

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Черешнева Н.Д.¹, Смирнов А.В.¹, Солонинина А.В.², Одегова Т.Ф.²

¹ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,

²ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России (614990, Пермь, ул. Полевая, 2) soloninina@mail.ru

Проведена оценка качества жизни пациентов пожилого возраста, находящихся на лечении в поликлинике и больнице с целью выявления показателей, влияющих на качество и продолжительность жизни пожилых людей, удовлетворенности этой категории граждан лекарственным обеспечением и разработки подходов к оптимизации лекарственного обеспечения. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36 (Health Status Survey). Представлены результаты сравнительного анализа показателей качества жизни пациентов: в стационаре и поликлинике; мужчин и женщин; пациентов моложе и старше 60 лет. В публикации представлены также результаты анкетирования 66 пожилых пациентов в поликлинике и стационаре по специально разработанной анкете, содержащей 28 вопросов, касающихся качества лекарственного обеспечения и медицинской помощи. По результатам исследования предложены организационные мероприятия для улучшения физической и психической составляющих качества жизни пожилых, связанных с организацией лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: качество жизни, пожилой пациент, лекарственное обеспечение

OPTIMIZATION OF THE PHARMACEUTICAL CARE FOR ELDERLY PATIENTS ON THE BASIS OF AN ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE

Chereshneva N.D.¹, Smirnov A.V.¹, Soloninina A.V.², Odegova T.F.²

¹GBU the ITRS "Republican clinical hospital of veterans of wars",

²GBOU VPO "Perm State Pharmaceutical Academy" Health Ministry of Russia, Perm, Russia (614090, Perm, str. Polevaya, 2), soloninina@mail.ru

Evaluation of the quality of life of elderly patients who are on treatment in the polyclinic and the hospital to identify the factors affecting the quality and length of life of older people, satisfaction of this category of citizens of drug supply and develop approaches to optimization of medicinal maintenance. Assessment of quality of life was assessed by questionnaire SF-36 Health Status Survey). Presents the results of comparative analysis of indicators of the quality of life of patients in hospital and clinic; men and women; patients younger and older than 60 years. The publication also presents the results of the survey 66 elderly patients in the polyclinic and the hospital in a specially designed questionnaire, containing 28 questions concerning the quality of drug supply and medical assistance. According to a study in the proposed organizational measures to improve the physical and mental components of the quality of life of older associated with the organization of medicinal maintenance.

Keywords: quality of life, elderly patient, drug provision

Введение. Повышение качества жизни пожилых людей является одной из приоритетных задач государства, что подтверждено Концепцией физиологического старения и активного долголетия населения Российской Федерации на период 2010-2025 года, федеральной и региональными целевыми программами, содержащими совокупность мер (политического, правового, экономического, медицинского, социального, культурного, научного, информационно-образовательного и кадрового характера), направленных на обеспечение гражданам Российской Федерации, достигшим пожилого возраста, благосостояния и социального благополучия, условий для их активного участия в жизни общества и долголетия. Качество жизни пожилых людей, многие из которых имеют

проблемы со здоровьем, обуславливающие применение лекарственных препаратов, в значительной степени зависит от организации лекарственного обеспечения.

В этой связи для реализации прав и гарантий пожилых граждан на получение доступной и качественной лекарственной помощи необходима оптимизация системы их лекарственного обеспечения. Следует отметить, что решению поставленной задачи способствуют проводимые в России научные исследования. В Пермской государственной фармацевтической академии в течение ряда лет проводятся исследования, направленные на оптимизацию лекарственной помощи пациентам пожилого возраста в амбулаторных и стационарных условиях [1, 2, 3, 4, 5].

Цель работы – выявление показателей, влияющих на качество и продолжительность жизни пожилых людей, удовлетворенности этой категории граждан лекарственным обеспечением и разработка предложений по оптимизации их лекарственного обеспечения.

Материал и методы исследования. Для целей настоящего исследования пожилыми пациентами считались граждане возрастной категории 60 лет и старше. На первом этапе исследования нами проведена оценка качества жизни контингента в поликлинике и пациентов, находящихся на лечении в круглосуточном стационаре. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36 (Health Status Survey) [6]. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье [7]. Общее число респондентов составило 137 (средний возраст $(68,1 \pm 16,0)$ лет), из них 75 человек в поликлинике (средний возраст $(67,1 \pm 15,7)$ лет) и 62 – в стационаре ($(69,3 \pm 16,2)$ лет).

Результаты и обсуждение. Как в поликлинике, так и в стационаре среди опрошенных пациентов моложе 60 лет преобладают мужчины, а среди пациентов старше 60 лет доминируют женщины (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение респондентов по полу и возрасту

Возраст	Пол	поликлиника			стационар		
		ел	%	средний возраст	ел	%	средний возраст
моложе 60 лет	мужчин	3	17,3	$44,7 \pm 12,1$	6	25,8	$46,3 \pm 8,3$
	женщин	0	13,3	$51,9 \pm 4,8$		1,6	57 ± 0
	всего	3	30,7	$47,8 \pm 10,3$	7	27,4	$46,9 \pm 8,4$
60 лет и старше	мужчин	2	29,3	$74,7 \pm 8,4$	0	32,3	$74,4 \pm 9,4$
	женщин	0	40,0	$76,3 \pm 8,4$	5	40,3	$80,6 \pm 6,4$
	всего	2	69,3	$75,6 \pm 8,4$	5	72,6	$77,8 \pm 8,5$
Итого			100,0	$67,1 \pm 15,7$		100,0	$69,3 \pm 16,2$

Сравнительная оценка показателей качества жизни пожилых пациентов в поликлинике и стационаре показала, что уровень качества жизни у пожилых пациентов в поликлинике несколько выше, чем у пациентов, находящихся на стационарном лечении (рис. 1). В стационаре отмечаются низкие показатели по критерию «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning, RP)» (12,8). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность (работа, выполнение повседневных обязанностей) значительно ограничена физическим состоянием пациента. Также у стационарных пациентов отмечаются низкие значения по критерию «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional, RE)» (21,6).

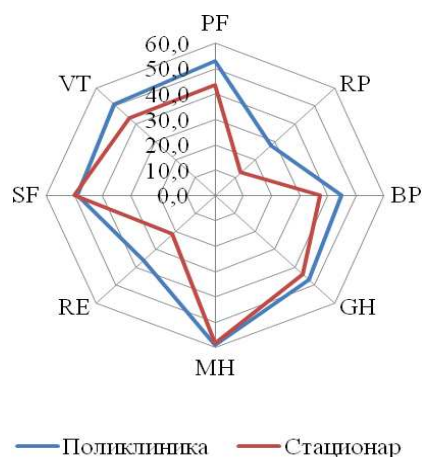


Рисунок 1. Сравнительная оценка качества жизни пожилых пациентов в поликлинике и стационаре.

Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.), обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Также у пациентов стационара отмечаются низкие значения по шкалам «Интенсивность боли (Bodily pain – BP)» (37,0), «Жизненная активность (Vitality, VT)» и «Физическое функционирование (Physical Functioning, PF)» (по 43,4). Низкие показатели по шкале «Интенсивность боли» свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента, влияет на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие баллы по критерию «Жизненная активность» свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности. Низкие показатели по шкале «Физическое функционирование» отражают степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) и свидетельствуют о том, что

физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья (табл. 2).

Таблица 2 – Оценка качества жизни изучаемого контингента

Отделение	Возраст	Пол	PH				MH			
			PF ¹	RP ²	BP ³	GH ⁴	MH ⁵	E ⁶	F ⁷	T ⁸
Стационар	до 60 лет	м	61,9	28,1	44,7	47,7	56,8	9,4	0,1	5,6
		ж	5,0	75,0	52,0	55,0	68,0	7,0	8,0	0,0
	Всего		58,5	30,9	45,1	48,1	57,4	1,6	9,4	6,5
	старше 60 лет	м	53,3	21,3	39,9	45,8	59,4	5,1	6,6	6,5
		ж	35,6	6,0	34,8	42,2	57,3	0,7	3,2	1,0
	Всего		43,4	12,8	37,0	43,8	58,2	1,6	0,2	3,4
Поликлиника	до 60 лет	м	77,0	44,0	57,0	60,0	69,0	9,0	8,0	4,0
		ж	68,0	30,0	55,1	54,4	58,8	0,1	6,0	1,5
	Всего		73,0	38,0	56,0	57,0	64,0	9,0	8,0	8,0
	старше 60 лет	м	58,0	44,0	52,0	48,0	58,0	0,0	3,0	5,0
		ж	50,0	16,0	39,5	47,2	60,7	0,0	6,4	9,5
	Всего		53,0	28,0	45,0	47,0	59,0	6,0	9,0	1,0

При оценке физического компонента здоровья установлено, что у амбулаторных пациентов старше 60 лет физическое функционирование и общее состояние здоровья (GH – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения) достоверно ниже, чем у пациентов моложе 60 лет (рис. 2).

¹ физическое функционирование (Physical Functioning)

² ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning)

³ интенсивность боли (Bodily pain)

⁴ общее состояние здоровья (General Health)

⁵ психическое здоровье (Mental Health)

⁶ ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional)

⁷ социальное функционирование (Social Functioning)

⁸ жизненная активность (Vitality)

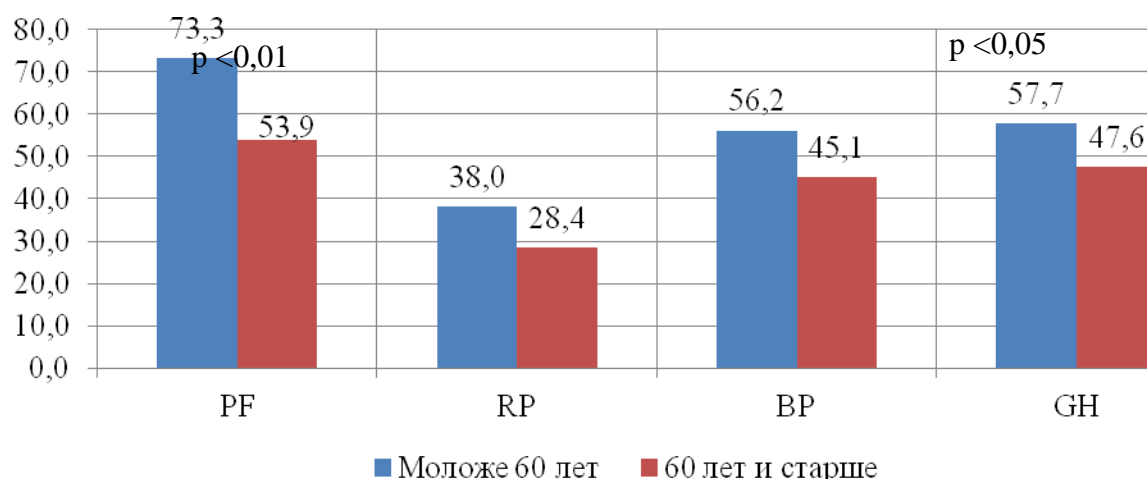


Рисунок 2. Оценка физического компонента здоровья амбулаторных пациентов.

Психологический компонент здоровья у пожилых пациентов также ниже, чем у пациентов моложе 60 лет, но достоверные различия только в уровне ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (рис. 3).

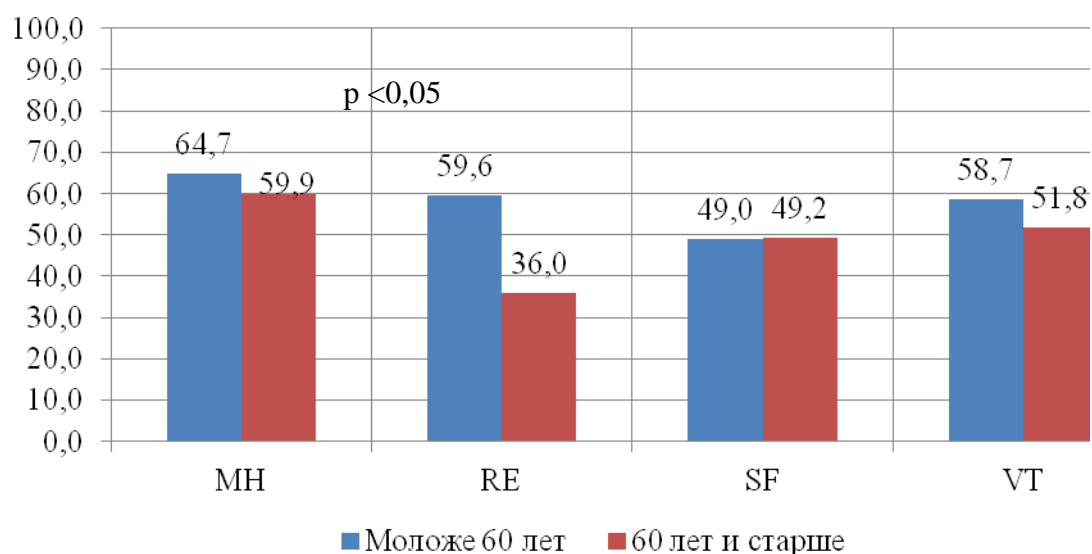


Рисунок 3. Оценка психологического компонента здоровья амбулаторных пациентов.

При сравнительной оценке качества жизни пожилых пациентов и пациентов моложе 60 лет, находящихся на стационарном лечении, установлено что только критерии «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Жизненная активность» достоверно ниже, чем у пациентов в возрасте моложе 60 лет ($p \leq 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно) (рис. 4).

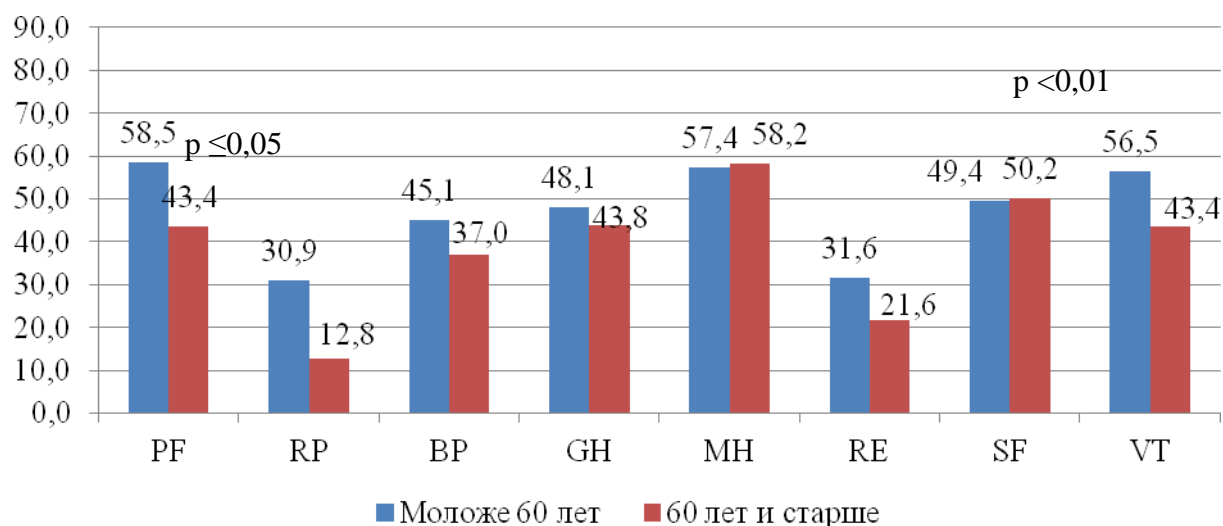


Рисунок 4. Оценка качества жизни пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

На следующем этапе мы сравнили уровень качества жизни мужчин и женщин в возрасте старше 60 лет. Оценка показала, что уровень качества жизни у женщин несколько ниже, чем у мужчин, но достоверные различия только по критериям физическое функционирование и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно) (рис. 5).

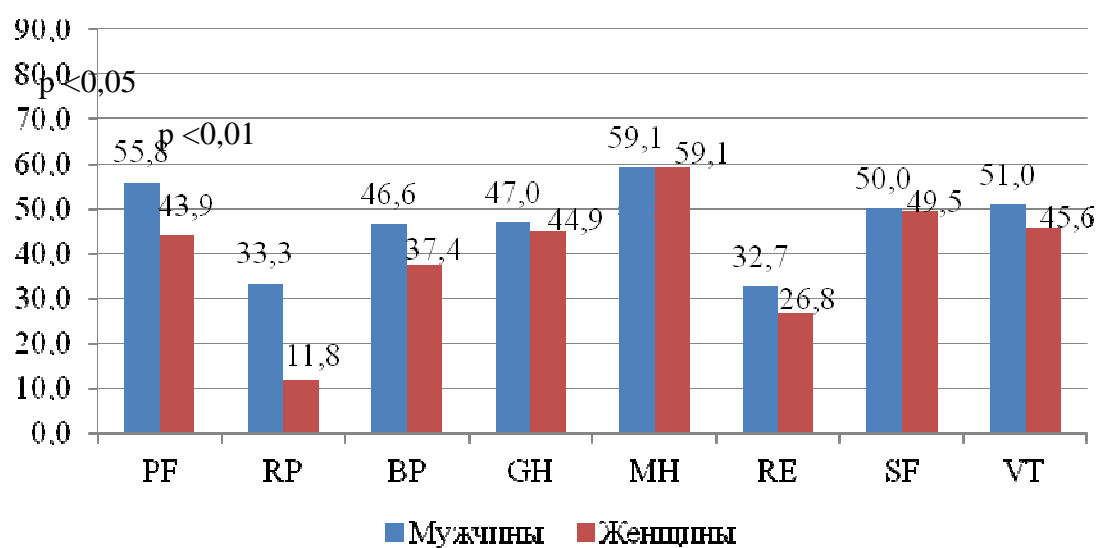


Рисунок 5. Оценка качества жизни мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше.

При оценке качества жизни всех опрошенных пожилых пациентов установлено, что уровень качества жизни у пожилых достоверно ниже, чем у пациентов моложе 60 лет (рис. 6).

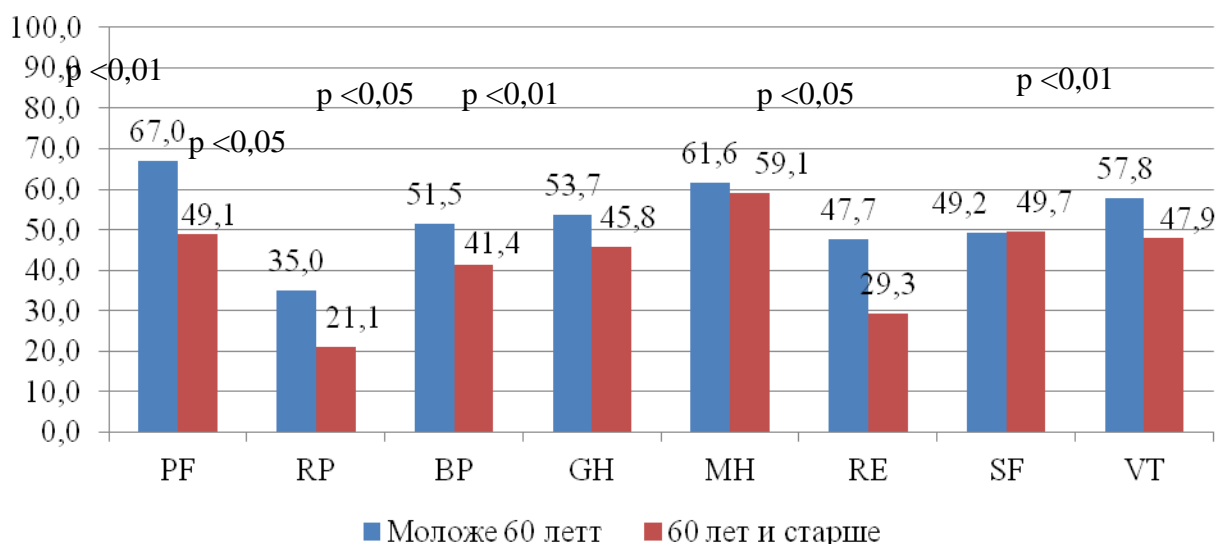


Рисунок 6. Сравнительная характеристика уровня качества жизни пожилых пациентов и пациентов, моложе 60 лет

Для разработки критериев по улучшению физической и психической составляющих качества жизни пожилых мы провели анкетирование 66 пожилых пациентов в поликлинике и стационаре по специально разработанной анкете, содержащей 28 вопросов, касающихся качества лекарственного обеспечения и медицинской помощи.

Анкетирование показало, что в среднем респонденты принимают по 5 лекарственных препаратов (от 2 до 12). Из опрошенных 23,1% не знают названия применяемых лекарств, 13,8% знают названия не у всех препаратов. 20% респондентов не знают действие назначенных лекарств, 4,6% – не у всех препаратов. Не знают о побочных эффектах 38,5% и 15,4% - не у всех лекарств (рис. 7).

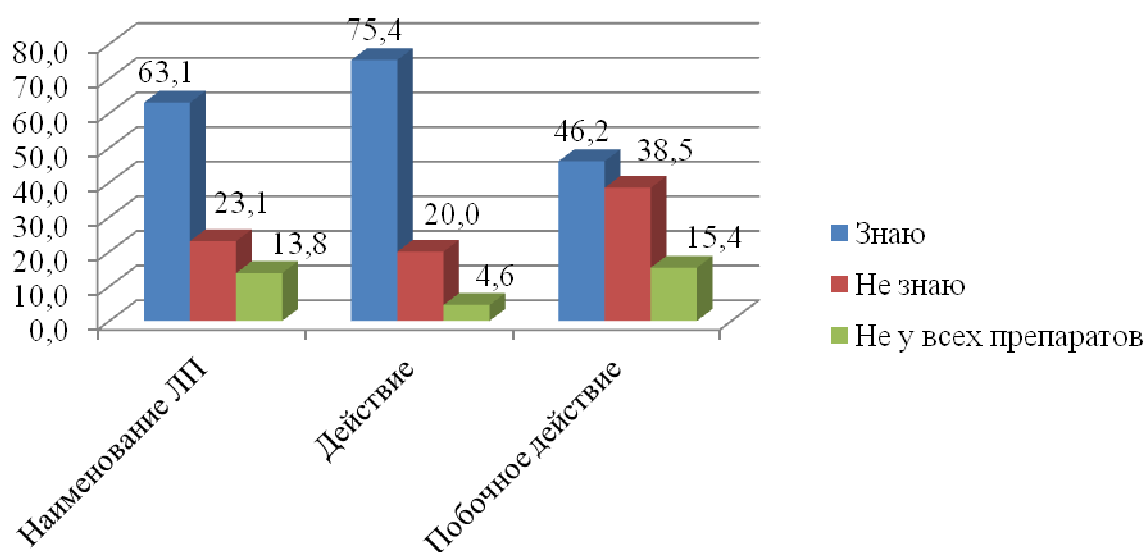


Рисунок 7. Информированность пациентов о названиях, фармакологическом действии и побочных эффектах лекарств, %

Из 66 опрошенных только 4 человека (6,06%) хотели бы получить информацию (современные ЛП, действие) о назначенных лекарствах от медицинского персонала.

56,9% пожилых в полном объеме получают те лекарства, которые назначил врач. У 96,6% опрошенных нет трудностей в приобретении/получении лекарств.

Имеют льготы на лекарственное обеспечение 43,9% респондентов, из них 80% не удовлетворены обеспеченностью лекарственными препаратами по льготе и 37,9% пациентов, имеющих льготу, покупают все лекарства за собственные средства, оставшиеся 62,1% покупают от 2 до 5 препаратов.

Наиболее часто закупаются препараты: Конкор (6,2%), Эналаприл, Амлодипин (4,8%), Кардиомагнил, Лозап, Лориста (3,4%), Актовегин, Тромбо АСС, Кеторол (2,8%), Индап, Индапамид, Кордарон, Лизиноприл, Мовалис, Найз, Предуктал (2,1%) (рис. 8).

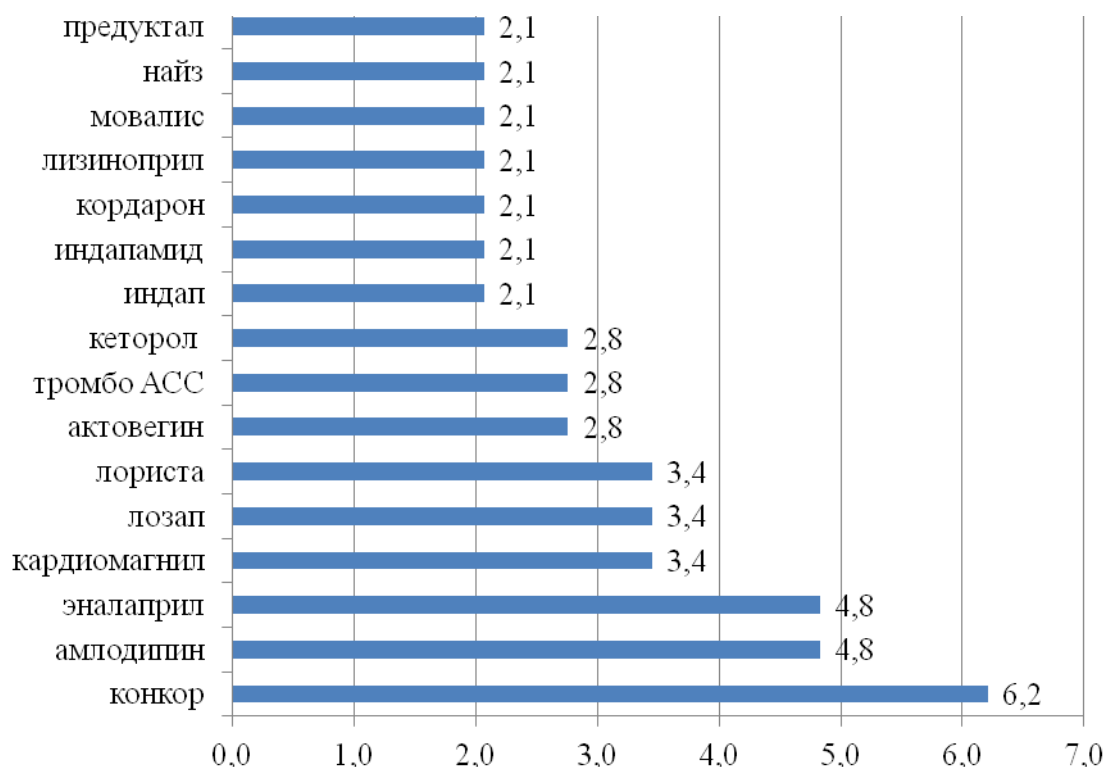


Рисунок 8. Препараты, наиболее часто закупаемые всеми респондентами, %

Лица, имеющие льготы на лекарственное обеспечение, наиболее часто закупают 13 наименований препаратов: Лориста, Найз (по 8%), Актовегин, Конкор (по 6%), Кордарон, Лизиноприл, Мильгамма, Тромбо АСС, Мексидол, Лозап, Панкреатин, Кеторол (по 4%), остальные препараты по 2% (рис. 9).



Рисунок 9. Препараты, наиболее часто закупаемые лицами, имеющими льготы на лекарственное обеспечение, %

Из закупленных препаратов 70% наименований входят в Перечень лекарственных препаратов (в том числе назначаемых по решению врачебной комиссии медицинских организаций), обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

Из всех опрошенных у 96,6% нет проблем в приобретении лекарств, 3,4% считают, что иногда не хватает лекарств, необходимых для более эффективного лечения. У 21,2% пациентов отмечалось побочное действие лекарств. 80,3% респондентов принимали обезболивающие препараты, и все 100% удовлетворены ассортиментом этих препаратов в аптеке и стационаре.

На вопрос «Считаете ли Вы, что Ваше здоровье могло бы улучшиться, если бы Вы были обеспечены всеми необходимыми для Вашего лечения лекарствами?» 37,9% респондентов ответили «Нет, не считаю, что это имеет принципиальное значение», 33,3% считают, что да, вероятно незначительно улучшилось бы, 18,2% ответили «Да, могло бы существенно улучшиться», 6,1% ответили: «Трудно сказать», 4,5 «Нет, я и так получаю все что нужно» (рис. 10).



Рисунок 10. Результаты анкетирования по критерию улучшения здоровья, %

На основании результатов исследования нами разработаны организационные мероприятия для улучшения физической и психической составляющих качества жизни пожилых. Для улучшения физического компонента здоровья необходимо широкое внедрение адресной доставки лекарственных препаратов, бесперебойное снабжение лекарственными препаратами в системе государственной социальной помощи, широкое функционирование стационаров на дому, проведение исследований по эффективности и безопасности лекарственных препаратов у пожилых, в том числе и анальгетических лекарственных средств, необходимо планирование закупок ЛП для медицинских организаций на краткосрочный и долгосрочный периоды, внедрение электронной очереди в поликлинику, уменьшение очереди на госпитализацию (рис. 11).

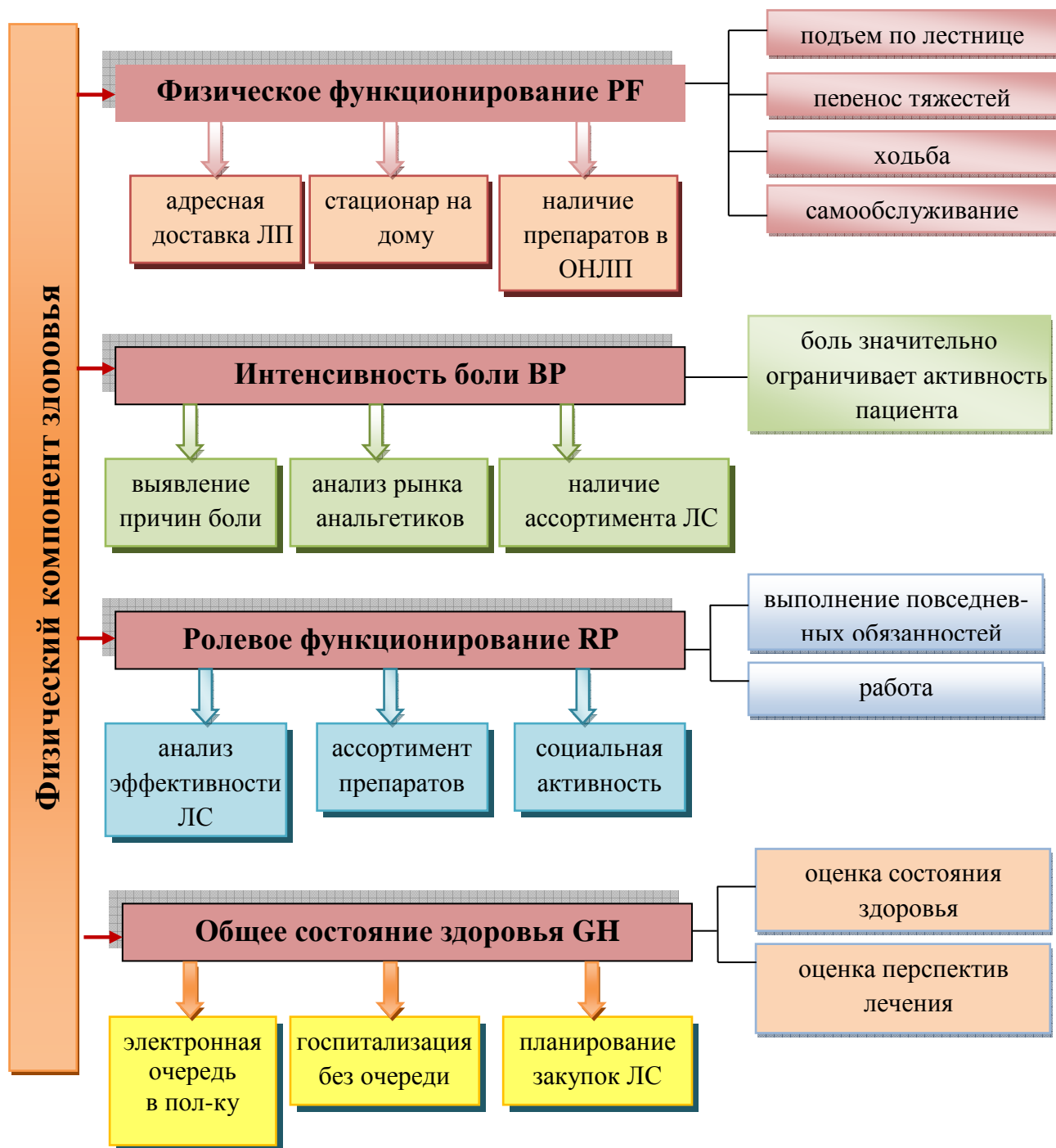


Рисунок 11. Критерии для улучшения физической составляющей качества жизни пожилых.

Для улучшения психической составляющей здоровья пожилых, по нашему мнению, необходимо проводить учебу с медперсоналом по этике и деонтологии, давать подробные консультации по применению лекарств. Пожилым нужно также позитивное общение, лечебная физкультура, прогулки на свежем воздухе, режим питания и лечебная диета (рис. 12).



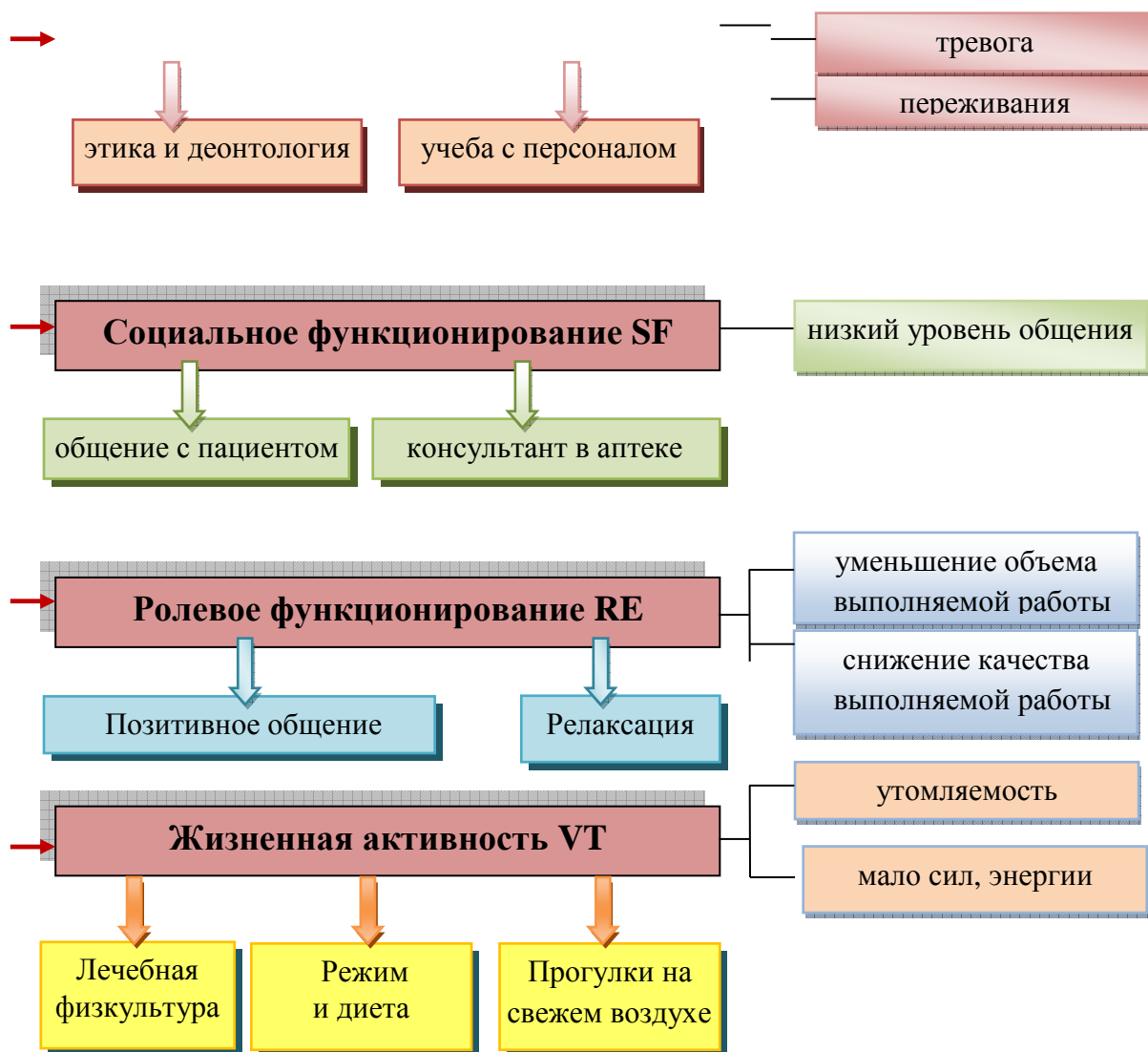


Рисунок 12. Критерии для улучшения психологической составляющей качества жизни пожилых

Таким образом, исследование показало, что уровень качества жизни пожилых пациентов достоверно ниже, чем у пациентов моложе 60 лет. Одним из путей повышения качества жизни в разрезе как физического компонента здоровья, так и психологического, является совершенствование лекарственной политики государства и, в частности, конкретной медицинской организации. Наряду с этим, здоровье лиц пожилого возраста во многом определяется также личным отношением пациента к своему организму, компетентностью и этикой медицинских и фармацевтических работников и служб социальной поддержки. Для улучшения качества жизни пожилых необходима стойкая мотивация их к активному долголетию, пропаганда активного образа жизни с учетом физического состояния организма, правильного питания, психологических тренингов. Социально-психологическая помощь пожилым может быть направлена на смену интересов и

жизненных ценностей, создание позитивного микроклимата в семье, востребованности жизненного и профессионального опыта пожилых в социуме.

Список литературы

1. Солонина А.В., Ростова Н.Б., Черешнева Н.Д., Яковлев И.Б. Организация лекарственной помощи пожилым людям // Успехи геронтологии. – 2013. – Т.26. - № 1. – С. 183-189.
2. Черешнева Н.Д., Солонина А.В., Одегова Т.Ф., Мазанов П.Е. Анализ структуры болезней и назначений лекарственных препаратов пожилым людям, находящимся на лечении в стационаре // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - №3.; UR: <http://www.science-education.ru/103-6104>.
3. Черешнева Н.Д., Смирнов А.В., Азин А.Л., Солонина А.В., Одегова Т.Ф. Организация лекарственной помощи лицам старшего возраста // Клиническая геронтология. – 2011. – Т.17. - № 11-12. – С. 115-116.
4. Черешнева Н.Д., Одегова Т.Ф., Солонина А.В. Анализ закупок лекарственных препаратов для ЛПУ Республики Марий Эл // Новая аптека. – 2010. - №10. – С. 41-44.
5. Черешнева Н.Д., Смирнов А.В., Азин А.Л., Солонина А.В., Одегова Т.Ф. Фармако-экономические аспекты использования лекарственных средств для лечения гериатрических больных в рамках программы ОНЛС // Клиническая геронтология. – 2011. – Т.17. - № 11-12. – С. 116.
6. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.
7. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.

Рецензенты:

Молохова Е.И., д.фарм.н., профессор кафедры промышленной технологии лекарств с курсом биотехнологии ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, г. Пермь.

Хомов Ю.А., д.фарм.н., профессор кафедры фармацевтической химии ФДПО и ФЗО ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, г. Пермь.