

**Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Magdalena Waszyk-Nowaczyk

**Oczekiwania pacjentów i lekarzy
odnośnie zakresu zadań stawianych
aptekarzowi w realizacji opieki
farmaceutycznej**

Poznań 2012

Słowa kluczowe: opieka farmaceutyczna, profesjonalne poradnictwo
aptekarskie, apteka ogólnodostępna, Indywidualny System Dawkowania Leków,
dokumentacja

Praca doktorska wykonana
w Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku,
Kierownik Prof. dr hab. n. farm. Janina Lulek
oraz
w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii,
Kierownik Prof. dr hab. n. med. Andrzej Bręborowicz
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
i przedstawiona
Radzie Wydziału Farmaceutycznego
jako rozprawa doktorska.

Promotor pracy doktorskiej:
Dr hab. n. med. Marek Simon, Prof. UM

Pani

Prof. dr hab. n. farm. Janinie Lulek

Kierownikowi

Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku

za umożliwienie wykonania pracy doktorskiej

i twórczą inspirację,

serdecznie dziękuję.

Panu

Prof. dr hab. n. med. Andrzejowi Bręborowiczowi

Kierownikowi Katedry i Zakładu Patofizjologii

za umożliwienie wykonania pracy doktorskiej,

serdecznie dziękuję.

Panu

Dr hab. n. med. Markowi Simonowi, Prof. UM

Promotorowi pracy doktorskiej

za kierownictwo naukowe, opiekę

oraz cenne wskazówki przy realizacji

pracy doktorskiej,

serdecznie dziękuję.

Pani

Dr n. farm. Arlecie Matschay

Kierownikowi Pracowni Farmacji Praktycznej

i Zespołowi Pracowni Farmacji Praktycznej

oraz

Zespołowi Katedry i Zakładu

Technologii Postaci Leku

za życzliwe podejście i wyrozumiałość,

serdecznie dziękuję.

Panom

Dr n. farm. Tadeuszowi Bąbelkowi

Prezesowi Wielkopolskiej Okręgowej

Izby Aptekarskiej

oraz

Dr n. med. Krzysztofowi Kordelowi

Prezesowi Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

za przychylne nastawienie

do realizowanego tematu pracy doktorskiej,

serdecznie dziękuję.

*Mojemu Mężowi i najbliższej Rodzinie
pracę tę dedykuję.*

WYKAZ SKRÓTÓW:

ATC	- Klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna preparatów według WHO
DUR	- Drug Utilization Review
FONT	- Opieka Farmaceutyczna w Nadciśnieniu, program naukowo-szkoleniowy
FONTiC	Opieka Farmaceutyczna w Nadciśnieniu i Cukrzycy, program naukowo-szkoleniowy
GP	- General Practitioner
ISDL	- Indywidualny System Dawkowania Leków
KUF	- Kognitywne usługi farmaceutyczne
LDL	- Low density lipoproteins
MMR	- Medication Management Review
MMS	- Medication Management System
MTM	- Medication Management Therapy
MUR	- Medicine Use Review
NFZ	- Narodowy Fundusz Zdrowia
OF	- Opieka farmaceutyczna
OTC	- Over the counter (lek dostępny bez recepty)
PC	- Pharmaceutical care
PCNE	- Pharmaceutical Care Network Europe
WHO	- World Health Organisation

SPIS TREŚCI

I. WSTĘP	1
1. Farmaceuta we współczesnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce	1
2. Znaczenie porady aptekarza w procesie samoleczenia się pacjentów	2
3. Opieka farmaceutyczna, a porada aptekarza	4
4. Opieka farmaceutyczna jako zadanie i problem aptekarzy	9
5. Indywidualny System Dawkowania Leków jako propozycja współpracy lekarza i farmaceuty w zakresie opieki farmaceutycznej	17
II. CEL PRACY	23
III. MATERIAŁ I METODYKA	25
1. Charakterystyka badanej grupy	25
2. Metodyka badań	28
3. Analiza statystyczna	46
4. Zwrot ankiet	46
IV. WYNIKI	47
1. Zakres problemów z jakimi zwraca się pacjent do farmaceuty w aptecę ogólnodostępnej	47
1.1. Pytania odnotowane przy dyspensowaniu leków na receptę	49
1.2. Pytania odnotowane przy wyborze preparatów dostępnych bez recepty	49
1.3. Pytania odnotowane przy wyborze kosmetyków	50
2. Czynniki warunkujące wybór preparatów dostępnych bez recepty przez pacjentów	51
2.1. Rola lekarza i farmaceuty we wskazaniu danego preparatu	51
2.2. Czynniki warunkujące samodzielny wybór preparatu OTC przez pacjenta	53
3. Analiza zapotrzebowania ankietowanych na leki nabywane w aptecę ogólnodostępnej	56
3.1. Wskazanie osób, dla których ankietowany nabywa leki	56
3.2. Liczba stosowanych leków przez pacjentów	56
4. Ocena funkcjonowania apteki ogólnodostępnej jako miejsca świadczenia usług medycznych w opinii pacjentów	58
4.1. Określenie liczby aptek z usług których korzysta ankietowany	58
4.2. Czynniki wpływające na przywiązanie pacjentów do usług wybranej apteki	59

4.3.	Korzystanie pacjentów z porad farmaceuty	61
5.	Znaczenie porady aptekarskiej w opinii pacjentów	62
5.1.	Ocena oczekiwań pacjentów odnośnie zakresu poradnictwa farmaceutycznego	62
5.1.1.	Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien prowadzić edukację pacjentów podczas wizyty w aptece	62
5.1.2.	Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien udzielać porad w wydzielonym pomieszczeniu	63
5.1.3.	Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien udostępniać materiały edukacyjne w aptece	65
5.1.4.	Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien systematycznie sprawdzać prawidłowość stosowania ordynowanych leków	66
5.1.5.	Wskazanie zadań farmaceuty w zakresie przeprowadzanej edukacji	67
5.2.	Stopień satysfakcji pacjentów z porad udzielanych przez farmaceutę	72
5.2.1.	Ocena zakresu porad świadczonych przez farmaceutów	72
5.2.2.	Ocena poszerzenia zakresu wiedzy pacjentów na temat stosowanych leków po wizycie w aptece	75
5.2.3.	Ocena stanu wiedzy pacjentów na temat schematu leczenia zleconego przez lekarza po konsultacji w aptece	76
6.	Znaczenie porady aptekarskiej w opinii lekarza	78
6.1.	Ocena współpracy lekarza z aptekarzem	78
6.2.	Stopień satysfakcji lekarzy z usług świadczonych przez farmaceutę	80
6.3.	Oczekiwania lekarzy w zakresie doradztwa farmaceutycznego	87
7.	Oczekiwania pacjentów i lekarzy odnośnie zakresu wdrażania opieki farmaceutycznej	96
7.1.	Ocena celowości wdrażania opieki farmaceutycznej aptek ogólnodostępnych w opinii pacjentów i lekarzy	96
7.2.	Ocena czasu jaki powinien być poświęcony przez farmaceutę sprawującego opiekę farmaceutyczną w opinii pacjentów i lekarzy	98
7.3.	Ocena pacjentów i lekarzy odnośnie zasad opłacania opieki farmaceutycznej	100
7.4.	Oczekiwania lekarzy w zakresie współpracy z farmaceutą podczas prowadzenia opieki farmaceutycznej	104
8.	Ocena zapotrzebowania na Indywidualny System Dawkowania Leków jako formy poszerzenia oferty w ramach wdrażanej opieki farmaceutycznej	108

8.1.	Charakterystyka farmakoterapii ordynowanej ankietowanym pacjentom przez lekarzy	108
8.2.	Charakterystyka farmakoterapii ordynowanej chorym, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	112
8.3.	Analiza źródła uzyskiwanej informacji oraz stopnia zrozumienia schematów dawkowania leków przekazywanych pacjentom	116
8.4.	Analiza uzyskiwanej informacji oraz stopnia zrozumienia schematów dawkowania leków skierowanych do chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	120
8.5.	Ocena zdyscyplinowania pacjentów w zakresie stosowania się do zaleceń lekarskich	123
8.6.	Ocena zdyscyplinowania w zakresie stosowania się do zaleceń lekarskich chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	127
8.7.	Celowość wdrożenia Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków w ocenie ankietowanych pacjentów	131
8.8.	Celowość wdrożenia Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków w ocenie osób sprawujących opiekę nad chorymi	133
8.9.	Ocena wpływu stosowania Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków na ułatwienie opieki nad osobami chorymi	135
9.	Autorski projekt niezbędnej dokumentacji jako podstawy uznania opieki farmaceutycznej jako specjalistycznej usługi medycznej	137
V.	DYSKUSJA WYNIKÓW	141
VI.	WNIOSKI	160
VII.	STRESZCZENIE	161
VIII.	SUMMARY	164
IX.	PIŚMIENNICTWO	166
X.	SPIS RYCIN	186
XI.	SPIS TABEL	189

I. WSTĘP

1. Farmaceuta we współczesnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce

Przemiany, które objęły służbę zdrowia w ciągu ostatnich lat, oprócz pozytywnych aspektów dla gałęzi farmaceutycznych takich jak bardzo dobre zaopatrzenie, czy bogaty asortyment, przyczyniły się także do pogorszenia sytuacji aptek ogólnodostępnych m.in. przez nasilenie niezdrowej konkurencji. Agresywna reklama, łamanie prawa farmaceutycznego, a nawet „dumping cenowy” dominują bardzo często nad fachową poradą. Czyni to z części aptekarzy głównie przedsiębiorców, których zasadniczym celem jest osiągnięcie przychodu niezbędnego dla utrzymania apteki oraz osiągnięcia zysków. Co więcej, przy niewystarczającej liczbie personelu farmaceuci zmuszeni są do podejmowania niespecyficznych obowiązków administracyjnych, niezwiązanych z pracą z pacjentem, które mogłyby być wykonywane przez osoby bez wykształcenia farmaceutycznego [1].

W społeczeństwie apteki otwarte określane są nadal mianem drzwi frontowych służby zdrowia, a aptekarz jest najłatwiej dostępnym przedstawicielem zawodów medycznych, który może służyć fachową pomocą. Zawód farmaceuty należy do grupy profesji zaufania publicznego, będących w służbie pacjentowi oraz mających do spełnienia misję społeczną. Aptekarz jest pierwszą osobą, do której zwraca się chory z problemem zdrowotnym, ze względu na często niemożliwy natychmiastowy kontakt z lekarzem w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) [2]. Dodatkowo średni czas porady lekarskiej maleje, przez co pacjent po badaniu lekarskim często otrzymuje tylko receptę i zdawkowe informacje [3]. To sprawia, że chorzy często szukają porady w aptekach ogólnodostępnych, niejednokrotnie z pominięciem wizyty w gabinecie lekarskim. Farmaceuta jest także ostatnim członkiem zespołu służby zdrowia, który może wpłynąć na odpowiednie zastosowanie leku [4, 5].

Obecnie od aptekarzy oczekuje się odpowiedzialnego, zgodnego z najnowszą wiedzą współuczestnictwa w procesie leczenia poprzez zapewnianie fachowej, obiektywnej i rzeczowej informacji o lekach. Edukujący chorego farmaceuta ma doprowadzać do zwiększenia bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii, między

innymi przez kontrolę prawidłowego stosowania preparatów, czy pomoc w wyborze odpowiednich preparatów OTC (*over the counter*) oraz suplementów diety [6].

2. Znaczenie porady aptekarza w procesie samoleczenia się pacjentów

Jednym z zasadniczych elementów działalności aptek w ostatnich latach stała się sprzedaż leków OTC, których bezpieczeństwo stosowania jest wystarczająco dobrze potwierdzone, a prawidłowa aplikacja jest łatwa dla każdej osoby w powszechnie występujących, prostych do samodzielnego zdiagnozowania chorobach [7]. Najczęściej wydawane są przez aptekarza leki stosowane w przeziębieniu oraz preparaty przeciwbólne. Wykazano, że obecnie przy wyborze preparatów OTC, częściej niż przed dwoma laty, Polacy zdają się na pomoc farmaceuty [8]. Ogromna ilość dostępnych na rynku farmaceutyków wydawanych bez recepty sprawia, że pacjent zwykle samodzielnie nie jest w stanie wybrać odpowiedniego leku, więc często zwraca się o pomoc do profesjonalistów. Z oczywistych względów apteka jest miejscem, do którego udaje się po pierwszą poradę. Chorzy oczekują by z dużej ilości dostępnych na rynku preparatów farmaceuta wybrał odpowiedni – ten, który pomoże pacjentowi szybko powrócić do zdrowia i uniknąć choroby w przyszłości [9].

Aptekarz podczas wydawania leku OTC powinien potwierdzić prawidłowość postawionej przez pacjenta autodiagnozy i doboru preparatu na podstawie kryteriów dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności stosowania. Przekazuje informacje dotyczące zasad przygotowania, stosowania i dawkowania leku, a w razie konieczności przypomina pacjentowi o skonsultowaniu swoich objawów z lekarzem. Na właściwy efekt rozmowy z pacjentem wpływa przede wszystkim duża i aktualna wiedza farmaceuty dotycząca leków oraz umiejętności przekazywania informacji w sposób jasny i zrozumiały [7].

Porada aptekarska to praktyczna działalność zawodowa farmaceuty, która ma na celu udzielenie zainteresowanej osobie w aptece rad i wskazówek dotyczących profilaktyki zdrowia i stosowania w samoleczeniu najwłaściwszych środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty. Udzielić porady, wskazać sposób postępowania w niedyspozycji zdrowotnej, doradzić użycie leku, to niezwykle odpowiedzialność zawodowa, prawna i moralna. Pacjent w aptecę po przedstawieniu swojego problemu zdrowotnego powinien uzyskać od farmaceuty właściwą informację oraz pomoc. Aptekarz na podstawie swoich kwalifikacji, wiedzy, doświadczenia

i umiejętności powinien zalecić natychmiastowe udanie się do lekarza, może ostrzec przed zastosowaniem określonego leku i zamiast niego wydać inny, bardziej odpowiedni, wreszcie może doradzić pacjentowi nieprzyjmowanie leku OTC lub całkiem inną metodę postępowania lub leczenia [10].

Przedmiotem samoleczenia mogą być m.in.: przeziębienia, grypa, kaszel, ból gardła, nawracający katar uczuleniowy, owrzodzenia ust, niestrawność (łącznie ze zgagą), zaparcia, wymioty i biegunki, hemoroidy, oparzenia słoneczne, ból łagodny do umiarkowanego (ból głowy, mięśni, zębów), problemy skórne i wiele innych. W praktyce aptecznej najbardziej namacalnym przejawem prób samoleczenia jest kupowanie przez pacjenta jednorazowo kilku preparatów, które mają inną nazwę, jednak ich skład jest taki sam lub bardzo zbliżony. Przykładem może być nieświadome dawkowanie kilku preparatów, które zawierają w swym składzie fenylefrynę, niebezpieczną dla osób z nadciśnieniem, chorobami serca i nerek, a w połączeniu np. z lekami β – adrenolitycznymi mogącą powodować przełom nadciśnieniowy [11]. Zadaniem farmaceuty jest więc uświadamianie pacjentom, że każda substancja chemiczna jest obciążona działaniem niepożądanym. Szkodliwe skutki często odkładają się w czasie, czyniąc tym większe szkody, a prawidłowy efekt farmakologiczny, skuteczność działania leku oraz jego dobra tolerancja zależą od prawidłowego dawkowania leku. Każdy lek zastosowany w nieodpowiedniej dawce może wywierać działanie toksyczne, bądź pozostać bez efektu. W takich sytuacjach konieczne jest, by farmaceuta zasygnalizował pacjentowi, że wiele leków OTC posiada podobny skład, a niektóre z nich także specjalne zalecenia dotyczące przyjmowania ich z pożywieniem jak i obostrzenia związane ze stosowaniem u kobiet w ciąży, matek karmiących, osób w podeszłym wieku i dzieci.

Łatwy dostęp i mnogość informacji pojawiająca się w środkach masowego przekazu powodują, że społeczeństwo z jednej strony jest lepiej poinformowane o kwestiach zdrowotnych i dostępnych nowych technologiach medycznych (w tym o lekach), a z drugiej strony podlega dezinformacji ze względu na coraz trudniejsze wyłowienie z nawału informacji tych, które są wiarygodne, sprawdzone i powstają w oparciu o uznane źródła medyczne i farmaceutyczne [12]. Farmaceuta ma do spełnienia ogromną rolę w zakresie informowania o leku oraz ostrzegania przed nadmiernym przyjmowaniem preparatów OTC, zwłaszcza w połączeniu ze stosowaną farmakoterapią przepisaną przez lekarza. Aptekarz staje się kluczowym ogniwem w łańcuchu decyzji o samoleczeniu

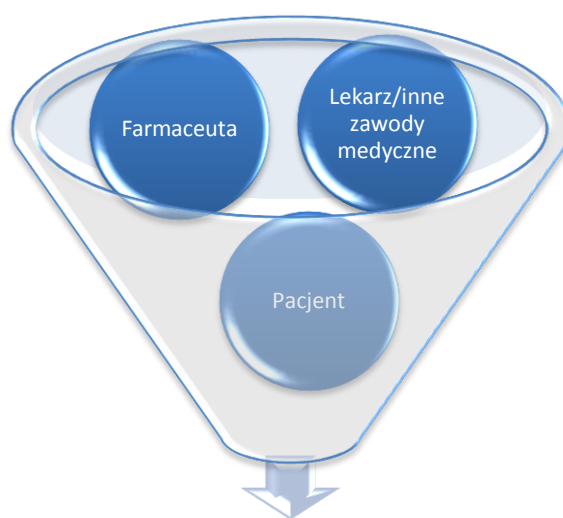
pacjentów. Problem ten zaczyna pojawiać się w Polsce w coraz większym zakresie [13, 14].

3. Opieka farmaceutyczna, a porada aptekarza

Nieodłącznym elementem praktycznej działalności zawodowej jest porada aptekarska, której celem było i jest udzielanie zainteresowanej osobie w aptece rad i wskazówek dotyczących profilaktyki zdrowia oraz stosowania w samoleczeniu najwłaściwszych środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty [10]. Konsultacja aptekarza może mieć więc istotne znaczenie dla chorego, jednak należy precyzyjnie określić granicę pomiędzy rutynowym przekazywaniem podstawowych informacji podczas dyspensowania ordynowanych przez lekarza leków, wskazaniem preparatów OTC czy suplementów diety, a udokumentowanym procesem, który ma być zakwalifikowany do działalności określanej jako opieka farmaceutyczna (OF), czyli nowej filozofii zawodu farmaceuty.

OF zakłada indywidualne traktowanie każdego chorego i jego leczenia [15]. Opisywany zespół skoordynowanych działań i idei, narodził się już w latach 70-tych ubiegłego wieku, jako uzupełnienie wszystkich czynności prowadzonych w ramach systemu zdrowotnego, zmierzających do poprawy stosowania leków przez pacjentów. Definicja opublikowana w Stanach Zjednoczonych określała opiekę, jakiej wymaga i jaką otrzymuje dany pacjent, jako zapewnienie bezpiecznego i racjonalnego stosowania leków [16]. W 1980 roku Brodie i wsp. podali uzupełnioną definicję jako określenie potrzeb lekowych danej osoby, nie tylko przez zaopatrzenie w preparaty, lecz również udzielenie niezbędnych świadczeń (przed, w czasie i po zakończeniu leczenia) zapewniających optymalnie bezpieczną i skuteczną farmakoterapię. Uwzględnia ona mechanizm sprzężenia zwrotnego jako środek ułatwiający ciągłość tej opieki przez sprawującą ją osobę [17]. W 1987 r. Hepler opublikował swoją pierwszą definicję, gdzie OF jest uzgodnionym związkiem między pacjentem a farmaceutą, w którym aptekarz sprawuje kontrolę nad procesem stosowania leków (posiadając odpowiednią wiedzę i umiejętności), kierując się świadomością i zobowiązaniem wobec dobra pacjenta [18]. Kilka lat później powstało pełne, klasyczne określenie OF przez Heplera i Strand, jako odpowiedzialne zapewnienie farmakoterapii, mające na celu uzyskanie określonych wyników poprawiających jakość życia pacjenta. Rezultatami tymi

są: wyleczenie, eliminacja lub złagodzenie objawów, zatrzymanie lub spowolnienie procesu chorobowego albo zapobieganie chorobie lub wystąpieniu jej objawów [19]. W 1998 Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna wprowadziła do tej definicji niewielkie, ale bardzo istotne uzupełnienie, określające, że celem OF jest uzyskanie określonych efektów poprawiających lub utrzymujących jakość życia pacjenta [15]. Wraz z upływem lat oraz wdrażaniem zasad OF do praktyki, wspomniane objaśnienia ulegały rozszerzeniu, do dzisiaj jednak wszystkie sformułowania opisują zgodnie działalność sprawowaną dla bezpośredniej korzyści pacjenta. W 2008 roku powstały cztery koncepcje opieki prowadzonej przez farmaceutów: amerykański, hiszpański, europejski i szwedzki, które różnicowały postrzeganie pacjenta i farmaceuty oraz właściwe klasyfikacje problemów lekowych. Model amerykański dotyczy ścisłej współpracy farmaceuty i pacjenta w zakresie ustalania celów terapeutycznych. Pozostałe koncepcje zakładają, że chory jest głównie odbiorcą przeprowadzonej analizy przyjmowanych leków i zaproponowanych po wspólnych konsultacjach farmaceuty z lekarzem zmian [20]. W Polsce natomiast, według członków Zespołu Ekspertów Naczelnej Rady Aptekarskiej do Spraw Wdrażania Opieki Farmaceutycznej, idea ta jest dokumentowanym procesem, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta (Rycina I).



OPIEKA FARMACEUTYCZNA

Rycina I. Współpraca farmaceuty z lekarzem, a także z innymi zawodami medycznymi w zakresie OF

Dodatkowo zasadnicze zadania farmaceuty w OF to: rozpoznawanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych, rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych, zapobieganie, by problemy potencjalne nie przekształciły się w problemy rzeczywiste [21]. Odpowiedni zapis prawny znalazł się także w nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia 2008 roku [22].

Na świecie z kolei celem upewnienia się, że stosowana przez pacjenta farmakoterapia jest optymalna przeprowadzane są działania określane ogólnie kognitywnymi usługami farmaceutycznymi (KUF, *Pharmacist' Cognitive Services*) [23]. W Australii opierają się na przeglądzie leków (*Medication Management Review - MMR*) oraz na poprawie kontrolowania chorób przewlekłych takich jak astma czy cukrzyca (*Better Community Health*), poprzez zindywidualizowaną informację na temat stosowanych preparatów (*Patient Medication Profiling Services*) i podawanie odpowiednich dawek leków (*Staged supply of medicines*) [24]. W Stanach Zjednoczonych natomiast aptekarze nadzorują zarówno farmakoterapię zleconą jak i stosowaną przez chorego (*Drug Utilization Review - DUR*). Wiąże się to dodatkowo z oceną stanu pacjentów przez dokonywanie na przykład pomiaru ciśnienia krwi czy wykonywanie odpowiednich badań laboratoryjnych, przez co osiąga się zoptymalizowaną kontrolę skuteczności farmakoterapii. Pacjent włączony jest aktywnie w te działania, po to by uniknąć efektów niepożądanych leków i zminimalizować niepotrzebne koszty terapii (*Medication Management Therapy - MTM*) [25]. W Wielkiej Brytanii dodatkowo przeprowadzane są przeglądy stosowanych leków (*Medicine Use Review - MUR*) dla pacjentów przyjmujących regularnie więcej niż jeden lek. Wykorzystywane są do tego odpowiednie formularze, które docelowo przekazywane są zarówno choremu jak i lekarzowi prowadzącemu (Rycina II) [26].

KUF dają ogromne korzyści społeczeństwu oraz usprawnia pracę służby zdrowia. Poprzez kontrolowaną, udokumentowaną farmakoterapię i ciągłą edukację pacjenta zmniejsza się zjawisko polipragmazji oraz często niepotrzebnego zażywania leków. Szacuje się bowiem, że niemal połowa wszystkich przepisywanych preparatów nie jest przyjmowana zgodnie z zaleceniami lekarza, co przyczynia się do zwiększonych nakładów na służbę zdrowia przez wzrost liczby pacjentów hospitalizowanych [27-29]. Co więcej, przykładowo we Francji około 20,0% chorych nie zna swoich leków stosowanych na nadciśnienie [30]. Farmaceuci wielu państw europejskich już od ponad 10 lat aktywnie zapobiegają problemom lekowym [31, 32]. Badania przeprowadzone w Belgii przez Leemans'a i wsp. [33], we Francji przez Chamba'a i wsp. [34],

w Niemczech przez Schaefer'a i wsp. [35], w Wielkiej Brytanii przez Tully'ego i wsp. [36] i w Szwecji przez Westerlund'a i wsp. [37] wykazały, że farmaceuci aptek ogólnodostępnych w tych krajach aktywnie uczestniczą w kontroli stosowania leków przez pacjentów w celu uzyskania właściwych efektów zleconej farmakoterapii i eliminacji problemów lekowych. Doświadczenia krajów anglosaskich w zakresie prowadzenia OF potwierdzają znaczący wpływ farmaceuty na poprawę zarówno bezpieczeństwa jak i skuteczności farmakoterapii [38]. W niektórych państwach, jak w Wielkiej Brytanii czy Holandii, rutynowym działaniem aptekarzy jest konsultowanie z lekarzami decyzji odnośnie ordynowania preparatów, co zapobiega występowaniu w przyszłości możliwych problemów, wynikających z używania wielu leków [39, 40].

Aktualnie farmaceuta pełni istotną rolę w edukacji prozdrowotnej, świadczy nieodpłatnie pewne usługi jak np. ocena stanu skóry, udostępnianie szeregu materiałów informacyjnych, wydawanie pacjentom próbek preparatów i kosmetyków. Prezentuje także prawidłowe użytkowanie nowoczesnych postaci leków w formie dyshalerów, dozowników insuliny, preparatów transdermalnych i in. Poradnictwo polega więc głównie na: informacji ustnej, ewentualnie odnotowaniu wskazań na kartce głównie dla osób starszych i niepełnosprawnych, prezentacji lub udostępnieniu materiałów wyjaśniających problem. Poradnictwo przeciwie do OF pozostaje więc formą nieudokumentowaną, pozbawioną konieczności gromadzenia i przechowywania danych z wywiadu, podjętych decyzji i sugestii oraz kierowane jest jedynie do osoby zgłaszającej problem [41].

Patient: <input type="checkbox"/> For information only – no action required <input type="checkbox"/> Follow your actions agreed below <input type="checkbox"/> Please note the recommendations made to your GP This is your copy of the form. You may wish to show it to other health care professionals.		GP: <input type="checkbox"/> For information only – no action required <input type="checkbox"/> Please consider the recommendations proposed below A copy of the consultation record sheet can be obtained from the pharmacy if required. Clinical codes: Medicines Use Review done by community pharmacist: 4byte:8BMF Version 2:8BMF, Clinical Terms Version 3:Xakuo SNOMED CT:198391000000102	
Patient details			
Title:	First Name:	Surname:	GP Name:
NHS Number:	Tel:	Date of Birth:	Practice Name:
Address:	Address:		Date of review:
Name of other people present		Review identified or requested by: Annual MUR <input type="checkbox"/> Intervention MUR <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other:	Location of review if not in pharmacy: Yes <input type="checkbox"/> PCO permission granted for off-site MUR:
Consent for MUR obtained: Oral <input type="checkbox"/> Written <input type="checkbox"/>		Date of review: Location of review if not in pharmacy: Yes <input type="checkbox"/>	
Action plan			
Issue			
Recommendation			
For consideration by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Other:			
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Other:			
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Other:			
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Other:			
Pharmacy details			
Pharmacist Name:	Pharmacist registration no.:	Pharmacy Name:	Email address:
Address:		Tel:	

Overview page This review is based on information available to the Pharmacist held on the pharmacy Patient Medication Record system and from information provided by the patient

4. Opieka farmaceutyczna jako zadanie i problem aptekarzy

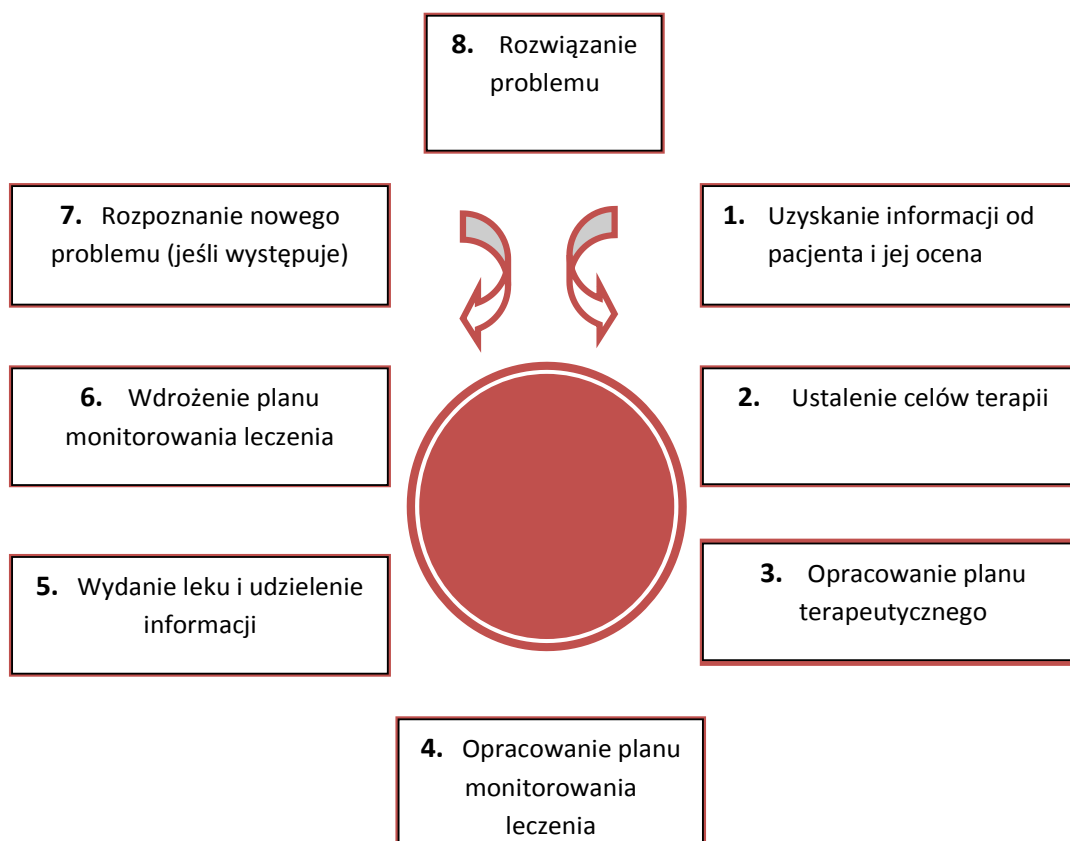
Pojęcie OF jest doskonale znane polskim farmaceutom. Zgodnie z pierwotnym założeniem Heplera jest to proces cykliczny, który rozpoczyna się w momencie podejrzenia występowania u danego pacjenta problemu lekowego. Jego identyfikacja wymaga uzyskania od chorego możliwie jak największej liczby niezbędnych informacji na temat stosowanych leków, chorób, stylu życia, diety, ewentualnych nałogów itp. Zebrane dane po analizie, służą do zdefiniowania listy problemów lekowych i określenia priorytetowych celów terapeutycznych. Dalsza część postępowania skupia się na wyborze najlepszej alternatywy do osiągnięcia wyznaczonego celu oraz metody kontroli wdrożonego działania. Konsekwencją tego etapu jest podjęcie planu opieki i implementacja monitorowania leczenia, bezpośrednio po dostarczeniu pacjentowi leków i informacji potrzebnych do realizacji założeń. Osiągnięcie celu zatrzymuje cykl do chwili wystąpienia nowego problemu lekowego (Rycina III) [42]. Leczenie farmakologiczne stwarza ryzyko powstania wielu sytuacji, które mogą prowadzić do niebezpiecznych dla zdrowia pacjenta następstw. Rolą lekarza jest rozpoznanie problemu medycznego, czyli postawienie diagnozy i ordynacja właściwego schematu leczenia. Farmaceuta w ramach OF powinien z kolei zidentyfikować potencjalne i rzeczywiste problemy lekowe, podjąć działania mające je rozwiązywać i zapobiegać ich powstawaniu [43-45]. Według definicji problemy lekowe dzieli się na rzeczywiste, gdy ujawniły się u pacjenta i potencjalne, co do których zaistniały okoliczności sprzyjające powstaniu, ale nie doszło jeszcze do ujawnienia się u chorego. Opisywane sytuacje wynikają między innymi ze stosowania niewłaściwych i często zbędnych leków, braku odpowiedniej farmakoterapii, działań niepożądanych oraz nieprzestrzegania zaleceń lekarskich (*nonadherence*) [46]. Zagadnienie pojawiających się problemów ostatnimi czasy w zasadniczej mierze potęgują dwa zjawiska:

- polipragmazję – wynikającą z przyjmowania przez chorego kilku leków, zarówno przepisanych przez lekarza jak i z grupy OTC, często bez znajomości ich działania i świadomości możliwych interakcji [47]
- noncompliance – jako nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących regularnego stosowania leku, szczególnie istotnego w leczeniu osób przewlekle chorych [48, 49].

Podczas rozpoznawania powyższych przypadków farmaceuta staje się ważnym ogniwem w zespole medycznym, sprawującym opiekę nad pacjentem, który według wybranych, najważniejszych wytycznych z definicji „siedmiogwiazdkowego farmaceuty” (*seven-star pharmacist*) według WHO (*World Health Organisation*) jest:

- osobą, która komunikuje się z pacjentem np. w zakresie wyboru leku bez recepty, właściwego stosowania leku oraz stanowi idealne połączenie pomiędzy lekarzem a chorym (*communicator*),
- opiekunem pacjenta, który współpracuje z zespołem medycznym nad bezpiecznym stosowaniem leków (*caregiver*),
- nauczycielem zarówno przyszłych aptekarzy i społeczeństwa (*teacher*) [50].

Lekarz i aptekarz uzupełniają się, tworząc zespół, który w sposób optymalny i najbardziej skuteczny może zadbać o bezpieczeństwo chorego. Przedstawiciele tych obu zawodów mogą wtedy działać w zakresie swoich kompetencji, a farmaceuta staje się partnerem wspomagającym pracę lekarza [4, 45, 50].



Rycina III. Cykl opieki farmaceutycznej wg Heplera

Niestety proces implementacji OF jest długotrwały, dlatego jeżeli farmaceuci pragną sprawować aktywnie tę opiekę w przyszłości to muszą rozpocząć tworzenie jej zasad i podstaw już teraz [51]. Bąbelek wymienił i podzielił warunki wdrażania, jakie powinny być spełnione w Polsce na ogólne, techniczne i logistyczne (Rycina IV) [52].



Rycina IV. Warunki wdrażania OF według Bąbelka

Realia odbiegają jednak znacznie od powyższych założeń, bowiem istnieje wiele przeszkód utrudniających wprowadzenie OF. Jedną z najważniejszych jest brak ustawy o zawodzie farmaceuty/aptekarza, co sprawia, że żaden akt prawny nie reguluje praw pacjenta w odniesieniu do zawodu farmaceuty [53]. Aktualne wytyczne prawne i propozycje zmian zawarto w Tabeli I [53, 54].

Tabela I. Aktualne wytyczne prawne oraz propozycje zmian w odniesieniu do zawodu farmaceuty

Aktualnie magister farmacji odpowiada za:	Proponowane zmiany prawne:
<ul style="list-style-type: none"> - sporządzanie i wytwarzanie produktów leczniczych - ocenę jakości leków recepturowych, leków aptecznych i leków gotowych - wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach, działach farmacji szpitalnej i hurtowniach farmaceutycznych - sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych w aptekach - sprawowanie nadzoru nad wytwarzaniem, obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym rezerwami państwowymi - udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych - sprawowanie OF polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta - współdziałanie w badaniach nad lekiem i monitorowaniu niepożądanych działań produktów leczniczych i przekazywaniu tych informacji właściwym organom [53] 	<ul style="list-style-type: none"> - jasne rozgraniczenia funkcji zawodowych farmaceutów od innych profesji medycznych, poprzez poszerzenie zakresu uprawnień o: <ul style="list-style-type: none"> ● możliwość korzystania z dokumentacji medycznej pacjenta, a tym samym przekazywanie informacji zebranych innym pracownikom medycznym ● wykonywanie niektórych testów diagnostycznych w zakresie OF - ułatwienie dokumentowania OF - określenie instytucji nadzorujących nad odpowiednią jakością OF - stworzenie narzędzi, które pozwolą ubiegać się o finansowanie OF z funduszy publicznych [54]

Brak źródła finansowania OF stanowi poważny problem. Mało prawdopodobne jest wprowadzenie opłat wnoszonych przez pacjentów za wizyty. Wydaje się,

że sprzymierzeńcem farmaceutów są zakłady ubezpieczeń, które podejmą działalność ubezpieczeniową w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Termin wejścia ustawy planowany był na 2009 rok [55]. Warto zaznaczyć, że w Stanach Zjednoczonych OF była wynikiem ekonomicznego kryzysu systemu zdrowotnego, który pojawił się już w osiemnastym wieku [32].

Przeszkodą jest także postawa farmaceutów, która w głównej mierze prezentuje pewne wygodnictwo i niechęć do zmian [52]. Potwierdzeniem są między innymi badania Duliana, w których tylko 41,0% badanych farmaceutów określało potrzebę zmian organizacyjnych w aptece [56]. Dodatkowo, w innych analizach aż 49,0% farmaceutów nie wykazywało zainteresowania zbieraniem informacji o lekach stosowanych podczas wywiadu terapeutycznego oraz 38,5% aptekarzy uważało, że osobą powołaną do rozwiązywania problemów lekowych jest wyłącznie lekarz [57]. Dodatkowo z danych zebranych w Krakowie wynika, że znacząca część aptekarzy nigdy nie brała udziału w szkoleniach przed- i podyplomowych z zakresu prowadzenia OF, mimo że są one w ofercie Uniwersytetu Jagiellońskiego od 10 lat [54]. Chcąc wprowadzić te zmiany, to sami aptekarze, a nawet młodzi adepci tego zawodu muszą być przekonani, że rozszerzenie ich zawodowej roli stanowić będzie istotny wkład w lepsze i korzystniejsze z ekonomicznego punktu widzenia usługi zdrowotne [58-60]. Podstawą do zrozumienia tego typu postawy aptekarzy jest próba określenia czym jest dla nich apteka jako miejsce pracy. Przeprowadzone w 2005 roku badania socjologiczne na terenie Trójmiasta wykazały, że w opinii farmaceutów jest to przede wszystkim miejsce, w którym pacjenci kupują leki. W drugiej kolejności apteka została uznana za punkt informacyjny o stosowanej farmakoterapii. W nieznacznej części odpowiedzi wskazano na aptekę jako przedsiębiorstwo, które na rynku ekonomicznym zabiega o zysk, konkurując z innymi podmiotami. Pośrednio poświadczą to, że w opinii aptekarzy dobro pacjenta stawiane jest na pierwszym miejscu, a realizowanie interesów apteki jako przedsiębiorstwa nie odbywa się jego kosztem. Jest to pozytywny sygnał w aspekcie wdrażania OF [61]. Z kolei w styczniu 2010 badacze Pracowni Farmakoepidemiologii i Farmakoeconomiki Katedry Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego opublikowali wyniki ankiet na temat opinii farmaceutów określających rodzaje barier uniemożliwiających prowadzenie OF. Aptekarze wskazywali głównie na ograniczenia związane z: brakiem odpowiedniego miejsca do rozmowy z pacjentem, niewielką ilością czasu oraz brakiem posiadania odpowiedniego programu komputerowego wspomagającego

prorowadzenie tej działalności. Jak zauważa Skowron, są to bariery wymagające wprowadzenia zmian organizacyjnych w aptecę. Wśród najczęściej wybieranych przeszkód nie wymieniono braku merytorycznego przygotowania do prowadzenia OF czy obaw przed przyjęciem odpowiedzialności za farmakoterapię pacjentów [62]. Co więcej, uzyskane przez innych autorów wyniki badań sondażowych wykazują, że 44,0% farmaceutów deklaruje całkowitą gotowość do pełnienia jej, 55,0% uważa się za wystarczająco przygotowanych, a tylko 5,0% ocenia swoje umiejętności jako niewystarczające do prowadzenia OF. Jednocześnie spośród przebadanych magistrów farmacji, tylko 47,0% uznaje za celowe wprowadzenie zmian organizacyjnych w aptecę, polegających m.in. na wydzieleniu osobnego pomieszczenia lub miejsca, gdzie byłaby możliwa rozmowa z pacjentem w ramach OF [45, 56]. Rozbieżności te świadczą o niepełnym zrozumieniu przez farmaceutów tej idei. Dzięki badaniom Skowron ten fakt został wstępnie zweryfikowany. Jednak pomimo szkoleń z podstaw prowadzenia OF z użyciem programu FONT (*Opieka Farmaceutyczna w Nadciśnieniu*) aptekarze nadal wykazują problemy z wykrywaniem problemów lekowych, takich jak niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych czy interakcji [54]. Budujący jest fakt, że na świecie poprzez lata praktyki nie ma tego rodzaju przeszkód [63].

Farmaceuta nie jest również przygotowany do pracy z chorym, bo często brak mu umiejętności komunikowania się z nim, nie korzysta z dostępnych na rynku narzędzi wspomagających pracę z pacjentem, jak odpowiednie bazy danych o lekach, narzędzia oceny interakcji [64]. Według Bąbelka zauważalny jest także brak przekonania do własnych możliwości realizowania zadań wynikających z filozofii OF [52]. Jednak Jankowski w swoich badaniach przedstawia sytuację, według której aż 84,0% badanych farmaceutów deklaruje znajomość i zrozumienie zasad opieki farmaceutycznej, z czego 36,0% aptekarzy uznaje, że pełną OF obejmuje 15,0% swoich pacjentów. Spośród badanych 16,0% uważa, że realizuje opiekę przez wydawanie leków i udzielanie pacjentowi informacji [57]. Dodatkowo badania z 2003 wykazały, że farmaceuci w większości są zdolni do pełnienia OF [56]. W 2004 roku Panas po przebadaniu przygotowania farmaceutów do udziału w programach promocji zdrowia na przykładzie prewencji palenia tytoniu, stwierdził, że aptekarz profesjonalnie potrafi udzielić porady pacjentom, którzy chcą przestać palić [65]. Także ponad połowa pacjentów badanych przez Martyniuka wskazała, że apteka to miejsce, w którym

można uzyskać poradę oraz informacje nie tylko o lekach, ale również na temat ochrony zdrowia i profilaktyki chorób [66].

Istotną przeszkodą dla wdrażania OF jest obawa przed pogorszeniem kontaktów aptekarzy z lekarzami [52]. Blisko połowa farmaceutów nie nawiązuje współpracy z lekarzami, a pozostali robią to sporadycznie [57]. Badania wzajemnych relacji między zawodami medycznymi wskazują, że 37,0% ankietowanych postrzega relację lekarz-farmaceuta jako asymetryczną, gdzie lekarz pełni rolę dominującą, co wpływa na brak możliwości podjęcia partnerskiej współpracy między przedstawicielami obu zawodów dla dobra pacjenta. Aptekarze mają świadomość, że współpraca ze specjalistą jest niezwykle ważnym elementem ich codziennej pracy i tylko 5,2% ankietowanych farmaceutów uznało, że może się bez niej obejść. Jakość relacji z lekarzami według aptekarzy jest niezadowolająca, bo tylko 3,9% pytanych farmaceutów uznaje współpracę za szeroką i owocną, a 22,3% za złą ze względu na dominującą rolę medyków [61]. Warto także przytoczyć badania Smith'a na temat oczekiwań lekarzy względem zawodu farmaceuty. Wynika z nich, że im dłużej lekarz pracował w zawodzie tym mniejsze wymagania stawiał farmaceute. Cały potencjał drzemie więc głównie w młodszym pokoleniu medyków [67].

Kolejnym problemem jest zbyt mała liczba aptekarzy w Polsce. Według standardów USA, jako ojczyzny OF, jeden farmaceuta powinien przypadać na tysiąc mieszkańców [68]. Aby więc wprowadzić opiekę farmaceutyczną do Polski należałoby podwoić liczbę magistrów farmacji [69]. Niewielka liczba personelu z wyższym wykształceniem w aptekach powoduje duże obciążenie pracą magistrów farmacji, w tym głównie niespecyficznymi obowiązkami administracyjnymi, niezwiązanymi bezpośrednio z chorym, które mogłyby być wykonywane przez osoby bez wykształcenia farmaceutycznego [64]. Statystycznie ujmując, w Polsce na jedną aptekę przypada średnio dwóch magistrów farmacji. Jednocześnie zaznaczają się różnice między dużymi miastami a terenami wiejskimi - na aptekę np. we Wrocławiu przypada 4 magistrów, a na terenach wiejskich od jednego do trzech [70]. Z badań Jankowskiego i współpracowników wynika, że statystyczny czas poświęcony jednemu pacjentowi wynosi od 7 minut na terenie wiejskim do 9,5 minuty w mieście powiatowym. Ten ograniczony kontakt z pacjentem jest jedną z podstawowych przeszkód dla prowadzenia pełnej OF [57]. Skowron dodatkowo określa czas przeznaczony podczas realizowania recepty. W 93,0% przypadków odbywało się to w przeciągu 5 minut, przy czym w 13,0% sytuacji nie zadano żadnego pytania pacjentowi [54]. Garjani z kolei w swej

publikacji podkreśla czas przeznaczony na poradę dla pacjenta, który wynosi średnio 1,4 minuty [71]. Potwierdzają ten fakt także badania przeprowadzone w Holandii w 2008 roku, które wykazały, że tylko 34,0% całkowitego czasu pracy magistra farmacji związane było z opieką nad pacjentem, a aż 66,0% z innymi zadaniami [72]. Stąd niezbędny jest właściwy podział obowiązków między pracowników apteki, aby OF mogła stać się zadaniem nadrzędnym magistra farmacji [62]. W świetle prawa zakres obowiązków zawodowych techników farmaceutycznych ogranicza się do sporządzania, wytwarzania i wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych nie zawierających w swym składzie substancji bardzo silnie działających, substancji odurzających i psychotropowych grupy I-P oraz II-P [73]. Niestety w wielu aptekach niewłaściwie są respektowane te ustalenia, przez co czynności wykonywane przez technika pokrywają się z pracą magistra farmaceuty, co niejednokrotnie mylone jest przez pacjenta i skutkuje obniżeniem prestiżu zawodu farmaceuty [74].

Istotnym utrudnieniem wdrażania OF jest także konieczność uzyskania zgody chorego na zbieranie przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych danych „wrażliwych” (dane osobowe, dane o stanie zdrowia), a także duża konkurencja na rynku aptek ogólnodostępnych, która umożliwia choremu wybór dowolnej apteki w celu realizacji recepty jako zlecenia lekarskiego, co prowadzi do rozproszenia danych chorego [64].

Problem organizacyjny tkwi także w samej aptece, gdzie należy przygotować osobne miejsce do spotkań z pacjentem. Z ankiety przeprowadzonej przez Jankowskiego wynika, że tylko 36,0% aptek ma możliwość wydzielenia specjalnych miejsc, zapewniających odpowiednie warunki do przeprowadzenia wywiadu [57]. Brak także wypracowanego systemu współpracy i przekazywania danych o chorym między instytucjami i pracownikami systemu zdrowotnego, co wynika z braku jednostki zbierającej wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia chorego i stosownego leczenia na poziomie tak krajowym, jak i regionalnym. Dlatego też należałoby wdrożyć program komputerowy, który oddzielałby proces wydawania leków od OF oraz ułatwiałby jej planowanie, realizację i dokumentację [75]. Właściwe wzory formularzy powinny obejmować zarówno skierowanie pacjenta przez lekarza do objęcia OF, jak i formy odpowiedzi zwrotnej, w postaci wydruku wyniku, przeprowadzonej wnikliwej analizy podpisanej przez aptekarza, adresowanej zarówno do lekarza kierującego jak i chorego [41]. Według Plaza i Faus powinno to zagwarantować poufność, a także dowieść jakości opieki sprawowanej przez farmaceutę [76, 77].

5. Indywidualny System Dawkowania Leków jako propozycja współpracy lekarza i farmaceuty w zakresie opieki farmaceutycznej

Propozycją poprawy stopnia zdyscyplinowania pacjenta w zakresie prawidłowego stosowania leków, podczas ścisłej współpracy lekarza i farmaceuty jest Indywidualny System Dawkowania Leków (ISDL), przedstawiony na Rycinie V.



Rycina V. Indywidualny System Dawkowania Leków [fotografia własna]

Jest to przeznaczony dla konkretnego pacjenta praktyczny dozownik dla stałych postaci leków, podzielony na komórki dedykowane określonym porom dnia, w poszczególne dni tygodnia. ISDL to duże, czytelne, łatwe i wygodne w użyciu jednorazowe opakowania. Takie rozwiązanie jest skierowane do pacjentów przyjmujących dużą liczbę leków, którym zlecono złożone schematy leczenia. Za przygotowanie ISDL odpowiadają merytorycznie wykwalifikowani pracownicy apteki, co pozwala zweryfikować wielkość zapisanych dawek i eliminuje możliwe interakcje. W konsekwencji ograniczone jest ryzyko przedawkowania i poprawia się bezpieczeństwo terapii pacjenta. ISDL wpływa na właściwe, bardziej świadome

i precyzyjne stosowanie leków. Farmaceuta rutynowo załącza pisemną informację o przyjmowaniu leków, możliwych działaniach niepożądanych i sposobie postępowania w przypadku ich wystąpienia. W sytuacji zalecenia niestandardowej dawki leku, dzielenie leku odbywać się będzie w aptece, co zapewnia precyzję, dokładność i eliminację ryzyka niepoprawnego porcjowania przez chorego [78].

Wykupienie całego opakowania wielokrotnie warunkuje przeterminowanie się pozostałej po leczeniu części leków. Podkreślić jednak należy, że nie wszystkie leki mogą być wydawane w tego typu systemach dawkujących. Wykluczone są m.in. leki wrażliwe na światło/wilgoć, niektóre antybiotyki, preparaty płynne i w postaci niedawkowanej [79]. Nieuzasadnione byłoby też przekładanie do ISDL tabletek z opakowań mających charakter zbliżony do proponowanego systemu jak np. środki antykoncepcyjne. Opisywane indywidualne kasetki na leki przeznaczone mogą być wyłącznie dla pacjentów bez istotnych klinicznie zaburzeń percepcji czasu czy pamięci. Ograniczenie do stosowania ISDL stanowiąc mogą również między innymi zmienny i zależny od aktualnej potrzeby schemat farmakoterapii oraz reumatoidalne zapalenie stawów dłoni ograniczające swobodne wyjęcie leku [78].

ISDL funkcjonują już w wielu krajach Europy. Stwierdzono, że ich wykorzystywanie wywiera korzystny wpływ na przestrzeganie schematu terapii przez pacjentów, szczególnie w złożonych schematach leczenia. Osobom starszym często pozbawionym ciągłej opieki, pozwalają na zachowanie samodzielności podczas przyjmowania leków. Wyniki badań wskazują, że ISDL poprawiają zdyscyplinowanie pacjenta w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich, szczególnie osób starszych, u których w głównej mierze występują choroby przewlekłe [6, 80, 81].

Również w Polsce pojawiła się propozycja wprowadzenia tego systemu pod nazwą Lekopaki®. Dotychczasowe prace pozwoliły na wstępne ustalenie zasad kwalifikacji pacjentów do korzystania z ISDL (Tabela II), opracowanie karty kontrolnej leków wydanych w Lekopakach® (Tabela III, Tabela IV) oraz etapów przygotowywania tego systemu (Rycina VI) [82]. ISDL nakłada na farmaceutów szczególny obowiązek analizy poprawności przepisanych leków, ich dawek oraz przygotowywania w aptece indywidualnych kompletów leków dla pacjentów. Dzięki takiemu rozwiązaniu, pacjent jest chroniony przed błędami w dawkowaniu, głównie w leczeniu chorób przewlekłych wymagających stosowania dużej liczby leków oraz ogranicza się narastający problem polipragmazji. [80, 83]. Ponieważ dane

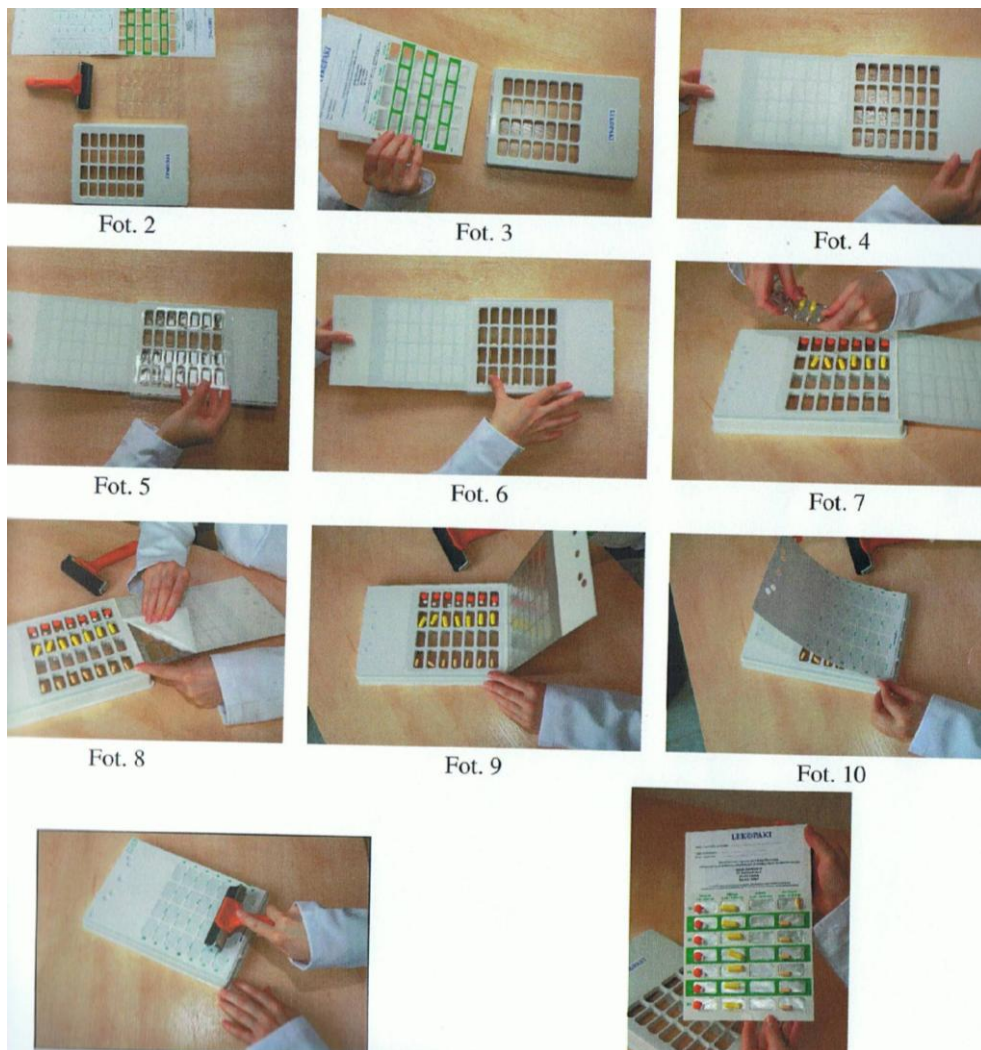
z piśmiennictwa wielokrotnie wskazują na duże trudności w stosowaniu się pacjentów do zaleceń lekarskich (*adherence*), pojawia się szerokie pole działania dla aptekarza w obrębie OF, której istotnym elementem jest przygotowywanie ISDL. Przyczynia się to do wytworzenia swoistej więzi pacjenta z wybraną apteką oraz daje podstawę do szerszej współpracy pomiędzy lekarzem a farmaceutą dla dobra pacjenta.

KWESTIONARIUSZ OCENY ZDOLNOŚCI PACJENTA DO SAMODZIELNEGO DAWKOWANIA LEKÓW			
DANE PACJENTA			
Imię i nazwisko:.....			
Adres:.....			
1. Czy u pacjenta występują zaburzenia widzenia, które uniemożliwiają odczytanie informacji na Lekopak [®] ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
2. Czy pacjent ma trudności z określeniem dnia tygodnia lub/i pory dnia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Czy pacjent ma problem z wyjmowaniem leku z opakowania blistrowego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Pacjent kwalifikuje się do samodzielnego stosowania Lekopaków[®]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Oceny dokonana!:		<i>(Podpis i Pieczęćka)</i>	
Data:			

Tabela II. Kwestionariusz oceny zdolności pacjenta do samodzielnego dawkowania leków [82]

Dane pacjenta		Dane lekarza	
Nazwisko		Imię i nazwisko	
Imię		Adres	
Data urodzenia		Telefon	gabinet: kom.:
Adres		Uwagi:	
Nr telefonu	dom.: kom.:		
Choroby przewlekłe			
Uczulenia na leki			
Stosowane leki OTC			

Tabela III. Karta kontrolna A [82]



Rycina VI. Etapy przygotowania Lepaków® [82]

II. CEL PRACY

Opracowanie zasad funkcjonowania oraz możliwości wprowadzenia OF w Polsce stało się ostatnio bardzo szeroko omawianym zagadnieniem głównie w środowisku zawodowym farmaceutów. Cały czas stwierdzany, dynamiczny wzrost ilości przepisywanych pacjentom leków oraz agresywna reklama preparatów OTC skłania do takich działań, które określą stosowną do sytuacji rolę farmaceuty w systemie ochrony zdrowia.

Punktem wyjścia w prowadzonych badaniach była ocena zakresu i skali problemów z jakimi zwraca się pacjent do farmaceuty w czasie wizyty w aptecę ogólnodostępną. Zebrany zestaw zagadnień podzielono na grupy wyodrębniając pytania dotyczące: leku dyspensowanego na podstawie recepty, preparatów OTC i suplementów diety, kosmetyków oraz pozostałej części zakwalifikowanej do grupy inne. Uznano również za celowe określenie, na ile wybór przez pacjentów preparatów OTC wynika z: porady aptekarza, wskazania lekarza czy jest decyzją o podjęciu samoleczenia.

Istotą podjętych badań ankietowych było określenie zapotrzebowania na OF jako formy usługi medycznej wśród pacjentów w zależności od ich płci, wieku i wykształcenia. W kolejnej ankiecie oceniono oczekiwania lekarzy różnych specjalności ze wskazaniem zakresu kompetencji przypisanych farmaceutce w ramach OF oraz poszukiwano zależności tych opinii od płci, wieku, posiadanej specjalizacji, tytułu naukowego/zawodowego oraz stażu pracy.

Zakładając docelowo możliwość wdrożenia OF w pełnym zakresie, w pracy postanowiono zebrać dane i ocenić opinie ankietowanych, z jednej strony jako pacjentów, którzy sami przyjmują ordynowane leki oraz jako osób sprawujących opiekę nad osobami chorymi, odnośnie propozycji przygotowywania przez aptekę ISDL. Jest to ściśle związane z ułatwieniem głównie starszym pacjentom właściwego stosowania, często złożonej, ordynowanej przez kilku lekarzy różnych specjalności farmakoterapii oraz umożliwieniem monitorowania wdrożonego leczenia poprzez wykrywanie i zapobieganie interakcjom oraz problemom lekowym.

Wychodząc z założenia, że OF ma być usługą udokumentowaną, postanowiono opracować propozycje dokumentacji jako formy skierowania od lekarza kierującego do farmaceuty oraz formularza wyniku przeprowadzonej analizy z wykazem stwierdzonych problemów lekowych i ewentualnych interakcji.

Tak zorganizowana OF zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego farmaceutów w przyszłości może stać się usługą refundowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Całość analizy da możliwość oceny zarówno bieżącej sytuacji poradnictwa aptekarskiego oraz oczekiwań pacjentów i lekarzy w wobec sugerowanego zakresu OF, co ma kluczowe znaczenie wobec narastającego problemu samoleczenia i coraz powszechniej obserwowanych efektów polipragmazji.

III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

1. Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w okresie wrzesień 2008 – czerwiec 2011 wśród pacjentów aptek ogólnodostępnych i lekarzy różnych specjalności w Poznaniu, po uzyskaniu zgody osób kierujących daną jednostką systemu opieki zdrowotnej. W pierwszej części, trwającej od września 2008 do września 2009, na podstawie formularza nr 1 zarejestrowano 467 problemów z jakimi zwrócili się do farmaceuty pacjenci aptek (74,2% kobiet, 25,8% mężczyzn). Kolejny etap badań, przeprowadzony wśród 689 pacjentów (73,1% kobiet, 26,9% mężczyzn), stanowiła ankieta nr 1, oceniająca znaczenie porad aptekarza podczas zakupu preparatu OTC czy suplementu diety w zależności od wieku i wykształcenia ankietowanych. Analizą objęto pacjentów w wieku od 20 do 85 lat, dzieląc ich w ramach przyjętych przedziałów wiekowych. Najliczniejszą grupę stanowili ankietowani pomiędzy 51, a 64 rokiem życia, głównie deklarujący posiadanie średniego wykształcenia (Tabela A).

Tabela A. Struktura wiekowa i poziom wykształcenia pacjentów w ankiecie nr 1

Wiek (n=648)		[%]
< 20 lat		2,9
20-40 lat		18,4
41-50 lat		21,9
51-64 lat		34,3
>64 lat		22,5
Wykształcenie (n=644)		[%]
Podstawowe		9,6
Zawodowe		11,2
Średnie		51,7
Wyższe		27,5

W kolejnym badaniu, wykonanym w okresie od września 2009 do września 2010, na podstawie ankiety nr 2 określono stopień zadowolenia pacjentów z usług świadczonych obecnie przez farmaceutę w aptece ogólnodostępnej w zależności od ich płci, wieku i wykształcenia. Badaniem objęto 202 pacjentów (75,7% kobiet, 24,3% mężczyzn) wieku od 20 do 85 lat, którzy zostali podzieleni na 3 grupy wiekowe. W obu badaniach wyodrębniono grupę wiekową powyżej 65 roku życia, która to granica przez WHO uznana jest jako wiek podeszły [84]. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 35 a 64 rokiem życia, głównie z wykształceniem średnim (Tabela B).

W tym samym okresie na podstawie ankiety nr 3 zebrano opinie 104 lekarzy (60,6% kobiet, 39,4% mężczyzn), którzy w tym badaniu mieli określić swoje oczekiwania odnośnie OF jako nowej usługi medycznej. Większość ankietowanych mieściła się w grupie wiekowej od 35 do 65 lat i legitymowała się stażem pracy dłuższym niż 5 lat. Analiza posiadanych specjalizacji wykazała, że wśród badanych, występowały odpowiednio: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne i inne, które to dane przedstawiono w Tabeli C. Znaczna część badanych odbywała staż podyplomowy bądź uczestniczyła w szkoleniu specjalizacyjnym.

Tabela B. Struktura wiekowa i poziom wykształcenia pacjentów w ankiecie nr 2

Wiek (n=202)	[%]
<35 lat	37,6
35-64 lat	51,0
>64 lat	11,4
Wykształcenie (n=202)	[%]
Podstawowe/Zawodowe	16,8
Średnie	35,7
Student	20,8
Wyższe	26,7

Tabela C. Struktura wiekowa, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza w ankiecie nr 3

Wiek (n=104)	[%]
<35 lat	34,6
35-64 lat	59,6
>64 lat	5,8
Specjalizacja	[%]
Medycyna rodzinna	20,2
Choroby wewnętrzne	28,8
Inne:	25,9
Pediatrica	3,8
Chirurgia ogólna	3,9
Kardiologia	6,7
Okulistyka	1,9
Onkologia kliniczna	1,9
Położnictwo i ginekologia	1,9
Dermatologia i wenerologia	1,8
Ortopedia i traumatologia	1,0
Otolaryngologia	1,0
Psychiatria	1,0
Radiologia	1,0
Brak:	25,1
Staż podyplomowy	5,8
Szkolenie specjalizacyjne	5,8
Brak specjalizacji	13,5
Tytuł zawodowy/naukowy	[%]
Lek.	84,6
Dr n. med.	13,5
Prof. dr hab. n. med.	1,9
Staż pracy w zawodzie	[%]
<5 lat	28,9
5-20 lat	34,6
>20 lat	36,5

Wyodrębnioną część badań, wykonana w okresie od września 2010 do czerwca 2011, stanowiła ocena ISDL, której dokonano w grupie 179 pacjentów pobierających w aptece leki dla siebie (70,0% kobiet, 30,0% mężczyzn) oraz 70 ankietowanych, którzy sprawują opiekę nad chorymi (78,6%, kobiet, 21,4% mężczyzn). W analizie uczestniczyły osoby w wieku od 20 do 85 lat. Najliczniejszą grupę stanowili

ankietowani pomiędzy 51 a 64 rokiem życia. Zebrany materiał dostarczył również informacji odnośnie wykształcenia respondentów. W badaniu wzięli udział głównie pacjenci z wyższym oraz średnim wykształceniem. Analiza danych chorych potwierdziła, że opieki wymagają głównie osoby w wieku powyżej 65 roku życia. Objęci opieką w znacznej części posiadali średnie wykształcenie (Tabela D).

Tabela D. Struktura wiekowa oraz poziom wykształcenia pacjentów ankietowanych oraz osób, nad którymi opiekę sprawują wypełniający ankietę nr 4

Osoby ankietowane [%]	Pacjenci ankietowani	Pacjenci, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane
Wiek (n=179)		
< 20 lat	0,0	11,5
20-40 lat	27,0	7,1
41-50 lat	10,8	7,1
51-64 lat	43,6	25,7
>64 lat	18,6	48,6
Wykształcenie (n=179)		
Podstawowe	4,7	17,6
Zawodowe	8,0	13,4
Średnie	31,0	41,8
Student	12,0	9,6
Wyższe	44,3	17,6

2. Metodyka badań

Badania opierały się na 4 autorskich, anonimowych kwestionariuszach ankietowych i 1 formularzu, które przeprowadzono w 4 niezależnych poznańskich aptekach ogólnodostępnych. O włączeniu pacjenta do badania, oprócz realizowania recepty lub nabywania leków bez recepty, decydowała jego zgoda na wypełnienie ankiety. Lekarze wypełniający ankiety pracowali zarówno w przychodniach specjalistycznych, jak i szpitalach. Kwestionariusze były osobiście uzupełniane przez ankietowanych. Do uzyskania odpowiedzi wykorzystywane były pytania zamknięte i otwarte. W przypadku badania opinii respondentów, wykorzystywano skalę szacunkową (skalę

Likerta) [85]. Wszystkie ankiety zawierały metryczki identyfikujące badanych odpowiednio ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, staż pracy, posiadaną specjalizację lub etap kształcenia zawodowego. Każda właściwa część poprzedzona była badaniem pilotażowym, obejmującym 10 ankiet. Na przeprowadzenie analiz uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 772/09 przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Stosowne informacje na temat przeprowadzanych badań zostały umieszczone odpowiednio na stronach internetowych Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W pierwszej części przeprowadzano równocześnie badania w oparciu o formularz nr 1 (Rycina A) i ankietę nr 1 (Rycina B). Na ich podstawie postanowiono ocenić stan zapotrzebowania na poradnictwo aptekarskie odpowiednio w zakresie problemów z jakimi pacjent zwraca się do farmaceuty oraz znaczenie porady aptekarza podczas zakupu preparatu OTC czy suplementu diety. W formularzu nr 1 wyodrębniono cztery grupy zagadnień dotyczące: - leków ordynowanych pacjentowi na podstawie recepty lekarza, - stosowanych preparatów OTC, - kosmetyków oraz - pozostałych ujętych pod hasłem „inne”.

W kolejnej części badań postanowiono określić stopień zadowolenia z usług świadczonych obecnie przez farmaceutę w aptece ogólnodostępnej oraz oczekiwania w ramach OF jako nowej usługi medycznej. Ankieta nr 2 (Rycina C) była wypełniana przez pacjentów aptek, a ankieta nr 3 przez lekarzy (Rycina D).

Trzecia część miała na celu przedstawienie nowatorskiej propozycji współpracy pomiędzy lekarzem i farmaceutą w obrębie OF polegającej na zastosowaniu Indywidualnych Systemów Dawkowania Leków. Przygotowany druk ankiety obejmował dwa zestawy pytań (Rycina E). Część A dotyczyła oceny ISDL przez pacjenta pobierającego w aptece leki dla siebie. Część B obejmowała pytania, przeznaczone dla osoby, która sprawuje opiekę nad chorym. Do każdej ankiety załączona była krótka broszura informacyjna dla pacjentów dotycząca zasad przygotowania i stosowania ISDL (Rycina F) oraz przedstawiane były demonstracyjne wersje użycia.



**UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU**

Pracownia Farmacji Praktycznej
Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. 061 854 72 06 e-mail: mwasyk@ump.edu.pl

1. Kupując preparat OTC kierowałem(am) się:

- poradą farmaceuty
- wskazaniem lekarza
- sam(a) dokonałem(am) wyboru preparatu na podstawie:
 - ceny
 - porady znajomych/rodziny
 - przeczytanej informacji o leku
 - reklamy (TV, gazeta, radio)
 - wcześniejszych pozytywnych doświadczeń związanych z lekiem
 - inne.....

2. Płeć:	3. Wiek (lata):	4. Wykształcenie:
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Wyższe

Wypełnia farmaceuta:

1. Data
2. Nr pacjenta.....
3. Zakupiony lek
4. Dolegliwość.....

*Ankieta przeznaczona jest dla celów badawczych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Pracownia Farmacji Praktycznej
Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. 061 854 72 06 e-mail: mwaszyk@ump.edu.pl

Nr ankiety.....

Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w ankiecie dotyczącej oceny usług świadczonych przez farmaceutę. Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki wykorzystane zostaną wyłącznie do celów naukowych.

Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem (☒) lub wpisać w wyznaczone miejsce. Wypełnienie ankiety nie trwa dłużej niż 5 minut.

Z góry dziękujemy za wzięcie udziału w badaniu.

CZEŚĆ A: Dotyczy <u>ogólnych informacji o osobie ankietowanej</u> , proszę wybrać jedną odpowiedź. W przypadku punktu 9, 11, 12 można zaznaczyć kilka odpowiedzi.		
1. Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	2. Wiek (lata):	3. Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Wyższe
4. Ile różnych leków przyjął(-ęła) Pan(i) w ostatnim miesiącu: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> >4	5. Z iloma różnymi farmaceutami miał(a)Pan(i) kontakt w ostatnim miesiącu: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2	
6. Czy zaopatruje się Pan(i) w leki najczęściej w jednej aptece? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - wybierając tą odpowiedź proszę przejść do pytania nr 8		

st

<p>7. Apteka o której mowa w pytaniu nr 8 to:</p> <p><input type="checkbox"/> Apteka osiedlowa</p> <p><input type="checkbox"/> Apteka w centrum handlowym</p> <p><input type="checkbox"/> Apteka w centrum miasta</p> <p><i>Proszę przejść do pytania nr9</i></p>	<p>8. Ile różnych aptek odwiedził(a) Pan(i) w ostatnim miesiącu?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> >2</p>			
<p>9. Korzystając z usług apteki kieruje się Pan(i):</p> <p><input type="checkbox"/> Fachową poradą personelu apteki</p> <p><input type="checkbox"/> Niską ceną leków</p> <p><input type="checkbox"/> Korzystną lokalizacją apteki</p> <p><input type="checkbox"/> Inne.....</p>				
<p>10. Dla kogo kupuje Pan(i) leki w aptece?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> dla siebie - <i>wybierając tylko tą odpowiedź proszę przejść do pytania nr 11 (CZĘŚĆ B)</i></p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>- dla osoby, którą opiekuję się, tzn. dla:</p> <p><input type="checkbox"/> współmałżonka</p> <p><input type="checkbox"/> dzieci</p> <p><input type="checkbox"/> rodzeństwa</p> <p><input type="checkbox"/> rodziców</p> <p><input type="checkbox"/> dziadków</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> inne.....</p> <p>.....</p> </td> </tr> </table>		<p><input type="checkbox"/> dla siebie - <i>wybierając tylko tą odpowiedź proszę przejść do pytania nr 11 (CZĘŚĆ B)</i></p>	<p>- dla osoby, którą opiekuję się, tzn. dla:</p> <p><input type="checkbox"/> współmałżonka</p> <p><input type="checkbox"/> dzieci</p> <p><input type="checkbox"/> rodzeństwa</p> <p><input type="checkbox"/> rodziców</p> <p><input type="checkbox"/> dziadków</p>	<p><input type="checkbox"/> inne.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> dla siebie - <i>wybierając tylko tą odpowiedź proszę przejść do pytania nr 11 (CZĘŚĆ B)</i></p>	<p>- dla osoby, którą opiekuję się, tzn. dla:</p> <p><input type="checkbox"/> współmałżonka</p> <p><input type="checkbox"/> dzieci</p> <p><input type="checkbox"/> rodzeństwa</p> <p><input type="checkbox"/> rodziców</p> <p><input type="checkbox"/> dziadków</p>	<p><input type="checkbox"/> inne.....</p> <p>.....</p>		

CZĘŚĆ B: Dotyczy *oceny porad* świadczonych przez farmaceutę. Spośród pięciu ocen: -zdecydowane niezadowolenie; -raczej niezadowolenie; -nie wiem; -raczej zadowolenie; -zdecydowane zadowolenie, proszę zaznaczyć jedną, właściwą.

11. Jak podczas wizyty w aptece określi Pan(i) zadowolenie z porad i fachowej wiedzy farmaceuty :

A. Gdy farmaceuta udziela informacji o zasadach prawidłowego stosowaniu leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowane niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Raczej niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	<input type="checkbox"/> Raczej zadowolenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowane zadowolenie
B. Gdy farmaceuta udziela informacji o zasadach prawidłowego przechowywania leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowane niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Raczej niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	<input type="checkbox"/> Raczej zadowolenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowane zadowolenie
C. Gdy farmaceuta udziela informacji o zasadach terapii przepisanej przez lekarza	<input type="checkbox"/> Zdecydowane niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Raczej niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	<input type="checkbox"/> Raczej zadowolenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowane zadowolenie
D. Gdy farmaceuta proponuje jak zredukować koszty terapii przepisanej przez lekarza	<input type="checkbox"/> Zdecydowane niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Raczej niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	<input type="checkbox"/> Raczej zadowolenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowane zadowolenie
E. Gdy farmaceuta współpracuje z lekarzem by Pana(i) leczenie było jak najbardziej skuteczne	<input type="checkbox"/> Zdecydowane niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Raczej niezadowolenie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	<input type="checkbox"/> Raczej zadowolenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowane zadowolenie

12. Czy podczas wizyty w aptece farmaceuta odpowiada na Pana(i) pytania:

zawsze często rzadko nigdy

13. Po wizycie w aptece:

A. Pana(i) wiedza na temat stosowanych leków jest większa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
B. Dowiaduje się Pan(i) więcej na temat leczenia przepisanego przez lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania

CZEŚĆ C: Dotyczy określenia oczekiwań pacjentów w ramach proponowanej oferty Opieki Farmaceutycznej. Spośród trzech odpowiedzi: -tak; -nie; -nie mam zdania, proszę wybrać tylko jedną.			
14. Czy farmaceuta powinien prowadzić edukację pacjenta podczas wizyty w aptece:			
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie - wybierając tą odpowiedź zakończył(a) Pan(i) ankietę, dziękujemy	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	
15. Podczas wizyty w aptece farmaceuta <u>powinien</u> udzielać pacjentowi w zakresie edukacji informacji na temat:			
A. Zasad dawkowania i przygotowania leków do podania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
B. Celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
C. Możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
D. Zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (np. dieta, używki, wysiłek fizyczny, odpoczynek)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
E. Występowania interakcji (tzn. niekorzystnego działania) między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
F. Celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisnymi przez lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
G. Objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
H. Tańszych zamienników leków zapisanych przez lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
16. Udzielanie porad pacjentowi przez farmaceutę powinno odbywać się w dyskretnym pomieszczeniu:			
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	
17. Farmaceuta powinien udostępniać pacjentowi materiały edukacyjne (np. ulotki na temat stosowanych leków, chorób na które cierpi):			
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	
18. Farmaceuta powinien systematycznie sprawdzać, czy zalecone przez lekarza leki są prawidłowo stosowane przez pacjenta:			
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania	

CZĘŚĆ D: *Dotyczy procesu wdrażania Opieki Farmaceutycznej w Polsce, czyli m. in. indywidualnych porad udzielanych przez farmaceutę o stosowanych lekach oraz współpracy z lekarzem w celu poprawy i kontroli leczenia pacjenta. Proszę zaznaczyć jedną, właściwą odpowiedź.*

19. Czy Opieka Farmaceutyczna powinna być wprowadzona do aptek?

Tak
 Nie - wybierając tą odpowiedź zakończył(a) Pan(i) ankietę, dziękujemy

20. Ile czasu powinien poświęcać aptekarz pacjentowi w ramach Opieki Farmaceutycznej?

<5 min 5-15 min. > 15 min.

21. Czy jest Pan(i) skłonny(a) do opłaty za wizytę w aptece w ramach Opieki Farmaceutycznej:

Tak Nie- wybierając tą odpowiedź zakończył(a) Pan(i) ankietę, dziękujemy Nie mam zdania

22. Indywidualna wizyta u farmaceuty powinna być całkowicie refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inną instytucję ubezpieczeniową:

Tak Nie

23. Ile zdaniem Pana(i) powinna kosztować indywidualna wizyta u farmaceuty?

3,0 zł | 6,0 zł | 15,0 zł | 16,0 – 60,0 zł | > 60,0 zł

UWAGI:

.....
.....
.....
.....

*Prosimy o zwrócenie wypełnionej ankiety farmaceutyce.
Dziękujemy za poświęcony czas!*



**UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU**

Pracownia Farmacji Praktycznej
Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. 061 854 72 06, e-mail: mwaszyk@ump.edu.pl

Nr ankiety.....

Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w ankiecie dotyczącej oceny oczekiwań lekarzy względem farmaceutów w zakresie Opieki Farmaceutycznej. Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki wykorzystane zostaną wyłącznie do celów naukowych.

Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem (☒) lub wpisać w wyznaczone miejsce. Wypełnienie ankiety nie trwa dłużej niż 5 minut. Z góry dziękujemy za wzięcie udziału w badaniu.

CZĘŚĆ A: Dotyczy ogólnych informacji, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.				
1. Płeć:	2. Wiek (lata):	3. Specjalizacja/Tytuł zawodowy, naukowy/ Staż pracy w zawodzie:		
<input type="checkbox"/> Kobieta		
<input type="checkbox"/> Mężczyzna		
4. Z iloma farmaceutami współpracuje Pan(i), podczas dostosowywania odpowiedniej terapii dla pacjentów?				
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3

CZĘŚĆ B: Dotyczy dotychczasowego doświadczenia w zakresie współpracy z farmaceutami. Z pięciu ocen: -zdecydowanie nie zgadzam się; -raczej nie zgadzam się; -nie wiem; -raczej zgadzam się; -zdecydowanie zgadzam się, proszę zaznaczyć jedną, właściwą.					
5. Na podstawie mojego doświadczenia farmaceuta:					
A. Jest wiarygodnym doradcą w zakresie ogólnych informacji o leku	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
B. Jest wiarygodnym doradcą w zakresie klinicznych informacji o leku	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
C. Wykazuje chęć podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się

D. Rutynowo przeprowadza konsultacje z moimi pacjentami w zakresie:					
-bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- właściwego przechowywania leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
-celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
-możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (np. dieta, wysiłek fizyczny)	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
E. Rutynowo informuje mnie o problemach związanych z moimi receptami (np. o interakcjach między lekami, nieprawidłowym dawkowaniu)	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
F. Rutynowo informuje mnie o alternatywnych, tańszych lekach jakie mogę przepisać	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
G. Często informuje mnie o problemach moich pacjentów związanych z lekami (np. o działaniach niepożądanych)	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się

CZĘŚĆ C: Dotyczy aktualnych oczekiwań w zakresie współpracy z farmaceutą. Z pięciu ocen: -zdecydowanie nie zgadzam się; -raczej nie zgadzam się; -nie wiem; -raczej zgadzam się; -zdecydowanie zgadzam się, proszę zaznaczyć jedną, właściwą.

6. Aktualnie oczekuję od farmaceuty w aptece ogólnodostępnej:

A. Wzięcia na siebie osobistej odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych moich pacjentów	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
B. Prowadzenia kompletnej dokumentacji dotyczącej stosowanych leków przez mojego pacjenta	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
C. Doradztwa w zakresie alternatywnej, tańszej terapii	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
D. Aby był specjalistą w dziedzinie farmakologii	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
E. Asystowania w układaniu terapii lekowych dla moich pacjentów	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
F. Edukowania moich pacjentów w zakresie:					
- bezpieczeństwa oraz prawidłowego stosowania leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- właściwego przechowywania leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (np. dieta, wysiłek fizyczny)	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się

G. Monitorowania odpowiedzi na leczenie moich pacjentów i informowania mnie, jeśli pacjent ma jakiegokolwiek problemy	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
H. Wiedzy na temat specyficznych wskazań leków, które zapisuję	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
I. Wzięcia odpowiedzialności za regularne uzupełnianie leków moich pacjentów	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
J. Wyboru odpowiednich leków OTC dla moich pacjentów	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się

CZEŚĆ D: *Dotyczy przyszłych oczekiwań w zakresie współpracy z farmaceutą jako konsekwencji wdrożenia programu Opieki Farmaceutycznej. Z pięciu ocen: -zdecydowanie nie zgadzam się; -raczej nie zgadzam się; -nie wiem; -raczej zgadzam się; -zdecydowanie zgadzam się, proszę zaznaczyć jedną, właściwą.*

7. Farmaceuta w przyszłości powinien:					
A. Prowadzić w aptece ogólnodostępnej Opiekę Farmaceutyczną	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
B. Uzgadniać ze mną terapie lekowe moich pacjentów	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
C. Monitorować i dokumentować odpowiedzi moich pacjentów na zastosowane leczenie	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
D. Być dostępny telefonicznie dla moich pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
E. Być wynagradzany za pracę nad prawidłową terapią pacjenta	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się
F. Poność odpowiedzialność za podjęte decyzje	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Raczej nie zgadzam się	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Raczej zgadzam się	<input type="checkbox"/> Zdecydowanie zgadzam się



**UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU**

Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku
Pracownia Farmacji Praktycznej
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. 061 854 72 06, e-mail: mwaszyk@ump.edu.pl

Nr ankiety.....

Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w ankiecie dotyczącej stosowania Indywidualnych Systemów Dawkowania Leków – ISDL. Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki wykorzystane zostaną wyłącznie do celów naukowych.

Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem (☒) lub wpisać w wyznaczone miejsce. Wypełnienie ankiety nie trwa dłużej niż 5 minut. Z góry dziękujemy za wzięcie udziału w badaniu.

Ankieta obejmuje dwie pule pytań dla osób kupujących leki :
- dla siebie (część A, pytania 1-17)
- także dla chorych będących pod opieką osoby dokonującej zakupu (część B, pytania 17- 33).

CZĘŚĆ A: Dotyczy <u>ogólnych informacji</u> o osobie ankietowanej, proszę wybrać jedną odpowiedź.		
1. Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	2. Wiek (lata):	3. Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Wyższe
4. Jak długo stosuje Pan(i) leki przepisane przez lekarza? (proszę uwzględnić leki stosowane najdłużej) <input type="checkbox"/> Krócej niż tydzień <input type="checkbox"/> Dłużej niż tydzień, ale krócej niż miesiąc <input type="checkbox"/> Dłużej niż miesiąc, ale krócej niż rok <input type="checkbox"/> Dłużej niż rok <input type="checkbox"/> Wcale nie stosuje - wybierając tą odpowiedź proszę przejść do pytania nr 17		5. Ile różnych leków stosuje Pan(i) w ciągu dnia? (w przypadku, gdy różnorodność przyjmowanych leków zależy od dnia tygodnia, proszę podać największą ilość) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2
6. Od ilu różnych specjalistów otrzymuje Pan(i) recepty na leki? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2		7. Czy lekarze prowadzący wiedzą o wszystkich zażywanych przez Pana(ia) lekach? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

8. W jakiej formie otrzymuje Pan(i) zalecenia odnośnie dawkowania leków? <input type="checkbox"/> Słownie od lekarza <input type="checkbox"/> Słownie od farmaceuty <input type="checkbox"/> Pisemnie od lekarza <input type="checkbox"/> Pisemnie od farmaceuty <input type="checkbox"/> Nie otrzymuję informacji od lekarza <input type="checkbox"/> Nie otrzymuje informacji od farmaceuty	9. Czy zalecenia są zawsze zrozumiałe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	10. Czy zachowuje Pan(i) prawidłowe odstępy czasowe w stosowaniu przepisanych leków? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> W miarę możliwości, staram się <input type="checkbox"/> Nie
11. Czy wie Pan(i) o jakiej porze dnia stosować swoje leki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	12. Czy zdarza się Panu(Pani) z różnych powodów (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> Pomiąć dawkę leku <input type="checkbox"/> Zapomnieć, czy dany lek był już przyjęty <input type="checkbox"/> Odstawić lek na jakiś czas <input type="checkbox"/> Wprowadzać samodzielnie zmiany w schemacie dawkowania	13. Czy korzysta Pan(i) z kasetek na leki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14. Czy byłby(aby) Pan(i) zainteresowany(a) stosowaniem ISDL? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania	15. Czy byłby(aby) Pan(i) skłonny(a) zapłacić za ISDL? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania	16. Czy uważa Pan(i), że ISDL wpłyną korzystnie na przestrzeganie schematu dawkowania leków zaleconego przez lekarza? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania
17. Dla kogo kupuje Pan(i) leki? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)		
<input type="checkbox"/> dla siebie <i>wybierając tylko tą odpowiedź zakończył(a) Pan(i) ankietę, dziękujemy</i>	<input type="checkbox"/> dla osoby, którą opiekuję się	
CZEŚĆ B: Dotyczy <u>tylko</u> osoby o której mowa jest w pytaniu nr 17		
18. Wiek (lata):	19. Wykształcenie:	
.....	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Średnie	
20. Jak długo stosuje leki przepisane przez lekarza? (proszę uwzględnić leki stosowane najdłużej) <input type="checkbox"/> Krócej niż tydzień <input type="checkbox"/> Dłużej niż tydzień, ale krócej niż miesiąc <input type="checkbox"/> Dłużej niż miesiąc, ale krócej niż rok <input type="checkbox"/> Dłużej niż rok	21. Ile różnych leków stosuje w ciągu dnia? (w przypadku, gdy różnorodność przyjmowanych leków zależy od dnia tygodnia, proszę podać największą ilość) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2	22. Od ilu różnych specjalistów otrzymuje recepty na leki? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2

23. Czy lekarze prowadzący wiedzą o wszystkich zażywanych lekach? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	24. W jakiej formie otrzymuje zalecenia odnośnie dawkowania leków? <input type="checkbox"/> Słownie od lekarza <input type="checkbox"/> Słownie od farmaceuty <input type="checkbox"/> Pisemnie od lekarza <input type="checkbox"/> Pisemnie od farmaceuty <input type="checkbox"/> Nie otrzymuję informacji od lekarza <input type="checkbox"/> Nie otrzymuję informacji od farmaceuty	
25. Czy zalecenia są zawsze zrozumiałe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	26. Czy zachowuje prawidłowe odstępy czasowe w stosowaniu przepisanych leków? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> W miarę możliwości, stara się <input type="checkbox"/> Nie	27. Czy wie o jakiej porze dnia stosować swoje leki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
28. Czy zdarza się z różnych powodów (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> Pomiąć dawkę leku <input type="checkbox"/> Zapomnieć, czy dany lek był już przyjęty <input type="checkbox"/> Odstawić lek na jakiś czas <input type="checkbox"/> Wprowadzać samodzielnie zmiany w schemacie dawkowania	29. Czy korzysta z kasetek na leki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	30. Czy byłby(aby) zainteresowany(a) stosowaniem ISDL? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania
31. Czy byłby(aby) skłonny(a) zapłacić za ISDL? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania	32. Czy ISDL wpłyną korzystnie na przestrzeganie schematu dawkowania leków przez osobę wskazaną w pytaniu nr 19? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania	33. Czy ISDL ułatwią sprawowanie opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam zdania
<input type="checkbox"/> Uwagi:		
<p>.....</p> <p>.....</p>		

Prosimy o zwrócenie wypełnionej ankiety farmaceutce.

Dziękujemy za poświęcony czas!

INDYWIDUALNY SYSTEM DAWKOWANIA LEKÓW (ISDL)

ISDL to bezpośrednie, jednorazowe, blistrowe opakowanie do stałych postaci leków (tabletki, kapsułki), podzielone na komórki odpowiadające dniom tygodnia i porom dnia. Przygotowuje je farmaceuta zgodnie ze wskazaniami lekarza/lekarzy, pod opieką których znajduje się pacjent .

Systemy dawkujące funkcjonują już w wielu krajach, gdzie wykazano korzystny ich wpływ na przestrzeganie schematu terapii przez pacjentów. Dzięki takiemu rozwiązaniu, aptekarz chroni pacjenta przed błędami w dawkowaniu (szczególnie dotyczy to osób starszych, przewlekle chorych, stosujących dużą liczbę leków) i gwarantuje mu najwyższą jakość terapii.

Chcesz dowiedzieć się więcej? → wejdź na www.lekopaki.com lub zapytaj farmaceutę.



*Wypełniana ankieta przeznaczona jest dla celów badawczych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Rycina F. Wzór broszury informacyjnej

3. Analiza statystyczna

Wszystkie dane z przygotowanych narzędzi badawczych, zostały wprowadzone i analizowane przy użyciu programu Excel 2007 z pakietu Microsoft Office 2007.

Do badania zależności pomiędzy cechami wykorzystano, uwzględniając wielkość próby i licznosc analizowanych kategorii badanych cech, test niezależności χ^2 (chi-kwadrat), w przypadku dużej próby i większej licznosci kategorii lub test Fishera-Freemana-Haltona, dla małych licznosci oczekiwanych. Natomiast do sprawdzenia zgodności rozkładu zmiennej zastosowano test zgodności χ^2 . Za poziom istotności każdorazowo przyjęto $p < 0,05$.

Przy opracowaniu skali Likerta, skali porządkowej do zbadania opinii ankietowanych, korzystano z parametrów statystyki opisowej takich jak: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, oraz dolny i górny kwartył [85, 86].

4. Zwrot ankiet

Zbadano efektywnosc przeprowadzonego badania na podstawie zwrotu ankiet, którego wartości przedstawiono w Tabeli E. Najwięcej kwestionariuszy odzyskano od pacjentów, podczas przeprowadzania ankiety nr 1 i 2. Ogólna analiza daje podstawy by wnioskować, że technika badawcza polegająca na rozdawaniu kwestionariuszy ankietowych jest stosunkowo skuteczna.

Tabela E. Zwrot ankiet

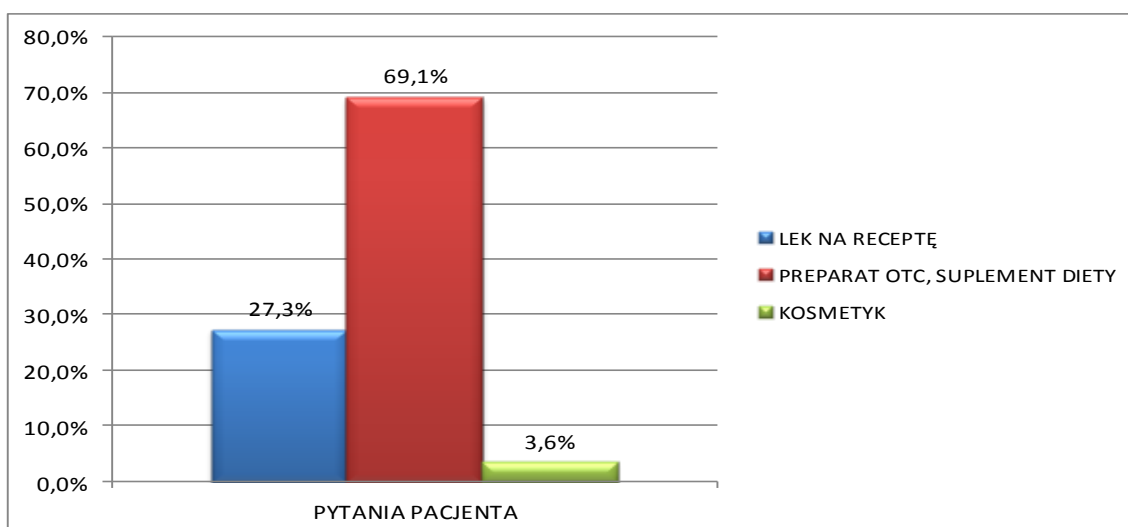
Ankieta nr	Liczba ankiet rozdanych	Liczba ankiet zwróconych	Zwrot ankiet [%]
1	700	689	98,4
2	240	202	84,2
3	250	104	41,6
4	260	179	68,8

IV. WYNIKI

1. Zakres problemów z jakimi zwraca się pacjent do farmaceuty w aptecę ogólnodostępną

Badania podjęto, aby określić zakres zagadnień objętych poradnictwem oraz wdrażaną OF w oparciu o formularz nr 1 celem oceny zakresu pytań i problemów jakie stawia pacjent korzystający z usług w aptecę ogólnodostępną. Analizując uzyskane dane, poszczególne aspekty rozdzielono na trzy podstawowe grupy stwierdzając, że pytania pacjentów najczęściej dotyczą preparatów dostępnych bez recepty (farmaceutyki OTC, suplementy diety), w następnej kolejności leków przepisywanych na receptę i w najmniejszym zakresie kosmetyków. Obrazuje to zestawienie na Rycinie 1.

Podjęto więc ocenę, której celem jest wykazanie, na ile zakres pytań i ich tematyka zależy od płci pacjenta. Stwierdzono, że mężczyźni częściej niż kobiety pytają o leki dyspensowane na receptę, a także oni częściej zwracają się z prośbą o udzielenie pomocy i wydanie leku na receptę farmaceutyczną. Kobiety w głównej mierze oczekują informacji o lekach z grupy OTC, suplementach diety oraz odnośnie kosmetyku, a także głównie one oddają do apteki leki przeterminowane. Całokształt tych zależności uzyskano na podstawie analizy zestawienia zawartego w Tabeli 1.



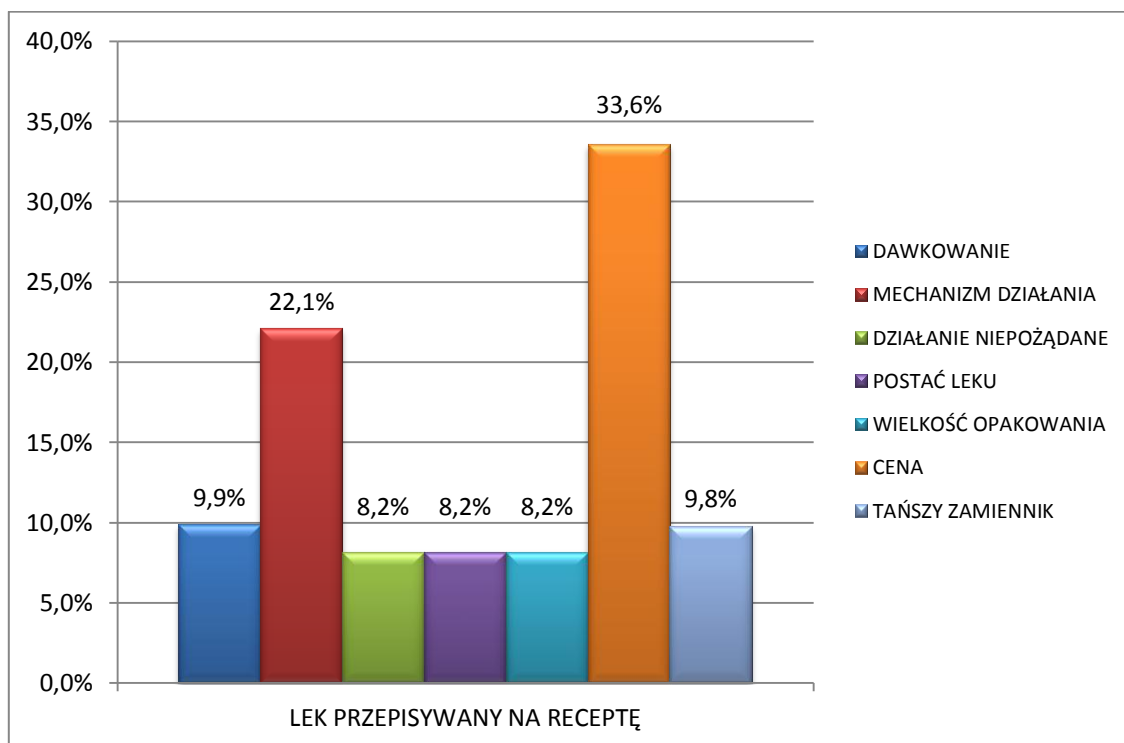
Rycina 1. Zakres pytań zadawanych przez pacjentów w aptecę ogólnodostępną (n=447)

Tabela 1. Zestawienie zagadnień ujętych w pytania zadawane aptekarzowi w aptece ogólnodostępnej w zależności od płci pacjentów

Pytania zadawane w aptece, dotyczące:	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
- leku na receptę:						
Dawkowanie	9	2,6	3	2,6	12	2,6
Mechanizm działania	19	5,5	8	7,0	27	5,8
Działanie niepożądane	6	1,7	4	3,4	10	2,1
Postać	8	2,3	2	1,7	10	2,1
Wielkość opakowania	8	2,3	2	1,7	10	2,1
Cena	29	8,3	12	10,3	41	8,8
Tańszy odpowiednik	8	2,3	4	3,4	12	2,6
- preparatu OTC, suplementu diety:						
Pomoc w wyborze	106	30,2	38	32,7	144	30,9
Dawkowanie	23	6,5	7	6,1	30	6,5
Mechanizm działania	52	14,8	14	12,1	66	14,1
Działanie niepożądane	9	2,6	0	0,0	9	1,9
Postać	12	3,4	2	1,7	14	3,0
Wielkość opakowania	6	1,7	5	4,3	11	2,4
Cena	21	6,0	8	6,9	29	6,2
Tańszy odpowiednik	4	1,1	2	1,7	6	1,3
- kosmetyku:						
Pomoc w wyborze	6	1,7	0	0,0	6	1,3
Dawkowanie	3	0,8	0	0,0	3	0,6
Mechanizm działania	4	1,1	0	0,0	4	0,9
Działanie niepożądane	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Postać	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Wielkość opakowania	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cena	2	0,6	0	0,0	2	0,4
Tańszy odpowiednik	0	0,0	0	0,0	0	0,0
- innych zagadnień:						
Udzielenie pierwszej pomocy	2	0,6	1	0,9	3	0,6
Wydanie leku na Receptę Farmaceutyczną	3	0,8	3	2,6	6	1,3
Zgłoszenie działania niepożądanego	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zwrot leku	3	0,8	0	0,0	3	0,6
Oddanie leku przeterminowanego	7	2,0	1	0,9	8	1,7
RAZEM	351	100%	116	100%	467	100%

1.1. Pytania odnotowane przy dyspensowaniu leków na receptę

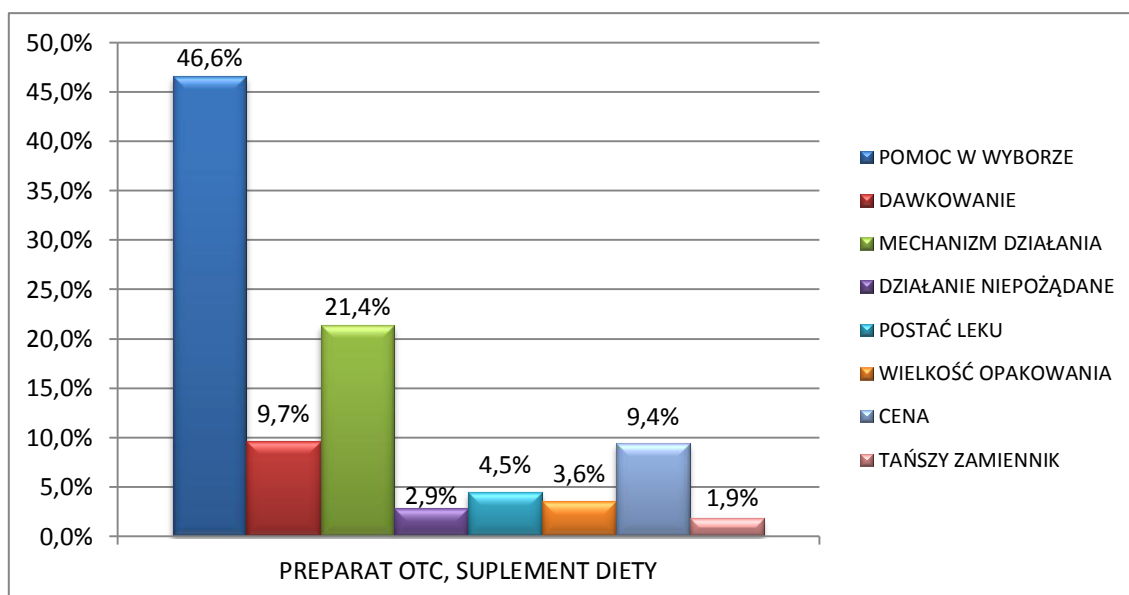
Podczas realizacji recepty pacjenci najczęściej pytają o cenę preparatu i mechanizm jego działania, co potwierdzają dane przedstawione na Rycinie 2. Pozostałe zagadnienia jak: dawkowanie, działania niepożądane, wskazanie tańszego odpowiednika, postać leku oraz wielkość opakowania rozkładają się w równych proporcjach i nie przekraczają 10% rejestrowanych pytań.



Rycina 2. Zakres pytań zadawanych przez pacjentów podczas dyspensowania leków przepisywanych na receptę w aptece ogólnodostępnej (n=122)

1.2. Pytania odnotowane przy zakupie preparatów dostępnych bez recepty

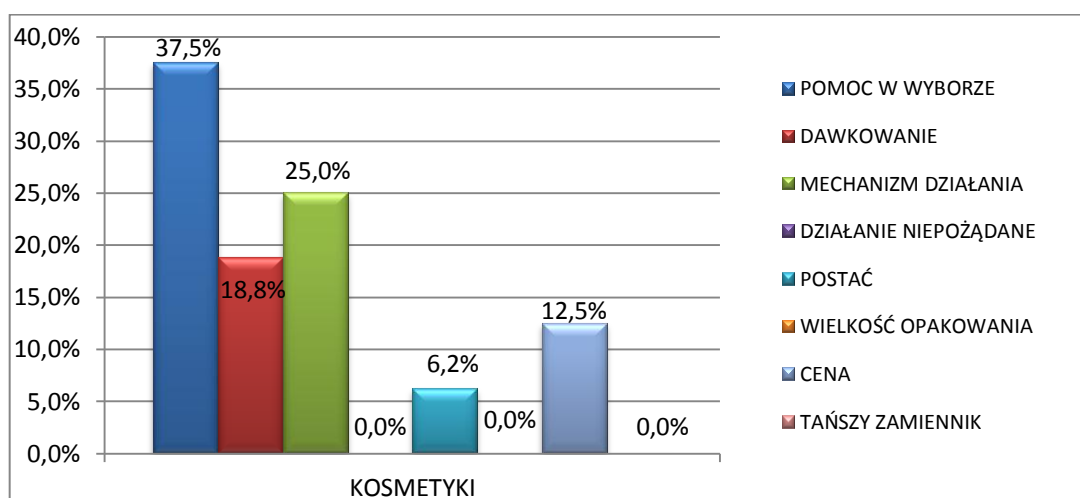
W ostatnich latach gwałtownie wzrasta zainteresowanie i sprzedaż preparatów OTC oraz suplementów diety. Wskazuje to na narastający problem samoleczenia się pacjentów. Podczas wyboru preparatu dostępnego bez recepty pacjenci najczęściej proszą aptekarza o pomoc w wyborze oraz o wyjaśnienie mechanizmu działania poszczególnych preparatów. W drugiej kolejności pojawia się kwestia dawkowania i ceny leku. Pozostałe zagadnienia w odniesieniu do tej grupy preparatów stanowią znikomy odsetek stawianych pytań. Analizę tych danych obrazuje Rycina 3.



Rycina 3. Zakres pytań zadawanych przez pacjentów podczas zakupu preparatów OTC w aptecę ogólnodostępną (n=309)

1.3. Pytania odnotowane przy wyborze kosmetyków

Apteki ogólnodostępne w ostatnich latach w szybkim tempie poszerzają asortyment kosmetyków. Podczas wizyty w aptecę pacjent dokonując ich zakupu najczęściej zwraca się do farmaceuty z prośbą o pomoc w wyborze oraz o udzielenie informacji na temat: mechanizmu działania i dawkowania. Ważna dla pacjenta jest również cena preparatu. Szczegółową ocenę zagadnienia obrazują dane prezentowane na Rycinie 4.

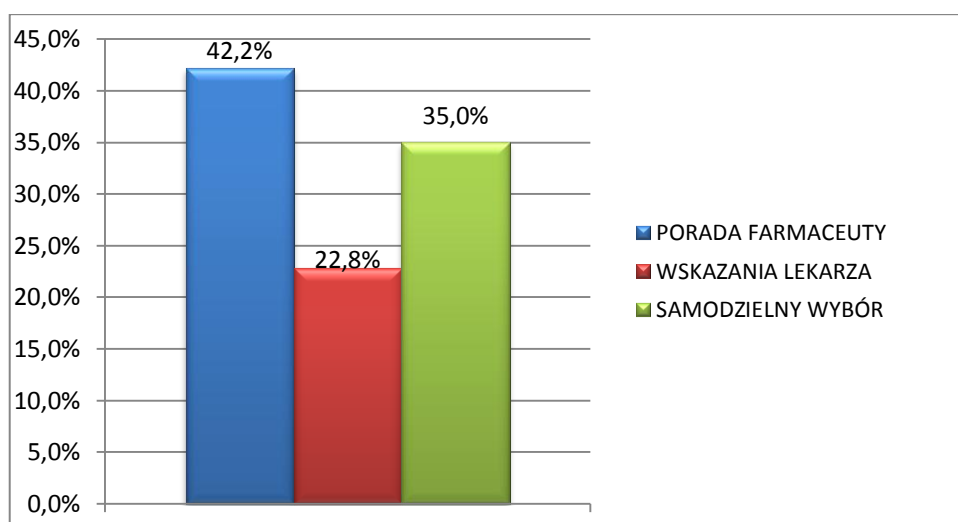


Rycina 4. Zakres pytań zadawanych przez pacjentów dokonujących zakupu kosmetyków w aptecę ogólnodostępną (n=16)

2. Czynniki warunkujące wybór preparatów dostępnych bez recepty przez pacjentów

2.1. Rola lekarza i farmaceuty we wskazaniu danego preparatu

Coraz bogatsza oferta preparatów OTC wraz z intensywną reklamą sprawiają, że chorzy bardzo często decydują się na ich zakup i podejmują próbę samoleczenia stwierdzanych dolegliwości, albo traktują te preparaty jako formę działań profilaktycznych. Pacjenci w ankiecie nr 1 wskazywali osobę sugerującą zakup danego preparatu albo deklarowali, że wybór był dokonany samodzielnie. Badania wykazały, że najliczniejsza grupa pacjentów kieruje się poradą farmaceuty, 35,0% dokonuje wyboru samodzielnie, a zaledwie 22,8% ankietowanych opiera się na wskazaniu preparatu przez lekarza ($p < 0,000001$; Rycina 5).



Rycina 5. Ocena roli porady farmaceuty, wskazania lekarza oraz samodzielnego wyboru preparatów OTC przez pacjentów w aptece ogólnodostępnej (n=689, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Analizując zebrane ankiety podjęto próbę określenia, czy istnieje zależność pomiędzy korzystaniem ze wskazań oraz samodzielnym wyborem preparatów OTC od płci, wieku i wykształcenia pacjentów. Badania potwierdziły, że kobiety częściej samodzielnie wybierają leki dostępne bez recepty, a mężczyźni w oparciu o poradę farmaceuty i lekarza ($p = 0,000001$). Wykazano również, że wraz z wiekiem maleje

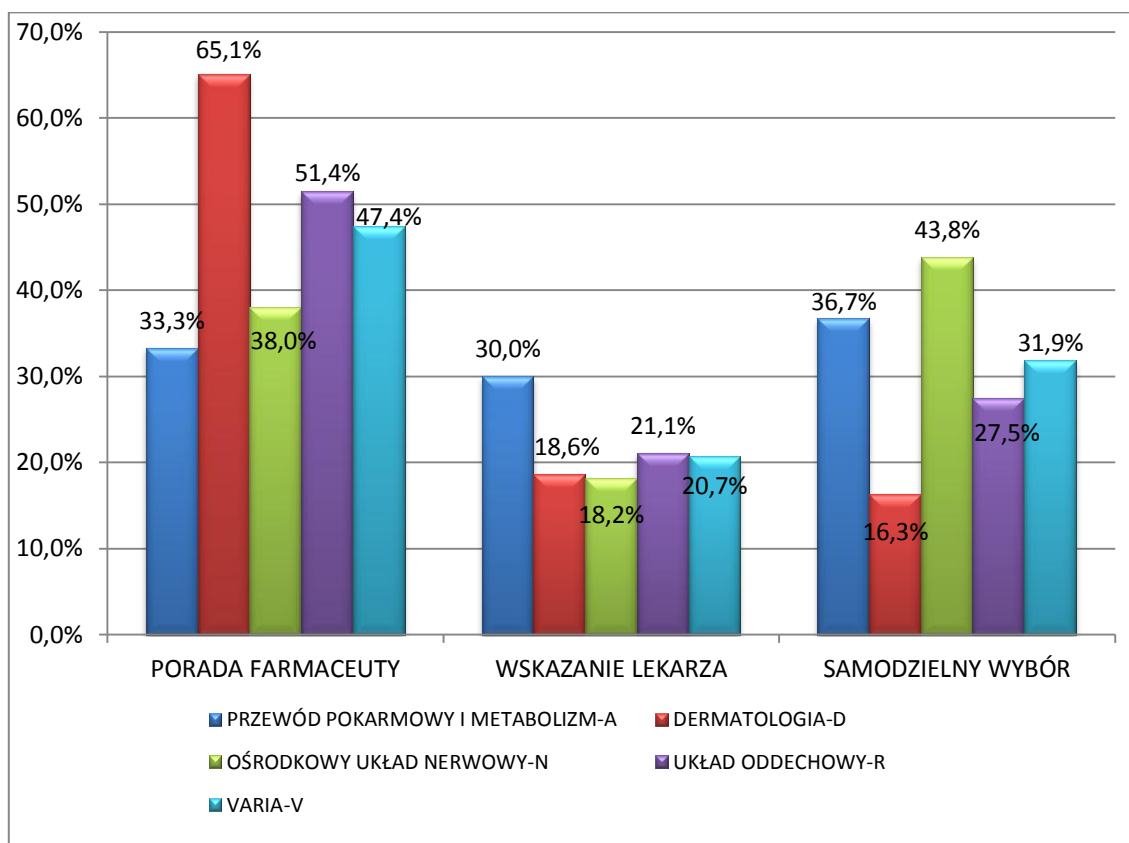
skłonność do korzystania z porady na rzecz samodzielnego wyboru, którym głównie kierują się osoby po 64 roku życia. W pozostałych grupach wiekowych czynnikiem dominującym jest porada farmaceuty ($p=0,013$). Nie wykazano, aby wykształcenie ankietowanych miało istotny wpływ na podejmowanie decyzji o zakupie preparatu bez recepty (Tabela 2).

Tabela 2. Czynniki decydujące o wyborze preparatów OTC, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Osoby ankietowane [%]	Porada farmaceuty	Wskazanie lekarza	Samodzielny wybór	p
Płeć (n=689):				
Kobiety	41,5	22,6	35,9	0,000001*
Mężczyźni	44,3	23,3	32,4	
Wiek (n=648):				
< 20 lat	52,6	31,6	15,8	0,013*
20-40 lat	54,6	21,0	24,4	
41-50 lat	38,7	27,5	33,8	
51-64 lat	44,2	21,6	34,2	
>64 lat	33,6	22,6	43,8	
Wykształcenie (n=644):				
Podstawowe	45,2	22,6	32,2	0,181
Zawodowe	37,5	29,2	33,3	
Średnie	40,1	21,0	38,9	
Wyższe	47,7	25,0	27,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Badaniem objęto także ocenę, aby wykazać w obrębie której grupy leków ujętych w Indeksie Terapeutycznym ATC (*klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna preparatów wg WHO*) [87] pacjent podjął decyzję o wyborze preparatu kierując się poradą farmaceuty, wskazaniem lekarza, a w jakim stopniu decydował samodzielnie. Spośród tych możliwości porada farmaceuty ma największe znaczenie przy zakupie preparatu dermatologicznego, preparatu działającego w obrębie układu oddechowego i z grupy varia. Samodzielnego wyboru pacjent dokonuje głównie zakupując preparaty działające na ośrodkowy układ nerwowy oraz na przewód pokarmowy, co obrazują dane na Rycinie 6 ($p=0,001$).

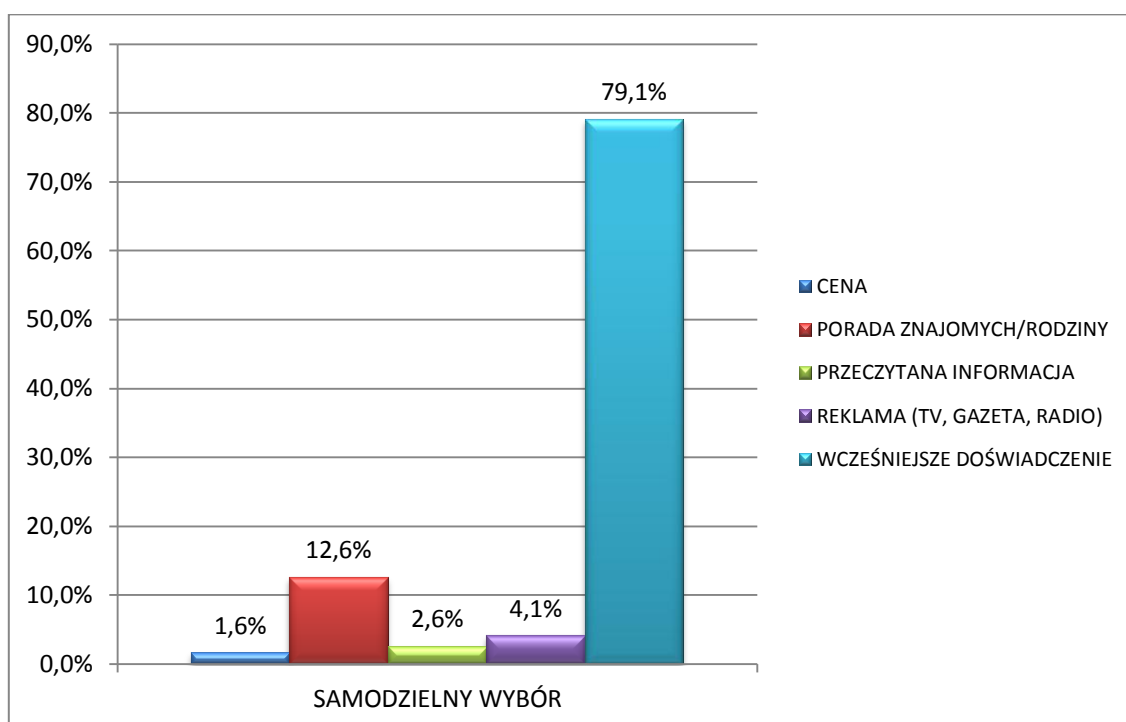


Rycina 6. Znaczenie czynników decydujących o wyborze preparatów OTC przez pacjentów w aptece ogólnodostępnej w zależności od grupy leków ujętych w Indeksie Terapeutycznym ATC (n=689, p=0,001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

2.2. Czynniki warunkujące samodzielny wybór preparatu OTC przez pacjenta

Celem stwierdzenia, czym kieruje się pacjent podczas samodzielnego wyboru preparatu, w ankiecie wskazano kilka możliwości określenia czynników wpływających na podjęcie decyzji o zakupie jak: cena, porada znajomych czy rodziny, przeczytana informacja o leku, reklama w telewizji, gazecie czy radiu, wcześniejsze pozytywne doświadczenie związane z lekiem. Spośród zaproponowanych możliwości pacjenci najczęściej wskazują na wcześniejsze pozytywne doświadczenie z danym lekiem. Uwagę zwraca fakt, że zarówno reklama jak i cena nie mają znaczącego wpływu na dokonywane w aptekach zakupy preparatów OTC (p<0,000001). Zebrane wyniki przedstawiono na Rycinie 7.



Rycina 7. Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze preparatów OTC przez pacjentów aptek ogólnodostępnych (n=222, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Także w tym przypadku analizowano zależność decyzji samodzielnego wyboru preparatu od płci, wieku oraz wykształcenia pacjenta, przy czym tylko w drugim porównaniu uzyskano wyniki istotne statystycznie. Wykazano, że osoby poniżej 20 roku życia ulegają wpływom znajomych lub rodziny. Zauważono, że ankietowani w wieku starszym wykazują zdecydowaną tendencję kierowania się podczas samodzielnego wyboru wcześniejszym doświadczeniem związanym z lekiem (p<0,000001; Tabela 3). Liczebność poszczególnych grup kierujących się ceną, przeczytaną informacją czy reklamą sprawia, że nie zostały one uwzględnione podczas analizy statystycznej względem wieku, płci i wykształcenia.

Tabela 3. Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze preparatów OTC, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Osoby ankietowane [%]	Porada znajomych/ rodziny	Wcześniejsze doświadczenie	p
Płeć (n=222):			
Kobiety	12,6	87,4	0,558
Mężczyźni	16,9	83,1	
Wiek (n=220):			
< 20 lat	66,7	33,3	<0,000001*
20-40 lat	13,0	87,0	
41-50 lat	15,1	84,9	
51-64 lat	16,9	83,1	
>64 lat	8,1	91,9	
Wykształcenie (n=222):			
Podstawowe	11,1	88,9	0,907
Zawodowe	11,7	88,3	
Średnie	15,4	84,6	
Wyższe	11,6	88,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Analiza samodzielnego wyboru pacjentów potwierdziła, że podczas nabywania preparatu OTC należącego do uwzględnionych grup Indeksu Terapeutycznego ATC, w aptece ogólnodostępnej chorzy kierują się głównie wcześniejszym pozytywnym doświadczeniem związanym z lekiem (Tabela 4).

Tabela 4. Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze pacjentów w aptecę ogólnodostępną, a grupa leków ujęta w Indeksie Terapeutycznym ATC

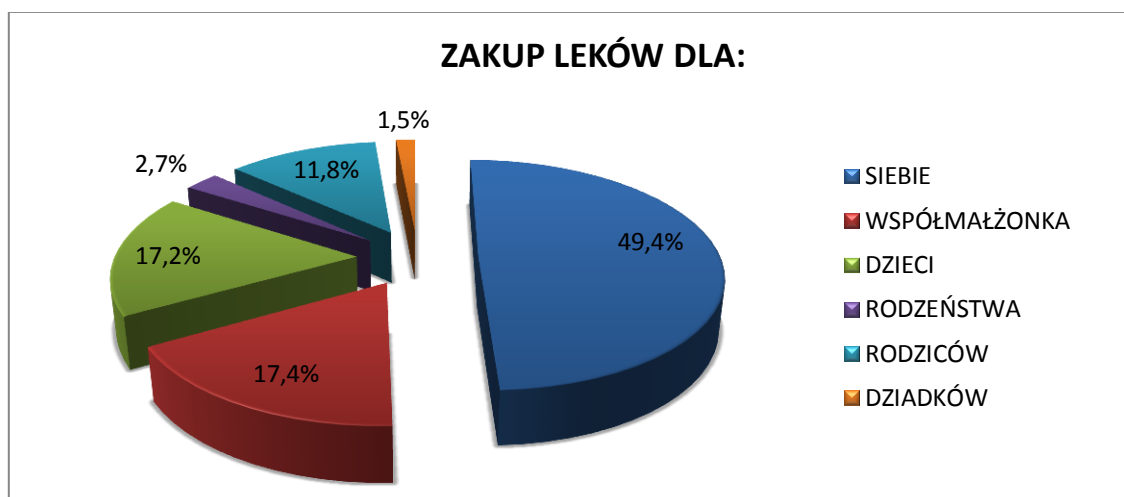
Osoby ankietowane [%] n=222	Porada znajomych/ rodziny	Wcześniejsze doświadczenie	p
Przewód pokarmowy i metabolizm - A	12,6	87,4	0,153
Dermatologia - D	14,3	85,7	
Ośrodkowy układ nerwowy - N	10,7	89,3	
Układ oddechowy - R	7,4	92,6	
Varia - V	27,2	72,8	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

3. Analiza zapotrzebowania ankietowanych na leki nabywane w aptece ogólnodostępnej

3.1. Wskazanie osób, dla których ankietowany nabywa leki

W kolejnej części badań, w oparciu o pytania zawarte w ankiecie nr 2 postanowiono przeanalizować dla kogo ankietowany nabywana leki w aptece ogólnodostępnej. Zasadnicza część pacjentów zakupuje preparaty dla siebie oraz najbliższych członków rodziny tzn. współmałżonka, dzieci i rodziców, którzy pozostają pod opieką ankietowanych. Zebrane dane zestawione są na Rycinie 8.

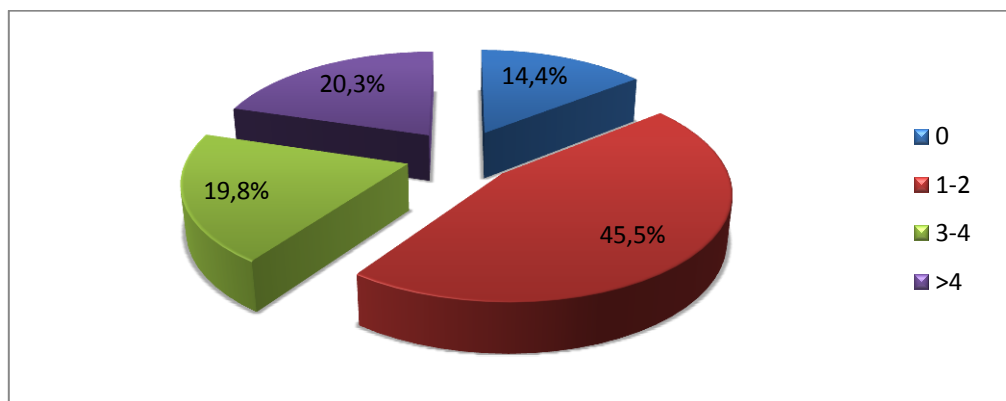


Rycina 8. Zestawienie osób dla których ankietowani nabywają leki w aptece ogólnodostępnej (n=338)

3.2. Liczba stosowanych leków przez pacjentów

Analizowano również liczbę leków stosowanych przez pacjentów. Przyjęto okres miesiąca jako ten, w którym ankietowany miał ją określić. W zasadniczej części badanej grupy pacjenci przyjmują od jednego do dwóch leków. Uwagę zwraca wysoki odsetek chorych przyjmujący ponad cztery leki ($p < 0,000001$). Wartości te przedstawia Rycina 9. Z zestawienia wynika fakt, że 14,0% ankietowanych wykupuje leki dla osób, którymi opiekuje się w czasie choroby i oni nabytych leków nie przyjmują. Podjęto również ocenę liczby farmaceutyków w zależności od płci, wieku i wykształcenia

pacjentów. Stwierdzono, że w grupie pacjentów przyjmujących jeden lub dwa leki w istotny sposób dominują kobiety. Mężczyźni częściej nie przyjmują żadnych preparatów ($p=0,007$). Badania wykazały, że z wiekiem wzrasta liczba przyjmowanych leków, co prowadzi do sytuacji w której najstarsi pacjenci najczęściej przyjmują ponad 4 leki ($p=0,0001$). Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy ilością przyjmowanych leków, a wykształceniem pacjentów. Dane zawarto w Tabeli 5.



Rycina 9. Liczba stosowanych leków przez pacjentów aptek ogólnodostępnych w okresie miesiąca ($n=202$, $p<0,000001*$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 5. Liczba leków przyjmowanych w ciągu miesiąca, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

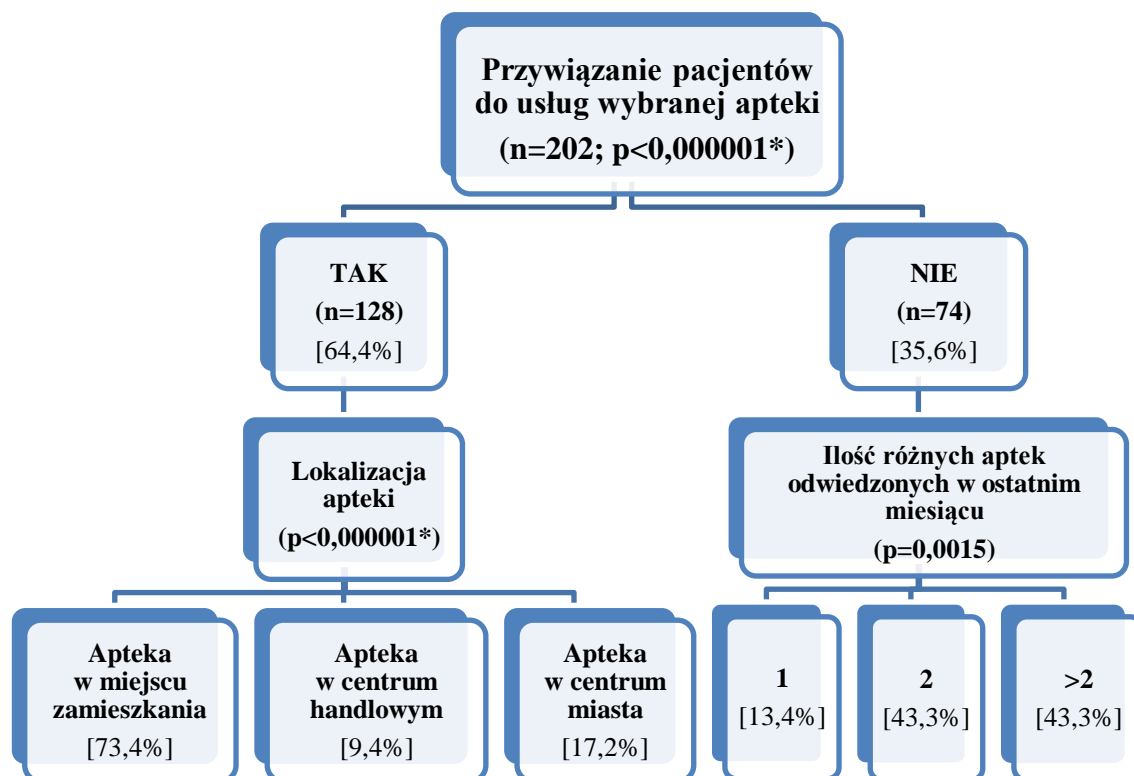
Liczba przyjmowanych leków					
Osoby ankietowane [%]	0	1-2	3-4	>4	p
Płeć (n=202):					
Kobiety	9,8	50,3	19,6	20,3	0,007*
Mężczyźni	28,6	30,6	20,4	20,4	
Wiek (n=202):					
< 35 lat	15,8	52,6	13,2	18,4	0,0001*
35-64 lat	16,6	45,6	25,2	12,6	
>64 lat	0,0	21,7	17,4	60,9	
Wykształcenie (n=202):					
Podstawowe/Zawodowe	20,6	29,4	23,5	26,5	0,225
Średnie	11,1	48,6	22,2	18,1	
Student	9,5	62,0	9,5	19,0	
Wyższe	18,5	38,9	22,2	20,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

4. Ocena funkcjonowania apteki ogólnodostępnej jako miejsca świadczenia usług medycznych w opinii pacjentów

4.1. Określenie liczby aptek z usług których korzysta ankietowany

Przyjmując założenie, że pacjent przychodzi do apteki także by uzyskać poradę, ocenie poddano stopień jego przywiązania do usług personelu wybranej apteki. Wykazano, że zasadnicza część ankietowanych korzysta z jednej apteki ($p < 0,000001$), głównie w miejscu zamieszkania, ewentualnie w centrum miasta ($p < 0,000001$). Pozostałe osoby korzystają z usług co najmniej dwóch aptek ($p = 0,0015$; Rycina 10). W ramach analizy tego zagadnienia nie stwierdzono zależności od płci i wieku ankietowanych. Dane sugerują, że pacjenci z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim i studiujący, częściej przywiązani są do usług wybranej apteki ($p = 0,033$; Tabela 6).



Rycina 10. Ocena stopnia przywiązania pacjentów do usług wybranej apteki ogólnodostępnej

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

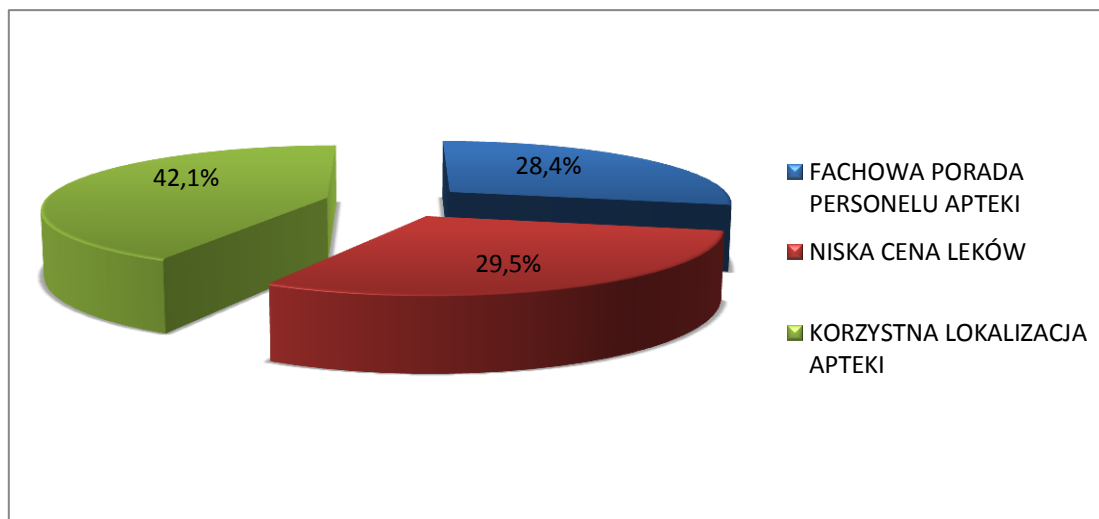
Tabela 6. Przywiązanie do usług wybranej apteki ogólnodostępnej oraz jej lokalizacji, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

Osoby ankietyowane [%]	Przywiązanie pacjentów do usług wybranej apteki (n=202)			Lokalizacja apteki (n=128)			
	Tak	Nie	p	Miejsce zamieszkania	Centrum handlowe	Centrum miasta	p
Płeć:							
Kobiety	60,8	39,2	0,192	74,2	9,7	16,1	0,828
Mężczyźni	71,4	28,6		71,4	8,6	20,0	
Wiek:							
< 35 lat	56,6	43,4	0,291	74,4	7,0	18,6	0,939
35-64 lat	67,0	33,0		72,5	11,6	15,9	
>64 lat	69,6	30,4		75,0	6,3	18,7	
Wykształcenie:							
Podstawowe/ Zawodowe	82,4	17,6	0,033*	82,1	0,0	17,9	0,116
Średnie	65,3	34,7		63,8	12,8	23,4	
Student	59,5	40,5		80,0	4,0	16,0	
Wyższe	51,9	48,1		75,0	17,9	7,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

4.2. Czynniki wpływające na przywiązanie pacjentów do usług wybranej apteki

W dalszej części badań postanowiono określić znaczenie wybranych czynników decydujących o przywiązaniu pacjenta do wybranej apteki. Znaczna część ankietyowanych jako główny argument wskazuje lokalizację apteki, w następnej kolejności niskie ceny leków i dopiero na trzecim miejscu fachowość personelu (Rycina 11). Dokonując analizy zależności znaczenia tych czynników od wieku, płci i wykształcenia ankietyowanego wykazano, że kobiety częściej niż mężczyźni wskazują znaczenie fachowej porady personelu apteki ($p=0,041$). Nie wykazano powiązań między rolą wybranych czynników a wiekiem ankietyowanych, natomiast dla osób studiujących oraz z wykształceniem średnim i wyższym lokalizacja apteki jest czynnikiem istotnym ($p=0,006$; Tabela 7).



Rycina 11. Czynniki wpływające na korzystanie z usług wybranej apteki ogólnodostępnej przez pacjentów (n=268)

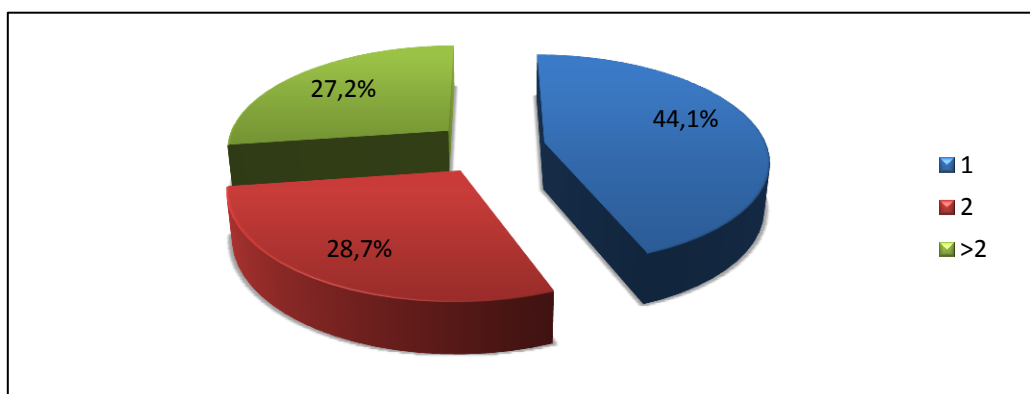
Tabela 7. Czynniki decydujące o korzystaniu z usług wybranej apteki ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

Korzystanie z usług apteki ze względu na:									
Osoby ankietyowane [%]	Fachową poradę (n=202)		p	Niską cenę leków (n=202)		p	Korzystną lokalizację (n=202)		p
	Tak	Nie		Tak	Nie		Tak	Nie	
Płeć:									
Kobiety	41,8	58,2	0,041*	39,2	60,8	0,910	54,9	45,1	0,624
Mężczyźni	24,5	75,5		38,8	61,2		59,2	40,8	
Wiek:									
< 35 lat	35,5	64,5	0,786	32,9	67,1	0,412	60,5	39,5	0,591
35-64 lat	37,9	62,1		41,7	58,3		53,4	46,6	
>64 lat	43,5	56,5		47,8	52,2		52,2	47,8	
Wykształcenie:									
Podstawowe/ Zawodowe	47,1	52,9	0,518	50,0	50,0	0,332	32,4	67,6	0,006*
Średnie	38,9	61,1		41,7	58,3		54,2	45,8	
Student	31,0	69,0		30,9	69,1		59,5	40,5	
Wyższe	35,2	64,8		35,2	64,8		70,4	29,6	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

4.3. Korzystanie pacjentów z porad farmaceuty

Podjęto także próbę określenia liczby farmaceutów z porad których korzystają ankietowani. Badania wykazały, że znacząca część ankietowanych uczęszcza do jednego farmaceuty ($p=0,005$; Rycina 12). Analiza zależności od płci, wieku i wykształcenia wykazała fakt, że mężczyźni częściej niż kobiety korzystają z porad jednego farmaceuty, natomiast kobiety częściej radzą się 2 lub więcej aptekarzy ($p=0,013$; Tabela 8).



Rycina 12. Liczba farmaceutów z usług których korzystali pacjenci w aptece ogólnodostępnej w okresie miesiąca ($n=202$, $p=0,005^*$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 8. Stopień przywiązania do usług farmaceuty, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Kontakt pacjentów z różnymi farmaceutami w ostatnim miesiącu				
Osoby ankietowane [%]	1	2	>2	p
Płeć (202):				
Kobiety	38,6	30,0	31,4	0,013*
Mężczyźni	61,2	24,5	14,3	
Wiek (202):				
< 35 lat	43,4	26,3	30,3	0,738
35-64 lat	45,6	31,1	23,3	
>64 lat	39,1	29,1	31,8	
Wykształcenie (202):				
Podstawowe/Zawodowe	50,0	35,3	14,7	0,428
Średnie	41,8	29,1	29,1	
Student	40,5	21,4	38,1	
Wyższe	46,3	29,6	24,1	

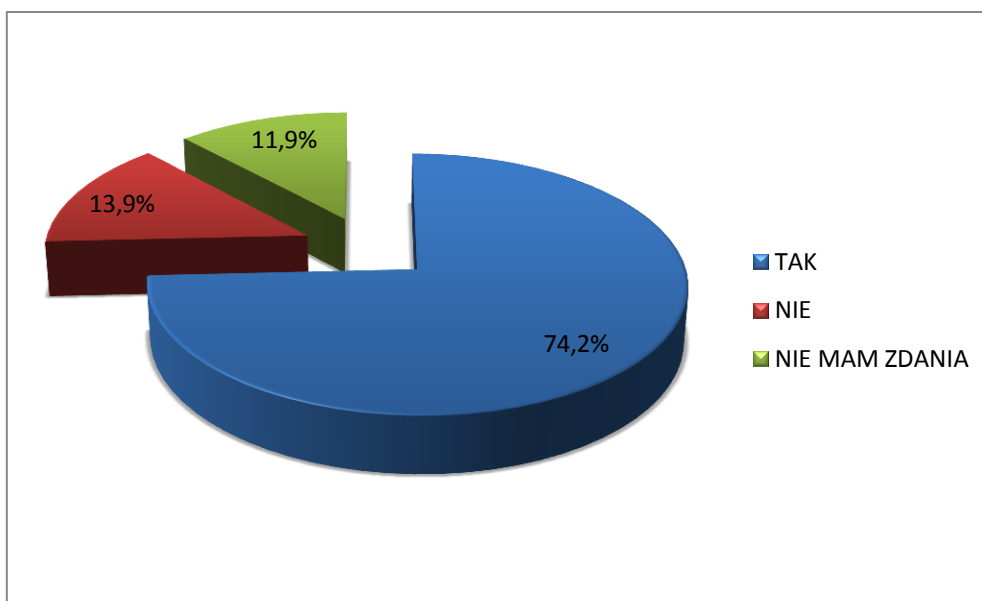
* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

5. Znaczenie porady aptekarskiej w opinii pacjentów

5.1. Ocena oczekiwań pacjentów odnośnie zakresu poradnictwa farmaceutycznego

5.1.1. Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien prowadzić edukację pacjentów podczas wizyty w aptece

Mając na uwadze znaczenie porady farmaceuty w podejmowaniu decyzji o zakupie leków postanowiono określić oczekiwania pacjentów w zakresie udzielanych porad, edukacji czy wreszcie zapotrzebowania na OF. Na zawarte w ankiecie pytanie czy aptekarz powinien prowadzić edukację w aptece ogólnodostępnej, zdecydowana większość ankietowanych odpowiada twierdząco ($p=0,000001$; Rycina 13). W tym zakresie nie wykazano różnic zależnych od płci, wieku i wykształcenia ankietowanych (Tabela 9).



Rycina 13. Określenie czy farmaceuta powinien prowadzić edukację podczas wizyty w aptece ogólnodostępnej w opinii pacjentów ($n=202$, $p=0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

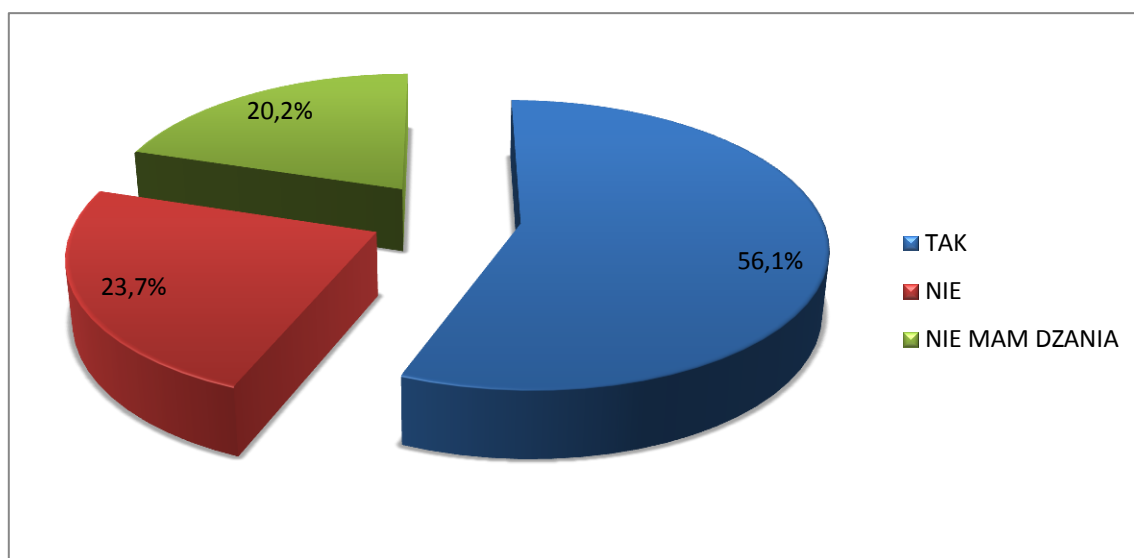
Tabela 9. Opinia na temat prowadzenia edukacji w aptece ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

Prowadzenie edukacji pacjentów				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=202):				
Kobiety	73,9	13,7	12,4	0,927
Mężczyźni	75,5	14,3	10,2	
Wiek (n=202):				
< 35 lat	81,6	10,5	7,9	0,385
35-64 lat	70,9	15,5	13,6	
>64 lat	65,2	17,4	17,4	
Wykształcenie (n=202):				
Podstawowe/Zawodowe	54,0	23,0	23,0	0,054
Średnie	72,2	15,3	12,5	
Student	85,8	7,1	7,1	
Wyższe	81,5	11,1	7,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

5.1.2. Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien udzielać porad w wydzielonym pomieszczeniu

Pacjent zwracając się do aptekarza w aptece ogólnodostępnej sygnalizuje wiele różnych zagadnień i problemów. Niektóre z nich są na tyle osobiste i krępujące, że wymagają rozmowy na osobności. Postawiono więc ankietowanym pytanie o znaczenie zachowania intymności podczas rozmowy z aptekarzem. Ponad połowa badanych potwierdza, że spotkanie z pacjentem powinno odbywać się w wydzielonym pomieszczeniu ($p < 0,000001$; Rycina 14). Analiza odpowiedzi w zależności od płci i wykształcenia jest statystycznie nieistotna. Wykazano natomiast fakt, że wraz z wiekiem wzrasta potrzeba rozmowy z aptekarzem w wydzielonym pomieszczeniu ($p = 0,030$; Tabela 10).



Rycina 14. Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien udzielać porad w wydzielonym pomieszczeniu apteki ogólnodostępnej (n=173, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

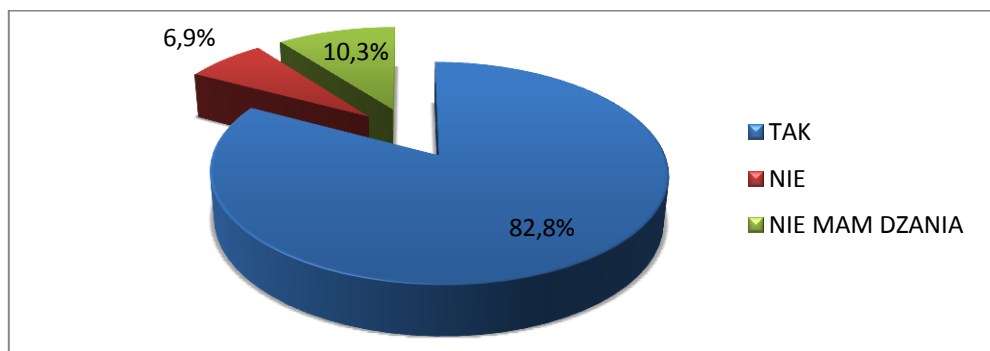
Tabela 10. Opinia odnośnie problemu czy farmaceuta powinien udzielać porady w wydzielonym pomieszczeniu apteki ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

Udzielanie porad w dyskretnym pomieszczeniu				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=173):				
Kobiety	54,2	26,0	19,8	0,487
Mężczyźni	61,9	16,7	21,4	
Wiek (n=173):				
< 35 lat	46,4	35,8	17,8	0,030*
35-64 lat	60,9	18,4	20,7	
>64 lat	68,4	5,3	26,3	
Wykształcenie (n=173):				
Podstawowe/Zawodowe	61,5	11,5	27,0	0,292
Średnie	54,0	27,9	18,1	
Student	44,7	34,2	21,1	
Wyższe	64,6	16,6	18,8	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

5.1.3. Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien udostępniać materiały edukacyjne w aptece

W kolejnym pytaniu ocenie poddano zapotrzebowanie ankietowanych na materiały edukacyjne udostępniane pacjentom przez aptekarza. Większość badanych uważa za cenny fakt, że farmaceuta wzbogaca wiedzę pacjentów przy użyciu ulotek, czasopism medycznych, czy innych pozycji popularnonaukowych ($p < 0,000001$; Rycina 15). Analiza zależności od wieku i wykształcenia nie wykazała statystycznej istotności, natomiast potwierdzono, że materiałami edukacyjnymi bardziej zainteresowane są kobiety niż mężczyźni ($p = 0,006$; Tabela 11).



Rycina 15. Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien udostępniać materiały edukacyjne w aptece ogólnodostępnej ($n = 174$, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

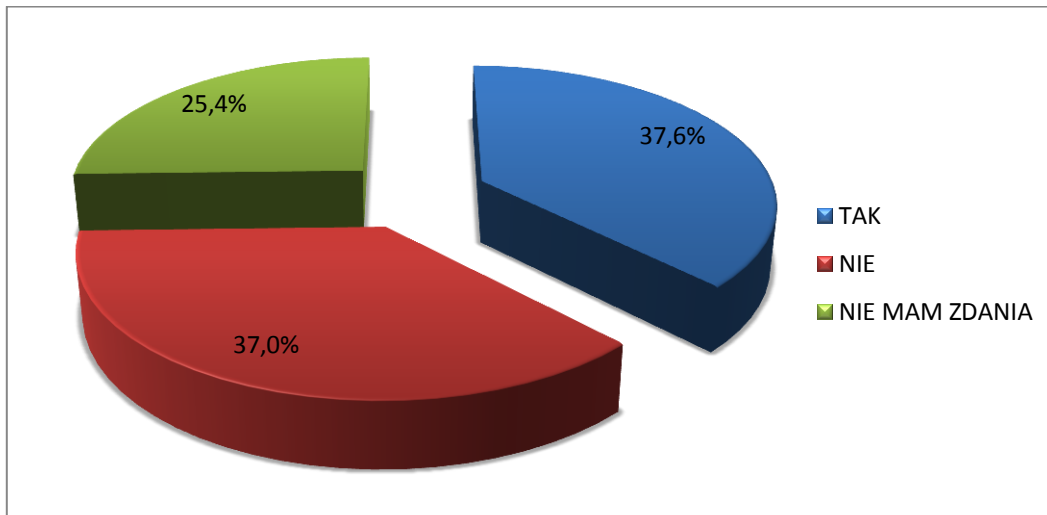
Tabela 11. Opinia odnośnie udostępniania materiałów edukacyjnych przez farmaceutę, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Udostępnianie materiałów edukacyjnych				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	87,9	5,3	6,8	0,006*
Mężczyźni	66,7	11,9	21,4	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	79,4	7,4	13,2	0,908
35-64 lat	83,9	6,9	9,2	
>64 lat	89,6	5,2	5,2	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	88,5	0,0	11,5	0,839
Średnie	81,0	9,2	9,8	
Student	79,5	7,7	12,8	
Wyższe	83,4	8,3	8,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

5.1.4. Ocena stanowiska czy farmaceuta powinien systematycznie sprawdzać prawidłowość stosowania ordynowanych leków

Zapytano także ankietowanych czy aptekarz powinien nadzorować prawidłowe przyjmowanie leków ordynowanych przez lekarza. Wobec tego problemu ankietowani nie wykazują zdecydowanego stanowiska. Porównywalna liczba osób zarówno wskazuje celowość tych działań jak i neguje zasadność spełniania tej roli przez aptekarza (Rycina 16). Ponadto kobiety częściej niż mężczyźni wyrażają potrzebę systematycznego sprawdzania prawidłowego schematu przyjmowania leków ($p=0,006$; Tabela 12).



Rycina 16. Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien systematycznie sprawdzać prawidłowość stosowania leków zaleconych przez lekarza ($n=173$, $p=0,088$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 12. Opinia odnośnie systematycznego sprawdzania przez farmaceutę prawidłowego stosowania ordynowanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Systematyczne sprawdzanie prawidłowego stosowania leków zaleconych przez lekarza				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=173):				
Kobiety	87,9	5,3	6,8	0,006*
Mężczyźni	66,7	11,9	21,4	
Wiek (n=173):				
< 35 lat	79,4	7,4	13,2	0,908
35-64 lat	83,9	6,9	9,2	
>64 lat	89,4	5,3	5,3	
Wykształcenie (n=173):				
Podstawowe/Zawodowe	88,5	0,0	11,5	0,839
Średnie	82,0	8,2	9,8	
Student	79,5	7,7	12,8	
Wyższe	83,4	8,3	8,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

5.1.5. Wskazanie zadań farmaceuty w zakresie przeprowadzanej edukacji

Przedstawiony w punkcie 1 pracy zakres zagadnień, z jakimi zwraca się pacjent w aptecę jest bardzo szeroki i dlatego oczekiwania ankietowanych obejmują wiele aspektów. Postanowiono więc zamieścić w ankiecie pytania o te elementy, które są znaczące dla pacjentów w aptecę ogólnodostępnej. Na podstawie uzyskanych danych wykazano, że farmaceuta powinien informować na temat: - zasad dawkowania i przygotowania leków do podania, - tańszych zamienników preparatów zapisanych przez lekarza, - możliwych działań niepożądanych medykamentów i sposobów ich eliminowania, - występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety, - celowości stosowania preparatów OTC lub suplementów diety, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi przez lekarza, - zalecanego stylu życia w okresie stosowania farmaceutyku, - celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków oraz - objawów i przebiegu choroby, na którą cierpi pacjent. Informacja odnośnie wszystkich zagadnień w ocenie ankietowanych jest istotna statystycznie ($p < 0,000001$; Tabela 13).

Tabela 13. Zakres zagadnień ujętych w ramach udzielanej porady i edukacji świadczonej przez farmaceutę w opinii pacjentów aptek ogólnodostępnych

Farmaceuta powinien udzielać pacjentowi informacji na temat: (n=174)	Tak [%]	Nie [%]	Nie mam zdania [%]	p
Zasad dawkowania i przygotowania leków do podania	93,7	1,7	4,6	<0,000001*
Tańszych zamienników leków zapisanych przez lekarza	89,1	3,4	7,5	<0,000001*
Możliwych działań niepożądanych leków i sposobów ich eliminowania	86,8	3,4	9,8	<0,000001*
Występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety	82,2	5,7	12,1	<0,000001*
Celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi przez lekarza	81,0	7,5	11,5	<0,000001*
Zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku	75,3	13,2	11,5	<0,000001*
Celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	69,0	15,5	15,5	<0,000001*
Objawów i przebiegu choroby, na którą cierpi pacjent	50,6	35,0	14,4	<0,000001*

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Oczekiwania pacjentów w zakresie realizacji zadań edukacyjnych aptekarza przeanalizowano w zależności od płci, wieku i wykształcenia pacjentów. Stwierdzono, że 7,7% ankietowanych nadal studiujących, nie oczekuje szerszych informacji na temat zasad dawkowania i przygotowywania leków, natomiast 15,4% osób z wykształceniem podstawowym nie potrafi wyrazić opinii na ten temat. Ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym są grupą osób najbardziej przekonanych co do słuszności tej porady ($p=0,009$; Tabela 13A). Informacje na temat tańszych zamienników leków zapisywanych przez lekarza najchętniej są uznawane za istotne przez osoby w grupie wiekowej 35-64 lata ($p=0,025$; Tabela 13B). Edukowanie pacjentów w zakresie występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety najliczniej wskazane zostało przez studentów ($p=0,016$; Tabela 13D), natomiast informacje o zalecanej zmianie stylu życia, podczas stosowania określonego leku, zdecydowanie częściej jest docenione przez kobiety ($p=0,014$; Tabela 13F). W grupie mężczyzn oraz osób z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim przeważa opinia, że farmaceuci powinni przeprowadzać edukację w zakresie celowości

stosowania zalecanego leku, mechanizmu jego działania (odpowiednio $p=0,015$, $p=0,004$; Tabela 13G) oraz objawów i przebiegu choroby, na którą cierpi pacjent (odpowiednio $p=0,037$, $p=0,009$; Tabela 13H). W analizie oceny potrzeb w zakresie pozostałych zadań edukacyjnych aptekarza nie wykazano istotnych statystycznie różnic.

Tabela 13A. Ocena edukacji w zakresie zasad dawkowania i przygotowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie zasad dawkowania i przygotowania leków				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	93,9	2,3	3,8	0,490
Mężczyźni	92,8	0,0	7,2	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	91,2	4,4	4,4	0,353
35-64 lat	95,4	0,0	4,6	
>64 lat	94,7	0,0	5,3	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	84,6	0,0	15,4	0,009*
Średnie	98,4	0,0	1,6	
Student	89,7	7,7	2,6	
Wyższe	95,8	0,0	4,2	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 13B. Ocena edukacji w zakresie tańszych zamienników leków zapisanych przez lekarza, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie tańszych zamienników leków zapisanych przez lekarza (n=174)				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	90,2	3,8	6,0	0,493
Mężczyźni	85,7	2,4	11,9	
Wiek (n=174):				
< 34 lat	85,3	2,9	11,8	0,025*
35-64 lat	93,1	1,2	5,7	
>64 lat	84,2	15,8	0,0	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	84,6	3,9	11,5	0,156
Średnie	93,5	1,6	4,9	
Student	82,0	2,6	15,4	
Wyższe	91,7	6,3	2,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 13C. Ocena edukacji w zakresie możliwych działań niepożądanych leków i sposobów ich eliminowania, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie <u>możliwych działań niepożądanych leków i sposobów ich eliminowania</u>				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	86,4	3,8	9,8	0,931
Mężczyźni	88,1	2,4	9,5	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	88,2	2,9	8,9	0,884
35-64 lat	85,1	3,4	11,5	
>64 lat	89,6	5,2	5,2	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	76,9	3,9	19,2	0,178
Średnie	83,6	4,9	11,5	
Student	92,3	5,1	2,6	
Wyższe	91,7	0,0	8,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 13D. Ocena edukacji w zakresie występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w <u>zakresie występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety</u>				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	83,4	6,8	9,8	0,206
Mężczyźni	78,6	2,4	19,0	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	82,3	5,9	11,8	0,978
35-64 lat	82,8	5,7	11,5	
>64 lat	78,9	5,3	15,8	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	61,6	3,8	34,6	0,016*
Średnie	83,6	4,9	11,5	
Student	92,3	5,2	2,5	
Wyższe	83,4	8,3	8,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 13E. Ocena edukacji w zakresie celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisnymi przez lekarza, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisnymi przez lekarza				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	79,5	9,1	11,4	0,392
Mężczyźni	85,7	2,4	11,9	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	83,8	5,9	10,3	0,268
35-64 lat	81,6	5,8	12,6	
>64 lat	68,4	21,1	10,5	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	69,2	7,7	23,1	0,429
Średnie	80,4	9,8	9,8	
Student	89,8	5,1	5,1	
Wyższe	81,2	6,4	12,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 13F. Ocena edukacji w zakresie zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	77,3	15,1	7,6	0,014*
Mężczyźni	69,0	7,1	23,9	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	76,4	13,3	10,3	0,873
35-64 lat	72,5	14,9	12,6	
>64 lat	84,2	5,3	10,5	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	76,9	0,0	23,1	0,052
Średnie	73,8	14,7	11,5	
Student	84,6	12,8	2,6	
Wyższe	68,7	18,8	12,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 13G. Ocena edukacji w zakresie celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	65,1	19,8	15,1	0,015*
Mężczyźni	81,0	2,3	16,7	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	63,3	19,1	17,6	0,526
35-64 lat	70,1	13,8	16,1	
>64 lat	84,4	10,5	5,1	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	73,1	0,0	26,9	0,004*
Średnie	73,8	18,0	8,2	
Student	64,1	28,2	7,7	
Wyższe	64,6	10,4	25,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 13H. Ocena edukacji w zakresie objawów i przebiegu choroby, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych

Edukacja pacjentów w zakresie objawów i przebiegu choroby, na którą cierpi pacjent				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=174):				
Kobiety	46,9	40,2	12,9	0,037*
Mężczyźni	61,9	19,1	19,0	
Wiek (n=174):				
< 35 lat	42,6	45,6	11,8	0,178
35-64 lat	55,2	29,9	14,9	
>64 lat	58,0	21,0	21,0	
Wykształcenie (n=174):				
Podstawowe/Zawodowe	69,3	11,5	19,2	0,009*
Średnie	55,8	34,4	9,8	
Student	38,5	53,8	7,7	
Wyższe	43,8	33,3	22,9	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

5.2. Stopień satysfakcji pacjentów z porad udzielanych przez farmaceutę

5.2.1. Ocena zakresu porad świadczonych przez farmaceutów

W kolejnej części badań postanowiono określić stopień zadowolenia ankietowanych z porad udzielanych przez farmaceutę. Pacjenci potwierdzają zadowolenie, gdy farmaceuta informuje ich w zakresie zagadnień dotyczących:

prawidłowego stosowania i przechowywania leków, zasad terapii przepisanej przez lekarza i sposobu obniżenia jej kosztów oraz gdy aptekarz, współpracując z lekarzem, ustala optymalny schemat leczenia (Tabela 14). Osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim zdecydowanie określają swoje zadowolenie z porad aptekarza w zakresie:

- przechowywania leków ($p=0,020$),
- zasad terapii ordynowanej, co dodatkowo potwierdzają osoby z wyższym wykształceniem ($p=0,002$) oraz powyżej 35 roku życia ($p=0,013$),
- ustalania skutecznej terapii przy współpracy z lekarzem, także w ocenie osób z wykształceniem wyższym ($p=0,0002$; Tabela 15).

Pacjenci w zdecydowanej większości potwierdzają fakt, że farmaceuta zawsze odpowiada na zadawane pytania (Tabela 16).

Tabela 14. Porady świadczone przez farmaceutę w opinii pacjentów aptek ogólnodostępnych

PORADY FARMACEUTY W ZAKRESIE: (n=202)	ODPOWIEDZI ANKIETOWANYCH:					WYNIKI:		
	zdecydowane niezadowolenie	raczej niezadowolenie	nie mam zdania	raczej zadowolenie	zdecydowane zadowolenie	średnia arytmetyczna ± SD	mediana	
							kwartył dolny	
							kwartył górny	
Prawidłowego stosowania leków	6	7	18	95	76	4,13±0,93	4 4 4	
Przechowywania leków	6	8	52	73	63	3,89±0,99	4 3 5	
Zasad terapii przepisanej przez lekarza	5	10	51	74	62	3,89±0,99	4 3 5	
Redukcji kosztów terapii przepisanej przez lekarza	2	6	40	61	93	4,17±0,92	4 4 5	
Najbardziej skutecznej terapii poprzez współpracę z lekarzem	5	7	56	45	89	4,02±1,04	4 3 5	

Tabela 15. Porady świadczone przez farmaceutę, a wiek, płeć i wykształcenie pacjentów

Osoby ankietowane [%] N-niezadowolone Z-zadowolone		PORADY FARMACEUTY W ZAKRESIE:																	
		Stosowania leków (n=184)			Przechowywania leków (n=150)			Zasad terapii przepisanej przez lekarza (n=151)			Redukcji kosztów terapii przepisanej przez lekarza (n=162)			Najbardziej skutecznej terapii poprzez współpracę z lekarzem (n=146)					
		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P			
Płeć																			
Kobiety		7,2	92,8		9,6	90,4		10,7	89,3		5,0	95,0		10,0	90,0				
Mężczyźni		6,7	93,3	1,000	8,6	91,4	0,892	7,7	92,3	0,642	4,8	95,2	0,522	2,9	97,1	0,448			
Wiek:																			
<35 lat		10,3	89,7		16,7	83,3		20,0	80,0		7,6	92,4		4,5	95,5				
35-64 lat		5,1	94,9	0,375	5,9	94,1	0,066	3,1	96,9	0,013*	2,9	97,1	0,202	5,1	94,9	0,052			
>64 lat		3,6	96,4		0,0	100,0		0,0	100,0		3,8	96,2		0,0	100,0				
Wykształcenie:																			
Podstawowe/ Zawodowe		9,7	90,3		0,0	100,0		0,0	100,0		3,3	96,7		0,0	100,0				
Średnie		3,1	96,9	0,215	3,8	96,2	0,020*	4,0	96,0	0,002*	1,7	98,3	0,334	3,5	96,5	0,0002*			
Student		13,9	86,1		21,4	78,6		29,0	71,0		6,7	93,3		27,6	72,4				
Wyższe		5,8	94,2		15,0	85,0		10,3	89,7		9,0	91,0		6,5	93,5				

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

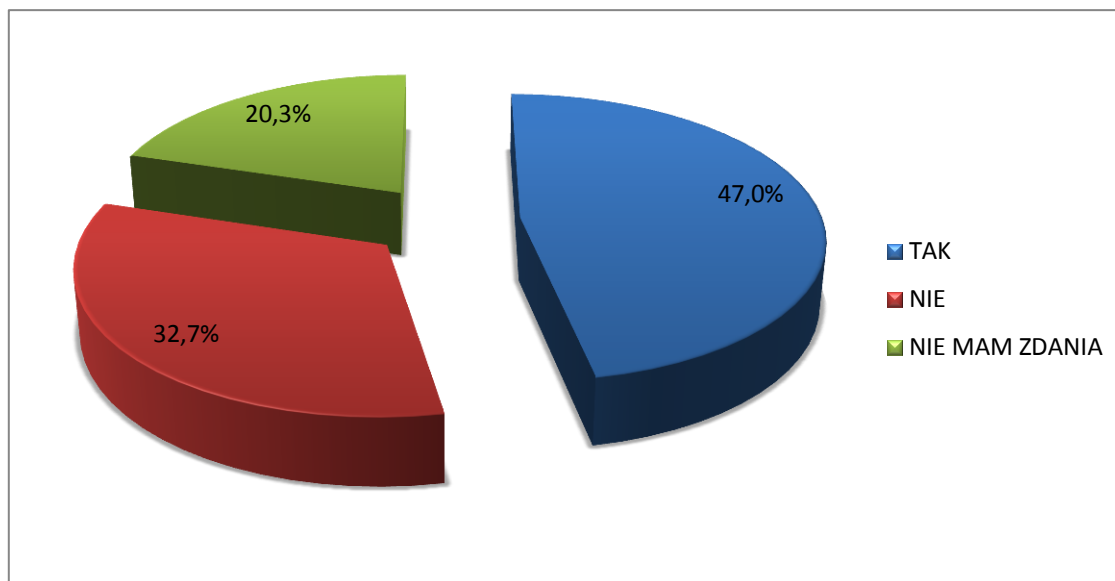
Tabela 17. Ocena czy wiedza na temat stosowanych leków jest większa po wizycie w aptecę ogólnodostępną, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

Zwiększenie wiedzy pacjentów na temat stosowanych leków				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=202):				
Kobiety	56,8	21,6	21,6	0,774
Mężczyźni	51,0	24,5	24,5	
Wiek (n=202):				
< 35 lat	46,0	23,7	30,3	0,062
35-64 lat	59,2	20,4	20,4	
>64 lat	69,6	26,1	4,3	
Wykształcenie (n=202):				
Podstawowe/Zawodowe	61,8	14,7	23,5	0,009*
Średnie	62,5	18,1	19,4	
Student	33,3	26,2	40,5	
Wyższe	59,3	29,6	11,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

5.2.3. Ocena stanu wiedzy pacjentów na temat schematu leczenia zleconego przez lekarza po konsultacji w aptecę

Podczas wizyty w gabinecie lekarskim przekazywanych jest szereg danych na temat diagnozy, możliwości leczenia, ordynowanych leków. Wobec pewnego stresu wynikającego z wielu przyczyn, pacjent nie ma możliwości zapamiętania i zrozumienia wszystkich informacji, jakie uzyskuje w trakcie wizyty. Biorąc to pod uwagę w ankiecie postanowiono określić, na ile ankietowany potwierdza pogłębienie swojej wiedzy po konsultacji w aptecę ogólnodostępną, przy realizacji recept na leki ordynowane przez lekarza. Dane wykazują, że 47,0% ankietowanych potwierdza fakt uzyskania istotnych dodatkowych informacji podczas konsultacji z farmaceutą ($p < 0,00002$; Rycina 18). Ten aspekt zagadnienia głównie wskazują osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym oraz w mniejszym stopniu z wyższym i średnim. Studenci nie wskazują istotnego znaczenia porady aptekarskiej w tym zakresie ($p = 0,001$; Tabela 18).



Rycina 18. Ocena czy wiedza pacjentów na temat leczenia przepisanego przez lekarza jest większa po wizycie w aptece ogólnodostępnej (n=202, p<0,00002*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 18. Ocena czy wiedza na temat leczenia przepisanego przez lekarza jest większa po wizycie w aptece ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów

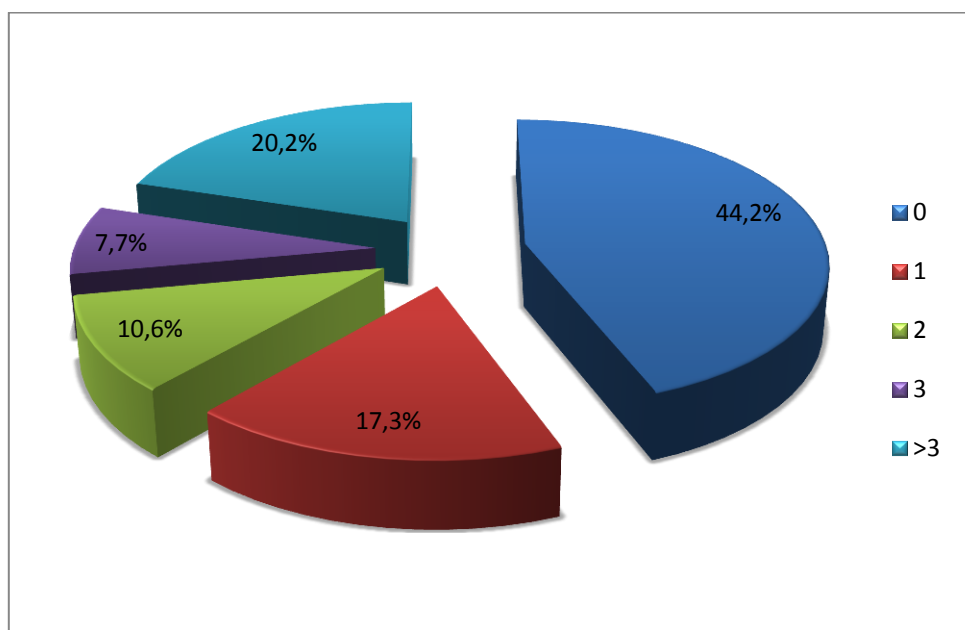
Zwiększenie wiedzy pacjentów na temat leczenia przepisanego przez lekarza				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=202):				
Kobiety	47,7	33,3	19,0	0,702
Mężczyźni	44,9	30,6	24,5	
Wiek (n=202):				
< 35 lat	39,5	39,5	21,0	0,072
35-64 lat	46,6	31,1	22,3	
>64 lat	73,9	17,4	8,7	
Wykształcenie (n=202):				
Podstawowe/Zawodowe	70,6	11,8	17,6	0,001*
Średnie	48,6	29,2	22,2	
Student	21,4	54,8	23,8	
Wyższe	50,0	33,3	16,7	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

6. Znaczenie porady aptekarskiej w opinii lekarza

6.1. Ocena współpracy lekarza z aptekarzem

Propozycja wdrażania OF sugeruje tworzenie atmosfery ścisłej współpracy pomiędzy lekarzem a farmaceutą celem optymalizacji farmakoterapii. W dalszej części pracy, w oparciu o ankietę nr 3, którą skierowano do lekarzy, oczekiwano określania liczby farmaceutów, z którymi współpracuje ordynując określoną farmakoterapię u swoich pacjentów. Ponad połowa ankietowanych lekarzy deklaruje współpracę z aptekarzami, przy czym około 20,0% wskazuje ich liczbę jako większą od 3 ($p < 0,000001$; Rycina 19). Nie wykazano w tym przypadku zależności od płci, wieku, tytułu naukowego czy stażu pracy w zawodzie. Stwierdzić można jednak, że głównie lekarze nie posiadający specjalizacji w określonej dziedzinie deklarowali współpracę z kilkoma farmaceutami ($p = 0,0005$; Tabela 19).



Rycina 19. Liczba farmaceutów z jakimi współpracuje lekarz przy ustalaniu farmakoterapii dla swoich pacjentów ($n=104$, $p < 0,000001$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 19. Liczba farmaceutów z jakimi współpracuje lekarz, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

Liczba farmaceutów z jakimi współpracują lekarze						
Osoby ankietowane [%]	0	1	2	3	>3	p
Płeć (n=104):						
Kobiety	47,6	14,3	9,5	4,8	23,8	0,374
Mężczyźni	39,0	22,0	12,2	12,2	14,6	
Wiek (n=104):						
< 35 lat	33,3	25,0	22,2	5,6	13,9	0,053
35-64 lat	51,6	11,3	4,8	9,7	22,6	
>64 lat	33,3	33,3	0,0	0,0	33,3	
Specjalizacja (n=104):						
Medycyna rodzinna	50,0	19,2	19,2	3,9	7,7	0,0005*
Choroby wewnętrzne	44,5	33,3	3,7	3,7	14,8	
Inne	66,7	3,3	0,0	6,7	23,3	
Brak	4,8	14,3	23,8	19,0	38,1	
Tytuł zawodowy/naukowy (n=104):						
Lek.	28,6	28,6	7,1	7,1	28,6	0,718
Dr n. med.	46,6	15,9	11,4	7,9	18,2	
Prof. dr hab. n. med.	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	
Staż pracy w zawodzie (n=104):						
<5 lat	36,8	23,3	23,3	3,3	13,3	0,252
5-20 lat	50,0	13,8	5,6	5,6	25,0	
>20 lat	44,7	15,8	5,3	13,2	21,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

6.2. Stopień satysfakcji lekarzy z usług świadczonych przez farmaceutów

Lekarz i farmaceuta stanowią zasadnicze profesje mające istotny wpływ na proces prawidłowego leczenia farmakologicznego pacjenta. Ważna jest zatem ocena relacji pomiędzy przedstawicielami wymienionych dziedzin wiedzy. W kolejnej części badań podjęto próbę zebrania opinii lekarzy na temat dotychczasowej ich współpracy z farmaceutami. Lekarze zasadniczo zgadzają się z tym, że farmaceuta:

- jest wiarygodnym doradcą w zakresie ogólnych informacji o leku,
- rutynowo przeprowadza konsultacje z pacjentami na temat właściwego przechowywania leków oraz informuje o tańszych zamiennikach jakie mogą być zaordynowane.

Ankietowani raczej nie zgadzają się z twierdzeniem, że aptekarz często informuje o problemach pacjentów związanych z lekami. Lekarze nie określają jednoznacznie swojego stanowiska w zakresie oceny roli farmaceuty w:

- wiarygodnym doradztwie w zakresie klinicznych informacji o preparatach,
- wykazywaniu chęci podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych,
- informowaniu o problemach związanych z receptami,
- rutynowo przeprowadzanej konsultacji z chorym na temat:
 - ✓ bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków,
 - ✓ celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych preparatów,
 - ✓ możliwych działań niepożądanych farmaceutyków i sposobów ich eliminowania,
 - ✓ zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku,
 - ✓ celowości stosowania preparatów OTC i suplementów diety, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi,
 - ✓ objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent (Tabela 20).

Tabela 20. Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego

NA PODSTAWIE DOTYCHCZASOWEGO LEKARSKIEGO DOŚWIADCZENIA FARMACEUTA:	ODPOWIEDZI LEKARZY: (n=104)					WYNIKI:		
	zdecydo- wanie nie zgadzam się	raczej nie zgadzam się	nie mam zdania	raczej zgadzam się	zdecydo- wanie zgadzam się	średnia arytmet- yczna ± SD	mediana	
							kwartyl dolny	
A. Jest wiarygodnym doradcą w zakresie ogólnych informacji o leku	9	7	9	58	21	3,72±1,13	4	
B. Jest wiarygodnym doradcą w zakresie klinicznych informacji o leku	10	30	21	28	15	3,08±1,24	4	
C. Wykazuje chęć podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych	13	25	26	25	15	3,04±1,25	4	
D. Rutynowo przeprowadza konsultacje z moimi pacjentami w zakresie:								
- bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków	20	16	29	26	13	2,96±3,16	3	
- właściwego przechowywania leków	14	11	19	38	22	3,41±1,30	4	
- celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	20	21	25	26	12	2,89±1,30	4	
- możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania	13	19	25	32	15	3,16±1,25	4	
- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (np. dieta, wysiłek fizyczny)	19	19	27	25	14	2,96±1,31	4	
- celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi	13	18	27	28	18	3,19±1,27	4	
- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent	29	23	22	17	13	2,63±1,37	4	
E. Rutynowo informuje mnie o problemach związanych z moimi receptami (np. o interakcjach między lekami, nieprawidłowym dawkowaniu)	22	20	11	31	20	3,07±1,46	4	
F. Rutynowo informuje mnie o alternatywnych, tańszych lekach jakie mogę przepisać	18	18	12	34	22	3,23±1,42	4	
G. Często informuje mnie o problemach moich pacjentów związanych z lekami	32	26	12	21	13	2,59±1,43	4	

Szczegółowa analiza wykazała, że na podstawie dotychczasowego doświadczenia to tylko lekarze ze specjalizacją medycyny rodzinnej uważają, że farmaceuta wykazuje chęć podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych ($p=0,0002$), rutynowo informuje o problemach dotyczących recept ($p=0,0002$; Tabela 21A') oraz przeprowadza konsultacje w zakresie:

- bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków ($p=0,028$),
- właściwego przechowywania preparatów ($p=0,0002$),
- możliwych działań niepożądanych farmaceutyków i sposobach ich eliminowania ($p=0,009$),
- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku ($p=0,008$),
- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent ($p=0,005$),
- celowości stosowania i mechanizmu działania ordynowanych leków, co potwierdzają także medycy bez specjalizacji ($p=0,002$),
- celowości stosowania innych leków bez recepty, co potwierdzają specjaliści chorób wewnętrznych ($p=0,0003$) i osoby powyżej 35 roku życia ($p=0,011$; Tabela 21A'').

Pozostałe aspekty analizy uwzględniające płeć, wiek, specjalizację, tytułu zawodowy/naukowy oraz staż pracy nie wykazały istotności statystycznej (Tabela 21A', Tabela 21A'', Tabela 21B', Tabela 21B'').

Tabela 21A'. Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a pleć, wiek i specjalizacja

NA PODSTAWIE DOTYCHCZASOWEGO LEKARSKIEGO DOŚWIADCZENIA FARMACEUTA:																		
Osoby ankietowane [%]	Jest wiarygodnym doradcą w zakresie ogólnych informacji o leku (n=95)			Jest wiarygodnym doradcą w zakresie klinicznych informacji o leku (n=83)			Wykazuje chęć podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych (n=78)			Rutynowo informuje mnie o problemach związanych z moimi receptami (n=93)			Rutynowo informuje mnie o alternatywnych, tańszych lekach jakie mogę przepisać (n=92)			Często informuje mnie o problemach moich pacjentów związanych z lekami (n=92)		
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Płeć:																		
Kobiety	17,6	82,4		52,9	47,1		52,0	48,0		42,4	57,6		43,1	56,9		67,2	32,8	
Mężczyźni	15,8	84,2	1,000	40,6	59,4	0,367	42,8	57,2	0,485	50,0	50,0	0,521	32,3	67,7	0,378	55,9	44,1	0,371
Wiek:																		
< 35 lat	24,2	75,8		53,3	46,7		61,5	38,5		46,9	53,1		38,7	61,3		71,0	29,0	
35-64 lat	14,3	85,7	0,318	49,0	51,0	0,181	43,8	56,2	0,244	46,4	53,6	0,609	41,8	58,2	0,547	60,3	39,7	0,305
>64 lat	0,0	100,0		0,0	100,0		25,0	75,0		20,0	80,0		16,7	83,3		33,3	66,7	
Specjalizacja:																		
Medycyna rodzinna	5,0	95,0		22,2	77,8		23,8	76,2		9,5	90,5		20,0	80,0		40,0	60,0	
Choroby wewnętrzne	16,0	84,0	0,300	41,7	58,3	0,111	43,5	56,5	0,0002*	56,5	43,5	0,0002*	40,0	60,0	0,368	61,5	38,5	0,126
Inne	16,0	84,0		60,0	40,0		52,9	47,1		44,0	56,0		41,7	58,3		65,2	34,8	
Brak	28,0	72,0		66,7	33,3		82,3	17,7		66,7	33,3		52,2	47,8		82,6	17,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 21A'. Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a pleć, wiek i specjalizacja

Osoby ankietyowane [%] N-niezadowolone Z-zadowolone	NA PODSTAWIE DOTYCHCZASOWEGO LEKARSKIEGO DOŚWIADCZENIA FARMACEUTA RUTYNOWO PRZEPROWADZA KONSULTACJE Z MOIMI PACJENTAMI W ZAKRESIE:																				
	bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zżywanych leków (n=75)			-właściwego przechowywania leków (n=85)			-celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków (n=79)			-możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania (n=79)			- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (n=77)			- celowości stosowania innych leków bez recepty (n=77)			- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent (n=82)		
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Płeć:																					
Kobiety	48,9	51,1		26,9	73,1		57,1	42,9		43,5	56,5		52,0	48,0		36,7	63,3		65,4	34,6	
Mężczyźni	46,4	53,6	1,000	33,3	66,7	0,627	43,3	56,7	0,255	36,4	63,6	0,643	44,4	55,6	0,635	46,4	53,6	0,472	60,0	40,0	0,642
Wiek:																					
< 34 lat	44,4	55,6		37,0	63,0		53,6	46,4		53,6	46,4		53,8	46,2		58,1	41,9		67,9	32,1	
35-64 lat	51,1	48,9	0,785	25,5	74,5	0,499	53,2	46,8	0,649	34,8	65,2	0,213	48,9	51,1	0,694	30,2	69,8	0,011*	64,0	36,0	0,289
>64 lat	33,3	66,7		33,3	66,7		25,0	75,0		20,0	80,0		25,0	75,0		0,0	100,0		25,0	75,0	
Specjalizacja:																					
Medycyna rodzinna	21,1	78,9		0,0	100,0		23,8	76,2		10,5	89,5		15,8	84,2		10,0	90,0		35,0	65,0	
Choroby wewnętrzne	65,0	35,0	0,028*	37,5	62,5	0,0002*	72,2	27,8	0,002*	52,6	47,4	0,009*	63,2	36,8	0,008*	38,9	61,1	0,0003*	58,3	41,7	0,005*
Inne	61,1	38,9		43,5	56,5		59,1	40,9		40,9	59,1		57,1	42,9		44,4	55,6		85,0	15,0	
Brak	44,4	55,6		35,3	64,7		23,8	76,2		57,9	42,1		61,1	38,9		73,7	26,3		77,8	22,2	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 21B'. Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

Osoby ankietowane [%]		NA PODSTAWIE DOTYCHCZASOWEGO LEKARSKIEGO DOŚWIADCZENIA FARMACEUTA:																
		Jest wiarygodnym doradcą w zakresie ogólnych informacji o leku			Jest wiarygodnym doradcą w zakresie klinicznych informacji o leku			Wykazuje chęć podjęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych			Rutynowo informuje pacjentów o problemach związanych z moimi receptami			Rutynowo informuje mnie o alternatywnych, tańszych lekach, jakie mogę przepisać			Często informuje mnie o problemach moich pacjentów związanych z lekami	
N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	
Tytuł zawodowy/naukowy																		
Lek.	21,4	78,6		41,7	58,3		36,4	63,6		46,2	53,8		39,5	60,5		65,4	34,6	
Dr n. med.	16,5	83,5	0,700	49,3	50,7	0,939	50,8	49,2	0,919	38,5	61,5	0,967	35,7	64,3		41,7	58,3	0,406
Prof. dr hab. n. med.	0,0	100,0		50,0	50,0		50,0	50,0		50,0	50,0		50,0	50,0		100,0	0,0	
Staż pracy w zawodzie:																		
< 5 lat	24,1	75,9		60,0	40,0		68,2	31,8		55,6	44,4		46,2	53,8		76,9	23,1	
5-20 lat	15,6	84,4	0,536	43,3	56,7	0,509	48,1	51,9	0,218	34,3	65,7	0,448	26,5	73,5		50,0	50,0	0,297
> 20 lat	11,8	88,2		42,9	57,1		34,5	65,5		48,4	51,6		46,9	53,1		65,6	34,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 21B''. Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zewodzie

Osoby ankietywane [%] N-niezadowolenie Z-zadowolenie	NA PODSTAWIE DOTYCHCZASOWEGO LEKARSKIEGO DOŚWIADCZENIA FARMACEUTA RUTYNOWO PRZEPROWADZA KONSULTACJE Z MOIMI PACJENTAMI W ZAKRESIE:																				
	-bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków			- właściwego przechowywania leków			-celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków			-możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania			- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku			- celowości stosowania innych leków bez recepty			- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent		
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Tytuł zawodowy/naukowy																					
Lek.	54,5	45,5		26,8	73,2		51,5	48,5		40,6	59,4		50,8	49,2		40,6	59,4		65,2	34,8	
Dr n. med.	45,2	54,8	0,476	33,3	66,7	0,246	45,5	54,5	0,748	38,5	61,5	0,442	41,7	58,3	0,753	27,3	72,7	0,356	58,3	41,7	0,493
Prof. dr.hab. n. med.	100,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0		50,0	50,0		50,0	50,0		100,0	0,0		0,0	100,0	
Staż pracy w zawodzie:																					
< 5 lat	45,5	54,5		36,4	63,6		52,2	47,8		52,2	47,8		54,5	45,5		57,7	42,3		69,6	30,4	
5-20 lat	53,6	46,4	0,762	21,2	78,8	0,421	46,7	53,3	0,893	23,3	76,7	0,164	37,0	63,0	0,565	28,0	72,0	0,600	64,5	35,5	0,885
> 20 lat	44,0	66,0		33,3	66,7		57,7	42,3		50,0	50,0		57,1	42,9		34,6	65,4		57,1	42,9	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

6.3. Oczekiwania lekarzy w zakresie doradztwa farmaceutycznego

Przeprowadzona ankieta objęła także zagadnienie analizy oczekiwań lekarzy względem aptekarzy. Według uzyskanych danych farmaceuta zdecydowanie powinien być specjalistą w dziedzinie farmakologii oraz edukować pacjentów w zakresie właściwego przechowywania leków. W tej ocenie aptekarz raczej powinien:

- doradzać w zakresie alternatywnej, tańszej terapii,
- edukować pacjentów w zakresie:
 - ✓ bezpieczeństwa oraz prawidłowego stosowania leków,
 - ✓ celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych preparatów,
 - ✓ możliwych działań niepożądanych leków i sposobów ich eliminowania,
 - ✓ zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku,
 - ✓ celowości stosowania innych leków możliwych do nabycia bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi,
- monitorować odpowiedzi na problemy zgłaszane przez pacjenta w trakcie leczenia i informować o tym lekarzy,
- posiadać wiedzę na temat specyficznych wskazań leków, które zapisuje lekarz,
- wybierać odpowiednie leki OTC dla pacjentów.

Lekarze raczej nie zgadzają się, aby farmaceuta wziął na siebie osobistą odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów lekowych oraz by edukował pacjentów na temat objawów i przebiegu choroby na którą cierpi. Ankietowani nie przedstawiają zdecydowanego stanowiska w zakresie konieczności prowadzenia kompletnej dokumentacji w aptece dotyczącej stosowanych leków przez pacjenta, asystowania farmaceuty w układaniu terapii lekowych dla pacjentów oraz wzięcia odpowiedzialności za regularne uzupełnianie leków pacjentów (Tabela 22).

Tabela 22. Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego

AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE OD FARMACEUTY W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ	ODPOWIEDZI LEKARZY (n=104):					WYNIKI:		
	zdecydo- wanie nie zgadzam się	raczej nie zgadzam się	nie mam zdania	raczej zgadzam się	zdecydo- wanie zgadzam się	średnia arytme- tyczna ±SD	mediana	
							kwartyl dolny	kwartyl górny
A. Wzięcia na siebie osobistej odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych moich pacjentów	24	40	6	19	15	2,63±1,39	2 2 4	
B. Prowadzenia kompletnej dokumentacji dotyczącej stosowanych leków przez mojego pacjenta	19	25	10	29	21	3,08±1,44	3 2 4	
C. Doradztwa w zakresie alternatywnej, tańszej terapii	7	17	1	41	38	3,83±1,27	4 4 4	
D. Aby był specjalistą w dziedzinie farmakologii	4	2	5	37	56	4,35±0,95	5 4 4	
E. Asystowania w układaniu terapii lekowych dla moich pacjentów	16	34	17	18	19	2,90±1,36	3 2 4	
F. Edukowania moich pacjentów w zakresie:								
- bezpieczeństwa oraz prawidłowego stosowania leków	6	5	0	44	49	4,20±1,07	4 4 4	
- właściwego przechowywania leków	2	0	0	23	79	4,70±0,67	5 5 4	
- celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków	12	25	12	25	30	3,35±1,41	4 2 4	
- możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania	6	7	3	51	37	4,02±1,09	4 4 4	
- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (np. dieta, wysiłek fizyczny)	3	5	6	45	45	4,19±0,96	4 4 4	
- celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi	11	10	5	39	39	3,82±1,32	4 4 4	
- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent	29	37	8	10	20	2,57±1,47	2 1 4	
G. Monitorowania odpowiedzi na leczenie moich pacjentów i informowania mnie, jeśli pacjent ma problemy	11	17	13	34	29	3,51±1,34	4 2 4	
H. Wiedzy na temat specyficznych wskazań leków, które zapisuję	6	10	7	41	40	3,95±1,17	4 4 4	
I. Wzięcia odpowiedzialności za regularne uzupełnianie leków moich pacjentów	15	25	15	25	24	3,17±1,40	3 2 4	
J. Wyboru odpowiednich leków OTC dla moich pacjentów	11	23	11	27	32	3,44±1,40	4 2 4	

Szczegółowa analiza wykazała, że najmłodszy jak i najstarsi lekarze zdecydowanie popierają pomoc farmaceuty podczas układania terapii lekowych dla pacjentów ($p=0,012$), w znaczącej części ze stażem zawodowym poniżej 5 lat ($p=0,015$), ze specjalizacją medycyny rodzinnej i bez specjalizacji ($p=0,002$). Lekarze, głównie ze specjalizacją medycyny rodzinnej, zgadzają się także, żeby farmaceuta:

- wziął na siebie osobistą odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów lekowych ($p=0,0001$),
- prowadził kompletną dokumentację dotyczącą stosowanych leków przez pacjenta ($p=0,017$),
- doradzał w zakresie wyboru alternatywnej, tańszej terapii dla chorych ($p=0,001$; Tabela 23A'), przy czym potwierdzają ten fakt także osoby bez tytułu naukowego ($p=0,005$; Tabela 23B'),
- edukował pacjenta w zakresie objawów i przebiegu choroby na którą cierpi ($p=0,001$; Tabela 23A''),
- monitorował odpowiedź pacjentów na leczenie i informował, jeśli pacjent ma jakiegokolwiek problemy, co potwierdzają także osoby bez specjalizacji ($p=0,027$; Tabela 23A''').

Osoby poniżej 35 i powyżej 65 roku życia aktualnie oczekują edukacji chorego o możliwych działaniach niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania ($p<0,000001$; Tabela 23A''), a medycy z tytułem naukowym na temat zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku ($p=0,012$). Lekarze i profesorowie uważają, że pacjent powinien być informowany przez farmaceutę o właściwym przechowywaniu leków ($p=0,022$; Tabela 23B''). Mężczyźni częściej niż kobiety oczekują od aptekarza znajomości specyficznych wskazań leków, które są ordynowane ($p=0,012$; Tabela 23A''').

Tabela 23A'. Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja

AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE W APTECE OGÓLNOOSTĘPNEJ:															
Osoby ankietyowane [%] N-niezadowolone Z-zadowolone	Wzięcia na siebie osobistej odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych moich pacjentów (n=98)			Prowadzenia kompletnej dokumentacji dotyczącej stosowanych leków przez mojego pacjenta (n=94)			Doradztwa w zakresie alternatywnej, tańszej terapii (n=103)			Aby był specjalistą w dziedzinie farmakologii (n=99)			Asystowania w układaniu terapii lekowych dla pacjentów (n=87)		
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Płeć:															
Kobiety	61,7	38,3		40,4	59,6		27,4	72,6		5,0	95,0		61,5	38,5	0,383
Mężczyźni	71,1	28,9		56,8	43,2	0,142	17,1	82,9		7,7	92,3		51,4	48,6	
Wiek:															
< 35 lat	56,3	43,7		44,5	55,5		14,3	85,7		5,7	94,3		40,6	59,4	0,012*
35-64 lat	70,0	30,0	0,437	49,1	50,9	0,869	29,0	71,0	0,269	6,9	93,1	1,000	69,2	30,8	
>64 lat	66,7	33,3		33,3	66,7		16,7	83,3		0,0	100,0		33,3	66,7	
Specjalizacja:															
Medycyna rodzinna	28,6	71,4	0,0001*	20,0	80,0	0,017*	0,0	100,0	0,001*	4,8	95,2	0,689	26,3	73,7	0,002*
Choroby wewnętrzne	80,0	20,0		56,0	44,0		43,3	56,7		3,7	96,3		83,3	16,7	
Inne	76,9	23,1		60,9	39,1		25,9	74,1		3,8	96,2		72,7	27,3	
Brak	66,7	33,3		46,2	53,8		16,0	84,0		12,0	88,0		40,9	59,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 23A'' . Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płęć, wiek i specjalizacja

Osoby ankietowane [%]	AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE OD FARMACEUTY W WIPIECE OGÓLNODESIĘPNEJ EDUKOWANIA PACJENTÓW W ZAKRESIE:																				
	-bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania leków (n=104)			- właściwego przechowywania leków (n=104)			-celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków (n=92)			-możliwych działań niepożądaných leków i sposobach ich eliminowania (n=101)			- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku (n=98)			- celowości stosowania innych leków bez recepty (n=99)			- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent (n=98)		
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
N-niezadowolone																					
Z-zadowolone																					
Płęć:																					
Kobiety	11,1	88,9		1,6	98,4		45,5	54,5	0,279	16,7	83,3	0,231	10,0	90,0	0,479	23,7	76,3	0,617	68,3	31,7	1,000
Mężczyźni	9,8	90,2	1,000	97,6	2,4	1,000	32,4	67,6		7,3	92,7		5,3	94,7		17,5	82,5		69,4	30,6	
Wiek:																					
< 35 lat	11,1	88,9		5,6	94,4		35,3	64,7	0,825	17,1	82,9	<0,00001*	9,1	90,9	1,000	20,0	80,0	0,722	68,6	31,4	1,000
35-64 lat	9,7	90,3	0,658	0,0	100,0	0,230	43,4	56,6		88,3	11,7		8,3	91,7		20,7	79,3		69,1	30,9	
>64 lat	16,7	83,3		0,0	100,0		40,0	60,0		0,0	100,0		0,0	100,0		33,3	66,7		66,7	33,3	
Specjalizacja:																					
Medyczna rodzinna	4,8	95,2		0,0	100,0		25,0	75,0		5,0	95,0		5,0	95,0		10,0	90,0		28,6	71,4	0,001*
Choroby wewnętrzne	16,7	83,3	0,598	0,0	100,0	0,100	41,7	58,3	0,328	13,8	86,2	0,860	10,0	90,0	0,676	27,6	72,4	0,822	81,5	18,5	
Inne	7,4	92,6		0,0	100,0		54,2	45,8		14,8	85,2		8,0	92,0		24,0	76,0		83,3	16,7	
Brak	11,5	88,5		7,7	92,3		37,5	62,5		16,0	84,0		8,7	91,3		20,0	80,0		75,0	25,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 23A'''' . Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja

Osoby ankietowane [%] N-niezadowolone Z-zadowolone	AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ:											
	Monitorowania odpowiedzi na leczenie moich pacjentów i informowania, jeśli pacjent ma jakiegokolwiek problemy (n=91)			Wiedzy na temat specyficznych wskazań leków, które zapisuje lekarz (n=97)			Wziewcia odpowiedzialności za regularne uzupełnianie leków pacjentów (n=89)			Wyboru odpowiednich leków OTC dla pacjentów (n=93)		
	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p
Płeć:												
Kobiety	34,0	66,0	0,495	24,6	75,4	0,012*	48,2	51,8	0,510	41,4	58,6	0,269
Mężczyźni	26,3	73,7		5,0	95,0		39,4	60,6		28,6	71,4	
Wiek:												
< 35 lat	21,2	78,8		11,4	88,6		40,7	59,3		37,5	62,5	
35-64 lat	35,8	64,2	0,317	19,3	80,7	0,509	48,2	51,8	0,735	37,5	62,5	0,876
>64 lat	40,0	60,0		20,0	80,0		33,3	66,7		20,0	80,0	
Specjalizacja:												
Medycyna rodzinna	10,0	90,0		10,0	90,0		25,0	75,0		20,0	80,0	
Choroby wewnętrzne	40,0	60,0	0,027*	26,9	73,1	0,534	59,3	40,7	0,054	48,1	51,9	0,382
Inne	52,2	47,8		15,4	84,6		45,8	54,2		36,4	63,6	
Brak	17,4	82,6		12,0	88,0		44,4	55,6		37,5	62,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 23B: Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

Osoby ankietowane [%] N-niezadwołenie Z-zadwołenie		AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE OD FARMACEUTY W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ:														
		Wzjęcia na siebie osobistej odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych moich pacjentów			Prowadzenia kompletnej dokumentacji dotyczącej stosowanych leków przez mojego pacjenta			Doradztwa w zakresie alternatywnej, tańszej terapii			Aby był specjalistą w dziedzinie farmakologii			Asystowania w układaniu terapii lekowych dla pacjentów		
		N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p
Tytuł zawodowy/naukowy																
Lek.	69,2	30,8		50,0	50,0		18,4	81,6		6,0	94,0		56,7	43,3		
Dr.n. med.	63,9	36,1	0,884	45,0	55,0	0,542	50,0	50,0	0,005*	7,7	92,3	0,574	66,7	33,3	0,531	
Prof. dr hab. n. med.	100,0	0,0		100,0	0,0		50,0	50,0		0,0	100,0		0,0	100,0		
Staż pracy w zawodzie:																
< 5 lat	57,7	42,3		40,0	60,0		13,8	86,2		6,9	93,1		34,6	65,4		
5-20 lat	68,6	31,4	0,344	48,5	51,5	0,106	30,6	69,4	0,242	5,9	94,1	1,000	67,9	32,1	0,015*	
>20 lat	67,6	32,4		51,6	48,4		23,7	76,3		5,6	94,4		66,7	33,3		

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 23B''. Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

Osoby ankietowane [%]	AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE OD FARMACEUTY W APIECE OGÓLNODOSTĘPNEJ EDUKOWANIA PACJENTÓW W ZAKRESIE:																							
	-bezpieczeństwa i prawidłowego stosowania zażywanych leków			- właściwego przechowywania leków			-celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków			-możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania			- zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku			- celowości stosowania innych leków bez recepty			- objawów i przebiegu choroby na którą cierpi pacjent					
	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P			
Tytuł zawodowy/naukowy																								
Lek.	9,1	90,9		0,0	100,0		40,3	59,7		12,9	87,1		9,3	90,7		19,0	81,0		66,7	33,3				
Dr n. med.	21,4	78,6	0,340	14,3	85,7	0,022*	46,2	53,8	0,802	14,3	85,7	1,000	0,0	100,0	0,012*	28,6	71,4	0,056	78,6	21,4	0,252			
Prof. dr hab. n. med.	0,0	100,0		0,0	100,0		0,0	100,0		0,0	100,0		0,0	100,0		100,0	0,0		100,0	0,0				
Staż pracy w zawodzie:																								
< 5 lat	10,0	90,0		6,7	93,3		31,0	69,0		13,8	86,2		7,4	92,6		17,2	82,8		69,0	31,0				
5-20 lat	5,3	94,7	0,266	0,0	100,0	0,081	42,4	57,6	0,322	10,8	89,2	0,971	2,8	97,2	0,347	19,4	80,6	0,917	75,8	24,2	0,431			
>20 lat	16,7	83,3		0,0	100,0		46,7	53,3		14,3	85,7		14,3	85,7		26,5	73,5		61,8	38,2				

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 23B''': Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

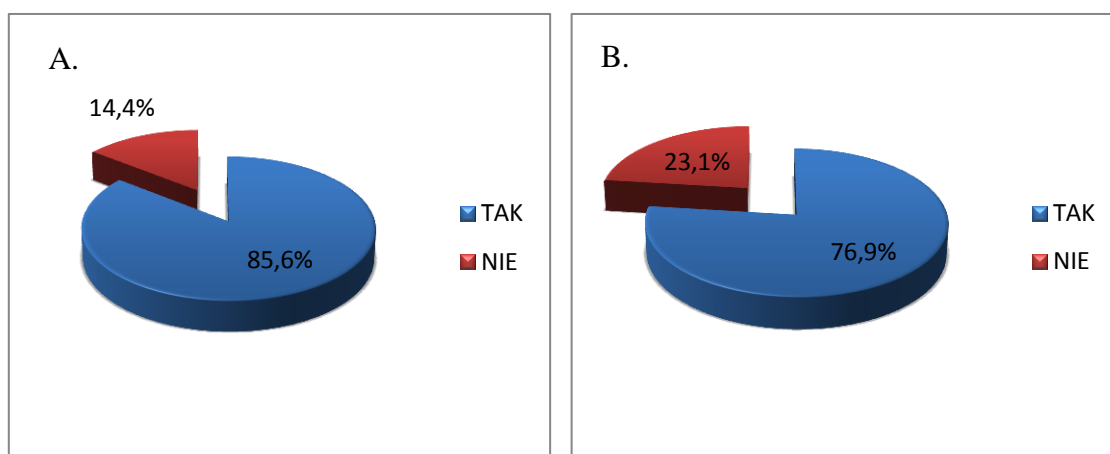
Osoby ankietowane [%]	AKTUALNIE LEKARZ OCZEKUJE OD FARMACEUTY W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ:											
	Monitorowania odpowiedzi na leczenie moich pacjentów i informowania, jeśli pacjent ma jakiegokolwiek problemy			Wiedzy na temat specyficznych wskazań leków, które zapisuje lekarz			Wzjęcia odpowiedzialności za regularne uzupełnianie leków pacjentów			Wyboru odpowiednich leków OTC dla pacjentów		
	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p	N	Z	p
Tytuł zawodowy/naukowy												
Lek.	28,2	71,8		15,7	84,3		43,2	56,8		35,0	65,0	
Drn. med.	45,5	54,5	0,403	25,0	75,0	0,446	53,8	46,2	0,865	36,4	63,6	0,198
Prof. dr hab. n. med.	50,0	50,0		0,0	100,0		50,0	50,0		100,0	0,0	
Staż pracy w zawodzie:												
< 5 lat	14,8	85,2		10,3	89,7		45,5	54,5		35,7	64,3	
5-20 lat	45,5	54,5	0,141	19,4	80,6	0,618	45,5	54,5	0,224	28,1	71,9	0,454
>20 lat	29,0	71,0		18,8	81,2		44,1	55,9		45,5	54,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

7. Oczekiwania pacjentów i lekarzy odnośnie zakresu wdrażania opieki farmaceutycznej

7.1. Ocena celowości wdrażania opieki farmaceutycznej aptek ogólnodostępnych w opinii pacjentów i lekarzy

Profesjonalne doradztwo jest codzienną praktyką aptek ogólnodostępnych. Prowadzenie OF jest procesem złożonym i specjalistycznym, stąd aktualnie niewiele aptek świadczy tą usługę. W kolejnej części badań na podstawie ankiety nr 2 i 3, zapytano zarówno pacjentów jak i lekarzy, czy OF powinna być wprowadzona do aptek. Wszyscy ankietowani zgodnie potwierdzają celowość wdrożenia tej usługi (odpowiednio $p < 0,000001$, Rycina 20A; $p < 0,000001$, Rycina 20B). Decyzja ta jest niezależna od wieku, wykształcenia i płci pacjentów (Tabela 24A). Najbardziej przekonani o tym są lekarze powyżej 64 roku życia i w wieku do 35 lat ($p = 0,027$), analogicznie ze stażem pracy większym niż 20 lat i mniejszym niż 5 lat ($p = 0,023$). Implementacja OF do aptek powinna nastąpić głównie według medyków ze specjalizacją z chorób wewnętrznych jak i tych bez specjalizacji ($p = 0,012$; Tabela 24B).



Rycina 20. Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych w opinii:

A – pacjentów (n=174, $p < 0,000001$ *), B – lekarzy (n=104, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 24A. Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych, a płeć, wiek i wykształcenie pacjenta

Osoby ankietowane [%]	Wprowadzenie do aptek ogólnodostępnych OF		
	Tak	Nie	p
Płeć (n=174):			
Kobiety	88,2	11,8	0,396
Mężczyźni	83,3	16,7	
Wiek (n=174):			
< 34 lat	89,7	10,3	0,473
35-64 lat	82,8	17,2	
>64 lat	15,8	84,2	
Wykształcenie (n=174):			
Podstawowe/Zawodowe	76,9	23,1	0,407
Średnie	83,6	16,4	
Student	89,7	10,3	
Wyższe	89,6	10,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

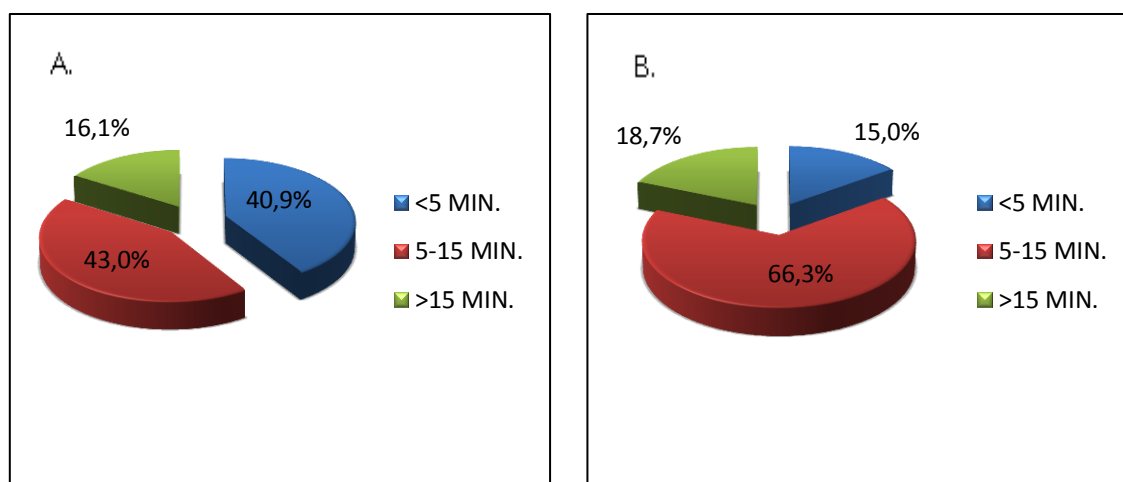
Tabela 24B. Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza

Osoby ankietowane [%]	Wprowadzenie OF do aptek ogólnodostępnych		
	Tak	Nie	p
Płeć (n=104):			
Kobiety	74,6	25,4	0,635
Mężczyźni	80,5	19,5	
Wiek (n=104):			
< 35 lat	88,9	11,1	0,027*
35-64 lat	67,7	32,3	
>64 lat	100,0	0,0	
Specjalizacja (n=104):			
Medycyna rodzinna	60,0	40,0	0,012*
Choroby wewnętrzne	90,5	9,5	
Inne	70,4	29,6	
Brak	92,3	7,7	
Tytuł zawodowy/naukowy (n=104):			
Lek.	76,1	23,9	0,496
Dr n. med.	85,7	14,3	
Prof. dr hab. n. med.	50,0	50,0	
Staż pracy w zawodzie (n=104):			
< 5 lat	93,3	6,7	0,023*
5-20 lat	66,7	33,3	
> 20 lat	73,7	26,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

7.2. Ocena czasu jaki powinien być poświęcony przez farmaceutę sprawującego opiekę farmaceutyczną w opinii pacjentów i lekarzy

W kolejnej części badań określono w ankiecie, jaki czas powinien być przeznaczony na wizytę w ramach OF. Pacjenci porównywalnie stwierdzają, że wizyta powinna trwać do 5 minut, a także od 5 do 15 minut ($p=0,00005$, Rycina 21A). Lekarze w znaczącej części uważają, że odpowiedni czas trwania to minimum 5 minut przy maksymalnym okresie 15 minut ($p<0,000001$; Rycina 21B). Kobiety częściej niż mężczyźni uważają, że spotkania z farmaceutą powinny być dłuższe, przy czym zarówno pacjentki jak i lekarki określają maksymalny czas trwania jako 15 minut (odpowiednio $p=0,012$, Tabela 25A; $p=0,062$, Tabela 25B), podobnie jak medycy najmłodsi i najstarsi ($p=0,05$), bez specjalizacji i z grupy inne ($p=0,0009$; Tabela 25B).



Rycina 21. Czas trwania wizyty w ramach OF w opinii:

A – pacjentów (n=149, $p=0,00005^*$), B – lekarzy (n=80, $p<0,000001^*$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 25A. Czas jaki powinien poświęcić farmaceuta świadczący OF, a płeć, wiek i wykształcenie pacjenta

Osoby ankietowane [%]	Czas jaki powinien być poświęcony w ramach OF			
	<5 min.	5-15 min.	> 15 min	p
Płeć (n=142):				
Kobiety	34,2	48,2	17,6	0,012*
Mężczyźni	62,9	25,7	11,4	
Wiek (n=142):				
< 34 lat	42,6	42,6	14,8	0,890
35-64 lat	40,3	44,4	15,3	
>64 lat	37,5	37,5	25,0	
Wykształcenie (n=142):				
Podstawowe/Zawodowe	40,0	30,0	30,0	0,149
Średnie	35,3	45,1	19,6	
Student	37,1	45,7	17,2	
Wyższe	51,2	44,2	4,6	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

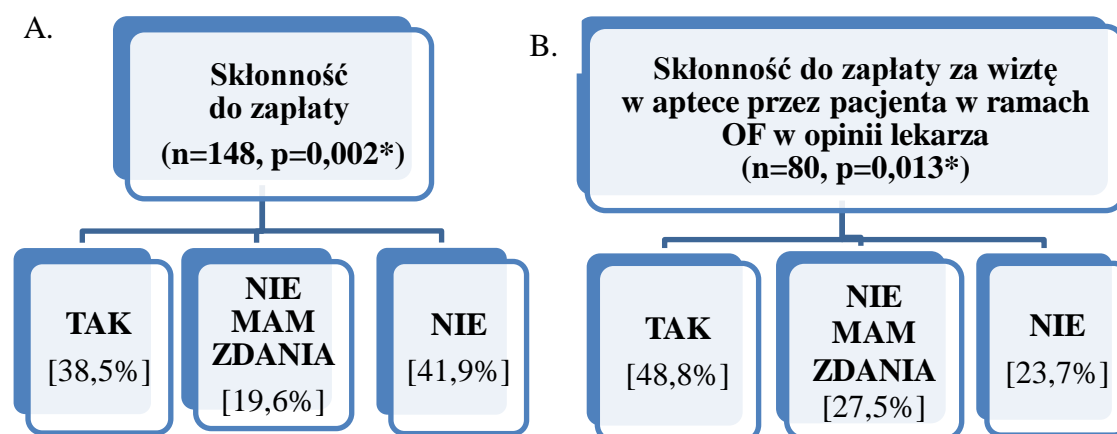
Tabela 25B. Czas jaki powinien poświęcić farmaceuta świadczący OF, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza

Osoby ankietowane [%]	Czas jaki powinien być poświęcony w ramach OF (n=80)			
	<5 min.	5-15 min.	> 15 min	p
Płeć				
Kobiety	8,5	66,0	25,5	0,062*
Mężczyźni	24,2	66,7	9,1	
Wiek				
< 35 lat	15,6	78,1	6,3	0,05*
35-64 lat	14,2	54,8	31,0	
>64 lat	16,7	83,3	0,0	
Specjalizacja				
Medycyna rodzinna	22,2	61,1	16,7	0,0009*
Choroby wewnętrzne	5,3	42,1	52,6	
Inne	10,5	79,9	9,6	
Brak	20,8	79,2	0,0	
Tytuł zawodowy/naukowy				
Lek.	13,4	65,7	20,9	0,644
Dr n. med.	25,0	66,7	8,3	
Prof. dr hab. n. med.	0,0	100,0	0,0	
Staż pracy w zawodzie:				
< 5 lat	14,3	82,2	3,5	0,087
5-20 lat	16,6	54,2	29,2	
> 20 lat	14,3	60,7	25,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

7.3. Ocena pacjentów i lekarzy odnośnie zasad opłacania opieki farmaceutycznej

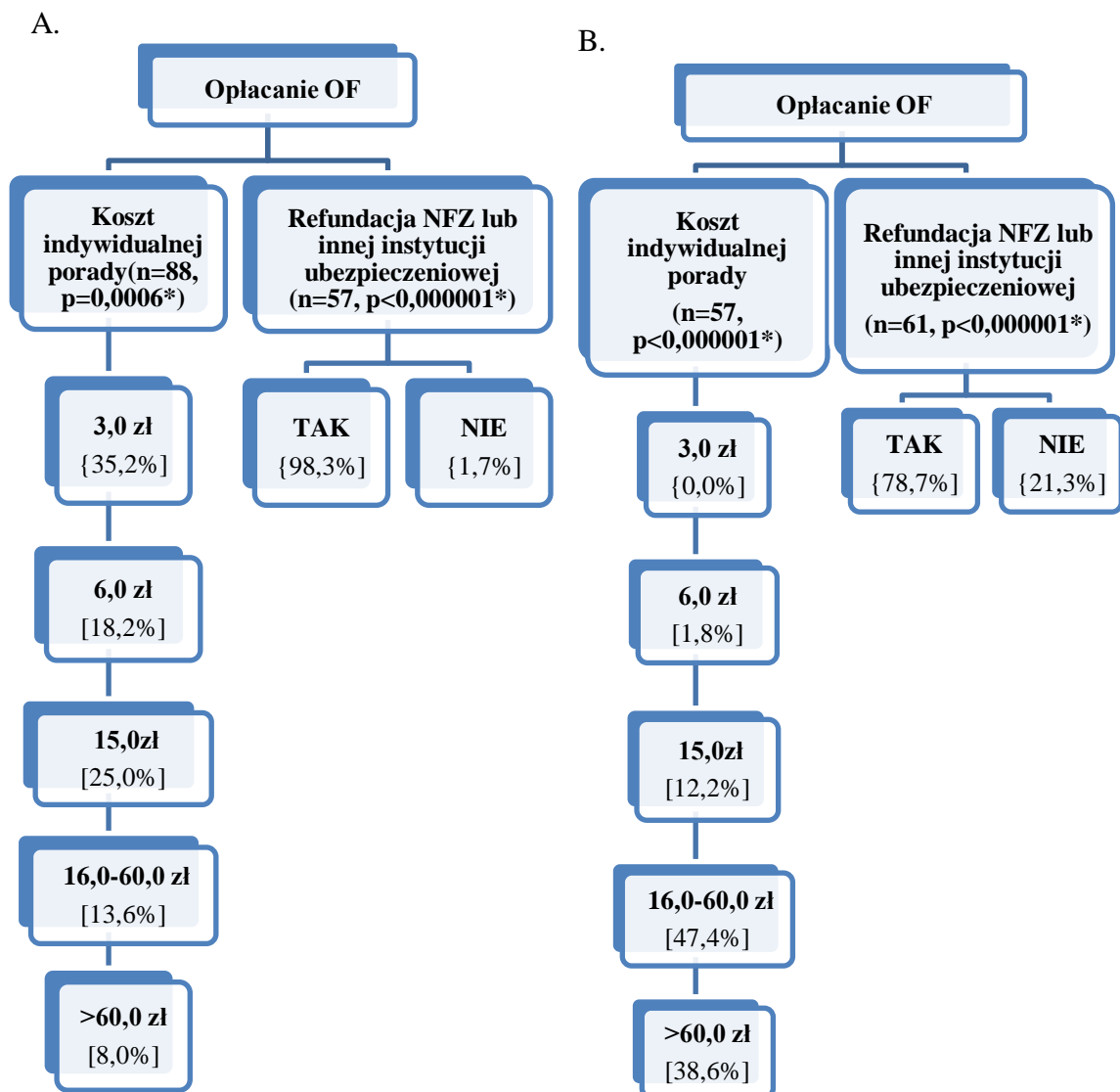
W ankiecie poruszono także zagadnienie zasad opłacania OF. Wśród pacjentów porównywalne grupy wyrażają zgodę finansowania wizyty u farmaceuty, jak i sprzeciwiają się temu, przy niewielkiej liczbie osób niezdecydowanych ($p=0,002$; Rycina 22A). Analizy względem płci, wieku i wykształcenia są nieistotne statystycznie (Tabela 26A). Natomiast lekarze popierają ten pomysł ($p=0,013$; Rycina 22B), przy czym głównie są to osoby w wieku od 35 do 64 lat ($p=0,005$), ze specjalizacją z chorób wewnętrznych ($p=0,024$; Tabela 26B). Średni koszt wizyty według pacjentów powinien wynosić 22,16 zł, przy czym najwięcej osób wskazywało sumę 3,0 zł, czyli odpowiednik ryczału w pracy aptecznej ($p=0,0006$; Rycina 23A). Są to głównie osoby w wieku od 35 do 64 lat ($p=0,034$), z wykształceniem podstawowym i zawodowym ($p=0,024$; Tabela 27A). Lekarze średni koszt wizyty określają na wartość 43,39 zł, przez najczęstsze wskazywanie kwoty z zakresu 16,00-60,00 zł ($p<0,000001$; Rycina 23B). Są to głównie osoby powyżej 35 roku życia ($p=0,005$), ze specjalizacją z medycyny rodzinnej i z grupy inne ($p=0,024$; Tabela 27B). Zarówno pacjenci jak i lekarze chcą, by ta usługa była refundowana (odpowiednio $p<0,000001$, Rycina 23A; $p<0,000001$, Rycina 23B), jednak poparcie tego maleje wraz ze wzrostem stażu pracy medyka ($p=0,032$; Tabela 26B).



Rycina 22. Skłonność chorego do zapłaty za wizytę w aptece w ramach OF w opinii:

A – pacjentów (n=148, p=0,002*), B – lekarzy (n=80, p=0,013*)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$



Rycina 23. Koszt i refundacja OF w opinii:

A – pacjentów, B – lekarzy

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 26A. Ocena pacjentów na temat refundowania i finansowania OF, a płeć, wiek i wykształcenie

Osoby ankietywane [%]	Refundacja OF przez NFZ lub inną instytucję ubezpieczeniową (n=72)			Skłonność do zapłaty za OF (n=148)			
	Tak	Nie	p	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć:							
Kobiety	98,3	1,7	Ze względu na rozkład odpowiedzi analiza statystyczna nie może być przeprowadzona	37,2	39,8	23,0	0,161
Mężczyźni	100,0	0,0		42,8	48,6	8,6	
Wiek:							
< 35 lat	96,8	3,2	Ze względu na rozkład odpowiedzi analiza statystyczna nie może być przeprowadzona	34,4	45,9	19,7	0,425
35-64 lat	100,0	0,0		41,7	36,1	22,2	
>64 lat	100,0	0,0		40,0	53,3	6,7	
Wykształcenie:							
Podstawowe/ Zawodowe	100,0	0,0	Ze względu na rozkład odpowiedzi analiza statystyczna nie może być przeprowadzona	45,0	40,0	15,0	0,993
Średnie	100,0	0,0		39,2	39,2	21,6	
Student	94,7	5,3		37,1	42,9	20,0	
Wyższe	100,0	0,0		35,7	45,2	19,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 26B. Ocena lekarzy na temat refundowania i finansowania OF, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i stażu pracy w zawodzie

Osoby ankietywane [%]	Refundacja OF przez NFZ lub inną instytucję ubezpieczeniową (n=61)			Skłonność do zapłaty za OF (n=80)			
	Tak	Nie	p	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć:							
Kobiety	77,1	22,9	1,000	49,0	25,5	25,5	0,877
Mężczyźni	80,8	19,2		48,5	21,2	30,3	
Wiek:							
< 34 lat	95,0	5,0	0,075	31,2	37,6	31,2	0,005*
35-64 lat	70,3	29,7		66,7	11,9	21,4	
>64 lat	75,0	25,0		16,7	33,3	50,0	
Specjalizacja:							
Medycyna rodzinna	78,6	21,4	0,528	44,5	22,2	33,3	0,024*
Choroby wewnętrzne	82,3	17,7		84,2	10,5	5,3	
Inne	64,3	35,7		42,1	26,3	31,6	
Brak	87,5	12,5		29,4	33,7	36,9	
Tytuł zawodowy/naukowy:							
Lek.	80,0	20,0	0,744	49,2	25,4	25,4	0,663
Dr n. med.	70,0	30,0		50,0	16,7	33,3	
Prof. dr hab. n. med.	100,0	0,0		0,0	0,0	100,0	
Staż pracy w zawodzie:							
< 5 lat	94,5	5,5	0,032*	32,1	35,8	32,1	0,221
5-20 lat	85,0	15,0		62,5	16,7	20,8	
> 20 lat	60,9	39,1		53,6	17,8	28,6	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 27A. Opinia pacjentów na temat opłacania OF, a płeć, wiek i wykształcenie

Wycena OF						
Osoby ankietowane [%]	3,0 zł	6,0 zł	15,0 zł	16-60 zł	>60 zł	p
Płeć (n=88):						
Kobiety	32,8	18,6	27,2	14,3	7,1	0,804
Mężczyźni	44,4	16,7	16,7	11,1	11,1	
Wiek (n=88):						
< 35 lat	25,0	22,2	30,6	8,3	13,9	0,034*
35-64 lat	42,8	16,7	26,2	9,5	4,8	
>64 lat	25,0	25,0	0,0	50,0	0,0	
Wykształcenie (n=88):						
Podstawowe/Zawodowe	46,2	15,4	15,4	23,0	0,0	0,024*
Średnie	48,5	12,1	18,2	15,2	6,0	
Student	10,5	5,3	52,6	15,8	15,8	
Wyższe	30,4	39,2	17,4	4,3	8,7	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 27B. Opinia lekarzy na temat opłacania OF przez pacjentów, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

Wycena OF						
Osoby ankietowane [%]	3,0 zł	6,0 zł	15,0 zł	16-60 zł	>60 zł	p
Płeć (n=57):						
Kobiety	0,0	0,0	15,6	37,5	46,9	0,877
Mężczyźni	0,0	4,0	8,0	60,0	28,0	
Wiek (n=57):						
< 35 lat	0,0	5,3	15,8	36,8	42,1	0,005*
35-64 lat	0,0	0,0	11,8	52,9	35,3	
>64 lat	0,0	0,0	0	50,0	50,0	
Specjalizacja (n=57):						
Medycyna rodzinna	0,0	0,0	15,4	46,2	38,4	0,024*
Choroby wewnętrzne	0,0	0,0	12,6	43,7	43,7	
Inne	0,0	0,0	7,2	57,2	35,6	
Brak	0,0	7,1	14,3	42,9	35,7	
Tytuł zawodowy/naukowy (n=57):						
Lek.	0,0	2,1	12,5	47,9	37,5	0,663
Dr n. med.	0,0	0,0	12,5	50,0	37,5	
Prof. dr hab. n. med.	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
Staż pracy w zawodzie (n=57):						
< 5 lat	0,0	5,9	17,6	35,3	41,2	0,221
5-20 lat	0,0	0,0	5,6	50,0	44,4	
> 20 lat	0,0	0,0	13,6	54,6	31,8	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

7.4. Oczekiwania lekarzy w zakresie współpracy z farmaceutą podczas prowadzenia opieki farmaceutycznej

Właściwa współpraca pomiędzy specjalistami musi mieć wyznaczone granice zadań i obowiązków, po to by nie pokrywały się kompetencje. W ankiecie poruszono więc temat zakresu funkcji farmaceuty w ramach OF. Lekarze raczej zgadzali się, że farmaceuta powinien prowadzić OF w aptece ogólnodostępnej, a także monitorować i dokumentować odpowiedzi pacjentów na zastosowane leczenie, czy być dostępnym telefonicznie dla pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki, przy czym powinien być za te czynności wynagradzany. Farmaceuci zdecydowanie powinni ponosić odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Nie uzyskano opinii na temat uzgadniania z lekarzem terapii lekowych (Tabela 28).

Szczegółowa analiza wskazała, że w lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej zgodni są co do opinii, że w przyszłości farmaceuta powinien:

- uzgadniać terapie lekowe pacjentów ($p=0,002$), co potwierdzają także lekarze w starszym wieku i przed 35 rokiem życia ($p=0,002$; Tabela 29A), głównie z mniej niż 5 letnim stażem pracy w zawodzie ($p=0,01$; Tabela 29B),
- być wynagradzany za pracę nad prawidłową terapią pacjenta ($p=0,032$; Tabela 29A).

Głównie lekarze bez tytułu naukowego potwierdzają, że farmaceuta powinien być dostępny telefonicznie dla pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki ($p=0,026$; Tabela 29B).

Tabela 28. Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF

W OPINII LEKARZA FARMACEUTA W PRZYSZŁOŚCI POWINIEN:	ODPOWIEDZI LEKARZY (n=104)						mediana		
	zdecydowanie nie zgadzam się	raczej zgadzam się	nie mam zdania	raczej zgadzam się	zdecydowanie zgadzam się	średnia arytmetyczna ± SD	kwartył dolny		
							kwartył górny		
A. Prowadzić w aptece ogólnodostępnej Opiekę Farmaceutyczną	9	7	29	32	27	3,59±1,19	4	3	5
B. Uzgadniać ze mną terapie lekowe moich pacjentów	14	28	12	30	20	3,13±1,37	3	3	4
C. Monitorować i dokumentować odpowiedzi moich pacjentów na zastosowane leczenie	13	23	14	34	20	3,24±1,33	4	3	4
D. Być dostępny telefonicznie dla moich pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki	8	18	15	36	27	3,54±1,26	4	3	5
E. Być wynagradzany za pracę nad prawidłową terapią pacjenta	10	5	24	34	31	3,68±1,22	4	3	5
F. Poność odpowiedzialność za podjęte decyzje	6	5	0	9	24	4,22±1,16	5	4	5

Tabela 29A. Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF, a plec, wiek i specjalizacja

Osoby ankietowane [%]		W OPINII LEKARZA FARMACEUTA W PRZYSZŁOŚCI POWINIEN:															
		Prowadzić w aptece ogólnodostępnej Opiekę Farmaceutyczną (n=75)			Uzgadniać ze mną terapię lekowe moich pacjentów (n=92)			Monitorować i dokumentować odpowiedzi moich pacjentów na zastosowane leczenie (n=90)			Być dostępny telefonicznie dla moich pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki (n=89)			Być wynagradzany za pracę nad prawidłową terapią pacjenta (n=80)			Poność odpowiedzialność za podjęte decyzje (n=95)
N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Płeć:																	
Kobiety																	
22,3	77,7		50,9	49,1		43,6	56,4		30,9	69,1		20,0	80,0		13,6	86,4	
Mężczyźni																	
20,0	80,0	1,000	37,8	62,2	0,286	34,3	65,7	0,508	26,5	73,5	0,811	17,1	82,9	0,782	8,3	91,7	0,525
Wiek:																	
< 35 lat																	
14,8	85,2		25,0	75,0		36,7	63,3		37,5	62,5		15,6	84,4		9,4	90,6	
35-64 lat																	
27,3	72,7	0,394	60,0	40,0	0,002*	41,8	58,2	0,935	27,5	72,5	0,190	22,2	77,8	0,770	14,0	86,0	0,878
>64 lat																	
0,0	100,0		20,0	80,0		40,0	60,0		0,0	100,0		0,0	100,0		0,0	100,0	
Specjalizacja:																	
Medyczna rodzinna																	
25,0	75,0		17,6	82,4		30,2	69,8		19,0	81,0		10,0	90,0		5,0	95,0	
Choroby wewnętrzne																	
21,1	78,9	0,080	62,1	37,9	0,002*	48,0	52,0	0,103	29,2	70,8	0,074	33,3	66,7	0,032*	23,1	76,9	0,298
Inne																	
29,4	70,6		65,2	34,8		54,5	45,5		25,0	75,0		20,0	80,0		8,3	91,7	
Brak																	
10,5	89,5		26,1	73,9		30,2	68,2		41,7	58,3		13,6	86,4		10,0	90,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 29B. Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie

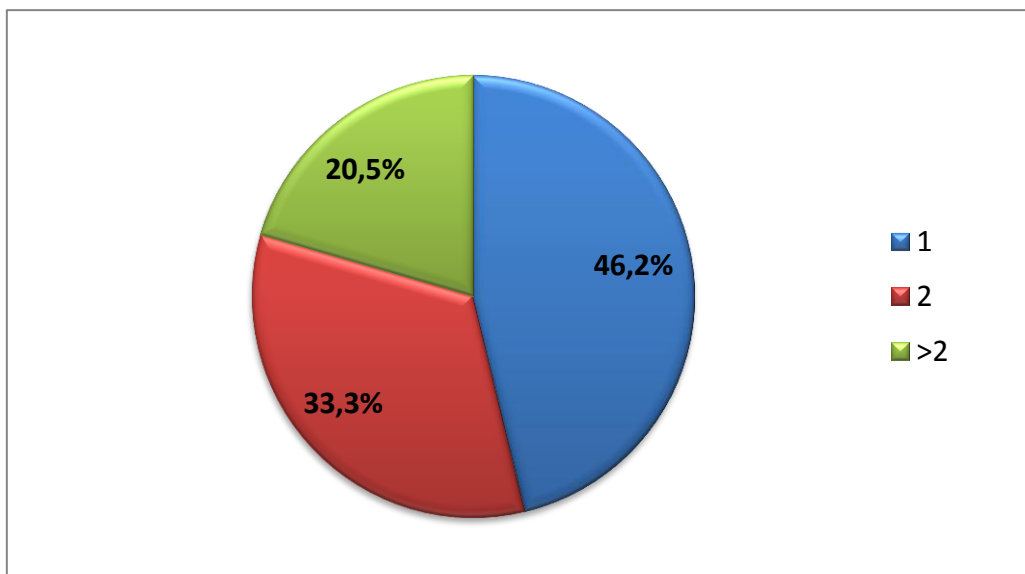
Osoby ankietowane [%]		W OPINII LEKARZA FARMACEUTA W PRZYSZŁOŚCI POWINIEN:																	
		Prowadzić w aptece ogólnodostępnej Opiekę Farmaceutyczną			Uzgadniać ze mną terapie lekowe moich pacjentów			Monitorować i dokumentować odpowiedzi moich pacjentów na zastosowane leczenie			Być dostępny telefonicznie dla moich pytań o stosowane przez nich leki			Być wynagradzany za pracę nad prawidłową terapią pacjenta			Ponosić odpowiedzialność za podjęte decyzje		
N-niezadowolone Z-zadowolone		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Tytuł zawodowy/naukowy																			
Lek.	18,8	81,2		45,5	54,5		36,5	63,5		28,0	72,0		16,2	83,8		8,9	91,1		
Dr n. med.	44,4	55,6	0,325	46,2	53,8	1,000	57,1	42,9	0,200	35,7	64,3	0,026*	40,0	60,0	0,334	28,6	71,4	0,166	
Prof. dr hab. n. med.	0,0	100,0		50,0	50,0		50,0	50,0		0,0	0,0		0,0	100,0		0,0	100,0		
Staż pracy w zawodzie:																			
< 5 lat	9,1	90,9		18,5	81,5		32,0	68,0		33,3	66,7		11,1	88,9		7,4	92,6		
5-20 lat	29,2	70,8	0,415	57,6	42,4	0,010*	51,2	48,8	0,387	23,3	76,7	0,607	25,9	74,1	0,177	14,7	85,3	0,845	
> 20 lat	24,1	75,9		56,3	43,7		45,2	54,8		31,3	68,7		19,2	80,8		11,8	88,2		

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8. Ocena zapotrzebowania na Indywidualny System Dawkowania Leków jako formy poszerzenia oferty w ramach wdrażanej opieki farmaceutycznej

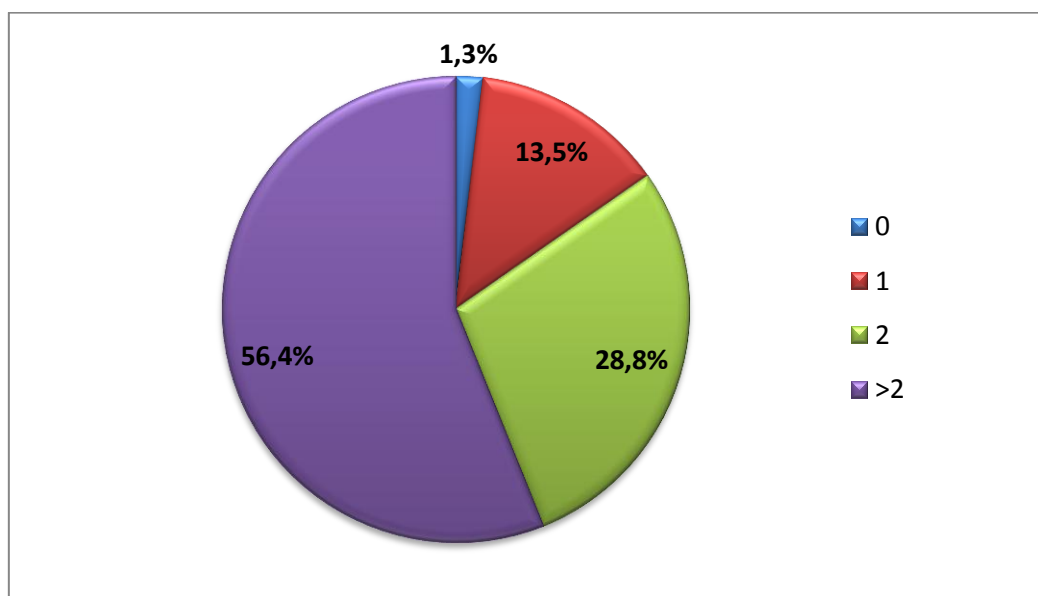
8.1. Charakterystyka farmakoterapii ordynowanej ankietowanym pacjentom przez lekarzy

W badaniach, których podstawą były pytania zawarte w ankiecie nr 4, dokonano oceny zakresu stosowanej farmakoterapii przez pacjentów aptek. W pierwszej kolejności określono liczbę lekarzy, z porad których korzystają ankietowani pacjenci, a także liczbę stosowanych przez nich leków. Wykazano, że ponad połowa chorych korzysta z opieki medycznej co najmniej dwóch lekarzy ($p=0,005$; Rycina 24) i przyjmuje więcej niż dwa preparaty w ciągu dnia ($p<0,000001$; Rycina 25). Badania potwierdzają zależność, że z wiekiem wzrasta liczba specjalistów zaangażowanych w leczenie pacjenta prowadząc do sytuacji, że w grupie wiekowej powyżej 65 lat większość pacjentów korzysta z porad co najmniej trzech lekarzy ($p=0,001$). Konsekwencją wizyt u kilku specjalistów jest ilość zapisywanych leków. Zebrane dane potwierdzają, że w tej grupie wiekowej 89,7% badanych przyjmuje trzy lub więcej leków ($p=0,000001$). Skalę problemu obrazują dane zebrane w Tabeli 30. Dodatkowo wykazano, że czas stosowania farmakoterapii u około 75,0% chorych przekracza rok ($p<0,000001$; Rycina 26), ze wskazaniem faktu, że kobiety stosują leki dłużej niż mężczyźni ($p=0,01$). Analizując przedział czasu przyjmowania leków w zależności od wykształcenia pacjenta stwierdzono, że ponad rok leki stosuje 82,3% pacjentów z wykształceniem średnim, 79,1% wyższym oraz 100% ankietowanych z wykształceniem podstawowym ($p=0,016$). Wykazano, że proporcjonalnie do wieku wydłuża się czas stosowania leków, co prowadzi do sytuacji, że po 50 roku życia ponad 90,0% badanych przyjmuje ordynowane leki ponad rok ($p=0,000001$; Tabela 31). Stosowanie kilku preparatów przez tak długi okres, zwłaszcza przez osoby starsze, powodować może błędy w dawkowaniu i brak regularności w ich przyjmowaniu. Wykazano także, że tylko 25,0% badanych stosuje kasetki na leki ($p<0,000001$; Rycina 27), przy czym połowa z nich to osoby po 64 roku życia ($p=0,000002$). Dane te zawiera Tabela 32.



Rycina 24. Liczba medyków leczących pacjentów ankietowanych (n=156, p=0,005*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05



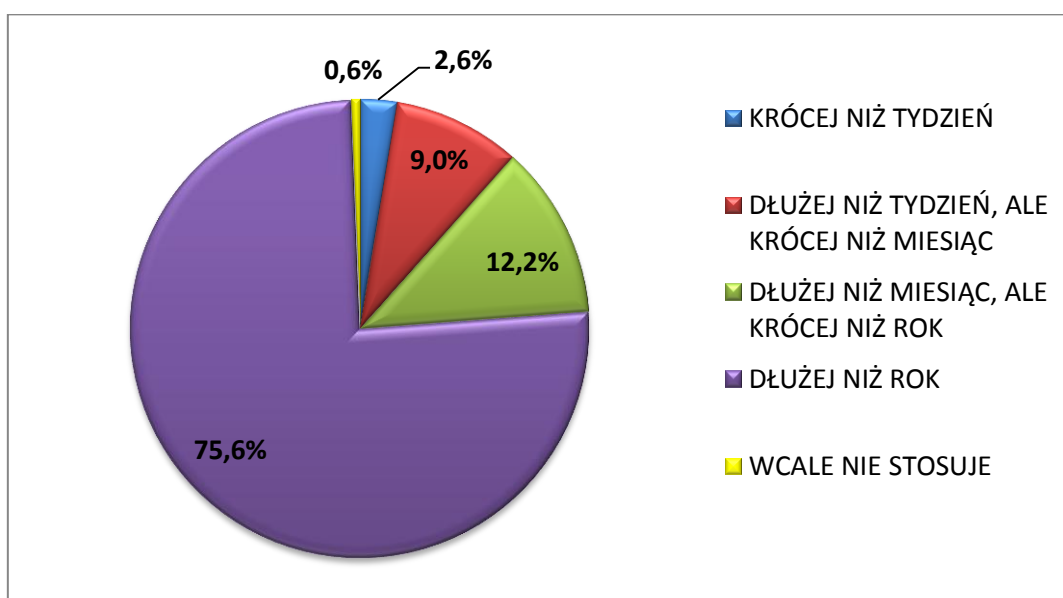
Rycina 25. Liczba leków przyjmowanych codziennie przez pacjentów ankietowanych (n=156, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 30. Ocena liczby lekarzy i przepisywanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów

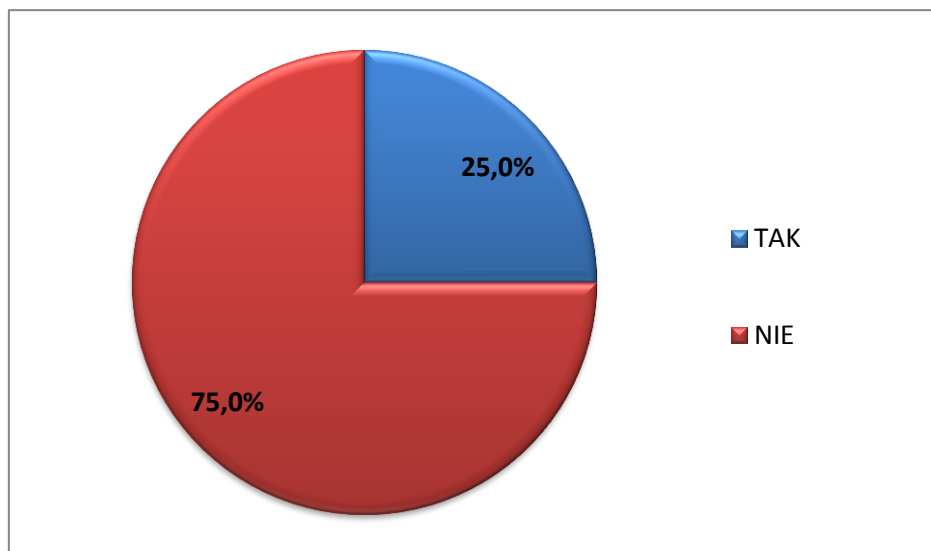
Osoby ankietowane [%]	Liczba lekarzy zaangażowanych w leczenie				Liczba leków stosowanych				
	1	2	>2	p	0	1	2	>2	p
Płeć (n=156):									
Kobiety	44,4	30,6	25,0	0,106	1,0	12,1	28,0	58,9	0,762
Mężczyźni	50,0	39,6	10,4		2,1	16,7	29,2	52,0	
Wiek (n=156):									
20-40 lat	64,2	31,0	4,8	0,001*	4,8	19,0	54,8	21,4	<0,000001*
41-50 lat	64,6	17,7	17,7		0	11,8	41,2	47,0	
51-64 lat	38,2	41,8	20,0		0	16,2	16,2	67,6	
>64 lat	27,6	27,6	44,8		0	0	10,3	89,7	
Wykształcenie (n=156):									
Podstawowe	33,3	33,3	33,3	0,828	0,0	0,0	11,1	88,9	0,055
Zawodowe	64,3	21,4	14,3		0,0	7,1	50,0	42,9	
Średnie	43,1	31,4	25,5		0,0	15,7	21,6	62,7	
Student	46,7	40,0	13,3		6,7	20,0	53,3	20,0	
Wyższe	46,3	35,8	17,9		1,5	14,9	25,4	58,2	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 26. Określenie czasu trwania farmakoterapii przez ankietowanych pacjentów (n=156, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 27. Częstość stosowania kasetek na leki przez ankietowanych pacjentów (n=156, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 31. Czas trwania farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów

Osoby ankietowane [%]	Czas trwania farmakoterapii					p
	Krócej niż tydzień	Krócej niż miesiąc	Krócej niż rok	Dłużej niż rok	Wcale nie stosuje	
Płeć (n=156):						
Kobiety	0,9	7,4	9,3	82,4	0,0	0,01*
Mężczyźni	6,2	12,5	18,8	60,4	2,1	
Wiek (n=156):						
20-40 lat	2,4	23,8	28,6	42,8	2,4	<0,000001*
41-50 lat	5,8	17,7	17,7	58,8	0,0	
51-64 lat	1,5	1,5	5,9	91,1	0,0	
>64 lat	3,4	0,0	0,0	96,6	0,0	
Wykształcenie (n=156):						
Podstawowe	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,016*
Zawodowe	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0	
Średnie	2,0	9,8	5,9	82,3	0,0	
Student	6,7	26,6	20,0	40,0	6,7	
Wyższe	3,0	4,5	13,4	79,1	0,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 32. Stosowanie kasetek na leki, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów

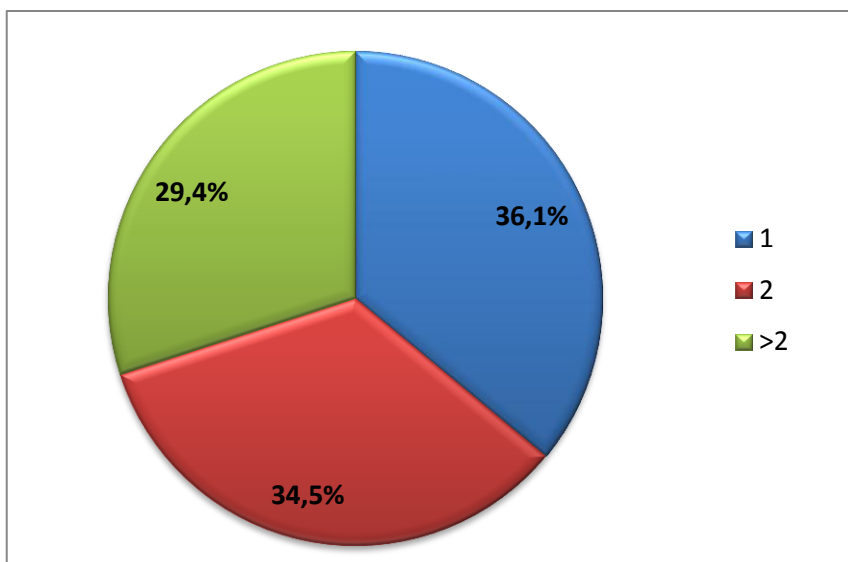
Osoby ankietowane [%]	Stosowanie kasetek na leki		
	Tak	Nie	p
Płeć (n=156):			
Kobiety	74,2	25,8	1,000
Mężczyźni	71,4	28,6	
Wiek (n=156):			
20-40 lat	2,4	97,6	0,000002*
41-50 lat	11,8	88,2	
51-64 lat	30,9	69,1	
>64 lat	51,7	48,3	
Wykształcenie (n=156):			
Podstawowe	11,1	88,9	0,082
Zawodowe	28,6	71,4	
Średnie	31,4	68,6	
Student	0,0	100,0	
Wyższe	26,9	73,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.2. Charakterystyka farmakoterapii ordynowanej chorym, nad którą opiekę sprawują osoby ankietowane

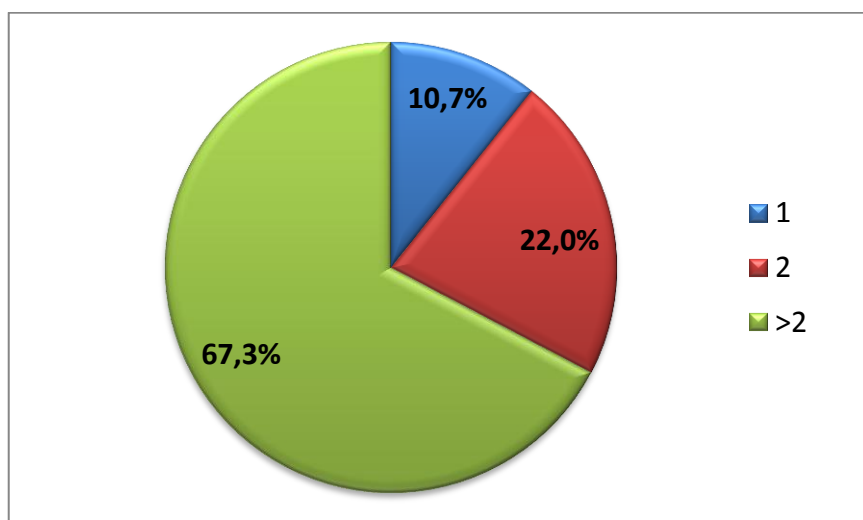
Podobną analizę przeprowadzono w odniesieniu do osób będących pod opieką ankietowanych. Ponad połowa z nich korzysta z porad co najmniej dwóch lekarzy (Rycina 28) i stosuje co najmniej dwa leki ($p < 0,000001$; Rycina 29). Wykazano, że kobiety częściej korzystają z porad kilku lekarzy ($p = 0,023$). W tym przypadku również potwierdzono fakt, że wraz z wiekiem wzrasta liczba przyjmowanych preparatów ($p = 0,002$; Tabela 33). Zabrane dane pokazały, że 80,0% chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane stosuje ordynowane leki ponad rok ($p < 0,000001$; Rycina 30). Ponadto stwierdzono, że czas trwania farmakoterapii wydłuża się z wiekiem ($p = 0,000005$; Tabela 34). W tej grupie badanych 40,0% stosuje kasetki

na leki ($p < 0,000001$; Rycina 31), przy czym 50,0% z nich to osoby w wieku powyżej 65 lat ($p = 0,006$; Tabela 35).



Rycina 28. Liczba medyków leczących chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane ($n = 70$, $p = 0,822$)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



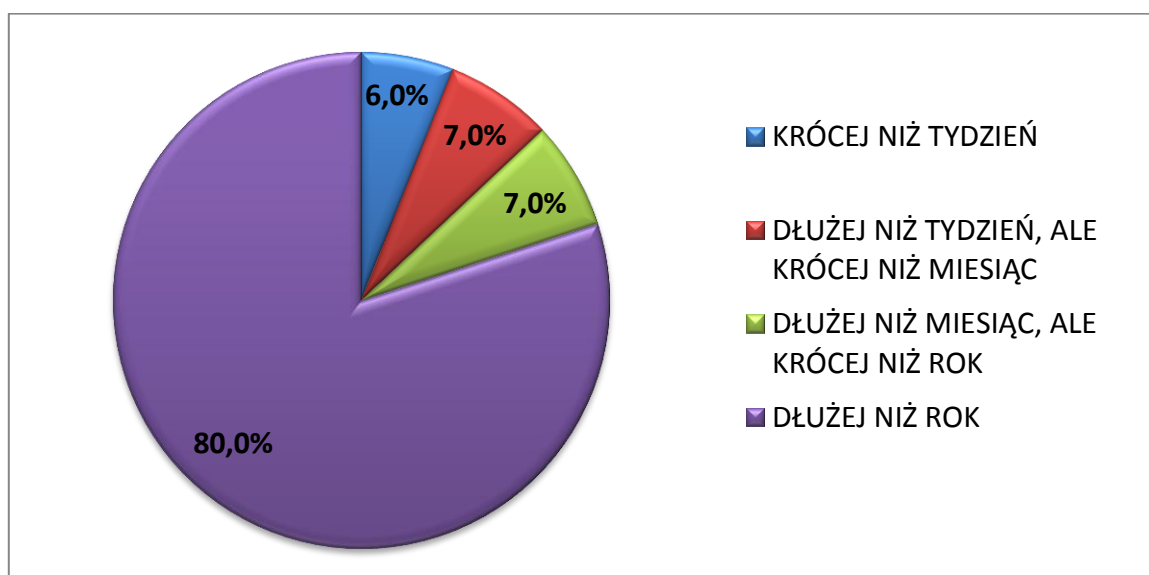
Rycina 29. Liczba leków przyjmowanych codziennie przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane ($n = 70$, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 33. Liczba lekarzy i przepisywanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

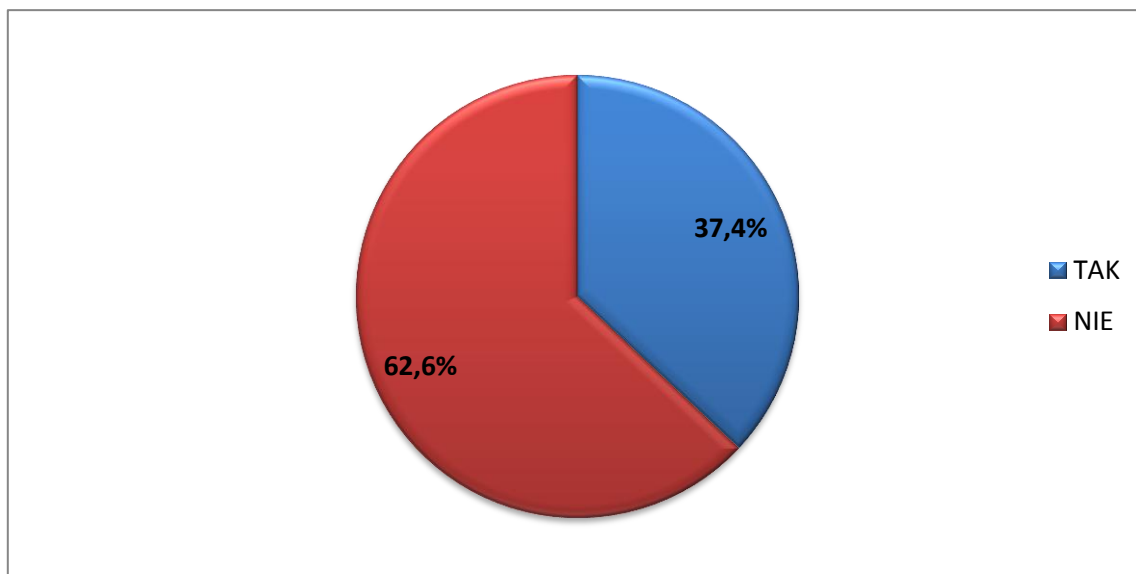
Osoby ankietowane [%]	Liczba lekarzy zaangażowanych w leczenie				Liczba leków stosowanych				
	1	2	>2	p	0	1	2	>2	p
Płeć (n=70):									
Kobiety	24,3	32,4	43,3	0,023*	0,0	5,4	18,9	75,7	0,188
Mężczyźni	48,5	36,4	15,1		0,0	18,2	24,2	57,6	
Wiek (n=70):									
<20 lat	62,5	37,5	0,0	0,169	0,0	25,0	50,0	25,0	0,002*
20-40 lat	60,0	20,0	20,0		0,0	20,0	40,0	40,0	
41-50 lat	60,0	20,0	20,0		0,0	0,0	60,0	40,0	
51-64 lat	33,3	44,4	22,3		0,0	22,2	5,6	72,2	
>64 lat	23,5	32,4	44,1		0,0	2,9	14,7	82,4	
Wykształcenie (n=63):									
Podstawowe	30,7	23,1	46,2	0,337	0,0	0,0	7,7	92,3	0,422
Zawodowe	30,0	40,0	30,0		0,0	10,0	10,0	80,0	
Średnie	26,9	42,3	30,8		0,0	11,5	23,1	65,4	
Student	0,0	66,7	33,3		0,0	33,3	33,3	33,3	
Wyższe	63,6	9,1	27,3		0,0	9,1	27,3	63,6	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 30. Określenie czasu trwania farmakoterapii chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane (n=70, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 31. Częstość stosowania kasetek na leki przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane (n=70, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 34. Czas trwania farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Osoby ankietowane [%]	Czas trwania farmakoterapii				p
	Krócej niż tydzień	Krócej niż miesiąc	Krócej niż rok	Dłużej niż rok	
Płeć (n=70):					
Kobiety	5,4	5,4	5,4	83,8	0,876
Mężczyźni	6,1	9,1	9,1	75,7	
Wiek (n=70):					
<20 lat	12,5	12,5	37,5	37,5	0,000005*
20-40 lat	20,0	40,0	0,0	40,0	
41-50 lat	0,0	40,0	20,0	40,0	
51-64 lat	11,1	0,0	0,0	88,9	
>64 lat	0,0	0,0	2,9	97,1	
Wykształcenie (n=63):					
Podstawowe	0,0	0,0	0,0	100,0	0,084
Zawodowe	10,0	0,0	10,0	80,0	
Średnie	3,9	3,9	0,0	92,2	
Student	0,0	0,0	0,0	100,0	
Wyższe	9,1	27,3	9,1	54,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05

Tabela 35. Stosowanie kasetek na leki, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

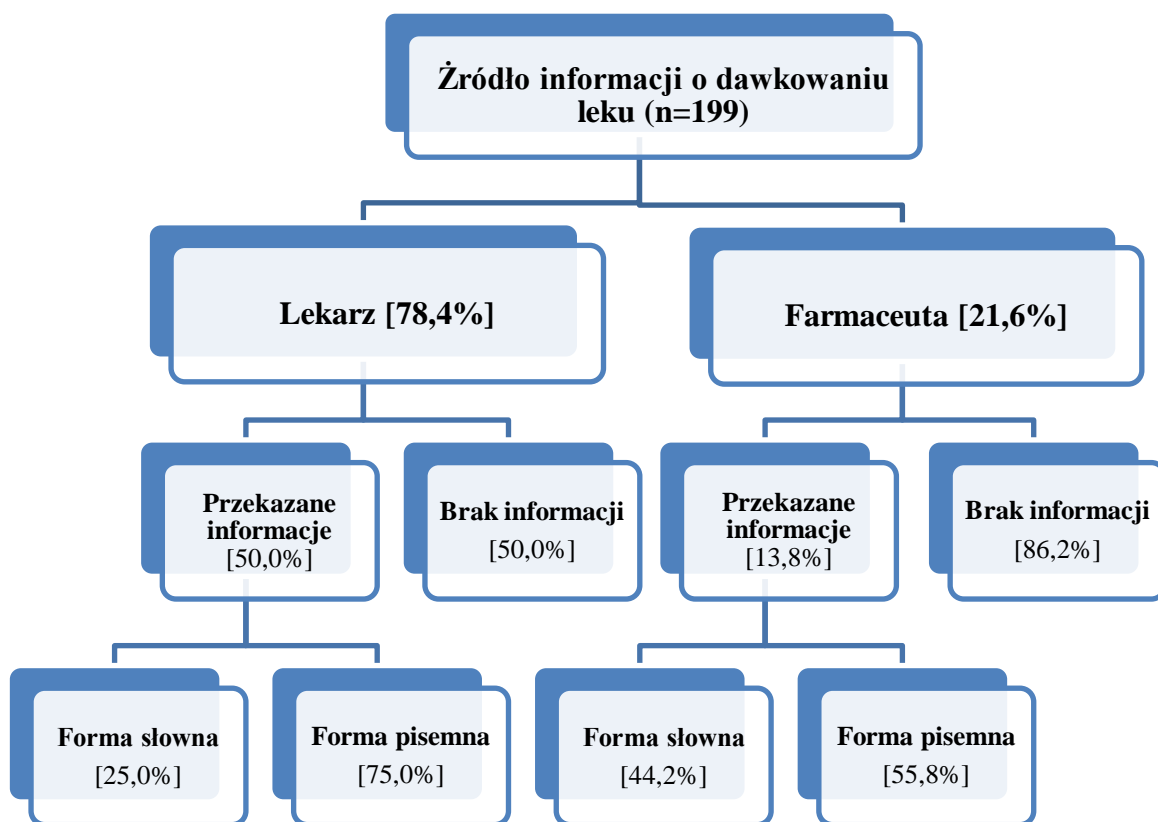
Osoby ankietowane [%]	Stosowanie kasetek na leki		
	Tak	Nie	p
Płeć (n=70):			
Kobiety	43,2	56,8	0,263
Mężczyźni	30,3	69,7	
Wiek (n=70):			
<20 lat	0,0	100,0	0,006*
20-40 lat	20,0	80,0	
41-50 lat	0,0	100,0	
51-64 lat	33,3	66,7	
>64 lat	55,9	44,1	
Wykształcenie (n=63):			
Podstawowe	53,8	46,2	0,572
Zawodowe	30,0	70,0	
Średnie	42,3	57,7	
Student	66,7	33,3	
Wyższe	27,3	72,7	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.3. Analiza źródła uzyskiwanej informacji oraz stopnia zrozumienia schematów dawkowania leków przekazywanych pacjentom

Informacje uzyskiwane podczas wizyty u lekarza oraz porada aptekarza odnośnie stosowania przepisanych leków często decydują o sukcesie zastosowanej terapii. Postanowiono określić, jak przekazywane są te informacje i czy ankietowany rozumie ich treść. Stwierdzono na podstawie zebranych danych, że dawkowanie leków przekazywane jest przeważnie przez lekarzy i pacjent uzyskuje je głównie w formie pisemnej. Ponad połowa chorych otrzymuje od farmaceuty informacje w formie pisemnej, przy czym zarówno wśród medyków w 50,0%, a wśród aptekarzy w 86,2% nie informuje się ankietowanych jak stosować preparaty (Rycina 32). Wykazano, że farmaceuta najczęściej udziela słownej informacji pacjentom w grupie wiekowej

41-50 lat, przy czym zastanawiający jest fakt, że najrzadziej dane te potwierdzają osoby powyżej 65 roku życia ($p=0,008$). Pisemne informacje od lekarza częściej otrzymują kobiety niż mężczyźni ($p=0,016$). Nie potwierdzają uzyskiwania tych informacji głównie studenci ($p=0,00005$; Tabela 36). Ankietowani w 88,5% potwierdzają zrozumienie zaleceń lekarskich ($p<0,000001$; Tabela 37). Główny problem polega jednak na tym, że 1/3 lekarzy nie ma informacji o wszystkich lekach przyjmowanych przez ankietowanych pacjentów ($p<0,000001$; Tabela 38). W tej analizie nie wykazano istotnych statystycznie zależności od: płci, wieku i wykształcenia ankietowanych (Tabela 37; Tabela 38).



Rycina 32. Forma i pochodzenie informacji dotyczących dawkowania leków otrzymywanych przez pacjentów ankietowanych

Tabela 36. Źródła pochodzenia i formy przekazywanej informacji dotyczących przyjmowania ordynowanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Forma i pochodzenie zaleceń lekarskich								
Osoby ankietowane [%]	Słownie od lekarza	P	Słownie od farmaceuty	P	Pisemnie od lekarza	P	Pisemnie od farmaceuty	P
Płeć (n=156)								
Kobiety	22,2	0,229	13,0	0,793	80,6	0,016*	13,0	0,209
Mężczyźni	31,3		10,4		62,5		20,8	
Wiek (n=156)								
20-40 lat	38,1		16,7		59,5		11,9	
41-50 lat	17,6	0,148	35,3	0,008*	82,4	0,079	11,8	0,798
51-64 lat	19,1		7,3		80,9		19,1	
>64 lat	24,1		3,4		79,3		13,8	
Wykształcenie (n=156)								
Podstawowe	22,2		0,0		88,9		44,4	
Zawodowe	14,3		0,0		71,4		21,4	
Średnie	19,6	0,030	9,8	0,176	90,2	0,00005*	13,7	0,094
Student	60,0		26,7		26,7		20,0	
Wyższe	23,9		14,9		73,1		10,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 37. Zrozumienie zaleceń lekarskich, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Osoby ankietowane [%]	Zrozumienie zaleceń lekarskich		p
	Tak	Nie	
	88,5	11,5	<0,000001*
Płeć (n=156)			
Kobiety	89,8	10,2	0,427
Mężczyźni	85,4	14,6	
Wiek (n=156)			
20-40 lat	92,9	7,1	0,144
41-50 lat	100,0	0,0	
51-64 lat	86,8	13,2	
>64 lat	79,3	20,7	
Wykształcenie (n=156)			
Podstawowe	88,9	11,1	0,489
Zawodowe	92,9	7,1	
Średnie	82,3	17,7	
Student	86,7	13,3	
Wyższe	92,5	7,5	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 38. Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

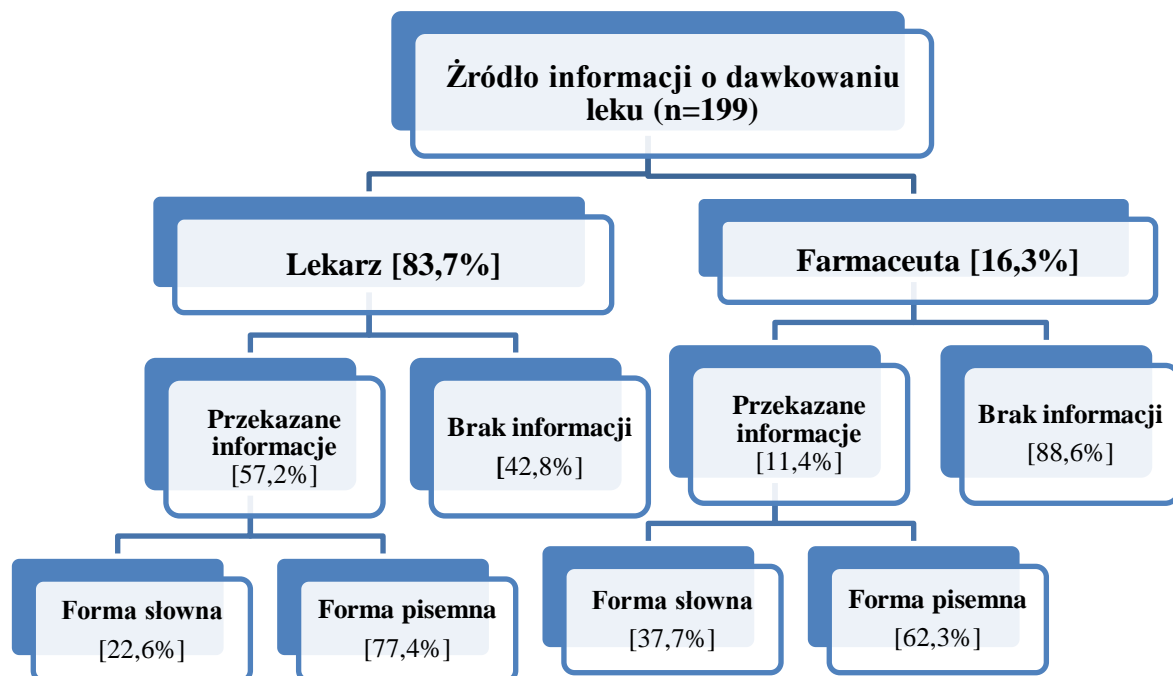
Osoby ankietowane [%]	Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych		p
	Tak	Nie	
	67,4	32,6	<0,000001*
Płeć (n=156):			
Kobiety	66,7	33,3	1,00
Mężczyźni	66,7	33,3	
Wiek (n=156):			
20-40 lat	52,4	47,6	0,067
41-50 lat	70,6	29,4	
51-64 lat	76,5	23,5	
>64 lat	62,1	37,9	
Wykształcenie (n=156):			
Podstawowe	66,7	33,3	0,783
Zawodowe	71,4	28,6	
Średnie	70,6	29,4	
Student	53,3	46,7	
Wyższe	65,7	34,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.4. Analiza uzyskiwanej informacji oraz stopnia zrozumienia schematów dawkowania leków skierowanych do chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Pacjenci objęci opieką przez osoby ankietowane uzyskują informację na temat dawkowania leków w większości przypadków od lekarza. Badania wskazują, że farmaceuta nie udziela takich informacji w przypadku 88,6% chorych pod opieką, a lekarze wśród 42,8%. Medycy w 77,4% przypadków informują w formie pisemnej jak stosować dany preparat. Słowne informacje od farmaceuty pojawiają się tylko wśród 37,7% badanych (Rycina 33) i są to głównie osoby w wieku 41-50 lat ($p=0,004$). Pozostałe analizy względem płci, wieku i wykształcenia nie są istotne statystycznie (Tabela 39).

80,2% pacjentów pod opieką osób ankietowanych rozumie zalecenia lekarskie ($p<0,000001$; Tabela 40), przy czym 67,4% medyków wie o wszystkich stosowanych lekach ($p<0,000001$; Tabela 41). Zależność od wieku, płci i wykształcenia jest nieistotna statystycznie (Tabela 40; Tabela 41).



Rycina 33. Forma i pochodzenia informacji dotyczących dawkowania leków otrzymywanych przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Tabela 39. Źródła pochodzenia i formy przekazywanej informacji dotyczących przyjmowania ordynowanych leków, a wiek, płeć i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Forma i pochodzenie zaleceń lekarskich								
Osoby ankietowane [%]	Słownie od lekarza	P	Słownie od farmaceuty	P	Pisemnie od lekarza	P	Pisemnie od farmaceuty	P
Płeć (n=70)								
Kobiety	29,7	0,416	8,1	1,000	83,8	0,266	18,9	0,315
Mężczyźni	21,2		9,1		93,9		9,1	
Wiek (n=70)								
<20 lat	0,0		0,0		100,0		12,5	
20-40 lat	20,0		20,0		60,0		0,0	
41-50 lat	20,0	0,454	60,0	0,004*	80,0	0,099	0,0	0,080
51-64 lat	27,8		0,0		83,3		0,0	
>64 lat	32,4		5,9		94,1		26,5	
Wykształcenie (n=70)								
Podstawowe	30,8		15,4		92,3		30,8	
Zawodowe	20,0		0,0		100,0		20,0	
Średnie	30,8	0,979	7,7	0,622	80,8	0,382	11,5	0,237
Student	33,3		0,0		66,7		0,0	
Wyższe	27,3		18,2		90,9		0,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 40. Zrozumienie zaleceń lekarskich, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Osoby ankietowane [%]	Zrozumienie zaleceń lekarskich		p
	Tak	Nie	
	80,2	19,8	<0,000001*
Płeć (n=70):			
Kobiety	73,0	27,0	0,120
Mężczyźni	87,9	12,1	
Wiek: (n=70):			
<20 lat	100,0	0,0	0,447
20-40 lat	100,0	0,0	
41-50 lat	80,0	20,0	
51-64 lat	72,2	27,8	
>64 lat	76,5	23,5	
Wykształcenie (n=63):			
Podstawowe	69,2	30,8	0,241
Zawodowe	70,0	30,0	
Średnie	73,1	26,9	
Student	100,0	0,0	
Wyższe	100,0	0,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

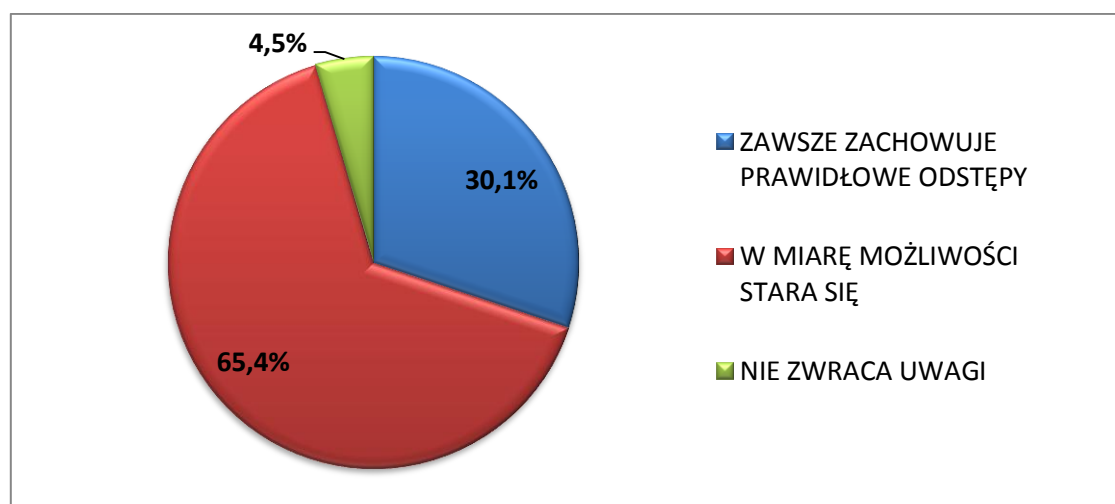
Tabela 41. Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Osoby ankietowane [%]	Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych		p
	Tak	Nie	
	67,4	32,6	<0,000001*
Płeć (n=70):			
Kobiety	65,6	34,4	0,292
Mężczyźni	78,8	21,2	
Wiek (n=70):			
<20 lat	100,0	0,0	0,374
20-40 lat	60,0	40,0	
41-50 lat	80,0	20,0	
51-64 lat	72,2	27,8	
>64 lat	67,7	32,3	
Wykształcenie (n=63):			
Podstawowe	76,9	23,1	0,980
Zawodowe	70,0	30,0	
Średnie	65,4	34,6	
Student	66,7	33,3	
Wyższe	72,7	27,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.5. Ocena zdyscyplinowania pacjentów w zakresie stosowania się do zaleceń lekarskich

W kolejnym etapie analizy ankietowani ocenili w jakim stopniu stosują się do wskazań lekarskich w zakresie zalecanego sposobu dozowania leków. Wykazano, że 65,4% ankietowanych w miarę możliwości stara się zachować prawidłowe odstępy w stosowaniu przepisanych leków ($p < 0,000001$; Rycina 34), przy czym 80,8% potwierdza, że wie kiedy stosować ordynowane leki ($p < 0,000001$; Rycina 35). Wśród błędów najczęściej popełnianych podczas przyjmowania leków ankietowani wskazali kolejno pomijanie dawek leków, zapominanie o przyjęciu preparatu oraz samodzielne zmiany w schemacie dawkowania (Rycina 36). Podejmując analizę występowania tych problemów w zależności od płci, wieku i wykształcenia wykazano, że mężczyźni częściej deklarują zachowanie prawidłowych odstępów pomiędzy stosowanymi lekami, a kobiety oceniają, iż czynią to miarę swoich możliwości ($p = 0,002$). Osoby z wykształceniem zawodowym potwierdzają zachowanie prawidłowych odstępów czasowych w przypadku stosowania leków, przy czym pozostali ankietowani wskazują iż starają się to czynić w miarę możliwości ($p = 0,017$; Tabela 42). Zaobserwowano także, że mężczyznom częściej zdarza się, że zapominają o przyjęciu pojedynczej dawki leku ($p = 0,049$), co obrazują dane w Tabeli 43.



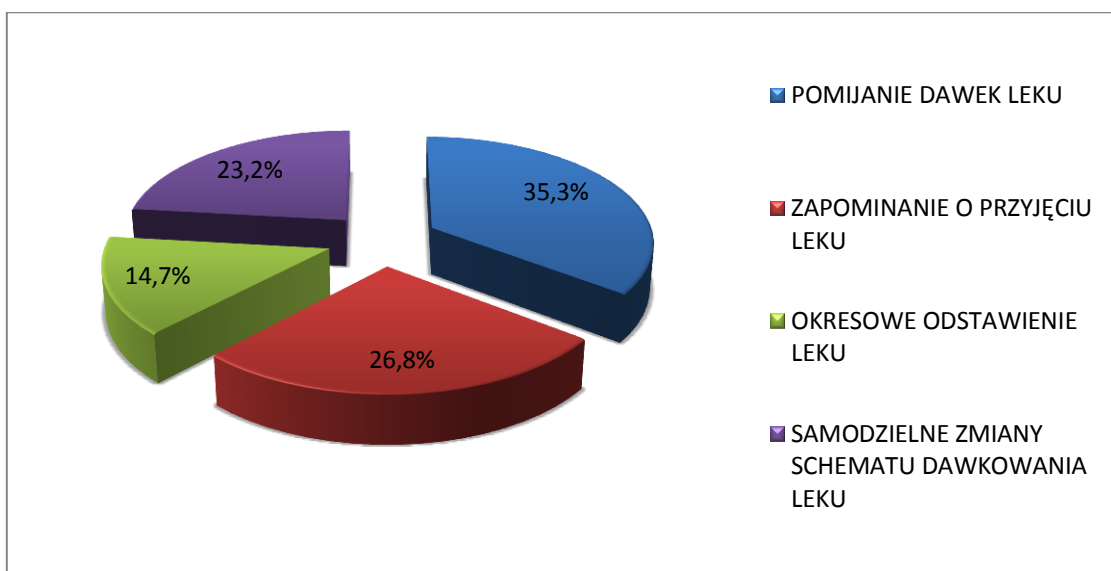
Rycina 34. Zachowywanie prawidłowych odstępów czasowych podczas stosowania przepisanych leków przez pacjentów ankietowanych ($n = 156$, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 35. Wiedza pacjentów ankietowanych na temat pory stosowania zaordynowanych leków (n=156, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05



Rycina 36. Zestawienie błędów, w realizacji przepisanej przez lekarza schematu farmakoterapii, popełnianych przez ankietowanych pacjentów (n=190)

Tabela 42. Zachowywanie prawidłowych odstępów między stosowaniem leków i świadomość pór ich stosowania, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Osoby ankietowane [%]	Zachowywanie prawidłowych odstępów między lekami				Świadomość pór stosowania leków		
	Tak	W miarę możliwości stara się	Nie	p	Tak	Nie	p
Płeć (n=156):							
Kobiety	27,8	71,3	0,9	0,002*	80,6	19,4	0,919
Mężczyźni	35,4	52,1	12,5		81,2	18,8	
Wiek (n=156):							
20-40 lat	23,8	66,7	9,5	0,327	85,7	14,3	0,061
41-50 lat	47,1	52,9	0,0		82,4	17,6	
51-64 lat	26,5	70,6	2,9		85,3	14,7	
>64 lat	37,9	58,6	3,5		62,1	37,9	
Wykształcenie (n=156):							
Podstawowe	33,3	55,6	11,1	0,017*	66,7	33,3	0,172
Zawodowe	50,0	35,7	14,3		92,9	7,1	
Średnie	19,6	80,4	0,0		72,5	27,5	
Student	20,0	73,3	6,7		80,0	20,0	
Wyższe	35,8	59,7	4,5		86,6	13,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

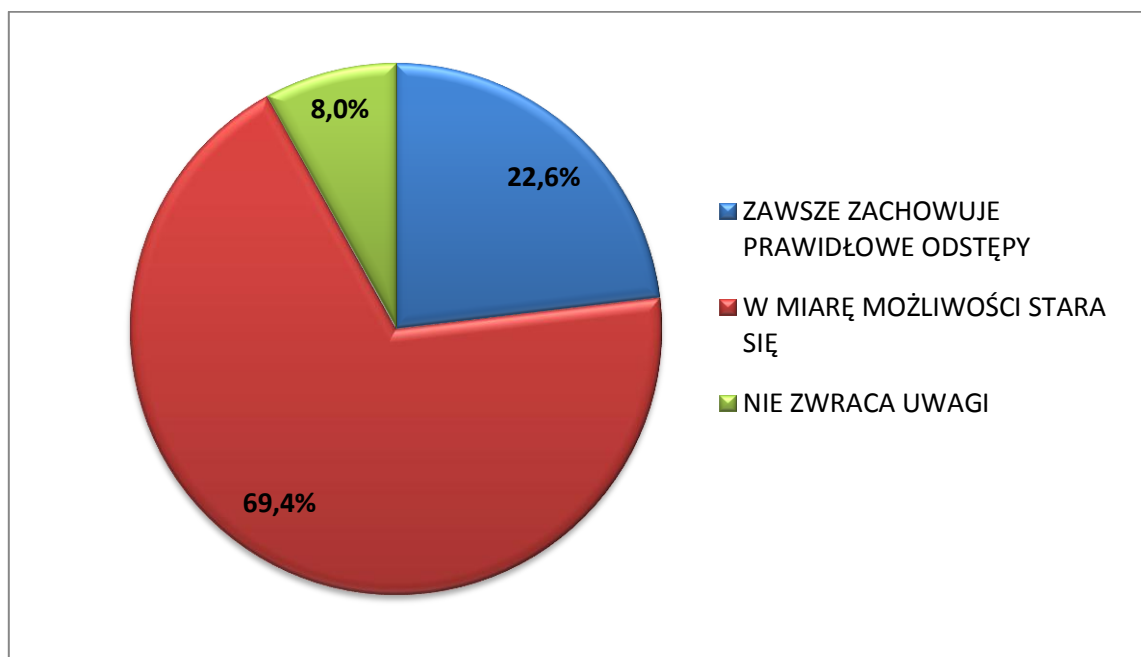
Tabela 43. Występowanie błędów w przyjmowaniu leków popełnianych podczas realizacji zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów

Błędy dawkowania leków								
Osoby ankietowane [%]	Pomijanie dawek	P	Zapominanie o przyjęciu	P	Okresowe odstawienie	P	Samodzielne zmiany w schemacie dawkowania	P
Płeć (n=156)								
Kobiety	42,6	0,893	27,8	0,049*	18,5	0,781	30,6	0,328
Mężczyźni	43,7		43,7		16,7		22,9	
Wiek (n=156)								
20-40 lat	35,7	0,444	40,5	0,138	21,4	0,580	30,9	0,113
41-50 lat	41,2		23,5		11,8		41,2	
51-64 lat	42,6		25,0		14,7		19,1	
>64 lat	55,2		44,8		24,1		37,9	
Wykształcenie (n=156)								
Podstawowe	66,7	0,615	33,3	0,263	33,3	0,622	33,3	0,969
Zawodowe	42,9		14,3		7,1		28,6	
Średnie	45,1		29,4		17,7		27,5	
Student	40,0		53,3		13,3		33,3	
Wyższe	38,8		34,3		19,4		26,9	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

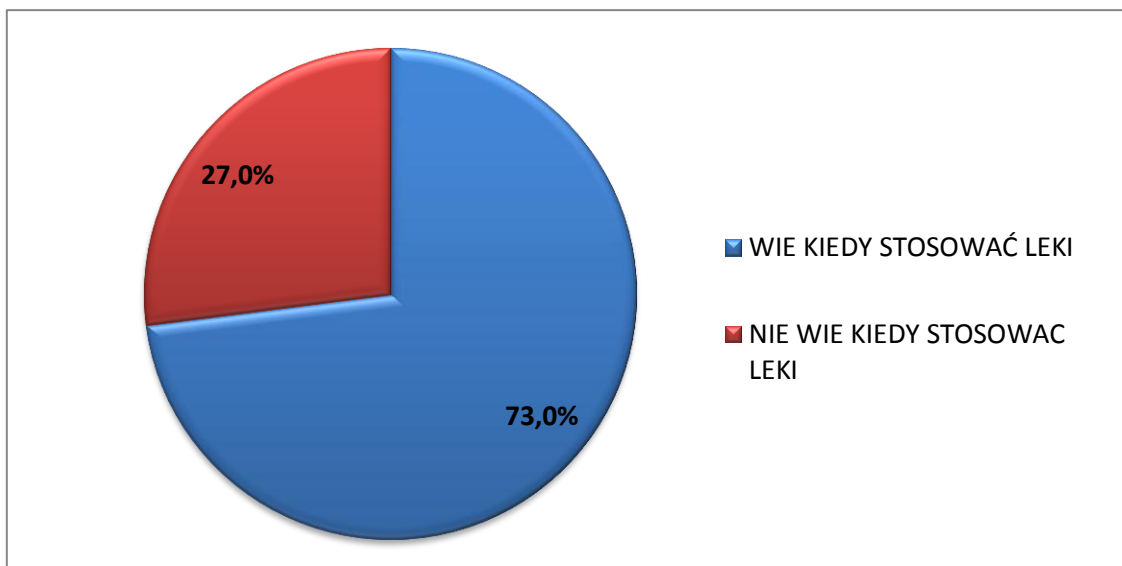
8.6. Ocena zdyscyplinowania w zakresie stosowania się do zaleceń lekarskich chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Pacjenci, nad którymi opiekę sprawują ankietowani w 69,4% przypadków realizują schemat terapii w miarę możliwości ($p < 0,000001$; Rycina 37), przy czym 73,0% badanych deklaruje, że wie kiedy stosować zaordynowane leki ($p < 0,000001$; Rycina 38). W analizie najczęściej popełnianych błędów podczas stosowanej farmakoterapii stwierdzono samodzielne zmiany w schemacie dawkowania i okresowe odstawienie leku (Rycina 39), co głównie zauważalne jest wśród osób z wykształceniem podstawowym (odpowiednio $p = 0,059$, $p = 0,093$; Tabela 45). Wszystkie pozostałe zależności od płci, wieku i wykształcenia nie wykazują statystycznej istotności, co obrazują dane zawarte w Tabeli 44 i 45.



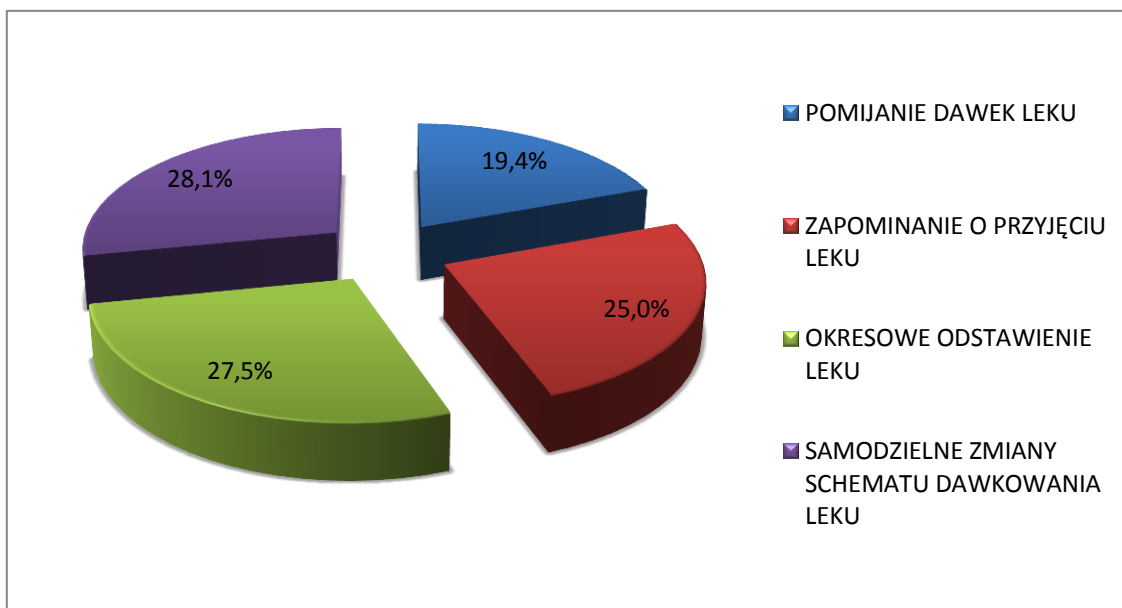
Rycina 37. Zachowywanie prawidłowych odstępów czasowych podczas stosowania przepisanych leków przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane ($n = 70$, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$



Rycina 38. Wiedza pacjentów, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane na temat pory stosowania zaordynowanych leków (n=70, p<0,000001*)

* Wyniki istotne statystycznie przy p<0,05



Rycina 39. Zestawienie błędów, w realizacji przepisanego przez lekarza schematu farmakoterapii, popełnianych przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane (n=122)

Tabela 44. Zachowywania prawidłowych odstępów między stosowaniem leków i świadomość pór ich stosowania, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Osoby ankietowane [%]	Zachowywanie prawidłowych odstępów między lekami				Świadomość pór stosowania leków		
	Tak	W miarę możliwości stara się	Nie	p	Tak	Nie	p
Płeć (n=70):							
Kobiety	27,0	70,3	2,7	0,186	78,3	21,7	0,606
Mężczyźni	18,2	66,7	15,1		75,8	24,2	
Wiek (n=70):							
<20 lat	37,5	62,5	0,0	0,226	100,0	0,0	0,099
20-40 lat	20,0	80,0	0,0		100,0	0,0	
41-50 lat	20,0	60,0	20,0		60,0	40,0	
51-64 lat	27,8	50,0	22,2		77,8	22,2	
>64 lat	17,7	79,4	2,9		61,8	38,2	
Wykształcenie (n=63):							
Podstawowe	15,4	84,6	0,0	0,672	69,2	30,8	0,324
Zawodowe	10,0	80,0	10,0		60,0	40,0	
Średnie	23,1	61,5	15,4		61,6	38,4	
Student	0,0	100,0	0,0		100,0	0,0	
Wyższe	36,4	54,5	9,1		90,9	9,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

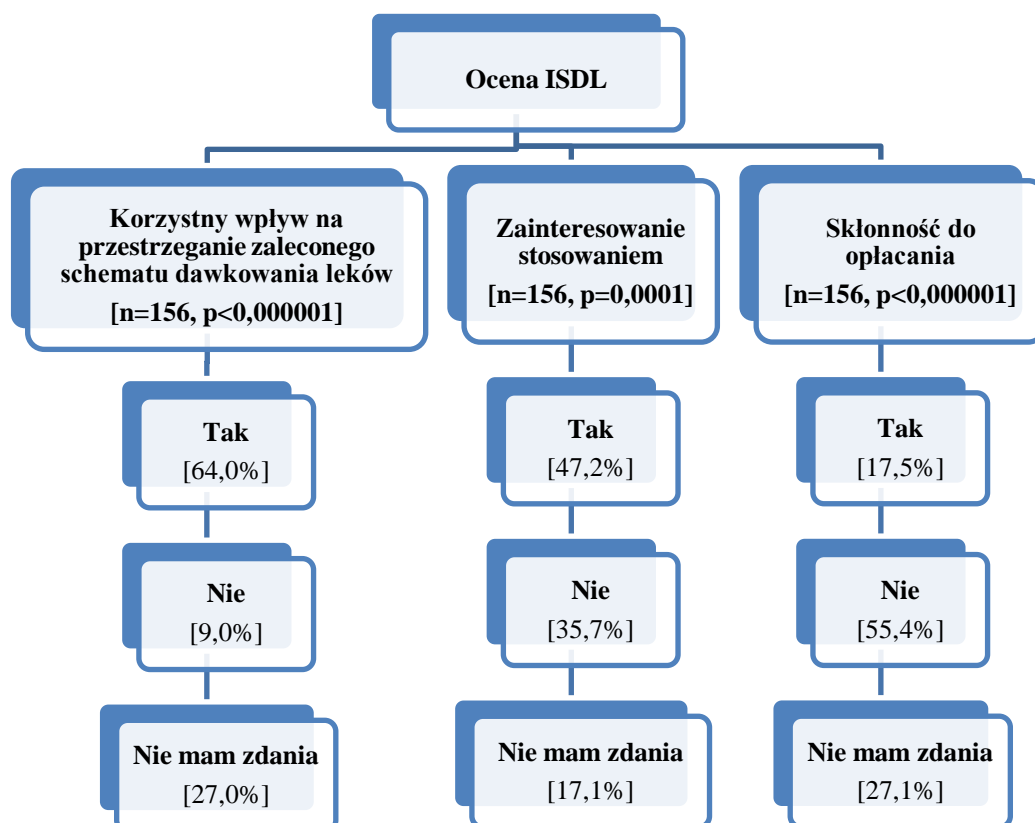
Tabela 45. Występowanie błędów w przyjmowaniu leków popełnianych podczas realizacji zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Błędy dawkowania leków								
Osoby ankietowane [%]	Pomijanie dawek	P	Zapominanie o przyjęciu	P	Okresowe odstawienie	P	Samodzielne zmiany w schemacie dawkowania	P
Płeć (n=70)								
Kobiety	51,5	0,250	56,8	0,945	32,4	0,388	32,4	0,544
Mężczyźni	37,8		57,6		42,4		39,4	
Wiek (n=70)								
20-40 lat	25,0		50,0		0,0		12,5	
41-50 lat	40,0	0,383	60,0	0,370	20,0	0,069	0,0	0,079
51-64 lat	60,0		80,0		40,0		60,0	
>64 lat	61,1		38,9		33,3		27,8	
Wykształcenie (n=63)								
Podstawowe	53,8		46,2		61,5		58,8	
Zawodowe	40,0		70,0		40,0		30,0	
Średnie	50,0	0,973	50,0	0,257	46,2	0,093*	50,0	0,059*
Student	33,3		33,3		33,3		0,0	
Wyższe	45,5		81,8		9,1		9,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.7. Celowość wdrożenia Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków w ocenie ankietowanych pacjentów

Uwzględniając wyżej przedstawione problemy, pogłębiające się z wiekiem pacjenta, takie jak: wzrost liczby lekarzy sprawujących opiekę, coraz większą liczbę ordynowanych leków, błędy w przestrzeganiu dyscypliny w realizacji zleconego schematu farmakoterapii, postanowiono uzyskać opinie pacjentów o ISDL. Zebrane dane wskazują, że pozytywnie do proponowanego systemu dawkowania odnosi się 47,2% ankietowanych pacjentów ($p=0,0001$), przy czym 64,0% uważa, że wpłynie on korzystnie na przestrzeganie ordynowanego schematu dawkowania leków ($p<0,000001$; Rycina 40), przy czym są to głównie osoby w wieku 20-40 lat ($p=0,016$; Tabela 46). Dodatkowo wykazano, że 55,4% ankietowanych nie jest skłonna opłacać tej usługi ($p<0,000001$; Rycina 40). Przeprowadzona analiza nie wykazała statystycznie istotnych zależności od płci, wieku i wykształcenia ankietowanych, co obrazują dane w Tabeli 46 i 47.



Rycina 40. Opinia pacjentów ankietowanych dotycząca ISDL

* Wyniki istotne statystycznie przy $p<0,05$

Tabela 46. Ocena zainteresowania i opinii na temat korzystnego wpływu ISDL na przestrzeganie schematu dawkowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Osoby ankietowane [%]	Zainteresowanie stosowaniem				Korzystny wpływ na przestrzeganie zaleconego schematu dawkowania leków			
	Tak	Nie	Nie mam zdania	p	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=156):								
Kobiety	49,1	35,2	15,7	0,822	61,1	9,3	29,6	0,508
Mężczyźni	43,7	37,5	18,8		70,8	8,4	20,8	
Wiek (n=156):								
20-40 lat	50,0	35,7	14,3	0,719	83,3	0,0	16,7	0,016*
41-50 lat	29,4	52,9	17,7		58,8	11,8	29,4	
51-64 lat	47,1	33,8	19,1		58,8	8,8	32,4	
>64 lat	55,2	31,0	13,8		51,7	20,7	27,6	
Wykształcenie (n=156):								
Podstawowe	55,6	33,3	11,1	0,332	55,6	33,3	11,1	0,192
Zawodowe	64,3	28,6	7,1		64,3	14,3	21,4	
Średnie	58,8	27,5	13,7		62,7	9,8	27,5	
Student	40,0	46,7	13,3		86,7	0,0	13,3	
Wyższe	35,8	41,8	22,4		61,2	6,0	32,8	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

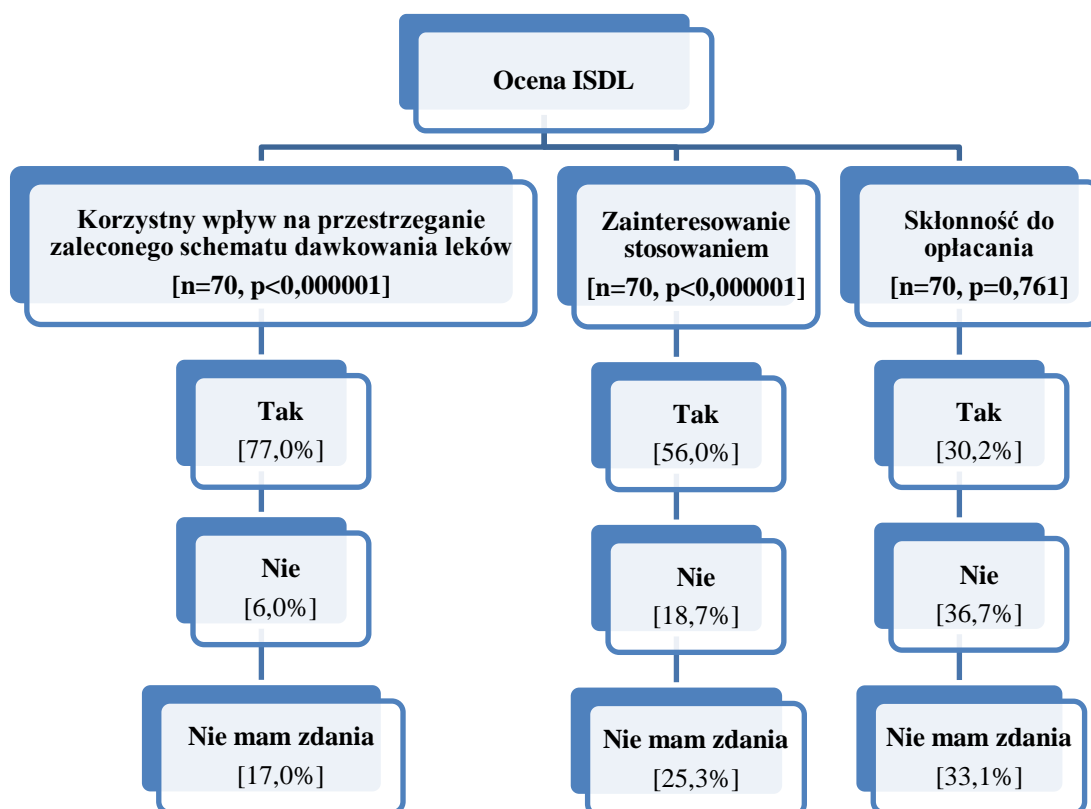
Tabela 47. Finansowanie ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Skłonność do opłacania				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=156):				
Kobiety	17,6	55,6	26,8	0,982
Mężczyźni	18,7	54,2	27,1	
Wiek (n=156):				
20-40 lat	23,8	40,5	35,7	0,150
41-50 lat	17,6	70,6	11,8	
51-64 lat	17,7	52,9	29,4	
>64 lat	10,4	72,4	17,2	
Wykształcenie (n=156):				
Podstawowe	11,1	88,9	0,0	0,449
Zawodowe	7,1	64,3	28,6	
Średnie	21,6	47,0	31,4	
Student	26,7	53,3	20,0	
Wyższe	16,4	55,2	28,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.8. Celowość wdrożenia Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków w ocenie osób sprawujących opiekę nad chorymi

Zasadniczym celem proponowanego ISDL jest pomoc osobom sprawującym opiekę nad chorymi głównie w wieku starszym. Ta grupa ankietowanych potwierdza zainteresowanie stosowaniem ISDL ($p < 0,000001$), sygnalizując znaczenie korzystnego wpływu na przestrzeganie dyscypliny przyjmowania leków ($p < 0,000001$). W związku z płatnym charakterem tej usługi porównywalna liczba opiekujących wyraża chęć opłacania, nie zgadza się na finansowanie tej usługi oraz ma nieokreślone zdanie na ten temat (Rycina 41). Głównie osoby z wykształceniem wyższym potwierdzają zasadność wynagrodzenia za przygotowanie ISDL ($p = 0,020$; Tabela 48). Pozostałe analizy względem płci, wieku i wykształcenia są nieistotne statystycznie, co przedstawiają Tabele 48 i 49.



Rycina 41. Opinia chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane dotycząca ISDL

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 48. Ocena zainteresowania i opinii na temat korzystnego wpływu ISDL na przestrzeganie schematu dawkowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Osoby ankietowane [%]	Zainteresowanie stosowaniem				Korzystny wpływ na przestrzeganie zaleconego schematu dawkowania leków			
	Tak	Nie	Nie mam zdania	p	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=70):								
Kobiety	62,2	18,9	18,9	0,358	75,7	8,1	16,2	0,818
Mężczyźni	48,5	18,2	33,3		78,8	3,0	18,2	
Wiek (n=70):								
<20 lat	50,0	12,5	37,5	0,277	75,0	12,5	12,5	0,832
20-40 lat	60,0	0,0	40,0		80,0	0,0	20,0	
41-50 lat	40,0	20,0	40,0		80,0	0,0	20,0	
51-64 lat	38,9	38,9	22,2		66,7	11,1	22,2	
>64 lat	67,6	11,8	20,6		82,4	2,9	14,7	
Wykształcenie (n=63):								
Podstawowe	69,2	23,1	7,7	0,213	76,9	7,7	15,4	0,579
Zawodowe	70,0	10,0	20,0		80,0	0,0	20,0	
Średnie	42,3	26,9	30,8		73,1	7,7	19,2	
Student	0,0	33,3	66,7		33,3	33,3	33,3	
Wyższe	72,7	9,1	18,2		90,9	0,0	9,1	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

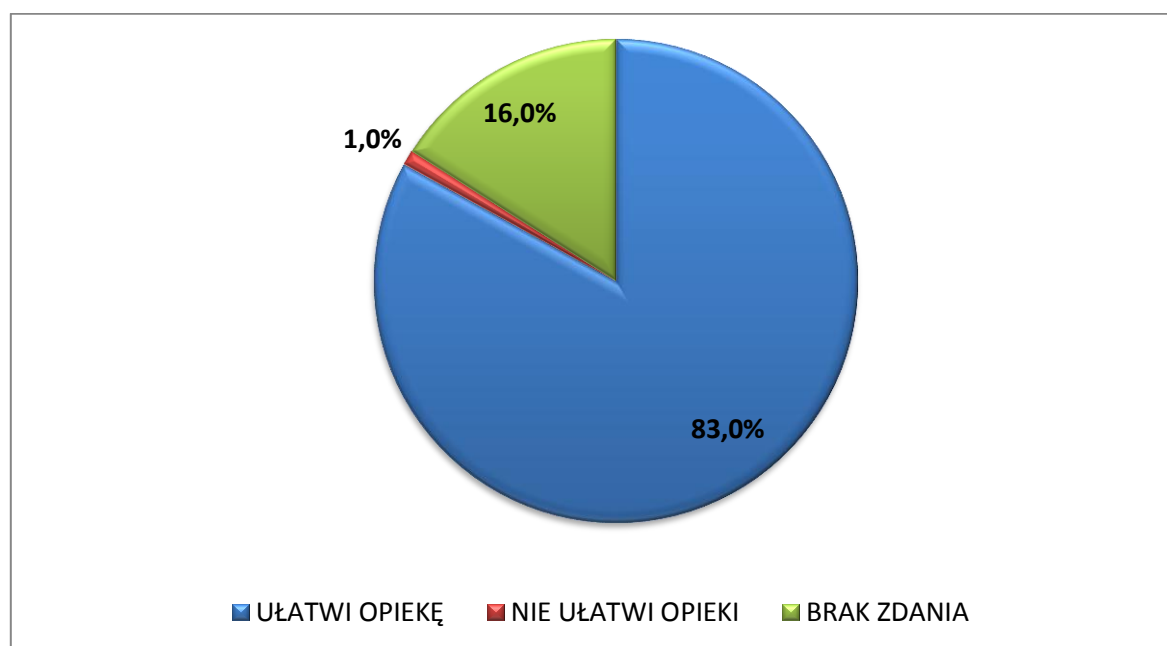
Tabela 49. Finansowanie ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Skłonność do opłacania				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=70):				
Kobiety	32,4	32,4	35,2	0,688
Mężczyźni	27,3	42,4	30,3	
Wiek (n=70):				
<20 lat	12,5	25,0	62,5	0,314
20-40 lat	40,0	0,0	60,0	
41-50 lat	20,0	40,0	40,0	
51-64 lat	33,3	50,0	16,7	
>64 lat	32,3	38,3	29,4	
Wykształcenie (n=63):				
Podstawowe	46,2	53,8	0,0	0,020*
Zawodowe	20,0	30,0	50,0	
Średnie	23,1	50,0	26,9	
Student	0,0	33,3	66,7	
Wyższe	54,5	9,1	36,4	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

8.9. Ocena wpływu stosowania Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków na ułatwienie opieki nad osobami chorymi

W przeprowadzonej ankiecie postawiono również pytanie, którego celem była ocena znaczenia ISDL jako sposobu mającego ułatwić sprawowanie opieki nad chorym. Zdecydowana większość osób sprawujących opiekę potwierdziła ten fakt ($p < 0,000001$; Rycina 42), jednak nie wykazano zależności tej oceny od płci, wieku i wykształcenia pacjentów ankietowanych (Tabela 50). Natomiast wśród chorych, nad którymi sprawuje się opiekę, zauważono znaczące poparcie wśród wykształconych na poziomie podstawowym, zawodowym, wyższym i średnim, przy czym opinia studentów w zakresie uproszczenia opieki przy zastosowaniu ISDL jest nieokreślona ($p = 0,003$; Tabela 51).



Rycina 42. Znaczenie możliwości zastosowania ISDL w sprawowaniu opieki nad osobami chorymi w ocenie ankietowanych ($n=70$, $p < 0,000001$ *)

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 50. Ułatwienie sprawowania opieki przy użyciu ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych

Ułatwienie sprawowania opieki przy użyciu ISDL (n=70)				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=70):				
Kobiety	87,3	1,8	10,9	0,087
Mężczyźni	66,7	0,0	33,3	
Wiek (n=70):				
20-40 lat	88,9	0,0	11,1	0,746
41-50 lat	77,8	0,0	22,2	
51-64 lat	76,7	3,3	20,0	
>64 lat	100,0	0,0	0,0	
Wykształcenie (n=63):				
Podstawowe	100,0	0,0	0,0	0,859
Zawodowe	100,0	0,0	0,0	
Średnie	77,3	4,5	18,2	
Student	91,7	0,0	8,3	
Wyższe	80,7	0,0	19,3	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

Tabela 51. Ułatwienia sprawowania opieki przy użyciu ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane

Ułatwienie sprawowania opieki przy użyciu ISDL (n=70)				
Osoby ankietowane [%]	Tak	Nie	Nie mam zdania	p
Płeć (n=70):				
Kobiety	81,1	0,0	18,9	0,423
Mężczyźni	84,8	3,0	12,2	
Wiek (n=70):				
< 20 lat	75,0	0,0	25,0	0,424
20-40 lat	80,0	0,0	20,0	
41-50 lat	80,0	0,0	20,0	
51-64 lat	72,2	5,6	22,2	
>64 lat	91,2	0,0	8,8	
Wykształcenie (n=63):				
Podstawowe	100,0	0,0	0,0	0,003*
Zawodowe	100,0	0,0	0,0	
Średnie	69,2	0,0	30,8	
Student	33,3	0,0	66,7	
Wyższe	90,9	9,1	0,0	

* Wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$

9. Autorski projekt niezbędnej dokumentacji jako podstawy uznania opieki farmaceutycznej jako specjalistycznej usługi medycznej

Wynikające ze stwierdzonych w omawianych wyżej wynikach problemy, pojawiające się w przestrzeganiu schematu prowadzenia długiej, często zaordynowanej przez kilku lekarzy farmakoterapii, zwłaszcza pacjentom w wieku starszym, przekonują co do konieczności wprowadzenia OF obejmującej również możliwość przygotowania i zastosowania ISDL. Wdrożenie OF jako usługi specjalistycznej świadczonej przez fachowy personel aptek wymaga ustalenia zasad jej dokumentacji. Nie opracowano dotychczas procedury kierowania oraz formy odpowiedzi zwrotnej do lekarza prowadzącego pacjenta zlecającego tę usługę. Można stwierdzić, że dobrze przygotowane są przez Pracownię Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum UJ zasady zbierania i przechowywania w aptece danych niezbędnych do przeprowadzenia analizy.

Przyjąć należy założenie, że OF głównie powinna być przeprowadzana na zlecenie lekarza rodzinnego prowadzącego pacjenta, gdy stwierdzi, że stosowana farmakoterapia ordynowana przez kilku lekarzy specjalistów jest złożona i trudno wykazać jej właściwe efekty lub pojawiają się niebezpieczne działania niepożądane lub efekty uboczne. Lekarz, gdy zauważy taką konieczność, powinien wypełnić stosowny druk skierowania zbliżony w formie do druku wystawianego do specjalisty (Rycina 43). Stosowane aktualnie w Polsce druki skierowań do specjalisty jako jeden z zasadniczych elementów zawierają oznaczenie sugerowanej jednostki chorobowej ujęte w formie kodu ICD-10, który to numer lekarz kierujący powinien umieścić w specjalnej rubryce. Zestaw obowiązujący na dzień dzisiejszy jedynie w nieznacznym zakresie obejmuje jednostki chorobowe będące efektem farmakoterapii, jednak jako wpis w druk skierowania wystawionego przez lekarza można wskazać zakres (V01-Y98) określony jako: "zewnątrzne przyczyny zachorowania i zgonu", a zwłaszcza punkt Y57.9: "lek lub środek farmakologiczny, nie określony" (Rycina 44) [88].

Farmaceuta na podstawie przyjętego skierowania w formie druku według prawnie zatwierdzonego wzoru, prawidłowo wypełnionego, powinien wszcząć analizę, zbierając stosowne dane dotyczące pacjenta, toku leczenia, stosowanych leków ordynowanych przez wszystkich lekarzy, przyjmowanych preparatów OTC i innych czynników mających wpływ na stan jego zdrowia. Jako efekt swojej pracy powinien

wystawić dokument adresowany do lekarza kierującego lub przekazać go pacjentowi, jeżeli analiza była przygotowana na jego prywatne zlecenie. Dokument wydany i podpisany przez farmaceutę, jako specjalistę z zakresu wiedzy o leku, będzie oceną sytuacji i wykazaniem ewentualnych nieprawidłowości w farmakoterapii w postaci rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych. Proponowany schemat takiego druku przedstawiono na Rycinie 45.

Tak przeprowadzona procedura obejmująca: wystawienie skierowania przez lekarza, zebranie i archiwizację danych od pacjenta oraz wystawienie wyniku przeprowadzonej analizy ze wskazaniem w formie pisemnej podpisanej przez farmaceutę specjalistę z uprawnieniami do OF, powinna być podstawą do obliczenia stawki bazowej punktów przedstawionych w specjalnym zestawieniu do NFZ celem refundacji kosztów usługi.

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

.....dnia.....20...r

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ FARMACEUTYCZNĄ

.....
nazwa apteki

Proszę o objęcie opieką farmaceutyczną

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESEL..... telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).....

Przyjmowane przez chorego leki.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi apteki:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....

Rycina 43. Skierowanie pacjenta przez lekarza do objęcia OF

V01-Y98Zewnętrzne przyczyny zachowania i zgonu(8)

- +V01-X59Wypadki(2)
- +X60-X84Zamierzone samouszkodzenie(25)
- +X85-Y09Przestępstwo(25)
- +Y10-Y34Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze(25)
- +Y35-Y36Uznana interwencja prawna i działania wojenne(2)
- Y40-Y84Powikłanie opieki chirurgicznej i medycznej(4)
- Y40-Y59Leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne powodujące niekorzystny skutek w leczeniu(20)
- +Y40Antybiotyk stosowany ogólnie, nie określony(10)
- +Y41Ogólnoustrojowe leki przeciwzapalne i przeciw pasożytnicze, nie określone(8)
- +Y42Inni i nieokreśleni antagoniści hormonów(10)
- +Y43Środek działający pierwotnie ogólnie, nie określony(9)
- +Y44Inne i nieokreślone środki działające na składniki krwi(9)
- +Y45Leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne, nie określone(8)
- +Y46Leki przeciwkurczliwe(9)
- +Y47Leki uspokajające i nasenne, nie określone(7)
- +Y48Gazy terapeutyczne(6)
- +Y49Lek pobudzający system nerwowy, nie określony(10)
- +Y50Środek pobudzający system nerwowy, nie określony(5)
- +Y51Inne i nieokreślone leki pierwotnie działające na autonomiczny układ nerwowy(10)
- +Y52Inne nieokreślone środki pierwotnie działające na układ sercowo-naczyniowy(10)
- +Y53Środki pierwotnie działające na układ pokarmowy, nie określone(10)
- +Y54Sole mineralne, niesklasyfikowane gdzie indziej(10)
- +Y55Inne i nieokreślone środki działające pierwotnie na układ oddechowy(8)
- +Y56Środki stosowane powierzchniowo, nie określone(10)
- Y57**Lek lub środek farmakologiczny, nie określony(10)**
 - Y57.0Leki obniżające łaknienie
 - Y57.1Leki lipotropowe
 - Y57.2Odrutki i związki chelatujące niesklasyfikowane gdzie indziej
 - Y57.3Środki obniżające poziom alkoholu
 - Y57.4Środki dodawane do leku
 - Y57.5Środki kontrastowe
 - Y57.6Inne środki używane w diagnostyce
 - Y57.7Witaminy niesklasyfikowane gdzie indziej
 - Y57.8Inne leki i preparaty farmakologiczne
 - Y57.9**Lek lub środek farmakologiczny, nie określony**

Rycina 44. Wybrane zagadnienia międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych [88]

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
 kod, nazwa komórki organizacyjnej
 numer identyfikacyjny (UMOWIV) i świadczeniodawcy

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/PACJENTA*

PACJENT: <input type="checkbox"/> Nie wykryto problemów lekowych <input type="checkbox"/> Proszę stosować się do zaleceń wymienionych poniżej	LEKARZ: <input type="checkbox"/> Nie wykryto problemów lekowych <input type="checkbox"/> Proszę rozważyć zalecenia wymienione poniżej <small>Kopia szczegółowej analizy przeprowadzonej przez farmaceutę w razie potrzeby może być dostarczona do lekarza kierującego</small>
DANE PACJENTA: Imię i nazwisko: PESEL: Adres:	DANE LEKARZA: Imię i nazwisko: Nr prawa wykonywania zawodu: Adres:
OPIS UDZIELONEGO ŚWIADCZENIA:	
RZECZYWISTE PROBLEMY LEKOWE	
Interakcje lekowe	INFORMACJA DLA: <input type="checkbox"/> Lekarza <input type="checkbox"/> Pacjenta <input type="checkbox"/> Farmaceuty <input type="checkbox"/> Inne
Niewłaściwe dawkowanie leków	<input type="checkbox"/> Lekarza <input type="checkbox"/> Pacjenta <input type="checkbox"/> Farmaceuty <input type="checkbox"/> Inne
Niestosowanie się do zaleceń lekarskich	<input type="checkbox"/> Lekarza <input type="checkbox"/> Pacjenta <input type="checkbox"/> Farmaceuty <input type="checkbox"/> Inne
Inne:	<input type="checkbox"/> Lekarza <input type="checkbox"/> Pacjenta <input type="checkbox"/> Farmaceuty <input type="checkbox"/> Inne
POTENCJALNE PROBLEMY LEKOWE	
	<input type="checkbox"/> Lekarza <input type="checkbox"/> Pacjenta <input type="checkbox"/> Farmaceuty <input type="checkbox"/> Inne
WSKAZANIA DLA PACJENTA	

* niepotrzebne skreślić

.....
 (podpis i pieczęć farmaceuty wykonującego świadczenie)

Rycina 45. Informacja dla lekarza kierującego/pacjenta od farmaceuty

V. Dyskusja Wyników

Problem właściwej interpretacji pojęcia i zakresu zadań stawianych OF w Polsce wynika głównie z braku zrozumienia różnic pomiędzy dotychczas praktykowanym profesjonalnym poradnictwem aptekarskim a udokumentowanym wynikiem analizy, w ramach której farmaceuta jako specjalista z zakresu wiedzy o leku, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania efektów poprawiających jakość życia pacjenta. Porady aptekarza stanowią bardzo ważny aspekt jego codziennej praktyki zawodowej, dlatego we wstępnej części pracy postanowiono ocenić, jaki jest zakres i częstotliwość występowania problemów merytorycznych, sygnalizowanych przez pacjentów w aptece. Stwierdzono, że osoby kierujące pytanie do aptekarza, oczekują przede wszystkim porad na temat leków dostępnych bez recepty. Licząc na pomoc w wyborze odpowiedniego preparatu, chorzy zainteresowani są także jego mechanizmem działania oraz dawkowaniem. Podczas realizacji recepty dominuje pytanie pacjenta o cenę leku, jednak często prosi on o informację na temat mechanizmu jego działania. Przeprowadzone badania ankietowe wskazują, że do apteki częściej przychodzą kobiety, przy czym zakres zadawanych pytań jest niezależny od płci [89, 90, 91]. Sytuacja ta wynikać może z faktu, że kobieta jako matka często wykupuje leki dla chorych dzieci albo osób którymi się opiekuje. Także istotnym jest, że kobiety żyją dłużej, korzystają częściej z porad specjalistów oraz, jak wykazały prezentowane w pracy wyniki, częściej samodzielnie podejmują decyzje o zakupie leków, głównie z grupy OTC, co warunkuje częstotliwość wizyt w aptece i zakres zadawanych pytań [92]. Dodatkowo szeroki wybór kosmetyków, które występują w ofercie aptek ogólnodostępnych sprawia, że wśród kupujących zdecydowanie dominują kobiety i one oczekują fachowej porady w tym zakresie.

Mając na uwadze zakres problemów i częstotliwość ich występowania podczas wyboru preparatu bez recepty, istotnym wydawało się określenie roli farmaceuty i lekarza jako osób sugerujących zastosowanie danego leku wobec sytuacji, gdy pacjent samodzielnie dokonuje wyboru preparatu OTC. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań wskazują na zasadniczą rolę porady aptekarza, przy czym uwagę zwraca fakt, że aż 35,0% osób wyboru dokonuje samodzielnie. Rola fachowca w tym zakresie

działalności zawodowej została określona w stanowisku Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej stwierdzającym, że: „aptekarz jest doskonale wykwalifikowany do tego, by udzielać porady o konieczności konsultacji lekarskiej a porada ta, jako pochodząca od osoby o wyspecjalizowanej wiedzy będzie lepiej i skuteczniej wysłuchana niż rada przyjaciela lub członka rodziny” [93]. W szeregu pozycjach piśmiennictwa opisujących zagadnienie wyboru preparatu OTC wskazano jako problem sytuację, gdzie dominuje decyzja o samodzielnym wyborze, wynikająca z wcześniejszych doświadczeń pacjenta z jego stosowania, a dopiero w następnej kolejności wymienia się radę farmaceuty i wskazanie lekarza [94, 95]. Również badania TNS OBOP z 2007 wskazują na porównywalną rolę porady aptekarskiej i wcześniejszego doświadczenia w stosowaniu leku, które przeważają nad wskazaniem preparatu przez lekarza [96]. Nabiera to szczególnego znaczenia w obliczu faktu, że Polska obok Rosji to kraje, w których leki OTC są najczęściej stosowane [97]. Potwierdza to Główny Urząd Statystyczny w publikacji z 2009 roku, gdzie z przedstawionych danych wynika, że ¼ dorosłych Polaków zażywa leki nabywane bez recepty lekarskiej [98].

W Wielkiej Brytanii w latach 90-tych podjęto dyskusję nad potencjalnym konfliktem etycznym, który mógłby wystąpić wśród farmaceutów wydających leki OTC. Niektórzy specjaliści do spraw zdrowotnych wysuwali wnioski, że farmaceuta sprzedający produkty lecznicze w oparciu o zasady wolnego rynku ekonomicznego nie może być traktowany jako element systemu służby zdrowia i tym samym jako osoba zaufania publicznego. W przypadku prowadzenia prywatnej placówki sprzedającej środki medyczne, która nastawiona jest na zysk, można doprowadzić do sytuacji, że pacjent otrzymuje lek na każde żądanie, bez jakiegokolwiek porady. Jednakże wykazano, że w 25,0% wszystkich przypadków farmaceuci odmówili sprzedaży leku, radząc pacjentowi udanie się do lekarza. Ponadto badania wykazały, że 3/4 pacjentów, którzy dostali polecenie udania się na konsultację, wykonało polecenie aptekarza [99]. Badania przeprowadzone w 2010 roku wskazują, że pacjenci prowadzący odpowiedzialne samoleczenie podkreślają bardzo ważną rolę farmaceuty w doborze leku oraz w zmianie stylu życia pacjenta [100], co dowodzi, że na aptekarza nakłada się obowiązek funkcjonowania w ramach szeroko rozumianej opieki zdrowotnej [101].

Przeprowadzone badania własne wskazują, że mężczyźni częściej kierują się poradą farmaceuty, natomiast kobiety samodzielnie dokonują wyboru preparatu.

Podobną tendencję można wykazać również w odniesieniu do pacjentów w wieku podeszłym. Dotyczy to głównie preparatów w ujęciu klasyfikacji Indeksu Terapeutycznego ATC, działających na ośrodkowy układ nerwowy oraz na przewód pokarmowy i metabolizm. W ramach tych grup zawarte zostały także środki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, a także preparaty stosowane w niestrawności. Podobne stwierdzenie można przedstawić na podstawie danych opublikowanych przez Pączkowską [94].

W badaniach ujętych w pracy wykazano także, że pacjenci najczęściej proszą farmaceutę o wskazanie preparatów dermatologicznych i działających w obrębie układu oddechowego. Publikacja TNS OBOP z 2002 roku wskazuje, że w krajach Europy Środkowej (Polska, Czechy, Węgry i Słowacja) farmaceuci cieszą się dużym zaufaniem pacjentów w sprawach związanych z wyborem leków OTC. Za najmniej wiarygodne źródło obywatele krajów środkowo-europejskich uważają reklamę w mediach i w ulotkach dostępnych w aptekach [102]. Dodatkowo 50,0% mieszkańców wymienionych krajów przynajmniej raz korzystało z porady farmaceuty przy zakupie leku bez recepty, wobec faktu, że tylko 38,0% wszystkich badanych kierowało się w tym przypadku poradą lekarza. Najczęściej oczekiwano wskazań dotyczących preparatów witaminowych, leków przeciwbólowych oraz preparatów na przeziębienie i kaszel [102, 103]. Raport TNS OBOP z 2004 roku podaje także, że aż 97,0% Polaków uważa tradycyjną aptekę za najbardziej godne zaufania miejsce sprzedaży leków [104].

W ocenie znaczenia kolejnych czynników wpływających na decyzję o zakupie preparatów jak na przykład cena lub reklama, w pracy udowodniono, że przy samodzielnym podejmowaniu decyzji przez pacjenta decyduje głównie wcześniejsze pozytywne doświadczenie związane z lekiem. Zależność tą stwierdzono zwłaszcza w grupie pacjentów w wieku starszym oraz wśród kobiet. Kobiety bardzo często czytają artykuły w szeregu periodykach i na podstawie tak zdobytej wiedzy decydują się na podjęcie próby leczenia farmakologicznego na własną odpowiedzialność. Autorzy szeregu prac podważają jednak wiarygodność tak sformułowanych wniosków, uzasadniając, że pacjenci często nie zdają sobie sprawy z wpływu reklamy na ich decyzje [102, 105-107].

Prezentowane w pracy wyniki badań wykazują, że wybór preparatu OTC przez mężczyzn oraz osoby poniżej 20 roku życia częściej wynika z porady znajomych i rodziny, co potwierdzają również badania Hartman'a i wsp. [108]. Podczas analizy

assortymentu leków OTC, które samodzielnie wybierają pacjenci określono, że chorzy najczęściej kupują farmaceutyki działające na ośrodkowy układ nerwowy oraz przewod pokarmowy i metabolizm, wskazując jako podstawę podjęcia decyzji głównie wcześniejsze pozytywne doświadczenie związane z lekiem. Dostępna literatura potwierdza fakt, że samoleczenie pacjentów dotyczy w dużej mierze stosowania preparatów przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz na przeziębienie i grypę [90, 94, 109]. Kontrola samoleczenia, dzięki kluczowej roli farmaceutów, może nabrać racjonalnego wymiaru, szczególnie w aspekcie wdrażanej OF [16].

Pacjent pojawiający się w aptecę pobiera leki zasadniczo w dwóch sytuacjach. Pierwsza to ta, gdy chory wykupuje preparaty przepisane dla siebie, albo druga, gdy nabywa farmaceutyki dla osoby, nad którą sprawuje opiekę. Przeprowadzona analiza wskazała, że połowa ankietowanych nabywa leki dla siebie, pozostali dla najbliższej rodziny (dla współmałżonka, dzieci, rodziców itp.). 15,0% osób wykupujących leki deklaruje, że ich nie stosuje, co potwierdza fakt, że pobiera je dla tych, którzy są pod jego opieką. Stwierdzenie to w części określają dane z 2006 roku, które wykazały, że 83,0% pacjentów korzystało z farmaceutyków dostępnych bez recepty, z czego 62,0% nabyło je dla siebie, 10,0% dla członków rodziny, 25,0% łącznie dla siebie i rodziny, a jedynie 3,0% dla osób obcych [90].

Z badań własnych wynika, że 45,5% ankietowanych pacjentów przyjmuje więcej niż 4 leki. W grupie osób które deklarują, że nie przyjmują żadnych leków przeważają mężczyźni, natomiast wśród pacjentów stosujących 1 lub 2 leki dominują kobiety. Oczywistym jest, że z wiekiem pacjenta wzrasta liczba stosowanych leków, prowadząc do sytuacji, w której 61,0% badanych w wieku powyżej 64 lat przyjmuje co najmniej 5 leków. Grzelak-Hodor i wsp. w swojej pracy wykazali, że statystyczny Polak powyżej 65 roku życia przewlekłe stosuje 5 leków przepisanych przez lekarza oraz dodatkowo 2 leki OTC lub suplementy diety, które nabywa bez recepty w ramach samoleczenia [110]. Jest to bardzo istotny problem w obliczu faktu, gdzie wśród stosowanych preparatów wiele z nich bardzo często zawiera w składzie jednakową lub podobną substancję czynną. Poszczególne leki są bowiem zapisywane przez lekarzy różnych specjalności, bardzo często nie analizujących wnikliwie stosowanej przez danego pacjenta farmakoterapii. Stanowi to duże zagrożenia dla zdrowia i życia chorego, szczególnie w wieku starszym [111].

Szeroki rozwój sieci aptek, często z bardzo agresywną polityką reklamową sprawia, że pacjent przywiązuje się do wybranych aptek, w których nabywa leki. Przeprowadzone badania wykazały, że większość osób korzysta nadal z jednej apteki, przy czym o jej wyborze decyduje głównie lokalizacja w pobliżu miejsca zamieszkania. Osoby z wykształceniem wyższym wykazują mniejsze przywiązanie do konkretnych usług, gdyż prawdopodobnie zakupują leki w wolnej chwili, w dogodnym miejscu, przemieszczając się samochodem. Potwierdza to także analiza zakresu czynników wpływających na przyzwyczajenie do danego miejsca, spośród których dominujące znaczenie mają: korzystna lokalizacja apteki, fachowa porada personelu, a także niskie ceny leków. Kobiety częściej sugerują się profesjonalnym doradztwem, a osoby studiujące, z wykształceniem średnim i wyższym, właściwą lokalizacją apteki. Z badań Wazaify i wsp. wśród grupy 1000 ankietowanych stwierdzono, że 74,6% chorych odwiedza aptekę jeden raz w miesiącu, z czego 32,2% kupuje leki OTC. W tej samej badanej grupie 86,4% zażywa leki OTC zgodnie z ulotką, a 61,1% ankietowanych radzi się farmaceuty lub lekarza na temat wyboru i stosowania leków OTC [112]. Przeciwnie wykazano natomiast w badaniach Skowron, gdzie wśród diabetyków fachowość porady była zaznaczana jako jeden z rzadszych powodów wyboru apteki. Co więcej, podkreślono niepokojące zjawisko nieotrzymywania informacji o dawkowaniu leków, nawet podczas realizowania leków przepisanych na receptę [54]. W Polsce niestety bardzo często podkreślany jest fakt, że o lojalności względem danej apteki decyduje cena leków, co związane jest z ponoszonymi kosztami za farmakoterapię. Określa się bowiem, że przeciętny pacjent wydaje około 400 złotych rocznie na leki [113].

Z przeprowadzonych badań wynika, że 44,1% ankietowanych korzysta z porad konkretnego farmaceuty, przy czym częściej dotyczy to mężczyzn. Większość osób uważa, że farmaceuta powinien ich edukować, a także udzielać porad w wydzielonym pomieszczeniu, co sugerują zwłaszcza pacjenci starsi. Podobne zdanie na ten temat wyrażają Szkoci [114]. Niestety z badań w Polsce wynika, że aż 70,0% aptek nie posiada takiego miejsca. Właściwe pomieszczenie do rozmów powinno być łatwo dostępne dla pacjentów, najlepiej z szerokim wejściem bez schodów i progów, także z przystosowaniem dla osób niepełnosprawnych. Dodatkowo wymaga się szczególnego oznakowania, które zagwarantuje niezakłócaną konsultację i dyskrecję. Wyposażenie powinno być uzależnione od charakteru prowadzonych spotkań, przykładowo dla cukrzyków warto posiadać szkoleniowe glukometry czy peny. Stałe

i niezmiennie dla każdego pomieszczenia są: stolik, krzesła, komputer z dostępem do internetu, drukarka, waga i ciśnieniomierz. Ważną część pokoju stanowi także naukowa biblioteczka farmaceuty oraz materiały dydaktyczne dla pacjentów, takie jak broszury, ulotki, atlasy anatomiczne, by wspomóc profesjonalnie proces edukacyjny chorego [54].

W pracy również wykazano, że ankietowani zainteresowani są wzbogacaniem swojej wiedzy poprzez korzystanie z ulotek reklamowych, czasopism medycznych, czy innych pozycji popularnonaukowych, przy czym częściej korzystają z nich kobiety, które także sygnalizują potrzebę systematycznego sprawdzania prawidłowego schematu przyjmowania leków. Pacjenci potwierdzają zadowolenie z aktualnej działalności aptekarza (np. z porady w zakresie prawidłowego stosowania i przechowywania leków czy redukcji kosztów terapii przepisanej przez lekarza), co w konsekwencji wiąże się z chęcią korzystania z poszerzonego zakresu porad, np. o informacje na temat możliwych działań niepożądanych leków i sposobach ich eliminowania, interakcji między przyjmowanymi lekami, celowości stosowania innych preparatów OTC czy objawów i przebiegu zdiagnozowanych u nich chorób. Opublikowane wyniki badań wskazują, że to głównie osoby, u których stwierdzono choroby przewlekłe, wykazują większe zapotrzebowanie na doradztwo farmaceutyczne [115]. Duńczycy przykładowo oczekują głównie pomocy w zakresie działań niepożądanych leków [116]. Pacjenci często wykazują duże zadowolenie z umiejętności aptekarza i wyrażają chęć rozmowy na temat przepisanych leków, aczkolwiek w innych krajach ten zakres działalności aptek ma o wiele szerszy zakres niż w Polsce [117, 118]. W opozycji do tych wyników stoją badania przeprowadzone w Krakowie, gdzie wykazano, że zdaniem pacjentów farmaceuta nie jest źródłem ani informacji zdrowotnej, ani również danych o lekach. Chorzy bowiem poszukują porady o chorobie i farmakoterapii u lekarzy [54]. Podobny stan występuje we Włoszech [119] i Szwecji [120], gdzie argumentowano brak merytorycznych rozmów w aptece dużą liczbą innych pacjentów, którzy zniecierpliwieni oczekują na swoją kolej. Jednak brak tego typu usług farmaceutycznych nie stanowi problemu dla osób, które nie mają świadomości ich istnienia.

Wykonane badania wykazały, że zdaniem ankietowanych aptekarz zawsze odpowiada na pytania, przy czym zaledwie połowa z nich stwierdza, że wpływa to na zwiększenie wiedzy na temat wszystkich stosowanych leków i schematu

dawkowania ordynowanych przez lekarza preparatów. Według Joela Rosiene i wsp. właściwa edukacja, dotycząca farmakoterapii, może spowodować zmianę zachowań chorych, którzy do tej pory praktykowali samoleczenie jedynie na podstawie własnych doświadczeń [121]. Analiza szeregu publikacji potwierdza fakt, że znacząca część porad jest udzielana podczas dyspensacji leku, a właściwie pojęte doradztwo farmaceutyczne stanowi najwłaściwszą formę edukacji i jest szeroko praktykowane w wielu krajach jak: Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Holandia, Szwajcaria, Finlandia [71, 114, 116, 121-126].

Prowadzenie profesjonalnego poradnictwa aptekarskiego stanowi zasadniczą argumentację dla wdrożenia w aptekach specjalistycznej usługi, jaką jest OF. Prawidłowe jej prowadzenie zakłada kluczową rolę współpracy farmaceuty z lekarzem prowadzącym pacjenta. Wyniki badań ankietowych wykazują, że ponad połowa medyków współpracuje z farmaceutami, przy czym działania z kilkoma deklarują głównie osoby bez specjalizacji, lub będące w jej trakcie. Przykładowo w Ontario medycy w większości kontaktują się z aptekarzami 5 razy w tygodniu, by ustalić wspólnie terapie lekowe pacjentów. 28,0% badanych, przy czym są to głównie bardziej doświadczeni lekarze, kieruje swoich chorych bezpośrednio do aptek, by został tam przeprowadzony wywiad lekowy [91]. Pulmonolodzy w badaniach Kucukarlsan i wsp. zgodnie potwierdzają zapotrzebowanie na zwiększony kontakt z farmaceutą, przy czym problem upatrują w technikach porozumiewania się [127]. Badania przeprowadzone poza granicami naszego kraju potwierdzają zgodnie fakt, że skoordynowane działania tych dwóch grup zawodowych przynoszą wiele korzyści pacjentowi w trakcie stosowania leków [127-133]

Ankietowani lekarze oceniając dotychczas pełnioną funkcję przez farmaceutów, w znacznej części nie potrafią określić swojego stanowiska w sprawach: wiarygodności zakresu klinicznych informacji o leku oraz możliwości przejęcia odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów lekowych, a także o zakresie przeprowadzanych konsultacji z pacjentami. Z kolei oczekiwania lekarzy w większości są obiecujące względem farmaceutów, z wyjątkiem przekazania odpowiedzialności aptekarzowi za podjęte decyzje odnośnie rozwiązywania problemów lekowych oraz edukowania pacjenta w zakresie objawów i przebiegu występującej u niego choroby. Dotychczas lekarze potwierdzają rolę farmaceuty jako wiarygodnego doradcy w zakresie ogólnej wiedzy o leku oraz osoby informującej pacjenta o tańszych zamiennikach zapisywanych

preparatów. Badania przeprowadzone przez Smith'a i współpracowników przychylają się do tych stwierdzeń, jednak zagadnienie wskazywania pacjentom zamienników przez farmaceutę zostało w tej pracy ocenione bardziej krytycznie [67]. Podobne wyniki zaprezentowali Zaidan z zespołem, którzy stwierdzili, że przygotowanie merytoryczne aptekarzy jest niewystarczające, przy czym oczekują by był on jedynie ekspertem w zakresie informacji o leku [134]. Ankietowani w pracy lekarze sygnalizują również fakt, że farmaceuta nie przekazuje informacji zwrotnych o problemach lekowych pacjentów. Nie określają jednak jednoznacznie, czy oczekują, by farmaceuta prowadził kompletną dokumentację stosowanych leków przez pacjenta i asystował w układaniu farmakoterapii wspólnie z lekarzem prowadzącym, mimo iż dane z piśmiennictwa sugerują, aby dokumentowanie interwencji farmaceutycznych było rutynową czynnością w praktyce aptecznej [135]. Truong i wsp. w swym artykule z 2009 roku potwierdzają zasadność aktualnie pełnionej funkcji farmaceuty w zakresie konsultacji oraz raportowania problemów lekowych [136]. Badania Smith'a i wsp., wykonane kilka lat wcześniej w Kalifornii, wskazują na pozytywne nastawienie do przyjętych zasad współpracy obu grup zawodowych [67], co potwierdza oczekiwania lekarzy obserwowane aktualnie w Polsce. Dokonana na podstawie opracowanej dla potrzeb tej pracy ankiety zmiana terminologii z poradnictwa aptekarskiego na wdrażaną OF sprawiła, że w opinii lekarzy zdecydowanej zmianie uległo nastawienie czego efektem jest poparcie dla procedur wykonywanych w jej zakresie. Spowodowało to, że w kwestionariuszu wybór wariantu: brak określonego zdania, zastąpiło stanowisko wskazujące na przychylność wobec wdrażania nowej usługi, która obejmowałaby: udokumentowane czynności, ponoszoną odpowiedzialność farmaceuty a także wskazanie na konieczność wynagrodzenia tej pracy. Lekarze potwierdzają także celowość dostępności telefonicznej farmaceuty dla pacjentów w przypadku pytań o stosowane przez nich leki. Badania wykazały, że takie okresowe konsultacje wpływają na zwiększenie stosowania się do zaleceń lekarskich (*compliance*) oraz zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów [137, 138]. Znaczna część ankietowanych w pracy lekarzy jedynie w zakresie problemu uzgadniania terapii lekowych nie ma określonego stanowiska, co nie zmienia ogólnie pozytywnej oceny roli OF w aspekcie wszystkich analizowanych zagadnień. Badania Smith'a i współpracowników wskazują natomiast na odmienne nastawienie, w którym lekarze w większości nie dają przyzwolenia na ten zakres pełnionej funkcji [67]. Należy zwrócić uwagę na fakt

że badania te wykonano w roku 2002. Aktualnie OF w Stanach Zjednoczonych przyjęła się i jest szeroko praktykowana [136, 139-142]. Daje to więc nadzieję, że Polsce uda się przygotować właściwe warunki do wdrażania tej usługi, szczególnie przekonując do niej młodszych lekarzy i specjalistów medycyny rodzinnej, którzy zgodnie potwierdzają znaczenie codziennej oraz przyszłej współpracy z aptekarzem w zakresie OF.

Zarówno na podstawie opinii pacjentów, jak i lekarzy potwierdzono celowość wprowadzenia OF. Największy stopień akceptacji wykazywali lekarze specjaliści chorób wewnętrznych, młodzi lekarze bez specjalizacji oraz, co jest szczególnie ciekawe także grupa o najdłuższym stażu pracy - powyżej 25 lat. Dostępne w piśmiennictwie dane wskazują, że dotychczasowe doświadczenia pacjentów powodują ich pozytywnie nastawienie do OF [143] i sprawiają, że oczekują oni coraz szerszego zakresu tej nowej usługi [144]. Z czasem zaczynają dostrzegać różnice między „przyjacielską poradą” a OF, która według badanych daje znacznie więcej korzyści [145-147]. Zdarzają się jednak opinie w takich krajach jak np. Portugalia, gdzie w znacznej części nie wiadomo czego oczekiwać od farmaceuty w zakresie tej usługi [148]. Podobnie w Polsce według aktualnych danych zdecydowana większość badanych nie słyszała o usłudze OF, jednak po zapoznaniu się z informacją o jej idei ponad połowa ankietowanych ocenia ją pozytywnie [149]. W badaniach Szalunki z 2010 połowa ankietowanych lekarzy określiła realne szanse wdrożenia OF, przy czym największą wskazaną przez respondentów barierą jest brak spójnego systemu informatycznego oraz nieodpowiedni system komunikacji na linii lekarz-farmaceuta [150]. Pacjenci, podobnie jak lekarze, oceniają że spotkanie w ramach OF powinno trwać do 15 minut. Kobiety w swych ocenach zainteresowane są dłuższym czasem tej wizyty, co wskazują również dwie grupy lekarzy: ci z krótkim stażem i grupa najdłużej praktykujących. Badania Campbell i wsp. potwierdzają, że farmaceuta w zakresie konsultowania problemów lekowych poświęca pacjentowi średnio do 15 minut [151].

Na podstawie wykonanych badań oszacowano, że około 40,0% pacjentów i 50,0% lekarzy wskazuje na konieczność opłacania tej usługi. Przeprowadzono wycenę usługi OF i w ocenie pacjenta uśredniona wartość opiewała ma kwotę 23,0 zł, a według lekarzy na kwotę 43,0 zł. Zarówno pacjenci jak i lekarze chcieliby ta usługa była refundowana, przy czym poparcie tego stanowiska maleje zależnie od długości stażu pracy lekarzy, co wynikać może z dotychczasowych doświadczeń związanych

ze współpracą z Narodowym Funduszem Zdrowia i trudnościami jakie cały czas się pojawiają. Badania Dryji i wsp. potwierdzają, że w Polsce pacjenci są świadomi kosztów związanych z prowadzeniem opieki i uważają, że farmaceucie należy się dodatkowe wynagrodzenie w maksymalnej wysokości 20,0 zł, przy czym to NFZ powinien ponosić te koszty [152]. Także Skowron w swojej publikacji podała, że ponad połowa ankietowanych pacjentów skłonna jest zapłacić za wizytę 5,0 - 10,0 zł, a 31,0% badanych wskazało kwotę pomiędzy 11,0 - 20,0 zł. Wysokość tej opłaty nie była zależna od osiąganego dochodu [54]. W Stanach Zjednoczonych w roku 1994 zbadano, że 20,0% pacjentów jest chętnych opłacać doradztwo w zakresie stosowanych leków bez recepty w kwocie od 50 centów do 1,5 dolara [153]. Jednak z badań przeprowadzonych kilka lat później wynika, że zainteresowanie opłacaniem usług farmaceutycznych wzrasta i osiągnęło 51,0% głosów poparcia, przy czym za 5 minutową konsultację ankietowani proponują stawkę 5 dolarów [154]. Wang i wsp. w swojej publikacji określili, że opłacalność przeprowadzania usługi MTM, która jest elementem składowym OF, osiągana jest wtedy, gdy wynagrodzenie dla farmaceuty mieści się w zakresie 30-100 dolarów na godzinę [155].

Zagadnienie prawidłowej współpracy lekarza i farmaceuty ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego przebiegu farmakoterapii stosowanej przez pacjenta. Do właściwej realizacji OF może przyczynić się także możliwość wdrożenia w Polsce Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków (ISDL). Przeprowadzone badania potwierdzają fakt, że z wiekiem pacjenci coraz częściej korzystają z porad lekarzy specjalistów zlecających stosowanie coraz większej liczby leków. Konsekwencją tego jest wzrost liczby codziennie przyjmowanych farmaceutyków i wydłużenie czasu ich stosowania. Potwierdzają to dane z 2003 roku, na podstawie których pacjenci w wieku powyżej 65 roku życia stosują przeciętnie od 2 do 6 leków przepisywanych na receptę. Politerapia lekowa jest procesem szczególnym, gdyż warunkuje osiągnięcie pozytywnych efektów tylko wtedy, gdy chory przyjmować będzie poszczególne preparaty ściśle według zaleceń lekarza i farmaceuty. Niestety, wykonane w pracy badania wykazały, że znaczna część ankietowanych, zwłaszcza mężczyzn, często pomija lub zapomina o przyjęciu dawki leku, przy czym często zauważyć można skłonność do samodzielnej decyzji o zmianie schematu dawkowania leków lub okresowym odstawianiu poszczególnych preparatów. Podobne wyniki otrzymano w 2010 roku, gdzie dodatkowo podjęto próbę scharakteryzowania przyczyn tej sytuacji.

Wyjaśniono te zależności w oparciu o aspekty kulturowe, gdzie mężczyźni od zawsze postrzegani są jako jednostki silniejsze i waleczne, a kobiety jako zorganizowane, odpowiedzialne i obowiązkowe [156]. Nieprzestrzeganie reżimu terapeutycznego stanowi poważną przyczynę braku efektów leczenia, co wskazywane jest jako problem nie tylko w Polsce, ale także na świecie [23, 157-159]. Badania wykonane przez Fundację na rzecz Wspierania Rozwoju Farmacji i Medycyny określają, że co czwarty pacjent u którego stwierdzono chorobę przewlekłą nie stosuje się do zaleceń lekarza i deklaruje, że zdarzają się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też stosowanie zaledwie niektórych lub tylko jednego z ordynowanych preparatów [156]. Często pacjenci nie zdają sobie sprawy z konsekwencji nieprawidłowego przyjmowania leku, co może wynikać z niezrozumiałej formy przekazu lekarza lub farmaceuty, a w szczególnych sytuacjach także z braku przekazania jakiegokolwiek informacji [160]. Wyniki pracy potwierdzają niepokojący fakt znaczącego odsetka osób, którym specjaliści nie udzielili informacji. Szczególnie zauważalne jest to wśród chorych, nad którymi sprawowana jest opieka, gdzie stwierdzono, że farmaceuta informuje o dawkowaniu tylko 11,4% pacjentów. Podobne rezultaty otrzymano w pakistańskich badaniach, gdzie opublikowano, że aż 52,7% farmaceutów nie prowadzi podstawowego doradztwa w aptekach [161]. Z badań Skowron wynika, że 24,0% ankietowanych diabetyków często nie otrzymuje informacji o dawkowaniu leków [54]. Zatem pozorna wiedza chorych o tym, jak stosować leki może wynikać z samodzielnych poszukiwań takich danych w treści ulotek stosowanych preparatów, co niejednokrotnie może wiązać się z błędną interpretacją poszczególnych zapisów. Powszechnie wiadomym jest, że pacjentowi trudno jest przyznać się, że nie rozumie schematu dawkowania i w praktyce nie wie jak postąpić, stąd traci panowanie nad procesem terapeutycznym i w konsekwencji pomija dawki i zapomina o zaleceniach [156]. Liczne prace podkreślają, że jednoczesne stosowanie dużej liczby preparatów jest niebezpieczne, nie tylko ze względu na wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, ale także z powodu pomyłek w sposobie ich przyjmowania i dawkowania [162, 163]. Badania Zygałło przeprowadzone na 523 pacjentach wykazują, że aż w 400 przypadkach stwierdza się niewłaściwe stosowanie leków przepisanych przez lekarza, gdzie ponad 25,0% chorych zapomina o regularnym przyjmowaniu preparatów, 23,0% stosuje dodatkowo środki roślinne, a prawie 50,0% korzysta z leków OTC (od jednego do siedmiu) [164]. Opublikowane dane wskazują,

że aż 20,0% hospitalizacji ludzi starszych w Polsce związanych jest z niesystematycznym leczeniem [165, 166], a w Stanach Zjednoczonych około 125 tysięcy zgonów rocznie spowodowanych jest niestosowaniem się do zaleceń terapeutycznych [167]. Wnioski z tych prac wskazują, jak ważne jest monitorowanie przyjmowania wszystkich ordynowanych pacjentowi farmaceutyków i potwierdzają, że zrealizowana w aptece recepta nie zawsze daje gwarancję właściwego zastosowania preparatów [168-170].

Sytuacja, w której właściwie przepisany lek nie jest przyjmowany ściśle według wskazań, przynosi szkodę nie tylko pacjentowi, ale także zwiększa nakłady na ochronę zdrowia, głównie poprzez dodatkowe zwiększenie liczby osób hospitalizowanych. Większość dotychczas podjętych działań, których celem jest poprawa przestrzegania przez chorych zaleceń dotyczących stosowania leków, nadal nie daje spodziewanych efektów terapeutycznych, między innymi dlatego, że są one niewystarczająco wszechstronne. Kompleksową pomoc, jaką można zaproponować pacjentowi, stanowi specjalnie dla niego przygotowana w aptece forma ISDL [82, 171-174]. W Polsce to innowacja, która cieszy się dużym zainteresowaniem. Z przeprowadzonych badań wynika, że wśród osób, które poznały zasady działania tego systemu, pozytywnie o ISDL wypowiada się około połowa ogółu ankietowanych. Znacząca część respondentów w wieku 20-40 lat stwierdza, że nowa usługa ułatwi prawidłowe stosowanie się do zaleceń lekarskich, głównie wpływając na właściwe, bardziej świadome i precyzyjne stosowanie leków. W licznych badaniach, jak również i w tej pracy, potwierdzono celowość stosowania ISDL oraz wskazano na fakt, że farmaceuta po przeprowadzeniu analizy dawkowania, wykluczeniu niezgodności, rutynowo załączać będzie pisemną informację o sposobie przyjmowania stosowanych farmaceutyków, możliwych skutkach ubocznych terapii i sposobie postępowania w przypadku ich wystąpienia [175, 176]. Dodatkowo, w przypadku realizacji kilku recept od różnych lekarzy, przepisanych konkretnemu pacjentowi, ich zestaw zostanie zweryfikowany przez magistra farmacji, co umożliwi poprawę skuteczności leczenia, ograniczy ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, a także pozwoli zmniejszyć wydatki na leki. Umożliwi to również wyeliminowanie preparatów zawierających te same składniki i stosowanie medykamentu w dawkach wymaganych w danej kuracji [82, 177, 178]. Badania Lee i wsp. potwierdzają dodatkowo, że zastosowanie ISDL wpływa na regularne i prawidłowe przyjmowanie leków stosowanych w nadciśnieniu

i obniżaniu wysokiego poziomu LDL (*low density lipoproteins*) [179]. Publikacja Søndergaard i wsp. wskazuje także na to, że system ten przyczynia się do zmniejszenia liczby pacjentów hospitalizowanych [180].

ISDL funkcjonują już w wielu krajach i należą do najczęściej stosowanych metod, ułatwiających chorym regularne zażywanie preparatów [82, 181]. Jak wynika z badań Littenberg'a i wsp., ponad 50,0% pacjentów spośród badanych osób cierpiących na cukrzycę, zażywających od 3 do 29 leków, korzysta z płatnej usługi ISDL [182]. W pracy zauważono, że skłonność pacjentów do finansowania zwiększa się, gdy zastosowanie jej dotyczy chorych objętych opieką, a szczególnie akceptują to osoby z wykształceniem wyższym. Wynika to zapewne ze zwiększonej świadomości ankietowanego odnośnie znaczenia ISDL, który w sposób holistyczny, w porównaniu do kasetek na leki, będzie chronić przed popełnieniem błędu za względu na przeanalizowany i co najważniejsze, udokumentowany przez magistra farmacji specjalnie przygotowany zestaw leków [183, 184].

W wielu krajach istnieją już systemy dokumentacji, które wykorzystywane są podczas prowadzenia różnych kognitywnych usług farmaceutycznych [185, 186]. Jednak jest to zagadnienie wymagające specyficznego opracowania, dla danego systemu organizacyjnego służby zdrowia. Można jednak stwierdzić, że występują pewne zasady ogólne, które są podobne w szeregu państw. W pracy przedstawiono więc autorski projekt niezbędnej dokumentacji, do tego by OF, a wraz z nią ISDL mogły być wdrożone i funkcjonować w Polsce jako forma świadczenia usługi medycznej, docelowo opłacanej również ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, co często jest sugerowane przez Samorząd Aptekarski [187, 188]. Przyjąć należy założenie, że będzie to możliwe tylko wtedy, gdy usługa ta wykonana będzie na podstawie skierowania lekarza prowadzącego lub powinna być odpłatna dla pacjenta, gdy wykonana zostanie na jego prywatne zlecenie. Pozostaje jedynie kwestia odpowiednich uregulowań prawnych.

Lekarz, głównie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w momencie stwierdzenia problemów lekowych u pacjenta leczonego przez kilku specjalistów, z przypuszczeniem, że pacjent nie stosuje się do wskazań odnośnie ordynowanych leków lub sposobu ich dawkowania, według uznania powinien wystawiać skierowanie do wybranego farmaceuty celem przeanalizowania toku farmakoterapii. Aptekarz, na podstawie przeprowadzonej analizy problemów lekowych, byłby zobowiązany

do przygotowania wyniku swojej fachowej analizy i opracowania jego w formie pisemnej adresowanej do lekarza, który wystawił zlecenie na tego typu usługę medyczną. Tak przyjęta procedura dokumentacji OF może dopiero stanowić podstawę do wypracowania zasad opłacania tej działalności aptek ze środków NFZ. W pracy przedstawiono propozycje wzoru stosownych druków. W odpowiednim zestawieniu można wskazać: podstawę skierowania przez lekarza wpisując rozpoznanie ujęte w kodzie ICD-10, dane identyfikacyjne pacjenta na podstawie numeru pesel, datę wystawienia skierowania, datę wydania analizy dokonanej przez farmaceutę z uprawnieniami i przesyłać te informacje w formie odpowiedniego zbioru do NFZ w okresach takich jak zestawienia refundacyjne za wydawane leki z odpłatnością ulgową. Dopiero przedstawienie takich szczegółowych danych mogłoby stanowić podstawę do przelania na konto apteki stosownych kwot wynikających z wykonania usługi. Przykład podobnych rozwiązań został przedstawiony w 2006 roku przez WHO, gdzie funkcjonuje terminologia up-referral letter (przekazanie pacjenta od magistra farmacji do lekarza) i down-referral letter (chory skierowany od lekarza do farmaceuty) [50].

Pacjent z własnej woli powinien mieć także prawo zwrócenia się do farmaceuty z prośbą o dokonanie oceny jego farmakoterapii gdy uzna, że stosuje zbyt dużo leków i ma wątpliwości co do skuteczności terapii bądź ma problemy wynikające np. z działań ubocznych obserwowanych w czasie stosowania przepisanych leków. W takim przypadku pacjent ponosiłby pełen koszt wykonanej analizy według przyjętej stawki. Cennym wzorem stosownej dokumentacji z tak przeprowadzonej analizy są druki wykorzystywane w Anglii podczas przeprowadzania Community Pharmacy Medicines Use Review & Prescription Intervention Service (Rycina II) [26], w których dostosowując je do warunków polskich, można dodatkowo uwzględnić najważniejsze aspekty klasyfikacji: problemów lekowych PCNE (*Pharmaceutical Care Network Europe*) w wersji 6.2 [189] oraz jednostek chorobowych ujętych w formie kodu ICD-10 [88]. Wykonanie usługi i wydanie wyniku analizy w formie przygotowanego formularza oraz ewentualne przygotowanie ISDL wymaga wystawienia paragonu podlegającego procesowi fiskalizacji, a kopia wystawionego dokumentu pozostawałaby w archiwum w aptece na zasadach jak przechowywane są potwierdzenia wydania leku na receptę magistralną. Podobna praktyka stosowana jest w innych krajach, gdzie OF ma już wieloletnią tradycję

i uzyskała uznanie zarówno lekarzy jak i pacjentów [185, 186]. Przykładowo w Kanadzie wykorzystywany jest program Meds Chek Medication Review refundujący prowadzenie OF, obejmującej głównie pacjentów u których:

- podczas terapii stosowane są co najmniej 3 leki ordynowane w chorobach przewlekłych,
- pojawiły się problemy lekowe w trakcie stosowanej farmakoterapii,
- nastąpiły zmiany w schemacie farmakoterapii w okresie ostatnich 100 dni, stosowane są leki silnie działające jak np.: digoksyna, warfaryna, nastąpił wypis ze szpitala.

Chorzy z tymi wskazaniami mają prawo do korzystania z tej formy OF nieodpłatnie raz w roku. Ponadto pacjenci mogą być także dodatkowo skierowani przez lekarza do objęcia programem. Nastąpić to może w przypadkach, gdy pacjent będzie ponownie przyjęty lub wypisany ze szpitala oraz gdy lekarz, farmaceuta lub pielęgniarka ze stosownymi kwalifikacjami podejmą taką decyzję [186]. Na uwagę zasługuje także system funkcjonujący w Stanach Zjednoczonych, gdzie MTM działa w celu opracowania indywidualnej i odpowiednio dobranej dla każdego chorego farmakoterapii [190].

Zasady jak i forma dokumentowania zebranych informacji w aptece zostały dokładnie opracowane przez Pracownię Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i są znane farmaceutom w Polsce. Zaproponowany program naukowo-szkoleniowy FONTiC (*Opieka Farmaceutyczna w Nadciśnieniu i Cukrzycy*), którego celem jest wdrożenie OF do praktyki aptecznej, umożliwia zbierane szerokiego zakresu informacji dotyczących prowadzonego leczenia, zgłaszanych przez pacjenta oraz wykrywanych przez farmaceutę problemów lekowych. System dokumentacji prowadzonej w oparciu o bazę internetową na obecnym etapie wdrażania OF wydaje się być optymalnym. Stosowany program określa możliwości objęcia opieką pacjentów według odpowiednich zasad kwalifikacji, szczególnie tych którzy mają:

- wiek ponad 18 lat,
- ustalone lekkie i umiarkowane nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 2, rozpoznaną w ostatnich 12 miesiącach przed włączeniem do programu,
- farmakoterapię rozpoczętą przynajmniej 3 miesiące przed zgłoszeniem się do projektu,

- możliwość samodzielnego funkcjonowania i komunikowania się z otoczeniem oraz pełną zdolność do czynności prawnych,
- deklarację kontaktu osobistego z wybraną apteką prowadzącą opiekę.

Założenia programu sugerują nie obejmowanie opieką pacjentów:

- z trwałą ślepotą lub bardzo słabo widzących (dotyczy to osób, które nie mogą samodzielnie czytać), głuchoniemych,
- z uzależnieniem od leków, narkotyków, alkoholu,
- z przebytym zawałem serca lub udarem mózgu (w czasie 6 miesięcy poprzedzających badanie),
- ze zdiagnozowaną depresją lub schizofrenią (czy inną chorobą psychiczną),
- dializowanych,
- pozbawionych możliwości samodzielnego decydowania o sobie i swoim zdrowiu (w tym również osób, które nie mogą samodzielnie funkcjonować i poruszać się poza własnym domem),
- po transplantacji organów lub tkanek [191].

Pełen zakres zebranych danych, przeprowadzana przez farmaceutę analiza oraz podjęte na jej podstawie decyzje powinny być skrupulatnie odnotowywane także z uwzględnieniem zaproponowanych wskazań dietetycznych, zaleceń co do aktywności fizycznej, czy innych nefarmakologicznych czynników mogących wpływać na terapię pacjenta. Zakres zbieranych informacji ma zapewnić wykrycie rzeczywistych i potencjalnych problemów związanych z terapią lekami oraz zalecanie i podjęcie działań zmierzających do ich wyeliminowania, co ma służyć poprawie skuteczności i bezpieczeństwu leczenia. Ponadto istotne jest również rejestrowanie daty rozpoczęcia i przewidywanego zakończenia stosowania poszczególnych leków, aby z przeliczenia pojedynczych dawek możliwa była kontrola regularności przyjmowania leków i ocena stosowania się chorego do zaleceń lekarskich. Źródłem pozyskiwanych informacji zazwyczaj jest pacjent, ale w szczególnych sytuacjach konieczna może być ocena sytuacji przez członków rodziny lub opiekunów chorego. Istotne znaczenie ma również rejestracja danych personalnych i adresów wszystkich lekarzy prowadzących terapię chorego, ponieważ zdarzają się sytuacje, gdy pacjent leczy się u kilku specjalistów, często ukrywając ten fakt przed poszczególnymi lekarzami, co zdecydowanie zwiększa ryzyko pojawienia się problemów lekowych [192]. Zasadniczym warunkiem dla tego charakteru pracy farmaceuty w zakresie prowadzenia

wywiadu i zbierania danych staje się takie zorganizowanie apteki, by istniało w niej wydzielone miejsce, które pozwalałoby na spokojne przeprowadzanie rozmowy z pacjentem [193].

Pozostaje jeszcze problem poufności zebranych danych i warunków przechowywania oraz możliwości systematycznego ich uzupełniania. Zgodnie z art. 27 pkt 2a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, przetwarzanie danych jest dopuszczalne jeśli jest prowadzone "(...) w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych". Obecny stan prawny nie określa jednoznacznie zasad zbierania takich informacji, stąd koniecznym rozwiązaniem legislacyjnym tego problemu byłby odpowiedni zapis w ustawie określający OF jako usługę medyczną. Aktualnie zaproponować można jedynie pobieranie pisemnej zgody pacjenta na gromadzenie i przetwarzanie danych na potrzeby przeprowadzenia procesu OF. Farmaceuta zgodnie z prawem odpowiada także za zapewnienie bezpieczeństwa zgromadzonych informacji [192].

Można założyć, wzorem innych krajów, że przyjęcie OF jako usługi medycznej zdecydowanie obniży wydatki ponoszone na leki zarówno przez pacjentów jak i w ramach refundacji ze środków NFZ. Koszty, jakie ponoszone są z tytułu hospitalizacji spowodowanej nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w USA szacuje się na 10 miliardów dolarów rocznie [194, 195], a w Polsce na 6 miliardów złotych rocznie, czyli w przybliżeniu tyle, ile wydaje NFZ na zapewnienie opieki lekarzy rodzinnych dla całej populacji kraju [196]. Brytyjski National Health System określił, że w Wielkiej Brytanii rocznie wydawanych jest 8 bilionów funtów na leki, z tego farmaceutyki za ponad 100 milionów funtów zostają zwrócone niewykorzystane do aptek [197]. Problem ten jest również bardzo istotny w Polsce, gdzie szacuje się, że z tytułu nienależytej refundacji marnujemy od 400 milionów do 1 miliarda złotych rocznie, przy czym w tym czasie do utylizacji trafia 1400 ton leków zwróconych do aptek [162]. Dlatego tak znaczące są badania wielu ośrodków na świecie, które potwierdzają oszczędność z tytułu prowadzonej OF [141, 198-201]. Najbardziej wymowny jest fakt, że 1 dolar wydany na przeprowadzenie tej usługi pozwala zaoszczędzić 4 dolary w systemie opieki zdrowotnej [202]. W badaniach

Patterson'a udowodniono nawet, że prowadzenie OF jest bardziej efektywne ekonomicznie w porównaniu do standardowej praktyki [203]. Poprzez włączenie farmaceuty do programu leczenia nadciśnienia zaoszczędza się aż 527 dolarów na chorym w ciągu roku [204], a prowadzenie serwisu MTM przez 10 lat według oszacowań aptekarzy pozwoliło zaoszczędzić w służbie zdrowia 2 913 850 dolarów [142]. Analizy światowe wskazują także różne rozwiązania, które mogą być wykorzystane do wyodrębnienia funduszy na wdrożenie OF. Możliwe są propozycje oszczędności, które uzyskać można z tytułu zmiany warunków dostępności leku z pozycji przepisywanego tylko na receptę lekarską, na lek wydawany jako OTC. Wykazano, że zmiana statusu 5,0% leków sprzedawanych na receptę, na leki OTC umożliwi oszczędności na ponad 11 miliardów euro rocznie. W sytuacji, kiedy większość państw europejskich boryka się z problemami finansowymi i rosnącymi kosztami utrzymania systemów ochrony zdrowia, samoleczenie wydaje się być rozwiązaniem przynajmniej części problemów związanych z finansowaniem opieki medycznej, w tym także OF [142, 202]. W Stanach Zjednoczonych przesunięcie leków stosowanych np. w kaszlu i przeziębieniu do kategorii OTC przyniosło oszczędności szacowane na 750 mln dolarów rocznie, co związane było m.in. z redukcją ok. 110 000 wizyt lekarskich w okresie lat 1976-1989. Przeprowadzona w 1997 roku ocena łącznych skutków finansowych zakwalifikowania do kategorii OTC leków stosowanych w dwunastu dolegliwościach (leki przeciwbólowe, na przeziębienie, przeciwalergiczne, dermatologiczne itp.) wskazała osiągnięcie oszczędności szacowanych na kwotę 12,9 mld dolarów [205].

Całość opracowania oraz liczne dane z piśmiennictwa potwierdzają fakt, że OF staje się nieodzownym elementem współczesnej farmakoterapii. Również w ocenie chorych, zwłaszcza przez osoby starsze jest bardzo dobrze odbierana [206]. Skala problemów lekowych i polipragmazja sprawiają, że lekarze coraz częściej zdają sobie sprawę z korzyści jakie wynikają z tej usługi. Pozostaje tylko kwestia wypracowania zasad partnerstwa i zrozumienia, by nie traktować farmaceuty jako recenzenta pracy medyka [207]. Badania w wielu krajach świata potwierdzają korzyści płynące dla pacjenta z prowadzenia OF, głównie w zakresie chorób przewlekłych, gdzie ułatwiona jest kontrola farmakoterapii np. astmy [208, 209], nadciśnienia [130, 147] oraz cukrzycy [210-212], poprzez pozytywny wpływ na wskaźniki

obiektywne (kliniczne) i subiektywne (jakość życia, satysfakcja). OF powoduje także zwiększenie satysfakcji zawodowej wśród farmaceutów poprzez odzyskiwanie w odbiorze społeczeństwa należnej funkcji aptek [213-215], jak również lepszego zorganizowania pracy w zespole multidyscyplinarnym [216].

OF jest porównywana do jednego z elementów "żyroskopu" służby zdrowia, który będzie sprawnie działał w interesie prawidłowej farmakoterapii pacjenta tylko przy skoordynowanej pracy każdego członka zespołu opieki medycznej [205]. Zauważając w Polsce brak tradycji współpracy lekarza z aptekarzem, jako odpowiedni model do zaadaptowania powinna stać się wersja amerykańska, gdzie pacjent staje się niezbędnym ogniwem działań w obrębie tych dwóch grup zawodowych [54]. Jednak nawet najlepsze rozwiązania funkcjonujące w innych krajach niekoniecznie sprawdzą się w polskich warunkach. Pozostaje bowiem do opracowania szereg spraw legislacyjnych i organizacyjnych w obrębie współpracy z NFZ, aby pełen zakres proponowanych usług mógł właściwie funkcjonować i dawać satysfakcję farmaceucie także pod względem finansowym. Pozytywne opinie pacjentów i znacznej części lekarzy, pomimo wielu istniejących trudności i ograniczeń, dają farmaceutom nadzieję, że kontynuacja procesu wdrażania OF w Polsce powinna przynieść korzystne zmiany w funkcjonującym aktualnie systemie opieki zdrowotnej.

VI. WNIOSKI

1. Porada aptekarska obejmująca informację o zasadach stosowania ordynowanych przez lekarzy leków oraz wskazania preparatów OTC i suplementów diety jest istotnym czynnikiem decydującym o prawidłowej farmakoterapii pacjenta.
2. W badaniu potwierdzono, że kobiety dłużej niż mężczyźni stosują leki, a także w większym stopniu samodzielnie podejmują decyzje o ich przyjmowaniu głównie w oparciu o wcześniejsze pozytywne doświadczenie oraz fachowe porady kilku farmaceutów.
3. Osoby, głównie w wieku starszym, korzystające z opieki kilku lekarzy specjalistów, przyjmujące po kilka leków dziennie przez okres ponad roku oraz ingerujące w ustalony schemat leczenia, wykazują potrzebę pomocy w formie przygotowanego przez farmaceutę Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków.
4. W ocenie ankietowanych z wyższym wykształceniem skuteczna farmakoterapia jest możliwa przy współpracy lekarza, farmaceuty i pacjenta w ramach opieki farmaceutycznej, zwłaszcza w odniesieniu do chorych, nad którymi sprawują oni opiekę, ze wskazaniem gotowości opłacania przygotowanego w aptece Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków.
5. Pacjenci wyrażają zadowolenie z aktualnej funkcji pełnionej przez aptekarza, przy czym wskazują na potrzebę rozszerzenia profesjonalnego doradztwa farmaceutycznego o cykliczne spotkania w ramach opieki farmaceutycznej.
6. Najbardziej przychylni wdrażaniu opieki farmaceutycznej są lekarze, ze stażem zawodowym krótszym niż 5 lat. Natomiast medycy, głównie posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej, stanowią grupę, która wyraża pozytywne opinie na temat dotychczasowej pracy farmaceuty i akceptuje szeroki zakres obowiązków w ramach wdrażanej usługi.
7. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej jako udokumentowanej specjalistycznej usługi medycznej obejmującej także możliwość przygotowania Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków, jest oczekiwane przez pacjentów oraz osoby sprawujące opiekę nad chorymi, a także lekarzy, którzy wraz z aptekarzami czuwać będą nad zakresem oraz nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii pacjenta.

VII. STRESZCZENIE

Wdrożenie opieki farmaceutycznej (OF) w Polsce ma ogromne znaczenie dla pacjentów, którzy z jednej strony poddani są często złożonym schematom leczenia farmakologicznego zaleconym przez kilku lekarzy różnych specjalności, a z drugiej, pod wpływem agresywnej reklamy preparatów podejmują decyzję o samoleczeniu. Stwarza to ryzyko występowania problemów lekowych, zwłaszcza u ludzi przewlekle chorych w wieku starszym, których populacja w szybkim tempie wzrasta. OF daje szansę nawiązania ścisłej współpracy farmaceutów i lekarzy w celu uzyskania optymalnych warunków farmakoterapii danego pacjenta, uniknięcia problemów polipragmazji oraz możliwość obniżenia kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), wynikających z refundacji dyspensowanych w aptekach leków. Właściwa współpraca pomiędzy lekarzem, farmaceutą i pacjentem powinna wpłynąć także na podwyższenie prestiżu zawodu aptekarza.

Celem pracy była analiza aktualnego zakresu poradnictwa aptekarskiego oraz określenie zapotrzebowania na OF, jako formę dobrze zorganizowanej, właściwie udokumentowanej usługi medycznej. Badania wykonano zarówno wśród pacjentów, oceniając zależność udzielanych odpowiedzi od płci, wieku i wykształcenia ankietowanych, jak również określono stopień oczekiwań lekarzy odnośnie OF w zależności od wieku, posiadanej specjalizacji oraz stażu pracy. Zebrane dane miały wskazać na zakres obowiązków i kompetencji przypisanych farmaceutom z punktu widzenia pacjentów i lekarzy. W pracy uwzględniono także ocenę zaproponowanego Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków (ISDL) jako istotnego elementu, który mógłby funkcjonować w zakresie oferowanej OF. Ponieważ dążeniem środowiska zawodowego farmaceutów jest, aby usługa była refundowana ze środków NFZ, w pracy podjęto próbę opracowania zasad dokumentacji w zakresie kierowania i formy zwrotnej informacji o wynikach przeprowadzonej analizy, adresowanej do lekarza kierującego oraz pacjenta, odnośnie stosowanej farmakoterapii.

Badania przeprowadzono w okresie wrzesień 2008 – czerwiec 2011 wśród pacjentów czterech niezależnych aptek ogólnodostępnych oraz lekarzy różnych specjalności udzielających świadczeń medycznych na terenie Poznania. Badania oparto na czterech autorskich, anonimowych kwestionariuszach ankietowych i jednym formularzu. W pierwszej części trwającej od września 2008 do września 2009, wzięło

udział w przeprowadzonym formularzu nr 1 i ankiecie nr 1 odpowiednio 503 (74,2% kobiet, 25,8% mężczyzn) oraz 689 pacjentów (73,1% kobiet, 26,9% mężczyzn). Część druga badania objęła 202 pacjentów (75,7% kobiet, 24,3% mężczyzn), a także 104 lekarzy (60,6% kobiet, 39,4% mężczyzn) w okresie od września 2009 do września 2010. Trzecia część badań dotyczyła 179 pacjentów (70,0% kobiet, 30,0% mężczyzn) w okresie od września 2010 do czerwca 2011. W analizie statystycznej użyto testów: chi – kwadrat oraz Fishera-Freemana-Haltona, przyjmując istotność statystyczną na poziomie $p < 0,05$.

Zebrane wyniki potwierdziły fakt istotnego znaczenia porady farmaceuty podczas wyboru przez pacjentów preparatów dostępnych bez recepty, w porównaniu do roli wskazań lekarza i samodzielnego wyboru w tym zakresie. Samoleczenie związane jest w głównej mierze z wcześniejszym pozytywnym doświadczeniem dotyczącym stosowania preparatu, zwłaszcza w opinii kobiet, które częściej korzystają z porad kilku farmaceutów i jak można stwierdzić, stosują leki dłużej niż mężczyźni ($p < 0,05$). Problemem, głównie w terapii osób w wieku starszym, jest ingerencja pacjentów w schemat leczenia zwłaszcza w przypadku stosowania zróżnicowanego dawkowania kilku leków dziennie przez długi okres czasu, ordynowanych przez kilku prowadzących pacjenta lekarzy różnych specjalności. Ta skala problemu warunkuje potrzebę pomocy zarówno pacjentom, jak i osobom sprawującym nad nimi opiekę, poprzez możliwość przygotowanego przez farmaceutę ISDL ($p < 0,05$). Wskazują na to w większości osoby z wykształceniem wyższym, wyrażający gotowość opłacania tej usługi. Potwierdzają oni także skuteczność farmakoterapii, zwłaszcza w stosunku do osób, nad którymi sprawują opiekę, widząc efekty tej usługi jako przejaw ścisłej współpracy lekarza, farmaceuty i chorego ($p < 0,05$). Pacjenci w swej ocenie wyrażają zadowolenie z dotychczas funkcjonującego poradnictwa aptekarskiego ($p < 0,05$), jednak wskazują zapotrzebowanie na rozszerzenie zakresu działalności o elementy proponowane w programie OF ($p < 0,05$), w tym także o możliwość przygotowania ISDL, szczególnie dla osób, nad którymi ankietowani sprawują opiekę ($p < 0,05$). Lekarze, głównie specjaliści z zakresu medycyny rodzinnej, posiadają pozytywne zdanie na temat dotychczasowej współpracy z farmaceutami i akceptują szeroki zakres obowiązków w ramach wdrażanej OF ($p < 0,05$). Najwyższy stopień akceptacji dla wdrażania tej usługi wykazują lekarze ze stażem zawodowym krótszym niż 5 lat ($p < 0,05$).

Wprowadzenie OF jako udokumentowanej specjalistycznej usługi medycznej obejmującej także możliwość przygotowania ISDL, jest oczekiwane przez pacjentów

oraz osoby sprawujące opiekę nad chorymi, a także lekarzy, którzy we współpracy z farmaceutami widzą możliwość zindywidualizowania i kontroli przebiegu ordynowanej farmakoterapii.

VIII. SUMMARY

Patients and physicians expectations about pharmacist's role in pharmaceutical care implementation

Implementation of pharmaceutical care (PC) in Poland is very meaningful for the patients, who very often undergo a complicated pharmacological treatment prescribed by several physicians of different specialties. On the other hand, they are also under the influence of the aggressive advertisement of preparations, which leads to decision about self-treatment. This creates a risk of drug problems occurrence, especially in the elderly with chronic diseases, whose population is increasing rapidly. PC provides the opportunity to establish close cooperation with pharmacists and physicians in order to obtain optimal conditions for the individual patient pharmacotherapy. It also allows avoiding polypragmacy problems and gives ability to reduce the cost held by the National Fund of Health, coming from a refund drugs in community pharmacies. Proper cooperation between physician, pharmacist and patient should also have influence on pharmacist profession prestige improvement.

The aim of this study was to analyze the current range of counseling by pharmacists and identify the need for PC, as a form of well-organized, well-documented medical service. It was a poll study performed as a comparison between the patients' responses and their gender, age and education. It was also evaluating the degree of physicians' expectations regarding PC, depending on their age, specialization and seniority. The data were collected to indicate the range of duties and responsibilities assigned to pharmacist from the perspective of patients and physicians. The study included also the evaluation of the Medication Management System (MMS) proposed as an essential element of the PC. Because of the fact, that pharmacists desire is to refund this service by National Fund of Health, this study attempted to develop rules of management documentation. Another attempt was to create the forms of information feedback concerning the results of the analysis, addressed to the proper doctor and patient, according to applied pharmacotherapy.

The study was conducted between September 2008 and June 2011, among patients of four independent pharmacies and physicians of different specialties, providing medical services in Poznan. It was based on four anonymous questionnaires and one form. In the first part, which lasted from September 2008 to September 2009,

the form number 1 and questionnaire number 1 was filled out by 503 (74,2% of women, 25,8% of men) and 689 patients (73,1% of women, 26,9% of men), respectively. The second part of the study covered 202 patients (75,7% of women, 24,3% of men) and 104 physicians (60,6% of women, 39,4% of men) in the period from September 2009 to September 2010. The third part of the study concerned 179 patients (70,0% of women, 30,0% of men) during the period from September 2010 to June 2011. The chi-square and Fisher-Freeman-Halton tests were used for statistical analysis of the results. Each time the level of statistical significance was assumed at $p < 0,05$.

The collected results confirmed the relevance of pharmacist advice during the over the counter drugs choosing compared with the role of physician indications and self-treatment. The self-treatment was associated with the previous positive experience with a drug, especially in the opinion of women, who often benefit from the advice of several pharmacists and apply the medication longer than men ($p < 0,05$). The problem of intervention in therapeutic regimen, especially in the case of a long-time different dosing of several drugs during the day, prescribed by several physicians of various specialties, concerns mainly the elderly treatment process. The scale of the problem determines the need to help both for the patients and the people taking care of them, by preparing MMS by a pharmacist ($p < 0,05$). This is affirmed mostly by the people with higher education, who are willing to pay for this service. They also confirm the effectiveness of pharmacotherapy, particularly for persons under their care, by experiencing the results of this service as a manifestation of close collaboration between doctor, pharmacist and patient ($p < 0,05$). Patients express their satisfaction with the already functioning pharmacists counseling ($p < 0,05$). However, they indicate a need for extending the activities in PC program ($p < 0,05$), including the possibility of preparing MMS especially for people under their care ($p < 0,05$). Physicians, mainly GP (general practitioner) specialists, have a positive view on the existing cooperation with pharmacists and accept a wider range of responsibilities within the implemented PC ($p < 0,05$). The highest degree of acceptance for the implementation of this service, was seen among the doctors with experience less than 5 years ($p < 0,05$).

Implementation of PC as a documented specialist medical service, including the possibility of preparing MMS, is expected by patients and caregivers as well as the physicians, who in collaboration with pharmacists see the opportunity of individualized and controlled patient's pharmacotherapy.

IX. PIŚMIENNICTWO

1. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M 2009. Problemy związane z wdrażaniem opieki farmaceutycznej w Polsce. *Farm Pol* 65:71–716.
2. Jasińska M, Orszulak – Michalak D 2009. Optymalizacja farmakoterapii w przebiegu opieki farmaceutycznej. http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=508&Itemid=102 (stan z dnia 21.10.2011, godz. 15:00).
3. Kwilecki W 2009. Zamiast opieki farmaceutycznej. *Gazeta Farmaceutyczna* 3:40-41.
4. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M 2009. Znaczenie porady farmaceuty w procesie samoleczenia się pacjentów. *Farm Pol* 65:772-774.
5. Szaflarska D 2011. Kiedy pacjent unika lekarza. <http://www.akademiafarmaceuty.com/baza-wiedzy/artykuly/kiedy-pacjent-unika-lekarza-1.html> (stan z dnia 14.10.2011, godz. 17:15).
6. Adamska M 2009. Aptekarz pierwszego kontaktu. <http://www.farmacjaija.pl/poradnik-farmaceuty/blizej-pracownika/aptekarz-pierwszego-kontaktu.html> (stan z dnia 21.10.2011, godz. 14:20).
7. Ulatowska – Szostak 2008. Opinie pacjentów (klientów aptek) na temat wybranych zagadnień związanych z poza-apteczną sprzedażą leków OTC. *Probl Hig Epidemiol* 89:264-268.
8. Brzozowska Z, Ostrowska E 2009. Z apteki do apteczki. *Gazeta Farmaceutyczna* 8:10-12.
9. Skowron A, Brandys J 2008. Rola farmaceutów w edukacji pacjentów. *Czas Aptek* 10:16-22.
10. Moska D 1999. Porady aptekarskie i farmakologiczne w samoleczeniu. *Farm Pol* 55:310-315.
11. Janiec W, Folwarczna J, Kaczmarczyk-Siedlak I. Leki wpływające na autonomiczny układ nerwowy W: *Kompendium farmakologii*. Pod red. Janiec W. Wyd. 2. Warszawa 2008, 38-61.

12. Zygadło E 2008. Znaczenie informacji o leku i komunikacji z pacjentem w działalności apteki. *Czas Aptek* 11:32-36.
13. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M. Evaluation of the pharmacist role in the health care system based on the patient's survey in the community pharmacies W: 5th German-Polish Symposium "New Challenges for Pharmaceutical Sciences". *Materiały zjazdowe, Poznań, 15-16.05.2009*, 61.
14. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M. Factors influencing patient's choice of OTC (over the counter) drugs in the community pharmacy W: 5th German-Polish Symposium "New Challenges for Pharmaceutical Sciences". *Materiały zjazdowe, Poznań, 15-16.05.2009*, 60.
15. Van Mil F, Tromp D 2001. Opieka farmaceutyczna – jak wprowadzić ją w życie? *Farm Pol* 57:1063-67.
16. Mikeal R, Brown T, Lazarus H, Vinson M 1975. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 32:567-74.
17. Brodie D, Parish P, Poston J 1980. Societal Needs for Drugs and Drug Related Services. *Am J Pharm Ed* 44:276–278.
18. Hepler C 1987. The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. *Am J Pharm Ed* 51:369–385.
19. Hepler C, Strand L 1990. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm* 47:533–543.
20. Björkman I, Bernsten C, Sanner M 2008. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm* 4:332-42.
21. Bąbelek T 2007. Opieka farmaceutyczna w Polsce. *Czas Aptek* 3:12-16.
22. Internetowy System Ustaw Prawnych 2008: Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich. (Dz.U. 2008 nr 47 poz. 273). <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20080470273> (stan z dnia 27.10.2011, godz. 11:00).
23. Cipolle R, Strand L, Morley. Drug Therapy problems W: *Pharmaceutical Care Practice*. Wyd.2. USA 1998, 171-198.

24. Australian Government, Department of Health and Aging 2010: Fourth Community Pharmacy Agreement, Professional Programs and Services Fact Sheet. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C8914699C0CDAC18CA2572B9001F33FC/\\$File/4CPAOverviewFactSheetMar09-PDF.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C8914699C0CDAC18CA2572B9001F33FC/$File/4CPAOverviewFactSheetMar09-PDF.pdf) (stan z dnia 2.11.2011, godz. 13:00).
25. Academy Managed Care Pharmacy 2011: Essential benefits-Prescription Drugs. <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=13747> (stan z dnia 2.11.2011, godz. 13:00).
26. National Pharmacy Association 2011:Medicine Use Review. <http://www.npa.co.uk/Information-Services/Service-Development/NHS-services/Medicines-use-review/> (stan z dnia 2.11.2011, godz. 13:00).
27. National Institute for Health and Clinical Excellence 2009: Medicines adherence. www.nice.org.uk (stan z dnia 2.11.2011, godz. 15:00).
28. Littenberg B, MacLean C, Hurowitz L 2006. The use of adherence aids by adults with diabetes: A cross-sectional survey. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/1> (stan z dnia 2.11.2011, godz. 15:00).
29. Waserfallen J, Livio F, Buclin T, Tillet L, Yersin B, Biollaz J 2001. Rate, type, and cost of adverse drug reactions in emergency department admissions. *Eur J Intern Med* 12:442-447.
30. Ragot S, Sosner P, Bouche G, Gullemain J, Herpin D 2005. Appraisal of the knowledge of hypertensive patient and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of the regional survey. *J Hum Hypertens* 19:577-584.
31. Van Mil J, Schulz M, Tromp T 2004. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci* 26:303-11.
32. Van Mil J 2000. Pharmaceutical care in community pharmacy in Europe, challenges and barriers. *Pharm Care Esp* 2:42-56.
33. Leemans L, Veroeveren L, Buelens J 2003. Frequency and trends of interventions on prescriptions in Flemish pharmacies. *Pharm World Sci* 25:65-9.

34. Chamba G, Bauguil G, Galiezot J 1999. The role of the French community pharmacist in drug dispensing. *Pharm World Sci* 21:142-3.
35. Schaefer M, Kresser J 1998. Pharmazeutische Betreuung Schaden. *Pharm Zeit* 143:4446-54.
36. Tully M, Seston E 2000. The impact of pharmacist providing prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharm* 34:1320-31.
37. Westerlund T, Almarsdottir A, Melander A 1999. Drug related problems and pharmacy interventions in community practice. *Int J Pract Pharm* 7:40-50.
38. Williams A, Manias E, Walker R 2008. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs* 63:132-143.
39. Kocken G 1999. Medication discussion groups In Netherlands: five years of experience. *Med Educ* 33:390-3.
40. Corbett J 1995. Provision of prescribing advice by community pharmacists. *Int J Pharm* 255:555-7.
41. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M 2011. Opieka farmaceutyczna a porada aptekarza. *Farm Pol* 67:227–230.
42. Łazowski J 2002. Opieka farmaceutyczna. Część III. Ogólna charakterystyka procesów opieki farmaceutycznej. *Farm Pol* 58:21-25.
43. Skowron A 2006. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce. *Farm Pol* 62:579-582.
44. Jasińska M, Kurczewska U, Orszulak – Michalak D 2009. Zjawisko non – adherence w procesie opieki farmaceutycznej. *Farm Pol* 65:765–71.
45. Stożkowska W 2005. Opieka farmaceutyczna – wyzwanie, konieczność i szansa. *Farm Pol* 61:211-220.
46. Łazowski J 2001. Opieka farmaceutyczna. Część II. Problemy lekowe. *Farm Pol* 51:763–72.

47. Janiec W, Śliwiński L, Pytlik M. Farmakologia ogólna W: Kompendium farmakologii. Pod red. Janiec W. Wyd. 2. Warszawa 2008, 21-37.
48. Lee J, Lee S, Hahn H 2011. Cultural Adaptation of a Compliance Questionnaire for Patients with Rheumatoid Arthritis to a Korean Version. *Kor J Int Med* 26:28-33.
49. Yerman T, Gan W, Sin D 2007. The influence of gender on the effects of aspirin in preventing myocardial infarction. *BMC Med* 5:29.
50. World Health Organization 2006: Developing pharmacy practice. <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf> (stan z dnia 10.11.2011, godz. 13:00).
51. Barber N 2000. Community pharmacy: alternative visions. *Pharmaceutical Journal* 264:22-2.
52. Bąbelek T. Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce W: XI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Edukacyjna "Opieka farmaceutyczna jako gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jej wpływ na kondycję ekonomiczną aptek". Materiały zjazdowe, Warszawa, 24.04.2004.
53. Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. nr 47 z 2008r., poz. 273). http://static1.money.pl/d/akty_prawne/pdf/DU/2008/47/DU20080470273.pdf (stan z dnia 11.11.2011, godz. 14:00).
54. Skowron A 2011. Model opieki farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego. Rozprawa habilitacyjna, Kraków.
55. Jendryczko B 2008. Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej. *Czas Aptek* 10:30-34.
56. Dulian K, Skrabalak M, Kamiński R, Stożkowska W 2003. Edukacyjna rola farmaceuty w farmakoterapii w świetle opinii pracowników aptek i pacjentów. *Farm Pol* 59:792-794.
57. Jankowski A, Bułaś L, Jaros K 2007. Ocena realizacji opieki farmaceutycznej w aptekach regionu Podbeskidzia. *Farm Pol* 63:57-61.

58. Naczelna Izba Aptekarska 2006: Kodeks Etyki Farmaceuty-Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej. http://www.poia.pl/pliki/proj_kod.pdf (stan z dnia 23.10.2011, godz. 13:00).
59. Olejniczak-Rabinek M, Waszyk-Nowaczyk M, Matschay A, Skotnicki M 2009. Community pharmacy education unit-firmly faced to the future W: 5th German-Polish Symposium: New Challenges for Pharmaceutical Sciences. Materiały zjazdowe, Poznań, 15-16.05.2009, 115.
60. Waszyk-Nowaczyk M, Skotnicki M, Lulek J, Cerbin M 2010. The role of the community pharmacist in pharmacy students' opinion W: Abstract book of 10th International Congress of Young Medical Scientists, Materiały zjazdowe, Poznań, 17-21.05.2010, 113.
61. Iskierski J, Zimmermann A 2006. Społeczna rola zawodu aptekarza w oczach własnych i pacjentów. *Farm Pol* 62:210-217.
62. Skowron A 2010: Opieka farmaceutyczna – w opinii aptekarzy. http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=546&Itemid=102 (stan z dnia 02.11.2011, godz. 13:00).
63. Hammerlein A, Griese N, Schulz M 2007. Survey of drug related problems identified by community pharmacies. *Ann Pharmacother* 41:1825-1832.
64. Brandys J, Skowron A. Opieka farmaceutyczna W: *Farmacja Praktyczna*. Pod red.: Jachowicz R. Wyd. 1. Warszawa 2007, 188-214.
65. Panas M, Brandys J 2004. Przygotowanie farmaceutów do udziału w programach promocji zdrowia na przykładzie prewencji palenia tytoniu. *Przegl Lek* 61:1203-5.
66. Martyniuk P, Drozd M, Woś-Ponczek M 2005. Apteka w oczach pacjenta. *Farm Pol* 61:492-495.
67. Smith W, Ray M, Shannon D 2002. Physicians' expectations for pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 59:50-7.
68. Ffion L 2003. The effect of an intervention program to improve health education leaflet uptake and distribution in community pharmacies. *Pat Educ Couns* 49:27-33.

69. Magowska A 2008. Ewaluacja opieki farmaceutycznej jako problem badawczy. *Opieka Farm* 11:80-87.
70. Magowska A 2007. Komerccjalizacja aptek ogólnodostępnych a opieka farmaceutyczna. *Opieka farm*12:242-248.
71. Garjani A, Rahbar M, Ghafourian T, Maleki N, Salimnejad M, Shamsmohammadi M, Baghchevan V, Aghajani H 2009. Relationship of pharmacists interaction with patient. *East Mediterr Health J* 15:934-43.
72. Mark M 2008. The general pharmacy work explored in The Netherlands. *Pharm World Sci* 30:353-359.
73. Internetowy System Ustaw Prawnych 2008: Ustawa z dnia 6 września 2001 oraz 27 lutego 2008 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2008 nr 45 poz. 271). <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20080450271> (stan z dnia 02.11.2011, godz. 13:00).
74. Odor K, Sierżant M, Czartek A, Cerbin M, Waszyk-Nowaczyk M. Image of the pharmacist and pharmacy in the eyes of the patient W: XI International Congress of Young Medical Scientists. Materiały zjazdowe, Poznan, 13-14.05.2011, 56.
75. Cohen J, Kabat H, Koda-Kimble M, Rutledge C, Smith R 2001. Are we delivering on our promise to society to assure the safe use of medications? Educating pharmacists to continue adding value to health care. Report of the 2000-2001 Argus Commission. *Am J Pharm Educ* 65:6-8.
76. Plaza F 1999. Pharmaceutical Care. Actual state and pharmaceuticals service's development: reason for the change. *Pharm Care Esp* 1:48-51.
77. Faus M, Martinez F 1999. Pharmaceutical in community pharmacies: evolution of the concept, training requirements, modalities and implementation strategies. *Pharm Care Esp* 1:52-61.
78. National Health Services 2009: Policy for the use of medicine compliance aids. http://www.brentpct.org/doxpixandgragix/PMMP17_PolicyForUseOfMedicineComplianceAids_1107.pdf (stan z dnia 12.10.2011, godz. 14:00).

79. Glass B, Haywood A, Llewelyn V, Mangan M 2009. Compliance aids and medicine stability: new evidence of quality assurance. *Cur Drug Saf* 4:74-78.
80. Zygadło E 2003. Komunikacja a opieka farmaceutyczna nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Wybrane aspekty praktyczne. *Farm Pol* 23:1081-85.
81. Lakey S, Gray S 2009. Assessment of Older Adults' Knowledge of and Preferences for Medication Management Tools and Support System. *Ann Pharmacother* 6:1011-1019.
82. Skotnicki M, Skotnicka A, Opilowski A 2011: Lekopaki®. www.lekopaki.com (stan z dnia 14.10.2011, 16:17).
83. Rajska-Neumann A, Wieczorowska-Tobis K 2010. Pułapki farmakoterapii geriatrycznej. *Terapia* 18:24-27.
84. World Health Organization 2011: Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (stan z dnia 11.11.2011, godz. 12:00).
85. Kot S, Jakubowski J, Sokołowski A. *Statystyka*. Wyd. 2. Warszawa 2011.
86. Starzyńska W. *Statystyka praktyczna*, Wyd. 1. Warszawa 2007.
87. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2011: ATC Index 2011. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (stan z dnia 11.11.2011, godz. 12:00).
88. System Rejestracji Systemów Kodowania i Klasyfikacji Statystyki Resortowej 2007: Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów medycznych. www.srk.csioz.gov.pl/php/index.php?_mod=hcdmod&_op=listall (stan z dnia 20.10.2011, godz. 12:00).
89. Williams K, Emmerton L, Taylor R, Werner J, Benrimoj S 2011. Non-prescription medicines and Australian community pharmacy interventions: rates and clinical significance. *Int J Pharm Pract* 19:156-65.
90. Barbosa Servidoni A, Coelbo L, de Lima Navarro M 2006. Self-medication profile of ENT patients. *Rev Bras Otorrinolaringol* 72:83-8.

91. Pojskic N, Mackeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C 2011. Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management. *Res Social Adm Pharm* 7:39-50.
92. Główny Urząd Statystyczny 2011: Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 – 2010. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_11157_PLK_HTML.htm (stan z dnia 2.10.2011, godz. 13: 00).
93. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna 1997. Deklaracja zasad: Samoopieka wraz z samoleczeniem – Zawodowa rola aptekarza. *Farm Pol* 53:463.
94. Pączkowska M 2008. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ, 1-29.
95. Hartman M, Lichtański P, Duda-Raszewska B, Klimacka-Nawrot E, Błońska-Fajfrowska B. Samodzielnie leczysz przeziębienie czy korzystasz z pomocy? W: *Samoleczenie*. Pod red.: K. Krajewskiego-Siudy. Wyd.1. Kraków 2011, 203-210.
96. TNS OBOP 2007: Leki na ulotkę. <http://www.tnsglobal.pl/centrum/2007/2007-11/wid/5575> (stan z dnia 10.10.2011, godz. 16:00).
97. Association of the European Self-Medication Industry: Economic and Legal Framework of Non-Prescription Medicines. 17th Edition, Italy 2008.
98. Piekarzewska M. Korzystanie z usług medycznych i konsumpcja leków W: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2011, 93.
99. Blenkinsopp A, Bradley C 1996. Patients society and the increase in self-medication. *BMJ* 312:629-632.
100. World Self Medication Industry 2010: Responsible Self-care and Self-medication. <http://www.wsmi.org/pdf/wsmibro3.pdf> (stan z dnia 10.10.2011, godz. 17:00).
101. Miaskowska-Daszkiwicz K 2008: Problemy związane z życzeniowym przyjmowaniem produktów leczniczych. www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126 (stan z dnia 10.10.2011, godz. 17:00).
102. TNS OBOP 2002: Rady z za lady – mieszkańcy Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy. www.tnsglobal.pl/archive-report/id/1321 (stan z dnia 10.10.2011, godz. 17:00).

103. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M. Czym kieruje się pacjent dokonując wyboru preparatu OTC w aptece? W: Samoleczenie. Pod red.: Krzysztofa Krajewskiego-Siudy. Wyd.1. Kraków 2011, 186-189.
104. TNS OBOP 2004: Jeśli leki to tylko w aptece. www.tnsglobal.pl/2004-03#478 (stan z dnia 10.10.2011, godz. 17:00).
105. Ulatowska-Szostak E 2008. Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie lat 2002 i 2007. *Probl Hig Epidemiol* 89:441-444.
106. Jacennik B 2006. Promocja farmaceutyków a przekonania i zachowania zdrowotne – rozważania z punktu widzenia promocji zdrowia. *Nowiny Psychologiczne* 2:1-10.
107. Hartman M, Lichtański P, Klimacka-Nawrot E, Donocik K, Błońska-Fajfrowska B. Wpływ reklamy na asortyment stosowanych leków na przeziębienie W: Samoleczenie. Pod red.: K. Krajewskiego-Siudy. Wyd.1. Kraków 2011, 211-220.
108. Hartman M, Lichtański P, Duda-Raszewska B, Klimacka-Nawrot E, Błońska-Fajfrowska B. Samodzielnie leczysz przeziębienie czy korzystasz z pomocy? W: Samoleczenie. Pod red.: K. Krajewskiego-Siudy. Wyd.1. Kraków 2011, 203-210.
109. Shushkievich, Waszyk-Nowaczyk M, Simon M 2009. Kryteria wyboru leków OTC przez pacjentów aptek. Praca magisterska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
110. Grzelak-Hodor J 2009: Efekty samoleczenia Polaków. www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/11270 (stan z dnia 20.10.2011, godz. 13:00).
111. Szalonka K, Sikorska S 2007: Opinia pacjentów o aptekach w Polsce-raport z badań ankietowych. *Farm Pol* 10:423-429.
112. Wazaify M, Shields E, Hughes C 2005. Societal perspectives on over – the –counter (OTC) medicines. *Fam Pract* 22:170-176.
113. Rynek Zdrowia 2010: Polacy rocznie wydają na leki równowartość 100 USD. <http://www.medipharma.pl/index/?id=1534b76d325a8f591b52d302e7181331> (stan z dnia 12.11.2011, godz. 13:00).

114. Tinelli M, Bond C, Blenkinsopp A, Jaffray M, Watson M, Hannaford P 2007. Patient evaluation of a community pharmacy medications management service. *Ann Pharmacother* 41:1962-1970.
115. Feifer R, Greenberg L, Rosenberg-Brandl S, Franzblau-Isaac E 2010. Pharmacist counseling at the start of therapy: patient receptivity to offers of in-person and subsequent telephonic clinical support. *Popul Health Manag* 13:189-93.
116. Pronk M, Bloom A, Jonkers R, Bakker A 2003. Evaluation of patient opinions in a pharmacy-level intervention study. *Int J Pharm Pract* 11:143-151.
117. Márquez-Peiró J, Pérez-Peiró C 2008. Evaluation of patient satisfaction in outpatient pharmacy. *Farm Hosp* 32:71-6.
118. Hirsch J, Oen A, Robertson S, Nguyen N, Daniels C 2009. Patient request for pharmacist counseling and satisfaction: Automated prescription delivery system versus regular pick-up counter. *J Am Pharm Assoc* 49:73-7.
119. Bernardini C, Ambrogi V, Perioli L 2003. Drugs and non-medical products sold in pharmacy: information and advertising. *Pharmacol Res* 47:501-508.
120. Lisper L, Isacson D, Sjoden P, Bingefors K 1997. Medicated hypertensive patients views and experience of information and communication concerning antihypertensive drugs. *Patient Educ Couns* 32:147-155.
121. Rosiene J, Liu X, Sawyer D. Aspects of the modification of the self-medication behavior of patients by presentation of educational material at time of products selection via an information appliance, *Enterprise Networking and Computing in Healthcare Industry W: 5th International Workshop on IEE, USA 2003*, 14-148.
122. Caamaño F, Tomé-Otero M, Takkouche B 2006. Factors associated with the pharmacist counseling without dispensing. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 15:428-31.
123. Hugtenburg J, Borgsteede S, Beckeringh J 2009. Medication review and patient counseling at discharge from the hospital by community pharmacists. *Pharm World Sci* 31:630-7.

124. Montgomery A, Kettis Lindblad A, Eddy P, Soderlund E, Tully M, Kalvemarm Sporrang S 2010. Counseling behavior and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies. *Pharm World Sci* 32:455-63.
125. Coleman B, Martin C, Barber N, Patterson D 2004. An evaluation of the safety and acceptability of an anticoagulation clinic in a community pharmacy setting—a pilot study. *Pharm J* 273:822-4.
126. Stuurman-Bieze A, Kokenberg M, Tobi H, de Boer W, van Doormaal J, Jong-van den de Berg L 2005. Complex pharmaceutical care intervention in pulmonary care: part B patient opinion and process survey. *Pharm World Sci* 27:385-92.
127. Kucukarlsan S, Al-Bassam N, Dong Y, Kim K, Lai S 2010. Physicians' beliefs towards collaborating with community pharmacists: An opportunity for improving patient care. *J Am Pharm Assoc* 50:258.
128. Bryant L, Coster G, Gamble G, McCormick R 2011. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomized controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *J Pharm Pract* 19:94-105.
129. Lalonde L, Hudon E, Goudreau J, Bélanger D, Villeneuve J, Perreault S, Blais L, Lamarre D 2010. Physician-pharmacist collaborative care in dyslipidemia management: The perception of clinicians and patients. *Res Social Adm Pharm* 7:233-45.
130. Albsoul-Younes A, Hammad E, Yasein N, Tahaineh L 2011. Pharmacist-physician collaboration improves blood pressure control. *Saudi Med J* 32:288-92.
131. Hawkins A, Orchard J, Evers S 1985. The community pharmacist as a resource for the family physician. *Can Fam Physician* 31:1977-80.
132. McPherson T, Fontane P 2010. Patient-centered care in the community-based compounding practice setting. *J Am Pharm Assoc* 50:37-44.
133. McGrath S, Snyder M, Duenas G, Pringle J, Smith R, McGivney M 2010. Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc* 50:67-71.

134. Zaidan M, Singh R, Wazaify M, Tahaine L 2011. Physicians' perceptions, expectations and experience with pharmacists at Hamad Medical Corporation in Qatar. *J Multidiscip Healthc* 4:85-90.
135. Hooper R, Adam A, Kheir N 2009. Pharmacist-documented interventions during the dispensing process in a primary health care facility in Qatar. *Drug Healthc Patient Saf* 1:73-80.
136. Truong H, Layson-Wolf C, de Bittner M, Owen J, Haupt S 2009. Perceptions of patients on Medicare Part D medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc* 49:392-8.
137. Wu J, Leung W, Chang S, Lee B, Zee B, Tong P, Chan J 2006. Effectiveness of telephone counseling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomized controlled trial. *BMJ* 333:522.
138. Moczygemba L, Barner J, Brown C, Lawson K, Gabrillo E, Godley P, Johnsrud M 2010. Patient satisfaction with a pharmacist-provided telephone medication therapy management program. *Res Social Adm Pharm* 6:143-54.
139. Pellegrino A, Martin M, Tilton J, Touchette D 2009. Medication therapy management services: definitions and outcomes. *Drugs* 69:393-406.
140. McGivney M, Meyer S, Duncan-Hewitt W, Hall D, Goode J, Smith R 2007. Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 47:620-8.
141. Barnett M, Frank J, Wehring H, Newland B, VonMuenster S, Kumbera P, Halterman T, Perry P 2009. Analysis of pharmacist-provided medication therapy management (MTM) services in community pharmacies over 7 years. *J Manag Care Pharm* 15:18-31.
142. Ramalho de Oliveira D, Brummel A, Miller D 2010. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *Manag Care Pharm* 16:185-95.
143. Montgomery A, Kälvemarm-Sporrong S, Henning M, Tully M, Kettis-Lindblad A 2007. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci* 29:593-602.

144. Kassam R, Collins J, Berkowitz J 2009. Developing anchored measures of patient satisfaction with pharmaceutical care delivery: Experiences versus expectations. *Patient Prefer Adherence* 3:113-22.
145. Chaudhari P. Application and further validation of a patient-reported outcome instrument: Patient satisfaction with pharmaceutical care questionnaire W: 14th Annual International Meeting Orlando, United States, 16-20.05.2009, 12:3.
146. Montgomery A, Kalvemark Sporrang S, Manap N, Tully M, Lindblad A 2010. Receiving a pharmaceutical care service compared to receiving standard pharmacy service in Sweden-How do patients differ with regard to perceptions of medicine use and the pharmacy encounter? *Res Social Adm Pharm* 6:185-95.
147. Robinson J, Segal R, Lopez L, Doty R 2010: Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *Ann Pharmacother* 44:88-96.
148. Guerreiro M, Cantrill J, Martins P 2010. Acceptability of community pharmaceutical care in Portugal: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy* 15:215-22.
149. TNS OBOP 2011. Opieka farmaceutyczna to dla Polaków nieznaną nowość. www.mp.pl/kurier/index.php?aid=57396&_tc=BABF0241A27B462E80D39648F1B48E4D (stan z dnia 13.10.2011, godz. 13 00).
150. Szalonka K. Szanse wdrożenia opieki farmaceutycznej w polskich aptekach w świetle badań W: Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia. Pod red.: Szalonka K. Wyd. 1. Wrocław 2010, 85-102.
151. Campbell R, Saulie B 1998. Providing pharmaceutical care in a physician office. *J Am Pharm Assoc* 38:495-9.
152. Dryja M, Skowron A, Turska W. Ocena gotowości pacjentów do płacenia za usługi farmaceutyczne. Prowadzenie opieki farmaceutycznej W: Materiały konferencyjne. Hucisko k. Zawiercia, 26-27.05.2011, 10-11.
153. Gore P, Madhavan S 1994. Consumers' preference and willingness to pay for pharmacist counseling for non-prescription medicines. *Clin Pharm Ther* 19:17-25.

154. Hong S, Spadaro D, West D, Tak S 2010. Patent valuation of pharmacist services for self-care with OTC medications. *J Clin Pharm Ther* 30:193-199.
155. Wang J, Hong S, Meng S, Brown L 2010. Pharmacists' acceptable levels of compensation for MTM services: A conjoint analysis. *Res Social Adm Pharm* 1-13.
156. Kardas P. Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych W: Polskiego pacjenta portret własny-raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Farmacji i Medycyny, Pentor Research International, Polpharma, 2010, 7-25.
157. Hertz R, Unger A, Lustik M 2005. Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clin Ther* 27:1064-73.
158. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Cricelli C, Mantovani L 2009. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 120:1598-605.
159. Simpson S, Eurich D, Majumdar S, Padwal R, Tsuyuki R, Varney J, Johnson J 2006. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 333:15.
160. Łazowski J 2001. Opieka farmaceutyczna. Część I. Uwagi wstępne. *Farm Pol* 57:503-08.
161. Hussain A, Ibrahim M 2011. Medication counseling and dispensing practices at community pharmacies: a comparative cross sectional study from Pakistan. *Int J Clin Pharm* 33:859-67.
162. Balcer N, Rajska – Neuman A, Grześkowiak E, Wieczorowska – Tobis K 2005. Farmakoterapia geriatryczna wyzwaniem dla opieki farmaceutycznej. *Farm Pol* 61:647-52.
163. Skotnicka A, Skotnicki M, Waszyk-Nowaczyk M, Miechowicz I, Lulek J, Grześkowiak E. Patient medication adherence: a pilot study in Poland W: *International Journal of Pharmacy Practice*, Materiały zjazdowe, Londyn - Anglia, 13-14.09.2010, 18:82-83.

164. Zygałło E 2003. Komunikacja a opieka farmaceutyczna nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Wybrane aspekty praktyczne. *Farm Pol* 23:1081-85.
165. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E 2002. Hospitalizacja osób starszych. Część I. Czynniki wpływające na hospitalizację osób starszych w wielkomiejskiej populacji Łodzi. *Gerontol Pol* 10:88-94.
166. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E 2002. Hospitalizacja osób starszych w Łodzi. Część II. Możliwość zapobiegania hospitalizacjom osób starszych. *Gerontol Pol* 10: 95-98.
167. Bond W, Hussar D 1991. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 48:1978-88.
168. Simonson W, Feinberg J 2005. Medication - Related Problems in the Elderly. *Drugs Aging*, 22:559-69.
169. Skowron A 2008. Rozwiązywanie problemów lekowych. *Gazeta Farmaceutyczna* 1:35-36.
170. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M, Cerbin M 2010. Opieka farmaceutyczna nad pacjentem geriatrycznym w Polsce. *Farm Pol* 66:677–680.
171. Kanvelage J, Salditch I 2011: Medicine-on-time®. www.medicine-on-time.com (stan z dnia 27.06.2011, godz. 18:15).
172. Shavelsky E, Helliwell L 2011: MedMinder TM. www.medminder.com (stan z dnia 27.06.2011, godz. 16:10).
173. Rivers P 1992: Compliance aids-do they work? *Drugs Aging* 2:103-11.
174. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M, Matwij K, Lulek J 2010. Znaczenie Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków w opiece farmaceutycznej. *Farm Pol* 67:150–152.
175. Doggrell S 2010: Health professional intervention and adherence to medicines. www.eprints.qut.edu.au/38307/1/c38307.pdf (stan z dnia 13.10.2011, godz. 19:00).

176. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M, Matwij K 2011. Indywidualny System Dawkowania Leków jako element opieki farmaceutycznej W: II Konferencja naukowo-szkoleniowa: "Prowadzenie opieki farmaceutycznej", Materiały zjazdowe, Hucisko, 26-27.05.2011, 8-9.
177. Skotnicki M, Skotnicka A, Opilowski A 2009. Lekopaki ® - Indywidualny system Dawkowania Leków. Proper Locum LTD 4-8.
178. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M, Matwij K 2011. Individual medication management system (IMMS) as a proposition of obeying the doctor's recommendation with pharmacist cooperation (publikacja przyjęta do druku, Acta Pol Pharm, 5/2011)
179. Lee J, Grace K, Taylor A 2006. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication, Adherence and Persistence, Blood Pressure and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. JAMA 21:2563-2571.
180. Søndergaard B 2006. Dose Dispensed Medicine and Associated Costs of Medicine and Health Care Register Based Analysis. Register based analysis. The Danish University of Pharmaceutical Science, 1-30.
181. Raynor D, Nunney J 2002. Medicine compliance aids are partial solution, not panacea. BMJ 324:1338.
182. Littenberg B, MacLean Ch, Hurowitz L 2006. The use of adherence aids by adults with diabetes: across-sectional survey. BMC Fam Pract 7:1.
183. Schneider P, Murphy J, Pedersen C 2008. Impact of medication packaging on adherence and treatment outcomes in older ambulatory patients. J Am Pharm Assoc 48:58-63.
184. Simon M, Waszyk-Nowaczyk M, Matwij K 2010. Ocena celowości wdrożenia Indywidualnego Systemu Dawkowania Leków (ISDL) w Polsce W: Postęp w ocenie jakości substancji i produktów leczniczych. Materiały zjazdowe, Poznań, 17-18.06. 2010, 125.
185. National Health Service 2011: Medicines Use Review & Prescription Intervention Service. www.psn.org.uk/data/files/PharmacyContractandServices/AdvancedServices/service_spec_as1__medicines_use_reviewprescription_inter.pdf (stan z dnia 20.10.2011, godz. 15:00).

186. Ontario Ministry of Health and Long – Term Care 2007: MedsChek. www.medscheck.ca (stan z dnia 20.10.2011, godz. 15:00).
187. Bąbelek T: Podstawy opieki farmaceutycznej W: I Warsztaty Opieki Farmaceutycznej. Materiały zjazdowe, Poznań, 17.05.2010.
188. Waszyk-Nowaczyk M., Simon M 2011. Opieka farmaceutyczna jako udokumentowana konsultacja specjalisty. *Farm Pol* 67:729-733.
189. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation 2010: Classification for Drug related problems V 6.2. www.pcne.org/sig/drp/documents/drp/PCNE%20classification%20V6-2.pdf (stan z dnia 14.09.2011, godz. 12:00).
190. American Pharmacist Association 2011: Medication Management Therapy. www.pharmacist.com/AM/Template.cfm?section=MTM (stan z dnia 20.10.2011, godz. 10:00).
191. Zespół Pracowni Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego UJ CM 2009: Program FONTiC. <http://ldv.farmacja.cm-uj.krakow.pl/fontwww/> (z dnia 20.10.2011, godz. 13:00).
192. Polak S.: Dokumentowanie procesu opieki farmaceutycznej. W: *Apteka plus pacjent*. Pod red.: Brandys J. Wyd. 1. Warszawa 2005, B.2.2.1-14.
193. Cipolle R, Strand L, Morley P. Acquiring the clinical skills you need to practice. W: *Pharmaceutical Care Practice*. Wyd.2. USA 1998, 267-281.
194. NEHI: Thinking outside the pillbox 2011: A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. www.nehi.net (stan z dnia 11.10.2011, godz. 20:00).
195. O'Connor P 2006. Improving Medication Adherence Challenges for Physicians, Payers, and Policy Maker. *Arch Intern Med* 166:1802-1804.
196. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce W: *Polskiego pacjenta portret własny-raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów*. Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Farmacji i Medycyny, Pentor Research International, Polpharma 2010, 25-37.
197. Hilgier M 2009. Non – compliance. *Gazeta Farmaceutyczna* 5:50.

198. Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O 2010. The nine-year sustained cost-containment impact of Swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother* 44:650-7.
199. Loh E, Waruszynski B, Poston J 1996. Cost savings associated with community pharmacist interventions in Canada. *Can Pharm J* 129:43-47.
200. Krass I, Mitchell B, Song Y, Stewart K, Peterson G, Hughes J, Smith L, White L, Armour C 2011. Diabetes Medication Assistance Service Stage 1: impact and sustainability of glycemic and lipids control in patients with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 28:987-93.
201. Hmielewski T, Rickertsen H, Sorofman B, Currie J, Smith J 2011. Cost analysis of providing medication access and clinical pharmacy services for patients of a community health center. *APhA* 51:230-231.
202. Westerlund T, Marklund B 2009. Assessment of the clinical and economic outcomes of pharmacy interventions in drug-related problems. *J Clin Pharm Ther* 34:319-327.
203. Patterson S, Hughes C, Cardwell C, Lapane K, Murray A, Crealey G 2011. A cluster randomized controlled trial of an adapted U.S. model of pharmaceutical care for nursing home residents in Northern Ireland (Fleetwood Northern Ireland study): a cost-effectiveness analysis. *J Am Geriatr Soc* 59:586–593.
204. Houle S, Chuck A, Tsuyuki R 2010. Does pharmacist management of hypertension result in health system savings? *W: Pharmacists Journal. Materiały konferencyjne, Canada, 15-18.05.2010, 143:5.*
205. Cipolle R, Strand L, Morley P. An overview of pharmaceutical care practice. *W: Pharmaceutical Care Practice. Wyd.2. USA 1998, 1-19.*
206. Świątek M, Ulatowska-Szostak E 2006. Opieka farmaceutyczna w opiniach emerytów i rencistów. *Probl Hig Epidemiol* 87:40.
207. Krysiak L 2011. Pod opieką farmaceuty. *Gazeta Lekarska* 9:7-13.

208. Santos Dde O, Martins M, Cipriano S, Pinto R, Cukier A, Stelmach R 2010. Pharmaceutical care for patients with persistent asthma: assessment of treatment compliance and use of inhaled medications. *J Bras Pneumol* 36:14-22.
209. Onda M, Sakurai H, Hayase Y, Sakamaki H, Arakawa Y, Yasukawa F 2009. Effects of patient-pharmacist communication in the treatment of asthma. *Yakugaku Zasshi* 129:427-33.
210. Turnacilar M, Sancar M, Apikoglu-Rabus S, Hursitoglu M, Izzettin F 2009. Improvement of diabetes indices of care by a short pharmaceutical care program. *Pharm World Sci* 31:689-95.
211. Al Mazroui N, Kamal M, Ghabash N, Yacout T, Kole P, McElnay J 2009. Influence of pharmaceutical care on health outcomes in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Br J Clin Pharmacol* 67:547-57.
212. Vlcek J, Maly J, Dosedel M 2009. Pharmaceutical care of patients with diabetes mellitus and its relationship to clinical pharmacy. *Vnitr Lek* 55:384-8.
213. De Andrade T, Burini D, Mello M, Bersacula N, Saliba R, Bravim F, Bissoli N 2009. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a Pharmaceutical Care Program in a Private Communitarian Pharmacy in Vitoria (ES, Brazil). *Br J Clin Pharmacol* 45:349-355.
214. Angonesi D, Sevalho G, Coletiva C, Coletiva S 2010. Pharmaceutical care: conceptual and critical basis to a Brazilian model. *Cien Saude Colet* 3:3603-14.
215. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M, Szukalska B 2011. Opieka farmaceutyczna jako zadanie i problem aptekarzy. *Farm Pol* 67:357–359.
216. Ucha-Samartin M, Martinez-Lopez de Castro N, Troncoso-Marino A, Campelo-Sanchez E, Vazquez-Lopez C, Inaraja-Bobo M 2009. Pharmaceutical care strategies to prevent medication errors. *Rev Calid Asist* 24:149-54.

X. SPIS RYCIN

Rycina	I	Współpraca farmaceuty z lekarzem, a także z innymi zawodami medycznymi w zakresie OF	5
Rycina	II	Druk Community Pharmacy Medicines Use Review & Prescription Intervention Service	8
Rycina	III	Cykl opieki farmaceutycznej wg Heplera	10
Rycina	IV	Warunki wdrażania OF według Bąbelka	11
Rycina	V	Indywidualny System Dawkowania Leków	17
Rycina	VI	Etapy przygotowania Lekopaków®	22
Rycina	A	Formularz nr 1	30
Rycina	B	Ankieta nr 1	31
Rycina	C	Ankieta nr 2	32
Rycina	D	Ankieta nr 3	37
Rycina	E	Ankieta nr 4	42
Rycina	F	Wzór broszury informacyjnej	45
Rycina	1	Zakres pytań zadawanych przez pacjentów w aptece ogólnodostępnej	47
Rycina	2	Zakres pytań zadawanych przez pacjentów podczas dyspensowania leków przepisywanych na receptę w aptece ogólnodostępnej	49
Rycina	3	Zakres pytań zadawanych przez pacjentów podczas zakupu preparatów OTC w aptece ogólnodostępnej	50
Rycina	4	Zakres pytań zadawanych przez pacjentów dokonujących zakupu kosmetyków w aptece ogólnodostępnej	50
Rycina	5	Ocena roli porady farmaceuty, wskazania lekarza oraz samodzielnego wyboru preparatów OTC przez pacjentów w aptece ogólnodostępnej	51
Rycina	6	Znaczenie czynników decydujących o wyborze preparatów OTC przez pacjentów w aptece ogólnodostępnej w zależności od grupy leków ujętych w Indeksie Terapeutycznym ATC	53
Rycina	7	Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze preparatów OTC przez pacjentów aptek ogólnodostępnych	54
Rycina	8	Zestawienie osób dla których ankietowani nabywają leki w aptece ogólnodostępnej	56
Rycina	9	Liczba stosowanych leków przez pacjentów aptek ogólnodostępnych w okresie miesiąca	57
Rycina	10	Ocena stopnia przywiązania pacjentów do usług wybranej apteki ogólnodostępnej	58

Rycina	11	Czynniki wpływające na korzystanie z usług wybranej apteki ogólnodostępnej przez pacjentów	60
Rycina	12	Liczba farmaceutów z usług których korzystali pacjenci w aptece ogólnodostępnej w okresie miesiąca	61
Rycina	13	Określenie czy farmaceuta powinien prowadzić edukację podczas wizyty w aptece ogólnodostępnej w opinii pacjentów	62
Rycina	14	Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien udzielać porad w wydzielonym pomieszczeniu apteki ogólnodostępnej	64
Rycina	15	Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien udostępniać materiały edukacyjne w aptece ogólnodostępnej	65
Rycina	16	Ocena opinii pacjentów na temat czy farmaceuta powinien systematycznie sprawdzać prawidłowość stosowania leków zaleconych przez lekarza	66
Rycina	17	Ocena czy wiedza na temat stosowanych leków przez pacjentów jest większa po wizycie w aptece ogólnodostępnej	75
Rycina	18	Ocena czy wiedza pacjentów na temat leczenia przepisanego przez lekarza jest większa po wizycie w aptece ogólnodostępnej	77
Rycina	19	Liczba farmaceutów z jakimi współpracuje lekarz przy ustalaniu farmakoterapii dla swoich pacjentów	78
Rycina	20	Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych w opinii: A – pacjentów, B – lekarzy	96
Rycina	21	Czas trwania wizyty w ramach OF w opinii: A – pacjentów, B – lekarzy	98
Rycina	22	Skłonność chorego do zapłaty za wizytę w aptece w ramach OF w opinii: A – pacjentów, B – lekarzy	100
Rycina	23	Koszt i refundacja OF w opinii: A – pacjentów, B – lekarzy	101
Rycina	24	Liczba medyków leczących pacjentów ankietowanych	109
Rycina	25	Liczba leków przyjmowanych codziennie przez pacjentów ankietowanych	109
Rycina	26	Określenie czasu trwania farmakoterapii przez ankietowanych pacjentów	110
Rycina	27	Częstość stosowania kasetek na leki przez ankietowanych pacjentów	111
Rycina	28	Liczba medyków leczących chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	113

Rycina	29	Liczba leków przyjmowanych codziennie przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	113
Rycina	30	Określenie czasu trwania farmakoterapii chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	114
Rycina	31	Częstość stosowania kasetek na leki przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	115
Rycina	32	Forma i pochodzenie informacji dotyczących dawkowania leków otrzymywanych przez pacjentów ankietowanych	117
Rycina	33	Forma i pochodzenia informacji dotyczących dawkowania leków otrzymywanych przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	120
Rycina	34	Zachowywanie prawidłowych odstępów czasowych podczas stosowania przepisanych leków przez pacjentów ankietowanych	123
Rycina	35	Wiedza pacjentów ankietowanych na temat pory stosowania zaordynowanych leków	124
Rycina	36	Zestawienie błędów, w realizacji przepisanego przez lekarza schematu farmakoterapii, popełnianych przez ankietowanych pacjentów	124
Rycina	37	Zachowywanie prawidłowych odstępów czasowych podczas stosowania przepisanych leków przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	127
Rycina	38	Wiedza pacjentów, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane na temat pory stosowania zaordynowanych leków	128
Rycina	39	Zestawienie błędów, w realizacji przepisanego przez lekarza schematu farmakoterapii, popełnianych przez chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	128
Rycina	40	Opinia pacjentów ankietowanych dotycząca ISDL	131
Rycina	41	Opinia chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane dotycząca ISDL	133
Rycina	42	Znaczenie możliwości zastosowania ISDL w sprawowaniu opieki nad osobami chorymi w ocenie ankietowanych	135
Rycina	43	Skierowanie pacjenta przez lekarza do objęcia OF	138
Rycina	44	Wybrane zagadnienia międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych	139
Rycina	45	Informacja dla lekarza kierującego/pacjenta od farmaceuty	140

XI. SPIS TABEL

Tabela I	Aktualne wytyczne prawne oraz propozycje zmian w odniesieniu do zawodu farmaceuty	12
Tabela II	Kwestionariusz oceny zdolności pacjenta do samodzielnego dawkowania leków	19
Tabela III	Karta kontrolna A	20
Tabela IV	Karta kontrolna B	21
Tabela A	Struktura wiekowa i poziom wykształcenia pacjentów w ankiecie nr 1	25
Tabela B	Struktura wiekowa i poziom wykształcenia pacjentów w ankiecie nr 2	27
Tabela C	Struktura wiekowa, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza w ankiecie nr 3	27
Tabela D	Struktura wiekowa oraz poziom wykształcenia pacjentów ankietowanych oraz osób, nad którymi opiekę sprawują wypełniający ankietę nr 4	28
Tabela E	Zwrot ankiet	46
Tabela 1	Zestawienie zagadnień ujętych w pytania zadawane aptekarzowi w aptece ogólnodostępnej w zależności od płci pacjentów	48
Tabela 2	Czynniki decydujące o wyborze preparatów OTC, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	52
Tabela 3	Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze preparatów OTC, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	55
Tabela 4	Czynniki decydujące o samodzielnym wyborze pacjentów w aptece ogólnodostępnej, a grupa leków ujęta w Indeksie Terapeutycznym ATC	55
Tabela 5	Liczba leków przyjmowanych w ciągu miesiąca, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	57
Tabela 6	Przywiązanie do usług wybranej apteki ogólnodostępnej oraz jej lokalizacji, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	59
Tabela 7	Czynniki decydujące o korzystaniu z usług wybranej apteki ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	60
Tabela 8	Stopień przywiązania do usług farmaceuty, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	61

Tabela 9	Opinia na temat prowadzenia edukacji w aptecę ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	63
Tabela 10	Opinia odnośnie problemu czy farmaceuta powinien udzielać porady w wydzielonym pomieszczeniu apteki ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	64
Tabela 11	Opinia odnośnie udostępniania materiałów edukacyjnych przez farmaceutę, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	65
Tabela 12	Opinia odnośnie systematycznego sprawdzania przez farmaceutę prawidłowego stosowania ordynowanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	67
Tabela 13	Zakres zagadnień ujętych w ramach udzielanej porady i edukacji świadczonej przez farmaceutę w opinii pacjentów aptek ogólnodostępnych	68
Tabela 13A	Ocena edukacji w zakresie zasad dawkowania i przygotowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	69
Tabela 13B	Ocena edukacji w zakresie tańszych zamienników leków zapisanych przez lekarza, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	69
Tabela 13C	Ocena edukacji w zakresie możliwych działań niepożądanych leków i sposobów ich eliminowania, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	70
Tabela 13D	Ocena edukacji w zakresie występowania interakcji między przyjmowanymi lekami oraz składnikami diety, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	70
Tabela 13E	Ocena edukacji w zakresie celowości stosowania innych leków bez recepty, które powinny być zażywane w połączeniu z lekami przepisanyymi przez lekarza, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	71
Tabela 13F	Ocena edukacji w zakresie zalecanego stylu życia w okresie stosowania leku, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	71
Tabela 13G	Ocena edukacji w zakresie celowości stosowania i mechanizmu działania zalecanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	72

Tabela 13H	Ocena edukacji w zakresie objawów i przebiegu choroby, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów aptek ogólnodostępnych	72
Tabela 14	Porady świadczone przez farmaceutę w opinii pacjentów aptek ogólnodostępnych	73
Tabela 15	Porady świadczone przez farmaceutę, a wiek, płeć i wykształcenie pacjentów	74
Tabela 16	Częstość udzielanych odpowiedzi przez farmaceutę na pytania chorych w opinii pacjentów aptek ogólnodostępnych	75
Tabela 17	Ocena czy wiedza na temat stosowanych leków jest większa po wizycie w aptecce ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	76
Tabela 18	Ocena czy wiedza na temat leczenia przepisanego przez lekarza jest większa po wizycie w aptecce ogólnodostępnej, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów	77
Tabela 19	Liczba farmaceutów z jakimi współpracuje lekarz, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	79
Tabela 20	Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego	81
Tabela 21A'	Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja	83
Tabela 21A''	Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja	84
Tabela 21B'	Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	85
Tabela 21B''	Ocena lekarzy na temat dotychczasowego doświadczenia w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	86
Tabela 22	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego	88
Tabela 23A'	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja	90

Tabela 23A''	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja	91
Tabela 23A'''	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a płeć, wiek i specjalizacja	92
Tabela 23B'	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	93
Tabela 23B''	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	94
Tabela 23B'''	Ocena lekarzy na temat aktualnych oczekiwań w zakresie doradztwa farmaceutycznego, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	95
Tabela 24A	Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych, a płeć, wiek i wykształcenie pacjenta	97
Tabela 24B	Celowość wdrożenia OF do aptek ogólnodostępnych, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza	97
Tabela 25A	Czas jaki powinien poświęcić farmaceuta świadczący OF, a płeć, wiek i wykształcenie pacjenta	99
Tabela 25B	Czas jaki powinien poświęcić farmaceuta świadczący OF, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie lekarza	99
Tabela 26A	Ocena pacjentów na temat refundowania i finansowania OF, a płeć, wiek i wykształcenie	102
Tabela 26B	Ocena lekarzy na temat refundowania i finansowania OF, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	102
Tabela 27A	Opinia pacjentów na temat opłacania OF, a płeć, wiek i wykształcenie	103
Tabela 27B	Opinia lekarzy na temat opłacania OF przez pacjentów, a płeć, wiek, specjalizacja, tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	103
Tabela 28	Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF	105
Tabela 29A	Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF, a płeć, wiek i specjalizacja	106

Tabela 29B	Opinia lekarzy na temat zadań farmaceuty w ramach OF, a tytuł zawodowy/naukowy i staż pracy w zawodzie	107
Tabela 30	Ocena liczby lekarzy i przepisywanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów	110
Tabela 31	Czas trwania farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów	111
Tabela 32	Stosowanie kasetek na leki, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów	112
Tabela 33	Liczba lekarzy i przepisywanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	114
Tabela 34	Czas trwania farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	115
Tabela 35	Stosowanie kasetek na leki, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	116
Tabela 36	Źródła pochodzenia i formy przekazywanej informacji dotyczących przyjmowania ordynowanych leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	118
Tabela 37	Zrozumienie zaleceń lekarskich, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	119
Tabela 38	Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	119
Tabela 39	Źródła pochodzenia i formy przekazywanej informacji dotyczących przyjmowania ordynowanych leków, a wiek, płeć i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	121
Tabela 40	Zrozumienie zaleceń lekarskich, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	122
Tabela 41	Wiedza lekarzy o wszystkich lekach przyjmowanych, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	122
Tabela 42	Zachowywanie prawidłowych odstępów między stosowaniem leków i świadomość pór ich stosowania, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	125
Tabela 43	Występowanie błędów w przyjmowaniu leków popełnianych podczas realizacji zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie ankietowanych pacjentów	126

Tabela 44	Zachowywania prawidłowych odstępów między stosowaniem leków i świadomość pór ich stosowania, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	129
Tabela 45	Występowanie błędów w przyjmowaniu leków popełnianych podczas realizacji zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	130
Tabela 46	Ocena zainteresowania i opinii na temat korzystnego wpływu ISDL na przestrzeganie schematu dawkowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	132
Tabela 47	Finansowanie ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	132
Tabela 48	Ocena zainteresowania i opinii na temat korzystnego wpływu ISDL na przestrzeganie schematu dawkowania leków, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	134
Tabela 49	Finansowanie ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	134
Tabela 50	Ułatwienie sprawowania opieki przy użyciu ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie pacjentów ankietowanych	136
Tabela 51	Ułatwienia sprawowania opieki przy użyciu ISDL, a płeć, wiek i wykształcenie chorych, nad którymi opiekę sprawują osoby ankietowane	136