

ВИМОГИ ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ

Розкрито вимоги до підготовки лікарів загальної практики у Великій Британії, здійснено порівняльний аналіз з відповідною підготовкою в Україні. Запропоновано шляхи вирішення деяких проблем, пов'язаних з підготовкою лікарів в Україні.

Ключові слова: структура, модель, лікар-спеціаліст, підготовка.

Раскрыты требования к подготовке врачей общей практики в Великобритании, осуществлен сравнительный анализ с соответствующей подготовкой в Украине. Предложены пути решения некоторых проблем, связанных с подготовкой врачей в Украине.

Ключевые слова: структура, модель, врач-специалист, подготовка.

Постановка проблеми в загальному вигляді. Одним із напрямів модернізації вищої медичної освіти в Україні є врахування прогресивних ідей та практичних здобутків країн Європи, які за останні роки досягли значних успіхів у реформуванні своїх освітніх систем, зокрема в галузі медицини. У цьому аспекті значний науковий та практичний інтерес становить досвід Великої Британії, дослідження медичної освіти якої може принести користь нашій країні як у теоретичному, так і в практичному аспекті.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Професійну підготовку медичних та фармацевтичних кадрів у різні часи досліджували О.М. Гуменюк, Р.В. Іваненко, Л.Г. Кайдалова, О.Б. Кобзар, В.Ф. Москаленко, Ю.В. Поляченко, О.В. Уваркіна, Я.В. Цехмістер. Проблеми реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та професійну підготовку сімейних лікарів в Україні вивчали Ю.В. Вороненко, О.М. Гіріна, Є.Є. Латишев, Б.Б. Лемішко, Г.І. Лисенко, В.Ф. Москаленко, Л.М. Пасієшвілі, М.П. Тимофієва та інші.

Мета статті – розкрити вимоги до підготовки сімейних лікарів у Великій Британії, здійснити порівняльний аналіз з відповідною підготовкою в Україні.

Виклад основного матеріалу. Структура моделі лікаря-спеціаліста у Великій Британії має три рівні. Перший передбачає знання основної термінології, фактів, концепцій, принципів, законів, методів, процедур тощо, а також їх усвідомлення, здатність розуміти та інтерпретувати одержані факти, розв'язувати поставлені завдання, оцінювати загальну ситуацію та робити самостійні висновки. Другий рівень стосується психомоторної діяльності, яка враховує спеціальні професійні вміння та навички. Третій рівень передбачає

врахування ставлення до хворого, розуміння можливостей медицини, культуру поведінки. Відповідними мають бути наукові критерії відбору навчального матеріалу для підготовки медика на всіх її етапах, починаючи від довузівського періоду [6, с. 38]. Окреме місце посідає прогностичний аспект організації навчально-виховного процесу.

Отже, сімейний лікар має бути переконаним носієм *медичної культури* і знавцем хоча б найважливіших основ *народної медицини*, що сприятиме встановленню максимального психологічного контакту лікаря з пацієнтами і пов'язуватиме, а не протиставлятиме їх. Адже особа, що спілкується з лікарем, повинна не протиставляти звичні народні засоби лікування та профілактики захворювань тим засобам, які рекомендує лікар, а поєднувати їх у максимально ефективний для підтримання здоров'я синтез. У зазначеному аспекті в нагоді може стати сучасний британський досвід: серед принципів освітніх реформ 1980-1990-х років у Великій Британії важливе місце посідало прагнення до того, щоб «зміст навчального плану повинен був стати більш «англійським», тобто національно-орієнтованим, спрямованим на «відновлення унікальної британської (англійської) культурної традиції»» [12, с. 105], що неможливо без глибокого осягнення народних культурних джерел, зокрема й народної медицини та властивої етнічності медичної ідеології, медичного світогляду. Винятково важливо підкреслити, що міжнародні документи з проблематики інтеграції в освітній сфері, як зазначає Н.Г. Ничкало, «не припускають уніфікації систем професійної освіти і навчання, позбавлення їх національної своєрідності» [9, с. 12]. На сутності Болонського процесу саме як зближення, а не уніфікації освітніх систем наголошує академік

В.Г. Кремень [7]. Творча особистість освітнього діяча має бути захищена від засилля уніфікації навчально-виховних технологій і методик. У освіті важливо зберегти специфіку національних традицій, регіональні особливості освітньої діяльності [4, с. 273]. Як зазначає Я.В. Цехмістер, в основу концепції медичної освіти в Україні закладено європейські тенденції та національну стратегію [15, с. 237]. Іншими словами, коли пацієнт вважає народні засоби лікування «своїми», а ті лікувальні засоби, які рекомендує професіонал, «чужими» для себе, то це означає, що сімейний лікар не впорався зі своїми завданнями. Запорукою ефективної профілактики та лікування має бути сприйняття пацієнтом і самої особи лікаря загальної практики, і рекомендованих ним лікувально-профілактичних засобів як «своїх». Але для цього і лікареві народно-медичні засоби мають бути добре знайомими і «своїми».

Є.Є. Латишев, підкреслюючи важливу роль образу «свого» лікаря, одразу вирішує декілька істотних проблем, а саме: забезпечення систематичного медичного нагляду за пацієнтами; формування атмосфери довіри й взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом. «Поняття "лікар загальної практики" склалось еволюційним шляхом у конкретних умовах історичного відрізка часу в ряді європейських країн. Ідеться тут в основному про XVIII-XIX ст., коли лікарська допомога здійснювалась в індивідуальному комерційному порядку, в результаті чого утворився стійкий контингент пацієнтів, у яких сформувалось уявлення про доцільність звернення виключно до «свого» лікаря, якому в силу особливих причин вони довіряли, здебільшого завдяки впевненості в його професіоналізмі та індивідуальних якостях. Таке виконання медичних обов'язків було максимально позитивним з позиції довготривалості і безперервності спостереження за станом здоров'я «своїх» пацієнтів та членів їх родин, а також з урахуванням динаміки змін, що тривають, як правило, протягом усього життя як пацієнта, так і лікаря. У таких умовах лікар дійсно був одночасно й сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, оскільки йому доводилось мати справу з усім спектром патологій, які мали місце у контингенту, який він обслуговував» [8, с. 82].

Сучасні фахівці (Л.М. Пасієшвілі, А.А. Заздравнов, К.Ю. Пархоменко) цілком слушно звертають увагу на те, що в умовах істотного підвищення частки населення

літнього віку особливого значення набуває *геронтологічна* підготовка лікарів загальної практики. Спираючись на сучасний передовий світовий досвід, дослідники підкреслюють, що сьогодні сімейний лікар спроможний виконувати і виконує на практиці функції геронтолога, однак лікування хворих літнього віку – геріатрія – поки що залишається однією з найслабших ланок підготовки. Для України ця проблема також характерна, однак наявні і приклади її принаймні часткового вирішення. Так, на кафедрах загальної практики – сімейної медицини студентам на 6 курсі медичних факультетів (додипломне навчання) в межах предмета «Основи сімейної медицини» та лікарям-інтернам зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» (післядипломне навчання) здійснюється викладання основ геронтології [11], яке, на нашу думку, доцільно було б виділити в окремий предмет.

В Україні існує необхідність ранньої фахової орієнтації студентів медичних вищих навчальних закладів. Підготовка майбутніх лікарів загальної практики – сімейної медицини повинна починатися ще на 3-му курсі, причому особливої уваги потребує *педіатрія* як одна з провідних дисциплін для цих фахівців, оскільки головною метою їхньої діяльності є нагляд за здоров'ям усіх членів родини – від немовляти до людей похилого віку. Важливим із цього погляду є вдосконалення законодавчої бази інтернатури та створення єдиної програми з педіатрії, яка б передбачала більшу кількість навчальних годин на типові дитячі захворювання. Обов'язковою умовою успішної підготовки лікарів загальної практики з педіатрії є також засвоєння практичних навичок з невідкладної допомоги, до викладання яких треба залучати не тільки педіатрів, а й профільні кафедри за іншими спеціальностями, у тому числі швидкої та невідкладної допомоги, дитячої анестезіології та реаніматології. З метою перевірки засвоєння теоретичних знань та практичних навичок необхідно використовувати всі види контролю, насамперед безпосередній контроль біля ліжка хворої дитини. З огляду на це, необхідно зменшити кількість лікарів-слухачів в академічній групі.

Велике функціональне навантаження в процесі підготовки лікаря загальної практики має бути покладене на *мовні дисципліни*. По-перше, курс мовної підготовки майбутніх лікарів у галузі державної мови доцільно поділити на кілька частин – загальномовна

підготовка (найголовніші правила усного та писемного мовлення, правопис, стилістика), мова ділової документації у медичній галузі та медична термінологія, зокрема в галузі обраної спеціалізації (сучасні вимоги до освіти студента-медика передбачають і вміння використовувати греко-латинські медичні терміни в практичній діяльності фахівця) [10]. На нашу думку, для кожної із запропонованих частин комплексної підготовки з державної мови може бути виділено один семестр, що потребує відповідного навчально-методичного забезпечення.

По-друге, необхідно забезпечити майбутнім професіоналам достатньо високий рівень оволодіння іноземними мовами, передусім англійською. У студентів-медиків мають бути виховані бажання і вміння ефективно засвоювати іноземні мови з метою професійного самовдосконалення. Англійська мова є основною на міжнародних медичних форумах, у веденні відповідних документів, мережі Інтернет, де розміщено значний обсяг потрібної для лікаря загальної практики інформації. Показово, що в медичних школах Великої Британії високі вимоги до знання мов висувуються вже на етапі вступних випробувань абітурієнтів [13, с. 54]. Окрім практичної мети оволодіння навичками читання фахової оригінальної літератури та спілкування з іноземними колегами з метою врахування їхнього досвіду й обміну інформацією про новітні здобутки світової медицини, вивчення іноземної мови сприяє формуванню світогляду майбутніх сімейних лікарів, їхніх ціннісних орієнтацій, розвитку мислення тощо; також враховується культурологічна роль іноземної мови. Тому вважаємо за потрібне організувати на кафедрах іноземних мов вищих медичних закладів України безперервний курс із вивчення іноземної (англійської) мови для студентів як додипломного, так і післядипломного етапів навчання.

Успішне застосування передового британського досвіду підготовки медичних кадрів у вищій медичній освіті України неможливе без розширення міжнародної співпраці у формі міжнародних конференцій, спільних спеціалізованих медичних видань, стажування студентів за кордоном і запрошення іноземних фахівців до участі в українському освітньому процесі. Прикладом може бути участь представників України в діяльності Міжнародного молодіжного руху сімейних лікарів, у межах якого (листопад, 2009 р.) відбулося відвідання практики сімейного лікаря у Великій Британії [14].

Однак названі заходи, зрозуміло, передбачають значні витрати коштів і потребують належної державної підтримки та спонсорської участі відповідних фондів.

Менш витратними є заходи в галузі інформаційного обміну, зокрема, ознайомлення українських студентів із документацією, що стосується вступних випробувань, змісту і методів навчання, іспитів, практики й особливостей працевлаштування лікарів загальної практики у Великій Британії та інших країнах. Слід заохочувати студентів-медиків до вивчення, всебічного осмислення і критичного обговорення британського й у цілому світового досвіду професійної підготовки сімейних лікарів.

На особливу увагу заслуговує одержання лікарем знань у галузі комунікативних навичок. Доцільно було б ознайомити майбутнього лікаря загальної практики бодай із найзагальнішими основами (можливо, у межах спецкурсу) *PR-діяльності*, оскільки ця дисципліна, якщо її орієнтувати на сферу медичних проблем, може принести неабияку користь у справі пропагування медичних знань, здорового способу життя, шляхів профілактики захворювань та засобів ефективного лікування. Водночас, для забезпечення повноти і необхідної різносторонньої освітньої підготовки лікаря загальної практики необхідно ознайомити його з *основами менеджменту* в галузі медичної практики та освіти. Як підкреслює Т.Д. Гіббс, «сімейні лікарі мають бути як клініцистами, так і менеджерами у своїй повсякденній роботі», водночас від них вимагається новаторство і винахідництво [3, с. 10]. Відомо, що дисципліни зі сфери менеджменту посідають у вищій медичній освіті сучасних західних країн вагоміше місце, ніж в освітній системі України, крім того, у самій британській системі вищої медичної освіти доволі високі вимоги до менеджменту. Така постановка питання ґрунтується на тому, що «обов'язки професора – керівника кафедри полягають у генеруванні ідей, керуванні лікувальним, навчальним і педагогічним процесами, проведенні консультацій, забезпеченні фінансування, доборі й навчанні кадрів» [13, с. 56]. Однак освітньо-медичний менеджер у Великій Британії має й відповідний рівень свободи: його аудиторне навантаження не планується як обов'язкова форма роботи і складає близько 100 годин на рік [13, с. 56]. Сучасні британські університети – це «великі підприємства, які мають власну стратегію і ринкові плани. Вони

тісно пов'язані з бізнесом і промисловістю» [2, с. 24].

Видається цілком доцільним своєчасне ознайомлення студентів-медиків із передовими сучасними світовими досягненнями в галузі медичної техніки та технологій, виховання у майбутніх сімейних лікарів готовності й здатності до освоєння нових підходів до лікування і нових технічних засобів у сфері діагностики та інших галузях медичної діяльності. Така ж готовність має бути й у менеджерів освітньо-медичної сфери, оскільки, як підкреслює М. Кіт, на жаль, нові пізнання з великими труднощами вносять у вузькі рамки загальноприйнятих методів лікування в підготовці лікарів сімейної медицини. Зазначений фахівець вважає, що «свідомість сучасного лікаря загальної практики повинна сама визначити, що їй «співзвучно». Лікарі, які вступають в новий для них вид діяльності, повинні спробувати розвинути свій творчий потенціал за допомогою відкритості новим ідеям» [5].

Забезпечення відкритості лікарів новим ідеям і постійної готовності до урізноманітнення знань і досвіду досягається у Великій Британії, окрім іншого, завдяки методу PBL (*small group teaching method – метод навчання у малих групах*), що передбачає дискусії та інші форми активного критичного засвоєння знань. Групове засвоєння знань сприяє не тільки процесу пізнання, а й отриманню багатьох необхідних у роботі медика: комунікативних навичок, вміння працювати в команді, вміння розв'язувати конкретні практичні проблеми та нести особисту відповідальність за процес і результати навчання, вміння повідомляти необхідну інформацію один одному, повага до інших тощо [17, с. 496]. Презентація клінічного матеріалу, як стимулу до навчання, дає змогу студентам зрозуміти значення базових академічних знань і принципів клінічної практики [18, с. 328]. Слід зважити на те, що метод навчання в малих групах відповідає традиційній британській системі тьюторського навчання, що передбачає роботу тьютора з групою від 6 до 8 студентів. Для підвищення ефективності метод проблемного навчання застосовується в поєднанні з іншими методами – такий підхід британські вчені визначають як *змішані методи навчання* (*mixed teaching methods*). Кількість лекційних занять скорочується до мінімуму, і перевага надається тим формам засвоєння знань, у яких навчальна активність студентів здатна досягти максимуму [18, с. 328-329]. Проблемне навчання передбачає

високий рівень базової підготовки, високу мотивацію студентів-медиків та, відповідно, грамотного сучасного викладача, який досконало володіє теорією і практикою медичної справи. «Запровадження методу проблемного навчання в курс навчання висуває нові вимоги до тьюторів, покладає на них функції тих, хто полегшує навчання в малих групах, а не повідомлювачів інформації» [18, с. 330]. Навчання в малих групах – це командне навчання, що передбачає *командний розвиток* (*staff development*). З-поміж обов'язків тьюторів слід відмітити: доведення до свідомості студентів-медиків освітньої стратегії й особливостей навчальної програми у відповідній сфері навчання, опис методів і критеріїв оцінювання (серед яких окреме місце посідає тестування), виділення належного часу для дискусії [19]. Проблемне навчання широко використовується в підготовці медсестер Канади, що також є цінним досвідом для медичної освіти України.

Ще одним принципом британської медичної освіти є зменшення теоретичних знань – зниження інформаційного перенавантаження та припинення вивчення студентами інформації, яка не відповідає клінічній практиці; цей принцип особливо активно пропагується у рекомендаціях звернення GMC «Лікарі майбутнього». Серед інших вимог GMC виділяє перетворення базової додипломної освіти на платформу для навчання упродовж усього життя – отримання диплома є лише першим етапом медичної кар'єри; покращення навичок міжособистісних відносин лікарів – навчати студентів бути співчутливими, краще ставитися до хворих та їхніх проблем, розвивати комунікативні навички тощо.

Нині українська система підготовки медика передбачає меншу варіативність освіти ніж британська (співвідношення нормативної і варіативної частин освітньо-професійної програми навчання фахівця освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» напряму «Медицина» становить 80% і 20% [10, с. 3]).

Важливим аспектом у реалізації реформи вищої медичної школи в Україні виступає проведення акредитації медичних закладів освіти – офіційне визнання можливостей медичного інституту чи університету здійснювати свою діяльність на рівні встановлених вимог і стандартів якості освіти. Така форма контролю повинна, на думку Я.В. Цехмістера [15, с. 235], визначати:

Питання педагогіки

а) відповідність навчальних планів та програм державному і міжнародному рівням підготовки;

б) фактичний рівень знань і вмінь майбутніх спеціалістів на різних етапах навчання та на державних іспитах;

в) наявність умов для якісної підготовки спеціалістів;

г) методичне, матеріальне, технічне забезпечення навчального процесу, відповідність клінічної бази;

д) придатність науково-педагогічних кадрів [15, с. 235].

Наступною першорядною вимогою до підготовки лікарів загальної практики, судячи з відповідного британського досвіду, має бути розширення суто *практичної діяльності* тих, хто навчається. Адже відомо, що медичні школи Великої Британії влаштовані при великих багатопрофільних госпіталях [13, с. 54], що забезпечує високі можливості набуття слухачами конкретного різноманітного досвіду. У системі британської підготовки сімейних лікарів «від курсу до курсу зменшується кількість лекцій, збільшується питома вага практикумів, дискусій, науково-дослідної роботи, лікувальної роботи в стаціонарі й у поліклініці» [13, с. 55]. Західні спеціалісти підкреслюють необхідність зв'язку між охороною здоров'я, професійною освітою і регіональним розвитком [16]. «Шляхи, якими медичні школи відповідають на різні виклики, можуть бути зрозумілі, якщо буде досягнуто узгодження між можливостями і небезпеками, з якими має справу сучасна медична освіта» [16, с. 634].

Сучасний лікар має бути фундаментально і всебічно підготованим до проведення *профілактичної роботи* і впровадження *високих технологій* на всіх рівнях надання медичної допомоги, що вважають основними напрямками вдосконалення сучасної охорони здоров'я. Такі вимоги потребують внесення змін у саму ідеологію підготовки лікаря. Ф.Є. Вартанян, Д.О. Орлов, Ю.О. Матвеев також наголошують на нових вимогах до якості підготовки майбутніх лікарів, які висуває технізація медицини. Сучасний випускник медичного навчального закладу має вміти професійно й ефективно експлуатувати

найновішу медичну техніку. Можливим негативним чинником вважають загострення уваги на технічних аспектах медицини на шкоду біопсихосоціальним чинникам.

Наукові дослідження в системі вищої медичної освіти Великої Британії відіграють помітно більшу роль, ніж в Україні, що може бути прикладом для наслідування. Британський уряд «вважає, що наукова база світового класу життєво важлива для процвітання Британії» [2, с. 24].

Британська система зосереджує увагу на *самостійній роботі* студентів, зокрема їхній науковій діяльності. Медична освіта Великої Британії орієнтується на *індивідуалізацію* підготовки студентів і максимальну активізацію форм навчання, включно з діловими іграми та рольовими моделями. Для розвитку творчого професійного мислення студентів використовується залучення до навчального процесу відомих теоретиків і провідних практиків, що працюють в обраній та суміжних галузях діяльності, які можуть виступати експертами або консультантами в самостійній роботі студентів [1, с. 66-67]. Серед особливостей навчання, зокрема в Британії, спостерігається зменшення чисельності навчальних груп від доклінічного періоду навчання (у Великій Британії 1 викладач на 8 студентів) до клінічного періоду (1 викладач на 5 – 6 студентів), що «сприяє виході на більш високі якісні показники роботи з підготовки медичних кадрів» [1, с. 67]. Предметом для всебічного осмислення в аспекті можливостей застосування в Україні може стати менша регламентація навчального процесу на старших курсах медичних шкіл Британії. «Нині освіта без коливань віддає перевагу особистісно-орієнтованому підходу, який означає безумовний пріоритет інтересів і запитів особистості, врахування її індивідуальності і можливостей, максимальній реалізації і самореалізації, розвитку рефлексії, створенню умов для прояву задатків людини», – підкреслює Я.В. Цехмістер [15, с. 239].

Висновок. Отже, підготовка лікарів у Великій Британії, маючи багатолітню історію, може слугувати еталоном р підготовці відповідних фахівців в Україні.

Література

1. Вартанян Ф.Е. Современные тенденции подготовки медицинских кадров в западно-европейских странах / Ф.Е. Вартанян, Д.А. Орлов, Ю.А. Матвеев // Советское здравоохранение. – 1989. – № 8. – С. 63 – 68.
2. Вища освіта у Сполученому Королівстві: інформаційний матеріал, підготовлений відділом освіти і підготовки, УКР / [підгот. Дж. Франклін]. – К.: Британська Рада в Україні, 2001. – 31 арк.
3. Гіббс Тревор Д. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні: на початку нової ери / Тревор Д. Гіббс // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 5-6.

4. Джулик О. Міжнародне співробітництво в освіті: інтегративні тенденції / О. Джулик // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 1999. – № 1. – С. 270 – 274.
5. Кіт М. Роль і місце сімейного лікаря в охороні здоров'я (сучасні аспекти) [Електронний ресурс] / М. Кіт // Холістична медицина у Львові. – Режим доступу: http://holimed.lviv.ua/u_01_problems_010.html. – Назва з екрану.
6. Кміт Я.М. Дидактичні особливості інтеграції знань і вмій з природничих дисциплін у процесі підготовки студентів-іноземців до навчання у вищій медичній школі: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Кміт Ярослав Михайлович; АПН України, Ін-т пед. і псих. проф. освіти. – К., 1995. – 182 с.
7. Кремень В.Г. Болонський процес: зближення, а не уніфікація / Василь Кремень // Дзеркало тижня. – 2003. – 13–19 грудня (№ 48). – С. 15.
8. Латишев Є.Є. Формування системи сімейної медицини в Україні: [монографія] / Є.Є. Латишев. – К.: Вища школа, 2005. – 176 с.
9. Ничкало Н.Г. Розвиток людського капіталу: нові виклики ХХІ століття / Н.Г. Ничкало // Десятов Т.М. Національні рамки кваліфікацій у країнах ЄС: порівняльний аналіз: [наук.-метод. посіб. / за ред. Н.Г. Ничкало]. – К.: АртЕк, 2008. – С. 6 – 16.
10. Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста за спец. 7.110101 лікувальна справа напряму підготовки І101 «Медицина». – К.: МОЗ України, 2004. – 117 с.
11. Пасієшвілі Л.М. Основи геронтології – базовий елемент підготовки лікарів загальної практики / Л.М. Пасієшвілі, А.А. Заздравнов, К.Ю. Пархоменко // Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 105.
12. Сбруєва А.А. Освітні реформи 80-90х років ХХ століття: англійський досвід / Аліна Сбруєва // Вісн. Житомир. держ. ун-ту ім. І.Франка. Педагогічні науки. – 2003. – Вип. 11. – С. 105 – 110.
13. Сохин А.А. Система подготовки врачебных кадров в Великобритании / А.А. Сохин // Советское здравоохранение. – 1989. – № 12. – С. 54 – 58.
14. Ткаченко В.І. Досвід організації роботи амбулаторії сімейної медицини у Великій Британії / В.І. Ткаченко // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 48-50.
15. Цехмістер Я.В. Сучасна вища медична освіта в Україні: Основна мета і шляхи реформування / Я.В. Цехмістер // Проблеми освіти у Польщі та в Україні в контексті процесів глобалізації та Євроінтеграції: міжнар. наук.-практ. конф., 22–24 квіт. 2009 р.: зб. мат. / за ред. Василя Кременя, Тадеуша Левовицького, Світлани Сисоєвої. – К.; Житомир, 2009. – С. 234 – 243.
16. Catto G.R.D. Interface between university and medical school: the way ahead? / Graeme R.D. Catto // BMJ. – 2000. – Vol. 320. – P. 633 – 636.
17. Small-group work and assessment in a PBL curriculum: a qualitative and quantitative evaluation of student perceptions of the process of working in small groups and its assessments / S.C. Willis [et al.] // Medical Teacher. – 2002. – Vol. 24 (5). – P. 495 – 502.
18. Wood D.F. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning / Diana F. Wood // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 328 – 330.
19. Wood D.F. Evaluating the outcomes of undergraduate medical education / Diana F. Wood // Medical Education. – 2003. – Vol. 37 (7). – P. 580 – 581.

Palamarenko I., candidate of pedagogical sciences

REQUIREMENTS FOR TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE GREAT BRITAIN

Disclosed requirements for training of general practitioners in the UK, carried out a comparative analysis with relevant training in Ukraine. The model structure of a specialist in the UK has three levels. The first assumes knowledge of basic terminology, facts, concepts, principles, laws, practices, procedures, as well as their awareness, the ability to understand and interpret the facts to solve tasks, to assess the overall situation and make their own conclusions. With regard to the second level of psychomotor activity, which takes into account the special professional skills. The third involves the attitude to the patient, understanding of the possibilities of medicine, culture behavior. A special place is predictive aspect of the organization of the educational process.

Successful application of best British experience training medical personnel in higher medical education in Ukraine is impossible without expanding international cooperation in the form of international conferences, joint specialized medical publications, training students abroad and inviting foreign experts to participate in the Ukrainian educational process.

One of the principles of the British medical education is to reduce the theoretical knowledge - reducing information overload and termination of the study the students information that does not correspond to clinical practice; This principle is particularly active in advocating the treatment recommendations GMC «Doctors of the future.» Among other requirements GMC allocates convert a basic undergraduate education platform for learning throughout life - a diploma is only the first step in a career in medicine; improvement of interpersonal skills of doctors - to teach students to be compassionate, better treat patients and their problems, develop communication skills, etc. The ways of solving some of the problems associated with the training of doctors in Ukraine.

Keywords: structure, model, doctor-specialist training.