
СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

MODERN ORGANIZATION OF DRUG SUPPLY

- ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
- ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ САНОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
- ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН НА ОСНОВЕ МУЛЬТИКРИТЕРИАЛЬНОГО ПОДХОДА

ТОМ 7 • №2 • 2020

VOLUME 7 • №2 • 2020

СОЛПО
|
МОДС

Современная организация лекарственного обеспечения

№ 2

2020

**Журнал «Современная организация
лекарственного обеспечения»**
Свидетельство о регистрации средства массовой
информации ПИ № ФС77-58370 от 18 июня 2014 г.

ISSN 2312-2854
подписной индекс по каталогу
"Пресса России" 92326

Отпечатано:
Индивидуальный предприниматель
Цыба Артем Андреевич
125459 г. Москва, Туристская, д. 19, корп. 4
Тел./факс: (495) 737 04 67
Учредитель:
Региональная общественная организация
"Московское фармацевтическое общество"
www.mospharma.org

Редакционная коллегия

Ягудина Роза Исмаиловна

Главный редактор,

Заведующий кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, профессор, д.ф.н

yagudina@inbox.ru

Куликов Андрей Юрьевич

Заместитель главного редактора,

Профессор кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.э.н.

7677041@mail.ru

Проценко Марина Валерьевна

Заместитель главного редактора,

Завуч кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, к.ф.н.

mpro2006@mail.ru

Серпик Вячеслав Геннадьевич

Заместитель главного редактора,

Доцент кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, к.ф.н.

serpik.vyacheslav@gmail.com

Вольская Елена Алексеевна

Председатель межвузовского комитета по этике, к.и.н.

vols-elena@yandex.ru

Глембоцкая Галина Тихоновна

Профессор кафедры организации и экономики фармации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.ф.н.

kafedra_oef@mail.ru

Комиссинская Ирина Геннадьевна

Проректор по непрерывному образованию и международному сотрудничеству, заведующая кафедрой фармации ФПО Курского государственного медицинского университета, д.ф.н.

farmacyfpo@rambler.ru

Editorial board

Roza I. Yagudina

Editor-in-chief

Head of Department of Organization of medicinal Provision and Pharmacoeconomics of Sechenov University, professor, PhD

yagudina@inbox.ru

Andrey Yu. Kulikov

Deputy Editor-in-chief

Professor of Department of Organization of medicinal Provision and Pharmacoeconomics of Sechenov University, M.D., PhD

7677041@mail.ru

Marina V. Protsenko

Deputy Editor-in-chief,

Head teacher of Department of Organization of medicinal Provision and Pharmacoeconomics of Sechenov University, M.D., PhD

mpro2006@mail.ru

Serpik Vyacheslav Gennadievich

Deputy Editor-in-chief

Associated Professor of Department of Organization of medicinal Provision and Pharmacoeconomics of Sechenov University, PhD

serpik.vyacheslav@gmail.com

Elena A. Volskaya

Chairman of the Inter-University Ethics Committee, PhD

vols-elena@yandex.ru

Galina T. Glembotskaya

Professor of Department of Organization and Economy of Pharmacy of Sechenov University, PhD

kafedra_oef@mail.ru

Irina G. Komissinskaya

Head of Department of Pharmacy of Kursk State Medical University, PhD

farmacyfpo@rambler.ru

Голоенко Наталья Григорьевна

Старший преподаватель Центра образовательных программ ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России, к.ф.н.

Яркаева Фарида Фатыховна

Заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан, д.ф.н.

Петрухина Ирина Константиновна

Декан фармацевтического факультета Самарского государственного медицинского университета, д.ф.н.

Колбин Алексей Сергеевич

Заведующий кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. ак. И.П.Павлова, д.м.н.

Goloenko Natalia Grigorievna

Senior Lecturer of Federal State Budgetary Institution «Scientific Center for Expert Evaluation of Medicinal Products» of the Ministry of Health of the Russian Federation, PhD

Yarkaeva Farida Fatihovna

Vice-Minister of Health of Tatarstan Republic, PhD

Petruhina Irina Konstantinovna

Dean of pharmaceutical department of Samara state medical University, PhD

Kolbin Alexei Sergeevich

Head of Department of clinical Pharmacology and Evidence Based Medicine of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, PhD

Содержание

Contents

ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Гарифуллина Г.Х., Егорова С.Н., Давыдова Д.Д.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ САНОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Петров А.Г., Семенихин В.А., Глембоцкая Г.Т., Хорошилова О.В.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН НА ОСНОВЕ МУЛЬТИКРИТЕРИАЛЬНОГО ПОДХОДА

Кирщина И.А., Каримова А.А., Солонина А.В., Михайлова В.Н.

5 STUDY OF THE EDUCATIONAL NEEDS OF PHARMACEUTICAL WORKERS IN PHARMACIES ON THE CIRCULATION OF MEDICAL DEVICES IN PHARMACY ORGANIZATIONS

Garifullina G.H., Egorova S.N., Davidova D.D.

16 PHARMACEUTICAL SANOLGY AS THE BASIS OF PHAMACEUTICAL AND MEDICAL PREVENTION OF PROFESSIONAL DISEASES

Petrov A.G., Semenixhin V.A., Glembotskaya G.T., Khoroshilova O.V.

23 EVALUATION OF PHARMACEUTICAL WORKERS' PROFESSIONAL POTENTIAL IN HEALTH PROTECTION OF CITIZENS ON THE BASIS OF THE MULTICRITERIA APPROACH

Kirshcina I. A., Karimova A. A., Soloninina A.V., Mikhailova V. N.

ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Гарифуллина Г.Х., Егорова С.Н., Давыдова Д.Д.

Институт фармации ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования - изучение образовательной потребности фармацевтических работников аптечных организаций в вопросах сферы обращения медицинских изделий.

Объекты и методы исследования: Настоящее исследование направлено на оценку образовательной потребности фармацевтических работников аптечных организаций на основе социологического исследования в форме очного анкетирования с использованием авторской анкеты (30 вопросов). В ходе исследования было опрошено 360 специалистов фармацевтической отрасли Республики Татарстан, что соответствует критериям репрезентативности выборки при доверительной вероятности $p=0,95$ и ошибке 5%.

Результаты: По данным опроса, затруднения в процессе работы с медицинскими изделиями фармацевтические работники, в первую очередь, связывают с недостаточным уровнем знания законодательных актов. Так, 16,4% респондентов испытывают затруднения при приемке, 15% - при размещении по местам хранения, 30% - не владеют информацией о возможности отпуска медицинских изделий на льготных условиях, 25% - затруднились ответить о требованиях к рекламе медицинских изделий. Наличие образовательной потребности фармацевтических работников в сфере обращения медицинских изделий подтверждается и тем, что о порядке действий в случае возникновения непредвиденной нежелательной реакции при/после применения медицинского изделия не осведомлены 27,5 % респондентов. Кроме того, в некоторых аптечных организациях не разработаны стандартные операционные процедуры по фармацевтическому консультированию при отпуске медицинских изделий. Почти четверть респондентов оценила свои знания по применению медицинских изделий (показания, противопоказания, техника использования, длительность применения и т.д.) ниже среднего.

Заключение: Установлено, что товарная группа «Медицинские изделия» присутствует в каждой аптечной организации, но в различном объеме. Это означает, что каждый фармацевтический работник в процессе деятельности сталкивается с приемкой, хранением, фармацевтическим консультированием потребителей при реализации данной товарной группы. Выявлена образовательная потребность в вопросах законодательного регулирования обращения медицинских изделий, показаний/противопоказаний применения и техники использования медицинских изделий, знаний современного ассортимента и его характеристик. Полученные результаты подтверждают необходимость усовершенствования методов подготовки в сфере обращений медицинских изделий с повышением уровня знаний фармацевтических специалистов.

Ключевые слова: фармацевтический работник, медицинские изделия, образовательная потребность, аптечный ассортимент, аптека, товарная группа.

STUDY OF THE EDUCATIONAL NEEDS OF PHARMACEUTICAL WORKERS IN PHARMACIES ON THE CIRCULATION OF MEDICAL DEVICES IN PHARMACY ORGANIZATIONS

Garifullina G.H., Egorova S.N., Davidova D.D.

Institute of pharmacy of Kazan state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation

Purpose of the research – a study of the educational needs of pharmaceutical employees in pharmacy organizations in the field of medical products distribution.

Objects and methods: The purpose of the study is to assess the educational needs of pharmaceutical workers in pharmacy organizations through conduction a full-time questionnaire using the author's questionnaire (30 questions). 360 specialists of the pharmaceutical industry of the Republic of Tatarstan have been interviewed during the study, it meets the criteria of representativeness of the sample with a confidence probability of $p=0.95$ and an error of 5%.

Results: According to the survey, difficulties in the process of working with medical devices are primarily associated with an insufficient level of knowledge of legislative acts. So, 16.4% of respondents have difficulties in reception, 15% - with placement in storage area, 30% - don't possess sufficient information about the process of dispensing a medical products on preferential terms, 25% – had difficulty responding about the requirements for advertising of medical products. The presence of the educational needs of pharmaceutical workers in the field of medical device distribution also confirmed by the fact that 27.5 % of respondents are not aware of the procedure in case of an unexpected adverse reaction during / after the use of a medical products. Besides, some pharmacy organizations have not developed standard operating protocols for pharmaceutical counseling for the dispensing a medical products. Almost a quarter of respondents rated their knowledge of the application of medical products (indications, contraindications, mode of application, duration of use, etc.) as below average.

Conclusion: during the research questionnaire, established that the commodity category "Medical Products" represented in different volumes in each pharmacy organization. This means that every pharmaceutical employer in the course of activity faces with the reception, storage, pharmaceutical counseling of consumers in the process of the medical products distribution. Our research reveals the educational need for legislative regulation of the medical products distribution, contraindications, mode of application and knowledge of the modern assortment. The obtained results confirm the demand to improve the methodology of training specialists in the field of medical products distribution with an increase in the level of knowledge of pharmaceutical specialists.

Keywords: pharmaceutical employer, medical products, educational need, pharmacy assortment, pharmacy, product group.

DOI: <https://doi.org/10.30809/solo.2.2020.1>

Актуальность. Медицинские изделия являются неотъемлемым компонентом ассортимента современных аптечных организаций [1,2]. Разнообразие и обновление ассортимента медицинских изделий требуют непрерывного повышения квалификации фармацевтических работников по работе с данной группой аптечных товаров при реализации их населению [3], тем более что их обращение на территории Российской Федерации регламентируется более чем 20 нормативными правовыми актами [4,5].

Цель исследования – изучение образовательной потребности фармацевтических работников аптечных организаций по вопросам в сфере обращения медицинских изделий.

Объекты и методы исследования. Проведено социологическое исследование в форме очного анкетирования с использованием авторской анкеты (30 вопросов). При определении необходимого объема выборки респондентов была использована генеральная совокупность по данным официальной статистики Минздрава Республики Татарстан [6]. В ходе исследования было опрошено 360 специалистов фармацевтической отрасли, что соответствует репрезентативности при степени уверенности 0,95 и ошибке 5% [7]. Наибольшую группу респондентов составляли женщины (87%). Почти половина (47,77%) опрошиваемых составила возрастную группу 46-60 лет, 36,1% в возрасте 26-45 лет, 13,6% - 18-25 лет, 2,5% – старше 60 лет. Провизоры составляли 73%, фармацевты - 27%. По занимаемым должностям анкетированные распределились следующим образом: 50% – «заведующий аптекой» (при этом все имеют высшее фармацевтическое образование), 22,5% - «провизор», 20,6% – «фармацевт», 6,9% – «заместитель заведующего аптекой» (из них 40% фармацевтов, 60% - провизоров). Более 55% фармацевтических специалистов имели общий стаж по специальности свыше 20 лет, а 22,5% - стаж от 10 до 20 лет. У 42,2% респондентов местом работы являлась аптечная организация государственной формы собственности, у 1,9% - аптека медицинской организации, у 55,8% - аптека негосударственной формы собственности.

Результаты и обсуждение

Современные подходы к лечению и профилактике заболеваний, поддержанию здоровья трудно представить без использования медицин-

ской техники и оборудования, диагностических средств, расходных материалов. Таким образом, оказание качественной фармацевтической помощи приводит аптечную организацию к расширению ассортимента медицинских изделий. Как известно, более широкий ассортимент товаров увеличивает возможности их реализации, повышает экономическую эффективность аптеки [8].

По результатам социологического исследования большинство респондентов (95%) убеждены, что «медицинские изделия также важны в лечебном процессе, как и лекарства». Основной причиной присутствия товарной группы «Медицинские изделия» в ассортименте аптечной организации является спрос на данную продукцию (51,1%), а также необходимость использования в лечебном процессе (15%). Не менее значимым основанием для включения данной группы товаров в аптечный ассортимент является необходимость его расширения (28,9%), при этом 5% респондентов отметили, что основной причиной присутствия товарной группы «Медицинские изделия» является указание руководства.

У большинства респондентов (66,4%) в ассортименте организации товарная группа «Медицинские изделия» занимает до 20% от общего объема, у 31,7% - изучаемая группа товаров может составлять до 40% от всего аптечного ассортимента, и лишь 1,9% респондентов утверждают, что доля медицинских изделий в их аптечной организации, может достигать более 40%.

По частоте реализации изучаемой группы товаров были получены следующие данные: 72,8% респондентов ежедневно отпускают медицинские изделия из аптеки, 26,1% - 1-2 раза в неделю, 1,1% - еще реже.

Таким образом, исходя из результатов данного блока вопросов, можно утверждать, что товарная группа «Медицинские изделия» имеется в каждой аптечной организации, а это значит, что каждый фармацевтический работник в процессе деятельности сталкивается с приемкой, хранением, фармацевтическим консультированием потребителей при реализации данной товарной группы.

Обращение медицинских изделий в нашей стране, как и во всем мире, связано с определенными трудностями ввиду большого их разнообразия, сложности как классификации, так и под-

ходов к нормативному регулированию [9, 10]. На вопрос «Подлежит ли лицензированию реализация медицинских изделий» утвердительно ответили 59% респондентов, 15% - затруднились ответить, а 26% опрошенных считают, что лицензия не требуется. Согласно ст. 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «О лицензировании отдельных видов деятельности» реализация медицинских изделий не входит в перечень видов деятельности, на которые требуются лицензии.

У подавляющего большинства опрошенных (83,6%) не возникает трудностей при приемке медицинских изделий, тем не менее 16,4% респондентов уточняют, что сталкиваются с такими трудностями как: несоответствие товара сопроводительным документам, необходимость наличия сети Интернет для поиска регистрационных удостоверений на сайте Росздравнадзора, халатность поставщиков, слишком большой ассортимент медицинских изделий, отсутствие гарантийного талона.

Наиболее популярными ответами на вопрос: «Какие документы подтверждают качество медицинских изделий», были: сертификат соответствия (37,77%), декларация качества (33,88%), паспорт изделия (8,05%), удостоверение качества (3,05%), гигиенический сертификат (0,83%), затруднились ответить 16,38% опрошенных. В соответствии с Федеральным законом от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» документом, подтверждающим качество продукции, является либо сертификат, либо декларация. Это зависит от принадлежности медицинского изделия к одному из перечней продукции, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 01.12.2009 № 982 (ред. от 15.01.2020) «Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подтверждение соответствия которой осуществляется в форме принятия декларации о соответствии».

Основными источниками информации о качестве поступающего в аптеку товара для 35% респондентов являются сопроводительные документы, для 32,77% - сертификаты и декларации, дополнительно запрашиваемые у поставщика, для 30% - информация на сайте Росздравнадзора, для 2,22% - разное.

Подавляющее большинство опрошенных не испытывают трудностей при размещении медицинских изделий по местам хранения (85%), тем не менее 15% имеют таковые (например, при хранении резиновых изделий).

С целью выявления уровня осведомленности о документах, содержащих сведения о порядке хранения медицинских изделий, фармацевтическим работникам было предложено указать, каким нормативным документом регламентируется данная процедура. Половина респондентов указали Приказ МЗ РФ №377 от 13 ноября 1996 г. «Об утверждении Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения», 9,7% - Приказ МЗСР РФ №706н от 23 августа 2010 г. «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств», 10,55% - указали в ответе Приказ 646н МЗ РФ от 31 августа 2016 г. «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения», 5% - указали СОПы, разрабатываемые в аптеке, 4,72% - другие документы. Остальные 20% затруднились ответить.

При ответе на вопрос анкеты: «Возникают ли у Вас трудности при определении, к какой группе относится прибор: медицинский или бытовой (например, медицинские весы или бытовые, ионизаторы воздуха, световые лампы)», большинство респондентов (71%) ответили, что редко, 17% - никогда, но 12% испытывают трудности при определении группы медицинских изделий (рисунок 1).

Обеспечение медицинскими изделиями льготных категорий граждан является неотъемлемой частью фармацевтической помощи. Государством определены перечень граждан (федерального и регионального уровня), имеющих право на льготное обеспечение данной группы товаров, также утвержден их порядок выписывания и получения [11, 12, 13].

Данные, представленные на рисунке 2, свидетельствуют о том, что большая часть респондентов (70%) осведомлена о возможности отпуска медицинских изделий на льготных условиях, однако 10% респондентов ответили на вышеуказанный вопрос отрицательно, а 20% затруднились ответить.

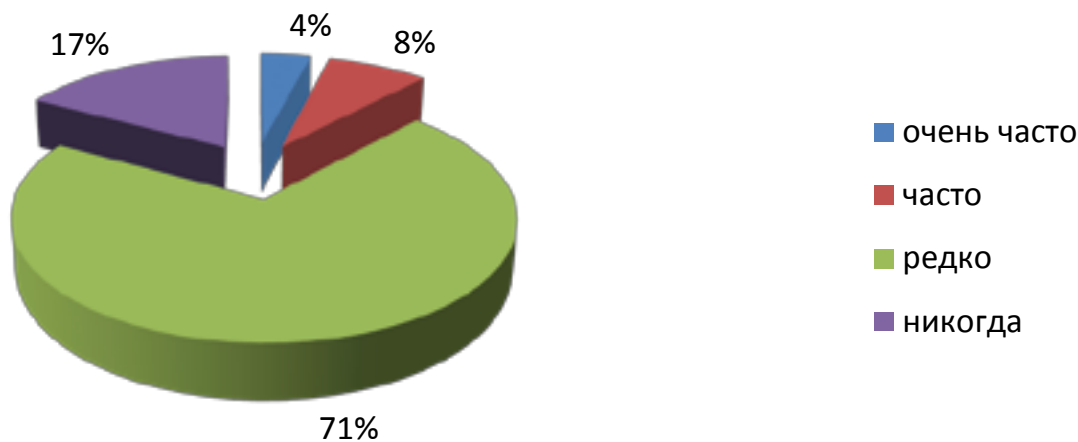


Рисунок 1. Частота возникновения трудностей при соотнесении медицинского изделия к товарной группе.

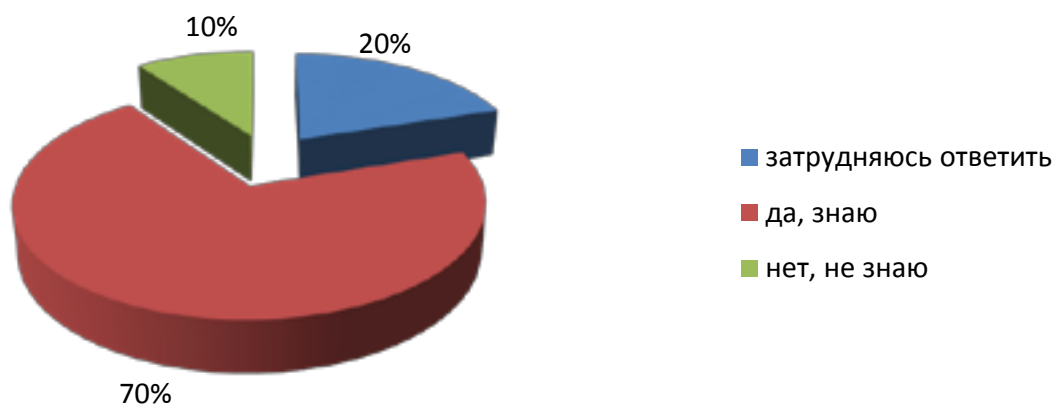


Рисунок 2. Осведомленность о возможности отпуска МИ льготным категориям граждан.

Более половины респондентов (65%) ответили утвердительно на вопрос: «Имеется ли нормативный документ, устанавливающий требования к рекламе медицинских изделий?», при этом 25% специалистов затруднились ответить, а 10% полагают, что такого документа нет (рисунок 3).

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 10.01.1998 №55 (ред. от 05.12.2019) «Об утверждении Правил продажи отдельных видов товаров...» медицинские изделия до подачи в торговый зал должны пройти предпродажную подготовку, которая включает распаковку, рассортировку и осмотр товара; проверку качества товара по внешним признакам и наличия необходимой информации о товаре и его изготовителе (поставщике). Предпродажная подготовка медицинских изделий включает при необходимости также удаление заводской смазки, проверку комплектности, сборку и наладку.

В результате исследования было установлено, что 85% опрошенных осуществляют предпродажную подготовку медицинских изделий, тогда как 15% уклоняются от исполнения данного требования, мотивируя отсутствием времени (рисунок 4).

Более половины (53,88 %) респондентов не знают алгоритма действий, в случае если медицинское изделие при предпродажной проверке не удовлетворяет заявленным в инструкции требованиям (рисунок 5).

В 9 аптеках из 10 (89%) имеется алгоритм действий при обнаружении боя, порчи, недостачи, фальсифицированных и недоброкачественных медицинских изделий, а также отсутствия правильно оформленных документов, а в 11% аптеках вышеупомянутого алгоритма нет, либо фармацевтические работники не осведомлены о существовании данного документа (рисунок 6).

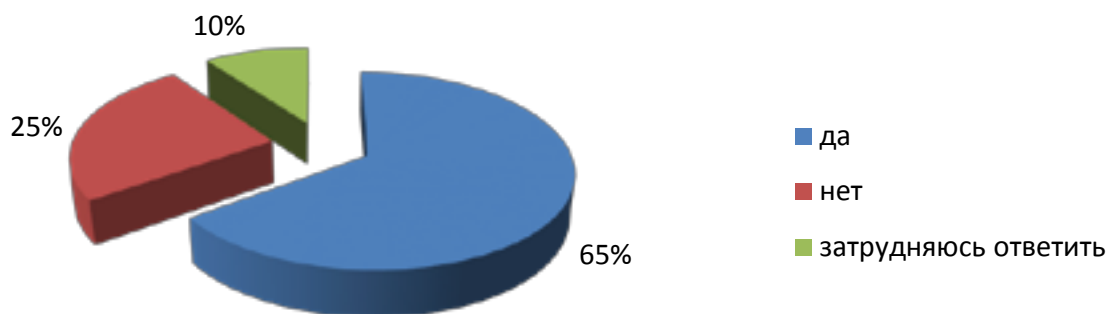


Рисунок 3. Осведомленность о наличии нормативного документа, устанавливающего требования к рекламе МИ.

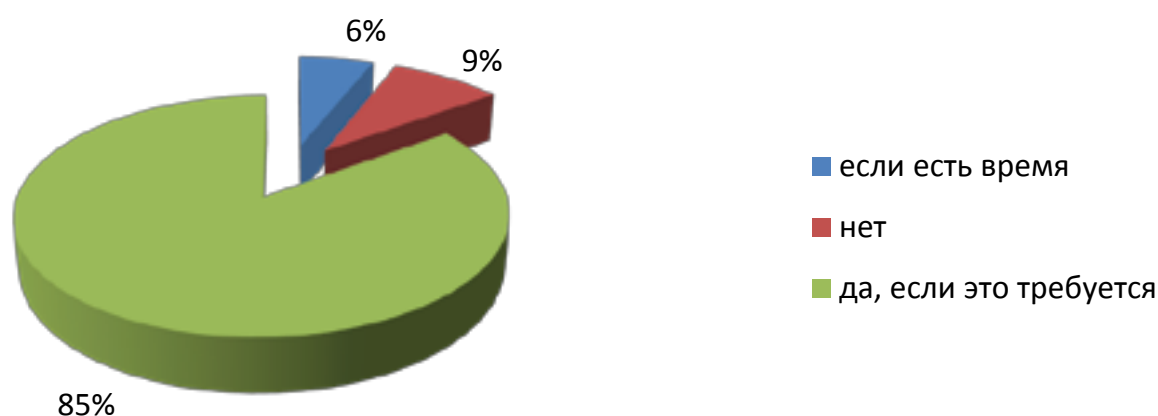


Рисунок 4. Осуществление предпродажной подготовки МИ

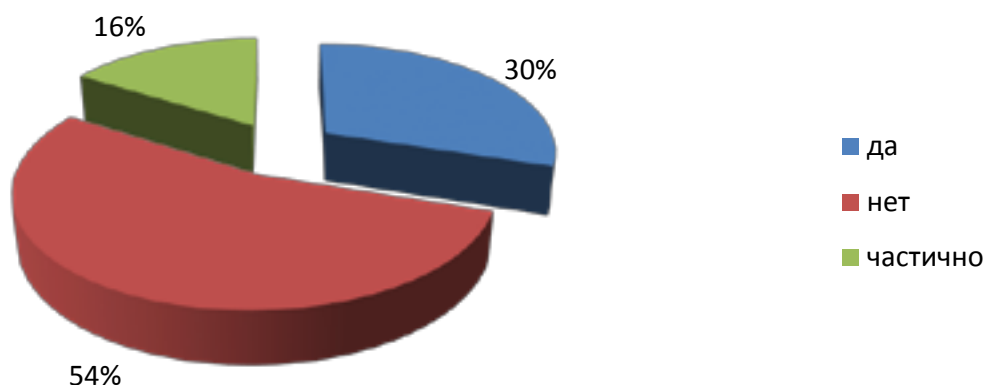


Рисунок 5. Знание алгоритма действий при несоответствии МИ заявленным требованиям при предпродажной проверке.

Использование медицинских изделий может сопровождаться нежелательными побочными реакциями [14]. Однако при обращении потребителя с непредвиденной нежелательной реакцией, которая возникла при/после применения медицинского изделия, лишь 72,5% фармацевтических работников ответили, что смогут проконсультировать и помочь в решении этого вопроса,

а 27,5 % респондентов не осведомлены о порядке действий в данной ситуации (рисунок 7).

На вопрос: «Имеются ли в вашей аптеке разработанные стандартные операционные процедуры (СОП) по фармацевтическому консультированию, в том числе при подборе медицинского изделия?» 75,84% респондентов ответили утвердительно, а остальные либо затруднились отве-

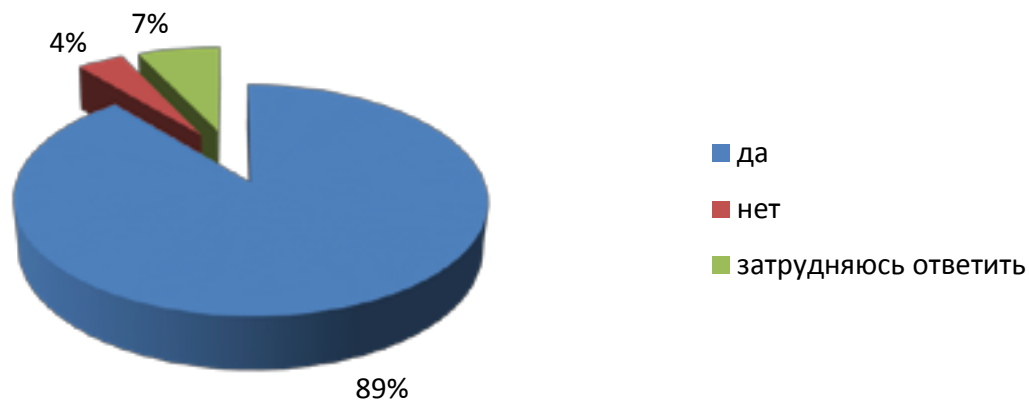


Рисунок 6. Наличие алгоритма действий при обнаружении боя, порчи, недостачи, фальсифицированных и недоброкачественных, контрафактных МИ, а также отсутствия правильно оформленных документов.

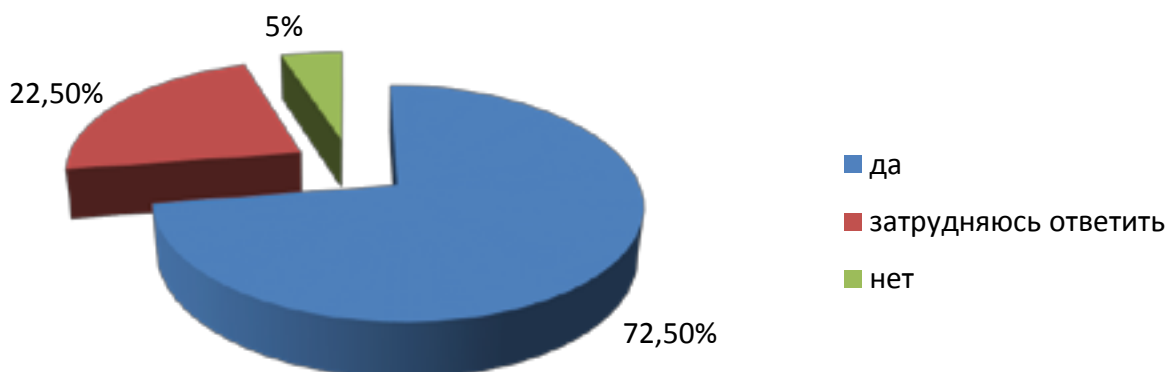


Рисунок 7. Оказание консультации при обращении потребителя с непредвиденной нежелательной реакцией, которая возникла при/после применения МИ.

тить, либо ответили, что данная СОП не разработана (рисунок 8).

При анализе самооценки респондентами знаний по вопросам применения медицинских изделий (показания, противопоказания, техника использования, длительность применения и т.д.), было выявлено, что 76,11% оценивают положительно (из них 10% - на «отлично», 66,11% - «хорошо»). Остальная часть респондентов оценила свои знания ниже среднего (20,84% недостаточно хорошо, 3,05% - плохо) (рисунок 9).

Каждый второй респондент, как представлено на рисунке 10, считает, что нормативная база по медицинским изделиям полностью сформирована и не нуждается в доработке. Напротив, 20% опрошенных ответили «не достаточно». Существует и третье мнение (30%), что нормативная

база укомплектована, но в связи с процедурой гармонизации требований ЕАС возникнет потребность в разработке новых нормативных документов.

В результате социологического опроса был составлен рейтинг вопросов, наиболее часто задаваемых потребителями при выборе медицинского изделия. Установлено, что чаще всего потребителей интересует информация о способе применения (техника использования) медицинского изделия (30%), срок эксплуатации (15%), противопоказания к использованию (15%). Далее в порядке убывания расположились вопросы о порядке хранения в домашних условиях (10%), условия возврата изделия в аптеку (10%), достоинства и недостатки различных видов одного наименования изделия (9,44%), цена (5,56%), место в лечебном процессе (5%).

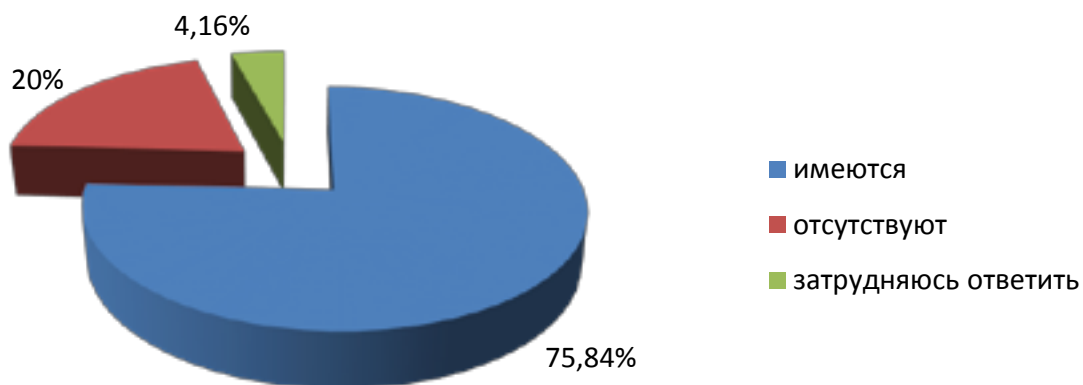


Рисунок 8. Наличие разработанных СОПов в аптеке по фармацевтическому консультированию МИ.

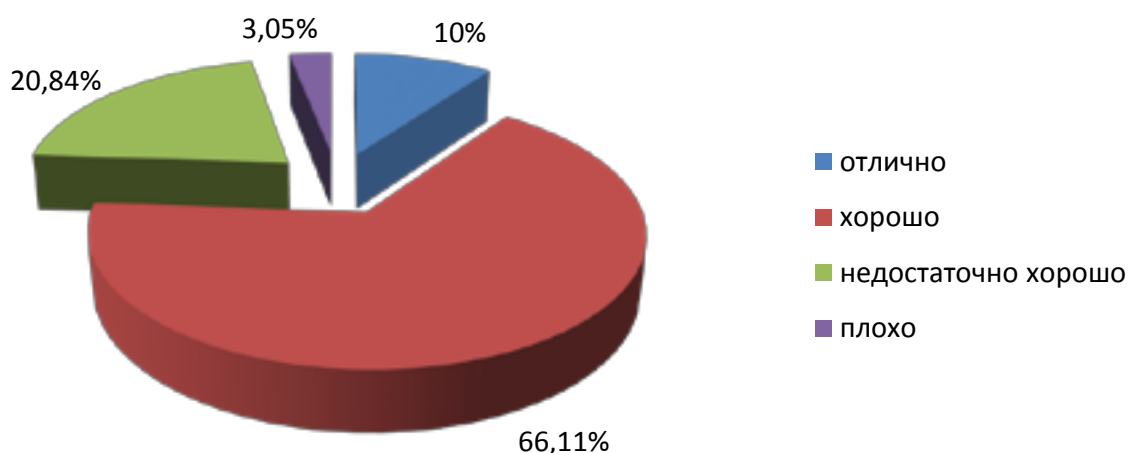


Рисунок 9. Самооценка знаний о способах применения МИ.

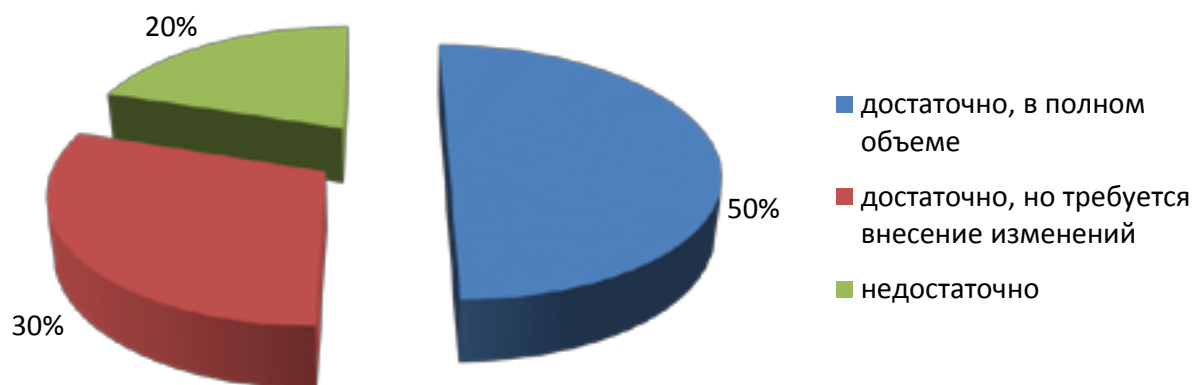


Рисунок 10. Потребность в разработке нормативных актов и документации по МИ.

Завершающим в нашем опросе был вопрос: «Считаете ли Вы, что группа «Медицинские изделия» дает хорошую прибыль Вашей организации?». Как следует из данных, представленных на рисунке 11, более половины (62%) специалистов ответили положительно, 26% затруднились ответить, 12% ответили, что данная группа товаров не приносит значительную прибыль аптеке.

Заключение. Исходя из результатов проведенного социологического исследования, можно утверждать, что товарная группа «Медицинские изделия» присутствует в каждой аптечной организации, но в различном объеме. Это означает, что каждый фармацевтический работник в процессе деятельности выполняет трудовые действия, связанные с приемкой, хранением, фарма-

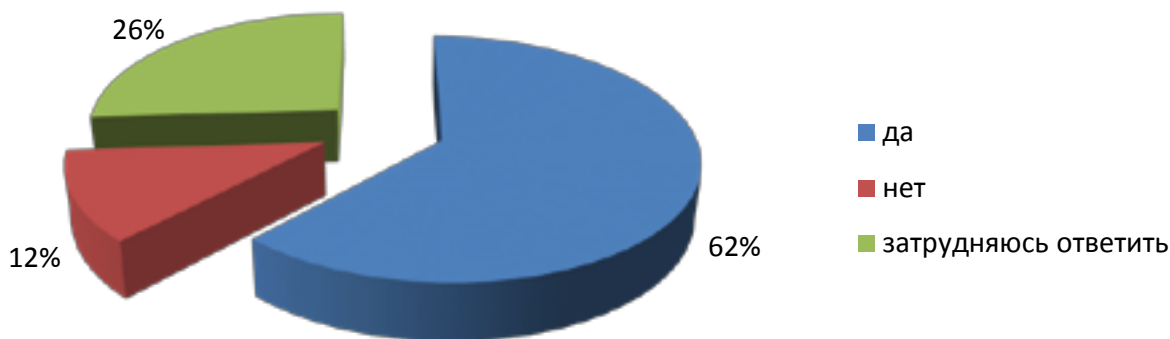


Рисунок 11. **Приносит ли реализация МИ значительную прибыль аптеке.**

цветическим консультированием потребителей при реализации данной товарной группы. При этом было установлено, что у специалистов имеется образовательная потребность в вопросах законодательного регулирования обращения медицинских изделий. Наблюдается недостаток информации по применению и использованию медицинских изделий, что в свою очередь может привести к снижению качества фармацевтического консультирования. На наш взгляд, этим же объясняется, что 38% фармацевтических работников не отнесли товарную группу «Медицинские изделия» к товарам, приносящим значимую прибыль аптеке. Кроме того, респонденты отметили, что отказываются от заказа медицинских изделий (в частности, медицинских приборов) из-за отсутствия знаний современного ассортимента и его характеристик. Полученные результаты обуславливают необходимость усиления подготовки фармацевтических специалистов по вопросам обращения медицинских изделий.

Литература

1. Тарасевич В.Н., Новикова Н.В., Солонина А.В., Одегова Т.Ф. Правовое обоснование формирования ассортимента товаров в аптечных организациях // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=9360>.
2. Ганичева Л.М., Вышемирская Е.В. Структура Интернет-заказов товаров аптечного ассортимента / Вестник ВолгГМУ, - 2017, - вып3 (63), -С.33-35.
3. Fraser AG, Butchart EG, Szymański P, et al. The need for transparency of clinical evidence for medical devices in Europe. *Lancet*. 2018;392(10146):521–530. doi:10.1016/S0140-6736(18)31270
4. Рекомендации «круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему: «Совершенствование законодательства в области государственного регулирования обращения медицинских изделий в Российской Федерации» 15 июня 2017 года http://komitet2-km.duma.gov.ru/upload/site21/Projekt_Rekomendaciy.pdf
5. Приказ Росздравнадзора от 27.04.2017 № 4043 «Об утверждении Перечня правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора)».
6. Итоги деятельности фармацевтической службы Республики Татарстан за 2018 год и задачи на 2019 год [tp://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1790234.pdf](http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1790234.pdf)
7. Кошевой, О.С. Определение объема выборочной совокупности при проведении региональных социологических исследований / О.С. Кошевой, М.К. Карпова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2011. - №2 (18). – С.98-104.
8. Сатлер, В. В. Специфика ассортиментной политики аптечных организаций в современных экономических условиях / В. В. Сатлер. - Текст : непосредственный, электронный // Экономика, управление, финансы : материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2018 г.). - Краснодар : Новация, 2018. - С. 121-125. - URL: <https://moluch.ru/conf/econ/archive/264/13661/>

9. Омеляновский В.В. Основные отличия медицинских изделий от лекарственных препаратов и особенности их исследования / В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2013. - №2, - С.42-52.
10. Виленский, А.В. Проблемы и перспективы регулирования в сфере обращения медицинских изделий в России / А.В. Виленский, А.И.Еханова // Ремедиум. – 2012. - №12. - С.8-1.
11. Федеральный Закон РФ №178-ФЗ от 17.07.1999 года «О государственной социальной помощи» (ред. с 01.04.2019).
12. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. №1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
13. Распоряжение кабинета министров РТ от 15 июня 2017 г. № 1301-р «Перечень лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, реализуемых гражданам, имеющим право на безвозмездное обеспечение лекарственными препаратами».
14. Aslani P, Hamrosi K, Tong V, et al. Consumer opinions on adverse events associated with medical devices. ResSocialAdmPharm. 2019;15(5):568–574. doi:10.1016/j.sapharm.2018.07.015.
15. Tarasevich V.N., Novikova N.V., Soloninina A.V., Odegova T.F. Pravovoye obosnovaniye formirovaniya assortimenta tovarov v aptechnykh organizatsiyakh // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. – 2013. – №3; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=9360>.
16. Ganicheva L.M., Vyshemirskaya E.V. Struktura Internet-zakazov tovarov aptechnogo assortimenta / Vestnik VolgGMU. - 2017. - vyp3 (63). -S.33-35.
17. Fraser AG, Butchart EG, Szymański P, et al. The need for transparency of clinical evidence for medical devices in Europe. Lancet. 2018;392(10146):521–530. doi:10.1016/S0140-6736(18)31270
18. Rekomendatsii «kruglogo stola» Komiteta Gosudarstvennoy Dumy po okhrane zdorovia na temu: «Sovershenstvovaniye zakonodatelstva v oblasti gosudarstvennogo regulirovaniya obrashcheniya meditsinskikh izdeliy v Rossiyskoy Federatsii» 15 iyunya 2017 goda http://komitet2-km.duma.gov.ru/upload/site21/Proekt_Rekomendaciy.pdf
19. Prikaz Roszdravnadzora ot 27.04.2017 № 4043 «Ob utverzhdenii Perechnya pravovykh aktov i ikh otdelnykh chastey (polozheniy). soderzhashchikh obyazatelnyye trebovaniya. soblyudeniye kotorykh otsenivayetsya pri provedenii meropriyatiy po kontrolyu v ramkakh otdelnogo vida gosudarstvennogo kontrolya (nadzora)».
20. Itogi deyatelnosti farmatsevticheskoy sluzhby Respubliki Tatarstan za 2018 god i zadachi na 2019 god tp://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1790234.pdfkupnosti
21. Koshevoy. O.S. Opredeleniye obyema vyborochnoy sovokupnosti pri provedenii regionalnykh sotsiologicheskikh issledovaniy / O.S. Koshevoy. M.K. Karpova // Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Obshchestvennyye nauki. – 2011. - №2 (18). – S.98-104.
22. Satler. V. V. Spetsifika assortimentnoy politiki aptechnykh organizatsiy v sovremennykh ekonomicheskikh usloviyakh / V. V. Satler. - Tekst : neposredstvennyy. elektronnyy // Ekonomika. upravleniye. finansy : materialy VIII Mezhdunar. nauch. konf. (g. Krasnodar. fevral 2018 g.). - Krasnodar : Novatsiya. 2018. - S. 121-125. - URL: <https://moluch.ru/conf/econ/archive/264/13661/>
23. Omelianovskiy V.V. Osnovnyye otlichiya meditsinskikh izdeliy ot lekarstvennykh preparatov i osobennosti ikh issledovaniya / V.V. Omelianovskiy // Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor. - 2013. - №2. - S.42-52.
24. Vilenskiy. A.V. Problemy i perspektivy regulirovaniya v sfere obrashcheniya meditsinskikh izdeliy v Rossii / A.V. Vilenskiy. A.I.Ekhanova // Remedium. – 2012. - №12. - S.8-1.
25. Federalnyy Zakon RF №178-FZ ot 17.07.1999 goda «O gosudarstvennoy sotsialnoy pomoshchi» (red. s 01.04.2019).
26. Prikaz MZ RF ot 20 dekabrya 2012 g. №1181n «Ob utverzhdenii poryadka naznacheniya i vypisyvaniya meditsinskikh izdeliy. a takzhe form retsepturnykh blankov na meditsinskiye

izdeliya i poryadka oformleniya ukazannykh blankov. ikh ucheta i khraneniya».

27. Rasporyazheniye kabineta ministrov RT ot 15 iyunya 2017 g. № 1301-r «Perechen lekarstvennykh preparatov. spetsializirovannykh produktov lechebnogo pitaniya. meditsinskikh izdeliy. realizuyemykh grazhdanam. imeyushchim pravo na bezvozmezdnoye obespecheniye lekarstvennymi preparatami».
28. Aslani P. Hamrosi K. Tong V. et al. Consumer opinions on adverse events associated with medical devices. *ResSocialAdmPharm*. 2019;15(5):568–574. doi:10.1016/j.sapharm.2018.07.015.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ САНОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Петров¹ А.Г., Семенихин¹ В.А., Глембоцкая² Г.Т., Хорошилова¹ О.В.

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» г. Кемерово, Российская Федерация

²ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет) г. Москва, Российская Федерация

Аннотация: в обзоре рассмотрены актуальные проблемы фармацевтической и медицинской профилактики профессиональных заболеваний в системе фармацевтической помощи. Показана значимость фармацевтической санологии как основы профилактики, позволяющей достичь результатов, улучшающих качество жизни пациентов, в том числе работников угольной отрасли.

Ключевые слова: фармацевтическая санология; профессиональные заболевания; фармацевтическая помощь.

PHARMACEUTICAL SANOLOGY AS THE BASIS OF PHARMACEUTICAL AND MEDICAL PREVENTION OF PROFESSIONAL DISEASES

Petrov¹ A.G., Semenikhin¹ V.A., Glembotskaya² G.T., Khoroshilova¹ O.V.

¹FSBEI HE Kemerovo State Medical University Kemerovo, Russian Federation

²First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Annotation: the review discusses the current problems of pharmaceutical and medical prevention of occupational diseases in the pharmaceutical care system. The importance of pharmaceutical sanology as a basis for prevention, which allows to achieve results that improve the quality of life of patients, including coal industry workers, is shown.

Keywords: pharmaceutical sanology; occupational diseases; pharmaceutical assistance.

DOI: <https://doi.org/10.30809/solo.2.2020.2>

Введение. В последние годы в России, особенно в Кузбассе, возрос интерес к развитию угольной отрасли, где производственные мощности в 2025 году должны быть не ниже 300 млн.т. Кузнецкий бассейн остается ведущим угледобывающим регионом России, который в свою очередь является одним из наиболее промышленно развитых районов Сибирского Федерального округа [15,16,19].

Широкое распространение добычи полезных ископаемых обуславливает высокую актуальность вопроса сохранения трудовых ресурсов в этой отрасли. Неблагоприятные условия труда увеличивают риск развития не только профессиональных, но производственно- обусловленных заболеваний, усугубляющих медико-социальные последствия, снижает трудовой потенциал общества. Условия труда работников угольной отрасли (РУО) являются одними из самых неблагоприятных [21,22,23].

Динамика показателей профессиональных заболеваний в Кемеровской области работников угольной отрасли намного превосходит таковую во всех других отраслях промышленности в Российской Федерации и составляет около 76% профессиональных заболеваний [15,17,25].

Условия труда в угольной отрасли характеризуются целым рядом факторов, оказывающих вредное влияние на организм человека. К ним относятся следующие факторы: рудничная пыль; шум; вибрация; необходимость работы в вынужденной позе; физические перегрузки; вредные газы и др. Воздействие указанных факторов способствуют росту профессиональных заболеваний работников угольной отрасли, особенно подземной группы [8,9,14].

Высокий уровень профессиональных заболеваний работников угольной отрасли вызывает необходимость принятия превентивных мер, основанных на изменении методологии формирования, корректирования и совершенствования существующих систем управления охраной труда на предприятиях угольной отрасли [9,18,23].

Опыт показывает, что для получения достоверной оценки условий труда необходимо проведение специальных процедур оценки, где должны быть определены уровни вредных и опасных факторов на каждом рабочем месте [9,19,22].

Постановлением правительства РФ от 15 апреля 2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» определен приоритет развития охраны здоровья, т.е. мероприятий, направленных на предупреждение и профилактику заболеваний. В сфере профпатологии указанные приоритеты означают совершенствование механизмов, направленных на предупреждение профессиональных заболеваний [19,23].

Согласно определению ВОЗ, профилактика заболеваний - это мероприятия, направленные на предупреждение болезней, борьба с факторами риска, замедление развития заболевания и уменьшение его последствий [13,19].

Одним из приоритетных и актуальных направлений современной фармацевтической науки является профилактическое направление при организации качественной лекарственной помощи при лечении профессиональных заболеваний [18,19,26].

В последнее время в Российской Федерации, как и во всем мире, получила развитие концепция «человеческого капитала», в которой ведущая роль отводится здоровью населения. В рамках этой концепции реализуется Российский национальный проект «Здоровье», призванный обеспечить сосредоточение ресурсов на наиболее социально значимых проблемах. При этом нельзя не заметить, что профилактические мероприятия зачастую разрабатываются и реализуются без учета возможностей современной фармации [1,2,4].

Огромный профилактический потенциал лекарственных средств зачастую остается не задействованным в общественном здравоохранении, лишая общество этого важного ресурса. Фармация, являясь социально ответственной деятельностью, должна располагать убедительной и для решения не только терапевтических, но и профилактических задач [19,24,26].

Разработка профилактической концепции в организации фармацевтической деятельности представляется сейчас особенно актуальной. Акцент на профилактические мероприятия в борьбе с наиболее распространенными заболеваниями, прежде всего профессиональными и др., выявил первостепенное значение санитарно-эпидемиологических, гигиенических и других ме-

дицинских и медико-технических профилактических мер, осуществляемых в общенациональном масштабе [26,30].

Изменения в картине патологии, трансформация эпидемического типа в неэпидемический, т.е. преобладание хронически протекающих, как правило, неинфекционных болезней (сердечно-сосудистых, онкологических, нейропсихических, профессиональных и др.), обусловили преобразование структуры заболеваемости. Кроме того, перемены в условиях и образе жизни населения, резкое ухудшение экологической обстановки и другие причины социального порядка в современный период цивилизации привели к тому, что санитарно-гигиенические, традиционные меры оказались недостаточными против хронической, преимущественно неинфекционной патологии. Требуется существенная коррекция профилактики, даже обоснование и применение ее новой стратегии [27, 28,29].

Формирование учения о профилактическом направлении здравоохранения и ее основе - концепции здорового образа жизни как современного стержня профилактики - связывалось с изменениями в стратегии здравоохранения в настоящий период, т.е. с коррективами в его генеральном направлении - профилактическом [10,19].

Система формирования здорового образа жизни признается важнейшим направлением профилактики профессиональных заболеваний.

Исследования мотивации на здоровье и здоровый образ жизни у работников, занятых во вредных условиях труда, немногочисленны и свидетельствуют о негативном воздействии наличия профессионального заболевания на психологический статус пациентов, а также о необходимости формирования берегающего здоровья поведения, так как эффективность профилактических мероприятий во многом определяется приверженностью работников угольной отрасли к здоровому образу жизни [3,5,20].

Исследованиями установлено, что среди работников угольной отрасли с профессиональными заболеваниями наблюдается низкий уровень мотивации на сохранение здоровья и здорового образа жизни [3,20,26].

В этой связи совершенствование методов профилактики должно помочь созданию и реа-

лизации концепции стратегии здравоохранения, основанной на ускорении повышения уровня и качества общественного здоровья [10,19].

В этих условиях важна задача обновления методов профилактики, развития и реализации концепции новой стратегии здравоохранения, которая должна исходить из основной цели здравоохранения - достичь коренного изменения уровня здоровья работающего населения и повышения качества медицинской и фармацевтической помощи. Альтернативы здесь не может быть: все остальное - укрепление, модернизация материально-технической базы, улучшение подготовки кадров, медицинского снабжения и т.д. лишь средства и условия решения поставленной задачи [5,6,10].

По нашему мнению, эта задача решается с помощью санологии и фармакосанологии. Термин образован от лат. *Sanitas* - здоровье и *sanus* - здоровый. Значит, санология - наука о здоровье, а не аналог медицины как науки о болезнях и здоровье. Санология - наука о здоровье здоровых, его охране, укреплении, умножении, воспроизводстве; здоровье как общественном богатстве и потенциале общества - общественном здоровье [10].

В широком социальном плане санология - это наука об использовании условий и возможностей общества в охране и улучшении здоровья здоровых [10].

По нашему определению, фармацевтическая санология - это наука об использовании фармакопрофилактических средств в состоянии предболезни, когда нет явных клинически выраженных симптомов заболевания, способных сохранять и повышать соматическое, психическое и социальное благополучие человека и его качество жизни и не ориентированных на терапию определенных заболеваний.

Фармакосанология не отказывается от изучения и оценки патологии, закономерностей изменения санитарного состояния, т.е. динамики и структуры существующих показателей здоровья - медико-демографических, санитарно-статистических показателей, они остаются и долго еще будут применяться и совершенствоваться. Но фармакосанология не может ограничиваться ими. Как наука, она должна определить истинные критерии и измерители именно здоровья людей [10].

Фармакосанология, учитывая основные закономерности возникновения и развития болезней, выявляет механизм и пути формирования здоровья, обобщает их не только до уровня индивидуального, но что особенно важно, общественного здоровья [10,12].

Надо отметить, что исследование здоровья работников угольной отрасли, создание фармакосанологии как теории и практики охраны, улучшения и воспроизводства здоровья значительно отстало от изучения патологии населения, хотя первостепенная роль именно сохранения здоровья понималась давно, что первая обязанность медицины – это сохранить здоровье, вторая - лечить болезни [17,10].

По данным многочисленных исследований и публикаций, удельный вес факторов, определяющих, обуславливающих здоровье населения, на 50-55% зависит от условий и образа жизни, на 15-20% - от состояния внешней, окружающей человека среды (ее состава, загрязненности), экологической ситуации; до 20% - от внутренних, наследственных причин (состояния и динамики геннохромосомного состава, врожденных дефектов и т.д.) и на 10-15% - от состояния и развития служб здравоохранения [19].

Основные средства стратегии охраны и улучшения здоровья работающего населения заключаются в приоритетном развитии социально-профилактического направления через формирование здорового образа жизни, решение экологических проблем - защиту природы и внешней среды, ее оздоровление путем повышения качества и эффективности служб здравоохранения, медицинской помощи, поднятия ее на новый уровень - диспансеризации всего работающего населения [7,19,20].

Именно преобразование здоровья работающего населения путем формирования здорового образа жизни как главного стратегического средства - важнейшая проблема и назначение фармакосанологии. Однако она не исчерпывается этим. Фармакосанология, занимаясь охраной и улучшением здоровья, т.е. стратегическими целями, включает в себя разработку стратегии профилактики. При этом она опирается на накопленный медицинский и фармацевтический опыт профилактики заболеваний. Санология и фармакосанология собирает и обобщает все,

что свидетельствует о первостепенном значении предупреждения болезней [10,19].

При этом учитывается не только борьба с различными заболеваниями путем принятия санитарно-противоэпидемических мер, но и клиническая практика предупреждения заболеваний у отдельных лиц, раннего выявления и лечения болезней, опыт диспансеризации, массовых медицинских осмотров и обследований работающего населения. Именно изучение опыта профилактики и соединение его с возможностями современной медицинской технологии и фармации в условиях общегосударственной системы здравоохранения позволяют разработать наиболее эффективные программы и методы профилактики, как главного средства охраны и улучшения здоровья работающего населения с учетом социально-экономической эффективности [10;19].

Меры по оздоровлению, очищению внешней среды должны предусматривать программы «Здоровье» как составные части профилактических программ, в частности фармакопрофилактических программ для работников угольной отрасли, как способ совершенствования фармацевтической помощи. Изучение фармакопрофилактических программ с целью разработки рекомендаций по усилению их эффективности, научному их обоснованию; одна их основных задач фармакосанологии. Важнейшая задача санологии и фармакосанологии - выявление и оценка резервов здоровья [10,19,26,30].

Самым значимым вопросом этой проблемы является определение лиц в состоянии преморбиды, или предболезни, когда нет явных клинически выраженных симптомов заболевания. Одни специалисты считают такое состояние болезнью, другие еще здоровьем. Между тем, количество этих людей неопределенно велико. Ни в какой статистике их не выделяют и не учитывают, а они представляют собой основной резерв больных для фармакопрофилактики. Понятно также, что именно эта группа должна быть объектом раннего фармакопрофилактического и лечебного воздействия [10,19,26].

Основная же масса работающих, имеющих факторы риска, не имеет симптомов болезней, однако находится в условиях, которые в большей мере, чем у других - здоровых, способствуют возникновению и развитию заболеваний. Та-

кие люди считаются практически здоровыми, но вследствие отрицательных производственных факторов и условий и образа жизни подвержены большей вероятности заболевания [19,28,29].

Их учет, который проводится при массовых профессиональных осмотрах, особенно при диспансеризации и специальных эпидемиологических исследованиях, позволит более полно определить контингент лиц с факторами риска. В разных возрастных группах работающих при исходных патологических состояниях количество людей, имеющих факторы риска, различно. Исследование динамики лиц с различным состоянием здоровья ставит целью предупреждение заболеваний и увеличение количества здоровых [19,25,26].

Понятие «фармакопрофилактика» - предупреждение заболеваний с помощью лекарственных препаратов - также используется исследователями в контексте концепции фармацевтической помощи работникам предприятий разных отраслей экономики, работающим во вредных условиях труда, понимая это явление как компонент профилактики профессиональных заболеваний в целом [19, 26, 30].

Фармацевтическая профилактика как медицинская технология – это система взаимосвязанных минимально необходимых, но достаточных фармацевтических вмешательств, цель, время, место и объем которых научно обоснованы, и выполнение которых позволяет наиболее рациональным образом обеспечить достижение максимального соответствия ожидаемых результатов сохранения и укрепления здоровья реальным. [28,31,32]

Целью фармацевтической профилактики профессиональных заболеваний работников занятых во вредных и опасных условия труда является сохранение и улучшение здоровья работающего населения с помощью лекарственных средств и других биологически активных веществ на основе научно обоснованной системы фармакопрофилактического обеспечения.

Основные положения фармацевтической профилактики включают следующее:

- здоровье является системообразующим элементом и целью фармацевтической профилактики.
- определение приоритетных направлений фармацевтической профилактики базируется на

эпидемиологических методах исследования.

- систематизация средств фармацевтической профилактики ориентирована на структуру здоровья, а не на терапевтические потребности.
- лекарственные средства решают задачи первичной, вторичной и третичной профилактики.
- оценка профилактического использования лекарственных средств базируется на фармакоэпидемиологических методах.
- фармацевтическая профилактика является частью фармацевтической помощи и медицинской технологией с собственным арсеналом средств и методов. [28]

Фармацевтическая профилактика реализуется обоснованным применением фармакопрофилактических средств. Фармакопрофилактические средства - это лекарства для здоровых людей, способные сохранять и повышать соматическое, психическое и социальное благополучие человека, его качество жизни. В отличие от фармакотерапевтических, они не ориентированы на терапию определенных заболеваний, синдромов и симптомов [28, 30].

Лекарственное средство, претендующее на статус фармакопрофилактического должно соответствовать, следующим требованиям: эффективности, безопасности и приемлемости.

1. Эффективность. Лекарственное средство способствует сохранению резервов адаптации, корректирует дозозологические нарушения гомеостаза, предотвращает болезнь и обладает доказанной профилактической эффективностью.

2. Безопасность. Лекарственное средство не имеет профиля нежелательных реакций и требующих мониторинга. Не имеет значительного потенциала взаимодействий с ЛС и продуктами питания. Безопасно в рекомендованном режиме дозирования и имеет достаточный опыт применения в фармацевтической практике.

3. Приемлемость. Лекарственное средство, предписанное к использованию, приемлемо для самолечения, курсовая стоимость доступна для работающего населения, представлено на фармацевтическом рынке и отпускается без рецепта. [20,28,29]

Следует подчеркнуть, что проблемы санологии и фармакосанологии поистине неисчерпаемы, так как они связаны с такой обширной социальной,

медицинской и фармацевтической информацией, как здоровье работающего населения. Но главное здесь, стратегия профилактики, как основного средства достижения конечной цели в оптимальные сроки достичь коренного повышения уровня, качества профессионального здоровья. Решение этой проблемы – наиболее существенный аспект санологии и фармакосанологии [8,24,26].

В поисках решения этой проблемы нередко прибегают к понятию потенциала здоровья, что само по себе звучит привлекательно, но при его конструировании дело сводится обычно к построению математических или логико-математических моделей, состоящих из комбинаций известных или модифицированных медико-санитарных и демографических статистических показателей [10,18,19].

Разумеется, моделирование здоровья и поиск такого рода показателей - дело полезное и перспективное, имеющее большое информационное значение. Вместе с тем, исследованиями многочисленных специалистов доказывалось первостепенное значение условий и образа жизни, преодоления факторов риска хронических заболеваний, формирования здорового образа жизни, которые должны были войти в русло профилактического направления [19,26,28].

Ее стратегическое значение заключается в обосновании стратегии профилактического направления в новых условиях. Меры по улучшению качества здоровья работающего населения составляют практическую, прикладную задачу санологии и фармакосанологии. Стержнем этих наук является учение о здоровье здоровых, а основой - представление о формировании здорового образа жизни как магистрального пути профилактического направления, в профилактике и лечении профессиональных заболеваний работников угольной отрасли.

Таким образом, отрицательная динамика профессиональных заболеваний связана с недостаточностью профилактической работы. Во многом эта проблема обусловлена методологическими просчетами не эффективной модели здравоохранения, развивающей преимущественно «лечебное» направление, что привело к дисбалансу между лечением и профилактикой. Это является серьезным препятствием для проведения реальной политики укрепления здоровья и профилак-

тики профессиональных заболеваний работников угольной отрасли.

Список литературы

1. Вольская, Е. Исследования по оценке технологии: поиск «золотого сечения» / Е. Вольская // Ремедиум. - 2012.- №10.- С.10-15.
2. Глембоцкая, Г. Т. Концепция фармацевтической помощи: реалии и перспективы / Г. Т. Глембоцкая, А. Р. Маскаева // Новая аптека. - 2000. - № 5. - С.11-14
3. Данилов, И. П. Мотивация на здоровье и здоровый образ жизни у работников алюминиевой и угольной промышленности / И.П. Данилов, Н.И. Влах, М.А. Гутушвили и др. [Текст] // Медицина труда и промышленная экология. – 2019.59(6) - С.330-334.
4. Декларация профессиональных стандартов FIP [Текст] / под ред. Т. Г. Кирсанова // Информационно-рекламная деятельность фармацевтических организаций. – М. : МЦФЭР, 1999. – С. 150–152.
5. Дрёмова, Н. Б. Фармацевтическая помощь: концепция, направления(на примере пациентов, больных раком молочной железы)/ Н.Б. Дрёмова, Т.М. Литвинова//Рос.аптеки.-2003.-№7-8.-С.35-43.
6. Дрёмова, Н. Б. Фармацевтическая осведомленность посетителей аптек / Н. Б. Дрёмова// Рос. аптеки. - 2003. - № 7-8.- С. 70-71.
7. Ермолаева П.О. Основные тенденции здорового образа жизни россиян/П.О. Ермолаева, Е.Н. Носкова // Социол. исслед. 215;(4):120-9
8. Карабинцева, Н.О. Информационно-консультативное обеспечение фармацевтической помощи больным с профессиональными заболеваниями / Н. О. Карабинцева, Е. Л. Потеряева, М. А. Ханина // Сиб. консилиум. - 2005. - № 5. - С. 15-18.
9. Измеров, Н.Ф. Суворов Г.А. Физические факторы производственной и природной среды. Гигиеническая оценка и контроль. М.: Медицина. - 2003.-С. 513-521.
10. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю.П. Лисицин, Г.Э. Улунобекова // учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.-554 с.
11. Мошкова, Л.В. Методика количественной оценки фармацевтической помощи населению и рекомендации по ее повышению [Текст] / Л. В. Мошкова, Е. С. Зверева, И. А. Левицкая // Экономический вестн. фармации. – 2003. – № 3. – С. 90–95.
12. Мошкова, Л.В. Методические подходы к количественной оценке качества фармацевтической помощи в условиях рынка [Текст] / Л. В. Мошкова,

- Е. С. Зверева, Н. И. Подгорбунских // Научные труды НИИ фармации. – М., 2000. – Т. 39, Ч. 1. – С. 96–105.
13. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах: Руководство по разработке и внедрению стандартов. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2001. – 80 с.
14. Петров А.Г., Семенихин В.А., Петров Г.П. Методические подходы к оптимизации фармацевтической помощи шахтерам в аптечных организациях (методические рекомендации). - Кемерово, 2014. - 40 с.
15. Петров А.Г., Семенихин В.А., Петров Г.П., Одинцева О.В. Методологические подходы к прогнозированию риска профессиональных заболеваний шахтеров (методические рекомендации). - Москва, 2014г. – 36 с.
16. Петров А.Г. Методические подходы к организации системы специализированной фармацевтической помощи шахтерам / А.Г. Петров, О.И. Кныш, Г.П. Петров // Методические рекомендации - Кемерово: ОАО «Ленинск-Кузнецкая типография», 2013. - 64 с.
17. Петров А.Г. Организация системы специализированной фармацевтической помощи шахтерам с профессиональными заболеваниями / А.Г. Петров, О.И. Кныш, Е.В. Часовских // Методические рекомендации - Кемерово: ООО «ИНТ», 2013. – 48 с.
18. Петров А.Г. Фармацевтическая помощь шахтерам – новое направление профессиональной деятельности провизора / А.Г. Петров, Г.П. Петров // «Современная фармация: образование, наука, бизнес»: мат. межрег. науч.-прак. конф. с междунар. участием, Тюмень, 2014. – С. 127-129.
19. Петров А.Г. Методологические подходы к оценке фармакопрофилактики профессиональных заболеваний в системе медицинской и специализированной фармацевтической помощи работникам угольной отрасли (методические рекомендации). – Кемерово, 2017 г. – С. 86.
20. Преображенский В.Н. Создание системы формирования здорового образа жизни – главное направление профилактики в Российской Федерации/ В.Н. Преображенский, Т.В. Беганова // Социол. исслед. 215;(4):120-9
21. Семенихин В. А. Профессиональная патология в Кузбассе [Текст] / В. А. Семенихин, В. В. Агаджанян, Г. П. Красулина // Профессия и здоровье: материалы II Всероссийского конгресса, Иркутск, 2003. – С. 255–256.
22. Семенихин В.А. Особенности формирования профессиональной патологии у шахтеров Кузбасса/ В.А. Семенихин// Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. -2004. - №4. - с. 33-37.
23. Семенихин, В. А. Профессиональная патология в Кузбассе [Текст] / В. А. Семенихин В. В. Агаджанян, Г. П. Красулина // Профессия и здоровье : материалы II Всерос. конгресса. – Иркутск, 2003. – С. 255–256.
24. Федина, Е.А. О необходимости подготовки провизора-консультанта / Федина Е.А.// Новая аптека. - 2001. - № 9. - С. 36-42.
25. Фомин, А. И. Современное состояние профессиональной заболеваемости в угольной промышленности Кузбасса // ТЭК и ресурсы Кузбасса. - 2008. № 2. - С. 50 - 55.
26. Яковлев И.Б. Фармацевтическая профилактика / И.Б. Яковлев // Пермь, Изд-во ГОУ ВПО ПГФА, 2009. – 200 с.
27. Яковлев И.Б. Поливитаминные: возможности и перспективы систематизации / И.Б. Яковлев, А.В. Солонина // Новая аптека, 2002, № 7, С. 75-78
28. Яковлев И.Б. Экспертное фармацевтическое консультирование, основанное на систематизации поливитаминных препаратов /И.Б. Яковлев // Аспирантский вестник Поволжья № 7-8, 2009, С. 164-170
29. Яковлев И.Б. Управление риском как часть методологии фармацевтической профилактики и как необходимый компонент управления качеством медицинской помощи (на примере скрининга внутриутробных инфекций) /И.И. Львова, И.Б. Яковлев, М.Ю. Новиков, И.А. Яковлева// Пермский медицинский журнал № 5, 2010, С. 80-86
30. Яковлев И.Б. Профилактическая фармация: концепция, методология, инновационный потенциал /И.Б. Яковлев, А.В. Солонина// Новая аптека № 7, 2010, С. 69-71
31. ASHP guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals // Am. J Health-Syst. Pharm. - 1995. Vol. 52 - P. 2711 - 2717.
32. Helper CD. The future of pharmacy and pharmaceutical care // Am. Pharm. - 1990. - N 30 (Oct.). - P. 23-29.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН НА ОСНОВЕ МУЛЬТИКРИТЕРИАЛЬНОГО ПОДХОДА

Кирщина И.А.¹, Каримова А.А.², Солонина А.В.¹, Михайлова В.Н.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации г.Пермь, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Екатеринбург, Россия

Аннотация:

Актуальность: Охрана здоровья населения - основной принцип развития цивилизованного общества и очевидна необходимость участия фармацевтических специалистов, как «членов команды» системы здравоохранения в реализации задач государства по укреплению и сохранению здоровья общества, что закреплено международными требованиями к организации фармацевтической помощи и пропаганде здорового образа жизни.

Цель исследования определена как оценка профессионального потенциала специалистов фармацевтического профиля в реализации государственных задач, направленных на здоровьесбережение граждан.

Материалы и методы. Оценка профессионального потенциала фармацевтических работников проводилась на основе анализа и систематизации результатов анкетирования 414 фармацевтических работников из различных регионов РФ. В работе использовались непараметрические методы статистического анализа для сравнения средних рангов ответов респондентов, определенных в ходе дисперсионного анализа, и двухвыборочный t-тест для сравнения различий в долях респондентов, согласных с тем или иным утверждением. Различия принимались как значимые при $p < 0,05$. Установление факторов, определяющих здоровьесберегающую компетентность и уровень готовности фармацевтических работников (ФР) к здоровьесберегающей деятельности определялся методом экспертной оценки. Количество экспертов составило 32 (репрезентативно >15).

Результаты. Поэтапный многокритериальный анализ реализации здоровьесберегающего компонента при организации фармацевтической помощи показал, что профессиональный потенциал ФР в деле охраны здоровья граждан зависит от социально-демографических данных (факторов) специалиста (по критериям образование, фармацевтический стаж, должность), организационно-правовых характеристик аптеки - базы осуществления фармацевтической деятельности (по критериям: форма собственности, принадлежность к аптечной сети). Выявлено, что наиболее перспективной когортой для внедрения принципов охраны здоровья выступают провизоры с фармацевтическим стажем от 10 до 20 лет, которые продемонстрировали наиболее высокий уровень компетентности по вопросам охраны здоровья граждан, высокую осознанность в реализации трудовых функций, ориентированных на предупреждение фармакотерапевтических рисков и проявили достаточную готовность к внедрению организационных технологий, направленных на формирование и пропаганду здорового образа жизни. На основе результатов анализа проведена экспертная оценка анализируемых критериев, выявлены факторы, имеющие наибольший вес для формирования профессиональных предикторов, направленных на здоровьесбережение при оказании фармацевтической помощи и сформированы коэффициенты для оценки профессионального потенциала ФР в охране здоровья населения: Коэффициент здоровьесберегающей квалификационно-личностной компетентности (Кк), Коэффициент готовности к осуществлению здоровьесберегающей деятельности (Кг). **Заключение:** Формирование и оценка профессионального потенциала ФР в отношении деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан имеет весомое значение для эффективной самореализации специалиста в профессии, что необходимо учитывать при разработке образовательных программ на всех этапах подготовки и повышения квалификации работников. Разработанный и апробированный нами мультикритериальный подход к оценке профессионального потенциала ФР целесообразно использовать для разработки программ развития персонала в аптечных организациях, систем оценки персонала и анализа эффективности используемых методик внутрифирменного обучения.

Ключевые слова: профессиональный потенциал, фармацевтические специалисты, охрана здоровья населения, методы оценки.

EVALUATION OF PHARMACEUTICAL WORKERS' PROFESSIONAL POTENTIAL IN HEALTH PROTECTION OF CITIZENS ON THE BASIS OF THE MULTICRITERIA APPROACH

Kirshcina I. A.¹, Karimova A. A.², Soloninina A.V.¹, Mikhailova V. N.¹

¹FSBE Perm State Pharmaceutical Academy, Russia

²FSBE Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Annotation:

Relevance: Public health protection is the main principle of the development of a civilized society. At present, health protection issues are considered extremely important in our country. There is an obvious need for pharmaceutical specialists to participate as «team members» of the health system in the implementation of state tasks to strengthen and preserve the health of society, which is stipulated by international requirements for the organization of pharmaceutical care and promotion of a healthy lifestyle.

The purpose of the study is defined as an evaluation of the professional potential of pharmaceutical specialists in the implementation of state tasks aimed at health protection of citizens.

Materials and methods: The professional potential of pharmaceutical workers was evaluated on the basis of the analysis and systematization of the results of a survey of 414 pharmaceutical workers from various regions of the Russian Federation. In the work, non-parametric methods of statistical analysis were used to compare the average ranks of the responses of the respondents determined during the analysis of variance, and a two-sample t-test to compare the differences in the shares of respondents that agree with one statement or another. Differences were accepted as significant at $p < 0.05$. Formation of the factors determining the health-saving competence and the level of preparedness of pharmaceutical personnel for health protection activities was determined by the expert assessment method. The number of experts was 32 (representative > 15).

Results. Phased multicriteria analysis of the component of health protection implementation in the organization of pharmaceutical care showed that the professional capacity of the pharmaceutical personnel in health protection of citizens depends on socio-demographic data (factors) of specialist (according to the criteria of education, pharmaceutical experience and position), the legal characteristics of the pharmacy - the foundation of pharmaceutical activity performance (criteria: form of ownership, belonging to a pharmacy chain). It is revealed that the most promising cohort for introducing the principles of health protection are pharmacists with pharmaceutical experience from 10 to 20 years, who have demonstrated the highest level of competence in public health protection, high awareness in the implementation of labor functions focused on the prevention of pharmacotherapeutic risks and have shown sufficient readiness to implement organizational technologies aimed at the formation and promotion of a healthy lifestyle. Based on the results of the analysis, the expert evaluation of the analyzed criteria has been done, the factors having the greatest weight in the formation of professional predictors, aimed at health protection during the provision of pharmaceutical care have been revealed and the coefficients to evaluate the professional capacity of the pharmaceutical personnel in the protection of the health of the population have been formed: Coefficient of health protecting qualification and personal competence (Cqualification), Coefficient of readiness for health protecting activities (Creadiness).

Conclusion. The formation and evaluation of the professional potential of the pharmaceutical workers' in relation to activities aimed at preserving and strengthening the health of citizens is of significant importance for the effective self-fulfillment of a specialist in the profession, which must be taken into account when developing educational programs at all stages of training and professional development of employees. The multi-criteria approach developed and tested by us to evaluate the professional potential of the pharmaceutical personnel is appropriate and advisable for designing of personnel development programs in pharmacy organizations, personnel evaluation systems and analysis of the effectiveness of the methods used in-house training.

Keywords: professional potential, pharmaceutical specialists, public health protection, evaluation methods.

DOI: <https://doi.org/10.30809/solo.2.2020.3>

Введение. Состояние здоровья граждан – важнейший критерий благосостояния государства и показатель развития общества. Обзор федеральных законов и иных нормативных правовых актов, определяющих концепцию политики здравоохранения в Российской Федерации (РФ) показал, что в настоящее время в нашей стране вопросам охраны здоровья придается чрезвычайно важное значение. Ключевой тезис, на котором базируется политика государства в области охраны здоровья, можно определить следующим образом: здоровье – это наивысшая ценность человека и общества в целом, а сохранение здоровья населения – важнейший принцип развития системы здравоохранения страны. Очевидна необходимость участия в реализации задач государства по укреплению и сохранению здоровья общества фармацевтических специалистов, как «членов команды» системы здравоохранения, т.к. международными требованиями к организации фармацевтической помощи закреплено участие фармацевтических специалистов в пропаганде здорового образа жизни и охране здоровья нации.

Целью настоящего исследования определена оценка профессионального потенциала специалистов фармацевтического профиля в реализации государственных задач, направленных на здоровьесбережение граждан.

Материалы и методы. Оценка профессионального потенциала фармацевтических работников проводилась нами на основе анализа и систематизации результатов анкетирования фармацевтических работников из различных регионов РФ (г. Пермь, г. Екатеринбург, г. Пенза, г. Челябинск, г. Магнитогорск, Свердловская область, Пензенская область), по специально разработанной анкете, структура которой раскрыта по ходу публикации. Выборка составила 414 человек, среди которых 288 – с высшим фармацевтическим образованием, 126 имеют среднее профессиональное образование. Для обработки результатов анкетирования использовались методы статистического анализа с использованием программных продуктов Statistica 10, Microsoft Excel, в которых осуществлялся расчет среднестатистических показателей (средние значения, медианные значения, стандартная ошибка выборки, стандартное отклонение и др.).

Сопоставление доли респондентов в группах сравнения осуществлялось на основе двухвыборочного теста Стьюдента (t-теста), различия принимались как статистически значимые при расчетном значении коэффициента Стьюдента выше критического значения ($t > 2$) при заданном уровне значимости $p < 0,05$. Выявление статистически значимых различий в средних значениях зависимых переменных в группах сравнения осуществлялось на основе непараметрического теста (U-критерий Манна-Уитни при уровне значимости $p < 0,05$). Анализ ранговых показателей в группах сравнения проводился методом рангового дисперсионного анализа Фридмана. Для установления факторов, определяющих здоровьесберегающую компетентность и уровень готовности фармацевтических работников (ФР) к здоровьесберегающей деятельности применялся метод экспертной оценки [1]. Количество экспертов составило 32 (репрезентативно > 15). Согласованность мнений экспертов оценивалась через коэффициент конкордации Кендалла (результаты определялись как значимые на уровне $p < 0,05$, критический уровень согласованности мнения в группе $K > 0,7$).

Результаты и обсуждение

Профессиональная реализация роли фармацевтического работника в сохранении и укреплении здоровья граждан проявляется через выполнение профессиональных, социальных и личностных функций.

Профессиональная функция обеспечивает формирование у фармацевтического работника профессиональных компетенций, направленных на повышение качества жизни граждан, связанного со здоровьем и, как следствие, повышение эффективности и безопасности профессиональной помощи фармацевтических работников в интересах здоровья населения РФ, осуществляемой на основе профессиональной ответственности специалистов с позиций фармацевтической бдительности.

Как уже публиковалось ранее [2], под **фармацевтической бдительностью** мы понимаем *«адекватную настороженность фармацевтических работников при осуществлении профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, направленную на снижение рисков возникновения нежелательных последствий,*

связанных с использованием лекарственных средств (ЛС), оптимизацию рационального выбора, соблюдения и консультационного сопровождения фармакотерапии, а также реализацию активной профессиональной позиции в отношении профилактики заболеваний, фармацевтического просвещения населения и других мероприятий, ориентированных на совершенствование системы пропаганды здорового образа жизни и укрепления здоровья населения на популяционном (общественном), групповом и индивидуальном уровнях».

Социальная функция дополняет и обогащает процесс взаимодействия медицинского и фармацевтического работника с обществом, способствует формированию активной гражданской позиции специалиста в отношении сохранения собственного и общественного здоровья, обеспечивает адаптацию к уровню ответственности перед гражданином и обществом.

Личностная функция обеспечивает удовлетворение индивидуальных познавательных потребностей фармацевтического работника в общекультурной компетентности, способствует формированию мотивационно-ценностного компонента фармацевтической профессии, а также ключевых (общекультурных) компетенций фармацевтического работника, которые имеют отношение к различным сферам его жизни, способствуют успешной коммуникации и полноценному функционированию в обществе, предоставляют возможность получения новых знаний и личностного роста фармацевтического работника.

Для оценки профессиональной реализации фармацевтического работника в охране здоровья граждан мы предлагаем использовать понятие «профессиональный потенциал фармацевтического работника», под которым следует понимать «совокупность внутренних потребностей, индивидуальных возможностей и способностей специалиста, направленных на осознание им личной ответственности за сохранение и укрепление здоровья населения, освоение профессиональных навыков, ориентированных на укрепление индивидуального и общественного здоровья и перманентное совершенствование компетенций для реализации здоровьесберегающего компонента профессиональной деятельности».

Профессиональный потенциал воплощается не только в полученных знаниях и навыках, в освоенных нормах и стандартах профессии, но и в профессиональных предпочтениях, в профессиональной идентичности. В понятии «профессиональный потенциал» находят свое отражение востребованные профессией возможности личности, вся совокупность требований, объективно предъявляемых человеком к выбранной профессии и в значительной мере определяющих перспективы саморазвития специалиста. Структурными компонентами профессионального потенциала являются интеллектуальный, мотивационный, коммуникативный, технологически-операционный, творческий потенциалы. Важной характеристикой потенциала является способность к активной созидательной деятельности, которая может быть реализована в различных сферах жизнедеятельности в форме творчества, познавательной, интеллектуальной активности, в стремлении субъекта подняться над уровнем требований конкретных профессиональных ситуаций, выйти за пределы заданности, шаблонности, в креативном прогнозировании сценариев своих профессиональных и жизненных перспектив.

Нами проведен поэтапный многокритериальный анализ профессионального потенциала фармацевтических специалистов с позиций сохранения и укрепления здоровья граждан, который реализован на основе комплексного анализа социально-демографических данных (факторов) специалиста (по критериям образование, фармацевтический стаж, должность), организационно-правовых характеристик аптеки - базы осуществления фармацевтической деятельности (по критериям: форма собственности, принадлежность к аптечной сети) и выявления ресурсов для осуществления здравоохранительной деятельности.

В рамках оценки уровня профессионального потенциала фармацевтических специалистов в охране здоровья граждан респонденты поделились личным мнением о суждениях, иллюстрирующих индивидуальное восприятие собственной значимости в системе общественного здоровья. Так, на первом этапе фармацевтическим специалистам было предложено оценить следующие утверждения:

Я считаю себя работником здравоохранения <1>

Исходя из своих должностных обязанностей, я могу отнести свою профессиональную занятость к сфере охраны здоровья <2>

Я считаю, что для предупреждения рисков бесконтрольного применения лекарственных препаратов (ЛП) необходимо осуществление санитарно-просветительской работы с населением по фармацевтическим вопросам (фармацевтическое просвещение) <3>

Я считаю, что фармацевтические работники должны участвовать в охране здоровья граждан и пропаганде здорового образа жизни <4>

Я считаю, что для осуществления санитарно-просветительской работы фармацевтическому специалисту необходимо дополнительное обучение по вопросам сохранения и укрепления здоровья граждан <5>.

Результаты сравнительного анализа различий профессионального потенциала фармацевтического работника в сфере охраны здоровья в группах сравнения (по доле респондентов, согласных с предложенными утверждениями) приведены ниже, где n - количество человек в выборке (в группе). Различия в группах принимались как статистически значимые при $t > 2$, $p < 0,05$ (при заданном уровне надежности $\beta = 95\%$, уровне значимости $\alpha = 5\%$). Следует уточнить, что, чем больше значение t- критерия, тем существеннее различия в группах сравнения.

Так, анализ по критерию «ОБРАЗОВАНИЕ» показал, что по всем 5 утверждениям наблюдаются значимые различия в мнениях респондентов с разным уровнем образования. Более 82% специалистов с высшим образованием (n=288) считают себя специалистами системы здравоохранения и согласны с тем, что их должностные

обязанности связаны с охраной здоровья граждан, тогда как среди специалистов со средним фармацевтическим образованием (n=126) с данными утверждениями согласны 36,51% и около 51% соответственно (t=9,54 по утверждению <1> и t=6,39 по утверждению <2>). Еще более весомые различия (значение t-критерия больше 10) наблюдаются в оценке внутренних убеждений специалистов с разным уровнем образования в отношении участия фармацевтических специалистов в здоровьесбережении граждан. Так, более 87 % респондентов с высшим образованием и лишь около 39% -со средним, считают, что фармацевтические специалисты должны осуществлять санитарное просвещение населения по фармацевтическим вопросам и участвовать в охране здоровья населения (t=10,12 по утверждению <3>). Более 88% специалистов с высшим образованием и менее 40% -со средним убеждены, что фармацевтические работники должны участвовать в охране здоровья граждан и пропаганде здорового образа жизни (t=10,30 по утверждению <4>). По вопросу целесообразности дополнительного обучения для осуществления этой функции (утверждение <5>) также получены статистически значимые различия по всем суждениям в пользу специалистов с высшим образованием (t= 5,33).

Очередным параметром сравнения оценки мнений ФР относительно предложенных суждений выступил «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ СТАЖ» работника (табл. 1).

Важно, что проводилось попарное сравнение трех групп респондентов: специалисты со стажем менее 5 лет, со стажем 10-20 лет и стажем более 30 лет, так как именно между этими группа-

Таблица-1 Оценка различий профессионального потенциала фармацевтического работника в группах сравнения по критерию - СТАЖ

Согласны ли Вы с данным утверждением?	Доля респондентов, ответивших утвердительно, %			Показатели статистической значимости различий в группах $t_{1= \text{до } 5/10-20 \text{ лет}}$, $t_{2= \text{до } 5/\text{более } 30 \text{ лет}}$, $t_{3= 10-20/\text{более } 30 \text{ лет}}$
	специалисты со стажем до 5 лет (n=66)	специалисты со стажем 10-20 лет (n=126)	специалисты со стажем более 30 лет (n=54)	
<1>	28,79	82,54	79,63	* $t_1=8,25$, $t_2=6,50$, ** $t_3= 0,45$
<2>	36,36	89,68	55,56	$t_1=8,19$, $t_2=2,14$, $t_3= 4,68$
<3>	39,39	86,51	64,81	$t_1=6,99$, $t_2=2,87$, $t_3= 3,02$
<4>	39,39	77,78	90,74	$t_1=5,43$, $t_2=7,14$, $t_3= 2,40$
<5>	48,48	78,57	24,07	$t_1=4,20$, $t_2=2,88$, $t_3= 7,93$

* различия в группах оценивались как статистически значимые при $t > 2$, $p < 0,05$, наиболее значимые различия выделены **полужирным** шрифтом
 **не значимые различия выделены *курсивом*

ми сравнения наблюдаются наиболее значимые различия. Необходимо уточнить: наиболее значимые различия наблюдаются в крайних группах сравнения, между тем, специалисты, имеющие средний трудовой стаж, не продемонстрировали значимых различий в близких группах сравнения, в этой связи для иллюстрации результатов опроса специалистов данных групп была выбрана наиболее перспективная (с точки зрения реализации профессионального потенциала) группа работников с трудовым стажем 10 - 20 лет, так как, на наш взгляд, специалисты этой группы еще молоды и амбициозны, между тем, их профессиональный опыт позволяет максимально реализовывать себя в профессии. Кроме того, данная группа самая многочисленная в исследуемой выборке.

Судя по результатам анализа, можно предположить, что с увеличением стажа (до определенного момента) наблюдается возрастание личной значимости специалистов в системе общественного здоровья. При этом «случайные люди» выбывают из профессии в другие сферы деятельности. Вместе с тем, специалисты, оставшиеся в фармацевтической отрасли, в процессе осуществления фармацевтической деятельности постепенно осознают свою роль и место в системе здравоохранения.

Анализ показал, что специалисты со стажем более 30 лет демонстрируют некоторое снижение профессионального потенциала, что, возможно, связано с эмоциональным выгоранием либо личным восприятием полной реализации себя в профессии. Отмечено, что с наработкой боль-

шого стажа (более 30 лет) у большинства специалистов снижается потенциал к обучению (<5>).

Важным критерием сравнения профессионального потенциала работника выступает «ДОЛЖНОСТЬ» специалиста, т.к. от занимаемой должности напрямую зависят трудовые обязанности специалиста, которые зачастую определяют личное восприятие собственной значимости специалиста, его роль в общей системе общественного здоровья и охране здоровья граждан страны. Результаты сравнительного анализа по критерию ДОЛЖНОСТЬ приведены в таблице 2.

Анализ показал, что по критерию «ДОЛЖНОСТЬ» наблюдаются значимые различия при сравнении должностей руководителей и провизоров ($t_{1\text{ р-п}}$) по <1, 2,3 и 4> утверждениям. Так, более 86% специалистов, занимающих должности провизоров, считают себя работниками системы здравоохранения, более 92% провизоров связывают свои должностные обязанности с охраной здоровья граждан и более 90% провизоров согласны, что для предупреждения фармацевтических рисков следует осуществлять фармацевтическое просвещение граждан, около 90% отметили, что фармацевтические работники должны участвовать в охране здоровья граждан и пропаганде здорового образа жизни. Среди руководителей результаты анализа составили 70%, 61% и около 73% и более 74% соответственно. Несмотря на выявленные различия при оценке вышеперечисленных характеристик, объективно установлено, что, независимо от занимаемой должности, сопоставимое боль-

Таблица-2 Оценка различий профессионального потенциала фармацевтического работника в группах сравнения по критерию ДОЛЖНОСТЬ

Согласны ли Вы с данным утверждением?	Доля респондентов, ответивших утвердительно, по должностям, %			Показатели статистической значимости различий в группах $t_{1\text{ р-п}}$, $t_{2=\text{П-Ф}}$, $t_{3=\text{Ф-Р}}$
	руководитель (Р) (n=146)	провизор (П) (n=176)	фармацевт (Ф) (n=92)	
<1>	70,55	86,93	30,43	$t_1=3,60$, $t_2=$ 10,41 , $t_3= 6,57$
<2>	61,64	92,61	53,26	$t_1=6,91$, $t_2=$ 7,07 , $t_3= 1,27$
<3>	73,29	91,48	34,78	$t_1=4,31$, $t_2=$ 10,51 , $t_3= 6,24$
<4>	74,66	89,20	42,39	$t_1=3,39$, $t_2=$ 8,27 , $t_3= 5,13$
<5>	69,86	75,00	48,91	$t_1=1,03$, $t_2= 4,24$, $t_3= 3,25$

* различия в группах оценивались как статистически значимые при $t > 2$, $p < 0,05$, наиболее значимые различия выделены **полужирным** шрифтом

**не значимые различия выделены курсивом

шинство (около 70%) специалистов с высшим образованием, находят, что им требуется дополнительное обучение по вопросам сохранения и укрепления здоровья граждан.

При сравнении провизоров и фармацевтов (t_2 п-ф) обнаружены значимые различия по всем пяти утверждениям. Так, провизоры, по сравнению с фармацевтами, в большей степени считают себя работниками системы здравоохранения (около 87 % и 30% соответственно), находят, что их должностные обязанности можно отнести к сфере охраны здоровья (92% и 53% соответственно); считают, что для предупреждения фармацевтических рисков необходимо осуществлять фармацевтическое просвещение населения (91% и 34% соответственно); отмечают, что фармацевтические работники должны участвовать в охране здоровья граждан и пропаганде здорового образа жизни (89% и 42% соответственно); указывают, что для осуществления санитарно-просветительской работы фармацевтическому специалисту необходимо дополнительное обучение по вопросам сохранения и укрепления здоровья граждан (75% и около 49% соответственно).

Сравнение фармацевтов и руководителей (t_3 ф-р) выявило значимые различия по всем утверждениям, за исключением <2>. Так, около половины фармацевтов и руководителей (61% и 53% соответственно) готовы отнести свою профессиональную занятость к сфере охраны здоровья. По другим утверждениям руководители имеют значительно больший, по сравнению с фармацевтами, потенциал для реализации здоровьесберегающей функции при осуществлении профессиональной деятельности.

Таким образом, выявленные различия позволяют утверждать, что наиболее перспективной фармацевтической должностью для позиционирования здоровьесбережения в обществе выступает провизор, как квалифицированный специалист, имеющий непосредственное отношение к удовлетворению запросов граждан при посещении аптечной организации с целью решения проблем, связанных со здоровьем.

Сравнительный анализ профессионального потенциала специалиста в здравоохранительной деятельности в зависимости от характеристики аптечной организации, в которой работает специ-

алист, показал, что выявлены статистически значимые различия по утверждениям <1> и <2>.

Так, установлено, что работники государственных аптек ($n=90$) чаще, чем работники частных аптек ($n=324$) (78 % и 65% соответственно) относят себя к работникам системы здравоохранения ($t=2,61$ по утверждению <1>). При этом специалисты, занятые в частных аптеках, в большей мере, чем в государственных аптеках (99% и 77% соответственно), связывают свои должностные обязанности с охраной здоровья граждан ($t=4,99$ по утверждению <2>).

Возможно, государственная форма собственности, сохранившаяся в розничном сегменте фармацевтических организаций некоторых регионов РФ, создает у специалистов дополнительное внутренне ощущение личной причастности к системе здравоохранения страны, однако не способствует формированию профессиональной реализации сотрудников в рамках решения государственных задач, направленных на здоровьесбережение граждан. По остальным утверждениям значимых различий между работниками государственных и частных аптек не обнаружено.

В результате сравнения профессионального потенциала сотрудников сетевых и несетевых форматов работы аптек, в которых профессионально заняты фармацевтические работники установлены статистически значимые различия по <2> и <4> утверждениям ($t=2,38$) и $t=3,59$ соответственно), в частности, сотрудники несетевых аптечных организаций чаще отмечают, что их профессиональные обязанности связаны с охраной здоровья граждан (81% и 70% соответственно), однако специалисты сетевых организаций имеют большую уверенность, чем их коллеги из несетевых аптек (78% и 58% соответственно), в необходимости санитарного просвещения населения по фармацевтическим вопросам для предупреждения фармацевтических рисков.

Очевидно, что выявленная картина обусловлена наличием жестких стандартов обслуживания посетителей в аптечных организациях сетевого формата, внедрение которых в значительной мере ориентировано на экономическую составляющую фармацевтического бизнеса. Между тем, несетевые аптеки, не имея подобной централизации, значительно чаще ориентированы на ин-

индивидуальные потребности покупателя, при этом фармацевтический работник, оказывающий фармацевтическую помощь, имеет больше возможностей для реализации собственного профессионализма при решении вопросов, связанных со здоровьем человека. Что касается результатов анализа <4> утверждения, можно предположить, что сотрудники сетевых организаций привыкли к регулярному обучению на рабочем месте и чаще, чем сотрудники несетевых аптечных организаций, признают санитарное просвещение как необходимый компонент общей грамотности личности.

На следующем этапе анализа респондентам было предложено провести ранжирование по значимости определенных мероприятий (трудовых функций ФР), осуществление которых целесообразно (необходимо) при оказании фармацевтической помощи для реализации здоровьесберегающего компонента в рамках фармацевтической деятельности. Аналогичным образом респондентам предлагалось оценить личный настрой ФР (в соответствии с их готовностью к реализации) на осуществление здоровьесберегающей деятельности путем распределения предложенных организационных технологий, направленных на сохранение здоровья граждан.

В результате каждому фактору (трудовой функции и организационной технологии) были присвоены ранги: трудовые функции проранжированы от 1 до 4 (где 1 - наиболее значимый, 4 - наименее значимый), организационные технологии здоровьесбережения проранжированы от 1 до 6 (где 1 - наиболее значимый, 6 - наименее значимый) и проведен ранговый дисперсионный анализ результатов ранжирования.

В качестве *трудовых функций ФР (мероприятий), способствующих улучшению качества жизни, связанного с применением ЛП*, нами определены:

— осуществлять санитарно-просветительскую деятельность для предупреждения нежелательных последствий от применения ЛП и возникновения и/или обострения хронических заболеваний <трудовая функция 1>;

— осуществлять информационное сопровождение назначенной врачом фармакотерапии для поддержки соблюдения пациентом врачебных назначений, предупреждения обострений и осложнений хронических заболеваний и неже-

лательных фармацевтических рисков (по телефону, при личных консультациях, с использованием мессенджеров социальных сетей в интернет) <трудовая функция 2>;

— осуществлять рекомендации лекарственных препаратов БРО с учетом индивидуальных физиологических особенностей организма пациента, с учетом принимаемых ЛП и хронических заболеваний <трудовая функция 3>;

— осуществлять профессиональное взаимодействие с медицинскими специалистами с целью предупреждения рисков назначенной фармакотерапии у конкретного пациента <трудовая функция 4>.

Кроме того, проведен ранговый анализ личной готовности специалистов к участию в охране здоровья граждан и пропаганде здорового образа жизни путем осуществления *следующих организационных технологий*:

— размещать наглядные информационные материалы для населения, пропагандирующие здоровый образ жизни, в торговом зале аптечной организации на различных информационных носителях (информационные стенды, мультимедийные технологии, печатная продукция и т.п.) <организационная технология 1>;

— организовывать в аптеке «Школы здоровья» по вопросам здоровьесбережения для различных категорий граждан («Школа сахарного диабета», «Школа бронхиальной астмы», «Школа фармацевтической грамотности для родителей» и т.п.) <организационная технология 2>;

— организовывать в аптеке тематические дни, посвященные профилактике хронических заболеваний и/или отказу от вредных привычек (лекции, консультации по проблеме и др.) <организационная технология 3>;

— организовывать выездные мероприятия, посвященные охране здоровья населения (чтение лекций по определенной тематике в других организациях, на предприятиях, в образовательных учреждениях и т.п.) <организационная технология 4>;

— участвовать в массовых мероприятиях, акциях, конференциях, посвященных пропаганде принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) <организационная технология 5>;

— участвовать в информационно-коммуникационных кампаниях в средствах массовой

информации, направленных на здоровьесбережение и формирование ЗОЖ в обществе < организационная технология б>.

Наиболее показательные результаты рангового анализа значимости мероприятий для предупреждения фармакотерапевтических рисков и готовности ФР к осуществлению здоровьесберегающей деятельности приведены в таблицах 3 и 4.

В таблице достаточно наглядно прослеживается зависимость здоровьесберегающей ориентированности ФР от образования, должности и стажа. Интересно, что специалисты со средним образованием не видят необходимости в междисциплинарном сотрудничестве с медицинскими специалистами. Возможно, образовательный барьер не позволяет им воспринимать себя в роли «советчика врача». Аналогичная тенденция наблюдается у специалистов с небольшим фармацевтическим стажем. Заметно, что прови-

зоры проявляют большую пациентоориентированность, чем руководители аптек. Работники, считающие себя специалистами здравоохранения, чьи должностные обязанности связаны с охраной здоровья населения и подтверждающие необходимость обучения по вопросам здоровьесбережения, демонстрируют большую профессиональную грамотность и заинтересованность в предупреждении фармакотерапевтических рисков.

Анализ готовности специалистов к здоровьесберегающей деятельности продемонстрировал аналогичные вышеприведенным результатам тенденции на фоне еще больших различий в анализируемых группах сравнения (таблица выглядит пестрее предыдущей). Наибольшую готовность к реализации здоровьесберегающих технологий при осуществлении профессиональной деятельности показали провизоры со средним стажем работы, демонстрирующие

Таблица-3 Результаты рангового анализа значимости мероприятий для предупреждения фармакотерапевтических рисков (по мнению ФР) в группах сравнения

Группы сравнения: профессиональные характеристики /личное мнение ФР		N, чел	Средний ранг трудовой функции*			
			1	2	3	4
ОБРАЗОВАНИЕ	среднее	126	2,33	3,40	2,48	3,63
	высшее	288	1,99	1,84	2,41	2,18
ДОЛЖНОСТЬ	руководитель	146	1,90	2,41	2,26	2,60
	провизор	176	2,05	1,63	2,59	2,05
	фармацевт	92	2,49	3,48	2,40	3,75
СТАЖ	до 5 лет	66	2,26	3,17	2,36	3,48
	от 10 до 20	126	1,94	2,22	2,45	2,27
	более 30	54	2,20	1,98	2,46	2,65
Считаете ли Вы себя работником здравоохранения?	считаю	284	2,02	2,10	2,44	2,42
	не считаю	130	2,25	2,78	2,42	3,06
Должны ли ФР участвовать в охране здоровья населения?	должны	305	2,11	2,09	2,42	2,40
	не должны	109	2,06	2,94	2,46	3,24
Требуется ли ФР специальное обучение для осуществления санитарно-просветительской деятельности	не готовы	135	2,13	2,70	2,44	2,96
	готовы	279	2,08	2,13	2,42	2,46

*Интерпретация цветового градиента:
 зеленый – минимальный ранг = НАИБОЛЕЕ значимый для респондента
 красный – максимальный ранг = НАИМЕНЕЕ значимый для респондента

Таблица-4 Результаты рангового анализа готовности ФР в группах сравнения к реализации здоровьесберегающих организационных технологий (по мнению ФР)

Группы сравнения: профессиональные характеристики /личное мнение ФР		N, чел 1	Средний ранг, готовности к реализации организационной технологии*					
			2	3	4	5	6	
ОБРАЗОВАНИЕ	среднее	126	1,94	4,87	3,08	5,25	3,46	4,72
	высшее	288	3,20	3,43	2,81	3,73	3,36	3,60
ДОЛЖНОСТЬ	руководитель	146	2,63	3,91	3,06	4,60	3,37	3,75
	провизор	176	3,30	3,31	2,69	3,34	3,36	3,82
	фармацевт	92	2,17	4,86	3,01	5,16	3,48	4,49
СТАЖ	до 5 лет	66	2,83	4,62	2,89	4,97	3,36	4,12
	от 10 до 20	126	2,78	3,38	2,71	2,77	2,80	2,90
	более 30	54	2,59	3,94	3,20	5,43	3,85	4,72
Считаете ли Вы себя работником здравоохранения?	считаю	284	2,95	3,68	2,91	3,80	3,35	3,85
	не считаю	130	2,52	4,28	2,85	5,04	3,48	4,15
Должны ли ФР участвовать в охране здоровья населения?	должен	305	2,97	3,69	2,89	4,09	3,47	3,76
	не должен	109	2,39	4,38	2,89	4,48	3,17	4,45
Требуется ли ФР специальное обучение для осуществления санитарно-просветительской деятельности	не готовы	135	2,61	4,17	3,07	4,84	3,64	4,46
	готовы	279	2,91	3,72	2,81	3,87	3,27	3,70

*Интерпретация цветового градиента:

зеленый – минимальный ранг = НАИБОЛЕЕ значимый для респондента
красный – максимальный ранг = НАИМЕНЕЕ значимый для респондента

готовность к получению новых знаний и ассоциирующие себя членами команды здравоохранения, основной профессиональной задачей которых выступает охрана здоровья граждан.

Из полного набора исследуемых показателей экспертным методом (в ходе интервью с экспертами в фармацевтической области) были выделены факторы, определяющие здоровьесберегающий профиль квалификационно-личностной компетентности фармацевтического работника.

В роли экспертов выступали руководители аптечных сетей, специалисты в области организации фармацевтического дела и клинической фармакологии (преподаватели высшей фармацевтической школы), опытные руководители

и провизоры аптечных организаций (фармацевтический стаж 7-15). Общее количество экспертов составило 32 человека. Экспертам было предложено провести оценку весомости наиболее значимых для формирования факторов здоровьесберегающей компетентности ФР. Отбор факторов произведен на основе проведенного многокритериального анализа. В результате экспертной оценки данным факторам присвоено весовое значение, исходя из их значимости с позиции членов экспертной группы. Для целей исследования нами введен Коэффициент здоровьесберегающей квалификационно-личностной компетентности специалиста (Кк), который рассчитывался как сумма баллов, набранных специ-

алистом по результатам анкетирования. Коэффициент принимает значение от 0,15 до 1,00. Формирование Кк представлено в таблице 5.

Таким образом, минимальное значение Кк составляет 0,15, максимальное -1,0.

Из таблицы видно, что значимыми критериями для определения здоровьесберегающей компетентности выбраны наиболее весомые квалификационно-личностные характеристики ФР: образование, должность, ощущение собственной значимости в системе общественного здоровья и желание специалиста приобретать новые знания. Следует подчеркнуть, что последний критерий оказался наиболее весомым (0,3) по результатам экспертной оценки. Эксперты отмечали, что тяга к приобретению профессиональных знаний, личностная потребность специалиста в повышении профессиональной компетентности наиболее показательный предиктор успешной и эффективной самореализации ФР в профессии. Важно отметить, что характеристика «Стаж» не вошла в оценочный набор критериев, формирующих Коэффициент здоровьесберегающей квалификационно-личностной компетентности специалиста, т.к. он не зависит от личностных

характеристик человека (в отличие от образования и должности).

Для интерпретации результатов оценки здоровьесберегающей компетентности посредством предлагаемого коэффициента, мы предлагаем использовать следующую шкалу оценки, представленную в таблице 6.

Кроме того, с целью диагностики уровня профессиональной готовности ФР к предупреждению фармацевтических, фармакотерапевтических и поведенческих рисков и сохранения качества жизни пациента, связанного со здоровьем, нами введен Коэффициент готовности к здоровьесберегающей деятельности специалиста (КГ), который рассчитывался аналогичным образом как сумма баллов с учетом их весов, присвоенных экспертами. Поскольку респонденты ранжировали значимость мероприятий, способствующих предупреждению рисков, связанных с фармакотерапией и оценивали личную готовность к участию в охране здоровья граждан методом ранжирования, при их балльной интерпретации меньшим значениям рангов присваивалось более высокое балльное значение, так как меньший ранг свидетельствует о более вы-

Таблица-5 Числовые оценки респондентов, формирующие коэффициент компетентности (Кк)

Факторы, формирующие Кк: профессиональные характеристики /личное мнение		Варианты ответов и их числовая оценка (весомость)			
ОБРАЗОВАНИЕ	X_1	ответ	среднее	высшее	
		оценка	0,10	0,15	
ДОЛЖНОСТЬ	X_2	ответ	фармацевт	руководитель	провизор
		оценка	0,05	0,10	0,15
Считаете ли вы себя работником системы здравоохранения?	X_3	ответ	не считаю	считаю	
		оценка	0,00	0,20	
Должны ли фармацевтические работники участвовать в охране здоровья населения?	X_4	ответ	нет	да	
		оценка	0,00	0,20	
Требуется ли ФР специальное обучение для осуществления санитарно-просветительской деятельности?	X_5	ответ	нет	Да	
		оценка	0,00	0,30	

Расчет коэффициента компетентности складывается из суммы оценок по всем факторам ($Kk = X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5$), его формирующих.

Таблица-6 Числовые значения для интерпретации результатов оценки здоровьесберегающей компетентности Кк

Интервал числовой оценки Кк	Интерпретация результатов
до 0,5	низкая здоровьесберегающая компетентность
от 0,5 до 0,85	средняя здоровьесберегающая компетентность
от 0,85	высокая здоровьесберегающая компетентность

соком месте показателя в рейтинге по мнению респондента. Формирование K_g представлено в таблицах 7 и 8.

Расчет коэффициента готовности складывается из суммы рангов всех трудовых функций и организационных технологий ($K_g = X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5 + X_6 + X_7 + X_8 + X_9 + X_{10}$), его формирующих. Из таблиц видно, что для формирования коэффициента готовности ФР к осуществлению здоровьесберегающего компонента экспертам предлагалось установить весомость всех оценочных факторов (трудовых функций и организационных технологий). В результате экспертной оценки каждому фактору присвоен показатель весомости, отражающий вклад анализируемого фактора в реализацию здоровьесберегающей компоненты ФР при осуществлении профессиональной деятельности специалистом. Учитывая, что расчет готовности предполагает ранговый анализ, т.е. ФР предлагается ранжировать трудовые функции и организационные технологии, исходя из личной готовности ФР к их реализации, каждый фактор имеет шкалу оценки (для трудовых функций - 4 ступени, для организационных технологий - 6 ступеней), где максимальная оценка определена показателем весомости, установленном экспертами. Теоретически, коэффициент готовности может иметь нулевое (0) значение, при условии, что респондент не проявляет никакой готовности ни к одной из предлагаемых функций и/или тех-

нологий, отмечая 0 ранг для всех факторов. Если респондент отмечает наименьшую готовность, то он получает минимальный коэффициент ($K_g = 0,2$). В случае максимальной готовности ФР к реализации всех предлагаемых трудовых функций и организационных технологий коэффициент готовности равен 1, т.е. максимальный.

Для интерпретации результатов оценки готовности ФР к осуществлению здоровьесберегающей деятельности посредством K_g , мы предлагаем использовать шкалу оценки, представленную в таблице 9.

Таким образом, в качестве инструментов для оценки профессионального потенциала фармацевтического работника в укреплении и сохранении здоровья граждан мы предлагаем использовать два коэффициента:

- Коэффициент здоровьесберегающей квалификационно-личностной компетентности специалиста (K_k);

- Коэффициент готовности к здоровьесберегающей деятельности (K_g).

В рамках настоящего исследования для всех респондентов были рассчитаны данные коэффициенты, средний $K_k = 0,66$, $K_g = 0,64$ (для полной выборки из 414 респондентов).

Далее проведено сравнение средних значений коэффициентов методом рангового дисперсионного анализа, различия принимались как стати-

Таблица-7 Числовые оценки респондентов, формирующие коэффициент готовности (K_g) (в части трудовых функций)

Мнение	Факторы, формирующие K_g : предикторы способностей и готовности ФР к осуществлению здоровьесберегающей деятельности			Варианты ответов и их числовая оценка (весомость в разрезе рангов)				
	Ранги			2	3	4		
	1							
МОЯ ОБЯЗАННОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ	1	фармацевтическое просвещение населения	X_1	оценка	0,100	0,075	0,050	0,025
	2	информационную поддержку пациентов в период получения назначенной фармакотерапии (повышать комплаенс)	X_2	оценка	0,100	0,075	0,050	0,025
	3	пациенто-ориентированные рекомендации ЛП БРО	X_3	оценка	0,200	0,150	0,100	0,050
	4	профессиональную коллаборацию с медицинскими специалистами на благо здоровья пациента	X_4	оценка	0,100	0,075	0,050	0,025

Таблица-8 Числовые оценки респондентов, формирующие коэффициент готовности (Kг) (в части организационных технологий)

Готовность	Факторы, формирующие Kг: предикторы способностей и готовности ФР к осуществлению здоровьесберегающей деятельности		Варианты ответов и их числовая оценка (весомость в разрезе рангов)								
			Ранги		2	3	4	5	6		
	1										
Я ГОТОВ	1	размещать информационные материалы, пропагандирующие ЗОЖ в торг зале АО	χ_5	оценка	0,150	0,125	0,100	0,075	0,050	0,025	
	2	организовывать в аптеке «Школы здоровья» для разных групп населения	χ_6	оценка	0,050	0,042	0,033	0,025	0,017	0,008	
	3	организовывать в аптеке тематические дни, направленные на укрепление здоровье и профилактику заболеваний	χ_7	оценка	0,100	0,083	0,067	0,050	0,033	0,017	
	4	организовывать выездные мероприятия, посвященные охране здоровья и профилактике заболеваний в других организациях	χ_8	оценка	0,050	0,042	0,033	0,025	0,017	0,008	
	5	участвовать в массовых мероприятиях, конференциях, посвященных ЗОЖ	χ_9	оценка	0,100	0,083	0,067	0,050	0,033	0,017	
	6	Участвовать в информационно-коммуникационных кампаниях в СМИ, направленных на пропаганду ЗОЖ	χ_{10}	оценка	0,050	0,042	0,033	0,025	0,017	0,008	

Таблица-9 Числовые значения для интерпретации результатов оценки здоровьесберегающей компетентности Kг

Интервал числовой оценки Kг	Интерпретация результатов
до 0,6	низкая готовность к реализации здоровьесберегающей деятельности
от 0,6 до 0,8	средняя готовность к реализации здоровьесберегающей деятельности
от 0,8	высокая готовность к реализации здоровьесберегающей деятельности

стически значимые на основе анализа U-критерия Манна-Уитни (при $p < 0,05$). Результаты сравнения средних показателей Kк и Kг по всем группам сравнения приведены в таблице 10.

Установлено, что наиболее значимые различия в уровне профессионального потенциала наблюдаются между лицами с разным уровнем образования. Специалисты с высшим образованием имеют более высокий потенциал по отношению к фармацевтам. Самый высокий потен-

циал демонстрируют лица с фармацевтическим стажем 10-20 лет (оба коэффициента высокие Kк=0,82; Kг= 0,69). Работники государственных аптек показывают высокий коэффициент компетентности (0,79), однако коэффициент готовности у них (0,63) сопоставим со специалистами частных АО (0,64). Работники сетевых аптек показывают высокий коэффициент компетентности (0,74), что, возможно, связано с постоянным обучением сотрудников на рабочем месте, при этом

Таблица-10 Результирующие показатели (Кк и Кг) в группах сравнения

Группы сравнения		Н, чел	Ср. знач Кк	Ср. знач Кг
ОБРАЗОВАНИЕ	среднее	126	0,46	0,57
	высшее	288	0,85	0,67
ДОЛЖНОСТЬ	руководитель	146	0,74	0,65
	провизор	176	0,88	0,67
	фармацевт	92	0,44	0,56
СТАЖ	до 5 лет	66	0,45	0,58
	от 5 до 10	87	0,83	0,63
	от 10 до 20	126	0,82	0,69
	от 20 до 30	81	0,76	0,63
	более 30	54	0,67	0,61
Форма собственности	частная	324	0,71	0,64
	государственная	90	0,79	0,63
Принадлежность к аптечной сети	несетевая	93	0,69	0,61
	сетевая	321	0,74	0,64
Считаете ли вы себя работником системы здравоохранения?	считаю	284	0,84	0,65
	не считаю	130	0,49	0,60
Должны ли фармацевтические работники участвовать в охране здоровья населения?	должен	305	0,82	0,65
	не должен	109	0,48	0,61
Требуется ли ФР специальное обучение для осуществления санитарно-просветительской деятельности?	не готовы	135	0,46	0,60
	готовы	279	0,86	0,65
Исходя из своих должностных обязанностей, я могу отнести свою профессиональную занятость к сфере охраны здоровья	торговля	171	0,58	0,61
	охрана здоровья	184	0,88	0,67
	торговля + охрана	59	0,73	0,61
Для предупреждения рисков бесконтрольного применения ЛП необходимо осуществление фармацевтического просвещения населения	нет, так не считаю	114	0,55	0,59
	согласен	300	0,80	0,65

уровень готовности к здравоохранительной деятельности (0,64) у них сопоставим с работниками несетевых аптек (0,61).

Значимые отличия в уровне профессионального потенциала показали лица, имеющие разное представление о профессиональной роли фармацевтического работника в системе общественного здоровья. Результаты исследования показывают, что специалисты, ощущающие себя работниками здравоохранения, имеющие личностную мотивацию и внутренние паттерны к реализации здравоохранительной функции, априори проявляют более высокий профессиональный потенциал в сохранении здоровья граждан, по сравнению со специалистами, занятыми исключительно торговой деятельностью, не воспринимающими себя членами команды здравоохранения.

Выводы. Формирование и оценка профессионального потенциала ФР в отношении деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан, имеет весомое значение для эффективной самореализации специалиста в профессии, что необходимо учитывать при разработке образовательных программ на всех этапах подготовки и повышения квалификации работников. Разработанный и апробированный нами мультикритериальный подход к оценке профессионального потенциала ФР целесообразно использовать для разработки программ развития персонала в аптечных организациях, систем оценки персонала и анализа эффективности используемых методик внутрифирменного обучения. Для этих целей перечень оцениваемых факторов и их весомость могут быть

адаптированы руководителем, исходя из приоритетности задач, стоящих перед его организацией, однако, на наш взгляд, приведенные в исследовании показатели являются достаточными для формулировки выводов о профессиональном потенциале ФР с позиции их отношения к здоровьесберегающим технологиям.

Литература

1. Постников В.М. Анализ подходов к формированию состава экспертной группы, ориентированной на подготовку и принятие решений / Наука и образование: научное издание МГТУ им. Н.Э. Баумана, Издательство: Национальный-Электронно Информационный Консорциум, №5, 2012, с.23 // <https://elibrary.ru/item.asp?id=18127217>
2. Кирщина И.А., Солонина А.В., Каткова А.Д. О перспективах фармацевтического обслуживания населения с позиций профессиональной бдительности специалистов/ Биозащита и биобезопасность, № 4 (17), 2013, с.21-25 // <https://elibrary.ru/item.asp?id=18127217>

Требования к статьям

(Требования составлены с учетом требований ВАК РФ и «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов)

Уважаемые коллеги, обращаем ваше внимание, что процедура регистрации журнала в зарубежных базах данных сопровождается существенным изменением правил оформления статей. Это затрагивает увеличение объема печатного материала статьи и резюме, кардинальные изменения в оформлении списка литературы, а также его дублирование на английском языке. Редакция убедительно просит внимательно изучить обновленные правила и соблюдать их при подаче материала.

Правила подачи

Статья направляется в редакцию в 2-х печатных и одном электронном экземпляре на заместителя главного редактора.

Требования к оформлению

Страница: формат А4, поля – 2,5 см с каждой стороны.

Шрифт: Times New Roman, 14 размер, полуторный межстрочный интервал.

Абзац: отступ первой строки 0,5 см, выравнивание по ширине.

Титульный лист

1) название статьи;
2) фамилии и инициалы авторов, их ученая степень и основная должность;

3) полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа, а также полный почтовый адрес учреждения;

4) фамилия, имя, отчество, и полная контактная информация автора, ответственного за связь с редакцией;

Далее информация, описанная в п.1-4, дублируется на английском языке. В английских названиях учреждений не следует указывать их полный государственный статус, опустив термины типа федеральное учреждение, государственное, бюджетное, образовательное, лечебное, профилактическое, коммерческое и пр.).

5) источники финансирования в форме предоставления грантов, оборудования, лекарств или всего в целом, а также сообщение о возможном конфликте интересов;

Резюме

Печатается отдельным файлом, соблюдая общие требования к оформлению статьи. Резюме должно быть структурированным, т.е. повторять заголовки рубрик статьи:

- а) ЦЕЛЬ;
- б) МЕТОДЫ;
- в) РЕЗУЛЬТАТЫ;
- г) ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Объем должен составлять не менее 250 слов для структурированных и не менее 150 слов для не структурированных резюме.

Ниже помещаются КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА (около 10), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Акцент должен быть сделан на новые и важные аспекты исследования или наблюдений.

Резюме и ключевые слова полностью дублируются на английском языке.

Переводу резюме на английский язык следует уделять особое внимание, поскольку именно по нему создается общее мнение зарубежных коллег об уровне работы. Учитывая присылаемый материал, рекомендуется пользоваться услугами профессиональных переводчиков.

Текст статьи

Объем оригинальных статей с таблицами и рисунками составляет не менее 15 страниц. Указанный объем не включает титульные

листы, резюме и список литературы. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена авторами. При наличии орфографических и пунктуационных ошибок материал возвращается на доработку. В работе должна использоваться международная система единиц СИ. Если исследование выполняется на приборах, дающих показатели в других единицах, необходимо последние перевести в систему СИ с указанием в разделе «Материалы и методы» коэффициента пересчета либо компьютерной программы, в которой этот пересчет производился.

Допускаются общепринятые сокращения и аббревиатуры, включающиеся в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой. Формулы желательно готовить в специализированном редакторе, включенном в программу MS Word.

Структура статьи

Статьи с оригинальными исследованиями должны содержать следующие разделы:

1. Цель исследования;
2. Материалы и методы
3. Результаты;
4. Обсуждение;
5. Заключение.

Возможно объединение 3-го и 4-го разделов в один, т.е. «Результаты и обсуждение».

В начале во введении кратко освещается состояние вопроса со ссылками на наиболее значимые публикации, формулируется необходимость проведения исследования.

Цель статьи. Содержит 2-3 предложения, ясно и четко формулирующие цель исследования или же проверяемую гипотезу.

Материалы и методы. Включает в себя подробное изложение методик исследования, аппаратуры, на которой оно проводилось, критерии отбора животных и больных, количество и характеристику пациентов, с разбивкой их по полу и возрасту, если требуется для исследования. Обязательно указывается принцип разбиения пациентов на группы, а также дизайн исследования. Следует назвать все используемые в ходе работы лекарственные препараты и химические вещества, включая их международное непатентованное (общепринятое) название, дозы, пути введения.

В конце раздела «Материалы и методы» выделяется подраздел «Обработка данных», в котором указывается, какими методами обработки данных пользовался автор. Если исследование было рандомизированным, указывается принцип рандомизации. Средние величины приводятся в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – стандартная ошибка среднего. В тексте статьи и в таблицах при указании достоверности желательно приводить полное значение p ($p = \dots$, а не $p < \dots$). Коэффициенты корреляции приводить только с указанием их статистической значимости, т.е. со значением p , например $r = 0,435$; $p = 0,006$.

Результаты. Их следует представлять в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. В тексте не следует повторять данные таблиц и рисунков, нужно говорить только об их сравнении.

Проценты необходимо представлять в тексте статьи или таблице, одновременно указывая абсолютное значение той величины, которая принята за 100%, например 25% из 120 больных. Другой способ – указание одновременно и процентов, и абсолютных значений, например: 25% (30/120) или 30 из 120 больных (25%).

Необходимая точность приводимых значений процентов зависит от объема выборки:

– так называемые малые выборки (менее 20 объектов исследования) вообще не принято описывать процентами (так как значение

процента оказывается в таких случаях значительно больше абсолютного числа объектов исследования). В этих случаях указываются абсолютные значения частот для значений того или иного признака.

– если объем выборки составляет от 20 до 100 объектов исследования, то проценты представляют в виде целых чисел.

– если объем выборки больше 100 объектов исследования, то процент указывается не более чем с одним разрядом десятичной дроби.

Обсуждение. Следует выделить новые и важные аспекты результатов проведенного исследования, проанализировать возможные механизмы или толкования этих данных, по возможности сопоставить их с данными других исследователей. Не следует повторять сведения, уже приводившиеся в разделе «Введение», и подробные данные из раздела «Результаты». В обсуждение можно включить обоснованные рекомендации для клинической практики и возможное применение полученных результатов в предстоящих исследованиях.

Заключение. Сформулировать в виде выводов результаты решения проблемы, указанной в заголовке и цели статьи. Избегайте претендовать на приоритет и ссылаться на незавершенную работу.

Иллюстративный материал

Рисунки должны быть четкими, фотографии – контрастными. На каждый рисунок должна быть сделана ссылка в статье. Каждый рисунок следует представлять отдельным файлом в формате JPG или TIFF, с разрешением не менее 300 dpi. Электронные файлы рисунков должны позволять воспроизвести высокое качество изображения в электронной версии журнала.

Диаграммы выполняются в программах MS Excel и вставляются в текст статьи, отдельными файлами не присылаются.

Таблицы должны быть наглядными, иметь название и порядковый номер, заголовки должны точно соответствовать содержанию графа. На каждую таблицу должна быть сделана ссылка в статье, сама таблица размещается в тексте статьи. Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур даются в сносках.

Количество рисунков и таблиц должно соответствовать объему представляемой информации, по принципу «необходимо и достаточно». Данные, представленные в таблицах, не должны дублировать данные рисунков и текста и наоборот. Помните, что избыточность иллюстративного материала может повлечь за собой возвращение статьи авторам для доработки на предмет сокращения.

Литература

ЕДИНЫЙ список литературы начинают с нового листа, озаглавливая его "Литература/References". Все русскоязычные источники следует приводить на русском и английском языках (см. примеры оформления ниже).

Нумерация в списке литературы осуществляется по мере цитирования, а не в алфавитном порядке. В тексте статьи библиографические ссылки даются цифрами в квадратных скобках: [1,2,3,4,5].

Библиографическая информация должна быть современной, авторитетной и исчерпывающей.

В оригинальной статье желательно упоминание не менее 25 источников, в литературном обзоре – не менее 100.

Просьба НЕ ЦИТИРОВАТЬ в списке литературы тезисы, статьи из сборников трудов и материалы конференций.

Оформление списка литературы осуществляется в соответствии с требованиями «Ванкуверского стиля». Сокращенные названия журналов должны быть сокращены в соответствии со стилем, принятым в IndexMedicus.

Образцы оформления литературы

Статья в журнале

Для статьи из отечественного журнала сперва приводят русскоязычный вариант, оформленный согласно Ванкуверскому стилю. Далее в квадратных скобках приводят перевод на английский язык, выделяя курсивом название журнала. Важно указывать официально

зарегистрированное английское название отечественного журнала, а не его произвольную транслитерацию. В конце в круглых скобках указывают язык статьи.

При оформлении ссылки рекомендуется обращать внимание на пример ниже, учитывая все детали (интервалы, знаки препинания, заглавные буквы и пр.).

Фрумкина Л.Е., Хаспеков Л.Г. Молекулярные механизмы развития и организации постсинаптического отдела глутаматергических синапсов в центральной нервной системе. *Нейрохимия* 2005; 22(4):245–265. [Frumkina L.E., Khaspekov L.G. Molecular mechanisms of development and organization of postsynaptic department of glutamatergic synapses in central nervous system. *Neyrokhimiya* 2005; 22(4):245–265. (In Russ.)].

При цитировании отечественной книги, перед названием на английском языке (в отдельных квадратных скобках), приводят курсивом транслитерированное название.

Бызов А.Л. Электрофизиологические исследования сетчатки. М: Наука 1966; 196. [Byzov A.L. *Elektrofiziologicheskie issledovaniya setchatki* [Electrophysiological studies of the retina]. Moscow, Nauka Publ., 1966. 196 p.]

Машковский М.Д. Лекарственные средства. М: Медицина 1984: Ч. 1: 624. [Mashkovskiy M.D. *Lekarstvennyye sredstva* [Medications]. Moscow, Meditsina Publ., 1984; 1:624 p.]

Для транслитерации можно использовать любой автоматический интернет-сервис, например **TRANSLIT.RU**, где в выпадающем списке систем транслитерации необходимо выбрать "BSI" (British Standard), по указанной ссылке выставлен по умолчанию. После чего копировать текст в окошко и нажать "в транслит".

Этические вопросы

Авторство

Все лица, обозначенные как «авторы», должны соответствовать критериям этого понятия. Участие каждого автора в работе должно быть достаточным для того, чтобы принять на себя ответственность за ее содержание. Право называться автором основывается на следующих фактах:

- 1) значительном вкладе в концепцию и дизайн исследования или в анализ и интерпретацию данных;
- 2) подготовке текста статьи или внесении принципиальных изменений;
- 3) окончательном утверждении версии, которая сдается в печать.

Участие, заключающееся только в обеспечении финансирования или подборе материала для статьи, не оправдывает включения в состав авторской группы. Общее руководство исследовательским коллективом также не признается достаточным для авторства. Редакторы вправе спросить у авторов, каков вклад каждого из них в написание статьи; эта информация может быть опубликована. Все члены коллектива, не отвечающие критериям авторства, должны быть перечислены с их согласия в разделе «Выражение признательности». Порядок, в котором будут указаны авторы, определяется их совместным решением.

Конфликт интересов

Конфликт интересов, касающийся конкретной рукописи, возникает в том случае, если один из участников процесса рецензирования или публикации – автор, рецензент или редактор – имеет обязательства, которые могли бы повлиять на его или ее мнение (даже если это и не происходит на самом деле). Наиболее частая причина возникновения конфликта интересов – финансовые отношения (например, связанные с приемом на работу, консультациями, владением акциями, выплатой гонораров и платными заключениями экспертов), прямые или через близких родственников. Возможны и другие причины – личные отношения, научное соперничество и интеллектуальные пристрастия. Участники процесса рецензирования и публикации должны сообщать о наличии конфликта интересов.

Авторы при представлении рукописи несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку, а также другое финансовое или личное участие. Должна быть описана роль спонсора/спонсоров в структуре исследования, в сборе, анализе и интерпретации данных. Авторы должны указывать имена тех, кому, по их мнению, не следует направлять рукопись на рецензию в связи с возможным, как правило профессиональным, конфликтом интересов. Рецензенты должны сообщать редакции обо всех конфликтах интересов, которые могут повлиять на их мнение о рукописи; они должны отказаться от рецензирования конкретной статьи, если считают это оправданным. В свою очередь редакция должна иметь возможность оценить объективность рецензии и решить, не стоит ли отказаться от услуг данного рецензента. Редколлегия может использовать информацию, представленную в сообщениях о наличии конфликта интересов и о финансовом интересе, как основу для принятия редакционных решений. Редакторы, которые принимают решения о рукописи, не должны иметь личного, профессионального или финансового интереса/участия в любом вопросе, который они могут решать. Другие члены редакционного коллектива, если они участвуют в принятии решений, должны предоставить редакторам описание их финансовой заинтересованности (так как она может иметь влияние на редакторские решения) и отказаться от участия в принятии решения, если имеет место конфликт интересов.

Соблюдение прав больных и конфиденциальность

Больные имеют право на сохранение конфиденциальности, которую нельзя раскрывать без их согласия. Позволяющая установить личность информация, включая имена больных, инициалы, номера больниц и историй болезни, не должна публиковаться в виде письменных описаний, фотографий и родословных, если только эта информация не представляет большую научную ценность или если больной (или родитель, или опекун) не предоставит (предоставят) письменное согласие на публикацию. Авторы должны сообщить больным, существует ли вероятность того, что материал, позволяющий установить личность, после публикации будет доступен через Интернет. Авторы должны предоставить в редакцию письменное информированное согласие больного на распространение информации и сообщить об этом в статье.

Защита человека и животных при проведении научного исследования

Если в статье имеются описания экспериментов с участием человека/людей, авторы должны указать, проводились ли они в соответствии с этическими стандартами комитета, ответственного за эксперименты с участием человека/людей (входящего в состав учреждения или национального) и Хельсинской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 г. В сомнительных случаях авторы должны представить обоснование их подходов и доказательство того, что рецензионный совет учреждения утвердил вызывающие сомнения аспекты исследования. При изложении экспериментов с участием животных авторы должны указать, выполнялись ли требования национального руководства и руководства учреждения по содержанию и использованию лабораторных животных.

Публикация отрицательных результатов

Многие исследования, показывающие отрицательные результаты, в действительности являются нерешающими/неокончательными. Возможность публикации неокончательных результатов исследований рассматривается редколлегией в особом порядке, так как часто такие статьи не имеют биомедицинской ценности и расходуют принадлежащие журналу ресурсы.

Множественные публикации

Редакция не рассматривает рукописи, одновременно представленные для публикации в другие журналы, а также работы, которые

в большей части уже были опубликованы в виде статьи или стали частью другой работы, представленной или принятой для публикации каким-либо другим печатным изданием или электронными средствами массовой информации. Эта политика не исключает рассмотрение статьи, не принятой к публикации другим журналом, или полного описания, представленного после публикации предварительных результатов, т.е. тезисов или постерных сообщений, представленных на профессиональных конференциях.

Переписка

Читатели в случае необходимости могут направлять свои комментарии, вопросы или критические замечания к опубликованным статьям, которые будут напечатаны в журнале. При желании авторы статей могут ответить на замечания. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, не принимаются. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ. Статьи, оформление которых не соответствует настоящим требованиям, рассматриваться не будут. Присланные рукописи, которым отказано в публикации, обратно не возвращаются. С подробным изложением пунктов «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», разработанными Международным комитетом редакторов медицинских журналов в частности этических вопросов, можно ознакомиться на сайте www.ICMJE.org.

