

Դեղագործական կրթությունը պատշաճ դեղատնային գործունեության համապրեքսություն

Լ. Ֆ. Ղազարյան, Ա. Ե. Սահակյան, Գ.Խ. Գրիգորյան, Զ. Ա. Խաչատրյան

Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն, ԵՊԲՀ, ԱԱԻ

375001, Երևան, Մոսկովյան 15

Բանալի բառեր. դեղագործական կրթություն, պատշաճ դեղատնային գործունեություն, դեղագործական հոգածություն, ինքնաբուժում, դեղերի գովազդ

Վերջին տասնամյակների սոցիալ-տնտեսական վերակառուցումների արդյունքում էապես փոխվել են մասնատողապահական համակարգն ու դեղագետների գործունեության ավանդական ոլորտները: Այսօր խիստ կրճատվել է դեղատներում էքստենսիվ պատրաստումների թիվը, աճել է պատրաստի դեղերի անվանացանկը, ապակենտրոնացվել է դեղերի մատակարարման համակարգը: Բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշների վատթարացման, գործազրկության աճի, եկամուտների նվազման ֆոնի վրա վճարովի բուժօգնության ներդրումը խթանել է ինքնաբուժման տարածումը, որի խեղաթյուրված արմատավորմանն է նպաստում դեղերի ազատ ձեռք բերման հնարավորությունը՝ դեղերի անվերահսկելի գովազդի, հավաստի տեղեկատվության բացակայության, բնակչության ցածր դեղակրթական մակարդակի պայմաններում: Այս իրավիճակում, բնականաբար, մեծացել է հետաքրքրությունը դեղագետի մասնագիտության նկատմամբ, իսկ, օրենսդրական դաշտի անկատարությունից օգտվելով, դեղագործական գործունեությամբ են սկսել զբաղվել անգամ մասնագիտական կրթություն չունեցող անձինք:

Առողջապահության ոլորտում դեղագետի դերին մվիրված քննարկումներ են անցկացվել Դեղագործական միջազգային դաշնության (ԴՄԴ) և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) մի շարք համատեղ խորհրդաժողովներում՝ 1988թ.-ին Մադրիդում և Նյու Դելիում, 1993թ.-ին՝ Տակիդում [15, 16]: Վերանայելով դեղաքաղաքականության ոլորտում իր ռազմավարությունը՝ ԱՀԿ-ն 1994թ.-ին ընդունած իր բանաձևում միջազգային համրությանը կոչ է անում ամբողջովին օգտագործել դեղագետների գիտելիքներն ու հմտությունը և դեղագետի դերի բարձրացման, նրա գործունեության վերաբերման ուղիներից մեկը դիտարկել դեղագործական հոգածության հայեցակարգի արմատավորումը: Ըստ այդ հայեցակարգի՝ դեղագետն իր գործիմացությամբ, հմտությամբ, իրազեկությամբ, նրբանկատ և բարյացակամ վերաբերմունքով պետք է նպաստի դեղաբուժության արդյունավետության բարձրացմանը [18,19]: Այս առումով

կարևորվում է հատկապես «ապրանքից դեպի այցելու» մասնագիտական գործունեության կողմնորոշումը [11,13]: Դեղագործական հոգածությամբ է միայն հնարավոր իրագործել պատշաճ դեղատնային գործունեության պահանջները, ուստի այդ գաղափարախոսությունը պետք է արմատավորել տվյալ գործունեությունում իրականացնող մասնագետների պատրաստման և վերապատրաստման ընթացքում: ԱՀԿ և ԴՄԴ Վանկուվերի 1997թ.-ի համատեղ խորհրդաժողովը ամբողջությամբ մվիրվեց դեղագործական ծրագրերի կատարելագործմանը, ինչպես նաև սահմանվեցին դեղագործական ոլորտի աշխատակցին ներ-կայացվող ժամանակակից պահանջները («7 աստղանի դեղագետ»), որոնք արտացոլվեցին նաև «պատշաճ դեղագործական կրթական գործունեության» մեջ [12,17]: 21-րդ դարի դեղագետն իր մասնագիտական գիտելիքների տիրապետմանը զուգահեռ պետք է օժտված լինի հիվանդին օգնելու, նրա մասին հոգալու, իրավիճակի վերլուծության և զննահատման արդյունքում պատասխանատու որոշումներ կայացնելու, բժշկի և հիվանդի միջև կապող օղակ հանդիսանալու, բնակչության բարեկեցության ապահովման գործում առաջնորդող լինելու, ռեսուրսները և տեղեկատվությունը դեկավարելու, ողջ կյանքի ընթացքում սովորելու և իր գիտելիքները հաղորդելու ունակություններով [14,17]: Դեղագետն այսօր պետք է տիրապետի նաև տնտեսագիտության, կառավարման, շուկայագիտության, իրավաբանության, հոգեբանության հիմնադրույթներին: Մեր մախորդ հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ դեղատներում առանց դեղատոմսի դեղը բաց թողնելու ժամանակ այցելուին դեղի կիրառման նպատակահարմարությունը պարզաբանող հարցեր չեն տրվում, կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկացում են միայն 25% դեպքերում [5]: Շատ մասնագետներ պատրաստ չեն իրագործել դեղագետի սոցիալական առաքելությունը, նրանց մոտ բացակայում են պատշաճ դեղատնային գործունեության գաղափարախոսության հիմքում ընկած դեղագործական հոգածության տարրական դրսևորումները:

Սույն աշխատանքի նպատակն է ուսումնասիրել

պատշաճ դեղատնային գործունեության ապահովմանն ուղղված դեղագործական կրթության հիմնախնդիրները Հայաստանում:

Նյութն ու մեթոդները

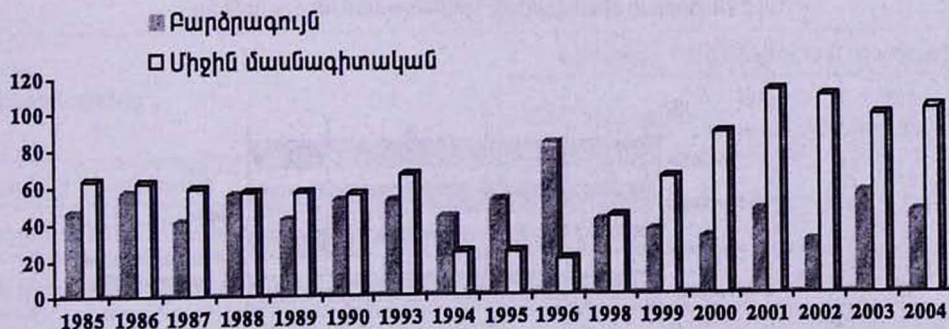
Ուսումնասիրվել են դեղագործական կրթությանն առնչվող իրավական փաստաթղթերը, Երևանի պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ), Երևանի պետական համալսարանի (ԵՊՀ), ԱՊՀ երկրների, եվրոպական և ամերիկյան բարձրագույն դպրոցների դեղագիտական կրթական ծրագրերը:

Բուհն ավարտող, հետբուհական մասնագիտացում ստացող և դեղատններում աշխատող դեղագետների շրջանում կատարվել է սոցիոլոգիական հարցում՝ մեր կողմից մշակված առանձին հարցաթերթիկների օգնությամբ: Հարցումներն իրականացվել են 2004թ.-ի մայիս-հունիս ամիսներին: Հարցմանը մասնակցել են նշված ժամանակաշրջանի ԵՊՀ և ԵՊԲՀ 5-րդ կուրսի ուսանողներ, ինտերներ, ինչպես նաև Երևանի և մարզերի 74 դեղատնների դեղագետներ: Դիտարկվող օբյեկտների համալսմանը մերկայացուցչական մեթոդի չափը հաշվելու նպատակով օգտագործվել է “Creative Research Systems” ծառայության “Sample size calculator” հաշվիչը:

Արդյունքներն ու դրանց քննարկումը

Իրավական փաստաթղթերի ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ վերջին տարիներին Հայաստանի բարձրագույն կրթության ընդհանուր համակարգում իրականացվել են մի շարք բարեփոխումներ: Արդյունքում, 2004թ.-ին ընդունվել է «Բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթության մասին» ՀՀ օրենքը, որին հաջորդել են եվրոպական տարածաշրջանում որակավորումների ճանաչման Լիսաբոնի համաձայնագրի վավերացումն ու Բոլոնիայի գործընթացին միանալու հայտը: Դրանք զգալիորեն

նպաստել են բուհերի ինքնավարությանը, ուսանողների մասնակցությանը բուհական կառավարմանը, կրեդիտային համակարգի ներդրմանը, միջազգային համագործակցության ակտիվացմանը: Սակայն գերակա խնդիր է մնում կրթության որակը: Այս առումով բարեփոխումների ձևական իրականացումը կարող է ձախողել ամբողջ գործընթացը կամ արժեզրկել այն: Մասնավորապես, «Բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթության մասին» ՀՀ օրենքի [1] հոդված 8-ի համաձայն Հայաստանի Հանրապետությունում պետք է սահմանվեն բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթության պետական կրթական չափորոշիչներ, որոնց ձևավորման և հաստատման կարգը կառավարության կողմից սահմանված է, սակայն մինչ օրս ոչ մի մասնագիտության պետական չափորոշիչ չի հաստատվել: Մինչդեռ, նույն օրենքի համաձայն դրանց հիման վրա պետք է մշակվեն և հաստատվեն մասնագետների պատրաստման բուհական ծրագրերը, որոնք այսօր պետական և ոչ պետական բուհերում զգալիորեն տարբերվում են: Դեղագետ մասնագետներ պատրաստող միակ պետական բուհը ԵՊԲՀ-ն է, որտեղ 1972թ.-ին բացվեց դեղագիտական ֆակուլտետ: 90-ականներից մնան ֆակուլտետներ հիմնադրվեցին ոչ պետական այլ բուհերում ևս: Հայտնի է, որ ոչ պետական բուհ ընդունվելու և սովորելու պայմանները զգալիորեն պարզեցված են մեր երկրում: Արդյունքում, ինչպես ցույց են տալիս վիճակագրական տվյալները, էսպես պակասել է ԵՊԲՀ դիմորդների քիվը: Առկա է նաև մեկ այլ լուրջ խնդիր՝ դեղագետի և դեղագործի գործառույթները օրենսդրորեն տարանջատված չեն: Բուհում լրացուցիչ ուսումնասիրությունը Հայաստանում դեղագետին դեղագործի համեմատությամբ իրավասությունների առումով ոչ մի առավելությամբ չի օժտում: Նրանք ունեն հավասար իրավունքներ, մինչդեռ, դեղագործը ողջ աշխարհում իֆքնուրույն գործունեություն չի իրականացնում և հանդիսանում է դեղագետի օգնականը [7]: Այս պայմաններում բնական է վերջին տարիների դեղագործական միջին մասնագիտական կրթություն ունեցողների քիվ աճը (մկ.1):



Նկ. 1. Բուհերի և միջնակարգ մասնագիտական հաստատությունների շրջանավարտների քիվն՝ ըստ տարիների

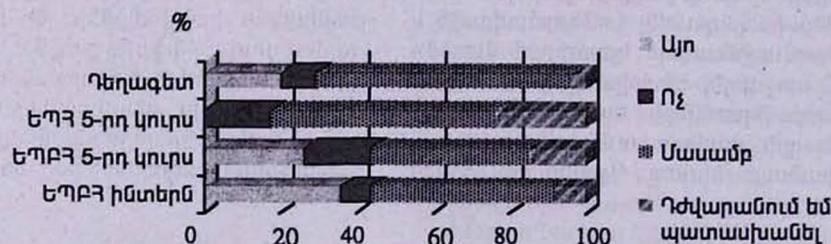
ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված է մասնագիտությունների ցանկ, որի մեջ առողջապահության բնագավառում ընդգրկված է «ղեղագործություն» մասնագիտությունը: Բնագիտության ցանկում առկա է ևս մեկ մասնագիտություն՝ դեղագործական քիմիա, որին համապատասխան մասնագետներ պատրաստում է Երևանի պետական համալսարանը: Գոյություն ունեն մեկ չորս ոչ պետական ինստիտուտներ, որոնք դիպլոմում նշում են կամայական որակավորումներ (ղեղագետ, դեղագետ-քիմիկոս, դեղագետ-տեխնոլոգ և այլն), հավանաբար այն պատճառով, որ հստակ չէ իրավական դաշտը, և որովհետև չեն դեղագետի մասնագիտական բնութագրիչները: Անկախ ուսումնական ծրագրերի կառուցվածքից և դիպլոմում նշված որակավորումից այդ բուհերի շրջանավարտները մույնպես զբաղվում են դեղատնային գործունեությամբ:

Ուսումնական ծրագրերի կառուցվածքի և բովանդակության համեմատական վերլուծությունից պարզվել է, որ ի տարբերություն բժշկա-կենսաբանական գիտությունների ակնհայտ գերակշռությամբ ֆրանկո-իտալա-խապանական դպրոցի, մեր երկրում դեղագործական կրթական համակարգը կարելի է դասել Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում (մեկ Ռուսաստանում) ընդունված, այսպես կոչված «քիմիամետ» տիպին, որի ծրագրերում քիմիական առարկաների դասաժամերի տեսակարար կշիռը անցնում է 25%-ը (Գերմանիայում՝ 46, Անգլիայում՝ 26, Կլինիկական դեղաբանությունը՝ Ֆրանսիայում՝ 30, Գերմանիայում՝ 10%) [10]: ԵՊՀ-ում քիմիական առարկաների դասաժամերի տեսակարար կշիռը կազմում է 27, ԵՊՀ-ում՝ 36%: Հետաքրքրական է, որ ավարտե-

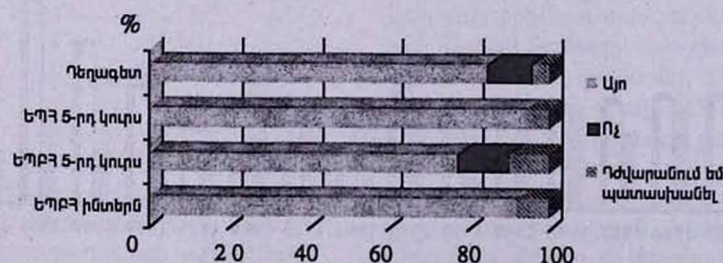
լուց հետո դեղատանը աշխատել նախընտրում են ԵՊՀ-ի շրջանավարտները, մինչդեռ ուսումնական ծրագրերում մասնագիտական որոշ առարկաների՝ դեղաբանության, կլինիկական դեղաբանության և դեղագործության կազմակերպման դասաժամերի թիվը (269 ժամ) ավելի քան երեք անգամ գիջում է ԵՊՀ-ին (1059 ժամ): Պետք է նշել, որ ԵՊՀ-ում դասաժամերի ընդհանուր թիվը (8826 ժամ) մույնպես զգալիորեն գերազանցում է ԵՊՀ-ի ընդհանուր դասաժամերին (5380 ժամ):

ԵՊՀ-ում ամբիոնների կողմից իրականացված գիտական հետազոտությունների և 2000թ-ից կատարված դիպլոմային աշխատանքների թեմաների ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ դրանք չեն արտացոլում դեղագործության ոլորտի բոլոր ուղղությունները, մասնավորապես, չեն իրականացվում դեղատնային գործունեությանն առնչվող հետազոտություններ:

Ուսումնասիրությունների հաջորդ փուլում իրականացվել է բուհերի ուսանողների ու շրջանավարտների գիտելիքների ստուգում և համեմատական վերլուծություն: Պարզվել է, որ վերջին տարիներին ծրագրերում կատարվել են զգալի բարեփոխումներ (ծրագրերի բարձրացում, պրոբլեմային կրթության մեղրում), սակայն հարցման մասնակիցների մնացորդային գիտելիքների մակարդակը բարձր չէ, թեև նկատելի է ԵՊՀ-ի սաների որոշակի առավելությունը: Հարցման մասնակիցների կեսից ավելին իրենց գիտելիքները համարում են մասամբ բավարար (նկ.2): Հարցվողների գերակշռող մեծամասնությունը նշում է մասնագիտացված վերապատրաստման անհրաժեշտությունը (նկ. 3):



Նկ.2 Մեխական գիտելիքների գնահատման արդյունքները



Նկ.3 Մասնագիտացված վերապատրաստման անհրաժեշտության հարցման արդյունքները

Հիմնական դեղերի գաղափարախոսության արմատավորմանը վերաբերող հարցերի պատասխաններին պարզվեց, որ 5-րդ կուրսեցիները և ինտերները չեն տիրապետում հիմնական դեղերի և ազգային դեղամատյանի վերաբերյալ գիտելիքներին (աղ. 1), ընդ որում ակնհայտ է վերջինիս մասին ԵՊՀ-ի սաների կատարյալ անտեղյակությունը, իսկ դեղագետների համեմատաբար լավ իրազեկությունը կարելի է բացատրել դեղամատյանի առկայության լիցենզավորման պարտադիր պահանջով: Գրեթե բոլոր հարցվածները չգիտեն առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի (ԱԴԴ) ցանկի մասին (աղ. 1), քանի որ մեր համրասյետությունում պատշաճ դեղատնային գործունեության

տարրերից մեկը՝ դեղերի բաց թողման պահանջներն ամբողջությամբ աղավաղված են, և ԱԴԴ ցանկը գործնականում չի կիրառվում: Ստեղծված իրավիճակի ապացույցն են հակաբիոտիկներն ու հորմոններն առանց դեղատոմսի տրվող դեղերին դասելու պատասխանները: Ինտերների ճիշտ պատասխանների համեմատաբար բարձր տոկոսը պայմանավորված է նրանց որոշ մասի ինտերնատուրան Դեղերի փորձագիտական կենտրոնի բազայում անցնելու հանգամանքով, որտեղ մշակվում են ԱԴԴ և հիմ/նական դեղերի ցանկերը և հրատարակվում է Ազգային դեղամատյանը:

Աղյուսակ 1

Հիմնական և առանց դեղատոմսի դեղերի մասին տեղեկացվածության պարզաբանման հարցեր (ճիշտ պատասխաններ)

Հարցերի բովանդակությունը	Հարցման մասնակիցների պատասխանները, %			
	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ ինտերն	դեղագետ
Հիմնական դեղերի բնութագրումը	6,8	2,8	7,6	5,5
Ազգային դեղամատյանի բնութագրումը	0	28,6	34,1	70,4
ԱԴԴ ընտրման չափանիշները	5,7	6,0	28,0	33,0
Հակաբիոտիկների և հորմոնների պատկանելությունը ԱԴԴ ցանկին	5,8	2,8	20,4	5,5

Անբավարար են մաս հարցվողների գիտելիքները դեղատոմսերի դուրս գրմանը և դեղերի բաց թողմանն առնչվող գործընթացների վերաբերյալ (աղ. 2). ինչպիսի կնիքներով պետք է վավերացվեն դեղատոմսերը, որ դեպքերում է պահանջվում սերիա և համարակալում, ովքեր կարող են ամփոփել դեղեր ստանալ և ինչպիսին է դեղատոմսին ներկայացվող պահանջներն այդ դեպքում, ինչպես վարվել, երբ առկա է բաց թողնվող դեղի դեղաչափի անհամապատասխանու-

թյուն դեղատոմսում նշվածին: Ընտրված հարցերի վերաբերյալ դեղագետների համեմատաբար ցածր գիտելիքները կարելի է բացատրել այն հանգամանքով, որ խիստ հսկողության (մաս իրավապահ մարմինների կողմից) պատճառով դեղատոմսով բաց են թողնվում միայն թմրաբեր միջոցներ ու հոգեմետ մյուսեր պարունակող դեղերը, այն էլ՝ շատ քիչ թվով դեղատոմսերից:

Աղյուսակ 2

Դեղատոմսերի դուրս գրման ու դեղերի բաց թողման կանոնների խնացության ստուգման հարցեր (ճիշտ պատասխաններ)

Հարցերի բովանդակությունը	Հարցման մասնակիցների պատասխանները, %			
	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ ինտերն	դեղագետ
Ջեղչով դեղատոմսերի ձևավորումը	5,9	0	11,4	0
Թմրադեղերի դեղատոմսերի ձևավորումը	23,5	25,7	11,4	5,6
Հոգեմետ դեղերի դեղատոմսերի ձևավորումը	2,8	2,0	6,8	7,4
Հոգեմետ դեղի դեղաչափերի տարբերության դեպքում դեղագետի գործողությունները	11,8	14,3	22,7	0

Դեղերի կիրառման թույլտվությանը վերաբերող հարցերի պատասխանները ցույց են տալիս, որ հարցվողների գերակշռող մեծամասնությունը չգիտի դեղերի պետական գրանցմանը ներկայացվող պա-

հանջները, գրանցման վավերության ժամկետը (աղ.3): Չնայած դրան, դեղի գրանցում չպահանջող դեպքերին ծանոթ են դեղագետների կեսից ավելին:

Աղյուսակ 3

Դեղերի գրանցմանը վերաբերող հարցեր (ճիշտ պատասխաններ)

Հարցերի բովանդակությունը	Հարցման մասնակիցների պատասխանները, %			
	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊՀ ինտերն	դեղագետ
Գրանցում չպահանջող դեպքերը	5,9	17,2	27,3	51,8
Անվավեր ճանաչելու դեպքերը	23,5	5,7	2,3	18,5
Գրանցման ժամկետը	17,6	37,2	36,4	37,0
Փորձաքննություն իրականացնող կազմակերպությունը	29,4	20,0	47,7	48,1

Համեմատաբար բարձր են հարցվողների գիտելիքները դեղաբանություն առարկայից, որը, սակայն, նույնպես բավարար համարվել չի կարող (աղ.4): Պատշաճ դեղատնային գործունեության տեսանկյունից կարևորվում է դեղագետի խորհրդատվական դերը: Միաժամանակ, դեղագետը, ինքնաբերական հիվանդի հետ շփվող միակ մասնագետը լինելով, պետք է լավատեղյակ լինի հատկապես առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի կիրառման առանձնահատկություն-

ներին: Սակայն հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, որ նոր շրջանավարտների գիտելիքները զգալիորեն զիջում են դեղագետների գիտելիքներին, ընդ որում, սխալ պատասխանները գերակշռում են կողմնակի ազդեցությունների խնայողական բնագավառում: Պատասխանների միջին ցուցանիշների վերլուծության արդյունքներով ԵՊՀ-ի շրջանավարտների գիտելիքները որոշակիորեն գերազանցում են ԵՊՀ-ին, որը կարելի է բացատրել ծրագրերի տարբերությամբ:

Աղյուսակ 4

Դեղաբանության գիտելիքների արժեքման հարցեր (ճիշտ պատասխաններ)

Հարցերի բովանդակությունը	Հարցման մասնակիցների պատասխանները, %			
	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊՀ ինտերն	դեղագետ
Էրգոկալցիֆերոլի ազդեցությունը	17,6	42,9	43,2	61,1
Ստամոքսի հյութազատությունն ընկճող դեղերը	0	2,8	6,8	7,4
Փորկապություն առաջացնող հակաթթվային դեղերը	23,5	34,3	34,1	37,0
Ջարկերակային ճնշման բարձրացում առաջացնող ՈՍՀԴ*	11,7	0	29,5	35,1
Հղիության ժամանակ թույլատրվող ՈՍՀԴ	23,5	23,5	25,0	42,6
Ռեյի համախտանիշ առաջացնող ՈՍՀԴ	11,7	0	20,4	31,5

* ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղ

Քանի որ ինքնաբերական ժամանակ դեղերի նպատակային ընտրության համար էական նշանակություն ունի գովազդը, ուսումնասիրություններում ներառվել է նաև գովազդի վերաբերյալ գիտելիքների պարզաբանումը (աղ. 5): Հարցվողները մասնակիորեն տեղյակ

են, որ դեղատոմսով դեղերի հանրային գովազդն անթույլատրելի է, սակայն չգիտեն գովազդային նյութին ներկայացվող պահանջները, և որ գովազդի համար անհրաժեշտ է առողջապահության մախարարության թույլտվությունը:

Աղյուսակ 5

Դեղերի գովազդին վերաբերող հարցեր (ճիշտ պատասխաններ)

Հարցերի բովանդակությունը	Հարցման մասնակիցների պատասխանները, %			
	ԵՊՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ 5-րդ կուրս	ԵՊԲՀ ինտերն	դեղագետ
Հեռուստագովազդին ներկայացվող պահանջները	47,0	40,0	59,0	44,4
Գովազդային նյութին ներկայացվող պահանջները	23,5	2,8	9,0	7,4
Գովազդի տարածմանը ներկայացվող պահանջները	11,7	28,5	43,2	12,9

Բուհերի շրջանավարտների տեսական գիտելիքներից և գործնական հրատարակչներից գործատուների բավարարվածությունը պարզաբանելու նպատակով ուսումնասիրություններ են կատարվել նաև դեղատոմսերի դեկլարաների շրջանում: Նրանց պատասխաններից կարելի է եզրակացնել, որ իրականում դեղագետները ամբողջովին չեն բավարարում բարձրագույն դեղագործական դպրոցի «արտադրամքի» հիմնական սպառողների հանդիսացող դեղագործական ընկերությունների պահանջները: Այսպես, հարցվածների կեսից ավելին (54%) գերադասում է, որ իրենց աշխատակիցները բացի մասնագիտական գիտելիքներից տիրապետեն նաև այցելուների հետ հաղորդակցման և գործընկերների հետ հարաբերվելու հմտություններին, ունենան տնտեսագիտական, իրավաբանական գիտելիքներ:

Մեր երկրում, դեղագործական կրթական բարեփոխումները խորհրդային կարգերի փլուզումից հետո բավականին ետ են մնացել ոչ միայն շատ եվրոպական, այլ նաև ԱՊՀ երկրներից: Ռուսաստանում, Ուկրաինայում վերջին տարիներին նկատելի են զգալի տեղաշարժեր. հաստատված է բարձրագույն դեղագործական կրթության պետական չափորոշիչը [6], եվրոպական երկրների օրինակով առանձին առարկաների ձևով են դասավանդվում կառավարումն ու շուկայագիտությունը, դեղագործական հոգածությունն ու դեղատնտեսագիտությունը, կազմվել են նաև համապատասխան դասագրքեր [8,9]:

Այն, որ դեղատանը աշխատող դեղագետները իրենց գիտելիքներով էապես չեն տարբերվում մոր շրջանավարտներից, մեր կարծիքով, նաև շարունակական կրթության բացակայության արդյունք է, որի դրդապատճառները նվազել են հատկապես մասնագետների լիցենզավորման և պարտադիր վերա-

պատրաստման պահանջի վերացումից հետո [2,4]: 2001-2005թթ. ընթացքում Առողջապահության ազգային ինստիտուտում վերապատրաստվող դեղագետների թիվը 10 անգամ կրճատվել է (միջին տարեկան 40-ից իջնելով 4-ի): Չափազանց ցածր է նաև դեղագործական կազմակերպությունների դեկլարության շահագրգռվածությունն ու ֆինանսական աջակցությունն իրենց մասնագետների շարունակական կրթությունն ապահովելու գործում: Հետդիպլոմային կրթության լուրջ թերություն է մասնագիտացման բացակայությունը: Դեղագործական ընկերությունները երբեմն իրենք են կազմակերպում տարբեր վերապատրաստման դասընթացներ, սակայն քանի որ դրանցում գերակշռում են գովազդային տարրեր, դրանք չեն կարող համարվել հիմնարար կրթական միջոցառումներ: Ուստի, նպատակահարմար է միավորել բոլոր շահագրգիռ կողմերի ուժերը, որպեսզի ընկերությունները ուսանողներին հնարավորություն տան զարգացնելու իրենց գործնական հմտությունները, կարող են դրամաշնորհներ տրամադրել բուհերին, կրթաթոշակներ՝ ուսանողներին և այլն:

«Դեղագործություն»-ը առողջապահական բնագավառի մասնագիտություն է, հետևաբար դեղագետներ պետք է պատրաստվեն առողջապահական բուհում: Բազային կրթության տարբերությունները պայմանավորում են տարբեր աշխարհայացքով և գիտելիքներով մասնագետների ձևավորումը, որոնց մատուցած ծառայությունների որակն ու մակարդակը էապես տարբերվում են միմյանցից՝ չապահովելով դեղագետի առողջապահական և սոցիալական առաքելության իրագործումը: Հետևաբար, անհրաժեշտ է վերանայել տարբեր ուղղվածության պետական բուհերում դեղագետների պատրաստման քաղաքականությունը:

Իրավական դաշտի անկատարությունը մույնպես

զգալիորեն խոչընդոտում է ուսումնական գործընթացներին: Եթե մինչ օրս սահմանված չեն պատշաճ լաբորատորային, կլինիկական, արտադրական, մատակարարման և դեղատնային գործունեության պահանջները, ապա կրթությունն էլ չի կարող լիարժեք լինել: Այս տեսակետից կարևորվում է «Դեղերի մասին» ՀՀ նոր օրենքի ընդունումը և համապատասխան ենթաօրենսդրական ակտերի հաստատումը:

Այսօր դեղագետից պահանջվում է ունենալ հիմնավոր գիտելիքներ առանձնապես ինքնաբերական ուղին ընտրած հիվանդներին կողմնորոշելու, դեղագործական հոգածություն ապահովելու, հիվանդի կյանքի որակը բարձրացնելու, արդյունավետ դեղաբուժությունը նպաստելու համար: Ուստի անհրաժեշտ է ծրագրերում շեշտը դնել դեղերի մասին իրագրության և շփման հմտությունների, կատարման, շուկայագիտության, դեղային քաղաքականության արմատավորման, գործնական կարողությունների զարգացման վրա: Դեղագետների համար սահմանված ինտերնատուրան իր դերը չի կատարում. ավարտած դեղագետը ստանում է դիպլոմային մույն «ընդհանուր գործունեության դեղագետի» որակավորումը [3]: Միայն կլինիկական օրդինատուրայում են պատրաստվում անհասկանալի մեղ մասնագետներ՝ առանց օրենսդրական հիմքերի: Այս առումով, մույնպես, անհրաժեշտ է կատարել փոփոխություններ հետդիպլոմային կրթության ոլորտում՝ ներդնելով մասնագիտացում և համապատասխանեցնելով ծրագրերը տվյալ մասնագիտության որակավորման բնութագրիչ-

ներին:

Կատարված ուսումնասիրության արդյունքների վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ անհրաժեշտ է.

ա) վերանայել դեղագործական կրթության քաղաքականությունը,

բ) կատարելագործել օրենսդրական դաշտը՝ ամրագրելով դեղատնային գործունեության մեջ ընդգրկված դեղագետի գործառնությունները, իսկ ուսումնական ծրագրերը նպատակաուղղել դրանց ապահովմանը,

գ) ծրագրերում նախատեսել «դեղագործական հոգածություն» և «շփման հմտություններ» առանձին առարկաներ կամ բաժիններ, խորացնել դեղերի կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ գիտելիքները,

դ) հետդիպլոմային կրթության փուլում սահմանել մասնագիտացում՝ առանձնացնելով «դեղատնային դեղագործություն» մասնագիտությունը,

ե) որպես լիցենզավորման պահանջ սահմանել պարտադիր հետդիպլոմային շարունակական կրթությունը:

Այսպիսով, անհրաժեշտ է աստիճանաբար, առանց հեղափոխական վերակառուցումների, կրթական ծրագրերը ներդաշնակեցնել միջազգային ժամանակակից կրթական համակարգերին, ինչը կնպաստի այնպիսի մասնագետների պատրաստմանը, ովքեր ունակ կլինեն իրականացնել բարձրակարգ դեղագործական օգնություն՝ պատշաճ դեղատնային գործունեության պահանջներին համապատասխան:

Поступила 5.05.06

Фармацевтическое образование в контексте надлежащей аптечной практики

Л.Ф. Казарян, А.Е. Саакян, Г.Х. Григорян, К.А. Хачатрян

Целью настоящей работы явилось исследование проблемы реформирования фармацевтического образования, направленного на обеспечение надлежащей аптечной практики.

Были изучены нормативные документы, относящиеся к фармацевтическому образованию, образовательные программы Ереванского государственного медицинского университета, Ереванского государственного университета, стран СНГ, европейских и американских высших школ. Среди выпускников, а также получивших последипломную специализацию и практикующих провизоров был проведен социологический опрос по отдельно разработанным нами анкетам.

Результаты проведенных исследований показали, что необходимо пересмотреть политику фармацевти-

ческого образования, усовершенствовать правовое поле, укрепляя функции провизора, вовлеченного в аптечную практику, и направить образовательные программы на их обеспечение, а также предусмотреть в программах отдельные предметы «фармацевтическая забота» и «навыки общения», углубить знания о побочных действиях лекарств, определить специализацию «аптечная фармация» на уровне последиplomного образования, установить требование обязательного последиplomного непрерывного образования для лицензирования и постепенно согласовать образовательные программы с современными международными моделями осуществления профессиональной фармацевтической помощи, и, соответственно, надлежащей аптечной практики.

Pharmaceutical education in the context of good pharmacy practice

L. F. Ghazaryan, A. E. Sahakyan, G. Kh. Grigoryan, K. A. Khachatryan

The purpose of the present research was to study the pharmaceutical education issues directed to providing good pharmacy practice. Investigations of the legal documents concerning the pharmaceutical education, the study of statistical data, comparative analysis of the structure of pharmaceutical educational programs and content at Yerevan State Medical University, Yerevan State University, their correlation to the same programs in NIS countries, Europe and USA have been realized. A sociological survey has also been conducted among 5-year students of YSMU, YSU, residents and pharmacists of 74 pharmacies from Yerevan and regions.

The results of the investigation analysis have shown that it is necessary to reconsider the pharmaceutical education policy, to improve legislation fixing the functions

of pharmacists involved in pharmacy activities and to aim the training programs at providing relevant education, as well as to include in curriculum new subjects, such as patient-focused "pharmaceutical care", "communication skills" and more information on the side effects of drugs, to define the "pharmacy practice" specialisation for postgraduate education, to require postdiploma education for licensing, and adhere the teaching curricula to international standards.

Educational programmes should reflect the fact that current and future pharmacists must have sufficient knowledge and professional, social and communication skills and exhibit specific attitudes and behaviour to enable them to perform effectively their professional roles within the requirements of good pharmacy practice.

Գրականություն

1. «Բարձրագույն և հետրոսկական մասնագիտական կրթության մասին» ՀՀ օրենքը:
2. *Հումանյան Ղ.Հ., Մինոնյան Ն.Ա.* Բժշկական հետդպրոցային կրթություն: Տեսական և մեթոդականական տեսակետներ, ԲԱՀՀ, Երևան, 2003, էջ 27-34:
3. *Հակոբյան Վ.Պ., Շեկոյան Վ.Ա.* Հայաստանի Հանրապետությունում բարձրագույն բժշկական կրթության ներկա վիճակը և զարգացման հեռանկարները: ԲԱՀՀ, Երևան, 2003, էջ 23-26:
4. *Հովհաննիսյան Ռ. Ա.* Հայաստանի Հանրապետությունում շարունակական բժշկական կրթության հիմնախնդիրները և դրանց լուծման ուղիները, ԲԱՀՀ, Երևան, 2003, էջ 16-23:
5. *Ղազարյան Լ., Գրիգորյան Գ.* Ինքնաբերական հիմնախնդիրները Հայաստանում: Մարդու առողջությունը II ազգային գիտաբժշկական կոնգրեսի նյութերի ժողովածու, Երևան, 2003, էջ 169:
6. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования, специальность 040500-Фармация, Квалификация, Провизор, Москва, 2000.
7. *Бударин С.С., Гоголева М.В.* Аптечная служба некоторых европейских стран. Фармация, 2000, 5-6, с. 48-49.
8. *Парновский Б.Л., Яцкова Г.Ю., Залиская О.Н.* Клиническая фармация и ее роль в профессиональном обучении провизоров аптек, Провизор, 2003, 6, www.provisor.kharkov.ua.
9. *Маринск Т.* Клинический провизор, Аптека, 2000, 24, (24).www.apteka.ua.
10. *Арзамасцев А. П.* Без традиций нет развития, Ремедиум, 2004, 4, с. 14-15.
11. *Мешковский А.П.* ВОЗ о роли фармацевта в системе здравоохранения, Фарматека, 1999, 6.
12. Declaration "Pharmaceutical service and educational needs", EuroPharm Forum, November 1998.
13. Good pharmacy practice in community and hospital pharmacy settings. In: WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fifth Report, WHO Technical Report Series 885, p. 93-101, Geneva, 1999 (WHO/PHARM/DAP 96.1)
14. Statement of policy good pharmacy education practice. International Pharmaceutical Federation, PO Box 84200, 2508 AE Hague, The Netherlands, p 2.
15. The role of the pharmacist in the health care system. Report of a WHO Consultative Group, New Delhi, 13-16 December 1988, WHO, Geneva, 1990.
16. The role of the pharmacist: quality pharmaceutical services-benefits for Governments and the public, WHO Second meeting, Tokyo, Japan, 31 August-3 September 1993. WHO/PHARM/94/569.
17. The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist. Report of a Third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. WHO/PHARM/97/599.
18. The role of the pharmacist in the self-care and medication. Report of the 4-th WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, Hague, The Netherlands. 26-28 August 1998. WHO/DAP/98/13
19. WHO Resolution on the Role of the pharmacist in support of the WHO revised drug strategy 10 May 1994. WHA 47.12, p 2 WHA 47.12, p 2

Analysis of public health care quality according to data of sociological survey among physicians

L.M.Danielyan, M.A.Mardinyan, A.A.Shakaryan, M.Z.Narimanyan

Yerevan State Medical University after M.Heratsi,

Department of Public Health and Health Care, Family Medicine, Medical Part

375025, Yerevan, Koryun str.2

Key words: general practitioners, out-patient care, medical insurance, quality of medical care

Fundamental changes in the socio-economic life of the republic in the recent years have had great impact on the health sphere of RA. They have had both positive and negative influence on the health care providers as well as patients.

Material and Methods

The study of physicians' attitude plays an essential role in the assessment of the public health care quality. A sociological survey was carried out in order to meet the objective of the study. The sample used in the study was composed of 591 physicians working in different medical facilities in Shirak, Kotayk regions and in Yerevan city. An interviewer-administered questionnaire which included 21 questions was used to collect information.

Results and Discussion

591 physicians participated in the survey, 21,2% (n=125) of them were males, 78,8% (n=466) females. The age distribution of the respondents was as follows: 17,4% of them were in the age group up to 30 years old, 72,9% 30-50, and 9,6% older than 60 years old. 20,7% of the respondents had nearly 10 years' working experience,

72,9% - from 10 to 30, and 19,3% - 30 years and more. 27,4% of physicians worked at district polyclinics, 41,8% in hospitals, 22,5% and 8,1% correspondingly at family physicians' offices and other medical settings.

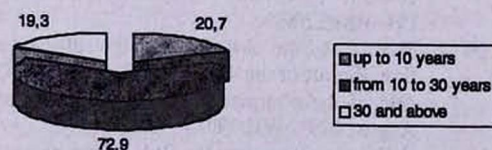
It's important to reveal how physicians assess the role of ambulatory clinics in delivering primary health care to population [1].

It has been shown that 91,9% of respondents considered the role of the mentioned facilities as very important and only 7,8% considered it not obligatory.

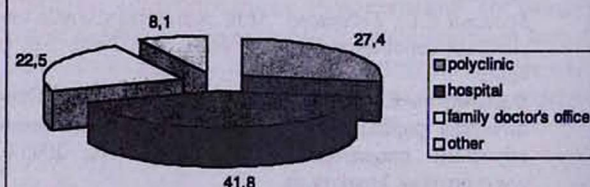
According to the results of the study 48,7% of respondents considered district polyclinics as the most effective way for providing primary health care, and 50,6% mentioned family physicians' offices. To the question "Is the role of specialists-physicians essential in increasing the effectiveness of ambulatory clinics' work?" 74,8% of physicians answered positively, 25,2% considered that specialists-physicians limit the functions of general practitioners and lead to additional financial expenditures.

It is well known that the accessibility of medical care is one of the most important criteria for assessment of quality of medical care [2]. It has been found out that 24,2% of physicians consider that patients apply for medical care at the early stage of the disease, 71,1% mention that the majority of patients seeking medical care have already advanced cases, and 4,7% mention that patients apply at both stages. 71,7% of physicians relate the low

The distribution of surveyed physicians by duration of working experience



The distribution of participated physicians by medical facilities



rate of visits for medical care to the population's insolvency, 14% mention that it's associated with the low medical culture of the population.

Medical facilities functioning in our republic have different level of equipping. In this case it's too important to know physicians' opinion about their working conditions, wage and policy regarding reconstruction of health care system. To the question „Are you satisfied with your working conditions?“, only 25% of respondents answered positively, 48,9%, which is almost half of the respondents, were not satisfied, and for 25,7% it was difficult to answer. 72,4% of respondents considered that the average wages of physicians should be from 150 to 200 thousand drams, 20,8% mentioned from 100 to 150 thousand drams and only 6,4% agreed to the wages 50-100 thousand drams.

The 61,8% of physicians estimated the volume of medical care provided by them as satisfactory, 25,4% as good, 2,9% as bad, and 9% of respondents couldn't estimate. As a reason of low quality of medical care 39,9% mentioned the absence of the necessary diagnostic equipment and materials, 21,5% high prices of medicines, and 23,2% high prices of medical care services. The 10,8% of respondents estimated the providing of their medical facilities with equipment as good, 39,8% as satisfactory, 38,6% as bad, 9,6% couldn't estimate it, and 1,2% didn't answer to the question.

Nearly one third of respondents (31,0%) reported that patients were provided with medicines by medical facility, 23% mentioned that they were provided by themselves, 6,1% thought that provision with medicines was physicians' business, and 26,6% mentioned that there were other sources.[3]

The results of the conducted survey have shown that medical care isn't accessible yet for the population because of its adverse social characteristics, thus 85,1% of physicians thought that there should be absolutely free of charge hospitals, where low-income patients could be treated, 6,1% were of opinion that there is no need for such medical facilities, and 8,5% couldn't answer to this question.

One of the ways of making the medical care more accessible is the implementation of obligatory medical insurance system. We studied the physicians' attitude towards the implementation of insurance medicine. 71,4% of them agreed to the implementation of that system, 6,9% had negative attitude to it and 21,5% couldn't answer. Only 46% of them would like to work at a medical facility working on such principle, and for 43,5% it was difficult to answer. Taking into account the social conditions of the population, 28,9% of them thought that insurance payment should be about 1000 drams, 51,4% – from 1000 to 5000 drams, and 16,1% – 5000 drams and more.

In the judgment of 27,2% of physicians it would be more appropriate to implement medical insurance system into the ambulatory clinics, 13,4% considered that it should be implemented into the family physicians' offices, 35,9% pointed to the hospitals, 11,2% to the emergency service, and 12,4% thought that all mentioned units might be included.

So, based on the results of the conducted survey it can be concluded that physicians of the republic are of middle age, and they have up to 30 years' working experience. The physicians consider the role of primary medical care very important, but still don't entrust this function to a family physician. According to the physicians' opinion, the population is insolvent and apply for medical care at the late stages of diseases. The medical care is expensive enough and of low quality, as the medical facilities aren't equipped enough with materials and modern equipment, the provision of patients with medicines isn't satisfactory. Thus, it's desirable to have hospitals with absolutely free medical service for low-income patients [4].

Not only medical care and service are on a low level in the republic, but also the working conditions and wages of physicians aren't satisfactory. Consequently, the majority of physicians are of the opinion that the implementation of obligatory medical insurance might have positive influence on the patients' outcomes, as well as on the health care providers.

Поступила 29.05.06

Բժիշկների շրջանում կապարած սոցիոլոգիական հարցման փվյալների հիման վրա բնակչության բուժօգնության կազմակերպման եւ որակի գնահատման վերլուծություն

Լ.Մ. Դանիելյան, Մ.Ա. Մարդիյան, Ա.Ա. Շաքարյան, Մ.Զ. Նարինյան

Բնակչության բուժօգնության որակի արդյունավետության գնահատման հարցում կարևոր նշանակություն ունի առողջապահության տարբեր օղակներում աշխատող բժիշկների կարծիքի ուսումնասիրությունը:

Հարցման ենթարկված բժիշկների 91,9%-ը կարևոր

բուժ և առաջնային օղակի դերը բնակչության առողջության պահպանման և ամրապնդման գործում: 48,7%-ը ԱԱՊ առավել արդյունավետ օղակ է համարում տարածքային պոլիկլինիկան:

Բուժօգնության որակի կարևոր չափանիշներից

մեկն է հանդիսանում բուժօգնության մատչելիությունը: Այսպես՝ հարցման ենթարկված բժիշկների 71,1%-ը նշում է, որ բնակչությունը բուժօգնության է դիմում արդեն հիվանդության բարդացած վիճակում և միայն 24,2%-ը՝ հիվանդության սկզբնական փուլում: 71,7%-ի կարծիքով ցածր դիմելիության պատճառը կապված է հիվանդների անվճարունակության, 14%-ի կարծիքով՝ բնակչության վատ իրազեկության հետ:

Հարցվածների 39,9%-ը գտնում է, որ որակի ապահովման կարևոր չափանիշ է առաջնային օղակում բարձր տեխնոլոգիաների ներդրումը, 44,7%-ի կարծիքով՝ անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել բուժման ստանդարտներ, ինչը և կհստակեցնի ծառայությունների զինը:

Բժիշկների 40,6%-ի կարծիքով պարտադիր բժշկա-

կան ապահովագրական համակարգը անհրաժեշտ է ներդնել առաջնային օղակում (տեղամասային պոլիկլինիկա կամ ընտանեկան բժշկի գրասենյակ), 35,9%-ի կարծիքով՝ ստացիոնար օղակում, իսկ միայն 11,2%-ը այն ավելի արդյունավետ է համարում ներդնել այն շտապ և անհետաձգելի օգնության օղակում:

Այսպիսով, ըստ մեր հետազոտության արդյունքների, սոցիոլոգիական հարցման ենթարկված բժիշկների մեծամասնության կարծիքով բնակչության առողջության պահպանման, բուժօգնության մատչելիության, որակի ապահովման համար անհրաժեշտ է հզորացնել և ընդլայնել առողջապահության առաջնային օղակի դերը՝ առողջության պահպանման և հիվանդությունների կանխարգելման գործում:

Анализ организации и качества медицинской помощи населению по данным социологического опроса среди врачей

Л.М.Даниелян, М.А.Мардяян, А.А.Шакарян, М.З.Нариманян

В вопросе оценки эффективности качества медицинского обслуживания населения важное значение имеет изучение мнения врачей, работающих в различных звеньях здравоохранения.

Подавляющее большинство опрошенных врачей (91,9%) подтверждают значимость первичного звена в деле охраны и укрепления здоровья населения. При этом 48,7% врачей считают наиболее эффективным звеном первичной охраны здоровья территориальную поликлинику.

Одним из важнейших критериев качества медицинского обслуживания населения является его доступность. Так, 71,1% опрошенных врачей подчеркивают, что большинство населения обращается за медицинской помощью с уже далеко зашедшими формами заболеваний и только 24,2% – в начальной стадии заболевания. Среди причин низкого уровня обращаемости населения за медицинской помощью 71,7% опрошенных врачей указали на неплатежеспособность больных. 14% врачей связывают это с низкой культу-

рой населения.

Основными предпосылками обеспечения населения высококачественной медицинской помощью 39,9% опрошенных считают внедрение высоких технологий в первичное звено здравоохранения и 44,7% опрошенных указывают на необходимость разработки и внедрения стандартов оказания медицинской помощи, что позволит уточнить цены на предоставляемые медицинские услуги.

40,6% врачей указали на целесообразность внедрения системы обязательного медицинского страхования в первичное звено (участковая поликлиника или офис семейного врача), 35,9% – в стационарное звено и только 11,2% нашли, что она будет эффективнее при внедрении в звено скорой неотложной помощи.

Таким образом, по мнению врачей, для охраны здоровья населения, повышения качества и доступности медицинской помощи необходимо расширить и усилить функции первичного звена здравоохранения.

References

1. Parkhouse J., Ellin D.J., Parkhouse H.F. The views of doctors on management and administration, Community Medicine, 1988, 10,1, p.19.
2. Donabedian A. The quality of care. How can be assessed? J.Amer.Med.Ass., 1988, 260, p.1743-1748.
3. Sutherland H.J. Measuring satisfaction with health care, Soc. Sci. Med., 1989, 28, 1, p.55-58.
4. Camilleri D. and O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality, Int.J.of Health Care Quality Assurance, 1998, 11, 4, p. 127-133.