

**КИЇВСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**В. Є. АБРАМОВИЧ**

**ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА  
ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ  
У ФРАНЦІЇ**

*МОНОГРАФІЯ*

*За загальною редакцією Р. В. Піскової*

Київ – 2018

УДК 378.09:61-052](44)(043.3)

А 16

*Схвалено до друку рішенням Вченої ради  
Київського міжнародного університету  
(протокол №10 від 31.05.2018 р.)*

**Рецензенти:**

**Артемова Л. В.**, доктор педагогічних наук, професор, завідувач відділу аспірантури КиМУ;

**Мартиненко С. М.**, доктор педагогічних наук, професор, проректор з питань розвитку КиМУ;

**Величко В. І.**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету

**Абрамович В. Є.** Професійна підготовка лікарів загальної практики у Франції: монографія / за заг. ред. Р. В. Піскової / В. Є. Абрамович. – Київ: КиМУ, 2018. – 319 с.

У монографії розглянуто особливості професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на медичних факультетах університетів Франції; представлено ретроспективний аналіз становлення французької системи медичної освіти; висвітлено організаційно-педагогічні засади формування професійних компетенцій майбутніх фахівців загальної практики. За результатами порівняльно-педагогічного аналізу професійної підготовки лікарів загальної практики у вищих навчальних закладах України і Франції обґрунтовано рекомендації щодо шляхів імплементації французького досвіду у вітчизняній медичній освіті.

Монографію адресовано науковцям і фахівцям у галузі порівняльної педагогіки й охорони здоров'я та викладачам і студентам вищих медичних навчальних закладів.

**ISBN 978-617-651-201-1**

© Абрамович В. Є.

## ЗМІСТ

|  |     |
|--|-----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ .....  | 4   |
| ВСТУП.....   | 11  |
| РОЗДІЛ 1. ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ФРАНЦІЇ .....  | 13  |
| 1.1. Становлення медичної освіти у Франції.....  | 18  |
| 1.2. Тенденції розвитку і модернізації системи вищої медичної освіти сучасної Франції.....   | 40  |
| 1.3. Характеристика спеціальності «Загальна практика» в системі охорони здоров'я Французької Республіки.....                                       | 54  |
| Висновки до першого розділу .....  | 79  |
| РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ФРАНЦІЇ.....  | 82  |
| 2.1. Організація та зміст професійної підготовки лікарів на додипломному етапі навчання у Франції.....   | 83  |
| 2.1.1. Особливості вступу на французькі медичні факультети .....   | 84  |
| 2.1.2. Програма додипломної підготовки лікарів у Франції.....  | 101 |
| 2.2. Методи і засоби навчання та оцінювання в професійній підготовці майбутніх лікарів Франції .....   | 120 |
| 2.3. Класифікаційний розподіл випускників і специфіка навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика» у Франції в сучасних умовах..... | 138 |
| Висновки до другого розділу .....  | 160 |
| РОЗДІЛ 3. ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ФРАНЦУЗЬКОГО ДОСВІДУ З ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ .....                   | 163 |
| 3.1. Сучасний стан підготовки фахівців за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» в Україні .....                                     | 163 |
| 3.2. Порівняльний аналіз і шляхи імплементації французького досвіду в повний цикл професійної підготовки вітчизняних сімейних лікарів.....         | 180 |
| Висновки до третього розділу .....   | 200 |
| ВИСНОВКИ .....   | 203 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....  | 209 |
| ДОДАТКИ.....   | 250 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

|   |   |
|---|---|
| AHU: Assistant Hospitalier Universitaire dans les disciplines biologiques et mixtes | Шпитально-університетський асистент – тимчасовий співробітник університетської лікарні (2–4 роки) |
| ANAES: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé                    | Національне агенство з акредитації та оцінювання охорони здоров'я                                 |
| ANEMF: Association Nationale des Étudiants en Médecine de France                    | Національна асоціація медичних студентів Франції  |
| APP: Apprentissage Par Problèmes  | Проблемне навчання  |
| ARC: Apprentissages au Raisonnement Clinique  | Навчання клінічного мислення  |
| ARS: Agences Régionales de Santé  | Регіональні агенства охорони здоров'я   |
| Bac S   | Диплом бакалавра наукового спрямування  |
| CAE: Carnet d'auto-évaluation   | Журнал самооцінювання   |
| CAP: Praticien Adjoint Contractuel  | Лікар-асистент, що працює за контрактом   |
| CC: cas cliniques   | Клінічний випадок   |
| CCA: Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux                        | Керівник клінічної університетської практики – асистент лікарні                                   |
| CCC: Certificat de compétence clinique  | Сертифікат клінічної компетентності   |
| CCPC: Certificat Couplé à la Pratique Clinique                                      | Подвійний сертифікат клінічної практики   |
| CCMG: Chef de Clinique de Médecine Générale   | Керівник клінічної практики із загальної практики   |
| CCU-MG: Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale                       | Керівник клінічної університетської   |

|  |  |
|--|--|
|  | практики із загальної практики   |
| CESP: Contrat d'engagement de service public   | Угода державної зайнятості   |
| CHU: Centre Hospitalier Universitaire  | Університетський клінічний центр (УКЦ)   |
| CNG: Centre National de Gestion des Practiciens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière | Національний центр управління роботою лікарів-практиків і персоналу Державної служби контролю за діяльністю лікарень (НЦУ) |
| CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants   | Національна колегія викладачів загальної практики  |
| CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins   | Національна рада державної колегії лікарів   |
| CNU: Collège National des Universités  | Національна колегія університетів  |
| CPN: Commission Pédagogique Nationale  | Державна педагогічна комісія   |
| CPNES: Commission Pédagogique Nationale des Études de Santé  | Національна педагогічна комісія з медичної освіти  |
| CSCI: Conseil Scientifique des Concours d'Internat   | Вчена рада з вступу до інтернатури   |
| CSM: Conseil Scientifique de Médecine  | Вчена медична рада (ВМР)   |
| CUMG: Collège universitaire de médecine générale   | Коледж (кафедра) загальної практики університету   |
| DCP: dossier clinique progressif   | «Прогресивне досьє» – детальна історія хвороби з поступовим збільшенням складності завдань                                 |
| DES: Diplôme d'Études Spécialisées   | Диплом спеціалізованої освіти  |
| DESC: Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires  | Диплом додаткової спеціалізованої освіти   |

|   |   |
|---|---|
| DFASM: Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales                                     | Диплом поглибленої медичної освіти  |
| DFGSM: Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales  | Диплом загальної медичної освіти  |
| DGFIP: Direction générale de la formation et de l'insertion professionnelle                       | Головне управління з професійної освіти та працевлаштування                         |
| DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins  | Головне управління із забезпечення медичного обслуговування (ГУМО)                  |
| DMG: Département de médecine générale<br>або DUMG: Département Universitaire de Médecine Générale | Кафедра загальної практики  |
| DPC: Développement professionnel continu  | Безперервний професійний розвиток   |
| DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                                    | Регіональне управління із санітарних і соціальних питань                            |
| DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques                 | Управління з досліджень, освіти, оцінювання та статистики                           |
| ECN: Épreuves Nationales Classantes   | Національні класифікаційні іспити (НКІ)   |
| ECOS: Éxamen Clinique Objectif Structuré  | Об'єктивний структурований іспит з клінічних компетенцій                            |
| Espace numérique de travail/Espace personnel de formation   | Персональна віртуальна зона навчання  |
| FLQ: Formulation en Ligne des Questions   | Формулювання питань викладачам онлайн   |
| GEAPI: Groupe d'échanges et d'analyses des pratiques pour les internes                            | Група з аналізу та обміну практичним досвідом для інтернів                          |
| GEAPIT: Groupe d'échanges et d'analyses des pratiques pour les internes avec les tuteurs          | Група з аналізу та обміну практичним досвідом для інтернів під керівництвом тьютора |
| Groupes de Pairs  | «Групи партнерів» – наради лікарів  |

|   |  |
|---|--|
|   | однієї спеціальності з аналізу складних ситуацій практики, застосовується як метод професійного навчання інтернів  |
| HAS: Haute Autorité de Santé  | Верховна рада охорони здоров'я   |
| HDR: habilitation à diriger des recherches  | «Дозвіл на наукове керівництво» – університетський ступінь, що присуджується після закінчення докторантури         |
| HPST: Hôpital, patients, santé, territoires   | Закон від 21 липня 2009 р. щодо реформи лікарень, догляду за хворими, системи охорони здоров'я і її регіоналізації |
| IMG: Interne en Médecine Générale   | Інтерн загальної практики  |
| ISNAR-IMG: InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale | Національне автономне представницьке об'єднання профспілок інтернів загальної практики                             |
| LCA: Lecture Critique d'un Article Médical  | Критичне читання медичної статті   |
| LMD: Licence - Master - Doctorat  | Ліценціат–магістратура–докторантура (ЛМД)  |
| MCU-PH: maître de conférence des universités-praticien hospitalier                            | Доцент університету – лікар шпиталю  |
| MEA: Module d'Exercice Ambulatoire  | Курс амбулаторної практики в кабінеті лікаря загальної практики  |
| MG: Médecine Générale, médecine générale – médecine de famille                                | Загальна практика (ЗП), загальна практика – сімейна медицина (ЗП – СМ)   |
| Mémoire de stage  | Звіт з практики  |
| Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche            | Міністерство національної освіти, вищої освіти та наукових досліджень  |

|   |  |
|---|--|
|   | (МВОД)   |
| Ministère des Affaires sociales et de la Santé  | Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я (МСОЗ)   |
| MOP: Module Optionnel Prévention  | Курс за вибором з профілактики   |
| MSU: maitre de stage des universités  | Університетський керівник практики   |
| Officier de santé   | «Офіцер медичної служби», або «медичний службовець»  |
| OMG : Observatoire de la Médecine Générale  | Інформаційний центр з загальної практики   |
| ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé  | Національний інформаційний центр з питань демографії медичних працівників  |
| PACES: Première Année Commune aux Études de Santé   | Загальний перший курс медичної освіти  |
| PAE: procédure d'autorisation d'exercice  | Процедура отримання дозволу на ведення практики – авторизації Міністерства охорони здоров'я  |
| PCB: certificat d'études physiques, chimiques et biologiques  | Свідоцтво про вивчення фізичних, хімічних і біологічних наук   |
| PHU: praticien hospitalier universitaire  | Лікар шпиталю – тимчасовий викладач університету   |
| PRESAGE: Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'apprentissage des Attitudes et des Gestes | «Симуляційна навчально-дослідна платформа для вивчення порядку дій та маніпуляцій» – перша медична практика, що проводиться в симуляційному центрі |
| PU-PH: professeur des universités-praticien hospitalier   | Професор університету – лікар-практик шпиталю  |
| QCM: Questions (ou questionnaire) à   | Тест множинного вибору з кількома  |



|   |   |
|---|---|
| choix multiple  | правильними відповідями   |
| QCS: Questions à choix simple (unique)                          | Тест множинного вибору з однією правильною відповіддю   |
| QI: questions isolées   | «Окремі питання» у формі QCM або QROC для оцінювання базових знань (анатомія, фізіологія, фармакологія) |
| QR: Questions rédactionnelles                                   | Творчі відповіді на запитання   |
| QROC: Questions à réponse ouverte courte                        | Короткі запитання із творчими відповідями   |
| Rencontres Généralistes   | Групові зустрічі з лікарем загальної практики   |
| RIT: Rencontres individuelle avec le tuteur                     | Індивідуальні консультації з тьютором   |
| RSCA: Récits de situations complexes et authentiques            | «Опис складних автентичних ситуацій» – клінічних випадків у практиці інтерна                            |
| SASPAS: Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé | Автономне амбулаторне стажування з первинної допомоги під контролем керівника практики                  |
| SEPI: Séances d'Enseignement Présentiel Interactif              | Очні інтерактивні заняття   |
| SFMG: Société Française de Médecine Générale                    | Французька спілка загальної практики  |
| SFTG: Société de Formation Thérapeutique du Généraliste         | Товариство терапевтичної освіти лікарів загальної практики  |
| SIDE: Système Informatique Distribué d'Évaluation en Santé      | Комп'ютеризована розподілена система оцінювання в медичній освіті                                       |
| SNEMG: Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale   | Національна профспілка викладачів загальної практики  |
| Stage de sémiologie   | «Практична семіологія» – клінічна практика ознайомлення з основами                                      |

|   |   |
|---|---|
|   | лікарської діяльності                         |
| TD: travaux dirigés   | Семінари                                      |
| TP: travaux pratiques   | Лабораторна робота (практикуми)               |
| UE: Unité d'Enseignement  | Навчальний юніт (блок дисциплін)              |
| Unité d'Enseignements Intégrés (EI)   | Інтегрований навчальний юніт                  |
| UE Optionnelle (ECL: Enseignement à Choix Libre)  | Курс за вибором                               |
| Unité d'Enseignements Thématiques (ET)  | Тематичний навчальний юніт                    |
| UFR: Unité de Formation et de Recherche   | Навчально-дослідне об'єднання (факультет)     |
| WFME: World Federation for Medical Education  | Всесвітня федерація медичної освіти (ВФМО)    |
| WONCA: World Organization Of Family Doctors (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) | Всесвітня організація сімейних лікарів (ВОСЛ) |

## ВСТУП

Проблема охорони здоров'я та рівня розвитку медицини в Україні залишається однією з найактуальніших упродовж усього періоду незалежності нашої держави. За офіційними статистичними даними МОЗ України за 2014 р. та згідно з дослідженнями міжнародних і європейських агенств, в Україні – один із найвищих рівнів смертності, головними причинами якої було визнано: низький рівень обізнаності населення про стан свого здоров'я; незаразні хвороби і хронічні стани; серйозні ризики, пов'язані з поширенням хронічних захворювань, недостатні профілактичні заходи й неефективна робота вітчизняної системи охорони здоров'я. Попередження та з'ясування подібних питань покладаються на заклади первинної ланки медичної допомоги, на спеціалістів загальної практики – сімейної медицини; відтак, головним завданням державної політики постає забезпечення населення необхідною кількістю висококваліфікованих сімейних лікарів та їхня якісна професійна підготовка.

Основи сучасного процесу модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я окреслено Національною стратегією реформування галузі на період 2015–2020 рр., серед головних завдань якої є підвищення мотивації медичного персоналу, якості обслуговування населення в закладах сімейної практики й до- та післядипломної медичної освіти відповідно до європейських стандартів. З другого боку, досі не було розроблено такої системи підготовки сімейних лікарів, яка б у повному обсязі відповідає міжнародним нормам та вимогам і національним потребам.

Вітчизняними науковцями досліджуються різні аспекти проблеми професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини, а саме: державного управління реформуванням галузі (О. Виноградов, Р. Грицько,

Б. Лемішко), оптимізації підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі (Н. Михайловська, Ю. Колесник та ін.), запровадження сімейної медицини як наукової спеціальності (Ю. Вороненко, Г. Лисенко, В. Антоненко), питання підвищення якості підготовки лікаря (Л. Стрільчук, І. Вітенко, І. Мельник, Л. Глушко та ін.), порівняльний аналіз підходів до підготовки сімейних лікарів в Україні та світі (Ю. Вороненко, В. Ткаченко, О. Шекера, Г. Стечак) тощо.

Україна на шляху інтеграції в Європейський Союз вимагає врахування міжнародного досвіду запровадження та вдосконалення професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини, що актуалізує проведення всебічного науково-педагогічного аналізу досвіду провідних західних країн, зокрема Франції, з реформування вищої медичної освіти в цілому та підготовки майбутніх фахівців первинної медичної допомоги, зокрема, для встановлення загальних закономірностей, тенденцій та окреслення напрямів модернізації вітчизняної системи підготовки сімейних лікарів.

## РОЗДІЛ 1

### ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ФРАНЦІЇ

Французький педагогічний досвід завжди цікавив вітчизняних і російських науковців. Одним із засновників цього напрямку досліджень сучасної порівняльної педагогіки вважається радянський науковець Борис Львович Вульфсон [38; 39]. У його працях надається великого значення розкриттю методологічних і теоретичних проблем педагогічної компаративістики, вивченню історії та сучасного стану освіти у Франції, що дало нам методологічні основи власної наукової розвідки, серед яких потрібно викремити обов'язкову комплексність вивчення педагогічної проблеми, охоплення всіх її аспектів, що забезпечує виявлення органічних взаємозв'язків між різними феноменами.

Важливим для нашого дослідження стало вивчення дисертаційних робіт А. П. Максименка [81] та О. А. Бочарової [27], які в загальному контексті історико-педагогічного аналізу становлення і модернізації університетської освіти у Франції розглядають проблему розвитку вищої медичної освіти.

О. А. Бочарова провела комплексне дослідження процесу реформування системи вищої освіти Франції (кінець 1960-х – 2004 р.). Вона зазначає, що Франція відіграла одну з провідних ролей у процесі створення Європейського простору у сфері вищої освіти. Серед головних тенденцій сучасної модернізації вищої освіти дослідниця виділяє демократизацію, яка «означає чітку супідрядність різних шаблів навчання, наявність прямого зв'язку між ними, ліквідування безвихідних варіантів» [27, с. 88]. Система вищої освіти Франції характеризується різноманітністю, центральне місце в якій посідають університети. Аналізуючи основні реформи вищої школи Франції, автор дійшла

висновку, що їх основою було повне оновлення системи, забезпечення принципів безперервності, гнучкості та варіативності освіти [27, с. 119]. «Вища школа Франції постійно удосконалюється, реагуючи на суспільні вимоги й міжнародні тенденції розвитку освіти, піклуючись про зростання творчо-продуктивної компетентності випускників не лише вищих професійних закладів, а й університетів. На практиці це означає прискорену професіоналізацію всіх вищих рівнів освіти з урахуванням змін у потребах національного й світового ринків праці» [27, с. 143].

У межах дослідження становлення і розвитку університетської освіти Франції (XIX–XX ст.) А. П. Максименко, серед іншого, відмічає, що «сучасний розвиток системи університетської освіти ґрунтується на соціально-економічних і педагогічних засадах, сформованих у 60-80-х рр. XX ст. та процесах глобалізації, що набули широкого розвитку в кінці минулого сторіччя і ведуть до ліквідації академічних меж функціонування національних університетів, повернення університетському навчанню транснаціонального характеру». Він також наголошує на тому, що обрані країною напрями реформування вищої освіти (демократизація, підвищення якості, інтеграція науки, освіти і ринку праці, професіоналізація університетської ланки тощо) визнаються взірцевими в країнах Європейського Союзу [81, с. 383–385]. Ми погоджуємося, що в науково-педагогічному дослідженні зарубіжного досвіду найдоцільнішим є аналіз країн, порівняно близьких до нашої за педагогічними традиціями, суспільно-демократичними цінностями та державною політикою. Тому наше звернення до системи підготовки лікарів загальної практики саме в університетах Франції зумовлено, серед іншого, тим фактом, що на відміну від більшості країн Європи та Америки, у Франції, як і в Україні, існує жорстка централізована система управління освітою та охороною здоров'я. До того ж, Франція відома значним внеском у теорію та практику вищої освіти, розвинутими демократичними традиціями педагогічної думки загалом і медичної зокрема, багатовіковим унікальним досвідом у підготовці лікарів.

Дослідження становлення, розвитку і функціонування системи медичної освіти Франції загалом і професійної підготовки лікарів загальної практики зокрема зумовило необхідність вивчення значної кількості оригінальних документальних, історичних, соціологічних, педагогічних та інших наукових джерел із питань медичної освіти Франції. У працях П. Бурдьє, Ж.-К. Пассрона, Л. Агнелі, Ф. Агузолі, П. Амбруаза-Томаса, Я. Бургея, А. Леона, П. Роша, Е. Пікара, Ж. Фрексіноса, С. Бушено, К. Даріко-Люга, Ш. Курі, М. Віаля, Ж. Тардіфа, А.-Ш. Харді-Дюберне, Д. Валаша, С. Дену, Ж.-Ф. Денефа, А. Кінтона, К. Гедіоз, Ш. Бронера, Д. Пушена, К. Аталі, Е. Гілона, П.-Л. Дрюе, Б. Гая, В. Ренара, А. Корілійо та ін. відображено різні аспекти становлення педагогічної думки, медичної галузі та освіти в різні історичні періоди, загальні сучасні тенденції розвитку всієї системи освіти, дискусії з проблем реформування професійної підготовки лікарів загальної практики, педагогіки й методики викладання на медичних факультетах, відбору претендентів на медичне навчання, теоретичного обґрунтування спеціальності «Загальна практика» в системі охорони здоров'я Франції, результатів Національних класифікаційних іспитів та розподілу студентів.

Дослідження проблеми професійної підготовки фахівців різноманітних напрямів у Франції (Є. В. Харлашина, О. В. Голотюк, В. П. Лащихіна, Г. В. Лещук, Т. Б. Кашпірева), В. В. Хоменко, Т. О. Плюшкіна, О. В. Царьова), О. І. Авксентьева та ін.) дозволило виділити певні загальні національні пріоритети французької системи, а саме: забезпечення мобільності студентів у європейському навчальному просторі, загальний державний контроль за кількістю необхідних спеціалістів згідно з потребами галузі та якості їх підготовки, гнучкість і варіативність навчальних програм, раннє залучення до виробничої практики, активізація навчальної діяльності різноманітними засобами, формами і методами, компетентістний підхід тощо.

У пошуку загальних сучасних закономірностей і тенденцій реформування медичної освіти (Ю. Е. Лавриш, П. Б. Уліаш, О. М. Канівець, Г. І. Кліщ, І. П. Багрій, Н. В. Кучумова, Л. Г. Логуш) і, безпосередньо, сімейних лікарів (І. О. Паламаренко, Л. А. Михайленко) у країнах Європи та Америки було з'ясовано, що в кожній країні цей процес відбувається по-своєму з урахуванням національних традицій і суспільно-економічних пріоритетів, але загальним є прагнення до формування цілісної особистості медичного працівника, поважаючого особистісні прагнення пацієнтів, спроможного працювати в команді, обізнаного в досягненнях медичної науки та техніки, які постійно прогресують, здатного до самовдосконалення впродовж життя.

Значний науковий інтерес становить дослідження професійної підготовки лікарів загальної практики у вищих медичних закладах Великої Британії І. О. Паламаренко. Передусім, дослідницею розкрито сутність поняття лікар загальної практики – сімейний лікар – «це фахівець, який пройшов повну спеціалізацію за програмою «загальна практика / сімейна медицина» і має відповідний сертифікат» [99, с. 67–73]. Аналіз праці довів, що хоча країни Європи намагаються слідувати стандартам Болонської конвенції і вимогам до підготовки сімейних лікарів окреслених Всесвітньою організацією сімейних лікарів, кожна з них дотримується принципу збереження національних традицій та ідентичності власної системи освіти. Спільними рисами систем вищої медичної освіти Великої Британії і Франції ми можемо визначити: «дотримання принципів індивідуалізації, диференціації, інформатизації, гуманізації та гуманітаризації, доступності та послідовності; ступеневий характер організації навчального процесу та варіативність навчальних програм»; «ранньою орієнтацією на практичну діяльність, інтеграцією теоретичної і практичної підготовки, формуванням дослідницьких умінь та навичок, застосуванням сучасних інноваційних технологій; високою мобільністю студентів, пріоритетністю навчання, центром якого є студент, а не викладач»; навчання «в



умовах, максимально наближених до реальних життєвих ситуацій», компетентістним підходом у навчанні й оцінюванні [99, с. 189–190]. Утім, національні особливості британської системи включають: набагато більшу автономію медичних шкіл у змістовно-організаційному формуванні навчальної програми, значно ретельнішою селекцією кандидатів на до- та післядипломному етапах, загально-орієнтованою 2-річною інтернатурою з подальшою спеціалізацією в 3-річній резидентурі тощо.

Отже, головним завданням будь-якого дослідження зарубіжного науково-педагогічного досвіду постає розв'язання проблеми його творчого застосування з урахуванням вітчизняної специфіки і збереження національних традицій.

Розв'язання проблеми підвищення якості підготовки сімейних лікарів в Україні загострилась в останнім 10-літтям в зв'язку з державною політикою повного переведення амбулаторної допомоги на засади сімейної практики. Аналіз праць вітчизняних науковців (О. В. Виноградов [33], Р. Ю. Грицько [48; 49], Б. Б. Лемішко [71]), Н. С. Михайловська [88], Ю. М. Колесник [63; 64], Ю. В. Вороненко, Г. І. Лисенко [36], В. А. Антонєць [21], Л. М. Стрільчук [128], І. С. Вітенко, І. В. Мельник [31], Л. В. Глушко [41; 42; 43] та ін.) виявив як низку позитивних здобутків роботи в цьому напрямі, так й існуючі недоліки (див. підрозд. 3.1), що сформувало основу для порівняльного аналізу систем професійної підготовки лікарів загальної практики в Україні і Франції та формулювання рекомендацій щодо можливих шляхів імплементації французького досвіду у вітчизняну практику.

Отже, враховуючи загальні методологічні принципи комплексності в проведенні науково-педагогічного дослідження, історико-педагогічний аналіз генезису медичної освіти на теренах Франції та, відповідно, суспільно-політичних умов і філософсько-педагогічних течій, під впливом яких вона розвивалась, надасть нам можливість виявити підґрунтя формування сучасної системи професійної підготовки лікарів загальної практики у Французькій Республіці.

## 1.1. Становлення медичної освіти у Франції

Одними з ґрунтовних досліджень з історії Франції вважаються праці Ж. Карпантьє і Ф. Лебрена [57] та Ієна Літлвуда [58], які визнають 500-ті рр. до н.е. її початком, зокрема медичної практики та освіти, що визначаються двома важливими подіями, уперше відображеними в письмових документах: прихід кельтів до Східної Франції та стрімкий розвиток грецьких колоній у Південній її частині.

З появою кельтів у стародавніх джерелах виникло поняття Галлії, що визначало землі, зайняті кельтським народом, між Рейном, Середземним морем та Атлантичним океаном [57, с. 27]. Юлій Цезар у своїй праці «Нотатки про галльську війну» відмічає, що друїди брали активну участь у проведенні релігійних ритуалів і з'ясуванні релігійних питань; навчали молодь наук і взагалі користувалися великою повагою серед галлів [58, с. 4–5]. Дослідник релігії древніх кельтів Дж. Маккалох виділяє дві частини освітніх функцій друїдів: простий народ вони навчали морального кодексу, а в езотеричній його частині, що включала походження Всесвіту, закони природи, секрети окультної медицини й цілительства та багато іншого, – тільки посвячених, які повинні були походити з гарних сімей і мати високі моральні якості [80, с. 263–265]. У дослідженні проблеми професійної підготовки лікарів загальної практики у Великій Британії І.О. Паламаренко зазначила: «За античними свідченнями така освіта тривала близько двадцяти років. Друїди створювали на заселених кельтами територіях цілу систему навчальних закладів різного рівня, де основам медичних знань у властивому для тих часів сакральноміфологічному контексті було відведено одну з першорядних ролей» [99, с. 29].

Перше грецьке поселення на теренах сучасної Франції, Массалія (Марсель), було засноване вихідцями з міста Фокея в Малій Азії приблизно у 600 рр. до н.е. [57, с. 25–26]. Хоча оцінити реальний вплив присутності греків у Південній Галлії досить важко, вона, безперечно, не могла не позначитися на економічних і соціокультурних аспектах життя місцевого населення. Грецька медична наука того часу досягла вершин розквіту й тому ми можемо допустити, що греки передавали свої медичні знання та систему навчання галлам.

Основу тогочасної грецької медичної науки (VI–V ст. до н.е.) заклали школи Асклепія, які були спільнотами лікарів, що підтримували однакові теорії, і схожі, радше, на сучасні академії, ніж на медичні факультети чи інститути. Метою медичного навчання була передача учням знань і вмінь, необхідних у роботі лікаря. Воно розпочиналося з дуже раннього віку, і якщо батько юнака, який прагнув навчатися медицини, був лікарем, то він, звісно, ставав його першим учителем.

Значний науковий інтерес становить праця Теодора Пушмена (Т. Puschmann, 1891), яка присвячена історії медичної освіти й насамперед – підготовці лікарів на теренах Франції [314]. Він зазначає, що медична наука та професія набули найзначнішого розвитку, завдячуючи працям Гіппократа і його учнів, які визначили два головні принципи медицини: ретельне обстеження й методичний аналіз фактів і бездоганна моральність у роботі (клятва Гіппократа й досі є основою медичної деонтології). Вони вважали, що мистецтву лікування потрібно навчати за чіткою системою, як і будь-якій іншій професії, і лише тими, хто володів необхідними знаннями та навичками. Один викладач проводив повний курс медичної підготовки студента і знайомив його з усім, що потрібно знати з різних галузей медицини. Право викладати надавалося тільки тим, хто власне працював лікарем і володів необхідними

знаннями й досвідом. Викладач передавав учням власні погляди на будову та функціонування людського тіла, пояснював можливі причини захворювання, на практиці вказував на симптоми хвороб і методи їх лікування [314, с. 41–42].

Менш ніж за століття, від 125 до 50 року до н.е., Галлія була анексована Римом і перетворилася на важливу складову частину Західної Римської імперії [57, с. 41]. Ієн Літлвуд вважає, що та легкість, з якою галли пристосувалися до римських звичаїв і системи, пояснюється вже існуючим високим рівнем розвитку їх цивілізації [58, с. 1] і підтверджує наше припущення про те, що вони перейняли значний досвід греків ще до приходу римлян.

Освіта у своїх перших організаційних формах на території сучасної Франції була започаткована саме в період римського господарювання в Галлії. Медична освіта проводилася, звісно, за римським зразком, який, у свою чергу, будувався за грецькою системою й спирався на праці грецьких лікарів. Багато істориків впевнені в тому, що процес підготовки лікарів залишався незмінним упродовж століть, зберігаючи спадковість з грецькими медичними школами [25, с. 158]. Ю.П. Лісіцин вказує, що «із зростанням потреб в медичній допомозі і появою лікарів – вільних громадян – їх авторитет виріс і їх усе більше цінували. ...Лікарів почали приймати на державну службу як міських лікарів – архіатрів у столиці, її районах та інших містах імперії. Закони регламентували їх працю, встановлювали їхні обов'язки та пільги, наприклад, надання римського громадянства всім лікарям і плата за їх роботу» [75, с. 61].

Дослідження французьких істориків медицини стверджують, що умови життя лікарів на території Бордо, наприклад, майже не відрізнялися від їх римських колег [319, с. 13]. Державні лікарі працювали в Галлії вже до часів написання «Географії» Страбоном (приблизно 7 р. до н.е.) [127, с. 194]; їх спеціально наймали для надання безкоштовних медичних послуг бідним верствам населення, але їм не заборонялося надавати і приватну допомогу, яка, звісно надавалася заможним сім'ям. Також одним з обов'язків державних лікарів часів владарювання римлян було медичне навчання [314, с. 130–131].

Таким чином й закладалося підґрунтя загальної сімейної медицини у формі приватної лікарської практики («міської медицини» – *médecine de ville*) сучасної французької системи охорони здоров'я.

Здебільшого лікарська підготовка все ж таки проводилася повністю на приватних засадах. Лише у III ст. н.е. Олександр Север (222–235 pp.) вперше офіційно встановив «стипендії» викладачам медицини та надав їм лекційні зали за державний кошт, за що вони повинні були навчати бідних студентів безкоштовно.

У вищих навчальних закладах навчали, разом з грецькою та римською літературою, граматики, історії, філософії, риторики, юриспруденції, математики, астрономії, фізики та інколи – медицини. Тобто основною метою цих шкіл була загальна освіта з усіх галузей знань. Медичні лекції читали науковці-теоретики, так звані «латрософісти», і включали вони філософський аналіз і змістовне обговорення різноманітних проблем з фізіології і патології; практичною підготовкою займались архіатри та звичайні (приватні) лікарі-практики [314, с. 137–138]. Основна відмінність римської медичної освіти від грецької, як відмітив Ф. Р. Бородулін, полягала в більшій спеціалізації та чіткішій організації. Для вступу до медичної школи потрібно було вже мати загальну освіту; «викладання велося не одним, а кількома викладачами з таких предметів: анатомія з фізіологією, фармація з токсикологією, патологія з терапією, хірургія, акушерство з гінекологією. ...Лектори складали власні підручники... які пізніше заклали основу викладання медицини в середньовічних університетах...» [26, с. 118].

Отже, у період від VI ст. до н.е. до V ст. н.е. відбувався процес започаткування національних основ приватної сімейної лікарняної практики та системи медичної освіти з асиміляцією здобутків культур інших народів.

Від IV–V ст. н.е. історичний розвиток Франції виокремлюється трьома значними подіями: встановлення християнства як основної релігії, занепад Римської імперії та початок правління короля Хлодвіга Меровінга, який

покінчив з останніми представниками римської влади в Галлії й почав по частинах збирати Франкське королівство [57, с. 92; 52]. Занепад Римської імперії майже зупинив розвиток медицини та звів нанівець багато започаткувань у системі медичної освіти та практики; але основні організаційні принципи все ж залишилися, серед них заснування лікувальних закладів і система послуг архіатрів і міських лікарів. Храми Муз трансформувались у християнські школи, у яких, окрім базових знань з теології та історії церкви, навчали інших загальноосвітніх предметів. Медицина також часто включалась у програму навчання, передусім у школах монастирів св. Бенедикта [314, с. 192]. Медична наука майже не розвивалась, а навчання лікарів базувалося, здебільшого, на вивченні праць авторів минулих століть. Як зазначає Т.С. Сорокіна: «Головними авторитетами вважалися Гален, Гіппократ та Ібн Сіна. Їх твори, підібрані та рецензовані церковними служителями, завчалися напам'ять. Середньовічні схоласти виключили з учення Галена його видатні експериментальні досягнення в галузі будови та функцій живого організму, тим часом, як деякі його теоретичні уявлення (про цілеспрямованість усіх життєвих процесів у людському тілі, про пневму та надприродні сили) були зведені в релігійну догму і стали прапором схоластичної медицини середньовіччя. Таким чином виник галенізм – спотворене, однобічне тлумачення вчення Галена» [121].

З другого боку, у клінічній медицині виникла можливість практичного отримання знань завдяки відкриттю численних лікарень та інших благодійних закладів. У них лікарі могли на практиці вивчати хвороби і поранення та отримувати навички лікування. На теренах Франції, за свідченням істориків, перші лікарні Отель-Дьйо були засновані в Ліоні (542 р.) і Парижі (651 р.), а також лазарети в Меці, Мاستріші та Вердені [314, с. 148–149; 26, с. 139].

На початок 800 р. Захід об'єднався під владою Каролінгів, коли престол посів Карл Великий, створивши власну імперію [57, с. 107]. 789 р. Карл видав постанову (*Admonitio Generalis*), що приписувала засновувати школи при монастирях і соборах [58, с. 23]. Були створені великі соборні школи в Реймсі, Шартрі та інших містах Франції для підготовки вищого духовництва й світських шкіл – палацова школа Карла Великого, вища школа в Турі (796 р.) тощо. Саме єпископальні (кафедральні) школи стали зародком майбутніх університетів.

Протягом IX ст. єпископальні школи пережили період занепаду через велику конкуренцію між ними та руйнівні набіги норманів. Однак уже у X ст. процес розвитку старих і заснування нових шкіл відновився – у Франції знов виникли навчальні заклади в Суассоні, Вердені, Реймсі, Шартрі та Парижі [50].

Згідно з дослідженням французької вченої Каролін Даріко-Люга (*Caroline Darricau-Lugat, 1999*), першим великим медичним навчальним закладом у середньовічній Європі стала школа міста Салерно в Італії, у якій зустрілись і злилися усі течії тогочасної медичної думки. З IX ст. разом з монастирськими лікарнями в Салерно існувала лікарська корпорація, яка не тільки здійснювала лікування хворих, але й проводила медичне навчання [193].

Традиції Салернської школи частково були підтримані та розвинуті в медичній школі Монпельє, заснованій 768 р. при домініканському монастирі. З кінця XI – початку XII ст. в Монпельє для викладання почали залучати випускників Салернської школи. 1137 р. школа відокремилася від монастиря, а 1145 р. в місті відкрили лікарню, на базі якої проводилося практичне навчання учнів. Офіційно це навчання в місті було визнане 1181 р. постановою Гійома VIII, що забезпечувала свободу викладачеві, який підтвердив свій статус написанням манускриптів або практичним досвідом. 1220 р. був затверджений статут школи, згідно з яким, залишаючись формально підлеглою єпископу, вона набула незалежності у виборі власної адміністрації, главою якої ставав канцлер – світська людина. Також статутом були затверджені наукові ступені: бакалавр – після проходження половини загального терміну навчання

(теоретична підготовка), ліценціат (licence) – після повного курсу цей ступінь надавав право працювати та магістр («метриза» – maîtrise) – надавався викладачам. 1289 р. школа приєдналася до університету Монпельє [193, с. 6].

Паризький університет виник 1200 р. за «хартією» Філіпа II Августа, згідно з якою в одну корпорацію – “Studium generale” («загальна школа») об'єднувалися філософська, юридична та медична паризькі школи [26, с. 141]. Його статут був затверджений раніше, ніж у Монпельє (1215), що, на думку Каролін Даріко-Люга, започаткувало «вигадане традиційне протистояння» цих двох університетів. Особливість же полягала в тому, що Париж віддавав перевагу уможливленим теоретичним побудовам, а Монпельє – практичній медицині [193, с. 4]. Вони також відрізнялися за внутрішньою організацією: медичний факультет у Парижі складався тільки з викладачів, тим часом, у Монпельє медичний університет існував як академічна корпорація професорів і студентів [331, с. 60].

Отже, період IX–XII ст. заклав основи для започаткування університетської освіти в Європі та еволюції медичного навчання у Франції – у складі університетів.

Протягом XIII ст. офіційного статусу набули багато університетів у різних містах Європи. У Франції, після Парижа та Монпельє, такими стали Тулуза (1229) і Гре (1287).

Із заснуванням університетів найперше значно змінилися організаційні засади медичного навчання. Так, за часів раннього середньовіччя, на прикладі школи Монпельє, студентам надавалася значна свобода – вибирати викладача, у якого вони хотіли навчатися, і вирішувати, який обсяг знань їм був потрібний для роботи лікарем. Але з XIII ст. система освіти ускладнюється, повертаючись до традицій, закладених за часів римського господарювання: від кандидатів на базову медичну освіту (3–4 роки на відповідному факультеті) вимагався значний обсяг знань із загальних дисциплін: латинської, грецької, французької мов і філософії (*artes liberales*). Заняття на медичних факультетах проводились



у формі лекцій за працями видатних авторів із коментарями професора та диспутів (*disputationes*); інколи вони закінчувалися відвідуванням хворих удома та в лікарні – дійсним клінічним навчанням.

Після закінчення перших трьох років медичної підготовки студенти складали іспит у формі відповідей на запитання кожного викладача й отримували диплом бакалавра. Наступний етап включав лекції з практичної медицини, практику під керівництвом лікаря від 6 міс. до 2 років і виступи з лекціями (щонайменше три), які супроводжувалися власними коментарями бакалавра [314, с. 239–241]. Загальна медична освіта закінчувалась отриманням ступеня ліценціата (в Монпельє) або метризи (в Парижі) – різниця полягала в тому, що, як ми зазначали вище, у Монпельє ліценціат здобував право тільки на роботу, а після додаткового навчання й отримання ступеня метризи – на незалежне викладання, а в Парижі ступінь метризи присвоювався відразу та надавав право як на практику, так і на викладання. Для цього вимагалось також пройти два випробування: “*per intentionem*” («інтенції» або «з наміром» – “*per intentionem a discipuli Licentiam*” – «з наміром отримання ліценціату») – захист чотирьох тез, теми яких надавалися напередодні, і складання іспиту – “*points rigoureux*” («строгі пункти», або «суворі іспити» – через надзвичайну важкість цих випробувань) – питання за двома певними фрагментами, обраними за жеребкуванням напередодні (одна з тем стосувалася якоїсь хвороби, а друга – одного з афоризмів Гіппократа). Після отримання ступеня, ліценціат (магістр) повинен був читати лекції у своїй школі протягом двох років і мав можливість отримати ступінь доктора, який дозволяв викладати медицину як «доктор-регент» (*docteur-régent*). Для цього складались іспити – “*les triduanes*” («триденні»). Кандидат, який отримував щонайменше дві третини голосів професорів, ставав доктором [193, с. 5; 314, с. 261–263; 236, с. 10].

Встановлена система іспитів передбачала ґрунтовну наукову підготовку, закладаючи основи сучасних вимог високого науково-дослідницького рівня

медичної освіти з обов'язковим захистом дисертації для отримання титулу доктора медицини, що надає право на лікарську практику у Франції.

Важливо зазначити, коли з XIII ст. по всій Франції та Європі впроваджуються жорсткі заходи церкви щодо боротьби з ересю та встановлення контролю за освітою (насамперед це торкнулося Паризького університету, де проти церкви виступили Амрі Бенський і Рожер Бекон), у Салерно та Монпельє медична наука й освіта поступово розвивалися. Навчання анатомії базувалося здебільшого на читанні книжок, інколи воно ілюструвалося малюнками й ескізами, оглядом живого тіла та, дуже рідко, розтином тварин та людей (лише 1375 р. університету Монпельє було надано право на розтин тіла страченого злочинця один раз на рік, а офіційно публічні розтини в Парижі почнуться з XV ст. [314, с. 247–249]).

Саме медичний факультет університету Монпельє став «колискою» та базою викладацької діяльності одних з найвидатніших лікарів тієї епохи – це Генрі Мондевільський (1260–1320), Арнольд де Вілланова (1235–1311), Гі де Шоліак (1298–1368). Останній, зокрема, вважається одним з «батьків хірургії» як галузі медичної науки, яка до того часу вважалася справою цирульників.

За тих часів переважно саме цирульники (від польск. *cyrulik*, від лат. *chirurgus*) займалися практичною медициною. Як зазначає Ненсі Г. Сіраісі (N.G. Siraisi, 1990), у XIII–XV ст. з-поміж 5 тис. лікарів, що працювали у Франції, менше 2 тис. здобули університетську освіту [331, с. 31]. Цирульники мали право займатися малою хірургією, вправляти вивихи, накладати пов'язки при переломах і ранах й утворювали окремий ремісницький цех. Протягом багатьох століть навчитися хірургії (за винятком Монпельє) можна було тільки через цирульні [193, с. 6; 121, с. 247–248]. Також велике значення для майбутнього розвитку хірургії як науки мало об'єднання хірургів в окрему корпорацію «Товариство св. Косьми та св. Дем'єна» (*Confrérie de Saint-Côme et de Saint-Damien*) 1268 р. та створення ними Коледжу святого Косьми в Парижі. Т. Пушмен відмічає: «Члени цієї спілки регулярно організовували зустрічі, на

яких вони обговорювали професійні питання та особливості навчання хірургії, а також передавали власні знання учням. Навчання було здебільшого практичним – студенти супроводжували своїх інструкторів під час відвідувань хворих і там навчалися техніки хірургічного втручання» [314, с. 268]. Як і студенти медицини, після закінчення навчання вони повинні були скласти іспит, що набув офіційного статусу після наказу Філіпа I Вродливого 1311 р., у якому зазначалося: «...жодний не має права практикувати хірургію, не склавши іспиту журі хірургів... на чолі з Жаном Пітаром (Jean Pitard), лейб-медиком короля...» [252].

Отже, з одного боку, існувала суто академічна університетська медична освіта під контролем католицької церкви з великою кількістю забобонів, а з другого – створення ремісничого цеху цирульників дало поштовх для розвитку практичної лікарської діяльності та професійної підготовки.

Останніми століттями Середньовіччя цирульники, хірурги і лікарі сформували три основних групи «медичної професії», але вони розподілялися досить умовно, оскільки, принаймні до XI–XII ст., ці професії не дуже диференціювались на практиці. Здебільшого лікарі працювали за різними напрямками: як особисті лікарі (хірурги) титулованих або заможних осіб, лікували загальну верству населення в цирульнях і надавали приватні консультації вдома, допомагали бідноті в муніципальних лікарнях.

Згідно з дослідженням Лоренса Муліньє (2007), з цих трьох основних медичних професій, починаючи з XIV ст. у Франції, найзатребуванішими муніципальними радами були саме лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які отримували платню з бюджету міста та, паралельно, надавали приватні послуги [328]. Отже, продовжуючи традиції, закладені ще за часів Римської імперії, відбувався розвиток загальної медичної практики.

У XIV–XV ст. Франція, як і вся Європа, зазнала численних важких випробувань: так звана «Сторічна війна» (1337–1453), політичний розбрат між Людовіком XI і Карлом Сміливим, демографічна криза (здебільшого через

чуму, яка наприкінці 1347 р. охопила всю Європу), економічна депресія та релігійні війни [57, с. 167; 58, с. 54]. Це, звісно, вплинуло й на освіту – університет як структура переживав також потужну кризу. Поступово університети переходять з-під контролю церкви до протекторату держави, їх кількість значно збільшується – кожен принц або герцог прагнув мати власний університет у своєму місті, і це дає новий поштовх розвитку медичної освіти. Так, медичні факультети були створені в Каорі, Греноблі, Авіньйоні, Орлеані (школа) та Перпіньяні XIV ст., а – XV ст. у таких містах, як Бордо, Анже, Бурж, Кан, Пуатьє і Нант. З кінцем Сторічної війни, у другій половині XV ст., кількість медичних працівників, відповідно, значно збільшилася, а їх підготовка почала поліпшуватись [193, с. 4]. У цей час відбувається завершення об'єднання Франції й вона сформується як централізована держава.

Розквіт гуманізму в епоху Відродження (у Франції – XV–XVII ст.) значно вплинув на зміни у змісті та методах медичної освіти: головна ідея поваги до людської особистості, до якої слід ставитися з турботою, ввічливістю, добротою і милосердям, визнається основою як навчання, так і лікарської практики; а вивчення давньогрецької та класичної латинської мов разом з працями Гіппократа, Арістотеля та інших стародавніх лікарів розширювало світогляд студентів. У Франції перші гуманістичні ідеї в епоху Відродження були висловлені Гійомом Бюде (1468–1540), П'єром Рамусом (1515–1572), Франсуа Рабле (1494–1553), Мішелем Монтенем (1533–1592) [338].

Нове мислення заклало основи розвитку експериментальних досліджень, що сприяло науковому становленню анатомії, фізіології людини та хімії («ятрохімії») і привело до створення 1634 р. Академії наук. Спираючись на принцип критичного осмислення, де практичний досвід становить основу знань, поліпшився рівень розуміння та діагностики хвороб; хоча ефективність лікування значно не підвищилася через брак відповідних ліків того часу. Як відмічає С.М. Марчукова: «Характер епохи потребував усебічного, енциклопедичного підходу до всіх проявів життя та природи. Лікарі займалися

математикою, щоб... розуміти вплив небесних тіл на здоров'я людини; вивчали грецьку, латинську та арабську мови, щоб читати медичні трактати, книги із зоології, ботаніки та алхімії...» у пошуку нових методів і засобів лікування [83].

До того ж, відкриття та розвиток книгодрукування, яке в Парижі було запроваджене 1470 р. [57, с. 205], сприяє поширенню гуманістичних ідей загалом і, зокрема, медичних знань.

1416 р. Коледж святого Косьми приєднався до Паризького університету як окремий факультет, і його студенти отримали можливість набутися якіснішої академічної підготовки, але це не поліпшило їх низьке соціальне положення [336]. Лише через століття хірургія була визнана університетською дисципліною, але протистояння лікарів і хірургів тривало аж до XVIII ст. [314, с. 269].

Енергійний розвиток інтелектуального життя в Європі сприяв заснуванню багатьох нових університетів. У Франції, на відміну від, наприклад, Германії та Італії, контроль за їх діяльністю та взагалі освітою майже повністю переходить до держави: так були засновані університети в Реймсі (1558), Дюе (1561), Безансоні (1564) і Понт-а-Муссоні (1572) [314, с. 313]; а заснування Колеж де Франс (спочатку як «Королівський колегіум») 1530 року королем Франциском I, який запровадив посади «королівських лекторів» (*lecteurs royaux*), стало, на думку Абеля Лефранка (*Abel Lefranc*), «початком радикальних змін у методах навчання, як і повного оновлення навчальних дисциплін... воно сприяло прогресу загальної культури». Тут безкоштовно викладали давньоєврейську, давньогрецьку та класичну латинську мову, до яких незабаром (1542 р.) приєдналися французьке право, математика й медицина [276, с. 2, 126–127, 381].

Розвиток рівня та змісту медичної науки поступово змінював методику викладання (збільшилися обсяг навчального матеріалу, кількість викладачів і засобів навчання) в більш практичному напрямку. Університетські бібліотеки

поповнювалися книжками, студенти отримали більше можливостей користуватися ними. Також у XVI–XVII ст. в університетах Європи починають закладати ботанічні сади (в Монпельє – 1593 р.; у Парижі – 1626–1635 рр. – «Королівський сад», у якому, окрім навчання ботаніки, проводилися лекції та практичні демонстрації з хімії), що, звісно, сприяло ефективнішому вивченню лікарських рослин майбутніми лікарями й аптекарями й створенню французької фармакопеї 1638 р. [314, с. 320–321; 221].

Як зазначалося вище, характер навчання анатомії змінюється на більш практичний завдяки офіційному дозволу на публічні розтини, що проводилися так: сам розтин виконували хірурги або цирульники, а професор описував і давав пояснення щодо різних частин та органів тіла. У Паризькому університеті пост «прозектора» (патологоанатома) було введено вже 1576 р., 1595 р. – у Ліоні, а в Монпельє – 1598 р. і заснуванням анатомічного театру (в Парижі анатомічний театр було відкрито тільки 1745 р.). Медичне навчання в Монпельє продовжує поліпшуватися зі створенням нових кафедр: анатомії та ботаніки (1593), хірургії та фармації (1597), хімії (1673) [314, с. 325; 269].

Незважаючи на позитивні зміни, загальна структура медичного навчання за цих століть залишалася майже незмінною: два перших роки студенти вважалися «кандидатами» (candidat), наступні два роки після складання іспиту – бакалаврами, потім отримували ліценціат, після якого слідувала докторантура. Лише з 1696 р., після отримання ступеня ліценціата, майбутніх медиків (у Парижі) офіційно зобов'язали проходити курси з ботаніки й анатомії в Королівському саду, проводити консультації для бідняків і два роки допомагати лікарям в Отель-Дьйо. Також до курсу галенової фармації ввели вивчення хімічної фармації.

Отже, у період від XIII до XVIII ст. зі створенням університетів значно змінилися структура та вимоги до вищої медичної освіти і розвинулися її зміст, форми й методи; а також закладаються основи ієрархії лікарів і викладачів.

У XVIII ст. набувають активного розвитку матеріалістичні ідеї в науці, насамперед завдяки французьким лікарям-матеріалістам (Леруа, Ламетрі, Кабаніс та ін.), які намагалися пояснити всі прояви життя законами механіки і фізики. Їхні ідеї стали підґрунтям для розвитку сучасної медицини, що базується на клінічних спостереженнях і досвіді, та, у свою чергу, практичного клінічного навчання [75, с. 105–106; 29, с. 129]. Це століття визначене, зокрема, розвитком у Франції таких галузей медичної практики, як стоматологія, офтальмологія та акушерство. Також, з огляду на відкриття вакцини проти віспи та розвиток загальної системи санітарно-профілактичних заходів, на медичних факультетах починають включати «медичну поліцію» (*police médicale* – охорона здоров'я) як окремий розділ тієї чи іншої дисципліни [29, с. 174].

Однак, як і раніше, значні зміни відбувалися лише в деяких місцях. 1707 р. королівським наказом була зроблена спроба стандартизувати різноманітні навчальні програми та іспити в усіх французьких університетах, але вона виявилася безуспішною. Як зазначає Андре Фіно: «Із шістнадцяти факультетів медицини, що пропонували курс навчання та призначали ступені на момент революційної конвенції, не було двох схожих у діапазоні предметів, що викладалися, кількості практичних занять або в тривалості та складності іспитів» [166, с. 38]. Проблема стандартизації та уніфікації навчальних програм починає розв'язуватись лише наприкінці XX – початку XXI ст.

Спірним залишається питання щодо кількості медичних факультетів у Франції в XVIII ст. Так, інший відомий історик медицини Шарль Курі (Charles Coury, 1970) зазначає, що їх було 24, але тільки кілька з них активно працювали: чотири найстаріші провідні факультети в Монпельє, Парижі, Тулузі та Страсбурзі й деякі інші (Дуе, Реймс і Каен), що набули визнання за якість медичної підготовки [189, с. 122].

На більшості медичних факультетів професори могли запропонувати лише загальний огляд медичних знань, і, до того ж, вони не хотіли працювати

більше однієї години на день, а кафедр було тільки чотири чи п'ять. На всіх факультетах базова освіта включала курс основ медицини – вивчення основних елементів медичної науки. Зазвичай, для цієї роботи призначалося два професори, кожний з яких читав повний цикл лекцій протягом двох-трьох років, що складався з п'яти частин (фізіології, гігієни, симптоматики, патології та терапії). Єдина можливість отримання знань з анатомії людського тіла для середнього студента – пройти оглядовий курс, що проводився взимку, на основі розтину одного або кількох трупів; школи не пропонували жодної можливості набуття практичного досвіду розтину, оскільки не мали на це коштів (багато з них навіть не мали амфітеатру), і навіть щорічний курс анатомії не завжди проводився. Лише в Монпельє було засвідчено конкретні ознаки справжньої професійної спеціалізації. Крім того, через те, що студенти найчастіше навчалися в одному університеті, а отримували ступінь в іншому, було досить важко контролювати особисте навчання кожного. Загальні вимоги для отримання степеня доктора медицини на більшості факультетах майже не змінилися – пройти курс навчання за визначений термін, проявити здібності на усному іспиті перед групою викладачів і захистити дві тези на публічних читаннях [171, с. 86–88].

Історія сучасності починається з великих подій останнього десятиліття XVIII ст. За десять років після Французької революції (1789) французи, як зазначає Карпантьє, «зруйнували багатівікові основи свого політичного та соціального життя й створили нові» [57, с. 285]. Першочерговою метою революціонерів було гарантування всім право на отримання освіти, вільної від впливу церкви. Загальновідомо, що за період від революції до 1940-х рр. Франція зазнала докорінних суспільно-політичних змін, які, звісно, значно вплинули й на систему медичної освіти.

Французька революція стала важливим чинником у становленні Парижа як провідної клінічної школи. З усуненням старого режиму були відкинуті старі уявлення і заборони, відкриваючи шлях до нових підходів в експериментуванні,



з акцентом на прагматизмі, а не теорії, і спостереженням і навчанням біля ліжка хворого замість умоглядних міркувань. П'єр-Жан Жорж Кабаніс, який в епоху Великої Французької революції відіграв значну роль у реорганізації медичних шкіл і реформі медичної освіти, визначив завдання медичної освіти так: «...учні вивчатимуть анатомію на розтинах, хімію – роблячи досліди, фармацію – готуючи ліки, практичну медицину – здійснюючи догляд за хворими» [29, с. 130]. Отже, лікарня як центр медичної практики набуває дуже важливого значення, а заходи громадської охорони здоров'я стають обов'язком уряду; можливість отримання медичної допомоги була надана всім прошаркам населення. Через велику кількість поранень у сум'ятті революції та після того збільшилася потреба в хірургії й хірурги отримали рівний статус з лікарями, роль яких здавалася тепер не такою значною.

Під час революційного періоду структура медичної професії була суттєво реорганізована. Зважаючи на ліберальний дух часу, корпоративні обмеження на здійснення вільної медичної практики повністю знімаються (медична реформа 1791 р.), що призвело до надмірної лібералізації медичної практики, а наступні накази (1793 р.) – до руйнування старої системи медичної освіти (коледжів та факультетів) і скасування діяльності Королівського медичного товариства (*Société Royale de Médecine*). Були відмінені старі титули медичної ієрархії доктора-регента, магістра хірургії (*Maître chirurgien*), і навіть лікаря, – вводилася нова назва для всіх медичних працівників – «офіцер медичної служби», або «медичний службовець» (*officier de santé*). Упродовж десяти років будь-хто мав право лікувати, купивши відповідний патент або сплачуючи податки на практику. Як зазначає Метью Рамзей (M. Ramsey, 2002): «Ніколи в сучасній історії Франції (або Європи) правові відмінності між професіоналами та непрофесіоналами не були так розмиті. Лікарі-практики з низів старої системи процвітали за цих умов» [317, с. 73–75].

Уже через рік після видання цього, так би мовити, «фатального» наказу, 4 грудня 1794 р. Конвенція постановила заснувати три медичні школи (в

Монпельє, Парижі та Страсбурзі) для надання медичної й хірургічної освіти (*écoles de santé*). Спочатку їх функцією була тільки підготовка *медичних службовців* для роботи в лікарнях, передусім у військових і морських шпиталях. Учнів направляли до цих навчальних медичних закладів з усіх регіонів країни, і там, за кошт держави, вони навчалися протягом трьох років. У Парижі було 300 студентів, у Монпельє – 150 і в Страсбурзі – 100. У Парижі були призначені дванадцять професорів з анатомії і фізіології, медичної хімії та фармації, медичної фізики та гігієни, хірургічної патології, патології внутрішніх хвороб, медичного природознавства, практичної хірургії, клінічної хірургії, клінічної терапії, підвищення кваліфікації з клінічної практики, акушерства, судової медицини та історії медицини. Крім того, директор установи читав лекції з двох практично орієнтованих курсів: «Методи лікування гострих захворювань за Гіппократом» та «Рідкісні випадки захворювань з історії і практики», а бібліотекар – курс бібліографії та критичного огляду медичної літератури – навчальний курс, який і досі є обов'язковим на всіх медичних факультетах Франції та включений до програми державних іспитів (як «Критичне читання медичної статті») [184, с. 18, 20]. У Монпельє, у свою чергу, було вісім кафедр, а в Страсбурзі – шість. Окрім звичайних занять у цих школах, першокурсники проходили практичну підготовку в «Притулку гуманності» (*Hospice de l'Humanité* – колишній *Hôtel-Dieu*) протягом щонайменше чотирьох місяців. Студентів другого курсу навчали в «Притулку єдності» (*Hospice de l'Unité* – колишній *Hôpital de la Charité*) також протягом як мінімум чотирьох місяців, а на третьому курсі клінічне навчання тривало весь рік [188, с. 149–150]. Така система ґрунтовного професійного навчання на практиці з першого курсу (у значному обсязі) стала базовою для сучасної вищої медичної освіти Франції.

Після створення 1801 р. Генеральної ради хоспісів (*Conseil Général des Hospices*) був прийнятий акт, яким встановлювалися обов'язкове проведення конкурсу на стажування в лікарні, розподіл студентів на «екстернів» й

«інтернів» та, відповідно, була запроваджена інтернатура (*internat des hôpitaux*) – система, що проіснувала до 2004 р. Через рік – відбіркові іспити до підготовки в інтернатурі, яка, до речі, проводилася незалежно від медичної школи (факультету) й тривала 4 роки [251]. Кількість місць у ній була дуже обмеженою (20 – спочатку, 40 – за часів Другої французької імперії, 60 – наприкінці ХІХ ст. та близько 80 – наприкінці Другої світової війни). Інтерни проходили вузько спеціалізовану професійну підготовку, переважно з хірургічних спеціальностей, тоді як більшість ставала лікарями загальної практики.

Отже, відтоді, протягом понад 150 років (до 1958 р.), французька медична освіта розвивалася за двома різними шляхами: у напрямку університетської освіти, яка вважалась основною, офіційною, загальнодержавною і відкритою для всіх, і спеціалізоване навчання в лікарнях, яке було додатковим, напівофіційним, регіональним або місцевим і призначене тільки для еліти, що відбиралася на конкурсній основі.

Починаючи з 10 березня 1803 р., згідно із законом Наполеона (*la loi du 19 ventôse an XI*), відновлюються вимоги щодо отримання диплома доктора (після захисту дисертації) для ведення медичної практики та встановлюється система медичних професій з повним скасуванням різниці між лікарями і хірургами – їм надавалися рівні права [148, с. 5–6].

Відтоді впроваджуються два рівні медичної кваліфікації: дипломовані лікарі медичних шкіл (що знов отримали назву факультетів 1808 р.), які мали право на медичну і хірургічну практику по всій країні, та медичні службовці – з обмеженішими правами після коротшого терміну навчання. До 1855 р. медичних службовців направляли працювати до регіональних медичних комісій (*des jurys médicaux dans les départements*). Ця офіційна система медичної служби була скасована 1892 р.

Отже, з 1808 року офіційне право на викладання медицини у Франції було надане факультетам і медичним школам, багато з яких під назвою «змішані» навчали медичної та фармацевтичної справи, але були розділені на окремі секції.

Факультети забезпечували повний курс навчання, включаючи теоретичну і практичну підготовку, та видання дипломів. До останньої третини XIX ст., як зазначалося вище, існувало тільки три факультети медицини (Париж, Монпельє і Страсбург). П'ять нових медичних факультетів були створені наприкінці XIX ст.: Нансі (1872), Бордо (1874), Лілль (1875), Ліон (1877) і Тулуза (1878).

Більшість медичних шкіл були засновані за часів Імперії або Реставрації та замінили низку старих автономних курсів, які потім перейшли під контроль університетів. Деякі з них спочатку називалися «середніми школами»: Ам'єн, Безансон, Клермон-Ферран, Гренобль, Пуатьє (1806); Кан, Нант, Ренн (1808); Руан (1814); Марсель (1818); 1820 р. їх було 18. Робота цих шкіл субсидувалась із муніципального бюджету; сфера їх діяльності була обмежена двома чи трьома першими роками навчання та підготовкою медичного персоналу «другого сорту» – медичних службовців і фармацевтів [189, с. 152].

На початку XIX ст. Паризький медичний факультет налічував 12 кафедр. Під час Реставрації (1814–1830) він зазнав значної політичної кризи: було звільнено 11 професорів, 1822 р. його навіть ліквідували, але вже 1823 р. він відновив свою роботу під жорстким авторитарним контролем влади. З другого боку, було створено 11 нових кафедр, три з яких були клінічними. За період від 1829 до 1870 року кількість кафедр постійно збільшувалась і на кінець століття факультет уже налічував 35 кафедр. Таке значне збільшення кількості кафедр було пов'язане зі стрімким зростанням чисельності студентів (від 896 1797 р. до 5144 1894 р.) [184, с. 73, 223–224; 189, с. 154–157] і підвищенням значущості деяких дисциплін. У відповідь на вимоги сучасності збільшувався викладацький склад факультету, і не лише за рахунок професорів, а з додатковим «допоміжним» персоналом: «сертифіковані викладачі» (*agrèges*),

що відповідає сучасній посаді доцента, «керівники шпитальної практики» (chefs de clinique) – сучасні старші резиденти, «координатори професійної підготовки» (chefs des travaux), прозектори – анатоми-практики, які виконували розтин трупів, та ін. Тобто було закладено основи сучасної ієрархії викладацького складу медичних факультетів Франції.

Встановлена національна система медичного навчання сприймалася іноземними студентами-медиками та лікарями як новоутворення. Учні з хірургії та медицини приїздили до Парижа з усіх кутків Європи й Америки задля отримання «ідеального» навчання. Їх приваблювали, передусім, викладання практичних медичних іа клінічних наук, шпитальна підготовка [171, с. 97]. Звісно, французи не винайшли клінічне навчання, але вони були першими, хто зробив його обов'язковою частиною університетської підготовки.

Термін медичної підготовки почав збільшуватись на початку ХХ ст.: 1911 р. його було подовжено на 1 рік, а 1934 р. – ще на один, який проходив тільки в лікарні (екстернатура). До того ж, з 1893 р. вимагалось проходження однорічного підготовчого курсу. Так сформувалася сучасна система шестирічної додипломної медичної освіти. Зі стрімким розвитком медичної науки предмети викладання відповідно модифікувалися за змістом і терміном вивчення – фіксована програма була встановлена тільки 1983 р. [189, с. 159; 171, с. 97].

З програмою навчання, відповідно, змінювалися вимоги до переведення на наступний курс і складання іспитів: від трьох дипломних іспитів до шести, розподілених по триместрах: 1) анатомія і фізіологія; 2) патологія і нозологія; 3) медична справа, хімія та фармакологія; 4) гігієна та судова медицина; 5) практичні іспити з розтину, акушерства та клінічної патології; 6) внутрішні та зовнішні клінічні дослідження і захист дисертації [189, с. 160–161; 184, с. 82–86].

Також у цей період відбувалися модифікації вимог щодо ступеня бакалавра (1808, 1820, 1837 і 1858 рр.) і, нарешті, наказом від 31 липня 1893 р. єдиною вимогою до вступу на медичні факультети стали ступінь бакалавра класичної середньої освіти (філологія-філософія) і свідоцтво про освіту з фізики, хімії та природничих наук (PCB – *certificat d'études physiques, chimiques et biologiques*) [184, с. 76–77], яка збереглась і дотепер.

Як зазначалося вище, за наказом від 31 травня 1801 р. були створені дворічна екстернатура та чотирирічна інтернатура. Розподіл студентів на екстернів та інтернів мав на меті створення двох періодів медичної практики, коли проходження першого було обов'язковим для вступу до другого.

Спочатку функції екстернів обмежувалися супроводом і спостереженням за керівником практики (*chef de service*), записуванням своїх спостережень та виконанням, під наглядом інтернів, перев'язувань і деяких невеликих хірургічних процедур, таких як кровопускання і розтини. Від середини століття, завдяки розвитку хірургії, екстерни отримали змогу допомагати при операціях і проводити анестезію. Завдяки розвитку діагностичних і терапевтичних засобів, з початку ХХ ст. екстерни все активніше беруть участь у проведенні таких малих діагностичних і терапевтичних процедур, як пункції, взяття крові, внутрішньовенні ін'єкції тощо [171, с. 102; 305, с. 142–144].

Інтернатура завжди вважалась одним із найсильніших боків медичної освіти у Франції ХІХст. Це не викликає жодних сумнівів, але ми повинні уточнити її значення в підготовці лікарів того часу. Більшість дослідників історії французької медичної науки та освіти ([171; 184; 210] та ін.) зазначають, що лише невелике коло еліти отримувало цей дійсно цінний досвід практичного медичного навчання в лікарні, тим часом факультет щороку випускав до 300 осіб. Тому переважна більшість студентів-медиків навіть не мала уяви про новітні методи лікування того часу. З другого боку, інтерни відігравали ключову роль в організації та забезпеченні догляду за хворими у

лікарні та проведенні навчання екстернів і, до реформи Дебре 1958 р., були єдиним медичним персоналом у лікарні, який працював повний робочий день, що надавало їм реальну владу в системі медичного обслуговування і виводило в ранг медичної еліти.

Принцип конкурсного відбору до інтернатури підтримував її елітарність, і якщо форма іспитів постійно змінювалася (1902, 1921, 1927 і 1933 рр.), то обов'язкове проведення щорічного конкурсу на отримання посади інтерна в будь-якій лікарні країни зберігалось, вони обиралися лише серед екстернів [171, с. 103–104; 189, с. 165–166; 248, с. 15].

Отже, за період від XVIII до середини XX ст. система медичної освіти у Франції зазнала суттєвої реорганізації на тлі докорінних змін у державному суспільно-політичному устрої та завдяки стрімкому розвитку медичної науки і практики, які заклали національні традиції сучасної професійної медичної підготовки в університетах країни.

Результати нашого дослідження показують, що особливості професійної підготовки лікарів у Франції значним чином зумовлені змінами в суспільно-політичному, економічному та культурному розвитку країни. Сучасний етап розвитку і модернізації французької системи вищої медичної освіти безпосередньо відображає ці, закладені багатоміковим досвідом, здобутки.

## **1.2. Тенденції розвитку і модернізації системи вищої медичної освіти сучасної Франції**

Початок сучасного етапу розвитку і модернізації професійної підготовки лікарів в університетах Франції безпосередньо пов'язаний зі значною активізацією суспільно-політичного життя країни – приходом П'ятої республіки (1958 р.).

Першим кроком нового уряду в напрямку реформування галузі став наказ від 30 грудня 1958 р. про створення CHU (centres hospitaliers et universitaires – УКЦ: Університетські клінічні центри), заснування ієрархічної класифікації державних лікарень і модернізації медичної освіти. Отже, лікарі, які працюють у CHU повний робочий день, отримали потрібні обов'язки: безпосередньо лікарняна робота, викладання та наукові дослідження; їх називають «університетський професор – лікар-практик шпиталю» (Professeur des universités-Praticien hospitalier – PU-PH). Тобто вони належать як до персоналу лікарні, так і університету, а функціями лікарні, відповідно, стають: медичне обслуговування населення, наукові дослідження й професійна підготовка студентів на додипломному та післядипломному етапах вищої медичної освіти. Головною ідеєю Робера Дебре (Robert Debré), автора цього документа, було об'єднати великі державні лікарні з медичними факультетами, гарантуючи їх юридичні права та фінансову автономію. Звісно, це надавало можливість підвищити якість професійної підготовки майбутніх лікарів, але багатьма деканами медичних факультетів, з одного боку, і директорами лікарень – з другого, ідея такого об'єднання та подальшого реформування системи медичної освіти була сприйнята щонайменше скептично і викликала палкі дебати [27].

Забезпечуючи здебільшого підготовку та найм майбутніх лікарів-спеціалістів, CHU зіштовхнулися з проблемою утворення значної «прірви» між ними та приватною (загальною) медичною практикою [151]. Через те, що майбутні лікарі не покидали замкнутого середовища лікарні, у якій проходили



підготовку та будували кар'єру, вони не набували досвіду загальної медичної практики приватних лікарів, які забезпечували понад 80% від медичних послуг населенню. Тим часом, клінічні послуги розвивались у напрямку «досконалості» дуже вузької спеціалізації, і пацієнти із загальними захворюваннями майже не зверталися за допомогою до лікарень [152]. Це яскраво було проілюстровано в діаграмі, представленій Вайтом 1961 р. (Додаток А), згідно з якою лише один пацієнт на тисячу хворих був госпіталізований до СНУ [352]. Він довів неефективність медичної підготовки у Франції того часу, яка була зосереджена лише на кількох певних типах захворювань, не відповідаючи потребам більшої частини населення.

Згідно з першими опублікованими законодавчими текстами 1960 р. (декрет від 28 липня та закон від 2 серпня), загальний термін навчання зменшувався від семи до шести років за рахунок скасування РСВ, яке до того часу вимагалося для вступу на медичні факультети і видавалося після одного року навчання на підготовчих курсах. Скорочення терміну навчання за рахунок зменшення практичної підготовки не було підтримано кількома найвпливовішими медичними факультетами університетів Парижа, Ліона, Марселя й Тулузи, і впродовж кількох років у Франції існувало дві різних системи. Наступного ж, 1961/1962 навчального року факультети, що зменшили курс навчання, зіштовхнулися з багатьма проблемами: збільшення годин на дисципліни, недостатня кількість приміщень, значне робоче перенавантаження викладачів і головне – катастрофічні результати іспитів на першому курсі, що, звісно, призвело до демонстрацій протесту студентів і викладачів. Полеміка щодо цієї реформи відбувалась у Раді міністрів (Conseil des ministres) і Державній раді (Conseil d'État). У березні 1963 р. було вирішено поновити семирічний термін медичної освіти.

Реформа освіти Фуше-Егрена розпочалася 1963 р. й передбачала наукову та професійну спеціалізацію навчання, перегляд і оновлення навчальних курсів і програм, контроль за кількістю студентів через відбір при вступі на

факультети. Програма нової реформи базувалася на таких засадах, запропонованих Міжміністерською радою (Conseil interministériel): освіта повинна бути «повною» (з найскорішим наданням доступу до роботи з хворими), «керованою» (навчання в малих групах під керівництвом наставника), «індивідуалізованою» (можливість отримання додаткових сертифікатів) та «безперервною». Деякі її положення, наприклад – надмірно вузька спеціалізація вищої освіти, викликали серйозну дискусію в суспільстві, у яку відразу вступили профспілка викладачів і національна студентська профспілка, товариства наукової думки та часописи. В результаті, протягом 5 років її реалізації відбувались численні студентські мітинги протесту, апофеозом яких став дійсний повстанський рух студентської спільноти у травні-червні 1968 р. – так званий «Червоний травень» (через здебільшого «ліве» спрямування його ідеологічного підґрунтя). Студентів не влаштовувала жорстка дисципліна в студмістечках, вищість професорів, застарілість вищої школи, яка не відповідала тогочасному стрімкому розвитку економіки країни, що спричинило зростання рівня безробіття серед молоді.

Позитивним здобутком цих дискусій і мітингів стала актуалізація потреби в модернізації системи університетської освіти [81, с. 249–250]. Результатом страйків травня 1968 р., у яких взяли участь і студенти-медики, стало прийняття декретів 1969 та 1970 рр., за якими відмінявся інститут екстернатури з метою надання всім студентам можливості отримати практичну підготовку як «студент лікарні» (*étudiant hospitalier*).

Послідовні конструктивні зміни, які відображають безперервний процес реформування системи вищої освіти у Франції загалом, характеризуються ухваленням закону про орієнтацію вищої освіти 12 листопада 1968 р., що базувався на трьох головних принципах: фінансова й педагогічна автономія навчальних закладів, їх активна участь ухваленні рішень (створення адміністративних рад вищих навчальних закладів, до складу яких включалися науковці, студенти, адміністративний персонал і зовнішні консультанти) та

плюридисциплінарність (створення з кількох факультетів навчально-наукових об'єднань (Unités d'Enseignement et de Recherche); з 1984 р. – UFR: Unité de Formation et de Recherche). За твердженням деяких дослідників [27, с. 100–101; 113, с. 126], цей закон радикально змінив організацію і структуру вищої школи, а на думку інших, як відмічає А.П. Максименко, лише формально спростував найочевидніші недоліки французького університету: дріб'язкову централізацію, ізолюваність факультетів і дисциплін, застиглу ієрархію в ухваленні педагогічних і наукових рішень [81, с. 268]. Але він, на нашу думку, дав поштовх і заклав важливі основи подальшої модернізації французької вищої освіти, поглибленню зв'язків освіти з наукою для спеціалізації професійної підготовки та підвищенню впливовості науково-педагогічного складу університетів і студентських організацій.

Згідно з цим законом, який упродовж наступних 10 років доповнювався декретами частковішого характеру, запроваджувалася нова система організації університетського навчання: I цикл (DEUG: le Diplôme d'études universitaires générales – диплом про загальну університетську освіту, 1973 р., 2 роки навчання), II цикл (диплом ліценціата і метриза (2 роки); у медичній освіті – Certificat de synthèse clinique et thérapeutique – Свідоцтво про комплексну клінічну та терапевтичну підготовку (4 роки), з ліквідацією, як зазначалося вище, елітної системи «екстернатури»), III цикл (диплом про поглиблену вищу освіту – DEA: Diplôme d'études approfondies, або диплом про вищу спеціалізовану освіту – DESS: Diplôme d'études supérieures spécialisés (1 рік); у медичній освіті – до 5 років) [27, с. 102–103; 81, с. 281].

1971 р. був ухвалений один з найважливіших для французької вищої медичної освіти закон – про лімітований відбір студентів з метою «надати медичним і стоматологічним студентам можливість брати активну участь в клінічній роботі» (Стаття 15 Закону 71–557 від 13 липня 1971 р.), адаптуючи кількість студентів до здатності навчальних закладів забезпечити високу якість освіти кожного, а також враховуючи потреби суспільства в медичній допомозі.

Лімітований відбір студентів (*le numerus clausus* – «процентна норма») й нині проводиться після першого року навчання і, отже, є інструментом державного контролю за загальною кількістю медичних працівників і їх розподілу при спеціалізації, з одного боку, і гарантією рівноправного доступу до вищої медичної освіти для студентів – з другого [291, с. 20].

Упровадження університетських лікарень 1958 р., що надало найвищого визнання медичним спеціальностям вузького профілю, підштовхнуло наукову медичну спільноту до заснування в 70-х роках двох товариств із ЗП: Французького товариства загальної практики (*Société Française de Médecine Générale* – SFMG, 1973 р.) та Товариства терапевтичної освіти лікарів загальної практики (*Société de Formation Thérapeutique du Généraliste* – SFTG, 1976) з перспективою створення окремого напрямку підготовки із ЗП.

Дослідження показало, що реформування медичної освіти 60–70-ми рр. відбувалося під натиском значного збільшення наукової інформації, яке потребувало педагогічної рефлексії щодо змісту та процесу здобуття корисних знань на практиці і, отже, компетенції майбутніх лікарів. Науковці в галузі медичної педагогіки, такі, як Джорж Міллер (*George E. Miller*) і Стефан Абрахамсон (*Stephen Abrahamson*) [294] виступають за прийняття системного підходу в медичній підготовці, за яким особливого значення надається визначенню освітніх цілей і оцінюванню. Таксономія педагогічних цілей була адаптована медичними дисциплінами та набула розвитку за трьома аспектами, що характеризують лікарську практику й пізніше сформували основу визначення поняття «компетенція» і компетентнісного підходу: знання, навички й поведінка. Ця нова течія педагогічної думки відкрила як такий напрямок досліджень у галузі медичної педагогіки. Фундаментальна інновація Міллера та Абрахамсона підкреслила також важливість процесу навчання, що контролюється студентом за допомогою викладача – одного із сучасних підходів до підготовки лікарів.

Отже, нами було виділено такі тенденції розвитку та модернізації вищої медичної освіти Франції в період від 1958 до 1980-х рр.: спрямування на реформування та структуризацію системи вищої медичної освіти, підвищення якості практичної та науково-дослідної підготовки лікарів, державний контроль за кількістю студентів відповідно до національних потреб, надання значної незалежності університетам в адміністративній і педагогічній діяльності, оновлення змісту навчальних програм у напрямі збільшення їх варіативності та багатодисциплінарності з метою максимального наближення професійного рівня випускників до дійсних потреб галузі медичного обслуговування, підвищення їх мобільності та конкурентоспроможності, адаптація інноваційних підходів до формування змісту навчальної програми, форм і методів навчання та оцінювання її, головне, у контексті нашого дослідження, – виокремлення професійних спілок лікарів загальної практики, що стало першим кроком у становленні відповідного напрямку професійної підготовки.

80-ми рр. у Франції відбуваються значні політичні зміни, які привели до ухвалення 1984 р. нового закону про вищу освіту (так званий «закон Саварі»). Ця реформа продовжила курс на розвиток принципів автономії функціонування вищих навчальних закладів і плюридисциплінарної організації навчання, тобто на структурну й адміністративну реорганізацію вищої школи з акцентом на подальшу децентралізацію управління, зростання автономії вишів і їх підрозділів. Головними її засадами було визначено: «підвищення професійного рівня викладачів; обов'язковий зв'язок викладання з науково-дослідною роботою; розробка програм безперервної освіти; запровадження контрактної системи в університетах» [27, с. 109]. У медичній освіті ці тенденції реформування відобразились у докорінних змінах інституту інтернатури. Уже на початку 1980-х рр. для проходження однорічного курсу наукових досліджень (який включався в 4-річний період інтернатури) потрібно було мати ступінь *метризи* з біологічних наук (*maîtrise de biologie*). 1982 р. (Закон №82–1098) конкурс на вступ до інтернатури стає академічним (проводився

факультетом) і єдиним засобом отримати спеціалізацію, серед інших з таких непов'язаних з лікарською діяльністю спеціальностей, як управління закладами охорони здоров'я. Ті, хто не хотів або не міг скласти іспит, проходили підготовку із загальної лікарської практики. Їх почали називати «резидентами» (*résident*) на відміну від «інтернів», щоб уникнути термінологічної плутанини. Метою впровадження цього конкурсу було зменшення кількості вузьких фахівців стосовно лікарів загальної практики. З другого боку, як наголосив П'єр Аяш (*Pierre Aïach*), енаслідок цього «офіційне визначення загальної практики ґрунтується на силогізмі, за яким лікарем загальної практики є будь-який лікар, що не отримав кваліфікацію “спеціаліст”. Формальна характеристика лікаря загальної практики також представляється негативно як “неспеціаліста”» [228, с. 14]. Отже, ця реформа вперше показала існування спеціального напрямку підготовки лікарів із загальної практики й дала поштовх розвитку системи навчання із ЗП, зокрема – створенню Національної колегії викладачів загальної практики (*Collège National des Généralistes Enseignants – CNGE*) і впровадженню практичного курсу з роботи в кабінеті сімейного лікаря (20 стажувань по півдня) із залученням керівників практики (*maîtres de stage*).

Отже, реформа медичної освіти 1982 р. стосувалася, передусім, профілізації лікарів за трьома напрямками: демографічним, економічним та освітнім. Тобто був створений єдиний механізм поліпшення післядипломного навчання та регулювання розподілу фахівців за різними напрямками лікарської справи. Формалізація системи медичної ієрархії зіштовхнулася із урегулюванням питань за двома основними напрямками [248]:

– процедура відбору для регулювання розподілу фахівців включала стандартизацію вимог до оцінювання та класифікації студентів. Вона повинна базуватись на принципах рівноправного проходження конкурсу з метою зменшення або повного усунення випадків кооптації в соціальній чи професійній сферах, що було характерно для інтернатури «старого режиму» [346]. До того ж, будь-який принцип селекції дає уявлення про вимоги до

якостей кандидата, зокрема досвіду наукової роботи, напрямок якої зазвичай обирається студентами залежно від їх соціальних цінностей. Відбір на державному рівні має ґрунтуватись на обмеженій кількості критеріїв, які сприяють стандартизації норм формування певної групи працівників;

– згуртованість медичної професії історично була побудована навколо першості в отриманні докторського ступеня в галузі медицини, необхідного і достатнього для всіх лікарів для виконання всіх видів медичної роботи. Ця спільна ідентичність після реформи 1982 р. була поставлена під сумнів, через те що кандидатів почали розподіляти за кваліфікаціями (спеціаліста або лікаря загальної практики). Потрібно зазначити, що на глобальнішому рівні ця система сприяла створенню нових форм соціалізації медиків, усупереч застарілим цінностям.

1988 р. була прийнята Единбурзька декларація, запропонована Всесвітньою федерацією медичної освіти (ВФМО), основу якої становили 12 принципів реформування медичної освіти: 1) розширення навчального середовища; 2) складання навчальних програм з урахуванням потреб національного сектору охорони здоров'я; 3) застосування активних методів навчання для забезпечення безперервності освіти протягом усього життя; 4) загальна професійна компетентність; 5) педагогічна підготовка медичних викладачів; 6) профілактика хвороб і пропаганда здорового способу життя; 7) інтеграція науки і клінічної практики; 8) відбір абітурієнтів як за розумовими, так і за іншими здібностями; 9) координація діяльності систем охорони здоров'я з медичною освітою; 10) підготовка збалансованої кількості медичних працівників різних спеціальностей; 11) різнобічна професійна підготовка та командна взаємодія; 12) забезпечення безперервності навчання [350, с. 4]. Важливо відмітити, що завдяки попереднім реформам і враховуючи той факт, що французькі дослідники безпосередньо брали активну участь у її розробці, більшість з цих положень уже були того часу затверджені французьким законодавством або перебували в процесі розробки. Єдиним завданням

залишалося затвердження на законодавчому рівні обов'язкової безперервної медичної освіти (la formation médicale continue – FMC). Відповідний наказ вийшов лише 1996 р. із створенням Національної ради з цієї галузі, хоча основи її організації були закладені в законі Саварі.

Через п'ять років, за результатами всесвітнього саміту, світовому товариству було запропоновано 22 рекомендації щодо впровадження цих реформ [330]. Вони окреслили головні тенденції розвитку не лише галузі медичної освіти Франції та інших країн, а й системи охорони здоров'я в цілому: глобалізація і стандартизація показників якості професійної діяльності та підготовки лікарів. Проблема акредитації медичних закладів і працівників, яка була розв'язана французьким урядом з прийняттям відповідного Декрету (№97–311 від 7 квітня 1997 р.), привела до адаптації та розвитку нових педагогічних підходів у навчанні та оцінюванні, передусім – компетентістного.

У галузі освіти концепція «навчання за компетенціями» (apprentissage par compétences) поширювалася поступово: по-перше, у США – 1970-ми рр., у Квебеку – наприкінці 1990-х рр., у Бельгії – 1993 р., Австралії – 1995 р., а також у Південній Америці й Африці – 2000-ні рр. У Франції поняття «компетенцій» з'явилося в національній політиці освіти наприкінці 1980-х рр., коли тодішній міністр освіти Ліонель Жоспен (Lionel Jospin) наказав підготувати звіт «Принципи аналізу змісту освіти». Його положення були підтвержені у 2006 р. з публікацією «Спільна основа знань і компетенцій» [333], інтегруючись із загальноєвропейськими вимогами. Отже, концепція навчання за компетенціями стала орієнтиром педагогічної діяльності французьких медичних факультетів і досі розвивається для підготовки компетентних фахівців щодо забезпечення якісної медичної допомоги.

Методи навчання завжди були під впливом принципів однієї чи кількох певних філософських, психологічних і педагогічних течій наукової думки, і медична освіта не є винятком. Проте слід визнати, що використання одного методу для полегшення процесу навчання є занадто обмежувальним, а стратегія



викладача повинна бути чіткою і враховувати теорії навчання, що закладають основу цих методів.

Дидактичну основу сучасних методів медичної підготовки у Франції становлять такі психолого-педагогічні теорії ХХ ст., як:

- *біхевіоризм* – цей підхід корисний переважно для формування сенсорно-моторних навичок і сприяє оволодінню змістом професії. Завдяки поведінковій психології, як зазначає О.С. Молчанов, розробляються й вдосконалюються такі методи навчання, виховання та управління, що дозволяють навчити майбутніх лікарів спілкуватись із пацієнтами і розв'язувати проблеми психологічного характеру [89];

- *гуманізм* – є, з одного боку, основою української педагогічної думки та традицій, започаткованих ще Г. Сковородою, П. Юркевичем і розгорнутих В. Сухомлинським, а з другого – невід'ємним філософським складником медичної професії;

- принципи *соціального когнітивізму* та *конструктивізму* набувають особливого значення в медичній освіті, тому що забезпечують такі важливі в професійній діяльності лікарів уміння й навички, як самонавчання, самоконтроль, критичного мислення та ефективного з'ясування складних питань;

- *навчання через відкриття* (learning by discovery) виникло на основі когнітивної психології та конструктивізму й має такі переваги: підтримує активну участь учня в навчальному процесі, сприяє виникненню зацікавленості, дозволяє розвивати навички безперервного навчання, уособлює досвід навчання, надає студентам можливість експериментувати і відкривати щось для себе нове, ґрунтується на попередніх знаннях учня, передбачає активну участь, що змушує учня побудувати відповідь, а це приводить до обробки інформації глибше, ніж просте запам'ятовування, та ін. [176; 299, с. 35, 48, 56, 271–273].

Під час дослідження також з'ясовано, що в процесі адаптації принципів, запропонованих ВФМО, а саме – розширення навчального середовища та

урізноманітнення професійної медичної підготовки, з 1997 року до програми навчання третього циклу було включено, окрім чотирьох семестрів шпитальної практики, семестр стажування в кабінеті лікаря загальної практики [207, с. 4]. Поступово на всіх факультетах було створено кафедри загальної практики (Départements Universitaires de Médecine Générale – DUMG), особливість яких полягає в тому, що ними спільно керують клініцист університетської лікарні, зазвичай терапевт, якого офіційно називають «академічний координатор» (coordonnâtes universitaire), і лікар загальної практики, що має звання доцента або професора з цієї спеціальності.

Отже, період останніх двох десятиліть ХХ ст. в розбудові французької системи вищої медичної освіти характеризується загальними тенденціями *глобалізації* та *стандартизації* відповідно до міжнародних стандартів і національних потреб: докорінне реформування післядипломної освіти з виокремленням професійної підготовки лікарів загальної практики, модернізація системи селекції з урахуванням регіональних потреб населення та уніфікація кваліфікаційних вимог до випускників медичних факультетів з прийняттям концепції навчання за компетенціями, інститутіалізація безперервної медичної освіти, розвиток активних методів медичного навчання на основі сучасних психолого-педагогічних течій.

Як загальновідомо, також 1988 р. відбулася Болонська конференція, метою якої було створення єдиного європейського простору вищої освіти, що поклала початок Болонському процесу. Звісно, кожна країна, що підписала Болонську декларацію 1999 р., прямує власним шляхом у реалізації її положень, але головною проблемою майже для всіх стало їх упровадження в галузі вищої медичної освіти, насамперед – двоступенева система додипломної освіти.

Адаптація вищої освіти Франції до принципів Болонського процесу розпочалася 2002 р., коли затвердили такі пункти: введення системи кредитів, двоступеневої структури вищої освіти (окрім медичної) зі створенням

проміжного ступеня магістра (le master), запровадження професійного ліценціату (la licence).

Наступним важливим етапом реформування вищої медичної освіти став декрет від 18 січня 2004 р., згідно з яким, по-перше, вступні іспити до інтернатури замінялися Національними класифікаційними іспитами (НКІ; les épreuves classantes nationales – ECN), а по-друге, з метою поліпшення підготовки лікарів загальної практики ця спеціальність була введена як окрема на третьому циклі навчання. Тобто післядипломне навчання в інтернатурі (3 роки) стало обов'язковим для майбутніх лікарів загальної практики, які до того часу після другого циклу лише проходили практику в резидентурі. Підготовка до таких радикальних змін в організації медичної освіти розпочалась із закону від 10 жовтня 2000 р. із зазначенням таких цілей: 1) створити загальний спосіб доступу до різних медичних спеціальностей; 2) регулювати кількість місць за спеціальностями; 3) сприяти розвитку загальної практики, 4) зміцнити зв'язок медичних досліджень і клінічної практики.

Отже, перехідний період тривав п'ять років, протягом яких існувало два паралельних види підготовки: до іспитів в інтернатуру для тих, хто вступив на D2 (2-й рік 2-го циклу) в жовтні 2000 р., та до НКІ для студентів, які вступили 2001 р. [55, с. 12–13].

Французька система медичної освіти з 2010 р. зазнала значних змін, націлених на її інтеграцію в європейську схему «Ліценціат–магістратура–докторантура» (ЛМД):

- перший етап цієї реформи стосується першого року навчання, який з 2010/2011 навчального року став загальним для всіх напрямів медичної підготовки;

- другий етап стосується другого року першого циклу медичної освіти з 2011/2012 навчального року, який закінчується отриманням диплома із загальної медичної освіти;

- третій етап передбачає інтеграцію першого року другого циклу в перший цикл з 2012/2013 навчального року;

- четвертий етап – оновлення системи клінічної підготовки студентів у лікарнях (*étudiants hospitaliers*) з 2014/2015 навчального року (дкрет №2014–674 від 24 червня 2014 р.).

До того ж, останнім часом відбувається процес модернізації системи відбору студентів і включає:

- експеримент з альтернативних шляхів прийому кандидатів, минаючи PACES, який розпочався у 2014/2015 навчальному році;

- комп'ютеризацію НКІ заради більш чіткішого і прозорішого кваліфікаційного розподілу майбутніх лікарів і підвищення ефективності перевірки рівня і якості знань випускників.

У галузі професійної підготовки лікарів загальної практики 2006–2012 рр. виокремлюються такими подіями: створення університетської спеціальності «Загальна практика» (*Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG)*); призначення перших 16 керівників клінічної практики ЗП (*Chefs de Clinique de Médecine Générale – CCMG*) зі створенням Національної асоціації керівників клінічної практики з ЗП (*Association Nationale des Chefs de Cliniques en Médecine Générale – ANCCMG*), що надало молодим лікарям загальної практики можливість викладати та проводити наукові дослідження; закон HPST (*Hôpital, patients, santé et territoire – реформа лікарень, догляду за хворими, системи охорони здоров'я і її регіоналізації, прийнята 2009 р.*), у якому, зокрема, визначаються вимоги до спеціальності, встановив мінімальну кількість посад викладачів університету з загальної практики, що потрібно створити щороку протягом чотирьох років: 50 керівників практики (*CCU-MG*), 30 лекторів (*MCU-MG*) і 20 професорів (*PU-MG*); розширення можливостей клінічної практики із запровадженням посади позаштатного керівника (*Chef de Clinique Associé*) [268].

Отже, модернізація французької медичної освіти, що розпочалась у середині ХХ ст., є майже безперервним процесом реформ і їх упровадження, цілі та зміст яких визначались у відповідь на невідкладні гострі проблеми, що виникали в науці, національній системі освіти та суспільстві, а саме:

- соціальний розвиток країни в повоєнні роки потребував підвищення якості знань і розширення професійної спеціалізації навчання в університетах, стрімке оновлення медичної науки у світі та, як наслідок, потреба в розвитку національної бази наукових досліджень і підготовці профільних спеціалістів, що сприяло створенню CHU та UFR;

- активний рух викладацько-студентської спільноти та загальної громадськості проти архаїчності й елітарності системи університетської освіти, який сприяв таким подальшим поступовим змінам, як: скасування інституту екстернатури, що забезпечило рівні права студентів-медиків на якісну практичну підготовку; збільшення фінансової та педагогічної автономії університетів, що надавало викладацькому складу і студентам можливість активної участі в процесі навчання; структуризація системи вищої освіти, ступеневість отримання дипломів; загальна демократизація вищої освіти із встановленням, зокрема, прозорої рівноправної системи відбору та зарахування абітурієнтів на медичні спеціальності.

Суспільно-політичні зміни у Франції 80-ми рр. сприяли розширенню сфери впливу держави на всі вищі навчальні заклади незалежно від міністерства підпорядкування та заклали підґрунтя розвитку принципів *професіоналізації* вищої освіти з комплексним поєднанням наукової, культурної і професійної підготовки завдяки *плюридисциплінарній* організації програми навчання, а в медичній освіті – забезпечили докорінні зміни інституту інтернатури, встановленню нових засад профілізації лікарів з виокремленням напряму спеціалізованої професійної підготовки лікарів загальної практики, що викликало потребу в новій процедурі регулювання розподілу фахівців, яка

включала *стандартизацію* вимог до оцінювання та класифікації студентів і базувалась на принципах рівності прав і враховувала потреби населення.

Процес *інтеграційної* модернізації сучасної вищої медичної освіти Франції відбувається у відповідь на світові тенденції уніфікації принципів реформування медичної освіти та процеси об'єднання країн Європи, спрямовані на введення системи кредитів, триступеневої схеми ЛМД, створення умов загального доступу до підготовки з різних медичних спеціальностей в інтернатурі, зміцнення зв'язку медичних досліджень і клінічної практики, відбір абітурієнтів як за розумовими, так і за іншими здібностями, і зменшення відсотку відсіву кандидатів із забезпеченням різноманітних можливостей переорієнтації, упровадження обов'язкової безперервної медичної освіти та стрімка інформатизація.

### **1.3. Характеристика спеціальності «Загальна практика» в системі охорони здоров'я Французької Республіки**

Упродовж останніх 15 років система охорони здоров'я Французької Республіки перебуває в процесі повної реорганізації, насамперед, реформування стосуються первинної ланки медичного обслуговування та її головного складника – галузі загальної практики.

Загальна медична практика нині визнана у Франції як окрема медична спеціальність та університетська дисципліна, що було досягнуто тривалими науково-педагогічними дебатами і суспільно-політичною боротьбою та символізує докорінні зміни як у самій системі охорони здоров'я, так і насамперед у відносинах між медичною спільнотою та загальною громадськістю. Створення 2014 р. спеціального підрозділу «Загальна практика» в Національній раді університетів Франції стало ще одним значним кроком у

понад 30-річній активній роботи науковців і фахівців галузі з розвитку спеціальності, яка триває й дотепер [190].

Загальна практика є найпершою ланкою, до якої звертається пацієнт, коли самолікування йому вже не допомагає. Це – амбулаторна, загальнодоступна допомога (як на початковій стадії захворювання, так і при розвитку хронічних захворювань), яка розташована поряд з місцем проживання або роботи пацієнта. Отже, широкий спектр діяльності лікаря загальної практики визначається вимогами та потребами населення. «Квадрат Вайта» (carré de White) перероблений Лері Грінном (Green Larry) 2011 р. [352; 238] (див. додаток А). Дідьє Г'є (Didier Giet, 2008) [234, с. 155] зазначив ідеальну взаємодоповнюваність первинної ланки та лікарняної допомоги, коли перша забезпечує догляд за великою кількістю пацієнтів з не дуже складними медичними проблемами, застосовуючи просту технічну базу і тим самим знижуючи витрати, а друга – лікування певної, не такої численної верстви населення, використовуючи складні технічні засоби, і є надто дорогою.

Кодексом Франції з охорони здоров'я (Code de la santé publique. Article L1411–11) [180] визначається, що «доступ до первинної медичної допомоги та поточний догляд пацієнтів проводяться з урахуванням найкращої “близькості”, яка оцінюється з точки зору відстані та часу на дорогу, якості і безпеки. ...Ці медичні послуги включають:

- 1) профілактика, скринінг (виявлення), діагностика, лікування хвороб і спостереження за пацієнтами;
- 2) призначення та видача ліків;
- 3) орієнтування в системі медичної допомоги та охорони здоров'я і соціального сектору;
- 4) освіта пацієнтів з питань охорони здоров'я».

1998 р. ВООЗ дала визначення загальній практиці, зазначаючи, що вона може розвиватись у різних організаційних формах первинної медичної

допомоги (приватній або державній), і виокремила сім критеріїв, які її характеризують [190, с. 9–10]:

- *безперервна*: загальна практика зосереджується передусім на людині, а не на хворобі. Вона базується на особистих тривалих стосунках між пацієнтом і лікарем та охоплює важливий у житті пацієнтів період, а не окремий епізод медичної допомоги;

- *загальна*: адресована всьому населенню без обмежень віку, статі, соціального походження, етнічної або релігійної належності;

- *всеосяжна*: включає профілактичну, лікувальну, реабілітаційну, паліативну медичну допомогу та освіту населення з питань охорони здоров'я;

- *координована*: лікар загальної практики консультує пацієнта і при потребі направляє до відповідного спеціаліста або іншого працівника системи охорони здоров'я. Він забезпечує координацію між медичною допомогою та виплатами на лікування з каси соцстрахування;

- *здійснюється у співпраці*: лікар загальної практики повинен уміти працювати з іншими фахівцями медичної справи, тобто – бути частиною багатопрофільної команди професіоналів системи охорони здоров'я;

- *орієнтована на сім'ю*: індивідуальні проблеми розв'язуються враховуючи сімейні, соціальні та культурні умови;

- *орієнтована на громаду*: досліджуючи проблеми пацієнта, потрібно брати до уваги особливості громади, у якій він проживає.

Відтоді, різними професійними спілками лікарів загальної практики розроблялися *довідники спеціальності* (Référentiel Métier), що постійно оновлюються у відповідь на вимоги часу та потреби суспільства і включають: загальну характеристику спеціальності з її головними концепціями та принципами, напрями професійної діяльності й відповідний деталізований опис необхідних компетенцій лікаря загальної практики, опис типових ситуацій медичної практики, місце і роль лікаря загальної практики в системі охорони здоров'я тощо. Проте, як було зазначено в одному з варіантів цього документа



(2009), «ці ресурси не є вичерпним переліком знань і навичок, але визначають саме ті, які найнеобхідніші для роботи лікаря загальної практики, щоб долати ситуації, які виникають при медичному обслуговуванні» [321, с. 36]. Отже, довідник спеціальності має орієнтовний, а не директивний характер.

У найзагальнішому вжитку слово *référentiel* означає «систему вихідних даних, довідник (un système de référence)» (Le Grand Robert de la langue française [277]). «Дидактичний словник французької мови як іноземної» цей термін визначає як «перелік компетенцій, необхідних для виконання певної діяльності, та остаточний перелік видів цієї діяльності» [191].

«Довідник професії – це опис, який дозволяє дати чітке уявлення про діяльність, спеціальність або методологію» [323, с. 120]. У дослідженні французьких науковців «Історична основа довідників спеціальності та компетенцій із загальної практики» [225, с. 45] було визначено такі напрями їх застосування:

- інформувати молоде покоління щодо специфіки спеціальності та сприяти підвищенню престижу професії;
- допомогти виробити єдині кваліфікаційні критерії для забезпечення якісної ідентичної допомоги пацієнтам на всій території країни і закласти основу для ліцензування:
  - студентів,
  - лікарів, що змінюють спеціальність,
  - іноземних лікарів з країн за межами ЄС;
  - направляти та розвивати базову та безперервну професійну освіту.

Ми проаналізували кілька довідників спеціальності «Загальна практика» [201; 321; 322; 323], але перш ніж викласти результати цього дослідження, нам потрібно дати визначення термінів і понять, що в них застосовуються: *concept*, *notion*, *caractéristique*, *principe*, *rôle*, *fonction*, *compétence*.

Будь-яка наука й, відповідно, спеціальність базується на певних поняттях, які у вітчизняній науці називають «категоріями» або, знов ж таки, «поняттями», а у французькій – *концептами (concept)*.

Ми обрали таке визначення концепту: це «абстрактна і загальна ідея, яка поєднує в собі риси, загальні для всіх людей (особливих речей, об'єктів), що належать до тієї ж категорії. В абстракції розум може виділити в межах дійсності певний комплекс характеристик, спільних для багатьох людей, і прив'язати назву до кожного з цих комплексів: тобто, кожний комплекс, що дістав назву, є концептом...» – нашим головним засобом контролювати реальність [179, с. 61]. Отже, концепт дозволяє давати назву речам, які мають однакові характеристики. Важливо відмітити, що дослідники з французької філології [178, с. 143] наголошують на різниці між «поняттям» і «концептом»: якщо перше визначається за певними ознаками і сенсом, то другий є методом вербалізації цих ознак, поясненням простих понять. Тобто концепт – це загальне й абстрактне розумове уявлення про об'єкт (абстрактний або конкретний), створений та визнаний науковою думкою, на відміну від *поняття (notion)*, що є інтуїтивним, загальним знанням і синтезує головні характеристики об'єкта, але не претендує на науковість.

*Характеристика (caractéristique)* – те, що характеризує, особливість [277]; відмітна ознака, основна риса когось або чогось (Dictionnaire Larousse [199]); «Опис, визначення істотних, характерних особливостей, ознак когось, чого-небудь» [116, с. 24].

Термін «принцип» зустрічається іноді замість слова «характеристика». «Le Grand Robert de la langue française» [277] дає такі визначення терміна *принцип (principe)*: першопричина; «матеріальний елемент, який входить до складу, структури або формування чого-небудь, за його властивістю». У «Словнику української мови» [115, с. 693] принцип – це «основне вихідне положення якої-небудь наукової системи, теорії, ідеологічного напрямку і т. ін.»; особливість, правило, норма «покладені в основу створення або здійснення

чого-небудь, спосіб створення або здійснення чогось». Тобто принцип є характеристикою діяльності.

*Роль (rôle)* – дія, її вплив і функції [277]; функція, що кимось виконується, повноваження певної установи, тобто – службові обов'язки. У соціології: «комплекс норм і вимог, які регулюють поведінку індивіда, через його функції в групі» [199].

*Функція (fonction)* – «виконання службових обов'язків; те, що людина повинна робити, щоб виконувати свою роль у суспільстві, у соціальній групі» [277]; «роль, що здійснюється кимось у групі, діяльність» або «роль, що виконується спільно певними особами в суспільстві» [199].

Отже, функція і роль мають схожі значення, оскільки кожний з цих термінів визначається іншим.

*Компетенція (compétence)* – «поглиблене та визнане знання, що надає право судити або вирішувати в певних питаннях», «юридично визнана органами влади здатність виконувати ту або іншу діяльність за певних умовами» [277]; «визнана здатність (capacité) у певному предметі через володіння знаннями, які надають право виказувати судження» [199]. Тобто йдеться про здатність людини виконувати певні завдання на основі власних знань і досвіду. Взагалі, в українській науково-педагогічній термінології західний термін «компетенція» може означати як певну компетенцію (комунікативну, професійну, науково-дослідну), так і професійну компетентність у цілому.

Згідно з цими лінгвістичними визначеннями, ми бачимо, що слова, які іноді здаються досить подібними, мають деякі відмінності. Роль може розглядатися як визначення місця лікаря в суспільстві. Функція, більш фактична, відповідає діям і завданням, які необхідні, щоб виконувати цю роль. Компетенція є оптимальним застосуванням функції на практиці. Знання дисципліни складається з фундаментальних принципів. Отже, кінцева мета освіти – формування професійних компетенцій спеціаліста, який повинен бути

здатний використати здобуті знання для забезпечення своїх функціональних обов'язків і відповідати тій ролі, яку від нього очікують.

Як наукова галузь, спрямована на людину, «Загальна практика» включає три основні параметри:

1. *Науковий* (когнітивний): критичний підхід заснований на аналізі даних за результатами досліджень, їх обробки та підтвердження достовірності. Постійне підтримання рівня та оновлення знань, спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги.

2. *Поведінковий* (психобіхевіористський): компетенції та діяльність лікаря, його цінності й етика.

3. *Контекстуальний* (соціоемоційний): особистісні умови лікаря і пацієнта, сім'ї, суспільства, системи охорони здоров'я та культури [321].

Теоретичну основу спеціальності у Франції становлять 10 головних *принципів* [306]:

#### I. Підхід, орієнтований на пацієнта

Основою діяльності лікаря є пацієнт, його вимоги, потреби й особистість, з його переконаннями, страхами, очікуваннями, нездужаннями. З цього випливають такі положення: остаточне рішення є результатом спілкування з пацієнтом; урахування особистісних аспектів потребує реляційної роботи і, отже, відповідної підготовки майбутніх лікарів; стосунки лікар-пацієнт, що відбуваються відповідно до цього підходу, включають дії лікаря в процесі лікування та в епідеміологічних дослідженнях; лікар повинен використовувати кілька різних джерел інформації, таких, як Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (Classification Internationale des Soins Primaires – CISP) та численні довідники лікаря загальної практики.

#### II. Урахування особистого оточення пацієнта

Умови життя, роботи, походження та культурні звички, і насамперед сім'я постійно впливають на здоров'я пацієнта. Тобто лікар не може надавати йому допомогу поза соціальним контекстом. Цілісний підхід допомагає краще

інтерпретувати симптоми, полегшує встановлення точного діагнозу і підвищує ефективність лікування.

### III. Коло діяльності визначається на основі потреб і вимог пацієнтів

Загальна медична практика є найдоступнішим і найпоширенішим видом розв'язання проблем зі здоров'ям. Це передбачає, що вона повинна охоплювати різні сфери діяльності і потребує універсальності допомоги. З цього випливає необхідність набуття навичок адаптації та постійного розвитку в різних напрямках діяльності. Крім того, загальна практика відіграє вирішальну роль посередника між людьми та медико-соціальними відомствами. Одночасне з'ясування індивідуальних і суспільних питань підтримує баланс між апріорі суперечливими вимогами.

### IV. Розв'язання найпоширеніших медичних проблем

Дослідження CREDES (Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Economie de la Santé – Центр досліджень, освіти та документації з економіки охорони здоров'я (нині – Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé – IRDES) 1994 р. [149, с. 66] показали, що пацієнти навіть зі специфічними медичними проблемами, які стосуються таких вузьких галузей, як офтальмологія, дерматологія та акушерство, найчастіше звертаються до лікаря загальної практики. Зокрема, значний відсоток звернень стосується ендокринних і метаболічних захворювань (91%), розладів травлення (88%), порушень серцево-судинної та дихальної системи (по 87%), кістково-суглобових або травматичних ушкоджень (по 86%), розлади психіки та сну (65%). 2004 р., згідно з офіційним докладом Французького товариства загальної практики (SFMG) [345, с. 5], 25 видів найпоширеніших проблем зі здоров'ям становлять 50% роботи лікарів загальної практики. Також слід зазначити, що навіть після реформи 2004 р., що надала французам можливість звертатись за медичною допомогою безпосередньо до вузьких спеціалістів, за статистичними даними державного медичного страхування (2003–2006 рр.), рівень звернень до спеціалістів зменшився: до ЛОР (-12%), лікарів-дерматологів (-10%) і педіатрів

(-6%); водночас активність лікарів загальної практики збільшилася на 3,5% протягом цих трьох років [283, с. 5].

V. Діагностичний підхід, що базується на незначній поширеності тяжких захворювань

У загальній медичній практиці частота потенційно тяжких або смертельних хвороб набагато нижча, ніж у лікарняному секторі. У діагностиці позитивна або негативна прогностична цінність (імовірність розвитку хвороби) клінічної ознаки або аналізів залежить від поширеності захворювання в певній групі населення: чим нижчий рівень захворюваності, тим більше зменшується позитивна прогностична цінність. Отже, однакові симптоми та клінічні ознаки мають різну прогностичну цінність для амбулаторної і стаціонарної медичної практики.

VI. Втручання на ранній стадії захворювання

Пацієнти найчастіше звертаються до лікаря лише з появою симптомів. На цій ранній стадії досить важко встановити точний і остаточний діагноз. Діагностичне рішення, як звичайно, базується на основних клінічних ознаках або групі симптомів, іноді на клінічній картині перебігу захворювання, рідше – на повному діагнозі.

VII. Одночасне ведення кількох захворювань

Пацієнт часто звертається за консультацією через кілька причин або скарг – у середньому він має щонайменше дві підстави для звернення до свого лікаря і ця кількість збільшується з віком. Одночасне розв'язання кількох проблем потребує встановлення їх ієрархії з урахуванням як пріоритету пацієнта, так і медицини.

VIII. Надання тривалої та безперервної медичної допомоги

Загальна практика надає пацієнтові можливість отримувати регулярний необхідний тривалий догляд від народження до смерті. Це забезпечує безперервність лікування через супровід пацієнтів протягом усього їхнього життя. Ведення медичної картки спрямовує та полегшує цей моніторинг – це

об'єктивний запис консультацій, але вона зовсім не відображає історії відносин між лікарем і пацієнтом. Розв'язання емоційних і деонтологічних проблем, що виникають у контексті цього підходу, французькі дослідники пропонують лікарям за допомогою «Балінтовських груп» [327].

#### ІХ. Забезпечення координації допомоги

Синтез різноманітних медичних втручань, потік інформації, узгоджена організація роботи системи охорони здоров'я засновані на існуванні координаційного механізму. Загальна практика виконує роль стрижня в цій системі. Безпосередній доступ до вузьких спеціалістів та інших працівників охорони здоров'я, який мають французькі громадяни, часто ускладнює чітку координацію медичних послуг; але розвиток скоординованих груп і мереж первинної допомоги дозволяє планувати роботу команди фахівців з певним пацієнтом, що сприяє поліпшенню якості лікувальних заходів.

#### Х. Економічна ефективність

Лікування загальних захворювань потребує простих рішень і часто не передбачає застосування складних і дорогих засобів обслуговування. Загальна медична практика обмежує витрати залежно від фактичних потреб і пропонує пацієнту зважений підхід до споживання медичних послуг. Тому вона є рентабельною медичною практикою, яка реалізує співвідношення вартості/ефективності та вартості/користі, що підтверджується незначною часткою витрат на амбулаторний сектор у системі охорони здоров'я Франції [172].

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) в нормативному документі «Європейське визначення загальної практики / сімейної медицини» (The European Definition of General Practice / Family Medicine) [337] означила 12 головних характеристик спеціальності. У так званому «WONCA TREE» вони представлені у зв'язку з 6 основними професійними компетенціями фахівця цієї галузі (додаток Б). Вона запропонувала узгоджене бачення того, яким чином

лікарі загальної практики в Європі повинні надавати медичні послуги, щоб забезпечити якість і ефективність догляду за пацієнтами.

Певна професійна компетенція лікаря формується на комплексній основі знань (декларативних і процедурних), навичок (поведінкових, операційних і когнітивних), особистих якостей і досвіду лікаря та зовнішніх обставин (рис. 1.3.1).



*Рис. 1.3.1. Складники професійної компетенції лікаря*

За визначенням CNGE (Національна колегія викладачів загальної практики), *компетенція* – це комплекс знань, умінь і навичок, який спирається на мобілізацію та поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів при розв’язанні сукупності певних професійних ситуацій. Іншими словами – це комплексне вміння, пов’язане з контекстом навчання або практичної підготовки, яке інтегрує кілька видів здібностей і вмінь і дозволяє, на основі аналізу схожого виду обставин, не тільки виявляти проблеми, але й ефективно їх розв’язувати з урахуванням відповідності до певної ситуації.

Отже, на нашу думку, певна професійна компетенція лікаря – це специфічне «вміння», що застосовується в комплексній ситуації професійної практики для досягнення певної мети; вона є результатом комбінації різних ресурсів (внутрішніх і зовнішніх). Компетенція не з’являється сама по собі,



кожна людина буде її особисто за сприятливих умов (навчання, професійне положення, висококультурне коло спілкування тощо).

Серед цих згаданих ресурсів ми виділили такі:

1. *Внутрішні*, скажімо «вбудовані»:

– знання: декларативні (фундаментальні науки, семіологія, клінічна фармакологія, суспільно-гуманітарні науки, концепти спеціальності ЗП) та процедурні (нормативно-правова база професії, рекомендації і стандарти (довідники) належної клінічної практики, проведення діагностичних процедур, лікування, профілактики первинної медичної допомоги);

– навички: операційні (медичні процедури, маніпуляції, застосування обладнання), поведінкові (з пацієнтом, його оточенням і колегами) та когнітивні (аналіз ситуацій і розв'язання проблем із застосуванням набутого досвіду);

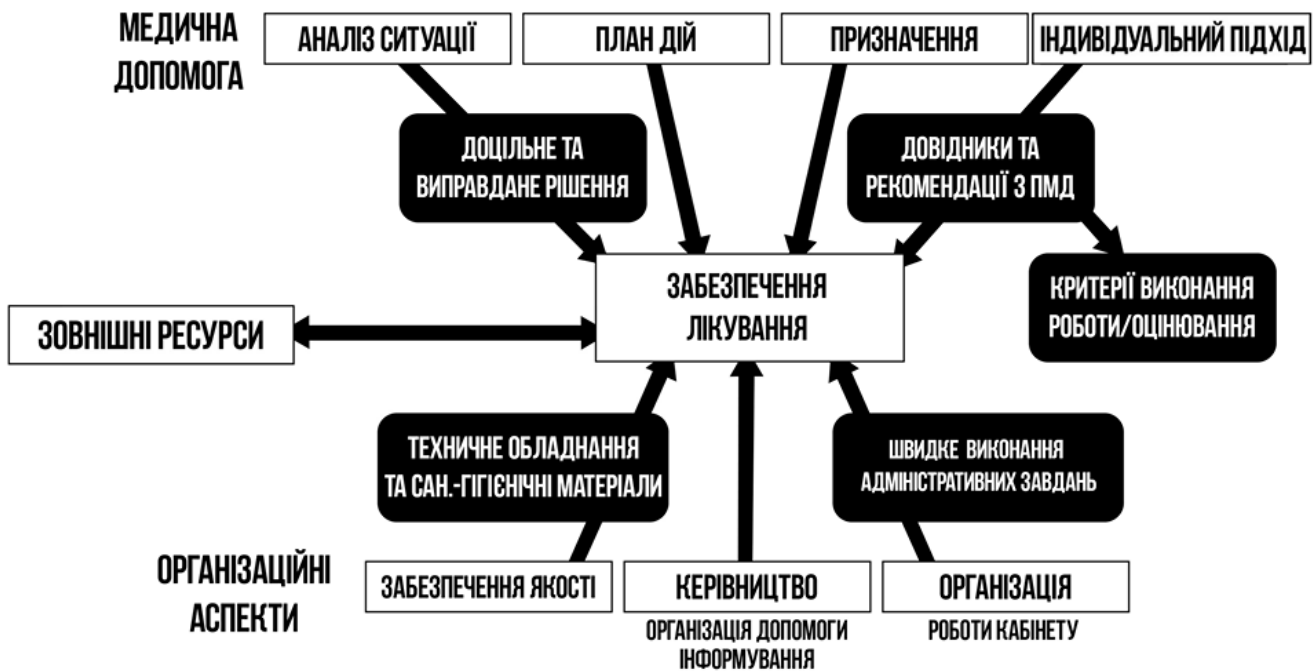
– особисті якості лікаря (морально-етичні, комунікативні, вольові).

2. *Зовнішні*, пов'язані з навколишнім середовищем, – усе, що може бути корисним для лікаря в професійній діяльності за межами його власних ресурсів: банки даних і документація, думка експерта, організації та заклади, різноманітні технічні засоби.

CNGE розробила систему сертифікації зі спеціальності «Загальна практика» [323], в якій вказані всі вимоги до професійних компетенцій лікарів ЗП. Підсумовуючи її, було визначено загальні компетенції у формі схеми, яку називають «маргаритка компетенцій» (*Marguerite des compétences*) (додаток В). Первинна медична допомога включає низку характеристик: у разі термінової або незапланованої допомоги передбачається застосування певного клінічного підходу і маніпуляцій, а щоб їх обрати лікар повинен брати до уваги фактори поширеності захворювань і вміння діяти в умовах невизначеності діагнозу. У випадку хронічного захворювання задіюються функції безперервного догляду, моніторингу хворого і координації допомоги пацієнту. Індивідуальна і громадська охорона здоров'я будується на освіті, профілактиці та виявленні

хвороб на ранній стадії. Ці функції виконуються комплексно, орієнтовано на пацієнта. Лікар загальної практики повинен урахувати складність певної ситуації та володіти навичками спілкування і налагодження довірливих стосунків. Уся ця діяльність потребує наявності професіоналізму, що визначається правовими та етичними нормами.

Отже, метою сертифікації компетенцій є підтвердження того, що майбутній професіонал здатний мобілізувати й об'єднати внутрішні (те, що він знає) та зовнішні (те, що він може отримати як інформацію) ресурси, що він пристосований для розв'язання більшості медичних проблем. У професії лікаря загальної практики потрібно адаптувати теоретичні знання і їх практичне застосування в контексті стосунків лікар-пацієнт, коли кожна ситуація, і відповідно рішення – унікальні [239, с. 4–5]. У процесі лікування кожного пацієнта лікар мобілізує весь комплекс професійних компетенцій (аналіз ситуації, планування, призначення, встановлення особистих стосунків з пацієнтом, організація ефективного функціонування кабінету, використання та надання відповідної інформації, забезпечення якісного обслуговування) згідно з такими вимогами: втручання/розв'язання проблеми протягом одного (половини) дня (за рівнем невідкладності стану), прийняття зваженого та узгодженого рішення під час консультації, застосування професійного довідника і рекомендацій та епідеміологічних даних (рис. 1.3.2).



*Рис. 1.3.2. Мобілізація компетенцій у професійній діяльності лікаря загальної практики*

Отже, для виконання професійних обов'язків лікарю загальної практики потрібно володіти компетенціями за п'ятьма сферами діяльності:

- специфічний клінічний підхід;
- спілкування з пацієнтами та їх оточенням;
- застосування професійного обладнання та інструментарію;
- координувана взаємодія з професійним оточенням і санітарними та соціальними службами;
- уміння сприяти розвитку та підвищенню престижу галузі загальної практики.

Згідно з попередньо запропонованими характеристиками галузі та принципами спеціальності, французькі дослідники розробили відповідні концепти [170, с. 36–38], які були згруповані та класифіковані на чотири розділи: I. Характерні елементи виконання функціональних обов'язків; II. Взаємостосунки лікар-пацієнт; III. Характерні особливості діагностики; IV. Процес ухвалення рішень.

I. Виконання функціональних обов'язків лікаря загальної практики базується на таких *концептах*:

1. Епідеміологія: квадрат Вайта (Гріна); закон рівномірного розподілу випадків.

2. Медицина першого звернення: первинна медична допомога (включаючи задоволення більшості потреб кожного пацієнта); втручання на ранній і недиференційованій стадії захворювання.

3. Тривалий супровід: тривалість догляду; діахронія, синхронія та епізодичність лікування; загальна, спільна історія.

4. Комплексний догляд: холістична модель (включаючи підхід, орієнтований на пацієнта); системний підхід (включаючи трикутник Карпмана); ситуативна діагностика, підходи OPE (Organe-Personne-Environnement – орган-людина-оточення) та ЕВМ (Evidence-Based Medicine – доказова медицина); одночасне ведення гострих і хронічних проблем зі здоров'ям.

5. Лікар загальної практики та інші суб'єкти системи охорони здоров'я: робота у взаємодії; домовленість про анонімність; критичний аналіз рішень «керівних» осіб та органів влади.

II. Стосунки між лікарем і пацієнтом: спільне «взаємоінвестування»; пацієнт, клієнт, партнер: три підходи до стосунків між лікарем і пацієнтом (історичний, соціологічний і психоаналітичний); «апостольська» функція лікаря; застосування всіх видів спілкування (інформативна, експресивна, інтерпретивна та невербальна); урахування можливості мовного непорозуміння; елементи психоаналізу: передача, зберігання, регресія.

III. Діагностичний підхід:

1. Причини консультації: точка зору пацієнта; семіологія (врахування соціологічних та особистісних характеристик пацієнта, які впливають на його спосіб опису симптомів); симптом (розшифрувати суб'єктивні симптоми в об'єктивні клінічні ознаки).

2. Клінічне обстеження: першочерговість складання анамнезу (включаючи поняття «першої гіпотези» та «паралельної діагностики»); фізичний огляд: ритуал діагностики та спілкування.

3. Висновки: методи діагностування: засновані на частоті захворювань, інтуїтивні, ймовірнісний підхід, гіпотетично-дедуктивний підхід тощо; діагностика – «переборна складність»; новий та попередній випадок (включаючи повторення симптомів і «відкриті» ситуації, коли встановлення остаточного діагнозу за результатами першого візиту неможливе); критична етіологічна діагностика: урахування ризиків; «пісочний годинник» медичного підходу.

#### IV. Рішення щодо:

1. Прийняття рішення: уникнення невпевненості; врахування комплексу елементів процесу прийняття рішень (включаючи наукові дані, результати спілкування з пацієнтом та часові, фінансові, нормативні й юридичні обмеження); вільний простір (варіативність рішень різних лікарів або для різних пацієнтів); спільне (з пацієнтом або колегою); відстрочення переходу до дій або рішення (включаючи можливість внесення змін і мотивацію пацієнта).

2. Лікування: призначення; ведення кількох захворювань; уникнення терапевтичної інертності; терапевтична освіта пацієнта; четвортинна профілактика (запобігання надмірному застосуванню засобів лікування); ефект лікаря (тобто він сам є засобом лікування).

Ці визначення дають чітку концептуальну основу й описують конкретний зміст галузі. Загальна практика не є лише частиною інших медичних спеціальностей, а базується, як зазначив Бернар Гай (Bernard Gay, 2013), на трьох складниках доказової медицини (Evidence-Based Medicine): підтверджених наукових даних, контексті амбулаторного лікування та поведінці пацієнта в його природному середовищі [231].

1974 р. Ліуенхорст (Leeuwenhorst) дав одне з найперших ґрунтовних визначень терміна «лікар загальної практики», який є ліцензійованим випускником вищого медичного закладу й надає первинну і безперервну допомогу окремим особам, сім'ям і спільноті, незалежно від віку, статі та захворювання. Він приймає своїх пацієнтів у своєму кабінеті, відвідує вдома, а іноді приймає в клініці або лікарні. Його мета – установити початковий діагноз з урахуванням фізичних, психологічних і соціальних факторів. Він здійснює постійний нагляд за своїми пацієнтами з хронічними, рецидивними або невиліковними захворюваннями. Тривалий контакт означає, що він може збирати необхідну інформацію, ураховуючи особливості кожного пацієнта та встановлюючи з ним довірчі стосунки, які лікар має можливість професійно використати. Він співпрацює з іншими колегами медичних і немедичних спеціальностей; знає як і коли в процесі лікування, профілактики та освіти сприяти поліпшенню стану здоров'я своїх пацієнтів і їх сімей; визнає особисту професійну відповідальність перед суспільством [337, с. 30]. Це визначення показало, що західні країни нарешті дійшли узгодження в ідеологічному, політичному і медичному планах, і дало поштовх лікарям загальної практики у Франції замислитись над ґрунтовним визначенням змісту своєї спеціальності та відповідних професійних компетенцій.

Всесвітня організація сімейних лікарів розширила та деталізувала визначення, запропоноване Ліуенхорстом: «Лікар загальної практики/сімейний лікар – це фахівець лікарської справи, який пройшов професійну підготовку згідно з принципами спеціальності «Загальна практика». Він є особистим лікарем, який передусім відповідає за надання повної та безперервної медичної допомоги кожній людині, що за нею звертається, незалежно від віку, статі чи захворювання. Він дбає про людей, враховуючи умови їх сім'ї, спільноти і культури, завжди поважаючи автономію (самостійність, незалежність) своїх пацієнтів. Він визнає, що також несе професійну відповідальність перед місцевою громадою, у якій працює. При обговоренні плану лікування зі своїми

пацієнтами він ураховує фізичні, психологічні, соціальні, культурні та побутові чинники, використовуючи знання і довіру, отриману під час попередніх консультацій» [232].

Ми повинні наголосити на тотожності термінів «лікар загальної практики» та «сімейний лікар» у міжнародних, європейських і вітчизняних нормативно-правових документах спеціальності.

У методичних рекомендаціях «Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики–сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу» (2010) [91, с. 5], з урахуванням яких 2013 р. було оновлено «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2013 р. №686), надається таке визначення: «Лікар загальної практики» – це лікар, який надає персональну, первинну та безперервну медичну допомогу окремим особам та сім'ям. Він може відвідувати своїх пацієнтів вдома, приймати їх в амбулаторних умовах, а в окремих випадках в стаціонарі. Він бере на себе відповідальність за прийняття рішення по кожній проблемі, з якою пацієнт звертається до нього і при необхідності консультиється з іншими спеціалістами. Він зазвичай працює в групі з іншими лікарями загальної практики, в умовах, які створені або модифіковані з цією метою, сумісно з колегами-парамедиками відповідного сектору та при наявності необхідного обладнання. Навіть, якщо ЛЗП-СЛ працює в практиці, де він є єдиним лікарем, він працює в команді професіоналів та при необхідності делегує повноваження. Його діагноз складається з фізичного, психологічного та соціального аспектів. Втручання ЛЗП-СЛ містять в собі освітню, профілактичну та терапевтичну направленість для зміцнення здоров'я пацієнта». Окрім цього та інших визначень основних понять, у розглянутих рекомендаціях представлені вимоги до обсягу знань лікаря ЗП – СМ, його завдання на основі компетентнісного підходу та обов'язки (додаток Д) [91, с. 5].

Отже, результати науково-дослідної роботи та практичного досвіду українських фахівців галузі є квінтесенцією національної специфіки та загальноєвропейських вимог і рекомендацій і надають наукове підґрунтя для подальшого розвитку вітчизняної законодавчої бази спеціальності та модернізації професійної підготовки сімейних лікарів в Україні на засадах компетентнісного підходу.

Головними представниками WONCA у Франції є CNGE та SFMG.

Визначені CNGE 5 основних *функцій* лікаря загальної практики такі: первинна медична допомога, комплексний догляд, координація та синтез медичних послуг, тривалий і безперервний догляд і виявлення й профілактика захворювань у системі охорони здоров'я [172]. У розглянутих нами довідниках спеціальності подаються розгорнутіше 12 функцій, які повністю збігаються з характеристиками загальної практики, визначеними WONCA.

З ініціативи SFMG було створено Інформаційний центр загальної практики (Observatoire de la Médecine Générale) – джерело важливих даних, представлених за результатами експертних досліджень таких органів, як Французьке агенство із санітарної безпеки товарів медичного призначення (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé – AFSSAPS), Управління з досліджень, освіти, оцінювання та статистики (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES), Національне агенство з акредитації та оцінювання охорони здоров'я (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – ANAES), яке було перетворено на Верховну раду охорони здоров'я (Haute Autorité de Santé – HAS).

Професійна *роль* лікарів загальної практики/сімейних лікарів у системі охорони здоров'я Французької Республіки включає: «зміцнення здоров'я, профілактику захворювань і забезпечення лікування, медичної або паліативної допомоги, сприяння розширенню прав і можливостей своїх пацієнтів і керування їх самодопомогою. Вони повинні взяти на себе відповідальність за розвиток і підтримання на належному рівні власних знань, умінь і навичок,



особистий баланс фізичних і психологічних сил і цінностей, які є основою для ефективного і безпечного догляду за пацієнтами. Як і інші медичні працівники, вони повинні відповідати за безперервний моніторинг, підтримку і, при необхідності, поліпшення клінічної картини, послуг та організації їх надання, безпеку пацієнта і його задоволення отриманими медичними послугами» [337]. Довжина цього визначення підтверджує складність проблеми у зазначенні всіх складових компонентів діяльності сімейного лікаря та кваліфікаційних вимог до цієї спеціальності. Варто також відмітити, що вони визначаються у їх ставленні до пацієнтів, а не органів, хвороб або видів лікування.

У законі HPST відповідно визначаються такі *завдання* лікаря загальної практики [148]:

- сприяти наданню амбулаторно-поліклінічної допомоги, забезпечуючи своїх пацієнтів послугами з профілактики, скринінгу, діагностики, лікування та моніторингу захворювань, а також освітою з питань здоров'я. Ця функція може здійснюватися або в медичних закладах, або в закладах соціальної допомоги;
- орієнтувати своїх пацієнтів за їх потребами в системі медичних послуг і сектору соціальної допомоги;
- забезпечувати координацію (узгодженість) допомоги, необхідної пацієнтам;
- стежити за індивідуалізованим застосуванням протоколів (стандартна схема лікування) і рекомендацій при захворюваннях, що потребують тривалого догляду, та сприяти моніторингу хронічних хвороб у співпраці з іншими медичними працівниками;
- забезпечити синтез інформації, наданої різними медичними працівниками;
- сприяти проведенню роботи з профілактики та виявлення захворювань;

- брати участь у заходах державної служби охорони щодо забезпечення постійного (безперервного) догляду;
- робити власний внесок при прийомі та навчанні стажерів другого та третього циклів медичної освіти.

Відповідно, *обов'язки* лікаря загальної практики включають:

I. Щодо суспільства – повинен знати епідеміологічну картину та намагатися максимально впливати на всі існуючі проблеми зі здоров'ям. Це означає знати членів своєї громади та проблеми, які існують поза індивідуальними проблемами окремого пацієнта, а також вплив на здоров'я всієї громади завдяки скринінгу захворювань і профілактичній освіті.

II. Щодо пацієнтів:

1. Всеосяжний догляд – повинен ідентифікувати всі проблеми, що виникають у пацієнта, серед них: недиференційовані, на ранніх стадіях захворювання, гострі стани, хронічні хвороби, психосоціальні розлади і потреби в реабілітації, отже, визначити потреби пацієнта як фізичного, так і психічного та соціального характеру.

2. Прислуховуватись до пацієнта – повинен розуміти, чому пацієнт звертається саме з цією проблемою саме в цей момент, який результат пацієнт очікує від консультації та відповідно реагувати.

3. Сім'я – повинен уміти визначати рівень впливу сімейних факторів на здоров'я пацієнта і враховувати його при профілактичних і лікувальних заходах. З другого боку, він повинен визнавати вплив проблем пацієнта на його сім'ю.

4. Стосунки лікар-пацієнт – повинен враховувати важливість стосунків між лікарем і пацієнтом і його сім'єю в лікуванні, тобто – власних емоцій, сприйняття та суджень. Він повинен зважати на автономність пацієнта і його сім'ї щодо організації та засобів лікування [142].

На рис. 1.3.3 представлено взаємозв'язок основних компетенцій, певних сфер діяльності та параметрів їх реалізації, які характеризують спеціальність і

підкреслюють її складність. Саме цей комплекс повинен слугувати основою в розробці програм професійної підготовки, наукових досліджень і підвищення кваліфікації лікарів і якості медичного обслуговування.



*Рис. 1.3.3. Взаємозв'язок основних компетенцій лікаря ЗП, сфери його діяльності та параметрів їх реалізації*

Отже, завдання професійної діяльності лікаря загальної практики повинні окреслюватись нормативно-правовою базою функціонування системи охорони здоров'я країни в цілому (сфери його діяльності, функції й роль) і нагальними потребами населення в медичній допомозі. Вони визначаються відповідно до принципів спеціальності і разом з ними характеризують комплекс професійних компетенцій. Відповідно, формування навчальної програми, сертифікація

професійної діяльності лікаря ЗП та спрямування науково-дослідної роботи в галузі відбувається з урахуванням цих основних компетенцій.

Створення французької моделі змісту професійної підготовки з цієї спеціальності (додаток Е) було окреслено такими документами, затвердженими на національному та європейському рівнях: «Компетенції лікаря загальної практики» (Wopca), «Довідник спеціальності» (2010) [322], «Рівні компетенції» (2013) [183], «Основні групи типових клінічних ситуацій» (2013) [157], які передбачають пріоритетне застосування *компетентісного підходу* (Approche Par Compétences – APC) у підготовці лікарів загальної практики.

Серед основних кадрових проблем системи охорони здоров'я Франції на сучасному етапі, як і в інших країнах світу та Україні, французькі науковці наголошують на нерівномірності територіального розподілу й, відповідно, проблемах з доступністю медичних послуг первинної ланки в певних регіонах країни; загальному дефіциті кадрів, спричиненому такими факторами, як старіння населення та лікарського складу, скорочення робочого часу й недостатній обсяг державного замовлення на професійну підготовку відповідних фахівців.

Нині існує кілька категорій лікарів, що працюють у загальній практиці Франції. Залежно від медичної освіти, це лікарі «старого режиму», які мають:

- державний диплом доктора медицини без відповідної кваліфікації (до 1980-х рр.);
- державний диплом доктора медицини та отримали кваліфікацію із загальної практики згідно із законом від 18 січня 1991 р.

Лікарі «нового режиму» (вступили на третій цикл 1984 р. і проходили курс навчання згідно з положеннями закону від 23 грудня 1982 р. про реформу медичної освіти), які мають:

- державний диплом доктора медицини та кваліфікацію із загальної практики (резидентура з ЗП) ;

- державний диплом доктора медицини та кваліфікацію із загальної практики (інтернатура з ЗП);
- звання лікаря загальної практики Швейцарії, країн ЄС та учасниць Європейського економічного простору.

Для офіційного визнання статусу лікаря в період від 1980-х до 2002 року були розроблені певні процедури авторизації медичної практики для лікарів, які не мали кваліфікації:

- отримання «Свідоцтва з комплексної клінічної та терапевтичної підготовки» – CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), яке передбачало складання письмових та усних іспитів і в разі успіху надавало право представити особову справу в консультативний комітет Міністерства охорони здоров'я, яке визначало квоту на кількість необхідних лікарів;
- авторизація виконання посадових обов'язків як CAP (Praticien Adjoint Contractuel – лікар-асистент за контрактом). Конкурс для отримання дозволу на практику, упроваджений 1995-го і змінений 1999 року відповідно до попереднього досвіду (3 або 6 років) роботи у лікарні;
- проходження атестації через Апеляційний комітет, створений згідно із законом CMU (Couverture maladie universelle – універсальне покриття медичних витрат) від 27 липня 1999 р., який надавав можливість свого роду перескладання для тих, хто не склав іспити на отримання CSCT або CAP, але виконував функції лікаря у Франції щонайменше протягом 10 років;
- визнання Міністерством соціальних справ та охорони здоров'я дипломів інших країн після постанови Європейського суду за справою «Уго Фернандо Хоксман проти Міністерства праці та солідарності» (14.09.2000 р.), згідно з якою: «Роль директив, що встановлюють загальні правила обопільного визнання дипломів є... встановити систему, яка зобов'язує держави-учасники прийняти еквівалентність певних дипломів» [146].

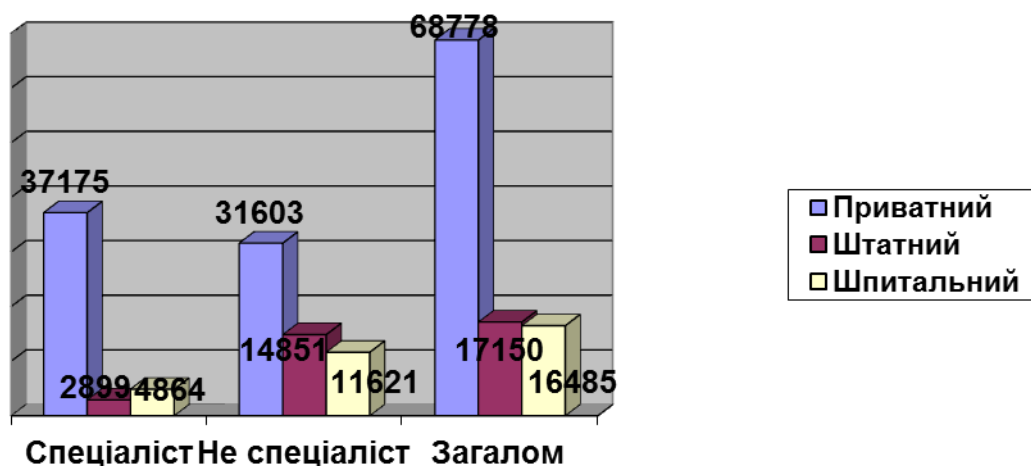
Отже, існують три шляхи отримання кваліфікації:

- визнання диплома спеціаліста (фахівця загальної практики);

- схвалення Кваліфікаційною комісією колегії лікарів;
- процедура авторизації Міністерства охорони здоров'я.

За якісними показниками кадрове забезпечення лікарями загальної практики на сучасному етапі у Франції розподіляється так: *згідно з кваліфікацією*: лікар без кваліфікації (9%), лікар з кваліфікацією (47%) та лікар з дипломом спеціаліста (44%); *за видом практики*: «вільні» (тобто приватні (*libéral*), 67% – без урахування змішаної практики), «штатні» (тобто ті, що отримують заробітну плату (*salarié*), 17%) та «шпитальні» (*hospitalier*), 16%).

Як підсумок, на рис. 1.3.4 представлено загальний розподіл лікарів ЗП залежно від їх кваліфікації та виду діяльності (на 1 січня 2014 р.) [268, с. 12–58].



**Рис. 1.3.4. Розподіл лікарів загальної практики за кваліфікацією та видом практики**

Загальна забезпеченість населення України лікарями навіть вища ніж у Франції і дорівнювала за статистичними даними 2014 р., 37,4 на 10 тис. [141, с. 360–363]. Водночас забезпеченість сімейними лікарями становила лише 3,8 на 10 тис. населення, а їх питома вага сягала 7,7%, що, навіть з урахуванням 19,7% терапевтів, вказує на катастрофічний кадровий дефіцит у галузі.

Отже, аналіз теоретико-методологічних засад спеціальності «Загальна практика» у Франції виявив тенденції стрімкого сучасного розвитку й

оновлення науково-дослідної бази галузі відповідно до загальноєвропейських положень і національної специфіки, яка закладає основи професійної діяльності лікаря загальної практики в системі охорони здоров'я Французької Республіки та його підготовки.

## **Висновки до першого розділу**

Аналіз джерельної бази дослідження з проблеми професійної підготовки лікарів у Франції дозволив нам установити певні характерні зміни в медичній освіті, які відбувались у відповідь на потреби тогочасного суспільства й заклали основи для сучасних тенденцій її модернізації. Спочатку – накопичення власного досвіду з інтеграцією надбань інших народів у лікуванні та навчанні лікарів; потім – самоусвідомлення й ствердження французької нації як держави та прийняття догм католицької церкви сприяли встановленню офіційної системи медичної допомоги й отриманню медичною освітою статусу окремої галузі; надалі відбувався поступовий розвиток наукової та педагогічної думки, інституалізація університетської освіти зі структуризацією медичного навчання, започаткування практичної хірургічної підготовки, розквіт гуманістичних ідей та експериментальних наукових досліджень, виокремлення нових галузей медичної науки, що сприяло ґрунтовним змінам у змісті та організаційно-педагогічних умовах медичної освіти; нарешті, Французька революція й суспільно-політичні та культурні зміни, що передували їй, стали важливими чинниками у становленні Парижа як провідної клінічної школи, а системи медичної освіти Французької Республіки – взірцем для наслідування.

Ми виділили певні тенденції розвитку цієї системи відповідно до *загальних* докорінних змін суспільно-політичного життя країни і європейської спільноти та, як наслідок, – вищої освіти: докорінні структурно-організаційні

перетворення – упровадження системи клінічної підготовки на базі університетських лікарень 1958 р.; оптимізація принципів і методів управління у вищій освіті, систематизація та вдосконалення змісту та підвищення якості медичної освіти, стандартизація та демократизація принципів відбору претендентів на медичне навчання та класифікації випускників, інституалізація інтернатури як єдиної можливості отримання медичної спеціальності і, паралельно, закладення основ і розвиток системи навчання з загальної практики, глобалізація та євроінтеграція – адаптація та модернізація національної системи вищої медичної освіти згідно з принципами та рекомендаціями ВФМО і Болонського процесу.

Пріоритетними *специфічними* тенденціями розвитку і модернізації сучасної системи вищої медичної освіти у Франції визначено: професіоналізація додипломної підготовки лікарів на засадах спеціальності «Загальна практика» та спрямування політики уряду на підвищення якості навчання лікарів відповідної спеціальності в інтернатурі; зміцнення та розвиток науково-дослідної бази галузі; адаптація інноваційних підходів (компетентісного, особистісно-орієнтованого) до формування змісту навчальної програми, форм і методів навчання й оцінювання; плюридисциплінарна організація, варіативність навчальних програм до- та післядипломної медичної освіти із значним акцентом на науково-дослідну та педагогічну підготовку; регіоналізація державного замовлення на підготовку медичних фахівців; інформатизація системи вищої медичної освіти (відбору претендентів, навчальної бази і процесу навчання, розподілу випускників).

У процесі дослідження теоретико-методологічних засад спеціальності «Загальна практика» розкрита семантика понятійного апарату галузевих стандартів і з'ясовані головні параметри, принципи, характеристики, концепти спеціальності, компетенції лікаря ЗП і модель формування змісту його професійної підготовки та визначено специфіку професійної діяльності лікаря загальної практики (вимоги, функції, роль, завдання, обов'язки, умови



сертифікації лікаря і процедури авторизації медичної практики, кадрове забезпечення і види діяльності фахівців) у системі охорони здоров'я Французької Республіки.

З'ясовано, що вітчизняні фахівці ЗП – СМ також працюють над науковим обґрунтуванням спеціальності та розробкою національних кваліфікаційних вимог і стандартів професійної підготовки сімейного лікаря з урахуванням компетентнісного підходу. Вони дали визначення терміна «лікар загальної практики – сімейний лікар», яке враховує національну специфіку та європейські визначення й підтверджує ідентичність цих двох понять.

Аналіз останніх статистичних показників демографії лікарів загальної практики у Франції показав, що їх частка від загальної кількості становить майже 50%, а щільність їх розподілу на 10 тис. населення сягає 15,5. В Україні відповідні показники набагато нижчі: 7,7% – 3,8 на 10 тис. населення.

Потреби здоров'я населення, види медичної допомоги, умови праці лікарів і обслуговування населення поступово розвиваються. Утім, ці зміни не завжди достатньо визначені, сформульовані, узгоджені й, нарешті, враховані в перспективному прогнозуванні демографії лікарів, згідно з якими, відповідно регулюються обсяг державного замовлення на підготовку майбутніх лікарів і організаційно-педагогічні умови їх навчання.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ФРАНЦІЇ

Сучасна система вищої медичної освіти у Франції складається з таких рівнів: *Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM)* – перший цикл з отриманням диплома загальної освіти з медичних наук включає 6 семестрів (180 кредитів) і відповідає рівню «*Licence*»; *Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM)* – другий цикл (диплом поглибленої медичної освіти) триває також 6 семестрів (120 кредитів) і відповідає рівню «*Master*»; третій цикл – інтернатура з отриманням диплому спеціалізованої освіти (*Diplôme d'études spécialisées – DES*) і Державного диплома доктора медицини (*diplôme d'État de docteur en médecine*), що видається після успішного захисту «практичної» дисертації (*thèse d'exercice*), та, у разі додаткової спеціалізації, – *Diplôme d'études spécialisés complémentaires* тривалістю 3–5 років (додаток Ж).

Академічна медична освіта у Франції проводиться у 38 UFR, які за традицією називають факультетами, а практична професійна підготовка – в СШУ; правові, організаційні, фінансові та інші засади функціонування системи вищої освіти визначаються Кодексом освіти (*Code de l'éducation*) [181] та, стосовно певних аспектів медичної освіти, – Кодексом охорони здоров'я (*Code de la santé publique*) [180]. Головними державними органами управління медичною підготовкою і контролю забезпечення якості вищої медичної освіти є, відповідно, Міністерство вищої освіти, наукових досліджень та інновацій (*Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation – M.E.S.R.I.*) та Міністерство солідарності та охорони здоров'я (*Ministère des Solidarités et de la Santé*).

Окрім головних державних органів управління медичною освітою, у Франції діють установи, які виконують окремі дослідницькі, регулювальні та оцінювальні функції на різних етапах і за певними аспектами професійної підготовки лікарів: Державна педагогічна комісія (Commission Pédagogique Nationale) – відповідає за надання порад з розвитку та регулярного перегляду навчальних програм; Державна колегія університетів (Collège National des Universités – CNU) – з'ясовує питання щодо кваліфікації, наймання і кар'єри університетських професорів і викладачів; Вчена рада з конкурсу в інтернатуру (Conseils Scientifiques des Concours d'Internat – CNCI) – складає банк питань до державних іспитів; Національний центр з управління (Centre National de Gestion des Practiciens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière – CNG), який відповідає за матеріально-технічне забезпечення НКІ; Головне управління із забезпечення медичного обслуговування (Direction Générale de l'Offre de Soins – DGOS), у свою чергу, відповідає за розподіл кількості місць для інтернів в УКЦ, залежно від потреб населення; спеціалізовані професійні колегії, такі, як Національна рада державної колегії лікарів (Conseil National de l'Ordre des Médecins), Національне автономне представницьке об'єднання профспілок інтернів загальної практики (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG), Національна колегія викладачів – лікарів загальної практики (Collège National des Généralistes Enseignants – CNGE) та багато інших.

## **2.1. Організація та зміст професійної підготовки лікарів на додипломному етапі навчання у Франції**

Загальна тривалість додипломного навчання у Франції становить 6 років, які поділяються на 3 роки «доклінічної» підготовки, і відповідно 3 – «клінічної». Але цей розподіл дуже умовний через те, що до введення системи ЛМД перший, базовий цикл тривав 2 роки, а другий, клінічний, відповідно – чотири роки. Тому нині головна різниця між циклами полягає в тому, що під час другого циклу студенти проходять практичну підготовку щонайменше половину навчального часу, хоча вивчення клінічних дисциплін може починатись вже з 2–3-го курсу. Зміст, організаційні форми та вимоги до рівня підготовки (перелік відповідних компетенцій) після закінчення студентами шестирічної програми базової медичної освіти визначаються, як зазначалося раніше, Міністерствами вищої освіти та охорони здоров'я.

### **2.1.1. Особливості вступу на французькі медичні факультети**

Удосконалення системи медичної освіти є невід'ємною частиною стратегії підвищення якості медичної допомоги. Пошук шляхів поліпшення якості вищої освіти в цілому та, зокрема, медичної продовжує залишатись одним з найактуальніших питань, що досліджується вітчизняними та зарубіжними науковцями. Серед головних факторів, які впливають на загальну якість медичної підготовки, є процес відбору абітурієнтів. Як Я.В. Цехмістер зазначає: «якщо кінцева мета вищої медичної освіти полягає у забезпеченні випуску лікарів, які задовольняють потреби охорони здоров'я країни, то ступінь досягнення цієї мети значною мірою залежить не тільки від системи підготовки медичних кадрів, але й від процесу відбору кандидатів на навчання» [137, с. 165].

У Франції традиційний вступ на медичні факультети полягає в реєстрації на навчання. Зарахування до вищого навчального закладу пов'язане із середнім випускним балом у ліцеї (здебільшого – диплом бакалавра наукового напрямлення (*le bac S*)), деякі факультети навіть можуть відмовити в реєстрації,

якщо абітурієнт не має саме цієї профільної освіти). Ураховуючи специфіку медичної підготовки, кандидатам украї необхідно володіти високим рівнем наукових знань, і якщо їх диплом бакалавра іншого напрямку приймається університетом, їм рекомендується попередньо пройти 1 рік «адаптаційного» курсу. Згідно з відповідними дослідженнями, 95% студентів, що проходять конкурсний відбір наприкінці року, мають ступінь бакалавра науки [291, с. 132]. Окрім кандидатів з дипломом бакалавра, до вступу також допускаються ті, що мають диплом доступу до університетської освіти (*Diplôme d'accès aux études universitaires*), або диплом, визнаний еквівалентним бакалавру й отриманий у Франції або за кордоном, або відповідну кваліфікацію чи досвід (Закон від 28 жовтня 2009 р.).

З метою зменшення відсотка невдалого складання іспитів (того часу він сягав 85% – з 50 тис. абітурієнтів лише 7500 переходили на другий рік навчання) і для поліпшення орієнтації студентів за медичними спеціальностями з 2010 р. Міністерство вищої освіти Франції ввело в усіх університетах загальний курс «Л1 охорони здоров'я» (*L1 Santé*), який нині називається PACES (*Première Année Commune aux Études de Santé* – Перший загальний курс медичної освіти), для всіх студентів, що хочуть вивчати медицину (М), акушерство (А), стоматологію (С) або фармацію (Ф) [290]. Утім нині не на всіх факультетах, що проводять навчання на PACES, існують всі чотири напрями підготовки, тому деякі студенти переводяться до іншого UFR для продовження навчання на другому курсі. З другого боку, деякі університети співпрацюють з медичними школами, що готують лікарів трудової терапії (*ergothérapeute*) та фахівців лікувальної фізкультури, і пропонують певну кількість місць за цими напрямами за результатами конкурсу PACES.

Реєстрація на PACES, як і на багато інших напрямів вищої освіти, проводиться на офіційному сайті Міністерства освіти: <http://www.admission-postbac.fr/> (APB). Ця процедура була започаткована з квітня-травня 2011 р. з

метою регулювання кількості навчальних місць (у середньому – 1500 в одному закладі, 900 з яких – для нових абітурієнтів) та включає кілька етапів:

– Крок 1 – реєстрація через Інтернет: *реєстрація на сайті* зі створенням особистого цифрового досьє; уведення всіх бажаних напрямів навчання – *попередні записи* (ajoute tretrait de candidatures), процес уведення та видалення яких триває від 20 січня до 20 березня; класифікація кандидатом своїх запитів відповідно до вподобань: *упорядкований список побажань* (liste ordonnée de vœux). Цей рейтинг обов'язково створюється відразу, але його можна змінювати до 31 травня.

– Крок 2 – складання досьє кандидата: роздрукування «карток запитів» (fiches candidatures) з цифрового досьє для тих закладів, які вимагають «паперові» досьє; складання паперового досьє з тих частин і в тому порядку, які вимагаються закладом; відправлення досьє (до 2 квітня).

– Крок 3 – результати та відповіді: отримання результатів запитів і відповіді кандидатів на пропозиції до вступу проходять у 3 етапи: від 12 червня до 17 червня, від 26 червня до 1 липня та від 14 липня до 19 липня.

– Крок 4 – Офіційна реєстрація: після отримання остаточної позитивної відповіді на запит в Інтернеті кандидати повинні особисто зареєструватися в освітньому закладі; при відсутності будь-яких пропозицій на вступ, абітурієнт має можливість зареєструватися на «процедуру додаткового набору» (procédure complémentaire) як кандидат на вакантне місце.

Переваги процедури обов'язкової реєстрації через мережу Інтернет – безсумнівні: висока ефективність для збору заявок, прозорість системи відбору, підвищення особистої відповідальності та мотивації абітурієнтів щодо вибору напряму професійної орієнтації й навчального закладу та багато інших. Наприкінці 2012 р., вісім генеральних інспекторів Державної освіти провели аналіз процедури АРВ. У відповідному урядовому звіті (Rapport №2012–123) визначаються такі її позитивні боки, як раціональність і зрозумілість, але також її недоліки та непередбачені наслідки. Вони зазначають, що недостатність

підтримки деяких державних установ і відсутність інформації для батьків залишають цю процедуру «в тіні», тим часом, як логічна структура АРВ може викликати занепокоєння через те, що учень повністю довіряє власну долю алгоритму. Автори також вважають, що система єдиного вибору за результатами відбору неправильно розуміється студентами. У цій доповіді повідомляється про негативні наслідки великої кількості пропозицій на сайті АРВ, яка, насамперед, концентрується на кількох престижних закладах, залишаючи поза увагою регіональні навчальні заклади.

Програма навчання PACES, як і всього терміну додипломної медичної підготовки, поділяється на два семестри та на навчальні блоки дисциплін (*unités d'enseignement – UE*), обов'язкові і за вибором, тематичні або інтегровані, на кожний з яких виділяється певна кількість кредитів ECTS (загалом студент може отримати до 60 кредитів). Система розподілу предметів на блоки відповідає міждисциплінарному підходу в навчанні у відповідно, як зазначалося вище, до сучасних міжнародних принципів підвищення якості вищої медичної освіти, яка надає майбутньому лікарю можливість набути необхідних знань, умінь і навичок у комплексі, і відповідно – стати компетентним фахівцем.

Особливої уваги, з нашого погляду, варті функції міждисциплінарного підходу в професійній підготовці майбутніх лікарів. Його *освітньою* функцією є формування комплексної системи знань студентів, здатності використовувати отримані знання в подальшій професійній освіті та діяльності, а *розвивальною* функцією є сприяння розвитку самостійності, позитивних мотивів навчально-пізнавальної діяльності, творчої ініціативи й активності. Також дослідники з проблем міждисциплінарного підходу та міжпредметних зв'язків у вищій освіті вирізняють: *формувальну* функцію інтеграції вмінь і якостей; *інтеграційну* функцію, що сприяє формуванню єдиної, цілісної картини світу; а можливість відбору, координації та структурування навчального матеріалу у взаємній узгодженості змісту навчальних дисциплін забезпечує *конструктивна* функція [14, с. 7–8; 82 с. 183].

З другого боку, окрім системності, комплексності та інтегративності формування і розвитку знань, умінь і навичок майбутнього лікаря, розподіл навчальних предметів за тематичними блоками дозволяє формувати одну з основних компетенцій лікаря загальної практики – холістичний, індивідуалізований підхід до пацієнта, який передбачає біопсихосоціальну модель клінічної практики (виникнення хвороби зумовлене сукупністю біологічних, психологічних і соціальних факторів, на врахуванні яких базуються діагностика та лікування окремого випадку).

Протягом першого семестру, загального для всіх спеціальностей, студенти вивчають такі обов'язкові предмети: UE 1: атоми–біомолекули–геном–біоенергетика–метаболізм; UE 2: клітини та тканини; UE 3: організація апаратів і систем: фізичні основи методів дослідження – функціональні аспекти; UE 4: оцінка аналітичних методів у біологічних і медичних науках, UE 5: організація апаратів і систем; UE 6: уведення у вивчення лікарських засобів і UE 7: здоров'я–суспільство–людство. Назви дисциплін і форми навчання можуть відрізнятися на різних медичних факультетах Франції, але зміст навчальної програми та оцінювання навчальних досягнень студентів 1-го курсу встановлені державним законодавством і є однаковими для всіх UFR. Наприкінці першого семестру проводяться іспити, за результатами яких складається попередній рейтинг академічних досягнень студентів. Кожному UE надаються різні коефіцієнти значущості, що відповідають кількості кредитів ECTS для кожної з чотирьох спеціальностей, та університет публікує чотири списки розподілу. Система розподілу коефіцієнтів за кожним навчальним блоком представлена у табл. 2.1.1 [279]. Завдяки такій системі, на нашу думку, студенти мають чіткіше уявлення про власний рівень підготовки та значніші шанси на подальший успіх у проходженні кінцевого відбору з певної спеціальності. Вони можуть обрати один або кілька (до чотирьох) напрямів підготовки до конкурсних іспитів у другому семестрі, але зазвичай рекомендується обирати не більше двох напрямів. Також важливим здобутком



уведення загального 1-го курсу для всіх основних медичних спеціальностей є можливість переорієнтації на навчання за іншими галузями для 15% студентів, які отримали найнижчі результати, бо вона зменшує кількість молоді, що залишаються «за бортом» вищої освіти назавжди.

Таблиця 2.1.1

**Оцінювання навчальних досягнень студентів PACES**

Університет Париж VII

| Навчальна дисципліна   |                  | Іспит   |                  | Коефіцієнт |    |    |    |
|--|------------------|---------|------------------|------------|----|----|----|
| Назва  | Кількість годин* | Семестр | Тривалість (год) | M          | A  | C  | Φ  |
| UE 1: хімія, біохімія  | 85               | 1       | 3                | 10         | 10 | 10 | 10 |
| UE 2: цитологія, гістологія, ембріологія                         | 85               | 1       | 3                | 10         | 10 | 10 | 10 |
| UE 3: фізика, біофізика  | 85               | 1       | 3                | 10         | 10 | 10 | 10 |
| UE 4: оцінка аналітичних методів у біологічних і медичних науках | 34               | 2       | 1                | 4          | 4  | 4  | 4  |
| UE 5: організація апаратів і систем                              | 30               | 2       | 1                | 4          | 4  | 4  | 2  |
| UE 6: введення у вивчення лікарських засобів                     | 33               | 2       | 1                | 4          | 4  | 4  | 6  |
| UE 7: здоров'я, суспільство, людство                             | 64               | 2       | 3                | 8          | 8  | 8  | 8  |
| UE 8: загальний  | 30               | 2       | 0,5              | 5          | 5  | 5  | 5  |
| Спеціальний спеціальність  | 20               | 2       | 0,5              | 5          | 5  | 5  | 5  |
| Усього   | 466–522**        |         |                  | 60         | 60 | 60 | 60 |

Примітки: 1\* – приблизна кількість астрономічних аудиторних годин;

2\*\* – залежно від кількості обраних напрямів підготовки.

У другому семестрі, на додаток до обов'язкових, додаються певні блоки дисциплін з обраної спеціальності: анатомія голови та шиї (М і С); генетика та біомолекули (М, С і А); анатомія малого таза у жінок (М і А); фетоплацентарний (А); зуби та ротова порожнина (С); ліки та інша продукція медичного призначення (Ф і С); фармакологічна хімія (Ф).

Після закінчення року проводяться іспити, функція яких – остаточний відбір кандидатів і встановлення класифікаційного рейтингу кожної з чотирьох спеціальностей. Усі іспити проводяться в письмовій формі та анонімно, загалом – у формі *тестів множинного вибору* (QCM – questionnaires à choix multiples) і за блоком «Здоров'я–суспільство–людство» – *творчих відповідей на запитання* (QR – Question Rédactionnelle).

У визначенні кількості доступних місць використовується Numerus Clausus, що регламентується державою. Для студентів, які не пройшли конкурсний відбір, існує можливість повторення 1-го курсу навчання, але тільки ще один раз [290; 187].

Закон про лімітований відбір студентів Numerus Clausus, як було зазначено раніше (див. підрозд. 1.2), був ухвалений ще 1971 р. й передбачав: встановити кількість дипломованих спеціалістів і, відповідно, фахівців, які працюють, визначити кількість викладачів для зменшення витрат на соціальне забезпечення, обмежити кількість студентів для поліпшення їх практичної підготовки та забезпечити максимальний рівень працевдатності й накопичення знань, ураховуючи довготривалість і складність медичного навчання.

На думку французьких дослідників, 45 років історії існування Numerus Clausus показали, що політики, адміністративні працівники й навіть самі лікарі абсолютно не в змозі планувати необхідну кількість медичних фахівців. За свідченням Даніеля Валаша (Daniel Wallach, 2011), спеціалісти з прогнозування проігнорували, наприклад, дві головні тенденції змін у медичній практиці: фемінізацію та скорочення робочого часу [349, с. 2]. Вони також не передбачили такі важливі фактори, як збільшення кількості та старіння

французького населення, що, відповідно, потребує більшої кількості лікарів. Тому головна проблема, яку може створити Numerus Clausus, – це недостатня кількість медичних працівників.

Нині (2017/2018 н. р.) Numerus Clausus становить 13499 місць за напрямками: «Медицина» – 8205, «Фармація» – 3124, «Акушерство» – 967, «Стоматологія» – 1203. У таблиці «Numerus Clausus 2018 р. порівняно з 2017 р.» показано розподіл державного замовлення за UFR і кожним напрямом медичної підготовки (додаток 3). Найбільшу державну квоту на підготовку лікарів загальної практики отримали університети: Ліон I (542), Лілль II (458), Екс-Марсель (372), Париж V (351), Бордо II (350) та Париж VII (337).

Кількість місць за напрямом «Медицина» варіювала з часом: близько 8500 70-ми рр. ХХ ст., 3500 90-ми рр., 5000 з 2000 р. та приблизно 7500, починаючи з 2009 р. Нарешті, після шести років стагнації цю кількість загалом було значно збільшено 2016 і 2017 рр. на 559 місць (рис. 2.1.1).

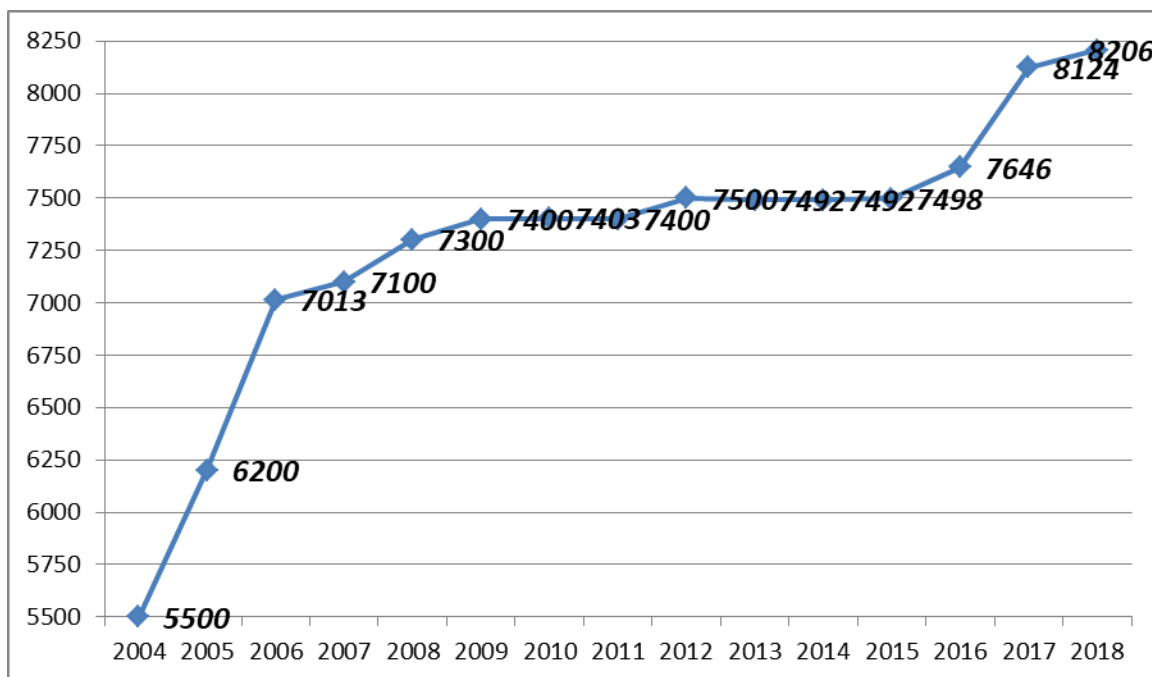


Рис. 2.1.1. Динаміка Numerus Clausus за напрямом «Медицина»

За результатами нашого дослідження та враховуючи загальні принципи відбору кандидатів на медичне навчання, ми можемо дійти висновку, що

існуюча система відбору кандидатів на медичне навчання у Франції має як певні переваги, так і недоліки. Система вільного набору з використанням процедури APV відповідає сучасним тенденціям інформатизації вищої медичної освіти, є прозорою та соціально справедливою, але існують проблеми недостатньої поінформованості абітурієнтів і їх батьків щодо її ефективного використання й технічної відмови в роботі системи, а також надмірна завантаженість навчальної бази університетів і викладачів. Ще одна позитивна характеристика – це можливість для студентів протягом року обрати спеціалізацію впевненіше та взагалі визначитися, чи підходить їм обрана професія і чи в змозі вони витримати такі навчальні навантаження. Головними недоліками цієї системи є її неекономічність і значний рівень відсіву.

Узагальнюючи, одним з головних недоліків процесу відбору кандидатів на медичне навчання у Франції ми вважаємо використання лише методу оцінювання академічної успішності, що не розкриває всіх здібностей кандидата й не надає повної картини особистості майбутнього лікаря. З другого боку, жорсткий відбір претендентів за знаннями з базових медичних дисциплін визначає чіткіший профіль майбутнього студента, який має не лише здібності до здобуття професійних компетенцій, але й виявляє здатність щодо активної участі у власному учінні, самоконтролю та стресостійкості.

Запровадження Numerus Clausus стало вагомим важелем державного централізованого контролю за кількістю лікарів із урахуванням потреб населення в медичній допомозі та надало можливість покращити якість освіти, адаптуючи кількість студентів до навчальних можливостей медичних факультетів Франції, проте водночас значно підвищило рівень конкуренції та, відповідно, академічного навантаження студентів-медиків першого року навчання (на 2-й курс переходять лише 10–20% кандидатів на медичні спеціальності, а на інші – навіть близько 5%). Тому для дотримання суспільних принципів забезпечення рівних можливостей для всіх претендентів, була створена унікальна система підтримки студентів-першокурсників медичної

підготовки – «Тьюторат» (з фр.: *tutorat* – опікунство; кураторство; наставництво; репетиторство), яка офіційно була затверджена наказом від 18 березня 1998 р. Відтоді тьюторство (термін, що набув вжитку у вітчизняній педагогіці, – англійський аналог «тьюторату») як форма навчання була запроваджена на всіх медичних факультетах Франції й довела свою ефективність у підвищенні якості навчання, забезпеченні рівних можливостей для вступу до університетів й індивідуалізації професійної медичної підготовки на післядипломному етапі.

У загальному педагогічному контексті освіти, ми можемо визначити *тьюторство* як форму індивідуальної підтримки поза межами навчального процесу. На додаток до цього широкого визначення, воно може розрізнятися за такими багатьма аспектами, як:

- для одного студента або групи студентів;
- роль тьютора виконує викладач або інший студент (в останньому випадку це називається *tutorat par les pairs* (*peer tutoring*) – «наставництво однолітків» [159]);
- залежно від особливостей умов, змісту та методів навчання, підготовки самих тьюторів, цілей навчання й мається на увазі поняття «навчального інструктажу» (*coaching pédagogique*).

Напевно, найкоротше визначення для тьюторства однолітків дають Деймон і Фелпс (Damon and Phelps, 1989): це «...є підхід, при якому одна дитина навчає іншу дитину матеріалу, у якому перший – експерт, а другий – новачок» [192, с. 11]. Тим не менш, існує багато визначень тьюторства однолітків і не всі вони збігаються. Наприклад, не всі тьютори-однолітки є «експертами», іноді їх розподіляють випадково. Також сам термін «тьюторство однолітків» часто означає «міжвікове наставництво» (*cross-age tutoring*), що є точнішим терміном тоді, коли роль тьютора виконує старший за віком або за вищим рівнем освіти учень [186, с. 9].

Ален Бодрі (Alain Baudrit, 1999) виділяє такі форми тьюторства, які проводяться самими учнями: *міжрівнева* (*inter-niveau*), коли студенти старших

курсів навчають студентів першого курсу; *міжшкільна* (inter-école) – учні/студенти вищого рівня освіти (середнього шкільного/переддипломного вищого) навчають учнів нижчого (початкового/середнього шкільного відповідно); *внутрішньокласна* (intra-classe) – пари для індивідуального навчання формуються в межах одного класу або групи; *спонтанна* (tutorat spontané), коли більш успішніші учні з власної ініціативи допомагають слабкішим [159, с. 8]. Також у педагогічній літературі вирізняють такі види тьюторства, як от: *взаємний* (tutorat réciproque), *почерговий* (tutorat alterné), *структурований* (tutorat structuré) або *неструктурований* (tutorat nonstructuré), «*круговий*» (tutorat tournant) – обмін кількох наставників з різних дисциплін між групами студентів, *додатковий* (tutorat d'appoint), *класичний* – один студент навчає іншого, за віком – *одного або різного віку* та за бажанням – *обов'язковий* (tutorat imposé) і *добровільний* (tutorat volontaire) [159, с. 10–13, 17–19].

На першому курсі французької системи вищої медичної освіти тьюторство застосовується саме у формі міжрівневого наставництва, що спирається на засади педагогічної технології кооперативного навчання.

За твердженням деяких науковців [261, с. 1], наставництво однолітків є, ймовірно, найстарішою формою навчання у світі, що прийшла ще з доісторичних часів, коли підлітки навчались у своїх однолітків полювання і збирання. 1980 р. в Чиказькому університеті було проведено дослідження щодо поділу студентів на тих, яких навчали за допомогою тьюторства, та інших, що навчалися за іншими традиційними формами навчання. Керівник цього дослідження Бенджамін Блум (Benjamin S. Bloom, 1984) був вражений його результатами: 90% студентів, що навчалися з наставником, досягли такого рівня підготовки, який змогли набути лише 20% інших студентів; у середньому, їх академічна успішність була на 98% вища ніж у контрольній групі.

1991 р. Роберт Славін (Robert E. Slavin) і його колеги з Центру досліджень ефективного навчання неблагополучних студентів (Center for Research on Effective Schooling for Disadvantaged Students – CDS) переглянули

широкий діапазон програм дій, спрямованих на запобігання навчальній неуспішності. Вони виявили, що всі форми тьюторства є ефективнішими, ніж будь-які інші стратегії [230, с. 3].

У часто цитованому аналізі 65 програм тьюторства Пітера Коена (Peter A. Cohen, 1982) [182, с. 237] встановлено, що ці програми мають позитивний вплив на академічну успішність і ставлення до навчання. Студенти, що навчались у формі тьюторства, показали кращі за інших результати на іспитах. Метааналіз також показав, що репетиторство позитивно впливає і на дітей-наставників. Як і їх учні, вони отримали краще розуміння і розвинули позитивніше ставлення до навчального предмета.

У ґрунтовному дослідженні Джоан Гостада (Joan Gaustad, 1992) [230, с. 7–12] визначаються такі переваги тьюторства однолітків і міжвікового наставництва як для учнів, так і для тьюторів:

- *академічна успішність*;
- *когнітивні переваги* індивідуалізованого навчання: воно адаптоване під студента, його рівень розуміння та швидкість сприйняття, постійна взаємодія гарантує високий рівень залучення до навчального процесу. Тьютори, як зазначає Коен, також можуть краще подати матеріал у зрозуміліших учню термінах через близькість їх «когнітивних основ» та тому, що вони застосовують однакову неформальну мову і жести;
- *емоційні* – завдяки персональному підходу підвищуються мотивація до навчання та рівень самовпевненості;
- *соціальні*: тьютори-однолітки можуть ефективно моделювати навчальні навички та вміння, а саме: концентрація на матеріалі, організація роботи, постановка запитань, розвивати навички спілкування. Можливість виникнення дружніх стосунків між тьютором і учнем є також важливою перевагою цієї форми навчання; навіть наявність старшого, вищого за статусом друга може підвищити самооцінку учня. З другого боку, самооцінка тьютора

також підвищується, насамперед коли його підшефні досягають помітного успіху.

Розглянемо детальніше форми та функції тьюторства на 1-му курсі медичних факультетів Франції. У більшості університетів тьюторати пропонують такі освітні послуги [279]:

– вступний (ознайомлювальний) курс (Stage de Pré-Rentrée): протягом кількох днів або тижнів (в університеті Париж-Декарт, наприклад, він триває 2 тижні – 47,5 год. на 27 занять) перед офіційним початком семестру тьютори проводять заняття з майбутніми студентами 1-го курсу з метою повторення основних понять, які вивчались у середній школі та є надважливими для успішного навчання на PACES, а також для ознайомлення з програмою 1-го курсу у спрощеному вигляді;

– пробний конкурс (Concours Blancs): щотижневі іспити (до 2–3 іспитів на тиждень), так звані “colles”, з кожного навчального блоку, які проводяться за тими ж умовами, що й річний конкурс (час, кількість питань, у формі QCM та ін.), з анонімним рейтингом студентів по кожному UE та загальною класифікацією, що дозволяє їм позиціонувати себе стосовно інших. Самі завдання для цих, так би мовити, міні-іспитів складають професори факультету;

– загальний пробний конкурс (Concours Blancs Généraux (CBG)): наприкінці кожного семестру проводяться дводенні іспити, що охоплюють всю програму і є останнім, завершальним пунктом підготовки до вступних іспитів;

– семінари (Enseignements Dirigés або groupes de travail): у деяких університетах вони проводяться лише один раз на тиждень, а в деяких – щодня студентами 2–3-го курсів в інтерактивній формі. Тема заняття розміщується заздалегідь на сайті тьюторату й стосується, зазвичай, найскладніших питань навчальної програми;

– форум (он-лайн): тут студенти можуть ставити запитання (як навчального, так і загального характеру), ознайомитися з лекційними



матеріалами (що сприяє значній економії часу), банком перевірених робіт іспитів минулих років і тестів QCM для самостійного опрацювання;

– шефство (Parrainage): ця послуга дозволяє студентам PACES налагодити особисті стосунки зі старшокурсниками. Така форма міжрівневого наставництва й особистого супроводу відіграє важливу роль не тільки методичної допомоги в навчанні, але й моральної підтримки;

– допомога з профільної орієнтації/переорієнтації: на додаток до днів відкритих дверей, що проводяться медичними факультетами для орієнтації абітурієнтів, тьютори надають повне інформаційне забезпечення з питань можливих напрямів і шляхів вибору майбутньої професії після 1-го курсу.

Отже, *функції* тьюторатів численні та включають:

– ознайомлення майбутніх студентів зі специфікою навчання на медичному факультеті;

– допомогу абітурієнтам і студентам у виборі напрямку підготовки;

– забезпечення максимальної методичної та психологічної підтримки першокурсників;

– надання інформації щодо особливостей навчання на кожному з факультетів, включаючи навчальну програму, методику оцінювання, навчальні матеріали, послуги, що пропонуються факультетом і самим тьюторатом, та багато іншого у формі довідника.

Команда тьюторату зазвичай складається зі студентів 2-го і 3-го курсів, які набираються за власним бажанням і проходять попередню співбесіду. Ці студенти вже подолали цей важкий рік і досконало знають усі вимоги й умови проходження іспитів і методику кожного викладача, що дозволяє їм складати успішнішу програму підготовки до конкурсу.

Розглянувши систему тьюторства на першому курсі медичних факультетів в університетах Франції, ми можемо виділити такі переваги: вартість освітніх послуг тьюторатів дуже низька, а в багатьох університетах вони взагалі безкоштовні; навчання проводиться в приміщеннях факультету, що

забезпечує близькість (у часі та просторі) між студентом і тьютором; тьютори самі щойно пройшли конкурс PACES і тому найздатніші консультувати першокурсників щодо пасток, яких можна уникнути, організаційних аспектів іспитів, управління стресом. Також ми повинні враховувати когнітивні, емоційні та соціальні переваги такої форми тьюторства, які були зазначені вище. Нарешті, студенти-медики розвивають такі необхідні навички майбутньої професійної діяльності, як робота у співпраці, а тьютори навчаються навчати, що забезпечує розвиток педагогічної компетенції, яка є ключовою в роботі лікаря з пацієнтами.

На додаток до вищеописаних загальних умов вступу на медичне навчання, починаючи з 2014 та 2015 рр., урядом Франції було вирішено провести експеримент з альтернативних шляхів прийому кандидатів, минаючи PACES [164; 220; 324]. Головною метою цього експерименту є поліпшення умов переорієнтації студентів, які не пройшли конкурсний відбір після PACES, та урізноманітнити профіль майбутніх лікарів завдяки проведенню відбору на основі аналізу досьє кандидата й співбесіди, що усуває недоліки відбору тільки за академічною успішністю, на яких ми наголошували раніше.

Отже, для реалізації цього експерименту було започатковано чотири проекти в 7 університетах: Анже, Париж V, Париж VII, Париж XIII, Руан, Сент-Етьєн і Страсбург. Розглянемо детальніше особливості кожного з них.

З 2015/2016 навчального року в *Університеті Анже* PACES повністю замінюється на плюридисциплінарний курс ліценціату «pluriPASS», коли ступінь L1 надає можливість кандидатам скласти вступні іспити на 2-й курс (письмові та усні), для яких виділяється 75% місць; інші 25% зарезервовані для другої спроби після 3-го семестру. Ті, хто не вступив на медичне навчання, матимуть також можливість перейти на 2-й курс ліценціату за іншими напрямками, вступити до «класичної» магістратури, інженерної або бізнес-школи [289].

Цей проект запроваджує освіту для медичних, парамедичних і загальних галузей, яка охоплює три дисциплінарні напрями: науки про життя (біологія, анатомія, фізіологія тощо), інженерні науки (математика, фізика, хімія, інформатика тощо) і суспільні науки (суспільство і культура, право, економіка тощо). Зміни в освітньому процесі також передбачають значний акцент на самостійну роботу студентів: 30% часу виділяється на очне навчання, 20% – робота в групах, з тьюторами та дистанційне навчання і 50% навчального часу – самостійна робота та самоперевірка. Програма підготовки L1 базується на нових дидактичних принципах: дистанційне навчання на цифровій платформі Moodle; практичні заняття в малих групах, що посилюють взаємодію з викладачем; більш індивідуалізований та інтегрований поточний контроль замість єдиного кінцевого семестрового контролю у формі QCM; розробка кожним студентом двох особистих професійних проектів (3 PE: projet personnel et professionnel de l'étudiant) на рік і вивчення трьох курсів за вибором (UE Optionnelles) з 30-ти запропонованих, що, звісно, значно індивідуалізує й урізноманітнює їх підготовку та дозволяє поглибити деякі вже отримані знання або відкрити для себе нові дисципліни, пов'язані з різними можливими напрямками орієнтації в подальшій освіті.

Ідея *Проекту SPC* (SorbonneParisCité), у якому беруть участь університети, що входили до відповідної групи PRES (Le Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur – Центр з досліджень та вищої освіти): Париж V, Париж VII, Париж XIII, а також університет Сент-Етьєна, – надати студентам, що навчаються за будь-яким напрямом ліценціату (право, хімія, філософія), можливість обирати додаткові навчальні курси з базових медичних наук [285] і, після здобуття ступеня L2 або L3, вступити на 2-й або 3-й курс медичної освіти. Кількість місць, що резервуються для таких вступників, варіюється в різних університетах: у Париж XIII, наприклад, у 2014/2015 н. р. вона становила 10%, яку було збільшено до 30% 2017 р.; а в Париж V – лише 5% 2014/2015 н. р. до 7% 2017/2018 н. р.

В *Університеті Руану*, до програми якого 2015 р. приєдналися університети Оверні та Туру, було створено, паралельно з PACES, ліценціат «Науки про здоров'я» (Sciences pour la Santé) [286; 287], який пропонує базову освіту з біологічних наук, що охоплюють усі рівні організації живого світу – від молекули до людської істоти, та аналітичні методи досліджень. Після 2-го або 3-го курсу вони можуть бути зараховані на один з чотирьох напрямів медичних спеціальностей за результатами навчання та співбесіди. Відсоток Numerus Clausus, зарезервованій для «прямого вступу», становить 6% після L2 та 9% після L3.

Експеримент в *Університеті Страсбурга* розпочався у 2014/2015 н. р., до якого в 2015 р. приєднався університет Пуатьє [164], та передбачає прямий вступ на медичну освіту безпосередньо після 1-го курсу медико-біологічного ліценціату. Кількість зарезервованих місць приблизно сягає 25–40%: 5–6,5% за лікувальним напрямом, 10–25% – з фармації, 8,5% – зі стоматології та 7–10% – з акушерства.

2017/2018 н. р. альтернативу PACES також упровадили університети Реймса, Марселя, Ліона, Ренна, Гренобля та Орлеана.

Нині існує ще кілька альтернативних шляхів зарахування на медичне навчання, минаючи PACES.

По-перше, починаючи з 2013/2014 н. р., завдяки додатковим місцям, що виділяються для 7 університетів: Екс-Марсель, Лілль II, Лотарингія, Ліон I, Париж VI, Ренн I та Тулуза III [164]. Така можливість надається кандидатам з дипломом парамедичної спеціальності (медсестра, фахівець з трудотерапії, фізіотерапевт, фахівець із психомоторики, фахівець із хвороб стопи, радіолог, аудіопротезист, технік біомедичного аналізу, логопед або ортоптіст) або державним дипломом акушерки (що навчалися до 2002/2003 н. р.) й відпрацювали за спеціальністю не менше двох років. Вони складають ті ж іспити, що й інші, але проходять за окремою класифікацією.

По-друге, згідно з законом 2010 р., на 2-й курс медичної освіти можуть вступити кандидати зі ступенем магістра з будь-якої спеціальності, дипломами бізнес-школи або Вищої школи політичних наук та іншими дипломами з обсягом 300 ECTS [163]. Також безпосередньо на 3-й курс зараховують кандидатів з державним дипломом ветеринарного лікаря, Вищої інженерної школи, ступенем доктора наук і викладачів медичних факультетів. Вони обираються за особовою справою та співбесідою з комісією, але кількість відібраних для інтерв'ю кандидатів не повинна перевищувати вдвічі кількість місць, передбачених окремим Numerus Clausus. У 2014/2015 н. р. вона становила: 260 – з медицини, 58 – зі стоматології, 46 – з фармації та 13 – з акушерства для 2-го курсу та 174 – з медицини, 21 – зі стоматології, 23 – з фармації і 8 – з акушерства для 3-го.

Підсумовуючи, ми повинні зазначити, що процес відбору та зарахування майбутніх лікарів до університетів Франції відбувається під державним контролем за демократичними принципами забезпечення рівності можливостей щодо доступу до навчання з урахуванням найкращих здібностей кандидатів, що поліпшує їх фахову підготовку відповідно до потреб суспільства.

**2.1.2. Програма додипломної підготовки лікарів у Франції.** Згідно з відповідним наказом (від 22.03.2011 р.), головними цілями першого циклу є: «здобуття базових наукових знань, необхідних для оволодіння вміннями та навичками, що потрібні в медичній практиці» та опанування головних принципів підходу як до здорової, так і до хворої людини, «включаючи всі аспекти семіології» [156]. Система навчання цього періоду повинна відповідати таким чотирьом принципам:

1) «відмова від вичерпності»: враховуючи, що швидкий розвиток медичної науки й техніки потребує від майбутніх лікарів постійного вдосконалення професійної компетентності, потрібно розробляти такі концепції

в навчанні, які допомагають студентам розвивати свої знання і досвід та проводити власні наукові дослідження;

2) «активна участь студента»: науковцями (Ю. М. Ємельянов [53], М. І. Махмутов [85], В. А. Смолкін [117], Х. Є. Майхнер [79], Г. О. Лисак, С. В. Король [73], К. А. Smith [332], А. Kozanitis [264], Р. Coehn [182] та багато інших) було доведено, що активна участь студентів у навчальному процесі значно сприяє підвищенню ефективності навчання, тому слід віддавати перевагу, коли це можливо, відповідним формам і методам;

3) «плюридисциплінарність»: міждисциплінарний підхід, який передбачає, що медична спеціальність базується на великій кількості дисциплін. Як зазначила І.О. Паламаренко: «...на практиці студенту, коли він потрапляє в ту чи іншу медичну ситуацію, необхідно використати одночасно знання з декількох дисциплін. У ситуації, коли ці спеціальності вивчались окремо, пов'язати одержані знання між собою досить складно» [99, с. 99–100]. Відповідно до цього підходу, медична освіта у Франції, як зазначалося вище, організована за блоками із залученням різних фахівців з вивчення якогось органа або системи, їх функціонування або проблем системи охорони здоров'я. Так, наприклад, для кращого розуміння функціонування серцево-судинної системи відповідний UE включає вивчення її анатомії, фізіології, хімічних та фізичних явищ і процесів. Такий підхід полегшує розуміння клінічних ознак (нормальних і патологічних), які і є предметом вивчення семіології;

4) «відкритість»: медичні спеціальності, як і види лікарської діяльності, численні й різноманітні, тому програма базової медичної освіти включає не лише загальні для всіх дисципліни (80%–90%), але й навчальні блоки за вибором. Вони розрізняються за трьома типами, спрямованими на: 1) поглиблення певних знань основної програми; 2) підготовку до проведення дослідницької роботи (ці курси зазвичай включають в себе два теоретичних навчальних блоки і стажування від 4 до 8 тижнів у дослідній лабораторії); 3)

вивчення не суто медичних дисциплін, як наприклад: право, менеджмент, етика, філософія, інформатика, економіка охорони здоров'я тощо.

Наступні, після PACES, два роки першого циклу DFGSM триває вивчення базових медичних і клінічних дисциплін, необхідних для подальшої наукової та професійної підготовки лікарів. Крім того, студенти вивчають семіологію й проходять практику в лікарнях і лабораторіях. Потрібно зазначити, що ознайомлювальне стажування студентів триває 4 тижні, навіть до початку другого року, під час якого вони отримують навички проведення базових маніпуляцій, догляду та надання першої допомоги, принципів клінічної гігієни та діяльності команди медичного персоналу [222].

Ми проаналізували навчальні програми кількох медичних факультетів Франції. Передусім, це факультети університетів Париж V – Париж-Декарт, Париж VI (імені П'єра і Марії Кюрі) та Гренобля, які були визнані провідними за якістю складання студентами Національних класифікаційних іспитів [274], тобто за якістю освіти; а також таких найбільших, як Бордо II, Кан, Лілль II, Париж VII (імені Дені Дідро), Париж XIII, Ліон I, Реймс, Тулуза III та Тур.

Навчальний рік на цьому етапі поділяється на два семестри по 12 тижнів, кожен з яких закінчується іспитами. Робочий тиждень студента триває 5 днів і кожний день містить 4 астрономічні год. лекцій та 1,5–2 год. практичного заняття або семінару. Медична підготовка в усіх UFR включає *тематичні юніти* (unités d'Enseignements Thématiques – ET), *інтегровані юніти* (unités d'Enseignements Intégrés – EI) та *курси за вибором* (unités d'Enseignements à Choix Libres – ECL). Особливість французької системи полягає в розкладі занять академічного року, за яким кожний навчальний блок займає повний об'єм часу, виділений на його вивчення. Наприклад, на 2-му курсі в університеті Гренобля перші три тижні вивчається тематичний юніт «Загальна анатомія і патологія – біофізика – загальна фармакологія», наступні три – інтегрований юніт «Опорно-руховий апарат», потім 6 тижнів – інтегрований юніт «Ендокринні залози – живлення» тощо [340].

Перелік рекомендованих дисциплін і кінцевих цілей визначаються у вищезазначеному наказі, але завдяки автономії французьких університетів кожний медичний факультет розробляє власні навчальні плани і програми, у яких варіюються перелік і послідовність вивчення предметів, кількість годин на кожний з них і сам зміст навчальних юнітів (додаток К).

Крім здобуття власне знань, програма першого циклу дозволяє студенту опанувати методологію їх отримання, тобто, враховуючи те, що медична наука стрімко змінюється, передбачається надати студентам необхідні їм уміння для навчання впродовж усього життя. З огляду на це та з метою активізувати участь студента в процесі власного навчання, у навчальних програмах вищої медичної освіти поступово скорочується кількість лекційних годин, перевага віддається ефективнішим формам навчальної діяльності: семінарам (*travaux dirigés* – TD), практикумам (*travaux pratiques* – TP), презентаціям, рольовим іграм тощо. Також протягом усього навчання французькі студенти-медики мають можливість використовувати всі медіаресурси та інтерактивні форми дистанційної освіти, які ми детально розглянемо у підрозд. 2.2.

Нарешті, програма DFGSM також спрямована на розвиток глобального бачення організації системи охорони здоров'я, пропонує різноманітні курси за вибором, на які виділяється 6–12 кредитів ECTS на рік.

Наскрізним предметом, що вивчається на всіх медичних факультетах Франції, як було зазначено вище, є семіологія, тому розгляд особливостей цього курсу, на нашу думку, вартий особливої уваги.

У медицині, як відомо, *семіологія* (семіотика) – це вивчення симптомів та ознак захворювань, що є невід'ємною частиною діагностики. Навчальні програми DFGSM 2 включають обов'язкове вивчення курсу «Загальна семіологія» (20–30 год.), цілі якого передбачають:

– отримання студентами базових знань, необхідних у вивченні та розумінні особливостей предмета кожної з медичних спеціальностей



(медицини, хірургії, психіатрії, біології), що забезпечує краще залучення до практичної підготовки під час стажування в лікарні;

- опанування навичок клінічного мислення: аналізу симптомів, урахування поширеності та тяжкості захворювань, опитування та клінічного обстеження хворого;

- здобуття знань, необхідних для ухвалення рішень у суперечливих ситуаціях;

- опанування термінології медичної семантики;

- усвідомлення вагомості головних параклінічних ознак (фізіологічної та патологічної цінності);

- знання основних видів взяття біоматеріалів, що аналізуються в лабораторії.

Зміст цієї дисципліни зазвичай складається з таких розділів: стосунки лікар-пацієнт; види й методи опитування пацієнта; проведення повного клінічного огляду; головні скарги – студенти повинні вміти отримувати повну інформацію, наприклад, про біль, зміни у загальному стані здоров'я тощо; головні клінічні ознаки; головні параклінічні ознаки. Навчальні теми цього курсу включають: випадки невідкладної допомоги, організація системи невідкладної допомоги у Франції, головні види залежностей, нещасні випадки, основні загрозливі для життя надзвичайні ситуації, види шоку, загальна семіологія, клінічне обстеження пацієнта і медичний огляд, торакальний больовий синдром та задишка, гарячка, біль, призначення додаткових обстежень, медична таємниця (деонтологія), гігієна (функціонування лікарні та роль екстерна).

Предмет семіології охоплює всі галузі медичної науки та практики, тому клінічну та параклінічну семіологію також включено до програми всіх інтегрованих юнітів першого циклу, як ми можемо побачити на прикладі тематичних навчальних планів UE «Опорно-руховий апарат» на 2-му курсі в

університеті Гренобля та «Нейросенсорна система» на 3-му курсі університету Тулузи (додаток Л).

Французька система професійної медичної підготовки, як і в більшості західних країн, побудована на принципі набуття студентами практичних навичок і компетенцій від самого її початку. Тому студенти мають можливість відразу втілювати свої теоретичні знання на практиці та розвивати клінічні навички роботи з хворими.

У Кодексі освіти зазначено: «Здобуття теоретичних знань повинно поєднуватися з їх практичним застосуванням під час стажування в місцях, затверджених директором медичного навчально-дослідного об'єднання. Ці стажування є невід'ємною частиною підготовки і їх валідація дозволяє отримання кредитів ЄКТС; вони мають як мінімум 400 год. клінічної практики в лікарні» [181].

Стажування проводиться в СНУ, лікувально-педагогічні функції в яких виконує науково-медичний персонал, що включає:

- 1) співробітників з науковим ступенем:
  - професори університету-лікарі шпиталю (*professeurs de universités-praticiens hospitaliers – PU-PH*);
  - доценти університету-лікарі шпиталю (*maîtres de conférences de universités-praticiens hospitaliers – MCU-PH*);
- 2) тимчасово працюючих лікарів-викладачів університету (*praticiens hospitaliers universitaires – PHU*);
- 3) співробітників без ступеня:
  - керівник клінічної університетської практики-асистент лікарні (*chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux – CCA*) ;
  - шпитально-університетський асистент (*assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines biologiques et mixtes – AHU*).

З урахуванням специфіки загальної практики та з метою забезпечення кращої академічної підготовки з цієї спеціальності, 2007 р. було створено

посаду керівника відповідного напрямку університетської практики (*chef de clinique des universités de médecine générale – CCU-MG*), яка відповідає тим самим нормативним вимогам, що й ССА, але в умовах амбулаторної допомоги [223].

Як ми зазначали раніше, після 1-го, вступного курсу студенти-медики проходять практику в лікарні з основ медичного обслуговування, яка проводиться в червні, липні, серпні або вересні протягом одного місяця (4 тижні, 35 год. на тиждень, 6–8 год. на день). Основні цілі цього курсу включають: ознайомити студентів з психологією спілкування з пацієнтами та їх оточенням, надати можливість усвідомити важливість професійної сумлінності, дисципліни і колегіальної взаємоповаги, навчити правил гігієни і запобіжних заходів проти ризику зараження в лікарні та деяких основних видів діяльності молодшого і середнього медичного персоналу й підготовки пацієнтів до клінічних обстежень.

Практична підготовка 2-го курсу в університеті Лілля II, наприклад, включає: перший семестр – 4 заняття (по 2 год.) з практичної діяльності “PRESAGE” («Симуляційна навчально-дослідна платформа для вивчення порядку дій та маніпуляцій»): дії медичної сестри, пункції, ретельний огляд пацієнта, дослідження серцево-судинної системи та ін.; другий семестр – виробнича практика в лікарні, так звана «практична семіологія» (*stage de sémiologie*), що проводиться протягом двох тижнів і включає 3 практичні курси (по 4 двогодинних заняття кожний) у невеликих групах (4–5 студентів). Лікарняна практика спрямована на навчання студентів двох базових умінь лікаря: опитування пацієнта (релевантність мови і структура опитування) та його огляд (особливості клінічного підходу й етапи обстеження) [343].

Третій навчальний рік включає: протягом року – два практичні курси з клінічної семіології тривалістю по 3 тижні, 5 разів на тиждень по півдня (від 8.30 до 12.30); другий семестр – 4 заняття (по 1,5 год.) з PRESAGE: пункції, шви, педіатрія, ЛОР та поведінка медичного працівника. Під час практики в

лікарні студентів навчають проведення й аналізу діагностичних досліджень й формулювання висновків за їх результатами.

Отже, загальний термін виробничої практики першого циклу професійної підготовки лікарів в університетах Франції становить приблизно 380 астрономічних год.

Професійні компетенції, яких студенти повинні набути завдяки практичній підготовці, включають такі базові вміння: встановлювати контакт з пацієнтом (слухати, співчувати, налагодити зворотний зв'язок, адаптуватись); опанувати хронологію проведення консультації; виконувати клінічне обстеження з урахуванням патологічної історії та скарг пацієнта; визначати та розуміти характер пацієнта: його уявлення, особливості вербального самовираження, потреби, особистість; спостереження; застосовувати навички клінічного мислення і діагностичного підходу на основі скарг або ситуацій; обґрунтовувати необхідність додаткових обстежень для підтвердження або спростування діагностичних гіпотез; усвідомлювати роль кожного члена команди медичного персоналу та особливості їх взаємодії.

У деяких університетах (Париж VI, Гренобль, Страсбург) клінічна підготовка частково розпочинається вже на 3-му курсі, коли теоретичну та практичну компоненти навчання з різних медико-хірургічних спеціальностей (кардіологія-пульмонологія, ЛОР-офтальмологія, неврологія та ін.) об'єднано в окремі навчальні підрозділи (*rôle*) (див. додаток К.1). Академічні форми навчання за такими клінічними підрозділами включають: лекції та заняття в малих групах у формі *навчання клінічного мислення* (*apprentissages au raisonnement clinique – ARC*), *аналізу клінічних випадків* (*cas cliniques – CC*), *проблемного навчання* (*apprentissage par problèmes – APP*) (див. підрозд. 2.2) та виконання практичних і лабораторних робіт (*travaux pratiques – TP*). Практичний складник такої системи навчання, на додаток до звичайних практичних занять на факультеті та в лікарні, включає 12-годинні чергування.

Процедура оцінювання теоретичних знань студентів відбувається у формі поточного контролю (до 20% від загального бала з дисципліни) та семестрових іспитів. Іспити проводяться здебільшого письмово (або в електронній формі – на планшеті), але контроль з деяких предметів може містити усне опитування. Письмові іспити включають відповіді на питання з вибором однієї (QCS) або кількох відповідей (QCM), вільні відповіді (Questions rédactionnelles – QROC) та клінічні випадки у формі QCM.

На медичних факультетах Франції активне запровадження електронного формату складання проміжних іспитів першого та другого циклів зумовлено модернізацією НКІ з 2016 р., що, безсумнівно, надає студентам можливість здобути необхідні навички користування цією платформою (Système Informatique Distribué d'Evaluation en Santé – SIDE) заздалегідь. Кожна дисципліна вважається складеною за умови обов'язкової присутності на всіх TD і TP та отримання щонайменше десяти балів (максимальна кількість балів – 20). Якщо загальний бал нижчий 10, то студент повинен відпрацювати відповідний предмет та отримати задовільну оцінку. З деяких юнітів, серед них «Інфекції та гігієна», відпрацювання передбачає один тиждень стажування в мікробіологічній лабораторії університетської лікарні зі складанням усного іспиту (20 хв).

Атестація проходження клінічної практики на більшості факультетах передбачає: 100% присутність на заняттях, оцінку керівника практики (за такими балами: незадовільно (0–3 бали)/нижче середнього (4–7)/посередньо (8–12)/вище середнього (13–16)/відмінно (17–20) або – А (відмінно)/В (добре)/С (середньо)/D (задовільно), а з деяких компетенцій – у розширеній формі склав/не склав: NP (не практикував)/NA (не навчився)/AA (потрібно поліпшити) /A (навчився) та усний іспит наприкінці навчального року у формі ситуативної імітації. На 2-му курсі поточне оцінювання проводиться за трьома критеріями: пунктуальність, поведінка й активність, за якими враховуються вміння правильно представитись пацієнту, налагодити довірливий контакт,

застосовувати зрозумілу пацієнтові мову, уникати «заборонених» слів відповідно до норм медичної етики, проявляти ввічливе ставлення до середнього та молодшого персоналу лікарні; а на 3-му курсі вже, окрім цих загальних характеристик, оцінюються такі практичні вміння, як: опитування хворого, проведення огляду, інтерпретація додаткових діагностичних досліджень (ЕКГ, аналіз крові, сечі та ін.), викладення результатів спостережень (організація, синтез). На тих факультетах, де проводиться більш клінічно спрямована підготовка, кожна маніпуляція, практичне вміння, навичка або знання (пальпація, накладання пов'язки, назви хірургічних інструментів, вимірювання гостроти зору тощо) оцінюються окремо. У разі непроходження атестації практики студент повинен повторно пройти курс стажування під час канікул. Таблиця («сітка») оцінювання заповнюється в електронному форматі керівником практики на навчальному порталі (в «цифровій зоні») університету (додаток М).

Після закінчення першого циклу студенти-медики отримують диплом загальної медичної освіти (DFGSM) лише за умов виконання всіх вимог до теоретичного та практичного компонентів цього періоду, який надає їм право вступу на другий цикл.

Другий цикл, «клінічний», традиційно називають *екстернатом*, головний принцип якого – закріплення теоретичних знань практикою «біля ліжка хворого». Для отримання диплома поглибленої медичної освіти (DFASM) та допуску до НКІ студенти повинні пройти атестацію з курсу теоретичного навчання, персонального курсу, лікарняної практики (мінімум 400 год. – 36 місяців) і 25 чергувань та отримати Сертифікат клінічної компетенції (*le certificat de compétence clinique*).

Згідно із законодавчими актами (стаття R 6153–46 та інші Кодексу охорони здоров'я) [180], мета другого циклу медичної освіти – здобуття загальних клінічних компетенцій та навичок професійної підготовки. Після закінчення додипломної освіти випускник повинен опанувати компетенції

співрозмовника, клініциста, співробітника – члена багатoproфiльної медичної команди, діючої особи системи охорони здоров'я, науковця-дослідника й засвоїти етичні та деонтологічні норми медичної професії. Отже, головні завдання цього етапу включають: здобуття знань з патофізіологічних процесів, патології, основ лікування та запобігання хворобам, які доповнюють й поглиблюють знання, отримані на доклінічному етапі; наукову підготовку; опанування клінічного способу міркування та аргументації; здобуття загальних компетенцій, необхідних для навчання в інтернатурі. Тому ця підготовка, передусім, акцентується на розвитку навичок клінічного мислення та розв'язанні терапевтичних проблем у певних ситуаціях і не передбачає здобуття «всіх знань». Законом визначається, що вона повинна значно мотивувати та стимулювати студента на самостійну роботу, аналіз ризиків у діагностиці й лікуванні та включати опанування профілактики, економіки охорони здоров'я і медичної етики, тобто – основи діяльності лікаря загальної практики.

Зміст загальної програми другого циклу включає 13 UE: 11 з яких – інтегровані тематичні юніти, що містять 362 пункти (items), представлені в програмі НКІ (додаток Н) та навчальні блоки «Загальна підготовка з наукових досліджень» і «Стажування й чергування».

Розподіл академічного року цього етапу професійної медичної підготовки може відрізнитися на різних факультетах і складатися із семестрів (Нансі), триместрів (Париж V) або квадриместрів (Бордо), а навчальна програма 4–5-го курсів зазвичай побудована за блочною системою й включає 5–6 модулів або підрозділів. Останній рік другого циклу майже повністю присвячується клінічній практиці та підготовці до державних класифікаційних іспитів (див. додаток К).

Кількість годин теоретичного навчання також варіюється в різних університетах, але загальною тенденцією є їх поступове зменшення з кожним роком і заміна лекцій практичними заняттями і семінарами в малих групах, і

навіть лекції здебільшого проводяться в активній або інтерактивній формах розгляду певних клінічних випадків.

Існує два варіанти розподілу навчального часу між теоретичною та клінічною підготовкою першого та другого року другого циклу – *паралельна* та *циклічна* системи. У багатьох UFR (Париж V, Париж VI, Париж VII, Гренобль, Монпельє), згідно з паралельною системою, студенти півдня (4 год.) проводять на стажуванні в лікарні, а інші 2–4 год. виділяються для теоретичного навчання на факультеті. Деякі університети (Лімож, Лілль II, Кан), згідно з циклічною системою, пропонують повне розподілення цих компонент так: 5–6 тижнів майбутні лікарі вивчають теоретичну основу клінічних дисциплін і 6–8 тижнів, три-чотири рази на рік, п'ять днів на тиждень – проходять клінічну практику з щомісячною ротацією за 12–13 напрямками спеціалізації, серед яких обов'язковими для проходження є такі: хірургія, педіатрія, гінекологія-акушерство, надзвичайні ситуації-реанімація-інтенсивна терапія та курс амбулаторної практики з ЗП. Тобто, загалом, обсяг практичної підготовки в екстернаті, у середньому на рік, становить 16 тижнів з п'яти робочих днів по 8 год.

Паралельна система, на нашу думку, є оптимальнішою та ефективнішою, тому що забезпечує безпосереднє закріплення набутих знань на практиці й надає можливість, з другого боку, отримати науково-теоретичне обґрунтування власного досвіду.

Програма DFASM 3 передбачає приблизно лише 100 годин теоретичного навчання (конференції, семінари, наукові дослідження та LCA), а весь інший час майбутні інтерни присвячують амбулаторній і стаціонарній практиці.

Літня практика (4–5-й курс) може тривати 3–4 місяці – або неповний робочий день (від 12 до 13 тижнів, з яких можна взяти відпустку на 2–3 тижні), або повний робочий день (повних 6 тижнів).

На додаток до цього, кожний студент другого циклу повинен відпрацювати мінімум 25 чергувань, денні та нічні по 10–12 год., їх розподіл за



курсами приблизно однаковий, як наприклад в Університеті Лілль II (табл. 2.1.2).

Зазвичай студенти їх відпрацьовують у службах невідкладної допомоги та реанімації [342; 343].

Таблиця 2.1.2

***Розподіл чергувань екстернів у лікарні***

| Курс | Триместр практики |        |        |           | Загальна кількість чергувань на рік |
|------|-------------------|--------|--------|-----------|-------------------------------------|
|      | Перший            | Другий | Третій | Четвертий |                                     |
| 4-й  | 0                 | 3      | 3      | 3         | 9                                   |
| 5-й  | 3                 | 3      | 3      | 3         | 12                                  |
| 6-й  | 2                 | 2      | 0      | 0         | 4                                   |

Перехід до екстернатури другого циклу передбачає зміну статусу звичайного студента на статус студента лікарні (*étudiant hospitalier*). Окрім суто адміністративних змін у положеннях і вимогах до підготовки, екстерни отримують фінансову винагороду за роботу під час стажування від СНУ: 4-й курс – 1536,73 Євро на рік, 5-й курс – 2980, 96 та 6 курс – 3330,61. Чергування оплачуються окремо: 12-годинні – 19,50 й 24-годинні – 39 Євро [241].

Невід’ємним складником професійної медичної освіти у Франції вважається навчання майбутніх лікарів стосунків з пацієнтом і його сім’єю та з персоналом лікарні, тому практичний складник їх підготовки спрямований саме на цей аспект. Навчання та діяльність студентів під час практики відбуваються під керівництвом лікаря-керівника практики, який призначається навчальним закладом. До його обов’язків входять: організація та регулювання діяльності екстерна, визначення його місця в команді медичного персоналу, безпосередне

навчання з метою формування відповідних компетенцій, їх поточна та кінцева оцінка. Оцінювання, зокрема, фокусується на діяльності, що відповідає міждисциплінарним і специфічним компетенціям, які повинен здобути студент. Функції стажерів у лікарні можуть включати: *спостереження* – проводити опитування та огляд пацієнта під наглядом медичного персоналу, виклад результатів обстеження з власним, попередньо обґрунтованим, висновком, постійне оновлення даних за результатами клінічних, радіологічних або біологічних досліджень і лікування; *аналіз* висновків лікарів і дій медичного персоналу; *участь* в обходах, зустрічах і нарадах у відділеннях – подання результатів спостережень, участь у дискусіях; участь у проведенні діагностики, включаючи додаткові обстеження: взяття біологічних зразків і відправлення їх до лабораторії, участь у функціональних дослідженнях, ендоскопії, загальних медичних процедурах; присутність і допомога в усіх лікувальних заходах; *догляд* за пацієнтами спільно із середнім і молодшим медичним персоналом лікарні та багато інших.

Під час чергувань студенти також поступово навчаються проводити діагностику, загальних принципів ознайомлення з ситуацією невідкладної медичної допомоги та, при потребі, лікуванню пацієнтів. Педагогічні цілі такої практики передбачають ротацию за різними напрямками невідкладної допомоги: медичні та хірургічні, педіатричні, інфекційні хвороби, нервово-дихальна реанімація, пневмологія, неонатальна медицина і реанімація, гінекологія тощо.

Оцінювання практичної підготовки, як і на першому циклі, проводиться за «сіткою оцінювання» керівником практики після кожного стажування (див. додаток М), але перелік компетенцій, що оцінюються, значно розширюється й може включати такі категорії: *клінічний аспект* – визначати ступінь невідкладності допомоги в певній ситуації; проводити клінічне обстеження та формулювати його результати; призначати додаткові обстеження та аналізи і використовувати їх результати; висувати діагностичні й терапевтичні гіпотези; виконувати прості технічні маніпуляції, необхідні в певній клінічній ситуації;

*комунікація* – надавати інформацію в зрозумілій формі; спілкуватися з пацієнтом та його сім'єю належним чином; дотримуватись правил поведінки при роботі в команді; демонструвати здатність синтезу та наукову допитливість; *усна презентація* – уміти описати, презентувати хід обстеження, клінічний випадок, результати наукового дослідження та ін.

Останнім часом проводиться інтеграція навчання за дисципліною Загальна практика на другому циклі додипломної медичної освіти в таких формах:

- семінари, на яких пояснюються місце, функціонування та завдання амбулаторної загальної практики (демографія, матеріальне забезпечення тощо);

- курс за вибором з профілактики (Module Optionnel Prévention – MOP) «Роль лікаря загальної практики в галузі колективної та індивідуальної профілактики». Цей модуль включає шість занять, на яких розглядається роль лікаря загальної практики в профілактиці інфекційних захворювань, хвороб немовлят, і у вакцинації населення;

- курс амбулаторної практики в кабінеті лікаря ЗП (Module d'Exercice Ambulatoire – MEA) – 50 год. вивчення специфічних аспектів діяльності лікаря, а саме: стосунки з пацієнтами, невідкладна допомога, співпраця з іншими спеціалістами та молодшим медичним персоналом тощо;

- курси за вибором з «Гуманітарних і соціальних наук» або «Філософії та медичної антропології»: курс історії медицини, гносеології або медичної антропології, під час яких широко розглядаються питання загальної практики [228, с. 21; 207].

Згідно з результатами національного опитування [223], на 1 січня 2015 р. налічувалось 7863 діючих керівників амбулаторної практики з ЗП, 4434 з них очолюють підготовку студентів другого циклу, а 7067 – навчання інтернів. У 2014/2015 навчальному році студентам DFASM медичними факультетами було запропоновано 5101 місць на цьому напрямі стажування, тобто тільки 61,4% від загальної кількості (58% – 2013 р.). Досить позитивною є загальна тенденція

збільшення кількості MSU (на 12% за 2 роки) й насамперед, хто готує студентів DFASM (на 74, 5%), але фахівці Національної колегії викладачів-лікарів загальної практики та Національного синдикату викладачів ЗП зазначають їх недостатню кількість для забезпечення обов'язкової практичної підготовки для всіх студентів на всіх медичних факультетах Франції. За даними 2016 р., кількість MSU збільшилась на 8,7% (до 8550) і, відповідно, зросла кількість студентів (на 410 місць, 6%), які пройшли стажування із ЗП на другому циклі, що свідчить про цілеспрямовану роботу керівників галузі.

Навчання за персонально обраним курсом другого циклу становить приблизно 20% і проводиться майже за тими ж напрямками, що й на першому: поглиблення знань і розвиток компетенцій у між- або плюридисциплінарній медичній галузі (наприклад: міждисциплінарний UE, що розглядає комплексний підхід до складної ситуації в галузі комунікації, колективного виконання завдань і співробітництва (паліативна допомога і т.д.), або UE з медичної етики); поглиблення знань і розвиток компетенцій з науково-дослідної роботи – курс навчання в магістратурі (Master), який, як звичайно, включає два навчальні підрозділи і практику від 4 до 12 тижнів у науково-дослідній лабораторії; та поглиблення знань і розвиток компетенцій з не суто медичних дисциплін (право, менеджмент, філософія тощо).

Обов'язковими додатковими напрямками підготовки всього курсу базової медичної освіти визначені іноземна мова та медична інформатика, а на другому циклі – «регламентарні аспекти наукової діяльності та організація досліджень» і «методологія експериментального і клінічного дослідження» [282].

Головна мета вивчення спеціального курсу «Критичне читання медичної статті» (LCA), яка є окремою частиною НКІ, – стимулювання майбутніх лікарів до розвитку навичок самонавчання та критичного мислення. Для цього виду навчання обираються статті високої якості та наукової цінності, щоб не тільки навчити критичного мислення, а й прищепити «гарний смак» до самого наукового читання. Основні типи статей включають оцінювання: 1)

діагностичної процедури; 2) терапевтичних заходів; 3) програми скринінгу (виявлення хвороби); 4) прогнозування; 5) епідеміологічне дослідження. Отже, іншими словами: вибіркові клінічні дослідження, вивчення показових клінічних випадків або контингенту населення, аналіз виявлення та діагностики хвороб. Після закінчення цього курсу студенти повинні знати структуру й опанувати принципи написання медичної статті та вміти: визначати мету й завдання дослідження; аналізувати методологію (об'єкт, методи); критично оцінювати результати, їх аналіз і клінічне застосування; критично аналізувати форму статті. Навчання з LCA не лише виділено в окремий юніт другого циклу, у рамках якого проводяться лекції та семінари, але й включено до програм усіх підрозділів клінічних дисциплін і курс з англійської мови [240, с. 38; 262, с. 12–18, 87, 93–95; 275].

*Конференції* є особливою формою теоретичної підготовки студентів другого циклу, тому ми вважаємо необхідним розглянути їх організаційно-змістові аспекти детальніше. Така форма навчання, що в сучасній системі медичної освіти була запроваджена для допомоги студентам у підготовці до Національних класифікаційних іспитів, надає можливість регулярного повторення їх офіційної програми. Під час конференцій, що проводяться в Парі Декарт, наприклад, 25 разів на рік, інтерни та шпитально-педагогічні працівники (ССА, РН, МСU або РU-РН) пропонують для аналізу дві історії хвороби з питаннями до них (QI) в електронному форматі із застосуванням платформи SIDES, за попередньо вивченими темами. Тобто тематика кожної конференції обирається адаптовано до кожної групи й, відповідно, складається тематичний план занять. Отже, конференції забезпечують динамічну методологічну підтримку і надають студентам можливість регулярно проходити оцінювання знань за програмою електронних ECN. Студенти, які беруть участь у цьому процесі, можуть контролювати свою успішність, аналізуючи окремо власні результати та порівнюючи їх з іншими завдяки рейтингу, що розміщується на веб-сайті факультету щотижня. Така форма

навчання та оцінювання, безсумнівно, значно мотивує студентів до активного навчання і самостійної роботи, допомагає пристосуватися до жорсткого ритму навчального процесу.

Одним з першочергових завдань, як було зазначено вище, професійної підготовки лікарів на французьких медичних факультетах є формування та розвиток компетенції науково-дослідної роботи, і, починаючи з 2-го курсу, студенти отримують такі можливості:

- курс підготовки до магістратури на DFGSM 2 охоплює 140 год. навчання та 40 год. занять з тьютором з біології, хімії, фізики, прикладної математики й базується передусім на самостійній роботі й практичних заняттях у малих групах;

- на 3-му курсі студентів залучають до дослідної роботи в лабораторії (6 місяців). Стажування за цією програмою відповідає рівню M1 і надає можливість вступити на 2-й курс магістратури;

- один рік індивідуальної дослідної роботи в міжнародно визнаній команді науковців на здобуття ступеня магістра з відривом від загального курсу медичного навчання;

- студенти, які бажають набути дійсної наукової підготовки до початку клінічного навчання в екстернатурі отримують матеріальну допомогу шість років поспіль після магістратури. Спочатку, у межах трирічної докторантури, вони можуть отримувати асигнування на дисертаційне дослідження від Міністерства вищої освіти і наукових досліджень або стипендію від різних організацій, що підтримують медичні дослідження. Потім, протягом трьох років другого циклу, вони підтримують зв'язок зі своєю лабораторією, беруть участь у педагогічній діяльності та наукових нарадах і зборах. Для заохочення підтримки цих міцних зв'язків між клінічною освітою і підготовкою наукових кадрів Фонд медичних досліджень (Fondation pour la Recherche Médicale) призначає університету грант, який дозволяє йому забезпечувати фінансову підтримку максимум 10 дисертантів. Фонд також

усіляко заохочує продовження наукових досліджень студентами під час їх навчання в інтернатурі та стажування за кордоном.

Іспити, які проводяться двічі на рік на 1-му та 2-му курсах другого циклу (DFASM 1, DFASM 2), у більшості UFR нині відповідають новим умовам системи іЕСN: 3–5 історій хвороби (dossiers progressifs) (70% загальної оцінки), 45 QCM (20%), LCA (QCM) (10%). Також під час семестру двічі здійснюється поточний контроль знань студентів, який передбачає відповіді на 30 питань за темами модуля (questions isolées – QI); це оцінювання становить 30% від загального бала за дисципліну. Під час 6-го курсу в середині року проводиться заключний письмовий іспит, який включає 4 історії хвороби і 60 окремих питань тривалістю 3 год. та іспит з критичного читання статті у формі тесту множинного вибору (3 год.).

Після закінчення другого циклу медичної освіти у Франції всі студенти повинні успішно скласти практичний іспит для отримання *Сертифіката клінічної компетентності*, що підтверджує здобуття ними необхідних компетенцій і здатність їх синтезувати; він проводиться усно в дійсних умовах або у формі імітації клінічної ситуації, згідно з програмою всього додипломного етапу, тривалістю максимум 45 хв і оцінюється щонайменше двома викладачами.

Отже, додипломна медична освіта у Франції відповідає міжнародним вимогам і національним потребам і побудована за такими принципами: автономність факультетів у складанні навчальних програм, що забезпечує їх гнучкість та ефективність; мотивація студентів до постійного самовдосконалення, активної участі в навчальному процесі; ґрунтовна комплексна теоретична та практична підготовка, що закладає основи клінічного мислення та забезпечує здобуття загальних клінічних компетенцій; забезпечення базової медичної освіти на засадах спеціальності «Загальна практика» та стрімка інтеграція відповідної дисципліни в програму навчання другого циклу.

## 2.2. Методи і засоби навчання та оцінювання в професійній підготовці майбутніх лікарів Франції

Головною метою роботи викладачів вищої медичної освіти є, без сумніву, підготовка компетентних, висококваліфікованих лікарів, тому вони повинні чітко розуміти значення терміна «компетенція» як сукупність декларативних і процесуальних знань необхідних для виконання практичних завдань, розглянутих нами в підрозд. 1.3. Саме цю подвійну сукупність і потрібно враховувати як основу при розробці навчальної методики та критеріїв оцінювання навчальної діяльності майбутніх лікарів, що забезпечує поєднання знань, умінь і навичок у певній ситуації.

Серед численних методів і засобів, що сприяють активізації навчальної діяльності студентів-медиків, у французьких UFR застосовуються такі [256]:

- *портфоліо* – це чітко організований комплект зібраних студентом матеріалів (нотатки, бібліографічний аналіз, короткий огляд виробничої практики та ін.) певного періоду навчання, який дозволяє отримати інформацію про те, що вони дізнались і яких навичок і вмінь набули;

- *шість на шість* (Phillips 6x6) – застосовується через розподіл студентів на 6 груп по 6 осіб, які працюють 6 хв. Цей метод передбачає постановку питань посереднього значення однією групою для ініціювання дискусії, участь аудиторії після експертної доповіді та отримання 6 різних або взаємодоповнювальних аспектів даної теми;

- *група Buzz* (шумова група) – застосовується для активізації великої групи студентів, наприклад у лекційній або операційній залі, підвищує індивідуальне залучення до процесу навчання. Учасники групи (максимум 6) пошепки діляться своїми враженнями, порівнюють думки, вирішують, які запитання вони поставлять фахівцю;

- *групова інтеграція* полегшує введення нових знань та їх інтеграцію з залученням студентів. Процес навчання починається з роз'яснення студентам



умов роботи (мета, приблизний план, абревіатури). За цим слідує виклад матеріалу без нотування. Студентам пропонується відновити доповідь спочатку поодиночі, потім групою і закінчити підбиттям підсумків;

– *рольові ігри* є одним з важливих методів у сучасній дидактиці. Умови їх застосування передбачають імітацію змодельованих ситуацій і проводяться в лікарській підготовці за двома напрямками: рольова гра студентів та з залученням професійних акторів («стандартні пацієнти» – Patients Standardisés). Цей метод допомагає досягти двох цілей: підготовчої – допомогти студенту усвідомити свій особистий і професійний досвід; процедурної – навчитись розробляти етапи, процедуру специфічної діяльності в певних умовах;

– *концептуальні карти* (або інтелект-карти) – базуються на принципі «картування думок» – визначення пов'язаних між собою інформації та ідей, спираючись на теорію осмисленого навчання, допомагають пов'язати раніше набуті знання з новими [292]. Викладач обирає важливий концепт («зупинка серця», «гіпоглікемія», «асцит» тощо) і записує його на папері або дошці. Студенти записують все, що в них асоціюється з цим словом, а потім повинні це пов'язати за характером зв'язку між ними: причинно-наслідкового (спричинений, викликаний...) та активно-діяльнісного (зменшує, збільшує...). Після закінчення роботи викладач аналізує створену карту, уточнює зв'язки, пояснює помилковість певних тверджень, прагнучи прояснити індивідуальний хід міркування, логіки.

Ми погоджуємося з французькими дослідниками [256; 265; 315], що сучасні методи навчання повинні спиратися на такі принципи:

- накопичення знань відбувається на основі питань, які виникають у студента, – активна участь у власному навчанні;
- клінічна підготовка здійснюється переважно в справжніх (автентичних) умовах або контекстуалізовано (клінічний випадок, проблема);
- викладач виступає як посередник у навчанні.

При визначенні автентичних ситуацій навчання, теоретичне обґрунтування застосування яких було представлено М. Френеєм і Д. Бедаром (M. Frenay, D. Bédard, 2006) [226], ми повинні враховувати такі критерії: 1) умови мобілізації знань; 2) розвиток компетенцій; 3) комплексність і складність ситуацій; 4) плюридисциплінарний зміст; 5) багатовимірні проблемні ситуації; 6) різноманітність проблемних ситуацій; 7) численність рішень, висновків та інтерпретацій.

Контекстуалізація навчання пропонує студенту «пережити» автентичну ситуацію з отриманням власного досвіду, який він «трансферує» в подальшій професійній діяльності; тобто, вона сприяє перенесенню (трансферту) набутих знань і вмінь на практику.

Як зазначає Ю.Е. Лавриш: *трансформативне* «навчання є впливовим чинником організаційного та індивідуального розвитку особистості. Це процес, у якому особистість виходить за межі простого отримання інформації і проходить етап свідомої зміни під впливом отриманого досвіду». Дослідниця виокремлює три складових цієї концепції, що є фундаментальними у вищій медичній освіті: інструментальне або проблемне навчання, комунікативне навчання та креативне навчання [68, с. 55].

Отже, концепція навчання в автентичних умовах або дійсному контексті є складником трансформативного навчання, принципи якого є основою сучасних методів професійної підготовки лікарів, насамперед на етапах клінічної додипломної, післядипломної та безперервної медичної освіти.

При *контекстуалізованому* навчанні (*enseignement contextualisé*) викладачі змушують студентів працювати над дійсними ситуаціями, які викликають їх зацікавленість. Головними перевагами такого виду навчання, згідно з принципами *психології учіння*, є:

1. Ситуації професійної практики мотивують студентів більше, ніж вивчення теорії.

2. Інтеграція взапов'язаних понять на різних рівнях пам'яті (декларативному, процедурному, перцептивному та емоційному) в сталу систему зміцнює процес накопичення знань.

3. Набуття власного досвіду є ефективнішим, ніж пасивна передача відповідних знань. Згідно з цим принципом, навчально-пізнавальну діяльність студентів потрібно організувати так, щоб вони:

- визначали власні навчальні потреби та цілі;
- брали активну участь у здобутті професійно важливих компетенцій;
- шукали найефективніші засоби власної навчальної діяльності;
- регулярно оцінювали власні досягнення.

Контекстуалізоване навчання ґрунтується на конкретних ситуаціях, які ілюструють й охоплюють теми різних взаємопов'язаних дисциплін або предметів. Загальна схема організації такого виду навчання представлена в табл. 2.2.1.

*Таблиця 2.2.1*

***Організація контекстуалізованого навчання***

| <i>Завдання/Дисципліна</i> | Анатомія | Фізіологія | Гістологія | Радіологія | Психологія |
|----------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|
| Ситуація 1                 | Тема А1  | Тема Ф1    |            | Тема Р1    | Тема П1    |
| Ситуація 2                 | Тема А2  | Тема Ф2    | Тема Г2    | Тема Р2    |            |
| ...                        | ...      | ...        |            |            |            |
| Ситуація 10                | Тема А10 | Тема Ф10   | Тема Г10   |            | Тема П10   |

Потрібно зазначити, що не обов'язково кожна ситуація має охоплювати теми кожної дисципліни, але до цього потрібно прагнути. Отже, навчальна програма будується на зв'язку теоретичних знань з реальними ситуаціями професійної практики лікаря, з дотриманням таких загальнопедагогічних умов:

- визначати практичні завдання для кожної дисципліни у відповідності до загальних цілей навчання;

- обирати ситуації, дійсні або вигадані, відповідно до тих, з якими студенти будуть зіштовхуватися у своїй практиці;
- передбачати обговорення ключових тем кожної дисципліни принаймні один раз за певної ситуації;
- забезпечувати студентів навчально-методичними матеріалами, що містять структуроване викладення теоретичної бази знань, які їм знадобляться в практичній діяльності.

Отже, завдання, які стоять перед викладачем вищого медичного навчального закладу, не обмежуються лише передачею інформації, дій та методів відповідно до нормативно-правової бази. Він повинен визначити свої завдання і методологію та обрати певні умови відповідно до вимог щодо якісного розвитку необхідних навичок, які відповідають рівню складності конкретних ситуацій медичної практики.

Концепція контекстуалізованого навчання може застосовуватись у будь-яких організаційних формах навчання (лекції, семінари, практикуми, клінічна практика, самостійна робота тощо), але найбільшого поширення на французьких медичних факультетах набули семінарські заняття (Е. Д.) двох видів за методами APP й ARC.

Методологія проблемного навчання в загальній педагогіці та, зокрема, медичній освіті, для якої вона, до речі, була розроблена, достатньо широко й ґрунтовно висвітлена в численних працях як західних дослідників (Diana F. Wood [354], R. S. Donner [204], D. Taylor [309] та ін.), так і вітчизняних науковців (В. М. Галузинський, М. Б. Євтух [40], А. В. Брушлівський [65], М. І. Махмутов [85], О. А. Снісар [119; 120], І. О. Паламаренко [99], Ю. Е. Лавриш [67], Г. І. Кліщ [61] та ін.). Тому, ми лише окреслимо специфіку застосування цього підходу на семінарах у системі медичної освіти Франції.

Насамперед слід конкретизувати застосування термінів APP та ARC у французькій медичній педагогіці. Метод проблемного навчання в класичній практиці медичної освіти радше відповідає французькому методу навчання

клінічного мислення, тоді як термін «проблемне навчання», який було запроваджено в канадській медичній освіті, наслідуючи американський досвід, передбачає «учіння через розуміння ситуації» – *ситуаційний аналіз* (Apprentissage par Compréhension de Situations – CS). У медичній галузі саме поняття «ситуація» має ширший зміст, ніж «клінічний випадок». На заняттях з CS студенти виконують роль спостерігача, який повинен проаналізувати ситуацію та її розвиток, описати і спробувати пояснити, що він спостерігав. Тобто, їх завдання не розв'язання проблеми, а з'ясування, як вона була розв'язана і чому. Метод ситуаційного аналізу на більшості французьких медичних факультетах використовується на доклінічному етапі при опануванні навчальних блоків за системами (серцево-судинна, травна, нервова тощо), з яких студенти ще не отримали якихось теоретичних або практичних знань.

В університеті Бордо, наприклад, навчання за модулем «Травна система» на 2-му курсі включає такі складники [316]:

1. Забезпечення студентів друкованими посібниками (30 сторінок), що містять основні клінічні поняття з хвороб кишково-шлункового тракту та печінки.
2. Лекції з анатомії та гістології.
3. Два семінари з фізіології.
4. Заняття з CS у межах курсу семіології передбачають:
  - 26 зразків клінічного обстеження;
  - результати самостійної роботи студентів, які вони представляють на занятті;
  - 4 клінічні випадки за кожною темою, а також 4 випадки хвороб шлунка (2 виразки, рак і гастрит);
  - кожне заняття (2 год.) охоплює всі етапи АРР «за канадським зразком» та включає дві частини: 1) групу поділяють на 4 підгрупи, кожна з яких отримує певний клінічний випадок для аналізу; 2) підгрупи презентують

випадки з власними коментарями та потрібними схемами, відповідають на запитання.

5. Підсумковий іспит кілька тижнів потому щодо симптоматики ситуації, аналогічної тим, які розглядаються на семінарах.

Провідну роль у підготовці майбутніх лікарів відіграє *метод навчання клінічного мислення*, що більш пристосований до дійсної клінічної практики. Застосовуючи наукові знання, клінічне мислення являє собою форму наукового способу мислення, коли аналізується патологічна ситуація у прагненні зрозуміти причини й винайти механізми її усунення.

Як стверджують фахівці (А. Quinton [315; 316], J. Tardif [177; 296], С. Gramond [237] та ін.), можна оволодіти механізмами клінічного мислення, але лише практика і досвід допомагають майбутньому лікарю набути відповідних навичок. Отже, навчання клінічного мислення означає навчити студента механізмів та засобів їх застосування.

Отже, суть процесу формування клінічного мислення – допомогти студенту раціонально систематизувати знання в семантичній пам'яті. Іншими словами, ми допомагаємо йому мобілізувати знання та їх ментальні репрезентації для аргументованого мислення, у лікарській справі – для ухвалення рішень у певному клінічному випадку. Отже, клінічне мислення охоплює два поняття: «ментальна репрезентація» та «розв'язання проблеми».

Ментальні репрезентації – це актуальний розумовий образ конкретної події, тобто суб'єктивна форма бачення дійсності. Вони охоплюють безліч різноманітних фактичних і концептуальних знань, як наукових, так і культурних та ідеологічних. Саме завдяки чітким ментальним репрезентаціям досвідчений лікар «з першого погляду» діагностує, наприклад, вивих плеча.

Клінічне мислення базується на трьох категоріях елементів: знання, стратегії та усвідомлення їх меж (метапізнання).

Фактичні знання, або дані щодо хвороб, досліджень і лікування та стратегії їх застосування (декларативні знання), можуть бути різних рівнів доступності:

- легкодоступні або автоматично доступні через їх часте застосування;
- потребують деякий час на згадування – засвоєні сталі знання та стратегії, що становлять довготривалу пам'ять;
- позначені певним показником (індексом), що спрямовує пошук необхідної інформації за різними джерелами (друкованими, у мережі Інтернет, у відповідних фахівців);
- як результат власних умовисновків і спостережень лікаря.

*Метапізнання* (метакогнітивний досвід особистості) – це усвідомлення меж власних можливостей. Як звичайно, в межах метапізнання розрізняють метакогнітивне знання та метакогнітивну регуляцію. *Метакогнітивне знання* – це знання людини про власне пізнання, яке включає в себе усвідомлені пізнавальні стратегії, їх можливості, обмеження, уявлення про власні інтелектуальні можливості, про те, які завдання (сенсорні, перцептивні, мнемічні, розумові) є більш чи менш важкими для розв'язання. *Метакогнітивна регуляція* передбачає моніторинг і контроль за пізнавальними процесами під час розв'язання проблемних ситуацій.

*Розв'язання проблем* у процесі клінічного мислення, згідно з дослідженнями французьких науковців, включає чотири етапи:

I. Клінічний етап стратегії діагностування базується на опитуванні та обстеженні: лікар аналізує елементи анамнезу та лікування, порівнюючи їх з його ментальними репрезентаціями, щоб отримати одну або кілька діагностичних гіпотез. На цьому етапі йдеться про *попередній* діагноз (diagnostic décisionnel) – прийняття терапевтичного рішення лише на основі симптомів незалежно від причин (наприклад – у разі зупинки серця). *Нозологічний* діагноз – це вже точна ідентифікація збудника патології.

Повертаючись до нашого прикладу, він передбачає виявлення коронарної артерії, відповідальної за інфаркт міокарда, що спричинив зупинку серця.

II. Стратегія обстеження – етап, необхідний при додатковій діагностиці тестів для підтвердження або спростування робочої гіпотези. Лікар повинен урахувати безпечність і вартість цих процедур, швидкість отримання результатів, їх доцільність тощо.

III. Терапевтичний етап – інтеграція вивчення ситуації та вибору рішення, планування однієї або кількох стратегій розв'язання проблеми і його здійснення.

IV. Прогнозування включає науковий, особистісний і соціальний аспекти:

- *науковий* – прогнозування і передбачення подальших подій;
- *особистісний* – інформування пацієнта щодо його захворювання та лікування;
- *соціальний* – допомогти пацієнту повернутися до суспільного життя.

У навчанні клінічного мислення потрібно враховувати три головних умови:

1. Встановлення діагнозу відбувається перед лікуванням і включає аспекти як попереднього, так і нозологічного діагностування.

2. У мисленні майбутнього лікаря поняття «діагностичної ймовірності» слід замінити на «диференціальний» і «заклучний» діагноз.

3. Існують певні рівні в уточненні діагнозу, наприклад, різниця між повідомленням, що в пацієнта рак товстого кишечника, і повним описом, що це – рак ободової кишки з наданням патологічної картини захворювання згідно з класифікацією TNM (пухлина – лімфатичні вузли – метастази).

Отже, ця підготовка повинна бути зосереджена на чотирьох етапах процесу клінічного мислення: стратегії опитування і фізичного огляду, діагностичного аналізу та підготовки стратегії подальшої діагностики, терапевтичної стратегії, створення прогнозу.



Заняття з ARC проводяться в малих групах викладачем-клініцистом з певного напрямку практичної підготовки. Навчальна діяльність на занятті спрямована насамперед на формування та розвиток навичок клінічного мислення студентів на прикладі дійсних клінічних випадків (а не встановлення діагнозу) із здобуттям таких професійних компетенцій випускника, як: 1) діагностика, 2) аналіз, 3) лікування/догляд, 4) навчання пацієнта/профілактика. Надалі такі заняття полегшують, у деяких аспектах, проходження лікарняної практики в дійсних умовах.

Передбачається, що тематика занять повинна відповідати переліку навчальних завдань. Тобто кожна тема з ARC представляє певну клінічну ситуацію та сценарій професійної діяльності, який включає аналіз процесу встановлення діагнозу та лікування згідно з відповідними цілями навчання.

Заняття проводиться у формі рольової гри, коли в групі обираються один ведучий (презентує вихідні дані – причини звернення пацієнта), секретар (занотовує на дошці дані та гіпотези студентів), а інші – інтерв'юери (ставлять питання ведучому, синтезують дані, висувають гіпотези, підтверджують або спростовують ці гіпотези на основі нових даних, генерують нові гіпотези). Усі вихідні дані та результати роботи студентів зводяться в таблиці на дошці, яка формується на розсуд ведучого й може мати, наприклад, такий вигляд (таб. 2.2.2):

*Таблиця 2.2.2*

***Підсумкова таблиця заняття з ARC***

| <i>Дані</i> | <i>Попередні гіпотези</i> | <i>Стратегія обстеження</i> | <i>Остаточні гіпотези</i> | <i>План лікування</i> |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
|             |                           |                             |                           |                       |

Ефективність занять з розвитку клінічного мислення була підтверджена спільним дослідженням французьких і канадських науковців в університеті

Шербрук (Канада) [139]. За результатами клінічної практики екстернів (10,5 тижня) в комплексі з 21 заняттям ARC (двічі на тиждень), вони констатували, що студенти істотно поліпшили вміння клінічного мислення як з точки зору загальної стратегії, так і конкретних знань. Вони також використовували ці нові навички в клінічній практиці з пацієнтами.

Отже, застосування концепції контекстуалізованого навчання в професійній медичній підготовці сприяє здобуттю та розвитку головних компетенцій майбутніх лікарів: опитування, спостереження, дедукції, стратегії обстеження, встановлення діагнозу тощо. Ми повинні наголосити, що найбільшої ефективності вищеописані методи навчання набувають при блочно-модульній побудові навчальної програми як при вивченні теоретичних дисциплін першого циклу, так і поєднанні теоретичного та практичного складників на клінічному етапі.

З початком ХХ ст. поява нових інформаційних і комунікаційних технологій (ІКТ) змінила спектр інструментів, які використовують викладачі та студенти в навчанні. Сучасна система вищої медичної освіти у Франції стає гнучкішою та намагається відповідати потребам суспільства різними шляхами. Медичні факультети використовують різні методи й засоби ІКТ на всіх етапах медичної підготовки в різному обсязі. Тим часом, коли система дистанційного навчання на післядипломному та передусім безперервному циклах освіти міцно посіла своє місце (у FMC – 50% від навчального часу) і має великосяжну базу ресурсів, форм і методів їх застосування, то засоби використання ІКТ на додипломному етапі все ще в процесі розробки, але вже на більшості медичних факультетах ці технології повністю інтегровані в систему навчання у формі відеоконференцій і так званої «персональної навчальної зони» (*Espace personnel de formation*) або «віртуальної зони навчання» (*Espace numérique de travail*) [222; 271; 341]. Вона дозволяє студенту користуватися навчальними матеріалами (включаючи аудіо та відео) з дисциплін, що вивчаються, ставити запитання викладачам та отримувати результати іспитів і власного рейтингу.

Наприклад, в університеті Гренобля кожний семестр ділиться на 24 навчальні групи, згруповані по 4, для формування 6 циклів навчання. Кожна група занять триває чотири тижні, кожний з яких присвячений різним формам діяльності:

- перший тиждень присвячений вивченню дисциплін з DVD або з сайту med@TICE, тобто одна або дві різні дисципліни вивчаються протягом тижня у вигляді анімованих мультимедіа, що супроводжуються аудіозаписом коментарів викладача;

- другий тиждень використовується для формулювання питань викладачам он-лайн (la Formulation en Ligne des Questions – FLQ): ці питання стосуються тільки тих мультимедійних курсів, що вивчалися на попередньому тижні. Вони закладають основу подальших очних інтерактивних занять (des Séances d'Enseignement Présentiel Interactif – SEPI) наступного тижня [340].

У вересні 2010 р. під час реалізації реформи з упровадження PACES педагогічний колектив UFR Університету Парі XIII (Бобіньї) вирішив скористатися можливістю ввести інші методи навчання, використовуючи «Віртуальний кампус» (Campus Virtuel). Однією з причин цього нововведення була необхідність реорганізувати освіту за єдиною програмою з урахуванням тенденції збільшення співвідношення кількості студентів щодо кількості викладачів останніми роками. Якщо застосування відеоконференцій розв'язує проблему проведення лекції на декілька аудиторій, ідеальні умови (групи з менш ніж 50 студентами, що дозволяє використовувати інтерактивні методи) для семінарів уже не витримуються.

На факультеті Бобіньї, на додаток до відеоконференцій, необхідних для лекцій і вже існуючих протягом багатьох років, була введена система *подкастів*. Крім того, деякі викладачі відмітили, що стало важко забезпечувати ефективно проведення семінарів у групах – форми навчання, що користуються популярністю серед студентів. Унаслідок цього, наприклад, курс з фізіології був переведений повністю у форму он-лайн з форумом для запитань. Також

викладачі клітинної біології розмістили свої семінари, а викладачі фармакології – форум для запитань. Інші дисципліни зберегли «традиційні» семінари, але з великими за кількістю студентів групами (анатомія, біофізика, фізика) або організованих у формі «робочих сесій» (біостатистика).

Завдання впровадження ІКТ он-лайн на 1-му курсі надважливе, оскільки це конкурсний рік, який потребує забезпечення однакового рівня надання знань для всіх студентів і, що відрізняє його від наступних років, характеризується дуже активною участю студентів у процесі навчання незалежно від його форми (лекції чи семінари).

Отже, можна засвідчити, що методи навчання он-лайн дозволять викладачам працювати, підтримуючи належний рівень надання знань для всіх студентів, не шкодячи освітнім цілям.

Доктор Ізабель Фам (Isabelle Pham, 2011) провела дослідження за результатами першого року впровадження Віртуального кампусу на факультеті Бобіні, метою якого було з'ясувати, як студенти використовують ці нові інструменти та їх сприйняття і ставлення до цих методів [302]. Проаналізуємо результати цього дослідження.

*Подкасти.* Кількість відвідувань і час, проведений у кампусі, були низькими на початку року, що відображає труднощі в ознайомленні з системою та небажання з боку викладачів окремих предметів брати участь у проекті через деякі юридичні аспекти (авторські права та ін.), що потребує певних уточнень і встановлення правових норм. Крім того, опитування студентів показало досить задовільну зацікавленість (58%). Але на кінець навчального року кількість навчальних курсів, представлених на сайті, значно збільшилася, що вказує на більшу зацікавленість викладачів, які зрозуміли доцільність такої форми роботи. Також вони отримали можливість проаналізувати потреби студентів щодо змісту файлів і внести необхідні зміни. Тривалість окремих сесій вказувало на те, що студентів цікавлять певні окремі пункти курсу, які можна переглядати завдяки розподілу подкастів на розділи. До того ж, цікавими для

них стали можливості повторного перегляду слайдів з аудіо коментарями викладачів під час лекції та отримання матеріалів для друку.

*Семінари.* Більшість студентів вважають семінари (практикуми) дуже важливими в підготовці до конкурсу. Ця думка відображається в національному опитуванні, проведеному Національною асоціацією студентів-медиків Франції (ANEMF), опублікованому в червні 2011 р. [154], згідно з яким вони бажали збереження квоти на практичні заняття в розмірі 30% з групами по 35 студентів максимум. Для факультету Бобіньї це означало виникнення проблеми не тільки недостатньої кількості викладачів, але й місця проведення. На практиці на семінари виділяється від 10 до 33% від загальної кількості годин з дисципліни. Групи складаються або зі 130 студентів (8 груп), або 250 студентів (4 групи) відповідно до доступної кількості викладачів. Деякі дисципліни (такі, як гуманітарні) не пропонують практичних занять взагалі.

Для семінарів он-лайн на факультеті обрали такі ж методи інтерактивного навчання та роздатковий матеріал, як і ті, що застосовуються на очних заняттях. Нарешті, остаточне опитування показало аналогічну пропорцію студентів, які відвідували очні (86%) та он-лайн семінари (81%) з високим рівнем задоволеності саме Інтернет навчанням (82%). Якщо розглядати студентські коментарі, критичні зауваження стосуються більше змісту цих занять ніж, їх форми: неадаптованість завдань до конкурсних, критика в адресу конкретного викладання або викладача.

Потрібно відмітити додаткові функції цієї платформи, що дозволяють розробляти он-лайн вікторини для проведення самооцінки студентів. Така форма роботи сприяє підвищенню мотиваційного рівня студентів і, у свою чергу, поліпшенню якості їх підготовки.

*Форум.* Вважається, що для запитань він є необхідним засобом на додаток до семінарських занять он-лайн через брак прямого контакту і втрати взаємодії з викладачем. Студенти можуть ставити питання за темами дисципліни або окремого семінару. З практики відомо, що тільки 10–15 %

студентів ставлять запитання під час традиційного заняття, тоді як решта їх слухає й намагається отримати користь з відповідей. Недоліки та перепони, які потрібно враховувати під час проведення цієї форми навчання, такі:

- можливість появи небажаних коментарів і запитань, що не пов'язані з дисципліною, які можуть «забруднювати» форум;
- немає структуризації запитань за розділами або темами;
- проблема врахування робочого часу викладачів.

Головні зусилля французьких медичних факультетів у застосуванні ІКТ на 1-му курсі спрямовані на розв'язання таких проблем:

– з інформаційного боку: враховуючи специфіку цього року як підготовчого до вступних іспитів, студенти дуже вимогливі, і завдяки он-лайн підтримці навчального процесу якість курсу вже не розглядається винятково як така, що залежить від якості викладання або змістовного наповнення. Можливість для викладачів проводити індивідуальний аналіз кількості відвідувань дозволяє здійснити глибший аналіз змісту навчального курсу та педагогічної ефективності ІКТ (кореляція результатів їх використання з успішністю на іспитах).

– з педагогічного боку необхідно досягти гармонізації використання ІКТ між різними дисциплінами й оптимального застосування наявних інструментів (вправи та вікторини он-лайн).

Ми повинні наголосити на різниці між навчальною системою E-learning (електронного навчання) та звичайним розміщенням навчальних ресурсів в Інтернеті. За визначенням Головного управління освіти і культури Європейської комісії, «електронне навчання – це використання нових мультимедійних технологій та Інтернету для поліпшення якості навчання завдяки сприянню доступу до ресурсів і послуг, а також обміну і віддаленого співробітництва» [212, с. 3]. Якщо розглядати цілі такого навчання з точки зору конструктивізму, то вони передбачають розв'язання проблеми, розвиваючи рефлексивну практику. У дистанційному навчанні лікарів Франції також

здебільшого застосовуються клінічні сценарії із запитаннями (QCM, QROC та інші) на підставі відеозаписів. Разом з додатковими формами роботи, що розглядалися вище – форум, дистанційне спілкування з викладачем і студентами, вони забезпечують гнучкість процесу самоосвіти, результати якої повинні застосовуватись у клінічній практиці.

Отже, застосування таких інструментів он-лайн навчання, як лекції у формі інтерактивних відеоконференцій, подкастів, семінарів і форумів, надає певні переваги: по-перше – зменшення аудиторного навантаження викладачів; по-друге – проведення глибшого аналізу навчального контенту, що сприяє більшій гнучкості освітнього процесу у відповідь на потреби студентів; по-третє – підвищення зацікавленості студентів у навчанні та мотивації їх до самостійної роботи і саморозвитку. З другого боку, головною проблемою в застосуванні французького досвіду в українських університетах є, на нашу думку, урахування робочого часу викладачів і набагато менша зацікавленість і мотивація українських студентів через значні відмінності в побудові систем вищої медичної освіти країн.

Оцінювання професійних компетенцій майбутніх лікарів повинно проводитися регулярно й систематично з кожної дисципліни, що вивчається. Існує чимало досліджень щодо педагогічного оцінювання та засобів його застосування, але головним залишається питання: яких критеріїв якості потрібно дотримуватись і як їх обирати відповідно до існуючих вимог? Ця проблема розглядається за двома аспектами: передумов, необхідних для визначення меж оцінювання цих компетенцій, і визначення практичних засобів для його застосування, які нам пропонують французькі дослідники.

Педагогічне оцінювання включає кілька кроків:

1. *Вимірювання* (збір даних) може проводитися за двома різними параметрами. При кількісному оцінюванні використовуються зашифровані дані, а при якісному – показники збору текстових даних.

2. *Аналіз* (інтерпретація даних) може змінюватися залежно від педагогічної парадигми (зокрема, біхевіористської або конструктивістської), згідно з якою проводиться оцінювання. Результати можуть бути отримані з точки зору прогресу/регресії, рівня досягнень, достатності обсягу виконаної роботи, відповідності до вимог щодо необхідних професійних компетенцій, динамічності/пасивності студента тощо.

3. *Результати* можуть бути застосовані на різних рівнях. Наприклад, для коригування стратегій викладання та навчання, визначення обґрунтованості навчального процесу, надання права переходу на наступний курс або навіть для видачі ліцензії на медичну практику. Педагогічне оцінювання може стосуватися: студентів, викладачів, системи навчання в цілому, навчальних програм, роботи факультету тощо [258, с. 39].

Виходячи з визначення клінічної компетенції як процесу особистого шляху з мобілізації різноманітних знань декларативного характеру і дій, умовного або процедурного характеру, оцінювання компетенції – це розгляд процесів, що приводять до дій, і їхньої еволюції [296].

Окремо від компетенції в педагогічних дослідженнях виділяється така професійна характеристика, як «продуктивність» (performance), яка стосується продукту або результатів процесу, зазначеного вище. Оцінювання продуктивності зосереджено тільки на тому, хто оцінюється. *Продуктивність* як мета освіти відображена в педагогічній течії, яку в англійській літературі назвали “outcome based-education” (освіта, орієнтована на досягнення результатів) [297].

Засоби оцінювання мають внутрішні психометричні критерії, які потрібно враховувати для визначення його доцільності: *відтворюваність* (або «надійність», або «стійкість») буває двох видів: індивідуальна, коли ми повинні впевнитися в остаточності рішення, та загальна, коли рішення кількох оцінювачів збігається при оцінюванні певного студента; *конструктивна обґрунтованість*, коли тест визначає саме те, що передбачається оцінити;



*індуктивний (збуджувальний) вплив на навчання* дуже важливо враховувати, тому що, як відомо, студент розробляє свою стратегію навчання залежно від умов оцінювання; *здійснимість; надійність* (внутрішня обґрунтованість) – ступінь упевненості, з яким ми можемо довіряти отриманій інформації; *оборотність* (зовнішня обґрунтованість) – ступінь точності в узагальненні результатів і висновків; *актуальність* [265, с. 26–28].

Згідно з конструктивістською педагогічною течією в медичній освіті, французькі науковці класифікують засоби оцінювання професійних компетенцій лікаря за ступенем їх достовірності та рівнем контекстуалізації (табл. 2.2.3).

Засоби оцінювання клінічних компетенцій численні і поліморфні, вони відображають численні аспекти вимог до професійної компетентності лікаря. Вибір цих засобів повинен відповідати конкретним цілям освіти та результатам, які очікується отримати при оцінюванні. Ідеального стандарту для оцінювання клінічних компетенцій не існує, оптимальним є оцінювання, яке поєднує в собі різні способи: якісний, кількісний, навчальний, сумарний, навчального процесу, досягнень, теоретичних знань і практичних навичок – з постійним застосуванням змодельованих або дійсних ситуацій професійної лікарської практики.

Отже, аналіз методів і засобів навчання та оцінювання в професійній підготовці майбутніх лікарів Франції показав, що їх розробка базується на сучасних психолого-педагогічних течіях (біхевіоризм, конструктивізм, «навчання через відкриття», «освіта, орієнтована на досягнення результатів» та ін.), які є основами контекстуалізованого, компетентнісного та особистісно-орієнтованого підходів й орієнтовані на активізацію навчальної діяльності студентів, мотивацію до самонавчання та розвитку цілісної особистості. Зважаючи на специфічність клінічного мислення, більшість методів спрямовано на розвиток і формування цієї здібності, ґрунтуючись на його науково-обґрунтованих психологічних особливостях та етапах здійснення.

**Засоби оцінювання клінічних компетенцій**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Без контексту      | <p><i>Оцінювання декларативних знань у різних форматах:</i><br/> редагування відповідей на запитання;<br/> усний іспит;<br/> тести множинного вибору (QCM);<br/> короткі та розширені відповіді на запитання (QROC);<br/> письмовий виклад вирішення уявного клінічного випадку</p>   |
| Контекстуалізоване | <p><i>Оцінювання виконання завдань у різних форматах:</i><br/> QCM з глибоким контекстом і багатьма деталями;<br/> QROC з певного клінічного випадку;<br/> моделювання дій з розв'язання певної проблеми в письмовій формі (гіпотези, планування діагностики, терапевтичні призначення);<br/> усне опитування після обміркування письмово викладеного завдання;<br/> розгорнуте опитування;<br/> огляд ключових елементів (за певним клінічним сценарієм);<br/> аналіз достовірності сценарію;<br/> об'єктивне структуроване клінічне обстеження (ECOS);<br/> стандартні пацієнти (моделюється у виконанні акторів);<br/> манекени;<br/> віртуальні пацієнти;<br/> концептуальні картки</p> |
| Дійсний контекст   | <p><i>Оцінювання практичних умінь і навичок студентів або медичних фахівців:</i><br/> безпосередній або непрямий (дистанційний) контроль діяльності;<br/> аналіз дійсної складної ситуації (Récit de situation complexe authentique – RSCA);<br/> портфоліо – тьюторство;<br/> стандартні пацієнти інкогніто (Patients Standardisés Incognito) – за участі професійних акторів;<br/> оцінювання пацієнтами;<br/> експертна оцінка;<br/> самооцінка</p>  |

### **2.3. Класифікаційний розподіл випускників і специфіка навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика» у Франції в сучасних умовах**

Підготовка висококваліфікованих лікарів у вищих навчальних медичних закладах потребує постійного вдосконалення загальноприйнятих і пошукових шляхів оптимізації як самого навчального процесу, так і системи ефективної оцінки навчальних досягнень майбутнього лікаря.

Провідними цілями реформування французької вищої медичної освіти є підвищення рівня підготовки спеціалістів із загальної практики та приведення її у відповідність до загальноєвропейських освітніх стандартів. Однією з головних особливостей управління якістю медичної освіти Франції, що вирізняє її серед інших країн Європи та світу, окрім інших інструментів державного контролю, є система оцінювання якості додипломної підготовки лікарів і їх конкурсного розподілу на навчання в інтернатурі за допомогою Національних класифікаційних іспитів – НКІ.

Державними органами організаційної структури класифікаційних іспитів є:

- Міністерство вищої освіти, наукових досліджень та інновацій;
- Міністерство солідарності та охорони здоров'я (МСОЗ);
- екзаменаційна комісія.

Міністерство вищої освіти відповідає лише за педагогічний аспект НКІ, що втілюється Вченою медичною радою (ВМР) (Conseil Scientifique de Médecine – CSM), яка проводить підготовку, перевірку матеріалів і завдань до іспиту. Вчена медична рада складається з 8 членів, штатних педагогічних працівників, що входять до складу виборних колегій Національної колегії університетів (Collège National des Universités – CNU) і назначаються міністерським наказом. Президент ВМР, який обирається її членами, призначає 5 експертів за спеціальністю або групою спеціальностей, що відповідають за

розробку завдань до іспиту для поповнення банку, та вибирає (через жеребкування) завдання для НКІ з цього банку даних.

МСОЗ відіграє подвійну роль в НКІ за допомогою двох виконавчих органів. Національний центр управління роботою лікарів-практиків і персоналом Державної служби контролю за діяльністю лікарень (НЦУ) (Centre National de Gestion des Practiciens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière – CNG) відповідає за матеріально-технічне забезпечення НКІ – на сайті НЦУ кандидати можуть отримати всю необхідну інформацію та зареєструватися он-лайн на складання іспитів, а в його обов'язки входить: забезпечити інформаційний супровід іспитів; організація груп з перевірки екзаменаційних робіт і національної процедури вибору дисципліни та підрозділу. Головне управління із забезпечення медичного обслуговування (Direction Générale de l'Offre de Soins – DGOS), у свою чергу, відповідає за розподіл кількості місць інтернів по різних CHU, залежно від потреб населення регіону.

Екзаменаційна комісія складається принаймні з 300 членів, лікарів-практиків – професорів або доцентів університетів, зареєстрованих у виборних колегіях CNU. Вони обираються через жеребкування CNG і жодний не може бути членом комісії впродовж двох років. Також члени комісії не мають права бути в родинних зв'язках з кандидатом або обіймати державну виборну посаду. Президент комісії та два віце-президента призначаються наказом міністра охорони здоров'я за пропозицією Вченої медичної ради. Президент комісії повинен гарантувати безперебійний процес проведення іспитів і перевірку екзаменаційних робіт та відмічати в протоколі всі наявні проблеми. Варто зазначити, що для забезпечення об'єктивності підрахунку результатів екзаменаційні роботи перевіряються двічі різними членами комісії. Якщо різниця становить понад п'ять балів, то проводиться третя перевірка.

Екзаменаційні завдання досі виконувалися письмово й складалися з дев'яти досьє – клінічних випадків (dossier clinique), 3 випадки на один іспит, і

завдання з LCA. Аналіз кожного клінічного випадку (історії хвороби), як і критичне читання статті, оцінювалися в 100 балів. Отже, максимальна кількість балів за іспити становила 1000.

У досє подається розгорнута історія хвороби пацієнта так, щоб можна було розглянути всі етапи медичної допомоги. Студенту пропонується описати всі необхідні кроки від перших діагностичних гіпотез за результатами клінічного та діагностичного обстеження до прогнозу перебігу захворювання та лікування і моніторингу пацієнта, передбачаючи можливі варіанти місця його проведення (приватна консультація, лікарня, профілактичний центр та ін.). Відповіді на кожне питання повинні бути чіткими, аргументованими і лаконічними. Послідовність, побудову і зміст речень, звісно, беруть до уваги, але перевірка проводиться за ключовими словами, що інколи призводить до зубріння. Деякі поняття взагалі вважаються незамінними – так звані «PMZ»: *Pas Mis = Zéro* (не використано – нуль).

Іспит з LCA, який було запроваджено 2009 р., включає роботу з науковою статтею і складається з двох частин: резюме (30% від загальної оцінки) та відповіді на питання (70%). Від резюме статті (приблизний обсяг – 250 слів) потребується дотримання чіткої структури, яка включає: завдання дослідження, матеріали і методи, результати, висновки. Питання, як звичайно, у кількості від 6 до 10, спираються на педагогічні цілі критичного читання статті: критично проаналізувати методологію та викладення результатів, оцінити клінічні дії тощо [215].

У системі оцінювання іспитів простежувалися певні недоліки. При визначенні рангу 8 тис. студентів за 1000-бальною шкалою, звісно, можна очікувати проблеми дискримінації та великої кількості студентів, які отримують однакову кількість балів (лат. *ex-aequo* – порівну). Згідно з даними ANEMF, щороку понад 95% студентів отримували “*ex-aequo*” з іншим студентом. У цьому випадку рейтинг студентів визначався відповідно до їх

оцінок за кожне досьє почергово тобто перше місце посідав той, хто отримав найбільшу кількість балів за першу частину іспиту [154].

Розглянемо детальніше цілі та зміст програми іспитів.

Другий цикл медичної підготовки спрямований, передусім, на здобуття клінічних і терапевтичних навичок та адаптаційних здібностей, які дозволять студентам виконувати роботу в лікарні на післядипломному етапі навчання і набути професійних компетенцій в обраній ними спеціальності.

Після закінчення додипломної освіти студенти повинні оволодіти знаннями з організації системи охорони здоров'я та принципів її роботи, головних анатомічних і фізіологічних патологічних процесів, соматичного обстеження та основних видів технічного втручання, найпоширеніших патологій, їх лікування й профілактики, підходу, що базується на поширеності, тяжкості та терапевтичних можливостях, проведення найпоширеніших видів невідкладної допомоги; оволодіти навичками побудови стосунків і спілкування з колегами, пацієнтами та членами їх родин. Важливо також, щоб студенти могли пояснювати необхідну інформацію пацієнтам і членам їх сімей простими і зрозумілими термінами для залучення їх до прийняття важливих для них рішень.

Головні педагогічні цілі додипломної медичної підготовки другого циклу у Франції збігаються з умовами НКІ й визначаються за такими критеріями і вимогами до знань і вмінь:

*I. Діагностування:*

- 1) аналізувати й упорядковувати клінічні дані; сформулювати проблеми, пов'язані з пацієнтом;
- 2) аргументувати основні діагностичні гіпотези;
- 3) обґрунтовувати методи діагностики і стратегію досліджень, пояснюючи доцільність додаткових аналізів та обстежень пацієнту при їх призначенні й після отримання результатів;

4) пояснювати основні патофізіологічні процеси, які відображаються в клінічних та параклінічних ознаках;

5) обговорювати головні види етіологічної та диференціальної діагностики з урахуванням основних епідеміологічних даних і супровідних факторів захворюваності.

*II. Ідентифікація надзвичайних ситуацій та планування медичної допомоги:*

1) визначати ознаки тяжкості, що потребують негайних терапевтичних рішень;

2) описувати першочергові заходи: можливі дії та прийоми, заходи термінової допомоги, направлення пацієнта до лікувального закладу, ліки та їх дозування.

*III. Аргументація терапевтичного підходу і плану подальшого медичного догляду за пацієнтом:*

1) пояснювати природний перебіг захворювання, його ускладнення і прогностичні фактори;

2) обґрунтовувати вибір стратегії лікування, враховуючи кінцеві цілі, способи терапевтичної діяльності, з їх перевагами та потенційними ризиками, що пояснюються пацієнтові;

3) описувати порядок моніторингу захворювання і лікування та визначати підсумкові дані, що надаються пацієнту, серед інших, з точки зору соціально-професійних і психологічних наслідків;

4) пояснювати, при потребі, умови первинної та вторинної, індивідуальної та колективної профілактики;

5) виписувати призначення з високою точністю у загальних ситуаціях, включаючи дозування, тривалість і моніторинг лікування.

*IV. Принципи тривалого медичного нагляду:*

1) пояснювати довгостроковий прогноз;

2) описувати принципи тривалого медичного нагляду при хронічних захворюваннях, інвалідності і тривалих функціональних змінах, включаючи аспекти, що стосуються навчальної роботи з пацієнтом і його реабілітації.

Відповідно до програми другого циклу (див. п. 2.1.2) Державна програма НКІ розділена на 13 модулів – 11 міждисциплінарних: 1. Лікарська справа та професійна взаємодія; 2. Від зачаття до народження – Жіночі захворювання – Спадковість – Дитина – Підліток; 3. Дозрівання – Вразливість – Психічне здоров'я – Адиктивна поведінка; 4. Сприйняття – Нервова система – Шкіра; 5. Обмежені можливості – Старіння – Залежність – Біль – Паліативна допомога – Супровід; 6. Заразні хвороби – Санітарні ризики – Гігієна праці; 7. Запалення – Клінічна імунологія – Легені–Кров; 8. Кровообіг – Метаболізм; 9. Онкологія; 10. Медикаментозне та немедикаментозне лікування; 11. Медицина надзвичайних станів, а також два загальних модулі з семіології: 12. Хвороби та синдроми й 13. Діагностика за симптомами. Ці модулі, що передбачають отримання повного спектра знань, потрібного в загальній медичній практиці, поділяються детальніше на пункти (див. додаток Н), кожний з яких включає одну чи кілька відповідних компетенцій.

У березні 2013 р., Марісоль Турен (Marisol Touraine), міністр соціальних справ та охорони здоров'я, повідомила про модернізацію Національних класифікаційних іспитів у напрямі їх повної комп'ютеризації з 2016 р. Згідно з принципами досимології, вибір засобів Національних комп'ютеризованих класифікаційних іспитів має вирішальне значення для визначення того, як навчати на другому циклі. Таким чином, ця модернізація передбачала три основні напрями змін [154]:

1. Нові методи навчання зі значним акцентом на самостійну підготовку.

2. Усунення відмінностей між поточними іспитами і НКІ, які виражаються в різних програмах факультетів, для впорядкування знань студентів у чітку систему.



3. Уніфікація системи підготовки до НКІ, яка того часу також дуже відрізнялася на різних факультетах, з урахуванням особистісно-орієнтованого підходу та використанням SIDES.

Однією з основних проблем попередніх НКІ, як зазначалося вище, була відсутність чіткого розподілу – 8 тис. студентів неможливо класифікувати за 1000-бальною шкалою. Тому комп'ютеризовані іспити розраховані на 10 тис. балів. Одним з найбільших досягнень комп'ютеризації є поняття «ескалації» іспитів. Тобто, переважну більшість завдань (70%) складають так звані «прогресивні досьє» (dossiers cliniques progressifs – DCP), у яких складність запитань поступово збільшується й побачити наступне можна лише після відповіді на попереднє (додаток II). За нової системи в програму повернули так звані «окремі питання» (questions isolées – QI), що раніше використовувалися при вступних іспитах до інтернатури. Кількість цих питань – 120, що становить 20% від загальної кількості балів, і вони зосереджені на різних сферах знань (з охорони здоров'я, фундаментальних наук тощо). Решта 10% залишаються присвяченими критичному читанню статті: 1000 балів розділені на 30 питань з двох статей, одна з яких присвячена клінічному дослідженню, а друга – більш теоретичному. Ще одним позитивним здобутком такої форми НКІ, на нашу думку, є їх проведення майже в усіх університетах одночасно, що дозволить студентам присвятити значний час, який вони витрачали на проїзд до місця проходження іспиту, додатковій підготовці до них.

Отже, нова комп'ютеризована форма ECN включає три види іспитів: 1) три тести, кожний з яких передбачає аналіз 6 історій хвороби з відповідями на 13–17 питань множинного вибору з поступовим підвищенням складності, тривалістю 3 год. кожний; 2) 120 окремих питань з множинним вибором відповідей; 3) критичне читання двох наукових статей, 13–17 питань множинного вибору з поступовим підвищенням складності.

Національні класифікаційні іспити відіграють подвійну роль у системі вищої медичної освіти Франції: з одного боку – це перевірка рівня оволодіння

студентами ключовими компетенціями додипломного етапу професійної підготовки, а з другого – розподіл майбутніх інтернів за спеціальностями та місцем проходження навчання третього циклу відповідно не тільки до їх рейтингу, але й потреб населення певного регіону в медичному обслуговуванні.

Відповідно до отриманого рангу та кількості запропонованих місць, що регламентуються державою щороку, студенти третього циклу повинні обрати спеціальність та місце навчання: 28 підрозділів інтернатури належать до одного або кількох UFR, які не обов'язково розташовані в одному регіоні, а в чотирьох регіонах (Бретань, Луара, Прованс-Альпи-Лазуровий Берег і Рона-Альпи) розміщені кілька підрозділів. Загалом існує 44 спеціальності: 13 – хірургічних (дитяча, урологічна, судинна, гінекологічна тощо); 30 – медичних (психіатрія, радіологія, геріатрія, загальна практика тощо); медична біологія є єдиною спеціальністю, що належить до відповідної галузі.

Розглянемо детальніше особливості процедури вибору. Вона передбачає два етапи: «імітаційний» та «дійсний» і проводиться через Інтернет за допомогою програми SELINE [154]. *Імітаційний* період також поділяється на два етапи: визначення кандидатами своїх побажань після оприлюднення результатів НКІ в середині липня та офіційний попередній вибір, що починається першого серпня після викладення державного розподілу посад інтернів і триває місяць. Майбутні інтерни можуть обрати будь-яку місцевість і спеціальність та ранжувати їх для себе в порядку пріоритетності. Для медичних і хірургічних спеціальностей також можна вказати певну спеціалізацію; кількість обраних побажань попереднього відбору не обмежується. Тобто можна вибрати бажану позицію, навіть якщо всі місця будуть зайняті. Після складання списку студент має можливість побачити та проаналізувати, які позиції доступні згідно з його рейтингом та скласти остаточний перелік своїх побажань за рівнем власної для нього значущості й дійсної доступності бажаної посади. *Офіційний* етап починається у вересні й триває до 20 днів. Кандидати визначають свій вибір остаточно, але завжди можна внести зміни, тому що ті,

хто має вищий рейтинг, зрозуміло, підтверджують свою заявку раніше за інших і позиції можуть звільнитися; ця процедура дістала назву «віртуальний гарнізон». Так, наприклад, для 556 студентів, що пройшли розподіл у перший день офіційного вибору 2015 р., усі спеціальності та всі підрозділи були доступні; але з кожним днем вибір звужується. Для тих, хто міститься в другій половині рейтингу майже неможливо отримати одну з найпопулярніших професій (інфекційні та тропічні захворювання, пластична хірургія, нефрологія, офтальмологія) [165].

Щойно вибір зроблено – змінити його неможливо; але все ж існує можливість вибрати іншу спеціальність, за умови, що вона була доступна під час процедури на момент підтвердження остаточного вибору, звернувшись до регіонального агентства охорони здоров'я (Agence Régionale de Santé – ARS) до кінця четвертого семестру інтернатури (тільки в межах своєї дисципліни і в тому ж регіональному підрозділі). Якщо випускник не задоволений своїми результатами складання іспитів, він може подати запит декану факультету на отримання статусу вільного слухача в п'ятнадцятиденний термін після оголошення результатів. Спеціальна комісія, яка, окрім працівників факультету, включає представників студентів та інтернів, розглядає ці запити та затверджує кандидатури вільних слухачів, які повинні повторно пройти повний курс теоретичного та практичного навчання DFASM 3, визначеного комісією. Можливість проходження повторного курсу, як і протягом усього періоду медичної освіти у Франції, надається лише один раз.

З метою забезпечення кращого територіального розподілу фахівців у галузі охорони здоров'я, підвищення доступності медичних послуг і рівня привабливості спеціальності «Загальна практика» МСОЗ Франції розробило і здійснило низку стимулювальних заходів. Важливим упровадженням для заохочення молодих фахівців навчатись і працювати в галузі первинної допомоги ми вважаємо «Угоду державної зайнятості» (Contrat d'engagement de service public – CESP), створену законом HPST від 21 липня 2009 р., яка

передбачає, що студенти-медики можуть отримувати щомісячну фінансову допомогу, починаючи з другого року медичного навчання й до закінчення інтернатури (з 2013 р., студенти, які підписали цю угоду, отримують стипендію в розмірі 1200 Євро). У свою чергу, вони погоджуються після здобуття диплома доктора медицини відпрацювати весь період отримання такої допомоги (мінімальний термін угоди – 2 роки) у певних місцях, що пропонуються, зазвичай, у районах, де спостерігається зниження або відсутність необхідної кількості певних спеціалістів, найчастіше – лікарів загальної практики. Підписуючи CESP, студент, з одного боку, отримує соціальну і особисту підтримку в навчанні та працевлаштуванні, але з другого – повинен урахувати особисті прагнення у виборі спеціалізації та місця роботи, порівняно з тими, що пропонуються за контрактом. Незважаючи на певні обмеження в майбутньому працевлаштуванні, кількість підписаних угод з кожним роком значно збільшується (від 355 2012 р. до 1700 2017 р.), що підтверджує колосальну ефективність цієї ініціативи. Головними виконавчими органами програми CESP є: НЦУ, який обробляє і розглядає досьє кандидатів, керує виплатами та проводить повний супровід бенефіціантів протягом усього терміну дії угоди; ARS, що беруть участь у відборі та індивідуальному супроводі кандидатів, і власне UFR – збирає заявки, організовує комісії для відбору кандидатів і є зв'язувальною ланкою між студентами, ARS та CNG. Кожний медичний факультет отримує щорічну квоту на кількість контрактів, що фіксується відповідним міжміністерським наказом, та оголошує конкурс на початку навчального року. Комісія для відбору кандидатів вивчає представлені студентами професійні проекти та їх навчальну успішність, а також усю іншу інформацію, яку вони вважають за потрібне додати в досьє. Головна увага при виборі насамперед приділяється якості проекту та особистій мотивації працювати в районах з низьким рівнем щільності населення або лікарів; також можуть бути враховані певні підстави соціального статусу кандидата. Студенти, які підписали CESP протягом першого та другого циклів, обирають

посади в інтернатурі за окремим списком згідно з представленою вище системою [272; 273].

До того ж, 2014 р. була запроваджена реформа з удосконалення системи підготовки та умов праці інтернів, яка включає такі кроки: 1) амбулаторне стажування в лікарів загальної практики для всіх спеціальностей, яке раніше проходили лише інтерни відповідного напрямку підготовки (*Interne en Médecine Générale – IMG*); 2) реорганізація механізмів фінансування післядипломної освіти із ЗП завдяки консолідації всіх ресурсів в одній бюджетній лінії відповідно до законодавства фінансування соціального забезпечення; 3) поліпшення умов стажування IMG завдяки постійному контролю за поліпшенням якості педагогічної підготовки керівників практики та відшкодування витрат інтернів на транспорт при проходженні амбулаторної практики (125–130 Євро на місяць); 4) збільшення кількості років на дисертаційне дослідження вдвічі, яке можна виконати протягом трьох років після закінчення інтернатури, що забезпечує ґрунтовнішу науково-дослідну роботу в галузі.

Предметом особливої уваги уряду є, звісно, шляхи поліпшення умов праці лікарів загальної практики: запобігання психосоціальним ризикам, зниження робочого навантаження, диверсифікація закладів та форм надання первинної допомоги населенню, соціальний захист лікарів тощо.

Найактуальнішим завданням систем охорони здоров'я Франції, України та більшості країн світу залишається забезпечення населення доступністю та якістю первинного медичного обслуговування. Тому, з метою розв'язання цієї проблеми щороку відповідні державні органи Франції (*ARN, DGOS, DREES, CNG та ін.*), професійні спілки лікарів загальної практики, інтернів і студентів (*CNGE, SNEMG, ANEMF, ISNAR-IMG*) і науковці проводять аналіз результатів НКІ та опитування студентів та IMG.

За результатами класифікаційних іспитів 2017 р., 8064 інтернів пройшли розподіл. Загальна практика, хоча й залишається серед п'яти спеціальностей

(охорона здоров'я, геріатрія, психіатрія та заняттєва терапія включно), з яких не зайняті всі запропоновані позиції, але було відмічено деякий прогрес у виборі цього напрямку, «дефіцит» якого становив: 2016 р. – 6,5%, а 2017 р. – 5,9%. 2010 р., наприклад, залишок вакантних посад з цієї спеціальності був 18% [325]. Крім того, сама кількість зайнятих місць значно збільшилася (від 3752 2014 р., 3894 2015 р. до 4012 2016 р.). Отже, усе більше й більше студентів залучаються до цієї сфери медицини, враховуючи, що кількість доступних позицій з кожним роком значно зростає (у середньому, частка обійнятих посад інтернів із ЗП сягає 46,6% від загальної кількості). Ефективність заходів уряду з підвищення рівня привабливості спеціальності засвідчують зміни в рейтингових показниках перших студентів, які обрали загальну практику – 111-те класифікаційне місце 2015 р., 24-те, 34-те і 108-ме – 2016-му р. та 50-те і 55-те – 2017 р.

Отже, система Національних класифікаційних іспитів є одним з головних інструментів управління якістю медичної освіти у Франції й забезпечує: з одного боку – упорядкування в чітку систему та всебічну перевірку здобутих на додипломному етапі компетенцій, об'єктивність їх оцінювання й усунення дискримінації при визначенні рангу; а з другого – справедливість і прозорість розподілу молодих спеціалістів з урахуванням регіональних потреб населення в медичних послугах.

Навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика» триває три роки, поділяється на шість семестрів і включає 200 год. «теоретичної» підготовки та стажування.

Академічна підготовка забезпечується кафедрами загальної практики (Département de médecine générale – DMG) відповідного навчально-дослідного об'єднання, програма якого встановлюється на державному рівні, але, враховуючи значну автономію університетів, шляхи її виконання варіюється на різних факультетах.

Основна програма третього циклу включає *загальну* медичну освіту: методологія оцінювання медичної практики і клінічних досліджень із ЗП;

епідеміологія і охорона здоров'я; організація, управління, етика, право і медична відповідальність у галузі загальної практики, економіки охорони здоров'я; та *спеціальну*: галузь загальної практики та її поле діяльності; методи та маніпуляції в загальній практиці; стратегія діагностики і лікування та їх оцінювання; умови професійної діяльності та місце лікарів загальної практики в системі охорони здоров'я; навчання пацієнтів з питань охорони здоров'я, профілактики та лікування; збір епідеміологічних даних, ведення документації, керівництво роботою лікарського кабінету [159] (додаток Р).

Методика навчання й оцінювання на DMG Франції базується на *компетентнісному* підході. Спираючись на дослідження в галузі педагогіки і когнітивної нейронауки, цей підхід дозволяє розробити відповідні стратегії для розвитку компетенцій, які інтерн повинен отримати та закріпити під час своєї підготовки.

Підготовка лікарів загальної практики в інтернатурі, за визначенням CNGE, повинна *професіоналізувати*, тому викладачі загальної практики обрали такий педагогічний підхід, який насамперед спрямований на розвиток професійних компетенцій. Саме поняття компетенції визначається, *апріорі*, за ставленням до лікаря. Тому, враховуючи, що діяльність лікаря оцінюються, передусім, за її якістю, «сертифікація практичної професійної компетенції після закінчення студентами інтернатури стає розв'язанням фундаментальної проблеми якості медичного обслуговування» [239, с. 3–5]. Професія лікаря потребує вміння застосовувати теоретичні знання та практичні навички в контексті його стосунків з пацієнтом; але кожна ситуація в медичній практиці – унікальна, тому універсального протоколу дій не може існувати. Саме принцип здобуття професійних компетенції передбачає адаптацію певних знань, умінь і навичок до кожного конкретного прийому пацієнта.

Навчання в інтернатурі базується, передусім, на концепції *навчання в реальних обставинах* (*apprentissage en situation réelle*), яке спрямоване, на відміну від *методу проблемного навчання*, на самонавчання під час стажування

в ситуаціях, у яких студенти безпосередньо навчаються та отримують власний досвід. Отже, у контексті «самонавчання» як ключового складника компетентнісного підходу теоретичний курс підготовки інтернів на різних факультетах може включати такі форми навчання, як семінари, групи аналізу та обміну практичним досвідом (*groupes d'échanges et d'analyses des pratiques pour les internes – GEAPI*), навчання під час стажування, наради з тьюторами: індивідуальні (*Rencontre individuelle avec de tuteur – RIT*) та групові (*Groupe d'échanges et d'analyses des pratiques pour les internes avec les tuteurs – GEAPIT*), групові зустрічі з лікарем загальної практики (*Rencontres Généralistes*), а також самостійну роботу.

Семінари проводяться в інтерактивній формі згідно з навчальними завданнями, а особливість GEAPI полягає в застосуванні методу «*групи партнерів*» (*Groupes de Pairs*) – один з видів *взаємонавчання*, теоретичні засади та практична ефективність застосування якого в медичній освіті ми розглядали в п. 2.1.1. За сприянням SFMG, у післядипломній і безперервній медичній освіті Франції цей метод з'явився в 1987 р. [278]. Сама назва *Groupes de Pairs* була запозичена з дослідження голландських науковців «Групи партнерів у загальній практиці» (*Peers Groups in General Practice*), хоча основою такого методу стали *Балінтовські групи*, які ми згадували, як один із засобів розв'язання проблем у контексті надання тривалої та безперервної медичної допомоги лікарем загальної практики (див. підрозділ 1.3). Проте, коли голландські дослідники запропонували створення таких груп для проведення експертної оцінки, Балінтовські – спрямовані передусім на розв'язання емоційних і деонтологічних проблем, SFMG запропонувала проведення таких нарад у формі взаємоаналізу дійсних випадків клінічної практики для поліпшення професійної підготовки молодих фахівців.

Розглянемо детальніше особливості впровадження такої форми та методу навчання в післядипломній підготовці французьких інтернів з загальної практики. В Університеті Пуатьє [311, с. 26–27], наприклад, при підготовці до



всіх GEAPI і семінарів з основних компетенцій, інтерн повинен описати певну клінічну ситуацію, пов'язану з темою, оголошеною заздалегідь у плані занять, і відправити її електронною поштою організаторам за тиждень до наради. Деякі з цих ситуацій обираються (всією групою або викладачем) для обговорення на занятті, підсумки якого викладаються організаторами у вигляді презентації Power Point або переліку бібліографічних посилань на схожі випадки у так званому «віртуальному бюро». Студент, чий випадок розглядався на нараді, повинен опрацювати та проаналізувати думки і поради колег та отриману експертну оцінку організаторів і, за здобутими результатами, доповнити й оновити викладення матеріалів клінічної ситуації.

В університеті Ліон III заняття груп з обміну досвідом за участі тьютора (GEAPIT) також передбачають подання клінічного випадку інтерном (10 хв), опис якого складається за певною схемою й включає постановку проблеми та шляхи її розв'язання (з бібліографічними посиланнями). На їх основі група обговорює можливі шляхи з'ясування поставлених питань і власні висновки інтерна. Час, передбачений на дискусію, також обмежується 10 хв на кожного інтерна та клінічний випадок. Кожного засідання група обирає «ведучого» та «секретаря», який складає протокол представленого клінічного випадку (питання, що були порушені, відповіді інтерна та групи, рівень їх вірогідності). Після закінчення наради один або кілька тьюторів оцінюють участь кожного інтерна [246, с. 34].

У процесі навчання IMG постійно зіштовхується з дійсними клінічними ситуаціями, у яких, застосовуючи свій попередній досвід, він повинен ефективно й адекватно виконувати складні професійні завдання, у яких потрібно вміти правильно мобілізувати власні ресурси, що допоможе йому ефективно діяти в майбутній професійній практиці. Згідно з принципами компетентнісного підходу, студент навчається самостійно, з'ясовуючи питання, які в нього виникають, у взаємодії з викладачем. Роль викладача або керівника

практики як помічника полягає в розвитку автономії інтерна, що дозволить йому розробити власний підхід до розв'язання складних проблем.

У французькій системі використовуються такі різні навчально-методичні засоби, що базуються на цьому підході, як:

- *журнал самооцінювання* (carnet d'auto-évaluation);
- *нотатки з відтворення* виконаних дій або завдань під час стажування або навчальних занять;
- опис складних клінічних випадків, з якими зіштовхується інтерн (Récits de situations complexes et authentiques – RSCA) [311, с. 5].

RSCA також використовується як один з інструментів оцінювання – досє, у якому інтерн описує власні враження про складну і неординарну, з його точки зору, ситуацію під час прийому пацієнта в будь-якому аспекті (біологічному, фізіологічному, соціальному, деонтологічному тощо) [243, с. 16]. За цим слідує письмовий аналіз цієї консультації: поведінка, дії, розмова, думки і відчуття як молодого лікаря, так і пацієнта, з характеристикою застосованих компетенцій і тих, що не вистачало. Цей аналіз, при його обговоренні з керівником практики або тьютором, дозволяє визначити орієнтири в навчанні, напрями професійного розвитку, компетенції, які потрібно здобути або розвинути, і шляхи їх досягнення. Саме RSCA обговорюються іншими інтернами на нарадах груп з обміну досвідом, а також включаються до *звіту з практики* (mémoire de stage). Нарешті, інтерн виносить на усний захист один зі своїх RSCA після закінчення третього циклу. Отже, RSCA забезпечує процес активного навчання, що потребує відповідного структурування мислення й аналізу відповідно до цілей прийому пацієнта, та дозволяє опанувати такі необхідні компетенції, як: розв'язувати недиференційовані проблеми зі здоров'ям; продуктивно спілкуватися з пацієнтом та його оточенням; приймати відповідні рішення в надзвичайній ситуації або умовах невизначеності; навчати пацієнтів стежити за станом свого здоров'я та правил дотримання курсу лікування; працювати в команді;

забезпечувати тривалий і послідовний медичний догляд; приймати рішення на основі сучасних наукових знань, адаптованих до потреб і обставин та обговорених і прийнятих пацієнтом і лікарем; ініціювати та брати участь у профілактичних і громадських заходах з охорони здоров'я; безпечно проводити технічні маніпуляції; готуватися до автономної професійної діяльності; оновлювати і розвивати власні вміння й навички, тобто – підготуватися до безперервної професійної освіти.

Слід зазначити що, за весь період навчання в інтернатурі IMG повинен скласти принаймні три RSCA (один на рік), якість виконання яких завіряється тьютором [242, с. 23–24].

Такі форми самостійної роботи, разом з іншими, включаються в *портфоліо* – інтерактивне персоналізоване досє, у якому протягом усього навчання в інтернатурі відмічаються всі види теоретичних і практичних здобутків студента, відображаються його успіхи, проводяться самооцінка та зовнішнє оцінювання. Якість портфоліо оцінюється за розвитком таких умінь: самостійно мислити; удосконалювати здатність аналізувати клінічні ситуації; знаходити та вивчати потрібну інформацію; синтезувати й формулювати висновки своїх міркувань. Отже, суть його ведення – не просте накопичення даних, а відбір елементів, які переконливо свідчать про розвиток і вдосконалення професійних компетенцій майбутнього лікаря.

Кожний інтерн складає власне портфоліо на власний розсуд, але існують деякі обов'язкові розділи, які повинні включати:

1. *Журнал стажувань*, розподілений за семестрами та за видами практики, повинен містити розгорнуті RSCA та короткі звіти (опис клінічного випадку, проблемні питання, отриманий досвід і підсумки).

2. *GEAPI, GEAPIT, Rencontres Généralistes, семінари* – тематичні плани занять, їх оцінювання та резюме (які зазвичай заповнюються згідно з таблицею критеріїв, розробленою факультетом), матеріали та презентації, підготовлені інтерном.

3. *Компетенції*: довідник освітньо-кваліфікаційних норм і вимог; таблиця рівня оволодіння вихідними компетенціями, яка відображає різні види знань, умінь і навичок за кожною з шести основних компетенцій.

4. *Дипломна робота* може містити такі пункти: детальний огляд усього курсу навчання (заняття і стажування), резюме наукового дослідження, проведеного під час стажування, додаткові види підготовки та діяльності (навчання в магістратурі, участь у конференціях, спілках самоврядування студентів або професійних, викладацький досвід, навчання за кордоном та інше), звіт з практики, план персонального та професійного розвитку, у якому випускник розглядає форми та види подальшої освіти (групи партнерів, підвищення кваліфікації, додаткова освіта з суміжних галузей тощо) і надає більш-менш довгостроковий план практичної діяльності після інтернатури (вид працевлаштування або наукової діяльності, умови роботи, отримання статусу та робота викладачем – керівником практики тощо).

5. *Учбова дисертація* – обов'язкова умова, як зазначалося раніше, здобуття ступеня доктора медицини, який надає право на медичну практику, тому всі офіційні папери і матеріали наукового дослідження інтерна збираються в цьому файлі: 1) формуляр проекту дисертації, який заповнюється на початку розробки проекту й подається у форматі PDF на затвердження до Комісії дисертаційних досліджень DMG (Commission des thèses du DMG); 2) документи, що стосуються дослідження; 3) власні нотатки, статті, бібліографія та ін.

Також інтернам рекомендується додавати інші корисні розділи: 1) нотатки; 2) бібліографія; 3) пам'ятка (список контактів адміністрації, тьютора, керівників практики, викладачів, установ тощо; календарний план навчання; «Формуляр доповідної про небажаний випадок в лікуванні» (Fiche déclarative d'événement indésirable lié aux soins – EIAS) – конфіденційна заява, що повинна допомогти інтерну, який зіштовхується з EIAS під час його практики. Цей документ відправляється лише електронною поштою керівництву факультету,

яке організовує нараду з викладачами для встановлення обставин і причин подібного випадку і пошуку заходів щодо виправлення становища [243, с. 15; 247, с. 4–18].

*Портфоліо* виконує не лише функції архіву, але й багато інших. Так, за його допомогою керівництво факультету контролює стан підготовки інтерна і роботу тьютора та проводить щорічну атестацію; тьютор – оцінює роботу молодого лікаря та надсилає поради і зауваження; а інтерн, у свою чергу, може: записатись на проходження обов'язкових і додаткових курсів навчання та стажування, ознайомитися з результатами оцінювання тьютора та атестацією адміністрації університету, перевірити хід його дисертаційного дослідження (затвердження формуляра, поради й зауваження комісії) [242, с. 34].

Післядипломна освіта протягом інтернатури характеризується, передусім, ґрунтовною й різноманітною практичною підготовкою. Згідно з національною програмою практичного навчання на третьому циклі із загальної практики (Декрет №2004–67 від 16.01.2004 р.) студенти повинні відпрацювати 6 стажувань:

- два семестри в лікарні: один – з терапії дорослих (загальна практика, внутрішня медицина, геріатрія або полівалентна терапія) та другий – у відділенні невідкладної допомоги;

- два семестри (амбулаторно або стаціонарно): з педіатрії та/або гінекології й «вільне» стажування (*stage libre*), тобто за вибором;

- один амбулаторний семестр із загальної практики – «амбулаторне стажування 1-го рівня» (*stage ambulatoire de niveau 1*). Цей курс проходиться почергово у двох-трьох лікарів загальної практики, затверджених факультетом і ARS, а також включає періоди практики в будь-якій структурі первинної ланки. Звіт з практики складається за результатами саме цього виду стажування, який потрібно подати тьютору, керівникам практики та дирекції факультету. Отримання ліцензії на тимчасове заміщення лікаря загальної практики також залежить від атестації цієї практики;

– один семестр – на вибір інтерна згідно з його професійним планом: «автономне амбулаторне стажування з первинної допомоги» (Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé – SASPAS), або – «амбулаторне стажування 2-го рівня» – stages ambulatoires de niveau 2) або в медичній установі, затвердженій координатором факультету з загальної практики.

Вибір місця проходження практики проводиться між інтернами двічі на рік; порядок вибору відбувається за старшинством і за рангом ECN, за винятком SASPAS, для яких місця визначаються кафедрою з урахуванням побажань інтернів. Під час процедури вибору зазвичай студентам рекомендується спочатку обирати обов'язкові напрямки стажування, щоб мати можливість свідоміше підійти до вибору практики на третьому курсі [242, с. 12; 243, с. 16–18].

Розглянемо детальніше особливості практичної підготовки інтерна під час амбулаторного стажування.

Під час першого, обов'язкового етапу, який зазвичай відбувається в третьому або четвертому семестрі, інтерн отримує досвід з основ загальної медичної практики: профілактика, лікування гострих і хронічних захворювань, безперервність догляду, повне ведення пацієнта, ураховуючи суспільні, сімейні та психологічні фактори; він знайомиться з організацією та функціонуванням кабінету лікаря та групової практики, бере участь у заходах «Постійного професійного розвитку» (Développement professionnel continu – DPC). Участь інтерна в консультаціях відбувається за трьома рівнями активності: *спостерігача*, коли він дивиться, слухає і повторює, у «*напівактивній*» ролі під безпосереднім наглядом (інтерн проводить всю або частину консультації в присутності керівника); «*активній*» – під непрямым контролем (інтерн сам проводить прийом пацієнта, а керівник практики переглядає всі записи). Інтерн виконує всі види діяльності свого керівника, які той вважає можливим довірити: консультації, відвідування хворих удома, технічні процедури, відносини з іншими медичними працівниками та структурами охорони

здоров'я, управління роботою офісу тощо. Під час «активної» фази навчання керівник повинен завжди бути на зв'язку і перебувати неподалік, щоб мати можливість втрутитися при потребі. Інтерн може інколи проводити робочий час (по півдня, максимум двічі на тиждень) поза офісом лікаря, щоб асистувати іншим лікарям загальної практики або брати участь у спеціалізованих консультаціях, відвідати інших медичних або соціальних працівників, брати участь у заходах у межах безперервного професійного розвитку тощо. Такі «виходи» визначаються за згодою, а часто – за пропозицією керівника.

Частиною цього навчального курсу є спільна участь керівника зі своїм учнем у зустрічах і нарадах з іншими лікарями загальної практики і їх стажерами для моніторингу практики й відвідування інтерном практичних занять, які проводить один з лікарів для групи інтернів. Викладач може дозволити своєму студенту чергувати в лікарні (максимум – чотири рази на місяць); тобто він може вийти на чергування лише в п'ятницю або суботу ввечері.

Друга амбулаторна практика – майже повністю автономна, коли інтерн проводить сам усі консультації під опосередкованим контролем керівника, й охоплює 11 стажувань по півдня. Існує кілька типів такої практики залежно від їх специфіки.

Лише на останньому курсі інтернатури можна пройти *SASPAS*; вона включає 6 або менше консультацій у кабінеті лікаря загальної практики, три або понад півдня можуть бути присвячені іншим видам амбулаторної діяльності первинної ланки медичної допомоги, пов'язаним з навчальними завданнями інтерна: консультації в центрах «Захисту материнства та дитинства» (*Protection maternelle et infantile – PMI*), сімейного планування та виховання, «Супроводу та профілактики залежності» (*Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA*), участь у заходах охорони здоров'я тощо; і два – присвячені навчальній діяльності в університеті (зазвичай – участь у нарадах «групи партнерів»).

Розподіл часу проходження *вільної амбулаторної практики* трохи відрізняється від попереднього: чотири або менше днів присвячені прийому пацієнтів у загальній практиці, п'ять або більше – іншим видам роботи первинної ланки медичної допомоги та два – навчанню на факультеті.

Ще одним видом амбулаторної практики, що пропонується студентам третього циклу у Франції, є більш спеціалізоване стажування з *догляду за матір'ю і дитиною*, розподіл робочого часу за яким – ідентичний попередньому, але також включає роботу в «Центрі добровільного переривання вагітності» (Centre d'interruption volontaire de grossesse – CIVG), службах медико-санітарної допомоги школярам та іншим видам діяльності за цим напрямом у системі охорони здоров'я.

Важливою особливістю навчання в інтернатурі є його подвійне спрямування як на різноманітну клінічну підготовку, так і на науково-дослідну роботу. Підготовку та захист так званої «учбової» дисертації (thèse d'exercice) для здобуття ступеня доктора медицини у Франції можна пройти як під час, так і протягом трьох років після закінчення третього циклу.

## **Висновки до другого розділу**

У розділі схарактеризовано організаційно-процесуальні аспекти та дидактичні засади до- і післядипломної професійної підготовки лікарів загальної практики у Франції в сучасних умовах.

В процесі дослідження з'ясовано, що головними характерними особливостями французької системи відбору та зарахування кандидатів на медичних факультетах є запровадження загального для всіх напрямів першого курсу PACES – «підготовчого» до дійсного вступу, що зменшує відсоток невдалого складання самих іспитів і полегшує орієнтацію студентів за медичними спеціальностями з можливістю переорієнтації, та застосування



державного інструменту контролю кількості студентів Numerus Clausus, який сприяє підвищенню якості їх підготовки.

Виявлено, що загальний рекомендований зміст і кінцеві цілі медичної підготовки визначаються на державному рівні, але перелік, послідовність, зміст навчальних блоків і кількість годин на вивчення дисциплін відрізняється на різних медичних факультетах.

Встановлено загальні риси додипломного етапу медичної освіти у Франції: орієнтація на ранню інтеграцію вивчення клінічних дисциплін і практичної підготовки; компетентнісний, контекстуалізований та особистісно-орієнтований підходи до навчання; дотримання принципів міждисциплінарності, гуманізації й індивідуалізації, мотивація студентів на систематизовану самоосвіту; формування критичного мислення, дослідницьких умінь і навичок із застосуванням сучасних здобутків медичної науки й інноваційних технологій.

Опанування всіх аспектів семіології є основним компонентом програми першого циклу DF GSM, яка спрямована на здобуття базових наукових знань, практичних умінь і навичок, оволодіння основами профілактики та першої допомоги в глобальному контексті системи охорони здоров'я.

Другий цикл медичної підготовки DF ASM спрямований передусім на здобуття клінічних і терапевтичних навичок, деонтологічної та комунікативної компетенцій. Головні педагогічні цілі цього етапу відповідають умовам класифікаційних іспитів і вступу до інтернатури за чітко визначеними критеріями і вимогами до професійних компетенцій, необхідних на всіх етапах медичної допомоги від діагностики і прогнозу до тривалого догляду і профілактики.

Визначено позитивну тенденцію запровадження теоретичної підготовки й амбулаторної практики з загальної лікарської практики на другому циклі та значного збільшення кількості викладачів дисципліни.

З'ясовано, що загальноприйняті форми організації навчання включають: лекції, практичні заняття в малих групах з вивчення клінічної аргументації, клінічних випадків, проблемного навчання, виконання практичних і лабораторних робіт, семінари, презентації, конференції, тьюторство, консультації, самостійна робота та різні форми дистанційного навчання. Загальною тенденцією є поступове зменшення лекційних годин та заміна їх практичними заняттями й семінарами в малих групах і широким спектром засобів і методів дистанційного навчання.

Під час дослідження детально проаналізовано особливості випускних іспитів і класифікаційний розподіл інтернів. Науково-педагогічний аналіз класифікаційного оцінювання випускників додипломного етапу вищої медичної освіти Франції та розподілу майбутніх інтернів засвідчив наявність прогресивних здобутків влади із збільшення кількості та підвищення якості професійної підготовки лікарів загальної практики згідно з міжнародними стандартами та вимогами національної системи охорони здоров'я в сучасних умовах.

Виявлено, що післядипломні програми підготовки лікарів у Франції розробляються та втілюються в комплексній роботі UFR і CHU та у співпраці з приватними лікарями загальної практики й передбачають обов'язкову науково-дослідну роботу. Виділено чотири головні концепції, на яких базується навчання в DES із загальної практики: тьюторство, робота в групі, регулярний педагогічний моніторинг, висококваліфіковане викладання та автономність студента.

## РОЗДІЛ 3

# ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ФРАНЦУЗЬКОГО ДОСВІДУ З ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ

### 3.1 Сучасний стан підготовки фахівців за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» в Україні

Як було зазначено в «Проекті Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р.» 2011 р. [102, с. 1]: «Незважаючи на визначені Конституцією України принципи та низки проголошених з початку ХХІ століття реформ, вітчизняна система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг», що виявляється в низькій якості медичних послуг та тривалості життя населення України, високому рівні дитячої та передчасної смертності, недостатньої доступності необхідної медичної допомоги та кількості кваліфікованих медичних працівників, які б відповідали потребам населення. Однією з головних причин цих проблем вважається низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг, що привело урядовців до усвідомлення необхідності формування лікаря нової формації, який, на відміну від вузького фахівця, був би орієнтований на пацієнта і на його сім'ю в цілому – лікаря ЗП – СМ.

2010 р. було прийнято Закон «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року», а 2011-го в законодавстві України про охорону здоров'я було надано остаточне визначення первинної медичної допомоги (ПМД), що надається лікарем загальної практики – сімейним лікарем і

забезпечується центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (Закон України, стаття 35–1). Головними завданнями цієї ланки зазначалися запобігання розвитку захворювань і боротьба з факторами ризику їх виникнення. Адже сімейний лікар може у комплексі оцінити стан здоров'я не лише свого пацієнта, а й усієї родини, призначити необхідне лікування з урахуванням індивідуальних особливостей хворого, забезпечити тривалий і безперервний медичний нагляд. У коло обов'язків вітчизняного сімейного лікаря входить також направлення пацієнтів до вузьких спеціалістів та на стаціонарне лікування, проведення профілактичних оглядів, у першу чергу дітей та вагітних, осіб підвищеної групи ризику з такими хворобами як цукровий діабет, онкологічні, серцево-судинні та судинно-мозкові розлади.

2014 р. була прийнята «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років», яка спрямована, передусім, на оптимізацію структури первинної медичної допомоги, з наданням сімейним лікарям права ведення приватної практики за принципами змішаного фінансування та свободи вибору лікаря пацієнтами, за якими працюють більшість систем охорони здоров'я європейських країн. 17 лютого 2016 р. МОЗ України спільно з міжнародними партнерами представило проект «Сприяння ефективному врядуванню в системі охорони здоров'я», у якому були зазначені такі умови початку реформування ланки первинної медичної допомоги, як: «Рішення про надання автономії амбулаторіям; Готовність співінвестувати в оновлення/будівництво інфраструктури; Готовність створити привабливі умови для залучення хороших лікарів (де потрібно)». Для реалізації цього проекту на 2016 р. було заплановано виконати такі «завдання:

- розробка та прийняття необхідних законів та підзаконних актів;
- відбір, навчання та тестування лікарів;
- «нова інфраструктура» на місцях, співінвестування в оновлення/будівництво;

– розробка нових програм навчання для студентів у медичних вузах та для післядипломної освіти» [92].

З реформою системи охорони здоров'я нерозривно пов'язано реформування медичної освіти. Тому головною перепорою ефективної реалізації вищезазначених намірів уряду з розвитку сектору первинної амбулаторної допомоги на засадах сімейної медицини є, на нашу думку, майже повна відсутність змін у системі професійної підготовки лікарів цієї галузі на теперішній час. О.В. Виноградов відмітив певну суперечність у подвійній ролі сімейного лікаря: загального, «контрольно-пропускного» характеру його діяльності та «функції воротаря» з високоякісною багатопрофільною професійною освітою [33]. Потрібно враховувати, що для підготовки такого висококваліфікованого спеціаліста необхідно витратити від трьох до десяти років після шестирічної додипломної освіти, який протягом усієї кар'єри повинен постійно оновлювати власні знання та практикувати. Тому принцип перекваліфікації спеціалістів з вузських галузей у сімейних лікарів для забезпечення роботи нової форми закладів первинної допомоги унеможливив ефективний розвиток сімейної медицини в Україні.

Починаючи з 2005 р., МОЗ України спільно з МОН проводило поетапний перехід системи вищої медичної освіти у відповідність до вимог Європейського Союзу та міжнародних стандартів. Останніми роками відбулися зміни в нормативній базі вищої медичної школи з переходом на новий навчальний план, запроваджено програми кредитно-модульної (кредитно-трансферної) системи організації навчального процесу, уведено державну атестацію згідно з принципами забезпечення якості освіти, оновлюється матеріально-технічна база навчальних закладів, запроваджуються нові технології організації навчального процесу.

Наприкінці 2010 р. була прийнята «Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року» (Наказ МОЗ України від 03.12.10 №1074), завдання якої включали: підвищення якості медичної освіти, розв'язання проблеми кадрового

забезпечення первинної ланки медобслуговування і поліпшення якості її послуг, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці – та були зумовлені передусім потребами галузі у підготовці лікарів для первинної ланки надання медичної допомоги, зокрема за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина».

Тим не менш, нині в медичній освіті України залишається багато нерозв'язаних проблем, а саме: неповна відповідність стандартам ЄС і ВФМО; зниження якості підготовки внаслідок низької мотивації студентів і викладачів; повільне створення університетських клінік; невідповідність умов навчання вимогам часу: застосування застарілих форм, засобів і методів навчання, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу та ін. Упровадженню якісних змін, передусім, перешкоджають недосконалість законодавства і недостатність фінансування, що призводить до педагогічного перенавантаження викладачів, недостатнього забезпечення сучасними підручниками та навчальними посібниками, стагнації науково-дослідної роботи студентів і викладачів, що найбільше впливає на виконання державного замовлення на підготовку лікарів у тій кількості, яка б відповідала потребам населення [77; 90; 112].

МОЗ України визнає, «що обсяги державного замовлення на підготовку фахівців упродовж останніх років лише компенсували природні втрати лікарів, пов'язані з виходом на пенсію, смертю, зміною професії та зростаючою міграцією тощо і не давали можливості зменшити кадровий дефіцит у сфері охорони здоров'я» [92]. Тому, нарешті, було заплановане поступове збільшення кількості бюджетних місць у ВМНЗ до 5165 (збільшення на 597) 2014 р., 6200 2015 р. та 7700 2016 р.. На жаль, ці плани не були здійснені на практиці – 2016 р. держзамовлення на підготовку лікарів навіть нижче – 5090 місць, а 2017 р. – 5146 (Медицина – 4696 і Педіатрія – 450).

У травні 2017 р. Комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я представив проект Постанови щодо рекомендацій парламентських слухань на тему: «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє», у яких були актуалізовані, враховані та систематизовані існуючі проблеми та шляхи їх розв'язання, серед яких: скасувати обов'язкове відпрацювання протягом трьох років за направленням випускників вищих медичних навчальних закладів; розробити та затвердити нові положення про інтернатуру, клінічну ординатуру, лікарську резидентуру, відповідні переліки лікарських спеціальностей і спеціалізацій; проводити порівняльну оцінку рівня компетентності студентів закладів вищої освіти у сфері охорони здоров'я з міжнародними стандартами освіти в цій сфері; опрацювати питання щодо запровадження системи конкурсного електронного вступу до інтернатури, клінічної ординатури та лікарської резидентури; затвердити в установленому порядку стандарти вищої освіти з відповідних спеціальностей галузі знань «Охорона здоров'я» тощо. Цей проект розглядався в Раді двічі (в червні 2017 р. та травні 2018 р.), але так і не був прийнятий.

Незважаючи на наявність вищезазначених проблем, дискусійних теоретичних питань і практичних труднощів, потрібно відмітити й значні досягнення в модернізації вітчизняної системи вищої медичної освіти.

У більшості розвинених країн медична підготовка лікарів здійснюється в кілька етапів, що забезпечує гнучкість і варіативність навчання, мобільність студентів, сприяє всебічній і глибшій реалізації їх індивідуальних прагнень і потенціалу. Згідно із загальною тенденцією розвитку організаційної структури медичної освіти в інших країнах, в Україні була систематизована ступенева підготовка майбутніх лікарів за етапами додипломної, післядипломної підготовки та безперервного професійного розвитку відповідно до стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти [76].

Наступним принципом, визначеним міжнародними стандартами, є забезпечення об'єктивного контролю за рівнем якості підготовки фахівців за

допомогою стандартизованих методик визначення відповідності досягнутого рівня знань та навичок вимогам освітньо-кваліфікаційної та кваліфікаційних характеристик. Обов'язковою умовою комплексного формування знань і вмінь майбутніх лікарів на всіх етапах є постійний моніторинг рівня оволодіння ними відповідними компетенціями. Тому з 1998 р. для поступового приведення вищої медичної освіти України до світових стандартів та визначення відповідності рівня фундаментальної і професійно орієнтованої підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів єдиним вимогам розпочався процес упровадження та удосконалення системи управління якістю медичної освіти через ліцензійні інтегровані іспити «КРОК», які нині студенти напряму «Медицина» складають на 3-му і 6-му курсах і після закінчення інтернатури. Як зазначила одна з розробників цієї системи оцінювання І.Є. Булах: «Нова прогресивна система об'єктивної діагностики рівня знань медиків в Україні дістала високі оцінки Всесвітньої та Європейської асоціацій медичної освіти і у 2007–2009 рр. висувалась на здобуття Державної премії освіти України у галузі вищої освіти» [35, с. 215]. Хоча, з другого боку, медичні фахівці висловлюють дорікання щодо змісту завдань – двозначність запитань, нечіткі відповіді, завідомо помилкові твердження, неіснуючі назви хвороб, методів діагностики та лікування тощо [20; 105]. Деякі з них містять медичну інформацію, лікувальні та діагностичні підходи часів СРСР, що, звісно, зумовлює нагальну потребу як їх оновлення, так і, відповідно, всієї навчальної програми підготовки лікарів згідно з досягненнями сучасної медичної науки і практики.

Упровадження положень Болонської декларації в медичній освіті України було розпочато з наказом МОЗ від 22.03.2004 р. «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» (Наказ МОЗ України від 22.03.2004 р.) та затвердженням нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія» і «Медико-профілактична справа», побудованого за Європейською кредитно-трансферною



системою (ECTS) організації навчального процесу (наказ МОЗ України від 31.01.2005 р. №52), що стало одним з інструментів реалізації цілей євроінтеграції медичної освіти й передбачає забезпечення її якості. Навчальний план додипломної підготовки лікарів відтоді змінювався кілька разів (2007, 2009, 2010 та 2016 рр.) [31], унаслідок за цей період було суттєво збільшено кількість навчальних годин (від 2115 год., 1460 з яких – аудиторних, до 2355 год – з них 1640 аудиторних) на викладання дисциплін циклу клінічної підготовки, таких, як внутрішня медицина, педіатрія та хірургія.

2014 р. робоча група НМУ імені О.О. Богомольця провела аналіз здобутків упровадження основних засад Болонського процесу [125, с. 204]. Такими були визнані:

- приведення назв і змісту більшості навчальних дисциплін до їх європейських аналогів;
- упровадження нової структури навчальних планів підготовки спеціалістів із зазначенням обсягу навчального навантаження як у годинах, так і в кредитах ЄКТС;
- визначення обсягу кредиту для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія», «Стоматологія» на рівні 30 год;
- уніфікація обсягу річного навантаження студентів (60 кредитів), що мало б відповідати 360 кредитам для підготовки фахівців за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія»;
- упровадження індивідуального навчального плану студента, додатку до диплома європейського зразка з структурованою інформацією про результати його навчання;
- застосування затвердженої МОЗ України 2014 р. системи оцінювання навчальних дисциплін;

– упровадження зовнішнього оцінювання здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти під час складання іспитів «Крок 1» та «Крок 2» як елементів Державної атестації.

Євроінтеграційне спрямування розвитку вищої освіти України підтвердив Закон України «Про вищу освіту» 2014 р. Відповідно до нових вимог, 2015 р. було прийнято новий навчальний план для медичних фахівців, який враховує вимоги Директиви Європейського Союзу щодо визнання професійних кваліфікацій від 2005 р. (№ 2005/36/ЄС) до тривалості очної базової теоретичної та практичної підготовки лікарів – мінімум 5500 год; згідно з навчальним планом 2010 р. аудиторне навантаження студентів разом з виробничою практикою та фізичним вихованням становило 7500 год. Навчальний рік має містити 1800–1960 академічних годин, а тижневе аудиторне навантаження для студентів повинно становити 22,5–23,8 навчальних годин, що значно менше порівняно з попередніми планами (30 навч. год). Згідно з проведеним нами аналізом, скорочення аудиторного навантаження відбувається за рахунок зменшення обсягу вивчення не лише дисциплін гуманітарного та соціально-економічного циклів (від 25,5 кредиту ЄКТС до 15–17), але й клінічних (на 3–5 кредитів). Обсяг виробничої практики (18 кредитів ЄКТС) також зменшився (від 21 кредиту) і включає: догляд за хворими на 2-му курсі (150 год.); на 3-му – сестринська практика (90 год.); на 4–5-му курсах – по 150 год.

Проблемним питанням фахівці НМУ імені О.О. Богомольця вбачають систему складання підсумкових модульних контролів з кожної навчальної дисципліни, з якої не передбачено виділення часу на підготовку, і вважають доцільнішим запровадження екзаменаційних сесій на 1–3-му курсах після закінчення вивчення теоретичних дисциплін для поліпшення рівня засвоєння матеріалу студентами й ефективності контролю знань [125, с. 209].

Позитивним здобутком для процесу імплементації сімейної медицини в Україні потрібно відмітити, що серед інших наскрізних програм,

рекомендованих МОЗ до включення в навчальну програму ВМНЗ, була прийнята «Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”» (2010 р.). Ця програма окреслила основні шляхи вдосконалення навчально-методичного забезпечення підготовки лікарів загальної практики, зокрема – упровадження базового реєстру практичних навичок і методики роботи сімейних лікарів як важливого складника поліпшення їх практичної підготовки [88, с. 138; 64, с. 8].

Останнім часом у всіх вищих медичних закладах України створені кафедри загальної практики – сімейної медицини додипломного етапу, що дає можливість студентам отримати базові знання з цієї дисципліни, усвідомити філософські й суспільно-психологічні принципи сімейної медицини та пріоритетність розвитку цієї спеціальності в системі охорони здоров'я, ознайомитись зі специфікою праці сімейного лікаря в структурі закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів тощо. Додипломне викладання дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» в більшості ВМНЗ України відбувається на 6-му курсі в обсязі 90 навч. год, 50 з яких відводиться на практичні заняття. Особлива увага при вивченні теоретичного матеріалу приділяється питанням місця сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципам сімейного обслуговування населення, організації роботи сімейного лікаря, основній обліковій медичній документації в закладах сімейної медицини, медико-соціальним аспектам здоров'я населення, діяльності сімейного лікаря в умовах страхової медицини, диспансеризації, реабілітації, організації долікарської допомоги при найпоширеніших захворюваннях терапевтичного профілю, загальним питанням медико-соціальної експертизи, організації роботи денних і домашніх стаціонарів і різним видам невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря.

Під час практичних занять кожний студент опановує навички ведення обов'язкової документації сімейного лікаря: посімейний журнал дільниці сімейного лікаря, довідку для отримання путівки, санаторно-курортну карту, направлення на МСЕК, контрольну карту диспансерного нагляду тощо. Самостійна робота студентів включає виконання таких практичних завдань, як: складання медико-соціального паспорта здоров'я родини, підготовка і написання програми ведення хворих з найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів у амбулаторних умовах та розробка алгоритмів з надання невідкладної допомоги на достаціонарному етапі в практиці сімейного лікаря [54; 108]. У деяких закладах вищої медичної освіти запроваджується більш розширений курс із загальної медичної практики, наприклад, у ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» робоча програма на 2015/2016 н. р. передбачає 216 навч. год, 186 з яких – практичні. На додаток до вищезазначених загальних принципів цієї спеціальності студентів залучають до вивчення більш специфічних аспектів клінічних дисциплін – внутрішні хвороби, педіатрія, хірургія та акушерство і гінекологія – у сімейній медицині.

Становлення сімейного лікаря та формування його професійної компетентності залежать від умов навчання. Згідно з навчальною програмою для 6-го курсу, практичні заняття передбачається проводити на клінічних базах кафедри (в поліклініці, у відділеннях сімейної медицини, амбулаторіях сімейного лікаря та стаціонарах), але вітчизняний досвід свідчить, що практична підготовка майбутніх лікарів здійснюється переважно на базі закладів вторинного рівня медичної допомоги та стаціонару, що унеможлиблює забезпечення належного рівня підготовки сімейних лікарів, які надають переважно амбулаторну допомогу та здійснюють диспансерне спостереження. Отже, під час проходження цього курсу студенти залишаються ізольованими від специфіки лікувально-діагностичного процесу первинного рівня, проблем

першого контакту з пацієнтом і питань організації профілактичного напрямку роботи з населенням [63].

Якість додипломного навчання відіграє величезну роль у формуванні лікаря первинної допомоги. Такі видатні діячі вітчизняної медицини, як С.П. Боткін, Г.А. Захар'їн, Д.М. Россістський та інші, визнавали безсумнівно важливе значення амбулаторно-поліклінічної підготовки майбутніх лікарів. Сімейний лікар – це фахівець, який орієнтований не лише на пацієнта, а й на його сім'ю та громаду в цілому, для чого йому потрібні всеохоплюючі знання в галузях загальної та медичної психології, планування сім'ї, адиктології, геронтології та багатьох інших питань. Студент, який навчається тільки в умовах стаціонару, не завжди може спостерігати велику кількість різноманітних форм захворювань і, відповідно, не має можливості навчитись діагностичних прийомів і лікувальної тактики при цих захворюваннях [63, с. 111].

Державна атестація додипломної підготовки студентів-медиків в Україні, як зазначалося вище, проводиться засобами тестування «КРОК», який допомагає визначити рівень якості загальної лікарської підготовки – професійної компетентності, необхідний для присвоєння кваліфікації фахівця освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» (з 2016 р. – «Магістр»), та практично орієнтованих державних іспитів, завдяки якому перевіряється готовність випускника здійснювати виробничі функції. Зміст цих іспитів, як і всього курсу навчання, формується на основі освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) та визначається освітньо-професійною програмою (ОПП). Існуючі Галузеві стандарти вищої освіти за напрямом 1101 «Медицина» були прийняті 2003 р. і відтоді не оновлювалися навіть після зміни 2016 р. коду спеціальності для освітньо-професійної кваліфікації лікар (222 «Медицина», ступінь – магістр), що загострює проблему недостатньої відповідності базової фахової підготовки лікарів сучасним вимогам суспільства і насамперед – до кваліфікації сімейного лікаря.

Згідно із законом України «Про вищу освіту», «післядипломна освіта – це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти (спеціальності) або професійно-технічної освіти (професії) та практичного досвіду». Вимоги до освіти і професійної підготовки сімейного лікаря окреслюються кваліфікаційною характеристикою спеціальності «Лікар загальної практики – сімейний лікар», якою визначаються обсяг необхідних знань, професійні обов'язки та завдання фахівця і відповідні компетенції, що він реалізує в процесі їх виконання. Професійні завдання лікаря загальної практики в системі охорони здоров'я України визначені за такими категоріями: I. Організація (менеджмент) надання медичної допомоги на первинному рівні; II. Проведення заходів щодо профілактики захворювань та травматизму, формування здорового способу життя, виявлення та корекція факторів ризику найпоширеніших захворювань; III. Надання лікувально-діагностичної допомоги; IV. Забезпечення медико-соціальної опіки на особливих етапах життя пацієнта/сім'ї. Необхідні компетенції лікаря для виконання цих завдань включають: організацію роботи на первинному рівні медичної допомоги в межах певної територіальної дільниці; забезпечення безперервної допомоги, зосередженої на певному пацієнті; комплексний підхід до розв'язання медичних проблем пацієнта; володіння специфічними професійними лікарськими навичками при вирішенні медичних потреб пацієнта; орієнтацію на громаду, соціальна спрямованість діяльності; холістичний (цілісний) підхід при вирішенні медичних потреб пацієнта. Отже, основними завданнями післядипломної освіти за фахом «Лікар загальної практики – сімейний лікар» є удосконалення практичної підготовки випускників вищих медичних закладів освіти, дільничних педіатрів і терапевтів з усіх основних розділів ЗП – СМ, підвищення їх професійного рівня та ступеня готовності до самостійної роботи в амбулаторіях сімейного типу. На момент закінчення професійної підготовки лікар повинен знати клінічну картину

найпоширеніших захворювань, проводити їх посиндромну діагностику, оволодіти практичними навичками згідно з кваліфікаційною характеристикою лікаря ЗП – СМ. Він повинен бути здатним самостійно консультувати пацієнта, надавати йому інтегровану медичну допомогу, незалежно від віку та статі, в амбулаторії та вдома, визначати програму догляду за пацієнтом, проводити профілактичні заходи [96, с. 8–10].

Досвід підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі обговорюється в значній кількості досліджень вітчизняних науковців [100; 71; 64; 42], у яких зазначається, що сімейний лікар має бути кваліфікованим лікарем-універсалом, який добре оперує теоретичними знаннями та практичними навичками діагностики з усіх розділів медицини, вміє надавати невідкладну медичну допомогу та лікування, забезпечувати профілактику, крім того, має бути порадником, консультантом, інтегратором проблем пацієнта та його оточення, посередником між хворим і всіма іншими спеціалістами і соціально-медичними службами.

Підготовка сімейних лікарів на післядипломному етапі в Україні здійснюється двома шляхами: у дворічній інтернатурі за типовою навчальною програмою, затвердженою МОЗ України 2011 р., що передбачає 1 рік очного навчання на кафедрах і в клініках вищих медичних навчальних закладів (50% навчальних годин) та 1 рік заочного навчання на базах стажування; і завдяки перепрофілюванню та переспеціалізації дільничних терапевтів і дільничних педіатрів на 6-місячних циклах спеціалізації, що була затверджена МОЗ України 17 січня 2012 р. і включає 4 місяці очного та 2 місяці заочного навчання [37, с. 116; 128].

Типовою навчальною програмою професійної підготовки сімейних лікарів в інтернатурі передбачено такий розподіл навчального навантаження: протягом першого року: 6 місяців (936 год) – навчання на відповідних кафедрах ВМНЗ, 5 місяців (780 год) – заочна практична підготовка на базах стажування (по 10–11 тижнів в амбулаторії сімейної медицини та в Консультаційно-

діагностичному центрі для дорослих і шпитальних відділеннях), 1 місяць – відпустка; протягом другого року – 4 місяці (624 год) – навчання на кафедрах, 7 місяців (1092 год) – заочна практична підготовка по 15 тижнів в амбулаторії сімейної медицини та в Консультаційно-діагностичному центрі для дітей, 1 місяць – відпустка [96, с. 12].

Галузь сімейної медицини – загальної практики інтегрує елементи багатьох спеціальностей і потребує різнобічних знань, умінь і навичок роботи з різними контингентами хворих. Тому підготовка лікарів-інтернів здійснюється за цикловою системою (ротацією за тематичними розділами) і, відповідно до цього, заняття проводяться як з терапевтичних, так і з суміжних дисциплін: організація охорони здоров'я, внутрішні хвороби, охорона здоров'я дітей, охорона здоров'я жінки та репродуктивне здоров'я, загальна хірургія з курсом дитячої хірургії та проктологія, травматологія і ортопедія, урологія, онкологія, хвороби ока з курсом дитячої офтальмології, отоларингологія з курсом дитячої отоларингології, стоматологія, нервові хвороби з курсом дитячої неврології, психіатрія, епідеміологія та інфекційні хвороби з курсом дитячих інфекційних хвороб, фтизіатрія, дерматовенерологія, немедикаментозні методи лікування, реаніматологія та інтенсивна терапія, військово-спеціальна підготовка й кількох додаткових теоретичних курсів з імунології, медичної інформатики, СНІДу, гуманітарних аспектів клінічного мислення та ін. Проте при підготовці фахівців із сімейної медицини необхідно усвідомлювати, що цю спеціальність не можна розглядати лише як суму знань з медичних спеціальностей. Щоб стати головною діючою фігурою первинної ланки системи охорони здоров'я, лікар загальної практики повинен не тільки вміти проводити діагностику, профілактику та лікування захворювань, але й бути кваліфікованим психологом, мати навички соціального працівника, володіти даром переконання, бути наставником щодо здорового способу життя, вміти захищати своїх пацієнтів від можливих негативних впливів суспільства і медичного середовища.



Розглянемо детальніше особливості очного періоду навчання лікарів загальної практики в інтернатурі Івано-Франківського національного медичного університету [43]. Навчальний день починається з ранкової конференції, на якій обговорюються чергування, складається план роботи на день, наступний крок – практична підготовка (обстеження хворих, складання маршрутів пацієнтів, заповнення облікової документації), на семінарському занятті підбиваються підсумки дня та розглядаються теоретичні питання за темами програми. Основним акцентом у навчанні інтернів є розвиток автономії студента – самостійний прийом пацієнтів в амбулаторних умовах, під час якого керівник проводить детальне клінічне обговорення випадку згідно із синдромальним підходом, акцентуючи увагу на особливостях виявлення хвороб на ранніх стадіях, що відповідає сучасним принципам професійної підготовки сімейних лікарів. Розвиток клінічного мислення лікарів відбувається під час обговорення певних клінічних випадків і виконання ситуаційних завдань [21]. Під час практики в стаціонарних відділеннях лікарні студенти мають змогу вдосконалювати знання, вміння та навички надання медичної допомоги та догляду за хворими. Поточний контроль практичної підготовки проводиться за допомогою атестаційних листів прийому практичних навичок, у яких викладач відмічає рівень оволодіння ними лікарем-інтерном. Хоча було відмічено, що сама оцінка для лікарів-інтернів не дуже важлива, головними критеріями успішності для більшості з них, як зазначають викладачі Івано-Франківського національного медичного університету [41, с. 85], «є безпосереднє оволодіння професійними навиками, можливість виконання маніпуляцій під контролем викладача та самостійно...» і «саме дозвіл викладача до виконання складних маніпуляцій чи асистенція викладачеві є функцією оцінки майстерності і прагнення до професійного удосконалення лікаря-інтерна».

Під час інтернатури молодих лікарів залучають до участі в засіданнях професійних асоціацій, науково-практичних конференціях, проведення власних клінічних досліджень з публікацією результатів у наукових фахових виданнях,

про результати яких вони доповідають наприкінці навчального року. Така форма підготовки сприяє розвитку науково-дослідної компетенції майбутнього сімейного лікаря та готує його до безперервної професійної освіти в майбутньому.

Результати діяльності лікарів-інтернів на заочному етапі навчання на базах стажування повністю відображаються в таких документах: *індивідуальний план* роботи лікарів-інтернів, у якому зазначаються всі етапи теоретичної і практичної підготовки, участь у конференціях, науковій, санітарно-профілактичній, педагогічній роботі тощо; *щоденник* ведеться за рекомендованим зразком і контролюється керівником практики раз на тиждень, він є особливою формою контролю навчальної успішності студента під час як очної, так і заочної підготовки, включає щоденну інформацію про тематику семінарів і форми виконаної практичної лікарняної роботи, дозволяє проаналізувати й оцінити не лише досягнення інтерна, а й організацію навчального процесу на кафедрах і базах стажування; *звіт* лікаря-інтерна містить інформацію щодо всіх видів діяльності, у яких він брав участь на заочному етапі навчання відповідно до індивідуального плану (кількість проконсультованих пацієнтів та проведених маніпуляцій згідно з переліком передбачених навчальним планом практичних навичок, дані щодо роботи з пацієнтами неврологічного, хірургічного, акушерсько-гінекологічного профілю, інфекційними хворими тощо); *характеристика* лікаря-інтерна, яка складається керівником інтерна, затверджується керівником бази стажування та надається на кафедру сімейної медицини, містить оцінку повноти та якості виконання індивідуального навчального плану [41, с. 85; 96, с. 25–27]. Окрім проміжного контролю, інтерни після завершення кожного циклу навчання проходять підсумковий контроль, який включає перевірку рівня його професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою, тестовий контроль рівня знань і вмінь і співбесіду. Після закінчення терміну підготовки в інтернатурі лікарі-інтерни підлягають атестації із присвоєнням звання лікаря-спеціаліста зі

спеціальності «загальна практика – сімейна медицина». Державна атестація лікарів-інтернів включає: ліцензійні тестові іспити «КРОК 3» у формі виконання завдань з клінічних випадків; перевірку практичних навичок, регламентованих навчальною програмою; усну співбесіду за ситуаційними завданнями. На заключній атестації інтерн також повинен продемонструвати ознайомленість з Клінічними протоколами та стандартами надання медичної допомоги, затвердженими МОЗ України.

Отже, система вищої медичної освіти Україні поступово реформується в напрямі поліпшення підготовки лікарів, передусім, загальної практики у відповідності до міжнародних стандартів. Однак нині однією з головних проблем залишається значний дефіцит сімейних лікарів (див. підрозд. 1.3.), тому система 6-місячної очно-заочної перепідготовки дільничних терапевтів і педіатрів, на жаль, залишається актуальною. Фахівці наголошують на проблемі дуже короткого терміну як цього курсу, так й інтернатури, враховуючи, з одного боку, потребу в висококваліфікованому лікарі-універсалі, а з другого – існування фізичної межі можливостей людини засвоїти певну кількість інформації за відповідний проміжок часу та необхідності часу на ґрунтовну практичну підготовку [140].

### **3.2. Порівняльний аналіз і шляхи імплементації французького досвіду в повний цикл професійної підготовки вітчизняних сімейних лікарів**

Лише деякі галузі зазнали так багато змін, як медицина, яка постійно змушена пристосовуватись не тільки до нових досягнень науки і техніки, але й економічного середовища, змін у суспільстві та очікувань населення, яке на собі відчуває проблему нерівності доступу до медичної допомоги, нестачу фахівців і їх наслідки, що існують навіть у багатьох розвинених країнах. Ми живемо в перехідний період, коли сама суть медичної практики швидко змінюється – зростає важливість амбулаторного догляду за хворими, а отже – первинної медичної допомоги з глобальним підходом до пацієнта.

Незважаючи на безліч відмінностей, з 1980 р. країни Європи та світу дотримуються загальної стратегії ВООЗ, яка допомагає побудувати політику охорони здоров'я, спрямовану на «поліпшення здоров'я для всіх і зменшення нерівностей щодо здоров'я», на основі національної специфіки кожного регіону [56]. Загальний аналіз систем ПМД в Європі виявив як елементи їх подібності, так і відмінності, але, незважаючи на різні історичні корені та різноманітність шляхів реформування, існує значний рівень узгодженості між ними – виняткова роль лікаря загальної практики як основного координатора надання первинної медичної допомоги [174, с. 126–127]. За ці 35 років кожна країна подолала власний шлях адаптації до нових принципів організації роботи загальної практики.

Основою розвитку та підвищення якості загальної лікарської практики та професійної підготовки із ЗП французькі дослідники вважають сприяння проведенню ґрунтовних наукових досліджень діючими лікарями у співпраці з UFR у галузі первинної медичної допомоги, залучення їх до програм

педагогічної підготовки та викладання, оновлення й удосконалення змісту університетської дисципліни.

Ми повинні відмітити спільність шляхів наших країн у запровадженні лікарської спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина». В Україні функціонує Всеукраїнська асоціація сімейної медицини (СМ), щороку проводяться конференції із СМ, у ВМНЗ відкриті відповідні кафедри і факультети. Проте коли у Франції ЗП спирається на ґрунтовну базу науково-педагогічних досліджень, то в Україні немає відповідних науково-дослідних інститутів і центрів, які проводили б дослідження безпосередньо з питань сімейної медицини, та аспірантури із сімейної медицини, що, як відмічають вітчизняні фахівці, «обмежує можливість подальшого кар'єрного росту сімейних лікарів, знижує мотивацію до вибору цієї професії та авторитет спеціальності в цілому» [36]. Тобто склалася така ситуація, коли організаційні питання з реформування системи охорони здоров'я в напрямі сімейної медицини з'ясовувалися раніше, ніж проблеми методології та методики розвитку галузі та якісної підготовки фахівців загальної практики.

2012 р. В.А. Одринський провів дослідження щодо відповідності 12 базових характеристик спеціальності ЗП – СМ, визначених європейськими науковцями (див. додаток Б), українській системі сімейної медицини через анкетування сімейних лікарів і керівних осіб системи охорони здоров'я, які виявили недостатню обізнаність і розуміння головних принципів діяльності сімейного лікаря. Він визначив такі перепони розвитку первинної ланки української медицини на засадах ЗП – СМ: «недостатня підготовка організаторів ОЗ в питаннях функціонування ПМСД на засадах ЗП/СМ та її базових характеристик; програма підготовки лікарів ЗП/СМ не відповідає європейським критеріям до таких програм; відсутні наукові дослідження і доказова база дисципліни, що не дозволяє використовувати специфічний процес прийняття рішень на основі достовірних епідеміологічних даних в українських умовах; біомедична модель підготовки лікарів в цілому в країні

унеможливилює використання холістичного (цілісного) підходу і прийняття невизначеності, як складової діяльності ЗП/СМ» [93, с. 82] .

На відміну від вищенаведеного прикладу, показовим є схоже опитування французьких інтернів щодо загальних засад спеціальності, ролі лікаря загальної практики, їхньої майбутньої кар'єри в цій галузі та майбутнього самої професії, проведене 2009 р. [206]. Опитувані описали функції загальної практики в повній відповідності з офіційним визначенням і критично оцінили особливості роботи лікаря загальної практики, спираючись на отримані знання та досвід під час навчання. Вони визначили, що несуть відповідальність насамперед за своїх пацієнтів, а не перед системою охорони здоров'я, але стосунки лікар-пацієнт є для них основним джерелом як задоволеності роботою, так і важкості професійної діяльності. Вони впевнені, що ця сфера медицини посідає центральне місце в системі охорони здоров'я, але виявили недостатнє розуміння поняття «соціальна відповідальність». Це дослідження свідчить, що майбутні лікарі загальної практики у Франції, усвідомлюючи загальне бачення своєї професії, прагнуть і намагаються знайти практичні шляхи для узгодження якісної медичної допомоги пацієнтам і якості життя лікарів. Крім того, вони вважають, що утилітарне бачення медицини первинної ланки як таке, що дозволяє раціоналізацію медичного обслуговування, потрібно обмежувати, віддаючи перевагу орієнтації на потреби пацієнта.

Отже, вищезазначені проблеми потребують системного підходу, починаючи з розробки ґрунтового положення про ЗП – СМ в Україні, яке відповідало б міжнародним підходам до визначення дисципліни і спеціальності та стало основою програми підготовки лікарів на до- та післядипломному етапах вищої медичної освіти.

Також, окрім необхідності оновлення нормативно-правової бази галузі ПМД та ОКХ лікаря загальної практики/сімейної практики в Україні з урахуванням європейських вимог і стандартів і французького досвіду, ми повинні наголосити на важливості розробки вітчизняного довідника

спеціальності. Він є першим кроком, першим інструментом, який дозволить виокремити та схарактеризувати важливі поняття, концепції, принципи спеціальності та специфіку професійної діяльності сімейного лікаря й критерії і стандарти оцінювання її якості згідно із сучасними потребами населення. Запропоновані заходи з розвитку спеціальності ЗП – СМ передбачають, відповідно, розвиток ґрунтовної науково-дослідної роботи в галузі із залученням сімейних лікарів-практиків та заохоченням інтернів і викладачів за загальнодержавним сприянням.

Актуальною проблемою залишається система відбору та прийому кандидатів на медичне навчання. Відбір абітурієнтів в обох країнах відбувається лише за розумовими здібностями, але у Франції здебільшого зараховуються абітурієнти зі ступенем бакалавра науково-природничого спрямування й оцінюються знання, здобуті за перший рік, передусім з суто медичної галузі. Окрім того, ліцензійний обсяг прийому на медичні спеціальності в Україні (понад 13000) призводить до зниження якості освіти та ускладнює моніторинг професійної підготовки й викликає, у свою чергу, проблеми з працевлаштуванням молодих лікарів; на відміну від французької системи державного контролю необхідної кількості майбутніх медиків і принципів реформування системи селекції з регіоналізації Numerus Clausus і впровадження альтернативних шляхів відбору.

Інтеграційні процеси в Західній Європі вмотивували перехід професійних навчальних закладів від вузькоспеціалізованої освіти до освіти за групами професій і професіями широкого профілю. Запровадження спільної освітньої політики в багатьох країнах Європи забезпечує єдиний рівень професійної освіти незалежно від форм підготовки. Ураховуючи загальноосвітову тенденцію до встановлення системи всебічної комплексної базової медичної освіти з ранньою орієнтацією на принципи загальної практики та спрямування реформи додипломної медичної освіти в Україні на впровадження підготовки переважно лікарів широкого профілю для надання ПМД, ми повинні спочатку

проаналізувати різницю між українською та французькою системами навчання саме на цьому етапі; і насамперед, потрібно відмітити, коли у Франції загальна додипломна медична підготовка для всіх спеціальностей існувала з її витоків, модернізація якої триває в напрямку інтеграції та утворення єдиного освітнього простору, то у вітчизняній системі вищої додипломної медичної освіти й досі відбувається розподіл студентів за медичними спеціальностями (лікарська справа, педіатрія, санітарно-гігієнічна справа, медико-психологічна/реабілітаційна допомога) при вступі та відповідна рання клінічна спеціалізація з четвертого курсу. Такий підхід, на нашу думку, є недоцільним, обмежує свободу вибору, свідомої профорієнтації студентів та знижує ефективність їх підготовки.

Таблиця 3.2.1

**Розподіл змісту нормативного складника освітньо-професійних програм і навчального часу за циклами підготовки**

| Етап        | Цикли підготовки                     | Аудиторне навантаження (академічні години) / кредити (усього) |                        |
|-------------|--------------------------------------|---|------------------------|
|             |                                      | Україна   | Франція (в середньому) |
| Доклінічний | Гуманітарної і соціально-економічної | 520/35,5  | 226/20                 |
|             | Природничо-наукової                  | 1210/72   | 1667/134               |
|             | Професійної                          | 950/59  |                        |
|             | Практичної                           | 60/9  | 645/12                 |
|             | <i>Усього</i>                        | <i>2740/175,5</i>   | <i>2538/166</i>        |
| Клінічний   | Природничо-наукової та професійної   | 3850/168,5  | 848/120                |
|             | Практичної                           | 360/12  | 3567/36                |
|             | <i>Усього</i>                        | <i>4210/168,5</i>   | <i>4415/156</i>        |
|             | <b>Разом</b>                         | <b>6950/356</b>   | <b>6953/322</b>        |



Аналіз розподілу теоретичного аудиторного та практичного навчального навантаження (враховуючи різницю між астрономічною (у Франції) та академічною (в Україні) годинами і їх кількістю на 1 ECTS) і змісту освітньо-професійних програм за циклами підготовки вітчизняних і французьких закладів вищої медичної освіти (табл. 3.2.1) надав нам можливість дійти до таких висновків:

По-перше, різниця в загальному розподілі між теоретичним та практичним складниками програм колосальна: термін проходження виробничої практики французьких студентів-медиків у десять разів перевищує кількість годин, що передбачені вітчизняною програмою практичної професійної медичної підготовки. Найгостріше стоїть проблема підготовки на 6-му курсі в Україні, коли виробничої практики взагалі немає. Водночас у Франції теоретичний складник становить лише 100 (астрономічних) годин загального навчального обсягу. Такий підхід повністю суперечить загальним сучасним принципам якісної професійної підготовки фахівців зокрема, головним принципам медичної освіти, у якій навчання «біля ліжка хворого» в дійсних умовах вважається найефективнішим. Як зазначають фахівці: «Лише біля ліжка хворого, збираючи скарги та анамнез, виконуючи фізикальне обстеження, аналізуючи результати додаткових...» досліджень, «студент 6 курсу зможе самостійно інтегрувати знання з предметів, вивчених на попередніх курсах» [44, с. 48]; «Достеменно цінна роль у забезпеченні якісної медичної освіти належить безпосередній роботі студентів-медиків старших курсів з пацієнтами, що поглиблює наявне клінічне мислення» [130, с. 25].

Позитивною спільною тенденцією додипломної медичної підготовки в обох країнах є поступове зменшення кількості лекцій з кожним наступним роком та їх повна відсутність на 6-му курсі.

По-друге, цикл гуманітарної і соціально-економічної підготовки у вітчизняній програмі має значно більше часу, але цей факт не означає, що відповідні дисципліни вивчаються французькими студентами в меншому

обсязі; головна різниця полягає в тому, що курс суспільно-гуманітарних наук на 1-му та 2-му курсах у Франції – професійно орієнтований, а в програмах наступних чотирьох років ці предмети інтегровані в навчальні блоки природничо-наукової та професійної підготовки.

Так, наприклад, програма UE «Здоров'я–людство–суспільство» (1–2-й курси) передбачає вивчення гуманітарних і соціальних наук (право, деонтологія, економіка, історія, література, географія, демографія, антропологія та ін.) в медичній площині, хвороби і здоров'я в їх культурних і соціальних формах, а не лише в біологічній; у законодавстві розглядаються всі правові норми, що стосуються організації та забезпечення профілактики і медичної допомоги. Мета цієї частини курсу – розвиток загальної медичної культури студента, етичного аналітичного мислення (етико-правового балансу), знання з історії медицини, науки і стосунків між лікарем і пацієнтом, аналізу даних медичної психології та теоретичних основ наукового підходу; тобто загалом – прищепити навички критичного осмислення (аналізу та синтезу) історичних і соціокультурних аспектів медичної науки й практики. У межах цього навчального блоку студенти також вивчають: основні елементи права і політології (організація правосуддя у Франції, основних державних установ), економічні науки, професійну медичну мову, включаючи етимологію, знання з якої значно полегшують подальше навчання.

В Україні ж навчання таких предметів, як історія України, історія української культури, політологія та психологія і педагогіка на 1-му курсі проводиться за загальним змістом, без урахування медичної специфіки.

Враховуючи загальнодержавну політику нашої країни на входження до євроспільноти, окремого розгляду варта особливість навчання майбутніх лікарів іноземних мов і найперше – англійської.

Навчання англійської мови на медичних факультетах Франції регламентується такими наказами: 1) Наказ від 18 березня 1992 р., ст. №18: «Навчання іноземних мов повинно відбуватися в обсязі щонайменше 120 годин

як окрема дисципліна, або інтегровано з іншими дисциплінами. Якщо воно не було введено на першому році першого циклу, обов'язково потрібно організувати це навчання на другому році першого циклу та першому році другого циклу» та 2) Наказ від 19 жовтня 1993 р.: «Головною метою є... здатність студентів читати, аналізувати та демонструвати навички синтезу, розвивати критичне мислення; ...основою вищої освіти». [10, с. 95–96]. Нині в більшості UFR програма вивчення англійської на додипломному етапі охоплює чотири роки (240 академічних практичних годин: по 80 год – на 2-му й 3-му курсі і по 40 год – на 4-му й 5-му) і включено в курс з LCA. Сучасною парадигмою визначається не просто навчання «англійської медичної мови», а «медицини англійською». Студентам читають лекції англійською мовою, а заняття проводяться у формі ARC лікарями за моделлю клінічних випадків, що застосовуються під час класифікаційних іспитів.

Кінцеві цілі навчання англійської мови на медичному факультеті Тулузи, наприклад, включають такі вміння: «читати медичні журнали, однаково швидко як англійською мовою, так і французькою, складати: резюме тексту, реферат, мотиваційний лист, особисте резюме, аргументоване подання власної думки; розуміти усне мовлення та робити нотатки; брати участь у бесіді, ставити запитання та відповідати на них; проводити опитування хворого; коментувати статистичні дані; спілкуватися з англомовними колегами» [175, с. 286]. Тобто вони повністю відповідають сучасним підходам до розробки навчальної програми з англійської мови медичного спрямування, форм і методів навчання, особистісно-орієнтованих на студента. За результатами нашого дослідження [11], у якому ми проаналізували західні літературні джерела, що розглядають проблему навчання англійської мови медичного спрямування, різні підходи до розробки навчальної програми і результати запропонованих методів, найефективнішим вважається підхід «знизу-вгору», за яким передусім ураховуються інтереси студентів, викладачів і роботодавців. Коли при розробці навчальної програми враховується думка й потреби студентів, значно

збільшується рівень їх мотивації, задоволення і поліпшуються результати навчання – вони розуміють сенс і мету навчання. З'ясовано, що студентам вигідніше контекстуалізоване навчання з акцентом на розвиток комунікативних навичок, необхідних у майбутній роботі. Нарешті, західні дослідники вважають за потрібне враховувати парадигму міждисциплінарних зв'язків при розробці навчальної програми, тому що вона позитивно впливає на результати навчання медичної англійської мови.

В українських вищих медичних навчальних закладах вивчення англійської мови для напряму «Лікувальна справа» триває два роки (1–2-й курси), програма з якої останні 4–5 років постійно скорочується: від 90–100 практичних годин на рік 2008–2012 рр. до 50–70 год. 2016/2017 н. р., що, звісно, значно знижує ефективність іншомовної підготовки майбутніх лікарів, недостатньо відповідаючи головним дидактичним принципам систематичності, міцності знань, умінь і навичок. Позитивним здобутком, на нашу думку, є створення на багатьох кафедрах іноземних мов вітчизняних ВМНЗ англійськомовних гуртків, на засіданнях яких студенти всіх курсів мають можливість розвинути та закріпити комунікативні навички й розширити знання з медичної спеціальності у спілкуванні з викладачами спеціальних кафедр, лікарями, носіями мови та своїми товаришами.

Кінцеві цілі вивчення дисциплін іноземна мова та іноземна мова за професійним спрямуванням (ІМ) встановлюються на основі ОПП підготовки лікаря, які сформульовані через уміння у вигляді таких цільових завдань: інтерпретувати зміст загальнонаукової літератури та демонструвати вміння спілкуватись іноземною мовою в усній і письмовій формах. Ураховуючи національну специфіку, безперервна освіта й постійний професійний розвиток сімейного лікаря передбачають систематичний критичний аналіз текстових, аудіо та відеоджерел галузевих наукових досягнень, як вітчизняних так і західних, що потрібно враховувати при навчанні ІМ студентів-медиків, яке нині

здебільшого сфокусоване лише на вивченні медичної термінології та розвитку комунікативних навичок на основі адаптованих текстів.

Як зазначає І.О. Паламаренко: «Найголовнішим завданням усього циклу соціально-гуманітарних дисциплін має бути дотримання адаптованого до медичного фаху *принципу гуманізації та гуманітаризації освіти*» [99, с. 160]. До того ж, спираючись на результати нашого дослідження французького досвіду, ми повинні відмітити, що ці принципи є провідними в побудові програм усіх циклів вищої медичної освіти, тому що вони сприяють розвитку особистості майбутнього лікаря, його творчих можливостей, професійного самовизначення, культурно-етичних якостей і багато інших складників, необхідних у роботі лікаря загальної практики. Гуманітаризації навчального процесу в професійних навчальних закладах, згідно з результатами дослідження М.В. Чепурної [138, с. 9–10], сприяє застосування таких освітніх технологій, як: інформаційні, особистісно-орієнтовані, навчання в малих групах, тьюторство, проблемне навчання та міждисциплінарний підхід – тобто саме тих, на яких побудована система професійної медичної підготовки у Франції.

Гуманізація освіти, у свою чергу, передбачає «не лише підвищення ролі гуманітарної та соціально-економічної компонент, а й підняття статусу фундаментальної загальноприродничої» підготовки [129, с. 105]. Ця парадигма реалізується, передусім завдяки інтеграції суспільно-гуманітарних, науково-фундаментальних дисциплін та фахової підготовки майбутніх лікарів, тобто гармонійного поєднання принципів гуманітаризації та професіоналізації навчально-виховного процесу, як ми бачимо на прикладі блочно-модульної організації навчання за тематичними та інтегрованими модулями на французьких медичних факультетах.

Як зазначив декан медичного факультету університету Діжона Фредерік Юе (Frédéric Huet, 2015), якісної медичної освіти не існує без навчання науково-дослідної роботи, яке дозволяє студенту чітко зрозуміти можливості

синтезу й аналізу і допомагає сформувати дійсного лікаря-дослідника [214, с. 12]. Участь у такій роботі студентів, з одного боку, дає можливість поліпшити якість підготовки майбутніх лікарів завдяки опануванню передових досягнень медичної науки та практики, а з другого – побачити практичні результати своєї діяльності, що підвищує мотивацію на подальше навчання та досягнення гідної якості професійної діяльності. Утім, загальна ґрунтовна науково-педагогічна підготовка студентів-медиків у вітчизняних ВМНЗ не передбачена програмою додипломної освіти – участь у роботі наукових гуртків відбувається за рахунок часу на самостійну роботу, а у формі магістратури й аспірантури забезпечується вже після отримання диплома спеціаліста. На відміну від французької системи, де відповідна підготовка як нормативний та варіативний складники включена в навчальну програму вже з 2-го курсу (див. п. 2.1.2).

Порівняльний аналіз змісту теоретичного професійного складника додипломної медичної освіти дозволив нам дійти висновку, що в обох країнах вона відповідає сучасним вимогам до базової підготовки лікарів загальної практики. Окрім таких загальнопрофесійних клінічних дисциплін, як терапія, педіатрія, хірургія, акушерство і гінекологія, стоматологія та ін., програма навчання старших курсів передбачає вивчення спеціальних предметів – імунологія та алергологія, соціальна медицина та організація охорони здоров'я, епідеміологія, онкологія, травматологія та ортопедія, психологія та ін., знання з яких необхідні в роботі майбутнього сімейного лікаря.

Зміст професійної підготовки майбутніх лікарів спрямований на здобуття ними ґрунтовних теоретичних знань, практичних умінь і навичок і професійних основ кваліфікації лікаря й потребує значної гнучкості навчальної програми відповідно до стрімких змін у медичній науці та суспільстві. Варіативний складник медичної підготовки сприяє реалізації особистісної орієнтації в освітньому процесі, індивідуалізації навчання, поглибленню знань і розширенню світогляду студентів-медиків.

Згідно з французькими законодавчими актами, варіативний складник навчальної програми додипломного етапу повинен становити 10–20% від загального навчального навантаження, що реалізується медичними факультетами навіть у більшому обсязі. У вітчизняному галузевому стандарті співвідношення нормативної і варіативної частин ОПП підготовки фахівця освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст напряму «Медицина» також встановлено в розмірі 80% і 20%, але аналіз програм українських ВМНЗ виявив значно меншу частку навчального часу (близько 4%), що виділяється на курси за вибором (додаток С).

Окрім значної різниці в загальному обсязі навчальних годин (14 ЄКТС на відміну від мінімум 30 – у Франції), при порівнянні дисциплін, що пропонуються студентам на власний вибір, ми виокремили дві основні відмінності:

1. Як і в нормативній частині вітчизняної ОПП, більшість гуманітарних та соціально-економічних наук викладаються в загальному плані (естетика, етика, правознавство, логіка та ін.), хоча, з другого боку, також існують і професійно спрямовані (деонтологія в медицині, медицина та художня культура, медична соціологія, етичні проблеми в медицині тощо); а французькою програмою передбачені лише професійно спрямовані курси (музика і медицина, економічний аналіз в охороні здоров'я, економічна роль лікаря в системі охорони здоров'я та ін.).

2. Студенти-медики у Франції мають можливість присвятити себе науковій, громадській і педагогічній роботі в межах навчальної програми з отриманням відповідних кредитів, а українські – можуть, як ми наголошували раніше, займатись науковими дослідженнями та брати активну участь у діяльності органів самоврядування лише у вільний від занять час і не отримують педагогічної підготовки взагалі.

Отже, виявлено суперечність між нагальними державними потребами розвитку наукових медичних досліджень і в лікарях з активною громадською

позицією й відповідним досвідом діяльності та відсутністю комплексної ґрунтовної системи і програми реалізації такої підготовки. Єдиним зовнішнім мотиваційним фактором для студентів є можливість отримання додаткових балів до власного рейтингу, що можуть бути враховані при розподілі до інтернатури, або вони знаходять власні чинники самомотивації.

Ще однією гострою проблемою вітчизняної вищої медичної освіти залишається система примусового розподілу випускників ВМНЗ, що залишилась з радянських часів лише в медичній галузі й згідно з якою більшість студентів, що навчаються за державним замовленням, направляються до інтернатури зі спеціальностей і за регіонами з найбільшим кадровим дефіцитом. Однак імплементація реформи потребує дієвих механізмів державного контролю за розподілом молодих лікарів та інструментарію їх повного й об'єктивного інформування про наявні вакантні місця й не розв'язує проблеми кадрового дефіциту, передусім первинній ланці медичного обслуговування.

Отже, ми наголошуємо на нагальній потребі кардинального реформування сфери державного замовлення на підготовку фахівців з вищою освітою, найперше – лікарів-інтернів, упровадження нової системи фінансування вищих навчальних закладів державної форми власності, яка б відповідала найкращим європейським і світовим практикам. Також, враховуючи французький досвід, доречною є розробка стимулювальних програм з підвищення привабливості спеціальності ЗП – СМ, поліпшення умов навчання інтернів і роботи сімейних лікарів для розв'язання проблеми значного кадрового дефіциту галузі (див. підрозд. 1.3).

Можливим напрямом імплементації французького досвіду з розподілу інтернів є модернізація системи іспитів «КРОК 2» з розширенням її функцій за зразком НКІ та оновлення змістовного наповнення згідно із сучасними принципами досимології та тенденціями стандартизації та інтеграції.



Структуризація та організація післядипломного навчання в інтернатурі із ЗП передбачає *професіоналізуючу* підготовку лікаря загальної практики в секторі амбулаторної первинної медичної допомоги з пріоритетним застосуванням *компетентнісного підходу* в контексті конструктивістської педагогічної течії. Нагадаймо, що згідно з цим підходом, замість досі поширеної практики «навчання викладачем пасивного студента» перевага віддається «активній ролі студента у власній освіті у взаємодії з викладачем, який полегшує процес навчання» [245]. Отже, інтерн навчається та розвиває навички автономної професійної діяльності на власному досвіді в автентичних ситуаціях під систематичним наглядом викладачів і куратора (тьютора). До того ж, вітчизняні науковці, досліджуючи проблему монологічної та діалогічної стратегій викладання в медичній освіті, стверджують, що побудова взаємин між викладачем і студентом на принципах діалогу, гармонії ділових і особистісних взаємин – істотна умова підвищення ефективності професійної підготовки майбутніх лікарів, засвоєння ними професійно значущих зразків діяльності та поведінки [126]. Зазначається, що центром діалогізації педагогічної взаємодії є стосунки взаємної поваги і відповідальності, взаємодопомоги, підтримки, співпереживання, які створюють сприятливий ґрунт для розвитку професійної спрямованості майбутніх лікарів, їх ідентифікації з викладачами і кураторами, які репрезентують образ медика-професіонала [131].

*Тьютор*, який супроводжує інтерна протягом усього терміну навчання, – це саме той викладач, думка та вплив якого найвагоміші для студента. Завдяки регулярній і тривалій індивідуалізованій взаємодії він відіграє важливу роль, встановлюючи довірчі стосунки зі своїм підопічним, у подоланні будь-яких труднощів і розв'язанні проблем, що виникають у процесі його навчання, визначенні потреб, скеровує та полегшує здобуття професійних компетенцій, консультує з розробки плану стажування та професійного проекту, проведення дисертаційного дослідження і, як ми зазначали раніше (див. підрозд. 2.3), проводить оцінювання та атестацію прогресу досягнень інтерна. Кожному

тьютору призначається ведення не більше двох інтернів, завдяки чому забезпечуються максимальна ефективність його роботи, індивідуалізованіший підхід і повноцінна співпраця зі студентом [245].

*Портфоліо* як свідоцтво здобуття професійних компетенцій французьким інтерном відіграє важливу роль у розвитку навичок самонавчання, самооцінювання та самоконтролю. Окрім переліку подій, як у вітчизняному *щоденнику інтерна*, студенти навчаються, аналізуючи не тільки дії та маніпуляції, а всі інші аспекти консультації пацієнта, важливі саме в роботі сімейного лікаря. Численність навчальних баз (амбулаторні кабінети, лікарні загального профілю, клінічні центри, спеціалізовані медичні установи тощо) потребує використання навчального інструменту для повного обліку особистої рефлексивної роботи IMG під час навчання. Ведення портфоліо також сприяє тіснішій взаємодії інтерна не тільки з тьютором, а й з усіма іншими своїми викладачами. Отже, воно допомагає досягти логічної послідовності та цілісності у викладанні, навчанні й оцінюванні компетенцій.

При порівняльному аналізі змісту «теоретичної» підготовки лікарів загальної практики в інтернатурі нами була виявлена значна схожість програм. Серед недоліків «Типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівня акредитації з фаху “Загальна практика – сімейна медицина”» ми повинні відмітити відсутність таких навчальних блоків і дисциплін:

1. *«Загальна практика та сфера її діяльності» і «Професійна діяльність лікаря загальної практики».* Ці курси спрямовані на ознайомлення з усіма можливими аспектами практичної діяльності сімейного лікаря, такими як «Види діяльності в первинній ланці», «Інші фахівці в галузі охорони здоров'я – робота в мережі», «Соціальне забезпечення та страхування», «Оцінювання якості медичного обслуговування», «Безперервна медична освіта і атестація», «Соціально-психологічна взаємодія з пацієнтом», «Методологія клінічних досліджень з ЗП» та ін. Отримані знання з цього напряму підготовки

допомагають самоідентифікації майбутнього лікаря, полегшують процеси подальшої соціальної і професійної адаптації та забезпечують готовність до самостійної професійної діяльності.

2. «Вікова та педагогічна психологія», «Соціальна психологія» і «Педагогіка». Важливість психолого-педагогічної підготовки лікаря загальної практики важко переоцінити, а у вітчизняній програмі інтернатури передбачено лише 12 практичних годин на вивчення таких предметів, як «Медична психологія», «Етика і деонтологія в професійній діяльності сімейного лікаря» та «Навчання пацієнта здорового способу життя», що, на нашу думку, абсолютно недостатньо. По-перше, вікова психологія тісно пов'язана з віковою анатомією і фізіологією, бо на всіх вікових етапах розвитку особистості необхідною умовою здоров'я людини є нормальне функціонування нервової системи. По-друге, дисципліни психолого-педагогічного спрямування сприяють формуванню знань, умінь і навичок, якими повинен володіти майбутній фахівець у своїй професійній діяльності: спілкуватися з різними людьми, слухати, розв'язувати конфлікти, навчатися протягом життя, самостійно знаходити й опрацьовувати інформацію, самостійно ухвалювати рішення в різних ситуаціях. У контексті профілактичної роботи лікар повинен уміти аналізувати соціальні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки; будувати взаємини з різними категоріями пацієнтів; володіти різними стилями спілкування; уміти швидко орієнтуватись у ситуаціях і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей тощо [30, с. 9–10; 124, с. 75]. Нарешті, знання сучасних принципів і методів виховання й навчання допоможуть лікарю загальної практики створити такі умови, за яких пацієнт стає активним співучасником заходів підтримання його власного здоров'я та здоров'я своєї сім'ї, мотивують на дотримання рекомендацій лікаря, а також активізувати процес власної самоосвіти. Виховна функція сімейного лікаря полягає у виконанні запланованого виховного впливу на своїх пацієнтів, впливаючи на їх

переконання, активність, мотиви поведінки, систему цінностей, на формування відповідальності за власне здоров'я. Функція навчання, окрім зв'язку з процесом навчання пацієнта, спрямована на оволодіння окремими процедурами і правилами медичної культури, тобто йдеться про інвестування у власний професійний розвиток. Проте головне полягає в тому, щоб навчити пацієнта бути готовим жити з наслідками хвороби або запобігати повторним захворюванням.

3. *«Проблеми старіння»* (фізіологія і патофізіологія, психологія і патофізіологія (геронтопсихологія), неврологічні розлади, паліативна допомога та ін.). Завдяки соціально-економічним змінам у сучасному суспільстві та досягненням медичної науки, процес збільшення середньої тривалості життя разом з проблемою невеликої народжуваності призводить до феномену «старіння населення». З постарінням населення збільшується частка людей похилого віку й у загальній чисельності населення України, яка потребує первинного медичного догляду. За даними дослідження Н.А. Хаджинової, серед усіх пацієнтів, які звертаються до амбулаторій сімейної медицини, кількість людей похилого віку становить 39,1% у містах і 53,0% – у сільській місцевості [133]. Завдяки багатопрофільності роботи лікаря загальної практики ведення хворих з полісиндромальними і поліорганными захворюваннями, характерними для людей похилого віку, значно полегшується. Тому саме на сімейних лікарів покладається основний тягар роботи з такими хворими. Допомога літнім пацієнтам повинна бути спрямована не лише на лікування, а й на їх соціальний захист, з'ясування правових, соціальних, організаційних та інших питань. Лікар загальної практики повинен уміти оцінити здатність літніх пацієнтів до самообслуговування, їх соціальний і психічний статус на основі отриманих даних. Тому, як зазначив В.Є. Шапкін: «Сімейний лікар має отримувати підготовку з геріатрії в межах інтеграції з іншими клінічними дисциплінами, передбаченими програмою (неврології, психології, психіатрії, онкології та ін.)» [139, с. 145].

Розширення програми фахової освіти лікарів загальної практики з вищезазначених професіоналізуючих дисциплін та урізноманітнення і підвищення якості їх практичної підготовки, безсумнівно, передбачає збільшення терміну навчання в інтернатурі.

У березні 2016 р. Національна спілка викладачів загальної практики (CNGE) за результатами ретельних досліджень висунула пропозиції щодо створення нової моделі DES з загальної практики [313]. Серед головних умов поліпшення якості професійної підготовки було визначено збільшення її терміну до 4 років, яка буде включати щонайменше один семестр амбулаторної практики на рік, тому що «чим час навчання довший і стажування в реальних ситуаціях численніші, тим більше система охорони здоров'я зосереджена на первинній медичній допомозі і виявляється ефективнішою». Також було запропоноване впровадження додаткової міждисциплінарної спеціалізації (*formations spécialisées transversales (FST) associées*) з четвертого року навчання в інтернатурі з медичних галузей, що тісно пов'язані з загальною практикою для задоволення потреб населення: «Адиктологія», «Інтенсивна терапія», «Паліативна допомога», «Спортивна медицина» та «Судово-медична експертиза». Для забезпечення якості тривалішої і різноманітнішої післядипломної освіти було наголошено на потребі найняти та підготувати щонайменше 4000 викладачів практики протягом наступних трьох перехідних років.

На підставі проведеного порівняльного аналізу ми можемо дійти висновку, що професійна підготовка лікарів загальної практики – сімейних лікарів в Україні не відповідає світовим стандартам у тому обсязі, який вимагається WONCA та сучасними потребами населення країни, хоча вже вжито певних заходів для поліпшення цього стану.

На нашу думку, основними шляхами адаптації позитивного досвіду Франції у вітчизняну практику для оптимізації професійної підготовки вітчизняних сімейних лікарів є:

– *на загальнодержавному рівні*: удосконалити галузеві стандарти вищої медичної освіти та професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів; розробити та впровадити стимулювальні заходи, що сприятимуть залученню випускників ВМНЗ до спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;

– *на галузевому рівні*: розробити «Довідник спеціальності» з урахуванням міжнародних і європейських вимог і національної специфіки; запровадити єдину загально професіоналізуючу навчальну програму за фахом «Лікувальна справа – загальна практика» на додипломному етапі вищої медичної освіти; модернізувати систему розподілу випускників до інтернатури з врахуванням їх рейтингу і побажань (за допомогою прозорої електронної системи розподілу кандидатів), територіальних потреб населення і навчальних спроможностей навчальних закладів і баз стажування; проводити щорічний аналіз потреб населення та результатів «КРОК 2» і «КРОК 3» з метою довгострокового планування й регулювання кількості місць державного замовлення для вдосконалення підготовки сімейних лікарів і, відповідно, підвищення якості амбулаторного медичного обслуговування населення; доповнити процедуру відбору абітурієнтів на медичні спеціальності психодіагностичним тестуванням і співбесідою при вступі та іспитами з базових медичних і суспільно-гуманітарних дисциплін після 1-го курсу навчання для визначення готовності до подальшої медичної підготовки та професійної діяльності, а також для ранньої професійної переорієнтації студентів у разі невідповідності вимогам; розглянути можливість збільшення тривалості післядипломного навчання в інтернатурі до, щонайменше, трьох років із збільшенням кількості та видів стажувань; удосконалити навчальну програму інтернатури зі збільшенням обсягу професійно спрямованих дисциплін та обов'язковою науково-дослідною фаховою роботою; залучати сімейних лікарів-практиків до ухвалення рішень щодо модернізації ПМД і в наукових дослідженнях галузі та викладацької підготовки і діяльності;

– *на рівні навчальних закладів*: збільшити обсяг психологічної, педагогічної та науково-дослідної підготовки студентів на до- та післядипломному етапах; зменшити частку й оптимізувати зміст предметів суспільно-гуманітарного циклу з їх спрямуванням на медичну практику в інтеграції з дисциплінами природничо-наукового і професійного циклів; збільшити та розширити варіативний складник навчальних програм фахово-орієнтованими дисциплінами; запровадити виробничу практику на кожному курсі додипломного етапу (з обов'язковою амбулаторною практикою в центрах СМ) з поступовим збільшенням її обсягу за рахунок зменшення лекційних годин і поєднання теоретичної і практичної компонент у навчальні блоки задля усунення проблеми відірваності знань від практики; створити інтерактивну віртуальну базу підтримки навчання для стимулювання розвитку навичок самоосвіти та самооцінювання; запровадити обов'язкове електронне портфоліо для наскрізного контролю за досягненнями студентів і мотивації їх на активну участь у власному навчанні; розробити та розширити систему оцінювання практичних навичок студентів згідно з вимогами до компетенцій лікаря загальної практики; ширше застосовувати інтерактивні форми, засоби й методи навчання відповідно до принципів компетентісного й особистісно-орієнтованого підходів.

У контексті реформування медичної освіти необхідно переглянути її зміст, який повинен орієнтуватися більше не на засвоєння та відтворення студентами навчальної інформації, а на розвиток критичного мислення і навичок застосування здобутих знання для розв'язання професійних проблем у дійсних умовах роботи сімейного лікаря.

## Висновки до третього розділу

Аналіз сучасного стану професійної підготовки лікарів ЗП – СМ у ВМНЗ України показав, що, починаючи ще з 1987 р., в Україні відбувається тривалий процес імплементації сімейної медицини в систему охорони здоров'я та вищої медичної освіти. Серед нагальних проблем галузі визначено такі: неефективна система формування державного замовлення на підготовку лікарів, відбору абітурієнтів і розподілу випускників; застарілі галузеві стандарти й навчальна програма вищої медичної освіти; недостатність наукових досліджень і доказової бази спеціальності ЗП – СМ; незначна частка практичної, науково-дослідної та психолого-педагогічної підготовки і варіативного складника змісту додипломної підготовки; короткий термін навчання сімейних лікарів в інтернатурі та обмеженість змісту їх професійної підготовки тощо.

З другого боку, визначено певні позитивні зміни, серед яких потрібно відмітити: впровадження основних засад Болонського процесу; імплементація Закону України «Про вищу освіту» 2014 р., прийняття Наскрізної програми підготовки лікарів ЗП – СМ, згідно з якою у більшості ВМНЗ впроваджено додипломне викладання дисципліни на 6-му курсі.

З'ясовано, що підготовка сімейних лікарів на післядипломному етапі в Україні здійснюється двома шляхами: 1) у дворічній інтернатурі за типовою навчальною програмою, що передбачає 1 рік очного навчання на кафедрах і в клініках вищих медичних навчальних закладів та 1 рік заочного навчання на базах стажування; 2) перепрофілювання та переспеціалізація дільничних терапевтів і дільничних педіатрів на 6-місячних циклах спеціалізації, що включає 4 місяці очного та 2 місяці заочного навчання.

Очний період навчання лікарів загальної практики в інтернатурі включає такі форми роботи й навчання, як ранкові конференції, практична підготовка (обстеження хворих, складання маршрутів пацієнтів, заповнення облікової



документації), семінари з обговорення певних клінічних випадків і розв’язання ситуаційних завдань, участь у науково-практичних конференціях, засіданнях професійних асоціацій, проведення власних клінічних досліджень.

Поточний контроль практичної підготовки проводиться за допомогою атестаційних листів прийому практичних навичок, а результати діяльності лікарів-інтернів на заочному етапі навчання на базах стажування повністю відображаються в таких документах, як: *індивідуальний план, щоденник і характеристика* лікаря-інтерна. Окрім проміжного контролю, інтерни після завершення кожного циклу навчання проходять підсумковий контроль, який включає перевірку його професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою, тестовий контроль рівня знань і вмінь і співбесіду. Після закінчення терміну підготовки в інтернатурі лікарі-інтерни підлягають атестації із присвоєнням звання лікаря-спеціаліста зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина», яка включає: ліцензійні тестові іспити «КРОК 3», перевірку практичних навичок, регламентованих навчальною програмою, та усну співбесіду.

Визначено, що пріоритетними шляхами для розвитку та підвищення якості професійної підготовки із загальної практики – сімейної медицини є сприяння науково-дослідній роботі діючих лікарів ЗП у співпраці з медичними факультетами в галузі ПМД, залучення їх до педагогічної підготовки і викладання, оновлення та вдосконалення змісту університетської дисципліни.

Під час дослідження була встановлена певна схожість шляхів наших країн з інституалізації та стандартизації фахової підготовки зі спеціальності, але її успішному розвитку в Україні досі перешкоджають недостатність ґрунтовної науково-дослідної бази, висококваліфікованих викладачів та університетських баз стажування.

Науково-педагогічний порівняльний аналіз до- та післядипломної освіти лікарів загальної практики у вищих медичних навчальних закладах України і Франції виявив наявність низки відмінностей у змісті та варіативності

навчальних програм (більш професіоналізуючі у Франції), обсязі практичної підготовки (набагато значному у французьких університетських лікарнях), системі розподілу випускників (застарілість вітчизняної системи, побудованої на принципах примусового розподілу) та навчання інтернів (програма професійної підготовки сімейних лікарів в Україні не передбачає дісної професійної підготовки зі спеціальності за головними компетенціями лікарі ЗП – СМ). Прогресивними здобутками французької системи, що сприяють підвищенню якості професійної підготовки й можуть бути застосовані у вітчизняній практиці, є: загальнодержавне планування необхідної кількості медичних працівників з відповідним контролем прийому кандидатів на медичне навчання, прозора та демократична система відбору абітурієнтів і розподілу інтернів, упровадження альтернативних шляхів вступу на основі аналізу досвіду та співбесіди, уніфікація вимог до рівня оволодіння студентами професійними компетенціями за єдиним змістом, застосування міждисциплінарного професіоналізуючого підходу в побудові змісту навчальної програми, значний обсяг і різноманітність практичної підготовки, пріоритетне впровадження форм, засобів і методів дистанційного навчання, компетентісного і особистісно-орієнтованого підходів, мотивація студентів до активної науково-дослідної, педагогічної та громадської діяльності, збільшення терміну та урізноманітнення змісту професійної підготовки лікарів загальної практики в інтернатурі.

## ВИСНОВКИ

Досягнення високого рівня професійної підготовки лікарів загальної практики, визнання спеціальності на рівноправному рівні з іншими напрямками вищої медичної освіти, накопичення ґрунтовної бази наукових досліджень та публікацій – прогресивні здобутки, які повинні стати позитивним прикладом для становлення та розвитку галузі і якісної професійної підготовки сімейних лікарів в Україні.

Актуальність і перспективність дослідження проблеми професійної підготовки лікарів загальної практики зумовлюється державною політикою євроінтеграції з відповідним реформуванням систем вищої освіти та охорони здоров'я згідно з європейськими стандартами. Науковий аналіз проблеми дослідження показав, що пріоритетним напрямом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, як і зарубіжних країн, є розвиток й вдосконалення первинної медичної допомоги, що, у свою чергу, актуалізує потребу у висококваліфікованих фахівцях загальної практики.

На основі аналізу, узагальнення та систематизації літературних джерел, присвячених питанням теорії і практики спеціальності ЗП – СМ та професійної підготовки фахівців цієї галузі, встановлено, що ці питання розглянуті в численних публікаціях вітчизняних і французьких науковців. У напрямку науково-педагогічного дослідження досвіду Франції вітчизняні та російські науковці великого значення надали вивченню особливостей організації середньої та вищої освіти країни, професійній підготовці викладачів, соціальних працівників, менеджерів тощо. Досліджувались особливості професійної підготовки медичних кадрів у країнах Європи та світу. Проте позитивні здобутки французької системи вищої медичної освіти недостатньо висвітлені у вітчизняній педагогічній теорії. Вивчення вітчизняних джерел

доводить, що професійна підготовка лікарів загальної практики на медичних факультетах Франції ще не була предметом спеціального наукового дослідження, а тому етапи такої професійної підготовки, її зміст, форми й методи не знайшли свого відображення та ґрунтовного розкриття у вітчизняній практиці підготовки сімейних лікарів.

За результатами історико-педагогічного аналізу вивчено історичні та суспільно-політичні передумови, під впливом яких у Франції відбувався процес становлення медичної освіти: по-перше – зародження основ медичної практики та навчання на землях майбутньої Франції, основу яких становили кельтські, грецькі та римські традиції; по-друге – початок інституалізації галузі під впливом християнства та суспільно-політичних процесів становлення Франції як держави; потім – структуризація медичної освіти на базі університетів і створення ієрархії лікарів і викладачів; вихід системи вищої освіти з-під контролю церкви і, як наслідок, розквіт медичної науки та розвиток нових дисциплін, форм і методів медичного навчання, формування окремої галузі медичного навчання – із загальної практики; нарешті – встановлення унікальної національної системи вищої медичної освіти Французької Республіки.

Визначено головні сучасні тенденції розвитку і модернізації системи вищої медичної освіти Франції: *загальні* – систематизація і стандартизація, демократизація, глобалізація, інтеграція і гуманізація; *специфічні*: регіоналізація, плюридисциплінарність, прозорість і гнучкість, уніфікація, інформатизація, професіоналізація із загальної практики. Вони реалізуються в адаптації до принципів Болонського процесу та міжнародних стандартів медичної освіти, інтеграції в єдину систему вищої освіти з іншими країнами Європи зі збереженням національних традицій та ідентичності власної системи освіти завдяки підтримці й популяризації освітніх досягнень у максимально можливій інтеграції університетської освіти з наукою і практикою та співпраці медичних факультетів з регіональними агенціями охорони здоров'я; уведенні системи кредитів і модульної організації навчальних дисциплін, триступеневої

структури вищої медичної освіти (ліценціат–магістр–доктор) із запровадженням загального 1-го курсу для всіх напрямів медичної підготовки, інтернатури із загальної практики та загальнодержавної програми навчання і сертифікації з безперервної професійної підготовки; дотриманні автономії університетів, прозорості й анонімності іспитів, розширенні можливостей ранньої переорієнтації та альтернативних шляхів вступу на медичне навчання, уніфікації вимог до професійної медичної підготовки; побудові навчальних програм на основі особистісно зорієнтованого, компетентісного, плюри- та міждисциплінарного підходів і принципів гуманізації і гуманітаризації освіти та комплексності професійної підготовки цілісної особистості майбутнього лікаря загальної практики. Ці прогресивні здобутки урядових органів і професійних спілок Французької Республіки сприяють підвищенню якості підготовки медичних працівників у контексті загальної глобалізації вищої освіти та нагальних потреб населення.

З'ясовано особливості професійної підготовки лікарів загальної практики на медичних факультетах Франції в сучасних умовах (прозора і демократична система державного контролю за селекцією претендентів і розподілом випускників вищої медичної освіти; підтримання автономії університетів; блочно-модульна модель побудови навчальної програми з ранньою інтеграцією практичної підготовки; активізація навчальної діяльності студентів засобами інформаційно-комунікаційних технологій на засадах компетентісного й особистісно зорієнтованого підходів; сприяння ґрунтовній науково-дослідній підготовці; упровадження заходів з підвищення значущості спеціальності «Загальна практика») та основні сфери і функції професійної діяльності лікаря загальної практики у французькій системі охорони здоров'я (вимоги, функції, роль, завдання, обов'язки, умови сертифікації лікаря і процедури авторизації медичної практики, кадрове забезпечення і види діяльності фахівців). Зафіксовано безпосередній зв'язок між компетенціями лікаря загальної практики, роллю, функціями та завданнями його професійної діяльності в

системі охорони здоров'я Франції та формуванням моделі його професійної підготовки.

Проаналізовано структурні компоненти, особливості організації, зміст, форми і методи професійної підготовки лікарів загальної практики у Франції на до- та післядипломному етапах навчання, яка традиційно розподілена на три цикли та проводиться на базі навчально-дослідних об'єднань та університетських клінічних центрів.

Виділено основні риси й загальну характеристику організаційно-змістових аспектів професійної підготовки лікарів в університетах Франції: блочно-модульна побудова навчальної програми, фахове спрямування змісту гуманітарних і загально-природничих наук, рання інтеграція вивчення клінічних дисциплін і практичної підготовки, широкий вибір напрямків додаткової освіти, у якій значна увага надається педагогічній і науково-дослідній підготовці, поступове зменшення лекційних годин і заміна їх практичними заняттями й семінарами в малих групах, що забезпечує гнучкість і варіативність програм та активізацію навчальної діяльності студентів.

Професійна підготовка лікарів загальної практики на першому циклі акцентована на здобуття базових наукових знань та формування основних практичних умінь і навичок (теоретична та практична семіологія), оволодіння основами профілактики та першої допомоги, обов'язкове вивчення англійської медичної мови та інформатики. Програма другого циклу спрямована на формування і розвиток основних фахових компетенцій відповідно до єдиної державної програми, інтеграцію теоретичного та практичного складників у комплексі з деонтологічною та комунікативною підготовкою. Встановлено, що третій цикл професійної підготовки лікарів загальної практики повністю відповідає новітнім підходам до викладання і навчання в європейському просторі вищої освіти згідно з Болонськими засадами, пріоритетним завданням чого є здобуття специфічних компетенцій під час інтернатури.

Досліджено характерні засоби й методи навчання: портфоліо, активне навчання («шумові» групи, 4x4), контекстуалізоване (ситуаційний аналіз, кейси, розвиток клінічного мислення, рольові ігри) й оцінювання: без контексту, контекстуалізовані та в дійсній ситуації; а також різноманітні форми, методи та засоби із застосуванням мережі Інтернет (форум, подкасти, інтерактивні семінари тощо).

На основі дослідження сучасного стану підготовки лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» в Україні виявлено певні позитивні здобутки галузі: встановлення ступеневої підготовки майбутніх лікарів, побудованої за Європейською кредитно-трансферною системою, затвердження нового освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія» і «Медико-профілактична справа», упровадження ліцензійних інтегрованих іспитів «КРОК», наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів за спеціальністю «Загальна практика / сімейна медицина». Серед проблем вітчизняної системи професійної підготовки сімейних лікарів виділено такі: неефективне планування державного замовлення на підготовку лікарів, застаріла система розподілу інтернів, недостатній термін та обмеженість навчальної програми підготовки фахівців галузі, зниження якості підготовки внаслідок низької мотивації студентів і викладачів, відставання створення університетських клінік від сучасних потреб; невідповідність умов навчання вимогам часу – застосування малоефективних форм, засобів і методів навчання, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу та ін.

Порівняльно-педагогічний аналіз професійної підготовки лікарів загальної практики у вищих навчальних закладах України і Франції визначив наявність деяких спільних тенденцій і низки відмінностей, що надало змогу сформулювати можливості імплементації прогресивного французького досвіду у вітчизняну практику підготовки сімейних лікарів на *загальнодержавному, галузевому* рівнях і *рівні навчального закладу*.

Виконане дослідження не вичерпує всіх аспектів порушеної проблеми. До сфер подальшого наукового пошуку у вивченні проблеми професійної підготовки лікарів загальної практики на прикладі Французької Республіки можуть належати: педагогічні особливості процесу безперервної освіти лікарів; педагогічна підготовка та атестація викладачів спеціальності; розробка організаційно-педагогічних умов і засобів для курсів підвищення викладацької кваліфікації для сімейних лікарів-практиків або викладачів; державна політика регулювання вищої медичної освіти тощо.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамович В.Є. Français pour les étudiants en médecine – Французька мова для студентів-медиків: навч. посіб. / В.Є. Абрамович, Л.Я. Аврахова. – 2-ге вид., випр. та допов. – К.: Планета, 2016. – 340 с.
2. Абрамович В.Є. Аналіз кадрового забезпечення лікарями загальної практики в системі охорони здоров'я Франції / В.Є. Абрамович // Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4–5 листопада 2016 р.) – Київ: Київський медичний науковий центр, 2016. – 104 с. – С. 6–10.
3. Абрамович В.Є. Засоби оцінювання професійних компетенцій в медичній освіті: французький досвід / В.Є. Абрамович // Розвиток сучасної освіти: теорія, практика, інновації: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., (Київ, 14–16 травня 2015 р.). – Київ: Міленіум, 2015. – 184 с. – С. 161–163.
4. Абрамович В.Є. Застосування онлайн-навчання на першому курсі медичної підготовки: французький досвід / В.Є. Абрамович // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»: додаток 4 до вип. 31, том IV (12): тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – Київ: Гнозис, 2014. – 384 с. – С. 7–12.
5. Абрамович В.Є. Застосування особистісно-орієнтованого підходу при підготовці лікарів-спеціалістів / В.Є. Абрамович // Перспективы развития современной науки: материалы XII Международной научно-практической конференции по философским, филологическим, юридическим, экономическим, психологическим, социологическим и политическим наукам. – Горловка, 2011. – 185 с. – С. 117–121.

6. Абрамович В.Є. Зміст навчання медичного англомовного спілкування / В.Є. Абрамович // Проблеми державного будівництва в Україні; №20: у 2 томах: тези доповідей XVII Міжнародної науково-практичної конференції [«Україна в євроінтеграційних процесах»], (18–19 лютого 2012 р.) / Київський міжнародний університет. – Київ: КиМУ, 2012. – Т. 2. – 250 с. – С. 76–78.
7. Абрамович В.Є. Історія становлення медичної освіти у Франції / В.Є. Абрамович // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2013. – №6. – 127 с. – С. 5–10.
8. Абрамович В.Є. Модернізація професійної підготовки сімейних лікарів в Україні на досвіді Франції: метод. рек. / В.Є. Абрамович. – К.: Планета, 2016. – 57 с.
9. Абрамович В.Є. Особливості відбору кандидатів на медичне навчання в університетах Франції / В.Є. Абрамович // Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. – 2014. – №1. – 273 с. – С. 221–225. – (Серія «Психолого-педагогічні науки»).
10. Абрамович В.Є. Особливості навчання та контролю знань з англійської мови на медичних факультетах Франції / В.Є. Абрамович // Анализ и оценка основных тенденций развития современной науки и техники: материалы IV Международной научно-практической конференции (г. Донецк, 15–17 июня 2013 г.); Научный журнал «Аспект»; №10. – Донецк: ООО «Цифровая типография», 2013. – 110 с. – С. 95–98.
11. Абрамович В.Є. Проблема розробки навчальної програми з англійської медичної мови / В.Є. Абрамович // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України; вип. 175 (3). – 2012. – 448 с. – С. 150–159. – (Серія «Педагогіка. Психологія. Філософія»).
12. Абрамович В.Е. Профессиональная подготовка врачей общей практики во Франции: современный опыт / В.Е. Абрамович // Научно-

методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – №12 (декабрь). – С. 83–92. – Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2016/16268.htm>.

13. Абрамович В.Є. Специфіка тьюторства в системі базової медичної освіти у Франції / В.Є. Абрамович // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України; вип. 208 (2). – 2015. – 422 с. – С. 11–19. – (Серія «Педагогіка. Психологія. Філософія»).

14. Абрамович В.Є. Теоретичні аспекти міжпредметних зв'язків в професійній підготовці майбутніх медиків / В.Є. Абрамович // Педагогічна теорія та практика: зб. наук. праць; вип. 3 / Ін-т педагогіки НАПН України. – Київ: КиМУ, 2012. – С. 3–13.

15. Абрамович В.Є. Теорія і методика вищої медичної освіти: французький досвід : навч.-метод. посіб. / В.Є. Абрамович. – К.: Планета, 2016. – 120 с.

16. Абрамович В.Є. Сучасні методи навчання в професійній підготовці лікарів / В.Є. Абрамович // Молодий будівничий України; №35: у 2 томах: збірник матеріалів XX Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених і студентів [«Європейський вибір України: сучасні виклики та реалії»], (28 квітня 2015 року) / Київський міжнародний університет. – Київ: КиМУ, 2015. – Т. 1. – 230 с. – С. 224–226.

17. Абрамович В.Є. Сучасні тенденції розвитку системи вищої медичної освіти у Франції / В.Є. Абрамович // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»: додаток 1 до вип. 31, том I (43): тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – Київ: Гнозис, 2013. – 632 с. – С. 6–12.

18. Абрамович В.Є. Формування професійної спрямованості майбутніх медичних працівників в процесі навчання мовам / В.Є. Абрамович // Проблеми інтеграції національних закладів вищої освіти до Європейського освітнього середовища: збірник матеріалів Міжнародної науково-методичної конференції;

том 3: Проблеми гуманітарної та мовної підготовки студентів. – Харків: Вид-во «Форт», 2012. – 132 с. – С. 9–11.

19. Авксентьєва О.І. Професійно-лінгвістична підготовка іноземних фахівців у Франції: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / О.І. Авксентьєва. – Київ, 2006. – 22 с.

20. Амосова К.М. “Шпагат” для випускників медвишів, і як з нього підвестися [Електронний ресурс] / К.М. Амосова // Українська правда. – 21.02.2017. – Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/columns/2017/02/21/222690/>. – Назва з екрана.

21. Антонець В.А. Шляхи оптимізації підготовки майбутніх сімейних лікарів на кафедрі педіатрії №1 / В.А. Антонець // Підготовка лікарів за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" у відповідності до "Наскрізної програми", затв. Міністерством охорони здоров'я України від 6 квіт. 2011 р.: тези доп. метод. конф., 24 квіт. 2013 р. / ред.: В.М. Мороз, Ю.Й. Гумінський, Л.В. Фоміна ; відп. за вип. А.М. Гулевич. – Вінниця: [б. и.], 2013. – 151 с. – С. 7.

22. Артемова Л.В. Педагогіка і методика вищої школи: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл.: інтерактив. технології в курсах навч. дисциплін / Л.В. Артемова. – Київ : Кондор, 2012. – 271 с.

23. Багрій І.П. Професійна підготовка майбутніх заняттєвих терапевтів в університетах Канади: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Іванна Петрівна Багрій; ДВНЗ "Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди". – Переяслав-Хмельницький, 2016. – 19 с.

24. Байденко В.И. Болонский процесс: структурная реформа высшего образования Европы / В.И. Байденко – Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2003. – 128 с.

25. Блаватская Т.В. Из истории греческой интеллигенции классического периода / Т.В. Блаватская – Москва: Наука, 1983. – 325 с.

26. Бородулин Ф.Р. История медицины. Избранные лекции / Ф.Р. Бородулин – Москва: МЕДГИЗ, 1961. – 254 с.
27. Бочарова О.А. Модернізація вищої школи у сучасній Франції: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Олена Анатоліївна Бочарова; Інститут вищої освіти АПН України. – Київ, 2006. – 196 с.
28. Бурдьє П., Пассрон Ж.-К. Воспроизводство: элементы теории системы образования / Пьер Бурдьє, Жан-Клод Пассрон / пер. с франц. Н.А. Шматко. – Москва: Просвещение, 2007. – 267 с.
29. Верхратський С.А., Заблудовський П.Ю. Історія медицини: навч. посібник. – 4-е вид., випр. і допов. / С.А. Верхратський, П.Ю. Заблудовський – Київ: Вища школа, 1991. – 431 с.
30. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. – Київ: Просвіта, 2001. – 416 с.
31. Вітенко І.С., Мельник І.В., Мельник Б.В. Удосконалення програм з навчальних дисциплін – шлях до поліпшення організації практичної підготовки лікарів. / І.С. Вітенко, І.В. Мельник, Б.В. Мельник. // Медична освіта. – 2012. – №3. – С. 10–12.
32. Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи: Підручник за модульно-рейтинговою системою навчання для студентів магістратури / С.С. Вітвицька – Київ: Центр навчальної літератури, 2006. – 384 с.
33. Виноградов О.В. Роль сімейної медицини в стратегії державного управління реформуванням системи охорони здоров'я / О.В. Виноградов // Главный врач : Специализир. информ. изд. – 2007. – № 8. – С. 62–67.
34. Владимірова І.М. Система высшего и среднего образования во Франции / И.М. Владимірова // Обзор, информация, НИИВШ. – Москва, 2007. – Вып. 3. – 60 с. – (Серия: Содержание, формы и методы обучения в высшей и средней специальной школе).
35. Волосовець Т.М., Булах І.Є. та інш. Ліцензійні інтегровані іспити як невід'ємна складова оцінки компетентності лікаря-стоматолога на

післядипломному етапі / Т.М. Волосовець, І.Є. Булах, М.Р. Мруга // Світ медицини та біології. –2014. – №2 (44). – С. 214–219.

36. Вороненко Ю.В., Лисенко Г.І. Запровадження сімейної медицини як наукової спеціальності — необхідна умова розвитку сімейної медицини в Україні / Ю.В. Вороненко, Г.І. Лисенко // Український медичний часопис. – 2007. – №6 (62) XI–XII.– С. 56–57.

37. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г. та ін. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи. / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, В.І. Ткаченко, Н.В. Медведовська, В.В. Краснов // Укр. Мед. Часопис. – 2014. – 3 (101), V/VI. – С. 116–120.

38. Вульфсон Б.Л. Педагогическая мысль в современной Франции: научное издание / Б.Л. Вульфсон. – Москва: Педагогика, 1983. – 184 с.

39. Вульфсон Б.Л. Стратегия развития образования на Западе на пороге XXI века. – Москва: УРАО, 1999. – 281 с.

40. Галузинський В.М. Основи педагогіки та психології вищої школи в Україні: навч. посібник для викладачів та аспірантів вузів / В.М. Галузинський, М.Б. Євтух; ІСДО, Київський лінгвістичний ун-т. – Київ: ІНТЕЛ, 1995. – 168 с.

41. Глушко Л.В. Проблеми контролю знань і вмінь лікарів-інтернів за спеціальностями "Внутрішні хвороби", "Загальна практика – сімейна медицина", "Медицина невідкладних станів" / Л.В. Глушко, Н.З. Позур, О.Р. Сарапук, В.Г. Міщук та ін. // Архів клініч. Медицини. – 2011. – №1. – С. 84–85.

42. Глушко Л.В. Сучасні проблеми та перспективи підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі навчання / Л.В. Глушко, В.М. Кулаєць // Сімейна медицина. – 2014. – №5. – С. 141–143.

43. Глушко Л. В. та ін. Аспекти професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на Прикарпатті / Л. В. Глушко, Т. Ю. Гавриш, Н. В. Чаплинська, Н. З. Позур // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – №3. – С. 40–42.

44. Глушко Л.В., Чаплинська Н.В. та ін. Удосконалення якості підготовки лікарів в умовах Болонського процесу / Л.В. Глушко, Н.В. Чаплинська, Н.З. Позур, Т.Ю. Гавриш // Медична освіта. – 2011. – №4 – С. 47–49.

45. Голотюк О.В. Підготовка вчителів іноземних мов в університетах Франції: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Олена Володимирівна Голотюк. – Одеса: Б.в., 2007. – 20 с.

46. Горпинюк О.П., Гайдаєнко О.Ф. Становлення комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря / О.П. Гарпинюк, О.Ф. Гайдаєнко // Підготовка лікарів за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" у відповідності до "Наскрізної програми" затв. Міністерством охорони здоров'я України від 6 квіт. 2011 р.: тези доп. метод. конф., (24 квіт. 2013 р.) / ред.: В.М. Мороз, Ю.Й. Гумінський, Л.В. Фоміна; відп. за вип. А.М. Гулевич. – Вінниця: [б. в.], 2013. – 151 с. – С. 30–31.

47. Грицак Е.Н. Популярная история медицины / Е.Н. Грицак. – Москва: Вече, 2003. – 494 с.

48. Грицько Р.Ю. Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів // Університетські наукові записки – 2012. – №4 (44). – С. 439–444.

49. Грицько Р.Ю. Державне регулювання підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі / Р.Ю. Грицько // Ефективність державного управління: Збірник наукових праць; Вип. 36. – 2013. — С. 144–150.

50. Джуринский А.Н. История зарубежной педагогики: Учебное пособие для вузов / А.Н. Джуринський – Москва: ФОРУМ-ИНФРА-М, 1998. – 272 с.

51. Денека М.Т. Формування професійно-термінологічних якостей у пізнавальній діяльності студентів / М.Т. Денека // Підготовка лікарів за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" у відповідності до "Наскрізної програми" затв. Міністерством охорони здоров'я України від 6 квіт.

2011 р.: тези доп. метод. конф., (24 квіт. 2013 р.) / ред.: В.М. Мороз, Ю.Й. Гумінський, Л.В. Фоміна; відп. за вип. А.М. Гулевич. – Вінниця: [б. в.], 2013. – 151 с. – с. 32.

52. Дуніна І.М. Функції тьютора в дистанційному навчанні Франції [Електронний ресурс] / І.М. Дуніна // Науковий вісник Донбасу. – 2012. – №3. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd\\_2012\\_3\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2012_3_7).

53. Емельянов Ю.М. Активное социально-психологическое обучение / Ю.М. Емельянов – Ленинград: Изд-во Ленингр. ун-та, 1985. – 166 с.

54. Загальна практика (сімейна медицина): Програма навчальної дисципліни для студентів VI курсу вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації / [уклад.: д.м.н., проф. О.М. Гиріна, к.м.н., доц. Т.Г. Лемзякова, к.м.н. ас. Кіржнер Г.Д.]; МОЗ України; Центр. метод. кабінет з вищої мед. освіти. – Київ, 2009. – 20 с.

55. Зараелян А.Г. Анализ всемирных реформ в области высшего образования и их приложения в сфере высшего медицинского образования / А.Г. Зараелян // Месячный Доклад Общественного Здоровья Армении. – Ереван, 2010. – №5. – 48 с.

56. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Електронний ресурс] // Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. – 16 с. – Режим доступу: . – Назва з екрана.

57. История Франции / под общей ред. Ж. Карпантье, Ф. Лебрена в сотрудничестве с Э. Карпантье и др.; предисл. Ж. Ле Гоффа; пер. с фр. М. Некрасова. – СПб.: Евразия, 2008. – 607 с.

58. История Франции / Йен Литтлвуд; пер. с англ. А.А. Бряндинской. – Москва: АСТ: Астрель, 2008. – 224 с.

59. Канівець О.М. Професійна підготовка лікарів ветеринарної медицини у Великій Британії та Україні: монографія / О.М. Канівець. – Київ: Видавництво «Логос», 2015. – 260 с.



60. Кашпирева Т.Б. Модернизация образования специалистов социальной сферы в системе многоуровневой подготовки студентов во Франции: дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.08 / Татьяна Борисовна Кашпирева. – Тула, 2004. – 214 с.

61. Кліщ Г.І. Професійна підготовка лікарів в університетах Австрії: автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Г.І. Кліщ. – Тернопіль, 2013. – 20 с.

62. Колегія МОЗ України підвела підсумки 2015 року та визначила завдання щодо реформування медичної галузі на поточний рік [Електронний ресурс] – 08.04.2016. – Режим доступу: . – Назва з екрана.

63. Колесник Ю.М., Нерянов Ю.М., Михайловська Н.С. Шляхи оптимізації підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на додипломному етапі відповідно до наскрізної програми. / Ю.М. Колесник, Ю.М. Нерянов, Н.С. Михайловська // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №1 (82). – С. 109–112.

64. Колесник Ю.М., Сиволап В.Д., Михайловська Н.С., Кулініч Т.О. Проблеми та перспективи підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі / Ю.М. Колесник, В.Д. Сиволап, Н.С. Михайловська, Т.О. Кулініч // Патологія, 2013. – №1 (27). – С. 7–9.

65. Курлянд З.Н. Теорія і методика професійної освіти : навч. посіб. / З.Н. Курлянд, Т. Ю. Осипова, Р. С. Гурін, І. О. Бартенєва, І. М. Богданова; ред. З.Н. Курлянд. – Київ: Знання, 2012. – 390 с.

66. Кучумова Н.В. Розвиток системи вищої медичної освіти у німецькомовних країнах (друга половина ХХ – початок ХХІ століття): автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Н.В. Кучумова; Дрогоб. держ. пед. ун-т імені І. Франка. – Дрогобич, 2012. – 20 с.

67. Лавриш Ю.Е. Професійна підготовка медичних сестер в університетах Канади: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Юліана Едуардівна Лавриш; АПН України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – Київ, 2008. – 269 с.

68. Лавриш Ю.Е. Трансформативне навчання як фактор неперервного навчання на прикладі системи професійної освіти Канади / Ю.Е. Лавриш // Вісник Черкаського університету. – 2016. – №1. – С. 53–58. – (Серія «Педагогічні науки»).

69. Лащихіна В.П. Розвиток системи підготовки педагогічних кадрів у Франції (друга половина ХХ – початок ХХІ століття): автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки» / В.П. Лащихіна. – Київ, 2009. – 22 с.

70. Левківський М.В. Історія педагогіки: Навч.-метод. посібник. Вид. 4-те. – Київ: Центр учбової літератури, 2011. – 190 с.

71. Лемішко Б.Б. Управління підготовкою фахівців сімейної медицини / Б.Б. Лемішко // Демократичне врядування : науковий вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України [Електронне видання]; вип. 3. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2009. – Режим доступу: . – Назва з екрана.

72. Лещук Г.В. Система професійної підготовки фахівців соціальної сфери у Франції: автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Г.В. Лещук. – Тернопіль, 2009. – 21 с.

73. Лисак Г.О. Переваги застосування активних методів навчання у процесі підготовки викладачів ВНЗ до контрольної-оцінювальної діяльності / Г.О. Лисак, С.В. Король // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". – 2012. – №5. – С. 121–124.

74. Лисенко М.Р. Реформирование системы высшего образования во Франции (80 – 90-е гг. ХХ века): дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Марина Романовна Лисенко. – Москва, 2002. – 236 с.

75. Лисицын Ю.П. История медицины: учебник / Ю.П. Лисицын. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.

76. Логуш Л.Г. Міжнародні стандарти медичної освіти / Л.Г. Логуш // Педагогічний процес: теорія і практика; вип. 2. – 2014. – С. 100–103.

77. Логуш Л.Г. Перспективні напрями розвитку медичної освіти в Україні / Л.Г. Логуш // Педагогічний процес: теорія і практика; вип. 3, 2013 – С. 117–123.
78. Логуш Л.Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Л.Г. Логуш; Київський університет імені Бориса Грінченка. – Київ, 2016. – 238 с.
79. Майхнер Х.Е. Корпоративные тренинги / Х.Е. Майхнер – Москва: ЮНИТИ, 2002. – 354 с.
80. Маккалох Дж.А. Религия древних кельтов / пер. с англ. С.П. Евтушенко. – Москва: ЗАО Центр полиграф, 2004. – 334 с.
81. Максименко А.П. Становлення і розвиток системи університетської освіти Франції (XIX–XX століття): дис. ... доктора пед. наук: 13.00.01 / Максименко Анатолій Петрович; Інститут вищої освіти АПН України. – Київ, 2008. – 447 с.
82. Максимова В.Н. Межпредметные связи в процессе обучения – Москва: Просвещение, 1988. – 192 с.
83. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории [Електронний ресурс] / С. М. Марчукова – Режим доступу: . – Назва з екрана.
84. Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів (м. Львів 7–9 листопада 2001 р.): матеріали тимчасових колективів / Укр. асоц. сімейн. медицини; редкол.: В.Ф. Москаленко (голов. ред.) та ін. – Київ; Львів: [б. в.], 2001. – 243 с.
85. Махмутов М.И. Теория и практика проблемного обучения / М.И. Махмутов. – Казань, 1972. – 156 с.
86. Мельник Т.В. Состояние и тенденции развития высшего образования в современной Франции : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Татьяна Васильевна Мельник. – Таганрог, 1998 – 231 с.
87. Михайленко Л.А. Развитие профессионализма семейных врачей в университетах США: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Михайленко

Лорена Анатоліївна; Нац. акад. пед. наук України; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – Київ, 2015. – 21 с.

88. Михайловська Н.С. Сучасні аспекти підготовки лікарів загальної практики у вищих медичних навчальних закладах / Н.С. Михайловська // Проблеми вищої школи. – 2014. – №2 (53). – С. 137–139.

89. Молчанов А.С. Бихевиористский подход в профессиональной подготовке медицинских работников [Электронный ресурс] / А.С. Молчанов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). – Назва з екрана.

90. Москалюк В.Д., Сидорчук А.С. Якісна медична освіта в Україні на додипломному етапі: міф чи реальність? / В.Д. Москалюк, А.С. Сидорчук // Молодий вчений. – 2014. – №1(03). – С. 155–157.

91. Науково обгрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: метод. рек. / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. ін-т стратег. досліджень МОЗ України; уклад.: Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Слабкий В.Г., Олійник М.В. – Київ: [б. в.], 2010. – 27 с.

92. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я. – 2015. – 41 с.

93. Одринський В.А. Відповідність української загальної практики/сімейної медицини європейському визначенню / В.А. Одринський // Сучасні медичні технології. – 2012. – № 3. – С. 82–86.

94. Онушкина Е.В. Непрерывное профессиональное образование взрослых во Франции: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Екатерина Викторовна Онушкина. – СПб., 2005 – 190 с.

95. О проблемах подготовки врача общей практики / М.П. Павловский, Б.С. Зименковский, В.П. Выговский [и др.] // Врачебное дело. – 1989. – №5 (962). – С. 1–5.

96. Організація підготовки лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» на базах стажування протягом заочного етапу навчання: Навчальний посібник для керівників заочних баз стажування / за ред. Н.Г. Гойди, Л.Ф. Матюхи, Л.В. Хіміон, О.Т. Шекери та ін. – Київ: Наша родина плюс, 2014. – 152 с.
97. Орехова Е.Я. Образование во Франции: традиции и реформы ): дис. ... доктора пед. наук: 13.00.01 / Елена Яковлевна Орехова. – Тула, 2004. – 352 с.
98. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – Київ: ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.
99. Паламаренко І.О. Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії: монографія / за заг. ред. Я.В. Цехмістера. / І.О. Паламаренко. – Київ, 2014. – 246 с.
100. Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні: матеріали Науково-практичної конференції (Чернівці, 13-14 квітня 2005 року). – Чернівці: Медуніверситет, 2005. – 212 с.
101. Плюшкина Т.А. Содержание и технологии подготовки менеджеров в высших профессиональных школах Франции: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Татьяна Александровна Плюшкина. – Казань, 2004. – 157 с.
102. Проект Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р. [Електронний ресурс] / МОЗ України. – 2011. – Режим доступу: . – Назва з екрана.
103. Профессиограмма врача общей практики (семейного врача) / М.П. Павловский, В.П. Выговский, И.О. Мартынюк [и др.]. – Львов, 1988. – 15 с.
104. Профессиональная педагогика: учебник для студентов, обучающихся по педагогическим специальностям и направлениям / под ред. С.Я. Батышева, А.М. Новикова. – Издание 3-е, переработанное. – Москва: ЭГВЕС, 2009. – 456 с.
105. Реформа медосвіти: випускний іспит буде чесним і достатньо складним [Електронний ресурс] / О. Лінчевській // Громадське радіо. –

28.01.2017. – Режим доступу: <https://hromadskeradio.org/programs/hromadska-hvylya/reforma-medosvity-vypusknyu-ekzamen-bude-chesnym-i-dostatno-skladnym>. – Назва з екрана.

106. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: статус та наступні кроки [Електронний ресурс] / МОЗ України. – 2016. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20160217\\_d.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160217_d.html). – Назва з екрана.

107. Рівень смертності в Україні – один з найвищих в світі [Електронний ресурс] // За лаштунками: Соціальні новини. – 08/09/2016. – Режим доступу: <http://zl.if.ua/riven-smertnosti-v-ukrajini-odyn-z-najvyschyh-v-sviti/>. – Назва з екрана.

108. Робоча програма з дисципліни “Загальна практика – сімейна медицина” підготовки спеціаліста напряму 1201 “медицина” спеціальність 7.12010001 “Лікувальна справа”, 7.12010002 “Педіатрія”. – Запоріжжя, 2014. – 27 с.

109. Романенко О.В. Реформування професійної підготовки майбутніх учителів середніх навчальних закладів Франції: автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Оксана Василівна Романенко. – Луганськ, 2007. – 22 с.

110. Самарук Н.М. Теоретичні аспекти міжпредметності / Н.М. Самарук // Викладання мов у вищ. навч. закл. освіти на сучас. етапі. Міжпредмет. зв'язки; вип. 14. – 2009. – С. 178–186.

111. Сімейна медицина – досягнення і перспективи: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., (Харків, 17-18 жовт. 2002 р.) / М-во охорони здоров'я України. – Київ: Харків, 2002. – 244 с.

112. Система управління якістю медичної освіти в Україні: Монографія / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко та ін. – Донецьк: АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.

113. Системы высшего образования стран Запада: Справочник / ред.: В.И. Зубарев, А.Е. Голубев, В.Ф. Станис. – Москва: Изд-во РУДН, 1991. – С.122-144.

114. Система моніторингу та оцінювання якості освіти: наукове-методичне видання / під ред. І.Є. Булах. – ПРООН-МФВ, 2002. – 142 с.

115. Словник української мови: в 11 тт. / АН УРСР. Інститут мовознавства; за ред. І.К. Білодіда. – Київ: Наукова думка, 1970–1980. – Том VII, 1976. – 724 с.

116. Словник української мови: в 11 тт. / АН УРСР. Інститут мовознавства; за ред. І. К. Білодіда. – К.: Наукова думка, 1970–1980. – Том XI, 1980. – 700 с.

117. Смолкин А.М. Активные методы общения при экономической подготовке руководителей производства / А.М. Смолкин – Москва: Знание, 1976. – 72 с.

118. Смужаниця Д.І. Система вищої освіти Франції: історичний досвід та сучасний стан / Д.І. Смужаниця // Наук. вісник Ужгород. нац. ун-ту; вип. 29. – 2013. – С. 211–212. – (Серія «Педагогіка, соціальна робота»).

119. Снісар О.А. Зарубіжний досвід впровадження проблемного навчання в медичну освіту / О.А. Снісар // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського; вип. 42, ч.1. – 2014. – С. 263–266. – (Серія «Педагогіка і психологія»).

120. Снісар О.А. Особливості впровадження методів проблемно-модульної технології у професійну підготовку молодших медичних спеціалістів / О.А. Снісар // Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка; вип. 107(2). – 2012. – С. 160–167. (Серія «Педагогічні науки»).

121. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Т.С. Сорокина. – 9-е изд., стер. – Москва: Издательский центр «Академия», 2009. – 560 с.

122. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие / Е.Ю. Васильева, Ж. Массар, О.В. Енина и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. – 283 с.

123. Стечак Г.М. Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів / Г.М. Стечак // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2014. – №4. – С. 273–278.

124. Стечак Г.М. Підготовка майбутніх сімейних лікарів до виконання соціально-педагогічних функцій / Г.М. Стечак // Молодий вчений. – 2015. – №9(2). – С. 74–77.

125. Стеченко О. Євроінтеграційні зміни у вищій медичній та фармацевтичній освіті: найближчі перспективи / О. Стеченко // Людинознавчі студії. Педагогіка; вип. 1(33). – 2015. – С. 202–211.

126. Стоянова Л.В. Оптимизация диалогического взаимодействия преподавателей и студентов в условиях медицинского вуза: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Лела Вахтанговна Стоянова. – Иркутск, 2005. – 162 с.

127. Страбон. География / пер. с др.-греч. Г.А. Стратановского под ред. О.О. Крюгера, общ. ред. С.Л. Утченко. – 2-е изд., репр. – Москва: Ладомир, 1994. – 944 с.

128. Стрільчук Л.М., Шумлянський І.В., Ільницька Л.А. Якісна підготовка лікаря загальної практики-сімейної медицини – запорука успішності медичної реформи (огляд) / Л.М. Стрільчук, І.В. Шумлянський, Л.А. Ільницька // Практикуючий лікар. – 2015. – №2. – С. 75–77.

129. Стучинська Н.В. Фундаментальна природничо-наукова підготовка майбутніх лікарів у контексті сучасної освітньої парадигми / Н.В. Стучинська // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету; вип. 13. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2007. – С. 105–106. – (Серія педагогічна «Дидактика фізики і підручника фізики (астрономії) в умовах формування європейського простору вищої освіти»).



130. Талалаєнко О.М., Саглай І.І. та ін. Організаційні моменти виробничої практики в медичному університеті. / О.М. Талалаєнко, І.І. Саглай, А.В. Чуриліна, І.К. Ляхов, В.В. Сичова, Н.С. Ханкевич, І.В. Єрошенко, Д.І. Масюта, Г.В. Зуєва, С.І. Такташов, Л.Ф. Чала, Р.Ф. Махмутов // Медична освіта. – 2002. – №4. – С. 25–26.

131. Тихолаз С.І. Діалогізація педагогічної взаємодії як умова розвитку професійної спрямованості студентів медичного університету / С.І. Тихолаз // Наукові записки. – 2012. – №2. – С. 22–27. – (Серія «Педагогіка»).

132. Уліаш П.Б. Вплив польсько-українських зв'язків на розвиток вищої медичної освіти і науки в Польщі та Україні до початку ХХ століття: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.04 «Історія медицини» / П.Б. Уліаш. – Київ, 2010. – 23 с.

133. Хаджинова Н.А. Стан і перспективи розвитку геріатричної спрямованості у діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Хаджинова Наталія Афанасіївна; АМН України, Інститут геронтології. – Київ, 2008. – 140 с.

134. Харлашина Е.В. Профессиональная подготовка среднего медицинского персонала во Франции: система, содержание, технологии: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Екатерина Валерьевна Харлашина. – Орел, 2015. – 205 с.

135. Хоменко В.В. Підготовка майбутніх менеджерів освіти у вищих навчальних закладах Франції: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / В.В. Хоменко; Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. – Луганськ, 2012. – 20 с.

136. Царева А.В. Подготовка библиотечно-информационных специалистов в системе высшего образования Франции: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 05.25.03 / Александра Владимировна Царева. – Самара, 2005. – 221 с.

137. Цехмістер Я.В. Відбір учнів на професії медичного профілю: аналіз зарубіжного досвіду / Я.В. Цехмістер // Неперервна професійна освіта: теорія і практика; вип. 2. – 2001. – С. 163–171.

138. Чепурна М.В. Основні тенденції гуманітаризації професійної освіти в країнах Західної Європи (Німеччина, Велика Британія, Франція): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Мирослава Володимирівна Чепурна; ДВНЗ "Переяслав-Хмельницьк. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди". – Переяслав-Хмельницький, 2015. – 18 с.
139. Шапкін В.Є. Роль лікаря загальної практики в наданні медичної допомоги похилим сім'ям / В.Є. Шапкін // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. – №3. – С. 144–147.
140. Шекера О. Підготовка сімейного лікаря: марш-кидок по-українськи? / О. Шекера // Ваше здоров'я. – 2014. – №48/49. – С. 8–9.
141. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.
142. *Abecedaire de médecine générale* [Електронний ресурс] – Режим доступу: . – Назва з екрана.
143. Abramovych V. National ranking examination as standardized quality assessment system of higher medical education in France / Veronika Abramovych // Педагогічна теорія і практика: зб. наук. праць; вип. 5. – Київ: КиМУ, 2014. – 524 с. – С. 30–74.
144. Abramovych V. Physicians' training in France and Ukraine: comparative study / Veronika Abramovych // *Gulustan-Black Sea Scientific Journal of Academic Research*. – Vol. 32, Issue 06. – October-December 2016. – P. 10–15.
145. Adams W.L. *History of medicine and surgery from the earliest times* / W.L. Adams. – Portland, Oregon, 1888. – 178 p.
146. *Affaire C-238/98 Hugo Fernando Hocsman contre Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: . – Назва з екрана.

147. Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015 / ARS, Service de la Démographie Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale. – Janvier 2016. – 21 p.

148. Agnely L. De la Réforme médicale en France. Lettre au Congrès médical de Paris [Электронный ресурс] / Lyon Agnely // Savy jeune. – [Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris), 1845]. – 32 p. – Режим доступа: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90943x01x10>. – Назва з екрана.

149. Aguzzoli F., Le Fur P., Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale / F. Aguzzoli, P. Le Fur, C. Sermet. – Paris: CREDES, 1994. – 1008 p.

150. Ali A.S. Educators stress on student focused learning [Электронный ресурс] / A.S. Ali // NCR Tribune journal on-line. – The Tribune Trust, Chandigarh, India, March 15, 2005. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

151. Ambroise-Thomas P. La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui [Электронный ресурс] / Pierre Ambroise-Thomas // Académie des Sciences Morales et Politiques: séances publiques. – Séance du 18 juin 2008. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

152. Ambroise-Thomas P. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes / P. Ambroise-Thomas // Bulletin de l'Académie nationale de médecine: rédacteur en chef J. Cambier. – 2002. – Tome 186. – P. 1103–1109.

153. Analyse de l'orientation et des poursuites d'études des lycéens à partir de la procédure admission post-bac. Rapport n° 2012–123 / A. Henriet, G. Pietryk, N. Billy, F. Louveaux, M. Lugnier, B. Pajot, A.-M. Romulus, Ch. Torossian // Inspection générale de l'éducation nationale. – Octobre 2012. – 79 p.

154. Anemf.org [Электронный ресурс]. – [Association Nationale des Etudiants en Medecine]. – Режим доступа: <http://www.anemf.org>.

155. Andrault R., Bucheneau S., Crignon C., Rey A.-L. Médecine et philosophie de la nature humaine de l'âge classique aux Lumières. Anthologie. / R.

Andrault, S. Bucheneau, C. Crignon, A.-L. Rey – Paris: Classiques Garnier, 2014. – 500 p.

156. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023850797&dateTexte=20160305>. – Назва з екрана.

157. Attali C., Huez J.-F., Valette T., Lehr Drylewicz A.-M. Les grandes familles de situations cliniques / C. Attali, J.-F.Huez, T. Valette, A.-M.Lehr Drylewicz // Exercer “La revue francophone de médecine générale”. – 2013. – №108 – P. 165–169.

158. Atlas de la démographie médicale 2015 [Электронный ресурс] / Conseil National de l’Ordre des Médecins. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

159. Baudrit A. Tuteur: une place, des fonctions, un métier ? / A. Baudrit. – Paris : PUF, 1999. – 163 p.

160. Barrie S.C., Ginns P., Prosser M. Early Impact of an institutionally aligned, student focused learning perspective on teaching quality assurance /S.C. Barrie, P. Ginns, M. Prosser // Assessment & Evaluation in Higher Education. – 2005. – Vol. 30, №6. – P. 641–656.

161. Bernard J.-L., Reyes P. Apprendre, en médecine / Jean-Louis Bernard, Pierre Reyes // Pédagogie Médicale. – 2001. – №2. – P. 163–169.

162. Bertereau V. Faire médecine après un diplôme paramédical : bon plan ou pas? [Электронный ресурс] / Virginie Bertereau // L’Étudiant. – Publié le 01.10.2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

163. Bertereau V. Faire médecine après un master, une grande école, un doctorat: bon plan ou pas? [Электронный ресурс] / Virginie Bertereau // L’Étudiant. – Publié le 07.10.2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

164. Bertereau V. Licencesanté: trois nouvelles expérimentations pour la rentrée 2015 [Электронный ресурс] / Virginie Bertereau // L'Étudiant. – Publié de 03.10.2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

165. Bertereau V. Médecine: les futurs internes choisissent leur spécialité [Электронный ресурс] / Virginie Bertereau // L'Étudiant. – Publié de 30.08.2016. – Режим доступа: [www.letudiant.fr/etudes/medecine-les-futures-internes-choisissent-leur-specialite.html](http://www.letudiant.fr/etudes/medecine-les-futures-internes-choisissent-leur-specialite.html). – Назва з екрана.

166. Bonner T.N. Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750–1945 / Thomas Neville Bonner. – Oxford: Oxford University Press, 1995. – 412 p.

167. Bourdieu P., Gros F. Principes pour une réflexion sur les contenus de l'enseignement / P. Bourdieu, F. Gros. – Impr. nationale, 1989. – 14 p.

168. Bourdieu P., Passeron J.-C. Les étudiants et leurs études / P. Bourdieu, J.-C. Passeron. – La Haye: Mouton, 1964. – 149 p.

169. Bourgueil Y. Démographie et ressources humaines en santé / Y. Bourgueil // Traité de santé publique. – Paris: Lavoisier Médecine Sciences, 2016. – P. 381–387.

170. Bousquet M.-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline: Thèse doctorat en médecine, spécialité: Médecine générale / Marie-Alice Bousquet; Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), Faculté de médecine. – Paris, 2013. – 199 p.

171. Brockliss L., Rogers R. L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation / Laurence Brockliss, Rebecca Rogers // Histoire de l'éducation. – 1989. – №42. – P. 79–110.

172. Bronner C. Les 5 fonctions de la Médecine Générale [Электронный ресурс] / Claude Bronner // IMG. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

173. Brown C.L. Content Based ESL Curriculum and Academic Language Proficiency [Электронный ресурс] / Clara Lee Brown // The Internet TESL Journal. – 2004. – Vol. X, №2. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

174. Building primary care in a changing Europe / edited by Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson and Richard B. Saltman // The European Observatory on Health Systems and Policies. – World Health Organization, 2015. – 172 p.

175. Camaré-Querci R. et al. Formation à la communication scientifique et interpersonnelle en anglais pour la santé: quelle prise en charge en formation initiale et en formation continue? Vers une harmonisation de l'enseignement en France métropolitaine / Rita Camaré-Querci, Félicie Pastore, Jonathan Broner et Maelle Allibe // Pédagogie Médicale. – 2010. – №10 (4). – P. 281–292.

176. Castronova J.A. Discovery Learning for the 21st Century: What is it and how does it compare to traditional learning in effectiveness in the 21st Century? / Joyce A. Castronova // Action Research Exchange. – 2002. – №1 (1). – P. 1–12.

177. Chamberland M. et al. Évolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat: une étude exploratoire / Martine Chamberland, René Hivon, Jacques Tardif, Denis Bedard // Pédagogie médicale.–Vol. 2, №1. – Février 2001.– P. 9–17.

178. Chartrand S.-G., De Koninck G. La clarté terminologique pour plus de cohérence et de rigueur dans l'enseignement du français / Suzanne-G.Chartrand, Godelieve De Koninck // Québec français. – 2009. – P. 143–145.

179. Clement E., Demonque C., Hansen-Love L. et al. Pratique de la philosophie de A à Z / E. Clement, C. Demonque, L. Hansen-Love. – Paris: Hatier, 1994. – 383 p.

180. Code de la santé publique [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>. – Назва з екрана.

181. Code de l'éducation [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191>. – Назва з екрана.

182. Cohen P.A., Kulik J.A., Kulik Ch.-L.C. Educational Outcomes of Tutoring: A Meta-analysis of Findings / Peter A. Cohen, James A. Kulik, Chen-Lin

C. Kulik // American Educational Research Journal. – June 20, 1982. – №19. – P. 237–248.

183. Compagnon L., Bail P., Huez J.-F., Stalnikiewicz B., Ghasarossian C., et al. Les niveaux de compétences: Exercer / Laurence Compagnon, Philippe Bail, Jean-François Huez, Bertrand Stalnikiewicz, Christian Ghasarossian, Yves Zerbib, Claude Piriou, Émilie Ferrat, Samuel Chartier, Julien Le Breton, Vincent Renard, Claude Attali // La revue française de médecine générale. – 2013. – Volume 24, №108. – P. 156–164.

184. Corlieu A. Centenaire de la faculté de médecine de Paris (1794–1894) [Электронный ресурс] / Auguste Corlieu – Paris, 1896. – [Bibliothèque numérique Medic@]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

185. Corlieu A. L'ancienne faculté de médecine de Paris [Электронный ресурс] / AugusteCorlieu // Bibliothèque numérique Medic@. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

186. Country report: medical education in France / Christophe Segouin, Jean Jouquan, Brian Hodges, Pierre-Henri Brechat, Stephane David, Dominique Maillard, Benoit Schlemmer, Dominique Bertrand // Medical Education. – Blackwell Publishing Ltd., 2007. – №41. – P. 295–301.

187. Cours L1 Sante [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [://www.l1-sante.net/cours-l1-sante.php](http://www.l1-sante.net/cours-l1-sante.php). – Назва з екрана.

188. Coury Ch. L'enseignement de la médecine en France, des origines à nos jours / Charles Coury – Paris: ESF, 1968. – 200 p.

189. Coury Ch. The teaching of medicine in France from the beginning of the seventeenth century / Charles Coury // The history of medical education: An International Symposium (February 5–9, 1968) / Under the editorship of O'Mally. – Loss Angeles: Univ. Of California Press, 1970. – Vol. 673. – P. 121–172.

190. Création de la filière universitaire de médecine générale / Valerie Delahaye-Guillocheau, Agnes Jeannet, Michel Vernerey // Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche. – 2007. – 3 p.

191. Cuq J.-P. Dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde / Jean-Pierre Cuq.– Paris: Clé International, 2003. – 303 p.
192. Damon W., Phelps E. Critical Distinctions Among Three Approaches to Peer Education / William Damon, Erin Phelps // International Journal of Educational Research. – Elsevier Ltd., 1989. – №13 (1). – P. 9–19.
193. Darricau-Lugat C. Regards sur la profession médicale en France médiévale / Caroline Darricau-Lugat // Cahiers de recherches médiévales. – Orléans: Centre d'études médiévales, 1999. – 21 p.
194. Darin K. Cultural Capital and Performance in Medical Education / Karin Darin // Journal of Social Sciences. – 2012. – №8 (3). – P. 397–406.
195. De Beauchamp A. Recueil des lois et reglements sur renseignement superieur, Paris 1880–83 [Электронный ресурс] / Arthur Marais de Beauchamp.– Paris: Delalain frères, 1880–1915. – [Gallica, la bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
196. Denef J.-F. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans la formation médicale, au service de l'acquisition et du développement des compétences professionnelles / Jean-François Denef. – Pédagogie Médicales, 2001. – Vol. 2, №1 – P. 42–50.
197. Denoux S. Apprendre en stage: situation de travail, interactions et participation [Электронный ресурс] / Souâd Denoux // Éducation et socialisation. – 2014. – №35. – Режим доступа: <http://edso.revues.org/642>. – Назва з екрана.
198. D.E.S. de médecine générale [Электронный ресурс] / InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. – Режим доступа: <http://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>. – Назва з екрана.
199. Dictionnaire Larousse [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>. – Назва з екрана.
200. Diplome inter-universitaire d'anglais medical (DIVAM) [Электронный ресурс] / InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de



Médecine Générale. – Режим доступа: <http://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>. – Назва з екрана.

201. Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM / Robert Nicodeme, Xavier Deau // Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26 juin 2008. – 7 p.

202. Données sur les médecins au 1er janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS: Sources et Définitions [Электронный ресурс] / DREES. – 16 avril 2015. – 6 p. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

203. Donegan C.F. Dr. Guillotin – reformer and humanitarian / Ciaran F. Donegan // Journal of the Royal Society of Medicine. – 1990. – Vol. 83. – P. 637–639.

204. Donner R. S., Bickley H. Problem-based learning in American medical education: an overview / R. S. Donner, H. Bickley // Bull. Med. Libr. Assoc. – 1993. – Vol. 81 (3). – P. 294–298.

205. Dorison C., Kahn P. Roger Gal et Louis Le grand ou les trente glorieuses de la réforme pédagogique / Catherine Dorison, Pierre Kahn // Carrefours de l'éducation. – 2011. – №31. – P. 89–104.

206. Dory V., Pouchain D., Beaulieu M.-D. et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes / Valérie Dory, Denis Pouchain, Marie-Dominique Beaulieu, Dominique Pestiaux, Bernard Gay, Guy Rocher, Laurier Boucher // Exercer: La revue française de médecine générale. – 2009. – Vol. 20, №85. – P. 4–7.

207. Druais P.-L. La médecine générale: une jeune spécialité pleine d'avenir / Pierre-Louis Druais // Bulletin de l'Académie nationale de médecine / rédacteur en chef: professeur Jean Cambier. – 2013. – Tome 197, №7. – P. 1469–1473.

208. Dubouchet A. Les anciens diplomes de l'école de médecine de Montpellier: Étude historique d'après des documents originaux [Электронный ресурс] / A. Dubouchet // Extrait de la Gazette hebdomadaire des Sciences

Médicales. – Montpellier, 1884. – 42 p. [Bibliothèque de l'École Nationale des Chartes]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

209. Dulieu L. Le mouvement scientifique montpelliérain au XVIIIe siècle / Louis Dulieu // Revue d'histoire des sciences et de leurs applications. – 1958. – Tome 11, №3. – P. 227–249.

210. Durand-Fardel R. L'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris: Centenaire de l'internat, 1802-1902 [Электронный ресурс] / Raymond Durand-Fardel – Paris, 1903. – 286 p. – [Gallica, la bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

211. Durkheim É. L'évolution pédagogique en France: Une édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay [Электронный ресурс] / Émile Durkheim. – Paris, 1938. – Режим доступа: [http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/evolution\\_ped\\_france/evolution\\_ped\\_france.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/evolution_ped_france/evolution_ped_france.html). – Назва з екрана.

212. E-learning – Faire mieux pour l'Europe / DG Education et culture; Commission européenne. – Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003. – 32 p.

213. Endrizzi L. Savoir enseigner dans le supérieur: un enjeu d'excellence pédagogique [Электронный ресурс]. / L. Endrizzi // Dossier d'actualité. Veille et analyses. – 2011. – №64. – Режим доступа: <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=64&lang=fr>. – Назва з екрана.

214. Enseigner et exercer la médecine générale. Le futur D.E.S de la médecine générale: Retranscription des plénières du Congrès (26 & 27 novembre 2015) / Xavier Gocko, Benoît Schlemmer, Frédéric Huet, Christian Ghasarossian, Trystan Bacon // CNGE Collège Académique. – 25 p.

215. Épreuve de lecture critique d'un article médical [Электронный ресурс].  
– Режим доступа: [://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/LectureCritiqueArticle.pdf](http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/LectureCritiqueArticle.pdf).  
– Назва з екрана.
216. État de la médecine au XVIIIe siècle [Электронный ресурс]. –  
[Bibliothèque numérique Medic@]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
217. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015:  
la construction interne de la FUMG / A. Taha, P. Boulet, J.-N. Beis, J. Yana, E.  
Ferrat, M. Calafiore, V. Renard // Exercer: la revue francophone de médecine  
générale. – 2015. – Vol. 122. – P. 267–282.
218. Études de Santé (Médecine, Odontologie, Pharmacie, Maïeutique)  
[Электронный ресурс]. – [Admission PostBac: Le portail national de coordination  
des admissions dans l'enseignement supérieur]. – Режим доступа: . – Назва з  
экрана.
219. Étudiants et internes en médecine, étudiants en odontologie: Le contrat  
d'engagement de service public – CESP / Agence régionale de santé Rhône-Alpes. –  
2014. – 19 p.
220. Expérimentation des modalités d'admission dans le cadre des études de  
santé [Электронный ресурс] / Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement  
supérieur et de la Recherche. – 26.06.2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
221. Faculté de Médecine de Montpellier [Электронный ресурс] // Portraits  
de Médecins. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
222. Faculté de Médecine de l'Université Aix-Marseille. L'enseignement  
[Электронный ресурс] // La politique pédagogique. – Режим доступа:  
<http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/enseignement/censeignement.html>. – Назва  
з екрана.
223. Filière Universitaire de Médecine Générale [Электронный ресурс] /  
SRP-IMG – Syndicat Représentatif Parisien des Internes de Médecine Générale. –  
Режим доступа: . – Назва з екрана.

224. Fioraso G. “Nous lançons la première plateforme francophone de MOOC” [Электронный ресурс] / Yannick Demoustier // Le Journal du Net. – 04.10.2013. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
225. Frappé P., Attali C., Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale / Paul Frappé, Claude Attali, Yves Matillon // Exercer: La revue française de médecine générale. – 2010. – Vol. 21, №91. – P. 41–46.
226. Frenay M., Bédard D. Le transfert des apprentissages / M. Frenay, D. Bédard // Apprendre et faire apprendre. – Paris : Presses Universitaires de France, 2006. – P. 123–136.
227. Frexinos J. La grande histoire des CHU / Jacques Frexinos. – Toulouse: Éditions Privat, 2009. – 65 p.
228. Gaidioz C., Ruhlmann S., Zerbib Y. Pourquoi la spécialité Médecine Générale est-elle mal classée aux choix des Epreuves Classantes Nationales?: étude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM 1 au DCEM 4: Thèse de médecine / Camille Gaidioz, Stéphane Ruhlmann, Yves Zerbib. – Lyon I, 2008. – 113 p.
229. Gallois P., Vallée J.-P. Médecine générale: désenchantement et perspectives d’avenir / Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée // Médecine: la revue. – 2008. – Vol. 4, №3. – P.100–101.
230. Gaustad J. Tutoring for At-Risk Students / Joan Gaustad // OSSC Bulletin. – 1992. – Vol. 36, №3. – 82 p.
231. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale / Bernard Gay // La presse médicale. – 2013. – Vol. 42, №3. – P. 258–260.
232. Gay B. What’s New in the Updated European Definition of General Practice/Family Medicine? / Bernard Gay // Journal of General Practice. – Los Angeles: OMICS Publishing Group. – 2013. – Vol. 1, Issue 2. – P. 111.

233. Gervais J.-B. ECN 2015: la médecine générale reprend un peu des couleurs [Электронный ресурс] / Jean-Bernard Gervais // Medscape. – 27 oct. 2015. – [WebMDLLC, 1994–2016]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

234. Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale / Didier Giet // La Revue de la Médecine Générale. – 2008. – №252. – P. 154–156.

235. Gillon E. Histoire de l'enseignement [Электронный ресурс] / Eric Gillon. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

236. Gordon R.F. Rabelais à la Faculté de médecine de Montpellier: Autographes, documents et fac-simile / Richard Gordon – Montpellier: C. Coulet, 1876. – 58 p.

237. Gramond C. Programme d'enseignement au raisonnement clinique des étudiants en stage dans la structure d'urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué: En vue de l'obtention du diplôme d'université de pédagogie dans l'enseignement supérieur / Christophe Gramond; Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales. – Bordeaux, 2016. – 43 p.

238. Green L.A., Fryer G.E., Yawn B.P., et al. The ecology of medical care revisited / Larry A. Green, George E. Fryer, Barbara P. Yawn, David Lanier, Susan M. Dovey // The New England Journal of Medicine. – 2001. – Vol. 344, №26. – P. 2021–2025.

239. Guide de l'apprentissage par compétences ou comment mieux appréhender les évaluations de médecine générale [Электронный ресурс] / InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. – Режим доступа: [http://www.isnarimg.com/sites/default/files/publications/130411\\_isnarimg\\_guide\\_apprentissageparcompetences.pdf](http://www.isnarimg.com/sites/default/files/publications/130411_isnarimg_guide_apprentissageparcompetences.pdf). – Назва з екрана.

240. Guide de lecture critique d'un article medical original (LCA) / Coordinateurs: B. Goichot et N. Meyer. – Faculté de Médecine de Strasbourg, Septembre 2011. – 75 p.

241. Guide de l'externe en médecine. – UFR Santé d'Angers, 2016. – 64 p.

242. Guide de l'interne DES de Médecine Générale. – Université Paris 7, année universitaire 2014–2015. – 46 p.
243. Guide de l'interne - Diplôme d'études spécialisées en médecine générale / DMG Rennes – Année universitaire 2015–2016. – 49 p.
244. Guide du candidat 2014. – Version du 13/12/2013 [Электронный ресурс]. – [Admission PostBac: Le portail national de coordination des admissions dans l'enseignement supérieur]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
245. Guide du Tutorat D.E.S. Médecine générale / Université d'Angers, Faculté de médecine, Département de médecine générale. – Novembre 2014. – 20 p.
246. Guide pratique de l'interne en médecine générale à Lyon / Université Claude Bernard Lyon 1 – Année 2014–2015. – 74 p.
247. Guide pratique du portfolio (Lyon): Guide réalisé à partir du travail de thèse d'Anne-Sophie Goutorbe (2014) / Université Claude Bernard Lyon 1. – 2015–2016. – 24 p.
248. Hardy-Dubernet A.-Ch., Arliaud M., Horellou-Lafarge Ch., et al. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins: Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98: Processus de décision et changements des systèmes de santé / Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc // Laboratoire Georges Friedmann, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail. – 2001. – 200 p.
249. Harrison E.F. The Managerial Decision-Making Process / E. Frank Harrison. – 5th Edition. – USA: Houghton Mifflin Company, 1999. – 555 p.
250. Hayes S.C., Farnill D. Medical training and English language proficiency / Susan C. Hayes, Douglas Farnill // Medical Education. – 1993. – Vol. 27, Issue 1. – P. 6–14.
251. Histoire de l'internat [Электронный ресурс] / Association Amicale des Anciens Internes en Médecine des Hôpitaux de Paris (AAIHP). – Режим доступа: . – Назва з екрана.

252. Histoire des chirurgiens, des barbiers et des barbiers-chirurgiens [Электронный ресурс] // Portraits de Médecins. – Режим доступа: [http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers\\_institutions/chirurgiens\\_barbiers.html](http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/chirurgiens_barbiers.html). – Назва з екрана.

253. Hull M. Whose needs are we serving: How Is The Design Of Curriculum For English For Medical Purposes Decided? / Melodie Hull // International Symposium of English for Medical Purposes. – Beijing Medical University, Beijing, China, 2006. – 12 p.

254. Information sur les Epreuves Classantes Nationales en médecine sous forme informatisée (ECNi) – premières épreuves-tests – 7 au 11 décembre 2015 [Электронный ресурс] / Centre National de Gestion (CNG) – Режим доступа: . – Назва з екрана.

255. Internes de médecine: plus d'étudiants affectés et plus de visibilité sur les postes [Электронный ресурс] // l'Etudiant – Publié le 07.07.2011. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

256. Jaffrelot M., Croguennec Y., Ammirati C., L'Her E. Les méthodes pédagogiques d'avenir / M. Jaffrelot, Y. Croguennec, C. Ammirati, E. L'Her // Urgences 2012. – Chapitre 85. – P. 1–9.

257. Joiron C. Une contribution aux systèmes supports de Formation Médicale Continue à distance et d'apprentissage entre pairs: conception et expérimentation du forum DIACOM: Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur de l'Université de Picardie Jules Verne en Informatique / Céline Joiron – 2002. – 324 p.

258. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale / Jean Jouquan // Pédagogie médicale – 2002. – Vol. 3, Numéro 1 – P. 38–52.

259. Julien P. La Confrérie des Saints Côme et Damien à Luzarches / Pierre Julien // Revue d'histoire de la pharmacie – 1973. – Volume 61, Numéro 218. – P. 505–518.

260. Kahn-Nathan J. Medical Education in France / Jacqueline Kahn-Nathan // *British Medical Journal* – 1969. – №1. – P. 371–372.
261. Kalkowski P. Peer and cross-age tutoring / Page Kalkowski // *School Improvement Research Series (SIRS)* – 1995. – №18. – P. 1–27.
262. Kanoun S. Réussir la LCA aux ECN / Salim Kanoun. – Dijon, 2012. – 98 p.
263. Knowles M.S. The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy / Malcolm S. Knowles. – New York: Cambridge, The Adult Education Company, 1980. – 400 p.
264. Kozanitis A. Activités pour encourager l'apprentissage actif durant les cours / Anastassis Kozanitis // Bureau d'appui pédagogique: École Polytechnique Montréal. – 2011. – 17 p.
265. Laboux O. Concept de pédagogie médicale basée sur les compétences / Olivier Laboux // *Petit guide de pédagogie médicale & évaluation clinique*. – CNEOC, 2011. – P. 3–11.
266. La démographie des médecins [Электронный ресурс] / DREES. – Ministère des Affaires sociales et de la Santé. – 2016. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
267. La filière médecine – sciences [Электронный ресурс] // Filière médecine – sciences des facultés de médecine des universités Paris Descartes et Paris Diderot. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
268. La médecine générale et la qualification de specialist en médecine générale: Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité / Conseil National de l'Ordre des Médecins. – 2014. – 106 p.
269. L'anatomie à Montpellier un enseignement prestigieux: De la dissection à l'anatomie virtuelle [Электронный ресурс] / François Bonnel avec la collaboration de Christophe Bonnel // Musée d'Anatomie de Montpellier. – Режим доступа: . – Назва з екрана.



270. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé: Rapport officiel / Pierre-Louis Druais. – 2015. – 91 p.

271. La Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) à l'Université Montpellier 1 / UFR Médecine Montpellier. – 2015/2016. – 8 p.

272. La solution: Le CESP / Le bureau en charge du CESP au Ministère en charge de la santé. – 2010. – 4 p.

273. Le principe du CESP [Электронный ресурс] / Ministère des Affaires sociales et de la Santé. – publié le 19.08.10. – Режим доступа: <://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp#>. – Назва з екрана.

274. Le classement des Facs de médecine en France, selon l'UPMC / Observatoire Boivigny, informations et analyses sur l'enseignement supérieur. – 2015. – 4 p.

275. Lecture Critique d'un Article Médical – Préparation à l'Examen Classant National / Christian Funck-Brentano // UPMC. – 2013. – 14 p.

276. Lefranc A. Histoire du Collège de France: depuis ses origines jusqu'à la fin du premier empire / Abel Lefranc. – Paris: Hachette, 1893. – 432 p.

277. Le Grand Robert de la langue française [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lerobert.com/espace-numerique/enligne/le-grand-robert-de-la-langue-francaise-en-ligne-12-mois.html>. – Назва з екрана.

278. Le Groupe de Pairs® – Le plaisir de se former ensemble / Société Française de Médecine Générale. – 2015. – 5 p.

279. Le guide du futur étudiant en PACES d'Île-de-France / les Tutorats de: Paris 5, Paris 6, Paris 7, Paris Sud, Paris 12, Paris 13 et Paris Ouest-PIFO. – 2014. – 34 p.

280. Léon A., Roche P. Histoire de l'enseignement en France / Antoine Léon, Pierre Roche. – Paris: Presses universitaires de France, 2003. – 128 p.

281. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale: Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités / Pierre-Jean Lancry. – 2007. – 100 p.
282. Les études de santé. – Université Joseph Fourier, 2014. – 34 p.
283. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié / Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil, François Tuffreau // DREES: Études et résultats. – 2008. – №649. – 8 p.
284. Les anciens diplomes de l'école de médecine de Montpellier // Gazzete "Le hebdomadaire des Sciences Médicales" (Février et Mars 1884). – Montpellier: Boehm et Pils. – 42 p.
285. Licences santé: les 7 alternatives à la PACES [Электронный ресурс] / Virginie Bertereau // l'Étudiant. – Publié le 10.03.2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
286. Licence "Sciences pour la Santé" / Université d'Auvergne. – Année 2013–2014. – 8 p.
287. Licence "Sciences pour la Santé"/ Université de Rouen.– 2014. – 6 p.
288. Livret d'enseignements de L2 et L3: Formation generale en sciences medicales / Université de Reims Champagne-Ardenne, UFR de Médecine. – 2015. – 89 p.
289. Livret de l'étudiant PluriPass / Université d'Angers. – 2016. – 98 p.
290. L1 Santé – PACES Présentation de la réforme de la 1ère année de médecine [Электронный ресурс] / Pierre Antoine // Le Parisien. – 30.09.2010. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
291. Marchand-Antonin B. Le numerus clausus – ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine: Thèse pour le doctorat en médecine / Université Paris Diderot. – Paris, 2009. – 199 p.
292. Marchand C. Utilisation de la carte conceptuelle auprès de formateurs en santé pour l'apprentissage de concepts pédagogiques / C. Marchand // Pédagogie médicale. – 2003. – Vol. 5, №1 – P. 13–23.

293. McLachlan J. C., Patten D. Anatomy teaching: ghosts of the past, present and future / J. C. McLachlan, D. Patten // Medical Education. – 2006. – №40. – P. 243–253.

294. Miller G.-E., Abrahamson S., Cohen I.-S. et al. Teaching and Learning in Medical School / G.-E. Miller, S. Abrahamson, I.-S. Cohen et al. – Cambridge: Harvard University Press; 1961. – 304 p.

295. Modalites de validation du DF GSM 2 au DF ASM 3 / Conseil de gestion de l'UFR SMBH. – 2016/2017. – 12 p.

296. Neuf principes à la base de l'évaluation des compétences: Principes issus de J.Tardif (2006) / F. Georges // L'évaluation des compétences. – Montréal: Chenelière Education, 2007. – 3 p.

297. Newble D., Stark P. et al. Developing an outcome-focused core curriculum / D. Newble, P. Stark, N. Bax, M. Lawson // Medical Education. – 2005. – Vol. 39, №7. – P. 680–687.

298. Nguyen D.Q., Blais J.G. Approche par objectifs ou approches par compétences: Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique / D.Q. Nguyen, J.G. Blais // Pédagogie Médicale. – 2007. – №8. – P. 232–251.

299. Orey M. Emerging Perspectives on Learning, Teaching, and Technology / M. Orey. – Georgia: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2012. – 350 p.

300. Oxford R.L. Language Learning Strategies: What Every Teacher Should Know / R.L. Oxford. – Boston: Heinle & Heinle, 1990. – 342 p.

301. Paccioni A., Sicotte C. Analyse pédagogique de la formation par visioconférence des externes en pédiatrie / A. Paccioni, C. Sicotte // Pédagogie médicale. – 2003. – Vol. 4, №1. – P. 18–25.

302. Pham I. Utilisation des enseignements en ligne pour la 1ère Année Commune des Etudes de Santé (PACES) Etat des lieux à l'UFR Bobigny – Paris 13: Mémoire du DIU de Pédagogie Médicale (Paris 5, Paris 6, Paris 11, Paris 12) / Isabelle Pham. – Paris, 2011. – 18 p.

303. Picard E. L'histoire de l'enseignement supérieur français. Pour une approche globale / E. Picard // Histoire de l'éducation. – 2009. – №122. – P. 11–33.
304. Pitol Belin S. Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de médecine générale dans trois facultés françaises: thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine / Suzanne Pitol Belin; Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble – 2010. – 33 p.
305. Poirier J. Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802–1968) / J. Poirier // La revue du praticien. – 2014. – Vol. 64. – P. 142–145.
306. Pouchain D. Principes de médecine générale / D. Pouchain // Médecine Générale: Concepts & Pratiques. – Masson, 1996. – 1100 p.
307. Powis D.A. Selecting Medical Students / D.A. Powis // Medical Education. – 1994. – Vol. 28. – P. 443–469.
308. Pratt D. et al. Five perspectives on teaching in adult and higher education / D. Pratt. – Malabar, FL: Krieger, 1998. – 304 p.
309. Problem-Based Learning: where are we now? / David Taylor & Barbara Mifflin // AMEE Guides Series 2. – 2010. – №36. – 52 p.
310. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé / L. Fauvet, S. Jakoubovitch, F. Mikol // “Études et résultats”, Drees. – juillet 2015. – №927. – 6 p.
311. Programme du DES de Médecine Générale / UFR de Médecine et Pharmacie de Poitiers. – 2015. – 41 p.
312. Programme du DES de MG 2016-2017 / CUMG. – Lyon, 2016. – 14 p.
313. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Электронный ресурс] / CNGE. – 17 mars 2016. – Режим доступа: . – Назва з екрана.
314. Puschmann T. History of medical education from the most remote to the most recent times / T. Puschmann. – H.K. Lewis, 1891. – 650 p.
315. Quinton A. L'enseignement du Raisonnement clinique: les stratégies diagnostique et thérapeutique, l'établissement du pronostic. Docimologie sur le

raisonnement clinique [Электронный ресурс] / A. Quinton // D.U. de Pédagogie. – 2007. – 14 p. – Режим доступа: <http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/enseignementraisonnementclinique.pdf>. – Назва з екрана.

316. Quinton A. Enseignement par Compréhensions de situations [Электронный ресурс] / A. Quinton // D.U. de Pédagogie. – 2015. – 11 p. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

317. Ramsey M. Professional and Popular Medicine in France 1770–1830: The Social World of Medical Practice / M. Ramsey. – Cambridge University Press, 2002. – 428 p.

318. Rannou F. et al. L'enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine en France métropolitaine: état des lieux / F. Rannou, J.-P. Charpy, D. Carnet, S. Poiraudau, M.-A. Hamonet // Presse Médicale. – 2007. – Tome 36, №5, cahier 1. – P. 794–798.

319. Rèche A. Mille ans de médecine et de pharmacie à Bordeaux / A. Rèche. – Bordeaux: Mollat, 1980. – 189 p.

320. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence / M. Andronikof, B. Coudert, A. Ellrodt, D. Pateron, S. Platonoff, V. Raphael, T. Van Der Linden // SFMU. – 2004. – 106 p.

321. Référentiel métier et compétences des médecins generalistes / CNGE. – 2009. – 44 p.

322. Référentiel métier et competences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. – Paris : Berger-Levrault, 2010. – 155 p.

323. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Des compétences pour un métier / Conférence des présidents des Sections généralistes des UP régionales de médecins libéraux. – 118 p.

324. Réforme: de nouvelles voies pour faire médecine sans passer le concours [Электронный ресурс] / J.-A. De Queiroz // Le Figaro. – Publié le 07/03/2014. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

325. Rivière E. Analyse du choix des 7658 étudiants en médecine après les ECN 2012 : Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Pédagogie dans l'Enseignement Supérieur / E. Rivière. – 2013. – 20 p.
326. Roland J. La pédagogie dans les facultés de médecine françaises / Jacques Roland // Pédagogie Médicale. – 2001. – Vol. 2, №1. – P. 6–8.
327. Salinsky J. Balint groups and the Balint method / J. Salinsky // Supervision and support in primary care / editors: J. Burton, J. Launer. – Radcliffe Medical Press Ltd, 2003. – P. 79–90.
328. Santé publique et hygiène (1800–1940) / Conseil général d'Indre-et-Loire // Archives départementales. – Tours, 2007. – 623 p.
329. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences / Gérard Scallon. – De Boeck, 2004. – 342 p.
330. Segouin C. Vers des standards internationaux de formation médicale / Christophe Segouin: DIU Pédagogie médicale; UFR Saint-Antoine, Créteil, Pitié-Salpêtrière, Necker, Cochin. – 2002–2003. – 31 p.
331. Siraisi N.G. Medieval and early Renaissance medicine: an introduction to knowledge and practice / N.G. Siraisi. – The University of Chicago Press Ltd., 1990. – 251 p.
332. Smith K.A. Cooperative learning: Making “groupwork” work / K.A. Smith // Using active learning in college classes: A range of options for faculty / editors: T.E. Sutherland & C.C. Bonwell // New Directions for Teaching and Learning. – San Francisco: Jossey-Bass, 1996. – №67. – P. 71–82.
333. Socle commun de connaissances et de compétences – Décret du 11 juillet 2006 / Direction générale de l'enseignement scolaire. – 2006. – 30 p.
334. Stokols D. Processes and Outcomes of Transdisciplinary Collaboration / D. Stokols // Presentation at the Society for Risk Prevention. – Palm Springs, CA, 2004. – 43 p.

335. Svendsen C., Krebs K. Identifying English for the job: examples from health care occupations / C. Svendsen, K. Krebs // The ESP Journal. – USA, 1984. – Vol. 3, №2. – P. 153–164.

336. Théry A.-F. Histoire de l'éducation en France, depuis cinquième siècle jusqu'à nos jours / A.-F. Théry. – Paris: Dezobry, E. Magdeleine et C.ie, 1858. – Tome 2. – 499 p.

337. The European Definition of General Practice/Family Medicine – Edition 2011 / WONCA. – 2011. – 33 p.

338. The Catholic encyclopedia: an international work of reference on the constitution, doctrine, discipline, and history of the Catholic Church: 15 vol. / edited by Charles G. Herbermann, Edward A. Pace, Conde B. Fallen, Thomas J. Shahan, John J. Wynne. – New York: Robert Appleton Company, 1911. – Vol. 10. – 800 p.

339. Thibault F. Enjeux de l'enseignement à distance pour l'université française 1947–2004: Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication. / F. Thibault; Université Paris XIII – Paris Nord. – Paris, 2007. – 477 p.

340. UFR de Médecine et de Pharmacie de Grenoble [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/paes/portail/?pid=99>. – Назва з екрана.

341. Université de Rouen [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://universitice.univ-rouen.fr/>. – Назва з екрана.

342. Université de Caen Normandie [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ufrmedecine.unicaen.fr/etudes-medicales/>. – Назва з екрана.

343. Université Lille 2 - Droit et Santé [Электронный ресурс]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

344. Université Médicale Virtuelle Francophone [Электронный ресурс]. – Режим доступа: . – Назва з екрана.

345. Un réseau épidémiologique en accès libre sur Internet: l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale prend une nouvelle dimension. Communiqué de presse / SFMG. – Paris, le 7 octobre 2004. – 17 p.
346. Vergez-Chaignon B. Les Internes des hôpitaux de Paris, 1802–1952 / B. Vergez-Chaignon. – Paris : Hachette Littératures, 2002. – 320 p.
347. Vial M. Modèles–Références–Méthodes en Sciences de l'éducation: l'articulation des contraires / M. Vial: Synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches. – Université de Provence, 1997. – 293 p.
348. Vivien B. Création d'un outil d'évaluation de l'enseignement du pôle urgences-reanimation-anesthésie en DCEM2 à la Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière Université Paris VI – Pierre et Marie Curie: Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale / Benoît Vivien // Faculté de Médecine de Paris, UFR Saint-Antoine, Créteil, Pitié-Salpêtrière, Necker, Cochin. – Année Universitaire 2005–2006. – 38 p.
349. Wallach D. Numerus clausus. Pourquoi la France va manquer de médecins / D. Wallach. – Paris : Springer-Verlag, 2011. – 290 p.
350. Walton H. The Edinburgh Declaration: ten years afterwards / H. Walton // Journal of the International Association of Medical Science. – 1999. – Vol. 9. – P. 3–7.
351. Widening access by changing the criteria for selecting medical students / D. Powis et al. / Teaching and Teacher Education. – 2007. – №23. – P. 1235–1245.
352. White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G. The ecology of medical care / K.L. White, T. F. Williams, B.G. Greenberg // The New England Journal of Medicine. – 1961. – №265. – P. 885–892.
353. Wolstenholme R.J. The changing face of medical education in France / R.J. Wolstenholme // Postgraduate Medical Journal. – 1988. – №64 – P. 407–408.
354. Wood D. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning / D.F. Wood // BMJ. – Vol. 326. – 2003. – P. 328–330.



355. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals / WHO. – 2016. –121 p.

356. 7860 étudiants en médecine affectés à l’issue des épreuves classantes nationales en 2014 / M. Bachelet, avec la collaboration du Centre national de gestion (CNG) // Études & Résultats, DREES. – 2015. – №0937. – 6 p.

## ДОДАТКИ

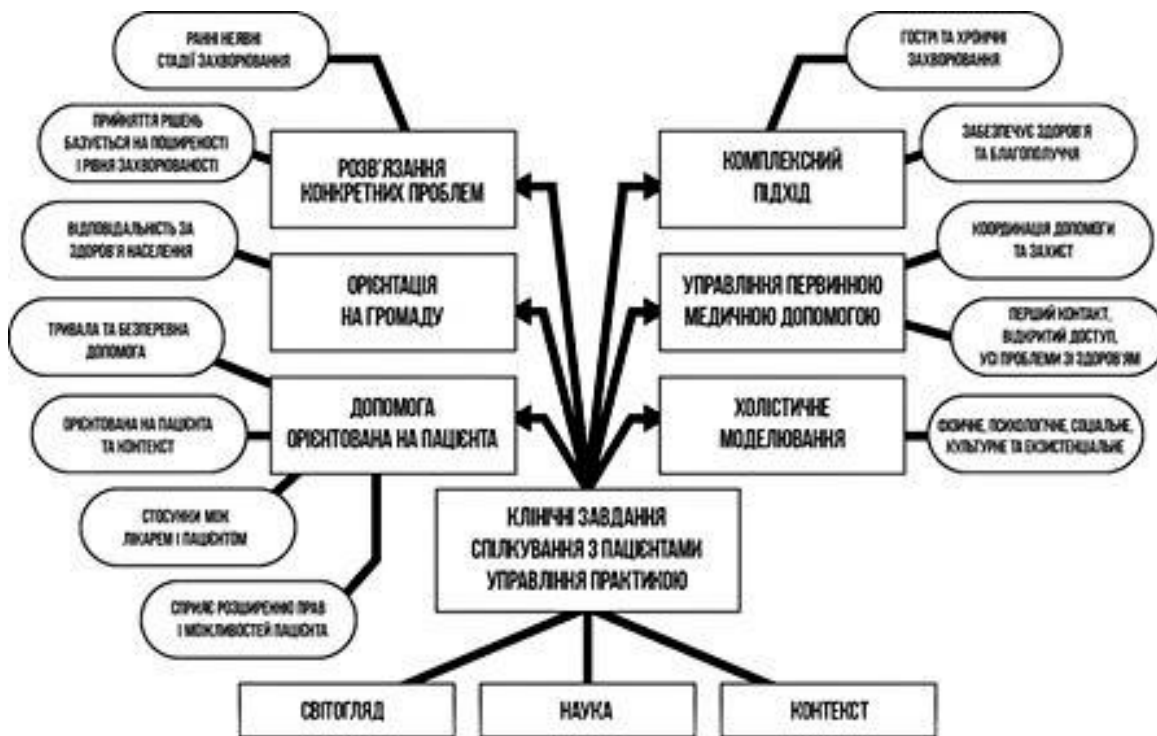
### Додаток А

Результати повторного аналізу щомісячної поширеності хвороб у суспільстві і ролі різних джерел медичної допомоги Гріна [194, с. 2022]

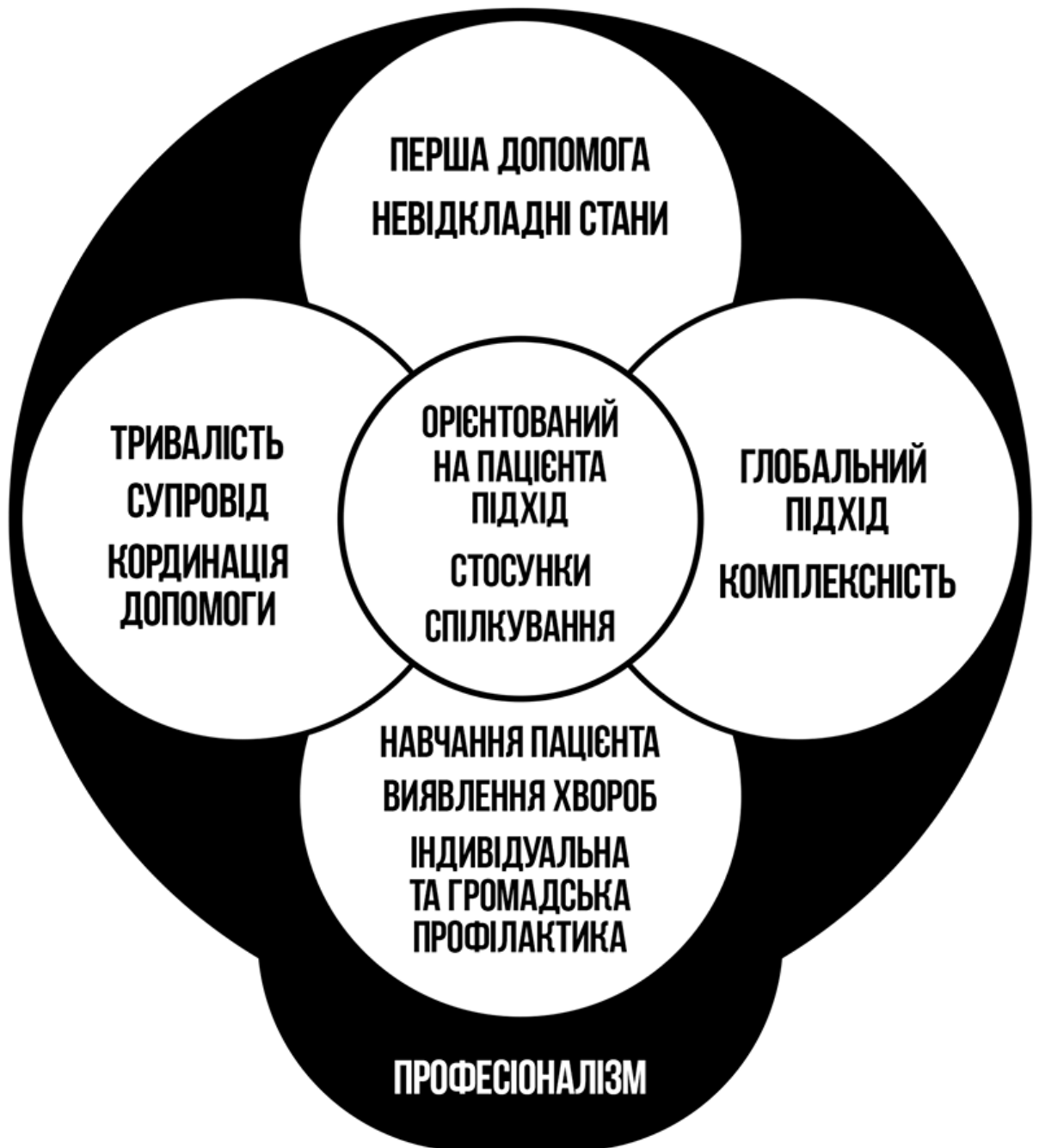


\*ПМСД – первинна медико-санитарна допомога

Додаток Б  
Дерево WONCA



Головні компетенції лікаря загальної практики в системі охорони здоров'я  
Франції [146, с. 149–152]



Додаток Д

**Вимоги до компетенцій лікаря загальної практики – сімейного лікаря  
в Україні [88, с. 14–26]**

**1. Завдання лікаря загальної практики – сімейного лікаря**

| <i>Завдання</i>   | <i>Реалізація компетентностей</i>  |
|---|--|
| <b>1. Участь в управлінні охорони здоров'я на первинному рівні медичної допомоги:</b>   | Здійснює функції менеджера, реалізуючи при цьому компетентності:<br>– орієнтація на громаду;<br>– усебічний, комплексний підхід;<br>– зосереджена на людині (пацієнтові) допомога. |
| Прийняття рішень щодо залучення необхідних ресурсів для забезпечення належної якості допомоги.  |  |
| Організація командної роботи амбулаторії (відділення).  |  |
| Організація маршруту пацієнта (функція «воротаря») на первинному рівні медичної допомоги, а при потребі – на вторинному і третинному рівнях (організація консультування або госпіталізація на вищі рівні медичної допомоги, скерування до хоспісу, закладів соціального призначення, тощо). |  |
| Проведення: оцінки, аналізу та моніторингу стану здоров'я прикріпленого населення;  |  |
| Проведення оцінки епідеміологічної ситуації за місцем проживання прикріпленого населення та організація необхідних протиепідемічних та профілактичних заходів.  |  |
| Ведення обліково-звітної документації.  |  |
| Проведення експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності, моніторинг причин непрацездатності та інвалідності.   |  |
| Забезпечення конфіденційності   |  |

|  |  |
|--|--|
| інформації про кожного пацієнта.   |  |
| <b>2. Забезпечення профілактики захворювань і травматизму, формування здорового способу життя, виявлення та усунення факторів ризику захворювання:</b>   | Виконує професійні завдання, реалізуючи при цьому такі компетентності: |
| Виявлення осіб з факторами ризику захворювання та їх корекція.   | – менеджмент первинної допомоги;                                       |
| Формування здорового способу життя (пацієнт/родина/громада).   | – орієнтація на громаду;   |
| Проведення консультування батьків щодо підготовки дітей до дошкільних і шкільних установ.  | – усебічний, комплексний підхід;                                       |
| Організація та проведення школи відповідального батьківства, школи здоров'я для пацієнтів із хронічними захворюваннями та ін.  | – зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;                         |
| Імунізація населення відповідно до календаря щеплень і за епідпоказами.  | – розв'язання медичних проблем;  |
| Індивідуальні і групові консультування з профілактики інфекцій ПШС/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції вроджених вад розвитку (насамперед за допомогою фолієвої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб. | – холістичний підхід.  |
| Рання діагностика захворювань згідно з чинними стандартами, виконання профілактичних програм і наказів МОЗ з даного питання, що діють в Україні.   |  |
| Проведення медикаментозної та немедикаментозної вторинної та третинної профілактики захворювань згідно зі стандартами та чинними наказами МОЗ.   |  |
| <b>3. Надання лікувально-діагностичної допомоги:</b>   | Виконує професійні завдання, реалізуючи при цьому такі компетентності: |
| Проведення обстеження та лікування пацієнтів згідно зі стандартами, при необхідності – скерування до спеціаліста.  | – менеджмент первинної допомоги;                                       |
| Проведення обстеження, лікування та  | – орієнтація на громаду;   |
|  | – усебічний, комплексний підхід;                                       |

|  |  |
|--|--|
| <p>надання швидкої допомоги пацієнтам з гострими та хронічними неінфекційними та інфекційними хворобами, травмами та ін., керуючись наказами МОЗ та чинними в Україні стандартами.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;</li> <li>– розв’язання медичних проблем;</li> <li>– холістичний підхід.</li> </ul> |
| <p>Проведення моніторингу ефективності лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями внутрішніх органів.</p>   |  |
| <p>Проведення оцінки медичної і фінансової доцільності призначення лікарських засобів конкретному пацієнту та корекція терапії, визначення та облік побічних дій лікарських засобів.</p> |  |
| <p>Організація проведення необхідної передопераційної підготовки при планових операційних втручаннях і постопераційної реабілітації пацієнтів.</p>                                       |  |
| <p>Організація медико-соціальної допомоги та лікування хронічних наслідків хірургічних втручань (пацієнти після ампутацій, колостомії, операцій з приводу пухлин та ін.).</p>            |  |
| <p>Медико-соціальна реабілітація пацієнтів після перенесених інфаркту міокарда, церебральних інсультів, травм, інвалідизуючих захворювань.</p>   |  |
| <p>Проведення навчання пацієнтів з хронічними захворюваннями внутрішніх органів.</p>   |  |
| <p>Медико-соціальна та психологічна допомога/підтримка сімей, у яких живуть люди з ВІЛ/СНІД, діти-інваліди, тяжкохворі, вагітні, діти-сироти.</p>  |  |
| <p><b>4. Забезпечення медико-соціальної опіки на особливих етапах життя пацієнта/сім’ї:</b></p>  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>А) Ведення вагітних з нормальною вагітністю:</b>   | Виконує професійні завдання, реалізуючи при цьому такі |
| Консультавання з питань підготовки вагітних і членів її родини до появи новонародженої дитини.  | компетентності:<br>– менеджмент первинної допомоги;    |
| Консультавання з питань підготовки до пологів.  | – орієнтація на громаду;                               |
| Консультавання вагітної щодо ознак початку пологів; планове скерування до пологового будинку.   | – усебічний, комплексний підхід;                       |
| Взаємодія з другим рівнем медичної допомоги (своєчасне скерування вагітної до акушера-гінеколога, інструментального (УЗ) і параклінічного обстеження.   | – зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;         |
| Розробка й обговорення індивідуального плану дій вагітної (і дорослих членів родини, що мешкають з нею) при ознаках початку пологової діяльності.   | – розв’язання медичних проблем;                        |
| Виявлення та скерування вагітних груп ризику на вищий рівень медичної допомоги: виявлення відхилень від фізіологічного перебігу вагітності; скерування на 2-й рівень; зворотний зв’язок з 2-м рівнем (обмін інформацією); контроль за виконанням вагітною рекомендацій спеціалістів вищого рівня.   | – холістичний підхід.                                  |
| Надання допомоги вагітним при невідкладних станах згідно з клінічними протоколами і настановами; дистанційне консультування зі спеціалістами 2-го і 3-го рівнів і отримання від них вичерпної інформації щодо клінічної ситуації; організація транспортування на вищий рівень (при потребі), ретельне документування наданої допомоги; негайне скерування до спеціаліста при прогностично важких ускладненнях вагітності. |  |
| Динамічне спостереження за  |  |



|   |  |
|---|--|
| <p>породіллями: отримання від фахівців 2-го і 3-го рівнів вичерпної інформації щодо стану породіллі і новонародженого; виконання призначень фахівців 2-го і 3-го рівнів і контроль за дотриманням їх рекомендацій породіллями; організація патронажу згідно з чинними клінічними протоколами та настановами; консультування з питань гігієни післяпологового періоду та з питань підтримки грудного вигодовування; консультування з питань післяпологової контрацепції.</p>   |  |
| <p>Профілактика, рання діагностика і надання допомоги при післяпологових ускладненнях легкого перебігу (психологічний статус, лактостаз, тріщини сосків, затримка інволюції матки) та скерування при необхідності породіль на вищий рівень; організація психосоціальної підтримки інших членів сім'ї.</p>   |  |
| <p><b>Б) Медична опіка над немовлятами та дітьми:</b></p>   | <p>Виконує професійні завдання, реалізуючи при цьому такі компетентності:</p>  |
| <p>Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з батьками: проведення навчання батьків з питань грудного вигодовування, харчування немовляти, дитини до року і старшого віку; з профілактики раптової смерті, догляду за залишком пуповини та шкірою немовляти, безпеки дитини, характеру сну та стула, необхідності імунопрофілактики керованих інфекцій, календаря щеплень, нормального фізичного та психічного розвитку дитини – оволодіння ними комплексом вправ для фізичного та психоемоційного розвитку дитини.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– менеджмент первинної допомоги;</li> <li>– орієнтація на громаду;</li> <li>– усебічний, комплексний підхід;</li> <li>– зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;</li> <li>– розв'язання медичних проблем;</li> <li>– холістичний підхід.</li> </ul> |
| <p>Розробка індивідуальних</p>  |  |

|   |  |
|---|--|
| <p>рекомендацій і проведення консультування батьків з питань: порушення харчування і вигодовування; порушення поведінки дитини; стосунків між батьками і дитиною та ін.</p>   |  |
| <p>Проведення профілактичних обстежень, проведення профілактики рахіту й анемії.</p>  |  |
| <p>Організація та проведення щеплень згідно з чинним наказом МОЗ; огляд та оцінка стану дитини перед щепленням (визначення тимчасових протигюказів); спостереження після щеплень; скерування на вищий рівень для визначення постійних протипоказів.</p>   |  |
| <p>Спостереження за новонародженими та дітьми до 1 року: своєчасне отримання (активний запит) інформації належної якості й обсягу від фахівців 2-го і 3-го рівнів; перший спільний огляд новонародженого лікарем і медсестрою на 5-й день життя дитини або не пізніше 2-го дня після виписки зі стаціонару; індивідуальне динамічне спостереження із урахуванням соціального і психологічного стану сім'ї; до 6 місяців щомісячно: оцінювання фізичного та психоемоційного розвитку дитини, визначення його відповідності віковій нормі розвитку (згідно з протоколом), а після 6 міс. – огляд 1 раз у квартал. Спостереження за здоровими дітьми до 3 років згідно з протоколом.</p> |  |
| <p>Діагностика і скеровування до профільних спеціалістів немовлят та дітей зі станами, що не відповідають віковим фізіологічним нормам; діагностика, лікування, при</p>   |  |

|  |  |
|--|--|
| <p>необхідності скерування до профільних спеціалістів дітей з гострими та загостреннями хронічних захворювань згідно з наказами МОЗ та чинними протоколами; організація і контроль виконання призначень спеціалістів вищого рівня; контроль за результатами дослідження нафенілкетонурию, гіпотиреоз.</p>  |  |
| <p>Раннє виявлення загрозливих симптомів і захворювань немовлят (ознаки запалення пупкової ранки, судоми, блювота. Діарея, гіпо-, гіпертермія, відмова від годування, порушення дихання, ознаки інфекції, отруєння, травми, укуси тварин і комах, анафілактичний шок), надання невідкладної допомоги з детальним документуванням, вчасне скерування до спеціаліста. Забезпечення маршруту пацієнта, при потребі транспортування на вищий рівень. Отримання зворотнього інформування від спеціалістів щодо подальшого ведення дитини і контроль за виконанням призначень спеціалістів вищого рівня.</p> |  |
| <p>Виявлення, оцінка та при можливості корекція сімейних проблем, які можуть вплинути на клінічні й поведінкові прояви розвитку дитини: смерть когось із членів родини; розлучення; насильство над дитиною; алкоголізм; важка хвороба когось з членів родини тощо.</p>   |  |
| <p>Виявлення та оцінка порушення уваги, труднощів при навчанні в школі, порушення поведінки та емоційної сфери дитини, консультування і при потребі скерування до відповідних спеціалістів.</p>  |  |
| <p>Діагностика і консультування</p>  |  |

|  |  |
|--|--|
| <p>найчастіших медичних проблем підлітків, включаючи характер харчування, порушення розвитку, гінекомастію, акне, травми, депресію/психосоціальні проблеми, ранні статеві контакти, контрацепція, наркоманія та вживання алкоголю, куріння, питання спортивної медицини.</p>   |  |
| <p><b>В) Допомога пацієнтам похилого та старечого віку:</b></p>  | <p>Виконує професійні завдання, реалізуючи при цьому такі компетентності:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– менеджмент первинної допомоги;</li> <li>– орієнтація на громаду;</li> <li>– усебічний, комплексний підхід;</li> <li>– зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;</li> <li>– розв’язання медичних проблем;</li> <li>– холістичний підхід.</li> </ul> |
| <p>Проведення диференційної діагностики між симптоматикою захворювань і фізіологічними змінами при старінні.</p>   |  |
| <p>Координація роботи мультидисциплінарної команди (родина, друзі, медичні працівники, соціальні служби, психолог).</p>  |  |
| <p>Діагностика, лікування, при необхідності скерування до спеціаліста пацієнтів з гострими та хронічними захворюваннями згідно з наказами МОЗ та чинними в Україні стандартами.</p>  |  |
| <p>Оцінка та корекція ризиків при наданні допомоги геріатричної допомоги: поліпрагмазія, ятрогенія, обмеження фізичної активності, соціальна залежність, відсутність підтримки родини та ін.</p>   |  |
| <p><b>5. Надання невідкладної допомоги.</b></p>  |  |
| <p>Надання невідкладної лікарської допомоги пацієнтам, що її потребують, в межах ресурсів ПМСД згідно з діючими стандартами та нормативними документами МОЗ України, організація подальшого маршруту пацієнта в т.ч. транспортування.</p> <p><b>Надати невідкладну допомогу при:</b> клінічній смерті, зупинці серця, набряку легень, серцевій астмі, гострому коронарному синдромі, пароксизмальних порушеннях ритму серця, вираженій брадикардії, приступі Морган’ї-Адемса-Стокса, гіпертонічному кризі, кардіогенному шоці, синкопальному стані, тромбоемболії легеневої артерії; приступі бронхіальної астми, астматичному стані і бронхоспазмі, гострій дихальній недостатності; печінковій коліці, нирковій коліці; комах при цукровому діабеті, гострій</p> |  |

наднирковій недостатності, тиреотоксичному кризі, приступі феохромоцитомі, гіпаратиреоїдній тетанії, гострих алергічних реакціях, анафілактичному та травматичному шоках; невідкладних станах у новонароджених: протисудомна терапія, проведення оральної регідратації при блювоті, діареї, серцево-легенева реанімація, підтримка дихання мішком Амбу з набором масок; гострому нападі глаукоми, опіку ока, травмі ока, сторонньому тілі переднього відрізка ока, тромбозі центральної вени сітківки ока, крововиливі у сітківку; стенозі гортані у дітей; гострій діареї з токсикозом і ексикозом; кровотечі з носа, легенів, шлунка, кишківника, гемороїдальних вен, варикозних вен кінцівок; кровотечі при використанні ліків, що впливають на гомеостаз; прееклампсії і еклампсії вагітних, передчасних пологах; нападі епілепсії, судомному синдромі, психомоторному збудженні, гіпертермії; ішемічному і геморагічному інсульті, церебральній комі; гострому психозі (в т.ч. алкогольному), абстинентному синдромі; отруєнні концентрованими кислотами, лугами, перманганатом калія, ліками, термічних та хімічних опіках, відмороженні, укусах комах та тварин, ранах, забоях, звихах; нейротоксикозі, менінгококцемії; струсі, забитті та стиснення головного і спинного мозку, набряку головного мозку; ураженні блискавкою, електричним струмом; травмах, утопленні, удушенні, суїцидних спробах.

#### **6. Практичні і технічні навички.**

Комунікативні навички (з них проведення консультувань, бесід, лекцій, тренінгів). Отримання інформованої згоди (з них батьків неповнолітніх дітей) на проведення щеплення, або документованої відмови від імунізації. Оцінка функціонального стану новонародженого і немовляти (до 1 року); догляд за пуповинним залишком, станом шкіри новонародженого, оцінка ефективності смоктання, оцінка фізичного розвитку немовляти; вимірювання головних антропометричних показників і визначення норм фізичного розвитку за центилями: маса тіла, зріст, об'єм голови та ростоваговий індекс; оцінка психо-емоційного розвитку немовляти; огляд, пальпація, перкусія, аускультация, визначення рефлексів; оцінка результатів параклінічних досліджень (лабораторні показники), володіти прийомами масажу і методами загартування. Запис та оцінка ЕКГ; володіння перкуторним, пальпаторним і аускультативним методами діагностики дорослих, вимірювання артеріального тиску на верхніх і нижніх кінцівках використовуючи набір манжет для дітей і дорослих; пункція периферійних вен, внутрішньовенні інфузії; проведення та оцінка пікфлоуметрії; аналіз даних спірометрії; проведення та оцінка туберкулінових проб; оцінка загальної та місцевої реакції на щеплення; пальпація периферійних лімфовузлів, огляд і пальпація щитоподібної залози; видалення сірчаної пробки, огляд барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом, оцінка слуху мовою і пошепки; передня риноскопія, фарингоскопія, взяття мазка з горла на бактеріологічне дослідження, промивання лакун піднебінних мигдаликів; визначення

гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, кольоросприйняття; вимірювання та оцінка внутрішньоочного тиску пальпаторним методом та методом тонометрії; дослідження очного дна методом прямої офтальмоскопії; огляд повік та кон'юнктиви; промивання кон'юнктивальної порожнини; закапування крапель та закладання мазі в кон'юнктивальний мішок; оцінка прохідності слізозових протоків; зовнішній огляд рогівки; визначення рівнів глюкози в крові та сечі; ацетону в сечі; проведення забору матеріалу для бактеріологічного дослідження; користування тест-системами для проведення лабораторної діагностики; проведення разом з медичною сестрою профілактичних щеплень дітям та дорослим; проведення антисептичної обробки порожнини рота; приготування розчину для ентеральної регідратації; здійснення первинної обробки ран, видалення шовного матеріалу, обробку опікової поверхні, інфікованих ран, вскриття поверхневих наривів шкіри і підшкірних тканин; дігитальне дослідження прямої кишки, простати; катетеризація сечового міхура гумовим катетером; організація догляду за калостомою, постійним катетером сечового міхура; зупинка зовнішніх і внутрішніх кровотеч, накладання пов'язок на різні частини тіла, проведення інфільтраційної анестезії, накладання засобів іммобілізації при переломах різної локалізації; видалення кліща, що всмоктався; проведення неврологічного огляду пацієнта, в тому числі без ознак свідомості; оцінка стану вагітної, показників життєво важливих функцій, визначення ступеня невідкладності випадку та визначення ступеня ризику у вагітних, оцінка параклінічних методів досліджень вагітних; огляд у дзеркалах, здійснення бімануального гінекологічного обстеження, забір матеріалу для цитологічного та бактеріологічного дослідження, пальцеве дослідження матки через пряму кишку, огляд і пальпаторне обстеження молочної залози, проведення і оцінка експрес-методу на вагітність, вимірювання висоти стояння дна матки, обводу живота, строку вагітності і терміну пологів за датами останньої менструації та першого руху плода, визначення положення плода, оцінка стану плода, визначення ступеня зрілості шийки матки; проведення діаскопії, дослідження дермографізму; проведення і інтерпретація загального і біохімічного аналізів крові та сечі, оцінка імунологічного статусу за лабораторними даними, проведення та оцінка гематологічних показників за експрес-тестами. За життєвими показниками здійснювати: закритий масаж серця, штучне дихання, конікотомію, передню тампонаду носа, плевральну пункцію, парацентез, накладати пов'язки при пневмотораксі, проводити фізіологічні пологи та перший туалет новонародженого.

## **2. Обов'язки лікаря загальної практики-сімейного лікаря**

1. Взяти на себе довгострокове зобов'язання стежити за здоров'ям пацієнтів і виступати в ролі захисника їх прав щодо забезпечення здоров'я.

2. Розуміти визначальні чинники розвитку захворювань, умовність біомедичної моделі медицини і її обмеження.

3. Розуміти принципи безперервного та комплексного надання медичної допомоги на первинному рівні медичної допомоги і застосовувати їх у повсякденній практиці; ефективно і належно використовувати ресурси системи охорони здоров'я.

4. Володіти знаннями й навичками виявлення, оцінки і розв'язання найпоширеніших клінічних проблем, що зустрічаються в населення. Керуватись у роботі сучасними стандартами надання медичної допомоги, використовувати дані з доведеною ефективністю, не виходити за межі своєї компетенції, не піддавати хворих необгрунтованому ризику при обстеженні і лікуванні.

5. Мати навички своєчасного й обгрунтованого скерування пацієнтів до відповідних фахівців і вміти спілкуватися з консультантами.

6. Володіти знаннями і навичками виявлення і розв'язання психосоціальних проблем, що зустрічаються в практиці ЛЗП – СЛ.

7. Приймати рішення залежно від конкретної клінічної ситуації, уміти працювати з пацієнтами, у яких діагностовано захворювання на ранніх стадіях розвитку, забезпечуючи постановку правильного діагнозу і якісне та ефективне лікування пацієнта.

8. Застосовувати принципи лікування, орієнтовані на пацієнта. Сімейний лікар повинен розуміти, що в основі спеціальності «Загальна лікарська практика – сімейна медицина» лежать довірливі стосунки між лікарем і пацієнтом, мати чітке уявлення про концепції ефективних стосунків «лікар-пацієнт». Сімейний лікар зобов'язаний створювати і підтримувати партнерський стиль відносин з пацієнтами. Для лікування пацієнтів широко використовувати стаціонарзамінні організаційні форми: денні та домашні стаціонари.

9. Використовувати можливість проведення профілактичної роботи, пропагування здорового способу життя під час кожної консультації.

10. Розуміти і виконувати функції координуючої ланки на рівні первинної медичної допомоги. Організовувати маршрут пацієнта на вищі рівні медичної допомоги.

11. Розв'язуючи проблеми здоров'я своїх пацієнтів, ефективно співпрацювати як з медичними працівниками, так і представниками інших секторів (соціальні, юридичні, страхові служби, місцеві органи влади, релігійні та громадські організації, навчальні заклади, фонди тощо).

12. Забезпечувати спадкоємність у роботі з лікарями інших рівнів надання медичної допомоги.

13. Навчати пацієнтів і членів їх сімей бути здоровими. Сімейний лікар повинен виробляти в себе навички і вміння, необхідні досвідченому викладачеві.

14. Служити пацієнтам джерелом знань з усіх доступних у даному регіоні/державі медичних послуг і ресурсів для надання медичної допомоги та догляду за пацієнтами.
15. Критично оцінювати нові медичні знання й ефективно застосовувати їх у повсякденній практиці.
16. Ефективно планувати свою роботу та оцінювати її за допомогою відповідних індикаторів якості.
17. Безперервно навчатись і отримувати нові знання, серед іншого за допомогою сучасних інформаційних технологій.
18. Постійно розвивати навички застосування даних доказової медицини у своїй практиці.
19. Організовувати та контролювати роботу підпорядкованого медичного персоналу.
20. Готувати пацієнтів до планової госпіталізації.
21. Щоквартально планувати свою роботу та аналізувати виконання планів.
22. Брати участь у роботі лікарсько-консультативних і медико-соціальних комісій з розгляду питань щодо його пацієнтів.
23. Звітувати про свою роботу за встановленими формами та у визначені терміни.
24. Попереджувати пацієнтів про можливі ускладнення під час обстеження та лікування (отримання інформованої згоди пацієнтів на медичне втручання).
25. Виконувати інструкції з охорони праці, протипожежного захисту, правила користування апаратурою та обладнанням, правила профілактики професійних заражень, правила внутрішнього трудового розпорядку. Проходити профілактичні огляди в установлені терміни.
26. Усвідомлювати власні сильні і слабкі боки і вміти управляти своєю реакцією в стресових ситуаціях.

### **3. Лікар загальної практики – сімейний лікар повинен знати:**

- загальні цілі і завдання системи охорони здоров'я, основи законодавства України про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують діяльність органів та закладів охорони здоров'я; правові аспекти діяльності лікаря ЗП-СЛ;
- загальні цілі і завдання первинної медико-санітарної допомоги, роль сімейного лікаря при виконанні цих завдань;
- права та обов'язки лікаря загальної практики – сімейної медицини та права пацієнта;
- структуру організації надання медичної допомоги населенню громади/регіону/країни; ресурси і можливості первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги громади/регіону/країни; організацію



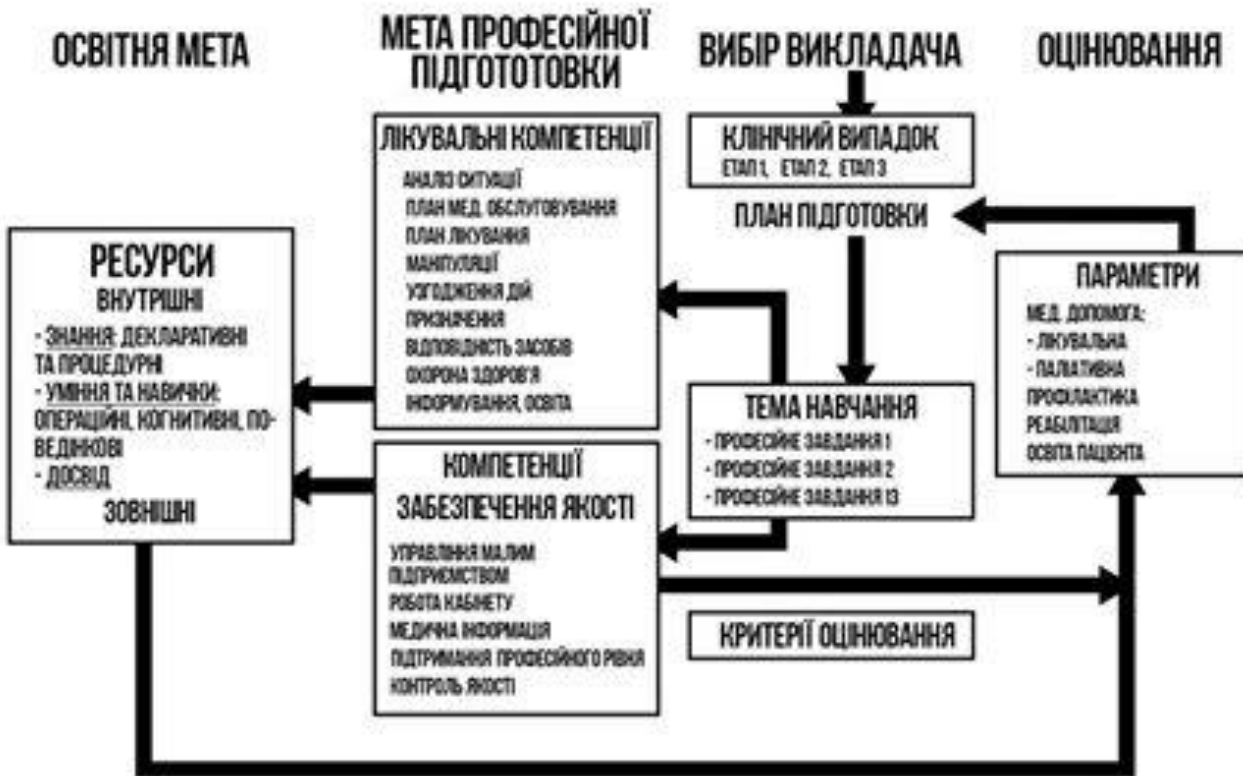
роботи амбулаторно-поліклінічних і лікарняних закладів, швидкої та невідкладної допомоги; можливості лікарів загальної практики – сімейної медицини при організації медичної та соціальної допомоги; порядок скерування пацієнта будь-якого віку, статі, соціального статусу та характеру захворювання для надання лікувально-діагностичної допомоги на вторинному та третинному рівнях; порядок залучення соціальних служб, санаторно-курортної служби та ін.;

- правила ведення медичної та обліково-звітної документації;
- основні показники здоров'я населення країни/регіону/громади/дільниці; медико-соціальну структуру населення власної дільниці/громади; групи населення з прогностично найнесприятливішим станом здоров'я та методи їх вивчення;
- нормальну й патологічну анатомію та фізіологію органів і систем людини;
- методику обстеження пацієнта (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация тощо);
- основи лабораторної, функціональної, ендоскопічної, радіологічної діагностики захворювань;
- сучасну класифікацію хвороб;
- показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування;
- методи оцінки якості медичної допомоги;
- методи первинної, вторинної і третинної профілактики найчастіших захворювань (корекція факторів ризику, раннє виявлення захворювань, імунізація, медикаментозна та немедикаментозна профілактика);
- організацію диспансерного нагляду за хворими будь-якого віку та статі, патронажу за вагітними та новонародженими;
- основи організації паліативної допомоги;
- правила санітарно-епідеміологічного режиму в лікувально-профілактичних закладах і відповідні документи, які їх регламентують;
- необхідні протиепідемічні заходи при виникненні інфекційних захворювань;
- імунопрофілактику інфекційних хвороб;
- принципи організації надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях;
- питання експертизи тимчасової і постійної втрати працездатності;
- методики та джерела отримання сучасної науково обґрунтованої інформації; методики прийняття клінічних рішень, які базуються на даних доказової медицини; методики критичної оцінки публікацій;
- основи валеології, форми і методи санітарно-освітньої роботи, формування здорового способу життя;
- методики консультування пацієнтів і при необхідності членів їх сімей;

- клінічну симптоматику захворювань, що найчастіше зустрічаються у дорослих, підлітків і дітей будь-якої статі, їх діагностику, диференційну діагностику, профілактику і лікування;
- сучасні методи діагностики захворювань, їх чутливість і специфічність, обмеження, економічну вартість;
- методи та алгоритми надання невідкладної допомоги;
- правила виписування, зберігання та використання наркотичних, сильнодіючих і психотропних препаратів і прекурсорів;
- показники нормального перебігу та симптоми ускладненого перебігу вагітності, порядок організації медичної допомоги жінкам з ускладненою вагітністю;
- основи медикаментозної терапії, фармакодинаміку та фармакокінетику основних груп лікарських засобів, взаємодію лікарських засобів, покази та протипокази до їх призначення, побічні дії та ускладнення при їх застосуванні та методи їх корекції; порядок обліку побічних дій та ускладнень препаратів; питання фармакоекономіки;
- порядок подання екстреного повідомлення про інфекційні захворювання та отруєння. Тактику дій при підозрі на особливо небезпечні та карантинні інфекційні захворювання;
- основи реабілітології на рівні первинної медико-санітарної допомоги;
- основи дієтотерапії та лікувальної фізкультури;
- досвід організації ПМСД на засадах сімейної медицини в країнах світу;
- правила внутрішнього трудового розпорядку;
- правила охорони праці та протипожежної безпеки;
- правила користування апаратурою та обладнанням, комп'ютерною технікою;
- профілактику внутрішньолікарняних інфекцій і професійних захворювань;
- правила деонтології та медичної етики.

Побудова навчальної програми професійної підготовки лікаря ЗП з позиції компетентнісного підходу у Франції [с. 108–114]

1. Модель професійної підготовки лікаря ЗП



## 2. Приклад розробки навчальної програми для інтернів ЗП

Тема: “Лікування хронічних захворювань у загальній практиці: діабет II типу”

Навчальні цілі визначаються відповідно до критеріїв реалізації професійної діяльності лікаря в певній ситуації. У випадку хронічного захворювання вони включають такі дії:

1. Застосування довідника та рекомендацій ПМД.
2. Роз'яснення пацієнту умов звернення за медичною допомогою у випадку загострення стану або появи ускладнень.
3. Обговорення з пацієнтом тривалий план лікування.
4. Періодичний перегляд випадку та адаптація до нових даних.
5. Пильний контроль у довгостроковому персональному моніторингу.
6. Визначення можливих перешкод у спілкуванні і ризиків розриву цих стосунків.
7. Роз'яснення пацієнтові особливості соціального регулювання даних про хворих з хронічними захворюваннями.
8. Брати до уваги послуги, що надаються асоціаціями пацієнтів, зберігаючи при цьому критичність.

### I. Дії при першому прийомі

1. Аналіз ситуації.
  - з біо-медичного боку: підтвердження діагнозу і визначення ступеня тяжкості стану; пошук можливих факторів ризику для серцево-судинної системи; оцінювання функціональної побічної дії ускладнень діабету; оцінка харчування пацієнта та складання дієти;
  - із психо-реляційного боку: оцінка рівня розуміння пацієнтом свого стану та його ставлення до зміни харчових звичок і способу життя; оцінка здатності оточення пацієнта до його підтримки.
  - із суспільно-екологічного боку: перевірка страхового покриття; поставити хворого на облік у касі медичного страхування як такого, що має ALD (Affection Longue Durée – тривале захворювання); перевірка житлових і гігієнічних умов; переконатися, що професійна діяльність пацієнта сумісна з новим способом життя через хворобу і можливу інвалідність.
2. Інформування пацієнта щодо:
  - видів терапевтичних заходів і моніторингу в середньостроковій перспективі;
  - його стану здоров'я і можливого перебігу хвороби.
3. Навчання пацієнта та його близьких:
  - пристосуватись до рекомендованих правил гігієни і лікування;
  - налаштувати самоконтроль діабету.
4. Розробити та представити план лікування
  - роз'яснити правила гігієни і харчування, порядок прийому ліків;
  - скласти план додаткових обстежень і спеціалізованого догляду;

- у разі наявності супутніх захворювань, встановити пріоритетність.

5. Координація різних медичних і парамедичних заходів, необхідних у супроводі хворого:

- інформувати діабетолога та інших вузьких спеціалістів про стан здоров'я пацієнта;
- синтезувати та вносити в медичну картку отриману від них інформацію;
- періодично переглядати справу.

6. Заповнення адміністративної документації, необхідної для отримання пацієнтом страхового покриття.

II. Компетенції, необхідні в догляді за хворим на діабет пацієнтом:

- встановлення діагнозу;
- розробка та обговорення плану лікування;
- індивідуалізоване призначення;
- забезпечення співпраці з іншими фахівцями;
- налагодження та підтримка довірливих стосунків з пацієнтом;
- інформування, консультування, навчання пацієнта;
- організація функціонування кабінету;
- збір і застосування медичної інформації;
- підтримування власної професійної компетентності на належному рівні;
- контроль якості власної діяльності.

III. Ресурси лікаря загальної практики, що застосовуються в лікуванні хворого на діабет

1. Декларативні знання:

- знати рівень поширеності діабету у Франції, факторів ризику серцево-судинних та інших ускладнень;
- знати клінічну семіологію (симптоматику) діабету доклінічної стадії і його ускладнень;
- знати клінічну фармакологію пероральних протидіабетичних препаратів і лікування супутніх факторів ризику, а також їх дозування і приписи;
- знати показання та обмеження лабораторних досліджень і візуальних обстежень, необхідних для моніторингу стану пацієнта;
- знати вартість медикаментозних та інших лікувальних засобів;
- знати сфери діяльності і компетенції медичних і соціальних працівників, залучених у моніторингу хворих на діабет: приватного або лікарняного фахівця, дієтолога, інспектора соцстрахування тощо;
- знати умови отримання статусу «довготривалого захворювання» пацієнтом;
- знати норми спілкування;

– знати психологічну та антропологічну специфіку харчової поведінки і переживання хронічних захворювань.

2. Процедурні знання:

- знати особливості діагностичного підходу в загальній практиці;
- знати стандартні клінічні рекомендації з діагностики, лікування та супроводу хворого на діабет в практиці первинної медичної допомоги;
- знати порядок видачі рецептів і дозування пероральних протидіабетичних препаратів і правила додаткових призначень;
- знати порядок складання й аналізу дієти пацієнта.

3. Операційні навички:

- досліджувати біомедичний, психореляційний і соціальний стан пацієнта;
- планувати та проводити клінічні і додаткові обстеження згідно з нормативними рекомендаціями;
- скласти дієту пацієнта, призначити проти діабетичні та інші препарати у відповідно до нормативних рекомендацій і враховуючи преференції пацієнта;
- надавати поради і рекомендації з належної гігієни та харчування;
- оцінити ставлення пацієнта до зміни харчових звичок і способу життя та його здатності до навчання; продемонструвати як використовувати прилад для вимірювання рівня глюкози в крові самостійно;
- заповнювати протоколи для запиту на отримання ALD;
- заповнювати медичну картку та інші формуляри й регулярно оновлювати дані;
- ідентифікувати погіршення стану або гіпоглікемічну кому, виникнення ускладнень;
- використовувати комп'ютерну систему медико-економічної оптимізації медикаментозних призначень.

4. Поведінкові (реляційні) навички:

- прислуховуватись до думки та враховувати очікування пацієнта і його найближчого оточення;
- брати до уваги особистість пацієнта, його переконання, уявлення щодо свого харчування, хвороби, цукрового діабету;
- адаптувати стратегії спілкування до особистості пацієнта; пояснювати особливості хвороби, її можливого розвитку й ризику та узгодити умови короткострокових і середньострокових дій для забезпечення активної співпраці в контролі діабету;
- пояснити й обговорити умови гігієни, харчування та лікування;
- переконати пацієнта в необхідності додаткових обстежень і видів допомоги;
- передавати необхідну інформацію іншим фахівцям згідно з деонтологічними нормами.

5. Когнитивні навички:

– при розробці плану лікування знаходити компроміс між очікуваннями та умовами життя пацієнта та стандартними нормами і рекомендаціями;

– здійснювати періодичний аналіз і синтез розвитку стану;

– встановлювати пріоритетність супутніх захворювань;

– проводити критичний огляд і аналіз літератури щодо нових діагностичних і терапевтичних підходів.

6. Зовнішні ресурси:

– нормативні рекомендації з догляду за хворим на діабет пацієнтом у первинній допомозі;

– конференції;

– довідники спеціальності;

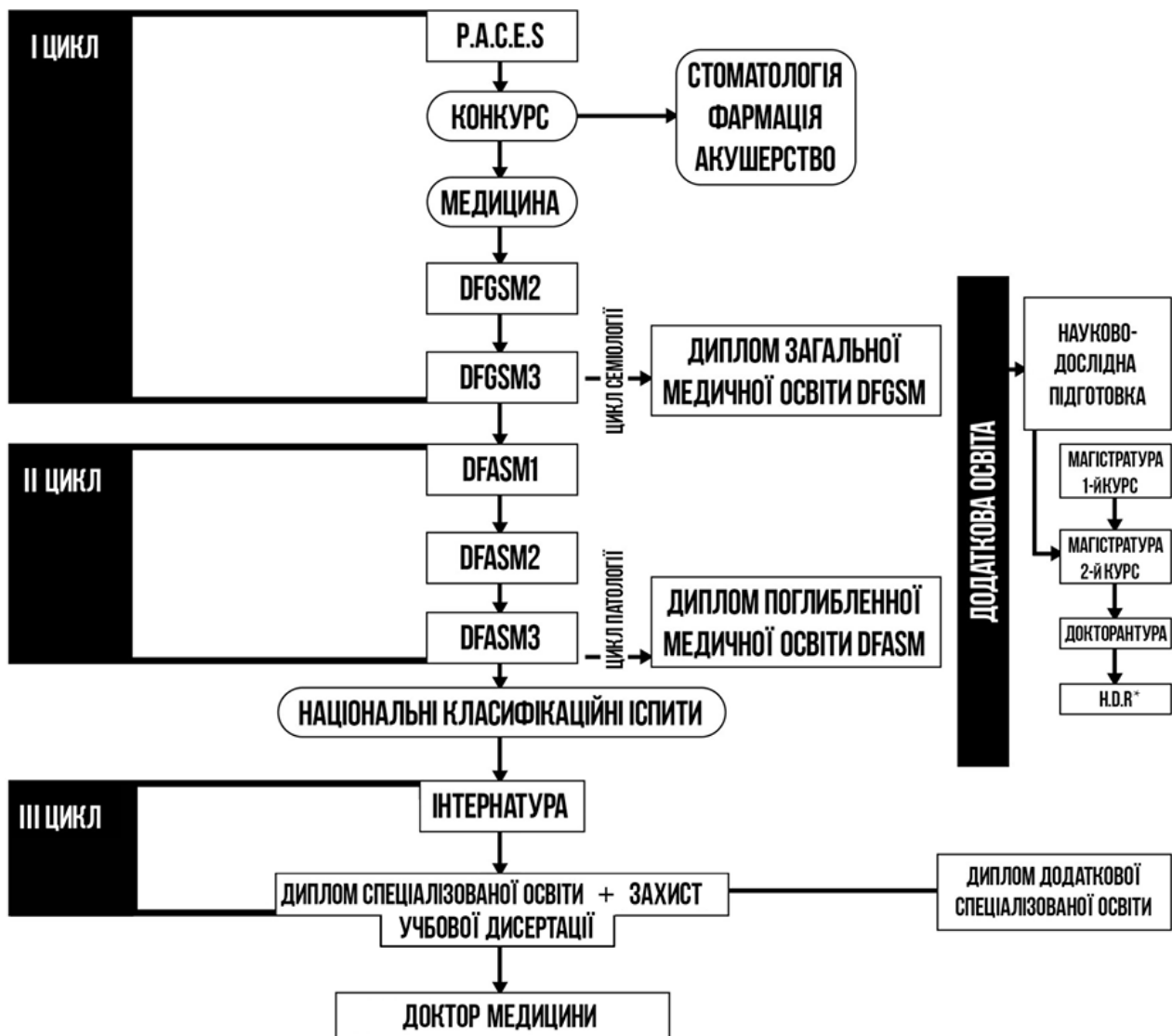
– банк даних лікарських засобів, терапевтичних еквівалентів;

– адресний і телефонний довідники;

– медико-соціальні служби.

Додаток Ж

Структура вищої медичної освіти у Франції



Примітки: 1. \* – HDR: habilitation à diriger des recherches «Дозвіл на наукове керівництво» – університетський ступінь, що присуджується по закінченню докторантури (еквівалент диплома доктора наук в Україні).



## Додаток 3

## NUMERUS CLAUSUS 2018 р. порівняно з 2017 р.

| UFR                          | Медицина          | Фармація    | Акушерство | Стоматологія | Загалом      |
|------------------------------|-------------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| Ам'єн                        | 206               | 88          | 35         | 28           | 357          |
| Анже                         | 187               | 75          | 25         | 15           | 302          |
| Антильські о-ви та Гвінея    | 142 (+22)         | 7 (+2)      | 25 (+1)    | 12 (+1)      | 186          |
| Безансон                     | 191 (+5)          | 71          | 26         | 24           | 312          |
| Бордо II                     | 340               | 137         | 27 (-3)    | 58           | 562          |
| Брест                        | 176 (+5)          | 25          | 23         | 30           | 254          |
| Кан                          | 200               | 95          | 24 (-1)    | 23           | 342          |
| Клермон-Ферран I (Оверні)    | 196               | 91          | 30         | 45           | 362          |
| Версаль-Сен-Кантен-ан-Івелін | 145               | 42          | 18         | 13           | 218          |
| Корсика                      | 30 (+3)           | 6 (+2)      | 5 (+2)     | 3            | 44           |
| Діжон                        | 229               | 82          | 27         | 30 (+3)      | 368          |
| Гренобль I                   | 195 (+5)          | 97          | 37         | 17           | 346          |
| Лілль – Католицький інститут | 130               | 10          | 29         | 2            | 171          |
| Лілль II                     | 458               | 205         | 40         | 87 (-2)      | 790          |
| Лімож                        | 145 (+4)          | 68          | 18         | 14 (+2)      | 245          |
| Ліон I                       | 542 (+15)         | 168         | 47         | 51           | 808          |
| Марсель                      | 372 (+10)         | 160 (+10)   | 36         | 72           | 640          |
| Монпельє I                   | 232 (+8)          | 188         | 66         | 52           | 538          |
| Нансі I                      | 308               | 126         | 25 (-24)   | 61           | 520          |
| Нант                         | 223               | 102         | 27         | 39           | 391          |
| Ніцца                        | 157               | 40          | 28         | 43           | 268          |
| Нова Каледонія               | 13                | 4 (+2)      | 4          | 5            | 26           |
| Париж V – Декарт             | 351               | 114 (+2)    | 31         | 43           | 539          |
| Париж VI                     | 323               | 115         | 30         | 36           | 504          |
| Париж VII – Дені Дідро       | 337               | 105         | 27         | 42           | 511          |
| Південний Париж XI           | 150               | 50 (+2)     | 11         | 14           | 225          |
| Париж XII                    | 175               | 56          | 10         | 16           | 257          |
| Північ. Париж XIII           | 153               | 44          | 10         | 16           | 223          |
| Пуатьє                       | 205               | 72          | 21         | 17           | 315          |
| Французька Полінезія         | 19                | 3           | 2 (-6)     | 4            | 28           |
| Реймс                        | 207 (+6)          | 80          | 27         | 35           | 349          |
| Ренн I                       | 220               | 85          | 27         | 42           | 374          |
| Реюньйон                     | 108               | 6           | 27         | 8            | 149          |
| Руан                         | 232               | 85          | 24 (-1)    | 33           | 374          |
| Сент-Етьєн                   | 154 (+5)          | 55          | 12         | 10           | 231          |
| Страсбург                    | 247               | 122         | 30         | 60 (+1)      | 459          |
| Тулуза III                   | 252               | 137         | 26         | 76           | 491          |
| Тур                          | 255               | 108         | 30         | 27           | 420          |
| <b>Загалом</b>               | <b>8205 (+81)</b> | <b>3124</b> | <b>967</b> | <b>1203</b>  | <b>13499</b> |

Додаток К

Навчальні плани додипломної професійної підготовки лікарів в  
університетах Франції

1. Перший цикл

Університет Реймса

| UE   | Аудиторні години |             |               | Заг. (год.)      | ЄКТ<br>С |
|--|------------------|-------------|---------------|------------------|----------|
|  | Леці<br>.        | Семіна<br>р | Практик<br>ум |                  |          |
| <b>III семестр</b>   |                  |             |               |                  |          |
| Сестринська практика (Вступний курс) та AFGSU (Attestation aux gestes de secours et d'urgence – атестація практичних навичок першої і невідкладної допомоги) |                  |             |               | 4 тижні<br>(140) |          |
| Здоров'я–суспільство–людство   | 30               |             |               | 30               | 4        |
| Молекулярні та цитологічні основи захворювань  | 46               | 4           | 8             | 58               | 8        |
| Молекулярні, цитологічні та гістологічні основи лікування  | 21               | 4           |               | 25               | 3        |
| Кров   | 36,5             | 2           | 2             | 40,5             | 5        |
| Опорно-руховий апарат  | 53               |             |               | 53               | 6        |
| Імунопатологія та імуноінтервенція   | 26               | 6           |               | 32               | 4        |
| <b>IV семестр</b>  |                  |             |               |                  |          |
| Живлення (харчування)  | 28               | 3           | 4             | 35               | 4        |
| Гормони  | 51               | 6,5         | 5,5           | 63               | 7        |
| Травна система   | 43               | 6           | 6             | 55               | 6        |
| Англійська медична мова  |                  | 30          |               | 30               | 4        |
| Практична семіологія   |                  |             | 20            | 20               | 3        |
| Опція 1 (Наук.-дослід. підг.)  | 20               | 10          | 20            | 50               | 6        |
| Опція 2 (2 курси за вибором):  |                  |             |               | 50               | 6        |

|  |    |    |    |               |            |
|--|----|----|----|---------------|------------|
| 1) Прикладна анатомія в лікуванні і візуальних обстеженнях   |    | 14 | 11 | 25            | 3          |
| 2) Теорія і практика інформаційних технологій                |    | 25 |    | 25            | 3          |
| 3) Патофізіологія хвороб крові                               |    | 19 | 6  | 25            | 3          |
| 4) Медична токсикологія                                      |    | 25 |    | 25            | 3          |
| <b>Усього</b>  |    |    |    | <b>631,5</b>  | <b>60</b>  |
| <b>V семестр</b>   |    |    |    |               |            |
| Збудники інфекцій/гігієна                                    | 83 | 4  | 3  | 90            | 9          |
| Нейросенсорна система  | 88 |    | 2  | 90            | 9          |
| Англійська медична мова                                      |    | 30 |    | 30            | 4          |
| Практична семіологія   |    |    |    | 15            |            |
| Опція 1 (науково-дослідна підготовка)                        | 20 | 10 | 20 | 60            | 6          |
| Опція 2  |    |    |    |               |            |
| 1) Норми застосування протиінфекційних лікарських препаратів | 17 | 8  |    | 25            | 3          |
| 2) Англійська медична мова                                   |    | 25 |    | 25            | 3          |
| 3) Спадкові розлади метаболізму                              |    | 12 | 13 | 25            | 3          |
| <b>VI семестр</b>  |    |    |    |               |            |
| AFGSU 2  |    |    |    | 20            |            |
| Медична генетика   | 26 | 6  |    | 32            | 4          |
| Біопатології тканин<br>Засоби досліджень                     | 18 | 6  | 6  | 32            | 4          |
| Дихальна система   | 27 | 4  | 2  | 33            | 4          |
| Серцево-судинна система                                      | 36 | 44 |    | 80            | 9          |
| Нирки та сечовивідні шляхи                                   | 39 |    | 4  | 43            | 5          |
| Епідеміологія, LCA, ESN                                      | 14 |    |    | 14            | 2          |
| Практична семіологія   |    |    |    | 20            | 2          |
| <b>Усього</b>  |    |    |    | <b>589</b>    | <b>58</b>  |
| <b>Загалом</b>   |    |    |    | <b>1220,5</b> | <b>118</b> |

Університет Гренобля

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| <b>UE</b>                       | <b>ЄКТС</b> |
| <b>III семестр</b>              |             |
| – загальна патологічна анатомія | 4           |

|  |  |
|--|--|
| – біофізика візуальних обстежень                                       |  |
| – загальна фармакологія  |  |
| Опорно-руховий апарат  | 4  |
| Ендокринні залози–живлення   | 7  |
| Травна система   | 5  |
| Біохімія 1   | 4  |
| Англійська мова  | 1  |
| Прикладна анатомія   | 2  |
| Медична інформатика 1  | -  |
| Вступний клінічний курс  | 3  |
| <b><i>IV семестр</i></b>   |  |
| Сечова система   | 4  |
| Нервова система  | 7  |
| Прикладна гістологія   | 1  |
| Генетика–розмноження–розвиток  | 5  |
| Біохімія 2   | 3  |
| Англійська мова  | 1  |
| Біостатистика  | 2  |
| Курс за вибором  | 6  |
| Медична інформатика 1  | -  |
| Клінічне обстеження  | 1  |
| <b><i>Усього</i></b>   | <b><i>60</i></b>   |
| <b><i>V семестр</i></b>  |  |
| Охорона здоров'я–судова медицина–ЛСА                                   | 4  |
| Серцево-судинна система  | 5  |
| Дихальна система   | 5  |
| Лімфатична система–імунологія  | 5  |
| Інфекції–дерматологія  | 5  |
| Гематологія–онкологія  | 5  |
| Англійська мова  | 1  |
| <b><i>VI семестр</i></b>   |  |
| <b><i>UE</i></b>   | <b><i>Підрозділ (Pôle)</i></b>   |
| Медична практика та професійна співпраця                               | Т 4: Охорона здоров'я і гігієна організації медичної допомоги, судова медицина/загальна практика |
| Від зачаття до народження–жіночі патології–спадковість–дитина–підліток | S 3: Акушерство і гінекологія  |
|  | Т 5: Педіатрія   |
| Старіння–вразливість–адиктивність                                      | S 2: Психіатрія і адиктологія  |
| Перцепція–нервова система–шкіра  | Т 4: Дерматологія  |
|  | S 2: Неврологія–офтальмологія  |
| Інвалідність–старіння–супровід   | Т 4: Геріатрія і паліативна допомога   |

|  |  |
|--|--|
|  | S 2: Ревматологія–фізіотерапія і реабілітація                |
| Заразні хвороби–санітарні ризики–гігієна праці                                 | T 4: Інфекції–санітарні ризики                               |
|  | S 1: Гігієна праці–заняттєва терапія                         |
| Запалення–імунологія   | T 4: Внутрішня медицина                                      |
|  | S 1: Пульмонологія   |
| Кровообіг–метаболізм   | S 1: Кровообіг   |
|  | S 3: Метаболізм, трансплантація                              |
| Онкологія–гематологія  | T 4: Онкологія   |
| Норми застосування лікарських препаратів і немедикаментозних засобів лікування | T 5: Токсикологія, терапія                                   |
| Невідкладна допомога   | T 5: Невідкладна допомога–анестезія–біль–паліативна допомога |
|  | S 2: Ортопедія–травматологія                                 |
| Загальна науково-дослідна підготовка: LCA                                      | LCA  |
| Стажування (5 місяців)   | S 1 x 2 (практики)   |
|  | S 2 x 2  |
|  | S 3 x 2  |
|  | T 4 x 2  |
|  | T 5 x 2  |
|  | D 4 x 2  |
|  | 25 чергувань   |
| Англійська мова  |  |
| Курс за вибором  |  |

## 2. Другий цикл

Університет Страсбурга

| <i>Назва навчального курсу</i>   | <i>ЄКТС</i> |
|--|-------------|
| <i>Модулі</i>  |             |
| <b>DFASM 1</b>   |             |
| Педіатрія/дитяча хірургія  | 8           |
| Інфекційні захворювання  | 10          |
| Біль–паліативна допомога–смерть–анестезія  | 4           |
| Старіння–фізіотерапія–реабілітація   | 4*          |
| Медико-хірургічні патології травної системи  | 4           |
| LCA  | 1,5         |
| Хвороби ендокринної системи–харчування   | 6           |
| Невідкладна допомога   | 4           |
| Спеціалізація: ЛОР, хірургія стоматологічна–пластична і реконструктивна щелепно-лицева хірургія  | 4*          |
| Семінар – Організація первинної допомоги   | 0,25        |
| <b>DFASM 2</b>   |             |
| Від зачаття до народження  | 4           |
| Психіатрія/дитяча психіатрія   | 4           |
| Імунопатологія, ревматологія, внутрішня медицина   | 4           |
| Хвороби крові і переливання крові  | 6           |
| Патологія сечовивідної системи   | 4**         |
| Спеціалізація: дерматологія та офтальмологія   | 4*          |
| Лікарська практика і міжпрофесійне співробітництво, заняттєва терапія і охорона праці та 2 семінари: Доцільність догляду; Насильство і жорстоке поводження людей | 6,25        |
| Онкологія  | 6           |
| Фармакологія і медикаментозне лікування  | 4           |
| LCA  | 1,50        |
| ECN – проміжний іспит  | 0,25        |
| <b>DFASM 3</b>   |             |
| Синтез клінічної та терапевтичної підготовки   | 9           |
| LCA  | 1,5         |
| <i>Курси за вибором</i>  | <i>17,5</i> |
| <i>Практична підготовка</i>  | <i>0,75</i> |
| <b>DFASM 1</b>   |             |
| Радіологія та медична візуалізація (10 занять по півдня)   | 0,25        |
| Медична етика (5 занять по півдня)   | 0,13        |
| <b>DFASM 2</b>   |             |
| Патологічна анатомія (3 заняття по півдня)   | 0,12        |
| Робота в лабораторії (10 занять по півдня)   | 0,25        |

|  |             |
|--|-------------|
| <i>Стажування в лікарні та чергування</i>                    | <i>17,5</i> |
| Педіатрія/дитяча хірургія (2 місяця)                         | 2           |
| Хірургія травної системи (1 місяць)                          | 1           |
| Анестезіологія (1 місяць)                                    | 1           |
| Медико-хірургічна невідкладна допомога/Реанімація (1 місяць) | 1           |
| Загальна практика (в приватній практиці) (1 місяць)          | 1           |
| Гінекологія–акушерство (1 місяць)                            | 1           |
| Психіатрія/дитяча психіатрія (1 місяць)                      | 1           |
| Внутрішня медицина/Нефрологія (2 місяця)                     | 2           |
| Медична спеціалізація (2 місяця)                             | 2           |
| Вільна практика 1 (2 місяця по півдня)                       | 1           |
| Вільна практика 2 (2 місяця по півдня)                       | 1           |
| Вільна практика 3 (3 місяця по півдня)                       | 1,5         |
| Вільна практика 4 (2 місяця)                                 | 2           |
| <b>Усього</b>  | <b>136</b>  |

Примітки: 1. \* – 2 кредити ЄКТС на кожну з 4 спеціальностей: ЛОР, Стоматологія, Дерматологія, Офтальмологія).

2. \*\* – по 2 ЄКТС на нефрологію та урологію.

#### Університет Париж XIII

| UE   | Дисципліна                        | Год.       |
|--|-----------------------------------|------------|
| <i>DFASM 1</i>   |                                   | <i>260</i> |
| I семестр  |                                   |            |
| Лікарська практика і міжпрофесійне співробітництво     | Загальна практика–судова медицина | 10         |
| Інфекційні захворювання–санітарні ризики–гігієна праці | Інфекційні захворювання           | 44         |
|  | Заняттєва терапія                 | 10         |
| Кровообіг–метаболізм                                   | Кардіологія                       | 20         |
|  | Гепато/гастроенторологія          | 24         |
|  | Урологія                          | 6          |
| II семестр   |                                   |            |
| Перцепція–нервова система–шкіряний покрив              | Дермтологія                       | 16         |
|  | Офтальмологія                     | 10         |
|  | ЛОП                               | 10         |
|  | Неврологія                        | 20         |
| Кровообіг–метаболізм                                   | Ендокринна система–харчування     | 30         |
|  | Нефрологія                        | 20         |
| Невідкладна допомога                                   | Ортопедія                         | 14         |
|  | Трансверсальні семінари           | 16         |
| Наукова підготовка                                     | LCA                               | 10         |
| Практична підготовка                                   | Стажування                        |            |

|  |                        |            |
|--|------------------------|------------|
| Поточний контроль  |                        |            |
| Курс за вибором  |                        |            |
| <i>DFASM 2</i>   |                        | 254        |
| III семестр  |                        |            |
| Від зачаття до народження:<br>жіночі хвороби, спадковість,<br>дитина, підліток | Гінекологія–акушерство | 40         |
|  | Медична педіатрія      | 40         |
|  | Хірургічна педіатрія   | 8          |
| Недієздатність, старіння,<br>утримання, біль, паліативна<br>допомога, супровід | Старіння               | 12         |
|  | Недієздатність         | 10         |
|  | Паліативна допомога    | 14         |
| IV семестр   |                        |            |
| Дозрівання, вразливість, психічне<br>здоров'я, адиктивна поведінка             | Психіатрія–адиктологія | 32         |
| Запалення, імунопатологія, легені,<br>кров                                     | Ревматологія           | 20         |
|  | Внутрішня медицина     | 12         |
|  | Грудна клітка          | 20         |
|  | Гематологія            | 10         |
| Онкологія–гематологія  | Онкологія–гематологія  | 26         |
| Наукова підготовка   | LCA                    | 10         |
| Практична підготовка   | Стажування             |            |
| Поточний контроль  |                        |            |
| Курс за вибором  |                        |            |
| <i>DFASM 3</i>   |                        | 70         |
| Терапія  |                        | 25         |
| Невідкладна допомога   |                        | 35         |
| Наукова підготовка   | LCA                    | 10         |
| Практична підготовка   | Стажування             |            |
| Сертифікат клінічної компетенції   |                        |            |
| <b><i>Усього</i></b>   |                        | <b>584</b> |



## Додаток К

### Програми інтегрованих юнітів першого циклу

#### 1. Тематичний план блоку дисциплін «Опорно-руховий апарат»

|            |  |
|------------|--|
| <i>I.</i>  | <i>Загальна семіологія</i>   |
|            | Вступ до семіології  |
|            | Ліки та імунітет   |
|            | Методи медичної радіології   |
|            | Шийний відділ хребта   |
|            | Грудний відділ хребта  |
|            | Поперековий відділ хребта  |
|            | Семіологія хребтового стовбура   |
|            | Приклади хребтових дисфункцій  |
|            | Розтягнення зв'язок, вивих, перелом  |
|            | Семіологія плеча   |
|            | Патологія плеча: розрив м'яза плечового пояса  |
|            | Патологія плеча: анкілоз – діагностика та лікування: артрографія-розтягнення   |
|            | Семіологія руки і зап'ястя   |
|            | Хвороби рук: пацієнт з остеоартритом пальців, синдромом каналу зап'ястя та суглобовим хондрокальцинозом; стенозуючий лігаментит, важкий ерозивний остеоартрит, хвороба Дюпюїтрена або фіброз долонної фасції, ранній ревматоїдний поліартрит, склеродермія |
|            | Семіологія стегна  |
|            | Семіологія коліна  |
|            | Стопи і гомілковостопний суглоб  |
|            | Основи технічної візуалізації опорно-рухового апарату  |
|            | МРТ, комп'ютерна томографія, сцинтиграфія  |
| <i>II.</i> | <i>Фізіологія</i>  |
|            | Смугасті м'язи скелету: «Термінологія прикладної фізіології»   |
|            | Фізіологія кісткової тканини   |
|            | Ходьба   |
|            | Суглобовий хрящ  |
|            | Синовіальна оболонка   |
|            | Препарати для лікування остеопорозу та для кісткового ремоделювання  |
|            | Січова кислота та ліки   |
|            | Основні захворювання кісток  |
|            | Лікування захворювань кісток   |
|            | Зрощення кістки  |
|            | Загальні принципи лікування переломів  |
|            | Відновлення порушених функцій  |

**2. Тематичний план підсумкового контролю з UE «Нейросенсорна система та психіатрія»**

| <i>Дисципліна</i>           | <i>Оцінювання</i> |                   |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
|                             | <i>форма</i>      | <i>к-ть балів</i> |
| <i>Фундаментальні</i>       |                   |                   |
| Анатомія                    | 20 QCM            | 40                |
| Гістологія–ембріологія      | 2 QROC + 8 QCM    | 20                |
| Фізіологія                  | 14 QCS            | 28                |
| Біофізика                   | 10 QCS            | 20                |
| Фармакологія                | 6 QCS             | 12                |
| Радіологія                  | 8 QCS             | 16                |
| <i>Клінічна семіологія:</i> |                   |                   |
| Неврологія                  | 6 QCS             | 32                |
| Психіатрія                  | 8 QCS             | 16                |
| Нейрохірургія               | 4 QCS             | 8                 |
| ЛОР                         | 2 QCS             | 4                 |
| Офтальмологія               | 2 QCS             | 4                 |

Додаток М

Таблиця оцінювання клінічної практики на першому циклі

**2-й курс**

Присутність  
 Заняття 1      Заняття 2      Заняття 3      Заняття 4

Ім'я тьютора

Курс/посада

Підпис

Підсумкова оцінка (4-те заняття)      *Незадовільн* 0 (0-3)      *Нижче середньог* 0 (4-7)      *Середньо* (8-12)      *Вище середньог* 0 (13-16)      *Відмінно* (17-20)

Пунктуальність

Поведінка та спілкування

Активність

**3-й курс**

Присутність      Пн.      Вт.      Ср.      Чт.      Пт.

Тиждень 1

Тиждень 2

Тиждень 3

I. Поведінка      *Незадовільн* 0 (0-3)      *Нижче середньог* 0 (4-7)      *Середньо* (8-12)      *Вище середньог* 0 (13-16)      *Відмінно* (17-20)

Навички спілкування

Автономність учіння

Дисципліна та пунктуальність

II. Компетенції:

1. Опитування

2. Обстеження

3. Інтерпретація  
результатів  
(аналізів, ЕКГ,  
рентген тощо)

4. Редагування  
результатів огляду  
(збір, синтез)

*III. Коментарій керівника практики/тьютора*

## Додаток Н

### Програма Національних класифікаційних іспитів

#### *Модуль 1. Лікарська справа та професійна взаємодія*

№1. Відносини лікар-пацієнт особисті або в команді фахівців. Спілкування з пацієнтом та його оточенням. Повідомлення діагнозу важкої або смертельної хвороби чи негативні наслідки лікування. Освіта пацієнта. Особистісний підхід в лікуванні.

№2. Професійні цінності лікаря та інших медичних працівників.

№3. Процес мислення та прийняття рішення в медицині. Доказова медицина. Колективне прийняття рішень.

№4. Безпека пацієнта. Управління ризиками. Небажані випадки медичної практики (EIAS).

№5. Виправлення помилок та задоволення скарг.

№6. Організація клінічної практики і методів забезпечення супроводу пацієнта.

№7. Особисті та громадські права пацієнта.

№8. Медична етика.

№9. Медичні довідки. Смерть і законодавство. Вилучення органів і законодавство.

№10. Сексуальне насилля.

№11. Психіатрична допомога без згоди пацієнта.

№12. Кримінальна, цивільна, адміністративна і дисциплінарна відповідальність лікаря.

№13. Принципи дотримання якості та оцінка професійної діяльності.

№14. Навчання впродовж життя. Критичний аналіз наукової та медичної інформації.

№15. Організація системи медичного обслуговування (регулювання, показники, шляхи забезпечення).

№16. Соціальний захист. Медичне страхування. Додаткові види страхування. Універсальне покриття медичних витрат. Споживання медичних товарів і послуг.

№17. Договірна система.

№18. Методологія експериментальних і клінічних досліджень.

№19. Державні заходи охорони здоров'я населення.

№20. Інтерпретація результатів епідеміологічних досліджень.

#### *Модуль 2. Від зачаття до народження – Жіночі захворювання – Спадковість – Дитина – Підліток*

№21. Дошлюбний медичний огляд.

№22. Нормальний перебіг вагітності.

№23. Основні ускладнення при вагітності.

№24. Позаматкова вагітність.

№25. Гострий абдомінальний біль у вагітної жінки.

- №26. Запобігання фетальних ризиків: інфекції, ліки, токсичні речовини, радіація.
- №27. Особливості інфекції сечовивідних шляхів під час вагітності.
- №28. Головні ризики професійної діяльності вагітної.
- №29. Швидке і сповільнене внутрішньоутробне зростання: фактори ризику та профілактика.
- №30. Пологи та післяпологовий період.
- № 31. Оцінка та догляд за доношеним новонародженим.
- №32. Грудне годування.
- №33. Патологічні наслідки пологів.
- №34. Розлад менструального циклу. Метрорагія.
- №35. Контрацепція.
- №36. Добровільне переривання вагітності.
- №37. Безплідність: надання першої консультації.
- №38. Медична допомога в зачатті: основні біологічні, медичні та етичні аспекти.
- №39. Тазові болі у жінок.
- №40. Аменорея.
- №41. Генітальні кровотечі у жінок.
- №42. Пухлини жіночих полових органів.
- №43. Проблеми, пов'язані з генетичними захворюваннями, приблизно:  
хромосомна хвороба: трисомія 21;  
хвороба гена: муковісцидоз;  
хвороби нестійкості: синдром слабкої X- хромосоми.
- №44. Догляд за немовлям, дитиною і нормальним підлітком. Виявлення ортопедичних проблем, порушень зору і слуху. Обов'язкові медичні огляди. Шкільна медицина. Дитяча смертність і захворюваність.
- №45. Харчування та поживні потреби немовля та дитини.
- №46. Нормальний розвиток та патології щелепно-ліцевого апарату і зубів.
- №47. Пубертатний період. Нормальне та патологічне дозрівання.
- №48. Патології сечостатевої системи в хлопчиків і дорослих чоловіків.
- №49. Розлади сечовипускання в дітей.
- №50. Дитяча косоокість.
- №51. Відставання в збільшенні росту і ваги тіла.
- №52. Кульгавість у дітей.
- Модуль 3. Дозрівання – Вразливість – Психічне здоров'я – Адиктивна поведінка*
- №53. Психомоторний розвиток немовлят і дітей: нормальні і патологічні аспекти (сон, харчування, контроль сфінктера, психічна активність, мовлення, інтелект). Встановлення позитивних стосунків батьків з дитиною і їх значення. Проблеми в навчанні.
- №54. Дитина-інвалід: особливості догляду та супроводу.
- №55. Зловживання і діти в небезпеці. Захист матері і дитини.
- №56. Нормальна сексуальність і сексуальні розлади.

- №57. Загрозливі ситуації.
- №58. Фактори ризику, запобігання, виявлення психічних розладів у представників усіх вікових груп.
- №59. Базова класифікація психічних захворювань в представників усіх вікових груп.
- №60. Організація медичної психіатричної допомоги представникам усіх вікових груп.
- №61. Шизофренічні розлади в підлітків і дорослих.
- №62. Біполярні розлади в підлітків і дорослих.
- №63. Стійкий маєтний стан.
- №64. Клінічний діагноз: депресивний стан, загальний тривожний стан, панічний стан, фобії, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий стан, розлад особистості.
- №65. Перешкоди розвитку.
- №66. Поведінкові проблеми підлітків.
- №67. Психічні розлади під час вагітності та післяпологові.
- №68. Психічні розлади в літніх людей.
- №69. Порушення харчування в підлітків та дорослих.
- №70. Соматичні розлади.
- №71. Психотерапевтичні методи.
- №72. Призначення психотропних препаратів і контроль їх вживання.
- №73. Тютюнозалежність.
- №74. Алкогольна залежність.
- №75. Наркозалежність від психотропних препаратів (бензодіазепін і його похідні).
- №76. Наркозалежність від канабісу, кокаїну, амфітамінів, опію, синтетичних наркотиків.
- №77. Поведінкові залежності.
- №78. Допінг.
- Модуль 4. Сприйняття – Нервова система – Шкіра*
- №79. Недоліки зорової функції.
- №80. Раптовий розлад зору.
- №81. Почервоніння/болючість ока.
- №82. Хронічна глаукома.
- №83. Проблеми рефракції.
- №84. Хвороби повік.
- №85. Кровоточивість носа.
- №86. Гострі розлади голосу та мови. Дисфонія.
- №87. Недоліки слухової функції.
- №88. Захворювання слинних залоз.
- №89. Гострий неврологічний розлад.
- №90. Розлад рухових та/або сенсорних функцій кінцівок.
- №91. Компресія спинного мозку і синдром нетравматичного кінського хвоста.

- №92. Спонділодинія.
- №93. Радикалгія та синдром карпального каналу.
- №94. Периферичні невропатії.
- №95. Гострий запальний полірадікулоневрит (синдром Гуйан-Баре).
- №96. Міастенія.
- №97. Мігрень, невралгія трійчастого нерва та кластерний головний біль.
- №98. Гострий та хронічний головний біль у дорослих і дітей.
- №99. Параліч лицьового нерва.
- №100. Диплопія.
- №101. Запаморочення.
- №102. Розсіяний склероз.
- №103. Епілепсія в дітей і дорослих.
- №104. Хвороба Паркінсона.
- №105. Аномальні рухи.
- №106. Сплутаність свідомості, деменція.
- №107. Порушення ходи та рівноваги.
- №108. Порушення сну в дітей і дорослих.
- №109. Лицеві дерматози: акне, вугрі, себореїний дерматит.
- №110. Бульозний дерматоз шкіри та/або зовнішньої слизової оболонки.
- №111. Гемангіоми шкіри і судинні вади шкіри.
- №112. Висип і ексфолювативний дерматит у дорослих і дітей.
- №113. Свербіж.
- №114. Псоріаз.
- Модуль 5. Обмежені можливості – Старіння – Залежність – Біль – Паліативна допомога – Супровід*
- №115. Людина з обмеженими можливостями: основи функціонального та терапевтичного обстеження.
- №116. Наслідки нерухомості і пролежнів. Профілактика і лікування.
- №117. Психічні обмеження.
- №118. Основні методи фізіотерапії та реабілітації.
- №119. Нормальний процес старіння: біологічні, функціональні та поведінкові аспекти.
- №120. Менопауза та андропауза.
- №121. Проблеми сечовипускання і нетримання сечі в дорослих і літніх людей.
- №122. Проблеми з ерекцією.
- №123. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози.
- №124. Остеопатії.
- №125. Артроз.
- №126. Хвора літня людина: семіологічні, психологічні та терапевтичні особливості.
- №127. Нейросенсорний дефіцит у літніх людей.
- №128. Порушення ходи та рівноваги.
- №129. Проблеми сприйняття дійсності в літніх людей (див. №106).



- №130. Автономність та залежність літніх людей.
- №131. Нейрофізіологічні основи та фізіопатологічні механізми гострого і хронічного болю.
- №132. Медикаментозне та немедикаментозне лікування болю.
- №133. Місцева, регіональна та загальна анестезія.
- №134. Біль у дитини: оцінка та лікування.
- №135. Біль при психічних розладах.
- №136. Багатопрофільна паліативна допомога при важкій, хронічній або невиліковній хворобі (частина 1). Основні клінічні висновки. Умови організації роботи медичної команди.
- №137. Багатопрофільна паліативна допомога при важкій, хронічній або невиліковній хворобі (частина 2). Супровід хворих і їх оточення. Основні етичні аспекти.
- №138. Багатопрофільна паліативна допомога при важкій, хронічній або невиліковній хворобі (частина 3). Призначення седативних препаратів для полегшення стану невиліковно хворого в специфічних і складних ситуаціях наприкінці його життя. Відповідь на прохання про евтаназію або допомогу в суїциді.
- №139. Паліативна допомога в педіатрії.
- №140. Паліативна допомога в реанімації.
- №141. Звичайна і патологічна смерть.
- Модуль 6. Заразні хвороби – Санітарні ризики – Гігієна праці*
- №142. Контроль за заразними інфекційними хворобами.
- №143. Вакцинація.
- №144. Гостра лихоманка в дітей та дорослих.
- №145. Носо-синусоїдальні інфекції в дітей та дорослих.
- №146. Ангіни в дітей і дорослих і дитячий ринофарингіт.
- №147. Інфекційні отити в дітей і дорослих.
- №148. Менінгіт, менінгоенцефаліт у дітей і дорослих.
- №149. Інфекційний ендокардит.
- №150. Моніторинг пацієнтів з протезами клапанів і судин.
- №151. Позалікарняні бронхолегеневі інфекції в дітей і дорослих.
- №152. Бактеріальні та грибові інфекції слизових оболонок, шкіри і захисних покривів шкіри в дітей та дорослих.
- №153. Кістково-суглобові інфекції в дітей та дорослих.
- №154. Септицемія/Бактеріємія/Грибові інфекції крові.
- №155. Туберкульоз у дітей і дорослих.
- №156. Правець.
- №157. Інфекції сечовивідних шляхів у дітей та дорослих.
- №158. Інфекції, що передаються статевим шляхом: гонорея, хламідіоз, сифіліс, вірус папіломи людини (ВПЛ), трихомоніаз.
- №159. Кашлюк.
- №160. Гарячкові екзантеми.

- №161. Епідемічний паротит.
- №162. Грип.
- №163. Вірусні гепатити.
- № 164. Вірус герпесу в імунозахищених індивідів.
- №165. ВІЛ інфекція.
- №166. Малярія.
- №167. Короста та педикульоз.
- №168. Паразитози травного тракту: лямбліоз, амебіаз, солітер, аскариди, гострики.
- №169. Зоонози.
- №170. Інфекційні хвороби в мігрантів.
- №171. Подорож до тропічних країн: поради перед від'їздом, захворювання після повернення: лихоманка, діарея, шкірні прояви.
- №172. Інфекційна діарея в дітей і дорослих.
- №173. Призначення та контроль за прийомом анти-інфекційних препаратів.
- №174. Надзвичайні ризики, біотероризм, високо заразні хвороби.
- №175. Санітарні ризики, пов'язані зі споживанням води чи продуктів харчування. Харчові отруєння.
- №176. Санітарні ризики через радіацію. Радіаційний захист.
- №177. Санітарна безпека продукції, призначеної для людей. Моніторинг стану здоров'я населення.
- №178. Професійне середовище та гігієна праці.
- №179. Організація медицини праці.
- №180. Виробничі травми та професійні захворювання.
- Модуль 7. Запалення – Клінічна імунологія – Легені – Кров*
- №181. Запальні реакції: біологічні та клінічні аспекти.
- №182. Гіперчутливість та алергії в дітей і дорослих: патофізіологічні, епідеміологічні й діагностичні аспекти та принципи лікування.
- №183. Шкірно-слизові гіперчутливість та алергії в дітей і дорослих. Кропив'янка, atopічний і контактний дерматити.
- №184. Гіперчутливість та алергії дихальних шляхів у дітей і дорослих. Астма, риніт.
- №185. Імунодефіцит.
- №186. Тривала лихоманка.
- №187. Лихоманка в пацієнта з пригніченим імунітетом.
- №188. Автоімунні захворювання: епідеміологічні, діагностичні аспекти і принципи лікування.
- №189. Основні типи системного васкуліту, вразливі органи, діагностичні засоби та терапевтичні методи.
- №190. Системний червоний вовчак. Антифосфоліпідний синдром.
- №191. Синдром Хортонна.
- №192. Ревматоїдний артрит.
- №193. Запальний спондилоартрит.

- №194. Мікрокристалічна артропатія.
- №195. Комплексний регіональний больовий синдром (альгодистрофія).
- №196. Суглобовий біль і випіт. Початкова стадія артрити.
- №197. Трансплантація органів: епідеміологічні та імунологічні аспекти; принципи лікування та моніторингу; ускладнення та прогноз; етичні та юридичні аспекти.
- №198. Лікування біопрепаратами і таргетна терапія.
- №199. Гостра та хронічна ядуха (задишка).
- №200. Всі аспекти медичного догляду за дітьми й дорослими.
- №201. Кровохаркання.
- №202. Плеврит.
- №203. Помутніння та інтра-торакальні маси (легені) в дітей і дорослих.
- №204. Хронічна дихальна недостатність.
- №205. Хронічна обструктивна бронхопневмопатія.
- №206. Дифузна інтерстиціальна пневмонія.
- №207. Саркоїдоз.
- №208. Повний аналіз крові.
- №209. Анемія в дітей і дорослих.
- №210. Тромбоцитопенія в дорослих і дітей.
- №211. Пурпура в дітей і дорослих.
- №212. Геморагічний синдром гематологічного походження.
- №213. Мононуклеоз.
- №214. Еозинофілія.
- №215. Порушення обміну заліза в дітей та дорослих.
- №216. Поверхнева лімфаденопатія в дітей і дорослих.
- №217. Амїлоїдоз.
- Модуль 8. Кровообіг – Метаболізм*
- №218. Атерома: епідеміологія та патофізіологія. Полі-атероматозний хворий.
- №219. Фактори ризику та профілактики серцево-судинних захворювань.
- №220. Дисліпідемії.
- №221. Артеріальна гіпертонія в дорослих.
- №222. Легенева артеріальна гіпертонія в дорослих і дітей.
- №223. Облітеруюча артеріопатія аорти, вісцеральних артерій і нижніх кінцівок; аневризми.
- №224. Тромбоз глибоких вен та тромбоемболія легеневої артерії.
- №225. Хронічна венозна недостатність. Варикоз.
- №226. Варикозна виразка нижніх кінцівок.
- №227. Моніторинг та ускладнення венозного кровообігу.
- №228. Гострий і хронічний торакальний біль.
- №229. Електрокардіограма: показання та інтерпретація.
- №230. Фібриляція передсердь.
- №231. Розлади клапанів серця.
- №232. Серцева недостатність у дорослих.

- №233. Гострий перикардит.
- №234. Порушення внутрішньосерцевої провідності.
- №235. Пальпітація.
- №236. Серцевий шум у дітей.
- №237. Акросиндром (феномен Рейно, хвороба Мітчелла, акроціаноз, обмороження, ішемія пальців).
- №238. Гіпоглікемія в дітей і дорослих.
- №239. Подагра, рак щитоподібної залози.
- №240. Збільшення щитоподібної залози.
- №241. Гіпотиреоз.
- №242. Аденома гіпофізу.
- №243. Недостатність надниркових залоз у дітей і дорослих.
- №244. Гінекомастія.
- №245. Цукровий діабет I та II типів у дітей та дорослих. Ускладнення.
- №246. Первинна профілактика захворювань за допомогою збалансованого харчування в дітей і дорослих.
- №247. Терапевтична корекція способу життя (харчування та фізична активність) дітей і дорослих.
- №248. Недоїдання в дітей і дорослих.
- №249. Надмірна вага в дітей і дорослих.
- №250. Проблеми харчування літніх людей.
- №251. Ожиріння в дітей і дорослих (див. №69).
- №252. Харчування при вагітності.
- №253. Спорт в житті дітей і дорослих; харчування спортсменів (див. №78).
- №254. Місцеві та поширені набряки нижніх кінцівок.
- №255. Підвищення рівня креатиніну.
- №256. Протеїнурія та нефротичний синдром у дітей і дорослих.
- №257. Гематурія.
- №258. Гломерулонефрит.
- №259. Пієлонефрит.
- №260. Судинна нефропатія.
- №261. Хронічна ниркова недостатність у дітей і дорослих.
- №262. Сечокам'яна хвороба.
- №263. Полікістоз.
- №264. Призначення та моніторинг прийому діуретиків.
- №265. Порушення кислотно-лужного балансу та водно-електролітні розлади.
- №266. Гіперкальцемія.
- №267. Абдомінальний і поперековий гострий біль у дітей і дорослих.
- №268. Гастро-езофагальний рефлюкс в немовлят, дітей та дорослих.
- №269. Виразка шлунку та дванадцятипалої кишки. Гастрит.
- №270. Дисфагія.
- №271. Блювота у немовлят, дітей і дорослих.
- №272. Збільшення селезінки.

- №273. Збільшення печінки та маси шлунка.
- №274. Кам'яна хвороба жовчовивідних шляхів і її ускладнення.
- №275. Жовтяниця.
- №276. Цироз і його ускладнення.
- №277. Асцит.
- №278. Хронічний панкреатит.
- №279. Хронічні запальні захворювання кишківника в дітей і дорослих.
- №280. Закріп у дітей і дорослих (з лікуванням).
- №281. Функціональні розлади товстої кишки.
- №282. Хронічна діарея в дітей і дорослих.
- №283. Гостра діарея та зневоднення в немовлят, дітей і дорослих.
- №284. Дивертикульоз товстої кишки та гострий дивертикуліт сигмоподібної ободової кишки.
- №285. Геморой.
- №286. Парієтальна грижа в дітей і дорослих.
- Модуль 9. Онкологія*
- №287. Епідеміологія, фактори ризику, профілактика та моніторинг ракових захворювань.
- №288. Рак: канцерогенез, онкогенетика.
- №289. Діагностика раку: перші ознаки та параклінічні дослідження; характеристика стадій; прогноз.
- №290. Забір клітин та/або тканин для анатомічного та цитологічного аналізу на виявлення патології: принципи реалізації, передачі та використання зразків з метою лікування та досліджень.
- №291. Лікування раку: хірургія, радіотерапія, медикаментозні засоби.
- №292. Ведення хворого на рак на всіх стадіях хвороби (технічні, етичні, соціальні аспекти).
- №293. Медикаментозний агранулоцитоз.
- №294. Дитячий рак: епідеміологічні, діагностичні та терапевтичні особливості.
- №295. Пухлини рото-носової порожнини та порожнини носоглотки, верхніх шляхів дихально-травної системи.
- №296. Пухлини мозку.
- №297. Пухлини шийки та тіла матки.
- №298. Пухлини ободової та прямої кишки.
- №299. Пухлини шкірних, епітеліальних покривів, меланома.
- №300. Пухлини шлунка.
- №301. Пухлини печінки, первинні та вторинні.
- №302. Пухлини стравоходу.
- №303. Пухлини яєчників.
- №304. Пухлини кісток, первинні та вторинні.
- №305. Пухлини підшлункової залози.
- №306. Пухлини легень, первинні та вторинні.
- №307. Пухлини простати.

- №308. Пухлини нирок.
- №309. Пухлини грудей.
- №310. Пухлини яєчок.
- №311. Пухлини міхура.
- №312. Гострі лейкемії.
- №313. Мієлодиспластичні синдроми.
- №314. Мієлопроліферативні синдроми.
- №315. Хронічний лімфолейкоз.
- №316. Злоякісна лімфома.
- №317. Рак кісткового мозку.

*Модуль 10. Медикаментозне та немедикаментозне лікування*

- №318. Принципи медикаментозного та не медикаментозного лікування.
- №319. Індивідуалізоване прийняття терапевтичного рішення: ситуації ризику.
- №320. Аналіз і застосування результатів клінічних досліджень у призначеннях.
- №321. Терапевтична освіта пацієнта, самолікування.
- №322. Визначення та управління ризиками у застосуванні ліків і біоматеріалів.
- №323. Законодавча база належного призначення ліків.
- №324. Немедикаментозне лікування та медичні прилади.
- №325. Переливання крові та продукти крові: призначення, ускладнення. Система контролю донорства.

- №326. Призначення та моніторинг застосування найпоширеніших видів ліків.

*Модуль 11. Медицина надзвичайних станів*

- №327. Зупинка серця.
- №328. Шоковий стан.
- №329. Швидка долікарняна перша допомога та при прийомі в лікарні.
- №330. Травми голови.
- №331. Нетравматична кома в дітей і дорослих.
- №332. Гостре отруєння.
- №333. Набряк Квінке та анафілактичний шок.
- №334. Гострий коронарний синдром.
- №335. Інсульти.
- №336. Крововилив мозку.
- №337. Запаморочення, втрата свідомості, епілептичний напад у дорослих.
- №338. Проблеми сприйняття дійсності та сплутаність свідомості в дорослих і дітей.
- №339. Перша допомога пацієнту з преєклампсією.
- №340. Важке нездужання в немовлят і раптова смерть.
- №341. Конвульсії в немовлят і дітей.
- №342. Гостра затримка сечовипускання.
- №343. Гостра ниркова недостатність—Анурія.
- №344. Гострі інфекції м'яких частин тіла.
- №345. Гостра бешиха нижніх кінцівок.
- №346. Надмірне збудження та марення.

- №347. Гострий напад тривоги й паніки.
- №348. Ризик і випадки суїциду.
- №349. Оклюзійний синдром.
- №350. Шлунковий крововилив.
- №351. Апендицит.
- №352. Гострий перитоніт.
- №353. Гострий панкреатит.
- №354. Гостре порушення дихання в немовлят, дітей і дорослих.
- №355. Гостра дихальна недостатність.
- №356. Пневмоторакс.
- №357. Травми суглобів і зв'язок.
- №358. Протезування.
- №359. Найпоширеніші переломи в дорослих і людей похилого віку.
- №360. Переломи в дітей.
- №361. Супровід пацієнтів з гіпсом.
- №362. Перша допомога жертвам вибуху біологічноактивних речовин.

## Додаток П

### Приклад тестових завдань НКІ «Прогресивне досье»

Пані С., 66 років, приходять до Вас з проблемою прогресуючого зменшення двосторонньої гостроти зору. Загальні проблеми із здоров'ям в пацієнтки відсутні, окрім лікування щитовидної залози «Левотіроксом» (Levothyrox) протягом 5 років. При опитуванні виявляється, що її здатність бачити вдалину значно знизилась приблизно за один рік. З другого боку, пацієнтка здивована, що більше не потребує окулярів для читання! Також з'ясовується, що незначна світлобоязнь змусила її відвідати офтальмолога минулого року, який повідомив про наявність катаракт на ранній стадії.

#### Питання №1

*Який з наступних діагнозів може (можуть) пояснити прогресуюче зменшення гостроти зору в представленій пацієнтки?*

- А. Катаракта ✓\*
- Б. Оклюзія центральної артерії сітківки
- В. Гостра глаукома
- Г. Атрофічна форма дегенерації сітківки, пов'язана з віком ✓
- Д. Ексудативна форма дегенерації сітківки, пов'язана з віком

#### Питання №2

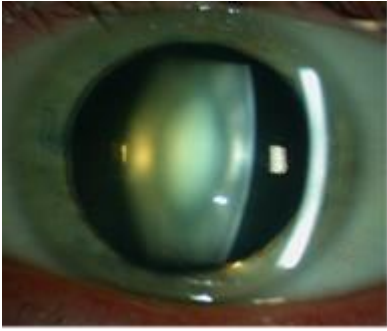
*Ви підозрюєте наявність двосторонньої катаракти. Зі слів пацієнтки, який тип катаракти можна припустити?*

- А. Кортикальна
- Б. Передня субкапсулярна
- В. Задня субкапсулярна
- Г. Ядерна ✓
- Д. Усі запропоновані раніше відповіді неправильні

#### Питання №3

*Вимірювання гостроти зору дало такі результати: праве око – 2/10 (за шкалою Паріно – P3), ліве око – 4/10 (за шкалою Паріно – P2). Біомікроскопічне дослідження зі щільною лампою показано на цьому знімку:*





*Який тип катаракти Ви діагностуєте?*

- А. Кортикальна
- Б. Передня субкапсулярна
- В. Задня субкапсулярна
- Г. Ядерна ✓
- Д. Усі запропоновані відповіді неправильні

Питання №4

*Внутрішній тиск ока дорівнює 14 мм рт. ст. в обох очах. Очне дно – у нормі. Яка норма внутрішньоочного тиску в здорової людини?*

- А. 5–20 мм рт. ст.
- Б. 10–21 мм рт. ст. ✓
- В. 11–30 мм рт. ст.
- Г. 20–60 мм рт. ст.
- Д. 15–30 мм рт. ст.

Питання №5

*Нормальний внутрішньоочний тиск визначається в межах 10 і 21 мм рт. ст., встановлений діагноз двосторонньої ядерної катаракти підтверджується. Яке лікування Ви можете запропонувати цьому пацієнту?*

- А. Місцева кортикотерапія
- Б. Хірургічне видалення катаракти ✓
- В. Очні краплі бета-блокатори
- Г. Вітамінні добавки
- Д. Замінники сльозової рідини
- Е. Усі запропоновані раніше відповіді неправильні

Питання №6

*Отже, Ви обрали хірургічне втручання. Який з цих методів застосовується в сучасній практиці хірургічного видалення катаракти?*

- А. Внутрішньокапсулярна екстракція
- Б. Зовнішньокапсулярна мануальна екстракція
- В. Зовнішньокапсулярна факоемульсифікація катаракти з імплантацією передньої камери

- Г. Зовнішньокапсулярна факоемульсифікація катаракти з імплантацією задньої камери ✓
- Д. Задня вітректомія
- Е. Усі запропоновані раніше відповіді неправильні

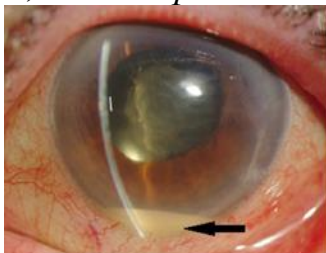
Питання №7

*Перед виконанням операції, яке(і) додаткове(і) обстеження чи аналіз(и) Ви повинні провести?*

- А. Рівень глюкози в крові
- Б. Функціональні тести щитовидної залози
- В. Коагуляції крові
- Г. Ультразвук очей в А-режимі (очна біометрія) ✓
- Д. Ультразвук очей у Б-режимі
- Е. Стандартні рентгенограми орбіт
- Ж. Оптична томографія консистенції сітківки ока

Питання №8

*Ви прооперували праве око пацієнтки, а через місяць – ліве. Через п'ять днів після операції, пацієнт екстрено звертається до Вас зі скаргами на різке зниження гостроти зору лівого ока, що супроводжується болями в очах. Зір обмежується сприйняттям світла, внутрішньоочний тиск становить 10 мм рт. ст., огляд переднього сегмента показано на цьому знімку:*



*На яку ознаку вказує стрілка?*

.....  
(гіпопіон)

Питання №9

*Яке післяопераційне ускладнення видалення катаракти виявлено в цього пацієнта?*

.....  
(ендофтальміт)

Питання №10

*Ендофтальміт лівого ока було виліковано 3-ма інтравітреальними ін'єкціями антибіотиків з інтервалом у 48 год., що сприяло позитивному візуальному відновленню (6/10 на дальність і Паріно 2 зблизька). Два роки*

потому, пацієнт звертається через прогресуюче зниження гостроти зору правого ока. Дослідження показує зниження від 10/10 до 4/10 дальності зору та від P2 до P3 зблизька. Внутрішньоочний тиск становить 18 мм рт. ст.. Огляд переднього сегмента й очного дна показані на цих знімках:



*Що Ви можете встановити?*

- А. Відкритокутова первинна глаукома
- Б. Помутніння задньої капсули ✓
- В. Гострий передній увеїт
- Г. Друзи сітківки ока ✓
- Д. Діабетична ретинопатія
- Е. Усі запропоновані раніше відповіді неправильні

Питання №11

*Який вид лікування Ви запропонуєте цьому пацієнту?*

- А. Лазерна капсулотомія ✓
- Б. Задня вітректомія
- В. Інтравітреальні ін'єкції антиангіогенних препаратів
- Г. Місцеве лікування аналогами простагландину
- Д. Хірургічна експлантація

## Додаток Р

### Програма академічної підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика»

Університет Пуатьє

#### **Модуль 1: Засоби навчання DES-MG**

*1 семінар (6 год.), 3 GEAPIT по 3 год., 4 RIT (індивідуальні консультації з тьютором) по 1,5 год.*

C2 Етапи та засоби професійної підготовки.

GEAPIT 1, 2, 3: труднощі в навчанні, складання письмових звітів та дипломної роботи.

RIT 1, 2, 3, 4: навчальна програма, форми та види навчальної діяльності інтернатури, труднощі в навчанні, розвиток досягнень і компетенцій, професійний проект, дипломна робота, дисертація.

#### **Модуль 2: Завдання: клінічний підхід у ЗП**

*3 семінари по 6 год., 1 семінар (3 год.), 2GEAPI по 2 год.*

C1 Загальні аспекти: Теоретичні засади та їх реалізація.

C3 Прикладний процес: інструменти скринінгу, вибору і впровадження.

GEAPI 1: Ургентні стани.

GEAPI 2: Перший візит пацієнта (за будь-якими віком, статтю, контекстом, проблемою): прийняття рішень в умовах невпевненості.

C5b (3 год.) Безперервність/координація обслуговування, системи.

C7 (6 год.) Виявлення та профілактика хвороб, система охорони здоров'я, терапевтична освіта/консультація з питань підтримання здоров'я.

#### **Модуль 3: Підхід: глобальність, комплексність і стосунки лікар-пацієнт**

C4 (6 год.) Стосунки лікар-пацієнт: засоби скринінгу, вибору і застосування.

C5a (3 год.) Глобальний підхід та комплексність: численні патології.

GEAPI 3: Симптоматика пацієнта.

GEAPI 4: Консультація пацієнта з особою, супроводжує.

GEAPI 5: Незадоволений пацієнт або скаржник.

GEAPI 6: Збереження дистанції в спілкуванні: спокуслива поведінка пацієнта.

GEAPI 7: Пацієнт – жертва жорсткої поведінки оточуючих: особисте оточення, професія.

GEAPI 8: Уміння відмовити: фармако-залежний пацієнт.

GEAPI 9: Пацієнт, який не стежить за своїм здоров'ям або лікуванням, стан якого не покращується.

GEAPI 10: Повідомлення діагнозу тяжкого захворювання або смертельної хвороби.

***Модуль 4: Професійна діяльність***

*3 семінари (6 год.), 3 курси за вибором*

С6: Самоосвіта, робота над дисертацією, наукові дослідження.

С8: Нормативно-правова база, сертифікація, офіційні вимоги, деонтологія, етика, суспільна відповідальність.

С9: Управління медичним закладом.

Факультативні курси за вибором.

Додаток С  
Курси за вибором у програмах додипломного навчання напряму  
«Медицина» України та Франції

| Курс | НМУ імені О.О.Богомольця  | Університет Лілля  |
|------|---|--|
| 1-й  | <p><b>3*</b> Світова цивілізація, краєзнавство, європейський стандарт комп'ютерної грамотності, психологія спілкування, естетика, етика, сучасні проблеми молекулярної біології, фізичне виховання та здоров'я, соціологія та медична соціологія, правознавство, релігієзнавство, культурологія, основи економічних теорій, основи конституційного права.</p> | <p><b>3–9</b> Додаткова спеціалізація за паралельними напрямами (стоматологія, акушерство, фармація).</p>  |
| 2-й  | <p><b>3</b> Європейський стандарт комп'ютерної грамотності, логіка, деонтологія в медицині, фізичне виховання та здоров'я, сучасні проблеми біофізики, іноземна мова (друга), основи патентознавства.</p>   | <p><b>3–12**</b> Фізіологічні основи функціонального обстеження, грецька медична мова–етика і історія медицини, медична латинь–етика і історія медицини, медичні тексти середньофранцузькою мовою–етика і історія медицини, мікробіологія екзотичних і тропічних хвороб, музика і медицина, нейронауки і театр, медична психологія, спорт і медицина, тьюторство з підтримки студентів расес (педагогічна підготовка), віруси, рак: від біології до медичної практики, іспанська мова.</p> |
| 3-й  | <p><b>2</b> Сучасні методи генетичної діагностики, теорія пізнання та медицина, етичні проблеми в медицині, основи соціальної психології, нутриціологія, побічна дія ліків, фізичне виховання та</p>  | <p><b>6</b> Медична вірусологія, економічний аналіз в охороні здоров'я, військова медицина, економічна роль лікаря в системі охорони здоров'я, технічна</p>  |

|     |  |   |
|-----|--|---|
|     | здоров'я, іноземна мова (друга), іноземна мова (за професійним спрямуванням), медицина та художня культура, основи християнської етики і моралі.   | візуалізація функцій і метаболізму, музика і медицина, спорт і медицина, тьюторство з підтримки студентів PACES, тьюторство з дисекції, студентське життя (участь в роботі органів студентського самоврядування), диплом з навчання анатомії (медична педагогіка), іспанська мова, магістратура.  |
| 4-й | <b>1</b> Клінічна фізіологія, клінічна біохімія, основи гомеопатії, фітотерапія, основи профілактики тютюнопаління, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії, основи психоаналізу, фізичне виховання та здоров'я, медична субкультура, актуальні проблеми фізіотерапії, курортології та реабілітації, іноземна мова (за професійним спрямуванням), методологія доказової медицини, основи християнської етики і моралі. | <b>6</b> Амбулаторна педіатрія, антропогенез і палеопатологія, токсикологія, алергічні захворювання, онкологія, англійська для І.с.а., іспанська мова, системні хвороби, пластична та реконструктивна хірургія, застосування ліків та їх персоналізоване призначення, біомаркери в медицині, спортивна медицина, терапія вісцеральної агресії та дисфункції: патофізіологічні механізми, вступ до написання статей, тьюторство з дисекції, спорт, магістратура. |
| 5-й | <b>1</b> Судинна хірургія, фізичне виховання та здоров'я, іноземна мова (за професійним спрямуванням), вікові аспекти фармакотерапії, основи сексології та сексопатології, основи рефлексотерапії, основи геронтології та геріатрії, інструментальні методи функціональної діагностики,  | <b>6</b> Хірургія, стратегія лабораторних досліджень, дослідні тваринні зразки та патофізіологічні механізми, психологія та нейробіологія, англійська для L.C.A., стратегія візуально-технічних обстежень, судова танатологія, паліативна допомога та   |

|                |  |  |
|----------------|--|--|
|                | актуальні питання ревматології, актуальні питання гастроентерології, актуальні питання пульмонології, актуальні проблеми неврології, актуальні проблеми клінічної патоморфології, ендоскопічні технології в акушерстві та гінекології, основи християнської етики і моралі.  | супровід, рідкісні захворювання легень, здоров'я матері та дитини, методи лікування антибіотиками, роль лікаря загальної практики в індивідуальній та колективній профілактиці, спорт, магістратура. |
| 6-й            | <b>4</b> Організаційні основи сімейної медицини, основи трансплантології, клінічна паразитологія та тропічна медицина, актуальні проблеми віл-інфекції, менеджмент і маркетинг в охороні здоров'я, екстремальна медицина, пластична та реконструктивна хірургія, актуальні питання кардіохірургії, паліативна та хоспісна медицина, актуальні питання нейрохірургії, актуальні питання гематології та трансфузіології, актуальні питання кардіології, актуальні питання нефрології, актуальні питання клінічної імунології та алергології, клінічні аспекти імунопрофілактики, медичні аспекти біоетики та біобезпеки, фізичне виховання та здоров'я, актуальні питання цереброваскулярної патології, доказова медицина, іноземна мова (за професійним спрямуванням), ендоскопічні технології в медицині, медична реабілітація, основи християнської етики і моралі. | <b>6</b> «Конференції» з підготовки до НКІ. <b>3</b>   |
| <b>Загалом</b> | <b>14</b>  | <b>30</b>  |

Примітки: 1. \* – ECTS, кількість яких збігається майже в усіх ВМНЗ як в Україні, так і у Франції.

2. \*\* – Мінімальний обов'язковий обсяг.