

Almir Peštek, dr. sc.<sup>1</sup>

Maja Arslanagić-Kalajdžić, dr. sc.<sup>2</sup>

Adisa Džudža, magistra farmacije, mag.<sup>3</sup>

**IZAZOVI FARMACEUTSKE PRAKSE U PROMICANJU  
ZDRAVLJA: ULOGA ZAPOSLENIH U LJEKARNAMA  
KAO OSOBLJA PRVE LINIJE**

**CHALLENGES OF PHARMACEUTICAL PRACTICE IN  
HEALTH PROMOTION: ROLE OF EMPLOYEES  
IN PHARMACIES AS FRONT LINE EMPLOYEES**

---

**SAŽETAK:** Aktivnosti promicanja zdravlja i prevencije bolesti čine značajan dio suvremene farmaceutske prakse, a kardiovaskularne bolesti vodeći su uzročnik smrtnosti u svijetu. Namjera ove studije stoga je bila ispitati aktivnosti i stavove farmaceuta vezane uz prevenciju kardiovaskularnih bolesti u Bosni i Hercegovini. Tema ove studije specifična je jer povezuje i kombinira područje djelatnosti farmacije s marketingom i menadžmentom. Istraživanje provedeno tijekom 2014. godine na uzorku od 100 farmaceuta potvrdilo je dvije od tri postavljene hipoteze. Rezultati istraživanja potvrđuju značaj edukacijske uloge farmaceuta i potrebu za preventivskom zaštitom zdravlja. Kako bi uspješno odgovorili na zadatke koje posao u ljekarni danas postavlja pred njih, magistri farmacije, uz osnovna znanja koja stječu tijekom studija, moraju biti educirani i s gledišta komunikacijskih vještina, ali i drugih područja rada vezanih uz marketing i menadžment.

**KLJUČNE RIJEČI:** prevencija, uloga zaposlenih, kvaliteta usluga, promocija zdravlja, farmacija.

**ABSTRACT:** Health promotion and disease prevention activities represent an important component of contemporary pharmaceutical practice. Cardiovascular diseases are one of the leading causes of death in the world. Therefore, the intention of this study is to examine the activities and attitudes of pharmacists on their role in the prevention of cardio-

---

<sup>1</sup> Almir Peštek, dr. sc., izvanredni profesor na Katedri za marketing, Ekonomski fakultet u Sarajevu, Sveučilište u Sarajevu, Trg oslobođenja - A. Izetbegović 1, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina.

<sup>2</sup> Maja Arslanagić-Kalajdžić, dr. sc., Viša asistentica na Katedri za marketing, Ekonomski fakultet u Sarajevu, Sveučilište u Sarajevu, Trg oslobođenja - A. Izetbegović 1, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina.

<sup>3</sup> Adisa Džudža, magistra farmacije, mag., Produkt menadžerica, Berlin Chemie AG, Predstavništvo za BiH, Hasana Brkića 2, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina.

vascular diseases in Bosnia and Herzegovina. Topic of the study is particularly important, as it uses a multidisciplinary approach, combining the pharmaceutical field with marketing and management areas. Empirical research was conducted during the 2014, on the sample of 100 pharmacists, and it confirmed two out of three tested hypotheses. Namely, research results confirm the importance of educational role of the pharmacists and the need for preventive protection of health. This implies that pharmacists should be trained in communication skills, as well as educated from various marketing and management areas, apart from the core knowledge that they acquire from the pharmaceutical studies and formal education. Such education is a necessary condition for successful addressing tasks and challenges that are put in front of them during their carrier in the pharmacy.

**KEY WORDS:** prevention, employees' role, pharmacy, service quality, Bosnia and Herzegovina.

## 1. UVOD

Cilj je rada prezentirati ulogu magistara farmacije danas te istražiti mogućnosti razvoja farmaceutske djelatnosti u segmentu promicanja zdravlja i razvoja prevencije kardiovaskularnih bolesti u Bosni i Hercegovini. Aspekt prodaje lijekova pacijentima u okviru farmaceutske industrije podrazumijeva uslugu umjerenoga do visokoga kontakta. U tome kontekstu, magistri farmacije osoblje su prve linije, koje uz prodajnu imaju i savjetodavnu ulogu. Tema rada izrazito je specifična, ponajprije iz razloga što kombinira znanja i iskustva iz područja djelatnosti farmacije s marketinškim i menadžerskim tehnikama.

Okruženje u kojemu djeluju ljekarne danas se značajno mijenja, ne samo u razvijenim zemljama, nego i u zemljama u razvoju (Munroe et al., 1997; Cavaco, Dias i Bates, 2005; Smith, 2004; Zhang et al., 2014). Tržište ljekarna u Bosni i Hercegovini uglavnom je fragmentirano i njime prevladavaju male i nepovezane ljekarne koje su u vlasništvu pojedinaca, što je slično situaciji u drugim zemljama u razvoju (Patel i Pande, 2013). Ljekarne u Bosni i Hercegovini i svijetu rade s vrlo niskim stopama dobiti te su u cilju njihove uspješnosti izuzetno važna menadžerska znanja i vještine zaposlenika (Fowler i Campbell, 2001). Stoga je za svaku ljekarnu važno pronaći ravnotežu između javnoga interesa i profitabilnosti.

Svaka ljekarna traži način za diferencijaciju i stjecanje povjerenja kupaca. Ljubaznost i kompetentnost glavni su čimbenici izgradnje povjerenja, što je potvrđeno u mnogim studijama (Perepelkin i Zhang, 2011; Mukherjee, 2011; Zhang et al., 2014). Istraživanja također pokazuju da ljekarne imaju dvojni ulogu - osim trgovinske (distribuiranja i prodaje lijekova), pružaju i profesionalne usluge. Iz tog je razloga unapređenje kvalitete profesionalnih usluga važan preduvjet unapređenja konkurentnosti ljekarni (Basak, et al., 2005; Hindle i Cutting, 2002). Ljekarne u cilju unapređenja uspješnosti trebaju voditi računa o čimbenicima koji se mogu kontrolirati, a osobito o internome menadžmentu - razini cijena i sustavu kvaliteta usluga. Kvaliteta usluga ponajprije se odnosi na osoblje - njihov stav i profesionalnost te mogućnost nuđenja proširenih farmaceutskih usluga. Odluka o kupovini kupaca i izgradnja odnosa s njima tako ovisi o znanju i stručnosti farmaceuta (White i Klinner, 2012; Whitehead et al., 1999; Scheerder et al., 2009). Stoga je vrlo važna dimenzija edukacije farmaceuta u cilju prepoznavanja i prevencije bolesti. Prema Garcia et al. (2003), za prevenciju

bolesti potrebna je edukacija farmaceuta u malim interaktivnim grupama, ali isto tako i za borbu protiv utjecaja i nagrada farmaceutske tvrtki.

Kardiovaskularne bolesti (KVB) vodeći su uzročnik smrtnosti u svijetu. Također, one se odnose na brojne bolesti i važan su uzročnik invalidnosti, a uvelike pridonose i rastu izdataka zdravstvene zaštite, ponajviše zbog kliničke manifestacije ateroskleroze.

Prema procjenama WHO-a (*World Health Organisation*) za 2020. godinu, gotovo 25 milijuna ljudi širom svijeta bit će žrtve neke od bolesti iz ove skupine. Procjena WHO-a da će u strukturi smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila, ishemijske bolesti srca činiti 41 %, moždani udar 32 % te druge bolesti srca i krvnih žila 27 %.

Masovna pojava KVB-a u uskoj je vezi sa suvremenim stilom života i brojnim čimbenicima rizika. To jasno pokazuje kako se preventivnim djelovanjem može utjecati na smanjenje smrtnosti i poboljšavanja. Cilj primarne prevencije smanjiti je učestalost bolesti usmjeravanjem na opću populaciju te na osobe s visokim rizikom od poboljšavanja. Osnovni oblik prevencije, odnosno smanjivanja rizika za pojedince i populaciju, u promjeni je stila života.

Čimbenici rizika za KVB, prema Stamatelopoulous et al. (2008), mogu se podijeliti u promjenljive i nepromjenljive. Promjenljivi čimbenici uključuju povišene vrijednosti krvnog tlaka, šećera, kolesterola i pušenje. Nepromjenljivi su čimbenici spol, dob i povijest KVB-a u obitelji. Također, ne smiju se izostaviti predisponirajući čimbenici rizika: povišena tjelesna težina, visceralna debljina, mala fizička aktivnost, konzumiranje alkohola, okolišni čimbenici (uvjeti života, stres, obrazovanje, dostupnost i kvaliteta zdravstvene usluge).

Prema podacima ESC-a (*European Society of Cardiology*) iz 2007. godine, razvijene zemlje bilježe znatno sniženje kardiovaskularnoga mortaliteta i morbiditeta od 2 do 5 % na godinu. Ovo je rezultat kontinuiranoga rada na provođenju programa preventivne zaštite, istraživanja te informiranja i educiranja pojedinaca o važnosti reduciranja čimbenika rizika za razvoj KVB-a, promjeni stila života te kontroli. Ipak, i uz ove mjere, i dalje 42 % ljudi u eurozoni umire od KVB-a, s time da je osnovni rezultat ovih preventivnih mjera produženje života i veliki napredak u kvaliteti života (Dilić et al., 2004, 9-12; Kristensen et al., 2008, 2032-2042; Rasmussen, Clouse i Tonnessen, 2008).

U Bosni i Hercegovini stopa obolijevanja i smrtnosti od KVB-a jako je visoka, znatno viša u odnosu na zemlje eurozone ili šire Europe. Visoka stopa KVB-a u uskoj je vezi s čimbenicima rizika, ali i sa specifičnim uvjetima u zemlji (npr. poslijeratna situacija, tranzicija i ukupan ekonomski položaj). Sve to daje još više razloga za snažno provođenje preventivnih mjera i educiranja stanovništva na svim društvenim razinama (Mašić et al., 2010, 234-239).

Ljekarne i njihovo stručno osoblje odlični su za promicanje zdravlja u zajednici. Educiranje i osposobljavanje farmaceuta za promicanje zdravlja zastupljeno je uglavnom kroz predmet „Socijalna farmacija“, a dio je i dodiplomskoga nastavnog programa. Sve je veći broj istraživanja o učincima farmaceuta u ljekarni u promicanju zdravlja te niz dobrih primjera iz prakse na tu temu. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji rađeno na ovu temu upravo zaključuje da farmaceuti mogu imati veliki doprinos u promicanju zdravlja. Farmaceuti tijekom godine komuniciraju sa zdravim kao i bolesnim ljudima te su u mogućnosti prenijeti poruku i utjecati na svijest građana o vlastitome zdravlju (Anderson, 2000, 285-292).

Broj istraživanja o ulozi magistara farmacije te mogućnosti razvoja farmaceutske djelatnosti u području promicanja zdravlja i razvoja prevencije KVB-a u Bosni i Hercegovini

je zanemariv. Zbog toga je značaj istraživanja i rada eksplorativni te usredotočen na praksu i činjenično stanje.

## 2. SUVREMENA FARMACEUTSKA PRAKSA

Počeci farmacije kao samostalne djelatnosti javljaju se u gradovima Mediterana u kojima se osjećao utjecaj Salernske medicinske škole, najpoznatije škole srednjega vijeka za obrazovanje ljekarnika i farmaceuta. Zahvaljujući „*Constitutiones Regum Regni utriusque Siciliae*“, donesenih u razdoblju između 1231. – 1240. godine, formalno su odvojene profesije liječenja i pripremanja lijekova. Sastavio ih je nastavnički kolegij Salernske medicinske škole te su u literaturi poznate pod nazivom Salernski edikt. Povijesno gledajući, farmacija prvi puta poprima svoj legalni oblik, a farmaceut u javnome životu zauzima mjesto s točno određenim funkcijama i djelokrugom rada (Hein i Sappert, 1955; Hein i Sappert, 1957, 22-43; Parojčić, 2000).

Prelazak s dvogodišnjega i trogodišnjega na četverogodišnji i petogodišnji sustav studija kvantitativno i kvalitativno mijenja obuku zdravstvenih radnika, što u slučaju farmaceuta daleko nadilazi pripravljanje i izdavanje lijekova, a što je bila značajka ranijega razdoblja. Sve veći postotak farmaceuta odlazi u bolničke ljekarne, gdje su uključeni u pripremanje lijekova i nadgledanje njihove distribucije i uporabe u bolnici. Osim toga, s liječnicima sudjeluju u razvijanju bolničkog registra lijekova i kreiranju modela propisivanja terapije za hospitalizirane i nehospitalizirane bolesnike. Farmaceut je u odnosima s liječnicima stekao nove profesionalne i moralne odgovornosti - savjetovanje pacijenata, zaštitu od neželjenih učinaka, praćenje djelovanja lijekova, izbjegavanje ispunjavanja nepotpunih recepata, preispitivanje izbora lijeka ili doziranja, kontroliranje pacijenata koji zlorabljuju lijekove, ocjenjivanje učinkovitosti tek uvedenih lijekova u terapiju te sudjelovanje u istraživanju. Iako se priznaje da „liječnici nose krajnju odgovornost za terapiju koju propisuju“, farmaceuti u novoj ulozi imaju ovlaštenja inicirati i modificirati tu terapiju. Potreba osiguravanja najboljega puta za skrb o pacijentu prostor je gdje se stručni i etički aspekti ove dvije srodne profesije sudaraju i podudaraju.

Nekoliko desetljeća unazad, većina lijekova pripravljala se pojedinačno i propisivali su ih liječnici za svakoga pacijenta zasebno. Administrativni oblici temeljili su se na takozvanim preparatima *ex tempore* - tabletama, supozitorijima, sirupima, miksturama i mastima. Danas se većina lijekova proizvodi u standardiziranim paketima u industriji lijekova, što značajno utječe na farmaceutsku profesiju. Umjesto da farmaceut bude specijalist za pripremu lijekova *ex tempore*, usmjeren proizvodnju, znanje farmaceuta o lijekovima i sposobnost će, sada i ubuduće, sve više biti korištena za savjetovanje pacijenata pri izdavanju lijekova i racionalno propisivanje od strane ljekarnika. Kako bi odgovorili na ovakav izazov i s ciljem podizanja kvalitete farmaceutske usluge, 1993. godine usvojene su međunarodne smjernice dobre farmaceutske prakse (DFP) kao dokument Međunarodne farmaceutske federacije (*Federation Internationale Pharmaceutique - FIP*) – „Standardi za kvalitetu farmaceutske usluge“. Manje izmjene ovoga dokumenta provedene su 1997. godine uz konzultacije sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom (*World Health Organization*). Tijekom 2011. godine usvojena je i nova, revidirana verzija pod nazivom „Dobra farmaceutska praksa, zajedničke FIP/WHO smjernice za dobru farmaceutsku praksu: Standardi za kvalitetu farmaceutske usluge“ (WHO, 2011, 310-323).

Farmaceuti su dužni osigurati da usluga koju pružaju svakome pacijentu mora biti odgovarajuće kvalitete, što se postiže ispunjavanjem zahtjeva DFP-a (FIP/WHO, 1997). Preporuka FIP-a je da svako nacionalno udruženje farmaceuta postavi vlastite zahtjeve i standarde dobre farmaceutske prakse. U ožujku 2003. godine sastavljen je dokument „Profesionalni ciljevi dobre apotekarske prakse u BiH“, pripremljen od strane Task Force za DFP uz pomoć WHO-a. Ovaj je dokument usvojilo Udruženje farmaceuta FBiH, Farmaceutsko društvo RS i Hrvatska udruga farmaceuta Federacije BiH (*Task Force WHO*, 2003).

Opći ciljevi standarda DFP-a promicanje je stalne skrbi farmaceuta za dobrobit i zadovoljstvo korisnika farmaceutskih usluga te svih zainteresiranih strana, uz definiranje mjesta farmaceuta kao stručnjaka u sustavu zdravstvene skrbi, odnosno vrste i kvalitete usluge koju farmaceut može i/ili mora pružiti kao zdravstveni radnik. DFP obuhvaća četiri glavne uloge farmaceuta, u okviru kojih su definirane aktivnosti, a to su (FIP/WHO, 2001):

- izrada, nabava, skladištenje, čuvanje, distribucija, administriranje, izdavanje lijekova i medicinskih sredstava, odlaganje farmaceutskog otpada
- osiguravanje učinkovitoga menadžmenta terapije lijekovima (određena usluga ili grupa usluga koje optimiziraju terapijske ishode za svakoga pacijenta)
- održavanje i unapređenje profesionalnih performansi
- doprinos poboljšanju učinkovitosti sustava zdravstvene skrbi i javnoga zdravlja.

Jedan je od standarda DFP-a da ljekarna može organizirati aktivnosti promicanja zdravlja, prevencije bolesti i utjecaja na pravilnu uporabu lijekova, odnosno farmakoterapijsko praćenje terapije pacijenata, i to kroz tekuće aktivnosti ili rad savjetovaništa. Također, mora se uspostaviti učinkovito komuniciranje, kako s pacijentom, tako i s ljekarnikom kojega farmaceut pisano obavještava o svim važnim činjenicama vezanim uz zdravlje pacijenta koji se koristi uslugama savjetovaništa u ljekarni (FIP/WHO, 1997).

Prema Zakonu o apotekarstvu FBiH (2010.), ljekarnička djelatnost dio je zdravstvene djelatnosti od interesa za Federaciju koja se obavlja na svim razinama zdravstvene skrbi i koja osigurava snabdijevanje stanovništva, zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu lijekovima i medicinskim sredstvima. Pod ovom djelatnošću, osim snabdijevanja lijekovima i medicinskim sredstvima, podrazumijeva se:

- snabdijevanje biljnim lijekovima i biljnim supstancama
- snabdijevanje homeopatskim lijekovima
- izrada i snabdijevanje magistralnim i galenskim lijekovima
- snabdijevanje dječjom hranom i dječjom opremom, kao i dijetetskim proizvodima
- snabdijevanje kozmetičkim i drugim sredstvima za njegu i očuvanje zdravlja
- savjetovanje u vezi s pravilnom primjenom lijekova, medicinskih sredstava, biljnih i homeopatskih lijekova, kozmetičkih i dijetetskih proizvoda
- pružanje dodatnih usluga u svrhu provođenja preventivskih mjera za očuvanje i zaštitu zdravlja stanovništva, a koje podrazumijevaju mjerenja određenih parametara koje pacijenti mogu i samostalno odrediti u postupku samokontrole, pri čemu ove usluge imaju savjetodavni značaj i ne pružaju se u cilju postavljanja dijagnoze kao što su mjerenje šećera u krvi, krvnoga tlaka, težine i sl.

### 3. ULOGA FARMACEUTA U PREVENCIJI KRONIČNIH BOLESTI I PROMICANJU ZDRAVLJA

U posljednjih dvadeset godina farmaceutska zdravstvena praksa znatno se razvila u okviru zdravstvenih sustava razvijenih zemalja. Promjena usmjerenja od lijeka prema bolesniku donosi farmaceutu povećanu odgovornost da, kao stručnjak za lijek i neophodan član zdravstvenoga tima, osigura visokoprofesionalnu farmaceutsko-terapijsku uslugu u cilju promicanja zdravlja, prevencije bolesti i provođenja racionalne farmakoterapije. Veća pozornost posvećuje se ulozi farmaceuta u poboljšanju kvalitete života stanovništva pružanjem cjelovitije farmaceutske skrbi (Hepler i Strand, 1990, 533-543; Maguire, 1995, 264-265).

Stručnjaci u farmaciji moraju se prilagoditi nastalim promjenama koje obilježava nova filozofija struke - „odgovorna opskrba farmakoterapije s ciljem postizanja rezultata koji poboljšavaju kvalitetu života pacijenata“. S poboljšanjem odnosa farmaceut/pacijent - korisnik usluge i farmaceut/liječnik, pružanjem više informacija o lijeku, praćenjem ishoda farmakoterapije, farmaceut se aktivno uključuje u promicanje zdravlja i prevenciju bolesti.

Farmaceuti su najpristupačniji zdravstveni radnici u zajednici jer u ljekarnama nije potrebna uputnica niti zakazivanje pregleda. Također, obučeni su za fizičku procjenu stanja pacijenta i u poziciji su identificirati nepravilan način života i upozoriti pacijente na čimbenike rizika davanjem savjeta u vezi sa smanjenjem tjelesne mase, pravilnom prehranom, fizičkom aktivnošću i odvikavanjem od pušenja. Imajući u vidu da tretman kronične bolesti često zahtijeva dugotrajnu uporabu lijekova, FIP je definirao kako je tijekom kroničnih bolesti farmaceut od neprocjenjive vrijednosti u sljedećim područjima djelatnosti:

- Prepoznavanje kroničnih bolesti koje su zajedničke u zajednici ili kod određenih skupina ljudi u okviru zajednice.
- Pružanje zdravstvenih pregleda za kronične bolesti kao što je dislipidemija, osteoporoza, dijabetes i hipertenzija.
- Aktivno savjetovanje o odgovarajućoj uporabi lijekova.
- Savjetovanje o promjeni načina života koji može spriječiti nastanak kronične bolesti i/ili poboljšanje ishoda terapije.
- Pružanje farmaceutske skrbi prema potrebama pacijenata, identificiranje i rješavanje problema u vezi s uporabom lijekova kod kroničnih bolesti. Neprimjereno propisivanje, doziranje i polifarmacija mogu dovesti do toga da pacijent sam prilagođava terapiju, što može negativno utjecati na željeni ishod liječenja.
- Rad u timovima s drugim zdravstvenim radnicima optimizira ishode terapije.
- Aktivna motivacija i uključivanje pacijenata u prihvaćanju odgovornosti za vlastito zdravlje (FIP, 2006).

Suvremena uloga farmaceuta u zdravstvenome sustavu definirana je u okviru sljedećih zadataka (Ugrešić, Petrović-Stepanović i Savić, 2011):

- provođenje racionalne (učinkovite, sigurne i ekonomski opravdane) terapije
- individualni pristup bolesniku

- identifikiranje čimbenika rizika vezanih uz bolesnika i/ili lijek
- davanje savjeta i objektivnih informacija o lijekovima (farmakoterapiji)
- povećanje stupnja suradnje bolesnika sa zdravstvenim stručnjacima
- formiranje lista lijekova, kliničkih i terapijskih protokola te njihova primjena u kliničkoj praksi
- evaluacija uporabe lijekova
- prijavljivanje neželjenih učinaka
- obrazovanje i savjetovanje bolesnika
- promicanje zdravlja i prevencija bolesti.

Promicanje zdravlja obuhvaća obrazovne aktivnosti u cilju upoznavanja populacije o važnosti zdravoga načina života, kao i čimbenicima rizika za razvoj bolesti (Ugrešić, Petrović-Stepanović i Savić, 2011). U svakodnevnoj praksi farmaceuti mogu pružiti informacije i savjete u vezi s mnogim čimbenicima koji utječu na zdravlje. Neki od tih čimbenika prikazani su u sljedećoj tablici.

**Tablica 1.** Savjeti koje mogu davati farmaceuti

Teme	Savjeti
- Fizička aktivnost	- Prevencija ozljeda
- Zdrava prehrana	- Prevencija i rano otkrivanje bolesti
- Zdravlje beba i djece	- Promicanje i praćenje programa cijepljenja
- Oralno zdravlje	- Savjeti u vezi s dosljednom uporabom terapije
- Odvikavanje od pušenja	- Stres
- Odvikavanje od uporabe psihoaktivnih supstanci	- Kontracepcija i seksualno ponašanje

Izvor: Blenkinsopp, A., Anderson, C. and Panton, R. (2001). Promoting Health. In: *Pharmacy Practice 1st ed.*, Taylor & Francis: New York, 151-164.

Uspješnost pružanja informacija i savjetovanje građana/pacijenata od strane farmaceuta u velikoj mjeri ovisi o građanima/pacijentima. Psiholozi koji se bave analizom ponašanja građana/pacijenata uspjeli su razviti model koji objašnjava stupnjeve prihvatanja savjeta i razvijanje novih životnih navika građana/pacijenata, što je prikazano u sljedećoj tablici.

Temeljem prikupljenih informacija farmaceuti trebaju identificirati aktualne probleme i poduzeti odgovarajuće postupke za rješavanje tih problema. Na primjer: porast obolijevanja od neke bolesti može se uočiti praćenjem količine izdanih lijekova. U cilju prevencije prepoznate bolesti mogu se planirati i dalje provoditi različiti programi. Ovakvi programi obično zahtijevaju timski rad farmaceuta i ljekarnika (Blenkinsopp, Anderson i Panton, 2001, 151-164).

Tablica 2. Stupnjevi prihvaćanja savjeta

Stupanj	Ponašanje	Intervencija farmaceuta
Prije prihvaćanja savjeta	Pacijent je zadovoljan trenutnim ponašanjem i nema ga namjeru mijenjati. U ovome stupnju promjene se ne prihvaćaju.	Farmaceut sluša i odgovara na pitanja. Pokušaji da se pacijent uvjeri u promjenu ponašanja imaju male šanse za uspjeh.
Razmišljanje o savjetu	Pacijent razmišlja o mogućnosti promjene ponašanja, ali još nema precizne planove za promjene.	Farmaceut sluša i odgovara na pitanja. U ovome je stupnju poželjno pružanje informacija.
Priprema za prihvaćanje savjeta	Pacijent donosi odluku o promjeni ponašanja i priprema se to učiniti.	Farmaceut pomaže pri planiranju i postavljanju cilja.
Prihvaćanje savjeta	Pacijent mijenja ponašanje.	Farmaceut ohrabruje pacijenta da ponovno dođe u ljekarnu radi praćenja i analize napretka. Farmaceut pruža podršku pacijentu.
Pridržavanje savjeta	Pacijent radi na tome da spriječi povratak na ranije ponašanje.	Farmaceut nastavlja s davanjem podrške. U ovome je stupnju potrebno potaknuti raspravu o potencijalnim problemima koji bi mogli dovesti do povratka pacijenta u ranije stanje.

Izvor: Blenkinsopp, A., Anderson, C. and Panton, R. (2001). Promoting Health. In: *Pharmacy Practice 1st ed.*, Taylor & Francis: New York, 151-164.

Vezano uz empirijska istraživanja, o ulozi farmaceuta s gledišta menadžmenta i marketinga, malo je studija pristupilo problemu s aspekta farmaceuta. Uglavnom se studije usmjeravaju na evaluaciju zadovoljstva pacijenata te evaluaciju značajki i kvalitete usluge od strane pacijenata (npr. Feng, 2004; Yi, 2011; Christensen and Hansen, 1999; Cotter, Barber and McKee, 1994). Istraživanja su također utemeljila spoznaju da farmaceuti imaju značajnu edukacijsku ulogu u procesu usluživanja pacijenata (Persson and Persson, 2010).

U ovome radu farmaceuti se promatraju kao osoblje prve linije pri uslugama. Široki spektar literature analizira zaposlene u uslužnim organizacijama koje su u izravnome kontaktu s klijentima zbog njihove vitalne važnosti za uslužno iskustvo te za percepciju kvalitete usluge kod klijenata (Bettencourt and Gwinner, 1996; Bowen and Lawler, 1995; Bowen and Lawler, 2006; Zomerdijsk and Voss, 2010). Na bazi teorije i konceptualizacije provedena je operacionalizacija savjetodavne uloge farmaceuta i utjecaja različitih dimenzija te uloge na prodaju u ljekarni te na prevenciju bolesti.

#### 4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj ovoga istraživanja sagledati je mogućnosti razvoja farmaceutske prakse u aktivnostima promicanja zdravlja i prevencije KVB-a kao vodećega uzroka smrtnosti u svijetu. Sporedni ciljevi istraživanja su: (1) ispitati razinu komuniciranja farmaceut - pacijent;

(2) ispitati stajalište magistara farmacije vezano uz njihovu ulogu u promicanju zdravlja i davanje savjeta o zdravlju, te (3) ispitati stajališta magistara o iskustvu s pacijentima u ljekarni. Na temelju pregleda literature, te izvedeno iz ciljeva rada, hipoteze istraživanja su:

- H-1 *Unapređenje komuniciranja s pacijentom može pozitivno utjecati na prodaju.*
- H-2 *Komuniciranje s pacijentima davanjem savjeta unapređuje prevenciju od KVB-a.*
- H-3 *Osviještenost stanovništva o značaju prevencije KVB-a u izravnoj je vezi s prometom u ljekarni.*

Instrument empirijskoga istraživanja bio je strukturirani upitnik s pitanjima koja su konstruirana od strane autora i utemeljena na teoriji, intervjuima sa stručnjacima iz prakse, konzultacijama s predstavnicima akademske zajednice, a sve u svrhu zadovoljenja potreba istraživanja. Upitnik ima dva dijela: dio s demografskim podacima ispitanika i dio sa stajalištima koja se odnose na komuniciranje s pacijentom, posvećeno vrijeme pacijentu, iskustvo s pacijentima, dominantne aktivnosti magistara farmacije, educiranosti pacijenata, te stajalištima o savjetodavnoj ulozi magistara farmacije. Stajališta su mjerena putem skale Likert od 1 do 5 gdje je 1 = „Apsolutno se ne slažem“, a 5 = „Apsolutno se slažem“.

Istraživanje je provedeno 2014. godine u Bosni i Hercegovini, uz korištenje prigodnoga uzorka. Upitnici su dostavljani putem e-maila ili u tiskanoj inačici. Prikupljeno je 100 važećih upitnika za daljnju analizu. Kako je riječ o prvome istraživanju ove vrste na području Bosne i Hercegovine, može se označiti kao preliminarno / pilot-istraživanje, usredotočeno na povratne informacije iz prakse, a ne na razvoj teorije, te je u te svrhe 100 potpunih odgovora dovoljno za valjanu i statistički reprezentativnu analizu. Sve varijable u upitniku također su testirane kroz tzv. one-sample t-test, koji je potvrdio statističku reprezentativnost, tj. za sve je varijable prihvaćena nulta hipoteza da je riječ o normalnoj distribuciji podataka.

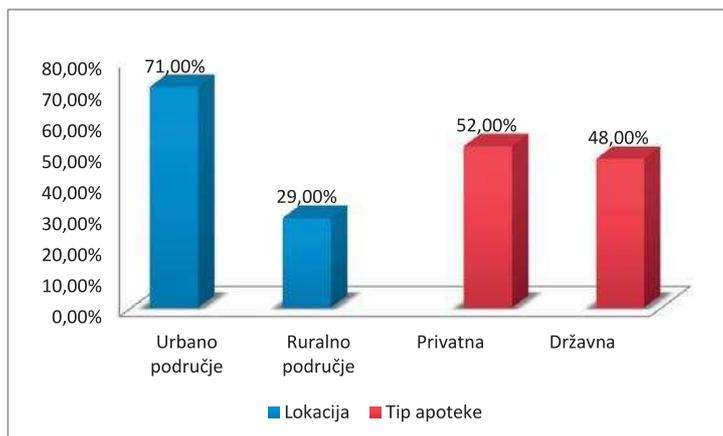
## 5. REZULTATI I RASPRAVA

### 5.1. Opis uzorka

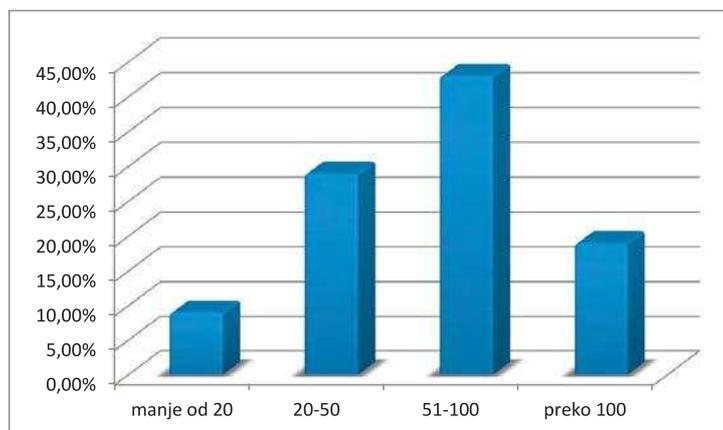
Kako bi se stekao uvid u tip uzorka i kako bi se mogli usporediti podaci iz istraživanja sa sveukupnom situacijom u Bosni i Hercegovini, postavljena su pitanja o lokaciji ljekarne, tipu ljekarne, ukupnome broju zaposlenih u ljekarni i prosječnome broju pacijenata na dan. Na slici 1. može se vidjeti da se većina ljekarni, dvije trećine, nalazi na urbanome području. Budući da su urbana područja naseljenija, logično je da ljekarne gravitiraju prema njima. Omjer ljekarni prema tipu vlasništva (državne / privatne ljekarne), gotovo je izjednačen (privatne : državne = 52 : 48).

Varijacije u uzorku ljekarni velike su kada je riječ o broju zaposlenih. Broj zaposlenih varira između 1 i 17, tako da su neke ljekarne „društva jedne osobe“, a druge su pravi sustavi. Ipak, prosječan je broj zaposlenih pet (aritmetička sredina = 5,14, standardna devijacija = 2,266), a 75 % ljekarni u uzorku ima do sedam zaposlenih. Posjećenost ljekarni također varira, a ocjena je ispitanika da u 40 % slučajeva ljekarne na dan posjeti od 51 do 100 pacijenata (slika 2.). Ako pretpostavimo da su svi zaposleni intenzivno uključeni u komuniciranje s pacijentima, to znači da je prosječno opterećenje magistara farmacije od 10

do 20 pacijenata na dan. Svakako, vjerojatno je da zaposleni rade u smjenama te da postoji točno određen broj onih koji su u interakciji u određenome vremenskom razdoblju, tako da je stvarno opterećenje zasigurno veće.



Slika 1. Lokacija i tip ljekarne



Slika 2. Prosječan broj pacijenata tijekom radnoga dana

Također, postavlja se pitanje je li posjećenost ista u urbanim i u ruralnim područjima. Ako se podaci grupiraju prema lokaciji, rezultati su približno isti, tako da autori procjenjuju kako je posjećenost jednaka i u urbanim i u ruralnim područjima (tablica 3.).

Tablica 3. Prosječan broj pacijenata u odnosu na lokaciju ljekarne

Lokacija ljekarne	Prosječan broj pacijenata tijekom radnoga dana			
	manje od 20	20 - 50	51 - 100	više od 100
Urbano područje	9,9 %	25,4 %	40,8 %	23,9 %
Ruralno područje	6,9 %	37,9 %	48,3 %	6,9 %

Za analizu podataka o magistrima farmacije/ispitaniku korišteni su sljedeći demografski pokazatelji: dob, godine radnoga staža, radno mjesto i vrijeme provedeno na navedenome radnom mjestu. U postotcima, najviše ispitanika pripada srednjoj životnoj dobi od 41 do 50 godina (36 %), a prva je sljedeća grupa prema zastupljenosti ona od 31 do 40 godina (32 %), što zajedno čini više od 2/3 ispitanika. Svakako je bitno da je u analizu uključen reprezentativan uzorak mlađih (14 %), odnosno starijih (18 %) zaposlenih, kako bi se dobila kompletna slika utemeljena i na iskustvu i na novome pristupu radu. U analizu su, prema radnome stažu, uključeni zaposleni s minimalnom i maksimalnom vrijednošću (zaokruženom na jednu godinu). Dakle, tu su i oni s godinom staža ili manje, ali i oni s 35 godina staža. Prosječan broj godina provedenih u radnome odnosu je 16 (aritmetička sredina = 15,86, standardna devijacija = 9,41), a najčešća (modalna) vrijednost je 18 godina. Ovi podatci upućuju na visok stupanj radnoga iskustva ispitanika - što ide u prilog rezultatima istraživanja s obzirom na to da se može očekivati veći stupanj znanja o radu s pacijentima s više godina radnoga staža. U okviru ljekarne, prema struci, postoje dva službena radna mjesta: rukovoditelj ljekarne i receptarius. Rukovoditelj je odgovorna osoba u ljekarni koja radi narudžbe i glavni je menadžer ljekarne, a receptarius je magistar farmacije koji radi za recepturom i izravno komunicira s pacijentima. Zbog navedenoga bilo je nužno utvrditi status zaposlenika. Uzorak čini 52 % rukovoditelja ljekarni, a ostatak su receptariusi. Prosječan broj godina koje je zaposleni proveo na trenutnom radnome mjestu je 10 (aritmetička sredina = 9,90, standardna devijacija = 7,217), a najčešća (modalna) vrijednost je pet godina.

Za trenutnu opisnu, a i daljnju uzročnu analizu bitna je i informacija o vremenu koje zaposleni posvećuju pacijentima. Rezultati istraživanja pokazuju da najveći broj zaposlenih posvećuje do 10 minuta jednome pacijentu (64 %), a nakon toga prevladavaju kratke interakcije do pet minuta (29 %), i u rijetkim slučajevima 10 - 15 minuta (7 %). Zanimljivo je kako ne postoji niti jedan zaposleni u uzorku koji je naveo da jednome pacijentu posveti više od 15 minuta. Dakle, može se ocijeniti kako su individualne interakcije između pacijenta i zaposlenika kratke, a time i bez mogućnosti pružanja obogaćenoga sadržaja i dodatnih informacija. Ako usporedimo raniji zaključak da u prosjeku svaki zaposlenik bude u interakciji s 10 - 20 pacijenata (odnos između broja pacijenata i broja zaposlenih), vidi se da je prosječno vrijeme posvećeno pacijentu od dva i pol sata do pet sati. Budući da je radno vrijeme osam sati, razvidne su mogućnosti za unapređenje od strane uprave ljekarne.

## 5.2. Faktorska analiza stajališta farmaceuta

Kod analize stajališta cilj istraživanja bio je izmjeriti sljedeće pokazatelje značajne za hipoteze koje će biti testirane: komuniciranje s pacijentom, iskustvo s pacijentima u ljekarni, dominantne aktivnosti magistara farmacije tijekom radnoga vremena, educiranost pacijenata te savjetodavna uloga magistara farmacije. Stajališta su analizirana putem eksplorativne faktorske analize. Ovim statističkim alatom ispituje se struktura stajališta, te u našem slučaju, mjere li sva stajališta istu pojavu - komuniciranje s pacijentom. Rezultati eksplorativne faktorske analize (metoda = Principal Component Analysis, Metoda rotacije = Varimax) nalaze se u tablici 4.

**Tablica 4.** Eksplorativna faktorska analiza za dimenziju komuniciranja s pacijentom

Kod	Stajalište	Loading	AVE	$\alpha$	KMO	Aritmetička sredina	Standardna dev.
KP1	U svom svakodnevnome radu u prigodi sam često komunicirati s pacijentom.	0,871	56,758	0,650	0,717***	4,83	0,451
KP2	U svom svakodnevnome radu u prigodi sam često dati savjet pacijentu.	0,844				4,73	0,584
KP3	Komuniciranje s pacijentom važno je za moj posao.	0,765				4,82	0,458
KP4	Vrijeme koje u prosjeku posvetite pacijentu dovoljno je da on dobije sve potrebne informacije o lijeku te savjet o zdravlju.	0,464				4,19	0,884

**Napomene:** Deriviran je jedan faktor – Komuniciranje s pacijentom; AVE = Average Variance Extracted (Prosječna derivirana varijanca);  $\alpha$  = Cronbach's Alpha, KMO = Kaiser-Mehler-Olkin test, \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Može se vidjeti kako su se sva četiri stajališta učitala na jedan čimbenik, što znači da svi dosljedno mjere stajališta o komuniciranju s pacijentima. Razina učitavanja (loading) visoka je s obzirom na to da su standardne vrijednosti ove vrste analize od 0,7 pa više kod svih osim kod četvrtoga stajališta (KP 4), gdje je vrijednost 0,464. Ipak, može se zaključiti da je pouzdanost i valjanost ovoga mjernog instrumenta na visokoj razini jer je derivirano više od 50 % varijance (56,75 %) te jer je Cronbach's Alpha 0,650. Kod mjernoga instrumenta koji nije oblikovan na temelju teorijski validiranih ljestvica ovo se može smatrati valjanim rezultatom.

Dalja analiza usmjerena je na iskustvo s pacijentima. S obzirom na to da je riječ o iskusnim zaposlenicima, informacije dobivene na osnovu ove sekcije mogu odražavati stvarno viđenje pacijenata. Postavljeno je jedno pitanje s mogućnošću više odgovora (samo jedan od ponuđena tri, dva od ponuđena, tri i sva tri). Odgovori su predstavljeni u tablici 5. i njihova distribucija varira. Najveći broj ispitanika, 1/4 njih, stajališta je da pacijenti percipiraju ljekarnu i zaposlene kao „zdravstvenu ustanovu u kojoj od stručnih osoba dobivaju savjete o zdravlju“. Međutim, ipak nije zanemariv ni postotak onih koji su stajališta da je ljekarna samo mjesto na kojemu se dobije lijek / realizira recept ili kupuje lijek koji se re-

klamira. Ako se onima koji su izabrali samo taj odgovor (redni broj 1.) dodaju i oni koji taj odgovor imaju u svome izboru, dobije se postotak od 50 %.

**Tablica 5.** Iskazani odgovori o iskustvu s pacijentima u postotcima

Odgovor	%
1 - ... kao mjesto na kojemu dobiva lijek, realizira recepte ili kupuje lijek koji se reklamira	16
2 - ... kao zdravstvenu ustanovu u kojoj dobiva informacije o lijeku	14
3 - ... kao zdravstvenu ustanovu u kojoj od stručnih osoba dobiva savjete o zdravlju	25
1. i 2.	18
2. i 3.	11
1. i 3.	5
1., 2. i 3.	11

Stajališta o dominantnoj aktivnosti tijekom radnoga vremena također su analizirana putem eksplorativne faktorske analize. Rezultati eksplorativne faktorske analize (metoda = Principal Component Analysis, Metoda rotacije = Varimax), nalaze se u tablici 6.

**Tablica 6.** Eksplorativna faktorska analiza za dimenziju dominantne aktivnosti magistara farmacije

Kod	Stajalište	Loading	AVE	$\alpha$	KMO	Aritmetička sredina	Standardna dev.
DA1	Dominantne aktivnosti tijekom mogega radnog vremena vezane su uz prodaju lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne.	0,809	40,402	0,086	0,520***	3,84	1,308
DA3	Posao magistara farmacije, uz prodaju lijekova, mora biti usredotočen i na davanje savjeta o zaštiti zdravlja.	- 0,742				4,62	0,632
DA2	Posao magistara farmacije u prošlosti i danas, s gledišta davanja savjeta, ostao je isti.	0,905	37,141			2,92	1,041

**Napomene:** Derivirana su dva faktora; AVE = Average Variance Extracted (Prosječna derivirana varijanca);  $\alpha$  = Cronbach's Alpha, KMO = Kaiser-Mehler-Olkin test, \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

U drugoj eksplorativnoj faktorskoj analizi ovoga istraživanja, koja promatra strukturu stajališta o dominantnim aktivnostima magistara, vide se dva čimbenika. Točnije, dva su se stajališta (DA1 i DA3) izdvojila u odnosu na stajalište DA2. Ako se pogleda najvažniji dio pitanja, vidi se da je takva podjela i logična. Naime, stajališta DA1 i DA3 govore o tome kakav je posao magistara farmacije i kakav bi on trebao biti, a stajalište DA2 govori o razvoju ovoga posla kroz vrijeme i promjenama koje su nastale. Razina učitavanja (loading) za sva je stajališta visoka s obzirom na to da su standardne vrijednosti ove vrste analize od 0,7. Može se primijetiti i da je povezanost između stajališta DA1 i DA3 negativna - što govori upravo o negativnoj vezi između stajališta o tome kakav posao jest (*prodaja lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne*) te stajališta o tome kakav bi trebao biti (*davanje savjeta o zaštiti zdravlja*). Dva derivirana faktora nose 77,5 % varijance, što je prihvatljivo. Međutim, Cronbach's Alpha izuzetno je niska - 0,086, što upućuje na to da ovaj skup stajališta ni u kojemu slučaju ne smije biti promatran zajedno kao jedna mjera nego kao dva odvojena čimbenika.

Idući skup stajališta koji je analiziran odnosi se na educiranost pacijenata s kojima su farmaceuti u kontaktu što se tiče mjera za prevenciju KVB-a (EP-a). Rezultati eksplorativne faktorske analize (metoda = Principal Component Analysis, Metoda rotacije = Varimax) nalaze se u tablici 7.

**Tablica 7.** Eksplorativna faktorska analiza za dimenziju educiranosti pacijenata

Kod	Stajalište	Loading	AVE	$\alpha$	KMO	Aritmetička sredina	Standardna dev.
EP2	Za učinkovito provođenje mjera za prevenciju KVB-a potrebno je dodatno educirati stanovništvo.	0,817	45,82	0,092	0,494	4,25	0,880
EP3	Stručno osoblje ljekarne trebalo bi provoditi dodatno educiranje stanovništva o zaštiti zdravlja i prevenciji KVB-a.	0,685				3,70	1,049
EP1	Pacijenti su dovoljno educirani o mjerama za prevenciju KVB-a.	-0,489				2,66	0,924

**Napomene:** Deriviran je jedan faktor - Educiranost pacijenta; AVE = Average Variance Extracted (Prosječna derivirana varijanca);  $\alpha$  = Cronbach's Alpha, KMO = Kaiser-Mehler-Olkin test, \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Tri stajališta o educiranosti pacijenata učitala su se u jedan čimbenik, što znači da mjere isti pojam. Razina učitavanja (loading) stajališta visoka je s obzirom na to da su standardne vrijednosti ove vrste analize od 0,7.

Sljedeći skup stajališta koji je analiziran odnosi se na savjetodavnu ulogu magistara farmacije (SU). Rezultati eksplorativne faktorske analize (metoda = Principal Component Analysis, Metoda rotacije = Varimax) nalaze se u tablici 8.

**Tablica 8.** Eksplorativna faktorska analiza za dimenziju savjetodavne uloga magistara farmacije

Kod	Stajalište	Loading	AVE	$\alpha$	KMO	Aritmetička sredina	Standardna dev.
SU2	Pacijenti me pitaju za savjet o prestanku pušenja.	0,873	69,349	0,775	0,667***	3,02	1,101
SU1	Pacijenti me pitaju za savjet o smanjenju tjelesne težine.	0,863				3,63	0,971
SU3	Pacijenti me pitaju za savjet o prevenciji drugih čimbenika rizika za nastanak KVB-a.	0,758				2,90	1,068

**Napomene:** Deriviran je jedan čimbenik - Savjetodavna uloga; AVE = Average Variance Extracted (Prosječna derivirana varijanca);  $\alpha$  = Cronbach's Alpha, KMO = Kaiser-Mehler-Olkin test, \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Analizom mjera za savjetodavnu ulogu magistara farmacije može se vidjeti kako su stajališta iznad standardne minimalne razine te da je pouzdanost i valjanost ovoga instrumenta zadovoljavajuća. Ekstrahirana varijanta na najvišoj je razini u odnosu na sve ostale mjere (69 %), ali i Cronbach's Alpha na visokoj je razini. To znači da ova tri stajališta dobro odražavaju savjetodavnu ulogu magistara farmacije u svezi s čimbenicima rizika za KVB.

### 5.3. Regresijska analiza - testiranje hipoteza

Nakon što je struktura varijabli od značaja analizirana, napravljena je analiza međuzavisnosti varijabli te testiranje hipoteza. Varijable od značaja za ovu analizu su: komuniciranje s pacijentom (KP) - zbrojni konstrukt napravljen od četiri stajališta, savjetodavna uloga (SU) - zbrojni konstrukt napravljen od tri stajališta, razina educiranosti pacijenta (EP1), potreba za dodatnim educiranjem pacijenta (EP2), dominantna aktivnost: prodaja lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne (DA 1). Korelacijska matrica za stajališta od značenja u regresijskoj je analizi predstavljena u tablici 9.

**Tablica 9.** Matrica korelacije između stajališta od interesa za regresijsku analizu

	KP1	KP2	KP3	KP4	DA1	EP1	EP2	SU1	SU2	SU3
KP1	1									
KP2	,669**	1								
KP3	,535**	,497**	1							
KP4	,285**	,237*	,185	1						
DA1	-,286**	-,203*	-,318**	,096	1					
EP1	,005	-,003	-,098	-,019	,264**	1				
EP2	,159	,192	,338**	-,049	-,289**	-,205*	1			
SU1	,247*	,232*	,235*	-,094	-,302**	,061	,417**	1		
SU2	,211*	,339**	,147	-,035	-,159	,126	,318**	,669**	1	
SU3	,111	,102	,107	,010	-,402**	-,045	,413**	,461**	,483**	1

**Napomena:** \*\* - Signifikantno na razini  $p < 0,01$ ; \* - Signifikantno na razini  $p < 0,05$ .

Može se vidjeti kako su korelacije između stajališta koja pripadaju faktorima KP i SU visoke i signifikantne. To se također odnosi i na varijablu dominantna aktivnost (DA1). Najniže su korelacije između razine educiranosti pacijenata i ostalih varijabli (EP1), što upućuje na to kako je moguće da ova varijabla ne bude relevantna za daljnju analizu kauzalnosti.

Kako bi se testirale hipoteze istraživanja, proveden je postupak regresijske analize putem linearne regresije (OLS – ordinary least squares metoda), i to korištenjem programskog paketa SPSS 20. Promatrano je ukupno šest modela. Prethodnom je analizom ustanovljena opravdanost uzimanja u obzir dominantne aktivnosti koja je vezana uz prodaju lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne kao zavisne varijable. Analizirano je kako čimbenici poput savjetodavne uloge, komuniciranja s pacijentom, kao i razina educiranosti pacijenta, utječu na ovu dominantnu aktivnost (tablica 10.).

**Tablica 10.** Regresijski modeli koji objašnjavaju dominantnu aktivnost vezanu uz prodaju lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne

Nezavisne varijable/čimbenici	Model 1	Model 2	Model 3
Savjetodavna uloga	-0,44 (0,124)***		
Komuniciranje s pacijentom		-0,357 (0,127)**	
Razina educiranosti pacijenta			0,374 (0,138)**
F	12,655***	7,872*	7,333*
R (R <sup>2</sup> )	0,338 (0,114)	0,273 (0,074)	0,264 (0,070)

**Napomene:** Zavisna varijabla = Dominantna aktivnost, Standardna pogreška je dana u zagradi pored koeficijenta, \* = Signifikantno na razini  $p < 0,1$ , \*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,05$ , \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Eksplanatorna snaga predstavljenih modela vrlo je niska. Naime, koeficijent determinacije nije na visokoj razini, što je djelomično i opravdano zbog činjenice da je riječ o istraživanju koje se oslanja na praksu i koje je utemeljeno na podacima, a ne na prethodno

utvrđenoj teoriji. Kad se u obzir uzme Model 1, vidi se da savjetodavna uloga magistara farmacije što se tiče KV bolesti ima negativan i znakovit utjecaj na dominantnu aktivnost, uz visok koeficijent ( $\beta = -0,44$ , standardna pogreška = 0,124, signifikantno na razini  $p < 0,001$ ). Pri tumačenju može se reći da će, ako magistri farmacije povećaju svoju savjetodavnu ulogu, prodaja lijekova i promet ljekarne pasti. U Modelu 2, koji promatra utjecaj komuniciranja magistara farmacije s pacijentom u ljekarni na dominantnu aktivnost vezanu uz prodaju lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne, vidi se da komuniciranje negativno i signifikantno utječe na dominantnu aktivnost ( $\beta = -0,357$ , standardna pogreška = 0,127, signifikantno na razini  $p < 0,05$ ). Kao i za prethodni model, može se zaključiti da ako magistri farmacije više komuniciraju s pacijentom, to će dominantna aktivnost usmjerena na prodaju i porast prometa u ljekarni biti manja. Model 3 analizira kako razina educiranosti pacijenta o KV bolestima utječe na dominantnu aktivnost magistara farmacije u ljekarni. Rezultati modela pokazuju da razina educiranosti pozitivno i signifikantno utječe na dominantnu aktivnost, tj. što je pacijent osvješteniji i bolje educiran, to je promet i prodaja lijekova u ljekarni veća.

Budući da su sva tri prethodno analizirana modela vezana uz istu zavisnu varijablu, s ciljem povećanja eksplanatorne moći modela (koeficijenta determinacije), idući je korak analiza Modela 4 (tablica 11.), koji analizira zajednički utjecaj triju nezavisnih čimbenika na dominantnu aktivnost.

**Tablica 11.** Regresijski model koji objašnjava dominantnu aktivnost vezanu uz prodaju lijekova i ostvarivanje prometa ljekarne

Nezavisne varijable	Model 4
Savjetodavna uloga	-0,404 (0,121)***
Komuniciranje s pacijentom	-0,243 (0,121)*
Razina educiranosti pacijenta	0,391 (0,127)**
F	9,460***
R (R <sup>2</sup> )	0,478 (0,228)

**Napomene:** Zavisna varijabla = Dominantna aktivnost, Standardna pogreška je dana u zagradi pokraj koeficijenta, \* = Signifikantno na razini  $p < 0,1$ , \*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,05$ , \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Kao što je i pretpostavljeno, eksplanatorna moć završnog modela povećala se u odnosu na analizu direktnih zavisnosti između dviju varijabli, tako da sada imamo  $R = 0,478$  ( $R^2 = 0,228$ ). Može se vidjeti i kako se smjer utjecaja nezavisnih varijabli nije promijenio u odnosu na individualne modele. Međutim, intenzitet je promijenjen. Vidi se da savjetodavna uloga i komuniciranje s pacijentom manje negativno utječu na dominantnu aktivnost u ovoj konstelaciji nego u individualnoj analizi. S druge strane, vidi se da razina educiranosti pacijenta pozitivnije utječe nego u individualnoj analizi. Može se zaključiti da pozitivan utjecaj razine educiranosti pacijenta na dominantnu aktivnost ublažava negativan utjecaj druge dvije varijable.

Daljnja analiza promatra savjetodavnu ulogu magistara farmacije kao zavisnu varijablu te kako na nju utječe komuniciranje s pacijentom i potreba za dodatnim educiranjem pacijenata. Rezultati analize predstavljeni su u tablici 12.

**Tablica 12.** Regresijski model koji objašnjava savjetodavnu ulogu magistara farmacije kao zavisnu varijablu

Nezavisne varijable	Model 5	Model 6
Komuniciranje s pacijentom	0,248 (0,98)*	
Potreba za dodatnim educiranjem		0,519 (0,102)***
F	7,406*	26,029***
R (R <sup>2</sup> )	0,248 (0,061)	0,457 (0,209)

**Napomene:** Zavisna varijabla = Savjetodavna uloga, Standardna pogreška dana je u zagradi pokraj koeficijenta, \* = Signifikantno na razini  $p < 0,1$ , \*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,05$ , \*\*\* = Signifikantno na razini  $p < 0,001$ .

Može se vidjeti kako su međuzavisnosti promatranih varijabli statistički signifikantne te da komuniciranje s pacijentom i potreba za dodatnim educiranjem pacijenata što se tiče KVB-a pozitivno i značajno utječu na savjetodavnu ulogu magistara farmacije. Dakle, što je veći stupanj komuniciranja s pacijentom, to se savjetodavna uloga magistara farmacije poboljšava, te što pacijenti imaju veću potrebu za dodatnim educiranjem, to je savjetodavna uloga veća i značajnija.

Rezultati provedenoga istraživanja pokazuju da se povijest nastavlja i da je farmaceutska struka ponovno u razdoblju tranzicije. Također, u protekla dva desetljeća raste broj privatnih ljekarni. Te promjene u farmaceutskoj djelatnosti dovode magistre farmacije u poziciju prodavača jer cilj njihova rada, osim onih ranije definiranih zakonskim odredbama, sada je i profit. Upravo u prilog tome idu i rezultati dobiveni u istraživanju. Naime, oni pokazuju neusklađenost između zadovoljenja potrebe pacijenata za očuvanjem i promicanjem zdravlja te ostvarivanja profita ljekarne.

Testiranjem prve hipoteze: H1 - Unapređenje komuniciranja s pacijentom može pozitivno utjecati na prodaju (Model 2 i Model 4), zaključujemo da više komuniciranja s pacijentom negativno utječe na prodaju. U praksi, to znači da se prodaje ono što pacijent traži jer u protivnome, pružajući savjete, gubi se profitabilnost. Tako da Hipoteza 1 nije potvrđena. Ovakav rezultat prilično je provokativan i s gledišta interesnih grupa (u prvome redu pacijenata, pa onda i farmaceutskih kuća, vlasnika ljekarne itd.) i s gledišta magistara farmacije. Govori nam da ako magistri farmacije žele obavljati ulogu zdravstvenoga radnika i komuniciranjem/educiranjem proširiti znanje pacijenta, to ima negativan utjecaj na profitabilnost. U današnje vrijeme kapitalizma ovakav rezultat govori da su magistri farmacije pred velikom moralnom dvojbom te da im je teško razlučiti što je prioritet. Vjerojatno bi deskriptivna stajališta magistara farmacije bila drugačija i negirala ovaj zaključak. Međutim, njega nameće i statistički signifikantan rezultat uzročne veze

Druga hipoteza, H2 - Komuniciranje s pacijentima davanjem savjeta unapređuje prevenciju od KV bolesti, testirana je u Modelu 5. Testiranje potvrđuje značaj edukacijske uloge i potrebu pacijenata za preventivskom zaštitom zdravlja. Promicanje zdravlja djelatnost je koja je dugi niz godina etabrirana u području rada ljekarne i njezina stručnoga osoblja. Rezultati razvijenih zemalja, koje nam trebaju biti primjer, potvrđuju da ove mjere djeluju, a potvrdom ove hipoteze dokazana je razvijena svijest magistara farmacije o tome. Međutim, ako usporedimo H1 i H2, također se može zaključiti da isto „komuniciranje“ ostaje na razini svijesti, ali ne i na razini djelovanja magistara farmacije te da je potrebno još rada kako bi se s razmišljanja prešlo na akciju.

Treća hipoteza, H3, također je testirana statističkom metodom koja ispituje kauzalnost, tj. regresijom, i to kroz dva modela (Model 3 i Model 4). Rezultati pokazuju da je treća hipoteza potvrđena. Dakle, što je stanovništvo više osviješteno, a osviještenost postizemo komuniciranjem i educiranjem pacijenata, promet ljekarne će se povećati. Ona također potvrđuje ranije spomenuto razdoblje tranzicije u farmaceutskoj djelatnosti. Ako se povežu sve tri hipoteze, nameće se zaključak da bolja educiranost stanovništva o preventivskoj zaštiti zdravlja donosi bolju prodaju ljekarni, ali ako stručno osoblje ljekarne, osposobljeno za takav oblik educiranja, više komunicira s pacijentima, to im umanjuje profitabilnost. Dakle, educiranje stanovništva i više komuniciranja - da, ali ako ih provede netko drugi.

## 6. ZAKLJUČAK

Ovaj se rad bavi zanimljivom i malo zastupljenom temom razvoja farmaceutske prakse u promicanju zdravlja i prevenciji KVB-a. Na početku daje pregled razvoja farmaceutske djelatnosti te osnovnih trendova koji danas oblikuju ovu praksu. Nakon predstavljanja ciljeva i hipoteza rada u metodološkome dijelu, predstavljeni su rezultati istraživanja iz prakse. Uz pregled koji je napravljen u teorijskom dijelu, rezultati istraživanja predstavljaju i najveći doprinos ovoga rada. Istraživanje pomaže za bolje shvaćanje trenutne situacije u farmaceutskoj praksi te da se razumije način promicanja zdravlja i prevencije KVB-a.

Rezultati istraživanja potvrdili su dvije od tri hipoteze u radu. Najveće je iznenađenje rezultat koji govori da više komuniciranja s pacijentom negativno utječe na prodaju u ljekarni, što ide u prilog tome da su magistri farmacije u ljekarni više u funkciji „prodavača“, a manje u funkciji dobre farmaceutske prakse. Također, može se zaključiti da je danas profitabilnost jako značajna u radu ljekarni, ali da stručno osoblje, zdravstveni radnici koji su ondje zaposleni, još nije dovoljno educirano **o načinima na koji taj profit mogu ostvariti.**

Potrebno je istaknuti da se svaka profesija, pa tako i farmaceutska, s vremenom treba prilagođavati i razvijati. Osnovni cilj ovakvoga razvoja trebao bi biti učinkovito uklapanje i prilagođavanje razvojnim promjenama svijeta u kojemu živimo. Ako izdvojimo jedan dio farmaceutske djelatnosti, a to je rad u ljekarni, onda zaključujemo da za uspješan rad magistara farmacije, uz osnovna znanja koje stječu tijekom studija na farmaceutskim fakultetima, moraju biti educirani i s gledišta komunikacijskih vještina, ali i drugih područja djelatnosti vezanih uz marketing i menadžment. Sve je to potrebno kako bi uspješno odgovorili na zadatke koje posao u ljekarni danas postavlja pred njih.

Preporuka za buduća istraživanja je i da se napravi benchmarking ljekarni (Fowler i Campbell, 2001) u Bosni i Hercegovini s ljekarnama u regiji i svijetu, a s ciljem kontinuiranoga unapređenja usluga i konkurentnosti ljekarni.

**LITERATURA:**

1. Anderson, C. (2000). Health promotion in community pharmacy: the UK situation. *Patient Education and Counseling*, 39(2-3), 285–2.
2. Basak, S. C., Prasad, G. S., Arunkumar, A. (2005). An attempt to develop community pharmacy practice: Results of two surveys and two workshops conducted in Tamilnadu. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 67(3), 362–367
3. Blenkinsopp, A., Anderson, C., and Panton, R. (2001). Promoting Health. In: *Pharmacy Practice 1st ed.*, Taylor & Francis: New York, 151-164.
4. Bettencourt, L. A., & Gwinner, K. (1996). Customization of the service experience: the role of the frontline employee. *International Journal of Service Industry Management*, 7(2), 3-20.
5. Bowen, D. E., & Lawler, E. E. (1995). *Empowering service employees*. Cambridge, MA: MIT press.
6. Bowen, D. E., & Lawler III, E. E. (2006). The empowerment of service workers: What, why, how, and when. *Managing innovation and change*, 155-69.
7. Cavaco, A. M., Dias, J. P. S. and Bates, I. P. (2005). Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: A qualitative exploratory study. *Pharm World Sci*, 27(1), 54–60.
8. Cotter, S. M., Barber, N. D., & McKee, M. (1994). Survey of clinical pharmacy services in United Kingdom National Health Service hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 51(21), 2676-2684.
9. Christensen, D. B., and Hansen, R. W. (1999). Characteristics of pharmacies and pharmacists associated with the provision of cognitive services in the community setting. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, (39), 640-9.
10. Dilić, M., Pehar, S., Terzić, O., Kazić, S., Malćo, A., Kurtčehajić-Pošković, A., Kočo, D., Kurtalić, E. i Švrakić, S. (2004). Polivaskularna aterosklerotska bolest. Sarajevska vaskularna studija. *Medical Archives*, 58(2), 9-12.
11. Feng, W. A. N. G. (2004). Dispute and pharmaceutical care between patient and pharmacist. *Pharmaceutical Care and Research*, 1, 029.
12. FIP (2006). Statement of Policy - The Role of The Pharmacist in the Prevention and Treatment of Chronic Disease; Datum pristupa: 3. 3. 2015. Dostupno na: [http://www.fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=274&table\\_id=](http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=274&table_id=).
13. FIP/WHO (1997). GPP Revised version of The Tokyo Declaration Standards for Quality of Pharmacy Services from 1993, FIP Guidelines for Good Pharmacy Practice, September 1997.
14. FIP/WHO (2001). Good Pharmacy Practice, Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services, 2011.
15. Fowler, A. and Campbell, D. (2001). Benchmarking and performance management in clinical pharmacy. *International Journal of Operations and Production Management*, 21(3), 327-350
16. Garcia, P., Hughes, J., Carcamo, C. and Holmes, K. K. (2003) Training pharmacy workers in recognition, management and prevention of STDs: district-randomized

- controlled trial, *Bulletin of the World Health Organization*, World Health Organization, 806-813
17. Hein, H. W. and Sappert, K. (1955). Zur Datierung der Medizinalordnung Friedrichs II. *Zur Geschichte der Pharmazie*, 2, 9-11.
  18. Hein, H. W. and Sappert, K. (1957) Die Medizinalordnung Friedrichs II. Eine pharmaziehistorische Studie. *Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie*, 5, 22-43.
  19. Hepler, C. D. and Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospitality and pharmacy*, 47, 533-543.
  20. Hindle, K. and Cutting, N. (2002). Can applied entrepreneurship education enhance job satisfaction and financial performance? An empirical investigation in the Australian Pharmacy Profession. *Journal of Small Business Management*, 40(2), 162-167
  21. Kristensen, S. D., Baumgartner, H., Casadei, B., Drexler, H., Eeckhout, E., Filippatos, G., Fox, K. A., Perk, J., Pierard, L. A., Poldermans, D., Schunkert, H., Vardas, P. E., van der Wall, E. E., Fox, K., Bax, J. J. (2008). Highlights of the 2008 Scientific Session of the European Society of Cardiology, Munich, Germany, August 30 to September 3, 2008. *American College of Cardiology Foundation*, 52(24), 2032-2042.
  22. Maguire, T. (1995). All Change for Station Future. *The Pharmaceutical Journal*, 255, 264-265.
  23. Mašić, I., Dilić, M., Rajević, E., Mott, D., and Vulić D. (2010). Trends of cardiovascular diseases in Bosnia & Herzegovina and perspectives of HeartScore program. *Medical Archives*, 64, 234-239.
  24. Mukherjee, A. (2011) From local to global healthcare marketing research a broad-spectrum perspective. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5(3).
  25. Munroe, W. P., Kunz, K., Dalmady-Israel, C. (1997). Economic evaluation of pharmacist involvement in disease management in a community pharmacy setting. *Clin Ther*, 19(1), 113-123
  26. Munroe, W. P., Kunz, K., Dalmady-Israel, C. (1997). Economic evaluation of pharmacist involvement in disease management in a community pharmacy setting. *Clin Ther*, 19(1), 113-123
  27. Otewill, R., Jennings, P. L. and Magirr, P. (2000). Management competence development for professional service SMEs: The case of community pharmacy. *Education and Training*, 42(4/5), 246-255
  28. Parojčić, D. (2000). *Farmaceutska deontologija u Srbiji i Kraljevini Jugoslaviji od 1839. do 1941. godine*. [Magistarska teza]. Beograd: Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu.
  29. Patel, G. N. and Pande, S. (2013). Measuring the performance of pharmacy stores using discretionary and non-discretionary variables, *OPSEARCH*, 50(1), 25-41
  30. Perepelkin, J. and Zhang, D. (2011). Brand personality and customer trust in community pharmacies. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5(3), 175-193.

31. Persson, I., and Persson, K. (2010). Letter to Editor: The Pharmacist in the Role as Educationalist/informant-Programme Description of Drugpedagogics. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 2 (suppl. 4), 1-2.
32. Rasmussen, T. E., Clouse, W. D., and Tonnessen, B. H. (2008). *Risk factors and risk modification, In Hand book of Patient Care in Vascular Diseases*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
33. Scheerder, G., De Coster, I. and Van Audenhove, C. (2009). Community pharmacists' attitude toward depression: A pilot study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5(3), 242–252
34. Smith, F. (2004). Community pharmacy in Ghana: Enhancing the contribution to primary health care. *Health Policy Plan*, 19(4), 234–241.
35. Smith, F. (2004). Community pharmacy in Ghana: Enhancing the contribution to primary health care. *Health Policy Plan*, 19(4), 234–241.
36. Stamateopoulos, K. S., Papamichael, C. M., Zacharoulis, A., Papaioannou, T., Kollias, G. E., Kyrkou, K., Chrysochoou, E. E., Voidonikola, P., Alevizaki, M. and Lekakis, J. P. (2008). Heartscore calculated in individuals younger than 40 years is related to vascular markers of early atherosclerosis. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 15(6), 619-624.
37. Task force (2003). Profesionalni ciljevi dobre apotekarske prakse u BiH. *Konferencija farmaceuta BiH, ožujak 2003*.
38. Ugrešić, N., Petrović-Stepanović, R. i Savić, M. (2011). *Farmakoterapija za farmaceute*. Farmaceutski fakultet: Beograd.
39. White, L. and Klinner, C. (2012). Service quality in community pharmacy: An exploration of determinants. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(2), 122–132
40. Whitehead, P., Atkin, P. and Krass, I. (1999). Patient drug information and consumer choice of pharmacy. *International Journal of Pharmacy Practice*, 7(2), 71–79
41. WHO (2011). Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. *WHO Technical report series*, No. 961, 2011, Annex 8 2011: 310-323
42. Yi, L. I. (2011). Emergency pharmaceutical services characteristics and their risk prevention thinking. *Modern Medicine & Health*, 14, 103.
43. Zakon o apotekarstvu FBiH, Službene novine FBiH, broj 40/2010.
44. Zhang, M. Y., Chong, W. K., Hu, H. and Wang, Y. (2014). Pharmacy-perceived consumer preferences: A survey of community pharmacies in Macau, *Journal of Medical Marketing*, 14(1), 41-48
45. Zomerdijsk, L. G., & Voss, C. A. (2010). Service design for experience-centric services. *Journal of Service Research*, 13(1), 67-82.