

УДК 614.253.1-039.57:347.961.1 (476)

## ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПРИ ПРИНЯТИИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ

<sup>1</sup> В.А.Рожко, <sup>1</sup> Т.М.Шаршакова, <sup>2</sup> И.В.Веялкин

<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет,  
ул. Ланге, 5, 246000, г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,  
ул. Ильича, 290, 246040, г. Гомель, Республика Беларусь

*Проведенное анкетирование врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) Брестского (104 респондента) и Гомельского (120 респондентов) регионов в целом показало отсутствие каких-либо значимых различий в компетентности специалистов при принятии организационно-медицинских решений между областями. Однако, имелись положительные тренды уровня стремления к повышению квалификации и его реализации («стремящиеся» респонденты) в зависимости от возрастных групп (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше) и региона. В возрасте 30–49 лет уровень «стремящихся» лиц в Брестской области рос (прирост 0,09) и к достижению возраста 49 лет в 1,5 раза превышал показатель Гомельского региона (прирост – 0,25). В Брестской области уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет) и был почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%).*

*Ключевые слова:* аутоиммунный тиреоидит; компетентность врачей; «стремящиеся» респонденты; информированность специалистов.

Популяционно-эпидемиологическое исследование динамики формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) у населения Республики Беларусь показало, что, в целом, в стране сложилось два организационно-медицинских подхода, которые нельзя объяснить только истинным ростом заболеваемости [1, 2]. Выдвинута гипотеза о наличии организационных (приказы, решения, качество диспансеризации и медицинского наблюдения, кодирование заболевания, информированность врачей и др.), а также профессиональных медицинских (уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) при принятии организационно-медицинских решений) компонент, оказывающих влияние на уровни первичной заболеваемости.

При этом, в Республике Беларусь первичная заболеваемость тиреоидной патологией находится на 2-м ранговом месте среди эндокринных заболеваний, а АИТ в структуре заболеваемости щитовидной железой (ЩЖ) занимает порядка 40% [3]. Согласно статистическим данным, первичная заболеваемость данной патологией в нашей стране в 2017 г. составила порядка 58,0 случаев на 100 тысяч населения, и высокий уровень первич-

ной заболеваемости сохраняется в детском и трудоспособном возрасте [3, 4].

**Цель** исследования – на примере Гомельской и Брестской областей провести комплексную оценку уровня компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) в части знаний ранней диагностики АИТ и уверенности при принятии организационно-медицинских решений.

### **Материалы и методы**

Унифицированной анкеты, позволяющей провести оценку уровня компетентности врачей амбулаторно-поликлинического звена по раннему выявлению и диспансеризации пациентов с АИТ, по литературным данным найти не представилось возможным. Разработана авторская анкета, одобренная доктором социологических наук, профессором, проректором по учебной и воспитательной работе УО «Гомельский государственный технический университет им. П.О.Сухого» В.В.Кириенко [5].

Социологический опрос проводился среди 224 респондентов (врач общей практики, врач-терапевт участковый), из которых 104 (46,4%) работали в Брестской и 120 (53,6%) – в Гомельской области. Респонденты отвечали на 15 вопросов, которые можно объединить по смысловым разделам.

Первый раздел был посвящен исследованию вопросов зависимости наличия квалификационной категории и сроков ее получения от возраста специалиста и его трудового стажа, что позволяет оценить уровень компетентности врача, который тесно взаимосвязан с уровнем профессионализма (наличие категории) через собственное стремление к повышению квалификации (самообразованию) и получению более высокой квалификационной категории. В анкете были предусмотрены варианты ответов для врачей в зависимости от возрастной категории (18–29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет, 50 лет и старше) по общему трудовому стажу (менее 3 лет, от 3 до 6 лет, от 6 до 9 лет и 9 лет и более), наличию и давности получения квалификационной категории (в течение 3 последних лет; более 3-х, но менее 5 лет назад; более 5 лет назад).

Второй раздел анкеты позволяет определить уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) относительно знаний не только ранней диагностики АИТ, но и тиреодологии в целом, а также оценить уверенность в принятии организационно-медицинских решений.

С помощью третьего раздела анкеты изучалась информированность врачей, то есть доступность и своевременность получения ими информации о

новых нормативных документах, методах диагностики. Также исследовалась возможность оценки полноты использования переданной информации о пациенте для принятия правильных решений.

Статистическая обработка материала выполнялась стандартными методами с использованием точного критерия Фишера и 95% доверительных интервалов (95% ДИ), рассчитанных на основе биномиального распределения, коэффициента корреляции Спирмена ( $r_s$ ). Различия признавались статистически значимыми при вероятности ошибки  $p < 0,05$ . При обработке материала использовался пакет MS Excel.

### Результаты и обсуждение

По данным проведенного социологического опроса, среди 224 респондентов (врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых) в Брестской области работали 104 (46,4%) специалиста, из которых с высшей категорией – 7, первой – 28 и второй – 23, в Гомельской области – 120 (53,6%) врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики), из которых с высшей категорией – 4, первой – 23, второй – 37. Результаты сравнительного анализа распределения опрошенных специалистов по квалификационным категориям со статистическими данными по регионам за 2019 г. представлены на рис. 1.

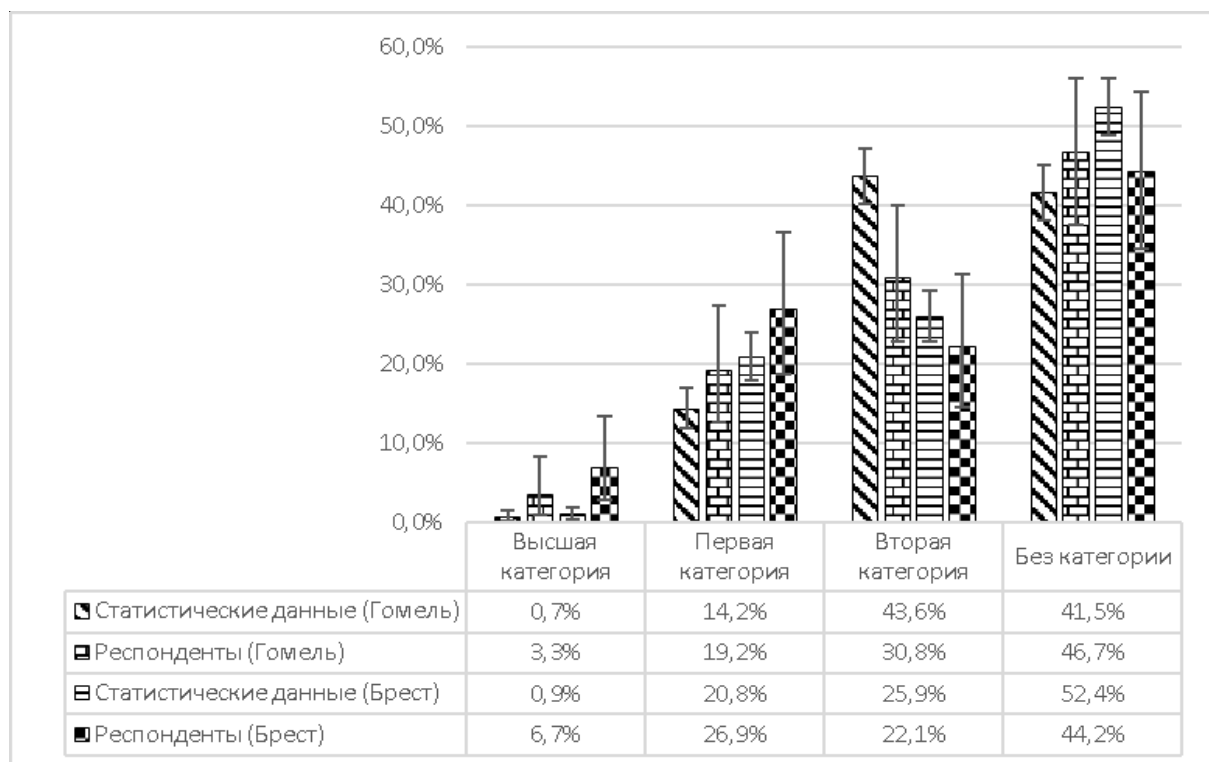


Рис. 1. Распределение опрошенных в Гомельской и Брестской областях врачей-специалистов (врач общей практики, врач-терапевт участковый) по квалификационным категориям и соответствующие сравнительные показатели среди всех врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых обоих регионов (по статистическим данным)

Из представленного материала следует, что достоверные различия в распределении опрошенных в Гомельской и Брестской областях врачей-специалистов (врач общей практики, врач-терапевт участковый) по квалификационным категориям и соответствующих показателей среди всех врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых обоих регионов (по данным, представленным ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения») отсутствуют, как отсутствуют и статистически значимые различия в распределении по квалификационным категориям между выбранными для социологического опроса группами врачей-специалистов из Брестской и Гомельской областей. Следовательно, есть основания полагать, что результаты социологического опроса, проведенного в рамках данного исследования, могут быть корректно использованы при оценке в целом уровня компетентности врачей-специалистов в Гомельской и Брестской областях (врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых) в части знаний ранней диагностики АИТ и уверенности при принятии организационно-медицинских решений, а также их стремления к повышению уровня квалификации.

Уровень компетентности врача тесно взаимосвязан с уровнем профессионализма (наличие категории), реализуясь, при этом, в собственном стремлении к повышению квалификации. Исходя из подтвержденных в действующей нормативно-правовой базе (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2008 №232 «О присвоении (снижении, лишении) квалификационных категорий работникам здравоохранения») гарантированных государством прав, у врачей имеется достаточно возможностей для самореализации с учетом материального и морального стимулирования. Данный факт послужил поводом изучения в ходе настоящего исследования оценки собственного стремления врачей-специалистов к росту профессионализма, подтверждаемому наличием и повышением квалификационной категории.

В связи с этим, в анкете социологического опроса представлен следующий блок вопросов: «К какой возрастной категории Вы относитесь?», «Сколько лет составляет Ваш общий трудовой стаж?», «Какую Вы имеете квалификационную категорию?», «Как давно Вами получена квалификационная категория?».

В Брестской области уровень квалификации анкетированных, подтверждаемый наличием квалификационной категории, увеличивался с возрастом (от 30 до 39 лет – 74,2%; от 40 до 49 лет –

75,0%; 50 лет и старше – 100%), при этом, росло количество лиц, не продвигающихся вперед в плане повышения квалификации в соответствии с предоставленными государством возможностями, то есть получивших категорию более 5 лет назад и не стремящихся к ее повышению (в группе респондентов от 30 до 39 лет таких 13,0%; от 40 до 49 лет – 53,3%; 50 лет и старше – 100%). Следует, правда, отметить, что в группе от 40 до 49 лет из 8 врачей 7 (87,5%) достигли максимального уровня, имея высшую категорию. В целом, только у 7 (14,9%) из 47 врачей со стажем работы более 9 лет имелась высшая категория, у 27 (57,4%) – первая, в то время как 13 (27,7%) респондентов имели вторую (6 человек) категорию либо категория отсутствовала (7 человек). В группе лиц со стажем работы от 6 до 9 лет прослеживался низкий удельный вес врачей с первой категорией (1 человек, 11,1%) в отличие от группы специалистов со стажем работы от 3 до 6 лет, где вторую категорию (50,0%) имела ровно половина специалистов, и получена квалификационная категория была в соответствующие сроки (3 года).

В Гомельской области, в целом, прослеживалась аналогичная ситуация, когда удельный вес лиц, не воспользовавшихся в полной степени предоставляемыми государством возможностями в плане повышения квалификации, был достаточно велик в разных возрастных группах. Так, имели высшую категорию четверо (3,3%) респондентов, первую – 23 (19,2%), вторую – 37 (30,8%), отсутствовала категория у 56 (46,7%) из 120 опрошенных лиц. Количество лиц, получивших категорию более 5 лет назад и не стремящихся к ее повышению, также росло (в группе респондентов от 30 до 39 лет таких 30,4%; от 40 до 49 лет – 77,8%; 50 лет и старше – 93,3%). Из 4 врачей, достигших максимального уровня (высшая категория), один специалист находился в возрастной группе от 18 до 29 лет, 2 человека – в группе от 40 до 49 лет, еще один специалист – в группе 50 лет и старше. В целом, только у 21 из 34 респондентов, имеющих стаж работы более 9 лет, имелась высшая (3 (8,8%) человека) или первая категория (18 (52,9%) человек), в то время как 13 (38,3%) респондентов имели только вторую квалификационную категорию. В группе лиц со стажем работы от 6 до 9 лет отмечен низкий удельный вес врачей с первой категорией (3 (37,5%) человека), в отличие от этого, в группе специалистов со стажем работы от 3 до 6 лет у 15 (83,3%) респондентов имелась категория: высшая – у одного (5,6%), первая – у двух (11,1%) и вторая – у 12 (66,6%) человек.

Для комплексной оценки уровня стремления к повышению квалификации и его реализации был разработан интегральный показатель соответствия квалификационной категории стажу работы (то есть, при соответствии стажа работы имеющейся квалификационной категории специалисты относились к «стремящимся» лицам, и, наоборот, если такое соответствие отсутствовало, например, у специалистов со стажем работы более 9 лет с первой или второй категорией, полученной более 5 лет назад, их относили к «не стремящимся»).

На основе разработанного интегрального показателя проведен корреляционный анализ связи уровня стремления к повышению квалификации и его реализации с нахождением респондентов в различных возрастных группах (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше).

Как в Брестской ( $r_s = -0,6$ ,  $p < 0,01$ ), так и в Гомельской ( $r_s = -0,75$ ,  $p < 0,01$ ) области корреляционная связь интегрального показателя с возрастом отрицательна ( $p < 0,05$ ). В то же время, статистически значимые различия между регионами отсутствуют (рис. 2).

Удельный вес респондентов, стремящихся к повышению квалификации и его реализации, в возрастной группе от 18 до 29 лет более чем на 10% выше в Гомельской области по сравнению с Брестской. При этом, в обоих регионах отмечено снижение удельного веса «стремящихся» с возрастом, к 29 годам их доля снизилась почти в 2 раза. Обратная картина наблюдалась в возрастных группах от 30 до 49 лет: в Гомельской области количество «стремящихся» лиц продолжило сни-

жаться (прирост –  $-0,25$ ), а в Брестской – начало расти (прирост –  $+0,09$ ), и к 49 годам в 1,5 раза превысило интегрированный показатель Гомельского региона. В возрастной группе 50 лет и старше удельный вес респондентов, «стремящихся» к повышению квалификации и реализации предоставляемой государством возможности, падал как в Гомельской, так и в Брестской области, возможно, за счет достижения лицами этой возрастной группы максимально возможного показателя – присвоения высшей квалификационной категории.

По данным, полученным в ходе настоящего исследования, уровень собственного стремления к повышению квалификации и его реализации, то есть мотивация к росту профессионализма, в возрастной группе опрошенных врачей от 30 до 49 лет остается выше в Брестской области.

Для качественного решения поставленных задач при принятии управленческих решений важно понимание уровня компетентности имеющихся трудовых ресурсов. На выяснение этого уровня были направлены следующие вопросы разработанной авторской анкеты: «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для постановки диагноза «Аутоиммунный тиреоидит?»», «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», «Укажите, пожалуйста, чем Вы руководствуетесь при принятии решения о направлении пациента к врачу-эндокринологу?», «Как Вы считаете, при диспансеризации населения (инструкция, утвержденная постановлением Минздра-

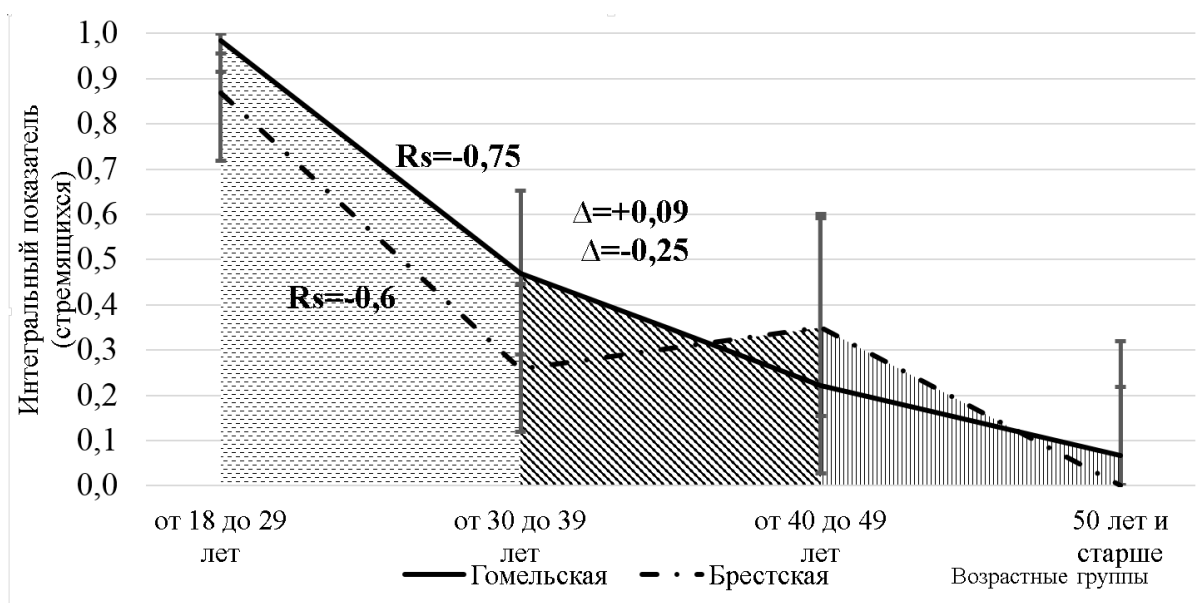


Рис. 2. Удельный вес респондентов, стремящихся к самообразованию и его реализации в разных возрастных группах респондентов Гомельской и Брестской областей



ва от 12.08.2016 №96), как часто при объективном осмотре Вы используете пальпацию щитовидной железы?», «Как Вы считаете, при диспансеризации населения (инструкция, утвержденная постановлением Минздрава от 12.08.2016 №96), как часто Вы назначаете пациенту УЗИ щитовидной железы?», «Как Вы считаете, в полном ли объеме Вы выполняете требования клинического протокола при постановке диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?».

В ряде вопросов предусматривалось несколько вариантов ответов, и оценивалась их совокупность.

На вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для постановки диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?», ответили все респонденты из обоих регионов, при этом, количество вариантов ответов составило 30. Варианты ответов для сравнения были разбиты на 4 категории: абсолютно правильные, условно правильные, частично правильные, неправильные.

К «абсолютно правильным» был отнесен вариант ответа, где присутствовали 3 критерия: эхопризнаки диффузного снижения эхогенности ткани щитовидной железы; титр антител к ткани щитовидной железы повышен; уровень FT4 (свободный тироксин) снижен, уровень TSH (тиреотропный гормон) повышен.

К группе «условно правильных» отнесены ответы, в которых присутствовали 2 из 3 критериев: эхопризнаки диффузного снижения эхогенности ткани щитовидной железы; титр антител к ткани щитовидной железы повышен; уровень FT4 (свободный тироксин) снижен, уровень TSH (тиреотропный гормон) повышен.

К группе «частично правильных» отнесены ответы, в которых упоминалось, что титр антител к ткани щитовидной железы повышен и предполагались возможные редко встречающиеся с АИТ состояния ЩЖ.

Все остальные варианты ответов отнесены к группе «неправильных».

В Брестской области из 104 респондентов «абсолютно правильный» ответ был дан только 9 (8,6%) специалистами, «условно правильный» – 27 (26,0%), «частично правильный» – 31 (29,8%) и «неправильный» – 37 (35,6%) опрошенными.

При этом, следует отметить, что в группу давших «абсолютно правильный» ответ вошло 3 (33,3%) врача без категории, 5 (55,6%) специалистов, имеющих вторую, и 1 (11,1%) – первую квалификационную категорию.

Группу давших «условно правильный» ответ составили 11 (40,8%) специалистов без катего-

рии, 6 (22,2%) врачей, имеющих вторую, 6 (22,2%) – первую и 4 (14,8%) – высшую категорию.

Группу давших «частично правильный» ответ составили 15 (48,4%) врачей без категории, 3 (9,7%) – со второй и 13 (41,9%) – с первой категорией.

«Неправильные» ответы дали 37 (35,5%) специалистов, из них: 17 (47,3%) без категории, 9 (25,0%) – со второй, 8 (22,3%) – с первой и 3 (8,4%) – с высшей квалификационной категорией.

В Гомельской, как и в Брестской, области удельный вес группы лиц, давших «неправильный» ответ, был наиболее высоким (54 (45,0%) из 120 респондентов). «Абсолютно правильный» ответ дали 7 (5,8%) человек, «условно правильный» – 34 (28,4%), «частично правильный» – 25 (20,8%) специалистов.

В группу давших «абсолютно правильный» ответ вошли 1 (14,3%) врач без категории, 3 (42,8%) – со второй, 2 (28,6%) с первой и 1 (14,3%) – с высшей категорией.

Группа давших «условно правильный» ответ составили 17 (50,0%) специалистов без категории, 7 (20,6%) – со второй, 10 (29,4%) – с первой категорией.

В группе давших «частично правильный» ответ были 14 (56,0%) специалистов без категории, 10 (40,0%) – со второй, 1 (4,0%) – с первой категорией.

Как указано выше, «неправильный» ответ дали 54 (45,0%) врача, из них: 24 (66,7%) – без категории, 17 (47,2%) – со второй, 10 (27,8%) – с первой и 3 (8,3%) – с высшей категорией.

Следует отметить, что достаточно высоким оказался удельный вес респондентов, которые отметили в качестве критерия установления диагноза АИТ только один признак: «диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы» (Гомельская область – 10 (8,3%), Брестская область – 5 (4,8%) человек) либо «титр антител к ткани щитовидной железы повышен» (Гомельская область – 21 (17,5%), Брестская область – 20 (19,2%) человек), то есть практически 25% врачей готовы выставить АИТ при наличии только одного из указанных выше признаков. В целом, даже при условии объединения групп лиц с абсолютно правильными и условно правильными ответами (Брестская область – 36 (34,6%), Гомельская область – 41 (34,2%) человек), проведенный анализ показал низкий уровень компетентности врачей в части знания критериев установления диагноза АИТ, а у 91 (40,6%) респондента вооб-

ще обнаружили сомнительные знания тиреодологии (в Гомельской области таковых 54, а в Брестской – 37 человек). Если уровень ответивших «условно правильно» респондентов был ниже в Брестской области (26,0%), то давших «неправильные» ответы – выше в Гомельской (45,0%) области, однако, достоверность различий отсутствовала ( $p > 0,05$ ).

Для подтверждения полученных результатов исследования по уровню компетентности респондентов по критериям установления АИТ, параллельно проведена оценка назначения УЗИ, использования во врачебной практике пальпации ЩЖ, выполнения клинического протокола и ответов на вопрос: «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?».

В Гомельской области доля врачей (44,2%), которые при объективном осмотре используют пальпацию ЩЖ менее чем в 50% случаев, была выше в сравнении с Брестским (30,8%) регионом (рис. 3). Обратная ситуация наблюдалась при назначении УЗИ: в Брестской области, согласно опросу респондентов, данное исследование используется реже при установлении диагноза, чем в Гомельской области.

Это свидетельствует, во-первых, о низком уровне компетентности (практический навык пользования пальпацией ЩЖ), во-вторых, подтверждает данные ретроспективного анализа медицинских карт амбулаторного больного [4], когда экспертной оценкой объемов выполнения лабораторных и инструментальных методов диагностики по раннему выявлению и диспансеризации пациентов с АИТ показано, что использование УЗИ было выше в Гомельской области (97,7%).

По результатам ответа на вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», было получено 25 вариантов, которые группировались по лабораторно-инструментальным признакам вероятного наличия либо отсутствия патологии ЩЖ. Анализировалась компетентность для принятия решения, то есть те ситуации, когда врач уверенно предполагает патологию пациента, или же при назначении определенных обследований и консультаций врач основывается не на собственных знаниях природы и характера патологии, а предположениях, базирующихся на косвенных признаках. В результате проведенного анализа анкет респондентов сформированы две группы лиц: с «уверенными» и «неуверенными» знаниями патологии ЩЖ. В первую группу вошли респонденты, ответы которых характеризовали конкретную тиреопатологию, а вторую группу составляли лица, ответившие неполно и неопределенно (ответы не связывались с установлением конкретного диагноза) (табл.).

Удельный вес респондентов с «уверенными» знаниями патологии ЩЖ был недостаточно высок в обоих регионах (Гомельская область – 48 (40%) и Брестская – 27 (26%) человек), при этом, не выявлены значимые различия в ответах на данный вопрос в зависимости от наличия определенной квалификационной категории. Так, в Брестской области из общего числа респондентов первой группы на долю лиц с высшей категорией приходилось 11,1% (3 человека), первой – 11,1% (3 человека), второй – 33,4% (9 человек) и без категории – 44,4% (12 человек), в Гомельской области показатели были сопоставимы (соответственно 2,1% (1 человек) с высшей кате-

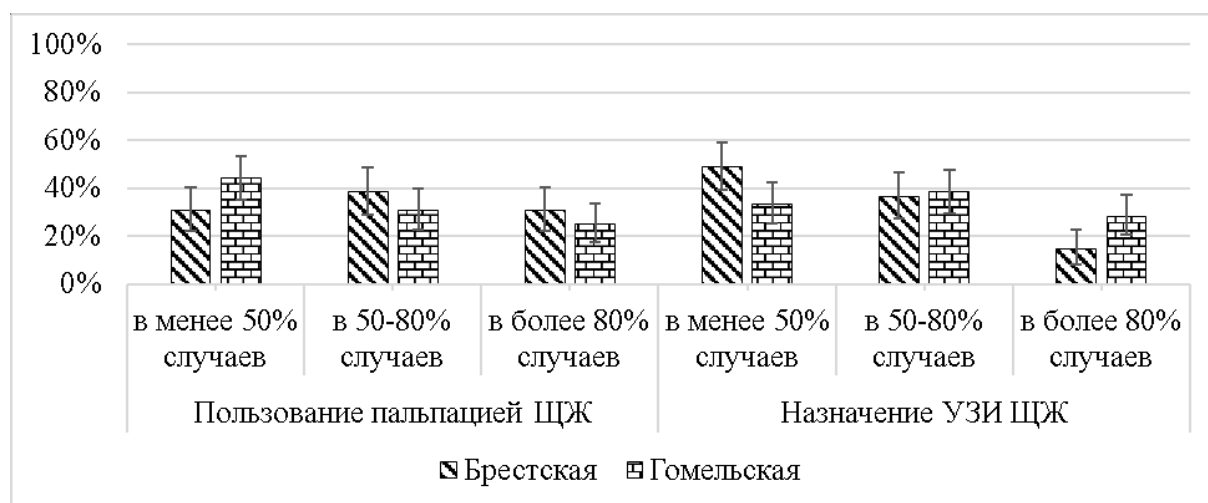


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопросы, связанные с использованием пальпации ЩЖ при осмотре пациента и назначением УЗИ ЩЖ

**Распределение ответов респондентов из Брестской и Гомельской областей на вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», в зависимости от их квалификации (наличия квалификационных категорий) и компетентности в области тиреодологии и диагностики АИТ**

Знания патологии ЩЖ	Брестская (n=104)					Гомельская (n=120)				
	Категория					Категория				
	Нет	II	I	Высшая	Всего	Нет	II	I	Высшая	Всего
«Уверенные»	12 (44,4%)	9 (33,4%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)	27	21 (43,7%)	19 (39,6%)	7 (14,6%)	1 (2,1%)	48
«Неуверенные»	34 (44,1%)	14 (18,2%)	5 (32,5%)	4 (5,2%)	77	35 (48,6%)	18 (25%)	16 (22,2%)	3 (4,2%)	72

горией, 14,6% (7 человек) с первой, 39,6% (19 человек) со второй и 43,7% (21 человек) без категории).

Согласно нормативным правовым актам, принятым в системе здравоохранения, одними из основополагающих документов при принятии решения врачами-специалистами при установлении диагноза являются клинические протоколы. При анализе ответов респондентов на вопрос, «укажите пожалуйста, чем Вы руководствуетесь при принятии решения о направлении пациента к врачу-эндокринологу?», предусматривалось оценить не только уровень знаний нормативной базы, но и степень клинического мышления. По результатам опроса респондентов, получено 6 вариантов ответов, на основании которых были выделены две группы лиц, ответивших правильно или неправильно. Группу «правильных» ответов сформировали, исходя из наличия в вариантах, в совокупности с другими, выражений «требования клинического протокола» (как основной документ, которым надлежит руководствоваться в диагностике и лечении соответствующей нозологической формы заболевания), «клинико-лабораторные показатели» (как оценка степени клинического мышления врача-специалиста). К «неправильным» отнесены варианты ответов, в которых отсутствовало указание на требования клинического протокола. Это расценивалось как незнание действующих нормативных документов системы здравоохранения, поскольку приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.07.2013 №764 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях» регламентированы порядок и объем диагностических и лечебных процедур. Доля респондентов, ответивших «правильно», выше в Брестской области, чем в Гомельской (66,3% (69 респондентов) и 58,3% (70 респондентов) соответ-

ственно в Брестской и Гомельской областях), однако различия не были статистически значимыми ( $p=0,27$ ). При этом, следует отметить, что все врачи с высшей категорией обоих регионов ответили «правильно», а ответы порядка 50,0% из них показали не только знание клинического протокола, но и высокую степень клинического мышления (в отличие от врачей с первой и второй категорией и не имеющих категории). Соотношение «правильных» и «неправильных» ответов у специалистов без категории было одинаковым.

Последовательным подтверждением вышеизложенного послужили результаты ответа на вопрос, «как Вы считаете, в полном ли объеме Вы выполняете требования клинического протокола при постановке диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?». «Да» ответили 70 (67,3%) респондентов Брестской и 70 (58,3%) Гомельской области, «нет» – соответственно 34 (32,7%) и 50 (41,7%) респондентов. Удельный вес отрицательных ответов у специалистов с разной категорией колебался в пределах 35–50%, что свидетельствует о сопоставимости уверенности в знаниях при принятии решения.

Сравнительный анализ «стремящихся» (уровень стремления к повышению квалификации и его реализации) и «компетентных» (лица, ответившие «абсолютно правильно» и «условно правильно») показал, что в Брестской области среди «стремящихся» врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет) (рис. 4).

В возрасте от 30 до 50 лет, когда в Брестском регионе наблюдался опережающий рост «стремящихся» врачей-специалистов (+0,09), уровень компетентности в части рассматриваемых вопросов был почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%).

По срокам доведения до респондентов нормативных документов и частоте проведения об-

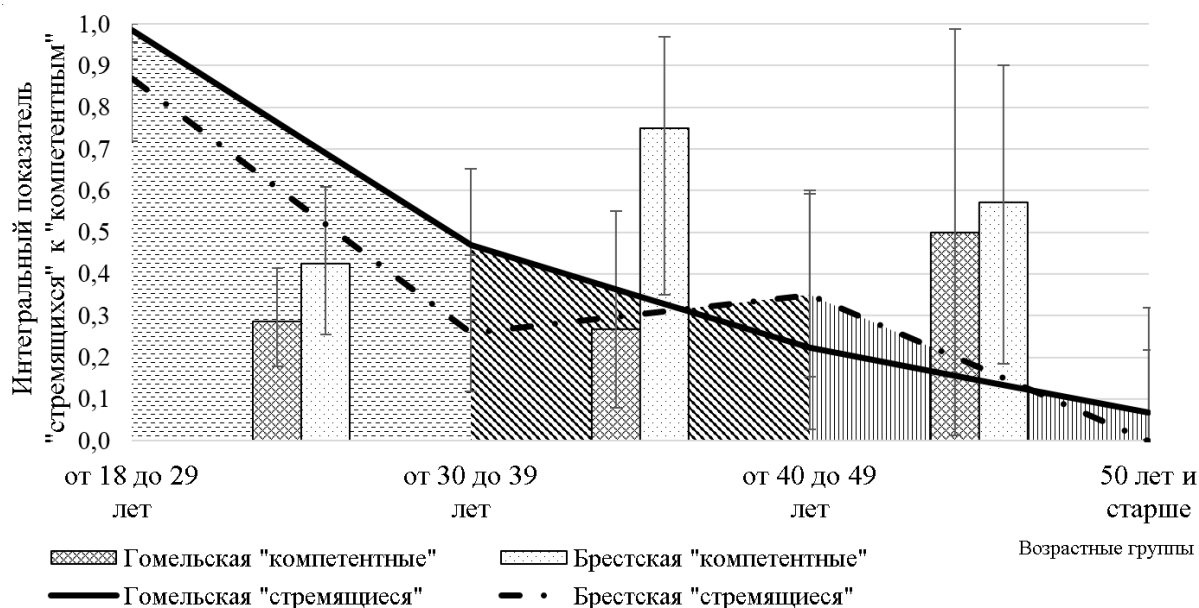


Рис. 4. Уровень компетентности в рассматриваемых вопросах среди «стремящихся» специалистов Брестской и Гомельской областей

разовательных семинаров достоверные различия между регионами не отмечены. Заслуживает внимания то, что 64,4% респондентов Гомельской и 68,4% Брестской областей отметили редкость проведения образовательных семинаров (раз в год и реже), в то время как срок доведения нормативной документации в пределах 2 недель подтвердили порядка 80% респондентов в обоих регионах.

#### Заключение

Таким образом, проведенный анализ в целом показал низкий уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) в части знаний критериев установления диагноза «Аутоиммунный тиреоидит», а у 40,6% (91 из 224) опрошенных – в принципе сомнительные знания тиреодологии. 45,0% (54 врача-специалиста) респондентов в Гомельской области и 35,6% (37 врачей-специалистов) респондентов в Брестской области неправильно указали критерии установления АИТ. При этом, доля врачей Гомельской области (44,2%), которые при объективном осмотре используют пальпацию ЩЖ менее чем в 50% случаев, была выше в сравнении с Брестским (30,8%) регионом. В то же время, в Брестской области отмечен положительный тренд в уровне стремления к повышению квалификации и его реализации («стремящиеся» респонденты) в зависимости от возрастных групп (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше): так, в возрасте 30–49 лет уровень

«стремящихся» лиц рос (прирост 0,09), и уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет). Этот показатель почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%; прирост -0,25 соответственно), то есть мотивация к повышению профессионализма остается выше в Брестской области.

#### Литература

1. Рожко, В.А. Заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь и радиационный фактор / В.А.Рожко, И.В.Вейлкин, Т.М.Шаршакова // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2020. – Т.65, №2. – С.27–33.
2. Рожко, В.А. Особенности формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь / В.А.Рожко, Т.М.Шаршакова, И.В.Вейлкин, Л.И.Данилова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – №2. – С.45–51.
3. Данилова, Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные заболевания / Л.И.Данилова. – Минск – Нагасаки, 2005. – 470 с.
4. Шаршакова, Т.М. Комплексная организационно-медицинская оценка формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь / Т.М.Шаршакова, В.А.Рожко, И.В.Вейлкин // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2020. – №1. – С.154–160.
5. Прикладная социология в маркетинговых исследованиях: пособие по одноименному курсу для студентов специальности 1-26 02 03 «Маркетинг» дневной и заочной форм обучения / В.В.Кириенко. – Гомель: ГГТУ им. П.О.Сухого, 2013. – 84 с.



**ASSESSMENT OF COMPETENCE LEVEL OF PHYSICIANS OF OUTPATIENT POLYCLINIC LINK IN ORGANIZATIONAL AND MEDICAL ISSUES' DECISION-MAKING**

<sup>1</sup> V.A.Rozhko, <sup>1</sup> T.M.Sharshakova,  
<sup>2</sup> I.V.Veyalkin

<sup>1</sup> Gomel State Medical University, 5, Lange Str., 246000, Gomel, Republic of Belarus

<sup>2</sup> Republican Scientific and Practical Center for Radiation Medicine and Human Ecology, 290, Ilyicha Str., 246040, Gomel, Republic of Belarus

Survey-based assessment of general practitioners in Brest (104 respondents) and Gomel (120 respondents) Regions showed the absence of any significant differences between these regions in competence of specialists in solution of organizational and medical issues. However, there were positive trends in the level of commitment to advanced training and its implementation (“aspiring” respondents) depending on age groups (from 18 to 29; from 30 to 39 years; from 40 to 49 years; 50 years and older) and region. The level of “aspiring” respondents in the Brest Region increased (an increase by +0,09) at the age of 30–49 years, and to 49 years it was 1,5 times higher than in the Gomel Region (an increase

by -0,25). The level of competence increased from 42,0% (in age group of 18–29 years) to 75,0% (in age group of 30–49 years) and it was 2,8 times higher in the Brest Region than in the Gomel Region (27,0%).

Keywords: autoimmune thyroiditis; physicians' competence; “aspiring” respondents; specialist awareness.

**Сведения об авторах:**

**Рожко Валентин Александрович**, УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, аспирант; e-mail: urahara@mail.ru.

**Шаршакова Тамара Михайловна**, д-р мед. наук, профессор, УО «Гомельский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+375232) 754472; e-mail: publ\_health@gsmu.by.

**Вейлкин Илья Владимирович**, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», зав. лабораторией эпидемиологии; тел.: (+375232) 389510; e-mail: veyalkin@mail.ru.

*Поступила 12.03.2020 г.*