

# Оценка качества фармацевтической помощи посетителям аптек с головными болями с использованием метода имитированного (симулированного) пациента: практика взаимодействия

© Решетько О. В., Гришин А. И.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

**Аннотация. Актуальность.** ВОЗ оценивает головные боли как глобальную мировую проблему. Россия занимает лидирующее место по распространённости первичных головных болей. Головные боли являются одной из самых частых причин обращения в аптеку в целях самолечения. Взаимодействие фармацевтического работника и посетителя аптеки с проблемой головной боли в целом определяет качество фармацевтической помощи. **Цель.** Изучить практику взаимодействия посетителя аптеки с проблемой головной боли и фармацевтического работника с использованием метода симулированного пациента. **Материалы и методы.** Обученные симулированные пациенты (женщины в возрасте 20, 40 и 58 лет) совершили в сумме 101 визит в аптеки. Запись диалога велась на диктофон, все особенности взаимодействия дополнительно фиксировались после визита. Впоследствии заполнялись специальные формы. Данные обрабатывались с помощью программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 10.0. **Результаты.** Среднее время взаимодействия составило  $98,2 \pm 3,8$  секунды. Отмечена высокая частота спонтанных рекомендаций без предварительных вопросов (66,3%), малое число задаваемых вопросов ( $0,84 \pm 0,1$ ). Данные показатели практически не зависели от различных факторов (типа аптеки, возраста фармацевта, возраста смоделированного пациента, наличия очереди и других). **Заключение.** Результаты исследования демонстрируют низкий уровень взаимодействия между фармацевтами и посетителями с проблемой головной боли, а также низкую вовлечённость работников аптек в процесс оказания фармацевтической помощи, что негативно сказывается на её качестве: частые спонтанные рекомендации, короткие консультации и редкие вопросы. Подход к взаимодействию фармацевтического работника с посетителем с головной болью носит формальный характер и требует стандартизации.

**Ключевые слова:** головная боль; фармацевт; провизор; аптека; фармацевтическая помощь; имитированный пациент; симулированный пациент

**Для цитирования:** Решетько О. В., Гришин А. И. Оценка качества фармацевтической помощи посетителям аптек с головными болями с использованием метода имитированного (симулированного) пациента: практика взаимодействия. *Качественная клиническая практика*. 2023;(2):4–13. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2023-2-4-13>

**Поступила:** 31 марта 2023 г. **Принята:** 23 апреля 2023 г. **Опубликована:** 30 июня 2023 г.

## Quality assessment of pharmaceutical care to patients with headaches using the simulated patient method: interaction practice

© Olga V. Reshetko, Anton I. Grishin

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, Russian Federation

**Abstract. Relevance.** WHO assesses headaches as a global world problem. Russia occupies a leading position in the prevalence of primary headaches. Headaches are one of the most common reasons for visiting a pharmacy for self-medication. The interaction of the pharmacist and the visitor with the headache problem in general determines the quality of pharmaceutical care. **Aim.** To assess the practice of the interaction between a patient with a headache and a pharmacist using the simulated patient method. **Materials and methods.** Trained simulated patients (women aged 20, 40 and 58 years) visited a total of 101 pharmacies. The dialogue was recorded on a voice recorder, all the features of the interaction were additionally recorded after the visit. Special forms were filled out based on the information received. The data was processed using Microsoft Excel 2010 and STATISTICA 10.0. **Results.** The average interaction time was  $98.2 \pm 3.8$  seconds. There was a high frequency of spontaneous recommendations without preliminary questions (66.3%), a small number of questions asked ( $0.84 \pm 0.1$ ). These indicators practically did not depend on various factors (type of pharmacy organization, age of the pharmacist, age of the simulated patient, the presence of a queue, and others). **Conclusion.** The results of the study demonstrate a low level of interaction between pharmacists and visitors with a headache, as well as a practical absence of involvement in the process of providing pharmaceutical care, which negatively affects its quality: frequent spontaneous recommendations, short consultations and rare questions. The approach to the interaction of pharmacists with visitors with headaches is formal and requires standardization.

**Keywords:** headache; pharmacist; pharmacy; pharmaceutical care; simulated patient

**For citation:** Reshetko OV, Grishin AI. Quality assessment of pharmaceutical care to patients with headaches using the simulated patient method: interaction practice. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika = Good Clinical Practice*. 2023;(2):4–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2023-2-4-13>

**Received:** March 23, 2023. **Accepted:** April 23, 2023. **Published:** June 30, 2023

## Введение / Introduction

Практика клинической фармации и «госпитальных фармацевтов», которая заложила основы понятия «фармацевтическая помощь», встречается в основном в зарубежных странах. Существующие определения термина «фармацевтическая помощь» (ФП) рассматривают её, главным образом, как особое взаимодействие между врачом, пациентом и фармацевтическим работником [1, 2]. Поскольку в России фармацевты при лечебно-профилактических учреждениях не взаимодействуют с пациентами, а взаимодействие с врачами не связано с лечением пациентов, фармацевтическая помощь в России преимущественно рассматривает этап посещения пациентом аптечной организации.

Головная боль (ГБ) является одной из самых частых причин обращения в аптеку в целях самолечения [7]. Это также обуславливается высокой распространённостью головных болей в России и в мире [3–6, 11]. Зачастую потребности пациентов с цефалгиями удовлетворяются не полностью, несмотря на наличие многочисленных вариантов лечения и руководств по надлежащему лечению головной боли [8–10].

Исследования по фармацевтической помощи пациентам с цефалгиями отмечают значимую роль взаимодействия фармацевтических работников (ФР) с пациентами, в частности роль расширенных консультаций и детального общения, что может в конечном итоге улучшать качество жизни. Кроме того, правильные вопросы могут помочь ФР первично предположить некоторые типы ГБ и отправить пациента к врачу [12].

Таким образом, взаимодействие фармацевтического работника и посетителя аптеки с проблемой головной боли в целом будет определять качество фармацевтической помощи.

## Цель / Aim

На основании исследования с использованием методологии симулированного пациента оценить эффективность взаимодействия фармацевтических работников с посетителями аптек с проблемой головной боли.

## Материалы и методы / Materials and methods

Исследование, основанное на методологии моделирования пациента (SPM, Simulated Patient Methodology), проводилось с октября 2022 года по январь 2023 года и содержало элементы как фармакоэпидемиологического, так и маркетингового исследования. Дизайн исследования был разработан на основании аналогичных методик, использовавшихся в зарубежных исследованиях, с учётом особенностей фармацевтической практики в России и изучаемых аспектов [12, 13].

В открытых источниках отсутствуют данные о количестве аптечных организаций (АО) в г. Саратове, размер генеральной совокупности был определён на основании картографического анализа (650 АО). Расчёт объёма выборки АО проводился по формуле:

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N), \text{ где}$$

$n$  — объём выборки;

$\Delta$  — величина допустимой ошибки = 0,1 (предельный размер ошибки для получения надёжных результатов);

$N$  — объём генеральной совокупности.

Минимальный размер выборки составил 86 аптек. 101 АО была включена в исследование, что позволяет обеспечить величину ошибки в 0,09.

Выбирались АО в разных районах города. Исследовались АО, относящиеся к максимально разным сетям или организационно-правовым формам. Отбор аптек был смешанным. Сначала неслучайным образом внутри района обязательно отбирались АО, имеющие малое число торговых точек (ИП или ООО с малым или единичным количеством торговых точек, ввиду того что число таких организаций невелико). Оставшиеся аптеки внутри каждого района отбирались случайным образом. Внутри района отбиралось не более 1 АО, принадлежащей к одной сети.

Три смоделированных пациента (СП) (женщины в возрасте 20, 40 и 58 лет) были отобраны из знакомых исследователя и посетили 31, 34 и 36 аптек соответственно. Все они имели опыт работы в сфере фармацевтики и/или фармацевтическое образова-

ние. Имитированные пациенты посещали аптеки вне района своего проживания, а в случае, если ФР оказался бы их знакомым, визит должен был прекратиться. СП посещали АО самостоятельно, в отсутствие исследователя (чтобы исключить любое влияние исследователя). Исследователь обеспечивал перемещение СП от аптеки к аптеке.

Предварительно СП получили для изучения документ, в котором была приведена информация о методах и целях исследования, моделях поведения, сценарии, правилах подхода. Элементы сценария приведены в таблице 1. СП предоставляли информацию только в том случае, если им задали соответствующий вопрос. Основной целью данной части исследования являлась оценка самого процесса взаимодействия с ФР: структура и число задаваемых вопросов по головной боли и опыту приёма препаратов, время взаимодействия между ФР и СП, факты спонтанных рекомендаций препаратов, а также вы-

явление какого-либо влияния на данные элементы взаимодействия ряда факторов: возраста ФР и СП, типа АО, наличия очереди, времени суток, дня недели и иных особенностей.

Перед посещением аптек исследователем проводился инструктаж. Впоследствии проводилось пилотное посещение в целях оценки уровня подготовленности СП, которое не включалось в исследование. Все визиты записывались на аудио, чтобы не полагаться исключительно на когнитивные процессы человека. Диалоги впоследствии прослушивались, данные заносились в специальный чек-лист (Google-формы) для последующей обработки. СП сразу после визита отмечал должность ФР (если это было возможно), пол, приблизительный возраст, а также число других посетителей в очереди до и после СП. Сразу после визита аудиозапись прослушивалась на предмет брака; все детали уточнялись и фиксировались на месте.

Таблица 1

## Элементы сценария

Table 1

## Script Elements

Возможный вопрос	Ответ
Для кого приобретаете препарат?	Для себя
С чем связана боль?	Не знаю. Возможно, стресс, работа
Простудного характера?	Нет
Была ли травма головы?	Нет
Если вдруг спросит, где работает:	Импровизируйте. Не называйте реальное место работы
Может, что-то съели? Погода? Алкоголь? Иное?	Нет
Была ли головная боль раньше?	Может быть, раз в месяц
Что-то принимали раньше?	Импровизируйте либо назовите цитрамон/парацетамол
Принимали ли вы... (любой препарат, кроме цитрамона/парацетамола)	Вроде нет
Помогало?	Когда как
Как/где болит? / Может, спазм?	Сценарий «возможная мигрень»
	Вы не можете понять, как отличить спазм. Ответьте, что болит с одной стороны головы и пульсирует
Сильно болит?	Терпимо
Иные симптомы есть?	Сегодня нет, но иногда со зрением проблемы (мушки)
Тошнота?	Сегодня нет, но раньше бывало
Усиливается при физ. нагрузке?	Немного
Может, мигрень? (На основании характеристик боли)	Не знаю
Долго болит?	С самого утра
Были ли у врача?	Нет
Беременность?	Нет
Какие-либо сопутствующие заболевания / Аллергия?	Вроде нет
Может, давление? / Давит виски?	Давления нет. Просто болит голова / Нет

Для обработки полученных данных использовались программы Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 10.0. Нормальность распределения оценивалась с помощью критерия Колмогорова — Смирнова. Для описания количественных переменных были рассчитаны средние арифметические значения ( $M$ ), стандартные отклонения ( $\sigma$ ) и стандартные ошибки среднего ( $m$ ), результаты представлены в виде  $M \pm \sigma \pm m$ . Достоверность различия между средними значениями определялась с помощью  $t$ -критерия ( $p=0,05$ ); если требовалось сравнить более двух средних значений, использовался однофакторный дисперсионный анализ. Для определения наличия/отсутствия линейной взаимосвязи между количественными переменными рассчитывался линейный коэффициент корреляции. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Пирсона (хи-квадрат). Установленный уровень статистической значимости принимался не менее 95% при  $p < 0,05$ .

## Результаты / Results

### Общая характеристика визитов, АО и ФР

В ходе исследования был совершён 101 визит. СП действовал по единственному сценарию «возможная мигрень».

подавляющее большинство ФР — женщины (98,0%), мужчины встречались крайне редко (2,0%). В половине случаев (47,5%) должность идентифицировать не удалось, чаще всего ввиду отсутствия бейджа, в единичных случаях бейдж был, но содержал только имя или не был читаем из-за волос, элементов одежды и т. д. В остальных (52,5%) визитах встречались фармацевты (44,6% от всех визитов), крайне редко отмечались провизоры, заведующие аптеками и консультанты (4,0%; 3,0% и 0,9% соответственно). Ввиду этого дальнейшее сравнение поведения ФР по признакам пола и должности являлось нецелесообразным.

Возраст определялся СП визуально в диапазонах (табл. 2), а также с приблизительной точностью до количества примерных полных лет. Средний возраст на основании визуальной оценки СП составил  $36,3 \pm 12,4 \pm 1,2$  года.

АО посещались в вечернее (55,5%) время (с 16 до 21) или в дневное и утреннее время с 10 до 16 (44,5%) в будние (66,3%) или выходные дни (33,7%). Большая часть аптечных организаций — крупные сети (61,4%), имеющие свыше 10 точек. Небольшие сети занимают около четверти от числа исследованных организаций (27,7%). Аптечные организации, представленные одной или двумя точками (10,9%),

были представлены ИП, ООО с малым количеством точек или даже аптечными сетями, имеющими в Саратове всего одну точку.

Таблица 2

### Распределение фармацевтических работников по возрасту

Table 2

#### Distribution of pharmaceutical workers by age

Возраст, лет (диапазон)	Фармацевтических работников	
	n	%
18–30	34	33,7
30–40	24	23,8
40–50	23	22,8
50–60	14	13,8
Старше 60	6	5,9

В большинстве АО работала лишь одна касса (86,1%), реже встречались АО с двумя работающими кассами (11,9%) или аптеки с более чем двумя работающими кассами (2,0%).

В большинстве визитов очереди перед СП не было (64,4%). В остальных случаях очередь состояла из одного, двух или более посетителей (35,6%). Очереди в большинстве визитов не было и после СП (72,3%), а в остальных случаях (27,7%) очередь состояла также из одного, двух или более посетителей. На основании количества человек в очереди до и после СП определялась проходимость аптеки в момент посещения (сумма людей в очереди до и после СП). В 56 АО (55,4%) не было людей ни до, ни после СП, в 22 АО был один человек (до или после, 21,8%), в 23 аптеках было 2 и более посетителей (до, после СП или в сумме, 22,8%). Суммарное количество посетителей в очереди было выше в вечернее время (после 16 часов,  $t$ -критерий = 2,19 при  $t$ -критическом 1,987;  $p < 0,05$ ) и не зависело от дня недели.

### Начало взаимодействия АО и ФР

СП начинал диалог с ФР с определённой фразы. Вводные фразы СП были разделены на две категории. Первая категория включала запрос на рекомендацию и ассортимент ( $n=34$ ): «Порекомендуйте что-нибудь от ГБ», «А что у вас есть от ГБ?», «Что вы можете порекомендовать от ГБ?». Вторая носила более нейтральный характер ( $n=67$ ): «Дайте что-нибудь от ГБ», «От головы что-нибудь». Достоверной связи между категорией фразы и изучаемыми параметрами консультирования (средним временем

взаимодействия, количеством задаваемых вопросов, фактами спонтанной рекомендации) выявлено не было.

В большинстве случаев (66,3%) имела место т. н. спонтанная рекомендация препаратов без каких-либо предварительно заданных вопросов по ГБ, симптомам, опыту приёма препаратов и т. д. Факт спонтанной рекомендации не зависел от возраста ФР, типа АО, дня недели, времени суток, наличия очереди, однако чаще встречался в случае СП — женщины 40 лет ( $\chi^2 = 6,395$ ;  $\chi^2_{\text{крит}} = 5,991$ ;  $p < 0,05$ ). В остальных случаях (33,7%) перед рекомендацией препаратов задавались вопросы.

### Время взаимодействия СП и ФР (время консультирования)

Время взаимодействия СП с ФР определялось как время с момента приветствия до момента пробития чека и/или прозвучавшего обращения при прощании (до свидания, всего хорошего и т. д.). Среднее время составило  $98,2 \pm 38,4 \pm 3,8$  секунды, максимальное — 220 секунд (3 минуты 40 секунд), минимальное — 35 секунд. Различий в средней продолжительности взаимодействия в зависимости от возрастной группы ФР не наблюдалось. Среднее время взаимодействия было достоверно больше в будние дни (t-критерий = 3,1 при t-критическом 1,987,  $p < 0,01$ ). Время взаимодействия не зависело от типа сети, вре-

мени суток, наличия или отсутствия очереди. Консультирование СП — женщины 40 лет было короче, нежели консультирование женщины 58 лет (t-критерий = 2,7 при t-критическом 1,995,  $p < 0,01$ ). Иных достоверных различий в длительности консультирования разных СП выявлено не было.

### Количество и структура задаваемых вопросов

Какие-либо вопросы задавались лишь в половине всех визитов (51 визит, 50,5%, табл. 3). Среднее число задаваемых вопросов было крайне мало ( $0,84 \pm 1,06 \pm 0,10$ ). Максимальное число вопросов, заданное за 1 визит, — 5. В 17 визитах вопросы задавались уже после факта спонтанной рекомендации, в 34 визитах — сначала задавались вопросы, затем рекомендовались препараты.

В тех визитах, где имела место спонтанная рекомендация ( $n=67$ ), вопросов задавалось меньше, чем в случаях, когда они задавались перед рекомендацией ( $n=34$ ) каких-либо препаратов (t-критерий = 7,23 при t-критическом 1,987;  $p < 0,0001$ ). Не было установлено достоверных различий в среднем количестве заданных вопросов разным СП, в разные дни недели и разное время суток и в АО разного типа. Показатель среднего количества заданных вопросов у молодых фармацевтических работников (18–30 лет) был меньше, чем у остальных работников старше 30 лет (t-критерий = 2,37 при t-критическом 1,987;  $p < 0,05$ ).

Таблица 3

Структура задаваемых вопросов в зависимости от факта спонтанной рекомендации, а также во всех визитах

Table 3

The structure of the questions asked depends on the fact of spontaneous recommendation, as well as in all visits

Вопрос	После спонтанной рекомендации (n=17)		Перед рекомендациями препаратов (n=34)		Во всех случаях (n=101)	
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Для кого	1	5,9	9	26,5	10	9,9
Локализация боли, характер, симптомы	2	11,7	4	11,8	6	5,9
Интенсивность боли	2	11,7	5	14,7	7	6,9
Вопросы по причинам боли	1	5,9	8	23,5	9	8,9
Предположения по причинам боли	12	70,6	18	53,0	30	29,7
Опыт приёма ЛП	6	35,3	12	35,3	18	17,8
Длительность боли	0	0	1	2,9	1	0,9
Была ли боль раньше	0	0	2	5,9	2	1,9
Сопутствующие заболевания	0	0	1	2,9	1	0,9
Опыт посещения врача / рекомендация посетить врача	0	0	0	0	0	0

Среди задаваемых вопросов и/или выдвигаемых предположений чаще всего озвучивались предположения по причине боли (29,7%) и вопросы по опыту приёма препаратов (17,8%). Предположениями по причине боли считались заданные с вопросительной интонацией конструкции, содержащие озвученную предполагаемую причину боли, целью которых было выяснение влияния данной причины на ГБ у СП. Чуть реже задавались вопросы о человеке, для которого приобретается препарат (9,9%), причинах (8,9%) и интенсивности боли (6,9%). Вопросами по причине боли считались заданные с вопросительной интонацией конструкции, целью которых было выяснение причин боли у СП без озвучивания самой причины. Практически в единичных случаях задавались иные вопросы, ни разу не были озвучены информация о необходимости посещения врача или вопрос, касающийся опыта посещения врача ра-

нее. Вопросы по локализации и характеру боли были заданы на шести визитах, однако это не привело к предположению фармацевтическим работником мигрени и т. н. раскрытию сценария. Структура задаваемых вопросов отражена в таблице 3. Между количеством заданных вопросов и временем взаимодействия связи не было ( $r=0,255$ ). Вопросы и предположения по причине боли чаще упоминались в визитах с фармацевтическими работниками старше 40 лет ( $\chi^2 = 8,405$ , критическое значение  $\chi^2 = 5,991$ ;  $p<0,05$ ).

Среди предположений по ГБ озвучивались высокое АД (26,7%) или предположение простудного характера (3,0%), однократно предположены влияние погоды или повышенная температура тела.

В ходе взаимодействия были отмечены и другие аспекты (рис. 1). Частое упоминание в визитах программы лояльности не влияло на время взаимодействия.



Рис. 1. Частота отмечаемых особенностей взаимодействия  
Fig. 1. Frequency of observed interaction features

### Обсуждение результатов / Discussion

Фармацевтические работники играют важную роль в контроле за самолечением, обеспечении безопасного использования лекарств и выявлении проблем, связанных с использованием ЛП, также именно они могут дать объективную оценку тому, нуждается ли пациент в дальнейшей диагностике и оценке медицинским специалистом [8–10].

Метод моделирования пациента является полезным и объективным инструментом для оценки профессиональной деятельности. Подобные исследования (в рамках изучения фармацевтической помощи

при головных болях) проводились в Таиланде, Словении, Бразилии и других странах [12].

Наибольшая корреляция данных проведённого исследования наблюдается с результатами исследования в Иордании: длительность консультирования там составляла около двух минут, а фармацевты не носили бейджи и в большинстве случаев не спрашивали о симптомах, а сразу рекомендовали препарат [14]. Спонтанные рекомендации отмечались и в других исследованиях по иным сценариям.

Время консультирования СП, учитывая время, затраченное на непосредственный отпуск препарата через кассу и расчёты, оценивается как короткое.

Длительность взаимодействия не зависела от большинства исследуемых факторов, однако была достоверно выше в будние дни. Возможно, это может иметь связь с особенностями восприятия фармацевтами классических «пятидневных» выходных дней (суббота, воскресенье) при графиках работы, отличающихся от пятидневных. Более короткие консультации СП — женщины 40 лет (в сравнении с женщиной 58 лет), а также более частые спонтанные рекомендации в случае женщины 40 лет, с одной стороны, могли быть связаны с внешним видом СП, голосом, интонацией, поведением и иными характеристиками, с другой — осторожностью в рекомендации людям старшего и младшего возраста в сравнении с людьми средних лет. Иных отличий в особенностях консультирования разных СП выявлено не было.

Частые спонтанные рекомендации, редкие вопросы по ГБ и симптомам, которые также мало зависели от различных исследуемых факторов, свидетельствуют о низкой вовлечённости ФР в проблему ГБ, что может быть связано с недостаточностью знаний у фармацевтических работников, а также с восприятием ГБ как рутинной проблемы, которая может решиться приёмом одной таблетки, а не как заболевания, которое может требовать обращения к врачу, иметь хронические формы и снижать качество жизни. Фармацевтические работники младше 30 лет задавали вопросов меньше, чем все остальные ФР старше 30, а ФР старше 40 лет чаще предполагали причины боли и/или задавали вопросы по причинам боли. Вероятно, большой опыт работы, обычно коррелирующий с возрастом ФР, положительно отражается на качестве взаимодействия.

Некоторые особенности взаимодействия могут косвенно воздействовать на качество фармацевтической помощи. Так, отсутствие бейджа у ФР может снизить доверие и лояльность у посетителя аптеки. Несмотря на то что обязанность носить бейдж не закреплена законодательно (лишь может быть отражена в локальных документах АО), наличие бейджа может положительно влиять на взаимодействие с посетителем и способствовать коммуникации.

Однократно был отпущен препарат с истекающим сроком годности (менее трёх месяцев) без предварительного предупреждения об этом. Исходя из п. 2. ст. 472 ГК РФ, продавец обязан передать покупателю с таким расчётом, чтобы он мог быть использован по назначению до истечения срока годности, соответственно, лекарственного препарата должно хватить на курс лечения, а законодательно закреплённой обязанности предупреждать покупателя об ограниченном сроке годности препарата нет.

В случае приобретения анальгетиков, когда курсы короткие либо приём может ограничиться одной таблеткой, покупатель может рассчитывать на хранение препарата на возможные последующие случаи. Внутренние стандарты аптеки должны иметь указание на предупреждение об отпуске препарата с истекающим сроком годности во избежание возможных конфликтных ситуаций.

Целлофановый пакет, который оказывался в чеке в некоторых визитах, был характерен для одной сети аптек и связан с показателем наполняемости чека (количество позиций в чеке на одну покупку). Такое требование к данному показателю выдвигается многими аптечными сетями. Пакет не влиял на итоговую стоимость покупки ввиду проведения скидок и снижения стоимости препарата на сумму стоимости пакета. Однако такие действия могут вызывать вопросы и недоверие со стороны посетителей.

Наполняемость чека, средний чек (сумма средней покупки), а также комплексные продажи являются центральными понятиями в технологиях продаж в розничном сегменте фармацевтического бизнеса. Современные бизнес-организации в фармации ориентированы на повышение цены покупки и количества наименований продукции, входящих в неё [15]. Требования к показателю наполняемости чека, а также, вероятно, к показателю среднего чека частично определяют факт дополнительных рекомендаций акционных товаров, гематогена или аскорбинки, а также питьевой воды. В данном исследовании в визитах не уточнялось, какие именно акционные товары предлагаются. В целом уместность подобных рекомендаций неоднозначна. С одной стороны, вполне уместны рекомендации и дополнительные продажи, связанные именно с проблемой ГБ и приёмом препаратов: в данном случае предложение питьевой воды, а рекомендации не связанных с проблемой ГБ акционных товаров аптечного ассортимента или биологически активных добавок кажутся нерациональными. С другой стороны, а именно с точки зрения маркетинга и продаж и рассмотрения АО в современных реалиях как организации коммерческой, любые допродажи могут быть уместны: может оказаться, что посетитель использует что-либо из акционных товаров либо имеет высокую приверженность и/или лояльность к биологически активным добавкам, и такое предложение будет ему интересно.

Возможность дополнительных рекомендаций должна оцениваться ФР в каждом отдельном случае. Например, рекомендовать бутылку воды допустимо практически в каждом визите с ГБ, однако ФР

должен принимать решение о такой рекомендации на основании характеристик посетителя. На основании тех же характеристик должна оцениваться возможность иных дополнительных рекомендаций. Биологически активные добавки и товары собственной торговой марки не должны рекомендоваться беспорядочно. Многие исследования рассматривают возможность использования органических солей магния в профилактике и дополнительной терапии ГБ [16]. Среди нутрицевтиков также отмечается роль витамина D, рибофлавина, коэнзима Q10 и мелатонина. Однако нутрицевтическая терапия имеет ограниченные доказательства эффективности высокого уровня, но, учитывая потенциальную пользу и в целом отличную переносимость, такая терапия может рассматриваться в определённых популяциях пациентов с учётом их клинических характеристик, личных убеждений и предпочтений [17]. Следовательно, если дополнительные продажи являются требованием, необходимостью либо обязанностью ФР предложить что-либо к основной покупке продиктована какими-либо стандартами, то даже такие рекомендации и дополнительные продажи должны быть рациональными.

Таким образом, по результатам проведённого исследования можно выделить несколько главных принципов взаимодействия с посетителем с ГБ в случае запроса на консультирование и/или препарат, которые должны соблюдаться:

1. Препарат никогда не должен рекомендоваться по запросу типа «дайте что-нибудь от головной боли» без дополнительно заданных вопросов посетителю, поскольку несколько названных и, возможно, незнакомых ТН не дадут никакой информации посетителю без медицинского или фармацевтического образования. Вопросы должны касаться нескольких аспектов, связанных с ГБ (табл. 4). При невозможности озвучить максимально все вопросы (например, если посетитель просто хочет приобрести препарат и уйти), можно ограничиться наиболее важными вопросами (для кого приобретается препарат и характеристики боли).

Акцент на необходимости вызова или посещения врача должен ставиться всегда, как — в зависимости от ситуации. В случае, если речь идёт о предполагаемой ГБН или иных видах ГБ, не требующих экстренной медицинской помощи, должна звучать фраза: «при отсутствии эффекта и/или появлении нежелательных эффектов стоит обратиться к врачу». В ситуациях, когда фармацевтический работник отмечает, например, т. н. сигналы опасности ГБ или когда ГБ наблюдается у ребёнка, направление к врачу должно быть главным результатом взаимодействия. В иных случаях, например, если предполагается мигрень, не диагностированная ранее; боль после травмы головы и т. д. — и направление к врачу, и рекомендация препарата будут определять результат фармацевтической помощи.

Таблица 4

**Главные элементы взаимодействия посетителя с проблемой головной боли и фармацевтического работника**

Table 4

**The main elements of interaction between a visitor with a headache problem and a pharmaceutical worker**

Вопросы и озвучиваемые аспекты	Обоснование необходимости
Для кого приобретается препарат	Выявление характеристик человека с ГБ (взрослый, пожилой, ребёнок и т. д.) для определения дальнейшей линии взаимодействия
Предположения и вопросы по причине боли	Необходимы для понимания происхождения боли, первоначального теоретического отнесения её к первичным или вторичным, дальнейшего направления к врачу и возможной рекомендации препарата
Клинические особенности ГБ	Необходимы для выявления наличия/отсутствия сигналов опасности ГБ и направления к врачу, предположения мигрени, ГБН или иных видов ГБ, возможной рекомендации препарата
Приём препаратов от ГБ ранее и посещение врача	Необходимы для определения опыта использования препаратов, опыта столкновения с ГБ, определения наличия или категории риска ЛИГБ, необходимости направления к врачу и возможной рекомендации препарата



2. Если посетитель просит препарат и/или консультацию не для себя, необходимо выяснить максимально возможную информацию о человеке с ГБ и о характере ГБ. Взаимодействие должно осуществляться согласно всем вышеуказанным принципам и исходя из количества полученной информации.

3. Руководителям аптечных организаций необходимо улучшать и обновлять общие и частные стандарты или правила консультирования в целях более эффективного взаимодействия ФР с посетителями аптек, повышения лояльности посетителей, избежания конфликтных ситуаций.

### Заключение / Conclusion

Результаты данного исследования, в частности выявленные особенности взаимодействия фармацевтических работников и смоделированных пациентов, демонстрируют низкий уровень данного взаимодействия, практическое отсутствие вовлечённости фармацевтических работников в процесс оказа-

ния фармацевтической помощи и, как следствие, её низкое качество, о чём свидетельствуют спонтанные рекомендации, короткие консультации и редкие вопросы. Подход к взаимодействию ФР с посетителем с ГБ и консультированию носит формальный характер и требует стандартизации.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ADDITIONAL INFORMATION

**Участие авторов.** *Гришин А. И.* — написание текста, редактирование; *Решетько О. В.* — написание текста, редактирование, финальное утверждение рукописи.

**Participation of authors.** *Grishin AI* — writing the text, editing; *Reshetko OV* — writing the text, editing, final approval of the manuscript.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке данной статьи.

**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest in the preparation of this article.

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Решетько Ольга Вилорвна**

*Автор, ответственный за переписку*

e-mail: reshetko@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3107-7636>

SPIN-код: 7569-7915

д. м. н., профессор, зав. кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

**Гришин Антон Игоревич**

e-mail: antonkesh@yandex.ru

провизор ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

### ABOUT THE AUTHORS

**Olga V. Reshetko**

*Corresponding author*

e-mail: reshetko@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3107-7636>

SPIN code: 7569-7915

Dr. Sci. (Med.), professor, Head of Department of Pharmacology, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, Russia

**Anton I. Grishin**

e-mail: antonkesh@yandex.ru

Pharmacist, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, Russia

### Список литературы / References

1. Дрёмова Н. Б., Коржавых Э. А., Литвинова Т. М. Фармацевтическая помощь: термин и понятие. *Фармация*. 2005;(2):37–45. [Dryomova NB, Korzhavayh EA, Litvinova TM. Pharmaceutical care: term and concept. *Farmatsiya*. 2005;(2):37–45. (In Russ.)].
2. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, et al. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int. J. Clin. Pharm.* 2014 Jun;36(3):544–55. doi: 10.1007/s11096-014-9933-x
3. Ayzenberg I, Katsarava Z, Mathalikov R, et al. The burden of headache in Russia: validation of the diagnostic questionnaire in a population-based sample. *Eur. J. Neurol.* 2011 Mar;18(3):454–9. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03177.x
4. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured health-

- care for headache is urgently needed. *Eur. J. Neurol.* 2014 May;21(5):758–65. doi: 10.1111/ene.12380
5. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Tsypushkina TS et al. Prevalence of headache disorders diagnosed according ICHD-3beta in three different social settings. *Eur. J. Neurol.* 2014;36(6):113–4. doi: 10.1177/0333102415596442
6. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev D, Olesen J. Prevalence of primary headache disorders diagnosed according to ICHD-3 beta in three different social groups. *Cephalalgia*. 2016 May;36(6):579–88. doi: 10.1177/0333102415596442
7. Mamo S, Ayele Y, Dechasa M. Self-Medication Practices among Community of Harar City and Its Surroundings, Eastern Ethiopia. *J. Pharm. (Cairo)*. 2018 Jul 25;2018:2757108. doi: 10.1155/2018/2757108
8. Gavazova EZ, Grekova-Kafalova DD. Pharmaceutical care for patients with headache. *Folia Med. (Plovdiv)*. 2022 Jun 30;64(3):373–9. doi: 10.3897/foimed.64.e63095

9. Naito Y, Ishii M, Kawana K, Sakairi Y, Shimizu S, Kiuchi Y. [Role of pharmacists in a community pharmacy for self-medication of patients with headache]. *Yakugaku Zasshi*. 2009 Jun;129(6):735–40. Japanese. doi: 10.1248/yakushi.129.735
10. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition): on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J. Headache Pain*. 2019 May 21;20(1):57. doi: 10.1186/s10194-018-0899-2
11. who.int [интернет]. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения «Головные боли», 2016. [Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya. Informacionnyj byulleten' Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya "Golovnye boli", 2016. (In Russ.)]. Доступ по: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/headache-disorders>. Ссылка активна на 14.02.2023.
12. Решетько О. В., Гришин А. И. Оказание фармацевтической помощи посетителям аптек с головной болью: систематизированный обзор зарубежных исследований. *Клин. фармакол. тер.* 2022;31(3):47–52. [Reshetko OV, Grishin AI. Pharmaceutical care for patients with headache: a systematic review of clinical studies. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2022;31(3):47–52. (In Russ.)]. doi: 10.32756/0869-5490-2022-3-47-52
13. Björnsdóttir I, Granas AG, Bradley A, Norris P. A systematic review of the use of simulated patient methodology in pharmacy practice research from 2006 to 2016. *Int. J. Pharm. Pract.* 2020 Feb;28(1):13–25. doi: 10.1111/ijpp.12570
14. Hammad EA, Elayeh E, Tubeileh R, Watson M, Wazaify M. A simulated patient study assessing over the counter supply and counseling in Jordan: responding to headache complaints. *Int. J. Clin. Pharm.* 2018 Oct;40(5):982–6. doi: 10.1007/s11096-018-0679-8
15. Кузина Н. В. Ценность и цена: экономические и этические аспекты современного фармбизнеса (аптечный сегмент). *Наука Красноярья*. 2016;2(25):202–25. [Kuzina NV. Value and price: economic and ethical aspects of modern pharmaceutical business (retail segment). *Krasnoyarsk Science*. 2016;2(25):202–25. (In Russ.)]. doi: 10.12731/2070-7568-2016-2-202-225
16. Maier JA, Pickering G, Giacomoni E, Cazzaniga A, Pellegrino P. Headaches and Magnesium: Mechanisms, Bioavailability, Therapeutic Efficacy and Potential Advantage of Magnesium Pidolate. *Nutrients*. 2020 Aug 31;12(9):2660. doi: 10.3390/nu12092660
17. Barmherzig R, Rajapakse T. Nutraceuticals and Behavioral Therapy for Headache. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2021 May 10;21(7):33. doi: 10.1007/s11910-021-01120-3