

Vladimir SAFTA

**FARMACIE
SOCIALĂ**

Firma editorial-poligrafică
“Tipografia Centrală”
Chişinău, 2011

CZU 615.15(075)

S 14

În manual este argumentată necesitatea, importanța și conceptul disciplinei Farmacie Socială, orientată spre finalizarea instruirii farmaciștilor pentru activitate de asistență farmaceutică. Sunt abordate aspectele contemporane ale implicării specialiștilor-farmaciști în procesul de medicație și instruire sanitară a populației. Este recomandat studenților, rezidenților și farmaciștilor practicieni, care activează în domeniul de prestare a serviciilor farmaceutice, precum și conducătorilor întreprinderilor respective.

Safta, Vladimir

Farmacie socială / Vladimir Safta. – Ch. : S. n., 2011
(F.E.-P. ”Tipogr. Centrală”). – 376 p.
ISBN 978-9975-78-999-8.

CZU 615.15(075)

S 14

© Vladimir Safta, 2011

Aprobat la ședința catedrei Farmacie Socială
"Vasile Procopișin"
(proces verbal nr. 7 din 04 martie 2011)

și Comisia Metodică pe discipline farmaceutice
USMF "Nicolae Testemițanu"
(proces verbal nr. 5 din 12 mai 2011)

Autor-coordonator:

Vladimir SAFTA,
doctor habilitat în farmacie, profesor universitar

Au colaborat cu drept de coautor:

Mihail BRUMĂREL,
doctor în farmacie, conferențiar universitar

Stela ADAUJI,
doctor în farmacie, conferențiar universitar

Zinaida BEZVERHNI,
doctor în farmacie, asistent universitar

Recenzenți:

Nicolae CIOBANU,
doctor în farmacie, conferențiar universitar

Veaceslav GONCIAR,
doctor habilitat în medicină, profesor universitar

*Patriarhului farmaciei moldave, decanului
tuturor farmaciștilor din Republica
Moldova, ilustrului organizator al
sistemului farmaceutic, savantului și
pedagogului, farmacistului*

Vasile Procopișin

CUPRINS

ABREVIERI	9
PREFAȚĂ	10
INTRODUCERE	13
Capitolul I. FARMACIA SOCIALĂ – DISCIPLINĂ	
FARMACEUTICĂ (<i>Vladimir Saftă</i>)	15
1.1. Dezvoltarea conceptului de Farmacie Socială	15
1.2. Scopul și sarcinile Farmaciei Sociale	17
1.3. Contextul și rolul Farmaciei Sociale	18
1.4. Importanța socială a medicamentului. Rolul statului pentru asistența populației cu medicamente	21
1.5. Atitudini față de medicament	25
1.6. Baza legislativă a Farmaciei Sociale	27
Capitolul II. METODE DE STUDII ÎN FARMACIA SOCIALĂ	
(<i>Vladimir Saftă, Stela Adauji, Zinaida Bezverhni</i>)	31
2.1. Metodologii în Farmacia Socială	31
2.2. Aspecte teoretice de bază ale metodelor de studii în Farmacia Socială	33
2.3. Metode și procedee de cercetare în domeniul Farmaciei Sociale	40
2.3.1. <i>Interviurile</i>	44
2.3.2. <i>Chestionarul</i>	45
2.3.3. <i>Observarea</i>	51
2.3.4. <i>Analiza istorică</i>	51
2.3.5. <i>Cercetarea selectivă</i>	51
2.4. Noțiuni de farmacoeconomie	57
2.4.1. <i>Categoriile de consumuri, utilizate în farmacoeconomie</i>	59
2.4.2. <i>Metode farmacoeconomice standard de analiză</i>	61
2.5. Repere teoretice ale farmacoepidemiologiei	75

2.5.1. <i>Locul și rolul farmacoepidemiologiei în sistemele științifice farmaceutic și medical</i>	75
2.5.2. <i>Etapele de bază în realizarea programelor farmacoepidemiologice</i>	76
2.6. Metode de cercetare în procesul de comunicare cu pacienții în farmacie	81
Capitolul III. COMUNICAREA CU VIZITATORUL FARMACIEI (<i>Vladimir Safta, Mihail Brumărel</i>)	83
3.1. Repere teoretice ale comunicării	83
3.2. Tipuri de comunicări	88
3.2.1. <i>Comunicarea verbală</i>	90
3.2.2. <i>Comunicarea nonverbală</i>	90
3.2.3. <i>Comunicarea interpersonală</i>	95
3.3. Bariere în comunicare	103
3.4. Funcțiile comunicării	105
3.5. Axiomele comunicării	107
3.6. Conversația	110
3.7. Rolul politeții în comunicare	114
3.8. Vizitatorul farmaciei – potențial consumator de medicamente	117
3.8.1. <i>Tipurile de indivizi și personalități</i>	119
3.8.2. <i>Influența maladei asupra pacientului</i>	122
3.9. Principii ale comunicării farmacistului cu pacientul	127
3.9.1. <i>Compliance din partea pacientului</i>	127
3.9.2. <i>Rolul farmacistului în educația privind consumul de medicamente</i>	134
Capitolul IV. REGULI DE BUNĂ PRACTICĂ DE FARMACIE (<i>Vladimir Safta, Mihail Brumărel</i>)	137
4.1. Noțiuni și reglementări generale	137
4.2. Implementarea regulilor GPP în Republica Moldova	148

Capitolul V. AUTOMEDICAȚIA. PREPARATE OTC

<i>(Vladimir Saftă)</i>	153
5.1. Noțiunea de automedicație	153
5.1.1. Automedicația – parte componentă a sistemului de sănătate	153
5.1.2. Cauze de dezvoltare a automedicației	154
5.1.3. Reguli privind automedicația	156
5.2. Aspecte legislative ale automedicației	160
5.2.1. Reglementări naționale	160
5.2.2. Reglementări europene	162
5.3. Responsabilitatea pentru automedicație	164
5.4. Preparate OTC	166

Capitolul VI. ÎNGRIJIREA FARMACEUTICĂ

<i>(Vladimir Saftă, Stela Adauji, Zinaida Bezverhni).</i> ..	173
6.1. Priviri generale	173
6.2. Îngrijire farmaceutică specială	188
6.2.1. Infecții respiratorii	189
6.2.2. Dereglări ale tractului gastro-intestinal	207
6.2.3. Dereglări ale sistemului nervos	212
6.2.4. Afecțiuni dermatologice	218
6.2.5. Patologii ale aparatului locomotor	222
6.2.6. Avitaminoze	229

Capitolul VII. SERVICII FARMACEUTICE PRESTATE ÎN FARMACIILE COMUNITARE

<i>(Mihail Brumărel, Zinaida Bezverni, Vladimir Saftă, Stela Adauji)</i>	237
7.1. Conceptul de îngrijiri farmaceutice	237
7.2. Clasificarea serviciilor farmaceutice	244
7.2.1. Serviciul de livrare a medicamentelor	247
7.2.2. Livrarea repetată a medicamentelor	250
7.2.3. Promovarea modului sănătos de viață	252
7.2.4. Automedicația controlată	255
7.2.5. Servicii de screening	255
7.2.6. Managementul greutății	257

7.2.7. Suportul în stoparea fumatului	258
7.3. Experiența unor țări în domeniul serviciilor farmaceutice	259
7.4. Calitatea serviciilor farmaceutice	264
Capitolul VIII. RELAȚII MEDIC – FARMACIST ÎN FOLOSUL PACIENTULUI (<i>Vladimir Safta</i>) ...	277
8.1. Relații medic – farmacist la etapa prescrierii medicamentelor	278
8.2. Relații medic – farmacist la etapa eliberării medicamentelor din farmacie	281
8.3. Colaborarea în procesul administrării medicamentelor	283
8.4. Analiza prescripțiilor	285
Capitolul IX. ASISTENȚA CU PRODUSE ȘI ARTICOLE NEMEDICAMENTOASE (<i>Vladimir Safta</i>)	287
9.1. Clasificări	287
9.2. Ape minerale medicinale	292
9.3. Suplimente biologic active	296
Capitolul X. PROTECȚIA CONSUMATORILOR DE MEDICAMENTE (<i>Mihail Brumărel</i>)	303
10.1. Noțiuni generale privind conceptul de protecție a consumatorilor	303
10.2. Organisme cu atribuții în protecția consumatorilor ..	306
10.3. Prevederi naționale privind protecția consumatorilor de medicamente	316
BIBLIOGRAFIA	323
ANEXA 1	325
ANEXA 2	326
ANEXA 3	373
ANEXA 4	374

ABREVIERI

ABC – analiza consumului de medicamente în dependență de cheltuielile financiare	GPP – Reguli de Buna Practica de Farmacie
ABDA – Uniunea Federală a Asociațiilor de Farmaciști, Germania	GSP – Reguli de Buna Practica de Păstrare
AESGP – Asociația Europeană a Producătorilor de Medicamente OTC	IMC – indicele masei corporale
AINS – antiinflamatoare nesteroidiene	IMSP – Instituția Medico-Sanitară Publică
AM – Agenția Medicamentului	IRAV – infecții respiratorii acute virale
ANF – Asociația Farmaciștilor din Portugalia	MAO – monoaminoxidaza
BD – baza de date	ME – medicamente esențiale
CBA – analiza cost-beneficiu	MP – medicamente personale
CEA – analiza cost-eficacitate	MTM – Managementul terapiei medicamentoase
CMA – analiza cost-minimizarea costului	NHS – Serviciul Național de Sănătate, MB
CNSP – Centrul Național de Sănătate Publică	OMS – Organizația Mondială a Sănătății
COI – analiza costul maladiei	OTC – over the counter („liber de la tehghea”) – preparate, ce se eliberează din farmacii fără rețetă
CUA – analiza cost-utilitate	PCNE – Rețeaua de Îngrijiri Farmaceutice din Europa
DCI – denumire comună internațională	PDCA – plan – do – check – act.
FDA – Food and Drug Administrations	PrCI – protocol clinic
FEP – farmacoepidemiologie	PSM – Politica de Stat în domeniul Medicamentului
FFTI – Formular Farmacoterapeutic Instituțional	Rx – medicamente ce se eliberează conform rețetei
FFTN – Formular Farmacoterapeutic Național	SBA – suplimente biologice active
FIP – Federația Internațională Farmaceutică	SBA-N – suplimente biologice active nutriceptice
GCP – Reguli de Buna Practica Clinică	SBA-P – suplimente biologice active parafarmaceutice
GDP – Reguli de Buna Practica de Distribuție	SM – marca națională a RM de conformitate pentru dispozitivele medicale
GLP – Reguli de Buna Practica de Laborator	SNC – sistemul nervos central
GMP – Reguli de Buna Practica de Fabricație	TGI – tractul-gastro-intestinal
	USP – Farmacopeea SUA
	VEN – Vital Esențial Nonesențial

PREFAȚĂ

Analizând conținutul noțiunii de asistență farmaceutică trebuie de menționat că ultima este un domeniu al asistenței de sănătate publică, garantat de stat, conform Constituției. Specialiștii prin care se realizează asistența farmaceutică trebuie să îndeplinească condiții de calificare și morale ireproșabile. Legislația Uniunii Europene clasează profesiunea de farmacist la specialitățile de „profesiune liberală”, ceea ce înseamnă mai mult decât o simplă meserie, exercitarea fiind determinată de:

- ✓ condiții speciale de pregătire profesională universitară;
- ✓ condiții morale și etice ireproșabile de exercitare a profesiei, asigurate prin supravegherea autorităților de specialitate și asociațiilor profesionale;
- ✓ asigurarea tuturor condițiilor ca exercițiul profesional să nu fie influențat de nici o constrângere de orice natură (materială, politică, concurențială, etc.);
- ✓ faptul că desfășurarea activității are loc în folosul oamenilor și al societății.

Evoluția profesiei de farmacist a fost determinată de cele mai dese ori de factorii externi, și mai puțin de cei din interiorul profesiei. Tradițional, farmaciștii erau orientați spre medicament și nu pacient, chiar în procesul exercitări unor funcții clinice, cum este farmacocinetica clinică sau controlul asupra utilizării medicamentelor, obligațiunile de bază ale lor fiind prepararea și realizarea medicamentelor, deși li se recomanda și de a oferi sfaturi consumatorilor care procurau medicamente. Importanța farmacistului a început treptat să diminueze și ca consecință a dezvoltării intensive a industriei farmaceutice, ultima condiționând totodată și necesitatea reorientării rolului și locului farmacistului și extinderea funcțiilor exercitate de către farmacist în sistemul de sănătate.

Astfel, activitatea sistemului farmaceutic, în deosebi a farmaciilor comunitare și, evident exercitarea profesiei de farmacist în cadrul farmaciilor, au fost puse în situația de a alege între comercialism și profesionalism.

Comercialismul sau competiția prin servicii neprofesionale, cum sunt prețurile, sortimentul produselor farmaceutice, volumul de realizare a medicamentelor, inclusiv pentru fiecare bolnav în parte, amplasarea farmaciilor, pare mai atractivă și mai profitabilă pentru farmaciile comunitare. În aceste condiții farmaciștii sunt forțați să-și reducă activitatea la simpla achiziționare și vîndere de produse, fără a acorda importanță omului și sănătății lui în particular. În astfel de societăți, farmaciștii nu pot fi o prezență stabilă în comunitatea din care fac parte, când se vad amenințați în mod constant de falimentare, când necesitatea de a-și asigura existența devine, de fapt, prin gravitatea ei, singurul aspect care mai contează. Această orientare, contribuie la scăderea responsabilității profesionale ale farmaciștilor și diminuarea imaginii, iar apoi și rolului farmacistului în sistemul de sănătate și societate.

O altă viziune asupra acestei probleme se atestă atunci când, contribuția și importanța sistemului farmaceutic este înțeleasă și apreciată, iar cetățenii se pot baza pe servicii de cea mai înaltă calitate. Exercițarea asistenței farmaceutice prin acordarea de servicii farmaceutice profesionale, având la bază conceptul de îngrijiri farmaceutice, influențează starea sănătății fiecărui pacient, astfel contribuind la îmbunătățirea calității și cost-eficienței sistemului de sănătate. Ca rezultat, societatea beneficiază de cetățeni sănătoși. Serviciile farmaceutice și rolul lor în asistența medicală, orientate spre pacient, sunt asociate cu îmbunătățirea rezultatelor medicale și economice, calității vieții și scăderea morbidității și mortalității. Aceste rezultate apar în urma extinderii rolurilor tradiționale și creării programelor de management al farmacoterapiei. Autoritățile majorității țărilor europene recunosc

importanța sistemelor farmaceutice în cadrul comunităților, chiar și în zonele aflate în curs de dezvoltare, care depind într-o foarte mare măsură de un acces convenabil la sistemul de sănătate.

Rămâne ca și sistemul farmaceutic și farmaciștii din Republica Moldova să urmeze exemplul majorității țărilor europene, să aleagă deci a doua viziune.

Ideile, conținutul și dezvoltarea în Republica Moldova a conceptului de bază al disciplinei Farmacia socială sau, cum mai este numit, conceptul de „farmacie etică” îi aparține profesorului universitar, mc al Academiei de Științe a Republicii Moldova, Vasile Procopișin, care de-a lungul multor ani a fost la cârma Facultății Farmacie și catedrei Farmacie Socială, care astăzi îi poartă numele. Lui îi aparțin primele studii în vederea dezvoltării în Republica Moldova a conceptului de farmacie clinică, efectuate încă la începutul anilor '80 ai secolului trecut. În baza acelor studii au fost elaborate principiile de instruire și integrare în practică a farmacistului-clinician, au fost evaluate planurile de studiu în vederea optimizării și adaptării lor la necesitățile practice ale sistemului de sănătate. În rezultatul analizelor complexe și în vederea perfecționării procesului de farmacoterapie în instituțiile medico-sanitare și a educației sanitare a populației în domeniul consumului de medicamente, în anul 1998 a început pregătirea specialiștilor în domeniul farmaciei clinice - farmaciștilor-clinicieni. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a inclus farmacistul-clinician în nomenclatura specialităților și a posturilor farmaceutice și a aprobat regulamentul-tip al farmacistului-clinician.

Implementarea de facto a acestei funcții, precum și a Regulilor de Bună Practică în farmacie, a serviciilor farmaceutice de calitate – toate acestea urmează să contribuie la realizarea conceptului Farmaciei sociale orientate spre om și societate.

Mihail Brumărel,
doctor în farmacie, conferențiar universitar

INTRODUCERE

De ce „Farmacie socială” și nu altfel ? Doar în multe țări din lume această disciplină farmaceutică are altă denumire. Răspunsul este simplu – deoarece „Farmacia Socială” este cel mai potrivit termen din punct de vedere al scopului farmaciei și farmacistului în societatea contemporană.

Orientarea socială a farmaciei comunitare este dictată de rolul important pe care îl manifestă medicamentul în procesul de prevenire a îmbolnăvirilor, menținere și sporire a sănătății publice.

Fiind parte componentă a sistemului de sănătate, farmacia comunitară își orientează scopul final al activității sale spre îmbunătățirea calității vieții fiecărui cetățean și a comunității în întregime. Realizarea scopului final are loc prin exercitarea multiplelor funcții ale asistenței farmaceutice a populației: primirea rețetelor și eliberarea medicamentelor, oferirea de informații despre medicamentul procurat, activitatea de consultanță în domeniul medicamentelor, combaterea deprinderilor nocive și promovarea modului sănătos de viață, monitorizarea procesului de medicație, etc.

Pentru realizarea cu succes a acestor obiective, farmacistul trebuie să posede, de rând cu cunoștințe vaste în domeniul medicamentului – deprinderi de comunicare eficientă u vizitatorul farmaciei – potențial consumator de medicamente sau/și de informație despre modul sănătos de viață.

Conform unor estimări, cca. 80% din specialiștii-farmacisti ce activează în sistemul farmaceutic își exercită funcțiile profesionale prin intermediul comunicării directe cu consumatorul de medicamente. Din acest punct de vedere cunoașterea postulatelor teoretice ale comunicării precum și posedarea deprinderilor practice privind aplicarea practică a acestor postulate în activitatea de prestare a serviciilor farmaceutice reprezintă o condiție fundamentală ce asigură

eficiența activității farmaceutice.

Aplicabilitatea practică a farmaciei sociale se manifestă prin necesitatea integrării cunoștințelor obținute de către viitorii farmaciști în următoarele domenii:

- ✓ elaborarea medicamentelor;
- ✓ producerea industrială și prepararea lor în farmacii;
- ✓ asigurarea calității medicamentului;
- ✓ marketingul farmaceutic;
- ✓ managementul întreprinderilor farmaceutice;
- ✓ farmacia clinică;
- ✓ farmacologia și farmacologia clinică;
- ✓ legislația farmaceutică.

Un loc aparte în farmacia socială, ca și în oricare altă disciplină academică, îl ocupă metodele de studiu specifice acestei discipline: cercetările sociologice, farmacoeconomice, statistice și altele.

În virtutea importanței practice, acest manual poate fi de real folos atât viitorilor farmaciști, cât și lucrătorilor practicieni ce activează în farmaciile comunitare.

În încheierea introducerii aduc sincere mulțumiri coautorilor – colaboratorilor catedrei Farmacie Socială „Vasile Procopișin” pentru aportul lor în pregătirea și emiterea primei ediții a acestui manual.

De asemenea, mulțumesc tuturor utilizatorilor care vor binevoi să adreseze propuneri și sugestii pentru îmbunătățirea următoarelor ediții ale manualului.

Vladimir SAFTA,
doctor habilitat în farmacie,
profesor universitar

Capitolul I

FARMACIA SOCIALĂ – DISCIPLINĂ FARMACEUTICĂ

1.1. Dezvoltarea conceptului de Farmacie Socială

Noțiunea de Farmacie Socială ca disciplină universitară inclusă în planurile de studii ale instituțiilor de învățământ farmaceutic a apărut pentru prima dată la sfârșitul anilor '80 ai secolului trecut în Statele Unite ale Americii. În Europa această disciplină este studiată de către viitorii farmaciști începând cu anii '90 ai secolului trecut în Finlanda, Suedia, Danemarca etc., având diferite denumiri: îngrijire farmaceutică, comunicare în farmacie, prestarea serviciilor de sănătate în farmacie, asistență farmaceutică, practică de farmacie și altele.

Apariția Farmaciei Sociale ca disciplină farmaceutică a fost condiționată de un șir de factori, care pot fi divizați în două grupe:

- I – apariția și acutizarea elementelor de criză în exercitarea profesiei de farmacist;
- II – acutizarea problemelor ce condiționează schimbări în societate și influența acestora asupra relațiilor dintre farmacist și cetățeni.

În goana după venit, unii dintre producătorii magnați de medicamente susțin și promovează produse necontrolate sau controlate insuficient, ia amploare procesul de reetichetare și falsificare a medicamentelor.

Aplicarea antreprenoriatului la nivel de farmacie condiționează

mari probleme în respectarea normelor etico-morale, deseori și a celor profesionale în relațiile cu vizitatorii farmaciei.

O deosebită influență asupra dezvoltării sistemului farmaceutic o are gradul de reglementare a pieței farmaceutice. Reglementările excesive sau cele insuficiente creează dificultăți atât pentru sistemul de sănătate cât și pentru societate în întregime.

În condițiile reglementărilor insuficiente se amplifică anihilarea profesiei de farmacist prin implicarea insistentă a patronilor de farmacie nefarmacisti în activitatea farmaceutică la sectorul eliberării medicamentelor către pacienți.

Reglementarea excesivă creează dificultăți în ceea ce privește funcționarea pieței farmaceutice, aprovizionarea ei cu medicamentele necesare eficiente, calitative și accesibile, asigurarea sistemului farmaceutic cu specialiști calificați etc.

Un mijloc important de instruire a cetățenilor în probleme de comportare a lor pe piața farmaceutică este informarea permanentă cu utilizarea surselor de informare în masă. Însă importanța informării populației deseori este subapreciată, iar publicitatea produselor farmaceutice și parafarmaceutice frecvent se efectuează în mod nereglementar, ducând în eroare consumatorul de medicamente.

Pe parcursul ultimelor decenii ale secolului trecut, de rând cu elementele de criză a profesiei de farmacist au loc schimbări esențiale în societate:

- ✓ *demografice* – „îmbătrânirea” populației, intensificarea procesului emigrațional-imigrațional, răspândirea gastrobaterismului;
- ✓ *economice* – apariția proceselor inflaționale și a crizelor economice care lasă o amprentă nefavorabilă asupra finanțării întregului sistem de sănătate, inclusiv și al medicamentelor;
- ✓ *politice* – activizarea mișcării consumatorilor și a beneficiarilor de servicii medicale și farmaceutice, prin

- întrunirea în asociații, prin procesul intens de informatizare;
- ✓ *sociale* – majorarea numărului de șomeri, răspândirea sărăciei, incapacitatea statului să compenseze masiv serviciile medicale și farmaceutice etc.

Aceste schimbări în societate au condiționat apariția atitudinii negative a comunității față de farmacii și farmaciști, care „percep plăți majore” pentru medicamente și au scop „să se îmbogățească” – ceea ce nu corespunde totdeauna realității. Însă prestigiul profesiei de farmacist devine știrbit.

În astfel de condiții trebuiau întreprinse măsuri de salvagardare a prestigiului profesiei de farmacist și de orientare a farmaciei spre beneficiul pacientului. Ca urmare a apărut conceptul și disciplina academică Farmacie Socială.

1.2. Scopul și sarcinile Farmaciei Sociale

Farmacia Socială are ca scop integrarea cunoștințelor acumulate de viitorii specialiști la disciplinele sociale și cele de organizare a activității farmaceutice cu cunoștințele din domeniul medicamentelor în vederea asigurării unei asistențe farmaceutice eficiente, inofensive și accesibile în condiții de calitate.

Sarcinile farmaciei sociale ca disciplină academică sunt:

- ✓ însușirea *metodelor de studii* a factorilor ce influențează eficiența, inofensivitatea și accesibilitatea asistenței farmaceutice;
- ✓ obținerea de cunoștințe în domeniul *analizei* complexe a *vizitatorilor* farmaciei în vederea optimizării procesului de asistență farmaceutică;
- ✓ cunoașterea *regulilor de bună practică* în farmacii; însușirea metodelor de apreciere a nivelului calității asistenței farmaceutice prestate de către farmacie;
- ✓ însușirea principiilor și modalităților de aplicare a

- conceptului de *îngrijire farmaceutică* și a acordării serviciilor de îngrijire primară în farmacie;
- ✓ cunoașterea conceptului, particularităților *listei OTC* și responsabilităților farmacistului pentru utilizarea rațională a medicamentelor incluse în această listă;
 - ✓ însușirea esenței *relațiilor* interprofesionale și etico-morale dintre *medic* și *farmacist* orientate spre beneficiul pacientului;
 - ✓ obținerea de capacități privind aplicarea practică a cunoștințelor acumulate pe parcursul studiilor universitare pentru beneficiul consumatorilor de medicamente.

1.3. Contextul și rolul Farmaciei Sociale

Reieșind din scopul și sarcinile determinate, Farmacia Socială are ca obiect de studiu omul și calitatea vieții lui privită prin prisma utilizării medicamentelor.

Din punct de vedere a conceptului Farmaciei Sociale, procesul utilizării medicamentului este unul complex, tratat, examinat și realizat în corelație cu mediul extern, cu raportul dintre sănătatea publică și calitatea vieții omului, a fiecărui individ în parte. Astfel, profesia de sănătate practică de medic, în condițiile aplicării conceptului de Farmacie Socială, va fi practică și de către farmacist. Farmacistul devine promotor și prestator al serviciilor de sănătate.

Examinând evoluția profesiei de farmacist de-a lungul veacurilor, observăm lărgirea periodică a funcțiilor sub influența complexului de factori demografici – economici – politici – sociali.

Astfel, profesia antică de farmacist se reducea la colectarea și depozitarea plantelor și altor produse naturale. Ulterior, profesia de farmacist include treptat funcțiile de vânzător – preparator de medicamente – elaborator, producător – expert,

inspector, controlor de calitate, informator, educator – referent, coordonator și, în sfârșit, prin însușirea obiectului Farmaciei Sociale, farmacistul devine prestator de servicii, ajutând consumatorul de medicamente în rezolvarea oricărei probleme ce ține de utilizarea lor.

Pentru a putea realiza funcția de prestator de servicii farmaceutice, este necesar de a corela modelul biomedical de instruire cu cel socio-ambiant. Numai specialistul care a urmat consecutivitatea instruirii de la simplu la complex trecând prin noțiunile: atom – moleculă – celulă – organ – persoană – grupe mici (familia) – comunitate – cultură (subcultură) – societate (națiune) – biosferă, va fi capabil să aplice eficient cunoștințele în domeniul medicamentului pentru beneficiul omului. Pentru aceasta, de rând cu științele naturale (biologia, chimia) viitorul farmacist trebuie să însușească și un șir de științe umanistice și sociale printre care se numără și Farmacia Socială.

Noțiunea de Farmacie Socială ca disciplină academică nu trebuie confundată cu noțiunea „farmacie socială” ca întreprindere farmaceutică (farmacie), ce are ca scop asistența cu medicamente a categoriilor de populație social vulnerabile.

Un loc aparte la intersecția dintre științele naturale și Farmacia Socială îl ocupă *Farmacia Clinică* – disciplină cu o importantă aplicabilitate în spitale, scopul cărei este optimizarea procesului de medicație a bolnavilor de staționar.

Însă rolul farmaciei clinice în cadrul farmaciei comunitare nu trebuie ignorat. Dimpotrivă, implementarea conceptului de îngrijire farmaceutică presupune o largă aplicabilitate a farmaciei clinice ca disciplină în farmacia comunitară ca întreprindere. La mod general – *interdisciplinaritatea* se definește ca interacțiunea dintre diverse domenii social-politice, etico-morale, social-economice, administrative, etc., orientate spre rezolvarea problemelor de sănătate. În acest sens, Farmacia

Socială manifestă pe deplin caracterul său interdisciplinar, înscriindu-se în rândul disciplinelor farmaceutice ce au o importantă aplicabilitate practică.

Farmacistul – prestator al serviciilor de sănătate, de rând cu cunoștințele acumulate în domeniul medicamentului (chimia farmaceutică, tehnologia medicamentului, farmacognozia, organizarea activității farmaceutice, farmacologia) trebuie să posede largi cunoștințe în domeniul medicinei (patofiziologie, farmacoterapie), eticii și deontologiei, psihologiei, comunicării și altele. Instruirea lui trebuie orientată atât la medicamentele cunoscute, aflate pe piața farmaceutică, dar și la medicamentele de viitor. O deosebită atenție trebuie să se acorde cunoașterii rolului negativ al fumatului, alcoolismului, narcomaniei și toxicomaniei, hipodinamiei, alimentației neraționale, farmacofiliei și farmacofobiei, etc.

Așa dar, astăzi medicamentul nu trebuie să fie abordat ca unicul scop definitiv în procesul de instruire a farmacistului precum și în practica farmaceutică, ci ca sursă de realizare a scopului – îmbunătățirea calității vieții pacientului. Din acest punct de vedere, farmacistul secolului XXI trebuie să posede cunoștințe și deprinderi necesare pentru realizarea rolului nou – al membrului plenipotențial al „echipei medicale”.

Mai sus s-a menționat că apariția farmaciei sociale este o „reacție” a farmaciștilor la procesul de scădere a prestigiului acestei profesii.

În comunitatea contemporană profesia este definită ca un grup sau o societate ocupațională cu caracteristici proprii, cunoștințe specifice, încadrare în serviciu, monopolism asupra practicii și autonomie în luarea deciziilor. Și numai atunci când toate aceste componente există realmente, se poate afirma despre conformitatea prestigiului profesiei.

Real însă, profesia este de prestigiu doar în cazul când ea

posedă un vădit statut apreciat de societate. În legătură cu aceasta pentru profesia de farmacist este actuală noțiunea de profesionalizare.

Profesionalizarea reprezintă procesul de aplicare a strategiilor cu ajutorul căror grupul ocupațional urmărește să atingă și să mențină prestigiul și statutul profesiei. Pentru profesia de farmacist astfel de strategii sunt: implicarea farmacistului în echipa de medicație, aplicarea conceptului de îngrijire farmaceutică, monitorizarea prescripțiilor medicale, educația și instruirea sanitară a populației etc.

1.4. Importanța socială a medicamentului. Rolul statului pentru asistența populației cu medicamente

Prin influență sa asupra organismului uman (al individului), medicamentul își manifestă importanța pentru sănătatea individuală. Sănătatea publică (a întregii societăți) reprezintă suma sănătăților individuale. De aici rezultă că medicamentul (avându-se în vedere întregul sortiment de medicamente disponibil populației) își manifestă importanța sa socială, adică rolul major în procesul de „medicație a întregii societăți”.

Un alt aspect al importanței sociale al medicamentului este costisitatea lui. Deosebit de pronunțat acest aspect se manifestă în raport cu categoriile de populație socialmente vulnerabile.

În anumite condiții, posedând calitățile de marfă, medicamentul poate deveni sursă de îmbogățire materială. Acest fapt lasă diverse amprente asupra societății: antrenarea populației în producția industrială de medicamente; dezvoltarea unor procese negative pe piața farmaceutică; popularizarea abuzivă a importanței economice a medicamentului etc. Cele relatate condiționează necesitatea reglementării statale a majorității proceselor ce se desfășoară la intersecția medicamentului cu societatea.

Ocrotirea sănătății publice presupune depunerea eforturilor sistematice pentru determinarea necesităților populației în servicii medicale și farmaceutice. Asigurarea cu medicamente reprezintă un factor important ce condiționează majorarea cheltuielilor din partea statului pentru ocrotirea sănătății publice.

Rezultatele mai multor analize efectuate de către experți la nivel internațional au demonstrat că în țările avansate, necesitățile de sănătate se acoperă de către sistemele naționale de sănătate sau/și asigurările private în volume de 90-100%, inclusiv 50-75% – necesitățile de medicamente. În aceste țări pacienții suportă pentru necesitățile de sănătate doar până la 10% din cont propriu, inclusiv 25-50% pentru medicamente.

Cu totul alta este situația în țările aflate în curs de dezvoltare. În aceste țări, sistemele naționale și asigurările private acoperă până la 10% din necesitățile de sănătate și inclusiv – 10-40% – necesitățile pentru medicamente, iar pacienții, din contul propriu acoperă peste 90% din necesitățile de sănătate, inclusiv – 60-90% – pentru medicamente.

În majoritatea țărilor dezvoltate se aplică pe larg principiul „coplății” – participarea pacientului la acoperirea parțială a costului medicamentelor compensate. Acest principiu este considerat ca un factor important de preîntâmpinare a obținerii neîntemeiate a medicamentelor compensate de către pacienți prin insistența față de medic de a li se prescrie medicamente compensate. În afară de aceasta, în diverse state se aplică și alte modalități și strategii de reducere a cheltuielilor pentru medicamente:

- ✓ stabilirea bugetelor fixe sau orientative pentru medicii ce prescriu medicamente compensate;
- ✓ determinarea gradului de eficiență a cheltuielilor pentru medicamente;
- ✓ auditul practicii de prescriere a medicamentelor compensate;

- ✓ adoptarea de măsuri privind managementul rațional al procesului clinic;
- ✓ dezvoltarea pieții produselor generice;
- ✓ implementarea listelor „pozitive” sau „negative” de medicamente;
- ✓ coordonarea și monitorizarea sortimentului de medicamente prezente pe piața farmaceutică;
- ✓ stabilirea normativelor-limită de cheltuieli pentru promovarea medicamentelor pe piață;
- ✓ stabilirea adaosului comercial fixat și nu în procente;
- ✓ controlul centralizat de stat asupra prețurilor pentru medicamente și altele.

Grija statului Republica Moldova pentru asistența populației cu medicamente se manifestă prin:

- ✓ reglementarea prin lege a garanției asistenței cu medicamente a populației, a drepturilor și obligațiilor cetățenilor privind asistența cu medicamente;
- ✓ elaborarea, revizuirea periodică și aplicarea de măsuri în vederea implementării Politicii de Stat în domeniul medicamentului;
- ✓ aplicarea de măsuri concrete în vederea asigurării eficienței, inofensivității, bunei calități și accesibilități medicamentelor pentru populație;
- ✓ lărgirea treptată a sortimentului de medicamente compensate în condiții de ambulator;
- ✓ facilitarea dezvoltării industriei farmaceutice naționale și alte măsuri.

În ultimii ani, în Republica Moldova se atestă o creștere evidentă a bugetului sistemului de sănătate, inclusiv a cheltuielilor pentru medicamente (fig.1).

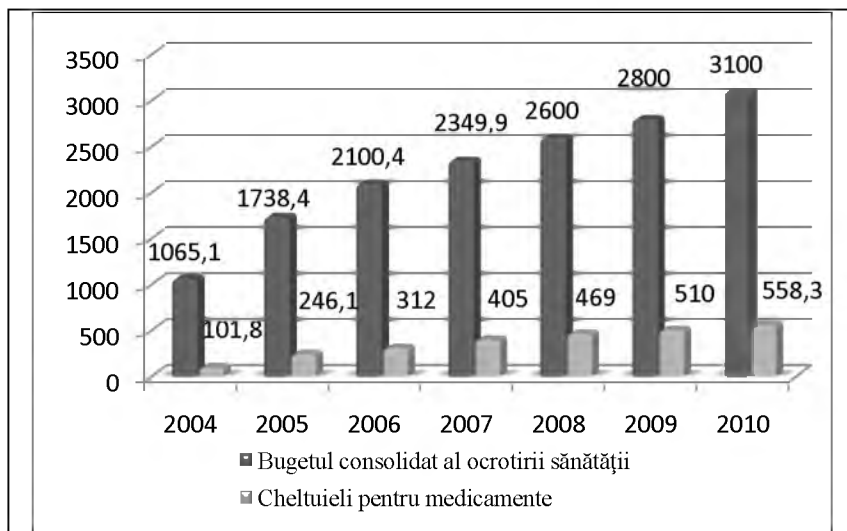
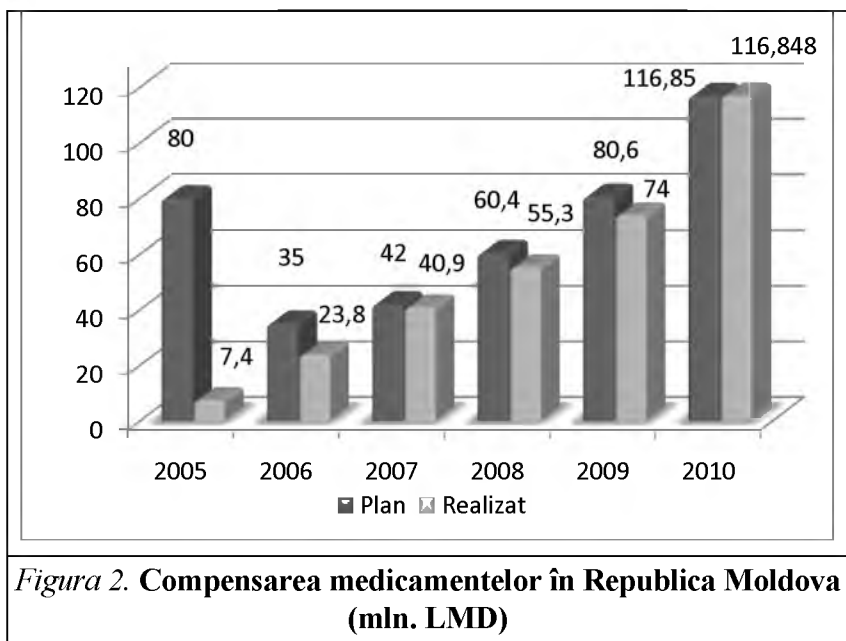


Figura 1. Bugetul sistemului de sănătate și cheltuielile pentru medicamente în Republica Moldova (mln. LMD)

O deosebită importanță în vederea majorării accesului populației la medicamente o are compensarea consumului de medicamente pentru unele nozologii de boală și pentru unele categorii de populație în condiții de ambulator în cadrul pachetului unic de asigurări medicale (fig. 2).

Dinamica ascendentă a volumului medicamentelor compensate este la fel o mărturisire a grijii statului pentru asistența populației cu medicamente.

Necătând la toate măsurile întreprinse de stat, totuși cota participării pacienților la acoperirea cheltuielilor pentru medicamente rămâne să fie semnificativă. Această situație lasă pentru pacientul – consumator de medicamente o amprentă de nemulțumire și neîncredere în farmacia și farmacistul care-l deservește. Personalul farmaceutic, care comunică cu vizitatorii farmaciei, trebuie să țină cont de starea psihologică a pacienților, în special a celor ce întâmpină dificultăți în sensul accesibilității economice a medicamentelor.



1.5. Atitudini față de medicament

La „viața” medicamentului, de la elaborare până la consum, participă un șir de persoane și întreprinderi cu diverse atitudini și interese față de acest produs, fapt ce redă medicamentului un aspect multifactorial și determină importanța lui socială.

Elaboratorul și producătorul medicamentului reprezintă o întreprindere de producere cu subdiviziune de cercetare sau două întreprinderi, sau o întreprindere și o persoană (un grup de persoane) fizică. Pot exista și alte variante, însă esența atitudinii față de medicament a acestui „cuplu” se reduce la speranța pentru o „viață activă” cât mai îndelungată a medicamentului, termeni restrânși pentru elaborare, implementare cu succes și obținerea de venit net de la vânzări.

Distribuitorii angroșiști și detailiști de medicamente speră la o cerere majoră și permanentă din partea consumatorului; doresc

ca medicamentul să posede calitatea garantată, preferă medicamente din lista OTC, să fie produse în condiții GMP, să nu posede probleme de păstrare și evident – vânzări mari și venit.

Medicul apreciază medicamentul din punct de vedere al eficienței demonstrate și al inofensivității; este binevenită cunoașterea informației despre accesibilitatea fizică și economică a medicamentului și folosirea acestei informații în folosul pacientului. Orice activitate a medicului în domeniul medicamentelor trebuie să fie orientată spre îmbunătățirea calității vieții pacientului.

Farmacistul este acel specialist care apreciază medicamentul din toate punctele de vedere, plasând pe prim plan calitatea, eficiența demonstrată, inofensivitatea și accesibilitatea (fizică și economică). Farmacistul are nevoie de cea mai amplă informație despre toate aspectele ce caracterizează medicamentul. Acțiunile lui, ca și ale medicului, trebuie să fie orientate spre obținerea beneficiului de sănătate pentru pacient.

Consumatorul este în drept să posede acces la informația despre prezența medicamentului în farmacii, prețul lui, ofensivitatea-inofensivitatea pe care o manifestă, termenul valabilității și altă informație veridică pe care o va transmite medicul și farmacistul sau/și sursele publicitare legale. Consumatorul așteaptă efect terapeutic pozitiv cât mai rapid și fără complicații.

Politicienii tind să rezolve probleme sociale și politice folosind ca instrument importanța socială a medicamentului, programând prin acțiunile sale efecte sociale pozitive.

Autoritățile de reglementare și control urmăresc optimizarea reglementărilor în domeniul medicamentului și activității farmaceutice, respectarea normelor legale, autorizări rezultative, percepere de taxe legale pentru activitățile prestate.

Farmacistul – specialistul principal în domeniul medicamentului va ține cont de toate aspectele și interesele persoanelor și întreprinderilor participante la procesul de circulație a medicamentului, astfel ca la momentul necesar să contacteze factorul respectiv pentru adoptarea deciziei optime în activitatea sa multilaterală.

Din punct de vedere al activității practice, aspectul social al farmaciei poate fi caracterizat prin faptul că farmacia (ca întreprindere) și farmacistul vor acționa totdeauna pentru beneficiul pacientului indiferent de posibilitățile obținerii unui venit.

1.6. Baza legislativă a Farmaciei Sociale

Principalul document ce constituie baza legislativă a Farmaciei Sociale, este „*Politica de Stat în domeniul medicamentului*” aprobată prin *Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 1352-XV din 03.10.2002*. Conform acestui document de politică, statul: garantează accesibilitatea asistenței cu medicamente pentru populație; aplică măsuri de protecție a populației și a societății în ansamblu privind abuzul de medicamente; asigură protecția consumatorilor de medicamente prin garantarea bunei lor calități; asigură asistența informațională a populației neadmițând reclama abuzivă, dezinformarea, promovarea neconformă a medicamentelor; promovează conceptul utilizării raționale a medicamentelor și alte măsuri. Aspectele sociale ale politicii statului în domeniul medicamentului se concretizează în diverse legi, hotărâri de Guvern, ordine ale Ministerului Sănătății și alte acte normative.

Astfel, *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005*, aprobă următoarea definiție a *serviciilor de sănătate*: complex de măsuri orientate

spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice. Această definiție demonstrează odată în plus că serviciile farmaceutice sunt servicii de sănătate. Conform prevederilor acestei legi, pacientul are dreptul la informații privind tratamentul, riscul potențial și eficiența terapeutică a metodelor de tratament ce i se aplică. Totodată, el poartă responsabilitate pentru utilizarea produselor farmaceutice și substanțelor medicamentoase fără prescripția și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară. Drepturile sociale ale pacientului se asigură prin: promovarea și susținerea financiară, inclusiv în consumul de medicamente; crearea condițiilor de activitate profesională conform normelor stabilite; acreditarea instituțiilor și întreprinderilor din sistemul de sănătate; aplicarea sistemelor de standarde; controlul asupra calității serviciilor etc.

Este important ca medicii, alți lucrători medicali și farmaciști să respecte prevederile art. 10, alin.(4) al legii, prin care pacientul este implicat în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale.

În cadrul relațiilor farmacistului și întreprinderilor farmaceutice cu consumatorii de medicamente și întreaga societate, un loc important îl are ***Legea privind protecția consumatorilor nr. 105-XV din 13.03.2003***. Această Lege stabilește drepturile fundamentale ale consumatorului, obligațiunile producătorilor și ale prestatorilor de servicii, protecția intereselor economice. O deosebită atenție se acordă informării consumatorilor, dreptului la informare precum și obligațiilor agenților economici privind informarea consumatorilor. Conform prevederilor acestor Legi, farmacia, ca prestator de servicii, trebuie să informeze consumatorul despre regulile de utilizare și păstrare, să elibereze persoanei ce a

procurat medicamentul bon de casă, să retragă produsele la care organele de control sau specialiștii proprii au constatat neîndeplinirea cerințelor prescrise (declarat) sau care ar putea afecta viața, sănătatea, ereditatea și securitatea consumatorilor.

Având în vedere că sistemul farmaceutic și activitatea farmaceutică sunt parte componentă a sistemului de sănătate, principala lege ce reglementează acest domeniu – ***Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1993*** este aplicabilă în toate aspectele posibile asupra activității farmaceutice, inclusiv și asupra relațiilor farmacistului și ale farmaciei cu cetățeanul și societatea. Această lege reglementează drepturile cetățeanului la asigurarea sănătății și la asistența medicală, inclusiv în cazurile de urgență și extreme, dreptul la libera alegere a medicului. Conform prevederilor art. 24, alin. (4), farmacistul, de rând cu alți lucrători medico-sanitari, este obligat să acorde primul ajutor medical de urgență în orice oră de zi sau noapte. Art. 52 al acestei legi stabilește că „Asistența farmaceutică este acordată prin unități farmaceutice și unități curativ-profilactice, conform legislației în vigoare”.

La „legislația în vigoare” se referă, în primul rând – ***Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr. 1456-XII din 25.05.1993***. Capitolul IV al acestei legi reglementează asistența cu medicamente a populației: garanțiile statului privind asigurarea populației cu medicamente, drepturile și obligațiunile cetățenilor referitoare la asistența cu medicamente, întreprinderile și instituțiile ce acordă asistență cu medicamente și cele ce distribuie medicamente și alte produse farmaceutice, modul general de formare a prețurilor pentru medicamente. Farmacia socială acordă o deosebită atenție informării societății despre medicamente și utilizarea lor rațională. În acest context, art. 21 al Legii stabilește că „Informația cu privire la medicamente și produsele parafarmaceutice o pot prezenta și difuza numai persoanele fizice

și juridice, care au drept de a practica activitatea medicală și farmaceutică”.

Concretizarea scopurilor, sarcinilor și cerințelor față de informația despre medicamente și publicitatea lor este reglementată de ***Legea cu privire la medicamente nr. 1409-XIII din 17.12.1997***. În afară de aceasta, Legea în cauză reglementează și drepturile pacienților și voluntarilor implicați în cercetările clinice ce se desfășoară în conformitate cu Regulile de Bună Practică Clinică (GCP).

Schimbarea rolului farmacistului și al farmaciei în societate prin orientare spre sănătatea omului, necesită aplicarea unui șir de modificări și completări la legislația existentă. În special aceasta se referă la legalizarea serviciilor farmaceutice prestate în farmaciile comunitare, la dreptul farmacistului de a practica „îngrijire farmaceutică”, de a promova modul sănătos de viață, etc.

Capitolul II

METODE DE STUDII ÎN FARMACIA SOCIALĂ

O deosebită importanță în însușirea oricărei discipline o are cunoașterea metodologiilor și metodelor de studii specifice acestei discipline.

Având în vedere caracterul interdisciplinar al farmaciei sociale, ea utilizează mai multe metodologii caracteristice atât pentru științele farmaceutice cât și pentru cele sociale.

2.1. Metodologii în Farmacia Socială

Astăzi este dificil de găsit un domeniu științific care nu ar aplica ca metodologie de studiu **abordarea sistemică** – metodologie ce presupune cercetarea oricărui obiect sau proces din punct de vedere a complexității și unității lui sistemice, a interacțiunii cu alte procese și sisteme, a factorilor ce influențează funcționarea și dezvoltarea fiecărui element al sistemului în întregime. Astfel, analiza influenței tuturor factorilor asupra problemelor consumatorului de medicamente, va putea fi realizată cu succes doar în rezultatul aplicării principiilor abordării sistemice. La fel abordarea sistemică va fi pusă la baza examinării sortimentului de medicamente, dintre care trebuie selectat cel mai potrivit și corespunzător stării de sănătate a pacientului.

În condițiile în care farmacistul își asumă abilități de îngrijire farmaceutică și nu doar simpla „eliberare de medicamente”, devine extrem de importantă aplicarea **profilaxiei** ca metodologie

medicală generală. Ținând cont de principiile profilaxiei, farmacistul este obligat să preîntâmpine utilizarea nerațională a medicamentelor, să promoveze modul sănătos de viață, să practice combaterea fumatului, alcoolismului, narcomaniei, hipodinamiei, etc.

Omul nu va vizita farmacia dacă nu va avea nevoie: fie că s-a îmbolnăvit sau îi este frică că se va îmbolnăvi, fie că i s-a prescris o rețetă de către medic sau a „primit un sfat” de la cineva, sau a auzit, vizualizat o informație publicitară la radiou, televizor, panou, etc. Însă există și oameni care, indiferent de faptul au sau nu au nevoie de a utiliza un medicament, farmacia nu o vor frecventa. Aceasta denotă concluzia că starea psiho-emoțională a omului este decisivă în hotărârea de a vizita sau nu farmacia. Din acest punct de vedere, farmacistul trebuie să dispună și de un arsenal metodic ce formează **metodologia psiho-emoțională**, pentru a putea ușor și pe cât e posibil de precis să stabilească starea respectivă a vizitatorului farmaciei.

În condițiile de creștere permanentă a costurilor terapiei medicamentoase, consumatorul de medicamente este în drept să cunoască în ce măsură sunt argumentate cheltuielile pentru tratament, adică este necesară estimarea criteriilor economice în corelație cu posibila eficacitate și inofensivitate terapeutică.

Actualmente astfel de informație este necesară medicului care prescrie rețete, echipei spitalicești și organismelor ce se ocupă de achizițiile medicamentelor pe bani publici, farmacistului ce eliberează medicamentul către consumator. În acest scop se aplică metodologia **farmacoeconomiei**. Unii autori consideră că farmacoeconomia este o știință ce are ca scop aplicarea metodelor economice în administrarea medicamentelor, alții o consideră ca o ramură a economiei ocrotirii sănătății, etc. Autorii manualului consideră că farmacoeconomia este metodologie specifică medicinei și farmaciei, aplicarea cărei are ca scop obținerea efectului terapeutic maximal în

condiții de minimizare a riscurilor și cheltuielilor.

În afară de cele expuse, în farmacia socială nu pot fi anihilate și astfel de metodologii cum ar fi farmacoepidemiologia, informatizarea, abordările de proces și de situație etc.

Metodologiile enumerate presupun utilizarea arsenalului metodic corespunzător.

2.2. Aspecte teoretice de bază ale metodelor de studii în Farmacia Socială

Afirmații reale și de valoare.

Afirmațiile reale sunt afirmațiile ce pot fi testate pe baza unui experiment și care oferă posibilitatea de a decide dacă declarațiile date sunt adevărate sau false. Dacă avem afirmația „flaconul de sticlă se distruge la lovire de pământ dacă îl lași să cadă”, atunci observăm că această declarație poate fi testată experimental. Putem lăsa un flacon de sticlă să cadă și să ne convingem dacă declarația dată este adevărată sau falsă. Vom descoperi ca declarația dată este adevărată. Dar e necesar de a remarca că cantitatea noilor cunoștințe învățate pe baza experimentului este limitată, deoarece fiecare a avut în copilărie mii de astfel de experimente. În realitate, însă lucrurile sunt mult mai complicate decât aceste simple exemple.

Important este că noile cunoștințe pot fi generate prin formularea afirmațiilor reale și testarea lor printr-un experiment.

Pe de altă parte, *afirmația de valoare* este o declarație care nu poate fi testată experimental și nu oferă posibilitatea de a afla dacă declarațiile sunt adevărate sau false. Drept exemplu cităm: „Sistemul farmaceutic naționalizat este mai eficient decât cel privat”, „agențiile de control a medicamentelor au obligația de a spori resursele economice” etc. Afirmațiile de valoare spun ceva despre punctul de vedere a subiectului, dar cu toate acestea ele nu pot fi testate. De obicei, valoarea unei declarații se bazează pe evenimente reale. De exemplu, dacă cineva spune „sistemul

farmaceutic naționalizat este mai eficient decât cel privat”, atunci valoarea afirmațiilor face referință la date reale. Aceasta se poate argumenta prin faptul că sistemul farmaceutic naționalizat satisface mai bine consumatorii săi, decât sistemul privat. Aceasta semnifică formularea unei ipoteze pe baza unei chestionări realizate în mai multe țări cu participarea deferitor tipuri de consumatori. Ipoteza poate fi testată pe baza chestionarului îndeplinit de consumatori din diferite țări.

„Sunt ei satisfăcuți sau nu de serviciul farmaceutic din țara lor” – aceasta semnifică ceea ce numim afirmație bazată pe realitate. Experimentul sugerat pentru testarea ipotezei este foarte ușor de criticat.

Satisfacția este într-o mare măsură dependentă de cultura locală și națională, mai mult chiar decât de eficacitatea activității farmaciilor.

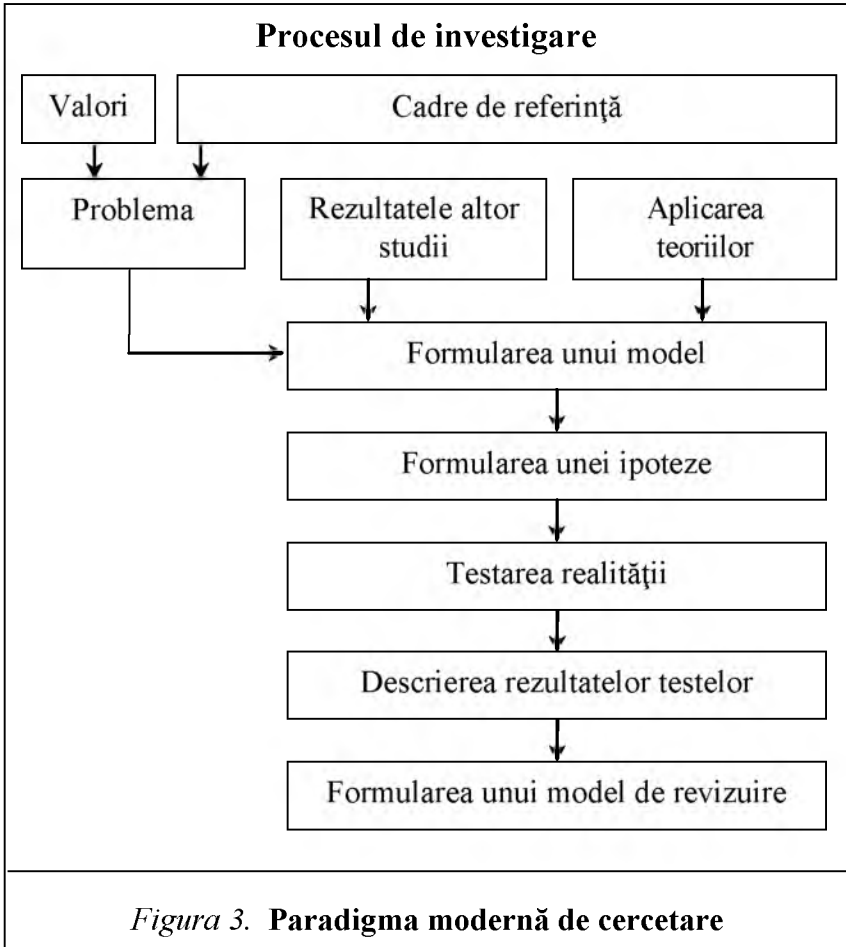
Termenul „cadru / stare de referință” include acele afirmații pe care nu le putem determina dacă aparțin realității sau imaginației până nu știm dacă pot fi testate sau nu.

Multe din conceptele folosite în științele sociale pot fi concepute ca cadru/stare de referință. Drept exemplu putem cita „cultura” și „rolul social”. Aceste concepte nu pot fi testate pentru a se stabili dacă sunt descrieri reale sau false ale realității.

Paradigma contemporană a procesului de investigație este prezentată schematic în figura 3.

Orice studiu este început de către un investigator care încearcă să descrie valorile și cadrele de referință pe care el vrea să le folosească. Acestea vor fi folosite pentru definitivarea „problemei”. Definitivarea problemei adesea include alegerea compartimentului ce va fi studiat și sesizarea unui grup de avantaje favorabile. Problema este adesea formulată și ca o căutare a unei „soluții”. Investigatorul are oportunitatea de a defini problema în modul în care-și satisface propriile interese sau interesele comanditarului cercetării. Mulți investigatori definesc

problema în baza cadrelor de referință sau metodelor pe care ei le-au învățat. Aceasta semnifică că 2 investigatori din 2 lumi diferite analizând aceeași problemă o vor defini diferit și vor folosi metode de lucru diferite.



Un mare avantaj prezintă faptul dacă investigatorul are timp să analizeze problema de la început și libertatea de a discuta problema cu membrii grupelor interesate. Aceste condiții permit să se analizeze afirmațiile nu doar din punct de vedere

intelectual, ci și prin faptul că investigatorul încearcă să trăiască odată cu ele și prin ele.

Investigatorul adesea permite afilierea cu unul din grupurile interesate, deoarece membrii celorlalte grupuri pot să-l privească ca pe un „dușman” și nu-i vor da acces la informația deplină despre aceia cum se poate de înțeles problema.

Un lucru important în studiile de evaluare este că actele de investigare reprezintă niște acțiuni individuale.

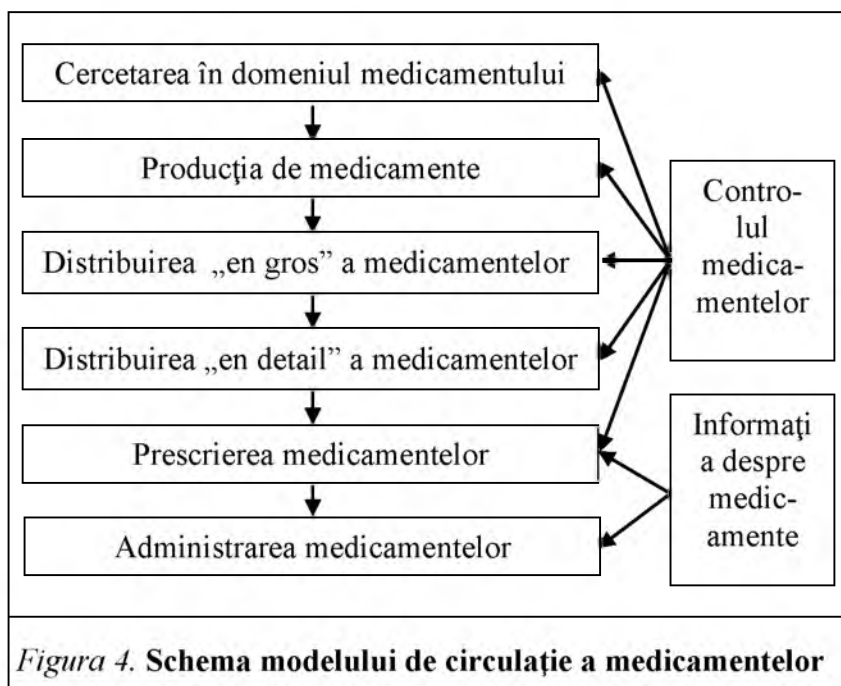
Problemă de investigare – de ce unii pacienți nu administrează medicamentele prescrise – poate fi folosită ca un exemplu de punct de vedere susținut diferit de grupurile interesate. Acesta este un punct de vedere important deoarece într-adevăr $\approx 50\%$ din pacienți nu administrează medicamentele prescrise. Medicul este preocupat de această problemă, deoarece el își dorește ca sfatul său profesional să fie urmat, deoarece acesta reprezintă o realitate științifică. Unii pacienți nu i-au medicamentele prescrise din cauza atitudinii negative față de acestea, astfel apare bariera și conflictul de interes dintre medic și pacienții săi.

Investigatorul este adesea limitat în alegerea cadrelor de referință și problemelor respective, deoarece un studiu este și o parte din lucrul său ordinar/curent.

Construcția unui model. Înainte de a alege metodele de investigație este important de a se examina studiile realizate anterior ce abordează aceeași problemă sau probleme similare. Un model sugerat de un alt investigator poate fi de o mare importanță în formularea noilor construcții. Un model poate fi definit drept o descriere a celor mai importante aspecte ale unei părți a realității. Drept exemplu, în figura 4 se prezintă „modelul sistemului de circulație a medicamentelor”.

Este preferabil de a se elabora un număr separat de modele când se descrie o problemă complexă, decât a include un număr

mare de variabile într-un singur model. Modelele simple care includ un număr limitat de variante sunt mult mai ușor de testat. În realitate investigatorul trebuie mai întâi să formuleze un model preliminar, iar atunci când datele devin disponibile să-l formuleze. Modelele sunt mult mai eficiente pentru cei ce vor să aplice rezultatele direct în practică și pentru cei ce vor să urmeze noi căi de investigare.



Testarea ipotezelor.

Pe baza modelului sunt elaborate ipotezele. Ipotezele trebuie formulate în așa fel încât să poată fi testate pentru a vedea dacă sunt adevărate sau false. Ca exemplu poate servi ipoteza: „oamenii mai în vârstă consumă mai multe medicamente decât cei tineri”. Această ipoteză poate fi testată, întrebându-i pe un număr de persoane anul nașterii și dacă au consumat

medicamente în ultimele 2 zile. Rezultatul testării se prezintă în tabelul 1.

Tabelul 1. Dependența consumului de medicamente de vârstă

Indicatorul \ Vârsta	0 – 35	36 și mai mult
Consumă medicamente	1	3
Nu consumă	4	2
<i>Total</i>	5	5

În acest studiu simplu au fost intervievate doar 10 persoane, însă în general, 20% dintre cei tineri și 60% dintre cei mai în vârstă consumă medicamente în perioada interviuată.

Ipoteza este o asociere presupusă între 2 sau mai multe variabile. Dacă rezultatele demonstrează că ipoteza este incorectă sau falsă, atunci modelul va trebui reformulat pentru a oferi un pronostic mai real. Cu toate acestea, este imposibil de a demonstra că modelul sau ipoteza este o „descriere adevărată” a realității.

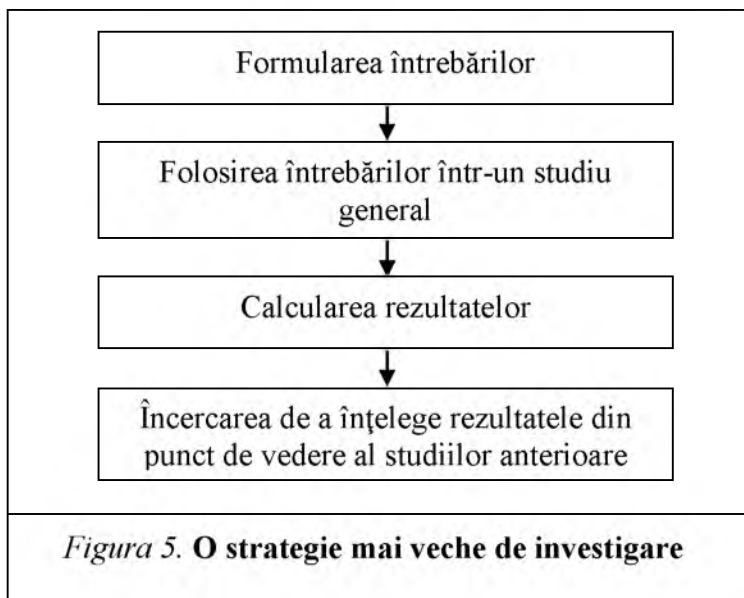
O strategie mai veche de investigare.

Este util de comparat strategia modernă ilustrată în fig. 3 cu una mai veche indicată în figura 5.

Cercetătorul trebuie să formuleze întrebări fără idei preliminare. Întrebările vor fi folosite în interviuri, de exemplu: cercetătorul va sistematiza răspunsurile în tabele și va analiza rezultatele din punctul său de vedere.

La prima vedere această strategie poate fi obiectivă, însă ea are multe neajunsuri, dintre care:

- 1) Descrierea procesului de investigare este prea abstractă. Fiecare cercetător are mai multe păreri și nu doar una singură.
- 2) Strategiile mai vechi, în comparație cu cele moderne nu orientează cercetătorul spre cele mai importante arii și nu formulează ipoteze pe baza modelului.



Planificarea cercetării și raportarea în scris.

Etapale strategiei moderne pot fi folosite ca puncte de plecare în planificarea unui studiu. De exemplu, înainte de a construi un model, cercetătorul trebuie să analizeze problema, studiile anterioare, teoriile științei sociale și metodele adecvate modelului și ipotezelor formulate.

Un raport contemporan privind cercetarea în domeniul științelor sociale include:

- 1) Descrierea generală, care conține o descriere a problemei, obiectivele grupurilor interesate și perceperea problemei. Descrierea generală include o expunere a valorilor și a cadrelor de referință. Trebuie menționate și organizațiile ce finanțează proiectul. Această descriere generală oferă posibilitatea de a evalua studiul.
- 2) Scopul studiului trebuie foarte bine formulat într-un compartiment separat al raportului. Nu se recomandă schimbarea scopurilor de către cercetător de-a lungul

- cercetării, dacă se face această schimbare, atunci ea trebuie menționată în studiu.
- 3) Alegerea metodelor pe baza datelor empirice. Care metode au fost folosite pentru colectarea materialului empiric pentru studiu. Procesul de colectare a datelor trebuie specificat în raport, deoarece aceasta influențează rezultatele și concluziile luate. Autorul trebuie să specifice motivele pentru alegerea unei metode sau altei.
 - 4) Procedura de colectare a datelor în practică. Planificarea procesului de colectare a datelor nu este întotdeauna ușor de urmat. Astfel de rezultate trebuie menționate, de exemplu, procentajul celor ce refuză să participe la studiu trebuie întotdeauna raportat.
 - 5) Analiza datelor și prezentarea lor. E recomandabil de a analiza și prezenta datele în formă de tabele, diagrame, scheme, care trebuie urmate de o interpretare verbală.
 - 6) Datele obținute vor fi supuse prelucrării statistice
 - 7) Concluzii și recomandări. Fiecare capitol trebuie să conțină o mică concluzie, iar studiul întreg o concluzie generală, amplă. În dependență de scopurile studiului se formulează recomandările, care trebuie să fie utile pentru cel puțin un grup interesat.

2.3. Metode și procedee de cercetare în domeniul Farmaciei Sociale

Arsenalul metodic pentru farmacia socială este destul de vast și se află într-un proces continuu de extindere și perfecționare. Clasificarea metodelor farmaciei sociale este prezentată în *tabelul 2*.

În compartimentul 2.1. s-au expus principiile generale de formulare a unui studiu științific.

Un loc important în diversele metode de cercetare îl ocupă *datele*.

Tabelul 2. Clasificarea metodelor de cercetare în domeniul Farmaciei Sociale

A. Metode de colectare a datelor	B. Metode farmaco-economice și analiza farmaco-epidemiologică	C. Metode de cercetare în procesul de comunicare (în farmacie)
1. Interviu 2. Studii de chestionar 3. Studii de observație 4. Analiza istorică 5. Selectarea datelor 6. Studii bazate pe date colectate nu de cercetător	1. Analiza „cost-minimizarea costului” 2. Analiza „cost-eficacitate” 3. Analiza „cost-beneficiu” 4. Analiza „cost-utilitate” 5. Analiza „costul maladii” 6. Analiza farmaco-epidemiologică	1. Analiza psihono-emoțională 2. Evidențierea tipului de atitudine față de boală 3. Analiza stilului de comunicare 4. Autoaprecierea

Datele necesare. Tipul de date necesare este determinat de tipul problemei abordate. De exemplu, Ministerul Sănătății poate să se intereseze de atitudinile referitor la „prescrierea genericilor”. El va avea nevoie de această informație dacă vrea să introducă un program special în țara sa. Pentru a obține această informație, MS va face apel, mai întâi, la datele existente, dar și la opiniile specialiștilor, ceea ce va motiva luarea măsurilor necesare pentru influențarea pozitivă a acestora. Colectarea datelor se face cu ajutorul colaboratorilor Ministerului Sănătății care organizează chestionarea și colectează datele.

Dirigintele farmaciei spitalului are alte probleme. De exemplu, pentru organizarea eficientă a farmaciei de spital el are nevoie de date despre cererile secțiilor clinice care folosesc serviciile oferite de farmacia sa. Pentru cercetarea acestor date, el îl va trimite pe

farmacist în secțiile clinice ca să afle despre eficiența / neeficiența serviciilor acordate de farmacie. Interviu trebuie să conțină și date din literatura profesională.

Tipuri de date. Datele științei sociale pot fi clasificate în 3 grupe:

- 1) Date istorice.
- 2) Date privind procesele frecvente.
- 3) Reguli și norme bine cunoscute.

Primul tip acordă o cantitate mare de informație pentru cei ce i-au decizii. Istoriile descriu cum o organizație s-a dezvoltat de-a lungul timpului, incidente critice; influența factorilor înconjurători ... Problema cu astfel de date e într-o mare măsură dependentă de timp și nu întotdeauna oferă date reale.

Al doilea tip este cel mai popular tip de date din sectorul farmaceutic. Pentru viitor este nevoie de o mai mare atenție și o colectare mai amplă a datelor din sectorul farmaceutic.

Al treilea tip se referă la partea practică a domeniului medicamentelor. De exemplu, în planificarea unui program informațional despre medicamente pentru publicul larg este necesar de a investiga căile prin care se obțin datele și care sunt ele, de ce depind.

Strategii de colectare a datelor. Zelditch clasifică tehnicile de colectare a datelor în 3 grupe:

- 1) Observația de termen lung.
- 2) Observații statistice și simple (include observațiile generale și cantitativ măsurabile).
- 3) Informații pe baza interviului.

După Zelditch se stabilește o relație de cooperare între „tipul de date” și „strategia de colectare a datelor” (*tabelul 3*).

E recomandabil de a folosi mai multe din datele colectate pentru a obține o metodă bună de cercetare. Când se folosesc mai multe metode, rezultatele pot fi comparate.

Tabelul 3. Corelația dintre tipul de date și strategia de colectare

Tipul de date	O strategie bună
Istorice	Observații de termen lung
Date privind procesele frecvente	Observații statistice și simple
Reguli și norme	Informații pe baza interviului

Criteriul calității.

Metodele selectate de cercetător trebuie să corespundă următoarelor 2 criterii:

- 1) Informație adecvată (incluzând: acuratețe, precizie).
- 2) Eficacitate

Necesitatea unei informații adecvate a primit o atenție considerabilă în literatura de specialitate.

Acuratețea informației semnifică faptul că datele trebuie să fie obținute în așa fel încât să fie rezultative în procesul de studiu („validitate” după Nelson, 1981) și observațiile repetate asupra aceluiași obiect de către același cercetător să dea aceleași rezultate („încredere”, „siguranță”, Galtung 1970, Nelson 1981).

Este important de menționat că datele sunt întotdeauna valide într-un oarecare context. Validitatea devine importantă atunci când datele colectate sunt folosite în scopul propus. Rolul validității se observă odată cu compararea rezultatelor obținute cu cele ale altor studii.

Siguranța unui studiu general se verifică pe baza unei întrebări puse de 2 ori aceluiași interlocutor (Nelson 1981).

În procesul de selectare a variabilelor și unităților pentru studiu, deosebit de important este ca cercetătorul să țină cont de unele particularități ale cercetărilor sociologice: tipul problemei strâmtoarează numărul de variabile care pot fi folosite în studiu; cercetătorii aleg variabilele în dependență de accesul la bazele de date; datele generale se elaborează pe baza celor particulare;

în unele cazuri rezultatele macrosistemului nu corespund cu cele ale microsistemului etc.

Proiectul cercetării.

Cel mai important în știința socială este stabilirea de relații dintre caracteristicile proiectului cercetării. Aceasta poate fi explicat prin exemplul: „Vizitatorii farmaciei au fost întrebați dacă consumă sau nu medicamente în dependență de vârstă, lucru etc.”. Acest studiu devine complex prin includerea a mai multor variabile, de exemplu: sex, vârstă, statutul social etc.

2.3.1. Interviuurile

Cercetătorul are posibilitatea să folosească mai multe opțiuni în proiectarea interviului pentru studiu. Mai întâi el trebuie să decidă cine va fi supus interviului, cum se va realiza : nemijlocit sau prin telefon etc. În al doilea rând, cercetătorul trebuie să decidă ce întrebări va pune și când le va pune.

În *interviul nestructurat*, interlocutorul va fi încurajat să vorbească liber, pentru aceasta e necesar de a se crea o atmosferă relaxantă și prietenoasă. Această atmosferă se creează dacă interlocutorul e convins că interviul e confidențial. Tipul întrebărilor va fi ales astfel încât să-l încurajeze pe interlocutor. Unii corespondenți interviează înainte de „a coopera”, de aceea și informațiile obținute de ei nu sunt întotdeauna veridice și nu pătrund în detalii. În timpul interviului este necesar de a lua note cât mai exacte și fără a se modifica conținutul informației.

În *interviul structurat* toți intervievații sunt întrebați exact aceleași întrebări, folosindu-se aceleași cuvinte. Pentru a se facilita răspunsul s-a convenit de a permite intervievaților de a alege răspunsul pe baza mai multor variante, de exemplu:

Întrebare: Cât de des vizitați o farmacie?

Răspunsuri: 1-2 ori pe an

Opționale: 3-7 ori pe an

8-12 ori pe an

Mai des decât o dată în lună

În formularea interviului trebuie să se țină cont de:

- ✓ folosirea conceptelor și cuvintelor cunoscute de către intervievați;
- ✓ evitarea întrebărilor „de principii” precum și a celor neimportante;
- ✓ ordonarea întrebărilor puse (se recomandă folosirea aceluiași model ce se folosește în vorbirea de fiecare zi).

2.3.2. Chestionarul

Chestionarul este folosit când e nevoie de un număr mare de răspunsuri într-un timp cât mai scurt. De obicei, chestionarele sunt trimise de către funcționari, dar și din alte surse. Datele personale sunt mai ușor de colectat cu ajutorul chestionarului, decât al interviului.

Un număr mare de studii referindu-se la consumul medicamentelor s-a obținut prin analiza vânzării și prescrierii medicamentelor. De exemplu, rețetele au fost folosite pentru a identifica corespunderea medicamentului prescris cu vârsta pacientului. Astăzi, diverse sisteme computerizate permit obținerea unor date statistice mult mai rapid.

Chestionarul este cea mai frecventă metodă de colectare a datelor primare. În esență, chestionarul constă dintr-un șir de întrebări, la care respondentul trebuie să răspundă. Chestionarul este un instrument foarte flexibil în sensul, că întrebările pot fi redade prin diferite modalități.

În timpul prelucrării chestionarului cercetătorul, cu atenție alege întrebările, pe care are de gând să le adreseze, alege tipul și forma întrebărilor, formularea lor și succesiunea.

Greșelile cele mai frecvente sunt: formularea întrebărilor, la care nu este posibil de răspuns, la care respondenții nu doresc să răspundă, care nu au nevoie de răspuns, și lipsa întrebărilor, la

care ar trebui să fie primite răspunsuri. Fiecare întrebare trebuie controlată din punct de vedere a importanței pe care aceasta o are în atingerea scopului studiului. Întrebările care prezintă interese nejustificate, se evit, deoarece acestea pot genera trăgănarea procesului de anchetare și enervează respondenții.

Forma întrebării poate influența răspunsul. Cercetătorii disting 2 tipuri de întrebări: deschise și închise. Întrebarea închisă include toate variantele posibile de răspuns și respondentul alege unul din ele (*tabelul 4*).

Întrebarea deschisă oferă respondenților posibilitatea de a răspunde cu propriile cuvinte. Întrebările deschise pot fi puse în diferite forme (*tabelul 4*). Astfel de întrebări sunt folosite mai des din punct de vedere informativ, redau mai multă informație, deoarece respondentul este liber să răspundă la propria viziune. Importanța întrebărilor deschise este deosebită la etapa de cercetare, când trebuie de stabilit atitudinea populației și numărul de persoane ce gândesc într-un fel sau altul. Pe de altă parte, la întrebările tip închis sunt obținute răspunsuri, care pot fi mai ușor interpretate și redade în formă tabelară.

Formularea întrebărilor trebuie să fie executată cu o deosebită atenție. Cercetătorul trebuie să folosească cuvinte simple și nu cu două sensuri, care nu influențează direcția răspunsului. Înainte de utilizarea largă, întrebările trebuie să fie preventiv încercate.

O atenție deosebită necesită stabilirea ordinii întrebărilor. Prima trebuie să trezească interesul la respondent. Întrebările dificile și cele personale se vor adresa la sfârșitul interviului, până când respondentul nu a reușit să se închidă în sine. Întrebările trebuie să fie adresate în ordine logică. Întrebările ce permit clasificarea respondenților în grupe, se vor adresa în ultimul rând, deoarece ele posedă caracter personal și sunt puțin interesante pentru respondenți.

Tabelul 4. Tipuri și forme de întrebări

Forma întrebării	Descrierea esenței	Exemplu																					
Întrebări tip închis																							
Întrebare alternativă	Se propune alegerea unuia dintre 2 răspunsuri	Cunoașteți noțiunea de „Farmacie socială”? <i>Da</i> <i>Nu</i>																					
Întrebare cu răspuns ales	Întrebare, ce propune alegerea dintre 3 sau mai multe variante de răspuns	Cât de des farmacistul consultă literatura de specialitate: <i>1 permanent</i> <i>2 des</i> <i>3 sporadic</i> <i>4 rar</i> <i>5 nu consultă</i>																					
Întrebare cu scala Laicher	Întrebare cu propunere de a indica gradul acordării cu declarația făcută	Farmaciile mari, de obicei deservesc mai bine decât cele mici: <i>1 categoric nu sunt de acord</i> <i>2 nu sunt de acord</i> <i>3 nu pot răspunde</i> <i>4 sunt de acord</i> <i>5 categoric sunt de acord</i>																					
Întrebări diferențiate	Scala între două aprecieri bipolare, în care respondentul selectează punctul, ce corespunde direcției și intensității emoționale	Farmacia Universitară este: <table><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>mare</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>mică</td></tr><tr><td>modernă</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td>rămasă în urmă</td></tr></table>		1	2	3	4	5		mare	x					mică	modernă			x			rămasă în urmă
	1	2	3	4	5																		
mare	x					mică																	
modernă			x			rămasă în urmă																	
Scala importanței	Scala cu aranjarea caracteristicilor după gradul importanței: de la puțin la foarte important	Eliberarea medicamentului însoțită de informația pentru mine este: <i>1 obligatorie</i> <i>2 foarte importantă</i> <i>3 importantă</i> <i>4 puțin importantă</i> <i>5 nu are importanță</i>																					

Forma întrebării	Descrierea esenței	Exemplu
Scala de apreciere	Scala cu aranjarea diferitor caracteristici: de la nesatisfăcător până la excelent	În farmacia vizitată de mine consultarea a fost: 1 <i>impecabilă</i> 2 <i>foarte bună</i> 3 <i>bună</i> 4 <i>acceptabilă</i> 5 <i>nesatisfăcătoare</i>
Întrebări tip deschis		
Întrebare fără structura	Întrebarea, la care respondentul poate răspunde în mod diferit, liber, poate oferi răspunsuri fără limite	Ce părere aveți despre sistemul farmaceutic?
Selecția asocierilor provocate de cuvinte	Respondentului i se spune câte un cuvânt, la care el trebuie să răspundă imediat, fără să stea mult pe gânduri	Ce asocieri aveți cu următoarele cuvinte? * <i>farmacist</i> * <i>medic</i> * <i>medicament</i>
Finalizarea propozițiilor	La dispoziția respondentului se pune o propoziție nefinalizată, pe care el trebuie să o finalizeze	Când primesc o informație despre un medicament, pentru mine este important...
Finalizarea povestei	La dispoziția respondentului se pune o „poveste” nefinalizată, pe care el trebuie să o finalizeze	Ieri am primit consultația unui medic. M-a fost prescris un tratament medicamentos. Am vizitat farmacia. Ce gânduri, idei, emoții au rămas după vizită...
Finalizarea desenului	La dispoziția respondentului se pune un desen cu 2 persoane aflate în discuții. Respondentul trebuie să joace rolul unuia din ei și să răspundă la o întrebare	
Testul appercepționat tematic (TAT)	La dispoziția respondentului este pus un desen. El trebuie să descrie ce se întâmplă sau ar putea să se întâmple în legătură cu cele demonstrate în desen	

Alcătuirea planului chestionării. Eșantionul – este un segment al populației, destinat să reprezinte întreaga societate. Cercetătorul trebuie să elaboreze un plan de alcătuire a eșantionului, cu ajutorul căruia partea selectată ar răspunde problemelor determinate. Pentru aceasta vor fi luate în vedere trei aspecte.

- I. Pe cine să interogăm? Trebuie incluși numai bisnesmani sau și șomeri, maturi sau și copii, femei sau și bărbați sau o combinație. Cercetătorul va stabili de ce informație este necesar și cine o poate deține (oferi).
- II. Numărul de persoane, ce trebuie să fie interogat? Eșantioanele mari sunt mai sigure decât cele mici, dar pentru obținerea răspunsurilor sigure nu este necesar de interviuat mai mult de 1% din populație.
- III. Cum trebuie selectați membrii eșantionului? Pentru aceasta se poate utiliza metoda selectării nerepetate: după o anumită categorie sau grupă, de exemplu în funcție de specificul localității sau de factorul vârstei. Sau selectarea poate fi determinată de intuiția cercetătorului, care simte, că anume acestea persoane sunt izvorul informației.

Colectarea informației. Formulând proiectul cercetării, trebuie de cules informația. De obicei este cea mai scumpă și plină de erori etapă a studiului. La interviu apar 4 probleme dificile:

- ✓ lipsa respondentului (acasă, la servici);
- ✓ refuzul participării;
- ✓ răspuns nesincer, neclar;
- ✓ cercetătorul este lipsit de sinceritate.

În timpul experimentului, cercetătorul trebuie să completeze eșantioanele experimentale și de control; să nu influențeze respondentul cu prezența sa; să controleze respectarea tuturor condițiilor.

Problema non – răspunsului. Procentajul neparticipanților la chestionări și interviuri este foarte variat și depinde de:

- 1) Atitudinea participanților, mai ales a celor cu înclinații negative, care nu doresc să participe.
- 2) Temele supuse investigării, la care participanții nu doresc să participe, mai ales dacă investigările au caracter personal.
- 3) Metodele folosite și perceperea lor de către participanți.
- 4) Relația dintre corespondent și interviuat.

Cercetătorul trebuie să facă orice pentru a obține răspunsuri veridice cu o rată de participare la cel mai înalt nivel. Dacă procentajul neparticipanților este mai mare de 30 – 40% studiul nu este acceptat pentru prezentare și publicare.

Analiza informației. Următoarea etapă a studiului – extragerea din datele obținute a celor mai importante.

Este necesar de analizat și de prezentat datele colectate într-o formă citeață. Cea mai simplă cale este folosirea metodei tabelor încrucișate. De asemenea pot fi folosite metode mai sofisticate de prezentare a datelor, spre exemplu, analiza regresiei multiple poate fi folosită pentru a determina importanța corelației între variabilele independente pentru a explica variația datelor dependente.

Alegerea corectă a căii de analiză și prezentare a datelor contribuie la reflectarea problemei prin prisma datelor obținute. Rezultatele pot fi prezentate sub formă de tabele sau figuri grafice. Ele trebuie să fie suplimentate cu explicații verbale.

Concluzii și recomandări. Rapoartele în domeniul științelor sociale, de obicei, finalizează cu discuții ale celor mai importante rezultate și elaborarea recomandărilor necesare. În dependență de scopurile studiului aceste recomandări pot să fie valide pentru mai multe grupe de interes (vezi conținutul raportului, pag. 37-38).

2.3.3. Observarea

Aspectele ce trebuie luate în considerație în cadrul observației sunt:

- 1) Obținerea unor date despre rolul structurii și a subiectelor ce vor fi sub observație.
- 2) Evoluția rolului pe care-l cere colectarea datelor și acceptarea lui de către subiectul ce se află sub observație.
- 3) Evoluția sistemului de clasificare ce va fi folosit în studiu.
- 4) Întocmirea notițelor.
- 5) Prescrierea (copierea) notelor în dependență de forma structurală a datelor.
- 6) Analiza protocolului (dacă există).
- 7) Formularea modelelor și ipotezelor.
- 8) Testarea modelelor și ipotezelor.
- 9) Pregătirea unui raport în care procesul studiat va fi documentat.

2.3.4. Analiza istorică

Analiza istorică se realizează prin studiul documentelor scrise, care oferă posibilitatea de a înțelege „dezvoltarea” de-a lungul timpului. Acest tip de analiză include un număr mare de metode.

2.3.5. Cercetarea selectivă

În procesul de colectare a datelor o deosebită importanță pentru farmacia socială o are **cercetarea selectivă**.

Cercetarea selectivă este un studiu reprezentativ pentru totalitatea generală, care poate fi efectuat prin selecție. Selecția poate fi:

- ✓ *aleatorie* (întâmplătoare, randomizată simplă) se efectuează prin extrageri din liste în care sunt înregistrate toate cazurile individuale fără nici o grupare prealabilă;

- ✓ *mecanică* (sistemică) – este o metodă superioară celei aleatorii, deoarece fiecare unitate de observație are șanse egale să fie aleasă. Selecția eșantionului se face după modelul de șah sau cazurile de evidență sunt puse în ordine alfabetică sau din lista medicamentelor aranjate în ordine alfabetică sau/și pe grupe farmacoterapeutice se selectează fiecare al 4-lea, al 6-lea sau al 10-lea. În acest mod se obține o selecție uniformă. Intervalul se calculează astfel ca eșantionul să cuprindă de la 5 până la 10% din totalitatea integrală.

Calea aceasta de selectare, deși răspândită, este anevoioasă de înfăptuit. Avantajul constă numai în simplitatea selectării eșantionului, în timp ce exactitatea rezultatelor cercetării poate avea erori mari, deoarece nu se ține cont de frecvența reală de răspândire a fenomenului, de dispersiunea lui în spațiu;

- ✓ *tipică* (stratificată) (proporțională cu mărimea eșantionului – urmărește scopul selecției unităților de observație din grupurile tipice ale „universului statistic”. Pentru început, în cadrul „universului statistic” toate unitățile de observație se grupează după anumite semne în grupuri tipice (de exemplu, vârstă, sex sau după intensitatea frecvenței fenomenului). Din fiecare grup, pe cale aleatorie sau mecanică, este selectat un anumit număr de unități astfel ca raportul după semne în eșantion să fie același ca și în totalitatea integrală.

Dacă e nevoie să se facă o nouă stratificare cu scopul obținerii unui grup și mai omogen, metoda în cauză se numește tipică stratificată cu mai multe trepte. Avantajul ei este că fenomenele studiate pot fi mai uniform reprezentate și deci și eșantionul va fi reprezentativ;

- ✓ *în cuiburi* (în serii, în clastere) – în acest caz din totalitatea integrală se selectează nu unități individuale, ci serii (microzone), localități care sunt ulterior examinate în întregime.

Deseori, paralel cu aceste metode se folosesc și grupuri de control (experimentale) pentru o verificare mai exactă a rezultatelor obținute. La formarea acestor grupe se urmărește ca grupul de control și cel de studiu să fie identice, cu o singură deosebire – factorul de influență asupra fenomenului studiat.

O importanță majoră în cercetarea selectivă o are posibilitatea de a determina numărul de cazuri de observație al eșantionului, ceea ce permite să se precizeze nu numai limitele, dar și să se asigure reprezentativitatea totalității selective.

Determinarea unui număr optim de cazuri prezintă importanță și sub aspectul minimizării erorilor, permite a repartiza just necesitățile în cadre și mijloace și de a reduce termenele studiului.

Numărul de cazuri necesar pentru un studiu selectiv depinde foarte mult de eroarea limită admisă și de particularitățile concrete ale organizării studiului, obiectului de cercetare etc.

Eroarea limită selectivă (m ori Δ) depinde de:

- ✓ mărimea devierii standard a sistemului studiat (σ): cu cât ea e mai mare, cu atât și eroarea e mai mare, și invers;
- ✓ probabilitatea de încredere (P_1): cu cât ea e mai mare cu atât și exactitatea (t) e mai mare, și atunci și limitele erorii vor fi mai mari;
- ✓ numărul de cazuri selectate, cu cât e mai mare acest număr cu atât eroarea e mai mică, și invers;
- ✓ calea de selecție a eșantionului: de obicei selecția nerepetată condiționează eroare mai mică. Dacă vom considera că (σ) în totalitatea integrală e o mărime constantă, atunci criteriul (t) va fi ales de cercetător cu probabilitatea de exactitate dorită, iar calea de selecție va depinde de specificul fenomenului studiat.

Calcularea numărului de cazuri necesare pentru cercetare se poate face prin transformarea formulei erorii limite admise a selecției (Δ):

$$\Delta = t \cdot m_x = \frac{t \cdot \sigma}{\sqrt{n}}$$

unde (n) este numărul de cazuri observate; (m_x) – eroarea.

Rezolvând ecuația dată referitor la (n) se obține formula pentru determinarea numărului de cazuri de observație:

$$n = \frac{t^2 \cdot \sigma^2}{\Delta^2}$$

Unde Δ – valoarea erorii limitate admise;

σ – devierea standard a sistemului cercetat;

t – coeficientul de exactitate (sau factorul de probabilitate).

În cazurile când semnul caracteristic este alternativ și nu se cunoaște nivelul mediu și dispersiile, iar rezultatele obținute prezintă valorile relative, atunci numărul de cazuri de observație poate fi determinat prin formula:

$$n = \frac{t^2 \cdot P (100 - P)}{\Delta^2}$$

unde P – probabilitatea de apariție a fenomenului exprimată în procente;

(100 – P) – contraprobabilitatea;

Dacă P nu poate fi determinată prin pilotaj, se ia convențional $P = q = 50\%$ sau din datele publicate în literatură, iar Δ se calculează cu aproximație. Produsul ($P \cdot q$) va fi maxim: $50 \cdot 50 = 2500$ cazuri.

Alegând probabilitatea necesară (p_1) se determină valoarea lui "t" și se află eroarea limită admisă (Δ), după care se poate calcula numărul de cazuri de observație.

După P.Mureșan stabilirea eșantionului reprezentativ se

poate face ținând cont de volumul totalității integrale (a populației generale).

$$n = \frac{t^2 \cdot \sigma^2}{\Delta_x^2 + \frac{t^2 \cdot \sigma^2}{N}}$$

unde toate celelalte simboluri coincid cu cele din formula de mai sus pentru valorile medii, iar N este volumul totalității integrale; n – volumul eșantionului reprezentativ.

După părerea lui P. Mureșan (citată după D. Tintiuc et. al.) formula dată e destul de greu de aplicat, deoarece se cere cunoașterea dispersiei caracteristicii cercetate, ceea ce de multe ori nu este posibil. Această formulă poate fi folosită atunci când observația se efectuează repetat și dispunem de indicii obținuți anterior.

Când caracteristica studiată este alternativă și nu se cunosc mediile și dispersiile respective se poate folosi formula:

$$n = \frac{t^2 \cdot P_q}{\Delta_x^2 + \frac{t^2 \cdot P_q}{N}}$$

unde P este probabilitatea de apariție, q – contraprobabilitatea.

Această formulă se aplică ușor mai ales dacă se presupune că "n" este maxim când produsul $P \cdot q$ este maxim și atunci $P = q = 0,5$ sau 50%. Într-o atare situație nu e necesară o aproximație a lui "P", dar se admite că $P \cdot q$ este maxim, iar t și Δ sunt constante fixate. Astfel se stabilește un eșantion reprezentativ pentru o singură caracteristică alternativă.

Cercetătorul Taro Gamane, a propus o formulă mai simplă:

$$n = \frac{N}{1 + c^2 N}$$

unde „N” este volumul colectivității generale, iar „c” – eroarea reprezentativă.

Deci e suficient a cunoaște acești doi factori și se poate efectua calculul.

Mils, în caz de selecție aleatorie, recomandă următoarea formulă a numărului de cazuri de observație:

$$n = \frac{9NV^2}{ND^2 + 9V^2}$$

în care D este eroarea relativă ce poate fi luată cu rigurozitatea cercetătorului ($\approx$ între 5-15%); N – volumul colectivității generale; V - dispersia relativă, egală cu abaterea medie pătratică, raportată la numărul de cazuri.

Pentru simplificarea lucrului de determinare a numărului de cazuri de evidență se pot folosi diverse tabele elaborate deja de o serie de savanți (unele din ele sunt recomandate și de O.M.S.).

În tabelul din anexa 1, elaborat de profesorul Boiarski A.Ia., numărul de cazuri de observație se determină în funcție de eroarea limită admisă (anexa 1).

Dacă vrem să determinăm câte cazuri de observație sunt necesare ca indicatorul dorit, de exemplu de 75% (prezintă raportul procentual al unui număr oarecare de observații selectate cu un rezultat specific față de cel pe totalitatea generală) să difere de cel maxim nu mai mult decât cu 3% (analogic și cu numărul de observații), se caută în tabel, în ultima rubrică, indicatorul de 75% și pe rândul dat la intersecția cu rubrica respectivă a erorii limită de 3% se găsește indicele 830. Acesta este numărul minim de cazuri de observație ce corespunde condițiilor formulate. În cazul numerelor ce nu-s indicate în tabel se procedează în felul următor. Se caută în ultima rubrică un indice mai mare decât cel necesar când eroarea va fi >5 , se compară valoarea ei și dacă se apropie de 10 se ia rubrica aceasta, iar dacă e mai aproape de 5, se ia cifra de la intersecția cu această rubrică.

2.4. Noțiuni de farmacoeconomie

Procesul de tratament tradițional este apreciat după rezultatele inofensivității și eficacității tratamentului. Cu acest scop au fost elaborate principii speciale, care permit obținerea unor criterii de apreciere a rezultatelor terapiei după indicii terapeutici cum ar fi standardul GCP (Good Clinical Practice). Însă în condițiile de majorare a costului terapiei medicamentoase bolnavul trebuie să cunoască în ce măsură sunt argumentate cheltuielile pentru tratament, adică estimarea criteriilor economice în corelație cu posibila eficacitate și inofensivitate terapeutică.

Știința, care se ocupă cu analiza economică a utilizării medicamentelor în procesul de tratament, se numește farmacoeconomie.

Farmacoeconomia – este o ramură a economiei ocrotirii sănătății ce studiază prioritatea clinică și economică a utilizării medicamentelor și schemelor de tratament. Ea presupune stabilirea, apreciere, compararea costului și eficacității utilizării medicamentului în acordarea ajutorului medical.

Termenul farmacoeconomie constă din două cuvinte: *farmacon* – medicamente și *economics* – economie. Farmacoeconomia se dezvoltă în țările Europei Apusene începând cu anii 60-70.

Eficacitatea economică a farmacoterapiei poate fi apreciată în urma soluționării următoarelor sarcini:

- ✓ eficiența și calitatea utilizării medicamentelor în tratarea diferitor maladii, la toate etapele de ajutor medical;
- ✓ realizarea interconexiunilor cerințelor clinice și economice către eficiență, siguranța și compatibilitatea medicamentelor, metodelor și programelor tratamentului medicamentos și criteriilor de apreciere a lor;
- ✓ optimizarea selectării medicamentelor la etapa de medicație a bolnavilor; utilizării listelor medicamentelor de importanță

vitală și esențiale, listelor pentru asigurarea gratuită și cu înlesniri a bolnavilor, elaborarea formularelor farmacoterapeutice pentru instituțiile medico-sanitare și a protocoalelor clinice;

- ✓ formarea metodologiei unice și asigurarea normativă a controlului asupra respectării cerințelor documentelor normative și a sistemului de calcul teritorial pentru acordarea ajutorului medical.

Farmacoeconomia operează cu categorii economice și financiare în procesul căutării, descoperirii, creării, dezvoltării, producerii, marketingului și livrării medicamentelor. Ca disciplină științifică de sine stătătoare are propriile obiecte și metode de studiu. Tot odată rezultatele cercetărilor în domeniul economiei și marketingului farmaceutic pot fi folosite în dezvoltarea teoretică și practică a bazelor farmacoeconomiei.

Obiectul de bază al farmacoeconomiei este consumul pentru farmacoterapia eficientă și alte măsuri medicale și farmaceutice suplimentare, cum ar fi determinarea necesarului de medicamente în indici absoluți, relativi (cantitatea ambalajelor la 1000 populație, la 1000 bolnavi) și economici.

Obiecte de cercetare ale farmacoeconomiei sunt:

- ✓ rezultatele farmacoterapiei și efectuarea analizei comparative a cel puțin două scheme diferite de tratament, fiind exprimate în parametri biologici ai sănătății;
- ✓ eficacitatea și inofensivitatea noilor medicamentelor;
- ✓ cheltuielile suportate pentru tratamentul medicamentos și diagnosticarea maladiei;
- ✓ statistica farmacoepidemiologică (farmacoepidemiologia – parte componentă a farmacoeconomiei, care studiază inofensivitatea și riscul medicamentelor, prezente în piață prin gestiunea frecvenței reacțiilor adverse pe o grupă de bolnavi, care ulterior se extrapolează la întreaga populație);
- ✓ documentația cercetărilor clinice a medicamentelor pe

anumite grupe de bolnavi (populație).

Cercetările în domeniul farmacoekonomiei parțial se intersectă cu organizarea și economia farmaceutică.

2.4.1. Categoriile de consumuri, utilizate în farmacoconomie

O noțiune importantă în farmacoconomie este "*consumul pentru tratament*". De obicei în calcule se utilizează patru categorii de consumuri.

1. *Consumurile medicale directe* se referă nemijlocit la tratament. De exemplu, aici se include costul spitalizării și a tratamentului medicamentos. De obicei achitarea se efectuează prin sistemul de asistență medicală prin asigurare sau de însuși pacient.

2. *Consumurile nemedicale directe* includ în sine toate cheltuielile necesare pentru a acorda pacientului serviciul medical necesar. Drept exemplu ar putea servi plata pentru transportarea bolnavului până la spital, achitarea hranei dietetice și altele.

3. *Consumurile indirecte* vizează un șir de masuri, ce țin de neparticiparea pacientului și a persoanelor ce au grijă de el în procesul de producere obștesc. De exemplu, lipsa lucrătorului la locul de lucru din cauza incapacității de muncă sau a invalidității lui, achitarea buletinului de inaptitudine temporară de muncă, inclusiv și pentru îngrijirea copilului, etc.

4. *Consumurile nemateriale* includ reflectarea subiectivă de către pacient a procesului de tratament, ce influențează negativ asupra calității vieții lui, prin care se subînțelege starea fizică, socială și emoțională a pacientului. Cel mai frecvent aprecierea calității vieții se determină în baza răspunsurilor din chestionarele specializate îndeplinite de către pacienți. Analiza ulterioară selectivă a unor secvențe din aceste chestionare conform grilelor specializate sau după indexul generalizat permite aprecierea percepției de către

pacient a stării sănătății sale, a părerii lui despre posibilitățile sale funcționale și bunăstarea sa. Simptomele ce țin de maladie sau efectele adverse a medicamentelor, pot influența selectiv asupra gradului de apreciere de către pacient a calității vieții.

Chestionarele pentru aprecierea calității vieții pot fi specifice și nespecifice pentru persoanele cu anumite maladii, cum ar fi hipertensiunea arterială.

O importanță majoră o au chestionarele de apreciere a calității vieții, care se utilizează în cercetările complexe și specifice pentru persoane cu anumite maladii cum ar fi bolnavi de schizofrenie, epilepsie, hipertensiune arterială, diverse forme de boală eschemică a cordului, insuficiență cardiacă. Aceste chestionare trebuie să fie standardizate, adică datele, după anumite grile din chestionar obținute de către diverși cercetători, trebuie să fie comparabile.

Fiabilitatea chestionarului în cauză prezintă gradul de coerență dintre două serii de indicatori obținuți independent, care se caracterizează prin coeficientul de corelație, de exemplu, coeficientul Konbah (coerența internă), precum și cu coeficient de fiabilitate retestabil.

Validitatea chestionarului caracterizează gradul de utilitate a lui pentru scopul cercetării. *Validitatea după conținut* este corespunderea conținutului metodelor, domeniului, în care se preconizează petrecerea studiului. *Validitatea după criterii* – aprecierea proceselor, ce apar în timpul cercetărilor, ce se divid în curentă – aprecierea proceselor în timpul cercetărilor și prognostică. *Validitatea constructivă* – apreciază cât de bine rezultatele chestionării reflectă fenomenul investigat, în cazul dat – calitatea vieții.

În afara categoriilor de consumuri enumerate mai sus în farmacoconomie pot fi utilizate și alte categorii cum ar fi „plus valoarea” (incremental cost), care prezintă în sine diferența între două metode posibile de tratament. Această noțiune de „plus

valoare” este în corelație directă cu așa numita metodă „analiza majorării” (incremental analysis), cu ajutorul căreia se poate determina care ar fi suma suplimentară pentru obținerea priorităților în starea de sănătate a pacientului, utilizând o metodă mai scumpă de tratament.

2.4.2. Metode farmacoeconomice standard de analiză

În domeniul farmacoeconomiei, ținând cont de categoriile de consumuri, pe de o parte, și abordarea clinică, pe de altă parte, au fost elaborate metode economice standard de analiză a terapiei medicamentoase.

Etapele principale ale unei analize farmacoeconomice sunt exemplificate în tabelul 5.

Tabelul 5. Etapele analizei farmacoeconomice

Etapa	Exemplificare
1. Stabilirea scopului	Profilaxia transmiterii SIDA de la mamă la copil
2. Enumerarea modalităților de realizare a scopului	A: administrarea de către mamă și copil a preparatului <u>Nevirapin</u> . B: a nu întreprinde nici o intervenție
3. Determinarea și calculul costului fiecărei modalități	<u>Costul variantei A:</u> Familiarizarea/supravegherea/consultarea. Asigurarea tuturor femeilor însărcinate infectate SIDA cu <u>Nevirapin</u> . Costul tratamentului nou-născuților infectați. <u>Costul variantei B:</u> Tratamentul nou-născuților infectați.
4. Determinarea și calculul beneficiului fiecărei variante	<u>Beneficiul variantei A:</u> Transmiterea SIDA de la mamă la copil s-a micșorat de la 32% la 18%; costul tratamentului nou-născuților s-a micșorat cu 50%. La fiecare 1000 de nou-născuți au fost salvate 160 vieți. <u>Beneficiul variantei B:</u> Absența cheltuielilor pentru procurarea preparatului <u>Nevirapin</u> în scopul asigurării tuturor mamelor infectate.

Etapa	Exemplificare
5. Calculul și interpretarea eficienței cheltuielilor pentru fiecare variantă	A compara costul cu beneficiul: În cazul examinării costului doar a consultării și a <i>Nevirapinei</i> , varianta A selectată este mai scumpă, însă sau salvat 160 vieți. Poate fi calculat costul fiecărei vieți salvate. În cazul examinării costului tratamentului ulterior al nou-născuților infectați, varianta A selectată este mai puțin costisitoare și salvează vieți. „Costul” unei vieți salvate sau a coeficientului eficacității cheltuielilor adăugătoare va fi negativ.
6. Efectuarea analizei sensibilității concluziilor	A se ține cont de variantele posibile: procentajul de acoperire a femeilor însărcinate, morbiditatea între mamele tratate sau/și între nou-născuți, etc.

Analiza „cost – minimizarea costului”

Analiza "cost – minimizarea costului" (cost – minimization analysis) (CMA) permite compararea diferenței costului metodelor alternative în terapia medicamentoasă cu condiția, că aceste metode au același rezultate clinice. Pe viitor aceasta permite minimizarea cheltuielilor pentru asigurarea terapiei medicamentoase prin alegerea metodei de tratament mai puțin costisitoare. Metoda de analiză nu are ca scop aprecierea echivalenței terapeutice a rezultatelor diferitor metode de tratament. Aceste date se selectează din literatură și cercetările clinice.

Analiza “cost – minimizarea costului” permite suprapunerea metodelor alternative de tratament medicamentos, alegând cele mai ieftine. Dar pe lângă acestea foarte rar se întâlnesc metode alternative de tratament, ce posedă efecte clinice identice și preț diferit, de aceea din punct de vedere economic, metoda are utilizare limitată, necâtând la faptul că permite studiul unor indici economici ai farmacoterapiei.

Această metodă de analiză include câteva etape:

1. Evidențierea cheltuielilor ce pot fi incluse în calcule.
2. Calculul tratamentului cu scheme alternative luând în considerație cheltuielile evidențiate la prima etapă.

3. Discontarea.

Calculule se efectuează după formula:

$$CMA = (DC_1 + IC_1) - (DC_2 + IC_2)$$

- Unde: **CMA** – indicele diferenței cheltuielilor
DC₁ – cheltuieli directe la utilizarea I metode
IC₁ – cheltuieli indirecte la utilizarea I metode
DC₂ – cheltuieli directe la utilizarea metodei II.
IC₂ – cheltuieli indirecte la utilizarea metodei II.

Avantajul metodei constă în posibilitatea aprecierii economice a tratamentului în sume concrete. Exemplu de utilizare a metodei „cost – minimizarea costului” este prezentat în caseta 1.

Caseta 1. Exemplu de utilizare a analizei „cost-minimizarea costului”

Pentru preîntâmpinarea infecțiilor postoperatorii se utilizează Clindamicina, fiind efektivă și relativ inofensivă, după 2 scheme de tratament: 600 mg fiecare 6 ore sau 900 mg fiecare 9 ore. Cercetările preventive privind rezultatul terapiei după aceste două scheme au demonstrat echivalența lor terapeutică. S-a luat în considerație toate tipurile de cheltuieli suportate: prețul de procurare, cheltuielile pentru păstrare și administrative, implicarea personalului, etc. Analiza efectuată a dovedit că, din punct de vedere economic, este utilă a doua schema de tratament cu un interval de 9 ore. Astfel în rezultatul standardizării și utilizării acestei metode instituția medico-sanitară a economisit circa 1000 \$ pe an.

Prin această metodă poate fi efectuată compararea costurilor tratamentului medicamentos cu 2-3 și mai multe medicamente (tabelele 6, 7).

În cazul când rezultatele terapiei medicamentoase nu sunt identice, este necesar de utilizat alte metode de analiză cum ar fi, de exemplu, "cost – eficacitate".

Tabelul 6. Tratamentul unui pacient cu infecție intraabdominală (antibioticoterapia)

Preparat Indicator	Meronem	Tienam	Sulperazon	Cefepim + Metronidazol
Zile/tratament (media)	8.3	8.4	8.6	8.8
Regimul dozării	500 mg x 3 ori pe zi	500 mg x 3 ori pe zi	Cefoperazon 2.0 x 2 ori pe zi	Cefepim 2.0 x 2 ori pe zi. Metro- nidazol 500 mg x 3 ori pe zi
Cost (LMD)	7337.71	6382.82	5341.72	3203,92

Tabelul 7. Tratamentul bronșitei acute cu mucolitice din grupa Acetilcisteinei

Nr. d/r	Preparatul, producătorul	Forma farmaceutică	Preț mediu/ achiziție pentru un ambalaj	Preț me- diu/livrare pentru un ambalaj	Costul unei cure de tratament
Preparate ieftine					
1.	Acetin, Synmedia, India	Granule 100 mg, nr. 20	18,93	24,61	51,68
2.	Acestral, Stada, Germania	Comprimate 100 mg, nr. 20	21,71	28,22	59,27
3.	ACC, Hexal AG, Germania	Comp. eferv., 100 mg, nr. 20	23,21	30,18	63,37
4.	Cofacin, UChF Lugansk, UCC	Pulbere pentru adm. orală, 200 mg, nr. 20	15,78	20,52	21,55
Preparate scumpe					
5.	Fluimucil, Zambon Group, Italia	Granule 200 mg, nr. 20	30,29	39,38	41,35
6.	Acestral, Stada, Germania	Comprimate 600 mg, nr. 10	23,33	30,32	21,22
7.	Fluimucil Zambon, Italia	Comp. eferv., 600 mg, nr. 10	25,27	32,85	23,00
8.	ACC, Hexal AG, Germania	Pulbere pentru adm. orală, 100 mg, nr. 20	23,47	31,51	64,09

Analiza "cost – eficacitate"

Analiza "cost – eficacitate" (cost – effectiveness analysis) (CEA) – unul din instrumentele de bază în alegerea strategiei tratamentului.

Esența metodei constă în determinarea diferenței de cost (adaosul) între diferite metode alternative de tratament, precum și deosebiriile dintre stările de sănătate după diferite metode terapeutice aplicate. În rezultat se poate de stabilit suma de bani pentru a obține anumite avantaje în starea sănătății atinse cu ajutorul metodei care se apreciază. Compararea rezultatelor obținute în urma tratamentului se exprimă nu în indici valorici, ci în indici „naturali” (de exemplu: creșterea longevității vieții, micșorarea tensiunii arteriale, etc.).

Când se compară metodele alternative de tratament, se evidențiază diferite corelații între cost și eficacitate (*tabelul 8*).

Tabelul 8. Rezultate posibil a fi obținute prin analiza "cost-eficacitate" cu utilizarea în tratament a medicamentelor A și B

		Costul		
		A > B	A = B	A < B
Eficacitatea	A > B	De efectuat analiza incrementală	A dominant	A dominant
	A = B	B dominant	Indiferent	A dominant
	A < B	B dominant	B dominant	De efectuat analiza incrementală

CEA poate evidenția medicamentul dominant în metoda de tratament, care garantează succesul în comparație cu alt medicament la un preț mai redus sau echivalent.

În cazul când nici una din metode nu este strict dominantă, se recurge la metoda de analiză incrementală. Această metodă

permite aprecierea creșterii avantajului exprimat valoric în urma aplicării opțiunilor mai costisitoare la schemele de tratament în comparație cu cele mai puțin costisitoare raportate la cheltuielile mai costisitoare suportate pentru terapie sau mai puțin costisitoare corespunzător.

Exemplu de utilizare a metodei „cost – eficacitate” este prezentat în caseta 2.

Caseta 2. Exemplu de utilizare a analizei „cost - eficacitate”

De exemplu, metoda de tratament A constituie 7000 unități bănești (UB), iar metoda B – 13000 UB. În urma aplicării metodei A longivitatea vieții așteptate constituie 4 ani, iar a metodei B – 6 ani. Analiza eficienței economice a cheltuielilor adăugătoare la aplicarea metodei B se reduce la următorul calcul:

$$\text{Eficiența cheltuielilor} = \frac{13\ 000 - 7\ 000}{6 - 4} = 3000 \text{ UB pentru fiecare an de viață}$$

Pentru efectuarea metodei de analiză CEA se mai utilizează formula M.C. Weinstein, W.B. Stason:

$$C/E = (C_{rx} + C_{se} - C_{morb} + C_{rxle}) + (Y_{le} + Y_{morb} - Y_{se}),$$

unde: C/E – costul unui an de viață salvat datorită tratamentului;

C_{rx} – costul tratamentului pe parcursul vieții;

C_{se} – costul tratamentului efectelor secundare provocate de preparat;

C_{morb} – economisirea cheltuielilor pentru protecția sănătății legate de boală;

C_{rxle} – costul tratamentului (de exemplu, maladiile necardiologice la tratarea cu preparate cardio-vasculare) din cauza măririi scontate a longevității vieții;

- Y_{le} – mărirea longevității vieții în urma micșorării mortalității;
- Y_{morb} – mărirea calității vieții, exprimată în numărul ani de viață și micșorarea condiționată a morbidității;
- Y_{se} – micșorarea calității vieții, exprimată în ani din contul efectelor secundare, de ex., provocate de medicamentele antihipertensive

Formula indicată folosește modelul de interacțiune dintre factorii de risc, frecvența morbidității și mortalității cât și funcțiile de risc conform datelor de cercetări epidemiologice clasice de prospectivă, de exemplu în domeniul cardiologiei. Astfel în baza acestei analize s-a constatat, că coeficientul „cost – eficacitate” în utilizarea medicamentelor antihipertensive se mărește la persoanele cu nivelul inițial al tensiunii arteriale mărit.

CEA este o metodă folosită pe larg în analiză, întrucât permite de comparat diferite tipuri de terapie. Mai mult ca atât, exprimând investițiile pentru tratament în unități bănești, iar rezultatele – în unități „naturale”, această metodă poate fi utilă atât pentru consumatorii de medicamente, cât și pentru furnizori, inclusiv farmaciști și medici.

Un alt exemplu de utilizare a metodei „cost – eficacitate” este prezentat în caseta 3.

Caseta 3. Administrarea de trombolitice în caz de infarct al miocardului

Conform cercetărilor clinice randomizate privind comparația preparatelor ipotetice „A” și „B”, a fost apreciată mortalitatea în decurs de 30 zile după randomizare. Rezultatele pentru 100 pacienți au fost următoarele:

- dintre pacienții ce nu au fost supuși medicației – 15 cazuri de deces;
- dintre pacienții ce au administrat preparatul „A” – 10 cazuri de deces;

- dintre pacienții ce au administrat preparatul „B” – 7 cazuri de deces;

Costul medicamentelor pentru pacient:

- preparatul „A” – 200 \$
- preparatul „B” – 1000 \$

Durata presupusă de supraviețuire după infarct de miocard constituie 8 ani.

Care din cele 2 preparate ipotetice este mai rațional de utilizat din punct de vedere al coraportului cost-eficiență?

Pentru rezolvarea problemei se va aplica următorul algoritm:

I. Câte veți pot fi salvate, dacă cu preparatul „A” au fost tratați 1000 pacienți în comparație cu pacienții care nu au primit nici un tratament? Câte vieti pot fi salvate cu utilizarea preparatului „B” în comparație cu pacienții ce nu au primit nici un tratament.

- ✓ Din 1000 pacienți, cărora li s-a administrat placebo au avut loc 150 cazuri de deces;
- ✓ Din 1000 pacienți, căror li s-a administrat preparatul „A”, au avut loc 100 cazuri de deces (50 pacienți au fost salvați);
- ✓ Din 1000 pacienți, căror li s-a administrat preparatul „B”, au avut loc 70 cazuri de deces (80 pacienți au fost salvați).

II. Determinarea riscului absolut (RA) și scăderea riscului absolut (SRA); riscului relativ (RR) și scăderea riscului relativ (SRR), precum și numărului pacienților care trebuie să fie tratați (NPTT) în medie la un caz de deces cu administrarea preparatului A în comparație cu preparatul „B”.

- ✓ $RA \text{ cu preparatul „A”} = 100 / 1000 = 0,1$
- ✓ $RA \text{ cu preparatul „B”} = 70 / 1000 = 0,07$
- ✓ $SRA \text{ („A” în comparație cu „B”)} = 0,1 - 0,07 = 0,03$
- ✓ $RR \text{ („B” în comparație cu „A”)} = (0,1 - 0,07) / 0,1 = 0,3 \text{ sau } 30\%$
- ✓ $NPTT = 1 / SRA = 1 / 0,03 = 33,3$

Deci, pentru a nu admite un caz de deces, cu preparatul „B” trebuie să fie tratați 33-34 pacienți.

III. Câți pacienți pot fi tratați având la dispoziție un buget de 200000 \$ USD și câte vieti suplimentare pot fi salvate cu aplicarea fiecărui din cele 2 preparate în comparație cu absența tratamentului?

Cu preparatul „A”: $200000 \$ / 200 \$ = 1000$ pacienți tratați, 50 de vieți salvate

Cu preparatul „B”: $200000 \$ / 1000 \$ = 200$ pacienți tratați, 16 vieți salvate $(200 / 100) \times 80 = 16$

IV. Care este costul specific al fiecărei vieți salvate în cazurile utilizării preparatelor trombolitice în comparație cu absenta tratamentului ?

Coraportul cost-eficiență a preparatului „A” în comparație cu placebo, pentru 1000 pacienți:

$$\frac{1000 \times 200 \$ - 1000 \times 0 \$}{50 \text{ vieți salvate}} = \frac{200000 \$}{50} = 4000 \$$$

Deci, costul specific al unei vieți salvate cu aplicarea preparatului „A” este de 4000 \$ USD

Coraportul cost-eficiență a preparatului „B” în comparație cu placebo, pentru 1000 pacienți:

$$\frac{1000 \times 1000 \$ - 1000 \times 0 \$}{80 \text{ vieți salvate}} = \frac{1000000 \$}{80} = 12500 \$$$

Deci, costul specific al unei vieți salvate cu aplicarea preparatului „B” este de 12500 \$ USD

V. Care este coraportul cost-eficiență exprimat în costul specific al unui an de viață salvat cu fiecare dintre cele 2 preparate ipotetice în comparație cu absenta tratamentului ?

(Se va ține cont că durata presupusă de supraviețuire constituie 8 ani)

1000 pacienți tratați cu preparatul „A” → 50 de vieți salvate → 50×8 ani → 400 de ani / viață salvați

Coraportul cost-eficiență a utilizării preparatului „A” în comparație cu placebo, pentru 1000 pacienți:

$$\frac{1000 \times 200 \$ - 1000 \times 0 \$}{400 \text{ ani/viață}} = \frac{200000 \$}{400} = 500 \$$$

(costul specific al fiecărui an de viață salvat cu utilizarea preparatului „A”).

1000 pacienți tratați cu preparatul „B” → 80 de vieți salvate → 80×8 ani → 640 de ani / viață salvați

Coraportul cost-eficiență a utilizării preparatului „B” în comparație cu placebo, pentru 1000 pacienți:

$$\frac{1000 \times 1000 \$ - 1000 \times 0 \$}{640 \text{ ani/viață}} = \frac{1000000 \$}{640} = 1562,50 \$$$

(costul specific al fiecărui an de viață salvat cu utilizarea preparatului „B”).

VI. Care este valoarea indicatorului cost-eficiență pentru preparatul „A” în comparație cu preparatul „B” (costul suplimentar pentru fiecare an suplimentar de viață salvat).

1000 pacienți tratați cu preparatul „A” – 50 vieți salvate

1000 pacienți tratați cu preparatul „B” – 80 vieți salvate

În cazul tratamentului cu preparatul „B” au fost salvate cu 30 vieți mai mult decât în cazul tratamentului cu preparatul „A”.

Suplimentar au fost salvați 240 ani/viață (30 x 8 ani = 240).

Coraportul indicatorului cost-eficiență:

$$\frac{1000 \times 1000 \$ - 1000 \times 200 \$}{240 \text{ ani/viață}} = \frac{800000 \$}{240} = 3333 \$$$

Concluzie: Aplicarea preparatului „B” în comparație cu „A” generează un coeficient „cost-eficiență” egal cu 3333 USD pentru fiecare an de viață salvat.

Cu toate aceste CEA nu este lipsit și de unele neajunsuri. Compararea rezultatelor eficacității terapiei poate fi efectuată numai atunci când rezultatele sunt exprimate în aceleași unități. În așa fel, această analiză nu poate fi aplicată în cazul când este necesar de folosit mai mult de un criteriu al eficacității rezultatelor tratamentului, de exemplu, mărirea longivității vieții și concomitent îmbunătățirea calității ei.

Analiza "cost – beneficiu"

Analiza cost – beneficiu (cost – benefit analysis, CBA) se aseamănă cu SEA prin aceea, că ea apreciază și costul și rezultatele tratamentului. Însă, în CBA spre deosebire de CEA, toate rezultatele sunt exprimate în unități bănești. Astfel, este

posibilă exprimarea rezultatelor cercetărilor sub formă de coeficient „beneficiu – cost”, care constituie corelația dintre beneficiul obținut, exprimat în unități bănești, raportat la cheltuieli, exprimate în aceleași unități bănești. Unele tipuri de analiză CBA prezintă rezultatele obținute sub formă de profit net (beneficiu), care se calculează în felul următor: 1 dolar venit minus 1 dolar din costul cheltuielilor. În așa fel CBA permite de a calcula profitul net pentru restabilirea sănătății față de cheltuielile efectuate pentru acest scop.

Rezultatele analizei „cost-beneficiu” se finalizează cu determinarea profitului direct (în unități bănești) în urma utilizării unei metode sau unor medicamente în comparație cu metoda alternativă.

Această metodă în cercetările farmacoeconomice se întrebuințează rar, deoarece este puțin studiată și nu se recomandă a fi utilizată fără metodele analizei eficacității și utilității.

Neajunsul acestei metode este cerința de a exprima rezultatele tratamentului în unități bănești, ceea ce nu totdeauna poate fi îndeplinită din considerente etice.

Analiza "cost – utilitate"

Analiza "cost – utilitate" (cost – utility analysis, CUA) în esență este asemănătoare CEA. De exemplu, ca și la SEA, este posibil de a exprima datele inițiale în unități bănești, iar rezultatele – în unități de măsură „naturale”.

Unii autori abordează această metodă de analiză ca un caz particular al analizei „cost-eficacitate”, însă o particularitate, ce o deosebește de celelalte metode, este că CUA permite de a lua în considerație preferințele pacientului reieșind din rezultatele schemelor de tratament. Metoda permite compararea între intervenția medicală și utilitatea ei.

Relația “cost – utilitate” se calculează după formula:

$$CUA = \frac{(DC_1 + IC_1) - (DC_2 + IC_2)}{Ut_1 - Ut_2}$$

Unde: *CUA* – indicele “cost-utilitate” – costul unei unități de utilitate, de exemplu a unui an de viață calitativă, normală.

DC₁ și *IC₁* – cheltuieli directe și indirecte la aplicarea primei metode de tratament.

DC₂ și *IC₂* – cheltuieli directe și indirecte la aplicarea metodei a doua de tratament.

Ut₁ și *Ut₂* – utilitatea pentru ambele metode de tratament.

Sau:

$$CUA = \frac{DC + IC}{Ut}$$

Termenul de „utilitate” folosit de economiștii ocupați în sfera medicală, înseamnă mărimi cantitative, ce exprimă puterea preferințelor individului (medicului, bolnavului, rudelor, etc.) raportate la rezultatele concrete ale tratamentului maladiei în condiții nedeterminate. Mai concret, utilitatea este preferința, exprimată de diferiți indivizi în raport cu determinarea stării sănătății sau a metodelor de tratament.

Măsurarea utilității sănătății se efectuează în 3 etape :

1. Determinarea gradului stării de sănătate, ce prezintă interes pentru cercetător și pacient.
2. Evidențierea și alegerea indivizilor pentru aprecierea stării sănătății fiecăruia de ei.
3. Selectarea și generalizarea datelor acumulate cu scopul de a determina scara valorilor cantitative pentru fiecare stare de sănătate.

Avantajul metodei CUA constă în următoarele: rezultatele pot fi exprimate în modificarea calității vieții bolnavilor (în

unități) în raport cu costul metodei de tratament. Neajunsul metodei – aprecierea subiectivă a metodei de tratament de către pacient.

Analiza “costul maladiei”.

Analiza “costul maladiei” (cost of illness analysis, COI) determină prețul real al terapiei unei maladii concrete, calculând cheltuielile directe și indirecte în instituția medico-sanitară pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului unei maladii, neluându-se în considerare rezultatele ajutorului medical acordat.

Pentru determinarea prețului total al tratamentului unei maladii la diferite etape (ambulator, staționar, etapa de reabilitare) este necesar de sumat toate cheltuielile.

Calculule se vor face conform formulei:

$$COI_t = (DC_1 + IC_1) + (DC_2 + IC_2) + (DC_3 + IC_3)$$

Unde: COI_t – indicele costului total al maladiei;

C_1 – costul la etapa de ambulator

C_2 – costul la etapa de staționar

C_3 – costul la etapa de reabilitare

DC – cheltuieli directe

IC – cheltuieli indirecte.

Calculul indicelui “costului maladiei” la anumită etapă de tratament COI_e se face după formula:

$$COI_e = DC_e + IC_e$$

Dacă suprapunem “costul maladiei” la mai mulți pacienți dintr-o instituție sanitară cu aceiași formă nozologică se poate calcula costul “mediu” de tratament a unei maladii anumite în instituția medico-sanitară dată.

Calculul tarifelor se face după formula:

$$COI_{taris} = \frac{COI_{I1} + COI_{I2} + COI_{I3} + \dots + COI_{Im}}{N}$$

Unde: COI_{taris} – tariful indicelui “costul maladiei”
 $COI_{I1,2,3,\dots,n}$ – indicele “costul maladiei” în diverse
 IMSP pentru pacienți 1, 2, 3 ... n
 N – numărul pacienților din toate IMSP.

Cunoașterea “costului tratamentului maladiei” în diferite instituții medico-sanitare și a datelor statistice și epidemiologice corespunzătoare, permit determinarea rezervelor de medicamente necesare sistemului ocrotirii sănătății.

Pe calea modelării matematice se poate prognoza numărul internărilor pacienților în instituția medico-sanitară cu diferite maladii, cheltuielile pentru tratament și procurarea substanțelor medicamentoase esențiale.

S-a determinat frecvența folosirii metodelor de analiză, dintre care CEA ocupă primul loc din cele 4 tipuri ale cercetărilor farmacoeconomice. Frecvența utilizării CEA constituie 50%, CMA – 30%, CBA – 15% și CUA – 5%.

Există un șir de metode, care pot fi folosite pentru culegerea datelor ce țin de aprecierea diferitor stări de sănătate:

- metoda standard speculativo-azartată (standard gamble);
- metoda de comparare a cheltuielilor temporare (time trade-off);
- scara de rating (rating scales), dar care, până în prezent încă nu au găsit o largă aplicare în cercetările farmacoeconomice.

Cunoașterea și aplicarea în practică a metodelor farmacoeconomice permite farmaciștilor să decidă asupra recomandărilor privind medicația în dependență de eficiența medicamentului și capacitatea de cumpărare a pacientului sau instituției medico-sanitare.

2.5. Repere teoretice ale farmacoepidemiologiei

Inițial farmacoepidemiologia (FEP) era concepută ca știință, care studiază utilizarea medicamentelor pe populații statistice mari. Într-adevăr, cuvântul FEP constă din două componente: *Farmacon* – medicament, și *epidemiologie* – răspândire. Astfel, în traducere directă FEP ar însemna știința despre răspândirea medicamentelor.

Însă, actualmente, această știință este tratată mai larg, deoarece FEP, în afara aspectului economic, are o legătură strânsă cu epidemiologia clinică, farmacoeconomia, farmacologia și altele.

Farmacoepidemiologia este știința, care utilizează aspecte epidemio-logice în studiul utilizării, eficacității și inofensivității medicamentelor.

2.5.1. Locul și rolul farmacoepidemiologiei în sistemele științifice farmaceutic și medical

Unul din scopurile primordiale ale FEP este monitorizarea utilizării medicamentelor în sectorul farmaceutic pentru elaborarea și adoptarea hotărârilor privind utilizarea rațională și efectiv economică a medicamentelor la diferite nivele a organizării ocrotirii sănătății și asigurării cu medicamente a populației.

În același timp FEP devine o știință globală. Are relații evidente cu disciplinele ce studiază organizarea sănătății, cu statistica, inclusiv biostatistica, epidemiologia clinică, informatica, organizarea și economia farmaceutică. Utilizarea cunoștințelor Politicii de Stat în domeniul ocrotirii sănătății și celei a medicamentelor se asigură prin relațiile organice dintre FEP și astfel de discipline cum ar fi managementul sănătății publice și organizarea și economia farmaceutică.

Legătura dintre epidemiologia clinică, biostatistică și economie permite FEP să se poziționeze pe plan de frunte al cercetărilor în

domeniul economiei farmaciei, în particular al industriei farmaceutice și aspectelor financiare ale prescrierii medicamentelor în sectorul de stat. Colectarea corectă și prelucrarea informației în cercetările FEP se bazează pe utilizarea realizărilor contemporane ale informaticii.

Rolul FEP constă în analiza factorilor, ce explică utilizarea medicamentelor, în determinarea și aprecierea priorităților din domeniile cercetărilor FEP, precum și în elaborarea programelor privind organizarea asigurării cu medicamente.

Analiza FEP permite evidențierea priorităților în corectarea situațiilor, trasarea măsurilor normative, organizatorice și de instruire pentru îmbunătățirea utilizării medicamentelor și resurselor de stat în tratamentul de ambulatoriu și staționar, inclusiv și după indicatorii economici. Programele FEP sunt importante pentru susținerea oricăror modificări în practica utilizării produselor farmaceutice. Aceste programe pot fi implementate pentru îmbunătățirea situației curente, precum și în calitate de măsuri pentru susținerea aprobării și implementării modificărilor normative și organizaționale.

2.5.2. Etapele de bază în realizarea programelor farmacoepidemiologice

Realizarea programelor FEP de obicei includ următoarele etape:

1. Monitorizarea circulației medicamentelor în sectorul farmaceutic și/sau sistemul de sănătate în întregime.
2. Analiza rezultatelor monitorizării și selectarea domeniilor prioritare de lucru.
3. Elaborarea programelor privind organizarea asigurării cu medicamente în corespundere cu prioritățile selectate.
4. Implementarea acestor programe.
5. Aprecierea rezultatelor implementării programelor.

Realizarea monitoringului este una din etapele primordiale în cercetările FEP. În dependență de scopurile studiului, cercetările farmacoepidemiologice pot varia de la scară globală în studiul fenomenelor farmacoepidemiologice până la regiuni separate, câteva instituții medicale sau întreprinderi ale sectorului farmaceutic.

Pot fi utilizați indicatori, ce caracterizează partea calitativă sau cantitativă a fenomenelor farmacoepidemiologice.

A. Pentru utilizare în analiza cantitativă:

- ✓ Datele monitoringului privind utilizarea medicamentelor în diferite regiuni, raioane.
- ✓ Cheltuielile generale privind consumul produselor farmaceutice.
- ✓ Venitul național general.
- ✓ Cheltuielile totale ale populației.
- ✓ Cheltuielile populației pentru medicamente.
- ✓ Prescripțiile medicale pe grupe farmacologice și FEP, pe grupele populației (de exemplu: invalizi, persoane ce suferă de anumite maladii) și altele în dependență de scopurile cercetării.
- ✓ Numărul total de prescripții medicale.
- ✓ Procentul cheltuielilor generale pentru utilizarea medicamentelor în condiții de ambulatoriu și staționar reportate la: generale; personale; cheltuieli farmaceutice generale.
- ✓ Cheltuieli generale privind utilizarea medicamentelor livrate gratuit sau parțial compensate pe rețete sau pentru staționar:
 - cheltuieli personale;
 - prescripțiile medicale pentru populația aptă de muncă în întregime raportate la un lucrător pe an;
 - prescripțiile medicale pentru pensionari raportate la un pensionar pe an;
 - costul mediu al medicamentelor indicate într-o rețetă;

- prețul mediu al medicamentelor pentru pensionari și lucrători;
 - unitățile de evidență (comprimate, fiole, ambalaje și altele);
 - numărul total al unităților;
 - prețul mediu al unei unități;
 - costul unității pentru subgrupa terapeutică;
 - medicamentele indicate;
 - clasificarea medicamentelor selectată pentru cercetare (de exemplu farmacoterapeutică) și numărul mediu de medicamente din fiecare grupă a acestei clasificări, indicat de către un specialist;
 - cheltuielile medii pentru un specialist, ce prescrie medicamente.
- ✓ Datele analitice cantitative despre activitățile companiilor farmaceutice, inclusiv – distribuitoare.
 - ✓ Veniturile companiilor pentru grupele terapeutice de bază.
 - ✓ Demografia.
 - ✓ Mortalitatea.
 - ✓ Șomajul.
 - ✓ Unități (de exemplu: ambalaje, fiole, unități convenționale ș.a.) după clase terapeutice, grupe, subgrupe și ale taxoane de clasificări.
 - ✓ Cheltuielile pentru clase terapeutice.
 - ✓ Mărimea și costul unei doze zilnice pentru un om.
 - ✓ Mărimea și costul unei doze zilnice pentru 100000 oameni.
 - ✓ Compararea indicatorilor FEP studiați pe țară integral sau pe regiuni aparate.
 - ✓ Compararea indicatorilor FEP studiați pe țară cu alte țări.

B. Pentru utilizare în analiza calitativă.

- ✓ Organizarea asistenței de stat de ambulatoriu și staționar.
- ✓ Serviciile raionale și structurile ocrotirii sănătății și ale sectorului farmaceutice, serviciului asistenței medicale

primare, celei de staționar, serviciile sociale.

- ✓ Caracteristicile structurilor organizatorice separate și schema lor de interacțiune și intersubordonare.
- ✓ Clasificarea terapeutică a medicamentelor sau o altă clasificare adecvată pentru cercetare.
- ✓ Practica prescrierii medicamentelor (de exemplu: cu înlesniri, compensate, medicamente procurate din cont propriu).
- ✓ Monitoringul structurii, scopurilor, motivației, stimulării și liderismului executorilor de bază, ce influențează utilizarea medicamentelor la asistența medicală primară și cea de staționar: medici, farmaciști, organele executive la nivelul de stat și local, companii de asigurare, industria farmaceutică, distribuitori, precum pacienți și consumatori ai produselor medicale și farmaceutice.

Pentru colectarea informației se utilizează diferite metode, de exemplu, care se bazează pe materiale textuale, utilizarea bazelor de date, consultații, interviuarea la telefon și la locurile de lucru, etc.

Analiza calitativă și cantitativă privind utilizarea produselor farmaceutice în diferite regiuni ale țării sau a pieței farmaceutice în întregime este o parte componentă necesară a analizei FEP. În legătură cu scopurile multiple ale analizei FEP nu există o metodă unică, utilă pentru diverse cauze vitale. De aceea în fiecare caz concret se aplică metoda adecvată. Pot fi utilizate metode deja aprobate. De exemplu, pentru obținerea unui tablou exact privind cheltuielile suportate pentru procurarea medicamentelor este util de folosit metoda analizei ABC.

Utilizarea metodelor statistice în marea majoritate este un instrument pentru analiza datelor, colectate în procesul monitoringului FEP. De exemplu, diferențierea regională a pieței farmaceutice poate fi apreciată cu aplicarea metodelor de analiză a trendului și celor factoriale. Metoda corelațională poate fi utilizată pentru aprecierea corelațiilor între tratamentul cu plante

medicale și cultura pacientului.

Rezultatele analizei datelor FEP permit trecerea la următoarea etapă de realizare a programelor FEP și anume – aprecierea *domeniilor prioritare de lucru*. De exemplu, după finisarea analizei ABC este util de realizat analiza VEN, care permite aprecierea priorităților în selectarea și procurarea medicamentelor în corespundere cu divizarea lor în Vitale, Esențiale și Nonesențiale.

Următoarea etapă a măsurilor FEP este *elaborarea programelor pentru asigurarea cu medicamente în corespundere cu prioritățile argumentate*. La această etapă paralel cu abordările tradiționale administrative pentru planificarea asigurării cu medicamente pot fi larg utilizate metodele matematice de modelare cu utilizarea tehnologiilor informaționale moderne și a bazelor de date automatizate.

Implementarea programelor elaborate se înfăptuiește, luând în considerație baza legislativă în domeniu. În mare măsură succesul implementării programelor este determinat de existența surselor suficiente pentru realizarea lor. Pentru îmbunătățirea situației pot fi utilizate metode administrative, modificarea bazei normativ-legislative, realizarea programelor de instruire și alte metode ce îmbunătățesc practica existentă de utilizare și distribuire a medicamentelor.

Aprecierea rezultatelor implementării programelor este etapa finală a cercetărilor FEP și permite:

- aprecierea corectitudinii selectării priorităților;
- înlăturarea neajunsurilor în programele elaborate;
- luarea în considerație a neajunsurilor acestei programe și elaborarea altor noi.

Finalul în elaborarea programelor FEP trebuie să fie îmbunătățirea asistenței cu medicamente într-un raion concret, în țară sau la nivel mondial.

2.6. Metode de cercetare în procesul de comunicare cu pacienții în farmacie

Această grupă de metode include analiza psiho-emoțională, evidențierea atitudinii pacientului față de boala sa, analiza stilului de comunicare cu pacientul și altele, care sunt expuse în capitolul III, compartimentul 3.8.

Pentru farmacistul-practician ce se află permanent în contact cu vizitatorul farmaciei, deosebit de important este propria sa apreciere a activității de asistență cu medicamente. În acest scop poate fi utilizată **metoda autoaprecierii „Reiting”**, care presupune observarea de către farmacist a gradului de satisfacție a pacientului deservit.

Pentru aceasta, farmacistul va iniția evidența cazurilor de satisfacție/ nesatisfacție a vizitatorilor deserviți. Într-un registru de evidență se fixează ziua și coeficienții respectivi de satisfacție / nesatisfacție a pacienților (*tabelul 9*).

Tabelul 9. Registrul de autoapreciere a farmacistului

Coeficientul satisfacției	Ziua (data)	Coeficientul nesatisfacției
1,125	Luni	0,05
1,525	Mărți	0,045
...	Miercuri	...
	Joi	
	Vineri	
	Sâmbătă	
	...	

În fiecare zi farmacistul „fixează” câți vizitatori au plecat din farmacie mulțumiți de deservirea pe care a avut-o și câți au ieșit – nemulțumiți. În baza acestor date se determină coeficienții respectivi, după cum urmează:

$$K_s = \frac{n_s}{N}$$

$$K_{ns} = \frac{n_{ns}}{N}$$

unde: K_s – coeficientul satisfacției pacienților;
 K_{ns} – coeficientul nesatisfacției pacienților;
 N – numărul total de vizitatori în decursul zilei;
 n_s – numărul de vizitatori / zi mulțumiți;
 n_{ns} – numărul de vizitatori / zi nemulțumiți.

Farmacistul, care a decis să-și autodetermine calitatea activității de deservire a populației cu medicamente va tinde spre următoarele realizări:

$$K_s = 1; \quad K_{ns} = 0$$

Aceasta va corespunde situației în care toți vizitatorii farmaciei vor fi satisfăcuți de calitatea deservirii prestate de către farmacistul respectiv, iar vizitatori nemulțumiți nu vor fi.

Capitolul III

COMUNICAREA CU VIZITATORUL FARMACIEI

În farmacia comunitară au loc mai multe tipuri de comunicare: farmacist-vizitator (pacient, potențial consumator de medicamente), farmacist-farmacist, farmacist-conducător, farmacist-medic, conducător-inspector, reprezentanți ai administrației publice etc. Principalul obiectiv comunicațional al farmaciei sociale este comunicarea farmacist-pacient. Pentru a înțelege principiile comunicării cu pacientul, este nevoie de a cunoaște bazele teoretice ale comunicării.

3.1. Repere teoretice ale comunicării

Comunicarea este un proces universal. Prin aceasta, înțelegem faptul că toate formele materiei vii comunică între ele. Totuși, știința proceselor de comunicare și-a concentrat atenția asupra a două forme majore de comunicare: comunicarea în lumea animală și cea umană. De ce comunicarea animală? Pentru că multe dintre schimburile de semnale sonore sau gestuale observate la insecte, la păsări și mai ales la rudele noastre cele mai apropiate – maimuțe, sunt considerate forme de comunicare.

Dansul ritual al albinelor (caseta 4) care presupune transmiterea unei informații esențiale pentru existența stupului, reprezintă o formă de comunicare primară.

De aici rezultă că comunicarea se caracterizează printr-un **sistem de semne** și printr-o **relație de schimb** între doi **parteneri** care împărtășesc un anumit cod comun.

Semnele și semnalele sunt de naturi diferite, chiar și în

lumea animală. Prin zborul lor, albinele efectuează o comunicare *motrice*. În același timp, animalele transmit emoții prin modificări biochimice, care conduc la emanarea unor substanțe numite *feromoni*. Observând șoarecii prinși în cursă, cercetătorii au constatat că feromonii care semnalează frica lasă un „mesaj” impregnat în materialul cursei, astfel încât să semnaleze pericolul și altor potențiale victime. Comunicarea **chimică** are, deci, avantajul de a transmite un mesaj, chiar și în absența emițătorului.

Caseta 4. Exemplu de comunicare în lumea animală

Un tip clasic de comunicare în lumea animală este dansul albinelor. Acest dans se produce ori de câte ori o albină găsește o sursă de nectar. Ea se întoarce ca să verse prima cantitate înghițită, dar, înainte de a pleca din nou pentru noi provizii, ea anunță și celorlalte albine descoperirea noii surse. Pentru a le transmite informația, ea zboară în cercuri mici, mai întâi în direcția acelor de ceasornic, apoi invers, timp de 1-2 minute, timp în care celelalte albine o ating cu antenele. Apoi, ca și când ar fi primit indicațiile necesare, celelalte albine zboară singure pe o rază de 50-100 m în căutarea locului indicat. Dansul poate fi desfășurat și în formă de 8, atunci când se dorește semnalizarea unor distanțe variabile, mai mari de 100 m. Variabilitatea distanței nu este semnalată prin durată, ci prin, viteza execuției, invers proporțională cu distanța de parcurs, de exemplu de 7 x 8 pentru 500 m, dar 5 x 8 pentru 1000 m.

În funcție de sistemele de semne și semnale, comunicarea animală poate fi, de asemenea, *cromatică* (semnalată de animale prin colorit viu și schimbări de culoare, în funcție de mesajul transmis, ca la diferite specii de șopârle și șerpi) și *tactilă*, ca în cazul atingerii antenelor în dansul albinelor.

Un alt tip de comunicare, denumită *luminoasă*, este realizat de diferite specii de insecte (licuriciul) sau de pești care, prin emitere de lumină, își semnalează prezența în mediul înconjurător. Printre speciile de pești de tipul țiparului electric

este detectată și o formă de comunicare *electrică*, manifestată ca o degajare de electricitate și utilizată ca formă de apărare personală și teritorială, de transmitere a semnalelor sexuale, dar mai ales foarte utilă în transmiterea informațiilor privind deplasarea bancurilor de pești.

Pentru ca o formă sau alta de comunicare să apară, este nevoie de existența unui grup, chiar redus la forma lui de bază (doi indivizi). Acest lucru este valabil atât pentru comunicarea umană, cât și pentru cea animală și a condus la definirea comunicării ca un proces bilateral. Este nevoie de două puncte de comunicare, dintre care unul conduce mesajul către celălalt, asociindu-l cu un cod comun, cunoscut de amândoi.

Conform definiției unor specialiști în comunicare, precum Carl I. Hoyland, Irving I. Jamis și Harold H. Kelley *comunicarea este un proces prin care un comunicator, adică individul care comunică, transmite anumite semnale (stimuli, de obicei verbali - prin cuvânt), cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi, cărora li se adresează și care devin auditoriul acestuia.*

Din definiție rezultă importanța limbajului verbal în comunicare. Încă J.J. Rousseau considera că limbajul primar sonor, condiționalizat sub influența regulilor sociale, a devenit specific diferitelor comunicări și parte componentă a unui contract social.

Din punct de vedere social, limbajul este învățat, nu este ereditar, iar dezvoltarea lui se datorează educației în instituții sociale precum familia, școala și locul de muncă. Istoric vorbind, legătura dintre dezvoltarea limbajului și civilizare, prin manipularea uneltelor de muncă și de vânătoare, pare să fie, de asemenea, esențială pentru antropologi și pentru anumite școli de psihologie.

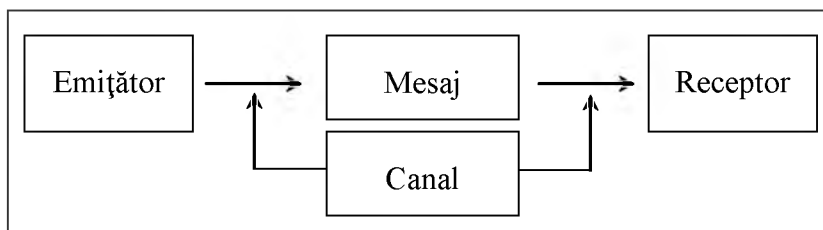
Faptul că limbajul este condiționat social este vizibil în modul în care doi comunicatori ajung să înțeleagă același lucru,

printr-un acord bazat pe anumite reguli de comunicare, pe care le împărtășesc. Mesajul este transmis astfel întotdeauna într-o formă *recogniscibilă* - care poate fi recunoscută - și *reversibilă* - transferabilă în unități care au același înțeles, atât la emitere, cât și la receptare

Acest lucru este realizat prin folosirea unui *cod*, care, în cazul comunicării verbale, se identifică, de fapt, cu limba în care are loc comunicarea respectivă. Pentru a înțelege cum funcționează comunicarea, să examinăm o schemă simplificată a comunicării (schema 1).

Aceasta este o schemă, care ar funcționa în condiții ideale. Ea presupune existența unui emițător care concepe, produce și transmite un mesaj, printr-un canal cunoscut, bine definit, fără să întâmpine dificultăți în transmisie, iar mesajul ajunge la receptor exact cum a fost produs de emițător. Însă această schemă nu explică toate aspectele comunicării.

Schema 1. Schema simplificată a comunicării

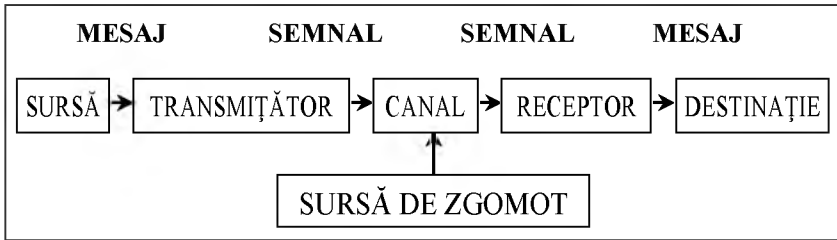


În realitate, pe drumul dintre emițător și receptor, transmiterea mesajului mai are de trecut și prin alte „porți” de intrare și ieșire. Una dintre cele mai importante porți este deschiderea canalului de comunicare, care deseori este blocat din cauza anumitor obstacole (bruiaje sau zgomote). Mai mult decât atât, deseori emițătorul nu este cel care concepe și produce mesajul, ci doar cel care îl transmite.

Una dintre schemele clasice ale comunicării a fost elaborată în 1949 și este cunoscută sub denumirea de schema **Shannon-**

Weaver, după numele autorilor ei. Cei doi autori au elaborat-o inițial pentru a putea servi explicării procesului de telecomunicații, dar acest model este apt să explice pozițiile suplimentare de intrare/ieșire ale mesajului, astfel (schema 2):

Schema 2. Schema clasică a comunicării Shannon-Weaver



Însă și acestei scheme clasice îi lipsește un element important al comunicării, și anume – legătura inversă (de întoarcere) a transmisiei, așa numitul **feed back**.

Modelele de comunicare utilizează acest termen preluat din cibernetică pentru a putea arăta în ce măsură a fost eficientă transmiterea mesajului. Termenul este util mai ales în analizarea modului în care se transmite informația: timpul de reacție și claritatea răspunsului receptorului, pe care acesta i-l dă emițătorului (caseta 5).

Caseta 5. Exemplu de feed-back

Feed back-ul, care poate fi numit, mai simplu, răspuns, poate fi reacția la propriul mesaj, atunci când ne analizăm, chiar în timp ce vorbim, discursul, tonul vocii, gesturile, controlându-ne în acest fel. Cel mai întâlnit tip de răspuns este însă cel pe care îl trimitem altui emițător decât propria persoană. Cuvinte și fraze de aprobare sau negare a spuselor interlocutorului, diferite mișcări ale corpului (cum ar fi înclinarea capului), ale ochilor, aplauze sau huiduieli la teatru ori la spectacole, toate acestea sunt posibile forme de răspuns la mesajele pe care le receptăm.

Feed back-ul reprezintă un proces prin care reacția la mesajul decodat este transmisă înapoi la cel care l-a codificat. În teoria comunicării, acest termen se aplică întoarcerii reacției receptorului la emițător. Se consideră că o comunicare eficientă este aceea care realizează un *feed back rapid*.

3.2. Tipuri de comunicări

În funcție de numărul respondenților, comunicarea poate fi: publică, de masă, de grup și interpersonală.

- ✓ *Comunicarea publică* reprezintă o formă a comunicării sociale, caracterizată prin prezența mai multor receptori, față de un unic emițător.
- ✓ *În comunicarea de masă* mesajele sunt dependente într-o măsură mult mai mare de canalele și de mijloacele de transmisie, de aceea se face un efort special pentru selectarea mediatorilor; precum ziarele, televiziunea, radioul, Internetul sau, în anumite cazuri, chiar evenimentul prin care se lansează un mesaj.
- ✓ În cazul în care procesul de comunicare se restrânge la un număr limitat de persoane, obligatoriu mai mult de două, se creează situații de *comunicare de grup*.
- ✓ *Comunicarea interpersonală* reprezintă ipostaza în care doi participanți își transmit, față în față, o serie de mesaje de interes reciproc.
- ✓ Comunicarea interpersonală beneficiază de un feed back imediat, stimulat de caracterul mai pronunțat afectiv al comunicării.

Pentru a realiza un control reciproc optim, precum și pentru menținerea echilibrului afectiv, un element important în comunicarea interpersonală este *autocunoașterea*. Pentru a putea ști ce presupune de fapt cunoașterea de sine, se apelează la o altă schemă clasică, numită *fereastra lui Johari*, după prenumele autorilor ei – *Joseph Luft* și *Harry Ingham*.

Pentru a înțelege principiul „ferestrei lui Johari”, trebuie să vă gândiți că în orice raport interpersonal real există aspecte despre sine pe care le cunoaște numai persoana care comunică, altele sunt cunoscute și de interlocutor, unele sunt ascunse în mod voit, iar de altele persoana nu este nici măcar conștientă, deși interlocutorul s-ar putea să le cunoască.

În funcție de gradul de control personal și interpersonal ce se manifestă într-o relație de comunicare, „fereastra lui Johari” prevede patru zone (schema 3).

Schema 3. Zonele „ferestrei lui Johari”

<i>zona deschisă</i>	<i>zona oarbă</i>
cunoscută sieși cunoscută celuiilalt	necunoscută sieși cunoscută celuiilalt
<i>zona ascunsă</i>	<i>zona necunoscută</i>
cunoscută sieși necunoscută celuiilalt	necunoscută sieși necunoscută celuiilalt

Din analiza acestor „ferestre” se observă, că ele au, pe rând, o preponderență mai mică sau mai mare, în funcție de partenerii implicați și că, mai ales, nivelul comun de cunoștințe crește direct proporțional cu apropierea dintre cei doi parteneri.

Odată stabilită condiționarea socială a comunicării, s-ar putea afirma că nu există decât comunicare în doi sau în grup. Această afirmație poate fi infirmată pe loc, deoarece este contrazisă de existența unui dialog, pe care fiecare dintre noi îl poartă cu propria persoană. Acest dialog este considerat forma de bază a *comunicării intrapersonale*.

Astfel, *comunicarea intrapersonală* este o formă de comunicare socială în care emițătorul și receptorul nu pot fi diferențiați, ei reprezentând o singură persoană.

3.2.1. Comunicarea verbală

O dată cu dezvoltarea gândirii și a limbajului, verbalizarea a început să joace un rol din ce în ce mai important în transmiterea mesajelor. Primele forme de verbalizare au fost **strigătele**. Chiar și după dezvoltarea limbajului articulat, strigătele au continuat să joace un rol important în activitățile sociale, mai ales în comunicarea la distanță sau în diferite ocupații, pentru coordonarea muncii de echipă.

Cel mai important aspect al comunicării verbale este **ascultarea**. Toți suntem, pe rând, transmițători și ascultători, dar este important de știut cât de bine știm să ascultăm. Într-o măsură mai mare decât vorbitul, cititul sau scrisul, s-a demonstrat că activitatea de ascultare solicită o persoană cultivată, un intelectual.

Din ce în ce mai mult se vorbește despre **ascultarea eficientă**, acea formă de ascultare care permite un feed back rapid și o înțelegere cât mai clară a mesajului, în același timp, ascultarea eficientă permite urmărirea activă a interlocutorului, anticiparea gândurilor acestuia și interpretarea simultană a mesajului verbal și nonverbal.

Așadar ascultarea reprezintă un proces activ de receptare, dar are o funcție importantă și pentru emitent, în primirea feed back-ului. Printr-un proces activ de ascultare, multe dintre dereglajele de transmisie pot fi corectate. Astfel, dacă transmițătorul se lasă dus de firul ideilor sale și sare, de exemplu într-o argumentație, peste un argument important sau chiar peste concluzie, receptorul atent îi poate atrage atenția asupra acestui lucru, pentru ca procesul de comunicare să poată fi corectat.

3.2.2. Comunicarea nonverbală

Disputele privind verbalizarea, exterioară sau interioară, nu mai sunt relevante de îndată ce intrăm pe terenul comunicării nonverbale.

În cadrul acesteia putem să discutăm despre mesajele pe

care le transmitem celorlalți, în mod conștient sau nu, prin intermediul altor semnale decât cele verbale. Astfel de mijloace de semnalizare sunt foarte multe, începând de la vocalizările nonverbale (mormăiturile, țipetele, gânguritul „de curtare”, chiar tonul vocii), până la comunicarea prin intermediul hainelor pe care le purtăm, a muzicii ascultate sau chiar prin felul în care ne amenajăm locuința.

Din multitudinea acestor semnale nonverbale vom alege, doar două dintre ele, care sunt considerate însă printre cele mai importante. Ambele se raportează la comunicarea prin intermediul corpului, dar unul se referă la atitudinea întregului corp, iar celălalt la gesturile pe care le facem, acestea fiind importante pentru comunicarea în farmacie.

Ne vom referi mai întâi la comunicarea prin intermediul distanțelor pe care le stabilim față de alți indivizi și care poartă denumirea de **proxemică** (de la proximitate – apropiere). Această disciplină a fost pentru prima oară teoretizată de cercetătorul american E.T. Hall în anul 1959.

Proxemica este acea știință care studiază utilizarea spațiului de către indivizi în timpul relațiilor care se stabilesc între aceștia, precum și semnificațiile care decurg din utilizarea diferită a spațiului.

Ne putem imagina că, acolo unde se sfârșește corpul nostru fizic, începe un fel de mantie invizibilă, care ne înconjoară în totalitate și care se extinde până la o distanță variabilă, în funcție de vârstă, sex sau de cultura din care provenim. În această zonă nu permitem să intre decât anumite persoane și numai cu acordul nostru; de aceea simțim intruziunea celorlalți ca pe o agresiune, așa cum s-a arătat în exemplul anterior, la care putem reacționa mai mult sau mai puțin violent.

În funcție de distanțele la care îi acceptăm pe ceilalți, putem să delimităm patru zone ale spațiului în care ne mișcăm: intimă, personală, socială și publică.

Zona intimă se întinde până la maxim o jumătate de metru de noi, în toate părțile. Se numește astfel deoarece aici nu permitem accesul decât persoanelor foarte apropiate emoțional (rude apropiate, persoana iubită), cu care comunicăm mai puțin verbal și mai mult afectiv. În schimb, dacă cineva pătrunde fără să vrem în această zonă, acest lucru trezește în noi puternice tendințe agresive, prin care încercăm să ne apărăm intimitatea.

A doua zonă, imediat următoare celei intime, este cea **personală**, care se extinde până la 1,20 m de noi, de jur împrejur. Este zona de conversație mai curând intimă, în interiorul apropiat al acestui spațiu fiind admiși, pe lângă rudele apropiate și persoana iubită, doar prietenii intimi. La marginea acestei zone sunt acceptate persoanele cu care nu suntem în relații foarte apropiate, dar cu care purtăm conversații de multe ori.

Zona socială, care se întinde până la 3,5 m în jurul nostru, se caracterizează prin contacte interpersonale reci, profesionale, care elimină orice element de intimitate. Aici sunt plasate persoanele necunoscute sau care ne sunt dezagreabile, vânzătorii cărora ne adresăm, clienții etc. De multe ori, pentru a marca fizic această distanță, ne putem baricada în spatele unor birouri impozante.

Ultima zonă, cea **publică** se manifestă la o distanță de peste 3,5 m. În cadrul ei, contactele interpersonale încetează, comunicarea primind un caracter public, oficial. Aici se situează discursurile persoanelor publice, care se adresează de pe o poziție dominantă unui grup de ascultători. Cu cât persoana este mai importantă, cu atât distanța crește (comparați distanța la care se situează de publicul lor profesorii, judecătorii, politicienii, președinții de state sau dictatorii). De multe ori, această distanță este păstrată cu ajutorul altor indivizi, angajați special în acest scop (este vorba despre bodyguarzi).

O altă formă extrem de importantă și de cunoscută a comunicării nonverbale este cea reprezentată de **comunicarea gestuală**.

Comunicarea gestuală este studiată de *kinezică* (de la gr. *kinesis* = mișcare), știința interpretării gesturilor. Interesul pentru analiza semnificației gesturilor datează încă din antichitate, când era strâns legat de regulile retorice și de atitudinea oratorilor în fața publicului. Cercetările moderne sunt inițiate de Ray Birdwhistell, care publică lucrarea „Introducere în kinezică” în anul 1952.

Făcând o clasificare simplă, putem să grupăm gesturile în *deschise* – acele gesturi care încurajează interacțiunea și favorizează o relație de încredere între cei doi comunicatori – și *închise* – gesturi care, dimpotrivă, descurajează comunicarea și sporesc gradul de neîncredere.

Câteva aspecte ale comunicării gestuale sunt în mod particular importante:

✓ Gesturile sunt universale, dar semnificația lor este particulară, culturală. De exemplu, gestul pentru OK, semnifică nimic sau zero în Franța, dar este și un gest considerat obscen în unele țări precum Malta sau Tunisia.

✓ Gesturile au o utilitate generală, dar pot avea și semnificații personale și situaționale. De exemplu, gestul strângerii de mână recomandă o strângere viguroasă, în timp ce întinderea unei mâini moi, lipsită de vlagă, este asemenea unui „pește mort” și indică un caracter slab sau ascuns al interlocutorului. Cu toate acestea, pentru suferinzii de artrită sau pentru cei care desfășoară activități manuale de o anumită finețe – cum sunt chirurgii sau violoniștii – o strângere puternică de mână este evitată din motive profesionale și, prin urmare, semnificația mâinii moi întinse nu mai poate fi considerată cea prezentată mai sus.

✓ Gesturile denotă putere personală, dar nu înseamnă că toate gesturile trebuie studiate meticolos pentru a domina. Multe dintre gesturile noastre de afișare a persoanei sunt limitate în anumite contexte. De exemplu, într-un lift sau într-un autobuz aglomerat, oamenii se vor abține să facă gesturi, apărând

în schimb expresiile încremenite ale corpului și o figură cât mai detașată de mediu.

✓ Gesturile însoțesc comportamente de decizie, prin care unul dintre comunicatori preia controlul unui eveniment sau al unei situații. Deși utilizarea acestor gesturi se face în contexte previzibile, rolul lor fiind mai clar decât al altor gesturi care pot fi interpretate în mai multe moduri, putem descifra și aici anumite elemente de marcă. Aceste gesturi pot avea o semnificație pozitivă sau una negativă, în funcție de gesturile care le premerg.

Diferite elemente gestuale sunt studiate de specialiști, care arată că ele pot interveni pentru sublinierea stărilor afective, pentru controlul și reglarea comunicării sau pentru sublinierea anumitor mesaje.

Specialiștii au dat denumirea de *embleme* acelor gesturi care țin locul cuvintelor. La nevoie, în cazuri patologice – pentru surdo-muți, de exemplu – acest limbaj emblematic se constituie într-un limbaj autonom. Alteleori, acest limbaj dobândește un caracter special, în anumite forme artistice sau publice, cum este utilizarea *pantomimei*. Pantomima reprezintă fie o formă dramatică, teatrală, fie o manifestare conjuncturală, atunci când bruiatul (zgomotul) sau distanța îi împiedică pe comunicatori să folosească limbajul verbal.

Acele gesturi care subliniază anumite mesaje verbale, de pildă anumite mișcări ale mâinilor, ale corpului sau ale privirii, sunt numite *ilustratori*. Anumiți ilustratori au devenit simboluri, așa cum este gestul în formă de V, realizat prin ridicarea simultană a degetelor arătător și mijlociu ca semn al victoriei, folosit prima dată de Winston Churchill.

Alte gesturi nu au decât funcția unor gesturi de reglaj și de menținere a comunicării verbale între comunicatori. Un astfel de gest este acela al confirmării de receptare a mesajului sau al încurajării interlocutorului prin mișcarea capului sau a mâinilor.

3.2.3. Comunicarea interpersonală

Orice proces de comunicare are la bază anumite reguli. În cazul comunicării interpersonale, comunicarea ce are loc între farmacist și pacient sau vizitatorul farmaciei, cel mai important aspect este cel al relației bilaterale ce se stabilește între cei doi comunicatori.

Cunoașterea axiomelor comunicării interpersonale îl va ajuta pe farmacist să „construiască” în farmacie un proces comunicațional eficient.

Despre comunicare în general se poate vorbi ca despre un proces care atinge toate formele materiei vii. Însă, dacă putem spune că există o mulțime de modalități de comunicare, de la cea vizuală sau verbală până la comunicarea chimică sau luminoasă, trebuie totuși să precizăm că, în cazul comunicării umane, deosebit de important este numărul partenerilor care participă la acest proces. Astfel, într-un fel se va desfășura comunicarea intrapersonală, în care emițătorul se confundă cu receptorul, iar feed-back-ul are forme specifice, într-un alt mod va avea loc comunicarea interpersonală, care presupune existența a doar doi parteneri de discuție, și într-un mod total diferit se vor desfășura procesele de comunicare în grupuri sau la nivel public. Complexitatea acestor procese diferite face ca ele să nu poată fi studiate ca un tot unitar, deoarece fiecare face uz de tehnici și mijloace specifice, adaptate scopurilor cărora le corespund.

Comunicarea interpersonală poate fi considerată a fi tipul esențial, pe scheletul căruia se construiesc și celelalte tipuri, mai complexe de comunicare. Acest fapt ne determină să studiem îndeaproape modul în care funcționează comunicarea interpersonală. Reluând definiția dată acesteia, se poate spune că ea reprezintă un proces ce implică doi parteneri: unul care emite un mesaj, numit emițător, și un altul, numit receptor, care primește mesajul transmis și îi confirmă primului primirea acestui mesaj.

Această structură de bază a comunicării poate fi extinsă,

eventual, până la ideea că și un grup mai restrâns de comunicatori (până la 7-8) realizează tot o comunicare interpersonală, și nu una de grup. Însă, pentru ușurarea înțelegerii noțiunilor acestui capitol, referindu-ne la comunicarea interpersonală, vom avea în general în atenție structura cu doi participanți.

Din perspectiva definiției pe care am amintit-o mai sus, deducem că relația care se stabilește în comunicarea interpersonală este în mod necesar una bilaterală.

Relația bilaterală în comunicare poate fi definită ca procesul de implicare activă a emițătorului și a receptorului în transmiterea, primirea și confirmarea primirii de mesaje, astfel încât procesul de comunicare interpersonală să se poată desfășura fără apariția vreunui bruiaj.

Din această definiție rezultă că în comunicarea interpersonală bilateralitatea este o relație fundamentală. Ea implică în mod necesar un răspuns al receptorului, care să se refere chiar la mesajul primit și care trebuie să aibă loc în timp real sau cât mai aproape de momentul transmiterii mesajului (avem aici în vedere cazul special al comunicării interpersonale realizate prin intermediul scrisorilor, în care există un decalaj între momentul emiterii mesajului, cel al primirii lui și momentul răspunsului la acesta). Din acest motiv, comunicarea bilaterală este considerată un *act de comunicare integral*, care se poate realiza în forme simple (de tipul mesaj – replică) sau complexe (serie de mesaje și replici). Concluzia celor spuse este că un act de comunicare total are neapărată nevoie, pentru a fi astfel numit, de minim o succesiune de replici de tipul mesaj – feed-back.

În procesul comunicării, se întâlnesc două mari tipuri, delimitate după cum cei implicați sunt prezenți în același loc și în același timp la acest proces sau nu. În funcție de prezența sau absența acestora, putem vorbi despre:

- a) comunicare directă sau
- b) comunicare indirectă.

a) Comunicarea interpersonală directă

*Se numește **comunicare directă** acel proces în care emițătorul și receptorul se află în același timp și în același loc în care este transmis mesajul, iar contactul dintre ei este unul nemijlocit, tehnicile de comunicare folosite bazându-se pe mijloace verbale sau paraverbale (cuvinte, tonul vocii), precum și pe mijloace nonverbale (gesturile, atitudinile corpului și delimitările spațiului personal).*

Cu alte cuvinte, comunicarea directă este de tip „face to face” sau „între patru ochi”, ceea ce dă prilejul să fie decodate atât mesajele de tip verbal, cât și cele nonverbale, poate chiar mai importante, pe care și le transmit interlocutorii. Datorită acestei simbioze între mai multe canale de transmitere a informației, comunicarea directă este considerată ca având un grad foarte înalt de eficiență. Suntem obișnuiți să considerăm că vocea umană are rolul de a transmite mesaje codificate sub o formă verbală. Însă această funcție nu acoperă întru totul posibilitățile de comunicare pe care le avem prin intermediul sunetelor. De fapt, cercetătorii comunicării sunt unanim de acord în a afirma că în comunicarea directă cuvintele au ponderea de maxim 10%, tonul vocii are între 35 și 40%, în timp ce comunicării nonverbale îi revine restul de circa 50% din întregul proces. O mare diferență, deci, între rolul pe care îl acordăm noi cuvintelor și valoarea lor reală! Din cifrele pe care le-am prezentat, le vom reține mai ales pe acelea care se referă la tonul vocii. 35-40% din întregul proces de comunicare are drept canal nu sunetele articulate, ci semnalele sonore nonverbale pe care le transmitem tot prin intermediul vocii.

***Limbajul paraverbal** reprezintă un mod de comunicare realizat prin intermediul tonalității vocii, prin ritmul vorbirii, prin accente și prin pauze. El se suprapune, de regulă, peste mesajul verbal, influențându-l în mod semnificativ: îl poate intensifica, slăbi, distorsiona sau chiar nega.*

În continuare ne vom referi succint la unele dintre cele mai importante componente ale limbajului paraverbal.

Tonul vocii este un foarte important instrument de transmitere a informațiilor, având un rol important în convingerea interlocutorilor de adevărul spuselor noastre. Cercetările psihologice au demonstrat că există două tonuri principale de care facem de obicei uz în conversații. Primul, numit și ton de bază, este *tonul parental*, folosit de obicei atunci când dorim să fim ascultați, luați în seamă, convingători. Cel de-al doilea este numit *ton de copil*, deoarece este mai zburdalnic, îmbufnat sau plângăcios. Dacă vom încerca să ascultăm cu atenție conversațiile dintre două persoane sau din cadrul grupurilor, vom observa că mesajele transmise de indivizii care folosesc tonul de adult au mari șanse de a fi receptate și reținute de ceilalți participanți; în schimb, cele transmise pe un ton de copil nu sunt deloc luate în seamă și cu atât mai puțin reținute. Aceasta se întâmplă, susțin psihologii, deoarece creierul nostru este programat să asculte de mesajele care sunt transmise pe un ton care amintește de vocea părinților, autoritară, care cheamă la supunere, transmițând ideea de competență, de calm și ordine.

O altă componentă importantă a limbajului paraverbal este **volumul vocii**, care depinde în primul rând de cantitatea de aer pe care o pot primi plămânii și de capacitatea toracică. El poate fi ridicat sau scăzut în funcție de mesajul transmis, de numărul interlocutorilor și de locul în care se află participanții la discuție, precum și de mesajul pe care dorim să-l transmitem.

Bâlbâielile, cărora li se opune claritatea limbajului, sunt un obstacol foarte important în calea receptării corecte a mesajului transmis. Bâlbâiala poate avea cauze fizice (anumite defecte care pot sau nu să fie corectate pe cale medicală) sau psihice (oboseala emițătorului, necunoașterea sau cunoașterea insuficientă a unor pasaje ale mesajului). Un vorbitor care

rostește anumite pasaje cu o voce prea joasă, mormăită, bâlbâindu-se, îl face în acest mod pe interlocutorul său să-și concentreze atenția exact asupra respectivelor pasaje, ceea ce de multe ori poate duce la descoperirea unor lacune în cunoștințele emițătorului.

Din aceste considerații se poate desprinde concluzia că, în general, vorbim cu atât mai clar cu cât cunoaștem mai bine subiectul expus și dimpotrivă, cunoașterea parțială a mesajului ne poate face să-l transmitem, poate inconștient, într-un mod care să nu fie prea bine înțeles de către interlocutor. De aceea este foarte importantă studierea și îmbunătățirea dicției, mai ales pentru vorbitorii profesioniști (cum sunt profesorii, medicii, farmaciștii, purtătorii de cuvânt), astfel încât rostirea neclară să nu apară decât acolo unde este absolut necesară și să fie astfel folosită în discurs încât să nu lase impresia de nesinceritate a celui care îl rostește.

Dacă, în timp ce vorbim, dorim să subliniem o anumită frază sau un cuvânt, aceasta se face rostind enunțul respectiv cu o voce mai apăsată, mai intensă ori mai înaltă, în acest caz se poate vorbi despre accentuare, care are și ea un rol foarte important în influențarea sau chiar schimbarea sensului enunțului.

Un enunț cum este „fumatul este dăunător” conține în sine o informație. Însă această informație poate fi o simplă afirmație, dacă este rostită pe o voce egală: „Fumatul este dăunător.”, o întrebare, dacă este rostită cu o ușoară ridicare a vocii către finalul enunțului: „Fumatul este dăunător?”, după cum poate fi o exclamație atunci când avem de-a face cu o ridicare și o coborâre succesivă și semnificativă a vocii: „Fumatul este dăunător!”. În toate aceste cazuri, ceea ce a ajutat la diferențierea enunțurilor a fost **modulația vocii**, înțelegând ca succesiunea ridicărilor și coborârilor vocii, cu scopul de a transmite atitudini, sentimente sau emoții ori chiar cu scopul de a indica anumite pasaje care par mai importante în cadrul enunțului.

O comunicare poate fi făcută într-un mod repezit, fără pauze, ori dimpotrivă, pe un ton rar și măsurat. Aceste diferențe sunt date de **ritmul vorbirii** și contribuie la inducerea unor stări psihice de calm, de siguranță sau de neliniște, de dorință de acțiune, chiar de panică în anumite cazuri. Astfel, dacă o explicație despre reacțiile adverse posibile ale medicamentului, de exemplu, poate fi rostită pe un ton măsurat și într-un ritm lent sau normal, nu în același mod va fi construit un mesaj despre consecințele folosirii de alcool în timpul medicației. Totuși, chiar și în cazul unei explicații științifice, ritmul vorbirii nu trebuie exagerat în nici un caz, pentru a nu bloca receptarea eficientă a mesajului transmis. Altfel, am putea să ne pierdem interesul ascultând o explicație rostită într-un ritm prea lent și monoton ori s-ar putea să nu reacționăm prompt la semnalarea unui eveniment neașteptat, dacă mesajul este rostit mult prea repede pentru a-l înțelege și pentru a acționa în consecință.

Ritmul vorbirii are, de asemenea, importanță în momentul în care participanții la o discuție sunt indivizi ale căror ritmuri diferă. Astfel, cei care au un ritm mai lent de vorbire percep mai greu și mesajele pe care le primesc și, de aceea, au probleme în receptarea unor mesaje rostite de cineva care are un ritm mai rapid al vorbirii, ceea ce poate duce la blocaje în comunicare. Iată de ce în orice conversație este recomandabil ca cei doi interlocutori să-și potrivească ritmurile, în așa fel încât ele să fie cât mai apropiate și comunicarea să poată avea loc.

Un enunț poate fi subliniat nu numai prin intermediul vocii, ci chiar și prin absența acesteia, adică prin **pauze** sau **tăceri**. Acestea sunt foarte importante, deoarece prin intermediul lor se poate crea un moment de respirație în timpul discursului, astfel încât interlocutorul să înțeleagă mai bine mesajul transmis și să poată reține informațiile importante, care sunt subliniate chiar de tăcerile care le urmează de cele mai multe ori. Pe lângă această funcție, de subliniere a mesajelor importante, pauzele mai pot îndeplini și alte roluri:

- a) de a asigura revenirea asupra unei idei a vorbitorului, atunci când acesta cade pe gânduri în timpul unei explicații;
- b) de a arăta că urmează un pasaj important, căruia trebuie să i se acorde o atenție specială;
- c) de a lăsa interlocutorului prilejul să se exprime, asigurând astfel un feed-back pentru mesajul transmis;
- d) de a acoperi încurcătura vorbitorului, atunci când acesta nu mai știe cum să continue și așteaptă de la receptor să preia conducerea conversației.

Pauzele sunt necesare, deci, în comunicare, pentru că pot asigura coerența logică a mesajului și pentru că datorită lor poate să se manifeste răspunsul și, prin urmare, continuarea discuției dintre participanții implicați în ea.

Tot din seria semnalelor vocale nonverbale de care ne putem folosi în comunicare mai fac parte tusea semnificativă, dresul vocii, oftatul și geamătul. În privința ultimelor două, putem observa că deseori ele transmit mai puțin informații despre conținutul comunicării, pe care de fapt nu îl modifică, și mai mult semnale referitoare la caracterul emițătorului. Acest tip de vorbitor se prezintă în acest mod ca o persoană care cere în mod excesiv compătimire, iar consecința acestui fapt este că, de cele mai multe ori, ceilalți vor începe să-l evite.

Totuși, există și oftaturi emise conștient, care se constituie ca un comentariu sau chiar ca o încercare de a anula mesajul transmis prin intermediul vorbirii. Acestea pot incita interlocutorii să solicite o detaliere a mesajului, ceea ce poate de multe ori să ducă la o reformulare a acestuia în termeni care să infirme enunțul inițial.

În cazul *tusei* (bineînțeles, cea care nu este provocată de factori patogeni) sau al *dresului vocii*, atunci când acestea sunt folosite intenționat, putem spune că avem de-a face cu un comentariu, de obicei ironic, la spusele emițătorului sau ale partenerului de discuție. De asemenea, tusea ori dresul vocii pot

indica și o relație de complicitate între cei doi parteneri, fiind un semn că lucrurile despre care se vorbește sunt cunoscute de amândoi atât de bine încât nu mai este nevoie să fie exprimate ori că ele nu trebuie să ajungă la urechile altor interlocutori aflați în preajmă.

Toate aceste semnale paraverbale au rolul de a comunica date despre emițător și despre mesajul pe care îl transmite, date care, după cum am văzut, au o importanță cu mult mai mare decât cea manifestată în mesajele verbale propriu-zise. Totuși, nu trebuie să considerăm că ele se manifestă separat, ci că sunt de obicei într-o strânsă interdependență unele față de altele; de exemplu, unui anumit ton al vocii îi corespunde un anumit volum, după cum unui ritm mai rapid îi poate corespunde o dicție mai puțin clară. De aceea, numai analiza atentă a tuturor elementelor verbale, paraverbale și nonverbale implicate în transmiterea unui mesaj poate ajuta la corecta lui decodare.

b) Comunicarea interpersonală indirectă

Comunicarea directă, față în față, poate fi socotită cel mai eficient mod de comunicare interpersonală, deoarece, după cum am văzut, în transmiterea mesajului sunt implicați o mulțime de factori para – și nonverbal. Totuși, după cum se știe, comunicării directe îi iau de multe ori locul, din diverse motive, forme specifice de comunicare la distanță sau indirectă.

Comunicarea indirectă sau la distanță este acel tip de comunicare care are nevoie, pentru a se desfășura, de intermedierea unor mijloace artificiale cum ar fi: scrierea, tiparul, tehnicile care permit utilizarea telegrafului, a telefonului sau a Internetului.

În cazul comunicării indirecte, se poate vorbi despre două tipuri, în funcție de tehnicile folosite:

1. Tehnici care nu permit decât o comunicare total decalată, adică în care emițătorul și receptorul se află în locuri diferite, iar răspunsul la mesajul trimis de unul îi parvine celuilalt

abia după trecerea unui anumit timp (zile, săptămâni sau chiar luni și ani în situațiile extreme). Acestea sunt tehnicile legate de folosirea scrisului (manuscris ori tipărit) sau, în contextul actual, de folosirea poștei electronice. Cu alte cuvinte, procese de comunicare decalată la distanță pot fi considerate scrisorile, faxurile sau scrisorile electronice (e-mail-urile).

2. Cel de-al doilea tip de comunicare indirectă este asigurat de tehnici care permit transmiterea mesajului în timp real, astfel încât emițătorul și receptorul, chiar dacă nu se află în același loc, să poată transmite informații și să primească răspuns în timp real la mesajele primite. Din această categorie fac parte mesajele trimise prin intermediul telegrafului, al telefonului, unele forme de comunicare televizată, cum sunt duplexurile, precum și comunicarea video prin Internet.

3.3. Bariere în comunicare

Paradoxul noilor tehnologii este acela că, deși au intensificat comunicarea, au dezvoltat în același timp și contexte care o fac imposibilă, ajungându-se astfel la situația numită **incomunicare**.

În același timp, generalizarea comunicării creează din ce în ce mai multe probleme de înțelegere a mesajelor, până când se atinge limita capacității de comunicare, definită drept **incomunicabilitate**.

În procesul cotidian de comunicare, stările de blocaj comunicațional se datorează anumitor bariere, create voluntar sau involuntar în timpul procesului de transmitere a mesajului.

Prima și cea mai des întâlnită barieră în comunicare ce are loc în localurile publice (inclusiv și în farmacii) este necunoașterea limbii de stat de către unul din interlocutori. În aceste cazuri, comunicarea verbală eficientă este imposibilă.

Pentru a putea defini aceste situații de comunicare imposibilă, vom reveni la schema simplă a comunicării (*schema 1*)

și să analizăm ce se poate întâmpla în cazul fiecărei componente.

La emitere, se pot înregistra greșeli de codificare, fie prin schimbarea codului, fără ca receptorul să fie avertizat, fie printr-o utilizare defectuoasă a acestuia. Una dintre greșelile întâlnite frecvent în instituții este aceea de supracodificare, de pildă prin excesul de acronime și abrevieri, pe care receptorul, chiar dacă este un angajat al respectivei instituții, ajunge să nu le mai poată decoda.

La nivelul *canalului de transmisie* prezența unor zgomote afectează înțelegerea. Chiar și în comunicarea față în față, vocea care transmite mesajul poate bruiia înțelegerea prin asprime, agresivitate sau prin sonoritate slabă. Suntem în aceste situații obligați să cerem emițătorului să repete mesajul.

Alte bruiaje se pot ivi la nivelul *mesajului însuși*, în cele mai multe cazuri acesta fiind exprimat ambiguu, neclar. Receptorul poate da diferite interpretări, pe care le consideră adecvate. Prin feed back, emițătorul este nevoit de această dată să repete mesajul, pentru a asigura înțelegerea lui.

În afară de bruiajul fizic (zgomotele care pot împiedica procesul de comunicare), mai poate fi vorba, ca barieră, și de *bruiajul psihic*. Acesta se poate realiza în două forme. Prima se referă la situațiile în care emițătorul însuși, luat de firul gândurilor, nu-și poate duce până la capăt expunerea sau o face într-un mod atât de defectuos, încât ceea ce spune nu mai este inteligibil pentru ascultători. Această formă de împiedicare a comunicării poartă denumirea de „*autobruiaj psihilogic*”. Tot o formă de autobruiaj este și aceea care apare atunci când receptorul, de data aceasta, nu se concentrează asupra spuselor emițătorului din motive fizice (oboseală) sau psihice (dezinteres) și, în timp ce acesta își transmite mesajul, mintea îi zboară către altceva.

De cele mai multe ori, bruiajul psihic îl afectează mai ales pe receptor, chiar fără voia acestuia (cea de-a doua formă de bruiaj psihic). Un exemplu al unui astfel de caz apare atunci când receptorul, cu toate că dorește să înțeleagă mesajul

transmis de emițător, nu poate să o facă, deoarece fie nu are îndeajuns de multe cunoștințe ca să-l înțeleagă, fie pentru că atenția sa nu este suficient antrenată pentru a fi în stare de o ascultare activă. Aceste tipuri de bruiaj pot fi întâlnite des în comunicarea farmacist-pacient.

Până acum s-a vorbit despre barierele care pot interveni în calea comunicării verbale. Însă și comunicarea nonverbală poate fi îngreunată de diverse bruiaje, care pot chiar să o facă imposibilă.

Blocajele se pot manifesta, deci, în oricare tip de comunicare, îngreunând-o sau făcând-o de-a dreptul imposibilă. Important însă este să fie găsită o modalitate justă de anihilare a acestor blocaje, astfel încât comunicarea, fără de care, cum spune axioma amintită mai sus, nu se poate, să fie restabilită integral.

3.4. Funcțiile comunicării

În procesul comunicării bilaterale se poate vorbi despre realizarea diferitor funcții, care îndeplinesc rolul de a îndrepta atenția asupra unuia sau altuia din elementele procesului de comunicare.

Atunci când mesajul transmis pune în evidență, în primul rând, stările și emoțiile prin care trece *emițătorul* său, se actualizează *funcția* emotivă a comunicării.

Numim *funcție conativă* (din lat. conatus - forțat) acea funcție prin intermediul căreia se încearcă *manipularea receptorului* de către emițător, cu scopul de a-l determina să răspundă într-un anumit fel. Această funcție se mai numește, de aceea, și *persuasivă* sau *retorică*.

Atunci când *mesajul* este cel vizat, putem vorbi despre realizarea *funcției poetice* a comunicării. În acest caz are loc elaborarea mesajului într-o formă cât mai sugestivă pentru receptor (spre exemplu – reclama).

Funcția referențială sau *cognitivă* a comunicării se actualizează atunci când în centrul atenției se află *contextul*

(sau, cum mai este numit, referentul) în care se produce mesajul. Funcția referențială este, se pare, una dintre cele mai vechi funcții ale comunicării. Ea este extrem de importantă, pentru că, prin intermediul ei s-a ajuns la denumirea obiectelor și conceptelor pe care le întâlnim și de care ne folosim.

Noțiunea de context al comunicării include cauzele ce influențează conținutul mesajului și modul în care acesta este comunicat. În literatura de specialitate se descriu patru categorii de contexte ale comunicării.

1. Există, în primul rând, *contextul fizic* sau *concret*, a cărui existență este imediat perceptibilă din studiul locului în care se desfășoară comunicarea. Spațiul (închis sau deschis), iluminarea respectivului loc (naturală sau artificială), căldura sau frigul, natura spațiului în care are loc comunicarea, toate acestea fac parte din contextul fizic. Astfel, o conversație care are loc între un șef și un subaltern nu se va desfășura în același fel în biroul primului sau la munte, în cadrul programului de pregătire profesională la care participă amândoi, deși poate că obiectul acestei conversații este, în toate aceste cazuri, același. Parametrii ei se schimbă, deci, în funcție de caracteristicile mediului înconjurător și ale timpului în care are loc discuția. Acesta este, deci, modul în care funcționează contextul fizic.

2. Un al doilea context se face simțit mai ales în momentul în care cei care discută sunt indivizi aparținând unor clase social diferite și care se întâlnesc în situații în care comunicarea este influențată de acest lucru. Statutul lor social, caracterul oficial sau personal al relațiilor lor, situația concretă de comunicare și starea psihică pe care aceasta o poate induce, toate acestea sunt elemente componente ale *contextului social* și *psihologic*. De exemplu, conversația dintre un angajat al unei firme și un client al firmei va fi altfel la birou sau la restaurant, în firma angajatului sau în cea a clientului, toate aceste contexte influențând puternic și rezultatul discuției.

3. Al treilea tip de context, cel *temporal*, privește momentul în care are loc discuția. Șeful și angajatul, de exemplu, vor purta în moduri diferite o conversație dacă aceasta are loc în timpul zilei sau la căderea serii, la începutul săptămânii de lucru sau vineri după-amiază, imediat după căsătoria unuia dintre ei sau în ziua care precedă intrarea în concediu.

4. În sfârșit, ultimul tip de context este vizibil mai ales în momentul în care participanții la discuție aparțin unor țări sau confesiuni diferite. Este vorba de *contextul cultural*, sursă a multor gafe și neînțelegeri în momentul în care este ignorat. Pentru a-l ilustra, vom aminti cazul conversațiilor dintre un musulman și un creștin ori conduita care trebuie adoptată în biserică și cuvintele care se pot rosti în acel loc.

Funcția metalingvistică a comunicării se manifestă prin momentul în care se atrage atenția asupra limbajului utilizat, indiferent dacă este verbal sau nonverbal. Această funcție caracterizează, prin urmare, codul folosit de către participanții la discuție.

Atunci când în centrul atenției se află interesul pentru caracteristicile pe care le are *canalul* de comunicare (numit și *contact*) și pentru modul în care funcționează acesta, se actualizează *funcția fatică* a comunicării (stabilirea contactului).

Pentru o înțelegere mai bună a procesului comunicațional, este nevoie de a cunoaște așa numitele axiome ale comunicării.

3.5. Axiomele comunicării

În anii '60 ai secolului XX, câțiva psihologi și lingviști americani, reuniți la Institute of Mental Research din localitatea Palo Alto (de unde le vine și denumirea de paloaltiști), au formulat un număr de șapte principii ale comunicării, pornind de la cercetarea psihologică a schizofreniei. Ei au numit aceste principii axiome, inspirându-se din terminologia matematică, pentru a indica faptul că ele nu pot fi evitate sau anulate în comunicare.

1. Prima axiomă spune: „**Comunicarea este inevitabilă**” sau „**Non-comunicarea este imposibilă**”. Potrivit acestui principiu, orice comportament are valoare de comunicare, independent de voința celui care comunică. Nici măcar tăcerea nu poate fi considerată, din acest punct de vedere, lipsă a comunicării, ci doar una dintre formele acesteia. Astfel se poate spune că, de la cuvinte, tonul vocii și până la amenajarea casei și felul în care mergem pe stradă, tot din personalitatea noastră intră într-un dialog continuu, chiar dacă de multe ori neconștientizat, cu ceilalți.

2. „**Comunicarea se desfășoară pe două niveluri: al conținutului și al relației. Primul nivel dă informații, iar cel de-al doilea dă informații despre informațiile oferite de primul**” spune cea de-a doua axiomă a comunicării. Cu alte cuvinte, niciodată nu există un singur nivel al comunicării, ci întotdeauna două, al doilea comentându-l mereu pe cel dintâi. Acesta este cazul comunicării nonverbale sau al celei paraverbale, care funcționează mereu ca semne ale unor gânduri pe care emițătorul nu vrea sau nu poate să le transpună în cuvinte. Din acest punct de vedere, trebuie menționată o consecință a acestei axiome, descoperită tot de cercetătorii de la Palo Alto, și anume că „atenția acordată comunicării distruge comunicarea”, ceea ce înseamnă că mecanismele înțelegerii reciproce trebuie lăsate să funcționeze la un nivel semiconștient pentru a fi eficiente (fenomen similar celui al mersului pe bicicletă, în timpul căruia nu trebuie să ne gândim la mișcările pe care le facem, pentru că acest lucru poate duce la dispariția coordonării și la eșecul mișcărilor pe care încercăm să le facem).

3. O a treia axioma a comunicării, aflata în legătură directă cu prima, sună astfel: „**Comunicarea este un proces continuu, care nu poate fi abordat în termeni de cauză-efect ori stimul-răspuns**”. Din moment ce nu ne putem împiedica să comunicăm, noi comunicăm cu tot ceea ce facem și suntem, cu prezentul și cu trecutul nostru. Aceasta trezește reacții la cei cu care intrăm în relație, iar noi (neștiind că am comunicat ceva)

putem răspunde la reacțiile lor, crezând că acestea au fost primordiale. În acest mod se creează un cerc vicios, în care fiecare crede că doar reacționează, când de fapt îl face pe celălalt să reacționeze.

4. Axioma următoare spune: **„Comunicarea se bazează atât pe informația digitală (adică prelucrată de sistemul nervos central), cât și pe informația analogică (pe care o prelucrează sistemul neurovegetativ)”**. Legată ca semnificație de axioma a doua, aceasta indică faptul că orice proces de comunicare se realizează atât la nivelul simbolurilor pe care le procesează (simboluri cum ar fi cuvintele), cât și la acela al stimulilor nonverbal, de natură biochimică (așa cum este cazul tuturor tipurilor de comunicare nonverbală). Cu aceasta revenim, de fapt, la constatarea că orice informație de tip verbal (adică digital) este comentată de una, transmisă în același timp, de tip nonverbal (adică analogic).

5. **„Comunicarea este ireversibilă”** este cea de-a cincea axiomă. În cazul acesteia, comentariul este foarte simplu: după cum nu putem să nu comunicăm, tot astfel nu ne putem lua înapoi mesajele pe care le transmitem, conștient sau inconștient. Consecința cea mai importantă a acestui principiu este că, deoarece orice act de comunicare are un efect asupra receptorului, acest efect nu poate fi retras, indiferent dacă este pozitiv sau negativ. Cunoașterea acestui lucru de către un vorbitor exersat ar trebui să fie suficientă pentru a nu-l face să comunice lucruri pe care le-ar putea regreta, deoarece acestea nu mai pot fi luate înapoi.

6. Axioma a șasea enunță: **„Comunicarea implică raporturi de putere între parteneri, iar schimburile (tranzacțiile) care au loc între aceștia pot fi simetrice sau complementare”**. Cu alte cuvinte, orice proces de comunicare este unul de forță, în care cei doi parteneri încearcă să dobândească dominația unul asupra celuilalt, neexistând niciodată egalitate reală între aceștia. De asemenea, noțiunile de simetrie și complementaritate trebuie

înțelese în sensul că unui mesaj i se poate răspunde fie cu un altul de același tip și de aceeași forță (simetric), fie cu unul de un alt tip și de o forță inferioară primului. Este ușor de dedus din această frază că pentru o comunicare eficientă trebuie încurajate raporturile complementare, care sunt cele ale negocierii, și nu cele simetrice, care sunt de obicei raporturi de agresiune, ce pot genera foarte ușor conflicte.

7. În sfârșit, ultima axiomă este enunțată astfel: „**Comunicarea implică procese de acomodare și ajustare a comportamentelor**”. Aceasta înseamnă că, datorită faptului că fiecare om este diferit de ceilalți, percepend lumea într-un mod care este numai al său, în mod implicit va avea și interese și scopuri diferite de ale celorlalți, într-o măsură mai mare sau mai mică. Din acest motiv, oamenii trebuie în mod continuu să-și ajusteze comportamentul la cel al interlocutorilor lor, începând cu modul în care vorbesc, continuând cu gesturile și mimica, și ajungând până la modul în care se îmbracă. Acest lucru este absolut necesar, deoarece în absența sa comunicarea s-ar transforma, de fapt, într-un dialog de surzi, în care nimeni nu s-ar mai înțelege cu nimeni, iar acordul și armonia ar deveni imposibile.

3.6. Conversația

Dacă am încerca o definiție a comunicării din punctul de vedere al conversației am putea spune că o conversație reprezintă interacțiunea emițătorului cu un receptor în care cei doi schimbă pe rând rolurile unul cu celălalt. Cu alte cuvinte, a conversa înseamnă a schimba atât informații de orice tip, cât și rolurile în comunicare.

Din perspectiva modului de funcționare, **orice conversație este un act de comunicare verbală care se prezintă ca o succesiune de replici**, având o coerență internă mai mare sau mai mică și care se înlănțuie după anumite reguli gramaticale.

În schimb, din perspectiva contextului, **conversația se**

definește ca un tip familiar de comunicare interpersonală, în care participanții își asumă pe rând și în mod liber rolul de emițător.

Cu alte cuvinte, din perspectiva funcționării sale, conversația este un fel de „text”, produs în mod colectiv de către participanții la ea, care au astfel obligația de a-i asigura coerența, în lipsa căreia acest act de comunicare și-ar pierde din fluență și s-ar dilua până la dispariție. De aceea, cei care sunt implicați într-o conversație trebuie să aibă atât dorința ca aceasta să continue, cât și capacitatea necesară pentru a asigura acest lucru, cu alte cuvinte *să-și vorbească* în mod efectiv, nu doar să emită enunțuri în paralel.

Prima caracteristică a conversației este aceea că ea se creează tot timpul prin *interacțiune*, în sensul că ea nu există în afara interacțiunii verbale pe care o au emițătorul și receptorul, ale căror păreri despre subiectul discutat sunt diferite. Această diferență, fie cât de mică, este necesară pentru ca o conversație să nu eșueze în exprimarea acordului deplin al participanților asupra subiectului de discuție.

Alte două caracteristici care decurg din caracterul de interacțiune socială al conversației sunt redundanța acestuia și activarea foarte puternică a funcției fatice.

În ceea ce privește *redundanța* (surplusul, excesul), aceasta consta în repetarea de către emițător a mesajelor transmise, în forme cât mai apropiate, cu scopul de a-și asigura feed-back-ul dorit din partea receptorului. Această caracteristică este vizibilă mai ales atunci când cei aflați în interacțiune au roluri sociale diferite și ierarhizate. Un exemplu ar fi cel al profesorului care îi explică elevului ceva, reluând de mai multe ori elementele explicației, pentru a fi sigur că acesta o înțelege.

Tot rolul de a asigura înțelegerea îl are și *caracterul fatic* al conversației, însă aici înțelegerea este una de ordin psihologic. De fapt, ceea ce se verifică prin intermediul funcției fatice este atenția pe care cei doi parteneri și-o acordă unul altuia, precum și

funcționarea legăturilor psihologice (în sens de non-agresiune, de liniște și armonie) dintre cei doi.

Structurarea conversației presupune desfășurarea acesteia sub forma unei succesiuni de intervenții alternative ale participanților, care își asumă astfel roluri diferite.

Din acest punct de vedere, se poate vorbi despre alternarea rolurilor de emițător și de receptor în cadrul conversației, în care primul este cel care intervine la un moment dat, iar cel de-al doilea are de obicei rolul de destinatar al intervenției emițătorului.

Orice conversație trebuie să respecte anumite reguli, în absența cărora comunicarea ar fi mult îngreunată. Unele dintre aceste reguli trebuie respectate de către emițător, în timp ce altele se referă mai curând la poziția de receptor. Există însă și câteva reguli generale, pe care le vom numi mai întâi:

- a) într-o conversație, fiecare participant trebuie să ia succesiv și în mod echilibrat cuvântul;
- b) replicile participanților la conversație nu trebuie să se „încalce”, să se suprapună (ceea ce înseamnă că nu trebuie ca replicile spuse în același timp să fie prea multe); în acest caz, pozițiile de emițător și de receptor trebuie negociate, agresiv sau pașnic, pentru a se ajunge la încheierea unui acord);
- c) întotdeauna vorbește cineva. În privința emițătorului, regulile se referă mai ales la modul în care el trebuie să-și organizeze mesajul, pentru a fi perceput corect și cu interes de către receptor;
- d) mesajul transmis trebuie să fie clar, enunțat într-un mod cât mai concis, astfel încât să se evite ambiguitățile și cuvintele cu sensuri echivoce (cum este *gâscă*, al cărui sens figurat este acela de femeie nu prea deșteaptă). Ambiguitățile pot fi însă folosite în mod deliberat, dacă ceea ce se dorește a fi spus are o încărcătură agresivă prea mare pentru a fi suportată nediluată;

- e) cuvintele abstracte sau care au sensuri foarte vagi trebuie evitate, deoarece nu limpezesc semnificația mesajului, ci îl fac să pară foarte ambiguu. De exemplu, dacă i se spune cuiva că este *special*, acest cuvânt nu lămurește deloc mesajul, ci dimpotrivă, îl face să pară chiar puțin jignitor, deoarece *special* se poate referi aici fie la o calitate, fie la un defect, ambele în egală măsură;
- f) vorbitorul nu trebuie să vorbească prea mult, spunând lucruri care nu au nici un interes pentru interlocutorul său, doar din plăcerea de a se auzi pe sine. O consecință directă a nerespectării acestei reguli este eșecul imediat al conversației, pentru că interlocutorului îi dispare total atenția;
- g) în legătură cu regula anterioară, poate fi menționată și cea potrivit căreia emițătorul nu trebuie să vorbească numai despre sine. Monopolizarea subiectelor de conversație de către propria persoană este unul dintre cele mai sigure moduri de a o face să eșueze;
- h) în timpul unei conversații, nu trebuie să fie folosite cuvinte necunoscute interlocutorilor decât dacă este absolut necesar și numai însoțite de explicații. Prin urmare, cuvintele care fac parte din vocabularul comun celor care au o anumită profesie (cum ar fi matematicienii) nu vor fi folosite de către aceștia atunci când se află împreună cu persoane care nu au aceeași profesie;
- i) de asemenea, nici formulările necesare nu vor fi bine primite, pentru că sunt foarte greu de urmărit și plictisesc.

În ceea ce privește receptorul, condiția esențială pentru ca intervenția lui în conversație să fie eficientă este să știe să asculte mesajul emițătorului. Necunoașterea regulilor ascultării eficiente sau faptul că nu se ține cont de ele duce de obicei la o receptare defectuoasă a mesajului și la un răspuns pe măsură. Prin urmare, vom prezenta o serie de zece sfaturi pentru ascultarea eficientă, la care vom adăuga numai că, din punct de

vedere nonverbal, cel mai bun mod de a sprijini emițătorul atunci când vorbește este să vă uitați la el și să nu întoarceți privirea când vă privește. Iată acum regulile:

1. Încetați să vorbiți!
2. Ușurați-i situația vorbitorului, acordându-i un câmp liber de comunicare!
3. Arătați-i vorbitorului că doriți să-l ascultați!
4. Renunțați la gesturi care distrag atenția! (Aici intră băutul darabanei, desenele sau notițele pe hârtie în timp ce vorbește celălalt.)
5. Încercați să intrați în pielea vorbitorului și reprimați-vă astfel tendințele agresive!
6. Aveți răbdare cu vorbitorul! Nu-l întrerupeți, nu plecați în timp ce el vorbește!
7. Nu vă înfuriați la spusele vorbitorului!
8. Nu fiți foarte dur în critica spuselor vorbitorului! Gândiți-vă mai bine că și dumneavoastră vă va veni rândul și că violența naște violență, iar violența anihilează comunicarea.
9. Puneți întrebări!
10. Încetați să vorbiți!

Pentru ca orice conversație, indiferent dacă este una oficială sau personală, să poată să se desfășoare, mai este nevoie de încă ceva în afară de aceste reguli. Este vorba despre politețe, care definește modul de a contracara agresivitatea inerentă în orice act de comunicare. La aceasta ne vom referi în cele ce urmează.

3.7. Rolul politeții în comunicare

Politețea este un ansamblu de procedee pe care le folosește un emițător pentru a-l proteja sau a-l pune în valoare pe partenerul său de interacțiune. A fi politicos înseamnă, deci, a ține în permanentă seama de interesele și sentimentele celuilalt, a avea pe tot parcursul comunicării sentimentul responsabilității față de partenerul de discuție. În plus, în orice interacțiune socială

se pornește de la premisa că politețea este norma, iar lipsa de politețe este excepția negativă, care trebuie cu orice preț evitată.

Conceptele pe care se bazează politețea au fost fundamentate de doi cercetători americani, P. Brown și P. Lewinson, care au descoperit că la baza oricărei interacțiuni sociale stă o noțiune pe care ei au numit-o *face* (față, figură, latură).

Face reprezintă imaginea publică pe care un individ o proiectează despre sine pentru a fi percepută și acceptată de ceilalți și care se menține numai în condițiile în care individul cooperează cu ceilalți pentru aceasta.

Din analiza conceptului de *face*, rezultă că fiecărui om îi corespund, în mod simultan:

- a. o *face* pozitivă, caracterizată prin dorința de a se bucura de aprecierea, acordul și iubirea celorlalți; este o latură narcisistă a persoanei, deschisă către lume, în dorința de a o determina să o accepte;
- b. o *face* negativă, care reprezintă dorința de a acționa conform propriilor idei și intenții; aceasta corespunde în mare teritoriului eului (teritoriului corporal, spațial sau temporal în care se mișcă acesta).

Aceste două laturi ale persoanei se află, după cum se poate lesne deduce, într-un conflict permanent, de a cărui izbucnire nu se poate scăpa decât prin apelul la anumite strategii care să mențină în echilibru aceste două forțe de sens contrar.

Pornind de la cele două aspecte ale conceptului de *face* prezentate mai sus, s-au conturat și două tipuri de politețe care caracterizează relațiile interumane. Acestea sunt politețea pozitivă și cea negativă.

Politețea pozitivă se bazează pe afirmarea elementelor de comunitate din relațiile sociale, acționând astfel ca o funcție de integrare a individului în comunitate prin adoptarea unei atitudini de familiaritate față de interlocutorii săi.

Politețea negativă are la bază strategii de menținere a distanței sociale dintre indivizi, caracterizându-se prin atitudini rezervate, deferente ale individului față de interlocutorii săi.

În ceea ce privește politețea negativă, doua strategii trebuie menționate în primul rând, pentru că sunt printre cele mai importante:

1. Strategia reducerii la minimum a presupunerilor privind intențiile, dorințele sau preferințele receptorului – se manifestă atunci când cei doi interlocutori au statute sociale diferite, iar adresarea se face de la inferior către superior. În această categorie trebuie introduse formulele de politețe care însoțesc cererile, cum ar fi: *„Aș dori să vă rog, dacă nu îndrăznesc prea mult...”*.

2. O a doua strategie este cea a deferenței, poate chiar exagerate, față de receptor, căruia îi este în acest mod confirmat sau acordat un statut superior celui al emițătorului. În această situație se află adresările ceremonioase către interlocutor, cum ar fi *„Domnia voastră”, „Respectele mele”* etc.

Politețea pozitivă produce și ea câteva strategii pentru ca tot ceea ce se referă la persoana emițătorului să primească aprobarea celorlalți. Dintre aceste strategii trebuie menționate cele mai importante:

- a) sporirea interesului interlocutorului pentru mesajul transmis prin insistarea asupra elaborării expresive a mesajului, adică prin activarea funcției poetice a comunicării;
- b) căutarea acordului interlocutorului prin abordarea unui subiect care nu prezintă pericol pentru nici unul dintre parteneri, înainte de a aborda un subiect mai delicat; în această situație intră discuțiile despre vreme sau despre familie pe care farmacistul, de exemplu, le poate purta cu vizitatorul farmaciei înainte de a trece la abordarea problemelor de sănătate ale acestuia;
- c) evitarea dezacordului deschis cu celălalt, prin folosirea unor

- formule care aparent ar fi de acord, de genul „*da, dar...*”;
- d) includerea receptorului în activitatea pe care dorește să o facă emițătorul, chiar dacă numai ultimul este interesat de această activitate;
 - e) prezentarea motivelor pe care le are emițătorul pentru a acționa într-un anumit fel și nu în altul.

Indiferent însă de tipurile și strategiile folosite, vom sublinia încă o dată că politețea reprezintă un comportament interpersonal și social activ în orice cultură. Folosirea incorectă a unei strategii sau a alteia este o greșeală cu consecințe interpersonale importante, până la crearea unor conflicte, iar încălcarea totală a normelor de politețe duce la suspendarea relației dintre cei doi comunicatori și, în cazuri extreme, chiar la excluderea persoanei nepoliticoase din grup.

3.8. Vizitatorul farmaciei – potențial consumator de medicamente

În relațiile de comunicare interpersonală dintre farmacist și vizitatorul farmaciei (pacient) o deosebită importanță o are cunoașterea de către farmacist a nevoilor pacientului, a tipurilor de atitudine față de boală, a factorilor ce pot influența decizia pacientului și altor caracteristici fizice și psihice în comportamentul omului bolnav.

Natura nevoilor pacientului, prezentate de către Maslow (citat după M. Voicu) în formă de piramidă corespunde ordinii importanței lor pentru oameni:

1. *Nevoile fiziologice* – se află la baza piramidei, acestea sunt reprezentate de foame, sete, somn; până când acestea nu sunt satisfăcute, oricare alte nevoi sunt fără semnificație pentru individ.
2. *Nevoia de siguranță* (securitate) – în societatea modernă, aceste nevoi sunt cel mai adesea reflectate în nevoile de securitate economică și socială, mai curând decât nevoi de siguranță fizică.

3. *Nevoia de apartenență* și de iubire. Nevoia de relații de afecțiune

cu indivizi și necesitatea de a ocupa un loc în societate, în diferite grupuri, cluburi, asociații etc. este atât de importantă încât lipsa acesteia este o cauză comună de neacomodare.

4. *Nevoia de apreciere* (stima). Oamenii au nevoie de autoapreciere (evaluarea lor înșiși), dar și de stimă din partea celorlalți, în cadrul social. Împlinirea acestei nevoi generează un sentiment de autoîncredere și de utilitate în fața lumii; deficiențe în împlinirea acestor nevoi produc sentimente de inferioritate și de neputință.

5. *Nevoia de autoactualizare* reprezintă dorința de realizare la maximum a posibilităților și, cu toate că este prezentă în fiecare individ, îndeplinirea ei depinde de îndeplinirea anterioară a celorlalte nevoi de bază și de condițiile economico-sociale concrete.

6. *Nevoia de cunoaștere* se referă la procesul de căutare a semnificației lucrurilor din jurul nostru; în literatură se fac referiri la un anumit instinct al curiozității prezent în om.

7. *Nevoi estetice*. Aceste nevoi s-ar părea că nu sunt prezente la mulți indivizi din jurul nostru, dar aceasta se explică prin aceea că nu și-au îndeplinit nevoile precedente; pentru alți indivizi, nevoia de frumos ocupă o poziție prioritară, față de alte nevoi.

Atitudinea omului față de nevoile sale de sănătate (conștientizarea faptului de ași păstra sănătatea, siguranța față de factorii ce influențează nivelul sănătății, nevoia de a reveni la normal în caz de îmbolnăvire etc.) este individuală și depinde de o multitudine de factori.

Pentru farmacistul implicat în procesul de comunicare cu vizitatorul farmaciei este important să cunoască caracteristicile psihologice ale pacientului precum și tipurile de personalități în dependență de atitudinea lor față de boală.

3.8.1. Tipurile de indivizi și personalități

În funcție de temperament și caracter – doi factori ce formează reacția omului la boală, se cunosc următoarele tipuri de indivizi:

Nervoșii sunt anxioși în fața bolii: se alarmează și se calmează tot atât de ușor. Nu urmăresc cu perseverență vindecarea, schimbă des tratamentele și medicii. Tind a impune medicului sau farmacistului o interpretare personală a bolii și chiar un anume tratament. Sunt recalcitranți când este vorba de a-și modera uzul tutunului, cafelei, alcoolului. Capricioși, cu tendința de a se minți, prezintă o oarecare lipsă de respect pentru medic sau/și farmacist.

Sentimentalii sunt înclinați către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strâns cu medicul sau farmacistul – dacă acestea nu-i inhibă – dar au față de ei o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi ușor dezamăgiți. Pentru ei, boala este un eveniment grav. Se autoobservă, își expun detaliat suferințele; rețin utile în anamneză și documente privind bolile din trecut. Sentimentalii suferă în majoritate de ușoare dezechilibre psihice - de tip depresiv, cu emotivitate.

Colericii, anxioși și ei în fața bolii, recurg la medic fără întârziere. Boala le apare ca un obstacol. Colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori insolentă (brută). Colericii sunt predispuși la ipohondrie și depresie. Prezintă frecvent tulburări digestive.

Pasionații își îndreaptă interesul asupra operei la care lucrează; acest fapt îl ferește pe pasionat de preocupări ipohondrice, dar îl duce și la neglijarea propriei sănătăți. Când s-a decis să facă apel la medic sau farmacist, dă dovadă de perseverență, de bunăvoință și de spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic și farmacist este deplină, însă eventuala decepție este resimțită profund, de multe ori renunță la medicul respectiv, chiar fără să-i dea nici o explicație.

Pasionații sunt expuși la surmenaj. Pentru a-i obliga la repaus, este necesar uneori o deosebită insistență. Există, poate, o corelație între temperamentul pasionat și unele tulburări mintale (schizofrenie, paranoia).

Sanguinicii sunt cei mai puțin anxioși în fața bolii. Se supun tratamentului cu oarecare înțelegere, dar așteaptă „ultimul moment” pentru a se consulta. Este greu să impunem unui sanguinic încetarea lucrului. Sunt relativ sănătoși; bolile de care suferă sunt frecvent rezultatul înclinației lor de a gusta toate plăcerile vieții.

Flegmaticii consultă pentru tulburări precise, bine caracterizate: boli constituite, mai puțin tulburări mintale sau psihosomatice. Atitudinea poate fi corectă sau „indiferentă”, în sensul de a lăsa pe medic sau/și farmacist să suporte tot greul tratamentului.

Amorfii sunt nerăbdători în fața bolii, conștiincioși în aplicarea prescripțiilor, fideli – ei sunt legați de obișnuință și de ascultare mai curând, decât de încredere și de rațiune. Comunicativitatea lor în dialog cu medicul sau farmacistul este redusă. Amorfii se plâng adesea de obezitate și de constipație.

Apaticii au simptomeologia abundentă, dar expunerea ei este confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferență și de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puțin, iar persoana medicului și farmacistului – deloc. Tendințele lor conservatoare îi fac să ia medicamentele cu regularitate, până la obișnuință sau toxicomanie. Suferințele lor sunt obezitatea, constipația și tulburările psihosomatice.

În funcție de trăsăturile de caracter ale individului, există patru tipuri de personalități.

1. *Firea demonstrativă* este caracterizată printr-o anormală capacitate de refulare (respingere). Când atinge un grad mai înalt, devine fire isterică. Refularea este o simulare, deși manifestările la care duce seamănă cu o simulare conștientă grosolană sau se împletesc cu o simulare parțial conștientă.

Pacientul este exagerat în gesturi și vorbe, dorește să-și dea importanța și să se afirme; prezintă teatralism cu note de inautenticitate uneori ușor de depistat, se autolaudă sau se autocompătimește, este patetic; plin de fantezie, lipsit de autocritică, obligă la rezerve față de declarațiile sale (atenție la anamneză!). Refularea se poate manifesta și în sectorul fizic: istericul poate avea anestezii paradoxale, poate înghiți obiecte dure, eliminând refluxul de vomă altfel obligatoriu. Sunt bine cunoscute leșinul isteric, refugiul în boală. Firea demonstrativă trăiește mai mult în prezentul imediat, ia decizii pripite, este recalitrantă (nesupusă) în privința tratamentelor. Firea demonstrativă acumulează concedii medicale, se adaptează avantajos la slăbiciunile celor care îi ascultă, Este predispusă la surmenaj și la epuizare nervoasă.

2. *Firea hiperexactă* suferă, invers, de carențe în capacitatea de refulare: nehotărâre în decizie, îndoială, oscilații nesfârșite între păreri, inhibiții și autocontrol excesiv. Este omul foarte meticulos, cu o grijă exagerată pentru propria persoană, cu o dezvoltare puternică a sentimentelor de teamă. De aici se poate ajunge la neurastenie, la nevroză obsesivă. Frica de microbi este des întâlnită, uneori cu ablutomanie (tendința obsesivă de a se spăla), de asemenea nosofobia (frica de îmbolnăvire); în schimb alcoolismul cronic este rarism.

3. *Firea hiperperseverentă* are drept substrat perseverența anormală a afectului. Este concretizată în omul susceptibil (ușor de jignit, care se simte mereu nedreptățit), bănuitor, încăpățânat, ambițios și învinuindu-i pe ceilalți de atitudine ostilă. Desigur că anxietatea și teama colorează tabloul psihologic. Se întâlnesc idei prevalente, chiar fixe, obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă și spre nevroza ipohondrică. Hiperperseverentul are idei proprii despre boala lui, pe care caută să și le impună; pacientul este câteodată omul care luptă pentru „drepturile” sale (de exemplu, o pensie pentru o pretinsă invaliditate).

4. *Firea nestăpânită* este dominată de către impulsurile momentane, ceea ce contrastează aparent cu gândirea greoaie, de o exagerată amănunțire, până la pedantism. Actele impulsive pot fi violente. Firea nestăpânită este frecvent întâlnită în copilărie, se agravează la pubertate. Pacientul este irascibil (iritant), explorările și chiar întrebările medicului îl indispun; pe de altă parte, îi este greu să respecte un regim de viață ori alimentar. Rezultat al acestor trăsături de caracter este „pre-dispoziția” la obezitate și la alcoolism cronic, ca și la acte delictuale. Firea nestăpânită se învecinează cu psihopatia epileptoidă; relațiile cu epilepsia sunt neclare; constituția corporală este adesea athletică, cum se întâlnește la epileptici.

3.8.2. Influența maladiei asupra pacientului

Reacțiile persoanei la boală.

1. *Recunoașterea bolii.* Un individ echilibrat emoțional, cu un nivel satisfăcător de cultură medico-sanitară, în fața unor tulburări de ordin somatic sau psihic apărute cu – sau fără uzură aparentă își ajustează comportamentul prin măsuri igienico-dietetice provizorii până la prezentarea la medic, considerată obligatorie.

2. *Ignorarea stării de boală* este consecința absenței simptomelor, desconsiderarea lor, ignoranța culturală.

3. *Negarea stării de boală* prin subestimarea sau, chiar dacă se va recunoaște boala, nu se va accepta starea de boală, riscând agravarea simptomelor. Negarea stării de boală, în condițiile în care subiectul percepe o serie de simptome care-l atenționează că „ceva nu este în regulă” cu corpul sau chiar cu psihicul său, poate să aibă la bază două atitudini fundamentale:

- amânarea deciziei prin speranțe vagi în caracterul ei trecător, sau lipsit de gravitate;
- autoamăgirea, prin mecanisme inconștiente de apărare, la bolnavii ale căror simptome conștientizate de ei sugerează posibilitatea unei boli grave.

Atitudinea bolnavului față de boală

1. *Combativă* este proprie unui număr important de bolnavi aflați într-o stare de relativ echilibru psihic în momentul îmbolnăvirii și dotați cu un tip de personalitate care permite o adaptare adecvată la realitate.

2. *De resemnare*, de dezinteres față de soarta proprie, o manifestă de obicei bolnavii cu o stare depresivă mai mult sau mai puțin exprimată, dar și alți bolnavi ale căror concepții psihofizice sau religioase cu iz fatalist îi predispun la astfel de reacții, vecine cu starea de „indiferentism” proprie în special misticilor.

3. *De refugiu* în boală, generată de beneficiul secundar pe care îl au unii bolnavi cu probleme existențiale serioase.

4. *Problematizată* legată de raportarea bolii la coordonatele existențiale în care subiectul este implicat (culpabilitate pentru fapte care „îl apasă” sau din contra o ocazie de a-și dovedi „forța interioară”) sau sunt implicate alte persoane. Această din urmă tendință este întâlnită la bolnavi cu orizont intelectual mai redus care vorbesc de „deochi”, „farmece”, etc. Un exemplu întâlnit destul de frecvent în ultimii ani este reprezentat de opinia unor bolnavi, chiar cu un statut profesional ridicat referitoare la intoxicarea cu „argint viu” de către alte persoane. Boala apare numai prin trecerea bolnavului peste „argintul viu” presărat în calea sa de către o bătrână descântătoare. Bolnavul are certitudinea că „argintul viu se ia de el” și apoi pătrunde difuz în corp, cauzându-i ulterior simptome difuze, inexplicabile, însoțite constant de anxietate.

5. *De valorificare superioară a situației de boală*, atitudine în care se includ toate reacțiile de depășire a acestui impas care este boala. Ocazia oferită celui bolnav să mediteze, în liniștea ce urmează dispariției paroxismelor bolii, la problemele șale „de perspectivă”, la refacerea fizică și psihică din convalescență și la reorientarea unor comportamente, până atunci deficitare, pe o

direcție profilactică față de principalele boli redutabile ale epocii, reprezintă beneficii care compensează avatarurile bolii care pot fi anticipate de omul bolnav la începutul suferinței sale ori pot fi relevate de către medic sau chiar de către cei din propriul lui anturaj. „Avantajele” bolii enumerate anterior sunt accesibile unui număr redus de indivizi, marea majoritate privind boala ca pe un rău absolut, deși numai bolile cu prognostic letal sau de invalidizare justifică această atitudine.

6. *De „rea folosire” a bolii* este cea impusă în mod justificat de bolile foarte grave și, nejustificat, de supraestimarea unor boli ușoare. Ea constă în „cufundarea în suferință”, în „agitație și anxietate”.

7. *Reacția persecutorie* se referă la acei bolnavi care, negând boala, devin adevărați „revendicatori”, căutând repararea prejudiciului.

Simptome de disconfort somatic și psihic

1. *Tulburări somatice specifice.* Pe lângă simptomele chinuitoare capabile să exaspereze bolnavul (durerea, dispneea, febra, tușea, vărsăturile, diareea, vertijul etc.) și care sunt generatoare de stresul psihic major, există o serie de alte simptome care în alte condiții ar fi neglijate de bolnav, dar avertizat de valoarea lor „indicatoare” le acordă semnificația negativă și uneori le supradimensionează. Astfel de simptome sunt: palpitațiile (la un bolnav cu aritmie extrasistolică ventriculară ori la un bolnav cu antecedente de infarct miocardic), eructațiile (la un ulceros, dar și la un aerofagic), balonarea abdominală persistentă (la un bolnav de hepatită cronică), sputa muco-purulentă (la un bronșitic internat și aflat sub tratament). Astenia, amețelile la ridicarea în ortostatism datorate și regimului dietetic sau efectelor secundare ale medicației sunt simptome ce îngrijorează inutil pe bolnav, ele fiind legate de „haloul” psihofizic al situației de bolnav.

2. *Tulburări somato-psihice nespecifice.* Frecvente sunt:

insomnia, anxietatea, astenia psihică, irascibilitatea etc.; sunt pasagere, dar constituie de o parte expresia instalării unui stres psihic generat de boala somatică, pe de altă parte, organizează prin cerc vicios mersul bolii. În același timp prin același mecanism, ele accentuează stresul psihic.

Schimbări în viața bolnavului

Schimbările intervenite în viața unui individ, odată cu apariția și desfășurarea bolii pot fi grupate în două categorii:

1. *Limitarea capacităților fizice și psihice în activitatea normală.* Această consecință reduce posibilitatea bolnavului să efectueze acte ample motorii (mers, plimbare în aer liber etc.) sau a unor activități fiziologice (alimentare, sexul) cât și în exercitarea unor deprinderi cu caracter intelectual sau legate de exercitarea atribuțiilor profesionale care la mulți indivizi, devin o sursă de satisfacție intrinsecă, în afara scopurilor asigurării mijloacelor de existență. Activitățile extraprofesionale („hobby-uri”) sunt suprimate cel puțin o durată limitată, dacă nu pe toată viața.

2. *Schimbările de ordin ambiental și relațional.* Pentru bolnavii internați sau reținuți la domiciliu are loc o schimbare importantă de decor, înlocuirea acestor „reperे intime” cu atmosfera severă a spitalului, cu lumea lui de oameni în halate albe. Schimbările de ordin relațional vizează:

- există o modificare în sensul unei restructurări sau al diminuării frecvenței contactelor cu familia, prietenii etc.;
- boala creează premise de ordin psiho-fizic pentru dereglarea raporturilor conjugale; adeseori, celălalt membru al cuplului neglijează bolnavul și profită de dificultățile acestuia, legate de boală.

Modificări comportamentale induse de boală

1. *Egocentrismul* – ca rezultat al restrângerii preocupărilor din afara, celor legate de boală, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția, dar și senzațiile sale legate sau nu de boală și, desigur, datele obiective ale acesteia, inclusiv cele

precizate de investigațiile paraclinice. Tot în planul egocentrismului, cu specific infantil, se distinge și o anumită capriciozitate, mergând până la terorizarea anturajului (familiar și uneori medico-sanitar, inclusiv farmaceutic);

2. *Dependența* – în contrast aparent cu prima trăsătură, bolnavul este realmente dependent, atât de medic sau farmacist, cât și față de anturaj (deși nu întotdeauna față de acesta din urmă). În cadrul dependenței bolnavul primește marea satisfacție pe care o atrage diminuarea responsabilității, știindu-se la adăpostul medicului, farmacistului sau familiei;

3. *Predominanța unor procese emoționale de tipul afectelor* – izbucnirile de plâns, furie sau chiar veselie sunt frecvent întâlnite la omul bolnav. Acesta poate fi ușor stresat de situații anterior tolerate;

4. *Agresivitatea* – deși este integrabilă adesea în comportamentul de tip egocentric și „izvorăște” din situația de dependență a bolnavului, se consideră o notă fundamentală a comportamentului omului bolnav cuprinsă tot în cadrul regresiei de tip infantil;

5. *Anxietatea* – reprezintă o stare de neliniște, de teamă, chiar de frică, nemotivată de existența unui pericol real, identificabil („teamă fără obiect”). Consecințele somatice ale anxietății cele mai frecvente sunt dispneea (hiperventilație, uneori neobservată de către pacient), hipsudorația, tremorul și insomnia. Se consideră că există o *anxietate „normală”* (cea cotidiană, ca de exemplu cea a omului aflat la volanul unei mașini, pe un drum presărat cu pericole) și *una patologică („nevrotică”)* caracterizată printr-o hiperreacție de acest fel a unui subiect față de o cauză presupusă (adesea este tot patologică), între aceste forme există așa numita *anxietate reactivă*, desemnând o anxietate intensă motivată de o cauză bine justificată. Există și o anxietate de caracter prin care se traduce o dimensiune a personalității unui subiect înclinat în mod obișnuit spre anxietate (aceasta apare frecvent, uneori permanent,

mai mult sau mai puțin motivat). La bolnav aceste simptome reactive la situația sa „nouă” complică mult tabloul clinic al bolii de bază.

6. *Depresia* – constituie la omul bolnav o reacție firească în plan afectiv, caracterizată printr-o dispoziție „distrofică” ceea ce numim stare de deprimare”, și concretizată în plan psihic prin senzații de neputință (de pierdere a energiei vitale), cu astenie - mergând de la tulburări de concentrare a atenției până la imposibilitatea de a duce la capăt acțiuni uzuale până în momentul apariției depresiei – de lipsă de interes, pentru problemele obișnuite ale vieții (inclusiv nevoile biologice, alimentare, sexuale sau cele legate de conveniențe sociale, ca de exemplu ținută vestimentară) și prin sentimentele de autoreproș (în genere de culpabilitate sau desconsiderare a propriei valori). Dintre foarte numeroasele corelații somatice ale depresiei, punând uneori serioase probleme de diagnostic diferențial, menționăm, scăderea apetitului (inclusiv slăbirea în greutate), insomnia (în special trezirea foarte devreme, matinală) sau din contra, hipersomnia, pierderea energiei (oboseală, mai ales la trezire). În plan psihic depresia atinge un maxim prin înclinația către suicid a subiecților respectivi.

7. *Modul de gândire magică, illogică* – bolnavul crede orbește în puterea medicului sau/și farmacistului, a medicamentelor și chiar a bolii.

3.9. Principii ale comunicării farmacistului cu pacientul*

3.9.1. *Compliance din partea pacientului*

Cunoașterea de către farmacist și aplicarea oportună a principiilor comunicării precum și luarea în vedere a statutului

* La scrierea acestui compartiment pe larg au fost folosite lucrările Dnei dr. Mariana Voitcu, Iași România

psihologic al pacientului asigură succesul eforturilor orientate spre beneficiul de sănătate a pacientului.

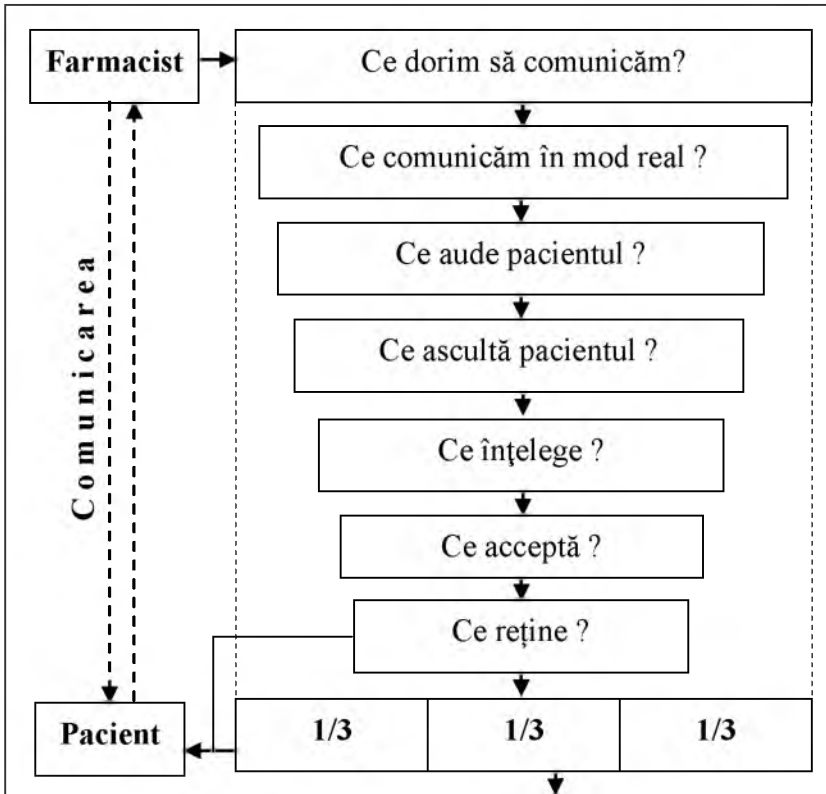
Însă aceste condiții asigură succesul numai în cazul în care farmacistul manifestă un înalt nivel al cunoștințelor profesionale în domeniul medicamentului. Acești trei „piloni”: cunoașterea profesională a medicamentului plus comunicare eficientă și plus cunoașterea nevoilor pacientului – asigură beneficii suplimentare în procesul de medicație. Dar mai există o condiție – este nevoie de complianța (acceptarea) din partea pacientului.

Există numeroase scheme conceptuale și teoretice utilizabile de către cercetători în studiile lor cu privire la comunicarea cu pacientul, dintre care amintim: teoria rolului, teoria comportamentului și complianța, modelul obișnuit al maladiei, modele bazate pe comunicare, etc.

Rezultatele acestor studii arată că farmacistul determină importanța și conținutul comunicării bazându-se pe familiarizarea pacientului cu medicația și aprecierea profesională a farmacistului asupra riscului pacientului, asociat cu tipul de medicație care este eliberat. De exemplu, când farmacistul este confruntat cu o rețetă pentru un pacient care nu a mai primit niciodată medicamente, cele mai importante trei elemente ale consultației farmacistului, foarte importante pentru pacient, sunt: instrucțiunile de utilizare, denumirea și scopul medicației și efectele secundare așteptate. Dacă este cazul unei rețete repetate, pacientul fiind obișnuit cu medicația, cele 3 elemente mai importante devin: instrucțiunile de utilizare, monitorizarea și informații despre contraindicații.

În rezultatul cercetărilor aplicative din domeniul comunicării, efectuate de specialiști psihologi, s-a ajuns la concluzia că pacientul reține aproximativ o treime din conținutul discuției (schema 4). Din această figură rezultă că din ceea ce vorbește farmacistul, pacientul reține doar 1/3 din informații, în mod normal, în caz de integritatea funcțiilor memoriei.

Schema 4

Eficiența comunicării farmacist – pacient

Trebuie să ținem cont de faptul că în farmacie intră și oameni bolnavi din acest punct de vedere, la care procentul de reținere al informațiilor este cu mult inferior. Aceasta face ca farmacistul să acorde toată atenția instruirii pacientului, întrebându-l chiar ce a înțeles, pentru a se asigura că tratamentul va fi respectat întocmai.

Interacțiunile dintre farmacist și pacient de obicei pot fi clasificate, fie ca sesiuni de emitere de informații, fie ca sesiuni de recepție de informații, fie mixte. Culegerea de informații este făcută de obicei în timpul interviului asupra istoricului bolii, care este o conversație cu mai multe scopuri. Farmacistul începe

interacțiunea pentru a investiga și a culege date despre medicamentele pe care le ia sau le-a luat bolnavul, despre experiența bolnavului cu alte medicamente; el încearcă să găsească o motivare a pacientului pentru a-l convinge să respecte indicațiile terapeutice.

Interacțiunea directă pacient-farmacist în timpul interviului legat de istoricul medicației poate oferi adesea farmacistului ocazia de a intra într-o relație profesională cu pacientul. Informațiile culese sunt mai rapid folosite spre binele bolnavului. De exemplu, farmacistul poate afla din cadrul anamnezei faptul că pacientul nu a respectat regimul prescripției date de medic. Pacientul ar putea să nu înțeleagă boala, terapia și efectele medicației, sau pacientul poate să nu aibă motivația (complanța) pentru a urma tratamentul.

Complanța (acordul, consimțământul, aprobarea) pacientului este un factor favorizant al succesului terapeutic.

Ce factori influențează complianța ? Primirea rețetei din partea medicului este primul pas legat de complianța. Prețul prescripției poate fi un alt factor, în special pentru persoanele cu venituri insuficiente. Aici poate interveni sistemul asigurărilor de sănătate. Prețul poate fi și un factor favorizant al complianței: dacă un medicament este mai scump, bolnavul îl va trata cu respect și va urma mai conștiincios schema de tratament.

Prețul medicamentelor poate influența complianța prin următoarele aspecte:

- ✓ pacientul nu reușește să obțină prescripția de la medic (deoarece costul consultanței îi depășește posibilitățile financiare);
- ✓ pacientul nu are bani să cumpere medicamentul prescris;
- ✓ pacientul nu are suficienți bani să achite costul întregului tratament, pe toată durata recomandată de medic;
- ✓ tratamentul este întrerupt prematur, pentru a se păstra o rezervă pentru o eventuală criză de mai târziu.

Influența costului medicației. asupra complianței a fost studiată amănunțit, cu scopul determinării tuturor factorilor care au un rol în aceasta. Au fost identificate următoarele variante:

- ✓ costul prescripției;
- ✓ costul medicației pentru o zi de tratament;
- ✓ costul părților raportate la întreaga prescripție;
- ✓ costul întregului tratament;
- ✓ costul perceput;
- ✓ costul așteptat;
- ✓ experiențe trecute asupra costului;
- ✓ importanța costului, bazată pe capacitatea de a plăti;
- ✓ ocazia cost (bonificație la cumpărarea medicamentului, ceea ce apare foarte rar);
- ✓ inconveniente sau avantaje ale formei de dozare utilizate, pentru îmbunătățirea complianței (spre exemplu în loc de pulberi amare, un sirop cu aromă plăcută);
- ✓ costul psihic sau simbolic;
- ✓ costul alternativelor, inclusiv al noncomplianței;
- ✓ costul produselor concurente, echivalența sau neechivalența în generice și eficiența terapeutică

Încurajarea complianței.

Medicii și farmaciștii trebuie să fie conștienți că, după toate aparențele, diferențele minore între medicamentele similare pot avea implicații majore pentru complianță.

Ușurința administrării, rapiditatea instalării efectului, aspectul produsului pot crea diferențe în acceptarea sau neacceptarea recomandării medicului sau/și farmaciștului.

În unele cazuri, opțiunea specialiștilor poate influența în mod pozitiv complianța. De exemplu, anumite medicamente psihotrope pot fi prescrise în doze mai mari de 2 ori pe zi, în loc de doze mai mici de 3 ori pe zi, cu economisirea costului de către pacient. Atât costul scăzut, cât și administrarea mai puțin frecventă vor favoriza complianța.

O cale practică de a încuraja complianță este aceea ca medicii să cunoască prețul medicamentelor, pentru a putea ajuta realmente pe bolnavii cu venituri reduse să urmeze tratamentul. Aceasta se poate realiza prin comunicarea cu farmacistul, prin telefon sau prin consultarea unor liste de prețuri aflate într-o bază de date a computerului aflat în cabinetul medicului.

Odată ce sunt înțelese problemele **compliancei**, farmacistul este mai bine pregătit pentru a se adresa nevoilor specifice bolnavului. Farmaciștii trebuie să discute efectele medicamentelor prescrise, necesitatea de a urma regimul prescris, să ofere instrucțiuni speciale despre cum și când se va lua medicația, efectele nedorite și interacțiuni potențiale cu alte medicamente sau cu alimente din dieta normală.

În cadrul farmaciei publice, farmaciștii trebuie să fie destul de flexibili pentru a da și primi informații, într-o varietate de situații și împrejurări. Adesea, calitatea interviului anamnezei sau al consilierii medicale este scăzută, din cauza constrângerii timpului, a lipsei unui spațiu izolat, a zgomotului. Farmaciștii trebuie să depășească aceste constrângeri, prin realizarea unor interacțiuni mai scurte dar mai frecvente, oferind relații la telefon, stabilind o zonă privată (cabinet, birou) pentru consultații și stabilind întâlniri cu anumiți pacienți, dacă este necesar.

Deoarece experiența trecută în legătură cu boala pacientului, sau boala prezentă, conțin factori de anxietate, care pot interfera în procesul comunicării, farmacistul trebuie să aprecieze și să înțeleagă aceste experiențe și reacții, atunci când comunică efectiv cu bolnavul, atât în cadrul anamnezei, cât și în sesiunile de consiliere a pacientului. Astfel, pacienții se confruntă cu separarea de familie, pierderea rolului important în societate, cu modificări permanente în organism, sentimente de neputință, precum și perspectiva unui viitor nesigur. Pacienții pot să deghizeze îndoiala și frica resimțite în fața bolii, în mod conștient sau inconștient, sub forma comportamentului agresiv, depresiv sau necooperant. Un

farmacist talentat, care cunoaște atât dinamica comunicării, cât și factorii de stres impuși de boala pacientului, îl poate ajuta pe acesta să recunoască și să facă față acestor reacții.

Adesea, pacienții nu înțeleg ce se întâmplă cu ei. Aspecte ale bolii lor le pot rămâne neclare, chiar după ce au avut discuții repetate cu medicii lor. Frica și neliniștea lor pot fi aplanate prin explicații mai simple, în cuvinte pe înțelesul lor, prin reasigurarea și încurajarea din partea medicului, a farmacistului, precum și a celorlalți care participă la îngrijirea bolnavului.

Pacienții se pot teme de moarte, în afară de necunoscutul bolii. Chiar dacă pacienții nu sunt amenințați, ei se pot teme de moarte dacă cred că spitalul este un loc unde oamenii vin ca să moară. Au fost identificate 5 stadii care preced moartea, din punctul de vedere al comportamentului pacienților: izolarea (negarea), mânia, îndoiala, depresia, acceptarea (împăcarea). Recunoscând aceste stadii, specialiștii din asistența sanitară pot ajuta și susține un pacient aflat pe moarte. Comunicarea efectivă cu pacientul pe moarte este dificilă și pentru farmacist și pentru pacient. Uneori, personalul de îngrijire vorbește mai cu precauție despre moarte decât pacienții.

Farmacistul trebuie să contribuie la creșterea încrederii în personalul de spital, în tratament. În nici un caz nu va fi învinuit medicul pentru starea bolnavului.

Modul în care reacționează un individ este determinat de unele caracteristici cum ar fi vârsta, nivelul cultural, dezvoltarea emoțională, educație, convingeri religioase, experiențe anterioare stării de boală. Observarea reacțiilor adaptative ale pacientului oferă avantaje pentru înțelegerea sa și deci, pentru o comunicare mai eficientă.

Pacienții care sunt ostili și necooperanți necesită răbdare și înțelegere. Teama de neputință și de dependență determină adesea acest tip de comportament. Farmaciștii trebuie să ajute pacienții să se automotiveze, nu trebuie să-i certe; ei trebuie să le explice

cum acționează medicația și cum ajută la vindecare, sau la ameliorarea simptomelor, mai bine decât să discute generalități asupra importanței luării medicației prescrise. Chiar dacă este ușor să devii furios cu pacienții ostili și necooperanți, farmaciștii trebuie să înțeleagă motivele acestui comportament alterat de starea de boală, pentru a putea realiza o comunicare efectivă.

Comunicarea mai este determinată de gradul de empatie manifestat de farmacist (*empatie* – împărtășirea, perceperea, identificarea suferinței unui pacient, fără identificarea cu aceasta). Empatia este esențială pentru comunicare, dar la fel de important este ca personalul sanitar, deci și farmaciștii, să-și controleze implicarea afectivă, emoțională, pentru a putea să-și îndeplinească obligațiile profesionale.

Farmacistul poate face foarte mult pentru a scădea incertitudinile bolii și ale terapiei medicamentoase, răspunzând la întrebările pacientului, clarificând concepțiile greșite și pregătind pacientul pentru trăiri și evenimente viitoare probabile. Farmacistul poate oferi suport emoțional și asigurările adecvate. Nevoile emoționale ale pacientului cer interacțiuni frecvente cu mecanismele de sprijin social.

Farmaciștii care comunică într-un mod empatic constituie valoroase surse de încurajare a pacientului afectat de boală.

3.9.2. Rolul farmacistului în educația privind consumul de medicamente

Prevenirea problemelor legate de utilizarea medicamentelor este importantă pentru cea mai mare parte a societății, în special atunci când încep să apară probleme din cauza folosirii lor necorespunzătoare (polipragmazie, iatrogenii, automedicație necontrolată și neresponsabilă, interacțiuni medicamentoase etc.). Deoarece farmacia este profesiunea căreia i se atribuie controlul asupra medicamentelor, ea trebuie să se implice în toate problemele legate de prevenirea sau reducerea neplăcerilor legate de utilizarea

medicamentelor. Se poate spune că profesiunea de farmacist trebuie să preia comanda și să conducă această zonă de cercetare. Din păcate, în ansamblu, actualmente, farmacia și-a pierdut din responsabilitatea socială pentru controlul substanțelor chimice sintetizate, promovate și eliberate sub formă de medicamente.

Majoritatea farmaciștilor sunt conștienți de problemele importante care pot apare la utilizarea medicamentelor prescrise, cum ar fi reacțiile adverse și interacțiunile medicamentoase. Numeroși farmaciști cunosc diversele probleme legate de auto-medicație, iar uneori pot fi mai puțin informați despre utilizarea remediilor homeopatice și a celor din plante medicinale. Puțini farmaciști cunosc sau pot anticipa problemele care pot apare prin abuzul de medicamente, sau prin utilizarea medicamentelor pentru alte motive decât cele medicale. Problema suicidului sau a otrăvirii cu medicamente este cunoscută cu o frecvență destul de mare în spitalele de urgență.

Cea mai importantă latură pentru educația privind utilizarea medicamentelor și utilitatea lor constă în beneficiul față de utilizatorul acestora (pacient sau consumator), prin îmbunătățirea comportamentului de luare a medicamentului, pentru a realiza o sănătate optimă și o bunăstare, la care au dreptul toți cetățenii.

În centrul oricărui efort educațional se află oferirea informației despre medicamente, strategie cu care farmaciștii și studenții farmaciști sunt familiarizați.

Persoana cea mai potrivită pentru a ajuta oamenii în prevenirea problemelor legate de utilizarea medicamentelor și de a realiza experiențe optime, dorite, în legătură cu administrarea medicamentelor este FARMACISTUL. Farmacistul este o sursă foarte accesibilă pentru, informații de înaltă competență, ca și pentru programe educaționale; el trebuie să fie atent la comportamentul oricărei persoane care ia medicamente, în orice context și la problemele care pot să apară din acest fapt.

Consumul de medicamente, într-un context medical, este

adesea influențat sau dirijat de către specialiști. Educatorul în problema medicamentului nu trebuie să uite acest lucru în planificarea și dezvoltarea programelor de educație cu acest subiect. Cel mai important grup de influență în ceea ce privește prescrierea și recomandarea medicamentelor îl constituie medicii și farmaciștii. Așa, după cum este bine cunoscut, comportamentul de prescriere și recomandare a medicamentelor este influențat de o serie de factori, dintre care amintim:

- ✓ educația și pregătirea anterioară, în special în ceea ce privește chimia și farmacologia medicamentelor;
- ✓ promovarea și publicitatea pentru medicamente;
- ✓ interacțiunile cu colegii de specialitate;
- ✓ mecanismele de control din serviciile de sănătate, inclusiv cele farmaceutice;
- ✓ cererea de medicamente din partea pacienților și a societății.

Acești factori trebuie să fie luați în considerare atunci când sunt concepute programele educative, care îi vor cuprinde pe medici și farmaciști, pentru perfecționarea comportamentului de prescriere/recomandare a medicamentelor. Puține programe educaționale au avut drept subiect auto-medicația, utilizarea remediilor populare, a remediilor casnice, utilizarea plantelor medicinale. Pentru aceste cazuri se vor recomanda cărți sau pliante de popularizare. Se constată o revenire la remedii naturiste, fitoterapeutice, ca răspuns la avalanșa de medicamente de sinteză, cu prețuri foarte ridicate. O altă problemă, de o importanță excepțională, care cere o dezvoltare mai largă, o constituie activitatea farmacistului privind prevenirea și urmărirea utilizării stupefiantelor.

Capitolul IV

REGULI DE BUNĂ PRACTICĂ DE FARMACIE

4.1. Noțiuni și reglementări generale

În șirul regulilor de bune practici (GXP), cele de bună practică de farmacie ocupă un loc intermediar între distribuitorii angroșiști și consumatorul de medicamente (figura 6).

În limba engleză Regulile de bună practică de farmacie sunt numite Good Pharmaceutical Practice (GPP). Traducerea mot – a – mot – Reguli de bună practică farmaceutică nu redă esența acestor Reguli, deoarece cuvântul „farmaceutic” se referă nu numai la activitatea în farmacie, ci și în cadrul depozitului farmaceutic, și în cadrul uzinelor și laboratoarelor de microproducere a medicamentelor etc. Din această cauză a fost acceptată sintagma „Reguli de bună practică de farmacie”, care realmente exprimă și redă esența acestor reguli.

Pentru prima dată ideea Regulilor GPP a fost lansată de către 26 farmaciști recunoscuți din 10 țări – la Seminarul de lângă Stocholm. Documentul cu titlul „Scrisoarea de la Stocholm despre GPP” a fost adresată Biroului Federației Internaționale Farmaceutice (FIP), care a expediat scrisoarea membrilor FIP pentru examinare și comentarii. Totodată a fost organizat un grup de lucru din membrii FIP pentru pregătirea proiectului final.

Definitiv, Regulile GPP au fost adoptate de către Consiliul FIP pe data de 5 septembrie 1993 prin Declarația de la Tokio.

Prin această Declarație Regulile GPP au fost apreciate ca standarde de calitate a serviciilor farmaceutice. A fost

exprimată încrederea că standardele bazate pe regulile GPP să fie utilizate de autoritățile naționale în procesul de elaborare și implementare a Regulilor naționale.

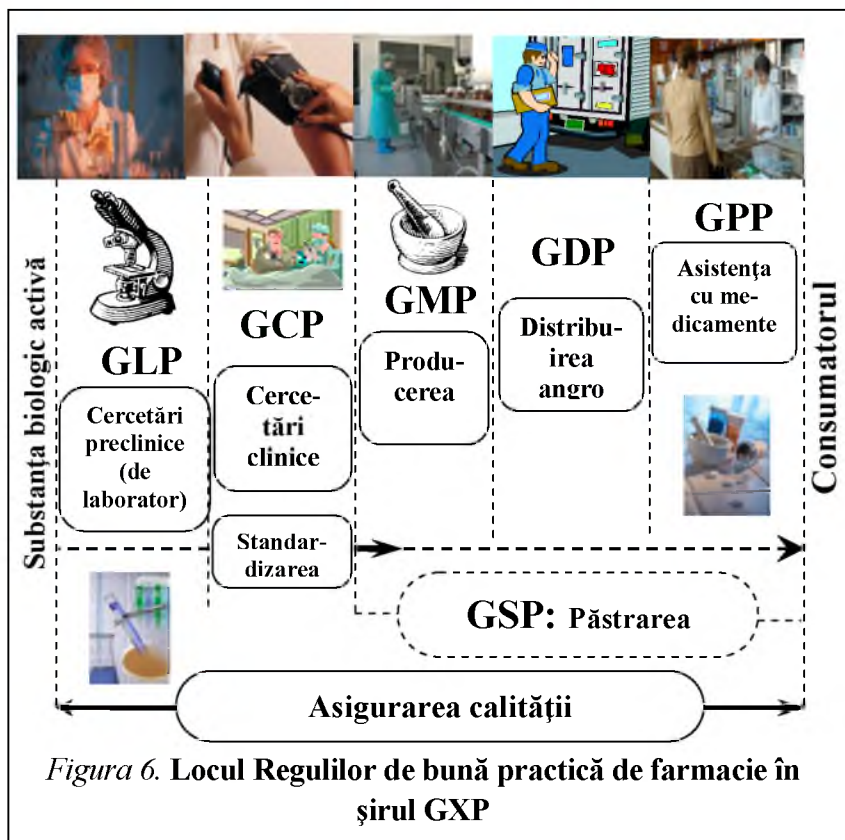


Figura 6. Locul Regulilor de bună practică de farmacie în șirul GXP

Regulile GPP schimbă rolul și locul farmacistului prin:

- ✓ orientarea activității și responsabilității spre sănătate și profilactică;
- ✓ promovarea automedicației eficiente, responsabile, economicoase și controlate;
- ✓ evidențierea și rezolvarea problemelor ce țin de utilizarea rațională a medicamentelor.

Scopul principal al Regulilor GPP este asigurarea cu

medicamente și articole de uz medical, acordarea serviciilor farmaceutice (de sănătate) precum și acordarea ajutorului fiecărui om și întregii societăți în utilizarea rațională a acestor produse.

Serviciile farmaceutice din punct de vedere a Regulilor GPP includ activitatea de promovare a sănătății și prevenire a înrăutățirii stării de sănătate a populației.

În scopul promovării sănătății populației Regulile presupun asigurarea calității procesului de utilizare a medicamentului pentru fiecare pacient. Prin aceasta se subînțelege asumarea de către farmaciști a unei părți de responsabilitate pentru rezultatele medicației, de rând cu alți profesioniști și cu însșiși pacienții.

Regulile GPP înaintează următoarele *cerințe*:

- A. Primul și cel mai important scop al farmacistului este asigurarea beneficiului pentru pacient (consumatorul de medicamente).
- B. Obiectivul principal al farmaciei: asigurarea populației cu medicamente, articole de uz medical, asistența informațională, consultanța, monitorizarea efectelor medicației.
- C. Contribuții reale ale farmacistului la procesul de prescripție rațională și economicoasă a medicamentelor și la utilizarea lor rațională.
- D. Orice element al serviciilor farmaceutice trebuie să fie orientat spre consumatorul concret de medicamente.

Cerințele expuse mai sus, pun în sarcina farmacistului asigurarea calității conforme a serviciilor acordate pacientului. Această sarcină actualmente este pusă în fața comunității mondiale a farmaciștilor.

În astfel de condiții deosebit de important devine calitatea instruirii profesionale a farmaciștilor. Accentul trebuie plasat pe problemele acțiunii și utilizării medicamentelor. Însă de rând cu aceste aspecte, pe prim plan se plasează științele de comportament și de instruire – comunicare.

Pentru realizarea acestor cerințe, este necesar ca:

- baza ideologică a practicii farmaceutice să devină factorii

profesionali primordiali, iar factorii economici se plasează pe locul doi;

- farmacistul să-și depună aportul său în deciziile privind utilizarea medicamentului;
- relațiile cu alți profesioniști din sistemul de sănătate, în special – cu medicii, să fie apreciate ca parteneriat terapeutic bazat pe încredere reciprocă și confidențialitate în problemele ce țin de farmacoterapie;
- relațiile dintre farmaciști să fie colegiale și nu de concurență, fiecare trebuie să tindă spre îmbunătățirea serviciilor farmaceutice;
- conducătorii de farmacii să fie și ei responsabili pentru controlul și îmbunătățirea calității serviciilor farmaceutice prestate;
- farmacistul să posede acces la informația medicală și farmaceutică referitoare la fiecare pacient. Obținerea acestei informații este facilă în cazul în care pacientul preferă să obțină servicii dintr-o singură farmacie;
- farmacistul să posede în permanență informație independentă, deplină, obiectivă și bazată pe dovezi despre medicamente și farmacoterapie;
- farmaciștii să-și asume responsabilitate personală pentru întreținerea competenței sale pe parcursul întregii perioade de activitate profesională;
- programele de studii pentru profesioniștii de viitor trebuie să reflecte adecvat actualitatea și schimbările prognozate pentru viitor în activitatea farmaceutică;
- să fie adoptate standarde GPP naționale pe care farmaciștii să le respecte cu strictețe.

Elementele principale ale regulilor GPP sunt:

1. Activități ce țin de fortificarea sănătății, preîntâmpinarea declinului în sănătate și atingerea scopurilor de sănătate.
2. Activități orientate spre aprovizionarea cu medicamente și

instrumente pentru administrarea lor sau având și alte atitudini la tratament cu medicamente; eliberarea medicamentelor către pacienți.

3. Activități în domeniul automedicației controlate și responsabile cu scopul tratamentului medicamentos a celor mai răspândite și simple dereglări și simptome.
4. Activități ce influențează prescrierea și utilizarea rațională a medicamentelor.

Suplimentar la cele 4 elemente de bază, regulile GPP mai includ:

- colaborarea cu toate resursele umane în scopul instruirii sanitare a populației;
- aprecierea profesională a materialelor publicitare în domeniul medicamentelor;
- difuzarea informației relevante și validate în domeniul medicamentelor;
- participare la toate etapele cercetărilor clinice a medicamentelor.

Pentru fiecare dintre cele 4 elemente de bază ale regulilor GPP, fiecare țară elaborează și aprobă standarde naționale privind procesele desfășurate în farmacii și spațiile în care au loc aceste procese.

1. Fortificarea sănătății, instruirea și preîntâminarea declinului în sănătate.

Standardele naționale sunt necesare pentru:

- asigurarea posibilității comunicării confidențiale a farmacistului cu pacientul;
- instruirea pacientului în probleme generale privind grija pentru sănătate;
- implicarea personalului farmaciilor în proiecte speciale de instruire a populației;
- asigurarea calității instalațiilor utilajului și testelor necesare pentru diagnostic.

2. *Aprovizionarea cu medicamente și eliberarea lor către pacienți*

Standardele naționale sunt necesare pentru:

a) *În domeniul recepționării rețetelor și confirmării plenitudinii informației pe care o conțin:*

- reglementarea cerințelor față de încăperile în care se exrecită funcțiile respective;
- reglementarea cerințelor față de procedurile realizate în acest domeniu;
- reglementarea cerințelor față de personalul implicat.

b) *În domeniul recomandărilor de către farmacist a preparatelor din lista OTC (aspecte terapeutice, farmacologice și farmaceutice, corespunderea pentru pacientul concret, aspecte sociale, juridice, economice etc.):*

- stabilirea surselor de informație validată;
- reglementarea competențelor farmacistului;
- evidența recomandărilor și informațiilor livrate cu includerea lor în baza de date automatizată.

c) *În domeniul asigurării prezenței sortimentului necesar de medicamente:*

- stabilirea și cunoașterea surselor de aprovizionare cu medicamente;
- reglementarea păstrării medicamentelor;
- posedarea informației operative la momentul necesar despre disponibilitatea produselor;
- reglementarea cerințelor pentru personalul implicat;
- reglementarea cerințelor față de încăperi, mobilier, instalații, locurile de lucru;
- reglementarea preparării și asigurarea calității medicamentelor extemporale.

d) *În domeniul asigurării informaționale a pacientului:*

- reglementarea cerințelor față de încăperea destinată dialogului confidențial al farmacistului cu vizitatorul farmaciei;

- dotarea informațională (sursele de informație necesare);
 - documentarea procedurii de asigurare informațională a pacientului;
 - reglementarea competențelor farmacistului.
- e) *În domeniul monitorizării efectelor terapiei medicamentoase:*
- reglementarea cazurilor și procedurilor de monitorizare a rezultatelor farmacoterapiei (în cazurile eliberării medicamentelor Rx sau / și OTC);
 - asigurarea accesului la mijloacele necesare pentru monitorizarea pacienților și rezultatelor medicației;
 - reglementarea cerințelor pentru asigurarea calității monitorizării.
- f) *Documentarea activității profesionale:*
- reglementarea procedurilor de evidență a activităților profesionale (automatizată sau / și manuală);
 - reglementarea procedurilor de autoapreciere a activității profesionale în comparație cu standardele stabilite.

3. ***Automedicația controlată și responsabilă.***

Standardele naționale sunt necesare pentru:

- stabilirea cerințelor față de calificarea personalului implicat;
- aprecierea necesităților pacientului în automedicație (problemele pacientului, simptomele, vechimea lor, măsurile întreprinse, ce medicamente au fost deja administrate);
- asigurarea eficienței și inofensivității produselor recomandate;
- reglementarea strictă a cazurilor în care pacientul trebuie îndreptat la medic.

4. ***Contribuții la prescrierea și utilizarea rațională a medicamentelor***

Standardele naționale sunt necesare pentru:

- asigurarea calității prescripțiilor medicale;
- elaborarea și implementarea formularelor farmacoterapeutice;
- întreținerea contactelor farmacistului cu medicii în probleme de prescriere individuală a medicamentelor;
- validarea (obținerea dovezilor) datelor privind utilizarea medicamentelor;
- aprecierea materialelor publicitare în domeniul medicamentelor;
- răspândirea informației validate în rețea;
- reglementarea programelor de instruire profesională;
- elaborarea și răspândirea surselor de informație validată despre medicamente pentru farmaciști;
- asigurarea confidențialității datelor pentru unii pacienți.

Toate activitățile în care se implică farmaciștii în noile condiții de activitate (implementarea GPP) vor fi supuse documentării prin ținerea evidenței tuturor elementelor ce pot fi monitorizate.

Cerințele înaintate de regulile GPP presupun elaborarea standardelor de calitate pentru toate procesele ce se desfășoară în farmacie. Astfel, standardele de calitate a serviciilor farmaceutice sunt parte componentă a regulilor GPP.

În procesul elaborării standardelor de calitate se aplică „ciclul perfecționării calității” (figura 7), numit și „ciclul Deming”. Ciclul Deming mai este numit și ciclul PDCA – abrevieri din engleză: plan – do – check – act.

La etapa *planificării* se apreciază posibilitățile îmbunătățirii, se evidențiază prioritățile în ordinea lor descrescândă, se programează nivelul dorit al calității și se stabilesc indicatorii ce vor permite evaluarea schimbărilor.

Urmează etapa de *realizare* în care se efectuează, după caz, o implementare pilot, la necesitate se aplică unele corecții, după ce se purcede la realizarea propriu zisă a planului.

Cea de-a III – a etapă – *verificarea sau controlul* presupune monitorizarea situației, în caz de necesitate se aplică unele corecții curente și se înaintează propuneri pentru perfecționare.

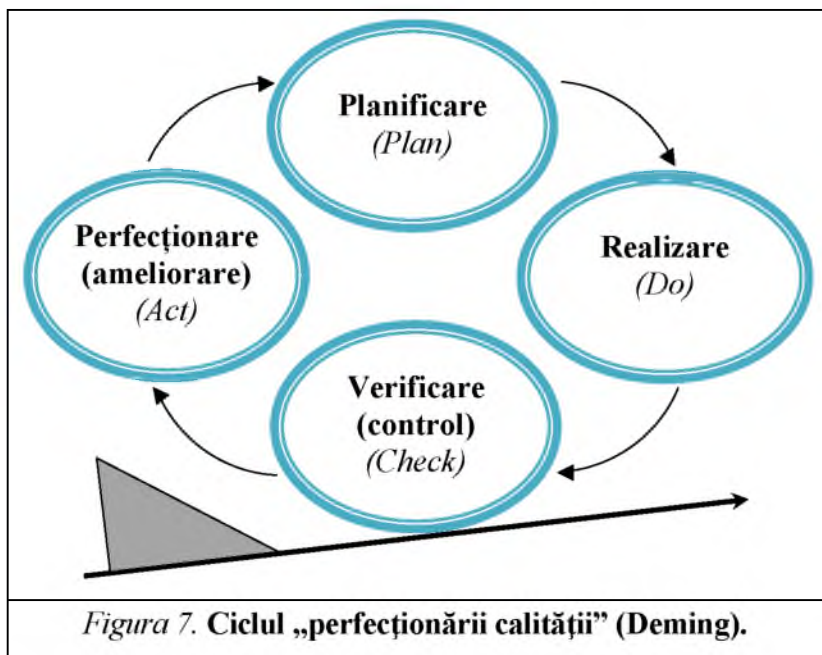


Figura 7. Ciclul „perfecționării calității” (Deming).

Ultima etapă este *perfecționarea sau ameliorarea*. Ea prevede efectuarea unei analize complexe a propunerilor de perfectare, în caz de necesitate se efectuează reevaluarea situației prin compararea indicatorilor și se înaintează propuneri argumentate privind aplicarea corecțiilor la plan. Urmează iarăși planificarea și, ciclul continuă.

În scopul evaluării practicii farmaceutice se utilizează un șir de indicatori, care se divizează în 4 grupe: de structură, de proces, de randament, de rezultativitate (de bilanț).

Indicatorii de structură sunt folosiți pentru evaluarea întreprinderilor farmaceutice în întregime: a dotării, a resurselor umane, a raționamentului structurizării, a prezenței sortimentului etc.

Caseta 6. Exemple de indicatori de structură

- *Prezența medicamentelor.*
- *Etichetarea corespunzătoare a preparatelor.*
- *Nivelul adecvat de pregătire a colaboratorilor; cunoașterea profundă a sortimentului de medicamente.*
- *Prezența încăperilor și utilajului necesar pentru deservirea la un înalt nivel calitativ a clienților, precum și pentru asigurarea calității medicamentelor care se prepară în farmacie.*
- *Prezența condițiilor pentru consultație și discuții confidențiale cu vizitatorii farmaciei.*
- *Timp suficient pentru consultarea clienților.*
- *Prezența materialelor auxiliare informaționale tipărite (broșuri, fascicule, etc.).*

Indicatori de proces sunt utilizați în scopul evaluării resurselor tehnologice, arsenalului metodic, relațiilor interpersonale. Acești indicatori permit aprecierea proceselor puse la baza activităților precum și aprecierea progresului în funcție de timp.

Caseta 7. Exemple de indicatori de proces

- *Modul (ordinea) de administrare (dirijare) a rezervelor de medicamente.*
- *Eliberarea, în mod reglementar, a medicamentelor.*
- *Încadrarea în sistemul de prevenire anticipată de urgență ce permite să prevină populația despre acțiunea dăunătoare a unor preparate ce au fost puse în circulație pe piață.*
- *Documentarea procesului de comunicare pentru dezvoltarea deprinderilor de comunicare.*
- *Documentarea calității deservirii.*
- *Utilizarea metodei de sondaj structurat al consumatorilor.*
- *Înregistrări privind instruirea personalului.*
- *Prezența unui sistem ce garantează clienților achiziționarea (procurarea) medicamentelor cuvenite.*
- *Verificarea cunoștințelor clienților referitor la folosirea (administrarea) medicamentelor ce le-au fost prescrise.*
- *Numărul de plângeri ale consumatorilor referitor la neconcordanțele dintre consultațiile acordate de farmacie și cele ale medicilor.*
- *Numărul de medici ce colaborează cu farmacia și specializarea lor.*

Indicatorii de randament servesc pentru evaluarea realizărilor ca rezultat al aplicării standardelor noi. Ei permit să fie apreciată satisfacția vizitatorilor farmaciei de serviciile obținute.

Indicatorii de rezultativitate sunt destinați aprecierii gradului rezultativității, permit determinarea impactului rezultatelor obținute asupra consumatorului de medicamente: pacientului și întregii societăți.

Caseta 8. Exemple de indicatori de randament

- *Numărul de rețete ce au fost deservite timp de o zi.*
- *Numărul denumirilor medicamentelor eliberate, ce au fost prescrise de medici.*
- *Numărul erorilor comise la prelucrarea rețetelor în raport cu numărul de rețete.*
- *Numărul de adresări (ale farmaciei) la medicii ce au prescris rețetele.*
- *Numărul de consumatori cărora li s-a acordat consultanță.*
- *Numărul de materiale informaționale (instructive) înmânate.*
- *Numărul de consultații acordate la tehghea, scopul cărora este de a obține eficiență maximă în procesul de tratament.*
- *Numărul de consultații acordate de farmaciști în localul special al farmaciei destinat convorbirilor confidențiale.*
- *Numărul de programe propuse pentru sporirea calității terapiei medicamentoase.*
- *Numărul și caracterul problemelor apărute în legătură cu medicamentele.*
- *Numărul de recomandări privind aplicarea modificărilor în procesul de tratament.*
- *Numărul de recomandări contramandate de medici sau de către pacienți.*
- *Numărul de programe educaționale la care au participat colaboratorii farmaciei.*
- *Numărul de ore rezervate pentru instruire.*
- *Ponderea profitului farmaciei destinat instruirii personalului.*

Caseta 9. Exemple de indicatori de rezultativitate

- *Ponderea medicamentelor esențiale și vitale în secția de stocuri a farmaciei.*
- *Timpul necesar pentru achiziționarea produselor ce lipsesc în farmacie.*
- *Durata medie de timp consumat pentru obținerea medicamentelor prescrise.*
- *Numărul de plângeri vizavi de erorile grave în raport cu totalul erorilor înregistrate.*

Conform conceptului buneii practici de farmacie, toate activitățile desfășurate în cadrul farmaciei (fie comunitară sau de spital) trebuie focusate spre obținerea beneficiilor de sănătate pentru pacienți.

4.2. Implementarea regulilor GPP în Republica Moldova

Situația farmaceutică din Republica Moldova la începutul noului mileniu poate fi caracterizată ca alarmantă din punct de vedere a calității procesului de medicație – fapt ce condiționează necesitatea stringentă de implementare a regulilor de bună practică în farmacie.

Implementarea regulilor GPP este un proces îndelungat cu multe aspecte organizatorice, profesionale și etico-morale, economico- financiare, sociale și un șir de dificultăți.

Însă, cu toate acestea, procesul de implementare a regulilor GPP în Republica Moldova a demarat în anii 2006-2007, și conform unor pronosticuri va dura 5-10 ani. Procesul este susținut de Biroul European al Organizației Mondiale a Sănătății și de Federația Internațională Farmaceutică.

La etapa inițierii proiectului de implementare au fost stabilite următoarele 10 priorități.

1. Aprobarea oficială a documentului GPP. Această prioritate include: elaborarea proiectului regulilor GPP pentru Republica Moldova, ținând cont de recomandările Declarației de la Tokio; elaborarea standardelor de calitate a serviciilor farmaceutice prestate de farmacii și a indicatorilor respectivi; aprobarea regulilor GPP de către Ministerul Sănătății, promovarea în modul stabilit de legislație și aprobarea definitivă prin Hotărâre de Guvern; publicarea în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

2. Instruirea personalului – presupune elaborarea programului de instruire, întocmirea orarului de instruire a farmaciștilor ce lucrează la sectorul de prestare a serviciilor farmaceutice; perfecționarea metodelor și mijloacelor de instruire (cursuri tematice, ateliere de instruire, seminare interactive, instruire la distanță, editarea ghidurilor etc.).

3. Educația atitudinii noi a farmaciștilor față de profesia sa. În acest scop se utilizează mijloacele de informare în masă, foi volante, postere, prospecte, se organizează cursuri specializate, întâlniri regionale, educația prin stimulare sau/și aplicarea de sancțiuni. Formarea universitară a farmaciștilor se schimbă prin orientarea la rolul și locul nou al farmacistului în procesul de medicație.

4. Modificarea relațiilor dintre populație și farmacie. Această prioritate urmărește schimbarea imaginii farmaciei și farmacistului în societate. Pentru realizarea acestei priorități este necesară dezvoltarea abilităților de comunicare a farmaciștilor ce activează în sectorul de asistență cu medicamente. Orientarea reală a farmaciei și farmacistului spre interesele fiecărui cetățean și a întregii societăți este cea mai convingătoare cale de modificare a relațiilor dintre populație și farmacie.

5. Implementarea noilor servicii de îngrijire farmaceutică. La acest capitol este necesară elaborarea și aprobarea listei

simptomelor ce pot fi evaluate/supravegheate de farmacist, elaborarea și aprobarea protocoalelor clinice, instrucțiunilor și ghidurilor respective, care ar permite instruirea și autoinstruirea continuă. Deosebit de importantă este atestarea farmaciștilor la deprinderile practice privind evaluarea stării de sănătate a pacientului.

Totodată trebuie elaborată și aprobată lista serviciilor obligatorii sau/și performante pe care le prestează farmacia comunitară (filiala ei) în funcție de factorii determinați.

6. Relațiile cu personalul medical. Această prioritate reprezintă și o condiție importantă pentru implementarea regulilor GPP în Republica Moldova. În această direcție este necesar să fie restabilită în volum deplin funcția de informare a personalului medical despre medicamente: noi înregistrări și intrări, prezența – absența în farmacii, analiza erorilor de prescriere a rețetelor, rezultatele analizelor farmacoeconomice, a studiilor de bioechivalență, totalizări ale farmacovigilenței și alte probleme și aspecte ce rezultă din studiile necesarului de informație despre medicamente pentru personalul medical. În situația creată se evidențiază importanța deprinderilor de comunicare profesională a farmaciștilor cu medicii.

7. Motivarea din exterior include, în măsura posibilităților, următoarele acțiuni: modificarea și armonizarea legislației, diminuarea presiunii fiscale, excluderea influenței asupra deciziilor profesionale, stimularea măsurilor de implementare a regulilor GPP etc.

8. Elaborarea și implementarea proiectelor tematice. Materialele expuse în compartimentul 5.1 denotă faptul că proiectul implementării regulilor GPP este de mare volum, conține multiple aspecte, sarcini și direcții; implementarea lui în volum deplin va fi de lungă durată. Pentru a stimula toate părțile interesate la implementarea regulilor GPP, este necesară

inițierea unor proiecte mici, tematice, care ar permite obținerea imediată a unor rezultate concrete. Aceasta ar fi: combaterea fumatului, narcomaniei, toxicomaniei; managementul obezității; combaterea hipertensiunii arteriale, HIV SIDA; școlile de astm bronșic și diabet zaharat etc.

Implementând pas-cu-pas astfel de proiecte minore, ia amploare procesul de modelare a farmacistului de tip nou-orientat spre pacient și sănătatea societății în întregime.

9. Crearea premiselor pentru implementarea conceptului utilizării raționale a medicamentelor. Situația inițială, care ar permite implementarea conceptului utilizării raționale a medicamentului este respectarea strictă a normelor privind prescrierea rețetelor și eliberarea medicamentelor din farmacii: (Rx = Rx; OTC = OTC). Pentru soluționarea acestei probleme în Republica Moldova, este necesară includerea factorilor de decizie, tuturor mecanismelor posibile și tuturor participanților la procesul de circulație a medicamentelor, inclusiv a consumatorilor. Un loc deosebit revine colaborării dintre asociațiile și societățile profesionale și științifice ale medicilor și farmaciștilor.

10. Crearea sistemului de control al calității serviciilor farmaceutice. Controlul calității serviciilor farmaceutice poate fi organizat doar după aprobarea standardelor de calitate și a indicatorilor respectivi. Sistemul de control preconizat, inițial trebuie să fie un sistem de autocontrol ce va include autoaprecierea de către farmacist și monitorizarea din partea conducătorului farmaciei. După implementarea definitivă a regulilor GPP, controlul calității serviciilor farmaceutice prestate va putea fi transferat în supravegherea Inspectoratului farmaceutic.

De rând cu prioritățile stabilite, au fost evidențiate și riscurile privind implementarea regulilor GPP în Republica Moldova (tabelul 9).

Tabelul 10. Analiza riscurilor în procesul de implementare a regulilor GPP în Republica Moldova
(situație preliminară)

Nr. d/o	Risc	Probabilitate	Efect	Produsul (3x4)	Rei-tingul
1.	Opuneri din partea organelor de conducere	2,6	3	8	5
2	Rezistența din partea medicilor	3,8	3	11,4	1
3	Opunerea personalului farmaceutic	2,5	3,8	9,6	3
4	Lipsa de cadre	2,3	3	7	6
5	Neîncredere în rezultatele finale	2,2	1,8	4	9
6	Instabilitate politică	2	3	6	7
7	Rezistență din partea patronilor de farmacii	3,2	3,5	11,2	2
8	Lipsa de resurse financiare	3,3	2,8	9,3	4
9	Neînțelegerea esenței profesiei	2	2,5	5	8
10	Pasivitatea grupului de lucru	1,2	3	3,6	10

Datele din tabel denotă că dintre riscuri, pe primele locuri se plasează opunerea rezistenței din partea medicilor, din partea patronilor de farmacii și din partea personalului farmaceutic.

Pe parcursul perioadei de implementare a regulilor GPP, prioritățile și riscurile se vor modifica, concretiza, diversifica. Cert însă este faptul că implementarea regulilor GPP va solda cu schimbări radicale a locului și rolului farmaciei și a farmacistului atât în sistemul de sănătate cât și în întreaga societate.

Capitolul V

AUTOMEDICAȚIA. PREPARATE OTC

5.1. Noțiunea de automedicație

5.1.1. Automedicația – parte componentă a sistemului de sănătate

Automedicația reprezintă administrarea medicamentelor de către consumatori în scopul tratamentului simptomelor și dereglărilor ușoare de sănătate recunoscute de ei înșiși.

Această definiție a fost propusă pentru prima dată de către experții Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) la conferința de la Alma-Ata în a. 1978. Una din caracteristicile de bază ale automedicației este responsabilitatea pacientului pentru propria sănătate, de aceea în 1994 Asociația europeană a producătorilor de medicamente eliberate fără prescripție medicală (AESGP) a înlocuit termenul de „automedicație” cu „automedicație responsabilă”. E de remarcat că administrarea pe răspundere proprie a unor medicamente fără control calificat (la recomandarea unor prieteni, din auzite, din rămășițele medicamentelor procurate anterior etc.) nu poate fi calificată ca automedicație și este absolut contraindicată, deși în viața de zi cu zi asemenea cazuri se întâlnesc foarte des. Noțiunea de automedicație presupune ameliorarea sănătății în cazul unor maladii ușoare, în acutizarea bolilor cronice, acordarea primului ajutor medical până la sosirea medicului

Aplicarea de măsuri preventive în vederea diminuării riscului de îmbolnăvire, depistării simptomelor la etapele

precoc pentru a preveni îmbolnăvirea sau pentru a facilita evoluția maladiei este definită ca autoprofilaxie.

Automedicația și autoprofilaxia constituie două părți componente ale concepției automedicației responsabile și reprezintă o parte componentă a sectorului primar al sistemului de sănătate. Acesta mai include modul sănătos de viață, renunțarea la fumat, consum moderat de alcool, administrarea corectă a medicamentelor etc. Automedicația este actualmente parte constitutivă a sistemului ocrotirii sănătății, menită să educe populația în spiritul răspunderii pentru propria sănătate, să informeze, să presteze servicii medicale și farmaceutice.

5.1.2. Cauze de dezvoltare a automedicației

Există două cauze principale care au favorizat apariția și dezvoltarea automedicației:

1. Necesitatea scăderii poverii statului pentru compensarea medicamentelor;
2. Creșterea rolului personal al cetățenilor în ocrotirea propriei sănătăți.

Automedicația nu trebuie în nici un caz contrapusă asistenței medicale. Mai mult ca atât pacientul trebuie să renunțe la automedicație în cazul în care nu cunoaște simptomele și cauzele bolii, iar administrarea unor medicamente pe răspundere proprie ar putea să-i complice viața.

Principiul de bază al automedicației este responsabilitatea bolnavului pentru sănătatea lui. Pentru aceasta pacientul trebuie să cunoască bine starea reală de lucruri, să determine exact dacă se poate trata singur sau trebuie să obțină consultația specialistului. În cazul în care pacientul este indecis sau nu reușește să reducă simptomele bolii în 2-3 zile, consultul medical este imperativ.

Scopul automedicației este, ca în condiții dificile de finanțare și de asigurare cu cadre a sistemului de sănătate:

- ✓ pacientul, rapid și eficient, să ușureze simptomele bolilor ce nu necesită consultații medicale;
- ✓ a permite pacienților de sine stătător să trateze simptomele neînsemnate a bolilor ușoare, ceea ce soldează cu micșorarea poverii asupra sistemului de sănătate;
- ✓ majorarea accesului populației (în primul rând din localitățile rurale) la ajutor medical.

Automedicația mai poate fi definită ca instituirea unui tratament medicamentos de către pacient din proprie inițiativă. Este actul de tratare corectă și responsabilă a unor afecțiuni minore sau de menținere a sănătății, de către pacient, cu ajutorul medicamentelor OTC (over the counter – „liber de la teighea” = fără rețetă). Totodată, automedicația reprezintă o componentă importantă a sistemului de asistență primară a sănătății.

Dintre avantajele și beneficiile automedicației pot fi menționate următoarele:

1. *Pentru pacient* – creșterea responsabilității pentru propria sănătate, obținerea economiei de timp și resurse, micșorarea acțiunii factorilor psiho-emoționali, asigurarea posibilității inițierii rapide a tratamentului medicamentos.

2. *Pentru medic* – economie de timp în favoarea pacienților ce necesită atenție sporită, asigurarea posibilității de a-și orienta activitatea asupra problemelor profesionale majore.

3. *Pentru instituțiile medicale*: micșorarea volumului de lucru, economia mijloacelor publice.

4. *Pentru farmacist*: crearea situației în care farmacistul își poate manifesta pe deplin cunoștințele în domeniul medicamentului; asigurarea posibilității implementării conceptului de îngrijire farmaceutică, motivarea necesității întreținerii relațiilor de colaborare cu personalul medical și lucru în echipă.

5. *Pentru farmacie*: crearea posibilității de a deveni atractivă prin implementarea conceptului de îngrijire farmaceutică și a

serviciilor farmaceutice de performanță, majorarea volumului circulației de mărfuri și a rentabilității.

Însă procesul de automedicație condiționează și unele riscuri:

- ✓ utilizarea incorectă sau abuzivă a unor medicamente (doze prea mari, utilizare îndelungată, apariția dependenței, a reacțiilor adverse neașteptate, interacțiuni medicamentoase etc.);
- ✓ mascarea simptomelor, și pericolul neadresării oportune la medic, ceea ce condiționează stabilirea cu întârziere a diagnosticului;
- ✓ subminarea relațiilor medic-farmacist;
- ✓ riscul majorat al apariției „bolii medicamentului” și al complicațiilor bolii.

5.1.3. Reguli privind automedicația

Regulile privind automedicația conformă sunt următoarele:

- ✓ automedicația nu se justifică decât în urma unei recomandări autorizate (medic, farmacist);
- ✓ tratamentul instaurat trebuie să aibă o durată cât mai scurtă;
- ✓ se recomandă, oricând este posibil, monoterapia, pentru evitarea polimedicației;
- ✓ trebuie respectate precauțiile privind utilizarea unor medicamente;
- ✓ alcoolul și alimentele pot diminua (tetraciline – lapte) sau pot potența (deprimante SNC – alcool) efectul unor medicamente;
- ✓ nu se recomandă modificări neordonate în cazul în care s-a instituit deja un tratament medicamentos, recomandat de medic, pentru problema respectivă;
- ✓ nu se recomandă reluarea unui tratament efectuat anterior pentru o problemă asemănătoare (trebuie evaluate datele specifice ale problemei actuale);
- ✓ este necesar ca pacientul să știe că trebuie să informeze medicul sau farmacistul dacă utilizează medicamente din proprie inițiativă;

- ✓ pacientul trebuie să știe că „medicamentele nu se împrumută” (nu trebuie să utilizeze un medicament doar pentru că a fost eficient în cazul altui pacient);
- ✓ farmacistul trebuie să descurajeze automedicația la categoriile de pacienți cu risc (sugari, gravide, vârstnici etc.).

Eliberarea medicamentelor fără prescripție medicală reprezintă o componentă esențială a practicii farmaceutice, implicând o responsabilitate crescută a farmacistului. Acesta poate deveni un factor activ în asistența primară de sănătate. Farmacistul joacă un rol important în reducerea riscurilor legate de automedicație, prin furnizarea de informații corespunzătoare pacienților. Pentru ca procesul de eliberare a medicamentelor să fie eficient și sigur, farmacistul trebuie să posede pe lângă cunoștințele profesionale, bune aptitudini de comunicare, în scopul stabilirii unei relații pozitive farmacist - pacient.

Interacțiunea între pacient și farmacist este, de obicei, inițiată de către pacient, care:

- ✓ apelează la farmacist datorită prezenței unor simptome;
- ✓ se adresează farmacistului cu întrebări referitoare la un anumit produs;
- ✓ solicită direct un medicament.

Farmacistul trebuie să fie cel care inițiază o discuție, stabilind dacă este justificată sau nu automedicația, ajutând pacientul să aleagă un medicament sau descurajând, în cazul necesității utilizării unui medicament contraindicat pacientului.

Printre alte atribuții ale farmaciei publice în procesul de coordonare a automedicației și autoprofilacticii se încadrează și **activitatea de farmacovigilență**. Apariția farmacovigilenței datează de circa 40 de ani și s-a înființat la propunerea OMS, care decidea promovarea unui program vizând sporirea eficacității și inofensivității medicamentelor.

În anul 1971, OMS a creat la Geneva Centrul Mondial de Farmacovigilență, iar în 1978, în urma unui acord între OMS și

guvernul Suediei, structurile tehnice ale sistemului internațional au fost transferate la Uppsala, unde s-a creat WHO Collaborating Centre for Internațional Drug Monitoring.

Funcțiile acestui centru de monitorizare sunt:

- culegerea și analiza notificărilor care au fost transmise de către centrele naționale;
- centralizarea deciziilor care s-au luat în fiecare țară în domeniul securității medicamentului și transmiterea acestora către celelalte state membre.

Centrele naționale au un rol dublu:

- *tehnic*: detectarea cât mai devreme posibil și explicarea reacțiilor adverse ale medicamentelor apărute pe teritoriul lor.
- *informativ*: transmiterea datelor către Centrul din Uppsala și alte centre naționale și informarea practicienilor din țara respectivă asupra riscurilor care apar la utilizarea unor medicamente.

Un rol important în rezolvarea unor probleme legate de patologia indusă medicamentos îi revine farmacistului. Prin faptul că farmacistul din farmacia comunitară este în contact direct cu pacientul, în momentul eliberării medicației, el are toate condițiile pentru, a-l instrui pe acesta să observe și sa comunice, fie medicului, fie farmacistului, efectele secundare ale medicamentelor primite pentru administrare. De asemenea poate să-l avertizeze asupra posibilității apariției unor efecte secundare neașteptate și să-l consilieze ce măsuri să ia. Cel mai important lucru este ca bolnavul să fie convins, să înțeleagă necesitatea comunicării efectelor secundare, pentru a fi transmise și centralizate, în cadrul fișierului general al efectelor secundare.

Managerul farmaciei trebuie să instruiască personalul farmaciei asupra posibilității ca anumiți pacienți să vină în farmacie și să reclame unele efecte nedorite ale medicamentelor eliberate. Pacienților cu nivel de instrucție adecvat li se poate explica despre efectele secundare ale medicamentelor și li se

poate mulțumi că au venit la farmacie, pentru a comunica aceste informații. Pacienților cu nivel scăzut de instrucție trebuie să li se explice că nu este vorba de medicamente expirate, sau de calitate proastă, așa cum prezintă ei problema când vin la farmacie, ci de unele situații speciale, când organismul reacționează diferit. Aici, farmacistul are nevoie uneori, de o bogată argumentare, pentru ca reclamația făcută de acest tip de pacienți să nu arunce o lumină defavorabilă asupra prestigiului farmaciei.

Prin farmacovigilență se înțelege activitatea organizată de depistare, examinare, înregistrare, validare și evaluare sistematică a efectelor (reacțiilor) adverse ale medicamentelor eliberate cu sau fără prescripție medicală.

Farmacovigilența este și o metodă de studii în cazul farmaciei sociale (vezi capitolul II).

Această activitate este efectuată voluntar, de către medicii practicieni și farmaciștii clinicieni, în spitale, farmacii comunitare sau centre desemnate (Farmacovigilență spontană), sau prin aplicarea de tehnici epidemiologice, pentru culegerea sistematică de informații de la surse precise: spitale, reprezentanți ai corpului medico-farmaceutic (Farmacovigilență intensivă).

Există un sistem național de înregistrare a informațiilor privind efectele adverse la medicamente, iar prin utilizarea sistemelor informatizate, se pot obține aceste informații în timpul cel mai scurt.

O serie de efecte adverse sunt deja cunoscute de către specialiștii farmaciști, din timpul cursurilor universitare dar apar permanent alte informații de acest tip, deoarece răspunsurile organismului uman la medicamente și asocieri de medicamente sunt greu de anticipat cu exactitate. Numeroasele noi cazuri comunicate confirmă această ipoteză.

5.2. Aspecte legislative ale automedicației

Din directivele OMS se prezintă doar recomandările privind elaborarea legislației și reglementărilor în domeniul farmaceutic. Ele constituie primul element al unei politici farmaceutice naționale.

Astfel, conform OMS, formularea unei politici naționale trebuie să fie urmată de adoptarea imediată a unei legislații adecvate și a unor reglementări care să-i asigure cadrul juridic și executarea.

Prima funcție a unei legi este să opereze o distincție între ceea ce este permis și ceea ce nu este permis, de aceea o lege asupra produselor farmaceutice va preciza cine are dreptul să importe, să fabrice sau să prescrie anumite categorii de medicamente. Legislația are un rol important în realizarea unor produse farmaceutice de calitate, inofensive, eficiente și acceptabile. Ea trebuie să asigure disponibilitatea și distribuția lor corespunzătoare către populație.

5.2.1. Reglementări naționale

Pentru realizarea unei politici farmaceutice naționale, în asistență farmaceutică de calitate sunt necesare atât legislația cât și reglementările sublegislative adecvate. Nu se evită și voința guvernanților de a realiza în practică acest obiectiv, un rol deosebit revenind Ministerului Sănătății. Analiza cantitativă și calitativă, anterioară elaborării unei strategii coerente, trebuie să se refere atât la nivelul asistenței și resurselor naționale, cât și la avantajele ce pot fi obținute din cooperări regionale și internaționale. De aceea, se recomandă analiza legislației și reglementărilor existente în materie de sănătate și produse farmaceutice precum și a codurilor profesionale din alte țări. Importanța cooperării între țări cu diferite niveluri de dezvoltare

este afirmată continuu, atât de experții OMS cât și de specialiștii în domeniul politicii farmaceutice din Uniunea Europeană. Aceasta deoarece la nivel mondial se urmărește o armonizare a legislațiilor din Uniunea Europeană, SUA și Japonia, iar o colaborare permanentă în scopul armonizării internaționale, din punct de vedere legislativ este în interesul sănătății publice, prin ea urmărindu-se asigurarea unei asistențe de calitate inclusiv farmaceutică.

Iar OMS este singura instituție reprezentativă existentă la nivel mondial care să poată constitui un forum pentru o armonizare globală.

Actele legislative și normative naționale care reglementează activitatea farmaceutică, vizează și anumite aspecte ale automedicației.

Legea cu privire la ocrotirea sănătății Nr. 411-XIII din 28.03.95 este o lege organică, care are ca scop să asigure dreptul constituțional al cetățenilor la ocrotirea sănătății.

Legea cu privire la medicamente Nr. 1409-XIII din 17.12.97 reglementează cerințele principale față de medicamente și activitățile desfășurate în domeniul medicamentului, prezenta lege cuprinde cerințele față de medicamente și de calitatea lor. Această Lege prevede și clasificarea medicamentelor în funcție de modul de eliberare a lor către pacienți:

- ✓ medicamente eliberate cu rețetă;
- ✓ medicamente eliberate fără rețetă.

Toate medicamentele destinate livrării către populație trebuie să fie însoțite de instrucțiuni privind modul de utilizare în limba de stat sau în una din limbile de circulație internațională.

Ministerul Sănătății și instituțiile abilitate de el sunt obligate să asigure eficiența și inofensivitatea medicamentelor ce au trecut controlul, conformitatea lor cu standardele calității.

Un alt document aprobat la seminarul internațional, Chișinău 14-17.04.97. este Politica de Stat a Republicii Moldova în domeniul medicamentului (PSM), care are ca scop perfectarea și dezvoltarea legislației farmaceutice în Republicii Moldova și care a fost adoptată oficial prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova (Nr. 1352-XV din 03.10.2002).

Scopul general al acestor acte legislative este asigurarea prezenței pe piața farmaceutică a medicamentelor eficiente, inofensive și de bună calitate în baza necesităților reale ale societății ținând cont de bolile preponderente și programul de dezvoltare a ocrotirii sănătății în țară, precum și adoptarea măsurilor corespunzătoare în vederea asigurării utilizării raționale și a disponibilității medicamentelor esențiale pentru întreaga populație.

PSM – prezintă o călăuză generală în determinarea direcțiilor strategice principale și realizarea măsurilor corespunzătoare, precum și în elaborarea legislației în domeniul medicamentelor.

Autotratamentul deseori este inefficient și criticat în mare măsură de lucrătorii medicali. Acest aspect presupune necesitatea elaborării criteriilor pentru alegerea și indicațiile pentru autotratament. Legislația farmaceutică a RM în vigoare nu posedă norme care să efectueze controlul asupra procedurilor de automedicație.

5.2.2. Reglementări europene

Numeroase aspecte ale activității farmaceutice, de la obținerea materiilor prime de interes medicinal, până la metodologia de cercetare, autorizare, punere pe piață, și eliberare a medicamentelor, sunt supuse în diferite etape necesităților de respectare a unor reglementări, variabile de la o țară la alta, dar care tot mai mult trebuie să se acorde cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și cu legislația farmaceutică europeană.

Directiva comunității europene nr.92/26 CEE din 31.03.92 susține că automedicația se promovează prin clasificarea medicamentelor în trei grupe:

- ✓ Rx – cu prescripție medicală;
- ✓ OTC – fără prescripție medicală;
- ✓ de uz spitalicesc.

Eliberarea medicamentelor fără prescripție medicală (OTC) și consilierea pacientului, sub îndrumarea farmacistului, conform Regulilor de Bună Practică de Farmacie presupune utilizarea protocoalelor de automedicație. Conform legislației în vigoare, numai medicamentele notate OTC în Nomenclatorul de medicamente pot fi eliberate pacienților la cerere, fără prescripție medicală.

În așa fel, automedicația este permisă numai în cazul medicamentelor care se pot elibera fără prescripție medicală.

Condiții de bază pentru aplicarea responsabilă și controlată a automedicației sunt: utilizarea protocoalelor de automedicație, evaluarea adecvată a nevoilor pacientului și eliberarea responsabilă a medicamentelor OTC.

1. Protocoale de automedicație

Pentru fiecare problemă de sănătate care poate fi tratată de pacientul însuși, la eliberarea medicamentelor trebuie stabilite protocoale pentru farmacist în ceea ce privește procedura de urmat în farmacie.

2. Evaluarea adecvată a nevoilor

Când este solicitat un sfat sau un medicament OTC, farmacistul trebuie să fie sigur că primește suficiente informații pentru evaluarea problemei de sănătate a pacientului. El trebuie să evalueze:

- ✓ natura și durata simptomelor;
- ✓ acțiunile deja întreprinse de către pacient;
- ✓ medicamentele care au fost eventual utilizate.

Farmacistul trebuie să determine dacă :

- simptomele pot fi asociate cu o problemă gravă de sănătate: în acest caz va decide trimiterea pacientului la medic, pentru un aviz medical imediat;
- în cazul unei probleme minore va da sfaturile adecvate și nu va dispune eliberarea medicamentului decât dacă este necesar.

3. Eliberarea responsabilă a unui medicament OTC

Criteriile pe care farmacistul le va avea în vedere în selecționarea unui medicament OTC sunt: calitatea acestuia, inofensivitatea și avantajele formulărilor eficiente.

Prin consilierea pacientului farmacistul trebuie să se asigure că acesta a reținut cu exactitate informațiile referitoare la:

- ✓ acțiunea medicamentului;
- ✓ modul de administrare (cum, cât);
- ✓ durata tratamentului;
- ✓ efectele secundare;
- ✓ contraindicațiile;
- ✓ eventualele interacțiuni.

Farmacistul trebuie să evalueze eficacitatea produsului eliberat în cooperare cu pacientul și să îl sfătuiască să consulte un medic dacă simptomele persistă.

5.3. Responsabilitatea pentru automedicație

Responsabilitatea pentru automedicație trebuie să fie conștientizată:

- ✓ de lucrătorii sistemului farmaceutic;
- ✓ de lucrătorii medicali;
- ✓ de întreaga populație și fiecare consumator de medicamente.

Lucrătorii sistemului farmaceutic trebuie să urmeze un șir de principii obligatorii:

1. să evalueze corect problema pacientului (să obțină de la

pacient informații care i-ar permite să dezvolte problema acestuia iar în cazul unei probleme minore de sănătate să-i dea pacientului sfaturile necesare);

2. să elibereze pacientului medicamentele ce pot fi eliberate fără prescripția medicului (să aplice la maximum cunoștințele acumulate, să ofere pacientului informații complete privind acțiunea medicamentului, doza, frecvența și timpul administrării, posibilele efecte adverse, compatibilitatea medicamentelor în caz de administrare simultană a două sau mai multor medicamente);

3. să asigure monitorizarea tratamentului (să evalueze eficiența preparatului cu implicarea pacientului, să-i recomande pacientului să se adreseze la medic, dacă simptomele bolii nu au dispărut peste o anumită perioadă);

4. să ofere consumatorului de medicamente posibilitatea de a cunoaște totul despre produsele OTC;

5. să aprecieze în mod critic reclama produselor OTC;

6. să studieze cererea pentru produsele OTC și să formeze sortimentul necesar;

7. să-i propună pacientului metode nemedicamentoase de tratament.

În acest proces de colaborare dintre farmacist și pacient un aport și o *responsabilitate* deosebită i se oferă **lucrătorilor medicali**:

1. să ridice gradul calificării în problema farmacoterapiei cazurilor ce nu cer intervenția medicului;

2. să participe la formarea listelor simptomelor și afecțiunilor ce nu necesită intervenție medicală;

3. să evidențieze cazurile de includere neargumentată a medicamentelor în lista OTC;

4. să participe la instruirea permanentă a populației în problema responsabilității pentru automedicație;

5. să mențină relații permanente cu farmaciștii în problema prezenței – absenței produselor OTC în farmacii.

Responsabilitatea populației și a fiecărui consumator de medicamente:

1. instruirea și autoinstruirea permanentă în probleme de automedicație și utilizare a produselor OTC;

2. consumarea produselor OTC numai după familiarizarea prospectului;

3. în cazuri grave să se adreseze la medic;

4. colaborarea imperativă: pacient – medic – farmacist.

E necesar ca în contextul dezvoltării autotratementului să se implice și statul, Ministerul Sănătății:

1. să aprobe simptomele și afecțiunile minore, care pot fi înlăturate fără intervențiile medicale;

2. să fie înnoită și verificată permanent lista OTC;

3. să acorde sisteme de instruire la toate nivelurile specialiștilor și populației privind lista OTC;

4. să emită literatură în acest domeniu;

5. să emită standarde și să asigure controlul respectării lor;

6. să stabilească norme privind publicitatea produselor OTC.

Baza practică a dezvoltării conceptului automedicației responsabile trebuie să fie informația deplină și bazată pe dovezi despre consecințele automedicației.

5.4. Preparate OTC

Există două condiții principale pentru ca medicamentul să poată fi inclus în lista OTC:

- *siguranță*, care prevede incidență scăzută a reacțiilor adverse, potențial redus de nocivitate, care ar putea rezulta în urma abuzului;
- *eficacitate* – capacitatea de a produce efecte benefice pentru un procent considerabil de populație în caz că este folosit corect.

Aceste două criterii sunt reglementate de FDA a SUA.

În Republica Moldova, ca și pentru UE sunt reglementate

criteriile de clasificare a medicamentelor Rx (cu prescripție medicală).

Medicamentelor li se atribuie unul din următoarele statute legale privind modul de livrare a lor din farmacii :

- medicamente utilizarea cărora se admite (se recomandă) numai în condițiile de staționar;
- medicamente livrarea cărora către pacienți se admite numai cu prescripție medicală (Rx);
- medicamente livrarea cărora către pacienți se admite fără prescripție medicală (OTC).

La grupa de medicamente, utilizarea cărora se admite (se recomandă) numai în condiții de staționar se clasează:

- medicamentele cu proprietăți farmacologice limitate, medicamentele noi, sau dacă medicamentul în interesul securității sănătății populației e destinat pentru administrare exclusiv în condiții de staționar;
- medicamentul este utilizat în tratarea bolilor, diagnosticul cărora poate fi stabilit numai în condiții de staționar, ori în instituții care posedă utilaj diagnostic necesar, deși medicamentul și supravegherea poate fi realizată și în alta condiții;
- medicamentele, administrarea cărora în condiții de ambulator poate provoca efecte secundare grave și ca rezultat e necesar ca prescrierea și tratamentul să se efectueze sub supravegherea personalului medical.

La grupa de medicamente, utilizarea cărora se admite numai cu prescripție medicală se clasează:

- cele care direct sau indirect pot prezenta pericol pentru sănătatea consumatorului chiar dacă se folosesc corect, dar fără supraveghere medicală;
- cele ce conțin substanțe ce provoacă efecte adverse și necesită examinări ulterioare;
- cele care sunt destinate pentru administrare parenterală;
- cele care se referă la stupefiante sau psihotrope;

- cele care la folosirea incorectă pot prezenta un risc considerabil (pot fi folosite cu scop de fraudă, pot provoca abstenență, sau utilizate în scopuri ilegale);
- cele ce conțin substanțe, care datorită originalității sau proprietăților farmacologice necesită de a fi clasate în grupa aceasta;
- cele ce conțin substanțe din lista nr. 1 și nr. 2, incluse în tabelul nr. 4 ale Convențiilor Organizației Națiunilor Unite din anii 1961 și 1971.

Fără prescripție medicală se eliberează medicamentele care nu sunt clasate către grupa celor, utilizarea cărora se admite (se recomandă) numai în condițiile de staționar, sau numai cu prescripție medicală.

Statutul legal al medicamentelor, privind utilizarea și livrarea lor către pacienți se stabilește la momentul autorizării lor de Comisia Medicamentului în rezultatul expertizei documentelor respective.

Statutul legal al medicamentelor poate fi schimbat numai la recomandarea specialiștilor în domeniu prin Hotărârea Comisiei Medicamentului.

A.N. Cristea, în 2006 a clasificat substanțele medicamentoase (DCI) admise în produse farmaceutice OTC pentru uz intern în 3 categorii :

- DCI admise fără limitare de doze (= DCI – OTC);
- DCI admise la doze mici (= DCI – non OTC);
- DCI – non OTC admise în produse OTC numai în combinații DCI – OTC.

Această clasificare adaptată la lista OTC aprobată de MSRM este prezentată în tabelul 11.

Agenția Medicamentului a stabilit modalitatea elaborării, revizuirii și aprobării Listei medicamentelor OTC. Conform reglementărilor respective, secția Autorizare Medicamente, Evaluare Clinică și Farmacovigilență cu grupul GCP, în baza

informației cuprinse în dosarele prezentate la etapa autorizării medicamentelor, precum și a datelor din literatura de specialitate:

- elaborează Lista OTC;
- lunar, în baza datelor privind autorizarea medicamentelor și anularea valabilității autorizării medicamentelor, reexaminează, modifică și completează Lista OTC;
- prezintă Lista OTC și modificările respective pentru publicare în Buletinul Agenției Medicamentului și pe site-ul Agenției.

Tabelul 11. Clasificarea medicamentelor OTC după DCI-ul substanței active

DCI-ul substanței active	
1. DCI = OTC	
• Acetylcysteinum	• Magaldratum
• Aciclovirum	• Magnesii glutamolactas + Pyridoxinum
• Acidum acetylsalicylicum	• Magnesii lactas + Pyridoxinum
• Acidum ascorbicum	• Magnesii orotas
• Acidum azelaicum	• Methenaminum
• Acidum boricum	• Methyleni coeruleum
• Acidum formicum	• Methylprednisolonum (<i>extern</i>)
• Acidum salicylicum	• Methyluracilum
• Acidum undecylenicum	• Miconazolum
• Adapalenum	• Minoxidilum
• Aetheroleum Anisi	• Myramistinum
• Aetheroleum Eucalypti	• Naftifinum
• Aetheroleum Menthae	• Naphazolinum
• Aetheroleum Rosmarini + Acidum ascorbicum	• Natamycinum (<i>extern</i>)
• Aetherolum pelargonii + Acidum ascorbicum	• Natrii chloridum (<i>picaturi și sprai nazal</i>)
• Alfa-amylasum	• Natrii picosulfas
• Ambazonum	• Natrium usninicum
• Ambroxolum	• Natural Arganoel + Soja

DCI-ul substanței active	
	Isoflavon
• Amizonum	• Nimesulidum
• Ammonii hydroxidum	• Nitrofuralum
• Antacide cu combinatii (<i>Gastal</i> , <i>Almagel</i> ®, <i>Maalox</i> ®, <i>Antigast</i> , <i>Simalgel</i> , <i>Gastrover</i> , <i>Phosphalugel gel</i>)	• Nonivamidum + Nicoboxilum
• Antralum	• Oleum Cucurbitae Pepo
• Arbidolum	• Oleum Hippophaes
• Benzalkonii chloridum	• Oleum Jecoris
• Benzocainum + Oleum heparis Squali	• Oleum Rosae + Acidum ascorbicum
• Benzydaminum	• Oleum Vitis viniferae
• BenzylII benzoas	• Otilonii bromidum
• Betamethasonum	• Oxeladinum
• Bifonazolum	• Oxiconazolum
• Bisacodylum	• Oxolinum
• Bromhexinum	• Oxymethazolinum
• Butamiratum	• Pancreatinum
• Calciu	• Paracetamolum
• Camphora	• Penciclovirum
• Carbo activatus	• Permethrinum
• Carbocisteinum	• Phenolum
• Cetirizinum	• Phenylbutazonum
• Cetylpyridinii chloridum	• Piroxicamum
• Chloramphenicolum	• Polyvidonum
• Chlorhexidinum	• Povidonum iodinum + Allantoinum
• Chlorophylliptum	• Prenoxdiazinum
• Compoziții în număr de peste 300 denumiri	• Propolisum
• Desloratadinum	• Ranitidinum
• Dexketoprofenum	• Retinoli palmitas + Tocopheroli acetas
• Dexpanthenolum	• Retinolum + Colecalciferolum
• Dichlorobenzyl alcool	• Rutosidum
• Diclofenacum	• Sabalis serrulatae extractum
• Dimethylsulfoxidum si asocieri	• Saccharomyces boulardii

DCI-ul substanței active	
• Drotaverinum	• Samprostum
• Erythromycinum (<i>extern</i>)	• Sertoconazolum
• Fexofenadinum	• Silibinum
• Fluconazolum	• Silicii dioxydum
• Fluocinoloni acetonidum	• Silymarinum
• Fluticasonum	• Simethiconum
• Formaldehydum	• Sodium hyaluronate
• Furazolidonum	• Solizymum
• Gentamicinum (<i>extern</i>)	• Sulfadiazini argenticum
• Glicinum	• Sulfanilamidum
• Glucosamini sulfas	• Sulfur
• Glycerolum	• Sulfur praecipitatum
• Heparini natrium	• Tarum
• Hexetidinum	• Terbinafinum
• Hydrocortisonum	• Terebinthinum
• Hydrogenii peroxydum	• Tetracyclinum
• Ibuprofen	• Thiocolchicosidum
• Ichthammolum	• Tincturae Crataegi
• Indometacinum	• Tincturae flores Arnicae
• Iodum	• Tincturae Leonuri
• Kalii aspartas + Magnesii aspartas	• Tincturae Sophorae japonicae
• Kalii iodidum	• Tincturae Valerianae
• Kalii orotas	• Tocopherolum
• Ketoconazolum	• Triamcinolonum
• Ketoprofenum	• Troxerutinum
• Lactobacillus	• Vaselineum
• Lactulosum	• Viridum nitens
• Levocetirizinum	• Wheat bran extract + Bromelain + Papain
• Lidocaini hydrochloridum	• Xeroformium + Pix liquida
• Lignini hydrolizatum	• Xylometazolinum
• Lipasum + Amylasum	• Zinci hyaluronas
• Loratadinum	• Zinci oxydum
• Lysozymum + Pyridoxinum	• Zincum pyrithionum
• Plante medicinale permise pentru a fi prezente pe piața farmaceutică în cazul în care nu conțin substanțe toxice	

DCI-ul substanței active
2. DCI= non OTC
Aminophyllinum (<i>Eufilină comprimate</i>)
Levonorgestrelum (<i>Postinor, Escapelle</i>)
Famotidinum (<i>Quamatel Min</i>)
Papaverinum chloridum , <i>comprimate</i>
Phenylephrinum (<i>Nazalfen spray nazal, Adrianol picături nazale, Nazol Baby picături nazale, Nazol Kids spray nazal</i>)
Quifenadinum (<i>Fencarol comprimate</i>)
Scopolaminum (<i>Buscopan drajeuri</i>)
Tiloronum (<i>Amixin® comprimate</i>)
3. DCI= non OTC doar în combi-nație cu DCI=OTC
Coffeinum (<i>Nomigren, Agicold tablets, Citramon-forte, Coldflu, Gripcold comprimate, Gripecalm-E, Gripgo®, Gripnil, Rinza, Rinzasip®, Solpadeine, Zerocold</i>)
Codeini phosphas (<i>Codelac, Gripecalm-E, Solpadeine,</i>
Phenylephrinum (<i>Coldrex, Agicold, Rinza, TheraFlu®, Therasil-D,</i>
Phenobarbitalum (<i>Corvaldin®, Corvalol, Valocordin</i>)
Remantadinum (<i>Antigrippin-Maximum</i>)

Lista OTC trebuie să fie prezentă în orice farmacie comunitară la loc vizibil și accesibil pentru vizitatori.

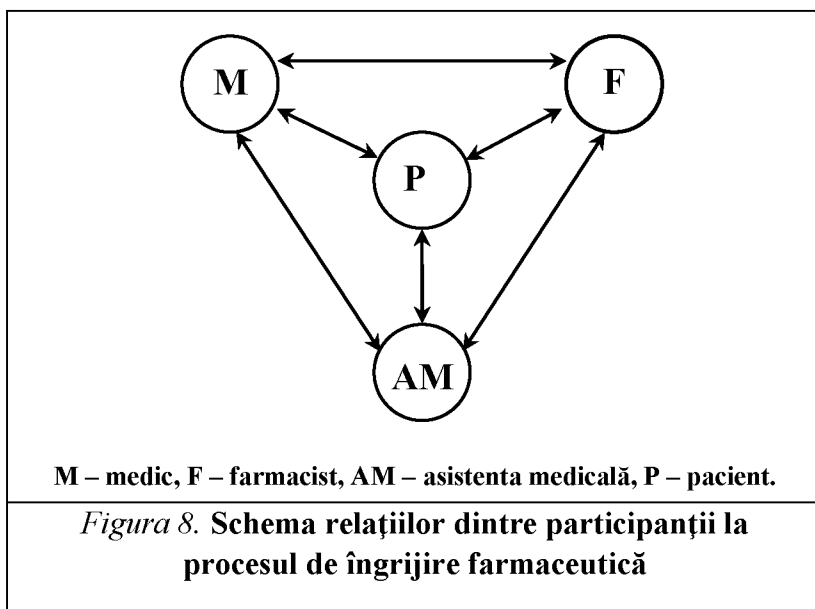
Capitolul VI

ÎNGRIJIREA FARMACEUTICĂ

6.1. Priviri generale

Compartimentul practic principal al farmaciei sociale este îngrijirea farmaceutică, proces, la care participă pacientul, medicul, farmacistul (în unele cazuri – asistenta medicală).

Schematic, relațiile dintre participanții la procesul de îngrijire farmaceutică, pot fi caracterizate prin „triunghiul” prezentat în figura 8.



Definiția conceptului de îngrijiri farmaceutice, pentru prima dată, a apărut în lucrările farmaciștilor clinicieni din SUA. Astfel, R.L. Mikael et al. în 1975 a descris conceptul îngrijirilor farmaceutice *„ca îngrijiri pe care le necesită un pacient anumit pentru a asigura utilizarea rațională și inofensivă a medicamentelor”*. În următorii ani termenul de îngrijiri farmaceutice a fost utilizat pentru a descrie activitățile în procesul de preparare și eliberare a medicamentelor. În 1980 D.C. Brodie, pentru prima dată, a dat o definiție mai amplă a îngrijirilor farmaceutice și anume: *„îngrijirile farmaceutice presupun determinarea necesităților medicamentoase a persoanei și eliberarea medicamentelor împreună cu serviciile necesare (înainte de, în timpul și după tratament) pentru a asigura o terapie optimală, eficientă și inofensivă. Aceasta va include un mecanism de legătură inversă, pentru a facilita continuitatea îngrijirilor de către cei care le oferă”*. În această definiție pentru prima dată a fost sugerată ideea legăturii inverse, principiu, care ulterior a fost utilizat de C.D. Hepler în lucrarea comună cu L.M. Strand. El de asemenea, a abordat îngrijirile farmaceutice în contextul sociologic în care un loc deosebit este acordat rolului pacientului și necesităților lui.

În 1987 C.D. Hepler a formulat prima definiție, în care a fost evidențiat angajamentul farmacistului față de pacient: *„o relație între farmacist și pacient în care farmacistul exercită funcții de control a utilizării medicamentelor (având competența și deprinderile necesare) fiind dominat de conștientizarea și angajamentul față de interesele pacientului”*. Din această definiție rezultă că numai farmacistul poate presta îngrijiri farmaceutice, fapt ce este mai puțin clar în cea de-a doua definiție dată de C.D. Hepler și L.M. Strand în 1990, care a devenit ca piatră de temelie pentru profesioniștii ce activează în domeniul îngrijirilor farmaceutice în toată lumea, atât în farmacii de spital, cât și în cele comunitare. În viziunea lui

C.D. Hepler și L.M. Strand, conceptul de Îngrijiri Farmaceutice prevede *„prestarea responsabilă a terapiei medicamentoase pentru obținerea rezultatelor determinate în vederea îmbunătățirii calității vieții pacientului. Aceste rezultate sunt: vindecarea pacientului; eliminarea sau reducerea simptomelor bolii; încetinirea procesului bolii sau prevenirea bolii sau a simptomatologiei”*.

În 1992, în lucrarea comună a lui L.M. Strand împreună cu R.J. Cippolle și P.C. Morley, a apărut următoarea definiție a îngrijirilor farmaceutice, în care și mai mult este accentuat rolul pacientului în acest proces: *„îngrijirile farmaceutice sunt parte componentă a practicii farmaceutice care implică interacțiunea directă a farmacistului cu pacientul, în scopul rezolvării problemelor medicamentoase ale pacienților”*. În 1997, L.M. Strand a definit conceptul ca *„practica în care practicianul poartă responsabilitatea pentru necesitățile terapeutice ale pacientului și-și menține angajamentul”*. Alții, ca de exemplu W.P. Munroe, percep îngrijirile farmaceutice ca *„un serviciu în care efectele clinice și psihosociale ale terapiei medicamentoase asupra pacientului sunt sistematic și continuu monitorizate”*, concept acceptat preponderent în Australia.

Astfel, se poate de evidențiat trei abordări conceptuale ale îngrijirilor farmaceutice: orientată spre proces (Hepler), umanistică (Strand) și cea clinică (Munroe).

După C.D. Hepler și L.M. Strand, îngrijirile farmaceutice presupun cooperarea farmacistului cu pacientul și medicul în vederea elaborării, implementării și monitorizării planului terapeutic care va avea rezultate terapeutice specifice pentru pacient. Aceasta, la rândul său, implică trei funcții de bază:

- ✓ identificarea problemelor medicamentoase potențiale și actuale;
- ✓ rezolvarea problemelor medicamentoase actuale;
- ✓ prevenirea problemelor medicamentoase potențiale.

Ținând cont de multitudinea aspectelor reflectate de diverși autori în definițiile propuse, actualmente se conturează următoarea definiție:

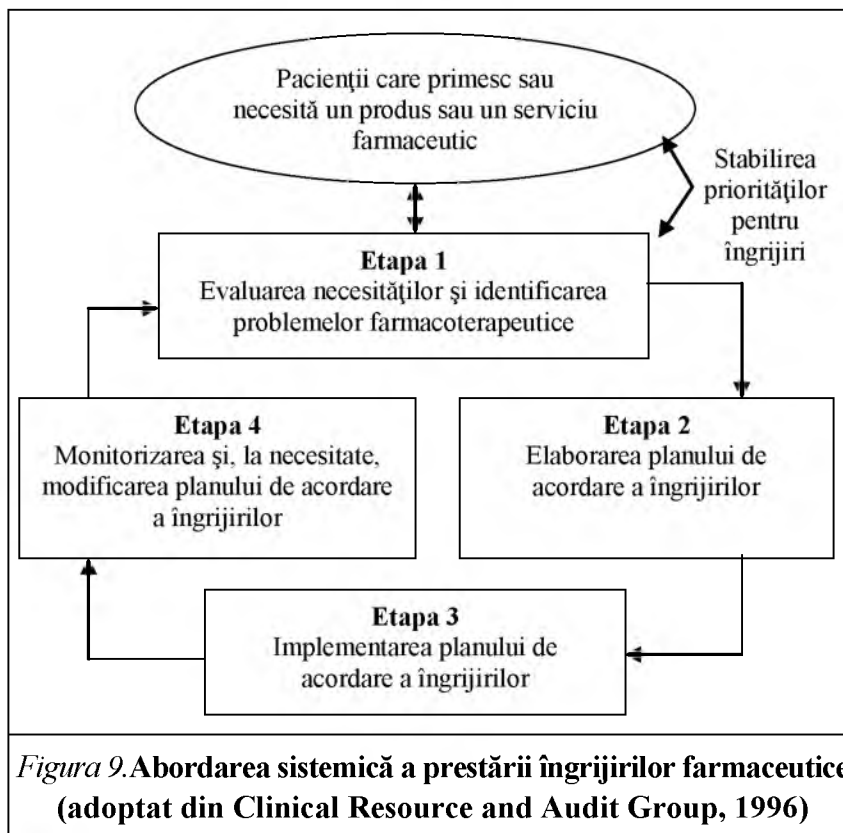
Îngrijirea farmaceutică prezintă un program complex de relații dintre pacient, farmacist și medic (asistenta medicală) manifestate pe întreaga perioadă de medicație a pacientului: de la momentul eliberării medicamentului (sau recomandării) până la încetarea definitivă a acțiunii lui și orientate spre obținerea beneficiilor maxime de sănătate pentru pacient.

În esență, îngrijirile farmaceutice sunt parte componentă a sistemului de sănătate și trebuie să fie integrate cu celelalte componente ale acestui sistem. Îngrijirile farmaceutice sunt oferite spre beneficiul direct al pacientului și farmacistul este responsabil față de pacient, de calitatea asistenței prestate de el. Relația fundamentală în cadrul îngrijirilor farmaceutice este schimbul reciproc benefic între pacient și farmacist, în care pacientul acordă farmacistului încredere și autoritate, iar farmacistul acordă pacientului competență și angajament (responsabilitate).

Îngrijirile farmaceutice trebuie să fie prestate de către farmacist cu aplicarea principiilor abordării sistemice. Abordarea sistemică a îngrijirilor farmaceutice presupune efectuarea succesivă a patru etape (figura 9):

1. *Evaluarea necesităților și identificarea problemelor farmacoterapeutice* – necesitatea pacientului poate să fie un medicament sau un alt produs farmaceutic, sau un serviciu farmaceutic: recomandarea medicației, revederea sau/și monitoringul terapiei. Atunci când sunt evaluate necesitățile pacientului, este important de analizat factorii de risc, cum ar fi:

- ✓ caracteristicile personale: vârsta, sexul, greutatea;
- ✓ istoria medicației și problemele de sănătate existente;



- ✓ factorii funcționali și cognitivi: mobilitatea, dexteritatea și inteligența;
- ✓ factorii sociali și de mediu: condiții de trai, suportul familiei, capacitatea de cumpărare;
- ✓ părerile pacienților asupra stării de sănătate și așteptărilor de la tratament.

Pentru a aprecia corect problemele pacientului, farmacistul va proceda după cum urmează:

- va percepe informația despre problemele pacientului;
- va evidenția grupa de risc;
- va preciza în caz de necesitate simptomele;

- va evidenția durata problemelor pacientului;
- va afla ce măsuri a întreprins pacientului și de cât timp;
- au fost sau nu utilizate medicamente și denumirile lor;
- va stabili seriozitatea/gravitatea problemelor și corelația între simptomele depistate și seriozitatea dereglărilor, în caz de necesitate, pacientul va fi trimis la medic;
- în cazul în care problemele sunt minore/neînsemnate, va acorda consultanță adecvată situației;
- va recomanda medicamentul doar în caz de necesitate reală.

2. *Elaborarea planului de acordare a îngrijirilor* – constă în determinarea priorităților privind îngrijirile farmaceutice, identificarea rezultatelor dorite și acțiunilor necesare, documentarea planului de îngrijiri farmaceutice. În determinarea acțiunilor necesare pentru atingerea scopurilor e nevoie să fie luate în considerație:

- ✓ necesitățile specifice ale pacientului, de exemplu, selectarea medicamentului/regimului de dozare în dependență de starea sănătății;
- ✓ orice reacție adversă antecedentă sau hipersensibilitate la un agent similar;
- ✓ acceptabilitatea acțiunii pentru pacient, de exemplu, părerile pacientului privind acceptarea terapiei medicamentoase;
- ✓ probleme de management al surselor de informație despre medica-mente, de exemplu prezența ghidurilor sau protocoalelor clinice.

Etapa de eliberare a medicamentelor include următoarele acțiuni:

- folosirea de către farmacist la maximum a cunoștințelor și experienței pentru selectarea celui mai potrivit medicament pentru pacient;
- farmacistul va ține cont de eficiența, inofensivitatea, calitatea și accesibilitatea produsului pentru pacientul concret;
- farmacistul va furniza pacientului informația necesară:

acțiunea preparatelor, modul de administrare (cum, când, în ce doze etc.), durata tratamentului, efectele adverse posibile, interacțiunile posibile cu alte medicamente, cu alimentele utilizate precum și alte informații în caz de necesitate.

3. *Implementarea planului de îngrijiri farmaceutice* – pentru care farmacistul ar trebui să:

- ✓ discute planul cu medicul;
- ✓ consulte pacientul sau îngrijitorul lui;
- ✓ să recomande pacientului, în caz de necesitate, să se adreseze medicului sau altor specialiști în sănătate;
- ✓ să monitorizeze indicatorii progresului și efectului terapiei medicamentoase;
- ✓ să coopereze cu alți farmaciști pentru asigurarea continuității;

4. *Monitorizarea și, la necesitate, modificarea planului de îngrijiri* – planul inițial al îngrijirilor poate să fie modificat odată cu modificarea necesităților pacientului, ceea ce va duce la acțiuni farmacoterapeutice noi.

Următoarele acțiuni ale farmacistului se vor desfășura doar în cazul aplicării conceptului de îngrijire farmaceutică și includ:

- asigurarea legăturii inverse (feedback), farmacistul va verifica la etapa eliberării medicamentului posibilitatea reluării legăturii cu pacientul;
- după expirarea a 1 – 2 – 3 zile (după caz) farmacistul va relua legătura cu pacientul (sau la înțelegere, pacientul va apela la farmacist) și va aprecia eficiența preparatului propus sau prescris;
- în cazul în care simptomele nu dispar și pacientul nu simte ameliorarea stării de sănătate, lui i se va recomanda adresarea la medic;
- va crea/completa baza de date computerizate despre pacienți, în care va include toate recomandările, observațiile și rezultatele.

Rezultatele multiplelor studii demonstrează eficiența îngrijirilor farmaceutice în diverse domenii ale terapiei, unele din ele fiind: asistența de ambulatoriu generală, psihiatrie, astm bronșic, diabet, hipertensiune și hiperlipidemie.

Definiția conceptului de îngrijiri farmaceutice formulată de Hepler și Strand, constituie baza teoretică a științei date în multe țări din Europa, fiind tradusă în numeroase limbi naționale. Dar chiar și simplă traducere a termenului a generat multe discrepante, dat fiind faptul că cuvântul eglez „*care*” are diferite semnificații în diferite limbi. Astfel în Belgia există termenul de ‘*farmaceutische zorg*’, în Olanda – ‘*farmaceutische patiëntenzorg*’, în Germania – ‘*Pharmazeutische Betreuung*’, în țările scandinave ‘*farmaceutisk farmacoytisk omsorg*’ și ‘*soin pharmaceutique*’ – în regiunile francofone. În Federația Rusă și Ucraina acest termen a fost tradus ca ‘*фармацевтическая помощь*’, ‘*фармацевтический уход*’ sau ‘*фармацевтическая опека*’. În România și Moldova, mai des este utilizat termenul de ‘*îngrijiri farmaceutice*’ și ‘*asistență farmaceutică*’. De asemenea există și alți termeni cu semnificația asemănătoare, cum ar fi ‘*seguimento farmacoterapéutico*’ în Spania și Portugalia, fiind o traducere a termenului ‘*pharmacotherapy follow-up*’ sau managementul medicamentos în Marea Britanie.

În domeniul farmaciei sociale deseori este utilizat termenul de ‘*servicii farmaceutice cognitive*’ pentru a defini concepția de îngrijiri farmaceutice. De asemenea există discrepante în interpretarea termenului cu aplicabilitate în diferite domenii ale activității farmaceutice, de exemplu farmaciei comunitare și cele de spital.

Dar nu numai diferențele lingvistice cauzează divergențele în interpretarea conceptului. Îngrijirile farmaceutice sunt percepute diferit în diverse țări având ca temei sisteme farmaceutice diferite. De exemplu, în Europa se pot diferenția 4

tipuri de farmacii comunitare după volumul lor de lucru și numărul populației deservite, ce revine la o farmacie. Tipul scandinav, cu farmacii mari, ce deservește circa 10000-18000 populație – realizează numai medicamente. Europa de sud, Franța și Belgia au farmacii mici, care au în sortiment multe produse parafarmaceutice, cosmetice și deservește 2000-2500 populație. Farmaciile din Marea Britanie și Irlanda se aseamănă foarte mult cu farmaciile din Statele Unite ale Americii și Australia. În afară de medicamente, sortimentul acestor farmacii include multe produse nemedicamentoase, deserving circa 3500 populație. Farmaciile din Europa centrală (Germania, Elveția, Austria) și de est se poziționează pe multe produse medicale și au în deservire circa 3000-5000 populație.

Consiliul Europei prin Comitetul de Experți pentru standarde de calitate și siguranță în practica farmaceutică și îngrijirile farmaceutice a efectuat în 2009 un studiu consacrat evaluării stării de lucruri privind îngrijirile farmaceutice în Europa. Rezultatele studiului au demonstrat că conceptul de îngrijiri farmaceutice a fost acceptat de marea majoritate a țărilor europene, însă nu a fost suficient implementat în practică. Studiile din țările mai „active” în acest domeniu, demonstrează că procesul de penetrare a conceptului în activitatea zilnică a farmaciștilor este încă limitat de diverși factori externi și interni.

În ceea ce privește fostele țări socialiste, sistemele farmaceutice în aceste state, care au apărut după destrămarea URSS se află într-un proces de transformare. Problemele de bază în aceste țări rămân să fie cele de aprovizionare cu medicamente. Printre țările ex-socialiste, în care implementarea practică a conceptului de îngrijiri farmaceutice a atins unele succese sunt: Cehia, Croația, Polonia, Slovenia și Ungaria.

Conceptul Îngrijirilor Farmaceutice a fost aprobat și promovat de organizațiile profesionale internaționale: Federația

Farmaceutică Internațională, EuroPharm Forum, Grupul Farmaceutic al Comisiei Europene, precum și de Organizația Mondială a Sănătății. După ce au fost adoptate în 1993 primele recomandări privind Bună Practică de Farmacie, standardele de calitate ale serviciilor farmaceutice au început să se „răspândească” în mai multe țări europene și în toată lumea. Astfel de standarde ale bunei practici profesionale există în toate țările avansate, de exemplu Marea Britanie, țările Scandinave, Danemarca, Australia, SUA etc.; precum și în unele țări în curs de dezvoltare: India, Nepal, Republica Sud Africană, Tailanda, Emiratele Arabe Unite etc.

Recomandările FIP/OMS privind Buna Practică de Farmacie prevăd crearea standardelor naționale pentru: promovarea sănătății, asigurarea cu medicamente și alte produse medicale, automedicația responsabilă, precum și îmbunătățirea procesului de prescriere a medicamentelor.

Este demonstrat, că introducerea standardelor în activitatea profesională a farmaciștilor, contribuie la eficientizarea asistenței farmaceutice. De exemplu, implementarea ghidurilor de consultare în activitatea cotidiană a farmaciștilor în Finlanda, a ridicat semnificativ nivelul de consultații oferite, atât în procesul eliberării medicamentelor conform prescripțiilor medicului, cât și în procesul automedicației pacienților. Introducerea standardelor de consultație în procesul prestării serviciilor de combatere a fumatului în farmaciile comunitare în SUA, a eficientizat acest serviciu și a contribuit la sporirea numărului de persoane care au abandonat fumatul în urma consilierii efectuate de farmacist.

Farmacistul trebuie să fie conștient de responsabilitatea pe care o are, alături de ceilalți profesioniști din sănătate și de pacient, în obținerea unui rezultat pozitiv al tratamentului.

Ca bază teoretică a îngrijirii farmaceutice servesc Regulile de bună practică de farmacie (GPP) expuse în capitolul IV.

Ideea de îngrijire farmaceutică este pusă la baza activității farmaciei și farmacistului de „stil nou”, care realizează funcția de management al sănătății oamenilor prin implicarea intensivă în procesul de medicație. Astăzi farmacia nu trebuie și nici nu poate să fie un simplu distribuitor de medicamente.

În Republica Moldova aceasta rezultă și din definiția legală a activității farmaceutice, reglementată de Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr. 1456-XII din 25 mai 1993, art. 1: „activitatea farmaceutică este domeniu științifico – practic al ocrotirii sănătății...”

Implicându-se cu cunoștințele sale unice în procesul de medicație, farmacistul își asumă responsabilități majore pentru rezultatele tratamentului medicamentos a fiecărui pacient *concret* (caseta 10).

Caseta 10. Exemplu de implicare a farmacistului în procesul de medicație

Pacientul „P” suferă de diabet zaharat. El este pus la evidență în Centrul medicilor de familie. Medicul de familie îi prescrie periodic rețete compensate pe care pacientul le obține din farmacia „F”. Farmacistul, de rând cu urmărirea permanentă a prezenței medicamentului necesar pacientului „P”, realizează suplimentar următoarele acțiuni:

- *invită pacientul să participe la școala bolnavilor de diabet zaharat, pe care farmacia o organizează periodic;*
- *dispune de informația despre utilizarea oricăror medicamente de către pacient prin accesul la BD respectivă;*
- *răspunde la orice întrebare a pacientului privind administrarea medicamentelor;*
- *acordă consultanță medicului de familie despre inovațiile din domeniu ținând cont de beneficiile posibile pentru pacient etc.*

Astfel, farmacia comunitară contemporană și farmacistul de „stil nou” devin responsabili nu numai pentru asigurarea oportună cu medicamente ci și pentru utilizarea lor rațională. Unii autori consideră că conceptul de îngrijire farmaceutică trebuie aplicat doar în cazul preparatelor OTC. Da, în cazul

preparatelor eliberate fără prescripție medicală, acest concept se manifestă „in extenso”, pe când eliberarea medicamentelor Rx presupune responsabilitate majoră atât din partea medicului cât și a farmacistului.

Farmaciştilor practicieni, pentru realizarea conceptului de îngrijire farmaceutică li se poate recomanda algoritmul prezentat în schema 5.

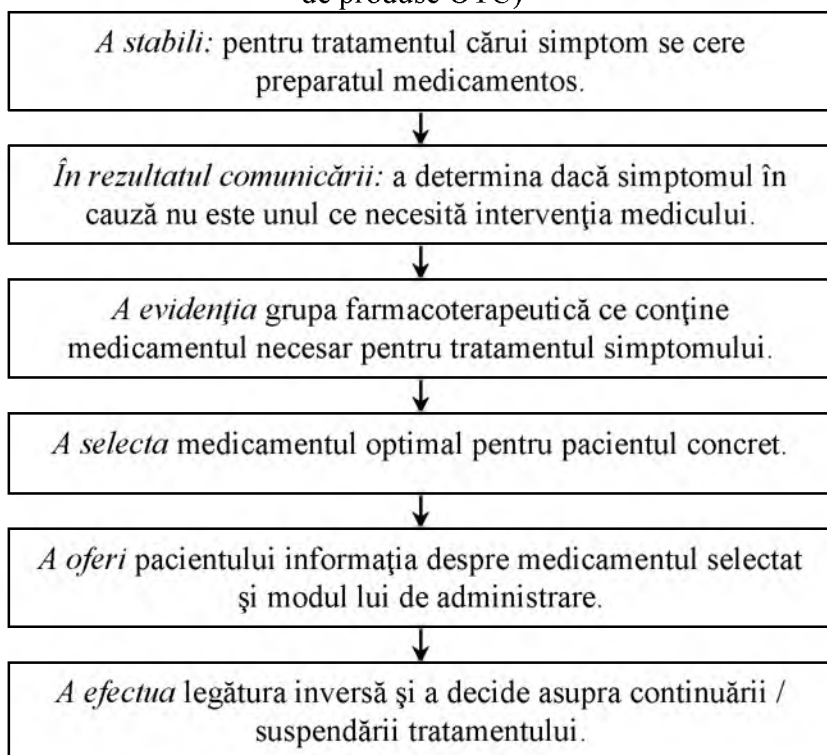
În procesul de selecție a preparatului din lista OTC, o deosebită importanță o are *anamneza medicației* – culegerea și sistematizarea informației despre desfășurarea și rezultatele medicațiilor precedente. Scopul anamnezei medicației este: preîntâmpinarea bolii medicamentoase, excluderea sau reducerea reacțiilor adverse și majorarea beneficiului pentru pacient. Rezultatele anamnezei medicației se includ în baza de date computerizată.

O deosebită atenție trebuie acordată contraindicațiilor de medicație în legătură cu activitatea profesională a pacientului (conducători auto, erectori de altitudini mari, scafandri și alte profesii ce necesită atenție sporită), starea fiziologică a organismului și vârsta.

În cazul utilizării produselor OTC, farmacistul va conștientiza importanța oferirii pacientului de consultanță despre: selectarea formei farmaceutice optimale; regulile de utilizare a diverselor forme medicamentoase; particularitățile dozării individuale; particularitățile interacțiunii medicamentului cu alimentele, alcoolul, stupefiantele etc.; cel mai optimal timp de administrare; acțiunile nefavorabile posibile asupra funcțiilor organelor și sistemelor organismului uman; condițiile de păstrare a medicamentului.

Una dintre funcțiile – cheie în asigurarea unei medicații reușite este asigurarea informațională a pacientului. Aici farmacistul va ține cont de volumul informației pe care o poate reține pacientul (vezi schema 4, capitolul III, pag. 127).

Schema 5. Algoritmul acțiunilor farmacistului în cazul aplicării conceptului de îngrijire farmaceutică (cu eliberare de produse OTC)

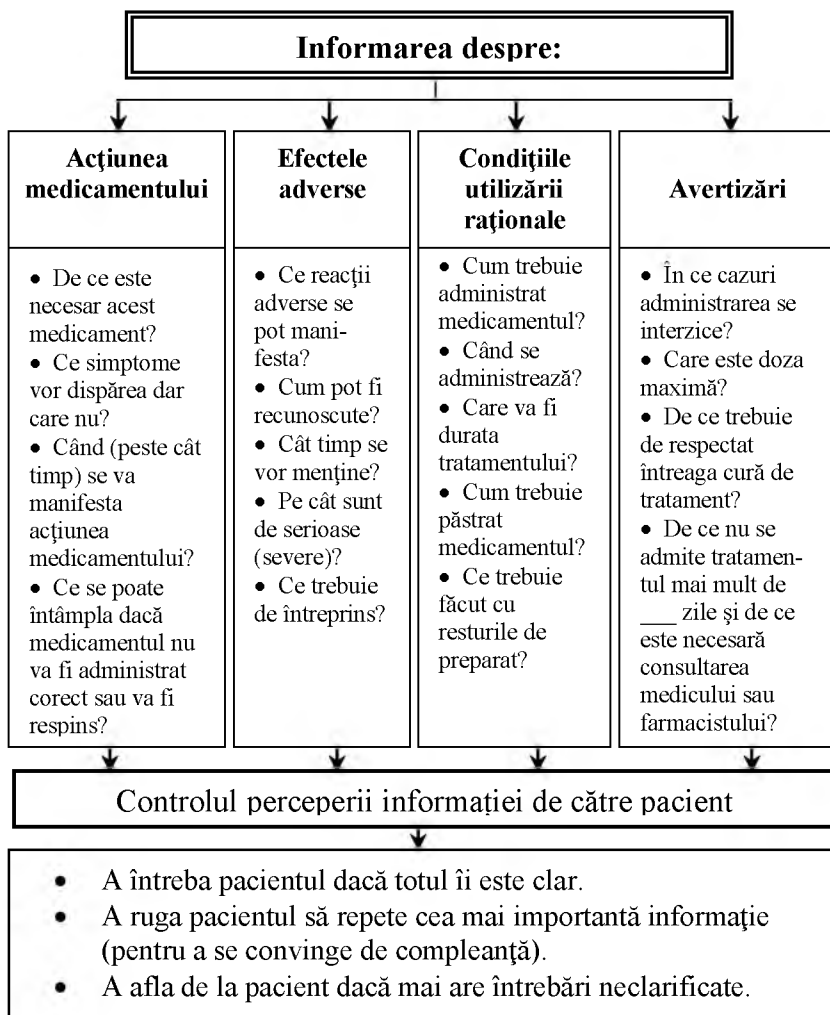


Algoritmul informării pacientului este prezentat în schema 6.

Farmacistul va fi capabil să aplice o îngrijire farmaceutică de performanță doar în cazul în care posedă deprinderile practice: a iniția comunicarea cu pacientul pentru a obține date suficiente despre boala lui; a pune întrebări-cheie pentru a evidenția starea sănătății; a fi pregătit pentru recunoașterea simptomelor celor mai răspândite boli; în scurt timp (punând 3-4 întrebări-cheie) a lua decizia asupra posibilității aplicării automedicației; a convinge pacientul să se ducă la medic în cazuri de simptome amenințătoare; a aplica principiile confidențialității privind starea sănătății pacientului; a se orienta bine în lista OTC; a

cunoaște perfect proprietățile chimice, farmaceutice și farmacologice ale preparatelor din lista OTC; a oferi informație obiectivă și în formă accesibilă pentru pacienți; a utiliza surse suplimentare de informare a pacienților; a ajuta pacienții să aplice automedicația responsabilă; a instrui în probleme privind grija fiecărui pentru sănătatea proprie.

Schema 6. Algoritmul informării pacientului în procesul de îngrijire farmaceutică



Experiența țărilor ce au implementat conceptul îngrijirii farmaceutice a pus în evidență 5 condiții de bază care asigură buna calitate a acestui proces:

1. Sistemul de sănătate în persoana Ministerului Sănătății trebuie să pună la dispoziția farmaciștilor protocoale clinice sau schemele de tratament a celor mai răspândite nozologii, incluse în Lista îmbolnăvirilor și simptomelor pasibile pentru implicarea farmaciștilor.

2. Farmaciștii trebuie să posede cunoștințe de bază în domeniul bolilor interne, trebuie să cunoască și să poată evidenția simptomele bolilor pentru care este permisă implicarea lor în procesul de medicație (cu preparate din lista OTC).

3. Cunoașterea de către farmaciști și posedarea deprinderilor pentru aplicarea practică a bazelor utilizării raționale a medicamentelor (prescriere sau recomandare (OTC) rațională, eliberarea rațională și administrare rațională).

4. Farmaciștii trebuie să posede regulile de comunicare cu pacienții și de consultare în toate problemele ce țin de medicamente și medicație, promovarea modului sănătos de viață, acordarea primului ajutor medical etc.

5. Monitorizarea permanentă de către farmaciști și controlul sistematic al veridicității informației și publicității medicamentelor de către producători prin intermediul reprezentanților și prin mijloace de informare în masă.

În procesul de îngrijire farmaceutică deosebit de important este compleanța pacientului să respecte recomandările medicului, farmacistului, asistentei medicale (compleanța, aspecte teoretice – vezi capitolul III, compartimentul 3.4).

Compleanța pacientului în procesul de îngrijire farmaceutică este influențată de un șir de factori pe care farmacistul este obligat să-i țină în evidență și, în caz de necesitate, să aplice cele mai adecvate măsuri de convingere. Dintre factorii ce influențează compleanța pacientului pot fi menționați:

- ✓ vârsta, gradul de cultură, starea emoțională;
- ✓ frecvența administrării medicamentelor;
- ✓ numărul unităților de administrare (spre exemplu – comprimate) în 24 de ore;
- ✓ numărul de medicamente administrate concomitent;
- ✓ forma farmaceutică;
- ✓ rapiditatea apariției efectului;
- ✓ restricțiile pentru utilizare;
- ✓ efectele adverse posibile;
- ✓ plenitudinea și accesibilitatea informației despre medicament;
- ✓ accesibilitatea economică etc.

Dezvoltarea relațiilor de colaborare farmacist – pacient în folosul pacientului va conduce la îmbunătățirea compleanței pacientului la tratament medicamentos.

6.2. Îngrijire farmaceutică specială

Dreptul farmacistului de a practica îngrijirea farmaceutică este determinat în primul rând de dreptul lui de a elibera medicamente din lista OTC. De rând cu aceasta farmacistul este obligat să acorde, în cazuri de urgență, 1- 2 doze de medicament din lista Rx, precum și să acorde informațiile necesare și să monitorizeze medicația cu prescripție medicală a pacienților.

În primul caz (preparate OTC) farmacistul trebuie să posede deprinderi privind recunoașterea simptoamelor celor mai răspândite și ușoare nozologii (pentru tratamentul căror se utilizează preparate din liste OTC). În cel de-al doilea caz – de urgență (1-2 doze de preparat Rx), farmacistul se va baza pe recunoașterea simptomatologiei grave. Eliberarea a 1-2 doze de produs Rx trebuie să fie însoțită de recomandarea urgentă bolnavului de a se adresa la medic sau, în caz de necesitate – se va chema ambulanța.

Ținând cont de sortimentul medicamentelor incluse în lista

OTC, în Republica Moldova, farmacistul se va implica în procesul de îngrijire farmaceutică pentru următoarele nozologii: infecții virale respiratorii acute, disfuncții ale TGI, dereglări ale sistemului nervos, afecțiuni dermatologice, disfuncții ale aparatului locomotor, conjunctivite, alergii, anemii ferodeficitare, polihipovitaminoze, contracepția orală și altele.

Algoritmele adoptării deciziilor farmacistului în diverse boli și simptome sunt prezentate în anexa 2.

6.2.1. Infecții respiratorii

Infecțiile respiratorii, în special – cele acute sunt cele mai răspândite boli pasibile spre a fi incluse în îngrijirea farmaceutică. Din grupa infecțiilor respiratorii fac parte: rinitele, faringitele, amigdalitele, adenoiditele, laringitele, traheobronșitele, bronșitele, bronșiolitele, pneumoniile. Din punct de vedere etiologic infecțiile respiratorii se divizează în cele de origine virală și de origine bacteriană.

Simptomele caracteristice pentru infecțiile respiratorii sunt: dureri în gât, rinite, tusea, răceli, febră, conjunctivită și altele. Aceste simptome pot fi consecința unor dereglări de sănătate neînsemnate, însă pot fi și o acutizare a unor boli cronice sau – manifestări a unei boli mai serioase. Farmacistul, în procesul conversației cu pacientul va evidenția situația de sănătate a pacientului, după ce va decide:

- a) posibilitatea aplicării tratamentului cu preparate OTC;
- b) administrarea unor preparate OTC (câteva doze) pentru îmbunătățirea stării pacientului până când ultimul va ajunge la medic;
- c) trimiterea imediată la medic.

Deosebit de important este activitatea farmaciei comunitare în domeniul profilacticii infecțiilor respiratorii, în special a gripei (caseta 11).

Gripa este o infecție respiratorie acută virală, care afectează căile respiratorii. Există foarte multe rădăcini de virusuri care se schimbă de-a lungul timpului. Deseori gripa este confundată cu o simplă răceală (guturai), fără să se țină cont de complicațiile pe care le poate avea această infecție respiratorie.

Caseta 11. Exemplu de recomandări pentru pacienți

- *În perioada dintre epidemiile de gripă – călirea activă a organismului, alimentație rațională, lupta cu deprinderile dăunătoare. Folosirea pe larg a produselor bogate în vitamina C, a celor ce conțin fitoncide.*
- *În perioada epidemiei – a evita contactele cu persoanele contaminate.*
- *După frecventarea localurilor publice: spălarea mâinilor, nasului, altor părți deschise ale organismului, clătirea cavității bucale și gargare cu soluție de sare de bucătărie.*
- *Vaccinarea cu 2-3 luni înainte de perioada epidemiei prognozate.*
- *În caz de epidemii sezoniere se utilizează preparatele etiotope, adaptogene, imunomodulatorii.*
- *În riscul epidemiei – izolarea bolnavului.*
- *Bolnavul va respecta regimul de pat.*

Simptomele specifice gripei sunt destul de diferite de cele ale unei banale răceli, precum și de simptomele altor infecții respiratorii. De obicei, simptomele apar brusc și se dezvoltă extrem de rapid: febra, frisoane, cefalee, dureri musculare și de articulații, dureri în gât, lipsa apetitului, tuse seacă, stare generală alterată.

Gripa se transmite prin strănuturile și accesele de tuse ale unei persoane infectate. Infecția începe prin inflamația căilor respiratorii superioare: nas și gât. În cazurile când virusul ajunge la plămâni, gripa poate degenera în bronșite, pneumonii și chiar insuficiențe respiratorii. În cazul complicațiilor pot apărea: semne de miocardită, în cazurile severe ajungându-se la meningoencefalită.

Nu există nici un tratament specific gripei, pentru că această infecție este într-o continua transformare. Virusul responsabil pentru gripă, din cauza modificărilor permanente, pune în

imposibilitate crearea anticorpilor de către organism. În fiecare an, trebuie să fie identificată ramura gripei curente și creat un nou vaccin, care să contracareze efectele virusului.

Tratamentul gripei se face în funcție de gravitatea acesteia prin administrarea unor medicamente, dar și prin repaus și odihnă. Tratamentul medicamentos în cazul gripei cu forme ușoare poate fi alcătuit din: antialergice, antipiretice (*paracetamol*, *ibuprofen*) pentru reducerea febrei și pentru calmarea durerilor, antitusive, expectorante, picături nazale.

Pe lângă tratamentul simptomatic se recomandă respectarea unor măsuri igienico-dietetice și izolarea la domiciliu a bolnavilor (*caseta 11*).

Farmacistul va ține cont de faptul că gripa poate provoca complicații, deseori – grave (respiratorii, nervoase, ORL, cardiovasculare etc.), din care cauză, recomandarea consultării medicului este obligatorie.

Durerea în gât. Majoritatea iritațiilor gâtului sunt cauzate de infecții virale. Ele se manifestă prin dureri în gât, mâncărimi, dureri la înghițire. Această stare este mai rea dimineața, dar se îmbunătățește pe parcursul zilei. Durerile pot fi cauzate de afecțiunile faringelui, laringelui, amigdalelor, fiind caracteristice gâtului, dar pot fi și afecțiuni mai grave care apar în alte zone ale aparatului respirator și pot duce la bronșita acută sau gripă.

Pentru ameliorarea durerii sunt multe metode naturiste folosite și de străbunii noștri, dar care cu timpul au fost uitate și înlocuite de medicamentele. Unele din aceste remedii sunt gargara, ceaiurile calde, mierea, lămâia.

Tratament naturist:

- ✓ ***compresa de varză:*** Se taie cotorul din varză, se zdrobește cu sucitoarea până se înmoaie. Varza astfel prelucrată se aplică în jurul gâtului și se acoperă cu o cârpă de lână. Varza se poate fierbe pentru a fi mai moale;

- ✓ *compres de untură*: se încălzește untură într-o tigaie până devine fierbinte. Cu acest fluid fierbinte se îmbibă o cârpă de lână cu care se acoperă gâtul; încercați să puneți cât de cald se poate (cât suferă pacientul) în jurul gâtului. Se acoperă cu o eșarfă și se lasă peste noapte;
- ✓ *compres de brânză*: brânza se întinde în strat uniform pe o batistă, care se aplică în jurul gâtului, se fixează cu o eșarfă și se ține câteva ore, de preferat peste noapte;
- ✓ *compres de cartofi*: cartofii se fierb, se zdrobesc, se întind pe o batistă, care se aplică în jurul gâtului și se fixează cu un șal. Cartofii să nu fie prea fierbinți – pericol de arsuri.

Tratament alopatic: medicamentele pentru dureri în gât sunt, de obicei, sub formă de comprimate, care se dizolvă în cavitatea bucală. Conțin ingrediente variate, de la miere și propolis până la anestezice ușoare. Sunt utile atât prin substanțele conținute, cât și prin faptul că suptul mărește producția de salivă, iar aceasta curăță gâtul.

Produse OTC: **Trahisept**, se găsește în varianta cu miere și propolis, miere și lămâie, miere și fructe de pădure sau mentol și eucalipt.

Strepsils, există variante cu mentol și eucalipt, miere și lămâie, clasic, intensiv. Varianta „Plus” conține lidocaină, substanță anestezică.

Faringosept, conține ambazonă, o substanță cu acțiune antibacteriană și antiseptică. Există și varianta cu lămâie.

Dr. Mom, conține extracte de plante cu efect benefic asupra tractului respirator.

Hexoral, conține hexetidină, o substanță cu efect antimicrobian larg și antiseptic. Se găsește sub formă de soluție, care se folosește pentru gargară, fără a fi înghițită.

Propolis C, conține propolis, vitamina C și vitamina B2.

Neo-Angin, conține substanțe cu rol antiseptic și uleiuri esențiale.

Rinita reprezintă o inflamație a mucoasei nazale, datorată infecțiilor virale sau bacteriene, la care se adaugă și o multitudine

de factori favorizanți, cum ar fi poluarea atmosferică, frigul, încăperile uscate, oboseala și subalimentația, etc.

În funcție de stadiul evolutiv în care se află, rinita poate fi *acută* sau *cronică*. La rândul său, rinita cronică se poate clasifica în catarală (adică congestia sau inflamația mucoasei nazale), hipertrofică (mucoasa nazală are un volum crescut) și atrofică (mucoasa nazală se atrofiază, se micșorează în volum).

Aparent banală, rinita are, în special datorită abuzului de spray-uri nazale, consecințe destul de neplăcute. Nasul devine aproape în permanență înfundat, simțul olfactiv scade, iar somnul își pierde calitatea datorită sforăitului din ce în ce mai frecvent.

Semne clinice: Rinita prezintă o simptomatologie diversă, în funcție de stadiul evolutiv în care se află. Rinita acută apare în special primăvara și toamna și se manifestă prin rinoree mucopulentă. Bolnavul are senzația de nas înfundat, de usturime și uscăciune la nivelul nasului și gâtului, tuse și cefalee matinală. Secreția nazală este apoasă, bolnavul strănută des și lăcrimează. Uneori poate acuza și o diminuare a auzului și senzația de înfundare a urechilor.

Rinita cronică catarală se manifesta prin nas înfundat aproape permanent, o jenă continuă în respirație, în special atunci când pacientul se află în poziția culcat. Ca și în cazul rinitei acute, bolnavii se plâng de o ușoară scădere a auzului, precum și sforăituri în timpul somnului, a cărui calitate scade simțitor, determinând numeroase stări de amețeală matinală și dureri de cap. Unele persoane pot prezenta o secreție nazală, care se scurge în faringe și este înghițită, dând senzația neplăcută de corp străin la nivelul gâtului și accese de tuse înecăcioasă.

Rinita cronică hipertrofică este un stadiu evolutiv al celei catarale. Mucoasa nazală se îngroașă edematos, luând forma de polipi. Simptomele sunt asemănătoare celor din rinita catarală, însă mai accentuate.

Rinita cronică atrofică afectează mai ales femeile și prezintă un tablou clinic divers: obstrucție nazală, senzație de nas uscat, cefalee, dureri la rădăcina nasului. Mucoasa este palidă, atrofică, cu evidențierea tuturor reliefurilor pereților foselor nazale.

Ozena reprezintă o rinită cronică atrofică gravă, cu un debut la vârste tinere, de aproximativ 12-15 ani și în special la sexul feminin. Se manifestă prin scurgeri nazale abundente, cu puroi. Pe mucoasa nazală se pot observa multiple cruste de culoare verzuie, urât mirositoare.

Rinita cronică atrofică nu are încă o cauză cunoscută, însă s-a constatat că apare cu o frecvență crescută la femei.

Tratament alopatic: Rinita dispune de un tratament care constă în instilații nazale cu substanțe antiseptice, vasoconstrictoare și antihistaminice. Aceste substanțe se administrează de trei-patru ori pe zi, nu mai mult de patru zile, datorită faptului că pot da dependență și au efect degenerativ asupra mucoasei nazale. În cazul rinitelor cronice, pe lângă instilații, sunt recomandate spălăturile nazale cu ser fiziologic cald, precum și picături de vitamina A uleioasă, aplicate local. Ca tratament general, sunt recomandate vitamino-terapia și imunostimulatoarele.

Pentru tratarea rinitei alergice pot fi folosite următoarele medicamente:

- ✓ antihistaminice împotriva strănutului, rinoreei (curge nasul), mâncărimi și ochii înțepoșați, oricum nu sunt eficiente la alinarea congestiilor nazale;
- ✓ decongestivele ajută la desfundarea căilor nazale, dar nu ajuta îndeajuns împotriva strănutului și mâncărimilor;
- ✓ corticosteroizii, de obicei eficienți pentru toate simptomele (precum nasul care curge sau congestii nazale) – sunt de obicei cei mai eficienți ca tratament pentru rinita alergică;
- ✓ picăturile de ochi ajută împotriva roșeții, mâncărimii și a lăcrimării ochilor;

- ✓ modificatorii de leucotriene pot ameliora congestiile nazale, mâncărimile, strănutul și rinoreea;

Tratament naturist: metodele naturiste de tratament a rinitei sunt numeroase, iar dintre cele mai eficiente pot fi menționate:

- ✓ inhalările de abur fierbinte, sub un prosop, după ce în prealabil s-a adăugat ulei volatil de pin și de lămâie în apa fierbinte;
- ✓ capsule cu ulei de chimen negru, care are efect pozitiv asupra mucoasei nazale, crește vitalitatea și regenerează funcțiile căilor respiratorii superioare. Se administrează câte 1 capsulă, de trei ori pe zi;
- ✓ administrarea aerosolului cu propolis timp de 10 zile consecutiv.

Faringita se definește drept inflamația sau infecția faringelui produsă de bacteria *Streptococcus pyogenes*. Se transmite de la o persoană la alta și se tratează cu antibiotice care au rolul de a reduce contagiozitatea și apariția eventualelor complicații.

Faringita este o infecție bacteriană a faringelui și a amigdalelor. Etiologia este în general infecțioasă, în 40-60% cazuri de origine virală și cca. 40% dintre cazuri de origine bacteriană. Alte cauze includ alergiile, traumatismele și toxinele.

Faringita se manifestă prin gât dureros cu iradieri spre zona urechilor, amigdale roșii, umflate, ganglioni limfatici umflați în partea anterioară a gâtului, febră, durere de cap, dureri musculare, dureri abdominale și posibile vărsături. Roșul în gât apare mai frecvent la vârsta între 6 și 12 ani. Este produs de bacteria *Streptococcus pyogenes* (grupa A de streptococ betahemolitic). Bacteriile se transmit prin picături de salivă ce conțin streptococ, de la o persoană la alta prin tuse, respirație, strănut. O perioadă scurtă de timp, bacteria poate trăi pe mânerul ușii contaminate, sau pe alte suprafețe. Dacă obiectul infectat este atins, iar apoi persoana își atinge ochii, nasul, gura,

se poate contamina cu bacterii. De asemenea, bacteria se poate transmite prin alimente infectate.

Deoarece este o infecție bacteriană, se tratează, de obicei, cu antibiotice. O dată tratamentul început, simptomele se ameliorează în 1-2 zile. Chiar dacă bolnavul se va simți mai bine, este important să finiseze tot tratamentul. Sistarea mai devreme a medicației poate duce la apariția de tulpini noi de bacterii, care vor fi rezistente la antibiotice. De asemenea, antibioticele vor reduce perioada de contagiozitate și pot să prevină apariția unor complicații rare, precum reumatismul articular acut, prin care infecția declanșează atacul sistemului imunitar asupra propriului organism. Dacă faringita continuă să reapară, atunci pacientul va fi trimis la medic, care posibil va opta pentru tratamentul chirurgical, prin care se îndepărtează amigdalele (amigdalectomia).

Pentru a preveni îmbolnăvirea prin faringită, trebuie evitat contactul cu persoane, care au infecție cu streptococ, se recomandă spălarea mâinilor cât mai des și evitarea folosirii de comun cu alte persoane a tacâmurilor, paharelor, periutei de dinți. Rezistența organismului uman în fața acestor bacterii poate fi crescută printr-o alimentație sănătoasă, odihnă suficientă, grijă sporită pentru igienă și exerciții fizice făcute în mod regulat. Totodată, capacitatea organismului de a lupta cu boala, crește atunci când se evită stresul. Se mai recomandă încetarea fumatului, precum și expunerea la fumul de țigară, deoarece fumul irită mucoasa, făcând-o mai vulnerabilă în fața infecțiilor. Umiditatea aerului este un factor important, ajutând la menținerea umedă a mucoaselor tractului respirator, ceea ce le face mai rezistente la infecții.

Laringita este produsă de inflamația, iritarea sau folosirea excesivă a coardelor vocale ce aparțin laringelui.

Unele din cele mai frecvente cauze sunt:

- ✓ infecțiile tractului respirator superior, în special viroza respiratorie (răceala) sau gripa;
- ✓ folosirea excesivă a coardelor vocale prin vorbitul îndelung și cu voce tare, prin țipăt sau cântat;
- ✓ alergiile;
- ✓ expunerea la substanțe iritante, cum ar fi fumul sau substanțele chimice;
- ✓ boala de reflux gastro-esofagian: în acest caz este vorba de un reflux laringian.

Simptomele cronice sunt cele care durează două săptămâni sau chiar mai mult. Ele indică o afectare mult mai severă a coardelor vocale, decât o simplă inflamație, cum ar fi afectarea nervilor, apariția unor leziuni sau a unor polipi la nivelul laringelui, o posibilă apariție a unor zone dure, așa numiți noduli laringieni.

Aceste probleme sunt cauzate cel mai frecvent de:

- ✓ infecții virale cronice;
- ✓ boala de reflux gastro-esofagian;
- ✓ apariția cancerului;
- ✓ apariția unor leziuni la nivelul laringelui.

Vocea îngroșată poate apărea și în mod natural, odată cu înaintarea în vârstă, pe măsură ce coardele vocale se subțiază și își pierd din tonicitate.

Cele mai frecvente cauze ale laringitei sunt:

- ✓ infecțiile sistemului respirator superior de cauză virală, cum ar fi viroza respiratorie; în majoritatea cazurilor laringita apare concomitent sau după o infecție a sistemului respirator superior, și se poate asocia cu prezența de secreții mucoase sau mucopurulente în exces, ce ajung pe peretele posterior al faringelui și provoacă tuse; alte simptome pot fi: prezența mucozităților la nivelul nărilor și o ușoară creștere a temperaturii;
- ✓ sinuzita, care reprezintă inflamația sinusurilor;

- ✓ expunerea la noxele din mediul înconjurător; tusea și prezența secrețiilor la nivelul posterior al faringelui poate, de asemenea, duce la apariția laringitei, dacă persoana a fost expusă la diferiți alergenii sau iritanți; fumul de țigară, inclusiv fumatul pasiv, poate fi considerat unul dintre principalii factori iritanți;
- ✓ vorbirea excesivă și îndelungată: vocea răgușită, îngroșată sau șoptită, poate apărea și după folosirea excesivă a acesteia, așa cum se întâmplă la susținerea echipei favorite, în cadrul unui eveniment sportiv;
- ✓ boala de reflux gastro-esofagian: acidul gastric refluat din stomac poate irita și inflama laringele, așa numitul reflux laringian; unul dintre simptomele refluxului, cum ar fi pirozismul (arsura retrosternală) poate să nu fie întotdeauna remarcat; laringita poate fi uneori primul semn al apariției refluxului.

Principalul simptom al laringitei este modificarea caracterului vocii; aceasta poate fi răgușită, subțiată, îngroșată sau abia perceptibilă. În unele cazuri, laringita poate duce la incapacitatea de a vorbi. Se poate întâmpla ca, înainte de apariția modificărilor vocii, să existe durere la nivelul gâtului (ce se poate înrăutăți pe măsura ce se accentuează) și schimbarea caracterului vocii.

Primele modificări legate de voce apar dimineața la trezire, când efortul de a vorbi este mult mai mare și vocea nu mai sună la fel ca până la modificarea ei. Există de asemenea, nevoia de a tuși și de a se curăța rapid gâtul, mai ales atunci când cauzele laringitei sunt legate de infecții, în special de cele virale. Aceste simptome sunt de obicei temporare, în afară de cazul când poate exista o altă afecțiune. Dacă simptomele mai includ și dureri severe la nivelul gâtului, dificultăți la înghițire, tuse cu expectorație cu sânge sau o formațiune vizibilă la nivelul gâtului, pacientul trebuie neapărat să se prezinte de urgență la

medicul de familie. Un copil care prezintă dureri severe la nivelul gâtului, salivează și are dificultăți în a respira, poate avea epiglotită (inflamația epiglotei) – o afecțiune acută care necesită tratament de urgență.

Simptomele laringitei cronice

În majoritatea cazurilor de laringită, există o îmbunătățire după câteva zile și se poate vindeca chiar și fără tratament. Cu toate acestea, dacă simptomele devin cronice înseamnă ca laringele poate fi afectat. De exemplu, dacă pacientul are un reflux laringian cronic, se poate dezvolta la nivelul laringelui noduli cu zone de ulceratii și astfel va exista un risc crescut de o posibilă apariție a cancerului la acest nivel.

Simptomele care nu scad în intensitate după două săptămâni, pot indica o boala cronica sau o alta patologie ce poate apărea la nivelul laringelui. Este important ca persoanele cu aceste simptome sa se prezinte la medic, pentru a diagnostica cauzele acestor modificări ce persista mai mult de două săptămâni.

Dacă alte modificări sunt prezente, cum ar fi polipii sau zone de ulceratie la nivelul laringelui, laringita va fi eliminată ca și posibilitate de diagnostic. Dar este dificil de observat rapid aceste modificări, de aceea este bine să existe o nouă evaluare medicala specializata.

Trebuie consultat un medic specialist ORL atunci când:

- ✓ simptomele nu s-au îmbunătățit sau nu au dispărut după două săptămâni;
- ✓ au apărut brusc o serie de modificări care produc dureri severe (dureri care iradiază până la nivelul urechilor), dificultăți la înghițire sau prezența tusei cu expectorație sangvinolentă,
- ✓ există o alta suspiciune în urma examenului fizic și există un anumit risc dat de antecedentele medicale personale;

Simptomele laringitei dispar de la sine, treptat, în mai puțin de două săptămâni.

Pentru o mai bună recuperare se pot lua o serie de măsuri de tratament la domiciliu, cum ar fi:

- ✓ *repausul vocal*: nu trebuie făcut un repaus vocal total, dar o utilizare cât mai puțină a vocii; trebuie să se vorbească încet, dar nu șoptit, deoarece acest lucru poate irita laringele mult mai mult decât vorbitul încet; trebuie evitat vorbitul la telefon sau cu voce tare;
- ✓ *trebuie încercat să nu se facă curățarea gâtului*: acest lucru poate cauza mai multe probleme și poate crește inflamația de la nivelul laringelui; un eventual tratament supresiv pentru tuse, poate fi de ajutor dacă pacientul respectiv are o tuse seacă, care nu produce mucus;
- ✓ *ar trebui ca pacienții să se oprească de fumat și de asemenea să evite și fumatul pasiv*, deoarece fumul de țigară irită gâtul și laringele, ca consecință agravează inflamația;
- ✓ *trebuie ca locuința pacientului să aibă un anumit grad de umiditate*, care să permită scăderea cantității de mucus, evitându-se astfel nasul înfundat sau scurgerea de secreții pe pereții posteriori ai faringelui;
- ✓ *să existe o bună hidratare*;
- ✓ *eliberarea nasului de secreții*: acest lucru poate fi ajutat de menținerea umidității în cameră și utilizarea infuziei saline;
- ✓ *prevenirea și tratamentul refluxului gastro-esofagian*: pentru a preveni sau a micșora refluxul, care poate irita sau chiar produce leziuni la nivelul laringelui, se va evita mâncarea înainte de culcare, se va reduce cantitatea de cafea și alcool; medicamentele pentru reducerea acidității gastrice pot ajuta, când aceste măsuri igienico-dietetice nu mai sunt suficiente.

Tusea reprezintă un act reflex și are ca rezultat expulzarea materiilor aflate în căile respiratorii superioare. Tusea poate fi:

- ✓ *seacă*, iritativă (fără secreții sau cu secreții reduse) caracteristică infecțiilor acute ale căilor respiratorii superioare (ex. traheobronșita acută, infecții virale acute);

- ✓ *productivă* (cu secreții) caracteristică mai ales infecțiilor cronice (ex. traheobronșita cronică).

Tusea seacă este dăunătoare mai ales când este de intensitate mare, deoarece solicită foarte mult aparatul respirator și cardiovascular, favorizând hemoptizia, tusea productivă este folositoare, deoarece ajută la eliminarea din căile respiratorii a secrețiilor și mucusului infectat. Tusea nu trebuie eliminată în totalitate, ci doar diminuată ca intensitate, atunci când este supărătoare.

În tratamentul simptomatic al tusei se utilizează medicamente antitusive și expectorante.

Antitusivele acționează la nivel central, inhibând centrul tusei, utilizate în tratamentul tusei seci, iritative. Expectorantele și mucoliticele acționează la nivel periferic, fiind utile în tusea productivă ajutând la fluidificarea și eliminarea mucoasei infectate și la decongestionarea bronhiilor.

Tratamentul tusei este simptomatic și urmărește reducerea intensității acesteia și nu suprimarea totală.

Tusea seacă se tratează cu *codeină* eliberată din farmacii numai pe bază de prescripție medicală sau derivați de sinteză cu acțiune asemănătoare cu cea a codeinei, dar cu efecte secundare mult diminuate (*dextrometorfan*, *oxeladin*).

Expectorantele (ex. *ACC 200*, *bromhexin*) se administrează în cazul tusei cu secreție bronșică scăzută care nu poate fi eliminată ușor în timpul tusei și care reprezintă un factor iritativ declanșator al tusei. Expectorantele se asociază în general cu antibiotice.

În toate cazurile de tuse automedicația poate face mai mult rău decât bine. Este necesar un consult de specialitate pentru a determina cauzele exacte ale tusei. Tusea este considerată *cronică* atunci, când durează mai mult de 3-4 săptămâni. După acest interval este momentul consultării unui medic pentru elucidarea cauzei tusei. Rareori o tuse după o infecție

respiratorie poate dura până la 8 săptămâni (mai ales la cei cu o reactivitate crescută a cailor respiratorii), dar întotdeauna se observa o ameliorare treptată în acest interval.

Dacă tusea durează mai mult de 3-4 săptămâni, mai ales dacă tusea nu a început odată cu alte semne de infecție respiratorie (febra, guturai, dureri în gât, dureri de cap) și, îndeosebi dacă nu dă semne de ameliorare evidente, este necesar imediat de consultat medicul! Fumătorii consideră ca tusea (preponderent cea matinală) este „normală” și nu îi acordă atenția cuvenită. Schimbarea caracterelor tusei (mai frecventă, mai supărătoare) este un semnal pentru consultarea medicului.

Simptoamele care denotă că bolnavul suferă de o boală respiratorie gravă sunt:

- ✓ tuse care durează mai mult de o săptămână;
- ✓ tuse însoțită de febră ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) care durează câteva săptămâni;
- ✓ tuse însoțită de febră (peste $38-39^{\circ}\text{C}$) timp de trei și mai multe zile;
- ✓ tuse însoțită de dispnee și dureri în cutia toracică la respirație;
- ✓ tuse însoțită de eliminarea unei spute de culoare verzuie;
- ✓ tuse însoțită de eliminarea unei spute sanguinolente;
- ✓ tuse cu accese de asfixie;
- ✓ tuse însoțită de slăbiciune generală și pierderea masei corporale;
- ✓ transpirație abundentă (mai ales noaptea), frisoane;
- ✓ accese neașteptate de tuse puternică;
- ✓ tuse puternică de până la o oră;
- ✓ eliminări considerabile de spută;
- ✓ schimbarea vocii.

În toate aceste cazuri este necesară consultația medicului. Dacă pacientul nu acuză simptoamele enumerate mai sus, farmacistul poate să-i propună medicamente pentru tratamentul simptomatic al tusei.

Îngrijirea farmaceutică în cazul eliberării preparatelor antitusive:

- ✓ nu se indică antitusive în caz de eliminări abundente de spută;
- ✓ preparatele antitusive ce conțin *codeină*, *dextrometorfan*, *butamirat*, nu se recomandă copiilor sub 2 ani, femeilor însărcinate și mamelor care alăptează. În cazul administrării unor doze mari sau timp îndelungat acestea pot inhiba SNC și respirația;
- ✓ preparatele ce conțin *oxeladină*, *butamirat* și mai ales *dextrometorfan* pot cauza adinamie, somnolență și vertij. Aceste preparate nu se recomandă șoferilor sau persoanelor care în virtutea profesiei trebuie să dea dovadă de acuitate sporită. Preparatele care conțin *oxeladină*, *butamirat*, *dextrometorfan* și mai ales *codeină* nu trebuie luate cu alcool, deoarece astfel sporește riscul de inhibare a SNC și respirației;
- ✓ preparatele ce conțin *butamirat*, administrate în doze mari, pot cauza vomă, diaree, scăderea tensiunii arteriale, iar în cazuri grave – inhibarea SNC.

Îngrijirea farmaceutică în cazul eliberării preparatelor expectorante:

- ✓ expectorantele nu trebuie combinate cu preparate care suprimă reflexul de tuse (*codeină*, *oxeladină*, *glaucină* etc.) și cu preparate histaminice care condensează sputa (*dimedrol*, *pipolfen* etc.);
- ✓ expectorantele nu trebuie administrate cu medicamente care deshidratează organismul (diuretice, laxative etc.);
- ✓ expectorantele cu efect reflex (*termopsis*, *terpinhidrat*, *licorin*) în caz de supradozare pot cauza vomă. Acestea sunt contraindicate în afecțiuni ale stomacului (gastrită, boala ulceroasă);
- ✓ preparatele expectorante trebuie luate cu o cantitate mare de

- lichid alcalin. Suplimentar la normă se beau 1,5-2 l de lichid pentru a compensa pierderile, fiziologice;
- ✓ nu se recomandă preparate expectorante bolnavilor imobilizați la pat;
 - ✓ efectul terapeutic al preparatelor expectorante se observă nu mai devreme decât peste 6-7 zile de tratament;
 - ✓ în primele 2-3 zile de administrare a expectorantelor tusea și eliminările de spută se întăresc; aceasta denotă că medicamentele își fac efectul;
 - ✓ în cazul supradozării sau administrării îndelungate a preparatelor ce conțin ioduri (iodură de potasiu, iodură de sodiu), se poate atesta rinită, urticarie, edem Quinque; se pot instala fenomene de hipertireoză: tahicardie, tremor, excitabilitate sporită, insomnie, diaree (la persoanele de peste 40 de ani).

Febra. Creșterea temperaturii peste 37°C poartă denumirea de subfebrilitate (între 37-38°C) și febră (peste 38 °C).

Cauzele pot fi diverse, de la răceli și gripă la infecții bacteriene sau virale, alergii, faringite, utilizarea anumitor medicamente, etc. Febra face parte din mecanismele de apărare a organismului în fața unor infecții, prin urmare formele ușoare de febra nu necesită tratament. Dacă febra este însoțită și de alte simptome, sau temperatura corpului depășește 39°C este necesar ca pacientul să se prezinte la medic, deoarece necesita tratament de urgență.

Febra poate fi infecțioasă (septică) sau neinfecțioasă (aseptică).

Febra infecțioasă (septică) se instalează:

- ✓ în infecții generalizate acute și cronice fără semne de localizare (în viroze, bacteriemii, rickettsioze, spirochetoze);
- ✓ infecții generale cu semne de localizare (tuberculoza pulmonară ganglionară, endocardita septică, etc.);

- ✓ infecții localizate superficiale (celulite, plăgi infectate) sau profunde (flegmon, abces subfrenic, abces apendicular, salpingite, pielonefrite, colecistite).

Febra neinfecțioasă (aseptică) – apare de obicei în boli neinfecțioase, ca de exemplu:

- ✓ neoplazii, tumori de rinichi, ficat, pancreas, plămân, tiroidă, stomac, colon, tumori osoase;
- ✓ hemopatii maligne: leucoze, limfogranulomatoza malignă, limfoblastom etc.;
- ✓ boli de collagen: lupoeritematoviscerită, dermatomiozită, sclerodermie, periarterita nodoasă;
- ✓ distrucții de țesuturi: intervenții chirurgicale, necroze profunde, infarcte, arsuri, iradieri cu substanțe radioactive;
- ✓ reacții alergice, psihice, șoc emotiv, conflicte psihologice, neurologice, endocrine, metabolice.

Febra evoluează în următoarele stadii:

- a) stadiul de creștere a temperaturii (stadium incrementi) de la câteva minute la câteva ore, zile sau săptămâni.
- b) stadiul de temperatură maximă (stadium fastigium) reprezintă perioada de apogeu a temperaturii.
- c) stadiul de scădere a temperaturii, de declin sau defervescentă (stadium decrementi) se caracterizează prin creșterea termolizei.

Tipurile de febră

Febra prelungită. Orice stare febrilă, care persistă mai mult de trei săptămâni, reprezintă o febră prelungită.

Febra continuă este o febră ridicată, în care diferența dintre temperatura matinală și cea vesperală timp de mai multe zile nu depășește 1°C. Ea este întâlnită în pneumonia francă lobară, febra tifoidă (în perioada de instalare a bolii), tifosul exantematic, osteomielite.

Febra remitentă se caracterizează prin aceea că diferența

dintre temperatura matinală și cea vesperală depășește 1°C . Ea apare în septicemii, supurații pulmonare, tuberculoza pulmonară gravă, în perioada a doua a febrei tifoide.

Febra intermitentă se caracterizează printr-o alternanță în timp de 24 de ore a temperaturii normale cu febra mult ridicată. Când oscilațiile devin deosebit de mari (de $3\text{-}5^{\circ}\text{C}$ pe parcursul a 24 de ore) febra foarte ridicată oscilând cu temperatura normală sau chiar subnormală este vorba de febră hectică. Ea apare în supurații pulmonare, infecții urinare și unele septicemii.

Febra recurentă evoluează cu febra ridicată și continuă timp de 5-8 zile alternând cu perioade afebrile. Ea apare în limfogranulomatoza malignă, tuberculoza pulmonară, infecții urinare sau biliare, leptospiroze.

Febra recidivantă este o varianta de febra recurentă caracterizată prin faptul că ascensiunile termice survin la intervale foarte variate și are caracter de puseuri (se întâlnește în colangite, pielite, carcinom și unele forme de tuberculoză).

Febra ondulantă este caracterizată prin ascensiuni termice ce se repetă periodic. Ridicarea temperaturii este progresivă, iar defervescența este lentă până la afebrilitate sau subfebrilitate urmată de cicluri repetate.

Febra de tip invers este febra în care temperatura matinală este mai ridicată decât cea vesperală. Apare în tuberculoza pulmonară gravă, supurații profunde și inflamații cavitare. Farmacoterapia antipiretică include administrarea per os sau intrarectal a preparatelor *paracetamolului* sau *acidului acetilsalicilic*.

Medicația antitermică pentru copii mai este reprezentată de *acetaminofen* și *ibuprofen*. Aceste medicamente reduc temperatura corpului blocând mecanismele care generează febra. Eficacitatea lor este asemănătoare. Dozele maxime admise se calculează în funcție de greutatea copilului și nu în funcție de vârstă. Este important a nu se recomanda administrarea

acetaminofenului unui copil la vârsta sub 2 ani fără consultarea de către medic.

De reținut! *Pediatrii contraindică utilizarea aspirinei (acidului acetilsalicilic) în tratamentul febrei la copil. Aceasta are efecte adverse grave, cum ar fi hemoragii gastro-intestinale, ulcere digestive și cel mai important, poate determina apariția sindromului Reye, care poate favoriza instalarea insuficienței hepatice.*

De asemenea, *ibuprofenul* nu este recomandat copiilor deshidratați sau care vomită des și este un medicament ce trebuie utilizat cu precauție în combaterea febrei în caz de varicela.

O alta metodă practică de a scădea febra este îmbăierea copilului.

Produce OTC: *antiseptice oro-faringiene, anestetice locale, uleiuri eterice, antimicrobiene, spraiuri, picături, geluri și unguente nazale, decongestionante nazale, blocatori ai receptorilor H_1 -histaminici, antitusive, expectorante, mucolitice, antipiretice, antiinflamatoare, antigripale, antivirale, imunostimulatoare, etc.*

6.2.2. Dereglări ale tractului gastro-intestinal

Dereglările tractului gastro-intestinal (TGI) se numără printre cele mai frecvente în Republica Moldova. Aceasta condiționează o adresabilitate frecventă în farmacii a pacienților cu dereglări ale TGI, fapt ce denotă importanța cunoașterii problematicei în cauză și de către farmaciști.

Principalele sindroame ale dereglărilor TGI sunt: dureri abdominale, constipații, pirosis, diaree, meteorism, disbacterioze, dispepsii și altele. Tratamentul simptomatic a acestor sindroame cu preparate OTC, redă o deosebită importanță activității farmacistului atât în direcția profilacticii cât și tratamentului dereglărilor TGI.

Printre cele mai frecvente sindroame ale dereglărilor TGI se numără ***durerea abdominală***. Durerea abdominală poate fi de origine abdominală sau extraabdominală. Dureri de origine abdominală sunt: durerea abdominală difuză, durerea în epigastriu, în hipocondrul drept sau/și stâng, dureri periombelicale, dureri în fosa iliacă dreaptă sau/și stângă, dureri în hipogastriu.

Durerile de origine extraabdominală pot fi provocate de boli cardiace, pulmonare, metabolice, nervoase, psihice, intoxicații și altele.

În societatea modernă foarte frecvent se întâlnește ***constipația habituală***. Tratamentul pe care poate și trebuie, în primul rând să-l recomande farmacistul este cel igienico-dietetic. În caz de necesitate pot fi recomandate laxative din grupa OTC. Dacă tratamentul igienico-dietetic și cel medicamentos nu soldează cu succes, pacientul va fi îndreptat la medic în scopul investigațiilor.

Senzația de frigere în regiunea epigastrică denotă prezența de ***pirozis***. Pirozisul poate fi semnal al unei îmbolnăviri serioase a TGI sau manifestare a dispepsiei sau – un simptom de sine stătător. Cauzele apariției pirozisului pot fi:

- ✓ la pacienții cu dereglări ale TGI: gastritele hiperacide, ulcer peptic stomacal și duodenal, colicistite cronice, reflux gastro – epigastral;
- ✓ la persoanele sănătoase: alimentație nerațională, sensibilitate individuală pentru unele produse alimentare, sarcină, efecte medicamentoase.

Printre factorii principali ce provoacă pirozis pot fi: abuzul de alcool, fumatul, somnul sau odihna în poziție „culcat” imediat după mâncare, hipodinamia, obezitatea și alții.

Farmacistul recomandă consultarea medicului în următoarele cazuri: pirozis însoțit de vomă cu sânge sau de culoare cafenie închisă, scaun întunecat, pirozis permanent în decurs de 3 zile și

mai mult, pirozis însoțit de dificultăți ale respirației, greutate în timpul alimentației, pirozis asociat cu dureri stomacale, pierderea progresivă a greutății, pirozis cauzat de administrarea anumitor medicamente.

Balonarea abdomenului ca rezultat al formării excesive a gazelor în TGI (stomac și intestin), mărturisește despre **meteorism**, care poate fi însoțit de dureri abdominale, răgâeturi, dificultăți de respirație.

Cea mai frecventă cauză a meteorismului este descompunerea alimentelor ce conțin albumine și hidrocarburi, sau înghițirea aerului în timpul masticăției. În afară de aceste cauze ale meteorismului mai pot fi:

- ✓ digerarea incompletă a unor alimente (lactate, ciuperci, soe, dulciuri, boboase, nuci, varză, prune, sucuri de fructe etc.);
- ✓ abuz de mâncare;
- ✓ alimentație nerațională;
- ✓ fumatul;
- ✓ gastrită și ulcer peptic;
- ✓ colică biliară;
- ✓ disbacterioză;
- ✓ anomalia peristaltice;
- ✓ perioada antemenstruală;
- ✓ perioada postoperatorie.

În unele cazuri simptomele meteorismului sunt amenințătoare și condiționează consultarea obligatorie a medicului: dureri abdominale intensive, grețuri și vomă, îngălbenirea pielii și a sclerei oculare, scăderea bruscă și evidentă a greutății corpului, meteorism după administrarea medicamentelor.

O altă dereglare a TGI este **disbacterioza intestinală** – schimbarea cantitativă sau/și calitativă a microflorei intestinului. Conform unor date ale cercetărilor epidemiologice, disbacterioza intestinală se întâlnește la cca 90% din populația de pe glob.

Această dereglare este condiționată de alimentare nerațională, stres, scăderea reactivității imunologice a organismului, acțiunea diferitor factori ecologici și fizico-chimici ai mediului extern. Deseori cauza disbacteriozei intestinale este utilizarea necontrolată și nerațională a unor medicamente.

Există o multitudine de factori ce condiționează dezvoltarea disbacteriozei:

- *exogeni*: încălcări ale normelor sanitaro-igienice, factorii climato-geografici, radiație ionizantă, reziduuri industriale toxice, intervenții chirurgicale asupra TGI etc.;
- *endogeni*: stare de stres, boli infecțioase, boli reumatice, patologii ale intestinului și ale vezicii biliare, ulcer peptic, dereglări ale sistemului imun, diabet zaharat, alimentare nerațională, administrarea nerațională și necontrolată a medicamentelor, foame, vârstă înaintată ș.a;
- *alți factori*: alergii alimentare, dereglări anatomice, erori de alimentare, terapie antibacterială, inclusiv necesară și rațională.

Eliminarea frecventă a unor scaune de consistență scăzută și în cantitate mare mărturisește despre prezența **diareii**.

În tubul gastrointestinal are loc absorbția apei, electroliților și substanțelor nutritive. La adulți masa scaunului normal constituie circa 200 g pe nictemer. Totodată, dacă omul consumă alimente cu conținut sporit de celuloză alimentară, masa scaunului poate să crească până la 500 g pe nictemer. Se crede că frecvența scaunului trebuie să fie de o dată pe zi dimineața, însă asta nici pe departe nu corespunde realității. Defecarea este influențată de o mulțime de factori externi. Această funcție a intestinului se modifică esențial odată cu vârsta și depinde de anumiți factori individuali, fiziologici, dietetici, sociali și culturali. La oamenii sănătoși frecvența scaunului poate varia de la 3 ori pe zi până la 3 ori pe săptămână și numai modificările volumului și

consistenței maselor fecale, cât și apariția unor amestecuri (de sânge, de resturi alimentare etc.) mărturisește despre apariția unui proces patologic.

Diareea prezintă înțepirea (peste 3 ori pe zi) și/sau rarefierea scaunului și/sau creșterea în volum a maselor fecale. Diareea este cauzată de dezechilibrarea balanței hidroelectrolitice în intestin.

Nictemeral omul consumă circa 2 litri de apă, pe când prin duoden trec 8-10 litri de lichid. Apa absorbită în intestin revine în duoden sub formă de salivă și sucuri gastrice. Absorbția apei are loc în temei în intestinul subțire și doar 1-1,5 l ajung în intestinul gros, unde apa continuă să se absoarbă, iar restul (circa 100 ml) se elimină cu fecalele. În colon se absorb până la 5 l de apă în 24 de ore, de aceea atunci când volumul lichidului tranzitat din intestinul subțire depășește 5 l, apare diareea. Asemenea disfuncții pot să apară din cauza indigestiei, absorbției, secreției și peristaltismului intestinal. În acest caz intestinul subțire și intestinul gros trebuie considerate ca unitate fiziologică integră.

În tratamentul diareei se utilizează două grupe de medicamente:

- a) pentru tratament simptomatic;
- b) pentru tratament etiologic.

Din grupa preparatelor simptomatice fac parte:

- antiperistalticele: *loperamid*, *octeotid*;
- rehidratante perorale: *rehidron*, *gastrolit*;
- enterosorbenți: *dismectit*, *polifepan*, *cărbune activat*, *acid alginic*, *acid metilsiliconic*;
- fermenți: *mezim*, *digestin*, *triferment*, *creon*, *pangrol*, *panzinorm*, *pancreatin*, *festal*, *solizim*, *enzistal*, etc.
- antimicrobiene (probiotice): *lactobacterin*, *bifidumbacterin*, *colibacterin* și combinații ale acestor preparate (*bificol*, *linex*).

Grupa preparatelor destinate tratamentului etiologic (antibacteriene) se utilizează la indicația medicului (*antibiotice, sulfanilamide, derivații nitrofuranului, antisepticele*).

6.2.3. *Deregări ale sistemului nervos*

În societatea contemporană deregările sistemului nervos sunt cele mai frecvente: cefaleea, stările de alertă (neliniște), surmenajul (astenia) și altele au devenit deregări ce „însoțesc” viața omului contemporan. Cauzele apariției acestor deregări sunt legate de dezvoltarea contemporană: tehnologiile informaționale, problemele sociale, condițiile de activitate profesională stresante, situații tragice, etc. De rând cu acțiunea acestor factori, trebuie de ținut cont de faptul că simptomele deregărilor sistemului nervos pot fi consecințe a unor schimbări organice sau funcționale ale acestui sistem.

Cefaleea este cel mai frecvent simptom în rândul tipurilor de durere, ea fiind întâlnită la 10 – 15 % din populație ca stare cronică și la peste 90 % - pacienți care suferă cel puțin un episod pe an. Cefaleea poate fi simptomul de bază a peste 45 boli diverse: depresii, nevroze, hipertonie, hipotonie, patologii renale și endocrine, deregări ale sistemului nervos, ORL, oftalmologice etc. Cefaleea este un simptom pentru care majoritatea bolnavilor nu se prezintă la medic, totodată, marea majoritate a bolnavilor ce solicită consultarea medicului relevă cefaleea ca unul din simptomele percepute de ei.

Faptul neadresării pacienților cu cefalee la medic, pune în sarcina farmacistului atât problema ghidării lor în caz de automedicație controlată cât și necesitatea evidențierii cazurilor grave în care bolnavul trebuie orientat spre medic.

Etiologic cefaleele se divizează în: primare și secundare.

Cefaleea primară include: cefaleea de tensiune, migrena și cefaleea în ciorchine.

Cefaleea de tensiune (musculară) este o durere descrisă ca o strânsoare, compresie, resimțită bilateral, la nivel fronto-temporal, occipital și cervical posterior. Intensitatea este variabilă, având un debut progresiv și fiind accentuată de stările de concentrare și de poziții vicioase. Evoluția se prelungește pe parcursul mai multor ore sau zile, putând fi și permanentă. Apare la persoanele anxioase sau stresate.

Migrena comună. Este o cefalee de cauză vasculară, cu caracter familial, ce apare în special la sexul feminin. Este însoțită de prodroame vagi: iritabilitate, depresie, greață, vome. Durerea debutează brusc și are caracter pulsativ. Crește în intensitate în decurs de 1-2 ore de la debut, putându-se prelungi pe durata unor ore sau zile. Apare la intervale variabile de timp, de obicei premenstrual, ca urmare a stresului fizic, consumului de alcool, la lumină sau zgomot puternic. Debutul este în copilărie sau la pubertate și scade în intensitate odată cu îmbătrânirea datorită aterosclerozei și scăderii vasodilatației. Este însoțită de greață, vomă, semne neurologice senzitive și motorii. Se calmează la odihnă și la compresia regiunii temporale.

Migrena sau aura clasică. Are un debut brusc, dar prodroamele sunt mai accentuate și apar cu o jumătate de oră înaintea migrenei sub forma unor manifestări neurologice (scotoame – pete întunecate în câmpul vizual, modificări senzitive și senzoriale). Poate fi uni- sau bilaterală, fiind uneori însoțită de greață și vărsături. Durează de la câteva minute până la ore.

Cluster headache (cefaleea în ciorchine). La fel ca și migrenele, cefaleea în ciorchine are un debut brusc, fiind precedată de prodroame. Este o cefalee de cauză vasculară, cu localizare unilaterală, periorbital și retroorbital. Poate fi însoțită de: rinoree, obstrucție nazală, lăcrimare, edem conjunctival. Durează între 1 și 3 ore. De obicei, pacienții resimt această durere de cap în fiecare zi, pe o perioadă de câteva luni. Este mai frecventă la grupa de

vârsta cuprinsă între 28 și 30 ani.

Cefaleea secundară este consecință a:

- ✓ bolilor nervoase (meningite, encefalite, abcese cerebrale, tumori cerebrale, hematoame, anevrisme, tromboflebita sinusului venos, hipertensiune intracraniană, traumatisme cerebrale);
- ✓ bolilor organelor învecinate (glaucom, tulburări de vedere, otite, sinuzite, adenoidite, spondiloză cervicală, boala Paget a craniului, sindromul Morgagni, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă);
- ✓ bolilor renale (glomerulonefrită acută, insuficiență renală);
- ✓ bolilor digestive (dischinezie biliară, sindromul dispeptic, constipație);
- ✓ bolilor endocrine (tumori hipofizare, feocromocitom, menstruație, dismenoree, menopauză);
- ✓ boli psihice (nevroze, epilepsie, psihoze);
- ✓ intoxicații (cu oxid de carbon, alcool, tutun),
- ✓ cefalee medicamentoasă (nitroglicerină, nifedipin etc.).

Din punct de vedere *clinic* se diferențiază următoarele tipuri de cefalee cu exemple de boli:

- cefalee *acută difuză* (meningite, encefalite, boli infecțioase, intoxicații acute, criză hipertensivă, glaucomul acut, tromboze vasculare, hemoragie subarahnoidiană, hematomul subdural, embolii cerebrale, traumatisme cerebrale);
- cefalee *recurentă* (migrena, arterita temporală, cefaleea histaminică);
- cefaleea *cronică progresivă* (tumori cerebrale, abcese cerebrale, hematoame subdurale, hidrocefale);
- cefaleea *cronică neprogresivă* (cefalee de tensiune, hipertensiunea arterială, spondiloza cervicală, tulburări de vedere, sinuzite).

Cele mai frecvente cauze ale cefaleei sunt:

- ✓ tensiunea emoțională, stresul;
- ✓ bolile infecțioase, îndeosebi cele însoțite de intoxicații (gripa, toxico-infecțiile alimentare etc.);
- ✓ sinusita;
- ✓ tumorile cerebrale, tensiunea intracraniană, meningita, encefalita, arahnoidita;
- ✓ glaucomul, miopia înaintată;
- ✓ criza hipertonică;
- ✓ bolile nervilor senzitivi;
- ✓ nevralgiile, migrena (ușoară, moderată, severă) – cefalee provocată de dereglarea tonusului arterelor encefalului;
- ✓ disfuncțiile hormonale: sindromul premenstrual, hipoglicemia;
- ✓ anemia fierodeficientă;
- ✓ cefalee psihogenă,
- ✓ cefaleea „de încadrare” (nu are o cauză concretă, este condiționată de unii factori ce conduc la încordarea mușchilor epicranieni);
- ✓ administrarea unor medicamente ce au ca efect advers cefaleea.

În procesul de îngrijire farmaceutică este important ca farmacistul să cunoască bine simptomele amenințătoare în caz de cefalee:

- ✓ apariția durerii se asociază cu trauma cerebrală, îndeosebi dacă a avut loc pierderea cunoștinței;
- ✓ cefaleea durează de 2-3 zile și durerile se intensifică;
- ✓ cefaleea a apărut în procesul îmbolnăvirii însoțite de febră înaltă;
- ✓ cefaleea a apărut brusc și intensitatea durerii este mai pronunțată ca de obicei;
- ✓ cefaleea este însoțită de reducerea mobilității gâtului;
- ✓ cefaleea este însoțită de senzația strivirii, greață, „întunecarea” în ochi, „stele” în ochi;

- ✓ durerea este însoțită de sensibilitate la zgomot, lumină aprinsă, iritabilitate majorată;
- ✓ durere insuportabilă, senzația de presiune din interior spre exterior, majorarea durerii la încordare, la tuse, schimbarea poziției capului;
- ✓ cefaleea se asociază cu înroșirea ochilor, înrăutățirea vederii;
- ✓ cefalee cu caracter pulsativ;
- ✓ cefaleea este însoțită de pierderea sensibilității în membre;
- ✓ cefaleea a apărut după administrarea medicamentului.

Există unele situații în care este necesară diagnosticarea și tratamentul de urgență a cefaleei:

- ✓ schimbarea bruscă a caracterului și frecvenței acceselor da cefalee cronică sau / și ele au devenit mult mai intensive,
- ✓ cefaleea este însoțită de dezvoltarea bruscă a unor simptome neurologice (dificultăți ale vorbirii, ale mișcării etc.) sau defecte ale conștiinței;
- ✓ cefaleea se dezvoltă peste câteva zile sau săptămâni după trauma cerebrală;
- ✓ la aprecierea bolnavului el suferă de cea mai insuportabilă cefalee în viața lui (este caracteristică pentru accidentul cerebral subarahnoidal).

Tratamentul cefaleei poate fi medicamentos (analgezice, antipiretice, antimigrenoase) sau nemedicamentos (psihoterapie, masaj, reflexoterapie etc.).

Formele mai puțin severe de cefalee răspund ușor la administrarea de analgezice obișnuite: *paracetamol*, *aspirina*, *ibuprofen*. În cazul formelor asociate cu simptome severe, se va încerca tratarea cauzei.

Unele forme de cefalee, ca migrena pot fi prevenite prin administrarea de: *cafeină* (vasoconstrictor), *magneziu*, *riboflavină*, *melatonină*. Cefaleea poate fi prevenita și prin evitarea consumului anumitor tipuri de alimente: alimente bogate în tiramină (nuci, citrice, tomate, ciocolată), băuturi (vin roșu,

șampanie, bere) sau prin evitarea stresului psihic sau fizic, oboseli și insomniilor.

Stările de alertă se caracterizează ca niște circumstanțe autoimpuse de așteptare a unor situații neplăcute, amenințătoare, periculoase. Spre deosebire de frică, alerta nu are o anumită sursă, ea este o stare de așteptare a unor situații necunoscute.

Starea de alertă de durată este însoțită de dispoziție suprimată, pierderea interesului de a face ceva, agresivitate în raport cu lumea înconjurătoare. Deseori starea de alertă este însoțită de cefalee, bătăi de inimă, înrăutățirea apetitului, dereglări ale somnului, ceia ce influențează negativ calitatea vieții omului.

De cele mai dese ori starea de alertă este condiționată de problemele de serviciu sau cele familiale; în unele cazuri – este condiționată de boli somatice (tireotoxicoză, angină pectorală, hipoglicemie, sindromul abstenență, reacții adverse ale unor medicamente).

La rândul său starea de alertă poate fi simptom a unor îmbolnăviri psihice: șizofrenie, psihoza maniactal – depresivă.

Un complex de simptome caracterizat printr-o stare de slăbiciune, oboseală, emoții, dispoziție instabilă și senzație permanentă de îngrijorare este **astenia** (*sindromul astenic*).

Printre factorii ce favorizează dezvoltarea asteniei se numără: surmenarea fizică și intelectuală, mai ales la persoanele neantrenate; muncă în condiții antisaniare; somn insuficient; neadaptarea la condițiile climaterice noi; stres sau, din contra, plictiseală; schimbări bruște în viața personală (divorț, pensionare etc.); obezitate; alcoolism, narcomanie; consum excesiv de cafea, ciocolată, dulciuri; consum insuficient de lichide; alimentare incorectă, insuficiențe de proteine, vitamine, săruri minerale, diete extenuante; efecte adverse ale alergiei de natură alimentară; intoxicație cu substanțe nocive, administrarea

unor medicamente (de exemplu, cu conținut sporit de fier, etc.).

În următoarele cazuri pacientului i se va recomanda consultarea medicului:

- ✓ dacă surmenajul general se atestă pe fundalul unor disfuncții ale sistemului nervos și/sau a organelor interne (inima, vasele sanguine, plămânii, ficatul etc.);
- ✓ pierderea masei corporale;
- ✓ tulburări ale somnului;
- ✓ echilibru psihic instabil, stări de neliniște;
- ✓ pentru femei – examenul ginecologic dacă obosesc repede, simt slăbiciuni în perioada de menstruație, de graviditate sau la început de menopauză.

Ca metodă de tratament se indică ameliorarea rațiunului alimentar, optimizarea echilibrului vitaminic și hidromineral, respectarea unui regim optim de muncă și odihnă, se aplică în caz de necesitate terapia deficitului latent de fier.

Produse OTC: *analgetice-antipiretice, antimigrenoase, agonști selectivi ai receptorilor serotoninici – 5HT, fitopreparate sedative, preparatele bromului, adaptogene de origine vegetală, diverse balzamuri tonizante cu conținut de extracte din plante medicinale.*

6.2.4. Afecțiuni dermatologice

După suprafață, pielea este cel mai mare organ al corpului uman. Funcția pielii este multiplă: de protecție, tactilă, excretorie și nu în ultimul rând – de asigurare a statutului psihologic prin crearea aspectului frumos, atractiv al corpului. Din aceste considerente, afecțiunile pielii provoacă mari probleme, și implicarea farmacistului în cazurile posibile de administrare a preparatelor OTC este extrem de necesară. Afecțiunile dermatologice pe care, într-o anumită măsură, le poate ghida farmacistul, sunt: herpesul buzelor, acneea, micozele și altele.

Herpesul buzelor (febră herpetică) este o maladie infecțioasă cauzată de virusul herpesului simplu, ce se manifestă prin vezicule mărunte pe marginea buzelor și pe nări. Virusul se află în organism în stare latentă, provocând periodic acutizări.

Cauza apariției herpesului buzelor este infectarea, care se produce de la omul bolnav sau de la purtătorul de virus prin contact nemijlocit (sărut, folosirea în comun a veselei). Boala se acutizează în cazul:

- ✓ infecțiilor virale respiratorii acute sau a altor infecții;
- ✓ slăbirii imunității, de exemplu, în maladiile oncologice sau în transplant de organe;
- ✓ traumatismelor buzelor sau a mucoasei cavității bucale;
- ✓ supraîncălzirii la soare, suprarăcirii sau acțiunea altor agenți fizici;
- ✓ administrarea medicamentelor cu acțiune imunodepresivă.

Simptomele alarmante care cer consultația medicului sunt: erupțiile cutanate extinse; erupție cu supurație; usturimea insuportabilă.

Pentru protejarea de herpes se va recomanda:

- ✓ a se evita sărutul cu persoana ce are herpes pe buze, nări;
- ✓ a se separa tacâmurile și mijloacele de igienă de cele ale bolnavului de herpes.

Dacă persoana deja s-a îmbolnăvit de herpes, ei i se va recomanda:

- ✓ să nu sărute pe cei din jur, în special pe copii;
- ✓ necătând la mâncărime – să nu atingă vezicile apărute cu mâna, iar dacă le-a atins deja, să-și spele mâinile;
- ✓ să nu frece ochii;
- ✓ să nu spargă vezicile, să nu stoarcă lichidul din ele;
- ✓ să nu trateze erupțiile cu tinctură de iod sau soluție alcoolică de verde de briliant;
- ✓ să nu înlătore coaja ce s-a format, deoarece apare pericolul infectării bacteriene;

- ✓ unguentele și cremele antivirale trebuie aplicate timp de 5 zile, cel puțin de 4 ori în 24 ore;
- ✓ să administreze vitamine pentru a fortifica sistemul imun al organismului.

Inflamația cronică a glandelor sebacee și foliculelor părului e cunoscută sub numele de **acnee simplă** – disfuncție întâlnită cel mai des la adolescenți și tineri de vârstă reproductivă.

Factorii ce favorizează dezvoltarea acneei sunt:

- ✓ schimbările hormonale în organism în perioada maturizării sexuale (majorarea nivelului hormonilor sexuali masculini);
- ✓ schimbările hormonale în organismul feminin în perioada premenstruală (câte odată în perioada gravidității);
- ✓ factorii mecanici ce provoacă transpirație intensivă;
- ✓ strivirea brutală a „punctelor negre” de pe față, fapt ce provoacă formarea acnelor – chisturilor și agravarea acneei;
- ✓ activitatea în condiții de temperatură și umiditate mărită ceia ce stimulează transpirația;
- ✓ utilizarea produselor cu conținut de halogeni (iod, fluor, brom);
- ✓ aplicarea remediilor cosmetice cu conținut majorat de lanolină, parafină, uleiuri minerale (creme grase, loțiuni umectative, creme pentru bronzare etc.);
- ✓ administrarea unor medicamente, în particular – contraceptive cu conținut majorat de progestine, preparate steroide, preparate ale litiului, anticonvulsivante.

În afară de factorii menționați, în apariția acneei mai există un șir de cauze, cum ar fi:

- ✓ predispunere genetică: cantitatea, mărimea și sensibilitatea glandelor sebacee în raport cu nivelul androgenilor;
- ✓ secreția majorată a androgenilor în perioada maturizării sexuale ceia ce provoacă hipersecreția glandelor sebacee;
- ✓ activitatea florei saprofite a foliculelor sebacee ale părului (*Propioni bacterium acnes*);

- ✓ dezvoltarea reacției inflamatorii în regiunea foliculei părului pe fundalul hidrolizei grăsimii pielii și dezvoltarea în ea a *P. Acnes*;
- ✓ hipercheratoza foliculară (dezvoltarea excesivă a celulelor epiteliale în regiunea foliculei părului, ceea ce blochează scurgerea din glanda sebacee).

Grupa celor mai răspândite îmbolnăviri dermatologice este cea a **micozelor** în etiologia căror locul de bază îl ocupă diversă floră de ciuperci. Micozele se întâlnesc la 25-30 % populația matură. Sunt cunoscute cca. 100 specii de ciuperci patogene care provoacă îmbolnăvirea pielii, părului, unghiilor, mucoaselor precum și a organelor interne.

Rolul principal în etiologia micozelor o au următoarele 3 grupe de ciuperci:

- ✓ dermatofitele (familia *Trichophyton*: *T. Mentagrophytes*, *T. Rubrum*, *T. Violaceum*; familia *Microsporum*: *M. Canis*, *M. Ferrugineum*; familia *Epidermophyton*: *E. Floccosum*, *E. Inguinale*);
- ✓ ciupercile gen de drojdii din familia *Candida*: *C. albicans*, *C. tropicalis et.al.*;
- ✓ mucigaiuri (ciupercile din familiile *Fusarium*, *Aspergillus*, *Alternaria* etc.).

Cele mai răspândite micoze sunt: dermatofitiile (epidermomicozele, trihomicozele, onixomicozele); candidozele; malaseziozele și altele.

Printre simptomele amenințătoare, care necesită consultația obligatorie a medicului, se numără următoarele:

- ✓ apariția veziculelor cu conținut de puroi pe pielea piciorului, limfangită, limfadenită, febră;
- ✓ apariția nucleelor de alopeție, în special la copii;
- ✓ prurit, erupții (pete, vezicule, noduli) pe piele nemijlocit lângă focar sau și în alte regiuni;
- ✓ afecțiunea unghiilor.

Pacienților li se recomandă să respecte cu strictețe indicațiile medicului. Dacă în familie cineva s-a îmbolnăvit, va fi respectat regimul sanitar; dacă pacientul și-a lezat piciorul, înainte de a frecventa baia, sauna sau bazinul, se vor întreprinde măsurile de prevenire a infectării micotice; cu precauție se va frecventa cabinetul de manichiură – pedichiură, se va urmări ca toate instrumentele să fie bine dezinfectate.

Produse OTC: *antivirale topice, cheratolitice, antibacteriale, regeneratoare, antimicotice*

6.2.5. Patologii ale aparatului locomotor

Având 230 de articulații, fiecare om este expus pericolului de pierdere a mobilității. La început se aud pocnituri, trosnituri, scârțâituri, apoi apar durerile și în final articulațiile nu mai funcționează normal. Conform datelor OMS, cca. 30 % din populație suferă de dureri articulare, 20% dintre care necesită supravegherea permanentă a medicului.

Printre cele mai frecvent întâlnite simptome ale patologiilor aparatului locomotor (PAL) sunt *durerile articulare și musculare*.

Cauzele durerii articulare sunt:

- ✓ bolile sistemice ale țesutului conjunctiv (reumatismul, artrita reumatoidă, lupusul eritematos sistemic, sclerodermia etc);
- ✓ dereglări ale proceselor metabolice în țesuturile cartilaginose și osos ale articulațiilor (osteoartroză, guta, osteoporoza);
- ✓ traume (habituale, sportive).

Durerile musculare pot fi provocate de gripă, radiculită, traume, efort fizic excesiv, administrarea unor medicamente (ex.: diureticele).

Osteoporoza. Chiar dacă nu figurează printre primele cauze de deces, osteoporoza este o afecțiune de temut. Dacă la început se manifestă doar prin încovoierea spatelui, cu timpul pot apărea

complicații tot mai invalidante, cum este de ex. fractura de col femural. Vestea buna este ca osteoporoza este o boala tratabilă, dar mai ales prevenibilă.

Numele bolii provine din latină și înseamnă "os poros". Țesutul osos este un țesut viu, în care are loc permanent atât depunere de os, cât și pierdere de os. După vârsta de 35 de ani, pierderea de os depășește depunerea. Când acest proces este accelerat, oasele devin tot mai fragile (chiar dacă la exterior pot părea solide) și structura lor se aseamănă tot mai mult cu a unui burete cu găuri mari în interior.

Osteoporoza este supranumită și hoțul tăcut pentru că poate slăbi oasele timp de ani de zile fără sa fie detectată. De aceea, indiferent de vârsta, dacă sunt mai mult de unul din următorii factori de risc, este necesar de consultat medicul pentru a detecta boala cât mai devreme și de urmat recomandările de mai jos.

Factorii de risc pentru osteoporoză sunt:

- ✓ *genul feminin* – de patru ori mai multe femei decât bărbați suferă de osteoporoză;
- ✓ *osteoporoza afectează și alți membri ai familiei* – boala are și o componenta ereditara;
- ✓ *constituția subțire* – oasele au din start o densitate mai mică;
- ✓ *întreruperi ale ciclului menstrual* – osteoporoza afectează foarte adesea femei aflate în post-menopauza, dar riscul crește chiar și în situația unor boli sau exerciții fizice foarte intense, care întrerup temporar ciclul menstrual;
- ✓ *intervenții chirurgicale* – gastrectomii (înlăturarea unei porțiuni din stomac) sau histerectomii totale. Acestea afectează absorbția sau utilizarea calciului de către organism;
- ✓ *anumite tratamente medicamentoase* – de ex. tratamente de lungă durată cu unele medicamente antiinflamatorii (steroidiene) și antiepileptice, sau excesul de hormoni tiroidieni. Aceste tratamente se vor efectua numai sub controlul strict al medicului;

✓ *alți factori de risc* – fumatul, consumul de alcool, etc. Fumatul pare să blocheze capacitatea estrogenilor de a proteja oasele, iar alcoolul poate bloca absorbția calciului și reduce creșterea osoasă.

Alimentația – aportul de calciu. Acesta este foarte important pentru prevenirea și stoparea osteoporozei în special în prima parte a vieții. Este vital ca tinerii să aibă un aport adecvat de calciu. Osul pierdut mai târziu nu mai poate fi recuperat oricât s-ar crește aportul de calciu. Pentru persoanele adulte se recomandă un aport de cca. 800 mg calciu/zi, iar pentru bărbații trecuți de 65 de ani și pentru femeile în postmenopauza – 1500 mg/zi. Laptele degresat, pasteurizat sau fiert este bogat în calciu, dar acesta se absoarbe în cantitate redusă. Produsele vegetale bogate în calciu sunt cerealele integrale, semințele, legumele de culoare verde închis. Dacă dieta este săracă în calciu, se poate folosi un supliment.

Expunerea la soare este necesară pentru formarea vitaminei D la nivelul pielii. Această vitamină crește absorbția calciului din intestin. În intervalul martie - octombrie, o expunere de 15 minute a pielii feței și mâinilor de 3-4 ori/săptămâna este suficientă pentru a obține întregul necesar de vitamina D. În schimb, în perioada noiembrie - februarie, în țara noastră lumina solara este prea slabă pentru a acoperi necesarul. Având în vedere ca vitamina D se găsește numai în alimente de origine animală, în acest interval necesarul de vitamină va fi asigurat fie din produse lactate (un pahar de lapte degresat asigură 50% din necesarul zilnic), fie din suplimente vitaminice.

Exercițiul fizic sistematic – oricât de puțin chiar – ajută la menținerea densității osoase și în plus întărește sistemul muscular și scade astfel riscul căderilor. Deși nu există o rețetă bună pentru toata lumea, există câteva reguli generale: cele mai indicate sunt exercițiile antigravitaționale, care presupun purtarea unor greutateți – de ex. mersul pe jos, urcarea scărilor,

chiar și simpla ridicare din pat și statul în picioare câteva ore pe zi. Înotul în acest caz este mai puțin eficient, dar e oricum mai bun decât nimic.

Dacă este deja osteoporoză, nu trebuie de efectuat exerciții care cresc riscul de fractură. Trebuie de evitat exercițiile care suprasolicită coloana vertebrală, cum este gimnastica aerobică intensă, săritul cu coarda sau joggingul. Nu trebuie de efectuat genoflexiuni, exerciții de flexie a trunchiului pe coapse sau alte exerciții care arcuiesc spatele. De evitat săritul pe saltele elastice, exercițiile pe suprafețe alunecoase pentru a evita căderile. De evitat mișcarea de aducție a picioarelor, întrucât ea poate duce la fracturarea unui col femural slăbit.

Tratamentul hormonal și medicamentos poate fi indicat numai de medic.

Osteoartrita (osteoartrita) este o afecțiune în care cartilajul care protejează și învelește suprafețele articulare se deteriorează o dată cu trecerea timpului. În cele din urmă, oasele, nemaifiind separate de cartilaj, se ating unele de altele, ducând la lezarea țesutului și a osului subiacent și determinând apariția simptomelor articulare dureroase ale osteoartritei.

Osteoartrita, denumită câte odată boala articulară degenerativă sau osteoartrita, reprezintă cea mai frecventă formă de artrita și este cauza principală a durerii și invalidității în rândul persoanelor în vârstă. Boala afectează adesea articulațiile coloanei vertebrale, degetelor de la mână, degetului mare de la mână, șoldului, genunchilor sau degetelor de la picioare. Osteoartrita de la nivelul genunchiului se soldează cu invaliditate în 10% din cazurile (1 din 10 persoane) apărute la vârsta de peste 55 de ani și 25% dintre acestea (1 din 4 persoane) au invaliditate severă.

Osteoartrita este rezultatul unor modificări chimice de la nivelul cartilajului care fac ca el să se distrugă într-un ritm mai

rapid decât este produs. În majoritatea cazurilor, specialiștii nu cunosc cauza distrugerii cartilajului. În unele cazuri, poate apărea ca rezultat al unei alte afecțiuni (osteoartrita secundară).

Greutatea corporală excesivă tensionează suplimentar articulațiile, în special cele care susțin greutatea, cum ar fi genunchii, șoldurile și articulațiile de la nivelul talusului. Specialiștii estimează că fiecare libră (aproximativ o jumătate de kilogram) de greutate corporală tensionează cu cel puțin 3 libre (aproximativ un kilogram și jumătate) articulația genunchiului și chiar cu mai mult articulația șoldului. Studiile arată faptul că scăderea în greutate poate diminua simptomele osteoartritei genunchiului sau probabilitatea de a dezvolta aceste simptome.

O singură leziune articulară majoră sau mai multe leziuni articulare minore pot duce cu timpul la deteriorări ale cartilajului. Chiar dacă activitățile obișnuite de zi cu zi nu pot produce osteoartrita, anumite tipuri de activități, cum ar fi ridicarea de greutate în mod frecvent sau repetitiv, statul pe vine sau activitățile din cadrul unor sporturi sau slujbe care implică îngenunchierea, tensionează în mod repetat articulația și pot crește riscul dezvoltării osteoartritei.

Slăbiciunea musculară crește de asemenea probabilitatea dezvoltării osteoartritei. De exemplu, slăbiciunea musculară la nivelul cvadricepsului de pe fața anterioară a coapsei crește probabilitatea de dezvoltare a osteoartritei genunchiului.

Activitățile zilnice obișnuite efectuate într-o articulație a cărei poziție este deviată de la axa normală sau care este mai laxă și mai mobilă decât în mod normal, pot duce la deteriorarea articulației și crește riscul dezvoltării osteoartritei. De asemenea, o infecție articulară în antecedente, poate altera procesele chimice de la nivelul cartilajului și duce la dezvoltarea osteoartritei.

Unele afecțiuni metabolice sau endocrine mai rar întâlnite, cum ar fi existența unei cantități în exces de fier în sânge

(hemocromatoză) sau producția în exces de hormoni tiroidieni sau paratiroidieni, pot provoca leziuni ale cartilajului și respectiv osteoartrita. Deficiențe ale creșterii sau dezvoltării articulației pot accelera distrugerea cartilajului și pot duce la dezvoltarea osteoartritei la o vârstă mai tânără. Aceste afecțiuni neobișnuite afectează de obicei articulația șoldului.

Printre simptomele osteoartritei se numără:

- ✓ durerea, în special la nivelul mâinilor, șoldurilor, genunchilor sau picioarelor și câteodată la nivelul coloanei vertebrale; durerea este în strânsă relație cu activitatea desfășurată în articulația respectivă și este mai puternică la sfârșitul zilei sau după perioade de activitate; pe măsură ce boala avansează, durerea apare chiar și în repaus;
- ✓ rigiditate (care durează mai puțin de o oră) după perioade de inactivitate, cum ar fi dimineața la trezire sau după repaus prelungit;
- ✓ limitarea mișcărilor în articulație;
- ✓ durere la palpare și tumefiere ocazională;
- ✓ deformări articulare (în special în stadiile tardive ale osteoartritei);
- ✓ cracmente articulare (crepitații), însoțite adesea de durere; aceste cracmente pot apărea de asemenea și într-o articulație normală (nonartritică) și sunt de obicei nedureroase.

Osteoartrita este o boala lent progresiva. Cartilajul se distruge în mod gradat până ce suprafețele osoase articulare, inițial separate prin cartilaj, ajung să se atingă unele de altele. Rata cu care osteoartrita progresează variază în limite largi de la o persoană la alta. Simptomele pot lipsi ani de zile, până ce oasele și țesuturile sunt lezate. Evoluția osteoartritei este greu de anticipat, datorită faptului că simptomele pot dispărea în anumite perioade de timp. Simptomele articulare pot rămâne constante sau se pot înrăutăți în mod gradat în câțiva ani. Simptomele pot să apară și după aceea să dispară (simptome

recurente), ca și în cazul altor forme de artrită.

Deși procesul fiziopatogenic al osteoartritei afectează cartilajul din întregul organism, simptomele apar numai în una sau două articulații sau grup de articulații. Simptomele sunt localizate adesea la nivelul coloanei vertebrale, articulațiilor degetelor, șoldurilor, genunchilor sau degetelor de la picioare. Inițial, durerea apare numai în timpul perioadelor de activitate.

Oasele de la nivelul articulațiilor degetelor pot crește în dimensiuni, dezvoltând niște excrescențe numite nodulii Heberden și Bouchard. Poziția genunchilor în genu varum (cu genunchii în exteriorul liniei mediane) sau în genu valgum (cu genunchii la interior de linia mediană) se întâlnesc frecvent în cadrul osteoartritei. Aceste deformări duc la apariția unor pierderi inegale de cartilaj și pe măsură ce cartilajul se deteriorează, pozițiile în genu varum sau genu valgum se agravează.

Deși nu exista un *tratament* curativ pentru osteoartrită, tratamentul poate fi util în ameliorarea simptomelor. Cu cât pacientul cunoaște mai în detaliu boala și înțelege ce trebuie să facă pentru a-și ameliora durerea și pentru a rămâne activ, cu atât mai mult se vor reduce disconfortul resimțit de pacient și invaliditatea. De asemenea poate fi prevenită și deteriorarea suplimentară a articulației.

Obiectivele tratamentului sunt următoarele:

- ✓ reducerea simptomelor;
- ✓ menținerea funcției articulare;
- ✓ minimizarea invalidității;
- ✓ limitarea modificărilor structurale.

Pentru ameliorarea durerii se pot urma diferiți pași, cum ar fi terapia la căldură și la rece sau utilizarea de medicamente antialgice, care pot facilita efectuarea de exercițiu fizic și ajuta pacientul să rămână activ. Trebuie alese exerciții care nu pun în tensiune articulația sau o tensionează parțial, cum ar fi mersul pe

bicicletă, înotul sau exercițiile în apă. Cercetările arată faptul că până și pierderile modeste în greutate în combinație cu exercițiul fizic sunt mai eficiente în ameliorarea durerii și restaurarea funcției articulare, decât acțiunea lor separată.

***Produse OTC:** antiinflamatoare nesteroidiene de uz topic; analgezice articulare și musculare; antireumatice nesteroidiene; mineralizante osoase, preparate ale vitaminei D și calciului.*

6.2.6 Avitaminoze

Vitaminele sunt factori deosebit de importanți, necesari în cantități mici sau mari, zilnic câteva miligrame sau micrograme, pentru buna funcționare a organismului și menținerea sănătății. La copii și adolescenți unele stimulează creșterea, mai ales în înălțime. Intervin și în reglarea diverselor metabolisme și a unor funcții ale organelor și sistemelor din organism. Unele au relații funcționale cu glandele endocrine, iar altele îndeplinesc și acțiuni fiziologice specifice fiecărei vitamine, ceea ce face, în caz de carență sau de exces vitaminic, să apară boli sau tulburări caracteristice. Se cunosc 24 vitamine, care se clasifică în:

1. vitamine liposolubile (A, D, E, F, K);
2. vitamine hidrosolubile, cu două grupe:
 - a) grupa B cu 17 vitamine;
 - b) grupa C cu două vitamine.

Principala sursă de vitamine o constituie alimentația, însă dacă aceasta nu este suficient de bine echilibrată, pentru o bună funcționare a organismului, se impune administrarea de suplimente alimentare, care să acopere principalele grupe de vitamine: A, B, C, D, E și K. Toate acestea constituie resursele esențiale ale corpului uman, fără de care ne expunem unei serii de afecțiuni, ale căror consecințe pot fi extrem de grave. Organismul omului le primește prin alimente din regnul animal sau vegetal fie ca vitamine active,

fie ca provitamine (substanțe care, în organism, vor fi transformate în vitamine active). Prepararea culinară (fierbere, coacere), modul de păstrare a alimentelor (expunere la lumina, frig) pot să distrugă până la 40-50% din unele vitamine. În organismul omului sănătos, provitamina D inactivă din piele este transformată în vitamina D3 activă, sub acțiunea razelor ultraviolete (RUV) solare. Mici cantități ale vitaminelor K, F și unele din grupa B sunt sintetizate prin acțiunea florei microbiene din intestin (enterosinteza). Dar sinteza nu acoperă necesarul vitaminic, nici nu este constantă (în caz de lipsa de expunere la RUV solare, și de consum de antibiotice cu spectru larg, sau/si sulfamide care distrug bacteriile vitaminoformatoare).

Într-o alimentație rațională, corespunzătoare vârstei și corect preparată, ființa umană primește zilnic vitaminele necesare, în cantități suficiente și în anumite proporții între ele – „în echilibrul vitaminic”. Cu astfel de alimente ca laptele și brânza, carnea, pestele, grăsimile (unt, ulei), ouă, pâine și derivate cerealiere (făinoase, gris, malai, orez), legumele și fructele (de preferat „crude”, nepregătite culinar), necesarul de vitamine este acoperit. *Excepții:* sugarul în primele 2 luni de viață, alimentat artificial, nu primește vitamina C, ceea ce impune administrarea vitaminei C în fiole; copilul de la naștere și până la 2 ani nu primește suficient vitamina D, ceea ce impune administrarea ei ca medicament, începând de la vârsta de 7-10 zile.

Carențele vitaminice – *avitaminoza* sau *hipovitaminoza* – pot fi induse de: aport vitaminic alimentar absent sau insuficient, asociat sau nu cu sinteza insuficientă sau absența unor vitamine sintetizate în organism; resorbție deficitară în intestin (în caz de diaree cronică sau alte boli ale intestinului, în boli hepatobiliare ș.a); creșterea necesarului în unele maladii sau în convalescența lor.

Hipervitaminoza, indusă de un aport vitaminic mare sau foarte mare, este excepțională, chiar imposibilă pentru unele

vitamine; este produsă de un consum mare de vitamine prin produse medicamentoase.

Diagnosticul de avitaminoză și hipervitaminoză se formează pe baza istoricului îmbolnăvirii și a simptomelor prezentate de bolnav și se precizează prin test clinic: dispariția și reapariția simptomelor la suprimarea sau administrarea vitaminei bănuite, sau prin teste de laborator specifice.

Carența de vitamina A – principalele semne și simptome:

- orbirea de noapte (nictalopie, cecitate nocturnă), ce devine de obicei aparentă când pacientul intra într-un loc întunecat sau când este orbit de luminile farurilor altor autoturisme, atunci când conduce noaptea;
- xeroftalmia, cheratomalacia (uscarea conjunctivei și a corneei) și petele Bitot (puncte luminoase în vedere care joacă în câmpul vizual);
- cheratinizarea țesuturilor epiteliale (piele uscată, solzoasă);
- scăderea secreției mucoaselor, care pot duce la infecții ale ochilor, ale tractului respirator sau genito-urinar;
- la nou-născuți: disfuncții de creștere și apatie, piele uscată, modificări ale corneei.

Prevenirea și tratamentul avitaminozei A:

- suplimente orale de vitamina A. Dacă pe durata tratamentului apar semne de *hipercarotenemie* (colorarea portocalie a pielii și a ochilor) și de *hipervitaminoză A* (la copii: mâncărimi ale pielii, căderea parului, hidrocefalie și vomismente; la adulți: dureri osoase, creștere simultană în volum a ficatului și a splinei, diplopie și iritabilitate), de adresat imediat la medic și de întrerupt cura cu vitamina A;
- surse animale bogate în vitamina A: ouă, carne, lapte, brânză, smântână, ficat, rinichi;
- legumele cu un conținut bogat de vitamina A: morcovi, dovleci, cartofi dulci, precum și majoritatea legumelor

frunzoase, de culoare închisă, care conțin beta-caroten. Pentru a stabili care este conținutul de beta-caroten al legumelor, se aplică o regulă simplă: cu cât leguma este mai închisă la culoare, cu atât este mai mare conținutul de beta-caroten.

Carența de vitamine B. Complexul vitaminic B este un grup de vitamine solubile în apă, esențiale pentru un metabolism normal, creșterea celulelor și formarea sângelui. Cele mai frecvente deficiențe includ tiamina (B₁), riboflavina (B₂), niacina (B₃), piridoxina (B₆) și cobalamina sau cianocobalamina (B₁₂).

Principalele semne și simptome:

- deficiența de tiamină (B₁) cauzează polinevrita și, posibil, encefalopatia Wernicke și psihoza Korsakoff. La copii, această deficiență este responsabilă de durerea abdominală, edem, iritabilitate, paloare, vomismente, pierderea vocii și, uneori, convulsii. Deficiența de tiamină mai poate provoca cardiomegalie, palpitații, tahicardie, dispnee și colaps circulator;
- deficiența de riboflavină (B₂) provoacă cheiloza (crăparea buzelor și colțurilor gurii), uscăciunea gâtului și inflamația limbii. Alte afecțiuni și condiții medicale atribuite avitaminozei B₂ sunt: dermatita seboreică, usturimea ochilor, fotosensibilitate, lăcrimare excesivă, vascularizarea corneei, iar, în formele mai grave, neuropatie, anemie și retard de creștere la copii;
- deficiența de niacină (B₃) produce, în fazele incipiente, oboseală, slăbiciune musculară, migrene, indigestie, erupții cutanate, scădere în greutate și dureri de spate. În faze avansate (pelagra), produce dermatita atopică, înroșirea gurii, buzelor și limbii, greață, vomismente, diaree, precum și confuzie, dezorientare până la halucinații și paranoia. Lăsată netratată, pelagra poate fi mortală;
- deficiența de piridoxină (B₆) cauzează la copii, dermatita, cheiloza sau inflamația limbii, dureri abdominale, vomismente, și uneori, convulsii.

- deficiența de cobalamină (B_{12}) provoacă anemie, scădere în greutate, disconfort abdominal, constipație, diaree, și uneori, ataxie și spasticitate.

Prevenirea și tratamentul avitaminozelor B:

- dietă bogată în proteine, însoțită de un complex de vitamine B, poate fi de ajutor în cazul deficienței de tiamină. Alimentele cu un conținut de tiamină includ carnea de porc, mazărea, tărațele de grâu, faina de ovăș și ficatul;
- deficiența de riboflavină poate fi combătută prin consumul regulat de carne, lapte și produse lactate, legume verzi și cereale;
- alimentele bogate în niacinaă, care trebuie integrate în dieta zilnică, pentru a preveni avitaminoză, sunt carnea, peștele, alunele, drojdia de bere, cerealele. Laptele și ouăle sunt surse potrivite de triptofan.

Femeile care iau contraceptive orale trebuie să-și suplimenteze dieta cu piridoxină, la fel și persoanele anorexice sau cele care suferă de malabsorbție. Aceasta în stare naturală se găsește în drojdia de bere, cereale, cartofi, somon afumat, ficat, orez și nuci.

Vegetarienii convinși sunt mai degrabă predispuși carentei de cobalamină, aceștia trebuind să opteze pentru suplimente orale. Produsele bogate în vitamina B_{12} sunt: alimentele de origine animală, ficat, cașcaval, produse lactate, ouă, carne, pește.

Carența de vitamina C – principalele semne și simptome:

- vase capilare extrem de fragile;
- hiperkeratoză foliculară;
- anemie, paloare, slăbiciune;
- dureri articulare (în special articulația genunchiului);
- sângerări gingivale și căderea dinților (scorbut);
- letargie, insomnii;
- vindecarea deficitară a rănilor;
- iritabilitate, depresie, hipocondrie;

- imunitate scăzută în fața infecțiilor;
- la copii, carența de vitamina C produce inflamații și dureri ale picioarelor, febră, diaree, vomismente.

Prevenirea și tratamentul avitaminozei C

- doza zilnică recomandată de acid ascorbic este de 60mg/zi, aceasta putând fi obținută din alimentație sau din suplimente orale;
- alimentele bogate în vitamina C sunt: broccoli, pătrunjelul, căpșunile, portocalele (citricele în general) și sucul natural de portocale, varza, conopidă, semințele de muștar.

Carența de vitamina D – principalele semne și simptome:

Carența survine la copilul căruia nu i s-a administrat vitamina D începând de la ziua a 7-a la a 10-a de viață și până la 2 ani, în doze și ritm prescrise de medic. Dar administrarea este posibilă și mai târziu, la copilul mare, chiar și la adult.

Avitaminoza și hipovitaminoza se manifestă prin rahitism, simptomul decalcifierii osoase apărând de obicei între lunile a 3-a și a 6-a de viață, fiind mai evidente între 6 și 12 luni; rareori debutează după 2 ani.

Hipervitaminoza – o doză de vitamina D administrată în injecție intramusculară sau oral, determină forma acută cu: anorexie, vărsături, constipație, poliurie, transpirații abundente. Doze mai mici, dar repetate des și de durată, determină forma cronică: anorexie rebelă și refuz de a mânca, polidipsie (bea mult) și poliurie (urinează des și mult); constipație, agitație, oprirea creșterii; calcifierea țesuturilor moi, a aortei și arteriolelor renale, iar în final insuficiența renală.

Primele semne de carență de vitamina D:

- transpirația abundentă, starea de agitație permanentă și iritabilitate. În forme cronice poate duce la malformații ale oaselor;
- la copii carența de vitamina D se traduce prin rahitism. Acesta se produce ca urmare a mineralizării deficitare a sistemului osos, ducând la fracturi multiple, dureri lombare și de picioare,

deformații ale oaselor.

Prevenirea și tratamentul avitaminozei D

- vitamina D este esențială pentru asimilarea calciului, asigurând depunerea corespunzătoare acestuia în oase;
- femeile însărcinate sau care alăptează trebuie să crească doza zilnică recomandată de calciferol – componentă a vitaminei D, la 40 mg/zi;
- vitamina D se găsește în peștele gras (hering, somon, sardine), gălbenușul de ou, unt, lapte integral. Sursele vegetale nu conțin această vitamină, însă, spre deosebire de celelalte poate fi produsă de organism. Sinteza vitaminei D în organism este declanșată de expunerea la razele ultraviolete ale soarelui, fiind absorbită imediat de vasele sangvine.

În medicină sunt utilizate: vitamina D₂ (calciferol) și vitamina D₃ (colicalciferol).

Carența de vitamina E – principalele semne și simptome

- carența de vitamina E este dificil de recunoscut, însă primele simptome includ la copii, leziuni ale pielii, iar la adulți – slăbiciune musculară sau claudicație intermitentă;
- la nașcuții prematur, carența de vitamina E produce anemia hemolitică, trombocitemie, eritem maculo-papular, urmat de descuamarea pielii.

Prevenirea și tratamentul avitaminozei E

- nașcuții prematur trebuie să primească formule îmbogățite cu vitamina E, la fel și adulții cu malabsorbție de vitamina E;
- laptele de mamă asigură necesarul de vitamina E al nou-născuților;
- surse potrivite de vitamina E sunt uleiurile vegetale (de porumb, floarea soarelui, soie, bumbac), cerealele integrale, legumele verzi, nucile;
- consumul excesiv sau sistematic de grăsimi polinesaturate trebuie contracarat printr-un aport optim de vitamina E.

Carența de vitamina F – principalele semne și simptome:

carența excepțională poate să provoace tulburări cutanate, mai ales eczemă și căderea părului, tulburări care dispar la administrarea de vitamina F. Se găsește mai mult în uleiul de soie și de floarea soarelui, dar și în alte alimente, astfel încât nevoile sunt acoperite. Este sintetizată în intestin.

Carența de vitamina K – principalele semne și simptome

- principalul semnal al carenței de vitamina K este tendința de sângerare anormală, însoțită de un timp de coagulare (T.C.) mare;
- lăsată netratată, carența de vitamina K poate fi fatală, din cauza hemoragiilor necontrolate;
- administrarea abuzivă sau fără indicarea medicului a antibioticelor distruge flora intestinală necesară pentru a genera cantități suficiente de vitamina K;
- surse alimentare importante de vitamina K sunt conopida, roșiile, brânza, gălbenușul de ou, ficatul și legumele verzi.

Informația succintă expusă în acest capitol demonstrează rolul farmacistului, în primul rând – al farmacistului „de la prima masă”, care este în contact permanent cu vizitatorii farmaciei – în asigurarea utilizării raționale a medicamentelor. Înainte de a recomanda pacientului un produs OTC, farmacistul va ține cont de următoarele reguli:

1. primum non nocere (întâi, să nu dăunezi);
2. el trebuie să se convingă de faptul că, pacientul poate să nu consulte medicul;
3. să stabilească planul optimal al tratamentului, să fie convins că, din punct de vedere al coraportului beneficiu-risc și beneficiu-cost, produsul ce îl va recomanda va fi cel mai potrivit.

Pentru a lua o decizie optimală, farmacistul va fi nevoit să aplice întregul arsenal de cunoștințe din domeniul farmacologiei, farmacoterapiei, anatomiei, fiziologiei, patologiei, farmacognoziei, chimiei biologice, farmaceutice etc.

Capitolul VII

SERVICII FARMACEUTICE PRESTATE ÎN FARMACIILE COMUNITARE

7.1. Conceptul de îngrijiri farmaceutice

Servicii farmaceutice sunt serviciile prestate de către farmaciști în procesul implementării conceptului de îngrijire farmaceutică. Serviciile farmaceutice nu se limitează la asistența cu medicamente (livrarea medicamentelor), ele includ informația, educația, promovarea sănătății, consultarea, servicii regulatorii și de instruire. Un serviciu farmaceutic poate să existe și fără medicament, în unele cazuri chiar exclude utilizarea medicamentelor în vederea obținerii beneficiilor maxime pentru pacient. Dacă medicamentul este un produs, un bun tangibil, atunci un serviciu este un bun intangibil, care nu poate fi păstrat sau transportat, care momentan se epuizează și apare numai în momentul prestării și consumului lui. Deseori serviciul este greu să fie separat de la produsul tangibil, el fiind asociat ca „valoare adăugată” la produsul însăși. În aceste condiții, înțelegerea esenței serviciilor farmaceutice este deseori eronată, presupunând doar livrarea medicamentelor fără alte activități de suport (adăugătoare). Este important ca farmaciștii să înțeleagă că orice interacțiune cu pacientul/vizitatorul în vederea soluționării problemelor lui de sănătate reprezintă un serviciu prestat de ei și care trebuie să fie de calitate, în corespundere cu standardele profesionale existente.

Activitatea farmaciștilor, în condițiile societății contemporane, este variată și multidimensională și nu se limitează la asigurarea populației cu medicamente. În multe țări

ale lumii, farmaciștii participă activ în companii de promovare a sănătății, oferă multiple servicii de screening medical, cum sunt măsurarea tensiunii arteriale, nivelului de glucoză și colesterol în sânge, determinarea indicelui masei corporale, etc. Colectarea medicamentelor neutilizate de la populație și nimicirea lor ulterioară, este o activitate cotidiană a farmaciștilor din majoritatea țărilor europene. Servicii de vaccinare, mai ales în perioada aplicării măsurilor antiepidemice, precum și schimbul de seringi și substituția metadonei pentru narcomani, par să fie niște servicii incredibile pentru farmaciștii din Moldova, dar este o activitate de rutină pentru farmaciștii din Marea Britanie, Irlanda, Portugalia, Spania, etc.

Dacă consultarea verbală a pacienților în procesul livrării medicamentelor este obligația directă a farmaciștilor, atunci în Europa și SUA, tot mai des, farmaciile comunitare oferă consultații individualizate on-line vizitatorilor permanenți în scopul asigurării utilizării raționale și eficiente a medicamentelor, mai ales în cazul persoanelor care nu au posibilitate să viziteze des farmacistul și medicul. De asemenea, pentru bolnavii cronici cu hipertensiune arterială, boala coronariană a cordului, astm, diabet, farmaciile comunitare oferă servicii speciale de management ale acestor boli, în rezultatul cărora, pacienții sunt instruiți privind utilizarea rațională a medicamentelor prescrise, pe care ei le administrează zilnic, precum este efectuat și monitoring-ul stării lor de sănătate. Este demonstrat că prestarea acestor servicii de către farmaciile comunitare, contribuie esențial la îmbunătățirea sănătății populației.

Serviciile farmaceutice, având la bază conceptul de îngrijiri farmaceutice, influențează starea sănătății pacientului individual, contribuind astfel la îmbunătățirea calității și cost-eficienței sistemului de sănătate. Îmbunătățirea situației la micronivel contribuie la ameliorarea macronivelului, deci societatea beneficiază de starea sănătății fiecărui individ. Populația are de câștigat în urma perfecționării sistemului. Serviciile

farmaceutice și rolul lor în asistența medicală, orientate spre pacient, sunt asociate cu îmbunătățirea rezultatelor medicale și economice, calității vieții și scăderea morbidității și mortalității. Aceste rezultate apar în urma extinderii rolurilor tradiționale și creării programelor de management al farmacoterapiei. Însă potențialul farmaciștilor în sănătatea publică nu este încă pe deplin valorificat.

În cadrul studiilor descrise în literatură, a fost evaluată eficiența serviciilor farmaceutice profesionale în vederea beneficiilor terapeutice pentru consumatori, precum și beneficiilor economice. Rezultatele demonstrează valoarea serviciilor, împreună cu continuitatea tratamentului după externare, instruirea pacienților și medicilor. Aceste studii au dovedit importanța serviciilor farmaceutice profesionale în vederea beneficiilor terapeutice pentru pacienți sau utilizării raționale a medicamentelor. Serviciile prestate de farmaciști bine instruiți și motivați, pot economisi anual pentru sistemul de sănătate circa 15 mln. dolari australieni (100 mln. dolari SUA). Asemenea rezultate au fost obținute și într-un studiu asemănător din Statele Unite ale Americii.

Conceptul de îngrijiri farmaceutice poate fi implementat în practică numai prin serviciile farmaceutice cognitive (profesionale), de înaltă calitate, fiind elaborate în contextul GPP.

Organizații internaționale profesionale, precum FIP, OMS, EuroPharm Forum, Rețeaua de Îngrijiri Farmaceutice din Europa (PCNE) au avut un rol crucial în crearea platformelor pentru schimbul de experiențe a proiectelor de dezvoltare a serviciilor în diverse țări și extinzând cunoștințe despre implementarea și evaluarea lor. Odată cu adoptarea conceptului de îngrijiri farmaceutice în anii '90, organizațiile profesionale au recomandat farmaciilor comunitare să aplice și să implementeze acest concept în activitatea lor zilnică.

Orice serviciu farmaceutic presupune interacțiunea farmacistului cu pacientul, în vederea consultării și oferirii

informației veridice și oportune în domeniul utilizării raționale și inofensive a medicamentelor, precum și a tratamentelor nefarmacologice. Consiliul Europei în documentul „Crearea unei culturi mai bune de inofensivitate a medicației în Europa: Construcția practicilor de medicație sigure” (engl. *Creation of better medication safety culture in Europe: Building up self medication practices*) menționează că „consilierea (consultarea) pacienților este un instrument valoros pentru evitarea erorilor în terapia medicamentoasă. Pentru aceasta farmaciștii trebuie să încurajeze pacienții să întrebe despre medicamentele sale”. La baza consilierii pacienților se află principiul de concordanță – un model nou de interacțiune a farmacistului cu pacientul, conform căruia „consilierea trebuie să fie un proces interactiv reciproc, unde rolul farmacistului este de a încuraja și a susține pacientul în vederea dobândirii cunoștințelor și crearea atitudinilor despre utilizarea rațională a medicamentelor”.

Studiile în domeniul consilierii pacienților în farmaciile comunitare au determinat cerința minimală pentru consiliere de calitate, ea fiind instruirea corespunzătoare de bază și cea continuă a farmaciștilor în domeniul terapiilor medicamentoase, ghidurilor terapeutice, deprinderilor comunicaționale și practicilor de inofensivitate a medicației. Este necesar ca principiile consilierii orientate spre pacient să fie diseminate printre practicieni și să fie utilizată evaluarea și autoevaluarea competențelor farmaciștilor.

Există mai multe ghiduri de consiliere a pacienților, cel mai detaliat fiind cel elaborat de Grupul Farmacopeic al Statelor Unite (USP) și recomandat pentru utilizare de Consiliul Europei. Acest ghid este bazat pe principiul de concordanță. Conform acestui document, consilierea pacienților are la bază abordarea de rezolvare a problemelor terapeutice ale pacienților pentru îmbunătățirea calității sănătății și vieții lor. Pentru realizarea acestui scop farmacistul trebuie să discute informația medicală a pacientului, considerând aspectele fizice, psihologice, socio-

culturale, emoționale și intelectuale ale pacientului, precum și atitudinile lui față de problemele proprii de sănătate. Scopul ghidului este de a oferi suport persoanelor pentru dezvoltarea abilităților de management al medicamentelor și responsabilității față de tratamentele sale prin empatie, sinceritate și răbdare. Relația între farmacist și pacient trebuie să fie interactivă și să reprezinte un proces de colaborare reciprocă. Ghidul de consiliere a Farmacopeii SUA cuprinde 35 de activități din 4 domenii: evaluarea necesităților, managementul tratamentului, precauții și avertizări și comunicarea.

Există și alte ghiduri specifice privind interacțiunea pacient-farmacist, majoritatea din ele fiind elaborate în SUA. Astfel, Institutul de Practici de Medicație Sigură (din engl. *Institute for Safe Medication Practices*) din SUA, a determinat 12 întrebări de bază necesare pentru utilizarea sigură a medicamentelor:

1. Care este denumirea comercială și generică a medicamentului?
2. Care este indicația medicamentului?
3. Care este doza medicamentului?
4. Care sunt posibilele efecte adverse? Ce trebuie de făcut dacă ele apar?
5. Care sunt medicamentele ce trebuie să fie evitate în procesul întrebuințării medicamentului dat?
6. Cât timp trebuie de utilizat medicamentul? Care vor fi rezultatele așteptate?
7. Când trebuie de administrat medicamentul?
8. Cum trebuie să fie păstrat medicamentul?
9. Ce trebuie de făcut dacă a fost pierdută o administrare?
10. Ce alimente trebuie să fie evitate în procesul administrării medicamentului?
11. Acest medicament înlocuiește un alt medicament care este deja administrat?
12. Informația scrisă necesară.

Studiile demonstrează că volumul informației ce se oferă pacienților este limitat din cauza insuficienței instruirii

farmaciștilor, rezistenței pacienților, lipsei de confidențialitate, insuficienței timpului pentru conversație.

Farmaciile comunitare din țările Uniunii Europene acordă o gamă largă de servicii profesionale vizitatorilor săi. Măsurarea tensiunii arteriale și a nivelului colesterolului și glucozei sunt lucruri de rutină în farmaciile din multe țări, cu toate că motivele proprietarilor farmaciilor de a oferi aceste servicii sunt discrete. Ele pot fi planificate drept măsuri ce vor asigura pe viitor rezultate optime a terapiei medicamentoase în cazul în care ei vor susține strategiile și obiectivele politicii de sănătate. Pe de alta parte, aceste servicii pot fi oferite drept activități de promovare și în rezultat de creștere a vânzărilor farmaciei fără o bază evidentă și fără integrarea în alte servicii de sănătate. Corect planificate și integrate în sistemul de sănătate, aceste servicii pot ajuta oamenii să-și mențină sănătatea, fiind conștienți de efectele medicamentelor pe care le administrează. Studiile au demonstrat că oamenii doresc să folosească aceste servicii dacă sunt oferite de farmaciști. Deși farmaciștii comunitari din Europa sunt implicați în prestarea unui spectru larg de servicii de asistență primară, nu există o politică strictă care ar delimita serviciile pe care pot sau sunt obligați să le ofere farmaciștii.

Multe servicii sunt oferite gratis, dar tot mai des se întâlnește rambursarea unor servicii farmaceutice din bugete publice sau/și de către companiile de asigurări.

Din experiențele avansate rezultă că farmaciștii pot să aducă aport la fortificarea sănătății populației în câteva domenii de bază, și anume:

1. Managementul îmbolnăvirilor cronice în asistența primară – prin servicii de management al medicamentelor (ex. revederea medicației și monitoring-ul terapeutic), servicii de eliberare repetată a medicamentelor, prin reducerea incidenței reacțiilor adverse ale medicamentelor etc. Farmaciștii au mai multe oportunități în managementul bolilor cronice, fiind mai accesibili populației decât medicii.

2. Îmbunătățirea prevenirii și tratamentului bolilor cronice - prin recomandări pacienților privind utilizarea corectă și eficientă a medicamentelor, testarea factorilor de risc pentru bolile cardio-vasculare, screening-ul pentru determinarea precoce a diabetului, servicii de combatere a fumatului, promovarea complianței la tratament, deoarece doar 50% din pacienții cronici administrează medicamentele în modul prescris de medic.

3. Prestarea serviciilor directe și facilitarea accesului la alte servicii de asistență primară pentru grupurile social vulnerabile. Fiind cei mai accesibili profesioniști din domeniul sănătății, farmaciștii sunt disponibili pentru toate categoriile de pacienți și pot influența pozitiv starea de sănătate a categoriilor social vulnerabile, prin prestarea serviciilor directe.

4. Ajutor în reducerea inegalităților în domeniul sănătății prin intervenții specifice (ex. servicii de suport prestate familiilor cu copii mici, părinților tineri, bolnavilor mentali, etc.)

5. Încurajarea și suportul populației în controlul asupra sănătății proprii. Implementarea unui scenariu „de încadrare totală” implică o schimbare fundamentală în ceea ce privește relațiile între pacienți și profesioniști în domeniul sănătății. Farmaciștii întâlnesc vizitatorii în primul rând ca oameni și apoi ca pacienți, ceea ce necesită o abordare holistică, orientată spre persoană, decât cea specifică, biomedicală orientată spre boală. Consumatorii aleg farmacia pentru a procura medicamentele OTC și cele cu rețetă, sau să ceară sfatul farmacistului. Noile servicii farmaceutice trebuie axate pe aceste avantaje. Promovarea alfabetizării în domeniul sănătății (înțelegerea prospectului de ambalaj la medicamente, evaluarea informației medicale și cooperarea cu sistemul de sănătate) este cheia procesului de îmbunătățire a automedicației.

6. Facilitarea automedicației responsabile (controlate) în cazul îmbolnăvirilor minore, prin această eliberând medicii pentru situații mai complicate.

7.2. Clasificarea serviciilor farmaceutice

Este evident că serviciile prestate de către farmaciști sunt diverse. Ele sunt clasificate în esențiale și avansate, după conținut, frecvența acordării și competența necesară.

1. *Servicii esențiale* – servicii prestate de către farmaciile comunitare în procesul activității zilnice de deservire a populației. Aceste servicii sunt obligatorii pentru toate farmaciile și cuprind: livrarea medicamentelor, promovarea modului sănătos de viață și automedicația controlată. Aceste servicii includ:

- *eliberarea medicamentelor* – eliberarea produselor farmaceutice însoțite de recomandările necesare pentru a asigura utilizarea lor sigură și eficientă, înregistrând datele respective;
- *eliberarea repetată a medicamentelor* – eliberarea medicamentelor în mod repetat, împreună cu monitorizarea tratamentului, prin cooperarea cu medicul și pacientul;
- *promovarea modului sănătos de viață* – recomandări privind aspectele sănătății și participarea activă în programele naționale/locale;
- *promovarea automedicației pentru pacienți cu îmbolnăviri minore* – oferirea sfaturilor și suportului pacienților cu îmbolnăviri minore, pentru a asigura beneficiul maximal în procesul automedicației;
- *îndreptarea pacienților la alți specialiști din domeniul sănătății* – oferirea informației vizitatorilor farmaciei despre alte servicii medicale și de alternativă, care nu sunt prestate de farmaciile comunitare. În unele cazuri sub formă de referință;
- *recepționarea medicamentelor neutilizate* – recepționarea de la populație a medicamentelor neutilizate pentru nimicirea lor inofensivă ulterioară.

2. *Servicii avansate* – servicii care pot fi prestate în farmaciile comunitare, numai în cazul instruirii corespunzătoare a farmaciștilor și asigurării cerințelor minime necesare. Astfel de

servicii nu sunt obligatorii pentru farmaciile comunitare, însă sunt necesare pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și a imaginii farmaciei, reprezentând nivelul maximal așteptat (avansat) al asistenței farmaceutice. Din această grupă de servicii fac parte: screeningul medical (măsurarea tensiunii arteriale, determinarea indicelui masei corporale, măsurarea nivelului de colesterol și glucoză în sânge etc.), suport în combaterea fumatului, managementul greutății, etc. Un exemplu de serviciu avansat de înaltă performanță este serviciul de *revedere a utilizării medicamentelor și intervenția în prescripție*. Prestând acest serviciu, farmacistul periodic va comunica cu pacienții privind tratamentele lor și le va ajuta să-și rezolve problemele legate de întrebuințarea medicamentelor. Recomandările vor fi oferite atât pacientului, cât și medicului.

Dacă serviciile farmaceutice esențiale sunt obligatorii pentru toate farmaciile în activitatea lor cotidiană, atunci serviciile farmaceutice avansate sunt planificate și elaborate pentru anumite categorii de populație și prestate de către farmacii în mod opțional. Exemple de astfel de segmentare sunt prezentate în tabelul 12.

Fiecare farmacie poate să elaboreze spectrul de servicii avansate care vor fi prestate cu condiția instruirii corespunzătoare a specialiștilor și asigurarea condițiilor necesare pentru efectuarea anumitor manipulații (măsurarea tensiunii arteriale, glucozei în sânge, consultație privată, etc.).

Un alt tip de servicii farmaceutice sunt **cele consolidate** ce sunt aprobate la nivel local în dependență de necesitățile populației ce locuiește în teritoriul respectiv. Autoritățile locale din domeniul sănătății stabilesc lista serviciilor și le achită. Exemplu de servicii consolidate sunt: aplicarea schemelor de administrare supravegheată a medicamentelor; revederea clinică a medicației; prescrierea suplimentară; servicii de contracepție hormonală de urgență; schimb de seringi; combaterea fumatului; aplicarea schemelor de tratament în cazul îmbolnăvirilor minore;

servicii la domiciliu; îngrijiri paliative, etc. Unele din aceste servicii necesită instruirea suplimentară a farmacistului, altele – cerințe adiționale față de încăperile și dotarea farmaciilor.

Tabelul 12. Clasificarea serviciilor farmaceutice avansate

Criteriu	Segmentul (categoria)	Exemple de servicii farmaceutice avansate
Vârsta	Pacienții geriatrici	Revederea medicației și monitorizarea polipragmaziei
		Îngrijiri la domiciliu
		Îngrijiri paliative
	Pacienții pediatrici	Îngrijiri farmaceutice pentru copii cu astmă sau diabet
Sexul	Bărbați	Consultații privind farmaco- și fitoterapia disfuncției erectile
		Consultații pentru femei însărcinate și lăuze
		Evaluarea riscului pentru cancer de sân și consultații
	Femei	Consultații pentru femei în perioada pre- și postmenopauzală
Boli	Cardio-vasculare	Monitoringul și managementul lipidemiei
		Monitoringul hipertensiunii
		Monitoringul terapiei anticoagulante
	Diabet	Dozarea și administrarea insulinei
Servicii preventive	Imuni-zarea	Îngrijiri pentru „piciorul diabetic”
		Imunizarea persoanelor din grupurile de risc
Consul-tanță	Produse OTC	Consultații privind suplimentele alimentare și/sau fitopreparatele
		Consultații privind utilizarea medicamentelor OTC

7.2.1. Serviciul de livrare a medicamentelor

Livrarea medicamentelor conform rețetelor împreună cu informația și recomandările necesare, reprezintă un serviciu care are menirea să asigure utilizarea sigură și eficientă a medicamentelor de către pacienți, precum și să se mențină înregistrările corespunzătoare.

Scopul și obiectivele acestui serviciu sunt:

1. Asigurarea pacienților cu medicamente sigure, eficiente și inofensive, prin:
 - ✓ efectuarea permanentă a controlului farmaceutic intern;
 - ✓ respectarea și menținerea procedurilor operaționale scrise;
 - ✓ respectarea regulilor de păstrare a produselor farmaceutice;
 - ✓ înregistrarea produselor farmaceutice și parafarmaceutice eliberate, a datelor, care pot fi utilizate în viitor în procesul îngrijirilor farmaceutice a pacienților;
 - ✓ înregistrarea recomandărilor și consultațiilor oferite de către farmacist, precum și îndreptărilor la medic sau la un alt specialist în sănătate;
 - ✓ crearea bazei de date a pacienților permanenți (opțional);
2. Asigurarea utilizării raționale și eficiente a medicamentelor de către pacienți, prin:
 - ✓ furnizarea informației și oferirea recomandărilor pacienților privind utilizarea inofensivă și eficientă a medicamentelor eliberate;
 - ✓ prestarea informației adiționale necesare, de exemplu, posibilele efecte adverse și interacțiuni medicamentoase.

Medicamentele prescrise sunt livrate la cererea pacienților, cu operativitate rezonabilă. Farmacistul va oferi recomandări individualizate pentru un pacient concret, necesare pentru a asigura utilizarea lor rațională. Farmacistul trebuie să consulte pacienții în privința regulilor de păstrare a medicamentelor la

domiciliu, folosind, în caz de necesitate, sursele de referință relevante. Toate intervențiile în procesul soluționării problemelor vor fi înregistrate în registrul de rigoare (opțional – registru electronic).

Procesul livrării medicamentelor cuprinde 6 etape de bază: primirea rețetei, evaluarea farmaceutică a prescripției, intervențiile și soluționarea problemelor, definitivarea, controlul și livrarea medicamentelor (tabelul 13).

Tabelul 13. Etapele procesului de livrare a medicamentelor

Nr.	Etapa	Descrierea
1	Primirea rețetei <i>Farmacistul trebuie să verifice:</i>	- datele personale ale pacienților: numele, prenumele, vârsta, etc.; - valabilitatea rețetei și corectitudinea prescrierii (în conformitate cu ordinul MS RM nr.434 din 28.11.2007).
2	Evaluarea farmaceutică <i>Farmacistul trebuie:</i>	- să aprecieze dacă forma medicamentoasă corespunde modului de administrare a medicamentului și a duratei tratamentului; - să verifice corespunderea dozei prescrise limitelor admisibile, precum și a parametrilor personali ai pacientului: vârsta, greutatea, etc., în special, în cazul medicamentelor pediatrice, oncologice; - să ia în considerare contraindicațiile medicamentului, compatibilitatea cu alte medicamente administrate de pacient, precum și concordanța cu formularele, protocoalele și ghidurile clinice existente; - să ia în calcul atât efectele adverse posibile, cât și necompliance, utilizarea incorectă sau abuzivă a medicamentelor de către pacient.

Nr.	Etapa	Descrierea
3	Intervenții și soluționarea problemelor	- când se constată unele neconformități în prescrierea rețetei, farmacistul este obligat să contacteze medicul corespunzător și, împreună cu el, să soluționeze problema.
4	Definitivarea <i>Înainte de a livra medicamentul, farmacistul verifică:</i>	- corespunderea medicamentului cu prescripția medicului; - termenul de valabilitate a medicamentului; - integritatea și etichetarea ambalajului; - prezența instrucțiunii pentru pacient.
5	Controlul	- înainte de a livra medicamentul, este necesar să se verifice de către un alt specialist corespunderea medicamentului, ce urmează să fie livrat, prescripției; - autocontrolul nu este recomandabil, decât în situații excepționale sau când în farmacie activează numai un singur farmacist.
6	Livrarea medicamentului <i>farmacistul trebuie să se încredințeze că:</i>	- medicamentele sunt livrate persoanei corespunzătoare; - pacientul a semnat rețeta (în cazul celor compensate); - pacientul a fost compliant și a înțeles informația necesară; - pentru medicamentele livrate se eliberează, în caz de necesitate, lingurițe de dozare sau pipete; - sunt respectate normele igienice și de securitate.

Farmacistul trebuie să asigure utilizarea rațională a medicamentelor prin:

- ✓ oferirea informației și recomandărilor pacientului privind administrarea corectă, inofensivă și eficientă a medicamentelor;
- ✓ oferirea, în caz de necesitate, pacientului a informațiilor mai detaliate despre medicamente, de exemplu, despre efectele

adverse posibile și principalele interacțiuni cu alte substanțe;

- ✓ verificarea percepției informației primite de către pacient.

Volumul și conținutul informației necesare la livrarea medicamentului diferă în funcție de caracteristicile personale ale pacientului, tipul și forma medicamentoasă a produsului farmaceutic etc. Recomandabil ca pentru asigurarea utilizării raționale și sigure a medicamentelor, pacientul să cunoască răspunsurile la întrebările stipulate de către Institutul de Practici de Medicație Sigure (din engl. *Institute for Safe Medication Practices*) din SUA:

1. Care este denumirea comercială și generică a medicamentului?
2. Care este indicația medicamentului?
3. Care este doza medicamentului?
4. Care sunt posibilele efecte adverse? Ce trebuie de făcut dacă ele apar?
5. Care sunt medicamentele ce trebuie să fie evitate în procesul întrebuințării medicamentului dat?
6. Cât timp trebuie de utilizat medicamentul? Care vor fi rezultatele așteptate?
7. Când trebuie de administrat medicamentul?
8. Cum trebuie să fie păstrat medicamentul la domiciliu?
9. Ce trebuie de făcut dacă a fost pierdută o administrare?
10. Ce alimente trebuie să fie evitate în procesul administrării medicamentului?
11. Acest medicament înlocuiește un alt medicament care este deja administrat?
12. Informația scrisă necesară.

7.2.2. Livrarea repetată a medicamentelor

Reprezintă un serviciu esențial în mai multe țări. În actualele condiții de dezvoltare a asistenței farmaceutice în Republica Moldova nu există posibilități de implementare a acestuia ca

serviciu esențial, ci numai ca unul avansat. Serviciul respectiv este o modificare a serviciului de livrare a medicamentelor, la adresarea pacienților cu rețete repetate. Deosebirea între cele două servicii constă în faptul că serviciul de livrare repetată presupune o implicare mai amplă a farmacistului în procesul terapiei medicamentoase a pacientului și în cooperarea cu medicul în folosul pacientului.

Conținutul serviciului este similar celui de livrare a medicamentelor, însă conține câteva elemente specifice, și anume:

- ✓ este obligatorie menținerea *profilului medicației pacientului*, care reprezintă o înregistrare a tuturor medicamentelor utilizate de către pacient, împreună cu datele lui personale: sex, vârstă, greutate, alergii, boli cronice, etc.;
- ✓ este obligatorie *documentarea* efectelor nedorite apărute în procesul utilizării medicamentelor prescrise;
- ✓ un element de bază este *monitorizarea* procesului de administrare a medicamentelor, în vederea depistării problemelor de sănătate și prevenirii posibiloare probleme în viitor;
- ✓ *cooperarea cu medicii* în folosul pacientului, în procesul căreia vor fi analizate și discutate problemele de sănătate ale pacientului, de asemenea va fi elaborat planul necesar de îngrijiri farmaceutice.

Acest serviciu corespunde pe deplin filozofiei îngrijirilor farmaceutice și contribuie semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a bolnavilor cronici, asigurând complianța la tratamente și prevenind posibilele probleme legate de terapia medicamentoasă a acestei categorii de pacienți.

Pentru implementarea acestui serviciu este necesar de îndeplinit câteva condiții de bază:

- ✓ existența personalului corespunzător instruit;
- ✓ existența și menținerea profilului medicației pacientului,

- ideal – sub formă de baza de date electronică;
- ✓ educația pacienților privind beneficiile acestui serviciu pentru ei;
- ✓ stabilirea și menținerea relațiilor de cooperare cu medicii, care prescriu rețete pentru acești bolnavi cronici.

Nomenclatorul serviciilor farmaceutice va fi implementat treptat în activitatea farmaciilor comunitare, începând cu serviciile esențiale: livrarea medicamentelor, automedicația controlată și promovarea modului sănătos de viață. Ulterior, vor fi implementate serviciile avansate de screening medical, de management al greutateii, stoparea fumatului. După care se va implementa și serviciul de livrare repetată, care este unul performant.

Farmaciile comunitare pot elabora și implementa și alte servicii farmaceutice, fiind condiționate de corespunderea lor la standardele profesionale și la prevederile actelor normative, de exemplu: colectarea medicamentelor neutilizate, acordarea suportului informațional în utilizarea contraceptivelor, oferirea consultațiilor privind alimentația la sân a sugarilor, etc.

7.2.3. Promovarea modului sănătos de viață

Acest serviciu constă în furnizarea oportună a recomandărilor privind modul sănătos de viață a pacienților cărora le sunt livrate medicamentele și indivizilor din grupurile-țintă, precum și participarea proactivă în programe naționale/locale consacrate promovării sănătății.

Scopul de bază al acestui serviciu este ridicarea nivelului de cunoștințe ale populației privind aspectele modului sănătos de viață și încurajarea populației în acțiunile lor, menite să îmbunătățească starea lor de sănătate; orientarea spre grupurile de populație „greu accesibile” pentru alte sectoare ale ocrotirii sănătății în vederea acțiunilor de promovare a sănătății; precum și combaterea deprinderilor negative: fumatul, consumul de alcool, narcomania și toxicomania, hipodinamia, alimentația incorectă etc.

Farmaciile comunitare pot să promoveze modul sănătos de viață prin două modalități:

1. Prin intervenții, la livrarea medicamentelor conform prescripției medicului și la adresarea pacienților în cazuri de automedicație
 - farmaciștii vor oferi recomandări privind modul sănătos de viață pacienților cu risc sporit de boli cardio-vasculare, în special, pacienților hipertensivi; pacienților cu diabet zaharat; fumătorilor; persoanelor obeze; grupurilor de populație social-vulnerabile: copiilor și adolescenților, mamelor tinere și persoanelor în etate (tabelul 14);
 - recomandările vor fi oferite verbal, dar ele pot fi asociate și cu oferirea de informații scrise: leaflete, broșuri., etc.

Tabelul 14. Informația privind modul sănătos de viață pentru grupele-țintă

Nr.	Grupul-țintă	Informația necesară
1.	<i>Pacienții cu prescripții pentru medicamente antihipertensive:</i>	- Reducerea consumului de sare; - Reducerea consumului de grăsimi saturate; - Sporirea consumului de fructe, legume; - Activități fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min. zilnic); - Daunele consumului excesiv de alcool; - Daunele fumatului.
2.	<i>Pacienții cu prescripții pentru medicamente antidiabetice:</i>	- Împărțirea aportului caloric zilnic în 5-6 mese (inclusiv, gustările), respectând un orar strict; - Evitarea alimentelor cu un conținut sporit de monozaharide; - Reducerea consumului de grăsimi; - Consumul sporit de alimente bogate în fibre (acestea încetinesc absorbția glucozei); - Renunțarea la alcool; - Activități fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min. zilnic).

Nr.	Grupul-țintă	Informația necesară
3.	<i>Pacienții cu simptome de:</i> 1. Indigestie 2. Constipație/ diaree	- Reducerea consumului de grăsimi saturate; - Sporirea consumului de fructe, legume, fibre vegetale; - Sporirea consumului de apă (cel puțin, 30 ml/kg);
4.	3. Pirozis 4. Obezitate/ supra-ponde- rabilitate 5. Acnee 6. Insomnie	- Activități fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min. zilnic); - Daunele consumului excesiv de alcool; - Daunele fumatului.
5.	<i>Gospodinele casei (casnicele):</i>	- Reducerea consumului de grăsimi saturate; - Sporirea consumului de fructe, legume, fibre vegetale; - Sporirea consumului de apă (cel puțin 30 ml/kg); - Activități fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min. zilnic pentru adulți și o oră pentru copii).
6.	<i>Mamele cu copii mici:</i>	- Sporirea consumului de fructe, legume, fibre vegetale; - Sporirea consumului de apă (cel puțin 30 ml/kg); - Beneficiile alimentației naturale a copiilor; - Necesitatea activității fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min. zilnic - adulți și o oră - copii); - Contracepția rațională.
7.	<i>Adolescenți/tineret:</i>	- Sporirea consumului de fructe, legume, fibre vegetale; - Sporirea consumului de apă (cel puțin 30 ml/kg); - Necesitatea activității fizice de intensitate moderată (cel puțin 30 min. zilnic); - Daunele consumului excesiv de alcool; - Daunele fumatului; - Contracepția rațională.

Nr.	Grupul-țintă	Informația necesară
8.	<i>Persoane în etate:</i>	- Sporirea consumului de fructe, legume, fibre vegetale; - Sporirea consumului de apă (cel puțin 30 ml/kg); - Necesitatea activității fizice de intensitate moderată (cel puțin, 30 min zilnic).

2. Intervenții în cadrul campaniilor naționale/locale de promovare a sănătății:

- farmaciștii trebuie să participe activ și să contribuie la campaniile naționale/locale de promovare a sănătății;
- farmaciștii comunitari trebuie să coopereze cu alte instituții medicale și non-medicale în vederea promovării sănătății.

7.2.4. Automedicația controlată

Rolul farmacistului în automedicație constă în prestarea recomandărilor și suportul utilizării raționale a medicamentelor OTC de către pacienți în vederea profilaxiei sau tratamentului îmbolnăvirilor minore (vezi capitolul 5).

7.2.5. Servicii de screening

Serviciile de screening medical sau serviciile de diagnostic prestate în cadrul farmaciilor comunitare sunt pe larg răspândite în majoritatea țărilor europene și SUA. Acest tip de servicii farmaceutice poate fi oferit atât *per se* la cererea consumatorului sau la decizia farmacistului, cât și ca parte componentă a serviciilor de management al îmbolnăvirilor sau determinarea riscurilor pentru bolile cardio-vasculare, pentru diabet, etc. Gama acestor servicii este foarte largă, de la tradiționale de măsurare a tensiunii arteriale, până la unele „exotice” cum sunt testele pentru depistarea clamidiozei la femei, analize ale urinei, etc. Serviciile de screening, în general, se clasifică în invazive și non-invazive, în dependență de necesitatea deteriorării țesuturilor în procesul acordării unui sau altui serviciu.

Serviciile de screening medical fac parte din categoria celor avansate, deoarece în procesul prestării este nevoie de personal calificat, echipament calitativ, încăperi corespunzătoare.

Cercetările au demonstrat o cerere sporită din partea consumatorilor din Republica Moldova față de aceste servicii. În special, sunt solicitate servicii de măsurare a tensiunii arteriale, precum și a glucozei și colesterolului în sânge. Combinate cu serviciu de determinare a indicelui masei corporale, aceste servicii vor constitui un serviciu avansat de evaluare a factorilor de risc pentru sănătatea persoanei, avându-se în vedere creșterea continuă a incidenței prin boli cardiovasculare și diabet. Acest serviciu prezintă o valoare deosebită pentru populația țării, în special, în combinație cu serviciul esențial de promovare a sănătății. De asemenea, serviciile de screening medical reprezintă punctul de pornire în elaborarea și implementarea altor servicii avansate, cum sunt managementul greutateii, suportul în stoparea fumatului, solicitate de către anumite categorii de populație.

Precondițiile pentru elaborarea și implementarea serviciilor avansate de screening medical sunt:

1. *personalul calificat* – farmaciștii trebuie să fie instruiți suplimentar în privința tehnicilor utilizate în procesul măsurărilor, vizavi de interpretarea rezultatelor testelor diagnostice, în raport cu recomandările care vor fi oferite în baza testelor, etc.;

2. *echipamente și utilaje* - farmaciile trebuie să fie dotate cu echipamente și utilaje corespunzătoare și calitative, care vor fi permanent menținute într-o stare funcționabilă;

3. *încăperi* – în farmacie trebuie să fie asigurate condiții pentru posibilitatea de a întreține discuții confidentiale, precum și pentru asigurarea condițiilor sanitaro-igienice necesare. Varianta ideală rezumându-se la organizarea unei încăperi separate, bine iluminate și aerisite; dotate cu lavoar, mobilier corespunzător: masă, scaune sau fotolii;

4. *colaborarea cu medicii* – pentru asigurarea continuității îngrijirilor, trebuie să fie stabilite relații de cooperare cu medicii de familie sau medici – specialiști: cardiologi, endocrinologi, etc. Acest aspect este primordial în implementarea îngrijirilor farmaceutice, fiindcă numai printr-o astfel de abordare pacientul va avea beneficii maxime pentru sănătatea lui;

5. *reglementare* – la momentul actual în Republica Moldova, nu există un mecanism pentru implementarea serviciilor de screening medical în cadrul farmaciilor comunitare. Având în vedere cele expuse se impune modificarea legislației farmaceutice în vederea creării posibilității de acordare a serviciilor de către farmaciile comunitare, precum și de eventuala compensare a lor.

Odată ce condițiile sus-numite vor fi asigurate, farmaciile comunitare vor presta servicii de screening medical la nivelul corespunzător.

7.2.6. Managementul greutății

Scopul serviciului de management al greutății este asistența acordată persoanelor, care doresc să mențină controlul asupra greutății sale și prevenirea apariției posibilelor boli cronice. Este un serviciu avansat, care se prestează în majoritatea țărilor din Europa și SUA. Serviciu de management al greutății se află într-o legătură strânsă cu serviciul esențial de promovare a sănătății prin dezvoltarea ultimului. Acest serviciu e constituit din mai multe nivele:

I. Promovarea oportună a sănătății:

- prezența în farmacie a materialelor informative privind modul sănătos de viață, alimentație și activitate fizică.

II. Promovarea activă a sănătății:

- persoanele obeze sunt selectate și li se recomandă materiale informative;
- oferirea sfaturilor privind slăbirea.

III. Măsurări simple ale indicelui masei corporale (IMC):

- împreună cu promovarea activă a modului sănătos de viață, persoanelor li se propune să li se stabilească IMC, circumferința taliei, raportul greutatea corpului/grăsime (cu ajutorul aparatelor speciale);
- este oferit tabelul IMC;
- este furnizată informația privind beneficiile scăderii în greutate (de exemplu, tabelul riscurilor bolii coronariene a cordului).

IV. Servicii de screening:

- împreună cu stabilirea IMC, este măsurată tensiunea arterială, măsurat nivelul colesterolului și/sau glucozei în sânge;
- sunt furnizate informații simplificate privind importanța fiecărui parametru măsurat.

V. Serviciu de management al greutateii:

- împreună cu serviciul de screening, se oferă consultații privind scopurile reale de slăbire, alimentația, privind modul de viață și activitatea fizică, produsele nutritive;
- elaborarea și completarea zilnicului pacientului;
- înregistrarea datelor pacientului.

VI. Prescrierea de către farmacist:

- recomandarea de către farmacist a medicamentelor contra obezității, de obicei, în echipă cu medicul de familie.

Abordarea sus-prezentată permite farmaciilor să implementeze treptat acest serviciu, începând cu competențe și investiții minime, ulterior evoluând într-un serviciu avansat, elaborat în corespundere cu filozofia îngrijirilor farmaceutice.

7.2.7. Suportul în stoparea fumatului

O altă componentă a serviciului farmaceutic esențial de promovare a sănătății este serviciul de suport în stoparea fumatului, scopul căruia este de a acorda asistență persoanelor care doresc să nu mai fumeze. Acest serviciu este analogic celui de management al greutateii, fiind implementat pe etape. Nivelul inițial al acestui serviciu presupune existența în farmacie a materialelor informative privind daunele fumatului. Prin

acordarea serviciului de stopare a fumatului de nivelul II, farmaciștii vor oferi recomandări generale verbale doritorilor de a lăsa fumatul, însoțite de materiale informative. Nivelul următor al serviciului în cauză presupune prestarea consultațiilor individuale sau colective fumătorilor, împreună cu monitorizarea procesului de încetinare a fumatului. Cel mai avansat nivel al serviciului de stopare a fumatului presupune colaborarea farmacistului cu persoana-fumătoare și cu medicul, în vederea obținerii rezultatelor maxime a terapiei anti-tutun.

7.3. Experiența unor țări în domeniul serviciilor farmaceutice

În *Suedia*, conceptul de îngrijiri farmaceutice se implementează de la începutul anilor '90. Organizația farmaceutică națională – Apoteket, inițial, a pus accentul pe promovarea sănătății și utilizarea medicamentelor OTC. Apoi în 2004 a fost elaborată baza de date națională privind problemele terapiei medicamentoase, ceea ce a facilitat implementarea practică a serviciului de revedere a terapiei medicamentoase. În 2006 a fost creat registrul național de evidență a medicamentelor eliberate pacienților, care a permis farmaciilor comunitare să presteze servicii avansate în vederea soluționării problemelor terapiei medicamentoase ale pacienților.

În *Danemarca*, standardele profesionale au inclus îngrijirile farmaceutice din 1995. Dar serviciile farmaceutice avansate nu au fost suficient dezvoltate din cauza legislației dure în ceea ce privește confidențialitatea datelor pacienților. Au avut loc mai multe proiecte naționale în ceea ce privește managementul astmului bronșic și migrenei în farmacie. Toate farmaciile în Danemarca (N=322) eliberează medicamentele conform prescripției medicului și cele OTC, oferă consultații privind utilizarea rațională a medicamentelor, eliberarea dozată, substituția generică și administrarea registrelor individuale de rambursare. Multe

farmacii oferă servicii de măsurare a glucozei și a colesterolului în sânge, tensiunii arteriale. Circa 60% din farmacii prestează un serviciu rambursat și anume – consultanță privind tehnica inhalării.

În **Olanda**, unde farmaciile sunt mari și 95% din pacienți sunt vizitatorii permanenți, sistemul automatizat de supraveghere a medicației a fost implementat încă în anii '80 și farmaciștii și medicii discută problemele de farmacoterapie lunar. Farmaciile comunitare din Olanda, în marea majoritate, prestează servicii farmaceutice avansate. Au fost implementate proiecte speciale privind managementul astmului și diabetului. Serviciile farmaceutice sunt remunerate în baza contractelor între farmacii și companiile de asigurări.

În **Finlanda**, farmaciștii sunt obligați de legislație să ofere consultații terapeutice din 1983. După anul 2000, s-a îmbunătățit considerabil calitatea consultațiilor în farmaciile comunitare, datorită proiectelor de lungă-durată care au avut loc în această țară: Întrebă despre medicamentele tale (EuroPharmForum 1993-1996) și proiectul „TIPPA” (Informația individualizată pentru beneficiul pacienților în farmaciile comunitare). Servicii avansate sunt prestate în managementul astmului, diabetului, bolilor coronariene. De asemenea există servicii de eliberare dozată automată și prescripții electronice, precum și contribuția la utilizarea rațională a medicamentelor de către persoanele în etate și consultații on-line.

În **Marea Britanie**, Serviciul Național de Sănătate (NHS) fiind interesat în căutare de noi roluri pentru farmaciști a investit mult în studii privind îngrijirile farmaceutice și noile servicii avansate. Din anul 2005, toți farmaciștii prestează șapte servicii obligatorii, în condiții de funcționare a sistemului de asigurare a calității serviciilor. 40% din farmacii au fost acreditate pentru serviciul de revedere a medicației, iar 25% din farmacii prestează o varietate de servicii consolidate, cel mai des fiind

administrarea metadonei și ajutorul privind renunțarea la fumat. Farmaciștii au primit dreptul, împreună cu asistentele medicale, să prescrie unele categorii de medicamente.

Serviciile farmaceutice avansate au fost implementate în **Germania** de la începutul anilor '90, în special de Uniunea Federală a Asociațiilor de Farmaciști (ABDA). Au fost efectuate mai multe studii de fezabilitate a serviciilor farmaceutice, care au demonstrat beneficiile implementării lor. În anul 2004, a fost semnat un contract între reprezentanții farmaciilor comunitare, companiei de asigurări și ai medicilor, unde s-a stabilit remunerarea pentru prestarea serviciilor farmaceutice și s-a definitivat cooperarea între medici și farmaciile comunitare. Marea majoritate a farmaciilor a aderat la acest acord și implementează noile servicii farmaceutice, printre care și programul de consiliere a pacienților cu diabet și al.

În unele țări, cum ar fi **Spania**, legislația prevede prestarea îngrijirilor farmaceutice ca obligațiune de bază a farmaciștilor. Aceasta a fost posibil datorită existenței unui număr suficient de savanți și a revistei naționale în domeniul îngrijirilor farmaceutice. Astfel în 2001 în Spania, a avut loc o întrunire, numită „Consensus de la Granada” care a abordat conceptul de îngrijiri farmaceutice prin prisma problemelor de terapie medicamentoasă, care ulterior a fost acceptat de mai multe organizații și mai mulți cercetători în domeniul îngrijirilor farmaceutice. În Spania există multe farmacii mici (o farmacie la 2000 populație), majoritatea cărora prestează servicii de măsurare a glucozei și colesterolinei în sânge, a greutateii corporale și a nivelului tensiunii arteriale. Mai puțin se întâlnesc servicii de aprovizionare cu metadonă sau scheme de administrare supravegheată.

În **Portugalia** implementarea practică a conceptului de îngrijiri farmaceutice are loc prin intermediul abordării integrate. În acest sens, în 1999, Asociația Farmaciștilor din Portugalia

(ANF) a elaborat strategia, metodele și instrumentele (formulare, documentație, protocoale, programe computerizate, etc.) pentru programele de management al bolilor cronice în farmaciile comunitare, care sunt de fapt servicii de îngrijiri farmaceutice. Astfel au fost implementate programele pentru managementul astmului bronșic, diabetului și hipertensiunii arteriale. Ulterior, aceste programe au stat la baza elaborării ghidurilor și protocoalelor EuroPharm Forumului privind managementul bolilor netransmisibile: Modelul managementului hipertensiunii în farmacie, Programul PharmaDiaß, servicii pentru tratamentul astmului în farmacie. Din 2004, pentru prestarea unora din aceste servicii, farmaciștii sunt remunerați din contul bugetului de stat. De asemenea majoritatea farmaciilor prestează diverse servicii de screening, recepționarea medicamentelor neutilizate, substituția metadonei, etc.

În **Belgia**, necătând la faptul că prestarea serviciilor avansate este obligațiunea stipulată în acte normative, implementarea largă în practică a acestor prevederi este împiedicată de faptul că farmaciile sunt mici și, de obicei, în ele activează numai un singur farmacist.

În **Elveția**, a avut loc o restructurare semnificativă a sistemului farmaceutic, prin care remunerarea farmaciștilor se efectuează în dependență de serviciile avansate prestate, nivelul de profesionalism, sistemul de asigurare a calității, etc.

În **SUA** există o experiență de circa 20 de ani în transferarea prescripțiilor de la medic la farmacist, în cazul în care rețetele se repetă. Astfel, rețetele care se repetă sunt eliberate de farmacist, fără ca pacientul să mai revină la medic. Eliberarea se face pe baza protocoalelor de prescriere, care sunt valabile timp de maximum doi ani și aplicarea lor corectă de către farmacist este monitorizată de către medic și de către inspecția sanitară locală. Avantajele sistemului s-au dovedit a fi: diminuarea riscului de reacții adverse

și interacțiuni medicamentoase; economie de timp pentru pacient și medicul de familie; reducerea costurilor asistenței medicale.

Un serviciu sau un grup de servicii aparte prestat de farmaciștii americani în cadrul programului de asigurări în medicină Medicare& Medicaid, este Managementul Terapiei Medicamentoase (MTM). Scopul acestui serviciu este optimizarea rezultatelor terapeutice pentru pacienții individuali, prin utilizarea rațională a medicamentelor, îmbunătățirea compliancei la tratament, reducerea riscurilor de reacții adverse și reducerea necesității serviciilor medicale costisitoare. Elementele de bază ale acestui serviciu sunt: revederea terapiei medicamentoase, profilul personal al medicației, planul de tratament, intervenție și/sau recomandare, documentare și monitorizare ulterioară. Aceste elemente de bază asigură mecanismul de atingere a scopului principal al MTM – soluționarea problemelor terapeutice specifice ale pacientului și colaborarea cu alți profesioniști în sănătate.

Farmaciștii din SUA oferă consultații pacienților privind medicamentele OTC, terapiile alternative și aditivele alimentare, precum și efectele medicamentoase adverse, interacțiunile medicament-medicament și medicament-aliment sau problemele legate de costul medicamentelor. Un număr tot mai mare de farmacii comunitare prestează servicii de screening a nivelului de colesterol și tensiunii arteriale, programe educaționale pentru bolnavii cu diabet și programe de imunizare. De exemplu, farmaciștii în multe state administrează vaccinele antigripale.

O altă funcție importantă a farmaciștilor din SUA este cea informațională. Având în vedere numărul impunător de medicamente noi înregistrate de FDA în fiecare an, precum și indicațiile noi ale medicamentelor existente, farmacistul servește drept o sursă de informație excelentă atât pentru pacienți, cât și pentru medici în ceea ce privește eficiența și inofensivitatea medicamentelor. Farmaciștii în SUA sunt instruiți suficient în

vederea evaluării studiilor clinice pentru a aprecia veridicitatea informației despre medicamente prezentate de producători, precum și cea accesibilă prin Internet.

7.4. Calitatea serviciilor farmaceutice

Aspectele multidimensionale ale noțiunii de calitate a serviciilor în domeniul sănătății creează dificultăți în procesul definirii ei. În literatură se atestă numeroase definiții, modalități și principii de abordare a calității, în funcție de persoana care definește noțiunea în cauză (pacient, medic, farmacist, asistent medical, asigurator sau alt profesionist din sistemul de îngrijiri în sănătate).

A. Donabedian (1980) consideră: „calitatea îngrijirilor constă în aplicarea științei și tehnologiei medicale, astfel încât să crească beneficiile îngrijirilor fără se majora riscurile”. H. Vuori (1980) susține: „calitatea se referă la consecințele dorite și așteptate ale serviciilor de sănătate, respectiv, la ameliorarea stării de sănătate”. În lucrarea savanților A. Jain, J. Bruce și B. Mensch prin calitate se înțelege „satisfacerea și răspunsul la așteptările populației, respectiv, ale pacienților”. Conform definiției OMS „calitatea este caracteristica unui produs sau serviciu care determină nivelul de excelență”.

Analizând multitudinea definițiilor disponibile din sursele bibliografice și luând în considerație caracterul multidimensional al asistenței farmaceutice, precum și ca rezultat al sintezei analitice a multiplelor definiții, autorii manualului propun următoarea definiție a noțiunii de calitate a serviciului farmaceutic – *„satisfacerea în mod eficient și accesibil, inofensiv și acceptabil, echitabil și sigur a nevoilor reale ale consumatorului/pacientului pentru obținerea rezultatelor scontate în vederea îmbunătățirii calității vieții lui.”*

Serviciu farmaceutic de calitate este acel serviciu de care pacientul beneficiază imediat; când medicamentele sunt

disponibile oricând când ar avea nevoie pacientul de ele; când farmaciștii sunt dispuși să ofere sfaturi și să aibă inițiativă de a acorda ajutor la momentul oportun; când pacienții pot discuta, dacă ei doresc, problemele personale confidențial și cu deplină convingere că farmacistul lor posedă deprinderi și cunoștințe de ultimă oră.

Caracteristicile unui serviciu farmaceutic de calitate sunt:

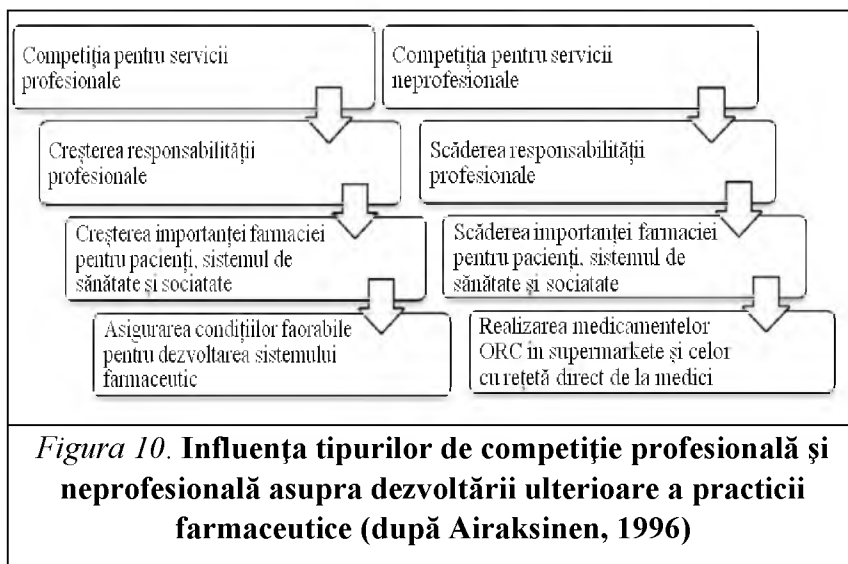
- elaborat pentru necesitățile pacientului, și nu ale organizației;
- constituit în corespundere cu cerințele programelor naționale și locale;
- axat pe nevoile clinice ale pacientului, în special, pentru a-l ajuta să obțină beneficiu maxim în urma administrării medicamentelor;
- integrat cu alte servicii (de sănătate și sociale);
- accesibil fizic și economic pentru utilizatori;
- elaborat, în așa fel, încât să asigure utilizarea rațională a personalului și a abilităților lui;
- întemeiat prin abordarea de echipă multidisciplinară.

Scopul de bază al serviciilor farmaceutice de calitate este asigurarea beneficiilor maxime pentru starea sănătății pacientului și prevenirea problemelor terapiei medicamentoase. Conform Rezoluției ResAP(2001)2 a Consiliului Europei, farmaciștii, fiind cei mai accesibili profesioniști în sănătate, au un rol primordial în prevenirea efectelor iatrogene ale medicamentelor.

În mai multe țări dezvoltate, farmaciile comunitare au depășit etapă „de răscruce” în alegerea dintre comercialism și profesionalism. Comercialismul sau competiția prin servicii neprofesionale, cum ar fi prețurile, sortimentul produselor farmaceutice, amplasarea farmaciilor și altele – pare mai atractivă și mai profitabilă pentru farmaciile comunitare (figura 10).

Însă, după cum se vede, orientarea comercialistă contribuie la scăderea responsabilității profesionale a farmaciștilor și diminuarea imaginii, iar apoi și rolului farmacistului în sistemul

de sănătate și societate, ceea ce poate solda cu schimbări nefaste pentru sistemul farmaceutic (ex. realizarea medicamentelor în supermarket, direct de la medici, etc.), lucru care s-a întâmplat deja în unele țări. Implementarea serviciilor profesionale, pare un proces mai dificil și de lungă durată, foarte nepopular și costisitor pentru farmaciști. Dar această abordare, în perspectivă, contribuie la ridicarea responsabilității profesionale a farmaciștilor, prin urmare și a imaginii lor în societate, fapt ce condiționează creșterea importanței farmaciei și farmaciștilor în sistemul de sănătate și societate în întregime. Acești factori, ulterior, vor sta la bază asigurării condițiilor favorabile pentru dezvoltarea sistemului farmaceutic și promovarea profesiei de farmacist.



În plan mondial sunt utilizate diferite abordări pentru a evalua calitatea serviciilor farmaceutice. În *Australia*, au fost elaborate "Îngrijiri de calitate în programul de farmacie" (engl. *Quality Care in Pharmacy Program*) în scop „de a îmbunătăți continuu practicile profesionale și de business în farmaciile comunitare în vederea atingerii rezultatelor optime de sănătate”.

Acest program de asigurare a calității, acreditează farmaciile dacă ele corespund unui set semnificativ de standarde profesionale și de business. Evaluările sunt efectuate de către experți din Ghilda Farmaceutică a Australiei – o organizație voluntară națională a proprietarilor de farmacii din această țară.

În **Marea Britanie**, schemele de acreditare a guvernantei clinice (engl. *Clinical Governance accreditation schemes*) au fost utilizate de organizații de asistență primară pentru a asigura prestarea serviciilor sigure și de înaltă calitate de către farmaciile comunitare. Guvernanța clinică este o filozofie pe care trebuie să o adopte organizațiile din Serviciul Național de Sănătate (engl. *National Health Service*) și are ca scop asigurarea faptului că farmaciile: gestionează riscurile, implică pacienții în luarea deciziilor privind aspectele de sănătate, utilizează informația corespunzătoare în suportul îngrijirilor prestate, efectuează auditul clinic, utilizează programe de eficiența clinică, eficient conduc personalul, încurajează educația și instruirea continuă a farmaciștilor. Indicatorii de sistem au fost elaborați de organizația dată și farmaciștii trebuie să demonstreze compliance la ei, fiind evaluați de către experți.

În **SUA, Germania, Canada** și alte țări, sunt elaborate diferite metode de evaluare a calității serviciilor în farmaciile comunitare. De exemplu, auditul de practică a fost utilizat în vederea îmbunătățirii și dezvoltării practicii, prin evaluarea farmaciei conform standardelor stabilite atât de organizații externe, cât și de farmacia însăși. Echipa din farmacie stabilește un standard care trebuie să fie atins, apoi planifică implementarea schimbărilor consecutive și le aplică în practică.

Evaluarea calității de către alte organizații poate fi benefică atât pentru asigurarea calității, cât pentru dezvoltarea farmaciei. Asigurarea calității permite regulatorilor și publicului să se încredințeze că serviciile prestate de farmaciile comunitare corespund nivelului acceptabil, iar calitatea lor poate fi

standardizată. Farmaciile, însă pot presta servicii de un nivel mai înalt decât cel „acceptabil”. Instrumentele de îmbunătățire a calității ajută, în acest sens, farmaciile să-și amelioreze calitatea asistenței prin identificarea unor mici schimbări, care necesită să fie efectuate în practică.

Instrumente utilizate pentru evaluarea calității trebuie să examineze atributele care corespund scopului evaluării. În acest caz, ele trebuie să aprecieze îngrijirile prestate de farmacia comunitară. Pentru instrumente cantitative, aceste măsurări trebuie să fie reproductibile fiind măsurate în diferite condiții. Este important ca măsurările să fie acceptabile și fezabile (realizabile) în cadrul farmaciilor comunitare. Aceste caracteristici contribuie la aprecierea valorii evaluării, prin aceasta contribuind la aplicarea schimbărilor necesare și semnificative în practică.

În literatură sunt descrise mai multe instrumente utilizate pentru evaluarea calității asistenței farmaceutice și dezvoltarea serviciilor farmaceutice.

Sistemele de guvernare în activitatea clinică sunt reflectate în Cadrul de Asigurare a Farmaciei Comunitare (engl. *Community Pharmacy Assurance Framework*). Acest cadru este un instrument utilizat de autorități pentru evaluarea complianței la regulamentele Serviciului Național de Sănătate. Majoritatea criteriilor se referă la implementarea procedurilor operaționale standard, precum și auditul extern și intern.

Maturitatea și cultura organizațională sunt evaluate cu utilizarea a două instrumente de dezvoltare: Matricea de Maturitate pentru Farmacia comunitară (engl. *Maturity Matrix for Community Pharmacy*) și Cadru de Evaluare a Siguranței Pacientului din Manchester (engl. *Manchester Patient Safety Assessment Framework*). Matricea de Maturitate este un instrument de îmbunătățire a calității pentru farmaciile comunitare necesar pentru evaluarea gradului lor de dezvoltare în vederea

prestării serviciilor sigure și de înaltă calitate. Acest instrument permite farmaciilor comunitare să înregistreze profilul lor de practică, să se compare cu ale farmaci și să dezvolte practica proprie. Cadru de Evaluare a Siguranței Pacientului se utilizează pentru aprecierea culturii de siguranță în farmaciile comunitare și reprezintă un instrument de autoevaluare foarte asemănător cu instrumentul de Autoevaluare a Siguranței Medicației (engl. *Medication Safety Self-assessment*) elaborat de Institute for Safe Medication Practices din SUA. Acesta reprezintă un instrument de sondaj din 198 de criterii realizat în farmaciile comunitare în scopul evaluării siguranței practicilor pentru medicație. Criteriile sunt axate pe: utilizarea informației despre pacient; informația despre medicamente; etichetarea și ambalarea medicamentelor; standardizarea, păstrarea și distribuirea medicamentelor; competența și instruirea personalului; educația pacientului, etc.

Un instrument asemănător cu cel descris mai sus este Chestionarul privind Climatul de Siguranță a Farmaciei (engl. *Pharmacy Safety Climate Questionnaire*) elaborat de Institute for Safe Medication Practices din Canada și corelat cu versiunea din SUA. El conține un număr mai mic (89) de criterii, fiind astfel mai practic și mai realizabil. El permite farmaciștilor să „fotografieze” situația existentă în farmacia lor și să o compare cu alte farmacii.

Chestionarul privind Climatul de Siguranță a Pacientului (engl. *Pharmacy Safety Climate Questionnaire*) este o adaptare a Cadrului de Evaluare a Siguranței Pacientului din Manchester elaborat pentru identificarea nivelului de siguranță a pacientului în farmaciile comunitare. Acest instrument reprezintă un chestionar pentru autocompletare din 34 puncte, prin intermediul căruia farmaciștii pot să identifice punctele slabe ale climatului de siguranță.

Instrumentul intern de Validare (I-Val) este utilizat pentru evaluarea încăperilor farmaciei, echipamentului și serviciilor

profesionale prestate de farmaciști. Acest instrument apreciază standardele de servicii și impactul farmaciștilor asupra îngrijirilor prestate. Criteriile evaluării includ: imaginea profesională a farmaciștilor, accesibilitatea, mărimea oficinei, păstrarea medicamentelor, utilizarea profilurilor pacientului, politicilor și procedurilor, etc. De asemenea acest instrument este orientat și spre activitățile farmacistului în 20 de îmbolnăviri minore.

Însă calitatea serviciilor farmaceutice poate fi apreciată și prin măsurarea gradului de satisfacție a consumatorilor. Există numeroase studii de evaluare a calității serviciilor prestate de farmaciile comunitare din punct de vedere a consumatorilor de servicii. Cercetătorii utilizează diferite teorii multidimensionale ale calității. De exemplu, Airaksinen adaptează teoria lui Parasuraman privind dimensiunile unui serviciu la specificul serviciilor farmaceutice. În studiul efectuat de Berry, Zeithaml și Parasuraman au fost identificate cinci dimensiuni principale ale calității serviciilor:

- ✓ **fiabilitate** (eng. *reliability* - aptitudinea de a efectua un serviciu sigur);
- ✓ **receptivitate** (eng. *responsiveness* - disponibilitatea de a ajuta consumatorii și de a oferi un serviciu prompt, la timpul necesar);
- ✓ **încredere** (eng. *assurance* - aptitudinea de a comunica consumatorului nivelul de competență și de a oferi serviciul cu amabilitatea necesară);
- ✓ **empatie** (eng. *empathy* - accesibilitatea și aptitudinea de a comunica cu clienții, de a le acorda acestora o atenție individualizată și de a înțelege necesitățile acestora);
- ✓ **tangibilitatea** (eng. *tangibles* - aspectul facilităților fizice, echipamentului, personalului și materialelor utilizate în comunicare).

Jayaprakash a identificat 8 dimensiuni ale serviciilor

farmaceutice. Ele fiind: satisfacția generală, comunicarea interpersonală, evaluarea, culegerea informației nemedicale, încrederea, ajutorarea pacienților, explicarea și finanțarea.

Petrova și coautorii utilizează în evaluarea satisfacției consumatorilor modelul tetra-clas. Conform acestui model serviciile farmaceutice sunt divizate în 4 dimensiuni în dependență de importanța pentru consumatori:

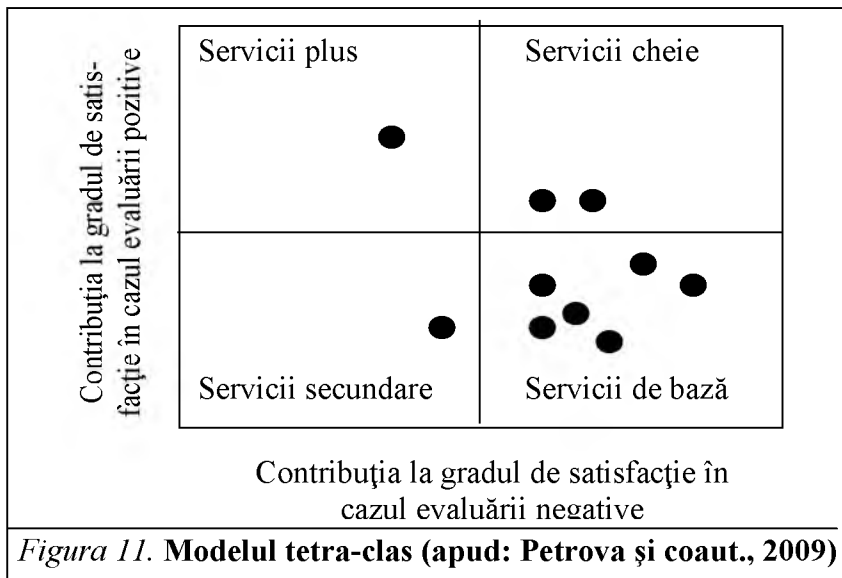
- ✓ „servicii de bază” – aceste elemente ale serviciilor contribuie semnificativ la nivelul general de insatisfacție a consumatorilor, dacă serviciile sunt evaluate în mod nefavorabil. Fiind evaluate în mod favorabil, aceste aspecte ale serviciilor contribuie nesemnificativ la nivelul de satisfacție;
- ✓ „servicii plus” – aceste elemente contribuie semnificativ la nivelul de satisfacție, evaluate favorabil. Fiind evaluate nefavorabil, contribuie nesemnificativ la nivelul de insatisfacție;
- ✓ „servicii cheie” – elementele date influențează puternic gradul de insatisfacție, indiferent de tipul evaluării: pozitive sau negative;
- ✓ „servicii secundare” – aceste servicii nu au un rol decisiv în satisfacția sau insatisfacția consumatorului, indiferent de tipul evaluării.

Elementele sus menționate ale serviciilor sunt prezentate pe o hartă, ceea ce permite o analiză mai simplă a gradului de satisfacție privind serviciile farmaceutice (figura 11).

Definiția și măsurarea calității serviciilor sunt etape inițiale esențiale în vederea îmbunătățirii calităților lor. Adoptarea unei strategii de asigurare a calității este un alt pas important care va contribui la evaluarea sistematică și continuă.

Asigurarea calității este un proces ciclic, neîntrerupt, sistematic prin care se măsoară calitatea activității, se analizează deficiențele identificate, se desfășoară acțiuni de îmbunătățire a performanței urmate de o nouă măsurare a calității pentru a vedea progresele realizate.

Conceptul de bază a serviciilor medicale și a practicii farmaceutice este prestarea asistenței calitative pacienților.

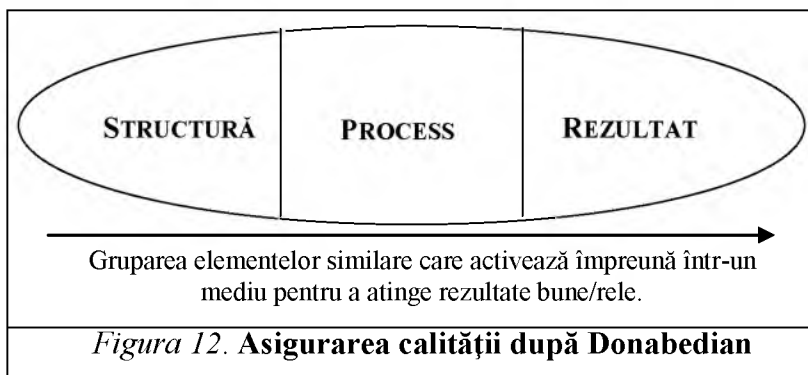


Donabedian a definit trei componente a asigurării calității asistenței medicale – structură, proces și rezultat:

- ✓ „*structură*”- caracteristicile relativ stabile ale furnizorului de îngrijiri, ale tehnicilor, instrumentelor și resurselor pe care le are la dispoziție, caracteristicile organizației și infrastructurii;
- ✓ „*proces*”- un set de activități care au loc în cadrul stabilit și între furnizor și pacient; elementele proceselor de îngrijiri de sănătate presupun calitate doar în momentul în care a fost stabilită o relație cu starea de sănătate dorită.
- ✓ „*rezultat*”- schimbarea în starea sănătății prezente și viitoare a pacientului, care poate fi atribuită îngrijirilor de sănătate acordate, inclusiv a celor farmaceutice (*figura 12*).

Toate procese utilizate în diferite condiții ale practicii farmaceutice, corespund aceluiași principii, necătând la faptul că ele pot să difere în utilizare. Îmbunătățirea calității serviciilor farmaceutice contribuie la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului

pentru pacienți. Definiția asigurării calității cuprinde atât standarde tehnice, cât și așteptările pacienților. Cu toate că nu există o definiție unică pentru toate situațiile posibile, următoarea definiție a Proiectului de Ameliorare a Calității este mai des utilizată: „Asigurarea calității este un complex de activități de monitoring și îmbunătățire a rezultatelor, orientate spre atingerea eficienței și inofensivității serviciilor prestate”.



Asigurarea calității poate fi definită ca toate tipurile de acțiuni menite să determine, elaboreze, evalueze, monitorizeze și să îmbunătățească calitatea serviciilor. Aceste activități pot fi o parte componentă a acreditării farmaciilor și atestării farmaciștilor, instruirii lor sau a oricărei alte activități, orientate spre rezultativitate.

În corespundere cu conceptul „paradigmei calității în sănătate”, există patru principii de asigurare a calității:

1. accentul pe necesitățile consumatorului;
2. abordarea sistemică;
3. activitatea în echipă;
4. metodologia științifică.

Serviciile farmaceutice există pentru satisfacerea *necesităților consumatorilor*. Accentul pe necesitățile consumatorului permite identificarea relevanței fiecărei etape a procesului și debarasarea de acele etape care nu contribuie la satisfacerea

consumatorilor și rezultatului scontat. Acest lucru poate fi efectuat prin evaluarea opiniei consumatorilor și ulterior, organizarea serviciilor în modul necesar pentru satisfacerea cerințelor lor.

Aprecierea gradului de satisfacție pentru calitatea serviciilor farmaceutice a populației este un instrument important în mecanismul de îmbunătățire a calității asistenței farmaceutice. Satisfacția consumatorului pentru un serviciu sau un produs, conform definiției mai multor autori, *reprezintă un răspuns afectiv, cognitiv și/sau conativ, care are la bază evaluarea produsului sau a serviciului, a experienței de consum și/sau a unor atribute ce țin de cumpărare și se manifestă înainte de alegere, după alegere, pe parcursul consumului, după consum sau oricând cercetătorul îl întreabă pe consumator despre produs/serviciu sau atributele acestuia*. Decizia privind calitatea serviciului prestat este luată de consumator și depinde de satisfacția sau nesatisfacția primită în urma utilizării.

Serviciile farmaceutice, însă posedă unele aspecte mai specifice, deoarece deseori consumatorii nu știu ce așteaptă de la farmacist sau cerințele lor sunt atât de mici încât pot fi satisfăcute foarte ușor. William susține că farmaciștii trebuie să presteze servicii calitative indiferent de faptul că pacienții așteaptă sau nu așteaptă să le primească. De asemenea a fost demonstrat, că pacienții satisfăcuți de serviciile farmaceutice primite, sunt mai complianți la tratamentele lor și respectiv primesc mai multe beneficii terapeutice în rezultat. Astfel, pentru profesia de farmacist, satisfacția consumatorului de servicii farmaceutice are două aspecte: în primul rând, cei satisfăcuți de cele mai dese ori devin vizitatori permanenți și beneficiază de serviciile aceleași farmacii, uneori chiar și recomandă această farmacie altor persoane; în al doilea rând, din punct de vedere clinic, acești pacienți sunt complianți la tratament, cooperează cu farmacistul ca și cu medicul, ceea ce facilitează prestarea îngrijirilor farmaceutice și în rezultat duce

la ridicarea nivelului de calitate a serviciilor farmaceutice.

În managementul calității întreaga activitate este privită prin prisma proceselor și sistemelor cu aplicarea principiilor *abordării sistemice*. Toate schimbările care se efectuează în vederea îmbunătățirii calității, se fac având în vedere structura sistemului. Ineficiența proceselor, deseori este urmă a etapelor inutile, care duc spre o complexitate adițională, pierderi și lucru suplimentar în sistem, ceea ce soldează cu scăderea calității asistenței. Astfel de instrumente, cum sunt diagramele dinamice, ajută la înțelegerea etapelor procesului. Prin înțelegerea proceselor și sistemelor, este posibil de a determina punctele slabe și în consecință, de a modifica procesele astfel încât ele să contribuie la obținerea rezultatelor mai bune.

Echipa este un grup de lucru ce activează eficient, membrii căruia cooperează intens între ei în vederea atingerii scopului final. Echipa de asigurare a calității la planificarea proceselor de îmbunătățire ia decizii comune. Componenta echipei este determinată de necesitățile de îmbunătățire în organizație. Este demonstrat că astfel de echipe sunt importante din mai multe considerente. În primul rând, procesele constau din etape conexe, care sunt efectuate de diferite persoane, astfel o echipă poate înțelege procesul mai bine, decât un individ. Realizările echipei, deseori, ridică gradul de încredere în sine a membrilor echipei. Aceasta oferă posibilitate echipei să activeze în vederea atingerii scopurilor, utilizând cunoștințele și experiența sa pentru îmbunătățirea indicatorilor eficienței activității lor.

În domeniul serviciilor farmaceutice membrii echipei minime sunt medicul, farmacistul și pacientul.

La baza implementării ai schimbării eficiente este *metodologia științifică*. Ea permite descrierea realității prin intermediul ipotezelor, ulterior testarea lor experimentală și determinarea corespunderii rezultatelor obținute ipotezelor.

Una din metodele de a determina, dacă schimbarea a avut

efectul dorit, este monitoringul indicatorilor. *Indicator* – este o variabilă (sau o caracteristică) comensurabilă, care poate fi utilizată pentru determinarea nivelului de eficiență a sistemului/procesului, gradului de corespundere standardelor sau atingerii scopurilor de management al calității (vezi capitolul IV).

Măsurarea indicatorilor calității și datelor în managementul calității serviciilor farmaceutice se efectuează pentru:

- ✓ determinarea și evaluarea problemelor;
- ✓ testarea cauzelor probabile ale problemelor;
- ✓ posibilitatea adoptării deciziilor optime;
- ✓ determinarea faptului dacă schimbarea a dus la îmbunătățire și în ce măsură;
- ✓ monitoringul procesului în timp cu scopul de a determina, dacă se păstrează schimbările obținute.

Gradul de colectare a datelor pentru analiză variază în dependență de abordarea aplicată în managementul calității. Datele pot avea caracter cantitativ, de exemplu datele statistice sau calitativ, de exemplu legătura inversă cu consumatorii sau observarea lucrului personalului.

În procesul asigurării și ameliorării calității serviciilor farmaceutice foarte des este utilizat ciclul **Deming** (vezi fig. 7).

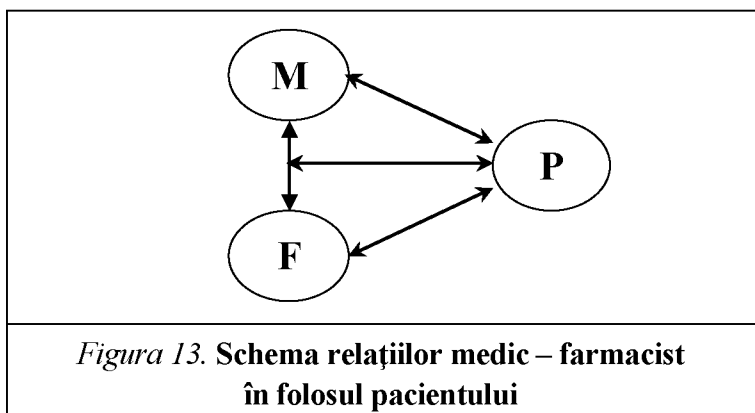
Legătura celor patru faze este simbolizată prin drumul lui Deming care urcă panta ameliorării continue. Primul tur al căii permite de a întemeia sistemul calității, iar regulile asigurării calității constituie direcția drumului. Ele sunt esențiale fiindcă permit de a fixa exigențele calității la un nivel minim de rezultate, fără ele drumul ar coborî pe pantă în jos sau cel mult ar fi orizontal. Tipurile drumului următor ameliorează sistemul managementului calității, ridică nivelul exigențelor și permite de a progresa, de la asigurarea calității spre calitatea totală. Din acest punct de vedere, ameliorarea calității este considerată ca un proces, adică un lanț de activități care sunt posibile de identificat, clasificat și măsurat.

Capitolul VIII

RELAȚII MEDIC – FARMACIST ÎN FOLOSUL PACIENTULUI

Relațiile dintre medic și farmacist, din momentul istoric al apariției lor, din totdeauna au fost de colaborare și au fost orientate spre asigurarea unei medicații reușite a pacienților.

Schema relațiilor medic – farmacist în folosul pacientului este prezentată în *figura 13*.



Din această schemă rezultă următoarele relații:

- ✓ medic – pacient;
- ✓ farmacist – pacient;
- ✓ (medic + farmacist) – pacient.

Din punct de vedere a reglementărilor oficiale, relațiile medic – farmacist sunt abordate în mod etico – deontologic. Astfel, în Codul deontologic al farmaciștilor din Republica Moldova se specifică faptul că „relațiile între farmacist și medic trebuie să se bazeze pe colaborarea în interesul pacienților” (Caseta 12).

Art. 4. din Codul deontologic al farmaciștilor din Republica Moldova (extras).

- farmacistul trebuie să se abțină de la orice act, care ar aduce prejudiciu demnității medicului, iar medicul nu trebuie să știrbească autoritatea farmacistului;
- farmacistul va răspunde solicitărilor medicilor cu privire la produsele farmaceutice și va acorda informația necesară referitoare la medicamentele existente în unitate;
- colaborarea farmacistului și a medicului urmează a fi orientată spre selectarea medicamentelor eficiente, formelor farmaceutice optimale, schemelor de tratament raționale etc.;
- profesionismul înalt al farmacistului este un criteriu esențial în stabilirea relațiilor colegiale dintre farmacist și medic.

Relațiile medic – farmacist în folosul pacientului se manifestă în realizarea următoarelor procese:

- ✓ prescrierea medicamentelor;
- ✓ eliberarea medicamentelor din farmacie;
- ✓ administrarea medicamentelor;
- ✓ analiza prescripțiilor.

8.1. Relații medic – farmacist la etapa prescrierii medicamentelor

Procesul de prescriere a medicamentelor este unul complex, care face parte din conceptul utilizării raționale a medicamentelor. Ultimul, la rândul său mai include și procesul de tratament rațional.

Procesul de tratament rațional este compus din 6 etape:

I – definirea problemei pacientului prin stabilirea diagnozei;

II – precizarea obiectivului terapeutic, adică stabilirea scopului: ce dorim se să obțină în rezultatul tratamentului;

III – verificarea eficacității și siguranței. La această etapă se verifică dacă tratamentul selectat de medic este cel mai adecvat obiectivului terapeutic propus pentru pacientul concret. Aici

poate fi cazul să se contacteze farmacistul care va informa medicul despre prezența / absența medicamentului personal (P), pe care l-a selectat medicul în scop de medicație;

IV – începutul tratamentului: se prescrie rețeta și pacientului i se dau toate explicațiile necesare privind motivele selectării medicamentului P. Este important ca la această etapă, în procesul de tratament să se includă și pacientul;

V – informarea amplă a pacientului privind efectele adverse posibile. În cazul în care efectele adverse vor fi severe, pacientului i se va recomanda să revină la medic. Se consideră oportun a se recomanda pacientului să repete pe scurt principalele momente din informația comunicată de către medic;

VI – monitorizarea tratamentului. În cazul în care pacientul nu revine, probabil că el se simte bine. Dacă ameliorarea nu apare, pot fi abordate 3 variante: **1** – tratamentul nu a fost eficient, **2** – pacientul a refuzat administrarea din cauza apariției unor efecte adverse severe, **3** – tratamentul nu a fost convenabil pentru pacient din unele motive. Pot exista și alte variante combinate.

În procesul de tratament rațional, cel mai important și responsabil proces este cel de selectare și consolidare a listei medicamentelor personale (P) a medicului.

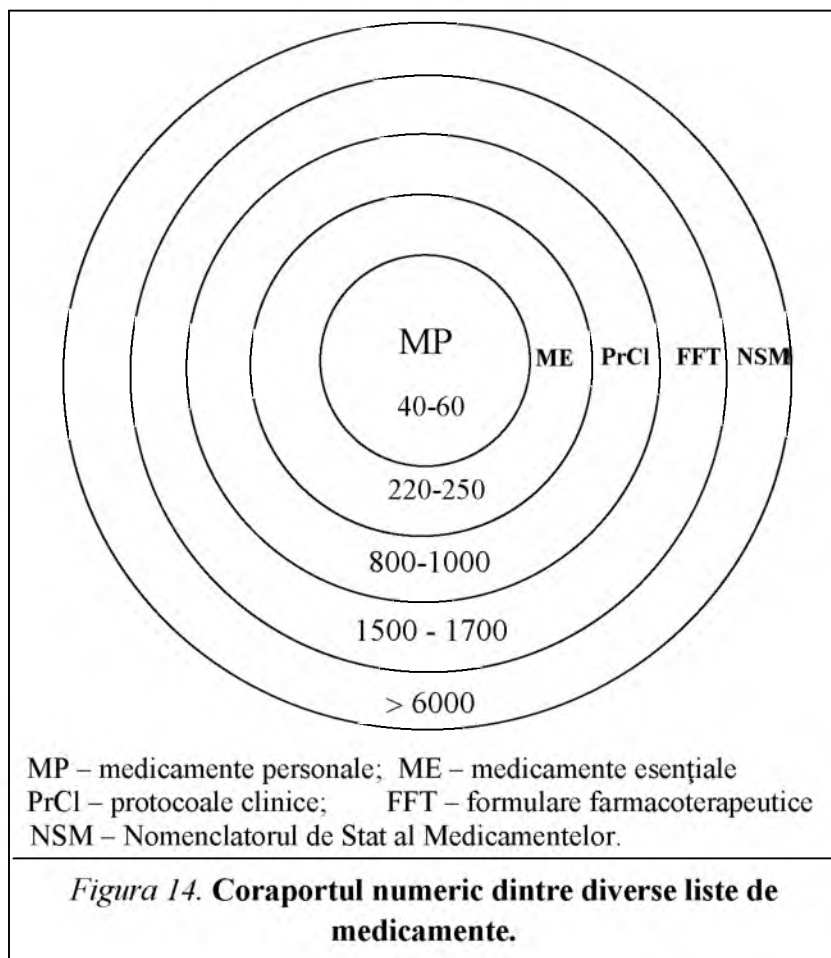
Conceptul de medicamente P este mai mult decât simpla denumire a medicamentului, el include ca minimum forma medicamentoasă, schema terapeutică și durata tratamentului. Medicul este în drept să-și includă în lista medicamentelor P și altă informație la propria viziune. Medicamentele P diferă de la țară la țară și de la medic la medic, datorită înregistrărilor costurilor, formularelor naționale și instituționale, listelor medicamentelor esențiale, culturii medicale și a interpretării diferite a informațiilor despre medicament.

Medicamentele P ajută medicul să evite căutările repetate a medicamentului potrivit în practică zilnică, iar în cazul în care medicamentele P se utilizează în mod sistematic, medicul

ajunge să cunoască mai bine efectele fiecărui medicament, precum și efectele lor adverse, beneficiile pentru pacient etc.

Conform unor evaluări, un medic folosește în medie 40 – 60 denumiri de medicamente.

Coraportul numeric dintre diverse liste de medicamente este prezentat în *figura 14*.



Deseori, din anumite considerente medicii, pentru a-și crea lista medicamentelor P, preiau listele deja existente a unor profesori clinicieni sau din unele ghiduri, protocoale clinice, formulare

etc. Aceasta este o practică greșită din următoarele cauze:

- ✓ responsabilitatea pentru tratament este personală a medicului și nu a cuiva de la cine a preluat lista. Ghidurile și părerea experților trebuie luate în considerație, însă decizia trebuie să fie personală, și, în caz de necesitate, trebuie aplicate adaptările respective;
- ✓ medicul trebuie de sine stătător să stabilească valoarea terapeutică a fiecărui medicament P;
- ✓ selectând medicamentele P, medicul află cu precizie și reține toate cazurile de contraindicație a medicamentului. Având cunoștințe ample despre medicamentele P, medicul poate mai ușor să aleagă o alternativă de medicație;
- ✓ completarea listei medicamentelor P va avea loc cu precauție, ținând cont de faptul că un medicament nou nu poate fi „declarat” mai bun decât cele incluse deja în lista proprie. Prioritățile unui medicament nou trebuie să fie dovedite, și această dovadă îi aparține medicului, care a însușit foarte bine conceptul medicamentelor P.

În contextul relațiilor medic – farmacist, trebuie menționat faptul că colaborarea medicului cu farmacistul la etapa formării listei medicamentelor P este reciproc avantajoasă:

- ✓ farmacistul va cunoaște lista medicamentelor P ale medicului și aceasta îl va ajuta să creeze sortimentul respectiv al farmaciei;
- ✓ medicul poate obține de la farmacist orice informații, inclusiv – noi despre medicamentul inclus de el în lista medicamentelor P.

În contextul celor expuse mai sus, este imperios necesar să se legalizeze conceptul „medicamentelor personale” ale medicului.

8.2. Relații medic – farmacist la etapa eliberării medicamentelor din farmacie

La etapa eliberării medicamentelor către pacient, colaborarea farmacistului cu medicul trebuie să fie orientată la preîntâm-

pinarea erorilor posibile comise în rețetă, în caz de necesitate la substituirea adecvată a medicamentelor (dacă este absent), la precizarea și completarea prin consultanță a unor informații necesare să le cunoască pacientul în procesul de tratament.

La această etapă relațiile medic – farmacist se manifestă pronunțat:

- ✓ prin găsirea de către farmacist a formulelor de manifestare a încrederii în planul de medicație stabilit de către medic;
- ✓ prin atenuarea erorilor posibile comise dar corijarea lor necondiționată. Se vor aplica formulări cu respectarea eticii profesionale: farmacistul va majora încrederea pacientului în medicația prescrisă de medic, iar medicul va manifesta respect față de farmacist: „Plecați în farmacia „x” la farmacistul „F”, el o să vă ofere cele mai necesare informații suplimentare” etc.;
- ✓ prin contactarea, în caz de necesitate a medicului de către farmacist și precizarea unor neclarități din rețetă, coordonarea substituirii sau a aplicării unor modificări în programul tratamentului;
- ✓ prin verificarea complianței pacientului și, în caz de necesitate – prin monitorizarea procesului de tratament medicamentos.

Momentul eliberării medicamentului din farmacie este unul decisiv, deoarece este ultimul în care mai e posibilă corectarea erorilor, dacă au avut loc.

Eroare de prescripție este o omisiune, care potențial are consecințe negative pentru pacient, dacă această faptă este judecată astfel de către specialiști experimentați, independent de consecințele observate efectiv de pacient (*N. Schhaad, 2001*). Erorile de prescripție se divizează în trei grupe:

- ✓ erori științifice;
- ✓ erori tehnice;
- ✓ erori de neprescripție.

Dintre *erorile științifice* fac parte cele de diagnostic greșit sau imprecis, neconcordanța tratamentului cu diagnosticul,

selectarea incorectă a medicamentului, erori de posologie, neadaptarea posologică în caz de insuficiență a căilor de epurare, erori referitoare la calea de administrare și forma farmaceutică selectată, asocieri periculoase și contraindicate, incompatibilități, neajustarea dozelor în cazuri de necesitate, polipragmazie, politerapie, redundanța principiului activ sau a aceleiași grupe farmacoterapeutice, ignorarea antecedentelor sau a particularităților imuno-genetice ale pacientului.

Erorile tehnice includ: lipsa unor elemente ce confirmă autenticitatea rețetei, neconformitatea formularului de rețetă, erori privind coordonatele pacientului, erori din compartimentele „Designatio materialiarum” și „Signatura”, nelizibilitatea rețetei, abrevieri inadmisibile, etc.

În cazul în care starea sănătății pacientului condiționează necesitatea unui tratament medicamentos, iar medicul nu i-a prescris rețeta respectivă sau medicamentul (ele) necesar (e), are loc *eroarea de neprescripție*.

Farmacistul trebuie să țină cont de faptul că neevindățierea erorii comise de către medic la etapa prescrierii rețetei, va fi considerată ca eroare și a farmacistului.

Deosebit de important din punct de vedere a relațiilor medic – farmacist, este ca înlăturarea erorii comise în rețetă să nu știrbească prestigiul medicului în fața pacientului.

8.3. Colaborarea în procesul administrării medicamentelor

Pacientul este ultima verigă în ciclul procesului terapeutic. Ultima – dar cea mai importantă verigă. Se poate admite că s-a stabilit cea mai potrivită tactică de tratament, s-a selectat cel mai adecvat medicament, s-a procurat medicamentul, dar dacă complianța pacientului (vezi capitolul III), nu este satisfăcătoare, succesul tratamentului va eșua. Din această cauză medicul și farmacistul totdeauna vor colabora în vederea îmbunătățirii

compliancei pacientului la tratament.

În procesul de administrare a medicamentelor este foarte important să se respecte regimul de timp. Majoritatea medicamentelor per os se administrează raportat la orele meselor.

Dacă nu există o indicație specială, se va ține cont de regula generală, conform căreia medicamentul trebuie să fie administrat pe stomacul gol, adică cu aproximativ 1 oră înainte de masă sau cca 2-3 ore după masa anterioară.

McGavock et al., 1998 au stabilit că doar jumătate din pacienți manifestă atitudine responsabilă față de administrarea medicamentelor, cealaltă jumătate – renunță la medicație cu medicamentul prescris, întrerupe tratamentul din propria inițiativă, nu respectă regimul de administrare sau caută o altă soluționare a problemelor sale de sănătate. Deosebit de des se încalcă regimul de administrare a medicamentelor dacă:

- ✓ pacientului i s-au prescris 2 și mai multe medicamente;
- ✓ boala nu se manifestă cu diverse simptome sau este o dereglare a psihicii;
- ✓ preparatul manifestă efecte adverse severe, insuportabile pentru pacient;
- ✓ boala are un caracter cronic.

În condițiile dezvoltării noilor tehnologii informaționale și informatizării totale a societății, comportamentul pacientului în raport cu administrarea medicamentelor, se „coordonează” tot mai mult de publicitățile teleradio, de rețeaua „Internet”, promovarea agresivă prin diverse scheme de marketing etc.

C. Bradley et al., în urma unor analize profunde au ajuns la următoarele concluzii – atitudinea pacienților față de administrarea medicamentelor se manifestă prin următoarele:

- ✓ tot mai mulți pacienți administrează medicamentele în baza propriilor experiențe, inclusiv administrarea medicamentelor folosite anterior;
- ✓ pacienții de sine stătător majorează sau micșorează doza

medicamentului prescris, aflând astfel care este efectul terapeutic asupra organismului precum și care vor fi efectele adverse;

- ✓ încă o modalitate de a verifica efectul și reacțiile adverse asupra organismului este renunțarea administrării medicamentului;
- ✓ consumul unor medicamente, în viziunea anumitor consumatori, le ajută să participe la viața socială.

Pentru redresarea acestei situații este nevoie de eforturile comune ale medicului și farmacistului, de informatizarea societății cu explicarea aspectelor pozitive și negative a implicării pacientului în procesul de medicație. Cert este faptul că politica menținerii monopolului asupra informației despre medicamente este o politică depășită. Însă liberalizarea totală a atitudinii pacientului față de consumul medicamentelor, este periculoasă pentru societate.

Utilizarea bazelor de date (BD) unice de către medic și farmacist cu completarea permanentă a informațiilor este acea direcție strategică la care trebuie să fie orientate relațiile medicului și a farmacistului în folosul pacientului.

O importată rezervă în perfecționarea relațiilor dintre medic și farmacist este analiza științifică comună a prescripțiilor farmacoterapeutice.

8.4. Analiza prescripțiilor

Analiza prescripțiilor medicale este una științifică și constă din următoarele etape:

- *analiza prealabilă*: luarea cunoștinței cu rețeta, verificarea respectării normelor de prescriere, citirea preventivă, verificarea contextului prescripției (contextul fiziologic, patologic și cel farmacoterapeutic);
- *controlul coerenței tratamentului*: se verifică dacă nu sunt prescrise medicamente incompatibile farmacologic, farmacoterapeutic sau farmaceutic;
- *controlul posologiei*: se controlează doza, cu o deosebită

precauție – pentru toxice, puternic active, narcotice precum și în dependență de vârsta pacientului, se verifică doza pentru 24 ore și regimul administrării;

- *cercetarea respectării precauțiilor și contraindicațiilor*: se examinează particularitățile prescripției în funcție de contextul fiziologic particular (sex, sarcină și perioada prenatală, perioada alăptării, perioada neonatală, copil, matur, vârstă înaintată, particularitățile imuno-genetice); urmează analiza particularităților prescripției în funcție de contextul patologic (influența posibilă a medicamentului prescris asupra căilor de epurare – renală și hepatică, posibilitatea influenței în caz de boli cardiace asociate sau de afecțiuni respiratorii, posibilitatea alergiei etc.); contextul farmacoterapeutic (precauțiile privind dieta, contraindicații ale grupei farmacodinamice, sau/și a medicamentului prescris în raport cu starea fiziologică și cea patologică, verificarea interacțiunilor posibile: medicament ↔ medicament în vivo, și în vitro medicament – ambalaj, medicament – alimente, alcool, cafea, tutun, radiații solare, intervenții chirurgicale);
- *cercetarea interacțiunilor medicamentoase*: se examinează următoarele aspecte: interacțiunile în vivo posibile în cadrul medicamentelor prescrise unuia și aceluiași pacient, interacțiunile în vitro (într-o seringă, într-o sistemă de perfuzie etc.).

Analiza prescripțiilor finalizează cu întocmirea unui raport, care se prezintă la conferința comună a farmaciștilor cu medicii de familie. Discuția trebuie să poarte un caracter de colaborare a medicilor cu farmaciștii. Astfel de conferințe contribuie la consolidarea principiilor de colaborare a medicilor cu farmaciștii în folosul pacienților.

Activitatea de analiză științifică a prescripțiilor este una de interes comun a medicilor și farmaciștilor. În acest scop se întocmesc planuri comune a întreprinderilor medico-sanitare și celor farmaceutice. Planul poate fi tematic pentru anumite compartimente din schema expusă mai sus sau poate fi complex.

Capitolul IX

ASISTENȚA CU PRODUSE ȘI ARTICOLE NEMEDICAMENTOASE

9.1. Clasificări

Includerea în sortimentul mărfurilor realizate prin intermediul farmaciei a unor grupe de produse nemedicamentoase are un rol dublu:

1 – crearea condițiilor optime pentru consumatorii de produse parafarmaceutice, articole și alte produse de uz medical: posibilitatea procurării de rând cu medicamentul necesar și a produselor nemedicamentoase, posibilitatea obținerii unei consultanțe calificate din partea farmacistului, credibilitatea sporită a consumatorului acestor produse față de farmacie în raport cu întreprinderile comerciale etc.;

2 – contribuție sporită la asigurarea rentabilității farmaciei în virtutea modalității formării prețului cu amănuntul deosebit de cea pentru medicamente (adaos comercial liber).

Legislația farmaceutică națională (Legea 1456/1993) prevede termenul „*produse parafarmaceutice – materialele de pansament, obiectele de îngrijire a bolnavilor, apele minerale curative și curative de consum și alte produse de uz medical a căror comercializare prin întreprinderile și instituțiile farmaceutice este autorizată de Ministerul Sănătății*”.

Trebuie menționat faptul că această definiție nu redă pe deplin întregul sortiment de produse nemedicamentoase care

poate și trebuie să fie realizat prin intermediul farmaciei comunitare.

Ministerul Sănătății în anul 1996 emite Ordinul nr. 304 din 30.12.1996 (anexa nr.6), în care prezintă o clasificare a articolelor parafarmaceutice de primă necesitate (articole de uz medical, materiale de plasament și emplastre, mărfuri medicinale diferite, articole farmaceutice și varia. Nici această clasificare nu poate fi considerată reușită.

O noțiune mult mai largă a sortimentului de produse nemedicamentoase este legalizată prin Hotărârea Guvernului nr. 96 din 29.01.2007; aceasta este noțiunea de „dispozitive medicale”:

- 1) *dispozitiv medical* – orice instrument, aparat, echipament, material sau alt articol, utilizat de unul singur sau în combinație cu alte dispozitive, inclusiv software-ul necesar funcționării corespunzătoare a acestuia, destinat de producător să fie folosit pentru om în scop de:
 - a) diagnostic, prevenire, monitorizare, tratament sau ameliorare a unei afecțiuni;
 - b) diagnostic, monitorizare, tratament, ameliorare sau compensare a unei leziuni sau a unui handicap;
 - c) investigație, înlocuire sau modificare a anatomiei sau a unui proces fiziologic;
 - d) control al concepției, care însă nu își îndeplinește acțiunea principală prevăzută în / sau pe organismul uman prin mijloace farmacologice, imunologice sau metabolice, dar a cărui funcționare poate fi asistată prin astfel de mijloace;
- 2) *accesoriu* – articol care, deși nu este un dispozitiv medical, este destinat în mod special de către producător să fie folosit împreună cu un dispozitiv, pentru a permite acestuia să fie utilizat conform scopului propus;

- 3) *dispozitiv medical activ* – orice dispozitiv medical a cărui funcționare se bazează pe o sursă de energie electrică sau pe orice sursă de putere, alta decât cea generată direct de organismul uman sau de gravitație;
- 4) *dispozitiv medical implantabil activ* – orice dispozitiv medical activ care are destinația să fie introdus, parțial ori integral, prin intervenție medicală sau chirurgicală, în organismul uman sau, prin intervenție medicală, într-un orificiu natural al acestuia, și care va rămâne implantat după finalizarea procedurii;
- 5) *dispozitiv medical pentru diagnostic în vitro* – orice dispozitiv care este un reactiv, produs de reacție, calibrator, material de control, trusă, instrument, aparat, echipament sau sistem, utilizat de unul singur sau în combinație cu alte dispozitive, destinat de producător spre a fi utilizat în vitro pentru examinarea de probe, inclusiv ale donatorilor de sânge și țesuturi, derivate din organismul uman, în scopul exclusiv sau principal de a obține informații:
 - a) privind starea fiziologică sau patologică;
 - b) privind anomalia congenitală;
 - c) pentru a determina gradul de securitate și compatibilitate cu primitori potențiali;
 - d) pentru a monitoriza măsuri terapeutice.

Recipientele pentru probe sunt considerate dispozitive medicale pentru diagnostic în vitro. Ele sunt dispozitivele, tip vacuum sau nu, destinate de către producător în mod special pentru recoltarea, păstrarea inițială și pentru conservarea probelor obținute din organismul uman, în scopul unei examinări pentru diagnostic în vitro.

Produse destinate uzului general de laborator nu sunt dispozitive medicale pentru diagnostic în vitro, dacă, prin caracteristicile lor, nu sunt proiectate în mod special de către

- producător spre utilizare pentru diagnostic în vitro;
- 6) *dispozitiv pentru autotestare* – orice dispozitiv destinat de producător pentru a fi utilizat la domiciliu de nespecialiști;
 - 7) *dispozitiv pentru evaluarea performanței* – orice dispozitiv destinat de producător spre a fi subiectul unui sau mai multor studii de evaluare a performanței în laboratoarele de analize medicale sau în alte spații adecvate, aflate în afara sediilor producătorului;
 - 8) *dispozitiv individual la comandă* – orice dispozitiv destinat să fie utilizat exclusiv de un singur pacient, confecționat special conform prescripției scrise a unui practician medical calificat care, pe propria răspundere, îi stabilește caracteristicile specifice ale proiectului. Prescripția menționată mai sus poate fi, de asemenea, prescrisă de orice altă persoană autorizată în virtutea calificării sale profesionale. Dispozitivele medicale de serie mare, care trebuie să fie adaptate pentru a întruni cerințele specifice ale practicianului medical sau altui utilizator profesionist, nu sunt considerate dispozitive individuale la comandă;
 - 9) *dispozitiv destinat investigației clinice* – orice dispozitiv prevăzut spre utilizare de către practicianul medical calificat, în cazul în care efectuează investigația clinică, într-un mediu clinic adecvat. În scopul efectuării investigației clinice, persoana care, în virtutea calificării sale profesionale, este autorizată să efectueze astfel de investigații va fi acceptată ca echivalent cu practicianul medical calificat;
 - 10) *dispozitiv cu funcție de măsură* (mijloc de măsură cu destinație medicală) – mijloc de măsurare, echipament, instalație, material de referință care posedă caracteristici metrologice normale și care furnizează informații de măsurare de unul singur sau în combinație cu unul ori mai multe dispozitive.

În Republica Moldova se permite plasarea pe piață și utilizarea dispozitivelor medicale numai cu condiția dacă au aplicată pe ele marca națională de conformitate SM, care atestă că dispozitivele medicale au fost supuse evaluării conformității de către un organism desemnat și au fost înregistrate în baza de date a Ministerului Sănătății.

Din întregul arsenal de dispozitive medicale, prin intermediul farmaciilor comunitare nu trebuie și nici nu pot să fie comercializate dispozitivele ce nu pot fi utilizate de către pacient de sine stătător și cer implicarea specialiștilor. Acestea sunt dispozitivele destinate investigației clinice, cele implantabile activ care cer intervenția chirurgicală specializată precum și cele destinate pentru diagnostic în vitro, care se utilizează doar în cadrul laboratoarelor de diagnostic medical.

În clasificările existente este absentă o importantă grupă a produselor nemedicamentoase, considerate în diverse țări mărfuri de sortiment farmaceutic și anume produse destinate **mamei și copilului**.

Această grupă de produse și articole include:

- ✓ lenjerie specială pentru femei (pentru gravide, lăuze, pentru pacientele ce au suferit mastectomia etc.);
- ✓ bandaje, centuri, brâuri (prenatal, postnatal, pentru nou-născuți);
- ✓ produse și dispozitive pentru spălarea copilului;
- ✓ seturi și dispozitive pentru stoarcerea sânului;
- ✓ materiale, produse și dispozitive pentru igiena mamei și copilului (scutece, pudre, creme, uleiuri etc.).

Unele din aceste produse se includ și în alte grupe de produse farmaceutice nemedicamentoase.

O altă grupă de mărfuri din sortimentul produselor și articolelor nemedicamentoase sunt cele **sanitaro-igienice**: diverse tampoane igienice, baghete cosmetice, seturi pentru igiena protezelor

dentare, pachete igienice, albituri curative (bandaje, costume de slăbit); articole de spălat și alte obiecte de igienă personală.

Produsele de cosmetică curativă includ o largă gamă de remedii destinate îngrijirii pielii pleoapelor, feței, mâinilor, corpului, picioarelor precum și a părului, unghiilor și cavității bucale. În acest scop se utilizează pe larg balsamuri, geluri, remedii pentru scăldat, creme, unguente, loțiuni, uleiuri, măști, pudre, elixire etc. Conform legislației Republicii Moldova, pentru a comercializa produse de cosmetică, farmaciile trebuie să obțină o licență în plus, care să le permită acest drept.

Una dintre cele mai voluminoase grupe de produse nemedicamentoase este cea a produselor **dietetice și alimentației profilactice**. La această grupă se clasează alimentele pentru diabetici, produsele dietetice pentru copii, apele minerale medicinale precum și aditivii alimentari. În virtutea problematicei privind sortimentul produselor prevăzute pentru comercializarea prin intermediul farmaciilor comunitare, două tipuri de produse din această grupă, necesită o expunere și examinare mai detaliată. Acestea sunt apele minerale medicinale și suplimentele biologic active.

9.2. Ape minerale medicinale

„Apa minerală medicinală” este apa care provine dintr-o sursă naturală – izvor, lac sau foraj, având limite concrete geografice și hidrogeologice și îndeplinește cel puțin una din următoarele condiții:

- a) conținut de săruri minerale dizolvate peste 1g/l;
- b) prezența unor elemente chimice cu acțiune farmacologică cunoscută, în proporții minim necesare;
- c) conținut de gaze dizolvate cu efecte biologice, în concentrații stabilite – 1000 mg/l CO₂, 1mg/l H₂S;
- d) temperaturi de peste 20⁰C, indiferent de conținutul mineral,

care le conferă caracteristica de ape termale și a cărei acțiune terapeutică este recunoscută științific, - situație care conferă acestor ape minerale statut de medicament, fiind interzisă orice modificare sau prelucrare prin adăugare sau extragere de substanțe în afară de dioxidul de carbon.

Apele minerale medicinale trebuie să fie recunoscute de către Ministerul Sănătății conform criteriilor prestabilite, după efectuarea cercetărilor speciale în domeniul medical care conform conținutului său specific au efect terapeutic asupra organismului uman. Acest efect terapeutic se determină de către instituțiile abilitate ale Ministerului Sănătății – Agenția Medicamentului în comun cu Centrul Național de Sănătate Publică în baza cercetărilor medicale speciale cu antrenarea instituțiilor competente.

Apele minerale medicinale se clasifică în următoarele categorii:

1. în funcție de modul de utilizare:

- a) cură internă pentru băut – crenoterapie (ingestie), aerosoli și inhalații;
- b) administrare parenterală sub formă injectabilă;
- c) cură externă sub formă de băi în căzi individuale, în bazine de balneatie, în bazine de kinetoterapie, în piscine și solarii, precum și sub formă de irigații medicinale.

2. în dependență de nivelul de mineralizare:

- a) ape minerale cu mineralizare de peste 1g/l substanțe solide dizolvate, subîmpărțite în: ape minerale cu mineralizare medie de 1-15 g/l, ape minerale concentrate cu mineralizare de 15-35g/l, ape minerale foarte concentrate cu mineralizare de 35-150 g/l, ape minerale de mare concentrație cu mineralizare de peste 150 g/l;
- b) ape minerale cu mineralizare sub 1 g/l substanțe solide dizolvate – oligominerale, ce au componenți biologic activi

care le imprimă caracterul specific, și care se subîmpart în :
ape oligominerale sulfuroase, ape oligominerale feruginoase,
ape oligominerale carbogazoase și altele asemenea și ape
oligominerale termale, în funcție de temperatură.

3. în funcție de compoziția fizico-chimică:

- a) oligometalice – acratice;
- b) alcaline și alcalino-teroase – bicarbonatate, sodice, calcice, magneziene;
- c) clorurate-sodice-sărate;
- d) sulfatate (conțin sulfați peste 600mg/l);
- e) carbogazoase (conțin CO₂ natural dizolvat peste 1000mg/l);
- f) feruginoase (conțin Fe natural peste 10mg/l);
- g) bromurate (conțin Br natural peste 25mg/l);
- h) iodurate (conțin I natural peste 5mg/l);
- i) arsenicale (conțin As natural peste 0,7mg/l);
- j) radioactive (conțin radium natural peste 2 Bq/l);
- k) borurate (conțin H₃BO₃ natural peste 35mg/l);
- l) silicate (conțin H₂SiO₃ natural peste 50mg/l);
- m) sulfuroase (conțin sulfuri naturale peste 1mg/l);
- n) organice (conțin substanțe organice calculate în ioni de carbon peste 5mg/l).

4. în dependență de temperatura apei:

- a) ape reci – $T < 20^{\circ}\text{C}$;
- b) ape hipotermale – $T = 20 - 30^{\circ}\text{C}$;
- c) ape termale – $T = 31-38^{\circ}\text{C}$;
- d) ape hipertermale – $T > 38^{\circ}\text{C}$.

5. în funcție de valoarea pH-ului:

- a) ape superacide – $\text{pH} < 3,5$;
- b) ape acide – $\text{pH} = 3,5 - 5,5$;
- c) ape acidulate – $\text{pH} = 5,5 - 6,8$;
- d) ape neutre – $\text{pH} = 6,9 - 7,1$;

- e) ape slab alcaline – $\text{pH} = 7,2 - 8,5$;
- f) ape alcaline – $\text{pH} > 8,5$.

Îmbutelierea apelor minerale medicinale potabile destinate distribuirii pentru consum uman ca remediu terapeutic se efectuează la întreprinderi autorizate în acest scop de către Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice și Agenția Medicamentului.

Autorizarea de producere a apelor minerale medicinale îmbuteliate se eliberează de Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP), după examinarea datelor privind proprietățile apei în comun cu Agenția Medicamentului în ordinea stabilită pentru autorizarea fabricării medicamentelor.

Din punct de vedere a fabricării și eliberării către consumatori, apele minerale medicinale se atribuie la medicamente. Denumirile de ape minerale medicinale se includ în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor. Certificatul de înregistrare al apelor minerale medicinale îmbuteliate se eliberează de către Agenția Medicamentului.

Apele minerale medicinale îmbuteliate se utilizează de către pacienți în conformitate cu recomandările medicilor sau/și farmaciștilor și se comercializează prin intermediul farmaciilor comunitare, eliberarea lor este permisă fără prescripție medicală (lista OTC).

Apele minerale medicinale îmbuteliate necesită a fi păstrate în condiții adecvate – ferite de lumină, la temperaturi scăzute, iar termenul de păstrare nu trebuie să depășească 3 luni sau un alt termen al valabilității dacă el este demonstrat în modul stabilit pentru medicamente.

Nici o apă minerală medicinală îmbuteliată provenită din alte țări nu poate fi utilizată pe teritoriul Republicii Moldova fără a fi omologată și înregistrată de autoritățile naționale competente în conformitate cu prevederile reglementărilor naționale.

9.3. Suplimente biologice active

Suplimentele biologice active (SBA) sunt concentrate ale produselor alimentare naturale extrase din materia primă alimentară de origine animală, minerală sau din plante medicinale, precum și concentrate obținute pe calea sintezei chimice a substanțelor identice analogilor naturali.

Termenul SBA a apărut la sfârșitul anilor '80 ai secolului trecut în SUA. În Republica Moldova primele SBA pe piața farmaceutică au apărut în anii 1992-1993. Noțiunea de SBA nu trebuie confundată cu noțiunea „aditivi alimentari”, care semnifică:

***Aditiv alimentar** – orice substanță, care nu este folosită în mod obișnuit ca produs alimentar sine stătător sau ca component obișnuit tipic alimentelor, care are sau nu valoare nutritivă, adăugarea intenționată a căruia în aliment în scopuri tehnologice (inclusiv organoleptice) la diverse etape ale procesului de fabricare, prelucrare, preparare, tratare, ambalare, manipulare, transportare sau depozitare a alimentelor, rezultă sau poate rezulta (direct sau indirect) în prezența sa sau a produselor sale auxiliare în alimentele finale, devenind component sau afectând caracteristicile alimentelor.*

Acest termen nu include „contaminanți” sau substanțe adăugate alimentelor pentru menținerea sau sporirea calității nutritive (de ex.: vitamine, oligoelemente, aminoacizi ș.a.).

Situația privind SBA s-a creat în condițiile de informare insuficientă atât a specialiștilor cât și a populației, în promovarea lor pe piața farmaceutică s-au inclus persoane necompetente, absența statisticii oficiale, campaniile publicitare eronate, deseori – agresive și, nu în ultimul rând, costisitatea majoră – toți acești factori au creat o atitudine negativă a specialiștilor,

cetățenilor și a întregii societăți față de suplimentele biologice active.

Necătând la toate acestea, ar fi incorect să se abordeze doar aspectele negative ale utilizării SBA.

La apariția SBA au contribuit următorii factori :

- ✓ creșterea morbidității condiționate de înrăutățirea situației ecologice, alimentația nerațională, scăderea imunității și a stabilității psihologice la stresuri;
- ✓ orientarea societății contemporane la stilul de viață sănătos;
- ✓ creșterea ponderii persoanelor în etate, care solicită preponderent produse naturale în locul substanțelor medicamentoase de sinteză din cauza efectelor adverse sporite asupra organismului îmbătrânit.

Conform datelor prezentate de unii cercetători din SUA (citată după Bercou și Fletcer, 1997), utilizarea SBA, ca regulă, este inofensivă (cu unele excepții întâlnite rar) și problemele legate de calitatea acestor produse sunt destul de rare.

SBA se obțin prin metode biotehnologice, spre exemplu, preparatele enzimatică sau cele biologice. În procesul de producere a SBA este interzisă utilizarea materiei prime vegetale sau a produselor animaliere obținute cu aplicarea ingineriei genice. Producătorul trebuie să garanteze că materia primă animală este obținută din gospodării în care nu s-au înregistrat boli prionice și nu este infectată cu alți agenți patogeni periculoși pentru om.

În cazul importului unor SBA trebuie să se țină cont de situația epidemiologică în țara producătorului. În afară de aceasta, conform recomandărilor internaționale, SBA nu trebuie să conțină substanțe puternic active, narcotice, toxice precum și produse vegetale ce nu se utilizează în medicină sau în alimentație.

Este extrem de important ca SBA să fie standardizate după conținutul celor mai importante componente biologice active.

Cerințe mai drastice se stabilesc pentru SBA destinate copiilor, spre exemplu, ele nu trebuie să conțină aromatizanți, conservanți, stabilizatori; aceste produse conțin doar substanțe biologic active permise pentru a fi utilizate de către copii de vârsta respectivă.

Baza legislativă a SBA în Republica Moldova practic este absentă. În aceste condiții este necesar de a orienta activitatea specialiștilor și întreprinderilor ocupate în promovarea SBA – spre experiența acumulată în alte țări.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, a interzis medicilor practicieni să prescrie suplimente biologic active.

Acest fapt nu facilitează utilizarea lor oportună și inofensivă. Din contra, SBA, fiind procurate din rețeaua de comerț, sporesc riscul utilizării lor neraționale, fapt ce necesită modificarea atitudinii față de aceste produse.

Formele de producere a SBA sunt diverse: extracte, infuzii, balsamuri, pulberi, concentrate uscate și lichide, siropuri, comprimate, capsule etc.

În Federația Rusă SBA se clasifică după T. L. Pilat și coaut. în SBA – nutriceptice (SBA-N) și parafarmaceutice (SBA-P).

SBA-N – sunt suplimentele biologic active utilizate pentru corectarea compoziției chimice a rațiunii umane. Acestea, ca regulă, sunt surse de vitamine, acizi grași, macro – și microelemente, fibre alimentare și alte substanțe alimentare. Rolul funcțional al acestor SBA constă în completarea deficitului de substanțe nutritive esențiale, modificarea orientată a metabolismului substanțelor, fortificarea rezistenței nespecifice a organismului la acțiunea factorilor nefavorabili ai mediului extern, acțiune imunomodulatorie, legarea și eliminarea xenobioticelor și a alimentației curative. Scopul final al SBA-N este îmbunătățirea statutului alimentar al omului, fortificarea sănătății și prevenirea unor boli.

SBA-P – sunt suplimente biologic active utilizate pentru profilactică, în terapia suplimentară și pentru menținerea în limitele fiziologice a activității funcționale a organismului uman. Rolul SBA-P se exprimă în reglarea activității funcționale a organelor și sistemelor, reglarea activității nervoase, reglarea microbiocenozei TGI, în manifestarea efectului adaptogen. Scopul final al SBA-P este fortificarea capacităților adaptogene a organismului în condițiile contemporane, inclusiv și a celor extreme.

Deosebirea dintre medicament și supliment biologic activ se expune în tabelul 16.

Tabelul 16. Deosebirile dintre medicamente și suplimente biologic active

Medicamente	SBA
1. Nu sunt factori ai alimentației. 2. Prezintă, ca regulă, substanțe pure incorporate în diverse forme nemedicamentoase. 3. Modalitatea administrării – diversă: enterală, parenterală, topică etc. 4. Efectele se manifestă prin acțiunea farmacologică asupra anumitor procese, sisteme, substanțe, microorganisme etc. 5. Manifestă reacții adverse, inclusiv – severe asupra unor funcții, organe, sisteme ale organismului uman. 6. Diapazon restrâns, strict fixat (dovedit) al dozelor terapeutice.	1. Sunt factori ai alimentației. 2. Prezintă, ca regulă, componente organice de origine vegetală sau animală. 3. Modalitatea administrării – per oss. 4. Efectul se manifestă prin inițierea mecanismelor universale ale reacțiilor adaptogene a organismului la acțiunea diferitor factori iritanți. 5. Toate modificările sistemelor organismului uman rămân să fie în limitele fiziologice normale. 6. Diapazon larg al dozelor utilizate (în cazul absenței efectelor toxice și a celor adverse).

Responsabil pentru asigurarea calității și inofensivității, pentru conformitatea proprietăților, eficiența și promovarea pe piață a SBA este producătorul.

SBA divizate și ambalate pentru a fi prezentate pe piață trebuie să fie etichetate și să conțină următoarea informație :

- ✓ denumirea și tipul produsului;
- ✓ numărul și data documentului normativ cărui corespunde produsul;
- ✓ domeniul de utilizare;
- ✓ numele producătorului;
- ✓ masa / volumul produsului din ambalaj;
- ✓ compoziția,
- ✓ valoarea nutritivă (valoarea calorică, albumine, grăsimi, glucide, vitamine, microelemente);
- ✓ condițiile de păstrare;
- ✓ condiții speciale de eliberare (după caz);
- ✓ termenul valabilității și data fabricării;
- ✓ recomandări pentru administrare, dozele;
- ✓ contraindicații și reacții adverse (în caz de necesitate).

Recomandările privind utilizarea SBA trebuie să fie întocmite în baza studiilor experimentale, cercetărilor clinice și să conțină informații privind dozarea, curele de administrare, contraindicațiile și efectele adverse. Aceasta apropie SBA de medicamente. Totodată, trebuie menționat faptul că eticheta SBA va conține informația privind tipul produsului, adică se va menționa că produsul este supliment biologic activ. Unii producători menționează, în plus, că produsul nu este medicament.

Important este de accentuat și faptul că eticheta precum și instrucțiunea de utilizare nu vor conține indicații terapeutice. În compartimentul „domeniul de utilizare” de pe etichetă (instrucțiune) se indică la mod general că produsul se utilizează pentru menținerea (reglarea) activității funcționale a anumitor organe

sau/și sisteme ale organismului, contribuie la profilaxia anumitor dereglări, fortifică capacitatea adaptogenă a organismului etc.

Este interzisă realizarea din farmacii a SBA în următoarele cazuri:

- ✓ dacă SBA nu este autorizat în modul stabilit și nu este inclus în Lista suplimentelor biologic active autorizate în Republica Moldova;
- ✓ în absența documentelor ce atestă originea SBA;
- ✓ în absența certificatului igienic eliberat de CNSP;
- ✓ în cazul în care informația de pe ambalaj și din instrucțiunea pentru utilizare nu corespunde exigențelor verificate la etapa înregistrării;
- ✓ dacă a expirat termenul valabilității produsului.

Atitudinea consumatorilor față de SBA se află sub influența publicității, fapt ce necesită implicarea farmacistului în aplicarea corecțiilor necesare.

În rezultatul unor investigații au fost evidențiate caracteristicile de comportare a consumatorilor față de SBA:

- ✓ contingentul consumatorilor de SBA devine din ce în ce „mai tânăr”;
- ✓ consumatorul SBA așteaptă de la ele următoarele efecte : de fortificare a organismului, de curățare, îmbunătățirea stării părului, pielii și unghiilor, înlăturarea surmenajului și stresului, stimularea activității mintale, prevenirea acțiunii negative a calculatorului și telefonului mobil, majorarea rezistenței organismului la acțiunea factorilor externi;
- ✓ consumatorii SBA sunt dispuși să schimbe produsul utilizat nu mai rar decât o dată în lună;
- ✓ la părerea consumatorilor, SBA poate compensa rațiunea alimentară insuficientă;
- ✓ consideră că consumul SBA este un atribut al unui stil de viață deosebit;

- ✓ printre criteriile de selecție a unui anumit SBA, consumatorul specifică: preț ponderat (nu prea mare, dar nu foarte mic), argumente științifice pentru folosire, un loc prestigios de procurare (spre exemplu – farmacia), prezentare deosebită în comparație cu medicamentele;
- ✓ creșterea probabilității procurării în cazul recomandării medicului, rudelor, prietenilor;
- ✓ consumatorii sunt dispuși să obțină informație suplimentară de la farmacist, din rețeaua Internet (dacă informația este controlată și validată).

În procesul de asistență a populației cu SBA, farmacistul va ține cont de comportamentul consumatorilor și, în cazurile necesare va aplica corecția ce se impune.

Asistența performantă cu produse nemedicamentoase are o semnificație sporită pentru farmaciile comunitare din Republica Moldova. Aceasta poate fi abordată ca o direcție de modelare a atitudinii de încredere a consumatorului de medicamente față de farmacie ca întreprindere a sistemului de sănătate.

Pentru o orientare mai bună în sortimentul produselor și articolelor nemedicamentoase ce pot fi realizate prin intermediul farmaciilor comunitare, în anexa nr. 3 se prezintă clasificarea acestor produse și articole, care, la viziunea autorilor manualului ar putea fi examinată ca variantă pentru aprobare oficială, în calitate de sortiment al farmaciilor comunitare.

Capitolul X

PROTECȚIA CONSUMATORILOR DE MEDICAMENTE

10.1. Noțiuni generale privind conceptul de protecție a consumatorilor

Consumatorul este persoana fizică ce cumpără de pe piață și consumă mărfuri și/sau servicii de tot felul, produse și oferite spre vânzare de diverși agenți economici. În condițiile unei piețe concurențiale autentice, consumatorului trebuie să i se subordoneze întregul profesionalism al producătorului de bunuri, al comercianților și prestatorilor de servicii.

Există însă o serie de motive pentru care consumatorul apare defavorizat în raporturile sale cu ofertanții de bunuri și servicii, cum ar fi:

- ✓ **în plan economic**, resursele consumatorului sunt evident mai reduse decât cele de care dispune agentul economic;
- ✓ **în plan informațional**, agentul economic cunoaște mai multe despre produsul său decât consumatorul acestuia;
- ✓ **în plan juridic**, agentul economic cunoaște mai bine legile care guvernează relațiile comerciale și se folosește de ele cu ajutorul consilierilor juridici, pe când consumatorul poate că ignoră chiar și existența unei legi care îl apără, prin prevederile ei;
- ✓ **în planul reprezentării intereselor**, producătorii și distribuitorii sunt foarte bine reprezentați atât prin organizații patronale, profesionale și comerciale, cât și prin influența pe lângă autorități, în scopul adoptării unor reglementări care să țină cont de interesele lor, pe când consumatorii sunt o masă, adesea amorfă, de indivizi dintre

care puțini știu să-și promoveze interesele, în cadrul unor organizații care să-i reprezinte.

Diversificarea continuă a ofertei de mărfuri în cadrul piețelor, sofisticarea sistemului de informare și îndeosebi apariția unor publicații comerciale, alături de eforturile diferitelor întreprinderi de a atrage segmente tot mai mari de consumatori, au generat o creștere a complexității procesului de cumpărare a mărfurilor, sporind, pentru consumatori, dificultatea alegerii produselor, a stabilirii încrederii în produse. La aceasta se mai adaugă și faptul că libera alegere a consumatorilor este limitată, în multe situații, de diferite instituții ale statului, ale producătorilor și comercianților, iar în unele cazuri chiar de alți consumatori, consecință a sistemului de relații ce domină societatea, a posibilităților reduse de finanțare a producerii și comercializării bunurilor, precum și a capacității diferite de cumpărare a diverselor categorii de consumatori. De asemenea, generate de lupta concurențială, s-au înmulțit practicile abuzive de folosire a unor forme agresive de promovare și de vânzare a mărfurilor, în general și a produselor farmaceutice în special.

Toate acestea echivalează practic cu o *presiune făcută asupra consumatorilor*.

Având în vedere aceste realități care se manifestă pretutindeni în lume, Organizația Națiunilor Unite (ONU), după ample studii, consultări și colaborări ale diferitelor sale organisme cu instituții și guverne din numeroase țări a adoptat, prin rezoluția nr.39/248 din 9 aprilie 1985 a Adunării Comerciale, “Principiile directe pentru protecția consumatorului”, care, în esență, vizează următoarele obiective:

- ✓ **acordarea de ajutor** tuturor țărilor în elaborarea unei politici și legislații privind protecția consumatorilor, cât mai corespunzătoare condițiilor din fiecare țară;
- ✓ **promovarea cooperării** internaționale în domeniul protecției consumatorilor;

- ✓ **crearea condițiilor** pentru facilitarea producerii și comercializării de produse cât mai corespunzătoare nevoilor și cererii solvabile ale consumatorilor;
- ✓ **punerea la dispoziția** consumatorilor a unei game largi de produse și servicii la prețuri accesibile, prin crearea condițiilor de piață adecvate acestui scop;
- ✓ **încurajarea profesionalismului** și a eticii celor angajați în proiectarea, producerea și comercializarea bunurilor de consum și a serviciilor;
- ✓ **ținerea sub control** și **eradicarea**, prin organismele naționale și internaționale, a practicilor comerciale abuzive care afectează consumatorii.

Necesitățile legitime pe care ONU, prin “Principiile directoare pentru protecția consumatorului”, vrea să le consacre sunt următoarele:

- ✓ protecția consumatorilor față de pericolele care le afectează sănătatea și siguranța;
- ✓ promovarea și protecția intereselor economice ale consumatorilor;
- ✓ accesul consumatorilor la informații corecte care să le permită să facă alegeri ale mărfurilor și serviciilor conforme cu dorințele și necesitățile personale;
- ✓ educarea consumatorilor în spiritul autoprotecției față de cumpărarea și consumul unor produse care le-ar putea pune în pericol sănătatea și chiar viața;
- ✓ despăgubirea efectivă a consumatorilor afectați de practicile comerciale abuzive;
- ✓ libertatea consumatorilor și a organizațiilor care-i reprezintă de a-și expune opiniile în procesele de luare a deciziilor care îi privesc.

Aceste necesități legitime conștientizate sunt, de fapt, **drepturi ale consumatorilor**. În acest context, apreciem că este mai corect să facem referințe la protecția drepturilor consumatorilor în general, deoarece statul asigură prerogative

constituționale care dau posibilități consumatorilor să-și apere drepturile pe cale administrativă sau juridică.

Protecția consumatorilor este una dintre politicile sociale, promovate de orice stat modern. Datorită importanței pe care o reprezintă pentru economia contemporană, ea este o politică de sine stătătoare, având obiective, priorități și instrumente proprii. Ca urmare a rapidității cu care se succed evenimentele actuale, acest domeniu se extinde tot mai mult la noi și noi subramuri ale economiei. Ca latură importantă a politicii sociale pe care trebuie să o promoveze o societate democratică și ca o componentă de bază a programelor de protecție socială, *protecția consumatorilor reprezintă un ansamblu de reglementări privind inițiativa publică și privată menită a asigura și a ameliora continuu respectarea drepturilor consumatorilor.*

10.2. Organisme cu atribuții în protecția consumatorilor

Preocuparea pentru protejarea consumatorilor datează încă din antichitate, dezvoltarea schimbului de mărfuri în piețele din orașele-cetăți nefiind un fenomen întâmplător și necontrolat. În scrierile vechi se spune, de exemplu, că în piețele din Atena, pe vremea lui Pericle, se semnală prezența unor inspectori, denumiți agoranoni, care aveau misiunea de a evalua și controla calitatea și uniformitatea pâinilor, greutatea și prospețimea peștelui, prospețimea legumelor și fructelor oferite spre vânzare.

Intervenția statului în controlul calității produselor și al schimbului acestora s-a amplificat concomitent cu dezvoltarea societății, cu apariția de noi produse și cu extinderea piețelor.

Pe măsura dezvoltării piețelor naționale și internaționale, a schimbului de mărfuri și servicii, modalitățile de protejare a consumatorilor au evoluat treptat de la formele simple, la dezvoltarea unor adevărate sisteme legislative și de control în acest domeniu.

Primele reglementări privind protecția consumatorului

emise de către diferitele state au vizat produsele agroalimentare, datorită faptului că ele dețineau cea mai mare pondere în cadrul schimburilor comerciale, pe de o parte și faptului că erau destinate satisfacerii unor nevoi primare, pe de altă parte. Astfel, în Italia, în 1865, a fost adoptată Legea de supraveghere sanitară în domeniul alimentar; în Franța, în anul 1905, a fost adoptată Legea privind fraudele și falsificările în domeniul produselor și serviciilor. Legea franceză prevedea sancțiuni pentru cei care înșeală sau încearcă să înșele consumatorii, fie asupra naturii, tipului, originii și/sau conținutului în substanțe utile; fie asupra cantității mărfurilor livrate. Totodată, legea prevedea pedepse pentru cei ce falsifică mărfuri destinate alimentației umane sau animalelor, medicamente, băuturi și produse agricole, precum și pentru cei care expun sau vând mărfuri falsificate sau toxice.

Astăzi nu există stat în lume care să nu-și protejeze consumatorii, și aceasta, în majoritatea cazurilor se realizează prin drept constituțional.

La nivelul european funcționează patru mari organisme neguvernamentale cu rol în protecția consumatorilor:

- ✓ BEUC Biroul European al Uniunii Consumatorilor - *Bureau Européen des Unions des Consommateurs* -
<http://www.beuc.org>;
 - ✓ COFACE Comitetul Organizațiilor Familiale a Consumatorilor Europeni - *Confédération des Organisations familiales de la Communauté Européenne (COFACE)*
<http://www.coface-eu.org/>;
 - ✓ EUROCOOP Comunitatea Europeană a Cooperativelor de consum - *Communauté Européenne des Coopératives (Euro Coop)* - *European Community of Consumer Cooperatives*
<http://www.eurocoop.org/>;
 - ✓ CES – Confederația Europeană a Sindicatelor;
 - ✓ EIIC – Institutul European Internațional al Consumatorului.
- Primele patru organisme sunt reunite în CCC – Consiliul

Consultativ al Consumatorilor, înființat în anul 1989.

Din februarie 1997, în Uniunea Europeană funcționează “Direcția Generală a Politicii Consumatorilor și Protecției Sănătății Acestora”, cunoscută – sub formă prescurtată – cu denumirea de “Direcția XXIV”.

Obiectivele politicii de protecție a consumatorilor din Uniunea Europeană vizează, în principal, următoarele domenii:

- armonizarea legislațiilor naționale privind produsele alimentare, cosmetice, detergenți, bunuri de folosință îndelungată, automobile, textile, jucării, medicamente, îngrășăminte și pesticide;
- măsuri privind creditul, publicitatea minciunoasă, practicile comerciale abuzive;
- obținerea de către consumatori a dreptului de consiliere și asistență juridică în litigiile având drept obiect bunuri de consum;
- stabilirea unor reguli privind informațiile inscripționate pe produse și ambalajele acestora;
- stimularea testelor comparative de produse de consum și publicarea rezultatelor în publicații independente de interesele agenților economici;
- educarea consumatorilor, tineri sau adulți, pentru ca aceștia să acționeze rațional în contextul pieței libere, stimulându-se pentru aceasta schimburile între organizațiile consumatorilor, includerea unor teme privind protecția consumatorilor în programele școlare și organizarea de cursuri pentru formarea educatorilor, precum și acțiunile prin mass-media.

Reglementările comunitare interzic falsa publicitate (în ceea ce privește natura produsului, disponibilitatea, compoziția, prețul, cantitatea, rezultatele utilizării sale sau ale testelor efectuate, identitatea sau calificarea agentului de publicitate), care induce în eroare consumatorul afectându-i astfel opțiunea pentru un anumit produs. Agentul de publicitate are acum obligația să facă proba că informația pe care a oferit-o este

corectă. Consumatorul care a fost victima publicității false are dreptul să primească despăgubiri. Legislația comunitară obligă țările membre să prevadă mijloace adecvate și eficiente pentru controlul publicității false.

Reglementări există și în domenii specifice, cum sunt publicitatea privind medicamentele sau publicitatea televizată.

Pentru produsele farmaceutice a fost stabilită o procedură foarte strictă de armonizare prealabilă lansării lor pe piață. Produsul trebuie să fie însoțit de o notă informativă care să prezinte condițiile de utilizare precum și contraindicațiile sau eventualele efecte secundare.

Promovarea intereselor consumatorilor este o parte integrantă a politicii Uniunii Europene, care are în centrul ei bunăstarea cetățenilor, iar această politică își aduce contribuția la bunul mers al mecanismelor economice ale pieței unice europene. Mărfurile care nu oferă consumatorilor o satisfacție rezonabilă în schimbul sumei plătite, constituie, în realitate, o investiție greșită, inefficientă și invers, mărfurile care dau satisfacție consumatorilor le inspiră încredere, devin căutate, contribuind la creșterea economică și deci la bunăstarea consumatorului.

Responsabilitățile asigurării protecției consumatorilor revin, în principal, autorităților publice (guvernelor), dar în această zonă complexă de probleme sunt atrase și implicate cu acțiuni concrete și alte organizații, cum ar fi sindicatele, dar mai ales organizațiile neguvernamentale, asociațiile consumatorilor, etc.

Printre alte organisme europene și internaționale de protecție a drepturilor consumatorilor pot fi menționate:

✓ *Codex Alimentarius Commission* -

http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

✓ *Consumers International* -

<http://www.semiotics.md/En/www.consumersinternational.org>

✓ *European Association for the Coordination of Consumer Representation in Standardisation (ANEC)* -

<http://www.anec.org>

- ✓ *European Commission - DG Health and Consumer Protection -*
http://europa.eu.int/comm/consumers/index_en.htm
- ✓ *European Research into Consumer Affairs (ERICA)-*
<http://www.net-consumers.org/>
- ✓ *International AntiCounterfeiting Coalition (IACC) -*
<http://www.iacc.org>
- ✓ *International Consumers for Civil Society-*
<http://www.angelfire.com/mi/libertyinstitute/iccs-gen.html>
- ✓ *International Consumer Protection and Enforcement Network -*
<http://www.icpen.org/>
- ✓ *International Organization for Standardization -*
<http://www.iso.ch>
- ✓ *NSF International Consumer -* <http://www.nsf.org/consumer>
- ✓ *Society of Consumer Affairs Professionals in Business (SOCAP) -* <http://www.socap.org/>
- ✓ *The International Association of Food Consumer Organizations -*
<http://www.cspinet.org/reports/codex/iacfosum.html>
- ✓ *The International Consumer Product Health and Safety Organization (ICPHSO) -* <http://www.icphso.org/>

În Republica Moldova, la fel ca și în alte țări, structurile care compun sistemul de protecție a consumatorilor provin din două paliere ale societății, și anume:

- ✓ **Autoritățile centrale (Guvernul)**, care a creat cadrul legislativ instituțional, central și local, prin înființarea unor organisme menite să asigure protecția consumatorilor, unele din ele fiind specializate, iar altele având atribuții și în această activitate.
- ✓ **Societatea civilă**, prin crearea unui cadru organizațional propriu, bazat pe forme asociative: asociații, federații și confederații ale consumatorilor, cu scop de protejare a intereselor acestora.

Această bipolaritate a activității trebuie să confere sistemului de protecție a consumatorilor stabilitate în

funcționare și forță în acțiunile care se întreprind în acest scop.

Baza legislativă națională include Legea privind protecția consumatorilor, nr. 105-XV din 13.03.2003, Legea privind produsele alimentare, nr. 78 din 18.03.2004, precum și un șir de hotărâri ale Guvernului.

Conform legislației naționale, protecția de către stat a drepturilor consumatorilor se realizează prin:

- ✓ elaborarea și promovarea la nivel de stat a politicii în domeniul protecției drepturilor consumatorilor;
- ✓ elaborarea și aprobarea legilor și altor acte normative în domeniu;
- ✓ organizarea și exercitarea controlului și supravegherii de stat asupra respectării legislației în domeniu;
- ✓ respectarea cerințelor prescrise sau declarate referitoare la produse, servicii.

În aceste aspecte consumatorul are *dreptul* la:

- ✓ asigurarea protecției drepturilor sale argumentate de către stat;
- ✓ protecție împotriva riscului de a achiziționa un produs, un serviciu care ar putea să-i afecteze viața, sănătatea, ereditatea sau securitatea ori să-i prejudicieze drepturile și interesele legitime;
- ✓ remedierea sau înlocuirea gratuită, restituirea contravalorii produsului, serviciului ori reducerea corespunzătoare a prețului, repararea prejudiciului, inclusiv moral, cauzat de produsul, serviciul necorespunzător;
- ✓ informații complete, corecte și precise privind produsele, serviciile achiziționate;
- ✓ instruire în domeniul drepturilor sale;
- ✓ organizare în asociații obștești pentru protecția consumatorilor;
- ✓ adresare în autoritățile publice și reprezentarea în ele a intereselor sale;
- ✓ sesizarea asociațiilor pentru protecția consumatorilor și autorităților publice asupra încălcării drepturilor și

intereselor sale legitime, în calitate de consumator, și la înaintarea de propuneri referitoare la îmbunătățirea calității produselor, serviciilor.

Elaborarea și promovarea politicii statului în domeniul protecției drepturilor consumatorilor și coordonarea activității organelor administrației publice abilitate cu funcții de protecție a consumatorilor se efectuează de către Ministerul Economiei. Acest minister, inclusiv prin intermediul Inspectoratului Principal de Stat pentru Supravegherea Pieței, Metrologie și Protecția Consumatorilor:

- a) efectuează controlul și supravegherea de stat asupra corespunderii produselor și serviciilor cerințelor prescrise sau declarate, precum și asupra veridicității informațiilor prezentate, examinează reclamațiile consumatorilor în acest domeniu;
- b) elaborează reglementări privind coordonarea acțiunilor autorităților administrației publice centrale și locale, precum și ale structurilor neguvernamentale în domeniul protecției consumatorilor;
- c) aplică sancțiuni, stabilește măsuri de remediere sau înlocuire gratuită ori de restituire a contravalorii produsului, serviciului necorespunzător în baza reclamațiilor consumatorului;
- d) sesizează autoritatea de licențiere, determinată prin lege, referitor la depistarea cazurilor de comercializare a produselor falsificate (contrafăcute) și/sau periculoase sau altor încălcări în scopul retragerii în mod obligatoriu a licenței;
- e) organizează funcționarea oficiului pentru relațiile cu consumatorii.

Principalele drepturi ale consumatorilor în Republica Moldova sunt:

- dreptul de a-și satisface nevoile de bază;
- dreptul la siguranță;
- dreptul de a fi informați;
- dreptul de a alege;
- dreptul de a fi ascultați;

- dreptul de a fi despăgubiți;
- dreptul la educație în domeniul protecției consumatorilor;
- dreptul la un mediu înconjurător sănătos.

În legislația națională sunt stipulate prevederi specifice privind protecția vieții, sănătății, eredității și securității consumatorului, care obligă Guvernul, prin organele administrației publice centrale, stabilirea de norme și reglementări specifice în cazul producerii, importului, conservării, ambalării, etichetării, manipulării, transportării, depozitării, pregătirii pentru vânzare și vânzării, furnizării și utilizării produselor, precum și prestarea serviciilor.

Astfel, produsele plasate pe piață trebuie să fie însoțite de certificate de conformitate sau de declarații de conformitate, de alte documente conform legislației.

Conform reglementărilor naționale se interzice:

- producerea, depozitarea, plasarea pe piață și comercializarea produselor, prestarea serviciilor care nu corespund cerințelor obligatorii stabilite în documentele normative sau care, utilizate în condiții normale, pot pune în pericol viața, sănătatea, ereditatea și securitatea consumatorilor;
- producerea, importul, plasarea pe piață, depozitarea, expunerea în comercializare și comercializarea produselor falsificate (contrafăcute);
- producerea, plasarea pe piață, depozitarea, expunerea în comercializare și comercializarea produselor, prestarea serviciilor cu încălcarea cerințelor de calitate stabilite de documentele normative sau contrar interdicției organului de control;
- plasarea pe piață, depozitarea, expunerea în comercializare și comercializarea produselor, prestarea serviciilor în lipsa certificatului de calitate/conformitate sau declarației de conformitate, dacă legislația prevede aceasta, sau cu utilizarea ilegală a mărcii de conformitate;
- importul, plasarea pe piață și comercializarea produselor cu termenul de valabilitate expirat;

- modificarea termenului de valabilitate indicat pe produs, pe etichetă, pe ambalaj sau în documentația de însoțire;

Producătorul este obligat să indice în documentația de însoțire a produsului, serviciului, pe etichetă, sau prin alte modalități, regulile de utilizare, depozitare și transport în siguranță a produsului, serviciului, iar vânzătorul, prestatorul trebuie să le aducă la cunoștința consumatorului.

Organ al administrației publice, abilitat cu funcții de protecție a consumatorilor în domeniul protecției vieții și sănătății consumatorilor, este Ministerul Sănătății.

În scopul protecției consumatorilor, autoritățile administrației publice locale, în raza unității teritorial-administrative respective, în conformitate cu legislația, au obligația:

- a) să informeze consumatorii și să le acorde consultații, să examineze, în limita competenței lor, reclamațiile acestora;
- b) să readreseze reclamațiile către organul abilitat cu funcții de protecție a consumatorilor în domeniul respectiv în cazul în care obiectul reclamației depășește limita competenței lor;
- c) să informeze neîntârziat autoritățile competente despre cazurile de constatare a produselor, serviciilor falsificate (contrafăcute) sau periculoase, precum și despre alte cazuri de necorespondere cerințelor prescrise sau declarate;
- d) să retragă, în mod obligatoriu, autorizația sau licența, eliberată de către autoritățile administrației publice locale agentului economic, în cazul depistării de produse, servicii falsificate (contrafăcute) sau periculoase;
- e) să contribuie prin mijloace posibile la înființarea și funcționarea asociațiilor obștești de consumatori.

Asociații obștești pentru protecția consumatorilor.

Cetățenii Republicii Moldova sunt în drept de a se organiza benevol în asociații obștești de consumatori, care își desfășoară activitatea în conformitate cu legislația. Printre asociațiile obștești ce desfășoară o vastă activitate în acest domeniu sunt Centrul pentru protecția consumatorilor din Republica Moldova, Liga

pentru apărarea drepturilor consumatorilor, Mișcarea obștească „Pro Consumator”, etc.

Asociațiile obștești de consumatori au dreptul:

- a) să înainteze în instanțele judecătorești acțiuni pentru protecția drepturilor consumatorilor;
- b) să adreseze, atât organelor de control, cât și organelor procuraturii, propuneri privind tragerea la răspundere a persoanelor vinovate de producerea și comercializarea produselor, prestarea serviciilor care nu corespund cerințelor prescrise sau declarate, precum și de nerespectarea drepturilor consumatorilor, prevăzute de legislație;
- c) să informeze, în baza reclamațiilor primite de la consumatori, organele abilitate cu funcții de protecție a consumatorilor despre produsele, serviciile necorespunzătoare;
- d) să solicite instanței de contencios administrativ competente anularea totală sau parțială a actelor, emise de autoritățile publice, care lezează drepturile și interesele legitime ale consumatorilor și care contravin legislației;
- e) să organizeze, în modul stabilit de lege, efectuarea expertizei produselor, serviciilor în ceea ce privește conformitatea lor cerințelor prescrise sau declarate și să înainteze autorităților administrației publice și agenților economici propuneri respective pentru îmbunătățirea calității produselor, serviciilor;
- f) să înainteze agenților economici și organelor abilitate cu funcții de protecție a consumatorilor propuneri privind îmbunătățirea calității produselor, serviciilor și interzicerea comercializării produselor necorespunzătoare;
- g) să sesizeze organele abilitate cu funcții de protecție a consumatorilor referitor la produsele, serviciile necorespunzătoare în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute de legislație;
- h) să primească de la organele abilitate cu funcții de protecție a consumatorilor informații și răspunsuri referitor la propunerile și sesizările înaintate;
- i) să organizeze chestionarea consumatorilor în scopul elucidării

- opinii publice despre calitatea produselor comercializate și prețurile lor;
- j) să informeze consumatorii, prin intermediul mass-media, despre calitatea produselor, serviciilor, încălcarea drepturilor și intereselor lor legitime, despre rezultatele consultării opiniei publice;
 - k) să întrețină relații de colaborare internațională în domeniul protecției consumatorilor;
 - l) să înainteze autorităților administrației publice propuneri pentru modificarea legislației în vigoare în domeniul protecției consumatorilor.

10.3. Prevederi naționale privind protecția consumatorilor de medicamente

Reducând aria protecției consumatorilor numai la consumul de produse farmaceutice, aceasta vizează, în esență, următoarele obiective:

- ✓ supravegherea calității, inofensivității și eficacității produselor farmaceutice oferite consumatorilor prin intermediul rețelelor de întreprinderi și instituții farmaceutice de producere, distribuire a medicamentelor și deservire a consumatorilor;
- ✓ informarea corectă și deplină a consumatorilor cu privire la produsele farmaceutice lansate pe piață;
- ✓ protejarea față de unele politici agresive de promovare și vânzare a produselor farmaceutice, practicate de unii dintre ofertanți.

Legislația Republicii Moldova din domeniul medico-farmaceutic asigură consumatorului de medicamente protecția împotriva riscului de achiziționare a unui produs medicamentos sau unui serviciu medical/farmaceutic, care ar putea să-i prejudice viața, sănătatea, ori să-i afecteze drepturile și interesele legitime.

În acest sens pacienții au dreptul de a fi informați complet,

concret și precis asupra caracteristicilor esențiale ale produselor sau serviciilor acordate.

Problema calității, inofensivității și eficacității produselor farmaceutice este condiționată de faptul că posibilitățile consumatorului de a determina aceste caracteristici sunt reduse, iar în majoritatea cazurilor chiar complet limitate în condițiile în care la nivel mondial piața medicamentelor falsificate și contrafăcute constituie aproximativ 10%, cca. 42% de medicamente prezente pe piața farmaceutică a Republicii Moldova sunt produse în condiții non – GMP, la etapa controlului de stat al calității se depistează calitatea neconformă a unor medicamente (în anul 2008 au fost rebutate 139 serii de medicamente, în anul 2009 – 131, iar în anul 2010 – cca. 120 serii). Din aceste considerente responsabilitățile autorităților de stat, întreprinderilor și instituțiilor farmaceutice și medicale în domeniul protecției drepturilor consumatorilor de produse farmaceutice sunt extrem de importante.

În linii generale întreaga activitate a sistemului de circulație a medicamentelor, de asistență cu medicamente a populației este axată pe asigurarea drepturilor consumatorilor de medicamente. Conform Politicii de Stat în domeniul Medicamentului (PSM), Republica Moldova participă la sistemul OMS de omologare a calității medicamentelor aflate în circulație pe piața mondială. Conform prescripțiilor acestui sistem, Ministerul Sănătății autorizează circulația pe piața farmaceutică internă numai a medicamentelor ce corespund standardelor calității.

Toate întreprinderile farmaceutice: producătorii, importatorii, furnizorii angroșiști, farmaciile, precum și instituțiile de asistență medicală sunt responsabile de calitatea medicamentelor fabricate, importate și livrate.

În țară a fost creat și funcționează un sistem de stat de asigurare a calității medicamentelor, care include elaborarea documentației tehnico-normative, standardizarea, testările preclinice și clinice, înregistrarea, fabricarea, controlul calității,

certificarea medicamentelor indigene și de import, precum și elaborarea proiectelor de acte legislative, în baza cărora se realizează aceste procese.

Sistemul prevede că întreprinderile farmaceutice care fabrică și prepară medicamente vor fi aduse în corespundere cu cerințele Regulilor de bună practică în fabricație (GMP) și Regulilor de bună practică în farmacie (GPP) în termenele stabilite de legislație. Sistemul controlului de stat al calității medicamentelor prevede efectuarea inspecțiilor sistematice a sectorului producător și a celui distribuitor de medicamente pentru a verifica și a asigura îndeplinirea cerințelor GMP, GDP și GPP.

Sistemul de stat de asigurare a calității și coordonării în domeniul circulației medicamentelor include:

- ✓ funcționarea unui mecanism bine definitivat de autorizare a medicamentelor;
- ✓ licențierea activității farmaceutice, inclusiv în domeniul circulației medicamentelor (producerea, distribuirea, realizarea, etc.);
- ✓ pregătirea, perfecționarea și atestarea specialiștilor inițiați în procesul de circulație a medicamentelor;
- ✓ elaborarea și implementarea treptată a Regulilor de Bune Practici (GLP, GCP, GMP, GDP, GPP);
- ✓ controlul de stat asupra producerii, preparării, calității, eficienței și inofensivității medicamentelor.

După cum s-a menționat un rol deosebit în asigurarea drepturilor consumatorilor de medicamente și protecției sănătății lor îl are sistemul de informație despre medicamente, atât pentru specialiștii din domeniu cât și pentru consumatori, precum și sistemul de promovare a medicamentelor.

Scopul principal al informației despre medicamente și al publicității lor este asigurarea utilizării lor raționale și eficiente și protecția consumatorilor.

Publicitatea medicamentelor este chemată să contribuie la asigurarea pieței farmaceutice cu produse medicamentoase de calitate, eficiente și inofensive.

Orice publicitate a medicamentelor neînregistrate în Republica Moldova este interzisă.

Persoanele fizice și juridice care nu dispun de licență pentru activitate farmaceutică nu sunt în drept să facă publicitate medicamentelor.

Publicitatea medicamentelor care se eliberează pe bază de rețetă a medicului se poate face numai prin mijloacele de informare de specialitate tipărite.

Informația despre medicamente trebuie să întrunească următoarele cerințe:

- ✓ să fie obiectivă, judicioasă, actuală și bazată pe date științifice și documente oficiale;
- ✓ să aibă un conținut suficient și o descriere adecvată nivelului destinatarilor (medici, farmaciști și pacienți);
- ✓ să contribuie la folosirea eficientă a medicamentelor;
- ✓ să nu inducă în eroare consumatorul.

Publicitatea medicamentelor trebuie să întrunească următoarele cerințe:

- ✓ să fie veridică, obiectivă și bazată pe documente oficiale;
- ✓ să nu stimuleze populația la folosirea excesivă a medicamentelor;
- ✓ să nu producă o impresie exagerată despre compoziția și originea medicamentului sau calitățile lui medicale.

Este interzisă publicitatea medicamentelor prin care consumatorului i se sugerează că administrarea lor îi va ameliora starea sănătății, iar renunțarea la ele va solda cu agravarea ei, publicitatea care afirmă că medicamentul nu are reacții adverse sau care îndeamnă să nu fie consultat medicul.

Ministerul Sănătății și organele abilitate de el sunt responsabile de furnizarea către lucrătorii sistemului de sănătate a informației veridice și obiective despre medicamente. În acest scop, Ministerul Sănătății stabilește norme a căror respectare asigură conformitatea informațiilor despre medicamente cu standardele științifice și normele etice, precum și cu criteriile OMS cu privire la promovarea medicamentelor pe piața farmaceutică.

Conform atribuțiilor reglementate Agenția Medicamentului colectează, prelucrează și difuzează informațiile despre medicamente, editând în mod sistematic buletine de informații și alte materiale informative.

Informația cu privire la medicamente și produsele parafarmaceutice o pot prezenta și difuza numai persoanele fizice și juridice, care au dreptul de a practica activitate medicală și farmaceutică. Activitatea întreprinderilor și instituțiilor în domeniul informațiilor despre medicamente se consideră gen de activitate farmaceutică și se supune licențierii în modul stabilit.

Medicii, farmaciștii și alți lucrători din domeniul ocrotirii sănătății sunt obligați să pună la dispoziția populației informații veridice și obiective despre medicamente. Pacienții au dreptul să ceară și să primească de la personalul medical și de la farmaciști informațiile necesare.

În domeniul publicității medicamentelor PSM obligă Ministerul Sănătății să introducă în practica cotidiană Codul etic al marketingului și publicității medicamentelor, elaborat în baza recomandărilor OMS și să organizeze monitorizarea activității publicitare în domeniul medicamentelor.

În acest scop Agenția Medicamentului a elaborat proiectul Regulamentului privind publicitatea produselor medicamentoase de uz uman în corespundere cu prevederile Legii cu privire la medicamente și Directivei Europene 2001/83/CE în scopul îmbunătățirii stării generale a sănătății populației, prin oferirea informației veridice despre produsele medicamentoase.

Privitor la conținutul publicității nemijlocit ce ține de consumatorii de medicamente proiectul regulamentului prevede că publicitatea trebuie să încurajeze utilizarea rațională a produsului medicamentos respectiv, prezentându-l în mod obiectiv, fără a-i exagera calitățile terapeutice și să nu inducă în eroare consumatorul.

Este permisă publicitatea doar pentru acele produse medicamentoase care, prin compoziție și scop, sunt destinate a

fi utilizate fără intervenția unui medic în scopul diagnosticării unei maladii, a prescrierii lor sau monitorizării tratamentului, fiind suficiente, la nevoie, sfaturile farmaciștilor.

Este interzisă publicitatea pentru produsele medicamentoase care pot fi procurate numai pe bază de prescripție medicală, conțin substanțe psihotrope sau stupefiante sau cu conținut în indicații terapeutice a tuberculozei, bolilor cu transmitere sexuală, alte boli infecțioase grave, cancer și alte boli tumorale, insomnia cronică, diabet și alte boli metabolice.

Este interzisă distribuirea directă a produselor medicamentoase către public, de către reprezentanții industriei farmaceutice, în scop publicitar. Ministerul Sănătății poate autoriza acest gen de distribuire în cazuri speciale, pentru alte scopuri.

Toate formele de publicitate pentru produsele medicamentoase vor trebui să fie realizate astfel, încât să fie clar faptul că mesajul respectiv este unul publicitar, iar subiectul să fie identificat în mod clar drept un produs medicamentos pentru care să fie indicat cel puțin următoarele informații:

- ✓ numele produsului medicamentos, precum și denumirea comună internațională, dacă produsul conține un singur ingredient activ;
- ✓ informațiile necesare pentru folosirea corectă a produsului;
- ✓ invitație expresă și lizibilă de a citi cu grijă instrucțiunile din prospectul pentru pacient sau de pe ambalajul exterior, după caz;
- ✓ să conțină atenționarea Agenției Medicamentului: "Acest produs medicamentos se poate elibera fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului. Dacă apar manifestări neplăcute adresați - vă medicului sau farmacistului".

Publicitatea pentru produsele medicamentoase, destinată publicului larg, nu trebuie să conțină nici un material care:

- a) să dea impresia că o consultație medicală sau o intervenție chirurgicală nu sunt necesare, în special prin oferirea unor sugestii de diagnostic sau de tratament la distanță;

- b) să sugereze că efectul tratamentului cu produsul medicamentos respectiv este garantat, nu este însoțit de efecte secundare sau este mai bun decât orice echivalent cu cel al altui tratament sau produs medicamentos;
- c) să sugereze că starea de sănătate normală a subiectului ar putea fi afectată dacă nu consumă produsul respectiv;
- d) se referă la recomandări ale oamenilor de știință, ale persoanelor calificate sau ale altor persoane care nu fac parte din aceste categorii, dar care, datorită celebrității lor, pot încuraja consumul produselor medicamentoase;
- e) să sugereze că respectivul produs medicamentos este un aliment, produs cosmetic sau alt bun de larg consum;
- f) să sugereze că siguranța sau eficacitatea produsului medicamentos se datorează faptului că este natural;
- g) ar putea, prin descrierea sau reprezentarea detaliată a unor simptome sau a unor cazuri clinice, să ducă la un autodiagnostic eronat;
- h) conține în mod abuziv, alarmant sau înșelător, afirmații privind vindecarea;
- i) folosește în mod abuziv, alarmant sau înșelător, imagini, scheme ori fotografii care arată modificări ale organismului uman provocate de boli sau leziuni ori de acțiunea produselor medicamentoase asupra organismului uman sau a unor părți ale acestuia;

Unul din principalii vectori ce asigură un comportament adecvat al consumatorilor de medicamente este educarea, consultanța și consilierea lor permanentă în problemele de atitudine responsabilă față de procurarea și consumul medicamentului. În acest sens, Agenția Medicamentului a elaborat Recomandări pentru consumatorii de medicamente (anexa 4).

BIBLIOGRAFIE

1. Airaksinen M. Customer Feedback as a Tool for Improving Pharmacy Services in Finland. Doctor Dissertation. Kuopio, Finland, 1996, 101 p.
2. Azzopardi L.M. Validation instruments for community pharmacy: Pharmaceutical Care for the third millennium. Birminghamton, USA: Pharmaceutical Products Press, 2000, 103 p.
3. Berger M., Bruce A. Communication skills for pharmacists: Building relationships, improving patient care. American Pharmaceutical Association, USA: Jobson Publishing LLC, 2002, 166p.
4. Brumărel Mihail, Bezverhni Zinaida. Servicii farmaceutice esențiale și asigurarea calității lor. Recomandări metodice. Chișinău, 2010, 59 p.
5. Constantin Ețco. Management în sistemul de sănătate. Chișinău, "Epigraf", 2006, 862 p.
6. Council of Europe. Creation of better medication safety culture in Europe. Building up safe medication practices. Strasbourg, France: Expert Group on Safe Medication Practices (P-SP-PH/SAFE); 2006, 274 p.
7. Council of Europe. EDQM. Assessing the quality of pharmaceutical care in Europe – where do we stand, where should we go? Survey Report. Kijlstra N., Ridge K., Walser S., 2009, 80 p.
8. Crișan Ofelia. Profesia de farmacist: probleme de legislație. Cluj-Napoca, Ed. Med. Universitară "Iuliu Hațieganu", 2001, 244 p.
9. Cristea Aurelia Nicoleta. Farmacie clinică. Vol I. București, Ed. Medicală, 2006, 428 p.
10. Ghid pentru buna prescriere a medicamentelor. OMS, București, Ed. Meridiane, 2000, 106 p.
11. Gonciar V., Cazacu V., Dumbrava V.-T. Farmaco- și fitoterapia în gastroenterologie. Chișinău, Centrul Editorial-Poligraic Medicina, 2006, 183 p.
12. Gonciar V., Scutari C., Matcovschi C. Farmaco- și fitoterapia în bolile sistemului respirator. Chișinău, Centrul Editorial-Poligraic Medicina, 2006, 119 p.
13. International Pharmaceutical Federation. Good Pharmacy Practice (GPP) in developing countries. Supplementary guidelines for stepwise implementation. FIP Community Pharmacy Section, 1998, 9 p.
14. Matcovschi Constantin, Safta Vladimir. Ghid farmacoterapeutic. Chișinău, Ed. "Vector", 2010, 1296 p.
15. Menabde N., Stobbelaar F.: The patient in focus. A strategy paper/WHO/EURO (WHO/DAP/98.8), 1998, 38 p.
16. Popușoi Eugen. Sănătate publică și management. Chișinău, "C.E.P. Medicină", 2002, 720 p.
17. Reglementarea activității farmaceutice în Republica Moldova. Chișinău, Ed. Vector, 2007, 1038 p.
18. Safta V., Revenco A., Lupu M., ș.a. Buna guvernare în sistemul farmaceutic. Chișinău, 2008, 125 p.

19. Spinei L. ș.a. Epidemiologie și metode de cercetare. Chișinău. 2006, 224 p.
20. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. Guvernul RM. MS RM. Chișinău. 2007, 72 p.
21. Voicu Mariana, Cărașu Elena-Mihaela. Management sanitar și farmaceutic. Iași, Ed. "Gr.T. Popa", 2003, 245 p.
22. Voicu Mariana, Cărașu Elena-Mihaela. Marketingul medicamentelor. Iași, Ed. "Ed. T. Popa", 2004, 339 p.
23. Voicu Mariana. Elemente de management și marketing farmaceutic. Iași, Gr. CERMI. 1999, 279 p.
24. World Health Organization. Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. Geneva, WHO, 1996, (WHO/PHARM/DAP/96.1), 10 p.
25. Wulji T, Airaksinen M: (ed.) Counselling, Concordance and Communication Innovative Education for Pharmacists. International Pharmaceutical Students' Federation and International Pharmaceutical federation, 2005, 48 p.
26. Багирова В.П. Управление и экономика фармации. М., Медицина, 2004, 716 с.
27. Береговых В.В., Мешковский А.П. Нормирование фармацевтического производства. М., Ремедиум, 2001, 527 с.
28. Всемирная Организация Здравоохранения. Надлежащая аптечная практика в Новых Независимых Государствах. Руководство по разработке и внедрение стандартов, Копенгаген, Дания, 2001, 10 с.
29. Зупанец И.А., Черных В.П. Фармацевтическая опека (АТЛАС). Киев, Фармацевт Практик, 2004, 190 с.
30. Масуд Р., Асков К., Рейнке Дж., и др. Современная Парадигма Улучшения Качества в Здравоохранении. Монография по ОК, Бетезда, Мэриленд: Опубликовано Проектом по Обеспечению Качества по заказу Агентства США по Международному Развитию (USAID), 2003, 110 с.
31. Моссиалос Элиас, Мразек Моника, Уолли Тома. Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства. ВОЗ, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2006, 378 с.
32. Мошкова Л. В., Коржавых Э.А., Федина Е. А., Саутенкова Н. П. Безрецептурный отпуск лекарственных средств в системе самопомощи и самопрофилактики. М., МЦФЭР, 2001, 214 с.
33. Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента. Руководство, ВОЗ, ММФ, 2006, 110 с.
34. Салтман Р. В., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. ВОЗ, 2000, 429 с.
35. Синичкин А. А.. Аптека будущего – рецепты эффективности. М., Професионал – центр, 2002, том 1 – 454 с, том 2 – 550с.
36. Черных В.П., Зупанец И.А. Фармацевтическая опека, курс лекций. Харьков, Фармитэк, 2006, 534 с.

ANEXE

Anexa 1

Numărul de observații necesare pentru ca eroarea să nu depășească limita dată în 19 cazuri din 20

Când mărimea indicatorului este ... %	Limita erorii relative în %						Când mărimea indicatorului este ... %
	1	2	3	4	5	10	
1	400	100	45	26	17	5	99
2	800	200	90	50	32	9	98
3	1200	300	130	74	48	13	97
4	1300	400	120	100	62	16	96
5	1900	500	210	120	77	20	95
6	2300	600	250	140	90	24	94
7	2600	650	290	160	110	27	93
8	3000	740	330	190	120	30	92
9	3300	800	370	210	130	34	91
10	3600	900	400	230	150	37	90
15	5100	1300	570	320	210	53	85
20	6400	1600	710	400	260	65	80
25	7500	1900	830	470	300	76	75
30	8400	2100	930	530	340	85	70
35	9100	2300	1010	570	370	92	65
40	9600	2400	1070	600	390	97	60
45	9900	2500	1100	620	400	100	55
50	10000	2500	1110	630	400	100	50

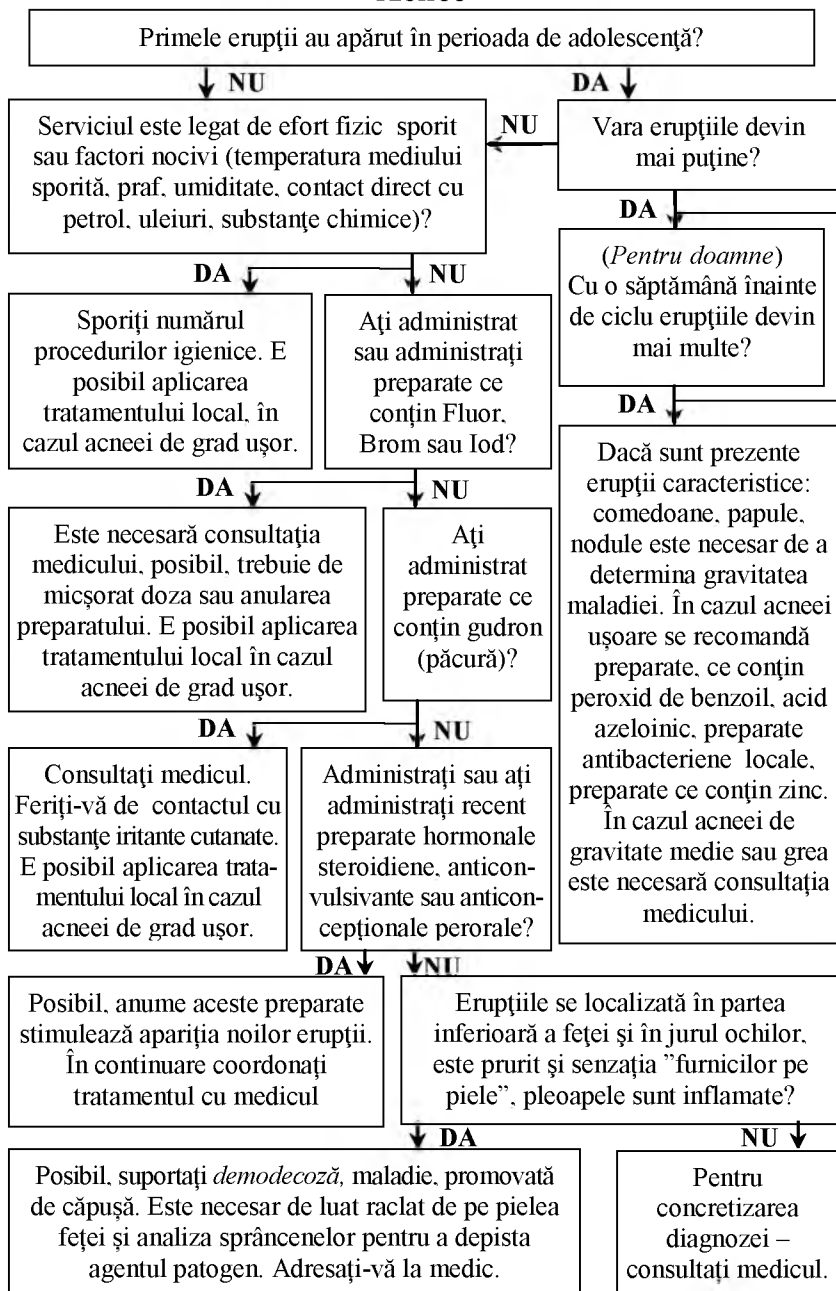
Anexa 2

ALGORITME
de discuție a farmacistului cu vizitatorii farmaciei
pentru cele mai răspândite boli și simptome[29]

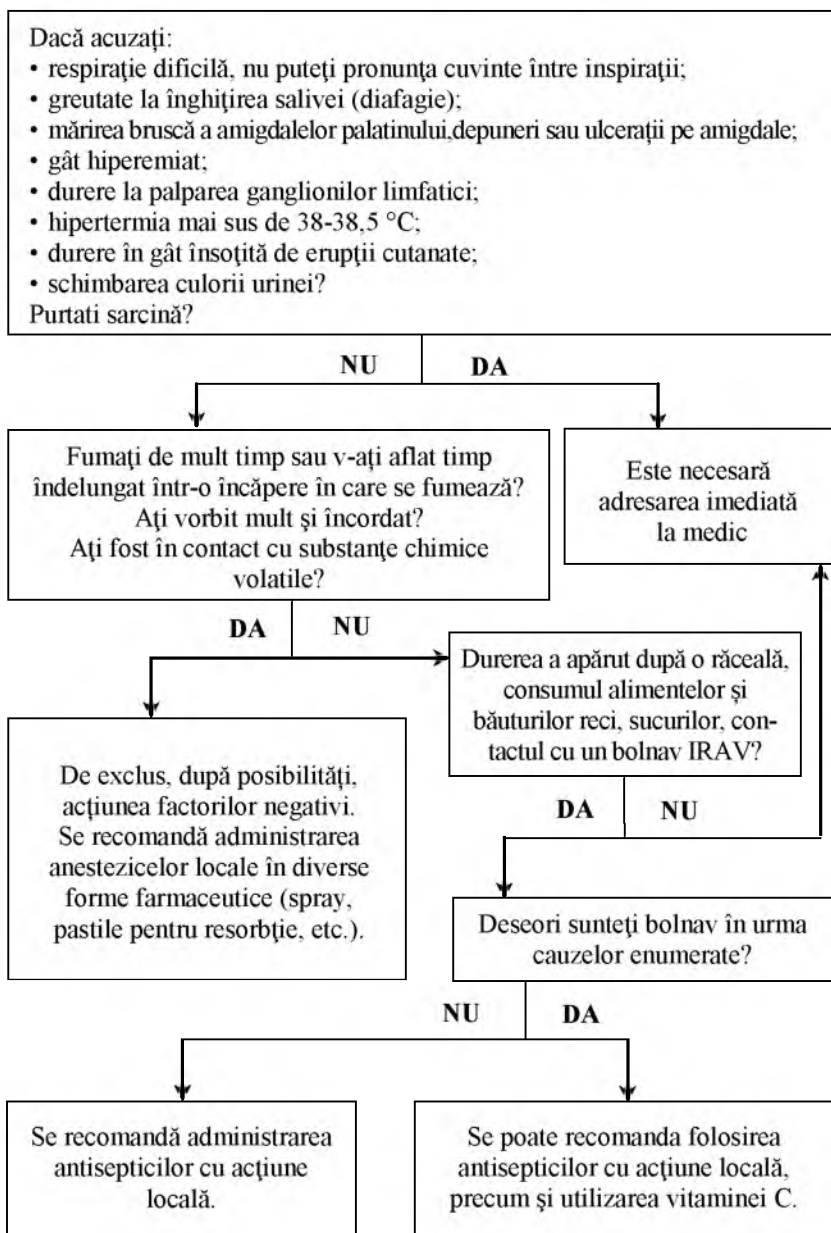
Indice alfabetic

Pag.	Boli, simptome	Pag.	Boli, simptome
328	Acnee	350	Hipovitaminoză
329	Afecțiuni inflamatoare ale faringelui și laringelui	351	Insuficiență fermentativă a pancreasului
330	Candidoză vaginală	352	Îngrijirea picioarelor
331	Cefalee	353	Meteorism
332	Contracepția	354	Micoze
333	Dereglări ale circulației periferice	355	Migrenă
334	Dereglări ale circulației sanguine cerebrale	356	Miozită, neuralgie, sindrom radicular
335	Dereglări ale funcției vezicii biliare și căilor biloexcretorii	357	Osteoartroză
336	Dereglări de memorie	358	Osteoporoză
337	Diaree	359	Pediculoză
338	Dilatarea varicoasă a venelor	360	Pirozis
339	Dischinezia căilor biliare	361	Profilaxia deficienței de iod
340	Dureri de dinți	362	Profilaxia infecțiilor respiratorii
341	Dureri de ficat	363	Răceală
342	Dureri în spate	364	Rinită
343	Dureri musculare în caz de traumă	365	Scabie
344	Dureri în gât	366	Sindromul algic: prim ajutor
345	Febră	367	Stări anxioase
346	Gastrită cronică	368	Stări spastice
347	Helmintiaze	369	Stări, provocate de carența magneziului
348	Hematoame și contuzii	370	Stomatită
349	Herpes	371	Stres
		372	Tuse

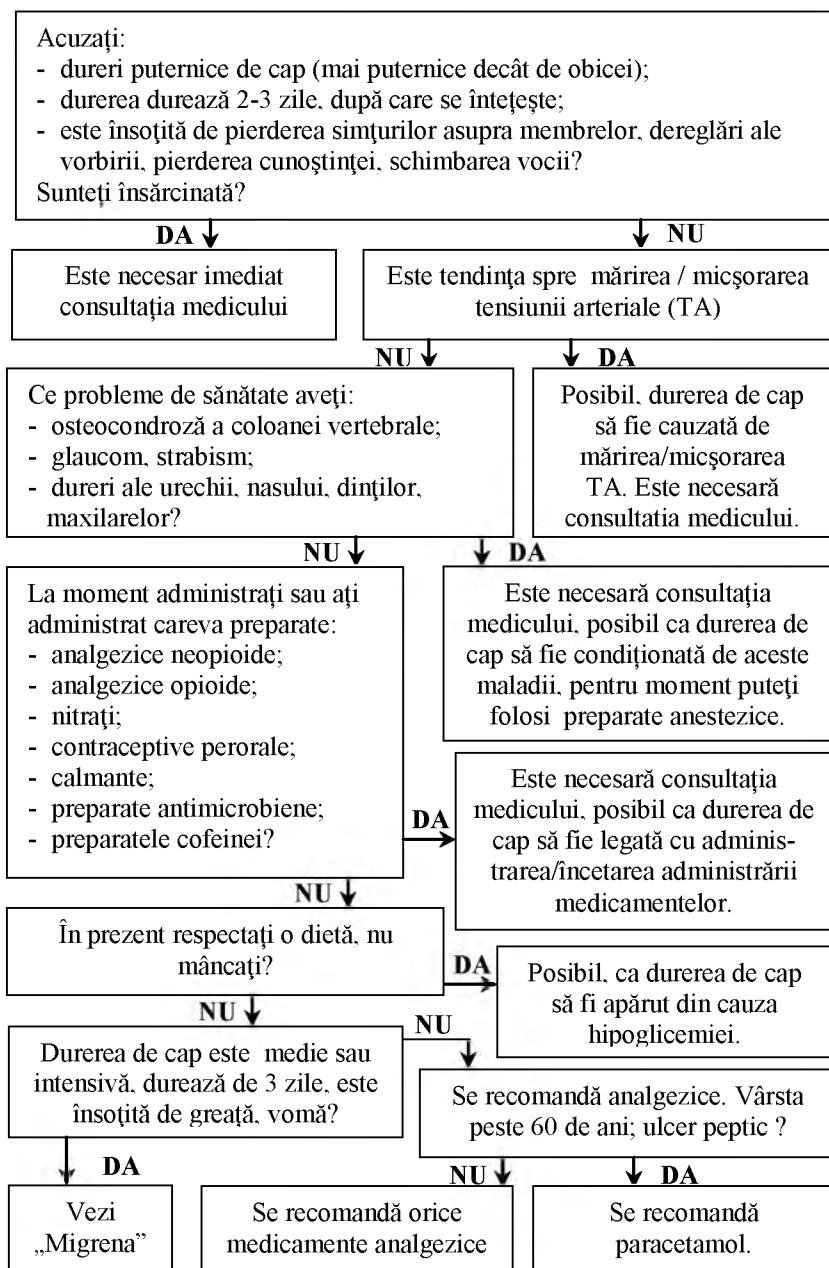
Acnee



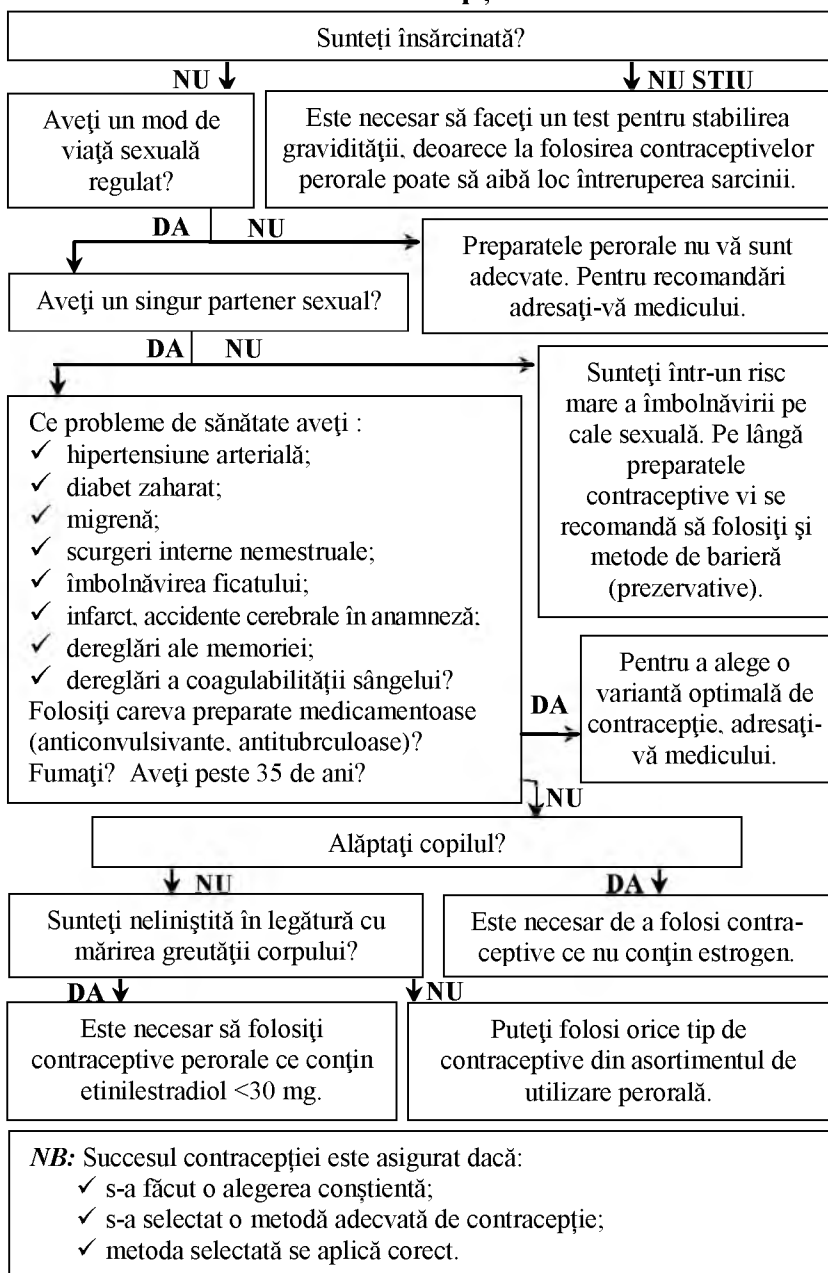
Afecțiuni inflamatoare ale faringelui și laringelui



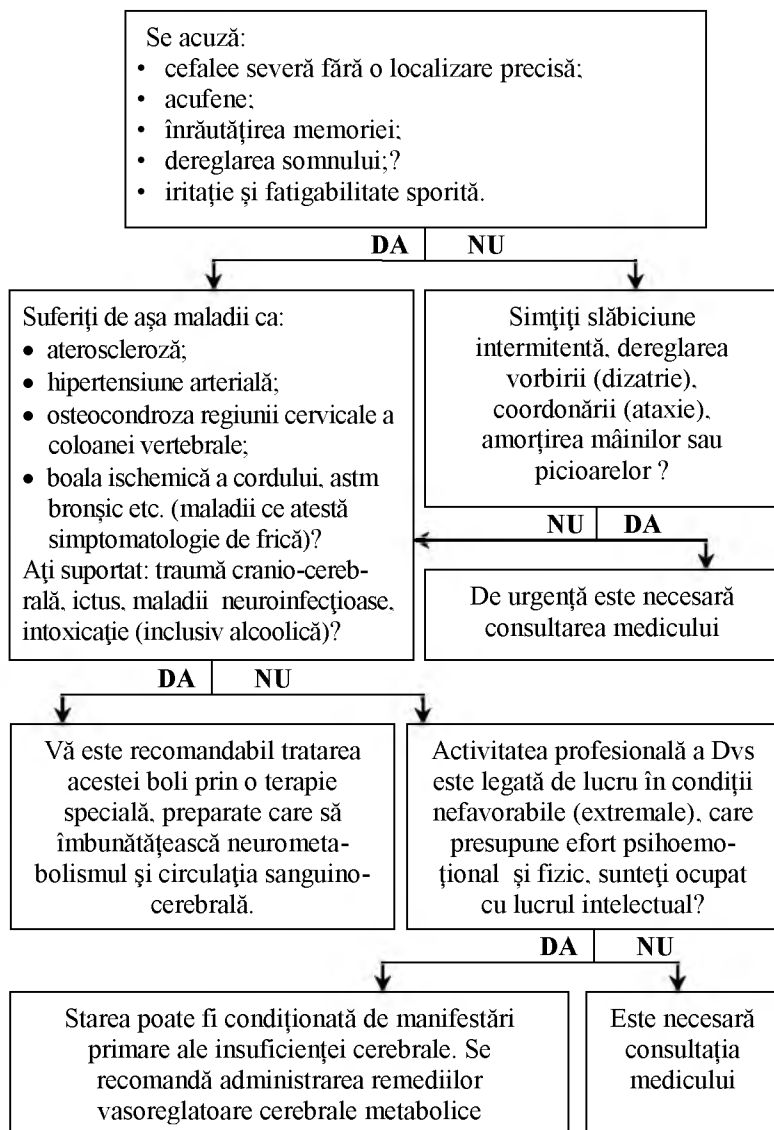
Cefalee



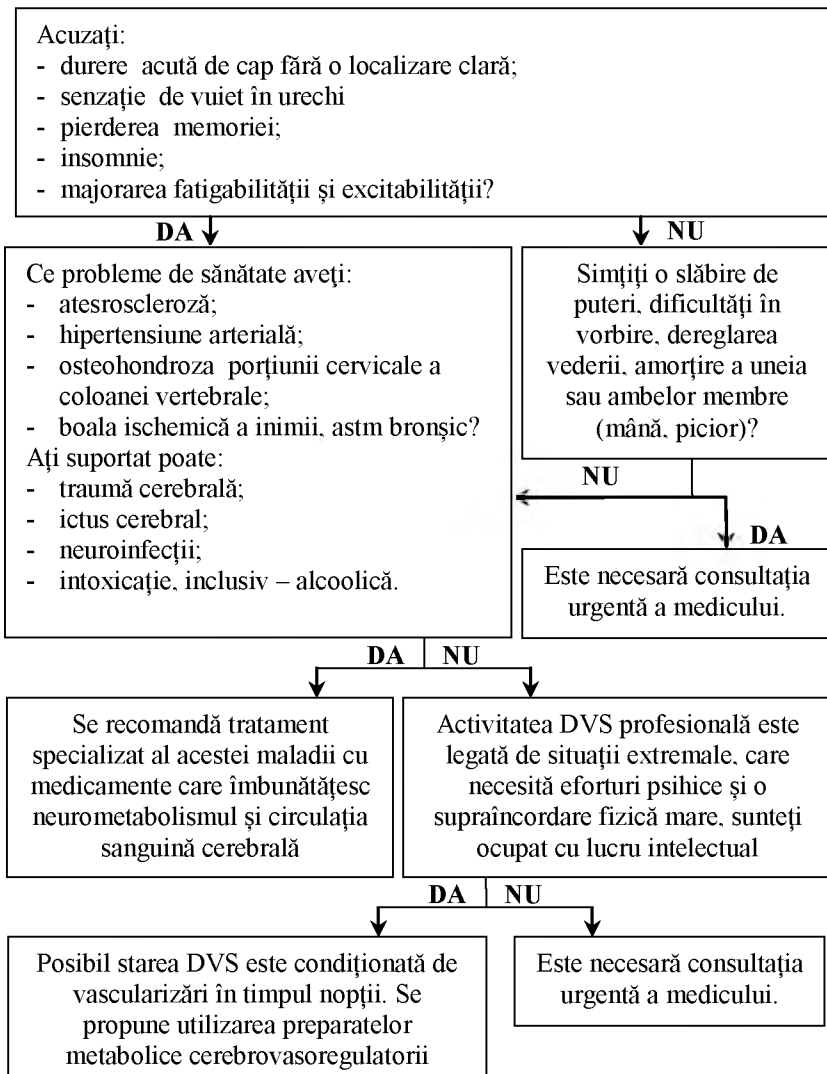
Contracepție



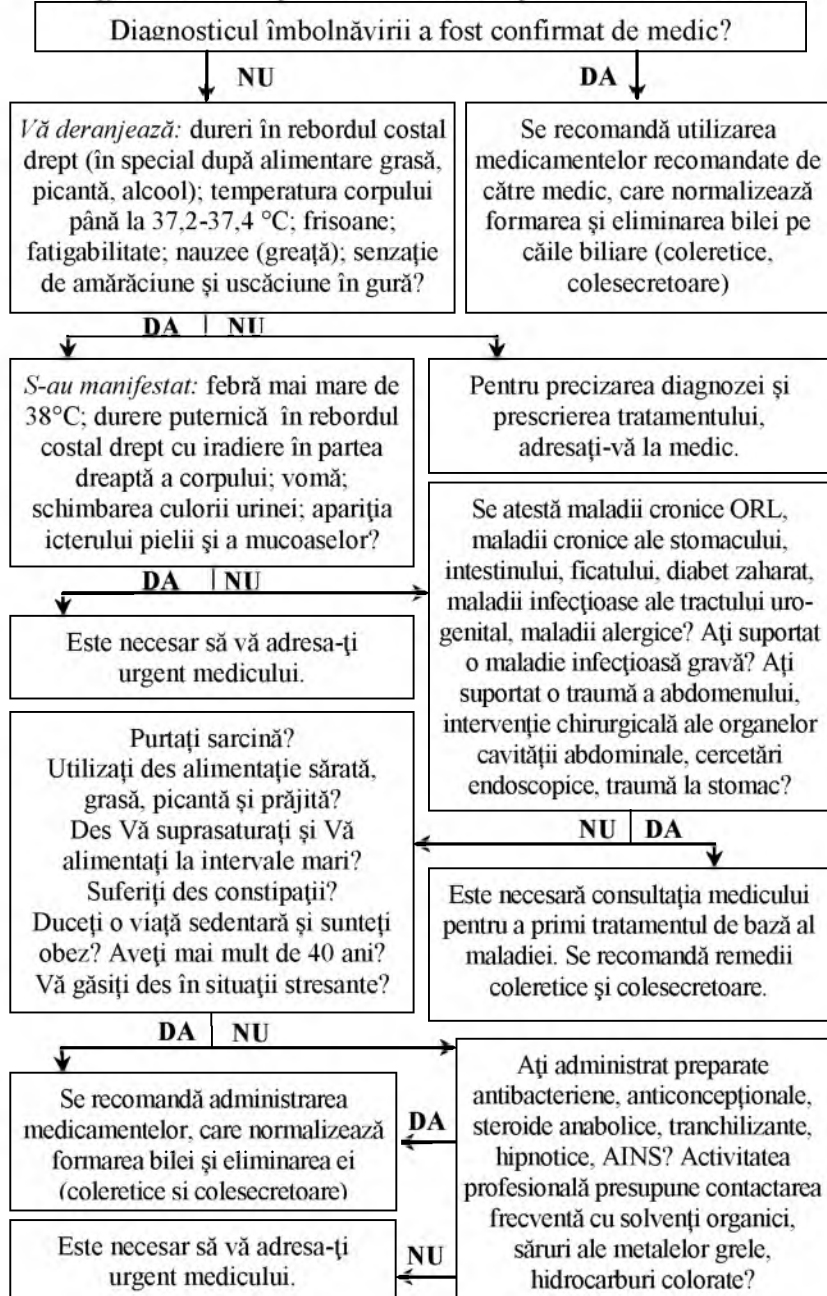
Dereglări ale circulației periferice



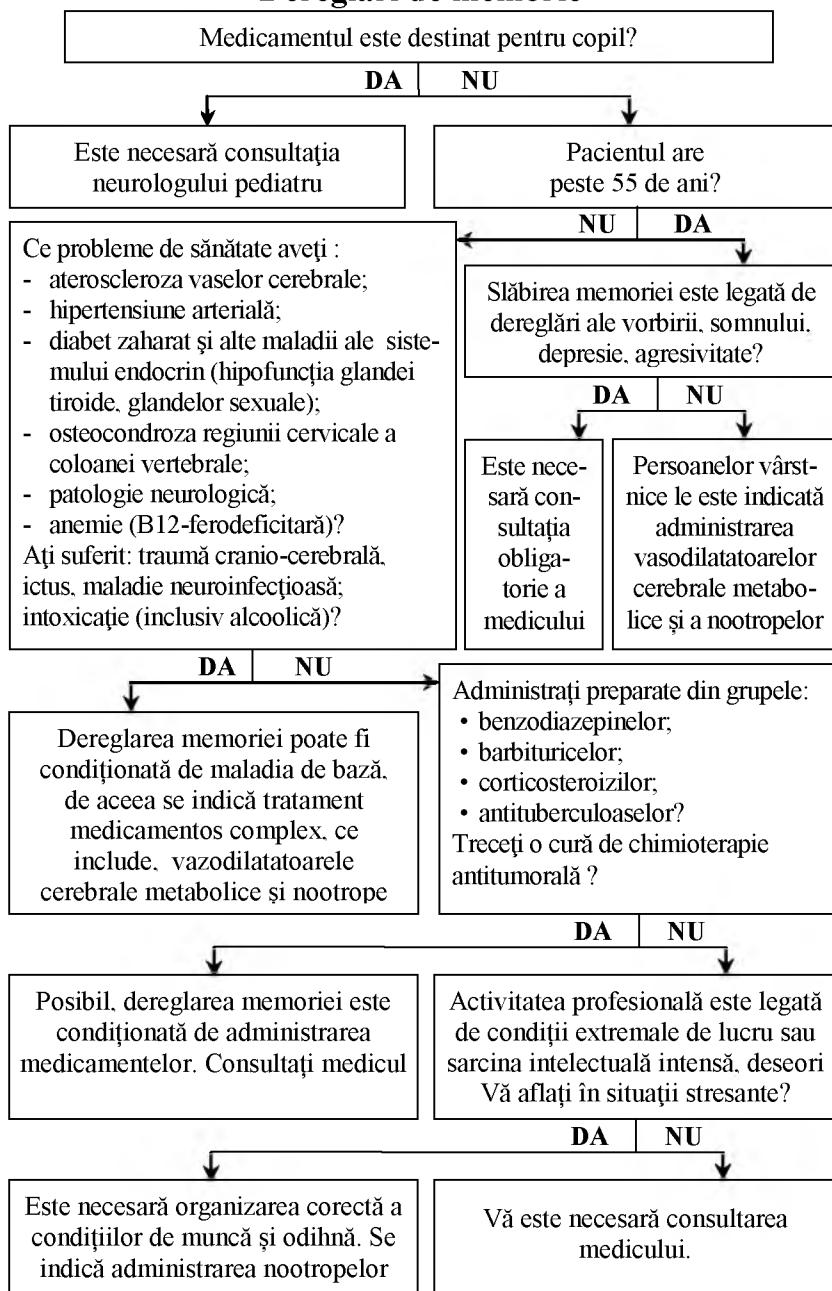
Deregări ale circulației sanguine cerebrale



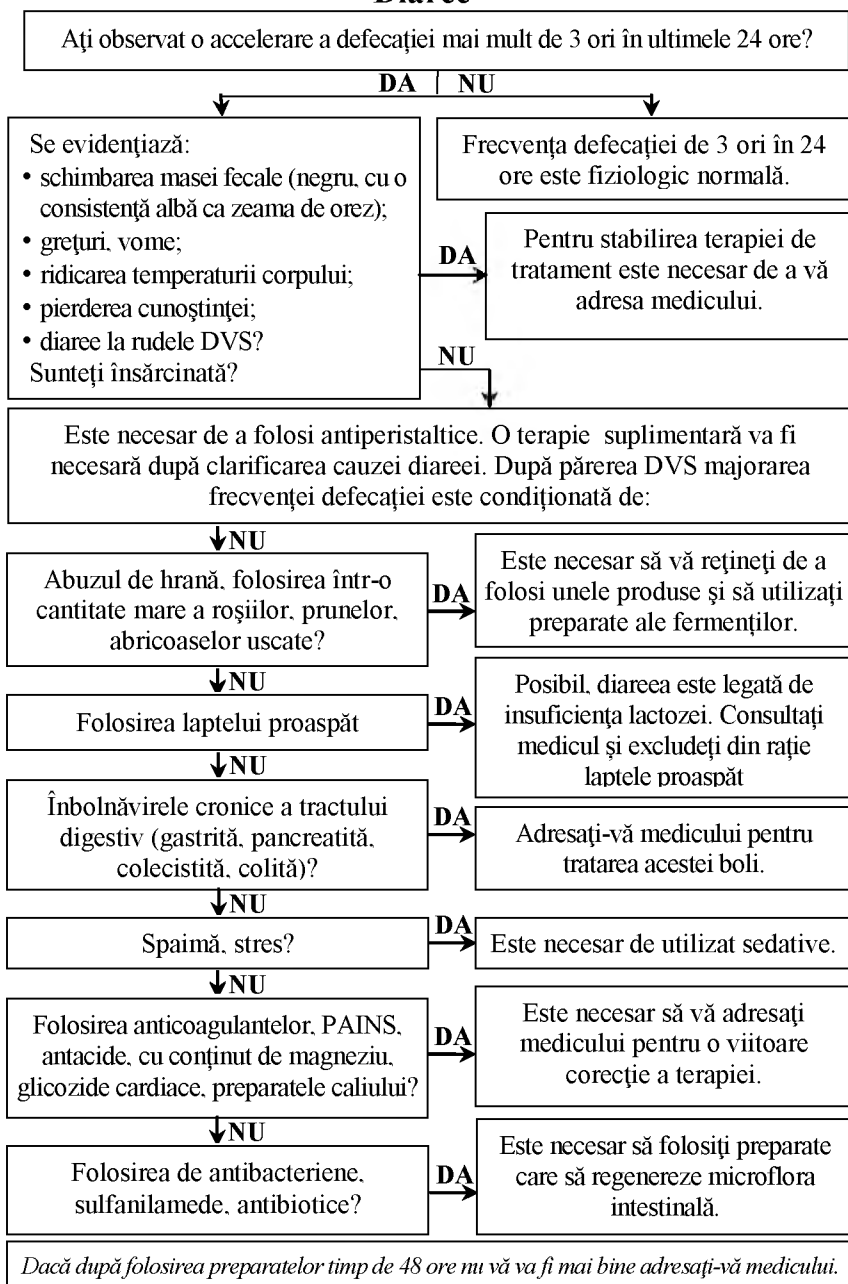
Deregări ale funcției vezicii biliare și căilor biloexcretorii



Dereglări de memorie



Diaree



Dilatarea varicoasă a venelor

Vizitatorul acuză: dilatarea venelor subcutanate și apariția nodulilor; apariția teleangiectaziilor; durere și senzație de greutate în membrele inferioare.

Vă deranjează următoarele simptome: durere de-a lungul venei dilatate; hiperemie dungată; întărirea venei sub formă de aderență; hipertermie

NU DA

Acuzați următoarele simptome:

- durere și greutate în membrele inferioare care apar, de regulă, în a doua jumătate a zilei;
- edemarea membrelor inferioare spre seara, care dispar după odihna nocturnă;
- senzație de amorțire, prurit, urticarie, usturime în tălpi;
- convulsii nocturne în mușchii gastrochemiani?

Este necesar urgent să vă adresați la medic

NU ↓

DA ↓

Vă atribuiți la grupul de risc privind maladiile venelor membrilor inferioare:

- activitatea profesională este legată de aflarea îndelungată în poziție așezată sau în picioare, de ridicarea greutăților;
- aveți greutate corporală supraponderală;
- vârsta este trecută de 40 ani;
- sunteți însărcinată sau acuzele au apărut în perioada postpartum?

Acuzați maladii ca:

- diabet zaharat;
- endarterită obliterantă;
- ateroscleroză obliterantă a membrelor inferioare;
- insuficiență cardiacă cronică

NU DA

NU DA

Există factori de risc în complicațiile dilatării varicoase ale venelor:

- v-ați aflat timp îndelungat la regim de pat;
- ați suportat o traumă sau intervenție chirurgicală;
- deseori călătoriți în condiții neconfortabile cu genunchii strânși;
- administrați preparate hormonale cu estrogen sau contraceptive orale?

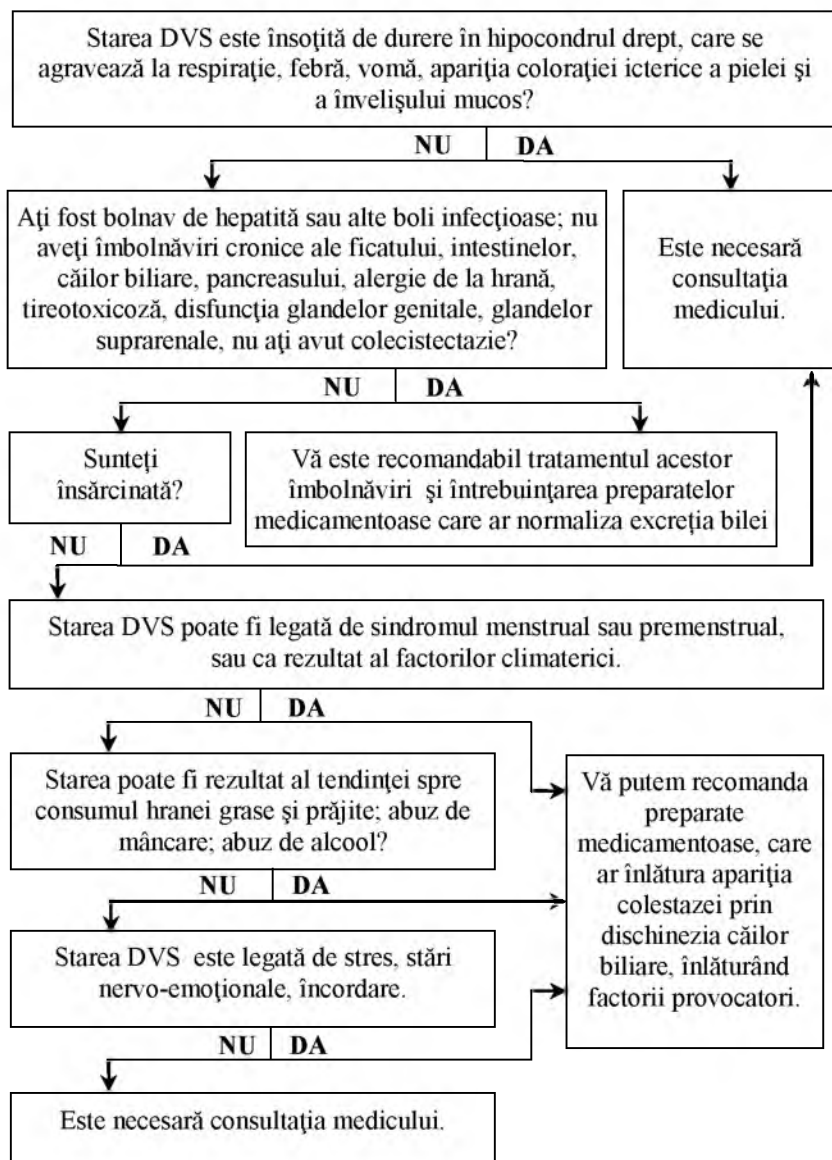
DA →

Pentru stabilirea diagnozei și prescrierea tratamentului este necesară consultația medicului. Pentru ușurarea stării pot fi administrate medicamente venotonice pentru uz extern

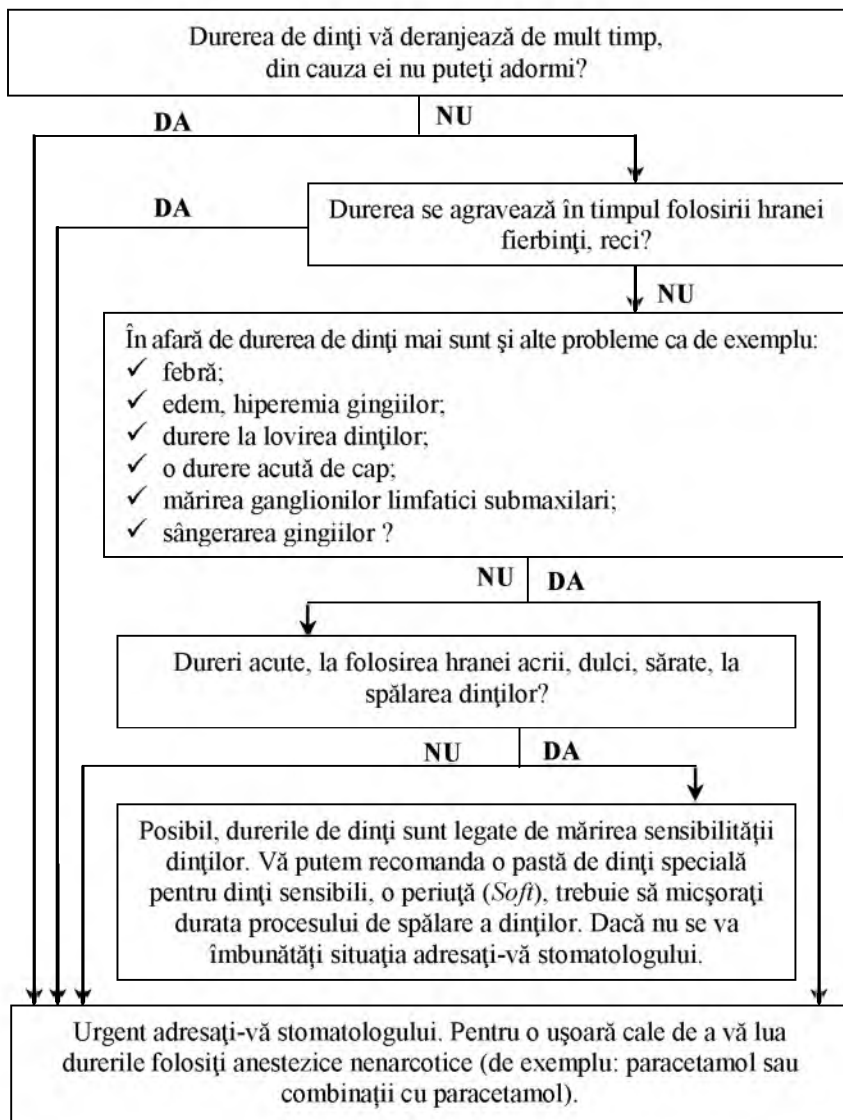
↓ NU

Cu scop profilactic puteți utiliza preparate venotonice pentru uz intern și extern, tricotaj compresionat terapeutic (ciorapi speciali), înfășurarea membrilor cu fese elastice

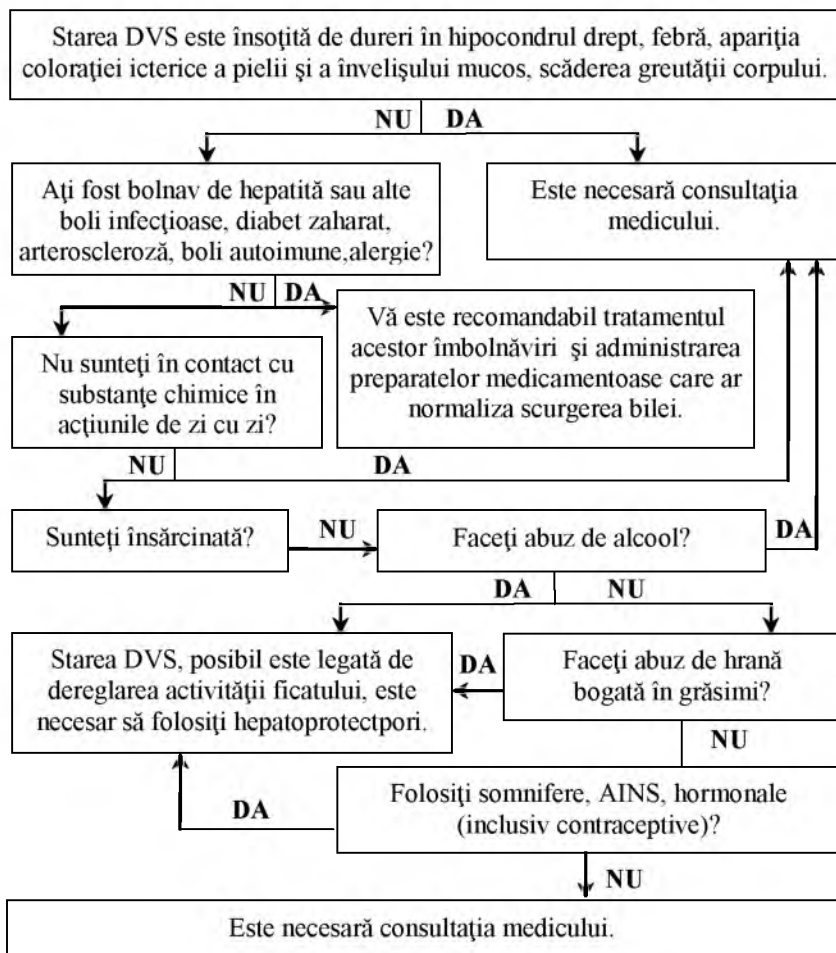
Dischinezia căilor biliare



Dureri de dinți

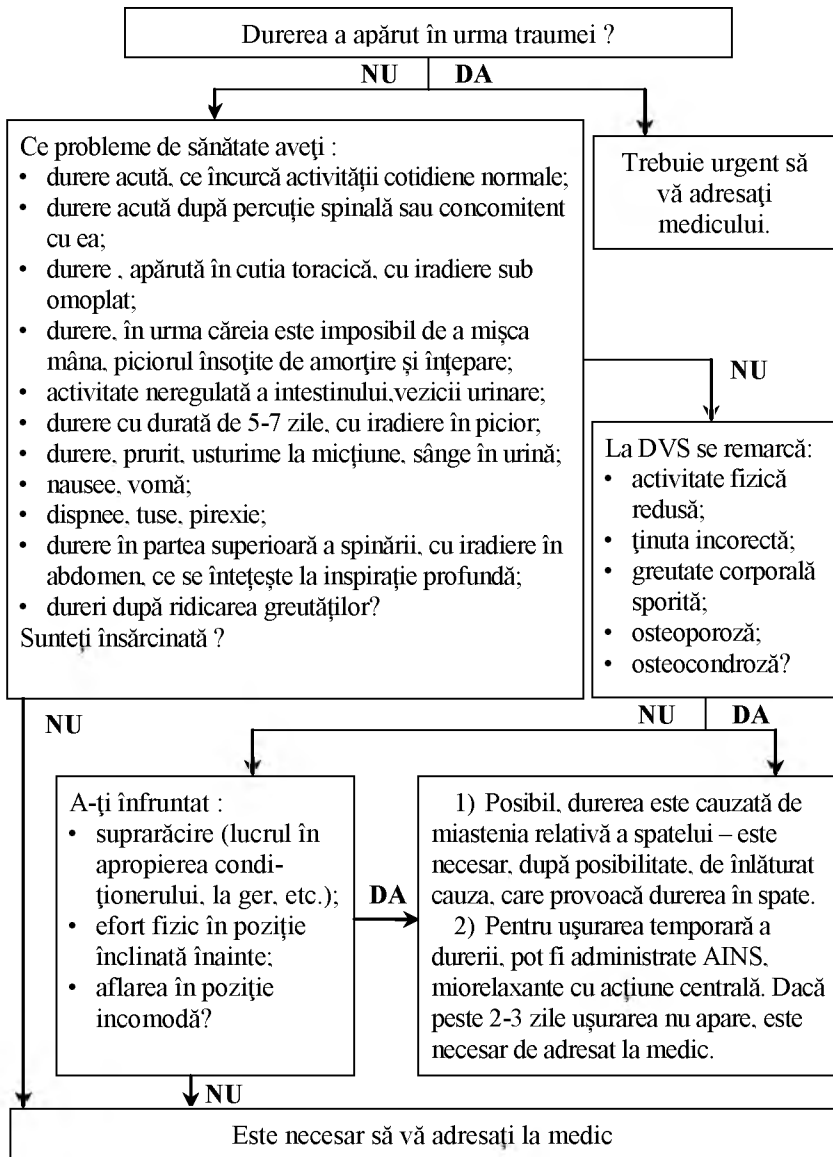


Dureri de ficat

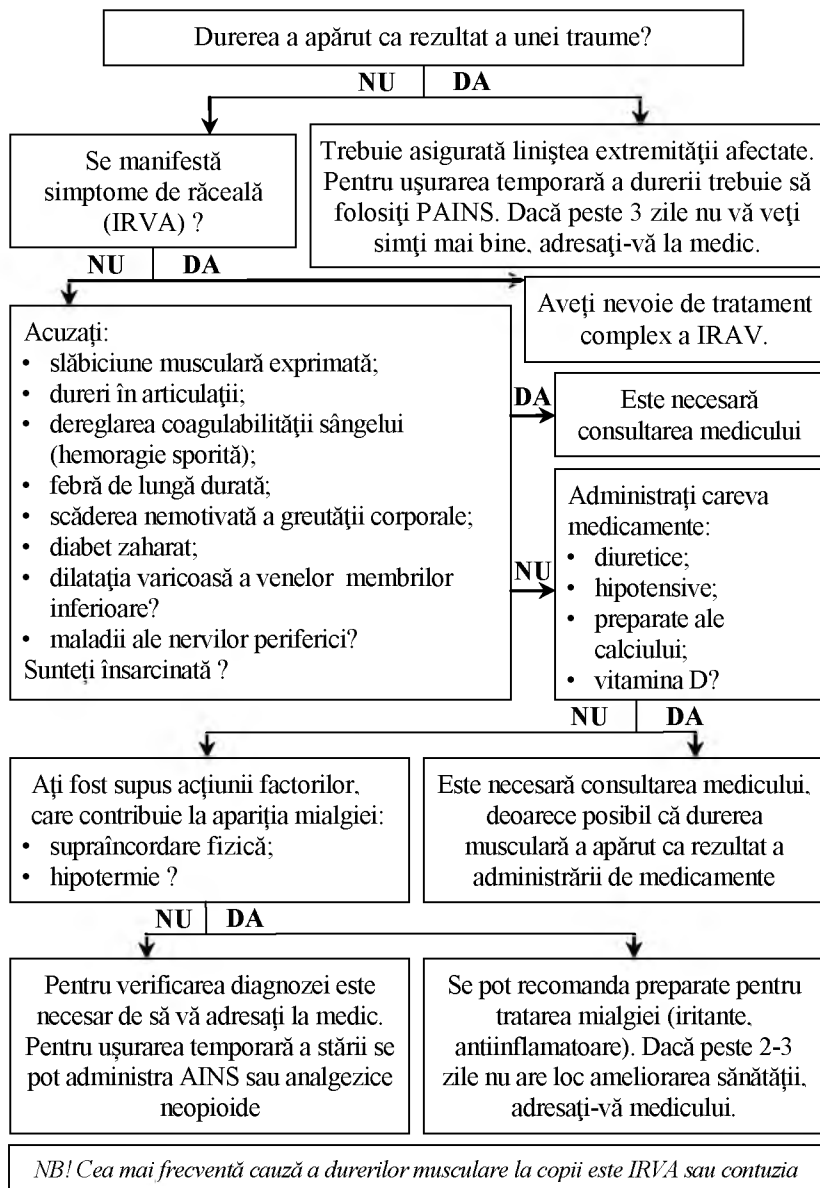


Dureri în spate

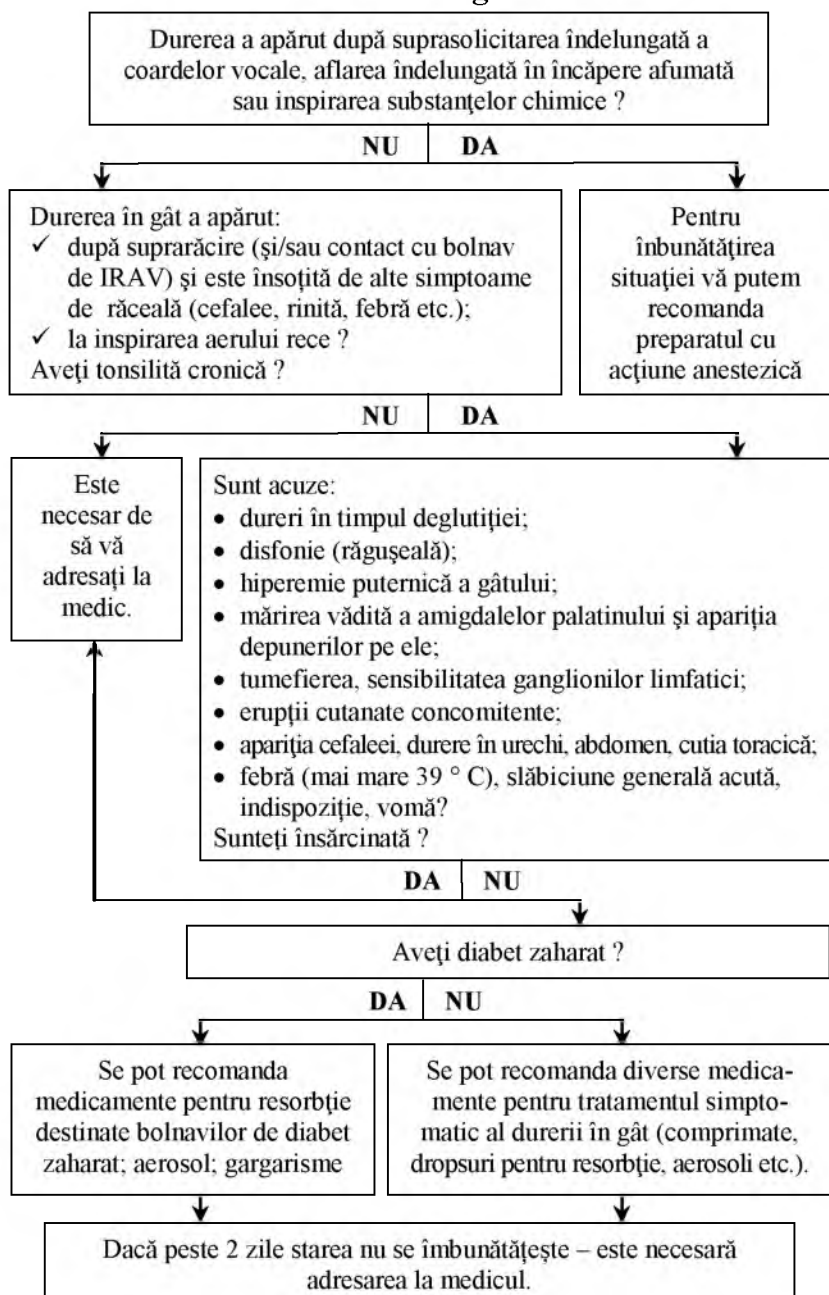
NB! La copii durerile în spate apar în caz de traumă sau la afectarea organelor interne (rinichilor, căile biloeexcretoare, etc.) – în aceste cazuri neapărat trebuie de adresat la medic



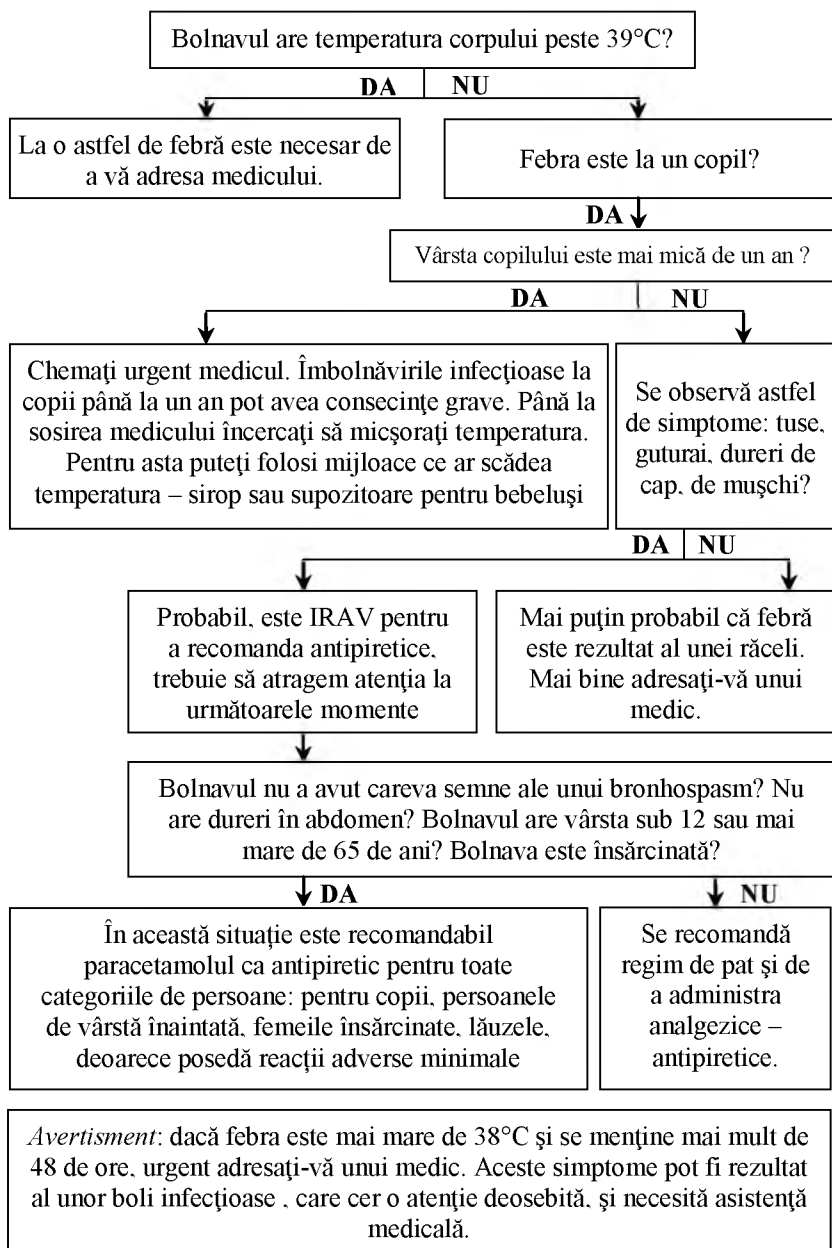
Dureri musculare în caz de traumă



Dureri în gât

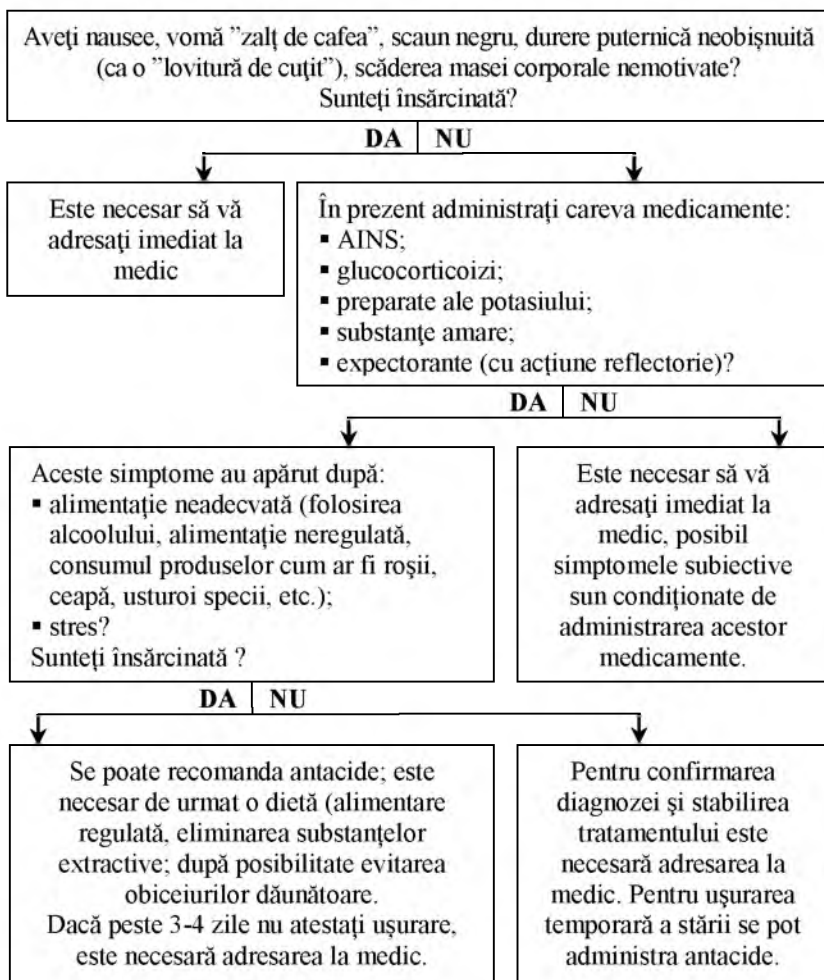


Febră



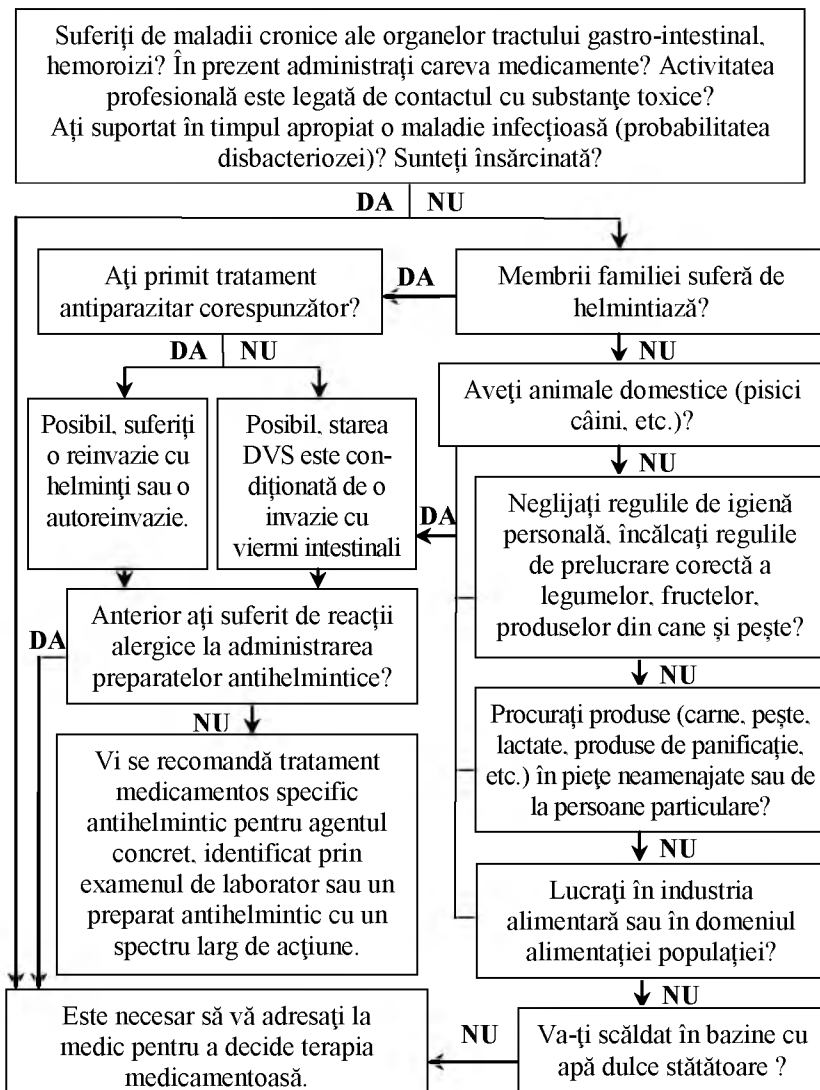
Gastrită cronică

La farmacist s-a adresat un vizitator cu următoarele acuze proaspăt apărute: *durere în regiunea epigastrică, apărute pe nemâncate și/sau pe timp de noapte; pirozis, eructație acidă*

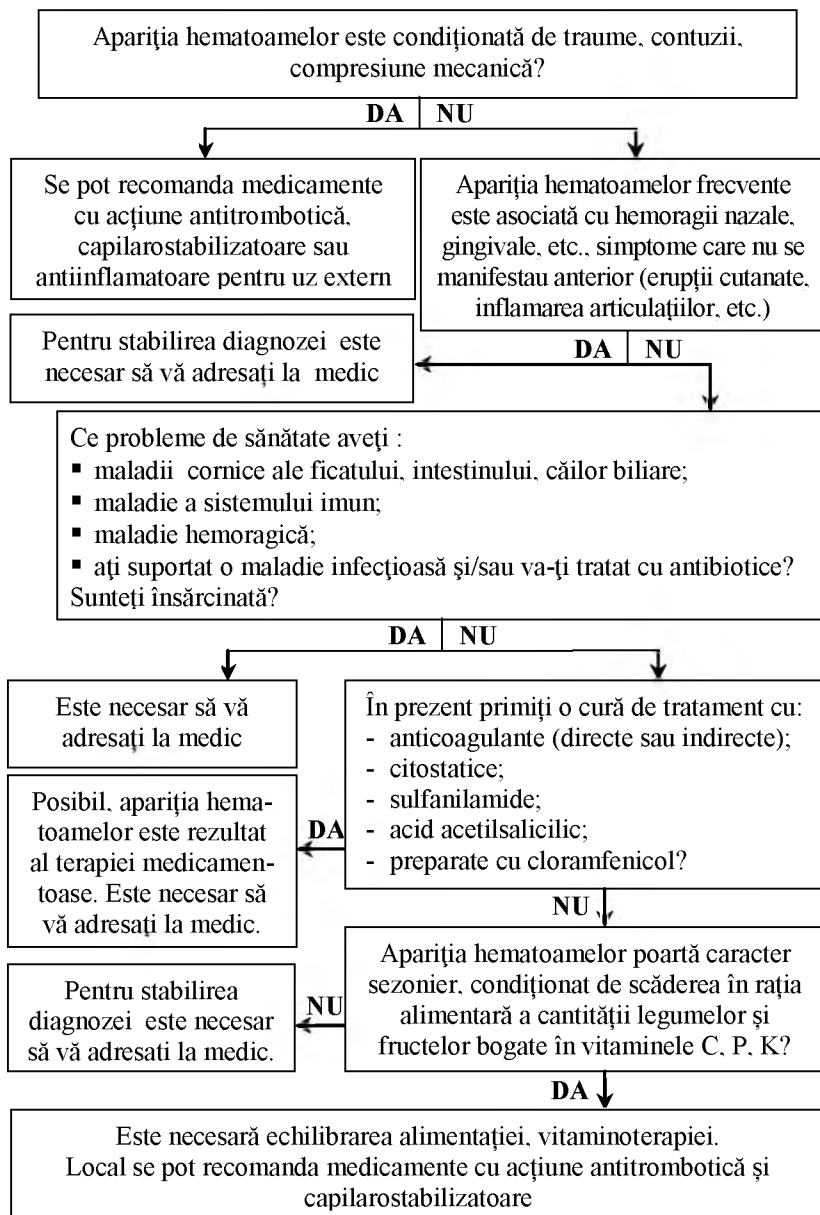


Helmintiaze

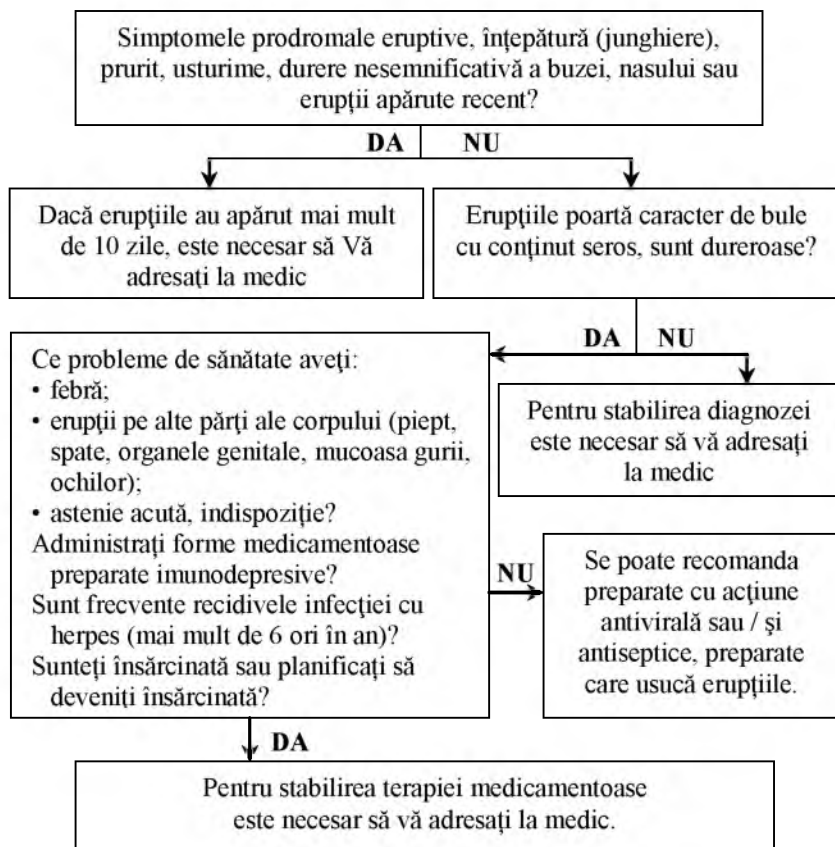
S-a adresat un vizitator cu acuze: nausee, dispariția poftei de mâncare, scăderea în greutate, senzație de xerostomie (sau sialoree), iritabilitate, dereglarea somnului, cefalee, dereglarea scaunului, dureri în abdomen de localizare diversă, disconfort în regiunea anală. Anterior aceste simptome nu s-au manifestat, iar acum – poartă un caracter permanent



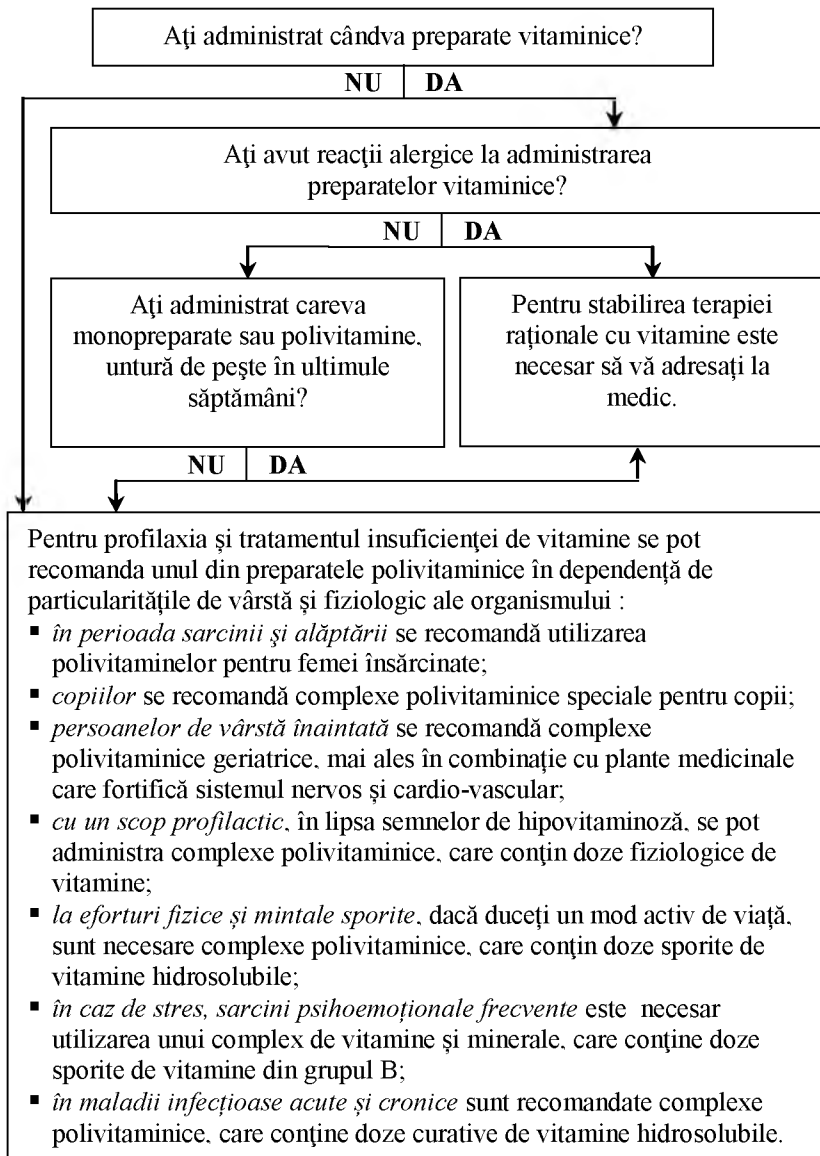
Hematoame și contuzii



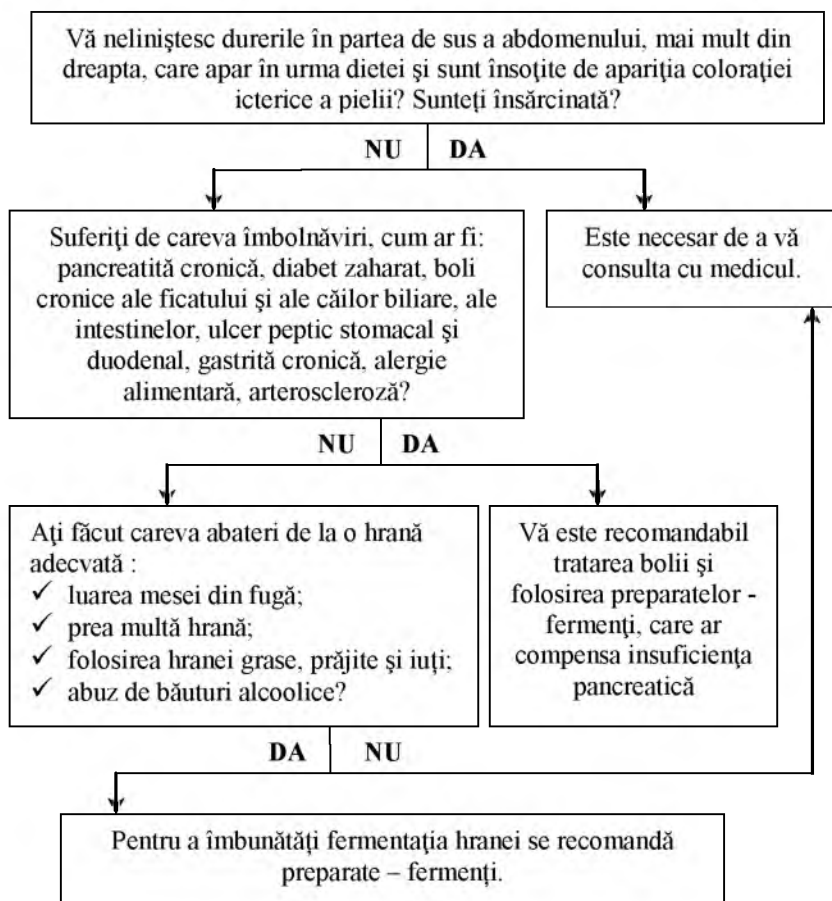
Herpes



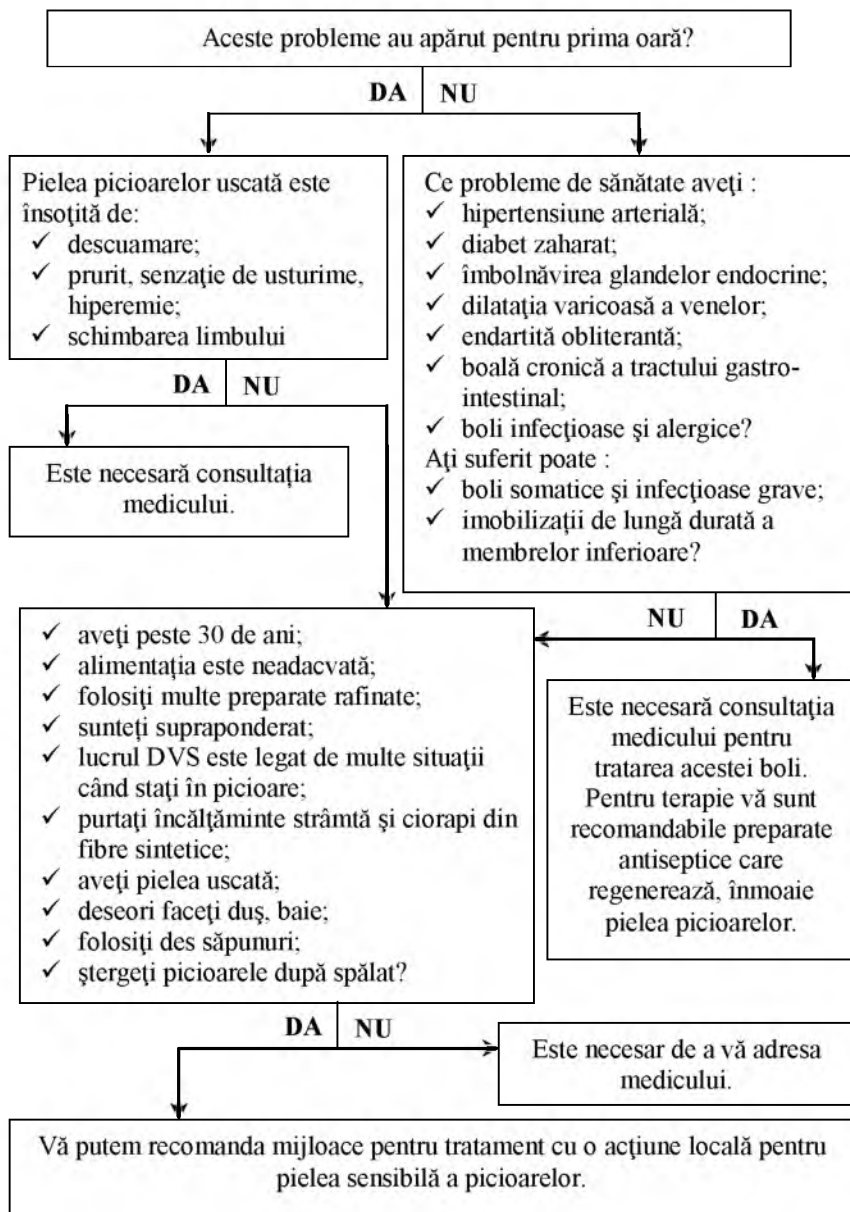
Hipovitaminoză



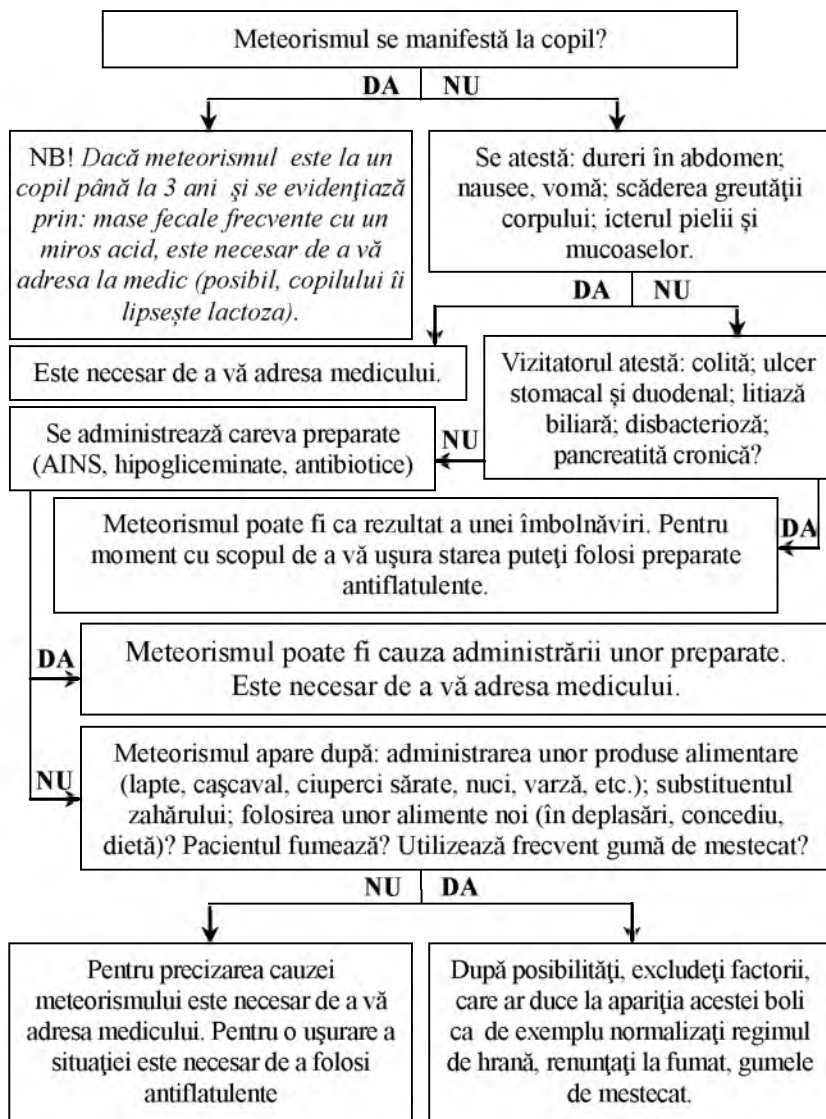
Insuficiență fermentativă a pancreasului



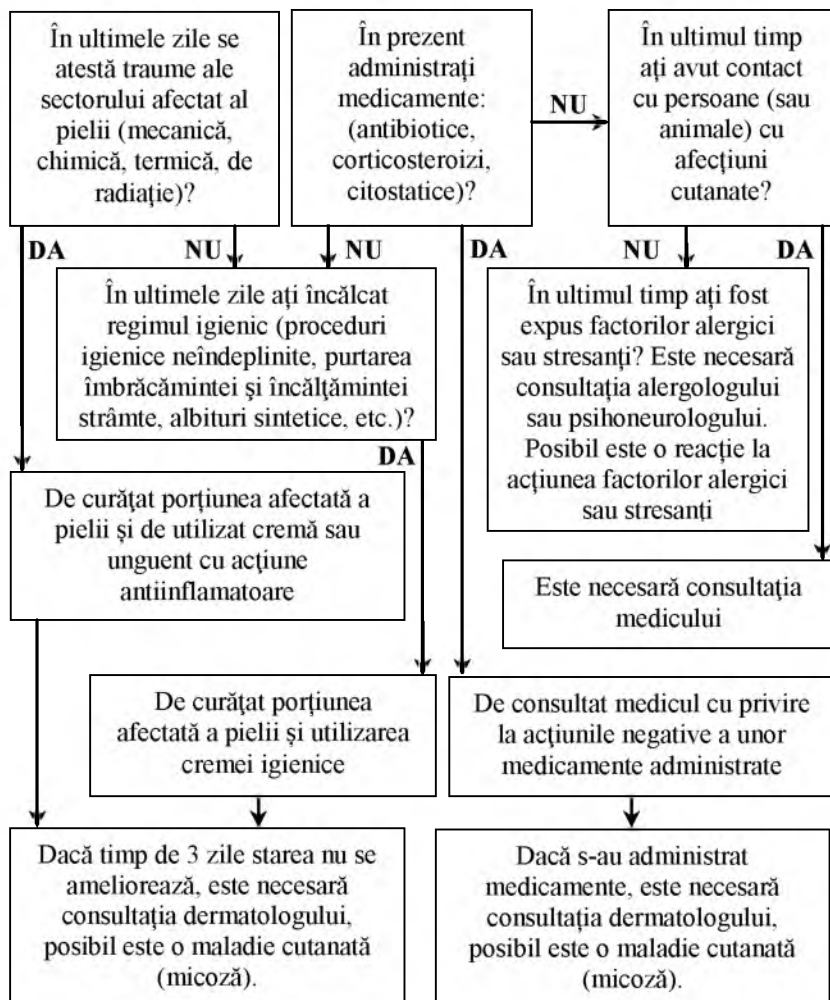
Îngrijirea picioarelor



Meteorism



Micoze



Migrenă

Vizitatorul acuză: hipertensiune arterială, tensiune intracraniană ridicată, glaucom, osteocondroza regiunii cervicale a coloanei vertebrale, maladii cronice otorinolaringologice, oftalmologice, neurologice, alergice, tireotoxicoză, maladii ale țesutului conjunctiv (reumatism, lupus eritematos)?
Se atestă în anamneză meningoencefalită, traumă cranio-cerebrală?

↓ **DA**

↓ **NU**

Este necesară consultația medicului

Durerile de cap sunt însoțite de :

- febră și confuzie;
- pierderea cunoștinței;
- amorțirea limbii, a membrelor inferioare sau/și superioare;
- înrăutățirea văzului, auzului s.a.?

↓ **DA**

↓ **NU**

Ați administrat sau administrați careva medicamente:

- contraceptive hormonale;
- antagoniști ai H_2 -receptorilor;
- pentru tratarea dependenței nicotice;
- blocante ale canalelor de calciu;
- acid nicotinic;
- cofeină, indometacină, nitrați;
- anticonvulsivante (barbiturice, benzodiazepine)?

↓ **DA**

↓ **NU**

Posibil durerea de cap este provocată de:

- stres, suprasolicitare fizică;
- utilizare excesivă de alcool;
- contact îndelungat cu insecticide, gaz de cahlă;
- utilizarea frecventă a produselor cu conținut de glutamat de sodiu;
- ciclul menstrual;
- schimbarea timpului;
- utilizarea cafelei, ceaiului, cacao, cașcavalului, ciocolatei, boboaselor, alimentelor grase sau concomitentă cu inhibitorii MAO?

↓ **NU**

↓ **DA**

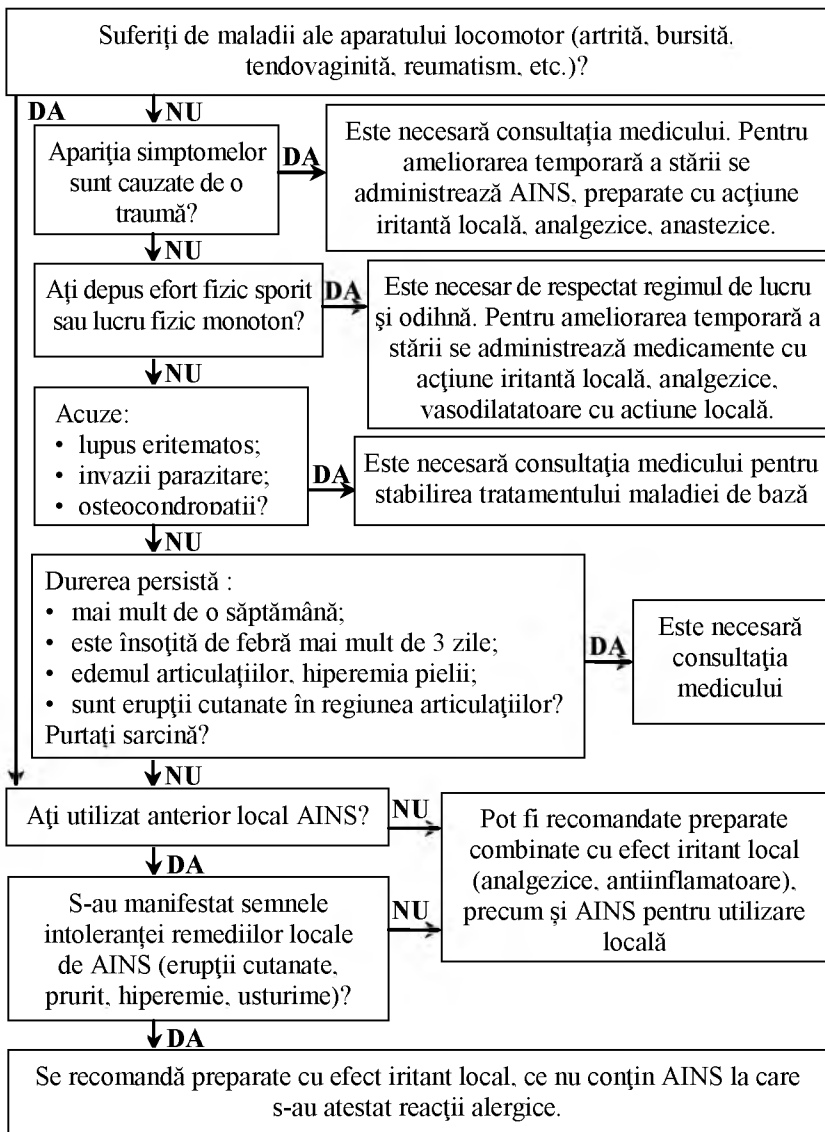
Durerea de cap poartă un caracter pulsant, este unilaterală, localizată în regiunea frontal-ocular-temporală a capului; intensitatea durerii crește la acțiunea iritanților auditivi, luminii puternice, mirosurilor înepătoare? Părinții sau rudele apropiate au suferit de migrenă?

↓ **NU**

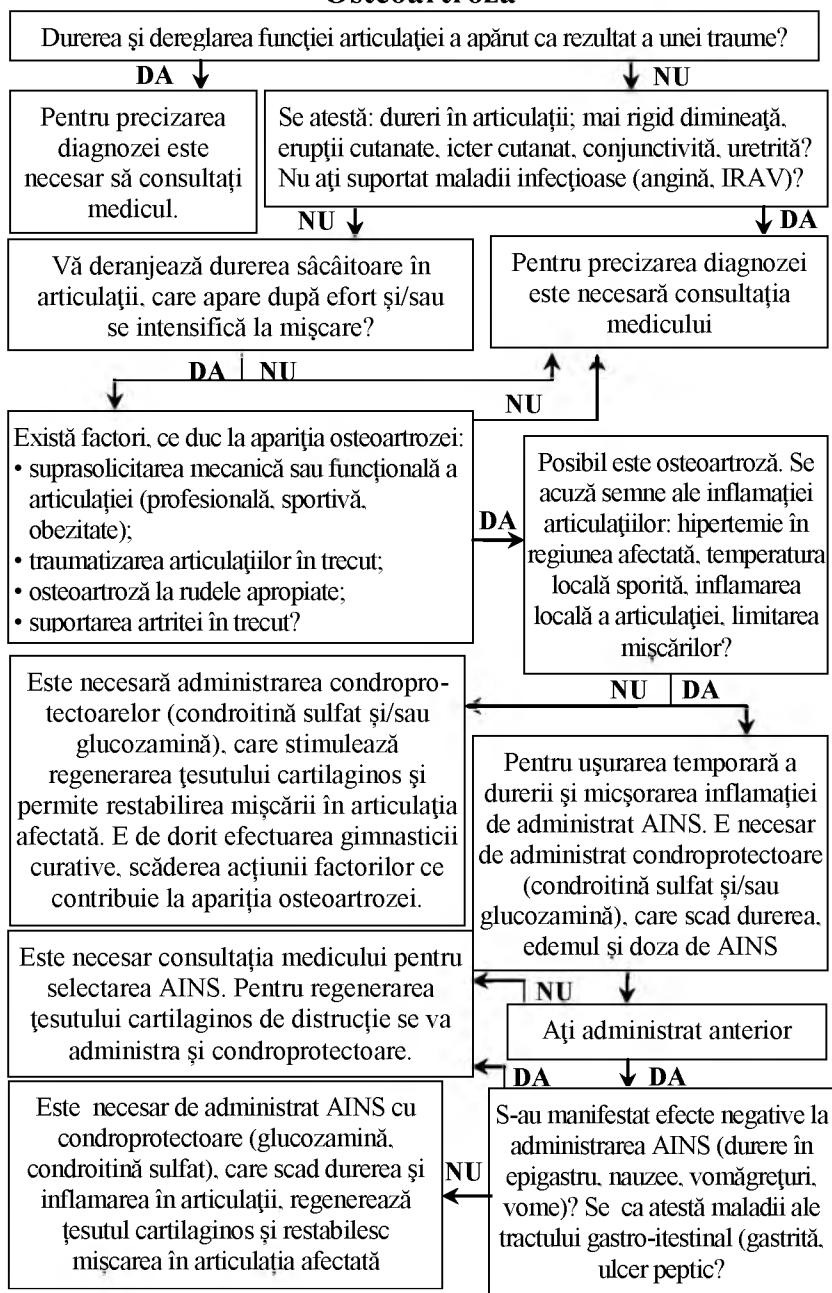
↓ **DA**

Cel mai mult probabil este necesară terapia antimigrenoasă. Pentru soluționarea problemei este necesară consultația medicului.

Miozită, neuralgie, sindrom radicular



Osteoartroză



Osteoporoză

Vizitatorul acuză dureri în coloana vertebrală (lateral în timpul mersului, în cutia toracică, care se întărește în timpul respirației profunde) și/sau în alte oase scheletale

Acuzați / ați acuzat:

- febră nemotivată;
- limitarea bruscă a mișcărilor (a unei regiuni a coloanei vertebrale);
- edemul țesuturilor moi;
- predispoziție sporită la fracturi
- dereglarea sensibilității?

NU DA

Sunt factori, care predispun la apariția osteoporozei:

- genul feminin;
- vârsta mai mare de 40 ani;
- menopauză;
- cantitate insuficientă în rația alimentară de produse bogate în calciu?

Pentru stabilirea
diagnozei este
necesar să vă
adresați la
medic.

DA

NU

Ce probleme de sănătate aveți :

- diabet zaharat;
 - patologia rinichilor (hidronefroză, glomerulonefrită);
 - tireotoxicoză, hiperparatiroidism;
 - sindromul Cushing;
 - ciroză hepatică;
 - fracturi în anamneză;
 - imobilizare îndelungată (după fractură, intervenție chirurgicală)?
- Administrați glucocorticoizi?

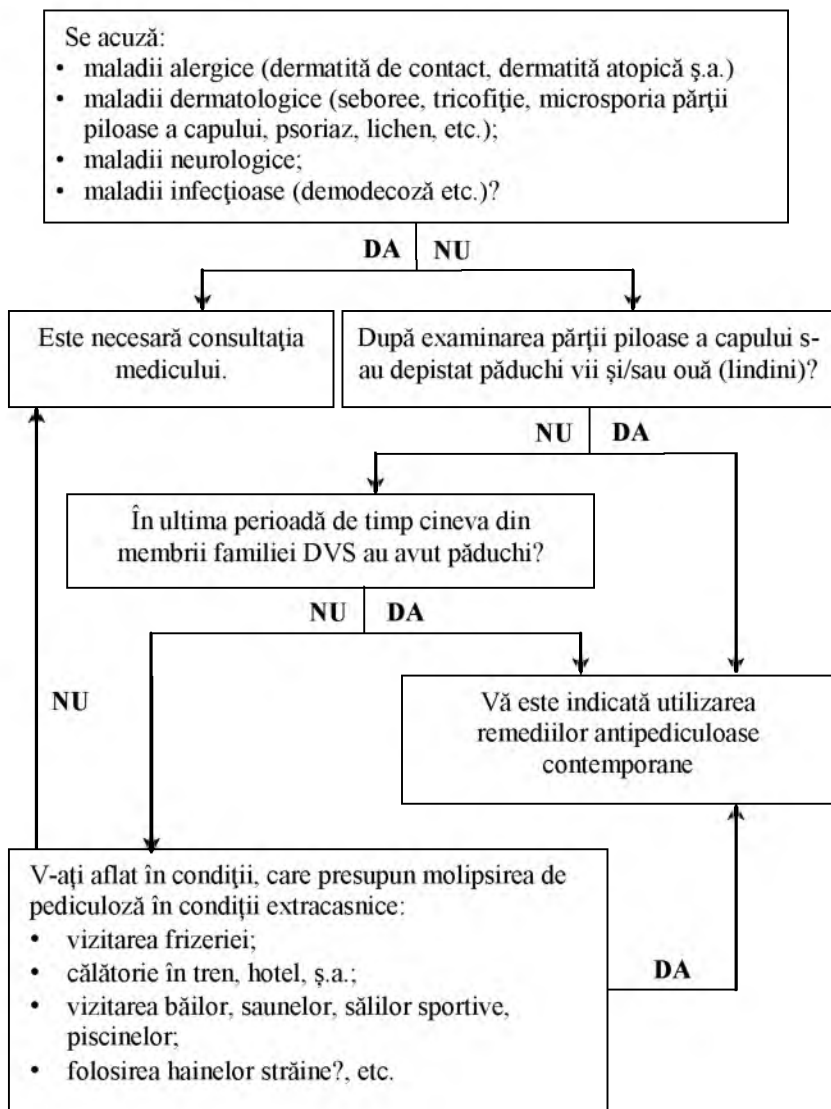
DA

NU

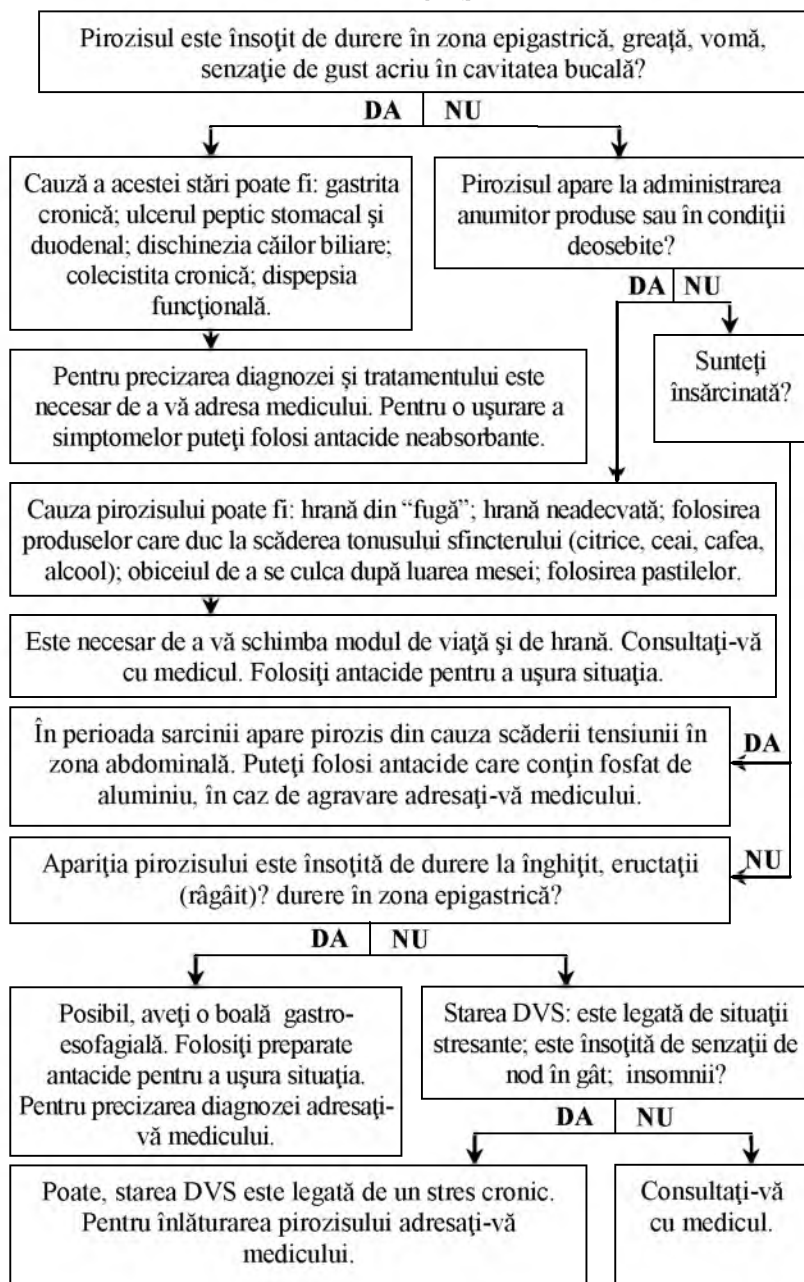
Posibil, suportați osteoporoză. Pentru tratament e necesar:
excluderea factorilor, care contribuie la apariția ei;
echilibrarea rației alimentare, administrarea preparatelor
combinat de calciu și vitamina D (eficacitatea cărora este
mai sporită în comparație cu remediile unicomponente);
consultarea medicului privind administrarea altor
preparate pentru tratamentul osteoporozei.

Pentru
stabilirea
diagnozei
este necesar
să vă adresați
la medic.

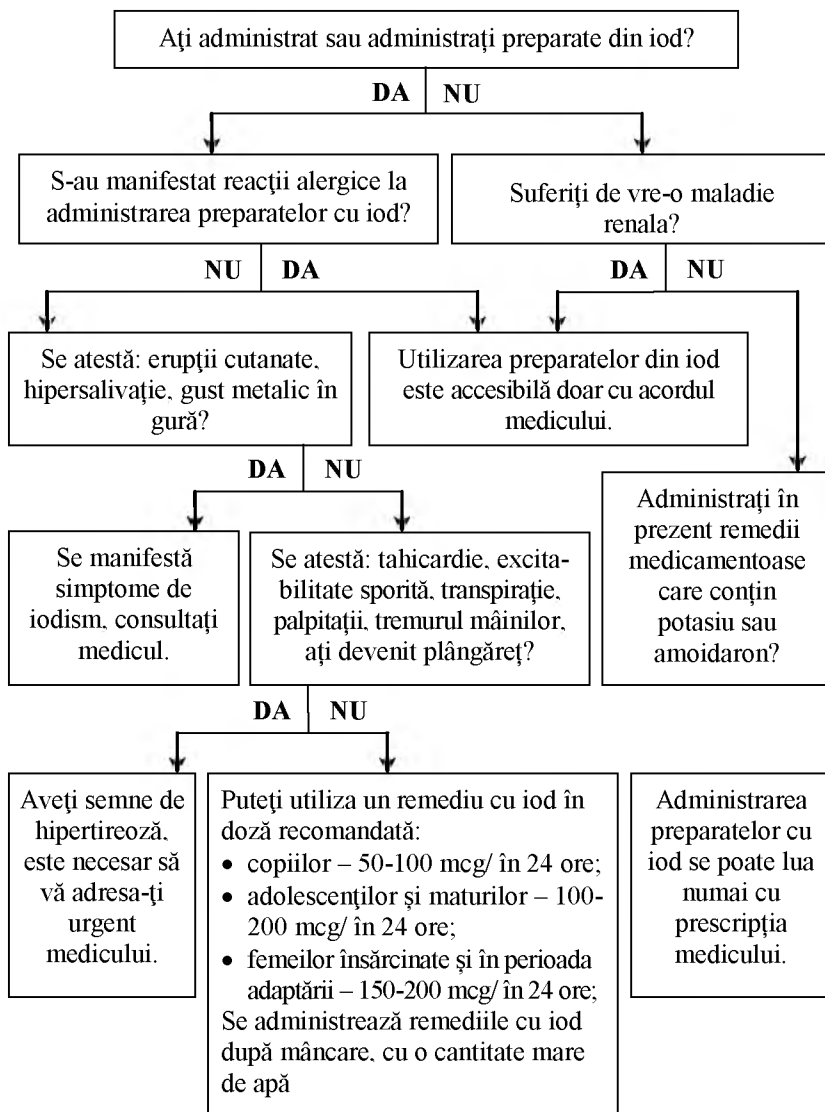
Pediculoză

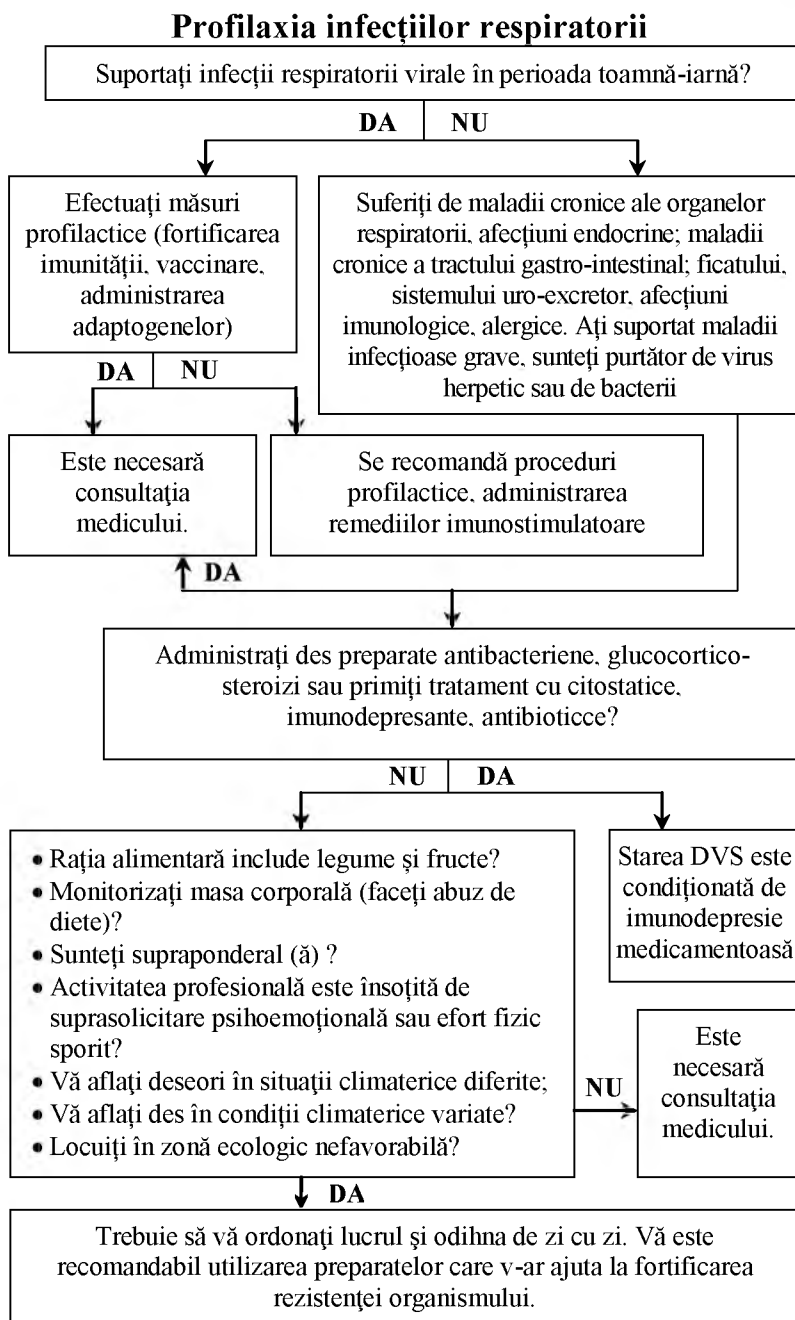


Pirozis

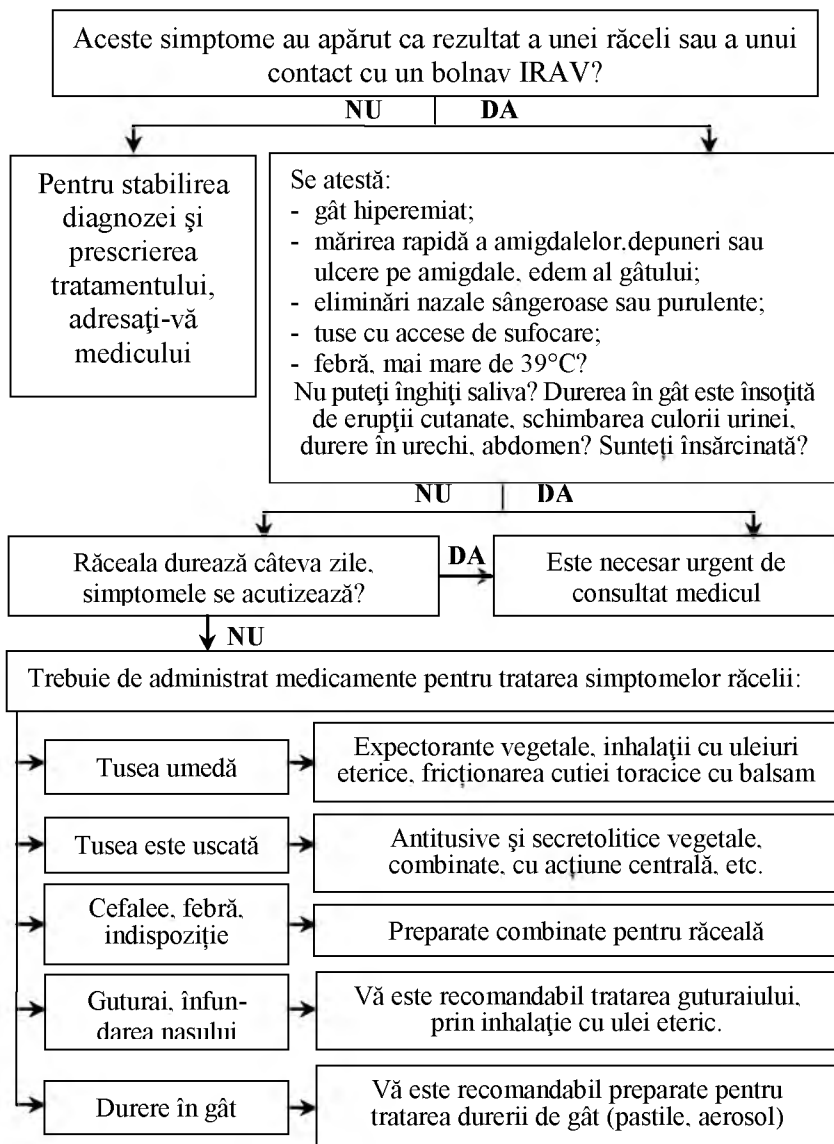


Profilaxia deficienței de iod

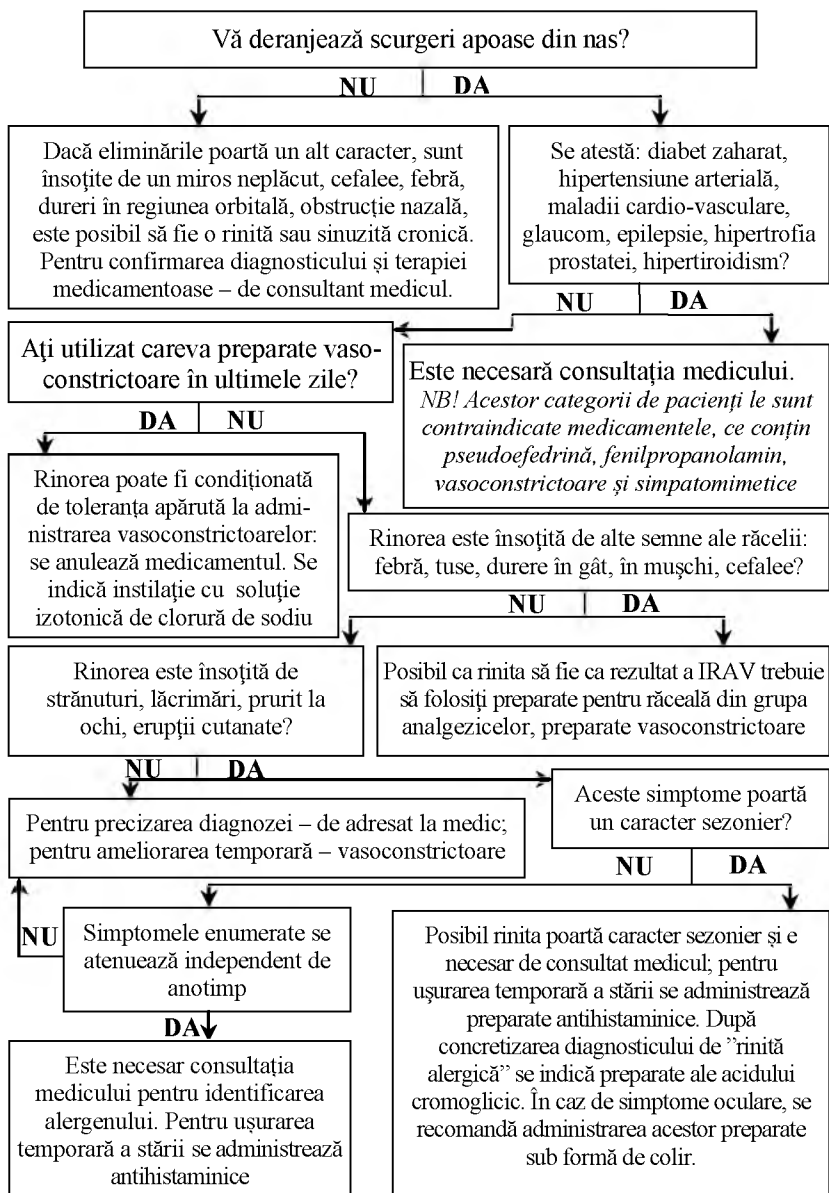




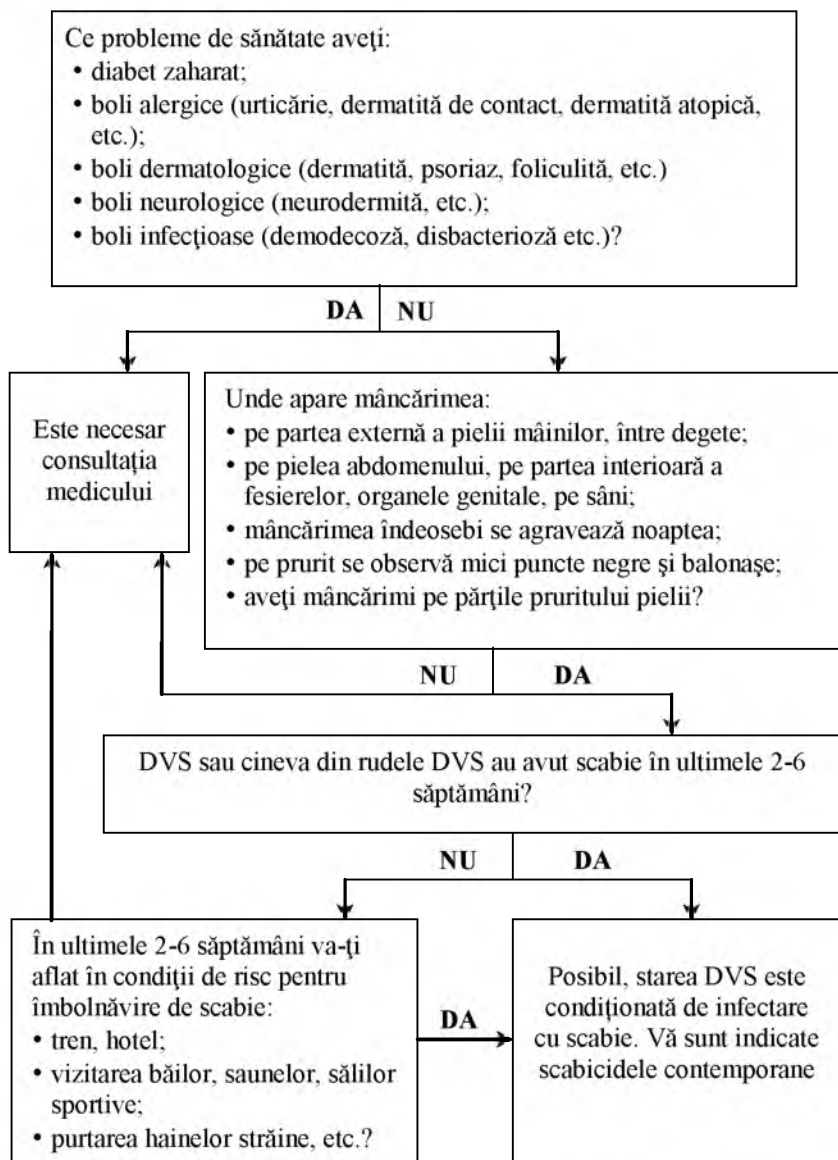
Răceală



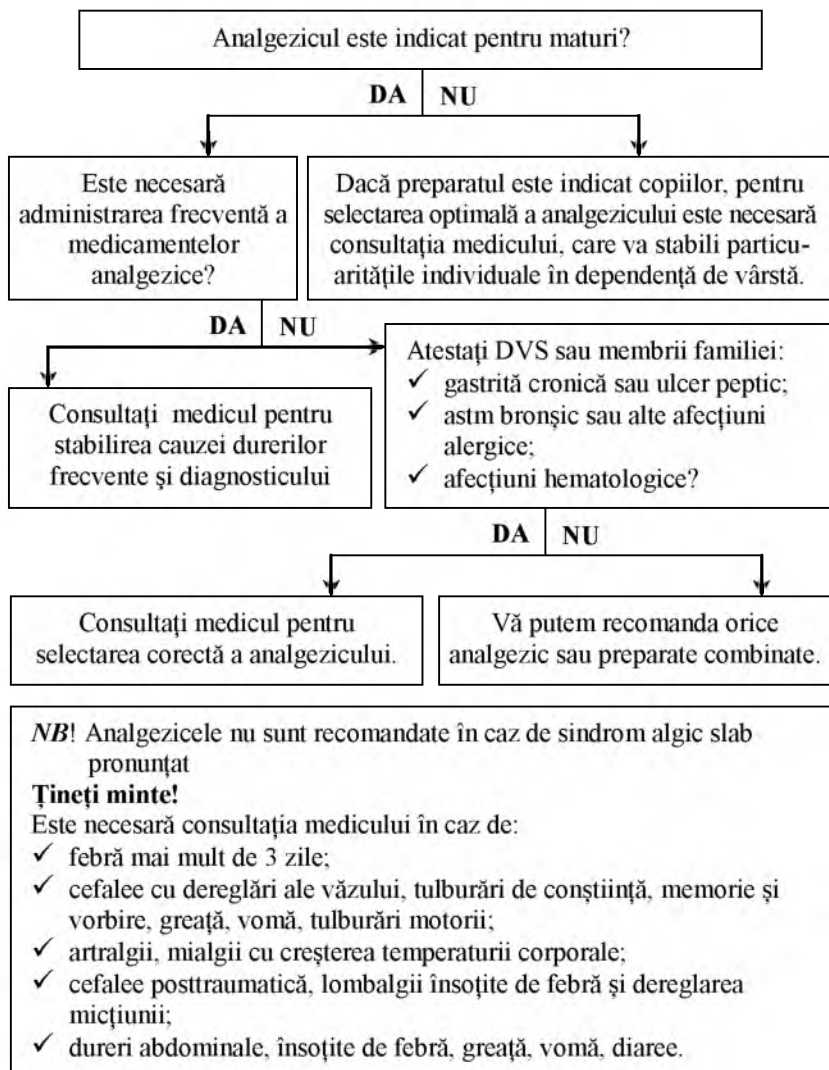
Rinită



Scabie



Sindromul algic: prim ajutor



Stări anxioase

Vizitatorul farmaciei acuză neliniște, frică, excitabilitate sporită

Atestați:

- ✓ dispnee, creșterea frecvenței și dificultăți în respirație, senzația insuficienței de aer;
- ✓ durere în torace, ce iradiază sub omoplat, mandibulă, gât, membrul superior (în special pe stânga);
- ✓ în afară de neliniște, se atestă: nausee, vomă, diaree, scăderea masei corporale, hiperhidroză, xerostomie, fierbințeală;
- ✓ senzație de neliniște însoțită de frică, panică;
- ✓ senzația de neliniște apare pe stomacul gol sau după efort fizic (la pacienții cu diabet zaharat)?

Sunteți însărcinată?

DA ↓

Consultați
medicul.

NU ↓

Suferiți de afecțiuni ale organelor interne sau glandelor endocrine: afecțiuni ale glandei tiroide, suprarenalelor, diabet zaharat, stenocardie, hipertensiune arterială?

NU ↓

La moment administrați medicamente:

- ✓ simpatomimetice (pentru tratamentul astmului bronșic, rinitei, vasoconstrictoare);
- ✓ hormoni ai glandei tiroide;
- ✓ preparate ce conțin cofeină (în special utilizarea îndelungată a dozelor mari);
- ✓ tonizante generale (în deosebi utilizarea îndelungată a dozelor mari);

Se atestă fenomenul de suspendare (sindromul de abinență) a hipnoticelor, nicotinei, alcoolului, tranchilizantelor?

DA →

Consultați medicul.
Posibil acuzele sunt provocate de afecțiunea de bază.

Consultați medicul.
Starea DVS e generată de suspendarea sau administrarea medicamentelor

NU ↓

Suportați acțiunea factorilor ce pot genera starea de neliniște: stres cronic; activitatea profesională necesită suprasolicitare nervoasă (profesori, medici, lucrători în sfera de deservire socială)?

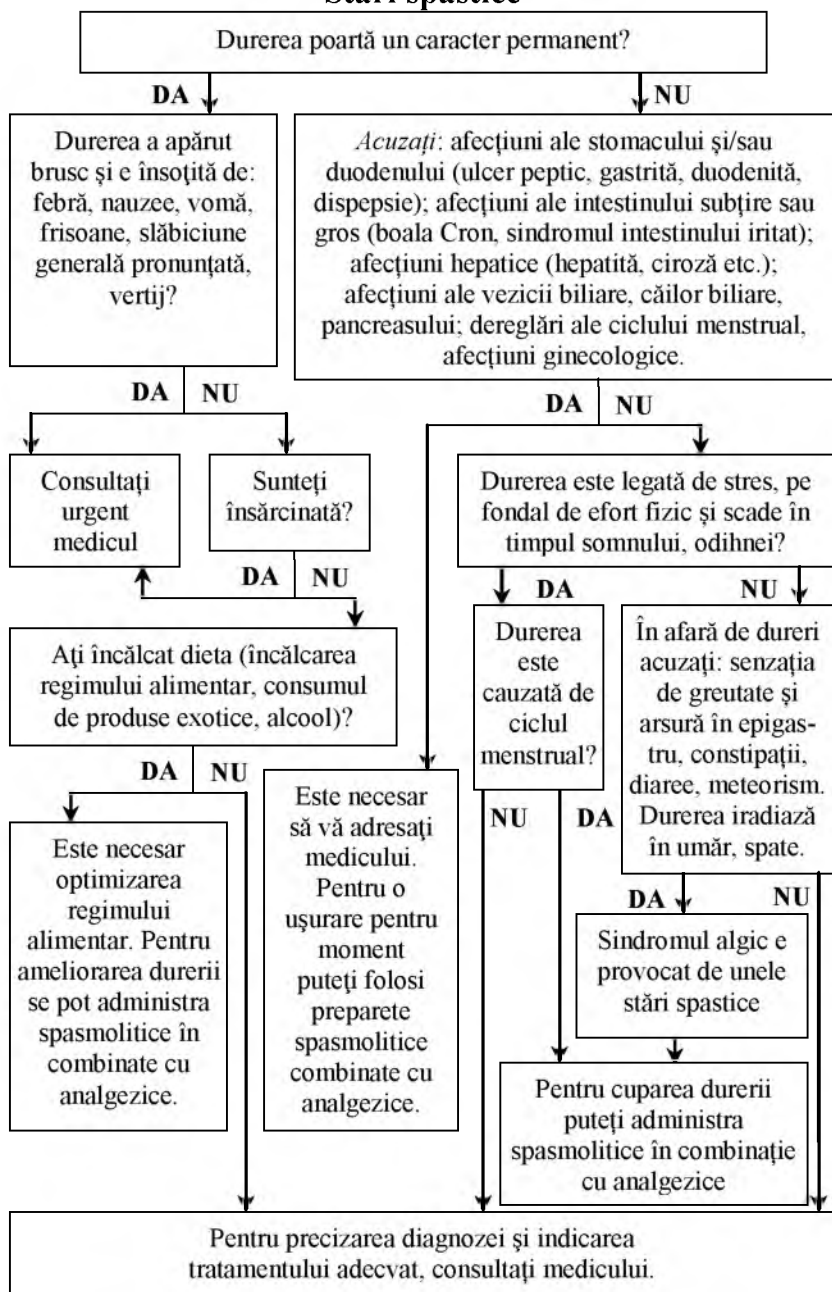
NU →

Consultați
medicul
pentru
precizarea
diagnozei.

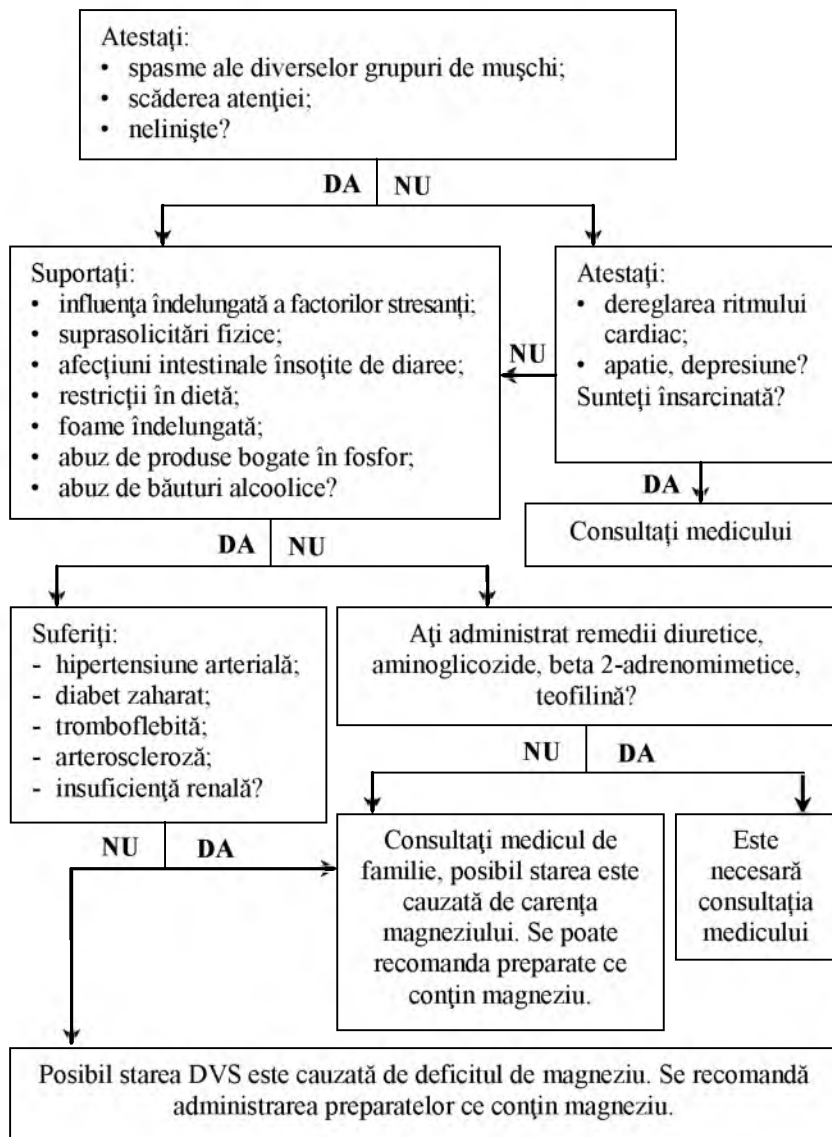
DA ↓

Este necesar excluderea totală a factorilor nefavorabili și utilizarea sedativelor

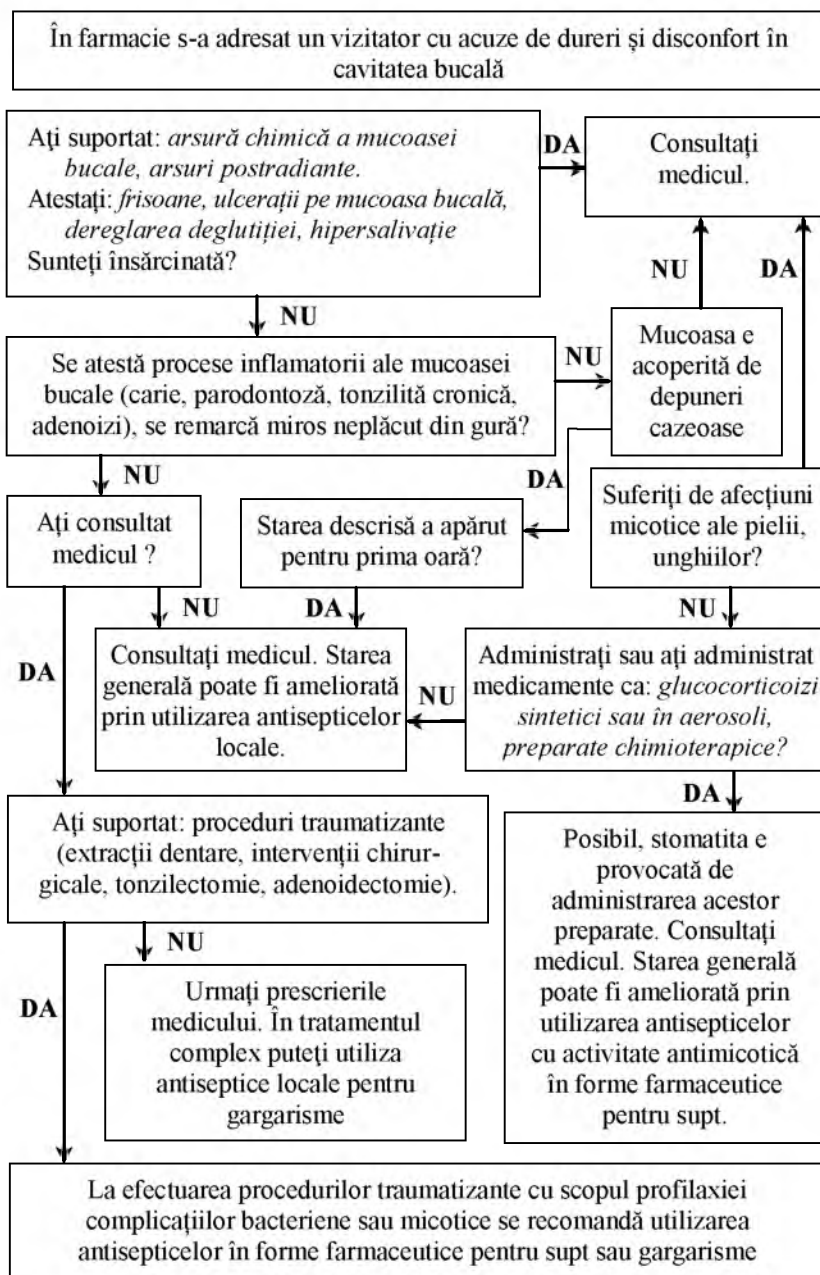
Stări spastice



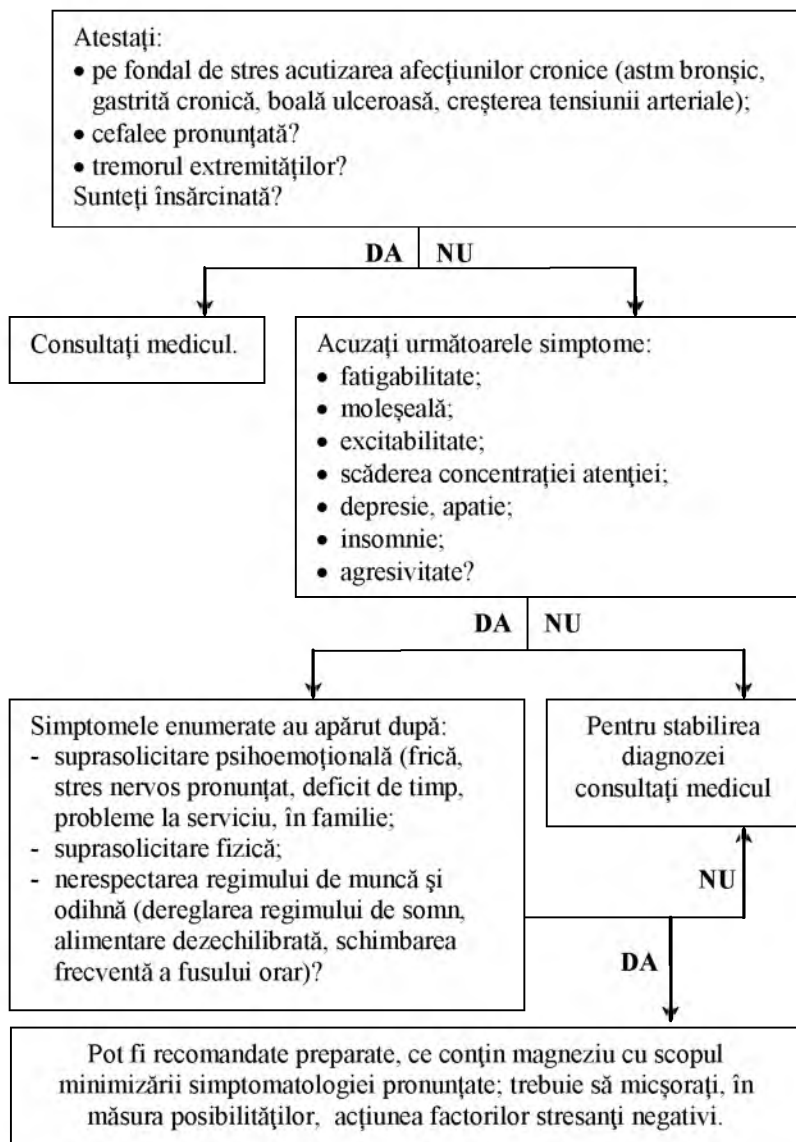
Stări, provocate de carența magneziului



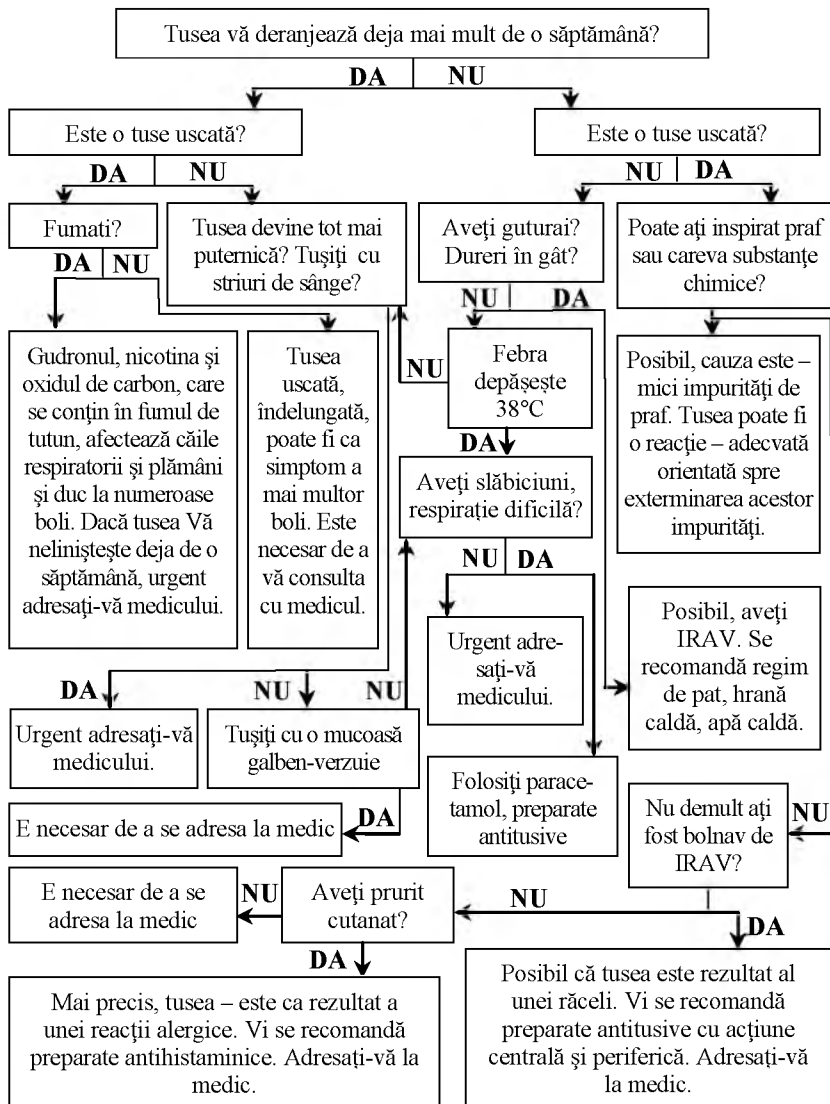
Stomatită



Stres



Tuse



Anexa 3

Lista produselor parafarmaceutice și altor produse de uz medical ce pot fi livrate prin întreprinderile și instituțiile farmaceutice¹

1. Ape minerale medicinale.
2. Articole și accesorii utilizate în aplicarea unui tratament medical, precum și necesare îngrijirii bolnavilor.
3. Echipamente de protecție acustică.
4. Insecticide și acaricide destinate aplicării pe corpul uman.
5. Plante medicinale și produse derivate, uleiuri volatile.
6. Produse cosmetice pentru îngrijire corporală.
7. Produse de puericultura, precum biberoane, suzete, tetine, lapte-pulbere etc., (cu excepția articolelor de îmbrăcăminte, încălțăminte pentru copii, jucării, articole de papetărie, detergenți).
8. Produse dietetice, de regim și articole sau accesorii necesare utilizării lor.
9. Produse și articole utilizate în igiena buco - dentară și/sau corporală.
10. Suplimente alimentare.
11. Dispozitive medicale (pentru autotestare, lentile de contact ocular și accesorii pentru ele, echipamente și materiale destinate protecției sau îmbunătățirii sănătății, inclusiv produse destinate protecției împotriva bolilor cu transmitere sexuală sau cu acțiune contraceptivă, truse de prim ajutor, pentru autovehicule, pentru copii etc.), cu excepția dispozitivelor medicale implantabile.

¹ Produsele vor fi autorizate pentru utilizare și certificate în modul stabilit de legislație, de către organele abilitate ale MS și Moldovastandard și vor fi furnizate din întreprinderi – persoane fizice sau juridice deținătoare de licență pentru activitate farmaceutică

Recomandări pentru consumatorii de medicamente

1. Nu folosiți medicamente fără necesitate, fără prescripția sau consultația medicului sau/și farmacistului, nu fiți "farmacofil" (iubitor de medicamente), dar nici "farmacofob" (fricos pentru consum de medicamente).
2. După obținerea consultației și rețetei medicului, străduiți-vă să rețineți: numele medicamentului, principalul efect al acestuia, modul de administrare prescris, posibilele efecte secundare, ce alimente sau/și medicamente se interzic în perioada tratamentului, ce activități trebuie evitate sau sunt interzise etc. înainte de a părăsi cabinetul medicului, dacă v-au rămas neclarități, puneți întrebări.
3. Preferați să aveți farmacia și farmacistul la care să apelați de fiecare dată când aveți nevoie.
4. Răspundeți la întrebările farmacistului și viceversa – puneți-i farmacistului orice întrebare din domeniul medicamentului la care vreți să obțineți răspuns.
5. Fiți atenți la numele medicamentului eliberat de farmacist. Verificați dacă el corespunde celui prescris în rețetă sau recomandat de medic. Dacă vi s-a eliberat un sinonim, cereți explicații de la farmacist.
6. Dacă ați procurat medicamentul necesar, examinați cu atenție:
 - ✓ integritatea ambalajului, după caz – integritatea elementului de control a primei deschideri: etichete hologramate, lipici ce se deteriorează la detașare de pe cutia pliantă în cazul deschiderii, inel de rupere la flacoane, membrane protectoare, folie de polietilenă în jurul ambalajului, etc.;
 - ✓ prezența codului de bare sau altei informații, care vă oferă încredere în legalitatea și autenticitatea medicamentului procurat; nu procurați medicamentul dacă nu vi s-a eliberat cecul de casă. Nu uitați, că aveți dreptul să solicitați de la farmacist documentul ce confirmă calitatea medicamentului;
 - ✓ citiți cu atenție prospectul pentru pacient (instrucțiunea pentru administrare), dacă apar întrebări, consultați medicul sau farmacistul; păstrați prospectul ® (instrucțiunea) deoarece poate apărea necesitatea de a-l reciti; în cazul lipsei prospectului (instrucțiunii) în cutia medicamentului, solicitați-l de la farmacist;

- ✓ valabilitatea medicamentului: găsiți pe ambalaj termenul valabilității și încredințați-vă că el nu este expirat.
- 7. Cereți farmacistului (după caz) instrumente de măsură pentru a doza medicația lichidă, deoarece lingurițele și lingurile de acasă nu sunt suficient de exacte.
- 8. Dacă ați administrat o doză mai mare decât cea prescrisă, adresați-vă de urgență la medic sau/și farmacist; dacă ați omis o administrare nu suplimentați doza preparatului la următoarea administrare, deoarece apare riscul supradozării, iar doza omisă nu va fi ajustată.
- 9. În cazul în care pe durata tratamentului apar probleme (efecte adverse sau alte manifestări neplăcute), întrerupeți administrarea preparatului și consultați medicul sau/și farmacistul; despre reacțiile adverse suspectate informați Agenția Medicamentului la tel./fax: 73-70-00.
- 10. În condiții casnice, păstrați medicamentele așa cum este indicat pe ambalaj sau/și în Instrucțiunea pentru utilizare; nu lăsați medicamentele la îndemâna copiilor.
- 11. Nu luați decizia de a procura și administra un medicament după sfatul rudelor, prietenilor, vecinilor etc.; la fel nu propuneți altor persoane medicamentul pe care-l folosiți (sau l-ați folosit), chiar dacă simptomele bolii sunt similare cu ale DVS – aceasta poate dăuna sănătății lor.
- 12. Codul cu bare de pe ambalaj vă poate ajuta să stabiliți autenticitatea medicamentului și legalitatea punerii lui pe piața farmaceutică. Pentru aceasta, accesați în „Internet” pagina – web a Agenției Medicamentului: www.amed.md sau trimiteți un SMS la nr. 366 cu indicarea codului de bare de pe ambalajul medicamentului.
- 13. Nu procurați medicamente în locuri și de la persoane neautorizate: de la persoane fizice, conform anunțurilor publicitare (ziare, fișe informaționale, telefon, „Internet”), de la lucrătorii medicali ce nu sunt abilitați cu funcția de a elibera medicamente etc.
- 14. Orice reclamație din domeniul medicamentului și activității farmaceutice o puteți adresa Agenției Medicamentului, însoțind-o cu denumirea medicamentului, copia cecului de casă, numărul de serie de pe ambalajul medicamentului și locul procurării.

Agenția Medicamentului