



ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

**Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου
των Ιατρών στην Προώθηση του Αντισυλληπτικού Χαπιού
στην Ελλάδα**

Σπυρίδων Ν. Παπαγιάννης

Επιβλέπων: Νικόλαος Α. Παναγιώτου

Αθήνα, 2014

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Ευχαριστώ ειλικρινά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Νικόλαο Παναγιώτου που μου έδωσε τη δυνατότητα να ασχοληθώ με το αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του κατά την εκπόνησή της. Επιπλέον ευχαριστώ την εταιρεία BAYER και ιδιαιτέρως τον κ. Ιωάννη Στάθη για την παροχή στοιχείων και δεδομένων που ήταν απαραίτητα για την ολοκλήρωση της εργασίας καθώς και όλους τους ιατρούς που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις και την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Περίληψη

Ο ρόλος του Μηχανολόγου Μηχανικού δεν περιορίζεται μόνο στην εκμάθηση βασικών επιστημονικών γνώσεων και μεθοδολογιών σύνθεσης. Έμφαση πρέπει να δίνεται και στην κοινωνική διάσταση του επαγγέλματος, στη διοίκηση ανθρώπων, στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Η παρούσα διπλωματική εργασία, κάνοντας χρήση του Μάρκετινγκ και των εργαλείων που αυτό παρέχει, ασχολείται με το πρόβλημα της πολύ χαμηλής αποδοχής από την ελληνική κοινωνία του αντισυλληπτικού χαπιού το οποίο οδηγεί σε ανεπαρκή οικογενειακό προγραμματισμό. Ένα κοινωνικό πρόβλημα περίπλοκο, με πολλές μεταβλητές και παραμέτρους καθώς και ιδιαιτερότητες.

Μελετάται και αναλύεται το Αντισυλληπτικό Χάπι ως Προϊόν με τη χρήση εργαλείων Μάρκετινγκ όπως SWOT Analysis και των Τεσσάρων P. Περιγράφονται οι πολιτικοί-νομικοί παράγοντες της ελληνικής αγοράς καθώς επίσης και οι οικονομικοί, οι τεχνολογικοί και οι κοινωνικοί, στα πλαίσια της ανάλυσης περιβάλλοντος PEST (Political-legal, Economic, Social, Technological). Στη συνέχεια αναφέρονται στατιστικά στοιχεία για τις συνήθειες και τις αντιλήψεις των μελών της ελληνικής κοινωνίας που αποτελούν την ομάδα-στόχο της έρευνας και γίνεται σύγκριση με τις αγορές εκτός Ελλάδας. Επιπλέον, παρουσιάζεται η εκστρατεία ευαισθητοποίησης της ελληνικής κοινωνίας πάνω στην αντισύλληψη με το όνομα «Διάλεξε Στάση: Αντισύλληψη ή Ανασφάλεια» και γίνεται ανάλυση της κεντρικής ιδέας της εκστρατείας και περιγραφή των μηχανισμών που χρησιμοποιούνται για να διαδοθεί στο κοινό.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στο ρόλο των επαγγελματιών υγείας καθώς αποτελούν πολύ σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα της αντισύλληψης και της ενημέρωσης του κοινού. Το σημαντικότερο όχημα για να διερευνηθεί ο ρόλος τους είναι το ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε, δημιουργήθηκε και μοιράστηκε σε ιατρούς γυναικολόγους-μαιευτήρες. Ακολούθησε καταγραφή και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που οδήγησαν σε χρήσιμα συμπεράσματα που μπορούν να αξιοποιηθούν για την αύξηση της αποδοχής του αντισυλληπτικού χαπιού από την ελληνική κοινωνία. Στα πλαίσια της εργασίας προτείνονται αλλαγές που θα μπορούσαν να γίνουν ώστε το προϊόν να καταστεί ελκυστικότερο προς τους επαγγελματίες υγείας και αναφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί η ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα της αντισύλληψης.

Summary

The role of a Mechanical Engineer is not limited to scientific knowledge and composition methodology absorption. Increasing emphasis should be placed on the social dimension of the profession, on people management, on decision making and on problem solving. This thesis, using marketing tools and techniques, deals with the very low acceptance rate of the Contraception Pill by the Greek society, a problem that leads to inadequate family planning. It is a complex social problem, with many different variables and peculiarities.

The product “Contraception Pill” is studied and analyzed using the 4Ps and the 4Cs of Marketing as well as the SWOT Analysis. Market analysis follows. It is conducted on the basis of political, legal, economic, social and technological factors (PEST Analysis). Afterwards, statistical data are stated about the views, the perspective and the habits of the members of Greek society on the subject of Contraception and the Contraception Pill especially. These data are compared to those of other, non-Greek, Markets, leading to useful conclusions. Subsequently is presented the contraception awareness campaign under the name of “Choose your position: Contraception or Insecurity”. Also, the main idea of the campaign as well as the digital and the traditional means of communications used to raise awareness most effectively are analyzed.

Particular emphasis is given to the role of healthcare professionals as they constitute a very important link of the contraception chain and decidedly influence the public awareness about this subject. The most important vehicle to investigate their role is the questionnaire which was designed, created and distributed to obstetricians and gynecologists doctors. Presentation and statistical analysis of the results follows, which led to useful conclusions that can be used to increase the acceptance rate of the Contraceptive Pill by the Greek society. In addition, in this thesis, proposals are being made about changes that can be applied to the product in question, so as to make it more attractive to healthcare professionals. Also, proposals are listed that will increase public awareness on the issue of contraception.



Περιεχόμενα

Πρόλογος - Ευχαριστίες	3
Περίληψη	5
Summary	7
1. Εισαγωγή.....	13
1.1. Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ.....	13
1.2. Σημασία και βασικές λειτουργίες του Μάρκετινγκ.....	14
1.3. Ολιστικό Μάρκετινγκ	15
1.3.1. Μείγμα Μάρκετινγκ	18
1.4. Σκοπός της Εργασίας	19
1.5. Διαδικασία διερεύνησης και επίλυσης του προβλήματος	20
1.6. Δομή της εργασίας.....	23
2. Το Προϊόν	25
2.1. Το Αντισυλληπτικό Χάπι και η επίδρασή του στην κοινωνία	25
2.2. Ορισμοί-Βασικές έννοιες.....	26
2.3. Ιστορικά στοιχεία	27
2.4. Η επιστήμη πίσω από το Αντισυλληπτικό Χάπι	30
2.4.1. Θεραπευτικές χρήσεις του Αντισυλληπτικού Χαπιού	31
2.5. Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	32
2.5.1. Φλεβική θρομβοεμβολή.....	32
2.5.2. Εγκεφαλικό (Ισχαιμικό, αιμορραγικό).....	33
2.5.3. Έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	33
2.5.4. Όγκοι.....	34
2.6. Καταγραφή της ελληνικής αγοράς.....	35
2.6.1. Yasminelle.....	35
2.6.2. Yasmin	36
2.6.3. Qlaira	36
2.6.4. Trigynera	37
2.6.5. Mercilon.....	37
2.6.6. Gracial.....	38
2.6.7. Laurina	38
2.7. Τα τέσσερα P και τα τέσσερα C	39



2.7.1.	Προϊόν/ Λύση για τον πελάτη.....	39
2.7.2.	Τιμή / Κόστος για τον πελάτη	40
2.7.3.	Τόπος / Άνεση	40
2.7.4.	Προώθηση – Επικοινωνία	41
2.8.	Ανταγωνιστικά προϊόντα.....	42
3.	Ανάλυση ελληνικής αγοράς	53
3.1.	Καθορισμός πλαισίου ανάλυσης της αγοράς.....	53
3.2.	Ανάλυση Περιβάλλοντος (PEST)	53
3.2.1.	Πολιτικοί-Νομικοί Παράγοντες (Political-Legal factors).....	53
3.2.2.	Οικονομικοί Παράγοντες.....	57
3.2.3.	Παράγοντες Κουλτούρας και τεχνολογικοί παράγοντες.....	62
3.3.	Στοιχεία ελληνικής κοινωνίας σε σύγκριση με την Ευρώπη	64
3.3.1.	Αμβλώσεις στην Ελλάδα και στην Ευρώπη	64
3.3.2.	Αντισυλληπτικές Μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί	66
3.3.3.	Παρούσα χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.....	67
3.3.4.	Επείγουσα Αντισύλληψη	67
3.3.5.	Κύρια πηγή ενημέρωσης	69
3.4.	Λόγοι μη χρήσης Αντισυλληπτικού Χαπιού.....	72
3.5.	Ανάλυση SWOT.....	73
4.	Η στρατηγική και η εκστρατεία στην ελληνική αγορά.....	75
4.1.	Όραμα, Στρατηγική, Στόχος, Εμπόδια	75
4.2.	Κεντρική επικοινωνιακή ιδέα, μηχανισμοί και σύνθημα	78
4.3.	Πρεσβευτές της εκστρατείας	79
4.3.1.	Πρεσβευτής από το χώρο της Υγείας	79
4.3.2.	Πρεσβευτές για να εμπνεύσουν το κοινό	80
4.4.	Βασικό όχημα επικοινωνίας.....	81
4.4.1.	Η σελίδα στο Facebook.....	84
4.5.	Η εκστρατεία μέσα από την Google	85
6.	Στατιστική Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου	109
6.1.	Περιγραφή ανάλυσης.....	109
6.2.	Περιγραφική Στατιστική	110
6.2.1.	Φύλο, Ηλικιακή Ομάδα, Ιατρική Σχολή Φοίτησης.....	110
6.2.2.	Ενημέρωση πάνω στην αντισύλληψη, πρωτοβουλία και ιδανική διάρκειά της	111
6.2.3.	Διάρκεια επίσκεψης ασθενούς	114



6.2.4.	Προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης.....	115
6.2.5.	Κριτήριο επιλογής αντισυλληπτικής μεθόδου.....	115
6.2.6.	Αντιμετώπιση ενδοιασμών απέναντι στο Αντισυλληπτικό Χάπι και συχνότητα προτροπής συνέχισης λήψης του.....	116
6.2.7.	Μεταβολή συχνότητας επισκέψεων στο Ιατρείο λόγω λήψης Αντισυλληπτικού Χαπιού και παροχή συμβουλών μετά από λήψη επείγουσας αντισύλληψης.....	117
6.2.8.	Επίδραση ανεπιθύμητων ενεργειών και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς	119
6.3.	Στατιστικά Τεστ	121
6.3.1.	Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ χρόνου ενημέρωσης και προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης με το t-test.....	121
6.3.2.	Ανάλυση συσχέτισης πρωταρχικής προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης με τις επιπτώσεις στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών του Α.Χ.....	122
6.3.3.	Ανάλυση Διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-Way ANOVA).....	124
6.3.4.	Ανάλυση Correspondence	126
6.3.5.	Ανάλυση ομάδων (Cluster Analysis)	130
7.	Συμπεράσματα έρευνας-Προτάσεις	133
7.1.	Συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης	133
7.2.	Προτάσεις για το μέλλον	136
	Βιβλιογραφία	139



*Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου των Ιατρών στην Προώθηση του
Αντισυλληπτικού Χαπιού στην Ελλάδα*

Περιεχόμενα



1. Εισαγωγή

1.1. Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ

Το **Μάρκετινγκ** ασχολείται με τον εντοπισμό και την ικανοποίηση των ανθρώπινων και κοινωνικών αναγκών. Ο όρος Μάρκετινγκ είναι ευρύτατος και περιλαμβάνει πολλές έννοιες. Ένας σύντομος και εύστοχος ορισμός του είναι: «η ικανοποίηση αναγκών με επικερδή τρόπο». Η μετατροπή δηλαδή μιας ιδιωτικής ή κοινωνικής ανάγκης σε επικερδή επιχειρηματική ευκαιρία. Η Αμερικανική Ένωση Μάρκετινγκ (American Marketing Association – AMA) δίνει τον εξής περιεκτικότερο ορισμό: «Μάρκετινγκ είναι η διαδικασία προγραμματισμού και η εκτέλεση της σύλληψης, τιμολόγησης προώθησης και διανομής ιδεών, αγαθών και υπηρεσιών ώστε να δημιουργήσει ανταλλαγές που ικανοποιούν τους στόχους του καταναλωτή ή οργανισμού». Η Παραγωγή, δηλαδή η δημιουργία και παροχή αγαθών, είναι κομμάτι της διαδικασίας Μάρκετινγκ. Αντίστοιχα, η **διοίκηση του Μάρκετινγκ** είναι η «τέχνη» και η επιστήμη της επιλογής αγορών στόχων και της προσέλκυσης, της διατήρησης, και της αύξησης του αριθμού των πελατών μέσω της δημιουργίας, της προσφοράς και της επικοινωνίας ανώτερης αξίας στον πελάτη. Είναι κοινωνική διαδικασία με την οποία μεμονωμένα άτομα και ομάδες εξασφαλίζουν αυτά που χρειάζονται και θέλουν μέσω της δημιουργίας, της προσφοράς και της ελεύθερης ανταλλαγής προϊόντων και υπηρεσιών αξίας. Ως προς τον διοικητικό ορισμό, συχνά αναφέρεται ως «η τέχνη της πώλησης προϊόντων» αλλά το πιο σημαντικό μέρος του Μάρκετινγκ δεν είναι η πώληση. Σύμφωνα με τον Peter Drucker, «Πάντα θα υπάρχει ανάγκη για πώληση. Ο σκοπός του Μάρκετινγκ είναι να κάνει την πώληση περιττή: να μάθουμε και να καταλάβουμε τον πελάτη τόσο καλά, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να του ταιριάζει και να πωλείται μόνη της. Στην ιδανική περίπτωση, το Μάρκετινγκ πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα έναν πελάτη που να είναι έτοιμος να αγοράσει. Το μόνο που θα χρειάζεται θα είναι η διαθεσιμότητα της υπηρεσίας» (Peter Drucker, 1973).

Το Μάρκετινγκ μπορεί να διαχωριστεί σε Micro-Marketing και Macro-Marketing. Το **Micro-Marketing** είναι η απόδοση των δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού προσδιορίζοντας τις ανάγκες του πελάτη και κατευθύνοντας μια σειρά προϊόντων/υπηρεσιών που τις ικανοποιούν από τους παραγωγούς προς αυτόν. Έχει εφαρμογή σε κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, και ξεκινά με τις ανάγκες του πελάτη βάσει των οποίων κατευθύνει και οργανώνει τις δραστηριότητες του οργανισμού προσπαθώντας να χτίσει μια σχέση με τον πελάτη για να εξασφαλίσει την επαναλαμβανόμενη αγορά/χρήση. Το **Macro-Marketing** είναι μια κοινωνική διαδικασία που κατευθύνει τη ροή των αγαθών και υπηρεσιών της οικονομίας από



τους παραγωγούς στους καταναλωτές με ένα τρόπο που επιχειρεί να ταιριάξει την προσφορά με τη ζήτηση ικανοποιώντας τους στόχους της κοινωνίας, δίνοντας έμφαση σε ολόκληρο το σύστημα (Παναγιώτου, 2003).

1.2. Σημασία και βασικές λειτουργίες του Μάρκετινγκ

Το Μάρκετινγκ βρίσκεται παντού. Άμεσα ή έμμεσα, οι άνθρωποι και οι οργανισμοί εμπλέκονται σε μεγάλο αριθμό δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως Μάρκετινγκ. Το σωστό μάρκετινγκ έχει γίνει ήδη ζωτικό συστατικό της επιχειρηματικής επιτυχίας και επηρεάζει βαθιά την καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Η οικονομική επιτυχία εξαρτάται συχνά από την ικανότητα στο Μάρκετινγκ. Η οικονομική διεύθυνση, η εκμετάλλευση, το λογιστήριο και άλλες λειτουργίες μιας επιχείρησης δεν θα έχουν σημασία αν δεν υπάρχει αρκετή ζήτηση για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες ώστε η εταιρία να έχει κέρδη. Πρέπει να υπάρχει κάποιος επικεφαλής για να έρθουν τα ζητούμενα αποτελέσματα. Γι' αυτό πολλές εταιρίες πλέον δημιουργούν μία θέση Γενικού Διευθυντή Μάρκετινγκ, προκειμένου το Μάρκετινγκ να ανέβει σε επίπεδο ανάλογο των λειτουργιών του Γενικού ή του Οικονομικού Διευθυντή. Το Μάρκετινγκ όμως, κρύβει δυσκολίες και έχει αποτελέσει την αχίλλειο πτέρνα πολλών πρώην επιτυχημένων εταιριών οι οποίες αντιμετώπισαν νέους ισχυρούς ανταγωνιστές και χρειάστηκε να επανεξετάσουν τα επιχειρηματικά τους μοντέλα. «Η θα αλλάξουμε ή θα πεθάνουμε», είναι η πολύ γνωστή φράση που είπε ο Jack Welch, πρώην γενικός διευθυντής της General Motors. Η λήψη όμως των σωστών αποφάσεων δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση. Τα στελέχη του Μάρκετινγκ πρέπει να πάρουν σημαντικές αποφάσεις, όπως τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένα νέο προϊόν, τη συσκευασία του και το κείμενο που θα το συνοδεύει, τις τιμές που πρέπει να προσφέρουν στους πελάτες, τα μέρη στα οποία θα πουλήσουν τα προϊόντα ή πόσα χρήματα να δαπανήσουν για τη διαφήμιση και τις πωλήσεις. Οι εταιρίες που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο είναι εκείνες που παραλείπουν να παρακολουθούν προσεκτικά τους πελάτες και τους ανταγωνιστές τους και να βελτιώνουν συνεχώς την αξία των προσφερόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Το επιδέξιο Μάρκετινγκ λοιπόν είναι μια διαρκής αναζήτηση.

Προσεγγίζοντας τη σημασία του Μάρκετινγκ από μία πιο μακροσκοπική σκοπιά, παρατηρείται ότι επηρεάζει την οικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας καθώς νέα αγαθά και υπηρεσίες δημιουργούνται μέσω της έρευνας και της προσπάθειας ικανοποίησης των αναγκών των πελατών. Το Μάρκετινγκ δεν δημιουργεί ανάγκες, όπως συχνά κατηγορείται από επικριτές του, αλλά τις αποκαλύπτει και τις φανερώνει. Είναι σημαντικό για τη ζωή κάθε ανθρώπου δεδομένου ότι την επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, είναι επαγγελματικά σημαντικό είτε αν κάποιος το ακολουθήσει ως καριέρα είτε αν έρθει σε επαφή με επαγγελματίες του Μάρκετινγκ στην ίδια ή σε άλλη εταιρία (Παναγιώτου, 2003). Οι βασικές λειτουργίες του Μάρκετινγκ είναι οι εξής:



- **Αγορά:** Αναζήτηση και αξιολόγηση προϊόντων και υπηρεσιών
- **Πώληση:** Προώθηση προϊόντων
- **Μεταφορά:** Διακίνηση αγαθών από το ένα μέρος στο άλλο
- **Αποθήκευση:** Τήρηση αγαθών μέχρι να τα χρειαστούν οι πελάτες
- **Τυποποίηση και διαβάθμιση:** Διαχωρισμός προϊόντων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και την ποιότητά τους
- **Χρηματοδότηση:** Παροχή απαραίτητου ρευστού και πίστωσης για την παραγωγή, μεταφορά, αποθήκευση, προώθηση πώληση και αγορά προϊόντων
- **Λήψη κινδύνου:** Κάλυψη αβεβαιότητας και κινδύνων που αποτελούν μέρος της διαδικασίας Μάρκετινγκ
- **Πληροφόρηση αγοράς:** Συλλογή, ανάλυση και διανομή όλης της πληροφορίας που είναι απαραίτητη για προγραμματισμό, διεξαγωγή και έλεγχο δραστηριοτήτων του Μάρκετινγκ.

Οι λειτουργίες αυτές πραγματοποιούνται από διάφορους οργανισμούς και οντότητες που είναι κρίκοι της οικονομικής, παραγωγικής και κοινωνικής αλυσίδας σε όλες τις βαθμίδες της. Παραγωγοί, καταναλωτές και ειδικοί σε θέματα Μάρκετινγκ πραγματοποιούν τις λειτουργίες της αγοράς και της πώλησης. Εταιρίες προσφέρουν μία ή περισσότερες λειτουργίες Μάρκετινγκ εκτός της αγοράς και της πώλησης και ονομάζονται Αγωγοί. Διαφημιστές, εταιρίες έρευνας αγοράς και προμηθευτές πληροφοριακών συστημάτων προσφέρουν πληροφορίες για την αγορά και προωθούν προϊόντα και υπηρεσίες. Χρηματοπιστωτικά ιδρύματα αναλαμβάνουν τις λειτουργίες της χρηματοδότησης. Τμήματα ελέγχου προϊόντων διαχωρίζουν τα αγαθά ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και την ποιότητά τους και εταιρίες/τμήματα μεταφορών και αποθήκευσης αναλαμβάνουν την αποθήκευση και μεταφορά των αγαθών.

1.3. Ολιστικό Μάρκετινγκ

Μια ολόκληρη σειρά δυνάμεων που εμφανίστηκαν στο περιβάλλον τα τελευταία χρόνια δημιούργησαν την ανάγκη εφαρμογής νέων πρακτικών, επιχειρηματικών δράσεων και δραστηριοτήτων Μάρκετινγκ. Οι εταιρίες έχουν τώρα στη διάθεσή τους νέες δυνατότητες και το Διαδίκτυο προσφέρει πολλαπλές πλατφόρμες προς χρήση. Όλα αυτά, έχουν μεταμορφώσει τον τρόπο με τον οποίο ασκείται το Μάρκετινγκ. Οι εταιρίες χρειάζονται φρέσκιες ιδέες για τον τρόπο που θα λειτουργούν και θα ανταγωνίζονται σε ένα νέο περιβάλλον Μάρκετινγκ. Τα στελέχη του Μάρκετινγκ αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για μια πιο πλήρη και συνεκτική προσέγγιση που θα υπερβαίνει τις παραδοσιακές εφαρμογές της θεώρησης του Μάρκετινγκ. Η θεώρηση του ολιστικού Μάρκετινγκ βασίζεται στην ανάπτυξη, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων, διεργασιών και



δραστηριοτήτων μάρκετινγκ με πλήρη γνώση του εύρους των αλληλεξαρτήσεών τους. Αναγνωρίζει ότι όλα έχουν σημασία στο Μάρκετινγκ και ότι μια πλατιά και ολοκληρωμένη άποψη είναι απαραίτητη. Τα τέσσερα συστατικά του ολιστικού Μάρκετινγκ απεικονίζονται στο **Σχήμα 1.1** και είναι τα εξής:

- **Μάρκετινγκ Σχέσεων:** Το Μάρκετινγκ Σχέσεων (**Relationship Marketing**) έχει στόχο τη δημιουργία αμοιβαία ικανοποιητικών και μακροπρόθεσμων σχέσεων ανάμεσα στις κύριες πλευρές για την ανάπτυξη και τη διατήρηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας (Butterworth-Heinemann, 1999). Στις κύριες αυτές πλευρές περιλαμβάνονται οι πελάτες (Customer Relationship Management- CRM) αλλά και κάθε είδους συνεργάτες (Partner Relationship Management- PRM). Οι τέσσερις κύριες ομάδες που ενδιαφέρουν το Μάρκετινγκ είναι οι πελάτες, το προσωπικό, οι συνεργάτες (κανάλια, προμηθευτές, διανομείς, αντιπρόσωποι, πράκτορες) και τα μέλη της οικονομικής κοινότητας (μέτοχοι, επενδυτές, αναλυτές). Το Μάρκετινγκ σχέσεων αναπτύσσει ισχυρούς οικονομικούς, τεχνικούς και κοινωνικούς δεσμούς μεταξύ αυτών των πλευρών. Το τελικό αποτέλεσμα του Μάρκετινγκ σχέσεων είναι η δημιουργία ενός πολύ σημαντικού περιουσιακού στοιχείου της εταιρίας, του **δικτύου Μάρκετινγκ**. Το δίκτυο μάρκετινγκ απαρτίζεται από την εταιρία και τις ομάδες συμφερόντων που την απαρτίζουν (πελάτες, προσωπικό, προμηθευτές, διανομείς, λιανοπωλητές, διαφημιστικά γραφεία, πανεπιστημιακοί ερευνητές κτλ) με τις οποίες έχει αναπτύξει επωφελείς επιχειρηματικές σχέσεις. Η δημιουργία ενός αποτελεσματικού δικτύου μάρκετινγκ αποτελεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που μπορεί να οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων της εταιρίας. Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο του μάρκετινγκ σχέσεων είναι το εξατομικευμένο μάρκετινγκ. Η παροχή προϊόντων και υπηρεσιών δηλαδή, σύμφωνα με τα ιδιαίτερα γνωρίσματα, τις συνήθειες και τις επιθυμίες του κάθε πελάτη ξεχωριστά.
- **Ολοκληρωμένο Μάρκετινγκ:** Τα στελέχη του Μάρκετινγκ επινοούν δραστηριότητες και καταρτίζουν σχέδια μάρκετινγκ με σκοπό την δημιουργία, την επικοινωνία και την παροχή αξία στους πελάτες. Το σχέδιο μάρκετινγκ αποτελείται από πολλές αποφάσεις για τις δραστηριότητες ενίσχυσης της αξίας που θα χρησιμοποιηθούν. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να πάρουν πολλές μορφές. Μια από τις παραδοσιακές μορφές τους είναι το **Μείγμα Μάρκετινγκ**, το οποίο ορίζεται ως το σύνολο των εργαλείων μάρκετινγκ που χρησιμοποιεί η επιχείρηση για να προωθήσει τους στόχους της στην αγορά (Neil H. Borden, 1994). Οι τέσσερις ομάδες εργαλείων, οι οποίες ονομάζονται τα **τέσσερα P του Μάρκετινγκ**, είναι το **Προϊόν (Product)**, η **Τιμή (Price)**, ο **Τόπος (Place)** και η **Προώθηση (Promotion)**. Οι ομάδες αυτές και οι μεταβλητές από τις οποίες αποτελούνται αναλύονται στην **Παράγραφο 1.3.1**. Το ολοκληρωμένο μάρκετινγκ απαιτεί πολλές και διαφορετικές δραστηριότητες μάρκετινγκ για την επικοινωνία και την παροχή αξίας. Όλες αυτές οι δραστηριότητες πρέπει να συντονίζονται ώστε να μεγιστοποιηθεί το συνολικό αποτέλεσμά τους. Επιδιώκεται δηλαδή η ενοποίηση των συστημάτων για τη διαχείριση της ζήτησης, των πόρων και των δικτύων των επιχειρήσεων. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι όταν μια ολοκληρωμένη



στρατηγική επικοινωνιών περιλαμβάνει μέσα που συμπληρώνουν και ενισχύουν το ένα το άλλο: διαφήμιση στην τηλεόραση, στο ραδιόφωνο, σε έντυπα μέσα αλλά ταυτόχρονα και πραγματοποίηση δημόσιων σχέσεων και εκδηλώσεων, επικοινωνία μέσω την ιστοσελίδας της επιχείρησης στο Διαδίκτυο και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Κάθε μία δραστηριότητα συμβάλλει από μόνη της αλλά ενισχύει και την αποτελεσματικότητα των υπολοίπων.

- **Εσωτερικό Μάρκετινγκ:** Είναι το έργο της πρόσληψης, της εκπαίδευσης και της παρακίνησης ικανών υπαλλήλων που θέλουν να εξυπηρετήσουν ικανοποιητικά τους πελάτες (Kotler-Keller, 2006). Το εσωτερικό Μάρκετινγκ διασφαλίζει ότι όλα τα μέλη της οργάνωσης στην οποία εφαρμόζεται το ολιστικό μάρκετινγκ, υιοθετούν τις κατάλληλες αρχές του μάρκετινγκ και ιδιαίτερα τα μέλη της διοίκησης. Οι δραστηριότητες του Μάρκετινγκ μέσα στην εταιρία είναι δυνατό να έχουν την ίδια ή μεγαλύτερη σημασία από αντίστοιχες δραστηριότητες που γίνονται έξω από αυτήν. Το προσωπικό της εταιρίας πρέπει να είναι ικανό και προετοιμασμένο να προσφέρει αυτά που η εταιρία υπόσχεται. Το εσωτερικό Μάρκετινγκ πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο οι διάφορες λειτουργίες Μάρκετινγκ όπως πωλήσεις, διαφήμιση, εξυπηρέτηση πελατών, παραγωγή, έρευνα μάρκετινγκ κ.α. πρέπει να συνεργάζονται και να συντονίζονται από την σκοπιά του πελάτη. Σε δεύτερο επίπεδο, το μάρκετινγκ πρέπει να το αποδέχονται και τα άλλα τμήματα καθώς δεν είναι τμήμα αλλά προσανατολισμός μιας εταιρίας. Η φιλοσοφία του πρέπει να διαποτίζει την εταιρία σε όλα της τα επίπεδα.
- **Μάρκετινγκ Κοινωνικής ευθύνης:** Οι ενέργειες και τα αποτελέσματα του Μάρκετινγκ δεν επηρεάζουν μόνο την εταιρία και τους πελάτες της. Επεκτείνονται και επηρεάζουν την κοινωνία ως σύνολο. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, το ολιστικό μάρκετινγκ περιλαμβάνει τη θεώρηση του μάρκετινγκ κοινωνικής ευθύνης. Έχει ως στόχο την κάλυψη των αναγκών και των επιθυμιών των πελατών με τρόπο αποδοτικό και αποτελεσματικό που να διατηρεί και να προάγει την ευημερία του καταναλωτή και της κοινωνίας. Η κοινωνική ευθύνη απαιτεί από τα στελέχη του μάρκετινγκ να ενεργούν με κοινωνικά και ηθικά κριτήρια ισορροπώντας ανάμεσα στα συχνά συγκρουόμενα συμφέροντα για τη μεγιστοποίηση του κέρδους της εταιρίας, την ικανοποίηση των επιθυμιών των πελατών και το συμφέρον της κοινωνίας. Οι εταιρίες χρησιμοποιούν το μάρκετινγκ κοινωφελών σκοπών ως ευκαιρία για την ενίσχυση της φήμης τους και της αφοσίωσης των πελατών τους, την αύξηση της αναγνωρισιμότητας της επωνυμίας τους, τη μεγαλύτερη κάλυψή τους από τον Τύπο και εντέλει της ενίσχυσης των πωλήσεών τους. Έτσι, οι κινήσεις κοινωνικού χαρακτήρα προσφέρουν αμοιβαίο όφελος στην εταιρία και την κοινωνία.



Σχήμα 1.1: Τα τέσσερα συστατικά του Ολιστικού Μάρκετινγκ

1.3.1. Μείγμα Μάρκετινγκ

Στην **Παράγραφο 1.3** το **Μείγμα μάρκετινγκ** ορίστηκε ως το σύνολο των εργαλείων μάρκετινγκ που χρησιμοποιεί η επιχείρηση για να προωθήσει τους στόχους της στην αγορά. Ο Edmund Jerome McCarthy (1928) ταξινόμησε αυτά τα εργαλεία σε τέσσερις μεγάλες ομάδες, στις οποίες έδωσε το όνομα **Τα τέσσερα P** του μάρκετινγκ, από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων: **Product** (προϊόν), **Price** (τιμή), **Place** (τόπος) και **Promotion** (προώθηση). Κάθε κατηγορία P περιλαμβάνει συγκεκριμένες μεταβλητές. Το Προϊόν περιλαμβάνει την ποιότητα, τη σχεδίαση, την ποικιλία, τα χαρακτηριστικά, την επωνυμία, τη συσκευασία, τα μεγέθη, τις υπηρεσίες, τις εγγυήσεις και τις επιστροφές. Η Τιμή περιλαμβάνει ως μεταβλητές την τιμή καταλόγου, τις εκπτώσεις, τις επιχορηγήσεις, την περίοδο εξόφλησης και τους όρους πίστωσης. Ο Τόπος περιλαμβάνει τα κανάλια, την κάλυψη, την ποικιλία σημείων διαθεσιμότητας, τις θέσεις, το απόθεμα και την μεταφορά. Τέλος, η Προώθηση έχει ως μεταβλητές την προώθηση πωλήσεων, τη διαφήμιση, τους πωλητές, τις δημόσιες σχέσεις και το άμεσο μάρκετινγκ. Συγκεντρωτικά οι μεταβλητές μάρκετινγκ κάτω από κάθε κατηγορία P φαίνονται στο **Σχήμα 1.2**. Τα 4 P που αναφέρθηκαν αντικατοπτρίζουν την άποψη των πωλητών για τα διαθέσιμα εργαλεία μάρκετινγκ με τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τους αγοραστές. Από την πλευρά των αγοραστών, κάθε εργαλείο μάρκετινγκ έχει σκοπό την παροχή κάποιου πλεονεκτήματος στους πελάτες. Ο Robert Lauterborn υποστήριξε ότι τα τέσσερα P των πωλητών αντιστοιχούν στα **τέσσερα C** των πελατών. Τα τέσσερα C των πελατών προέρχονται από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων: **Customer**



solution (Λύση για τον πελάτη), **Customer cost** (Κόστος για τον πελάτη), **Convenience** (Άνεση) και **Communication** (επικοινωνία). Η αντιστοίχιση των τεσσάρων P με τα τέσσερα C είναι η εξής:

- Product (Προϊόν) - Customer solution (Λύση για τον πελάτη)
- Price (Τιμή) - Customer Cost (Κόστος για τον πελάτη)
- Place (Τόπος) - Convenience (Άνεση)
- Promotion (προώθηση) - Communication (Επικοινωνία)



Σχήμα 1.2: Τα 4P και οι μεταβλητές τους

1.4. Σκοπός της Εργασίας

Στη σύντομη προηγούμενη εισαγωγή δόθηκε ο ορισμός του Μάρκετινγκ, αναλύθηκε το Ολιστικό Μάρκετινγκ που κυριαρχεί στις σύγχρονες αγορές και έγινε παρουσίαση του Μίγματος Μάρκετινγκ. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι - κάνοντας χρήση του Μάρκετινγκ και των εργαλείων που αυτό παρέχει - να διερευνηθούν οι λόγοι που το Αντισυλληπτικό Χάπι, ως μέθοδος αντισύλληψης, έχει χαμηλό ποσοστό αποδοχής στην ελληνική κοινωνία. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση



στη διερεύνηση και μελέτη του ρόλου των επαγγελματιών υγείας σε αυτό το φαινόμενο και αναφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί η ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα της αντισύλληψης.

Οι **λόγοι που οδήγησαν** στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος είναι ότι πλέον ο ρόλος του Μηχανολόγου Μηχανικού δεν περιορίζεται μόνο στην εκμάθηση βασικών επιστημονικών γνώσεων και μεθοδολογιών σύνθεσης. Έμφαση πρέπει να δίνεται και στην κοινωνική διάσταση του επαγγέλματος, στη διοίκηση ανθρώπων, στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων (Μπεργελές, 2003). Ως προβλήματα ο Sandhusen το 1993 όρισε τα απρόσμενα συμβάντα ή τις καταστάσεις που επηρεάζουν δυσμενώς τις προσπάθειες που γίνονται για την επίτευξη κάποιων αντικειμενικών στόχων και τα οποία είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν. Η παρούσα, λοιπόν, διπλωματική εργασία, κάνοντας χρήση του **Μάρκετινγκ και των εργαλείων** που αυτό παρέχει, ασχολείται με το πρόβλημα της πολύ χαμηλής αποδοχής από την ελληνική κοινωνία του αντισυλληπτικού χαπιού το οποίο οδηγεί σε ανεπαρκή οικογενειακό προγραμματισμό. Ένα κοινωνικό πρόβλημα περίπλοκο, με πολλές μεταβλητές και παραμέτρους καθώς και ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από τις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα. Η κατανόηση και αντιμετώπιση του προβλήματος σε ένα τομέα που παλαιότερα δεν θα άγγιζε η επιστήμη της Μηχανολογίας, δείχνει ότι τα όρια του πεδίου ενασχόλησης του σύγχρονου Μηχανολόγου Μηχανικού έχουν γίνει ευρύτερα. Για έναν Μηχανολόγο Μηχανικό πλέον η ενασχόληση με ένα τόσο πολυδιάστατο πρόβλημα αποτελεί πρόκληση. Απαιτεί χρήση αναλυτικής σκέψης, ευρεστικής αλλά και αλγοριθμικής νοητικής διαδικασίας. Τα προηγούμενα, σε συνδυασμό με τη χρήση του Μάρκετινγκ και των εργαλείων του, θα οδηγήσουν στη διάγνωση του προβλήματος και τη δημιουργία προτάσεων για την επίλυσή του.

1.5. Διαδικασία διερεύνησης και επίλυσης του προβλήματος

Το πρόβλημα που μελετάται στην παρούσα διπλωματική εργασία είναι η χαμηλή αποδοχή από την ελληνική κοινωνία του Αντισυλληπτικού Χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης που οδηγεί σε κακό οικογενειακό προγραμματισμό. Ως **Πρόβλημα**, ορίζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ο άνθρωπος επιδιώκει να υλοποιήσει ένα στόχο ή αποτέλεσμα, λιγότερο ή περισσότερο καλά καθορισμένο, χωρίς να γνωρίζει εκ των προτέρων επακριβώς τον τρόπο με τον οποίο θα φτάσει σε αυτό. Η διαδικασία με την οποία φτάνει στην επίτευξη του στόχου αυτού, καλείται **επίλυση** προβλήματος. Χαρακτηριστικό της επίλυσης προβλημάτων είναι η **ευρεστική** νοητική διαδικασία κατά την οποία ο «λύτης» δε γνωρίζει τη σειρά ενεργειών στις οποίες πρέπει να προβεί ώστε να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, πρέπει να χρησιμοποιήσει εμπειρίες από αντίστοιχες καταστάσεις που αντιμετώπισε ή που γνωρίζει από παλαιότερα, γενικότερους κανόνες και διαδικασίες που επιτρέπουν τη λύση μιας κατηγορίας προβλημάτων, ή ακόμα να δοκιμάσει σειρά από ενέργειες κρίνοντας κάθε φορά

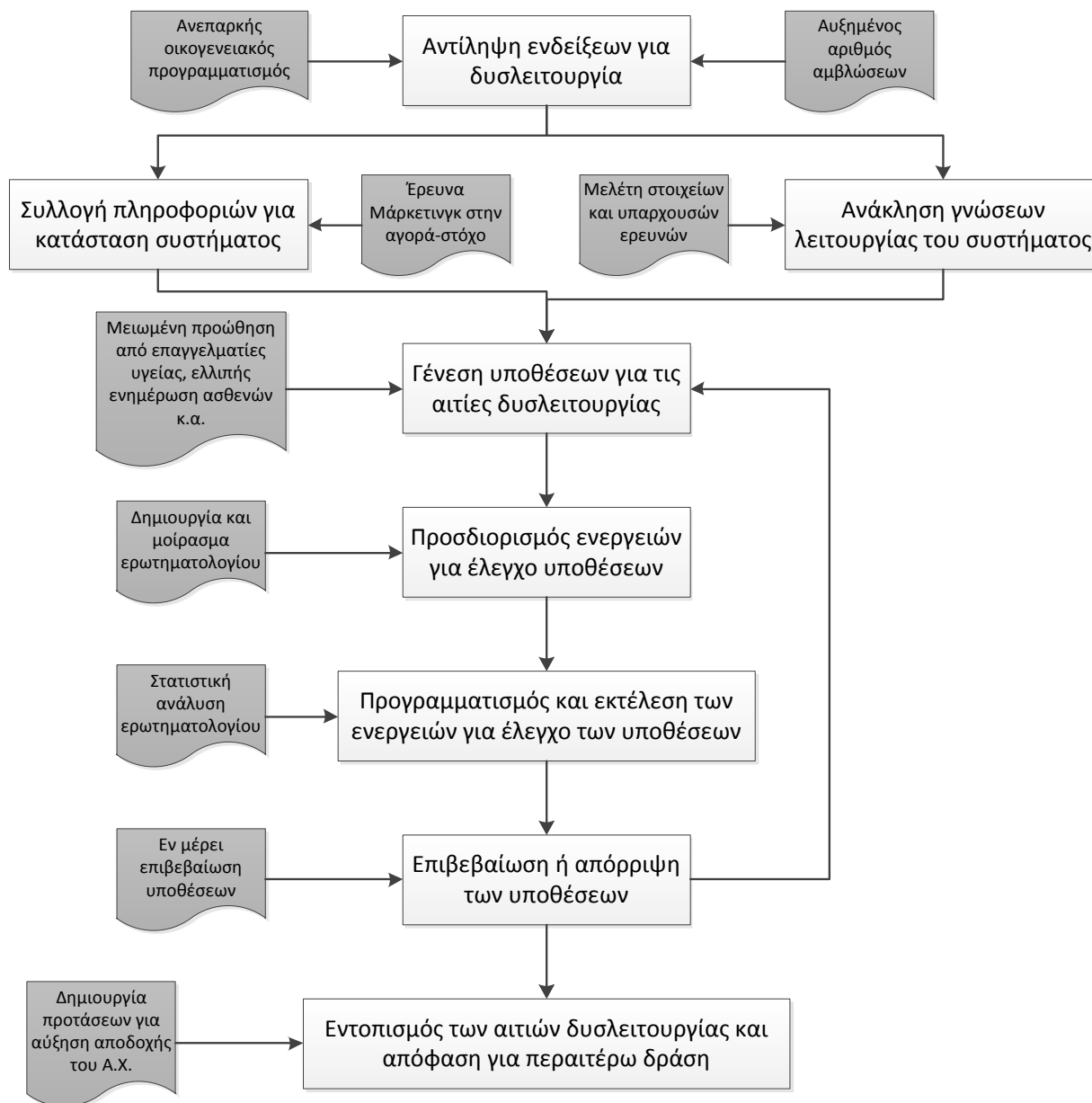


κατά πόσο τα αποτελέσματά τους τον απομακρύνουν ή τον φέρνουν κοντύτερα στο επιθυμητό αποτέλεσμα δηλαδή διαδικασία δοκιμής-λάθους (Trial and error). Αυτές οι νοητικές στρατηγικές που χαρακτηρίζουν την ευρεστική διαδικασία απουσιάζουν από την **αλγοριθμική** κατά την οποία απλά εφαρμόζεται μια γνωστή διαδικασία και μια καθορισμένη σειρά ενεργειών, η οποία είναι γνωστό ότι οδηγεί στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Μαρμαράς, 2002). Ο εντοπισμός των αιτιών που προκάλεσαν ένα ή περισσότερα ανεπιθύμητα γεγονότα ονομάζεται **διάγνωση του προβλήματος**. Η ύπαρξη πολλών πιθανών αιτιών για τη δημιουργία ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης, η ύπαρξη πολλών πιθανών τρόπων για τον εντοπισμό των αιτιών, η δυναμικότητα του συστήματος στο οποίο γίνεται η διάγνωση, η πολυπλοκότητά του και η πιθανή απροσδιοριστία ορισμένων στοιχείων καθιστά τη διάγνωση ένα πολύπλοκο νοητικό καθήκον. Όταν παρουσιάζεται μια δυσλειτουργία σε ένα πολύπλοκο σύστημα η διαδικασία της διάγνωσης μπορεί να περιγραφεί με καλά καθορισμένα βήματα. Τα βήματα αυτά περιλαμβάνονται στο **Σχήμα 1.3** στο οποίο παρουσιάζεται ένα μοντέλο της διαδικασίας διάγνωσης δυσλειτουργιών σε πολύπλοκα συστήματα και η εφαρμογή που είχε στην παρούσα Διπλωματική Εργασία.

Η παρούσα διπλωματική εργασία ασχολείται με ένα πρόβλημα το οποίο έχει εντοπιστεί σε ένα σύστημα-περιβάλλον το οποίο είναι πολύπλοκο. Επίσης, είναι τέτοιας φύσης το σύστημα καθώς περιλαμβάνει ανθρώπινη συμπεριφορά και εξωγενείς παράγοντες όπως πολιτικές συνθήκες, νομικό πλαίσιο οικονομική κατάσταση κ.α. το οποίο λόγω πολυπλοκότητας δεν μπορεί να διαγνωστεί αποκλειστικά με τη χρήση αυτοματισμών και «έξυπνων» πληροφοριακών συστημάτων παρά μόνο ως εργαλεία που θα παρέχουν δεδομένα στον ερευνητή. Στα πολύπλοκα συστήματα η διάγνωση των δυσλειτουργιών-προβλημάτων πολλές φορές μπορεί να είναι μία ενιαία διαδικασία. Ο Rasmussen το 1986 μετά από σειρά αναλύσεων πραγματικών καταστάσεων διάγνωσης και αποκατάστασης δυσλειτουργιών ανέπτυξε ένα μοντέλο για τη διαδικασία αντιμετώπισης δυσλειτουργιών σε πολύπλοκα συστήματα. Στο μοντέλο εμφανίζονται νοητικές δραστηριότητες συλλογής και επεξεργασίας των πληροφοριών ή συλλογισμοί και τα στάδια ενεργών γνώσεων από τα οποία περνά ο εκτελών τη διάγνωση. Σύμφωνα με το μοντέλο, η όλη διαδικασία αρχίζει με τη συλλογή πληροφοριών οι οποίες αποτελούν ενδείξεις για το ότι κάποια δυσλειτουργία συμβαίνει στο σύστημα που ελέγχεται. Στη συνέχεια δημιουργείται μια εικόνα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται το σύστημα. Μετά, δίνεται ερμηνεία στις συνέπειες που μπορεί να έχει αυτή η κατάσταση για τους στόχους της λειτουργίας του συστήματος αλλά και για τα κριτήρια καλής λειτουργίας του. Σε περίπτωση που οι στόχοι και τα κριτήρια δεν είναι ιεραρχημένα ιεραρχούνται προσδιορίζοντας τους στόχους που θα πρέπει να επιτευχθούν στην παρούσα κατάσταση (As Is). Προσδιορίζει έτσι το ποια θα είναι η κατάσταση του συστήματος που θα πρέπει να επιδειχθεί να επιτευχθεί (To Be). Στη συνέχεια, προσδιορίζονται οι ενέργειες που θα πρέπει να εκτελεστούν προκειμένου το σύστημα να βρεθεί στην επιδιωκόμενη



κατάσταση. Το επόμενο βήμα είναι ο καθορισμός των τρόπων και των διαδικασιών εκτέλεσης των ενεργειών που προσδιορίστηκαν στο προηγούμενο στάδιο. Το τελευταίο στάδιο της διαδικασίας που περιγράφεται στο μοντέλο, είναι ο συντονισμός και ο συνεχής έλεγχος για την πορεία υλοποίησης των εργασιών που αποφασίστηκε να εκτελεστούν



Σχήμα 1.3: Διαδικασία διάγνωσης δυσλειτουργιών



1.6. Δομή της εργασίας

Όπως αναφέρθηκε και στην **Παράγραφο 1.4** στην εισαγωγή έγινε μια παρουσίαση της έννοιας του Μάρκετινγκ και αναλύθηκε το ολιστικό και τα εργαλεία του. Στη συνέχεια παρουσιάστηκε ο σκοπός της Εργασίας, οι λόγοι που οδήγησαν στην ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα της παρούσας Διπλωματικής και το μοντέλο της διαδικασίας επίλυσης του προβλήματος που ακολουθήθηκε.

Στο **Κεφάλαιο 2** παρουσιάζεται και περιγράφεται το Αντισυλληπτικό Χάπι ως Προϊόν. Αρχικά, γίνεται ιστορική αναφορά για το πώς ξεκίνησε η έρευνα για τη δημιουργία του και περιγράφονται τα γεγονότα ορόσημα στη πορεία του από τα εργαστήρια των φαρμακοβιομηχανιών στον τελικό καταναλωτή στη μορφή που κυκλοφορεί σήμερα. Περιγράφεται η επιστήμη πίσω από το Αντισυλληπτικό Χάπι, ο τρόπος δράσης του και ο μηχανισμός με τον οποίο επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν από τη χρήση του στους καταναλωτές. Παρουσιάζονται τα σκευάσματα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με περιγραφή της συσκευασίας τους, του τρόπου λήψης τους, της διαδικασίας δράσης τους και του κόστους τους. Ακολουθεί η ανάλυση των εργαλείων μάρκετινγκ «Τέσσερα Ρ» (**P**roduct, **P**rice, **P**lace, **P**romotion) και «Τέσσερα C» (**C**ustomer solution, **C**ustomer cost, **C**onvenience, **C**ommunication) και πώς αυτά εφαρμόζονται στην κατηγορία προϊόντων που περιλαμβάνεται στο όρο Αντισυλληπτικό Χάπι.

Στο **Κεφάλαιο 3** μελετάται η ελληνική αγορά και οι ιδιαιτερότητές της για να βγουν συμπεράσματα για του λόγους που εμφανίζεται τόσο χαμηλό ποσοστό αποδοχής του Αντισυλληπτικού Χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης. Αναλύονται οι πολιτικοί-νομικοί παράγοντες της αγοράς, οι οικονομικοί, οι τεχνολογικοί και τέλος οι κοινωνικοί στα πλαίσια της ανάλυσης περιβάλλοντος PEST (**P**olitical-legal, **E**conomic, **S**ocial, **T**echnological). Στη συνέχεια παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία για τις συνήθειες της ομάδας-στόχου της ελληνικής κοινωνίας που μελετάται και γίνεται σύγκριση με αγορές εκτός Ελλάδας. Ακολουθεί περαιτέρω ανάλυση του προϊόντος με τη χρήση του εργαλείου μάρκετινγκ «Ανάλυση SWOT» (**S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats).

Στο **Κεφάλαιο 4** αναλύεται η εκστρατεία ενημέρωσης της ελληνικής κοινωνίας για την αντισύλληψη με τίτλο «Διάλεξε Στάση: Αντισύλληψη ή Ανασφάλεια». Παρουσιάζεται το όραμα, η στρατηγική και ο στόχος της εκστρατείας. Αναφέρονται τα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν και περιγράφεται η νέα προσέγγιση προς το κοινό. Στη συνέχεια αναλύεται η κεντρική επικοινωνιακή ιδέα και οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για να διαδοθεί στο κοινό. Παρουσιάζονται οι πρεσβευτές της εκστρατείας και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για να διαδοθεί το μήνυμα στο κοινό-στόχο με τον αποτελεσματικότερο και πιο αποδοτικό τρόπο.



Στο **Κεφάλαιο 5** περιγράφεται η έρευνα μάρκετινγκ για τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη διάδοση του Αντισυλληπτικού Χαπιού. Αρχικά ορίζεται το πρόβλημα και οι στόχοι της έρευνας, παρουσιάζεται το σχέδιό της και οι πέντε (5) τρόποι συλλογής πρωτογενών δεδομένων. Εν συνεχεία, αναλύονται τα εργαλεία της έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν (ερωτηματολόγιο, προσωπικές συνεντεύξεις) και πώς έγινε η δημιουργία τους. Καθορίζονται τα ερωτήματα που θα βοηθήσουν να απαντηθούν ώστε ο ερευνητής να εξάγει τις πληροφορίες που ζητά. Επιπλέον, παρουσιάζεται αναλυτικά ο σχεδιασμός και, εν τέλει, το ερωτηματολόγιο των δεκαέξι (16) ερωτήσεων που δημιουργήθηκε και μοιράστηκε στους Ιατρούς για να βγουν συμπεράσματα για το ρόλο τους.

Στο **Κεφάλαιο 6** γίνεται η επεξεργασία των δεδομένων που ελήφθησαν από το ερωτηματολόγιο με το εμπορικό πακέτο SPSS. Γίνεται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Η ανάλυση αρχίζει με περιγραφική στατιστική. Στη συνέχεια γίνονται στατιστικά τεστ για έλεγχο ύπαρξης στατιστικά σημαντική διαφοράς μεταξύ μεταβλητών με το t-test, ανάλυση συσχέτισης ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-Way ANOVA), ανάλυση Correspondence και ανάλυση ομάδων (Cluster analysis) για την εξαγωγή συμπερασμάτων για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη διάδοση του αντισυλληπτικού χαπιού.

Τέλος, στο **Κεφάλαιο 7** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας, γίνονται προτάσεις και προτείνονται θέματα για περαιτέρω έρευνα του αντικείμενου της εργασίας .



2. Το Προϊόν

2.1. Το Αντισυλληπτικό Χάπι και η επίδρασή του στην κοινωνία

Μία γυναίκα, ένα Χάπι και ένα ποτήρι νερό: συχνά οι μεγαλύτερες επαναστάσεις ξεκινάνε αθόρυβα και μέχρι να αντιληφθεί κανείς ότι ξεκίνησαν, ο κόσμος έχει ήδη αλλάξει. Στις 23 Ιουνίου 1960 ο FDA (Food and Drug Administration- Οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ) εγκρίνει την κυκλοφορία του χαπιού Enovid για ευρεία κατανάλωση στην αγορά των ΗΠΑ. Το χάπι Enovid ήταν το πρώτο πραγματικά αποτελεσματικό αντισυλληπτικό χάπι. Χρειάστηκαν ελάχιστα χρόνια κυκλοφορίας του για να γίνει αντιληπτό από την παγκόσμια κοινότητα πόσο άλλαζε τον κόσμο η κυκλοφορία του. Και αυτό γιατί ο Άνθρωπος, ως είδος, έκανε προσπάθειες ελέγχου της γονιμότητάς του από τη στιγμή που ανακάλυψε πως η σεξουαλική πράξη συνδέεται με την αναπαραγωγή. Από την αρχαιότητα λοιπόν, χρησιμοποιούσε διάφορες μεθόδους και υλικά προσπαθώντας να αποσυνδέσει τη σεξουαλική πράξη από την εγκυμοσύνη. Όσο όμως οι μέθοδοι που χρησιμοποιούσε δεν ήταν αποτελεσματικές, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα έπρεπε να παραμένει περιορισμένη σε συγκεκριμένες δομές για να επιτευχθεί η κοινωνική συνοχή και η εξασφάλιση του είδους. Το 1960 όμως όλες αυτές οι αναποτελεσματικές μέθοδοι μπορούσαν να παραγκωνιστούν. Είχαν χρειαστεί τριάντα χρόνια δοκιμών και ερευνών αλλά οι γυναίκες είχαν πια στη διάθεσή τους κάτι που η ανθρωπότητα αναζητούσε από τις αρχές της Ιστορίας της: έλεγχο της γονιμότητάς τους.

Η έγκριση του Enovid το 1960 έδινε για πρώτη φορά στη γυναίκα τη δυνατότητα να ορίσει τις αναπαραγωγικές της ανάγκες και να τις διαχωρίσει από τη σεξουαλικότητά της, η οποία ως τότε ήταν δέσμια του μητρικού της ρόλου. Με το Χάπι, οι άνθρωποι μπορούσαν να επιλέξουν συντρόφους με βάση την έλξη και το συναίσθημα, δίχως η δημιουργία οικογένειας να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της επιλογής τους. Η κοινωνία ολόκληρη έπρεπε να μπει σε άλλες βάσεις. Οι γυναίκες μπορούσαν να σπουδάσουν και να μπουν στην αγορά εργασίας, εφόσον δεν χρειαζόταν να επιλέξουν ανάμεσα στο να έχουν προσωπική ζωή (που παλιότερα συνεπαγόταν παιδιά) ή το να έχουν μια δουλειά. Ο μισός πληθυσμός στη Δύση έπαυε να εξαρτάται οικονομικά από τον άλλο μισό. Το φεμινιστικό κίνημα ενδυναμώθηκε ενισχυόμενο και από το γενικότερο ρεύμα αλλαγής που διαπερνούσε την κοινωνία της εποχής. Φυσικά ένας «απελευθερωμένος» γυναικείος πληθυσμός σήμαινε απελευθέρωση και για τους άνδρες. Πλέον η ανδρική σεξουαλική ζωή δεν ήταν απαραίτητα συνδεδεμένη με την πορνεία και τη μοιχεία: αυτό που επέτρεπε η κοινωνία μόνο όσο γινόταν στα κρυφά, πλέον ήταν κοινός τόπος για όλους. Η απόλαυση έπαψε να συνεπάγεται ευθύνες και αυτό άλλαξε τη μέχρι τότε ενοχική



κοσμοθεωρία της Δύσης. Δεν είναι τυχαίο ότι το σύνθημα που προέκυψε από τη σεξουαλική επανάσταση και την κουλτούρα της δεκαετίας του εξήντα και του εβδομήντα ήταν το «Κάντε έρωτα, όχι πόλεμο». Υπήρξαν βέβαια και πολλές αντιδράσεις από προκαταλήψεις και συνήθειες αιώνων που ήταν ενάντια στο νέο ρεύμα που άλλαζε τον κόσμο. Οι δομές στον εργασιακό χώρο και στα ακαδημαϊκά ιδρύματα παρέμεναν ανδροκρατούμενες και οι νέες αξίες ήταν ακατανόητες από τις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες. Η απελευθέρωση κατηγορήθηκε ως «άκρατος ηδονισμός», οι φιλειρηνικές απόψεις των νέων ως δειλία και η άρνηση των παραδοσιακών προτύπων ως τεμπελιά. Όσες όμως αντιδράσεις και αν υπήρχαν η αρχή είχε γίνει και δεν υπήρχε η επιλογή της επιστροφής. Οι κοινωνικές αλλαγές συνοδεύτηκαν από μεγάλες οικονομικές αλλαγές, καθώς το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό σχεδόν διπλασιάστηκε οδηγώντας στη δημιουργία ζήτησης μέσω του αυξημένου καταναλωτισμού. Οι αλλαγές στη Δύση φυσικά επηρέασαν και τον υπόλοιπο κόσμο μέρος όμως του οποίου δεν ήταν προετοιμασμένος όπως η Ευρώπη και οι ΗΠΑ να τις υιοθετήσουν, οδηγώντας σε έντονες αντιδράσεις απέναντι στις νέες συνθήκες. Σε κάθε περίπτωση, λίγα χρόνια μετά την κυκλοφορία του Enovid 10mg ήταν εμφανές πως το Χάπι είχε επηρεάσει τον ανθρώπινο χάρτη όσο ελάχιστες εφευρέσεις. Ο κόσμος είχε ήδη αλλάξει.

Η ομάδα προϊόντων που μελετάται από την παρούσα Διπλωματική Εργασία είναι το «**Αντισυλληπτικό Χάπι**». Είναι ένα φαρμακευτικό προϊόν το οποίο μπορεί να προμηθευτεί ο καταναλωτής μόνο από συγκεκριμένα σημεία πώλησης: τα φαρμακεία. Απευθύνεται αποκλειστικά σε γυναίκες και απαραίτητη προϋπόθεση για να το αγοράσει ο καταναλωτής είναι να έχει λάβει Ιατρική Συνταγή για αυτό από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας βάσει των εγκεκριμένων ενδείξεων. Έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στις ΗΠΑ το 1960 δημιουργώντας μια καινούρια αγορά και στην πορεία του χρόνου επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τη ζωή των γυναικών-και κατ' επέκταση συνολικά της κοινωνίας-σε παγκόσμιο επίπεδο ικανοποιώντας την ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

2.2. Ορισμοί-Βασικές έννοιες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization- WHO) ο **Οικογενειακός Προγραμματισμός** επιτρέπει σε μεμονωμένα άτομα και σε ζευγάρια να προγραμματίσουν το πόσα παιδιά θα αποκτήσουν και τη χρονική στιγμή που αυτό θα συμβεί. Το παραπάνω επιτυγχάνεται με τη θεραπεία ενάντια στη στειρότητα -στις περιπτώσεις που εμφανίζεται- καθώς και με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Η δυνατότητα της γυναίκας να αποφασίζει τον αριθμό, να προγραμματίζει και να τοποθετεί σε χρονικά επιθυμητές περιόδους τις εγκυμοσύνες της, έχει άμεσο θετικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία τόσο της ίδιας όσο και του βρέφους. Στην Ελλάδα ο οικογενειακός προγραμματισμός ρυθμίζεται με το Ν.1609/1986 που στο Άρθρο 1 προβλέπει την ενημέρωση για την



απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

Η Αντισύλληψη είναι η χρήση μίας ή περισσότερων μεθόδων, πρακτικών, συσκευών, φαρμακευτικών σκευασμάτων ή χειρουργικών μεθόδων με σκοπό την πρόληψη ή τη μείωση της πιθανότητας εγκυμοσύνης. Αυτό σημαίνει ότι μια διαδικασία ή συμπεριφορά χαρακτηρίζεται ως αντισυλληπτική αν ο σκοπός της είναι να αποτρέψει μία γυναίκα από το να μείνει έγκυος. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος αντισύλληψη μπορεί να αναφέρεται ειδικά στους μηχανισμούς που στοχεύουν στην μείωση της πιθανότητας γονιμοποίησης ωαρίου από ένα σπερματοζώαριο.

Οι **Μέθοδοι Αντισύλληψης** είναι αναπόσπαστο μέρος του οικογενειακού προγραμματισμού όπως ορίστηκε παραπάνω. Προσπάθειες αντισύλληψης με τη χρήση διάφορων ιατρικών συσκευών εμφανίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της Ιστορίας, ξεκινώντας με αιγυπτιακά έγγραφα τα οποία χρονολογούνται από το 1500π.Χ. Σε αυτά τα έγγραφα, αναφέρονται οδηγίες προς τις γυναίκες στο πώς το μέλι αλειμμένο σε μαλλί, αραβικό κόμμα αλλά και η επιλογή των κατάλληλων ημερομηνιών, θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως αντισυλληπτικά μέσα. Επίσης, το 1700μ.Χ, στα ημερολόγια του ο Καζανόβα αναφέρει πειράματα που έκανε με προφυλακτικά φτιαγμένα από την κύστη προβάτων αλλά και τη χρήση του μισού λεμονιού ως αυτοσχέδιο κάλυμμα της μήτρας. Το 1873, το Κογκρέσο των Ηνωμένων Πολιτειών έκρινε την αντισύλληψη ως «άσεμνη» και έθεσε εκτός νόμου τη διάδοσή της. Παρά τους συγκεκριμένους περιορισμούς, μια πρώτη εκδοχή του διαφράγματος έγινε διαθέσιμη τη δεκαετία του 1880.

Η αντισύλληψη περιλαμβάνει 2 βασικές κατηγορίες: τις **μεθόδους φραγμού** και τις **ορμονικές μεθόδους**. Στις πρώτες εντάσσονται οι μέθοδοι που εμποδίζουν το σπέρμα να περάσει μέσα στη μήτρα, όπου μπορεί να γονιμοποιήσει το ωάριο, ενώ ως ορμονικές, αναφέρονται οι μέθοδοι που προσωρινά αλλάζουν τον τρόπο λειτουργίας του αναπαραγωγικού συστήματος. Υπάρχουν και λιγότερο εξελιγμένες μέθοδοι αποφυγής της εγκυμοσύνης, όπως για παράδειγμα η διακεκομμένη συνουσία, είναι όμως πολύ πιο επικίνδυνες και λιγότερο αποτελεσματικές.

2.3. Ιστορικά στοιχεία

Το αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμού, το οποίο συχνά αποκαλείται και ως «**Το Χάπι**», για πρώτη φορά έλαβε έγκριση κυκλοφορίας στις ΗΠΑ το 1960. Τα πρώτα χρόνια κυκλοφορίας του αποτέλεσε επανάσταση και θεωρείται ως το πρώτο φάρμακο σχεδιασμού του τρόπου ζωής (designer or lifestyle drug). Περίπου το 85% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής θα κάνουν χρήση του Αντισυλληπτικού Χαπιού κατά μέσο όρο για πέντε χρόνια. Από την εμφάνισή του για πρώτη φορά τη



δεκαετία του 1960 μέχρι σήμερα, έρχεται ξανά και ξανά στο προσκήνιο τόσο για τα πλεονεκτήματα και τα οφέλη που προσφέρει όσο και για τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει η χρήση του. Οι πρώτες σοβαρές προσπάθειες που έθεσαν τα θεμέλια για την παραγωγή του Αντισυλληπτικού Χαπιού, ξεκίνησαν το 1901 με τις πρώτες έρευνες από τον ιατρό Ludwig Haberland (1885-1932) από το Ίνσμπρουκ της Αυστρίας, οι οποίες έδειξαν ότι η έμμηνος ρύση καθορίζεται από ορμόνες οι οποίες παράγονται κεντρικά από τον εγκέφαλο και τις ωοθήκες.

1919-Σε πειράματα σε ζώα, ο Haberland ανακαλύπτει τη βασική αρχή του Χαπιού. Αποδεικνύει η μεταμόσχευση ωοθηκών από κουνέλια σε κατάσταση εγκυμοσύνης σε μη-έγκυα ζώα αναστέλλει την ωορρηξία.

1923-Ο Haberland εγχέει τμήματα πλακούντα σε γόνιμα ζώα και πετυχαίνει προσωρινή στειρότητα σε αυτά.

1928-Η εταιρία Schering κυκλοφορεί το σκεύασμα Progynon, το πρώτο ορμονολογικό φάρμακο.

1929-Ο Adolf Butenandt (1903-1995), βιοχημικός και αργότερα κάτοχος Νόμπελ, απομονώνει την ορμόνη οιστρόνη.

1933- Η εταιρία Schering κυκλοφορεί το Proluton, το πρώτο παρασκεύασμα με βιολογική προγεστογόνη.

1934-Στα εργαστήρια της Schering αναπτύσσεται από τους χημικούς Schwenk και Hildebrand η σύνθεση της οιστραδιόλης η οποία είναι η βάση για τα σύγχρονα ορμονικά θεραπευτικά σκευάσματα. Ο Butenandt και άλλοι επιστήμονες απομονώνουν την ορμόνη προγεστερόνη (ωχρινική ορμόνη του σώματος) σε ωοθήκες γουρουνιών.

1936-Αμερικανοί επιστήμονες δείχνουν ότι η προγεστερόνη μπορεί να αναστείλει την ωορρηξία.

1938-Οι επιστήμονες της εταιρίας Schering, Hans Inhoffen και Walter Hohlweg, γράφουν ιστορία αναπτύσσοντας την Αιθινυλοιστραδιόλη, το πρώτο ,από το στόμα λαμβανόμενο, αποτελεσματικό οιστρογόνο στον κόσμο. Επίσης, πετυχαίνουν την παραγωγή συνθετικής, διά του στόματος λαμβανόμενης προγεστερόνης, η οποία ονομάζεται προγεστίνη.



1942-Ο Αμερικανός χημικός Russell Marker, συλλέγει άγριες ρίζες γλυκοπατάτας (Dioscorea) στο Μεξικό, και από αυτές παράγει καθαρή προγεστερόνη.

1944-Οι επιστήμονες Bickenbach και Paulikowics μελετούν την αναστολή ωορρηξίας στις γυναίκες με προγεστερόνη.

1950-Η Margaret Sanger, που ίδρυσε την Αμερικάνικη Ένωση για τον έλεγχο των γεννήσεων και η οποία αργότερα έγινε η Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού της Αμερικής, πείθει τον Dr. Gregory Pincus και τον John Rock για την αναγκαιότητα της ορμονικής αντισύλληψης και τους ωθεί να ξεκινήσουν έρευνες και δοκιμές πάνω σε αυτήν.

1951-Στο Μεξικό, ο χημικός Carl Djerassi συνθέτει νορεθιδρόνη, το πρώτο ,από το στόμα λαμβανόμενο, αποτελεσματικό προγεσταγόνο.

1956- Ο καθηγητής Dr. Gregory Pincus, ο Dr. Min Chuh Chang και ο Dr. John Rock, διεξάγουν τις πρώτες δοκιμές σε 60 γυναίκες εθελόντριες. Την ίδια χρονιά, ο Pincus διεξάγει την πρώτη μεγάλη δοκιμή με 6000 συμμετέχοντες στο Πουέρτο Ρίκο και στην Αϊτή επιτυχώς.

1957-Ο Αμερικάνικος Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) εγκρίνει το σκεύασμα Enovid 5 (περιεκτικότητας 150 μg Mestranol (E2) και 9,85 mg Norethydronel) για διαταραχές της εμμηνού ρύσεως.

1960- Ο FDA επεκτείνει την ένδειξη ώστε να συμπεριλαμβάνεται και η αντισύλληψη. Έτσι το Enovid, είναι το πρώτο σκεύασμα που κυκλοφορεί στις Ηνωμένες Πολιτείες ως αντισυλληπτικό χάπι από την εταιρία G.D. Searle and Co. το 1960.

1961- Η εταιρία Schering AG (μετέπειτα Bayer Schering Pharma) κυκλοφορεί το σκεύασμα Anovlar στη Δυτική Γερμανία, το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι που κυκλοφόρησε στην Ευρώπη. Την ίδια χρονιά ακολουθεί η διάθεσή του και στην Αυστραλία. Διατίθεται μόνο σε φαρμακεία και μόνο με ιατρική συνταγή.

1965-Κυκλοφορούν στην Ελλάδα τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια: το Anovlar της Schering και το Lyndiol της Organon.



1965-1970-Είναι μια δύσκολη αρχή καθώς είναι ένα πολύ αμφιλεγόμενο θέμα στην Ευρώπη. Συνίσταται κυρίως για διαταραχές της έμμηνου ρύσεως και συνταγογραφείται μόνο σε παντρεμένες γυναίκες.

Αρχές δεκαετίας 1970-Η σεξουαλική επανάσταση αρχίζει να έχει αποτελέσματα. Το Χάπι παύει να αποτελεί ταμπού και εκατομμύρια γυναίκες στον κόσμο το χρησιμοποιούν σαν κάτι το αυτονόητο.

Δεκαετίες 1970 και 1980-Νέα πιο εξελιγμένα σκευάσματα βγαίνουν στην αγορά με νέες δραστικές ουσίες.

1987-Η Bayer Schering Pharma (αρχικά Schering) κυκλοφορεί το σκεύασμα Gynega, το πρώτο χάπι που περιέχει το νέο προγεστογόνο: τη γεστογένη.

2000 μέχρι σήμερα- Το αντισυλληπτικό χάπι είναι μέρος της καθημερινότητας των γυναικών παγκοσμίως. Οι βελτιώσεις που γίνονται σκοπό έχουν να αυξήσουν τις επιλογές που προσφέρονται στις γυναίκες και να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη.

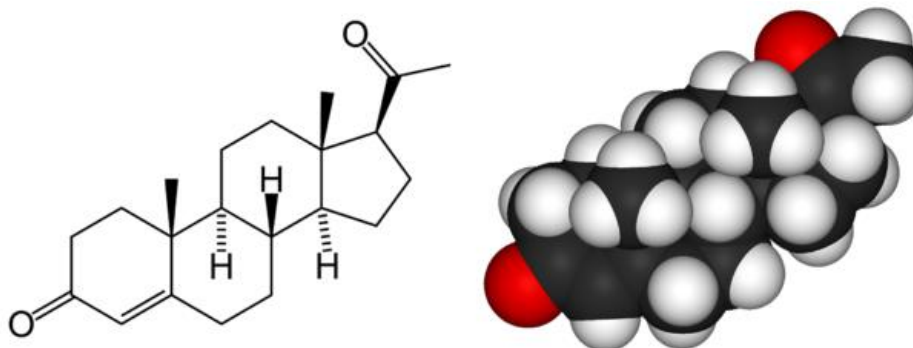
2.4. Η επιστήμη πίσω από το Αντισυλληπτικό Χάπι

Είναι αξιοσημείωτο ότι τα ορμονικά αντισυλληπτικά είναι μεταξύ των πλέον αποτελεσματικών φαρμάκων, με 99,9% θεωρητική αποτελεσματικότητα (η πραγματική αποτελεσματικότητα επηρεάζεται από τη σωστή χρήση από τον ασθενή). Ο έμμηνος κύκλος είναι μια πολύπλοκη σειρά γεγονότων που καθορίζεται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (Williams και Stancel, 1996). Κατά τη διάρκεια ενός κανονικού κύκλου, τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων στο πρώτο μέρος του κύκλου, δίνουν σήμα στην υπόφυση να απελευθερώσει ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH), η οποία προωθεί την ωρίμανση του κυρίαρχου ωοθυλακίου στην ωοθήκη (το θυλάκιο αποτελείται από το ωάριο και τα κύτταρα που παράγουν οιστρογόνο και το περιβάλλουν. Καθώς τα επίπεδα οιστρογόνων αυξάνονται, το ενδομήτριο παχαίνει και μια μεγάλη αύξηση της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) πυροδοτεί την ωορρηξία, όπου τα ώριμα θυλάκια διαρρηγνύονται απελευθερώνοντας ένα ώριμο ωάριο το οποίο διασχίζει τη σάλπιγγα. Το θυλάκιο μετασχηματίζεται σε ωχρό ιστό, ο οποίος παράγει την προγεστερόνη. Η προγεστερόνη είναι η κυρίαρχη ορμόνη κατά το δεύτερο μισό του έμμηνου κύκλου και καθιστά το ενδομήτριο δεκτικό για την εμφύτευση. Η προγεστερόνη σηματοδοτεί επίσης στην υπόφυση να καταστείλει την παραγωγή FSH και LH, εξασφαλίζοντας έτσι ότι δεν θα ωριμάσουν και απελευθερωθούν επιπλέον ωοθυλάκια. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί από το σπέρμα, το ωχρό σωματίο υποχωρεί και τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν. Το ενδομήτριο διασπάται και απελευθερώνεται με την έμμηνου ρύση, με τον κύκλο να αρχίζει και πάλι. Εάν το ωάριο



γονιμοποιηθεί και το έμβρυο εμφυτευτεί, η παραγωγή της προγεστερόνης συνεχίζεται λόγω της διάσωσης του ωχρού σωματίου με ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη, η οποία παράγεται από την εμφύτευση του εμβρύου. Η παραγωγή προγεστερόνης συνεχίζεται από τον πλακούντα, εμποδίζοντας την ωρίμανση και άλλων ωαρίων προς όφελος του αναπτυσσόμενου εμβρύου.

Όταν μία γυναίκα λαμβάνει αντισυλληπτικά χάπια το συνθετικό οιστρογόνο καταστέλλει την παραγωγή της ορμόνης FSH, εμποδίζοντας έτσι την ωρίμανση των ωοθυλακίων. Χωρίς την ανάπτυξη του ωοθυλακίου, δεν υπάρχει αύξηση των οιστρογόνων και το ενδομήτριο δεν παχαίνει. Τα χαμηλά επίπεδα προγεστερόνης κάνουν το ενδομήτριο αφιλόξενο για εμφύτευση εμβρύου, αλλά και εμποδίζουν την απότομη αύξηση της ορμόνης LH, εμποδίζοντας έτσι και την ωορρηξία. Η συνεχής παροχή οιστρογόνων και προγεστερόνης, η μοριακή δομή της οποίας απεικονίζεται στο **Σχήμα 1.1**, σε όλη τη διάρκεια του κύκλου διατηρεί την καταστολή της FSH και της LH, αποτρέποντας την εγκυμοσύνη. Κατά την περίοδο των επτά ημερών (που σταματά η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών) που ακολουθούν τις 21 ημέρες λήψης της ορμόνης, η απουσία εξωγενούς οιστρογόνου και προγεστερόνης επιτρέπει την διάσπαση και την αποδέσμευση του λεπτού ενδομητριακού περιβλήματος ως αιμορραγία, παρόμοια με αυτή της εμμήνου ρύσεως.



Σχήμα 2.1: Μοριακή Δομή της Προγεστερόνης σε δισδιάστατη και τρισδιάστατη απεικόνιση

2.4.1. Θεραπευτικές χρήσεις του Αντισυλληπτικού Χαπιού

Η βασική φαρμακευτική ένδειξη του αντισυλληπτικού χαπιού είναι η ορμονική αντισύλληψη. Πέρα όμως από την αποφυγή της εγκυμοσύνης υπάρχουν πολλά άλλα οφέλη που συνδέονται με τη λήψη του Χαπιού (Burkman, 2004; Dhont, 2010; Williams and Stancel, 1996). Υπάρχουν πολλά οφέλη που σχετίζονται τον έμμηνο κύκλο. Σε αυτά συμπεριλαμβάνεται η κανονικότητά του, η μείωση της απώλειας αίματος, η σιδηροπενική αναιμία και η δυσμηνόρροια. Έχει παρατηρηθεί η προστασία από ορισμένες μορφές καρκίνου και η μείωση εμφάνισης καλοήθων παθήσεων του μαστού. Επίσης



παρατηρείται μείωση της ακμής, των κυστών στις ωοθήκες και μειώνεται η πιθανότητα εξωμητρίου κύησης. Στοιχεία επίσης υποδεικνύουν ότι το Χάπι μπορεί να έχει μεταβολικά οφέλη, που συμπεριλαμβάνουν θετικές επιδράσεις στην οστική μάζα και πρόληψη της ενδομητρίωσης και της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου (Williams and Stancel, 1996). Τέλος μια πρόσφατη έρευνα που παρακολούθησε χρήστες και μη χρήστες του Χαπιού υποδεικνύει ότι το Χάπι δεν σχετίζεται με αυξημένο μακροπρόθεσμο κίνδυνο θανάτου, αλλά στην πραγματικότητα μπορεί να παράγει καθαρό όφελος μακροζωίας (Hannaford et al, 2010).

2.5. Ανεπιθύμητες ενέργειες

Όπως έχει αναφερθεί και στο **Κεφάλαιο 2.3**, από την αρχή της κυκλοφορίας του το Αντισυλληπτικό Χάπι προκάλεσε αρκετές συζητήσεις και αντιδράσεις στις κοινωνίες που κυκλοφόρησε. Η ευρεία χρήση του από γυναίκες κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ηλικίας, προκάλεσε ανησυχίες σχετικά με τις επιπτώσεις του Αντισυλληπτικού Χαπιού στους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνο. Έτσι λοιπόν, ένας από τους λόγους που αντιμετωπίστηκε με σκεπτικισμό ήταν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που είχε στις γυναίκες που το χρησιμοποιούσαν.

2.5.1. Φλεβική θρομβοεμβολή

Μετά από λίγο καιρό αφού είχαν κυκλοφορήσει στην αγορά το 1960 τα αντισυλληπτικά χάπια συνδυασμού, που περιείχαν οιστρογόνα και προγεστερόνη, οι πρώτες αναφορές περιστατικών που συνέδεαν την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (VTE) και την πνευμονική θρομβοεμβολή με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία. Αυτά τα πρώτα περιστατικά φλεβικής θρομβοεμβολής ήταν η ώθηση για να μειωθεί η δόση οιστρογόνων σε μια προσπάθεια να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης φλεβικής θρομβοεμβολής που συνδέεται με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών. Αν και ο κίνδυνος για ΦΘΕ παραμένει ακόμη και με τα χαμηλότερα ποσά των οιστρογόνων στο Χάπι, οι μελέτες δείχνουν μια δοσοεξαρτώμενη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΦΘΕ όταν η ποσότητα οιστρογόνων μειώνεται από τα 100μg στα 50μg ή σε ακόμα μικρότερη (Lidegaard et al., 2002; Vessey et al., 1986). Για παράδειγμα, μια φαρμακευτική μελέτη έδειξε ότι στην εμφάνιση ΦΘΕ υπήρχε εξάρτηση από τη λαμβανόμενη δόση που κυμαινόταν από 10 εμφανίσεις ανά 10.000 γυναίκες ανά έτος χρήσης χαπιών με περιεκτικότητα οιστρογόνων πάνω από 50μg, σε 4,2 συμβάντα ανά 10.000 γυναίκες/έτος χρήσης χαπιών με χρήση χαπιών με περιεκτικότητα μικρότερη από 50mg (Gerstman et al., 1991). Δεν υπήρξαν πολλά νέα ευρήματα σχετικά με τα συστατικά και τη δοσολογία των αντισυλληπτικών χαπιών μέχρι τις μελέτες που δημοσιεύθηκαν στα τέλη του 1995 και στις αρχές του 1996 και τα αποτελέσματά τους υποδείκνυαν ότι δύο από τα νεότερα προγεσταγόνα που χρησιμοποιούνταν, η γεστοδένη και η δεσογεστρέλη, αύξαναν περισσότερο τον κίνδυνο για ΦΘΕ σε



σχέση με τα παλιότερα προγεσταγόνα, όπως η λεβονοργεστρέλη (CCCC, 1999; World Health Organization Working Group [WHO-WG], 1998).

Τα σύγχρονα, χαμηλής δόσης, αντισυλληπτικά χάπια σχεδόν τριπλασιάζουν τον κίνδυνο ΦΘΕ στα άτομα που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά. Ορισμένες όμως μελέτες, με σκευάσματα που περιέχουν γεστοδένη ή δεσογεστρέλη, έχουν δείξει μέχρι επταπλάσια αύξηση του κινδύνου σε σύγκριση με τους μη χρήστες αντισυλληπτικών χαπιών. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να θεωρηθούν αμφιλεγόμενα, καθώς έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με καθοδηγούμενες πηγές των ερευνών αυτών, παραποίηση στατιστικών στοιχείων και έλλειψη ιατρικής αξιοπιστίας (Lewis, 1998). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η θνησιμότητα λόγω επεισοδίων ΦΘΕ μεταξύ των χρηστών αντισυλληπτικών χαπιών είναι αρκετά χαμηλή. Ωστόσο, η ηλικία επηρεάζει τη θνησιμότητα. Για τις γυναίκες ηλικίας 35-44 ετών, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι διπλάσια σε σύγκριση με γυναίκες ηλικίας 20-30. Παράγοντας επιβαρυντικός, ο οποίος ενισχύει τον κίνδυνο για Φλεβική Θρομβοεμβολή είναι το κάπνισμα.

2.5.2. Εγκεφαλικό (Ισχαιμικό, αιμορραγικό)

Τα εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται ως ισχαιμικά, θρομβωτικά ή αιμορραγικά. Η συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου είναι χαμηλή σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και ο επιπλέον κίνδυνος που αποδίδεται στη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών είναι μικρός. Ο κίνδυνος μειώνεται ακόμη περισσότερο εάν οι χρήστες είναι κάτω των 35 ετών, δεν καπνίζουν, δεν έχουν ιστορικό υπέρτασης, και η πίεση του αίματος μετριέται πριν από την έναρξη της χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού. Σε αυτές τις γυναίκες, αντισυλληπτικά με χαμηλές δόσεις οιστρογόνου, εμφανίζουν ακόμη μικρότερο κίνδυνο.

2.5.3. Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Η αυξημένη ηλικία και το κάπνισμα αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου (EM) και άλλων μορφών ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Έτσι, οι έρευνες δείχνουν ότι η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα σε γυναίκες που καπνίζουν και είναι πάνω από την ηλικία των 35 ετών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που έχουν προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου για τη νόσο της στεφανιαίας αρτηρίας, όπως είναι η υπέρταση (Croft και Hannaford, 1989). Τα ευρήματα από τις διάφορες μελέτες που έγιναν υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος ήταν ο δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν εκείνη την περίοδο από του στόματος αντισυλληπτικά σε σχέση με τους μη χρήστες (Mann και Inman, 1975; Mann et al. 1975). Αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την σημαντική αύξηση του κινδύνου (EM) σε χρήστες αντισυλληπτικών χαπιών που καπνίζουν, καθώς επίσης και σε χρήστες οι οποίοι έχουν υπέρταση (Goldbaum et al., 1987; Rosenberg et al., 1985).



Αύξηση του κινδύνου ΕΜ αποδίδεται στη χρήση αντισυλληπτικών κυρίως σε καπνιστές με ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών. Ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου δεν αυξάνεται με τη χρήση αντισυλληπτικών σε γυναίκες που δεν καπνίζουν και δεν έχουν παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως η υπέρταση. Η προγεστερόνη που περιέχεται στα από του στόματος λαμβανόμενα αντισυλληπτικά μπορεί επίσης να επηρεάσει τον κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μια ομάδα παρατήρησε μια αύξηση του κινδύνου με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών που περιέχουν λεβονοργεστρέλη, αλλά δε παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του κινδύνου με τη χρήση χαπιών που περιείχαν δεσογεστρέλη ή γεστοδένη σε σύγκριση με τους μη χρήστες (Tanis et al., 2001). Η ανάλυση επτά μελετών οι οποίες αξιολογούσαν τους κινδύνους εμφράγματος του μυοκαρδίου που προκαλούσαν σκευάσματα που περιείχαν λιγότερα από 50μg αιθινυλοιστραδιόλης συν νοργεστρέλη ή λεβονοργεστρέλη συγκριτικά με σκευάσματα που περιείχαν δεσογεστρέλη ή γεστοδένη έδειξαν τα εξής: ο λόγος των πιθανοτήτων για εμφάνιση ΕΜ για τους χρήστες των σκευασμάτων που περιέχουν νοργεστρέλη ή λεβονοργεστρέλη ήταν 2,2 (95 % διάστημα εμπιστοσύνης [ΔΕ] 1,62 - 2,94), σε σύγκριση με 1.1 (95% [ΔΕ] 0,67 - 1,9) για τη δεύτερη ομάδα, με αμφότερες τις ομάδες να συγκρίνονται με μη χρήστες αντισυλληπτικών χαπιών (Spitzer et al., 2002).

2.5.4. Όγκοι

Σε μερικές επιδημιολογικές μελέτες, έχει βρεθεί αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες που ελάμβαναν για μεγάλο χρονικό διάστημα από του στόματος αντισυλληπτικά. Ωστόσο τα ευρήματα αυτά έρχονται σε διένεξη με το ότι μπορεί να σχετίζονται με συνυπάρχοντες παράγοντες όπως η σεξουαλική συμπεριφορά ή τα κονδυλώματα στον άνθρωπο (HPV).

Σε μετανάλυση 54 επιδημιολογικών μελετών, αναφέρεται ότι υπάρχει ελαφρά αυξημένος σχετικός κίνδυνος (RR = 1.24) ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που χρησιμοποιούν από του στόματος αντισυλληπτικά. Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του μαστού σε χρήστες αντισυλληπτικών είναι η ηλικία που διακόπτουν την αντισύλληψη. Περισσότεροι καρκίνοι μαστού διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που σταματούν τα αντισυλληπτικά σε μεγάλη ηλικία. Η αύξηση του κινδύνου αυτού εξαφανίζεται σε διάστημα 10 ετών μετά την διακοπή λήψης των από του στόματος αντισυλληπτικών. Η παρατηρούμενη αύξηση εμφάνισης καρκίνου του μαστού μπορεί να οφείλεται σε έγκαιρη διάγνωση στις χρήστριες των από του στόματος αντισυλληπτικών, στις βιολογικές δράσεις των αντισυλληπτικών ή στο συνδυασμό και των δύο. Όταν γίνεται διάγνωση καρκίνου του μαστού σε χρήστες από του στόματος αντισυλληπτικών, αυτός είναι συνήθως λιγότερο κλινικά προχωρημένος από ότι καρκίνος που διαγιγνώσκεται σε γυναίκες που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ από του στόματος αντισυλληπτικά.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, καλοήθεις όγκοι του ήπατος και ακόμα σπανιότερα κακοήθεις έχουν αναφερθεί σε χρήστες από του στόματος αντισυλληπτικών. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, οι όγκοι



αυτοί έχουν οδηγήσει σε απειλητικές για τη ζωή ενδοκοιλιακές αιμορραγίες. Πρέπει να εξετάζεται η ύπαρξη ηπατικού όγκου στη διαφορική διάγνωση όταν γυναίκες που παίρνουν από του στόματος αντισυλληπτικά εμφανίζουν πόνο στο πάνω μέρος της κοιλιάς, μεγέθυνση του ήπατος ή σημεία ενδοκοιλιακής αιμορραγίας.

Συνοψίζοντας, η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών σχετίζεται με χαμηλό αποδιδόμενο κίνδυνο φλεβικής θρομβοεμβολής και, σε περιορισμένο βαθμό, με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Δεν πρέπει όμως να αμελούμε το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη, η κατάσταση που τα αντισυλληπτικά χάπια έχουν σχεδιαστεί να αποτρέπουν, σε γενικές γραμμές ενέχει σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για αυτές τις διαταραχές.

2.6. Καταγραφή της ελληνικής αγοράς

Στην Ελλάδα, με άδεια κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ, ως αντισυλληπτικά χάπια συνδυασμού, κυκλοφορούν σκευάσματα από τις εταιρείες Bayer Ελλάς ABEE και N.V. ORGANON HOLLAND. Στον Πίνακα 2.1 παρουσιάζεται μια συνοπτική σύγκριση των σκευασμάτων με βάση της δραστική τους ουσία και την ενδεικτική λιανική τους τιμή. Στη συνέχεια αναλύονται διεξοδικότερα οι ποιοτικές και εμπορικές διαφορές τους.

2.6.1. Yasminelle

Η φαρμακευτική ένδειξη του Yasminelle είναι η αντισύλληψη. Κάθε συσκευασία Yasminelle περιέχει 1 blister με 21 δισκία. Κάθε δισκίο περιέχει 0,020mg αιθινυλοιστραδιόλης (ως betadex clathrate) και 3 mg δροσπιρενόνης. Το έκδοχο είναι η λακτόζη 46mg. Η μορφή του είναι επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, ανοιχτού ροζ χρώματος με κυρτές επιφάνειες και λαμβάνεται από το στόμα. Τα δισκία πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά περίπου την ίδια ώρα, αν χρειάζεται με λίγο υγρό και με τη σειρά που υποδεικνύεται στο blister. Πρέπει να λαμβάνεται ένα δισκίο κάθε μέρα για 21 συνεχόμενες ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία ξεκινά μετά από 7ήμερο διάστημα κατά το οποίο δεν λαμβάνονται δισκία και κατά τη διάρκεια του οποίου συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία εκ διακοπής. Η αιμορραγία συνήθως ξεκινά 2-3 ημέρες μετά το τελευταίο δισκίο και μπορεί να μην έχει σταματήσει πριν την έναρξη της επόμενης συσκευασίας. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 10.24 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες ενός μήνα. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.



2.6.2. Yasmin

Η από του στόματος αντισύλληψη είναι η θεραπευτική ένδειξη του Yasmin. Η συσκευασία περιέχει ένα blister με 21 δισκία. Τα δισκία είναι επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο, χρώματος κίτρινου με κυρτή επιφάνεια και κάθε ένα περιέχει 0,030mg αιθινυλοιστραδιόλης και 3mg δροσπιρενόνης. Το έκδοχο είναι η λακτόζη 46mg. Η περιεκτικότητα σε αιθινυλοιστραδιόλη είναι μεγαλύτερη σε σχέση με το Yasminelle. Τα δισκία πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά περίπου την ίδια ώρα, αν χρειάζεται με λίγο υγρό και με τη σειρά που υποδεικνύεται στο blister. Πρέπει να λαμβάνεται ένα δισκίο κάθε μέρα για 21 συνεχόμενες ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία ξεκινά μετά από 7ήμερο διάστημα κατά το οποίο δε λαμβάνονται δισκία και κατά τη διάρκεια του οποίου συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία εκ διακοπής. Η αιμορραγία συνήθως ξεκινά 2-3 ημέρες μετά το τελευταίο δισκίο και μπορεί να μην έχει σταματήσει πριν την έναρξη της επόμενης συσκευασίας. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 7.84 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες ενός μήνα. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.

2.6.3. Qlaira

Το Qlaira είναι ένα αντισυλληπτικό χάπι και χρησιμοποιείται για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Επίσης, χρησιμοποιείται για την θεραπεία της βαριάς εμμηνορρυσίας (που δεν προκαλείται από κάποια πάθηση της μήτρας) σε γυναίκες που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν από του στόματος αντισύλληψη. Περιέχει μια νέα μορφή οιστραδιόλης (βαλερική οιστραδιόλη), η οποία μεταβολίζεται γρήγορα στον οργανισμό σε οιστραδιόλη, ισοδύναμη με το οιστρογόνο που παράγεται από τις γυναικείες ωοθήκες. Κάθε χρωματιστό, δραστικό δισκίο περιέχει μία μικρή ποσότητα γυναικείων ορμονών, είτε βαλεριανική οιστραδιόλη είτε βαλεριανική οιστραδιόλη συνδυασμένη με διενογέστη. Η συσκευασία περιέχει 28 δισκία επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο σε αριθμητική σειρά με την οποία πρέπει να λαμβάνονται. Τα δύο πρώτα δισκία είναι βαθύ κίτρινου χρώματος και το κάθε ένα περιέχει 3mg βαλερική οιστραδιόλη. Τα 5 επόμενα είναι κόκκινου χρώματος και το καθένα περιέχει 2mg βαλερική οιστραδιόλη και 2mg διενογέστη. 17 δισκία είναι ανοιχτού κίτρινου χρώματος και περιέχουν 2mg βαλερική οιστραδιόλη και 3mg διενογέστη. Τα επόμενα 2 δισκία είναι χρώματος σκούρου κόκκινου και περιέχουν 1mg βαλερική οιστραδιόλη το κάθε ένα. Τα τελευταία 2 άσπρα δισκία δεν περιέχουν κάποια δραστική ουσία οπότε και δεν είναι απαραίτητη η λήψη τους και αντιστοιχούν στις ημέρες διακοπής. Μετά την 28ήμερη λήψη ξεκινάει η επόμενη συσκευασία. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 12.58



ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες 28 ημερών. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.

2.6.4. Trigynera

Το Trigynera είναι ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που χρησιμοποιείται για ορμονική αντισύλληψη. Κάθε συσκευασία Trigynera περιέχει 1 blister με 21 δισκία (6 δισκία χρώματος ώχρας, 5 καφέ δισκία και 10 λευκά δισκία). Κάθε δισκίο χρώματος ώχρας περιέχει 0.05mg γεστοδένης και 0.03 mg αιθινυλοιστραδιόλης. Τα καφέ δισκία περιέχουν 0.07mg γεστοδένης και 0.04mg αιθινυλοιστραδιόλης ενώ κάθε λευκό δισκίο περιέχει 0.10mg γεστοδένης και 0,03mg αιθινυλοιστραδιόλης. Η λήψη του δισκίου ξεκινάει πάντα από το σημείο που αναγράφεται ως «Αρχή» και μετά συνεχίζεται καθημερινά κατά τη διεύθυνση που δείχνουν τα βέλη. Τα δισκία πρέπει να λαμβάνονται με τη βοήθεια κάποιου υγρού, καθημερινά και την ίδια περίπου ώρα, λαμβάνοντας ένα δισκίο επί 21 συνεχείς ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία αρχίζει αφού περάσει διάστημα 7 ημερών χωρίς τη λήψη δισκίου. Στο διάστημα αυτό συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία εκ διακοπής. Η αιμορραγία εμφανίζεται τις περισσότερες φορές μετά 2-3 ημέρες από την λήψη του τελευταίου δισκίου και μπορεί να μην έχει σταματήσει όταν αρχίσει να χρησιμοποιείται νέα συσκευασία. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 4.72 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες 28 ημερών. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.

2.6.5. Mercilon

Το Mercilon είναι ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που χρησιμοποιείται για αντισύλληψη. Κάθε δισκίο περιέχει 0.150mg δεσογεστρέλη και 0.020 αιθινυλοιστραδιόλη. Τα δισκία είναι στρογγυλά, αμφίκυρτα και με διάμετρο 6mm. Πρέπει να λαμβάνεται με τη βοήθεια κάποιου υγρού καθημερινά και την ίδια περίπου ώρα ένα δισκίο επί 21 συνεχείς ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία αρχίζει αφού περάσει διάστημα 7 ημερών χωρίς την λήψη δισκίου. Στο διάστημα αυτό συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία από διακοπή. Η αιμορραγία εμφανίζεται τις περισσότερες φορές μετά 2-3 ημέρες από την λήψη του τελευταίου δισκίου και μπορεί να μην έχει σταματήσει όταν αρχίσει να χρησιμοποιείται νέα συσκευασία. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η N.V. ORGANON HOLLAND και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 4.26 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες 28 ημερών. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.



2.6.6. Gracial

Η φαρμακευτική ένδειξη του συγκεκριμένου σκευάσματος είναι η αντισύλληψη. Η συσκευασία περιλαμβάνει 22 δισκία (7 μπλε και 15 λευκά), τα οποία είναι στρογγυλά και επίπεδα με κωνικές ακμές, με διάμετρο 6 mm. Κάθε μπλε δισκίο περιέχει 0.025mg δεσογεστρέλη και 0.040mg αιθινυλοιστραδιόλη και κάθε λευκό δισκίο περιέχει 0.125mg και 0.030mg δεσογεστρέλη και αιθινυλοιστραδιόλη αντίστοιχα. Το έκδοχο είναι η λακτόζη. Τα δισκία λαμβάνονται από το στόμα με τη βοήθεια κάποιου υγρού, καθημερινά και την ίδια περίπου ώρα επί 22 συνεχείς μέρες. Αρχικά γίνεται λήψη των μπλε δισκίων για 7 ημέρες και στη συνέχεια λήψη των λευκών δισκίων για 15 ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία αρχίζει αφού περάσει διάστημα 6 ημερών χωρίς την λήψη δισκίου. Στο διάστημα αυτό συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία από διακοπή. Η αιμορραγία εμφανίζεται τις περισσότερες φορές μετά 2-3 ημέρες από την λήψη του τελευταίου δισκίου και μπορεί να μην έχει σταματήσει όταν αρχίσει να χρησιμοποιείται νέα συσκευασία. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η N.V. ORGANON HOLLAND και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 10.80 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες 28 ημερών. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.

2.6.7. Laurina

Η φαρμακευτική ένδειξη του συγκεκριμένου σκευάσματος είναι η αντισύλληψη. Η συσκευασία περιέχει 21 δισκία. Τα δισκία είναι επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο, στρογγυλά, αμφίκυρτα, χρώματος κίτρινου, κόκκινου και λευκού και έχουν διάμετρο 5mm. Κάθε κίτρινο δισκίο περιέχει 0.050mg δεσογεστρέλη και 0.035mg αιθινυλοιστραδιόλη, κάθε κόκκινο δισκίο περιέχει 0.100mg δεσογεστρέλη και 0.030mg αιθινυλοιστραδιόλη και κάθε λευκό 0.150mg δεσογεστρέλη και 0.030mg αιθινυλοιστραδιόλη. Το έκδοχο είναι η λακτόζη. Λαμβάνονται από το στόμα με τη βοήθεια κάποιου υγρού, καθημερινά και την ίδια περίπου ώρα επί 21 συνεχείς μέρες. Αρχικά γίνεται λήψη των κίτρινων δισκίων για 7 ημέρες, στη συνέχεια λήψη των κόκκινων δισκίων για 7 ημέρες και τέλος των λευκών δισκίων για 7 ημέρες. Κάθε επόμενη συσκευασία αρχίζει αφού περάσει διάστημα 7 ημερών χωρίς την λήψη δισκίου. Στο διάστημα αυτό συνήθως εμφανίζεται αιμορραγία από διακοπή. Η αιμορραγία εμφανίζεται τις περισσότερες φορές 2-3 ημέρες μετά από την λήψη του τελευταίου δισκίου και μπορεί να μην έχει σταματήσει όταν αρχίσει να χρησιμοποιείται η νέα συσκευασία. Ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα είναι η N.V. ORGANON HOLLAND και η λιανική τιμή πώλησης του σκευάσματος είναι 5.00 ευρώ και καλύπτει τις ανάγκες 28 ημερών. Ανήκει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.



Συγκεντρωτικά λοιπόν, παρατηρείται ότι όλα τα προϊόντα που περιλαμβάνονται στην κατηγορία της ορμονικής αντισύλληψης με την από το στόμα χρήση αντισυλληπτικών χαπιών έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Όλα τα σκευάσματα απαιτούν από τον καταναλωτή τη λήψη ενός δισκίου την ημέρα για 21 ή 22 μέρες το μήνα ακολουθούμενη από μία διακοπή έξι ή επτά ημερών. Εξαιρέση αποτελεί το σκεύασμα Qlaira, του οποίου η λήψη δεν διακόπτεται, παρά μόνο για δύο μέρες και αυτές προαιρετικά καθώς όπως αναφέρθηκε στο **κεφάλαιο 2.5.3** τα τελευταία δύο δισκία δεν περιέχουν κάποια δραστική ουσία και υπάρχουν για λόγους συνέχισης της ρουτίνας του καταναλωτή και μη διαταραχή των συνηθειών του που μπορεί να οδηγήσουν σε παράληψη λήψης του δισκίου. Επίσης, κανένα από αυτά τα προϊόντα δεν καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση με συνέπεια ο καταναλωτής να πρέπει να πληρώσει ο ίδιος ολόκληρο το ποσό για την αγορά του χωρίς κάποια συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα στον οποίο είναι ασφαλισμένος.

2.7. Τα τέσσερα P και τα τέσσερα C

Για να φτάσει στον καταναλωτή και να εισχωρήσει στην αγορά-στόχο η ομάδα προϊόντων που την ορίζουμε ως «Το αντισυλληπτικό Χάπι», πρέπει να συνδυαστούν κάποια εργαλεία μάρκετινγκ. Αυτά περιλαμβάνουν δραστηριότητες και σχέδια με σκοπό τη δημιουργία, την επικοινωνία και την παροχή αξίας στους πελάτες. Οι δραστηριότητες που θα γίνουν μπορούν να λάβουν πολλές μορφές. Μια από τις παραδοσιακές μορφές τους είναι το **μείγμα μάρκετινγκ** το οποίο ορίζεται ως το σύνολο των εργαλείων μάρκετινγκ που χρησιμοποιεί η επιχείρηση για να προωθήσει τους στόχους της στην αγορά. Όπως αναφέρθηκε και αναλύθηκε στο **Κεφάλαιο 1.3.1** Ο Edmund Jerome McCarthy (1928) ταξινόμησε αυτά τα εργαλεία σε τέσσερις μεγάλες ομάδες, στις οποίες έδωσε το όνομα **Τα τέσσερα P** του μάρκετινγκ, από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων: **Product** (προϊόν), **Price** (τιμή), **Place** (τόπος) και **Promotion** (προώθηση) με κάθε κατηγορία P να περιλαμβάνει συγκεκριμένες μεταβλητές. Αντίστοιχα, τα τέσσερα P των πωλητών αντιστοιχούν στα **τέσσερα C** των πελατών. **Τα τέσσερα C** των πελατών προέρχονται από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων: **Customer solution** (Λύση για τον πελάτη), **Customer cost** (Κόστος για τον πελάτη), **Convenience** (Άνεση) και **Communication** (επικοινωνία).

2.7.1. Προϊόν/ Λύση για τον πελάτη

Το «Προϊόν» είναι το βασικό μέσο ικανοποίησης του πελάτη. Περιλαμβάνει υλικά αλλά και άυλα χαρακτηριστικά και γενικά αποτελείται από το σύνολο όσων αντιλαμβάνεται ο πελάτης ως προϊόν. Οι διαφορετικοί εμπλεκόμενοι με το προϊόν το αντιλαμβάνονται και το ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο. Για τον τελικό καταναλωτή το Αντισυλληπτικό Χάπι είναι ένα αγαθό που του ικανοποιεί την ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό και αντισύλληψη. Για τις φαρμακευτικές εταιρίες που το παράγουν είναι ένα προϊόν με συγκεκριμένη σύσταση σε μορφή δισκίου που η λήψη του οδηγεί τον ανθρώπινο οργανισμό σε μια αλληλουχία ενεργειών με τελικό αποτέλεσμα την προσωρινή (για όσο καιρό



λαμβάνεται) άρση της δυνατότητας σύλληψης και τεκνοποίησης. Για το Υπουργείο Υγείας είναι ένα φαρμακευτικό προϊόν της ευρύτερης κατηγορίας των ορμονών του φύλου και των τροποποιητικών με δράση στο γεννητικό σύστημα και ειδικότερα της κατηγορίας «ορμονικά αντισυλληπτικά για συστηματική χρήση» με από το στόμα χορήγηση. Επιπλέον το εντάσσει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή αλλά δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στη λεγόμενη «αρνητική λίστα». Οι ιατροί που το συνταγογραφούν το αντιλαμβάνονται ως ένα φαρμακευτικό σκεύασμα με συγκεκριμένες ενδείξεις κατάλληλο για άτομα που επιθυμούν την αντισύλληψη και πληρούν ορισμένες ιατρικές προϋποθέσεις. Οι φαρμακοποιοί σαν ένα σκεύασμα το οποίο απαιτεί ιατρική συνταγή για να χορηγηθεί και πληρώνεται εξολοκλήρου από τον πελάτη και με συγκεκριμένο περιθώριο κέρδους.

2.7.2. Τιμή / Κόστος για τον πελάτη

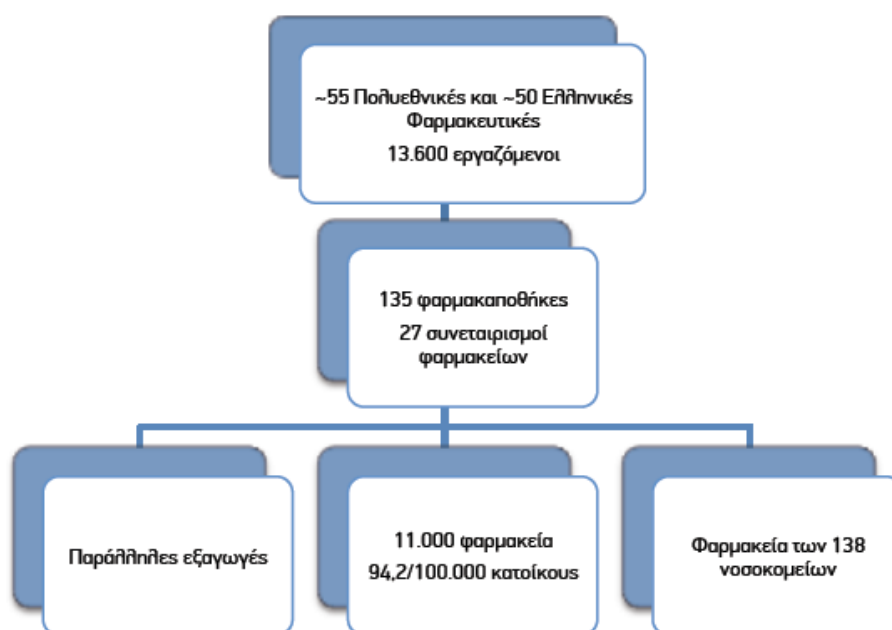
Η τιμή των φαρμακευτικών σκευασμάτων, και κατά συνέπεια και των αντισυλληπτικών χαπιών, καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας με βάση τους ισχύοντες νόμους του Κράτους. Όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 2.1** οι τιμές κυμαίνονται από τα 4.26 ευρώ (το σκεύασμα Mercilon) μέχρι 12.58 ευρώ (το σκεύασμα Qlaira), με ενδιάμεσες τιμές 4.72 ευρώ (Trigynera), 5 ευρώ (Laurina), 7.84 (Yasmin), 10.24 ευρώ (Yasminelle) 11.80 ευρώ (Gracial) και καλύπτουν τις ανάγκες 28 ημερών. Το κόστος, όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο **1.6.1**, το επωμίζεται όλο ο πελάτης αφού δεν υπάρχει συμμετοχή από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Καθώς για να χορηγηθούν όλα αυτά τα σκεύασματα απαιτούν ιατρική συνταγή στο κόστος για τον πελάτη θα πρέπει να προστεθεί και η επίσκεψη στον αντίστοιχο ιατρό και οι όποιες διαγνωστικές εξετάσεις ενδεχόμενα απαιτηθούν που θα δείχνουν την καταλληλότητα του ατόμου για τη λήψη του προϊόντος. Ως κόστος για τον πελάτη θα μπορούσε να αναφερθεί και κάποια ενδεχόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια από την λήψη του σκευάσματος που ίσως εμφανιστεί σε κάποιους καταναλωτές.

2.7.3. Τόπος / Άνεση

Το Αντισυλληπτικό Χάπι είναι φαρμακευτικό σκεύασμα. Κατά συνέπεια ο πελάτης μπορεί να το προμηθευτεί αποκλειστικά από τα **Φαρμακεία**. Στο **Σχήμα 2.1**, παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα, το 2011 λειτούργησαν 135 φαρμακαποθήκες και περίπου 11.000 φαρμακεία. Η πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς αντιστοιχεί ένα (1) φαρμακείο ανά 1.200 κατοίκους, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ-27 είναι ένα (1) φαρμακείο ανά 3.300 κατοίκους (ΕΛΣΤΑΤ 2012, German Pharmacies, Facts and Figures 2011). Επιπλέον, η χορήγησή του απαιτεί ιατρική συνταγή και ίσως κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις. Αυτό σημαίνει ότι πριν καταστεί δυνατή η αγορά του προϊόντος από τα φαρμακεία, πρέπει να έχει προηγηθεί επίσκεψη σε κατάλληλο ιατρό – ο οποίος θα χορηγήσει τη συνταγή- και ίσως σε



διαγνωστικό κέντρο. Η Άνεση λοιπόν και η ευκολία απόκτησης του προϊόντος σε πρώτη φάση είναι μειωμένη καθώς απαιτεί κάποιες επιπλέον ενέργειες σε σχέση με ένα μη φαρμακευτικό σκεύασμα. Όταν όμως αυτές οι απαιτούμενες ενέργειες γίνουν, η πρόσβαση είναι εύκολη, πάντα με τον περιορισμό ότι ο Τόπος απόκτησης είναι τα φαρμακεία. Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι ενώ τα φαρμακεία έχουν συγκεκριμένα τακτικά ωράρια λειτουργίας, υπάρχουν πάντα κάποια ανοιχτά εξυπηρετώντας έκτακτες ανάγκες και έτσι ο καταναλωτής θα έχει πάντα τη δυνατότητα να προμηθευτεί το προϊόν ανεξάρτητα τη μέρα και την ώρα που θα το χρειαστεί.



Σχήμα 2.1: Αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης φαρμάκου στο κοινό

2.7.4. Προώθηση – Επικοινωνία

Διαφήμιση σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν. 2251/1994 είναι κάθε ανακοίνωση που γίνεται με κάθε μέσο στα πλαίσια εμπορικής, βιομηχανικής, βιοτεχνικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας με στόχο την Προώθηση της διάθεσης αγαθών ή υπηρεσιών. Η ελληνική νομοθεσία απαγορεύει ρητά τη διαφήμιση φαρμάκων, φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και ιατρικών θεραπειών που παρέχονται μόνο με συνταγή ιατρού μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας ή οποιονδήποτε άλλων μέσων. Το Αντισυλληπτικό Χάπι ανήκει σε αυτή την κατηγορία (φάρμακο που παρέχεται μόνο με ιατρική συνταγή) και ο Νόμος απαγορεύει την προώθησή του. Η απόκτηση πληροφοριών μπορεί να γίνει μέσω Διαδικτύου καθώς η παρουσία πληροφοριών σχετικά με συνταγογραφούμενα σκευάσματα στο Διαδίκτυο θεωρείται ότι δεν έχει διαφημιστικό σκοπό όταν η ιστοσελίδα του παραγωγού περιέχει μόνο μία μη επεξεργασμένη και άνευ συντομεύσεων αναπαραγωγή των δηλωθέντων στις αρμόδιες αδειοδοτικές αρχές στοιχείων για ένα φάρμακο υπό τη μορφή του φύλλου οδηγιών, περιλήψεως των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή προσιτής στο κοινό αξιολογήσεως που έχει συντάξει η αρμόδια



αρχή. Η ενημέρωση των καταναλωτών γίνεται επίσης μέσω των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, φαρμακοποιών) που είναι αρμόδιοι για το συγκεκριμένο θέμα. Επίσης, πληροφορίες για την αντισύλληψη και τους τρόπους που μπορεί να επιτευχθεί παρέχονται και στα σχολεία μέσω της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Η παροχή όμως αυτών των πληροφοριών είναι ιδιαίτερα ελλιπής καθώς μόνο το 1,6% των προγραμμάτων αγωγής υγείας αφορούν τη θεματική ενότητα της σεξουαλικής αγωγής (Γερούκη, 2008). Άλλοι φορείς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι η οικογένεια, οι φίλοι και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης σε γενικό επίπεδο πάντα και όχι σε επίπεδο συγκεκριμένων σκευασμάτων ώστε να τηρείται ο νόμος.

Εμπορική Ονομασία	Δραστικές Ουσίες (mg)		Λιανική Τιμή(€)	Εταιρία Κυκλοφορίας
Yasminelle	DROSPIRENONE 3	ETHINYLESTRADIOL 0,02	10.24	Bayer Ελλάς ABEE
Yasmin	DROSPIRENONE 3	ETHINYLESTRADIOL 0,03	7.84	Bayer Ελλάς ABEE
Qlaira	ESTRADIOL VALERATE (1-3)	DIENOGEST (2-3)	12.58	Bayer Ελλάς ABEE
Trigynera	GESTODENE (0.07-0.1)	ETHINYLESTRADIOL (0.04-0.03)	4.72	Bayer Ελλάς ABEE
Mercilon	DESOGESTREL 0.15	ETHINYLESTRADIOL 0.02	4.26	N.V. ORGANON HOLLAND
Gracial	DESOGESTREL 0.025-0.125	ETHINYLESTRADIOL 0.040-0.030	11.80	N.V. ORGANON HOLLAND
Laurina	DESOGESTREL 0.050-0.100-0.150	ETHINYLESTRADIOL 0.035-0.030-0.030	5.00	N.V. ORGANON HOLLAND

Πίνακας 2.1: Σκευάσματα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά

2.8. Ανταγωνιστικά προϊόντα

Το Αντισυλληπτικό Χάπι είναι ένα προϊόν που ικανοποιεί την ανάγκη του ανθρώπου για οικογενειακό προγραμματισμό και αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με αποτελεσματικό τρόπο. Στην αγορά υπάρχουν αντισυλληπτικά προϊόντα και τρόποι που είναι ανταγωνιστικά προς το Χάπι. Μερικά από αυτά έχουν συμπληρωματική δράση (πχ προφυλακτικό) καταλήγουν όμως να είναι ανταγωνιστικά. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι επιλογές που παρέχονται στον καταναλωτή για τα καλύψει αυτή την πολύ σημαντική του ανάγκη. Για να υπάρχει καλύτερη εποπτεία και σύγκριση των προϊόντων,



παρουσιάζεται και το Αντισυλληπτικό Χάπι με τη μορφή που παρουσιάζονται τα υπόλοιπα ανταγωνιστικά προϊόντα:

- **Το αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμού:** Το αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμού περιέχει δύο ορμόνες, ένα οιστρογόνο και ένα προγεσταγόνο, που εμποδίζουν το σώμα από το να απελευθερώσει ένα ωάριο κάθε μήνα. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι αντισυλληπτικών χαπιών συνδυασμού οι οποίοι δεν ταιριάζουν όλοι στο ίδιο άτομο.

Αποτελεσματικότητα: Εφόσον το αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμού χρησιμοποιείται σωστά, είναι 99,7% αποτελεσματικό.

Πλεονεκτήματα: Το αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμού αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές, αναστρέψιμες μεθόδους αντισύλληψης που είναι σήμερα διαθέσιμες και χρησιμοποιείται ευρύτατα. Το αντισυλληπτικό χάπι περιέχει ορμόνες που αποτρέπουν την εγκυμοσύνη αλλά η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος και πάλι μόλις διακόψει τη λήψη του. Εκτός από την προστασία από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, το αντισυλληπτικό χάπι ρυθμίζει τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, μειώνει τα προβλήματα του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου και τους πόνους της περιόδου και κάνει στην περίοδο πιο ελαφριά τη ροή του αίματος. Μερικά αντισυλληπτικά χάπια ενδέχεται να έχουν ευεργετική επίδραση στην εμφάνιση του δέρματος και των μαλλιών. Το αντισυλληπτικό χάπι έχει επίσης άλλα σημαντικά μη-αντισυλληπτικά οφέλη στην υγεία. Για παράδειγμα, βελτιώνει τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης και του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών και προσφέρει προστασία από τον καρκίνο του ενδομητρίου της μήτρας και των ωοθηκών.

Μειονεκτήματα: Μερικές γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν κάποιες ήπιες παρενέργειες όταν ξεκινούν τη λήψη του αντισυλληπτικού χαπιού, αλλά συνήθως αυτές υποχωρούν κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της χρήσης. Οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν αιμορραγία μεταξύ των περιόδων (συνήθως κηλίδες αίματος), πονοκέφαλο και ευαισθησία στο στήθος. Ορισμένα αντισυλληπτικά χάπια συνδυασμού περιέχουν υψηλότερη δόση οιστρογόνου. Πολύ σπάνια, μερικές γυναίκες μπορεί να πάθουν θρόμβωση, αλλά αυτό είναι ασυνήθιστο και πιο σπάνιο από τους κινδύνους θρόμβωσης που δεν σχετίζονται με τη χρήση ορμονικής αντισύλληψης. Ο κίνδυνος θρόμβωσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό, (κληρονομικότητα), το κάπνισμα, το σωματικό βάρος και η ηλικία, και αυξάνεται με το συνδυασμό αυτών των παραγόντων κινδύνου. Η σχέση μεταξύ θρόμβωσης και αντισυλληπτικού χαπιού είναι λιγότερο ισχυρή από τη σχέση με άλλους παράγοντες κινδύνου. Η χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού μπορεί να συντελέσει σε μία μικρή αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά αυτός ο κίνδυνος είναι μικρός.

- **Προφυλακτικά:** Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη από latex ή πολυουρεθάνιο, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία. Είναι κλειστό από το ένα άκρο και έχει συνήθως μια ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό του μέρος, όπου συλλέγεται το σπέρμα μετά



την εκσπερμάτιση. Εφαρμόζεται καλύπτοντας το πέος σε στύση, πριν την έναρξη της σεξουαλικής επαφής, ώστε να εμποδίσει την είσοδο του σπέρματος στο γυναικείο κόλπο. Αμέσως μετά την εκσπερμάτιση, ο άνδρας πρέπει να συγκρατήσει το προφυλακτικό πάνω στο πέος του ώστε να αποφευχθεί η διαφυγή σπέρματος κατά τη συρρίκνωση του πέους και την έξοδό του από τον κόλπο. Διατίθενται επίσης και γυναικεία προφυλακτικά. Κατασκευάζονται και αυτά από λάστιχο και εφαρμόζουν εσωτερικά στον κόλπο της γυναίκας. Δεν πρέπει να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα με το ανδρικό προφυλακτικό, γιατί μπορεί να ασκηθεί τριβή μεταξύ τους και να σπάσουν. Ανήκει στις μεθόδους φραγμού.

Αποτελεσματικότητα: Αν τα ανδρικά προφυλακτικά χρησιμοποιηθούν σωστά, είναι 98% αποτελεσματικά. Αντίστοιχα, αν τα γυναικεία προφυλακτικά χρησιμοποιηθούν σωστά, είναι 95% αποτελεσματικά.

Πλεονεκτήματα: Τα προφυλακτικά είναι η μόνη μέθοδος αντισύλληψης που προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ).

Μειονεκτήματα: Αν και είναι πολύ ανθεκτικά, μερικές φορές τα προφυλακτικά σπάνε. Επίσης, υπάρχει περίπτωση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής να βγουν από το πέος, όπως επίσης το τοίχωμα του προφυλακτικού να λεπτύνει πολύ από τη χρήση λιπαρών ουσιών, όπως αντηλιακά ή λιπαντικά μη υδατικής βάσης (για παράδειγμα, η βαζελίνη). Αν αυτό συμβεί κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και το προφυλακτικό είναι η μόνη μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται, τότε πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο χρήσης επείγουσας αντισύλληψης (το «χάπι της επόμενης μέρας»). Επιπλέον, η χρήση του προφυλακτικού μειώνει σε κάποιο βαθμό την αμεσότητα και την ευχαρίστηση κατά την σεξουαλική πράξη.

- **Ενδομητριάκο Σπείραμα (σπιράλ-IUD):** Είναι μια μικρή συσκευή από πλαστικό και χαλκό σε σχήμα T η οποία τοποθετείται μέσα στη μήτρα από εκπαιδευμένο γυναικολόγο. Το ενδομητριάκο σπείραμα προλαμβάνει την εγκυμοσύνη εμποδίζοντας τη συνάντηση των ωαρίων με τα σπερματοζώαρια, είτε ακινητοποιώντας το σπέρμα στο δρόμο του για τις σάλπιγγες είτε με τοπική επίδραση στη μήτρα. Έχει δύο νήματα που βρίσκονται μέσα στον κόλπο και έτσι μπορεί να ελεγχθεί αν είναι στη θέση του. Ο χρόνος της αλλαγής των ενδομητριάκων σπειραμάτων ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο και μπορεί να είναι από 3 έως 10 χρόνια. Ανήκει στις μεθόδους φραγμού.

Αποτελεσματικότητα: Εφόσον χρησιμοποιείται σωστά, είναι 99,4% αποτελεσματικό.

Πλεονεκτήματα: Το ενδομητριάκο σπείραμα παρέχει μακρόχρονη αντισυλληπτική κάλυψη. Ο γιατρός θα το αφαιρέσει αν δεν απαιτείται πλέον η χρήση του ή όταν λήξει ο χρόνος χρήσης του και δεν παρέχει πλέον αποτελεσματική αντισύλληψη. Η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μόλις αφαιρεθεί. Επίσης, δεν εμποδίζει σε κανένα επίπεδο την σεξουαλική επαφή.

Μειονεκτήματα: Με το ενδομητριάκο σπείραμα οι περίοδοι μπορούν να γίνουν πιο βαριές, επώδυνες και μεγαλύτερης διάρκειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, συνήθως μετά από τρεις μήνες



σταματά η βαριά περίοδος, αν όχι πρέπει να αφαιρεθεί. Ενδέχεται να εμφανιστεί λοίμωξη της μήτρας με αυτή τη μέθοδο, αλλά αυτό δεν είναι σύνηθες. Για αυτό οι γυναίκες αυτές είναι σε τακτική παρακολούθηση με καλλιέργειες κολπικών υγρών. Δεν αποτελεί την ενδεδειγμένη μέθοδο για γυναίκες που δεν έχουν ακόμα τεκνοποιήσει ή για γυναίκες με αναιμία. Επίσης, δεν προφυλάσσει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- **Κολπικό διάφραγμα/τραχηλική κάψα:** Το κολπικό διάφραγμα/τραχηλική κάψα είναι ένας θολωτός δακτύλιος, φτιαγμένος από λάστιχο ή σιλικόνη, που τοποθετείται μέσα στον κόλπο για να δημιουργήσει ένα εμπόδιο μεταξύ των σπερματοζωαρίων και της εισόδου στη μήτρα (τράχηλος). Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί με σπερματοκτόνο. Τοποθετείται έως 3 ώρες πριν τη σεξουαλική επαφή. Αρχικά, απαιτείται επίσκεψη στον /στην γυναικολόγο για την σωστή επιλογή μεγέθους και απαιτείται έλεγχος κάθε έξι μήνες για τη διασφάλιση της σωστής εφαρμογής του, ιδιαίτερα εάν κάτι έχει αλλάξει από την τελευταία χρήση του, για παράδειγμα αν έχει υπάρξει τεκνοποίηση. Μετά τη σεξουαλική επαφή πρέπει να παραμένει μέσα στον κόλπο για έξι ώρες τουλάχιστον, έτσι ώστε να δράσει το σπερματοκτόνο. Το κολπικό διάφραγμα χρησιμοποιείται συχνότερα από την τραχηλική κάψα .

Αποτελεσματικότητα: Εφόσον χρησιμοποιείται σωστά σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο , είναι 94% αποτελεσματικό.

Πλεονεκτήματα: Είναι ασφαλές. Η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μετά την διακοπή της χρήσης του. Μπορεί να τοποθετηθεί 2-3 ώρες πριν την επαφή. Επίσης, μπορεί θεωρητικά να ελαττώσει τον κίνδυνο από καρκίνο του τραχήλου. Επιπλέον, παρέχει προφύλαξη ενάντια σε μερικά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μειονεκτήματα: Πρέπει να τοποθετηθεί από γυναικολόγο την πρώτη φορά και με ιατρική συνταγή. Πρέπει να αφήνεται στον κόλπο για 68 ώρες μετά την επαφή και να χρησιμοποιείται κάθε φορά. Υπάρχει το ρίσκο να φύγει από την θέση του και είναι απαραίτητο να αντικαθίσταται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Χρειάζεται να χρησιμοποιείται με κάποιο σπερματοκτόνο στο οποίο μερικές γυναίκες μπορεί να είναι αλλεργικές. Μπορεί να προκαλέσει αύξηση στις ουρολοιμώξεις. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω χρειάζεται να ελεγχθεί ξανά το μέγεθος εάν υπάρχει μεγάλη αύξηση ή ελάττωση βάρους ή μετά από εγκυμοσύνη. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες με ιστορικό τοξικού σοκ ή με συχνές ουρολοιμώξεις.

- **Σπερματοκτόνες ουσίες:** Το σπερματοκτόνα από μόνα τους δεν αποτελούν μέθοδο αντισύλληψης. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους φραγμού όπως το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό ή το κολπικό διάφραγμα/τραχηλική κάψα και έχουν σχεδιαστεί για να αυξάνουν την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων. Λειτουργούν καταστρέφοντας τα σπερματοζωάρια ή μειώνοντας την κινητικότητά τους, ώστε να μη μπορούν να φτάσουν μέσα στη μήτρα. Τα σπερματοκτόνα διατίθενται σε πολλές μορφές όπως αφρός, τζελ, κρέμα ή κολπικά υπόθετα.



Μερικές μέθοδοι φραγμού, όπως ορισμένα προφυλακτικά, περιέχουν ήδη σπερματοκτόνο. Η χρήση των σπερματοκτόνων μόνων τους δεν αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο αντισύλληψης και πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους φραγμού. Επίσης δεν παρέχουν προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- **Ενδομητριάκο σπείραμα (σπιράλ) με ορμόνη – IUS:** Το ενδομητριάκο σπείραμα με ορμόνη περιέχει ένα προγεσταγόνο αντί του χαλκού ή άλλων μετάλλων. Η ορμόνη απελευθερώνεται σταδιακά μέσα στη μήτρα και αποτρέπει την εγκυμοσύνη συμπυκνώνοντας τη βλέννα στον τράχηλο της μήτρας, έτσι ώστε να δυσχεραίνεται η διέλευση του σπέρματος. Επίσης, έχει τοπική δράση στη μήτρα. Σε μερικές γυναίκες αναστέλλει επίσης περιστασιακά την ωορρηξία. Ο γυναικολόγος τοποθετεί το IUS στη μήτρα μέσω του κόλπου, συνήθως σε λιγότερο από 5 λεπτά. Το IUS μπορεί να παραμείνει στη μήτρα έως 5 χρόνια. Αν, όμως, θελήσεις να διακόψεις τη χρήση, αφαιρείται οποιαδήποτε στιγμή.

Αποτελεσματικότητα: Το ενδομητριάκο σπείραμα με ορμόνη είναι 99,8% αποτελεσματικό.

Πλεονεκτήματα: Το ενδομητριάκο σπείραμα με ορμόνη είναι μία αποτελεσματική, μακροχρόνια μέθοδος αντισύλληψης. Μετά την αφαίρεσή του, τα επίπεδα γονιμότητας επανέρχονται γρήγορα στα φυσιολογικά. Έπειτα από κάποιους μήνες προσαρμογής, οι περίοδοι είναι συνήθως μικρότερης διάρκειας, με λιγότερο αίμα και λιγότερους πόνους ή ακόμη και χωρίς αιμορραγία. Επίσης προσφέρει κάποια προστασία από τις λοιμώξεις της πυέλου και τον καρκίνο του ενδομητρίου.

Μειονεκτήματα: Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος μπορεί να μην είναι τακτικός, με κάποια αιμορραγία μεταξύ των περιόδων - σε κάποιες γυναίκες ακόμη και μετά τους 3 πρώτους μήνες. Είναι πιθανό στην αρχή να εμφανιστούν ενοχλήσεις από πονοκεφάλους, ευαισθησία του στήθους ή ναυτία. Η τοποθέτηση του σπειράματος στη μήτρα μπορεί να είναι δύσκολη και μπορεί να συνοδευτεί από κάποιο πόνο και αιμορραγία.

- **Ενέσιμα Αντισυλληπτικά:** Είναι μια ορμονική μέθοδος αντισύλληψης που γίνεται με ένεση, είτε μια φορά το μήνα είτε κάθε 3 μήνες. Υπάρχουν διαθέσιμες διάφορες ενέσιμες μορφές, στις οποίες περιλαμβάνονται μόνο προγεσταγόνο, καθώς και προγεσταγόνο συνδυασμένο με οιστρογόνο. Η ένεση εμποδίζει την ωορρηξία απελευθερώνοντας σιγά-σιγά τις ορμόνες στο σώμα. Επίσης, συμπυκνώνει την τραχηλική βλέννα, δυσχεραίνοντας έτσι τη διέλευση του σπέρματος στη μήτρα. Οι ενέσεις γίνονται από τον/την γυναικολόγο, οπότε απαιτείται προγραμματισμένη επίσκεψη
- Ενέσιμη μορφή ενός μηνός:** **Αποτελεσματικότητα:** Η ένεση συνδυασμού ορμονών για 1 μήνα είναι 99,95% αποτελεσματική.

Πλεονεκτήματα: Η ένεση είναι μια ορμονική μέθοδος που διαρκεί για αρκετό χρονικό διάστημα, παρέχοντας αποτελεσματική αντισύλληψη χωρίς η δόση της να πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά. Η ένεση για 1 μήνα που περιέχει μόνο προγεσταγόνο είναι κατάλληλη για τις γυναίκες που δεν μπορούν να πάρουν οιστρογόνα ή που θηλάζουν.



Μειονεκτήματα: Μερικές γυναίκες διαπιστώνουν ότι με αυτήν τη μέθοδο οι περίοδοί τους γίνονται ακανόνιστες ή σταματούν τελείως, ενώ άλλες γυναίκες παίρνουν βάρος. Ορισμένες γυναίκες επίσης αντιμετωπίζουν πονοκεφάλους, ιλίγγους και λεκέδες στο δέρμα. Όταν σταματήσουν τις ενέσεις, μπορεί να χρειαστεί έως και ένας χρόνος για να επιστρέψουν στην κανονική περίοδο και να ανακτήσουν τη γονιμότητα τους.

Ενέσιμη μορφή 3 μηνών: Αποτελεσματικότητα: Η ένεση των 3 μηνών είναι 99,7% αποτελεσματική.

Πλεονεκτήματα: Η ένεση είναι μια ορμονική μέθοδος που διαρκεί για αρκετό χρονικό διάστημα παρέχοντας αποτελεσματική αντισύλληψη χωρίς η δόση της να πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά. Η ένεση για 3 μήνες που περιέχει μόνο προγεσταγόνο είναι κατάλληλη για τις γυναίκες που δεν μπορούν να πάρουν οιστρογόνα ή που θηλάζουν.

Μειονεκτήματα: Μερικές γυναίκες διαπιστώνουν ότι με αυτήν τη μέθοδο οι περίοδοί τους γίνονται ακανόνιστες ή σταματούν τελείως, ενώ άλλες γυναίκες παίρνουν βάρος. Ορισμένες γυναίκες επίσης αντιμετωπίζουν πονοκεφάλους, ιλίγγους και λεκέδες στο δέρμα. Μπορεί να χρειαστεί έως και δυο χρόνια για να επιστρέψουν στην κανονική περίοδο και να ανακτήσουν τη γονιμότητα τους μετά τη διακοπή των ενέσεων.

- **Εμφυτεύματα:** Είναι ένας μικροσκοπικός εύκαμπτος σωλήνας (μερικές εταιρείες διαθέτουν δύο σωλήνες), διαποτισμένος με προγεσταγόνο, ο οποίος τοποθετείται ακριβώς κάτω από την επιφάνεια του δέρματος στο εσωτερικό του άνω άκρου. Απαιτείται τοπική αναισθησία. Τα εμφυτεύματα πρέπει να τοποθετούνται από εκπαιδευμένο γιατρό. Η ορμόνη απελευθερώνεται σε μικρές δόσεις κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τριών ετών, μετά την οποία το εμφύτευμα αφαιρείται και τοποθετείται ένα νέο εμφύτευμα. Αυτή η μέθοδος αναστέλλει την ωορρηξία και συμπυκνώνει την τραχηλική βλέννα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει τη διέλευση του σπέρματος στη μήτρα. Η γονιμότητα θα επιστρέψει στα κανονικά επίπεδα μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος

Αποτελεσματικότητα: Το εμφύτευμα είναι 99,95% αποτελεσματικό

Πλεονεκτήματα: Τα εμφυτεύματα είναι κατάλληλα για τις γυναίκες που επιθυμούν αντισύλληψη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι επίσης κατάλληλα για τις γυναίκες που θηλάζουν και αυτές που δεν μπορούν να πάρουν οιστρογόνα. Μπορεί επίσης να μειώσουν τις βαριές, με έντονους πόνους περιόδους.

Μειονεκτήματα: Κάποιες φορές η αφαίρεση είναι δυσάρεστη. Είναι πιθανό να υπάρξουν προσωρινές παρενέργειες, όπως ερεθισμός του δέρματος στο σημείο εφαρμογής, ακανόνιστη αιμορραγία, πονοκέφαλοι, αλλαγές στη διάθεση και ευαισθησία/τάση στο στήθος, αλλά συνήθως υποχωρούν μετά τους πρώτους μήνες. Μερικές γυναίκες παίρνουν βάρος και ο κύκλος της περιόδου τους γίνεται ακανόνιστος μετά τον πρώτο χρόνο. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν κάποια συμπτώματα και στο δέρμα.



- **Διαδερμικό Αντισυλληπτικό Επίθεμα (patch):** Είναι ένα μικρό τετράγωνο αυτοκόλλητο επίθεμα, που περιέχει οιστρογόνο και προγεσταγόνο, τα οποία απελευθερώνονται στο σώμα αργά μέσω του δέρματος. Τοποθετείται στους γλουτούς, το στομάχι ή σε κάποιο άλλο σημείο του άνω τμήματος του σώματος, αποφεύγοντας το στήθος. Η αλλαγή πρέπει να γίνεται μία φορά την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες. Την τέταρτη εβδομάδα, δεν τοποθετείται επίθεμα. Λειτουργεί παρεμποδίζοντας την ωορρηξία (την απελευθέρωση ενός ωαρίου από την ωοθήκη) και συμπυκνώνοντας την τραχηλική βλέννα, δυσχεραίνοντας έτσι τη διέλευση του σπέρματος στη μήτρα.

Αποτελεσματικότητα: Το διαδερμικό αντισυλληπτικό επίθεμα είναι 99,7% αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται σωστά.

Πλεονεκτήματα: Δεν απαιτείται καθημερινή λήψη και αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο της συνδυασμένης ορμονικής αντισύλληψης αντί του αντισυλληπτικού χαπιού συνδυασμού.

Μειονεκτήματα: Το διαδερμικό αντισυλληπτικό επίθεμα κατασκευάζεται από αδιαφανές υλικό, επομένως είναι ορατό. Σε κάποιες γυναίκες παρουσιάζονται παρενέργειες με την έναρξη της χρήσης, αλλά συνήθως υποχωρούν έπειτα από περίπου 12 εβδομάδες. Στις παρενέργειες συγκαταλέγονται η αιμορραγία μεταξύ των περιόδων, οι ερεθισμοί δέρματος, οι πονοκέφαλοι και η ευαισθησία/τάση στο στήθος.

- **Κολπικός Δακτύλιος:** Ο κολπικός δακτύλιος είναι ένας εύκαμπτος δακτύλιος με διάμετρο περίπου πέντε εκατοστών που τοποθετείται από την ίδια τη γυναίκα στον κόλπο της. Ο δακτύλιος συγκρατείται από τους μυς του κολπικού τοιχώματος. Ο δακτύλιος παραμένει στη θέση του για 3 εβδομάδες και στη συνέχεια αφαιρείται από τη γυναίκα για 1 εβδομάδα. Μετά το διάστημα αυτής της μίας εβδομάδας, εισάγεται ένας νέος δακτύλιος. Ο δακτύλιος είναι μια εναλλακτική μέθοδος αντισύλληψης με χαμηλή περιεκτικότητα σε ορμόνες, που χρησιμοποιείται κάθε 4 εβδομάδες. Περιέχει συνδυασμό οιστρογόνου και προγεσταγόνου.

Αποτελεσματικότητα: Ο κολπικός δακτύλιος είναι 99,7% αποτελεσματικός όταν χρησιμοποιείται σωστά.

Πλεονεκτήματα: Ο κολπικός δακτύλιος αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο αντισύλληψης με χαμηλή περιεκτικότητα σε ορμόνες. Μπορεί επίσης να κάνει την περίοδο πιο τακτική, ελαφριά και με λιγότερους πόνους.

Μειονεκτήματα: Είναι πιθανό να δημιουργήσει κολπικό ερεθισμό και ενοχλήσεις, καθώς και κολπικές εκκρίσεις. Μπορεί επίσης να προκαλέσει ναυτία και ευαισθησία στο στήθος. Κάποιες γυναίκες ή οι σύντροφοί τους μπορεί να το αισθάνονται.

- **Διακεκομμένη συνουσία:** Αποτελεί μία από τις παλαιότερες μεθόδους αποφυγής της εγκυμοσύνης και επίσης μία από τις ελάχιστες αξιόπιστες μεθόδους. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, ο άνδρας πρέπει να απομακρύνει το πέος του από τον κόλπο της γυναίκας πριν την εκσπερμάτιση. Ο στόχος είναι να μην μπει το σπέρμα στον κόλπο της γυναίκας.



Αποτελεσματικότητα: Εφόσον η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας χρησιμοποιηθεί σωστά, είναι 96% αποτελεσματική.

Πλεονεκτήματα: Αποτελεί μια φυσική εναλλακτική λύση στις μεθόδους φραγμού και τις ορμονικές μεθόδους που βασίζεται στον φυσικό κύκλο ορμονών και γονιμότητας..

Μειονεκτήματα: Αυτή η μέθοδος απαιτεί μεγάλο αυτοέλεγχο από τον άνδρα και αποτυγχάνει συχνά επειδή ενίοτε απελευθερώνονται μικρές σταγόνες σπέρματος από το πέος μέσα στον κόλπο πριν ο άνδρας εκσπερματίσει.

- **Φυσικές μέθοδοι:** Αυτές οι μέθοδοι βασίζονται στην αναγνώριση των γόνιμων ημερών του κύκλου έτσι ώστε να παίρνονται περισσότερα μέτρα προφύλαξης ή και να αποφεύγεται τελείως η σεξουαλική επαφή τις συγκεκριμένες ημέρες. Υπάρχουν διάφορα πράγματα γίνονται, αν και η καλύτερη μέθοδος είναι ο συνδυασμός τους. Καταγραφή καθημερινά της θερμοκρασία σώματός, χρησιμοποιώντας ένα ειδικό θερμόμετρο γονιμότητας. Αναζήτηση αλλαγών στην υφή της τραχηλικής βλέννας γύρω από την είσοδο της μήτρας. Υπολογισμός πότε είναι πιο πιθανό να υπάρξει ωορρηξία, μετρώντας τις ημέρες από την τελευταία περίοδο (αυτό ισχύει μόνο αν η περίοδος είναι τακτική και όχι ακανόνιστη). Αναζήτηση άλλων ενδείξεις, όπως αλλαγή στη διάθεση, ευαισθησία/τάση στο στήθος, τα οποία είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν στο δεύτερο μισό του εμμηνορρυσιακού κύκλου (μετρώντας από την αρχή μιας περιόδου έως την αρχή της επόμενης).

Αποτελεσματικότητα: Εφόσον οι φυσικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται σωστά, είναι αποτελεσματικές 95% με 97%.

Πλεονεκτήματα: Είναι μια φυσική εναλλακτική αντισυλληπτική μέθοδος, αν δεν θέλει κάποιος να χρησιμοποιήσει μεθόδους φραγμού και ορμονικές μεθόδους. Βασίζεται στο φυσικό κύκλο των ορμονών και της γονιμότητας.

Μειονεκτήματα: Για τη λήψη όλων των ανωτέρω μέτρων, απαιτείται ισχυρό κίνητρο και πειθαρχία. Είναι απαραίτητες οι συμβουλές από τον/την γυναικολόγο ή το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για το πώς θα γίνει η βέλτιστη εφαρμογή όλων αυτών. Οι φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης δεν μπορούν να λάβουν υπόψη τις διακυμάνσεις του κύκλου. Πολλοί παράγοντες της καθημερινής ζωής μπορεί να επηρεάσουν το ρυθμό του εμμηνορρυσιακού κύκλου, καθιστώντας αναξιόπιστες αυτές τις μεθόδους.

- **Ανδρική στειροποίηση – αγγειεκτομή σπερματικού πόρου (vasectomy):** Περιλαμβάνει μια σύντομη επέμβαση, η οποία διαρκεί 10-15 λεπτά και πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία. Τα σωληνάκια που μεταφέρουν το σπέρμα (σπερματικοί πόροι) κόβονται ή φράζονται - έτσι, ο άνδρας μπορεί ακόμα να εκσπερματίσει, αλλά δεν υπάρχουν σπερματοζωάρια. Μετά την επέμβαση, συνήθως απαιτούνται μερικοί μήνες για να εξαφανιστούν όλα τα σπερματοζωάρια από το σπέρμα, οπότε πρέπει να χρησιμοποιηθεί μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης σε αυτό το μεσοδιάστημα.



Έπειτα από 2 αρνητικές εξετάσεις σπέρματος, που λαμβάνονται με απόσταση 4 περίπου εβδομάδων, θεωρείται πλέον αποτελεσματική. Η ανδρική στειροποίηση δεν επηρεάζει τη σεξουαλική απόδοση του άνδρα ή την απόλαυση στο σεξ.

Αποτελεσματικότητα: Η ανδρική στειροποίηση είναι 99,9% αποτελεσματική.

Πλεονεκτήματα: Η στειροποίηση είναι μια μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης, επομένως δεν χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί άλλη μέθοδος αντισύλληψης για την αποφυγή εγκυμοσύνης. Ωστόσο, πρέπει και σε αυτή την περίπτωση να χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι (π.χ. προφυλακτικό) αν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Μειονεκτήματα: Δεδομένου ότι είναι μια μόνιμη μέθοδος, η στειροποίηση πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο από άνδρες που είτε δεν θέλουν να κάνουν παιδιά είτε έχουν ήδη αποκτήσει παιδιά και δεν θέλουν ν' αποκτήσουν άλλα. Η στειροποίηση δεν προσφέρει καμία προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS, επομένως είναι απαραίτητη και σε αυτή την περίπτωση μια μέθοδος φραγμού αν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης ΣΜΝ.

- **Γυναικεία στειροποίηση:** Αποτελεί τη μοναδική μόνιμη μέθοδο αντισύλληψης για τις γυναίκες και αυτό πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη, αφού η μέθοδος αυτή είναι μη αναστρέψιμη. Πρέπει πρώτα να συμβουλευτείς τον γιατρό και να είσαι σίγουρη ότι δεν θα το μετανιώσεις αργότερα. Η επέμβαση περιλαμβάνει τομή ή αποκλεισμό των σαλπίγγων έτσι ώστε το ωάριο να μην μπορεί να ταξιδέψει προς τη μήτρα για να συναντήσει το σπέρμα. Η στειροποίηση μπορεί να γίνει με τοπική ή ολική αναισθησία. Ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι 1 με 3 ημέρες. Η στειροποίηση λειτουργεί άμεσα μετά την επέμβαση. Οι περίοδοι συνεχίζονται κανονικά, αλλά σε μερικές γυναίκες οι περίοδοι μπορεί να έχουν μεγαλύτερη ροή.

Αποτελεσματικότητα: Η γυναικεία στειροποίηση είναι 99,5% αποτελεσματική.

Πλεονεκτήματα: Η στειροποίηση είναι μόνιμη, επομένως μόλις ολοκληρωθεί η επέμβαση δεν απαιτείται η χρήση καμίας άλλης μεθόδου αντισύλληψης για την αποφυγή εγκυμοσύνης. Εντούτοις, η στειροποίηση δεν προσφέρει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μειονεκτήματα: Αποτελεί τη μονιμότερη μέθοδο αντισύλληψης και δεν πρέπει να θεωρείται σαν πιθανή επιλογή αν έχεις οποιαδήποτε αμφιβολία ότι μπορεί αργότερα να θελήσει η γυναίκα να κάνει παιδιά ή να αποκτήσει περισσότερα παιδιά, αν έχει ήδη. Οι αναστρέψιμες επιλογές, όπως π.χ. το ενδομητριάκο σπείραμα με ορμόνη (IUS), προσφέρουν παρόμοια ποσοστά αποτελεσματικότητας με τη στειροποίηση, χωρίς να χρειάζεται σε αυτή τη διαδικασία. Η στειροποίηση δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ, επομένως απαιτείται η χρήση μεθόδου φραγμού αν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης.



- **Επείγουσα Αντισύλληψη:** Αν η σεξουαλική επαφή πραγματοποιήθηκε χωρίς προφύλαξη ή η μέθοδος αντισύλληψης έχει αποτύχει, μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί αντισύλληψη που θα εμποδίσει μια πιθανή εγκυμοσύνη. Η επείγουσα αντισύλληψη αποτελεί αποκλειστικά μια εφεδρική μέθοδο όταν κάτι πάει στραβά και όχι κάτι που χρησιμοποιείται τακτικά. Το χάπι της επείγουσας αντισύλληψης (ή το «χάπι της επόμενης ημέρας» ή το «χάπι μετά την επαφή») πρέπει να ληφθεί το αργότερο 72-120 ώρες ή 3-5 ημέρες ανάλογα με το χάπι, μετά την ύποπτη σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, όσο νωρίτερα λαμβάνεται, τόσο μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχει. Αν το «χάπι της επόμενης ημέρας» ληφθεί εντός 72-120 ωρών από μια σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, τότε μειώνει τον κίνδυνο εγκυμοσύνης κατά τουλάχιστον 75%.



*Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου των Ιατρών στην Προώθηση του
Αντισυλληπτικού Χαπιού στην Ελλάδα
Το Προϊόν*



3. Ανάλυση ελληνικής αγοράς

3.1. Καθορισμός πλαισίου ανάλυσης της αγοράς

Η ανάπτυξη και υλοποίηση σχεδίων μάρκετινγκ απαιτεί τη λήψη πολλών αποφάσεων. Η λήψη αυτών των αποφάσεων απαιτεί ικανότητα από τον ερευνητή αλλά και προϋποθέτει την απόκτηση πληροφοριών. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να είναι ενημερωμένες χρονικά, ακριβείς και περιεκτικές για τις τάσεις του μακροπεριβάλλοντος μέσα στο οποίο θα εφαρμοστεί η έρευνα. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η **ανάλυση της αγοράς – περιβάλλοντος** στα πλαίσια των οποίων διάγει τον **κύκλο ζωής** του (Εισαγωγή, Ανάπτυξη, Ωριμότητα, Κορεσμός, Πτώση, Παναγιώτου, 2007) το προϊόν Αντισυλληπτικό Χάπι. Η ανάλυση της αγοράς και η απόκτηση των απαραίτητων πληροφοριών θα γίνει με βάση το ορισθέν πρόβλημα που είναι το χαμηλό ποσοστό αποδοχής του Αντισυλληπτικού Χαπιού από την ελληνική κοινωνία τόσο σε απόλυτα νούμερα όσο και σε σχέση με κοινωνίες άλλων χωρών. Ο ρόλος της ανάλυσης της αγοράς είναι να συγκεντρωθούν και να κατηγοριοποιηθούν πληροφορίες σχετικές με διάφορες μεταβλητές του μακροπεριβάλλοντος. Η ανάλυση της αγοράς θα αποκαλύψει παγιωμένες ισχύουσες τάσεις που οδηγούν στη δημιουργία του προβλήματος που μελετάται, θα αναδείξει αδυναμίες αλλά και πλεονεκτήματα του προϊόντος και του ανταγωνισμού. Επιπλέον, θα προσδιορίσει τις γενικές γραμμές στη στρατηγική μάρκετινγκ που πρέπει να ακολουθηθεί.

3.2. Ανάλυση Περιβάλλοντος (PEST)

Για την ανάλυση της αγοράς θα χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μάρκετινγκ η Ανάλυση Περιβάλλοντος PEST. Το ακρωνύμιο PEST αναφέρεται στους Πολιτικούς και Νομικούς παράγοντες (Political and Legal), στους Οικονομικούς παράγοντες (Economic), στους Κοινωνικούς Παράγοντες (Social) και τέλος στους Τεχνολογικούς Παράγοντες (Technological).

3.2.1. Πολιτικοί-Νομικοί Παράγοντες (Political-Legal factors)

Το πολίτευμα της Ελλάδας μετά το δημοψήφισμα του 1974 μετατράπηκε σε αβασίλευτη Δημοκρατία και συντάχθηκε νέο Σύνταγμα που τέθηκε σε ισχύ τον Ιούνιο του 1975 το οποίο ισχύει μέχρι και σήμερα αναθεωρημένο το 1986, το 2001 και το 2008. Δηλαδή το πολίτευμα της Ελλάδας σήμερα είναι Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία. Η παρούσα Κυβέρνηση της Ελλάδας (9/2013) προέκυψε ύστερα από τις εκλογές της 17^{ης} Ιουνίου 2012 που ακολούθησαν τις εκλογές της 6^{ης} Μαΐου 2012 κατά τις οποίες δε σχηματίστηκε Κυβέρνηση. Είναι κυβέρνηση συνεργασίας, αρχικά τριών (3) και στη συνέχεια δύο (2) Κομμάτων και κατέχει την πλειοψηφία στην ελληνική βουλή (περισσότερες από 150 έδρες). Η πολιτική κατάσταση γενικότερα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως σταθερή, φανερά



όμως επηρεασμένη από την οικονομική κρίση που πλήττει την παγκόσμια οικονομία και την Ελλάδα ειδικότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό.

Το **νομικό πλαίσιο** που καθορίζει την αντισύλληψη στην Ελλάδα διαμορφώθηκε με το νόμο 1609 του 1986 (ν.1609/86). Στο Άρθρο 1 του συγκεκριμένου νόμου ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης. Η διακοπή της εγκυμοσύνης καθίσταται νόμιμη υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις :

- Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης,
- Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
- Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
- Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Σε άλλα Άρθρα του Νόμου, καθορίζονται επιπλέον λεπτομέρειες που προστατεύουν την σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου ρυθμίζουν τους τρόπους και τις μονάδες προγεννητικής διάγνωσης και τις δαπάνες νοσηλείας προβλέποντας παράλληλα για την ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου ορίζοντας ότι θα πρέπει να υφίσταται συνδρομή από ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού με τη συμμετοχή ψυχολόγου. Επιπλέον, στο Άρθρο 5 του νόμου για τη διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης αναφέρεται η αντικατάσταση του Άρθρου 305 του Ποινικού Κώδικα με τα εξής:

- Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.
- Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.



Η ελληνική νομοθεσία περιέχει άρθρα που καθορίζουν την **τιμή** του Αντισυλληπτικού Χαπιού, το **ποσοστό κέρδους** για τον φαρμακοποιό και όσους εμπλέκονται στην εμπορία του (χονδρέμπορους), τον **τρόπο χορήγησης** και τον **τόπο** από όπου μπορεί να προμηθευτεί ο καταναλωτής το προϊόν. Πέρα από την νομοθεσία που ρυθμίζει τον οικογενειακό προγραμματισμό υπάρχουν διατάξεις που χαρακτηρίζουν και ρυθμίζουν τη μελετώμενη κατηγορία προϊόντων, δηλαδή τα Αντισυλληπτικά Χάπια. Τα σκευάσματα που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία χαρακτηρίζονται για το Υπουργείο Υγείας ως φαρμακευτικά προϊόντα της ευρύτερης κατηγορίας των ορμονών του φύλου και των τροποποιητικών με δράση στο γεννητικό σύστημα και ειδικότερα της κατηγορίας «ορμονικά αντισυλληπτικά για συστηματική χρήση» με από το στόμα χορήγηση. Επιπλέον, τα εντάσσει στον κατάλογο φαρμάκων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή αλλά δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στη λεγόμενη «αρνητική λίστα». Σύμφωνα με το Άρθρο 14 που αντικαθιστά τις περιπτώσεις γ και δ της παρ. 5 του άρθρου 17 του Ν.Δ 96/1973 (ΦΕΚ 172Α), η τιμή κάθε φαρμακευτικού προϊόντος που παρασκευάζεται ή συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντιστοίχων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε), στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Για την επαλήθευση της τιμής λαμβάνεται υπόψη η τιμή πώλησης του φαρμακευτικού προϊόντος στους χονδρεμπόρους των κρατών-μελών όπου κυκλοφορεί το συγκεκριμένο φαρμακευτικό προϊόν, στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Το Άρθρο 2 του ΦΕΚ 1446/Β/14.6.2013, καθορίζει το ποσοστό μικτού κέρδους για τη συγκεκριμένη κατηγορία. Ειδικότερα, αναφέρεται «για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ, το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως ποσοστό 5,4 % επί της ex factory τιμής». Για τα φαρμακεία το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται έως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής. Αντίστοιχο είναι το ποσοστό μικτού κέρδους και για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ενώ για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ και με Χονδρική Τιμή μέχρι 200€, το ποσοστό είναι 32,4% επί της χονδρικής τιμής.

Διαφήμιση σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν. 2251/1994 είναι κάθε ανακοίνωση που γίνεται με κάθε μέσο στα πλαίσια εμπορικής, βιομηχανικής, βιοτεχνικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας με στόχο την προώθηση της διάθεσης αγαθών ή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των ακινήτων και των συναφών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. **Η ελληνική νομοθεσία απαγορεύει ρητά τη διαφήμιση φαρμάκων**, φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και ιατρικών θεραπειών που παρέχονται μόνο με συνταγή ιατρού μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας ή οποιονδήποτε άλλων μέσων. Για την παρουσία πληροφοριών σχετικά με συνταγογραφούμενα σκευάσματα στο Διαδίκτυο θεωρείται ότι δεν υπάρχει διαφημιστικός σκοπός όταν η ιστοσελίδα του παραγωγού περιέχει μόνο μία μη επεξεργασμένη και άνευ συντομεύσεων αναπαραγωγή των δηλωθέντων στις αρμόδιες αδειοδοτικές αρχές στοιχείων



για ένα φάρμακο υπό τη μορφή του φύλλου οδηγιών, περιλήψεως των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή προσιτής στο κοινό αξιολογήσεως που έχει συντάξει η αρμόδια αρχή. Εφόσον η δημοσίευση πληροφοριών για το φάρμακο στο Διαδίκτυο δεν «επιβάλλεται» στον πιθανό ασθενή-καταναλωτή (π.χ. με τη χρήση των «υπηρεσιών Push»), και προϋποθέτει την αναζήτηση των εν λόγω στοιχείων από τον ίδιο τον ασθενή-διαδικτυακό χρήστη, νοούμενος ως ευλόγως προσεκτικός και συνετός ασθενής, ο οποίος έχει τη μέση πληροφόρηση, η εν λόγω ενημέρωση συνιστά μορφή άσκησης του δικαιώματος ενεργητικής πληροφόρησης. Επιπλέον, οι αναρτώμενες στο Διαδίκτυο αντικειμενικές πληροφορίες (οι οποίες ταυτίζονται με το περιεχόμενο του Φύλλου Οδηγιών Χρήστη και της επισήμανσης του φαρμάκου) σχετικά με τη δοσολογία, τους κινδύνους, τις παρενέργειες κλπ. είναι απολύτως πρόσφορες να αποτρέψουν ή να μειώσουν τους κινδύνους που συνεπάγεται η αυτόβουλη λήψη φαρμάκων χωρίς προηγούμενη ενημέρωση. Κατά συνέπεια δε συνιστά διαφήμιση - και κατά συνεκδοχή δεν απαγορεύεται - η ανάρτηση στο Διαδίκτυο από τον παραγωγό υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, στοιχείων σχετικά με αυτά, εφόσον πρόκειται για στοιχεία που προσκομίστηκαν στις αρμόδιες αρχές στο πλαίσιο της διαδικασίας αδειοδοτήσεως και στα οποία έχει ούτως ή άλλως πρόσβαση όποιος τα αγοράζει, και τα οποία είναι προσιτά στο Διαδίκτυο μόνο σε όποιον επιδεικνύει ενεργητικό ενδιαφέρον (Κίτσιου, 2010).

Μία ακόμα σημαντική συνιστώσα στο πολιτικό-νομικό περιβάλλον είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ο οποίος ιδρύθηκε το 1983 με το Ν.1316, είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η αποστολή του ΕΟΦ είναι προστασία της Δημόσιας Υγείας σε σχέση με την κυκλοφορία στην Ελλάδα: φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης φαρμακούχων ζωοτροφών και προσθετικών ζωοτροφών τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής βιοκτόνων, ιατρικών βοηθημάτων και καλλυντικών. Στα πλαίσια της αποστολής αυτής ο ΕΟΦ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση αξιολογεί και εγκρίνει νέα ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα, παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά την κυκλοφορία τους στη χώρα. Επιπλέον, ελέγχει την παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και την κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι κανόνες ορθής παραγωγής, εργαστηριακής και κλινικής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμισή τους. Ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα (ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης) και τα λοιπά προϊόντα με σκοπό την ορθολογική τους χρήση και την αντικειμενική εκτίμηση της φαρμοκοοικονομικής διάστασής της.



Συνοψίζοντας, το πολιτικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται σταθερό, με υψηλό επίπεδο δημοκρατικότητας (Campbell, Pöhlbauer 2010) βαθιά όμως επηρεασμένο από την οικονομική κρίση. Υπάρχουν αρκετές αλλαγές στον τομέα της υγείας και της φαρμακευτικής δαπάνης. Το νέο νομικό πλαίσιο καθορίζει τις τιμές, χωρίς όμως να τις μεταβάλλει σε μεγάλο βαθμό (**Πίνακας 2.1**) και επίσης δεν επηρεάζει την κατάταξη του Αντισυλληπτικού Χαπιού, που παραμένει συνταγογραφούμενο χωρίς όμως να καλύπτεται από τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης. Υπάρχουν διατάξεις του νόμου που δίνουν την δυνατότητα στον πολίτη να ενημερωθεί και να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Σε πολλές όμως περιπτώσεις υπολειπόμενες οι συγκεκριμένες υπηρεσίες λόγω μειωμένης χρηματοδότησης.

3.2.2. Οικονομικοί Παράγοντες

Η ελληνική οικονομία, σημείωσε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης έως το έτος 2008. Άρχισε να δείχνει σημεία ύφεσης το 2009, ως αποτέλεσμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης, ενώ από το έτος 2010 και μετά η ύφεση εντάθηκε σημαντικά λόγω δημοσιονομικών ανισορροπιών. Η ανάγκη εξυγίανσης οδήγησε τη χώρα στην ένταξή της σε τριμερή μηχανισμό οικονομικής στήριξης, αποτελούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Η αυστηρή εισοδηματική πολιτική και ο δραστικός περιορισμός των δημοσίων δαπανών που ασκήθηκαν κατά τα τελευταία έτη επηρέασαν, αρνητικά την εξέλιξη του ΑΕΠ, με αποτέλεσμα το μέγεθός του να σημειώσει μείωση κατά 4,9% το 2010, κατά 7,1% το 2011, κατά 7% το 2012 και κατά 3,9% το 2013(σταθερές τιμές έτους 2005)(Eurostat, 02/2014). Για το 2014 προβλέπεται να σταματήσει η μείωση του ΑΕΠ και να υπάρξει επιστροφή της ελληνικής οικονομίας σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης της τάξης του 0,6%. Αναλυτικά τα στοιχεία παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3.1**. Παρατηρείται ότι το ποσοστό ανεργίας είναι πολύ αυξημένο αποτελώντας ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της κοινωνίας. Ενώ το 2009 η ανεργία βρισκόταν στο 9,5%, το 2010 αυξήθηκε στο 12,6%. Η αύξηση συνεχίστηκε και τα επόμενα χρόνια, με το 2011 να είναι στο 17,7%, το 2012 να ανεβαίνει στο 24,2% και το 2013 στο 27,3% που είναι το υψηλότερο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ιδιαίτερα αυξημένο επίσης, παρουσιάζεται το ποσοστό ανεργίας στις ηλικίες 15-24 ετών και 24-34 ετών. Σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες απευθύνεται κυρίως το αντισυλληπτικό χάπι. Το ποσοστό ανεργίας στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών έφτασε το 2013 στο 51,9%, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 25-34 στο 36,8% που αποτελούν τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Eurostat-Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013).



	2009	2010	2011	2012	2013
Εξέλιξη ΑΕΠ (σταθερές τιμές 2005)	-3,1%	-4,9%	-7,1%	-7,0%	-3,9%
Ιδιωτική κατανάλωση (μεταβολή)	-1,3%	-3,6%	-7,1%	-7,7%	-5,9%
Δημόσια Κατανάλωση (μεταβολή)	4,8%	-7,2%	-9,1%	-6,5%	-7,2%
Πληθωρισμός : Μέσος Ετήσιος	1,2%	4,7%	3,3%	1,5%	-0,9%
Ποσοστό Ανεργίας	9,5%	12,6%	17,7%	24,2%	27,3%
Ποσοστό Ανεργίας (15-24 ετών)	25,5%	34,2%	47,6%	56,7%	51,9%
Ποσοστό Ανεργίας (25-34 ετών)	13,1%	18,3%	25,7%	34,5%	36,8%

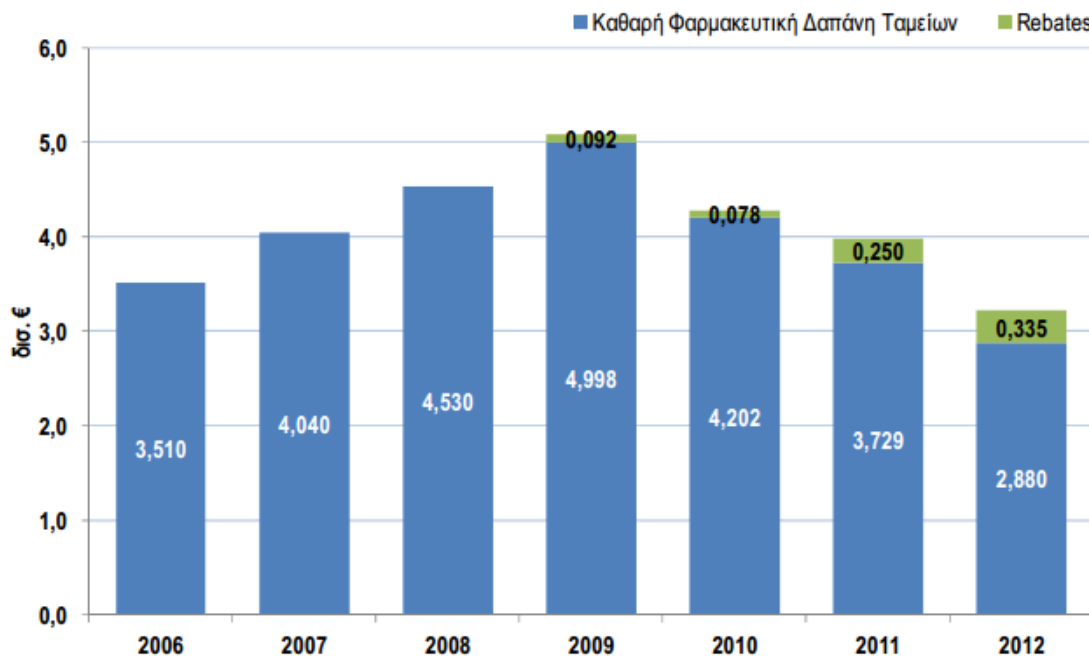
Πίνακας 3.1: Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη Ελλάδας

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του 2012 του IOBE (Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών) για την αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2012, εκτιμάται ότι διαμορφώθηκε σε €4,2 δισ., μειωμένη κατά 32% συγκριτικά με το 2009. Οι πρώτες εκτιμήσεις για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 επιβεβαιώνουν τη διαμόρφωσή της στα €2,88 δισ., ήτοι στο 1,5% του ΑΕΠ. Αυτό σημαίνει ότι σε σχέση με το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 έχει μειωθεί κατά 42%. Όπως φαίνεται και στο **Σχήμα 3.1**, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010/2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,9% του ΑΕΠ και το 32% των δημόσιων δαπανών υγείας (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Η μακροχρόνια ανοδική τάση της δαπάνης υγείας την τελευταία δεκαετία και ιδίως της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ερμηνεύεται από την εξέλιξη δημογραφικών παραγόντων, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών, αλλά και από ειδικότερους παράγοντες όπως η κυκλοφορία νέων καινοτόμων φαρμάκων, η υπερσυνταγογράφηση, το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα και η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας.

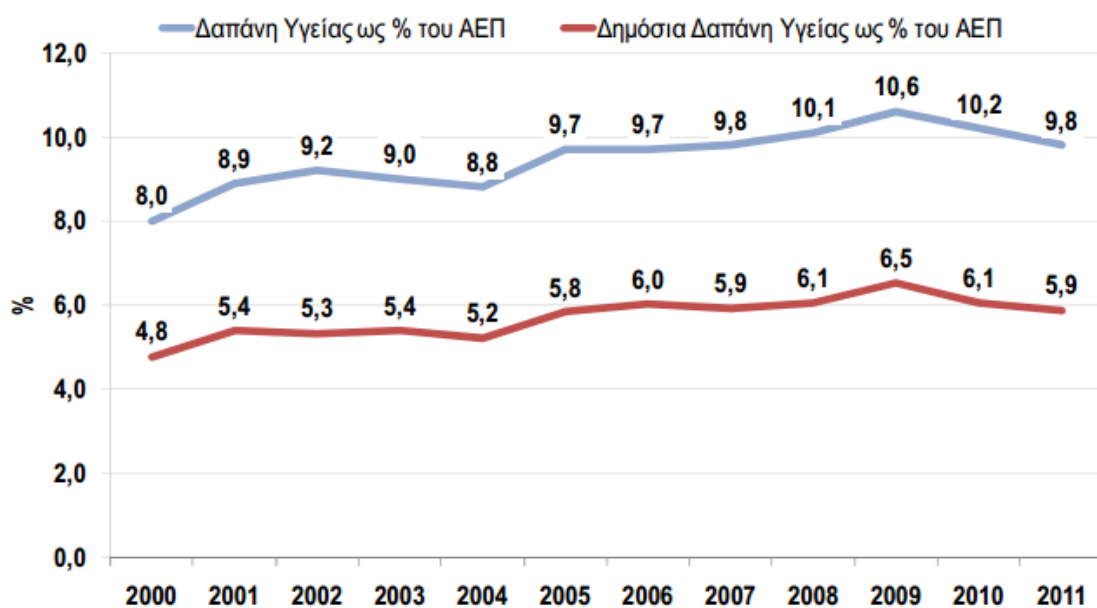
Η συνολική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την τριετία 2010/2012 κατά €2,12 δισ., ήταν αποτέλεσμα των θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου (αλλαγές στην τιμολόγηση, αύξηση των επιστροφών – rebates στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική διάθεση των φαρμάκων, μείωση συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κ.λπ.). Επιπρόσθετα, εκτιμάται ότι καταγράφηκε μείωση τόσο των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν, σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2010, χαμηλότερη κατά 11% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας ήταν το ίδιο έτος χαμηλότερη κατά 27% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η πορεία της καθαρής δημόσιας



φαρμακευτικής δαπάνης είναι πτωτική και την διετία 2013/2014, καθώς ο επιδιωκόμενος στόχος είναι να προσεγγίσει το 1% του ΑΕΠ το 2014. Αυτό σημαίνει ότι, εφόσον επιτευχθούν οι στόχοι, το 2014 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη θα έχει μειωθεί κατά 60% σε σχέση με το 2009. Στο **Σχήμα 3.2** απεικονίζονται οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 2000 έως το 2011 (Πηγή: OECD, Health Data 2012, Εκτίμηση IOBE για το 2011. Τα ποσοστά για την Ελλάδα μετά το 2007 αποτελούν εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ).



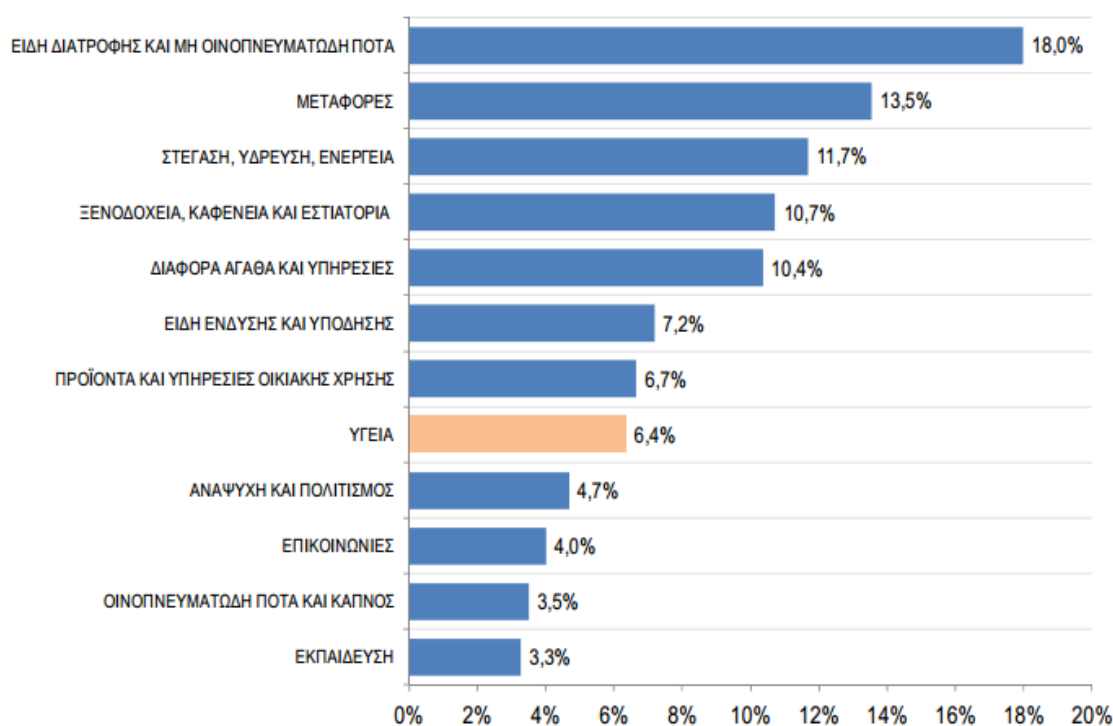
Σχήμα 3.1: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2006-2012 (σε δισ. €)



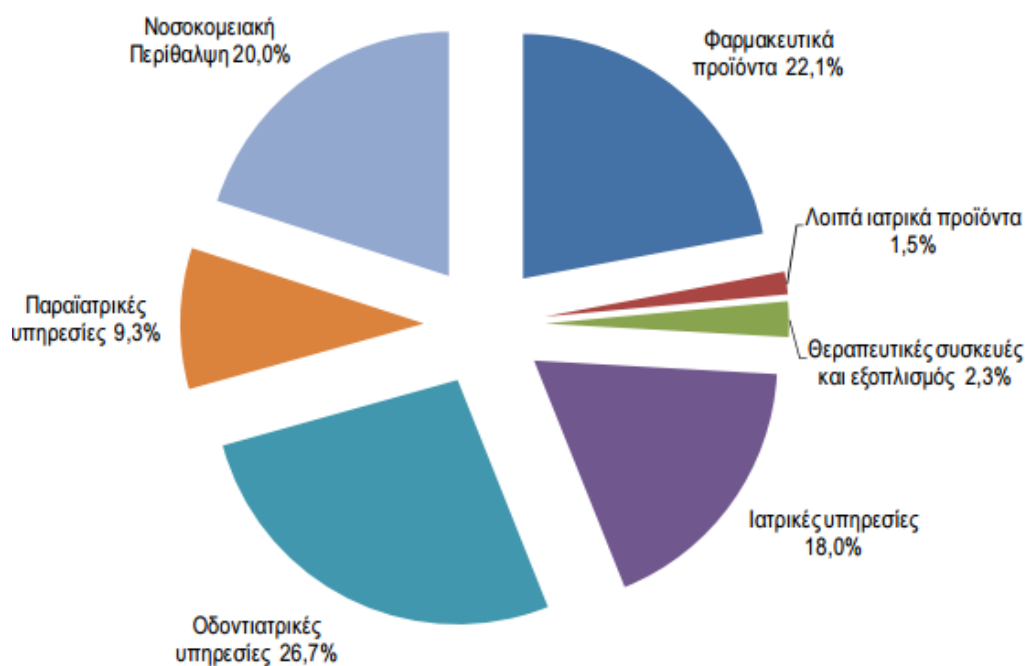
Σχήμα 3.2: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ



Σύμφωνα με τις Έρευνες Οικογενειακού Προϋπολογισμού, οι οποίες από το 2009 διεξάγονται σε ετήσια και όχι σε τετραετή βάση από την ΕΛΣΤΑΤ, οι δαπάνες υγείας αποτελούν το 6,4% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών που διεξάγονται μέσα από συναλλαγές στην αγορά. Η δαπάνη αγοράς φαρμακευτικών προϊόντων απορροφά το 22,1% των ιδιωτικών δαπανών υγείας όπως φαίνεται στο **Σχήμα 3.3**. Ωστόσο, το μεγαλύτερο τμήμα από τη συνολική δαπάνη υγείας των νοικοκυριών κατευθύνεται στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, ενώ τόσο η νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και οι ιατρικές υπηρεσίες καταγράφουν υπολογίσιμη συμμετοχή στη συνολική δαπάνη υγείας των νοικοκυριών όπως παρουσιάζεται και στην κατανομή δαπανών υγείας του **Σχήματος 3.4**).



Σχήμα 3.3: Κατανομή δαπανών νοικοκυριών ανά ομάδα προϊόντων και υπηρεσιών, 2010

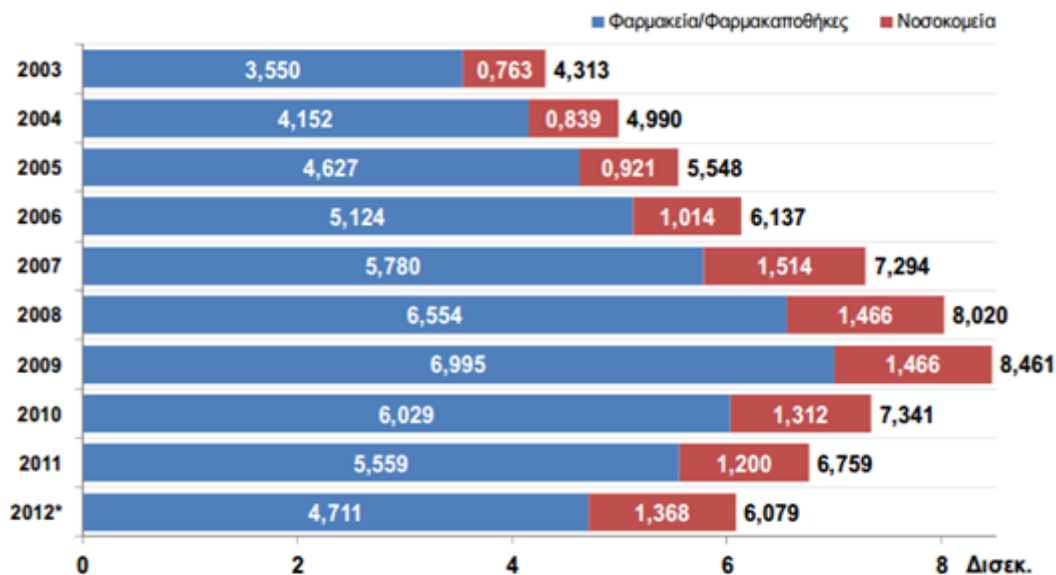


Σχήμα 3.4: Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών, 2010

Οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων καταγράφονται σε μηνιαία βάση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και περιλαμβάνουν τις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία (σε νοσοκομειακές τιμές) και τις Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία (σε λιανικές). Οι πωλήσεις καταγράφονται και σε όρους αριθμού συσκευασιών, ενώ η αξία τους δεν περιλαμβάνει τις εκπτώσεις όγκου (rebates) ή άλλης μορφής που είναι υποχρεωμένες να πραγματοποιούν οι φαρμακευτικές εταιρείες. Το 2012 η συνολική αξία πωλήσεων φαρμάκων μειώθηκε κατά 10% περίπου σε σχέση με το προηγούμενο έτος και εκτιμάται ότι διαμορφώθηκε σε €6 δισ., εκ των οποίων το 77,5% αφορά σε πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία (περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές), ενώ το υπόλοιπο 22,5% σε πωλήσεις προς τα νοσοκομεία. Έτσι, η σωρευτική μείωση της αξίας πωλήσεων φαρμάκων από το 2009 έχει φτάσει το 28,2%. Παρατηρείται ότι η μείωση των συνολικών πωλήσεων το 2012 οφείλεται αποκλειστικά στην υποχώρηση που παρουσίασαν οι πωλήσεις προς τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες, δεδομένου ότι οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 14%, εξέλιξη που ερμηνεύεται από την ένταξη του ΕΟΠΥΥ στη συγκεκριμένη κατηγορία πωλήσεων. Περαιτέρω, ο όγκος φαρμάκων (μετρούμενος με τον αριθμό συσκευασιών) που πωλήθηκαν το 2012 μειώθηκε, γεγονός που ενδεχομένως αντανακλά τον περιορισμό της συνταγογράφησης. Σημαντικό τμήμα των καταγεγραμμένων από τον ΕΟΦ πωλήσεων αφορά σε φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία έχουν εισαχθεί από το εξωτερικό στην Ελλάδα και



επανεξάγονται από χονδρέμπορους σε άλλες χώρες στις οποίες οι τιμές τους είναι υψηλότερες (παράλληλες εξαγωγές). Το 2012 οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων αποτέλεσαν κατ' εκτίμηση το 8,9% των συνολικών πωλήσεων προς φαρμακεία και φαρμακαποθήκες και διαμορφώθηκαν σε €420 εκατ., σημειώνοντας πτώση κατά 35,3% σε σχέση με το 2009.



Σχήμα 3.5: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα την περίοδο 2003-2012, σε δις. €

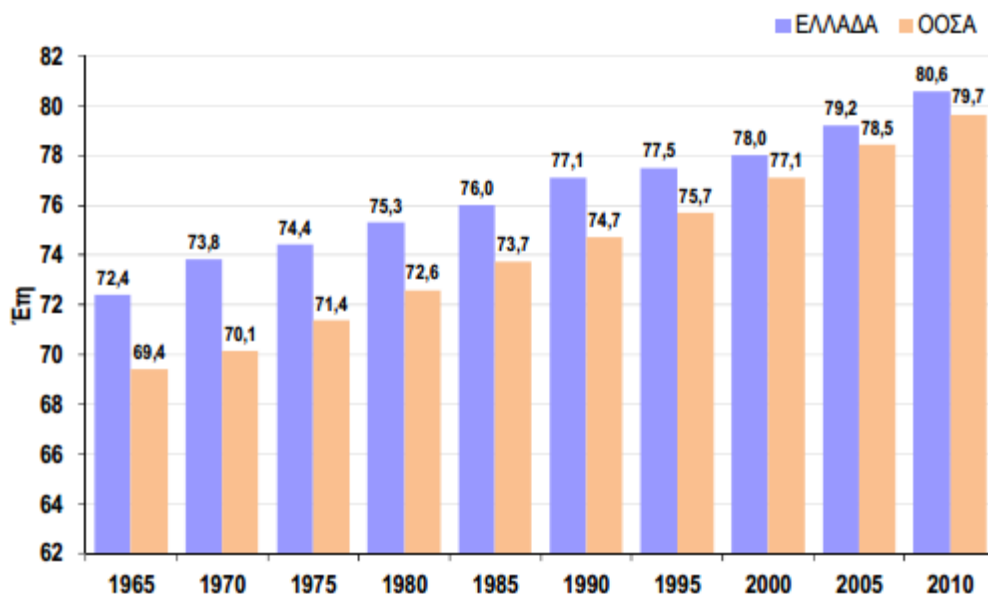
Συνοψίζοντας, παρατηρείται ότι το οικονομικό περιβάλλον της Ελλάδας είναι ιδιαίτερος βεβαρυσμένο, βαθιά επηρεασμένο από την οικονομική κρίση. Το ΑΕΠ μειώνεται συνεχώς, με την ανεργία από την άλλη να αυξάνεται, επηρεάζοντας κυρίως τις μικρότερες ηλικίες (15-24 και 25-35) που αποτελούν και την κύρια ομάδα-στόχο του Αντισυλληπτικού Χαπιού. Παράλληλα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώνεται συνεχώς καθώς επίσης και οι πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα. Όλα αυτά συγκροτούν ένα δυσμενές οικονομικό περιβάλλον που όμως εμφανίζει και κάποια σημάδια ανάκαμψης (πχ πρόβλεψη αύξησης ΑΕΠ για το 2014).

3.2.3. Παράγοντες Κουλτούρας και τεχνολογικοί παράγοντες

Τα πληθυσμιακά και δημογραφικά δεδομένα επηρεάζουν την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς μεταβάλλουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και τις ανάγκες αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής λόγω της προόδου της ιατρικής επιστήμης και της ανάπτυξης καινοτόμων φαρμακευτικών αγωγών, ερμηνεύουν σε σημαντικό βαθμό τη μακροχρόνια τάση αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Στο πλαίσιο αυτό είναι χαρακτηριστικό ότι στις χώρες του ΟΟΣΑ το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση αυξήθηκε κατά σχεδόν 10,3 χρόνια μέσα σε διάστημα 45 περίπου ετών (από το 1965 έως το 2010). Στο Σχήμα 3.6 απεικονίζεται η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Στην Ελλάδα το προσδόκιμο επιβίωσης είναι υψηλότερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ και παρατηρείται αύξηση του



προσδόκιμου επιβίωσης, η οποία σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού φτάνει την τελευταία δεκαετία τα 2,6 χρόνια.



Σχήμα 3.6: Εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, τα οποία τυπικά χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας στο μέλλον, δημιουργώντας συγχρόνως σοβαρές πιέσεις στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης με την παρούσα τους μορφή. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ και με βάση την υφιστάμενη δυναμική μεταβολής του πληθυσμού, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών στην Ελλάδα πρόκειται να αυξηθεί από 18,9% το 2010 σε 32,1% το 2050. Ομοίως, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 80 ετών εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε 11,4% το 2050 από 4,8% το 2010. Τα ποσοστά αυτά βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο για την ΕΕ-27, ωστόσο είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με το παγκόσμιο μέσο όρο (OECD Labour Force and Demographic Database, 2010). Στην Ελλάδα το 2010 σημειώθηκαν 114,7 χιλ. γεννήσεις (μειωμένες κατά 2,7% σε σχέση με το 2009) και 109 χιλ. θάνατοι (αυξημένοι κατά 0,6% σε σχέση με το 2009). Χαρακτηριστικό των δημογραφικών μεταβολών είναι ότι σε σύγκριση με το 1960, οι γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους έχουν μειωθεί κατά 37,0%, ενώ ο αριθμός θανάτων ανά 1.000 κατοίκους έχει αυξηθεί την ίδια περίοδο κατά 44,4%. Ως προς το **προφίλ υγείας** των Ελλήνων, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010, οι Έλληνες πολίτες είναι γενικά ικανοποιημένοι από το επίπεδο της υγείας τους, καθώς μόλις το 8,7% δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι κακή ή πολύ κακή. Το 77% του πληθυσμού δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλή ή πολύ καλή, ποσοστό υψηλότερο του μέσου όρου στην ΕΕ-27 (Eurostat, Statistics on Income and Living



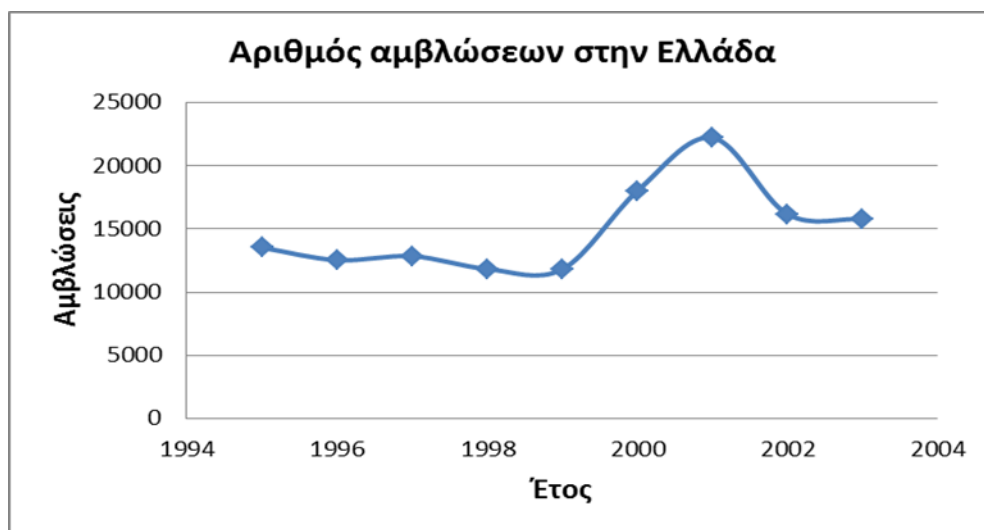
Condition, 2012). Ας σημειωθεί ότι η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από πολλούς ειδικούς παράγοντες, τον τρόπο ζωής του, αλλά και σε σημαντικό βαθμό από την ιατρική φροντίδα και τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνει.

Στο Άρθρο 3 του Συντάγματος επικρατούσα θρησκεία της Ελλάδας αναγνωρίζεται η θρησκεία της «Ανατολικής Ορθόδοξης Εκκλησίας του Χριστού». Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη τον Απρίλιο του 2011 από την Κάπα Research ύστερα από παραγγελία της εφημερίδας Το Βήμα, ρωτώντας τους Έλληνες αν πιστεύουν στον Θεό ή όχι, το 56,3% απάντησε "ναι", το 20% "μάλλον ναι", ενώ το 7,7% των ερωτηθέντων απάντησε "μάλλον όχι" και 13% "όχι". Διαφορετικά είναι τα ευρήματα για τη θρησκευτική πίστη της πανελλαδικής έρευνας Metron Forum της Metron Analysis που δημοσιεύθηκαν το Δεκέμβριο του 2011. Στην έρευνα αυτή, το 95% δηλώνουν Χριστιανοί Ορθόδοξοι, το 1,5% δηλώνει ότι ανήκει σε κάποια άλλη θρησκεία, ενώ άθρησκοι ή άθεοι δηλώνουν το 2,8% του πληθυσμού, ποσοστό από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα διαφέρουν, μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων σχετίζεται με την Εκκλησία είτε για θρησκευτικούς είτε για κοινωνικούς λόγους (πχ επίσκεψη σε εκκλησία ακόμα και αν δεν πιστεύουν σε μεγάλες θρησκευτικές εορτές όπως Πάσχα).

3.3. Στοιχεία ελληνικής κοινωνίας σε σύγκριση με την Ευρώπη

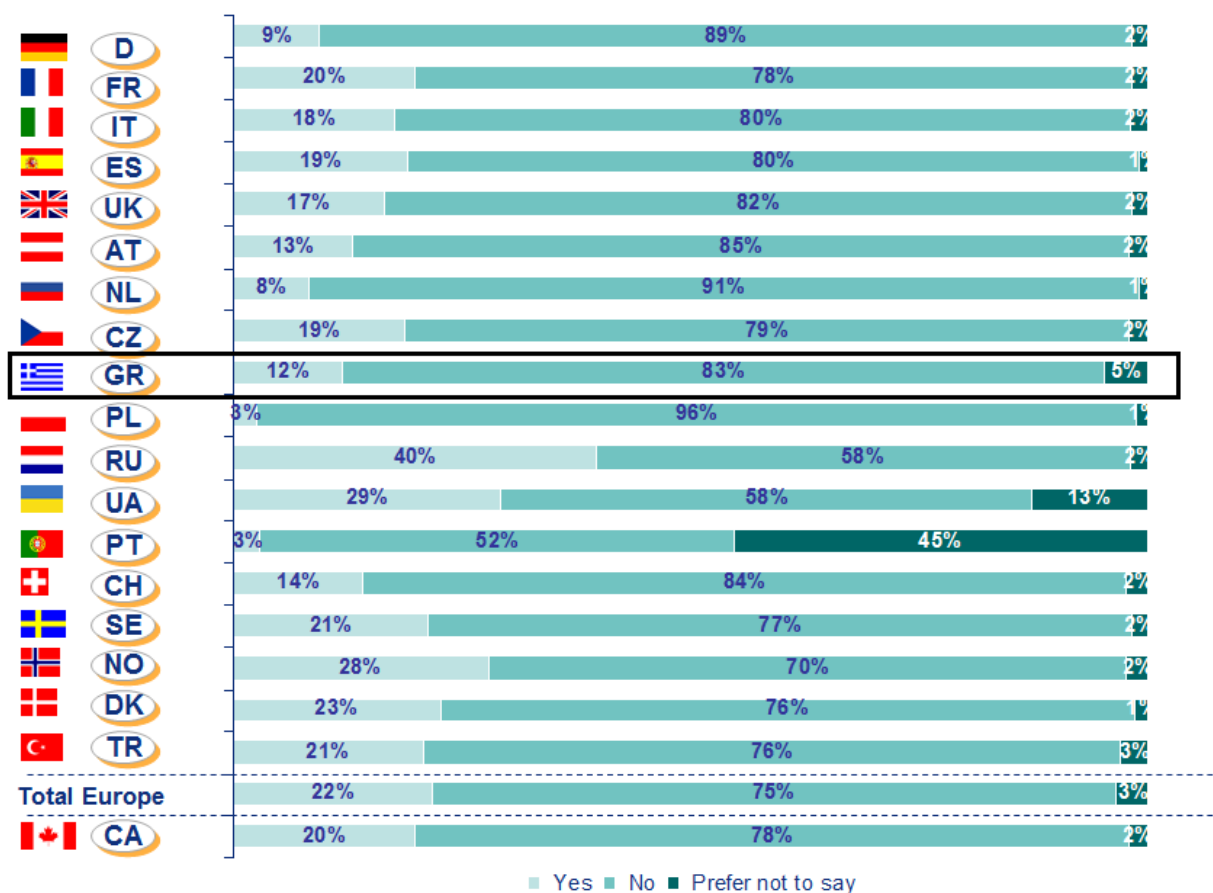
3.3.1. Αμβλώσεις στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πρόσφατα αξιόπιστα επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία για τον αριθμό των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων που οδηγούν σε αμβλώσεις. Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία από τη Eurostat αφορούν το έτος 2003 και δείχνουν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός αμβλώσεων (22.223) παρατηρήθηκε το 2001. Στο **Σχήμα 3.7** παρουσιάζονται τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία από τη Eurostat. Όμως, το πρόβλημα δείχνει να είναι αρκετά εντονότερο: η Γενική Γραμματεία Ισότητας έκανε λόγο για 100.000 με 120.000 αμβλώσεις το έτος 2000 ενώ στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το πρόβλημα μπορεί να έχει ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις και ίσως οι αμβλώσεις να φτάνουν τις 200.000 ετησίως (Ταρλαζής, 2001). Καθώς τα στοιχεία αυτά δεν είναι επίσημα δεν μπορούν να υιοθετηθούν άκριτα, αλλά δείχνουν ότι το πρόβλημα υφίσταται σε μεγάλο βαθμό. Στο **Σχήμα 3.8** φαίνεται ότι το 22% όλων των Ευρωπαίων γυναικών στη γόνιμη ηλικία δήλωσαν ότι έχουν κάνει έκτρωση στο παρελθόν. Το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στη Ρωσία (40%) με την Ουκρανία (29%) και τη Νορβηγία (28%) να ακολουθούν. Στην Ελλάδα το ποσοστό είναι στο 12%. Το 41% όλων των Ευρωπαίων γυναικών έχουν μια κοντινή φίλη που έχει κάνει έκτρωση στο παρελθόν. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι στο 46%, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το χαμηλότερο του μέσου όρου ποσοστό που δήλωσε ότι έχει κάνει έκτρωση.



Σχήμα 3.7: Αριθμός αμβλώσεων στην Ελλάδα (1995-2003)

Abortions - Total in % -



Σχήμα 3.8: Αμβλώσεις σε Ελλάδα και Ευρώπη



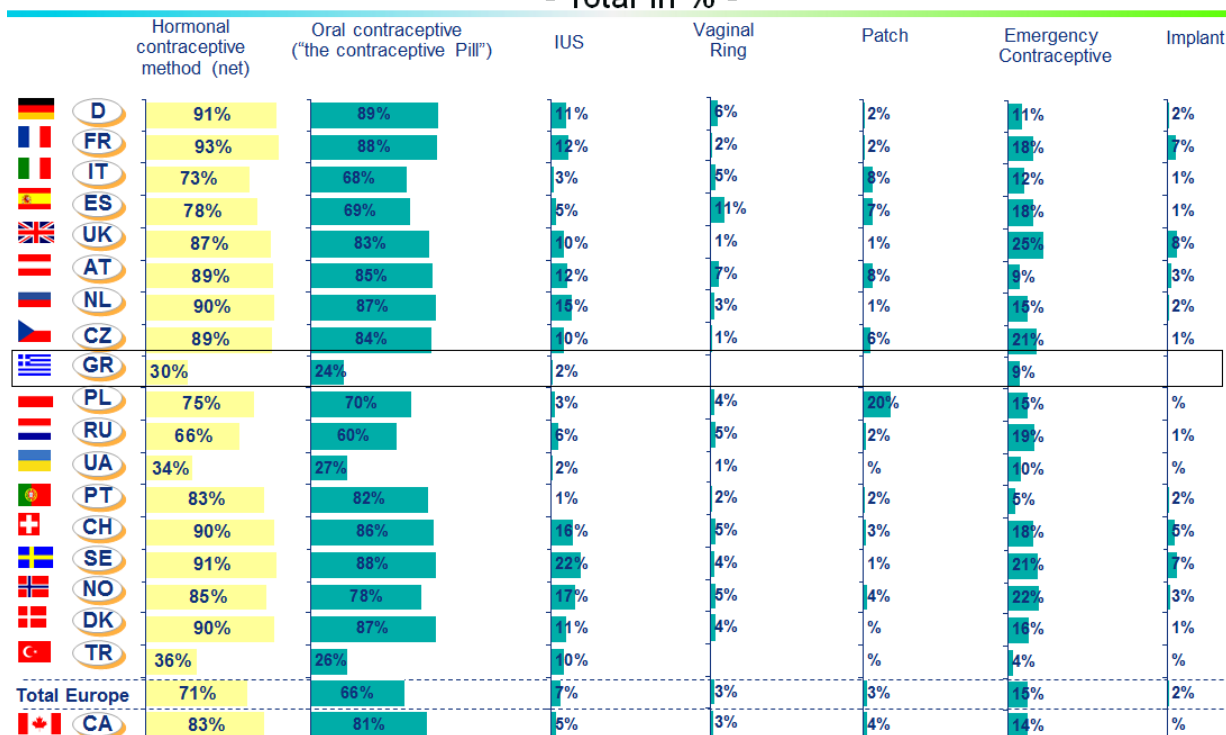
Τα στοιχεία που ακολουθούν βασίζονται σε πανευρωπαϊκή έρευνα που διεξήχθη το 2009 από την GfK σε δείγμα 25.590 γυναικών ηλικίας 15-49 ετών. Παρατίθενται τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας:

3.3.2. Αντισυλληπτικές Μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί

Το 71% των γυναικών στην Ευρώπη δήλωσαν ότι έχουν εμπειρία χρήσης μιας ή περισσότερων ορμονικών αντισυλληπτικών μεθόδων και το 93% αυτών των γυναικών ανέφερε ότι κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν χρησιμοποιήσει το Αντισυλληπτικό Χάπι. Όπως παρουσιάζεται και στο Σχήμα 3.9, το 66% όλων των γυναικών στην Ευρώπη έχουν χρησιμοποιήσει το Χάπι με το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης να εμφανίζεται στην Ελλάδα με 24%. Ακολουθεί η Ουκρανία με 27% και η Τουρκία με 26%. Αντίθετα, σχεδόν το 90% των γυναικών σε Γερμανία, Γαλλία και Σουηδία έχουν χρησιμοποιήσει το Χάπι στο παρελθόν. Το 71% όλων των γυναικών έχουν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό για αντισυλληπτικό σκοπό. Περίπου 6% όλων των γυναικών στην Ευρώπη δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ αντισυλληπτική μέθοδο.

Ever used hormonal contraceptive methods

- Total in % -



Σχήμα 3.9: Εμπειρία χρήσης ορμονικής αντισυλληπτικής μεθόδου

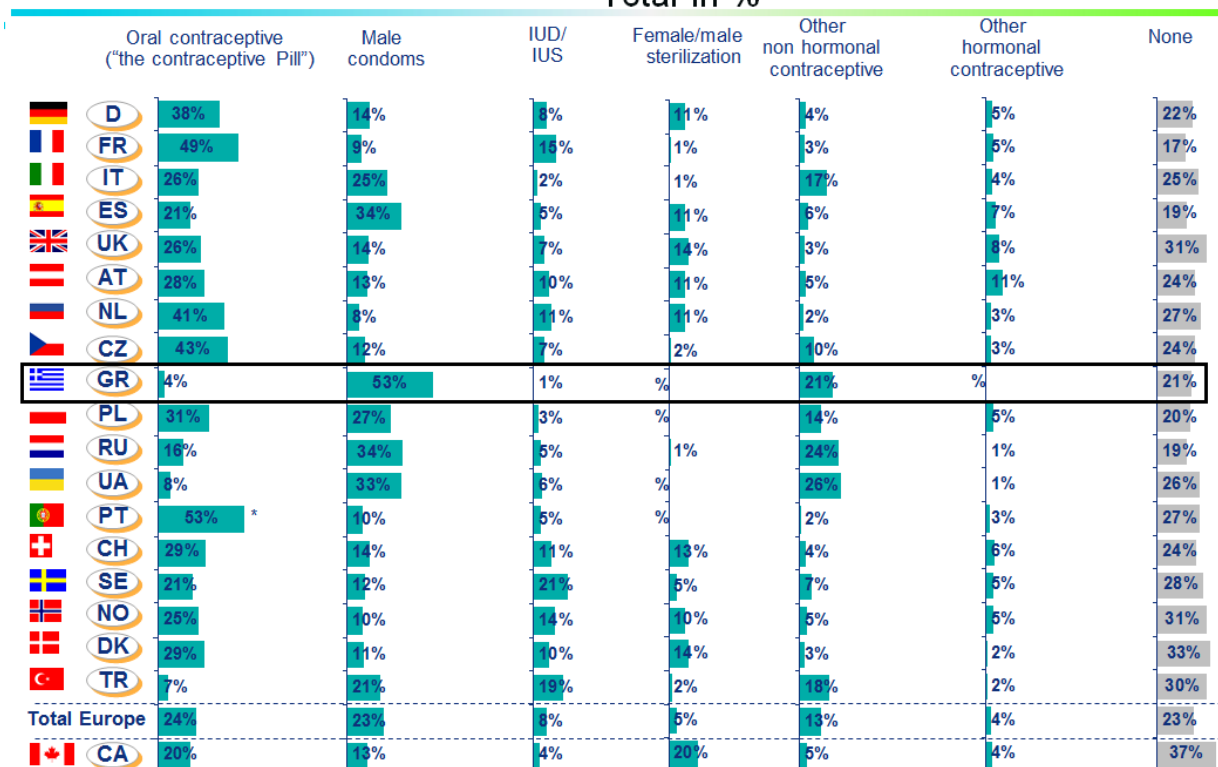


3.3.3. Παρούσα χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου

Όπως παρουσιάζεται και στο **Σχήμα 3.10**, η παρούσα πιο διαδεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος στην Ευρώπη είναι το Αντισυλληπτικό Χάπι με 24% και ακολουθείται από το προφυλακτικό με 23%. Το πιο υψηλό ποσοστό χρήσης του Α.Χ. εμφανίζεται στη Γαλλία και στην Πορτογαλία με 49% ακολουθούμενο από την Τσεχία (43%), την Ολλανδία (41%) και τη Γερμανία (38%). Το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης του Αντισυλληπτικού Χαπιού εμφανίζεται στην Ελλάδα με 4% ακολουθούμενο από την Τουρκία (7%). Το προφυλακτικό έχει το υψηλότερο ποσοστό χρήσης στην Ελλάδα με 53% και ακολουθεί η Ρωσία και η Ισπανία με 34%. Το 23% όλων των γυναικών σε γόνιμη ηλικία αυτή τη στιγμή δεν χρησιμοποιούν κάποια μορφή αντισυλληπτική μέθοδο.

Current usage of contraceptive methods

- Total in % -



Σχήμα 3.10: Παρούσα χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου

3.3.4. Επείγουσα Αντισύλληψη

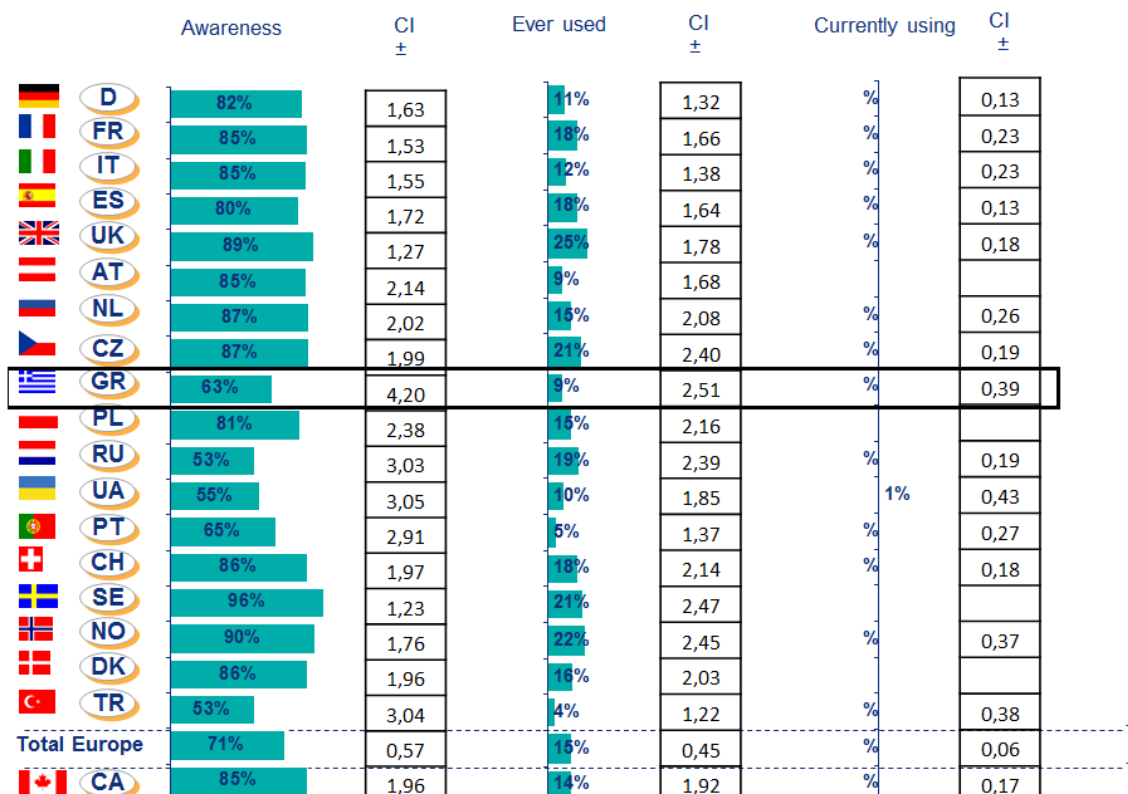
Το 71% όλων των γυναικών στην Ευρώπη γνωρίζουν την ύπαρξη της επείγουσας αντισύλληψης (Χάπι της επόμενης μέρας) και περίπου το 20% αυτών των γυναικών έχει κάνει χρήση αυτής της μορφής αντισύλληψης, δηλαδή το 15% όλων των γυναικών στην Ευρώπη. Στο **Σχήμα 3.11** φαίνεται ότι στην Ελλάδα γνωρίζει την ύπαρξη της επείγουσας αντισύλληψης το 63% και έχει κάνει χρήση το 9%. Στο



Σχήμα 3.12 απεικονίζεται ότι το 45% των γυναικών στην Ευρώπη χρησιμοποίησε προφυλακτικό ως πρώτη μέθοδο αντισύλληψης, το 35% το Χάπι και το 12% την απόσυρση. Στην Ελλάδα το προφυλακτικό κυριαρχεί με ποσοστό 80%, ενώ το Χάπι βρίσκεται στο 5%. Στο 15% η απόσυρση.

Awareness and Usage of Emergency Contraceptives

- Total in % -

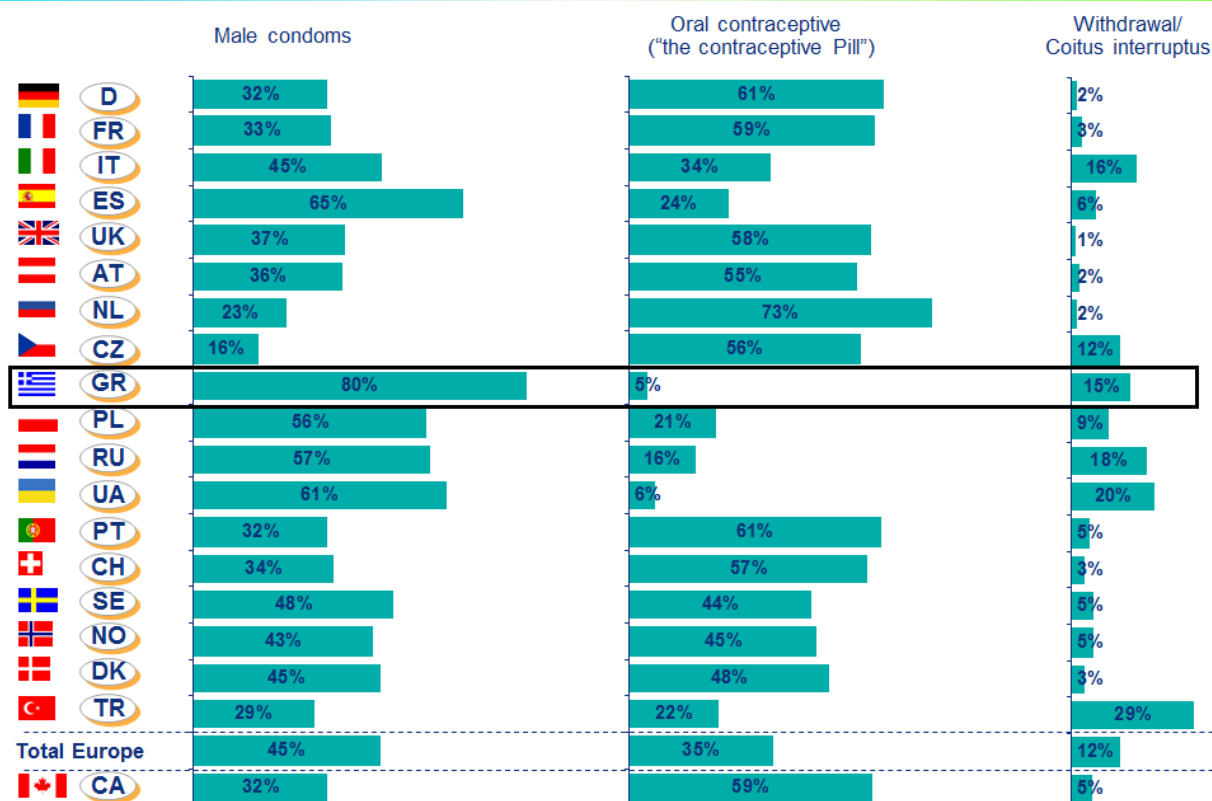


Σχήμα 3.11: Ενημέρωση και χρήση Επείγουσας Αντισύλληψης



First contraceptive method – Top 3

- Women who have ever used a contraception method in % -



Σχήμα 3.12: Πρώτη χρησιμοποιηθείσα μέθοδος αντισύλληψης

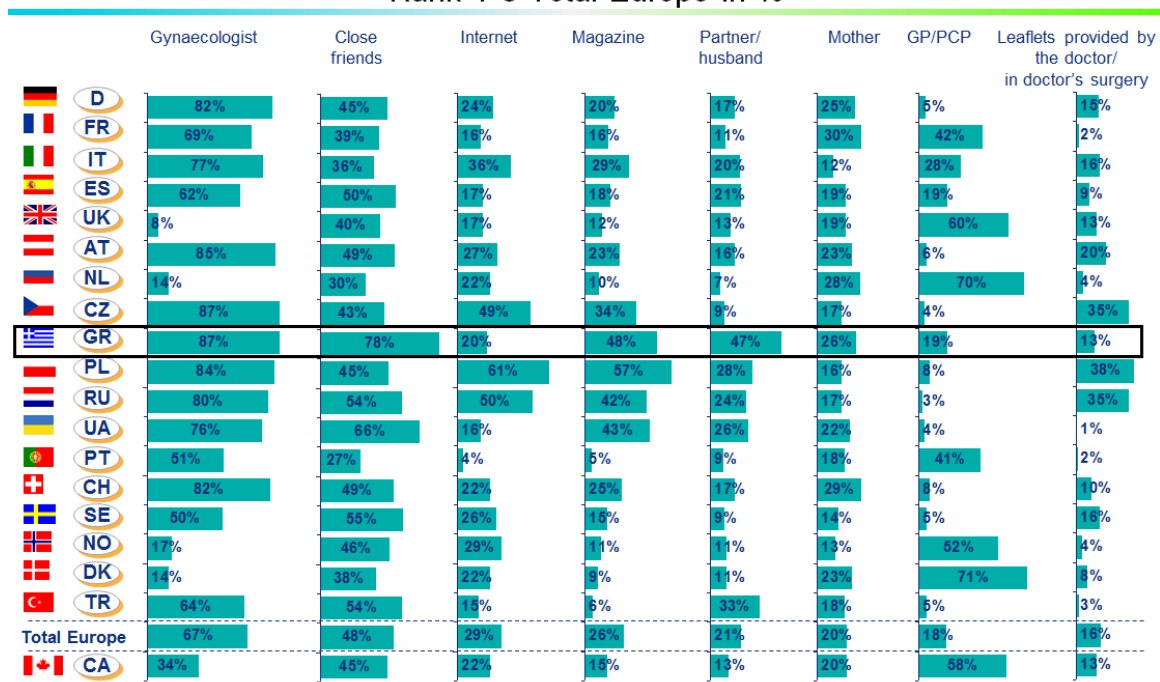
3.3.5. Κύρια πηγή ενημέρωσης

Ο γυναικολόγος ή ο οικογενειακός γιατρός είναι η κύρια πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη, ακολουθούμενοι από τους κοντινούς φίλους. Στη Σουηδία το 62% των γυναικών αναφέρουν τη Μαία ως την κύρια πηγή ενημέρωσης. Όπως παρουσιάζεται και στα Σχήματα 3.13 και 3.14 και 3.15 στην Ελλάδα αναφέρονται και το Ραδιόφωνο/Τηλεόραση (42%) ως πηγές πληροφοριών καθώς και οι φαρμακοποιοί (44%) σε ποσοστά μεγαλύτερα από τις υπόλοιπες χώρες. Το Internet αναφέρεται από το 29% των Ευρωπαίων γυναικών ως η κύρια πηγή πληροφοριών. Η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών είναι οι γυναικολόγοι (55%). Το Internet θεωρείται ως η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών μόνο από το 3% των ευρωπαίων γυναικών.



Main sources of information about contraception (1/3)

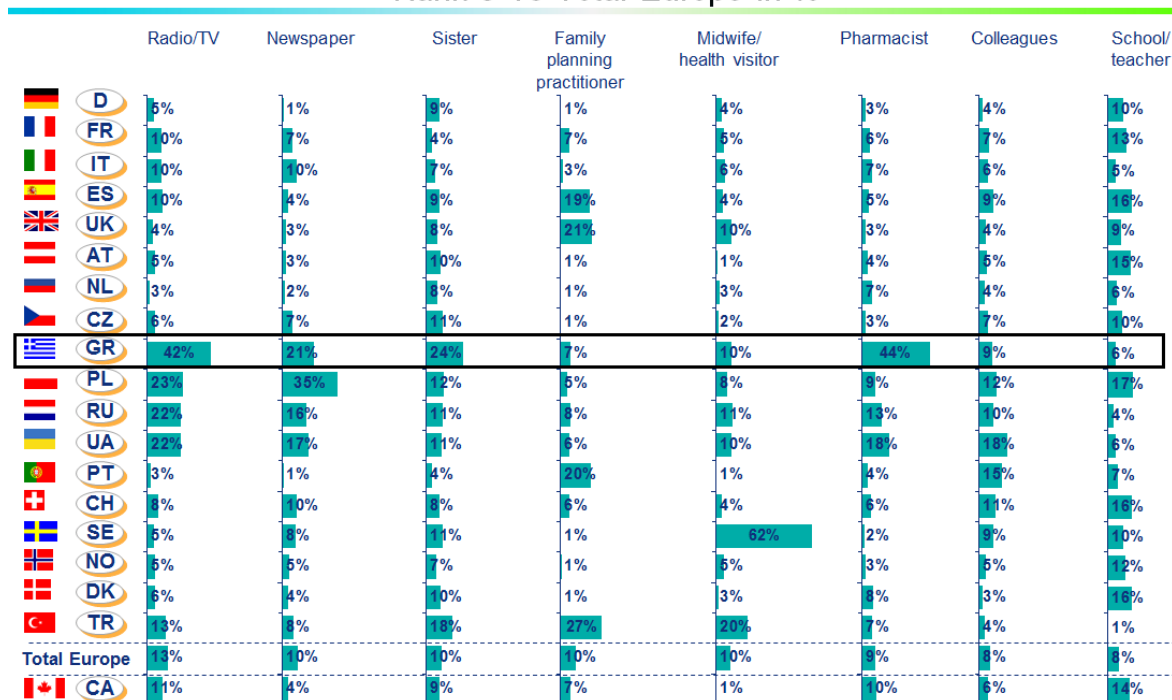
- Rank 1-8 Total Europe in % -



Σχήμα 3.13: Κύριες πηγές λήψης πληροφοριών για την αντισύλληψη (1/3)

Main sources of information about contraception (2/3)

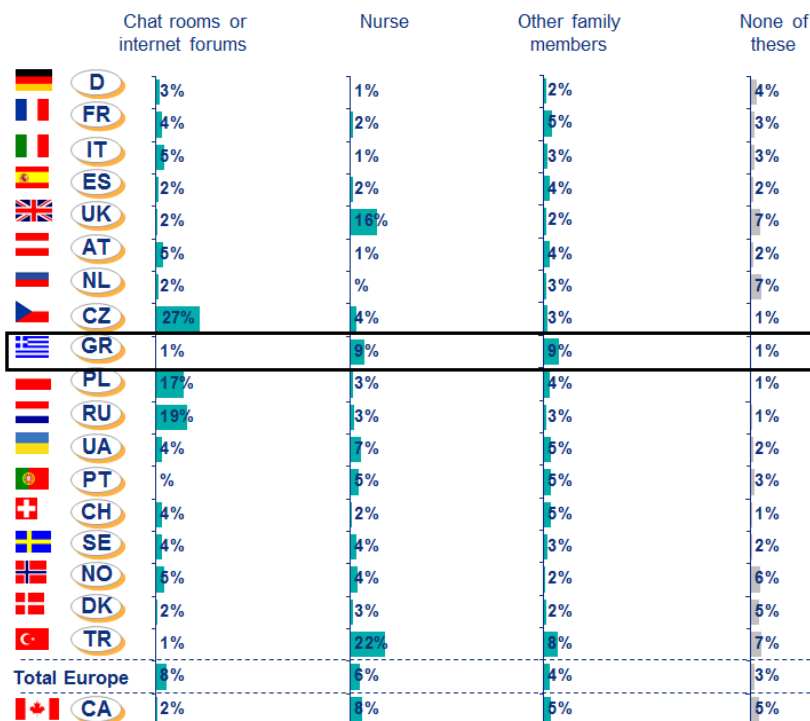
- Rank 9-16 Total Europe in % -



Σχήμα 3.14: Κύριες πηγές λήψης πληροφοριών για την αντισύλληψη (2/3)

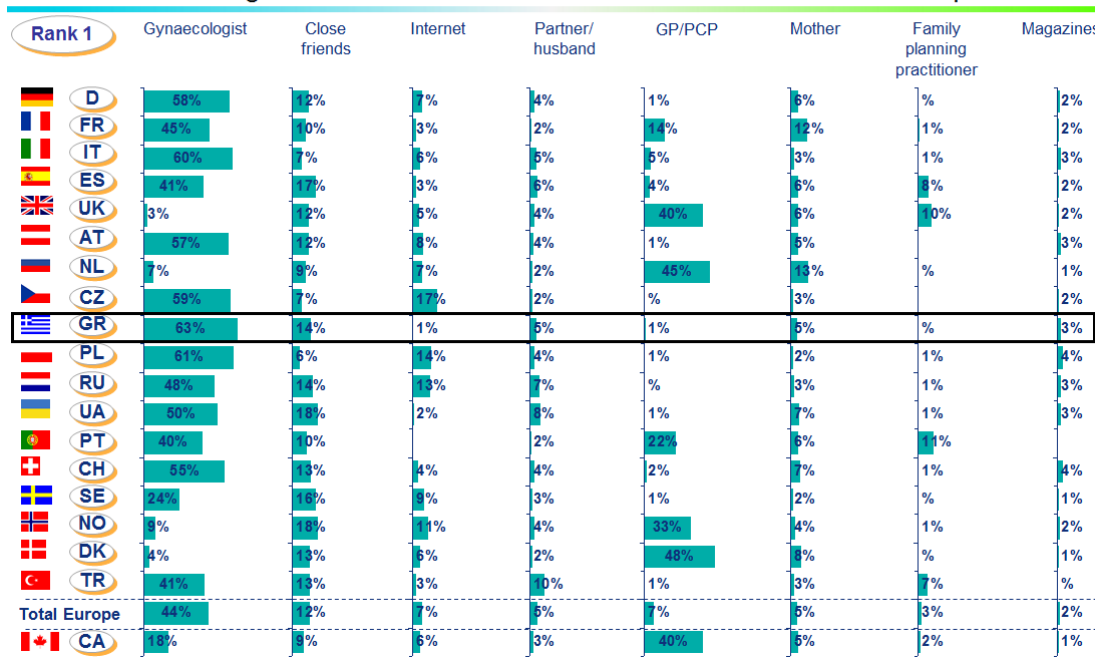


Main sources of information about contraception (3/3) - Rank 17-19 Total Europe in % -



Σχήμα 3.15: Κύριες πηγές λήψης πληροφοριών για την αντισύλληψη (3/3)

Most often used information sources about contraception - Women using more than 2 sources of information - Rank 1 Total Europe in % -



Σχήμα 3.16: Πιο συχνά χρησιμοποιούμενες πηγές ενημέρωσης για την αντισύλληψη



3.4. Λόγοι μη χρήσης Αντισυλληπτικού Χαπιού

Το 55% των Ελληνίδων δεν χρησιμοποιεί το Αντισυλληπτικό Χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης γιατί πιστεύει ότι μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες. Το 30% πιστεύει ότι περιέχει ορμόνες και χημικά που δεν είναι φυσικά, στο 29% δεν αρέσει να παίρνει ένα χάπι κάθε μέρα, το 26% φοβάται για αναφερθέντα προβλήματα και ρίσκο για την υγεία. Επιπλέον, το 24% φοβάται ότι θα αυξηθεί το βάρος του ενώ ένα 12% δεν το παίρνει επειδή καπνίζει. Το 9% δεν θα μπορούσε να θυμηθεί να το παίρνει κάθε μέρα και ένα 8% δεν το παίρνει επειδή δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. 8% πιστεύει ότι μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση ενώ 3% δεν το λαμβάνει επειδή δεν τους το επιτρέπουν ιατρικοί λόγοι. Όπως φαίνεται και στους Πίνακες 3.17 και 3.18 σημαντική διαφορά παρατηρείται από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο ως λόγος το ότι δεν θα μπορούσε να θυμηθεί να παίρνει ένα χάπι κάθε μέρα (9% στην Ελλάδα και 31% ο ευρωπαϊκός μέσος όρος). Επίσης οι παρενέργειες είναι στο 45% στην Ευρώπη και στο 55% στην Ελλάδα.

-Reasons for never using the pill as contraceptive method (1/2)

Women having used or currently using a contractive method. but never the pill -

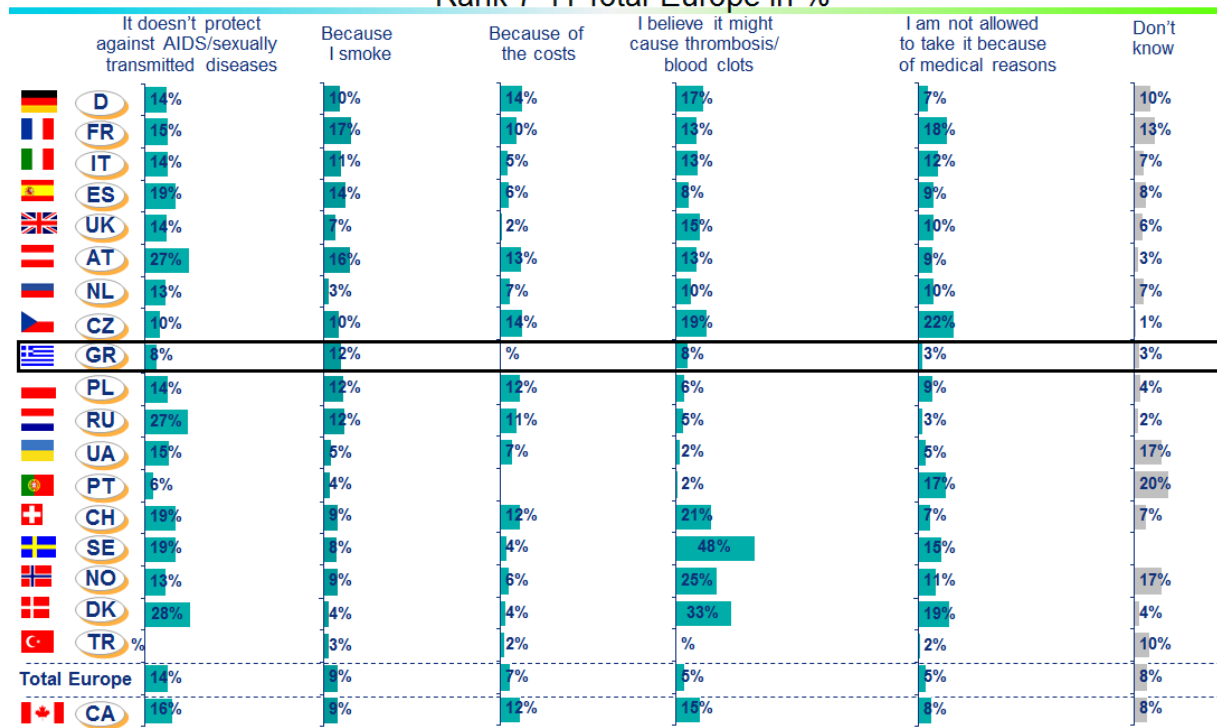
- Rank 1-6 Total Europe in % -



Σχήμα 3.17: Λόγοι που δεν χρησιμοποιείται το Α.Χ. ως μέθοδος αντισύλληψης (1/2)



-Reasons for never using the pill as contraceptive method (2/2)
 Women having used or currently using a contractive method. but never the pill -
 - Rank 7-11 Total Europe in % -



Σχήμα 3.18: Λόγοι που δεν χρησιμοποιείται το Α.Χ. ως μέθοδος αντισύλληψης (2/2)

3.5. Ανάλυση SWOT

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που συλλέχθηκαν στην ανάλυση περιβάλλοντος του **Κεφαλαίου 3.2** καθώς και τις αναλύσεις και περιγραφές που έγιναν για το Προϊόν Αντισυλληπτικό Χάπι στο **Κεφάλαιο 2**, γίνεται η ανάλυση **SWOT** που ακολουθεί. Γίνεται δηλαδή συνολική αξιολόγηση των δυνάμεων και των αδυναμιών, των ευκαιριών και των απειλών που αντιμετωπίζει το Αντισυλληπτικό Χάπι μέσα στο περιβάλλον (SWOT από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

- **Δυνάμεις (Strengths):** Ένα από τα ισχυρότερα πλεονεκτήματα του αντισυλληπτικού χαπιού είναι ότι είναι πάρα πολύ αποτελεσματικό: με σωστή χρήση η αποτελεσματικότητά του φτάνει το 99.9%. Λαμβάνεται συγκεκριμένες ώρες και μέρες και μπορεί να αποτελέσει τρόπο ζωής του καταναλωτή. Έτσι όταν έρθει η ώρα της σεξουαλικής πράξης δε χρειάζεται να μεριμνήσει ο καταναλωτής εκείνη τη στιγμή ο καταναλωτής για την εφαρμογή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Ειδικά για την ελληνίδα καταναλώτρια που θεωρεί μόνο σε ποσοστό 9% λόγο για τη μη λήψη του χαπιού την ανάγκη τακτικής λήψης του. Θετικό επίσης είναι το γεγονός ότι η πυκνότητα των σημεία πώλησής του (φαρμακεία) στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής



Ένωσης, καθώς αντιστοιχεί ένα (1) φαρμακείο ανά 1.200 κατοίκους, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ-27 είναι ένα (1) φαρμακείο ανά 3.300 κατοίκους (ΕΛΣΤΑΤ 2012, German Pharmacies, Facts and Figures 2011). Επίσης, σε σχέση με τις άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους δεν μειώνει την σεξουαλική ικανοποίηση. Τέλος παρουσιάζει πολλά οφέλη που σχετίζονται τον έμμηνο κύκλο. Σε αυτά συμπεριλαμβάνεται η κανονικότητά του, η μείωση της απώλειας αίματος, η σιδηροπενική αναιμία και η δυσμηνόρροια. Έχει παρατηρηθεί η προστασία από ορισμένες μορφές καρκίνου και η μείωση εμφάνισης καλοήθων παθήσεων του μαστού.

- **Αδυναμίες (Weaknesses):** Μια από τις κυριότερες αδυναμίες του προϊόντος είναι ότι κατά τη λήψη του μπορεί να εμφανίσει ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης για ορισμένες γυναίκες υφίστανται ιατρικοί περιορισμοί που καθιστούν τη λήψη του απαγορευτική. Για να προμηθευτεί κάποιος το αντισυλληπτικό χάπι πρέπει να του χορηγηθεί ιατρική συνταγή. Η πρόσβασή του σε αυτό γίνεται μόνο στα φαρμακεία. Εξάλλου για να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα απαιτείται τακτική και προσεκτική λήψη του. Τέλος η αγορά του δεν επιδοτείται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.
- **Ευκαιρίες (Opportunities):** Δεδομένου ότι το ποσοστό αποδοχής του στην ελληνική αγορά είναι αρκετά μικρό υπάρχει περιθώριο μεγάλης ποσοστιαίας αύξησής του. Η ενσωμάτωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στο σχολικό πρόγραμμα μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση στις εκπαίδευσης των μελών της ελληνικής κοινωνίας και στην ενημέρωσή τους πάνω στις διαθέσιμες επιλογές αντισύλληψης. Παράλληλα, καθώς οι φαρμακοποιοί παρέχουν συμβουλές αντισύλληψης στο 44% των περιπτώσεων αποτελούν έναν κρίκο της αλυσίδας της αντισύλληψης που είναι δυνατόν να αξιοποιηθεί για την αύξηση της αποδοχής του χαπιού στην ελληνική αγορά. Η πιθανότητα ένταξης του στα καλυπτόμενα από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης φάρμακα, καθώς και το γεγονός ότι έπειτα από μερικά χρόνια ύφεσης, η ελληνική οικονομία αναμένεται να επανέλθει σε θετική τροχιά ανάπτυξης.
- **Απειλές (Threats):** Η ελληνική νομοθεσία απαγορεύει ρητά τη διαφήμιση φαρμάκων, φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και ιατρικών θεραπειών που παρέχονται μόνο με συνταγή ιατρού μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας ή οποιονδήποτε άλλων μέσων. Η δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη συνεχώς μειώνεται, ενώ τα τελευταία χρόνια οι ρυθμοί ανάπτυξης της ελληνικής κοινωνίας είναι αρνητικοί.



4. Η στρατηγική και η εκστρατεία στην ελληνική αγορά

4.1. Όραμα, Στρατηγική, Στόχος, Εμπόδια

Στο παρόν Κεφάλαιο επιλέγεται ως σενάριο εργασίας (test case), η παρουσίαση και διεξοδική ανάλυση μιας μεγάλης εκστρατείας ενημέρωσης της ελληνικής κοινωνίας για την αντισύλληψη με τίτλο «Διάλεξε Στάση: Αντισύλληψη ή Ανασφάλεια» από την εταιρία Bayer. Το **όραμα** αυτής της εκστρατείας είναι η εδραίωση και η ενίσχυση, της ήδη κυριαρχικής θέσης της εταιρίας, ως μία εταιρία για την «Υγεία της Γυναίκας». Η **νέα στρατηγική** περιλαμβάνει την στροφή προς τον τελικό χρήστη του προϊόντος. Ο **στόχος** είναι η αειφόρος αύξηση της αποδοχής των αντισυλληπτικών χαπιών από την ελληνική κοινωνία, εστιάζοντας κυρίως στην ενημέρωση και εκπαίδευση τόσο των υπαρχόντων όσο και των δυνητικών χρηστών. Πιο συγκεκριμένα ως επιχειρηματικούς στόχους ορίζονται η αύξηση του ποσοστού αποδοχής των αντισυλληπτικών χαπιών και η ανάπτυξη την υπάρχουσας αγοράς αντισυλληπτικών χαπιών.

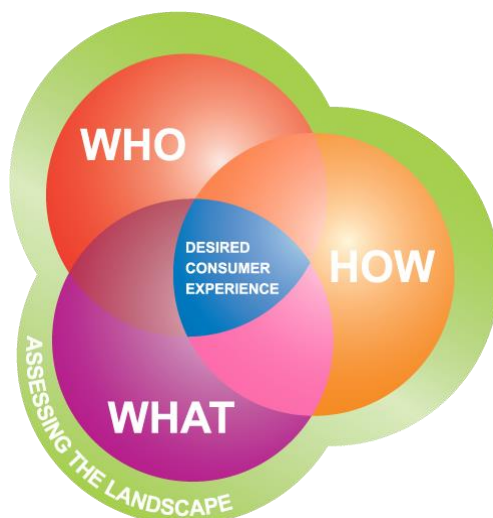
Μελετώντας και αναλύοντας τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής αγοράς εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα κυριότερα εμπόδια για την αποδοχή και τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού είναι τα εξής:

- Έλλειψη κουλτούρας για την αντισύλληψη
- Ελλιπής και περιορισμένη παιδεία και εκπαίδευση πάνω στην αντισύλληψη
- Μύθοι και εσφαλμένες αντιλήψεις για το αντισυλληπτικό χάπι
- Φόβος, αμηχανία και ντροπή
- Οι γυναικολόγοι ιατροί δεν προωθούν το αντισυλληπτικό χάπι

Οι τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους θα οικοδομηθεί η **νέα προσέγγιση** είναι οι εξής:

- Σε ποιους απευθύνεται (WHO)
- Ποιοι είναι οι στόχοι (WHAT)
- Με ποιον τρόπο θα επιτευχθούν (HOW)

Όλοι αυτοί οι άξονες όπως απεικονίζεται και στο **σχήμα 4.1** στο κέντρο τους έχουν την **επιθυμητή εμπειρία του καταναλωτή**.



Σχήμα 4.1: Η νέα προσέγγιση και τα βασικά της τμήματα

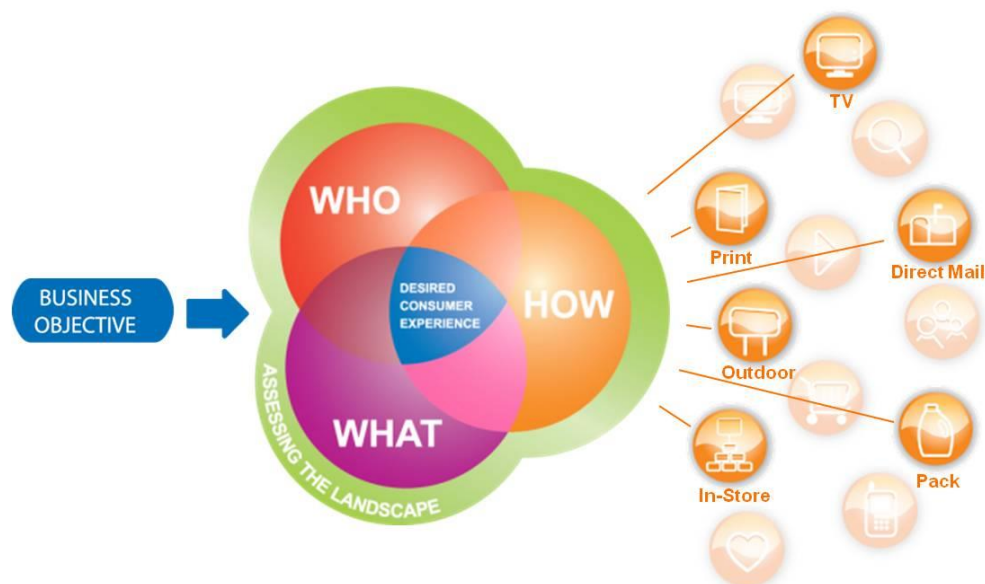
Το κοινό στο οποίο απευθύνεται (**target audience**) κυρίως το συγκεκριμένο προϊόν είναι οι **γυναίκες ηλικίας 16-35 ετών**. Παρόλα αυτά, η εκστρατεία απευθύνεται και σε ομάδες ανθρώπων οι οποίες επηρεάζουν, είτε άμεσα είτε έμμεσα, τις αποφάσεις των συγκεκριμένων καταναλωτών. Όπως φαίνεται και στο **Σχήμα 4.2** οι ομάδες αυτές είναι οι εξής:

- Μητέρες
- Επαγγελματίες υγείας (Ιατροί, φαρμακοποιοί)
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Καθηγητές
- Προσωπικότητες που λειτουργούν ως πρότυπα
- Φίλοι
- Υπόλοιπα μέλη της οικογένειας

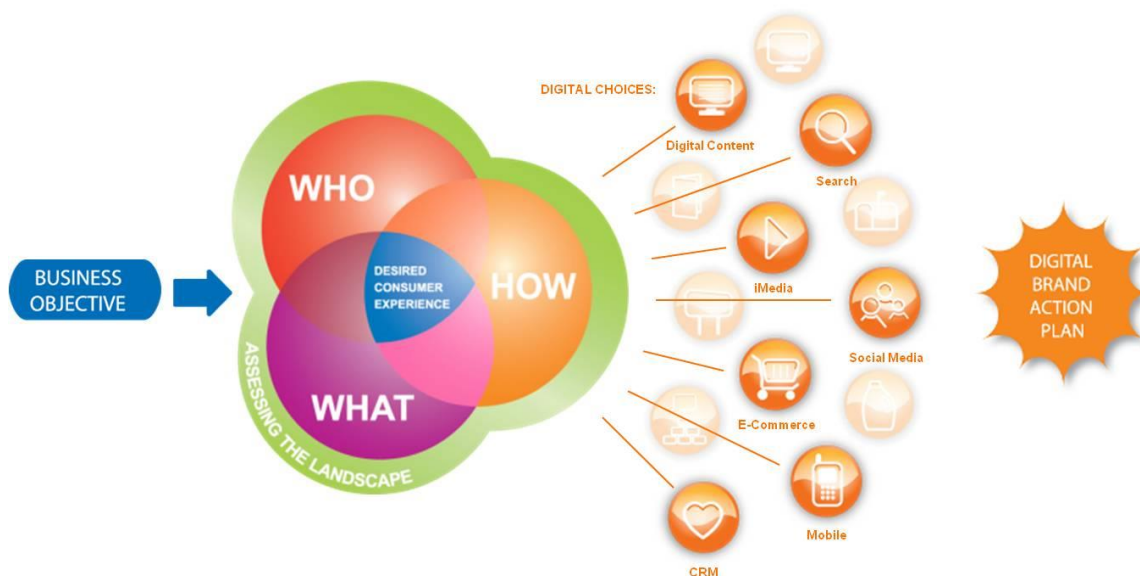
Οι **στόχοι** η κατάρριψη των μύθων που υπάρχουν γύρω από το αντισυλληπτικό χάπι και η ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών πάνω στην αντισύλληψη. Ο **τρόπος με τον οποίο θα επιτευχθούν (HOW)** οι στόχοι και η **στρατηγική επικοινωνίας** περιλαμβάνουν τη χρήση παραδοσιακών και ψηφιακών μέσων. Στα παραδοσιακά μέσα η τηλεόραση, τα βιβλία, περιοδικά, φυλλάδια, η αλληλογραφία, η συσκευασία, ο χώρος πώλησης και οι εξωτερικοί χώροι διαφήμισης. Στα ψηφιακά μέσα περιλαμβάνεται η δημιουργία ψηφιακού περιεχομένου, η παροχή πληροφοριών στις ηλεκτρονικές αναζητήσεις, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, το ηλεκτρονικό εμπόριο, το Mobile Internet και το Customer Relationship Management. Στα **Σχήματα 4.3** και **4.4** απεικονίζονται τα μέσα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την υλοποίηση την νέας στρατηγικής



Σχήμα 4.2: Target group και ομάδες επηρεασμού του



Σχήμα 4.3: Χρήση παραδοσιακών μέσων



Σχήμα 4.4: Χρήση νέων ψηφιακών μέσων

Το **ψηφιακό σχέδιο δράσης** (digital action plan) περιλαμβάνει online και offline δράσεις, οι οποίες θα οδηγούν το κοινό στο οποίο απευθύνονται σε περαιτέρω αναζήτηση πληροφοριών (πχ online Google search). Έτσι λοιπόν, θα πρέπει παράλληλα να έχει ήδη δημιουργηθεί ψηφιακό περιεχόμενο που θα εμφανίζεται στις ψηφιακές αναζητήσεις του κοινού και θα τους παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες μέσα από πλατφόρμες με μεγάλη αξιοπιστία, που θα απαντούν σε κάθε ερώτημα και θα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των καταναλωτών. Στο ψηφιακό αυτό περιεχόμενο θα πρέπει να υπάρχουν όροι που χρησιμοποιούνται στις αναζητήσεις των καταναλωτών, παράλληλα πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένο με τα κοινωνικά δίκτυα, που θα οδηγούν μέσω συνδέσμων (external links) σε αυτό αυξάνοντας έτσι την επισκεψιμότητα τη διάδοση και την αξιοπιστία του. Έτσι λοιπόν, μπορεί να επιτευχθεί η ενσωμάτωση των ψηφιακών μέσων σε κάθε δραστηριότητα Marketing.

4.2. Κεντρική επικοινωνιακή ιδέα, μηχανισμοί και σύνθημα

Το κεντρικό σύνθημα της εκστρατείας είναι το **"ΔΙΑΛΕΞΕ ΣΤΑΣΗ: ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ Η' ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ"**. Στο Σχήμα 4.6 φαίνεται το λογότυπο που χρησιμοποιήθηκε για την εκστρατεία



Σχήμα 4.6: Το λογότυπο της εκστρατείας

4.3. Πρεσβευτές της εκστρατείας

Πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία και την αποτελεσματικότητα της εκστρατείας είναι η επιλογή των κατάλληλων πρεσβευτών που θα την ενισχύσουν και θα γίνουν κομμάτι της. Πάρθηκε λοιπόν η απόφαση για την επιλογή πρεσβευτών τόσο από το χώρο της Υγείας όσο και από την επικαιρότητα.

4.3.1. Πρεσβευτής από το χώρο της Υγείας

Η επιλογή του πρεσβευτή από το χώρο της υγείας έχει **στόχο** να προσδώσει αξιοπιστία και να δημιουργήσει περιεχόμενο για την εκστρατεία. Παράλληλα θα είναι ο εκπρόσωπος στα μέσα που ασχολούνται με την υγεία, όπως περιοδικά, τηλεοπτικές εκπομπές, ιστοσελίδες ιατρικού περιεχομένου κτλ. Οι ομάδες ατόμων (target audience) στις οποίες θα έχει τη μεγαλύτερη επίδραση θα είναι:

- Γυναίκες που μπορεί να χρησιμοποιήσουν το Χάπι
- Μητέρες
- Υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Επαγγελματίες Υγείας όπως Ιατροί και φαρμακοποιοί



Ο πρεσβευτής από το χώρο της υγείας επιλέχθηκε να είναι η **Α Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική**, του Εθνικού και Καποδιστριακού πανεπιστημίου Αθηνών στο Γενικό Νοσοκομείο **Αλεξάνδρα**, με Διευθυντή τον Καθηγητή Αντσακλή Αριστεΐδη. Η δράση του περιλαμβάνει συνεντεύξεις και ανάλυση εμπειριών στην τηλεόραση και στο ραδιόφωνο, άρθρα σε έντυπα περιοδικά και άρθρα σε ιστοσελίδες, το περιεχόμενο των οποίων βρίσκεται υπό την αιγίδα της κλινικής.

4.3.2. Πρεσβευτές για να εμπνεύσουν το κοινό

Οι πρεσβευτές της εκστρατείας, οι οποίοι δεν θα είναι από το χώρο της υγείας, έχουν στόχο να δημιουργήσουν μια οικειότητα και να είναι κοντά στο κοινό και τους καταναλωτές. Πρέπει να έχουν εμπειρίες σχετικές με τα μηνύματα της εκστρατείας, έρεισμα στο συγκεκριμένο κοινό ώστε να επικοινωνήσουν τα μηνύματα της εκστρατείας σε μέσα τα οποία δεν έχουν σχέση με το χώρο της υγείας με τον αποτελεσματικότερο τρόπο καθώς θα λειτουργήσουν ως πρότυπα για τις γυναίκες ηλικίας 16-35 ετών. Άτομα που πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις είναι νεαρές γυναίκες ηθοποιοί, τραγουδίστριες, bloggers και τηλεοπτικοί και μουσικοί παραγωγοί.

Επιλέχθηκε λοιπόν μια ομάδα νέων δραστήριων ανθρώπων, που είναι αναγνωρίσιμοι στο ευρύ κοινό, με ιδιαιτερότητες και ποικιλία στο χαρακτήρα και τη δημόσια εικόνα τους. Είναι άτομα δραστήρια και ζουν και εργάζονται έντονα και γνωρίζουν ότι η λήψη σωστών αποφάσεων από τους ίδιους θα επηρεάσει τη ζωή τους και την πορεία τους σε πολύ μεγάλο βαθμό. Οι πρεσβευτές διαδίδουν τα μηνύματα της εκστρατείας για την αντισύλληψη μέσα από ζωντανές εμφανίσεις σε εκδηλώσεις που λαμβάνουν μέρος καθώς επίσης και μέσα από τις προσωπικούς λογαριασμούς που διατηρούν σε ηλεκτρονικά μέσα κοινωνικής δικτύωσης όπως το Facebook και το Twitter. Βρίσκονται επίσης στο επίκεντρο της προσοχής από τα media, κάνοντας έτσι τη διάδοση των μηνυμάτων της εκστρατείας ακόμα πιο αποτελεσματική. Επιπλέον, διατηρούν blog στην εκπαιδευτική ιστοσελίδα που έχει δημιουργηθεί για την εκστρατεία. Το κοινό λοιπόν στο οποίο απευθύνονται κυρίως είναι οι γυναίκες ηλικίας 16-35 ετών καθώς επίσης και οι φίλοι τους. Τα άτομα λοιπόν που επιλέχθηκαν για να αποτελέσουν την ομάδα δράσης (βλ. **Σχήμα 4.7**) είναι η δημοσιογράφος και παρουσιάστρια Άννα Πρέλεβιτς, η τραγουδίστρια Tamta και η blogger και παρουσιάστρια Μαίρη Συνατσάκη.

Άννα Πρέλεβιτς



Δημοσιογράφος,
Παρουσιάστρια

Tamta



Τραγουδίστρια

Μαίρη Συνατσάκη



Blogger και
Παρουσιάστρια

Σχήμα 4.7 Ομάδα δράσης



4.4. Βασικό όχημα επικοινωνίας

Ως βασικό όχημα επικοινωνίας της εκστρατείας δημιουργήθηκε η ιστοσελίδα www.your-life.gr. Σε αυτή την ιστοσελίδα υπάρχει πολύ υλικό για την αντισύλληψη και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση διαθέσιμο είτε για «κατέβασμα» είτε για ανάγνωση όσο ο επισκέπτης της σελίδας είναι σε αυτήν. Υπάρχουν επιπλέον θεματικές ενότητες, οι οποίες απευθύνονται συγκεκριμένα στις μητέρες, στους καθηγητές και στους ιατρούς. Ο **τόνος και το ύφος** της σελίδας αποπνέουν σοβαρότητα με **περιεχόμενο** που αγγίζει κάθε ομάδα του κοινού στο οποίο απευθύνεται ξεχωριστά. Η **εμφάνιση** της σελίδας (βλ. **Σχήμα 4.8**) είναι νεανική αποπνέοντας μια φρέσκια και ζωντανή αίσθηση. Οι **στόχοι** που επιδιώκει να εκπληρώσει η σελίδα είναι οι εξής:

- Να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει το κοινό για την αντισύλληψη και την Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης
- Να μετατρέψει τους νέους σε υποστηρικτές της ιδέας
- Να παρακινήσει τις νεαρές γυναίκες να αναλάβουν δράση
- Να εκπαιδεύσει τους γονείς, τους καθηγητές και τους γιατρούς

Όπως αναφέρθηκε, η σελίδα αυτή αποτελεί το κύριο όχημα της εκστρατείας και τον άξονα γύρω από τον οποίο θα περιστρέφονται και όλες οι υπόλοιπες ενέργειες της καμπάνιας. Οι ενέργειες που θα έχουν αμφίδρομη επικοινωνία και αλληλεπίδραση με την ιστοσελίδα είναι:

- Βίντεο μικρής διάρκειας με σκοπό να διαδώσουν το μήνυμα της εκστρατείας (viral videos)
- Εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία
- Εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα
- Σελίδα στο Facebook και χρήση των υπόλοιπων μέσων κοινωνικής δικτύωσης
- Προβολή της καμπάνιας και των χορηγών της
- Εκδηλώσεις για την Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης
- Οι αναζητήσεις στο Google θα οδηγούν στο περιεχόμενο της ιστοσελίδας
- Η Ομάδα Δράσης (πρεσβευτές) θα δραστηριοποιείται στην ιστοσελίδα (με άρθρα, φωτογραφίες, εμπειρίες) αλλά και θα οδηγεί σε αυτήν μέσω των προσωπικών πλατφόρμων που χρησιμοποιεί

Τον πρώτο μήνα που έκανε την εμφάνισή της η ιστοσελίδα είχε **12734 μοναδικές επισκέψεις** με μέσο όρο **410 επισκέψεις ανά ημέρα**. Η μέση διάρκεια της κάθε επίσκεψης ήταν 5 λεπτά και 20 δευτερόλεπτα. Το δεύτερο μήνα υπήρξε μία αύξηση της τάξης του 102% στις μοναδικές επισκέψεις και τον τρίτο μήνα αύξηση 350% φτάνοντας τους 115648 μοναδικούς επισκέπτες. Παρατηρείται λοιπόν, μια ολοένα και αυξανόμενη επισκεψιμότητα στην ιστοσελίδα με το πέρασμα του χρόνου. Αυτό που



μειώνεται είναι η διάρκεια της εκάστοτε επίσκεψης και οι σελίδες μέσα στην ιστοσελίδα που βλέπουν οι επισκέπτες. Η μειωμένη διάρκεια μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι κάποιοι επισκέπτες είχαν μελετήσει μέρος του περιεχομένου της ιστοσελίδας σε προηγούμενες επισκέψεις τους (καθώς επίσης ότι ήρθαν από external links και διάβασαν μόνο συγκεκριμένα άρθρα. Στον Πίνακα 4.1 φαίνονται στοιχεία για την επισκεψιμότητα στην ιστοσελίδα καθώς και την εξέλιξή τους για τους 3 πρώτους μήνες λειτουργίας της.



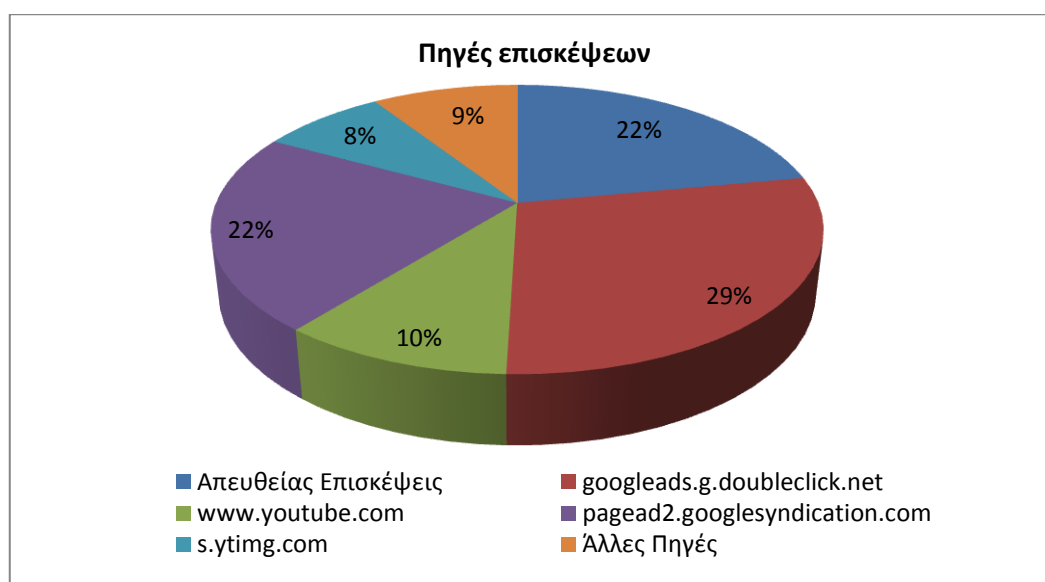
Σχήμα 4.8: Εικόνα (screenshot) από την ιστοσελίδα

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και το από πού προήλθε η **κίνηση** προς την ιστοσελίδα (sources of traffic). Όπως φαίνεται στο **Σχήμα 4.9** το 22,05% της κίνησης προήλθε από απευθείας επισκέψεις, ένα 10,36% από το www.youtube.com, το 28,43% από το googleads.g.doubleclick.net, το 22,09% από το pagead2.googlesyndication.com και το 7,88% από το s.yimg.com. Οι επισκέπτες κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους προέρχονταν από την Αθήνα (53%). 21% των επισκεπτών ήταν από τη Θεσσαλονίκη, 6% από την Πάτρα, 4% από τη Λάρισα και από την υπόλοιπη Ελλάδα το 16% των επισκεπτών (**Σχήμα 4.9**).



Μετρήσεις	1ος Μήνας	2ος Μήνας	Μηνιαία Μεταβολή	3ος Μήνας	Μηνιαία Μεταβολή	Συνολική Μεταβολή
Μοναδικοί επισκέπτες	12734	25726	+102%	115648	+350%	+808%
Μέσος όρος επισκέψεων ανά μέρα	410	695	+70%	2030	+192%	+395%
Διάρκεια Μέσης επίσκεψης	0:05:20	0:04:30	-16%	0:03:17	-27%	-38%
Θεάσεις σελίδας	42596	74359	+75%	323225	+335%	+659%
Μέσος όρος θεάσεων ανά μέρα	1374	2009	+46%	5298	+164%	+286%
Μέσος όρος θεάσεων ανά επίσκεψη	3,35	2,89	-14%	2,61	-10%	-22%

Πίνακας 4.1: Στοιχεία επισκεψιμότητας



Σχήμα 4.9: Πηγές επισκέψεων

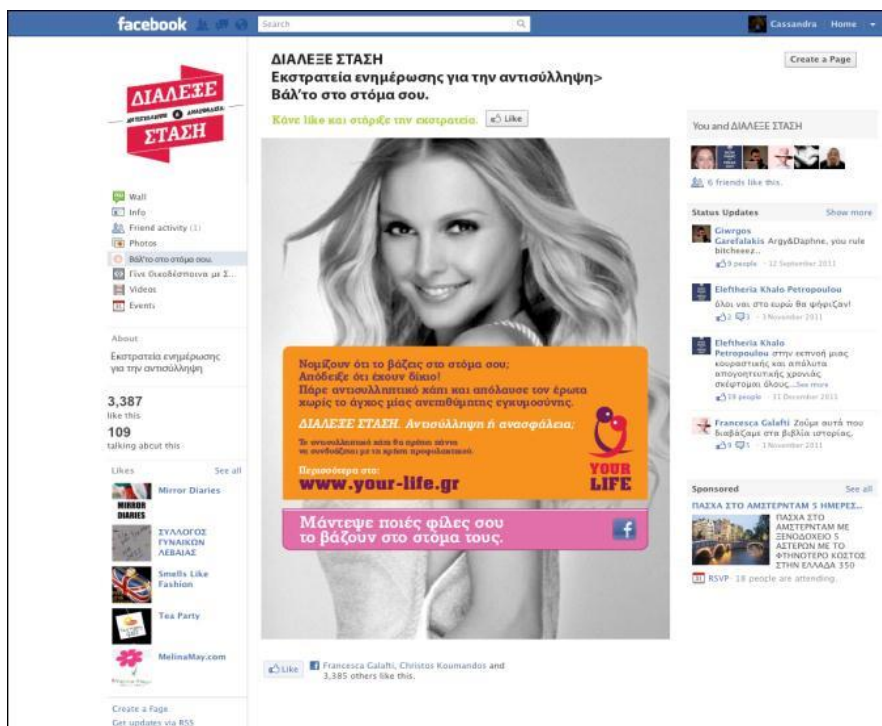
Περιοχή	Ποσοστό επισκέψεων
Αθήνα	53%
Θεσσαλονίκη	21%
Πάτρα	6%
Λάρισα	4%
Υπόλοιπη Ελλάδα	16%
Σύνολο	100%

Πίνακας 4.2: Περιοχή προέλευσης επισκεπτών



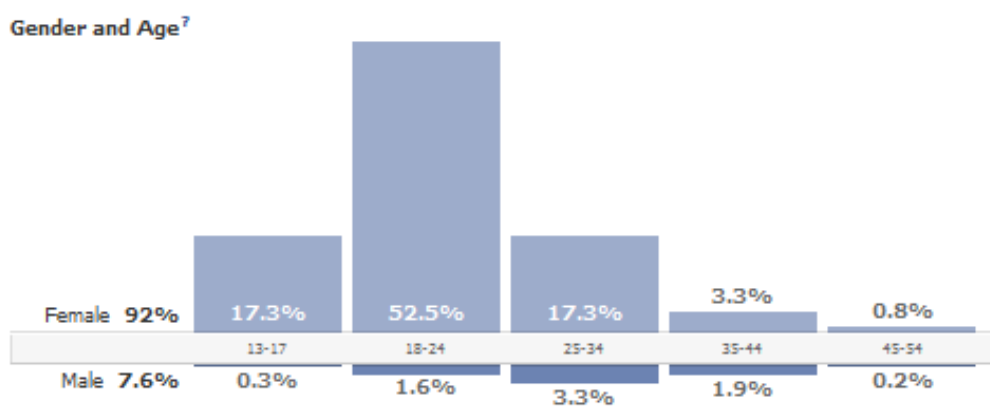
4.4.1. Η σελίδα στο Facebook

Παράλληλα με τη δημιουργία της ιστοσελίδας www.your-life.gr, δημιουργήθηκε και σελίδα στο Facebook (Σχήμα 4.10)



Σχήμα 4.10: Η σελίδα στο Facebook

Στα παρακάτω σχήματα εμφανίζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που αλληλεπίδρασαν με τη σελίδα και η εξέλιξή τους:



Σχήμα 4.11: Ηλικία και φύλο ατόμων που επισκέφτηκαν τη σελίδα



<u>Age</u>	<u>%</u>
13-17	17,3
18-24	52,5
25-34	17,3
35-44	3,3
45-54	0,8

Πίνακας 4.3: Ποσοστά κάθε ηλικιακής ομάδας

4.5. Η εκστρατεία μέσα από την Google

Το 63% του ελληνικού πληθυσμού είναι χρήστες του διαδικτύου και το 62% αυτών επισκέπτεται ιστοσελίδες μέσω του Google. Για την αύξηση της επισκεψιμότητας της ιστοσελίδας μέσα από δραστηριότητες σχετικά με τις μηχανές αναζήτησης, το **σχέδιο** είναι η δημιουργία μια εκστρατείας χρησιμοποιώντας την υπηρεσία Google Ad Words (Search Engine Marketing), και παράλληλα η **βελτιστοποίηση του δικτυακού** (Search Engine Optimization) τόπου έτσι ώστε να εμφανίζεται στις πρώτες θέσεις των αποτελεσμάτων του Google. Οι προηγούμενες προσπάθειες για να επιτευχθεί αύξηση της ευαισθητοποίησης του καταναλωτή και της κοινωνίας σχετικά με το θέμα της αντισύλληψης, επικεντρώνονταν στην εκμετάλλευση των ευκαιριών που το μέσο αυτό παρουσίαζε. Έτσι λοιπόν, για την συνολική ευαισθητοποίηση στο συγκεκριμένο θέμα, η τακτική ήταν η εκρηκτική διάδοση του μηνύματος μέσω του δικτύου της Google (Google Display Network GDN), και η προσέγγιση του καταναλωτή μέσα από σχετικούς διαδικτυακούς τόπους. Για να προσεγγιστεί το ενδιαφέρον των χρηστών, γινόταν τοποθέτηση του μηνύματος μέσα σε σχετικές με το θέμα αναζητήσεις, και προσπάθεια ανακατεύθυνσής τους στις ιστοσελίδες που είχαν δημιουργηθεί. Η **νέα προσέγγιση προς το κοινό** θέλει την ύπαρξη ενός γενικού περιεχομένου, του οποίου η αλληλεπίδραση με το κοινό θα διαφοροποιείται και θα διαμορφώνεται ανάλογα με ποιο τμήμα του κοινού έχει απέναντί του. Την κατάλληλη στιγμή δηλαδή, στο κατάλληλο άτομο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την στρωματοποίηση του περιεχομένου, δηλαδή τη δημιουργία στρωμάτων προσβάσιμα από το κοινό, ανάλογα με το τμήμα του στο οποίο απευθύνεται, το βάθος στο οποίο θέλει να ενημερωθεί και την ήδη υπάρχουσα εμπειρία του. Παράλληλα, επιδιώκεται η προσέγγιση παρόμοιων καταναλωτών, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που δίνουν καταναλωτές στους οποίους έχει ήδη επικοινωνηθεί το μήνυμα. Αρχικά λοιπόν επιδιώκεται η λήψη της **προσοχής** του κοινού. Εν συνεχεία, η εκδήλωση **ενδιαφέροντος** του καταναλωτή και τελικά η **ευαισθητοποίησή** του που είναι και ο τελικός στόχος.

Η **στρατηγική** της νέας προσέγγισης περιελάμβανε την επίτευξη αυξημένης ευαισθητοποίησης του κοινού στον τομέα της αντισύλληψης σε μικρό χρονικό διάστημα και τη δημιουργία μεγάλης κίνησης



προς τους δικτυακούς τόπους που έχουν δημιουργηθεί μέσω διαφημίσεων σε μορφή κειμένου, βίντεο και άλλων απεικονίσεων. Η **ιδέα** περιλαμβάνει την εκτενή χρήση διαφημίσεων στο δίκτυο της Google (Google Display Network) πάνω στη συγκεκριμένη θεματολογία προσπαθώντας παράλληλα να δίνουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τις πληροφορίες που αναζητούνται από το κοινό μέσα από τη μηχανή αναζήτησης της Google. Οι λόγοι για τους οποίους θεωρείται αποτελεσματική η χρήση του δικτύου της Google είναι ότι δίνει πρόσβαση σε τεράστιο κοινό το οποίο ενεργά αναζητά πληροφορίες και απαντήσεις για θέματα που το απασχολούν και αποτελεί την κορυφαία πλατφόρμα για την ανάδειξη και προβολή αυτής της κατηγορίας προϊόντων. Τα **πλεονεκτήματα** μιας προσέγγισης αυτού του τύπου είναι η μαζική πρόσβαση στο κοινό μέσα σε μια περίοδο 72 ωρών, ώστε να επιτευχθεί γρήγορη και άμεση διεξαγωγή της εκστρατείας. Τα μηνύματα που η εκστρατεία προωθεί θα εμφανίζονται σε πολλούς δικτυακούς τόπους που θα έχουν επιλεγεί και οι οποίοι θα έχουν αξιοπιστία και θετική φήμη και παράλληλα θα γίνεται ταυτόχρονη προώθηση μέσω παραδοσιακών μέσων αλλά και των κοινωνικών δικτύων (Facebook, YouTube).



5. Διεξαγωγή Έρευνας Μάρκετινγκ

5.1. Ορισμός του προβλήματος και οι στόχοι της έρευνας

Τα προβλήματα ορίζονται γενικά ως τα απρόσμενα συμβάντα που επηρεάζουν δυσμενώς τις προσπάθειες που γίνονται για την επίτευξη κάποιων αντικειμενικών στόχων, τα οποία και είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν (Sandhusen, 1993). Η έρευνα μάρκετινγκ που διεξήχθη στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας και παρατίθεται στο παρόν κεφάλαιο είχε στην αρχή διερευνητικό χαρακτήρα. Η διερευνητική έρευνα σκοπό έχει τον σχεδιασμό νέων ιδεών και την απόκτηση πληροφοριών και χαρακτηριστικά της είναι ότι είναι ευέλικτη και αποτελεί το πρώτο βήμα ενός ερευνητικού σχεδίου (Παναγιώτου, 2007) με αρχικό στόχο να διαφωτίσει τα πραγματικά γνωρίσματα του προβλήματος ώστε να οριστεί με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο. Στη συνέχεια συγκεκριμενοποιήθηκε ώστε να προταθούν καινούριες ιδέες και πιθανές λύσεις στο αρχικό πρόβλημα που μελετάται και είναι το χαμηλό ποσοστό αποδοχής του αντισυλληπτικού χαπιού στην Ελλάδα και οι αιτίες του. Όπως έχει αναφερθεί στο **Κεφάλαιο 3.5** ένας από τους σημαντικούς κρίκους στην αλυσίδα για την αγορά του Αντισυλληπτικού Χαπιού είναι οι Ιατροί. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία και συγκεκριμένα την Υπουργική Απόφαση 110706/16-11-2012 ΦΕΚ Β' 3046 η οποία καταργεί την υπ' αριθ. ΔΥΓ3/οικ.Γ.Υ.153 (ΦΕΚ544/Β'/1.03.2012) Κοινή Υπουργική Απόφαση όλα τα προϊόντα-φαρμακευτικά σκευάσματα που εντάσσονται στην κατηγορία του αντισυλληπτικού χαπιού και παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 2.1**, απαιτούν για τη χορήγησή τους Ιατρική συνταγή. Επίσης, η απευθυνόμενη στο κοινό διαφήμιση φαρμάκων που μπορούν να χορηγηθούν μόνο με ιατρική συνταγή απαγορεύεται. Καθίσταται λοιπόν ο ρόλος των ιατρών καθοριστικός στην ενημέρωση της κοινωνίας, την αποδοχή του αντισυλληπτικού χαπιού από το κοινό και την επιλογή του ως τη μέθοδο αντισύλληψης που θα υιοθετήσει. Η έρευνα μάρκετινγκ που θα ακολουθήσει σκοπό έχει να δώσει αναλυτικές πληροφορίες για τον ακριβή ρόλο των ιατρών στην αποδοχή και διάδοση του Χαπιού. Να προσδιορίσει αν οι Έλληνες γυναικολόγοι Ιατροί αντιμετωπίζουν θετικά τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού και τους λόγους που τους οδηγούν να έχουν αυτή την αντιμετώπιση (είτε θετική είτε αρνητική). Στόχος είναι η λήψη δεδομένων που θα οδηγήσει στο συμπέρασμα αν προωθούν ή όχι την αντισύλληψη με τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού καθώς επίσης και προτάσεις του κλάδου για την βελτίωση του προϊόντος το οποίο θα το καθιστά ελκυστικότερο τόσο για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για τους τελικούς καταναλωτές.



5.2. Κατάστροση του σχεδίου της έρευνας

Σε αυτό το στάδιο λαμβάνονται οι αποφάσεις για τις πηγές των δεδομένων, τις μεθόδους και τα εργαλεία της έρευνας, το σχέδιο δειγματοληψίας και τις μεθόδους επαφής. Στις πηγές, θα ληφθούν τόσο πρωτογενή (δεδομένα δηλαδή που συγκεντρώθηκαν για τον συγκεκριμένο σκοπό της έρευνας) όσο και δευτερογενή (δεδομένα που συγκεντρώθηκαν για κάποιον άλλο σκοπό και υπάρχουν ήδη). Η αρχή γίνεται από τα δευτερογενή δεδομένα καθώς είναι πιο εύκολα διαθέσιμα και δίνουν μια πρώτη εικόνα για τους άξονες στους οποίους θα κινηθεί η έρευνα. Εν συνεχεία, διαπιστώνοντας ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα πολλά από τα στοιχεία που απαιτούνται για την εκπλήρωση των στόχων της έρευνας προκύπτει η ανάγκη συγκέντρωσης πρωτογενών δεδομένων. Σύμφωνα με τους Kotler και Keller η συνηθισμένη διαδικασία είναι η λήψη συνεντεύξεων από μερικούς ανθρώπους ατομικά ή σε ομάδες, για τη δημιουργία μιας προκαταρκτικής εντύπωσης για το πώς νιώθει ο κόσμος για το συγκεκριμένο θέμα και, στη συνέχεια, η δημιουργία ενός κανονικού εργαλείου έρευνας, η διόρθωση των ατελειών του και η μεταφορά του στο πεδίο της έρευνας. Πέντε είναι οι κύριοι τρόποι συλλογής πρωτογενών δεδομένων:

- **Έρευνα παρατήρησης:** Τα καινούρια δεδομένα μπορούν να συγκεντρωθούν με παρατήρηση των σχετικών παραγόντων και των συνθηκών που επικρατούν (Wellner, 2003). Για παράδειγμα οι καταναλωτές μπορούν να παρακολουθούνται διακριτικά καθώς ψωνίζουν ή καθώς καταναλώνουν προϊόντα. Η εταιρία Ogilvy & Mather Discovery Group δημιουργεί βίντεο σε στυλ ντοκιμαντέρ, στέλνοντας ερευνητές με φορητές κάμερες σε σπίτια καταναλωτών, δημιουργώντας έτσι μικρής διάρκειας βίντεο τα οποία χρησιμοποιεί για να αναλύσει την καταναλωτική συμπεριφορά (Kotler Keller, 2006). Άλλοι ερευνητές περιφέρονται στους χώρους που υπάρχει το καταναλωτικό κοινό που τους ενδιαφέρει ακούγοντας σχόλια και παρατηρώντας τη συμπεριφορά τους. Η έρευνα παρατήρησης δεν ήταν από τους κύριους τρόπους συλλογής πρωτογενών δεδομένων για τη συγκεκριμένη έρευνα μάρκετινγκ που διεξήχθη για τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη αλυσίδα που οδηγεί στη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέσο αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά υπήρξε ως φυσικό επακόλουθο: Στις συναντήσεις με στελέχη φαρμακευτικών εταιριών, τις ώρες αναμονής στα Ιατρεία γυναικολόγων ιατρών για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στις επισκέψεις σε φαρμακεία υπήρξε η δυνατότητα για συναναστροφή με τους επαγγελματίες υγείας και απόκτησης εμπειρίας για το κλίμα που επικρατεί.
- **Έρευνα με ομάδες εστίασης (focus groups):** Focus group είναι μια ομάδα συνήθως από έξι έως δέκα άτομα που επιλέγονται προσεκτικά με βάση ορισμένα δημογραφικά, ψυχογραφικά ή άλλα στοιχεία και συγκεντρώνονται για να συζητήσουν σε βάθος διάφορα θέματα που τους ενδιαφέρουν. Οι συμμετέχοντες αμείβονται συνήθως με ένα μικρό ποσό για τη συμμετοχή



τους. Ένας επαγγελματίας συντονιστής της έρευνας βάζει ερωτήματα και προκαλεί τη διερεύνησή τους με βάση έναν οδηγό συζήτησης ή μια ατζέντα που ετοιμάστηκε από τα υπεύθυνα στελέχη του μάρκετινγκ, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι θα καλυφθεί το υλικό που πρέπει. Οι συντονιστές επιχειρούν να εντοπίσουν χρήσιμες απόψεις και να διακρίνουν τα πραγματικά κίνητρα των συμμετεχόντων και τις αιτίες της συμπεριφοράς τους. Είναι σύνηθες το φαινόμενο οι συναντήσεις αυτές να καταγράφονται αλλά και να παρακολουθούνται ζωντανά από τους υπεύθυνους της έρευνας. Αν και η έρευνα με ομάδες εστίασης φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο διερευνητικό στάδιο, πρέπει να αποφεύγεται η γενίκευση των απόψεων και των συναισθημάτων που διατυπώνονται από τους συμμετέχοντες στην ομάδα εστίασης σε ολόκληρη την αγορά, επειδή το μέγεθος του δείγματος είναι πολύ μικρό και το ίδιο το δείγμα δεν είναι τυχαίο. Στη συγκεκριμένη έρευνα μάρκετινγκ πάρθηκε η απόφαση να μη χρησιμοποιηθεί αυτή η μέθοδος ακριβώς όπως περιγράφηκε παραπάνω για λόγους κόστους αλλά και πρακτικής δυσκολίας συγκέντρωσης ομάδας εστίασης με τα κατάλληλα άτομα από τα οποία θα μπορούσαν να εξαχθούν χρήσιμα και αξιοποιήσιμα συμπεράσματα. Υπήρξε όμως η δυνατότητα εκτενών συζητήσεων-συνεντεύξεων (σε βάθος συνεντεύξεις) με ανθρώπους του χώρου της υγείας που παίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της αντισύλληψης στην Ελλάδα ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου της έρευνας. Οι ρόλοι των τριών ατόμων από τα οποία πάρθηκε συνέντευξη είναι οι εξής:

- Στέλεχος φαρμακευτικής εταιρίας που διαθέτει προϊόντα που εντάσσονται στην κατηγορία αντισυλληπτικά χάπια
- Γυναικολόγος Ιατρός που διαθέτει ιδιωτικό ιατρείο αλλά συνεργάζεται και με ιδιωτική κλινική
- Γυναικολόγος Ιατρός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, ο οποίος διδάσκει και στην Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών
- **Έρευνα με δημοσκοπήσεις:** Οι εταιρίες διεξάγουν έρευνες με δημοσκοπήσεις για να ενημερώνονται για τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις και την ικανοποίηση των ανθρώπων και για να μετρούν αυτά τα μεγέθη στον γενικό πληθυσμό. Ένα βασικό εργαλείο της έρευνας με δημοσκόπηση είναι το **ερωτηματολόγιο**. Αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων που απευθύνεται στους ερωτώμενους. Λόγω της ευελιξίας του είναι το κατά πολύ πιο συνηθισμένο εργαλείο για τη συγκέντρωση πρωτογενών δεδομένων. Η κατάρτισή του πρέπει να γίνεται προσεκτικά, να δοκιμάζονται και να διορθώνονται οποιαδήποτε προβλήματα παρουσιάζουν πριν χρησιμοποιηθούν σε μεγάλη κλίμακα. Κατά τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, ο ερευνητής επιλέγει προσεκτικά τα ερωτήματα και τη μορφή τους, τη λεκτική διατύπωση και τη σειρά των ερωτήσεων. Η μορφή μιας ερώτησης μπορεί να επηρεάζει την απάντηση. Οι ερευνητές μάρκετινγκ διακρίνουν τις ερωτήσεις σε κλειστού και ανοιχτού



τύπου. Στις ερωτήσεις κλειστού τύπου προκαθορίζονται όλες οι πιθανές απαντήσεις, των οποίων η ερμηνεία και η ταξινόμηση είναι εύκολη. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να απαντήσουν με δικά τους λόγια και συχνά αποκαλύπτουν περισσότερα στοιχεία για τον τρόπο σκέψης τους και μπορούν να φανούν χρήσιμες τόσο στη διερευνητική έρευνα όπου ο ερευνητής επιδιώκει να μάθει πώς σκέφτονται οι εμπλεκόμενοι άνθρωποι αλλά και στη συνέχεια της έρευνας (αιτιολογική) σε μικρότερο βέβαια βαθμό. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό αυτού του τύπου των ερευνών, είναι ότι απαιτούν ιδιαίτερες προσεγγίσεις ώστε να αυξηθεί το ποσοστό απαντημένων ερωτηματολογίων καθώς και ότι δύσκολα αποσπούν ευαίσθητες πληροφορίες (Παναγιώτου, 2007). Στην παρούσα έρευνα δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο κλήθηκαν να το απαντήσουν γυναικολόγοι ιατροί ώστε να ληφθούν πρωτογενή δεδομένα που θα έδιναν πληροφορίες για το αρχικά ορισθέν πρόβλημα όπως αυτό διατυπώθηκε στο **Κεφάλαιο 5.1**. Αναλυτικά οι στόχοι, ο καταρτισμός των ερωτήσεων και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο **Κεφάλαιο 5.2.3**.

- **Συμπεριφορικά δεδομένα:** Οι πελάτες αφήνουν ίχνη της αγοραστικής συμπεριφοράς τους στα δεδομένα που συγκεντρώνουν οι ταμειακές μηχανές, μέσω των καρτών που εκδίδει κάθε εταιρία και καταγράφει τις αγοραστικές συνήθειες προσφέροντας σε αντάλλαγμα κάποιες εκπτώσεις ή άλλες ανταποδοτικές προς τον πελάτη ωφέλειες, στις αγορές τους από καταλόγους, σε βάσεις δεδομένων της πελατείας, σε ηλεκτρονικές συναλλαγές καθώς επίσης και μέσω της πλοήγησης στο διαδίκτυο. Οι πραγματικές αγορές των πελατών αντανακλούν τις προτιμήσεις τους και συχνά αυτές είναι πιο αξιόπιστες πηγές από τις δηλώσεις που κάνουν στους ερευνητές της αγοράς. Οι άνθρωποι μπορεί να αναφέρουν προτιμήσεις για δημοφιλείς μάρκες, αλλά τα πραγματικά στοιχεία να δείχνουν ότι αγοράζουν άλλες. Για παράδειγμα, τα στοιχεία αγορών ειδών παντοπωλείου δείχνουν ότι τα άτομα με υψηλό εισόδημα δεν αγοράζουν απαραίτητα τις πιο ακριβές μάρκες, σε αντίθεση με αυτά που δηλώνουν στις συνεντεύξεις. Στην παρούσα έρευνα οι πελάτες παραλληλίζονται με τους ιατρούς: οι πελάτες αγοράζουν προϊόντα - οι ιατροί αντίστοιχα συνταγογραφούν τα συγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα. Για να κριθούν όμως τα στοιχεία αυτά αξιόπιστα, δηλαδή το πόσα αντισυλληπτικά χάπια συνταγογραφεί κάθε ιατρός, πρέπει να υπάρχουν περαιτέρω δεδομένα:
 - Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της πελατείας του κάθε ιατρού. Η σύνθεση της πελατείας (ηλικιακή ομάδα, επίπεδο μόρφωσης, θρησκεία κτλ) επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον αριθμό συνταγογραφούμενων αντισυλληπτικών χαπιών. Για παράδειγμα, αν μεγάλο μέρος (πάνω από το μέσο όρο του κλάδου) των ασθενών που επισκέπτεται τον ιατρό είναι εκτός του ηλικιακού πεδίου που ενδιαφέρει την έρευνα, η έρευνα θα μπορούσε να δώσει την εντύπωση πως ο συγκεκριμένος επαγγελματίας υγείας δεν είναι υπέρμαχος της αντισύλληψης με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών καθώς δεν τα συνταγογραφεί συχνά.



- Το μέγεθος της πελατείας του κάθε ιατρού.
- Κρίσιμο στοιχείο είναι και η αιτιολογία της συνταγογράφησης. Πολλά από τα φαρμακευτικά σκευάσματα, όπως αυτά αναφέρονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 2.1**, έχουν παράλληλα και θεραπευτική πέρα από την αντισυλληπτική τους δράση και χορηγούνται για την αντιμετώπιση διάφορων παθήσεων. Για να εξαχθεί λοιπόν συμπέρασμα για το αν ο ιατρός είναι υπέρμαχος αυτού του τρόπου αντισύλληψης πρέπει να υπάρχει και η αιτιολογία χορήγησης του Χαπιού.

Με βάση τα παραπάνω, τη δυσκολία απόκτησης των περαιτέρω πληροφοριών που θα έκαναν τα συμπεριφορικά δεδομένα αξιοποιήσιμα αλλά και τα εμπόδια που υπάρχουν στην εύρεση τέτοιων δεδομένων στη βιβλιογραφία, δεν υπήρξε δυνατότητα καταγραφής και κατάταξης των ιατρών με βάση τις συμπεριφορικές τους συνήθειες ως προς τον όγκο των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων της κατηγορίας των αντισυλληπτικών χαπιών. Παρόλα αυτά, χρήσιμη φάνηκε η κατηγοριοποίηση των ιατρών ως υπέρμαχους ή μη της αντισύλληψης με τη χρήση το Χαπιού από φαρμακευτικές εταιρίες ώστε να επιλεγεί κατά τον βέλτιστο δυνατό τρόπο το δείγμα των ερωτηθέντων ιατρών.

- **Πειραματική έρευνα:** Η πιο έγκυρη επιστημονικά έρευνα είναι η πειραματική. Ο σκοπός της πειραματικής έρευνας είναι να διαπιστώνει τις σχέσεις αίτιου και αποτελέσματος με την απάλειψη των αντιφατικών ερμηνειών των αποτελεσμάτων που προέκυψαν. Στο βαθμό που ο σχεδιασμός και η εκτέλεση του πειράματος εξαλείφουν τις εναλλακτικές υποθέσεις που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα αποτελέσματα, τα στελέχη της έρευνας μάρκετινγκ μπορούν να έχουν εμπιστοσύνη στα συμπεράσματα. Για τα πειράματα απαιτείται η επιλογή των κατάλληλων ομάδων υποκειμένων, η υποβολή τους σε διαφορετική μεταχείριση, ο έλεγχος των εξωγενών μεταβλητών και ο έλεγχος για το κατά πόσο σε παρατηρούμενες διαφορές στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Στο βαθμό που οι εξωγενείς παράγοντες εξαλείφονται ή ελέγχονται οι παρατηρούμενες επιπτώσεις μπορούν να συσχετιστούν με τις διαφορές στον τρόπο μεταχείρισης (Kotler Keller, 2006). Μηχανικά όργανα είναι εργαλεία που χρησιμοποιούνται περιστασιακά στην πειραματική έρευνα μάρκετινγκ. Τα γαλβανόμετρα μετρούν το ενδιαφέρον ή τα αισθήματα ενός ατόμου κατά την έκθεσή του σε κάποιο διαφημιστικό μήνυμα ή σε μια εικόνα. Για παράδειγμα, ένας προβολέας ταχέων ειδώλων δείχνει μια διαφήμιση σε ένα άτομο με διάρκεια προβολής από ένα εκατοστό του δευτερολέπτου μέχρι μερικά δευτερόλεπτα. Μετά από κάθε προβολή ο ερωτώμενος περιγράφει αυτά που θυμάται. Οι προσοφθάλμιες κάμερες μελετούν κινήσεις των ματιών των ερωτωμένων για να δουν πού θα πέσουν πρώτα τα μάτια τους, πόσο θα μείνουν σε κάποιο αντικείμενο και ούτω κάθε εξής. Επίσης υπάρχουν πλέον συσκευές όπως ανιχνευτές δέρματος, εγκεφαλογράφοι και σαρωτές ολόκληρου του σώματος που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μελέτη και



διερεύνηση των αντιδράσεων του υποκειμένου του πειράματος (Louise Witt, 2004). Στην παρούσα έρευνα μάρκετινγκ επειδή οι εξωγενείς μεταβλητές είναι πολλές και δεν είναι ελέγξιμες από τον ερευνητή, δεν ήταν δυνατό να ληφθούν πειραματικά δεδομένα όπως ορίστηκαν σε αυτή την παράγραφο. Επίσης, δεν υπήρχε πρόσβαση σε μηχανικά όργανα. Ο σχηματισμός ομάδων επαγγελματιών υγείας που θα ήταν τα υποκείμενα έρευνας και παρατήρησης ήταν ανέφικτος. Οι περιορισμοί αυτοί οδήγησαν στην απλή παρατήρηση και στη χρήση άλλων εργαλείων για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Συνοψίζοντας, το σχέδιο της έρευνας μάρκετινγκ στον ιατρικό τομέα περιλαμβάνει ένα διερευνητικό στάδιο με χρήση εργαλείων παρατήρησης οντοτήτων που έχουν ενεργό ρόλο στον ιατρικό κρίκο της αλυσίδας της αντισύλληψης. Ακολουθούν προσωπικές συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας και η κατάρτιση ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε γυναικολόγους ιατρούς που θα δώσει πρωτογενή δεδομένα για την επίτευξη του στόχου της έρευνας. Παράλληλα, θα γίνεται χρήση των όποιων διαθέσιμων συμπεριφορικών δεδομένων ώστε να συλλεχθούν με τον βέλτιστο τρόπο αξιόπιστα και αξιοποιήσιμα πρωτογενή δεδομένα.

5.3. Δημιουργία εργαλείων έρευνας και συλλογή πληροφοριών

Η φάση της δημιουργίας των εργαλείων της έρευνας και της συλλογής των δεδομένων είναι κρίσιμη καθώς και η πιο δαπανηρή και χρονοβόρα. Περιέχει επίσης τις περισσότερες πιθανότητες λαθών. Γι αυτούς του λόγους θα πρέπει να αναπτυχθούν με μεγάλη προσοχή τα εργαλεία. Επιλογή των κατάλληλων ανθρώπων, ερωτήσεις που θα οδηγήσουν σε απόκτηση αξιοποιήσιμων πληροφοριών καθώς και η σωστή προετοιμασία του ατόμου που παίρνει τη συνέντευξη είναι απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε οι συνεντεύξεις να δώσουν τις σωστές κατευθύνσεις και πληροφορίες και να φανούν χρήσιμες στην επίτευξη των στόχων της έρευνας. Αντίστοιχα, σωστά δομημένο πρέπει να είναι και το ερωτηματολόγιο και σωστά επιλεγμένο το δείγμα στο οποίο θα μοιραστεί. Οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες του ιατρικού τομέα ώστε να είναι αποτελεσματικές πληρώντας όλους τους απαραίτητους κανόνες.



Στις μεθόδους συλλογής δεδομένων για μια τέτοια έρευνα περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Προσωπική συνέντευξη γυναικολόγο Ιατρό που διαθέτει ιδιωτικό ιατρείο και συνεργάζεται και με ιδιωτική κλινική
- Προσωπική συνέντευξη με γυναικολόγο Ιατρό που διαθέτει ιδιωτικό ιατρείο και διδάσκει και στην Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Προσωπική συνέντευξη με στέλεχος φαρμακευτικής εταιρίας που διαθέτει προϊόντα που εντάσσονται στην κατηγορία αντισυλληπτικά χάπια
- Σύνταξη ερωτηματολογίου, το οποίο αναλύεται διεξοδικά στην ενότητα που ακολουθεί.

5.3.1. Ερωτηματολόγιο

Η σημασία ενός σωστά δομημένου ερωτηματολογίου είναι πολύ σημαντική για την έρευνα μάρκετινγκ. Η ανάπτυξη και δημιουργία αυτού του εργαλείου-μέσου έρευνας είναι ένα πολύ κρίσιμο κομμάτι της συνολικής διαδικασίας δημιουργίας νέων πληροφοριών που θα χρησιμοποιηθούν στην επίλυση των προβλημάτων και την επίτευξη των στόχων της έρευνας. Η κύρια λειτουργία του ερωτηματολογίου είναι να εντοπίσει και να καταγράψει τα πραγματικά συναισθήματα και σκέψεις των ανθρώπων για συγκεκριμένα θέματα. Τα ανεπεξέργαστα δεδομένα που συλλέγονται μέσα από αυτό το εργαλείο έρευνας μπορούν να θεωρηθούν ως τα κρίσιμα κλειδιά για τη μελέτη και την κατανόηση των διαφόρων πλευρών μιας κατάστασης. Αντίθετα, ένα κακοσχεδιασμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να κοστίζει σε χρόνο, χρήμα και άσκοπη προσπάθεια. Το μόνο αποτελέσματα που θα έχει θα είναι άχρηστα και αν χρησιμοποιηθούν για τη λήψη αποφάσεων θα οδηγήσουν σε λάθος και ακατάλληλες ενέργειες. Έχοντας ολοκληρώσει το κομμάτι της διερευνητικής έρευνας υπάρχει πλέον η απαραίτητη γνώση ώστε να δημιουργηθεί το ερωτηματολόγιο που θα δώσει πιο στοχευμένα και χρήσιμα πρωτογενή δεδομένα που θα αξιοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων της έρευνας.

5.3.1.1. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Ακατάλληλες ή λάθος διατυπωμένες ερωτήσεις, αποτυχία κατανόησης των αντικειμενικών στόχων της μελέτης, ακατάλληλη σειρά ερωτήσεων και αδυναμία εξέτασης των αναγκών και των αντιλήψεων των ανθρώπων που δημοσκοπούνται μπορεί να είναι μερικοί από τους λόγους που θα έδιναν παραπλανητικά αποτελέσματα ακυρώνοντας έτσι τα ευρήματα μιας έρευνας μάρκετινγκ. Για να υπάρξει αποφυγή αυτών των λαθών θα ακολουθηθεί μια σειρά κανόνων αφού γίνει πρώτα ο καθορισμός των αντικειμενικών στόχων και των πληροφοριών που ζητούνται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό αποδοχής του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέσο αντισύλληψης στην



Ελλάδα είναι πολύ χαμηλό σε σχέση με άλλες χώρες με παρόμοια κουλτούρα, γεωγραφική θέση και γενικά κοινωνικά και πολιτικά στοιχεία. Όπως αναφέρθηκε ήδη ένας από τους σημαντικότερους κρίκους της αλυσίδας για την αγορά και τη χρήση του προϊόντος είναι γιατρός ο οποίος είναι αυτός που θα συνταγογραφήσει το προϊόν ώστε να το αγοράσει ο τελικός καταναλωτής. Ο **στόχος του ερωτηματολογίου**, το οποίο απευθύνεται στους γυναικολόγους ιατρούς, είναι να δώσει απαντήσεις στα εξής ερωτήματα:

- Προωθεί ο Ιατρός την αντισύλληψη με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών;
 - Αν ναι, γιατί την προωθεί;
 - Αν όχι, γιατί δεν την προωθεί; Ποια είναι τα εμπόδια που αποτρέπουν την προώθησή της;
- Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν στο προϊόν ώστε να το κάνουν ελκυστικότερο και να οδηγήσουν στην πιο ένθερμη προώθησή του από τους Ιατρούς;

Αφού καθορίστηκαν οι στόχοι του ερωτηματολογίου, στη συνέχεια αναλύονται οι **κανόνες** οι οποίοι τηρήθηκαν για τη δημιουργία του. Στις ερωτήσεις δεν υπήρχε μεροληψία ώστε να μην οδηγείται ο ερωτώμενος σε κάποια απάντηση. Η διατύπωσή τους ήταν απλή χωρίς να περιλαμβάνουν πολλές ιδέες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν σύγχυση στους ερωτώμενους. Επιπλέον οι ερωτήσεις είναι συγκεκριμένες χωρίς συντομογραφίες και χωρίς αδόκιμες, ασυνήθιστες και ασαφείς λέξεις. Τα ερωτήματα δεν περιείχαν άρνηση και υπήρξε αποφυγή υποθετικών ερωτήσεων καθώς είναι δύσκολο να απαντηθούν για φανταστικές καταστάσεις και επίσης οι απαντήσεις δεν είναι πάντα αξιόπιστες. Οι λέξεις που χρησιμοποιούνται είναι δύσκολο να παρανοηθούν. Στις ερωτήσεις αποφεύγεται η αναζήτηση ευαίσθητων στοιχείων. Όταν όμως αυτό είναι απαραίτητο να γίνει, οι προσφερόμενες απαντήσεις είναι μέσα σε ζώνες εύρους. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δεν επικαλύπτονται. Επιπλέον διακρίνονται από συγκεκριμένη αλληλουχία.

Μετά τον καθορισμό των στόχων και των κανόνων που θα πρέπει να τηρηθούν για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου θα γίνει ο **καθορισμός του περιεχομένου** των ερωτήσεων. Η διεργασία αυτή απαιτεί τον καθορισμό αρχικά του περιεχομένου των μεμονωμένων ερωτήσεων και την απόφαση στη συνέχεια του τρόπου με τον οποίο θα διατυπωθούν. Για τον καταρτισμό του περιεχομένου των ερωτήσεων ακολουθήθηκαν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές ώστε να εξασφαλιστεί ότι το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου είναι ξεκάθαρο, εξυπηρετεί τους σκοπούς της μελέτης και παρακινεί τους ερωτώμενους να απαντήσουν. Η κάθε ερώτηση πρέπει να είναι απαραίτητη και να βοηθά στην επίτευξη των στόχων της έρευνας. Ο ερωτώμενος θα πρέπει να θέλει να απαντήσει στην ερώτηση καθώς αν τη θεωρήσει ενοχλητική μπορεί να αποκτήσει αρνητική στάση για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο οδηγώντας έτσι είτε σε λανθασμένα συμπεράσματα την έρευνα ή ακόμα και σε μη συμπλήρωση του. Οι όποιες ερωτήσεις μπορεί να προκαλέσουν όχληση θα πρέπει να είναι κεκαλυμμένες ώστε να



προκαλέσουν τη μικρότερη δυνατή ή να αναλύονται σε περισσότερες από μία που δεν θα θίγουν επακριβώς το ευαίσθητο θέμα αλλά ο συνδυασμός τους θα οδηγεί στο ζητούμενο. Η κάθε ερώτηση πρέπει να μπορεί να απαντηθεί από τον ερωτώμενο, να κατέχει δηλαδή τις πληροφορίες που ενδιαφέρουν τη μελέτη. Να ανήκουν στο φάσμα εμπειριών του, να μην καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να δώσει την απάντηση και φυσικά να θυμάται την πληροφορία. Επιπλέον, κάθε ερώτημα πρέπει να προκαλεί μία μόνο απάντηση αλλιώς απαραίτητο είναι να αναλυθεί σε παραπάνω από μία ερωτήσεις.

Στη συνέχεια, καθορίζεται η μορφή των ερωτήσεων. Υπάρχουν δύο τύποι ερωτήσεων και κάθε ένας αναλύεται σε κατηγορίες:

- **Ερωτήσεις κλειστού τύπου:** Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου προσφέρουν στους ερωτώμενους έναν αριθμό εναλλακτικών απαντήσεων από τις οποίες πρέπει να επιλέξουν. Οι εναλλακτικές απαντήσεις πρέπει να διατυπώνονται με σαφείς όρους και να καθορίζονται συγκεκριμένα. Πρέπει να μην υπάρχουν υπερβολικά πολλές εναλλακτικές απαντήσεις που ίσως κάνουν τον ερωτώμενο να χάσει το ενδιαφέρον του ή να τον μπερδέψει και θα πρέπει να είναι σαφές αν ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει παραπάνω από μία. Στην κατάρτιση των ερωτήσεων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι δύο παράγοντες μεροληψίας που μπορεί να περιέχουν: η **προκατάληψη θέσης** (order bias), δηλαδή η τάση που έχουν οι ερωτώμενοι να επιλέγουν την πρώτη απάντηση και η **προκατάληψη σειράς** (position bias), δηλαδή η τάση που έχουν οι ερωτώμενοι να επιλέγουν μια απάντηση που βρίσκεται στη μέση περίπου της ομάδας. Ακολουθούν οι διάφορες κατηγορίες ερωτήσεων κλειστού τύπου:
 - **Διαζευκτική:** Μια ερώτηση με δύο πιθανές απαντήσεις
 - **Πολλαπλής επιλογής:** Μια ερώτηση με δύο ή περισσότερες απαντήσεις
 - **Κλίμακα Likert:** Μια δήλωση με την οποία ο ερωτώμενος δείχνει πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί
 - **Σημαιολογική διαφορά:** Μια κλίμακα συνδέει δύο ακραίες έννοιες. Ο ερωτώμενος επιλέγει το σημείο που αντιπροσωπεύει τη γνώμη του.
 - **Κλίμακα σπουδαιότητας:** Μια κλίμακα που βαθμολογεί τη σημασία κάποιου χαρακτηριστικού
 - **Κλίμακα βαθμολόγησης:** Μια κλίμακα που βαθμολογεί κάποια υπηρεσία από «Εξαιρετική» μέχρι «Κακή»
 - **Κλίμακα πρόσθετης αγοράς:** Μια κλίμακα που περιγράφει την πρόθεση του ερωτώμενου να αγοράσει.
- **Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου:** Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου δεν προτείνουν εναλλακτικές απαντήσεις και για αυτόν το λόγο μπορούν να απαντηθούν με τον τρόπο που θεωρεί



καταλληλότερο ο ερωτώμενος με αποτέλεσμα μερικές φορές να λαμβάνονται αναπάντεχες απαντήσεις. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμες κατά τη διάρκεια του διερευνητικού σταδίου μιας έρευνας αλλά και κατά τη γέννηση υποθέσεων που μπορούν να είναι το έναυσμα για περαιτέρω έλεγχο. Επίσης, οι κυριολεκτικές απαντήσεις στις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις διαθέτουν κάποιο συστατικό που κάνει την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων πιο ενδιαφέρουσα, πειστική και συγκεκριμένη (Sandhusen, 1987). Υπάρχει όμως δυσκολία στην πινακοποίηση και κατάταξη των απαντήσεων και πιθανότητα παραμόρφωσής τους εξαιτίας των απόψεων ή της προκατάληψης του ερευνητή. Επίσης, οι έχοντες μεγαλύτερη ευχέρεια λόγου και ανώτερη μόρφωση μπορεί να δώσουν πληρέστερες και σαφέστερες απαντήσεις οι οποίες θα έχουν και μεγαλύτερο βάρος στα τελικά αποτελέσματα. Ακολουθούν οι διάφορες κατηγορίες ερωτήσεων ανοιχτού τύπου:

- **Εντελώς αδόμητη:** Μια ερώτηση που οι ερωτώμενοι μπορούν να απαντήσουν με σχεδόν απεριόριστο αριθμό τρόπων.
- **Συσχέτιση λέξεων:** Οι λέξεις παρουσιάζονται, μία κάθε φορά και οι ερωτώμενοι αναφέρουν την πρώτη λέξη που έρχεται στο μυαλό τους.
- **Συμπλήρωση πρότασης:** Παρουσιάζεται μια ημιτελής πρόταση την οποία οι ερωτώμενοι συμπληρώνουν.
- **Συμπλήρωση ιστορίας:** Παρουσιάζεται μια ημιτελής ιστορία την οποία οι ερωτώμενοι καλούνται να συμπληρώσουν.
- **Συμπλήρωση εικόνας:** Παρουσιάζεται μια εικόνα με κάποια πρόσωπα, όπου κάποια από αυτά λένε κάτι. Οι ερωτώμενοι καλούνται να βρεθούν νοητά στη θέση του άλλου (ή των άλλων) και να συμπληρώσουν το κενό «συννεφάκι».
- **Έλεγχος θεματικής εκτίμησης:** Παρουσιάζεται μια εικόνα και ζητείται από τους ερωτώμενους να φτιάξουν μια ιστορία σχετικά με αυτό που νομίζουν ότι συμβαίνει ή μπορεί να συμβεί στην εικόνα.

Έχοντας αναλύσει και καθορίσει τους στόχους, τους κανόνες, το περιεχόμενο και τον τύπο των ερωτήσεων που θα υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια γίνεται ο **προσδιορισμός της σειράς των ερωτήσεων**. Οι βασικές οδηγίες που ακολουθούνται είναι η τοποθέτηση ερωτήσεων που πιθανόν να μη θέλει να απαντήσει ο ερωτώμενος σε σημείο κατά το οποίο θα έχει αρχίσει να αισθάνεται άνετα με τον ερευνητή και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Αυτό γίνεται γιατί όταν νιώσουν άνετα, η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτήσεων προχωράει πιο ομαλά και οι ερωτώμενοι είναι πιο προσεκτικοί και ειλικρινείς στις απαντήσεις τους. Επίσης, η αλληλουχία των ερωτήσεων πρέπει να έχει μια λογική σειρά. Για παράδειγμα, αν ζητείται η γνώμη και η αξιολόγηση πάνω σε ένα συγκεκριμένο



θέμα, για να θεωρηθούν τα στοιχεία και οι απαντήσεις αξιοποιήσιμες, απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο ερωτώμενος να γνωρίζει για το θέμα αυτό. Οπότε, μια πιο γενική ερώτηση για τη σχέση και τη εμπειρία του με το ζητούμενο θέμα θα ήταν απαραίτητη. Σε περιπτώσεις όπου εξειδικευμένες ερωτήσεις ακολουθούνται από πιο γενικές έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο να προκαλείται σύγχυση, ασάφεια και πιθανή μεροληψία στις απαντήσεις (Hair-Bush-Ortinau, 2003). Οι ερωτήσεις λοιπόν θα ρέουν από τις πιο γενικές στις πιο εξειδικευμένες. Επιπρόσθετα, ξαφνικές αλλαγές θέματος που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν σύγχυση αποφεύγονται και οι εισαγωγικές ερωτήσεις είναι εύκολες και απλές.

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό είναι το **μέγεθος του ερωτηματολογίου**. Πρέπει να είναι το κατάλληλο ώστε να μη στριμώχνονται οι πληροφορίες αλλά ταυτόχρονα να μην αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα συμπλήρωσής του από τους ερωτώμενους. Γνωρίζοντας τις ιδιαίτερες συνθήκες και τον περιορισμένο χρόνο του κοινού στο οποίο απευθυνόταν το ερωτηματολόγιο λήφθηκε η απόφαση δημιουργίας ενός λιτού και σύντομου ερωτηματολογίου δεκαπέντε (15) ερωτήσεων. Παράλληλα όμως είναι περιεκτικό, σαφές και ικανοποιεί όλους τους στόχους που τέθηκαν κατά τη δημιουργία του. Η διάρκεια συμπλήρωσής του είναι περίπου στα πέντε (5) λεπτά. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπάρχει ένα **εισαγωγικό σημείωμα** το οποίο δίνει στον ερωτώμενο μια βασική ιδέα του θέματος της έρευνας. Πρέπει να περιέχει κάποιες βασικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή του. Το εισαγωγικό σημείωμα μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης του ερωτώμενου. Δηλαδή, θα περιλάμβανε περισσότερα στοιχεία και πιο συγκεκριμένες οδηγίες ένα ερωτηματολόγιο που θα έπρεπε να σταλθεί και να απαντηθεί μέσω Διαδικτύου σε σύγκριση με κάποιο το οποίο θα συμπληρωνόταν με προσωπική συνέντευξη.

5.3.1.2. Μέθοδοι προσέγγισης δείγματος

Ένα από τα χαρακτηριστικά των ερευνών αγοράς με ερωτηματολόγια είναι η ιδιαίτερη προσέγγιση που απαιτείται ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των απαντημένων ερωτηματολογίων (Παναγιώτου, 2007). Λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες επιλογές για τις μεθόδους προσέγγισης καθώς και την ιδιαιτερότητα του ιατρικού κλάδου και του θέματος που θίγει το ερωτηματολόγιο, αποφασίστηκε η χρήση αρκετών από τις διαθέσιμες επιλογές. Έχοντας καθορίσει το σχέδιο δειγματοληψίας λαμβάνεται η απόφαση για τους τρόπους με τους οποίους θα προσεγγιστούν τα μέλη του δείγματος. Οι κυριότερες διαθέσιμες επιλογές είναι οι εξής:

- **Ταχυδρομούμενο ερωτηματολόγιο:** Είναι η καλύτερη μέθοδος επικοινωνίας με ανθρώπους που δεν δίνουν προσωπικές συνεντεύξεις ή δεν χρησιμοποιούν με άνεση το Διαδίκτυο. Επίσης, με ανθρώπους των οποίων οι απαντήσεις μπορεί να είναι προκατειλημμένες ή να επηρεάζονται από τον ερευνητή που κάνει τη προσωπική συνέντευξη. Οι ερωτήσεις στα ταχυδρομούμενα ερωτηματολόγια πρέπει να είναι απλές και σαφείς. Βέβαια, το ποσοστό ανταπόκρισης είναι



συνήθως μικρό και απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Στη συγκεκριμένη έρευνα μάρκετινγκ δε χρησιμοποιήθηκε.

- **Τηλεφωνική συνέντευξη:** Η τηλεφωνική συνέντευξη θεωρείται η καλύτερη μέθοδος για τη γρήγορη συλλογή πληροφοριών (Kotler Keller, 2006). Ο λήπτης της συνέντευξης είναι σε θέση να αποσαφηνίζει τις ερωτήσεις αν δεν τις καταλαβαίνουν οι ερωτώμενοι. Το ποσοστό ανταπόκρισης είναι συνήθως υψηλότερο από ότι στα ταχυδρομούμενα ερωτηματολόγια. Το κυριότερο μειονέκτημα είναι ότι οι συνεντεύξεις πρέπει να είναι σύντομες και να μη θίγονται πολύ προσωπικά ζητήματα. Γίνονται όλο και πιο δύσκολες λόγω της αυξανόμενης αντιπάθειας των καταναλωτών προς τις πωλήσεις μέσω τηλεφώνου που τις θεωρούν ενοχλητικές. Έγινε χρήση αυτής της μεθόδου η οποία δεν αποδείχτηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική. Συνολικά δώδεκα (12) ερωτηματολόγια απαντήθηκαν με αυτόν τον τρόπο.
- **Προσωπική συνέντευξη:** Η προσωπική συνέντευξη είναι η πιο ευέλικτη μέθοδος. Ο λήπτης της συνέντευξης μπορεί να κάνει περισσότερες ερωτήσεις και να καταγράψει επιπλέον παρατηρήσεις για τον ερωτώμενο όπως τη γλώσσα του σώματος και άλλες συμπεριφορικές αντιδράσεις. Από την άλλη, η προσωπική συνέντευξη είναι η πιο δαπανηρή μέθοδος και απαιτεί περισσότερο διοικητικό σχεδιασμό και επίβλεψη από τις άλλες μεθόδους και υπόκειται επίσης στον κίνδυνο της προκατάληψης και της παραποίησης του ερωτώμενου από τον λήπτη της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις μπορούν να είναι είτε προσυμφωνημένες είτε απρογραμμάτιστες. Οι προσωπικές συνεντεύξεις ήταν η κύρια μέθοδος που προέβλεπε το αρχικό πλάνο της συγκεκριμένης έρευνας μάρκετινγκ. Στην πορεία όμως αποδείχτηκε αρκετά δύσκολη η προσέγγιση και η πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη ώστε να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο. Κατά συνέπεια, στις περιπτώσεις που δεν ήταν δυνατή η συνάντηση με τον γιατρό η λύση ήταν να παραδοθεί το ερωτηματολόγιο στη γραμματεία του ιατρού και να συλλεχθεί συμπληρωμένο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου ήταν να ληφθούν δεκαοχτώ (18) ερωτηματολόγια με προσωπική συνέντευξη και να παραληφθούν είκοσι εννιά (29) συμπληρωμένα.
- **Συνέντευξη μέσω Διαδικτύου:** Η χρήση διαδικτυακών μεθόδων αυξάνεται όλο και περισσότερο. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους το διαδίκτυο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για έρευνες. Μια εταιρία μπορεί να ενσωματώσει ένα ερωτηματολόγιο στην τοποθεσία της (site) προσφέροντας ενίοτε και κάποιο κίνητρο για τη συμπλήρωσή του, να τοποθετήσει κάποιο σύνδεσμο σε μια άλλη τοποθεσία με μεγάλη επισκεψιμότητα η οποία να οδηγεί στο ερωτηματολόγιό της, να αποστείλει μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου το σύνδεσμο για το ερωτηματολόγιό της, να το κοινοποιήσει μέσω σελίδων κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter, Google+) και άλλες επιλογές που οι ηλεκτρονικές διαδικτυακές πλατφόρμες προσφέρουν. Γενικά οι διαδικτυακές μέθοδοι παρέχουν πληροφορίες πιο γρήγορα από κάθε



άλλη παραδοσιακή μέθοδο. Στην περίπτωση όμως της συγκεκριμένης έρευνας μάρκετινγκ η προσέγγιση του κοινού (γυναικολόγοι ιατροί) που αποτελεί την ομάδα στόχο (target group) της έρευνας δεν μπορεί να γίνει ανεξέλεγκτα παρά μόνο πολύ στοχευμένα. Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι στην Ελλάδα το 20% των ιατρών (κυρίως με διδακτορικές σπουδές και κάτω των 55 ετών) διατηρεί ή συμμετέχει ενεργά σε ιατρικά site (Κατσώχη, 2011). Για την έρευνα μάρκετινγκ για το ρόλο των ιατρών έγινε χρήση των δυνατοτήτων που παρέχει το Διαδίκτυο. Χρησιμοποιώντας τις ηλεκτρονικές διευθύνσεις τους (e-mail) από τις σελίδες τους στο Διαδίκτυο στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια. Στο σύνολό τους ελήφθησαν πίσω συμπληρωμένα είκοσι τρία (23) ερωτηματολόγια.

Συνοψίζοντας, οι τρόποι που χρησιμοποιήθηκαν για να προσεγγιστεί η ομάδα-στόχος της έρευνας ήταν η τηλεφωνική συνέντευξη, η προσωπική συνέντευξη και σε όσες περιπτώσεις δεν ήταν δυνατή η προώθησή του μέσω της γραμματείας του ιατρού και τέλος η μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αποστολή και λήψη απαντημένου του ερωτηματολογίου. Οι τρόποι προσέγγισης και ο αριθμός απαντημένων ερωτηματολογίων παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 5.2**.

Μέθοδος επαφής	Αριθμός απαντημένων ερωτηματολογίων
Τηλεφωνική συνέντευξη	12
Προσωπική συνέντευξη	18
Παράδοση/Παραλαβή από τη γραμματεία	29
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο	23
Σύνολο	82

Πίνακας 5.2: Μέθοδοι προσέγγισης δείγματος

5.3.1.3. Δημιουργία και ανάλυση Ερωτηματολογίου

Ορίστηκαν οι κανόνες σύμφωνα με τους οποίους θα δημιουργηθεί το ερωτηματολόγιο, καταρτίστηκε το σχέδιο δειγματοληψίας και οι μέθοδοι προσέγγισης του δείγματος, οπότε το επόμενο βήμα είναι η παρουσίαση του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε σύμφωνα με όσα περιγράφηκαν. Ακολουθεί η τελική μορφή του ερωτηματολογίου, αυτή δηλαδή που απαντήθηκε από τους ερωτώμενους:



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο διανέμεται στο πλαίσιο διεξαγωγής Διπλωματικής Εργασίας της Σχολής Μηχανολόγων Μηχανικών του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα, αφορά Ιατρούς γυναικολόγους-μαιευτήρες, και αναφέρεται σε επισκέψεις γυναικών στο Ιατρείο που ενδιαφέρονται για την αντισύλληψη. Η συμπλήρωσή του απαιτεί περίπου 5 λεπτά. Παρακαλώ αφιερώστε λίγο, από τον πολύτιμο χρόνο σας, για να το απαντήσετε.

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Ανδρας
- Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

- 30-40
- 41-50
- 51-60
- >61

3. Από ποια Ιατρική Σχολή αποφοιτήσατε;

_____.

4. Θεωρείτε την Ελληνίδα επαρκώς ενημερωμένη για τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης;

- Πολύ ενημερωμένη
- Αρκετά ενημερωμένη
- Ούτε ενημερωμένη ούτε ανειδημέρωτη
- Αρκετά ανειδημέρωτη
- Πολύ ανειδημέρωτη



5. Λαμβάνετε ο ίδιος την πρωτοβουλία για την ενημέρωση των ασθενών για τις διάφορες διαθέσιμες μεθόδους αντισύλληψης ;

Πρωτοβουλία ιδίου

Πρωτοβουλία γυναίκας

6. Ποιος είναι ο ιδανικός χρόνος που απαιτείται για την ενημέρωση των ασθενών για το αντισυλληπτικό χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης;

_____λεπτά.

7. Ποιος είναι ο μέσος χρόνος επίσκεψης ,σε λεπτά, ενός ασθενούς στο ιατρείο;

_____λεπτά.

8. Ποια είναι η πρώτη αντισυλληπτική μέθοδος που προτείνετε σε ένα υγιές άτομο;

Ορμονικό εμφύτευμα

Αντισυλληπτικό επίθεμα

Αντισυλληπτική ένεση

Κολπικός δακτύλιος

Ορμονικό ενδομήτριο σπείραμα

Ανδρικά προφυλακτικά

Από του στόματος αντισυλληπτικό («το αντισυλληπτικό χάπι»)

Ενδομήτριο σπείραμα χαλκού

Καλύπτρα/ Διάφραγμα

Υπόθετα, κρέμες, τζελ, κ.λπ.

Γυναικεία προφυλακτικά

Γυναικεία στείρωση

Φυσικές αντισυλληπτικές μέθοδοι (βασική θερμοκρασία, μέθοδος του ρυθμού/ ημερολογιακή μέθοδος, κ.λπ.)

Χάπι της επόμενης ημέρας/ Επείγουσα αντισύλληψη

Αφαίρεση σπερματικού πόρου/ Στείρωση του άνδρα συντρόφου

Απόσυρση/ Διακεκομμένη συνουσία

Άλλη μέθοδο (παρακαλώ αναφέρετε ποια) _____



9. Ποιο είναι το σημαντικότερο κριτήριο με το οποίο επιλέγετε ποια αντισυλληπτική μέθοδο θα προτείνετε;

Αποτελεσματικότητα μεθόδου

Προστασία από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε ποιο) _____

10. Πώς αντιμετωπίζετε την περίπτωση κατά την οποία εκφράζονται ενδιασμοί και φόβος για τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης;

Προτείνω μια άλλη αντισυλληπτική μέθοδο

Ενημερώνω εκτενέστερα για τα πλεονεκτήματα και τα

μειονεκτήματα του αντισυλληπτικού χαπιού

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε ποιο) _____

11. Πώς μεταβάλλεται η συχνότητα των επισκέψεων στο Ιατρείο σας την περίοδο που μια γυναίκα λαμβάνει το αντισυλληπτικό χάπι ως αντισυλληπτική μέθοδο σε σχέση με την περίοδο που δεν το λαμβάνει;

Αυξάνεται

Μειώνεται

Παραμένει ίδια

12. Όταν ολοκληρωθεί η χορήγηση του αντισυλληπτικού χαπιού για θεραπευτικούς σκοπούς, συνιστάτε τη συνέχιση λήψης του ως μέθοδο αντισύλληψης;

Πάντα

Συχνά

Μερικές φορές

Σπάνια

Ποτέ



13. Αναφέρετε παρακαλώ τους λόγους που δεν προτείνετε τη συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης:

Το συνιστώ πάντα

Λόγος 1 (παρακαλώ συμπληρώστε)_____.

Λόγος 2 (παρακαλώ συμπληρώστε)_____.

14. Όταν συνταγογραφείτε το χάπι επείγουσας αντισύλληψης (χάπι της επόμενης ημέρας) δίδετε και συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη;

Πάντα

Συχνά

Μερικές φορές

Σπάνια

Ποτέ

15. Η διακοπή της χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζει τη σχέση Ιατρού-Ασθενούς;

Δεν την επηρεάζει καθόλου

Αυξάνει τον αριθμό των επισκέψεων στο Ιατρείο

Μειώνει τον αριθμό των επισκέψεων στο Ιατρείο

Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε) _____

16. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η διακοπή της επηρεάζει τη σχέση Ιατρού-Ασθενούς;

Δεν την επηρεάζει καθόλου

Αυξάνει τον αριθμό των επισκέψεων στο Ιατρείο

Μειώνει τον αριθμό των επισκέψεων στο Ιατρείο

Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)_____



Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ένα εισαγωγικό σημείωμα και από δεκαέξι (16) ερωτήσεις. Απαιτεί περίπου πέντε (5) λεπτά για τη συμπλήρωσή του. Περαιτέρω ανάλυση των ερωτήσεων ακολουθεί:

- **Εισαγωγικό σημείωμα:** Στο εισαγωγικό σημείωμα δηλώνεται ξεκάθαρα από ποιον γίνεται η έρευνα και ποιος είναι ο σκοπός της. Αναφέρεται επίσης ότι είναι ανώνυμη και τα στοιχεία του ερωτώμενου δεν θα αποκαλυφθούν. Γνωστοποιεί στον ερωτώμενο γιατί επιλέχθηκε για να συμμετάσχει και πόσο σημαντική είναι η συμμετοχή του. Δηλώνεται επίσης και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και στο τέλος ακολουθούν ευχαριστίες για τη συμμετοχή στην έρευνα.
- **Ερώτηση 1:** Στην πρώτη ερώτηση ζητείται να προσδιοριστεί το φύλο του ερωτώμενου. Είναι δημογραφικού χαρακτήρα ερώτημα. Είναι κλειστού τύπου και συγκεκριμένα διαζευκτική καθώς έχει δύο πιθανές απαντήσεις.
- **Ερώτηση 2:** Στη δεύτερη ερώτηση ζητείται η ηλικία του ερωτώμενου. Είναι και αυτή δημογραφικού χαρακτήρα, κλειστού τύπου και συγκεκριμένα πολλαπλής επιλογής. Επειδή η συγκεκριμένη ερώτηση μπορεί να θεωρηθεί ότι ζητά ευαίσθητες πληροφορίες, οι προσφερόμενες απαντήσεις είναι μέσα σε ζώνες εύρους.
- **Ερώτηση 3:** Στην τρίτη ερώτηση ζητείται η σχολή φοίτησης. Επειδή οι πιθανές απαντήσεις είναι πολλές η ερώτηση επιλέχθηκε να είναι ανοιχτού τύπου και καλείται ο ερωτώμενος να γράψει τη σχολή από την οποία αποφοίτησε.
- **Ερώτηση 4:** Στην τέταρτη ερώτηση ζητείται η άποψη των ερωτώμενων για το πόσο ενημερωμένες είναι οι Ελληνίδες για τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης. Μελετώντας τα αποτελέσματα θα εξαχθεί το συμπέρασμα αν οι επαγγελματίες υγείας έχουν την πραγματική εικόνα για το επίπεδο ενημέρωσης της Ελληνίδας πάνω στο θέμα της αντισύλληψης. Η ερώτηση είναι κλειστού τύπου και οι παρεχόμενες απαντήσεις είναι με κλίμακα βαθμολόγησης, ξεκινώντας από το «Πολύ ενημερωμένη» και φτάνοντας στο «Πολύ ανενημέρωτη». Οι ενδιάμεσες βαθμίδες είναι «Αρκετά ενημερωμένη», «Ούτε ενημερωμένη ούτε ανενημέρωτη» και «Αρκετά ανενημέρωτη».
- **Ερώτηση 5:** Στην πέμπτη ερώτηση καλείται ο ερωτώμενος ιατρός να απαντήσει αν λαμβάνει ο ίδιος την πρωτοβουλία για την ενημέρωση της γυναίκας πάνω στα θέματα αντισύλληψης. Από αυτό το ερώτημα θα γίνει δοθούν στοιχεία για το αν οι ιατροί ενημερώνουν ενεργά το κοινό για την αντισύλληψη. Οι δύο απαντήσεις που δίνονται ως επιλογή είναι «Πρωτοβουλία Ιατρού» και «Πρωτοβουλία Γυναίκας». Η ερώτηση είναι κλειστού τύπου.
- **Ερώτηση 6:** Στην έκτη ερώτηση οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν πόσο χρόνο θεωρούν ιδανικό για την ενημέρωση των γυναικών πάνω στο αντισυλληπτικό χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης.



- **Ερώτηση 7:** Στην έβδομη ερώτηση ζητείται να δηλωθεί ο μέσος χρόνος επίσκεψης ενός ασθενούς στο ιατρείο σε λεπτά. Λαμβάνοντας αυτό το στοιχείο θα γίνει η σύγκριση με το χρόνο που απαιτείται για την ενημέρωση των γυναικών για το αντισυλληπτικό χάπι όπως αναφέρθηκε στην **Ερώτηση 6**. Είναι ερώτηση ανοιχτού τύπου και μπορούν να δοθούν αριθμητικές απαντήσεις που αφορούν λεπτά.
- **Ερώτηση 8:** Στην όγδοη ερώτηση ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει ποια μέθοδο αντισύλληψης προτείνει σε μια γυναίκα με καλή υγεία, που είναι δηλαδή κατάλληλη για όλες ή σχεδόν όλες τις μορφές αντισύλληψης. Είναι μια ερώτηση κλειστού τύπου. Οι προτεινόμενες απαντήσεις είναι δεκαεφτά (17) και μέσα σε αυτές περιλαμβάνεται και μία στην οποία ο ερωτώμενος, αν δεν καλύπτεται από τις υπόλοιπες απαντήσεις, μπορεί να συμπληρώσει ο ίδιος με τη μορφή: «Άλλη μέθοδο (παρακαλώ αναφέρετε ποια)». Οι προτεινόμενες απαντήσεις είναι πολλές και αυτό ίσως κάνει την ερώτηση δύσκολη. Παρ' όλα αυτά, συνυπολογίζοντας το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου και για λόγους πληρότητας πάρθηκε η απόφαση να συμπεριληφθούν όλες.
- **Ερώτηση 9:** Στην ένατη ερώτηση οι ερωτώμενοι καλούνται να αναφέρουν ποιο είναι το σημαντικότερο κριτήριο με το προτείνουν αντισυλληπτική μέθοδο. Με αυτή την ερώτηση θα ληφθούν στοιχεία για το ποια θεωρούν ως τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει μια αντισυλληπτική μέθοδος ώστε να αξιολογηθούν τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που μελετάται καθώς επίσης και σύγκριση με ανταγωνιστικές ομάδες προϊόντων. Πρόκειται για ερώτηση κλειστού τύπου. Οι προτεινόμενες απαντήσεις είναι τρεις (Αποτελεσματικότητα μεθόδου, Προστασία από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα) με την τρίτη απάντηση να είναι η «Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε ποιο)» ώστε σε περίπτωση που δεν καλύπτονται τα πιθανά κριτήρια να έχει τη δυνατότητα ο ερωτώμενος να συμπληρώσει το δικό του.
- **Ερώτηση 10:** Στη δέκατη ερώτηση καλούνται οι ερωτώμενοι να απαντήσουν με ποιο τρόπο αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις που εκφράζονται ενδοιασμοί και φόβος για τη λήψη του αντισυλληπτικού χαπιού. Η ερώτηση αυτή, θα δώσει στοιχεία για την αντιμετώπιση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους ενδοιασμούς και τους φόβους που μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας έχει για τη χρήση του αντισυλληπτικού χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Οι απαντήσεις από τις οποίες έχει να επιλέξει ο ερωτώμενος είναι «Προτείνω μια άλλη αντισυλληπτική μέθοδο» και «Ενημερώνω εκτενέστερα για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του αντισυλληπτικού χαπιού». Επιπλέον ως τρίτη επιλογή δίνεται η απάντηση «Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε πώς)» σε περίπτωση που ο ερωτώμενος έχει διαφορετική αντιμετώπιση από τις δύο προαναφερθείσες προτεινόμενες απαντήσεις.



- **Ερώτηση 11:** Στην ενδέκατη ερώτηση ζητείται από τον ιατρό να απαντήσει πώς μεταβάλλεται η συχνότητα των επισκέψεων στο Ιατρείο την περίοδο που μια γυναίκα λαμβάνει το αντισυλληπτικό χάπι ως αντισυλληπτική μέθοδο σε σχέση με την περίοδο που δεν το λαμβάνει ερώτηση. Η πληροφορία που θα δώσει αυτή η απάντηση είναι αν τελικά η χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού δημιουργεί μια πιο τακτική επαφή ανάμεσα στη γυναίκα και τον ιατρό της. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής με τις εξής απαντήσεις: «Αυξάνεται», «Μειώνεται» και «Παραμένει ίδια».
- **Ερώτηση 12:** Στη δωδέκατη ερώτηση ζητείται να αναφερθεί σε τι συχνότητα οι ιατροί συνιστούν τη συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης όταν ολοκληρωθεί η λήψη του για θεραπευτικούς σκοπούς. Συγκεντρώνονται έτσι στοιχεία για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στο Χάπι. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Οι απαντήσεις που μπορούν να επιλεγούν κλιμακώνονται από το «Πάντα» στο «Ποτέ» με ενδιάμεσα στάδια τα «Συχνά», «Μερικές φορές» και «Σπάνια».
- **Ερώτηση 13:** Στη δέκατη τρίτη ερώτηση καλούνται οι ερωτώμενοι να αναφέρουν τους λόγους για τους οποίους δεν συνιστούν τη συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης. Είναι συνέχεια της δωδέκατης ερώτησης και θα δώσει στοιχεία γιατί κρατούν τη συγκεκριμένη στάση και θα υποδείξει τυχόν αδυναμίες του προϊόντος. Είναι ερώτηση που συνδυάζει χαρακτηριστικά κλειστού και ανοιχτού τύπου καθώς η πρώτη απάντηση που δίνεται ως επιλογή είναι «Το συνιστώ πάντα». Στην περίπτωση όμως που επιλέξει τη συγκεκριμένη απάντηση υπάρχει χώρος ώστε ο ερωτώμενος να καταγράψει τους λόγους για τη συγκεκριμένη στάση.
- **Ερώτηση 14:** Στη δέκατη τέταρτη ερώτηση ζητείται να αναφερθεί η συχνότητα με την οποία δίνουν συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη όταν συνταγογραφούν το χάπι επείγουσας αντισύλληψης. Δεδομένα για τη στάση των ιατρών απέναντι στην εκπαίδευση για την αντισύλληψη έχει στόχο να δημιουργήσει αυτό το ερώτημα. Είναι κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και οι παρεχόμενες απαντήσεις κλιμακώνονται από το «Πάντα» στο «Ποτέ» με ενδιάμεσα στάδια τα «Συχνά», «Μερικές φορές» και «Σπάνια».
- **Ερώτηση 15:** Στη δέκατη πέμπτη ερώτηση εξετάζεται αν επηρεάζει τη σχέση ιατρού-ασθενούς η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Με αυτό το ερώτημα θα ληφθούν στοιχεία τα οποία θα δώσουν μια εικόνα για το αν υπάρχει δισταγμός από την πλευρά του ιατρού στη χορήγηση του Χαπιού εξαιτίας του ενδεχομένου να επηρεάσει τη σχέση του με τον ασθενή. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Οι απαντήσεις από τις οποίες πρέπει να επιλέξει ο ερωτώμενος είναι : «Δεν την επηρεάζει καθόλου», «Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων», «Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων» «Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού» και τέλος «Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)».



- **Ερώτηση 16:** Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου που είναι η δέκατη έκτη, γίνεται αναφορά στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και πώς επηρεάζουν τη σχέση του ιατρού με την ασθενή. Από εδώ επίσης θα ληφθούν στοιχεία για τις επιπτώσεις στη σχέση ιατρού ασθενούς ενός μη επιθυμητού περιστατικού και πώς αυτό επηρεάζει το ιατρείο από την άποψη της συχνότητας επισκέψεων. Όπως και στην ερώτηση 16, οι απαντήσεις από τις οποίες πρέπει να επιλέξει ο ερωτώμενος είναι : «Δεν την επηρεάζει καθόλου», «Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων», «Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων» «Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού» και τέλος «Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)».

Συγκεντρωτικά λοιπόν, μπορούν να αναφερθούν τα εξής για τη δομή και τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου: οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του είναι δημογραφικές (φύλο, ηλικία και σχολή φοίτησης) που θα παρέχουν στοιχεία για το αν υπάρχει κάποια διαφοροποίηση με βάση αυτά τα δεδομένα. Η ερώτηση τέσσερα (4) θα δώσει στοιχεία για την αντίληψη που έχουν οι ιατροί πάνω στο πόσο ενημερωμένες είναι οι Ελληνίδες σχετικά με την αντισύλληψη. Θα δοθεί η δυνατότητα της σύγκρισης των δεδομένων με αυτά που αφορούν τους καταναλωτές ώστε να εξαχθεί το συμπέρασμα αν υπάρχει εσφαλμένη εικόνα από την πλευρά των ιατρών. Οι ερωτήσεις πέντε (5), έξι (6), επτά (7), οχτώ (8), δέκα (10), δώδεκα (12), δεκατρία (13), δεκατέσσερα (14) και δεκαπέντε (15) σκοπό έχουν να απαντήσουν στο ερώτημα αν οι ιατροί προωθούν την αντισύλληψη και αν ο χρόνος που απαιτείται για την ενημέρωσή των γυναικών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα (χαμένα έσοδα από λιγότερα ραντεβού λόγω αυξημένης διάρκειας αυτών που περιλαμβάνουν ενημέρωση για την αντισύλληψη) για τη χορήγησή του. Παράλληλα από τις απαντήσεις θα ληφθούν πληροφορίες για το ποια άλλα εμπόδια εμφανίζονται αλλά και ποιες είναι οι άλλες μέθοδοι που προωθούν οι ιατροί, ώστε μέσω των πλεονεκτημάτων των άλλων μεθόδων έναντι του αντισυλληπτικού χαπιού, να εξαγάγουμε συμπεράσματα για το τι αλλαγές πρέπει να γίνουν στο προϊόν. Η ερώτηση εννιά (9) θα μας δώσει στοιχεία για τις τροποποιήσεις που πρέπει να γίνουν στο προϊόν ώστε τα χαρακτηριστικά του να είναι σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τα κριτήρια επιλογής των ιατρών. Οι ερωτήσεις έντεκα (11) και δεκαέξι (16) θα μας δώσουν δεδομένα για τα ερωτήματα όπως αυτά αναφέρθηκαν στο **Κεφάλαιο 5.3.1.1**, για τους λόγους δηλαδή που ο ιατρός προωθεί ή όχι την αντισύλληψη και ποια είναι τα εμπόδια που αποτρέπουν την προώθησή της. Επίσης θα δώσουν στοιχεία που θα δείχνουν αν είναι προς το συμφέρον τους ή όχι η υποστήριξη της αντισύλληψης με τη μέθοδο του αντισυλληπτικού χαπιού.



*Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου των Ιατρών στην Προώθηση του
Αντισυλληπτικού Χαπιού στην Ελλάδα
Διεξαγωγή Έρευνας Μάρκετινγκ*



6. Στατιστική Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου

6.1. Περιγραφή ανάλυσης

Το Ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε, δημιουργήθηκε και απαντήθηκε από 82 Ιατρούς με ειδικότητα στη Μαιευτική-Γυναικολογία, με σκοπό να παρέχει δεδομένα τα οποία, αφού αναλυθούν, θα δώσουν πληροφορίες και απαντήσεις σε συγκεκριμένα ερωτήματα που έχουν διατυπωθεί στο **Κεφάλαιο 5.3.1.1** και είναι τα εξής:

- Προωθεί ο Ιατρός την αντισύλληψη με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών;
 - Αν ναι, γιατί την προωθεί;
 - Αν όχι, γιατί δεν την προωθεί; Ποια είναι τα εμπόδια που αποτρέπουν την προώθησή της;
- Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν στο προϊόν ώστε να το κάνουν ελκυστικότερο και να οδηγήσουν στην πιο ένθερμη προώθησή του από τους Ιατρούς;

Για να απαντηθούν τα συγκεκριμένα ερωτήματα, ως πρώτο βήμα θα γίνει περιγραφική στατιστική ανάλυση των ερωτήσεων του Ερωτηματολογίου. Η ανάλυση αυτή θα βοηθήσει στην παρουσίαση και κατανόηση του δείγματος αλλά και στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Η βασική περιγραφική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας προηγείται των μεθόδων ανάλυσης διαφορών και συσχέτισης. Ποσοστό ιατρών που προτείνουν στους ασθενείς το Αντισυλληπτικό Χάπι ως πρώτη επιλογή για αντισύλληψη, μέσος χρόνος ενημέρωσης ασθενών για το Αντισυλληπτικό Χάπι συγκρινόμενο με το μέσο χρόνο διάρκειας ενός ιατρικού ραντεβού και συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων αιτιών εξαιτίας των οποίων δεν προτείνεται η συνέχιση του Χαπιού ως μέθοδος αντισύλληψης θα δώσουν θα δώσουν κάποιες πρώτες χρήσιμες πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του σκοπού του Ερωτηματολογίου.

Μετά την περιγραφική στατιστική ανάλυση θα τεθούν συγκεκριμένες **υποθέσεις** οι οποίες θα ελεγχθούν αν επιβεβαιώνονται ή όχι με στατιστικά τεστ χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο με την εμπορική ονομασία IBM SPSS Statistics Version 20. Θα ελεγχθεί αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον απαιτούμενο χρόνο ενημέρωσης του ασθενούς για το Αντισυλληπτικό Χάπι και την επιλογή του ως πρωταρχική προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης από τον ιατρό. Επίσης θα γίνει έλεγχος στο αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις επιπτώσεις στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς από την εμφάνιση παρενεργειών λόγω της λήψης του Α.Χ. αναφορικά με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Εξερεύνηση και εύρεση δηλαδή της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών καθώς και την



ένταση που αυτή η συσχέτιση μπορεί να έχει. Επιπλέον θα γίνει ομαδοποίηση των υπέρμαχων της αντισύλληψης με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα κτλ.

6.2. Περιγραφική Στατιστική

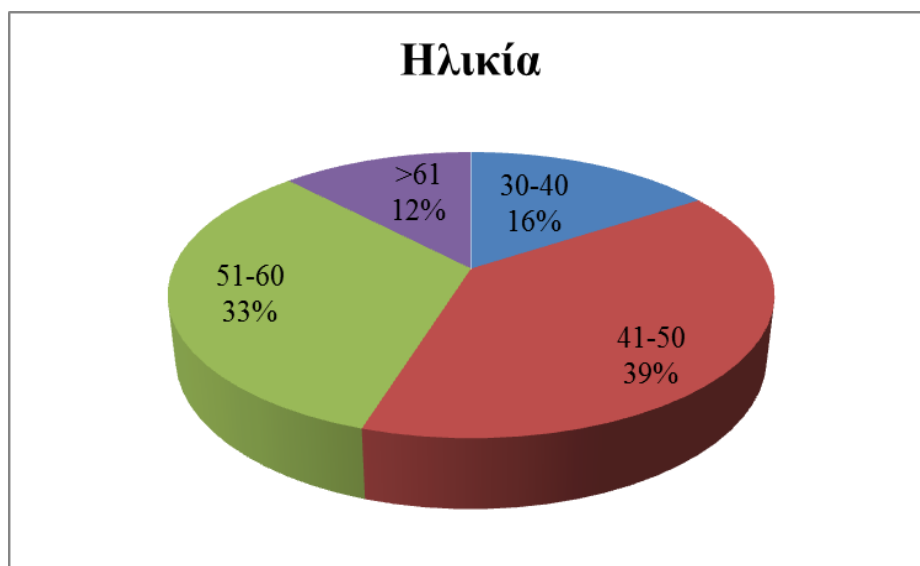
6.2.1. Φύλο, Ηλικιακή Ομάδα, Ιατρική Σχολή Φοίτησης

Στο πρώτο ερώτημα του ερωτηματολογίου ζητείται από τους ερωτώμενους να αναφέρουν το φύλο τους. Είναι δημογραφικού χαρακτήρα ερώτημα, κλειστού τύπου, με δύο προσφερόμενες απαντήσεις (Ανδρας, Γυναίκα). Στο δεύτερο, ζητείται να αναφερθεί σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκουν οι ερωτώμενοι. Είναι επίσης δημογραφικού χαρακτήρα, κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Οι τέσσερις (4) προσφερόμενες απαντήσεις (30-40, 41-50, 51-60, >61) είναι μέσα σε ζώνες εύρους καθώς η ηλικία μπορεί να θεωρηθεί ευαίσθητη πληροφορία. Στην τρίτη ερώτηση ζητείται να αναφερθεί η Ιατρική Σχολή φοίτησής. Οι πιθανές απαντήσεις είναι πολλές για αυτό και είναι ανοιχτού τύπου. Επιλέχθηκε να ομαδοποιηθούν οι απαντήσεις σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις ελληνικές Ιατρικές Σχολές και τις Ιατρικές Σχολές εκτός Ελλάδας.

Το 58% που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν άντρες (48 στους 82) και το υπόλοιπο 42% (34 στους 82) γυναίκες (**Σχήμα 6.1**). Όπως απεικονίζεται στο **Σχήμα 6.2** το 16% των ερωτηθέντων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών (δηλαδή 13 άτομα), το 38% στην ηλικιακή ομάδα των 41-50 (31 άτομα), το 33% είναι από 51 έως 60 ετών (27 άτομα) και ένα 13% ήταν από 61 ετών και πάνω (11 άτομα). Στο **Σχήμα 6.3** παρουσιάζεται ο καταμερισμός του δείγματος σε αυτούς που φοίτησαν σε ελληνικό Πανεπιστήμιο και σε αυτούς που φοίτησαν σε Πανεπιστήμιο του εξωτερικού, με το 83% να έχει φοιτήσει σε Ιατρική Σχολή της Ελλάδας (68 άτομα) και το 17% σε Ιατρική Σχολή του εξωτερικού (14 άτομα).



Σχήμα 6.1: Φύλο ερωτηθέντων



Σχήμα 6.2: Ηλικιακή ομάδα ερωτηθέντων



Σχήμα 6.3: Περιοχή Ιατρικής Σχολής φοίτησης

6.2.2. Ενημέρωση πάνω στην αντισύλληψη, πρωτοβουλία και ιδανική διάρκειά της

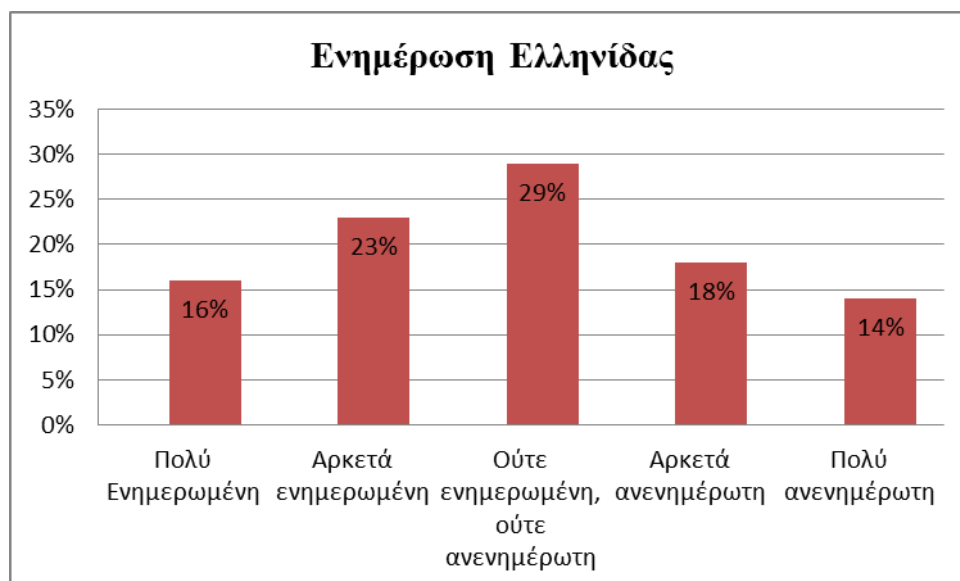
Στην τέταρτη ερώτηση ζητείται η άποψη των Ιατρών για το πόσο ενημερωμένες είναι οι Ελληνίδες για τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης. Η ερώτηση είναι κλειστού τύπου και οι παρεχόμενες απαντήσεις είναι με κλίμακα βαθμολόγησης, ξεκινώντας από το «Πολύ ενημερωμένη», συνεχίζοντας στο «Αρκετά ενημερωμένη», έπειτα στο «Ούτε ενημερωμένη ούτε ανενημέρωτη», «Αρκετά ανενημέρωτη» και φτάνοντας στο «Πολύ ανενημέρωτη». Το 16% (13 στους 82) θεωρεί την Ελληνίδα ως «Πολύ ενημερωμένη», το 23% (19 στους 82) «Αρκετά ενημερωμένη», το 29% (24 στους 82) «Ούτε



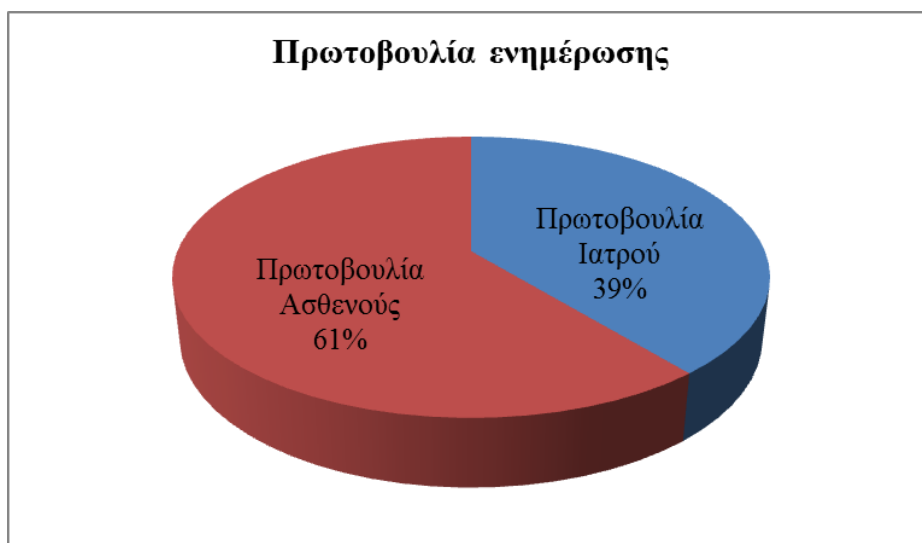
ενημερωμένη ούτε ανενημέρωτη», το 18% (15 στους 82) τη θεωρεί «Αρκετά ανενημέρωτη» και τέλος, το 13% των ερωτηθέντων (11 στους 82) τη θεωρεί «Πολύ ανενημέρωτη». Τα συγκεκριμένα ποσοστά απεικονίζονται στο **Σχήμα 6.4**. Παρατηρούμε ότι οι Ιατροί σε ποσοστό 39% θεωρούν την Ελληνίδα από πολύ έως αρκετά ενημερωμένη πάνω σε θέματα αντισύλληψης, ενώ ένα 32% των συναδέλφων τους αρκετά έως πολύ ανενημέρωτη. Το υπόλοιπο 29% όπως αναφέρθηκε την αντιμετωπίζει ως ούτε ενημερωμένη αλλά ούτε και ανενημέρωτη.

Στην πέμπτη ερώτηση του ερωτηματολογίου καλείται ο ερωτώμενος να απαντήσει αν λαμβάνει ο ίδιος την πρωτοβουλία για την ενημέρωση της γυναίκας πάνω στα θέματα αντισύλληψης ή αφήνει την ασθενή να λάβει την πρωτοβουλία. Όπως φαίνεται στο **Σχήμα 6.5** το 39% των Ιατρών λαμβάνουν οι ίδιοι την πρωτοβουλία ενημέρωσης των ασθενών για την αντισύλληψη ενώ αντίστοιχα το 61% των περιπτώσεων λαμβάνεται από τους ασθενείς.

Στην έκτη ερώτηση ζητείται να αναφερθεί ο ιδανικός χρόνος για την ενημέρωση των ασθενών για το αντισυλληπτικό χάπι. Ο μέσος ιδανικός χρόνος ενημέρωσης για το αντισυλληπτικό χάπι είναι 7,53 λεπτά και το εύρος είναι τα 20 λεπτά. Η μικρότερη τιμή είναι το μηδέν (0) και εμφανίζεται τρεις φορές. Η μεγαλύτερη τιμή είναι τα 20 λεπτά και εμφανίζεται 1 φορά. Το εύρος τιμής λοιπόν είναι 20. Η τιμή 5 εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα (14 φορές), με μεγάλη διαφορά μάλιστα από τη συχνότητα των υπόλοιπων τιμών κάτι που απεικονίζεται και στο ιστόγραμμα του **Σχήματος 6.6**. Η τυπική απόκλιση είναι 3,92 και η διακύμανση 15,363. Συγκεντρωτικά τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6.1**.



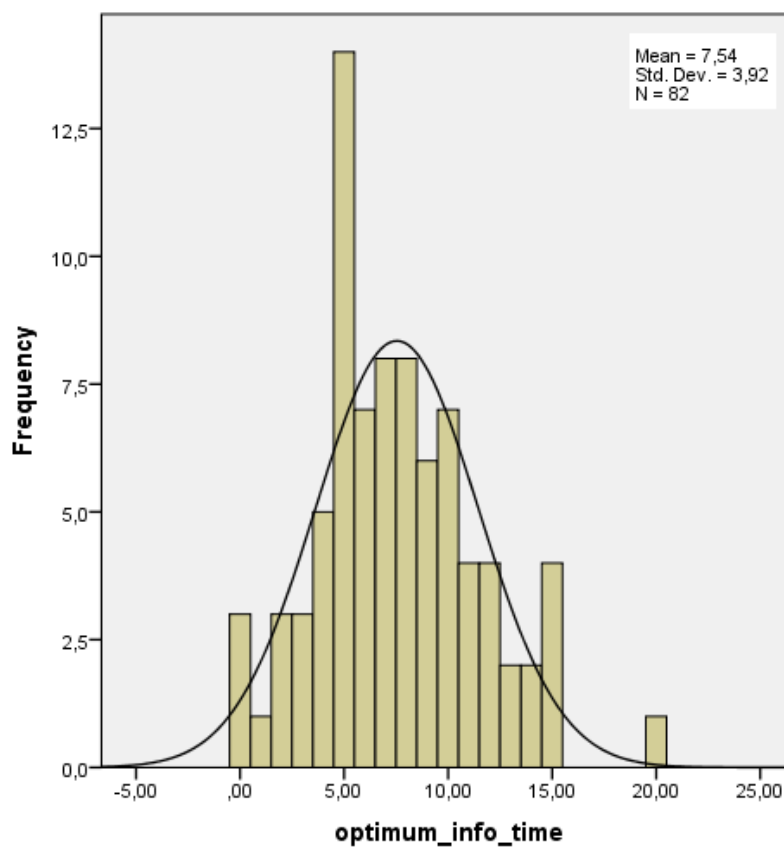
Σχήμα 6.4: Ενημέρωση Ελληνίδας πάνω στην αντισύλληψη



Σχήμα 6.5: Πρωτοβουλία ενημέρωσης για την αντισύλληψη

Μεταβλητή	Πλήθος Τιμών	Μέση Τιμή	Μικρότερη Τιμή	Μεγαλύτερη Τιμή	Εύρος	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση
Χρόνος ενημέρωσης	82	7,54	0	20	20	3,92	15,36

Πίνακας 6.1: Στατιστικά Στοιχεία ερωτήματος 6



Σχήμα 6.6: Ιστόγραμμα κατανομής χρόνου ενημέρωσης

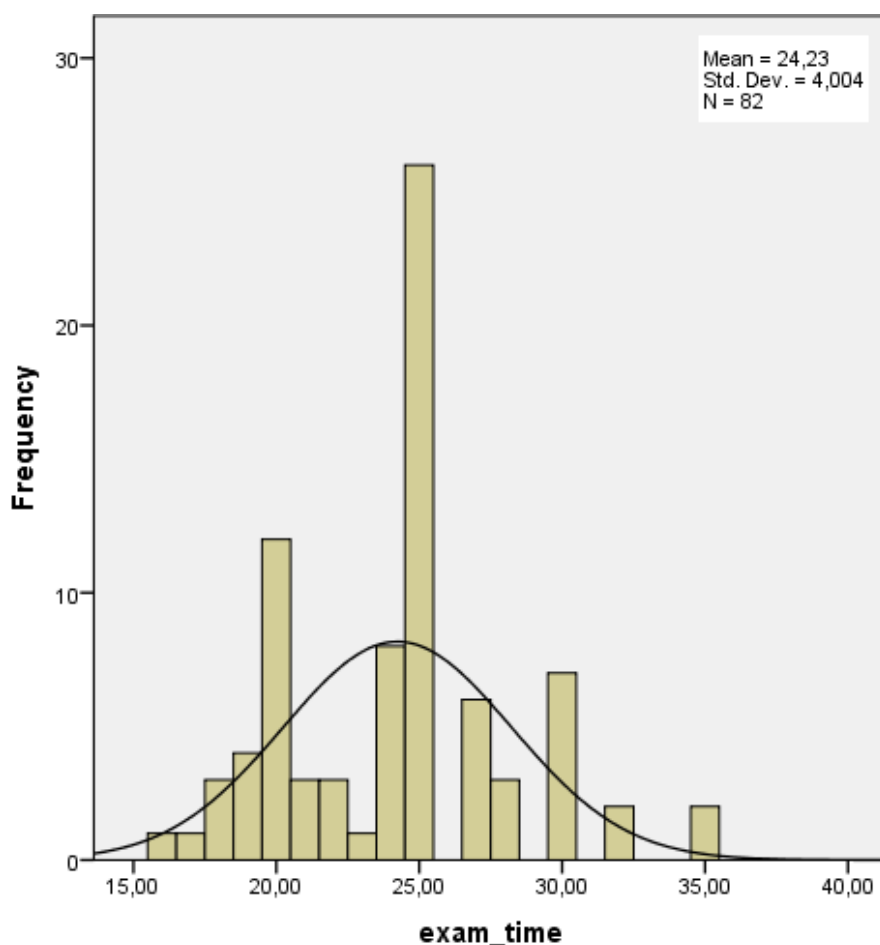


6.2.3. Διάρκεια επίσκεψης ασθενούς

Η έβδομη ερώτηση του ερωτηματολογίου ζητά από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τη διάρκεια της επίσκεψης των ασθενών. Ο μέσος χρόνος διάρκειας της επίσκεψης είναι 24,23 λεπτά. Η μικρότερη τιμή είναι το δεκαέξι (16). Η μεγαλύτερη τιμή είναι τα 35 λεπτά. Κατά συνέπεια το εύρος τιμής είναι 19. Τα 25 λεπτά είναι η τιμή που εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα (26 φορές), με την τιμή 20 λεπτά να ακολουθεί (12 φορές) κάτι που απεικονίζεται και στο ιστόγραμμα του **Σχήματος 6.6**. Η τυπική απόκλιση είναι 4,00, η τυπική απόκλιση μέσου 0.44 και η διακύμανση 16,03. Συγκεντρωτικά τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6.2** και στο ιστόγραμμα του **Σχήματος 6.7**.

Μεταβλητή	Πλήθος τιμών	Μέση Τιμή	Min τιμή	Max τιμή	Εύρος	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση η μέσου
Διάρκεια επίσκεψης	82	24,232	16	35	19	4	16,032	0,442

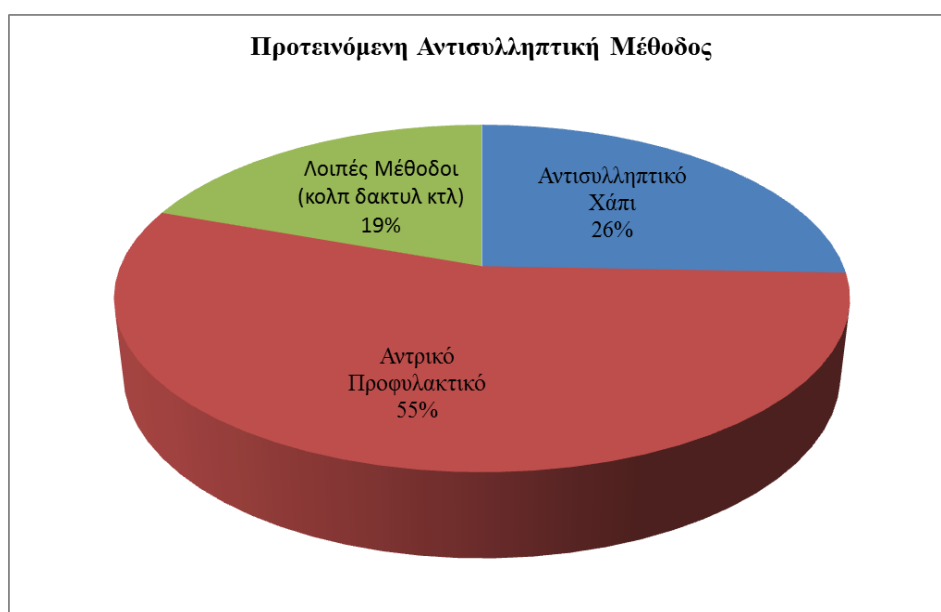
Πίνακας 6.2: Στατιστικά στοιχεία ερωτήματος 7



Σχήμα 6.7: Ιστόγραμμα κατανομής διάρκειας επίσκεψης

6.2.4. Προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης

Στην όγδοη ερώτηση ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει ποια μέθοδο αντισύλληψης προτείνει σε μια γυναίκα με καλή υγεία, που είναι δηλαδή κατάλληλη για όλες ή σχεδόν όλες τις μορφές αντισύλληψης. Οι απαντήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες : το Αντισυλληπτικό Χάπι, το ανδρικό προφυλακτικό και τις Λοιπές Μεθόδους (δακτύλιος, ορμονικό ενδομήτριο σπείραμα, ορμονικό εμφύτευμα, αφαίρεση σπερματικού πόρου κτλ). Το 26% των ερωτηθέντων (21 στους 82) προτείνει το Αντισυλληπτικό Χάπι ως πρώτη μέθοδο αντισύλληψης. Το 55% (45 στους 82) προτείνει το ανδρικό προφυλακτικό και το υπόλοιπο 19% (16 στους 82) τις λοιπές αντισυλληπτικές μεθόδους. Οι ομάδες αυτές με τα ποσοστά επιλογής τους απεικονίζονται στο **Σχήμα 6.8**.



Σχήμα 6.8: Πρωταρχική προτεινόμενη Αντισυλληπτική μέθοδος σε υγιές άτομο

6.2.5. Κριτήριο επιλογής αντισυλληπτικής μεθόδου

Στην ένατη ερώτηση οι ερωτώμενοι απαντούν ποια είναι τα κριτήρια με τα οποία προτείνουν αντισυλληπτική μέθοδο. Το 52% (43 στους 82) απάντησε πως το πιο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου είναι η προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το υπόλοιπο 48% (39 στους 82) έθεσε ως πρωταρχικό κριτήριο την αποτελεσματικότητα της αντισυλληπτικής μεθόδου. Τα συγκεκριμένα ποσοστά παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς θα περίμενε κανείς ότι θα επικρατούσε το κριτήριο της αποτελεσματικότητας. Θα μπορούσε όμως να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η μέθοδος που παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ, το αντρικό προφυλακτικό, αν χρησιμοποιηθεί σωστά έχει σχετικά καλή αποτελεσματικότητα και ως μέθοδος αντισύλληψης. Στο **Σχήμα 6.9** παρουσιάζονται γραφικά τα κριτήρια επιλογής αντισυλληπτικής μεθόδου.

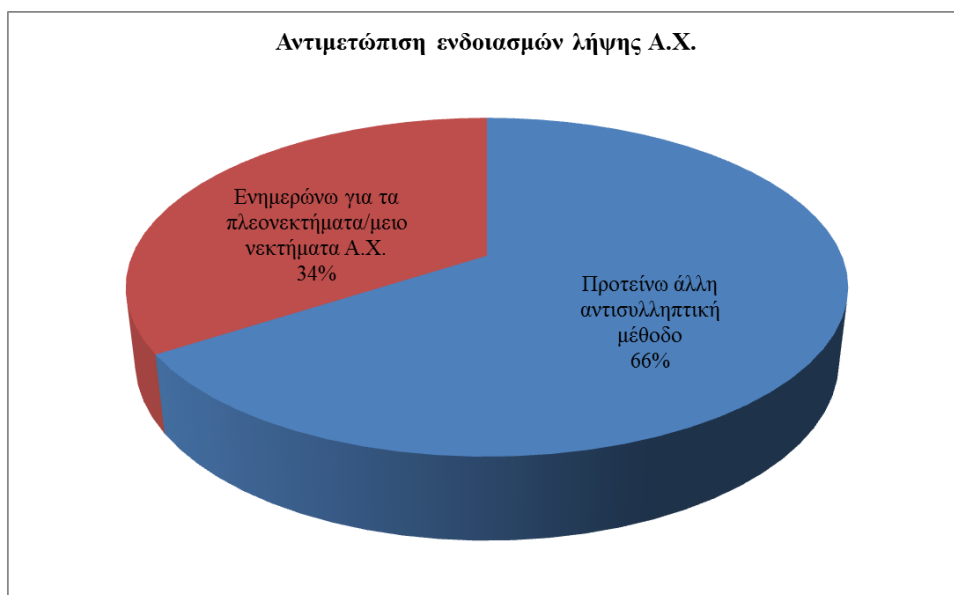


Σχήμα 6.9: Κριτήρια επιλογής αντισυλληπτικής μεθόδου

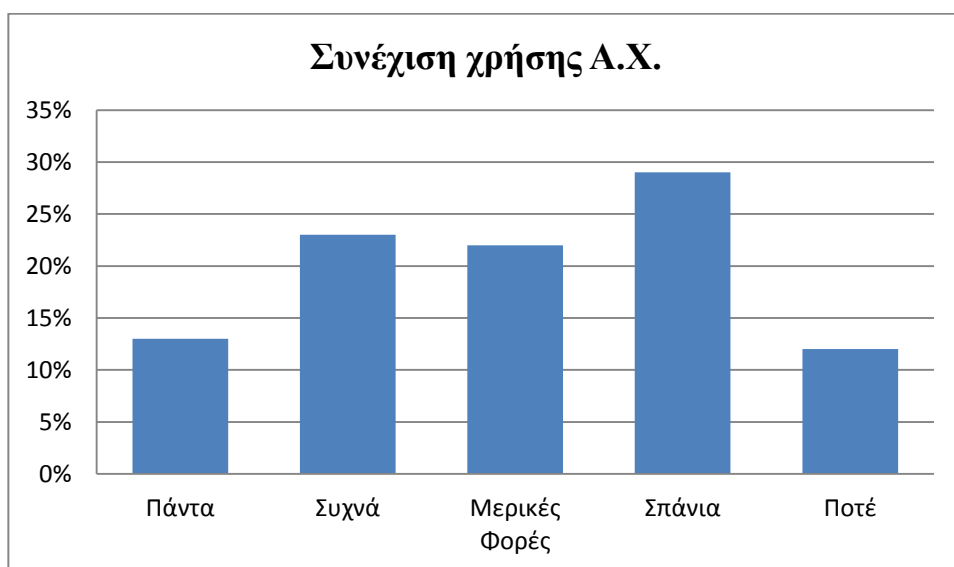
6.2.6. Αντιμετώπιση ενδοιασμών απέναντι στο Αντισυλληπτικό Χάπι και συχνότητα προτροπής συνέχισης λήψης του

Στη δέκατη ερώτηση οι ερωτώμενοι απαντούν με ποιο τρόπο αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις που εκφράζονται ενδοιασμοί και φόβος για τη λήψη του αντισυλληπτικού χαπιού. Η ερώτηση αυτή, δίνει στοιχεία για την αντιμετώπιση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους ενδοιασμούς και τους φόβους που μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας έχει για τη χρήση του αντισυλληπτικού χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι «Προτείνω μια άλλη αντισυλληπτική μέθοδο» σε ποσοστό 66% και «Ενημερώνω εκτενέστερα για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του αντισυλληπτικού χαπιού» σε ποσοστό 34%. Στο **Σχήμα 6.10** δίνονται γραφικά οι συγκεκριμένες απαντήσεις.

Όπως έχει αναφερθεί στο **Κεφάλαιο 2.4.1** το αντισυλληπτικό χάπι μπορεί να χορηγηθεί και για θεραπευτικούς σκοπούς αντιμετωπίζοντας συγκεκριμένες παθήσεις. Στη ερώτηση νο.12 αναφέρεται με τι συχνότητα οι ιατροί συνιστούν τη συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης όταν ολοκληρωθεί η λήψη του για θεραπευτικούς σκοπούς. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. «Πάντα» απάντησε το 13% (11 στους 82), «Συχνά» το 23% (19 στους 82), «Μερικές φορές» το 22% (18 στους 82), «Σπάνια» το 29% και τέλος «Ποτέ» το υπόλοιπο 12% (10 στους 82). Οι απαντήσεις αποτυπώνονται στο **Σχήμα 6.11**.



Σχήμα 6.10: Αντιμετώπιση περιπτώσεων κατά τις οποίες εκφράζονται ενδοιασμοί για τη λήψη Α.Χ



Σχήμα 6.11: Συχνότητα πρότασης συνέχισης χρήσης αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης μετά από ολοκλήρωση λήψης του για θεραπευτικούς σκοπούς

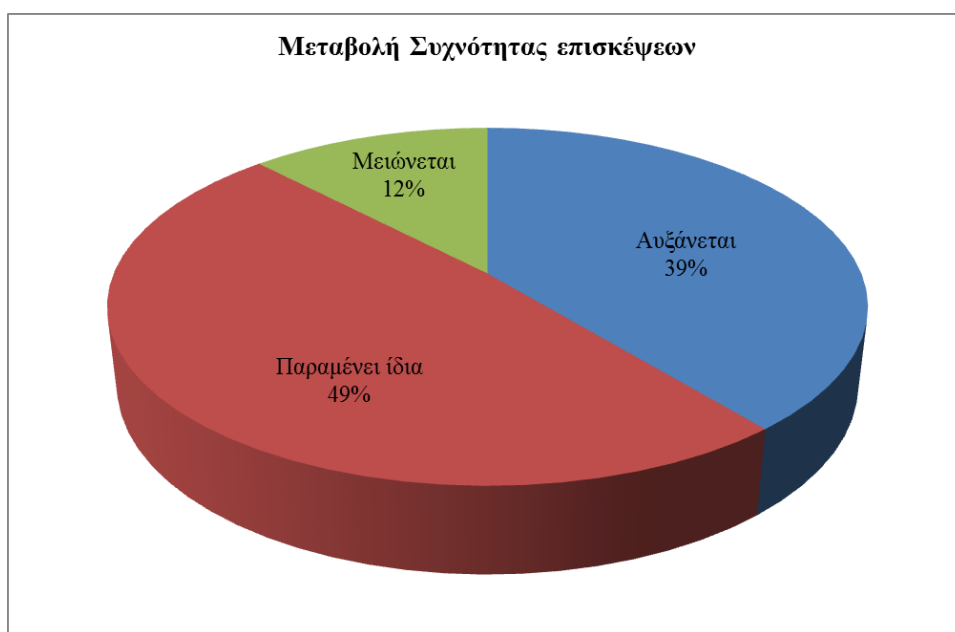
6.2.7. Μεταβολή συχνότητας επισκέψεων στο Ιατρείο λόγω λήψης Αντισυλληπτικού Χαπιού και παροχή συμβουλών μετά από λήψη επείγουσας αντισύλληψης

Με την ενδέκατη ερώτηση απαντάται το πώς μεταβάλλεται η συχνότητα των επισκέψεων στο Ιατρείο την περίοδο που μια γυναίκα λαμβάνει το αντισυλληπτικό χάπι ως αντισυλληπτική μέθοδο σε σχέση με την περίοδο που δεν το λαμβάνει ερώτηση. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. «Αυξάνεται» απάντησε το 39% (32 στους 82), «Μειώνεται» το 12% (10 στους 82) και «Παραμένει

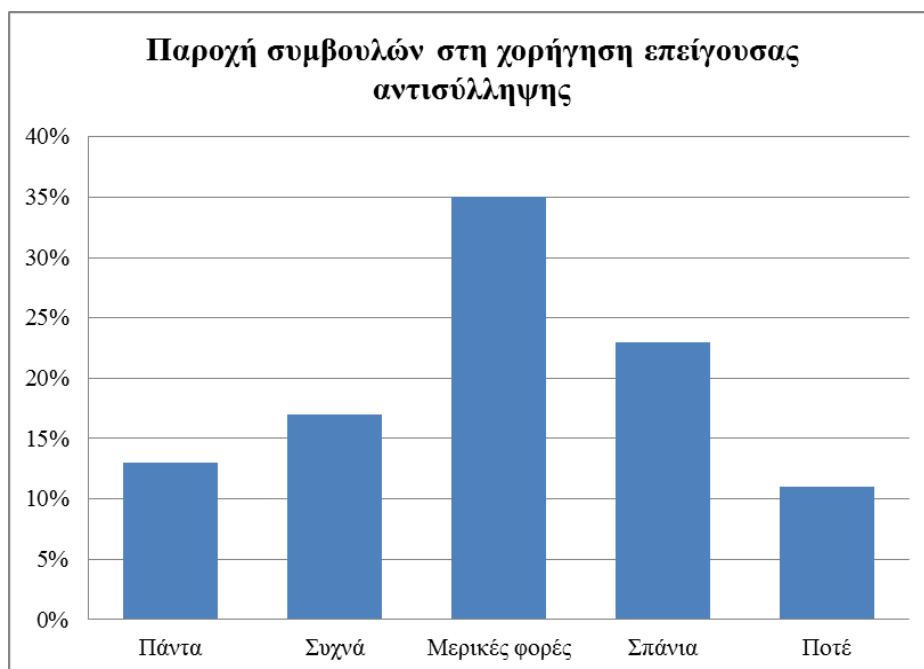


ίδια» το υπόλοιπο 49% (40 στους 82). Διαπιστώνεται ότι η χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού δημιουργεί μια πιο τακτική επαφή ανάμεσα στη γυναίκα και τον ιατρό της σε ποσοστό 39%. Το αποτέλεσμα αυτό απεικονίζεται στο **Σχήμα 6.12**.

Στη δέκατη τέταρτη ερώτηση του ερωτηματολογίου αναφέρεται από τους ερωτώμενους η συχνότητα με την οποία δίνουν συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη όταν συνταγογραφούν το χάπι επείγουσας αντισύλληψης (χάπι της επόμενης μέρας). Είναι κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Όπως φαίνεται στο **Σχήμα 6.13**, «Πάντα» απάντησε το 13% (11 στους 82), «Συχνά» απάντησε το 17% (14 στους 82), «Μερικές φορές» το 35% (29 στους 82), «Σπάνια» το 23% (19 στους 82) και «Ποτέ» απάντησε το υπόλοιπο 11% (9 στους 82). Παρατηρείται ότι ένα 34% δεν δίνει ποτέ ή δίνει σπάνια συμβουλές όταν συνταγογραφεί το χάπι επείγουσας αντισύλληψης, ενώ ένα ακόμα 35% το κάνει μόνο μερικές φορές. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας δεν έχει ενεργητική στάση προς την εκπαίδευση για την αντισύλληψη και την ευαισθητοποίηση των πολιτών.



Σχήμα 6.12: Μεταβολή συχνότητας επισκέψεων των ασθενών στο ιατρείο κατά την περίοδο που λαμβάνουν το Αντισυλληπτικό Χάπι

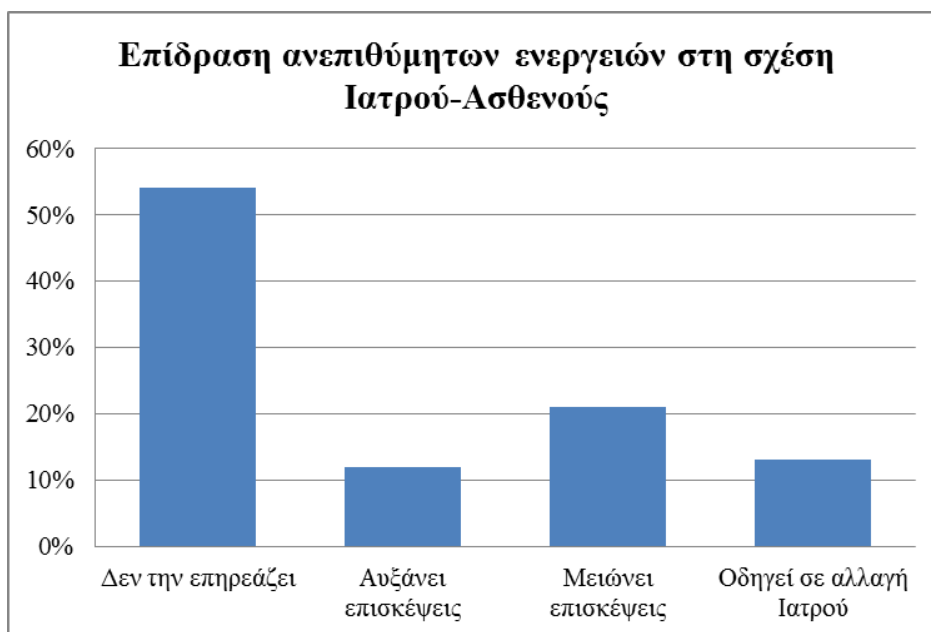


Σχήμα 6.13: Παροχή συμβουλών σχετικά με την αντισύλληψη κατά τη συνταγογράφηση επείγουσας αντισύλληψης (Χάπι της επόμενης μέρας)

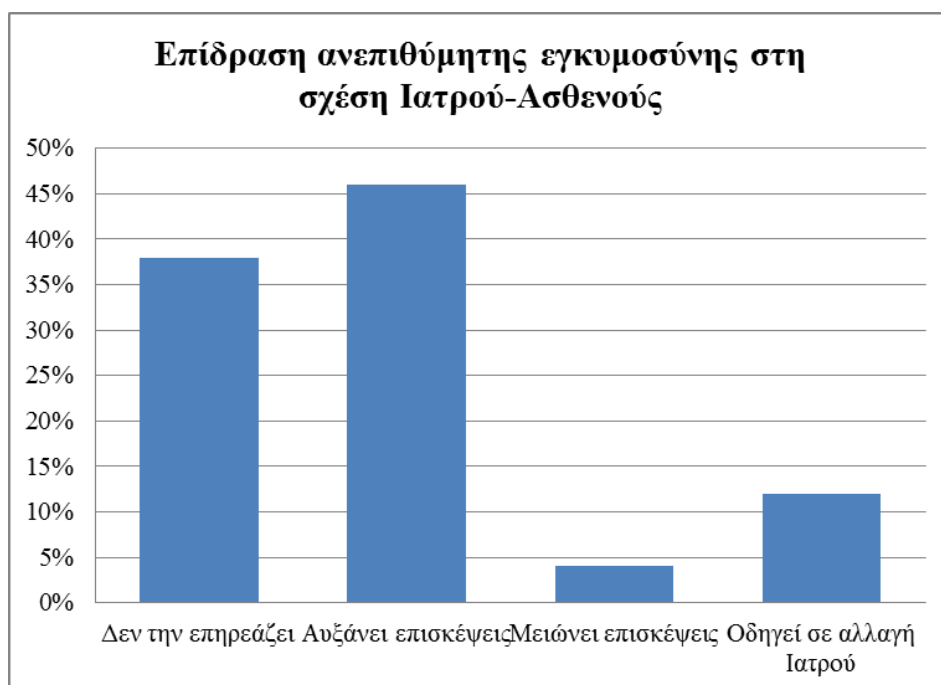
6.2.8. Επίδραση ανεπιθύμητων ενεργειών και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς

Στη δέκατη πέμπτη ερώτηση εξετάζεται το αν επηρεάζει τη σχέση ιατρού-ασθενούς η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Είναι ερώτηση κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. «Δεν την επηρεάζει καθόλου» απάντησε το 54% (44 στους 82), «Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων» απάντησε το 12% (10 στους 82), «Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων» απάντησε το 21% (17 στους 82) και το υπόλοιπο 13% (11 στους 82) απάντησε ότι «Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού». Διαπιστώνεται ότι ένα 34% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι επιδρά αρνητικά στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Κατά συνέπεια θεωρείται από τον ερευνητή ότι υπάρχει δισταγμός χορήγησης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδος αντισύλληψης από την πλευρά των ιατρών που πιστεύουν ότι οι τυχούσες ανεπιθύμητες ενέργειες θα επηρεάσουν αρνητικά τη σχέση του με την ασθενή. Τα δεδομένα της δέκατης πέμπτης ερώτησης παρουσιάζονται στο Σχήμα 6.14.

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, εξετάζεται πώς επηρεάζει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη τη σχέση του ιατρού με την ασθενή. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στο Σχήμα 6.15 και είναι τα ακόλουθα: «Δεν την επηρεάζει καθόλου» απάντησε το 38% (31 στους 82), «Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων» απάντησε το 46% (38 στους 82), «Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων» απάντησε το 4% (3 στους 62) και τέλος «Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού» απάντησε το υπόλοιπο 12% (10 στους 82).



Σχήμα 6.14: Επίδραση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της χορήγησης Αντισυλληπτικού Χαπιού στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς



Σχήμα 6.15: Επίδραση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς



6.3. Στατιστικά Τεστ

6.3.1. Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ χρόνου ενημέρωσης και προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης με το t-test

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιείται στην έρευνα αγοράς όταν υπάρχουν δύο ανεξάρτητες μεταξύ τους ομάδες (στη συγκεκριμένη περίπτωση αυτοί που προτείνουν το Αντισυλληπτικό Χάπι ως πρώτη μέθοδο αντισύλληψης και αυτή που δεν το προτείνουν) και πρέπει να ελεγχθεί αν παρουσιάζουν διαφορετική συμπεριφορά ως προς μία άλλη μεταβλητή (ιδανική διάρκεια ενημέρωσης για το αντισυλληπτικό χάπι). Θα χρησιμοποιηθεί το t-TEST για ανεξάρτητα δείγματα για να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφορά στο μέσο ιδανικό χρόνο ενημέρωσης για το αντισυλληπτικό χάπι ανάμεσα σε αυτούς που προτείνουν το Αντισυλληπτικό Χάπι ως πρωταρχική μέθοδο αντισύλληψης και σε αυτούς που δεν το προτείνουν. Στη συνέχεια θα διαπιστωθεί αν η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Προϋπόθεση για τη διενέργεια του t-test είναι το δείγμα να έχει κανονική κατανομή. Αρχικά λοιπόν γίνεται έλεγχος κανονικότητας του δείγματος. Τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.3. Παρατηρείται ότι οι τιμές των p για το Kolmogorov-Smirnov test και για το Shapiro-Wilk είναι 0.065 και 0.089 αντίστοιχα. Και οι δύο τιμές είναι μεγαλύτερες από 0.05. Συμπεραίνεται ότι είναι αποδεκτό να υποθεθεί ότι η κατανομή των ιδανικών χρόνων ενημέρωσης για το αντισυλληπτικό χάπι είναι κανονική.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
info_time_tria	,095	82	,065	,974	82	,089

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 6.3: Έλεγχος Κανονικότητας

Αφού διαπιστώθηκε ότι η κατανομή του ιδανικού χρόνου είναι κανονική μπορεί να προχωρήσει η ανάλυση t-test. Εκφράζεται αρχικά η μηδενική υπόθεση: H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στην ιδανική διάρκεια ενημέρωσης και σε αυτούς που προτείνουν το αντισυλληπτικό χάπι ως πρωταρχική μέθοδο. Αν η μηδενική υπόθεση απορριφθεί από το t-test, τότε συμπεραίνεται ότι ισχύει η υπόθεση H_1 : Υπάρχει διαφορά στους μέσους της εξαρτημένης μεταβλητής μεταξύ των δύο ομάδων. Στη συνέχεια γίνεται το t-test, τα αποτελέσματα του οποίου εμφανίζονται στον Πίνακα 6.4 και στον Πίνακα 6.5. Από τον Πίνακα 6.4 προκύπτει ότι ο μέσος όρος για τον ιδανικό χρόνο ενημέρωσης είναι 5,62 για την ομάδα που προτείνει το αντισυλληπτικό χάπι και 8,20 για αυτούς που δεν το προτείνουν. Υπάρχει μια εμφανής διαφορά στις μέσες διάρκειες μεταξύ των δύο ομάδων αλλά η σημαντικότητα η μη αυτής της διαφοράς αποκαλύπτεται στον Πίνακα 6.5. Οι δύο πρώτες στήλες του (Levene's Test for Equality of Variances)



παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ελέγχου Lavene's για την ισότητα των διακυμάνσεων, δηλαδή του ελέγχου για την ομοιογένεια της διακύμανσης. Η μη σημαντικότητα του Levene's Test ($p < 0,05$), οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι διακυμάνσεις είναι ομοιογενείς και το t-test (το οποίο είναι έλεγχος που βασίζεται στην ισότητα των διακυμάνσεων) μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Από τα αποτελέσματα του t-test συμπεραίνεται ότι η διαφορά στις μέσες διάρκειες είναι στατιστικά σημαντική ($t = 2.698$, $df = 80$, $p < 0.001$). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και από το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς μεταξύ των μέσων (-4,47884 έως -0,67651). Το διάστημα αυτό δεν περιλαμβάνει το μηδέν (μέσος της H_0) και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

Group Statistics

	Pill	NoPill	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
optimum_info_time	Pill		21	5,6190	3,68071	,80320
	No_Pill		61	8,1967	3,80710	,48745

Πίνακας 6.4: t-test για ανεξάρτητα δείγματα (1)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
optimum_info_time	Equal variances assumed	,178	,674	-2,698	80	,000	-2,57767	,95533	-4,47884	-,67651
	Equal variances not assumed			-2,744	35,826	,000	-2,57767	,93954	-4,48347	-,67188

Πίνακας 6.5: t-test για ανεξάρτητα δείγματα (2)

6.3.2. Ανάλυση συσχέτισης πρωταρχικής προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης με τις επιπτώσεις στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών του Α.Χ.

Σκοπός της ανάλυσης συσχέτισης (**correlation analysis**) είναι η εξερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η μία μεταβλητή αντιπροσωπεύει το ποια αντισυλληπτική μέθοδο προτείνει ο κάθε ερωτώμενος και η άλλη τις επιπτώσεις που θεωρεί ότι έχει στη σχέση του με την ασθενή, η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης. Ο έλεγχος θα γίνει με τον **συντελεστή συσχέτισης Phi** (Phi Coefficient). Ο συντελεστής συσχέτισης Phi απαιτεί οι δύο εξεταζόμενες μεταβλητές να είναι διχοτομικές και εξετάζει την **κατεύθυνση**, αν δηλαδή η σχέση μεταξύ των μεταβλητών είναι θετική, αρνητική ή ουδέτερη, και την **ένταση** (βαθμό εξάρτησης) της συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης λαμβάνει τιμή μεταξύ του -1 και του +1 (εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις συσχέτισης περισσότερων από δύο μεταβλητών όπου η τιμή του μπορεί να ξεπεράσει τη μονάδα). Εάν η τιμή του συντελεστή βρίσκεται μεταξύ του -1 και του 0, τότε υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Αντίθετα, αν ο συντελεστής συσχέτισης λαμβάνει την τιμή μεταξύ του 0 και του +1, τότε



υπάρχει θετική. Στην περίπτωση που ο συντελεστής ισούται με μηδέν δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Στον **Πίνακα 6.6** παρουσιάζεται συγκεντρωτικά το εύρος του συντελεστή συσχέτισης και τα συμπεράσματα που προκύπτουν σχετικά με την ένταση και την κατεύθυνσή της.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των οποίων τα δεδομένα θέλουμε να επεξεργαστούμε με το Phi Coefficient, είχαν περισσότερες από δύο απαντήσεις με συνέπεια να μην πληρείται το κριτήριο της ύπαρξης δύο διχοτομικών μεταβλητών για την εφαρμογή του. Η ερώτηση 15 η οποία ζητούσε από τους ερωτώμενους να αναφερθεί πώς επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών τη σχέση Ιατρού-Ασθενούς είχε 4 πιθανές απαντήσεις : 1.Δεν την επηρεάζει καθόλου, 2.Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων στο Ιατρείο, 3.Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων στο Ιατρείο και 4.Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού.

Δημιουργήθηκε έτσι μία νέα μεταβλητή που μπορεί να λάβει δύο μόνο τιμές. Η μία δυνατή τιμή εμφανίζεται όταν έχει δοθεί κάποια από τις δύο πρώτες απαντήσεις (1.Δεν την επηρεάζει καθόλου και 2.Αυξάνει τον αριθμό επισκέψεων) και η άλλη τιμή όταν έχει δοθεί κάποια από τις δύο τελευταίες προτεινόμενες απαντήσεις (3.Μειώνει τον αριθμό επισκέψεων στο Ιατρείο και 4.Οδηγεί στην αλλαγή Ιατρού). Και αυτό γιατί οι δύο πρώτες απαντήσεις είναι θετικές ή ουδέτερες για τη σχέση, ενώ οι δύο τελευταίες αρνητικές. Η δεύτερη **μεταβλητή είναι διχοτομική** και περιέχει την πληροφορία για το αν ο ερωτώμενος προτείνει ως πρωταρχική μέθοδο αντισύλληψης το Α.Χ. ή όχι. Εκτελείται λοιπόν ο έλεγχος συσχέτισης και όπως φαίνεται στον **Πίνακα 6.7** είκοσι (20) Ιατροί που προτείνουν το χάπι ως πρωταρχική μέθοδο αντισύλληψης θεωρούν ότι οι επιπτώσεις ανεπιθύμητων ενεργειών στη σχέση τους με την ασθενή δεν θα είναι αρνητικές. Μόνο ένας θεωρεί ότι θα έχει αρνητική επίπτωση. Ο **Πίνακας 6.8** παρουσιάζει το συντελεστή συσχέτισης Phi ο οποίος έχει την τιμή 0,340. Αυτό σημαίνει ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών που μελετώνται είναι ασθενώς θετική. Από τη στήλη του Approx. Sig. του **Πίνακα 6.8** προκύπτει ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική καθώς $p < 0,05$.

Εύρος Συντελεστή Συσχέτισης	Τύπος Σχέσης μεταξύ των Μεταβλητών
Από -1,0 έως -0,7	Ισχυρή αρνητική σχέση
Από -0,7 έως -0,3	Ασθενής αρνητική σχέση
Από -0,3 έως 0,3	Ελάχιστη ή καμία σχέση
Από 0,3 έως 0,7	Ασθενής θετική σχέση
Από 0,7 έως +1	Ισχυρή θετική σχέση

Πίνακας 6.6: Εύρος Συντελεστή Συσχέτισης και Τύπος Σχέσης μεταξύ των μεταβλητών



			Pill_NoPill		Total
			Pill	No_Pill	
Pill_Side_effects_doc	Positive	Count	20	36	56
		% of Total	24,4%	43,9%	68,3%
	Negative	Count	1	25	26
		% of Total	1,2%	30,5%	31,7%
Total	Count	21	61	82	
	% of Total	25,6%	74,4%	100,0%	

Πίνακας 6.7: Κατηγοριοποιημένη παρουσίαση των δύο μεταβλητών

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,340	,002
	Cramer's V	,340	,002
N of Valid Cases		82	

Πίνακας 6.8: Συντελεστής Συσχέτισης Phi

6.3.3. Ανάλυση Διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-Way ANOVA)

Η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης στοχεύει στην εκτίμηση της πιθανότητας οι διαφορές στους μέσους να είναι στατιστικά σημαντικές χρησιμοποιώντας το **F-test**. Εξετάζει διαφορές μεταξύ τριών ή και περισσότερων ομάδων μια κατηγοριοποιημένης ανεξάρτητης μεταβλητής σε μία scale εξαρτημένη μεταβλητή. Εάν οι ομάδες είναι διαφορετικές, τότε συμπεραίνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή έχει επίδραση στην εξαρτημένη. Η συνολική διακύμανση στην εξαρτημένη μεταβλητή αποτελείται από δύο μέρη: το μέρος που οφείλεται στην ανεξάρτητη μεταβλητή και το μέρος που οφείλεται σε άλλους τυχαίους παράγοντες (στατιστικό λάθος ή κατάλοιπο). Αν η διακύμανση μεταξύ των κατηγοριών της ανεξάρτητης μεταβλητής είναι αρκετά μεγαλύτερη από τη διακύμανση μέσα στις κατηγοριακές ομάδες της, τότε η τιμή του δείκτη F θα είναι μεγαλύτερη. Υψηλή τιμή του δείκτη F σημαίνει ότι οι διαφορές μεταξύ των μέσων έχουν μικρή πιθανότητα να οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης θα χρησιμοποιηθεί για να εντοπιστούν αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις τέσσερις ηλικιακές ομάδες των ερωτώμενων (30-40, 41-50, 51-60, 61+) που είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή, ως προς τη συχνότητα με την οποία προτείνουν τη συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης, αφού έχει ολοκληρωθεί το



διάστημα λήψης του για θεραπευτικούς σκοπούς (εξαρτημένη μεταβλητή). Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι εξής:

- H_0 : Μέσος ηλικιακής ομάδας 30-40= Μέσος ηλικιακής ομάδας 41-50=Μέσος ηλικιακής ομάδας 51-60= Μέσος ηλικιακής ομάδας >60
- H_1 : Οι μέσοι των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων διαφέρουν

Έγινε η εκτέλεση του τεστ και στον **Πίνακα 6.9** παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των δύο μεταβλητών στην οποία παρατηρούμε μια ελαφρώς αυξημένη τιμή στην ηλικιακή ομάδα 51-60. Η παρατήρηση αυτή όμως δεν είναι αρκετή ώστε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων είναι σημαντική. Η διαφορά των μέσων θα μπορούσε να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες και όχι στη διαφορά ηλικίας. Για το λόγο αυτό γίνεται μελέτη των **Πινάκων 6.10, 6.11 και 6.12**. Στον **Πίνακα 6.10** είναι το Levene's test το οποίο ελέγχει την υπόθεση ότι η διακύμανση είναι ίδια μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων. Levene Statistic =1,868 ($p > 0,05$) και αφού το Levene's test δεν είναι στατιστικά σημαντικό, **η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται**. Στον **Πίνακα 6.11** τελευταία στήλη είναι η πιθανότητα (p) του F-test. Φαίνεται ότι $p > 0,05$ άρα το p δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Συνεπώς δεν γίνεται αποδεκτό ότι η ηλικία επηρεάζει την πρόταση για συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού. Ως μία ακόμα επιβεβαίωση ότι τελικά η ηλικία δεν επηρεάζει σημαντικά την απόφαση για συνέχιση λήψης του Α.Χ., στον **Πίνακα 6.12** εξετάζονται οι επιμέρους διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Με τα κριτήρια πολλαπλών συγκρίσεων **Post-Hoc** και το **Tukey test** διαπιστώνεται και πάλι ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. **Επιβεβαιώνεται λοιπόν η H_0 υπόθεση**, σύμφωνα με την οποία οι μέσοι των ηλικιακών ομάδων δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τη μεταβλητή για τη συνέχιση του Χαπιού.

Pill_proposal_continue		Descriptives							
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
30-40	13	2,5385	,87706	,24325	2,0085	3,0685	1,00	4,00	
41-50	31	2,9677	1,22431	,21989	2,5187	3,4168	1,00	5,00	
51-60	27	3,2593	1,28879	,24803	2,7494	3,7691	1,00	5,00	
>60	11	2,7273	1,55505	,46887	1,6826	3,7720	1,00	5,00	
Total	82	2,9634	1,25162	,13822	2,6884	3,2384	1,00	5,00	

Πίνακας 6.9: Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών ηλικιακής ομάδας και συνέχισης Α.Χ



Test of Homogeneity of Variances

Pill_proposal_continue

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,868	3	78	,142

Πίνακας 6.10: Levene's test

ANOVA

Pill_proposal_continue

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5,325	3	1,775	1,139	,339
Within Groups	121,566	78	1,559		
Total	126,890	81			

Πίνακας 6.11: Ανάλυση Διακύμανσης

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Pill_proposal_continue

Tukey HSD

(I) Age	(J) Age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
30-40	41-50	-,42928	,41251	,726	-1,5122	,6537
	51-60	-,72080	,42144	,325	-1,8272	,3856
	>60	-,18881	,51144	,983	-1,5315	1,1539
41-50	30-40	,42928	,41251	,726	-,6537	1,5122
	51-60	-,29152	,32863	,812	-1,1543	,5712
	>60	,24047	,43813	,947	-,9098	1,3907
51-60	30-40	,72080	,42144	,325	-,3856	1,8272
	41-50	,29152	,32863	,812	-,5712	1,1543
	>60	,53199	,44655	,634	-,6403	1,7043
>60	30-40	,18881	,51144	,983	-1,1539	1,5315
	41-50	-,24047	,43813	,947	-1,3907	,9098
	51-60	-,53199	,44655	,634	-1,7043	,6403

Πίνακας 6.12: Πολλαπλές συγκρίσεις Post Hoc

6.3.4. Ανάλυση Correspondence

Η ανάλυση Correspondence παρουσιάζει γραφικά τη σχέση μεταξύ των κατηγοριών δύο μεταβλητών στο χώρο. Η μέθοδος είναι περιγραφική και χρησιμοποιείται ευρύτατα στην έρευνα αγοράς για να παρουσιαστούν γραφικά στο χώρο διάφορες τάσεις της αγοράς. Οι μεταβλητές της ανάλυσης πρέπει να είναι ordinal ή nominal. Είναι μη παραμετρική ανάλυση, άρα δεν απαιτείται η υπόθεση για την κανονική κατανομή του δείγματος. Θα παρουσιαστούν οι σχέσεις της ηλικίας των ερωτώμενων με τη



μέθοδο αντισύλληψης που προτείνουν, του φύλου των ερωτώμενων με τη μέθοδο αντισύλληψης και τέλος του Πανεπιστημίου φοίτησης (Ελλάδα ή εξωτερικό) με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Στον **Πίνακα 6.13** παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι διασταυρώσεις των μεταβλητών ηλικιακή ομάδα και προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης. Στη συνέχεια στον **Πίνακα 6.14** εμφανίζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης correspondence. Το χ^2 (Chi Square) είναι 11,406 ($p > 0,05$) και συμπεραίνεται ότι η ηλικιακή ομάδα δεν σχετίζεται με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Η σημαντικότητα του χ^2 δείχνει απλώς ότι η inertia δεν είναι τόσο μικρή ώστε οι συσχετίσεις των διαστάσεων με τις τιμές των μεταβλητών να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από το μηδέν. Στη στήλη proportion of Inertia Accounted for, για μια διάσταση υπολογίζεται το πηλίκο της eigenvalue που αντιστοιχεί στη διάσταση αυτή προς τη συνολική inertia. Η πρώτη εξηγεί το 90,5% της διακύμανσης που εξηγείται από τις διαστάσεις. Τέλος στο **Σχήμα 6.16** εμφανίζεται ο αντιληπτικός χάρτης της ανάλυσης.

Correspondence Table

Contraception_method_recommendation	Age				Active Margin
	30-40	41-50	51-60	>60	
The Pill	7	5	8	1	21
Condom	5	18	16	6	45
Other	1	8	3	4	16
Active Margin	13	31	27	11	82

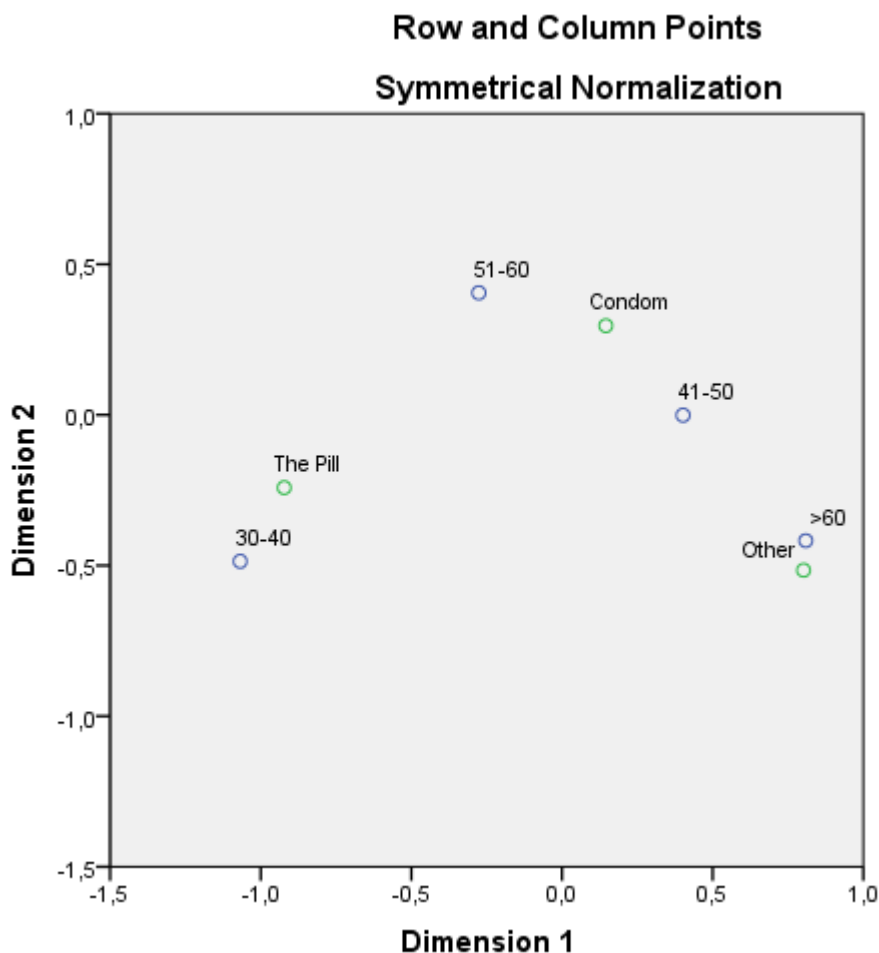
Πίνακας 6.13: Συγκεντρωτικές διασταυρώσεις ηλικιακής ομάδας και μεθόδου αντισύλληψης

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,355	,126			,905	,905	,102	,262
2	,115	,013			,095	1,000	,104	
Total		,139	11,406	,077 ^a	1,000	1,000		

a. 6 degrees of freedom

Πίνακας 6.14: Αποτελέσματα ανάλυσης Correspondence μεταξύ ηλικιακής ομάδας και προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης



Σχήμα 6.16: Αντιληπτικός χάρτης ανάλυσης Correspondence

Στη συνέχεια γίνεται correspondence analysis για τη μεταβλητή που περιέχει το φύλλο και τη μεταβλητή με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Καθώς η μεταβλητή που περιέχει το φύλλο λαμβάνει μόνο δύο τιμές η διάσταση της ανάλυσης περιορίζεται στο 1 και έτσι δεν υπάρχει αντιληπτικός χάρτης ανάλυσης. Στον **Πίνακα 6.15** δίνονται συγκεντρωτικά οι διασταυρώσεις των μεταβλητών φύλλο και προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης. Στον **Πίνακα 6.16** εμφανίζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης correspondence. Το χ^2 (Chi Square) είναι 1,387 ($p > 0,05$) και συμπεραίνεται το φύλλο δεν σχετίζεται με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης.

Correspondence Table

Contraception_method_recommendation	Gender		Active Margin
	male	female	
The Pill	10	11	21
Condom	28	17	45
Other	10	6	16
Active Margin	48	34	82

Πίνακας 6.15: Συγκεντρωτικές διασταυρώσεις φύλλο και μεθόδου αντισύλληψης



Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation
1	,130	,017			1,000	1,000	,111
Total		,017	1,387	,500 ^a	1,000	1,000	

a. 2 degrees of freedom

Πίνακας 6.16: Αποτελέσματα ανάλυσης Correspondence μεταξύ φύλου και προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης

Τέλος, γίνεται correspondence analysis για τη μεταβλητή που περιέχει τον τόπο φοίτησης (Ελλάδα ή εξωτερικό) και τη μεταβλητή με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Και σε αυτή την περίπτωση, η μεταβλητή που περιέχει τον τόπο φοίτησης λαμβάνει μόνο δύο τιμές. Η διάσταση της ανάλυσης περιορίζεται στο 1 και δεν υπάρχει αντιληπτικός χάρτης ανάλυσης. Στον **Πίνακα 6.17** δίνονται συγκεντρωτικά οι διασταυρώσεις των μεταβλητών τόπος φοίτησης και προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης. Στον **Πίνακα 6.18** εμφανίζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης correspondence. Σε αυτή την περίπτωση διαπιστώνεται ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο φοίτησης και την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης. Παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι με σπουδές στο εξωτερικό να έχουν την τάση να προτείνουν το Αντισυλληπτικό Χάπι σε μεγαλύτερο βαθμό από τους ερωτώμενους με σπουδές στην Ελλάδα.

Correspondence Table

Contraception_method_recommendation	Med_school		
	Greece	abroad	Active Margin
The Pill	14	7	21
Condom	41	4	45
Other	13	3	16
Active Margin	68	14	82

Πίνακας 6.17: Συγκεντρωτικές διασταυρώσεις τόπου φοίτησης και μεθόδου αντισύλληψης



Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation
1	,272	,074			1,000	1,000	,115
Total		,074	6,082	,048 ^a	1,000	1,000	

a. 2 degrees of freedom

Πίνακας 6.18: Αποτελέσματα ανάλυσης Correspondence μεταξύ τύπου φοίτησης και προτεινόμενης μεθόδου αντισύλληψης

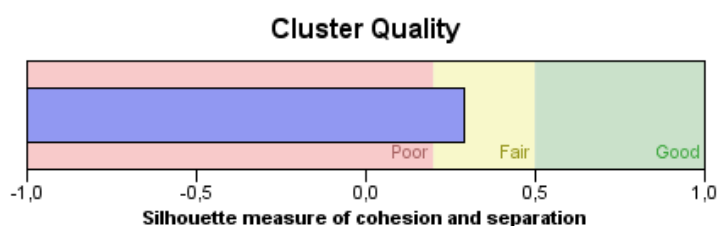
6.3.5. Ανάλυση ομάδων (Cluster Analysis)

Η ανάλυση ομάδων (cluster analysis) κατατάσσει τις παρατηρήσεις μιας έρευνας αγοράς σε δύο ή περισσότερες άγνωστες ομάδες και βασίζεται σε συνδυασμούς μεταβλητών. Ο σκοπός της ανάλυσης ομάδων είναι η ανακάλυψη ενός συστήματος διαχωρισμού των παρατηρήσεων σε ομάδες, των οποίων τα μέλη έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Οι μεταβλητές που θα συνδυαστούν στη συγκεκριμένη ανάλυση ομάδων είναι το φύλο, η ηλικία, ο τύπος φοίτησης και η πρωταρχική προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης. Οι ομάδες (clusters) που θα δημιουργηθούν θα αξιολογηθούν πάνω στη μεταβλητή συχνότητας συνέχισης χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης αφού ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός του κύκλος. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για την ανάλυση ομάδων ονομάζεται TwoStep Cluster Analysis. Εφαρμόζοντάς την, δημιουργούνται 4 ομάδες που όπως φαίνεται και στο **Σχήμα 6.17** έχουν μέτρια ποιότητα. Στην περίληψη του μοντέλου αναφέρεται το είδος της ανάλυσης ομάδων (TwoStep), ο αριθμός των μεταβλητών (4) και οι επίσης τέσσερις ομάδες που προέκυψαν. Η μικρότερη ομάδα έχει 18 μέλη και η μεγαλύτερη 22, με τις υπόλοιπες δύο να έχουν από 21 το οποίο φαίνεται στο **Σχήμα 6.18**. Τα χαρακτηριστικά των ομάδων φαίνονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 6.19**. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρώτη ομάδα (Cluster 1) η οποία αποτελείται κατά 44,4% από άτομα ηλικίας 41-50, έχουν φοιτήσει κατά 72,2% στο εξωτερικό και η κύρια αντισυλληπτική μέθοδος που προτείνουν είναι το Αντισυλληπτικό Χάπι. Επίσης, στην αξιολόγηση στη μεταβλητή Pill_proposal_continue εμφανίζει τον μεγαλύτερο μέσο (3,78 σε σχέση με 2,76, 2,86 και 2,57). Μπορεί λοιπόν να διαπιστωθεί ότι η ομάδα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (ηλικίας, φύλου, περιοχής φοίτησης) είναι αυτή που προτείνει σε μεγαλύτερο βαθμό το Αντισυλληπτικό Χάπι ως μέθοδο αντισύλληψης.

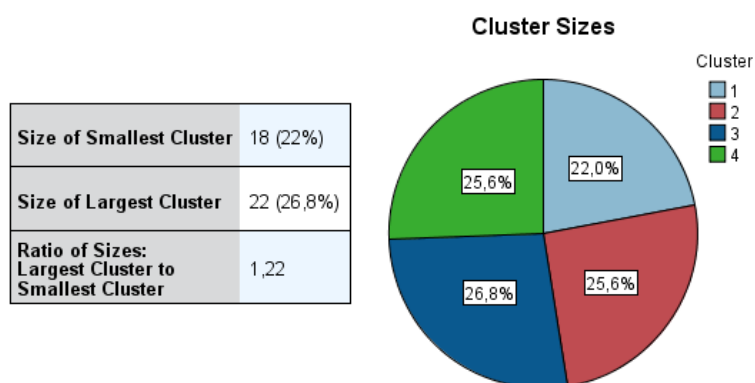


Model Summary

Algorithm	TwoStep
Inputs	4
Clusters	4



Σχήμα 6.17: Περίληψη μοντέλου ανάλυσης ομάδων



Σχήμα 6.18: Μέγεθος ομάδων

Cluster	1	2	3	4
Label				
	Contraception_ method_ recommendation Importance =0,31 Most frequent Category: The Pill (66.7%)	Contraception_ method_ recommendation Importance =0,31 Most frequent Category: Condom (57.1%)	Contraception_ method_ recommendation Importance =0,31 Most frequent Category: Condom (59.1%)	Contraception_ method_ recommendation Importance =0,31 Most frequent Category: Condom (61.0%)
Size	22,0% (18)	25,6% (21)	26,8% (22)	25,6% (21)
Inputs				
	Age 41-50 (44,4%)	Age >60 (52,4%)	Age 41-50 (59,1%)	Age 51-60 (52,4%)
	Med_school abroad (72,2%)	Med_school Greece (95,2%)	Med_school Greece (100,0%)	Med_school Greece (100,0%)
	Gender male (77,8%)	Gender male (61,9%)	Gender female (100,0%)	Gender male (100,0%)
	Contraception_ method_ recommendation	Contraception_ method_ recommendation	Contraception_ method_ recommendation	Contraception_ method_ recommendation
Evaluation Fields	Pill_proposal_ continue Mean: 3,78	Pill_proposal_ continue Mean: 2,76	Pill_proposal_ continue Mean: 2,86	Pill_proposal_ continue Mean: 2,57

Πίνακας 6.19: Χαρακτηριστικά ομάδων (Clusters)



*Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου των Ιατρών στην Προώθηση του
Αντισυλληπτικού Χαπιού στην Ελλάδα
Στατιστική Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου*



7. Συμπεράσματα έρευνας-Προτάσεις

7.1. Συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης

Η έρευνα Μάρκετινγκ που διεξάγεται στην παρούσα Διπλωματική εργασία έχει ως πρωταρχικό στόχο την εύρεση των αιτιών λόγω των οποίων το Αντισυλληπτικό Χάπι έχει πολύ χαμηλό ποσοστό αποδοχής στην ελληνική κοινωνία. Έχουν μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό οι αιτίες που αφορούν τους καταναλωτές αλλά και τις δυνάμεις (γονείς, σύντροφος, φίλοι κτλ) που επηρεάζουν την απόφασή τους για τη λήψη ή όχι του Χαπιού ως μέθοδο αντισύλληψης. Γι αυτό το λόγο δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στο ρόλο των επαγγελματιών υγείας καθώς αποτελούν πολύ σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα της αντισύλληψης και της ενημέρωσης του κοινού. Το σημαντικότερο όχημα για να διερευνηθεί ο ρόλος τους είναι το ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε, δημιουργήθηκε και μοιράστηκε σε ιατρούς γυναικολόγους-μαιευτήρες. Ακολούθησε καταγραφή και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που οδήγησαν στα αποτελέσματα του **Κεφαλαίου 6.2** και **6.3**. Συγκεντρώνοντάς τα, συμπεράνουμε τα εξής:

- Το αντισυλληπτικό χάπι είναι ένα προϊόν το οποίο έφερε επανάσταση και άλλαξε την κοινωνία για πάντα. Είναι από τα αποτελεσματικότερα φαρμακευτικά σκευάσματα. Παρ' όλα αυτά για να προσφέρει στον χρήστη τη μέγιστη ωφέλεια πρέπει να λαμβάνεται ακολουθώντας με προσοχή τις οδηγίες χρήσης και μόνον όταν το άτομο που το λαμβάνει πληροί τις προϋποθέσεις υγείας που έχουν οριστεί. Αυτό λοιπόν απαιτεί ένα σεβαστό χρονικό διάστημα ώστε να περιγραφεί και να αναλυθεί στην υποψήφια λήπτρια. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με διάφορες λανθασμένες αντιλήψεις που κυκλοφορούν στην ελληνική κοινωνία αυξάνει ακόμα περισσότερο το χρόνο που πρέπει να αφιερωθεί ώστε να περιγραφούν τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματά του καθώς και η διαδικασία λήψης του. Αυτό επιβεβαιώθηκε και στατιστικά: η ιδανική μέση διάρκεια που δήλωσαν οι ιατροί που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ότι χρειάζεται να το αναλύσουν στον ασθενή φτάνει τα 7,54 λεπτά και είναι το 31,1% της διάρκειας μιας μέσης επίσκεψης στο Ιατρείο (Μέσος χρόνος επίσκεψης 24,232 λεπτά). Επίσης επιβεβαιώθηκε και από το t-test που διεξήχθη και κατέληξε στο ότι η μέση ιδανική διάρκεια επηρεάζει την πρωταρχική προτεινόμενη αντισυλληπτική μέθοδο από τον Ιατρό.
- Το Αντισυλληπτικό Χάπι, όπως όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα, μπορεί να προκαλέσει κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (66%) θεωρεί ότι δεν επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού τη σχέση του με την ασθενή ή την επηρεάζει θετικά (αυξάνοντας τον αριθμό επισκέψεων στο ιατρείο). Το ποσοστό όμως που θεωρεί ότι την επηρεάζει αρνητικά (34%) συνταγογραφεί λιγότερο συχνά το αντισυλληπτικό χάπι. Αυτό επιβεβαιώθηκε και με την ανάλυση συσχέτισης (correlation analysis)



που διεξήχθη στο **Κεφάλαιο 6.3.2** και έδειξε με το συντελεστή Phi ότι υπάρχει συσχέτιση (ασθενής συσχέτιση $\Phi=0,340$).

- Κάνοντας **ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-Way ANOVA)** δεν **παρατηρήθηκε κάποια διαφοροποίηση ως προς την ηλικιακή ομάδα**. Συνεπώς δεν γίνεται αποδεκτό ότι η ηλικία επηρεάζει την πρόταση για συνέχιση λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού όταν ολοκληρωθεί η λήψη του για θεραπευτικούς σκοπούς. Ως μία ακόμα επιβεβαίωση ότι τελικά η ηλικία δεν επηρεάζει σημαντικά την απόφαση για συνέχιση λήψης του Α.Χ., στον **Πίνακα 6.12** εξετάζονται οι επιμέρους διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Με τα κριτήρια πολλαπλών συγκρίσεων **Post-Hoc** και το **Tukey test** διαπιστώνεται και πάλι ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. **Επιβεβαιώνεται λοιπόν η H_0 υπόθεση**, σύμφωνα με την οποία οι μέσοι των ηλικιακών ομάδων δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τη μεταβλητή για τη συνέχιση του Χαπιού. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση correspondence από την οποία συμπεραίνεται ότι η ηλικιακή ομάδα δεν σχετίζεται με την προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης.
- **Δεν υπάρχει συσχέτιση** ανάμεσα στο φύλο και την **προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης** διαπιστωθέν με correspondence analysis.
- Διαπιστώνεται ότι **υπάρχει συσχέτιση** ανάμεσα στον **τόπο φοίτησης** και την **προτεινόμενη μέθοδο αντισύλληψης**. Παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι με σπουδές στο εξωτερικό έχουν την τάση να προτείνουν το Αντισυλληπτικό Χάπι σε μεγαλύτερο βαθμό από τους ερωτώμενους με σπουδές στην Ελλάδα κάτι που διαπιστώθηκε με correspondence analysis.
- Παρατηρείται επίσης ότι από τα σημαντικότερα κριτήρια στην επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου που θα προτείνει ένας ιατρός είναι η προστασία από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΣ). Το 52% έχει ως βασικό κριτήριο επιλογής προτεινόμενης αντισυλληπτικής μεθόδου την προστασία από ΣΜΣ. Το Αντισυλληπτικό Χάπι δεν παρέχει τέτοιου είδους προστασία. Κατά συνέπεια «χάνει» από ένα προϊόν το οποίο θα έπρεπε να ήταν συμπληρωματικό του αλλά καταλήγει να το υποκαθιστά: το ανδρικό προφυλακτικό.
- Δημιουργείται μια **ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά** (αν και με απλά αποδεκτή συνοχή) η οποία προτείνει τη συνέχιση χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού ως μέσω αντισύλληψης έχοντας τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:
 - Ηλικία 41-50
 - Σχολή φοίτησης στο εξωτερικό
 - Φύλο: Άνδρας
 - Πιο συχνά προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης: Το Αντισυλληπτικό Χάπι



Αφού έγινε η στατιστική ανάλυση και βγήκαν τα συμπεράσματα που μόλις αναφέρθηκαν, για να μπορέσει η έρευνα να θεωρηθεί επιτυχής πρέπει να απαντήσει στα ερωτήματα που αρχικά έθεσε:

- Προωθεί ο Ιατρός την αντισύλληψη με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών;
 - Αν ναι, γιατί την προωθεί;
 - Αν όχι, γιατί δεν την προωθεί; Ποια είναι τα εμπόδια που αποτρέπουν την προώθησή της;
- Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν στο προϊόν ώστε να το κάνουν ελκυστικότερο και να οδηγήσουν στην πιο ένθερμη προώθησή του από τους Ιατρούς;

Για το αν προωθεί ο ιατρικός κλάδος την αντισύλληψη με τη χρήση αντισυλληπτικού χαπιού δεν μπορεί να δοθεί μονολεκτική απάντηση. Το 74% προτείνει άλλη αντισυλληπτική μέθοδο. Το 66% όταν του εκφραστούν ενδοιασμοί για το αντισυλληπτικό χάπι προτείνει άλλη μέθοδο ενώ μόνο ένα 34% ενημερώνει περαιτέρω για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Επιπλέον το 36% απάντησε ότι προτείνει «Πάντα» ή «Συχνά» τη συνέχιση λήψης του Α.Χ. όταν λήγει η περίοδος λήψης του για θεραπευτικούς σκοπούς. Επιπλέον, μόνο ένα 39% λαμβάνει αυτό την πρωτοβουλία για ενημέρωση του κοινού για την αντισύλληψη.

Κατά συνέπεια υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας που δεν προωθεί το αντισυλληπτικό χάπι. Οι αιτίες βρίσκονται:

- Στην πολυπλοκότητά του ως προϊόν
- Στον φόβο ότι αν εμφανιστούν τυχούσες ανεπιθύμητες ενέργειες, θα επηρεάσουν αρνητικά τη σχέση τους με τους ασθενείς
- Στην αδυναμία του να προσφέρει προστασία από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.

Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό Ιατρών το οποίο βλέπει περισσότερα θετικά στο Α.Χ και το προωθεί. Θεωρεί την αποτελεσματικότητά ιδανική και το προτείνει στους ασθενείς. **Αλλαγές που θα μπορούσαν να γίνουν στο προϊόν ώστε να καταστεί ελκυστικότερο** προς τους επαγγελματίες υγείας θα ήταν μέσω της έρευνα να εξελιχθεί ακόμα περισσότερο το αντισυλληπτικό χάπι και να εξαλειφθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες που ενίοτε προκαλεί η λήψη του. Επίσης, ένα σημαντικό εμπόδιο θα αιρόταν αν **υπήρχε ενεργή ενσωμάτωση της Σεξουαλικής Αγωγής στο σχολείο** ώστε όταν έρθει η στιγμή για την επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης η γυναίκα να έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να επιλέξει την κατάλληλη και πιο αποτελεσματική μέθοδο καθώς επίσης και να καταρριφθούν οι μύθοι που υπάρχουν γύρω από το Χάπι και ενίοτε κυριαρχούν στην ελληνική κοινωνία.



7.2. Προτάσεις για το μέλλον

- Περεταίρω έρευνα θα μπορούσε να γίνει με το να μελετηθεί σε βάθος ο ρόλος των Φαρμακοποιών οι οποίοι είναι ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα της αντισύλληψης και ο ρόλος τους γίνεται όλο και πιο ενεργός. Επίσης, γίνεται πλέον όλο και πιο συχνό το φαινόμενο σκευάσματα που απαιτούν συνταγή γιατρού (όπως το αντισυλληπτικό χάπι) να δίνονται χωρίς τον έλεγχο αυτής. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο μέλλον στην αλλαγή του νόμου και τη διάθεση του αντισυλληπτικού χαπιού δίχως συνταγή. Τότε οι φαρμακοποιοί θα είναι ο κύριος παράγοντας στον τομέα (raising star). Επιπλέον, αυτή τη στιγμή η ελληνίδα καταναλώτρια ενημερώνεται για τις μεθόδους αντισύλληψης σε ποσοστό 44% από τους φαρμακοποιούς (το υψηλότερο ποσοστό από όλες τις χώρες της Ευρώπης όπου εκεί το ποσοστό είναι στο 9%) κάτι που ενισχύει ακόμα περισσότερο ρόλο τους στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου.
- Την περίοδο που μια γυναίκα λαμβάνει το αντισυλληπτικό Χάπι σε ποσοστό σχεδόν 40% εμφανίζεται αύξηση των επισκέψεών της στο Ιατρείο. Αυτό είναι ένα γεγονός που θα πρέπει να επικοινωνηθεί στους Ιατρούς ώστε να γνωρίζουν ότι το Αντισυλληπτικό Χάπι παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης και προόδου του Ιατρείου του με ταυτόχρονα οφέλη για τη γυναίκα που το επισκέπτεται καθώς θα κάνει χρήση μιας πολύ αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης.
- Αν και το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής έχει μπει στα σχολεία, δεν διδάσκεται με τη δέουσα προσοχή και σε πολλές περιπτώσεις δε διδάσκεται καθόλου. Θα πρέπει οι ενδιαφερόμενοι φορείς να πιέσουν προς την κατεύθυνση της σοβαρότερης και πληρέστερης διδασκαλίας του ώστε οι πολίτες να είναι ενημερωμένοι πάνω σε θέματα αντισύλληψης, να καταρρίπτονται μύθοι που υπάρχουν για διάφορες μεθόδους αντισύλληψης και να γνωρίζουν όλες τις πλευρές των διαθέσιμων επιλογών ώστε να κάνουν τον βέλτιστο οικογενειακό προγραμματισμό και να έχουν μια υγιή σεξουαλική ζωή.
- Ένα ακόμα βήμα για την ενημέρωση των πολιτών και τη σωστή καθοδήγησή τους είναι η ενεργοποίηση των θεσμοθετημένων κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού καθώς επίσης και προτροπή των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια του κοινωνικού τους ρόλου να αποτελέσουν πιο ενεργό παράγοντα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού πάνω σε θέματα αντισύλληψης.
- Γίνεται προσπάθεια οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων συνεχώς να μειώνονται. Κατά συνέπεια ακούγεται ουτοπικό να ζητηθεί η ένταξη του αντισυλληπτικού χαπιού στην κατηγορία φαρμάκων που καλύπτονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Θα πρέπει να διερευνηθεί αν τελικά οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες που καταλήγουν σε αμβλώσεις, μαζί με τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες που δεν καταλήγουν σε αμβλώσεις αλλά οδηγούν σε ανατροφή παιδιών σε μη κατάλληλο περιβάλλον, έχουν τελικά μεγαλύτερο κοινωνικό αλλά και οικονομικό κόστος και επιβαρύνουν περισσότερο τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης μακροπρόθεσμα σε σχέση με τη βραχυπρόθεσμη



αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης για τα αντισυλληπτικά σκευάσματα. Θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και οι τυχούσες ψυχολογικές αλλά και σωματικές επιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας μιας άμβλωσης, αν αυτή οδηγήσει σε χρόνια προβλήματα υγείας όπως κατάθλιψη, στειρότητα κτλ. Θα πρέπει να εξεταστεί λοιπόν, το πώς θα επηρέαζε τις πωλήσεις του Χαπιού και την αποδοχή του από την ελληνική κοινωνία. Μία ακόμα παράμετρος είναι οι ωφέλειες που θα εμφανιζόταν στο κοινωνικό σύνολο από την ύπαρξη καλύτερου οικογενειακού προγραμματισμού και ίσως τελικά κατέληγαν και σε ελάφρυνση του συστήματος υγείας λόγω μειωμένων εξόδων για νοσηλεία εξαιτίας αμβλώσεων ή άλλων επιπτώσεων στη ψυχική και σωματική υγεία που ο κακός οικογενειακός προγραμματισμός επιφέρει. Αν αυτές οι έρευνες αποδείκνυαν ότι τελικά υπάρχει μακροπρόθεσμα μείωση της δαπάνης υγείας και βελτίωση του **προφίλ υγείας** των Ελλήνων πολιτών, τότε οι εμπλεκόμενοι φορείς θα πρέπει να πιέσουν προς την κατεύθυνση της κάλυψης του αντισυλληπτικού χαπιού από τα ασφαλιστικά ταμεία.



*Διεξαγωγή Έρευνας Αγοράς για τη Διερεύνηση του Ρόλου των Ιατρών στην Προώθηση του
Αντισυλληπτικού Χαπιού στην Ελλάδα
Συμπεράσματα έρευνας-Προτάσεις*



Βιβλιογραφία

- P. Kotler, K. Keller, Marketing Management, 12^η Αμερικάνικη Έκδοση, εκδόσεις Κλειδάριθμος
- J.F. Hair Jr, R.P. Bush, D.J. Ortinau, Marketing Research – Within a Changing Information Environment, 2nd Edition, Mc Graw-Hill Irwin
- R.L.Sandhusen, Μάρκετινγκ, 2^η Αμερικάνικη Έκδοση, εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Ν. Α. Παναγιώτου, Σημειώσεις Marketing, Σημειώσεις ΕΜΠ, Αθήνα 2007
- Γ. Ι. Σιώμοκος, Α. Ι. Βασιλακοπούλου, Εφαρμογή Μεθόδων Ανάλυσης στην έρευνα αγοράς, εκδόσεις Αθ. Σταμούλης
- Γ. Ι. Σιώμοκος, Στρατηγικό Μάρκετινγκ, εκδόσεις Αθ. Σταμούλης
- Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Δεκέμβριος 2012
- Θ. Αθανασιάδης, Γ. Μανιάτης, Φ. Ντεμούσης, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE, Φεβρουάριος 2013
- Ν. Τσάντας, Χ. Μουσιιάδης, Ν. Μπαγιάτης, Θ. Χατζηπαντελής, Ανάλυση Δεδομένων με τη Βοήθεια Στατιστικών Πακέτων, Εκδόσεις Ζήτη
- Ετήσια έκθεση 2011 με θέμα «Η Κατάσταση και οι προοπτικές των ΜΜΕ στην Ελλάδα», Πέμπτο Παραδοτέο: Γ Ενότητα της έκθεσης Κλαδική και Δικτυακή Διάσταση των ΜΜΕ Μεταποίηση, Κλαδική Ανάλυση Φαρμακευτικές Εταιρείες, Έκδοση 2^η, ICAP.
- Ν. Μαρμαράς, Εισαγωγή στην Εργονομία, Σημειώσεις ΕΜΠ, Αθήνα 2002
- Γ. Μπεργελές, Μηχανολογία – Η Επιστήμη της Καινοτομίας για τον Άνθρωπο, Σημειώσεις ΕΜΠ, Αθήνα 2003
- Σ.Ε. Σιμόπουλος, Μετρήσεις Τεχνικών Μεγεθών, Β' Έκδοση, Σημειώσεις ΕΜΠ, Αθήνα 1989
- Δ. Νικολαΐδου, 50 Ημέρες που άλλαξαν τον κόσμο, εκδόσεις Αρχέτυπο
- K.D Chadwick, R. T. Burkman, B. M. Tornesi, B. Mahadevan, 2011, Fifty Years of “the Pill”: Risk Reduction and Discovery of Benefits Beyond Contraception, Reflections, and Forecast
- Ιστότοποι:
 - www.your-life.gr
 - www.bayer.com
 - http://www.aktinotherapeia.com/data_info.php?data_id=21&tomicat1=40426&tomicat2=77795&tomicat3=0&tomicat4=0&tomicat5=0&tomicat6=0&tomicat7=0
 - <http://www.pfy.gr/forum/index.php?topic=2685.0;wap2>
 - <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php?>



- <http://evakitsiou.blogspot.gr/2010/12/blog-post.html>
- <http://www.statistics.gr>
- <http://www.he-lp-greece.eu/el/your-health/family-planning>
- <http://www.navridis.gr/article.php?aid=21>
- <http://www.eefam.gr/fek>
- <http://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/16646>
- <http://www.kathimerini.gr/449658/article/epikairothta/ellada/h-se3oyalikh-agwgh-paramenei-ews-twra-tampoy>
- http://content.time.com/time/video/player/0,32068,79545976001_1983742,00.html
- <http://health.usnews.com/health-news/womens-health/articles/2010/05/07/birth-control-pill-turns-50-7-ways-it-changed-lives>
- <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1983892,00.html>
- <http://www.eof.gr>
- <http://www.sfec.gr/>
- <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/oct/30/carl-djerassi-inventor-of-contraceptive-pill>