροβιακά φάρμακα χωρίς συνταγή είναι κοινή στον υπόλοιπο κόσμο (Okeke, et al., 2005). Η φαρμακολογική παρακολούθηση στην Ισπανία έδειξε ότι περίπου το 30% των παρεχόμενων αντιμικροβιακών φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς γίνεται χωρίς συνταγή (Campos, et al., 2007). Σε όλες τις χώρες, οι περισσότερες χρήσεις αντιμικροβιακών παραγόντων πραγματοποιούνται εκτός των νοσοκομείων (Wise, et al., 1998).

Οι αιτίες και οι συνέπειες της χρήσης μη συνταγογραφημένων αντι-μικροβιακών φαρμάκων ποικίλλουν. Η κακή χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων προκαλείται από την απουσία νόμων ή, συχνότερα, από την απουσία επιβολής αυτών, όπως συμβαίνει στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες (Carrasco-Garrido, et al., 2008). Η αντιμικροβιακή χρήση, είτε γίνεται με συνταγή είτε χωρίς συνταγή, ασκεί πίεση στη φυσική επιλογή των μικροβίων (Boucher, et al., 2009). Δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν ότι η χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων χωρίς συνταγή έχει χειρότερα αποτελέσματα από την εξίσου συχνή συνταγογραφούμενη αντιμικροβιακή χρήση. Ωστόσο, τα αντιμικροβιακά φάρμακα που δε χορηγούνται με ιατρική συνταγή σχετίζονται με ακατάλληλη επιλογή φαρμάκου και δόσης (Awad, et al., 2005). Αυτοί οι παράγοντες καθιστούν τη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων μεγαλύτερη ανησυχία από τη συνταγογραφούμενη χρήση.

Η μη συνταγογραφούμενη χρήση αντιμικροβιακών ουσιών συνδέεται εγγενώς με ελάχιστες οδηγίες σχετικά με την κατάλληλη αντιμικροβιακή επιλογή για μεμονωμένες ασθένειες και ασφαλείς πρακτικές για την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών (ακόμη και όταν παρέχεται από φαρμακοποιό) (Llor και Cots, 2009). Η κατάλληλη αντιμικροβιακή χρήση είναι περίπλοκη και πρέπει να βασίζεται σε τοπικά πρότυπα ευαισθησίας. Σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την ευαισθησία σε αντιμικροβιακά φάρμακα, η αντιμικροβιακή επιλογή είναι δύσκολη, ακόμη και για ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (Okeke, et al., 2005). Οι ασθενείς που δεν ενημερώνονται ή οι φαρμακοποιοί που έχουν ελλιπή γνώση έχουν πρόσβαση σε βασικές πληροφορίες σχετικά με την κατάλληλη αντιμικροβιακή χρήση και δεν

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.» εκτιμούν την πολυπλοκότητα των αποφάσεων που αφορούν την επιλογή των φαρμάκων (Llor και Cots, 2009).

Η ακατάλληλη αντιμικροβιακή χρήση από ασθενείς με αληθινές βακτηριακές λοιμώξεις συνδέεται με την αποτυχία της θεραπείας και την κάλυψη του υποκείμενου κλινικού συνδρόμου (Liu, et al., 2001). Σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζονται ακατάλληλα, είτε επειδή δεν υπάρχει υποκείμενη βακτηριακή λοίμωξη είτε λαμβάνεται ακατάλληλο φάρμακο ή υπάρχει μικροτερης διάρκειας θεραπεία, οι ασθενείς είναι εκτεθειμένοι στους κινδύνους ενός αντιμικροβιακού φαρμάκου χωρίς όφελος. Παρόλο που θεωρούνται ευρέως φάρμακα χαμηλού κινδύνου, τα αντιμικροβιακά είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία ανεπιθύμητων παρενεργειών στις ΗΠΑ (Shehab, et al., 2008), και η χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων χωρίς συνταγή έχει συσχετιστεί με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες συμπεριλαμβανομένου του θανάτου (Feinfeld, et al., 1999).

#### 3.2.4. ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής μεταξύ των ενηλίκων και των παιδιών έχει αυξηθεί με την πάροδο των ετών, όπως αντανακλάται εν μέρει από τον αριθμό των τηλεφωνικών κλήσεων σε κέντρα δηλητηριάσεων σε εθνικό επίπεδο σχετικά με αυτούς τους παράγοντες. Από το 2004 έως το 2014, ο συνολικός αριθμός κλήσεων τόσο για ενήλικες όσο και για παιδιατρικούς ασθενείς σχετικά με τα συμπληρώματα διατροφής αυξήθηκε σχεδόν κατά 40%, από 24.842 σε 34.569 κλήσεις (Mowry, et al., 2015). Η συνεχιζόμενη χρήση και δημοτικότητα των συμπληρωμάτων διατροφής τα τελευταία χρόνια μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως ο φόβος των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με συνταγογραφούμενα φάρμακα, το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η διαθεσιμότητα συμπληρωμάτων διατροφής χωρίς ιατρική συνταγή και οι αντιλήψεις ότι τα συμπληρώματα διατροφής είναι "φυσικά" ή "βότανα" και επομένως είναι ασφαλή στη χρήση (Dennehy, et al., 2005).

Παρόλο που ορισμένα συμπληρώματα διατροφής μπορεί να έχουν αποδεκτά προφίλ ασφαλείας, πολλά σχετίζονται με ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (Izzo και Ernst, 2009). Η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής μεταξύ του παιδιατρικού πληθυσμού εγείρει ιδιαίτερη ανησυχία λόγω των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών διαφορών μεταξύ παιδιών και ενηλίκων και της παρουσία

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
προσθέτων ή παρασίτων σε προϊόντα διατροφικών συμπληρωμάτων (Ernst, 2003).

Παρά τη δυνητική βλάβη που συνδέεται με τη χρήση, μεγάλο τμήμα του πληθυσμού συνεχίζει να τα καταναλώνει. Επιπλέον, οι βλαβερές συνέπειες των συμπληρωμάτων διατροφής μπορούν να ενισχυθούν εάν οι παράγοντες δε συσκευάζονται ή αποθηκεύονται κατάλληλα.

Γενικά, είναι σημαντικό να εξεταστεί η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, επειδή οι παράγοντες αυτοί δεν απαιτούν έγκριση από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) πριν από τη διάθεσή τους στο εμπόριο. Τον Οκτώβριο του 1994, υπογράφηκε ο Νόμος για την Υγεία και την Εκπαίδευση σχετικά με τα Συμπληρώματα Διατροφής (DSHEA) (Dickinson, 2011). Σύμφωνα με το νόμο αυτό, ο παρασκευαστής είναι υπεύθυνος να πιστοποιήσει ότι το διαιτητικό συμπλήρωμά του είναι ασφαλές, ότι οποιαδήποτε αξίωση ή εκπροσώπηση γίνεται με επαρκή αποδεικτικά στοιχεία και ότι οι ισχυρισμοί αυτοί δεν είναι ψευδείς ή παραπλανητικοί. Ωστόσο, το DSHEA δεν απαιτεί να εγκριθεί από το FDA ένα συμπλήρωμα διατροφής πριν από την παρασκευή του και δεν υποχρεώνει τον κατασκευαστή να αναφέρει δυσμενή αποτελέσματα ή συμβάντα. Τα δεδομένα σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τα συμπληρώματα διατροφής, συλλέγονται μερικές φορές μέσω δεδομένων κέντρου δηλητηριάσεων (Dennehy, et al., 2005).

Οι άνθρωποι συνήθως χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής για διάφορες ενδείξεις συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογίας, του ελέγχου των ιατρικών παραμέτρων και της απώλειας βάρους, ειδικά με τις συνεχώς αυξανόμενες ανησυχίες για την εικόνα του σώματος που προβάλλονται στην εποχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Dennehy, et al., 2005). Επιπλέον, οι άνθρωποι είναι λιγότερο πιθανό να ανταποκριθούν στις ανησυχίες για ενδεχόμενη βλάβη από τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, ιδιαίτερα εάν το προϊόν παρουσιάζεται ότι προσφέρει άμεσο όφελος (Greene, et al., 2000). Είναι γνωστό ότι ορισμένα διαιτητικά συμπληρώματα συχνά συνδέονται με ανεπιθύμητες ενέργειες, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε απαγόρευση του παράγοντα, όπως συνέβη με το Ephedra (Rogovik και Goldman, 2009). Επιπλέον, συχνό είναι το φαινόμενο οι καταναλωτές να μη θεωρούν τα προϊόντα αυτά φάρμακα, με αποτέλεσμα να μην ενημερώνουν το γιατρό ή το φαρμακοποιό τους σχετικά με τη χρήση τους (Kennedy, 2005). Επίσης, μπορεί οι ουσίες αυτές να είναι απαγορευτικές για τον ασθενή και να μην το γνωρίζει (Klein, et al., 2005). Αυτό θέτει

*«Τσαβελή Αλεξάνδρα»*

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
τον ασθενή σε κίνδυνο για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων. Επιπλέον, η κατάχρηση ή κακή χρήση διαιτητικών ουσιών έχει συσχετιστεί με τη χρήση άλλων βλαπτικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των τσιγάρων, του οινοπνεύματος, της μαριχουάνας και άλλων φαρμάκων (Stephens και Olsen, 2001). Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν το δικό τους επιπλέον κίνδυνο εμφάνισης αρνητικών κλινικών αποτελεσμάτων.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να καταγραφεί η άποψη των ιατρών και των πολιτών/ασθενών σχετικά με τη χρήση συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα ακόλουθα:

1. Να καταγραφεί η παρούσα κατάσταση στον Ελλαδικό χώρο σχετικά με την υπερκατανάλωση φαρμάκων
2. Να διερευνηθεί ποιες κατηγορίες φαρμάκων υπερκαταναλώνονται συχνότερα
3. Να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα σε δημογραφικά στοιχεία και την υπερκατανάλωση φαρμάκων
4. Να διερευνηθούν τα πιθανά αίτια που οδηγούν ένα άτομο στην υπερκατανάλωση φαρμάκων

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, σκοπός της οποίας ήταν η διερεύνηση της αλόγιστης χρήσης συνταγογραφούμενων και μη-συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα.

### 1. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ιατροί και ασθενείς/πολίτες, οι οποίοι προσεγγίστηκαν στο εσωτερικό και στους περιβάλλοντες χώρους του Γενικού Νοσοκομείου και στην πόλη. Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε ήταν ευκαιριακή ή διαθεσιμότητας, σύμφωνα με την οποία επιλέγονται συμμετέχοντες οι οποίοι είναι διαθέσιμοι και η επιλογή του δείγματος δεν υπόκειται σε δαπανηρές διαδικασίες, μεγάλους χρονικούς κι χρηματικούς πόρους (Creswell, 2014). Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα. Το δείγμα όφειλε να αποτελείται από ενήλικες 18 ετών και άνω, οι οποίοι βρίσκονταν στον εσωτερικό και τον περιβάλλοντα χώρο του νοσοκομείου και στον αστικό ιστό, συνεπώς, σχετιζόνταν με κάποιο τρόπο με τις υπηρεσίες υγείας, είτε ως πάροχοι (ιατροί) είτε ως λήπτες των υπηρεσιών (πολίτες). Επιπλέον, για συμμετοχή στη μελέτη επιλέχθηκαν ως δυνητικοί συμμετέχοντες ελληνόφωνοι οι οποίοι ήταν διανοητικά ικανοί να κατανοήσουν τους σκοπούς της έρευνας και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της μελέτης.

### 2. ΟΡΓΑΝΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αφορά στη χρήση και την κατάχρηση συνταγογραφούμενων και μη-συνταγογραφούμενων φαρμάκων και έχει βασιστεί στο ερωτηματολόγιο των Μπαμπάτσικου και Κόκολη (2018), το οποίο προσαρμόστηκε προκειμένου να συμβαδίζει με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.

Το ερωτηματολόγιο για τους ιατρούς αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 12 ερωτήματα και συλλέγει δεδομένα για τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ιατρών, συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, τον

*«Τσαβελη Αλεξάνδρα»*

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον αριθμό παιδιών και τον αριθμό ατόμων που συγκατοικούν με τον εκάστοτε συμμετέχοντα. Επιπλέον, λαμβάνονται στοιχεία για την εργασία, που αφορούν την εργασιακή κατάσταση, τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα, τον τομέα εργασίας (δημόσιο ή ιδιωτικό), καθώς το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 5 ερωτήματα και σχετίζεται με τις απόψεις των ιατρών για τα συνταγογραφημένα φάρμακα. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 9 ερωτήματα και σχετίζεται με τις απόψεις των ιατρών για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα.

Το ερωτηματολόγιο για τους πολίτες αποτελείται από 4 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 13 ερωτήματα και αναζητά τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Το πρώτο αυτό μέρος αποτελείται από τα ίδια ερωτήματα που εμφανίζονται στο ερωτηματολόγιο των ιατρών, με την προσθήκη ενός ερωτήματος που αφορά τον φορέα ασφάλισης των συμμετεχόντων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ιδιωτική ασφάλιση κ.ά.). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 6 ερωτήματα και εξετάζει τις απόψεις των πολιτών για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου για τους πολίτες περιλαμβάνει 5 ερωτήματα και σχετίζεται με τις απόψεις των πολιτών για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα. Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 15 γενικά ερωτήματα σχετικά με τη χρήση, την κατανάλωση και τις στάσεις απέναντι στα φάρμακα και τη χρήση τους.

Όλα τα ερωτήματα είναι ονομαστικής, κατηγορικής μορφής. Παραδείγματα των κατηγοριών απάντησης είναι τα ακόλουθα: «ναι/όχι/ίσως/δεν απαντώ», «πέρα πολύ/πολύ/λίγο/ελάχιστα/καθόλου/δεν απαντώ», «αρκετά/ελάχιστα/καθόλου/δεν απαντώ» και «ναι/όχι/σπάνια/ποτέ». Τα ερωτηματολόγια παρουσιάζονται στο Παράρτημα 1.

### **3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα 15 Ιανουαρίου έως 15 Φεβρουαρίου 2020 στο Γενικό Νοσοκομείο αστικής περιοχής της Δ.Ελλάδας, τόσο στο εσωτερικό, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους του, σε πολίτες και επαγγελματίες της πόλης καθώς και σε ιδιώτες ιατρούς. Λήφθηκαν οι σχετικές άδειες από το Νοσοκομείο με Αριθ.Πρωτ.Ε.Σ./125 Ιωαννίνα 29/11/2019 και από τη Διοίκηση

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), με Αριθμ.Πρωτ.49548, Πάτρα 24/12/2019 . Οι  
δυσνητικοί συμμετέχοντες προσεγγίζονταν και τους γνωστοποιούταν ο σκοπός της  
μελέτης ως «η χρήση των συνταγογραφούμενων και μη- συνταγογραφούμενων  
φαρμάκων από τους ασθενείς». Τα άτομα τα οποία επιλέχθηκαν για συμμετοχή στη  
μελέτη και τα οποία συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, πληρούσαν τα  
κριτήρια επιλογής και τους παρασχέθηκε έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης το  
οποίο συμπλήρωσαν και υπέγραψαν. Κατόπιν απαντήθηκαν τυχόν απορίες που  
διατυπώθηκαν από τους συμμετέχοντες και εν συνεχεία τους δόθηκε το  
ερωτηματολόγιο, το οποίο μπορούσε να συμπληρωθεί με δύο εναλλακτικούς τρόπους.  
Ο πρώτος τρόπος ήταν η άμεση, επί τόπου συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο  
δεύτερος τρόπος ήταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε δεύτερο χρόνο, για τις  
περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το  
ερωτηματολόγιο αμέσως, και τους παρέχονταν η δυνατότητα να το πάρουν στο σπίτι  
τους για να το συμπληρώσουν και να το επιστρέψουν την επόμενη ημέρα ή εντός  
διαστήματος μίας εβδομάδας.

Συνολικά, μοιράστηκαν 300 ερωτηματολόγια, 120 σε ιατρούς και 180 για πολίτες.  
Συνολικά λήφθηκαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια με έγκυρες απαντήσεις από 105  
ιατρούς (ποσοστό απόκρισης 87,5%) και από 162 πολίτες (ποσοστό απόκρισης 90%).

#### 4. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας τηρήθηκαν κανόνες ερευνητικής ηθικής και  
δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εξ αρχής ότι η  
συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ότι μπορούν ανά πάσα στιγμή να αποσυρθούν  
από την έρευνα χωρίς να χρειάζεται να αιτιολογήσουν την απόσυρσή τους. Επιπλέον,  
οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τη φύση της έρευνας χωρίς να  
περιλαμβάνεται πλάνη ή καταστρατήγηση πληροφοριών και πληροφόρησης  
οποιοδήποτε είδους. Ακόμη, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα στοιχεία που  
παρέχουν μέσω του ερωτηματολογίου είναι εμπιστευτικά, καθώς και ότι οι απαντήσεις  
τους δεν θα γνωστοποιηθούν σε τρίτους και ότι θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για  
την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης. Περαιτέρω, οι πολίτες  
ενημερώθηκαν ότι όποια στιγμή θέλουν μπορούν να αποχωρήσουν από την έρευνα.



## 5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η καταχώρηση των δεδομένων και η επακόλουθη στατιστική τους επεξεργασία και ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσα από τη χρήση του στατιστικού λογισμικού για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS Έκδοση 25. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων για τη μελέτη των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των ιατρών και των πολιτών που έλαβαν μέρος στη μελέτη, προκειμένου να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα για την κατάσταση της χρήσης συνταγογραφούμενων και μη-συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των πολιτών και την αυτοαναφερόμενη κατάχρηση φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους πολίτες. Ο έλεγχος που επιλέχθηκε ήταν η δοκιμή ανεξαρτησίας  $\chi^2$  (Pearson chi-square), καθώς είναι ένα κατάλληλος στατιστικός έλεγχος σε περιπτώσεις στις οποίες οι ανεξάρτητες μεταβλητές και οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι ονομαστικής, όχι συνεχούς ή αριθμητικής, μορφής. Σε αυτές τις δοκιμές, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά στοιχεία, ενώ η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν το ερώτημα για τους πολίτες, «Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;» (Ερώτημα 5, 2ο Μέρος ερωτηματολογίου). Παρουσιάστηκαν οι στατιστικά σημαντικές ( $p < 0,05$ ) και οι μη-στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p > 0,05$ ).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Αρχικά αναλύονται τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις των ιατρών (N=105), ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα από τις απαντήσεις των πολιτών (N=162). Εν συνεχεία, απαντώνται τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

### 1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

#### 1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ

Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά 105 ιατροί, ηλικίας 42,2+<sub>10,8</sub> ετών. Ο τόπος κατοικίας που δηλώθηκε από τους ιατρούς ήταν αστική περιοχή της Δ. Ελλάδας (81%, N=85). Από το δείγμα, 19% των ιατρών δεν έδωσαν απάντηση σχετικά με τον τόπο κατοικίας τους (N=20). Από το σύνολο του πληθυσμού, 56% ήταν άνδρες και 44% ήταν γυναίκες, ενώ 57% ήταν παντρεμένοι, 17% ήταν ανύπαντροι, 13% ήταν διαζευγμένοι και 12% συμβίωναν με άλλο ή άλλα άτομα. Από τον πληθυσμό, 56% διέθεταν μεταπτυχιακό τίτλο και 3% διέθεταν διδακτορικό τίτλο. Η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών εργάζονταν σε πλήρη απασχόληση (83%), ενώ 15% εργάζονταν σε μερική απασχόληση. Ένας συμμετέχων ιατρός ήταν άνεργος και άλλος ένας ήταν συνταξιούχος. Από το σύνολο του πληθυσμού, 62% απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα, και 38% εργάζονταν στο δημόσιο. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των ιατρών ποίκιλε, 1501 έως 2000 ευρώ (10,5%), 2001 έως 2500 ευρώ (26%), 2501 έως 3000 ευρώ (34%) και 30001 ευρώ και πάνω (19%).

Κατά μέσο όρο, οι ιατροί είχαν 1 παιδί και συγκατοικούσαν με ένα άτομο. Επιπλέον, οι ιατροί της μελέτης εργάζονταν κατά μέσο όρο 47,8 ώρες την εβδομάδα.

## 1.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σε ό,τι αφορά τις απόψεις των ιατρών για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, βρέθηκαν τα εξής. Στο ερώτημα 1, «Πόσα συνταγογραφημένα φάρμακα χορηγείτε σε μια εργάσιμη ημέρα;», 53% ανέφερε ότι συνταγογραφούσε από 10 έως 20 φάρμακα ανά ημέρα και 28% πάνω από 20 φάρμακα ημερησίως (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Πόσα συνταγογραφημένα φάρμακα χορηγείτε σε μια εργάσιμη ημέρα;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	0-5	4	3,8
	5-10	16	15,2
	10-20	56	53,3
	>20	29	27,7
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 2, «Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου παρέχετε την κατάλληλη ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με τη χρήση του (δοσολογία, οδός χορήγησης, παρενέργειες);», 70,5% παρείχαν μερική ενημέρωση, ενώ 27% παρείχαν ολοκληρωμένη ενημέρωση στους ασθενείς. Από το σύνολο του πληθυσμού, 3% ανέφεραν ότι δεν παρείχαν καθόλου ενημέρωση για τη χρήση του συνταγογραφούμενου φαρμάκου (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου παρέχετε την κατάλληλη ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με τη χρήση του;

	Συχνότητα	Ποσοστό

Έγκυρα	Πλήρη	28	26,7
	Μερική	74	70,5
	Καθόλου	3	2,9
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 3, «Σας έχει ζητηθεί να συνταγογραφήσετε φάρμακα που δεν χρειάζεται απαραίτητα ο ασθενής;», 59% των ιατρών συμφώνησε ότι πράγματι τους είχε ζητηθεί κάτι τέτοιο, 37% ανέφερε ότι σπάνια τους ζητείται να συνταγογραφήσουν μη-απαραίτητα για τον ασθενή φάρμακα, ενώ 4% απάντησε ότι δεν τους έχει ζητηθεί ποτέ κάτι τέτοιο (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Σας έχει ζητηθεί να συνταγογραφήσετε φάρμακα που δεν χρειάζεται απαραίτητα ο ασθενής;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	62	59,0
	Όχι	4	3,8
	Σπάνια	39	37,1
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 4, «Γνωρίζετε ασθενείς που λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή που δώσατε;», 53% απάντησε αρνητικά, ενώ 44% απάντησε θετικά. Τρεις ιατροί αρνήθηκαν να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Γνωρίζετε ασθενείς που λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή που δώσατε;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	46	43,8
	Όχι	56	53,3
	Δεν απαντώ	3	2,9
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 5, «Εάν ναι, για ποιο λόγο θεωρείτε ότι κάνουν κατάχρηση του φαρμάκου;», από τους ιατρούς που απάντησαν πως πράγματι γνωρίζουν ασθενείς που λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή που τους έχει δώσει (N=46), **54% ανέφερε ότι αυτό συμβαίνει για ψυχολογικούς λόγους, 20% ότι αυτό συμβαίνει λόγω της διαθεσιμότητας του φαρμάκου στο σπίτι, και 11% απάντησε ότι αυτό συμβαίνει λόγω συνήθειας των ασθενών.** Συνολικά 15% των ιατρών απάντησε ότι οι ασθενείς που γνωρίζουν που κάνουν κατάχρηση του φαρμάκου το πράττουν για «άλλο» λόγο, οι περισσότεροι από τους οποίους επεσήμαναν πως ο άλλος λόγος είναι η επιρροή των ΜΜΕ (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Εάν ναι, για ποιο λόγο θεωρείτε ότι κάνουν κατάχρηση του φαρμάκου;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Για ψυχολογικούς λόγους	25	54,3
	Είναι διαθέσιμο στο σπίτι	9	19,6
	Από συνήθεια	5	10,9
	Άλλο	7	15,2

	Σύνολο	46	100,0
--	--------	----	-------

### 1.3. ΑΠΟΨΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΗ-ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σε ό,τι αφορά τις απόψεις των ιατρών για τα μη- συνταγογραφούμενα φάρμακα, βρέθηκαν τα εξής. Στο ερώτημα 1, «Πόσο συχνά θεωρείτε ότι γίνεται χρήση μη-συνταγογραφημένων φαρμάκων;», **οι περισσότεροι ιατροί ανέφεραν ότι η χρήση φαρμάκων που δεν έχουν συνταγογραφηθεί συμβαίνει αρκετά (65%)** (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι γίνεται χρήση μη- συνταγογραφημένων φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Αρκετά	68	64,8
	Ελάχιστα	34	32,4
	Καθόλου	1	1,0
	Δεν απαντώ	2	1,9
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 2, «Ποια είναι η άποψή σας για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα;», **65% των ιατρών είχε θετική άποψη**, ενώ μόνο 2% απάντησε αρνητικά. **Ένας στους τρεις ιατρούς (33%) αρνήθηκε να απαντήσει σε αυτό το ερώτημα** (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Ποια είναι η άποψή σας για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα;

	Συχνότητα	Ποσοστό
--	-----------	---------

Έγκυρα	Θετική	68	64,8
	Αρνητική	2	1,9
	Δεν απαντώ	35	33,3
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 3, «Θα συστήνατε την αγορά ενός μη- συνταγογραφημένου φαρμάκου;», 47% των ιατρών απάντησαν θετικά, ενώ 51% απάντησαν ότι σπάνια θα το συνέστηναν. Δύο ιατροί απάντησαν αρνητικά («όχι» και «ποτέ», Πίνακα 8).

Πίνακας 8. Θα συστήνατε την αγορά ενός μη- συνταγογραφημένου φαρμάκου;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	49	46,7
	Όχι	1	1,0
	Σπάνια	54	51,4
	Ποτέ	1	1,0
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 4, «Στην αγορά ενός μη- συνταγογραφούμενου φαρμάκου συστήνετε στον ασθενή να διαβάζει τις εσώκλειστες οδηγίες;», οι περισσότεροι ιατροί απάντησαν ότι σπάνια συνιστούν κάτι τέτοιο στον ασθενή (74%), συνολικά 20% των ιατρών απάντησε αρνητικά («όχι» 19%, «ποτέ» 1%), ενώ μόλις 6% των ιατρών απάντησε θετικά (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Στην αγορά ενός μη- συνταγογραφούμενου φαρμάκου συστήνετε στον ασθενή να διαβάξει τις εσώκλειστες οδηγίες;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	6	5,7
	Όχι	20	19,0
	Σπάνια	78	74,3
	Ποτέ	1	1,0
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 5, «Είστε υπέρ ή κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων;», οι περισσότεροι ιατροί δήλωσαν ότι είναι υπέρ των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων (74%). Μόνο ένας ιατρός δήλωσε ότι είναι κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ 25% των ιατρών αρνήθηκε να απαντήσει σε αυτό το ερώτημα (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Είστε υπέρ ή κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Υπέρ	78	74,3
	Κατά	1	1,0
	Δεν απαντώ	26	24,8
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 6, «Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος τί συστήνετε στον ασθενή;», 62% των ιατρών συνιστούσε μία αγωγή που δεν απαιτεί



«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
συνταγογράφηση. Από το δείγμα, 21% συνιστούσε έναν συνδυασμό από μη-συνταγογραφημένη αγωγή και από αντιβίωση, 7% δε συνιστούσε καμία φαρμακευτική αγωγή, ενώ 10,5% των συμμετεχόντων αρνήθηκε να απαντήσει στο ερώτημα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος συστήνετε στον ασθενή:

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Μη- συνταγογραφούμενη αγωγή	65	61,9
	Συνδυασμός αντιβίωσης/μη- συνταγογραφούμενης αγωγής	22	21,0
	Καμία φαρμακευτική αγωγή	7	6,7
	Δεν απαντώ	11	10,5
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 7, «Πόσο συχνά προτείνετε την αντικατάσταση ενός φαρμάκου σας με ένα γενόσημο;», 58% πρότεινε ελάχιστα αυτή την αντικατάσταση και 10,5% δεν τη συνιστούσε καθόλου, ενώ **μόλις 24% των ιατρών συνιστούσε αρκετά συχνά αυτή την αντικατάσταση**. Συνολικά, 8% των συμμετεχόντων αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Πόσο συχνά προτείνετε την αντικατάσταση ενός φαρμάκου σας με ένα γενόσημο;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Αρκετά	25	23,8
	Ελάχιστα	61	58,1
	Καθόλου	11	10,5

	Δεν απαντώ	8	7,6
	Σύνολο	105	100,0

Στο ερώτημα 8, «Σε τί πιστεύετε ότι μπορεί να οφείλεται η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων;», **67% των ιατρών απάντησαν ότι η πρόκληση λαθών στη συνταγογράφηση οφείλεται ταυτόχρονα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς.** Στο δείγμα των ιατρών 29% απάντησε ότι τέτοιου είδους λάθη οφείλονται στον ασθενή, ενώ 5% απάντησε ότι οφείλονται στους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Πιστεύετε ότι η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να οφείλεται:

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Στους επαγγελματίες υγείας	5	4,8
	Στον ασθενή	30	28,6
	Και στους δύο	70	66,7
	Σύνολο	105	100,0

Τέλος, στο ερώτημα 9, «Γενικά συμφωνείτε στην αλόγιστη χρήση φαρμάκων;», **οι περισσότεροι ιατροί απάντησαν ότι δεν συμφωνούν καθόλου με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (88%).** Μόλις δύο ιατροί απάντησαν πως συμφωνούν ελάχιστα με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (2%), ενώ 10,5% των ιατρών αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Γενικά συμφωνείτε στην αλόγιστη χρήση φαρμάκων;

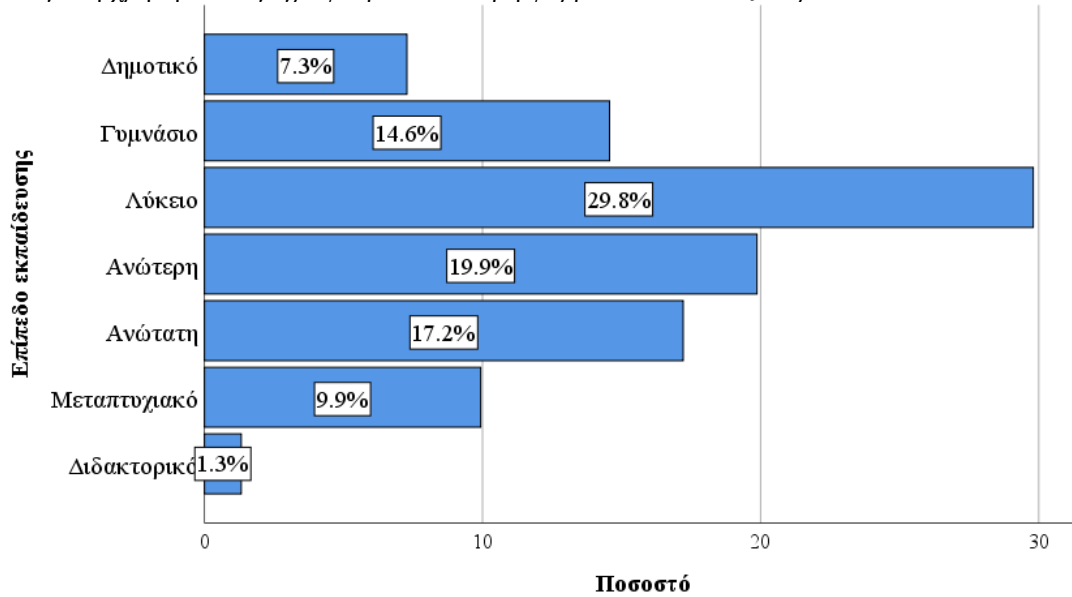
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ελάχιστα	2	1,9
	Καθόλου	92	87,6
	Δεν απαντώ	11	10,5
	Σύνολο	105	100,0

## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ

Σε ό,τι αφορά τις απαντήσεις των πολιτών, σχετικά με την χρήση και την κατάχρηση συνταγογραφούμενων και μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων, βρέθηκαν τα εξής.

### 2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ

Στη μελέτη συμμετείχαν 162 πολίτες, μέσης ηλικίας 46,3 ετών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες κατοικούσαν σε αστική περιοχή (83%, N=135), 9% κατοικούσαν σε ημιαστική περιοχή (N=14) και άλλο ένα 9% δεν έδωσαν απάντηση (N=14). Στο δείγμα των ιατρών, 58% ήταν γυναίκες και 42% ήταν άνδρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι (62%), 17% ήταν ανύπαντροι, 11% συμβίωναν με άλλο ή άλλα άτομα, 7% ήταν χηρευμένοι, και 3% ήταν διαζευγμένοι. Το εκπαιδευτικό επίπεδο ποίκιλε σημαντικά, με τους πολίτες να δηλώνουν, κατά σειρά προτεραιότητας, απόφοιτοι Λυκείου (30%), απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης (20%), απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (17%), απόφοιτοι Γυμνασίου (15%), κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (10%), απόφοιτοι Δημοτικού (7%) και κάτοχοι διδακτορικού τίτλου (1%).



Γράφημα 1. Επίπεδο εκπαίδευσης των πολιτών που συμμετείχαν στη μελέτη

Η οριακή πλειοψηφία των πολιτών εργάζονταν σε πλήρη απασχόληση (51%), 22% εργάζονταν σε μερική απασχόληση, 17% ήταν συνταξιούχοι και 9% ήταν άνεργοι. Από το δείγμα, 62% εργάζονταν ή είχαν εργαστεί στον ιδιωτικό τομέα, ενώ 38% εργάζονταν ή είχαν εργαστεί στον δημόσιο τομέα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν αρκετά χαμηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από ό,τι οι ιατροί, με 19% να αναφέρει εισόδημα έως 500 ευρώ μηνιαίως, 25% να αναφέρει εισόδημα από 501 έως 1000 ευρώ και 28% να αναφέρει εισόδημα από 1501 έως 2000 ευρώ μηνιαίως. Πολλοί από τους συμμετέχοντες πολίτες δεν ανέφεραν το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα (N=35). Ο φορέας ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών ποίκιλε αρκετά, με 33% των συμμετεχόντων να δηλώνει ασφαλισμένο στο ΙΚΑ, 27% να δηλώνει ασφαλισμένο στο δημόσιο, 11% να δηλώνει ασφαλισμένο σε τράπεζες και 13% να δηλώνει «άλλη» ασφαλιστική κατάσταση.

Επιπλέον, οι πολίτες που έλαβαν μέρος στη μελέτη είχαν κατά μέσο όρο 1 παιδί, διέμεναν μαζί με 2 άτομα, και εργάζονταν κατά μέσο όρο 37,6 ώρες την εβδομάδα.

## 2.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι απόψεις των πολιτών για τα συνταγογραφημένα φάρμακα ήταν οι εξής. Στο ερώτημα 1, «Πόσο συχνά κάνετε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων;», η πλειοψηφία απάντησε ότι σπάνια κάνει τέτοια χρήση (56%), και 21% απάντησε ότι δεν κάνει καθόλου τέτοια χρήση. Από το δείγμα, 19% έκανε αρκετά χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Πόσο συχνά κάνετε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Αρκετά	31	19,1
	Ελάχιστα	91	56,2
	Καθόλου	34	21,0
	Δεν απαντώ	6	3,7
	Σύνολο	162	100,0

Στο ερώτημα 2, «Πόσο συχνά αγοράζετε φάρμακα με συνταγή ιατρού;», 41% αγόραζε σπάνια τέτοια φάρμακα (κάθε 3 μήνες) και 24% δεν αγόραζε καθόλου συνταγογραφημένα φάρμακα, ενώ 33% αγόραζε φάρμακα μία φορά το μήνα (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Πόσο συχνά αγοράζετε φάρμακα με συνταγή ιατρού;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	1-2 φορές την εβδομάδα	4	2,5	2,5
	1 φορά τον μήνα	53	32,7	32,9
	Κάθε 3 μήνες	66	40,7	41,0
	Καθόλου	38	23,5	23,6
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 3, «Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το ιατρό σχετικά με τη χρήση του (δοσολογία, οδός χορήγησης, παρενέργειες);», η **οριακή πλειοψηφία απάντησε ότι τους παρέχεται πλήρης ενημέρωση (51%) και 45% ότι τους παρέχεται μερική ενημέρωση (Πίνακας 17).**

Πίνακας 17. Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το ιατρό σχετικά με τη χρήση του;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Πλήρη	82	50,6
	Μερική	73	45,1
	Καθόλου	7	4,3
	Σύνολο	162	100,0

Στο ερώτημα 4, «Έχετε ζητήσει από το ιατρό σας να σας συνταγογραφήσει φάρμακα που δε χρειάζεστε απαραίτητα;», συνολικά **92% απάντησαν ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει σπάνια (35%) ή ποτέ/καθόλου (57%)**. Μόνο 8% του δείγματος απάντησε καταφατικά στο ερώτημα (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Έχετε ζητήσει από το ιατρό σας να σας συνταγογραφήσει φάρμακα που δε χρειάζεστε απαραίτητα;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	13	8,0
	Όχι	37	22,8
	Σπάνια	57	35,2
	Ποτέ	55	34,0
	Σύνολο	162	100,0

Στο ερώτημα 5, «Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;», **οι περισσότεροι πολίτες απάντησαν αρνητικά (70%)**, ενώ 15% απάντησαν θετικά και άλλο ένα 15% αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	23	14,2	15,2

	Όχι	106	65,4	70,2
	Δεν απαντώ	22	13,6	14,6
	Σύνολο	151	93,2	100,0
Άκυρα		11	6,8	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 6, «Εάν ναι, για ποιο λόγο κάνετε κατάχρηση αυτού του φαρμάκου;», οι περισσότεροι από τους N=43 πολίτες που απάντησαν θετικά στο προηγούμενο ερώτημα ανέφεραν ότι **αυτό συμβαίνει για ψυχολογικούς λόγους (78%)**. Από το σύνολο του πληθυσμού, 13% απάντησε ότι η κατάχρηση φαρμάκων συμβαίνει λόγω διαθεσιμότητας του φαρμάκου στο σπίτι, και 9% απάντησαν ότι η κατάχρηση φαρμάκων συμβαίνει από συνήθεια (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Εάν ναι, για ποιο λόγο κάνετε κατάχρηση αυτού του φαρμάκου;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Για ψυχολογικούς λόγους	18	78,3
	Είναι διαθέσιμο στο σπίτι	3	13,0
	Από συνήθεια	2	8,7
	Σύνολο	23	100,0

### 2.3. ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σχετικά με τις απόψεις των πολιτών για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα, λήφθηκαν οι εξής απαντήσεις. Στο ερώτημα 1, «Πόσο συχνά κάνετε χρήση μη-



«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
συνταγογραφημένων φαρμάκων;», 46% έκανε ελάχιστη χρήση, **34% έκανε αρκετή χρήση**, και 18,5% δεν έκανε καθόλου χρήση (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Πόσο συχνά κάνετε χρήση μη- συνταγογραφημένων φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Αρκετά	55	34,0
	Ελάχιστα	74	45,7
	Καθόλου	30	18,5
	Δεν απαντώ	3	1,9
	Σύνολο	162	100,0

Στο ερώτημα 2, «Ποια είναι η άποψή σας για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα;», **64% είχε θετική άποψη** και μόνο 7% είχε αρνητική άποψη. Από το σύνολο 29% αρνήθηκε να απαντήσει στο ερώτημα (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Ποια είναι η άποψή σας για τα μη- συνταγογραφημένα φάρμακα;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Θετική	104	64,2
	Αρνητική	11	6,8
	Δεν απαντώ	47	29,0
	Σύνολο	162	100,0

Στο ερώτημα 3, «Ποιος σας σύστησε την αγορά ενός μη- συνταγογραφημένου φαρμάκου;», **46% ανέφερε τον φαρμακοποιό**, 30% ανέφερε τον ιατρό, 17% ανέφερε τους φίλους/συγγενείς και 7% ανέφερε ότι την αγορά μη- συνταγογραφημένου φαρμάκου τους τη συνέστησε άλλος (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Ποιος σας σύστησε την αγορά ενός μη- συνταγογραφημένου φαρμάκου;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Φίλοι/συγγενείς	28	17,3	17,4
	Ιατρός	48	29,6	29,8
	Φαρμακοποιός	74	45,7	46,0
	Άλλος	11	6,8	6,8
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 4, «Στην αγορά ενός μη- συνταγογραφούμενου φαρμάκου διαβάζετε τις εσωκλειστες οδηγίες;», **67% ανέφερε ότι σπάνια διαβάζει τις οδηγίες** και 8% δεν διάβαζε καθόλου τις οδηγίες («όχι», «ποτέ»), ενώ 25% διάβαζε τις οδηγίες (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Στην αγορά ενός μη- συνταγογραφούμενου φαρμάκου διαβάζετε τις εσωκλειστες οδηγίες;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

Έγκυρα	Ναι	40	24,7	24,8
	Όχι	11	6,8	6,8
	Σπάνια	108	66,7	67,1
	Ποτέ	2	1,2	1,2
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 5, «Είστε υπέρ ή κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων;», **69%** ήταν υπέρ αυτών των φαρμάκων, ενώ 21% ήταν κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Είστε υπέρ ή κατά των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Υπέρ	110	67,9	68,8
	Κατά	34	21,0	21,3
	Δεν απαντώ	16	9,9	10,0
	Σύνολο	160	98,8	100,0
Άκυρα		2	1,2	
Σύνολο		162	100,0	

## 2.4. ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στα γενικά ερωτήματα για τις στάσεις και τη χρήση των φαρμάκων λήφθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις. Στο ερώτημα 1, «Κάνετε υπερκατανάλωση φαρμάκων;», συνολικά **62% απάντησε ότι δεν κάνει κατάχρηση** («όχι», «ποτέ»). Επιπλέον, **35% ανέφερε ότι σπάνια επιδίδεται σε υπερκατανάλωση φαρμάκων**. Μόνο 3% ανέφερε ότι κάνει υπερκατανάλωση φαρμάκων (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Κάνετε υπερκατανάλωση φαρμάκων;				
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	5	3,1	3,1
	Όχι	69	42,6	42,9
	Σπάνια	56	34,6	34,8
	Ποτέ	31	19,1	19,3
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 2, «Φυλάσσετε στο σπίτι φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν;», 48% ανέφερε ότι φυλάσσει τα παλιότερα φάρμακα στο σπίτι και 35% ανέφερε ότι ίσως φυλάσσει τέτοιου είδους φάρμακα. Στο δείγμα, 14% ανέφερε ότι δεν φυλάσσει στο σπίτι φάρμακα που έχει χρησιμοποιήσει κατά το παρελθόν (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Φυλάσσετε στο σπίτι φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν;
--

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	78	48,1	48,4
	Όχι	22	13,6	13,7
	Ίσως	57	35,2	35,4
	Δεν απαντώ	4	2,5	2,5
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 3, «Ποιος είναι ο μέσος όρος των φαρμάκων που καταναλώνετε μέσα σε ένα μήνα;», **47% απάντησε ότι λαμβάνει κάτω από 10 φάρμακα** και 33,5% ότι λαμβάνει περισσότερα από 10 φάρμακα το μήνα. Από το δείγμα, 20% του δείγματος αρνήθηκε να απαντήσει (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Ποιος είναι ο μέσος όρος των φαρμάκων που καταναλώνετε μέσα σε ένα μήνα;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	<10	75	46,3	46,6
	>10	54	33,3	33,5
	Δεν απαντώ	32	19,8	19,9
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	

Σύνολο	162	100,0	
--------	-----	-------	--

Στο ερώτημα 4, «Ερωτηθήκατε ποτέ από το φαρμακοποιό για τυχόν αλλεργίες πριν την αγορά του φαρμάκου;», **45% απάντησε θετικά**, 38% απάντησε ότι αυτό συμβαίνει σπάνια, και 12% απάντησε αρνητικά (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Ερωτηθήκατε ποτέ από το φαρμακοποιό για τυχόν αλλεργίες πριν την αγορά του φαρμάκου;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	72	44,4	44,7
	Όχι	20	12,3	12,4
	Σπάνια	61	37,7	37,9
	Δεν απαντώ	8	4,9	5,0
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 5, «Είχατε παρενέργειες από κάποια αγορά φαρμάκου που σας συστήθηκε;», **41% των πολιτών απάντησε καταφατικά**, ενώ 54% απάντησε αρνητικά (Πίνακας 30).

Πίνακας 30. Είχατε παρενέργειες από κάποια αγορά φαρμάκου που σας συστήθηκε;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	66	40,7	41,0
	Όχι	87	53,7	54,0
	Δεν απαντώ	8	4,9	5,0
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 6, «Προτείνετε φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει σε συγγενείς και φίλους;», 48% απάντησε ότι ίσως πράττει κάτι τέτοιο, 29% απάντησε ότι προτείνει φάρμακα που έχει χρησιμοποιήσει σε φίλους και συγγενείς, και **30% απάντησε ότι δεν πράττει κάτι τέτοιο** (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Προτείνετε φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει σε συγγενείς και φίλους;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	47	29,0	29,4
	Όχι	32	19,8	20,0
	Ίσως	77	47,5	48,1
	Δεν απαντώ	4	2,5	2,5
	Σύνολο	160	98,8	100,0
Άκυρα		2	1,2	

Σύνολο	162	100,0	
--------	-----	-------	--

Στο ερώτημα 7, «Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος σε τί ανατρέχετε;», 56% απάντησε ότι επιλέγει τα φάρμακα του εμπορίου, 11% **ότι επιλέγει την επίσκεψη σε ιατρό** και 31% απάντησε ότι επιλέγει ένα συνδυασμό των δύο (Πίνακας 32).

Πίνακας 32. Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος ανατρέχετε σε:

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Φάρμακα εμπορίου	89	54,9	56,0
	Επίσκεψη σε ιατρό	18	11,1	11,3
	Συνδυασμός των δύο	49	30,2	30,8
	Δεν απαντώ	3	1,9	1,9
	Σύνολο	159	98,1	100,0
Άκυρα		3	1,9	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 8, «Έχετε αντικαταστήσει το φάρμακό σας με ένα γενόσημο;», **48% απάντησε αρνητικά**, 23% απάντησε θετικά, ενώ 30% αρνήθηκε να απαντήσει στο ερώτημα (Πίνακας 33).

Πίνακας 33. Έχετε αντικαταστήσει το φάρμακό σας με ένα γενόσημο;



		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	36	22,2	22,6
	Όχι	76	46,9	47,8
	Δεν απαντώ	47	29,0	29,6
	Σύνολο	159	98,1	100,0
Άκυρα		3	1,9	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 9, «Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το ιατρό σχετικά με τη χρήση του (δοσολογία, οδός χορήγησης, παρενέργειες);», **58% ανέφερε ότι τους παρέχεται πλήρης ενημέρωση, ενώ 41% ότι τους παρέχεται μερική ενημέρωση** (Πίνακας 34).

Πίνακας 34. Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το ιατρό σχετικά με τη χρήση του;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Πλήρη	93	57,4	58,1
	Μερική	65	40,1	40,6
	Καθόλου	2	1,2	1,3
	Σύνολο	160	98,8	100,0
Άκυρα		2	1,2	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 10, «Έχει επηρεαστεί η άποψή σας σχετικά με τις διαφημίσεις από τα ΜΜΕ;», 56,5% απάντησε ότι ελάχιστα έχει επηρεαστεί η άποψή τους, και 30% ανέφερε ότι η άποψή τους έχει επηρεαστεί λίγο από τα ΜΜΕ, 12% απάντησε ότι δεν έχει επηρεαστεί καθόλου από τις διαφημίσεις των ΜΜΕ (Πίνακας 35).

Πίνακας 35. Έχει επηρεαστεί η άποψή σας σχετικά με τις διαφημίσεις από τα ΜΜΕ;				
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Πάρα πολύ	3	1,9	1,9
	Λίγο	48	29,6	29,8
	Ελάχιστα	91	56,2	56,5
	Καθόλου	19	11,7	11,8
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 11, «Έχετε αγοράσει φάρμακα από το διαδίκτυο;», **57% απάντησε αρνητικά**, 22% απάντησε θετικά, ενώ 19% απάντησε ότι ίσως να έχει αγοράσει φάρμακα από το διαδίκτυο (Πίνακας 36).

Πίνακας 36. Έχετε αγοράσει φάρμακα από το διαδίκτυο;				
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

Έγκυρα	Ναι	36	22,2	22,4
	Όχι	92	56,8	57,1
	Ίσως	30	18,5	18,6
	Δεν απαντώ	3	1,9	1,9
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 12, «Πόσο συχνά επισκέπτεστε το φαρμακοποιό σας;», 56,5% ανέφερε ότι το πράττει σπάνια και 35% ότι το πράττει μία φορά το μήνα (Πίνακας 37).

Πίνακας 37. Πόσο συχνά επισκέπτεστε το φαρμακοποιό σας;				
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	1 φορά την εβδομάδα	10	6,2	6,2
	1 φορά τον μήνα	57	35,2	35,4
	Σπάνια	91	56,2	56,5
	Καθόλου	3	1,9	1,9
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

«Τσαβελή Αλεξάνδρα»

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»

Στο ερώτημα 13, «Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε μία επώδυνη κατάσταση (π.χ. πόνος στη μέση, πονοκέφαλος, κ.ά.)», 45% ανέφερε ότι συμβαίνει μερικές φορές και 27,5% ότι συμβαίνει σπάνια. Ακόμη, 22,5% ανέφερε ότι αντιμετωπίζει επώδυνες καταστάσεις συχνά (Πίνακας 38).

Πίνακας 38. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε μία επώδυνη κατάσταση;				
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Πολύ συχνά	3	1,9	1,9
	Συχνά	36	22,2	22,5
	Μερικές φορές	72	44,4	45,0
	Σπάνια	44	27,2	27,5
	Ποτέ	5	3,1	3,1
	Σύνολο	160	98,8	100,0
Άκυρα		2	1,2	
Σύνολο		162	100,0	

Στο ερώτημα 14, «Σε τί πιστεύετε ότι μπορεί να οφείλεται η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων;», οι περισσότεροι πολίτες ανέφεραν ότι **τέτοιου είδους λάθη μπορεί να οφείλονται σε ένα συνδυασμό των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (71%)**. Δεκαοκτώ τοις εκατό (18%) απάντησε ότι τέτοια λάθη οφείλονται στους ασθενείς και 11% ότι οφείλονται στους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 39).

Πίνακας 39. Πιστεύετε ότι η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να οφείλεται:

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Στους επαγγελματίες υγείας	17	10,5	10,6
	Στον ασθενή	29	17,9	18,0
	Και στους δύο	115	71,0	71,4
	Σύνολο	161	99,4	100,0
Άκυρα		1	0,6	
Σύνολο		162	100,0	

Τέλος, στο ερώτημα 15, «Γενικά συμφωνείτε στην αλόγιστη χρήση φαρμάκων;», **68%** δεν συμφωνούσε καθόλου, **13%** συμφωνούσε ελάχιστα και 15% συμφωνούσε λίγο με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (Πίνακας 40).

Πίνακας 40. Γενικά συμφωνείτε στην αλόγιστη χρήση φαρμάκων;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Πάρα πολύ	1	0,6	0,6
	Πολύ	1	0,6	0,6
	Λίγο	24	14,8	15,0
	Ελάχιστα	21	13,0	13,1
	Καθόλου	109	67,3	68,1
	Δεν απαντώ	4	2,5	2,5

	Σύνολο	160	98,8	100,0
Άκυρα		2	1,2	
Σύνολο		162	100,0	

### 3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Ο έλεγχος που επιλέχθηκε για την εύρεση συσχετίσεων ανάμεσα στην κατάχρηση φαρμακευτικών σκευασμάτων και δημογραφικών στοιχείων, ήταν η δοκιμή ανεξαρτησίας  $\chi^2$  (person chi-square), καθώς είναι ένας κατάλληλος στατιστικός έλεγχος σε περιπτώσεις στις οποίες οι ανεξάρτητες και οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι ονομαστικής, όχι συνεχούς ή αριθμητικής μορφής. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά στοιχεία και τα επαγγελματικά στοιχεία, ενώ η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν το ερώτημα για τους πολίτες «Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 45. Τα ευρήματα έδειξαν πως η κατάχρηση συνταγογραφημένων φαρμάκων επηρεαζόταν στατιστικά σημαντικά από το εάν οι συμμετέχοντες απασχολούνταν στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ( $\chi^2=6,23$ ,  $df=2$ ,  $p=0,044$ ), καθώς και από τον αναφερόμενο φορέα ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών ( $\chi^2=31,17$ ,  $df=14$ ,  $p=0,005$ ).

Πίνακας 45. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;

		Δείκτης	Df	P
Φύλο	Pearson $\chi^2$	0,582	2	0,748
	Έγκυρα N	146		
Οικογενειακή κατάσταση	Pearson $\chi^2$	7,076	8	0,528
	Έγκυρα N	144		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Pearson $\chi^2$	16,369	12	0,175
	Έγκυρα N	144		
Απασχόληση	Pearson $\chi^2$	5,584	6	0,471

	Έγκυρα N	147		
Δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας εργασίας	Pearson $\chi^2$	6,228	2	0,044*
	Έγκυρα N	116		
Φορέας ασφαλιστικής κάλυψης	Pearson $\chi^2$	31,165	14	0,005*
	Έγκυρα N	142		
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	Pearson $\chi^2$	14,597	12	0,264
	Έγκυρα N	125		

\* Στατιστικά σημαντικά ευρήματα ( $p < 0,05$ )

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, όπως φαίνεται από τους σχετικούς πίνακες διπλής εισόδου, **από τους πολίτες που δήλωσαν ότι έκαναν κατάχρηση φαρμάκων, πολύ περισσότεροι εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα (N=14) από ό,τι στο δημόσιο τομέα (N=4)**. Ο αριθμός των πολιτών που δεν έκαναν κατάχρηση φαρμάκων επίσης εμφάνιζε μία μικρή διαφορά μεταξύ των εργαζομένων του δημόσιου τομέα (N=35) και του ιδιωτικού τομέα (N=48). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι πολύ περισσότεροι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα (N=13), σε σύγκριση με τους εργαζομένους του δημόσιου τομέα (N=2, Πίνακας 46).

Πίνακας 46. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού; \* Δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας εργασίας (Συχνότητες διπλής εισόδου)

			Δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας		Σύνολο
			Δημόσιο	Ιδιωτικός τομέας	
Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού;	Ναι	N	4	14	18
		%	22,2%	77,8%	100,0%
	Όχι	N	35	48	83
		%	42,2%	57,8%	100,0%
	Δεν απαντώ	N	2	13	15
		%	13,3%	86,7%	100,0%
Σύνολο		N	41	75	116
		%	35,3%	64,7%	100,0%

Περαιτέρω, οι διαφορές στην κατάχρηση φαρμάκων ανά ασφαλιστική κάλυψη ήταν

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
 δυσκολότερο να αποσαφηνιστούν λόγω του γεγονότος ότι οι φορείς ασφαλιστική κάλυψης ήταν πολλαπλοί. Εντούτοις, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι από τους πολίτες που ανέφεραν ότι έκαναν κατάχρηση φαρμάκων ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (N=11), ακολουθούμενοι από το Δημόσιο (N=5) αλλά και τον «άλλο» ασφαλιστικό φορέα (N=5). Αξίζει να σημειωθεί πως η επιλογή της απάντησης του «άλλου» ασφαλιστικού φορέα, είναι πιθανό να υποδεικνύει ότι οι συγκεκριμένοι πολίτες, ή οι περισσότεροι από τους πολίτες που επέλεξαν αυτή την απάντηση, ίσως να ήταν ανασφάλιστοι.

Πίνακας 47. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού; \* Φορέας ασφαλιστικής κάλυψης (Συχνότητες διπλής εισόδου)

			Φορέας ασφαλιστικής κάλυψης								Σύνολο
			ΙΚΑ	Δημόσιο	Τράπεζες	ΤΕΒΕ	ΟΓΑ	ΔΕΚΟ	Ιδιωτική	Άλλο	
Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι γράφει η συνταγή του ιατρού;	Ναι	N	11	5	0	1	0	0	0	5	22
		%	50,0%	22,7%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	22,7%	100,0%
	Όχι	N	34	27	3	10	8	4	2	11	99
		%	34,3%	27,3%	3,0%	10,1%	8,1%	4,0%	2,0%	11,1%	100,0%
	Δεν απαντώ	N	4	3	2	5	0	0	4	3	21
		%	19,0%	14,3%	9,5%	23,8%	0,0%	0,0%	19,0%	14,3%	100,0%
Σύνολο		N	49	35	5	16	8	4	6	19	142
		%	34,5%	24,6%	3,5%	11,3%	5,6%	2,8%	4,2%	13,4%	100,0%

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν επιπρόσθετες συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων κυρίως ερωτημάτων της μελέτης. Τα αποτελέσματα για τους **Ιατρούς** έδειξαν τα εξής. Στα ερωτήματα που αφορούν τα συνταγογραφημένα φάρμακα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p>0,05$ ) ανάμεσα στο ερώτημα 2 («Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου παρέχετε την κατάλληλη ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με τη χρήση του») και τα ερωτήματα 4 («Γνωρίζετε ασθενείς που λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή που δώσατε;») και 5 («Εάν ναι, για ποιο λόγο θεωρείτε ότι κάνουν κατάχρηση του φαρμάκου;»). Ο Πίνακας παρουσιάζει τα σχετικά αποτελέσματα.



Πίνακας 44. Συσχετίσεις ανάμεσα στο ερώτημα 2 και τα ερωτήματα 4 και 5 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα (ιατροί)

		Δείκτης	df	p
4. Γνωρίζετε ασθενείς που λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή που δώσατε;	Pearson $\chi^2$	2,531	4	0,639
	Έγκυρα N	105		
5. Εάν ναι, για ποιο λόγο θεωρείτε ότι κάνουν κατάχρηση του φαρμάκου;	Pearson $\chi^2$	7,887	6	0,246
	Έγκυρα N	47		

Στα ερωτήματα που αφορούν τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p > 0,05$ ) μεταξύ του ερωτήματος 5 («Είστε υπέρ ή κατά των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων;») και των ερωτημάτων 6 («Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος συστήνετε στον ασθενή;») και 7 («Πόσο συχνά προτείνετε την αντικατάσταση ενός φαρμάκου σας με ένα γενόσημο;»). Ο Πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα.

Πίνακας 45. Συσχετίσεις ανάμεσα στο ερώτημα 5 και τα ερωτήματα 6 και 7 από τα ερωτήματα για τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα (ιατροί)

		Δείκτης	df	p
6. Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος συστήνετε στον ασθενή;	Pearson $\chi^2$	10,352	6	0,111
	Έγκυρα N	105		
7. Πόσο συχνά προτείνετε την αντικατάσταση ενός φαρμάκου σας με ένα γενόσημο;	Pearson $\chi^2$	7,381	6	0,287
	Έγκυρα N	105		

Επιπλέον, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα 2 από τα ερωτήματα των συνταγογραφημένων φαρμάκων («Κατά τη συνταγογράφηση ενός

«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
 φαρμάκου παρέχετε την κατάλληλη ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με τη χρήση του  
 »), με το ερώτημα 8 από τα ερωτήματα των μη-συνταγογραφημένων φαρμάκων  
 («Πιστεύετε ότι η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να οφείλεται:»)  
 Ο Πίνακας παρουσιάζει αυτό το αποτέλεσμα.

Πίνακας 46. Συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα 2 από τα ερωτήματα για τα  
 συνταγογραφημένα φάρμακα και το ερώτημα 8 από τα ερωτήματα για τα μη-  
 συνταγογραφημένα φάρμακα (ιατροί)

		Δείκτης	df	p
8. Πιστεύετε ότι η πρόκληση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να οφείλεται:	Pearson $\chi^2$	4,476	4	0,345
	Έγκυρα N	105		

Τα αποτελέσματα για τους **Πολίτες/Ασθενείς** ήταν τα ακόλουθα.

Στα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα, υπήρχε στατιστικά σημαντική  
 συσχέτιση του ερωτήματος 3 («Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας  
 παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τη χρήση του») με το  
 ερώτημα 5 («Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η  
 συνταγή του γιατρού;»), με  $\chi^2=30,47$ ,  $df=4$ ,  $p<0,0005$ , όχι όμως και με το ερώτημα 6  
 («Εάν ναι, για ποιο λόγο κάνετε κατάχρηση αυτού του φαρμάκου;»). Ο Πίνακας 47  
 παρουσιάζει τα αποτελέσματα.

Πίνακας 47. Συσχέτιση του ερωτήματος 3 με τα ερωτήματα 5 και 6 από τα ερωτήματα  
 για τα συνταγογραφημένα φάρμακα

		Δείκτης	df	p
	Pearson $\chi^2$	30,473	4	0,000

5. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του γιατρού;	Έγκυρα N	151		
6. Εάν ναι, για ποιο λόγο κάνετε κατάχρηση αυτού του φαρμάκου;	Pearson $\chi^2$	0,845	2	0,655
	Έγκυρα N	23		

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, ο σχετικός πίνακας διπλής εισόδου δείχνει ότι οι πολίτες που θεωρούσαν ότι είχαν λάβει μερική ενημέρωση από τον ιατρό σχετικά με τη χρήση του συνταγογραφημένου φαρμάκου, είχαν μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας ότι υπερκαταναλώνουν κάποιο φάρμακο (20%), από ό,τι οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι είχαν λάβει πλήρη (12,5%) ενημέρωση για τη χρήση του φαρμάκου (Πίνακας 48).

Πίνακας 48. Συσχέτιση του ερωτήματος 3 με τα ερωτήματα 5 και 6 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα (Πίνακας διπλής εισόδου)

			5. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του γιατρού;			Σύνολο
			Ναι	Όχι	Δεν απαντώ	
3. Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τη χρήση του	Πλήρη	Συχνότητα	10	69	1	80
		Ποσοστό	12,5%	86,3%	1,3%	100,0%
	Μερική	Συχνότητα	13	33	18	64
		Ποσοστό	20,3%	51,6%	28,1%	100,0%
	Καθόλου	Συχνότητα	0	4	3	7
		Ποσοστό	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
Σύνολο		Συχνότητα	23	106	22	151

	Ποσοστό	15.2%	70,2%	14,6%	100,0%
--	---------	-------	-------	-------	--------

Περαιτέρω, το ερώτημα 3 από τα ερωτήματα για τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα («Ποιος σας σύστησε την αγορά ενός μη συνταγογραφημένου φαρμάκου;») είχε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα, ερωτήματα 1 («Πόσο συχνά κάνετε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων;»), με  $\chi^2=26,73$ ,  $df=9$ ,  $p=0,002$ , και 2 («Πόσο συχνά αγοράζετε φάρμακα με συνταγή γιατρού;»), με  $\chi^2=18,29$ ,  $df=9$ ,  $p=0,032$ . Ο Πίνακας 49 παρουσιάζει αυτά τα αποτελέσματα.

Πίνακας 49. Συσχέτιση του ερωτήματος 3 από τα ερωτήματα για τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα με τα ερωτήματα 1 και 2 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα

		Δείκτης	df	p
1. Πόσο συχνά κάνετε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων;	Pearson $\chi^2$	26,729	9	0,002
	Έγκυρα N	161		
2. Πόσο συχνά αγοράζετε φάρμακα με συνταγή γιατρού;	Pearson $\chi^2$	18,292	9	0,032
	Έγκυρα N	160		

Με βάση τα παραπάνω στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, οι σχετικοί πίνακες διπλής εισόδου έδειξαν τα εξής. Ειδικότερα, η πλειοψηφία των πολιτών στους οποίους είχε συστηθεί από ιατρό ή από φαρμακοποιό να αγοράσουν ένα μη-συνταγογραφημένο φάρμακο, έκαναν ελάχιστη χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων (Πίνακας 50).

Πίνακας 50. Συσχέτιση του ερωτήματος 3 από τα ερωτήματα για τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα με το ερώτημα 1 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα (πολίτες)

			1. Πόσο συχνά κάνετε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων;				Σύνολο	
			Αρκετά	Ελάχιστα	Καθόλου	Δεν απαντώ		
3. Ποιος σας σύστησε την αγορά ενός μη συνταγογραφημένου φαρμάκου;	Φίλοι/συγγενείς	Συχνότητα	8	9	7	4	28	
		Ποσοστό	28,6%	32,1%	25,0%	14,3%	100,0%	
	Γιατρός	Συχνότητα	10	27	11	0	48	
		Ποσοστό	20,8%	56,3%	22,9%	0,0%	100,0%	
	Φαρμακοποιός	Συχνότητα	13	44	16	1	74	
		Ποσοστό	17,6%	59,5%	21,6%	1,4%	100,0%	
	Άλλος	Συχνότητα	0	11	0	0	11	
		Ποσοστό	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Σύνολο		Συχνότητα	31	91	34	5	161
			Ποσοστό	19,3%	56,5%	21,1%	3,1%	100,0%

Ακόμα, το μεγαλύτερο ποσοστό από τους πολίτες στους οποίους είχε προταθεί η αγορά ενός μη-συνταγογραφημένου φαρμάκου από φίλους και συγγενείς δεν αγόραζαν καθόλου φάρμακα με συνταγή ιατρού (39%). Το μεγαλύτερο ποσοστό από τους πολίτες στους οποίους είχε συστηθεί η αγορά ενός μη-συνταγογραφημένου φαρμάκου από ιατρούς, αγόραζαν φάρμακα με συνταγή ιατρού μία φορά το μήνα (42%) ή κάθε τρεις μήνες (35%). Αντίστοιχα, οι πολίτες στους οποίους είχε προταθεί η αγορά ενός μη-συνταγογραφημένου φαρμάκου από τον φαρμακοποιό, αγόραζαν φάρμακα με συνταγή ιατρού κάθε τρεις μήνες (44%, Πίνακας 51).

Πίνακας 51. Συσχέτιση του ερωτήματος 3 από τα ερωτήματα για τα μη-συνταγογραφημένα φάρμακα με το ερώτημα 2 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα (πολίτες)

			2. Πόσο συχνά αγοράζετε φάρμακα με συνταγή γιατρού;				Σύνολο	
			1-2 φορές τη βδομάδα	1 φορά τον μήνα	Κάθε 3 μήνες	Καθόλου		
3. Ποιος σας σύστησε την αγορά ενός μη συνταγογραφημένου φαρμάκου;	Φίλοι/συγγενείς	Συχνότητα	1	9	7	11	28	
		Ποσοστό	3,6%	32,1%	25,0%	39,3%	100,0%	
	Γιατρός	Συχνότητα	1	20	17	10	48	
		Ποσοστό	2,1%	41,7%	35,4%	20,8%	100,0%	
	Φαρμακοποιός	Συχνότητα	2	23	32	16	73	
		Ποσοστό	2,7%	31,5%	43,8%	21,9%	100,0%	
	Άλλος	Συχνότητα	0	0	10	1	11	
		Ποσοστό	0,0%	0,0%	90,9%	9,1%	100,0%	
	Σύνολο		Συχνότητα	4	52	66	38	160
			Ποσοστό	2,5%	32,5%	41,3%	23,8%	100,0%

Επιπλέον, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση ( $p > 0,05$ ) ανάμεσα στο γενικό ερώτημα 4 («Ερωτηθήκατε ποτέ από το φαρμακοποιό για τυχόν αλλεργίες πριν την αγορά του φαρμάκου;») και το γενικό ερώτημα 7 («Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος ανατρέχετε σε:»). Ο Πίνακας 52 παρουσιάζει αυτό το αποτέλεσμα.

Πίνακας 52. Συσχέτιση ανάμεσα στο γενικό ερώτημα 4 και το γενικό ερώτημα 7 (πολίτες)

	Δείκτης	df	p	
7. Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος ανατρέχετε σε:	Pearson $\chi^2$	9,815	9	0,366
	Έγκυρα N	158		

Παράλληλα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση ( $p > 0,05$ ) μεταξύ του γενικού ερωτήματος 7 («Στην εμφάνιση συμπτώματος ενός κοινού κρυολογήματος ανατρέχετε σε:») με το γενικό ερώτημα 9 («Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τη χρήση του»). Ο Πίνακας 53 παρουσιάζει το μη-στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 53. Συσχέτιση ανάμεσα στο γενικό ερώτημα 7 και το γενικό ερώτημα 9 (πολίτες)

	Δείκτης	df	p	
9. Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τη χρήση του	Pearson $\chi^2$	1,907	6	0,928
	Έγκυρα N	158		

Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα 3 («Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου σας παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τη χρήση του»), από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα, με το γενικό ερώτημα 6 («Προτείνετε φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει σε συγγενείς και φίλους;»). Ο Πίνακας 54 παρουσιάζει τα αποτελέσματα.

Πίνακας 54. Συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα 3 από τα ερωτήματα για τα συνταγογραφημένα φάρμακα και το γενικό ερώτημα 6 (πολίτες)

		Δείκτης	df	p
6. Προτείνετε φάρμακα που έχετε χρησιμοποιήσει σε συγγενείς και φίλους;	Pearson $\chi^2$	10,995	6	0,089
	Έγκυρα N	160		



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι η πρώτη εργασία που πραγματοποιείται στον ελλαδικό χώρο και μελετά την άποψη γιατρών και πολιτών σχετικά με την αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Λευκωσία από τους Μπαμπάτσικου και Κόκκαλη το 2018. Προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα, χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο για τους πολίτες, ενώ για τους γιατρούς τροποποιήθηκε όσο το δυνατόν λιγότερο, ώστε να μπορούν να συγκριθούν οι απαντήσεις των γιατρών με αυτές των πολιτών.

Όσον αφορά την καταγραφή του βαθμού επίγνωσης του φαινομένου ανάμεσα στους καθημερινούς πολίτες, αλλά και την ιατρική κοινότητα, όπως είδαμε στην περιγραφική ανάλυση, ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό των ιατρών παραδέχτηκαν ότι γνωρίζουν ασθενείς οι οποίοι κάνουν κατάχρηση κάποιου φαρμάκου, συγκεκριμένα ότι οι κάποιοι ασθενείς «λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή» που οι ιατροί έδωσαν σε αυτούς τους ασθενείς (44%). Πάντως, η οριακή πλειοψηφία των ιατρών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν ασθενείς οι οποίοι καταχρώνται φάρμακα (53%). Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ιατροί είχαν λάβει αιτήματα από τους ασθενείς τους να τους συνταγογραφήσουν φάρμακα τα οποία δεν χρειάζονταν απαραίτητα οι ασθενείς (59%). Από την άλλη πλευρά, το 37% των ιατρών ανέφερε ότι σπάνια τους είχε ζητηθεί να πράξουν τοιουτοτρόπως, ωστόσο μόνο το 4% των ιατρών ανέφερε ότι ποτέ οι ασθενείς τους δεν τους έχουν ζητήσει να συνταγογραφήσουν για εκείνους φάρμακα που δεν τους είναι απαραίτητα. Συνεπώς, σύμφωνα με τους ιατρούς της μελέτης, αποτελεί συχνό φαινόμενο οι ασθενείς να ζητάνε από τους ιατρούς τους φάρμακα τα οποία δεν τους είναι πραγματικά απαραίτητα.

Από την πλευρά των πολιτών, αντίθετα, μόνο 15% ανέφεραν ότι λαμβάνουν κάποιο φάρμακο περισσότερες φορές από ό,τι αναγράφει η συνταγή του ιατρού τους, με τους περισσότερους πολίτες να αρνούνται ότι συμβαίνει κάτι τέτοιο (70%). Αξιοσημείωτο σε αυτό το ερώτημα είναι ότι ένα ποσοστό 15% των πολιτών δεν δέχτηκαν να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα. Παράλληλα, μόνο 3% των πολιτών παραδέχτηκε ότι κάνει υπερκατανάλωση φαρμάκων, με το 62% να απαντά πως δεν κάνει ποτέ τέτοια κατάχρηση και το 35% να απαντά ότι σπάνια κάνει κατάχρηση φαρμάκων. Επιπλέον, μόνο 8% των πολιτών παραδέχτηκαν ότι έχουν ζητήσει από το ιατρό τους να τους

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν είναι απαραίτητα για εκείνους. Το 92% των ασθενών, αντίθετα, ανέφεραν ότι κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει καθόλου (57%) ή ότι συμβαίνει σπάνια (35%).

Μία έμμεση απάντηση για αυτή τη διαφορά μπορεί να εκληφθεί μέσω του βαθμού στον οποίο οι ιατροί και οι πολίτες διαφωνούν με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία τόσο των ιατρών όσο και των πολιτών διαφωνούσαν με την αλόγιστη χρήση των φαρμάκων. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί οι οποίοι δεν συμφωνούσαν καθόλου με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων ήταν σχεδόν 9 στους 10 (88%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους πολίτες ήταν αρκετά μικρότερο, με σχεδόν 7 στους 10 να μη συμφωνούν καθόλου με την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (68%).

Η καταγραφή των απόψεων των πολιτών και των ιατρών σχετικά με τους τρόπους μείωσης του φαινομένου, μπορεί να απαντηθεί μελετώντας διάφορες απαντήσεις που παρείχαν οι ιατροί και οι πολίτες της μελέτης. Έτσι, οι 46 από τους 105 ιατρούς οι οποίοι ανέφεραν ότι γνώριζαν περιπτώσεις ασθενών που κάνουν κατάχρηση φαρμάκων, συμπέραναν πως αυτή η κατάχρηση πρέπει να οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ψυχολογικούς λόγους (54%), ενώ επίσης ανέφεραν ως λόγους κατάχρησης φαρμάκων τη διαθεσιμότητα φαρμάκων στο σπίτι από παλαιότερη χρήση (20%), αλλά και από συνήθεια των ασθενών (11%). Επιπλέον, το 13% των ιατρών ανέφεραν ότι η επίδραση των ΜΜΕ επηρεάζει πιθανώς τους ασθενείς οι οποίοι επιδίδονται σε υπερκατανάλωση φαρμάκων. Οι αντίστοιχες απαντήσεις των 43 πολιτών που ανέφεραν πως κάνουν ή έχουν κάνει κατάχρηση φαρμάκων, εντόπισαν ως κύριο αίτιο τους ψυχολογικούς λόγους (78%). Επιπλέον, το 9% αυτών των πολιτών συμπέραναν πως προβαίνουν σε υπερκατανάλωση φαρμάκων από συνήθεια, ενώ το 13% των πολιτών που υπερκατανάλωναν φάρμακα ανέφεραν ότι αυτό συμβαίνει λόγω του ότι διαθέτουν φάρμακα στο σπίτι από προηγούμενη χρήση που είχαν κάνει. Επ' αυτού, παρατηρείται ότι σχεδόν ένας στους δύο πολίτες ανέφεραν ότι φυλάσσουν στο σπίτι φάρμακα που έχουν χρησιμοποιήσει κατά το παρελθόν (48%), ενώ περισσότεροι από ένας στους τρεις πολίτες ανέφεραν ότι ίσως φυλάσσουν τα παλιά τους φάρμακα στο σπίτι (35%).

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των πολιτών της παρούσας έρευνας με αυτές των πολιτών της Κύπρου παρατηρείται σημαντική συνοχή, ειδικότερα όσον αφορά τη χρήση και την

*«Τσαβελη Αλεξάνδρα»*

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
άποψη για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Αυτό, πιθανότατα, οφείλεται στο ότι η Ελλάδα και η Κύπρος φέρουν κοινά πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχεία, ενώ μοιάζει σημαντικά και η νομοθεσία των δύο χωρών σχετικά με τα φάρμακα. Από την άλλη, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις απαντήσεις των γιατρών και των πολιτών. Μία τέτοια ερώτηση είναι σχετικά με την ενημέρωση που λαμβάνουν οι ασθενείς για τη χρήση ενός φαρμάκου. Στην ερώτηση αυτή μόλις το 27% των γιατρών απάντησε ότι κάνει ολοκληρωμένη και το 70,5% κάνει μερική ενημέρωση. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις απαντήσεις των πολιτών, δηλαδή κατά πόσο ενημερώνονται από τους γιατρούς σχετικά με το φάρμακο ήταν 51 και 45%, δηλαδή οι πολίτες στο μεγαλύτερο ποσοστό θεωρούν ότι ενημερώνονται πλήρως από τους γιατρούς τους σχετικά με τα φάρμακα. Η διαφοροποίηση αυτή πιθανώς έγκειται στο ότι οι πολίτες δε γνωρίζουν ποιες άλλες πληροφορίες θα μπορούσε ο γιατρός να παρέχει σχετικά με το σκεύασμα, αξιολογώντας μία μερική ενημέρωση ως ολοκληρωμένη.

Όσον αφορά την υπέρμετρη χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων, δύο ερωτήσεις παρουσίασαν σημαντικά μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα σε γιατρούς και πολίτες. Η μία ερώτηση αφορούσε το αν οι πολίτες ζητούν από τους γιατρούς να τους συνταγογραφήσουν φάρμακα που δε χρειάζονται. Στην ερώτηση αυτή μόλις το 3,8% των γιατρών απάντησε ότι δεν τους έχει ζητηθεί, ενώ αντιθέτως, μόλις το 8% των πολιτών απάντησε θετικά ότι πράγματι το έχει ζητήσει. Επιπλέον, το 44% των γιατρών απάντησε ότι ξέρει ότι οι ασθενείς παίρνουν παραπάνω από τις συνιστώμενες δόσεις, ενώ μόλις το 15% των πολιτών απάντησε ότι το κάνει. Η διαφορά αυτή είναι τεράστια και απορρέει από δύο συνιστώσες. Από τη μια πιθανώς κάποιοι πολίτες προβαίνουν εν αγνοία τους στις ενέργειες αυτές, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό το γνωρίζει, αλλά λόγω ντροπής δεν απαντάει ειλικρινά στις ερωτήσεις. Πάντως όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό, πολίτες και γιατροί συμφώνησαν ότι ο κύριος λόγος που συμβαίνει είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες, ακολουθεί η διαθεσιμότητα στο σπίτι, η συνήθεια και η επιρροή από τα ΜΜΕ.

Οι μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στις απόψεις των πολιτών της παρούσας έρευνας από αυτή που πραγματοποιήθηκε στη Κύπρο παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις σχετικά με τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ενώ οι γιατροί και οι πολίτες της παρούσας έρευνας επί το πλείστον είναι υπέρ των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι πολίτες της Κύπρου είναι κατά αυτών. Αυτό πιθανώς να συνδυάζεται με τις διαφορές που

*«Τσαβελη Αλεξάνδρα»*

*«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»*  
παρατηρήθηκαν σε άλλες απαντήσεις, όπως το ότι στη Κύπρο οι πολίτες ενημερώνονται για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κυρίως από τον περίγυρό τους, σε αντίθεση με τους πολίτες της παρούσας μελέτης που ενημερώνονται συνήθως από γιατρούς και νοσηλευτές. Σημαντικά εντονότερο είναι και το πρόβλημα της υπερκατανάλωσης φαρμάκων στη Κύπρο -αν οι απαντήσεις που λήφθηκαν αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα και δεν οφείλονται σε μη ειλικρινείς απαντήσεις πολιτών. Επιπλέον, οι πολίτες της Κύπρου δήλωσαν ότι επηρεάζονται σημαντικά περισσότερο σχετικά με τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα από τα ΜΜΕ (22%) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα (9%). Η εκτεταμένη ενημέρωση για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα μέσω ΜΜΕ και φίλων και συγγενών στη Κύπρο πιθανώς να οφείλεται στην αρνητική άποψη των πολιτών για την κατανάλωση αυτών των φαρμάκων, αμφισβητώντας τη χρησιμότητά τους.

Όσον αφορά τις προτάσεις σχετικά με τη μείωση της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, βάσει των απαντήσεων μπορούμε να συμπερανούμε ότι ένας βασικός τρόπος για τη μείωση της κατάχρησης φαρμάκων είναι η φροντίδα και η αντιμετώπιση των ψυχολογικών αιτιών της υπερκατανάλωσης, μέσα από παραπομπή των ασθενών σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή μέσα από την ενσωμάτωση των υπηρεσιών παροχής ψυχολογικής υποστήριξης στους ασθενείς. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα από την κατάρτιση ή τη συνεχιζόμενη κατάρτιση των ιατρών σε ζητήματα που αφορούν στην ψυχολογική υγεία.

Περαιτέρω, μία ακόμη σημαντική προτεινόμενη πρακτική διαφαίνεται ως η ορθή ανάγνωση των εσώκλειστων οδηγιών χρήσης των μη- συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ειδικότερα, η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών και των ασθενών δεν φαίνεται να εστιάζουν στην ανάγνωση αυτών των οδηγιών, αφού το 74% των ιατρών δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε αυτές τις οδηγίες, ενώ το 67% των πολιτών της μελέτης παραδέχτηκαν ότι σπάνια διαβάζουν, και το 8% ότι δεν διαβάζουν καθόλου, τις οδηγίες των μη- συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Ένας επιπλέον παράγοντας που πρέπει να αναφερθεί είναι τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων που, σύμφωνα με τους περισσότερους ιατρούς (67%) και πολίτες (71%), οφείλεται ταυτόχρονα και στους ιατρούς και στους ασθενείς. Σε αυτή την περίπτωση, συνιστάται ότι απαιτείται καλύτερη επικοινωνία ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς, η οποία χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια και ευθύτητα, προκειμένου να αποφεύγονται προβλήματα συνεννόησης που οδηγούν σε τέτοιου είδους σφάλματα.

Σχετικό με αυτό το σημείο είναι το εύρημα ότι κατά τη συνταγογράφιση ενός φαρμάκου, οι περισσότεροι ιατροί ανέφεραν ότι παρέχουν μερική μόνο ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με τη χρήση του φαρμάκου, όπως τη δοσολογία, την οδό χορήγησης και τις παρενέργειες του φαρμάκου (70,5%), ενώ μόνο το 27% των ιατρών ανέφεραν ότι παρέχουν πλήρη ενημέρωση στους ασθενείς τους. Με βάση τις απαντήσεις των πολιτών, επίσης, σχεδόν ένας στους δύο πολίτες ανέφεραν ότι ο ιατρός τους, δεν τους παρέχει πλήρη ενημέρωση για τη χρήση συνταγογραφούμενου φαρμάκου (45%), με το 51% των πολιτών να θεωρούν ότι ο ιατρός τους, τους παρέχει ολοκληρωμένη ενημέρωση.

Τέλος, η υπερσυνταγογράφιση φαρμάκων, σύμφωνα με το παρόν δείγμα ιατρών, είναι επίσης πιθανό να αποτελεί ένα πρόβλημα, αφού οι περισσότεροι ιατροί ανέφεραν ότι σε περιπτώσεις ενός κοινού κρυολογήματος συνιστούν στον ασθενή να λάβει μία μη-συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή (62%) και το 21% συνιστούν έναν συνδυασμό αντιβίωσης και μη-συνταγογραφημένου φαρμάκου, και μόνο το 7% των ιατρών συνιστούσε στους ασθενείς να μην λάβουν καθόλου φαρμακευτική αγωγή. Αξίζει, σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, να σημειωθεί ότι το 10,5% των ιατρών δεν δέχτηκε να απαντήσει στο ερώτημα του τί είδους συμβουλές δίνουν στους ασθενείς σχετικά με τη χρήση ή μη- φαρμάκων για την αντιμετώπιση του απλού κρυώματος.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπερκατανάλωση φαρμάκων αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα που τείνει να εντείνεται τα τελευταία χρόνια. Στόχος της παρούσας διπλωματικής ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις γιατρών και πολιτών σχετικά με τα συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Φαίνεται πως το πρόβλημα πράγματι είναι μεγάλο, καθώς ένα πολύ μεγάλο ποσοστό γιατρών έχει έρθει σε επαφή με πολίτες που ζήτησαν να τους συνταγογραφήσουν φάρμακα που δε χρειάζονται.

Τόσοι οι γιατροί όσο και οι πολίτες επιρρίπτουν τις ευθύνες και στους δύο. Η ευθύνη των γιατρών φαίνεται και στην παραδοχή τους ότι δεν ενημερώνουν πλήρως τους πολίτες σχετικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα που τους συνταγογραφούν. Έτσι, είναι πιθανό ο ασθενής να μην αντιλαμβάνεται την τοξικότητα της αλόγιστης χρήσης της ουσίας και να προβαίνει σε χρήση της, όπως ο ίδιος θεωρεί κατάλληλα. Οι πολίτες, από την άλλη, φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά από τις συμβουλές φίλων και συγγενών ή τα ΜΜΕ σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων.

Συμπερασματικά, τα πεδία που πρέπει να στοχευθούν για να μειωθεί η αλόγιστη χρήση φαρμάκων στη χώρα μας από την πλευρά των γιατρών είναι να γίνεται ολοκληρωμένη και σαφής ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το είδος, τη δόση και το λόγο χορήγησης του σκευάσματος και όταν έρχονται σε επαφή με ασθενείς που ζητάνε να συνταγογραφηθούν φάρμακα που δε χρειάζονται να αναζητούν την αιτία που κρύβεται πίσω από την ενέργεια αυτή (πχ. ψυχολογία) και να συστήνουν μια εναλλακτική μέση λύση. Από την άλλη, οι πολίτες θα πρέπει να ενημερωθούν ότι ο πλέον κατάλληλος για τη σύσταση συνταγογραφούμενων ή μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι ο γιατρός τους. Είναι σημαντικό να μην επηρεάζονται από τα ΜΜΕ και τον κοινωνικό περίγυρο, καθώς, ακόμη και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα -τα οποία θεωρητικά δεν είναι επικίνδυνα - όταν καταναλώνονται αλόγιστα μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Προτείνεται να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν άμεσα στρατηγικές αντιμετώπισης της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, ώστε να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες του φαινομένου και να προστατευτεί η δημόσια υγεία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arfken CL, Wilson JG, Aronson SM. Retrospective review of selective serotonin reuptake inhibitors and falling in older nursing home residents. *Int Psychogeriatrics*. 2005;13:85-91.

Atanasov AG, Waltenberger B, Pferschy-Wenzig EM, Linder T, et al. (2015). Discovery and resupply of pharmacologically active plant-derived natural products: A review. *Biotechnol Adv*. 33 (8): 1582–614.

Awad A, Eltayeb I, Matowe L, Thalib L. Self-medication with antibiotics and antimalarials in the community of Khartoum state, Sudan. *J Pharm Pharm Sci*. 2005;8:326–331.

Baehren DF., Marco CA., Droz DE., (2010). A Statewide Prescription Monitoring Program Affects Emergency Department Prescribing Behaviors. *Annals of Emergency Medicine*. 56(!):19-23.

Banta D.H. (2001). Worldwide Interest in Global Access to Drugs. *Journal of the American Medical Association*. 285 (22): 2844–46.

Bartoloni A, Pallecchi L, Benedetti M, et al. Multidrug-resistant commensal *Escherichia coli* in children in Peru and Bolivia. *Emerg Infect Dis*. 2006;12:907–913.

Bell, S., Figert, A., 2012. Medicalization and pharmaceuticalization at the crossroads: looking backward, sideways and forward. *Soc. Sci. Med*. 75, 775e783.

Boucher HW, Talbot GH, Bradley JS, et al. Bad bugs, no drugs: No ESKAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009;48:1–12.

Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., ... Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet (London, England)*, 390(10090), 156–168.

Busfield, J. (2015). Assessing the overuse of medicines. *Social Science & Medicine*, 131, 199–206.

Campos J, Ferech M, Lazaro E, et al. Surveillance of outpatient antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data. *J Antimicrob Chemother*. 2007;60:698–701.

Carrasco-Garrido P, Jimenez-Garcia R, Barrera VH, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008;17:193–199.

Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1998;280(11):1000–5.

Col NF, O'Connor RW. Estimating worldwide current antibiotic usage: report of task force 1. Rev Infect Dis. 1987;9(suppl 3):232–243.

Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ. 2011;343:d4551.

Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4η έκδ.). Washington, DC: Sage.

Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. Br Med Bull. 2007;83:259-74.

Dennehy CE, Tsourounis C, Horn AJ. Dietary supplement-related adverse events reported to the California Poison Control System. Am J Health-Syst Pharm. 2005; 62: 1476– 1482.

Dickinson A. History and overview of DSHEA. Fitoterapia. 2011; 82 1: 5– 10.

Ernst E. Herbal medicines for children. Clin Pediatr. 2003; 42 3: 193– 196.

Feinfeld DA, Ansari N, Nuovo M, Hussain A, Mir R. Tubulointerstitial nephritis associated with minimal self reexposure to rifampin. Am J Kidney Dis. 1999;33:e3.

Forsch DL., Grande D., Tarn DM., Kravitz RL., (2010). A decade of controversy: balancing policy with evidence in the regulation of prescription drug advertising. Am J Public Health. 100(1):24-32

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA. 2010;303:47-53.

Glaziou P, Floyd K, Raviglione M. Global burden and epidemiology of tuberculosis. Clin Chest Med. 2009;30:621–636.

Greene K, Krcmar M, Walters LH, et al. Targeting adolescent risk-taking behaviors: the contributions of egocentrism and sensation-seeking. J Adolesc. 2000; 23 4: 439– 461.

Helene S (2010). EU Compassionate Use Programmes (CUPs): Regulatory Framework and Points to Consider before CUP Implementation. Pharm Med. 24 (4): 223–229.



«Αλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων. Στάσεις ιατρών και πολιτών.»  
Hrabovszki, Georgina (2019). EMA now operating from Amsterdam. European Medicines Agency. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-now-operating-amsterdam> Retrieved 24/1/2020.

Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an updated systematic review. *Drugs*. 2009; 69 13: 1777– 1798.

Kennedy J. Herb and supplement use in the US adult population. *Clin Ther*. 2005; 27 11: 1847– 1858.

Klein JD, Wilson KM, Sesselberg TS, et al. Adolescents' knowledge of and beliefs about herbs and dietary supplements: a qualitative study. *J Adolesc Health*. 2005; 37 5; 409.

Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171–8.

Liu YC, Huang WK, Huang TS, Kunin CM. Inappropriate use of antibiotics and the risk for delayed admission and masked diagnosis of infectious diseases—A lesson from Taiwan. *Arch Intern Med*. 2001;161:2366–2370.

Llor C, Cots JM. The sale of antibiotics without prescription in pharmacies in Catalonia, Spain. *Clin Infect Dis*. 2009;48:1345–1349.

Lopert R, Ruiz F, Chalkidou K. Applying rapid ‘de-facto’ HTA in resource-limited settings: experience from Romania. *Health Policy*. 2013;112(3):202–8.

Lord S., Brevard J., Budman S. (2011). Connecting to Young Adults: An Online Social Network Survey of Beliefs and Attitudes Associated With Prescription Opioid Misuse Among College Students. *Substance Use Misuse* 46:66-76

Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, et al. 2014 Annual report of the American Association of Poison Control Centers' national poison data system (NPDS): 32nd annual report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2015; 53 1: 962– 1147.

Moynihan R, Glasscock R, Doust J. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. *BMJ*. 2013;347:f4298.

Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS medicine*. 2013;10(8):e1001500.

Okeke IN, Laxminarayan R, Bhutta ZA, et al. Antimicrobial resistance in developing countries. Part I: recent trends and current status. *Lancet Infect Dis*. 2005;5:481–493.

Partridge B, Lucke J, Hall W. Public attitudes towards the acceptability of using drugs to treat depression and ADHD. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:958-65.

Rogovik AL, Goldman RD. Should weight-loss supplements be used for pediatric obesity? *Can Fam Physician*. 2009; 55 3: 257– 259.

Sachdev M, Miller WC, Ryan T, Jollis JG. Effect of fenfluramine-derivative diet pills on cardiac valves: a meta-analysis of observational studies. *Am Heart J*. 2002;144(6):1065–73.

Shehab N, Patel PR, Srinivasan A, Budnitz DS. Emergency department visits for antibiotic-associated adverse events. *Clin Infect Dis*. 2008;47:735–743.

Shepherd, J. (2014). Combating the Prescription Painkiller Epidemic: A National Prescription Drug Reporting Program. *American Journal of Law & Medicine*, 40(1), 85–112.

Siriwardena AN. Why do GPs prescribe psychotropic drugs when they would rather provide alternative psychological interventions? *Br J Gen Pract*. 2010;60:241-2.

Stephens MB, Olsen C. Ergogenic supplements and health risk behaviors. *J Fam Pract*. 2001; 50 8: 696– 9.

Stephenson CP, Karanges E, McGregor IS. Trends in the utilisation of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:74-87.

The Selection and Use of Essential Medicines – WHO Technical Report Series, No. 914: 4. Other outstanding technical issues: 4.2 Description of essential medicines". *Apps.who.int*. 14 April 2016. Available at:

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4875e/5.2.html> Retrieved 24/1/2020.

U.S. EPA. Pharmaceuticals and Personal Care Products. Available at:

<https://www.epa.gov/research> Retrieved 24/1/2020.

van Staa TP, Smeeth L, Ng ES, Goldacre B, Gulliford M. The efficiency of cardiovascular risk assessment: do the right patients get statin treatment? *Heart*. 2013;99(21):1597–602.

Viera, A.J., 2011. Predisease: when does it make sense? *Am. J. Epidemiol.* 33, 122e134.

WHO, 2011a. The World Medicines Situation: Rational Use of Medicines. World Health Organisation, Geneva.

WHO, 2011b. The World Medicines Situation: Pharmaceutical Consumption. World Health Organisation, Geneva.

Williams, S.J., Martin, P., Gabe, J., 2009. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol. Health Illn.* 33, 710e725.

Wise R, Hart T, Cars O, et al. Antimicrobial resistance is a major threat to public health. *BMJ.* 1998;317:609–610.

World Bank, 2014. Physicians (per 1,000 people). Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>. Retrieved 24/1/2020

Zuvekas SH. Prescription drugs and the changing patterns of treatment for mental disorders, 1996-2001. *Health Aff (Millwood).* 2005;24:195-205.

Μουρτζίκου και συν. Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(3):344-353

Μπαμπάτσικου Α. Γ., Κόκολη Μ. (2018). Οι απόψεις των πολιτών της Λευκωσίας για την υπέρμετρη χρήση φαρμάκων συνταγογραφούμενων και μη. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.