

Ковалева М.Д., Бондаренко А.С., Шестаков А.С.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, 400131, г. Волгоград, Россия

Для корреспонденции: Ковалева Марина Дмитриевна, mdkovaleva@volgmed.ru

В статье предлагается выделять персонализированную профилактику как одну из сторон профилактической работы в акушерстве и гинекологии, дан подробный социологический анализ данного феномена. Это позволяет вскрыть причины низкой эффективности в реализации профилактического направления в акушерстве и гинекологии и разработать рекомендации по совершенствованию проведения профилактических осмотров, формированию установок женщин-пациенток на здоровьесберегающее поведение, корректировке условий труда, а также образовательного процесса в подготовке врачей акушеров-гинекологов с целью мотивации их к персонализированной профилактической деятельности. Результаты исследования могут быть использованы в работе региональных органов здравоохранения в ходе реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 г., а также в системе последиplomного образования врачей акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: акушерство; гинекология; профессиональная роль; профилактика; репродуктивное здоровье; взаимоотношения врача и пациента.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (1): 54—58.

Kovaleva M.D., Bondarenko A.S., Shestakov A.S.

THE SOCIAL PROBLEMS OF PREVENTION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The Volgograd state medical university of Minzdrav of Russia, 400131 Volgograd, Russia

The article considers “personalized prevention” as one of aspects of preventive activities in obstetrics and gynecology. The detailed sociological analysis of this phenomenon is given. The causes of low effectiveness in implementation of preventive means in obstetrics and gynecology were established. The guidelines were developed concerning preventive examinations updating and development among female patients attitudes to health-preserving behavior. The adjustment of both labor conditions and educational process in training of obstetricians and gynecologists were proposed to motivate them to personalized preventive activities. The study results can be applied in regional health agencies to implement the Concept of health care development up to 2020 and also in system of post-graduate training of obstetricians and gynecologists.

Key words: obstetrics; gynecology; professional role; prevention; reproductive health; physician-patient relationship

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 54—58.

В последние годы уровень гинекологических заболеваний в России неуклонно растет. Так, согласно данным медицинской статистики, только за 5 последних лет увеличилась заболеваемость эндометриозом на 26%, воспалительными заболеваниями на 10%, число случаев нарушения менструального цикла возросло в 1,6 раза. Особую тревогу вызывает здоровье молодого поколения. За те же 5 лет количество воспалительных заболеваний репродуктивных органов среди 15—17-летних возросло в 50 раз, а нарушение менструального цикла стало скорее нормой, чем отклонением от нее. В результате женское бесплодие увеличилось за этот период в 1,4 раза. Большое влияние на этот процесс оказывают аборт, хотя в последние годы наметилась положительная тенденция в соотношении роды:аборт: 5 лет назад оно составляло 100:112, в настоящее время 100:67. Своевременная диагностика и приверженность профилактике гинекологических заболеваний позволяют избегать рисков для здоровья в этой сфере. Но как раз профилактическое направление в медицине в настоящее время наименее развито [1]. Даже в национальных руководствах по акушерству и гинекологии нет специального раздела, посвященного профилактическому направлению в этой области медицинской деятельности. Наличие достаточного

числа нормативных документов, регламентирующих деятельность по проведению профилактических осмотров в акушерстве и гинекологии, не компенсирует отсутствия концептуальной базы этого направления, поскольку они не содержат предписаний по вопросам индивидуальной профилактики [2—4]. В основополагающем документе «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» термин «профилактика» встречается всего дважды в разделе 4.2.3 «Организация медицинской помощи» и только в отношении вакцинации и реабилитации (вторичная профилактика).

Профилактическая работа в области охраны гинекологического здоровья женщин обеспечивается как усилиями медицинских работников, так и усилиями самих пациенток, поэтому их взаимодействие в этом вопросе играет существенную роль. Но как раз взаимоотношения врачей и пациенток, их личные установки в вопросах профилактики трудно поддаются формализации и не могут регулироваться нормативными документами, как в случае профилактических осмотров. Поэтому особое значение приобретает рассмотрение роли врача и пациента как агентов профилактики в исследовательском поле социологии медицины. Тем более, что имеется фундаментальная научная база для таких исследо-

ваний. В то же время социологи медицины пока редко обращаются к вопросам профилактики.

Для того чтобы восполнить этот пробел, нами проведено исследование с целью изучить ролевой статус и взаимоотношения врача и пациентки как факторы, определяющие эффективность профилактической работы в акушерско-гинекологической практике, и разработать рекомендации по их оптимизации. Для достижения этой цели необходимо было проанализировать имеющиеся в социологии медицины исследования по проблемам акушерско-гинекологической практики и систематизировать содержащиеся в них данные по профилактическому направлению в данной области, оценить медико-социальное значение обязательных профилактических мероприятий в акушерско-гинекологической практике на материале профилактических осмотров и диспансеризации населения, на основе данных социологического опроса эксплицировать отношение акушеров-гинекологов к своей профессии как основе для формирования установок на профилактическую деятельность, выяснить установки врачей акушеров-гинекологов в отношении к собственному здоровью и их персональную приверженность профилактике заболеваний, в том числе гинекологических, провести компаративный анализ социальных диспозиций врачей и пациенток в отношении к профилактике, показать их сходство и отличия и на этой основе разработать рекомендации по повышению эффективности профилактической работы в акушерстве и гинекологии в процессе проведения обязательных мероприятий и в сфере межличностной коммуникации врачей и пациенток.

Составляя программу исследования, мы исходили из того, что в медицине под профилактикой понимается система мер, направленных на предупреждение заболеваний, сохранение здоровья и продление жизни. Эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациента. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально.

Эффективность взаимодействия акушеров-гинекологов и пациенток в профилактике гинекологических заболеваний зависит не только и не столько от качества выполнения врачами их профессиональной роли, но и от того, насколько адекватно понимают эту роль пациентки и насколько представления врачей о них соответствуют действительности. Данный вопрос до сих пор не изучался. В контексте биоэтики и медицинского права существуют исследования отношений врача и пациента в нормативном поле медицины, но проблема комплементарности их социальных ролей не рассматривается. Некоторые интересные выводы можно найти в исследованиях по клинической психологии, но здесь также взаимодополняемость социальных ролей остается без внимания, поскольку выходит за пределы предмета данной науки. Социология медицины позволяет провести компаративный анализ отношений пациентов и врачей к общим ценностям и разработать рекомендации по их оптимизации.

Поскольку в гипотезе исследования предполагалась прямая зависимость установок врачей и их пациенток на профилактику заболеваний репродуктивной системы с целью повышения рождаемости от экзотических факторов их взаимодействия, исследовательское поле было ограничено конкретным городом с воспроизводимыми условиями осуществления аку-

шерско-гинекологической помощи. Такой подход уже доказал свою эффективность в социологических исследованиях биоэтической проблематики. Для целей исследования был выбран город Сочи. Основной массив социологической информации получен в результате анкетирования акушеров-гинекологов и пациенток.

Проанализированы результаты анкетирования 300 врачей Краснодарского края, в том числе клинических интернов и ординаторов кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Кубанского государственного медицинского университета. Полученные данные позволили представить социальный портрет типичного респондента — врача акушера-гинеколога:

Женщина (93,3%) в возрасте 23—29 лет (44%), проживающая в Краснодаре (59,7%), работающая в женской консультации (38,3%) на должности врача акушера-гинеколога (93,3%), имеющая стаж работы до 5 лет (45,7%), не имеющая квалификационной категории (68,3%), не работающая по совместительству еще в каком-либо медицинском учреждении (61,3%), состоит в гармоничном (69,7%) зарегистрированном (64,3%) браке, детей пока не имеет (42,3%).

Также было проведено синхронное анкетирование 500 женщин, обратившихся в смотровые кабинеты, женские консультации и взрослые поликлиники Сочи в период с 1 по 8 сентября 1913 г. В результате был составлен социальный портрет типичной респондентки — пациентки акушерско-гинекологической практики:

Женщина, имеющая рабочую специальность (37,8%), высшее образование (38,2%), работающая на себя (24%) или в госучреждении, но не по специальности (22%), проживающая в одном из городов Краснодарского края (65,4%) в собственной квартире, где имеет постоянную регистрацию (67,4%), с мужем (29,45) в зарегистрированном браке (51,6%), считает свои условия жизни хорошими (39,6%), имеет материальные проблемы, но на нормальную жизнь денег хватает (32,4%).

Клинические исследования проводились при профилактических осмотрах на базе МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1». Проанализированы посещения врача женщинами репродуктивного возраста за 3-летний период ($n = 93\ 843$), имевшие целью профилактический осмотр.

По результатам исследования удалось эксплицировать ролевые диспозиции врачей и пациентов в реализации профилактического направления в акушерско-гинекологической практике и выработать рекомендации для их оптимизации. Был доказан бинарный характер профилактического направления в акушерстве и гинекологии и установлена диспропорция в развитии обязательных профилактических осмотров и персональной профилактической работы врача с пациенткой. Обнаружено отклонение от рекомендуемой нормы заботы о здоровье у врачей: приоритет самолечения над профилактикой. Выявлены причины такого отклонения: профессиональные особенности группы медицинских работников, которые обладают в отличие от пациентов необходимыми знаниями для самолечения, и материальное положение врачей акушеров-гинекологов, которое не позволяет им полностью удовлетворять свои потребности в качественном медицинском обслуживании. Данные исследования позволили выяснить позицию женщин-пациенток в вопросах профилактики, отличительными чертами которой является осознание

личной ответственности за свое здоровье в сочетании с некомплаентностью и нерегулярностью проведения профилактических мероприятий. Клинические исследования позволили разработать рекомендации по возрождению традиции профилактических осмотров по месту жительства, по совершенствованию скрининговых программ обследования, разработке алгоритмов маршрутизации пациенток по результатам профосмотров, дальнейшей институционализации и персонализации профилактической работы.

Контент-анализ источников показал, что в медицине под профилактикой понимается система мер по предупреждению заболеваний, сохранению здоровья и продлению жизни. Очевидно, что эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациентов. В системе акушерско-гинекологической практики профилактика носит бинарный характер: существуют обязательные (массовые) профилактические мероприятия и индивидуальная работа врача с пациенткой. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально. Между тем именно персонализированные взаимоотношения врача и пациента являются системообразующим фактором профилактической медицины. Как пишет академик РАН А.В. Решетников, «отношения "врач-пациент" — одна из центральных проблем не только социологии медицинской профессии, но и социологии медицины в целом. Врача и пациента следует рассматривать как ячейку социального взаимодействия в социальной сфере, в которой индивидуалистический аспект болезни формируется одновременно с социальным аспектом роли больного».

Как мы уже отмечали, исследования, посвященные вопросам профилактики, среди работ по социологии медицины отсутствуют, но эта тема так или иначе поднимается во всех работах, посвященных деятельности врачей акушеров-гинекологов, преимущественно в тех, где речь идет о деонтологии. Основными выводами из данных исследований являются следующие:

1. Установки на обращение к врачу по поводу вопросов профилактики среди женщин выражены слабо.
2. Установки на профилактику гинекологических заболеваний непосредственно связаны у пациенток с установками на здоровый образ жизни.
3. Врачи акушеры-гинекологи ведут профилактическую работу, но не считают это направление приоритетным.

Исследование показало, что специфические мотивы предупреждения заболеваний женской репродуктивной сферы в системе мотивации к профессии у врачей акушеров-гинекологов не выражены. Обратная пропорциональная зависимость между отношением к работе и отношением к уровню ее оплаты, неудовлетворенность заработной платой элиминируют стимулы для активизации профилактической деятельности. Другими словами, обязательные мероприятия, например профосмотры, выполняются, но индивидуальная работа с пациентками часто ограничивается стандартными рекомендациями. Мотивацию к пребыванию в профессии у врачей акушеров-гинекологов можно разделить на три блока:

1. Основным мотивом является содержание деятельности — операциональное и гуманитарное (50,21%).
2. Основным мотивом является карьерный рост (42,35%).
3. Основным мотивом являются материальные соображения (7,44%).

При вступлении в профессию врачи не ставят перед собой цель заниматься профилактической работой, хотя не исключают свое участие в ней.

Ориентации на профилактику мешают те факторы, которые сами врачи акушеры-гинекологи считают негативными в своей работе. К ним респонденты относят прежде всего не размер заработной платы (36%), а большое количество бумажной работы (38%). Так, 23,7% респондентов считают, что у них отсутствуют возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС. К рискам для личности в своей работе врачи акушеры-гинекологи относят прежде всего ощущение отсутствия профессионального роста, часто его испытывают 11,3% респондентов, иногда — 48,3%. Это ощущение непосредственно связано с привыканием к деятельности определенного рода, на которое жалуются 56,3% врачей, причем 5% страдают от этого регулярно. К причинам, мешающим акушерам-гинекологам полностью реализовать профилактическое направление в работе, можно отнести большой объем работы (40,3%), отсутствие финансовых стимулов (38,7%), а также несерьезное отношение женщин к своему здоровью, несоблюдение рекомендаций врача, которое отмечают 32,7% респондентов. Акушеры-гинекологи больше озабочены ситуацией в профессиональной сфере, чем в личной жизни, поэтому они отмечают как самый большой недостаток в реализации профилактических задач в современной системе акушерско-гинекологической помощи плохую оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием (39,3%), большую степень износа медицинского оборудования (35%) и отсутствие установок на профилактику гинекологических заболеваний у пациенток, их некомплаентность (32,7%).

В вопросах борьбы с болезнью поведение врачей значительно отличается от того, что они советуют своим пациентам. Почти половина (47,3%) опрошенных демонстрирует истинность своей установки на умеренную заботу о здоровье, но 36,3% принципов профилактической медицины не разделяют. Сами врачи полагают, что ведут здоровый образ жизни (66% положительных ответов и 26,4% отрицательных). В понятие «здоровый образ жизни» они вкладывают особый смысл, говорят о том, чего им лично очень не хватает: режима сна, режима питания, сбалансированности труда и отдыха (78,7%). Большинство (64,7%) врачей-респондентов подтвердили прохождение диспансеризации, 34,7% прошли диспансеризацию формально — сдали анализы, убедились в том, что здоровье в норме, а к специалистам не пошли.

В то же время состояние здоровья самих врачей акушеров-гинекологов говорит о том, что в реализации профилактических мероприятий они должны начинать с себя. Так, врачи с наибольшим стажем работы отметили наличие у себя заболеваний опорно-двигательного аппарата (6%), они же признали склонность к простудным заболеваниям и частично (половина из этой группы) к сердечно-сосудистым. Отмечен высокий процент жалоб на бронхолегочные заболевания (27,7%) и заболевания органов зрения (20,7%), причем в основном среди молодых врачей со стажем работы до 10 лет. В отличие от распространенности заболеваний нервной системы (19%) здесь никакой связи с профессией не просматривается и можно предположить общепопуляционную тенденцию. В целом простудные заболевания занимают 1-е место по распространенности

среди врачей акушеров-гинекологов, что характерно для населения вообще.

Среди факторов, которые мешают врачам заниматься собственным здоровьем, они отмечают прежде всего нехватку времени (44,7%) и загруженность на работе (42,3%). С этим связана усталость (33,7%), а у врачей-женщин, которых в выборке было большинство, еще и загруженность домашними делами (25,3%).

Нас интересовало отношение врачей-женщин, которых в выборке было абсолютное большинство, к профилактике нежелательной беременности. Оказалось, что при выборе методов контрацепции врачи предпочитают КОК (34,7%), на 2-м месте со значительным отрывом идет использование презервативов (14%), а на 3-м, как ни странно, прерванный половой акт и воздержание в фертильный период (8,7%) — именно то, что не рекомендуют своим пациенткам гинекологи.

Врач, формально относящийся к своим обязанностям по охране собственного здоровья, не имеет морального права давать необходимые рекомендации пациентам по вопросам профилактики и диспансеризации. Но, как показало исследование, отличие установок акушеров-гинекологов в вопросе о характере медицинской помощи в случае болезни от того, что они рекомендуют пациентам, объясняется определенной профессиональной деформацией и некоторыми позициями корпоративной этики. В то же время это не может служить оправданием, поскольку не элиминирует недоверия к врачу у пациента.

Все сказанное позволяет заключить, что, хотя основная профилактическая работа проводится акушерами-гинекологами при личном контакте с пациенткой на амбулаторном приеме или в стационаре, она мало эффективна вследствие следующих причин:

- ♦ врачи не интересуются позицией женщин в вопросах профилактики;
- ♦ врачи возлагают основную ответственность за профилактику гинекологических заболеваний на самих пациенток;
- ♦ условия труда и его оплата не стимулируют врачей к активизации персонифицированной профилактической деятельности, которая выходит за рамки их должностных инструкций;
- ♦ пациентки акушерско-гинекологической практики демонстрируют низкую культуру потребления медицинских услуг.

Уверенность пациенток в своей комплаентности не подтверждается опросом врачей. Отличаются их мнения и по поводу регулярности визитов женщин к акушеру-гинекологу. В вопросе охраны здоровья они рассчитывают прежде всего на самих себя (63%), хотя многие (21,8%) доверяют в этом вопросе лечащему врачу. Некоторые респондентки возложили ответственность за свое здоровье на «здравоохранение в целом» (16,6%), что говорит об их дезориентированности в данном вопросе. Респондентки не связывают функцию охраны здоровья с таким социальным агентом, как работодатель. Между тем из 47,6% тех, кто постоянно, по их словам, испытывает стресс, 12,2% испытывали его на работе. Пациентки не считают ответственными за свое здоровье членов семьи, только 2,8% респондентов указали этот фактор в своих ответах. А вот врачи акушеры-гинекологи считают семью вторым по значимости агентом ответственности за профилактику нарушений репродуктивного здоровья женщин (32,7%), хотя на первое место в этом вопросе также ставят са-

мих пациенток (63%). В то же время на вопрос о том, интересуются ли их пациентки вопросами здорового образа жизни, ответили только 5,3% опрошенных акушеров-гинекологов.

Мнения врачей по поводу рационального отношения женщин к вопросу планирования беременности разделились почти поровну — 36,7% считают, что женщины относятся к планированию беременности серьезно, 35,3% имеют противоположную точку зрения. Те, кто считает отношение женщин к планированию беременности несерьезным, винят в этом прежде всего семью (60,7%), затем общество (45,7%) и только потом себя (24,3%). В целом врачи акушеры-гинекологи оценивают ситуацию с отношением женщин к деторождению на уровне обыденного сознания, а не как профессионалы. Причина проста — их этому не учат. В системе подготовки современных врачей социальные оценки ситуации в их практике не анализируются. Слишком мало внимания уделяется приобретению знаний по клинической психологии, педагогике, медицинскому праву (которого вообще нет в вузовской программе обучения), социологии медицины (которая присутствует только в последипломном образовании в редких вузах).

Выводы

Проведенное исследование позволило сформулировать практические рекомендации по усилению профилактического направления с области акушерства и гинекологии:

1. Сочетание социологических и клинических методов исследования позволяет не только установить корреляцию медицинских и социально-психологических детерминант профилактической работы врача акушера-гинеколога, но и предложить пути ее оптимизации за счет расширения палитры профилактических осмотров в сочетании с формированием приверженности профилактике как у пациентов, так и у врачей.

1. Представляется необходимым возродить профилактические осмотры женского населения по месту жительства (с проведением маммографии в поликлинике), УЗИ молочных желез по месту жительства, которые можно провести в женской консультации, нужно проводить маммографию с 35 лет по направлению врача женской консультации в поликлинике.

3. Совершенствование профилактической работы возможно на основе ее дальнейшей институализации, что предполагает передачу функций социальных субъектов, ответственных за профилактику, от индивидов (в настоящее время — врачей акушеров-гинекологов, как это предусмотрено их должностными инструкциями) к организациям (женским консультациям). В то же время предлагаемые мероприятия дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно и активно использованы врачами и пациентками. Активизация интеракции в системе врач — пациент в сфере профилактики зависит от их позиции по отношению к здоровью в целом, к репродуктивному здоровью и друг к другу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. *Гинекология*. СПб.: СпецЛит.; 2013.
2. Приказ МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». М.; 2012.
3. Приказ МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра». М.; 2012.

4. Приказ МЗ и СР РФ от 03 марта 2011 г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан». М.; 2011.

Поступила 02.04.2015

REFERENCES

1. Aylamazyan E.K. *Gynecology. [Ginekologiya]*. St. Petersburg: SpetsLit.; 2013. (in Russian)
2. Prikaz MZ i SR RF ot 15 maya 2012 g. # 543n «Ob utverzhdenii polozheniya ob organizatsii okazaniya pervichnoy mediko-

sanitarnoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu». Moscow; 2012. (in Russian)

3. Prikaz MZ RF ot 06 dekabrya 2012 g. # 1011n «Ob utverzhdenii poryadka provedeniya profilakticheskogo meditsinskogo osmotra». Moscow; 2012. (in Russian)
4. Prikaz MZ i SR RF ot 03 marta 2011 g. # 163n «O vnesenii izmeneniy v prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 04 fevralya 2010 g. #55n «O poryadke provedeniya dopolnitel'noy dispanserizatsii rabotayuschikh grazhdan». Moscow; 2011. (in Russian)

Received 02.04.2015

© ТАРАСОВ В.В., МУСИНА Н.З., 2015

УДК 614.2:615.2/3:002.55

Тарасов В.В., Мусина Н.З.

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ КАК УСЛОВИЕ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава РФ, 119991, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Тарасов Вадим Владимирович, tarasov-v-v@mail.ru

В работе рассмотрены предпосылки возникновения центров фармацевтической информации, исторические аспекты их развития за рубежом, факторы, влияющие на их деятельность. Проведенный анализ показал, что в России центры фармацевтической информации недостаточно развиты и предоставляемые ими услуги значительно отстают от зарубежных аналогов. Развитие центров фармацевтической информации в России позволит повысить качество и доступность фармацевтической помощи.

Ключевые слова: фармацевтическая информация; центры фармацевтической информации; фармацевтические услуги; фармацевтическая помощь.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (1): 58—61.

Tarasov V.V., Musina N.Z.

THE ANALYSIS OF INTERNATIONAL EXPERIENCE OF FUNCTIONING OF CENTERS OF PHARMACEUTICAL INFORMATION AS CONDITION OF INCREASING OF AWARENESS OF PATIENTS

The I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia

The article considers prerequisites of organization of centers of pharmaceutical information, including historical aspects of their development abroad and factors impacting their activity. The analysis demonstrated that in Russia centers of pharmaceutical information are underdeveloped and provided services considerably lag behind of their foreign analogues. In Russia, development of centers of pharmaceutical information permits enhancing quality and availability of pharmaceutical care.

Key words: pharmaceutical information; centers of pharmaceutical information; pharmaceutical services; pharmaceutical.

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 58—61.

К приоритетным задачам российского здравоохранения на современном этапе относятся сохранение и укрепление здоровья населения, существенное снижение уровня заболеваемости, улучшение качества жизни больных. Важным условием реализации поставленных задач является повышение качества и доступности медицинской помощи, частью которой является фармацевтическая помощь.

Согласно концепции ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке», направленной на укрепление здоровья и профилактику заболеваний, необходимо повышение самостоятельности пациента, а также модификация системы врач—фармацевт—пациент—лекарство с приоритетом функций фармацевта. При этом важной составляющей фармацевтической помощи является обеспечение

пациентов качественной фармацевтической информацией, позволяющей эффективно использовать лекарственные средства.

Стремление к информатизации всех процессов и структур сегодня выступает общей тенденцией современности. Это требование современности ставит перед здравоохранением как одним из наиболее социально-значимых и социально-ориентированных институтов задачу широкого внедрения информационных технологий в практику деятельности всех структур и учреждений системы. По мнению А.В. Решетникова, «функционирование ... здравоохранения, все в большей мере зависит от рационального использования не только финансовых, кадровых и материальных, но и информационных ресурсов» [1, С. 617].